



2010 3

安全センター情報



安全センター情報2010年3月号 通巻第369号
2010年2月15日発行 毎月1回15日発行
1979年12月28日第三種郵便物認可

特集● 厚生労働省との再交渉

写真：全国安全センターの厚生労働省との再交渉

2010.3.26-27 石綿健康被害救済法四周年 行動へのご参加・ご協力の要請

石綿対策全国連絡会議

〒136-071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5F

TEL 03-3636-3882 FAX 03-3636-3881

E(L03) 3636-3882 / FAX(03) 3636-3881

E-mail: banjan@au.wakwak.com

日頃の石綿対策全国連絡会議の取り組みに対するご支援・ご協力に感謝申し上げます。

石綿健康被害救済法は、2010年3月27日で施行から四周年を迎え、5年以内に行わなければならないこととされた見直しに、いよいよ取り組むべき時期を迎えています。そしてこれは、格差も隙間もない救済の実現をはじめとしたアスベスト健康対策、ノンアスベスト社会の実現のための石綿対策総合的推進法の制定等を公約に掲げた、民主党を中心とした鳩山内閣によって担われることになりました。

アスベスト対策の全面的見直しはいよいよ本番です！ 私たちがこれまで訴えてきた以下の諸課題を実現していくために、下記の行動を行います。この行動には、近く石綿被害救済法の制定が見込まれている韓国から、労働組合、市民団体、アスベスト被害者の代表らも参加し、最新状況の報告をしていただく予定です。全国から、アスベスト被害者とその家族、市民、労働者、すべての関心をもつ方々にご結集いただくよう、呼びかける次第です。

- ① 救済率の達成目標を立て、検証・目標達成まで請求権を奪わないこと！
- ② 患者・家族の生活や就学を援護できる給付水準に引き上げること！
- ③ 労働者以外の者に対する長期的健康管理体制を確立すること！
- ④ 「迅速」な補償・救済—とくに中皮腫患者に療養中の給付を行なうこと！
- ⑤ 石綿肺合併症等、救済の対象となる疾病を「労災並み」にすること！
- ⑥ とくに石綿肺がんを救うため、認定・判定基準の内容と運用を改善すること！
- ⑦ 見直しプロセスへの患者・家族、労働者、市民の参加の確保を確保すること！
- ⑧ 利益を得てきた企業と被害を拡大させた国は責任をもって負担すること！
- ⑨ 建築物のアスベスト対策を促進させる新法を検討すること！
- ⑩ ノンアスベスト社会実現へ、「アスベスト対策基本法」を制定すること！

また大変恐縮ですが、この行動を成功させるために、合わせて賛同金にご協力いただけたら幸いです。賛同金は、団体 1口 5,000円、個人 1口 1,000円、1口以上でお願いいたします。

賛同金のお振り込みは、中央労働金庫田町支店(普通口座) 9207561、または、郵便払込口座 00110-248167(いずれも名義は「石綿対策全国連絡会議」)にお願いいたします。

新宿駅前大宣伝行動

日時：2010年3月26日(金) 15:00～17:00

JR新宿駅西口を予定

石綿対策全国連絡会議第22回総会

日時：2010年3月27日(土) 10:00～12:00

会場：日本教育会館大ホール

いよいよ本番! アスベスト対策の全面見直しを! 大集会

—格差も隙間もない救済—

—ノンアスベスト社会を実現させよう!—

日時：2010年3月27日(土) 13:00開場 13:30～16:00

会場：日本教育会館大ホール

すべて参加無料、どなたでもご参加いただけます。



特集／厚生労働省との再交渉

一転して要望受け入れや 実現に向けて一歩前進

昨年10月に引き続いて再回答求め交渉	2
メンタルヘルス対策関連通達	9
バーミキュライト関連通達	19
定期健康診断X線検査対象者の見直し等	20

8.6%の欧州労働者が 労働関連健康問題を経験

2007年の欧州労災職業病統計	23
-----------------	----

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

トリノで世界最大のアスベスト刑事訴訟始まる	32
韓国：ベビーパウダー汚染に賠償を決定	35
韓国：釜山の女性中皮腫被害者が死亡	35

日医：労災・自賠責委員会報告

労災保険をめぐる今日のあり方	39
----------------	----

各地の便り/世界から

民主党●アスベスト対策推進議員連盟設立	53
神奈川●アルバイト店員の「統合失調症」認定	54
高知●シルバー人材センター労災に逆転認定	54
大阪高裁●退職労働者の団体交渉権認める	56
東京●化学物質過敏症病名登録シンポジウム	59
韓国●新型インフルエンザ死亡の労災認定	60
日本●国内で報告例のないアスベストを確認	61

一転して要望受け入れや 実現に向けて一歩前進等

昨年10月に引き続いて再回答求め交渉

2009年10月15日に行われた全国安全センターの厚生労働省交渉については、2009年12月号で報告した。このなかでとくにいくつかの点に絞って再回答を求めていたが、2010年1月21日に再交渉の場がもたれた。(表紙写真)

労災情報の分析・提供促進

2007年8月27日付けの総務省行政評価局「労働安全衛生等に関する行政評価・監視結果に基づく勧告」に対して、厚生労働省が2008年8月26日付けで行った回答が、総務省行政評価局のホームページに掲載されたものの、「労働災害防止対策の推進」に関する事項が漏れている (http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/hyouka/hyouka_kansi_n/ketsuka_nendo_19.html)。

厚生労働省安全衛生部計画課は、同部分も含めて回答しており、総務省行政評価局がなぜその部分だけホームページに掲載していないのかは、同局に問い合わせしてほしいという回答であったが、回答の未掲載部分の提供を求めていたところ、これは再交渉前に届けられたので、紹介する(平成20年8月26日付け厚生労働省発政第0826

002号「『労働安全等に関する行政評価・監視』に基づく勧告に対する回答について」、3～5頁に未掲載部分のみ掲載)。

このなかの以下のような回答内容についても、継続的にフォローしていきたいと考えている。

- ・休業4日未満の労働者死傷病報告の分析方法等については、早期に結果をとりまとめるべく現在検討中である。
- ・心理的状況等の人的要因等も加味した労働災害の発生原因等の総合的な分析結果に関する情報提供の具体的な方法等については、早期に結果をとりまとめるべく検討を行っているところである。

いじめ・いやがらせ対策の再回答

「いじめ・いやがらせ」を職場の安全衛生の課題として位置付け、防止法ないし少なくとも防止のための手引きなりガイドラインを策定すべきだと、数年来要望し続けているが、議論がかみ合わない。「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」の問題も含めて三点の再要望(ゴシック体)に対して、以下のような再回答がなされた。回

「労働安全衛生等に関する行政評価・監視」に基づく勧告に対する回答

勧告要旨	回答要旨
<p>1. 労働災害防止対策の推進</p> <p>(1) 労働災害の発生実態の把握・分析及び労働災害防止に関する目標設定の適切化</p> <p>厚生労働省は、労働災害防止対策を推進する観点から、次の措置を講ずる必要がある。</p> <p>① 労働災害に関する目標の設定に当たっては、</p> <p>i) 業種別及び年別の目標も設定すること、</p> <p>ii) 労働局が策定する推進計画に掲げる死亡者数に関する目標については、具体的な数値目標を設定すること。</p>	<p>i) 第11次労働災害防止計画（平成20年度から24年度までの5年計画。以下「11次防」という。）については、平成20年2月20日に労働政策審議会安全衛生分科会から答申を得、3月19日に策定したところであるが、同計画において、業種別及び年別の目標については、以下のとおりとしている。</p> <p>ア 業種別の目標については、「労働災害防止団体（※）が、関係業種の実態を踏まえ、本計画等を踏まえた効果的な事業展開を図るため、各関係業種別の目標を策定」すること</p> <p>（※）中央労働災害防止協会のほか、建設業、陸上貨物運送事業、港湾貨物運送事業、林業・木材製造業、鉱業の各労働災害防止協会</p> <p>イ 年別の目標については、計画の目標として以下の3つの目標を設定し、「平成24年までの間、これらの目標に向けた逐年での減少等を図る」こと</p> <ul style="list-style-type: none"> ・死亡者数について、平成24年において、19年と比して20%以上減少させること。 ・死傷者数について、平成24年において、19年と比して15%以上減少させること。 ・労働者の健康確保対策を推進し、定期健康診断における有所見率の増加傾向に歯止めをかけ、減少に転じさせること。 <p>ii) 労働局が策定する推進計画に掲げる死亡者数の目標については、11次防を都道府県労働局に示す際の労働基準局長通知（※）において、各労働局において具体的な削減目標掲げよう指示したところ。平成20年8月19日現在、47局において目標を含む計画を策定済みである。</p> <p>（※）「労働災害防止計画の推進について」（平成20年3月19日付け基発第0319001号）</p>

答は、いずれも労働基準局安全衛生部化学物質対策課である。

【要望】「職場のいじめ・いやがらせ防止のための手引き」（仮称）を作成する必要がないとする理由を明らかにすること。前回理由としてあげたのは、メンタルヘルス対策で十分だということと、労務管理全般にかかわることを理由にしているが、この二つの理由は矛盾しているのではないかと再回答を求める。

【回答】前回の回答ではご理解いただけなかったようなので、さらに深めさせていただいて話したい。労働安全衛生法第71条に、事業者は快適な職場環境を形成するように努めなければならないと定められている。具体的な措置としては、事業者が講ずべき快適な職場環境の形成のための

措置に関する指針―快適職場指針を策定している。このなかで、疲労であるとかストレスを感じるような不快な職場環境の形成について示している。また、ソフト面については、働きやすい職場環境づくりということで、人間関係を含めて、チェックシート等も活用するうえ、これらの取り組みを促進しているところである。

さらに、心の健康の保持増進のための指針―メンタルヘルス対策指針のなかで、労働者の心の健康に影響を与える要因として、職場内のハラスメント―いやがらせなども含めており、メンタルヘルス対策のなかで取り組みを進めている。

要望があったので、職場のハラスメント、いじめ・いやがらせについても、これから平成22年度の労働基準行政方針だとか、いろいろ会議の場もあるので、そのなかで趣旨を徹底させていただこうと考えている。

勧告要旨	回答要旨
<p>② 労働災害総件数（休業4日以上 の死傷者数）については、目標の 達成が困難視されることから、項目 1-(2)の対策も含め、目標達成に資 すると考えられる対策を着実に実 施すること。</p> <p>③ 休業4日未満の労働災害に関す る労働者死傷病報告について、当 該データの集計・分析や公表を行う など、その利用を促進すること。</p> <p>④ 次期労働災害防止計画の策定 に際しては、上記①のi）、②及び ③に関する対策等について十分 に留意すること。</p> <p>(2) 労働災害防止措置の効果的・ 効率的な実施 ア 労働災害の防止を図るための 情報提供の推進</p>	<p>② 第10次労働災害防止計画（平成15年度から19年度までの5年計画）の計 画期間内における労働災害総件数（休業4日以上死傷者数）の域少目標 の達成ができなかったことから、11次防においては、新たに、i)労働災害全体 を減少させるためのリスク低減対策の推進、ii)重篤な労働災害を防止する ための対策の充実、という二つの観点から取り組むとともに、目標の設定、計 画的な実施等による対策の的確な推進を図ることとし、これらを踏まえた具体 的対策として、i)自主的な安全衛生活動の促進、ii)特定災害対策、iii)労働 災害多発業種対策等を盛り込んでいる。</p> <p>③ 休業4日未満の労働者死傷病報告の分析方法等については、早期に結 果をとりまとめるべく現在検討中である。</p> <p>④ 11次防においては、上記、①のi）、②のとおり対策等を盛り込んでおり、 ③については、上記回答のとおり。</p>

労働衛生課では、労働者の健康確保という観点でメンタルヘルス対策を進めているわけだが、職場環境の快適化あるいはメンタルヘルス対策を進めているが、職場のいじめ・いやがらせについては、人権の問題であったり、安全衛生面以外の問題もあり、あるいは労務管理の問題、さらには刑法上の侮辱や名誉毀損、脅迫等に当たる可能性もでてくる場合もあるので、様々な要素が含まれている問題だということ、健康確保の観点からの取り組みには限界があることもご理解いただきたい。

【要望】人員増及び特別研修をしたうえで、メンタルヘルス及びハラスメント相談窓口を設置すること。総合労働相談で対応できているということであるが、実際には総合労働相談窓口では、対応に相当の時間を要する一方で、ガイドラインすらないために「成果」もあがらないため、対応に非常に苦慮しており、その他日常業務に支障をきたしかねないくらいの現状がある。再回答を求める。

【回答】事業者や労働者の方からの相談への

対応については、平成20年に全国47都道府県に設置したメンタルヘルス対策支援センターで、労務管理とかメンタルヘルスの専門家を配置しているので、なおかつ行政が行っているのも無料で相談に対応させていただいているところ。

また従来からだが、全国に350箇所程度—監督署の数に近いくらい設置している地域産業保健センターにおいても、相談窓口を設けて対応していただいている。

全国の労災病院のなかにも専門のカウンセラーを配置して、ここも無料だが、勤労者の心の電話相談を行っていただいている。

それら以外については、いのちの電話であるとか、もろもろの民間の相談窓口が設置されている。

(都道府県)労働局に相談があった場合についても、総合労働相談コーナーということで一定対応させていただいているわけだが、必要に応じて、メンタルヘルス対策支援センター、地域産業保健センター等々も紹介している。事業者についても、メンタルヘルス対策指針に基づいて適切に対応するよう指導している。

勧告要旨	回答要旨
<p>厚生労働省は、労働災害を未然に防止する観点から、次の措置を講ずる必要がある。</p> <p>① 労働災害を未然に防止する上で有益と考えられる次の情報についてホームページに掲載する等によりその情報提供を充実すること。</p> <p>i) 心理的状況等の人的要因等も加味した労働災害の発生原因等の総合的な分析結果に関する情報</p> <p>ii) 幅広い業種や対象物等に関して、事業場が実施したリスクアセスメントの実施事例、改善効果等の情報</p> <p>② 構造規格等の規定と当該規定に関連する通達等をホームページ上でリンクさせること等により情報提供を充実すること。</p> <p>※以下は総務省HPに掲載済み</p>	<p>i) 心理的状況等の人的要因等も加味した労働災害の発生原因等の総合的な分析結果に関する情報提供の具体的な方法等については、早期に結果をとりまとめるべく検討を行っているところである。</p> <p>ii) 委託事業等でリスクアセスメントの作業別実施マニュアル等を作成し、随時厚生労働省のホームページに掲載しているところであり、今後も引き続きその内容の充実を図る予定である。</p> <p>(参考) 厚生労働省のホームページにおけるリスクアセスメント等関連資料・教材の掲載箇所 http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei14/index.html</p>

これら関係機関や相談窓口の活用、事業者への指導等を通じて、労働者等からの相談に適切に対応していきたい。

【要望】「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」を宣伝するとともに、中小企業でもその実践が可能なお金と人を確保できるようにすること。

【回答】改訂版の心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引きのパンフレットは数万部作成し、啓発用の資料として都道府県労働局や労働基準監督署、メンタルヘルス対策支援センター—これは平成20年に全国47都道府県に設置したもの—、そのほか都道府県、経営者団体、労働組合等々、多数のところすでに配布している。

手引きは平成21年3月に改訂し、厚生労働省のホームページ等に掲載されている。この手引きの取り組みについて促進を図るという観点で行っている。さらに、パンフレット—簡易版についても、厚

生労働省のホームページへの掲載や、平成21年10月にメンタルヘルス・ポータルサイトという情報提供のサイトをつくった。これは、「こころの耳」と言うが、このなかにも掲載。あるいは、前から当方で設けている安全衛生情報センター、その他中央労働災害防止協会等、様々なところでホームページに掲載させてもらっている。これらでもって事業者や産業保健スタッフ、労働者の方に、ダウンロードしてもらって利用していただきたいと考えている。

中小企業の事業場の取り組みの支援という観点についても、全国47都道府県に設置したメンタルヘルス対策支援センターが平成20年に設置して2年目になるが、労務管理—社会保険労務士の方とか、メンタルヘルスの専門家—カウンセラーや心療相談士を配置して、心の健康問題により休業した方の職場復帰等について相談に応じている。

その他、メンタルヘルス対策について、事業者や労働者の方の悩みに対応するために相談に応じている。さらに、必要に応じて、あるいは事業場の要請に応じては、個別訪問も実施している。実態に応じたメンタルヘルス対策を進めていただく



いう観点で、アドバイス等を行っている。これらを通じて、メンタルヘルス不調により休業した労働者の一番大事なことは円滑な職場復帰というところにあるので、そこについて取り組みをさらに進めていきたいと考えている。

メンタル対策「周知」から「指導」へ

メンタルヘルス対策支援センター(<http://www.rofuku.go.jp/sanpo/eap/index.html>, 左図参照)は、各都道府県産業保健推進センター内に設置され、以下のサービスを行っているという。

- ・ 事業場等からのメンタルヘルス全般の相談に応じます。
- ・ 専門家が、事業場に訪問し、メンタルヘルス対策の導入助言等を行います。
- ・ 事例検討会・事業場、医療機関等の交流会を開催して、関係者間のネットワーク形成のお手伝いをします。
- ・ メンタルヘルスに関する地域の総合的な情報を提供します。

2008年6月19日付け基安労発第0619001号「メ



ンタルヘルス対策における事業場外資源との連携の促進について」(9頁参照)で示された登録基準に基づく、登録相談機関リストも掲載している。

ココロの耳：働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト—心の健康確保と自殺や過労死などの予防—(<http://kokoro.mhlw.go.jp/>)では、働く方、家族の方、事業者・上司・同僚の方、支援する方向けのコーナーが設けられている(右図参照)。

両者で、「陣容をそろえた、魂を入れていきたい」とは、担当者の弁。

メンタルヘルス対策は、2008年度までは「周知」だったが、2009年度からはさらに一歩進んで「指導」までしていこうと、2009年3月に通達を出した(基発第0326002号「当面のメンタルヘルス対策の具体的推進について」、12頁参照)と説明された。そのなかでは、精神障害等による業務上の疾病が発生した場合の再発防止対策の指導も示されている。

個別のやり取りは省略するが、総じて以前よりもフランクな意見交換ができ、認識の整理も進んだのではないかと思われるが、「労働者の健康確保」という立場でやれることの限界を自ら狭めているのではないか、また、部署を超えた対策のイニシアティブをとることに対する致命的な消極性は感じざるを得ない。

クボタ旧神崎工場の疫学調査

【要望】クボタ工場労働者の疫学調査について、答弁担当者が石綿被害に関する厚生労働省の政策の歴史的検証について十分な理解と準備がな

かった。今後の石綿被害を解明するうえで、クボタ旧神崎工場の疫学調査の必要性を訴える日本産業衛生学会の要望はきわめて重要である。厚生労働省は、再度検討し、真摯に回答すべきこと。

【回答】労働安全衛生法第108条の2に基づく疫学的調査に関しては、事業者等に一定の負担をかけるものであり、その条文を根拠とする実施に当たっては、厳格に条文を解釈して考えるべきであると考えている。本条文として、化学物質等と疾病との相関関係を把握するために行う調査を考えているが、石綿についてはすでに労働者の従事する作業と労働者の疾病との因果関係が明らかとなっているものであり、本条文によって疫学的調査を行うというものではないと考えている。また、この考えを日本産業衛生学会にもご理解いただいたと承知している。

であるが、今回の場合でどのような疫学的調査を想定しているのかを明確にさせていただいて、また、要望の趣旨としては対象が労働者に限らないものともうかがっているので、関係省庁と情報交換しつつ、何ができるか対応を考えていきたいと考えている。

先日、環境省の石綿健康被害対策室とも情報交換を行ってきたところであるが、何をどこまでやる必要があるのかということを整理したうえで、対応を考えていきたいという意見をうかがっている。

回答は、安全衛生部化学物質対策課。クボタ・ショック後、2007年7月6日付けで日本産業衛生学会が厚生労働大臣に対して、同学会が調査を担う意思と準備ができていと明示しつつ文書で、労働安全衛生法第108条の2に基づいてクボタ旧神崎工場の石綿取り扱い労働者の疫学調査実施を要望したにもかかわらず、にべもなく拒否された。

前政権下でのこの失態を挽回せよという要望で、前回のやり取りでは、直接的に曝露した労働者集団のみならず、間接曝露の労働者の家族や工場周辺住民、各々の集団についての疫学調査が求められているにもかかわらず、厚生労働省も環境省も応えてようとしていないと指摘された。

労働安全衛生法第108条の2に基づく疫学的調査の理解とその発動の必要性については認識が一致できていないが、今回の回答の趣旨は「同条項の発動は無理だとしても、科学的知見の集積といった部分で必要性があれば対応していく」ということである、ということまではきた。厚生労働省と環境省が、ボールを押し付け合うのではなく、互いに連携しあいながら、各々の責任を果たすよう迫っていきたいと考えている。

なお、要請事項には入っていなかったが別途問題提起(61頁参照)していた、「パーミキュライトの問題についても、被害の実態がまだよくわからないようなところがあるということで、疫学的調査を実施するなどの対応が必要になってくることもあろうかと考えている。そういった意味で、限られている人とお金、時間のなかでプライオリティの付け方が難しいところもあるかとは思いますが、(クボタの件も含めて)継続的に協議していきたい」と付け加えられた。

救済法紛れ込み事案対策

【要望】労災事案が石綿健康被害救済法で認定されていることについて、あらためて見解を示すこと。

再回答の内容はこの要望を誤解していて、救済法で行われている労災時効救済の説明をしただけだった。

環境再生保全機構による新法「被認定者に関する曝露状況調査」によって、新法被認定者の実に58.4%もが、アスベストへの曝露源を「職業曝露」と回答していることが明らかになっているなかで、労災補償や労災時効救済を受ける資格があるにもかかわらず、新法救済のなかに「紛れ込んだまま放置」されている事例が少なからずあることが懸念されることを問題にしたものであった。

労働者であった時期と自営業者の時期を両方持つ場合や、労働者曝露と住民曝露の双方の曝露歴がある場合等々の様々な事例や、「紛れ込み」問題が生ずる様々な事情も話された。

いま現在であれば、労災補償や労災時効救済

の資格があると気付けば、新法救済をすでに受けていたとしても労災補償等の手続を行うことはできる。しかし、2008年の救済法によって延長された請求期限が再び切られることになったら、その後資格があると知らされたときには、請求できなくなっていたという問題が再び生ずることになる。

環境再生保全機構がこの問題を検討しなければならないことは当然であるが、厚生労働省の方から環境省・環境再生保全機構と話をするイニシアティブを發揮するよう強く求めた。

再交渉終了の後に、化学物質対策課が疫学調査問題で環境省の石綿健康被害対策室と連絡をとったのと同様に、労災補償関係でもこの「紛れ込み」問題で環境省と接触する意向が示された。

指示不徹底があるか確認

【要望】肺がん及び中皮腫の本省協議事案件数を回答すること(未回答)。

【回答】本省協議件数は、以下のとおり。

労災補償給付	肺がん	中皮腫
平成18年度	65	125
平成19年度	41	24
平成20年度	45	24
特別遺族給付金	肺がん	中皮腫
平成18年度	95	40
平成19年度	17	3
平成20年度	25	4

厚生労働省は、2006年10月3日に開催した臨時全国労災補償会議で「石綿による疾病事案の事務処理に関する質疑応答集」を示し、肺がん事案で診療録等の医証がまったくない場合の労災時効救済(特別遺族給付金)の支給決定について、「過去に同一事業場で、同一時期に同一作業に従事した同僚労働者が労災認定されている場合や、相当高濃度の石綿曝露作業が認められる場合には、本省あて相談されたい」と指示した。

石綿肺がんの補償・救済が進まないなかで、このような判断は歓迎できるし、本省との相談なしに

判断できるようにし、また、労災時効救済に限定せずに労災認定にも適用することが望まれる。実際に、現場でそのような判断で肺がんが補償・救済されている事例もみられる一方で、石綿肺がんの補償・救済にまったく意欲のみられない地域も多いなど、そのばらつきは大きい。

平成18年度には、労災時効救済の支給件数272件に対して、不支給件数が292件。本省協議がなされたのは95件ということである。例えば沖縄では、平成18年度に16件の肺がんを不支給決定しているが、本省協議を行ったものはゼロだったということ、沖縄労働局で確認している。沖縄の場合、多くが米軍基地労働者の事例であって、米軍基地で中皮腫等の労災認定事例が多いのは周知のとおりである。「質疑応答集」に示された指示がより早期に、また、しっかり徹底されていれば救えた事例があるのではないかと提起され、「同一事業場で、同一時期に同一作業に従事した同僚労働者が労災認定されている事例があるのに、不支給とされた事例があるのであれば確認しなければならないと思う」、「沖縄局に確認してみる」という回答がなされた。

沖縄基地問題はなぜ生じたのか

【要望】沖縄県の復帰前の米軍基地における労働者としての曝露に起因する被害の労災補償問題について、厚生労働省としての取り組みを明らかにすること。

【回答】まず現在の適用関係について、ごく簡単に説明させていただきたい。米軍に雇用されていた方には、直接雇用されていた方と間接的—米軍から仕事を請け負った会社に雇用されていた方の2種類ある。米軍に雇用されていた方の法の適用関係は、復帰前に石綿に曝露して復帰後に発症された方は、1961年高等弁務官布令第42号という労働者災害補償について定めた外務省の方で出している告示の適用を受ける。これは沖縄返還協定に基づいて、使用者である米国政府の方に請求できる—請求権を有すると定められて

いる。

間接的に雇用されていた方の適用関係は、こちららも1961年高等弁務官布令第42号の適用を受けるのだが、沖縄の復帰に伴う特別措置に関する法律という内閣府が持っている法律の方に定めがあり、沖縄特措法によって高等弁務官布令の適用を受けると定められており、こちらの方も使用者である米軍政府あるいは直接の使用者に請求できるとされているところである。

いまのところ厚生労働省としても、このような法律の仕組みがあるので、それによって請求を検討していただきたいと考えている。

回答は、厚生労働省トップ（政務三役）からまだ指示がでないため（「政治主導で判断されるべき問題であるため」）、きわめて杓子定規なものだが、水面下で対応を検討していることはたしか。

間接雇用労働者の一部や一般の労働者は日本の労災保険法に引き継がれていること、1970年に間接雇用に移行した本土の米軍基地労働者が労災保険法の対象とされていること等との整合性もとれていない。米軍への請求についても沖縄県と確認してきたところ、1年の時効があつてすでに請求できないし、時効前に請求できたとしても死亡の補償額で最高191万円くらいにしかならないことが判明している。なぜ、そのようなことになってしまったのか、経緯もしっかりと把握したうえで、真に隙間のない補償・救済を実現するための解決策を講ずるようあらためて要請した。

若年時曝露等の低額補償問題

【要望】曝露時の年齢が若年時の給付基礎日額が超低額になる問題について未回答だった。再度回答を求める。

【回答】保険給付に係る給付基礎日額の決定にあたっては、事業主の災害補償責任を根拠とするものであるから、被災時の事業主のもとでの平均賃金を基準として算定することとしており、労災保険法第8条により、診断により疾病の発生が確定

