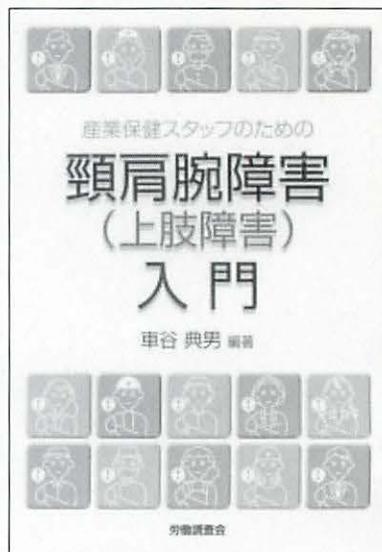


産業保健スタッフのための

頸肩腕障害 (上肢障害) 入門

車谷典男 編著

奈良県立医科大学教授



本書は、1999年に奈良県で開催された第39回近畿産業衛生学会でのシンポジウム「上肢作業による作業関連疾患—最近の知見と考え方—」の記録を下敷きにしたものです。

同シンポジウムを企画した動機は、20年余ぶりに頸肩腕障害(上肢障害)に関する認定基準が改定されたばかりの時期であったことを機会に、頸肩腕障害に関する新しい知見、考え方、取り組みを、この間の学問的な蓄積も踏まえ、議論してみたいと思ったからです。幸い、近畿地方会には、この方面で活躍中の、しかも専門性の異なる方々が多くおられました。そのなかから、大学の研究者として埴田和史先生(滋賀医科大学予防医学講座「発生職種の広がりや労働態様」)、産業医の専門家として山田誠二先生(松下産業衛生科学センター「作業現場における健診と事後措置」)、産業衛生技術者として熊谷信二先生(大阪府立公衆衛生研究所生活環境部生活衛生課「上肢への負荷の定量化」)、産業看護職として中西理恵子先生(松下電器産業(株)松下ホームアプライアンス社奈良健康管理室「産業看護職から見た負担軽減への取り組み」)、そして日本産業衛生学会頸肩腕障害研究会の代表として中石仁先生(筑波大学医療技術短期大学部「上肢障害に関する改定通達をめぐって」)を、それぞれ講演者をお願いし、快諾をいただきました。

(…中略…) シンポジウムの内容が充実していたこと、頸肩腕障害に関する出版物が乏しいこと、そのなかでもわかりやすい入門書あるいは気楽な読み物的な本が見当たらないこと、そうしたものを現場の産業保健スタッフが求めていること、など(…から本書の出版の運びとなりました…)

結果的に、講演に用いたスライドはほぼ原形のまま残りましたが、本文は書き下ろしに近い形で出来上がってきました。太い幹である本文の解説的な枝葉として、後段にQ&A(編者)と付録(労災・公災認定基準等)も追加作成いたしました。

(…中略…) 私たちとしてはイメージ通りに仕上がったつもりですが、どうでしょうか。今回のささやかな試みが、頸肩腕障害についての入門書となり、この古くて新しい職業病に関する理解が深まることに役立てば、望外の喜びです。

102頁・定価 [本体800円+税]

労働調査会

〒170-0004 東京都豊島区大塚2-4-5
TEL(03)3915-6401/FAX(03)3918-8618
全国安全センター会員の皆様に特価640円
+送料(1冊の場合210円)でお届けします
上記ではなく全国安全センター事務局
TEL(03)3636-3882/FAX(03)3636-3881
にお申し込みください。

情報を「いかに入手するか」から 「いかに活用するか」へ

「情報公開推進局」ホームページを立ち上げ

情報公開推進局・名古屋労災職業病研究会 榊原悟志 2

特集 / EAP / MAP のエッセンス

アメリカ労働者の抱える 問題と労働相談

—従業員相談/組合員相談のエッセンス—

日本女子大学人間社会学部 秋元 樹 7

連載26—塩沢美代子

語りつぎたいこと

26

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

世界的なアスベストをめぐる動向等 30

長尾光明氏のアルファ核種内部被ばくに関する
意見書 美浜・大飯・高浜原発に反対する大阪の会 小山英之 32

労災保険民営化問題資料 42

各地の便り / 世界から

東京・北海道 ●リクルート過労死裁判が和解 54

兵庫 ●甲状腺疾患あっても、指曲がり症公務上 57

東京 ●板金工のアスベスト肺がん労災認定 58

大阪 ●特別加入でなく労働者で、平均賃金変更 60

東京 ●MSWの経験—見過ごしかけた職業病 61

神奈川 ●横浜市が条例で法令上回る石綿対策 62

東京 ●過重労働健康障害懸念、企業の35% 63

情報を「いかに入手するか」から 「いかに活用するか」へ

「情報公開推進局」HPを立ち上げ
<http://www.joshrc.org/~open/>

榎原悟志

全国安全センター情報公開推進局・名古屋労災職業病研究会会員

2001年4月の情報公開法施行以来、安全センター情報誌上でも、開示請求により入手した行政内部通達ほか、多くの労働行政関係文書を提供してきました。さらにこの度、これら膨大な労働行政情報を死蔵することなく積極的に活用していただくためのホームページ（以下、「HP」）を設置、公開する運びとなりましたのでご案内します。多くの方に活用していただきたく、また、内容の充実に向けたご支援・ご協力も併せてお願いします。

「情報公開推進局」の主旨

情報公開法施行後の経験を経て、われわれの課題も、行政情報を「いかに入手するか」から「いかに活用するか」へと移行し、昨年4月より検討を続けた末、先の全国安全センター第14回総会において「情報公開推進局」の設立が承認されました[2003年8月号44頁参照]。その位置づけは、概略、次のとおりです。

① 基本戦略

「全国安全センター情報公開推進局」を立ち上げ、ネットワーク内各関係者団体が得た情報の積極的な2次活用（公開）を通じて、次の3点を推進する。

- ・運動の活性化
- ・重層的な運動ネットワークの拡大
- ・政策への影響力強化（政策の外部評価パネルとして「存在」を確立し、政策コントロールの柱とする）

② 事業計画

- 1) 「全国安全センター情報公開推進局」HPの設置、運用
 - ★HPを軸とした開示請求情報・開示資料の管理と提供
- 2) 開示請求、開示結果の一元管理と活用、利用の促進
 - ★会員その他の開示請求支援、代行
 - ★全国安全センターへの情報提供要請の実質的窓口機能
 - ★情報公開関連広報（例：ホワイトペーパーの作成）
- 3) 全国安全センターHPの更新管理等

HP（ホームページ）の内容

現在の実際のホームページの画面を、次頁に示しました。



【開示文書】

このサイトの柱のひとつです。情報公開請求により入手した労働行政関係文書を中心に掲載し、労働基準、安全衛生、労災補償、そのほかの区分からさらに小区分へと選択していくことにより、目的の文書を読覧できる構成としました。毎年度の重点項目を記した「監督指導業務(または労災補償業務)の運営に当たって留意すべき事項について」や労災補償行政の各「事務取扱指引」などは是非一度通読されることをお勧めします。

なお、文書ファイルのほとんどをPDF形式としたため、閲覧者のパソコンには閲覧用ソフトのアクロバットリーダーが必要ですが(ネット上から無償で取り込めます)。また、PDFファイルは印刷不可のガードを設定してありますが、パソコン内への保存は可能です。

【認定基準】

業務上疾病の労災認定基準通達と関連情報を労働基準法施行規則別表第1の2の区分に従い掲載しました。また、労災補償部課内部で使用している、未公開の事務連絡を含んだ「業務上疾病の認定基準及び関連通達集」も併記掲載しました。素早く画面を開けるように通常のHTML形式のファイル化(一部を除く)に努めました。

【資料箱】

その他労働行政関係の主要通達一覧や公開された資料などの情報を掲載します。今後拡充していく予定ですので、掲載を推奨される文書・情報などありましたら、お知らせ下さい。

【その他】

そのほかの内容として、関係団体・行政・法令検索などのHPを集めたリンク集、情報開示請求活動中の各事案の進捗状況を記載したプロセス一覧表などのページも設けました。また、今後の取組みとして、新着情報・文書の解説・職業病と労災補償などの情報を発信するメールマガジンの創刊・活用も実現したいと考えています。

活用方法

活用の方法は、以下のとおりです。

【文書検索方法】

各文書は、それぞれ該当項目のページに掲載しますが、どの項目に記載されているか判断に迷う文書もあります。その場合には、「サイト内検索」ボタンから開く検索画面をご利用ください。キーワード入力欄に適当な単語を入力すると、該当ファイルリス

トが表示されますので、それを選ぶことでその文書を閲覧できます。また、スペースを挟んで複数のキーワードを入力すれば、精度の高い絞り込み検索が可能です。ただし、現時点では個別PDFファイル内の文字はこの検索画面の検索対象外となっております。今後順次使いやすいHPを目指して整備を進める予定ですのでご理解ください。

【文書の印刷】

PDFファイル文書を印刷する場合には前述の印刷不可ガードの解除が必要です。各センターの会員には無償でパスワードをお知らせしますので、お問い合わせください。

【文書のCD領布】

HP掲載文書のうち、PDFファイル文書にはファイルサイズの大きいものもあり、インターネット通信環境によっては、利用しづらい方がみえるかもしれませんので、希望者にはCD媒体で必要文書を提供します。各センターの会員には原則的に送料等の実費のみで提供します。なお、一般向けには有償(10円/文書1枚)で対応します。詳しくは画面の「領

布について」ボタンからの説明画面をご覧ください。

ご協力・ご支援のお願い

皆様のご協力・ご支援をお願いします。

【開示請求一元管理】

効果的な情報開示請求活動へ向けた連携のため、各センターの会員が個別に情報開示請求をされる際のプロセス(請求～文書入手)の一元管理をめざしています。開示請求書や決定通知書などをメールやファックスで送付していただき、HPのプロセス一覧表に掲載し、共有するものです。詳しくはお問い合わせください。

【内容充実へのご協力ほか】

現時点では、主に入手した文書の掲載作業に努めており、掲載文書的前提となる文書の未入手やHP画面の使い勝手など、今後の課題も少なくありません。入手すべき文書のご指摘やHPを閲覧した際に気付かれた点を是非ご連絡いただき、よりよいHP構築に向けたご助言をお願いします。

担当紹介

情報公開推進局HP担当の榊原です。友人の労災死亡事故や自身の過労による罹患から、無知を悔いて社会保険労務士となり、独立後の情報公開法施行を機に開示請求を始めました。当初は、それまで未公開であった、今話題の社会保険加入の労働時間3/4基準の内簡や、社労士試験の解答(正解が2つあったことが判明)などを入手し、行政情報の不透明さを痛感しました。その後愛知労働局の文書台帳、その他の入手を続け、個人のHPで公開を始めたところ、名古屋労災職業病研究会を通じて全国安全センターと出会いました。

無知は隷従の培養上であり、情報独占は支

配の別名だと考えます。したがって、本来このような活動をするまでもなく、行政情報は積極的に公開されるべきです。情報公開推進局の活動を通じ



て、行政情報の透明性が高まり、幸せに働ける環境整備に資することができれば幸いです。

皆さまのご協力をお願いします。

連絡先: 榊原社労士事務所 榊原悟志
TEL(0566)52-4644/FAX(0566)52-4640
E-mail: dre@m.nifty.jp

また、より多くの方々が当HPを活川し、運動の活性化に結びつきますよう、広く会員外への案内、情宣にもご協力ください。

【運営へのご支援】

この情報公開推進局HPの立ち上げに当たっては、主要センターの負担と賛同いただいた会員のご支援で進めてきました。ご支援いただいた会員の方々

には厚くお礼申し上げます。

また、今後の運用についてご賛同いただける各地域安全センター及び会員、読者の皆さんからのご支援もお願いします。よろしければ次の要領でご送金ください。



※原則1口1万円・郵便振替口座00820-8-70172
口座名「榊原悟志」

掲載内容のサンプル

C 労災保険行政一般に関する手引・通達類

01 労災補償行政方針

発信日	文書名 文書番号	発信者/宛先	ページ数	ファイル
2003/01/21	平成14年度中央労災補償業務監察結果について 基発第0121003号	労働基準局長/都道府県労働局長	37P	1.7MB・PDF
2003/01/06	地方労災補償監察官監察指針について 基発第0106002号	労働基準局長/都道府県労働局長	47P	1.8MB・PDF
2002/12/27	労災保険給付事務処理点検体制の総点検の実施等について 基発第1227001号	労働基準局労災補償部長/都道府県労働局長	9P2	34KB・PDF
2002/10/09	長期末処理事案の報告について 基発補発第1009001号	労災補償部補償課長/都道府県労働局労働基準部長	2P	75KB・PDF
2003/03/20	労災補償業務の運営に当たって留意すべき事項について(平成15年度分) 基発第0320001号	労災補償部長/都道府県労働局長	10P	692KB・PDF
2002/04/18	平成14年度中央労災補償業務監察の実施について 基発第0418002号	労働基準局長/都道府県労働局長	4P	200KB・PDF
2002/03/12	労災補償業務の運営に当たって留意すべき事項について(平成14年度分) 基発第0312001号	労災補償部長/都道府県労働局長	13P	1.5MB・PDF
2001/05/31	平成13年度における長期末処理事案の解消対策について 基発補発第15号	労災補償部補償課長/都道府県労働局労働基準部長	4P	320.9KB・PDF
2001/03/21	労災補償業務の運営に当たって留意すべき事項について(平成13年度分) 基発第1号	労災補償部長/都道府県労働局長	12P	665.8KB・PDF

02 労災一般手引

2003/03/31	二次健康診断等給付システムの稼働に伴う「労災保険二次健診等給付医療機関の指定及び指定取消事務取扱準則」、「労災保険二次健康診断等給付担当規程」及び「二次健康診断等給付事務取扱手引」の一部改正について 基発第0331014号	労働基準局長/都道府県労働局長	8P	200KB・PDF
2003/03/28	労災保険指定医療機関及び労災保険指定薬局の指定に係る申請及び変更等の取扱いについて(一部改正) 基発第0328005号	労働基準局長/都道府県労働局長	2P	51KB・PDF
2002/11/29	本省報告の廃止について 基発補発第1129001号	労働基準局労災補償部補償課長/		

2002/09/19	様式の変更に伴う当面の取扱いについて 基発補発第0919001号	都道府県労働局労働基準部長 労働基準局労災補償部補償課長/ 都道府県労働局労働基準部長	1P	23KB・PDF
2002/09/19	本省報告の廃止について 基発第0919002号	労働基準局長/都道府県労働局長	1P	19KB・PDF
2002/04/01	「労働保険事務組合事務処理手引(平成12年3月)」一部改正について 基発第0401028号	労働基準局長/都道府県労働局長	3P	110KB・PDF
2002/03/28	第一線職員のための労災実務必携平成14年3月 基発補初第0328001号	労働基準局労災補償部補償課/ 労働基準局長/都道府県労働局長宛	138P	6.05MB・PDF
2001/03/31	労災保険給付事務取扱手引平成13年3月改訂 基発第237号	労働基準局長/都道府県労働局長宛	291P	13.19MB・PDF
2001/11/16	労災保険における傷病の「治ゆ」に係る周知用パンフレットの送付について 基発補発第27号	労働基準局労災補償部補償課長/ 都道府県労働局労働基準部長	8P	1.05MB・PDF
1996/11/19	(部内限) 労災保険給付に係る後続請求の取扱いについて 事務連絡	労働基準局労災管理課長・補償課長/ 都道府県労働基準局労災主務課長	6P	494.2KB・PDF
2002/03/29	労働者災害補償保険と自動車損害賠償責任保険及び自動車損害賠償責任共済とを調整する際の損害賠償額の算定について 基発補発第0329002号	労働基準局労災補償部補償課長/ 都道府県労働局労働基準部長	22P	793.7KB・PDF
1997/02/00	(部内限) 第三者行為災害質疑応答集平成9年2月 労働省労働基準局補償課/ 労働省労働基準局長/都道府県労働局長宛	労働省労働基準局長/都道府県労働局長宛	129P	5.9MB・PDF
1996/10/28	(部内限) 第三者行為災害事務取扱手引平成8年10月 基発第643号	労働省労働基準局長/都道府県労働局長宛	312P	35.98MB・PDF
2003/03/28	労災保険審査請求事務取扱手引平成15年3月改訂 基発第0328001号	労働省労働基準局長/都道府県労働局長	318P	12.8MB・PDF
1999/03/10	審査関係質疑応答選集平成11年3月 事務連絡	労働省労働基準局補償課労災保険審査室長/ 都道府県労働基準局労災主務課長宛	146P	4.12MB・PDF
1998/03/31	【廃止】(部内限) 労災保険審査請求事務取扱手引平成10年3月 基発第150号	労働省労働基準局長/都道府県労働局長宛	340P	17.39MB・PDF
1996/03/29	(部内限) 労災保険審査請求迅速処理マニュアル平成8年3月 基発第183号の2	労働省労働基準局長/都道府県労働局長宛	86P	3.55MB・PDF

労災職業病なんでも無料電話相談専用 フリーダイヤル常設化

0120-631202

全国安全センターのネットワークでは、上記の電話番号(0120-631202)で常時相談を受け付けています。複数の地域センターが分担して全国をカバーしており、最寄りの相談窓口につながります。

アメリカ労働者の抱える 問題と労働相談

—従業員相談/組合員相談
(EAP/MAP)¹⁾のエッセンス—

秋元樹

日本女子大学人間社会学部

-
1. EAPを通してみられるアメリカ労働者の抱える問題
 - (1) マウント・サイナイ/ ニューヨーク大学健康 (Health)EAP
 - (2) AFSCME DC37 MAP
 - (3) ごく普通の労働者のごく普通の問題
 2. プログラムデザイン
 - (1) マウントサイナイ/ニューヨーク大学メディカルセンターEAP
 - (2) アメリカ自治労第37地区評議会MAP
 - (3) コーネル大学EAP
 3. アメリカEAP/MAPの概況
 - (1) プログラムの拡がりデザイン
 - (2) 定義と意義
 4. 現在及び将来の問題点
 - (1) EAP導入の論理—生産性とのペイオフ、
 - (2) 労働組合の対応
 - (3) 停滞、衰退—外注化
 - (4) 営利化、商業化
- まとめ
-

アメリカの労働者は、他の国の労働者と同様、多くの問題を抱える。それらは個人生活、家族生活、職場生活、地域・社会生活にわたる。

問題を抱えた労働者は、自分で悩み独力で解決しようと試みる。あるいは権利を主張し訴訟を起こし闘う。特にアメリカにおいては「個人主義」、「訴訟社会」がキーワードである。

しかし、実際にはアメリカの多くの労働者はこれらに代えて又はこれらと並行して「相談」という道をとる。問題を抱えたとき労働者は、家族に、友人に、同僚に、現又は元の上司に、労働組合の役員その他に個人的に相談する。あるいはよりフォーマルにデザインされた公私のさまざまな相談プログラムを利用する。EAP (Employee Assistance Programs, 従業員相談プログラム) /MAP (Member Assistance Programs, 組合員相談プログラム)はそのうちの代表的なものの一つである。

本稿は、二つの目的を持つ。一つは今日のアメリカの労働者が抱える問題の一端をみること。二つの代表的EAP/MAPに持ち込まれた問題項目とその分布をみる。(第1節) もう一つはこれら問題を扱うアメリカEAP/MAPのエッセンスを理解すること。プ

プログラムの具体例、一般的拡がりや定義/意義、主なる論点を概観する。(第2-4節)

EAPは今日のアメリカ労働ソーシャルワーク(Occupational Social Work)の関心と実践の中心を占める。論者によっては労働ソーシャルワークをEAPとほぼ同義とすら置くものである。

1. EAPを通してみられるアメリカ労働者の抱える問題

アメリカの労働者は何を悩むか? 表1~表3は今

表1: マウントサイナイ/ニューヨーク大学健康EAPクライアントが抱える問題 I
(従業員に関するケースのみ) 2001.1.1-12.31

問題項目	件数	%
アルコール・薬物、家族外		
アルコール、家族	1	0.3
アルコール、本人	11	3.6
キャリア	6	2.0
鬱/不安 ¹⁾	50	16.2
障害 ²⁾		
離婚/別離	12	3.9
薬物、家族	2	0.7
薬物、本人	8	2.6
高齢者介護	4	1.3
家族間問題	16	5.2
金銭	15	4.9
不幸/死別 ³⁾	29	9.4
法律	13	4.2
夫婦問題	18	5.8
身体的健康医療 ⁴⁾	1	0.3
メンタルヘルス ⁵⁾	20	6.5
子育て	15	4.9
自己評価 ⁶⁾	7	2.3
ストレス	31	10.1
職場、ハラスメント	5	1.6
職場、同僚	7	2.3
職場、上司	16	5.2
なし	21	6.8
計	308	100.0

日のアメリカの二つの代表的EAP/MAPを通してみた労働者の抱える問題の一覧である。

(1) マウント・サイナイ/ニューヨーク大学健康(Health)EAP

表1はニューヨークにあるマウント・サイナイ/ニューヨーク大学健康EAP(6病院・組織をカバー、後述)に2002年1年間に寄せられた問題項目別件数及びその分布である。「問題」は、本人による“主訴”ではなく“カウンセラー”によって判定された最も「主要な問題」項目である。プログラムの内容に

表2: マウントサイナイ/ニューヨーク大学健康EAPクライアントが抱える問題 II
(従業員に関するケースのみ) 2001.1.1-12.31

問題項目	人	%
欠勤(Absenteeism)	17	5.5
処分(Disciplinary Action)	21	6.8
労働不能(Impaired)	7	2.3
一貫性の欠如(Inconsistent)	3	1.0
労働の質(Quality)	10	3.3
人間関係(Relationships)	33	10.7
安全性(Safety)	7	2.3
遅刻(Tardy)	4	1.3
その他(Other)	25	8.1
問題なし(No Problem)	121	39.3
合計	308 (248)	

¹⁾ Depression/Anxiety

²⁾ Disability management

³⁾ Grief/Major loss

⁴⁾ Medical/Physical

⁵⁾ Mental health/Personal

⁶⁾ Self concept/Esteem

(注) 表1は“カウンセラー”によって判定された第1に主要な問題、表2は相談者本人、監督者又はカウンセラー判定による報告の合計ある。(Hughes, 2003c)

Mount Sinai Hospital, "Consolidated Summary Report for the period Monday, January 01, 2001-Monday, December 31, 2001," March 3, 2003.

ついては次項に詳述される。ここでいうクライアントは病院を訪れる一般患者ではなく病院で働く人々＝従業員である。具体的には①医者、②看護士(Registered Nurse)、③ソーシャルワーカー、④医療技師、⑤電気工その他のエンジニア、⑥保安警備、⑦建物保潔、⑧食事サービス、⑨看護補助等である。

もっとも多い問題が鬱/不安の50件(308件¹²中の16.2%、以下同じ)、ついでストレスの31件(10.1%)、不幸/死別(身近な人の死亡等による深い悲しみ)の29件(9.4%)の順である。メンタルヘルス20件(6.5%)、夫婦関係18件(5.8%)、家族間問題、職場の上司との関係各16件、金銭問題、子育て各15件と続く。

表の各項目を薬物・アルコール(アルコール3項目、薬物2項目)、環境問題(キャリア、高齢者介護、金銭、法律、子育て)、健康医療(鬱/不安、身体的健康医療、メンタル・ヘルス、自己規定(concept)/自尊、ストレス)、人間関係(離婚/別離、家族間問題、不幸/死別、夫婦問題、職場3項目)の4カテゴリーにまとめるならばそれぞれ22件(7.1%)、53件(17.2%)、109件、103件となる。後二者が全体の各3分の1強を占めている。(Mount Sinai Hospital, 2003)

表1で示されたような問題は仕事との関係ではどのような形を取るのだろうか? 表2は同じマウントサイナイ/ニューヨーク大学健康EAPのクライアントについてこれを見たものである。

ここで集計されている248件¹³のうちの約半数121ケースが問題なしとされている。残りの127ケース中、「その他」を除きもっとも多い項目が人間関係に及ぼす影響であり33件、ついで処分を受ける又は受けたことに関したケースの21件、出勤常ならず(欠勤)の17件である。残るは、労働の質(10件)、労働不能(病欠等、以下同じ)、安全性(各7件)、遅刻(4件)、一貫性の欠如(3件)である。

(2) AFSCME DC37 MAP

もう一つ別のプログラムを見てみよう。表3はニューヨーク市最大の労働組合、アメリカ州郡市職員連盟(AFSCME; American Federation of State, County and Municipal Employees)第37地区評議会(District Council (DC) 37、ニューヨーク市職員組合)MAP

の1999年1月から4月までに出されたケースの問題項目別件数及びその分布である。

「その他」を別にすれば、賃金控除(166件、その他を含む1,414件中(以下同じ)の11.7%)、電気ガス水道等(142件、10.0%)、労働災害補償(126件、8.8%)、退職/解雇(122件、8.6%)、住宅(111件、7.8%)が5大項目である。

上記マウント・サイナイ/ニューヨーク大学健康EAPに倣って4カテゴリーに分類すると、薬物・アルコールが105件(7.4%)、環境問題が925件(65.4%)、健康医療が212件(15.0%)、人間関係が64件(4.5%)となる。

マウントサイナイ/ニューヨーク大学健康EAPに比べ環境問題が抜きん出て多い。キャリア及び仕事・労働に関する項目(仕事上の問題、重大なその他の不調和、退職・解雇、遅刻欠勤、労働安全、賃金遅延、賃金控除、傷病給付支給の遅延、労働災害補償)が593件(41.9%)、個人、家庭、コミュニティ生活に関する項目(子育て問題、犯罪、差別、¹⁴法律、保育、電気ガス水道等、火事、住宅、高齢者介護、無過失責任)が332件(23.4%)である。(Terruso, 1999)特に労働生活に直接関する項目が多いのはこのプログラムが労働組合のものであることの故であろう。

最近の傾向は、「薬物等依存のケースが減少している」(80年代半ば以降)ことと「その分を不安(anxiety)、ストレスのケースが埋めている」ことの2点である。前者は「市への応募時に薬物テストが課せられたことによるものと思われる。かつては全ケース(母数不明、筆者注)の50%近くを占めていたが現在では22.3%に落ちている(2002年は3,646件中212件; Terruso, 2003b)。」後者は「9.11事件の影響である。同じ不安、ストレスでも以前は人減らしによるものが多かった。」(Terruso, 2003a)

(3) ごく普通の労働者のごく普通の問題

これらの問題はどの程度病院及び州・自治体公務員に、また特にマウントサイナイ/ニューヨーク大学医療センター及びDC37に特異なものなのだろうか?あるいは今日のアメリカの労働者に相当程度に共通的なものなのだろうか? 社会のどのような階

屑、集団(サブポピュレーション)の問題とみたらいいのだろうか? 組織外、「組織内の地位の如何に

表3: AFSCME第37地区評議会MAPクライアントが抱える問題 1999.1.1-4.30

	件数	%	【例示】
アルコール	50	3.5	
コカイン	23	1.6	
薬物濫用+メンタル・ヘルス ^{a)}	1	0.1	^{a)} アルコール依存+ 二極性障害
ヘロイン	10	0.7	
複数薬物濫用 ^{b)}	6	0.4	^{b)} アルコール+コカイン
他の薬物 ^{c)}	4	0.3	^{c)} アンフェタミン覚醒剤、処方薬
他の常習中毒行為 ^{d)}	1	0.1	^{d)} ギャンブリング、セックス
精神病性障害 (Psychotic Disorder)	3	0.2	
死別	42	3.0	
鬱 ^{e)}	65	4.6	^{e)} 不眠、無気力、集中困難
不安 ^{f)}	7	0.5	^{f)} パニック、神経症、胸の痛み、呼吸困難
仕事上の問題 (Job Problems)	10	0.7	
重大なその他の不調和 (discord)	27	1.9	
子育て問題	15	1.1	
身体的疾患	50	3.5	
仕事上のストレス ^{g)}	87	6.2	^{g)} ダウンサイジング、人員削減による過重労働
家庭内暴力	16	1.1	
休職/解雇	122	8.6	
犯罪	23	1.6	
遅刻欠勤	29	2.1	
労働安全	3	0.2	
性ハラスメント	6	0.4	
差別	1	0.1	
法律	4	0.3	
保育	6	0.4	
賃金遅延 ^{h)}	81	5.7	^{h)} 病気休職から復職時の事務手続きの齟齬
賃金控除 ⁱ⁾	166	11.7	ⁱ⁾ 病休の上限(12日間)を超えた欠勤
傷病給付支給の遅延 ^{j)}	29	2.1	^{j)} 市当局又は医師の手続き処理の遅れ
電気ガス水道等	142	10.0	
火事	10	0.7	
住宅	111	7.8	
高齢者介護	2	0.1	
無過失責任(交通事故) ^{k)}	18	1.3	^{k)} 訴訟により傷病給付受給資格なし
労働災害補償	126	8.9	
その他金銭的困難 ^{l)}	108	7.6	^{l)} 強盗
合計	1,414	100.0	

Terruso, Robert. 1999. Statistical Report (January-April 1999) ^{a)}. Memorandum to Roz Yasser. June 24.

