

アスベストの根絶をめざして

発行 株式会社 **アットワークス**

大阪市中央区谷町-1-7-3 天満橋千代田ビル8階
TEL:06-6920-8626 FAX:06-6944-9807

■本書は、全国最寄りの書店・インターネットショップでご注文・お買い求め下さい。
■書店にて本書をご注文の際は、このチラシをご持参ください。

アスベスト問題の過去と現在

石綿対策全国会議の20年

石綿対策全国連絡会議

1260円(本体1200円+税)

<http://atwork.co.jp/works/pub/34.html>



9784939042348

ISBN978-4-939042-34-8
C0036 ¥1200E

A5判
152頁



20年間にわたって石綿(アスベスト)対策に取り組み、過去の政府・産業界の対応を検証し、将来への予防、「すべてのアスベスト被害者・家族に公正平等な補償」「アスベスト対策基本法の制定」を中心課題として訴える活動の記録。

書店名(帳合)

注文数

アスベスト問題は終わっていない

労働者市民シンポジウムの記録

石綿対策全国連絡会議

9300円(本体9000円+税)

<http://atwork.co.jp/works/pub/35.html>



9784939042355

ISBN978-4-939042-35-5
C0036 ¥9600E

A5判
64頁



全国各地に広がるアスベスト公害による住民被害者の訴え、アスベスト被災者を抱える労働組合が果たすべき新しいイニシアチブ、アスベスト被害の歴史や国賠訴訟など裁判動向について報告した労働者・市民シンポジウムの記録。

書店名(帳合)

注文数

未来を奪う アジアのアスベスト使用

(著)ローリー・ナザンアレン(訳)安間武

(編)石綿対策全国連絡会議

8400円(本体8000円+税)

<http://atwork.co.jp/works/pub/36.html>



9784939042362

ISBN978-4-939042-36-2
C0036 ¥800E

A5判
100頁



アジア全体で増加するアスベスト使用状況に対して、先駆的な被害者団体・非政府組織・労働運動家などの活動に光を当て、アスベスト根絶への国際的・学際的協力活動を提起する国際アスベスト禁止事務局メンバーの翻訳報告書。

書店名(帳合)

注文数

書店担当者様

出版
小別地

本書は、地方・小出版流通センターの取り扱い図書です。注文制です。返品のないようにお願いします。
地方・小出版流通センター【FAX】03・3235・6182 【TEL】03・3260・0355

特集 / AMRC30周年・ANROAV会議

アジアと世界がつながる AMRC30周年とANROAV

日本版WEとアスベスト問題を報告

全国安全センター事務局長 古谷杉郎……2

AMRCディレクターApo Leongの開会挨拶 …………… 9

AMRCの簡単な歴史 …………… 11

2007版 頸肩腕障害の 定義・診断基準・病像等

日本産業衛生学会 頸肩腕障害研究会 …………… 15

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

ILO・WHO 国の石綿関連疾患根絶プログラム …………… 37

各地の便り/世界から

厚労省●石綿労災認定事業場公表来春までに …… 49

東京●石綿対策全国連絡会議に日韓国際環境賞 …… 51

東京●ダイオキシン国際NGOフォーラム開催 …… 52

兵庫●西日本でも旧国鉄・JRの石綿被害問う裁判 …… 54

神奈川●電気工の石綿肺がん労災認定 …… 56

埼玉●良性石綿胸水、曙ブレーキと補償交渉 …… 57

東京●バス営業所の長時間・変形労働とストレス …… 58

モンゴル●労働安全衛生方針・行動計画策定へ …… 60

アジアと世界がつながる AMRC30周年とANROAV 日本版WEとアスベスト問題を報告

古谷杉郎

全国安全センター事務局長

8月末、アジア・モニター・リソースセンター（AMRC）創立30周年を記念する国際会議（27-28日）と労災被災者の権利のためのアジアネットワーク（ANROAV）の年次会議（29-31日）で香港を訪れた。

AMRC30周年と言っても、私の付き合いはせいぜい10年足らず。AMRC現ディレクターのApo Leongは、天明佳臣・全国安全センター議長の来港を強く臨んでいたのだが、日程の調整がつかなかった。また、本誌に「語り継ぎたいこと—日本・アジアの片隅から」を連載していただいている塩沢美代子さんも長いつきあいで、2005年5月号には若き日の塩沢さんとApoの家族の写真も掲載している。

今回、国際会議でのApoの開会挨拶と「AMRCの簡単な歴史」を9頁以下に紹介した。AMRCの30年の活動の概略がわかるとともに、まさに塩沢さんの体験してきたことと重なり合っていることがわかりたいだけだろう。

日本とのつながりが深いにも関わらず、今回日本からのスピーカーが私ひとりだけだったのは寂しい限り。多国籍企業監視ネットワークの会議も続けて開催されたようで、フィリピン・トヨタ労働者の闘争を支援している遠野はるひさんも参加。パーティのときの恒例?の国ごとの出し物の出番のときには、現

地在住の小出雅生さん（香港中文大学）に加え、フランス人のポール・ジョバンさんにも助っ人を頼んだ次第。ANROAVの会議には、愛媛労働安全衛生センターの白石昭夫事務局長も合流した。

グローバルゼーションのもとでの 労働の復活

AMRC30周年記念国際会議は、「グローバルゼーションのもとでの労働の復活」というタイトルを掲げ、アジアだけでなく世界中から200名を超える参加者があった。

Apoの開会挨拶の後、オランダの国際連帯活動家Peter Waterman、インドの女性活動家（国際食品労連（IUF）アジア太平洋）Sujata Gothoskar、韓国の前公共労連委員長のYang Kyung-kyuの3氏によるキーノート・スピーチの後、2日間に5つのパネル・ディスカッションが行われた。

パネル・ディスカッション①

「アジアの労働運動の今日的課題」

Elizabeth Tang（香港職工会連盟（HKCTU））

Marty Hart-Landsberg（アメリカ/ルイス&ク



AMRC30周年記念国際会議のオープニング、開会挨拶をするApo Leong(左から2人目)

ラーク大学経済学部)
Ashim Roy (インド/全国労働組合イニシアティブ)
Voravidh Charoenloet(タイ/チェンマイ大学)
Chang Kai (中国/人民大学) 一代理で別の人が報告

パネル・ディスカッション②

「労働のインフォーマル化と新たな(別の—オールタナティブな—)組織化の道」

Lucia Victor Jayaseelan (タイ/アジア女性労働者委員会(CAW))
Wu Meilin(香港/女性労働者協会(HKWWA))
Rosalinda Ofreneo(フィリピン/東南アジア・ホームネット(Homenet))
Wulan Dari(タイ/アジア・レイバー・エクスチェンジ)
Yang Li(中国/東北工学院)

パネル・ディスカッション③

「南北(トライアングル) 連帯: アジアの労働運動における南北共働」

Junya Yimprasent(タイ/労働キャンペーン)

Monina Wong(香港/レイバーアクション・チャイナ(中国労働透視))

Garret Brown (アメリカ/マキラドラ安全衛生支援ネットワーク)

Irene Xavier (マレーシア/多国籍企業情報エクスチェンジ(TIE)-アジア)

Ineke Zeldenrust(オランダ/クリーンクロス・キャンペーン(CCC))

J. John(インド/教育・情報センター(CEC))

パネル・ディスカッション④

「アジアにおける労働安全衛生」

Chen Zuochen (陳玉英) (中国/重慶自助センター[重慶市忠県自強残疾人服務站])

Melody Kemp(オーストラリア・ラオス/労働安全衛生活動家)

Chang Kam Hong(陳錦康) (香港工人傷亡權益会(ARIAV))

Amanda Hawes(アメリカ/WORKSAFE)

Jagdish Patel(インド/民衆トレーニング・リサーチセンター(PTRC)、ANROAVコーディネーター)

古谷杉郎(日本/全国労働安全衛生センター連絡会議(JOSHRC))

パネル・ディスカッション⑤

「アジアの移行経済における労働と労働組合」

Van Thi Thu Ha(ベトナム)

Apo Leong(AMRC)

Chris Chan

中国の複数の労働組合学校から発表者が予定されていたが、報告はなかったと思う。

日本の過労死家族らによる WE導入阻止の取り組みを報告

今回私は、労働安全衛生のワークショップで、「『日本版ホワイトカラー・エグゼンプション』導入反対の取り組み」について報告した。

「労働ビッグバン」と称して進められている労働規制緩和が、働く者のいのちと健康を脅かしている現状。仕事の原因として労災認定される脳・心臓疾患や精神障害等も増加し続けているなかで、労働時間規制の適用除外を拡大するという提案に対して、長時間労働による健康破壊の被害者とその家族が立ち上がり、また、若者も加わって創意あふれるキャンペーンを展開するなかで、今日まで導入を阻止できているという話をした。

過去のANROAVの集まりなどで過労死の問題が取り上げられた場合と同様、まったく共通の課題として日本で悪い企みが先行すると自国も追いつかないという反応(韓国・台湾・香港)と、「過労死の労災認定が社会問題になるということに現実感がわかない」という反応(そこにもいろいろな意味が含まれているのだが)、の両極端に分かれる。

今回は中国から法学部の大学関係者が複数参加していたのだが、彼らが、「過労死・過労自殺は中国でも問題になりつつある。もちろん、労働者の問題もあるのだが、実は大学での学生の自殺も深刻な状況になっている」という話を聞いた。

じん肺の取り組み進む

AMRC30周年記念会議に続けて開催された今年のANROAV会議には、欧米を含む20か国・地域から百人近い代表が参加した。



AMRC30周年会議 労働安全衛生のワークショップ

3日間に取り上げられた内容は盛り沢山だが、開会の諸挨拶の後、地元香港の労災被災者団体ARIIVの活動の紹介。おなじみの陳錦康や来日したこともあるElsieのほか、じん肺、腰痛の被災者や家族の会(ママ・グループ)のメンバーらも発言した。年間労災発生病数が46,937件(2006年、死亡187件)の香港で、毎年1万件を超える電話相談を受けているというから驚きである。支援団体にとっては初めての中皮腫の事例も出たとのことだった。

続く最初のトピックは、「じん肺問題」。

インドから初参加のAshish Gupta医師は、KMCSという部族組織?が開発による人々の立ち退き問題に取り組むなかで、多くの人々が石英鉱山(ガラスの材料とされる)で働くようになり、じん肺に冒されていることに気付いたと報告。21の村で実施した調査結果では、シリカに職業曝露した人の86%が死亡または病気にかかっており、死亡事例の94%が3年未満の曝露によるものだった。政府による調査と勧告等もなされたが、労働実態は変わらず、別の場所からの出稼ぎ労働者を雇うようになっている。家族も一緒に鉱山の現場に住むため、子供たちも粉じんにも曝露している。

早い時期にじん肺と確定診断された7名が労災申請をしているが、応答はなく、現在裁判闘争中。その後さらに25名のじん肺患者が確認され、さらに診断を求めている200名の人がいるという。

中国・広州の宝石産業におけるじん肺問題は2007年1・2月号でも紹介しているが、今回は、自身もじん肺患者であり、また被災者支援を行っているXuさんという男性が報告。



今回はアメリカ・カナダからも参加者



GP労働者に産まれた赤ちゃんの写真

彼は、2002年に40万人民元の補償を獲得した最初の事例となった。弁護士費用は非常に高く、提訴するのに最低5,000人民元と獲得した補償金の10～20%を求められるうえに、職業病や労働安全衛生に関する知識を持っていない。法律援助センターと呼ばれるものもあるが、似たようなものだとのこと。彼は独学で勉強して、複雑な裁判手続をすべて自分でこなした。いまは、労働者に助言を与えるホットラインを担当し、被災者を組織している。

事態の改善はわずかであるが、キャンペーンの結果、政府もじん肺問題に取り組まざるを得なくなり、地方自治体は危険な工場を閉鎖させるか、立ち退きを求めざるを得なくなってきたという。

レイバーアクション・チャイナのSuki Chungからは、2006年に中国とインドの宝石じん肺患者がバーゼルワールド、ILO、WHOを訪問したフォローアップの報告があり、2007年にバーゼルワールドはついに、すべての出展者は法的基準を遵守しなければならないとする宣言を作成、香港貿易発展局も、「業界の評判を損なう」出展者はその資格を剥奪または停止すると決定したとのこと。

広州の宝石労働者の多くもまた、地方からの出稼ぎ労働者である（「打工」等と呼ばれている）。

電池工場のカドミウム中毒

同じく2007年1・2月号で紹介した、香港資本ゴールドデンピーク（GP）のバッテリー工場のカドミウム中毒の問題の最新状況は、香港グローバルリゼーション・モニター（全球化観察）のMay Wongから

報告された。今回、4人のGP労働者をこの会議に招待したが、1人しか許可されず、その女性も結局、来ることができなかったという。

2006年末にGPは、影響を受けた労働者に援助を提供するための信託基金をつくったが、なにがしかを受け取ったのはわずか4%にすぎない。労働者は頭痛や骨の痛み、脱毛などを訴えており、亡くなった者が一人いる。GPで働いた女性労働者から生まれた19人の赤ちゃんのうち、5人の皮膚に薄黒い斑点がみられているという（右写真）。

GP労働者200人の法律アドバイザーもしてきた中国・中山大学法学部のLu Yingは、江蘇省にある日本企業の工場でもカドミウム中毒が問題となっていると報告（無錫松下電池有限公司—国家安全センターは関心を持つ団体とともに、松下電器・松下電池にこの問題で申し入れを行っている）。中国は進歩的な労働安全衛生法令を持っているのにそれが執行されていないことが問題、法廷闘争は時間と費用がかかりすぎ補完的な裁判システムを必要としている、と彼女は指摘した。

インドネシアの石綿工場労働者も参加

次のテーマは「アスベスト問題」で、最初に私が、最近の日本と国際的な状況を報告した。

続くインド・グジャラート労働安全衛生センター（OHSC）のRagnath ManwarはGAC2004にも参加している。グジャラートでの取り組みは、1989年、火力発電所の42名の労働者（石綿肺）の補償を求める闘いからはじまった。1995年に最高裁判



カナダ自動車労組のSari sairanen

所が、アスベストとの関連を認める評決を下した。2005年にインド政府は情報公開法を制定。これを活用して会社のアスベスト情報を開示させる取り組みなどを進め、交渉を通じて28名が会社から補償を受けた。非正規労働者のなかからも石綿肺患者がみついている。地域には小さなアスベスト工場がいくつもあるが、それらからの石綿被害の事例はまだ報告されていないとのこと。

カナダ自動車労組 (CAW) からは、労働安全衛生部長のSari Sairanenと安全衛生教育基金のLyle Hargroveが参加。前者は2003年のカナダ・アスベスト会議で出会ったCathy Walkerの後任者、後者は2004年と2006年のインド・デリーでのアスベスト会議で同席しており、CAWはアスベスト問題でも、アジアの労働者との連帯でも非常に熱心である。

今回、インドネシアからアスベスト工場の労働者が初めて参加した。彼は、自動車のブレーキ・シュー等を製造する工場で2年半、非正規労働者として働いているが、仲間とともに労働組合を結成し、会社からの弾圧を受けて闘争中である。保護具も労働安全衛生教育も医療保障も与えられていない中、組合結成の前段階では、皆でお金を出し合って医者に行く必要が起きた場合に助け合う基金をつくった。それから、労働条件の改善を求めて組合結成にいたったという。

彼は、この場で得た情報や経験を使って労働者を組織し、また、アスベスト問題に対する関心と対策を高めていきたいと語った。

また、政情不安等により予定どおり出国できず、3日目からの参加となったバングラディッシュ労働安全



インドのJayaramanとMahendran (左)

衛生環境財団のRepon Choudhryは、昨年12月にバングラディッシュ・チッタゴンで開催された「アスベスト禁止戦略と今後の方向のための南アジア会議」(3月号参照)のことなどを報告している。

1日目の最後のテーマは、「**鉱山の労働安全衛生**」。インドの「**鉱山・鉱物と民衆 (MMP)**」という団体のSreedhar Ramamoorthy、フィリピン労働安全衛生開発研究所 (IOHSAD) のNoel Parato Colina、それと、AMRCのApoが中国の最近の状況について報告した。

インド・温度計工場の水銀問題

2日目は、「**アジア諸国における被災者の組織化の経験**」というテーマからはじまった。

台湾・工作障害受害人協会 (TAVOI) の最近の活動については、6月号で報告している。Yu Chi-WenとHo Kuang-Wanのふたりが参加。

タイの労働環境関連疾患被害者ネットワーク (WEPT) のSomboon Srikamdokkaeからは、27名の女性綿肺 (ビジノーシス) 被災者が会社 (Bangkok Weaving Mills) を相手取った11年に及ぶ裁判闘争に勝利したという報告。2003年に中央労働裁判所が各原告に10~20万バーツの補償金という判決を下したが、会社が上訴。今回、上訴裁判所が、1~11万バーツを15日以内に支払うよう命じた。彼女は、補償金額が少なくても、正義を獲得できたという達成感を感じていると語った。

インド・チェンナイの企業責任デスク (Corporate



米マキラドラ・ネットワークのGarret Brown

Accountability Desk)のNityanand Jayaramanと被害者協会のS.A. Mahendranは、タミールナドゥ州メットゥール (Mettur) の、ユニバー社が所有するHill温度計工場の事例を紹介した。

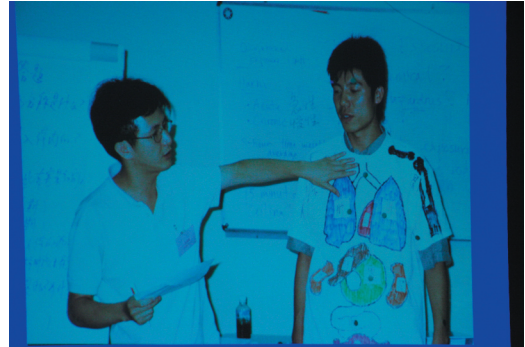
1984年から2001年の間に少なくとも10名の労働者が22-35歳という若さで死亡。グリーンピースの支援で水銀の健康影響を知った労働者・住民が2001年3月に抗議行動を開始し、水銀を含んだ廃棄物が投棄されていたことも暴露。キャンペーンの結果、2003年に300トンの水銀をアメリカに持ち帰ることになり、2004年に工場は閉鎖。すでに90名の労働者が死亡。女性や子供たちが、眼の障害や腎臓、神経系等の問題を抱えているという。

裁判闘争も行われているが、2006年には、HILLの被災者たちはボパール災害の生存者たちとともにインド政府に対する要請行動を行ったとのこと。Jayaramanは、アジアと水俣を結ぶ会の谷洋一さんは知っていると話していた。

次のテーマは、「電子産業における労働安全衛生問題」。

タイ女性の友財団のIrene Xavier、同じくタイの労働者情報基金のVoravidh Charoenloet、アメリカ・シリコンバレー有害物連合 (Toxics Coalition) のTed Smith、中国・番禺労働者センターのZeng Feixangらから報告が行われているが、できればその内容はあらためて紹介したいと考えている。

変革のためのトレーニング



ボディTシャツ (MHSSNがインドネシアで行ったトレーニングから)

次のテーマは、「変革のためのトレーニング: アジアとアメリカの経験」。

アメリカマキラドラ安全衛生支援ネットワーク (MHSSN) のメキシコやアジアでの取り組みの経験が、Garret Brownから報告された。

本誌では1997年12月号でMHSSNの紹介をしているが、マキラドラ=アメリカ-メキシコ国境地帯の労働者に母国語で労働安全衛生や労働者の権利に関する情報・トレーニング、支援を提供しようというアメリカの専門家・活動家のネットワーク。アメリカ公衆衛生学会 (APHA) 労働安全衛生部会のメンバーも多く、ちなみに11月ワシントンでの同学会で、同部会の国際賞がANROAVのコーディネーターであるJagdish Patel (インド・民衆トレーニング・リサーチセンター (PTRC)) に贈られている。

本誌でも何度か紹介しているボディ・マッピング。最近では写真右のようなボディTシャツを使ったグループワークによるリスク・マッピングを使った手法などがそのトレーニングの特徴である。

この間、「アジアに進出」して、インドネシアでLIPSという労働NGOと協力して2回、また、香港・中国の団体と協力して中国本土内でも労働安全衛生トレーニングを実施した経験が紹介された。

アジアからは、カンボジア衣料民主労働組合連合 (CCAWDU) のAthit Kongが、51工場4万人の労働者を組織する労組として、AMRCの協力も得ながら、労働安全衛生トレーニングを進め、現在、主に女性の72名のトレーナーを擁しているという報告。

このセッションのときには未到着だったが、BangladeshのReponも労働安全衛生トレーニングの



経験は豊富。過去何度か東京労働安全衛生センターの外山尚紀さんにANROAVの会議に参加してもらい、日本での経験話を話してもらった経過もあり、この方面の経験交流が進むと面白いだろう。

他にも盛り沢山の報告・討論

2日目の最後は、「被災者の正義の実現」。

アメリカのWorksafe/SCCOSHA (サンタクララ労働安全衛生委員会) のAmanda Hawesの経験—アメリカのCOSHグループの経験が話されたのは初めてかもしれないと、中国・労働者自助ネットワークのAh-Xinによる「深圳における労働災害統計の分析」、インドPTRCのJagdish Patelの「インドにおける法的闘争」が報告され、中国勢も巻き込んで労災補償制度のあり方等が議論になった。

3日目の午前中には、Australia Asia Worker LinksのManrico Morroから、最近策定されたオーストラリアの労働組合の「職場憲章」の紹介。

タイの人権・開発基金のAndy Hallから、「タイの外国人労働者差別政策に対する挑戦」—私にとっては、タイ東北部のビルマからの外国人労働者問題に関する初めてのまとまった話だった。

ベトナム国立労働者保護研究所 (NILP) のVan Nam Trungによる「ベトナムにおける労働衛生サービス」。

韓国・労働健康連帯のLee Sang Yunによる

「韓国の労働安全衛生運動」。

遅れて到着したバングラディッシュOSHEFのReponによる「バングラディッシュにおける労働組合の取り組みの進展」。

さらに、インドネシア労働組合権利センターのSurya Tjandraによる「インドにおける労働安全衛生」の報告が行われた。

来年は9月台湾開催の予定

午後は、①南アジア、②東南アジア、③中国、④東アジア(日本、韓国、台湾、香港)、⑤アジア以外、の5グループに分かれて、地域別の今後の活動計画に関するグループ討論とその全体会議への報告。

グループワークの途中で帰国せざるを得なかったのだが、後で届けられた報告をみると、南アジア—来年のロッテルダム条約締約国会議に向けてインドのアスベスト擁護姿勢を変えさせる集中キャンペーン、東南アジア—地域におけるアスベスト問題のキャンペーンの立ちあげ、地域レベルのアスベスト会議を持つのもよいかも、等とあげられていた。

会議全体を通して香港グループが中国本土からの参加者の安全確保に気を配っていることが感じられたが、中国グループは、あえて形式を整えずに、しかし初めてコーディネーターも決めて実質的ネットワークを強めていこうという方向になったようだ。

なお、来年のANROAV会議は、9月頃、台湾・台北で開催の予定である。



AMRC創立30周年記念会議・開会の挨拶

Apo Leong

アジア・モニター・リソースセンター・ディレクター

AMRCは、東アジアにおけるアメリカの経済活動にねらいを定めて、1976年に生まれた。同じ時期に、1973年のタイの人々を先頭に、民主化運動が高まった (Garry Rodan, ed., *Political Opposition in Industrialising Asia*, Routledge, 1996)。不幸なことに、市民運動はすぐにクーデターによって破壊された。アジアの別の場所も何らかのかたちの独裁的支配下に置かれた。とくに顕著だったのは、韓国とフィリピンである。一方、1975年にベトナム戦争が終結した。

ちょうど、香港、韓国、台湾、シンガポールを含む、新興工業国群 (NICs) が成長した時期であり、それはわれわれの地域に新たな労働者階級を生み出した。すぐに他のアジア諸国も後に続くことを求め、輸出志向型成長が、多くのアジア諸国の既存の経済モデルと置き替わった。中国、マレーシア、タイ、フィリピン、スリランカのような諸国は、低賃金の労働力つき、ほとんど労働者保護なしで、自由貿易地帯 (EPZs) を提供した。貧しい、移住者たちが、何千人も産業労働者となり、とりわけ女性労働者が多かった。工場主たちは、国からかつてない支援を受けて、EPZsにおけるのと同じ独裁権を行使した。(*We in the Zone*, AMRC, 1998)

われわれは、1980年代に自らの関心を産業労働者の問題に転換し、外の世界に向けて彼らの闘いを記録した。韓国における女性労働者の英雄的な闘争は賞賛に値する。(Park Min-na, *Birth of Resistance*, Korea Democracy Foundation, 2005; Cho Young-rai, *A Aingle Spark*, Korea Democracy Foundation, 2003)。1980年5月の光州蜂起は世界に衝撃を与えた。

冷戦のもとで、すべてのオールタナティブな労働者の組織化は、「共産主義者の活動」あるいは「国家に対する脅威」とレッテルを貼られた。活動家たちは、自らの職だけでなく命を失うリスクをかけたのである。長期間続いたシンガポールとマレーシアの国内治安維持法 (ISA) は、批判を沈黙させる役割を果たした。インドネシアで示されたように、主流の労働運動が育成され、企業経営者や政府の門番の役割を果たすようになった。しかし、多くの新たな労働者組織が、教会や地域社会グループから支援を受けるようになった。

1980年代末に入ると、韓国、台湾、香港でみられたように、独立的な労働組合が成長した。(Min-ju No-jo: *S Korea's New Trade Unions*, AMRC, 1988)。彼らは多くの法的変革および経営者や政府からの譲歩を勝ち取ることができた。最終的に、当局はそれらを合法化せざるを得なかった。

AMRCが労働運動を助けるのに情報技術を活用したのは1980年代のことだった。AMRCは、アジアで初期の種類のエメールを活用した最初の労働団体であり、他の労働団体にこの新しい革新的なツールのトレーニングを開始した。

1989年にベルリンの壁が崩壊した。一方でこれは東欧における独立的な労働組合運動の成長をもたらしたが、他方、中国では独立的な労働運動には打撃が加えられた。(*A Moment of Truth*, AMRC, 1990)

実際、最低賃金の労働者の限らない流入を伴って、壁が突然開かれたことは、多国籍企業にとつての勝利だった。(*Asian TNC Outlook 2004*, AMRC, 2005)。中国はもちろん、海外直接投資 (FDI) にとつての最良の目標である。工場移転が、労働者にとって頭の上の短剣になってきた。

