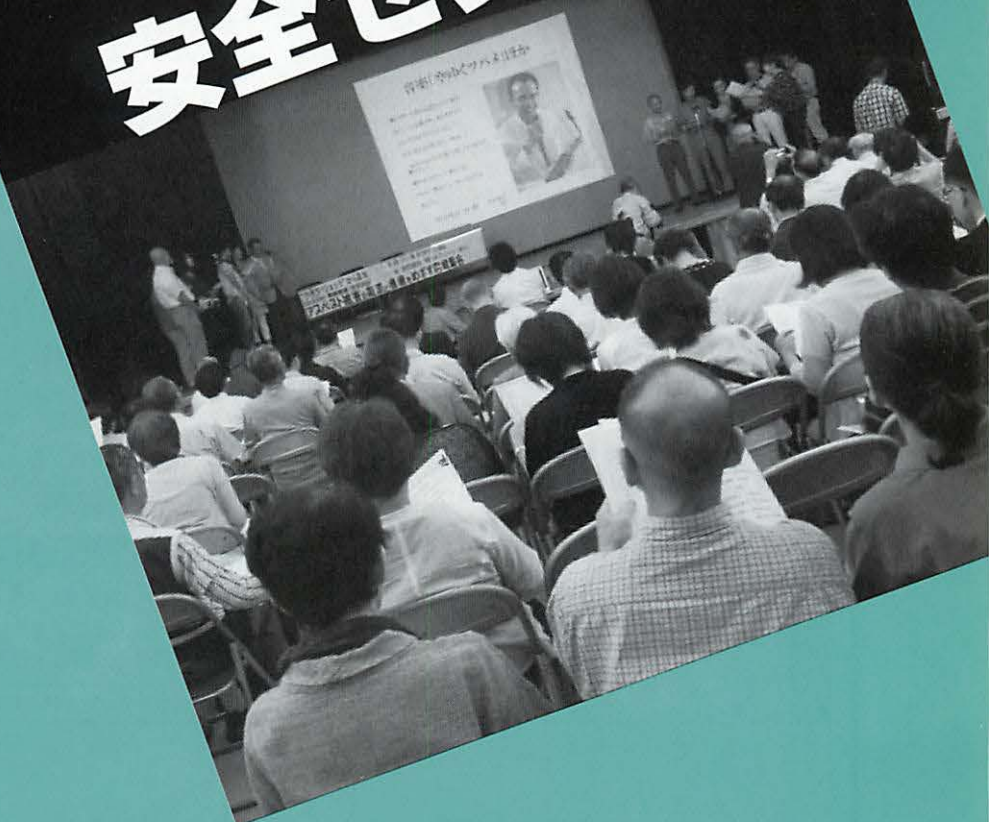


安全センター情報2013年10月号 通巻第409号
2013年9月15日発行 毎月1回15日発行
1979年12月28日第三種郵便物認可



2013 10

安全センター情報



特集● 脳・心臓疾患、精神障害の労災補償

写真：クボタ・ショックから8年 尼崎集会

アスベスト
公害の
真実の物語
序章

20世紀最大のストック型公害
震災方レキによる被害も取材
専門家も加えて討議を重ねた
ドキュメントとストーリー!!



2005年、兵庫県尼崎市、中皮腫を患う市民の声に端を発した「クボタ・ショック」、百年の歴史をもつ大阪府泉南地域のアスベスト被害の苦難……。アスベストの社会史を描き、環境リスクの問題解決にあたって、市民の行動が重要であることを説く。

監修／松田毅・竹宮恵子

制作／神戸大学人文学研究科倫理創成プロジェクト
京都精華大学機能マンガ研究プロジェクト

A5判、256頁 定価 1,375 (本体1,300)円
＜7月10日発売＞

◆ 監修者プロフィール ◆

竹宮 恵子 (たけみや・けいこ)

1950年徳島市生まれ。17歳の時、集英社「マーガレット」の新人賞に佳作入選、半年後「COM」の月例新人賞を受賞しマンガ家としてデビュー。徳島大学在学中に連載開始し、代表作に『地球へ...』『風と木の詩』『イスラエロン伝説』『天馬の血族』などがある。1980年、『地球へ...』『風と木の詩』で第25回小学館漫画賞受賞。同年『地球へ...』が劇場版アニメ映画化される。2000年より、京都精華大学マンガ学部マンガ学科(現マンガ学部マンガ学科)の専任教授に就任。

松田 毅 (まつだ・つよし)

神戸大学大学院教授(哲学専攻)。環境倫理分野関連では『応用哲学を学ぶ人のためにーリスクと安全の哲学』(世界思想社、共著)『環境学入門ー環境と倫理』(アドスリー、共著)『横浜鶴見区のアスベスト健康リスク調査における『登録もれ』に関する考察』(『倫理創成研究』4号)『シュレーダー=フレチット 環境リスクと合理的意思決定ー市民参加の哲学』(昭和堂、監訳)などがある。

コンテンツ

- 第1章 クボタ・ショック
- 第2章 アスベストの説明
- 第3章 洗濯曝露
- 第4章 工場労働者の話
- 第5章 アスベスト・ポリティクス
- 第6章 泉南
- 第7章 震災とアスベスト
- 第8章 労災
- 第9章 アスベスト・シンポジウム



かもがわ出版

〒602-8119 京都市上京区堀川通出水西入

TEL 075(432)2868 / FAX 075(432)2869

ホームページ <http://www.kamogawa.co.jp>

きりとり線

注文書

部数
冊

条件
委託

●京都・かもがわ出版 (075-432-2868)

石の綿
マンガで読むアスベスト問題
監修／松田毅・竹宮恵子

ISBN978-4-7803-0543-2 C0036 ¥1200E

(定価) 1365円
(本体価格1300円)

