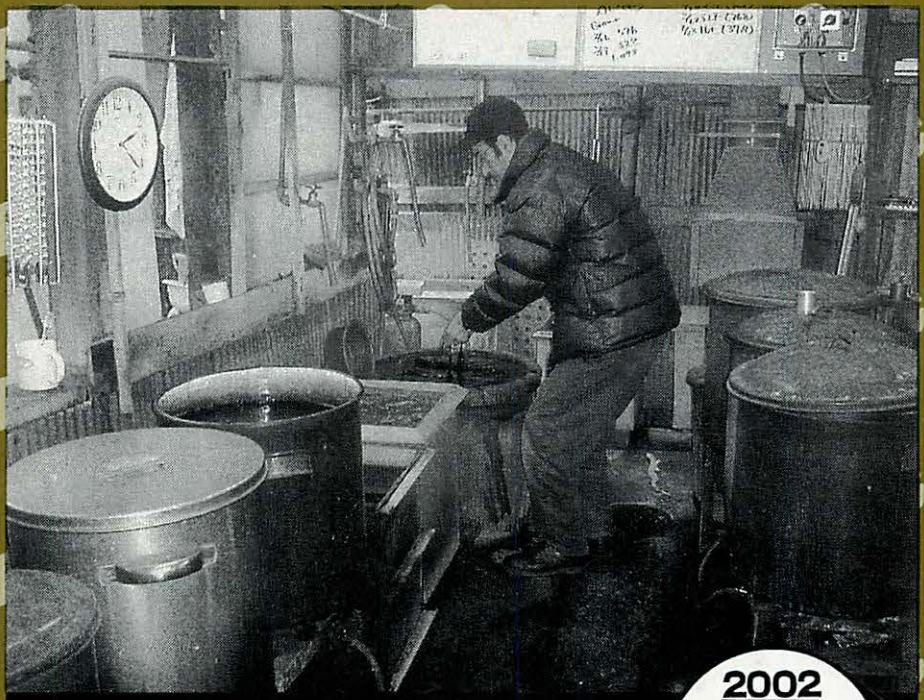
安全センター情報

特集●アスベスト被害の将来予測

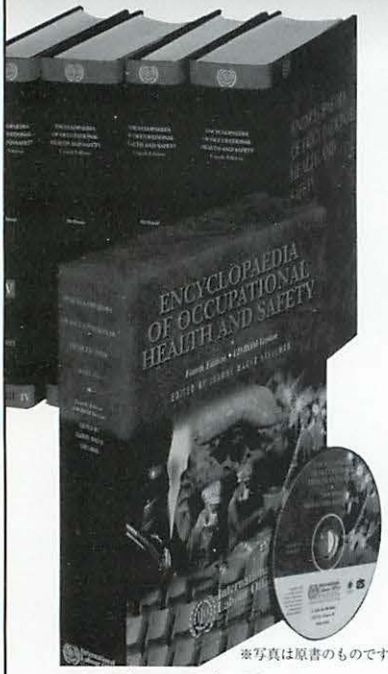


安全センター情報2002年7月号 通巻第288号
2002年6月15日発行 毎月1回15日発行
1979年12月28日第三種郵便物認可

2002
7
JUL

写真：イラン人労働者が腰痛に罹患したメッキ作業場

職域の安全と健康—その全分野にわたる課題と対策に関する国際マニュアル



※写真は原書のものです。

(財)労働科学研究所 監訳
編集代表　小木 和孝
労働調査会 発行

ILO 産業安全保健エンサイクロペディア

■日本語版／財団法人 労働科学研究所■

☆全産業における安全・保健活動に対応した世界共有の指針書！

労働現場の安全保健領域における国際的な標準資料として、ＩＬＯが、ＷＨＯやＩＣＯＨ（国際産業保健学会）の全面協力を得て世界50カ国以上の専門家の課題別責任編集・執筆によって刊行した、ＩＬＯ「産業安全保健エンサイクロペディア」第４版を完全翻訳！

今回訳出された第４版は、単なる原書の翻訳本という範疇を越え、わが国の安全保健領域における実情を踏まえた的確な日本語訳がなされており、職場の安全保健活動に取り組まれている方々にとって必携の書となっています。

特に第４版では、従来のアルファベット順の「辞書形式」をあらため、リスクマネジメントに関する最新知見を領域別・産業別にまとめ、わかりやすく解説するスタイルが採られております。

全４巻・総4,000頁にわたる本書の豊富な情報源を縦横に活用し、国際的な共有理解に基づく職場のリスク管理活動にお役立て下さい。

Ａ４判／約4,000頁(予定)
全４巻＋ＣＤ-ＲＯＭ１枚
セット価格 294,000円(本体280,000円＋税)
早期割引・税込 270,000円(７月末日まで)

105項目にわたるテーマを全４巻に収録！

第１巻

■第１部／人体と健康
血液／がん／循環器系／消化器系／精神保健／筋骨格系／神経系／腎・泌尿器系／生殖器系／呼吸器系／感覚器系／皮膚疾患／全身性健康異常

■第２部／医療と保健管理
救急処置と緊急医療サービス／健康の保護と増進／産業保健サービス

■第３部／管理と基本方針
就労障害と労働／教育と訓練／倫理問題／開発、技術、貿易／労使関係と人的資源／資源としての情報と産業安全保健／資源としての組織、制度、法規／作業と労働者／労働災害補償制度／労働災害補償制度のトピックス

■第４部／技法とアプローチ
生物学的モニタリング／疫学と統計学／人間工学／産業衛生／個人の防護／記録システムとサーベイランス／毒物学

第２巻

■第５部／心理社会的および組織的要因
心理社会的および組織的要因／組織と安全保健

■第６部／一般的危害要因
高圧環境／減圧環境／生物的危害要因／自然災害と技術災害／電気災害／火災／温熱と寒冷／労働時間／室内空気質／屋内環境管理／照明／騒音／電離放射線／非電離放射線／振動／暴力／ビジュアルディスプレイ機器（ＶＤＵ）

■第７部／環境
環境における有害要因／環境についての方針／環境汚染管理

■第８部／災害と安全管理
災害防止／監査、査察、調査／安全のための手法／安全についての方針とリーダーシップ／安全プログラム

第３巻

■第９部／化学物質
化学物質の使用、保管、輸送／鉱物と農業用化学物質／金属化学特性と毒性

■第10部／生物資源を利用した産業
農業と自然資源産業／飲料産業／漁業／食品産業／林業／狩猟／畜産／木材／製紙・パルプ産業

■第11部／自然資源を利用した産業
鉄鋼業／鉱業と採石業／石油探査とボーリング／発電と供給

■第12部／化学産業
化学プラント／石油および天然ガス／製薬産業／ゴム産業

■第13部／製造業
電気機器／金属加工産業／マイクロエレクトロニクスと半導体／ガラス、陶磁器および関連資材／印刷、写真、複製産業／木材加工

■第14部／繊維・アパレル産業
衣料と関連製品／皮革、毛布、履き物／繊維産業

■第15部／輸送機器産業
航空宇宙機器製造とメンテナンス／自動車と重機／船舶製造と修理

■第16部／建設
建設

■第17部／サービス産業
教育訓練サービス／緊急保安サービス／娯楽と工芸／医療施設とサービス／ホテルとレストラン／オフィスと販売業／個人サービスと地域サービス／公共サービスと公務／運輸業と倉庫業

第４巻

■ガイド
職業ガイド／化学物質ガイド／単位と略語のガイド

お問い合わせは、全国安全センター事務局まで
TEL 03(3636)3882　FAX 03(3636)3881　E-mail：joshrc@jca.apc.org

安全センター情報2002年7月号目次〔全国労働安全衛生センター連絡会議　通巻第288号　2001年6月15日発行〕

特集／アスベスト被害の将来予測

40年間に約10万人が死亡 過去10年間の49倍に

日本の男性悪性胸膜中皮腫

早稲田大学理工学部複合領域教授 村山武彦 …2

シックハウス症候群で初の労災認定

埋もれたシックハウス症候群 遅れている職場での対策と認識

大阪で5例のホルムアルデヒド中毒認定 …17

ホルムアルデヒド中毒等の労災認定 …19
化学物質過敏症と他の類似疾患との関連 …25
職域の屋内空気中濃度低減ガイドライン …28

脳・心臓疾患、精神障害等の労災補償状況 …33

連載14―塩沢美代子
語りつがねばならぬこと 35

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

アメリカ：アスベスト被災者の第三の波 …39
オーストラリア2002年中皮腫登録報告発表 …40

資料／労災診療費算定基準の改定通達 …41

各地の便り／世界から

神奈川●労組としてのメンタルヘルスの取り組み …49
新潟●「時間外研修」を容認する不支給決定 …51
東京●腰痛認定のイラン人労働者が職場復帰 …53
厚労省●労災医員が名簿開示に不服申立て …54
東京●有害化学物質削減ネットワークが設立 …55
関西●韓国全羅北道の労組と安全衛生交流 …56
ILO●毎年200万人が労災職業病で死亡 …58

表紙写真／イラン人労働者が腰椎椎間板ヘルニアに罹患したメッキ作業場（53頁に関連記事）

40年間に約10万人が死亡 過去10年間の49倍に

日本の男性悪性胸膜中皮腫

村山武彦
早稲田大学理工学部複合領域教授
4.17 緊急報告集会における講演記録

新聞報道もされたように（4月2日付け朝日新聞朝刊、同月28日付け毎日新聞朝刊等）、4月10日に神戸で開催された第75回日本産業衛生学会において、「わが国における悪性胸膜中皮腫死亡数の将来予測」という研究発表が行われた。

わが国における悪性胸膜中皮腫死亡数の将来予測

第1報：胸膜中皮腫関連死亡に関するICD死因分類の変遷

○車谷典男（奈良医大衛生学）、名取雄司（ひらの亀戸ひまわり診療所）、高橋謙（産業医大環境疫学）、村山武彦（早稲田大理工・複合領域）

第2報：Age-Cohort modelを用いた死亡数の推定

○村山武彦（早稲田大理工・複合領域）、高橋謙（産業医大環境疫学）、車谷典男（奈良医大衛生学）、名取雄司（ひらの亀戸ひまわり診療所）

近年、欧米各国では、アスベスト被害の「指標疾患」とされる悪性胸膜中皮腫が、「流行」と呼ばれるほどの増加傾向にあるために、疫学的な統計モデルや理論式を用いた将来の死亡数の予測が行われている。また、そのことが、アスベスト全面禁止と、最もハイリスクにさらされる建設労働者をはじめ、市民、環境を守るための、建築物等に使われてしまっている既存のアスベストに対するより厳しい規制・対策の導入という、今日の国際的潮流のバックグラウンドのひとつにもなってきた。たとえば、EU（欧州連合）は、2005年までに全面禁止を導入することを決定し、管理規制の強化について現在検討しているところだが、西ヨーロッパにおける胸膜中皮腫による男性の死亡は、35年間で約25万と予測されている（1999年11月号参照）。

日本において、言わば「アスベスト被害の将来予測」とも言える研究成果が公表されるのは、今回が初めてのこと。欧米とは異なり、いまも大量のアスベストを使用し続けているわが国では（2001年の輸入量は79,463トン）、予測されたシナリオが今後一層悪化することすら懸念される。

石綿対策全国連絡会議では、今回の研究成果の意義を理解し、今後の日本におけるアスベスト対策に活かしていくために、4月17日に、今回の研究チームの在京メンバーである村山武彦・早稲田大学理工学部複合領域教授をお招きして、「緊急報告集会」を企画した。今回紹介するのは、同緊急報告集会における講演の記録である。　（文責・編集部）

村山武彦(むらやまたけいひこ)さん
早稲田大学理工学部複合領域教授

ご紹介いただきました村山です。

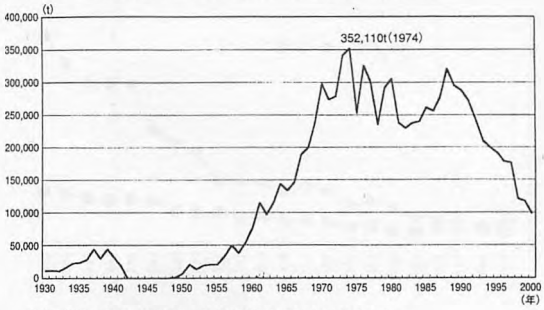
私とアスベストとの付き合いは結構長くて、かれこれもう15年程度になります。大学院の修士課程の頃に、研究とは別に市民活動的なこともしていて、そのなかで日本消費者連盟からアスベストに関するパンフレットを発行した(『グッバイ・アスベスト―くらしのなかの発がん物質』、1987年)、川村暁雄さんという方―彼もいまは大学の先生をしていますが―とも付き合いがあったりしました。

ただし、少し間があいてしまって、その後地方に行くということもあり、廃棄物の関係などもやってきたのですが、2、3年前にまた東京に戻ってきました。アスベストの問題がどうも外国では盛り上がっているということを聞き、研究チームに参加させていただき、今回発表したということになります。

もともと理工系の出身で、医学の門をくぐったということではないのですが、大学院では社会工学という分野を進みました。ここは結構幅広く社会問題を、いろいろなアプローチで取り上げるというところなのですが、そのなかでアスベストの危険性がどの程度なのかということを調べたりしてきました。

今日は、大学院の頃からやってきた研究に加えて、今年の4月に産業衛生学会で報告した内容についてお話ししたいと思っています。

図1　日本のアスベスト輸入量の推移



『職業性石綿ばく露と石綿関連疾患』(2002)から

今後のリスク増加を示唆するいくつかの情報

最初に、皆さんもすでにご承知のこととは思いますが、アスベストの危険性が今後顕在化するのではないかと考えられているわけです。外国ではもうすでに進んでいるわけですが、日本でもだんだんそういう傾向が出てきているのではないか、ということがあります。

過去の使用量と潜伏期間

そのことを示唆するひとつとしては、過去の使用量があります。日本のアスベストの輸入量をみると(図1)、最近は若干減ってきてはいるものの、他の国に比べると結構な量になっているわけですね。しかも1970年代から1990年代にかけて、毎年20万トンから30万トンを使用していました。

もちろん、対策をちゃんととっていれば影響はないという言い方もできるわけですが、なかなかそう言い切れるものではないという気がします。実は、今回の発表に関する朝日新聞の記事を見たという、一人の患者さんから、先日電話をいただきました。その方は、数十年前にガラス工場で電熱製品を作っていたということです。昔は電気で暖房する機械がずいぶんあったと思うのですが、発熱をする部分がガラスで覆われており、周辺を断熱しないといけない。布状のアスベストを裁断して、自在にやっていた。そういう作業を20～30年行う過程で相当のアスベス

図２　胸膜悪性中皮腫による死亡数の推移

トに曝露していたそうです。その結果、昨年、中皮腫という診断を受けてしまった。

過去に遡るほどそういう影響はあると思いますし、すべて対策がきちっとしていたとはとても言えないのではないでしょうか。他の国がどんどん規制を強めていくなかで、日本はこういう状況でいいのか、と常々感じているところです。

悪性中皮腫による死亡者数の増加

実際に、悪性胸膜中皮腫という診断を受けた死亡者の数も、年々増加をする傾向にあると言えると思います（図2）。1994年以前は若干加工していますが、1995年以降は、胸膜の悪性中皮腫という診断を受けて死亡された方です。男性の死亡数が増加傾向にあることは、間違いないと思います。

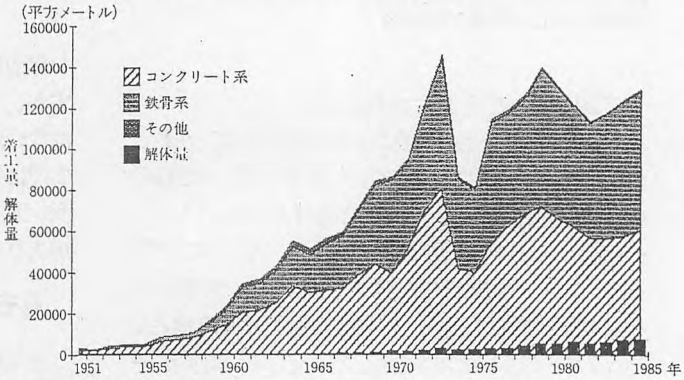
解体建築物中のアスベスト量の増大

こうした死亡数の増加を裏づける他の情報として、以前大学院の在学時に調べたものがあります。他の国でも言えることですが、アスベストの使用量で一番多いのはやはり建材ですね。そのため、建材からどれくらいアスベストが出てくるかということも、非常に注意してみておく必要があると思っています。

図3は、1951年から1985年―新しい数字がなくて申し訳ありませんが―の間に、どういう建築物が着工されたのかという数字を表しています。斜線の部分が「コンクリート系」、上の縞模様になっているのが「鉄骨系」の建物を示しています。こういうものがどんどん増えてきて、バブルがはじけてから若干建築物の着工量は減ったと思いますが、最近は都市再生ということで再びスクラップ・アンド・ビルドが活発になる傾向にあります。そういうなかで、古い建築物が壊されて、新しいものができていっているという状況があるわけです。

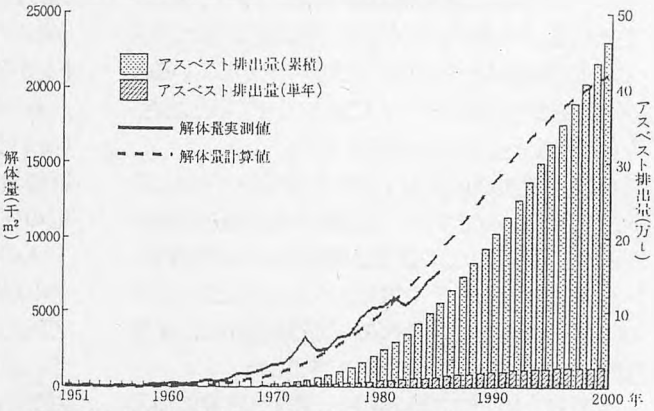
最近の新しい建築物ではそれほど多くはないか

図３　非木造建築物の着工量および解体量



資料：建設省（1952-1986）『建築統計年報』

図４　アスベスト排出量の予測結果例



（耐用年数の50%点：コンクリート系：80年，鉄骨系：60年，σ=2.3の場合）

図3, 4とも，村山ら，建築物解体に伴う環境へのアスベスト排出量の将来予測―環境汚染リスク見積もりのための基礎的研究―，公害研究，Vol.18 No.2, 1988年

もしれませんが、昔のものにはアスベストが結構入っている可能性が高い。そういうことを考えると、図3の下の方に黒い棒グラフで解体量を示してありますが、この量がどんどん増えてきて、しかもそのなかに入っているアスベストの含有量は高くなってくるのではないかと考えています。

今後どれくらい解体量が増えていくかということを統計的に調べてみたことがあります。図4に2000年までの予測結果を示してあります。累積で建築物に入っているアスベストの量がどんどん増えてくる。それが解体によって環境中に拡散する可能性があると言えます。

こういう傾向を考えてみると、現在もなお輸入されているアスベストとともに、既に使用したものについてもどのように処理をしていくかということも非常に大きな問題です。

従来の予測手法(原因からのアプローチ)とリスクアセスメント

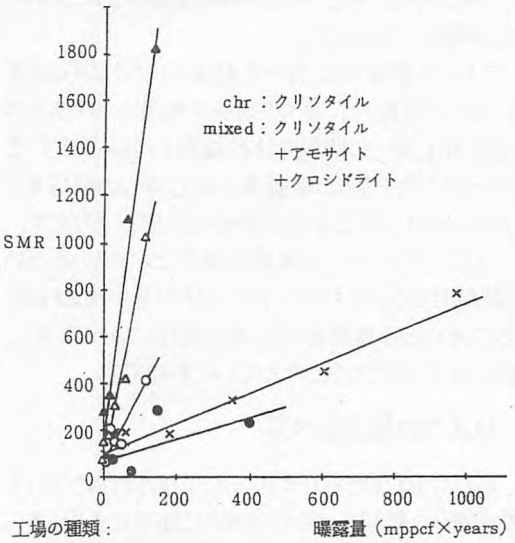
死亡数の増加や、これまでに使用したアスベストの環境中への拡散という問題がありますから、今後どのくらいのリスクが考えられるかということが非常に大きな問題になります。今回、研究チームの先生方と一緒に発表させていただいたのは、比較的新しい方法で出した推定値で、以前は別の方法でリスクを推定していました。それについて少し紹介させていただきたいと思います。

曝露量と死亡率との関係

従来、アスベストのリスクをどういうかたちで推定していたかというと、一つは、アスベストの量に応じて死亡率がどの程度上昇するかという関係を見い出す必要があります。図5はその関係を示しているわけですが、横軸はアスベストの曝露量—アスベストをどのくらい吸い込んだかという量です。それに対して縦軸はどれくらいの人が死亡したのかを示しています。

このように量が増えれば死亡率も上昇するというグラフを作成して、アスベストの量と死亡率との関係を、まず突き止めようということをやってきたわけです。私自身はこのためのデータを作成することはできませんので、医学分野の先生方の研究論文のなかでどういう関係にあるかということを調べてきました。

図5　肺がんリスクの量—反応関係(曝露量が推定された事例)



工場の種類：▲紡織製品(chr)、△紡織製品(chr)、○紡織製品(chr)、×加工一般(mixed)、●セメント製品(mixed)
出典：US, EPA(1986)より作成

ただし、ご覧いただいたグラフにあるように、線がいくつか引かれていて、傾きがかなり違うわけですね。例えば、×の点を結んだ直線では、傾きはあまり高くなく、比較的緩やかに上がっています。ですから、もしこの直線が正しいとすれば、死亡率は緩やかに上がっていくということになります。しかし、▲の点を結んだ線の方が正しいとすると、少ない量でも急激に死亡率が上昇していくということになるわけです。

では一体どの直線が正しいのかということについては、議論になるところです。低い方をとるのか、高い方をとるのか、なかなかこれは決めにくい難しい問題になってしまいます。実は、それぞれの研究でどういう作業でアスベストを使用していたかという点が若干違っていて、紡織製品の製造作業を対象に

して調べた場合や、スレートのようなセメント製品の製造作業を対象にした場合など、様々なタイプがあって、曝露の量と死亡率との関係を画一的に決めることが難しくなります。

これらを網羅的に調べた結果というものもあります。表1（省略）は、多くの研究の結果からアスベスト量と死亡率との関係を比較検討した結果です。こういったものを基に、曝露量と死亡率との関係をどうするかということをまず決める必要があります。

次に、アスベストの曝露の量がどれくらいかという話が出てくるわけです。アスベストの量が決まれば、先に決めた曝露量と死亡率の関係によって、死亡率が出てくるだろうと考えていたわけです。

リスクの推定レベル

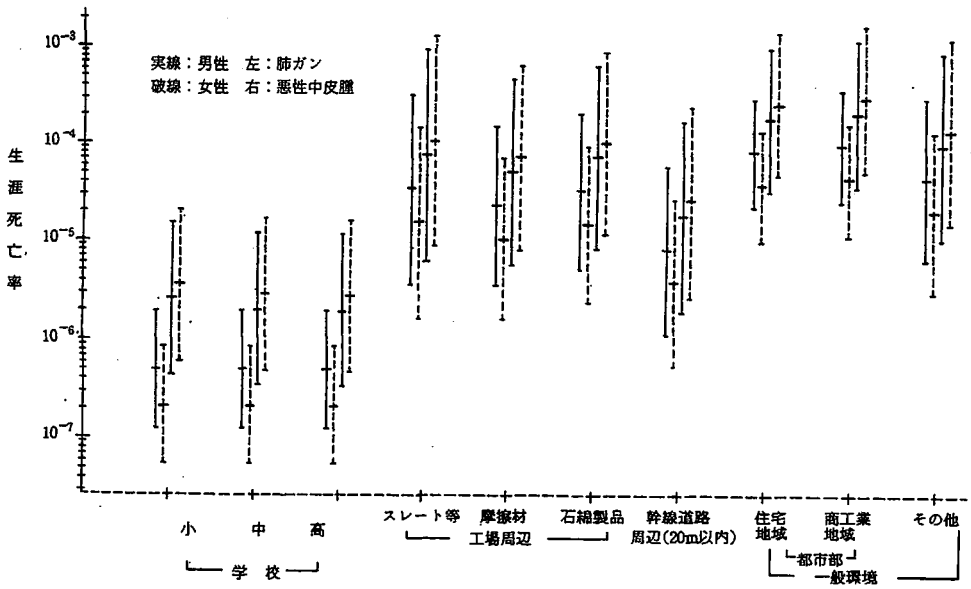
このようなかたちでアスベストの危険性について推定をした結果を、図6（省略）に簡単にまとめています。大別して肺がんと悪性中皮腫というふたつの病気が考えられますので、各々についてどういうかたちで増えていくのかというモデルが示されています。

これに、一般環境における汚染レベルを考慮してリスクレベルを示したのが、図7です。男性と女性で値が若干違っていますが、その大きな原因は、女性の平均寿命が男性より長いためにアスベストを吸い込む量が増えることによります。

一般環境では、一生涯を通じて1万人に2人から3人くらい（男性：2.3×10^{-4}、女性：2.6×10^{-4}）がアスベストによって死亡するだろうというような結果が出てきたということです。

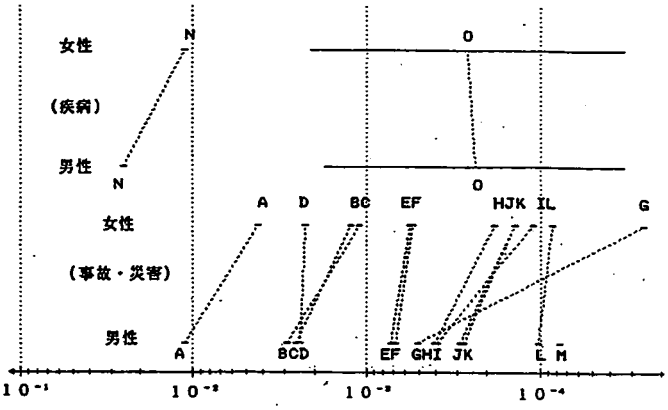
いま出したような結果は他のリスクと比べるとどれくらいかということを調べてみたものが、図8（省略）です。横軸が生涯死亡率、右の方が死亡率が低く、左へいくとだんだん高くなるという形になっています。アスベストによって生じるリスクは、推定値に幅を持たせています。先ほどの図5のアスベストの量と死亡率の関係も、ひとつの直線だけになかなか決めにくいところがあるので、高い場合と低い場合があり得るとしています。それから、アスベストの濃度についても、高い場合もあれば低い場合もある。そういう幅を考えてみると、高い場合はもう千人に1人というレベルを超えますし、低い場合は10万人に2人から3人くらいに下がってしまう。そういう幅を持っ

図7　立地特性別にみた生涯死亡率



村山ら，居住環境におけるアスベスト汚染リスクの一推定，環境情報科学，Vol.18 No.1，

図8　生涯死亡率によるリスク規模の比較



A: 自動車交通事故　B: 墜落
C: 溺死　D: 自動車交通事故(歩行者)
E: 火災　F: 他殺
G: 水上交通機関事故　H: 航空機事故
I: 自転車事故　J: 鉄道事故
K: 機械的窒息　L: 高熱物との接触
M: 電波による事故　N: 肺ガン
O: アスベスト汚染(特定の汚染源なし)
(1985年の値による算出)