した日を算定事由発生日として取り扱うこととされている。

また、当該疾病の診断確定日にすでにその疾病の発生のおそれのある作業に従事していた事業場を離職している場合には、労働者が疾病の発生のおそれのある作業に従事した最後の事業場を離職した日以前3か月間に支払われた賃金により算定した金額を基礎とし、算定事由発生日までの賃金水準の上昇を考慮して平均賃金の算定を行っている。

さらに、診断確定日から保険給付が支給されるまでの間の賃金水準の変動も考慮して、当該変動率を乗じることにより、現在までの賃金水準まで引き上げるスライド制を適用している。加えて、給付基礎日額における年齢階層別の最低限度額及び最高限度額を設けることによって、被災時の年齢における賃金との不均衡の是正を図っている。

これも立法的解決の必要な課題—「運用で対応できる問題ではない」—であるが、前回回答がなかったため、初めてのやり取りとなった。石綿健康被害補償・救済のあり方を見直す作業は厚生労働省においても必要だということである。

じん肺肺がんも初診日に遡及

【要望】じん肺合併肺がんの労災認定では、原則として肺がんの療養を開始したと認められる日を診断日とすることについて、石綿による疾病の労災補償の取り扱いとの整合性を踏まえて再回答すること。

【回答】じん肺の管理区分の決定を受けている方が、肺の疾患の自覚症状がある等の事由によって医療機関を受診し、その結果、じん肺合併肺がんだと認められた場合には、原則として、当該医療機関を受診された日から労災保険給付の対象となるものと考えているところである。

一転して要望に従うという回答になったわけである。速やかに通達を発するよう求めた。

メンタルヘルス対策関連通達

基安労発第0619001号

平成20年6月19日

都道府県労働基準局労働基準部長殿

厚生労働省労働基準局
安全衛生部労働衛生課長

メンタルヘルス対策 における事業場外資源との 連携の促進について

職場におけるメンタルヘルス対策については、平成20年度を初年度とする労働災害防止計画においても「過重労働による健康障害防止対策を講じた上で、労働者一人ひとりの気づきを促すための教育、研修等の実施、事業場内外の相談体制の整備、職場復帰対策等を推進すること」を重点として対策を推進しているところである。

とりわけ、メンタルヘルス不調の早期発見と適切な対応はメンタルヘルス対策上、重要であるため、メンタルヘルス不調を感じた労働者がいつでも相談できる相談体制の整備とともに、相談時においてメンタルヘルス不調を把握した場合には、迅速に医療機関等に取り次ぎできる仕組みの構築が必要である。

このようなことから、事業場に対してメンタルヘルスの相談担当者の配置や事業場外資源の有効な活用についての啓発指導を行うとともに、事業場外資源のうちメンタルヘルス相談の専門機関（以下「相談機関」という。）に関し、一定の要件を満たしたものについて登録・公表することにより、メンタルヘルスに係る優良な事業場外資源の確保を図り、その利用を促進することとしているところである。

今般、上記相談機関の登録基準を別紙1のとおり定めるとともに、平成20年度にあっては「メンタルヘルス不調者等の労働者に対する相談機関による相談促進事業」を別紙2のとおり独立行政法人労働者健康福祉機構に委託して実施することとした。

については、下記事項に留意の上、本事業の効果的かつ円滑な推進に遺憾なきを期されたい。

なお、本職より別添〔省略〕のとおり関係団体あて協力

依頼をしたので、了知されたい。

記

1 本事業の積極的な周知・広報について

(1) 各都道府県に設置されることとなるメンタルヘルス対策支援センターと連携し、事業場及び対象となる相談機関に対して本事業の周知を図ること。

また、相談機関から本事業に関する問い合わせ、照会等に対応するとともに、必要に応じ、登録基準を周知し、登録の推奨を図ること。

なお、今般、登録基準を定めた背景には、現在の相談機関は、

- ・同種サービス内容であっても、サービスを提供する相談機関によってその水準に大きな差があること
- ・相談機関の案内に記載している専門職が、実際には実務に就いていない、いわゆる「名義貸し」も散見されること

等の問題のあることが専門家から指摘されており、これらを踏まえ、事業場が相談機関の能力をより一層活用してメンタルヘルス対策を推進するためには、相談機関の相談体制、サービスの内容等を透明化し、事業場がそれらを把握できるようにするとともに、相談機関の提供するサービスの質を確保することが必要となっている。については、相談機関のサービスの質の確保・向上を図る観点から、本事業の登録予定の有無等に関わらず、相談機関に対しては登録基準の周知を図ることが肝要であること。

(2) 平成20年度にあっては、本事業を独立行政法人労働者健康福祉機構に委託したことから、メンタルヘルス対策支援センターは都道府県産業保健推進センターに設置されることとなること。

2 事業場内の体制整備について

事業場が相談機関を有効に活用するには、相談機関との連絡調整を行う体制の整備や事業場内における相談体制の整備を始めとするメンタルヘルス対策の推進が不可欠である。

このため、上記役割を担う者として、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（平成18年3月31日健康保持増進のための指針公示第3号）5(3)に基づき、衛生管理者、衛生推進者等の事業場内産業保健スタッフ等の中から事業場内メンタルヘルス推進担当者を選任す

るよう啓発指導を行うこと。

3 地域における事業場外資源のネットワークについて

本事業は、事業者と契約を結び有料で面接によるメンタルヘルスに関する相談を実施する医療法上の医療提供施設以外の相談機関を対象としているところであるが、本事業とは別に、地域の実情に応じ、各地域において医師会、精神科病院協会、精神神経科診療所協会、産業保健推進センター等が協力し、医療機関等の情報を事業場に提供する取組を行っているものについて、この取組を妨げるものではないこと。

(別紙1)

相談機関の登録基準

I 登録対象となる相談機関

メンタルヘルス不調者に対する相談のサービスを提供する事業場外資源には、精神科専門病院や診療所、地域産業保健センター、民間の相談機関、労働組合等様々な機関がある。

本事業では、事業者と契約を結び有料でその労働者に以下のサービスを提供する機関であって医療法上の医療提供施設以外のものを対象とする。

- ア 面接によるメンタルヘルスに関する相談（個々の労働者の心の健康に関する相談に限る。以下同じ。）
- イ 面接によるメンタルヘルスに関する相談の結果に基づき適切な医療機関等への紹介

II 相談機関の登録基準

1 相談体制に係る基準

(1) 基本方針

事業者及びその労働者へのサービスの提供に関する以下の基本方針を文書によって明確化していること。

- ア 相談体制の質の確保
- イ 個人情報保護
- ウ 事業者との連携
- エ 医療提供施設との連携
- オ サービスの提供に関する情報の公開
- カ その他サービスの提供に関し重要な事項

(2) 相談対応者

相談機関は常勤の相談対応者を有するとともに、実務経験の少ない相談対応者については、ケースごとに十分な経験を有する相談対応者が指導する体制が確立されていること。また、相談対応者は、以下の要件を満たすものであること。

- ア 相談対応者は、心理職（THPの心理相談担当者、

臨床心理士、産業カウンセラー等をいう。）又は精神保健福祉士であること。

- イ 常勤の相談対応者のうち、1名以上の者については、事業場内において、又は事業場外の相談機関（事業場との契約により相談を行うものに限る。）において、労働者を対象とする面接によるメンタルヘルスに関する相談の実務に5年以上従事（これらの相談業務を主な業務として行い、かつ当該機関において通常、1週間に3日以上従事した実績を有すること。）した経験を有すること。

(3) 提供するサービスの内容等

- ア 相談機関は、メンタルヘルスに関する相談等に関し以下のサービスを事業者に対して提供できること。

- (ア) 労働者の心の健康問題について、相談対応者が労働者本人へのメンタルヘルスに関する相談等（面接によるメンタルヘルスに関する相談及び面接以外のメンタルヘルスに関する相談をいう。以下同じ。）に対応するほか、人事労務管理担当者、上司、同僚及び家族に対して、その労働者の心のケアのための相談・助言を行うこと。

- (イ) メンタルヘルスに関する相談等の結果について、その件数、その特徴、事業場に存在すると考えられる問題点等を、契約事業場ごとに取りまとめ、事業場側の担当者との協議の場において報告・説明すること。

- イ 相談機関は、メンタルヘルスに関する相談等に関し、以下の事項を公開していること。

- (ア) 料金体系（精神科医による面接に係る費用の取扱いを含む。）

- (イ) 全ての相談対応者の氏名、有する資格及び経歴
- (ウ) メンタルヘルスに関する相談等への対応等が可能な曜日及び時間

- (エ) メンタルヘルスに関する相談等に関し、対応可能な方法

- (オ) 関与する精神科医の氏名及び精神科医としての経歴並びに精神科医が所属する医療機関の名称・所在地

- (カ) その他対応可能なサービスの内容

- (キ) 面接によるメンタルヘルスに関する相談の実績又は事業者との契約の実績

(4) 精神科医の関与

- ア 相談機関は、精神科医又は精神科医が所属する医療機関と契約し、精神科医によって以下の業務を行うとともに、当該業務の記録（担当精神科医の氏名及び確認印を含む。）を作成すること。

- (ア) 相談機関の業務のあり方及び業務内容に対して、医学的な観点から助言を行うこと。

- (イ) 面接によるメンタルヘルスに関する相談を希望する

すべての労働者に対して、相談対応者による面接に先立ち面接を行い、その結果を相談機関に報告すること。

- (ウ) 電話、メール等によるメンタルヘルスに関する相談等を行ったすべての労働者について、その内容について相談対応者から報告を受け、その内容について医学的な観点から審査すること。
- (エ) 相談対応者が面接によるメンタルヘルスに関する相談を行った労働者について、相談対応者から、医学的な観点の相談を受けること。
- (オ) 面接によるメンタルヘルスに関する相談の結果、医療上の措置を必要とすると判断される労働者に対して、速やかに適切な対応を図ること。
- (カ) 相談対応者に対して、随時、教育・指導等を行うこと。
- イ アに掲げる業務を行う精神科医は、以下のすべての要件を満たす者であること。
- (ア) 精神科医としての臨床歴を5年以上有すること。
- (イ) 以下の産業保健に関するいずれかの要件を満たすこと。

- a 労働安全衛生法第13条第2項の要件を満たすこと
- b 以下のいずれかの産業保健に関する研修を受講していること。
- (a) 財団法人産業医学振興財団が行う「精神科医等のための産業保健研修会」
- (b) 日本産業精神保健学会が行う「精神科医のための産業保健講習会」
- (c) 上記研修と同等以上の産業保健に関する研修

2 相談対応者の能力向上のための体制に係る基準

(1) 研修教育

相談対応者の能力向上のため、定期的に講習会を実施し、又は外部の機関・学会等が開催する研修会・学会等に定期的に参加させる体制が確立されていること。

(2) ケースに関するグループ討議

相談対応者の能力向上のため、個々の相談対応者の相談したケースについて、相談機関の常勤及び非常勤の相談対応者を集め、精神科医の指導を受けつつグループ討議を定期的に行っていること。

3 個人情報保護に関する措置に係る基準

(1) 個人情報の保護に関する規程の整備

相談機関においては、次のアからエまでに掲げるすべての定めを含む個人情報保護のための規程が整備されていること。

ア メンタルヘルスに関する相談等を行った労働者の個人情報について、相談機関が定める規程及び法

令等に規定する場合を除き、その所属する事業者その他第三者に漏洩してはならないこと。

なお、個人情報の保護は、緊急に医療上の措置を必要とすると判断される労働者（希死念慮を有する場合等）への対応を妨げるものであってはならない。

イ メンタルヘルスに関する相談等の結果、労働者の心の健康に影響を与えていると考えられる事業場の問題が認められる場合、事業者との連携をとることの必要性を労働者に説明し、労働者の承諾が得られた場合には、事業者に対して当該問題について必要な報告を行うこと。

ウ メンタルヘルスに関する相談等の結果、自傷他害のおそれが認められるなど、事業者として緊急に対応をとることが必要であると考えられる労働者について、事業者に必要な情報を通知すること。なお、この場合であっても、可能な限り労働者の同意をとること。

エ 個人情報に関する取扱いについては、契約前に事業者と調整し、上記アからウまでを含む取決めを行うこと。この際、メンタルヘルスに関する相談等を受けた労働者の不利益となる取決めは行わないこと。

(2) 個人情報保護に関する誓約書

相談機関においては、役員、相談対応者等の職員及び提携機関から個人情報保護に関する誓約書を提出させていること。

(3) 個人情報保護のための相談室の整備

相談機関内の面接によるメンタルヘルスに関する相談を行うための相談室は、プライバシーが確保される構造（相談の音声は外部に漏れず、外部から容易に覗ける構造となっていないこと。）のものが必要数確保されていること。ただし、火災等の緊急時に、緊急に避難の連絡が可能であり、かつ避難経路が確保されているものでなければならぬ。

(4) 執務室への関係者以外立ち入り禁止措置

電話、メール等によるメンタルヘルスに関する相談等、個人情報を取り扱う情報端末の操作、個人情報が記された書類等の取扱い等は、職務の性質上やむを得ない場合を除き、関係者以外の者の立ち入りが禁止された執務室において行うこと。

4 その他の基準

(1) 書類の保存

相談機関においては、メンタルヘルスに関する相談等を行った労働者個人の記録を作成し、5年以上保存すること。

(2) 相談機関のウェブサイト、パンフレット等において、社会通念上、労働者のメンタルヘルス対策を進める上でふさわしくない記述を行っていないこと。

(別紙2)

メンタルヘルス不調者等の労働者に対する 相談機関による相談促進事業の概要

1 事業の目的

国(厚生労働省)が定めた登録基準を満たした相談機関を登録するとともに、登録した相談機関(以下「登録相談機関」という。)を事業場に対して紹介すること等により労働者の心の健康問題に関する相談体制の整備を図り、労働者の心の健康の保持増進を図ること。

2 相談機関の登録について

本事業の受託者(以下「受託者」という。)が、登録基準に適合して事業運営を行っていることを自己適合確認した相談機関からの登録申請を受け、その登録を行い、登録相談機関の情報を公表する。

【登録の対象となる相談機関】

事業者と契約を結び有料で面接によるメンタルヘルスに関する相談等を実施する相談機関であって、医療法上の医療提供施設以外のもの

【登録の単位】

相談室を設けて面接による相談等のサービスを提供する場所の単位ごと(1の相談機関が複数の相談室を有する場合は、それぞれの相談室が登録の単位となる。)

【登録の有効期間】

3年。有効期間内に有効期間の更新申請があった場合に、更新手続きを行う。

【登録の方法】

受託者が、相談機関からの登録申請を受け付け、登録申請関係書類により、申請者による自己適合確認が適切に行われていることを確認し、登録を行う。

登録した相談機関については、受託者が一定の情報を公表する。

また、登録事項変更及び登録廃止の際には、その届出を必要とする。

【登録の抹消】

利用者の通報等により登録基準を満たしていないと思われる登録相談機関については、受託者が確認のための資料要求を行うとともに、必要に応じ、該当相談機関への実地調査及び聴聞を実施する。

以上の調査により、登録抹消に係る審査が必要と認められる登録相談機関について、受託者は登録審査委員会を開催し、登録抹消に係る審査を行う。

3 相談機関・事業場への周知等

受託者は、事業場に対する登録相談機関の利用促進を図るため、47の都道府県において、各事業場、事業主団体への訪問等により、メンタルヘルス指針等の周知によるメンタルヘルス対策の普及を図るとともに、登録相談機関に係る情報を提供し、本事業の周知等を行う。また、相談機関に対しても、本事業の周知等を行う。

4 登録相談機関の相談対応者の能力向上

受託者は、登録相談機関の相談対応者の能力向上を図るため、研修等を実施する。



基発第0326002号

平成21年3月26日

都道府県労働基準局長殿

厚生労働省労働基準局長

当面のメンタルヘルス対策の 具体的推進について

職場におけるメンタルヘルス対策については、労働安全衛生法等の一部を改正する法律(平成17年法律第108号)、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」(健康保持増進のための指針公示第3号。以下「指針」という。)等により、その充実を図るとともに、平成20年度を初年度とする労働災害防止計画においても「メンタルヘルスについて、過重労働による健康障害防止対策を講じた上で、労働者一人ひとりの気づきを促すための教育、研修等の実施、事業場内外の相談体制の整備、職場復帰対策等を推進することにより、メンタルヘルスケアに取り組んでいる事業場の割合を50%以上とすること。」を目標とし、重点施策として推進しているところである。

また、自殺予防の推進については、自殺対策基本法(平成18年法律第85号)に基づく自殺総合対策大綱を踏まえ政府一体となって取り組んでいるところであり、具体的には職場におけるメンタルヘルス対策を通じた自殺予防の一層の推進を図っているところである。

一方、経済情勢の悪化等の影響により、健康面において労働者を取り巻く状況は今後一段と厳しさを増すことが予想され、これに伴い自殺予防対策を含めた労働者のメンタルヘルス対策の推進は従前にも増して重要な課題となっているところである。

以上を踏まえ、当面のメンタルヘルス対策の具体的な進め方を下記のとおり定めたので、これに基づきメンタル

ヘルス対策を的確に推進されたい。

記

第1 基本方針

厚生労働省実施の平成19年労働者健康状況調査によると、職業生活等において強い不安、ストレス等を感じる労働者は約6割に上っており、また、メンタルヘルス上の理由により連続1か月以上休業し、又は退職した労働者がいる事業場は7.6%であるという結果となっている。このような状況を背景に、精神障害等による労災支給決定件数は増加傾向にあり、平成19年度は268件と3年前に比べ倍増している。

さらに、警察庁調べによると、我が国における自殺者数は10年連続で3万人を超えており、そのうちの約3割が被雇用者・勤め人(会社役員等管理的職業を含む。)である。

このような状況に加え、経済情勢の悪化等の影響により、仕事の質・量、職場の人間関係を始めとした職場環境等の悪化、これに伴う心の健康問題を抱える労働者の増加が正規・非正規を問わず危惧されるところであり、特に、自殺者数の増加が憂慮される。このため、心の健康問題の未然防止に向けた事業場の取組を促進させる必要がある。

一方、メンタルヘルスケアに取り組んでいる事業場の割合は、平成19年労働者健康状況調査によると33.6%と、5年前と比較していずれの事業場規模でも向上しているものの、労働災害防止計画に掲げる目標達成に向けてより一層の取組が必要である。

以上を踏まえ、メンタルヘルス対策の一層の推進を図ることとし、とりわけ事業者の強いリーダーシップはもとより労働者も積極的に協力し組織的な取組を行わせること、具体的な取組に当たっては指針に基づき個々の事業場の実態に即した取組を着実に実施させることを基本とする。

また、メンタルヘルスに取り組んでいない事業場のその主な理由として「専門スタッフがいない」及び「取り組み方が分からない」が挙げられていることを踏まえ、事業者の取組に当たっては、メンタルヘルス対策支援センター事業を始めとする各種支援事業の積極的な活用を図ることとする。

第2 実施事項

1 事業場に対する指導等の実施

(1) 経営トップに対する指導等の実施

企業及び事業場のトップに対して、局署幹部から、様々な機会をとらえ、メンタルヘルス対策の重要性等について説明を行うとともに、率先して取り組むよう指導等を行うこと。

(2) 事業場の取組促進のための指導等の実施

管内の実情等を踏まえた上で、個別の事業場に対する指導等を行うこと。

事業場への指導等に当たっては、第3に示す「事業場におけるメンタルヘルス対策の具体的推進事項」について確認し、必要な指導等を行うこと。

(3) 精神障害等による業務上の疾病が発生した場合の再発防止対策の指導の実施

精神障害等による業務上の疾病が発生した事業場に対して、再発防止の措置を行うよう必要な指導を行うこと。

再発防止の措置に当たっては、衛生委員会等において労働安全衛生法(昭和47年法律第57号。以下「法」という。)第18条第1項第3号に基づき、「労働災害の原因及び再発防止対策」について調査審議を行わせること。

2 業界団体等の自主的活動の促進

(1) 団体における自主的活動の促進

業界団体・地域団体・労働団体・労働災害防止団体等に対して、例えば教育研修の合同実施など自主的な活動を行うよう働きかけを行うとともに、これら団体の各種会議、行事、広報紙等の機会又は媒体を活用し、周知を行うこと。

(2) 啓発活動の促進

メンタルヘルス対策への取組についての社会的機運の醸成を図るため、地方労働審議会や労働災害防止に関する協議会等地域の関係労使等の代表者が参集する機会を活用する等により、メンタルヘルス対策の重要性等について説明を行い、例えばキャンペーンや合同宣言を行う等連携した取組への働きかけを行うこと。

3 支援事業の活用等

(1) 支援事業の活用促進

今後、以下の国の支援事業を実施する予定であるので、事業場に対する指導等に当たっては、事業場の取り組むべき課題に対応した支援事業を教示し、これらの活用を促すこと。

ア メンタルヘルス対策に関する専門のポータルサイトの開設やパンフレットの配布等によるメンタルヘルス対策に関する情報の提供及び周知

イ 産業保健スタッフ等関係者に対する研修の実施等
ウ 地域産業保健センターにおける労働者に対する相談窓口の設置等相談体制の整備

(2) メンタルヘルス対策支援センターとの連携

全国の都道府県に設置されているメンタルヘルス対策支援センターにおいては、今後、

ア 事業場に対するメンタルヘルス対策の周知や情報

の提供

イ 事業場からのメンタルヘルス対策・職場復帰支援に関する相談対応

ウ 事業場のメンタルヘルス対策への取組に対する支援

エ 事業場に対し上記(1)の支援事業及び登録相談機関やその他の事業場外資源の紹介・教示

オ 関係行政機関等とのネットワーク形成・連携等を行い、地域におけるメンタルヘルス対策

を支援するための中核的役割として担うこととしている。

このため、以下に留意すること。

ア 文書要請、説明会の開催等メンタルヘルス対策の周知に当たっては、メンタルヘルス対策支援センターと連携を図ること。

イ 事業場がメンタルヘルス対策・職場復帰支援に取り組むことに当たっては、メンタルヘルス対策支援センターの周知等を行うこと。

ウ 事業場に対する指導等に当たっては、メンタルヘルス対策支援センターによる事業場への支援を受けるよう勧奨等を行うこと。

4 関係行政機関等との連携

(1) 関係行政機関との連携

自殺予防を含むメンタルヘルス対策については、職場のみの取組では解決されないこと及び家族を含む地域での取組も重要であることから、その一体的推進を図るため、地方公共団体の地域保健主管課、自殺対策主管課、保健所、精神保健福祉センター等と連携した取組を行うこと。

(2) 関係機関との連携

(1)の行政機関はもとより、地域産業保健センター、都道府県産業保健推進センター、各医師会、精神科病院協会、精神神経科診療所協会等の関係団体、労災病院(勤労者メンタルヘルスセンター、勤労者予防医療センターを含む。)、その他医療機関や相談の専門機関等の事業場外資源とのネットワークづくりを行い、連携した取組を行うこと。

第3 事業場におけるメンタルヘルス対策の具体的な推進事項

事業場における具体的なメンタルヘルス対策の推進に当たっては、特に以下に留意の上、指針に基づき、必要な指導等を行うこと。

1 衛生委員会等での調査審議の徹底等

(1) 衛生委員会等での調査審議の徹底

衛生委員会又は安全衛生委員会(以下「衛生委員

会等」という。)において、「労働者の精神的健康の保持増進を図るための対策の樹立に関すること」が労働安全衛生規則(昭和47年労働省令第32号。以下「規則」という。)第22条第10号に基づく付議事項とされているところである。

特に、「心の健康づくり計画」の策定に当たっては、衛生委員会等において十分調査審議を行うことが必要であることから、その調査審議の徹底について指導等を行うこと。

また、衛生委員会等で調査審議された議事概要については、規則第23条第3項に基づく労働者への周知が規定されているところであるが、労働者の積極的な協力を促す観点も含め、議事概要の周知の徹底について指導等を行うこと。

(2) 事業場における実態の把握

衛生委員会等における調査審議に当たっては、あらかじめ、メンタルヘルス上の理由による休業者の有無、人数、休業日数等心の健康問題に係る事業場の現状を把握するよう指導等を行うこと。

(3) 「心の健康づくり計画」の策定

指針4に基づき「心の健康づくり計画」を策定するよう指導等を行うこと。

特に、「心の健康づくり計画」には「事業者がメンタルヘルスケアを積極的に推進する旨の表明」、「事業場内メンタルヘルス推進担当者の選任」及び「教育研修の実施」について定めるよう指導等を行うこと。

なお、常時50人未満の労働者を使用する事業場については、衛生委員会等の調査審議に代え、規則第23条の2に基づく関係労働者の意見を聴くための機会を利用して、メンタルヘルス対策について労働者の意見を聴取するように努め、その意見を踏まえつつ「心の健康づくり計画」を策定するよう指導等を行うこと。

(4) 調査審議の充実

心の健康問題に係る事業場の現状の把握、心の健康づくり計画の実施状況の評価及び計画の見直し等について、衛生委員会等において調査審議し、審議の充実を図るよう指導等を行うこと。

2 事業場内体制の整備

(1) 事業場内メンタルヘルス推進担当者の選任

指針5(3)に基づき、衛生管理者、衛生推進者等から事業場のメンタルヘルスケアの推進の実務を担当する「事業場内メンタルヘルス推進担当者」を選任するよう指導等を行うこと。

(2) 専門スタッフの確保

法に基づき選任が義務づけられている産業医、衛生管理者、衛生推進者及び安全衛生推進者については、

指針5(3)に基づく役割を担うよう指導等を行うこと。

必要に応じ、担当者の育成が必要と認められる事業場に対しては、委託事業や都道府県産業保健推進センター等で実施する所要の研修への参加勧奨を行うこと。

また、衛生管理者については、管内で「労働災害の防止のための業務に従事する者に対する能力向上教育に関する指針」(能力向上教育指針公示第1号)に基づく衛生管理者能力向上教育(初任時、定期又は随時)が実施されている場合には、必要に応じ、その受講を促すこと。

なお、産業医にあっては規則第14条第1項各号において、衛生管理者にあっては法第12条第1項において、衛生推進者及び安全衛生推進者にあっては法第12条の2において、各々行うべき職務が規定されているところであり、当該規定に基づき、メンタルヘルスケアに関する事項を含めた職務を徹底するよう指導等を行うこと。

3 教育研修の実施

指針6(1)に基づき、メンタルヘルスケアを推進するための教育研修を実施するよう指導等を行うこと。

特に、管理監督者(ラインによるケアを行う上司その他労働者を指揮命令する者をいう。)は、日常的に労働者の状況や職場環境等を把握しうる立場にあり、ラインによるケアを適切に行う上で重

要な位置づけであることから、管理監督者への教育研修を実施するよう指導等を行うこと。

なお、規則第35条に基づく衛生のための教育の実施に当たっては、パンフレットを活用する等により、メンタルヘルスケアを推進するための教育研修についても実施するよう指導等を行うこと。