特集／脳・心臓疾患、精神障害の労災補償

認定件数連続して増加 精神認定基準策定の影響大

望まれる平均処理期間情報の公表

全国安全センター事務局 2

労働関連精神障害の認定

欧州10か国調査 16

労基法施行規則第35条専門検討会報告書 44

産業保健支援事業の在り方に関する検討会報告書 48

ルポ「1か月」～ニュースにならなかった日々～③

夫と孫を黒い津波に奪われて (上) 57

各地の便り/世界から

兵庫●クボタ・ショックから8年 尼崎集会に200人 59

タイ●ケーダー火災から20周年 ANROEV会議 62

厚労省●軽度外傷性脳損傷障害認定で新通達 63

大阪●ゴム手袋再生作業看護師の中皮腫二例目 66

神奈川●事業場名公表から造船労働者中皮腫 68

韓国●職業病リストの改訂 7月1日から施行 69

認定件数連続して増加 精神認定基準策定の影響大 望まれる平均処理期間情報の公表

厚生労働省は2013年6月21日に、2012年度分の「脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況まとめ」を公表した (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002coxc.html>)。

同省自身が指摘する2012年度の特徴は、以下のとおりである。

■ 「過労死」など、脳・心臓疾患に関する事案の労災補償状況

- ① 請求件数は842件で、前年度比56件の減。3年ぶりに減少した。
- ② 支給決定件数は338件（前年度比28件の増）で、2年連続で増加した。
- ③ 業種別（大分類）では、請求件数は、「運輸業、郵便業」178件、「卸売業、小売業」127件、「建設業」123件の順で多く、支給決定件数は「運輸業、郵便業」91件、「卸売業、小売業」49件、「製造業」42件の

順に多い。中分類では、請求件数、支給決定件数ともに「運輸業、郵便業」の「道路貨物運送業」127件、71件が最多。

- ④ 職種別（大分類）では、請求件数は「輸送・機械運転従事者」163件、「専門的・技術的職業従事者」133件、「サービス職業従事者」116件の順で多く、支給決定件数は「輸送・機械運転従事者」86件、「専門的・技術的職業従事者」62件、

図1 脳・心臓疾患及び精神障害の労災補償状況

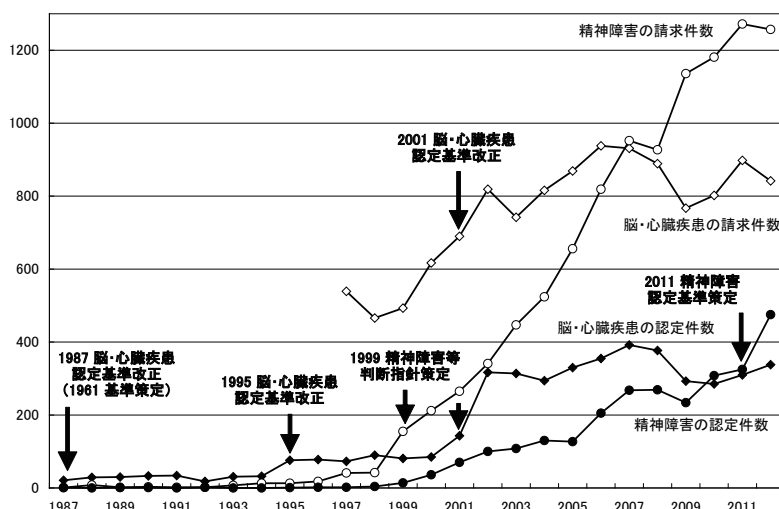


表1 脳・心臓疾患の労災補償状況

年度	脳血管疾患及び虚血性心疾患等									
	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②
	内死亡		内死亡		内死亡		内死亡		死亡	死亡
1998	466				90	(49)			19.3%	
1999	493				81	(48)			16.4%	
2000	617				85	(45)			13.8%	
2001	690				143	(58)			20.7%	
2002	819	(355)	785	(379)	317	(160)	468	(219)	38.7%	40.4%
2003	742	(319)	708	(344)	314	(158)	394	(186)	42.3%	44.4%
2004	816	(335)	669	(316)	294	(150)	375	(166)	36.0%	43.9%
2005	869	(336)	749	(328)	330	(157)	419	(171)	38.0%	44.1%
2006	938	(315)	818	(303)	355	(147)	463	(156)	37.8%	43.4%
2007	931	(318)	856	(316)	392	(142)	464	(174)	42.1%	45.8%
2008	889	(304)	797	(313)	377	(158)	420	(155)	42.4%	47.3%
2009	767	(237)	709	(253)	293	(106)	416	(147)	38.2%	41.3%
2010	802	(270)	696	(272)	285	(113)	411	(159)	35.5%	40.9%
2011	898	(302)	718	(248)	310	(121)	408	(127)	34.5%	43.2%
2012	842	(285)	741	(272)	338	(123)	403	(149)	40.1%	45.6%

年度	脳血管疾患									
	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②
	内死亡		内死亡		内死亡		内死亡		死亡	死亡
1998	309				47				15.2%	
1999	316				49				15.5%	
2000	448				48				10.7%	
2001	452				96				21.2%	
2002	541				202				37.3%	
2003					193					
2004					174					
2005					210					
2006	634	(123)			225	(51)			35.5%	41.5%
2007	642	(141)			263	(54)			41.0%	38.3%
2008	585	(112)			249	(65)			42.6%	58.0%
2009	501	(91)	442	(82)	180	(26)	262	(56)	35.9%	40.7%
2010	528	(112)	437	(110)	176	(48)	261	(62)	33.3%	40.3%
2011	574	(110)	470	(97)	200	(48)	270	(49)	34.8%	42.6%
2012	526	(96)	466	(89)	211	(39)	255	(50)	40.1%	45.3%

年度	虚血性心疾患等									
	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②
	内死亡		内死亡		内死亡		内死亡		死亡	死亡
1998	157				43				27.4%	
1999	177				32				18.1%	
2000	169				37				21.9%	
2001	238				47				19.7%	
2002	278				115				41.4%	
2003					119					
2004					122					
2005					120					
2006	304	(192)			130	(96)			42.8%	50.0%
2007	289	(177)			129	(88)			44.6%	49.7%
2008	304	(192)			128	(93)			42.1%	48.4%
2009	266	(146)	267	(171)	113	(80)	154	(91)	42.5%	42.3%
2010	274	(158)	259	(162)	109	(65)	150	(97)	39.8%	42.1%
2011	324	(192)	248	(151)	110	(73)	138	(78)	34.0%	44.4%
2012	316	(189)	275	(183)	127	(84)	148	(99)	40.2%	46.2%