ているわけですけれども、だいたい平均的には1万人に数人が被害に遭ってしまうという推定になっています。

他のリスクはどうかというと、Aは自動車事故ですが、現在でも年間1万人くらいの人が死んでいるわけですが、生涯死亡率に換算すると、男性の場合100人に1人くらいの割合で死亡するということになっています。交通事故の場合も、歩行者に限ると千人に数人ということになります。交通事故に比べると、アスベストの被害は100分の1くらいから10分の1くらいということになります。

アスベストとだいたい同じくらいのものは何かというと、鉄道の事故や航空機の事故などが挙げられます。航空機の事故による生涯死亡率はちょっと考えにくいのですが、ベースにしたのは1985年の数字を使っていますので、1985年に発生した日航機の御巣鷹山墜落事故の数字が入っており、比較しにくいところもあります。ただし、仮にあのような大事故が入ったとして考えてみても、同等のレベルにあるという見方もできます。これが、先ほど出したようなリスクのレベルと他のリスクを比較した結果です。

対策の費用対効果の検討

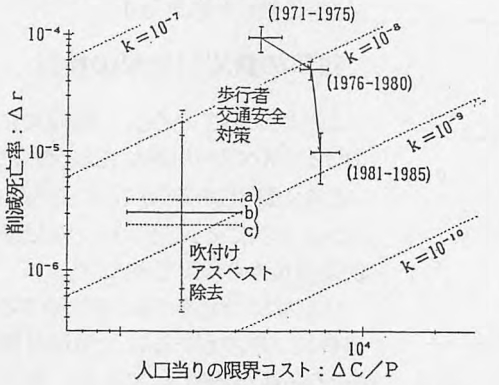
このようにみてみると、一般環境におけるアスベスト汚染は、さほど高くないと考える向きがあるかもしれません。しかし、本当にそうだろうかということを別の角度から考えてみました。

リスクの大きさそのものを比較する以外に、リスクがある以上何か対策をとる必要があるわけですから、対策の費用を考えて、どれくらいお金をかければリスクを削減できるかという点も重要です。行政も企業もリスク対策に投資できる費用は限られていますので、資源の有効な配分という意味では、リスクの大きさだけではなく、費用対効果の観点も極めて意味があると考え、他のリスクと比較検討をしてみました。

ひとつはアスベスト汚染ですが、とくに小学校で曝露した場合の対策ということを考えてみました。もうひとつは、自動車事故のなかでも歩行者が事故に遭う場合の対策ということを対象にしました。アスベストの汚染のなかでも比較的限定をしたものになったのですが、その理由のひとつは、屋内で曝露する場合はかなり集中的に被害に遭ってしまうということがありますし、私がこの研究をしていた当時は小学校の曝露が大きな問題になっていました。また、自動車事故は典型的なリスクですが、交通事故はドライバーが自らが原因で起こす場合もあります。それに対して、アスベスト汚染の方は完全に受動的で否応なくリスクを受けてしまうわけで、そういう状況と同じようなかたちにしようということで、歩行者だけに限ったわけです。

屋内汚染の対策方法によっては、不完全な場合もありますので、私も実際にガスマスクのようなものをかぶって作業をやらせてもらったことがあります。3年くらい前に早稲田大学に移ったわけですが、研

図9　アスベスト除去対策と歩行者交通安全対策のリスク削減効果



a)　5-9歳時における一年間曝露
b)　10-14歳時における一年間曝露
c)　15-19歳時における一年間曝露

究室が18階建てのビルに入っています。このビルは、霞ヶ関ビルができる前のちょっとだけ、日本一になったそうです。ちょうどアスベストを使用していた時期に建てられていて、天井にまだアスベストがあります。表面は固化対策がとられているんですが、何の因果かとても身近にアスベストと暮らしております。小学校のアスベスト対策についても、表面固化の対策をとるか、除去するかということになります。

除去対策の場合どれくらいの費用がかかるか、それに対して死亡率がどの程度減少するかを調べた結果が図9です。横軸の費用に対する死亡率の減少分を縦軸で示しています。

交通事故の対策は、グラフにあるようなかたちで進んできたわけです。1971-1975年の頃は、少ないお金で高い死亡率の削減ができていた、つまり効率的だったわけですが、だんだんと費用をかける割に死亡率の下がる効率は悪くなってきています。

それに対して、小学校のアスベスト除去の対策は、1981～1985年における交通事故対策とほぼ同程度ということが言えそうです。交通事故は数としては多いわけですが、あまり対策が効率的ではないという言い方も、どうもできそうなのですね。それに比べると、アスベストの対策は、リスクがある場所がわかっているわけですから、そこに対して集中的に対策をとればよい。そういう意味では、交通事故と比較してもそんなに遜色がない。むしろちょっと高いくらいの効果があるということがわかりました。

こういう結果から見れば、アスベストのリスクはレベルとしては全体的にはそんなに高くないという言い方もできるのですが、対策の費用対効果を考えると、効果がないというわけではない。むしろ、交通事故などと比較すると、同じか、高いくらいであるということが言えそうです。

この結果は、すべて工場で曝露した方々の調査データに基づいており、職業環境におけるアスベストの曝露量と肺がんや悪性中皮腫の死亡数との関係から求めています。アスベストによるリスク推定は、これまでこういう形でなされてきており、他の方法でやってきたという人はほとんどいませんでした。

過去の死亡数に基づく将来の死亡数の予測（結果からのアプローチ）

対象とする死亡数

ところが最近になって、他の手法で将来の死亡数を予測する例が出てきました。私たちも今回、同じような手法でやってみようということになりました。この方法で用いられるのはAge-Cohort modelと言いますが、いままでの方法と一番異なる点は、従来だと曝露と死亡数との関係からリスクを推定するために、外国の研究の結果であっても日本の予測に適用してきました。これまでの日本の過去の死亡数は一切関係ない。―そういう扱いでしてきたわけなんですね。

それに対して、こちらの方法は、過去の死亡数に完全に頼る。他の外国の研究結果は関係ありません。あくまで過去の死亡数が把握できれば、その値を用いて今後死亡数がどのように推移するかという考え方で計算するわけです。

先ほどお見せした図2は、1995-2000年の数字は、厚生労働省がまとめている人口動態統計に示されている悪性胸膜中皮腫の死亡数です。ただし、1994年以前については、悪性胸膜中皮腫という分類がなかったものですから、過去どのくらいの死亡数が

あったのかということを正確に決められません。外国の場合もこれは一緒で、一体どの程度の数なのかということを推定する必要があります。

WHOが提示している世界共通の死因分類にICD(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)があり、これまで10回に渡って改定されています。そのうち、9回目の改定では、1979年から1994年までの死亡の分類方法を示していますが、この中に「胸膜の悪性新生物」という分類があります。「胸膜悪性中皮腫」はこの分類の中に入っているだろうと考えられるのですが、それではどのくらいの割合で入っているかが問題になります。今回われわれが行った報告では、1995年以降のデータの推移から、だいたい92%から93%くらいは、「悪性胸膜中皮腫」とみていいのではないかと考えたわけです。この割合をどれくらいにするかということは非常に重要で、予測結果を左右する要因になります。外国の例ではもう少し低いものもありますし、逆に高くしているというものもありますが、とりあえず今回はこれくらいの割合にしました。

このような仮定に基づいて、過去の死亡数を示したのが図2(前出4頁参照)です。1994年以前は、「悪性胸膜中皮腫」の死亡数に0.927を掛けてあります。1995年以降は死亡診断書に死因が「悪性胸膜中皮腫」と書かれた死亡数そのものであるわけですが、昔は少なかったけれども最近は増えているとなると、将来予測に大きな影響を及ぼすことになります。

適用するモデル

次に少し複雑な部分になってくるのですが、この死亡数に基づいた将来予測に用いるモデルは、次の式で示されます。

Yab＝UaUb

Yab：年齢階層aにおけるコホートbの死亡率

Ua：年齢階層ごとの死亡率

Ub：基準となるコホートに対するコホートbの相対リスク

形としては、簡単に書けるモデルで、死亡数が2つの要素で決まると考えています。ひうとつは、Uaという年齢によって決まる要素です。たいていの病気、死亡要因は、年齢の上昇とともに死亡率が高まります。そのため、年齢によって決まる死亡率の要素がひとつあるだろうと考えています。

もうひとつの要素として、出生年によっても死亡率が左右されると考えます。同時期に生まれた人たちのグループを「コホート」と呼んでいますが、このコホートによって曝露のパターンが異なるだろうと仮定しているわけです。このように年齢と生まれた年という二つの要素で、死亡率が決定するというモデルに基づいて、今回の計算結果が出てきているということです。

疫学の教科書によると、この方法を用いてがんの死亡数を予測した例があり、決して特殊なモデルというわけではありません。これを用いて、アスベストによる影響を調べているという研究者が最近出てきたわけです。表2(省略)に、外国の研究論文の例をあげていますが、イギリスのジュリアン・ピートらのグループが、このモデルを用いて1995年に初めて将来予測を報告しました。その後、他の国々でも同じ方法による例が出てきています。

アスベスト汚染の特殊性

私は、アスベストを含め、環境リスクの管理について研究してきているのですが、他の化学物質と比較して、アスベストはかなり特殊な要素があるのではないかと考えています。

まず何といっても、過去にこれだけ使用してきて実際に曝露してした人たちがいて、その被害が実際に死亡数という結果に表れている。これは、他の化学物質に比べると、全く特殊な事情だと言っていいと思います。例えば、最近大きな問題になったダイオキシンは大変有害な物質ですが、この物質が原因で人が死亡した事例を挙げることができる研究者は、まずいません。

他の化学物質についても、特殊なかたちで死亡が出てくるということはまず、なかなかない。例えば、大気汚染物質だったら肺がんのようなかたちで影響が出てくるのですが、肺がんの原因となる物質は喫

煙をはじめ、数多く指摘されています。ですから、肺がんが増加しているからとって特定の物質の影響を分析するのは難しくなります。これに対して、アスベストの場合は悪性中皮腫という非常に特殊な病気が、アスベストによって発生するということがかなり明確にわかっています。しかも、かなりの使用により、死亡数が増加しているということが明確になっています。だからこそ、先ほど示したこういうモデルが利用できるということなのです。他の化学物質では、このようなことはまずできないなというのを、学会で報告してから特に思うようになってきました。このような特殊な事情は強調しておいた方がよいと思います。

推定プロセス

このようなモデルを使って、今回、悪性胸膜中皮腫による死亡数の将来予測を行いました。このモデルを使う場合は、死亡数がどれくらいかという過去のデータがそろっていないとできませんので、1981年から1999年の20年間を対象としました。もっと長く対象にできればよかったのですが、1980年より前の部分がどうも信用できない数字が出てきているということがわかってきて、やむなくこの20年間を対象にしたという経緯があります。別の言い方をすると、もっと早くこの方法で推定をしようとしても、データがなかったので無理だったわけです。最近になって、数字が出てきたから、ようやく可能になったということです。

対象とした死亡数を年齢と出生年に分けて設定しました。このデータをもとにモデルに必要なパラメータを設定しました。結果として、生まれた年ごとに比較した相対的な度と、年齢ごとの平均的な死亡率が考えられるか、基本的にはこの二つのパラメータが出てきます。

それらをもとにして、今後各々の生まれ年の人が、年齢を重ねていった場合にどの程度の死亡率になるかが推定できます。これに加えて、将来の人口推計値が厚生労働省の人口問題研究所から公表されていますので、このデータを用いることによって、将来の死亡数がどの程度になるかが計算できるだろうということなります。

パラメータの推定とモデルの適合性

図10がモデルを適用して最初に出てくる結果の部分です。横軸に年齢階層が並んでいます。一番低いのが25-29歳、一番高いのが85-89歳という年齢階層を設定しています。

縦軸の方に生まれ年を並べています。一番古い生まれ年は1900年—前後±4年で、1896年から1904年に生まれたコホートで、縦軸にはその中央年である1900年を示してあります。順番に若くなってきて、一番若いコホートは1960年±4年、つまり1956年から1964年に生まれた人たちです。

ご覧のとおり斜めの部分に4本の帯の分（20年間を5歳年齢階層別に4本分）だけ数字が出てきているわけですが、1980年以前のデータが利用できないため、左上の部分が空白になってしまったわけです。右下の方も空白になっていますが、こちらはまだ数字が出てきていない部分、つまり将来の死亡数の部分です。

1900年頃に生まれた人はすでにかなり高齢に達していますので、これらの人々の死亡数は80歳台あたりの数字が出てきていて、上段の数字が実際に「悪性胸膜中皮腫」という診断で死亡された人数を示しています。下段の小数点のついた数字の方は、モデルによって推定された死亡数です。1900年を中央年とする生まれ年の人々の、80歳-84歳の死亡数は、現実の死亡数が18人、モデルによる推定値が15.3人ということになりました。推定値とモデルの適合性はそんなに悪くはなくて、実際の死亡数をかなりの程度推定できているということが言えそうです。

1960年頃に生まれた人々の中にも、20歳代、30歳代で「悪性胸膜中皮腫」と診断されて死亡している人たちが出ています。これはおそらく、昔はそれほど多くはなくて、最近の人たちがだんだん若い世代で亡くなる傾向が出ているということだろうと思います。しかし、数字が少ないためにモデルの適合性は若干悪くなってしまいます。

生まれ年ごとに危険度がどれくらい変わっているかを示したのが、図11です。このなかで一番危険性が高いと考えられるのが、1955年を中央年とする

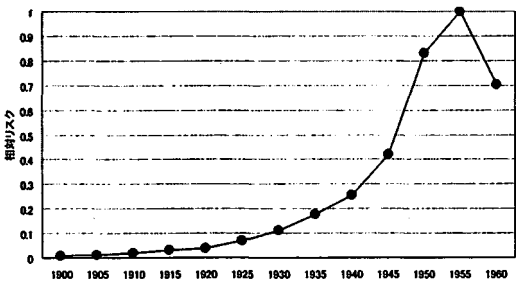
図10 Age-Cohortモデルによって推定された値と実際の死亡数の比較

年齢階層 コホートの中央年	25-29 (0.8058)	30-34 (0.7350)	35-39 (2.976)	40-44 (6.729)	45-49 (15.35)	50-54 (45.40)	55-59 (132.6)	60-64 (290.0)	65-69 (619.1)	70-74 (1363)	75-79 (2918)	80-84 (4290)	85-89 (8158)
1990 (0.00739)												18 15.3	13 14.1
1905 (0.00973)											31 26.2	23 25.6	25 25.3
1910 (0.0187)										40 35.6	68 59.8	48 60.1	65 62.7
1915 (0.0187)									39 34.2	61 65.4	95 112.8	129 116.1	
1920 (0.0316)								24 24.3	50 47.9	86 93.0	167 162.9		
1925 (0.0688)							27 26.8	59 55.7	97 110.2	224 215.6			
1930 (0.110)						19 18.6	57 52.4	101 109.1	220 216.1				
1935 (0.179)					13 11.1	33 32.0	83 90.9	194 189.8					
1940 (0.256)				6 7.4	15 16.8	49 48.7	142 138.8						
1945 (0.421)			5 6.2	19 13.9	31 31.6	90 92.0							
1950 (0.829)		4 3	9 12.2	29 27.3	63 62.1								
1955 (1.00)	2 3.4	4 3.1	17 12.5	25 28.2									
1960 (0.701)	4 2.2	1 2.0	8 8.3										

上段：実死亡数
下段：モデルによる推定値

χ^2=24.95, df=47, p=0.997

図11 各コホートにおける相対リスク（1955年を中央年とするコホートを基準）



（1951-1959年生まれの）グループです。このグループより昔になるほどだんだん危険度が低くなっています。1940年を中心とするグループと比べると、1955年を中心とするコホートは2倍以上の危険性がありそうです。

ただし、この傾向はもっと若い人々のデータを入れていくと変化する可能性もあって、今のところこれ以上のことはいえません。

今後40年間の将来予測

さて、ここから将来の死亡数を予測するわけですが、具体的には、図10の右下側の空欄の三角形の部分に数字を入れる作業を行いました。

図10の縦軸「コホートの中央年」の数字の下に括弧書きで入れてある数字が、「各コホートにおける相対危険度」を示しています。先にお話ししたように、1955年を中心とするコホート一番高い危険度なので、このコホートを「1」と表した場合の、各コホートの相対的な危険度で表されています。また、年齢階層ごとの平均的な死亡率を括弧に入れてあります。この括弧の中の死亡率と相対危険率を掛けることによって、各欄に入ってくる数字がわかるだろうという考え方です。

このようにして推定した結果が図12（省略）です。

図13　胸膜悪性中皮腫による死亡者数の予測結果

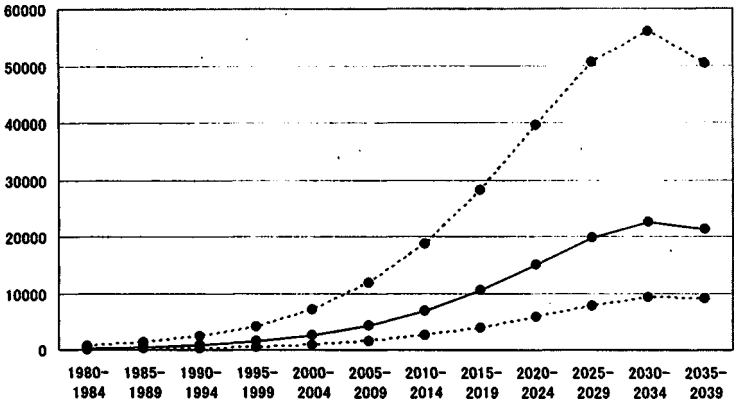
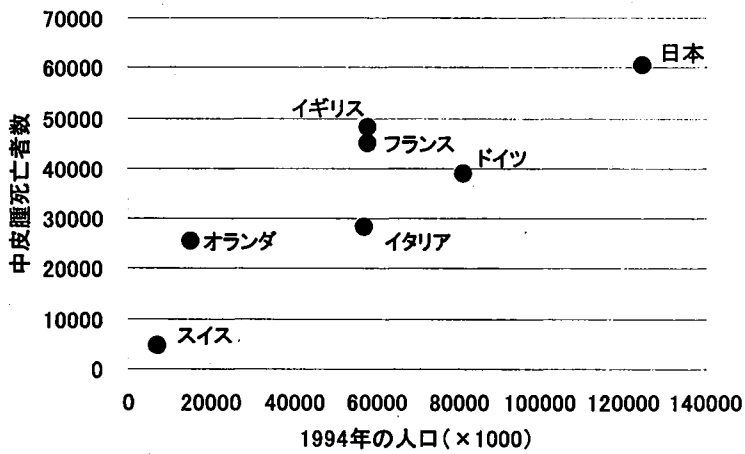


図14　1995-2029年までの中皮腫による死亡者数予測



欧州はPeto et al (1999) のデータを引用
人口：国連デモグラフィックイヤーブック，総務庁統計局資料

実際に死亡数として出ているのが太い実線の値で、モデルによって今回推計した結果は細い実線です。これらを比較すると、実測値と予測値がほぼ合っていると見えるわけです。

これをもとに将来の死亡数を推定した結果が図13です。このうち、1980年から1999年までは実際の死亡数を示しています。2000年から2039年までの40年間の将来予測をしてみたわけですが、これくらい増えてくるだろうという結果になりました。

この結果から、2000年から2029年までの30年間で58,800人、2039年までの40年間にすると、103,000人という数字が出てきました。これも統計的には幅が考えられます。そのため、95%信頼限界では4万人から26万人という幅が出てきてしまうのですが、最も妥当な数字としては40年間で10万人程度という結果になったわけです。

この方法によると、アスベストの濃度や、曝露量と死亡率との相関は直接扱っていません。あくまで過去の死亡数から推定した結果、こういうかたちで伸びていくだろうということです。

この結果を他国と比較したものが図14です。期間は1995年から2029年の35年間です。横軸に各国の人口を取っていますので、人口当たりの死亡者数を比較することになります。オランダや、イギリス、フランスは、人口に比べて悪性胸膜中皮腫の死亡者数が結構高そうだという結果になっています。

日本は、スイスやイタリア、ドイツなどとだいたい同程度になっているわけですが、今回の推定で対象にしたのが、せいぜい1960年代前半に生まれた人たちで、それ以降に生まれた人は対象にしていません。ですから、そういう人たちも含めるとこの結果は変化する可能性があります。

これまでのアスベスト消費量の経緯を考えると、ヨーロッパの国々は結構早い時期から使用していたので、そういう時間的な違いをもう少し考慮しなければならないのですが、扱っているモデルの特性からそうした検討が困難なのが、今回の手法の弱点といえます。

以上、これまで私が取り組んできた研究と今回、他の先生方と共同研究で発表した内容についてお話ししました。

（文責・編集部）

速報／坂口厚労相が全面禁止の方針表明

アスベスト禁止に関する坂口厚労相の記者会見に対する石綿対策全国連絡会議の声明

本日（6月28日）、坂口力厚生労働大臣は、「『アスベスト禁止措置に関する質問趣意書』の答弁に係る閣議後記者会見」において、「白石綿についても、国民の安全、社会経済にとって石綿製品の使用がやむを得ないものを除き、原則として、使用等を禁止する方向で、検討を進め」るという方針を明らかにした。

石綿対策全国連では、15年前から—1987年の設立以来の最優先課題であり、あらためてこの4月にも厚生労働省に要望し、現在、経済産業省、国土交通省、環境省に対しても要望している、「アスベスト全面禁止の早期実現」に向けて、一歩踏み出したものとして歓迎する。

何よりも、一日も早く、具体的に禁止措置を実行することを強く要望する。EU（欧州連合）の2005年禁止決定は、唯一、「電解装置用の隔膜」へのクリソタイルの使用を2008年までに限って除外措置として認めるものであって、禁止措置からの除外や猶予措置を不合理に拡大したり、それら措置の検討にいたずらに時間を費やして、禁止の実行が遅れるようなことがあってはならない。とりわけ、クリソタイルの用途のほとんど（90%以上）を占める建材に関しては、代替品が存在しないものはないと言ってよく、禁止から除外されるものがあってはならない。

日本におけるアスベスト被害はすでに顕在化しつつあり、すでに毎年千人以上がアスベストによって死亡しているものと考えられる。最近発表された将来予測研究によると、男性の悪性胸膜中皮腫による死亡が、今後30年間に58,800人、40年間では103,000人と推測されている。胸膜以外の中皮腫、女性、そして肺がん等を含めたアスベスト被害の全体像はこれに数倍する。しかも、この予測は、過去のアスベスト使用の結果であって、本日直ちにアスベスト全面禁止を実行したとしても、避けられない現実なのである。

「アスベスト全面禁止の早期実現」は問題解決への最初のステップである。以下の2点を柱とする様々な問題に具体的に対処していくために、政府が強力な指導力を発揮して、関係省庁が垣根を越えて包括的な取り組みを行うべきことをあらためて要望する。

① 労働者、住民の健康の確保という観点から、増加が予想されるアスベスト健康被害に対して、実態把握、診断、治療、被災者・家族の物心両面にわたるケア、補償等、総合的な対策を確立すること。

② 労働者、住民、環境の防護という観点からの、すでに建築物等に使用されてしまっている既存アスベストの把握、管理から解体除去、廃棄に至るまでの一貫した総合的な対策を確立すること。

SHC

「アスベスト禁止措置に関する質問趣意書」の答弁に係る閣議後記者会見（6月28日）における厚生労働大臣発言要旨

1. 本日は、中村敦夫議員から提出された「アスベスト禁止措置に関する質問趣意書」への答弁について、閣議に付議し決定されたところである。

2 質問趣意書の対象とされた職域において取り扱われる石綿（アスベスト）は、平成7年に発がん性が特に高く代替化が進んだ青石綿及び茶石綿について、その製造、輸入、使用等を禁止したところである。

また、白石綿については、発がん性はあるが青石綿、茶石綿と比較すると相対的には低く、優れた耐熱性、耐腐食性等の性能を有し、他の物質への代替が困難であった。このため、これまで使用等の禁止までは行わず、呼吸用保護具の使用等のばく露防止対策等による管理の徹底を図ってきたところである。

3　しかし、近年、白石綿の代替品の開発が進んできていることを踏まえ、白石綿についても、国民の安全、社会経済にとって石綿製品の使用がやむを得ないものを除き、原則として、使用等を禁止する方向で、検討を進めてまいる所存である。

（使用等の禁止を検討する際に禁止措置から除外されるものは相当な範囲となるのかと問われた場合）

（答）使用等の禁止を猶予する石綿製品については、白石綿を含有する製品に求められる耐熱性、耐腐食性等の性能、使用状況等をもとに、真に使用がやむを得ない石綿製品に限定する方向で検討を行う所存である。

（今後の日程如何と問われた場合）

（答）原則として石綿の使用等を禁止するには、関係法令の改正が必要である。

関係法令の改正に向けては、

①　代替化が困難な石綿製品を確定するための作業、

②　代替化が可能となる時期を把握するための作業等が必要であり、

③　また、WTOへの通報等対外的な手続きも必要であることから、

これらを踏まえて、具体的な改正法令の内容、改正・施行時期を確定することとしている。

（参考）

石綿について

1　石綿の種類

石綿とは、天然に産出する繊維状の含水珪酸塩鉱物の総称であり、次表の蛇紋石系1種類及び角閃石系5種類に分類される。

わが国ではクロシドライト、アモサイトについては労働安全衛生法及び同法施行令で製造・輸入・譲渡・使用等が禁止されている。アンソフィライト、トレモライト、アクチノライトは石綿原料として国内で使用されていない。

石綿

角閃石系

クロシドライト（青石綿）、アモサイト（茶石綿）―製造・輸入禁止

アンソフィライト、トレモライト、アクチノライト―日本国内の産業界で使用されていない。

蛇紋石系

クリソタイル（白石綿）―輸入により管理して使用

2　石綿の使用用途（白石綿）

石綿の使用量のうち9割以上が建材製品として使用されており、そのうち約半分が屋根材に使用されている。その他、ブレーキ、クラッチ等の自動車摩擦材製品、化学プラント設備用のシール、断熱材等の工業製品等に使用されている。

（なお、日本の石綿輸入量は1974年の35万トンを最高に、1990年代から年々減少傾向にあり、2001年は7万9千トンとなっている。）

質問趣意書と政府答弁

質問第24号　　平成14年5月17日

右の質問主意書を国会法第74条によって提出する。

参議院議長 倉田寛之殿　　中村敦夫

アスベスト禁止措置に関する質問主意書

近年、アスベストの使用について、健康上の観点から強い疑問が提示され、使用禁止措置が国際的な潮流となっている。

例えば、EU（欧州連合）は2005年までにアスベスト使用の原則禁止を決定しているほか、イギリス、フランス、ドイツ、イタリアなど、いわゆる先進国を中心に20か国以上で既に使用が禁止されている。また、WTO（世界貿易機関）においても、フランスのアスベスト使用禁止措置をめぐるカナダとの係争で、昨年3月にフランスの措置が協定違反に当たらないという判断が下された。WTOは、アスベストについて「管理して使用すれば安全」というカナダの主張を採用せず、フランスの措置を自国民の安全を守るための加盟国の権利と認めたのである。

一方、わが国では、「管理して使用すれば安全」との考え方に基づき、代表的なアスベストであるクリソタイルについて使用を認めているばかりか、依然として大量に使用されている。