また、衛生教育の実施計画の作成に関しては、規則第22条第4号に基づき衛生委員会等において調査審議しなければならないことから、その徹底を図るよう指導等を行うこと。

4 職場環境等の把握と改善

指針6(2)に基づき、職場環境等を把握し、評価することにより問題点を把握し、それに対する改善を行うよう指導等を行うこと。

なお、職場環境等の評価と問題点の把握に当たっては、指針に示すストレスに関する調査票のほか、必要に応じ、快適職場調査(ソフト面)の活用もあること。

5 メンタルヘルス不調者の早期発見と適切な対応の実施

(1) 相談体制の整備

指針6(3)に基づき、相談体制を整備するとともに、整

備された相談体制が正規・非正規を問わず全ての労働者に活用されるよう、相談体制の周知を行うよう指導等を行うこと。

相談体制の整備に当たっては、必要に応じ、事業場外資源の活用を促すこと。

なお、メンタルヘルス不調者を把握した場合には、必要に応じ医療機関やメンタルヘルス相談の専門機関に迅速に取り次ぐことが重要である。今後、メンタルヘルス対策支援センターにおいて地域にある事業場外資源とのネットワーク化を図ることとしているので、その活用を促すこと。

(2) 長時間労働者に対する面接指導の実施の徹底

法第66条の8又は法第66条の9に基づく長時間労働者等に対する面接指導にあっては、メンタルヘルス面のチェックも行うこととしていることから、これら長時間労働者に対する医師による面接指導及び事後措置を徹底するよう指導等を行うこと。

なお、労働者が面接指導の申出を行いやすくする観点に立って、平成18年3月17日付け基発第0317008号(一部改正平成20年3月7日付け基発第0307006号)「過重労働による健康障害防止のための総合対策について」別紙1「過重労働による健康障害防止のための総合対策」別添「過重労働による健康障害を防止するため事業者が講ずべき措置」中に示す5(2)イ「面接指導等を実施するための手続き等の整備」について指導等を行うこと。

(3) 健康診断実施時におけるメンタルヘルス不調の把握

法第66条第1項及び規則第43条から第45条の2までの規定に基づく健康診断実施時に、メンタルヘルス不調を把握した場合には、法第66条の5第1項の規定に基づく事後措置及び法第66条の7第1項の規定に基づく保健指導の実施を徹底するよう指導等を行うこと。

(4) 心身両面にわたる健康保持増進対策(THP)の活用

メンタルヘルス不調の未然防止として、必要に応じ、「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」(健康保持増進のための指針公示第1号)に基づく取組を促すこと。

6 職場復帰支援

(1) 職場復帰支援プログラムの策定

指針6(4)に基づき、あらかじめ当該事業場の実態に即した職場復帰支援プログラムの策定、策定された職場復帰支援プログラムの事業場内での周知を行うよう指導等を行うこと。

なお、職場復帰支援プログラムの具体的策定に当たっ

ては、「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」の活用を促すこと。

(2) メンタルヘルス対策支援センターの活用

今後、メンタルヘルス対策支援センターにおいて事業者等からの職場復帰支援に関する相談対応、相談内容に応じた適切な助言、職場復帰支援を行う事業や事業場外資源の教示を行うこととしているので、その活用を促すこと。



基発第0326003号
平成21年3月26日

都道府県労働基準局長殿

厚生労働省労働基準局長

当面のメンタルヘルス対策の 具体的推進に当たっての 留意事項について

メンタルヘルス対策については、平成21年3月26日付け基発第0326002号「当面のメンタルヘルス対策の具体的推進について」(以下「推進通達」という。)により示したところであるが、その推進に当たっては、特に下記に留意されたい。

記

1 個別指導の実施について(推進通達第2の1(2)関係)

(1) 重点対象

ア 【墨塗り】

イ 重点事項(下記(2))に係る【墨塗り】のもの。

ウ 【墨塗り】

ア及びイのほか、【墨塗り】事業場を対象とすること。

この場合、【墨塗り】して差し支えないこと。また、【墨塗り】することとしても差し支えないこと。

(2) 重点事項

個別指導の実施に当たっては、推進通達の第3「事業場におけるメンタルヘルス対策の具体的推進事項」に示す事項について【墨塗り】以下の事項を重点に指導等を行うこと。

ア 【墨塗り】

イ 【墨塗り】

ウ 【墨塗り】

エ 【墨塗り】

オ 【墨塗り】

(3) 個別指導を実施する上での留意点

ア 平成20年3月7日付け基発第0307006号「過重労働による健康障害防止のための総合対策」等に基づき、個別指導を行うに際しては、併せて【墨塗り】ものとする。

イ (1)の重点対象のウについては、【墨塗り】した上で実施すること。

ウ (2)の重点事項について確認し、必要な指導を行うこと。この場合、必要に応じ、別紙1の指導文書例を活用すること。

エ (2)のウ【墨塗り】について確認すること。

オ 指導等に当たっては、必要に応じ、別途配布予定のパフレットや厚生労働省ホームページ、開設予定のポータルサイトに掲載されている資料等を活用すること。

カ 全国の都道府県に設置されているメンタルヘルス対策支援センターでは、事業場の取組に対する支援を行うこととしていることから、【墨塗り】を行うこと。

また、当該事業場に対しメンタルヘルス対策支援センターへ【墨塗り】メンタルヘルス対策支援センターに対し別紙2を活用する等により、【墨塗り】を行うこと。

メンタルヘルス対策支援センターでは、【墨塗り】事業場について

① 【墨塗り】に関する支援を行う。

② 【墨塗り】を教示する。

③ 【墨塗り】する。

④ 【墨塗り】に報告する。

こととしていること。

キ このほか、指導内容に応じて、推進通達第2の3「支援事業の活用等」に示す各種支援事業の活用を促すこと。

2 1の(1)の重点対象以外の事業場に対する取組について

1の(1)の重点対象以外の事業場については、【墨塗り】を行うこと。

(1) 周知

説明会・集団指導の実施の際や窓口において例えば衛生管理者選任報告の受理を行う際等の機会を捉え、別途配布予定のパフレットや厚生労働省ホームページ、開設予定のポータルサイトに掲載されている資料等を活用し、周知を行うこと。

また、メンタルヘルス対策支援センターでは、事業場に対するメンタルヘルス対策の周知・啓発を目的とした説明会等を実施する予定であるので、例えば事業場に対し説明会等の開催を周知するなど、同センターとの連携に努めること。

(2) 【墨塗り】

メンタルヘルス対策関連通達

【墨塗り】する際には、別途配布する予定のパンフレットや厚生労働省ホームページ、今後開設する予定のポータルサイトに掲載されている資料等を活用し、1の(2)の重点事項の周知及びメンタルヘルス対策支援センターの活用の教示等を行うこと。

3 精神障害等による業務上の疾病が発生した事業場に対する指導の実施について(推進通達第2の1(3)関係)

精神障害等による業務上の疾病が発生した事業場に対し、【墨塗り】再発防止を目的とした指導等を実施すること。この場合に、【墨塗り】を行うこと。

4 関係行政機関との連携(推進通達第2の4(1)関係)

都道府県や市町村の地域保健主管課又は保健所等が運営する地域・職域連携協議会や自殺対策主管課が運営する自殺対策連絡協議会を始め、これら機関と接触する機会を活用し、職場におけるメンタルヘルス対策について、各種支援事業とともに情報提供を行い、周知等の協力依頼等を行うこと。

特に、自殺対策に関しては、平成21年1月30日付け基監発第0130001号、基安労発第0130001号「現下の経済情勢を踏まえた緊急の自殺予防対策について」に留意すること。

また、より積極的な連携として、以下に示すような取組例が考えられることから、関係行政機関と調整を図り、積極的に連携を図るよう努めること。

なお、その際、メンタルヘルス対策支援センターに対しても参画を促すこと。

ア 啓発事業、セミナー、講演会等の共同開催

イ 事業者、労働者や家族に対する個別相談会の共同開催

ウ 関係機関とのネットワーク形成、相談機関のリスト化

エ 事業場、労働者に対する実態調査等の実施

別紙1

(参考:指導文書例)

年 月 日

(事業者)あて

所属
官名 氏名

メンタルヘルス対策の実施について

労働者のメンタルヘルスケアを実施するため、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」(平成18年健康保持増進のための指針公示第3号)に基づき、□内にレ印を付した事項について、改善等の措置を講じてください。

なお、改善等の状況については、月 日までに報告

してください。

記

□1 衛生委員会等における調査審議

衛生委員会等において、3の「心の健康づくり計画」を始めとした「労働者の精神的健康の保持増進を図るための対策の樹立に関すること」(労働安全衛生規則第22条第10号)について、調査審議を行うこと。

常時50人未満の労働者を使用する事業場であって、衛生委員会等が設けられていない場合には、労働安全衛生規則第23条の2に基づく関係労働者の意見を聴くための機会を利用して関係労働者の意見を聴取すること。

□2 事業場における実態の把握

衛生委員会等における調査審議に当たっては、あらかじめ、メンタルヘルス上の理由による休業者の有無、人数、休業日数等心の健康問題に係る事業場の実態を把握すること。

□3 「心の健康づくり計画」の策定

以下の内容を盛り込んだ「心の健康づくり計画」を策定すること。

① 事業者がメンタルヘルスケアを積極的に推進する旨の表明

② 事業場内メンタルヘルス推進担当者の選任

③ 教育研修の実施

□4 事業場内メンタルヘルス推進担当者の選任

事業場のメンタルヘルスケアの推進の実務を担当する「事業場内メンタルヘルス推進担当者」を、衛生管理者、衛生推進者、安全衛生推進者等から選任すること。

□5 教育研修の実施

事業場内においてメンタルヘルスケアが適切に実施されるよう、以下の教育研修を実施すること。

□ア 労働者への教育研修

□イ 管理監督者への教育研修

□ウ 事業場内産業保健スタッフ等への教育研修

□6 その他【 _____ 】

(受領者)

事業場職名:

氏名:

□ メンタルヘルス対策支援センターの支援を希望する。

□ メンタルヘルス対策支援センターに、その旨を連絡することに了解する。

別紙2(参考様式例)一省略



バーミキュライト関連通達

基安化発1228第1号
平成21年12月28日
都道府県労働基準局労働基準部長殿
厚生労働省労働基準局
安全衛生部化学物質対策課長

バーミキュライトが吹き付けられた建築物等の解体等の作業に当たっての留意事項について

石綿障害予防規則（平成17年厚生労働省令第21号。以下「石綿則」という。）第3条第1項において、建築物、工作物又は船舶（以下「建築物等」という。）の解体、破碎等の作業（吹き付けられた石綿等の除去の作業を含む。以下「解体等の作業」という。）を行うときは、あらかじめ当該建築物等について、石綿等の使用の有無を確認するための事前調査を実施することとされている。また、同条第2項に規定する石綿等の使用の有無の分析（以下単に「分析」という。）の方法については、平成18年8月21日付け基発第0821002号「建材中の石綿含有率の分析方法について」において、JIS A 1481「建材製品中のアスベスト含有率測定方法」（以下「JIS法」という。）等を示している。また、同項の規定による分析による調査（以下「分析調査」という。）については平成20年2月6日付け基安化発第0206003号「石綿障害予防規則第3条第2項の規定による石綿等の使用の有無の分析調査の徹底等について」により周知徹底を指示しているところである。

先般、我が国において建築物等への吹き付け材として使用されているバーミキュライト（ひる石）からウインチャイト及びリヒテライト（以下「ウインチャイト等」という。）が検出されたとの報道があった。

ウインチャイト等は、平成18年8月11日付け基発第0811002号「労働安全衛生法施行令の一部を改正する政令及び石綿障害予防規則等の一部を改正する省令の施行等について」に示した石綿の定義「繊維状を呈しているアクチノライト、アモサイト、アンソフィライト、クリソタイル、クロシドライト及びトレモライト」には該当しない鉱物であ

るが、トレモライトと同様に角閃石族に属する繊維状の鉱物である。

1970年代・80年代、米国のモンタナ州リビー鉱山の労働者及び地域住民に石綿肺の被害が発生したが、その原因がリビー鉱山産のバーミキュライトであることが確認されており、このリビー鉱山産のバーミキュライトには、石綿の一種であるトレモライトのほか、ウインチャイト等が含まれていることが明らかになっている。なお、1990年に当該モンタナ州リビー鉱山は閉山している。

また、ウインチャイト等の有害性については、明確な知見がないものの、トレモライトと形状、結晶構造及び化学的な組成が近似しており、JIS法によりウインチャイト等のX線回折を行うと回折パターンはトレモライトと同様である。

については、バーミキュライトが吹き付けられていた建築物等の解体等の作業に当たっての留意事項は、下記のとおりであるので、貴局管内の建築物等の解体等の作業を行う事業者及び関係事業者団体並びに作業環境測定機関等の分析機関に対し周知を図り、分析調査等の的確な実施に遺漏なきを期されたい。

なお、関係事業者団体〔※参照〕に対して、別添〔省略〕のとおり要請したので了知されたい。

記

- 1 バーミキュライトには、不純物として、トレモライト、ウインチャイト等が含有されている場合があることから、バーミキュライトが吹き付けられた建物等の解体等の作業に当たっては、石綿が含有していることが明らかであって石綿則第3条第2項の規定に基づく分析を行うまでもなく石綿則に基づくばく露防止措置を採るような場合を除き、石綿則第3条第2項の規定に基づく分析を行い、石綿をその重量の0.1%を超えて含有する場合には、石綿則に定めるばく露防止対策を講ずること。
- 2 なお、JIS法による分析では、建材中に含有されているウインチャイト等はトレモライトとして判定されるため、ウインチャイト等をトレモライトと区別するために改めて分析を行う必要はないこと。
- 3 バーミキュライトが吹き付けられていた建築物等の分析において、石綿をその重量の0.1%を超えて含有しない場合であっても、JIS法以外の分析方法により、ウインチャイト等が含有していることが明らかになった場合には、石綿則に準じたばく露防止対策を講ずること。



パーミキュライト/定期健診X線検査対象者の見直し通達

※中央労働災害防止協会/建設業労働災害防止協会
/社団法人日本石綿協会/社団法人日本建設業団体
連合会/社団法人全国建設業協会/社団法人建築
業協会/社団法人日本土木工業協会/社団法人日本
作業環境測定協会/社団法人全国解体工事業団体
連合会/社団法人日本化学工業協会/社団法人日本
プラントメンテナンス協会/社団法人日本ビルヂング協
会連合会

平成22年1月7日

都道府県労働局労働基準部労働衛生主務課長宛て
厚生労働省労働基準局安全衛生部化学物質対策課
調査官事務連絡

パーミキュライトが吹き付けられた建築物等の解体等の
作業に当たっての留意事項について

標記については、平成21年12月28日付け基安化発
1228第1号（以下「通達」という。）により指示されたところ、当該通達の趣旨は下記のとおりであるので、事業者及び関係事業者団体並びに分析機関に対する周知、指導等に当たっては遺漏なきを期されたい。

なお、関係事業者団体〔同前〕に対して、別添〔省略〕
のとおり周知したので了知されたい。

記

- 1 ウィンチャイト及びびヒテライトについて石綿に準ずるものとして、石綿障害予防規則（平成17年厚生労働省令第21号。以下「石綿則」という。）に準じたばく露防止対策を講ずることを求めるものであること。
- 2 具体的には、石綿、ウィンチャイト及びびヒテライトの合計が、その重量の0.1%を超えて含有していることが明らかになった場合には、石綿則に準じたばく露防止対策を講ずるとの趣旨であること。



定期健診X線検査対象者見直し等

基発0125第1号
平成22年1月25日

都道府県労働基準局長殿
厚生労働省労働基準局長

労働安全衛生規則の一部を改正 する省令及び労働安全衛生規則 第44条第3項の規定に基づき厚生 労働大臣が定める基準の一部を 改正する件等の施行等について

労働安全衛生規則の一部を改正する省令（平成22年厚生労働省令第9号。以下「改正省令」という。）並びに労働安全衛生規則第44条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準の一部を改正する件（平成22年厚生労働省告示第25号）、労働安全衛生規則第45条第3項において準用する同令第44条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準を定める件（平成22年厚生労働省告示第26号）及び労働安全衛生規則第45条の2第4項において準用する同令第44条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準を定める件の一

部を改正する件（平成22年厚生労働省告示第27号）が平成22年1月25日に公布され、平成22年4月1日から施行され、又は適用されることとなったところである。

ついては、今般の改正の趣旨、内容等については、下記のとおりであるので、その施行に遺漏なきを期されたい。

記

第1 改正の趣旨

1 定期健康診断における胸部エックス線検査及び喀痰検査の対象者の見直し

今般の改正は、結核予防法の一部を改正する法律（平成16年法律第133号）及び結核予防法施行令の一部を改正する政令（平成16年政令第303号）並びに専門家による検討結果を踏まえ、労働安全衛生規則（昭和47年労働省令第32号。以下「安衛則」という。）第44条第2項に規定する定期健康診断の特例を廃止し、労働安全衛生規則第44条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（平成10年労働省告示第88号）に規定する定期健康診断の項目の省略基準として、胸部エックス線検査及び喀痰検査の省略基準を追加するとともに、その他必要な告示の制定及び所要の改正を行ったものである。

2 労働者死傷病報告の様式改正

今般の改正は、派遣先の事業者からの安衛則第97

条の規定に基づく労働者死傷病報告の提出の徹底を図り、派遣先の事業場における労働災害防止対策の推進に資するため、派遣元の事業者から提出の

あった労働者死傷病報告により、派遣先の事業者からの労働者死傷病報告の提出状況を確認できるようにするため、安衛則様式第23号（休業4日以上の労働者に係る労働災害等に係る労働者死傷病報告）について所要の改正を行ったものである。

第2 改正の要点

1 定期健康診断における胸部エックス線検査及び喀痰検査の対象者の見直し

(1) 定期健康診断の特例の廃止（改正省令による改正前の安衛則第44条第2項関係）

労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第66条第1項の規定に基づく安衛則第44条第1項の定期健康診断のうち、ア及びイの健康診断において、胸部エックス線検査及び喀痰検査を行わないこととしている規定を削除するものとしたこと。

ア 満16歳に達する日の属する年度に行われた安衛則第43条の雇入時の健康診断又は定期健康診断の際、要観察者とされなかった者に対して、その者が満17歳に達する日の属する年度及び満18歳に達する日の属する年度に、当該健康診断を行った事業者が行う健康診断

イ 満17歳に達する日の属する年度に行われた雇入時の健康診断の際、要観察者とされなかった者に対して、その者が満18歳に達する日の属する年度に、当該健康診断を行った事業者が行う健康診断

(2) 定期健康診断の項目の省略基準の改正（労働安全衛生規則第44条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準関係）

ア 胸部エックス線検査の省略基準の追加

40歳未満の者（20歳、25歳、30歳及び35歳の者を除く。以下同じ。）で、(ア)又は(イ)のいずれにも該当しないものについては、医師が必要でないと認めるときは、胸部エックス線検査を省略することができるものとしたこと。

(ア) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行令（平成10年政令第420号）第12条第1項第1号に掲げる者

具体的には、学校（専修学校及び各種学校を含み、幼稚園を除く。）、病院、診療所、助産所、介護老人保健施設又は特定の社会福祉施設において業務に従事する者であること。

(イ) じん肺法（昭和35年法律第30号）第8条第1項第1

号又は第3号に掲げる者

具体的には、常時粉じん作業に従事する労働者で、じん肺管理区分が管理1のもの又は常時粉じん作業に従事させたことのある労働者で、現に粉じん作業以外の作業に常時従事しているものうち、じん肺管理区分が管理2である労働者であること。

イ 喀痰検査の省略基準の追加

胸部エックス線検査によって病変の発見されない者及び胸部エックス線検査によって結核発病のおそれがないと診断された者に加えて、40歳未満の者で、ア(ア)又は(イ)のいずれにも該当しないものを追加するものとしたこと。

ウ 題名の改正

安衛則第44条第2項の規定が廃止され、同条第3項が同条第2項とされることに伴い、題名を「労働安全衛生規則第44条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準」に改めるものとしたこと。

(3) その他

ア 労働安全衛生規則第45条第3項において準用する同令第44条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準の新設

専門家による検討の結果、特定業務従事者に対する胸部エックス線検査については省略すべきではないとの報告を受けたことから、労働安全衛生規則第44条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準が改正されることに伴い、特定業務従事者の健康診断に係る省略基準として、改正前の同告示と同じ基準を定めるものとしたこと。

イ 平成元年労働省告示第46号（労働安全衛生規則第45条の2第4項において準用する同令第44条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準を定める件）の一部改正

(1)の改正を踏まえ、題名を付するものとしたこと。

2 労働者死傷病報告の様式改正（安衛則様式第23号関係）

(1) 報告項目の追加

派遣元の事業者から提出のあった労働者死傷病報告により、派遣先の事業者からの労働者死傷病報告の提出状況を確認できるようにするため、派遣元の事業者が「派遣先の事業場の郵便番号」を記入する欄を新たに設けるものとしたこと。

(2) その他

(1)の改正に伴い、備考等について所要の改正を行うものとしたこと。

なお、改正後の労働者死傷病報告の様式は別添[次頁図]を参照すること。

定期健診X線検査対象者の見直し等

第3 細部事項

1 胸部エックス線検査の省略基準の追加関係

定期健康診断の項目の省略基準の適用に関し、同基準の「医師が必要でないと認める」とは、胸部エックス線検査にあっては、呼吸器疾患等に係る自覚症状及び他覚症状、既往歴等を勘案し、医師が総合的に判断することをいう。したがって、胸部エックス線検査の省略については、年齢等により機械的に決定されるものではないことに留意すること。

2 喀痰検査の省略基準の追加関係

喀痰検査の趣旨及び目的にかんがみ、胸部エックス線検査の省略基準に基づき胸部エックス線検査を省略された者は、喀痰検査も省略されるものであること。

基発0125第3号
 平成22年1月25日
 都道府県労働基準局
 労働基準部労働衛生主務課長殿
 厚生労働省労働基準局
 安全衛生部労働衛生課長

**定期健康診断における胸部エックス線
 検査等の対象者の見直しについて**

標記については、結核予防法の一部を改正する法律（平成16年法律第133号）及び結核予防法施行令の一部を改正する政令（平成16年政令第303号）並びに「労働者に対する胸部エックス線検査の対象のあり方等に関する懇談会」（以下「懇談会」という。）等における専門家による検討結果を踏まえ、労働安全衛生規則等の改正を行うとともに、平成22年1月25日付け基発0125第1号「労働安全衛生規則の一部を改正する省令及び労働安全衛生規則第44条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準の一部を改正する件等の施行等について」（以下「基発0125第1号」という。）により通達されたところである。本見直しに関する事業者への周知、指導等においては、下記に留意されたい。

記

1 胸部エックス線検査の省略について

基発0125第1号の第3の1において、「定期健康診断の項目の省略基準の適用に関し、同基準の「医師が必要でないと認める」とは、胸部エックス線検査にあっては、

様式第23号 (第97条関係) (裏面) (別紙)

労働者死傷病報告

811001

労働者の氏名 性別 年齢 職名 業務内容 労働者番号

報告の事実 経緯 原因 結果

報告年月日 報告時間

報告者 報告場所

労働基準監督署長殿

受付印

様式第23号 (第97条関係) (裏面)

備考

- で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学的文字・イメージ読取装置（OCR）で直接読み取りを行うので、この用紙は汚したり、穴をあけたり、必要以上に折り曲げたりしないこと。
- 記入すべき事項のない欄、記入枠及び職員記入欄は、空欄のままとする。
- 記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、枠からはみ出さないように大きめの漢字、カタカナ及びアラビア数字で明りように記入すること。
なお、濁点及び半濁点は同一の記入枠に「ワ」「フ」等と記入すること。
- 「性別」、「休業見込」及び「死亡」の欄は、該当する項目に○印を付すこと。
- 「事業場の名称」の欄の漢字が記入枠に書ききれない場合は、下段に続けて記入すること。
- 派遣労働者が被災した場合、派遣先及び派遣元の事業者は、「派出事業者の区分」の欄の該当する項目に○印を付した上、それぞれ所轄労働基準監督署長に提出すること。
- 「経職期間」の欄は、当該職種について1年以上経験がある場合にはその経験年数を記入し、1年未満の場合にはその月数を記入し、該当する項目に○印を付すこと。
- 氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができること。

呼吸器疾患等に係る自覚症状及び他覚症状、既往歴等を勘案し、医師が総合的に判断することをいう。したがって、胸部エックス線検査の省略については、年齢等により機械的に決定されるものではないことに留意すること。」とされていることを踏まえ、胸部エックス線検査の省略に関し医師が判断する際には、必要に応じて別添の懇談会の報告書を参考とすること。

2 問診票の活用等について

胸部エックス線検査の省略に関し医師が判断する際の呼吸器疾患等に係る自覚症状、既往歴等の把握等については、事前に問診票を配付し、回収することによる方法などがあること。



8.6%の欧州労働者が労働関連健康問題を経験

2007年労働力調査労働災害・労働関連健康問題特別調査の結果

概要

労働災害

- EU27か国で、700万人の労働者に相当する、労働者の3.2%が1年の間に労働災害にあった。
- これらの労働災害の約10%が、業務中の道路交通災害であった。

労働関連疾患

- EU27か国で、2,000万人に相当する、労働者の8.62%が過去12か月の間に労働関連健康問題を経験した¹。
- 骨関節または筋肉の問題及びストレス、不安またはうつがもっとも多かった。

リスクファクターへの曝露

- EU27か国で41%の労働者、すなわち8,100万人の労働者が、身体的健康に悪影響をもたらす可能性のあるリスクファクターに曝露している。

- 28%の労働者、すなわち5,600万人の労働者が、精神的健康に悪影響をもたらす可能性のあるリスクファクターに曝露している。

労働災害及び労働関連健康問題の負荷

労働災害にあった労働者のうちの73%が、もっとも直近の労働災害で休業した報告しており²、22%は、休業が1か月以上続いたと報告した。このために、EU27か国で全労働者の0.7%が、少なくとも1か月間の病気休暇を取った(図1)。

労働関連健康問題を経験した労働者のうち22%が、通常の日常業務に相当の制限を経験した。健康問題のあった62%が病気休業を報告し、27%が休業が1か月以上続いたと報告した³。これによって、EU27か国で全労働者の1.9%が、もっとも深刻な労働関連健康問題のために、過去12か月の間に少なくとも1か月間の病気休暇を取った。労働関連健康問題による労働者の休業率は、年齢とともに増加している(図2)。

労働災害

EU27か国で、690万人の労働者に相当する、

1 フランスは含まれていない。
2 アイルランドは含まれていない。
3 フランスは含まれていない。

2007年の欧州労災職業病統計

図1 過去12か月間に労働災害及び労働関連健康問題により1か月以上休業した労働者の割合

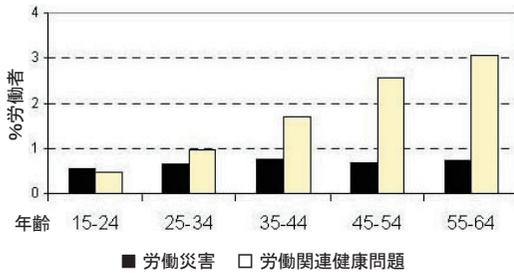


図2 年齢階層別の過去12か月間に一回または複数回の労働災害を報告した労働者の割合

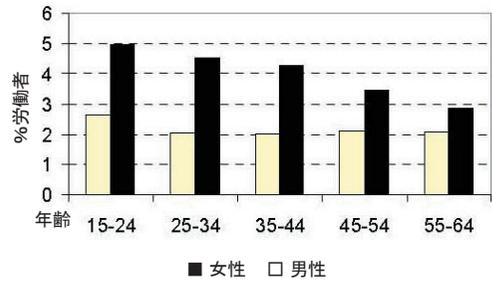
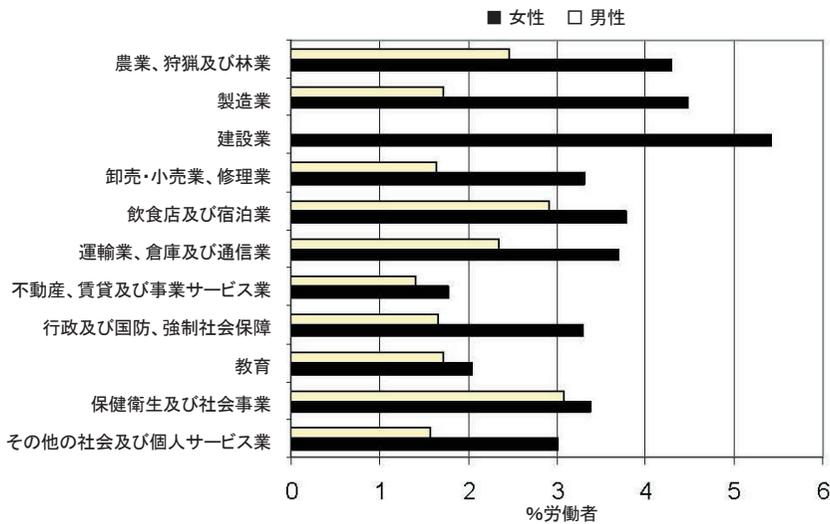