かかわらず、私たちは日常生活においていろいろの問題に直面する。」(Hazelden, 1996)

マウントサイナイ/ニューヨーク大学健康EAP及びDC37MAPのクライアントの属性についての入手可能なデータは次のとおりである。マウントサイナイ/ニューヨーク大学健康EAPのクライアントは、男女比は約1対3；既婚、未婚、その他の比率は大まかに言えば1対1対1(この順が多い)；勤続年数は1年未満19%、1-5年37%、6-10年13%、11-15年11%、16-20年3.6%、21年以上7.1%；シフトの別では昼と夜その他で3対1である。女性の割合が多いのが特徴である。所得及び職種についてのデータはとられていないが、⁵⁵プログラムの責任者ダニエル・ヒューズによると「ピラミッド(上記職種分類①-⑤)の下の人ほどこの利用率は多い。全体のケースは下のグループと見て良い。」⁵⁶また「専門職professionalsの間では看護上の利用が多い。専門職の利用者の半分は看護師である。」⁵⁷

DC37のクライアントの属性は、男555名、女982名；独身763名、既婚360名、離婚126名、離別232名、死別57名；アジア系7名、アフリカ系220名、スペイン語系64名、白人54名、不明13名である。アフリカ系が圧倒的に多い。

マウントサイナイ、DC37いずれのプログラムにあってもコンスティチュアンシー(プログラムにカバーされる従業員又は組合員全体)のこれらクライアントの属性に対応する数字は不明である。各EAP/MAPにより当然コンスティチュアンシー、クライアントの属性及びプログラムのデザイン(後述)には種々の特徴がある。その特徴にしたがって利用者の社会階層・集団にも、提示される問題にもそれぞれ特徴が見られる。上の二プログラム間でも相異があった。しかし、EAP利用者は概して「下のグループと見て良い」(上記)というの是一般的のようである。“一流企業”をも含む後述コーネル大学EAP責任者ダニエル・ディアズもこれを証言する。「より下層の人々の利用率が高い。」⁵⁸(Diaz, 2002)そして、上に提示された問題—アルコール、薬物濫用、仕事、金銭、消費者問題(クレジットカード、債務を含む)、法律、高齢者介護、保育、健康、鬱・ストレスその他のメンタル・ヘルス・精神問題、家族、子ども、夫婦問題そ

他の人間関係等—もまた特に特異ということはない。(佐藤, 1996:38 Table6参照)“ごく普通の労働者”(working class)に共通的な問題とって良さそうである。厳格な実証は困難ではあるとはいうものの、他に書かれた諸報告、諸論文、パンフレット、冊子の記述にあっても(Diaz, 2002; Bailey 2002; Jeffe, 2002; EAPA, 2003; NASW, 1995; 佐藤, 1998)、筆者が70年代以降永年にわたって行ってきた諸EAP/MAPの観察にあっても、労働者によってEAP/MAPに持ち込まれる問題の範囲と種類は、上記二例に示されたものと異なるところはない。異なるのはその項目間の分布のウェイトであると考えて良い。

2. ■ プログラムデザイン

それではこれら問題を見せ、扱うEAP/MAPとはどのようなプログラムなのだろうか。前節のマウントサイナイ/ニューヨーク大学健康EAPを代表例として詳述する。数的な意味での典型例としてではなく、一つのプロトタイプ例としての抽出である。

後に、これを今日の多様なアメリカEAP/MAPの全体像の中に位置づけるために、他の二例を略述する。一つは同じく前節で紹介されたDC37MAPであり、もう一つはコーネル大学EAPである。

(1) マウントサイナイ/ニューヨーク大学メディカルセンターEAP

マウントサイナイ病院、クウィーンズマウントサイナイ病院、マウントサイナイ医学部(School of Medicine)、ニューヨーク大学病院、ニューヨーク大学医学部(School of Medicine)、ニューヨーク大学ダウンタウン病院、ジョイント・ディーズ病棟の5病院・組織の従業員を対象とする病院(使用者)側が設置したEAPである。同時に外部契約により、ニューヨーク・アカデミー・オブ・メディシンの病院従業員に対し、同じサービスを提供している。メインオフィスはマンハッタン北部のマウントサイナイ病院の一つのビルの中にある。

1977年、連邦政府補助金によりスタートした。監督者(supervisors, 以下同じ)を訓練し部下の“仕事”ぶりの観察を通してアルコール依存の問題を発見

する。問題が見出された場合にはケースをEAPに送る。そこで診断判定 (clinical assessment) がなされ、アルコール回復プログラムに行くべきかどうかが決める。70年代半ば、連邦政府が全国に推奨したNIAAA (National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse)¹⁹プログラムの最初の一つで、いわゆる職場アルコール (Industrial Alcoholism) 対策の原型をつくったものである。

1979年、扱う対象をアルコール問題から、より広い問題たとえば、家族、健康・医療、仕事上の人間関係、抑鬱、ストレス等人々が日々直面する問題へと拡大した。ソーシャルワークモデルへの転換である。

現在、プログラムは人事部 (Human Resources) (福祉厚生、採用・解雇、研修、労使関係、苦情処理を所管) の下にある。1990年、ソーシャルワーク部 (病院の患者に対するサービスを所管) から移管された。

病院内の主要部署、従業員グループの代表 (従業員保健医療 (Health) サービス、保安 (Security) 部、看護師、IT部、人事部、労働組合ほか、8-10人) からなる諮問 (Advisory) 委員会が設けられている。EAPのスタッフは所長 (Director) のほか6名 (すべてソーシャルワーカー、うち3名は大学院生インターン)、他に事務が1名である。

EAPの活動は、①個人労働相談、②管理監督者相談助言 (Consultation)、③講座、研修等、④その他特別活動、⑤経営に対するフィードバックをカバーする。

加えて、⑥ソーシャルワーク学生の教育及び⑦調査研究が行われている。財政的基盤のユニークさがこれを可能にしている。病院からの予算にのみではなく外部からの補助金にもよっていることによる。責任者ダニエル・ヒューズはこれを「大学モデル」と名づける。「アカデミック・センターでありたい」という。「一般製造企業、銀行等では不可能なモデルであろう。」 (Hughes, 2002)

① 個人労働相談

個別相談は、最近では通常年間三百数十ケース²⁰を数える。2002年は337件であった。面接回数

では計1,179回となる。このほかに471通の電話による対応 (interventions) をしている。さらに62件の保育、夏季キャンプ等についての情報提供が「保育情報・紹介」 (refer, 以下同じ) サービス (Child-Care Information & Referral Services) の名の下になされている。 (Hughes, 2003:1) なお、総件数三百数十件の中には通常十数件前後の従業員以外の被扶養者、配偶者その他がクライアントであるケースが含まれている。EAPサービスは従業員およびその家族が利用できるとされている。

前節で用いられた2001年従業員ケースの308ケース (以下断りのない限り同じ) で「紹介」元が明らかなケース239についてみると半数弱、44.5% (104人) が本人自らである。23.0% (55人) が監督者 (Supervisor) によって、12.6% (30人) が同僚によって、7.1% (17名) が人事部 (Human Resources)、4.6% (11名) が管理者 (Management) によって送られてきた。

EAP訪問者に対しては、まず判定 (assessment) がなされ、必要に応じて情報の提供、カウンセリング、他機関への「紹介」がなされる。

カウンセリングサービスは感情的に興奮していればこれを冷静に考えさせる。事実的情報は提供するし、諸手続きも教える。仕事がいやなら配置転換の方法も。どうやって生活、生きていくかの戦略をつくらせる。 (Hughes, 2002)

基本的に相談は短期モデルである。1ケースあたりの面接回数の制限は特に設けられていないが、2002年では平均3.5回であった。各カウンセラーは治療上の必要があるかぎり責任者の了解のもとに長期にケースを継続することもあり得る。

マウントサイナイ/ニューヨーク大学健康EAPは、いつでも即座に対応できるようにはデザインされていないという意味で「危機介入」型ではない。24時間対応ではないし、いつでも予約なしで飛び込める診療所ではない。実際には、急速、たとえば他に行くところがなく送り込まれてくるケースもあるが²¹「この能力 (resource) を超えている。」 (Hughes, 2003a)

「ここは労働者に友好的 (workers friendly) である。病院 (使用者) は、ここに来る人を不利に扱うこ

とは出来ない。」(Hughes, 2002) 病院(使用者)の設置するプログラムであるが運営は使用者から独立して行われている。管理者からの圧力は受けることはないか? 「ある」管理者が「紹介」してくるとき同時に対処方法まで指示してくることもある。」どうするか? 「うまく乗り切る。」(Hughes, 2002)

秘密保持と組織的中立性が強調される。全過程を通しての秘密保持はいうまでもない。途中、本人の了解があれば家族への連絡、家族の同行もあり得るが、命にかかわるような場合を除いて、統計的報告以外は病院(使用者)とはデータ及び情報の共有はしない。相談者のカルテの入るオフィスの4段ファイリングキャビネットは備え付けの鍵のほか鉄のバーが上から下まで渡されており南京錠がかけられている。¹²

組織的中立性を保つためにも、先の諮問委員会には管理者(人事部)と労働組合の代表が加えられていた。EAPはたとえば、セクシュアルハラスメントのケースについてはカウンセリング等の必要には応えるが、仲裁、調停は行わない。また白らのMAPを別に持つ労働組合に属する組合員¹³たる従業員はマウントサイナイ/ニューヨーク大学健康EAPを利用することも組合のMAPを利用することも許される。

② 管理監督者相談助言(Consultation)

2002年、232回の管理監督者相談助言が行われた。主に電話による。部下の“仕事”ぶりに基づく問題の相談である。

本来プログラムが予定していなかったことではあるが、危機的イベント(たとえば、9.11事件)の組織や作業集団(work groups)に与える影響等組織問題についての相談もある。(Hughes, 2003:2)

③ 講習・研修等

一般従業員向けに各種講習、セミナー、ワークショップ等を主催する。2002年は、19回の研修、14回のオリエンテーション講座、16回の危機的イベントディブリーフィング(debriefing)、ストレス体験の聴き出しが行われ、計547人が参加した。(Hughes, 2003:2)

④ その他の特別活動

9月11日のあとCDPT(トラウマ・カウンセリング・サービス)が行われた。

また、1999年以来毎年JPモーガン/チェースコーポレートによってセントラルパークで開催されるロードレースに参加、大会の裏方準備等支援もする。

⑤ 政施策へのフィードバック

ここに来る人は命令される仕事自体のゆえにストレスをうけ、たとえば、鬱になる。新しい事業・施策・仕事のやり方等が導入されると多くのケースがここに来るようになる。(Hughes, 2002)

あるカテゴリー、職場の従業員(c.g. 看護婦)にある問題がまとまって生じている。(Hughes, 2002)

このような場合には病院に対し年間の事業報告書を通しまたは非公式に経営管理者にコンタクトしフィードバックを試みる。「それらは時には感謝され、時には無視される。」(Hughes, 2002) ただし、たとえば月1回、年2回といった公式の病院管理者との定期的会合等、フィードバックのための制度化はなされていない。

「EAPは方針(policy)をつくる地位にはない」(Hughes, 2002a)が、組織内外の従業員の福祉にかかわる各種検討運営委員会等のメンバーに加わることはある。たとえば、ニューヨーク大学医学部労働・生活委員会—従業員の個人・家庭生活と労働・職場生活の両立をはかるためのプログラムを考える—やポストンカレッジ仕事・家庭(Work and Family)センター40の全国大企業等が参加する同様の政策立案及びプログラム開発に関心を持つ同大学経営学部が主催する円卓会議—に参加をしている。この種の活動は最近ではEAPの「関心分野」となりつつある。(Hughes, 2003c)

(2) アメリカ自治労第37地区評議会MAP

組合によるアメリカ最大のMAPの一つである。ニューヨーク市職員(13万人)とその家族を対象とする。組合の保健・保障給付(Health & Security Plan、

各種医療給付等)の一部をなす。MAP、「組合の…給付」というが財源はすべて市に負う。労働協約の合意によるものである。市は監査権を有するが経費支出を含めた管理運営は組合に任されている。オフィスはマンハッタン南部DC37の組合ビルの中にある。対人サービス室(Personal Service Unit)が担当する。スタッフは現在(2003年)フルタイムソーシャルワーカーが14人、助手が1名、ソーシャルワークインターンが8名、コンサルタントベース(週10時間)で精神科医が1名である。「92年以来このパターンはかわっていない。」ほかに14名の退職組合員が退職組合員及び傷病(disability)休暇中の組合員向けプログラムを手伝っている。(Terruso, 2003b)

誕生は1971年。「メンタルヘルス及び社会的ニーズを抱えた組合員に関心を持った当時の指導者ビクター・ゴトバウム(Victor Gotbaum)の下ではじめられた。」(Terruso, 2003b)コロンビア大学ソーシャルワーク学部労働ソーシャルワーク(Social Work in the World of Work)の祖ハイマン・ウィーナー(Heiman Weiner)が関与している。問題を抱え「1人では手に負えない場合」、「それが仕事又は個人の福祉に影響を与えるとき」、(AFSCME:1)たとえば、「首が危うくなったとき」(AFSCME:2)訪れるべきところとされている。プロフェッショナルな援助が提供される「身内の」相談サービスである。(AFSCME:1)

サービスを受けるために1999年1-4月にMAPを実際に訪れた組合員は1,538名¹⁴、うち1,081名が組合緊急援助給付(Help Our Own, 後述)で、残るケースのうち74名が1-3回の短期で、54名が「情報の提供と他機関への“紹介”」で既に終結、329名が現在継続中のケースである。¹⁵73名が「アポイントメントを守らずに中絶」している。(Terruso, 1999:2)なお、DC37には、このMAPに加え、法律問題に特化した相談プログラムを別に持っており、多数の¹⁶カード破産、住宅ローン返済不能、離婚等の法律ケースが寄せられている。さらにニューヨーク市職員には市(使用者)側のEAPが市長室(Mayer's Office)のもとにある。¹⁷市職員たるDC37組合員はいずれのサービスを選択し利用することも可能である。「家族問題等では市長室EAPを利用する職員もいるが雇用がかかわるような問題の場合はDC37

MAPを利用する。」(Terruso, 2003a)1995-96年の佐藤万亀子の聞き取りによると、DC37MAP、同法律相談、市長室EAPの「来所比率」(「来談数」/従業員数¹⁸)はそれぞれ5.9、8、1.7と報告している。(佐藤, 1996:38)単純に合わせると19.4、重複もあろうが10人のうち2人弱が利用していることになる。

月曜から金曜まで、9時から1時まで、電話で受け付けがなされる。(DC37, 1996:3)多くの場合アポイントメントがつかられ第1回目の面接がなされるのであるが、15%ほどのアポイントメントなしの飛び込みのケースもある。(Terruso, 1999:2)

組合員の抱える問題が判定され、ニーズが測定される。必要に応じて、精神的診断(Psychiatric Evaluations)もなされる。1999年1-5月は138人がこれを受けた。社会資源についての情報提供がなされ、短期カウンセリング—直接回数は通常1-3回程度である—がおこなわれる。あるいは外部機関への「紹介」がなされる。「紹介」先は「出来る限り(各自の)支払い能力を考慮して」決められる。各メンバーが受けられる給付はそれぞれの加入している保険会社により異なるからである。ちなみに前出佐藤の聞き取りの報告によると「B社では、初回25ドル必要なだけで、20回の治療(treatment)が保障され、C社では1回10ドルで何回でも受けられる、アルコールと麻薬中毒は60回の治療が受けられる。」とされている。(佐藤, 1998:49)外部に「紹介」されたケースについては逐次モニタリングが行われ、中には10年を超える長期のケースもある。(Terruso, 2003a)

仕事を失う可能性のある問題に優先権が与えられる。解雇の恐れあるとき、たとえば、口頭又は書類による警告、処分がなされたとき、使用者による聴聞(hearing)が予定されたときには組合の役員はこのオフィスに連絡することが期待されている。(AFSCME:5)

DC37のMAPの一つの特徴は先に挙げた組合緊急援助給付である。組合員が一定の理由(cf. 前掲表3表側「貸金遅延」以下の項目)により金銭援助を必要とする場合、組合費による基金から250ドルを上限とした給付がなされる。上記受付件数1,081のうち797件に平均135ドルの給付がなされている。

また、DC37のMAPはこれら個別相談・援助に加

え、グループカウンセリング(薬物濫用の治療前グループ、病気休暇・休職中の組合員向け「ウェルネス・サポート」グループ、職場・家庭人間関係改善グループ、AIDS等同じ問題を持つ人々のグループ等)、ワークショップ、講座等(退職前教育、ストレス管理、危機事件/ディブリーフィング、新規退職者、病休等短期労働不能の者、労働不能になる危険のある者へのアウトリーチも行われる。(DC37, 1996: 4-5; Terruso, 1999:2)

9.11 事件直後、プログラムの方から各職場を訪ねることがはじめられ、その後その慣行は恒久化された。(Terruso, 2003a)

(3) コーネル大学EAP

コーネル大学の医学部公衆衛生部¹⁹の下にあるが、大学の従業員向けのEAPではない。外部の一般営利企業等との契約を通してそれら企業等の従業員にEAPサービスを提供するエイジェンシーである。2002年現在の契約企業等の数は約55、そこで働く対象労働者数は21,299人である。1年間のインテイク数は約1,000件、実際に取り扱う件数はこれに継続中のケースが加わる。扱われるケースの70%は心理的・内面的問題である。(Diaz, 2002) 顧客リストには通信会社、金融保険会社、弁護士事務所、医療関係、財団、大学、国際機関、非営利組織が含まれる。具体的にはソニー、野村、セントラルパーク保存財団、コロンビア大学、国連開発プログラム、ニューヨーク共同募金会、その他の名がみられる。(Cornell, 2002) エイジェンシーのオフィスはマンハッタン中央部にある。

このエイジェンシーの誕生のきっかけはコーネル大学医学部の一医師が、患者としての医者をよく見ており、かつあるひとつのEAPにかかわっていたことにある。その経験からコーネルの医師のためにもEAPをつくることが提案されたが、財政的事情から実現せず。かわりにニューヨーク市東部にあるニューヨーク病院、コーネル大学医学部、メモリアル病院、その他主要医療機関のEAPコンソーシアムが誕生した。その後、このコンソーシアムに対していくつもの一般企業からそのサービス提供の打診があり、コーネル大学医学部が関心を持ち、独立して

このエイジェンシーを立ち上げた。コンソーシアム自体は現在も存続している。(Diaz, 2002)

非営利であるが、他(医学部、政府)からの経費援助は受けていない。企業等との契約からの収入のみで運営されている。契約の料金は従業員1人あたり月3ドル、年36ドル、1,000人を超える場合は2.5ドルである。25人以下は一律2000ドルとされている。問題発生危険率によって料金差を設けることはなされていない。

4人のカウンセラーと数人のインターンは全員がソーシャルワーカーである。²⁰ソーシャルワーカーの中に日本語を含め外国語を話すメンバーを揃えている。上記契約先リストに外資系企業、国際組織等が含まれているのはそのことは反映である。

EAP契約のクライアント(契約先)は企業等であるが、実際のEAPサービスのクライアントはそれら企業等の従業員及びその家族である。90%は自分で訪れてくるが、監督者が部下から相談をうけ又は部下の“異常”に気がついてここに来させるケースも多くある。さらに、企業等の経営管理者、人事部から解雇の“危機に瀕した”ケースを回してくる場合もある。

ここでも秘密保持は厳格である。人事部からまわされてきたケースですら、人事部に知らせるのは、当該従業員がEAPとの関係を維持しているか、アドバイス(recommendation)にしたがっているか、たとえば、個別治療に行っているかについてのイエス、ノーのみである。内容は伝えられない。

従業員からの直接的な相談のほか、管理監督者(人事(人的資源)部の人々を含む)からの問い合わせ、相談(e.g. 遅刻の多い部下をどう扱ったら良いか、アルコールの臭う人がいるがどうしたらいいか、むやみに絡んでくる従業員がいるが試用期間切れに際してどうしたらいいか?)に対するアドバイスも日常的に行われている。管理監督者に対する研修、従業員に対する昼食時講座²¹、セミナー、ワークショップもある。これらのテーマは、ストレス管理、経営方針の変革、健康的な食習慣、心と体、ヨガ、“燃え尽き”からの予防、紛争の解決法、リーダーシップ・スキル、仕事と生活のバランス、質の高い高齢者介護の選択、禁煙等々に及ぶ。(Cornell, 発行年

不明)

セクシュアルハラスメントの指針案づくり等もプログラムの一部として行われている。

3. ■ アメリカEAP/MAPの概況

(1) プログラムの拡がり与设计

3つのEAP/MAPの概略を見たが、より一般的に今日のアメリカのEAP/MAPの一般的拡がり、定義・意義をまとめよう。

今日どのくらいの数のEAP/MAPが存在しており、どのくらいの企業及び労働者がEAP/MAPのサービスにカバーされているかは正確にはわからない。(Kurzman, 2002)しかし、EAPに従事するプロフェッショナル²²の全国組織従業員援助プロフェッショナル協会(EAPA, Employee Assistance Professional Association; 会員数30か国に5千4,5百人、うちアメリカ以外は約10%)は、1991年、全国のEAPプログラム数を2万とした。(EAPA, 1992)今日大組織にあつてはほとんどがEAPを持っているともいわれる。コーネル大学EAPの責任者ジェフリー・ディアズによるとフォーチュン400の80-90%は何らかのEAPを持つ。(Diaz, 2002)²³連邦政府の諸組織、軍隊のすべては法によりEAPの設置が求められているし、²⁴州政府のほとんど、自治体政府の多くはそれぞれの法規により又は自らの選択によりEAPを置いている。(Bergh, 1995:842)大学その他の高等教育研究機関も数多くがEAPを用意している。NASW『ソーシャルワーク百科事典』(Encyclopedia of Social Work, 第19巻、1995年)はその数を150以上としている。(Bergh, 1995:842)ニューヨーク市立大学(CUNY)ハンターカレッジ(Hunter College)EAPはその一例である。主なる労働組合もまたMAPを持つ。ニューヨーク地区でも、上のAFSCME DC37のほかサービス従業員国際労働組合(SEIU)、病院医療介護従業員組合(1199, Hospital & Health Care Employees Union)、全国船員組合その他がある。

反面、中小特に300人以下の組織はEAPをほとんど持っていない。50人以下では費用的に難しい。

(Diaz, 2002)

EAPには、雇用主の自由なる選択によって提供されるもの(使用者型)、労働組合との協約を通して提供されるもの(協約型)、労働組合(又は専門職協会等)によって提供されるもの(組合理)の3種がありうる。²⁵前節までのマウントサイナイ/ニューヨーク大学健康EAPは使用者型、AFSCME DC37 MAPは組合理である。コーネル大学EAPと契約を持つ各企業その他の中には使用者型のほか協約型が混在しているかも知れない。60年代末から70年代初めにはじめられた古いものほど²⁶労働組合が関与したものが多く、新しいプログラムほど経営側のイニシアティブではじめられている。

いずれの型であれそれらにはスポンサーの組織内にオフィス、スタッフを用意する“白前”の内部型(internal)プログラムと外のEAP提供エイジェンシーに“外注”する外部型(external)プログラムがある。前節のマウントサイナイ/ニューヨーク大学健康EAP及びAFSCME DC37 MAPは内部型プログラムであり、コーネル大学EAPは外部型プログラムのEAP提供エイジェンシーの一例として示された。古いものほど内部型が多く、最近では外部型が増えている(後述)。マウントサイナイ/ニューヨーク大学健康EAP及びEAPAの各責任者ダニエル・ヒューズ及びアントニー・サミュエルは、今日のプログラムの70%は外部プログラムであるという。(Hughes, 2003a; Samuel, 2003)ただし、内部プログラムのいくつかには副次的に外部に対しても門戸を開いているものがある。マウントサイナイ/ニューヨーク大学健康EAPはその例でもある。Exon-Mobil EAPも外のメンバーに対してもサービスを契約を通して提供する。逆に、内部型といっても少数の従業員しかいない地域の支店、営業所等については一部外部型プログラムでサービスを埋める場合も出てくる。(Samuel, 2003)

アルコール型とソーシャルワーク型、心理内面型と環境型の区分はEAPのエッセンスを理解するのに有効であろう。アルコール型をEAPプロトタイプと考えると理解しやすい。事実歴史的にもアルコールプログラム中心ではじまったものが多かった。²⁷ある従業員がアルコール依存の問題を持っているかど

うかは労働の場でもっとも良く見出されうる。たとえば、欠勤、生産性の低下等が代替指標(predictable indicators)として働く。(Hughes, 2002)いわゆる"Industrial alcoholism"の視点である。²⁸問題を見出された労働者は解雇されるのではなくリハビリのプログラムに参加するチャンスが与えられる。そして、そのプログラムに入っている限り雇川は保障され、解雇はされないものとする。

これが後に、取り扱う問題の範囲を、より一般的な労働生活、家庭生活、コミュニティ生活における問題にまで拡大された。ソーシャルワークモデルへの転換である。マウントサイナイ/ニューヨーク大学健康EAPの例を思い出されたい。多くのEAPはこの流れを踏んだが、アルコール型の前史を持たないプログラムもあれば、今なおアルコール型の色彩を濃厚に残しているプログラムもある。

心理内面型と環境型については、最近では環境に目をやったプログラムが減ります。前者に傾斜している。(後述)前節のようにDC37 MAPは後者へのかかわりが強く、コーネルEAPは前者への傾きが強い。

(2) 定義と意義

EAP/MAPの中核は個別労働相談である。マウントサイナイ/ニューヨーク大学健康EAPの来訪者向けリーフレットはEAPを次のように定義する。MAPにあつてはこの「従業員」を「組合員」と置き換えられたい。

従業員及びその家族が個人生活又は仕事に影響を及ぼす問題を解決するのを援助する任意利用の、秘密保持が約束された、専門的(プロフェッショナルな)援助(である)。(Hazelden Foundation, 1996)

あるいはEAPAは次のように定義する。

職場に基礎をおいたプログラムで(1)労働組織が生産性問題に関心を向け、(2)従業員クライアントが個人の問題(たとえば、仕事に影響する可能性のある健康、夫婦、家族、金銭、アルコー

ル、薬物、法律、情緒、ストレス、メンタル・ヘルス等の個人生活上の問題)を理解し(identify)、解決するのを援助するためにデザインされたもの。」(EAPA,2002)

第二の定義を参考にしつつ、第一の定義をパラフレーズしよう。EAPの何たるかを掴む。

① EAPは通常「従業員及びその家族」が利用対象者とされる。来訪者、クライアントともに通常は従業員本人であるが少数ながら家族である場合も現実にある。マウントサイナイ/ニューヨーク大学健康EAPでは2001年の取扱件数323件中15件が家族、配偶者等をクライアントとした。また、時には従業員及びその家族以外、すなわち隣人、顧客その他の問題が持ち込まれることもある。さらに、コミュニティに関心を広げる労働組合のMAPの中には組合員の「紹介」による非組合員のケースが含まれることもある。

② EAP/MAPで扱われる問題は、「個人生活又は仕事に影響を及ぼす問題」である。第二のEAPAの定義では、第一の定義が「個人生活に影響を及ぼす問題」と「仕事に影響を及ぼす問題」をorで結ぶのに対し、両者をandで結ぶ。個人問題の解決を直接のゴール(immediate goal)とし、生産性への関心を究極ゴールとする。あるいは前者を手段、後者を目的とするとも読める。いずれにしても、EAPとは個人の生活上の問題解決と企業・組織の「適正な生産性の確保」(Kurzman, 1993)という二要素のかねあいのものにデザインされるプログラムであり、「仕事への影響」がその結節点となっている。たとえば、「2歳の子どもの保育が出来ないから仕事に遅れる、休む」(Samuel, 2003)、「一労働者の問題が同僚の勤労意欲に影響を及ぼし時には組織全体の効率にも影響を与える」(Hazelden, 1996)。

二要素間への強調の程度は各プログラムごとに異なる。あるプログラムでは後者すなわちアルコール・薬物その他「仕事に影響を及ぼす」限りでの問題に関心を示すし、あるプログラムでは「仕事に影響を及ぼす」か否かにかかわらず前者すなわち「個人生活」にかかわる問題をそのものと

して扱う。モデル的に言うならば、使用者及び企業にとっては生産阻害要因の緩和又は排除又は従業員の能率の確保がその目するところであり、労働者及び労働組合にとっては抱える問題の解決そのこと又は解雇への危険からの保護をはじめとする組合員の雇用上の地位の確保がその目するところであると理解して良い。一般に企業主導のEAPにあつては第二要素に、MAPは第一要素にウェイトがあるといつていいだろう。

③ また、実際に扱われる問題は「健康、夫婦、家族、金銭、アルコール、薬物、法律、情緒、ストレス、メンタル・ヘルス等」(第二定義)であるが、前述のようにプログラムごとに心理的・精神的問題に偏りのあるプログラム、逆にこれらの外にある「環境問題」にウェイトがあるプログラムがある。さらに職場の問題への関与についてはDC37のように積極的に多くのケースを見せているものと、これへの関与を遠慮しているものがある。マウントサイナイ/ニューヨーク大学健康EAP配付のリーフレットでは「EAPは個人生活上の問題を扱い労働問題(work-related problems)は扱わない。組織の既存の政策及び手続き[労働協約その他労使の取り決め又は企業等が自ら定めた諸制度(訳者注)]が労働問題の処理には用いられる。」とする。ここで「労働問題」とは労使関係に近いものであろうが、労働組合の抵抗を避けるための配慮かと思われる。(Hazelden, 1996)マウントサイナイ/ニューヨーク大学健康EAPではセクシュアルハラスメントの調停等の例示が先になされていた。

④ 「従業員及びその家族が…問題を解決するのを援助する」「任意利用の、秘密保持が約束された、プロフェッショナルな援助(である)」。前段はプログラムはクライアント自らが問題解決に努力するのを援助するものであるといういわゆるアドボカシー、エンパワメントの原理を述べ、後段は利用が強制されたものではないこと及び秘密保持の原則を述べる。いずれもソーシャルワークのキーワードである。現実、問題を抱えた労働者は、自ら、あるいは時には上司、同僚、家族等により勧められ又は紹介されてしかし自ら、コンタク

トを取ってくるケースが圧倒的に多い。ただし、第2節で書かれたように、人事部等からの“紹介”ケースの中には、“EAPを利用する限りで解雇が見合わされる”、“解雇手続きの一プロセス”という意味での強制が含まれているケースもある。

⑤ EAP/MAPは、「プロフェッショナルな援助(である)」という意味は二重である。まずEAP/MAPはプロフェッショナルによって提供されなければならない。「個人的問題の判定を専門とする…相談(counselling service)」(Hazelden, 1996)の専門家である。中心的プロフェッショナルはソーシャルワーカーである。マウントサイナイ/ニューヨーク大学健康EAPでも、DC37でも、コーネルEAPもカウンセラー全員が原則としてソーシャルワーカーであった。しかし、「EAPに従事するプロフェッショナル」はソーシャルワーカーに限らない。EAPAはソーシャルワーカーに加えて、メンタル・ヘルスカウンセラー、薬物等濫用専門家(practitioners)、行動健康専門家(Behavioral health specialists)、人的資源(Human Resource)プロフェッショナル、危機管理専門家(Risk management experts)、福利厚生スペシャリスト(Benefits specialists)その他(EAPA, 2002)といったプロフェッショナル名又は職名を挙げる。EAPA会員のバックグラウンドの分布をみると、ソーシャルワークが34%、カウンセリングが28%、心理学・精神医学(psychology/psychiatry)が20%であり、その他経営(Administrative)、薬物依存(Addictions)、従業員援助プログラム、教育、労使関係、人事(人的資源)管理等がそれぞれ5~1%である(2002年)。学歴レベルは70%が修士号又は博士号を持ち、また複数の学位持つものも多い。(Samuel, 2003)

EAPAは認証従業員相談士(CEAP, Certified Employee Assistance Professionals)²⁹⁾の資格試験とその資格付与を行っているが、EAPに従事するために特に求められる資格ではない。各雇川主の求める学歴その他の“雇川要件”以外に特別の資格を必要とはしない。³⁰⁾

⑥ 「プロフェッショナルな援助(である)」というもう一つの意味は、そこで提供されるサービスは、そのプロフェッションの一定の価値及び倫理の下に、

一定の技法によりなされるものでなければならないということである。EAPAは独自の「倫理綱領」(EAPA, 発行年不明a)及び「中核的技法」(EAPA, 発行年不明b)を示すが、EAPプロフェッションという単一のプロフェッションが確立していない以上これらを以ってEAPの必要十分条件とするわけにはいかない。あるいはその「価値及び倫理」については、各EAP従事者が属するプロフェッショナル組織の定める「倫理綱領」等の方が重要であるかもしれない。たとえば、ソーシャルワーカーであれば、NASW(全米ソーシャルワーカー協会)のそれがある。ここではそれらの内容には言及しないが、共通すべきはこれらのプロフェッションの価値及び倫理は、使用者や組織の要求に優越するものであるという点である。しかし、実際にはいずれのプロフェッショナル組織にも属していない従事者も少なくない。