例えば、数年前より減少傾向が見られるにしても、昨年のアスベスト輸入量は79,463トンにも及び、WHO(世界保健機構)のクライテリアでも「日本は主要な消費国」とされている。

このようにわが国はアスベスト使用大国であるにもかかわらず、その対策は全く不十分である。

例えば、輸入アスベストの9割以上が建材に使用されているものの、社団法人日本石綿協会が公表している「石綿含有建材一覧表」では、製品名と製造会社を特定することはできず、国民がアスベスト含有建材の使用を避けることは困難である。また、既に使用禁止となった吹き付けアスベストを用いた建築物が現在でも数多く存在するにもかかわらず、対策が不十分であるために、メンテナンス作業員や電設作業員などは、アスベストの危険性や吸入可能性について十分な知識を持たず、リスクの高い作業を強いられている。

そして、アスベストが国民の健康に与える影響は、もはや無視できないものとなっている。

例えば、報道(本年4月2日付朝日新聞及び本年4月28日付毎日新聞など)によると、アスベストを主原因とする疾病である悪性胸膜中皮腫の被害者が、今後、急増する恐れがあるとのことである。また、アスベストによる疾病としては、悪性中皮腫のほか、アスベスト肺と肺がんがあり、肺がんの発生率は中皮腫の2倍程度と言われている。同様に、政府担当官(國常壽夫・厚生労働省労働基準局労災補償部補償課長)も、本年1月に出版された『職業性石綿ばく露と石綿関連疾患』の中で「わが国における業務上疾病の新規労災認定件数は、近年、年間9千件程度で推移しています。(中略)いわゆる職業がんは年間70件程度で推移しています。なかでも、石綿による肺がんまたは中皮腫は、年間40～50件と職業がんの中では最も多く、しかも近年特に増加傾向にあります」と、アスベストの労務における問題を指摘している。

したがって、根本的なアスベスト対策が急務であるとの観点から、次の事項について質問する。なお、同様の文言が並ぶ場合でも、各項目ごとに平易な文章で答弁されたい。

※以下、(答)は、6月28日に閣議決定された「答弁書」の内容である。

1. 政府は、わが国におけるアスベスト関連疾患の死者数について、今後どのように推移すると予測しているのか。

(答) 悪性胸膜中皮腫、肺がん等石綿が発生の原因の一つと指摘される疾患による死亡者数の今後の推移についての予測は行っていない。

2. 2000年から2029年に至る30年間で死者5万8千人程度と予測した日本産業衛生学会での報告『わが国における悪性胸膜中皮腫死亡数の将来予測』について、政府はどう認識しているのか。

(答) 御指摘の「わが国における悪性胸膜中皮腫死亡数の将来予測」については、昭和55年から平成11年までの20年間の国内の年齢階層別胸膜中皮腫関連死亡者数の増加状況及び人口の将来推計値を基に、平成12年から平成41年までの30年間の胸膜中皮腫関連死亡者数が5万8千人程度に達すると予測したものと承知しているが、最近の胸膜中皮腫関連死亡者数の増加状況については、診断技術の向上により患者として把握される者の数が増加していることを考慮する必要がある等との意見もあると認識している。

3. WTOが、フランスのアスベスト禁止措置をめぐって、アスベストについて「管理して使用すれば安全」という考え方が現実には実現不可能であるという判断を示したことについて、政府の見解を示されたい。

(答) 御指摘の世界貿易機関(以下「WTO」という。)の判断については、WTOの紛争解決機関が、フランスとカナダとの紛争に係る審査の過程において、カナダの主張する石綿の「管理した使用」の手法は、ビル関連産業及び個人での使用において効果的に機能しない等の点で、フランスが設定した石綿に対する健康保護水準を達成するために同国が行った石綿の使用、流通等の禁止措置に代わるべき合理的手段として採用し得るものではないとの考えを示したものと承知しているが、我が国においては、石綿は優れた耐熱性等を有しており他の物質への代替が困難であったこと、石綿の種類により有害性に差があること等から、すべての種類の石綿の使用等の禁止までは行わ

ず、特定化学物質等障害予防規則（昭和47年労働省令第39号）等により、呼吸用保護具の使用等石綿による労働者の健康障害を防止する措置を講ずるよう事業者に義務付けるとともに、石綿のうち有害性が特に高いアモサイト及びクロシドライトについては、平成7年の労働安全衛生法施行令（昭和47年政令第318号）の改正により、同年4月からその製造、輸入、使用等を禁止している。

今後とも石綿による労働者の健康障害の防止措置の実施を事業者に徹底させるとともに、現在使われている石綿についても、他の物質により代替できないか等を調査し、その結果を踏まえ、石綿の禁止措置について検討を行ってまいりたい。

4. 現在、市場に流通しているアスベスト含有建材について、製品名と製造者をそれぞれ明らかにされたい。明らかにできない場合は、国民がその情報を入手する方法について具体的に示されたい。

（答）現在、市場に流通している石綿含有建材について調査したところ、製品名、商品名及び製造者名は別表第1［省略］のとおりであった。

5. 現在、市場に流通しているアスベストを含有するもので建材を除いたものについて、製品名と製造者をそれぞれ明らかにされたい。明らかにできない場合は、国民がその情報を入手する方法について具体的に示されたい。

（答）現在、市場に流通している石綿含有製品（石綿含有建材を除く。）について調査したところ、製品名、商品名及び製造者名は別表第2［省略］のとおりであった。

6. アスベスト含有商品について、商品の製造者及び販売者は、アスベスト含有であること並びにそのリスクを消費者に分かりやすく明示すべきであると考えるが、どうか。

（答）石綿含有商品の販売に当たっては、パンフレット等に石綿含有商品である旨の表示をすること及び石綿含有建材には石綿含有建材であることを示す「a」マークを表示することを関係業界に対し指導しているところである。

個別の石綿含有商品自体に危険性を表示することについては、石綿含有建材に関しては、石綿がセメント等で固定されており、切断等を行わない限り靭帯への影響はないこと、パイプの接合部等に使用されるシール材等建材以外の石綿含有商品に関しては、消費者が直接触れる可能性は少ないこと等から、表示の必要はないと認識している。

7. アスベスト含有商品について、宣伝活動の際に、アスベスト含有であること並びにそのリスクを示さない製造者及び販売者がいると聞く。このような販売方法は、法令等で規制されているのか。規制されている場合は、その法令等を示されたい。規制されていない場合は、消費者に必要な情報が提供される方向で、早急に規制措置が必要であると考えるが、どうか。

（答）石綿含有商品の販売の際に、石綿含有商品であること及びその危険性を表示することを義務付ける法令は存在しないが、6についてで述べたとおり、石綿含有商品の販売に当たっては、パンフレット等に石綿含有商品である旨の表示をすること及び石綿含有建材には石綿含有建材であることを示す「a」マークを表示することを関係業界に対し指導しているところであり、また、関係業界のほとんどの企業がこのような表示を行っていることを確認していることから、新たな規制を導入する必要はないと考える。

8. メンテナンス作業員や電設作業員など、吹き付けアスベストを使用された場所等で作業を行う者が、アスベストの危険性や身体防護の方法など、必要な労務情報を入手するためには、どうすればいいのか。

（答）ビルメンテナンス作業や電気設備工事作業において、石綿の切断、穿孔、研磨等の作業を伴う際には、事業者は、特定化学物質等障害予防規則の規定により、石綿を湿潤な状態にするとともに、当該作業に従事する労働者に呼吸用保護具を使用させること、労働者が石綿を吸入しないように、作業の方法を決定し、労働者を指揮することが義務付けられており、当該作業を行う労働者は、事業者から当該作業に （→60頁に続く）

シックハウス症候群労災認定
ホルムアルデヒド中毒5例
遅れている職場での認識と対策

社屋移転で発病
激しい咳に蕁麻疹のような症状

「5月22日　勤務先の社屋移転。勤務先が改装工事中の中古ビルへ移転。20日～21日にかけて荷物は運び込まれていたため、この日は朝から新社屋へ出社し、荷物の整理をしていたが、事務所内にペンキのような臭いを感じ、その臭いに酔い、吐き気や頭痛を覚えた。その後も社内に異臭を感じ、頭痛や鼻・喉の違和感、目やになどの症状が出ていた。」

「6月2日　数日前からサンプル室など、人の出入りが少ない場所にしばらく居ると身体の痒みを感じるようになっていたが、この日、身体の皮膚の柔らかい箇所全体がデコボコになるようなジンマシンが出て、激しい痒みを覚えた。帰宅後、シャワーを浴びると症状は治まった。」

「6月5日　激しい喉の痛みと39度を越す発熱。風邪と思い、風薬と解熱剤を服用。」

「6月6日　熱は下がったものの、喉の痛みと鼻の不快感が増し、声が出難くなったため、市立病院の耳鼻咽喉科にて診察・検査を受け、薬を処方された。喉の痛みは少し治まったが、激しい咳が出るようになった。」

今月になって「シックハウス症候群」で労災認定を受けた花沢裕美子さん（38歳）の初期の病状報告である。

花沢さんは、1999年3月に家庭雑貨卸会社に契約社員として入社、一工夫を凝らした家庭雑貨を仕入れ、生活協同組合などに卸すその会社のオフィスで、商品の管理などの業務に従事していた。もちろん商品の中には、自然や人に配慮したことを売り物にする商品も含まれ、会社ではシックハウスなどという言葉も、商品知識としては常識のことだった。

そのオフィスが、大阪市北区天満橋のビルに移転したのが一昨年5月のことだった。

以降、市立病院の耳鼻咽喉科受診を皮切りに、通勤途中にある内科医院、耳鼻咽喉科などを転々とすることになる。激しい咳は薬で抑えるが、呼吸困難や目眩、吐き気を伴うこともあり、7月末になって受診していた医師に、何らかのアレルギー症状だろうと専門医療機関での診察を勧められたという。

出社も困難になってきたこの時期、主治医から会社に社内換気など対策の必要性が説明された。花沢さんは、自らも会社総務に対処を求めたが、返事は「産業医も判断しかねている」というものだった。

同年11月になって、大阪府の勤労者健康サービスセンターの存在を知って相談。アドバイスを受け、シックハウス症候群に理解のある耳鼻咽喉科を紹介されるとともに、労災保険請求の準備を開始することになる。

労災申請へ
会社は契約更新拒否

シックハウス症候群の労災保険請求は、前例がないため、受け付けた天満労働基準監督署は慎重な調査を開始、結果として1年半あまりの時間を経て業務上と認定されることとなった。

その間に会社のとった対応は、出社できないなら辞めてもらうというものだった。1年契約の社員なので、昨年3月の契約更新を行わないという対応だ。会社のせいで病気にかかっていて、しかも仕事上のつながりで迷惑をかけてはいけないと、休業中でも自宅から得意先等に電話するなどしていたにも関わらず、事実上の解雇というのは、花沢さんにとってどうにも解せない。

対処法を探っていて、会社の所在する地域にある地域労組に相談を持ちかけることになった。とりあえず労働組合に加入し、交渉の結果、労災請求中であるので契約は更新するという回答を得ることになった。

しかし、この時期すでに花沢さんの症状はひどく、殺虫剤などによる化学物質が蔓延している電車も乗れないので、労働組合担当者との打ち合わせもままならない。今年の3月の契約切れの際にも、会社は契約更新を拒否したが、大阪市内の労働組合に取り組みを求めることもできなくなった。やむを得ずタウンページで居住する箕面市にも地域労組が存在することを知り、現在所属する北大阪合同労組に加入することになったという。

つづく労災認定
潜在被災者はまだまだいる

さて、シックハウス症候群の労災認定は、花沢さんの事例をきっかけにマスコミでも報道されることになったが、同時期に認定のあった事例で、堺市五ケ荘保育所の非常勤保育士の例がある。昨年5月の園舎建て替え工事に伴い、仮設のプレハブ園舎に移った後、約10日後から、職員11人と園児15人に目や鼻の痛み、気道の炎症などの症状が出たという。非常勤保育士4名の場合は労災保険になるので、堺労働基準監督署がこの5月中に業務上として支給処分を行った。市職員である保育士らについても、現在、地方公務員災害補償基金大阪府支部に公務災害認定申請中となっている。

花沢さんの場合、堺市の場合ともに、業務上となった判断理由は、以下のとおりである。

(1) 職場の測定でホルムアルデヒドを検出
(2) 職場以外に他の要因がない
(3) 症状がホルムアルデヒド中毒に特有なもの
(4) 職場を離れると症状が改善する

「シックハウス症候群に初の労災認定」との記事が新聞に掲載されて以降、花沢さんのもとには「私も症状に苦しんでいる」という遠方からの被災者の連絡が少なくないという。化学物質による健康被害は、製造業の事業場で使う材料や溶剤等に含まれる物質に対する対策を考えていればよい状況ではなくなってきた。日常生活の中で便利さ、快適さのために使用されている化学物質が意図せざるところで健康被害を引き起こしているのが現状といえよう。

まわりの人たちに理解されず、病院に行っても大量の薬を処方されるだけというような状況の中で、何とか事実を受け止めてくれ、適切なアドバイスを受けられるところを探し当て、労災申請に辿り着いた花沢さん自身の努力によって結論が得られた。それにしても、症状を引き起こした事業所が、人にやさしいアイデア商品を卸す会社で、一たび社員に被害が出ると、解雇という対応しか考えつかなかったのは、まったく皮肉な話だ。

同種の悩みを抱える被災者は、全国に数多く、そのうち仕事に関連して発症した人の数も多いことが予想される。その意味で、今回の労災認定は大きな意味をもつといえよう。

関西労働者安全センター・西野方庸

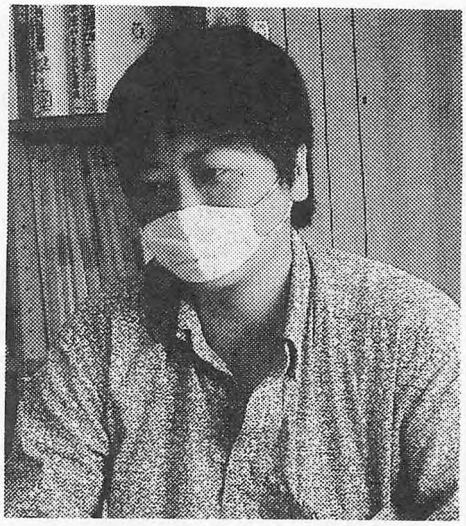
× × ×

この病気を理解してほしい
患者支援の輪が広がってほしい

社屋改装工事で発病し、労災申請してから結果が出るまで1年半かかりました。あらゆる化学物質に感応するため日常生活にも支障をきたすようになり、会社には切り捨てられ、仕事も健康も奪われ

て何もかも不安だらけです。安全性を謳った商品を生協へ納めている会社なので、きっと理解を得られると思っていたのに…精神的ショックは病気に追撃ちをかけました。独りで闘う体力も気力も無く途方にくれていたとき、産業衛生に詳しい先生と出会い助けられ、労災申請し、病院を紹介されました。まだ治療も手探りで、組合の力を借りて会社と交渉中ですが、家族・友人・先生方・組合と、多くの理解と助力を得て頑張っています。温かい人の心がいちばんの支えです。しかし、周りに理解されず、どこに相談すれば良いかも分からず、苦しんでいる患者さんも多いでしょう。今回この病気が労災認定を受けたことで、一般の人も企業も、国を含め様々な機関も、この病気を理解し、患者支援の輪が広がることを望みます。

シックハウス症候群被災者・花沢裕美子さん



● ホルムアルデヒド中毒の認定基準

日本の「職業病リスト」である労働基準法施行規則別表第1の2は、第4号に「化学物質等による次に掲げる疾病」を掲げ、その最初に、「1　労働大臣の指定する単体たる化学物質及び化合物（合金を含む。）にさらされる業務による疾病であって、労働大臣が定めるもの」を規定している。

この内容は具体的には労働省告示（昭和53年3月30日付け労働省告示第36号、改正平成8年3月29日付け労働省告示第33号）に定められており、告示の表中上欄「化学物質」欄で「脂肪族化合物」のひとつとして「ホルムアルデヒド」も指定され、表中下欄の、対象となる「症状又は障害」としては「皮膚障害、前眼部障害又は気道・肺障害」が定められている。

労働基準法施行規則別表第1の2の「第4号の1」関係の労災認定基準は、昭和53年3月30日付け基発第186号「労働基準法施行規則の一部を改正する省令等の施行について」で定められ、平成8年3月29日付け基発第181号「労働基準法施行規則の規定に基づき労働大臣が指定する単体たる化学物質及び化合物（合金を含む。）並びに労働大臣が定める疾病を定める告示の全部改正について」によって改正されている（前者は、現在のかたちの「職業病リスト」がつくられたときの通達、後者は、新たな化学物質を告示に追加［1995年3月号41頁参照］したのと合わせて、「症状又は障害の表現」の見直し等を行ったものである。）

今回の天満・堺両労働基準監督署の事例は、この「第4号の1」に該当する業務上疾病として認定されたということであるが、とくにどの認定基準に従ったということではなく、14頁に記載した4点を判断の根拠としたとして説明されている。

● ホルムアルデヒド中毒の事例

なお前記通達では、「告示の表中上欄に掲げる化学物質にさらされる業務に従事した労働者に発生したことのある症状又は障害例を別紙3に掲げる」とされているが、別紙3（省略）には、ホルムアルデヒドの事例はあげられていない。また、既報のとおり、情報公開法の施行により、各化学物質ごとの労災認定件数が、1999、2000年度分については判明したが、そこにも、ホルムアルデヒドによる認定件数はない（1・2月号39頁参照）。中央労働災害防止協会発行の『化学物質の危険・有害便覧』では、以下のような「災害事例」が記載されている。

(1)　釣ざお製造工場でフェノール樹脂を使用していた者が、ホルマリンにより皮膚炎を起こした。

(2)　シールド工法による下水道管敷設工事におい

て地盤を固めるため使用した尿素系薬剤からホルムアルデヒドが発生し中毒した。

(3) 尿素樹脂系接着剤の製造工程中、冷却水を送るポンプが故障し反応装置内のホルムアルデヒドが凝縮されない状況になっていたとき仕込口の蓋を開け、多量のホルムアルデヒドを吸入、(防毒マスクを使用せず)中毒を起こした。

(4) ホルマリン専用車からタンクローリーにホルマリンを移送中、ホースの継手フランジより漏えいがあったので、ホルマリンが噴出し顔面にかかった。

(5) 砂と硬化剤を混合し鋳型を作る作業に従事していたところ、微粉の付着等により、硬化剤中に含まれるホルムアルデヒドで、皮膚炎を起こした。

● シックハウス症候群、化学物質過敏症

いずれにしろ、いわゆる「シックハウス症候群」としてホルムアルデヒド中毒が労災認定されたのは、今回が初めてのことで、「シックハウス」あるいは「化

平成8年3月29日付け基発第181号

「労働基準法施行規則の規定に基づき労働大臣が指定する単体たる化学物質及び化合物(合金を含む。)並びに労働大臣が定める疾病を定める告示の全部改正について」

〔解説〕

(1) 列挙疾病の選定、分類について

告示に掲げられている化学物質による疾病(がんを除く。以下この(1)の項において同じ。)の選定、表記等に関する基本的な考え方は、以下に掲げるとおりである。

イ　列挙疾病の選定

原則として、次の(イ)及び(ロ)に該当する疾病のうち、通常労働の場において発生しうると医学経験則上評価できるものを列挙疾病として評価した。

したがって、症例の報告があるものでも、それが事故的な原因による疾病や総取扱量が極めて少ない化学物質による疾病のように、一般的には業務上疾病として発生することが極めて少ないものは除かれている。

(イ) わが国において症例があったもの

(ロ) わが国において症例がなくとも、諸外国において症例が報告されているもの

ロ　疾病の分類

各化学物質の化学構造式の類似性、人体への有害作用等の差異に配慮しつつ、有害因子たる化学物質の種類ごとに分類(必要に応じ細分類)されている。このうち、「農薬その他の薬剤の有効成分」については、おおむね以下に掲げる点で主として工業原料に用いられる一般の化学物質と異なるため、告示の表中で独立の分類項目とするとともに、略称等を付してわかりやすく表記した。

(イ) 農薬の有効成分である化学物質の多くは、化学構造式及び化学名が複雑であるうえ、一般には略称ないし通俗名が用いられており、化学名によって一般の化学物質の中に配列すると関係者の検索が容易でないこと。

(ロ) これらの物質による業務上疾病は、製造過程の労働者と異なり、科学的情報を十分持たない使用過程の労働者において発生する可能性が高いので、その検索の便宜を図る必要があること。

(ハ) 生物に対する毒性が強いほか、利用目的が特定されていること。

なお、砒素及びその化合物、臭化メチル等の物質は一般工業原料と農薬の両方に使用されているが、これらの物質は一般工業原料としての化学物質の中で分類記載し、農薬その他の薬剤の有効成分には再掲していないので、留意すること。

ハ　化学物質の配列

化学物質は上記ロに掲げる疾病の分類に対応して分類配列されているが、各分類項目中の個々の物質については化学物質の名称の50音順により配列されている。

ニ　疾病内容の記載等について

(イ) 症状又は障害の例示

疾病の内容ないし病像については、労働の場で起こった症例のうち、文献において共通的に現れた症状又は障害を「主たる症状又は障害」として掲げたものである。したがって、動物実験等により人体に対する有害作用が推測されるにとどまっているような症状・障害あるいは化学物質への高濃度ばく露を受けて急性中毒死した場合等の際にみられる一般的でない障害や二次的な障害は原則として記載されていない。

次に、告示の表中下欄に掲げられている症状又は障害が「主たる症状又は障害」である旨記載され

学物質過敏症」等が社会的に関心が寄せられている中で、大いに注目される。

ちなみに、今(2002)年3月に労働調査会から厚生労働省労働基準局労災補償部補償課編で『改訂3版 業務上疾病の認定 資料集』が発行されているが、「化学物質過敏症」も取り上げられ、24頁囲みに示したような「解説」、および「化学物質過敏症と他の類似疾患との関連について」記載されている。

これによると、「シックハウス症候群」と「化学物質過敏症」を区別しているようにも読めるが、その「化学物質過敏症」も認定され得ると明記されたことによって、今後、具体的に認定事例が蓄積されていくことを期待したい。

既報のとおり、情報公開法の施行を踏まえて全国安全センターが明らかにさせた平成10～12年度の委託研究一覧(3月号巻末参照)をみると、「災害科学に関する委託研究」として平成10年度に「化学物質過敏状態に関する調査」、平成11年度に「化学

ているのは、これらの症状又は障害以外の症状又は障害の現れた疾病であっても業務との因果関係の認められるものについては本規定が適用される場合のある趣旨を明らかにしたものである。

なお、告示の表中上欄に掲げる化学物質にさらされる業務に従事した労働者に発生したことのある症状又は障害例を別紙3に掲げる。これらの症状又は障害はいずれも症例報告の中にみられるものであるが、これらの中には特異的なばく露条件でのみしか起こりにくいと思われるもの、同時にばく露を受けた他の化学物質による影響が否定できないものなど医学的には必ずしも一般的な形における当該物質との関連性が明らかにされていないと考えられるものが含まれているので留意する必要がある(これらの認定については、(注:昭53.3.30)186号通達の第3の1参照。)。

別紙3に記載した症状又は障害の現れた疾病であって療養を要するもののうち、同別紙の表の左欄に掲げる化学物質に起因したと認められる疾病に対しては、原則として本規定が適用される。しかし、これらの疾病に続発して、ないしは後遺症として生じた疾病又は同表左欄に掲げる化学物質以外の化学物質によって発生したと認められる疾病については、別表第4号8の規定が適用される。

(ロ) 症状又は障害の記載の順序

主として急性症状として疾病の初期に現れる自覚症状たる「頭痛、めまい、嘔吐等の自覚症状」を最初に掲げ、次いで、他覚所見について、原則としてそれぞれの因子に特徴的なものから順次掲げている。このうち、特に皮膚障害については、直接皮膚に受けたばく露の影響によるものが多いので、他覚所見の中では第一番目に掲げられている。

× × ×

(以下、ホルムアルデヒド関連の「症状及び障害」についての解説のみ抜粋)

「症状又は障害の記載の順序」としては、「主として急性症状として疾病の初期に現れる自覚症状たる『頭痛、めまい、嘔吐等の自覚症状』を最初に掲げ、次いで、他覚所見について、原則としてそれぞれの因子に特徴的なものから順次掲げている。このうち、特に皮膚障害については、直接皮膚に受けたばく露の影響によるものが多いので、他覚所見の中では第一番目に掲げられている」。

「『皮膚障害』とは、刺激作用(感作性及び光過敏性を含む。)及び腐食作用によって生じる皮膚(爪を含む。)の障害をいい、皮膚の発赤、腫脹、発疹、潰瘍、色素異常(沈着又は脱失)等がみられる。皮膚障害を生じさせる代表的な化学物質としてはアンモニアを始めとして数多くのものがある。多くは接触性皮膚炎を示すが、クロム及びその化合物による潰瘍、砒素及びその化合物による色素異常はよく知られている。」

「『前眼部障害』とは、化学物質の刺激作用によって生じる主として結膜又は角膜の障害をいい、結膜炎、角膜炎等がある。なお、酸又はアルカリが眼内に異物として侵入し、これらの物質の腐食作用によって起こる眼障害(第1号の規定が適用される。)及び化学物質の経気道吸収又は経皮吸収によって起こる視覚障害、視神経障害、色視野障害等の神経系の眼障害(上記(ホ)「神経系の疾病等」参照)は含まない」。

「『気道・肺障害』とは、気道及び肺の上皮組織に対する刺激作用又は感作作用によって生じる障害をいい、鼻炎、咽頭炎、喉頭炎、気管支炎、喘息、肺胞炎、肺炎及び肺水腫等がある。気道・肺障害を生じさせる化学物質としてはアンモニアを始めとして数多くのものがある。」

物質過敏症の認定法等に関する諸外国の研究」、平成12年度には「認定要件設定等のための調査研究」として「化学物質過敏症と他の類似疾患との関連について」が、いずれも相澤好治・北里大学教授を

平12年6月30日付け生衛発第1093号 別添1

ホルムアルデヒドの室内濃度指針値について

1 ホルムアルデヒドの健康影響評価の考え方

ホルムアルデヒドの健康影響評価については、WHOの欧州地域専門家委員会が既に膨大な毒性データを基に各分野の専門家を集めて検討し、その見解がほぼまとまりつつある。このため、我が国の居住環境におけるホルムアルデヒドの室内濃度指針値の検討に当たっては、WHOの欧州地域専門家委員会におけるこれまでの評価結果の妥当性について考察することとし、独自に文献を収集してその評価を行った。

2 WHO欧州地域専門家委員会の健康影響評価

WHO欧州地域専門家委員会が行っているホルムアルデヒドの健康影響評価の概要は、以下のとおりである。

1）WHO欧州地域専門家委員会におけるガイドライン値の設定

短期間の暴露でヒトが鼻やのどに刺激を感じる最低の濃度は0.1mg/m^{3}である。ただし、さらに低い濃度でホルムアルデヒドの臭気を感じる人達もいる。

一般的な人達における明らかな感覚刺激を防ぐために、30分平均値で0.1mg/m^{3}の空気ガイドライン値を勧告する。

このガイドライン値は鼻腔粘膜の細胞毒性の推定閾値より1桁以上高い値であるので、ヒトにおける上部気道のがんのリスクを無視しうる暴露レベルである。

2）WHO欧州地域専門家委員会におけるガイドライン値の設定根拠

ヒトがホルムアルデヒドに暴露された時の主な症状は目、鼻及び咽頭の刺激であり、濃度依存性の不快感、流涙、くしゃみ、せき、はきけ等呼吸困難で、高度の場合には死に至る。