表2 精神障害の労災補償状況

年度	精神障害									
	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②
	内自殺		内自殺		内自殺		内自殺		自殺	自殺
1998	42	(29)			4	(3)			9.5%	10.3%
1999	155	(93)			14	(11)			9.0%	11.8%
2000	212	(100)			36	(19)			17.0%	19.0%
2001	265	(92)			70	(31)			26.4%	33.7%
2002	341	(112)	296	(124)	100	(43)	196	(81)	29.3%	33.8%
2003	447	(122)	340	(113)	108	(40)	232	(73)	24.2%	31.8%
2004	524	(121)	425	(135)	130	(45)	295	(90)	24.8%	30.6%
2005	656	(147)	449	(106)	127	(42)	322	(64)	19.4%	28.3%
2006	819	(176)	607	(156)	205	(66)	402	(90)	25.0%	33.8%
2007	952	(164)	812	(178)	268	(81)	544	(97)	28.2%	33.0%
2008	927	(148)	862	(161)	269	(66)	593	(95)	29.0%	31.2%
2009	1,136	(157)	852	(140)	234	(63)	618	(77)	20.6%	27.5%
2010	1,181	(171)	1,061	(170)	308	(65)	753	(105)	26.1%	29.0%
2011	1,272	(202)	1,074	(176)	325	(66)	749	(110)	25.6%	30.3%
2012	1,257	(169)	1,217	(203)	475	(93)	742	(110)	37.8%	39.0%

表3 脳・心臓疾患の審査請求事案の取消決定等による支給決定状況

区分	年度	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
脳・心臓疾患	支給決定件数	4	4	4	8	16	10	11	13	3
	うち死亡	4	3	3	5	8	6	6	9	1

表4 精神障害等の審査請求事案の取消決定等による支給決定状況

区分	年度	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
精神障害等	支給決定件数	1	5	10	15	22	13	15	20	34
	うち自殺	1	4	8	10	11	11	7	10	15

「販売従事者」39件の順に多い。中分類では、請求件数、支給決定件数ともに「輸送・機械運転従事者」の「自動車運転従事者」152件、83件が最多。

- ⑤ 年齢別では、請求件数は「50～59歳」272件、「60歳以上」223件、「40～49歳」216件の順で多く、支給決定件数は「50～59歳」118件、「40～49歳」113件、「30～39歳」56件の順に多い。

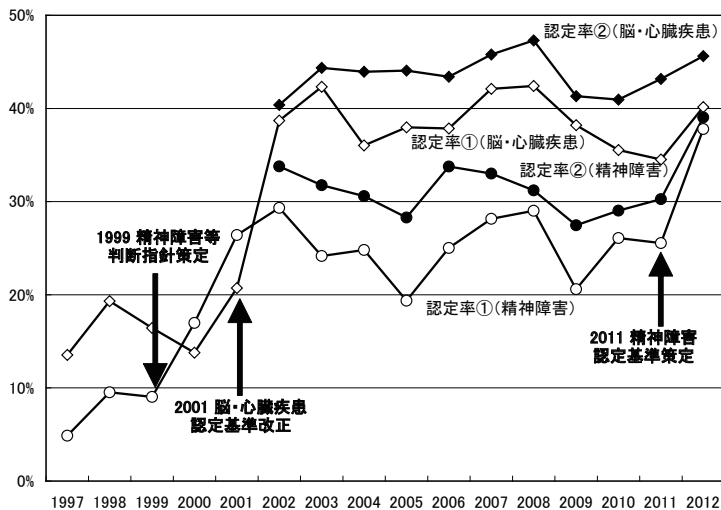
■ 精神障害に関する事案の労災補償状況

- ① 請求件数は1,257件で、前年度比15件の減となったが、引き続き高水準で推移。
- ② 支給決定件数は475件（前年度比150件の増）で、過去最多。
- ③ 業種別（大分類）では、請求件数は「製造業」225件、「医療、福祉」201件、「卸売業、小売業」196件の順で多く、支給決定件数では「製造業」

93件、「卸売業、小売業」66件、「運輸業、郵便業」「医療、福祉」とともに52件の順に多い。中分類では、請求件数、支給決定件数ともに「医療、福祉」の「社会保険・社会福祉・介護事業」111件、33件が最多。

- ④ 職種別（大分類）では、請求件数は「事務従事者」342件、「専門的・技術的職業従事者」274件、「サービス職業従事者」153件の順で多く、支給決定件数は「専門的・技術的職業従事者」117件、「事務従事者」101件、「サービス職業従事者」57件の順に多い。中分類では、請求件数、支給決定件数ともに「事務従事者」の「一般事務従事者」234件、65件が最多。
- ⑤ 年齢別では、請求件数は「40～49歳」387件、「30～39歳」370件、「20～29歳」242件の順で多く、支給決定件数は「30～39歳」149件、「40～

図2 脳・心臓疾患及び精神障害の認定率の推移



49歳」146件、「20～29歳」103件の順に多い。

- ⑥ 出来事別の支給決定件数は、「仕事内容・仕事量の(大きな)変化を生じさせる出来事があった」59件、「(ひどい)嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた」55件、「悲惨な事故や災害の体験、目撃をした」51件の順に多い。

また、増加件数は、「1か月に80時間以上の時間外労働を行った」(前年度比29件増)、「(重度の)病気やケガをした」(同27件増)、「上司とのトラブルがあった」(同19件増)、「セクシュアルハラスメントを受けた」(同18件増)、「(ひどい)嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた」(同15件増)の順に多い。

本誌では、今回発表されたデータだけでなく、過去に公表された関連データをあわせて紹介する。脳・心臓疾患及び精神障害等については、2002年以降毎年5～6月に、前年度の労災補償状況が公表されるようになっているが、公表内容は必ずしも同じではなく、表1及び表2の空欄は公表されていない部分である。

2010年5月7日から、わが国の「職業病リスト」(労働基準法施行規則別表第1の2(第35条関係))が改正された。それまで、包括的救済規定と呼ばれる「第9号=その他業務に起因することの明らか

な疾病」として扱われてきた脳・心臓疾患及び精神障害等が、「業務との因果関係が医学経験則上確立したもの」として、各々第8号、第9号として以下のように例示列举されたものである。これに伴い、旧第9号は第11号へと変更された(2010年4月号、9月号参照)。

脳・心臓疾患については、「第1号=業務上の負傷に起因する疾病」として扱われるものもあるため、過去に公表された2001年度以前分については、第1号と旧第9号を合わせた件数、及びそのうちの旧第9号