また近年、アジアの多国籍企業の成長を指摘することができる。それは、例えばトヨタのように、西側のTNCと同様に巨大になることもできる。追いつきつつある企業もある。このために新しいAMRCの共同プロジェクト、アジア多国籍企業監視ネットワークが生まれた。

歴史は繰り返す。バンコクと深圳における二つの連続して起きた工場火災は、管理を伴わない急激な経済開発を暴露した。労働組合は結集して国際玩具キャンペーンを開始した。(A *Critical Guide to Codes of Conduct*, AMRC, 2004)。AMRCは、自らの力量を彼らの闘争支援に注ぐことを決定し、労災被災者の権利のためのアジア・ネットワーク(ANROAV)の結成につながった。

建設されつつあるこの運動は、被災者グループと労働組合の連合体である。

南対南(開発途上国同士)の連帯、例えば、グローバリゼーションと労働組合の権利に関する南のイニシアティブ(SIGTUR)、多国籍企業情報交換アジア(TIE-Asia)、アジア女性労働者委員会(CAW)、アジア太平洋労働者連帯会議(APWSL)など、を構築する試みもなされた。(Peter Waterman, *Globalisation, New Social Movements, and Internationalism*, Mansell, 1998; Jeffrey Harrod and Robert O'Brien, ed., *Global Unions*, Routledge, 2002)。

われわれはまた、各国をつなぐ南対南の労働者同士の交流も追求した。例えば、中米の輸出加工区(EPZ)労働者がアジアのカウンターパートと会ったことは、その少ない経験のひとつである。

1997年にアジア金融危機が起こった。最初にタイではじまり、その後アジアの他の場所に広がった。インドネシアでは、民衆蜂起が独裁政治を取り除き、新たな労働組合を生み出した。しかし、余剰人員となり、インフォーマル化された多数の労働者にとって生活はますます厳しくなっていた。

ここで時計を巻き戻すと一労働者は、多くを要求しすぎるなどと言われる。弾力性が生産を増大させるのに対して、それは生産コストを損なうと。集団的行動を通じてではなく、個人々のハードワークが唯一の逃げ道とされる。その結果は、アジア開発銀

行の言葉を借りれば、過去10年間に所得の不均衡が拡大したということになる。(The *Economist*, 11-17, Aug 2007)。

ネオ・リベラリズム(新自由主義)に立ち向かうための幅広い運動が生み出された。AMRCは多くのNGOや労働組合とともに、2005年の世界貿易機関(WTO)反対行動のホストを務めた。

AMRCはまた、アジア太平洋経済協力(APEC)、アジア欧州会合(ASEM)、世界社会フォーラム(WSF)など、他のイベントに関しても、様々な運動の他のNGOと協力してきた。2004年には、インド・ムンバイで労働問題のいくつかのワークショップを共催している。(World *Social Forum—Challenging Empires*, Viveka Foundation, 2004)。

現在、労働運動の再生について多くの議論が行われている。一方で、労働組合は合併を通じてより大きくなりつつある一国際労働組合連合(ITUC)、全米縫製繊維産業労組(UNITE)/全米鉄鋼労組の国際イニシアティブ、国際産業別労組組織(GUF)。彼らは、多国籍企業がそうであるようにグローバルにならなければならない、さもないと無意味になってしまうと主張する。(International *Union Rights*, Vol. 14, Issue 2, 2007)。他方で、彼らは、とりわけインフォーマル部門、非正規労働者、女性労働者や移住労働者などの、未組織労働者を組織化する道や手段を見出さなければならない。(Lowell Turner and Daniel Cornfield, ed., *Labour in the New Urban Battlegrounds*, Cornell Press, 2007)。

南においては、インドの全国労働組合イニシアティブ(NTUI)、タイ労働組合の民主連合、インドにおける女性自営業者協会の設立、日本のコミュニティ・ユニオン、ホームネット東南アジアなどの新たなイニシアティブの成長は、わずかな事例でしかない。

国境を越えた連帯はいまではより頻繁になっており、また、ここには多数の中国の労働者やNGOが参加している。これは5年前には不可能なことだった。

グローバリゼーションのもとで労働の復活のためにがんばろう。



AMRCの簡単な歴史

設立:アジアにおけるアメリカの行動の正義・平和への影響

AMRCは今日、香港、アジア地域および国際的な労働問題に取り組み、また、アジアに関連した情報サービスを提供する、独立した非政府組織(NGO)である。その唯一の事務所は香港にあり、そこで慈善団体の認証を受けた株式会社として登録されている。

AMRCは、1976年9月に、アジア/北アメリカ・コミュニケーションズ・センターあるいはA/NACCと呼ばれるNGOとして設立された。香港に住み働いていた二人のアメリカ人、Tom FentonとMary Heffronは、アメリカの投資の東南アジアにおける影響に関心を持っており、東南・東アジアにおけるアメリカの経済活動の影響を記録し、監視し、調査研究するためのセンターを共同で設立した。彼らにとってのセンターの目的は、当時のキリスト教正義と平和ミッションに基づいたものであり、教会関連の資金団体に支援されていた。創設者たちは、社会的に無視された人々の生活の権利と正義を改善させることを目的として、アジアと北アメリカにおける様々な進歩的社会的運動のためのツールとしての確かつ利用しやすい情報の必要性を感じたのである。

その最初の3年間の間にセンターは、アジア太平洋におけるすべての外国の経済活動に関する監視および調査研究を含める必要性に気付き、その活動範囲を広げた。したがって、情報収集活動には、外国の投資はもちろん、貿易、援助や融資も含められるようになった。アメリカだけでなくヨーロッパや日本の行動も対象になった。また、経済活動だけでなく、アジアにおける外国の政治的および軍事的活動の影響も含めるように拡張された。

A/NACCはその後、アジアにおける外国の活動に関する一生涯データと情報源双方の一情報を系

統的に収集および体系化することに関心を持つようになった。これには、注意深く構成された季刊の総合情報誌『Asia Monitor』と、いくつかのアジア諸国における外国の経済活動に対するリサーチ・ガイドの発行が含まれた。センターはまた、参考資料や定期的文庫目録、新聞切り抜き、調査研究、トレーニング、執筆および様々な支援活動などを含むサービスも提供した。この時点で、多くの人がA/NACCがドキュメンテーション・センターの中核になるべきだと理解した。

その拡張された視野を反映すべく、1981年に、センターの名称はアジア・モニター・リソースセンター(AMRC)に変更された。

アジアの新たな労働・社会権利運動に向けた目標の変更

1982年と1983年の間に、AMRCは、その目標、プログラム、管理および権能の見直しを体験した。地域の草の根の人々の利益に奉仕し、アジアの進歩的社会的運動の利益、観点および必要性に導かれる、アジアを基礎とした国際主義者のグループになることを望んだのである。確固とした構成基盤の確立をめざして、労働組合と労働NGOのための調査研究、記録、出版およびトレーニング活動を志向するという意識的な決定が1983年になされた。1984年に、『Asia Monitor』と似た体裁の体系化された総合情報誌ではあるが、アジアの労働運動に直接関連した、またはアジアの労働運動の情報を内容とする『Asia Labour Monitor』が発刊された。この地域における外国の投資に関する記録は、労働者および労働運動に対する影響により焦点があてられた。AMRCのスタッフにとって、労働運動こそが、開発途上にあるアジアにおける外国の経済活動のネガティブな側面に立ち向かうアクティブな力を代表しており、彼らは理論的あるいは周縁的なキャンペーンやアドボカシーではなく現実

的な闘争に従事しているということが、ますます明らかになりつつあった。同様に重要なことは、労働組合は情報に不足し、情報源に気付かず、また、調査研究や文書化能力を持っていないことがしばしばあるということである。

労働組合活動家や労働NGOを支援する活動に焦点をあてるという1983年の決定は、日本の経済大国としての台頭やアジアの新興工業国群(NICs)の出現など、1980年代にこの地域で生じた重要な経済的出来事の文脈のなかでなされたものだった。中国は、経済的・政治的地殻変動を体験していた。この時期の世界銀行や国際通貨基金の構造調整プログラムのもとの輸出加工区(EPZs)の広範な増加によって、国内的には田舎から都会へ、また国境を超えて、主に女性からなる移住労働者の大量移動がみられた。世界が1990年代にみることとなったグローバル化のエンジンは、より高速にシフトした。けれども、労働組合主義、労働権、雇用やジェンダーの問題を分析し、また関連する情報を収集する研究所は、この地域にはわずかしかなかった。

季刊誌の発行に加えて、アジアにおけるアメリカ軍、アジアの化学ハザードや農業における土地改革に関する、長期調査や記録プロジェクトが取り組まれた。すべての資金、センターの活動への関心の大部分はアジアの外部からもたらされたが、スタッフはこの地域のなかに基盤を確立すべく自覚的に活動した。これは一定程度達成できたが、NGOやそれと関係をもつ専門家、マクロ経済問題に取り組む活動家の比較的小さなサークルが存在していることが明らかになった。大量の情報が流布されていたものの、どちらかという閉ざされたサークルであって、個々は「余計な世話焼き」になる危険性があった。

活動の拡張：労働安全衛生と出版

AMRCにとっての一アジアにおける進歩的社会的活動や労働者グループとのアドボカシーやネットワークの新しい領域が始まったのは、化学物質(Cheical Hazards)プロジェクトからだっ

た。スタッフによって、参加型「行動志向型(action-oriented)リサーチ」活動モデルが追求された。

化学物質プロジェクトは、自らを労働運動支援に固く志向させるというAMRCの決定の反映のひとつであり、いくつかの労働組合や労働NGOからのAMRCの情報に対する大きな関心を引き寄せた。このリサーチ・プロジェクトは、労働安全衛生(OSH)に関するプログラムに焦点をあてることとなった。AMRCは、この課題に関する情報を確認、提供し、また、基礎的なOSH教育に携わる能力を開発した。ひとつの調査・出版プロジェクトから、『電子産業における健康ハザード』という本が生まれた。香港の他の関係団体と共同で、一連のOSHワークショップが組織され、首尾よくいった。

1986年に、『Asia Labour Monitor (ALM)』の読者による、その目的および活用に関する掘り下げたレビューが実施された。それは、アジアで進歩的・民主的労働運動のための新たな闘争の闘争のなかで数多くの運動が行われた時期だった。AMRCはこの雑誌を、より分析的、徹底的にアジアの労働運動に関連した重要問題に焦点をあて、情報誌よりも長い有効寿命を持つ、より利用しやすい本に転嫁することを決定した。個々の出版物が、共同作業のための援助や提案の求めに応じて、地域の労働組合または労働者支援グループと協力して展開する、より幅広い調査プロジェクトの一部であるならば、この作業ははるかに大きな影響力を持つだろうと理解された。

ALMブックスはほとんど例外なく、完成するのに計画よりも時間がかかり、予定よりも長大なものとなった。これは、このシリーズが常に予定よりも遅れたことを意味している。いずれにせよ、多数のショートレポートやパンフレットに加えて、約10タイトルが制作された。

1990年にAMRCは、ALMブック・シリーズは放棄することなしに、定期的ニューズレターとして『Asia Labour Monitor (ALM)』を再刊行した。AMRCは、この地域のネットワークから未公表だった大量の重大なアジア労働ニュースを受け取っているし、定期的に外部に対してアイデンティティを示すことなく個々の本を出版する間の期間のギャップ

をAMRCから取り払ったと感じた。ALUは刊行以来規模と影響力を拡大しており、読者によれば、アジアの労働グループの間での情報・分析の交換における著しいギャップを埋めてきた。

AMRCは課題別地域ネットワークを確立

● ANROAV

バンコク（ケーダー）と深圳（ジリ）における二つの大きな玩具工場火災の結果、被災者に対する補償とよりよい労働安全衛生のために闘う、地元のグループとの意識的な取り組みが展開され、アジアの労災被災者の権利のためのネットワーク（ANROAV）と呼ばれる被災者グループ、関係団体、労働組合のネットワークが設立された。ANROAVはアジア全体16か国/地域において、国際的および国レベルのキャンペーンを開始し、また、労働安全衛生グループや被災者組織の設立を支援している。

● アジア多国籍企業（ATNC）監視ネットワーク

AMRCの伝統的な多国籍企業（TNCs）監視活動を拡張するための会合が2002年にバンコクで開催され、この地域と世界の他の部分で有害な活動を行っているアジア多国籍企業の出現に立ち向かう新たなネットワークが設立された。過去5年間に、たくさんの調査、キャンペーン、トレーニングが実施されている。

● 中国プロジェクト

香港は戦略的に中国内に位置しており、中国の労働者のための調査、ネットワーキング、キャンペーンを行うのに絶好の場所である。1994年以来、AMRCは、労働活動家や研究者が中国における労働問題の情報や議論を交換するプラットフォームを提供する重要な役割を果たしてきた。AMRCは1986年にこの領域の取り組みを開始し、この年、出版やネットワーキング、アドボカシーなどによって、中国における労働者の生活や権利に対するグローバル化の影響を検証した世界で最初の団体のひとつとなった。AMRCは、中国内により信頼できる多数の連絡先を確保しており、新しい労働NGOの設立や中国内の活動家の情報や経験の

交流を支援している。

草の根運動のための新しいテクノロジー

AMRCは、1980年代はじめに自らの活動にコンピュータを導入した（世界で）最初のNGOのひとつであり、その情報や連絡の有用なツールとしてのNGOや労働組合にとっての利益に気付いた。AMRCは、パイオニアとしてのスキルに基づいて、他のグループからコンピュータ化の導入の支援を求められた。1984年にAMRCは、コンピュータの可能性を探る国際的な情報センターのネットワークであるINTERDOCの設立に加わった。AMRCは1980年代後半に、このネットワークの国際コーディネーターになった。

AMRCは、その幅広い情報活用教育サービスの一環として、コンピュータの活用と情報、ドキュメンテーション、データベース検索などのトレーニング・プログラムを開始した。たくさんの人が技術的アドバイスを求めて訪れ、アジア各地で労働組合やNGO活動家向けのトレーニングが実施された。AMRCは、ひとつはNGOのための、もうひとつは労働NGOだけを対象にした、二つの重要な会議の共同開催者となった。

この分野におけるAMRCの名声は1991年まで高まり、この年にコンピュータ・スキルをもった最後のスタッフが離れ、替わりのスタッフは入らなかった。それ以降、コンピュータ・トレーニングへのAMRCの関わりは減り、そしてなくなった。

1990年にAMRCはまた、民衆志向のビデオ制作の支援事業に乗り出した。オーディオ・ビジュアル・メディアにおける草の根のイニシアティブを支援し、オーディオ・ビジュアル・メディアによるドキュメンテーションを促進している、カナダ登録の国際NGOであるVideazimutの運営グループに指名されて、AMRCは、アジアの独立的またはオールタナティブなビデオ制作者の会議を組織した。これは、この種の最初のものであり、ビデオ制作者たちのインフォーマルなネットワークの形成につながった。しかし、当時のディレクターがいなくなっからは、積極的なフォローアップはなされていない。

外部環境との関係

1980年代にAMRCは、直接または間接的に、アジアにおけるアメリカ軍、香港における住宅問題、政府の貧弱な労働安全統計、フィリピンにおけるマルコス独裁政権反対キャンペーン、民主の壁（北京の春）運動や天安門民主化運動などの、幅広いキャンペーンや活動に関わっていた。AMRCはその役割のひとつとして、これらの進歩的運動を国際社会の他の志を同じくするグループと結び付けることがあることを知った。これらの課題のいくつかは、組織全体でというよりも、たった一人のスタッフ・メンバーが参加しているというかたちだった。

1981年に、一人のスタッフ・メンバーが香港政府からビザの更新を拒否された。AMRCは、この決定を撤回させるキャンペーンのなかで、その組織的重要性を訴えた。これは切り離された出来事ではなく、このようなことを黙認すれば、将来すべてのNGOの活動を困難にすると考えたのである。キャンペーンは失敗したが、高い評価を得、政府は大変ばつが悪い思いをした。

結果としてAMRCに対する政府の監視は強まった。組織の非営利団体としての登録が脅威にさらされ、長期の裁判闘争が続き、最終的にAMRC慈善団体としての地位を獲得した。海外からのスタッフのビザの問題は残され、膨大な管理業務を必要としたが、結果的にほとんどすべて与えられた。政府からの敵意が背景にあったものの、AMRCは拡張し続け、1984年により広く便利な場所に移転した。2004年にAMRCは、上環地区の現在の場所へ再び移転した。

組織的運営の強化

AMRCの法的地位に関する政府からの挑戦は、AMRCの法的および運営体制の見直しを迫った。パートナーシップとして、組織とその試算は法的にパートナーとして登録されたスタッフの管理のもとに置かれることとなった。透明性と完全性を確保するために、慈善団体としての地位を確保したうえで

の株式会社というより確立されたかたちで登記するという決定がなされた。この体制のもとでAMRCの最高運営機関は、所有権のない株主に相当する会員評議会および理事会である。包括的な団体規約で、AMRCの合法的にできる活動や従わなければならない法的手続が定められた。この形式での登記は1986年に完了した。会員はスタッフおよびスタッフ以外の諸個人から選ばれ、個人以外はAMRCのいかなる資産も所有せず、また、法的責任も負わない。

AMRCの包括的な方針や方向性を創り出すのに、AMRCの基盤である地域の労働者の代表が参加する機構を確立するという目的で、1988年に最初の地域評議会（RC）が設立された。彼らは、南アジアといった主なサブリージョンから選ばれ、労働安全衛生、ジェンダー、等々の分野で活動されている方々である。会合は、当初の2年毎から毎年開催されるようになっていく。

A/NACCの当初の資金はほぼすべて、1970年代後半に企業責任に関心を持った、アメリカの教会グループからのものだった。AMRCのスタッフは資金源を労働組合や開発基金、個人人や学術団体に広げた。1984年までAMRCは、資金を主にヨーロッパから調達した。

AMRCはその歴史のなかで、何度かその規模を拡大したり、縮小したりしてきた。1976年の2人からはじまり、1987年には、様々な諸国や部門からの11人プラス臨時のインターンにまで増えた。そのスタッフのより多くをアジアの労働運動を背景とする人々にすることによって、AMRCをより「真の」アジアにするための努力が続けられた。

スタッフの数が増えると、職務の仕切りをより明確にすることが必要となってくる。1980年代には、管理、出版、情報およびトレーニングの4つの主要な業務区分にわけられ、その後1990年代半ばに中国プロジェクトが加えられた。2006年に新たな体制が施行され、労働のインフォーマル化、資本の移動、有害な産業、インターンシップ/トレーニングなどの特定の課題別の統合されたチームワークが確立された。管理業務はディレクターによって調整さ



れている。 <http://www.amrc.org.hk/>

本誌7月号59頁で紹介したように、全国安全センターは労働者住民医療機関連絡会議と協力して、『頸肩腕障害などの上肢障害認定マニュアル』を出版した(1,800円+税)。幸い好評を博しているが、本号では、同書にも収めている、日本産業衛生学会頸肩腕障害研究会が2006年12月14日にまとめた、「2007年版 頸肩腕障害の定義・診断基準・病像」の内容を紹介する(紙幅の関係で文献、参考資料等は割愛した)。もともとは同学会の『産業衛生学雑誌』2007年第49巻第2号A13～A32に公表されたものである。これらの活用やさらなる検討のためにも、上記『認定マニュアル』をぜひ参考にさせていただきたい。

なお、東京労働安全衛生センターでは、三橋徹医師(ひらの亀戸ひまわり診療所)を中心に、3か月に一度のペースで「作業関連筋骨格系障害研究科い」を開催しており、興味のある方は同センターにご連絡していただきたい。



「頸肩腕障害の定義・診断基準・病像等に関する提案について」

2006.12.14 日本産業衛生学会頸肩腕障害研究会

1. はじめに

我が国において、当初キーパンチャー病として1950年代末より社会問題化した新たな健康障害は、70年代初頭に日本産業衛生学会頸肩腕症候群委員会によって、その概念が定義と病像分類として要約された^{1,2)}。爾来30余年、定義と病像分類は頸肩腕障害を理解する上での基本的な指針となってきた。一方、欧米豪諸国においても80年代後半以降、頸肩腕障害と同様な障害の多発が契機となって、作業と関連する筋骨格系障害を対象とする研究や取組みが急速に進展した。近年、産業現場における筋骨格系の障害は包括的に作業関連筋骨格系障害 (Work-related musculoskeletal disorders) として把握されることが一般的となった³⁾。また作業と関連する慢性筋痛の病態解明に向けた研究も進み、病理プロセスを統合した詳細なモデルが提唱されるに至った。さ

らに、近年の大きな変化として、障害の名称や病態などに関する見解を異にしてきた我が国の整形外科分野において、「作業関連の要因が原因と考えられる症例を『頸肩腕障害』とする」との考え方が提案されたことが挙げられる。

今日、これらの経緯を踏まえて頸肩腕障害の定義と病像分類を再度吟味すると、後述のように、その先見的な意義があらためて高く評価される一方、問題点も少なからず指摘される。それゆえ、日本産業衛生学会頸肩腕障害研究会では、2004年4月以降、拡大世話人会を組織し、頸肩腕障害の定義・診断基準・病像等に関する検討を重ねてきた。主な検討内容は、①従来の定義・病像分類の意義と問題点、②改訂の必要性、③検討課題の構成(定義・診断基準・病像・病態論)、④定義の改訂、⑤実用的な診断基準の作成、⑥定義や診断基準の背景となる病像と病態論などであった。世話人会で議論した内容は、数回の研究会において継続して提案され、参加者との意見交換を積み重ねた。

今回、このような取組みを経て、①頸肩腕障害の定義、②頸肩腕障害の診断基準、③頸肩腕障害(非特異的障害)の病像、の3文書を頸肩腕障害研究会として提案する。本提案の内容は、今後の研究の進展に応じて、当然適宜改訂されるべき性格のものである。

本提案が、頸肩腕障害に苦しむ人々の保有する諸課題の解決に向けて、少しでも役立つことを期待したい。

文書作成を担った拡大世話人会には以下のメンバーが参加した。

小野雄一郎

藤田保健衛生大学医学部公衆衛生学(世話人)

埴田和史

滋賀医科大学社会医学講座予防医学(世話人)

中石仁

医療コンサルティングYNMedical(世話人)

車谷典男

奈良県立医科大学地域健康医学(世話人)

宇土博

広島文教女子大学(世話人)

福地保馬

藤女子大大学院人間生活学研究科(世話人)

中田実

金沢医科大学健康生態医学分野社会環境保健医学(世話人)

三橋徹

ひらの亀戸ひまわり診療所

舟橋敦

マツダ健康推進センター

北原照代

滋賀医科大学社会医学講座予防医学

2. 従来の定義と病像分類の意義について

日本産業衛生学会頸肩腕症候群委員会が1972年の報告書¹⁾において提案した頸肩腕障害

の定義と病像は、産業現場に生じていた新たな健康問題の存在を明確にするとともに、今日の「作業関連性」の考え方に通じる視点や、「障害」の概念、疲労の関与の可能性などを先見的に提起した点で、画期的なものであったと評価される。その概要^{1, 2)}は以下のように考えられる。

- ① 産業現場に生じていた、従来の尺度では判断しがたい健康問題の存在を新たに定義づけるとともに、発症者の病状に対応した病像分類を提唱した。
- ② 上肢を同一肢位に保持または反復して使用する業務において障害が発症すること、また精神的因子・環境因子などの多要因が発症に関与することを明記した。すなわち、今日の「作業関連性」の考え方に通じる視点を提唱した。
- ③ 「必ずしも頸肩腕に限定されない自覚症状が主体」である初期段階を含む「障害」として問題を広く把握し、産業現場の早期予防的対策を促がす考え方を提唱した。
- ④ 筋や神経の疲労性の障害であるとの考え方を提唱した。
- ⑤ 障害の進行によって単に筋骨格系の部分的障害にとどまらず、全身的かつ多様な障害を生じうることを提示した。

3. 従来の定義と病像分類の問題点について

上述のごとく頸肩腕症候群委員会による定義と病像分類はきわめて先見的な意義を有するものであった。しかし、提唱からすでに30余年が過ぎ、その後の海外の動向、研究・取組みの進展、作業関連障害の考え方の導入などを経た今日の時点では、定義と病像分類の問題点も指摘されるようになった。その概要を①複雑な定義と病像分類の問題、②定義における個々の内容・表現の問題、③病像分類の内容の問題、④運用上の問題に要約して、以下に述べる。

① 複雑な定義と病像分類の問題

障害の複雑な実態を反映して、定義、病像分類ともに記載内容が複雑であり、結果的に、臨床的

な診断、疫学研究いずれのアウトカムとしても「頸肩腕障害」の名称を使いにくく、また異なる医師・研究者間における診断基準の均質性が保証され難いとの意見がある。他方、定義や病像分類は、本来臨床診断を目的として作られたものではないとの見解もある。いずれにしても、臨床現場や研究における診断上の困難さは解消されていない。

② 定義の個々の内容・表現の問題

定義では、頸肩腕障害は「業務による障害」であり、「上肢を同一肢位に保持、または反復使用する作業」により生ずる障害であると記載されている。しかし、これまでに報告された多様な業務や作業内容を考慮すると、作業内容を同一肢位保持と反復使用に限定すべきではない。例えば、労災認定基準の事務連絡⁴⁾において、「職場における頸肩腕症候群予防対策に関する報告書」⁵⁾を踏まえて、「頸部や肩の動きが少なく姿勢が拘束される作業」や、「上肢等の特定の部位に負担のかかる状態で行う作業」における障害の発生が指摘されているように、多様な作業態様を包含しうる記載内容へと改訂すべきである。

また、病像形成において「精神的因子および環境因子の関与も無視し得ない」と記載されているが、「精神的因子および環境因子」との用語では、影響の大きな要因として今日重視されている「心理社会的要因やストレス」の問題を的確に表現しきれていないと思われる。

頸肩腕障害は「神経・筋疲労を生じる結果おこる」と定義に述べられている。しかし、「神経疲労」については医学用語として今日必ずしも一般的ではなく、医学辞書においてもnervous fatigue、nervous exhaustion、mental fatigueなど多義にわたる意義が記載されており、また該当する病態生理学的内容も明確ではないため、用語としての再吟味が必要である。