気道上皮の扁平上皮化生や軽度の異形成がヒトで報告されているが、これらの所見にはホルムアルデヒド以外の物質に同時に暴露された影等が含まれている可能性がある。

高濃度のホルムアルデヒド暴露によりラットに鼻腔がんが発生することは明瞭な知見であり、マウスにも同様の影響のあることが予想されるホルムアルデヒドはいくつかのin-vitro及びin-vivoの試験系で遺伝的毒性が示されている。また、高濃度のホルムアルデヒドによる職業的暴露と鼻咽頭腔及び副鼻洞がんとの間に関連性を示す疫学的知見がある。

ホルムアルデヒドに対するヒトでの反応には大きな個体差がある。健康な被験者では0.1mg/m^{3}を超える濃度で刺激の兆候が明らかに増加する。1.2mg/m^{3}以上で症状の増大が引き起こされる。健康な非喫煙者及び喘息患者の肺機能では、3.7mg/m^{3}までのレベルのホルムアルデヒドに暴露された場合でも変化がなかった。WHOのワーキンググループでは、これらの研究で観察された作用は、平均値よりもピーク値の濃度が関係すると推測した。

ヒトの鼻腔粘膜においてホルムアルデヒドが細胞増殖的な変化を引き起こすとする知見がある。報告されている平均暴露レベルは、0.02から2.4mg/m^{3}にあり、短時間でのピーク値は、5から18mg/m^{3}の間にあるがホルムアルデヒド暴露と鼻咽頭腔のがんとの関連については、観察症例数や期待症例数が少ないため結論には至っていないが、疫学的研究からは因果関係のあることが示唆されている。また、ホルムアルデヒドにある比較的高濃度の職業的暴露と副鼻洞がんとの関連については疫学的な観察がある。最近のIARCワーキンググループは、現在入手できる発がん性のデータではホルムアルデヒドのヒトでの発がん性に関する知見は限定的であると解釈し、ホルムアルデヒドは、"ヒトに対し恐らく発がん性がある（2A）"と分類された。

ホルムアルデヒドはラットの鼻腔発がん物質である。16.7mg/m^{3}レベルで暴露されたラットでは鼻腔がんが明らかに発生したが、用量反応曲線は非直線的であり、低濃度では、リスクは比例的ではなく極めて低いものであった。また、鼻腔気道上皮における非腫瘍性及び腫瘍性病変を分析したところ、用量反応曲線は、腫瘍性病変、細胞回転、DNA—蛋白質の交叉結合、および過剰増殖のいずれもほとんど同じであった。このように一致の度合いが近いことは、観察された細胞毒性、遺伝子毒性および発がん効果が密接に関係することを示している。結論として、細胞毒性によって引き起こされた過剰増殖が、ホルムアルデヒドによる鼻腔腫瘍の形成に重要な役割を果たしていることが推察

主任研究者として委託されている。

補償課編『資料集』の「化学物質過敏症と他の類似疾患との関連について」の項は、平成12年度委託研究の「総説」—「化学物質過敏症に関する最近

される。

ラットとヒトでは呼吸経路の解剖学的、生理学的な違いが認められるが、呼吸経路の防御機構は類似している。したがって、ホルムアルデヒドに対するヒトでの呼吸経路の粘膜の反応がラットのそれと同様であると考えても間違いではないであろう。即ち、呼吸経路の組織が繰り返し障害を受けなければ、ヒトが低濃度かつ細胞毒性の起こらない濃度のホルムアルデヒドに暴露されたとしても、発がんリスクは無視しうると考えることができる。これは約1mg/m³を超える濃度で鼻咽頭腔及び副鼻洞がんのリスクが大きくなるという疫学的な結果と一致している。

3 ホルムアルデヒドの毒性評価

ホルムアルデヒド毒性評価ワーキンググループにおいて調査したホルムアルデヒドの毒性の概要は次の通りである。

① 遺伝毒性

- DNA損傷、DNA鎖切断、不定期DNA合成試験では陽性との報告例が多い。[1)]
- in vitro遺伝子突然変異試験および染色体異常試験では、陽性との報告例が多い。[2),3)]
- DNA—protein cross—linksを形成する。[2)]
- 変異原性は、細胞毒性が生じる比較的高濃度で発現する。[1)]
- in vivo動物試験による変異原性は陰性である。(IARC 1987)

これらの結果より、in vitro遺伝子毒性は明らかであるが、in vivo遺伝子毒性は明らかではない。

② 発がん性

- Monticelloらの長期発がん性試験では、ラットに扁平上皮がんを主とする鼻腔腫瘍が18mg/m³(15ppm)群で147例中69例に、12mg/m³(10ppm)群で90例中20例に、7.2mg/m³(6ppm)群で90例中1例にみられている。しかしながら、これらの濃度で認められた鼻腔における扁平上皮がんの発生部位は、いずれも鼻腔粘膜で最も傷害性が高く現れる部位である。一方、2.4mg/m³(2ppm)ではなんら変化も認めない。[4)]
- 発がんメカニズムの研究報告によると、7.2mg/m³以上では鼻腔上皮細胞の細胞増殖活性が認められるが、2.4mg/m³では変化を認めず、明らかな閾値を認めている。[5)]
- Kernsらによれば、7.2mg/m³以上ではDNA合成の有意な増加を認めるが、2.4mg/m³では増加が認められない。[6)]
- (細胞傷害)修復性の細胞増殖および過形成は、7.2mg/m³では認められるが、2.4mg/m³以下では認められない。[7)]
- 多数の用量—反応関係の研究から、腫瘍の出現する濃度は明確で発生部位が定まっており、その局所における分布・代謝及び細胞増殖活性から、閾値が明確に示されていると判断される。[4),5),8)]
- また、細胞増殖において非線形的反応を示す。[4),5),8)]

以上のように、ホルムアルデヒドは、いくつかの実験において遺伝子毒性が見られ、長期吸入暴露試験において鼻腔上皮細胞に増殖～腫瘍発生(がん)がみられることから、発がん性のあることは否定できない。しかしながら、このがん発生は鼻腔上皮の粘膜において傷害性(細胞毒性)を引き起こす高濃度での発がんであること、変異原性試験においても細胞毒性を起こすレベルで陽性結果が認められること、ヒトでの疫学調査で暴露グループに必ずしも発がんリスクが明らかでないこと[9),10),11),12)13),14)]、in vivo動物試験では変異原性は陰性であることなどから、閾値の存在が明確に示唆されているものと考えられる。

③ 刺激性、その他の毒性

- ヒトにおいて刺激感覚が生じる1.2mg/m³で、動物での刺激性による回避行動がみられる。[15)]
- ホルムアルデヒド喘息(疑)患者の試験では3.6mg/m³の暴露では喘息症状の誘発はみられず、呼吸機能にも変化は認められていない。[3)]

4 我が国の居住環境におけるホルムアルデヒドの室内濃度指針値の検討

これらの考察により、WHO欧州地域専門家委員会の評価は、我が国においても妥当なものと考えられる。したがって、一般的な人達における明らかな刺激感覚を防ぐことを指標として、30分平均値で0.1mg/m³を指針値とすることが適当である。

しかしながら、さらに低い濃度暴露レベルでもホルムアルデヒド臭を感じる人もいることに留意する必要がある。 (参考文献省略)

の文献レビュー」の内容と同一のようであるが、独自に入手した委託研究報告書からその部分を25頁に紹介する。

なお、後掲の平成12年6月30日付け生衛発第1093号「室内空気中化学物質の室内濃度指針値及び標準的測定方法について」の「(別添1)ホルムアルデヒドの室内濃度指針値について」は、「シックハウス症候群」予防という観点からホルムアルデヒドの健康影響に関する簡単なレビューをしているので、前述の「第4号の1」関係の労災認定基準の関係部分との対比も含めて、参考のために両者を20-23頁の囲み記事で紹介しておく。

化学物質過敏症の労災認定 厚生労働省の【解説】

I 化学物質過敏症とは

一般的に化学物質過敏症とは、「多量又は長期にわたって化学物質にばく露されると、体内の受容体が感受性を獲得し、その後に極めて微量の同系統の化学物質に接することにより種々の症状を呈する状態」と説明されていますが、定義・名称は研究者により一定ではありません。

最初にある程度の量の物質にばく露されると感作され、二度目以降は同じ物質に少量でもばく露されても発症する「アレルギー疾患様」と低濃度の化学物質に反復ばく露され、体内に蓄積し慢性的な症状をきたす「中毒性疾患様」を兼ね備えています。時には最初にばく露された物質と二度目にばく露された物資が異なる場合もあり、これは多種化学物質過敏症と呼ばれています。

考えられる原因物質としては化学薬品(殺虫剤、抗菌剤など)、有機溶剤(塗料、芳香剤など)、衣料・布などに含まれる防災・可塑剤、その他(大気汚染物質)など様々なものがあります。

なお、化学物質過敏症と類似の症状を示す疾病としてシックハウス症候群があります。シックハウス症候群とは、住宅に使用される建材等から室内に発散するホルムアルデヒド等の化学物質により、目や喉の刺激等人の健康に影響を与えますが、比較的濃度の高いばく露により生ずるものといわれています。

(1) 主な症状

症状は多臓器多発性であり、アレルギー様症状と自律神経系の症状を主体として以下のようなものが挙げられます。

自律神経障害: 発汗異常、手足の冷え、易疲労性
精神障害: 不眠、不安、鬱状態、不定愁訴
気道障害: 咽喉痛、口渇
消化器障害: 下痢、便秘、悪心
眼科的障害: 結膜の刺激障害、調節障害、視力障害、
内耳障害: めまい、ふらつき、耳鳴り
運動器障害: 筋力低下、筋肉痛、関節痛、振せん
循環器障害: 動悸、不整脈、循環障害
免疫障害: 皮膚炎、喘息、自己免疫異常

II 労災補償について

化学物質過敏症は、その原因となる物質を直接取り扱っている場合のみならず、新築建物の内装工事に従事した場合や事務所などが新築建物に移転した場合などに発生する可能性が考えられます。

化学物質過敏症は、症状そのものには特徴がなく、不定愁訴に類似するものが多いため、軽い疲労や軽度の感冒のみならず、自律神経失調症、心身症、更年期障害との区別が難しいとされています。基本的には、ばく露を受けた化学物質の特定、具体的な症状又は障害の把握に加え、化学物質のばく露量・時期と症状の発見時期、程度等について調査の結果、疾病の発生が業務に起因するものと認められれば、業務上として認定されます。

平成12年度認定要件設定のための調査研究・委託研究報告書

化学物質過敏症と他の類似疾患との関連について

はじめに

近年、シックハウス症候群や化学物質過敏症という耳慣れない病名が社会的問題になっている。このような状態を独立した疾患として認めるべきかについて議論は、1996年2月にベルリンで行われた国際化学物質安全プログラム(International Programme on Chemical Safety)でも行われ、そこではidiopathic environmental intolerances(本態性環境不寛容状態)と命名された。

いろいろな名前で呼ばれているこの疾患概念は、診察や検査ではほとんど異常はみられないが、微量の化学物質曝露により誘発される非特異的で多彩な症状を訴える状態である。

化学物質を取り扱う機会の多い職場で、本症がどの程度の意味を持つか明らかではないが、他疾患との鑑別、労働の場での既存の問題についての最近の論文を紹介する。本報告書が労働補償行政に役立つことが出来れば幸いである。

化学物質過敏症に関する最近の文献レビュー

1. 歴史的背景

この疾患概念の発生はかなり古く、環境病(environmental illness)という名称は臨床生態学(clinical ecology)活動の創始者であるRandolphにより初めて提唱された。Randolphは1950年代に多数の症例報告や理論を報告し、本疾患が近年になり製造されるようになった合成化学品に対する適応障害に起因すると主張した[1]。

その後Cullen[2]は、1987年化学物質曝露により呼吸器症状を呈した後、香水などの吸入に誘発されて多彩な症状を呈する一群の症例を報告し、多種化学物質過敏症(Multiple chemical sensitivity, MC)と命名した。

類似の状態は、30種類もの名称で呼ばれており、疾患概念の統一が完全にはなされていないのが現状である。湾岸戦争に従事した軍人の中に、復員後強い疲労感、皮疹、筋・関節痛、頭痛など多彩な症状を訴える者がおり、慢性疲労症候群あるいは化学物質過敏症と診断され米国では現在も、社会問題となっている[3]。これらの症状は毒ガス予防薬、殺虫剤曝露によると考えられている。

日本には石川[4]が化学物質過敏症として日本に紹介し、多くの症例を診察し研究しているので、ここではこの名称を用いる。

2. 最近の考え方

このような状態を独立した疾患として認めるべきかについて議論は、1996年2月にベルリンで行われた国際化学物質安全プログラム(International Programme on Chemical Safety)でも行われ、そこではidiopathic environmental intolerances(本態性環境不寛容状態)と命名された[5]。

その理由は、多種類化学物質過敏症という病名が、第一に証明されていないにもかかわらず環境中化学物質との因果関係を示していること、第二に臨床的に定義された疾患でないこと、第三に認められた病態を基盤としておらず、有用な診断基準もないためである。しかし、症状を訴える患者が存在することは明らかなので専門家の援助を必要とすることを認め、この病態、疫学、予防の研究が率先して行われるべきと勧告している。

3. 症状と特徴

米国の一般人口では、毎日のようにおきる症状を示す者は3.9%、軽症は15-30%ともいわれている[6]。性別に見ると、診断基準にもよるが、40歳代の女性が多く、男女比は1:4で女性に多くみられる。

発症が徐々であるものが多く、多臓器症状を示し。症状は臓器別にみると多臓器に亘り、頻度別では集中力の低下、不眠、健忘などの精神または神経症状が6割以上の例にみられ、関節痛、筋肉痛、筋肉の不快感が5割位、咽頭痛や微熱などの炎症症状、便秘、下痢・腹痛などの消化器症状も4割程度の例でみられる。このように自律神経症状や精神神経症状を呈するものが多い。

4. 発症機序

かなり大量の化学物質に暴露し急性中毒症状が発現した後か、長期にわたり暴露した場合、かなり少量の化学物質に曝露して症状を呈する。最初の曝露により、低濃度の化学物質曝露に対して寛容を失い、以前は無反応であった化学物質曝露により症状を呈するようになると考えられている。またマスキング(馴化)により曝露と症状の関係が不明瞭となり原因が分からなくなることが多い[7]。

一方、心理的な要因も感受性に影響する可能性も指摘されている。

5. 原因化学物質

症状を誘発したと考えられる環境化学物質は枚挙にいとまがない程多いが、原因物質の同定は困難であり、量反応関係を検討した報告はない。主な原因物質を以下に挙げる。

1) ホルムアルデヒド

ホルムアルデヒドは粘膜、呼吸器への刺激が強く、シックハウス症候群の主な原因としても取りあげられている。建築材料、家具に含まれる接着剤、防腐剤などから発散され室内を汚染する。煙草の煙や自動車の排気ガス中にも含まれている。

2) 有機溶剤

シンナーの主成分であるトルエン、キシレンなどの有機溶剤は粘膜刺激作用と麻酔作用があり、原因物質と考えられる。トリデカン、アセトンなど揮発性有機化合物(volatile organic compounds, VOC)の総量を規制しようとする考え方もある。

3) 有機リン

シロアリ駆除剤に使われるコロロピリフォスや衣料・繊維・カーテン、絨毯などに含まれる殺虫剤も原因になると考えられる。

6. 労働との関係

前述したCullen[2]の報告例は職場での化学物質曝露が発症の契機となった。その後も職域での発生事例があり、航空機器製造工場で労働者200人の半分以上が、めまい、吐き気、頭痛、疲労感などを訴える事件がおき、ホルムアルデヒドの曝露が原因と考えられた例もある[8]。

Tabershaw & Cooper[9]は235人の職業性有機リン中毒症例の半数を3年以上追跡し、43人は6カ月以上持続する視覚、消化器、呼吸循環器、精神神経、殺虫剤の臭気に耐えられないなどの後遺症を持っていたと報告している。

Gyntelberら[10]は職業病外来に紹介された160人の有機溶剤曝露関連症状を呈した患者のうち20人が微量の有機溶剤曝露に耐えられなくなり眩暈を主症状とすると述べ、さらに30例の同様な症例を追加している。

Davidoffら[11]は以前ガソリンスタンドがあった地下を地下鉄建設中の77作業者を追跡調査したところ、26.7%が化学物質過敏症を発症していたと報告している。

日本では住宅での発生がほとんどであるが、職域で化学物質過敏症が十分認識されていないために少ない可能性もある。

7. 臨床検査

1) 暴露試験

原因物質と考えられる物質を低濃度、被験者に曝露させて症状を誘発する方法で、どこでも行える方法ではないが、本症を評価するには適切なものと思われる。日本でも平成11年から北里研究所病院環境医学センターに開設されており、その成果が期待される。

2) 心理的評価

言語記憶に僅かな差を認め、視覚記憶での作業

の低下がみられている。遠乗ら[12]の調査では、不安尺度が高い傾向が見られている。

3）神経生理学的検査

脳波や脳循環機能検査が評価に用いられている。

4）嗅覚

本症に、嗅覚の亢進が見られることがあるが、これは嗅覚閾値の低下によると考えられる。嗅覚閾値以上の濃度のphenyl ethyl alcohol（PEA）を化学物質過敏症例は灼熱感として知覚し、健常人より不快に感じるとの報告もある。

5）視覚

視覚系感覚器の検査として、眼球運動検査、瞳孔対光反応検査、視覚空間周波数特性などが試されているが、瞳孔対光反応による自律神経パターン分析や眼調節反応の分析が有用とされている[13]。

6）免疫機能

化学物質過敏症例では、血清免疫グロブリン濃度の上昇、ホルマリンのような化学物質に対する抗体、自己抗体の出現、リンパ球亜群の変化が観察されているが疑問視する報告もある[14]。

8. 診　断

本症が他種類の化学物質に対して耐性に乏しい状態と想定すれば、類似の症状を呈する他の疾患の可能性を除外した上で、疑わしい化学物質を曝露し症状を再現することが診断につながる。1996年のWHOの会議でもこの点が強調され、現病歴、理学的所見、心理・精神医学的評価、臨床検査により既知の疾患を除外した後に本症を診断すべきとされている[5]。

日本では、石川らが300人以上の症例を基に、厚生省アレルギー研究班の協力で4つの主症状、9つの副症状、神経眼科的検査からなる診断基準を作成している[4]。

鑑別診断を要する疾患としては次のものがある。

1）嗜癖、アレルギー、中毒

本症は嗜癖、アレルギー、中毒といくつかの共通点を持っている。中毒と同様、環境中の化学物質により症状が発現するが、病態的には感作と誘発というアレルギーと類似点を持っている。また嗜癖と同様、離脱症状を示すが、薬剤だけでなく環境中化学物質に反応するところが異なる。

2）精神疾患

微量の化学物質の曝露後発作様の症状が出現し、同じ様な環境下で繰り返し症状が現れるところは、パニック障害とにている。また本症を身体化障害の一種と考えたり、うつ病などの気分障害や不安障害、外傷後ストレス障害などとの関連を強調する報告もある[15]。

3）慢性疲労症候群

慢性疲労症候群は類似するが、環境要因の曝露歴がない点が異なる。しかし慢性疲労症候群の20-37%に化学物質に対する重症の不寛容があり、逆に化学物質過敏症の30%は慢性疲労症候群の診断基準に適合するとの報告もある[16]。

4）線維筋肉痛

線維筋肉痛はしばしば化学物質過敏症を示唆する症状など筋肉以外の症状を訴える。また線維筋肉痛症60人のうち33人に化学物質不寛容があるとの報告がある[17]。

5）シックビル・シックハウス症候群

シックビル症候群は密閉され、換気が不十分な建物の中で、粘膜の刺激により生じるとされている。シックハウス症候群は日本で命名された疾患で、新改築後に発症する刺激症状や化学物質過敏症と同様な症状を呈する。これらは発症の場所からつけた名称で、化学物質過敏症は原因から付けた名称であり、当然重複する例が多い。

9. 治療と対策

本症の原因と病態生理が判明していない状況では、根本的な治療・対策は存在しない。できるだけ化学物質曝露を減らすことが唯一の対策である。効果が期待される対症療法については、いくつかの報告がなされている。米国医師会は、原因物質からの回避が最も有効で、患者の食事制限や自宅・転居先での化学物質の少ない部屋の設置、重症例での専用の隔離施設利用などを挙げている。また患者の適応力強化のための心理療法や体内からの化学物質の排出促進も勧められている。

（参考文献省略）

職域における屋内空気中のホルムアルデヒド濃度低減のためのガイドライン

平成14年3月15日付け労働基準局長通達

ホルムアルデヒドは特定化学物質等障害予防規則の第3類物質、トルエンとキシレンは有機溶剤中毒予防規則の第2種有機溶剤であり、各規則による規制も受ける。パラジクロロベンゼンについては、平成9年2月6日付け基発第80号で「健康障害防止指針」が策定されていることにも留意されたい。

基発第0315002号
平成14年3月15日
都道府県労働局長殿
厚生労働省労働基準局長

職域における屋内空気中のホルムアルデヒド濃度低減のためのガイドラインについて

近年、住宅に使用される建材等から室内に発散するホルムアルデヒド等の化学物質に室内空気が汚染されること等により、目、鼻、のど等への刺激、頭痛等の多様な症状が生じる、いわゆる「シックハウス症候群」が問題となっている。

厚生労働省労働基準局では、シックハウスに関連するホルムアルデヒド等の化学物質（以下「シックハウス関連化学物質」という。）についての職域における対策を検討するため、「職域におけるシックハウス対策に関する専門検討会」を設け、シックハウス関連化学物質の空気中濃度の実態の把握、指針値の検討等を進めてきたところである。

今般、労働者の健康リスクの低減に資するため、別添1のとおり「職域における屋内空気中のホルムアルデヒド濃度低減のためのガイドライン」を策定したので、事業者に対し、本ガイドラインの周知を図られたい。

なお、関係事業者団体に対し別添2のとおり同ガイドラインにつき周知方協力を要請したので了知されたい。

別添1

職域における屋内空気中のホルムアルデヒド濃度低減のためのガイドライン

1　趣旨

近年、住宅に使用される建材等から室内に発散するホルムアルデヒド等の化学物質等により、目、鼻、のど等への刺激、頭痛等の多様な症状が生じるいわゆる「シックハウス症候群」が問題となっている。

このため、職域における屋内空気中のホルムアルデヒドの濃度の指針値及び事業者が講ずべき具体的措置を示すことにより、ホルムアルデヒドの濃度の低減を図り、もってホルムアルデヒドによる労働者の健康リスクの低減に資するものとする。

2　事業者が講ずべき措置

事業者は、職域における屋内空気中のホルムアルデヒドの濃度を0.08ppm以下とし、ホルムアルデヒドによる労働者の健康リスクの低減を図るため、以下の措置を講ずるよう努めること。

ただし、ホルムアルデヒド又はホルムアルデヒド蒸気を発散させる製品若しくは原材料を製造し、又は取り扱う作業場であって、作業の性質上当該濃度以下とすることが著しく困難な作業場（以下「特定作業場」という。）については下記3によること。

(1) 濃度の測定

職域において屋内空気中にホルムアルデヒド蒸気が発散しているおそれがある場合は、別紙に定めるところにより、空気中のホルムアルデヒドの濃度を測定すること。

屋内空気中にホルムアルデヒド蒸気が発散しているおそれがある場合としては、以下のような場合がある。

ア　目、鼻、のど等への刺激を感じる者がいる。

イ　ホルムアルデヒド蒸気を多く発散すると考えられる建材、家具等が多く使用されている。

ウ　屋内の換気が不十分である。

なお、一般の事務所等におけるホルムアルデヒド蒸気の発散源としては、合板、繊維板等の建材、オフィス家具、カーペット等に使用されているホルムアルデヒドを含有する接着剤、防腐剤等がある。

(2) 濃度低減のための措置

上記(1)の結果、屋内空気中のホルムアルデヒドの濃度が0.08ppmを超える場合には、次に掲げる措置のうち、当該作業場において有効な措置を講ずることにより、当該濃度を超えないようにすること。

ア　換気装置の設置又は増設

イ　継続的な換気の励行

ウ　発散源となっている合板、繊維板等の建材、オフィス家具、カーペット等の撤去又は交換

エ　発散源のコーティング等の封じ込め措置又は有効な吸着剤等の使用

(3) 就業上の措置

シックハウス症候群に関連した症状を訴える労働者に対しては、産業医等の意見に基づき、就業場所の変更等の必要な措置を講じること。この場合、必要に応じシックハウス症候群について詳しい医師、医療機関等の意見を参考にすること。

(4) 相談支援体制の活用

本ガイドラインに基づく措置を実施しようとする事業者への支援のため、中央労働災害防止協会安全衛生サービスセンターにおいては、職域における屋内空気中のホルムアルデヒドの濃度の測定及び濃度の低減のための措置に関する相談に応じることとしており、また、労働福祉事業団の東京労災病院(産業中毒センター)及び都道府県産業保健推進センターにおいては、産業医、衛生管理者等からの相談に応じることとしているので、これらの相談支援体制を積極的に活用すること。

3　特定作業場において事業者が講ずべき措置

事業者は、特定作業場については屋内空気中のホルムアルデヒドの濃度を0.25ppm以下とし、ホルムアルデヒドによる労働者の健康リスクの低減を図るため、以下の措置を講ずるよう努めること。

(1) 濃度の測定

別紙に定めるところにより、屋内空気中のホルムアルデヒドの濃度の測定を行うこと。

なお、設備の新設・更新、作業工程、作業方法の変更等があった場合には、必要に応じて作業場所の濃度の測定を行うこと。

(2) 濃度低減のための措置

上記(1)の結果、屋内空気中のホルムアルデヒドの濃度が0.25ppmを超える場合には、次に掲げる措置のうち、当該作業場において有効な措置を講ずることにより、当該濃度を超えないようにすること。

ア　刺激性・有害性の少ない代替物質への変更

イ　設備の密閉化

ウ　遠隔操作の導入

エ　局所排気装置、プッシュプル型換気装置又は全体換気装置の設置

オ　ホルムアルデヒドの発散しにくい使用条件への変更

カ　ホルムアルデヒドへの労働者のばく露を低減させる作業工程又は作業方法への変更

キ　有効な吸着剤等の使用

また、上記の措置を講じた後に、改めて作業場所の濃度の測定を行い、その結果なお0.25ppmを超える場合には、有効な呼吸用保護具、保護めがね等を使用することにより労働者のばく露防止を図ること。

なお、ホルムアルデヒドの濃度が0.25ppmを超えない場合であっても、それぞれの作業の形態等に応じ、有効な呼吸用保護具、保護めがね等を使用し、又はホルムアルデヒドにばく露される作業時間の

短縮に配慮することが望ましいこと。

(3) その他

シックハウス症候群に関連した症状を訴える労働者に対する措置については上記2の(3)に、本ガイドラインに基づく措置を実施しようとする事業者の相談支援については上記2の(4)によること。