の内数が示されていたが、2002年度分以降の公表は、旧第9号(2010年度以降は新第8号)に関するものだけになっている。表1も同様である。

一般に、職業病リストへの搭載は、職業病労災補償の請求・認定を促進する効果が期待されるのだが、2010年のリスト改訂はメディアではまったくと言っていいほど報じられなかった。

わが国ではむしろ、労災認定基準の改定の方がメディアでも大きく報じられて、請求・認定件数の増加につながってきたと言ってよいだろう。その点では、2011年末の「心理的負荷による精神障害の認定基準」策定(1991年策定の「判断指針」は廃止)後に請求件数の増加がみられていないが、今後の推移が注目される。

「判断指針の標題は『精神障害等』となっており、『等』は自殺を指すものとされていたが、従来より、自殺の業務起因性の判断の前提として、精神障害の業務起因性の判断を行っていたことから、この趣旨を明確にするため『等』を削除した」が、「実質的な変更はない」とされている(2011年12月26日付け基労補発1226第1号)。

いずれにせよ、精神障害認定基準策定が、精神障害の認定件数の大きな増加につながったことは間違いない。

なお、行政手続法で定めることを義務付けられ

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災補償

表5 脳・心臓疾患の認定事例の分析(年度「合計」は1996～2012年度分の合計)

1 業種別

年度	林業	漁業	鉱業	製造業	建設業	運輸業	電気・ガス・水道・熱供給業	卸売・小売業	金融・保険業	教育・学習支援業	医療・福祉	情報通信業	飲食店、宿泊業	上記以外の事業	合計
2000	0	0	0	24	10	14	0	8	2	0	1			26	85
2001	0	0	0	34	12	28	0	23	2	3	5			36	143
2002	0	1	1	57	33	72	0	60	4	4	4			81	317
2003			5	50	32	82	0	62	6	5	8	8	11	45	314
2004			3	64	29	71		48	3	5	3	10	13	45	294
2005			4	60	35	85		57	3	5	4	5	22	50	330
2006			0	39	37	97		74	4	8	9	8	19	60	355
2007			3	74	50	101		65	1	9	15	6	21	47	392
2008			2	48	42	99		62	2	5	15	11	39	52	377
2009			1	32	30	85		46	2	2	9	9	21	56	293
2010			4	35	22	78		53	3	6	10	15	19	40	285
2011			3	41	37	93		48	3	1	10	5	26	43	310
2012			7	42	38	91		49	1	5	11	15	24	55	338
合計			40	658	441	1,047	1	690	42	66	116			1,054	4,155

注) 業種については、「日本産業分類」により分類。

2 職種別

年度	専門技術職	管理職	事務職	販売職	サービス	運輸・通信業	技能職	その他	合計
2000	15 17.6%	20 23.5%	16 18.8%	3 3.5%	3 3.5%	12 14.1%	6 7.1%	10 11.8%	85 100.0%
2001	25 17.5%	26 18.2%	18 12.6%	5 3.5%	6 4.2%	30 21.0%	20 14.0%	13 9.1%	143 100.0%
2002	41 12.9%	71 22.4%	57 18.0%	20 6.3%	17 5.4%	62 19.6%	34 10.7%	15 4.7%	317 100.0%
2003	40 12.7%	63 20.1%	32 10.2%	29 9.2%	29 9.2%	80 25.5%	34 10.8%	7 2.2%	314 100.0%
2004	53 18.0%	53 18.0%	20 6.8%	26 8.8%	17 5.8%	74 25.2%	42 14.3%	9 3.1%	294 100.0%
2005	44 13.3%	62 18.8%	33 10.0%	38 11.5%	23 7.0%	82 24.8%	34 10.3%	14 4.2%	330 100.0%
2006	44 12.4%	53 14.9%	49 13.8%	37 10.4%	25 7.0%	90 25.4%	44 12.4%	13 3.7%	355 100.0%
2007	71 18.1%	51 13.0%	33 8.4%	43 11.0%	29 7.4%	93 23.7%	57 14.5%	15 3.8%	392 100.0%
2008	59 15.6%	51 13.5%	42 11.1%	41 10.9%	40 10.6%	98 26.0%	39 10.3%	7 1.9%	377 100.0%
2009	36 12.3%	30 10.2%	37 12.6%	37 12.6%	26 8.9%	85 29.0%	35 11.9%	7 2.4%	293 100.0%
2010	40 14.0%	30 10.5%	44 15.4%	30 10.5%	28 9.8%	69 24.2%	31 10.9%	13 4.6%	285 100.0%
2011	37 11.9%	32 10.3%	27 8.7%	30 9.7%	32 10.3%	89 28.7%	49 15.8%	14 4.5%	310 100.0%
2012	62 18.3%	26 7.7%	30 8.9%	39 11.5%	36 10.7%	86 25.4%	43 12.7%	16 4.7%	338 100.0%
合計	602 14.5%	658 15.8%	507 12.2%	389 9.4%	317 7.6%	991 23.9%	516 12.4%	175 4.2%	4,155 100.0%