EAPの個別労働相談で用いられる“中核的技法”(Core technologies)は、クライアントの持つ問題の特定(identification)、判定(assessment)、情報の提供、短期カウンセリング、他機関等への診断・治療・援助のための“紹介”、“紹介”されたケースの監視(monitoring)及びその後のフォローアップである。積極的対峙(constructive confrontation)、動機づけ(motivation)、短期的介入(short-term intervention)が用いられる。(Hughes, 2002; Diaz, 2002; Jaffe, 2002; Berge, 1995; EAPA, 発行年不明b)面接は通常数回程度、³¹⁾いわゆる治療の過程には入らないのを原則とすると考えて良い。ただし、プログラムによっては治療過程にまで踏み込むものもあるし、カウンセラーによっては、「特に心理出身のカウンセラーにあっては」プログラムの“期待”を超えて「メンタルヘルスのケースでは深入りを好む傾向もある」。(Samuel, 2003)

EAPのプログラムのプロフェッショナルな水準を維持するための一種のアクレディテーション(各プログラムが一定の基準に達しているか否かの認証をする)組織として、北米従業員援助協会(Employee Assistance Society North America; EASNA)がある。(EASNA, 2003参照)しかし、各プログラムがこれにパスしなければいけない

ものではない。純粹の任意団体である。

EAP/MAPの中心は以上のような個別労働相談であるが、実際にはほとんどのプログラムであっても、監督者、経営者からの日常的な個別的相談とこれに対する助言(consultation)、これら問題に関する管理監督者向け研修(e.g. 問題を持った従業員がいた場合どのように扱えばよいか)ならびに“予防”の強調とともに一般従業員向け“ウェルネス(wellness)”プログラム、各種のワークショップ、セミナー、講座等が開かれる。ストレス管理、危機的イベント経験の場合の対処、健康問題、AIDS/HIV、職場暴力、キャリア形成その他個人、家庭生活と労働生活に関するトピックが典型的である。

EAPの本来の強さは、個別ケースの解決を通しての労働組織へのフィードバックの可能性と現実性にある。しかもそれは個別ケースの解決におけるレベルのそのみならず、労働組織の制度政策(人事、生産等)の改革レベルのそれでもある。ただし、これが現実のプログラムにおいてはすすんでいないことが前節に示された。

NASW『ソーシャルワーク百科事典』は、これら「直接的及び間接的サービス」に「EAP 専門家(practitioner)として働く労働(occupational)ソーシャルワーカー」に求められる役割として、「カウンセラー、資源(resource)ブローカー、教師(teacher)、仲介者(mediator)及びプログラム擁護者(advocate)」「進行係(facilitator)」としてのそれを挙げる。(Bergh, 1996:847)

4. ■ 現在及び将来の問題点

EAPの主なる論点を整理しておこう。

(1) EAP 導入の論理—生産性とのペイオフ、

労働組合がEAP/MAPに関心を示す理由は比較的明白である。組合員の生活・雇川保障であり、労働条件の向上であり、それらを通しての労働組合員の確保である。対組合員サービスとして自らMAPを提供するか、団体交渉・協約を通して付加給付(fringe benefits)の環境として使用者にEAPを提供させるか

の如何を問わない。

なぜ企業等(雇い主)はEAPを導入するのだろうか? 基本的には福祉厚生(フリンジ・ベネフィット)一般と同様に考えればよい。人道主義、労働組合組織化の防止、より良い労働力の確保(労働条件の差別化と少なくとも大企業間にあっては標準的労働条件化)、労働組合による強制、生産性の向上等であろう。危惧は経費の増大である。

生産性上のコスト・エンド・ベネフィットはプラスなのかマイナスなのか? プラスであるというのが導入派の説得の論理である。労災に関するキャンペーン「安全はペイする」と同じ論理である。³²この論理を支持する調査研究、データは少なくない。たとえば、ケネコット・コパー社(Kennecott Copper Corporation)はEAPの利用によるコスト・エンド・ベネフィットの比は1:6である、エクウィタブル・ライフ・アシュアランス(Equitable Life Assurance)はEAP1ドルの投資に対し3ドルのリターンがある等(Brody, 1988)。コスト・エンド・ベネフィットの測定は、出勤状態、職場復帰、労働災害・疾病、訴訟³³、医療サービスの利用等をファクターとして可能である。さらに企業イメージ及び従業員モラルの向上というファクターもある。

しかし、それではなぜ多くの企業がEAPを取り入れないのか? それどころか最近では企業経営の合理化、ダウンサイジング、リストラの中でEAPを廃止又は外注化している。

「ペイする」ことがそう明白には証明されないことの故であろう。(秋元, 1981:85-86)コスト・エンド・ベネフィット測定は技術的にそう容易ではない。上記ファクターも実際には企業内各部署で勤怠記録が正しく取られていない、保険会社からの協力が得れない等の問題もある。(Hughes, 2003)プログラム評価一般におけると同様、評価期間の問題もある。長期的に見れば費用節約になるかも知れないプログラムも短期的にはマイナスになるかも知れない。たとえば、アルコール依存のクライアントを見出しあるプログラムに「紹介」すれば当面は相当の費用がかかる。各企業・組織がどれだけのスパンで経営のコスト・エンド・ベネフィットをみているかである。

(2) 労働組合の対応

上に組合のEAP/MAP支持の論理は比較的明白であるとしたが、しかし、組合はしばしばEAP、特に使用者主導のそれに強く反対する。「雇い主は(これら)個人生活に干渉する権利はどこにあるのか?」使用者による組合員の私生活への干渉、従業員の取り込みであり、「トラブル・メーカー」の「ブラックリスト化」、解雇正当化の手段であると危惧する。「すべては使用者に筒抜け、EAPに行くな」「なぜ復職させない、仕事に戻せ」ということになる。

EAP推進派の答えは次のようなものである。

確かにこれらは個人の問題です—しかし、それらは仕事の遂行に影響をします。しばしばそれらは同僚の勤労意欲にも影響を及ぼすし時には全体の効率にも影響を与えます。従業員援助プログラムはこれが生じるのを防ぐことを目的としています。それは救いの手をさしのべているのです—のぞき見、懲らしめを意図したものではありません。問題は完全に秘密であり任意である—ということをお願いして下さい。雇い主はプログラムのスポンサーではありますが、判定及び治療過程には一切関与しないのです。(Hazelden, 1996)

労働組合のもう一つの反対は、「プロフェッショナルな援助」に対する抵抗である。労働組合は基本的にインテリヤプロフェッショナルは「嫌い」である。他階級に対する不信と嫌悪である。労働組合にあっては、今日でも、全国本部のトップ指導者ですら、現場労働者の出身であることを求める。労働組合は自助組織なのである。出来得ることなら自分たちの手ですべてを処理したい。労働組合の特にアルコール問題についての対処の歴史はピア・カウンセリングであった。最近UAW(全米自動車労組)はEAPAから300名のメンバーを引き上げた。EAPAのプロフェッショナルリズムの強調に対する反発といわれる。

(3) 停滞、衰退—外注化

関係者のコメントを総合する限りこのところEAPは減少している。(Kurzman, 2002; Hughes, 2002;

Diaz, 2002; and Jeffe, 2002)「90年代少し下がってその後は高原状態」(Samuel, 2003)、停滞から衰退期に入っているようでもある。人材的にも「EAP 専門家の会議に行っても、次の世代が育っていない。[中年以上の]人ばかりである。」(Hughes, 2003)

特に内部プログラムが廃止 (e.g. セント・ルークス・ルーズベルト病院, St. Luke's Roosevelt Hospital, 2001年³⁴)され、あるいは外部プログラムに切り替えられている。(Jeffe, 2002) EAPは当初は内部プログラムではじまったものが多く、70年代、80年代は内部プログラムが中心であった。それが、「この30年の不況になってから」(Samuel, 2003)あるいは「80年代末から」(Hughes, 2002)外部型プログラムが増加してきている。企業の経営合理化、経費節減とソーシャルワーカーの個人営業への関心の増加が要因であるとされる。(Hughes, 2003)

今は外部型の方が圧倒的となっている。前節では70%という数字があげられていた。外部型が劣るわけでは必ずしもない。内部型と外部型の長短については多くが議論もされてきた。たとえば、外部型の方がプライバシーの保護、秘密の保持に有利である等。

外注化は二つの問題を提示する。第一は労働者が抱える問題の原因及び対応を個人の側に求めるようになる。特に労働者の心理的精神的側面への傾斜を進める。いうまでもなく問題は環境の方にあるかも知れないにもかかわらずである。しかもソーシャルワーカーは職場内部の組織的、人間関係的知識と関係の欠如から有効な対策を講ずることが困難となる。第二は個別ケースの処遇から企業の人事、生産等政策へのフィードバックがますます困難になる。内部型であるマウントサイナイ/ニューヨーク大学健康EAPですらすでにこの難しさが語られていた。いずれも、職場、仕事との結びつきが弱まり、関係が薄まることによる。コミュニティベースの各種相談プログラムと比べたEAPの強さ、エッセンスは相談担当者(ソーシャルワーカー等)が組織内部の人間関係、組織関係状況に精通しており、これらに対して解決の働きかけが出来ることにあった。EAPの柱は職場ベースのプログラムなのである。EAPの中心が怪しくなってきた。(上記EAPA定義参照)

(4) 営利化、商業化

より深刻な問題はこの外注化の動きが単なる外注化ではなくEAPを営利とするエイジェンシー(組織・機関)の“繁茂”³⁵とそこへの外注化であることである。そのことによるEAPサービス内容の稀釈化である。「特にこの5年ぐらい」(Hughes, 2002)又は「90年代後半から」(cf. Berge, 1995:848)の動きである。

倫理問題が問題となってくる。EAPのプログラム・サービス自体のクライアントは労働者であるが、EAPエイジェンシーの第一義的クライアントはEAP契約締結の相手方すなわち外部型EAPをその従業員に約束する企業・組織とされる。そして、それら企業・組織の外注化の目的は経営コストの削減である。ケースあたり面接回数に制限を設ける。たとえば最高3回、5回を超えないこととされる。(Hughes, 2003) サービス利用の金額合計についての上限を設ける。先任権による制限もかける。一対一の対面相談から電話相談に切り替える。コンピューターカウンセリングを導入する。顔を合わせた面接のチャンスは限られ又はなくなる。電話を受ける相手はたとえば、当該職場の実情を何一つ知らないソーシャルワーカー、心理上である。相談者とは全く異なる遠く離れたコミュニティにある彼女たちのクリニック又は自宅で本業の傍ら(空き時間)にEAP相談の電話を受ける。³⁶(Samuel, 2003; Terruso, 2003a)すべてクライアントとしての企業・組織との契約次第である。「医学的必要よりコスト効率性が重要となる。」エイジェンシー間の競争上による“誇大広告”の弊害もすでに報告されている。たとえば、“危機介入”を言いながら、この約束が実際に守られる保障はない。(Hughes, 2003)

より深刻な問題は特に保険会社によるEAPの囲い込みである。(Diaz, 2002)同じことがかつてメンタル・ヘルス分野で行われた。「特にこの5年ぐらいは、保険会社から健康保険³⁷にEAPを含ませこれを“目玉”に保険を売ることがなされてきている。」(Hughes, 2003) 一般には従業員が加入する通常の健康保険又はその他の給付がこれらEAPのサービス利用料金を支払う。保険にカバーされないサービスは従業員の負担となる。(Hazelden, 1996)医療

保険の一部とすることで、ますます“環境問題” (cf. 第1節)が排除され心身特に精神的問題への純化が進む。EAPの名称すら使われなくなる。(Samuel, 2003)かつ医療費の抑制は企業の最大の関心である。

しかも最近では保険会社が自らEAPエイジェンシーを立ち上げてきている。“身内”(系列下)の特定の機関に“紹介”する。「保険会社EAPの方が安いが質が違う。」(Diaz, 2002)利用可能のエイジェンシーの制限と利用可能のサービスの制限という二重の利益のスクリーンを通ることになる。³⁸

EAPを一種の福利厚生/付加給付 (fringe benefits, employment package)のなかに位置づけ、権利化することにより、一見前進のようにも見えるが、かえって保障が弱まるという興味深い現象である。³⁹

EAPは問題を見出し、特定し、アドボカシー役割を果たすべき任務も持ち、事実担ってきた。たとえば、保険会社の医療介護保険がアルコール依存をカバーしなかったときこれをカバーさせ、医療保険が身体的問題にくらべメンタルヘルスのカバーされる範囲が狭かったとき後者をアドボケート(擁護)した。(Hughes, 2003)個別直接処遇サービスが低下するときこそ制度改革機能・役割が重要になってくるが、これを担う主体=カバ体がますますなくなっている。

■ まとめ

アメリカの労働者(“ごく普通の働く人々”)は、アルコール、薬物濫用、仕事、金銭、消費者問題(クレジットカード、債務を含む)、法律、高齢者介護、保育、健康、鬱・ストレスその他のメンタル・ヘルス、家族、子ども、夫婦間その他の人間関係等に悩む。その時の相談先の一つはEAP/MAPである。大組織(政府及び大企業等)では多くが、中小組織ではわずかがこれを持つ。プログラムのデザインは、自らの組織内にオフィスとスタッフを備える内部型と外のEAPエイジェンシーに外注する外部型がある。経営側によるもの、労働組合によるもの、その協力によるものがある。

EAP/MAPのエッセンスは労働者個人の福祉と組

織の経営のかねあいにある。個人の抱える問題の存在が職場、労働の場で見出された生産性に影響を及ぼす。よってそれは労働者・労働組合及び使用者双方の関心となる。問題の原因は職場外(個人、家庭、地域・社会)にあるか職場・労働の場(制度・慣行、物理的労働環境、人間関係)にあるか、問題の解決もまた個人の側に求められるか職場の側に求められるか。多くの場合はそれらそれぞれの二種の混合、中間にある。

EAP/MAPはプロフェッショナルな援助である。ソーシャルワーカーその他のプロフェッショナルによるそのプロフェッションの一定の価値と倫理—秘密保持、スポンサーからの自立、組織的中立性、雇い主の要求に対するプロフェッションの価値の優越性等—に基づいたプロフェッショナルなサービスである。問題の発見、判定、情報の提供、“紹介”、短期カウンセリングがなされる。時には、グループカウンセリングが用意される。一般には治療過程には踏み込まない。

EAP/MAPは問題を抱えた労働者本人又は家族の個別労働相談が中心であるが、監督者からの部下の取扱等についての日常的相談にも応える。さらに、監督者及び一般労働者に対する研修、予防的・教養的講座、セミナー、ワークショップその他のサービスが提供されるのが通常である。9.11のような危機的事件のあとの対処などにも関与する。

EAP/MAPの重要な機能は個別相談を通しての労働者全体又は一部集団のニーズの抽出、測定ならびにそれに基づいた制度慣行の改善及び政策への反映である。

使用者のEAP導入の意図は人道主義から利潤追求まで一般福利厚生の提供とあまり変わるところはない。労働組合のそれは組合員の問題解決そのこと、解雇からの保護、メンバーの維持獲得である。「EAPはベイする」ことを示す調査研究は数多く報告されてはいるが、その断定にはデータ蒐集上の制約と評価期間設定の多様性からなお困難はつきまとう。ある労働組合はEAP及びプロフェッショナル一般に対する不信を今なお解いてはいない。

アメリカのEAPはこのところ停滞、衰退気味である。最近の最大の問題は外注化、営利化、さらに保

険資本による押込みである。EAPも経営の経費削減、リストラ、ダウンサイジング、外注化の例外ではない。またEAPを福利厚生、付加給付としての健康保険の給付の一部とすることにより一方では権利性を強めているようにも見えるが、実際にはそのことによって水準の低下をもたらしている。個別相談の利用内容に制限が設けられるだけでなく、その医療化、内面(メンタル・ヘルス)化が進み、“環境問題”(職場の政施策、制度慣行、環境条件等)を「取り扱う問題の範囲」及び「解決のための働きかけの対象・方向」から排除する。個別ケース解決の問題でもあり、このレベルを超えた問題でもある。”



- *1 本稿は主に2002年秋から2003年春にかけて行われたEAP関係者の一連のインタビューによるものであるが、一部筆者により70年代後半以降蓄積されたデータにも負っている。
- *2 この中には「問題なし」が21件含まれる。したがって、「問題あり」ケースにおける問題の種類別件数の中に占めるパーセンテージは以下示される数字よりそれぞれ若干高くなる。
- *3 総件数308ケースとの差52件についてはカウンセラーがこのデータを集めなかったものと思われる。(Hughes, 2003c)
- *4 前者に含めた方が適切であるかも知れないが、いずれにしても1件のみであるので全体的傾向を見るには影響はない。
- *5 「職種別データがあったとしても、所得に関しては必ずしも下の職種の方が上の職種より低いということではない。」(Hughes, 2002)
- *6 彼は根拠として二点をあげる。(i) 上の人は外部のサービスを利用する。医者とは他の医者(精神医等)に、ソーシャルワーカーは他のソーシャルワーカーその他に行く。(ii) ここへの「紹介」の相当部分は上司(監督者)によってなされている。(p.8)
- *7 彼はその根拠として二点を挙げる。(i) 看護師の90%が女性であること、女性の方がカウンセリングに向かう傾向が高い。(ii) 看護師は医者やソーシャルワーカーと違い他に行くところを特に持たない。(Hughes, 2003)
- *8 EAPサービスの利用率は弁護士事務所にあつては低く、非営利組織にあつては最も高い。(Diaz, 2002)
- *9 Comprehensive Alcohol Abuse and Alcoholism Prevention, Treatment and Rehabilitation Act, 1970 (P.L.91-616)により創設。
- *10 2000年は311ケース、2001年は9月11日事件に

- 関するもの114を含め415ケース。(Hughes, 2003: 2) なお、各年の年次報告(Consolidated Summary Report)はそれぞれ308ケース、323ケースと若干異なる数字を出している。
- *11 2003年3月3日、筆者のインタビュー時にも勤続25年の研究者が鬱病の症状で職場から送られてきた。
- *12 The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).
- *13 従業員は複数の労働組合(e.g. SEIU、ニューヨーク看護士協会(1,800人)、その他)に組織されている。
- *14 第1節表3の合計1,414件との違いについては不明。
- *15 2002年度はHOOが2,494件、以下それぞれ235件、203件、851件である。(Terruso, 2003b)
- *16 佐藤は年間1万件という数字を記している。(佐藤, 1998: 50)
- *17 各局(departments)ごとにあつたが最近経費削減のため一本にまとめられた。(Terruso, 2003a)
- *18 対象従業員数は前者にあつては13,000人、市長室EAPにあつては8,000人。
- *19 「医学部内の他の部署がきわめて研究中心であつたのに対し、この部署がもっともリベラルであつたという事情による。」また、「労使関係研究所の方が医学部より性格上は近いかも知れないがこれとは関係はもっていない。」(Diaz, 2002)
- *20 「かつて心理をバックグラウンドとするカウンセラーが1人いた。」(Dias, 2002)
- *21 1回あたり400ドル強。
- *22 「プロフェッショナル」(professional)を「専門職」「専門的」とすることは多くの誤解を生じる源となるのでかつてこれに代わる適訳が見出されないので、原語のままカタカナとする。(秋元, 2003: 176)
- *23 1984年現在、フォーチュン500企業で60%という数字も挙げられている。(Bergh, 1995: 842)
- *24 Comprehensive Alcohol Abuse and Alcoholism Prevention, Treatment, and Rehabilitation Act, 1970 (P.L.91-616) 1972年改正で薬物濫用についてもカバー。
- *25 NASW『ソーシャルワーク百科事典』(*Encyclopedia of Social Work*)、1995はEAPのデザインを内部型、外部型、コンソーシアム型、アソシエーション型の4つに分類する。(Bergh, 1995: 845-45)
- *26 EAPの始まりをどこに求めるかについては諸説が可能であろうが、60年代末から70年代初めとするのが一般的だろう。EAPの小史については、たとえば、アルコール依存型EAPへの偏りはあるがNASW1995年発行の『ソーシャルワーク百科事典』(*Encyclopedia of Social Work*)第19巻を参照されたい。1910年代から

20年代にピークを迎えるいわゆる福祉資本主義(welfare capitalism)、1930年代、40年代のアルコール依存、特にその職場及び労働との関係への関心の始まり(Alcoholics Anonymous, Yale Center for Alcohol Studies, National Council on Alcoholism, etc.)、第2次大戦中の軍需産業を中心とする生産性確保に主導された従業員のストレス管理、50年代のケネコット・コパー・カンパニー(Kennecott Copper Company)の「上司が部下の仕事ぶりの変化から問題を抱える従業員を発見し人事部等に「紹介」する」モデル等を挙げる。(Berge, 1995: 842-845)

*27 後述EAP Aの誕生の経緯も同様である。前身はALMACA (Association of Labor and Management Consultants on Alcoholism; Comprehensive Alcohol Abuse and Alcoholism Prevention, Treatment, and Rehabilitation Act, 1970 (P.L.91-616))により創設されたNational Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse (NIAAA)の補助金により1971年設立。さらにその前身はNational Council on Occupational Alcoholism (現NCADD; National Council on Alcoholism and Drug Dependency)である。いずれもアルコール依存に対するプログラムである。ALMACAは70年代半ばから組織労働者の加入者を増やした。(Samuel, 2003)

*28 当時の産業界、連邦政府のアルコール問題についての関心の高まりが背景にあったことを思い起こしておこう。

*29 これを得るためには一定の時間の訓練と実習(mentoring; CEAPを持つEAPAメンバーたるアドバイザーのもとでなされる)と3時間ほどの試験に合格しなければならない。試験は87年EACCによってはじめられた。

*30 EAPA会員5千4.5百人中3,800人がCEAPを持つ。「EAPに従事する人は会員にはなっていないがともこれを持っているのが普通(である)。(Samuel, 2003)

*31 「典型的には…提示された問題 一件あたり3回」(Bergh, 1995: 847)。DC37でも「1-3回」としていた(p.4)。

*32 アメリカのアルコール依存問題のコストは1986年1,420億ドル(Masi, 1984; Royce, 1989)、不法薬物使用による生産性損失は800億ドル(Royce, 1989)、メンタル・ヘルス問題による生産性損失は170億ドル(Brody, 1988)、ストレスが労災及び心臓発作に及ぼしているコストは32億ドル(McClellan, 1985)、労災の85%はストレスと関係(McClellan, 1985)、ストレス、メンタル・ヘルス、薬物依存等は生産性、出勤、病欠、労災、労働不能給付等に関するのみならず「額の医療費

の支出に影響、等々。

*33 The Rehabilitation Act of 1973 (P.L. 93-112), The Occupational Safety and Health Administration, The Drug-Free Workplace Act of 1988 (P.L. 100-690), The Drug-free Schools and Communities Act of 1986等の法律の要請に応えることによりこれら違反を理由とした訴訟の危険から免れる。(Berge, 1996: 845)

*34 ニューヨークの大病院。他の病院との合併を機に16年間継続していたEAPを廃止した。小規模の病院等に対してもサービス提供していた。「9.11事件の2日後に閉鎖、事件の影響を受けた多くの従業員は行くべき場所をなくした。」(Jefte, 2002)

*35 EAPの人々が企業、起業家精神に関心を向けている。ヒューズが「会議等で質問しても無視される。」

*36 電話、コンピューターによる相談のメリット、長所もちろんある(e.g. 利用可能なサービスの形態が多様になった)が、経費節減が動機であることを忘れることは出来ない。

*37 "Managed Care". 正確にはHMO (Health Maintenance Organizations)によるものと個別的従来型の健康保険によるものがあるがここでは区別しない。アメリカは公的な全国民を一律に対象とした健康保険制度はない(低所得者、高齢者に対するものを除く)ので、一般的には健康保険は日本の生命保険のように企業等の福利厚生の一部として提供されるか、個人で加入することになる。

*38 「羊の顔した狼である。」「保険会社のプログラムにもソーシャルワーカーは働いてはいるが、退職するか妥協するか選択が迫られる。」「ちなみに、今や、出産13時間以内に退院しなければならぬところまで来ている。」(Diaz, 2002)

*39 さらに、外部型にすることによって、コスト的にも健康保険/HMOで受けることになり、アルコール、薬物のケースではかえって増加することになるかも知れない。

引用文献・インタビュー

秋元樹. 1981.『デトロイトソーシャル・ユニオニズムの必然』日本評論社.
 秋元樹.2003.「社会福祉学専攻(大学院)の進む道—世界に通ずる社会福祉をめざして—」『社会福祉』(日本女子大学社会福祉学科紀要)第43号.『ソーシャルワーカー』(日本ソーシャルワーカー協会)第7号(2003.5)に再掲。
 Bergh, NanVan Den. 1995."Employee Assistance Programs." *Encyclopedia of Social Work*. NASW.

- Blum, Terry C. and Roman, Paul M. 発行年不明. *Cost-Effectiveness and Preventive Implications of Employee Assistance Program*. US DOHHS. Cornell University EAP. 2002. "Client List". (A 1p sheet)
- Cornell University EAP. 発行年不明. "The Wellness program, The Employee Development Center." (A 2p sheet).
- DC37 Health & Security Plan. 1996. *Personal Service Unit*. (A 11p pamphlet) District Council 37 Health & Security Plan. June.
- Diaz, Jeffery. 2002. Director of Corporate & Industrial Programs at Cornell University (EAP, Employee Development Center). An interview at his office by T. Akimoto. November 21.
- EAPA. 1992. *EAPA Standards for Employee Assistance Professionals*, (Arlington, VA) in Nan Van Den Bergh, "Employee Assistance Programs", *Encyclopedia of Social Work* (NASW Press, 1995).
- EAPA. 2002. <http://www.eapassn.public/pages/>. Accessed on November 27.
- EAPA. 発行年不明 a. "EAPA Code of Ethics." (A 1p sheet).
- EAPA. 発行年不明 b. "Employee Assistance Professionals Association, Inc.," (会員の特典、会員の種類、中核的技法、会員基本方針). (A 1p sheet).
- EAPA. 発行年不明 c. "EAP A Chapter" (A 1p list).
- EASNA. 2003. <http://www.easna.org/easna>. Accessed on June 26.
- Hazelden Foundation. 1996. Questions and Answers about the Employee Assistance Program. A leaflet. (1987年につくられ96年に改訂がなされている)
- Hughes, Dan. 2002. Director of the Mt. Sinai/New York University Medical Centers' EAP. An interview at his office by T. Akimoto. November 21.
- Hughes, Dan. 2003a. Director of the Mt. Sinai/New York University Medical Centers' EAP. An interview at his office by T. Akimoto. March 3.
- Hughes, Dan. 2003b. EAP Report (2002) to Ira Warm, Susan Langweiler and Nancy Sanchez. February 14.
- Hughes, Dan. 2003c. Personal communication with T. Akimoto by e-mail. September 17.
- Jaffe, Ronnie Sue. 2002. Clinical Director of the NYC Transit Authority EAP. An interview at her office by T. Akimoto. December 18.
- Kurzman, Paul. 1993. Employment assistance programs: Toward a comprehensive model. In P. Kurzman & S. Akabas (Eds.), *Work and Well-being: The Occupational Social Work Advantage* (pp.26-45). Washing, DC. NASW Press.
- Kurzman, Paul. 2002. Professor, School of Social Work, Hunter College, CUNY. An interview at his home by T. Akimoto. December 18?
- Mount Sinai Hospital. 2003. Consolidated Summary Report for the period Monday, January 01, 2001-Monday, December 31, 2001.
- Samuel, Antoinette. 2003. CEO, EAPA (Employee Assistance Professionals Association). An interview at her office by T. Akimoto. January 6.
- Terruso, Robert. 1999. "Statistical Report (January-April 1999)". Memorandum (AFSCME DC37 Health & Security Plan) to Roz Yasser. June 24.
- Terruso, Robert. 2003a. Director, Personal Service Unit, AFSCME DC37 Health & Security Plan. An interview at his office by T. Akimoto. March 18.
- Terruso, Robert. 2003b. Director, Personal Service Unit, AFSCME DC37 Health & Security Plan. A personal e-mail letter to T. Akimoto. September 4.



takimoto@fc.jwu.ac.jp

賛助会員 定期購読のお願い



全国安全センターの活動に御賛同いただき、ぜひ賛助会員として入会して下さい。

賛助会費は、個人・団体を問わず、年度会費で、1口1万円で1口以上です。「安全センター情報」の購読のみしたいという方には購読会員制度を用意しました。こちらも年度会費で、1部の場合は賛助

会費と同じ年1口1万円です(総会での決議権はありません)。賛助会員には、毎月「安全センター情報」をお届けするほか(購読料は賛助会費に含まれます)、各種出版物・資料等の無料または割引提供や労働安全衛生学校などの諸活動にも参加できます。

● 中央労働金庫田町支店「(普)7535803」 ● 郵便振替口座「00150-9-545940」 名義は「全国安全センター」

連載第26回

語りつぎたいこと —日本・アジアの片隅から—

日本の状況に対する挫折感

塩沢美代子

“働きながら高卒資格”は幻想

名古屋YWCAの実情がわかり、日常の仕事にも慣れてくると、周辺の繊維工場で働く年少労働者に、どういうアプローチができるのかを模索しはじめた。

私が年少労働問題にとりつかれてしまい、人生の進路まで変えてしまった、紡績工場の社内学校の体育教師の経験から、17年が経っていた。その間に農村地帯でも高校進学率が高まり、中卒労働者は“金の卵”といわれるようになった。その結果、大手の繊維工場の社内学校は、卒業すれば定時制高校卒の資格がとれる内容に変ってきた。ところが私が住みつけた尾張一の宮は、大半が中小企業だから、自社で社内学校を設けられないので、地域の定時制高校に頼らざるをえない。ところが繊維工場はいずれも二交替制労働をしているので、それにあわせて、昼間定時制高校になっ

ていた。“金の卵”を獲得するのに、“働きながら勉強できて、高卒の資格もとれます”というのが、セールスポイントだったのである。

公立の定時制が繊維工場の二交替勤務時間に対応して、午前午後に授業をするようになったのは、おそらく地元企業の要望によるのであろう。

名古屋YWCAの熱心な会員のひとりが、高校の教師で、夫君は一の宮の高校教師だったので、話を聞かせていただいた。彼は全日制高校の先生だが、その高校に昼間定時制が併設されているので、その生徒たちの様子をよく知っていた。昼間だから全日制高校と同じ時間帯に定時制の生徒もいるので、体育館などの諸設備をうまく共用できるように、苦勞して運営しているそうである。彼も定時制の生徒をみていて、年少労働に対して私と同じように、問題意識をもっていたようで、いろんな側面から具体的な話をしてくださった。よく覚えているのは、

次のような点である。

☆全日制の生徒と定時制の生徒は、入学時は同じような体格なのに、2年、3年とたつうちに、背の伸び方が明らかに違ってきて、定時制の生徒のほうが低い傾向にある。日常の動作をみても、なんとなく差があって、どっちの生徒かがわかる感じである。

☆高校の教師たちは、行事などはなるべく両者が一緒にやれるようにしている。そのひとつに運動会があるのだが、あらゆる種目ですべて全日制の女子が勝ってしまう。それで定時制には応援賞を出すなど、気をつけている。

☆定時制は4年で卒業だが、入学数に対して、卒業者は大幅に減る。中卒で就職した時点で入学した生徒が、2～3年のうちにだんだん減ってしまう。

彼の話は、私には“やっぱりそうか”と思わせることばかりだった。彼は見た感じで、定時制の生徒の背丈の伸びが全日制に劣るといったのだが、体重についての比較が、研究者によって調べられていることを、後から知った。