別紙

職域における屋内空気中のホルムアルデヒド濃度の測定について

1 特定作業場以外の作業場

特定作業場以外の作業場における屋内空気中のホルムアルデヒドの濃度の測定は、次に定めるところによること。

(1) 測定点は、事務室、室内作業場等の作業場の中央付近の床上50センチメートル以上150センチメートル以下の位置の一以上とすること。

(2) 測定は、通常の作業時間中に行うこと。

(3) 測定方法及び測定時間は、次のいずれかによること。また、濃度は、測定した時間の平均濃度とすること。

ア 平成12年6月30日付け生衛発第1093号「室内空気中化学物質の室内濃度指針値及び標準的測定方法について」において示されているDNPH誘導体化固相吸着/溶媒抽出ー高速液体クロマトグラフ法、測定時間は一の測定点ごとに10分間以上

イ 拡散型ガスモニター(パッシブサンプラー)により吸着し、溶媒抽出した後、高速液体クロマトグラフにより分析する方法、測定時間は一の測定点ごとに8時間以上

ウ 適用される濃度指針値を精度良く測定できる検知管による方法、測定時間は一の測定点ごとに使用する検知管の仕様に応じた時間(一般には10分～30分間)

エ 適用される濃度指針値を精度良く測定できるデジタル計測器による方法、測定時間は一の測定点ごとに10分間以上

オ 上記と同等以上の性能を有する方法、測定時間は仕様に応じた必要な時間

2 特定作業場

特定作業場における屋内空気中のホルムアルデヒドの濃度の測定は、次に定めるところによること。

(1) ホルムアルデヒドの発散源に近接して作業が行われる場合、測定点は、当該発散源ごとに、当該作業が行われる時間のうち、空気中のホルムアルデヒドの濃度が最も高くなると思われる時間に、当該作業が行われる位置とすること。

(2) ホルムアルデヒドの発散源から離れた場所で作業が行われる場合、測定点は、当該場所の中央付近の床上50センチメートル以上150センチメートル以下の位置の一以上とすること。この場合、測定は、通常の作業時間中に行うこと。

なお、特定作業場における測定において、測定点が複数あり、その中のある測定点における測定値が0.25ppmを超えない場合は、当該測定点より明らかにホルムアルデヒドの濃度が低いと思われる測定点の測定は省略することができる。

(3) 測定方法及び測定時間については上記1の(3)によること。

別添2

基発第0315001号
平成14年3月15日

別記に掲げる関係事業者団体の長あて
厚生労働省労働基準局長通達

職域における屋内空気中のホルムアルデヒド濃度低減のためのガイドラインについて

厚生労働行政の推進につきましては、平素より格別の御高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、近年、住宅に使用される建材等から室内に発散するホルムアルデヒド等の化学物質に室内空気が汚染されること等により、目、鼻、のど等への刺激、頭痛等の多様な症状が生じる、いわゆる「シックハウス症候群」が問題となっています。

厚生労働省労働基準局では、シックハウスに関連するホルムアルデヒド等の化学物質(以下「シックハウス関連化学物質」という。)についての職域における対策を検討するため、「職域におけるシック

ハウス対策に関する専門検討会」を設け、シックハウス関連化学物質の空気中濃度の実態の把握、指針値の検討等を行ってきたところです。
今般、労働者の健康リスクの低減に資するため、別添のとおり「職域における屋内空気中のホルムアルデヒド濃度低減のためのガイドライン」を策定いたしました。

つきましては、本ガイドラインに沿って職域における空気中のホルムアルデヒドの濃度の低減が図られるよう、傘下会員に対する本ガイドラインの周知につきまして、特段の御配意をいただきますようお願いいたします。

(別添 略)

別記：日本経営者団体連盟会長/(社)日本化学工業協会会長/メタノール・ホルマリン協会会長/合成樹脂工業協会会長/日本接着剤工業会会長/化成品工業会会長/(社)日本医師会会長/(社)全日本病院協会会長/(社)日本病院会会長/(社)日本医療法人協会会長/(社)日本精神病院協会会長/日本製薬団体連合会会長/日本合板工業組合連合会会長/日本繊維板工業会会長/(社)建築業協会会長/(社)住宅生産団体連合会会長/中央労働災害防止協会会長/建設業労働災害防止協会会長/林業・木材製造業労働災害防止協会会長

生衛発第1093号
平成12年6月30日
都道府県知事・各政令市市長・
特別区区長殿
厚生省生活衛生局長

室内空気中化学物質の室内濃度指針値及び標準的測定方法について

近年、住宅の高気密化や化学物質を放散する建材・内装材の使用等により、新築・改築後の住宅やビルにおいて、化学物質による室内空気汚染等により、居住者等の様々な体調不良が生じていることが指摘されている。症状が多様で、症状発生の仕組みをはじめ、未解明な部分も多く、また様々な複合要因が考えられることから、「シックハウス症候群」と呼ばれている。

厚生省では、平成9年6月に「快適で健康的な住宅に関する検討会議」小委員会報告により、ホルムアルデヒドの室内濃度指針値を設定したほか、「快適で健康的な住宅に関するガイドライン」の作成、室内空気汚染の実態調査、研究の推進など、この問題に取り組んできたところである。

現在、関係省庁と連携して、シックハウス対策の総合的な推進に取り組んでいるところであるが、今般、「シックハウス(室内空気汚染)問題に関する検討会」(座長：林裕造 前北里大学客員教授)の中間報告を踏まえ、左記のとおり、室内空気化学物質の室内濃度指針値及び標準的な測定方法を定めたので、各都道府県、政令市、特別区におかれては、建築物衛生その他の生活衛生対策の推進に活用するとともに、市町村、関係団体、住民等への周知を図るようお願いする。

また、保健所及び地方衛生研究所において、シックハウス症候群及び室内空気汚染の問題に関する相談及び測定等の体制の充実に努めていただくよう、特にお願い申し上げる。

なお、今後、その他の個々の揮発性有機化合物の室内濃度指針値の策定、総揮発性有機化合物(TVOC)の指針値の策定、簡易測定法を含め目的に応じた測定方法の目録作成と検証、保健所・地方衛生研究所における測定・相談マニュアルの作成などを行うこととしていることを申し添える。

記

1 室内濃度指針値について

左[次頁]表の4物質の室内濃度指針値は、それぞれ同表に示すとおりとする。

これらの物質は、実態調査の結果、一部の家屋で非常に高い汚染が認められたことを受けて、最初の指針値策定の対象として選定したものである。

このうち、ホルムアルデヒドの指針値は、30分平均値としての数値であり、短期間の暴露によって起こる毒性を指標として策定したものであるのに対し、

揮発性有機化合物	室内濃度指針値※	指針値の毒性指標
ホルムアルデヒド	100μg/m3（0.08ppm）	ヒト暴露における鼻咽頭粘膜への刺激
トルエン	260μg/m3（0.07ppm）	ヒト暴露における神経行動機能及び生殖発生への影響
キシレン	870μg/m3（0.20ppm）	妊娠ラット暴露における出生児の中枢神経系発達への影響
パラジクロロベンゼン	240μg/m3（0.04ppm）	ビーグル犬暴露における肝臓及び腎臓等への影響

※両単位の換算は、25度の場合による。ホルムアルデヒドの指針値の設定の根拠は、別添1参照。トルエン、キシレン及びパラジクロルベンゼンの指針値の設定の根拠は、別添2参照。

トルエン、キシレン、パラジクロルベンゼンの指針値は、長期間の暴露によって起こる毒性を指標として策定したものである。

また、この指針値は、原則として、全ての室内空間を対象とするものである。住宅以外の空間への適用の在り方については、引き続き検討することとしているが、オフィスビル、病院等の医療機関、福祉施設、学校等の教育施設、官公庁施設、車両等、比較的長時間にわたって居する可能性のある空間への適用も考慮することが望まれる。工場その他の特殊な化学物質発生源のある室内空間は、別途検討されることが必要である。

なお、この指針値は、現状において入手可能な科学的知見に基づき設定された値であり、今後新たな知見や、国際的な評価作業の進捗を踏まえ、必要があれば変更され得るものである。

2　標準的測定方法について（詳細については、別添3参照）

（1）対象となる室内空気化学物質

ホルムアルデヒド、及びトルエン、o-,p-, m-キシレン、p-ジクロロベンゼン等のその他の揮発性有機化合物

（2）採取方法

新築住宅における室内空気中化学物質の測定は、室内空気中の揮発性有機化合物の最大濃度を推定するためのもので、30分換気後に対象室内を五時間以上密閉し、その後概ね30分間採取して測定した濃度（$\mu g/m^3$）で表す。採取の時刻は揮発性有機化合物濃度の日変動で最大となると予想される午後2時から3時頃に設定することが望ましい。

居住住宅における室内空気中化学物質の測定は、居住、平常時における揮発性有機化合物の存在量や暴露量を推定するためのもので、24時間採取して測定した濃度（$\mu g/m^3$）で表す。

空気試料の採取場所は、居間、寝室及び室外の計3ケ所とする。室内濃度の値は、居間又は寝室のうち高い方の値を記載し、評価の対象とする。

（3）測定方法

ホルムアルデヒドは、DNPH誘導体化固相吸着/溶媒抽出―高速液体クロマトグラフ法によるものとする。

その他の揮発性有機化合物は、固相吸着/溶媒抽出法、固相吸着/加熱脱着法又は容器採取法とガスクロマトグラフ/質量分析法の組合せによるものとする。

（4）その他

上記については、同等以上の信頼性が確保できる方法であれば、設定した標準的な方法に代えて用いても差し支えない。また、簡易測定法を含め目的に応じた測定方法の目録作成と検証を、今後行っていくこととする。

なお、スクリーニングの目的で簡易な方法を用いる場合等には、化学物質濃度の過小評価が行われないよう配慮するとともに、測定値が指針値に適合しているか否かの最終的な判定をする場合には、設定された標準的な方法により行うよう留意するべきである。

（別添1）ホルムアルデヒドの室内濃度指針値について［18-19頁囲み参照］

（別添2）トルエン、キシレン及びパラジクロロベンゼンの室内濃度に関する指針値

（別添3）室内空気中化学物質の採取方法と測定方法

※全文は、厚生労働省ホームページ「法令等データベースシステム」（http://wwwhourei.mhlw.go.jp/hourei/）で入手できる。

平成14年5月22日厚生労働省発表

脳・心臓疾患、精神障害等の労災補償状況

1　今般、平成13年度の「脳血管疾患及び虚血性心疾患等（「過労死」等事案）の労災補償状況」及び「精神障害等の労災補償状況」がまとまった。

脳・心臓疾患の労災補償状況については、昨年12月に、脳・心臓疾患の認定基準が改正された後、初めての統計数値となる。

2　脳・心臓疾患の労災補償状況

(1)　主な状況は、次のとおりである。

①　「業務上と認定された件数」は全国で143件であり、前年度に比べ58件の大幅な増加（68%増）となっている。

②　業務上と認定された143件のうち、47件（33%）が「長期間の過重業務」により業務上と認定されている。

③　請求件数は690件であり、前年度に比べ73件の増加（12%増）となっている。

(2)　「脳血管疾患及び虚血性心疾患等（「過労死」等事案）の労災補償状況」及び「「過労死」等として認定された事案の分析」については、別添（資料1-1）及び（資料1-2）のとおりである。

3　精神障害等の労災補償状況

(1)　「業務上と認定された件数」は70件であり、前年度に比べて約2倍と、脳・心臓疾患同様、大幅に増加している。

脳血管疾患・虚血性心疾患等、精神障害の労災補償状況

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
脳血管疾患		349	309	316	448	452
	49	46	47	49	48	96
虚血性心疾患		190	157	177	169	238
	29	27	43	32	37	47
合計		539	466	493	617	690
	78	73	90	81	85	143
精神障害	18	539	42	155	212	265
	2	41	4	14	36	70
うち自殺（未遂を含む。）	11	2	29	93	100	92
	1	30	3	11	19	31

注）1 本表は、労働基準法施行規則別表第1の2第9号の「業務に起因することの明らかな疾病」に係る脳血管疾患及び虚血性心疾患等（「過労死」等事案）について集計したものである。
2 認定件数は当該年度に請求されたものに限るものではない。

「過労死」等として認定された事案の分析

1　業種別

年度	1996	1997	1998	1999	2000	2001
1 林業	1	1	1	0	0	0
2 漁業	2	0	0	0	0	0
3 鉱業	0	1	0	0	0	0
4 製造業	11	12	16	19	24	34
5 建設業	10	10	9	5	10	12
6 運輸業	15	12	13	11	14	28
7 電気・ガス・水道・熱供給業	1	0	0	0	0	0
8 卸・小売業	6	6	14	9	8	23
9 金融・保険業	1	2	1	2	2	2
10 教育・研究業	4	1	2	1	0	3
11 保健・衛生業	1	2	5	4	1	5
12 その他の事業	26	26	29	30	26	36
合計	78	73	90	81	85	143

注）業種についてはおおむね「日本産業分類」により分類し、1～11以外の業業種をその他としている。

業務上の精神障害等として認定された事例の分析

1　業種別

年度	1999	2000	0
1 林業	0	0	0
2 漁業	0	1	0
3 鉱業	0	0	1
4 製造業	2	5	16
5 建設業	6	10	8
6 運輸業	1	2	6
7 電気・ガス・水道・熱供給業	0	0	1
8 卸・小売業	1	5	9
9 金融・保険業	0	2	2
10 教育・研究業	0	0	1
11 保健・衛生業	0	5	11
12 その他の事業	4	6	15
合計	14	36	70

2 職種別

年　度	1996	1997	1998	1999	2000	2001
1 専門技術職	3	10	10	12	15	25
2 管　理　職	17	27	26	20	20	26
3 事　務　職	19	14	21	15	16	18
4 販　売　職	2	1	3	5	3	5
5 サ ー ビ ス	1	0	3	2	3	6
6 運転手等	13	9	7	12	12	30
7 技　能　職	12	10	18	8	6	20
8 その他の事業	11	2	2	7	10	13
合　計	78	73	90	81	85	143

注）職種についてはおおむね「日本標準職業分類」により分類し、1～7以外の業職種をその他としている。
専門技術職とは、情報処理技術者（プログラマー等）医師、教員などであり、技能職とは、重機オペレーターや大工などである。

2 職種別

年　度	1999	2000	2001
1 専門技術職	4	12	16
2 管　理　職	3	10	15
3 事　務　職	0	2	11
4 販　売　職	1	4	8
5 サ ー ビ ス	1	1	4
6 運転手等	1	0	5
7 技　能　職	4	3	8
8 その他の事業	0	4	3
合　計	14	36	70

3 年齢別

年　度	1996	1997	1998	1999	2000	2001
29歳以下	7	2	5	4	4	8
30～39歳	11	14	13	12	17	33
40～49歳	21	23	32	23	28	38
50～59歳	31	27	37	33	30	49
60歳以上	8	7	3	9	6	15
合　計	78	73	90	81	85	143

3 年齢別

年　度	1999	2000	2001
29歳以下	4	7	24
30～39歳	3	8	20
40～49歳	3	11	11
50～59歳	3	6	11
60歳以上	1	4	4
合　計	14	36	70

4 性別

年　度	1996	1997	1998	1999	2000	2001
男	76	72	81	78	82	133
女	2	1	9	3	3	10
合　計	78	73	90	81	85	143

4 性別

年　度	1999	2000	2001
男	12	24	48
女	2	12	22
合　計	14	36	70

5 疾患別

年　度	1996	1997	1998	1999	2000	2001
脳血管疾患（計）	49	46	47	49	48	96
脳　出　血	22	18	17	22	19	51
くも膜下出血	13	21	22	17	21	30
脳　梗　塞	10	6	8	10	8	15
高血圧性脳症	4	1	0	0	0	0
虚血性心疾患等（計）	32	27	43	32	37	47
心筋梗塞症	17	11	23	17	19	24
狭　心　症	0	0	1	0	2	0
一時性心停止	5	5	2	1	6	15
不整脈による突然死等	8	10	12	13	9	
解離性大動脈瘤	2	1	5	1	1	5
急性心不全	0	0	0	0	0	3
合　計	81	73	90	81	85	143

注）「一時性心停止」と「不整脈による突然死等」は2001年度からは「心停止（心臓性突然死を含む。）」

5 疾患別

年　度	1999	2000	2001
F2 精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害	0	0	0
F3 気分（感情）障害	8	19	41
F4 神経症性障害、ストレス関連障害および妄想性障害	6	17	29
合　計	14	36	70

※疾病については、国際疾病分類第10回修正第V章「精神および行動の障害の分類による。

6 生死別

年　度	1996	1997	1998	1999	2000	2001
生　存	42	26	41	33	40	85
死　亡	36	47	49	48	45	58
合　計	78	73	90	81	85	143

厚生労働省資料により全国労働安全衛生センター連絡会議が作成。

(2)「精神障害等の労災補償状況」及び「業務上の精神障害等として認定された事案の分析」については、別添（資料2-1）及び（資料2-2）のとおりである。

4　厚生労働省では、今後とも迅速・適正な労災認定に努めていくこととしている。

※資料は改変して掲載してあります。

連載第14回

語りつがねばならぬこと
―日本・アジアの片隅から―

アメリカ南部の旅

塩沢美代子

ミネトンカ湖のサマーキャンプ

ガーラックさんのアレンジによる研修旅行は、ミネソタ州のミネトンカ湖のほとりにあるキャンプ地での、女性労働者の夏期キャンプ参加ではじまった。

全米の各地にあるYWCAには、働く女性たちが集うクラブ活動があった。仕事のストレス解消の、さまざまな体育・文化活動や、職場の問題を話し合ったり、その解決に必要な学習会をしたりという活動だった。またアメリカの職場では待遇も能力主義で行われるから、技能向上のために、いろいろなコースが夜間に行われていた。

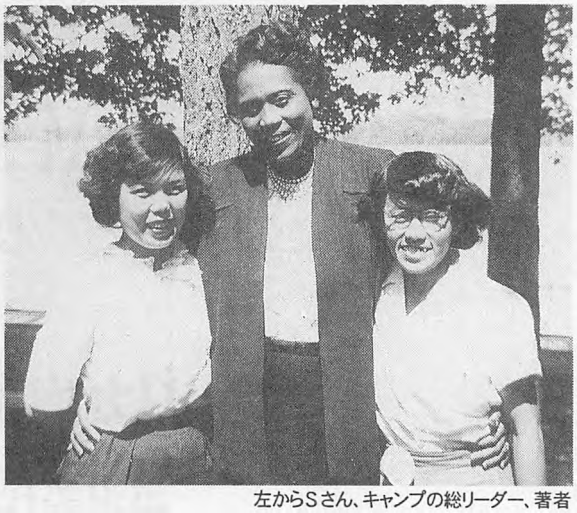
このような活動に参加している、女性たちの有志が、全米から集って交流しあうキャンプだった。

参加者は60～70人で、白人の方が多かったが、黒人もいた。そしてこの集会の総リーダーは黒人だった。見るからに、落ち着いて暖かく重厚な人柄を感じさせる人だったので、私にはきわめて自然に、総リーダーにふさわしい人と思えたし、メンバーたちもそう思っていたようだった。しかし後に南部に旅してからわかったのだが、黒人をリーダーにしていること自体が、当時のアメリカ社会の黒人差別の風潮に対するYWCAの強烈なレジスタンスだったのである。

このキャンプでは、あまり堅苦しいプログラムはなく、いろいろなテーマ別にグループにわかれて、日頃の活動の情報交換をしたり、好きなスポーツや遊びを楽しんだりする、息抜きの要素が多かったので、私も気楽に参加できた。

それに当時、東京YWCAのスタッフで、アメリカの大学に留学中のSさんが、大学の夏休みだったので参加していた。私は事前にそのことを知らなかったが、これもガーラックさんの配慮だったのだろう。彼女はすでに留学して1年たっているので、言葉に不自由はなく、メンバーにもとけこんでいたし、宿泊するキャビンも別だったから、私もなるべく彼女にたよらないようにした。

集会のなかで、レクチャー的な部分はやはりわからなかったが、個人的なコミュニケーションはなんとかなった。自由時間のたびに、目の前のミネトンカ湖に飛びこんで、英語疲れをいやしていたので、水泳がうまいというので有名になった。「さすがホロハシの国だ」とか「あなたはハワイ生まれか」などと、声をかけられた。まだ食糧難の昭和22年に、古橋広之進と橋爪四郎という水泳選手が、世界新記録を出したことがよく知られていたらしい。



左からSさん、キャンプの総リーダー、著者

このキャンプのなかで、よく覚えている場面がふたつあった。

そのひとつは、Sさんが主役だった。全体集会で、時事問題を話し合っていたときだった。マッカーサー凱旋の記事ですでに述べたが、朝鮮戦争について、“自由を守るために闘わねばならない”という世論操作は、ここに集うメンバーにも及んでいる論調だったらしい。するとSさんが手をあげて、すくっと立ち上がった。

私の耳には、アメリカ人のしゃべる英語はききとれないのに、日本人の英語はよくわかる。

彼女は、「あなたたちは戦争ってどういうことかわかっているの？ 人間が殺し合うことなのよ。私の婚約者は戦争で死んだの。どんなスローガンをかかげたって、戦争そのものが、絶対的な悪なのよ」

決然といい放ったSさんの発言に、会場がしーんと静まりかえったのを、よく覚えている。

私と同年輩のSさんは、男女交際の機会のない時代に育ったが、たまたまお兄さんの友だちと愛し合うようになり、結婚を予定していた。しかし彼は召集され、戦地につれていかれた。彼女は女学校を卒業すると銀行に就職し、結婚準備にひたすら貯金をして、彼の帰還を待っていた。しかし彼は戦死してしまったのである。そのショックはあまりにも大きく、もう結婚はしないつもりで、戦争が終わると、その貯金をすべて学費にあて、クリスチャンスクールの女子大の英文科に入学し、卒業後にYWCAで働くようになったのである。こうした悲痛な体験からほとばしった言葉だから、すごい迫力があった。

もうひとつは私が、日本の製糸労働者の現状について、話をさせられたときだった。

寄宿舎制度による労務管理をはじめとする、外国人にはわかりにくい、搾取の仕組みを説明するために、Sさんに手伝ってもらい、原稿をつくって話した。

そのなかで、女子の賃金について、日額で示した。当時の製糸工場の生産現場で働く女性は“日給月給”といって、支払いは月に1回だが、賃金が月単位で決まっているのではなく、日給制だから、休んだ日は支払われず、稼働日数分だけ月給日に支払われていたからである。

すると聴いていたメンバーたちが、ざわざわとしだし、それは日給ではなく、時間給の間違

いではないかと言いだした。

そこで間違いではなく、日額だから、時間給にすると、この8分の1になるというと、みんな信じられないという表情で、納得していない感じだった。

この連載の7回目に記した事情により、紡績の女子労働者より、大幅に低い賃金だったし、ドルで示すには、当時の固定為替レートである1ドル360円で換算するから、彼女らには信じられない数字だったのだろう。

このキャンプの参加者には、高学歴の専門職の女性たちはおらず、サービス業や一般事務職や工場で働くごくふつうの女性たちだった。だから彼女らの賃金はアメリカにおける、最大多数の女性労働者の賃金水準だったのだろうが、それにくらべて、日本の製糸の女子労働者の賃金との格差は、あまりにも大きかったわけである。

このキャンプが終わると、私はSさんとも別れ、ひとりで南部への旅路についた。

ガーラックさんが懇切丁寧につくって下さった日程表を頼りに、主として汽車で南へ向う長旅は、やはり心細かった。車窓から夜空に冴え渡る月を見て、こんなに遠くに来ても、あの月は日本で見るのと同じ月なのだなあーと、妙な感慨にふけったりした。

全くはじめての土地なのに、大きい駅に着くと、その駅名に覚えがある。なぜだろうと思ったら、「風と共に去りぬ」の小説の舞台になっていたからである。このあたりで南北戦争があったのだと知った。

その当時は、アメリカ南部では、東洋人の顔は珍しかったらしく、私の年齢もせいぜい20歳前後にしかみられなかったのに、ひとり旅をしているので、乗客によく声をかけられた。

もともと人恋しい性格の私は、英語についての劣等感など吹きとんでしまい、けっこうおしゃべりをした。6年足らず前に終った太平洋戦争の敵国だから、日本人と知ると、どんな国なのか興味があるようだった。日本について話すのならさして苦労はない。もし戦死した家族や友人のいる人なら、日本を恨んでいるだろうが、幸い話をした相手にはそういう人はいなかった。

はじめての日本人

どの目的地でも、到着すると予定表の通りに、必ず親切な人が出迎えてくれて、その地のYWCAに連れていってもらい、なんの不自由もなく旅はつづいた。

南カリフォルニア州だったと思うが、グリーンヴィルという町では面白いことがあった。この町には、日本人が来たのははじめてということで、地元の新聞社が待ちかまえていた。到着早々にその取材を受けてくれるように、YWCAの人に頼まれた。よっぽど記事になるような出来事の少ない土地らしく、翌日の新聞には、“YWCAに日本人のゲスト”という大きな見出しで、私とアメリカ人の若い女性が談笑しながら、アイスクリームを食べている写真が、でかでかとのっていた。そして私がアメリカ軍の指示により、国連研修メンバーの一員として、アメリカにきたなどの、コメントがついていた。

その日は、YWの会長さんのお宅の夕食に招かれていた。そのとき近所の子どもたちが、日本人と会ってみたいといっているから、よろしくといわれた。そして10数人の子どもが庭にやってきた。

私はもともと色黒なのに、ミネトンカ湖でさんざん泳いだから、真っ黒に日焼けしていた。背丈は学校時代にクラスで一番低かった。

そこで、日本人とは色黒で背の低い人種だと思われては困るので、標準的な日本人は、

もっともっと背が高くて、肌の色はもっとずっとうすいのだとコメントした。わりと小さな子どもたちばかりなので、とくに質問もなく、見ただけで満足したらしく、握手をしただけで帰っていった。

またある夜に電話があり、「モチモチ」というので、「ハイ」といったら、とたんに英語に変わった。父親が軍人なので佐世保にいたことがあるという女性だった。新聞を見てなつかしくなってかけたという。「うちには日本の品物がいっぱいあるから、これから車で迎えにいくから、遊びにきて」としきりにいう。すでにその日のスケジュールは終っていたので、誘いにのると、なるほどやたらに日本のものがある。飾り棚に男物の下駄がおいてあったのに、思わず笑ってしまった。

黒人差別の現実を知る

ところでこの町にきたのは、黒人差別をなくすYWCAの活動を知るためだった。

その説明のなかのひとつに、○曜日には黒人と食事をするというのがあった。なんで食事をするのが、活動のひとつなのかと問い返えした。するとこの地では、白人と黒人が食卓を共にすることは、絶対にありえないのだという。そこで毎週、黒人との食事会をすることが、差別に反対する意思表示であり、デモンストレーションなのだという。

なるほど町を歩くと、“ホワイト・オンリー”と書かれてあるレストランが多い。その当時は黒人のことを、カラードと表現していて、駅の出入口、列車の車両などすべてが、ホワイトとカラードにわかれていた。

1週間足らずの私のスケジュールは、黒人宅で2泊3日ほど過ごすように組まれていた。白人のYWのスタッフは、黒人の本音をきくには、黒人だけと過ごす機会があったほうがいいと思うからと説明した。