さらに、頸肩腕障害には「従来の成書にみられる疾患(腱鞘炎、関節炎、斜角筋症候群など)も含まれる」とされているが、この「含まれる」との考え方に関して、今日の特異的筋骨格系障害、非特異的筋骨格系障害の分類法との整合性を吟味すべき

であろう。

定義の最後には「新たな観点に立った診断基準が必要である」と記載されているが、この「診断基準」の内容が病像分類のことを指しているの可否かは不明確である。仮に病像分類を「診断基準」として用いた場合でも、その内容が複雑であり、①に指摘したような問題がある。

③ 病像分類の内容の問題

病像分類の個々の内容についても、a. 症度区分の妥当性、b. 内容・表現、c. 活用などに関して問題が指摘されている。a.については、健康な状態や予防的観点に基づいて疲労期や回復期も加えるべきではないか、初期・進行期・休業治療期などの病期区分の観点と病像分類のI~Vとの調整が必要ではないか、IVbの分類内容は軽度の段階からでも生じうるので位置づけを変更してはどうか、などの指摘がある。b.については、自覚症状が軽視されている、症状に関する表現が明確でない、多数の患者の診察経験を有する臨床家が重視する項目を含めるべきだ、などの指摘がある。c.活用上の問題としては、作業や日常生活の支障、予後、対策等との対応が明確でない、筋硬結・圧痛など再現性の高い診察をしにくい項目がある、などが指摘されている。なお、病像分類の内容の問題と対応については、頸肩腕障害(非特異的障害)の病像の文書中の表4に詳述した。

④ 運用上の問題

産業現場での予防的対応、診療場面、疫学的調査研究などにおいて使用可能な実用的診断基準がない。この背景には①に示した定義と病像分類の複雑さの問題がある。

また、障害の作業関連性を判断する指針が明確でないことも問題であり、頸肩腕障害発症者をめぐる個別の対応や職場対策の実施において困難を生じる大きな要因となっている。

4. 定義と病像分類の改訂の必要性

以上に述べたように、従来の頸肩腕障害の定

義と病像分類には少なからぬ問題が生じているため、その改訂が必要と判断される。また、今日の基本的包括的な概念としての作業関連筋骨格系障害と整合する考え方を提示することや、非特異的筋骨格系障害に相当する作業関連慢性筋痛の病態生理に関する近年の研究成果を定義や病像に反映させることも、新たな課題と考えられる。加えて、以前と同様に非特異的な筋骨格系障害について我が国から情報を発信すべき状況が存

在していることも重視される。例えば、欧州の研究者の意見の集大成のひとつであるSluiter et al⁶⁾の研究報告においても、非特異的の上肢筋骨格系障害の概念形成が未だに不十分であり、定義や診断基準の提唱には到達していない。非特異的筋骨格系障害が最初に多発し、取組みの歴史の長い我が国の考え方を国際的に発信することが今後も必要と考えられる。

文献—省略

頸肩腕障害の定義 2007

2006.12.14 日本産業衛生学会頸肩腕障害研究会

1. 定義

頸肩腕障害は、作業態様に関わる負荷が上肢系の筋骨格系組織に作用することにより生ずる機能的または器質的障害である。

2. 定義の基本的概念および用語の説明

1) 頸肩腕障害は、上肢系作業関連筋骨格系障害(別称:上肢系作業関連運動器障害)に該当する。即ち、作業態様に関わる負荷が上肢系の筋骨格系組織に作用することがその発生や増悪の一要因となる多要因性の障害である。

2) 用語

- (1) 「作業」は賃労働における作業を主とするが、それ以外の作業をも含む。例えば、自宅でのコンピュータ作業、家事、日曜大工なども含む。
- (2) 「作業態様」は作業の方法(やり方)を意味する。「作業態様」には作業の上肢系における、反復動作・力の発揮・偏った姿勢(肢位)・拘束された姿勢(肢位)などの項目が含まれる。これらの「作業態様」は作業の持続、作業と休息の比率、回復時間の不足などの「時間的要因」

と密接に結びついて、生体への「作業態様に関わる負荷」を形成する。「作業態様に関わる負荷」とは、「作業態様」に「時間的要因」が結合した結果としての負荷である。「作業態様」はすでにその定義の一部に時間的な特性を含むが、さらに作業の速度や持続時間の長さ、作業と休息の比率、回復時間の不足などの「時間的要因」と結びつくことで「作業態様に関わる負荷」を形成する。「時間的要因」は負荷による生体影響の蓄積的過程を左右するため、障害の発症上必須な要因である。

- (3) 「作業態様に関わる負荷」およびその影響を変容し、障害の発症や遷延化などに関与する要因としては、寒冷・騒音などの作業環境要因、作業編成・ストレス等を含む心理社会的要因などが挙げられる。一方、体力・健康状態などの個人的な要因によって作業要因の影響の大きさが変化する場合もある。
- (4) 「上肢系」とは後頭部、頸部、肩甲帯、上背部、前胸部、上腕、前腕、手、手指などを含む部位である。
- (5) 「筋骨格系組織」とは筋、腱、腱鞘、靭帯、骨、関節、神経などの組織を意味する。
- (6) 「生ずる」には、(障害が)「発生すること」および「増悪すること」が含まれる。

(7) 「頸肩腕障害」の表記については、頸肩腕症候群による名称や頸肩腕障害研究会において「頸」が使用されてきた経緯および関連する行政上の文書において「頸」が使用されている状況を考慮し、「頸」の文字を使用する。ただし、略字である「頸」を使用した場合においても、本障害に関する定義の概念は同一であり、略字の使用を否定するものではない。

3) 本障害は作業関連性のある上肢系筋骨格系障害のすべての非特異的障害および特異的障害を含む。「非特異的筋骨格系障害」については補足説明および病像の文書において詳述する。また、「特異的筋骨格系障害」とは「特定の限定された部位の障害で、独立した臨床疾患としての診断病名を有する筋骨格系障害」を意味する。

すなわち、頸肩腕障害（上肢系作業関連筋骨格系障害）には、少なくとも以下に例示する多様な障害が含まれる。

非特異的障害

特異的障害（以下の諸障害を含む）

肩腱板症候群、肩関節周囲炎、上腕骨上顆炎（外側と内側）、肘部の尺骨神経圧迫（肘部管症候群）、橈骨神経の圧迫（橈骨管症候群）、前腕・手関節部の屈筋・伸筋の腱周囲炎や腱鞘炎、de Quervain病、手根管症候群、手関節部の尺骨神経圧迫（Guyon管症候群）、上肢関節（肘、手関節、CMC関節、PIP関節、DIP関節、IP関節）の変形性関節症、胸郭出口症候群、頸椎症、局所性ジストニアなど

但し、以上に例示されていない障害も今後の研究により本障害に含まれる可能性がある。

なお、振動障害のうち、肘や上肢全般の筋骨格系障害を頸肩腕障害に含める。

4) 線維筋痛症候群、慢性疲労症候群の作業関連性についての判断を現時点では留保する。但し、就労者が線維筋痛症候群や、慢性疲労症候群との診断を受けた場合であっても、作業関連筋骨格系障害の存在を即座に否定するべ

きではない。

5) 本障害の表記法を「頸肩腕障害（非特異的障害、特異的障害に該当する疾患名の列記）」の形式とする。すなわち、頸肩腕障害に含まれる障害のうち、対象者について該当する障害を括弧内に列記する。

例 頸肩腕障害（de Quervain病、手根管症候群）。

非特異的障害と特異的障害が併存する場合は、例えば「頸肩腕障害（非特異的障害、手根管症候群）」の様に表記する。

また、非特異的障害のみの場合は「頸肩腕障害（非特異的障害）」とするが、括弧を記載しない「頸肩腕障害」の表記でも良いこととする。

3. 定義の解説

1) 歴史的経緯

頸肩腕障害の概念（定義・病像）は我が国において1970年代に世界に先駆けて提唱された^{1,2)}。その後、頸肩腕障害はOccupational Cervicobrachial Disorder (OCD)と翻訳されて国際的に用いられてきた。その一方で頸肩腕障害は作業とは関連のない原因（頸椎症の前状態、精神的問題を含む素因、特殊な社会的背景など）に由来し、我が国に固有な問題であるとの説も根強く唱えられてきた。

しかし、1980年代になると海外においてもRSI (Repetitive Strain Injury) やCTD (Cumulative Trauma Disorder) など、頸肩腕障害に類似した障害が社会問題化した。この経過の中で、上肢系の反復や肢位の拘束などの作業に関連して非特異的な筋骨格系障害が生じるとの共通認識が世界的に形成されるとともに、整形外科分野などで従来から治療の対象となってきた多様な障害の作業との関連性が指摘されるようになった。近年、作業関連性を有すると考えられる多様な筋骨格系障害を包括的に表す用語としては作業関連筋骨格系障害 (Work-related musculoskeletal disorders) が国際的に広く使用されるようになった

3) 今日、このような経緯を踏まえ、頸肩腕障害を上肢系作業関連筋骨格系障害として扱うべき状況になったものと判断される。

また、近年の我が国の臨床分野における重要な動向として、日本整形外科学会産業医委員会（現労働産業委員会）が「頸肩腕症候群のうち、作業関連の要因が原因と考えられる症例を『頸肩腕障害』とすることを提案するとともに、合わせて「作業関連病」の概念を提示」するに至ったことが挙げられる⁴⁾。従来、頸肩腕障害に対応する診断名として「頸肩腕症候群」を使用し、業務起因性の考え方をめぐって産業保健分野とは意見を異にすることが少なくなかった整形外科分野におけるこのような変化によって、障害の概念や対処法などに関する産業保健分野との更なる共通認識の形成が期待される状況となった。

一方、頸肩腕障害の病像の背景となる病態の解明に向けては、非特異的な慢性筋痛障害の病態について、筋・神経系を中心とする病理プロセスを統合した詳細なモデルが近年提唱されるに至った⁵⁾。また、そのモデルを根拠づける知見として、反復動作における筋の病態生理、筋・神経系における悪性サイクル、末梢・中枢神経系における感作、自律神経系の関与など、多彩なネットワークを形成する病態の研究が進展しつつある。これらの研究は、70年代に提唱された頸肩腕障害の定義や病像を裏付ける成果を提示するとともに、さらに今日の時点に立った新たな頸肩腕障害の定義・病像・診断基準作成の必要性を示唆している。

2) 「作業関連障害(作業関連疾患)」について

作業関連障害(作業関連疾患)は、障害(疾患)の発症や増悪に関与する要因が多種多様であり、そのひとつが作業に関わる要因であるとみなされる障害(疾患)の総称である。

作業関連障害(作業関連疾患)は作業と関連して発症もしくは悪化する障害(疾患)を広く含み、多くの要因のうちひとつでも作業に関わる要因が発症や増悪に関連していると判断されれば、作業関連障害(作業関連疾患)とみなすことができる。すなわち、作業関連障害(作業関連疾患)は、職業

が原因となって発症する職業病のみを意味するものではない。作業と障害との関連については頸肩腕障害の診断基準の(3)時間的関連、(4)作業の関与などに従って判断する。

なお、作業関連性を有する筋骨格系の問題については一般に、「疾患」diseaseよりも「障害」disorderの用語が用いられる。「障害」は明確な疾患段階とともに、健康状態からの軽度の逸脱や疾患の前段階をも広く含む用語として使用される。

3) 「心理社会的要因」について

一般に心理社会的要因の内容としては、職場のストレスに関わる職務の心理的要求度(時間的切迫、職務の多様性、負荷量)、職務内容(職務の意義、統合度)、意思決定の裁量度(作業速度や休息の制御)、役割の明確度、社会的な支援(上司や同僚からの援助・協力)、職務の満足度などが含まれる⁶⁻⁸⁾。ここで、客観的な職務・作業編成要因(作業の編成・監督・遂行の状況など)の部分のみでなく、これらの要因に対する作業者の主観的なとらえ方や作業者の情動への反映をも含む概念として心理社会的要因は解釈されている点が注視される³⁾。例えば、作業に対する感情的努力、不安定雇用などの職場における状況と関連して生じる不安や緊張などは、心理社会的要因として理解されるべき事項である。

今日、上肢系の作業筋骨格系障害発症・悪化に関与するストレスを、心理的要求度、意思決定の裁量度、社会的支援などの観点から評価する考え方が一般的となっている⁸⁾。我が国においては1960年代に電話交換士に頸肩腕障害が多発した要因として、作業員に対する背面からの監視による作業員のストレスや緊張の増大が指摘されてきた。近年の病態研究においても、慢性的な非特異的慢性筋痛症の発症過程に関して、交感神経系の賦活化を通じた筋緊張の亢進や僧帽筋血流の低下による障害の進行など、ストレス要因の影響が指摘されてきている⁵⁾。

4) 「個人的要因」について

一般に性、年齢、体格(身長、体重、BMI、手指・

手関節部の形状など)、体力、既往症、妊娠、薬剤服用、喫煙、遺伝的特性、利き腕などが個人的要因として扱われる^{3,6,7)}。一方、不安、精神的緊張などの心理的指標については、作業編成や社会的な要因が作業個人心理に投影された状況、すなわち心理社会的要因として把握されるべき場合が多いと想定される。それゆえ、遺伝や人格等によってあらかじめ規定された個人的要因として心理的指標を取扱うことは、職場の心理社会的要因の軽視につながる危険性があり、注意を要する。

5) 「非特異的筋骨格系障害」について

「非特異的筋骨格系障害」は近年、欧米の専門誌において「特異的障害(特定の限定された部位の障害で、独立した臨床疾患としての診断病名を有する障害)」では把握しきれない筋骨格系障害の呼称として広く使用されている。Sluiter et al⁸⁾は、非特異的上肢筋骨格系障害について「特異的上肢筋骨格系障害のいずれかに特有な症状と徴候の組み合わせでは根拠づけられない、筋、腱、神経、関節の疼痛を一般的な特徴とするものである(他の症状が併存する場合もある)」と記載している。1970年代に日本産業衛生学会頸肩腕症候群委員会は、頸肩腕障害の定義および病像において従来の臨床医学的な特異的疾患の考え方では把握しきれない障害、すなわち「非特異的障害」を主体とする筋骨格系障害の概念を新たに提起した。

これまでの研究報告⁸⁻¹⁰⁾や産業現場の経験からは、上肢系作業負荷と関連する筋骨格系障害では「特異的障害」よりも「非特異的障害」の占める割合がはるかに大きいものと考えられ、作業関連筋骨格系障害は本来的に「非特異的」なものであるとの見解も示されている¹¹⁾。

6) 「特異的筋骨格系障害」の中の「肩関節周囲炎」、「胸郭出口症候群」、「頸椎症」、「局所性ジストニア」の取り扱いについて

(1) 「肩関節周囲炎」: 肩関節周囲炎には肩関節の腱板炎以外に、肩峰下滑液包炎、上腕二頭筋長頭腱炎、烏口突起炎、いわゆる五十

肩(有痛性肩関節制動症)、石灰沈着性腱板炎、結合織炎(fibrositis)など多様な障害が含まれるとされている¹²⁾。上肢筋骨格系障害の診断ガイドライン⁸⁾では特異的作業関連上肢筋骨格系障害のひとつとして肩腱板症候群(Rotator cuff syndrome)をあげ、肩峰下滑液包や二頭筋腱の障害も肩腱板症候群に含めている。また肩腱板症候群の鑑別上の除外疾患として、五十肩や石灰沈着性腱板炎などを記載している。すなわち、肩関節周囲炎と肩腱板症候群は、共通の障害として肩関節の腱板炎、肩峰下滑液包炎、上腕二頭筋長頭腱炎を含みうるが、肩関節周囲炎に包含される五十肩、石灰沈着性腱板炎などは肩腱板症候群の範囲からは除外すべきと判断される。

一方、肩関節周囲炎に包含される結合織炎は「いわゆる肩こり」に該当すると考えられており¹²⁾、上肢負荷の高い職場の作業者に「肩こり」の訴えが高率であることを報告した研究も多い。それゆえ、高い作業負荷の後に生じる肩こりの中には、結合織炎に起因するものも存在するものと予測され、結合織炎を作業関連性障害に包含することが妥当と判断される。また、非特異的筋骨格系障害に伴って生じた肩関節周囲の全般的な痛みが肩関節周囲炎の疾患名で臨床的に取扱われる場合もあると推定される。

以上より、肩関節周囲炎は作業関連性として取扱われるべき各種の障害を包含すると判断されるため、肩腱板症候群とともに特異的作業関連筋骨格系障害に列記した。

なお、肩関節周囲炎の中の五十肩(有痛性肩関節制動症)については、これまで作業関連性に関する研究に乏しく、今後の検討課題と考えられる。

(2) 「胸郭出口症候群」: 頸肩腕障害のこれまでの定義(1973)¹⁾において、頸肩腕障害には「従来の成書に見られる疾患も含まれる」とされ、そのような疾患のひとつとして斜角筋症候群が例示されている。また、頸肩腕障害の病像分類改訂案(1976)²⁾では、IV度の一病像として「整形外科的頸腕症候群の症状が揃ったもの」が上

げられ、頸腕症候群には胸郭出口症候群が包含されている。このように頸肩腕障害、特に非特異的障害は胸郭出口症候群に該当する症状を呈する場合があります、その病態が胸郭出口症候群と部分的に重複する可能性が以前から指摘されてきた¹³⁾。すなわち、我が国の頸肩腕障害研究において胸郭出口症候群は作業と関連する障害に包含されて理解されてきた。

一方、胸郭出口症候群の作業関連性を分析疫学的に根拠づける研究はまだ少ないが、Hagberg et al³⁾は胸郭出口症候群に関する疫学的論文の批判的吟味の結果として、「明確ではないが、作業が胸郭出口症候群の進展と関連するとの根拠がいくつか得られた」と要約している。また近年、胸郭出口症候群を作業関連性障害または作業関連性が示唆される障害として取り扱った症例研究が増えつつある¹⁴⁻¹⁸⁾。

以上のように、胸郭出口症候群の作業関連性の根拠や非特異的障害の病態との関連については今後さらに検討すべき点が少ないが、我が国の頸肩腕障害研究における経緯や、これまでの世界の研究の動向を踏まえ、特異的作業関連筋骨格系障害に含めて記載した。

- (3) 「頸椎症」: 頸椎症は、項頸部等の局所性疼痛を示すもの、頸椎症性神経根症、頸椎症性脊髄症、頸椎椎間板ヘルニアなど、多彩な病態を含むと考えられている¹⁹⁾。

一方、頭部に重量物を乗せる運搬作業や空軍戦闘機パイロットでの疫学研究において、対照群に比べて頸椎の変形が有意に高い割合で見出されたとの報告^{20, 21)}があり、頸椎への力学的負荷が大きい作業状態では頸椎症が生じ得ると考えられる。また整形外科の分野においても、反復性の小外傷や運動が椎間板変性の誘因となることが指摘されており²²⁾、さらに椎間板変性により誘発された骨棘や椎間板ヘルニア等の変形が存在する状態では、頸椎について前屈あるいは後屈させる動作や、屈曲・伸展・回旋位の姿勢の持続など、動的あるいは静的な力学的作業負荷によって症状が発生もしくは増悪する場合があると考えられている²³⁾。

以上から、頸椎症について、作業態様に関わる負荷が障害の発生や増悪の一要因になることがあると判断し、特異的筋骨格系障害に含める。

- (4) 「局所性ジストニア」: 筆記者の書痙、音楽家のジストニアに見られるように、上肢・手指等の反復動作との関連で局所性ジストニアが生じうるとの医学的コンセンサスが概ね存在すると考える²⁴⁾。また、痙性斜頸についても業務との関連性が近年示唆されている²⁵⁾。それゆえ、局所性ジストニアを作業関連筋骨格系障害に含めて取り扱う。

7) 「振動障害」の取り扱いについて

振動障害のうち、肘や上肢全般の筋骨格系障害を頸肩腕障害に含める。その理由として、振動エネルギーのみでなく、振動工具の重量負荷・負荷の大きい把持部位などの作業態様が振動工具使用者の肘や上肢全般の障害の発症に関与する可能性を有することが挙げられる。

なお、振動による循環器障害や末梢神経障害を頸肩腕障害に含めるべきか否かについて、現時点において我が国の当該分野の研究者の間では「含まない」との見解が優勢であるが、意見の一致には至っていない。「含まない」との見解は、振動障害における循環器障害や末梢神経障害が主として物理的要因（局所振動）によるものであり、作業動作・姿勢などの作業態様を主要因とはみなすことができないことをその論拠としている（原因論的見解）。一方、「含む」との見解は、筋骨格系障害の病態には末梢循環や末梢神経系の障害が含まれること（病態論的見解）や、欧米において振動による循環器障害や末梢神経障害をも作業関連筋骨格系障害に含める立場が採用されていること⁸⁾などを論拠としている。

以上より、現時点においては優勢な見解を採用して、振動による循環器障害や末梢神経障害を頸肩腕障害には含めないで取扱うが、今後の研究の動向によっては見解を変更する可能性がある。

- 8) 「線維筋痛症候群」、「慢性疲労症候群」の

取り扱いについて

- (1) 「線維筋痛症候群」：現時点では線維筋痛症候群の作業関連性についての判断を留保する。ただし、就労者が線維筋痛症候群との診断を受けた場合に、作業関連筋骨格系障害の存在を即座に否定するべきではない。

線維筋痛症候群については、以下のように診断基準上の作業関連性の観点が皆無であり、また感染症などを疑わせる報告があるため、作業関連筋骨格系障害に含めて取り扱うべき論拠が十分ではない。米国リウマチ学会による線維筋痛症候群の診断基準²⁶⁾は、疼痛、圧痛点のみからなる基準であり、作業関連性が念頭にない。また、マイコプラズマの感染割合が線維筋痛症候群では健常者よりも有意に高いとの総説研究がある²⁷⁾。

- (2) 「慢性疲労症候群」：現時点では慢性疲労症候群の作業関連性についての判断を留保する。ただし、就労者が慢性疲労症候群との診断

を受けた場合に、作業関連筋骨格系障害の存在を即座に否定するべきではない。

慢性疲労症候群については、以下のように労作の結果であることが診断上の除外基準となっていることや、感染症を疑わせる報告がある等から、作業関連筋骨格系障害に含めて取り扱うべき論拠が十分ではない。

米国国立疾病管理センター(CDC)の慢性疲労症候群の診断基準²⁸⁾には、①慢性的な疲労であり、b)現在行われている労作の結果によるものではないこと、②8症状中4つ以上が同時に6か月以上継続あるいは再発し、発症前にはなく、症状の項目にa) (活動減退)の原因となるのに十分重篤な、短期記憶あるいは集中力減退、b)咽頭痛、c)頸部あるいは腋窩のリンパ節痛、などが含まれている。また、マイコプラズマの感染割合が慢性疲労症候群は健常者よりも有意に高いとの総説研究がある²⁷⁾。

文献—省略

頸肩腕障害の診断基準 2007

2006.12.14 日本産業衛生学会頸肩腕障害研究会

前文

- 頸肩腕障害(非特異的障害)の診断基準に関して予防、臨床判断の2種類の異なるレベルの基準が考えられるが、今回、疲労期を含む早期の軽症段階からの予防を重視した実用的診断基準を作成した。
- 特異的障害については従来の臨床的基準やSluiterらの提案(上肢筋骨格系障害の診断ガイドライン)¹⁾などを用いることを薦める。
- 作成に当たり、整形外科やPain Clinicなどで頸肩腕障害患者を診る機会が増えていると思われるため、これらの臨床家も使用しやすい診断基

準の作成をめざした。

- 診断基準は簡潔にして、補足的説明を加えた。
- 診断基準の使用にあたり、病像・病態等にもとづく頸肩腕障害(非特異的障害)病期別症状・所見一覧を資料として用いる。その一覧には活動制限(Disability、生活・就労上の支障)、対策指針などを含める。

適用方法

- 最初に、非特異的障害の診断基準を用いて検討し、その後に特異的障害の診断基準を用いて検討する。

予防対策、患者診療のいずれにおいても、非

特異的障害を見逃さないことが肝要であり、特異的障害のみを見て非特異的障害を軽視することがないように十分留意すべきである。また、特異的障害が存在する場合に非特異的障害が合併することが少なくないことに、特に注意すべきである。

- 軽症段階からの予防を念頭に置く本診断基準の使用に当たっては、診断後の事後的な予防措置を併せて実施することが求められる。

事後的な予防措置の実施に当たり、作業態様に関わる負荷とともに、時間的要因（作業と休息の比率など）、心理社会的要因（作業編成やストレスなど）、環境的要因（寒冷など）などへの対応が必要である。

特に発症要因チェックで指摘された要因に関しては、予防対策を重視する必要がある。

- 非職業的要因が無視し得ない程度に存在する場合であっても、職業的な発症要因の存在も指摘される場合は、頸肩腕障害としての予防的対処が必要である。

頸肩腕障害（非特異的障害）の診断基準

(1) (症状)

後頭部、頸部、肩甲帯、上背部、上腕、前腕、手指などの筋のこり・だるさ、痛み、前腕・手指等のしびれ、などの症状がある。

- 症状の進行度レベルについては以下の資料をもとに評価する。

資料：頸肩腕障害（非特異的障害）病期別症状・所見一覧

(2) (所見)

頸部、肩甲帯、上肢、上背部などに、圧痛、軽打痛、筋硬結、筋緊張亢進がある。

- これらは、単独または複数の部位において、単独または複数の所見として見出される。

- 所見の進行度レベルについては以下の資料をもとに評価する。

資料：頸肩腕障害（非特異的障害）病期別症

状・所見一覧

(3) (時間的関連)

症状・所見と、作業実施・作業負荷の変化との間に時間的関連性がある。

- 作業との時間的関連性とは、a. 当該作業開始以降の発症・悪化、b. 当該作業負荷の増加に伴う症状進行の加速・悪化、c. 当該作業負荷軽減による症状進行の減速・軽快等を意味する。

これらa、b、cの少なくとも1つに該当する場合、時間的関連性があると判断する。

- しかし、障害が進行した状況では、作業負荷軽減（作業改善、作業内容の変更、作業時間短縮、休業など）による症状の進行の減速や改善効果が数ヶ月以上を経過しても見出されにくい場合があることに留意する必要がある。

(4) (作業の関与)

作業の上肢系における、反復動作・力の発揮・偏った姿勢（肢位）・拘束された姿勢（肢位）などの態様を有する作業の関与により発症もしくは症状が増悪したと判断される。

- 作業との関連を判断する上で、①筋骨格系組織に持続してあるいは反復して負荷がかかる状況の有無や、②負担内容と症状・所見の合理的な関係（部位、症状の重症度など）、③上記(4)の作業態様に該当する要因の存在（発症要因チェック用資料を使用）の確認などを行うことが求められる。