それは三重大学衛生学教室の坂本弘氏らが、紡績工場で二交替労働をしている、中卒女子労働者と、同一地域の高校1年生の女子との、体重変化について比較した調査だった。

両者の体重を、週単位で比較したグラフがつけられていた。

高校1年生は、はじめから体重が増加しているが、女子労働者のほうは就労から減少しはじめ、9週間で1kg以上減り、そのまま停滞し、15週目からゆるいカーブで上昇しはじめるが、21週でもまだ、就労時より0.5kgは少く、高校生より2kgぐらいい少ないという結果だった。15歳という成長期の少女が、3か月ぐらいい体重が減っていくということは、いかに二交替労働の負担が大きいかを物語っている。

昼間定時制の生徒の卒業者の少いのは、4年未満で会社をやめてしまう者が多いのだらうと推測される。企業としては、“金の卵”である中卒労働者を、せめて4年は定着させるためにも、高卒の資格がとれるという人蔘を、鼻の先にぶらさげたつもりだろうが、それもあきらめてしまう少女たちが多いのだらう。

“年少労働”にかかわれない

私は尾張一の宮市役所とか、繊維工場地帯にあるキリスト教会などを訪ねて、児童福祉法の対象である18歳未満の労働者に、企業の立場と異なる第三者として、やるべきことがあるのではないかと、という問いかけを試みたが、全く反応がなかった。

その辺の繊維労働者は、未組織が多いらしいが、労働組合がある場合は全織同盟に加盟しているのだらうから、私には接点がつくれない。

私は繊維工場地帯に住んでみれば、少しは状況がつかめるかと、尾張一の宮に居を構えたのだが、あまり意味はなかった。YWの会館は、午前9時から午後9時までオープンになっているので、スタッフの勤務は交替制になっており、先番は午前9時から午後5時まで、後番は午後1時から9時までだった。

私は早起きの苦手な人間なので、同室の若いスタッフに、「あなたたちは、夜はデートでしょう」といって、ほとんど後番の勤務をした。通勤時間を含め11時間くらいは家にいないし、日曜日も女子労働者は、寄宿舎で過ごすことが多いのか、一の宮駅近くの盛り場に行ってしまうのか、あまり見かけることはなかった。

平日は私は午後11時近くに帰宅し、寝るのは午前1時過ぎになるのだが、窓を開けていれば、織機の音が止むことはなかった。私のアパート近くには、中小繊維の工場が多かったようだが、ここも泉州地区と同じで、12時間

労働をしているらしいことが、その音でわかった。繊維労連は私がやめる前の時期に、愛知県の製糸工場の人半を組織化していたが、織物、紡績にまでは及んでいなかった。どうやらこの地域では、昼間定時制高校に通えるのは、比較的恵まれた会社で働く少女たちなのだなとわかってきた。名古屋YWCAとして、この地域で働く少女たちに、どんなにささやかでも、何か役立つ活動ができないかという発想は、全く現実性のないことは、すぐにわかってしまった。

私は17年前に、さんざん考えたあげく、労働組合によってしか、彼女らの労働条件の改善をはかることはできないという結論に達し、全蚕糸労連にめぐりあった。しかし、そこでも限界を感じ、日本労働協会の調査研究資料を通じて年少労働者保護のために、深夜労働禁止の時間帯の拡大や、労働時間の短縮などを主とする、労働基準法の改正案も提言してきた。これは当時の国会議員で社会労働委員会のメンバーや、社会党・共産党の議員と、労働行政関係者や労働団体にも送った。しかし、これに関心を示して下さったのは、経済学者でたいへん誠実な社会党の国会議員だった、木村禎八郎氏ひとりだけだった。彼は、「私は社会労働委員会に属してはいませんが、重要な問題なので、できる限りのことはします」といつて下さった。

しかし労基法の改正を訴えた調査資料は、私個人の発表したものであり、繊維労連として行動を起こしたわけではないから、労働界でもなんの反応もなかった。繊維労連はすでに大手労組の脱退の兆しがあって、それどころではなかったのである。

第25回に記した事情で、心ならずも繊維労連を退職した挫折感が、いかに大きかったかを、思い知らされたのは、名古屋YWCAで働

きはじめて1年足らずの頃だった。退職直後は、心身ともに疲れきっていたので、頭は真空状態だった。そこへYWから声がかかったので、それまでと違った形で、年少労働問題にかかわれるかもしれないと漠然と思った。しかし現地に来てみて、具体的に検討してみると、それは幻想に過ぎなかったのである。年少労働者の労働条件改善については、すでに私にできることは、すべてやってきた。しかし、ごく部分的に少しは結果が出たとしても、本質的には全く成果があがらなかったし、そのために活動する場も失ってしまったことを悟った。

この挫折感は、私が23歳からこだわりつけてきた、年少労働にかかわる活動の場を失ったからだけではなかった。それはきっかけに過ぎず、その頃の日本の労働運動の状況や政治情勢全般に対して感じた挫折感だったのである。

全蚕糸労連の運動は、立ち上がりが遅かっただけに、つぶされるのも遅かった。第10回に記したように、日本に軍隊の存在を許さず、労働組合の育成をはかった、初期の占領政策は、1950年の朝鮮戦争を期に、180度転換した。これに力を得た資本家側は、すでに活発に活動する労組のある企業は、第二組合をつくらせて、労働者を分裂させるなどの手をつかい、労働組合法が本来の機能を果せないように、あらゆる労務政策を行っていた。いくつかの例を記そうかと思ったが、枚挙にいとまがないほどなので見合わせる。企業側があらゆる卑劣な手段を使ったのは事実だが、第一組合側にもイデオロギー過剰だったり、教条的だったりして、労働者の心をつかめない問題があった。大手企業の社宅の子供たちが、親が第一組合か第二組合かで分断され、憎しみあい喧嘩するということも聞いたことがある。さまざまな要素を含めて、日本の労働運動は、20代のはじめに私が思い描いていた姿とは、あまりに

も違っていた。

安保闘争と自衛隊イラク派兵

また空襲で20歳で死ぬ運命と諦めていた1945(昭20)年の夏、終戦によって“生きのびた”と知ったとき、これからは反戦平和のために生きる意味があると思った。だから日米軍事同盟である安全保障条約の継続を阻止しようとした、1960年の安保闘争のときは、日本の民主化はまだ望みがあると実感した。このときは私もデモ隊の一員としてひと月ぐらいは国会周辺で過した。日頃は対立していた労働団体が、このときは一緒にデモ行進をし、短時間ではあったが、ゼネストともに決行した。何よりもうれしかったのは、日頃は政治問題には無縁な、諸団体や市民層に、幅広く行動が広がっていったことだった。なんの所属団体ももたない市民が、“声なき声の会”を結成してデモ行進に加わり、沿道の人々に参加を呼びかけていた。

安保継続阻止の運動は、59年から幅広い層で起っており、統一行動も回を重ねていた。しかし日米安保条約を続けようとする、自由民主党が議席の過半数を占めていたので、衆議院では強行採決されてしまった。参議院では国会の会期延長を強行採決し、衆院を通った1月後に、この法案が自然承認されてしまったのである。そのとき徹夜で国会をとり巻くデモ隊の群衆は、どこまで広がっているのか、見渡せないほどだった。(年表によると33万人) マスコミのライトに照らされ、昼間のように明るい人波のなかに私もいた。拡声器で6月18日の終りを告げる時計の音をきいたときの、どうしようもない挫折感を、今もありありと覚えている。いくら国民が声をあげても、国会の議席を、憲法9条を死守する勢力が占めない限り、どうにもならないのだと痛切に感じた。このくやしさを

いま改めて思い出すのは、ついに自衛隊のイラク派兵にまで至ってしまった、現在の政治情勢によるのである。与党が勝てば、イラク派兵が行われるのが、わかっている時点での選挙で、与党に安定多数の議席を与えたのが、外ならぬ日本の有権者なのだから救いがない。憲法9条の2項は、自衛隊という名の強力な軍隊をもっているのだから、とっくに違反しているが、外国の戦争に派兵したのだから、憲法9条は根底から抹消されてしまった。それに対する日本人の反応も、戦後15年だった1960年と、戦後59年で人口の7割が戦後生れとなった今日とは、比較しようもないほど違ってしまった。

どうしてここまでできてしまったのかと、改めて昭和史の年表をみると、占領政策が180度転換してから、戦争犯罪人としての投獄または追放されていた者の解放は急ピッチだった。

1950(昭25)年から、旧軍人の追放解除は始まり、翌51年には、旧陸海軍正規将校1万1,185名、旧特高警察関係者336名、政財界など各界で1万3,904名が、追放解除になっている。

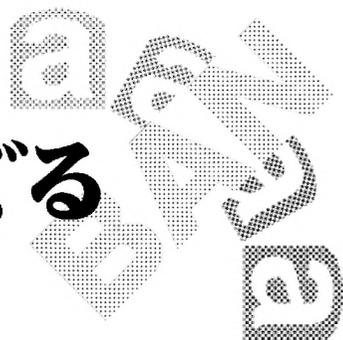
その上で、52年には対日講和条約と日米安全保障条約が発効したのである。翌53年に来日した、アメリカの副大統領だったニクソンは、「憲法9条は、アメリカの誤りであった」と演説している。

こういう状況で、日本の有権者は、追放解除された“戦争犯罪人”を、次々と国会議員に選んでしまったのである。囚みに、60年安保闘争のときの首相は、戦争犯罪人として投獄されていた岸信介であり、その孫が小泉首相に抜擢された、自民党の安倍幹事長である。

話は現在に飛んでしまったが、20代のはじめに、日本の民主化を夢みて、つつ走ってきた私が、30代の終りに、心底から挫折を感じたのが、名古屋YWの時代だったのである。

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



世界的なアスベストをめぐる動向等

石綿対策全国連絡会議第17回総会議案から、2004.2.7

欧州連合(EU)加盟諸国のアスベスト禁止のデッドラインである2005年1月1日まで1年足らずとなるなか、アスベスト禁止に向かう世界的潮流はますます確実なものになってきていると言えます。日本の原則禁止導入はまさにその流れに乗ったものでし、2004年は、オーストラリアのアスベスト全面禁止発効によって開けました。

ヨーロッパ・レベルでは、全面禁止導入を踏まえた総合的アスベスト対策の確立がまさに焦点になっており、その一環として、労働者の曝露限界値の0.1繊維/cm³引への引き下げ(日本の現行の作業環境管理濃度は2繊維/cm³で、近く0.15繊維/cm³に引き下げられることが見込まれています)や規制対象範囲を拡張する新指令(「職場におけるアスベスト曝露に関連したリスクからの労働者の防護に関する理事会指令83/477/EECを改正する欧州議会及び理事会指令2003/18/EC」)が採択され、2003年4月15日に発効しています[2003年5月号34頁参照]。

同指令は、「解体又は保守整備作業を開始する前に、使用者は、適当な場合には設備の所有者から情報を得ることにより、アスベストを含有している

ことが疑われる物を確認するために必要なすべての手順がとられなければならない」としていますが、労働組合や市民団体等は、「アスベストを含有する建築物の公的登録システムの創出」を求めています。

同指令は、「アスベスト解体または除去作業を実施する前に、企業は、この分野における能力[を有していること]の証拠を提供しなければならない。証拠は、国内の法律及び/または慣行に従って策定しなければならない」としていますが、解体・除去業者のライセンス(免許)制度は各国においてホットな話題であり、同指令はまた、「アスベスト除去作業向けの実際のガイドラインが、共同体レベルで開発されなければならない」とも規定しています。

2003年9月3-6日、ドイツ・ドレスデンにおいて、EUの上級労働監督官会議(SLIC)のイニシアティブによって、EUの全加盟国・加盟予定国の政労使代表等が参加した「2003年欧州アスベスト会議」が開催されました。同会議は、欧州委員会とSLIC、各国の政労使及び国際労働機関(ILO)に対する要請事項を列挙した、「労働者の防護に関するドレスデン宣言」が採択されています[2003年11月号34頁参照]。

同宣言は、「アスベストに関連した健康リスクを根絶することは、欧州の経験を普及し、それを他の諸国のニーズに適合させるということを意味している。2003年欧州アスベスト会議は、究極の目標は、アスベストの生産・使用の地球規模での禁止であるという確信を表明」しています。

2003年9月12-13日は、草の根の国際会議として、「カナダのアスベスト：国際的関心」というタイトルを掲げて、オタワの国会議事堂内においてカナダ・アスベスト会議が開催され、石綿対策全国連から2名の代表（古谷事務局長と名取事務局次長）が参加しました[2003年12月号参照。決議は2003年11月号39頁に掲載]。

日本も含めて世界中で、禁止導入に反対して、「クリソタイル・アスベストの大使」としてふるまってきたカナダ連邦政府のまさにおひざ元でこのような会議が開催されるのは初めてのことであり、また、カナダ・アスベスト産業の本拠地であるケベック州からを含めた、各地のアスベスト被害者・家族がカナダにおける被害の実態を公に語ったのも初めてのことであった。

連邦及び各地方政府に対してアスベスト擁護を中止することを求める「決議」が採択されただけでなく、この会議を契機にして、労働組合、市民団体等による「アスベスト禁止カナダ(BAC)」や「ケベック・アスベスト被災者協会(AVAQ)」が設立され、同時に、カナダからアスベストが輸出されているインドやペルー等を含めた世界の草の根の動きとの連帯が築かれたことは特筆すべきことでした。

2003年12月9-12日には、スイス・ジュネーブの

ILO本部において、労働衛生に関するILO/WHO合同委員会(JCOH)の第13回会合が開かれましたが、特別の注意を払うことを勧告する世界的な労働安全衛生課題の筆頭として、アスベスト関連疾患を珪肺の根絶に付け加えました[次号で紹介の予定]。ILOで石綿条約の見直しが議論の俎上に乗る日も近いと感じています。

しかしながらすべてが順風満帆というわけではなく、逆流もみられています。

特定の有害な化学物質及び駆除剤についての事前のかつ情報に基づく同意(PIC)の適用に関するロッテルダム条約の、政府間交渉委員会の第10回会合が、2003年11月17-21日、ジュネーブで開催されました。ここですべてのアスベストがPICの適用対象化学物質とする最終決定がなされるかと思われていたのですが、カナダ、ロシア、ウクライナ、中国、ジンバブエ、インド、インドネシア、南アフリカ、エジプト、モロッコの反対によって、クリソタイルに関しての決定のみ先送りされてしまったのです[2004年1・2月号58頁参照]。

インドでは、インドのアスベスト業界がカナダ等の支援を受けるようなかたちで、アスベスト・セメント製品の使用を維持・拡大することを目的とした国際会議が、2003年11月10-11日にニューデリーで開催されています。中央・地方政府要人への働きかけやクリソタイル・アスベストは安全だと宣伝する一面広告が全国紙に掲載されるなど、アスベスト産業による巻き返しは強まっているということです[2004年1・2月号59頁参照]。



アスベスト対策情報 No.33

近日発行予定!! 石綿対策全国連絡会議
東京都江東区亀戸7-10-1Zビル5階全国安全センター気付
<http://park3.wakwak.com/~banjan/>

石綿対策全国連絡会議第17回総会議案／労働安全衛生法施行令改正案に対する意見／
衆議院選挙にあたっての各政党に対する質問状と回答／
国土交通省、文部科学省、環境省、経済産業省、厚生労働省交渉の記録
「アスベスト除去に関する緊急アンケート」調査及び聞き取り調査結果、等々

放射線被曝による多発性骨髄腫の労災申請

長尾光明氏のアルファ核種 内部被ばくに関する意見書

2003.8.5

小山英之

美浜・大飯・高浜原発に反対する大阪の会(略称: 美浜の会)代表

概説: 著者の立場と意見書の趣旨

結論

長尾光明氏は、 γ 線外部被ばくによる集積線量70mSvを受けた外に、福島第一原発2号機の原子炉建屋内での作業において、 α 線を出すプルトニウムを吸入したことにより、内部被ばくを蒙ったと推察されます。その内部被ばく線量は、原子炉建屋1階での1979年の作業だけで、約77mSvに達し、全作業を通しては100mSvを十分超えていると推定されます。労災認定にあたっては、この内部被ばくを考慮することが不可欠であると考えます。

著者の立場

まず、大阪における一反原発団体の代表である私が、なぜこのような意見書を提出するのか、提出できるのかという私の立場について説明する必要があるでしょう。

昨年9月に当会はある「原発で働いていた人」から、「福島第一原発で1980年頃に、毒性の強い α 核種が放出されていた」という告発メールを受け取りました。その後当方の要請に応じて、東電の1981年12月作成資料「スタックからの放出放射能の低減に関する検討結果について(松葉作戦)」[資料1](以下、「松葉作戦」として引用)がその人から郵送されてきました。さらに当方の要請に応じて、1978年第6回定期検査(定検)時の1号機の内部汚染状況を詳細に示す資料が郵送されてき

ました。ただし、この後の資料は当人の事情を考慮してそのままでは公開せず、当人の了解を得た内容を当会の責任で公表しています[資料2]。

奇しくも時をほぼ同じくして、大阪在住の長尾氏から当会に直接連絡が入り、彼が福島第一原発でちょうど1980年頃に働いており、多発性骨髄腫になったことを知りました。そのため、昨年秋に当会メンバーが彼と会い、当時の労働環境などについてくわしく聞きとりをしました。さらにその後、彼が労災認定を申請したことを知りました。

下記のグラフが示すように、ちょうどこの1980年頃は、福島第一原発で労働者被ばくが急増した時期です。上記内部告発を受けて以来、当会は福島第一原発の α 核種放出問題について、東京電力(東電)に資料請求をし、原子力安全・保安院とは昨年12月に13団体に呼びかけて交渉し、その後資料を入手するなどの活動を行ってきました。これら福島第一原発の実態を示す具体的な資料は、そのまま長尾氏の労働環境を明らかにすることにつなが



このように、内部告発と長尾氏の労災認定は、当会の活動において偶然に重なり合ったものですが、両者が一致して示すのは、1980年頃の福島第一原発の劣悪な放射能汚染の実態です。この実態が長尾氏に多発性骨髄腫をもたらした労働環境を形成していたわけです。当会はその具体的な内容を知り得た立場にあり、かつ長尾氏との一つの接点にもいることになっています。その当会の代表というのが、この意見書を提出する私の立場です。

福島第一原発1号機のひどい α 核種汚染

前記内部告発で明らかになった東電の資料「松葉作戦」[資料1]には、1981年当時の福島第一原発1号機・原子炉建屋内が、 β ・ γ 核種によってばかりでなく、 α 核種(主にプルトニウム)によってまでもひどく汚染されていたことが詳細に数値データで示されています。さらに、もう一つの内部資料[資料2]は、1978年第6回定検時のさらに一段とひどい α 核種を含む放射能汚染状況を数値データで詳細に示しています。この α 核種で汚染されていたという事実が実に驚くべきことです。

通常、冷却水中には、 γ 線を出す放射能(γ 核種)が含まれています。その代表はCo60やMn54ですが、これらはウランの核分裂で生まれたものではなく、ステンレス配管などの材料に炉内から飛び出す中性子が当たって生ずるものです。これらはサビとなつて配管などから冷却水中に溶け出します。これとは別に、燃料内にはウランの核分裂によって生まれたさまざまな放射能(核分裂生成物)があり、これらは主に β 線を出す β 核種です。例えば典型例はSr90で γ 線は出しません。さらに燃料内のウランが中性子を吸収・変化して生じるのがプルトニウムなどの α 核種です。これらは元々ウランとしてウランの結晶構造にしっかりと組み込まれていたものなので、容易に燃料外に出ることはありません。何か相当な事故で燃料温度が急激に高まり、同時に燃料被覆管(燃料棒の鞘)が大きく割れたような場合によく冷却水中に放出されるものです。それゆえに、冷却水中に α 核種が含まれているなどは、一般には予想もされていなかったのです。福島第一原発1号機が α 核種で汚染されていたなどは、今回の内部告発があるまで、20年以上にもわたって隠し通されてきたことです。1号機の場合、 α 核種は主に1978年12月の第6回定検で発見された6体の燃料破損で冷却水中に放出されたものと思われませんが[資料9]、その詳細はいまだに公表されず、東電は頑なに公表を拒んでいます。

冷却水中の放射能は定検時に原子炉建屋を汚染する

前記「松葉作戦」のグラフを見ると、 α 核種は明らかに定検時に排気筒から多く放出されるという傾向が見られます。定検時には燃料交換のため、炉内の燃料がすべて

原子炉建屋5階の燃料プールに移されるのですが、そのとき、炉内から5階まで水が張られ、燃料はその中を移送されます。当然5階の壁面などには放射能を含む冷却水が付着し、やがて作業が終わると乾燥し、人や物の動きに応じて壁面などから空气中に舞い上がります。さらに、格納容器内の他の階でも、配管や弁などの補修作業時に中に貯まっていた冷却水が吹き出してきました。作業対象はビニールで厳重に覆って作業することにはなっていますが、やはり事実として漏れ、廃材を詰めたドラム缶や人の衣服や靴などについて格納容器から外に運ばれてきます。1階の放射能は地階へ通じる通路などから地階にまで降りていきます。こうして、「松葉作戦」で見ると、放射能表面密度(床などの面積1cm²当たりの放射能Bq)は、5階で高いのは当然としても、驚くべきことに、実はそれより地階で最も高い値を示しているのです。

また、これとは別の傾向として、タービン建屋では定検停止が終了して原子炉が動き出すと排気筒からの放射能放出が高まる傾向が見られます[資料6]。これは運転中に配管内圧力が高まり、タービンのどこかから冷却水が漏れるためでしょう。タービン建屋でなくても、冷却水を回す各種のポンプ軸などからも冷却水が漏れると考えられます。

長尾氏が作業した福島第一原発2号機でもプルトニウム汚染

長尾氏は、福島第一原発、浜岡原発及び「ふげん」での労働によって、集積線量70.00mSvを受けています。これはすべてフィルムバッジによって測定された、 γ 線による外部被ばく線量です[資料3]。これ以外に長尾氏は、福島第一原発2号機での労働の際に、 α 核種(主にプルトニウム)を吸入して内部被ばくを受けたと推察されます。なぜなら、その2号機の冷却水に α 核種が含まれていたという証拠が存在するからです[資料5]。「松葉作戦」の2頁にも、「2号機は1号機に比べ炉水中の α 濃度が約1桁低い」と書かれ、 α 核種の存在が確認されています。この炉水中濃度についてデータ公開を東電に要求しましたが、保管されていないとして公開を拒否されています。いずれにせよ、冷却水中に α 核種がある以上、前記のような定検中のプロセスで原子炉建屋内が必然的に α 核種で汚染されることになります。

1号機の燃料破損は当時の燃料欠陥のせいだとされていますが、2号機の燃料も同様の欠陥をもっていました。1号機で起こることが2号機に起こらないはずがありません。公表資料で見ると、恐らく1977年3月に明らかにされた6体の燃料破損の際に α 核種が放出されたと思われませんが[資料10]、東電はやはりその資料を公開するのを頑なに拒んでいます。

長尾光明氏の業務上疾病(多発性骨髄腫)に関する意見書

内部被ばくの評価のためには空気中 α 核種濃度データが必要

長尾氏がどれだけの α 核種内部被ばくを蒙ったかを評価するためには、長尾氏が吸入した空気中の α 核種濃度データが必要で、その濃度データさえあれば簡単に評価できます。呼吸量は成人でどれだけという標準があるため、長尾氏が吸入した α 核種量が計算できるからです。ところが東電は、2号機原子炉建屋内の α 核種空気中濃度について「当時測定はしていたが、そのデータは保存期間を過ぎたので存在していない」と言い張っています。

他方、1号機については、ほぼ同じ時期の汚染データが内部告発によって明るみに出ました。そのとき東電は記者の問い合わせに対してすぐに、「松葉作戦」は東電作成の資料であると認めたのです。そして今度は、存在する資料は「松葉作戦」だけで、その他のデータは放棄してしまったと言い訳していますが、こんなことが通用するのでしょうか。情報公開について、厚生労働省の厳しい指導が求められる点です。より正確な評価のためには、東電や関連企業によるデータ公開が不可欠です。

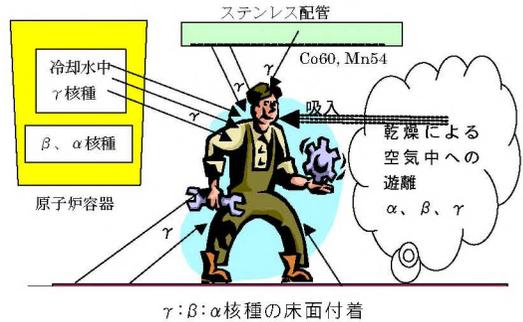
また、 α 核種の放出を20年以上にもわたって隠し通してきた東電の責任はどうなるのでしょうか。当時、同原発で働いていた人たちは、この恐ろしい実態をまったく知らされていませんでした。長尾氏も α 核種などというものは、昨年の新聞報道で初めて知ったと証言しています。この隠蔽のために、どれだけ多くの人たちが α 核種を吸入して内部被ばくを蒙ったか、非常に懸念される点です。

それでも長尾氏の外部被ばく線量から、 α 核種内部被ばく線量が推定できる

肝心の空気中 α 核種濃度データが公開されない下では、内部被ばくの評価はきわめて困難ですが、しかし既存の公表データをフル動員すれば、かろうじて α 核種内部被ばく線量の評価を行うことが可能になります。

まず、長尾氏の受けた外部被ばく線量のものが、その汚染状況を如実に反映している貴重なデータなのだという性格に注目します。もし、2号機の冷却水などが放射能汚染していなければ、長尾氏の外部被ばく線量は原発内汚染のパロメータとして最大限に活用せざるを得ません。

そして、 γ 被ばくする γ 線源には、容器や配管内冷却水中および配管材中の Co60 などもあります(下図参照)、長尾氏の γ 線被ばく線量が主に床面に積もった γ 核種からの γ 線によって決まるような作業場所を選びます。そこでは、 γ 被ばく線量から逆に床面の γ 核種密度が推定できます。



その床面汚染は冷却水の漏れによるものですから、そこには α 核種もほぼ一定の比率で存在するはずですが、その比率を1号機のデータを参考にし、2号機では前記のように1号機より α 核種がほぼ1桁低くなるように想定すればよいわけです。こうして α 核種密度が求まると、再び1号機のデータを参考にして、空気中の α 核種濃度を推定することができます。これは床面に付着した α 核種がどの程度空気中に舞い上がるかという程度によって決まるもので、1号機と2号機では違いはないと考えられます。こうして、データ公開がないために、かなりの回り道をたどって空気中 α 核種濃度にまでたどり着くことができたわけです。そうすると、この項の最初に述べたように、長尾氏の α 核種内部被ばく線量を計算することができます。

プルトニウム内部被ばくの危険性

ここまでの説明では、プルトニウムの危険性を前提としてきました。プルトニウムは肺から骨に移行して沈着し、外部被ばくの場合の一時的照射と異なって、長年にわたって α 線を放出します[資料12]。 α 線とはヘリウムの原子核でエネルギーが高いため、たとえ1個でもその飛跡に沿った多くの電子を突き飛ばしなから走ります。それによって多くの電子線(β 線と同じ電子だが δ 線という)やX線を二次的に産み出し、それらが骨髄細胞やその遺伝子を傷つけます。それゆえ、内部被ばくは長尾氏の多発性骨髄腫の有力な原因の一つになったと考えられます。

α 核種内部被ばくの蓋然性が労災認定で せひとも考慮されるべき

この意見書の解析で用いる諸パラメータには不確かさがあるものの、それはデータ公開がなされないことに起因しています。それゆえ、その不確かさを理由にして、内部被ばくはなかったと結論づけることは許されないのではないのでしょうか。むしろ逆に、その不確かさゆえに、諸パラメータに保守的な(安全側の)値を与えることが認められるべきです。この意味で、ここでの解析結果が蓋然性として重視され、長尾氏の労災認定の際に、プルトニウムによる

内部被ばくが、多発性骨髄腫の原因として必ず考慮されるべきであると考えます。

本 論

1. 序論：内部被ばく評価の目的、方法、結果

長尾氏が受けた全被ばく線量は70.00mSvであり、これはフィルムバッジによって測定された γ 線による外部被ばく線量である。そのうちの75%程度を福島第一原発2号機で受けたと評価できる[資料3]。この被ばく線量の高さは、2号機原子炉建屋が γ 核種によって相当にひどく汚染されていたことを示している。

その2号機では当時、タービン建屋換気系で α 核種が検出されている[資料4]。この事実は、冷却水中に α 核種が含まれていたことを意味している。そうすると、定期検査(定検)の過程で必然的に、原子炉建屋は α 核種によっても汚染されていたことになる。長尾氏はその原子炉建屋で作業したのだから、 α 核種を吸入して内部被ばくを受けた可能性がある。その内部被ばく線量を試算・評価することがこの意見書の目的である。

ところが2号機では、原子炉建屋の汚染を直接示すデータが公開されていない。そのため、内部被ばくの評価は推論に頼らざるを得ない面が多々あるので、その方法を明示しておく必要がある。ここで根拠とするデータは、第一に長尾氏の(γ 線による)外部被ばく線量である[資料3]。第二に、2号機タービン建屋換気系で、1981年3月末と6月初めに検出された α 核種濃度である[資料4, 5]。第三に、2号機タービン建屋換気系で検出されている β 核種濃度である[資料6]。この資料は、炉の停止が終了して動き出すと、2号機タービン建屋内に冷却水が漏れ出すことを示している。第四に、同原発1号機の原子炉建屋とタービン建屋における α 、 β ・ γ 核種による汚染を具体的に示すさまざまなデータ(表面密度及び空気中濃度)である[資料1, 2, 7, 8] (注：表面密度は、床などの表面の面積 1cm^2 当たり何Bqかを示し、空気中濃度は、空気1 cm^3 中に何Bqかを示す)。

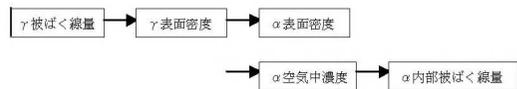
これらデータの示す事実、原子炉建屋やタービン建屋内に α 核種が存在し、外部にまで放出されていたという事実は、20年間以上にもわたって隠されてきたが、最近の内部告発によって初めて明らかにされた。1号機の α 汚染は、恐らく第6回定検時の1978年12月に明らかになった6体の燃料破損によるものと思われる[資料9]。一般に α 核種は燃料内から冷却水中に容易に放出されるようなものでなく、相当な燃料事故の場合にしか放出されない。そのため、破損燃料の写真などを公開するよう要求しているが、東電はこれを頑なに拒んでいる。この時期は、前記

グラフが示すように、福島第一原発で労働者被ばくが急激に増えた時期とまさに一致している。

もし、2号機の長尾氏の作業場所における空気中 α 核種濃度データが公開されれば、それから内部被ばく線量は直ちに計算できる。しかし、それが公開されていないため、ここでは長尾氏の外部被ばく線量に基礎を置くような、複雑な回り道をたどる方法を採らざるを得ない。

この推論では、検出されているCo60の濃度[資料1]を参考に、2号機と1号機の冷却水は β 及び γ 核種については同程度の濃度であったと想定する。しかし、 α 核種については、1号機に比べて2号機はより低い冷却水濃度であったと考え、その程度を公表データから推定する。次に、表面密度と空気中濃度の関係は、1号機での比率が基本的に適用できるものとする。