この黒人宅とは、それぞれ仕事をもつ3人の女性が、共同生活をしている家だった。彼女らは、はじめて会う日本人の私を、とても暖かく迎えてくれた。週末がはいるように日程が組んであったので、3人で私をドライブに連れ出してくれたり、腕をふるってご馳走をつくってくれたりして、もてなしてくれた。そのなかで、今もはっきり覚えている光景と、耳に残っている言葉がある。

それは別れる日のドライブ中のことだった。

大学の名前は忘れてしまったが、緑ゆたかに、カラフルな花壇なども整備されている、広大なキャンパスに、校舎が点在している大学のそばを通った。

そのとき、「あなたたちは、この大学に入学できるの?」ときくと、声をそろえて「ノー」といった。「私は?」というと「はいれるわよ、インド人だってはいれるのよ。ニグロだけがだめなの」と仲間のひとりがいった。

ニグロという言葉は、差別語となっていたらしく、それまで私のあった白人からも黒人からも、耳にしたことはなかった。しかし彼女は差別のくやしさをこめて、自嘲的にあえてニグロといったらしい。インド人をひきあいに出したのは、肌の黒さからいえば同じだからだろう。私の耳に50年たった今も、「誰だってはいれるのよ。ニグロ以外はね」といった彼女の声音が残っている。3日をともに過ごし、さまざまな差別の実態をきいた後だから、なおさら印象が強かったのだろう。

私は次の目的地に向けて汽車に乗るとき、わざとカラードの入口からはいろうとしたら、駅員に止められた。私の肌はホワイトではないと主張したが、ともかくあっちへ行けと、ホワイトのほうに押し戻されてしまった。

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

アメリカ：アスベスト被災者の第三の波

Orlando Sentinel, U.S.A., 2002.5.19

ヴィクトリア・ピューの最初の手がかりは鼻血だった。数時間前、彼女は正装で、アラバマ州タスカルーサのスティルマン・カッレッジの壇上を歩き、彼女の一族で最初の大学卒業証書取得者になったばかりだった。

いまキャンパスを去るにあたり、彼女の鼻は手に負えない出血をはじめていた。その夏、不可解な不調が始まった。

18か月後、ピューは、アスベストに伴うまれな、不治のがんである中皮腫にかかっていることを知った。26歳の彼女は、アスベストが何であるかも、ましてやどこでそれに遭遇したかも知らなかった。医師は彼女に、3か月しか生きられないと告げた。

「手術はできなかった。私は神に祈るしかなかった」と彼女は語る。

ピューは、中皮腫被災者の第三の波に属している。第一の波は、この鉱物を露天掘りで採掘した鉱夫たちと船舶、建物、家屋にアスベスト断熱材を集中的に吹き付けた労働者たちであった。第二の波には、元建設労働者、配管工、断熱材その他のアスベスト製品を取り扱ったあるいはその近くで働いたその他の労働者たちが含まれていた。

1970年代にアスベストが健康の危機として出現したときにはまったく予測できなかった第三の波は、より若い人々で構成されており、50代、40代、30代、20代で中皮腫と診断された者さえいる。以前の被災者とは対照的に、その多くがどのようにしてアスベストに接触したか心当たりがなく、その回答を探さざるを得ない。

しばしば、彼らは、建設現場から家に帰ってきた父親の膝の上や、ほこりまみれの作業着を洗った洗濯場など、最も単純かつありふれた状況で、この有害繊維を吸入したことを知ることになる。長いこと忘れていた夏休みのアルバイトや、日曜大工の自宅改修計画が、病気の原因であったことにたどりつく者もいる。

「知らずに亡くなっている者もいる」と、中皮腫被災者の代理人になっている、イリノイ州ウッドリヴァーの弁護士ランディ・ボノは言う。「あわてることなしに急がせるよう努力している。ほとんどのケースが、裁判を受ける前に死亡してしまう」。

中皮腫は、この国がアスベストを信奉していたことの、最も致命的な遺産である。アメリカの年間アスベスト消費量は、1973年に100万トンのピークに達

した。安価な難燃材や充填剤と尊ばれ、この「奇蹟の繊維」は、断熱材から床タイルに至るまで3,500種類以上の製品に使用された。アメリカにおけるその使用は急激に減少してきたが、アスベストが今なお商業利用されていることから、今なお公衆衛生に関する握り口をゆるめなければならない。

症状が概してアスベストへの初回曝露から15-40年後に現われることから、中皮腫はスローモーションな流行と言われてきた。今日診断されているケースは、1960年代初め頃の体験を反映しているものと思われる。

アメリカでは、毎年、推計2,500件の新たなケースが確認されている。疫学的証拠は乏しいが、国立がん研究所の調査で、1977年から1990年までに倍増して10万人当たり1.2件となり、そのレベルのあたりにとどまっている。しかし、発生率は増加していると感じていると言う専門家もいる。

この疾病のしつこさについての説明は変化してきている。主として、1960年代から1970年代初めを通じての大量職業曝露の結果だと信じる専門家もいれば、老朽化した建材やこの鉱物の自然の露出から飛散するアスベストに、アメリカ人は曝露し続けている信じている者もいる。

中皮腫の被災者のほとんどは、診断から18か月以内に死亡する。がんの成長が早いからではなく、通常見つかるまでに相当進展しているがために、死亡率は迅速である。

他のがんのようにかたまりを形成することなく、薄っぺらいシートのように広がっていく。発生源は、胸壁、腹腔、肺その他の器官を覆うなめらかで、薄い膜である、中皮である。気づかないうちに進展するため、患者が息切れに気づくまでに、中皮腫は外皮のように肺を包んでしまっている。

※2002年5月19日付けオーランド・センティネル紙（フロリダ州）

オーストラリア2002年中皮腫登録報告を発表

NOHSC Media Release, Australia, 2002.5.15

全国労働安全衛生委員会（NOHSC）は本日（5月15日）、オーストラリア中皮腫登録の2002年報告書を発表した。

中皮腫は、主に胸膜または腹膜のがんの一種であり、圧倒的にアスベスト曝露と関連している。ほとんど致命的であり、一般にアスベストに曝露してから長期間たって発症する。オーストラリアは、この疾病の世界でも最高の発生率を有している。

報告書は、包括的なデータが入手可能になった最新の年である、1997年から1999年のオーストラリアにおける中皮腫の事例の分析を提供している。

最新のデータによると、1997年の中皮腫の総数は464件、1998年は456件、1999年は430件、である。全体的にみれば、中皮腫は、1970年代以降著しく増加している。1986年に登録が開始されて以来、2001年12月までに、総計5,546件の中皮腫が報告されている。これらのうち、約88％のケースにアスベスト曝露が確認されている。

様々な疾病のなかでも、アスベストが中皮腫を引き起こす可能性は古くから知られており、オーストラリア政府は、オーストラリアの人々のこの発がん物質への曝露減少させるために可能な限りの努力を継続している。2001年5月、トニーアボット雇用・職場関係・小企業大臣は、職場関係省の委員会を代表して、すべての行政管区は2003年12月までにクリソタイル・アスベストの輸入および使用禁止に向かいたいと発表した。NOHSCでは、同省の決定を実行する計画について作業を進めている。

報告書は、NOHSCのウエブサイトの「労働関連傷害・疾病」http://www.nohsc.gov.au/Statistics/publications/#MesotheliomaRegister ReportSで入手できる。

厚生労働省は、4月1日から労災診療の算定基準を引き下げる労働基準局長通達を発している。

この措置は、健康保険の診療報酬の改定と時期を合わせたものであるが、これまで労災医療は被災した労働者を出来るだけ早く職場復帰させるため健康保険では認められていない20項目の特例措置を設けるなどしていたが、今回、それらも合わせて見直されている。例としては、①再診料を発症から3か月超えた場合に月6回以降は半額に改訂、②リハビリテーション料を発症から3か月越えた場合に集団療法は月8単位までしか算定しない限度を設ける、③消炎鎮痛処置を月5回以降は半額に改訂などである。

医療機関が、減額された診療に消極的になる、治療をしないなどの対応を取ることによって、労災医療サービスの水準低下や労災打ち切りの発生が懸念されている。

基発第0410007号
平成14年4月10日

都道府県労働局長殿

厚生労働省労働基準局長

労災診療費算定基準の一部改定について

労災診療費の算定については、昭和51年1月13日付け基発第72号（最終改正平成12年5月17日、以下「72号通達」という。）をもって取り扱ってきたところであるが、健康保険診療報酬点数の一部改正及び社会経済情勢の変化等諸般の事情を考慮し、今般、労災診療費算定基準の一部を下記のとおり改め、平成14年4月1日以降の診療に係るものから適用することとしたので了知の上、関係職員及び医療機関等に対する周知に努めるとともに、その取扱いに遺漏なきを期されたい。

記

1　記の1中「平成12年3月17日厚生省告示第66号」を「平成14年3月8日厚生労働省告示第71号」に改める。

2　記の1の（4）を次のように改める。

再診料

イ　発症の日から（（20）の救急医療管理加算又は健保点数表に定める救急医療管理加算を算定した日から）起算して3月以内の期間に行った場合　1,380円

ロ　発症の日から（（20）の救急医療管理加算又は健保点数表に定める救急医療管理加算を算定した日から）起算して3月を超えた期間に行った場合

（イ）月の5回目までの受診の場合　1,380円

（ロ）月の6回目以降の受診の場合（健保点数表の再診料において、別に厚生労働大臣が定める患者については、（イ）に掲げる金額を算定する。）　690円

健保点数表に定める外来管理加算として健保点数を加算する場合も同様に、上記イ及びロの区分により健保点数を算定する。

3　記の1の（7）中

「イ　創傷処置、術後創傷処置、ドレーン法及び皮膚科軟膏処置

ロ　湿布処置及び関節穿刺

ハ　皮膚科光線療法、鋼線等による直達牽引（2日目以降）、介達牽引及び消炎鎮痛処置」を

「イ　創傷処置、術後創傷処置、絆創膏固定術、ドレーン法及び皮膚科軟膏処置

ロ　関節穿刺及び消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」

ハ　皮膚科光線療法、鋼線等による直達牽引（2日目以降）、消炎鎮痛等処置にうち「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」」

に改める。

4　記の1の（11）を次のように改める。

入院室料加算

1日につき	個室	甲地10,000円、乙地9,000円を限度とする。
	2人部屋	甲地5,000円、乙地4,500円を限度とする。
	3人部屋	甲地5,000円、乙地4,500円を限度とする。
	4人部屋	甲地4,000円、乙地3,600円を限度とする。

入院室料加算は、次の①及び②の要件に該当する場合に算定できるものとし、その請求に当たっては、医療機関が表示している金額とする。

ただし、健保点数表において特定入院料に定められている点数（救命救急入院料、特定集中治療室管理料及び広範囲熱傷特定集中治療室管理料等）の算定の対象となっている傷病労働者については、入院室料加算は算定できないものであること及び②のエの要件に該当する場合は、初回入院日から7日を限度とする。

① 厚生労働大臣から特別の療養環境の提供の承認を受けた病室で、傷病労働者の容体が常時監視できるような設備又は構造上の配慮がなされている個室、2人部屋、3人部屋及び4人部屋に収容した場合。

② 傷病労働者が次の各号のいずれかに該当するもの

であること。

ア　症状が重篤であって、絶対安静を必要とし、医師又は看護師が常時監視し、随時適切な措置を講ずる必要があると認められるもの。

イ　症状は必ずしも重篤ではないが、手術のため比較的長期にわたり医師又は看護師が常時監視を要し、随時適切な措置を講ずる必要があると認められるもの。

ウ　医師が、医学上他の患者から隔離しなければ適切な診療ができないと認めたもの。

エ　傷病労働者が赴いた病院又は診療所の普通室が満床で、かつ、緊急に入院療養を必要とするもの。

5　記の1の(13)中「救命救急入院料、特定集中治療室管理料及び広範囲熱傷特定集中治療室管理料」を「健保点数表における特定入院料」に改める。

6　記の1の(14)中「消炎鎮痛処置」を「消炎鎮痛等処置(「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」)」に改める。

7　記の1の(21)中「理学療法を1日2回以上実施した場合の加算　10点」を「理学療法併施加算　10点」に、「理学療法を1日2回以上実施した場合について、主たるものの所定点数」を「理学療法の個別療法と集団療法を同一日に実施した場合は、個別療法の所定点数」に改める。

8　記の1の(21)の後に(22)及び(23)として以下を加える。

(22)リハビリテーション

発症の日から起算して3月以内の期間において、リハビリテーション料のうち個別療法又は集団療法を行った場合については、健保点数表に定める患者1人につき1月の合計単位数の逓減又は制限を行うことなく算定できる。

(23)早期リハビリテーション加算

急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者に対して、リハビリテーション計画を作成し、当該リハビリテーション計画に基づき、理学療法(III)程度の「個別療法」を行った場合は、次に掲げる区分に応じ、早期リハビリテーション加算として、それぞれ次に定める点数を健保点数表における理学療法(III)の所定点数に加算して算定できる。この場合において、入院中の患者に対し、病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的とした個別療法を行った場合は、1単位につき更に30点を健保点数表における所定点数に加算する。

なお、当該加算の対象疾病については、健保点数表における「早期リハビリテーション加算」において定めているものと同様とし、(7)の四肢加算については上記加算前の点数を基礎として算定する。

イ　発症後14日以内に行われた場合(1単位につき)　100点

ロ　発症後15日以上30日以内の期間に行われた場合(1単位につき)　80点

ハ　発症後31日以上90日以内の期間に行われた場合(1単位につき)　30点

9　記の4中「平成12年3月17日厚生省告示第75号」を「平成12年12月28日厚生省告示第569号」に改める。

10　記の5中「平成12年3月17日厚生省告示第76号」を「平成14年3月8日厚生労働省告示第83号」に改める。

労災診療費算定基準

(昭和51年1月13日付け基発第72号)
[改定履歴省略]
改定平成14年4月10日付け基発第0410007号

標記については、昭和51年1月13日付け基発第72号(最終改正平成12年5月17日)により取扱ってきたところであるが、今般、下記のとおり改め平成14年4月1日以降の診療に係るものから実施するので、了知のうえ取扱いに遺漏なきを期されたい。

記

労働者災害補償保険法(以下「法」という。)の規定による療養の給付に要する診療費の算定は、健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法(平成14年3月8日厚生労働省告示第71号による改正後の平成6年3月16日厚生省告示第54号)の別表第一医科診療報酬点数表及び第二歯科診療報酬点数表(以下「健保点数表」という。)の診療報酬点数(以下「健保点数」という。)に労災診療単価を乗じて行うものとする。

ただし、初診料、再診料、処置、手術、リハビリテーション料の一部及び入院基本料等の額又は点数は、次に定めるところによるものとする。

(1)　初診料　3,590円

(2)　削除

(3)　初診時ブラッシング料　91点

創面が異物の混入、附着等により汚染している創傷の治療に際し、生理食塩水、蒸留水等を使用して創面のブラッシングを行った場合に算定できる。

ただし、この算定は同一傷病につき1回限り(初診時)とする。

(4)　再診料

イ　発症の日から((20)の救急医療管理加算又は健

保点数表に定める救急医療管理加算を算定した日から)起算して3月以内の期間に行った場合
1,380円

ロ　発症の日から((20)の救急医療管理加算又は健保点数表に定める救急医療管理加算を算定した日から)起算して3月を超えた期間に行った場合

(イ) 月の5回目までの受診の場合　1,380円

(ロ) 月の6回目以降の受診の場合(健保点数表の再診料において、別に厚生労働大臣が定める患者については、(イ)に掲げる金額を算定する。)　690円

健保点数表に定める外来管理加算として、健保点数を加算する場合も同様に、上記イ及びロの区分により健保点数を算定する。

(5) 再診時療養指導管理料　900円

外来患者に対して再診の際に、療養上の食事、日常生活動作及び機能回復訓練に関する指導を行った場合に算定できる。

(6) 入院基本料

入院の日から起算して2週間以内の期間
健保点数の1.30倍

上記以降の期間　健保点数の1.01倍

入院基本料の点数を、入院の日から起算して2週間以内の期間については、健保点数(入院患者の入院期間に応じ、加算し又は減算する点数は含まない。)の1.30倍、それ以降の期間については、一律、健保点数の1.01倍(いずれも1点未満の端数は四捨五入する。)とする。

(7) 四肢(鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む。)の傷病に係る処置等の加算

四肢(鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む。)の傷病に係る次の処置等の点数は、健保点数の1.5倍として算定できる。(1点未満の端数は1点に切り上げる。)

なお、手(手関節以下)、手の指に係る次のイ、ロの処置及びニの手術については、健保点数の2倍として算定できる。

また、次のニの手の指に係る創傷処理(筋肉に達しないもの。)については、指1本の場合は健保点数表における創傷処理の筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満)の点数(以下この項において「基本点数」という。)の2倍とし、指2本の場合は増1本の場合の点数に基本点数を加算した点数、指3本の場合は指2本の場合の点数に基本点数を加算した点数、指4本の場合は指3本の場合の点数に基本点数を加算した点数、指5本の場合は基本点数を5倍した点数とする。

イ　創傷処置、術後創傷処置、粋創膏固定術、ドレーン法及び皮膚科軟膏処置

ロ　関節穿刺及び消炎鎮痛等処置のうち「湿布処置」

ハ　皮膚科光線療法、鋼線等による直達牽引(2日目以降)、消炎鎮痛等処置のうち「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」

ニ　皮膚切開術、創傷処理、デブリードマン、筋骨格系・四肢・体幹手術及び神経・血管の手術

ホ　リハビリテーション

(8) 手指の創傷に係る機能回復指導加算　190点

手(手関節以下)及び手の指の初期治療における機能回復指導加算として、当該部位について、健保点数表における「皮膚切開術」、「刺傷処理」、「デブリードマン」及び「筋骨格系・四肢・体幹」の手術を行った場合に一回に限り所定点数にさらに190点を加算できる。

(9) 削除

(10) 再就労療養指導管理料　月1回2,400円

入院治療後、通院療養を継続しながら就労が可能と医師が認める者及び入院治療を伴わず、通院療養を3カ月以上継続している者で就労が可能と医師が認める者に対し、就労に当たっての療養上必要な指導事項及び就労上必要な指導事項を記載した「指導管理箋」を傷病労働者に交付し、指導を行った場合に算定できるものとする。

また、傷病労働者の主治医が、当該労働者の所属事業場の産業医(主治医が当該労働者の所属事業場の産業医を兼ねている場合を除く。)に対して文書をもって情報提供をした場合についても算定できる。

ただし、同一傷病者につき各々3回を限度(慢性的な疾病を主病とする者で現に就労しているものについては、医師が必要と認める期間)とする。

(11) 入院室料加算

1日につき	個室	甲地10,000円、乙地9,000円を限度とする。
	2人部屋	甲地5,000円、乙地4,500円を限度とする。
	3人部屋	甲地5,000円、乙地4,500円を限度とする。
	4人部屋	甲地4,000円、乙地3,600円を限度とする。

入院室料加算は、次の①及び②の要件に該当する場合に算定できるものとし、その請求に当たっては、医療機関が表示している金額とする。

ただし、健保点数表において特定入院料として定められている点数(救命救急入院料、特定集中治療室管理料及び広範囲熱傷特定集中治療室管理料等)の算定の対象となっている傷病労働者については、入院室料加算は算定できないものであること及び②のエの要件に該当する場合は、初回入院日から7日を限度とす

る。

① 厚生労働大臣から特別の療養環境の提供の承認を受けた病室で、傷病労働者の容体が常時監視できるような設備又は構造上の配慮がなされている個室～2人部屋、3人部屋及び4人部屋に収容した場合。

② 傷病労働者が次の各号のいずれかに該当するものであること。

ア 症状が重篤であって、絶対安静を必要とし、医師又は看護師が常時監視し、随時適切な措置を講ずる必要があると認められるもの。

イ 症状は必ずしも重篤ではないが、手術のため比較的長期にわたり医師又は看護師が常時監視を要し、随時適切な措置を講ずる必要があると認められるもの。

ウ 医師が、医学上他の患者から隔離しなければ適切な診療ができないと認めたもの。

エ 傷病労働者が赴いた病院又は診療所の普通室が満床で、かつ、緊急に入院療養を必要とするもの。

(12) 削除

(13) 特別監視料　1日につき200点

頭部外傷等の傷病労働者が意識消失し、極めて重篤な症状にあり、常時監視し症状の変化に順応した適切な処置を講ずる必要がある場合に算定できる。

ただし、健保点数表における特定入院料の算定対象となっている傷病労働者については、特別監視料は算定できない。

(14) 消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）に係る点数は、負傷にあっては受傷部位ごとに、疾病にあっては1局所（上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの躯幹をそれぞれ1局所とする。）ごとに、1日につきそれぞれ健保点数を算定できる。

ただし、3部位以上又は3局所以上にわたり当該処置を施した場合は、1日につき3部位又は3局所を限度とする。

なお、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）と理学療法を同時に行った場合は、理学療法の点数と、消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」）の1部位（局所）に係る点数をそれぞれ算定できる。

(15) 病衣貸与料　1日につき7点

入院患者に対し、医療機関が病衣を貸与した場合に算定できる。

(16) 削除

(17) 削除

(18) 療養の給付請求書取扱料　2,000円

労災保険指定医療機関等において、「療養（補償）給付たる療養の給付請求書（告示様式第5号又は第16号の3）」を取り扱った場合（再発を除く。）に算定できる。

(19) 四肢固定用伸縮性包帯

四肢固定用伸縮性包帯を特定保険医療材料とする。算定額は、実際に医療機関が購入した価格を10円で除し、労災診療単価を乗じた額とする。

(20) 救急医療管理加算

初診の傷病労働者について救急医療を行った場合に、次の金額を算定できる。

なお、健保点数表における「救急医療管理加算」と重複算定することはできない。

入院　6,000円

入院外　1,200円

ただし、この算定は同一傷病につき1回限り（初診時）とする。

(21) 理学療法併施加算　10点

同一の患者に対し、健保点数表に定める理学療法の個別療法と集団療法を同一日に実施した場合は、個別療法の所定点数に10点を加算して算定できる。

ただし、この加算の算定は1日につき1回限りとする。

(22) リハビリテーション

発症の日から起算して3月以内の期間において、リハビリテーション料のうち個別療法又は集団療法を行った場合については、健保点数表に定める患者1人につき1月の合計単位数の逓減又は制限を行うことなく算定できる。

(23) 早期リハビリテーション加算

急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者に対して、リハビリテーション計画を作成し、当該リハビリテーソョン計画に基づき、理学療法（III）程度の「個別療法」を行った場合は、次に掲げる区分に応じ、早期リハビリテーション加算として、それぞれ次に定める点数を健保点数表における理学療法（III）の所定点数に加算して算定できる。この場合において、入院中の患者に対し、病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的とした個別療法を行った場合は、1単位につき更に30点を健保点数表における所定点数に加算する。

なお、当該加算の対象疾病については、健保点数表における「早期リハビリテーション加算」において定めているものと同様とし、(7)の四肢加算については上記加算前の点数を基礎として算定する。

イ 発症後14日以内に行われた場合（1単位につき）　100点

ロ 発症後15日以上30日以内の期間に行われた場

合（1単位につき）　80点

ハ　発症後31日以上90日以内の期間に行われた場合（1単位につき）　30点

2　前記1の労災診療単価は、別紙1に掲げる指定病院等に係るものは11円50銭とし、その他の指定病院等に係るものは12円とする。

3　指定薬局に係る療養の給付に要する費用の算定は、前記1の厚生省告示別表第三調剤報酬点数表に基づき行うものとする。

4　入院時の食事に係る療養の給付に要する費用については、平成12年12月28日厚生省告示第569号による改正後の平成6年8月5日厚生省告示第237号別表食事療養の費用額算定表に定める金額の1.2倍により算定するものとする。

なお、10円未満の端数については四捨五入すること。

5　指定訪問看護事業者に係る療養の給付に要する費用については、平成14年3月8日厚生労働省告示第83号による改正後の平成6年9月9日厚生省告示第296号別表指定訪問看護の費用額算定表により算定するものとする。

6　法の規定による療養の費用を支給する場合の支給限度額の算定は、以上の取扱いに準じて行うものとする。

7　健保点数に労災診療単価を乗じて算定している項目については、改正後の健保点数により算定するものとする。

なお、薬価基準による算定についても、改正後の薬価基準によるので留意すること。

8　入院室料加算の地域区分の甲地とは、一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3に基づく人事院規則9−49（調整手当）により支給区分が甲地とされる地域をいい、入院室料加算の地域区分の乙地とは、同地域区分の甲地以外の地域をいう。

別紙1

1　次の法人等が開設する医療機関

国（厚生労働省、文部科学省等）

地方公共団体（都道府県、市町村）

労働福祉事業団

厚生年金事業振興団（厚生団）

国民健康保険組合及び国民健康保険団体連合会

健康保険組合及び健康保険組合連合会

日本赤十字社

社会福祉法人（恩賜財団済生会、北海道社会事業協会）

私立学校法による学校法人

国家公務員共済組合、地方公務員共済組合、全国市町村職員共済組合連合会、私立学校教職員共済組合及び国家公務員共済組合連合会

全国社会保険協会連合会

船員保険会

農業協同組合連合会（所得税法及び法人税法の規定に基づく大蔵省告示により指定するもの。）

2　上記1以外の公共法人、公益法人等が開設する医療機関で国税局等に照会の結果非課税医療機関と認められている医療機関

基労補発第0410001号
平成14年4月10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

労災診療費算定基準の一部改定に伴う実施上の留意事項について

健康保険の診療報酬点数表の改定（以下「健保改定という。」）に伴う労災診療費の取扱いについては、平成14年4月10日付暴発第0410007号により指示されたところであるが、この運用に当たっては下記事項に留意のうえ、その取扱いに遺漏のないよう留意されたい。

なお、今般の労災診療費算定基準の一部改定を行ったことにより、例年5月1日に行われる労災特掲料金の改定は行わないことを申し添える。

記

1　再診料

(1) 逓減について

再診料については、今回より逓減制が導入され、発症日から3ヵ月以内の期間は1,380円で算定し、発症日から3ヵ月を超える期間は、月の1回目から5回目までの受診の場合は1,380円、月の6回目以降の受診の場合は690円で算定することとしたものであること。

したがって、発症日から3ヵ月を超える日の初日が月の途中であった場合には、当該3ヵ月を超える日の初日から月末までの間の再診について1回目から5回目までの受診の場合は1,380円、6回目以降の受診の場合は690円で算定するものであること。

また、救急医療管理加算を算定した場合は、当該算定日を発症日として算定すること。

(2) 発症日の労災診療費請求内訳書(以下「レセプト」という。)上の記載について

発症日については、レセプトの「傷病年月日」欄により確認すること。

なお、救急医療管理加算を算定した場合は、各自のレセプトの「摘要」欄に救急医療管理加算の算定した日を記載するよう医療機関に指導すること。

2 外来管理加算

(1) 逓減について

外来管理加算については、発症日から3ヵ月以内の期間は逓減を行わないこと。

したがって、軽症日から3ヵ月以内の期間は、逓減前の健康保険診療報酬の所定点数(以下「所定点数」という。)(52点)により算定し、発症日から3ヵ月を超える日以降は、月の1回目から5回目までは逓減前の所定点数(52点)により、月の6回目以降は逓減後の所定点数(26点)により算定することとなる。

なお、発症日から3ヵ月を超える日の初日が月の途中であった場合には、当該3ヵ月を超える日の初日から月末までの間で1回目から5回目までの受診の場合は外来管理加算の逓減前の所定点数(52点)で算定し、6回目以降は逓減後の所定点数(26点)により算定するものであること。