注) 職種については、「日本標準職業分類」により分類。

3 年齢別

年度	29歳以下	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60歳以上	合計	生存	死亡	合計
2000	4 4.7%	17 20.0%	28 32.9%	30 35.3%	6 7.1%	85 100.0%	40 47.1%	45 52.9%	85 100.0%
2001	8 5.6%	33 23.1%	38 26.6%	49 34.3%	15 10.5%	143 100.0%	85 59.4%	58 40.6%	143 100.0%
2002	19 6.0%	49 15.5%	90 28.4%	128 40.4%	31 9.8%	317 100.0%	157 49.5%	160 50.5%	317 100.0%
2003	13 4.1%	52 16.6%	83 26.4%	132 42.0%	34 10.8%	314 100.0%	156 49.7%	158 50.3%	314 100.0%
2004	16 5.4%	48 16.3%	78 26.5%	121 41.2%	31 10.5%	294 100.0%	144 49.0%	150 51.0%	294 100.0%
2005	15 4.5%	49 14.8%	95 28.8%	143 43.3%	28 8.5%	330 100.0%	173 52.4%	157 47.6%	330 100.0%
2006	11 3.1%	64 18.0%	104 29.3%	141 39.7%	35 9.9%	355 100.0%	208 58.6%	147 41.4%	355 100.0%
2007	16 4.1%	54 13.8%	115 29.3%	163 41.6%	44 11.2%	392 100.0%	250 70.4%	142 40.0%	355 100.0%
2008	8 2.1%	62 16.4%	116 30.8%	142 37.7%	49 13.0%	377 100.0%	219 58.1%	158 41.9%	377 100.0%
2009	11 3.8%	57 19.5%	90 30.7%	87 29.7%	48 16.4%	293 100.0%	187 63.8%	106 36.2%	293 100.0%
2010	5 1.8%	38 13.3%	96 33.7%	104 36.5%	42 14.7%	285 100.0%	172 60.4%	113 39.6%	285 100.0%
2011	7 2.3%	29 9.4%	95 30.6%	119 38.4%	60 19.4%	310 100.0%	189 61.0%	121 39.0%	310 100.0%
2012	9 2.7%	56 16.6%	113 33.4%	118 34.9%	42 12.4%	338 100.0%	215 63.6%	123 36.4%	338 100.0%
合計	160 3.9%	658 15.8%	1,240 29.8%	1,605 38.6%	492 11.8%	4,155 100.0%	2,337 56.2%	1,818 43.8%	4,155 100.0%

4 生死別

表6 精神障害の認定事例の分析(年度「合計」は1999～2012年度分の合計)

1 業種別

年度	林業	漁業	鉱業	製造業	建設業	運輸業	電気・ガス・水道・熱供給業	卸売・小売業	金融・保険業	教育・学習支援業	医療・福祉	情報通信業	飲食店・宿泊業	上記以外の事業	合計
2000	0	1	0	5	10	2	0	5	2	0	5			6	36
2001	0	0	1	16	8	6	1	9	2	1	11			15	70
2002	0	1	0	15	13	18	2	8	7	4	3			29	100
2003			1	27	10	9	0	11	3	3	11	9	7	17	108
2004			0	33	20	11		20	4	1	20	1	6	14	130
2005			0	26	12	15		16	9	2	13	10	6	18	127
2006			2	38	19	20		20	5	7	27	13	10	44	205
2007			0	59	33	24		41	13	8	26	11	6	47	268
2008			3	50	22	23		48	11	12	26	17	14	43	269
2009			2	43	26	23		36	10	4	21	12	15	42	234
2010			1	50	20	33		46	8	11	41	22	22	54	308
2011			5	59	35	27		41	8	11	39	13	25	62	325
2012			7	93	22	52		66	12	13	52	35	30	93	475
合計			24	516	256	264	3	368	94	77	295			772	2,669

注) 業種については、「日本産業分類」により分類。

2 職種別

年度	専門技術職	管理職	事務職	販売職	サービス	運輸・通信業	技能職	その他	合計
2000	12 33.3%	10 27.8%	2 5.6%	4 11.1%	1 2.8%	0 0.0%	3 8.3%	4 11.1%	36 100.0%
2001	16 22.9%	15 21.4%	11 15.7%	8 11.4%	4 5.7%	5 7.1%	8 11.4%	3 4.3%	70 100.0%
2002	21 21.0%	18 18.0%	19 19.0%	4 4.0%	13 13.0%	9 9.0%	11 11.0%	5 5.0%	100 100.0%
2003	29 26.9%	14 13.0%	9 8.3%	10 9.3%	12 11.1%	8 7.4%	24 22.2%	2 1.9%	108 100.0%
2004	43 33.1%	9 6.9%	14 10.8%	16 12.3%	11 8.5%	12 9.2%	24 18.5%	1 0.8%	130 100.0%
2005	40 31.5%	14 11.0%	17 13.4%	10 7.9%	13 10.2%	12 9.4%	20 15.7%	1 0.8%	127 100.0%
2006	60 29.3%	24 11.7%	34 16.6%	14 6.8%	17 8.3%	16 7.8%	33 16.1%	7 3.4%	205 100.0%
2007	75 28.0%	18 6.7%	53 19.8%	29 10.8%	10 3.7%	22 8.2%	60 22.4%	1 0.4%	268 100.0%
2008	69 25.7%	22 8.2%	45 16.7%	33 12.3%	27 10.0%	20 7.4%	51 19.0%	2 0.7%	269 100.0%
2009	65 27.8%	22 9.4%	40 17.1%	32 13.7%	14 6.0%	16 6.8%	44 18.8%	1 0.4%	234 100.0%
2010	73 23.7%	29 9.4%	61 19.8%	44 14.3%	35 11.4%	24 7.8%	39 12.7%	3 1.0%	308 100.0%
2011	78 24.0%	21 6.5%	59 18.2%	40 12.3%	38 11.7%	18 5.5%	64 19.7%	7 2.2%	325 100.0%
2012	117 24.6%	26 5.5%	101 21.3%	54 11.4%	57 12.0%	33 6.9%	56 11.8%	31 6.5%	475 100.0%
合計	702 26.3%	245 9.2%	465 17.4%	299 11.2%	253 9.5%	196 7.3%	441 16.5%	68 2.5%	2,669 100.0%