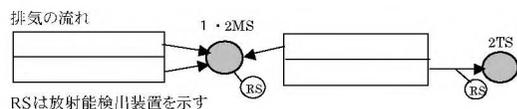
最初に、 γ 被ばく線量が γ 表面密度にほぼ比例すると判断できる作業場所を選定する。そうすると、長尾氏の γ 被ばく線量から出発し、以下のチャートに従って、 α 内部被ばく線量を推定することができる。これは直接的には、その特定の作業場所、そこでの作業期間における内部被ばく線量(実効線量)を意味している。



このような推論の結果、福島第一原発2号機での α 内部被ばく線量は、1979年1月～5月の原子炉建屋1階での作業に限定しても、約77mSvであると結論できる。作業全体を通じては、100mSvを十分超えていると評価できる。

2. 基礎的な考察：2号機冷却水中の α 濃度

ここでの評価に必要なのは、長尾氏が働いていた2号機原子炉建屋の α 汚染状態を示すデータである。ところが、2号機の汚染状態を直接示すデータは、2号機タービン建屋換気系排気筒(2TS)の α 及び β 核種濃度しかない。これらは2号機タービン建屋の汚染状態を反映していると考えられる。肝心の2号機原子炉建屋からの排気中濃度は独自には測定されていない。設置変更許可申請書に基づく下図のように、1号機の原子炉建屋及びタービン建屋からの排気と一緒に、1・2号共用主排気筒(1・2MS)から放出され、それらの混合した濃度が測定されている。



RSは放射能検出装置を表す

また、いままでのところ、2号機原子炉建屋とタービン建屋の表面密度や空気中濃度を示すデータはいっさい公表されていない。

そのため、1号機と2号機での冷却水中の α 濃度の比率を何らかの方法で推定する必要がある。

ひとつの手がかりは、前記「松葉作戦」の記述である。その2頁に「2号機は1号機に比べ炉中の α 濃度が約1桁低い」と書かれている。ただし、「約1桁低い」と言っても幅があるが、2TSで測定されている α 濃度を参考にして考察すると、0.2よりは大きいと推察できる(付録参照)。

したがって以下では、冷却水中の α 濃度について2号機/1号機の比率=0.2と、ひとまず仮定する。

3. 前提となる考察

(1) 長尾氏が受けた γ 線による外部被ばく線量は相当に高い。この線量の高さは、2号機原子炉建屋内の当該作業場所が、 γ 核種によって相当にひどく汚染されていたことを示している。

一般に、作業場所での γ 線の線源としては、次の3つの可能性が考えられる。

- ① 床面(及び壁面)などに付着している γ 核種、
- ② 容器や配管などの金属材料中の γ 核種、及び原子炉容器や配管内冷却水中の γ 核種、
- ③ 空気中の γ 核種。

これらのうち、③空気中の γ 核種からの被ばく線量は、①床面などからのものに比較すると、一般にせいぜい1/10程度だと評価できる。他方、②パイプや容器内からの程度は作業場所によって大きく異なる。例えば格納容器内の圧力容器のすぐ側では、圧力容器内冷却水からの γ 線の寄与が極めて大きい。ここでは、②のような γ 線の寄与が問題にならないような作業場所をとり上げることにしたい。

つまりここでは、上記①の床面に付着している γ 核種からの γ 線だけでほぼ外部被ばく線量が決まるような作業場所をとり上げる。その γ 核種は元々冷却水に含まれていたものだから、同じ床面には α 核種も冷却水内とほぼ同比率で存在しているはずであり、 γ 情報から α 情報が推定できることになる。当然この場合、 γ 被ばく線量は床面の γ 核種表面密度にほぼ比例することになり、逆に、 γ 被ばく線量から γ 核種の表面密度を推定することができる。2号機内の γ 核種表面密度などのデータが公表されていない現状では、この方法がもっともリアリティをもつと考えられる。

(2) 2号機の冷却水中に α 核種が存在していた。このことは、前記のように、2号機タービン建屋換気系排気筒

のデータ(2TS)によって裏付けられる[資料5]。

他方、当時1号機が α 核種によってひどく汚染されていたことは、昨年寄せられた内部情報のくわしいデータによってはじめて明らかになった。1号機の α 汚染は当時の燃料の欠陥によるものとされているが、当時の2号機の燃料も1号機と同様の欠陥をもっていた。公表資料に依存する限りでは、2号機の α 核種はおそらく1977年3月に明らかになった6体の燃料破損によって冷却水中に放出されたものと推察される[資料10]。

一般に、原子炉停止から間なしの冷却水中に存在する α 核種の場合、Bq単位で測られる放射能の強さとしては、キュリウム242(半減期163日)が主な核種であり、これが約90%程度を占めている。残りの約10%をプルトニウム238(87.7年)、239(24,110年)、240(6,564年)が占める。しかし、キュリウム242は半減期が短く、3年程度も経ると著しく減少するため、それ以後では主な α 核種はプルトニウムだと考えてよい。プルトニウム238と239+240の比率は約7:3である。燃料事故からあまり時間がたたないときは、キュリウム242も問題になるが、後で見るとその人体への影響はプルトニウムより2桁低いので、この評価では基本的に無視する。

(3) 前項2または付録の結論(7)より、 β - γ 核種に対する α 核種の存在比率は、2号機では1号機の約1/5であると仮定する。ただし、表面密度と空気中濃度の関係は、1号機と2号機で基本的に同じであると仮定する。この仮定に立つと、1号機のデータを用いて γ 核種表面密度から α 核種表面密度が推定できる。次に、その α 核種表面密度から α 核種空気中濃度が推定できる。その α 核種空気中濃度から、通産省告示第131号第11条第4項により、 α 核種による内部被ばく線量が計算できる。

(4) これらの計算には、ある場所における長尾氏の作業時間が一応は関係する(内部被ばく線量を計算するだけなら、実は作業時間には関係しないことが後で分かる)。1日当たりの作業(入域)時間や、休日などのことは長尾氏に聞いて確かめている。長尾氏は日曜日と休日は休みで、平日と土曜日は働いていた。原子炉建屋内の作業場所に入るのは、1日に約1時間であった。正月休みは12月30日から1月5日までで、盆休みは不定期だった。

4. 計算の手順

上記の考察に従って、ほとんど床面の γ 核種だけが問題になるような作業場所の場合を想定し、計算の手順と係数などについて考察する。長尾氏が受けた外部被ばく線量Dは、 γ 線源に応じて上記の3種類に分類できるが、空

気中 γ からの寄与は無視できるため、被ばく線量 $D=D_1+D_2$ となる。ただし、 D_1 は床面 γ 核種による被ばく線量、 D_2 は容器やパイプ内 γ 核種による被ばく線量であるが、このうち以下の定式に当てはまるのは D_1 に限られる。

第1ステップ：被ばく線量 D_1 と γ 核種表面密度の関係

被ばくをもたらす γ 核種床面汚染範囲の有効半径を R (m)、線量計の床面からの高さを H (m)とする ($H=1$ m以上)。いま、 γ 核種 s (MBq)があるとき、そこから距離 r (m)の地点での実効線量率 (1時間当たりの実効線量)は $\Gamma s/r^2$ (μ Sv)で与えられる。ここに Γ (μ Sv \cdot m²/MBq \cdot h)は実効線量率を与える定数で、核種によって数値が異なる。

この性質を用いると、床面の有効半径 R (m)の範囲に表面密度 σ (Bq/m²)で γ 核種が広がっているとき、その中心の高さ H (m)における、 T 時間での実効線量は次式で決まる。

$$\text{実効線量: } D_1 (\text{mSv}) = T \cdot \pi \Gamma \cdot \ln(1 + (R/H)^2) \cdot 10^{-9} \sigma (\text{Bq/m}^2)$$

これより逆に表面密度 σ を求めれば次式となる (π は円周率)。

$$\gamma \text{表面密度: } \sigma (\text{Bq/m}^2) = (C_1/T) \cdot D_1 (\text{mSv}); \\ C_1 = 109 / (\pi \Gamma \cdot \ln(1 + (R/H)^2)) \cdots S_1$$

これより逆に表面密度 σ を求めれば次式となる (π は円周率)。

ただし、 $\ln(1 + (R/H)^2)$ は自然対数を表し、 R/H のさまざまな値に対して以下の値をとる。

R/H	5	6	7	8	9	10
$\ln(1 + (R/H)^2)$	3.26	3.61	3.91	4.17	4.41	4.62

第2ステップ： γ 核種表面密度と α 核種

測定点	全 α 密度	全 β 密度	全 γ 密度	α 密度/ β 密度	α 密度/ γ 密度
R/B 5F ⑤	$1.31 \cdot 10^6$	$1.03 \cdot 10^4$	$2.69 \cdot 10^1$	$1.27 \cdot 10^2$	$0.487 \cdot 10^3$
4F ⑩	$4.04 \cdot 10^7$	$4.45 \cdot 10^5$	$1.33 \cdot 10^4$	$0.908 \cdot 10^2$	$0.304 \cdot 10^3$
3F ⑩	$5.91 \cdot 10^7$	$9.74 \cdot 10^6$	$4.04 \cdot 10^6$	$6.07 \cdot 10^2$	$1.46 \cdot 10^2$
2F ②	$1.62 \cdot 10^7$	$1.79 \cdot 10^5$	$4.21 \cdot 10^5$	$0.905 \cdot 10^2$	$0.385 \cdot 10^2$
1F ④	$2.02 \cdot 10^7$	$1.45 \cdot 10^5$	$2.17 \cdot 10^5$	$1.39 \cdot 10^2$	$0.931 \cdot 10^2$
BF ①	$1.97 \cdot 10^6$	$1.38 \cdot 10^4$	$2.42 \cdot 10^1$	$1.43 \cdot 10^2$	$0.814 \cdot 10^3$
T/B ④	検出限界以下	$6.88 \cdot 10^6$	$9.10 \cdot 10^6$	$<1.37 \cdot 10^2$	$<1.04 \cdot 10^2$

注：密度の単位は μ Ci/cm²； R/B—原子炉建屋、BF—地階、T/B—タービン建屋

表面密度との関係

1号機に関する前記「松葉作戦」に記載されている原子炉建屋各階の代表点での測定データを集めると、以下のようになる。[下表]

これより、1号機での α 密度と γ 密度の比は $(0.304 \sim 1.46) \cdot 10^{-2}$ の範囲にあるが、長尾氏が働いていた1階や地階の場合では、 $(0.81 \sim 0.93) \cdot 10^{-2}$ の範囲にある。2号機では前記3.(3)の考察より、この値の1/5程度なので、以下では $1.7 \cdot 10^{-3}$ を採用する。すなわち2号機では、

$$\alpha \text{表面密度 (Bq/m}^2) = C_1 \cdot \sigma (\text{Bq/m}^2); \\ C_1 = 1.7 \cdot 10^{-3} \cdots S_2$$

第3ステップ： α 核種表面密度と α 核種空气中濃度との関係

α 核種表面密度と α 核種空气中濃度との関係はデータのまだ十分明らかになっていないとは言えない。定期検査時には、まず5階の床や壁が放射能で汚染され、それが乾燥して空气中に遊離することによって空气中濃度が生じる。この関係を定式化すると、

$$\text{空气中濃度 } (\mu\text{Ci/cm}^3) = \text{遊離係数 (1/cm)} \times \text{表面密度 } (\mu\text{Ci/cm}^2)$$

となり、遊離の程度は遊離係数によって与えられる。ある内部資料では、1号機の第6回定検時の原子炉建屋5階データに基づいて、遊離係数は $10^{-6} \sim 10^{-7}$ (1/cm)と評価されている[資料2]。

1階や地階の場合、濃度と密度の関係は同じように遊離によって生じたかどうかは明らかでない。例えば、主蒸気配管の枝管などから冷却水が水蒸気となって吹き出し、空气中を漂いながら地階に到達して床面に降り注ぐこともあり得る。このような場合は、遊離ではなく沈着になり、

「遊離係数」はかなり高めの値をとるのではないかと考えられる。1階の場合は、格納容器内で漏れていた冷却水

長尾光明氏の業務上疾病(多発性骨髄腫)に関する意見書

が靴や防護服やドラム缶などに付着して運ばれてきたことによる汚染が考えられる。長尾氏も含めて当時原発内で働いていた人に話を聞くと、1階が放射能で汚染されているなどは夢にも思っていなかったことが分かる。1階はきれいなはずだと強く主張する。しかし事実は、「松葉作戦」などが示すように、1階は相当にひどく汚染されていたのである。1階や2階のデータを見る限り、そこでも上記5階の遊離係数とほぼ同程度の値をとっているようである。

そこで以下では、前記5階値の幅の中間値を採用して、遊離係数 $=5 \cdot 10^{-7} (1/cm) = 5 \cdot 10^{-5} (1/m)$ とする。これは $10^{-6} (1/cm)$ を採用するよりも α 内部被ばくを低くするような控え目の評価になる。

$$\alpha \text{ 空気中濃度 (Bq/m}^3\text{)} = C3 \cdot \alpha \text{ 表面密度 (Bq/m}^2\text{);}$$

$$C3 = 5 \cdot 10^{-5} (1/m) \cdots S3$$

第4ステップ: α 空気中濃度から α 内部被ばく線量を導くこと

ある濃度の空気を呼吸したとき、どれだけの内部被ばくが生じるかという問題への答えは、通産省告示第131号「実用発電用原子炉の設置、運転等に関する規則の規定に基づく線量当量限度を定める告示」第11条第4項に規定されている。そこでは、ある量(Bq)の核種を吸入すると内部被ばく線量が(年)限度50mSvに達するという、そのような(年)摂取限度(Bq)を表で与えている。実際にある量を吸入した場合の線量は、比例関係で求めるので、次の式が成り立つ。

$$D\alpha (mSv) = (50 (mSv) / \text{摂取限度 (Bq)}) \times \text{吸入量 (Bq)} = \text{換算係数} \times \text{吸入量 (Bq)} ; (\text{換算係数} = 50 (mSv) / \text{摂取限度 (Bq)})$$

実際に問題になるプルトニウムの摂取限度と最大の場合(酸化物以外で骨表面の場合)の換算係数を表で示す[下表](キュリウム242は、年摂取限度が $1 \times 10^4 \text{Bq}$ で換算係数がプルトニウムより2桁低いいため、ここでは無視する)。

	半減期	酸化物 (Bq)	酸化物以外 (Bq)	最大の換算係数
Pu238	87.7y	650	470 260 (骨表面)	0.192
Pu239	24,000y	610 590 (骨表面)	420 220 (骨表面)	0.227
Pu240	6,564y	610 590 (骨表面)	420 220 (骨表面)	0.227

α 核種をプルトニウムとし、プルトニウム内での割合をPu238=71%、Pu239+240=29%として、換算係数の平均値を求めると、

プルトニウムの換算係数=0.202

次にどれだけ吸入するかには、呼吸率=呼吸量/時間と作業時間T(h)が関係する。

・呼吸率:「発電用軽水型原子炉施設周辺の線量目標値に対する評価指針」では、大人の1日の呼吸量を 23m^3 としているので、1時間当たりでは、 $0.958 \text{m}^3/\text{h}$ 。

従って、 α 内部被ばく線量: $D\alpha (mSv) = 0.202 \times (0.958 \cdot T) \times \alpha \text{ 濃度 (Bq/m}^3\text{)}$ となる。つまり、

$$\alpha \text{ 内部被ばく線量: } D\alpha (mSv) = T \cdot C4 \cdot \alpha \text{ 濃度 (Bq/m}^3\text{); } C4 = 0.1935 \cdots S4$$

★結局、以上の諸関係S1～S4を集約すると、 α 内部被ばく線量と γ 被ばく線量D1との関係

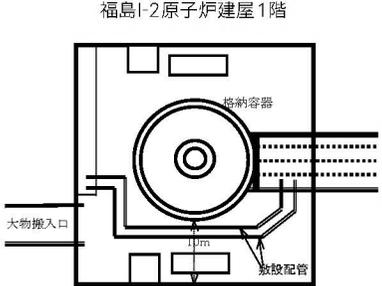
α 内部被ばく線量: $D\alpha = C4 \cdot C3 \cdot C2 \cdot C1 \cdot D1$ が得られ、係数に数値を代入すると次式となる。作業時間Tは打ち消しあつて最後の関係には効いてこない。

$$\alpha \text{ 内部被ばく線量: } D\alpha (mSv) = C \cdot D1 (mSv);$$

$$C = 5.25 / \{T \cdot \ln(1 + (R/H)^2)\} \cdots SF$$

5. 評価対象とする長尾氏の作業場所及びそこでの α 内部被ばく線量

上で述べた条件を満たしている長尾氏の作業場所の候補として、3つの場合が考えられる。第1は、2号機原子炉建屋1階における新規の配管敷設工事(1979年1～5月)である。これは格納容器外で新規の配管工事であるため、原子炉や配管内の γ 核種による被ばくは非常に考えにくい。



第2は、同地階のサブプレッション・チェンバー上付近におけるMSSR弁解体作業(1981年11月～1982年1月)である。ただしこのときは、長尾氏の放射線管理手帳には書かれていないものの、格納容器内でのモノレール新設工事にも一部たずさわったようなので、その分を割り引いて考えなければならない。第3は、同1階におけるRHR配管追加工事(1977年10月～1978年1月)である。これも第1と同様に格納容器外で、新規の配管工事である。ところが、2階から地階まで配管を通す途中に1階の循環ポンプ機器室があり、この中を通している。ここは格納容器外ではあるものの、配管内からのγ線がかなり多かったのではないかと考えられるため、その分を割り引かねばならない。

結局以下では主に第1の場合について考察する。

◇作業場所と作業内容:福島第一原発2号機、原子炉建屋1階の格納容器外、西の壁面に近い場所から格納容器南側の天井裏を通して東側の循環ポンプ機器室まで新しく配管を2本通す作業。

長尾氏は天井裏にも上がったが現場監督なので1階の床面をしばしば歩いている。問題の循環ポンプ機器室にはほとんど入らなかったということだ。

◇作業期間:1979年1～3月に「SCC対策工事」として1本の配管を通し、同年4～5月に「IHSI工事」としてもう1本配管を通している[資料3]。

◇被ばく線量:この間のγ被ばく線量は15.80mSvで、これは前記のD1にほぼ相当すると考えられる[資料3]。

◇α核種:2号機は、1977年1月5日から1978年4月5日まで1年3か月にわたって第2回定検が行われている。この途中の1977年3月に、6体の燃料集合体に燃料破損のあることが発見されている。α核種はこの定検前の運転中(1976年)に放出されたと考えられる[資料10]。それから長尾氏のこの作業開始までに2年以上が経過している。それだけ寿命の短いキュリウム242は相当に減少していたと考えられる。

★第1ステップの式におけるΓ値

前記「松葉作戦」によれば、1号機原子炉建屋各階で、トータルのγ密度が最も高い $10^{-4} \mu\text{Ci}/\text{cm}^2$ のオーダーである場合及び1階を拾いだと以下の表[下表]のよ

うになる。

これを見ると、γ核種の主要なものはCo60である。また、Co60のΓ値=0.305に対して、Mn54のΓ値=0.111と低い(例えば、飯田博美編「放射線用語辞典」通商産業研究社、pp.749～750)。これらを考慮して、γ核種のΓ値=0.30ととる。

★第1ステップの式におけるR/Hの評価

原子炉建屋1階の格納容器南側の壁との間の領域は約10mである。壁際には制御装置機器なども置かれているためさらに狭い。これらを考慮してR/H=6ととれば十分だと考えられる(Hは床面からフィルムバッジまでの距離で、ほぼ1m程度)。

★作業時間:長尾氏によれば、入城作業時間は1日に約1時間である。そのうちどれだけ時間を床面に近いところで過ごしたかが一応は問題になるが、実際には前記最後にまとめたSF式から分かるように、内部被ばく評価は時間に依存しない。

■α核種内部被ばく線量

Γ=0.3、R/H=6の場合、前記SF式の係数CはC=4.85となる。従って、SF式より

$$\alpha\text{内部被ばく線量: } D\alpha(\text{mSv}) = 4.85 \cdot D1(\text{mSv})$$

なる関係が得られる。

いまの作業の場合、D1=15.80mSvなので、

$$\alpha\text{内部被ばく線量: } D\alpha = 76.63\text{mSv}$$

となる。この作業だけで、長尾氏の外部集積線量70mSvを上回る。

[補論:地階での作業]

◇作業内容・形態:「MSSR弁補修工事」-取り外された「MSSR弁」内容物の解体、ドラム缶詰め。

長尾氏の放射線管理手帳には「MSSR弁補修工事」と書かれているが、ここでいう「MSSR弁」が何を意味しているのか判然としない。長尾氏もただその名前で聞いただけだという。どこからかパイプが来ていてサブプレッション・チェンバーの上部で「MSSR弁」に結合し、その

核種	半減期	5階 ⑤	4階 ④	1階 ③	地階 ①
Mn-54	3125d	$2.90 \cdot 10^{-5}$ (0.8%)	$6.33 \cdot 10^{-7}$ (0.005%)	BAC以下	$1.75 \cdot 10^{-5}$ (7.2%)
Co-60	5.27y	$2.40 \cdot 10^{-4}$ (89.2%)	$1.12 \cdot 10^{-5}$ (84.2%)	$2.17 \cdot 10^{-5}$ (100%)	$2.24 \cdot 10^{-4}$ (92.6%)
Fe-59	44.50d		$1.03 \cdot 10^{-5}$ (7.7%)		
total		$2.69 \cdot 10^{-4}$	$1.33 \cdot 10^{-4}$	$2.17 \cdot 10^{-5}$	$2.42 \cdot 10^{-4}$

弁はサブプレッション・チェンバー内へと繋がっているようだったという。その位置は格納容器の外になる。

通常は「MSSR弁」とは、東京電力広報に問い合わせた結果、main steam safety-relief valve すなわち、「主蒸気安全逃し弁」のことで、格納容器内で主蒸気管に取り付けられた圧力(蒸気)逃し弁である。東電作成の2号機の図面では、その主蒸気逃し弁からサブプレッション・チェンバーに導く配管があるが、それは最後まで格納容器内を通っているの、この「MSSR弁」と関係しているとは思えない。他の可能性としては、事故時にサブプレッション・チェンバー内の水を炉心や圧力容器にスプレーするための配管などがあるが、それでは名前が合わない。もう一つは、主蒸気管から事故時に使うタービンに導いた蒸気を最後にサブプレッション・チェンバー内に導くための管があるが、それも安全逃し弁とはほど遠い。結局いまのところ、この「MSSR弁」が何ものなのか、東京電力に問い合わせても明らかでない。

その弁の外枠を外し、弁棒などの内容物を取り外す作業及びそれを南東隅の三角コーナーに運ぶ作業は他の作業グループが行った。長尾氏のグループは、それをガス切断・解体してドラム缶に詰める作業を行ったという。ただし、長尾氏は現場監督として、作業の様子を見るためにサブプレッション・チェンバーの上にあるグレーチング上を取り外し場所まで行ったり来たりしたが、解体作業自体は行わなかったという。

ここは、配管内や容器内からの γ 線が直接飛んでくるとは到底考えられない場所である。もしこの作業(1981年11～12月)に前記1階と同様の計算を適用し、 $D1=13.9\text{mSv}$ とすると、この作業だけで受ける α 内部被ばく線量は、約67mSvとなる。

ただしこの評価には留保条件がある。第一に、この期間中に長尾氏は他の場所での作業に従事しなかったと仮定している。ところが実際には、放射線管理手帳には書かれていないが、このときにはまだ格納容器内のモノレール新設工事が終わっていなかったため、幾分かはその作業にも顔を覗かしていた。第二に、得たいの知れないMSSR弁から γ 線が出ていなかったと仮定しているがこれの真偽は不明のままである。いまのところこれらの点についてどの程度割り引いて考えるべきかははっきりしない。

いずれにせよ、ここで取り上げた2つの作業だけでほぼ100mSv程度は α 内部被ばくした可能性があるかと推定できる。

6. 結論と議論及び補足的考察

ここでは解析的根拠を明確にするために、主に1979年1月～5月の原子炉建屋1階における作業を取り出し

て、 α 核種内部被ばく線量を評価した。その結果、その作業時だけで約77mSvの α 核種内部被ばくを受けたと評価される。これだけで全 γ 被ばく線量である70mSvを超えているが、他の場所での作業を含めると、100mSvを十分超えていると結論される。以下、この結論について若干の補足的考察を行う。

(1) 長尾氏が、この時期この1階の場所で15.80mSvという高い外部被ばく線量を受けたこと、これは動かしがたい事実である。それだけ、2号機原子炉建屋の1階が高度に γ 核種で汚染されていたことを意味している。

1号機の実態に照らすと、この場所はひどく汚染されていたに違いない。事実、ある内部資料[資料2]によると、1号機の1階人物搬入口(機器搬入口)前では、1978年の第6回検定当時、 α 核種空気中濃度は高いところで許容濃度の350倍にも達していた。

人物搬入口には機材を積んだトラックが到着し、機材が下ろされるとともに、格納容器内でドラム缶に詰められた廃材がここに運ばれてくる。いかに嚴重にビニールで包装するよう心がけられていたとしても、やはり事実として、格納容器内から運ばれてきたドラム缶や労働者の靴や防護服などによって、放射能が運ばれていたのである。長尾氏の γ 被ばく線量の高さは、たとえ α 核種の存在比率が1号機より1桁低かったとしても、十分な α 内部被ばくを蒙るほどに、2号機が十分な汚染状態にあったことを示している。

他方、長尾氏はこの場所でマスクをしていなかったと証言している。原子炉建屋の1階は、放射能汚染されているとは誰も思っていなかったようである。長尾氏自身、この場所を「銀座通り」と例えていたが、それは人が多いという意味ではなく、空気がきれいな場所という意味だろう。事実、原子炉建屋1階では、格納容器内に入る作業の場合には、床面に赤いビニールシートが張られ「赤バリア」と呼ばれていた。格納容器内に入る労働者はそこでマスクをし、仕事が終わればそこでマスクや靴や防護服を脱いで下着1枚になっていた。そのときは完全に無防備になるのだが、その無防備さについて聞くと、長尾氏は1階には放射能があるはずはないと頭から思っていたそうである。このことは、別の労働者に聞いても同じ答えであり、そんなところに放射能はないと強く主張した。まして、そこに α 核種がいるなどということは、これまで聞いたこともなかったそうである。したがって、どの作業であっても、少なくとも、「赤バリア」の上で下着1枚になった5～10分間では必ず α 汚染された空気を吸い込んで内部被ばくを受けている。1日の作業時間が約1時間程度であることを考慮すると、この時間は決して無視できるものではない。そしてこの1階の格納容器外の作業の場合には、赤バリア上と同じ感

覚が支配してマスクなどは着けていなかったのである。

これに対して東電は、労働者はマスクを着けていたはずだという。なぜなら、「放射線作業許可書」の「マスク着用」という項目にチェックが入っているからだという。ところが長尾氏は、その「放射線作業許可書」というものがあるのは知っており、本来なら作業場所に掲げておくべきものだと思うが、実際にはそのような場面を見たことがないという。建前だけで実際の姿を確認することなど到底できることではなく、事実が重視されるべきである。

次に、地階での作業でも1階と同様である。「松葉作戦」によれば、1号機では地階の三角コーナーが意外なことに、5階と比べてさえ最も α 核種表面密度が高かった。この汚染は、恐らく1階の大物搬入口の汚染が地階にまで到達するためと推察される。プルトニウムは重いため、次第に地階にまで沈み込むのであろう。長尾氏は地階の作業でもマスクを着けていた覚えがないということで、相当な内部被ばくを受けたものと推察される。

- (2) もう一つ別に、長尾氏が α 内部被ばくを受けた可能性のある場所がある。それは、「松の廊下」と呼ばれている、1号機原子炉建屋の外だがそこへの入り口のある廊下である。この奥に長尾氏の属する石川島プラント建設関係の監督詰め所があったため、用具などが必要なきときはそこに立ち寄っていた。

ところがちょうどその辺り、1号機のタービン建屋から漏れた放射能がただよっていた可能性が高い。このことは、森江信著の「原子炉被曝日記」の76頁に書かれている[資料11]。1号機冷却水中には α 核種が高レベルで存在していたのだから、それを吹い込んだ可能性がある。

- (3) プルトニウムは肺から骨に移行し、10年程度経過しても骨表面から減らない。このことは

例えば、松岡理著「プルトニウムの安全性評価」76頁図8.3に如実に示されている[資料12]。つまり、 γ 線による外部被ばくでは、放射線照射はその瞬間だけであるが、プルトニウムによる内部被ばくの場合は、肺や骨に沈着したプルトニウムから長年にわたって α 線の照射を受ける。 α 線照射では、その飛跡に沿って多くの電子がはじき飛ばされて β 線のように働き(δ 線という)、X線も大量に生成されてこれら2次の放射線が細胞とその遺伝子を傷つける。

また、ついでに言えば、 α 核種の出す γ 線はエネルギーが低いために、 α 核種を吸入しても、ホールボディカウンタなどで身体の外から検出することはできない。原子力安全・保安院もこの性格は認めており、 β 核種による内部被ばくがあり、かつ α 核種を吸い込む環境

に居たと認められる場合だけ、尿検査などのバイオアッセイを用いて α 核種の内部被ばくについて調べることになっているという。ところが、実際にはそのような調査は行われていない[資料13:質問9①、②に対する原子力安全・保安院の回答]。それどころか、これまでずっと、 α 核種は燃料内からけって出ていないことにされてきたのであるから、バイオアッセイを適用するような環境そのものが存在するはずがなかったのである。政府の被ばく統計の線量はすべて γ 線による外部被ばく線量だけになっている。

結局、長尾氏の場合、これまであり得ないことにされてきた α 核種による内部被ばくが、多発性骨髄腫の大きな原因の一つになっていると推認されるのである。

付録：福島第一原発1号機と2号機の冷却水中 α 濃度の差違に関する考察

ここでは、1号機と2号機における冷却水中の α 濃度の比率について推定する。基本的な仮定として、排気筒での核種濃度は建屋内の汚染の度合い(表面密度)に比例し、その汚染度合いは、冷却水中核種濃度×漏れた冷却水量に比例すると考える。また、1号機の汚染状態及び1・2Mと2TSでの濃度については、「松葉作戦」や、原子力安全・保安院から入手した東電の「排気筒全 α および全 β 放射能放出管理報告」[その一部が資料4]などで与えられている。

- (1) 冷却水中の β ・ γ 核種濃度は、1号と2号で同程度だと仮定する。

これは「松葉作戦」に付記されているCo60の排気筒での濃度が1～3号で同程度の値を示していると読みとれるから。また「松葉作戦」の本文中でもそのことを示唆する内容が7頁に書かれている。

- (2) 1号機の原子炉建屋とタービン建屋での β ・ γ 核種の汚染比率(表面密度比)。

「松葉作戦」より原子炉建屋で表面密度の高い5階と地階の密度を採用し、それらとタービン建屋での密度との比をとると、(3.4～6.7)・10⁻²となる。

- (3) 1号機原子炉建屋と2号機タービン建屋での β 核種の比率

1・2MSでの β 濃度を見ると1980～1981年にかけて最高値は約2・10⁻¹² μ Ci/cm³程度であるが、これは主に1号機の原子炉建屋から来ていると考えられる[資料8]。他方、2TSでの β 濃度の最高値は1981年で約3・10⁻¹³ μ Ci/cm³であり、これは2号機のタービン建屋から来ているはず[資料6]。この比をとると0.15となつて、上記の1号機内比率のおよそ2.2～4.4倍である。1号機タービン建屋よりそれだけ倍多くの冷却水が、2