- 障害の発症や増悪において、作業態様に関わる負荷の存在が基本的な条件となるが、一般に作業態様と結びついた職場の時間的要因（作業・休息比など）、心理社会的要因（作業編成やストレスなど）、環境的要因（寒冷など）などが大きく影響する 경우가少なくない。

- 影響を及ぼす個々の要因のチェックには以下の文献・資料等を用いて評価する。

・ 上肢筋骨格系障害の診断ガイドライン（日本整形外科学会労働産業委員会）¹⁾

特にⅥの「上肢筋骨格系障害の作業関連性の診断基準」を参照する。

- ・ VDT作業における労働衛生管理のためのガイドライン(厚生労働省)²⁾
- ・ 職場における頸肩腕症候群予防対策に関する報告書(旧労働省)³⁾
- ・ 上肢作業に基づく疾病の認定基準に関する見解(日本産業衛生学会頸肩腕障害研究会)⁴⁾

■ 労災補償獲得に関連するストレスや申請書類作成の負担などにより患者の症状が影響を受ける場合もあるが、このような反応を過大視して安易に患者を詐病視すべきではない。

(5) (非特異的障害以外の疾患・病態による十分な説明の困難性)

非特異的障害以外の疾患・病態では、症状または所見を十分に説明できない。

■ 以下の資料等を参考に検討する。

資料:

頸肩腕障害(非特異的障害)の病像・病態等に記載された病態研究の到達点

頸肩腕障害(非特異的障害)病期別症状・所見一覧

上肢筋骨格系障害の診断ガイドライン(日本整形外科学会労働産業委員会)

(6) (診断)

頸肩腕障害(非特異的障害)と診断するために必要な要件は、次の①または②である。

- ① 上記の基準の5項目の全てに該当すること。
- ② 基準の(1)、(2)のどちらかに該当し、かつ(3)、(4)、(5)の全てに該当すること。

■ ただし、(5)に該当し難い場合(症状等を説明できる他の明らかな原因疾患や病態機序が存在した場合)であっても、上記(1)～(4)に該当する場合には頸肩腕障害を合併している可能性があり、頸肩腕障害としての対処(診断、治療、職場における対策など)が必要である。

頸肩腕障害(特異的障害)の診断基準

(1) (症状)

特異的障害の症状がある。

■ 特異的障害の症状の検討には、上肢筋骨格系障害のガイドライン¹⁾などを用いる。

(2) (所見)

特異的障害の所見がある。

■ 特異的障害の所見の検討には、上肢筋骨格系障害のガイドライン¹⁾などを用いる。

(3) (時間的関連)

症状・所見と、作業実施・作業負荷の変化との間に時間的関連性がある。

■ 作業との時間的関連性とは、a. 当該作業開始以降の発症・悪化、b. 当該作業負荷の増加に伴う症状進行の加速・悪化、c. 当該作業負荷軽減による症状進行の減速・軽快等を意味する。しかし、障害が進行した状況では、作業負荷軽減(作業改善、作業内容の変更、作業時間短縮、休業など)による症状の進行の減速や改善効果が数ヶ月以上を経過しても見出されにくい場合があることに留意する必要がある。

(4) (作業の関与)

作業者の上肢系における、反復動作・力の発揮・偏った姿勢(肢位)・拘束された姿勢(肢位)などの態様を有する作業の関与により発症もしくは症状が増悪したと判断される。

■ 作業との関連を判断する上で、①筋骨格系組織に持続してあるいは反復して負荷がかかる状況の有無や、②負担内容と症状・所見の合理的な関係(部位、症状の重症度など)、③上記(4)の作業態様に該当する要因の存在(発症要因チェック用資料を使用)の確認などを行うことが求められる。

■ 障害の発症や増悪において、作業態様に関わる負荷の存在が基本的な条件となるが、一般に作業態様と結びついた職場の時間的要因(作業・休息比など)、心理社会的要因(作業編成やストレスなど)、環境的要因(寒冷など)などが大きく影響する場合が少なくない。

■ 影響を及ぼす個々の要因のチェックには以下の

文献・資料等を用いて評価する。

- ・ 上肢筋骨格系障害の診断ガイドライン (日本整形外科学会労働産業委員会)¹⁾

特にⅥの「上肢筋骨格系障害の作業関連性の診断基準」を参照する。

- ・ VDT作業における労働衛生管理のためのガイドライン (厚生労働省)²⁾
- ・ 職場における頸肩腕症候群予防対策に関する報告書 (旧労働省)³⁾
- ・ 上肢作業に基づく疾病の認定基準に関する見解 (日本産業衛生学会頸肩腕障害研究会)⁴⁾

■なお、労災補償獲得に関連するストレスや作業負荷により患者の症状が影響を受ける場合もあるが、このような反応を過大視して安易に患者を詐病視すべきではない。

(5) (特異的障害以外の疾患・病態による十分な

説明の困難性)

特異的障害以外の疾患・病態では十分に説明できない症状または所見がある。

(6) (診断)

頸肩腕障害 (特異的障害) と診断するために必要な要件は、次の①または②である。

- ① 上記の基準の5項目の全てに該当すること。
- ② 基準の(1)、(2)のどちらかに該当し、かつ(3)、(4)、(5)の全てに該当すること。

■ただし、(5)に該当し難い場合 (症状等を説明できる他の明らかな原因疾患や病態機序が存在した場合) であっても、上記(1)～(4)に該当する場合には頸肩腕障害を合併している可能性があり、頸肩腕障害としての対処 (診断、治療、職場における対策など) が必要である。

文献—省略

頸肩腕障害 (非特異的障害) の病像 2007

2006.12.14 日本産業衛生学会頸肩腕障害研究会

1. 病像・病態に関する文書作成の考え方

- 1) 定義および診断基準に基づく判断や対策を行う上で、頸肩腕障害 (非特異的障害) の病像に関する理解が必須であり、従来の頸肩腕障害の病像分類 (表1) およびこれまでの諸研究結果を踏まえて本文書を作成した。
- 2) 従来の頸肩腕障害の病像分類は所見を中心に記載されているため、本文書においては症状の記載を加えることにより、臨床家や現場が使いやすい内容への改訂をめざした。
- 3) 病像は、健康な状態も含めて以下の病期に従うものとする。頸肩腕障害研究会は、症状・所見、日常生活・就労上の支障、対策・処置などが概ね該当する時期に従って、これらの病期を健常期

～重症・遷延期の5つに分類し、重症度 (区分) として用いる。その詳細を2.2) 頸肩腕障害 (非特異的障害) 病期別症状・所見一覧において提示する。障害は一方的に進行して重症化するわけではなく、諸要因への適切な対応により、進行の停止や回復に向けた変化を期待し得る。回復期の状態は発症者が到達した病期に応じて変化するので、回復期は重症度 (区分) には含まれない。

病期	健常期
	疲労期
	初期
	顕性期
	重症・遷延期

- 4) 各病期について、病期の目安となる症状・所見

を提示し、各期の対策と対応させた。病像（病期）の目安に使う具体的項目は、筋骨格系症状（痛み・だるさ・しびれ等）、日常生活での症状と、日常生活・就労能力（活動制限Disabilityに該当）、臨床所見（診察・検査所見）などとした。頸肩腕障害（非特異的障害）に関する症例経験の豊富な医師への2度のアンケートなどにより病像の整理を行い、また病像に関わるこれまでの研究報告の検討を加えて、2. 頸肩腕障害（非特異的障害）病期別症状・所見一覧（表2）に示した。関連する説明の表として、従来の病像分類と新病像（症状・所見一覧）の対応（表3）、従来の病像分類の問題点と対応（表4）を加えた。

- 5) 補足説明として、3. 病態研究の到達点の概要を記載した。また、参考資料として、頸肩腕障害（非特異的障害）の病像に関する研究の要約（別表）を加えた。
- 6) リスク要因については、病像ではなく診断基準の文書において参考文献（上肢筋骨格系障害の診断ガイドラインなど）とともに記載した。
- 7) 今後の取り組みとして、意見および症例の取

集を行い、改訂していくための資料とする。その際、集団の典型例・代表例か、特殊例かの評価も加える。また、筋硬結・圧痛のように所見の取り方に違いの生じうる項目について、診察マニュアルを作成し、研修会を実施する。

2. 頸肩腕障害（非特異的障害） 病期別症状・所見

1) はじめに

従来の頸肩腕症候群委員会の病像分類（1976年小委員会改訂案、表1）^{1,2)}、本障害の予防管理・検診・治療に関して豊富な経験を有する臨床医の意見および研究報告に基づき、概ね共通している項目を主体に頸肩腕障害（非特異的障害）病期別症状・所見一覧（表2）を作成した。

2) 頸肩腕障害（非特異的障害） 病期別症状・所見一覧

(1) 病期

表1 頸肩腕症候群委員会による頸肩腕障害の病像分類（1976年小委員会¹⁾）

病像分類	小委員会の病像分類（1976）	
	症状	所見
I	必ずしも頸肩腕に限定されない自覚症状が主	顕著な他覚所見は認められない。
II	I度の症状	筋硬結、筋圧痛などの所見が加わる。
III	II度の症状	次の所見のいくつかが加わる。 ①筋硬結、筋圧痛などの増強または範囲の拡大、 ②神経テストの陽性、③知覚異常、④筋力低下、 ⑤脊椎棘突起の叩打痛、⑥傍脊柱部の圧痛、⑦神経枝の圧痛、⑧手指、眼瞼の振せん、⑨頸、肩、手指などの運動障害、⑩末梢循環機能の低下、⑪訴えがきわめて強くなる。
IV-a		a III度の所見の多数が認められる。 ③知覚障害の範囲の拡大、④筋力低下の増強、②神経テストの陽性率の増加など
IV-b	b 必ずしもIII度を経てではなく、直接I～II度からでも特徴ある病像が認められる。 i. 器質的障害（腱鞘炎、腱炎、腱周囲炎、腱間結合の独立伸展障害など） ii. 整形外科的頸腕症候群の症状が揃ったもの iii. 自律神経失調（レイノー現象、うっ血、平衡障害、心臓神経症など） iv. 精神症状を呈するもの（情緒不安定、集中困難、睡眠障害、思考力低下、うつ状態、ヒステリー症状など）	
V	IV度の所見が強くなり、作業のみならず日常生活にも著明な障害を及ぼす。	

表3. 従来の病像分類¹⁾と新病像（症状・所見一覧）の対応

従来の病像分類 ¹⁾	新病像（症状・所見一覧）		
	内容	該当箇所	コメント
III			
①筋硬結、筋圧痛などの増強または範囲の拡大	筋硬結、圧痛	診察所見	範囲を記載
②神経テストの陽性	正中神経伸展テスト、モーレイテスト	検査所見	
③知覚異常	しびれが時々生じる 限局～広範囲の筋の痛覚過敏	筋骨格系症状 診察所見	
	頸肩腕・手・手指の感覚障害（触・痛・振動覚）	検査所見	
④筋力低下	維持握力の低下、最大握力の低下、つまみ力低下、牽引力低下、肩押し力低下	診察所見	
⑤脊椎棘突起の叩打痛	筋などの軽打痛	診察所見	
⑥傍脊柱部の圧痛	圧痛	診察所見	圧痛に広く包含
⑦神経枝の圧痛	圧痛	診察所見	圧痛に広く包含
⑧手指、眼瞼の振戦	コーヒークップを持つと、手がふるえる	業務・日常生活での症状	眼瞼の振戦は除外
⑨頸、肩、手指などの運動障害	携帯電話でメールを打ちにくい、ものをよく手からおとす、ナイフや包丁で果物の皮をむきにくい、ボタンをはめにくい など タッピング値の低下	業務・日常生活での症状 検査所見	
⑩末梢循環機能の低下	手足が冷えやすい、冷たい水に手をいれるのがつらい など 末梢循環障害（レイノー現象など）	業務・日常生活での症状 出現しやすい症状・障害	
⑪訴えがきわめて強くなる	（該当項目数の増大）	業務・日常生活での症状	
IV			
a ②神経テストの陽性率の増加	正中神経伸展テスト・モーレイテスト陽性	検査所見	
③知覚障害の範囲の拡大	しびれが持続する 広範囲の筋の痛覚過敏	筋骨格系症状 診察所見	
	頸肩腕・手・手指の感覚障害（触・痛・振動覚）	検査所見	
④筋力低下の増強	最大握力の低下、維持握力の低下、つまみ力低下、牽引力低下、肩押し力低下	検査所見	
b i. 器質的障害（腱鞘炎、腱炎、腱周囲炎、腱間結合の独立伸展障害など）	特異的筋骨格系障害の合併	出現しやすい症状・障害	
ii. 整形外科的頸腕症候群の症状が揃ったもの（TOSなど）	特異的筋骨格系障害の合併	出現しやすい症状・障害	
iii. 自律神経失調（レイノー現象、うつ血、平衡障害、心臓神経症など）	末梢循環障害（レイノー現象など）、一般症状（めまい）、精神症状（心臓神経症）、いわゆる「自律神経失調」（動悸、微熱など）	出現しやすい症状・障害	末梢循環障害、一般症状、精神症状、いわゆる「自律神経失調」に分割
iv. 精神症状を呈するもの（情緒不安定、集中困難、睡眠障害、思考力低下、うつ状態、ヒステリー症状など）	精神症状（集中困難、思考減退、情緒不安定、抑うつ症状、睡眠障害など）	出現しやすい症状・障害	「ヒステリー症状」までは含めていない
	頸肩腕部の運動制限	診察所見	追加
	頸肩腕・手・手指の運動痛	診察所見	追加
	上肢保持テスト陽性	検査所見	追加
	一般症状（頭痛、耳鳴 など）	出現しやすい症状・障害	追加
	月経困難	出現しやすい症状・障害	追加
	半身感覚障害	出現しやすい症状・障害	追加
	天候による症状の増悪	出現しやすい症状・障害	追加

頸肩腕障害(非特異的障害)は、健康な状態の健常期から、疲労期、初期、顕性期を経て、重症・遷延期に達する。すなわち、頸肩腕障害において重症で難治な病像が形成される場合があることを留意すべきである。ただし、障害の進行や軽快は発生要因と回復要因の相互のバランスによって決まるもので、障害が一方向的に進行して重症化するわけではない。

病期の分類は、頸肩腕症候群委員会の病像分類(1976年小委員会改訂案)¹⁾、症状経過に関する報告³⁻⁷⁾、職場での予防管理や特殊検診の経験または本患者の診療経験を豊富に有する臨床医に対する調査を踏まえて設定した。

(2) 区分表記

病期に相応する区分について、対策・処置の内容との対応を考慮してA、B1、B2、B3、Cでさらに表記した。Aは一次予防の段階、Bは障害に対する二次予防(早期対策)を主体として、生活指導、作業・環境改善、早期治療等を重視する段階、Cは治療・休業等により職場復帰に向けて三次予防を念頭に置いた段階である。Bは重症度に応じてB1、B2、B3に分けた。なお、従来の病像分類(I~V)との対応も表中に示した。

(3) 日常生活・就労上の支障

本障害では、疲労感や頸肩腕部などの不快・苦痛により社会生活や労働の遂行に影響が生じる。各病期での日常生活や就労上の支障について、概ね以下の状況に該当するものと判断した。この表の作成に当たって、慢性疲労症候群に関する厚生省研究班の診断基準試案⁸⁾におけるパフォーマンス・ステータスによる疲労・倦怠の程度を参考にした。なお、社会生活や業務上の負荷は多様であり、遂行能力も個人により変動するため、同程度の病期に該当する者であっても、社会生活や業務における支障の大きさが個人によって異なる場合がある。

健常期…問題なく通常
の社会生活や労働が
できる

疲労期…疲労感はあるが、問題なく通常
の社会生活や労働ができる

初期…通常
の社会生活ができ、労働も可能
であるが疲労感や頸肩腕部などの不快・苦痛を感じる
ときがしばしばある

顕性期…全身倦怠や頸肩腕部などの不快・苦痛等のために、月に数日、または週に数日、社会生活や労働に支障をきたす

重症・遷延期…通常
の社会生活や労働は困難である

(4) 対策・処置

各病期に応じ、主な処置や職場での対策などを記載した。ただし、始・終業時及び休憩・小休止時などにおける頸肩腕・腰背部のストレッチ体操を含む基本的予防対策が健常期から顕性期にわたり共通して行われることが前提となる。

- ① 健常期には、運動・生活改善等による体力増進に取り組む。すなわち、一次予防的取り組みを行う。
- ② 疲労期には、睡眠時間や休憩・休息の確保など疲労回復に向けた対応を行う。また、働き方や日常生活の状況も点検する。職場対策として、作業方法や作業環境などに関して疲労の蓄積につながる問題点の有無を点検し必要な改善を実施する。
- ③ 初期には、疲労期の指導に加え、自覚症状や診察所見に応じた身体部位のストレッチ、保温などを指導する。自覚症状や診察所見、作業態様、心理社会的要因、作業環境などにもとづいて職場の改善対策を実施する。
- ④ 顕性期には、患者を産業医や主治医の医療管理下におき、初期の指導に加え、睡眠時間や休息時間の一層の確保を指導する。また保健教育やカウンセリングも行う。不眠や不安感などの訴えに応じた治療をおこなう。短期間の休業が必要となる場合もある。

職場においては、自覚症状や診察所見、作業態様、心理社会的要因、作業環境などにもとづいて職場の改善対策とともに、患者の作業時間や作業量を制限する。その際、業務の制限によ

り患者の精神的ストレスが強まることのないよう配慮する。1～3ヶ月程度経過しても症状の軽快傾向が認められない場合は、一層の業務制限や対策の再検討を行う。

- ⑤ 重症・遷延期には、一般に長期間(月単位)の休業加療が必要となる。

(5) 自覚症状

各病期における自覚症状を、「筋骨格系症状」と「業務・日常生活での症状」に分けて示した。

① 筋骨格系症状

筋骨格系症状の項目は、頸肩腕症候群委員会(1972)⁹⁾による「自覚症状調査表」の部位別の症状にもとづいて作成された。「自覚症状調査表」では「最近1か月」の自覚症状について、身体部位、症状項目、頻度、強度に従って調査する形式が採られていた。今回の表には各病期において特徴と考えられる内容を記載した。

筋骨格系症状は、一般に病期の進展とともに部位が拡大し、項目も当初の「だるさ」「こり」から「痛み」「しびれ」「動きの悪さ」などに変化し、頻度が「時々」から「いつも」へと持続的となり、症状の強度も増強する。

② 業務・日常生活での症状

業務・日常生活での症状の項目は、頸肩腕症候群委員会(1972)⁹⁾による「日常生活の不便・苦痛についての調査表」に示された項目に、さらに近年の作業内容の変化や世話人会の議論等にもとづく下記症状を加えることにより作成された。

ボールペンで字を書くにつらい
コンピュータのキー入力がつらい
コンピュータのマウスやポインタ装置の操作がつらい
携帯電話でメールが打ちにくい
休日に休息していても疲れがとれない
うどんを箸でつまめない
コーヒークップを持つと手がふるえる
手足が冷えやすい
夏でも厚着をしたい
ゆううつである

病期が進むに従って、業務や日常生活で不便・苦痛と感じられる項目が増加する。本障害の臨床経験が豊富な医師の多くはアンケートに対して、以下の項目を初期に該当すると回答した。

ボールペンで字を書くにつらい
コンピュータのキー入力がつらい
長く字を続けて書くにつらい
携帯電話でメールが打ちにくい
タオルをかたく絞れない
ものをよく手からおとす
いままでより冷房がつらい
休日に休息していても疲れがとれない
いらいらする

(6) 臨床所見

各病期における臨床所見を診察所見と検査所見にわけて示した。

① 診察所見

主要な診察所見の項目として、筋などの触診・軽打時の所見と頸肩腕部の運動制限、運動痛を示した。

(i) 触診・軽打時の所見

非特異的筋骨格系障害を把握する上で、圧痛、筋硬結、筋緊張度亢進など触診にもとづく所見が重視されてきた¹⁰⁻¹⁷⁾。

触診では、検者が触れることにより筋や腱などの性状や圧痛の有無を診る。正常な筋は弾性を伴った均質な組織として皮膚を介して触知できる。本障害では疲労期以降の各期で塊状あるいは索状の筋や、弾性を失い板状に硬くなった筋を触知する。このような状態を「筋硬結」とよぶ。筋が一時的に緊張を高めた状態とは異なり、筋をリラックス(脱力)させても筋硬結は消失しない。筋硬結には、検者の母指頭による硬結部の圧迫に対して痛みを生じるものと、痛みではなく「気持ち良い」あるいは「特になにも感じない」などと被験者が応じるものがある。ここでは前者を「筋硬結(圧痛あり)」、後者を「筋硬結(圧痛なし)」と記載した。また、指先で皮膚を軽く叩いた時に誘

発される痛みを「軽打痛」とした。

一方、被験者の筋を軽く圧迫または軽打するだけで痛みによる逃避反応や冷汗などを生じることがあり、このような状況は「痛覚過敏」として注目されている²¹⁾。

筋硬結や圧痛は、筋骨格系症状と関連して生じ、病期の進行に伴いその数や範囲が増大することが報告されている^{10,11,13)}。

疲労期には限られた筋に「筋硬結（圧痛なし）」または「圧痛（筋硬結なし）」が認められる。

初期には「筋硬結（圧痛なし）」を示す筋や「圧痛（筋硬結なし）」の部位の拡大、または限局する「筋硬結（圧痛あり）」が認められる。

顕性期には、数か所以上の筋にわたる「筋硬結（圧痛なし）」または筋の広い範囲や複数の筋の「筋硬結（圧痛あり）」が認められる。また、筋の広い範囲や複数の筋において痛覚過敏や軽打痛が認められる場合がある。

重症・遷延期には、筋の広い範囲や多くの筋において「筋硬結（圧痛あり）」が認められる。また、筋の広い範囲や多くの筋において痛覚過敏や軽打痛が認められる場合がある。

(ii) 頸肩腕部の運動制限

これまでの非特異的筋骨格系障害における頸肩腕部の関節可動域を検討した研究は多くないが、頸肩腕部等の自覚症状と頸部の運動制限との関連を認めた研究報告が見出される^{10,11)}。頸肩腕部の運動制限の評価に当たっては、頸肩腕部の関節を自動もしくは他動運動させ、運動制限の有無の診察や可動域の測定を行う。一般に障害の初期より頸肩腕部の運動制限が出現し、病期の進行に伴い制限が強まると考えられている。非特異的筋骨格系障害におけるこのような運動制限は筋緊張や筋硬度増強に伴う筋の伸展性低下や運動痛、関節の運動障害等と関連して生じるものと推測されるが、その病態説明は今後の課題である。

(iii) 運動痛

非特異的筋骨格系障害における運動痛に

ついては、頸部、肩関節、腕、手関節、手指など多様な部位を対象として検討され、頸肩腕部の症状の有訴率や作業負荷の高い集団において運動痛が相対的に高率になることを報告した研究が少なくない^{11-15,18,19)}。

運動痛の評価に当たっては、対象とする各部位の自動または他動運動を実施し、対象部位の痛みや放散痛の発現または痛みの増悪をもって陽性と判定する。運動痛は一般に動作に関連する関節の角度が最大関節可動域に至るよりも前に生じる。

② 検査所見

検査所見については、「職業起因性頸肩腕障害の成因・発生予防に関する研究」班報告¹⁹⁾で障害評価上の有用性が示唆された項目や、臨床経験の豊富な医師の意見、研究報告等に基づいて含める項目を決定した。

一部の臨床家の見解や研究報告^{10,19-21)}において障害の評価上重視されているにもかかわらず、賛同意見が少なかったために今回の表には掲載されていない項目も存在する。それらは、背筋力、ライトテスト、エデンテスト、アレンテスト、起立性低血圧などである。特に背筋力については患者の経過を把握する上で有用であるとして積極的に評価する見解も少なくないが、測定における安全管理の難しさや腰痛悪化の危険性などが指摘されたため、表には含めなかった。また、持久力検査を目的とするテストには臨床家により多様な方法（例えば、上肢挙上回数、肘屈曲回数、頭部保持時間など^{16,22)}）があり、それらのテストは病期の評価に有用と予測されるが、相対的に普及度がやや高いと思われる上肢保持テスト²³⁾のみを表に示した。

(i) 筋力（握力、つまみ力、牽引・肩押し力）

最大握力の測定では市販の等尺性握力計やス מדレー型握力計により瞬発握力の最大値を左右の手について測る方法が用いられる。維持握力については、等尺性握力計を用い最大握力発現以降30秒間握力を維持した時の減衰状況を測定し20秒後の値が50%未満にまで減衰するものを陽性とする方

法や、最大握力の60%値で握力計を握ってその維持時間を測定する方法などが用いられる^{19,24)}。つまみ力については市販のつまみ力計(ピンチ力計)を用いて、母指と示指・中指・環指とによる2指でセンサーをつまむ時の等尺性の力を測定する。牽引力・肩押力の測定には市販のエキスパンダー、牽引力計、肩腕力計などが用いられ、被験者が左右の肩関節を90度外転させた肢位で測定器の取手を牽引または押した時の最大値を測定する。

握力(最大握力、維持握力)、つまみ力、牽引力、肩押力は、自覚症状の増強に伴い低下することが報告されており^{13, 19, 25)}、病期の進行につれて各筋力が低下すると考えられる。これらの筋力測定には市販の検査機器を用い、方法も比較的簡便である。ただし、これらの検査をスクリーニングや病期判定に使用するための基準値に関するコンセンサスは未確立であり、主として個人の測定値の変動経過に基づく病期判定に活用されることが多い。

(ii) タッピング値

タッピング値の測定には市販の機器を用い、30秒間の打数値と、その間の10秒毎の打数値の減少度を評価する方法が一般に採られる。病期の進行につれて、30秒値の低下および10秒毎の減少度が次第に顕著になる。ただし、筋力と同様、スクリーニングに向けた基準値は確立されていない。手指作業による前腕筋群の疲労の影響を評価するのに有用との報告がある^{18,25)}。

(iii) 上肢保持テスト

本テストでは、被験者を椅子に座らせ、閉眼させ、手背を上方に向けた状態で両上肢を水平前方に伸展させ、30秒間保持させる¹⁹⁾。その間に被験者の上肢の下垂傾向や振せん、上肢や肩背部の痛みやしびれが出現した場合を陽性と判定する。一方、宇土²³⁾は上記と同様の姿勢・肢位を3分間耐えることが可能か否かを基準とする判定方法を採用している。