図3 部門別の過去12か月間に一回または複数回の労働災害を報告した労働者の割合



以下の部門は、公表の信頼基準を満たさないことから、本図に含まれていない。漁業、鉱業及び採石業、電気、ガス及び水道業、建設業(女性)、金融仲介業、雇用のいる個人世帯、治外法権機関・団体

労働者の3.2%が、本調査の前12か月間に一回または複数回の傷害につながった労働災害にあって、ほとんどの労働者は一回の災害を報告したが、80万人の労働者(0.4%)は、複数回の災害を報告している。

女性よりも男性の方が労働災害にあふ確率が高く、また、もっとも若い年齢階層で災害がもっとも頻繁に起こっている(図2)。男性の場合、年齢の増大につれて災害率は着実に減少しているが、女性の場合には、より高齢の年齢階層では災害率はかなり安定している。

労働災害は、農業、製造業及び建設業でもっとも多い。明らかな性差による違いがみられる。男性の場合、もっともリスクの高いのは建設業、製造業及び農業であり、女性には、保健福祉業及びホテル飲食業である(図3)。

職務の特性別では、熟練肉体労働者がもっとも労働災害にあふ確率が高い(図4)。また、労働災害の確率を高める業務に関連した特性は、交替作業及び不規則な作業時間である。

道路交通災害

全体のうち直近の災害の9.6%が、業務中に生じた道路交通災害であった。女性よりも男性が道路交通災害にあう確率が高く、全道路交通災害のうちの71%が、男性によって報告されている。道路交通災害の約18%が運輸業で、17%が製造業で生じている。

結論的に、EU27か国で、労働者の3.2%が1年の間に労働災害にあっており、男性、熟練肉体労働者、及び建設業、製造業または農業で働く労働者が災害の確率が高い。

労働関連健康問題

EU27か国で、2,000万人に相当する、全体のうち労働者の8.6%が、本調査の前12か月間に一回または複数回の労働関連健康問題⁴を経験している。労働者の2.1%が、複数回の労働関連健康問題を報告している。

労働関連健康問題を経験した労働者では、腰痛(28%)、首・肩・腕・手の問題(19%)、ストレス・うつ・不安(14%)が、もっとも深刻な健康問題として報告頻度の高いものである。

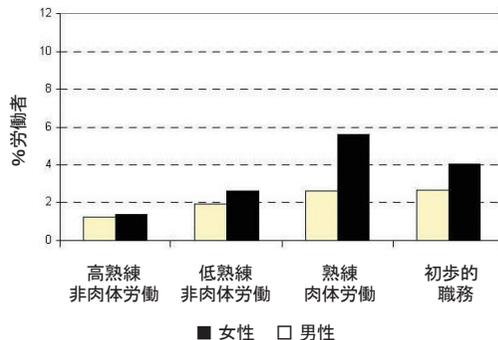
骨・関節・筋肉の問題では、男性は女性よりも腰

痛を報告する確率が高く、女性はより首・肩・腕・手の問題を報告する確率が高い(図5)。

図6は、労働関連健康問題を経験する労働者の割合が、年齢につれて増加することを示している。高年齢の階層ではわずかに男性の方が高いのに対して、相対的に若い年齢階層では、わずかに女性の方が労働関連健康問題を経験する割合が高い。

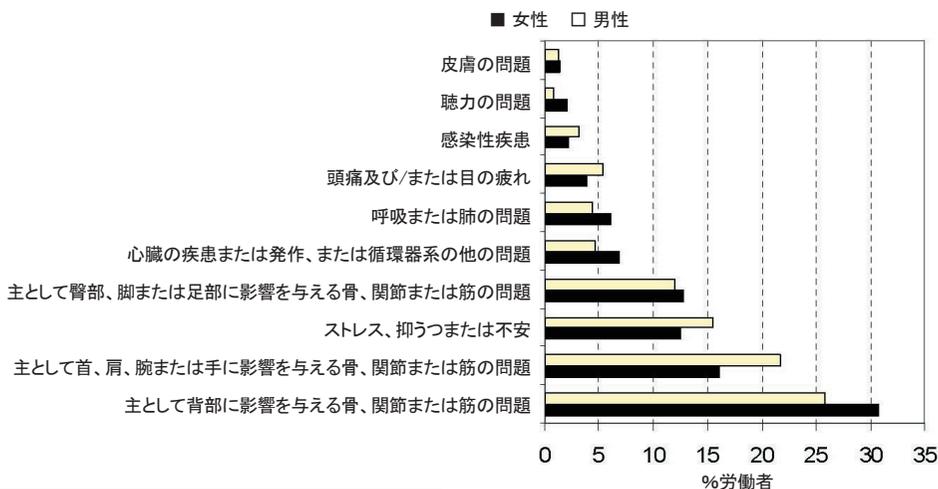
労働関連健康問題は、農業、鉱業・採石業、保

図4 職務別の過去12か月間の労働災害の割合



軍隊は、公表の信頼基準を満たさないことから、本図に含まれていない。

図5 過去12か月間に経験した労働関連健康問題



4 フランスは含まれていない。EU27か国の図はフランス以外のEU27か国を示したもの(方法論的注意書き参照)

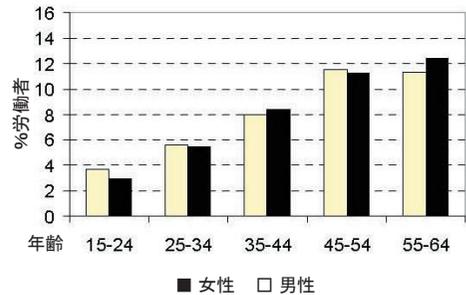
2007年の欧州労災職業病統計

健福祉業でもっとも頻繁に起こっている。農業及び保健福祉業では、女性の方が男性よりも労働関連健康問題を経験する確率が高い(図7)。両部門では、腰痛がもっとも深刻な健康問題として報告頻度が高い。

図8は、全部門における、筋骨格系の問題一般(すなわち、腰、首、肩、腕、手、尻、脚または足に影響を及ぼす骨・関節・筋肉の問題)が、もっとも深刻な健康問題としての報告頻度もっとも高い。ストレス・うつ・不安も、いくつかの部門で、とりわけ金融仲介・教育部門で、重要な役割を演じている。

熟練肉体労働者が、労働関連健康問題を経験する確率もっとも高い(図9)。また、長時間作業、不規則な作業時間または交替作業を行う労働者が、労働関連健康問題を報告する確率が高い。結論的に、EU27か国で、労働者の8.6%が、1年の間に一回または複数回の労働関連健康問題を経験しており、高年齢労働者、熟練肉体労働者、農業、鉱業・採石業、保健福祉業で働く労働者が労働関連健康問題の確率が高い。

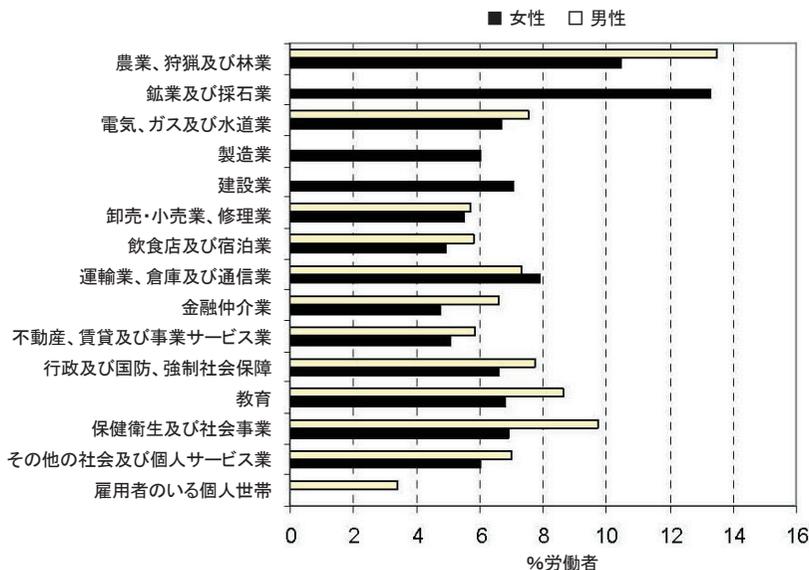
図6 年齢階層別の過去12か月間に労働関連健康問題を経験した労働者の割合



身体的健康または精神的健康に悪影響を及ぼす可能性のあるリスクファクターへの曝露

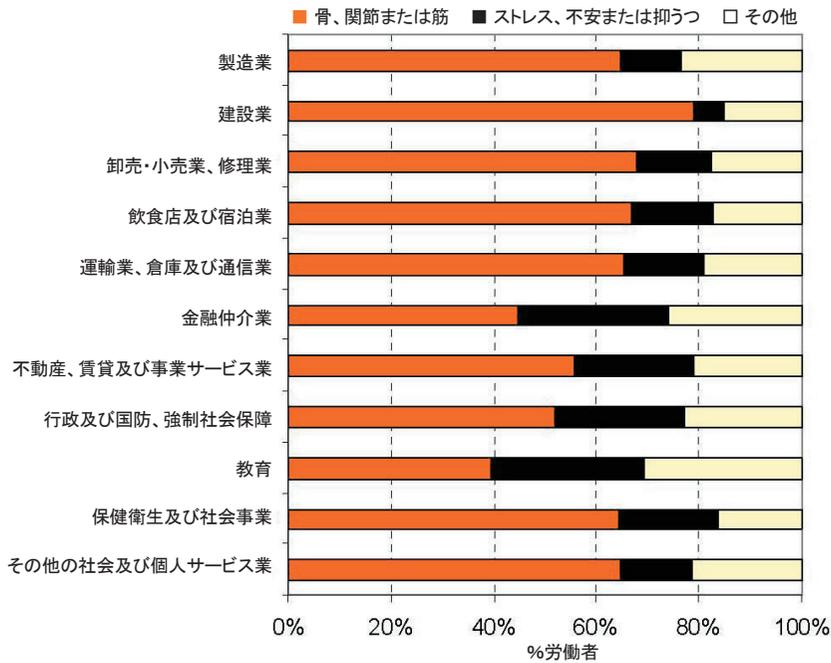
身体的健康に悪影響を及ぼす可能性のある一つまたは複数のリスクファクターへの曝露は、EU27か国で、8,100万人の労働者に相当する、労働者の41%が報告した。主要なファクターとしてもっとも高率で選ばれたのは、困難な作業姿勢、作業動

図7 部門別の過去12か月間に労働関連健康問題を経験した労働者の割合



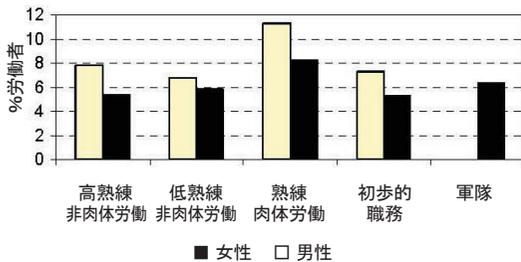
以下の部門は、公表の信頼基準を満たさないことから、本図に含まれていない。漁業、鉱業及び採石業(女性)、電気、ガス及び水道業(女性)、雇用者のいる個人世帯(男性)、治外法権機関・団体

図8 部門別の過去12か月間に経験した労働関連健康問題の種類



以下の部門は、公表の信頼基準を満たさないことから、本図に含まれていない。漁業、鉱業及び採石業、電気、ガス及び水道業、雇用者のいる個人世帯(男性)、治外法権機関・団体

図9 職務別の過去12か月間に労働関連健康問題を経験した労働者の割合



軍隊(女性)は、公表の信頼基準を満たさないことから、本図に含まれていない。

作または重量物の取り扱いへの曝露であった(図10)。男性では、曝露の報告が高かったのは、鉱業・採石業、漁業及び建設業においてであった。女性では、農業、保健福祉業で曝露の経験が高かった(図11)。

熟練肉体労働者が、肉体的健康に影響を及ぼ

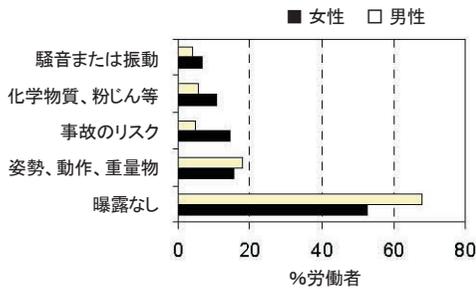
すファクターのリスクが高い(図12)。

EU27か国で、労働者の28%が、労働現場で、精神的健康に悪影響を及ぼす可能性のある一つまたは複数のファクターに曝露している。これは5,600万人の労働者に相当する。時間的制約及び過重作業が、主要なファクターとしてもっとも高率に選ばれた。概して男性と女性は同じファクターを報告している(図13)。保健福祉業の労働者、高熟練非肉体労働者が曝露を報告する確率が高かった(図15)。不規則な作業時間、長時間作業、または11人超事業所の労働者が、精神的健康に影響を及ぼすファクターへの曝露を報告する確率が高い。

結論的に、肉体的健康に影響を及ぼすファクターへの曝露は男性及び熟練肉体労働者で確率が高く、精神的健康に影響を及ぼすファクターへの曝露は高熟練非肉体労働者で確率が高い。

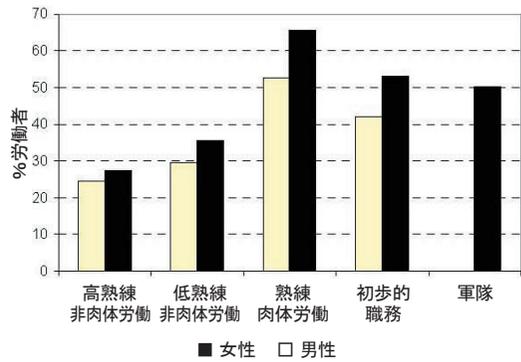
2007年の欧州労災職業病統計

図10 肉体的健康に悪影響を及ぼす
主要なファクター



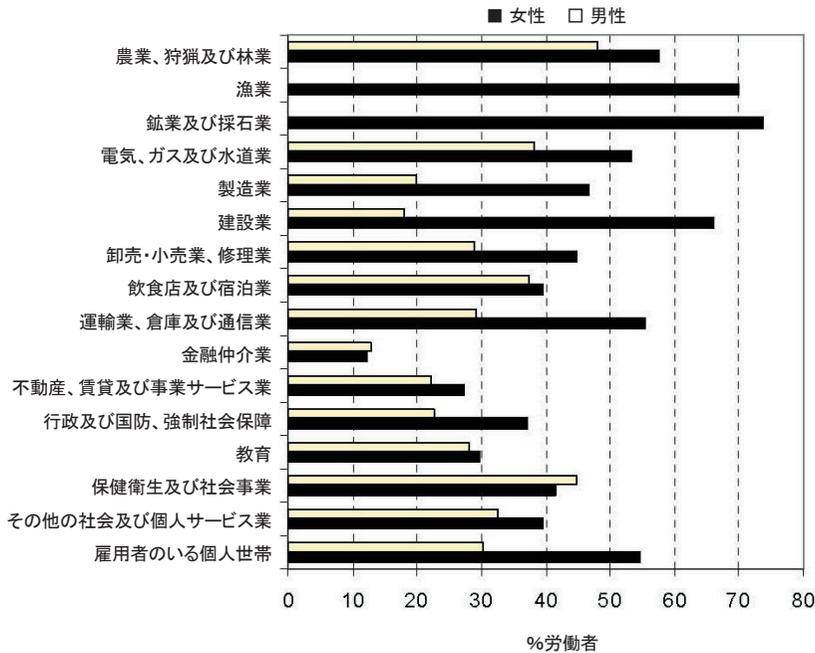
マルタ及びスロベニアは含まれていない(方法論的注意書き参照)

図12 職務別の肉体的健康に悪影響を及ぼす一つまたは複数のリスクファクターに曝露した労働者の割合



軍隊(女性)は、公表の信頼基準を満たさないことから、本図に含まれていない。

図11 部門別の肉体的健康に悪影響を及ぼす一つまたは複数のリスクファクターに曝露した労働者の割合



以下の部門は、公表の信頼基準を満たさないことから、本図に含まれていない。漁業(女性)、鉱業及び採石業(女性)、治外法権機関・団体

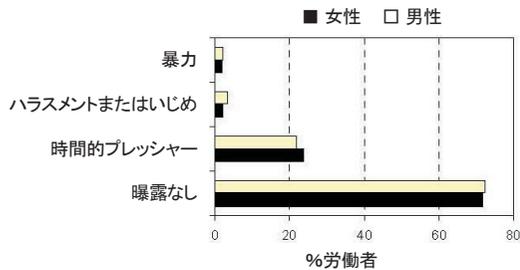
国別の労働災害、労働関連健康問題及び有害曝露

表1から3において、労働災害、労働関連健康

問題、及び肉体的健康及び労働現場における精神的健康に悪影響を及ぼす可能性のあるファクターへの曝露に関するデータを、EU15か国、EU27か国、国別、及びノルウェー、クロアチアについて示している。

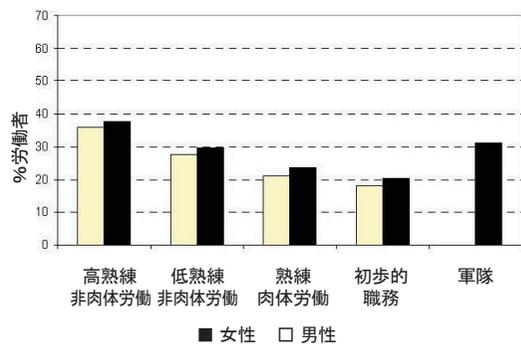


図13 精神的健康に悪影響を及ぼす
主要なファクター



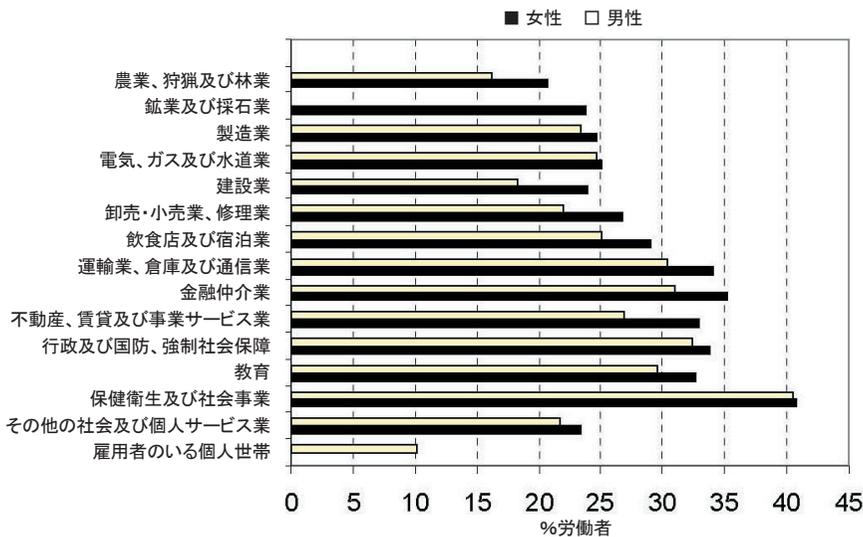
マルタ及びスロベニアは含まれていない(方法論的注意書き参照)

図15 職務別の精神的健康に悪影響を及ぼす一つ
または複数のリスクファクターに曝露した労働者の割合



軍隊(女性)は、公表の信頼基準を満たさないことから、本図に含まれていない。

図14 部門別の精神的健康に悪影響を及ぼす一つまたは複数のリスクファクターに曝露した労働者の割合



以下の部門は、公表の信頼基準を満たさないことから、本図に含まれていない。漁業、鉱業及び採石業(女性)、雇用者のいる個人世帯、治外法権機関・団体

方法論的注意書き

情報源

本報告のすべてのデータの情報は、2007年欧州労働力調査 (EU LFS) である。EU LFSは、欧州連合及びEFTA [欧州自由貿易地域] の全加盟国で実施されている。

2007EU-LFSは、労働災害に関して4項目、労働関連健康問題に関して5項目、及び精神的健康及び肉体的

健康に悪影響を及ぼす可能性のあるファクターに関して2項目からなる特別調査が含まれていた。これらの項目は、インタビュー日の過去12か月間を対象にした。

EU LFSが対象としたほとんどの項目についてのデータは、Eurostat [欧州統計局] のオンライン・データベースで入手できる。さらなる情報及び出版物に関しては、Eurostatの労働力調査ウェブサイトを参照されたい：

http://circa.europa.eu/irc/dsis/employment/info/data/eu_lfs/index

2007年の欧州労災職業病統計

表1 全対象諸国における労働災害及びその結果としての病気休暇

	労働災害にあった労働者の割合	病気休業にいたる労働災害にあった労働者の割合	1か月以上の病気休業にいたる労働災害にあった労働者の割合	道路災害である労働災害の割合
EU15か国	3.6	72.1*	21.0	9.2
EU27か国	3.2	73.4*	22.0	9.6
ベルギー	3.2	82.6	31.8	13.3
ブルガリア	0.6	(56.8)	u	u
チェコ共和国	2.6	94.2	44.4	6.4
デンマーク	4.9	68.6	15.8	(4.6)
ドイツ	2.9	83.2	21.9	17.1
エストニア	2.3	69.4	21.5	u
アイルランド	1.5	u*	25.0	u
ギリシャ	1.9	75.6	8.8	17.1
スペイン	3.9	81.7	28.5	7.6
フランス	5.4	65.8	20.0	(3.1)
イタリア	2.7	85.2	28.6	13.5
キプロス	3.0	70.7	19.8	(10.7)
ラトビア	2.2	67.8	(26.8)	u
リトアニア	(1.0)	74.3	u	u
ルクセンブルグ	3.4	80.4	18.0	(12.8)
ハンガリー	1.0	85.4	20.1	(9.1)
マルタ	3.4	73.6	u	u
オランダ	2.5	61.7	14.8	16.2
オーストリア	5.1	77.8	23.1	6.9
ポーランド	1.1	94.1	56.2	28.5
ポルトガル	3.0	86.0	38.0	8.1
ルーマニア	2.3	75.4	(5.4)	8.5
スロベニア	3.9	87.9	(33.7)	(12.6)
スロバキア	1.6	79.9	23.9	(8.2)
フィンランド	6.3	59.6	12.1	7.2
スウェーデン	5.1	34.2	8.6	8.6
イギリス	3.2	61.5	11.5	7.7
ノルウェー	(2.0)	(91.2)	(41.5)	(19.9)
クロアチア	3.1	44.8	13.8	3.5

* :アイルランドは含まれていない(方法論的注意書き参照)

() : サンプルサイズが小さいために信頼性が限定的

u : データなしまたはサンプルサイズが公表基準に達しない

基本的考え方及び定義

労働災害

災害または災害性傷害は、不連続な出来事である。一定期間をへて発症する病気その他の健康状態は除外される。急性中毒及び他者による故意行為の事例は含まれる。例えば道路通行中など、通常の労働現場で起きたものではなかったとしても、過去12か月の間に業務中に生じた災害のみを考慮した。通勤災害は除外されている。

労働関連健康問題

これには、災害性傷害以外の、病気、障害その他の

身体的または精神的健康問題が含まれる。主要な包含基準は、回答者がこの健康問題を（過去または現在の）労働によって引き起こされた、または悪化させられたとみなすことである。このことは、当該問題が、権威ある機関によって報告ないし認定された事例に限らないことを意味している。問題の始まりがインタビューの1年前よりも前の場合もあり得るが、回答者が対象となる12か月の間に経験していなければならない。

精神的または肉体的健康に悪影響を及ぼす可能性のあるファクター

この質問は、ある者が、人々の一般的日々の経験よりも明らかに頻繁に、またはより激しく曝露するものとして

表2 全対象諸国における労働関連健康問題:制限及び病気休業にいたったもの

	一回または複数回の労働関連健康問題を経験した労働者の割合			通常の日常作業に制限をとまう労働関連健康問題を経験した労働者の割合		病気休業にいたる労働関連健康問題を経験した労働者の割合	
	男性(%)	女性(%)	合計(%)	一定程度(%)	相当程度(%)	病気休業(%)	1か月以上の病気休業(%)
EU15か国	7.6*	7.3*	7.5*	48.2*	22.0*	62.3*	28.2*
EU27か国	8.6*	8.5*	8.6*	50.1*	22.3*	62.0*	27.0*
ベルギー	12.8	10.6	11.7	45.3	26.8	69.8	40.6
ブルガリア	4.7	5.2	4.9	57.9	31.3	50.6	29.1
チェコ共和国	8.0	8.9	8.5	26.4	44.9	97.7	36.7
デンマーク	10.8	15.1	12.9	36.5	31.9	67.0	34.3
ドイツ	6.6	5.5	6.1	55.0	13.3	74.7	22.8
エストニア	9.1	8.8	9.0	50.0	24.3	58.2	25.9
アイルランド	3.5	2.9	3.2	36.4	26.0	54.2	25.2
ギリシャ	7.0	5.9	6.6	58.8	17.1	47.1	15.2
スペイン	5.6	6.0	5.8	41.6	29.9	72.8	46.2
フランス	*	*	*	*	*	*	*
イタリア	7.4	6.3	6.9	60.6	7.7	47.3	16.7
キプロス	8.9	7.9	8.4	44.7	36.8	65.7	26.8
ラトビア	4.1	4.0	4.1	38.2	54.5	63.6	46.7
リトアニア	4.1	3.9	4.0	62.3	(24.7)	93.2	(33.5)
ルクセンブルグ	4.2	3.3	3.8	40.0	20.0	80.1	48.5
ハンガリー	5.8	5.0	5.4	44.8	28.4	44.9	12.5
マルタ	5.8	(1.9)	4.0	50.0	(20.0)	47.2	u
オランダ	11.2	10.7	11.0	37.4	34.4	97.9	66.8
オーストリア	16.3	13.6	15.0	57.7	26.1	61.4	31.3
ポーランド	21.9	22.4	22.2	55.9	17.5	54.0	17.8
ポルトガル	7.4	8.1	7.8	38.4	48.2	41.7	21.4
ルーマニア	5.0	5.4	5.2	65.4	30.2	66.0	21.5
スロベニア	9.3	11.1	10.2	45.2	47.6	98.1	(32.2)
スロバキア	6.2	5.8	6.0	55.2	26.0	89.7	46.4
フィンランド	20.6	28.4	24.5	51.0	15.8	43.0	18.7
スウェーデン	11.7	17.0	14.3	29.3	24.6	38.0	17.0
イギリス	5.3	4.8	5.1	42.1	31.4	62.5	31.2
ノルウェー	9.1	6.9	8.1	49.7	45.2	70.6	39.5
クロアチア	10.2	13.3	11.7	46.9	25.4	58.4	28.1