また、救急医療管理加算を算定した場合は、当該算定日を発症日として算定すること。

(2) 外来管理加算の特例取扱いについて

外来管理加算の特例取扱いは、発症日から3ヵ月以内の間及び発症日から3ヵ月を超える日以降における月の1回目から5回目までの間は、逓減前の所定点数(52点)に満たない検査、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔及び放射線治療(以下「検査等」という。)の点数がある場合に算定することができるものであり、発症日から3カ月を超える日の月の6回目以降は、外来管理加算の逓減後の所定点数(26点)に満たない検査等の点数がある場合に算定することができるものであること。

3 外来診療料

(1) 逓減について

外来診療料は、月の2回目以降の受診からは逓減された所定点数で算定するものであること。

(2) 健康保険法第43条第2項の規定に基づき厚生労働大臣の定める療養のうち、今回新たに選定療養の第9「病床数が200以上の病院について受けた再診(当該病院が他の病院(病床数が200未満のものに限る。)又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っていない場合及び緊急その他やむを得ない事情がある場合に受けたものを除く。)」が追加されたところである。

したがって、病床数200以上の病院が病床数200未満の他の病院又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、傷病労働者が自己の都合等により引き続き当該病院に受診することとなった場合は、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除き、当該病院は傷病労働者から選定療養費を徴収できることとなるので、この点に留意のこと。

4 入院基本料

入院基本料に係る特例取扱いの具体的な選定に当たり、入院基本料の所定点数から一定点数を減算する場合は、当該減算後の所定点数を1.30倍又は1.01倍することとされているが、健保改定により、減算事由として医療安全管理体制未整備減算及び薬疹対策未実施減算が新設されたので、従前の減算事由と同様に行うこと。

なお、医療安全管理体制未整備減算及び薬疹対策未実施減算は平成14年10月1日から適用されるものであることに留意のこと。

5 労災治療計画加算

健保改定により、従来、入院基本料に設けられていた入院診療計画未実施減算が特定入院料にも設けられたことから、労災治療計画加算については、特定入院料においても入院基本料と同様に取扱うこと。

なお、労災治療計画加算は入院中1回に限り算定できるものであり、特定入院料と入院基本料でそれぞれ算定できるものではない。

6 入院室料加算

従来、入院室料加算については、特別の療養環境の提供に係る病室(4床以下)である個室及び2人部屋について認めてきたところであるが、今般、治療上の必要から特別の療養環境の提供に係る病室である3人部屋及び4人部屋に収容する場合があることから、当該3人部屋及び4人部屋についても入院室料加算を算定できることとしたものであること。

なお、入院室料加算は3人部屋(甲地)5,000円、3人部屋(乙地)4,500円、4人部屋(甲地)4,000円、4人部屋(乙地)3,600円をそれぞれ限度とし、その請求に当たっては、医療機関が表示している金額又は入院室料加算の限度額のいずれか低い額により請求させること。

7 リハビリテーション料

(1) 逓減制及び制限について

① 逓減制は、発症日から3ヵ月以内の期間は行わないものであること。

なお、発症日はレセプトの「傷病年月日」欄により確認すること。

② 発症日から3カ月を超える日以降の期間は次のとおりであること。

イ 個別療法は1月に11単位目以降のものについて、

所定点数の100分の70に相当する点数により算定すること。

なお、この場合の四肢加算は1単位ごとに逓減したのちの所定点数に四肢加算の倍率を乗じるものとすること。

ロ　集団療法は1月合計8単位に限り算定すること。

注：個別療法は、傷病労働者1人につき1日3単位に限り算定できる。

集団療法は、傷病労働者1人につき1日2単位に限り算定できる。

(2) 理学療法併施加算について

同一人に個別療法と集団療法を併せて実施した場合は、個別療法の所定点数に10点を加算できることとする。

(3) 早期リハビリテーション加算について

① 健康保険においては、急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者に対して、リハビリテーション計画を作成し、当該リハビリテーション計画に基づき、理学療法は(I)(個別療法に限る。)又は理学療法(II)(個別療法に限る。)を行った場合に、早期リハビリテーション加算を算定できることとされているが、労災保険においては、リハビリテーション計画の作成及びそれに基づく理学療法の実施を前提として理学療法は(I)及び理学療法(II)以外の医療機関においても早期リハビリテーション加算を算定できることとしたこと。

② この場合、理学療法(III)を算定する医療機関にあっては、地方社会保険事務局に対し施設基準の届出が行われていることから、理学療法は(I)及び理学療法(II)を算定する医療機関と同様に取り扱うこととする。

また、上記以外の医療機関であって、リハビリテーション計画書を作成し、それに基づく理学療法を実施した場合に限り、早期リハビリテーション加算が算定できることとする。ただし、上記以外の医療機関であって、早期リハビリテーション加算を算定する場合は、各自のレセプトに当該リハビリテーション計画書(写)を添付させること。

なお、この場合のリハビリテーション計画書は、健康保険における様式を準用すること。

③ 早期リハビリテーション加算は、四肢加算の対象とはならないこと。

8　消炎鎮痛等処置

健保改定により、従来の消炎鎮痛処置、湿布処置及び介達牽引が消炎鎮痛等処置へ統合され、消炎鎮痛等処置として、「1 マッサージ等の手技による療法」、「2 器具等による療法」、「3 湿布処置」とされたことに伴い、次のとおり算定するものであること。

(1) 逓減について

消炎鎮痛等処置については、同一の傷病労働者につき同一月において、器具等による療法又は湿布処置を同一の部位(局所)に対して合わせて5回以上行った場合は、5回目以降については健保点数の100分の60に相当する点数により算定すること。

(2) 消炎鎮痛等処置の3部位又は3局所の取扱いについて

① 消炎解消等処置のうちマッサージ等の手技による療法又は器具等による療法を行った場合は、1日につき合わせて3部位又は3局所を算定できるものであること。

なお、介達牽引は器具による療法に含まれることとなったことにより3部位又は3局所まで算定できること。

また、疾病における局所とは従来どおり、上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの躯幹をそれぞれ指し、全身を5局所に分けるものであること。

② 湿布処置については、1日につき所定点数(湿布処置の場合は倍率が異なる部位ごとに算定し合算とする。)を算定すること。

(3) 消炎鎮痛等処置の併施について

① 湿布処置と手技による療法及び器具等による療法を同一日にそれぞれ異なる部位(局所)に行った場合は、湿布処置の所定点数にマッサージ等手技による療法及び器具等による療法の計2部位分の点数を合わせて算定できるものであり、同一日にマッサージ等手技による療法及び器具等による療法の計2部位以上と湿布処置を行った場合は、マッサージ等手技による療法及び器具等による療法の計2部位と湿布処置の所定点数を合わせて算定できること。

② 湿布処置と理学療法を同一日に行った場合は、湿布処置の転部位と理学療法の断定点数を算定できるものであり、理学療法と手技による療法又は器具等による療法を同一日に行った場合は理学療法の所定点数にマッサージ等手技による療法又は器具等による療法のいずれか1部位を算定できる。

なお、湿布処置と理学療法にマッサージ等手技による療法又は器具等による療法を同一日に行った場合は、合計して3項目まで算定できること。

③ 消炎鎮痛等処置の四肢加算の取扱いについては、マッサージ等手技による療法及び器具等による療法については所定点数の1.5倍、湿布処置は所定点数の1.5倍(手及び手指は2倍)として算定できること。

(3) 消炎鎮痛等処置のレセプト上の記載について

消炎鎮痛等処置の種類及び部位(局所)について、医療機関にレセプト上明確に記載させること。

9　創傷処理及び骨折非観血的整復術の特例取扱い

健保改定後の指の創傷処理(筋肉に達しないもの。)及び骨折非観血的整復術の具体的な算定点数は以下のとおりであること。

(1) 創傷処理
指1本　940点（470点×2倍）
指2本　1,410点（940点＋470点）
指3本　1,880点（1,410点＋470点）
指4本　2,350点（1,880点＋470点）
指5本　2,350点（470点×5倍）
(2) 骨折非観血的整復術
指1本　2,880点（1,440点×2倍）
指2本　3,320点（1,880点＋1,440点）
指3本　5,760点（4,320点＋1,440点）
指4本　7,200点（5,760点＋1,440点）
指5本　7,200点（1,440点×5倍）

10 腰部固定帯使用加算

健保改定後の腰部固定帯使用加算の点数180点を超える腰部固定帯を使用した場合は、実費相当額（購入価格を10円で除して得た点数）で算定することができるものであること。

11 絆創膏固定術

従来、絆創膏固定術は手術の「筋骨格系・四肢・体幹」に区分され四肢加算（手指は2倍）の対象とされていたものであり、改定後は処置の区分に移行きれたところであるが、従前と同様、処置の区分においても四肢加算の取扱いができるものであること。

12 その他

健保改定により新たに精神科救急入院料が特定入院料として新設されたことから、労災保険における救急医療管理加算、特別監視料及び入院室料加算と精神科救急入院料との重複算定はできないものであること。

基労補発第0513001号
平成14年5月13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

労災診療費算定基準の一部改定に伴う経過措置について

健康保険の診療報酬点数表の改定に伴う労災診療費の取扱いについては、平成14年4月10日付基発第0410007号により指示されたところであるが、このうち、「再診料」、「外来管理加算」及び「リハビリテーション料」の取扱いについて、下記のとおり経過措置を設けることとしたので、その取扱いについて遺漏のないよう留意されたい。

記

1 経過措置

「再診料」、「外来管理加算」及び「リハビリテーション料」算定について、平成14年3月31日以前に発症したものに係る発症日については、平成14年4月1日を発症日とみなすこと。

2 経過措置導入に伴う事務処理について

経過措置導入に伴う事務処理については、以下により取り扱うこととする。

(1) 再診料

逓減後の金額（690円）で請求のあったものについては、逓減前の金額（1,380円）に査定増を行うこと。

(2) 外来管理加算

① 外来管理加算

逓減後の点数（26点）で請求のあったものについては、逓減前の点数（52点）に査定増を行うこと。

② 外来管理加算の特例に係る読み替え

外来管理加算の点数を逓減前の点数に変更することによって、読み替え措置により点数を変更する必要のある検査等がある場合については、適正な請求点数を把握することが困難であることから、医療機関からの追加請求があった場合は差額を支結すること。

この場合、追加請求が適正に行われているか否かについては、必要に応じ医療機関に照会すること。

(3) リハビリテーション料

① 個別療法

逓減後の点数で請求されているものについては、逓減前の点数に査定増を行うこと。

② 集団療法

集団療法を9単位以上実施しているが8単位で算定されているものについては、その実施回数の把握が困難であることから、医療機関からの追加請求があった場合は、差額を支結すること。

この場合、追加請求が適正に行われているか否かについては、必要に応じ医療機関に照会すること。

3 早期リハビリテーション加算

早期リハビリテーション加算の算定に係る発症日については、経過措置の取扱いは行わないものであること。

4 その他

本経過措置の実施に当たっては、財団法人労災保険情報センター地方事務所との協力を得ながら、適正な労災診療費の支払いが確保されるよう事務処理体制に万全を期していただくようお願いする。

なお、本経過措置の実施については、日本医師会及び財団法人労災保険情報センターあて連絡済みであることを念のため申し添える。

メンタルヘルスは労働組合の運動課題

神奈川●不当解雇撤回の取り組みから

● 共に働く仲間として

生活クラブ生協による病気（精神症）休職者に対する不当解雇事件は、今年の1月から当該職員の職場復帰（暫定的に臨時雇用契約職員に準じた身分として就労し、健康状態が回復した時点で正規職員として復帰させる）という形での解決をみることができました。ご支援いただいた多くの方々に対して、この場を借りてお礼申し上げます。ありがとうございました。

港町診療所の天明佳臣先生には、「職場におけるメンタルヘルス」と題する学習講演会の講師を、薄礼にもかかわらず2回も引き受けていただき（そのうち1回は先生の申し出によりボランティアで）、当該職員の職場復帰に向けて、職場で働く仲間が心の病に対する認識を高め、労働組合としてどのように対応していったらいいのか等についてご教授していただき、たいへんお世話になりました。また、神奈川労災職業病センターの川本浩之さんにもサポート役として毎回ご参加いただきました。おふたりにもこの場を借りてお礼申し上げます。ありがとうございました。

まだまだ私たちの職場である生活クラブ生協の状況は、障害を持った人たちを積極的に受け入れたり、病者に対するサポート体制を強化していくという発想が弱いと言わざるを得ません。（例えば、最近も腰を痛めて配達が出来なくなり、事務職への配転を求めた50代の組合員に対して、生協は、自己都合で休職し、完治してから配送業務に戻るように、という対応を行ってきました。交渉の結果、現在は事務職へ異動しています。）これからも、こうした問題について、労働組合の活動を通じて地道に解決していきたいと考えています。

● 問題は職場の無理解と偏見から

今回の争議は、昨年の春、生活クラブ生協が精神症による休職から仕事ができるまでに回復した職員を、主治医の生協への復職願い（「証明書」）にもかかわらず、病気は完治していないとして、職場復帰を認めず、退職扱いとして職場から排除しようとした事件をめぐって争われました。

当初、生協はその根拠として「主治医が一人での仕事は出来ないと言っている」と説明したため、組合も主治医と面会したところ、そのような事実はなかったことが確認されました。生協の処遇決定には主治医の医学的な意見ではなく、生協の病気に対する無理解・偏見が大きく関与していることが明らかとなりました。そして、最終的に生協は、主治医の「証明書」でも「原職ないし原職相当職への復帰が可能とはされていない」として解雇（退職扱い）を強行したため、組合は昨年4月18日に地労委へ救済申立てを行い、本人の職場復帰を求めて闘ってきました。

● 働きやすい職場をつくるために

ともすれば、私たちは「精神症」を個人的な資質の問題だけに還元し、自分には関係のない、なにか危険な存在として取り扱いがちです。今回、天明先生に一番教えられたのは、働く者のメンタルヘルス（精神の健康）の問題を、「個人」の領域に押し込めず、職場の作業ストレスの問題として「社会的」に考え、「職場の問題」として規制していくというその姿勢でした。天明先生は、「メンタルヘルス＝精神的に健康であること」とは、単に病気でないということではなく、職場の中で、対人関係が充実し、活動が生産的で、困難な状況に対しても対処や適応力が有効に働くことだとおっしゃいました。このことは、実は労働組合の「働きやすい職場づくり」という課題と通底するものであり、「メンタルヘルス」問題とは労働

組合の根源的な運動課題に他ならないことにあらためて気付かされました。

2回目の学習会ではワークショップ形式で、参加者を2グループに分け、相互に職場での働きにくさ・メンタルストレスとなっていると思われる条件をあげ、発表・討論を行いました。ここで出された「ストレッサー」から浮かび上がってきたのは、成果主義賃金で尻をひっぱたかれながら、「運動」の名の下に昼休みもろくに取れず、どこかで決定され降りてきた課題を日々こなしていくだけの私たち職員の姿でした。

● 経済合理性と拡大再生産運動

生活クラブ生協では、「熟練度別評価制度」という10年続いた職能資格給制度に変わって、昨年度からMBO型成果主義型賃金制度が私たち組合の反対を押し切って導入されています。ここにおいて行われていることは、社会運動のダイナミズムと経済合理性のダイナミズム（資本制における加速度的な拡大再生産運動）の混同に他なりません。

成果主義的な評価制度は、会社が社員のお尻をひっぱたいて、もっと売り上げを伸ばせというような、つまり加速度的な拡大再生産運動を効率良く行なう制度ですが、生活クラブ生協における「熟練度別評価制度」やMBO型賃金制度は、このような経済合理性における拡大再生産運動のダイナミズムを、社会運動体としてのダイナミズムにすり替えているところに特徴があると言えます。そして、これらの制度のもとで表出された事件が、今回の不当解雇事件であると考えられます。

● 異なる他者の存在を認めあう

社会運動体におけるダイナミズムでは、個々の人々が互いに異なる他者として存在することを認めあうことにより、自己の意思決定の過程が保障されるわけですが、経済合理性におけるダイナミズムでは、個々の人々を「入れ替え可能」な存在にすることにより、つまり、いらなくなったら捨てる、使えなくなったらやめさせる、そして、かわりを入れ替えるというように、個々の人々を同質的な存在にすることにより組織的目標や利益の追求を最優先に考え、個々の人々の実存性などは副次的なものとされてしまいます。

今回の不当解雇事件は、「熟練度別評価制度」を10年間行なってきた生活クラブ生協において、運動に対する「動機づけ」に失敗し、「入れ替え可能」な人材しか求めないし、育ててこなかった（団交においては「熟練度別評価制度」の3等級の仕事ができなければ復職できない、などと生活クラブ生協は言っていましたが、これは「入れ替え可能」な人材しか求めず、経済合理性しか追求しないことを、如実にあらわした発言であったと思います。）ことにより、経済合理性を追求することばかりを第一に考えた揚げ句、人権思想の基本的な考え方となる「異なる他者の存在を認めあう」という発想を欠いたためにおきたのではないかと私たちは考えます。

● 労働組合の果たすべき役割

和解にあたっては、本人の健康回復と早期社会復帰が労使双方の目的として確認されました。今年1月から就労を開始していた本人は、その後、体調を崩し一時休暇を余儀なくされましたが、5月連休明けより再度就労を開始しています。社会復帰の道が決して平坦ではないことも、私たちは認識しておく必要があります。

今回の争議を通じ、私たちは多くのことを学びました。たとえ「福祉」を掲げ「先進的」と言われる生協においても、自らの組織への自己批判をなくしてしまえば、経済合理性の追求が第一義的となり、働く者の健康は犠牲にされます。行き過ぎた経済合理主義を規制し、労働者が職場において心身共に健康であるための民主的な職場環境や人間関係の構築こそが労働組合の果たすべき大きな役割です。2002春闘では、今まで生活クラブ生協では設けられてこなかった労働安全衛生委員会の設置と、労災職業病についての定期的な労使間協議の開催を要求に掲げ、現在協議中です。

まだまだやらなければならない課題の大きさに、時にはひるみながらも、今回復職を果たした本人を含めた仲間とともに、一歩一歩闘いを進めていきたいと思います。

全国一般労働組合全国協議会
神奈川・生活クラブ生協支部

「時間外研修」容認する決定

新潟●外国人研修生の労災不支給

新潟県三条市にある三条労働基準監督署は、インドネシア人の元研修生Dさんの労災申請(障害補償給付・療養の費用)に対し、5月13日付けで不支給処分とする決定を行った。その理由は、Dさんが「労働基準法第9条の労働者とは認められない。したがって労災保険法が適用されない」というものだった。

Dさんが所属する全統一労働組合、まやかしの研修生制度を告発してきた外国人研修生問題ネットワーク、そして外国人労働者の労災問題に取り組んできた東京労働安全衛生センターは、Dさんの労災申請を支援し外国人研修生の実態を明らかにしようとしてきた。

今回の三条労基署の不当な労災不支給決定は、Dさんの権利救済を認めないだけでなく、わが国の外国人研修生・技能実習生制度の根幹を揺るがしかねない問題をはらんでいる。

● アイムジャパンを通じて新潟の工場へ

2000年2月、インドネシア人のDさんは研修生として来日した。第一次受け入れ機関は、(財)中小企業国際人材育成事業団(アイム・ジャパン、以下IMMという)。

Dさんら3名の研修生は、1か月間、福島県会津市内にあるIMMのポリテクセンターで研磨やハンダ付け等の簡単な作業の実務研修を受け、宿舎のホテル内で簡単な日本語を教わったのち、同年3月から、新潟県南蒲原郡のT社(鍛造品製造)に配属された。

当時T社には、約20名の日本人労働者が働いていた。また、インドネシア人実習生2名も働いていた。構内にはプレス工場、塗装工場、仕上げ工場、事務所があり、仕上げ工場の2階が研修生・実習生の宿舎だった

研修生・実習生は、プレス工場で働いた。工場内には熱間鍛造プレス機など5台の鍛造プレスと金属加工プレス機械があった。

配属後の1か月間は、熱間鍛造プレスのかまに材料を投入したり、金属を焼く仕事に従事し、2か月目からは、金属加工プレス機械による作業を行った。

最初に、工場長にプレス機械での作業方法を教わったが、全体の製造工程については何の説明もなかった。インドネシア語のわかる日本人がおらず、仕事で分からないことは、先輩の実習生に聞くほかはなかった。

日本人労働者、研修生、実習生の仕事に違いはほとんどなく、混然一体となって働いた。工場長からは、「プレス機でアームを1時間に千個作る」とノルマを指示されていた。

2001年2月、技能検定試験に合格し技能実習生となったが、それまでの研修生のときと、仕事は全く変わらなかった。

● 残業と休日出勤

実習生が帰国した5月末頃から、研修生も残業をするようになった。残業時間は月に平均7～10時間程度、多いときで20～24時間程度だった。休日出勤も研修生・実習生だけがやった。残業や休日出勤は、工場長から命じられた。残業手当の計算のため、時間や仕上げた個数を所定の用紙に記入し、翌朝工場長に提出した。残業手当は会社から月末に支給され、残業単価は、時給700円だった。封筒に残業代の現金と明細書を入れて渡され、明細書には「○月○日～△月△日 □時間×700円 □□円(合計金額)」と記載されていた。

● 安全装置のないプレスで左示指切断

2000年8月、Dさんは、プレス機で鍛造品に穴を開けている最中、機械の刃に左示指を挟まれ、切断した。プレス機には安全装置がなく、過去にも、同じ機械で手指を切断した実習生がいたという。

病院の治療代、薬代、診断書料、通院にかかるタクシー代は会社が支払った。会社は後日、(財)国際研修協力機構(JITSCO)の外国人研修生総合保険からその費用の弁済を受けた。2001年1月、Dさんは、同保険から支給された後遺障害の保険金56万円を会社から受け取った。

技能実習生となったDさんは、残業代を時給700円から850円にあげるよう工場長に頼んだ。時給はアップしたが、嫌がらせを受けた。こうした事態をIMMの相談員に話したところ、実習先を変わることになった。

● 研修実態と労働者性

今年2月末、研修中のプレス災害の労災補償を求めて、Dさんは、三条労基署に障害補償給付請求の手続を行った。

研修生は、入管法上報酬を受ける活動が禁止されていることもあり、一般には労働基準法の「労働者」とはならない。しかし、旧労働省は「『技能実習制度』の導入に伴う労働基準行政の運営について」(平成5年10月6日付け基発第592号)で、「実態によっては労働基準法上の労働者に該当することとなる場合も生じることは従前のとおりであること」と示している。研修生が実態として「労働者」に該当するケースを排除せず、個々の実態に即して労働者性を判断するように指示している。

1985年、労働大臣の私的諮問機関である労働基準法研究会第一部会は、「労働基準法の『労働者』の判断基準について」(以下1985年報告という)を示した。それによると、「指揮監督下の労働」があるか、「報酬が賃金として支払われているか」の2つの要件を「使用従属性」と呼び、労働者性の有無を「使用従属性」の実態に即して判断するよう指示している。

研修生に限らず、一般的に労働基準監督署が労働者性の有無を判断する際には、この「使用従属性」の有無を実態的にみることになる。

● 「指揮監督下の労働」

Dさんは、研修生・実習生であった時期を問わず、T社での仕事の依頼、業務従事の指示等に対する諾否の自由は全くなかった。工場長からの具体的な指揮命令を受けて、日々の仕事を遂行していた。「プレス機でアームを1時間に千個」との具体的な作業ノルマを与えられ、それを拒否することは不可能であった。業務の内容及び遂行方法について、工場長から具体的な指揮命令を受けていた。また、使用者である工場長の命令により、通常予定されている所定時間の業務の他に、残業や休日出勤をすることもあった。熱間プレス機械による作業だけでなく、グラインダー作業も行っていた。このことは、使用者の一般的な指揮監督を受けているとの判断を補強する重要な要素である。

勤務場所及び勤務時間が指定され、管理されていることは、一般的に指揮監督の基本的な要素である。T社では、日本人労働者、研修生・実習生の所定労働時間は同じだった。研修生は使用者に、勤務場所、勤務時間を指定され管理されていたと認められる。また、Dさんに労務の代替性がないことも、指揮監督関係の判断を補強する重要な要素である。

こうしたことから、Dさんは使用者(工場長)の指揮監督下において、日々の作業を遂行していたと判断される。

● 報酬の労務対償性

労働基準法第11条は、「賃金とは、賃金、給料、手当、賞与その他の名称の如何を問わず、労働の対償として使用者が労働者に支払うすべてのものをいう。」と規定している。

Dさんは、研修手当として月額8万円を受け取っていた。研修手当はあくまで生活実費であり、賃金とはみなされていない。しかし、工場長は、Dさんら研修生に残業(時間外研修)、休日出勤(休日研修)を命じ、その報酬として時給700円の残業代を支払っていた。この事実は三条労基署も認めている。事業主が研修生に対して時間外・休日研修を名目とした残業・休日出勤を行わせることは厳に禁じられている。事業主が研修生に残業や休日出勤を命じ、その労働の対償として何からの対価を支払ったとすれば、その時点から研修は実態を失い就労とみなされる。

さらに、1985年報告は、「いわゆる残業をした場合には通常の報酬とは別の手当が支給される等報酬の性格が使用者の指揮監督の下に一定時間労務を提供していることに対する対価と判断される場合には、「使用従属性」を補強することになる」と述べている。

Dさんが残業・休日出勤をして時給700円の残業代をもらっていたことは、報酬の労務対償性が認められ、かつ使用従属性を補強する重要な要素だ。

月額8万円の研修手当の名目は生活実費だが、労務の対償を補強する要素とみなされる。月額8万円は就労実態からすると極端に低い金額であり、明らかに地域最低賃金及び産業別最低賃金に

違反している。研修手当は、生計を維持し得る程度のものではなかったが、これ自体最低賃金に違反しており、Dさんには未払賃金の請求権があるものと考えられる。

● 時間外・休日研修を容認

5月16日、私たちはDさんとともに、三条労基署に出向き交渉を行った。そのなかで、署はT社から提供された研修計画と研修日報だけで、研修内容を判断していたことが判明した。Dさん以外の研修生にも事情聴取しておらず、調査は極めて不十分なものだった。

研修計画では、年間1,920時間の研修時間のうち、非実務研修は392時間(内IMMでの非実務研修は160時間)となっていた。が、Dさんの証言によっても、実際上は非実務研修は行われていなかった。日報が事実を示していないことを署も認めざるを得なかった。

しかし、私たちの再検討の要求に対して、後日、三条労基署長は、「非実務研修の実態について問題の是非をいう立場にはない」、「研修の内容に一部そぐわないことがあっても労働者性については総合的に判断した」と回答した。これは、研修の実態を判断せず、厚生労働省が厳しく禁止を指導してきた、研修生の時間外研修・休日研修さえも事実上容認する発言である。この程度なら働かせても、ケガをさせても、研修の範囲として事業主の責任は追及しないというに等しい。

今回の三条労基署の決定は、Dさんへの労災不支給にとどまらず、これまで外国人研修生制度の見直しに向けて積み上げられてきた運動の成果を一挙に後退させるものだ。

今後、審査請求を通じてDさんの労災認定を勝ち取る取り組みを続けながら、厚生労働省に対しても、研修実態の調査(実務研修と非実務研修の内容と実施状況)や時間外研修・休日研修の取り締まりを厳しく要求していかなければならない。