注) 職種については、「日本標準職業分類」により分類。

3 年齢別

年度	29歳以下	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60歳以上	合計	自殺	自殺以外	合計
2000	7 19.4%	8 22.2%	11 30.6%	6 16.7%	4 11.1%	36 100.0%	19 52.8%	17 47.2%	36 100.0%
2001	24 34.3%	20 28.6%	11 15.7%	11 15.7%	4 5.7%	70 100.0%	31 44.3%	39 55.7%	70 100.0%
2002	25 25.0%	25 25.0%	23 23.0%	20 20.0%	7 7.0%	100 100.0%	43 43.0%	57 57.0%	100 100.0%
2003	25 23.1%	40 37.0%	21 19.4%	19 17.6%	3 2.8%	108 100.0%	40 37.0%	68 63.0%	108 100.0%
2004	26 20.0%	53 40.8%	31 23.8%	16 12.3%	4 3.1%	130 100.0%	45 34.6%	85 65.4%	130 100.0%
2005	37 29.1%	39 30.7%	25 19.7%	20 15.7%	6 4.7%	127 100.0%	42 33.1%	85 66.9%	127 100.0%
2006	39 19.0%	83 40.5%	36 17.6%	33 16.1%	14 6.8%	205 100.0%	66 32.2%	139 67.8%	205 100.0%
2007	67 25.0%	100 37.3%	61 22.8%	31 11.6%	9 3.4%	268 100.0%	81 30.2%	187 69.8%	268 100.0%
2008	71 26.4%	74 27.5%	69 25.7%	43 16.0%	12 4.5%	269 100.0%	66 24.5%	203 75.5%	269 100.0%
2009	56 23.9%	75 32.1%	57 24.4%	38 16.2%	8 3.4%	234 100.0%	63 26.9%	171 73.1%	234 100.0%
2010	78 25.3%	88 28.6%	76 24.7%	54 17.5%	12 3.9%	308 100.0%	65 21.1%	243 78.9%	308 100.0%
2011	74 22.8%	112 34.5%	71 21.8%	56 17.2%	12 3.7%	325 100.0%	66 20.3%	259 79.7%	325 100.0%
2012	107 22.5%	149 31.4%	146 30.7%	50 10.5%	23 4.8%	475 100.0%	93 19.6%	382 80.4%	475 100.0%
合計	640 24.0%	869 32.6%	641 24.0%	400 15.0%	119 4.5%	2,669 100.0%	731 27.4%	1,938 72.6%	2,669 100.0%

4 自殺事例

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災補償

表7-1 脳・心臓疾患の支給決定件数の多い業種(中分類、上位15業種、2010年度以前は一部省略)

業種(大分類)	業種(中分類)	2012年度		2011年度		2010年度		2009年度	
		順位	件数	順位	件数	順位	件数	順位	件数
運輸業、郵便業	道路貨物運送業	1	71	1	75	1	57	1	65
建設業	総合工事業	2	22	2	24	3	14	3	18
サービス業(他に分類されないもの)	その他の事業サービス業	3	18	4	18	3	14	5	13
宿泊業、飲食サービス業	飲食店	4	16	3	19	3	14	3	18
運輸業、郵便業	道路旅客運送業	5	15	5	14	2	17	2	19
建設業	設備工事業	6	13	6	11				
卸売・小売業	各種商品小売業	7	11						
製造業	食料品製造業	8	10	11	6	13	6	14	5
製造業	電気機械器具製造業	9	8	8	8				
卸売・小売業	飲食料品小売業	9	8	10	7	6	12	9	8
医療、福祉	医療業	9	8	11	6				
情報通信業	情報サービス業	9	8						
卸売・小売業	その他の小売業	12	6	6	11	7	11	6	10
宿泊業、飲食サービス業	宿泊業	12	6	11	6				
情報通信業	映像・音声・文字情報制作業	12	6						
卸売・小売業	機械器具卸売業	12	6						
学術研究、専門・技術サービス業	技術サービス業(他に分類されないもの)	12	6						
サービス業(他に分類されないもの)	職業派遣・労働者派遣業	12	6						
卸売・小売業	機械器具小売業			8	8				
卸売・小売業	飲食料品卸売業			11	6			9	8
卸売・小売業	各種商品小売業			15	5	9	8		
医療、福祉	社会保険・社会福祉・介護事業					10	7	14	5

表7-2 脳・心臓疾患の支給決定件数の多い職種(中分類、上位15職種)

職種(大分類)	職種(中分類)	2012年度		2011年度		2010年度		2009年度	
		順位	件数	順位	件数	順位	件数	順位	件数
輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	1	83	1	85	1	65	1	84
販売従事者	営業職業従事者	2	21						
販売従事者	商品販売従事者	3	18	2	19	2	23	2	33
管理的職業従事者	その他の管理的職業従事者	4	17	2	19	7	11	6	9
事務従事者	一般事務従事者	4	17	8	10	3	21	3	25
サービス職業従事者	飲食物調理従事者	6	14	4	15	6	12	5	10
事務従事者	営業・販売事務従事者	7	11	5	12	4	20	6	9
建設・採掘従事者	建設従事者(建設躯体工事従事者を除く)	7	11	11	8	12	7	8	7
サービス職業従事者	その他のサービス職業従事者	7	11	15	6			8	7
保安職業従事者	その他の保安職業従事者	10	10	6	11	10	9	14	5
生産工程従事者	製品製造・加工処理従事者(金属製品を除く)	10	10	8	10	15	4		
専門的・技術的職業従事者	建築・土木・測量技術者	10	10	11	8	11	8	8	7
専門的・技術的職業従事者	情報処理・通信技術者	10	10	11	8	8	10	8	7
管理的職業従事者	法人・団体管理職員	14	7	6	11	5	17	4	17
専門的・技術的職業従事者	製造技術者(開発を除く)	14	7	15	6				
販売従事者	営業職業従事者			10	9	15	4		
サービス職業従事者	接客・給仕職業従事者			11	8	8	10	14	5
建設・採掘従事者	土木作業従事者			15	6				
運搬・清掃・包装等従事者	運搬従事者					12	7		
専門的・技術的職業従事者	製造技術者(開発)					14	5		
専門的・技術的職業従事者	教員					15	4		
専門的・技術的職業従事者	機械・電気技術者							8	7
専門的・技術的職業従事者	社会福祉専門職業従事者							13	6

表8-1 精神障害の支給決定件数の多い業種(中分類、上位15業種、2009年度は一部省略)

業種(大分類)	業種(中分類)	2012年度		2011年度		2010年度		2009年度	
		順位	件数	順位	件数	順位	件数	順位	件数
医療、福祉	社会保険・社会福祉・介護事業	1	33	2	19	1	20	5	10
運輸業、郵便業	道路貨物運送業	2	32	6	11	4	15	2	13
情報通信業	情報サービス業	3	25	9	9	3	16	3	11
卸売・小売業	その他の小売業	4	20	8	10	8	10	7	8
専門サービス業(他に分類されないもの)	その他の事業サービス業	4	20	13	7				
医療、福祉	医療業	6	18	2	19	1	20	3	11
宿泊業、飲食サービス業	飲食店	6	18	4	15	6	12	5	10
製造業	輸送用機械器具製造業	8	14	9	9				
建設業	総合工事業	9	12	1	22	8	10	1	15
製造業	金属製品製造業	9	12	9	9				
宿泊業、飲食サービス業	宿泊業	9	12			12	7		
サービス業(他に分類されないもの)	職業派遣・労働者派遣業	9	12						
教育、学習支援業	学校教育	13	11	12	8	12	7		
運輸業、郵便業	道路旅客運送業	13	11	13	7	6	12	9	7
不動産業、物品賃貸業	不動産賃貸業・管理業	15	10						
建設業	設備工事業			5	12	10	9	7	8
製造業	電気機械器具製造業			6	11			13	6
卸売・小売業	各種商品小売業			13	7	10	9	9	7
製造業	食料品製造業			13	7	5	13	13	6
卸売・小売業	機械器具小売業					12	7		
学術研究、専門・技術サービス業	専門サービス業(他に分類されないもの)					12	7	13	7