*: アイルランドは含まれていない(方法論的注意書き参照)

(): サンプルサイズが小さいために信頼性が限定的

u: データなしまたはサンプルサイズが公表基準に達しない

言及されてきた一連のファクターへの、労働現場での曝露に関したものである。精神的健康に関連するファクターには以下が含まれる。

—ハラスメントおよびいじめ

—暴力または暴力の脅威

—時間的制約または過重作業

身体的健康に関連するファクターには以下が含まれる。

—化学物質、粉じん、ヒューム、煙またはガス

—騒音または振動

—困難な作業姿勢、作業動作または重量物の取り扱い

—災害のリスク

目標母集団及び無回答

このStatistics in Focusの分析は、雇用されている/いた、または自営業者である/あった、15~64歳（スペイン、イギリス、ノルウェーでは16~64歳）の者に限定されている。

特別調査の目標母集団のうち、1.5%は労働災害に関する特別調査項目に回答せず、3.4%が労働関連健康問題に関する項目に回答せず、2.4%が精神的健康に影響を及ぼすファクターへの曝露に関する項目に回答せず、2.5%が身体的健康に影響を及ぼすファクターへの曝露に関する項目に回答しなかった。選択的無回答についての証拠はない。

2007年の欧州労災職業病統計

表3 全対象諸国における精神的健康及び肉体的健康に悪影響を及ぼす一つまたは複数のファクターへの曝露

	精神的健康に影響を及ぼすファクターに曝露した労働者の割合			肉体的健康に影響を及ぼすファクターに曝露した労働者の割合		
	男性(%)	女性(%)	合計(%)	男性(%)	女性(%)	合計(%)
EU15か国	30.2	30.0	30.1	47.3	33.4	41.0
EU27か国	28.1	27.6	27.9	47.5	32.4	40.7
ベルギー	14.7	14.4	14.6	23.5	14.2	19.4
ブルガリア	13.3	12.1	12.8	55.3	32.8	44.5
チェコ共和国	15.8	12.9	14.5	39.6	19.3	30.8
デンマーク	19.1	23.9	21.3	26.0	28.3	27.1
ドイツ	17.1	14.2	15.8	16.7	10.9	14.0
エストニア	16.0	18.8	17.4	53.7	32.7	43.3
アイルランド	13.3	13.4	13.4	30.6	13.7	23.2
ギリシャ	15.7	13.7	14.9	50.7	26.9	41.4
スペイン	26.7	24.0	25.6	56.7	35.2	47.8
フランス	48.5	49.7	49.0	767.7	62.3	70.0
イタリア	18.2	17.1	17.7	45.6	27.3	38.3
キプロス	45.1	40.7	43.1	59.1	34.1	47.8
ラトビア	u	u	0.9	29.0	10.5	19.8
リトアニア	18.3	20.0	19.1	38.9	18.9	29.0
ルクセンブルグ	6.0	6.0	6.0	9.1	5.1	7.3
ハンガリー	13.9	14.6	14.3	36.7	18.2	28.3
マルタ	28.2	26.9	27.8	48.9	27.8	42.1
オランダ	65.7	60.3	63.3	58.2	49.0	54.0
オーストリア	36.4	27.8	32.5	48.8	35.3	42.8
ポーランド	26.3	23.3	24.9	56.6	33.7	46.3
ポルトガル	20.7	17.4	18.9	50.2	33.5	40.8
ルーマニア	18.2	18.4	18.3	47.5	34.5	41.6
スロベニア	39.8	40.7	40.2	59.8	42.1	51.8
スロバキア	15.6	11.3	13.7	35.8	13.8	26.1
フィンランド	34.1	46.8	40.3	54.6	46.7	50.8
スウェーデン	37.9	42.7	40.2	50.4	45.0	47.8
イギリス	37.6	38.5	38.0	50.9	32.3	42.2
ノルウェー	16.7	14.4	15.7	46.0	20.7	34.9
クロアチア	8.9	11.4	10.1	18.1	19.1	18.6

u: データなしまたはサンプルサイズが公表基準に達しない

国

LFS2007は27加盟諸国を対象にしている（ベルギー、ブルガリア、チェコ共和国、デンマーク、ドイツ、エストニア、アイルランド、ギリシャ、スペイン、フランス、イタリア、キプロス、ラトビア、リトアニア、ルクセンブルグ、ハンガリー、マルタ、オランダ、オーストリア、ポーランド、ポルトガル、ルーマニア、スロベニア、スロバキア、フィンランド、スウェーデン、イギリス、ノルウェー、クロアチア）。

諸国間の比較可能性は、同一の定義及び分類の利用及びEurostatによる緊密な手引き及び監視によって担保されている。しかし、各国の統計機関が標本抽出、質問用紙の準備及びインタビューの実施に責任をもつことから、諸国間の比較可能性を減少させるかもしれない

加盟国間の相違は存在する。実際、こうした相違から、労働関連健康問題の結果からフランスを、1日以上病気休業をもたらした災害に関する結果からアイルランドを、精神的健康及び身体的健康に悪影響を及ぼす曝露の種類の結果からマルタ及びスロベニアを除外する結果になった。

部門及び職務

部門別データは、NACE Rev.1.1分類システムにしたがって示した。

職務に関するデータは、ISCO-88 (COM) 分類システムにしたがって示した。

<http://hesa.etui-rehs.org/uk/newsevents/files/Labourforce.pdf>



ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



最大のアスベスト刑事訴訟始まる

2009.12.10 イタリア・トリノ

木曜日（12月10日）にトリノで、重大な裁判が開始された。スイスのセメント巨大企業の元トップ2人が、この多国籍企業のイタリア人労働者におけるアスベスト関連死の責任を問われたものである。

被告—7年間の徹底的調査を踏まえて、スイスの多国籍企業の2人の主要関係者が起訴された。エターニットのスイス人億万長者所有者であるStephan Schmidheiny（62歳）と同社の元代表取締役のベルギー人パートナーJean-Louis de Cartier de Marchienne（88歳）。両者ともいかなる罪状をも否認しており、出廷しなかった。彼らは公式に欠席を宣言したが、イタリア法は、彼らが欠席のまま審理を行い、有罪を宣告することを認めている。

刑事・民事手続—これまでに世界で、元アスベスト製造業者らを相手取って数百の民事訴訟が提起されてきたが、刑事訴訟はひと握りでしかなかった。SchmidheinyとDe Cartierは刑事訴訟にかけられているが、イタリア法によって認められているので、民事訴訟も手続に加えられている。両被告は、1980年代と1990年代初頭にイタリアの4つのアスベスト・セメント工場において、環境に危害を生み出し

たこと、及び故意に安全規則を無視したことの責任を問われている。法律専門家は、この裁判には数年かかるだろうと言っている。有罪と決まれば、被告は3～12年の懲役刑を受ける可能性がある。

原告—多数の原告がかかわっていることから、この裁判は、イタリアで最大であるだけでなく、世界的にも最大規模のアスベスト訴訟となるだろう。約2900人が補償を求め、700人の関係者がすでに原告として加わっている。原告の大部分はエターニットの元労働者とその家族、近隣住民である。イタリアの労働組合CGILは、最大のグループ1,610人に対する補償を求めている。そのうち、1,228人が元労働者でうち930人はすでに死亡しており、382人は近隣住民でうち365人がすでに死亡している。訴訟に加わっている団体には、元労働者に2億4600万ユーロを支払っている国の補償機関であるINAIL、環境団体Legambiente、消費者権利団体Codaconsが含まれている。トリノ市政府とピエモンテ州政府はもちろんのこと、工場が所在していた4つの自治体の議会を含め、多数の地方自治体も補償を求めている。フランス、ベルギー、スイス、ドイツの弁護士を含む150人近い弁

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



護士が、原告らを支援している。

調査一トリノの上級検察官Raffaele Guarinielloは、2002年にこの会社の調査を開始した。Guarinielloの調査は、4つのエターニットのイタリア工場の元労働者とその家族、近隣住民に焦点を置いたものであった。2工場はピエモンテ州の2つの町Casale MonferratoとCavagnolo、1工場はナポリ近くのBagnoli、1工場はレッジョネリミア近くのRubieraにあった。彼は、工場及び近隣地域の舗装や屋根断熱に使用されたエターニット製品から飛散した大気中のアスベスト粉じんによって、高率のがんが引き起こされたと主張する。検察当局は、エターニットは、労働者や近隣住民を防護し、曝露の危険性を警告するために、わずかしか、あるいはまったく何もしてこなかったと断言している。Guarinielloによれば、結果として、2000人以上が死に、800人を超す人々が重病にかかっている。彼は当初、故殺罪の適用を検討したが、その後、環境及び安全に関する犯罪に落ち着いた。

イタリアにおけるアスベスト—アスベストは多くの健康問題と関連しており、最も重要なのは中皮腫として知られるがんで、これは治療がきわめて困難である。イタリアは、1992年にアスベストを禁止した。禁止する前、射たりは、世界最大のアスベスト生産国・輸入国のひとつであり、職場保護・安全研究所によれば、毎年2千万トン以上のアスベストを使用した。その結果、今日イタリアは、アスベスト関連疾患に最も襲われている西側諸国のひとつであり、毎年新たに約1350件の中皮腫が診断されている、と同研究所は言っている。



※<http://www.lifeinitaly.com/node/14774>

(前略)

訴訟開始に合わせて、数千人の人々がトリノ裁判所の外でデモンストレーションに参加すると見込まれている[前日—12月9日の報道記事]。

アスベスト被害者とその家族たちが、何台ものバスを仕立ててトリノにやってくる。その多くは、1986年までエターニットが所有する工場のホームタウンだった、イタリア北部ピエモンテ州の小さな町Casale Monferratoの人たちである。

この地域だけで、過去数十年間に約1400人がアスベスト粉じんの結果として死亡している。また、毎年、約40件の新たな事例が報告されており、事態はいまだ終わっていない。アスベスト特有のがんである中皮腫の典型的な潜在期間は、20～40年である。

国の検察官Raffaele Guarinielloによって提起されたこの訴訟は、SchmidheinyとCartierは、アスベストの危険性を知っていたが、それに接触する者たちを防護するために必要な措置をとらなかったというものである。有罪とされれば、彼らは最高13年の懲役刑を受ける可能性がある。

イタリア国家もその監督義務の行使について告訴されていることから、イタリア首相Silvio Berlusconiもその職務により召喚を受けている。

イタリアの職業病補償機関(INAIL)は、共同原告となり、2億4600万ユーロの賠償を求めている。

事件の調査に3か月以上を費やして、調査判事Cristina Palmesinoは6月に、告訴は認容できると決定した。約3千人の被害者とその家族が、このイタリア司法史上最大の訴訟において、民事関係者として関与している。訴訟は2～3年かかるもの

と見込まれている。

「これは被害者とその家族にとって、信じられないほど重要な瞬間である」と、この建材とその致命的な影響についての詳細な調査をまとめた2007年出版の本「アスベストの嘘：ある産業災害の過去と現在」の著者であるチューリッヒのジャーナリストMaria Roselliは語る。「被害者の多くが適わぬものとあきらめていたのだから、訴訟が始まるという事実自体が、正義に向けた小さな勝利に思われる」と彼女は言う一被害者支援団体の代表たちも同じことを言っている。

Stephan Schmidheinyは法廷に現われないうろと、イタリアの弁護士Astolfo Di Amatoは言った。「同社は1976～1986年の間に安全対策に7千万リラを投資し、もうけはなかった。それは銀行口座で明らかに確認できる」とDi Amatoは主張した。労働者に隠した投機は一切なかったことに疑問の余地はないことを意味していると彼は言う。

スイスのSchmidheinyのスポークスマンであるPeter Schurmannは、彼がイタリアのエターニットの仕事の真の所有者であったことも、そこで何らかの経営上の役割を果たしたこともないと述べた。「しかし、Schmidheinyの立場からみればこの訴訟は理解できない。少なくともひとつだけよいことがあるとすれば、彼に負わされた罪状の基礎となる責任が明らかにされるだろう」。

Schmidheinyは常々、アスベスト問題は「社会的文だい」であり、「個人責任」に基づいて解決はできないと主張してきた。訴訟に至る準備段階でこのスイスの産業家は、民事訴訟を放棄することを条件に、被害者の家族に6万ドルの補償を申し出た。訴訟が永久に続く可能性があり、結果は不確かであることから、多くの家族がこの申出を受け入れた。Di Amatoによれば700人がそうしたと言い、Schurmannは1500人という数字をあげている。

スイスのアスベスト被害者も、この訴訟を注視している。被告人が有罪を宣告されれば、スイスの被害者も刑事訴訟を提起することができる、とスイスのアスベスト被害者協会のMassimo Aliottaは説明する。

スイスのエターニット工場で働き、イタリアで死亡

した[イタリアからの出稼ぎ]労働者に係る約200件の訴訟が、いまもペンディングにされている。しかし、時効のために、スイスではアスベスト問題に関する刑事訴訟はこれまで提起されたことがない。スイスの最高裁判所は、この点を明らかにしている。「もしStephan Schmidheinyがイタリアで有罪と宣告されたとしても、スイスでは訴訟のための時間は過ぎてすぎてしまっている」とAliottaは付け加えた。



※http://www.swissinfo.ch/eng/business/Swiss_industrialist_faces_trial_over_asbestos.html?cid=7865644

最大のアスベスト訴訟の異名をとる、イタリアの数千のアスベスト関連死亡に係る訴訟の日程が決まり、以下のように、月曜日の4.5時間の審問が裁判所で開かれる予定である。

1. 2009年12月19日
2. 2010年1月25日
3. 2010年2月8日
4. 2010年2月15日
5. 2010年2月22日

この訴訟の最初の部分は、「少なくとも2年」かかるだろうと見込まれている。この日程計画では、この訴訟のもととなっている重病にかかっている人々の大部分が、解決に至るまでに死んでしまっていることは確実である。

直近の審問（1月25日）は、Etexグループ（ベルギー）、Eternit Schweiz、Hanova Holding A.g.、Aminudus Holding A.g.、Ametex A.g.、Becon A.g.(スイス)の代理人弁護士からの申立の憶測が飛び交うなかで終わった。彼らの依頼人が手続から除外されることを求めるもので、持ち出された異議のひとつは、この訴訟は憲法違反であると主張した。本訴訟で指名された行政機関の代理人弁護士も、Giuseppe Casalbore裁判官に対して、それら機関の罪状を取り下げるよう求めた。

より詳しい情報は以下を参照：

<http://asbestosinthedock.ning.com/>



※http://ibasecretariat.org/lka_eternit_on_trial.php

ベビーパウダー汚染に賠償を決定

2009.12.17 韓国・石綿追放ネットワークの声明

石綿ベビーパウダー関連会社は被害者に謝罪し
被害基金造成し、企業の社会的責任を負え

(12月)17日付けマスコミ報道によると、韓国消費者院は、ベビーパウダーから石綿が検出されたポリオンメディアンスに対し、消費者に4,760万ウォンを賠償せよとの集団紛争調整結果を下した。

消費社員消費者紛争調整委員会は14日、石綿が検出されたベビーパウダー4製品を使用した消費者68人が、ポリオンメディアンスを相手に申請した集団紛争調整事件について、1人当たり慰謝料70万ウォンずつ賠償せよと決定した。委員会は、決定理由として、消費者が一等級発がん物質である石綿に曝露されたことにより精神的ショックを受け、子どもを石綿に曝露させた罪責感まで持つようになったため、慰謝料を支給せよと判断した。委員会は調整過程で、問題となったポリオンメディアンスのベビーパウダー4製品について石綿専門試験機関2箇所にて試験検査を依頼し、1~5%濃度の石綿が検出されたと明らかにした。

(中略)

消費者保護院に調整を申請した68人の親以外にも、現在260人の被害者が全部で3件の民事訴



訟を提起している状態である。環境運動連合被害者届出センターを通じ85人、ネイバーカフェで集まった被害者129人と46人の2グループがそれらである。

ところで、被告側の会社たちは、国内最高といわれているキム&ジョン法務法人を動員し、本格的な訴訟戦を展開する体制である。被告会社は、キム&ジョンを通じ、ベビーパウダーから検出されたものが石綿でなく、法で定めた処置を全て遵守し間違いはなく、石綿に曝露したという証拠がどこにあるか等の主張を、原告側弁護人を通じ被害者たちに伝え、間もなく法廷闘争が始まる予定である。(後略)



釜山の女性元石綿紡織労働者が中皮腫で死亡

2010.1.11 韓国・石綿追放ネットワークの声明

● 釜山の第一化学で働いた女性労働者が、悪性中皮腫でついに亡くなった！

日本から公害を輸出された石綿紡織工場「第

一化学(現・第一ENS)」で仕事をして悪性中皮腫に罹った苦痛のなかで、元労働者のチョン・ナンヒ氏(女性、58歳)が、2010年1月10日午前死亡した。釜山の蓮山洞で生まれ育ったチョン氏は、18歳

の1969年、町内の近くにあった石綿紡織工場・第一化学に入社し、1971年末まで約2年間（中間に1年程度他の仕事をした）働いた経歴がある。チョン氏は、第一化学で仕事をするとき、白石綿と青石綿の2つの工程すべてで石綿に曝露した。

その後38年という長い潜伏期を経て、2007年、釜山の東亜大病院で胸膜中皮腫の診断を受け、2008年の初めに労働災害と認められ、治療を受けてきた。悪性中皮腫は石綿の曝露が発生原因の85～95%を占め、代表的な石綿がんと呼ばれ、予後がきわめて悪く、平均生存期間が9か月程度にすぎないと言われている。

● 韓国最初の職業性癌患者を発生させた会社

第一化学（現・第一ENS）は1969年、わが国で一番最初に稼動した石綿紡織工場である。この工場は釜山市のど真ん中（現住所は蓮堤区蓮山1洞）に立てられ、1992年ヤンサンに移るまでの23年間、人口密集地域で稼動した。1969年に初めて建てられたとき、白石綿を使う紡績機械を日本の大阪地域から持ってきたと推定され、1971年にはアジアで最も大きな石綿企業である日本のニチアス（旧・日本アスベスト）が、子会社である竜田工業の青石綿を使う紡績工場の機械を釜山に持ち込み、「第一アスベスト」という合弁会社を作って青石綿の紡績製品を生産し、その全量を日本に輸入していた。青石綿は6種類の石綿の中のひとつで最も毒性が強いと知られ、国際的に1970年代初期からヨーロッパの国々を筆頭に、使用が禁止された。

問題の石綿紡織工場・第一化学は、1994年にわが国最初の職業性癌患者（女性、中皮腫）を発生させた。2007年12月4日には大邱（テグ）地方裁判所が、この会社の前職の労働者で中皮腫患者であった故ウォン・チョムスン氏の遺族が提起した損害賠償訴訟で、労働者を石綿の被害から保護しなかったという指摘がほとんど受け入れられ、約2億ウォンの被害補償金を支給せよという、石綿被害の補償に関する最初の判決を出した。

● 一般勤労者に比べて、517倍～4502倍も高い、悪性中皮腫発病率

労働部は、2009年に傘下の産業安全保健研究院が出した「石綿紡織工場退職勤労者の健康実態疫学調査」報告書で、第一化学釜山工場が稼動した1970～80年代の退職労働者1515人の名簿を確保して調査した結果、2008年10月まで受け付けられた全部で32人の石綿関連の死亡者を把握したと明らかにした。このなかで、中皮腫3件（男1件、女2件）に対する一般人口対応標準化死亡比は、一般男性勤労者に比べて約517倍高く、女性勤労者は4502倍も高いことがわかった。

この報告書は、「退職勤労者の健康影響評価」の部分で、「2008年6月まで石綿関連疾患で労災補償申請をした者は30人であった。疾病別では悪性中皮腫5人、石綿肺症25人で、悪性中皮腫5人はすべて承認されたが、石綿肺症は5人だけが承認された」と明らかにしている。

これについて韓国石綿被害者と家族協会会長のパク・ヨング氏（第一化学前職労働者、石綿肺患者）は、「大学病院で石綿肺症の診断受けたのに、労働部が産業災害認定を正しくしてくれない。2007年12月に石綿被害者会ができて被害者が増えると、以前と違って産業災害判定に炭鉱じん肺基準を適用し、補償額が大幅に減った。このため被害者が呼吸もちゃんとできない苦痛の中で、建物管理人などの生業を継続しなければならないという実情だ。いくら生きられない産業災害の被害者に対して、政府が正当な被害対策を立てなければならない」と指摘した。

第一化学の被害者を直接検診したソウル大学校保健大学院のペク・トミョン教授（産業医学専門医）は、「石綿肺症を一括して炭鉱じん肺と一緒に扱うのは問題がある。ドイツなど他の国は、X線写真判読で石綿肺症が確認されれば、直ちに石綿疾患者として補償されるが、わが国は炭鉱じん肺と同じように肺機能低下の証明まで要求しており、発がん物質である石綿問題の特殊性を考慮していない」と指摘した。

● 労災認定が受けられず苦しむ十人余の石綿肺患者、速く救済されなければ！

石綿紡織工場の被害は、工場ですら仕事をした

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

働者だけではない。工場の近隣地域に居住した住民たちの被害も一つ二つと現われている。

2004年、悪性中皮腫で死亡した故ウォン・ハクヒョン氏は、1970年から4年間、釜山の第一化学石綿紡織工場から半径2kmの所に住んでいた。石綿と関係のない職場は、工場から1kmにもならないところにあった。ウォン氏は永らく胸の痛みを訴えていたが、2002年に蔚山(ウルサン)大病院で悪性中皮腫の診断を受けた。

釜山市の公務員であったキム某氏も、2006年に悪性中皮腫で死亡した。金氏は、10代後半の1982年から10年ほど、第一化学釜山工場から1.5km離れた所に住んだ居住歴が、石綿との関連性のすべてである。2006年4月、がん診断の後6か月で死亡した金氏は、死亡時は44歳にすぎなかった。

これら住民被害者の遺族は現在、第一化学、大韓民国政府、日本企業のニチアスを相手に被害補償訴訟を提起している。

1992年、第一化学釜山工場が慶南の梁山(ヤンサン)に移るとき、一部の石綿機械がインドネシアに再度公害輸出された。現在インドネシアの首都ジャカルタから東南側に1時間あまりの距離にあるボゴール市シピノンという人口密集地域で、PT JEIL FARJARとPT TRIGRAHAという名の韓国-インドネシアの合弁会社のかたちで、19年目の稼働中である。韓国石綿追放ネットワークは2007

年から毎年インドネシア現地を訪問、労働者と近隣住民の健康被害の有無と環境汚染を調査し、石綿被害の憂慮を警告して国際社会の対策を求めてきた。

チェ・イェヨン・ネットワーク執行委員長は、「アジア隣国に石綿被害を広めた日本政府とニチアスは、公害輸出の過去の間違いを謝罪し、被害基金を作り、被害調査と被害者救済に積極的に取り組まなければならない」と話した。チェ委員長は、今年韓国で開かれる予定の第2回アジア太平洋環境保健長官会議で、アジア諸国の共同懸案である石綿被害問題を議題として上程し、国際的な対策をたてなければならぬと提案した。

一方、昨(2009)年12月22日に国会環境労働常任委員会を通過した「石綿被害救済法案」は、新年度予算をめぐる与野党の力比べに押されて、法制司法常任委員会と本会議が開かれなかったため、処理が今年2月の臨時国会に延ばされた。

石綿被害補償法制定要求国民署名運動に先頭に立ってきた悪性中皮腫患者のチェ・ヒョンシク氏は、「昨年の初めにも与野党間の争いで民生法である石綿法が延ばされたのに、今回もまた延ばされた。これが国民のためにする政治か、行政か?非常に残念だ。政府と国会がいろいろな口実で、今日・明日と延ばす間に、石綿被害者が一人二人と死んでいる」と、早急な石綿被害法制定を求めた。



全国労働安全衛生センター連絡会議(略称:全国安全センター)は、各地の地域安全(労災職業病)センターを母体とした、働く者の安全と健康のための全国ネットワークとして、1990年5月12日に設立されました。

①最新情報費務の月刊誌「安全センター情報」を発行しているほか、②労災認定・補償問題等々での相談、③「労働安全衛生学校」の開催や講師の派遣など学会会・トレーニングへの協力、④働く者の立場で調査・研究・政策提言、⑤世界の労働安全衛生団体との交流などさまざまな取り組みを行っています。

「安全センター情報」は、運動・行政・研究等各分野の最新情報の提供、動向の解説、問題提起や全国各地・世界各々の状況など、他では得られない情報を掲載しています。

安全センター情報

日医:労災・自賠責委員会報告

諮問:「労災保険、自賠責保険をめぐる今日のあり方」

平成22年1月13日

日本医師会 労災・自賠責委員会

日本医師会長 唐澤祥人 殿

答申

本委員会は、平成20年7月16日に貴職より諮問されました「労災保険、自賠責保険をめぐる今日のあり方」に関して、鋭意検討を重ね、今般、諮問に対する意見を以下のとおりまとめましたのでここに答申いたします。

また、平成22年に改正が予想される労災診療費算定基準に関し、本委員会として、早急に改正すべき最重点要望項目（10項目）および要望項目一覧を別添のとおりまとめましたので、ご活用いただきたくよろしくお願い申し上げます。

労災・自賠責委員会委員

委員長	藤川謙二
副委員長	目黒順一
委員	天野國幹
委員	嘉数研二
委員	塩見俊次
委員	寺元隆
委員	富永孝
委員	福嶋稔
委員	薬袋健
委員	村田欣造
委員	山内四朗

《はじめに》

今期の労災・自賠責委員会に対し、会長より「労災保険、自賠責保険をめぐる今日のあり方」について諮問された。

医療を取り巻く環境は、依然として非常に厳しい状況に置かれており、特に産科・小児科・外科・救急医療については、撤退、縮小する医療機関が後を絶たず、地域医療の崩壊は現実のものとなりつつある。

一方で、近年、少子高齢化に伴う高齢者労働力人口の増加や仕事のストレスを原因とする精神疾患患者の増加等、労働環境および労災診療をめぐる環境も変化している状況にある。

こうした状況の中で、将来にわたり労災保険本来の目的である「被災労働者の早期職場復帰」を達成していくという観点から、今期委員会では、労災保険の診療報酬体系のあり方について、過去数期にわたる本委員会の議論を踏まえ、改めて整理を行うとともに、労働環境の変化に対応可能な労災認定、後遺症認定のあり方についても言及した。

また、自賠責保険においては、交通事故診療の現場から挙げられた問題点を整理するとともに、様々な問題解決のための糸口として、日本損害保険協会（損害保険会社各社）および日本損害保険料率算出機構との意見交換会を行った。