上肢保持テストは顕性期以降に陽性となりやすいことが報告されている^{13,19,26)}。

(iv) モーレイ・テスト、正中神経伸展テスト

モーレイ・テスト(Morley's Test)では、被験者は上肢を体側に下垂した状態とし、前斜角筋下部を検者の母指で押し、同側の上肢帯や上肢に放散する痛みやしびれの誘発または悪化をもって陽性と判定する。

正中神経伸展テストでは、検者が椅座位の被験者の後ろに立ち、被験者の一側の上肢を肘関節最大伸展かつ前腕回外位として側方水平位に他動的に伸展させ、その対側に頸部を他動的に側屈させた状態とし、伸展させた側の手関節および手指を他動的に背屈させる。この時、被験者の手掌や手指に放散痛やしびれを生じれば陽性とする。この時、手掌や手指に放散痛がなくとも、上腕部・肘部・前腕部にしびれや痛みがあれば偽陽性と判定する。ただし、正中神経に対する伸展負荷の方法として、本テストが最適であるとの根拠が明確ではないため、方法の妥当性に関する今後の検討が必要である。

モーレイ・テスト、正中神経伸展テストは顕性期以降に出現しやすいことが報告されている^{10,13,14,19,26)}。

(v) 感覚障害

痛覚閾値の検査には一般臨床と同様の診察方法とともに、市販の注射針型やペンシル型の痛覚計が用いられる。触覚閾値の検査には一般臨床と同様の診察方法が用いられる。振動覚閾値については市販の振動覚計を用いて63Hz、125Hz、250Hzの周波数などの閾値の検査を行う²⁴⁾。

これまでの研究では、非特異的筋骨格系障害において痛覚・触覚・振動覚などに関する多部位(手指、手、手関節、上肢、頸肩部)の感覚鈍麻や閾値の上昇が少なからず報告されている^{10,11,13,15,16,18,19,25)}。

(7) 出現しやすい症状・障害

表にはさらに「出現しやすい症状・障害」の欄をもうけ、従来の病像分類(1976年小委員会改訂案)のIV-bで取り上げられていた精神症状、末梢

循環障害、いわゆる「自律神経失調症状」などとも一般症状、月経困難、半身感覚障害、特異的筋骨格系障害を記載した。

これらの症状・障害は、疲労期から認められる場合があるが、一般に非特異的障害の進展に伴って明らかになることが多い。

一般症状には頭痛やめまいや耳鳴などが含まれ、これらは疲労期から出現する場合がある。

精神症状(睡眠障害、集中困難、思考減退、情緒不安定、抑うつ症状、心臓神経症など)、いわゆる「自律神経失調症状」(動悸、微熱など)、末梢循環障害(レイノー現象など)、月経困難²⁷⁾、半身感覚障害などは、一般に初期以降、病期が進むに連れて出現しやすい。関連して、天候に依存して症状が悪化しやすいことも指摘されている²⁸⁾。

また、特異的筋骨格系障害が非特異的障害に合併しやすいため、対応上留意する必要がある。

(8) 非特異的障害の発症までの期間、障害の持続期間

非特異的障害の発症までの作業従事期間については、作業態様に関わる負荷や心理社会的要因を含む多様な要因によって変動するものと考えられている。軽作業とみなされる作業(包装、機械操作、製品収集などの上肢反復作業)において、最短で6週、中央値で半年未満(23週)の後に、健常者であった作業者に小休止を要するレベルの頸肩部筋痛の出現が報告されているように²⁹⁾、本障害には早期からの機敏な対応が求められる。

また、非特異的障害は進展に従って軽快までに要する期間が長期化することが報告されている。大原¹²⁾は頸肩腕部の障害のために受診したレジ作業者120人について、軽快までに6ヶ月以上を要した者の割合が従来の病像分類のⅢ度の者は21.1%、Ⅳ度では60%に達したと述べている。非特異的障害発症者における頸肩腕部の痛みの症状が1年を超えて長期化することは、海外の研究によっても報告されている^{15,30)}。一方、業務上・公務上の災害として認定された頸肩腕障害患者434名の検討結果³¹⁾では、5年以上の長期医療機関受診患者が少なくとも39名(9.0%)、また受診後5年以上経

過しても安定した就労の不能者や要休業者が少なくとも12名(2.8%)存在し、その背景として、雇用者との関係不良、職場での軽減就労の困難さ、初期の対応の問題、就業再開後の再悪化などが指摘されている。非特異的障害の長期化を防止するためには、早期からの適切な職場と医療関係者の対応とともに、病期が進展し業務軽減や休業措置に至った者に対する就労・復帰条件の整備が重要と判断される。

3) 従来の病像分類と新病像(症状・所見一覧)との関連

従来の病像分類と新病像との関連を表3に示した。従来の病像分類に列記されていた所見の項目は、新病像では診察所見、検査所見、筋骨格系症状、業務・日常生活での症状、出現しやすい症状・障害に分けて該当する内容を記載した。従来の病像分類Ⅳbの器質的障害の中の整形外科的頸腕症候群の症状が揃ったものについては、特異的筋骨格系障害で置き換えた。これまでの病像分類には具体的に明記されていなかった項目として、頸肩腕部の運動制限、頸肩腕部・手・手指などの運動痛、諸筋力(維持握力・最大握力・つまみ力・牽引力・肩押し力)の測定値・タッピング値の低下、上肢保持テスト陽性、一般症状(頭痛、めまい、耳鳴など)、いわゆる「自律神経失調症状」(動悸、微熱など)、月経困難、半身感覚障害などを新病像に加えた。なお、従来の病像分類の知覚異常や知覚障害は、筋骨格系症状(しびれ)と診察所見(痛覚過敏)、検査所見(頸肩腕部・手・手指などの感覚障害(触・痛・振動覚))などに分けて表2に含めた。

4) 従来の病像分類の問題点と今回の対応

従来の病像分類に対する指摘事項と、それに対する新病像での対応を表4に示した。症度区分の妥当性の問題に対しては、健常期や疲労期の記載、従来のⅠ～Ⅴ分類との対応の記載、Ⅳbの内容を疲労期から重症・遷延期にわたる記載に変更、などの対応を行った。内容・表現の問題については、自覚症状(筋骨格系症状、業務・日常生活での症状)・出現しやすい症状を詳しく明記すること、

臨床所見に、筋硬結の範囲・軽打法での痛覚過敏・握力等を含めること、などにより対応した。活用上の問題については、業務・日常生活での症状、対策・処置、「筋硬結」のコメントの記載などを加えることにより対応した。記載内容の複雑さの問題については、臨床所見を整理し具体的な項目で置き換えたことや、自覚症状や日常生活・就労上の支障、対策・処置などを加えたことで体系的に理解しやすく実用的な内容への変更をめざした。

3. 病態研究の到達点の概要

我が国において1950年代末に頸肩腕障害が問題化して以降、筋骨格系にとどまらず多様な全身全般に及ぶその病態の機序については従来の医学的知識では全く理解され難いものであり、それは医療機関や産業の現場において頸肩腕障害患者の多くが無理解と不適切な対応を被る大きな要因となってきた。このような新たな障害に対して、

表4. 従来の病像分類¹⁾の問題点と対応

従来の病像分類 ¹⁾ に対する指摘事項	新病像（症状・所見一覧）
症度区分の妥当性の問題	
1 健康な状態や予防的観点に基づいて疲労期や回復期も加えるべきではないか	健全期、疲労期を記載した。回復期は障害の進行度合いによって状況が異なるため記載から除外した
2 初期～休業治療期などの病期区分の観点と病像分類のⅠ～Ⅴの調整が必要ではないか	疲労期～重症・遷延期を従来のⅠ～Ⅴと対応させた。Ⅳ・Ⅴは重症・遷延期としてまとめ、簡潔にした
3 Ⅳ b の分類内容は軽度の段階からでも生じうるので位置づけを変更してはどうか	出現しやすい症状・障害として疲労期から重症・遷延期にわたって並列記載した
内容・表現の問題	
4 自覚症状が重視されず、所見主体の病像となっている（「症状先行型」の病像を重視した対応の指針となっていない）	自覚症状（筋骨格系症状、業務・日常生活での症状）を記載した。さらに、出現しやすい症状・障害の欄にも症状を記載した
5 自覚症状に関する表現が明確でない（Ⅰ～Ⅲの症状の記載）	症状を具体的に明記した
6 経験豊富な臨床家の重視する項目（こりの拡がり、軽打法での痛覚過敏、半身感覚障害、握力・背筋力等）を含めるべきだ	臨床所見に、筋硬結の範囲、軽打法での痛覚過敏、握力等を含めた 背筋力は、推奨意見があるも対象者の痛み・障害誘発のリスクを考慮して除外した 半身感覚障害は出現しやすい症状・障害に含めた
活用上の問題	
7 作業や日常生活の支障の段階、予後等との対応が明確でないため、患者への対応の指針に生かしくい	業務・日常生活での症状を記載した 予後等については、病期および発症者への対応によって大きく変動するため、表2には記載せず、病像の文書の「2. (8) 非特異的障害の発症までの期間、障害の持続期間」において、過去の研究論文の要約を記載するとどめた
8 対策との対応を明記すべきだ	対策・処置を記載した
9 再現性の高い診察をしにくい項目がある（筋硬結・圧痛）	筋硬結のコメントを追加記載した 今後、筋硬結・圧痛のように所見の取り方に違いの生じうる項目について、診察マニュアルの作成や研修会実施をめざす
記載内容の複雑さの問題	
10 病像分類の記載内容が複雑すぎて使いにくい	臨床所見を整理し具体的な項目で置き換えた。また自覚症状や日常生活・就労上の支障、対策・処置などを加えることで、体系的に理解しやすく実用的な内容をめざした

日本産業衛生学会頸肩腕症候群委員会は1970年代当初に定義と病像を提唱して問題に対応した²⁾。また我が国の研究者は胸廓出口症候群との病態の関連、大脳への影響、交感神経系の関与などの部分的な病態研究の取組みを行ってきた³²⁻³⁴⁾。一方、1990年代以降、欧米においても作業関連筋骨格系障害の問題化を背景として病態機序の研究が積極的に行われるようになった。

今日、筋、神経系を中心とする病理プロセスを統合した詳細な非特異的筋骨格系障害の病態モデル³⁵⁾が提唱され、まだ諸現象が部分的に検証されつつある段階ではあるが、非特異的障害の多様な病像の背景にある病態についての科学的な裏付けとなりうる研究が進行しつつある。すなわち、反復労作や拘束的労作を行う作業者に発症した非特異的筋骨格系障害において、筋骨格系・末梢神経系のみならず自律神経系・中枢神経系等を介した全身的な影響が生じることや痛みの持続・難治に至る機序などに関して科学的な説明が得られるようになりつつある。

Johansson et al³⁵⁾の病態モデルによれば、次の多様なプロセスが推定される。(1) 筋活動レベルが非常に低くとも、負荷が持続する場合は筋の微小循環障害による筋代謝の障害を生じ、その結果、栄養素・酸素供給や炎症性化学物質排除の障害を誘発する。(2) 固定的速度や定型の動作の作業は特定の運動単位の活動を常時強制するため、筋線維の過剰負荷を生じる。その結果、筋紡錘系の精度低下や中枢神経系による運動単位選択機能の低下が誘発される。このため、該当する特定の運動単位の筋線維における炎症性物質濃度上昇やgroup III・IV求心性神経線維から脊髄への求心的興奮刺激の亢進が生じる。(3) この求心性神経線維の活性化は、 γ 運動神経線維による反射を通じて筋紡錘からの求心性神経の情報伝達を変え、脊髄の多様な神経回路の働きに影響を与えて運動系の制御・協調機能をかく乱させ、結果的に一層筋負荷を高め、悪循環を進行させる。(4) 一方、痛みが持続する状況では、末梢の神経終末と中枢の痛覚伝導路の両者に感作を生じ、このことも悪循環の一因となる。(5) また、慢性痛は大

脳皮質に可塑的影響(再構築)をも及ぼしうることが示唆される。(6) 心理社会的ストレスによる交感神経活動の亢進は、筋からの固有感覚情報を減弱させるため、関節・皮膚・痛覚受容器等からの求心刺激情報を相対的に増強させて運動制御のかく乱を生じる。(7) さらに、長期持続的ストレスは循環系・神経内分泌系・大脳などに対する交感神経興奮作用を結集させて、ほぼ全身的な慢性影響を生じる。

一方、筋のみでなく骨や腱をも含む手・手首の作業関連筋骨格系障害の病態に関する近年の総説的検討³⁶⁾では、反復または力を要する作業が3つの主経路(1)中枢神経系の再構築、(2)組織障害または組織圧迫、(3)組織の再構築)を通じて作業関連筋骨格系障害を誘発させるプロセスが作業仮説として以下のように要約されている。

(1) 中枢神経系の再構築: 高度の反復作業の結果として中枢神経系の変化が生じる。手の局所性ジストニアの患者では中枢神経の再構築を示唆する研究が存在する。このような神経の可塑的变化は正常な感覚や動作を妨げ、その結果として反復動作の影響をさらに増強させる可能性がある。また、末梢神経における圧迫や組織炎症も中枢神経に対する可塑的影響を生じうる。(2) 組織障害または組織圧迫: 高度反復または力を要する動作は筋骨格系と末梢神経系の障害を生じる。高度反復作業のような継続的な刺激は組織の慢性炎症を生じ、その結果、慢性的な線維化が誘発され、線維化の生じた組織では作業負荷への耐久力が減弱するものと推測される。(3) 組織の再構築: 筋・骨・腱に対する過度の反復負荷によって、これらの組織の病的な再整形・再構築が生じうる。

以上の病態研究の進展は、作業関連筋骨格系障害罹患者に対する適切な医療的・社会的対処や正当な理解を広めるために欠くことのできないものである。今後、一層の病態研究の進展により病期進行に対する効果的で総合的な予防・治療方策の確立が求められる。

文献、参考資料、別表—省略



ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



石綿関連疾患根絶に向けた国のプログラム

ILOとWHOが共同でアウトラインを公表, 2007.6.28

国際労働機関 (ILO) と世界保健機関 (WHO) は共同で、「アスベスト関連疾患根絶に向けた国のプログラム策定のためのアウトライン」を開発した。これは、ILO、WHO双方のウェブサイトからダウンロードできる。

2006年の、ILO総会における「アスベストに関する決議」(2006年7月号参照)、WHOの政策文書「アスベスト関連疾患の根絶」(2006年9月号参照)以来の国際的な進展の集大成とも言える重要な文書である。

タイトルは、「アスベスト関連疾患の根絶」であるが、内容は、そのためにも「アスベストの使用禁止」が最も重要であることを強調している。

そのため、「まだアスベスト禁止を導入していない国」を想定した文書のように思われるかもしれないが、すでに禁止を導入している国にとっても必要な対策を明示している。

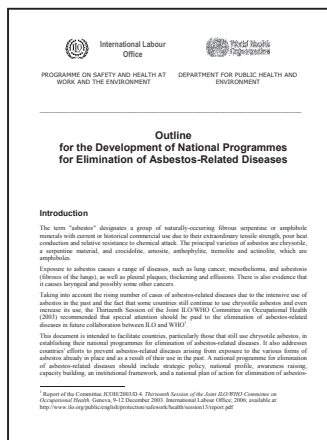
「アスベスト関連疾患根絶に向けた国のプログラム」や「国のアスベスト・プロフィール」、「国のアスベスト作業計画」等は、わが国にとっても一いやわが国にとってこそ、直ちに策定が必要な課題であり、それは、われわれが要求している「アスベスト対策基本法」の趣旨にも完全に沿っている。

国のプログラムの実行には「部門間メカニズム」が必要であると指摘されているが、クボタ・ショック後に開催された「アスベスト問題に関する関係閣僚会合」はその機能を果たせる可能性があったかもしれない。しかし、肝心の「国のプログラム」等は策定され

ないまま、安倍内閣以降、関係閣僚会合は開かれていない現状である。

日本政府はこの文書を、ただちに真剣に検討して、実行に移すべきである。

※本文書の原文は、http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/health/outline_npead.pdf、または、http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_SDE_PHE_07.02_eng.pdfで入手できる。



アスベスト関連疾患根絶に向けた国のプログラム策定のためのアウトライン

ILO:国際労働事務局・労働安全衛生環境プログラム

WHO:世界保健機関・公衆衛生環境局

2007

はじめに

「アスベスト」という用語は、自然に生成する繊維状蛇紋石または角閃石族の鉱物の1グループをさし、その優れた引っ張り強さ、低い熱伝導性および薬品による腐食に対する相対抵抗のゆえに、現在また歴史的に商業的に利用されてきた。アスベストの主要な種類は、蛇紋石族鉱物であるクリソタイル、および、角閃石族のクロシドライト、アモサイト、アンソフィライト、トレモライト、アクチノライトである。

アスベストへの曝露は、肺がん、中皮腫および石綿肺（肺線維症）や胸膜のプラーク、肥厚、胸水などの様々な疾病を引き起こす。喉頭部およびおそらくその他いくつかのがんを引き起こすという証拠もある。

過去のアスベストの集中的使用によるアスベスト関連疾患事例数の増大、およびいくつかの諸国は今なおクリソタイル・アスベストを使用し続け、その使用が増加しているところさえあるという事実をを考慮して、労働衛生に関するILO/WHO合同委員会の第13回会合（2003年）は、ILOとWHOの今後の協力においてアスベスト関連疾患の根絶に特別の注意が払われるべきであると勧告した¹。

この文書は、諸国、とりわけ今なおクリソタイル・アスベストを使用し続けている諸国が、アスベスト関連疾患根絶に向けた国のプログラムを策定することを促進することを意図したものである。また、様々なかたちの既存アスベストへの曝露により生ずる、あ

るいは過去におけるそれらの使用の結果としてのアスベスト関連疾患を予防するための諸国の努力についても取り上げる。アスベスト関連疾患根絶に向けた国のプログラムには、戦略的方針、国のプロフィール、注意喚起、能力強化、制度的枠組み、およびアスベスト関連疾患根絶の国の行動計画が含まれるべきである。諸国は、国および地域の具体的状況や入手可能な資源に応じて、この文書を活用することができる。

ILOとWHOは、政策指針、専門家の助言、および、アスベストによる疾病負担の推計方法、より安全なアスベスト代替物質やアスベスト含有製品の代替品に関する情報、最善の国の実践の概略、トレーニング・ツールなど、アスベスト関連疾患根絶に向けた国際的ツールを提供することによって、個々の国をさらに支援していく。

行動のための国際的基礎

アスベスト関連疾患の根絶に関する行動は、まず第一にILOの国際文書、WHOの勧告や多国間環境協定などのしっかりとした国際的基礎を持っている。

ILO基準

1974年職業がん条約（第139号）は批准国に対して、「職業曝露が禁止されまたは許可もしくは管理の対象とされる発がん物質および因子を定期的に決定する…」ことを求めている（第1条）。同条約

の批准国は、「労働者が就業中に曝露する可能性のある発がん物質および因子を非発がん物質または因子、もしくは有害性のより低い物質または因子で代替させるようあらゆる努力を払うものとし、代替物質または因子の選定に当たっては、それらの発がん性、毒性その他の特性を考慮する」(第2条)²。

1986年アスベスト条約(第162号)は、「労働者の健康を保護するために、必要なかつ技術的に実行可能な場合には、国内法令には、次の一または二の措置を定める— (a) 可能な場合には常に、アスベスト、一定の種類のアスベストまたはアスベスト含有製品を、権限ある機関が無害または有害性がより低いと科学的に評価した他の物質または製品もしくは代替技術の利用により代替させること; (b) 一定の作業工程において、アスベスト、一定種類のアスベストまたはアスベスト含有正否の使用を全面的にまたは部分的に禁止すること」と規定している(第10条)³。アスベスト条約は、クロシドライトおよび同繊維を含有した製品の使用、および全ての種類のアスベストの吹き付けを禁止している。

1990年化学物質条約(第170号)は、「輸出国である加盟国において、労働における安全と健康上の理由から有害化学物質の全部または一部の使用を禁止している場合には、その事実およびその理由を輸入を行う全ての国に通知する」ことを求めている(第19条)⁴。

第95回国際労働会議のアスベストに関する決議(2006年)は、将来のアスベスト使用の廃絶と、既存アスベストの把握および適切な管理が、アスベスト曝露から労働者を防護し、将来のアスベスト関連の疾病および死亡を予防するための最も効果的な手段であると明記している。また、アスベスト条約(第162号)は、アスベスト使用を継続することの正当性または是認を与えるものとして使われてはならないと指摘している。同決議は諸国に対して、1986年アスベスト条約と1974年職業がん条約の批准および実行を促進し、全ての種類のアスベストおよびアスベスト含有製品の将来の使用の廃絶を促進し、全ての種類の既存アスベストの把握および適切な管理を促進し、またアスベスト曝露から労働者を保護するために国の労働安全衛生プログ

ラムに諸措置を含めることを勧奨している。⁵

多国間環境協定

アスベストの国際貿易および管理に重要な役割を果たすふたつの主要な多国間環境協定がある。国際貿易における一定の有害化学物質および農薬の事前の情報提供に基づく同意手続きに関するロッテルダム条約⁶は、事前の情報提供に基づく同意手続きの対象物質を定めた同条約の付録IIIには、アンフィボール族の全ての種類のアスベストが含まれている。2006年のロッテルダム条約締約国会議は、クリソタイル・アスベストが、同条約付録IIIに包含する必要条件と基準に合致していると決定し、2008年の会議でその付録III⁷への包含についてさらに検討することとしている。さらに、アスベスト粉じんおよびアスベスト繊維を含有する廃棄物は、有害廃棄物の国境を越える移動およびその処分の規制に関するバーゼル条約⁸において有害廃棄物(付録I, Y36)とみなされ、したがって厳格な管理の対象とされている。

WHO勧告

第58回世界保健総会は加盟国に対して、回避可能な曝露—とりわけ労働現場および環境における化学物質への曝露—であることを要因として、がんにたいして特別の関心を払うよう求めた。⁹ アスベストは、職業がんによる死亡の約半数を引き起こしている、最も重要な職業的発がん物質のひとつである。2007年5月、第60回世界保健総会は、2008-2017年労働者の健康に関する世界行動計画を承認し、その中で加盟国はWHO事務局に対して、「関連する国際的法的文書および効果的介入に関する最新のエビデンスにしたがって—アスベストの様々な種類を規制する様々なアプローチに留意しつつ—アスベスト関連疾患根絶のための世界キャンペーン」をその行動に含めることを要求した。¹⁰

したがって、アスベスト関連疾患を根絶するためのWHOの諸国に対する支援は、全ての種類のアスベストの歴史的な使用から生ずる曝露に関連した支援に加えて、とりわけ今なおクリソタイル・アス

ベストを使用している加盟諸国を対象にしたものとなる¹¹。

WHOは、ILOその他政府間組織や市民団体と協力して、諸国が以下の戦略的方向付けによってアスベスト関連疾患の根絶に向かうよう働きかけている。

- アスベスト関連疾患を根絶するための最も効果的な道は全ての種類のアスベストの使用を止めることであると理解することによって、
- アスベストをより安全な物質に代替し、また、代替を促進する経済的および技術的メカニズムを開発するための解決策に関する情報を提供することによって、
- 既存アスベストへの、および除去作業中の曝露を防止するための諸措置を講ずることによって、
- アスベスト関連疾患の早期診断、治療、社会的および医学的リハビリテーションを改善することによって、および、過去におよび/または現在アスベストに曝露した/曝露する人々の登録を確立することによって、である。¹²

アスベスト関連疾患根絶に向けた 国のプログラムの策定

アスベスト関連疾患を根絶するためには、諸国は、下記のような政治的、情報および運用ツールを必要とする。

アスベスト関連疾患根絶に向けた国のプログラム(NPEAD)は、問題の重要性とアスベスト関連疾患根絶に向けた戦略を概説した合意方針である。また、注意喚起および能力構築のための行動および方向性の制度的枠組みはもちろんのこと、長期的目的および目標も明確にする。NPEADは、労働衛生、公衆衛生および環境の保護における優先課題としてアスベスト関連疾患の根絶を定義する。それによって、それは公式の政府の決定に基づくべきである。理想的には、そのような決定は、様々な省を包含するものとして内閣によってなされるべきである。NPEADを確立する政府の決定は、アスベスト関連疾患の根絶に向けた政治的関与をはっきり述べ、戦略的目的および目標、策定、実

行および評価の仕組み、リーダーシップ、各省の役割、進捗状況に関する定期的報告などのNPEADの主要要素を定義すべきである。各項目で扱われる主な分野についての示唆を含んだNPEADのためのアウトラインは以下のとおりである。

国のアスベスト・プロフィールは、情報ツールである。それは、様々な種類のアスベストの消費量、(いくつかの用途はすでに限定または禁止され、いくつかはそうでないことを考慮して) 現在および過去の曝露からリスクのある人口、アスベスト関連疾患等に関して、ベースラインとなる状況を定義する。それは定期的に更新され、NPEADが設定した目的および目標の進捗を評価するツールとして役立つ。国のプロフィールのモデルのアウトラインは、付録に示す。

国のアスベスト作業計画は、NPEADの目的および目標を達成する諸措置を実行するための作業ツールである。そのようなものとして、それは、様々な種類のアスベストに対処するなかでなされた進展、利用可能な資源、および特別な条件を考慮に入れつつ、策定され、ステップ・バイ・ステップで実行および評価される。作業計画は、実行可能で国の状況に合ったものでなければならず、時系列的な目標および実施責任、監視および評価のための必要な仕組みを含むべきである。この文書はまた、国の献身的な支援および計画された取り組みが実行されるのに十分な資源についての条項を組み入れ、持続的な取り組みを確保し、責任を割り当てるべきである。作業計画は、NPEADが設定した目的および目標達成における進展および法令の変更を反映するために、定期的に更新される必要がある。

NPEADの実行は、運営委員会または特別委員会のような、**部門間メカニズム**を必要とする。このメカニズムは、NPEADの策定、実行および評価を管理するための、明確に定義された権限、義務および責任をもつべきである。それは、労働、保健、環境、産業、建設、貿易、財政、その他の省のような、責任のある政府機関の代表を含めるべきである。それはまた、学術専門家、市民社会の代表、国の保険および補償機関、その他の関係者を含むかもしれない。国の制度的枠組み次第で、保健省また