表8-2 精神障害の支給決定件数の多い職種(中分類、上位15職種、2009年度は一部省略)

職種(大分類)	職種(中分類)	2012年度		2011年度		2010年度		2009年度	
		順位	件数	順位	件数	順位	件数	順位	件数
事務作業者	一般事務従事者	1	65	1	39	1	36	2	25
専門的・技術的職業従事者	情報処理・通信技術者	2	30	4	13	7	13	4	13
販売従事者	商品販売従事者	3	29	2	22	2	33	1	27
輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	4	28	4	13	3	20	3	14
販売従事者	営業職業従事者	5	24	3	17	9	11		
事務従事者	営業・販売事務従事者	6	21	9	11	5	15	11	8
管理的職業従事者	その他の管理的職業従事者	7	18	15	8	8	12	5	10
生産工程従事者	製品製造・加工処理従事者(金属製品を除く)	7	18	15	8	9	11		
サービス職業従事者	その他のサービス職業従事者	7	18			15	6		
生産工程従事者	製品製造・加工処理従事者(金属製品)	10	16	11	10				
サービス職業従事者	接客・給仕職業従事者	11	15	8	12	12	9	12	7
専門的・技術的職業従事者	保健師、授産師、看護師	12	13	4	13	5	15	12	7
専門的・技術的職業従事者	製造技術者(開発)	13	11	15	8				
専門的・技術的職業従事者	製造技術者(開発を除く)	14	10						
サービス職業従事者	介護サービス職業従事者	15	9	9	11				
サービス職業従事者	飲食物調理従事者	15	9	14	9	13	8		
管理的職業従事者	法人・団体管理職員			4	13	4	16	5	10
専門的・技術的職業従事者	建築・土木・測量技術者			11	10	11	10	5	10
建設・採掘従事者	建設従事者(建設躯体工事従事者を除く)			11	10				
専門的・技術的職業従事者	社会福祉専門職業従事者					14	7	8	9
専門的・技術的職業従事者	機械・電気技術者							8	9
専門的・技術的職業従事者	その他の専門的職業従事者							8	9
販売従事者	販売類似職業従事者							14	5

ている標準処理期間については、新第9号=精神障害に係る療養補償給付、休業補償給付、遺族補償給付及び葬祭料に関しては8か月とし、これ以外は他の疾病（包括的救済規定に係るものを除く）に係る標準処理期間と同様に6か月とすることとされた（包括的救済規定に係るものに関しては定められていない）（2010年5月7日付け基発0507第3号-2010年9月号参照）。

2011年11月8日に公表された「精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会報告書」は、「今回の報告に基づく運用の改正により、認定の公正を確保した上で、審査が迅速化され、現在の約8.6か月という審査期間が、他の疾病と同様に6か月以内に短縮されることを期待するものである。あわせて、どのような場合に労災認定がなされるかが分かりやすくなることを通じて、業務により精神障害を発病した労働者から労災請求が行われ、認定の促進が図られることを期待する」とした。

フォローアップできるように、平均処理期間等の情報の公表を望みたい。

本誌では、「認定率」について、以下のふたつの数字を示している。

認定率①＝認定（支給決定）件数/請求件数

認定率②＝認定（支給決定）件数/決定件数（支給決定件数＋不支給決定件数）

もちろん認定率②の方が本来の「認定率」にふさわしいわけだが、これを計算できるデータは、2002年度以降分しか公表されていない。

5頁図2に、脳・心臓疾患及び精神障害等に係るふたつの認定率を図示した。

いずれの認定率も2012年度に上昇していることがわかる。とりわけ精神障害の認定率が急上昇して40%に迫りつつあることが注目される。これまで、精神障害の認定率は脳・心臓疾患と比べて10%以上低かったのが、その差も大きく縮まった。

しかし、これらの数字は、他に認定率を計算できる職業がん、上肢障害、被災害性腰痛よりは低い。図2には示していないが、脳血管疾患及び虚血性心疾患各々についての認定率②も、2009年度分

以降計算できるようになっている（表1）。

なお、表3及び表4で示した「審査請求事案の取消決定等による支給決定状況」中の支給決定件数は、表1及び表2の支給決定件数には含まれていない。

表5及び表6には、業種別、職種別、年齢別、生死/自殺別のデータを示した。請求件数・決定件数についても示されるようになってきているが、支給決定件数についてのデータのみを示している。

業種・職種の区分名称は公表時期によって多少異なっている。また、業種区分は2003年度分から、「林業」、「漁業」、「鉱業」がひとくくり（現在は「農業・林業・漁業・鉱業・採掘業・砂利採取業」）になり、「電気・ガス・水道・熱供給業」の区分がなくなり、「その他の事業」が「情報通信業」、「飲食店、宿泊業」、「上記以外の事業」に細分されるようになっている。「上記以外の事業」に分類されているのは、「不動産業、他に分類されないサービス業などである」とされている。

2009年度分から、請求件数・支給決定件数の多い業種・職種（中分類・上位15）が示されるようになったが、表7及び表8に支給決定件数についてのデータのみを示した。

2007年度分からは、「1か月平均の時間外労働時間数別支給決定件数」が公表されており、表9及び表10に示した。

また、「就業形態別決定及び支給決定件数」も2009年度分から公表されており、表11及び表12に示した。

さらに、前出の精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会に2009年度分データが提供された「精神障害等の出来事別決定及び支給決定件数」の公表が継続されている（表13）。

一方で、脳・心臓疾患は1996年度から、精神障害等は1999年度から、2002年度までの分については、性別及び疾患別のデータも公表されていたのだが、公表されなくなってしまったままである。