その他、今期委員会においては、労災保険に関しては「労災レセプトに係る審査会等に関するアンケート調査」、また、自賠責保険に関しては「第三者の行為による傷病届等に基づき医療保険者等が

行う求償に関する調査」など、各種調査を実施し、各地域及び現場の状況等の把握に努めた。

《労災保険制度に関して》

1. 医療現場又は審査会等における労災診療費算定基準の問題点

1) 労災診療費算定基準について

① 労災保険独自の診療報酬体系について

労災保険の診療費については、昭和36年に当時の武見日本医師会長と労働省大野労災補償部長との間で交わされた労災診療に係る「申し合わせ」により、「暫定措置として健康保険の点数に準拠する。」とされ、原則的には各地域において、この「申し合わせ」により取り扱われてきた。

この「暫定措置」が申し合わせ合意から40年以上経過した現在に至るまで続いていることに対し、労災診療の現場からは、制度の目的や特色、財源等の違いから、「独立した労災保険の診療報酬体系を構築すべき」との声が多く聞かれ、本委員会としても過去数期にわたり検討を重ねてきたところである。

健康保険診療報酬改定においては、平成14年度以降、財源問題を理由にマイナス改定が続き、地域医療は崩壊の危機に瀕しており、なかでも救急医療を担う医療現場の疲弊は限界に達している。その結果、健康保険における平成20年度診療報酬改定においては、緊急課題として、わずかな財源の下で救急医療に対する若干の対応が図られたものの、依然として厳しい状況が続いている。

健康保険がこうした状況にある中で、労働災害という災害医療に対する労災診療報酬が、今後も健康保険の診療報酬体系に準じていくことは、被災労働者の早期職場復帰という労災保険制度本来の目的が十分に果たせないのではないかと懸念があり、これを回避するためには、労災保険独自の診療報酬体系の構築が必要であると考えられる。

しかし、以前からの厚生労働省の考え方や、アメリカのサブプライムローン問題に端を発した、現

在の世界的な金融危機からくる我が国の経済情勢等を勘案すると、早期の健康保険の診療報酬体系からの脱却は極めて困難であると考えざるを得ない。ましてや、前期の本委員会答申書にも述べられているように、「労災保険の財政」は黒字であるということを理由に、診療報酬の引き上げのみに焦点を絞って議論を行ったとしても、厚生労働省や国民世論の共感を得ることは困難であろう。

一方、近年の産業構造や雇用形態の変化に伴い、発生する「労災」の内容も、精神疾患が増加するなどの変化が見られるため（表1参照）、当面の現実的対応として、労災保険の性格上労災診療に適さない健保点数等については、労災特掲項目等により対応し、実質的な労災独自の診療報酬としていくことが大切であるとともに、新たな精神疾患を含めた労災の認定基準の明確化、給付期間の統一基準なども見直しを検討する必要があると考える。

このような対応の実例を挙げると、平成20年度健康保険診療報酬改定において、算定に制限のあった疾患別リハビリテーションについては、労災保険に逆準拠するような形で、標準的算定日数を超えてリハビリテーションを実施することが可能となった。即ち、健康保険に先行して、労災保険の取扱いにおいて、より医療現場に即した要件、本来あるべき算定方法等を示していくことで、結果として健康保険の診療報酬体系の見直しにつながるものである。

この他、平成20年度労災診療費算定基準の改正では、以前よりその矛盾が指摘されていた健康保険等他保険及び自費（医療保険給付対象外）により傷病の診療を継続している期間中に、当該診療を継続している医療機関において、業務上の事由又は通勤による疾病により新たに受診した場合には、初診料を算定できるという労災保険独自の取扱いが認められた。このように労災診療に適さない診療報酬項目については、1つ1つ対応していくことが大切である。

② 医療現場および審査会等における問題点

労災診療費については、従来より、各労災指定

【表1 精神障害等の労災補償状況】

(件)

区分	年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度
精神障害等	請求件数	524	656	819	952	927
	決定件数	425	449	607	812	862
	うち支給決定件数 (認定率)	130 (30.6%)	127 (28.3%)	205 (33.8%)	268 (33.0%)	269 (31.2%)
うち自殺 (未遂を含む。)	請求件数	121	147	176	164	148
	決定件数	135	106	156	178	161
	うち支給決定件数 (認定率)	45 (33.3%)	42 (39.6%)	66 (42.3%)	81 (45.5%)	66 (41.0%)

(厚生労働省労働基準局労災補償部補償課)

医療機関等から提出された「診療費請求内訳書」等について都道府県労働局等による審査が行われ、その後、各労災指定医療機関等に対し診療費の支払いが行われている。しかし、各地域の具体的運営等を取りまとめた資料はない。そこで、今期委員会では、『労災レセプトに係る審査会等に関するアンケート調査』を実施し、各地における審査の現状や問題点等について収集を行った。その結果からいくつかの問題点を拾い上げてみた(アンケート結果の概要は、本書50ページを参照されたい)。

都道府県労働局による審査については、各都道府県に設置されている診療費審査委員会を中心として実施されているところであるが、その運営等に関して労災診療の現場からは少なからず疑問の声が生じている。

特に、労災保険情報センター(RIC)において実施されている労災診療費の事務的な事前点検、また、平成19年度より全国で試行的に実施され、平成20年度より本格実施されることとなった「労災診療費の審査点検事務の補助」等に関して、RICがその業務範囲を超えて、労災診療費の医学的な審査そのものにまで関与するようになってきたという声が聞かれる。

本来、労災診療費の審査業務は、国の専権事項であり国が主体となって運営する形が適切な姿であり、また、労災レセプトの審査に関しては、医学的判断が必要なことは言うまでもなく、今後の運営においても都道府県医師会等の役割が非常に

重要であると考えられる。

労災補償行政の改革の流れから、ある程度の業務を外部に委託することは仕方ないとしても、現場から疑問視されるようなRICの関わり方は非常に問題である。

今後、診療費審査委員会等の円滑な運営が図られるよう、このような事態が散見される場合には、各都道府県医師会等が積極的に発言し、都道府県労働局に対し改善を求めていくことが必要である。

また、実際の審査に関する問題としては、労災指定医療機関への減額理由(差額理由)の通知について、該当医療機関からその内容に係る照会が多い。

さらに、労災指定医療機関から診療費の査定減に伴う再審査(異議申し立て)の請求を行った場合、審査委員会からの検討結果の通知方法について、電話による対応のみとしている地域があるなど取扱いに差がみられるが、この点も改善が必要であると考えられる。

これらは、労災指定医療機関の診療費の請求については、審査委員会等の決定が全てであり、健康保険のような再審査請求のシステム化が不十分であるため、医療機関の請求理由について訴える機会がないことが問題と思われる。そこに、業務範囲を超えて、医療の本質にRICが関与していると疑われることで、審査のあり方に不満を覚える医療機関が出てくる。

一方的に審査委員会の決定を通知する現行の

【表2 「労災かくし」による検察庁への送検件数の推移】

労働安全衛生法第100条及び第120条違反

	平成10年	11年	12年	13年	14年	15年	16年	17年	18年	19年
件数	79	74	91	126	97	132	132	115	138	140

(厚生労働省ホームページ)

方法から、一部にはすでに実施している都道府県があるため、医療機関の主張を聞き入れ、再審査請求を可能とするシステムを全国的に充実させることも検討されるべきと思われる。

その他、審査委員の選考方法、審査会場、点検レセプトの割合等、それぞれの地域で様々であるが、各地域の労災指定医療機関等の納得が得られ、地域の実情に合っていることが大切であり、問題があれば今回のアンケート結果を参考に各地域で改善される努力が必要であろう。

医療は不確定要素の多い領域であり、全国一律の基準はあっても良いが、あくまでもガイドライン的なものと考えべきで、地域特性を無視した規則はかえって現場の混乱を招く恐れがあると思われる。ただし、補償が絡む認定基準や給付期間については、統一した基準の策定が望まれる。

2) 労災かくしについて

「労災かくし」の問題は、以前から労災保険をめぐる大きな問題の1つとして、労災診療の現場からも多くの声が挙げられているが、十分な解決方法が見出されないまま、制度の周知徹底を図るといった対応にとどまり、問題の解決には至っていない状況にある。

「労災かくし」は、被災労働者が治療を受ける上でのメリットはなく、この問題に巻き込まれることで医療機関にとってもメリットはない。また、健康保険財政という観点において、国民にとってもメリットはない。

なぜ、「労災かくし」はなくなるのか。

先にも述べたとおり、厚生労働省当局においては、「労災かくし」対策として、労働災害が発生した場合の所定の手続き、規定等をホームページ上に掲載し、また、「労災かくし」の排除を呼びかけるポスター、リーフレットを作成するなど、事業主、労

働者に対しての周知・啓発に努めている。

こうした取組が行われているにもかかわらず、依然として、「労災かくし」が発生しているという事実を踏まえ、労災診療を担当する立場から「労災かくし」の発生要因を考えた場合、現行の労災保険制度におけるいくつかの問題点が浮かび上がってくる。その1つが労災保険における「メリット制」である。

労災保険では、事業主間の保険料負担の公平を期すため、事業の種類ごとに災害率等に応じて保険料が定められているが、さらに、個々の事業における災害防止努力を促すことを目的として、災害の多寡により保険料を増減するという制度があり、これが「メリット制」と呼ばれるものである。

当然、災害防止に努めている事業主とそうでない事業主が全く同一の保険料であるということは、負担の公平性という観点からは問題がある。しかし、本来災害防止努力を促すための「メリット制」が、労働災害が発生すれば保険料負担が増えるという認識だけを事業主に植え付けるものになり、その結果、労働災害をかくすという行動につながっているとすれば、改めて制度を見直す必要があると思われる。例えば、①軽度の傷病については、災害率算出の対象としない、②労働災害が発生しなかったという結果に対してのみならず、労働災害が発生しないための取組や労働災害が発生した場合を想定して、事業主がどのような対策（行動計画）を取っているか、③実際に労働災害が起こった場合に行動計画に基づいた対処がなされているか等を考慮したものにするべきではないかと考える。

一方、労働災害が発生した事業主は、国、都道府県、市区町村が発注する公共工事の指名停止等を受けるといった事例があり、こうした要因もあいまって、ますます事業主は「労災かくし」を行うと考えられる。

この場合も、労働災害の発生の有無のみが入札条件等に影響を与えていると思われ、「メリット制」と同様、事業主側の体制等も考慮した形とするべきであると考え。

また、別の側面からは、被災労働者が労災診療を受けるためには、申請時に事業主の証明等が必要となっていることから、雇われている労働者が処分（解雇）を受ける可能性があり、その結果、労災診療を受ける機会が狭められているのではないかと問題も考えられる。

このような場合は、例えば、「労災保険証」（仮称）を発行し、軽度の場合には受診の際にこれを提示することにより労災診療が受けられるようにするなど、被災労働者がスムーズに受診できるような制度へと見直していくことも必要と考え。

「労災かくし」の対象となるのは、比較的小さな外傷等であり、こうした傷病の診察にあたる医療提供側においても、厚生労働省に任せるばかりでなく、積極的にこの問題に取り組む姿勢が望まれる。

2. 労災認定および後遺症認定に係る適正な運用について

近年、我が国においては少子高齢化が進んでおり、厚生労働省が発表している年齢別労働力人口の将来推計によれば、2012年以降、60歳未満の労働力人口は減少し続け、2030年は5,000万人を下回り、反対に60歳以上の労働力人口は増加し続け、1,200万人を超えることになると推計されている。（表3参照〔省略〕）

このように、我が国における良質な労働力を少しでも高齢者労働力にシフトしていかなければならない状況が出てきている中で、高齢者が抱える問題、生活習慣病、変形性病変、筋力の萎えやメンタルな部分の変化等を勘案し、こうした状況にも十分対応可能な労災保険制度としていかなければならないと考える。

現行の労災保険制度においては、労働基準法施行規則別表第1の2等により、業務上疾病として認められている疾病が列挙されており、さらに、医学的知見に基づいて、基準化を図ることが可能な

ものについては、厚生労働省労働基準局長通知により「認定基準」が示され、法令の解釈、運用における必要事項、発症条件等が設定されている。

これらの認定基準は、施行日または直近の改正から30年以上経過しているようなものが多く、労働力人口の高齢化等、近年の労働環境の変化等に必ずしも対応できる内容とはなっていない。

将来にわたり、被災労働者にとって不利益が生じないように、現行の労災認定に係る問題点等を整理し、労災認定の今後のあり方について検討を行った。

また、同様に労災保険における後遺症認定についても問題点等を整理し、今後の方向性について検討を行った。

1) 労災認定について

高齢者労働力人口の増加が予測される中、加齢的变化である変形性疾患（変形性脊椎症、骨粗鬆症、変形性関節症など）等を抱える労働者も増えることが予測される。

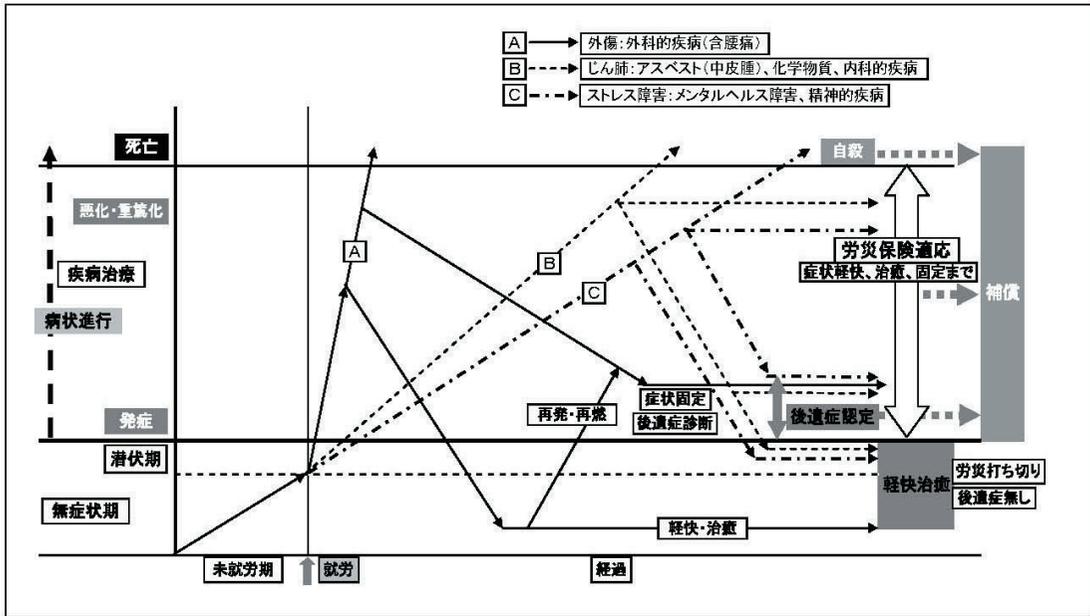
こうした基礎疾患を抱える労働者が労働災害に遭った場合、基礎疾患と労災認定との関連をどのように考えるかは非常に重要な問題となってくる。

基本的には、加齢的变化である変形性疾患を有していることを理由に、労災適用を回避することは適切ではなく、個々の身体的特徴、労働環境等、それぞれの症例により状況は異なるとしても、労災認定にあたっては主治医が主導的に医学的判断をすることが必要である。

現行法の解釈においては、労働者が業務とは関係ない基礎疾患または既存疾病（以下、「基礎疾患等」という。）を有しており、さらに当該基礎疾患等が労働に支障のない程度の状態にある場合、何らかの原因で業務中に発症、または増悪したとしても、多くは自然的な経過または加齢等の現象によるものであると考えられ、一般的に業務起因性はないと判断されることが多い。

例外として、その発症または増悪が当該基礎疾患等の自然的経過を超えていると医学的に認められる場合には、発症または増悪前の状態に回復するまでは、業務上の疾病として取り扱われている。

【図1 主たる労働災害と疾病の経過】



しかし、労働者を診療する医師の側からすると、加齢による骨変化は個人差が大きく、例えば、腰痛の場合、変形性の変化が直ちに腰痛を発生するものではないこと等も考えると、正しい認定は非常に困難であるといわざるを得ない。

こうした点を踏まえ、現行の労災認定における問題を次のように整理し、その対応策等について検討を行った。

a. 算定上の問題

- 加齢に伴う何らかの基礎疾患等を抱える労働者が、業務中に労災疾病を発症した場合等について、労災保険での治療範囲、治療期間等の判断が非常に困難である。

b. 認定基準上の問題

- 現在の認定基準のままでは、今後の労働環境の変化等に対応できない。

【求められる対応】

- A. 医療提供者側としてのガイドライン(基準)の作成。
- B. 今後の労働環境の変化等を考慮した認定基準となるよう見直しを求める。

A. 医療提供者側としてのガイドライン(基準)の作成について

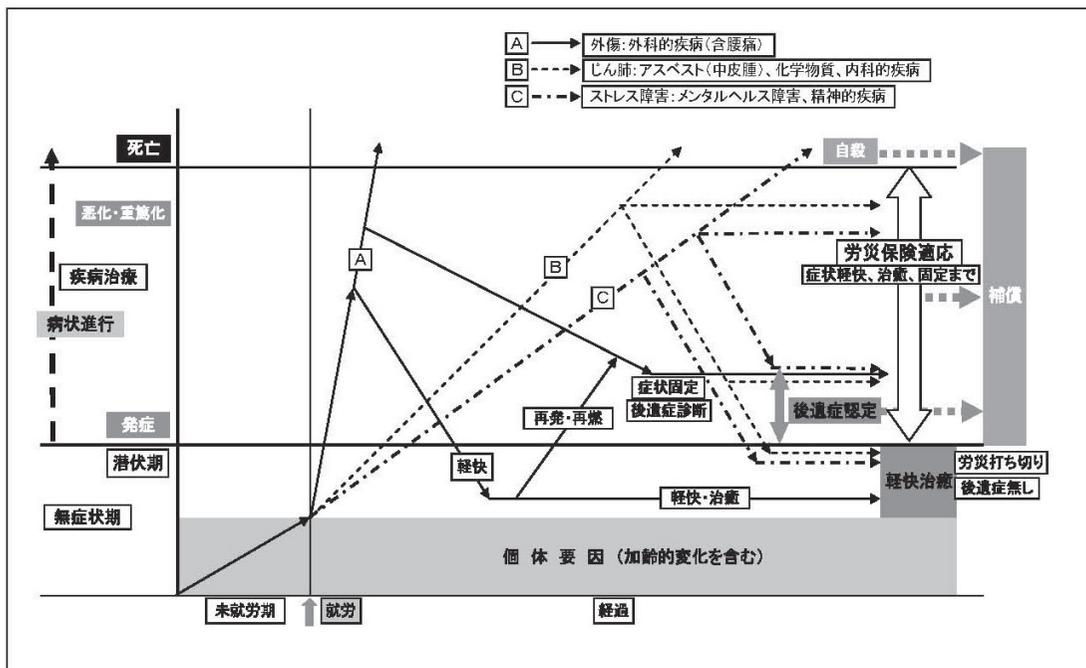
労災認定にあたっては、基本的には主治医が主導的に医学的判断をすることが大原則であり、今後においてもその取扱いに変更があってはならない。

しかし、前述したとおり、加齢的な変化等は患者さんによって個人差があり、それを踏まえると労災保険による治療範囲を判断することは非常に困難であり、今後、増加する高齢労働者の診療を担っていく現場の医師が適切な医学的判断をしていくためには、何らかのガイドライン(基準)を示す必要があると考える。

《労災保険における治療範囲》

労働災害と労働者がもともと有していた基礎疾患等との関係を考えるにあたり、上図(図1)のように、主たる労働災害について、疾病の経過と労災認定の関係を整理してみた。普段イメージしている内容が、図示することでより理解しやすくなったと思われる。もちろん、このパターンにあてはまらない事例も当然あると思われるが、考え方を整理す

【図2 主たる労働災害と疾病の経過(個体要因を考慮した場合)】



るためにご了解頂きたい。

この図では労働災害について、A:外科的疾患、B:内科的疾患、C:精神的疾患という形で大きく3つに分類し、発症から治療、さらに治療後の状態によって、現行の労災認定の考え方に照らして表示してみた。例えば、外傷の場合、外傷により悪化した疾病について、治療後の状態が「軽快・治癒」であれば、発症から軽快・治癒（「発症」ラインを超える）までの範囲が労災保険の適用範囲となり、また、治療の結果、後遺症が認められる場合には、後遺症認定に移行し、障害（補償）給付等が行われることになる。

つまり、「発症」ラインを超えた部分が労災保険における給付の範囲ということになるが、ここに加齢的变化を含めた個体要因を考慮すると、上図(図2)のようになることが考えられる。

即ち、同じ労働条件で業務に従事していたとしても、加齢的变化を含む基礎疾患等の個体要因を有する労働者の場合、当然ながら通常より発症リスクは高いと考えられるため、「発症」ラインを上

方にシフトさせることにより、労災保険の適用範囲や認定との関係が整理でき、基礎疾患等を有していること自体が労災保険の適用を妨げるものではないということが分かる。

この場合、基礎疾患等の治療に係る費用と労災保険との関係を見ると、現行の労災保険制度下では、基礎疾患等の治療に対する給付に関しては、労災疾病の治療にあたり、私病である基礎疾患等の治療を必要とする場合には、当然ながらこれに係る費用を労災保険で給付している。

今後、予測される高齢労働者の増加という状況を踏まえると、労災診療を行うにあたり、今以上に基礎疾患等に対する治療を並行して行う必要性が出てくることが考えられる。

特に、労働災害によりもともと労働者が有していた基礎疾患等が進行するというケースなど、労災疾病と基礎疾患等とが密接に関連するような事態に対し、その治療の取扱いに誤解が生じないように、こうした基礎疾患等に対する労災保険の給付の考え方を広く周知していく必要があると考える。

《ガイドライン(基準)について》

労災保険での治療範囲に関する基本的な考え方は前述したとおりであるが、現実の労災診療においては、これに当てはまらない事例が出てくるのが少なくない。

例えば、治癒と発症(再発)を繰り返しているような事例などが該当するが、基礎疾患等の治療も含め、現場の医師にとって労災保険での治療期間等については判断が非常に難しい問題であり、今後、基礎疾患等を抱える高齢労働者の増加を考えれば、それに対応する医師の苦労は想像に難くない。

現状では、労災保険での治療期間等について、医師が参考にできるようなエビデンスは明らかにされておらず、医師の医学的判断のみに任されている。

それにもかかわらず、都道府県における診療費審査委員会においては、会計検査院からの指摘を受けた厚生労働省および都道府県労働局より、長期療養者に対する取組が強化されるといった状況にある。

こうした状況を踏まえれば、医師の医学的判断を大前提としながらも、何らかの基準を作成するべきと考える。

1つの疾病や負傷に対し、労災保険での治療期間を一律に決めてしまうことは適切ではないため、疾患ごとに治療期間のデータを収集し、そのピークを把握して示すという形でエビデンスを示すことが必要である。

整形外科的領域においては、代表的な疾患(頸部、腰部、膝関節等)の症例データの収集から始め、また、内科的疾患、精神科的疾患等については、専門学会、専門の医師等に確認しながら同様のデータを収集し示していくことで、被災労働者、また現場の医師にとって不利益が生じないような労災認定の形を作っていくことが大切である。

B. 認定基準の見直し

表4にあるとおり、施行日から30年以上も経過している認定基準等があることから、今後予測される高齢労働者の増加等、労働実態の変化等を踏ま

え、これらについて見直す時期にきていると考える。

例えば、変形性疾患に関連する内容として、具体的には「業務上腰痛の認定基準等について」(昭和51年10月16日基発第750号)等が挙げられるが、この中で重量物を取り扱う業務として、「おおむね30kg以上の重量物を労働時間の3分の1程度以上取り扱う業務及びおおむね20kg以上の重量物を労働時間の半分程度以上取り扱う業務をいう。」といった規定がされているが、このような規程をすること自体に無理があり、個人差や若い頃の骨の変化等もあるため、こうした基準を拡大解釈していかなければ、現在の高齢労働者に対し適応できなくなる。

業務上疾病として新たに労働基準法施行規則別表第1の2等に追加すべきものの有無については、厚生労働省に設置された「労働基準法施行規則第35条専門検討会」において、定期的に検討が行われており、直近では平成21年3月24日より臨床、病理、疫学等の医学専門家による検討が行われているが、業務上疾病の中に「加齢」という概念をどう組み込んでいくかということについて、具体的に検討がなされるべきと考える。

また、「認定基準の見直し」に関しては、必要に応じて別に専門家による検討会を立ち上げて検討することになっているが、現在のところ開催される予定はないとのことである。

すでに労働人口の高齢化が進んでいることを踏まえると、一刻も早く検討を開始するべきであり、厚生労働省に対して「認定基準の見直し」を強く要望していくことが大切である。

2) 後遺症認定について

労災保険においては、被災労働者について療養効果が期待し得ない状態となり、症状が固定した場合であって、身体に一定の障害が残った場合には、障害の程度に応じて、障害補償として障害(補償)給付等が支給されている。

被災労働者が障害(補償)給付の受給申請を行う際には、医師の後遺障害診断書を添付するとされており、この医師の診断書を基に障害等級が決定(いわゆる「後遺症認定」)されているが、この

【表4 主な業務上疾病の認定基準】

疾病名	通達番号 (基発第)	通知名	施行日
腰痛	750号	業務上腰痛の認定基準等について	昭51.10.16
脳血管疾患及び虚血性心疾患等(負傷に起因するもの)	620号	脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準について	昭62.10.26
電離放射線障害	810号	電離放射線に係る疾病の業務上外の認定基準について	昭51.11.8
高気圧障害	415号	高気圧作業による疾病(潜函病、潜水病等)の認定について	昭36.5.8
騒音性難聴	149号	騒音性難聴の認定基準について	昭61.3.18 改)平9.2.3
振動障害	307号	振動障害の認定基準について	昭52.5.28
上肢障害	65号	上肢作業に基づく疾病の業務上外の認定基準について	平9.2.3
歯牙酸蝕症	646号	歯牙酸蝕症の業務上疾病としての認定基準について	昭27.9.9
アルキル水銀中毒	602号	アルキル水銀化合物による疾病の認定基準について	昭51.8.23
クロム障害	646号	クロム又はその化合物(合金を含む。)による疾病の認定基準について	昭59.12.4
水銀中毒	13号	金属水銀、そのアマルガム又は水銀化合物(アルキル基がメチル基又はエチル基であるアルキル水銀化合物を除く。)による疾病の認定基準について	昭52.1.10
鉛中毒	550号	鉛、その合金又は化合物(四アルキル鉛を除く。)による疾病の認定基準について	昭46.7.28
マンガン中毒	2号	マンガン又はその化合物(合金を含む。)による疾病の認定基準について	昭58.1.5
一酸化炭素中毒	58号	都市ガス配管工にかかる一酸化炭素中毒の認定基準について	昭43.2.26
二酸化炭素中毒	123号	二硫化炭素による疾病の認定基準について	昭51.1.30
塩化ビニル障害	556号	塩化ビニルばく露作業従事労働者に生じた疾病の業務上外の認定について	昭51.7.29
ニトログリコール中毒	489号	ニトログリコール中毒症の認定について	昭36.5.29
有機溶剤中毒	122号	脂肪族化合物、脂環式化合物、芳香族化合物(芳香族化合物のニトロ又はアミノ誘導体を除く。)又は複素環式化合物のうち有機溶剤として用いられる物質による疾病の認定基準について	昭51.1.30
ニトロ又はアミノ誘導体による中毒	565号	芳香族化合物のニトロ又はアミノ誘導体による疾病の認定基準について	昭51.8.4
有機燐中毒	1158号	有機燐系の農業に因る中毒症の認定について	昭39.10.5
タール障害	640号	タール様物質による疾病の認定基準について	昭57.9.27
じん肺症等	250号	改正じん肺法の施行について(抄)	昭53.4.28
	0120003号	じん肺法施行規則及び労働安全衛生規則の一部を改正する省令の施行について(抄)	平15.1.20
石棉障害	0209001号	石棉による疾病の認定基準について	平18.2.9
脳血管疾患及び虚血性心疾患等(負傷に起因するものを除く)	1063号	脳血管疾患及び虚血性心疾患等(負傷に起因するものを除く。)の認定基準について	平13.12.12
心理的負荷による精神障害等	544号	心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針について	平11.9.14
	0406001号	心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針の一部改正について	平21.4.6