号機タービン建屋では漏れていたと推定できる。

- (4) 1号機の原子炉建屋とタービン建屋での α 核種の比率

「松葉作戦」2頁の記述によれば、1号機から外への α 核種の放出度合いは、原子炉建屋92%に対してタービン建屋6%と評価されている。つまり比率にすれば、 $6/92=0.065$ である。この比率は、別の情報から得られるより直接的な α 表面密度の測定値の示す比率と同程度であることが確認できる。

- (5) 1号機原子炉建屋と2号機タービン建屋での α 比率
2号機固有の α 核種データを示すものとしては、いまのところ、2号機タービン換気系排気筒(2TS)のデータだけしかない。1981年3月末と6月初めに排気筒で、 α 濃度約 $2\cdot 10\text{-}15\mu\text{Ci}/\text{cm}^3$ が測定されている。その他の時期にも α 核種が存在していたに違いないが、東電が α 濃度の測定下限をわざと引き上げて隠してしまったので見えていない[資料4, 5]。
他方、この少し前、1号機の第7回定検中において、

1号と2号の共用主排気筒(1・2MS)では、 α の最高濃度で $3\cdot 10\text{-}14\mu\text{Ci}/\text{cm}^3$ が測定されている[資料7]。この放出 α 核種は、1号機の定検中であることから、1号機の原子炉建屋で放出されたものだと推察できる。

そこで、この2つの値の比をとってみると、 $2\cdot 10\text{-}15/3\cdot 10\text{-}14=0.067$ となる。

- (6) 1号機タービン建屋と2号機タービン建屋での α 汚染度比較

上記(4)と(5)の2つの比率がほぼ等しいことより、1号と2号でタービン建屋での α 汚染は同程度だと結論できる。

- (7) 1号と2号の冷却水中 α 濃度の比

上記(6)よりタービン建屋での α 汚染は1号と2号で同程度であり、他方(3)より、冷却水の漏れの程度は2号機の方が2.2~4.4倍高い。ということは、2号機の冷却水中の α 濃度が $1/2.2\sim 1/4.4$ 倍だけ低いということになる。この比を控え目にとれば $1/5=0.2$ となる。



すでに新聞報道等もされているように、長尾光明さんの労災申請は、富岡労働基準監督署より1月13日付けで業務上災害と認定されました。詳しい御報告は、次号でさせていただきます。

労災保険民営化に対する各界の意見

資料●+総合規制改革会議議事概要の関係部分

労災保険の民営化について

平成15年12月4日

社労連第302号(厚生労働大臣宛て)

全国社会保険労務士会連合会 会長 大槻哲也

謹啓時下ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。
平素は、当会の事業運営について格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、労働者災害補償保険の民営化につきましては、現在、総合規制改革会議(議長・宮内義彦オリックス会長)において検討が行われておりますが、当会としては、去る12月3日に開催いたしました第125回理事会において全員一致で、反対することが決議されました。

つきましては、別紙のとおり意見書を提出いたしますので、ご高配を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

[別紙]

現在、総合規制改革会議で検討されている労働者災害補償保険(以下「労災保険」という。)の民営化について、以下の理由により、絶対に容認できない。全国社会保険労務士会連合会は、会員27,000人の総意をもって反対する。

労災保険は、労働者の業務上等の災害に対する保険給付のみに止まらず、被災労働者の社会復帰及びその遺族の援護等をも救済するという制度となっていて、雇用保険、健康保険、厚生年金保険などとともに、憲法の要請である社会保障制度のひとつであり、国民のセーフティネットとして国が責任を持って行うべきものである。

我々は社会保険労務士業務の一環として被災労働者に代わって労災保険給付の申請等を行っているが、労災保険が民営化されれば、現在、行政機関により全国一律に行われている過労死や職業病の認定等複雑な保険給付の基準がいまままで同様に実行されるという保証がな

く公平な取り扱いがなされない恐れがあり、国民が安心できる制度になるとは到底思われない。

また、労災保険の給付に関連して、安全衛生行政、監督行政が一体となった労働者保護が求められるべきであり、労災保険の民営化により、行政の連携も不可能になる。

労災保険の民営化は、経済原則のみに重点を置いていて、労災保険本来の目的である被災労働者等の保護という観点が抜け落ちている。しかも、労災保険の民営化には、事務的経費の増加も考えられ、経済原則の点からも疑問である。

民間でできるものは民間へ、また官業が民業を圧迫しているものは民業へという規制改革、構造改革の理念は、あくまでも国民の福祉の向上を図るためのものであり、労災保険の民営化は、本末転倒の論であると言わざるを得ない。



労災保険の民営化に反対する意見書

2003年12月10日(総合規制改革会議宛て)

日本労働弁護団 会長 宮里邦雄

当弁護団は、労働者・労働組合の権利擁護のために活動すべく、1957年に結成された弁護士上の職能集団である。

貴会議では本年12月に予定される最終報告において労災保険の民営化を検討・実施課題として提起する方向であると報じられているが、この問題は、労働災害にかかわる労働者の権利保障を揺るがす極めて重大な問題である。

当弁護団は、労災保険の民営化には断固、反対するものであり、以下、理由を述べるので、最終報告の論議にあたり、十分に検討されるよう、強く申入れる。

1 労災保険制度の趣旨

労災保険制度は、被災労働者に対し「迅速かつ公正な保護をするため」に、全事業主の共同責任として設計された制度であり、確実な保護を受けよう強制保険として、事業主による加入手続や保険料納付の有無に拘らず、保険給付が行われる制度である(制度設計時には、民営保険と国営保険の択一制度との意見もあったが否定された)。その基本理念は生存権(憲法25条)の公正な補償にあり、憲法27条及び労働基準法、労災保険法によって具体化されている。この補償を「迅速かつ公正」に行うのは国家であって、利益を追求する民間営利企業ではない。民間企業にこれを委ねた場合、以下指摘するような重大な弊害が生じることは明らかである。

2 民間保険による弊害

(1) 保険契約の締結

民間企業が利益を前提とする以上、保険料は産業、職種、さらには事業場毎に区々になる。現行労災保険より負担が低くなる産業・企業は民間保険会社と契約するであろうが、これが高くなる産業・企業は契約しないことが考えられ、さらには保険会社から契約を拒否される企業まで出てこよう。即ち、偶々入社した企業によって労災保険制度があるかないかが分かれ、保険給付を受けうる労働者と受け得ない労働者が存在することとなる。生存権に基づき全労働者を対象とすべき補償制度は崩壊する。

(2) 保険料の徴収

現行労災保険制度では、事業主が保険料納付を怠っても被災労働者の権利に消長を来さないし、国家は保険料を強制徴収できる。しかし、民間企業には保険料を強制徴収する術はない。保険料の支払を求めて民事訴訟を提起する方法はあるが、営利企業が時間とコストをかけてかかる方法を探るとは考えられない。契約解除するのが最も合理的である。保険料未納企業は保険契約を解除される。その結果、保険給付を受けえない労働者が増大する。

(3) 保険給付の内容

まず、保険会社毎に給付認定が区々になることは避け難い。国家がどんなに基準を精緻化しようが、その具体的な運用を各民間会社に行わせる以上、国家による一律かつ平等の認定と同レベルになることはありえない。また、保険金の支払をできるだけ抑制するために給付認定は厳しくなり、結果として被災労働者が給付を受け得ない事態が増大するおそれもある。

公正な補償を行うためには、正確かつ客観的な事実の把握が前提となる。そのためには、保険機関に強制調査権限がなければならぬが、民間企業にその術はない。保険会社は契約者(お客)たる事業主の、都合のよい説明に基づいて事実認定することは必ずであり、その結果、労働者の権利が侵害される。

給付内容も給付認定と同様に保険会社毎に区々となり、これを低下させる方向での競争となることは、営利企業である以上、十分予測される。しかも、民間企業には倒産のリスクが常にあり、偶々契約した保険会社が倒産すれば、全く補償を受けえない危険がある。

3 労災保険の民営化には断固反対する。

以上、基本的事項に関して指摘しただけでも多々、民営化により重大な弊害が生じることは明白である。

労災保険制度は、強制保険として全労働者に公正な保護を与えるべく、最低労働基準を定めた労基法第8章の

使用者の災害補償責任と不可分一体のものとして制度設計され、かつ、運用されなければならない。これを適正に行うのは国家であって、労災保険の民営化は、この制度の根幹を危うくするものであり、断固、反対する。



要望書

平成15年12月18日(内閣総理大臣宛)
日本医師会 会長 坪井 栄孝

現在、総合規制改革会議において審議している「労災保険の民営化」は労働者の権利を侵害し、事業主の利益を損なう改悪であり容認できない。

そもそも労働者が安心して就労できる環境の確保は、医療・年金・雇用等とともに社会保障制度の一環として憲法が担保している国の責務である。

営利を目的とする民間保険会社が労災保険を取扱うことになれば、被災労働者に対する医療から年金に至る現行の各種補償体系の給付水準が著しく低下する恐れがある。

日本医師会は国民の健康を守る立場から、経営効率を最優先する今回の「労災保険の民営化」に強く反対する。



平成15年度第9回 総合規制改革会議議事概要

- 1.日時 平成15年12月16日(火) 10:00～11:15
- 2.場所 永田町合同庁舎総合規制改革会議大会議室
- 3.出席者
(委員)

宮内義彦議長、鈴木良男議長代理、奥谷禮子、清家篤、高原慶一朗、八田達夫、安居祥策、八代尚宏、米澤明憲の各委員

(事務局)

小平統括官、河野審議官、福井審議官、浅野間審議官、宮川事務室長、中山事務室次長

議事概要

(1) 答申案文審議(●質問・意見)

(宮内議長) 本日は、前回に引き続き、今月にとりまとめを予定している第3次答申の案文審議を行う。議事に入る前に、私から、本日、本会議を開催した趣旨につきまして、一言申し上げる。

前回の会議において案文審議を終えるに際し、残さ

れた未調整の箇所については、基本的には私と議長代理と主査の方々に御一任をいただいたが、この間の案文の調整状況を踏まえると、とりわけ、アクションプラン分野の調整状況について、改めて本会議において御報告し、意見交換をいただいた上で会議として案文を確定していく、との手続を今一度踏むことが望ましいと判断し、本日、会議の開催をお願いした。

それでは、本日の議事に入る。

本日の答申の案文審議については、前回の案文審議と同様、これを非公開とし、会議資料も非公表とする。本日の進行としては、申し上げたように、本日開催の趣旨がアクションプラン分野の案文審議を特に念頭に置いたものであるため、主に、私の方から、アクションプランの調整状況について説明し、これに対する質疑応答・意見交換を行うこととしたい。

それでは、私からアクションプランについて説明する。まず、既存の12事項については、前回の会議で報告した内容、特に高層住宅に関する容積率の抜本的緩和と有料職業紹介事業に関する改革の2つが一歩前進したことを報告申し上げた。

その後、幼保一元化のうち、一貫した総合施設の設置について合意がなされた。試行事業を平成17年度中に先行実施することで、総理の「17年中には幼保一元化でできるものはやる」との御発言を踏まえた内容であるとして合意した。なお、予算や法改正の準備は平行して進め、18年度には完全実施することも合意した。その他の点については、残念ながら歩み寄りが見られないため、「今後の課題」に我々の考えを書き残す形になると思う。なお、医薬品の一般小売店における販売については、本日、厚生労働省が設置した検討会(ワーキンググループ)の品目選定作業の結果が発表される予定である。したがって、厚生労働省の発表を確認した上で、答申としてどのように取りまとめるか、担当主査と相談しながら決めたい。いずれにしても、当会議として納得のいくものでない限り、今後の課題として引き続き規制改革に取り組むことを書くことになると思う。

新規の5項目について申し上げます。「公共施設・サービスの民間開放」については、現在も国土交通省等との協議を継続中である。

「労災保険及び雇用保険事業の民間開放の促進」については、現在も厚生労働省との協議を継続中である。労災保険の民間開放の検討については、厚生労働省は「可能性の検討」でも合意できない」との回答であり、我々としては「今後の課題」に整理する方向しか残されていないかと思う。

「国際的な高度人材の移入促進」、いわゆる日本版グリーンカードの創設等であるが、法務省等と次の内

容で合意した。第一は、永住の許可・不許可事例の公開を平成15年度中に行う。第二は、永住許可要件について基準を明確化し、ガイドライン化する。第三は、ある分野で貢献のある外国人に対する永住許可要件である在留資格年数を5年以上から3年以上にすることについて、特区評価委員会の評価を踏まえて速やかに全国展開することの結論を得る。第四は、現在最長3年とされている在留期間を5年に引き上げる。

「自動車検査制度の抜本的見直し」については、自家用乗用車の車検有効期間の具体的な延長年数の合意は得られていない。国道交通省との間で合意したのは、自家用乗用車のみでなく自動車全般について、車検有効期間の延長を判断するための調査を平成16年度中に取りまとめ、その結果に基づき速やかに所要の措置を講ずるということで、半歩動いたかなと思う。

「借家制度の抜本的見直し」については、前回担当主査から報告があったとおり、閣議決定を前提とした部分は、法務省との間で合意済み。「今後の課題」の記載内容については調整中とのことである。

これらについて、今後は一両日中に新規5項目と既存12項目について各省との協議を終了し、答申を確定したい。未確定の部分もあるが、会議としては十分満足できる形にはならなかった。とは言え、「一定の成果があった」と評価できる部分も出てきた。したがって、答申のトーンとしては、成果を見なかつた部分についても、今後の我々の活動につながる形で「今後の課題」にしっかりと書き込んでいくと思う。各担当委員から補足する点やご質問があればお願いしたい。

- 借家制度の抜本的見直しの「具体的施策」のところは局長との折衝を行って合意した。「今後の課題」については、私は相手方省庁と合意する必要はまったくなく、事実誤認がないかを確認するのみと了解している。しかしながら、法務省は「それは話になかった」と、「今後の課題」を記載することに大変強硬に異議を申し立てている。私のところで妥協すると原則が崩れて他の分野にも影響が及ぶ。そこで、「今後の課題」の取扱いについて確認したい。
- その点は去年も議論になった。「問題意識」や「今後の課題」はあくまでも総合規制改革会議の考え方であり、相手方省庁との合意を必要とするものではない。ただし、事実誤認があればそれは正してくれということである。私は、閣議決定の対象となる「具体的施策」以外は去年も合意しなかつたし、今年も合意のための折衝は行っていない。
- 答申の組み立てとして、第一に、あるテーマについて「当会議はこういう問題意識に基づき規制改革を進めていきたい」ということが書かれ、第二に、動かすことができ

た具体的施策が書かれ、そして第三に、残りの部分が「今後の課題」となる。合意を取っていただくのは第二の具体的施策のところである。第三の「今後の課題」はまさに合意に至らなかつた残りの部分であり、ここは事実誤認があってはならないが、当会議の最後の日まで、あるいは次の組織に問題意識として引き継がれるものと認識している。

- 「労災保険及び雇用保険事業の民間開放の促進」について少数意見が提出されている。労災保険の民営化については、労災保険は最後のセーフティーネットであり、一般国民も同様の印象を持っていると思う。私は提出された少数意見に強く賛成する。労災保険の民営化を意見として取り上げるとは、当会議のイメージを考えれば得策ではないと思う。本件については様々な意見があり、私は専門家ではないのでそのすべてを承知しているわけではないが、一般的なイメージとして何でも民営化すればいいというものではない。労災はシビアな問題である。提出された少数意見が然るべく取り扱われることを、私から2つ目の少数意見として申し上げたい。
- サポートをいただき感謝する。労災保険の問題について、私の意見をもう一度申し上げる。労災保険の民間開放について検討することは、当会議の見識を示すことにならないと思うので、この項目については削除していただきたい。民間開放以外について、労災保険の検討が必要なことはここで示されている通りと思う。例えば、適用をもっと徹底して行わなければならないこと、リスクの高いところと低いところの間の保険料率が必ずしも適切に設定されておらず内部移転が行われていること、等は見直しが必要だと思う。ただし、民間の開放によって加入の担保、給付の担保、あるいは年金等の補償機能が低下するのは避けられないと思う。

これが当会議の多数意見かどうかは分からないが、私は、規制緩和は特に雇用に限って言えば、事前の規制緩和と事後チェック、あるいはセーフティーネットの強化は、一体的に行われなければならないと思う。そういう意味で、ここは一つの答申の中で整合性を持たせる必要がある。事後チェックあるいはセーフティーネットの強化が予算の関係等で必ずしも事前の規制緩和に追いつかない点は、ある程度はやむを得ないが、今あるセーフティーネットを弱体化させかねない部分が答申の中にあるというのは、私としては看過できない。

特に、労災保険と自賠責保険のアナロジーが冒頭から出てきているが、労災事故というのは公道上で起きる交通事故と異なり、一般には事業所の中で起きる。事業所に立ち入り調査をしながら認定をするもので、誰もが立ち入ることのできる公道で警察が証拠検分を行うの

とは異なる。また、労災保険は保険に加入している雇い主と労働者との間の話である。この点でも両者が保険に加入している自動車事故とは違う。さらに、自動車事故は通常は両者の責任を按分して保険金が支払われるが、労災は認定されれば100%労災保険で補償が行われ、そうでなければ全く補償されない。したがって、労災保険を自賠責保険とのアナロジーで冒頭から語っているのは、労働の問題を勉強してきた者としては違和感がある。

そもそも労災保険は、19世紀にドイツで社会保険として始まり、その後、フランスやイギリスでは雇い主に補償責任を課しながら民間の保険に加入するといったやりかたで、19世紀終わりから20世紀始めにかけて次々と発足した。その後、それでは労働者に対する補償が十全に行われないことが分かり、その結果、いずれの国においても20世紀半ばくらいまでに社会保険制度に転換した。こうした試行錯誤を経て、多くの先進国が労災保険を社会保険制度でやっている。アメリカでは確かに民間の労災保険があるが、20世紀始めからエンプロイヤーズ・ライアビリティ・インシュアランスといった制度が始まって、当初は民間の保険だけに依拠していたが、それではリスクの高い産業に従事する人達に対する補償が十全に行われないということで、ここでもやはり、ステート・ファンドという各州単位の公的な労災保険システムができ、それによって補完されている州が多くなっている。現在はステート・ファンドだけによるエクスクルーシブというシステムと、両者が併用されているコンペティティブというシステムと、テキサス州等の少数の州で民間保険だけになっているところがある。

このように先進国が労災保険を最終的には社会保険化してきたことを考えれば、私は、この問題を改めて検討することが当会議の見識を示すことになるとは思えない。この項目はできれば削除していただきたい。まずはそれについてご検討いただき、もし皆様方の多数意見が私と違うということであれば、ルールに従い答申の本文はそれで結構だが、その際は今日お配りしたような少数意見を付していただきたい。以上、よろしくご検討いただきたい。

- 頂いたメモには「労災保険の民営化」とあるが、口頭では「労災保険の民間開放の検討」と答申のタイトルに沿った形で言っていた。口頭で言っていたことが委員のご意見と解釈していいか。
- 「労災保険の民間開放の検討」ということをご検討いただきたい。
- 清家委員がおっしゃったことは、この案文を取りまとめた責任者としても全く同意見である。そうしたセーフティーネットを後退させるような形の民間開放は排さなくては

ならない。そうしたことは案文にも書いた。労災保険ができたのは昭和22年で、それ以来、労災保険の問題についてはほとんど議論すらされていない。様々な問題があることを述べた上で、「今後の課題」において民間開放の検討を打ち出し、その際には米国の一部の州でやっているような民間への完全な丸投げではなく、厚生労働省と民間が適正な役割分担を果たす形での民間開放についての検討を提唱した。例えば、認定基準や労災の概念は厚生労働省が決める、民間はそれに従って純粋な損害保険業務をやっていく、というようなイメージである。そのメリットは、貴重な公務員を保険業務ではなく、本来の労災防止に専念させるということで、むしろ多くの労災事故が防げるのではないかと、あくまでも労働者保護の立場からこうしたことができるのではないかと申し上げている。これらが本当にできるかどうかは、今後検討してもらわなければわからない。最初に民営化ありきではなく、民間開放の可能性についての問題提起をした。

こうした問題提起は労災のみならず、あらゆる官製市場について、官製市場ワーキンググループでやってきた。同WGでは今おっしゃったように、「検討するまでもなく、歴史的にみても海外事例をみても当然である」という認識を持っていない。そこだけが意見の中で唯一違う点である。以上、当方の趣旨を申し上げたが、その上で会議の中で他の委員にご判断いただきたい。

- この問題については、委員間で元々それほど意見の隔たりはないことは私も感じる。私は労災保険について検討の必要がないと申し上げている訳ではない。様々な検討を行う必要があると考えている。ただし、この制度を国が責任を持ってやるということは、事前規制を緩和する一方で国が事後的なセーフティーネットを担保するという観点から大切で、この制度を民間に開放するという話を聞いた時に、多くの人々が強い不信感あるいは不安感を持つことは間違いない。そうした不信や不安は、歴史を見ても実態を見ても、不当なものであるとは思わない。もちろん、あらゆるものは常に検討の余地はあるが、規制改革会議の見識として見直しを提言するものは、その見直しに相当の意味があること、あるいは緊急性があることだと思う。「検討の余地がないことではない」と言うのはその通りだが、労災保険の検討の中に民間開放という項目を入れることは、一般には保険そのものを民営化することと受け取られる。私は、それは適切ではないと思うし、当会議の見識を示すことにはならないと思う。
- 関連して、社会保険庁にしても労働基準監督署にしても、雇用保険、社会保険、労災保険の未加入事業者の摘発は、人数が足りないのではなかなかできないという論

弁を使う。そういうことを踏まえて、民と官が協調して労働者保護を進めれば、セーフティーネットが組めるのではないかと思う。要するに、故意に加入手続きを怠っている事業者にしても「故意ではなかった」と言えば無罪放免になる。10年や20年加入していなくても、「故意ではなかった」と言えばペナルティも何もない。こうした不公平なことが起きている。社会保険庁も労働基準監督署も、これを積極的に撲滅するのではなく、仕方がないで済ませている。例えば、派遣会社が求人募集の際に「社会保険完備」と広告に入れる際には必ず登録番号を載せる等の仕組みを作らないと、払わない事業者が得をする。行政側が取り締まりの姿勢を強く打ち出さないと、まともに払っている事業者は損をするという不公平な状態がこれからも続く。その意味で、民と官が協調してセーフティーネットを作っていくことを検討するというのは、一つの方策であると思う。

- 民間開放という項目を入れることは適切ではないというお話しも理解できるが、昨年、官製市場WGを立ち上げる際に2つの原則を掲げた。第一は、「民間でできることに官は立ち入らない」ということ。それまでは「民間でできることは民間に」というのが第二次行革審の方針であった。第二は、「国家権力に由来するものはすべて公務員が行わなければならないのか」という原則である。この2つの原則を掲げて、60数業種についてヒアリングを行い、このうち19業種について提言を行った。当会議の基本認識は、今申し上げたスタンスに立って官民協調し、民間委託さらには民営化を進めるというものである。

「民間に任ずと様々なことが起こる」と言っておられるが、これは言葉が悪いが、一種の民間性悪説でこれまでの支配的な議論である。しかし、我々は「そうでしょうか」ということを去年以来言ってきているのであるから、答申案文の中身の熟度の問題はあるものの、もし、「事後チェックの強化は民にやらせるのは駄目、官であるならば安全だ」とお考えであれば、そこは当会議の基本的認識とは違う。この点を理解して欲しい。

- もちろん、「民にやらせると何でも危険だ」とは思っていない。民間がやった方がいいものもあれば、そうでないものもあるというのはおっしゃる通りである。繰り返しになるが、労災保険についてはすでに様々な歴史的な試行錯誤があり、現在の適用状況も考えれば、先ほど言ったような理由で、民間開放することはセーフティーネット性が弱まると考える。

他のことは分からないが、労災保険については、先進諸国でのこれまでの経緯を踏まえると、民間に委ねることは適切ではないと私は考える。他のことについては何も申し上げないが、知っていることについてこういう話

が出てきた時に何も、言わないというのは専門家として無責任だと思った次第である。

- 「他のこと」であっても、私どもは昨年、例えばハローワークの民間委託等をやった。いずれも「民間危うし」という話が出たが、そのような民と官の関係であっても今後は困る。そこから直していきたいということである。労災保険も「他のこと」と並べてみれば、官製市場の民間開放という一つのトレンドの中にある問題であり、これは日本が今後取るべき道である。こうしたもの一つとして理解いただく訳にはいかないか。
- 何度も申し上げるが、私は別に「民間危うし」と言っているわけではない。「民にできることは民に」とは、「すべてのことを民に」と言っているのではなく、「民にできないことは官がやる」ということもある。全部を民がやるというのでは、政策にならない。その中で、たまたま私が専門家として勉強した範囲の中には、「民がやるよりは官がやる方がいい分野もある」というだけの話である。その辺は誤解のないようお願いしたい。
- この分野では清家委員も八代委員も専門家であり、お二人のどちらかが反対されることを答申に入れるべきでないと思う。しかし、話を聞いていると二人の考えは極めて近い。結局、八代委員は、全面民営化は考えていない。全部民営化することは検討の一つの候補としてはあり得るかもしれないがそれを検討してくれといっているわけではない。清家委員は、それならわからなくはないが、実際問題として「民間開放」といえば、世間は全面民営化と受け止めると言っている。この文章には、「民間開放」の定義がない。少なくとも、それが即、全面民営化を必ずしも意味しないとも書いていない。「労災保険の民間開放」という代わりに「労災保険の一部民間委託の検討」とすれば、最初から全面民営化を意味していないということが明確になると思う。それで全部書き直せば、少なくとも「民間開放」という言葉が引き起こすかもしれない誤解は避けることができると思う。
- 「民間開放」を「民間への一部民間委託」ということか。
- 第一歩として「一部民間委託」とする。誤解しているかもしれないが、清家委員は全部民営化には反対だとおっしゃっている。
- 二点ある。

確かに「民間開放」「民間への業務委託の可能性」の定義が曖昧ということはある。ただ、「労災保険の民間開放の検討」の最初のところに自動車損害賠償責任保険と多くの共通点を有していると書かれているので、労災保険を自賠責保険と同じように、雇い主に加入を義務づけて、民間保険に加入すればいいのではないかと考えられると思う。もちろん、世界中のことを調べているわけではないが、私が勉強した限りでは、これを民間に

委託しているのはアメリカの一部の州などに限られる。先進国の歴史を見ると、労災保険は民間保険加入型から社会保険型に変わってきている。民間保険との併用、民間保険だけというのは、アメリカの一部の州に限られている。八田先生からありがたいお言葉をいただいたが、専門家でも意見が分かれることはいくらでもあり、八代先生にご自身の主張を曲げて修正していただくのは本意ではない。規制改革会議は皆が同じ意見をもっているわけではなく、それぞれ違う意見を持っている有識者が議論している。これまで少数意見がついてこなかったのが不思議なくらいだ。私は八代先生の意見に賛成はできないが、皆様の多数が賛成するのであればそれを尊重するので、私の少数意見をそこに付記してくれればそれでかまわない。

- 答申は個人論文ではなく、調整するのは本本意ではない。できれば共通項で答申を書く必要がある。八田委員の言うように民間開放を一部民間開放にする、清家委員の言うように自賠責が冒険にあるのかいかなものかというのであれば、それも修正できる。日本でも労災の民間保険が既にあり、公的な労災保険の上乗せ給付として行われている。アメリカと違うかもしれないし、定義次第だが、日本でもアメリカと同様にコンペティティブになっている。それほど清家委員と意見が異なるわけではない。十分妥協できる範囲だと思う。できれば清家委員の修正の提案をいただいて、変える余地があれば変えたいと考えている。
- 清家委員にご理解いただきたいが、この審議会は、複数の意見を書いて終わる普通の審議会と異なる。歴史的にこれ9年目となるが、当会議は、戦う相手が省庁、業界であり、それに対してメンバーが一致団結してこれに当たっていくという伝統がある。いろいろな意見があってもそれをすり合わせて、一つの意見として相手に向かっていくというのがこれまでであった。ご異論はあるかもしれないが、私は少数意見をつけるかどうかという問題ではなく、我々が他の省庁にどのように当たっていくのかについて心を統一するという問題であると考えている。先程来の議論でも一つにするのが不可能とは思われない。当会議の戦う相手は各省庁であって、内部ではない。この点についてご理解いただけないか。
- その点は全く理解できない。私は3年前に就任したので当然9年間の歴史を踏まえていないが、この会議は運動体でもなければ、敵と戦う組織でもないと思っている。私は専門家としてその知見を述べるために参加している。この会議は官庁と戦うためではなく、国のために必要と考えられる規制緩和があれば、それについて専門家として意見を述べるところであると認識している。

なお、申し上げたいのは、特に規制緩和については

官庁との関係もあるかもしれないが、むしろ民間の業界同士の利害対立の問題もある。このような民間の利害対立の問題は、本来この会議で決めるべきではなく、政治家が選挙で国民に選択を求めるべき問題である。つまり、政治家が、本来、政治決定すべきものを、選挙で選ばれたわけではない我々が、こっちとこっちというように、仕分けするのはやりすぎと思う。我々は専門家として知見を申し述べ、必要があれば答申にまとめる、と理解して、私はこの会議に参加している。そうではない、一致団結しなければ困るというのであれば、わたしの考えているこの会議の特性と違うと思う。

- 私は学者ではないので、言葉使いは荒いが、用語法なら修正する。各省庁が反対するのに対して、主査自らが各省庁を説得してこの方向で行こうという形で改革を進めてきた。この点は清家主査も同じはずである。各省庁の意見を聞いて学問的意見を、言っていただけではいはずである。
- 何をやる会議がよく知らないでこの会議に参加したというのは事実だが、責任を任された以上は各省庁との折衝もしっかりやっている。しかしこれは役所との戦いではない。
- 戦いという言葉は取り消した。各省庁との真摯な討議である。
- もちろんしている。客観的な議論を戦わしているのであって、運動ではない。役所に対して一致団結して対峙しているとおっしゃったが、我々はひとりひとり違う意見を持っている。少数意見があっても全くかまわないはずである。会議が一丸となってどこかに当たっていくなければならないというのは、少なくとも私が考えているこの会議の姿と違う。
- 考え方の違いとしか、言いがたない。そういうものではない、珍しい存在であったというのは歴史的な事実だし、清家委員以外の主査は皆そのつもりで当たってきたということは否定できない。
- 私が担当しているWGの名誉のためにいうと、雇用WGでは3年前から比べればかなり規制緩和を進めたと思っている。これは合理的な理由に基づく規制緩和である。一方的な緩和を押しつけた結果ではない。私は、この会議において、専門家として、雇用について労働市場の環境変化に応じて、現在の規制が必ずしも労働者のためになっていない部分があるとすれば、それを変えたほうが良いのではないかと厚生労働省に提案を行い、当初は難しいと、言われていた部分についても、納得してもらった部分については規制改革が相当進んだと思う。
- 話を聞いていると我々と同じことをやっていただいていると思う。要するに、理論的に国として進めたほうがいい