は他の省が、アスベスト関連疾患の根絶に関する部門間メカニズムの活動に対して政治的リーダーシップを提供するかもしれない。

これらすべての要素は、その目的および目標の可能性、地域的な状況および国の状況を十分考慮したうえで、関係する政府の諸機関、産業界、労働組合、およびその他の関係者との事前協議を必要とする。諸国は、NPEAD策定についてのコンセンサスを樹立するために、全国ワークショップ、情報キャンペーン、および公式の諸機関間協議などの、様々なかたちの協議を講ずる必要があるかもしれない。そのような協議においては、経済的な理由よりも、健康保護およびアスベスト関連ハザードの一次予防に優先順位が与えられるべきである。しかし、健康保護が政治的、法的、経済的および社会的議論に支持されたときにのみ、コンセンサスに至ることができる。

アスベスト関連疾患根絶に向けた 国のプログラムのモデル

I. 序文および目的

この部分では、問題の重大さを概説し、優先課題としてアスベスト関連疾患に焦点をあてるための公衆衛生その他の論点を提供し、また、関連ある義務的および非義務的な国際文書との関連について指摘する。

健康的側面

WHOおよびILOの文書に根拠を求めることのできる、アスベストの健康影響の簡単な要約。アスベスト曝露は、多様な潜伏期間を有する、石綿肺、胸膜のプラーク、肥厚および滲出[胸水]、肺がん、中皮腫、喉頭およびおそらくはその他のがんを引き起こす。この部分ではとくに、アスベスト関連疾患の発症率は繊維の種類、繊維量およびアスベストの産業的加工に関連しているとはいえ、すべての種類のアスベストがヒトに対する発がん物質として知られており、また、今日のアスベスト使用全体の95%を占めるクリソタイル・アスベストの発がんリスクに関

する閾値は確認されていないことを強調すべきである¹³。

問題の重大性

本項では、国内におけるクリソタイルおよびその他の種類のアスベストおよびアスベスト含有物質の主要な過去および現在の使用目録の要約を含め、国のアスベスト・プロフィールから最も重要な数値を強調すべきである。そのような目録は、税関情報および産業製品に関する国内データを使って用意することができる。本項ではまた、曝露労働者の数および曝露のレベルも取り扱うべきである。ハイリスクの集団、産業および職業を明らかにする必要がある。潜在的な健康影響を判定するうえでは、現在および過去のアスベスト曝露に起因する将来の疾病負荷の方が、アスベスト関連疾患の実際の発症率や報告件数よりも、より有用かもしれない。アスベスト関連の悪性疾病は非常に長い（40年もの）潜伏期間をもっており、最近アスベスト使用が増加している諸国では今のところはっきり現われていないかもしれない。

経済的側面

本項には、アスベスト関連疾患根絶に向けた戦略的経済的論点、例えば、回避できる治療費や補償請求などの直接経費（ここで他の諸国の経験への言及も与えられるかもしれない¹⁴）、アスベスト含有建築物の解体費用、既存アスベストを取り扱うときに適切な健康保護を確保する費用、アスベスト含有観光施設による潜在的な収入減やアスベスト含有住宅ストックの価値低落などの間接費用、等を含めるべきである。

社会的側面

本項では、ノンアスベスト代替品および技術への転換中に公正移行を確保するために考慮される必要のある、アスベストおよびアスベスト含有製品使用の、現在の、および予想される社会的影響を扱うべきである。アスベストおよびアスベスト含有製品の輸入および国内生産（アスベスト生産国では）に関連した雇用者数、アスベスト消費量によって異

なる特別の社会的ネットワークやコミュニケーションに関するデータが示されるべきである。アスベストとともに暮すことはその地域社会を社会的に不利な立場に置く可能性があることから、社会正義および公正の側面も論じられるべきである。

II. 政治的および法的背景

アスベスト関連疾患の根絶を呼びかける国および国際的な政治的決定はすべて、例えば、WHO、ILOおよびUNEPの決議や政策文書などは、ここに含められるべきである。国際的法律文書から生じる義務はもちろん、アスベスト関連疾患根絶に向けた取り組みを直接または間接的に正当化する、現行の国の法令の当該箇所に対する言及もなされるべきである。

国際的法律文書の国による批准状況および/またはそれらの諸条項の国の法令への転置レベルに関する追加情報も、提供されるべきである（ILOの職業がんに関する第139号条約および第147号勧告、ILOのアスベストに関する第162号条約および第172号勧告、有害廃棄物の国境を越えた移動および廃棄に関するバーゼル条約、国際貿易における一定の化学物質および農薬の事前の情報に基づく同意手続に関するロッテルダム条約）。

本項にはまた、様々な種類のアスベストに対するすべての法的強制力のある国の職業曝露限界、および他の諸国のベスト・プラクティスとの比較状況に関する言及も含められるべきである。¹⁵

III. アスベスト関連疾患根絶に向けた戦略

予防的戦略

クリソタイルおよびアンフィボル系アスベスト双方の発がん影響に関する閾値の証拠はなく、また、きわめて低レベルの曝露人口にも発がんリスクの増加が観察されているということに留意すれば、アスベスト関連疾患根絶に向けた最も効果的な方法は、すべての種類のアスベストの使用を止めることである¹⁶。労働力人口が大きく、曝露を管理するこ

とが困難であり、また、既存物質は劣化しやすく、改築、補修および解体を行う者にリスクを引き起こすことから、建設産業におけるクリソタイル・アスベスト・セメントの使用の継続は、特別の関心事である。その多様な用途において、アスベストは、健康に対してより少ないリスクしか引き起こさないか、またはリスクのないいくつかの繊維状物質や他の製品に代替することが可能である。アスベスト含有物質は、密閉されるべきであり、また一般的に、アスベスト繊維を飛散させそうな作業を行うことは勧められない。例えば車のブレーキパッドなど、ノンアスベスト製品をアスベスト含有製品に代替することを回避する措置が取られるべきである。

既存アスベストを扱う場合には、密閉化、湿潤化した手順、濾過装置付きでかつ定期的に清掃を行う局所排気装置などの、曝露を管理するための厳格な工学的措置が適用される必要がある。アスベストの種類判定（例えば、クリソタイルかアンフィボル系か）およびその後の曝露レベルの監視も、工学的措置の有効性を評価するために必要である。個人保護具の使用—特別の呼吸器、安全メガネ、保護手袋および衣—およびそれらの除染のための特別な設備も、アスベストを扱う作業を行う人々にとって必要である。

アスベスト曝露に起因する何らかの徴候や健康状態の早期発見および曝露管理措置の適切性の評価のために、ILO¹⁷およびWHO¹⁸の勧告にしたがって、医学的サーベイランスが整備されるべきである。少なくとも40年間データを保管する、様々な種類のアスベストに曝露した労働者の全国登録制度を確立することも必要である。この登録には、使用者および事業場に関する情報はもちろんのこと、曝露記録（強度、頻度および曝露期間）、医学検査結果に関する情報を含めるべきである。

アスベスト曝露管理措置および医学的サーベイランスには、かなりの資源を必要とし、とりわけ資源が制限され、労働衛生慣行の専門技術や基盤が限られ、衛生や環境の一般的保護レベルが不十分な諸国においては、実行がきわめて困難かもしれない。そのような措置の執行は、小—および中—規模の企業およびインフォーマル経済において

は、現実的に不可能かもしれない。また、アスベストの発がんリスクに閾値は確認されていないことから、最も厳しい職業曝露限界であっても、アスベスト関連疾患の健康リスクを伴っている。それゆえ、アスベスト関連疾患根絶に向けた国の戦略は、すべての種類のアスベストの使用中止およびそのより安全な代替品への代替に向けて努力しなければならない。

予防的戦略は、産業界による自主的な努力を促進し、国および企業レベルで関係者の協力および協議に基づくようにするための措置を構想すべきである。それは、アスベスト関連疾患根絶に向けた枠組みを設定し、また、パートナーシップ、コミュニケーションおよびコーポレーションを促進すべきである。

戦略的取り組み

国レベル

国レベルの取り組みは、アスベスト関連疾患の根絶に資する、政治的、法令的、社会的環境および適切な組織的枠組みを創るべきである。

そのような取り組みには、以下が含まれる:

- (a) アスベスト関連疾患根絶に向けた政治的関与、例えば、過去および現在の使用に関する情報、クリソタイル・アスベスト使用継続の健康、経済的および社会的結果の推定、およびその使用を段階的に廃止し、アスベスト関連疾患の流行を予防/包含するために取られるべき諸措置のパッケージの提案;
- (b) 国際的法律文書 (ILO第162および139号条約、バーゼルおよびロッテルダム条約)の批准、および様々な種類のアスベストへの曝露を予防し、それらの使用を段階的に廃止し、またアスベスト関連疾患の予防を確保するための、特別の法令の策定;
- (c) クリソタイル・アスベストの使用を減少させるための財政的仕組みの導入、例えば、関税および消費税、ノンアスベスト技術転換融資、義務所持者、保険会社や補償機関による拠出や政府の補助金を伴った、アスベスト関連疾患根絶に向けた国の基金の設立など;

(d) 様々な種類のアスベストに関する職業曝露限界の更新および施行、例えば、国の職業曝露限界のクリソタイルのIPCS化学物質安全データカードとの整合化、アスベストの鉱物学的種類の判定およびその大気中濃度の測定および監視のための資源の確立、および照会できる国の分析所の創設;

(e) 労働、建築物保全および建設、環境、公衆衛生、認証および標準化技術の領域における執行機関の権力の強化を通じた、より効果的な技術的基準および安全措置の監督および執行システムの提供; 企業および経済事業者向けのアスベスト関連の健康リスクを管理するためのガイドラインの提供、など;

(f) 石綿肺および非悪性アスベスト関連障害の早期発見のための診断能力、中皮腫の臨床的および病理学的診断を通じた、アスベスト関連疾患の早期発見、届出、登録、報告および補償の組織化; 肺および喉頭がんとアスベスト曝露をとの因果関係の確立; 国の職業病リストへのすべてのアスベスト関連疾患の包含およびそれらの認定のための診断および曝露基準の開発; アスベスト関連疾患の被害者の補償のための基金の確立;

(g) アスベストのより安全な代替品、防護措置の適用、アスベスト使用に関連するリスクに関する注意喚起に関する、産業界、貿易その他の経済事業者、労働者とその団体および建築物所有者に対する、政府の助言サービスの提供;

(h) アスベストの代替品およびアスベスト関連疾患を予防するためのベスト・プラクティスに関するノウハウの移転を促進するための国際協力の増進。

地域(州)レベル

地方当局は、アスベスト関連疾患根絶に向けた努力に関与すべきである。地方当局は通常、建設認可の発行、住宅ストックや廃棄物処分場等の監視に責任を持っている。また、地方自治体は、アスベストへの曝露と関わる可能性のある建築物の保全、補修および解体作業のために労働者を雇って

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

いるかもしれない。地方当局は、以下の取り組みを行うことが可能かもしれない：

- (a) アスベスト製品のより安全な代替品の使用に関する要求事項を導入し、および/または、クリソタイル・アスベストおよびアスベスト含有製品の製造および使用を禁止し、禁止を執行する；
- (b) 様々な種類のアスベストへの潜在的曝露と関わりのある作業、例えば、アスベストを含有した構造物の解体、大気中に飛散しやすい構造物の改修およびそこからアスベストの除去、は認証を受けた[ライセンスを持った]使用者または請負業者だけが行うことができることを確保する；
- (c) アスベスト含有廃棄物が適切に廃棄されるための諸措置を講ずる—湿潤化され、覆われて輸送され、特別の廃棄物処分場に埋められ、および侵食しにくい表面を形成する薬剤を充填される；
- (d) 建築物における飛散性アスベスト断熱材の解体、除去および改修の危険性に対する人々の注意を高め、建築物内に静かにおさまっているアスベストの存在に関連したリスクに関する情報を広める；
- (e) 作業中にアスベストに曝露したかもしれない地方自治体労働者の医学的サーベイランスを整備する。

企業レベル

このレベルにおける取り組みは、アスベストへの曝露のリスクを低減および根絶することにねらいをつけるべきである。企業は、以下の方面における取り組みを講ずることができる：

- (a) クリソタイル・アスベストをより安全な代替品で代替し、他の種類のすべての既存アスベストへの曝露を予防する；
- (b) 請負業者および供給業者におけるクリソタイル・アスベスト使用の根絶を促進する；
- (c) 様々な種類のアスベストへの汚染に関して、作業環境を監視する；
- (d) アスベスト関連作業についての曝露限界および技術的基準の遵守を確保する；
- (e) 発生源でアスベストへの曝露を管理するため

の工学的諸措置を確立する；

- (f) アスベストへの潜在的曝露のある作業に関わる労働者に、特別のトレーニングを提供する；
 - (g) 適切な個人保護具を提供する；
 - (h) アスベストに曝露した労働者の登録および医学的サーベイランスを確保する。
- 企業レベルでとられるべき取り組みの詳細な手引は、ILOのアスベストの使用における安全に関する実施要綱(1984年)¹⁷、および、欧州連合上級労働監督官委員会によって策定された、アスベストと関わる(関わる可能性のある)作業におけるアスベスト・リスクを予防または最小化するためのベスト・プラクティスに関する実践的ガイド：使用者、労働者および労働監督官のために(2006年)¹⁹のなかに見出すことができる。

IV. 組織的枠組みおよび主要パートナー

NPEADは、政府諸機関、様々な国の機関、労働安全、公衆衛生および環境保護の分野に責任のある、またはそれらの分野で活動している機関および団体を含む、主要パートナー間の協力によって策定、実行および評価されるべきである。文書のこの部分にはまた、主要関係者の各々の一般的責任に関する記述が含まれるべきである。

関係者には、以下が含まれるかもしれない。

- 保健、労働、環境、産業、鉱業(アスベスト生産国の場合)、運輸、建設、科学技術に責任を有する各省、労働衛生、公衆衛生および環境に責任を有する研究所および監督官
- 使用者、労働者および市民社会の諸組織
- 専門家団体、例えば、国の労働衛生学会、国の安全委員会、国の公衆衛生学会、国のがん学会、国のアスベスト注意喚起団体、放射線学会、その他の専門家団体および公益団体
- 労災補償および社会保障団体
- 調査研究、能力開発およびトレーニング機関

V. 情報管理

国のアスベスト・プロフィール

付録1でより詳しく記載されているような、包括的な国のアスベスト・プロフィールが、NPEAD文書に添付されるべきである。このプロフィールは、現在の状況を反映するすべての関連情報を編集したものであるべきである。それは、NPEADの目標に向かって成し遂げられた進展を測定するベースラインとして役立つべきである。この理由から、プロフィールは、定期的に更新されなければならない。本項においてNPEADは、この任務に関する更新の頻度および責任の割り当てを指示することができる。

代替品、代替技術および技術的解決策に関する情報

本項では、アスベスト代替品およびノンアスベスト技術の収集、更新、評価、および、国の関係者および関心をもつ人々に利用可能にする方法を扱うべきである²⁰。

アスベスト曝露労働者の登録

過去の曝露を含む、アスベストに曝露したすべての労働者の中央登録が確立および維持されるべきである。登録には、企業、業務、アスベストの種類、曝露のレベルおよび期間を含めるべきである。

資源の動員

本項では、アスベスト関連疾患根絶に向けた既存の資源を公表し、必要な場合にはさらなる資源を確認するための、戦略的方向を提供すべきである。能力を開発し、地方当局における、また企業レベルはもちろん、この問題に関わりのある各省および執行機関の諸資源を動員するための、特別の努力が必要である。そのような作業にはまた、アスベスト除去に関する業者のトレーニングおよびライセンス供与も含まれるべきである。様々な種類のアスベストへの潜在的曝露の発見、それらの大気中の宇努の測定、および防護対策のための現実的措置における技能レベルの向上の必要性もあるかもしれない。さらに、保健専門家にスクリーニング、

臨床的および病理学的診断、アスベスト関連疾患の理解および報告に関するトレーニングを提供することも必要かもしれない。

VI. プログラムの実行

前述のとおり、NPEADの策定および実行の調整および運営のための部門間メカニズム（委員会または特別委員会）が確立されるべきである。そのようなメカニズムの任務は、以下のとおりとすることができる：

- NPEADの策定、実行および評価のための手引を提供する；
- 国のプログラムを実行するうえで様々な関係者の協力を確保する；
- プログラムの目標を政府の関係諸機関、民間部門、労働者、使用者および一般の人々の課題に組み入れるのを促進する；
- プログラムの目的および目標の達成に向けてなされた進展を監視および評価する；
- NPEAD実行の様々な段階における行動計画を採用する；
- プログラムの様々な段階の完了を政府に報告し、および、NPEADの改正および修正を勧告する。

NPEADの実行に関連する諸行動を関係する政府諸機関、諸団体およびパートナーの行動計画に組み入れることは当を得たことである。国のプログラムをにリーダーシップを与えるフォーカルポイントや運営委員会を指名し、その主要要素について特別のワーキング・グループを設立することが、きわめて有用かもしれない。この委員会のメンバーは、委員会での活動における姿勢に影響を及ぼす可能性のある利害関係をもっているかどうか宣言することを求められなければならない。

NPEADには特別の予算が配分されるべきである。この予算は、政府からの一時金のかたち、あるいは参加諸組織の資金を集めてプールするというかたちがあるかもしれない。例えば、アスベストおよびアスベスト含有製品の輸入税や消費税、労災補償および保険基金からの拠出、政府の拠出、国際

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

援助や自主的な寄付金を使って、プログラム実行のための特別基金を創設することが有用かもしれない。

プログラムは、以下のように、ステップ・バイ・ステップで実行することができる：

準備段階—この段階の目標は、プログラムを開始するための政治的関与を確立し（アスベスト関連疾患による罹病率および死亡率はもちろん、様々な種類のアスベストの現在および過去の使用、すでに禁止された特定の使用、規制対象となっているものおよびないものに関するデータの蓄積；アスベスト・ハザードによって引き起こされる健康リスクに対する関心の十分なレベルへの引き上げ；議論を組み立て、実行可能性の研究および協議を実行する；部門間メカニズムの確立；政府による承認の獲得：など）、労働者がアスベストへの曝露から完全に防護されるようにする（アスベストと関わりのある作業の許可制の導入、アスベスト曝露防止のための要求事項を付けた建築基準法の改正；アスベスト情報および教育キャンペーンの策定および導入、など）ことである；

第一段階—この段階の目標は、まず準備段階で確認された主要な健康問題点の活用（活用）に焦点をあてながら、国におけるクリソタイル・アスベスト使用および曝露労働者数を大幅に低減させることである（アスベストの輸入、製造および使用の制限、可能な場合はすべてアスベストをより安全な代替品に代替、アスベストおよびアスベスト関連疾患への関心を高める）；

第二段階—この段階の目標は、クリソタイル・アスベストを段階的に廃止し、アスベストの使用を中止するために利用可能な財政支援を利用できるようにする；より安全な物質を使用するインセンティブを創り、情報および専門家の助言へのアクセスを確保する；アスベスト関連疾患の登録および補償を改善する；

VII. 監視および評価

NPEADの実行における進展を監視するための**評価基準**および諸指標が、国の部門間メカニズ

ム（アスベスト関連疾患根絶に関する運営委員会/特別委員会）によって策定されるべきである。この部分では、これらの基準を記述するか、または、それらの策定と監視を命ずるべきである。

指標には、以下に関連するものを含むことができる：

- a. **成果(効果)**：これらの指標は、以下の質問に答えることができるようにすべきである：予防的戦略に確立された主要な成果が達成されつつあるか？ 過重曝露は減少しているか？ 粉じん管理技術が導入されているか？ 健康およびハザード・サーベイランス・システムは確立されているか？ 具体的な成果が、戦略全体と関連づけられるべきである。

例：年間アスベスト消費量の減少；アスベストに曝露する労働者数の減少；推測されるアスベスト関連疾患の負荷；アスベストの様々な使用から生ずる健康リスクに関する人々の関心のレベル。

- b. **経過**：これらの指標は、以下の質問に答えるのに役立つ：予防を支援する取り組みや手順はとられているか？ 適切なトレーニング、情報の普及、専門的認証（例えば、分析期間、労働衛生専門家、ILO2005システムを用いたX線写真分類）がなされているか？ 労働現場監督の量および質は改善されているか？ ここでも、これらの指標は、戦略全体と関連づけられるべきである。

例：アスベスト関連疾患診断のトレーニングを受けた医師の数；医学的サーベイランスの対象とされている労働者の割合；アスベスト曝露のリスクアセスメントおよびリスクマネジメントのトレーニングを受けた労働監督官や労働衛生サービス専門家の数；アスベスト曝露労働者登録制度の存在；アスベストに関わる作業の許認可システムの存在；NPEADのために調達された基金の額；アスベスト使用を低減および根絶するイニシアティブに署名した企業の数。

- c. **運営**：プログラムの調整および運営は、有効かつ効率的であるか？

例：年間の運営委員会の会合の開催数；

会合への平均出席率;個々の取り組みの技術的実行率;財政的執行率;期限までに完了した取り組みの割合;委員会のメンバー、パートナーおよび関係者によるプログラムのパフォーマンスの評価。

調整または運営委員会は、少なくとも毎年、NPEAD遂行の進展について議論し、そのさらなる改善をめざした勧告を策定すべきである。

付録:国のアスベスト・プロフィール

(NPEADに含まれるべき最初のプロフィール;プロフィールは定期的に更新されるべきである)

1. 様々な種類のアスベストに関する現行の法令
2. 年間アスベスト輸入および消費量(合計および主要な用途および種類別)
3. アスベスト含有製品の輸入
4. アスベストの国内生産(該当する場合)
5. アスベスト含有製品の国内生産
6. 国におけるアスベストに曝露する労働者の推定合計数
7. 国におけるアスベスト曝露が存在している産業の完全なリストおよびアスベストに曝露している可能性のある労働者数が最も多い産業のリスト
8. ハイリスク曝露のある産業(職業曝露限界を超えるような過重曝露が記録されている)およびハイリスクにある労働者の推定合計数
9. アスベストに関連する疾病の推定負荷:障害調整生存年(DALYs)およびアスベスト曝露に起因する死亡
10. 石綿肺の有病率(現在までに石綿肺、アスベスト関連肺がん、中皮腫と診断された労働者の合計数)一国のデータ、可能であれば産業別の分類
11. アスベスト曝露労働者における肺がんの発症率
12. 中皮腫の発症率
13. アスベストを含有する住宅ストックおよび車輛の推定割合
14. 石綿肺、肺がんおよび中皮腫など、アスベスト

関連疾患についての補償の資格のある労働者の合計数および毎年補償を受けた人の数

15. クリソタイル・アスベストに関する国の法的強制力のある職業曝露限界
16. 曝露限界を監督および執行するシステム
17. アスベスト関連疾患による推定経済損失
18. 国におけるアスベスト関連疾患の疫学に関する主要な研究

参考文献

- 1 労働衛生に関するILO/WHO合同委員会の第13回会合報告書。ジュネーブ、2003年12月9-12日。国際労働事務局; 2006年; <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/health/session13/report.pdf> で入手できる。[2004年4月号参照]
- 2 1974年ILO職業がん条約(第139号)および1974年ILO職業がん勧告(第147号); 原文は <http://www.ilo.org/ilolex/english/index.htm> で入手できる。
- 3 1986年ILOアスベスト条約(第162号)および1986年ILOアスベスト勧告(第172号); 原文は <http://www.ilo.org/ilolex/english/index.htm> で入手できる。
- 4 1990年ILO化学物質条約(第170号)および1990年ILO化学物質勧告(第177号); 原文は <http://www.ilo.org/ilolex/english/index.htm> で入手できる。
- 5 アスベストに関する決議。第95回国際労働会議、2006年5月31日-6月16日、ジュネーブ。安全衛生委員会の報告。ジュネーブ、国際労働会議(暫定記録20)、付録20/69。 <http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/ilc95/pdf/pr-20.pdf> で入手できる。[2006年7月号]
- 6 UNEP/FAO 国際貿易における一定の有害化学物質および農薬の事前の情報提供に基づく同意手続に関するロッテルダム条約; <http://www.pic.int> で入手できる。
- 7 UNEP/FAO/RC/COP.1/33 国際貿易における一定の有害化学物質および農薬の事前の

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

- 情報提供に基づく同意手続に関するロッテルダム条約締約国会議の第1回会合の活動に関する報告; ジュネーブ、2004年9月20-24日; <http://www.pic.int/cops/reports/z233/English/COP%201-33%20e.pdf> で入手できる。
- 8 UNEP 有害廃棄物の国境を越える移動およびその処分の規制に関するバーゼル条約; <http://basel.int> で入手できる。
 - 9 WHA 58.22 ガンの予防および管理。第58回世界保健総会、2005年5月16-25日、ジュネーブ。決議および決定、世界保健機関、ジュネーブ; http://who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_22-en.pdf で入手できる。
 - 10 WHA 60.26 労働者の健康:世界行動計画の付録中第10節を参照。第60回世界保健総会、2007年5月14-23日、ジュネーブ。決議および決定、世界保健機関、ジュネーブ; http://who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R26-en.pdf で入手できる。[2007年9月号]
 - 11 2006年5月現在、WHO加盟の40か国が、クリソタイルを含む全ての種類のアスベストの使用を禁止している。「アスベスト:未来を予防し過去に立ち向かう」参照。世界社会保障フォーラム、第29回ISSA総会、2007年、モスクワ。 <http://www.issa.int/wssf07/documents/pdf/reports/en/2-AP.pdf> で入手できる。[2007年10月号]
 - 12 WHO/SDE/OEH/06.03 アスベスト関連疾患の根絶、2006年、WHO、ジュネーブ参照; http://www.who.int/occupational_health/publications/asbestosrelateddiseases.pdf で入手できる。[2006年9・10月号]
 - 13 (i) WHO環境保健クライテリア53:アスベストおよび他の自然鉱物繊維、ジュネーブ、世界保健機関、1986年;(ii) WHO環境保健クライテリア203:クリソタイル・アスベスト、ジュネーブ、世界保健機関、1998年;(iii) IARCモノグラフ7巻:アスベスト、リヨン、国際がん研究機関、1987年を参照。
 - 14 例えば、アメリカ合衆国においては、アスベスト被害者の補償のために特別の基金が設立され、それに保険会社と企業が1,140億USDを拠出した。40万と推定される今後数十年間におけるヨーロッパのアスベストがんによる死亡の費用は、5,280億USDと見積もられている。
 - 15 国際化学物質安全計画(IPCS)クリソタイル、国際化学物質安全データカード 0014、1999年3月。 http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cis/products/icsc/dtasht/_icsc00/icsc0014.pdf で入手できる。
 - 16 WHO/SDE/OEH/06.03 アスベスト関連疾患の根絶、WHO、ジュネーブ、2006年; http://www.who.int/occupational_health/publications/asbestosrelateddiseases.pdf で入手できる。[2006年9・10月号]
 - 17 ILOアスベストの使用における安全に関する実施要綱、国際労働機関、ジュネーブ、1984年; <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/index.htm> で入手できる。
 - 18 Wagner, G.R. 鉱物粉じんのスクリーニングおよびサーベイランス、世界保健機関、ジュネーブ、1996年; <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544988.pdf> で入手できる。
 - 19 欧州委員会雇用、社会問題および機会均等総局;このガイドは、 http://ec.europa.eu/employment_social/health_safety/asbestos_en.htm で20か国語で入手できる。
 - 20 WHOによって評価された繊維代替物は、WHOの繊維の発がんメカニズムおよびクリソタイル・アスベスト代替品の評価に関するワークショップのサマリー・コンセンサス・レポートに掲載されている。2005年11月8-12日、リヨン、フランス、ジュネーブ、世界保健機関、2005年。 www.who.int/ipcs/publications/new_issues/summary_report.pdf で入手できる。
- ※原文は、 http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/health/outline_npead.pdf、または、 http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_SDE_PHE_07.02_eng.pdf で入手できる。