「後遺症認定」に関して、医療現場からは様々な問題が挙げられている。

例えば、患者さんの訴え(痛み等)はなくとも画像上(レントゲン等)の所見が明らかであれば高い等級が認められる、あるいは、反対に患者さんの

訴えがあれば画像上は何も問題がなくとも認められるといったケースがあり、特に、前者のようなケースにおいて、知識のある患者さんがそれを利用しているという声が聞かれる。

また、同じ基準を用いているにもかかわらず、労

災保険と自賠責保険とでは認定される等級に相違があるという現状があり、患者さんから不満を訴えられることもある。

こうした患者さんからの不満や苦情は、後遺障害診断書を作成した医師に向けられることも少なく、非常に対応に苦慮しているところである。（そもそも、主治医への後遺症認定結果の情報提供がない。）

このような状況を踏まえ、現在の後遺症認定の問題を以下のように整理し、それぞれについて、今後の適正な運用に向けた方向性について検討を行った。

a. 等級認定の問題

○ 患者さんの状態、実態に即した等級認定がなされていない。

b. 認定基準および等級表の問題

○ 現状にそぐわない項目等が等級表に存在している。

【求められる対応】

A. 後遺症認定におけるガイドライン等の作成

B. 障害等級表および障害等級認定基準の見直し

A. 後遺症認定におけるガイドライン等の作成について

整形外科領域の障害等級認定基準（以下、「認定基準」という。）について、平成16年6月、厚生労働省は「整形外科の障害認定に関する専門検討会報告書」に基づき、「せき柱およびその他の体幹骨、上肢並びに下肢の障害に関する障害認定基準」を定めている。

この新たな認定基準では、関係学会等の判断基準等を参考にして、エックス線写真等の画像を基に、より客観的に障害の程度が判断できるよう測定方法等について明確にするなどの改正が行われており、これらの改正は、現場の医師にとって後遺障害診断書作成にあたり有効なものとなっていることは事実である。

一方で、現在の後遺症認定について、医療現場からは「あまりにも画像上の所見に偏重した認定が行われているのではないか」という指摘もある。

例えば、脊柱の圧迫骨折について、エックス線上明らかであれば何も症状が無くても高い等級が認められるといった事例があり、今後、基礎疾患等に係る何らかの画像所見のある高齢労働者を診療する事例が増えていくことを考えると、適正な運用を維持していくためには後遺症認定の考え方等について改めて整理または見直しが必要ではないかと考える。

加齢に伴う基礎疾患等の個体要因を有する被災労働者と後遺症認定の基本的な関係は、前項の図2において示したとおりであり、後遺症認定にあたっては、残存する身体障害が「発症」ラインを超えているか否かによって判断がなされることになる。

残存する身体障害について、新たに発症した労災疾病に係るものであるのか、あるいは加齢的な基礎疾患によるものであるのかを判断する際、現在は画像上からある程度の判断は可能であるとしても、加齢的な骨変化等は個人差があること等を踏まえると、画像所見のみに頼るようなやり方では、今後の労働環境等の変化に対応できるのか疑問を感じるところである。

本来、後遺症認定にあたっては、残存する障害の程度の根拠となる画像所見と症状が残っているのかどうか等の機能的な側面を併せて総合的に判断されるべきと考えられ、実際、後遺障害診断書の作成の際には、主治医は画像所見だけでなく、残存する障害についての症状等の医学的所見を記載するよう求められている。

しかし、実際の認定基準においては、主治医の医学的所見と認定の関係性についてほとんど言及されておらず、現場の医師はどのような運用が行われているのか分からない形となっている。

基礎疾患等と残存する障害についての関係性は、個々の症例により異なることから、認定基準において一律に決めることは適切ではないが、その判断にあたり主治医の医学的所見は最も重要視されるべき事項であると考えられるため、認定基準においてもその点を明確にするよう見直す、あるいは現状に即した運用が図られるようガイドラインの作成等についても早急に検討が行われるべきであ

ると考える。

B. 障害等級表および障害等級認定基準等の見直しについて

障害(補償)給付は、「障害の程度」に応じて行うものとされているが、この「障害の程度」の判断にあたり用いられているのが、障害等級表(労災保険法施行規則別表第一)である。

この障害等級表は、労働能力喪失の程度に応じて第1級から第14級まで区分され、138種類の典型的な身体障害が規定されている。

また、障害等級表においては、同一部位の身体障害について、障害の程度に応じて、例えば、「著しい変形を残すもの」、「変形を残すもの」といった形で整理され、等級の格付けがなされているが、この格付けのための判断基準として示されているものが認定基準である。

従来、労災保険における障害等級の認定は、「障害等級認定基準について」(昭和50年9月30日基発第565号)等に基づいて行われていたが、今日の医学的知見等の進展に適合しない内容のもの等が見られたことから、その後、それぞれの分野について「障害認定に関する専門検討会」が設置され、その検討結果を基に必要な認定基準等の改正が行われているところである。(先に述べたとおり、整形外科領域に関しては平成13年より平成16年まで開催され、報告書がとりまとめられている。)

しかし、この障害等級表および認定基準について、医療現場からは現状に即していない、あるいは、論理的ではないといった意見も挙がっている。

いくつかの例を挙げれば、障害等級表に定められている「一上(下)肢の三大関節中の二関節の用を廃したもの」(第6級)と「一上(下)肢の三大関節中の一関節の用を廃したもの」(第8級)は、関節数のみに言及しており部位を特定していないが、肩関節と手関節、または股関節と足関節では同じ用廃であっても機能障害の程度が大きく異なるため、それぞれの関節の部位に応じた用廃の評価をきめ細かにする必要があると考える。

また、「一上(下)肢に偽関節を残すもの」(第7

級及び第8級)は、骨折治療技術が格段に進歩した現時点においては、骨折部が偽関節の状態の後遺障害として放置されることはなく空文化しており、これらは変形や短縮に整理されるべきであると考える。

その他、「一手の小指を失ったもの」(第12級)は「一手の示指・中指、又は環指を失ったもの」(第11級)よりも評価が低いのが、小指は棒状の物体を把持する点で環指よりも遙かに重要な役割を有しており、小指の欠損による機能障害は環指よりも高く認定すべきと考えられ、関係学会等の意見を基に再検討すべきである。

さらには、障害補償給付における第7級(障害(補償)年金)と第8級(障害(補償)一時金)の認定については、支給額に大きな差があるため、医師側、患者さん側、両者にとって論理的な診断基準の設定が求められる。

前述したとおり、現行の障害等級表の作りは、第1級～第14級(14区分)、138種の典型的な障害となっており、従来、これらの制約の中では労働能力の喪失の程度の異なる身体障害が同一の等級となることはやむを得ないといわれていたが、労働環境等が変化していく中で、より実態に即した形で被災労働者に対しきめ細やかな対応をするためには、障害等級表および認定基準の抜本的な見直しに向けた検討が必要ではないかと考える。

その際には、現行のように「既存障害」という要因だけでなく、加齢に伴う基礎疾患等との関係についても、現場の医師が判断に困るような事例に対処できるような形で一定の整理が図られるべきである。

また、後遺症認定において、労災保険と自賠責保険とでは認定される等級に相違がみられることが多いという問題がある。

両者は基本的に同じ認定基準を用いているが、労災保険は災害補償、自賠責保険は賠償責任という制度趣旨の違いがあり、それを理由にこのような認定がなされているという現実がある。

これに対する患者さんの不満は大変大きいものがあり、裁判になるような事例も出ているが、基本的に後遺障害診断書など医師の医学的判断の

扱われ方が制度趣旨の違いで異なるということは適切ではないと考える。

特に、基礎疾患等が外傷後に増悪したような場合に、自賠責保険では加害者の賠償責任の範囲外とされるような事例が多く、加齢に伴う基礎疾患等を抱える労働者の増加を考えれば、こうしたトラブルに医師が巻き込まれる機会が増える可能性があるため、患者さんが納得できるよう統一した認定が行われるべきであると考えます。

3. 労災レセプトに係る審査会等に関する調査 「アンケート結果(概要)」

労災診療の現場における様々な問題点を議論していく中で、現在の労災レセプトに係る審査会等に関して、審査委員の選任方法や構成等の運営方法について、地域ごとにその取扱いに特徴があることが分かった。

そこで、今期委員会では、「労災レセプトに係る審査会等に関するアンケート調査」として、47都道府県医師会へ調査を依頼し、その結果を分析した。

本調査結果をフィードバックすることにより、今後の各都道府県における審査会等の運営等に有効に活用いただければと考える。

1) 労災レセプトに係る審査会等に関する調査 「アンケート結果(概要)」

① 構成メンバーについて

全体状況は下記のとおりであり、審査委員の構成は、整形外科の医師の占める割合が49.3%と最も高く、次いで外科(24.3%)、脳(神経)外科(7.7%)、内科(6.0%)という結果であった。

都道府県別にみても、おおむね整形外科および外科系の医師の構成割合が高い傾向にあることから、現状ではやはり整形外科(外科)的な判断を求められるレセプトが多いものと推測できる。

近年、精神障害等の労災補償状況が増加していることを考えると、今後、精神科や心療内科の医師を審査委員として新たに増員するなどの必要性が出てくることが考えられる。(精神科および心療内科という回答はなかった。)

② 委員の選任方法(欠員が生じた場合も含む) について

委員の選任にあたっては、労働局の指名および医師会の推薦により委員を選任しているとの回答があった地域が最も多く21件、次いで医師会による推薦のみと回答があった地域が12件という結果であった。

このほか、労災指定医協会等の関係団体の推薦による委員を選任している地域等もあり、おおむね地域の中で、労働局、医師会、関係団体等が連携を図りながら審査会の委員を選任し、運営にあたっている状況がうかがえる。

[全体状況(n=548)]

診療科	人数	(割合%)	診療科	人数	(割合%)
整形外科	270	(49.3)	循環器科	1	(0.2)
外科	133	(24.3)	消化器科	1	(0.2)
脳(神経)外科	42	(7.7)	循環器内科	1	(0.2)
内科	33	(6.0)	皮膚科	1	(0.2)
眼科	29	(5.3)	産婦人科	1	(0.2)
呼吸器科	6	(1.1)	心臓血管外科	1	(0.2)
形成外科	5	(0.9)	胸部外科	1	(0.2)
消化器外科	4	(0.7)	耳鼻咽喉科	1	(0.2)

※診療科は降順に掲載

[全体状況 (n=47)]

労働局の指名および医師会の推薦	21件
医師会の推薦のみ	12件
医師会の推薦および労災指定医協会等(大学病院、労災病院等を含む)の推薦	5件
労働局の指名および労災指定医協会等(大学病院、労災病院等を含む)の推薦	4件
労働局の指名、医師会の推薦および労災指定医協会等(大学病院、労災病院等を含む)の推薦	3件
労働局の指名のみ	2件

③ 開催場所について

RICと回答した地域が35件と最も多く、次いで労働局(8件)、都道府県医師会(5件)という結果であった。

平成20年度より本格実施されることとなったRICによる「労災診療費の審査点検事務の補助」業務等の影響もあり、このような結果となったことが推測できる。

[全体状況 (n=47)]

都道府県医師会	5件
労働局	8件
RIC	35件

※複数回答の地域あり

④ 開催時期(時間帯含む)について

開催日は第4週または月末に設定している地域が最も多く(38件)、開催時間は2時間以上3時間未満としている地域が多かった(25件)。

審査委員の都合に合わせて、弾力的にスケジュールを設定するなど、開催にあたってはおおむね連携は図られているといえる。

[全体状況 (n=47)]

《開催日》

第4週または月末開催	38件
第1週開催	5件
中旬(10日～20日)開催	3件
不定期開催(審査委員の都合に合わせて設定等も含む)	1件

[全体状況 (n=47)]

《開催時間》

2時間未満	3件
2時間以上～3時間未満	25件
3時間以上～4時間未満	7件
4時間以上	3件
時間未定(審査委員の都合に合わせて設定等も含む)	9件

⑤ レセプト点検に係る取扱い件数の割合について

提出されたレセプトの全件について審査が行われていることは当然であるが、審査会では労働局およびRICによる事務的な事前点検の結果、疑義が生じたもの(医学的な判断が必要なもの)を重点的に審査しているという地域が多かった。(37件)

そもそも、レセプトの枚数や事務的な事前点検の結果、疑義が生じたもの等の割合は月によって変わるものであり、また、それらは地域によっても当然異なるため、各地域において審査委員の人数等も踏まえ、弾力的な運用が図られているようである。

⑥ 医療機関からの苦情等への対応について

労働局が対応していると回答した地域が31件と最も多かった。

労災レセプトの審査に関する責任は労働局にあるため、基本的には労働局が対応することは当然と思われるが、医学的知識が必要な内容については医師会、審査会等が協力して行っている地域が多いと考えられる。

[全体状況 (n=47)]

労働局で対応	31件
医師会で対応	1件
労働局、医師会で対応	1件
労働局、RICで対応	4件
労働局、RIC、医師会で対応	2件
審査会で対応	4件
上記以外(審査委員長が対応等)	4件

⑦ 審査会等に関するご意見について(自由記載)

審査会等における問題点については、「1.医療

現場又は審査会等における労災診療費算定基準の問題点」の中で述べたところであるが、本調査の結果、各都道府県医師会からは様々な意見が寄せられた。

運営面に関しては、やはり審査会におけるRICの業務範囲についての意見が挙げられたが、他にも「問題が生じたときの取りまとめに時間を要する。」「審査会で検討された事例について、審査委員および医療機関へフィードバックするべきである。」「また、「開催日を2日間とできないか。」等の意見が挙げられた。

審査に関しては、「自賠責に係る事例が増加傾向にある。」「審査委員の間で私病に対する見解の相違があり、各地区間のすりあわせが必要である。」「針刺し事故、肝炎診断治療等に関し、国が作成したマニュアルは数年間遅れており、現状との乖離が生じている。」といった意見が挙げられた。

こうした意見に対しては、まずは労働局、都道府県医師会、RIC等が協力して改善を図り、それでもなお解決できないような問題については、本委員会を通じて厚生労働省等に問題提起していく必要があると考える。

《自賠責保険に関して》

※省略

《おわりに》

長年にわたる国の社会保障費抑制政策による、度重なる健康保険診療報酬のマイナス改定等に

より、救急医療を担う現場の崩壊が叫ばれる中、労働者に係る災害医療を担う労災指定医療機関は、制度の目的や財源等の違う労災保険が健康保険の診療報酬改定による影響を受け続けることに疑問を感じながらも、懸命にその役割を果たしてきた。

今後、高齢者労働力人口の増加等による業務上の負傷・疾病のさらなる多様化、基礎疾患を持つ労働者の労働災害の考え方など、新たな視点による対応が求められる中、労災診療を担う医師がその流れに迅速に対応していくためには、現行の労災保険制度における問題点を様々な角度から洗い出し、時代に即した形に見直していくことが必要であるとともに、災害医療に対する評価について、その診療報酬体系のあり方を含めて、改めて検討するべきであると考えます。

自賠責保険に関しては、損害保険会社の医療費の支払いに関する問題（無分別に適用される健康保険の使用、一括請求、本来の目的から逸脱した人身傷害補償保険の運用方法等）が指摘されている。厳しい経済情勢による経営状況の悪化等があるとしても、こうしたトラブルが続けば、損害保険会社に対する医療機関、国民の信頼は損なわれることになり、被害者救済を目的とした自賠責保険の存在意義さえも問われかねない。

こうした問題を解決するためには、各地域における医療協議会（三者協議会）や今期委員会で実施した日本損害保険協会、損害保険料率算出機構との意見交換会等を通じて、双方の抱える問題を提示しながら真摯に解決策を模索し、お互いの信頼関係を確立していくことが必要である



全国安全センター情報公開推進局ホームページ

<http://www.joshrc.org/~open/>

メールマガジン [情報公開推進局 新着レポート]

新規に入手した公文書など、当サイトの更新情報と関連情報を「まぐまぐ」のメールマガジンでご提供します。
ウェブサイトからお申し込みください。

アスベスト対策推進議連設立

民主党●政策INDEXの実現に向けて活動

2月3日、衆議院第2議員会館第3会議室において、民主党アスベスト対策推進議員連盟の設立総会が開催された。

会長・三井辨雄（衆・北海道②）、副会長・岡崎トミ子（参・宮城）、末松義規（衆・東京⑬）、梅村聡（参・大阪）、幹事長・谷博之（参・栃木）、事務局長・郡和子（衆・宮城①）という役員体制。当日までに49名が参加ということだったが、参加届なしに設立総会に参加された方もおり、50名を越す陣容で出発した。

総会は、三井会長の挨拶、郡事務局長の発足の経過報告と活動目的の提案、役員体制の確認、出席された各議員の発言に加えて、関係団体からの問題提起を受けて意見交換が行われた。報告したのは、石綿対策全国連絡会議から古谷事務局長、全建総連から古市書記長、首都圏アスベスト訴訟団から小

野寺弁護団長、清水統一本部事務局長、原告団長の宮島さんと千葉の原告の町田さん。

田島一成環境副大臣もかけつけて、議連からの要望を真摯に受け止めたいと挨拶した。

議連の設立趣意書は、以下のとおり。今後、関連する諸分野での活動が期待される。

民主党アスベスト対策推進 議員連盟・設立趣意書

2005年6月のいわゆる「クボタショック」以降、アスベスト被害は工場や建設現場、その周辺住民、従業員の家族などへ深刻な被害が拡大している実態が明らかになりました。少量でもアスベスト肺、肺がん、悪性中皮腫などのアスベスト健康被害は、ある程度進行するまでは無症状のことが多いと言われていて、アスベストを吸い込んでから15～50年

後に発症するため、今後、被害者がさらに増大すると見込まれます。

民主党は、2005年7月にアスベスト問題プロジェクトチームを設置し、衆議院に「石綿対策の総合的推進に関する法律案」を提出するなど、対策推進に向けて精力的に取り組んでまいりました。その後、2006年には「石綿による健康被害の救済に関する法律」（閣法）が制定されましたが、民主党は制度の拡充を求める改正案を提案しました。

2008年には同法が改正されましたが、被害者の全面救済や既存アスベストの調査・把握・管理・除去・廃棄といった山積する課題に対応できず、現行制度はなお不十分と言わざるを得ません。アスベストおよびアスベスト含有材料に起因する職業曝露や環境曝露によって関連業種の従業員・家族や住民の被害が多発している現状、さらにはアスベスト疾患患者及び介護家族の苦しみは何ら変わっていません。

そこで、このたび「民主党アスベスト対策推進議員連盟」を設立し、旧政権の政策検証を行うとともに、関係省庁や当事者団体との密接な連携の下、民主党「政策INDEX2009」にあるノンアスベスト社会の実現とアスベスト健康対策の実現に向けて、活動していきます。

なお、民主党は昨年末に「議員連盟のあり方」を見直し、①原則として民主党単独で構成し活動すること、②活動実績のない



議員連盟については解散または脱退すること、③例外的に超党派で継続または新設すべき議連については幹事長室と十分協議の上、対応すること、④民主党議員は、政権与党議員であることを十分自覚の上、議連活動

においても政権を支える活動をする、⑤政務三役、幹事長については入会、登録を了しない、⑥議連活動は登録制とすることを基本方針として、この通常国会より新体制にてスタートしたところである。



問題があるとはいえ、厚生労働省は、もっと積極的に精神疾患の労災事例について発表してもらいたい。

● サンクス本部の責任

労災請求の手続で、監督署に、発症年月日を2005年12月にしてくださいと言われた。Oさんの話では、2007年頃から労働時間が長くなり、店長からのいじめもひどくなったという。医師にかかった記憶もないので、どうしてそんなに遡るのかよくわからなかった。実は、監督署の調査の結果、2005年11月に遺書のようなものがあり、自殺企図したことが判明したようだ。さらに、2004年にかかった医師が「うつ病の疑い」と診断していたこともわかった。そこで、11月以前の半年程度の勤務状況が調べられた。

サークルKサンクス本部への上納金が支払えないオーナー店長に強要され、Oさんが強盗にあったという話をでっちあげさせられたのが、その4月であり、すぐに警察にばれて、本部の指導があったようだ。

5月に店長が交代し、本部から応援の店員が来たしばらくの間だけ、Oさんの残業時間は激減しているが、その前後は月160時間を超えた。これらは、本部に残されたレジ打ち記録から明らかになった。

つまり、本部は誰がどのくらい働いているのかを把握し、店長を交代させたり応援の店員を派遣する権限があるのだから、Oさんの労働時間是正もできたはず

「統合失調症」を業務上認定

神奈川●サークルKサンクスのアルバイト店員

2007年11月、神奈川県内のサークルKサンクスのアルバイト店員Oさんは、「神経衰弱状態」で、「家族以外との会話は避けることが望ましい」(診断書から)状態で働いていたところを親族に救出された。夕方から翌朝までの2人分のシフト勤務で、月160時間をはるかに上回る時間外労働を余儀なくされていたのだ。

その後、生活保護を受給しながら治療に専念、現在は授産施設で「働く」まで回復し、2009年9月には、「統合失調症」で業務上認定された。個人情報保護法の開示請求により、病気になった経過など詳細が明らかになったので、紹介したい。

● 統合失調症で労災認定

Oさんは当初、「神経衰弱状態」と診断され、病名は明らかでなかった。開示請求でわかったが、2004年に「うつ病の疑い」と診断され、この間の治療の結果、「統合失調症」とわかり、順調に

回復してきた。Oさんが、親族と初めて神奈川労災職業病センター来たときはほとんど会話ができず、何か尋ねても、うなずくか首を横に振るだけだった。今では普通に会話をし、表情もおだやかで明るくなっている。

「統合失調症」での労災認定は非常にめずらしい。少なくとも報道されているものは皆無だと思う。Oさんのケースは、労災か否かを事実上判断する、神奈川労働局の地方労災医員協議会精神障害専門部会で何度か協議されたが、とくに病名が問題となったわけではないようだ。

心の病気の労災認定基準でも、統合失調症だからと特別な調査をするわけではない。厚生労働省が病名ごとの認定数を公表しないため知られていないだけで、実は相当数が業務上になっているのかもしれない。一般には「原因不明」とされ、医師や本人も家族も、「私傷病」ととらえがちである。プライバシーの

だ。本部の責任は明らかである。いずれにせよ、改善されない長時間労働に従事したことが統合失調症の原因であるとして、Oさんは業務上認定された。

● 店長の恐喝や暴行

Oさんは、店長から平手打ちされたり、その夫である前店長からも暴行を受け、歯が折れたこともある。しかし、監督署は、加害者側が否定していること、それ以前から発症していることから、暴行に関する事実認定を避けた。

さらに、2007年夏には店長から、「月3万円の仕事しかしてない」と難癖をつけられ、本部から振り込まれる賃金30万円のうち、27万円を奪われた。恐喝以外の何ものでもない。Oさんはやむなく店のお金を取ったり、ヤミ金に手を出したりした後、親族にSOSの電話をしている。本来であれば刑事告発すべき事件だ。ただ、Oさんは順調に回復し、介護の資格も取得し、社会復帰に向けて着々と歩んでいる。あまり嫌なことを思い出したくないという、本人の意志を尊重したい。

● あきらめない、決めつけない

メンタルヘルスが、職場や社会の大きな課題のひとつであることは言うまでもない。しかしながら、現実当事者が声を上げることが難しいうえ、うまくいった場合ですら、それを宣伝することは稀である。有名人が、「実は私はうつ病でした」と告白するようになったのが、ようやくここ数年

のことであろう。

一方で、最近の若い人は批判されたことがないので、ちょっと上司から注意されただけで具合が悪くなる、うつ病の診断を出して休むというような専門家の意見もある。こうした決めつけは、

問題の隠ぺいになっても、改善にはつながらない。当事者の立場に立った、職場全体での地道なメンタルヘルス対策が大きな課題である。



神奈川労災職業病センター

シルバーセンター労災逆転認定 高知●総合的に労働者性を判断

Nさんは、社団法人高知市シルバー人材センターの会員として、2008年11月20日、Y社で業務に従事していて、顔、頸、頭、耳を火傷する労働災害に遭った。

高知労働基準監督署に労災申請をしたところ、「労働者ではない」という理由で、不支給処分とされた。Nさんは不服審査をし、高知県労働安全衛生センターの支援を受け、弁護士作成の意見書も提出。2010年2月5日付けで高知労災保険審査官は、不支給処分を取り消すとの決定を行った。

Y社は、いわゆるリサイクルショップで、Nさんの行っていた作業は、廃油を回収してきたポリタンクには油槽が溜まっているため、改良した特殊なストーブの上で高温加熱した廃油を使用して、ポリタンクを洗浄するという危険な作業だった。

Nさんは、ハロワークワークの勧めによって2008年9月18日にシルバー人材センターに会員登録

をした。最初の仕事は老人ホームの夜間警備だったが、10月上旬にY社の仕事を紹介され、週3日・1日実働5時間で働き出した。社長のほかは従業員3人で、社長や従業員の指示で作業を行った。10月末頃から、社長から頼まれて勤務日を1日増やし、11月初め頃からポリタンクの高温加熱した廃油を使った洗浄作業をやらされるようになった。

シルバー人材センターは、原則として、臨時的かつ短期的またはその他の軽易な業務に係る就業を家庭、事業所、公共団体等から請負または委任契約により有償で引き受け、これを会員に請負または委任の形式により提供。会員は、その仕事を遂行・完成させることによって、仕事の内容と就業の実績に応じて配分金を受け取るという仕組みで運営される。そして、会員とセンター及び仕事の発注者との間には、いずれにも雇用関係はない（会員は労働者ではない）とされる。

しかし、本件について、審査官は以下のように判断した。

社長からセンター支部長紹介依頼があり、センター支部長がNさんに電話して「仕事の内容について、社長から直接聞いてほしい」と紹介したが、センターと会社は契約書を取り交わすこともなく、Nさんとセンターとの間に使用従属関係は認められない。

Nさんは、社長の面接を受けて就業すること=採用することが決まっており（Nさんは、そのことをセンターに報告している）、この契約を請負または委任とみることは困難である。