東京労働安全衛生センター
飯田勝泰

リハビリ就労から完全復帰

東京●腰痛で労災認定のイラン人男性

イラン人のMさんからうれしい手紙が届いた。

彼は、メッキ作業で腰椎椎間板ヘルニアになり、労災で休業中だったが(詳細は2001年10月43頁参照)、今年4月からもとの職場に戻って働きはじめた。

2月頃から体ならしのためリハビリ就労にチャレンジしていた。何とか勤務が続けられるめどがつき完全復帰となった。昨年一度リハビリを兼ねて現場の作業を手伝ってみたが、痛みが強くなり、うまくいかなかった。それでもあきらめず、彼は近くのプールで黙々と歩き続け、主治医の三橋さん(亀戸ひまわり診療所)と相談しながら、慎重にリハビリにのぞんだ。

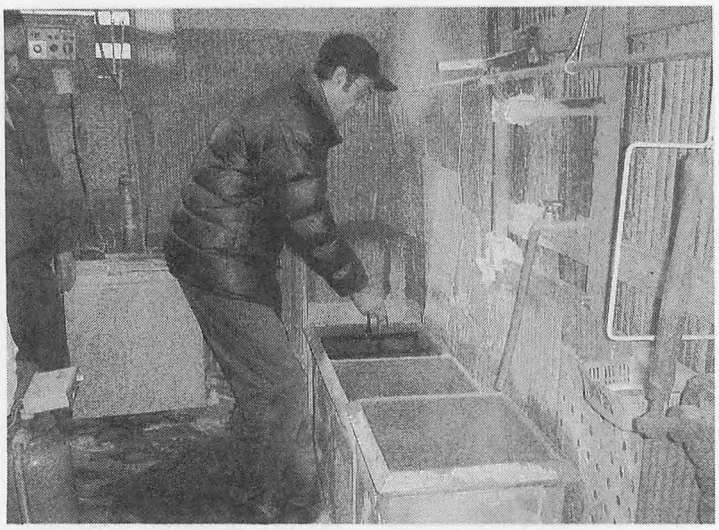
S区内の社長一人、パート一人の小さな会社で、彼は5年間勤め現場を任されていた。社長は、「IT不況で受注が減りそれどころじゃないよ」といった感じだったが、そこはそれ、いろいろ話すうちに再び彼を受け入れてもらうことになった。当たり前と言えばそれまでだが、家内工業のような下町の零細企業の経営者を説得し、理解を求めていくことも大切なこと。

Mさんは、日本人女性と結婚し、在留資格も得られそうだ。がんばって仕事を続けてほしいと願っている。

× × ×

「私はアルマイトの鋳金工場でメッキの現場作業にたずさわっておりました。数十キロにも及ぶ品物を中腰状態で薬品槽に上げ下ろしをしたり、洗浄、乾燥などの加工工程を毎日繰り返すうちに、腰の痛みが悪化し、ついに椎間板ヘルニアを患いました。

その痛みは耐え難いもので、仕事をすることはおろか、寝返りをうつこともできなくなり、寝たきりの生活を余儀なくされました。ヘルニアの治療には非常に時間がかかるため、やっと労災が認可されたときには、精神的にもまた金銭的にも非常に救われる思いがしました。痛みと同時に、仕事に復帰できるだろうか、体も治るだろうかという不安を絶えず感じておりましたが、東京労働安全衛生センターの飯



田勝泰さん、亀戸ひまわり診療所の三橋徹先生をはじめスタッフの方々に、労災の申請にあたり大変なお世話になっただけでなく、力づけていただくことも多く、本当に感謝しております。

飯田さん、三橋先生は私の職場に何度も足を運び、私の状況を把握しようと熱心に話を聞いて下さいました。まわりの方々に支えられ、本当にがんばってよかったと思います。

労災は社会で働くために、金銭的また精神的に非常に有意義な制度であると強く感じております。現在も治療を続け、一日も早く腰を完治させたいと努力しております。　H・M

労災医員が開示に不服申立

厚労省●委託研究経費合計額は開示

「委託研究の経費」および「地方労災医員名簿」に関して(一部)不開示とされた事件について、いずれも情報公開審査会が「開示すべき」とする答申(3月29日付け)を出したことは、6月号で報告したとおり。

「地方労災医員の名簿」については、5月17日付けで神奈川労働局長より、「処分を取り消し、開示することとしましたので通知します」とした「行政文書開示決定通知書」が送付されてきた。

しかし、すぐにまた、地方労災医員から待ったがかかったという知らせ。前記決定通知書をあらためてよく読むと、「(注)今後当該決定に対し、第三者から不服申立てがなされた場合などには開示の実施の執行を停止する場合がありますので、あらかじめ御了承下さい」と書かれている。開示される名簿に記載されている地方労災医員のだれかから不服申立てがあったということで、再度、情報公開審査会の判断を待たされることになってしまった。

一方、「委託研究の経費」については、5月29日付けで厚生労働大臣から以下のような決定書が送付され、その後、該当する文書(委託契約書等)が「合計額」の部分の記載がわかるかたちで届けられている。(ただし、情報公開審査会が「開示すべき」と答申しなかった内訳金額等の部分は相変わらず墨が塗られている。)

こちらの方も、厚生労働省が、該当する委託研究の契約相手の研究者たちに、開示に同意するかどうか聞いてまわっているという情報を得ていたので、すべての研究者が開示されることに同意したということなのだろう。

決定書

上記異議申立人から平成13年8月16日付けをもって提起された、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行政機関の保有する情報の公開に関する法律(平成11年法律第42号。以下、「法」という。)第9条第1項の決定に基づく一部開示決定処分に係る異議申立てについては、次のとおり決定する。

主　文

本件異議申立てに係る一部開

示決定処分はこれを変更し、「研究実施に要する経費」の合計額が記載されている部分は、これを開示し、その余の部分は不開示とする。

不服の要旨

本件異議申立ては、平成13年6月1日付けの「平成10年度委託研究『じん肺資料の変遷』の成果物及び委託契約書」外47件についての開示請求に対し、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。

決定の理由

本件異議申立てについて、法第18条の規定に基づき情報公開審査会に諮問したところ、別添答申書のとおり、「平成10年度委託研究『じん肺資料の変遷』の成果物及び委託契約書」外47件につき、法第5条第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、開示すべきであるとの答申を得たので、これを開示することが適当と判断した。その余の部分に係る不開示決定については、これを維持することが適当である。この不開示決定を維持する部分についての理由は、別添答申書［省略―5月号参照］第5の2「不開示情報該当性」を引用する。

平成14年5月29日
厚生労働大臣　坂口力

有害化学物質削減ネット設立

東京●PRTR情報活用を市民の手で

PRTR法の施行に伴い、4月27日、「有害化学物質削減ネットワーク」(http://www.toxwatch.net/)設立集会が東京芸術劇場で開かれた。市民の他、行政や企業の環境担当者など100名近くが参加。有害化学物質のリスクコミュニケーションを提唱する浦野紘平氏(横浜国立大学教授)が記念講演を行った。

PRTR法とは、有害化学物質(Pollutant)の排出(Release)や移動(Transfer)を登録(Register)する法律で、1999年7月に公布され、今年4月からスタートした。対象となる事業者が、1年間に取り扱った化学物質の排出量や移動量を届け出て、その情報を国が公開するもので、今年度末には2001年度に取り扱われた化学物質の排出や移動量が公開される。

これはしかし、市民が積極的にその情報を活用しなければ意味がない。米国やカナダ、英国では、政府が提供するPRTR情報を、NGOがインターネットを使い、一般市民に分かりやすい形に加工して提供している。浦野氏も講演の中で、「国が提供するPRTR情報は、必ずしもリスクにつながる情報になっていない」と指摘。また、当日設立された「有害化学物質削減ネットワーク」は、わが国初のPRTR情報NGOであり、リスクコミュニケーション手法を活かして、市民活動交流を活発に展開し、市民が有害化学物質削減のための政策提案ができるようになっていくことを期待したいと提案された。

集会ではまず、環境監視研究所の中地重晴氏が同ネットワーク代表として挨拶。続いて議案の審議に入り、中下裕子氏(ダイオキシン・環境ホルモン対策国民会議)のもとで村田幸雄氏(WWFジャパン)が経過報告と趣旨説明。活動方針と予算案については、藤原寿和氏(化学物質問題市民研究会)が提案。集会参加者からは、会の目的を、情報提供より環境リスク削減に重点を置いたものにすべきではないかという積極的意見や、方針に見合った予算が計上されてないのではないか、ITのエキスパートを確保しているのかといった厳しい意見も出た。情報の加工や提供に関する技術的問題については、エコケミストリー研究会の代表でもある浦野氏が、スタート時点では責任をもって協力することを約束した。

※「有害化学物質削減ネットワーク」は、会費で運営され(団体／年1万円、個人／年3千円)、〒174-0004 東京都豊島区北大塚2-29-5 大塚ダイカンプラザ1階「環境市民ひろば」内に事務所がある。

韓国全羅北道の労組と交流

関西●初めて安全衛生をテーマに

5月16-19日、民主労総全北本部と交流する韓国訪問団に参加しました。12年前、韓国の全羅北道にあった日系企業「アジアスワニー」で起こった労働争議を、全港湾建設支部はじめ関西の労組などが支援したのをきっかけに、全港湾建設支部では、韓国の民主労総との交流を続けてきました。今回の交流テーマは労働安全衛生で、全港湾の安全衛生委員やひょうご労働安全衛生センターのメンバーなど7人が参加しました。3泊4日で益山、光州、ソウルをまわるハードスケジュールでしたが、多くの方にお会いし、充実した4日間でした。

サッカーワールドカップ開催間近、観光客で賑うソウルからセマウル号で、全羅北道の益山へと向かいました。益山までは3時間、セマウル号は安くて快適でした。

訪問団の中で韓国語を話せるのは、コーディネーター役の全港湾建設支部の中村猛氏のみだったので、通訳者としてソウル在住で東京労働安全衛生センターの元事務局員である鈴木明氏が、付き合ってくれました。言葉が通じないというのは、非常にもどかしく、4日間、何とか韓国語を少しでも覚えようと努力はしたのですが、言えるようになったのは、あいさつと「ファジャンシル オディエヨ?(トイレはどこですか)」ぐらいでした。しかし、もとは漢字を使っていたこともあり、日本人には親しみやすい言語です。

現代自動車工場で交流会

2日目は、全州にある現代自動車工場で、生産現場見学の後、民主労総の現代自動車労組、大宇自動車労組、金属労組、一般労組などの安全衛生の担当者と交流会を持ちました。

韓国側からは、労働安全衛生についての全般状況と、現代、大宇の両労組の取り組み報告がありました。

報告によると、韓国では、死亡者の10%が労働災害によると言われており、これは職業病による死亡を含んでいません。IMF援助導入以降は、安全問題は後回しにされ、後退している状態です。政府は、規制緩和方針をすすめ、労災に関する財政も緊縮しており、労災の被災者は治ゆまでの十分な補償を受けることができません。反対に、全北では労働災害発生率が17%増加しており、とくに製造業、建設業に多く発生しています。IMF援助の導入以降、熟練していない労働者が多くなったことも原因のひとつです。

韓国では「産業災害」という言葉が使われてきましたが、労働者の問題としてとらえなおすために、民主労総では「労働災害」を使うよう勧めています。また、これまで、労働安全衛生に取り組んできたのは、主に、医師などの専門家たちでした。しかし、労働者こそ取り組むべきと考え、労働組合で安全衛生問題への関心が高まっています。将来的には、自分たちの「労働安全衛生センター」の設立を希望しています。

現代自動車全州工場は、3,500人中1,500人が労働組合員、郡山の大宇自動車工場も1,900人のうち1,500人を組織する大労働組合です。それぞれ労組の労働安全部が現場の安全の推進、安全診断、事故の予防と事故後の処理や対策に取り組んでいます。このような規模の大きい労組の一番の長所は、会社に対して作業中止権を行使できることです。産業安全保険法で労働者に認められた権利ではありますが、小規模な組合では実行するのが困難です。強行すれば会社側と深刻なトラブルになるのですが、現代や大宇のような労組では、危険な作業であれば拒否して、生産ラインをストップさせることができます。労働災害が発生すると、現場の安全が確保されるまでラインを止めて、直ちに会社側と交渉を行い、現場の改善などを勝ち取っています。

大宇造船では、筋骨格系疾病が発生し、大規模な争議に発展したほか、大宇自動車でも昨年12月腰痛患者がでて、ラインをストップさせました。30代の若年労働者に

も腰痛を患う者が多く、筋骨格系労災問題への関心が高まっています。現代自動車では、労災予防が重要課題であると考え、労使が協力して、労災予防システムを開発する労使協約を結び、人間工学の視点や医学的視点で調査を行っています。そこで、日本側に対して、筋骨格系労災の予防対策や職場復帰プログラムはないかといった具体的要望も出ました。

その後、高層集合住宅の建設現場に案内してもらい、飯場で建設労組とも交流しました。あいにくの雨で足場が悪く、現場は外から眺めるだけでしたが、実際に労働者たちが休憩している飯場で、いろいろな話を聞くことができました。建設労組は、下請け、孫請けの労働者、また、同じ現場で働く様々な職種の労働者を組織しています。この現場の労働者を組織するため、組合は3か月の間毎日ビラ巻き宣伝活動を行い、組合に労働者が加入すると、すぐ労組として団体交渉に入ったそうです。安全に関しては、高所作業用ゴンドラの金網の囲いと墜落防止ネットの設置を認めさせました。

毎年、民主労総と全港湾建設支部は交流をしてきましたが、安全衛生問題をテーマとしたのは初めてのことで、お互い手探りの状態で、特定の問題を議論して深めるようなことはできませんでしたが、互いに安全問題に取り組む労働者として、活発な質疑応答がありました。前もって関心のあるテーマを知らされていれば、もう少し準備もできたのではないかと少し悔やまれますが、この反省は今後の機会にいかしていければよいと思います。

追悼5・18光州

3日目は光州に行きました。光州での民主抗争と虐殺事件について本を読んだことがありましたが、実際にその地を訪れることになるとは夢にも思いませんでした。事件から22年後の5月18日、郊外の墓地へ続く道路にはずっと韓国の国旗が飾られていました。

墓地には市民墓地と国立墓地があり、22年前の犠牲者の一部は国からの補償を受けて国立墓地へ移ったそうですが、まだ多くの人が市民墓地に残っています。市民墓地の方を訪れる人の数のほうが圧倒的に多く、墓地は学生らしい若者のグループ、労組らしいおそろいのチョッキを着たグループ、家族らしい人々でいっぱいでした。墓地の周りには、様々なスローガンを書いた横断幕が張られていました。墓には、亡くなった方の写真や経歴が書かれたボードが立てかけられていました。労働闘争で亡くなったり自決した烈士たちを葬った一角もあり、そこにも多くの方がお参りし、すべての墓に花が供えられていました。

以前は山であったということですが、5年程前に国立墓地が立てられ、周囲も公園のようにきれいに整えられ、5・18事件に関する資料館もできました。5・18のときには首謀者として死刑が宣告された金大中氏が大統領になったのだから当然でしょうか。

資料館には生々しい写真が展示され、とても正視できませんでした。アルゼンチンの行方不明者、ボリビア鉱山労働者の虐殺、先住民の虐殺、中南米でも独裁政権や軍隊によって多くの命が犠牲になった例はたくさんあります。人間が同じ人間に対してかくも残酷になりうるというのはとても信じがたいことです。そんな状況や体制を作ってはいけないと改めて思います。

光州では、5・18を中心にその前後に様々な集会や催しが開催

されることになっていました。22年前学生たちが集会を開いたその同じ道庁前広場でも、集会が開かれていました。私たちが行ったときはタイミング悪く、ちょうど市民集会の終わった直後で、夜また民主労総による集会があるということでしたが、その前に私たちはソウルへ発たなければなりませんでした。

力強い韓国の労働運動

ソウルでは、ソウル衣類業労働組合(旧清渓被服労働組合)と交流、1970年に労働法が遵守されないことに抗議して焼身自殺したチョン・テイル氏の焼身現場を一緒に訪れました。そこまでして抗議しなければ労働者が顧みられることはなかった、そういう時代だったのだと思います。そして、韓国の労働者はいまも戦っています。町のあちらこちらで篭城抗議行動中のテントが見られました。あらゆる権利は、闘い、勝ち取るものなのでしょうか?

最終日、韓国のカトリック総本山、明洞大聖堂敷地内で、民主労総京仁地域平等労組移住労働者支部が、労働ビザなどの権利を求めて、篭城抗議を行っていました。4月28日から篭城を始め、21日目ということでした。チラシによると主な要求事項は、

- 移住労働者を追い出すための捜索追放を中断せよ!
- 韓国で少なくとも5年を過ごせば「労働ビザ」を付与せよ!
- 「雇用許可制」導入を中断し、職業選択の自由と労働3件を保障せよ!
- 集会とともに行動し、語ることのできる権利を奪うな!
- 移住労働者も人間だ。殴るな! 移住労働者の人権を保障せよ!

ということで、この問題のために、「移住労働者弾圧粉砕と労働ビザ争取のための共同対策委員会」というのを立ち上げていました。

その日の午後も集会が予定されており、私たちも1時間だけですが参加することができました(前頁写真)。バングラディッシュ、パキスタン、ネパール、フィリピンなどの労働者が韓国で働いているわけですが、韓国の運動では、イリーガルであるにもかかわらず、これら移住労働者を前面に押し出していることに驚きました。彼らは、逃げ隠れせず、堂々と韓国政府に権利としてこれらの要請を行っているのです。

韓国の労働運動の力強さに圧倒された4日間でした。なにより、ほかの世界を見聞することは私たちの自身の運動を見直す良い機会にもなります。労働安全衛生問題についての交流の中で、安全センターの活動にしても、労災の認定基準を争うことや損害賠償を勝ち取ることといった技術的な面に偏っているのではないだろうかと考えさせられました。民主労総は、産別労組を目指しています。全羅北道の各労組幹部も交流の中で、日本の企業別組合では労組の発展はないのではないかと指摘していました。今回本当に、このような貴重な機会が得られ、民主労総全北本部のみなさん、コーディネートしてくださった中村氏に感謝しています。

行ってみて韓国は非常に近く、今後もこのような機会を持てればと思います。

関西労働者安全センター
田島陽子

労災死亡者は毎年200万人

ILO●世界労働安全衛生会議で発表

※5月24日付けILOプレスリリース(前号59頁の記事は見出しが内容と食い違っていました)

毎年200万人の労働者が、労働関連の災害および疾病により死亡しており、それは氷山の一角にすぎない、と国際労働機関(ILO)は今日発表した。

2000年についてのILOの最新の推計は、200万件の労働関連死—毎日5,000人以上—と死亡災害1件につき、職種によって500-2,000の傷害が発生していると推計している。さらにILOは、致死的な労働関連疾患1件につき、100件のその他の休業をもたらす疾患が発生していると言っている。

5月26-31日にオーストリア・

ウィーンで開催される第16回世界労働安全衛生会議のために準備された報告のなかで、ILOは、主に、以前[の推計で]は労働関連伝染性疾患が算入されていなかったこと、および、労働に関連したがんと循環器系疾患が増加したことにより、1990年以降、労働者の年間死亡推計数は明らかに増加している、としている。

同じ期間中に、死亡災害の数字は、開発途上国ではわずかに上昇したが、多くの産業化諸国では減少した。

会議への報告のなかで、国際労働機関の労働および環境における安全保健に関するインフォーカス・プログラム(SafeWork)ディレクターのジュッカ・タカラ博士は、毎年2億7千万—うち約36万件が致死的な—の労働者が労働災害に巻き込まれており、それ以外に1億6千万の労働者が職業病に罹患している、と話した。

ILOの推計数字によれば、職場における最大の殺人者はがんであり、ざっと64万人、全死亡の32%を占め、次いで循環器系疾患が23%、そして、事故が19%、伝染性疾患が17%の順である。また、アスベストだけで、約10万人の生命を奪っている、と報告は述べている。

さらに悪いことに、毎年、危険な労働条件によって12,000人の児童が死亡している、とタカラ博士は言う。

世界の労働者の半数以上が雇用されている農業では、業務上の死亡、傷害、疾病の50%以上を占めている、とタカラ博士は言う。多数の労働者が、最も危険な産業の代名詞である農業、伐採業、漁業、鉱業などの、一次産業および採取産業に集中している開発途上国において、とりわけ大量の死傷者数が発生している。

ILOの報告によれば、産業化諸国では、労働の性質の構造的変化と、応急措置、救急医療の改善を含むより健康かつ安全な職場づくりのなかでの現実の改善の結果、重大災害の数は明らかに減少してきている。

しかし、労働の質の変化は、筋骨格系障害、ストレス、精神的問題、喘息・アレルギー反応や、アスベスト、放射線、化学物質等の危険因子および発がん因子による問題などの、新たな業務上のハザーズを生み出してきている。

● 怠慢のツケは高くつく

労働における死亡の主要な原因としては、事故による致死的災害の順位は—労働関連がんおよび循環器疾患より後の—第3位であるとはいえ、事故による死亡者がその業務で働くキャリアの長い労働者であることも多い。

業務上および労働関連の傷害および疾病の経済的費用は、急速に増大しつつある、と報告は述べている。人間の生命の価値を量ることは不可能であるが、補償に関する数字は、世界の国内総生産(GDP)の約4%が、休業、療養、障害および遺族補償というかたちで疾病の費用として喪失していることを示している。

「こうした労災職業病は、労働の結果として負傷し、障害を負い、あるいは死亡した労働者の家族にのしかかる影響も忘れてはならない」、とILO事務総長ジュアン・ソマビアは、報告に関するコメントのなかで語っている。「家族の感情的な苦痛、生活の調整、さらには金銭的な生き残りもまた考慮に入れなければならない要素である」。

ソマビアは、「ILOでは、世界には行動をとる倫理的義務があると信じている。われわれは、相当な経済的対価に達する、怠惰のツケがもたらした人的コストをみてきている。この現実がもたらす国内総生産の喪失は、開発途上国に対する政府開発援助(ODA)総額よりも20倍大きい」。

「ILOの推計は、真に社会対話と社会の自覚が存在しているところでは、安全と健康に対するリスクおよびハザーズへの曝露は減少することを示している」、とソマビアは言う。「また、労働者および使用者が自由に組織化でき、交渉ができるところでは、状況は劇的に改善することも示している。これらの所見は、労働における労働安全衛生を増進するための将来戦略に組み入れられなければならない」。

● 安全改善戦略

ILOは、ILOのすべての加盟国が、すでに実践されており容易に活用できる、最良の災害防止戦略と実践例を活用すれば、労災職業病の80%は防止することができる、と言う。

産業化諸国については、優先順位は、劣悪な労使関係に関連した心理社会的要因およびマネジ

メント、反復・緻密職務による精神的・身体的影響、化学物質を含め新しい技術や物質の取り扱いに関する情報、に焦点を当てる必要がある。産業化の途上にある諸国については、優先順位は、農林水産業等の一次産業における安全衛生慣行の改善、火災や危険物質への曝露を含め産業災害の防止、インフォーマルセクターの職場や家内産業を含め伝統的な労災職業病の予防、に与えられるべきである。

産業化のあらゆるレベルにおける諸国において、労災職業病のかなりの部分が、不適切な安全衛生情報によるものである。ILOの数多くの一いくつかは世界保険機関（WHO）や国連環境計画（UNEP）と共同の一プログラムは、安全衛生情報の改善とネットワーキングにねらいをつけている。

それには、職場における化学物質の性質に関する明瞭かつ標準化された情報を開発、翻訳、流布する国際化学物質安全計画（IPCS）が含まれている。ILOはまた、幅広い調査研究の実施や、4千頁のILO労働安全衛生百科事典を含め、膨大な出版物の発行も行っている。開発途上国におけるILOの活動は、中国の零細鉱山の化学物質安全プログラムから、中央アメリカの農薬イニシアティブ、アフリカ全土における労働安全情報キャンペーンなど、広範囲にわたっている。ブルガリアその他の中東欧諸国やベトナムでは、現代的な監督システムが実施されるようになった。

ILOは、労働安全に関する第155号、職業衛生機関に関する第161条などの鍵となる労働安全衛生条約が、裁定基準として尊重されるべきであるということを強調している。また、地球的なSafeWorkプログラムが、労働安全衛生における知見、アドボカシーおよびサービスを提供している。

※ http://www.ilo.org/public/english/bureau/inf/pr/2002/23.htm

---

（→16頁から続く） 関する安全又は衛生のための必要な事項を知らされるものと考える。

また、安全衛生情報センターのホームページにおいて石綿の有害性、取扱い上の注意等に関する情報の提供が行われているところである。

9. 今後のアスベスト被害者の発生を防止するため、わが国も全面的にアスベスト使用を禁止すべきであると考えるが、どうか。

（答）石綿については、優れた耐熱性等を有しており他の物質への代替が困難であったこと、石綿の種類により有害性に差があること等から、すべての種類の石綿の使用禁止までは行わず、特定化学物質等障害予防規則等により、呼吸用保護具の使用等石綿による労働者の健康障害を防止する措置を講ずるよう事業者に義務付けるとともに、石綿のうち有害性が特に高いアモサイト及びクロシドライトについては、平成7年の労働安全衛生法施行令の改正により、同年4月からその製造、輸入、使用等を禁止している。

今後とも石綿による労働者の健康障害の防止措置の実施を事業者に徹底させるとともに、現在使われている石綿についても、他の物質により代替できないか等を調査し、その結果を踏まえ、石綿の使用等の禁止措置について検討を行ってまいりたい。

10. 報道（本年4月28日付毎日新聞）によると、本年3月末にアスベストの全面的な使用禁止を検討する省間協議が開かれたとされている。この協議について、参加者の氏名及び議事録若しくは議事要旨について、明らかにされたい。

（答）御指摘の「省間協議」とは、本年3月29日に、厚生労働省が開催し、防衛庁、文部科学省、経済産業省、国土交通省及び環境省の実務担当者が参加した会議を指すものと考えられるが、当該会議は、関係各省庁における石綿対策の取組状況についての情報交換を目的とするものであり、御指摘の報道のような石綿の全面的な使用禁止について検討が行われたわけではない。

当該会議においては、厚生労働省の実務担当者が、当該会議の趣旨、労働安全衛生関係法令における石綿の規制に関する事項、国際機関及び諸外国の動向、石綿使用の現状について説明した後、厚生労働省以外の省庁の実務担当官が、自省庁の石綿対策の取組状況について説明したが、その議事録は作成していない。

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メゾン金山711　TEL(052)679-3079 /FAX(052)679-3080

京　都●京都労働安全衛生連絡会議
〒601-8432 京都市南区西九条東島町50-9 山本ビル3階　TEL(075)691-6191 /FAX(075)691-6145

大　阪●関西労働者安全センター　E-mail 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 姶良郡加治木町本町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7月号(通巻第288号)2002年6月15日発行(毎月1回15日発行)1979年12月28日第三種郵便物認可800円
〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1Zビル5階 全国労働安全衛生センター連絡会議 TEL(03)3636-3882 FAX(03)3636-3881
JOSHRC : Japan Occupational Safety and Health Resource Center, Z Bldg., 5F, 7-10-1 Kameido, Koto-ku, Tokyo, Japan
E-mail : joshrc@jca.apc.org HOMEPAGE : http://www.jca.apc.org/joshrc/

JOSHRC