05・06 石綿労災認定事業場 新たに520か所

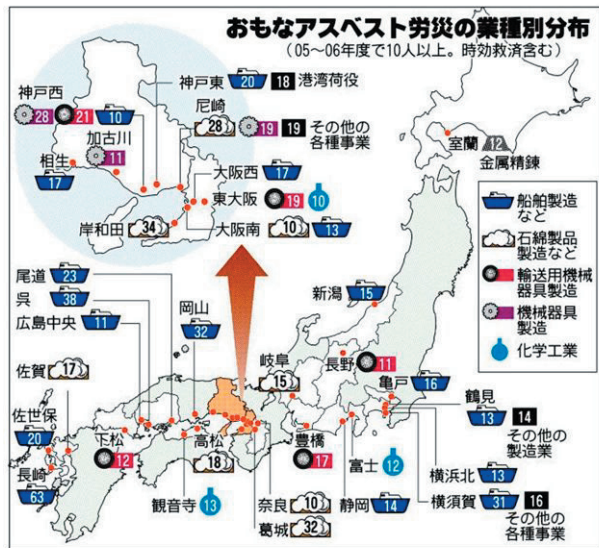
厚労省●2008年春までに事業場名公表を約束

12月3日付け毎日新聞朝刊は、1面トップで、「石綿被害 新たに520か所、2005～06年度、市民団体が入手、厚労省は非公表」と大きく報じた(別掲図も同記事から)。

前号でお伝えした関西労働者安全センター事務局長(アスベストセンターの運営委員でもある)の片岡明彦さんが情報公開法を使って入手した「処理経過簿」の分析結果と独自取材の結果をまとめたもので、「列島覆う石綿禍」というタイトルのもと、「企業別・労基署別事例一覧」も、丸まる見開き2面を使って一挙掲載された。

同日アスベストセンターが記者会見を開き、「平成17・18(2005～06)年度の中皮腫・肺がん・石綿関連疾患の労災認定事業場の情報公開を求めます」として、以下のような内容を示し(<http://www.asbestos-center.jp/>)、各メディアがこの問題をカバーした。

「平成17年7、8月に厚生労働省労働基準局労災補償部労災補償課は、1)周辺住民の方への適切な情報提供、2)過去に勤務していた方への情報提供、3)自治体にとり適切な健康対策を立てるための情報提供、を理由に中皮腫や肺がんが平成16年以前に認定された方の事業場の情報公開を実施しました。中皮腫や胸膜肥厚斑の原因がわからなかった住民、過去に勤務した中皮腫・肺癌の方が原因に気づき、2年間で3,365人の方が労災補償を受けられました。しかし平成18年になり厚生労働省は平成17・18年度に判明した中皮腫・肺がんの労災認定事業所の公開を控えます。厚生労働省のこの間の情報非開示を受け、中皮腫・じん肺・アスベストセンター運営委員が中心となり、平成19年4月から47都道府県労働局に『中皮腫・肺が



んの労災認定事案』の情報公開を求めました。資料の多くは墨塗りで開示されているため、一部しか知りませんが、参考資料[省略]のように重要な情報が得られてきました。

- (1) 厚生労働省「石綿ばく露歴の把握のための手引き」作成委員でも今まで知らなかった産業(製紙、印刷、家具製造、航空機製造、新聞出版、医療保健、金融等の)や個別業種がきわめて多いこと。
- (2) 被害は文献的に知られているが、平成16年以前は労災認定が少なく情報公開がないため、多くの国民が知らずにいた産業(製鉄、化学、鉄道車両製造、自動車製造等)が多く、認定者数が10名以上の事業所も多発しており、過去の作業員への情報伝達と共に周辺住民への情報開示が必要なこと。
- (3) 過去の被害は既に知られていた、石綿製造、

造船、建築業等の中には、一事業所で10名単位での中皮腫や肺がんの認定が明らかとなり、事実自体が自治体の今後の健康対策として重要な情報であり、公衆衛生的観点から痛切な被害であること。

以上が明らかになりましたが、本当に知りたい石綿作業・製品や曝露形態の情報は全く開示されていません。

1. 国は早急に平成17・18年の労災(労災・新法含む)認定事業所の公開を実施すること
2. 石綿の専門家ですら知らない産業・職種と曝露形態と使用石綿製品の情報は直ちに監督署から収集し開示すること。
3. 最盛期3,000種類に及ぶとされる石綿全製品の調査をもれなく実施する必要があり、内閣官房等に推進・調整する委員会を設けること

● 労災認定を受けられた方

作業や石綿製品等の情報を全国で知らずにいる他の方のために、是非私たちにもご報告ください。

あなたと同じ作業や産業ではたらいいても、石綿製品の十分な情報がない、周囲で中皮腫や胸膜肥厚斑や肺癌の方がまだ発症しておらず、仕事との関連が不明でいる方が全国にはたくさんいらっしゃいます。あなたやご家族が過去にされた石綿作業や石綿製品等の情報を、全国で知らずにいる他の方のために、是非お知らせください。」

翌4日朝の閣議後記者会見で、舩添厚生労働大臣は、記者から、「アスベストの被害があった事業所の名前を民間の市民団体が情報公開請求を使って公表しましたがけれども、厚生労働省として改めて公表するという考えは」と問われて、「これはもの凄いな数だそう。いろんな事業所がありますから、今一所懸命集計をさせて、できるだけ早く出したいということで、その指示で今作業をさせております」と回答 (<http://www.mhlw.go.jp/kaiken/daijin/2007/12/k1204.html>)。

その直後、参議院の厚生労働委員会で民主党の足立信也議員の質問に対して同大臣は、「早急に調べてできるだけ早く公表できるように指示する」、

時期は「何とか来年春まで」と答弁した(参議院ホームページから、録画、議事録をみることができる)。

さらに5日、アスベストセンター、患者と家族の会、全国安全センターの代表が厚生労働省を訪れ、下記の要望事項を掲げた3団体連名の要望書を手渡した。患者と家族の会では、総会後の12月11日に国会議員に対する要請行動も予定している。

- ① 平成17・18(2005~06)年度の中皮腫・肺がん・石綿関連疾患の労災認定事業場の情報公開を早急に実施されるよう、また開示時期を明らかにされること
- ② 公表事例が少ない産業及び職種では石綿曝露形態と使用石綿製品の情報を所轄監督署・労働局から収集し開示すること。
- ③ 開示疾患別件数の対象疾患に石綿肺・合併症を含めること。
- ④ 建設業においては労災認定事業場と所属事業場が異なることが多いが、所属事業場について明らかにすることは、ともに働いていた労働者等に対しては公表の意義があるので、従来通り公表すること。同時に、元請事業場名となる場合は直接所属事業場名についても公表すること。
- ⑤ 製造業など常態的にその事業場で就労を行っている場合が多い構内下請労働者、派遣労働者の場合は、元請事業場名や派遣先事業場名も合わせて公表すること。
- ⑥ 死亡年度別の、男女別・都道府県別の認定件数を公表すること。
- ⑦ 石綿ばく露状況について、職種とばく露状況をよりわかりやすくすること。
を要望いたします。

前号で詳しく報告したように、9月の厚生労働省交渉で方針転換させ、11月の川田龍平参議院議員の質問書への回答で示された認定事業場名公表は「来年春までに」実現する見通しとなった。

しかし、開示内容を公表することの意義は、たんに厚生労働省に事業場名公表を迫ることだけにとどまらない。片岡さんの報告を次号に掲載できる予定なので、ご期待いただきたい。



石綿全国連に日韓国際環境賞 東京●「公害は過去のものではない」ことを訴えた

「日韓(韓日)国際環境賞」は毎日新聞社と朝鮮日報の両社の事業です。その2007年度の受賞団体として日本側が私たちの石綿対策全国連絡会議、韓国側が韓国自然環境保全協会が選ばれたのです。そして、去る11月1日に東京都内のホテルで表彰式が行われ、私は石綿対策全国連を代表して出席しました。

この賞は、両新聞社の提携と日韓国交正常化30周年を記念して「世界経済の成長センターと

して発展する東アジアを中心とした地域全体の環境保全と公害防止を図るため、国境を越えて活動する個人・団体を顕彰する目的で」1995年に創設されたのです。両新聞社はこの事業を通じて、「かけがえのない地球環境と文明を次代に引き継いでゆく決意を新たにす」というものです。

毎日新聞の10月30日朝刊に掲載された「公害は過去のものではない」と題した社説では、私た

ち石綿対策全国連の活動は公害が終わっていないことを教えたし、世界の石綿問題はアジアの動向にかかっていると、今日におけるアジアという視点の大切さを強調しています。アジア地域が一体となって取り組むことの重要性を主張している私たちの主張とまったく一致していました。

当日は、両新聞社の社長さんの挨拶があり、日本側からは環境大臣、韓国側からは駐日韓国大使の挨拶もありました。出席者は約100名、会場正面のステージ左側には両新聞社の社長さんが、右側には韓国側の受賞団体代表と私が坐り大変晴れがましいかぎりでした。挨拶は2分と指示されていて、囲みにあるような言葉を述べました。祝賀パーティでは、環境省の事務次官が

「日韓国際環境賞」受賞の言葉

このたび輝かしい日韓国際環境賞を、石綿対策全国連絡会議に対してお与えくださりまして、同団体を代表して心からお礼を申し上げます。

石綿(アスベスト)による健康被害は、石綿関連産業で働く労働者、石綿製品を使う労働者ばかりでなく、その工場周辺に住む住民にも及んでいることが明らかになっています。韓国においても公共施設に使われている石綿の一般市民への健康被害が懸念されはじめており、私どもは今年5月、ソウルで「石綿問題解決のための日韓共同シンポジウム」を持ちました。

石綿による健康被害は石綿の初ばく露から長い潜伏期間を経て発症します。石綿肺が

んで平均20年、悪性中皮腫で平均40年、したがって、これから発病する可能性のある人たちへの対応、さらにすでに使用されていた歴大な量のアスベストをいかにして安全に撤去・廃棄してゆくかなど、問題は山積しております。

石綿対策全国連は今年ちょうど設立20周年という節目の年を迎えます。私どもはこの賞を、「これからも頑張れ」というみなさまからの励まし賞だと理解いたしました。石綿使用がなお続いているアジアにおいて、韓日両国の関係者がお互いに情報交換しつつ活動をすすめてゆくことは、アスベストのない世界実現のために、いま最も求められていることの一つだと考えます。

そうした努力をこれからも続けてゆくことを、みなさまの前に誓いまして、受賞の言葉とさせていただきます。ありがとうございます。

各地の便り

私のところへおめでとうと言ってくれました。なかなか気さくな人のようで、そばにいた古谷杉郎事務局長を紹介すると、結構話が弾んでいるようでした(同省からは11月23・24日に横浜で開催される環境を主題とした国際アスベスト会議には出席しないという返事が来ていたのですが)。

私は式が始まる前に、賞の6人の選考委員のうちのお一人である原剛氏(早稲田大学大学院教授)と話をしました。氏が毎日新聞の論説委員をされていたときに、山形県の飯豊町で行われていた無農薬による営農をすすめる人びととかかわりを持っておられ、山形県の中山間地帯の町立病院に勤務していた私をご存知だったそうで、私たちの間には共通する話題があって楽しいひと時がもてました。

パーティではいろいろな方に話しかけられたのですが、なかには地球温暖化のために縮小している湖を正確に示す地球儀を製作しているという会社の社長さんもいました。選考委員のお一人であり、登山家で医師でもある今井通子氏からは、中皮腫について熱心な質問を受けました。雑誌などで拝見したことが何度もありましたが、意外に小柄な方で、そんな失礼な(?)印象を述べると、小さな方が風が吹いても身体を岩陰に隠せるから山登りにはよいのだとお話されていました。



(石綿対策全国連絡会議
共同代表 天明佳臣)



ダイオキシン国際NGOフォーラム 東京●ベトナムの枯葉剤被害と日越交流

9月3日から7日にかけて、「第27回国際ダイオキシン会議2007」が東京で開催され、内外のダイオキシンや環境ホルモンの研究者が大勢出席し、最新の研究発表が行われた。

それに先立って、国際会議に出席される研究者を招待し、市民向けに、ダイオキシン被害の実情と研究・対策の現状を分かりやすく解説してもらおうセミナーを企画した。同時に、ダイオキシン被害について、ベトナム、台湾と日本のカネミ油症被害者から被害の実態報告を受け、ダイオキシン問題が終わっていないことを再確認し、特にカネミ油症問題の解決に向けた議論を行う場を持ちたいということで、ダイオキシン・環境ホルモン対策国民会

議やカネミ油症支援センター、化学物質問題市民研究会が中心になり、実行委員会形式で9月1日、2日に「ダイオキシン国際NGOフォーラム2007in東京」を開催した。[次頁写真、全国安全センターも実行委員会に参加]

連日200名以上の市民の参加があり、充実した議論や報告の場を提供できた。賛同、協力していただいた皆さんにはこの場を借りてお礼いたします。

一時は連日のように報道されたダイオキシン・環境ホルモン問題も、いまではすっかり目や耳にする機会がなくなった。それどころか最近になって、「つくられたダイオキシン騒動」、「ダイオキシンは危険なのか」、「ダイオキシン神話の終焉」、「環境ホルモンは幻」



といった説を唱える学者の本が話題になっている。

日本において、ダイオキシン問題は解決したのだろうか。1997年の新ガイドライン以降、この10年間、排ガス規制を中心に日本のダイオキシン対策は進んできたが、まだまだ解決したとは言いがたいのが現状である。個人的にも、ダイオキシン問題を環境ホルモン問題として、現状認識を新たにすいい機会だった。

● 阪南中央病院の活動

阪南中央病院院長の三浦洋先生より、阪南中央病院を中心に行っている日越医療交流センターの活動報告とベトナム枯葉剤被害の疫学調査についての報告があった。

1987年1月、ベトナム社会主義共和国ドンタップ省人民委員会及びツーズー病院より、当時熊本大学医学部の原田正純助教授にダイオキシン汚染地域の住民検診の依頼があった。そこで、同助教授から阪南中央病院に活動支援の要請があり、これを受けて検診団を派遣したということである。第1回の調査に関して

は、環境監視研究所の初代所長であった中南元先生も参加された。枯葉剤の一種に有機砒素が散布されたのではないかと、小生も頼まれて持ち帰られた土壤中の砒素を測定した記憶がある。

阪南中央病院の医師グループの検診活動では、ドイモイ政策が始まったばかりのベトナムの深刻な経済的困難さの中で、医薬品、医療機器の極度の不足を実感したという。ほぼ同時期、国会議員になる前で、四国勤労病院の院長だった五島正規先生が企画されたベトナム視察ツアーに参加したことがあり、訪れた保健所、病院には確かに何もなかったことを思い出した。

三浦先生たちは、ベトナム社会主義共和国の保健医療の向上のために、地域保健医療の実態調査、保健医療関係者の研修と交流、診療所の建設と既存医療機関への医薬品、医療機器等の供与を行う活動を開始された。また、環境保護活動を支援するための「環境科学分析センター」を建設し、その運営を支援する。これらの活動を通じて、日

本とベトナムの友好と相互理解を深め、ひいては、アジアの国々との平和と友好に寄与することを目的として、日越医療交流センターの活動を継続されてきた。

この間、日本の外務省関係のNGO助成金などを活用し、ベトナムの枯葉剤散布地域に、21か所の診療所を建設し、ベトナムの枯葉剤散布地域の住民検診を、地元の地方行政の協力で、全世帯対象の疫学調査を17地域で行ったことや、枯葉剤散布地域の5か所の診療所に、医療機器を供与したとの報告があった。近年は外務省からの助成金がおろなくなり、活動が停滞気味とのこと。長期間にわたり、地道な支援活動を行っておられることに、頭が下がる思いだった。

● ベトナム枯葉剤被害の現状

その後、この間20年間に実施されたベトナムの枯葉剤散布地域での疫学調査結果を報告された。枯葉剤散布地域の方が非散布地域と比較して、自然流産や先天性障害が多いことや、父親が枯葉剤に曝露した場合にも先天性障害の割合が高いことが明らかになったそうである。

また、ベトナム人研究者による疫学調査の結果として、北ベトナムの帰還兵(復員軍人)の中での調査で、F1世代と呼ばれるその子の先天性障害の発生率が高いだけでなく、F2世代と呼ばれる孫の世代、枯葉剤を直接被曝していない世代のなかでも、先天性障害の発生率が高いことを示された。

深刻な被害が確認されているにもかかわらず、アメリカ科学アカデミーの報告書では、流産や先天性障害、精子異常・不妊、免疫系異常などを、ダイオキシンによる健康影響として認めていないことの問題点も指摘された。

● ツーズー病院と平和村の活動

ベトナム、ホーチミン市にある産科の専門病院であるツーズー病院の医師であり、枯葉剤によって障害を負った子どもたちが共同生活しながら、社会復帰のための教育や職業訓練を行っている平和村の村長も務めるグエン・ティ・タン医師から、写真をもとに、障害を持った子どもたちの平和村での生活についての報告があった。

最近でも枯葉剤散布地域から平和村に入所する子どもがおり、多くはF2世代と呼ばれる祖父母の世代が枯葉剤に曝露したケースであることを、一人ひとり写真を見せながら報告され、被害の深刻さにあらためて驚いた。

ツーズー病院平和村は二重胎児であるベト君、ドク君が分離後も生活していたところである。ベト君は10月に亡くなったが、ドク君は昨年結婚して、近くに新居を構え、職員として働いているとのこと。ツーズー病院平和村の運営費について、ベトナム政府以外の支援金の95%が、日本の民間団体からの寄付で賄われていることを興味深く聞いた。

※フォーラムの報告書が完成しています。



(環境監視研究所 中地重晴)

西日本でも旧国鉄石綿裁判 兵庫●「裁判・国鉄被害者支援する会」結成



旧国鉄の鷹取工場(神戸市)での蒸気機関車などの補修作業における石綿曝露を原因とする腹膜中皮腫によって死亡した桑名(くわな)義治氏の遺族が、鉄道建設・運輸施設整備支援機構(以下、鉄建機構)に損害賠償を求める裁判を8月30日、神戸地裁に提訴した。そして、国労、ひょうご労働安全衛生センターを中心に「桑名裁判・旧国鉄におけるアスベスト被害者を支援する会」が結成された。桑名裁判は、旧国鉄石綿被害を訴えたものでは3つめで、西日本では初めての取り組みである。

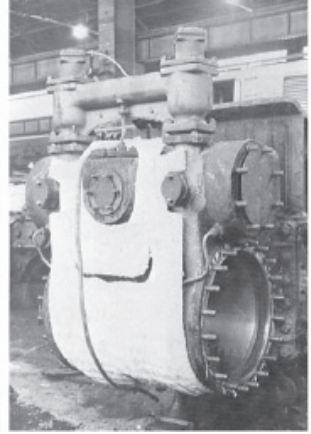
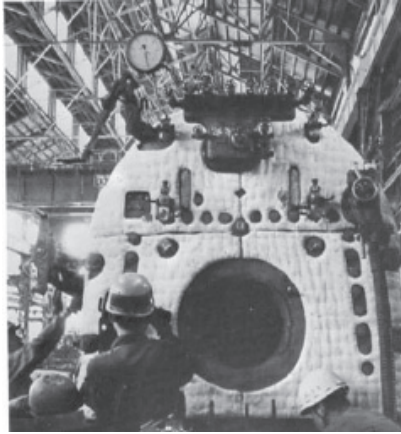
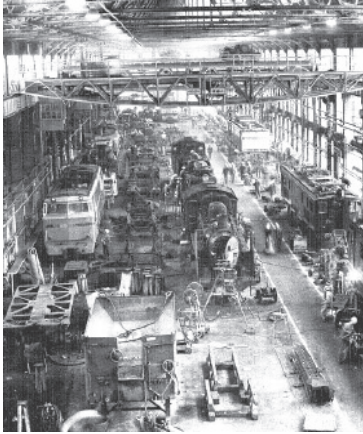
旧国鉄石綿被害の労災認定件数は8月末で100件を超え、全国的な広がりを見せる中で、いま

だに石綿被害を発生させた責任を認めない鉄建機構、ひいては国の姿勢を追及する運動の輪が広がっている。

● 石綿舞う職場

桑名さんは、1964年に旧国鉄鷹取工場養成所に入所、67年鷹取工場機関車職場工作掛に配属され、銅工場(蒸気機関車に多用される銅を加工する工場)で管の取り外し、取り付け、管曲げ、石綿含有パッキンの作成作業を行った。

機関車のボイラー、シリンダー周りには石綿が使用されていて、検査・修理のときはこれが大量に飛散、そんな職場だ。銅管を曲げる作業では、管に砂を詰



1969年当時の鷹取工場 機関車職場 ボイラーやシリンダー周りの熱発散防止に使用された石綿布団

め、石綿布を詰めて栓をし、曲げ作業が終わるとヤスリで石綿布をほじくり出すといった仕事を続けた。日常的な石綿曝露職場であった。

1987年の国鉄民営化後も鷹取工場に在籍したあと、宮原客車区などを経て吹田工場に車両技術係として勤務していた2002年4月に腹膜中皮腫を発症し、同年8月に摘出手術を受けた後復職したものの再発し、2004年5月7日死亡された。

遺族は、患者と家族の会、元同僚や国労、安全センターなどの支援を受けながら2005年4月28日に国鉄清算事業本部により業務上災害として認定された。

クボタショックの2か月前のことだった。

● 清算事業本部の不誠実

労災で、JR社員としての現職死亡。旧国鉄時代の石綿曝露が原因だとしても、JRで制定されている労災上積み補償並みの補償が受けられるべきで、旧

国鉄を引き継いだ清算事業本部は上積み補償制度を新設して対応するべきである。しかし、遺族・被害者の再三の申し入れにも応じなかった。

旧国鉄大船工場（神奈川県鎌倉市）で24年間、電車等の修理・改造作業に従事して胸膜中皮腫で死亡した加藤進さんの遺族が鉄建機構を相手取り、2007年1月に、37年間操車係として旧国鉄、JR貨物で働き胸膜中皮腫を発症した小林忠美さんが鉄建機構とJR貨物を相手取り、同じく3月に横浜地裁に提訴しているので、棄名裁判は3件目、西日本でははじめての提訴となる。

● 企業責任は明か

最終石綿曝露時期の関係から、棄名さんと加藤さんは鉄建機構が直接労災認定し、小林さんについては横浜北労働基準監督署が認定した。いずれも、業務との因果関係については明確であり、裁判の争点は、旧国鉄が石綿の有害性を知ったのがい

つかという「予見可能時期」とそれに基づく安全配慮義務違反がいつからなのかという点だ。

加藤裁判、小林裁判において、「石綿肺の危険性については戦前から、肺がんは1950年代、中皮腫は60年代にはすでに明らかになっていた」ことを原告側が根拠を示して主張したのに対して、被告・鉄建機構は、鉄道車両解体作業での石綿障害防止対策に言及した、「アスベスト除去作業、アスベストを含有する建設資材の加工等におけるアスベスト粉じん曝露対策の推進について」という通達を旧労働省が出した1988年に、予見可能性が生じたと反論してきた。

予見可能時期認定が不十分な関西保温裁判最高裁判決でさえ、「予見可能性の時期が少なくとも1972年以降」と認定しているので、被告の主張の間違いは明白である。

● 支援する会結成

第1回口頭弁論を前に10月21

日、棄名裁判の支援と旧国鉄石綿被害者の掘り起こしと労災認定などの支援活動を進めることを目的として、「棄名裁判・旧国鉄におけるアスベスト被害者を支援する会」の結成総会が開かれ、国労、国鉄退職者組合、患者と家族の会兵庫支部、ひょうご労働安全衛生センターなど100名を超える人が集まった。

総会では弁護士を代表して村川昌弘弁護士が棄名裁判の意義を解説、支援する会代表世話人の大西純さん(国労西日本本部副委員長)が支援する会への結集を訴えた。同じ鷹取工場に勤務し中皮腫で療養中の原田重治さんはじめとして、療養中の被害者、支援団体から棄名裁判への支援、連帯の声が相次いだ。

からない場合もある。だから、この医学的所見の有無が労災の支給・不支給を決定することには無理がある。

肺がん和石綿の関連性を定めた国際的な基準である「ヘルシンキ基準」では、石綿を吸ったという医学的所見がなくても、「作業歴=石綿の曝露歴」のみで肺がんは石綿によるものと結論づけている(安全センター情報2007年5月号)。しかし残念ながら、日本の現状はとても遅れている状況にある。

電気工の石綿肺がん労災認定

神奈川●「医学的所見の壁」を突き破ろう

木下さん(3年前に肺がんで死亡)は、中学校卒業後、職業訓練校を経て、1964年に電気工事会社に就職。それから約40年間一貫して電気工事業に従事してきた。木下さんはとりわけ、鉄骨造りや鉄筋造りの工場やマンションの電気配線工事を行ってきており、その作業環境として、周りには石綿が吹き付けられ、かつ天井裏などの狭く換気の悪いスペースで作業を行ってきた。また、電気配線の作業のため、石綿が含有される壁や天井のボード類を切断、穿孔する作業にも従事してきた。

組合では、これらの作業歴から木下さんはアスベスト職業病の被害者だとし、労災認定(遺族補償)を求める取り組みを進めた。

● 「医学的所見」の壁

その中で私たちの前に立ち塞

がった大きな壁は、「医学的所見」の有無だった。日本の現行の労災認定基準では、「肺がん」の場合は、業務上曝露したという作業歴と合わせて、「医学的所見」がなければ労災認定されない。組合では、木下さんの胸部レントゲン写真を取り寄せ、神奈川労災職業病センターの斎藤竜太先生に診ていただいたが、「この写真では石綿肺は厳しい」とのご意見だった(細胞等の組織は検査していなかった)。

しかし、私たちはそれであきらめるわけにはいかない。斎藤先生が仰るには、人間には個体差があるので、同じ仕事を行い同じ曝露環境でも、人によっては医学的所見が出る人もいれば、出ない人もいる。また、レントゲン写真や肺の細胞組織など、たまたま抽出したところに医学的証拠が乗っかればいいが、乗っ

● 労働局や労基署と交渉

そこで私たちは、「作業歴」を重視して労災認定の審査にあたるように、相模原労働基準監督署に強く申し入れを行った。労災保険による遺族補償の請求を行ったのが、2007年6月13日。そしてちょうどよいタイミングで、神奈川労災職業病センターが毎年行っている神奈川労働局および県内の労働基準監督署との交渉が予定されていた。相模原労基署との交渉が7月12日、神奈川労働局との交渉が7月31日。

労基署と労働局に対して強く申し入れの出来る絶好の機会だったので、執行委員長の秋山、賃金労働対策部長の小形をはじめ組合員10数名が、木下さんのご遺族とともにこの二つの交渉に参加した。

交渉では、木下さんの肺がん発症は業務上曝露した石綿が原因であるとする労災認定を求める「意見書」を提出するとともに、参加した建設ユニオンの組合員

から建設現場の実態をアピール。建設現場では、これまでどれだけ石綿が使われ、飛散し、私たちが絶えず石綿に曝されてきたのかを強く訴えた。役所の机上では測り知れないほどの建設現場における実態、被害状況を、参加した10数名がそれぞれ自分の作業体験をもとに訴えた。

また交渉では、神奈川労災職業病センターの皆さんや、一緒に参加していた他組合の方々の援護射撃のご発言に非常に助けられ、勇気付けられた。ありがとうございました。

● 仲間と勝ち取った労災認定

8月に入り、木下さんの労災を認める支給決定がなされた。「医学的所見」の壁から、労災認定の厳しさを感じていたご遺族や組合にとって、まさに衝撃的な支給決定だった。相模原労基署の担当者に話を聞いてみたが、「医学的所見」については明言を避

け、「総合的に判断した」との回答であった。斎藤先生のご指摘どおり、胸部レントゲン写真上ではおそらく「肺がん」の影が強くて「石綿」の影はその後ろに隠れている、と判断されたのではないかと思う。

まさに「作業歴」を重視した労災認定が出されたのである。組合の仲間たちによる建設の現場直送の訴え、ご遺族の声、労災職業病センター他の皆さんの声が、相模原労働基準監督署に届いたのだと確信します。この認定は、全員で勝ち取った労災認定です。

「作業歴」を重視した支給決定は、現在、そして今後に広く顕在化するであろう潜在的なアスベスト被害者の労災認定の礎として大いに役立たせたく、広く皆さまにアピール差し上げた次第です。共にかんばりましょう!