実態として、会社から勤務場所・時間を指定されて時間管理が行われ、注文者の指示を超え

る指揮命令を受けており、請け負った仕事を自分の裁量で完成させていたとみることもできない（勤務日、作業内容追加変更の経過もそれを補強するだろう）。

報酬も、形式的にはセンターからの配分金として支払われていたが、時間単位770円で就業時間により計算され、災害発生当日の就労時間の30分も同様に扱われていたことから、会社は他の労働者による労務と同様にとらえていたとみざるを得ない。

以上から、NさんとY社との間には使用従属関係が存在する=NさんはY社の労働者であったと判断して、労災保険が適用されると決定したものである。

高知県労働安全衛生センター

に対して石綿の使用実態を明らかにして補償制度を確立する、などを求めて団体交渉を申し入れたが、会社がこれを拒否した。

②組合は兵庫県労働委員会に団体交渉拒否の不当労働行為の救済を申し立てた。

③県労委は2007年7月、退職後、長期間を経過した労働者は労働組合法上の「使用者が雇用する労働者」ではないとして、救済申し立てを却下（門前払い）する決定を行った。

④組合はこの決定の取り消しを求めて神戸地裁に行政訴訟を提訴し、神戸地裁は2008年10月、県労委の決定を取り消す判決を行った。

⑤県労委と補助参加人・住友ゴム工業が、この判決の取り消しを求めて大阪高裁に控訴したのが、この事件である。

● 控訴審判決の内容と意義

控訴審の判決は、「現実に派生する労働条件等をめぐる問題は様々で」あり、ケースによっては退職後、長期間を経過した労働者が加入した労働組合に、「団体交渉を是認すること」が、むしろ「団体交渉を通じて正常な労使関係を樹立するという「労組法の趣旨に沿う場合が多いと考えられる」という原則を明らかにした。

そのうえで、「無限定に団体交渉応諾義務を是認すれば、かえって無用な紛争を生じ、…労組法の趣旨に背馳する結果となる場合がある」として、応諾義務がある場合の基準を示した。

退職労働者の団体交渉権

大阪高裁●住友ゴム事件の控訴審判決

「退職後、長期間を経過した労働者が加入した労働組合に、団体交渉権があるか」を問う意義については、今までに何回か述べてきたので、ここではできるだけ重複しない範囲で、本判決の意義と、この問題の現在の到達点について述べることにする。

● 大阪高裁も認定

2009年も押し迫った12月22日、ひょうごユニオンが石綿による被害の救済のために住友ゴム工業に団体交渉を申し入れ、会社

がこれを拒否している不当労働行為救済命令取消請求控訴事件で、大阪高裁（赤西芳文裁判長）が兵庫県労働委員会（住友ゴム工業が補助参加）の控訴を棄却する判決を行った。「退職後、長期間を経過した労働者が加入した労働組合に、団体交渉権があるか」という争いに関する、最初の控訴審判決である。

事件を簡単に振り返ると、①住友ゴム工業株の元従業員2人と死亡した元従業員の妻1人がひょうごユニオンに加入し、会社

具体的には、「使用者に団体交渉応諾義務を負わせるのが相当」なケースとして、「使用者が、かつて存続した雇用関係から生じた労働条件を巡る紛争として、当該紛争を適正に処理することが可能であり、かつ、そのことが社会的にも期待される場合」とした。

そして、「その要件としては、①当該紛争が雇用関係と密接に関連して発生したこと、②使用者において、当該紛争を処理することが可能かつ適当であること、③団体交渉の申し入れが、雇用関係終了後、社会通念上合理的といえる期間内にされたことを挙げることができる」とした。その「合理的といえる期間」については、「紛争の形態は様々であり、結局は、個別事案に即して判断する他はない」とした。

以上を前提に、住友ゴム工業の元従業員2人については、①～③の各要件を満たしており、労組法7条2号の「使用者が雇用する労働者」であるとし、したがって、ひょうごユニオンは両名を代表する労働組合と解するのが相当であって、住友ゴム工業には団体交渉応諾義務があるとした。

本判決は、「使用者に団体交渉応諾義務を負わせるのが相当」なケースとしての基準を整理して示した点で、先例的な意味があると言える。

● 遺族の団体交渉権

元従業員の妻=遺族に関しては、死亡した元従業員がひょうご

ユニオンに加入したという事実はないから、仮に死亡した元従業員が「使用者が雇用する労働者」に該当するとしても、ひょうごユニオンが「組合に加入していない元従業員」を代表する者であるとは到底解されないとして、神戸地裁の判決どおり、団体交渉応諾義務はないとした。

遺族が加入した労働組合の団体交渉権については、われわれも非常に苦労しているところである。例えば、某会社の遺族だけが加入した労働組合に、その会社との団体交渉権が認められるかどうか、現実的な争点となる可能性があるからである。

遺族の要求について労働組合が団体交渉を求め、団体交渉権を争ったケースは、奈良県労働委員会のニチアス事件と神奈川県労働委員会の山陽断熱事件がある。

奈良県労委は、妻として間接被害を受けたと主張する遺族Sについて、「労働者の家族を『雇用する労働者』と解するのは困難である」とした。しかし、亡夫が「雇用する労働者」に該当する以上、その家族として受けたとされる間接被害の問題については、団体交渉の対象事項になりうるとした。またKについても労働者の地位は一身専属的であり、「会社と労働関係にない配偶者まで『雇用する労働者』と解するのは困難である」としたが、生存していれば「雇用する労働者」に該当するであろう亡夫Yの相続人たるKに対する補償の問題については、団体交渉の対象事

項になりうると判断し、いずれも「事実上」救済した。

神奈川県労委は、遺族が死亡した元従業員の労働関係上の諸権利を相続したとしても、そのことをもって、現在及び過去において「会社と一切の雇用関係が存在しない遺族を『雇用する労働者』とすることはできない」とした。しかし、組合が「補償についての考え方」等について、「元従業員の要求事項と元従業員の遺族の要求事項を区別することなく、両者を一体、一連のものとして団体交渉を求めたことに対して、会社が敢えてこれを区別し、元従業員の遺族の要求事項について団体交渉に応じないとするならば、それは誠実な対応とは言えない」として、団体交渉応諾義務を認め、「事実上」救済した。

● 裁判所と労働委員会

今のところ、遺族が加入した労働組合の、遺族に関する要求事項の団体交渉権については、労働委員会は団体交渉権の存否について一旦否認したうえで「事実上」救済し、裁判所は否認すると、明確に二つに分かれている。

私の考えでは、このような差異は、裁判所と労働委員会という機関の役割の差異から生じたものであり、その意味では、裁判所は裁判所として、労働委員会は労働委員会として、それぞれの役割を全うした結果が、このような判断の差異として現われたのだと思う。

「裁判所による司法上の救済と労働委員会のそれとを比較すると」、「裁判所の場合、救済内容が非弾力的であるということである。

労働委員会は、救済方法について広範な裁量権をもっており、救済申立に必ずしも拘束されないし、団結権侵害行為の態様や今後の労使関係なども考慮し、もっとも適切かつ妥当と思われる救済方法を選択することができる。一方、裁判所では、判断の対象となるのは司法上の請求権や権利義務の存否であり、当事者の申立・主張に拘束される(弁論主義)というルールが支配する。([『労働委員会』宮里邦雄著)

この考え方の典型的なものが不当労働行為の救済命令のひとつとしてなされる「ポスト・ノーテイス」で、不当労働行為を行った使用者が、陳謝または今後不当労働行為を繰り返さないことを記した誓約を掲示、文書交付等により知らせることである。こうした救済方法は、裁判という手続では到底思いも及ばないところであろう。

この点について奈良県労委は「団体交渉は、民事訴訟では不可能な弾力的解決を可能にするなどの利点を持っている」、組合の「要求事項のなかには、石綿被害の実態と対策に関する情報公開や、退職労働者の健康対策に関する資料の提供など、民事訴訟によっては解決しえない事項が含まれて」として、労働委員会の立場とその特

性・優位性を明確にしている。

● 流れは完全に定着した

2006年11月に住友ゴム工業に対して団体交渉拒否の不当労働行為の救済が申し立てられて以降、ニチアス、山陽断熱、本田技研、日産自動車、東洋製作所などを相手にした同様の申し立てが続いた。

2007年7月に住友ゴム工業に対する申立が却下された後は、2008年7月に奈良県労委でのニチアス事件の救済命令をはじめ、2008年12月に神戸地裁で兵庫県労委命令の取り消し判決、2009年2月に神奈川県労委で山陽断熱事件の救済命令、同7月に本田技研事件の救済命令、11月に日産自動車事件の救済命令が続き、そして12月には本事件の大阪高裁判決と、団体交渉権を認める判決・命令が続いた。

いくつかの事件が中労委に再審査が申し立てられ、本件は最高裁に上告されたが、退職労働者の団体交渉権を認める流れは完全に定着したと言えるのではないかな。

● 実効性のある対抗手段を

しかし、強調しなければならないのは、この間に認められたのは団体交渉権に過ぎず、団体交渉で労働者たちが求めてきた要求内容が認められたわけではない。

これらの企業は、被害者と話し合うことすら、依然として拒否しているということである。

所詮この世の中で起こった紛争であれば、まず話し合って円満な解決を図るのが常道というものではないか。

この間何度も述べてきたように、たかだか団体交渉をするために、労働組合は地方の労働委員会、中央労働委員会、地方裁判所、高等裁判所、最高裁判所と続く長い道のりを踏まなければならない、多額の費用を負担しなければ、話し合いをすることすらできないのである。

私は以前から、労働法に違反した使用者には積極的に刑事罰を科すことを主張してきた。そのうえでいまは、団体交渉拒否という不条理を繰り返す企業に対しては、もっと積極的に損害賠償を求めたいことを提案したい。

私のささやかな経験では、団体交渉拒否に対する損害賠償は容認されてきた。労働組合法は、団体交渉拒否を不当労働行為と規定しているのだから、不当労働行為が認定された以上、「損害の程度と賠償の額がどの程度になるかはともかくとして」、労働組合に損害が発生していないとするのは、それこそ筋が通らないというものであろう。

アスベストの問題に限らず、一般論として、企業の団体交渉拒否という不当労働行為にあった労働組合の、損害賠償請求への積極的な参加を求めたい。



関西労働者安全センター
中村 猛

化学物質過敏症の病名登録

東京●今後の課題めぐりシンポジウム開催

10月31日、東京都豊島区“ECOとしま”において、「やったね！病名登録記念シンポジウム」が開催された（主催：実行委員会）。本シンポジウムは、10月1日に化学物質過敏症（以下CS）が病名登録されたのを記念し、今後の活動についてみんなで考えようという趣旨で企画されたもの。

当日は、実行委員会の予想をはるかに超える約250人もの方が参加された。発症者、その家族、支援者、医療関係者、市民、メディアなど多様な人々が、北海道から九州まで全国から駆けつけてくれた。

第1部基調講演、第2部パネルディスカッションに続いて、最後にシンポジウム宣言を採択して閉会した。今後、宣言を具体化した要望書を作成して、国に提出し、交渉の場を持つ予定である。

化学物質問題市民研究会は、実行委員会に参加して他の実行委員とともに6月から計画を進めてきた。当日の内容のうち、基調講演を紹介する。

● 基調講演(概要)

① 化学物質過敏症の歴史・現状・将来

石川哲先生（北里大学名誉教授）

CSが世に出てきたのは1990年頃から。それから20年経ち、いろいろな国々で知識は蓄積されてきている。「CSが存在するのは納得する」ということが、最近になって先進国では認められるようになった。

シックハウス症候群(以下SHS)とCSの両者を明確に線引きしてこれを分離し、定義、分類することは不可能である。これは2、3年前、外国の有名な先生Abou-Doniaからも論文に書いている。両者は重なり合い、互いに移行し合う症例がある。日本のみ、両者は異なるということを強調するめずらしい意見を唱える者がいる。

CSの定義に関しては、「1999年の合意(1999Consensus)」がとても大事である。

1. 症状：再発と再燃
2. この状態はしばらく続く
3. 低用量曝露過敏反応
4. 原因除去で症状改善
5. 化学物質にあまり関係ない物質でも反応する
6. 多臓器由来の症状を示す

日米では30歳～50歳代の女性患者が多く、患者数は日本では人口の0.7%くらい（内山巖雄氏らQEESI使用2000年調査）。USAの患者推定数は、3.5%とい

う最新発表がある。（M.Pall2009年10月）

2009年10月発刊の米国の中毒の教科書にMartin Pallワシントン州立大学教授が、“化学物質過敏症：中毒性の化学物質によって起こされた病気”を書いている。その中で、「CSは精神学的異常ではなく、化学物質により惹起され、生理学的、病理学的にも立派に証明される疾患である」と書いている。

北里研究所病院では、10数種類の臨床検査を実施して、SHS・CSの診断をしている。現在では、患者さんを早く発見すれば治せると自負している。

1998年と2004年の北里のデータを見ると、SHSの数は減少しているが、CSは減少せず、精神疾患群・その他の群で患者数が増加している。日本では、CS、SHSは終わったという考えがある。しかし、CSの発生は今も変わっていないし、前よりも症状が複雑で難しくなっている。

今後の医療問題

患者治療に真剣に対応している医師たち、看護師、検査士たちも大変な苦労の下で、CS診療を行っている。精神的、肉体的、ストレスなど枚挙に暇がない。病院外来、検査室（クリーンルーム）の閉鎖、検査室スペースの縮小、人員縮小、若手医師補充不可能、その他多くの難題が各現場にあり、じわじわと見えないう縮め付けが感じられる。この際、抜本的な手を打つ必要がある。皆さんの結束が必要だ。

② 健康保険のこと、今後の課題

宮田幹夫先生(北里大学名誉教授)

病名登録での利点

今回の病名登録の意義は、以下の点でひじょうに大きいと思う。公的活動がしやすくなる。診断書記載の抵抗感が減り、公的文書に使用しやすくなる。病名分類の精神疾患に入れられていない。中毒疾患に入れられたのは、ありがたい。医師の認知度が増える。正式病名になってはじめて医者が認識する。家族の認知度が増える。その結果、患者さんのストレスが減るのではないか。

病名登録後の問題点

病名登録後の問題点として以下の点があげられる。患者診察の収益性が非常に低い。医師の理解が得られるか。精神疾患との境界線のあいまいさをどうするか。客観的な検査異常所見がもっと必要。治療がどこまで保健診療で認められるか。

化学物質過敏症では、結果として精神症状を伴いやすいが、原因として精神疾患に入れられてしまいやすい。それは、この病気の患者は時間がかかるということからも、起こりやすい。

治療がどこまで保健診療で認められるか:ビタミンCなどの大量点滴療法(輸液チューブも特殊なものが必要)、酸素吸入療法、自宅酸素療法などは認められていない。内服薬(ビタミン剤、そ

の他)は、認められるかどうかは、保険請求してみなくては分からない。ダメな場合は病院の負担となってしまう。診察室の特設、入院施設の特設、転居、代替医療、栄養療法などにはお金がかかるが、認められない。

現在の保険制度では、一人の医者が日によって保険診療、自由診療を選ぶということではでき

ない。こうしたなかで、普通の内科医療機関での化学物質過敏症の患者さん受け入れは引き続き困難な状況が、今後も予想される。

詳しくは、<http://www.ne.jp/asahi/kagaku/pico/index.html>をご覧ください。



化学物質問題市民研究会
事務局長 安間節子

新型インフルの労災認定

韓国●タイ訪問し死亡した労働者

勤労福祉公団トンヨン支社は、2009年8月に海外文化探訪のためにタイを訪問し、新型インフルエンザに罹って死亡したチャ・某氏(56歳)に、業務上疾病と認定した。

造船所に勤めていたチャ氏は、8月1日から5日まで、会社の海外文化探訪の一環としてタイを訪問した。同月8日に微熱症状を示したチャ氏は、保健所を訪問して相談を受けたが、特異症状がなく、一般の風邪薬を服用した。しかし翌日、肺炎症状で救急病院を探し、新型インフルエンザの疑いで保健所に検査を依頼した。その後も続いて療養中だったが、同月15日に死亡した。チャ氏は、死亡当日に、新型インフルエンザの確定診断を受けた。

妻は「タイへ海外探訪中に新型インフルエンザに感染したと推

定され、海外探訪は事業主の指示ないしは承認でなされた業務の一環」として、10月に公団トンヨン支社に遺族手当を申請した。

疾病判定委員会は、チャ氏が地域社会で感染した可能性を完全に排除することは難しいが、△新型インフルエンザの多発国を訪問した後、潜伏期内に症状が発生した点、△同居家族・職場の同僚など、密接な接触が可能な人には新型インフルエンザの疑い、または確定診断者が発生していない点などを勘案し、「タイで感染した可能性が高い」という所見を明らかにした。

判定委員会の委員の多数は、旅行が使用者の支配下で行われたのであれば、業務と関連性があるとみることが妥当であるとした。

勤労福祉公団は9月、新型イ

ンフルエンザ感染の労災認定指針を策定して発表したところである。

一方、タクシーの運転をして新型インフルエンザに罹り、療養

申請をした後に亡くなったホ・某氏(58歳)に対する業務上申請の可否は、まだ決定されていない。

2009年12月23日 毎日労働ニュース チョ・ヒョンミ記者

国内報告例のない石綿を確認

日本●吹き付けバーミキュライトから

東京労働安全衛生センターの調査により、国内で施工された吹き付けバーミキュライト(ひる石)から、これまでに国内では報告例のない角閃石系石綿であるウインチャイト/リヒテライトがみつかった。2009年11月11日、第49回日本労働衛生工学会においてこの調査結果を、外山が発表した。

ウインチャイト/リヒテライトは、米国モンタナ州リビー鉱山が産出するバーミキュライト(ひる石)に不純物として含有することが知られており、米国では、鉱山労働者、バーミキュライト焼成工場労働者だけでなく、周辺住民に健康被害を発生させている。そのうえ、全米の住宅などの天井裏断熱材として使用されていることから、最悪の産業災害となることが予測されている。

今回の発表では、国内で施工された4つの建物に施工された吹き付けバーミキュライトからウインチャイト/リヒテライトが検出されたことで、このリビー産のバーミキュライトが輸入され、国内で施工された証拠となると考えられる。

日本国内の分析方法であるJIS A1481のバーミキュライト分析手法は、顕微鏡で繊維を確認せずにX線回折のみで判断するため、石綿ではない角閃石を石綿と誤認する可能性がある。また、0.5%未満の含有率の場合に含有なしとしてしま

う。日本のJIS規格の分析法では、石綿含有のないものをありと判断したり、石綿含有するものをないと判定しかねない。

吹き付けバーミキュライトは、膨大な戸数の公営住宅に残っている。いまなお大変大勢の人々がその下で生活している。今後、過去の輸入使用状況調査、分析方法の検討、現在の使用状況調査と対策を早急に実行する必要があると思われる。

東京労働安全衛生センター
外山尚紀

国内初米で被害の石綿

モンタナ産 香川の公民館など

検査すり抜けの恐れ

建設現場で採取された吹き付けバーミキュライト(ひる石)の分析結果が、国内では報告例のない角閃石系石綿(ウインチャイト/リヒテライト)の含有を確認した。この石綿は、米国モンタナ州リビー鉱山で産出するバーミキュライト(ひる石)に含まれている。リビー産のバーミキュライトは、米国では健康被害を発生させている。今回の調査では、国内で施工された4つの建物に施工された吹き付けバーミキュライトからウインチャイト/リヒテライトが検出された。この結果は、国内で施工された証拠となると考えられる。

2009年11月12日付け毎日新聞夕刊1面トップ
URの何気ない茶の間の天井吹き付けなどに...



角閃石系石綿の含有を確認した。この石綿は、米国モンタナ州リビー鉱山で産出するバーミキュライト(ひる石)に含まれている。リビー産のバーミキュライトは、米国では健康被害を発生させている。今回の調査では、国内で施工された4つの建物に施工された吹き付けバーミキュライトからウインチャイト/リヒテライトが検出された。この結果は、国内で施工された証拠となると考えられる。

全国労働安全衛生センター連絡会議（略称：全国安全センター）は、各地の地域安全（労災職業病センター）を母体とした、働く者の安全と健康のための全国ネットワークとして、1990年5月12日に設立されました。

①最新情報満載の月刊誌「安全センター情報」を発行しているほか、②労働災害・職業病等の被災者やその家族からの相談に対応、③安全・健康な職場づくりのための現場の取り組みの支援、④学習会やトレーニングの開催や講師の派遣等、⑤働く者の立場にたった調査・研究・提言、⑥関係諸分野の専門家等のネットワーク、⑦草の根国際交流の促進、などさまざまな取り組みを行っています。いつでもお気軽にご相談、お問い合わせください。

「労災職業病なんでも相談専用のフリーダイヤル：0210-631202」は、全国どこからでも無料で、最寄りの地域センターにつながります。

「情報公開推進局ウェブサイト：<http://www.joshrc.org/~open/>」

では、ここでしか見られない情報を掲載しているほか、情報公開の取り組みのサポートも行っています。

安全センター情報

セン

◎ 「安全センター情報」をご購読してください

月刊誌「安全センター情報」は、運動・行政・研究など各分野の最新情報の提供、動向の解説、問題提起や全国各地・世界の状況など、他では得られない情報を掲載しています。

例えば、2009年の特集のタイトルと特徴的な記事をあげてみれば、以下のとおりです。

2009年1・2月号	特集／過労死・過労自殺が問いかけるもの	改正救済法施行後の課題
3月号	特集／ナノ物質安全管理の現状と問題点	労災通院費の取り扱い改正
4月号	特集／欧州におけるストレス対策	派遣労働者の安全と健康
5月号	特集／精神障害等判断指針の一部改正	不正競争防止法改正案
6月号	特集／石綿健康被害救済法改正三周年行動	ワーカーズメモリアルデー
7月号	特集／AAC2009とA-BANの発足	石綿禁止台北宣言を採択
8月号	特集／日本の労働安全衛生 2008→2009	労災職業病統計、行政通達一覽
9月号	特集／被害者補償・救済制度の比較	石綿被害地域住民団体ネット
10月号	特集／総選挙後の課題	欧州における職業病①
11月号	特集／ANROAV・A-BANカンボジア会議	欧州における職業病②
12月号	特集／全国安全センターの厚生労働省交渉	救済法指定疾病の検討開始

●購読会費（年間購読料）：10,000円（年度単位（4月から翌年3月）、複数部数割引あり）

●読者になっていただけそうな個人・団体をご紹介下さい。見本誌をお届けします。

◎ 賛助会員になって活動を支えて下さい

全国安全センターの財政は、賛助会費と購読会費（購読料）、カンパで成り立っています。賛助会員には、私たちの活動の趣旨に賛同していただける個人・団体はどなたでもなることができ、賛助会費は年度単位で1口10,000円、1口以上何口でも結構です。賛助会員には、月刊誌「安全センター情報」をお届けしますので、あらためて購読会費を支払う必要はありません。賛助会員には、全国安全センター主催イベントへの参加や情報公開推進局ウェブサイト掲載資料の入手等について特典があります。

購読会費・賛助会費のお申し込みは、電話（03-3636-3882）・FAX（03-3636-3881）・Eメール（joshrc@jca.apc.org）で、氏名、送付先をご連絡のうえ、中央労働金庫亀戸支店（普）7535803、または、郵便払込口座 00150-9-545940—名義はいずれも「全国安全センター」—にお振り込みください。

全国労働安全衛生センター連絡会議

〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階

TEL(03)3636-3882 FAX(03)3636-3881 E-mail: joshrc@jca.apc.org

URL: <http://www.joshrc.org/> <http://www.joshrc.org/~open/>

- 東京 ● NPO法人 東京労働安全衛生センター E-mail center@toshc.org
〒136-0071 江東区亀戸7-10-1 Zビル5階 TEL(03)3683-9765 / FAX(03)3683-9766
- 東京 ● 三多摩労働安全衛生センター
〒185-0021 国分寺市南町2-6-7 丸山会館2-5 TEL(042)324-1024 / FAX(042)324-1024
- 東京 ● 三多摩労災職業病研究会
〒185-0012 国分寺市本町4-12-14 三多摩医療生協会館内 TEL(042)324-1922 / FAX(042)325-2663
- 神奈川 ● 社団法人 神奈川労災職業病センター E-mail k-oshc@jca.apc.org
〒230-0062 横浜市鶴見区豊岡町20-9 サンコーボ豊岡505 TEL(045)573-4289 / FAX(045)575-1948
- 群馬 ● ぐんま労働安全衛生センター E-mail qm3c-sry@asahi-net.or.jp
〒370-0846 高崎市下和田町5-2-14 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 E-mail KFR00474@nifty.com
〒950-2026 新潟市西区小針南台3-16 TEL(025)265-5446 / FAX(025)265-5446
- 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 E-mail roushokuken@be.to
〒466-0815 名古屋市昭和区山手通5-33-1 TEL(052)837-7420 / FAX(052)837-7420
- 三重 ● 三重安全センター準備会 E-mail QYY02435@nifty.ne.jp
〒514-0003 津市桜橋3丁目444 ユニオンみえ内 TEL(059)225-4088 / FAX(059)225-4402
- 京都 ● 京都労働安全衛生連絡会議 E-mail kyotama@mbox.kyoto-inet.or.jp
〒601-8015 京都市南区東九条御霊町64-1 アンビジャス梅垣ビル1F TEL(075)691-6191 / FAX(075)691-6145
- 大阪 ● 関西労働者安全センター E-mail koshc2000@yahoo.co.jp
〒540-0026 大阪市中央区内本町1-2-13 ばんらいビル602 TEL(06)6943-1527 / FAX(06)6942-0278
- 兵庫 ● 尼崎労働者安全衛生センター E-mail a4p8bv@bma.biglobe.ne.jp
〒660-0803 尼崎市長洲中通1-7-6 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 E-mail hyogounion@rouge.plala.or.jp
〒651-0096 神戸市中央区雲井通1-1-1 212号 TEL(078)251-1172 / FAX(078)251-1174
- 広島 ● 広島労働安全衛生センター E-mail hirosshima-raec@leaf.ocn.ne.jp
〒732-0825 広島市南区金屋町8-20 カナヤビル201号 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 E-mail rengo-tokushima@mva.biglobe.ne.jp
〒770-0942 徳島市昭和町3-35-1 徳島県労働福祉会館内 TEL(088)623-6362 / FAX(088)655-4113
- 愛媛 ● NPO法人 愛媛労働安全衛生センター E-mail npo_eoshc@yahoo.co.jp
〒792-0003 新居浜市新田町1-8-15 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 E-mail awatemon@eagle.ocn.ne.jp
〒861-2105 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レクタウンクリニック TEL(096)360-1991 / FAX(096)368-6177
- 大分 ● 社団法人 大分県勤労者安全衛生センター E-mail OITAOSHC@elf.coara.or.jp
〒870-1133 大分市宮崎953-I大分協和病院3階 TEL(097)567-5177 / FAX(097)503-9833
- 宮崎 ● 旧松尾鉱山被害者の会 E-mail aanhyuga@mnet.ne.jp
〒883-0021 日向市財光寺283-211 長江団地1-14 TEL(0982)53-9400 / FAX(0982)53-3404
- 鹿児島 ● 鹿児島労働安全衛生センター準備会 E-mail aunion@po.synapse.ne.jp
〒899-5215 始良郡加治木町本町403有明ビル2F 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 E-mail sh-net@ubcnet.or.jp
〒102-0085 千代田区六番町1 自治労会館3階 TEL(03)3239-9470 / FAX(03)3264-1432