いと思う事柄についてよく話し合って、納得を得た上で進めていくというのが我々の作業である。また、それを纏めて一本の答申にもっていくのは、各主査の責任である。それに対して大きく意見が違うならまだしも、末節の違いで対立するのはいかがなものか。

- そういう中で、皆が同じ意見である必要はない。皆が同じ意見にならなければならないとすれば、とんでもない話であると思う。
- 総合規制改革会議は規制を外すために集まっている。各省庁と規制をどう外していくか交渉していく。あんな意見もある、こんな意見もある、といったら主査として何もできなくなるのではないか。
- 私はこの委員への就任依頼をうけたときに、何でも規制緩和というは反対ですと申し上げた。そのときは、そうではなくて、規制緩和会議ではなく規制改革会議であって、規制のあるべき姿について検討する会議なので是非参加してほしいと言われたので参加した。そして、私もそのつもりで今まで議論してきた。ですから、何でも規制を取り外すための運動をするための会議であれば最初から参加していない。
- 確認だが、清家委員の言うことはもっともだが、少数意見は根本的な意見の対立があるときに記載するものである。この問題については、全面自由化の是非ではなく、事業の民間開放について検討する価値があるかないかというところに過ぎずそれほど意見に違いはないように思える。例えば、八田委員の言うように、全面開放ではないという形の修正案、自賠責とのアナロジーは望ましくないからそれを外すという修正案は十分受け入れられる余地はある。この点についてもう少し議論する価値はないのか。最後の質問です。
- 要するに、メリットとデメリットの勘案。何事も検討する余地はあるが、労災保険について、民間への開放や委託を検討するというを長期的な検討課題として答申に載せることのメリット、デメリットの問題である。私はデメリットの方が大きいと考えている。私はこれまで3年間、何度もこの会議で規制の事前緩和はできる限り進めるべきだが、事後的なチェックやセーフティーネットの整備はもっと強くなっていくべきと訴えてきた。しかし、残念ながらこの場ではこの点について十分な議論は行われなかった。そういう中で、多くの人々が、雇用の問題について一方的に事前規制が緩和されるだけで、事後的なセーフティーネット性が弱まるのではないかという不信ないし不満を抱いている。そういう中で、わざわざ不信感を増幅させるような文言を入れることが会議の見識になるとは残念ながら私は思えない。この点については考え方の違いが大きいと思う。もし、そこまで同じ考え方であると、一部の民間委託でもいい、といわれるの

であれば、どうして項目全体を削除されないのか。

- 民間委託によって事後チェック機能が強化されると考えているからこそ答申に入れている。仮に清家委員がこういう少数意見を書く、むしろ我々の答申が誤解されて伝わることをおそれている。私も清家委員と同様に事前規制緩和と事後チェック機能強化は一体であると考えているが、事後チェック機能を強化する手段について、すべて官がやるのが強化につながるのではないかと考えている。公務員の数は限られているので、公務員と民間の適切な役割分担ができれば、むしろ事後チェック機能を強化できるということを検討する価値はあると思う。事後チェック機能の強化という点についても私は清家委員と同じ意見で、その手段の評価が違う。もしどうしても少数意見を書くのであれば、こういう書き方ではなく、民営化について検討することがむしろ効果的でないという形にならないか。決してこれは事後チェック機能の弱体化を狙った答申ではないということをご理解いただきたい。
- わかりました。少数意見の文案については後ほど提出させていただきます。
- 答申に書かなくても、清家委員がこのペーパーを会議に出されたということは議事録にきっちり載る。そこで、清家委員が十二分にご自分の考えを表明したということは世間に周知されるわけだが、それではいけないのか。
- 報告書全体として整合性を欠くと考えている。もし、このままの報告書を私が認めて、最後に規制改革会議の委員として名に連ねると、自分がコンシステントでないと考えているものに名を連ねることになるので、できれば少数意見を載せていただきたい。
- 各省庁と交渉している中で、それを促進するのはこの会議の使命である。そういうことから言うと、少数意見を一つ一つ載せていけば、民間のビジネスの世界でいえば勝負にならない。今後への影響が心配である。今、行ったようなお考えは議事録にきっちり載せるということで、ご理解いただいた方が、向後に憂いを残さないと私は考えている。
- 規制改革会議の答申ができれば、最終的に議事録でみる人はそんなにいないので、規制改革会議のメンバーが心をつ一つにして同じように賛成したものととられる。そういう答申案がいいのか、それとも会議の中の異なった意見が、最終的に調整のつかなかった部分が正直に載せられた答申案がいいのか、私は後者の方がフェアなものだと思う。ここは鈴木議長代理と価値観が違う部分かもしれない。
- 見ないというなら、答申も見ない。
- 議事録と答申は性格が違う。答申は責任のある文章と

して、委員が全員名を連ねて出す。議事録と答中とではウエイトが違ふし、見る人の数が違ふ。そうでなければ困ると思う。議事録を見ない人は答中を見ないというのは、違ふと思う。

● いずれもオープンになっているという意味である。もうこれ以上は言わない。

(宮内議長) ただいまの点については、議論が出尽くしたと思う。未調整ということで引き続き、先般ご一任いただいたが、議長代理と主査と私に調整を任せていただくということで、最終案を来週までにつくらせていただくということで、引き取らせていただく。ただいまの件も含めて、医薬品の問題も今日以降に書き込まなければならぬ。労災保険については合意がとれていないという段階での意見の調整ということなので、何らかの妥協的な文章ができれば大変ありがたいと思う。医薬品の問題についてはどこまでとれるか、答中の内容の問題である。これらを含めて、来週までに調整させていただき、調整の終了したものを速やかに事務局を通じて各委員に連絡させていただく。なお、今後のスケジュールについては来週22日月曜日の3時から本会議を開催し、会議としての答中を決定したい。その後、総理の時間をいただいて答中をお渡しする。



以上(文責総合規制改革会議事務局)

平成15年度第10回 総合規制改革会議議事概要

1. 日時 平成15年12月22日(月)15:00～15:30
2. 場所 永田町合同庁舎総合規制改革会議大会議室
3. 出席者

(委員)

宮内義彦議長、鈴木良男議長代理、奥谷禮子、柿川秀樹、佐々木かをり、清家篤、高原慶一朗、八田達夫、森稔、八代尚宏、米澤明憲の各委員

(政府)

金子規制改革担当大臣

(事務局)

小平政策統括官、河野審議官、福井審議官、浅野門審議官、宮川事務室長、中山事務室次長

議事概要

(1) 答申案文決定(●意見等)

(宮内議長) 本日は、答申の案文を最終確認いただき、答中として決定し、その後、意見交換をさせていただいた。

まず、前回、調整を御一任いただいていた答申の案文を配布した。これを答中として確定してよいか。

(各委員より「異議なし」の声)

(宮内議長) それでは、案どおり決定した。

本年度、当会議では、設置期限の最終年度に当たり、全委員によるアクションプランの推進をはじめ、これまで以上に集中的で積極的な調査・審議を積み重ねてきた。その結果、本日、「第3次答申—活力ある日本の創造に向けて—」を取りまとめることができた。この間の、委員の格段の御尽力、御努力に対し、議長として厚く御礼申し上げる。当会議としては、政府に対し、本答申の内容が迅速かつ的確・確実に実現されるよう、切に要請する。

(金子大臣) ただいま答申をいただいた。議長、委員におかれては、精力的に取りまとめをいただいたことに感謝する。今年度は、アクションプランの他、あじさい、もみじ月間という取組を実施された。総理もその努力を高く評価しておられた。答申は、3年間の活動の集大成であり、実りの多いものとなっていると承知している。政府としては、これを最大限に尊重し、次期通常国会への関連法案の提出を行うほか、今年度末までに新たに規制改革推進3か年計画を策定する予定である。引き続き総理とともに全力で規制改革に取り組む所存である。

(宮内議長) 委員の皆様方から、この一年の審議等を踏まえ、規制改革について考えるところや感想などを開陳していただきたい。

● 今回の答申はハードコア、積み残しの部分を多く扱ったことから各省庁の抵抗も大きく、事務局としても特に交渉に苦勞された面が大きかったと思う。この会議の手法として、(1) 取れるところを着実に取っていく、(2) 取れるかどうかにかかわらず、大切な論点を主張する、という2つのやり方があり、今回は後者に力を注いだ結果、十分な成果が得られなかった部分もあるかもしれないが、後継組織にしっかり引き継ぎたい。後継組織において、特にこれら2つのどちらにウエイトを置くかという点については十分な議論が必要である。また、委員間での議論の重要性も再認識したので、もっとフリーディスカッションや意見のすり合わせなどの機会が必要であったと感じた。

● 都市再生の関係ではいろいろと進展があり、仕事やりやすくなった部分は多い。しかし、グローバルな時代にあつて、農業、医療、教育など、各論より根本的なイデオロギーの変革を迫られているものがあり、各論で戦うことにむなしさも感じた。一方、こうした根本的な対立をはっきりさせておくことが大切であり、大臣や総理レベルで対応を検討していただく必要がある。今後の方向として指摘しておきたい。

● 今回のやり方でよかったのは、議事録公開が徹底され

たことである。多くの人が論点、当方の主張、役所の議論を整理できたことは長い目で見て大きな点だと思う。今後とも続けてほしい。

これまでそれなりに理屈のあった規制であっても、インターネットやその他の技術によって前の規制の目的を達成する新しい手段が出てきたことにより、他の手法が生まれる。規制担当部局も変わる場合も予想されるし、また、これまでの規制で守られてきた人々をどうするかという議論も出てくる。こうした過渡的な問題については、政治的な判断も必要になることから、これを上に吸い上げていくような仕組みも必要である。

- 今年度は規制改革集中受付月間という新たな仕組みが、特区と連動し、関係者の協力を得てスタートできた。6月の「あじさい月間」では別表3に掲げる67項目を決定できた。それ以外に1～2年の間に検討する項目として別表4の23項目を掲載できた。11月からは「もみじ月間」をやっており、2月に結論を得る予定である。この2つの仕組みを定着させたく、大臣におかれても御尽力をお願いしたい。また、分野横断的な取り組みでもあり、御協力いただいた委員各位に感謝する。
- 規制を労働者の利益にかなうように改革することを目的として活動を進めてきた。雇用に対する事前規制を見直し選択肢を拡大する一方で、セーフティネット、雇用に対する安心を確保するための事後的規制の充実を車の向輪として改革の議論をしてきた。委員、専門委員、事務室の協力のもと成果があがったことを感謝申し上げる。
- 幼保一元化などを中心に規制改革に参加させていただいた。公営が民営になる中で、すでに運営レベルが低下してクレームが出ている所もあり、規制改革の目的と現実のギャップが出てくる可能性もある。単に規制を外すのではなく、事後チェックルール、フォローアップさらに規制改革の広報活動をしっかりしながら次なるステップに進めていただきたい。また今回は、ヒアリングをする対象が、大きい団体や大企業などが多かったような気がする。新しい、若い起業家や女性の視点等、今まで聞こえてこなかった声に耳を傾けられるよう貢献できればと思う。
- 競争政策、法務、金融分野では、官公需や金融サービスを中心として担当省庁と合意することができた。ただ、金融は各論でまだまだ問題があると感じている。基本ルールについては、当会議についてのレビュー、今後のあり方について幅広く書かせていただいた。取りまとめができたことに感謝したい。
- 市場原理、消費者保護という基本的な観点を教育に生かすことは非常に困難であることを認識した。民ができることは民がやるべき、という基本スタンスに立って、そ

こから出てくるマイナスの部分をいかにカバーしていくかが大きなテーマだと思う。また、コミュニティ・スクールについてはやっと法制化という形になった。

後継組織については、規制改革についての基本スタンスの部分はもう一度全委員が認識する必要がある。

- コミュニティ・スクールについては、法律を次期通常国会に提出するところまでになった。これは、国がやっている教育を多様化させるための大きな成果と言えるだろう。また、国立大学法人については、中間評価の結果によっては、一部の国立大学法人が改廃、統合されるということを含んだことは、非常に影響力の大きいことだと考えている。

また、この会議がどのような立場で発言、各省に要求するか、ということについては、もう少し統一的な考え方が必要であると感じた。具体的には、あまりに高い目標を掲げすぎたため、達成できずに会議が敗北した、政府が改革を進めていないという印象を与えるのはよくない。ターゲットを上手く絞ってやるべきではないか。

- アクションプランについては、薬で一定の進歩があった。ただ、医薬一薬局一薬剤師を密接不可分のものとしてとらえている薬事法そのものを見直すべき時期に来ていないのではないか。また、新しい医療技術を作り出し、経済活性化に資するものとして、混合診療について糸口をつけたいと思ったが、時期が時期でなかったということでは残念な結果であった。車検については、上光臨調以来だが、2度目の穴が開いたという感じである。期間を明示することも考えたが、何の議論もなく実施はできないので、これは仕方ない。

医療分野については、カルテからレセプトへ、レセプトからオンライン請求へという基本線に立ち、カルテのデータが蓄積され、医療の標準化が図られ、最終的には、出来高払いではなく包括払い方式にしていくという基本構想のもとでやってきたが、表現ぶりはともかく基本点は通した。

運輸分野については、内航海運の許可制を登録制にすることに関して、国土交通省に自発的に取り組んでいただいた。また、ITについては、周波数の活用を中心に取り組んできた。

- (宮内議長)本日決定した第3次答申については、これからすぐ、鈴木議長代理と構造改革特区の評価委員会委員長でもある八代委員に同行いただき、小泉総理に答申を渡しにまいりたい。

以上(文責総合規制改革会議事務局)

- ※12月22日にまとめられ、公表された「規制改革の推進に関する第3次答申 活力ある日本の創造に向けて」の関連部分については、1・2月号83-85頁を参照されたい。



総合規制改革会議「第3次答申」 (重要検討事項部分)に対する 厚生労働省の考え方

平成15年12月24日
厚生労働省

1 基本的考え方

- このたび、総合規制改革会議において、医療・福祉、雇用・労働などの規制改革に関する「第3次答申」が決定された。
- 厚生労働省としては、経済社会システムの構造改革が進む中で、規制改革の重要性は充分認識しており、サー

ビスの質の向上、利用者の選択の拡大や労働者が安心して持てる能力を十分に発揮できることにつながるような規制改革については、これまでも積極的に対応してきているところである。

- 一方、厚生労働行政の分野は、サービスや規制の内容が国民の生命・生活や労働者の労働条件などと密接に関わるものであり、また、そのサービスの大半が保険財源や公費で賄われているなど、他の分野とは異なる性格を有していることから、規制改革を進めるに当たっては、経済的な効果だけでなく、
 - (1) サービスの質や安全性の低下を招いたり、安定的な供給が損なわれることがないか、
 - (2) 逆に、過剰なサービス供給が生じる結果、保険料や公費の過大な負担とならないか、

総合規制改革会議の主張(要約)	厚生労働省の考え方
(8) 労災保険及び雇用保険事業の民間開放の促進など (1) 労災保険	
<p>【現状認識】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○労災保険の給付は、労働基準法上の規定を上回る水準に拡大してきた結果、他の公的保険の水準を上回っており、これらとの役割分担が大きな課題となっている。 ○労災保険の保険料率は、保険である以上、業種別の労災発生リスクに応じ給付と負担は均衡すべき。そうでなければ、使用者の労災防止へのインセンティブを損ねる。 ○労災保険は7兆円の積立金を有しており、労災病院等の事業を拡大してきた。 	<ul style="list-style-type: none"> ○現在の労災保険の水準は、ILO条約を始めとした国際水準を満たす水準として設定されているところであり、またそもそも制度趣旨の異なる他の社会保険との比較で論じる意義は乏しい。 ○社会保険たる労災保険においては、業種別に厳密に収支均衡する必要はなく、総合規制改革会議の主張は社会保険の理論を無視している。また、災害防止は、一義的には、国の災害防止施策が担うべきものである。 ○労災保険の積立金は、全額将来の年金給付に充てられるための責任準備金であり、余剰金ではなく、労働福祉事業とは無関係。
<p>【今後の課題】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○労災保険の仕組みは自動車損害賠償責任保険と多くの共通点がある。使用者の強制加入及び保険者の引受義務を維持しつつ、何が労災に相当するかという認定基準は国が定め、それに基づく労災保険の管理・運営は民間事業者が行うこととすべきであり、労災保険の民間開放・民間への業務委託の可能性について、幅広く検討すべきであると考ええる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○労災保険の民営化(民間開放)については、当省からの民営化できないとの考え方に対し適切な反論がなされず、また、重大な事実誤認の指摘にもかかわらず、総合規制改革会議独自の見解を公表されたことは、極めて遺憾である。 ○労災保険の民営化(民間開放)は、以下のとおり、如何なる観点からみても労働者保護の観点から根本的に問題があり、できないと考える。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 自賠責保険においては、自賠責保険に加入していないと車検を通らないことから加入が担保されているが、労災保険ではこのような加入を担保する仕組みがない。民間保険会社では加入を強制できず、また、国が特定の民間保険会社との契約を強制することはもとより、滞納処分もできないため、使用者の強制加入及び保険者の引受義務を維持したとしても、未加入・未納事業場が続出することは避けられず、そのような事業場で被災した労働者は補償を受けられない。 (2) 交通事故と異なり、過労死等外形的に業務上の災害かどうか判断が難しい新たな労災事案が増加する状況で、事業場への立入権限

(3) 規制を緩和した結果、労働者の保護に欠けることとなったり、生活の不安感を惹き起さないか、などの観点から、それぞれの分野ごとに慎重な検討を行うことが必要であると考えている。

○今回の「第3次答申」のうち、「具体的施策」に盛り込まれた事項については、これまで、厚生労働省としても総合規制改革会議側と真摯な議論を重ねてきた結果得られた成果であり、その着実な実施に邁進してまいりたい。

○しかしながら、今回の「第3次答申」のうち、「問題意識」や「現状認識及び今後の課題」等に掲げられている事項については、その基本的な考え方や今後の改革の方向性・手法・実効性において、当省の基本的な考え方や見解を異にする部分が少なくない。

○以上を踏まえ、今般、総合規制改革会議により「第3次答申」が公表されるに当たり、特に重要とされている「重要検討事項」の「現状認識及び今後の課題」等に掲げられている事項について、これに対する当省の考え方を以下の通り整理し、公表することとしたものである。なお、7月の「規制改革推進のためのアクションプラン・12の重点検討事項に関する答申」で取り上げられた以下の(1)～(7)の主張については、基本的には総合規制改革会議側の考え方にも変化がないことから、当省の考え方も従来からのものと同様である。

2 個別事項についての総合規制改革会議の主張と厚生労働省の考え方(抄)

[ト表参照]

総合規制改革会議の主張(要約)	厚生労働省の考え方
<p>○労働者保護等の観点から、労災保険、雇用保険等の未手続事業所のうち故意にその加入手続を怠っているものについて、名称を公表するなどの制裁措置を講ずべきである。</p>	<p>のない民間保険会社では、実態を踏まえた労災認定が困難である。(3) 似に労災保険の民営化を行った場合には、上記(1)のおお未加入事業場が続出するが、こうした未加入事業場の被災労働者に対しても補償を確実に行うためには新たに国の補償事業が必要となる。また、自賠責と異なり長期にわたる年金給付があることから民間保険会社の破綻に備えた仕組みなどが新たに必要となる。このようなことから、民営化により、かえって非効率化し、ひいては保険料率の大幅な引上げのおそれが大きい。なお、日本の労災保険の保険料収入に占める管理運営費の割合は5.2%だが、民間開放を行っている唯一の国であるアメリカの民間労災保険の管理運営費の割合は40%近い。</p> <p>○以上のような問題点にかんがみ、学識経験者、使用者団体及び労働組合の代表から成る審議会、日本医師会等の諸団体から、それぞれの立場を超えて、「労災保険の民営化(民間開放)」について強い反対意見が出されているところであり、また、過労死や雇用不安が問題となっている現下の厳しい経済社会情勢にかんがみれば、このような検討を行うこと自体、労働者を始めとした国民の無用の不安感を煽ることが避けられないことから、労災保険の民間開放について検討することは不適切であると考える。(注)本年11月26日付けで、労働政策審議会労災保険部会から、公労使全員一致により、「労災保険の民間開放の促進」について反対である旨の意見が表明されている。</p> <p>○労災保険及び雇用保険については、加入勧奨に従わないときは職権成立手続を行うほか、雇用保険については、職権による被保険者資格の取得及び労働者自身による被保険者資格の確認が可能であることから、労働者保護は十分に図られているため、未手続事業所名の公表などの制裁措置を講ずる必要はない。</p> <p>○なお、雇用保険及び社会保険の未手続事業所名の公表については、アクションプランワーキンググループにおける十分な議論を行わずに記述されており、総合規制改革会議における議論、答申の在り方として、極めて遺憾である。</p>

リクルート過労死裁判和解 東京●提訴から4年半1年近い交渉の末

1996年8月29日、リクルートに働く故石井偉（いさむ）さんは29歳の若さでくも膜下出血で亡くなった。インターネット・ホームページ媒体を利用した求人情報「デジタルB-ing」をその年の4月に事実上ひとりで立ちあげ、試行錯誤しながら週1回の画面更新のために深夜、時には明け方までの長時間不規則勤務を強いられていた中のことだった。

御両親は、偉さんの死は過労死であると確信し、「なぜ死ななくてはならなかったのか」を解明し、リクルートの責任追及と二度と同じようなことが起こらないようにという願いを込めて、1999年7月29日、損害賠償請求裁判を起こした。

提訴から約4年半が経過した2004年1月22日、東京地裁において和解が成立した（労災保険遺族補償給付の申請に関しては、行政による業務上認定をめざして、引き続き労働保険審査会に再審査請求中）。

詳しくは「リクルート過労死裁判を考える会（仮称）」のホームページ（<http://www.jca.apc.org/recruit-karoshi/>）を参照していただきたいが、原告・石井淳子さん（偉さんの母）と玉木一成主任弁護士の手記と、和解条項の内容を紹介する。

和解という名の現実的妥協

石井淳子

裁判官が和解条項を読み上げていく。

場所は東京地裁の14階。ラウンドテーブルをはさんでのいつもの会議室。

まず前文を読み、次に和解条項「1. 石井偉の死亡に衷心より…」と入り、2.3.4と淡々と続く。少し早口に感じられる口調で強弱もなく続いていき、そして、「8.費用は各自の負担とする。」で終わると、「双方異議はありませんね。それではこれで和解が成立しました。」で終わり。

……？ 全て終了？

「印は？ 署名はしなくて良いの？」

足かけ5年続いた東京地裁での裁判がひとつの決着を迎えるというのに、和解で決めるということはどういうことだったのか、と。

多少ぼんやりとした感じで突っ立っていた私の前に、リクルート側弁護士から、「会社の役員が一言御挨拶したいと言っています。」という言葉が投げかけられました。

そして前に進み出た男性が、小さな声で早口に自分の名前を告げたいらしいのですが、まるっきり聞き

取れないのです。

「すみません。お名刺を戴けませんか」と問い返す私に差し出されたそれには、「執行役員 村井満」と記されています。他にはリクルートという社名とその住所と電話番号が刷られているだけ。

この役職は一般の会社ではどんな部署になるのだろうか。人事部？ 総務部？ それとも…。

続いて、さらに低く早口になったような声で、和解条項の1と3をそのまま丸暗記して発表しているみたい、と私の耳に響く言葉が流れました。そして、差し支えなければ、お墓参りをさせてもらいたいと付け加わったのです。

私は、「御存知だとは思いますが、北海道は4月半ばまでお墓は雪の中に埋っております。ですから、それ以降でなければお墓参りは無理ですので、今は結構です。また、労働安全に配慮してくださるということですので、息子の死もまるっきり犬死ではなかったと、少しは思うことができました。」と答えるのが精一杯でした。それ以上はもう何も話たくありませんでした。

私のすぐ後にいらした玉木、小池先生には、全然何も聞かえず、「今何と言ったのですか。」と、お二人同時にせきこんだように質問されるような状況でした。

兎にも角にも一区切りついたのですが、今回の裁判では、何の力もない、知識の持ち合わせもない一人の老いた母親が民事訴訟を起こし、それを続けていくことの難しさをことあるごとに思い知らされたというのが実感です。

まず第一に、私の手許には紙

切れ一枚の資料もないのに、原告である私どもの側が労働実態を証明しなくてはならない困難さ。全ての証拠文書を握っている会社側が、一言「それは無い」と言えば、それ以上は手も足も出ない無力感。

それに加えて、東京と北海道の片田舎という距離の壁と、三年近く会社の誠意を信じて待ち続け、徒に時が流れて出遅れたおバカなお人好し加減さ。

基本的な就業規則すら見せてくれなかった会社の態度にあきれ果てて、裁判という形を取らなければ簡単な書類すら見るができなからと、提訴という形を取ると決めた途端、まるで私の足許を見すかすかのように、「お金の解決でどうだ。」と切り出された時の口惜しさ。

裁判の途中、労働実態が随分と判明してきた頃になってから医学論争に持ち込まれ、反証していかねばならなかったシンドサ。

ストレスが人の身体に及ぼす影響をもっと具体的数値として、医学的に確立してほしいと切実に願った日々。

原告側証人として私が証言台に立った時には、これは息子の過労死裁判ではなく、別れてから既に20年以上も経っている夫との離婚裁判なのかしらと、勘違いしそうな反対尋問がリクルートから発せられて、そんな体質の会社に勤めていたのかと、あらためて息子を不憫に感じたあの日の法廷。

息子の葬儀の折り、心から死を悼んでくれ、一周忌には大挙して北海道まで来て下さった同僚の人

たちも、仕事の話となると、「石井とのいい人間関係を壊したくない」という理由で、ほとんどが断られた現実。私の方もできれば、人の心の中に石を投げ入れ、波立たせるようなことはしたくないと遠慮して、最後まで言い出さずにいた果てに、「裁判になって石井は悲しんでいると思う。」「僕がああ世へ行ったら石井と会っても、裁判になったことは言わないつもり。」という反応が返ってきて、ひょっとして私は息子に酷いことをしている鬼ババアなのかと鏡を覗き込んだ夜。

しかし、そんな日々を過ごしてきた私を、本当に多くの方が支えてくれました。息子に、「母さん、僕は逝ってしまうけれど、少しでも寂しくないように友達を沢山残していくからね。」と言われたとしか思えない感じで、自分の先輩、友人の輪を残して行ってくれました。

人々の輪が思いがけない形で広がっていく不思議さ。一度も会ったこともない人間の裁判など、ましてその通信文なども、普通なら何の興味も持たないでしょうに、励まして下さり、傍聴席に来て下さり、カンパまでして下さる方までいて、有形無形の無数の支えがありました。

超多忙の中を、医学的意見書を何通も書いて下さり、証人としてわざわざ上京の上、熱意あふれる、しかし冷静な姿勢で証言して下さった新宮医師。

「こんなにしつこく、小さなことまでいろいろ言うてる会社は初めてです。」と、最後にはうんざりした口調でポツリともらしながらも、私どもの意向を考慮に入れて長い

一審を闘い続けて下さった弁護士の先生方。

これら全てに支えられなければ、私は途中でへたり込んでいたかもしれません。

昨年の3月に和解の話し合いが始まってから、一体何回のやりとりがあったことでしょうか。11月中旬には、これで決まらないのなら、後は判決を下さい」と申し出ました。私としてはどれほどの不本意な判決が一審で出ようとも、闘い方を新しく変えて高裁に向かう方が良くと考え始めていました。

年末も相当に押してからリクルート側了承の返事がやっと来ましたが、この和解案をめぐってのやりとりの途中では、弔慰金を50万円支払っているのに、と言う会社側の話も出たそうです。

現職の社員死亡の折りに出される弔慰金が、50万円というその額が多いのか少ないのか、私には分かりません。しかし、死んでしまうと、そんなことまで恩着せがましく言われなくてはならないのかと暗然としました。

私にとっては、息子が生き返ってこない限り、満足できる解決はありません。これから先も、私は心の中でも、もちろん口に出しても、一人でも多くの人に、「体を壊さないで下さい。死なないで下さい。」と言い続けるでしょう。

あり得たはずの未来への息子の夢、可能性、明るく響くあのあたたかな笑い声、優しさ、それらの値段など付けれられない、あの子の存在の価値そのものは、どこにも反映されずに虚しく消えていったままです。

私を含めて周りの何人もの人生も、削り取られたり、くっただままで、この先生きて行かねばならないのです。そして何よりも、息子の無念さはどこにどう表わされているのでしょうか。ただ虚空に吸い込まれたままで、永遠にさまよいつけるのでしょうか。

だとしたら、この先私が生き続けていく中で、この裁判を通して知り得たものを、少しでも意義ある形で繋がっていくようにしなければ、子供たちに十分なことをしてやれなかった不甲斐ない親の私としては、息子に詫言することもできなくなります。

いささか身に余る、不慮とも受け取られかねない想いを抱えていますので、まだまだ御支援いただいた皆様には御迷惑をおかけし続けそうです。

が、これまでに懲りませずに引き続き、お付き合い下さればと念じつつ、お礼と一区切りついたことの御報告にかえさせて戴きます。

本当にありがとうございます御座いました。

玉木一成弁護士の話

原告弁護士は、リクルート過労死損害賠償訴訟について、2004年1月22日、和解成立をしたことの意義を高く評価しております。

石井偉さんの過労死に関するリクルート過労死損害賠償訴訟は極めて厳しい訴訟になりました。その理由の第1は、偉さんが入社時から編集業務に従事しており、デジタルビーイング企画編集に配属になった死亡直前5か月間より以前は、タイムカードで労働時間が記録されておらず、また、形式的

に労働時間の制限を遵守しているような外観が作出されており、サービス残業や休日出勤が恒常化していたにもかかわらず、これを立証することが極めて難しかったことです。

第2に、偉さんのような若年での過労死の場合、発症前の健康状態に異常が現れていなかったり、異常があっても軽微であるにもかかわらず、死亡の原因となる疾病が突然に発症し致命的な結果となることが多いことです。リクルートは、この事情を奇貨として、健康を害するような過重な業務に従事させながら、過労死の発生を予見できなかったなどと執拗に反論したことです。

このような厳しい訴訟であったにもかかわらず、裁判所がリクルートに対し、1,200万円の和解金を支払うことを勧告し、リクルートにこれを受諾させたらう、従業員の安全管理・健康管理に十分配慮して安全配慮義務を尽くすよう努力することを約束させたことは極めて大きな成果であると考えます。このような成果が得られたのは、原告である石井淳了さんの偉さんの労働実態や過労死の真相を明らかにしたいという執念によるものでした。

そして、この和解の意義は、和解内容を隠蔽させることなく、これを明らかにできたことです。過労死の責任を追求される企業は、裁判所の和解勧告を受け入れても、その和解内容を秘密にすることを要求する場合があります。原告両名は、本件和解について秘密にしないことを絶対の前提として、

これを実現しました。

それにしても、リクルートは、テレビなどあらゆるマスメディア媒体を使って、日々自らのコマーシャルを行い、若者に夢のような就職を宣伝し、これにより莫大な利益を挙げながら、この訴訟の和解内容の公表方法についてはいろいろな注文をつけ、制限しようとしてきました。リクルートという企業がその内部の過酷な労働実態を隠蔽しようとする虚像企業であることを改めて痛感しました。

和解条項(2004.1.22)