(神奈川建設ユニオン

書記次長 鈴木江郎)

での経歴調査が粘り強く行われた。鈴木ちよさんの記憶を喚起し、関係企業に対する失礼な電話もした。そしてついに実兄が営んでいた会社の存在が明らかになった。実兄の全面的な協力の中で意見書の作成等を行い、さいたま労働基準監督署に申請した。労災課では認定について意見が分かれたようだ。

この審査過程で担当者の不当な扱いが明らかとなった。一つは、実兄の意見書は誰が書いたのか?と担当者から実兄に電話が入ったことだ。二つには、鈴木ちよさんが提出した申請書そのものが見あたらないので、もう一度提出してほしいというもの。呆れかえるとはこのことだ。たたちに抗議の申し入れを行う。さいたま労基署のずさんな対応が明るみに出たと言える。

その後の北関東ユニオンネットの毎年の埼玉労働局交渉でも追求した。そうした取り組みが功を奏したのか、3月に認定を勝ち取ることができた。

また、橋本貞夫さんのケースはなんと37年前のことであった。

世界有数のブレーキメーカーである羽生市にある曙ブレーキ板橋工場(当時)でブレーキシューなどの製造過程での曝露で良性石綿胸水という診断。

この病名での認定は時間がかかると言われている。労災申請に慎重な医師と面談、医師に勇気を与え、申請にこぎ着けた。

所轄は池袋労働基準監督署、ユニオンからも正式に丁寧な早期認定をお願いした。2年ほ

困難な石綿事例相次ぎ認定

埼玉●曙ブレーキと補償交渉を継続

一昨年と昨年と、全国の仲間と連携して取り組んだアスベスト被害者の労災認定が、今年に入って申請した2件すべてで認定を勝ち取った。

鈴木ちよさんのケースは、ご主人がすでに死亡している。本人が個人の保温工と呼ばれる建

物の空調設備関係の仕事に従事、その過程で被曝したことは間違いがない。問題は本人の労災保険加入の有無である。

その後鈴木家では、家の新築の過程でほとんど荷物を整理したことから関係資料がほとんど残っていなかった。そんな中

どかかると言われたが、なんと数か月での認定通知が届くこととなった。この間の東京労働安全衛生センターなどの全国の仲間の世論形成のおかげである。

その後、認定通知をもとに曙ブレーキとの企業補償交渉を継続している。

曙ブレーキでは、アスベスト認定は3名で、企業補償請求はないという。請求がないから企業補償もしないという姿勢は世界

的な企業の社会的責任が問われるというものだ。また在職者については曙ブレーキ労組との労災上積み補償協定があるが、退職者にはないという。なければ作ればいいのだ。

現在、曙ブレーキ代理人弁護士との交渉が継続している。早期の解決を勝ち取りたい。



(全国一般埼京ユニオン
委員長 嘉山将夫)

録制。常時月50時間以上の残業がある人が多く、80時間になる人もいるそうだが、最近では残業時間削減に努めていて成果も上がっているとのことだった。残業の多い人は、産業医による問診を受けていて、今年度は130名が対象になったとのこと。

ところが、有給休暇取得率は100%だそうで、長時間勤務・変形労働勤務下でも、「労働組合が働くものの権利を確保している」という感を受けた。270名の内3名の職制を除いて全員が労組員として団結していることがそれを象徴している。

● さまざまな改善と工夫が

1時間以上に及ぶ親切な説明と熱心な質疑応答のあと、二班に分かれて営業所内見学を行った。営業所の建物は来年建て替えるとのこと。執務室は狭く書類が山のように詰まっていた。ところが休憩室はゆったりとしていて、ロッカールームの脇には畳が敷いてあるスペースがあって寝そべることも可能だった。仮眠室もあり、変則勤務の対策ができていた。屋外の喫煙スペースには、趣味を持っている人が世話している盆栽が並んでいた。

また出勤前のアルコールチェックも厳しく、昨年福岡の事故後新機種が導入されていた。私たちもチェッカーの前で息を吹き込んだりして確かめてみた。230名もの運転手の勤務割表作成は人間の手でしかできない大変な作業。表作成者は各自の有給休暇や緊急時の補助人員の配

バス営業所で労働安全衛生学校 東京●長時間・変形労働のストレス対策

● 都下最大級のバス営業所

10月13日、14日の2日間、八王子労働安全衛生ネットワーク(以下八王子労安ネットと略)主催の2007年労働安全衛生学校が開かれ、約20名が参加した。

八王子労安ネットは八王子の労働組合などで作られていて、労災ホットライン、春季セミナー、労基署交渉などを通年的に取り組んでいる。また、チェックリストを使った職場訪問やグループ討議を盛り込んだ参加型の労働安全衛生学校を行っている。今回は、都下最大級の規模をもつ西東京バス植原営業所をお訪ねして、当該の組合員の皆さんと共に「長時間・変形労働のストレス対策」を話し合った。

植原営業所は、八王子市の

郊外にある拠点営業所で、広大な八王子エリアを管轄している。私たちは、その広大な敷地とバスの多さに圧倒された。付近には大学、高校、霊園や遊園地があるので、定期便だけでなく様々な特別便があるそうだ。忙しいなか駆けつけてくれた西東京バス労組・小泉委員長が歓迎の挨拶を行った。次に課長さんより営業所の詳しい説明を受けた。

● 有給取得率なんと100%!!

植原営業所には、200のバス停があって、274名が働いている。労働時間は1か月単位の変形労働時間を採用している、朝5時から深夜1時まで営業しているので、どうしても不規則勤務になるとのこと。運転手(営業職)は233名いて、残業をやる人は登



西東京バス榎原営業所の全景

置など、すべての人々の流れを把握するのだそうだ。毎日更新されて事務室や食堂など目につくところに貼り出されていた。

敷地にはバスの修理施設があり、床が掘り下げられていてバス底部の作業のために配慮されている。いろいろな吊り下げ工具や脚立が多く使用されていて、タイヤを取り外すインパクトレンチの道具置場などがいたるところにあった。ガススタンドには、手を汚さないで給油できるように手袋替わりの使い捨てのポリ袋が備え付けられていた。以前はゴム手袋を使用していたのだそうだが、作業性がよいので改善したのだということだった。

● 厚労省の「新運転基準」

職場見学終了後、三橋徹医師（ひまわり診療所整形外科）から変形労働時間とストレスについての話を聞いた。三橋医師は変形労働時間の疲労の特徴について説明した後、本年4月に厚生労働省労働基準局から出された「自動車運転者の労働時間等の改善のための基準」について解説を行った。

「新基準」は、「1日の拘束時間

（始業時刻から終業時刻までの休憩を含んだ時間）を1日13時間以内、1週65時間以内を基本にして、延長する場合も15時間を超える回数は1週間2回が限度にする」、「1日の運転時間は2日平均で9時間以内とし、4週間平均で40時間以内にする。ただし労使協定締結があれば、52週のうち16週までは52週の運転時間が2,080時間を超えない範囲で44時間まで延長可能」、「連続運転は4時間以内とする」などが決められている。「西東京バスはこれらをクリアしてはいるが、長時間労働は残存していて総合的な対策をしていく必要がある」と話された。

その後私たちは、西東京バスの仲間と共に4班に分かれて職場見学で、よかった点、改善点の印象を話し合った。職場見学など皆熱心に行ったので時間がなくなり、本格的な討議と発表は2日目に行うこととなり、五日市の宿舎に向かった。その夜は秋川の瀬音を聞きながら酒宴が盛り上がったのはいうまでもない。

● 多方面の改善活動の継続でコミュニケーション豊かな職場に

翌朝、再び西東京バス榎原営業所に戻った私たちは、早速グループ討論に入った。参加型活動を経験している人たちが多かったために、短時間のうちに結論が出て、発表し合った。

良い点として、広い休憩室や乗務勤務割表などのはっきりした掲示が指摘された。改善提案は、営業所が新築されることを見据えた対策が多く出された。新営業所の通路を広くする、手すりや安全対策をする、安全衛生委員会で新社屋対策を話し合うなどである。また、産業医の定期的な巡視や事務系職員への休憩時間保障など、ソフト面での改善案も出された。

西東京バスの参加者からは、「ふだん疑問も持たずに働いている職場を新しい視点で見直すことができた」と好評だった。八王子労安ネットの参加者も、「西東京バス労組が低コストで効果的改善を積み重ねていることが分り勉強になった」と述べていた。

「長時間・変形労働のストレス対策」も組合の団結を基礎に、地道な改善を地域のネットワークと共有して継続することで、実効性のあるものができること。厚生労働省の基準を満たすことも大切だが、地域を代表する交通機関としての責任を自覚しつつ、いろいろな自主的改善を積み重ねることで、コミュニケーションが豊かになる職場ができるのだということを実感した2日間だった。



（仲尾豊樹：
東京労働安全衛生センター）

新たな安全衛生の取り組み モンゴル●方針・行動計画の策定に向けて

● はじめに

モンゴルのナショナルセンター、CMTUと日本の労働組合による労働安全衛生をテーマとした国際協力が、今年新たな段階を迎えた。国際労働財団がアジアの労働組合へ提供してきた参加型安全衛生トレーニング・プログラムである「ポジティブ・プログラム (POSITIVE)」が1998年の導入から9年を経て、基本トレーニングとトレーナー養成の基礎コースを終了した。

今後はこの経験を生かしながらナショナルセンターとして、包括的かつ計画的に労働安全衛生の向上をめざす。今年度は全国各地でワークショップを開催して、地方の労働者の意見を取り入れながら、ナショナルセンターとしての労働安全衛生方針と行動計画を作成する予定である。その第1回のワークショップに参加するために、8月初めのウランバートルを訪ねた。

● CMTUの改革

8月5日深夜に近い時刻にウランバートル国際空港に降りた。この時期は日没が午後9時頃だが、もう日の名残もない。空港には新しい国際局長のアマルサ

さんが自家用車で迎えに来てくれた。「新しい」というのは、9年来国際局長としてポジティブを支えてきてくれたスクバートルさんがCMTUを辞し、モスクワへ去ってしまった事情による。国際局長でありながらポジティブでは窓口と通訳、国内でのコーディネイトからトレーナーまで勤めてもらい、モンゴルでのポジティブの発展は彼なしには考えられなかったし、組合リーダー、とくに地方リーダーたちの信頼も非常に大きかった。残念だという以上に、CMTUの将来を左右する出来事である。一方、アマルサさんはこれまでスクバートルの補佐役で多少頼りない印象があったが、国際局長就任わずか2か月でなんともいえない存在感が出てきた。英語もとてもうまくなっていた。石炭火力発電所の盛大に吐き出す煙に迎えられながら、8月のウランバートルの街に入った。

翌日、CMTU本部を訪問。CMTUは現在、組織人員約20万人、社会主義時代とは比べるべくもないが、この数年間だけでも組織人員は半減している。社会主義時代は、遊牧民も含めて全ての労働者を組織していた強力な権力を持つ官僚機構だったが、現在は急速に進むグローバ

リズムのなかで、労働者の命と権利を守る民主的な組織に変貌するため奮闘している。社会主義体制の崩壊が1990年代から、ずいぶん長い「奮闘」だが、いったん染み付いてしまった官僚主義から脱するためには時間がかかるようだ。

この9年間で大きな変化が見られた。9年前の導入時には、偉そうな、というよりも本当に偉い人たち（日本で言うなら地方労働局長のような人）がニコリともせずに厳しく並んでいて、「社会主義だなー」と感じたものだが、最近では地方や産別の委員長がトレーニングに参加した現場の労働者を励まししながら自らもグループワークに参加している。そのようなCMTUは今年6月、民主化運動と市民グループのリーダーだったガンバートル新会長が就任し、改革は仕上げに入っている。

● 全国会議開催

8月7日から始まった全国会議には、全国から39人が参加。そのうち女性は21人で、県の委員長が5人も参加しているのには驚いた。モンゴルのポジティブは、現場の安全衛生責任者（女性が多い）と地方リーダー（こちらは男性がほとんど）によって支えられている。「常連」のモンゴルが世界に誇るカシミヤ工場「ゴビ社」のジャンパーさん、ウランバートルから車で2日間かかるバヤンホンゴル県のグルゼット委員長も参加してくれた。

これまでの9年間でPOSITIVEという「草の根」の地方と工場レ



発表するグルゼットさん(バヤンホンゴル県委員長)

ベルでの具体的な改善をベースとした活動がCMTUによりモンゴル全土に広がっていったが、今後はこの成果を踏まえながらPOSITIVEに限らず労働安全衛生全般についての体制づくりとネットワーク化が課題となる。

今年度は今回の全国会議と4回の地方会議を経てCMTUの労働安全衛生方針と行動計画を策定し、まとめの全国会議で確認・発表することをめざす。今回の全国会議はそのためのスタートであり、今年度の一連の活動内容を地方代表も含めて全体化し、開始するための会議である。組合として安全衛生方針と行動計画を決定するための第一歩でもある。そのために留意した点は、これまでのPOSITIVEをレビューし、その成果を把握することが必要となるので、2日目午後をそのために充てた。また、地方からの参加にとって首都ウランバートルの工場を見学するチャンスは少ないので、良好事例を水平展開する機会となることを期

待して、2回の工場見学とチェックリスト実習を予定した。また、モンゴル国内の安全衛生の状況を全体的に把握するために、行政担当者、経営者団体、労働基準監督官へ講義を依頼した。

参加者は偉い人が多いので他の仕事で抜け出たりしていたが、とても真剣だった。メモを取りながら参加しているのがモンゴルの特徴で、他の国ではあまり見られない。グループ討論ではもちろんだが、行政担当者、経営者団体、労働基準監督官のレクチャーでも一生懸命という感じで質疑応答に望んでいた。

同行した国際労働財団の渡邊ひな子さんも、「日本の労使関係と雇用安定」と題する日本の非正規雇用の現状を衝いた秀逸な発表を示し、質疑で盛り上がった。各地、各現場の報告も写真をたくさん使用して、一部はプロジェクターと発表用ソフトウェアを活用して分かりやすい報告だった。昨年12月の会議の参加者も数人参加していたが、彼ら

はその後の改善活動の報告をしてくれた。まさに現在進行形で活動が進展しているのを見る思いだった。

工場見学ではチャレンジングなことだが、これから組織化しようとしている大手カシミア工場を訪問した。ポジティブの活動実績はないが、CMTUが安全衛生活動に力を入れてユニークな運動を進めていることはアピールできたと思う。残念ながら、もう一社予定していた家具工場は、私もなじみのある工場なのだが、当日になって見学をキャンセルされてしまった。モンゴルでは労働組合の力は未だ強いのでこれまでにこうしたことはなかったが、近年経営者が力をつけてきたことを思わせるエピソードだった。

3日目、会議の締めくくりとしてCMTUとしての労働安全衛生方針とアクションプランづくりのワークショップを行った。各グループの討論結果は、①安全衛生法など国レベルの政策への関与に関するもの、②労災補償制度の拡充と改善に関するもの、③研究所設立など設備に関するもの、④データベースなど情報発信の充実に関するもの、⑤教育トレーニングに関するもの、など多岐にわたる領域でのアクションプランが提案された。このグループ討論を通じて、参加者は安全衛生のより広い領域での理解を深め、共有できた。

● 今後の課題

CMTUは今後地方での同様のセミナーを開催し、その結果か

らCMTUとしての安全衛生方針とアクションプランを決定する予定である。安全衛生方針は組合としての理念を大枠で説明しているようなもの、アクションプランは実施期限を決めて具体的にすることが重要である。他の労働組合や企業、政府の安全衛生方針などを参考にしながらも、CMTUのこれまでの経験と成果に根ざした独自性のある方針を

作成することをめざして協力してゆきたい。

6月に就任したガンバトル新会長のもと、組織体制の改変を進めている。今回は新会長と話し合う機会は得られなかったが、会議の閉会式と懇親会でのあいさつでは、安全衛生を重要な課題と考えており、POSITIVEについてもよく理解しているようだった。CMTU内の雰囲気も、全体

で改革を支持し推進してゆこうとしていることが感じられた。安全衛生方針を打ち出し、新体制で進めてゆくためにはまさに好機といえる。今年度はぜひこれに集中して安全衛生方針とアクションプランを策定し、CMTUの安全衛生活動に弾みを付けていくことを期待したい。



(外山尚紀：
東京労働安全衛生センター)

傷病手当金—どこが変わったか***

被保険者が病気やけがのために仕事を休み、給料が受けられないとき支給を申請することができる「傷病手当金」。体調を崩して仕事ができないときの最低限の支えになってくれる制度のひとつです。2007年4月1日以降、医療保険制度の改定でその支給ルールが若干改まりました。でもどこが変わったの?という質問もよく受けます。この際、新しいルールも含め、傷病手当金について、整理・確認しておきたいと思います。

● 傷病手当金を受けるための4つの要件。

- ① 業務外の理由の病気やけがの療養のための休業。
- ② それまで就いていた仕事に就くことができない
- ③ 連続して3日以上休んだ(手当は4日以降から支給対象となります)
- ④ 給料の支払いがない(支払いを受けていても、手当金の額より少ないときには差額分を支給されます)

● 傷病手当の受給期間

病気やけがで休んだ期間のうち、最初の3日(「待機期間」といいます。)が経過した4日から支給され、以降最長1年6か月の範囲で、傷病手当受給要件に該当する日に

ついてのみ支給されます。

● 傷病手当金の支給額の率が変わりました。

2007年3月までは傷病手当金は、1日あたり被保険者の標準報酬日額の6割相当と決められていましたが、4月から標準報酬日額の3分の2相当額となり、若干の引き上げとなりました。

● 資格喪失後の傷病手当金

会社を退職した場合、翌日から被保険者としての資格を喪失します。しかし、現在のところ、次の要件が満たされていれば、資格喪失後も期間が満了するまで、傷病手当金の支給を受けることができます。

- ① 資格喪失の前日(退職日)までの被保険者であった期間が1年以上であること
- ② 被保険者期間中に、病気やけがにより休業を開始し、退職のその日も出勤できなかった
- ③ 在職中に傷病手当金が支給開始されている、または、給与の支払いがあったため傷病手当金は支給停止していたが、退職によって以降給与の支払いがなくなった

※任意継続被保険者への傷病手当金は廃止されました。

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、年会費で、10万円以上です。「安全センター情報」の購読のみしたいという方は購読会員制度を用意しました。こちらでも年会費で、1部の場合は賛助会費と同じ年10万円です(総会での決議権はありません)。賛助会員の方は、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。

- 中央労働金庫亀戸支店(普)7535803
- 郵便振替口座00150-9-545940
名義は いずれも「全国安全センター」

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

- 東 京 ● NPO法人 東京労働安全衛生センター
〒136-0071 江東区亀戸7-10-1 Zビル5階
E-mail center@toshc.org
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
〒230-0062 横浜市鶴見区豊岡町20-9 サンコー豊岡505
E-mail k-oshc@jca.apc.org
TEL (045) 573-4289 /FAX (045) 575-1948
- 群 馬 ● ぐんま労働安全衛生センター
〒370-0846 高崎市下和田町5-2-14
E-mail qm3c-sry@asahi-net.or.jp
TEL (027) 322-4545 /FAX (027) 322-4540
- 新 潟 ● 財団法人 新潟県安全衛生センター
〒951-8065 新潟市東堀通2-481
E-mail KFR00474@nifty.com
TEL (025) 228-2127 /FAX (025) 224-8825
- 静 岡 ● 清水地域勤労者協議会
〒424-0812 静岡市清水小芝町2-8
TEL (0543) 66-6888 /FAX (0543) 66-6889
- 愛 知 ● 名古屋労災職業病研究会
〒466-0815 名古屋市昭和区山手通5-33-1
E-mail roushokuken@be.to
TEL (052) 837-7420 /FAX (052) 837-7420
- 三 重 ● 三重安全センター準備会
〒514-0003 津市桜橋3丁目444 ユニオンみえ内
E-mail QYY02435@nifty.ne.jp
TEL (059) 225-4088 /FAX (059) 225-4402
- 京 都 ● 京都労働安全衛生連絡会議
〒601-8015 京都市南区東九条御堂町64-1 アンビシャス梅垣ビル1F
E-mail kyotama@mbox.kyoto-inet.or.jp
TEL (075) 691-6191 /FAX (075) 691-6145
- 大 阪 ● 関西労働者安全センター
〒540-0026 大阪市中央区内本町1-2-13 ばんらいビル602
E-mail koshc2000@yahoo.co.jp
TEL (06) 6943-1527 /FAX (06) 6942-0278
- 兵 庫 ● 尼崎労働者安全衛生センター
〒660-0803 尼崎市長洲中通1-7-6
E-mail jh31012@msf.biglobe.ne.jp
TEL (06) 4950-6653 /FAX (06) 4950-6653
- 兵 庫 ● 関西労災職業病研究会
〒660-0802 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 ● ひょうご労働安全衛生センター
〒651-0096 神戸市中央区雲井通1-1-1 212号
E-mail a-union@triton.ocn.ne.jp
TEL (078) 251-1172 /FAX (078) 251-1172
- 広 島 ● 広島労働安全衛生センター
〒732-0827 広島市南区稲荷町5-4 山田ビル
E-mail hirosshima-raec@leaf.ocn.ne.jp
TEL (082) 264-4110 /FAX (082) 264-4123
- 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
〒770-0942 徳島市昭和町3-35-1 徳島県労働福祉会館内
E-mail rengo-tokushima@mva.biglobe.ne.jp
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
〒792-0003 新居浜市新田町1-8-15
E-mail npo eoshc@yahoo.co.jp
TEL (0897) 34-0900 /FAX (0897) 34-5667
- 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) 931-8001 /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 (088) 845-3953 /FAX (088) 845-3953
- 熊 本 ● 熊本県労働安全衛生センター
〒861-2105 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レークタウンクニック
E-mail awatemon@eagle.ocn.ne.jp
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
〒870-1133 大分市宮崎953-1 (大分協和病院3階)
E-mail OITAOSHC@elf.coara.or.jp
TEL (097) 567-5177 /FAX (097) 503-9833
- 宮 崎 ● 旧松尾鉱山被害者の会
〒883-0021 日向市財光寺283-211 長江団地1-14
E-mail aanhyuga@mnet.ne.jp
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
〒899-5215 姶良郡加治木町本町403 有明ビル2F
E-mail aunion@po.synapse.ne.jp
TEL (0995) 63-1700 /FAX (0995) 63-1701
- 沖 縄 ● 沖縄労働安全衛生センター
〒900-0036 那覇市西3-8-14
TEL (098) 866-8906 /FAX (098) 866-8955
- 自治体 ● 自治体労働安全衛生研究会
〒102-0085 千代田区六番町1 自治労会館3階
E-mail sh-net@ubcnet.or.jp
TEL (03) 3239-9470 /FAX (03) 3264-1432