本件は、被告株式会社リクルートに従業員として在職していた原告らの子である石井偉が、平成8年8月29日、くも膜下出血の発症を原因として死亡したことについて、原告らが被告に対して、石井偉が死亡したのは被告における過重労働によって疲労が蓄積し、脳動脈瘤が自然的経過を超えて増悪し破裂したためであり、被告には安全配慮義務違反があるとして債務不履行等に基づき損害賠償を請求し、これに対して被告が、被告における過重労働は存在せず、石井偉の死亡の原因であるくも膜下出血の発症は、常染色体優性多発性嚢胞腎に合併した脳動脈瘤が自然的経過により破裂したことによるもので、業務と死亡の間に因果関係はなく、かつ何らの安全配慮義務違反も存在しないと主張してこれを争った事案である。

裁判所は、原告らと被告に対し、被告の法的責任の存在を前提とすることなく、本和解を勧告し、原告らと被告は、この和解勧告を受

け、次の内容の裁判上の和解を行う。

- 1 被告は、石井偉が死亡したことに對し、衷心より哀悼の意を表する。
- 2 被告は、前項の趣旨にかんがみ、原告らに對し、本件和解金として、1200万円を支払うものとし、本日、本和解の席上において、この支払のために、UFJ銀行新橋支店振出に係る額面1200万円の自己宛小切手1通を交付し、原告らはこれを受領した。
- 3 被告は、今後も従業員の健康状態の把握に努め、労務内容等に応じ、従業員の安全管理・健康管理に十分配慮して、安全配慮義務を尽くすよう努力する。
- 4 原告ら、原告ら訴訟代理人、被告及び被告訴訟代理人は、本和解の内容及び本件訴訟の結果について当事者以外の第三者に知らせる際には、それぞれ以下の点を厳守する。
 - (1) 本和解条項の全文を知らせなければならない。
 - (2) 本和解の成立を理由として、相手方当事者が次の点について認めた又は認めなかった旨の主張ないし告知を行ってはならない。
 - ア 石井偉の被告における過重労働の存在又は不存在
 - イ 石井偉が被告在職中に死亡したことについての被告の法的責任の有無
- (3) 本和解の成立を理由として、本件訴訟の結果が実質的勝訴である又は実質的敗訴である

旨の主張ないし告知を行ってはならない。

- 5 将来、石井偉の死亡につき、労働者災害補償保険法に基づく支給決定がなされた場合、その給付金とは別に、被告が第2項の金員を支払ったものとする。

6 原告らは、被告に対するその余の請求を放棄する。

- 7 原告らと被告は、本件に関し、本和解条項に定めるほか、何らの債権債務のないことを相互に確認する。
- 8 訴訟費用及び和解費用は、各自の負担とする。

甲状腺疾患あっても公務上 兵庫●指曲がり症公務外処分に取消裁決

尼崎市給食調理員2名(自治労尼崎市職所属)が、長年の給食調理業務で発症した指曲がり症(変形性手指関節症)について、地方公務員災害補償基金基金兵庫県支部(以下、支部)が行った公務外認定処分の取り消しを求めた審査請求に対して、同支部審査会(以下、審査会)は、9月24日付で原処分取消=公務上との裁決を行った。審査請求に取り組んできた本人、尼崎市職、主治医田島隆興医師をはじめとする医療関係者のご努力にまず敬意を表したい。

指曲がり症についての審査請求段階での取消裁決は、川崎市(2001年7月:1名、同12月:2名)、橿原市(2002年12月:5名)に続くもの。これで地公災基金としては115件目の、指曲がり症公務上認定となったとみられる。

今年になって2月10日、安来市調理員松江地裁勝訴判決(確定)、2月27日、堺市調理員大阪高裁勝訴判決(確定)と被災労働者側

の勝利が続いており、障害認定問題でも、地公災基金が「障害無し」としたものが「障害あり(9級など)」とされる裁決が、2月19日に出されている(川崎市調理員)。

こうした一連の結果は、指曲がり症認定について、地公災基金がいかに不当な取り扱い行ってきたことを証明しており、今回の裁決も同様だった。

●甲状腺機能障害

今回否定された地公災基金兵庫県支部の行った公務外認定処分は、2名(以下A氏、B氏)が、「甲状腺機能障害」を既往症としてもっていたことを理由とするものであった。指曲がり症との診断そのものに疑義をさしはさむものではなかった。

A氏は、甲状腺機能低下症で通院治療中であり、B氏は、28年ほど前に甲状腺機能亢進症で入通院(数か月)の経験がある。

この点について、支部は、審査請求時の弁明の中で、

「請求人(A氏)は、『甲状腺機能低下症』に罹患し、現在も治療中であることが認められることから【本人(B氏)は、昭和50年頃『甲状腺機能亢進症』にて入院加療していることが認められることから】、本件両手指変形性関節症は、甲状腺疾患に合併して発生したものとすることが相当であり、公務と相当因果関係をもって発生したことが明かな疾病とは認められないことから、公務外の災害と認定する」とし、

さらに、「なお、請求人は審査請求の理由として、主治医は甲状腺疾患とは無関係であるとの診断をしており、甲状腺疾患に合併して発生したものと判断には不満があると主張しているが、主治医が甲状腺疾患と両手指変形性関節症との関連性を無関係と診断する根拠が不明である。一方、臨床的、免疫学的ならびに内分泌学的研究においては両者の関連性が指摘されているところであり、その点を考慮すれば、本件において両手指変形性関節症を発症させたと考えられる種々の原因のうち、公務が相対的に有力な発症原因ということは認められない」として、甲状腺疾患と指曲がり症の関連が存在する限り、甲状腺疾患の既往がある両請求人の指曲がり症は認めないとの姿勢であった。

支部のこうした公務外理由の大前提は、「甲状腺疾患と指曲がり症との関連性があることが確立した医学的知見である」ことである。請求人側は、審査請求において、「甲状腺疾患と変形性関節症との関連」についての文献検索結果な

どを示して、「両者の関連性は現在までのところ、全く立証されていないといっている状態である」と主張した。審査会は、一定これを受け入れ、「…何らかの関連性を持つ可能性が示唆されているところではあるが、その関連性については、未だ医学的知見として確立したものとはいいがたい」と、裁決書で述べている。

●認定基準

このように、「原処分の大前提」を否定した上で、審査会は、請求人の労働負担について、地公災基金の設定した指曲がり症認定基準と比較検討して、これを満たしているとしてあらためて公務上との判断を行った。

裁決書で示された認定基準は、①経験年数が10年を超えること、②各年度における1人1日当たりの給食調理食数の経験年数分の合計(総給食調理食数)が2,001食以上であり、総給食調理食数を経験年数で除した値が200食を上回ること、③各年度の1人1日当たり調理食数が全国同規模施設のそれを上回る年度が半数以上あること、というものだったが、これは、原処分庁である地公災基金本部が設定している認定基準そのものである。

A氏については、指曲がり症の診断時までに経験年数約19年、総給食調理食数3,967食、各年度平均1人1日当たり調理食数209食、全国平均以下だった年度はひとつだけだった。

B氏については、経験年数約28年、総給食調理食数5,937食(データのない1年分を除く)、各年度平均1人1日当たり調理食数220食、全国平均以下だった年度はなかった。

したがって、公務上と判断されることになった。

ところで、原処分の妥当性を検討するための審査会の判断基準が、原処分庁の認定基準というのは矛盾だろう。しかも、この認定基準そのものが、裁判においては否定されてきているのが現状であるのだから、なおさらである。

今回の審査会裁決は、「甲状腺疾患があるから公務外」という支部のあまりに「お粗末」な判断を是正した。しかし、そもそも間違っている認定基準を無批判に受け入れているという点で全く「お粗末」な裁決であったといえよう。

今こそ、地公災基金の認定基準を撤回させる取り組み



が必要である。
(関西労働者安全センター)

板金工のアスベスト肺がん

東京●労災指定でないがんセンター

Aさんは1938年1月生まれの

64歳(申請当時)。板金工として約

50年、建築現場の仕事をしてきました。Aさんの肺がんは、風邪の症状がなかなか治まらないまま、血痰が出たため、医療機関で精密検査を受けたことがきっかけでした。Aさんは、国立がんセンターに入院し、肺の摘出手術を受けました。

2001年6月、東建国保レセプトチェックで職業性疾患の疑いがあるという調査票が杉並支部に届き、担当書記として保健師の島津さんとAさん宅を訪問しました。過去40年以上前までさかのぼり、職歴-就労した事業所や現場での作業内容、作業環境について-聞き取りを行いました。

■Aさんの職歴と就労

Aさんの職歴は労働者として働いた前半と一人親方として働いた後半というかたちで、おおむね二期に区分できました。

1) 労働者時代

① 1953～1956年(就労先:川崎市所在M板金)

町場60%、野丁場40%

主力現場:製鉄工場、飲食店、一般住宅等

●NKK製鉄工場、川崎製鉄工場で屋根やダクトの改修工事を毎月数回就労。

屋根作業:石綿スレート板の切断。ダクト作業:ダクト周囲に石綿布を巻き配管への断熱作業。

●飲食店で店舗改修工事で年5回程度1回につき5日ほど厨房の板金作業。周辺でケイカル板の切断などが行われていた。

●一般住宅で台所周辺のフレキシブルボード、ケイカル板の切断作業。

② 1956～1963年(杉並区所在Tブリキ店)

町場60%、野丁場40%

●鉄工工場の新築工事で1か月専らスレート屋根の切断作業に従事。●電電公社ビル新築工事で2年間月1回ダクトの断熱・アスベスト除去作業に従事。

●一般住宅でフレキシブルボード、ケイカル板を水回りなどに多用。

2) 独立

1963年～2002年(杉並区にてA板金として独立)

町場が主流

●板金作業、屋根の張り替え、サイディング等。屋根材、サイディング材、水回り周辺の化粧板等はすべて石綿含有。建材は現場や自宅作業場にて丸ノコで切断●Aさんの傍らでの大工職人のボード切断作業当時。

Aさんの場合、板金工といっても屋根・壁材の切断作業等がかなりの割合を占め、粉じん・アスベストの曝露が相当であったことがわかり、職業性疾患の疑いが極めて強いと判断し、ひまわり診療所での受診を勧めました。

■受診から認定まで

2001年10月、ひまわり診療所・名取医師の診察を受けたAさんの胸部レントゲン及びCTには、はっきりとした影が見られませんでした。そこでがんセンターから肺組織のプレパラート(薄切りにしたもの)とブロック(肺の一部)を借り出し、改めて名取医師に分析をお願いしました。その結果、肺から多量のアスベスト繊維が検出され、Aさんは労災請求に向けた大きな足が

かりをつかみしました。

2002年11月、新宿労基署に請求の運びとなりました。一人親方として労災加入した1988年以降の粉じん量が多かったことから、労働者時代のことも考慮しつつ、一人親方の労災として申請をすることにしました。

また、国立がんセンターが労災指定病院でなかったため、まずは休業補償請求を先行させての請求でした。

調査の過程で、労基署からは「特別加入後に粉じん曝露がひどくなったのなら、なぜその時点で作業内容変更届をださなかったのか」という質問をぶつけられましたが、「粉じんはアスベスト含有建材を切断した際に生じるもので、直接岩石や鉱物を裁断するのではない。建材の切断はそれ自体が主たる業務でなく板金工事に付帯する作業の一部である。したがって粉じん作業への業務変更は必要としない。もし変更が必要だとするならばほとんどの建設従事者は変更を強いられるだろう」と返答しました。

Aさんは、7月22日休業補償の支給決定を受けました。肺組織から検出されたアスベスト繊維が支給決定の大きな決め手となったようです。労災認定を大変喜んでおられたAさんでしたが、それから2か月後の9月6日、残念にもついに力尽き、亡くなられました。

■療養費請求をめぐる

その後、残りの休業補償(死亡日まで)と遺族補償年金について請求しました。

その一方、発症日からの医療費を健康保険から労災へと切り替

える手続きが問題となってきました。

本来、健康保険から労災保険への切り替えは、治療費の8割分を、一旦、健康保険へ返金し、受け取った領収書と2割分負担の領収書を添付の上、労災へ請求します。この原則どおりとすると、Aさんは、がんセンターでの治療費総額の8割(約650万円)を一度東建国保へ返金し、その後監督署へ請求し、お金が入金されるという流れとなります。最終的には戻りのお金とはいいいながらも、一時的に大きな金額を用立てなければなりません。これはあまりに大きな負担です。休業補償から捻出してもまだ金額が足りず、捻出できたとしてもこれでは休業補償の意味がなくなってしまう。

そこで、この件について新宿署と相談したところ、「これだけの金額を一度に負担することは極めて難しく借金しろとも言えない。療養費入金後速やかに東建国保に返金し、その領収書を監督署へ提出する旨を念書を提出すれば、監督署が療養費の先払いをする」との返答がありました。

予想外の結論に正直こちらもびっくりしましたが、監督署は療養費総額と経済状態を総合的に考え、先払い特例による支給を行いました。ばく大なレセプト量で、療養費支払い総額800万円にもなりましたが、担当者が素早い処理を行ってくれました。申請から2か月以内での支払いという迅速な対応でした。

■さいごに

まだすべての申請が終了したわけではありませんが、今回の認定

にはひまわり診療所と東京労働安全衛生センターの協力が大きな後押しとなりました。レントゲン読影の段階で申請をあきらめていたら今回の認定はあり得ませんでした。

また、療養費支払いでの監督署の回答は、実態に対応したもので役所といえども柔軟な判断をするようになってきたのだと実感しました。Aさんの奥さんは、「私たちの生活を守ってくれ、組合の有り難さを実感した」と話されていました。そして自ら新たに組合に加入され

ました。今後、続々とじん肺請求等が増えますが、あらゆる事例を経験し、一件でも多くの労災認定につなげていくことが大切です。

また、この後じん肺による肺がんが増加することを考えると、国立がんセンターをはじめ、がん治療の専門病院が労災指定病院になるよう要請していくことも重要な課題だと考えています。



建設ユニオン杉並支部
書記 篠田太郎

平均賃金の変更を決定

大阪●特別加入者でなく労働者として

Fさんの夫はベテランの溶接工で、1960年から1999年まで40年間作業に従事した。2000年1月に肺に異常がみつき、悪性胸膜中皮腫と診断され、2001年3月に亡くなられた。死後の病理解剖では肺がんと診断されたが、Fさんは今なおこの診断には納得していない。

溶接作業では火の粉養生のために石綿クロスを使用する。これが主原因だった。入院先の医師に勧められて労災請求したものの、石綿曝露の証拠とされる胸膜肥厚斑、石綿肺(肺の不整形陰影所見等)、石綿小体ないし石綿繊維のいずれも確認できないということ、悪性胸膜中皮腫の診断が不十分であると理由で、堺労働基準監督署で不支給とされ、審査請求でも

棄却された。

ところがである。棄却した審査官から再入院検査を勧められ、この病院の検査で、胸膜肥厚斑の確定と悪性胸膜中皮腫との確定診断がされたために、堺労基署は不支給処分を変更して支給決定を行った。審査請求棄却のあと、Fさんは、心ある医師や労組の協力によって亡くなられる前になんとか労災認定にこぎつけたというのが真相だが、まさに筆舌に尽くしがたい日々が続いたに違いない。

Fさんが肺がんという解剖後診断に納得できないのは、たとえば、はじめに「中皮腫というのはたいへん難しい病気で見込みはない」と言われるのではなく、「肺がん」だと言われいいたら、という一点をとってもよく理解できる。まして、りっぱ

な病院どうして診断が違う。棄却した審査官に病院を紹介される、それなら、棄却する前に検査入院を勧めてその判断を待てばいいではないか。

そのFさんと安全センターが知り合ったのは約1年前で、このときその棄却決定書をみせていただいた。一読して、なんかおかしいと感じることがふたつあった。ひとつは、上記の内容、もうひとつは、Fさんが特別加入者として処理されていたことだった。

Fさんは、1960年から1985年まで労働者として働いた後独立し、事業主として1999年まで働いている。つまり、26年間は労働者、14年間は事業主で、事業主の期間のうち発症までの13年間は、第一種特別加入者として労災保険に加入している。

こういう場合、原因となった石綿曝露期間がどの時期にあたるのか、その年数はどのくらいなのか、問題になる。もしも、全期間において同じように曝露があったとすると、曝露期間における労働者期間が事業主特別加入期間に比べて明らかに長いので、特別加入者としてではなく労働者としての適用を受けるので、平均賃金算定基礎は労働者期間の最後の時期の賃金が用いられる。ところが、石綿クロスは、1985頃には元請会社が石綿使用を禁止する通達を出していたことが関係者の証言でわかったので、そうすると曝露期間はすべて労働者であったということになり、ますます、労働者として処理するべきであったということになる。

特別加入の場合、平均賃金を選択するようになっており、Fさんのケースでは、その額が通常の賃金より明らかに低いとみられ、特別加入で処理されていることが、Fさんに経済的な不利益を与えていた。

Fさんたちも、生前から特別加入で処理するのはおかしいと感じていたが、認定時の激動の中でそのままにしていた。そこに安全センターの指摘があり、結局、堺労基署に平均賃金の是正を申し立てることになった。かなりの期間を要したが、平均賃金の変更がなされ、Fさんに支給決定の変更決定通知

書が届いた。これまでの給付がすべて変更額に基づいて是正された。Fさんにとっては2度目の変更決定通知だった。

しかし、今回の変更にあたっては、当時の賃金が不明であるとして、賃金統計数値が使用されたため、記憶にある賃金額よりもかなり低く算定された。さらに、ボーナスを受けていたことが、当時の同僚の証言があるにも関わらず、まったく考慮されなかった。

Fさんは、これを不当として不服審査請求を行った。疑問は徹底的に晴らしたいとしている。

(関西労働者安全センター)

見過ごしかけた職業病

東京●医療ソーシャルワーカーの手記

平成15年の7月のある日、「〇〇先生から間質性肺炎なので相談室に行って説明を聞くようにといわれていたが、いろいろ用事があってすぐに来られなくて…」と妻が相談室を訪れた。主治医がBさん(昭和25年生)の疾病が医療費助成に該当することを承知していた相談室を紹介したのだからと理解した私は、何のためらいも無く医療費助成の手続きについて妻に説明し面接を終えた。が、私のなかで何かがひっかかっていた。

地方に単身赴任していた夫が妻に何の相談もなく、6月30日付けで早期退職制度を利用して退職し、いきなり東京の自宅に戻って

きてしまったというのだ。退職後の7月3日が当院初診で7月4日には当院に入院になったという。夫によれば身体の調子が悪くこれ以上、会社にいっても迷惑をかけてしまうだけなので早期退職制度を利用して思い切って退職したという。しかもぎりぎりまで身体がしんどいのを辛抱していたので在職中の受診歴は無く、退職日まで勤務し続け、退職後の傷病手当ももらっていないかった。

「ご主人は退職される前はどのような仕事についておられたのですか?」という私の質問に妻は「〇〇建設に勤務していました。」と某大手建設会社の名前を口にした。

私は勝手にスーツを着たサラリーマンの姿をイメージした。が、後になってそのことがどうも引っかかった。妻は私立高校に通う子を抱え、経済的にも不安もうかがわせていたので、今後の所得保障について検討すべく、あらためてお会いする約束もしてあったので、そのときにBさんについての職歴についても確認し直すことにした。

やはりそうだった！Bさんは近代的なビルを背にしたスーツ姿のサラリーマンではなく作業着のエンジニアだった。その後ベトナムでBさんと4～5分の短い面接を何度か重ね、昭和45年の入社当時はクレーンのオペレーターだったが、昭和47年以降は、建設機械のメンテナンス担当として、トンネル・ダム・煙突工場の現場を転々とし、現場では常に機械のはき出す油と土埃を浴びる毎日だったこともわかった。

が、彼がじん肺管理区分についての知識は何も持ち合わせておらず、過去に管理区分申請も行っていない。そこからひまわり診療所の平野先生におんぶにだっこで知恵を拝借し、主治医に、「じん肺健康診断結果証明書」を作成してもらい、平成15年10月1日にやっとじん肺管理区分申請にこぎつけた。その結果、平成15年12月1日付けで管理4が決定し、現在は労災申請を行っているところである。

Bさんによれば、数年前の冬から咳が多くなり、平成14年の5月くらいから歩行時の呼吸苦を感じ始めていた。平成15年5月くらいに入眠時の咳が増悪し入眠困難

となり労作時の呼吸も感じ始めていた。ちょうどその頃、早期退職制度の話があったので、会社に迷惑をかける前に退職し、少しゆっくりした後、また何か仕事に就くつもりでのんきに考えていたという。だが、7月に東京に戻ってきた時点ではすでにチアノーゼが出現し、ベトナムで私がお会いしたときには、酸素マスクを着けたまま、ベトナム上安静の状態でも苦しうでであった。

たまたま私が東京労働安全衛生センター主催のMSW労災職業病講座を受講していたからこそ「あっ…」と思い当たれたわけで、

その機会に恵まれていなかったら…と、多忙な毎日にもかかわらず、当時講座を企画してくださったスタッフの方々の熱意にあらためて感謝している。

今後とも、同じ生活者として、当然受けられるべき保障を見落とさぬ援助をしていけるMSWでありたいと思う。



医療ソーシャルワーカー
(MSW) Y・M

※東京センターが2001年度に開催したMSW講座に参加されたY.Mさん。医療現場で働く医療ソーシャルワーカーならではの出会いのレポートです。

法令上回る石綿対策明示

神奈川●建築物解体で横浜市が新条例

横浜市がアスベスト使用建築物の解体工事について、条例（「横浜市生活環境の保全等に関する条例」2004年4月1日施行）を定め、同規定に基づく「指導基準」（「石綿排出作業による大気汚染の防止に関する指導基準」同例第90条）を設けていることが、10月30日のいのくら（県民のいのちと暮らしを守る共同行動委員会）との交渉でわかった。

吹き付けアスベスト使用建築物の解体工事については、大気汚染防止法や労働安全衛生法施行令、同施行規則にも規定があるが、横浜市の条例は、吹き付け以外の「石綿を含有する断熱材、保

温材、石綿布等」や「石綿を含有するセメント建材」を使用している建築物も対象としている点に大きな特徴がある。

これまで、石綿のスレートやボードなどのアスベスト成形板は、「非飛散性アスベスト」とされて、吹き付けアスベストに比べて飛散する可能性が少ないとして法的な規制の対象となっていなかった。今回の横浜市の条例は、こうしたアスベスト成形板を「石綿を含有するセメント建材」として、定義し、それを取り扱う解体、改修工事を届出や石綿濃度等の測定の義務を課した点で画期的なものと言える。

いのくらの交渉では、この条例

に基づいて届け出られた事例として、日野車体工業株式会社横浜工場解体工事のことがやりとりの中心となった。この解体工事は、現在は工場跡地となっているJR京浜東北線川崎一鶴見間の尻手側線路沿いに位置する日野車体工業株式会社の工場閉鎖に伴うもので、屋根材や壁材として使用されていた波板スレート等51.151m²を対象として撤去工事を行うものであった。この解体工事については、跡地利用を計画しているNGO団体から相談があり、神奈川県労働安全センターでも東京労働安全センターに、工事中の周辺環境に飛散するアスベスト粉じんの測定を依頼したことがある。同センターの作業環境測定士の外山さんが測定した結果によれば、石綿スレート板の近隣において、気中石綿濃度は測定点1で0.11f/l、測定点2で0.23f/lで、幾何平均は0.16f/lだった。測定は時期、場所とも極めて限定・局所的なもので、これだけで全体の周辺環境の飛散状況を判断できないが、あまり高くなかったことは幸いである(大気汚染防止法による敷地境界基準の10f/lの約60分の1)。

というも、竹中工務店が請け負った同解体工事は、NGO団体や地元住民の要請で、当初の機械による破碎等の解体工法から、手ばらし作業によるものに変更された経緯があったからだ。アスベスト成形板の処理工事については、国土交通省が「除去は、可能な限り破壊又は破断を伴わない方法で行うものとし、原則として、『手ばらし』とする」(「建築改修工事共

通仕様書(平成14年度版)」)と指示している。

横浜市の大気騒音課もこの工法で解体するよう竹中工務店に指導したと言う。センターでも、工場の外からではあるが、作業員が手ばらしスレート板を作業通路と移動足場に引き込み屋根上に集積後、クレーンで荷降ろししているところを目視し、確認している。

同市大気騒音課によると、同条例施行以前の平成14年度に大気汚染防止法に基づいて届け出られた特定粉じん排気作業を伴う建設工事の届出件数は40件となり、前年度と比べても増えていると言う。

今後は、国の石綿原則使用禁止措置に伴って、全国的にも吹き付けアスベスト以外のアスベスト成形板を使用している建築物の解体工事が増えてくることが予想される。その意味で、非飛散性のアスベスト使用建築物の改修・解体工事を条例で規制していく横浜市のやり方は、他の自治体のよい先例になる考えられる。また、日野車体工業株式会社横浜工場のような手ばらしによる解体工事が周辺環境を汚染する可能性の少ない工法として、ひとつの目安となるだろう。



(神奈川県労働安全センター)

過重労働懸念、企業の35%

東京●労働局の健康管理アンケート調査

過重労働による健康障害を懸念している企業は35.3%
～「従業員の健康管理等に関するアンケート調査」結果～

東京労働局発表

平成16年1月27日

東京労働局(局長奥田久美)では、過重労働による健康障害の防止が社会的要請となっていることから、平成14年度以降、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」(以下「総合対策」という)に基づき対策を進めているところであるが、企業の対応状況を把握するため、昨年度に引き続き、都内に本社を置く企業規模300

人以上の企業に対し、企業の健康管理等の取組状況に関する調査を実施し、1,106社から回答を得た(回収率27.7%)。

I 調査結果の概要

1 脳・心臓疾患の発症の確率が高くなるとされる月100時間又は月平均80時間を超える時間外・休日労働を行ったか、又は今後行う可能性があるとする企業は、54.0%で昨年度調査の47.7%より、6.3ポイント増加している(参考1-(1)-)。

2 一方、脳・心臓疾患発症の懸念があったとした企業は35.3%で、昨年度調査30.1%より5.2ポ

イント増加しており、過重労働による健康障害に関する認識は高まってきているとみられる(参考1-(2)-)。

しかしながら、上記1の長時間の時間外労働等を行った又は行う可能性のある企業数の割合54.0%と差があることからすれば、過重労働を原因とする健康障害の発症についての認識は未だ十分ではないといえる。

- 3 また、精神疾患発症の懸念があるとしている企業は35.5%で、脳・心臓疾患発症の懸念とほぼ同率であるが、昨年度調査の27.4%より8.1ポイント増加しており、業務と精神疾患発症に関する認識が高まってきているとみられる(参考1-(2)-)。
- 4 過重労働による健康障害の予防措置として、長時間の時間外労働従事者に対する産業医等の面接による保健指導を実施する制度があるとしている企

業は32.8%で、昨年度調査結果20.7%より12.1ポイント増加し、対策の進展は認められるがなお低調である(参考1-(1)-)。

- 5 過重労働等による健康障害防止を推進するための法定の衛生管理体制に関しては、衛生管理者の未選任23.6%(昨年度調査17.2%)、産業医の未選任17.6%(昨年度調査7.6%)となっており、衛生管理体制の違法状態が拡大しており、企業における必要な対策をとる体制が弱まっているのではないかと懸念される(参考1-(4)-)。

II 今後の行政としての対応

- (1) 「過重労働による健康障害を防止するための事業者が講ずべき措置等」の周知徹底
 今回の調査結果からは、一定規模以上の企業においても、過重労働による健康障害を防止する観点からの労働時間管理と健康管理等が未だ十分で

ないといわざるを得ない状況が認められる。

このため、行政としては、今後とも、あらゆる機会を通じ、総合対策において示されている「過重労働による健康障害を防止するため事業者が講ずべき措置等」の周知徹底を図るとともに、監督指導、個別指導等の実施により、労働時間管理の適正化及び健康管理の徹底を推進し、企業における過重労働による健康障害の防止対策の強化を図っていくこととしている。

- (2) 「2004 産業保健フォーラム IN TOKYO」の開催について

平成16年2月5日九段会館において、過重労働による健康障害防止対策、メンタルヘルス対策等職場における健康確保を推進するため「2004 産業保健フォーラム IN TOKYO」を開催することとしている。

参考1 調査結果資料—省略
<http://www.roudoukyoku.go.jp/>

2004年世界アスベスト東京会議

Global Asbestos Congress 2004 in Tokyo

GAC 2004 TOKYO 2004年11月19-21日
 早稲田大学国際会議場

組織委員会では、世界会議の成功に向けて、国内で千万円を集めることを目標に募金をつめています。皆様のご協力をお願いいたします。

2004年世界アスベスト東京会議組織委員会
 〒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
 ウェブサイト: <http://park3.wakwak.com/~gac2004/>
 銀行口座: 三井住友銀行・亀戸支店(普) 1601650「GAC(ジーエーシー)2004組織委員会」



「写真展●静かな時限爆弾＝アスベスト被害」から 写真：今井明

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 ● 三多摩労働安全衛生センター
〒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 サンコーボ豊岡505 TEL (045)573-4289 /FAX (045)575-1948
- 新潟 ● 財団法人 新潟県安全衛生センター E-mail KFR00474@nifty.ne.jp
〒951-8065 新潟市東堀通2-481 TEL (025)228-2127 /FAX (025)228-2127
- 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 roushokuken@be.to
〒466-0815 名古屋市昭和区山手通5-33-1 TEL (052)837-7420 /FAX (052)837-7420
- 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)6942-0278
- 兵庫 ● 尼崎労働者安全衛生センター E-mail jh31012@msf.biglobe.ne.jp
〒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 E-mail a-union@triton.ocn.ne.jp
〒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 ● 広島労働安全衛生センター E-mail hirosima-azcenter@cronos.ocn.ne.jp
〒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
- 徳島 ● NPO法人 徳島労働安全衛生センター E-mail rengo-tokushima@mva.biglobe.ne.jp
〒770-0942 徳島市昭和町3-35-1 徳島県労働福祉会館内 TEL (088)623-6362 /FAX (088)655-4113
- 愛媛 ● NPO法人 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
〒780-0011 高知市薊野北町3-2-28 TEL (0888)45-3953 /FAX (0888)45-3953
- 熊本 ● 熊本県労働安全衛生センター E-mail awatemon@eagle.ocn.ne.jp
〒861-2105 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レクタウンクニック 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」1階 TEL (097)537-7991 /FAX (097)534-8671
- 宮崎 ● 旧松尾鉱山被害者の会 E-mail aanhyuga@mnet.ne.jp
〒883-0021 日向市財光寺283-211 長江団地1-14 TEL (0982)53-9400 /FAX (0982)53-3404
- 鹿児島 ● 鹿児島労働安全衛生センター準備会 E-mail aunion@po.synapse.ne.jp
〒899-5216 始良郡加治木町本町403有明ビル2F TEL (0995)63-1700 /FAX (0995)63-1701
- 自治体 ● 自治体労働安全衛生研究会 E-mail sh-net@ubcnet.or.jp
〒102-0085 千代田区六番町1 自治労会館3階 TEL (03)3239-9470 /FAX (03)3264-1432
(オブザーバー)
- 福島 ● 福島県労働安全衛生センター
〒960-8132 福島市東浜町6-58 福島交通労組内 TEL (0245)23-3586 /FAX (0245)23-3587