なお、都道府県別のデータについては、決定件数が2009年度分から公表されており、都道府県別認定率②が計算できるようになった。表14～



表9 脳・心臓疾患の時間外労働時間数(1か月平均)別支給決定件数(年度「合計」は2007～2012年度の合計)

区分	2008年度		2009年度		2010年度		2011年度		2012年度		合計	割合	死亡 合計	割合
	うち死亡		うち死亡		うち死亡		うち死亡		うち死亡					
45時間未満	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.1%	0	0.0%
45時間以上～60時間未満	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	4	0.2%	3	0.4%
60時間以上～80時間未満	21	10	17	11	18	6	20	8	20	4	124	6.2%	55	7.2%
80時間以上～100時間未満	131	62	119	44	92	36	105	43	116	50	698	35.0%	289	37.9%
100時間以上～120時間未満	103	41	76	20	84	36	58	24	69	28	481	24.1%	174	22.8%
120時間以上～140時間未満	49	22	30	15	31	12	46	17	50	14	245	12.3%	92	12.1%
140時間以上～160時間未満	31	11	19	6	13	4	16	5	16	9	129	6.5%	50	6.6%
160時間以上	24	6	18	6	20	10	21	4	31	9	149	7.5%	42	5.5%
その他	16	5	13	4	26	8	43	19	36	9	164	8.2%	58	7.6%
合計	377	158	293	106	285	113	310	121	338	123	1995	100.0%	763	100.0%

表10 精神障害の時間外労働時間数(1か月平均)別支給決定件数(年度「合計」は2007～2012年度の合計)

区分	2008年度		2009年度		2010年度		2011年度		2012年度		合計	割合	自殺 合計	割合
	うち自殺		うち自殺		うち自殺		うち自殺		うち自殺					
20時間未満	69	7	16	3	56	5	63	4	97	3	373	19.9%	27	6.2%
20時間以上～40時間未満	9	4	6	0	13	1	19	2	25	3	92	4.9%	17	3.9%
40時間以上～60時間未満	10	4	5	2	18	6	15	4	29	8	88	4.7%	32	7.4%
60時間以上～80時間未満	15	7	8	2	11	6	15	4	26	13	92	4.9%	41	9.4%
80時間以上～100時間未満	22	8	12	3	27	8	29	9	32	7	149	7.9%	46	10.6%
100時間以上～120時間未満	31	15	24	13	43	14	38	15	66	17	241	12.8%	94	21.7%
120時間以上～140時間未満	24	7	20	10	25	9	28	9	46	15	160	8.5%	54	12.4%
140時間以上～160時間未満	10	4	11	2	12	2	8	5	24	6	77	4.1%	23	5.3%
160時間以上	20	5	9	4	20	6	21	7	46	14	132	7.0%	45	10.4%
その他	59	5	123	24	83	8	89	7	84	7	475	25.3%	55	12.7%
合計	269	66	234	63	308	65	325	66	475	93	1,879	100.0%	434	100.0%

表11 脳・心臓疾患の就業形態別決定及び支給決定件数(「支給決定件数合計」は2009～2012年度の合計)

区分	年度	2010年度				2011年度				2012年度				支給決定件数 合計	割合	うち 死亡 合計	割合
		決定件数		支給決定件数		決定件数		支給決定件数		決定件数		支給決定件数					
		うち死亡		うち死亡	うち死亡		うち死亡		うち死亡	うち死亡		うち死亡					
正規職員・従業員	603	245	263	107	625	223	291	111	655	248	322	120	1,146	93.5%	442	95.5%	
契約社員	16	7	4	2	9	2	1	1	8	2	2	0	8	0.7%	3	0.6%	
派遣労働者	7	1	2	0	11	4	1	1	6	3	3	1	8	0.7%	2	0.4%	
パート・アルバイト	32	7	7	2	31	7	3	3	32	8	3	0	21	1.7%	6	1.3%	
その他(特別加入者等)	38	12	9	2	42	12	14	5	40	11	8	2	43	3.5%	10	2.2%	
合計	696	272	285	113	718	248	310	121	741	272	338	123	1,226	100.0%	463	100.0%	

表12 精神障害の就業形態別決定及び支給決定件数(「支給決定件数合計」は2009～2012年度の合計)

区分	年度	2010年度				2011年度				2012年度				支給決定 件数 合計	割合	うち 自殺 合計	割合
		決定件数		支給決定件数		決定件数		支給決定件数		決定件数		支給決定件数					
		うち自殺		うち自殺	うち自殺		うち自殺		うち自殺	うち自殺		うち自殺					
正規職員・従業員	948	160	280	61	939	168	303	66	1,067	196	433	92	1,223	91.5%	279	97.2%	
契約社員	21	1	11	1	39	1	7	0	36	1	11	0	29	2.2%	1	0.3%	
派遣労働者	23	2	3	0	24	0	3	0	31	2	10	0	20	1.5%	2	0.7%	
パート・アルバイト	64	4	11	1	56	3	10	0	68	2	17	0	53	4.0%	1	0.3%	
その他(特別加入者等)	5	3	3	2	16	4	2	0	15	2	4	1	11	0.8%	4	1.4%	
合計	1061	170	308	65	1074	176	325	66	1,217	203	475	93	1,336	100.0%	287	100.0%	

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災補償

表13 精神障害の出来事別決定及び支給決定件数一覧(年度「合計」は2009～2012年度の合計)

出来事 の 雛形	具体的な出来事	2010年度				2011年度				2012年度				合計		
		決定件数		うち支給		決定件数		うち支給		決定件数		うち支給		決定 件数	うち 支給 決定	認定 率
		自殺	自殺	自殺	自殺	自殺	自殺	自殺	自殺	自殺	自殺	自殺	自殺			
1 事故や災 害の体験	(重度の)病気やケガをした	66	4	16	2	77	5	18	1	97	4	45	3	309	95	30.7%
	悲惨な事故や災害の体験、目撃をした	75	2	32	0	93	0	48	0	93	2	51	2	325	168	51.7%
2 仕事の失 敗、過重な 責任の発 生等	業務に関し、重大な人身事故、重大事故を起こした	9	2	3	1	9	1	4	1	4	0	2	0	28	11	39.3%
	会社の経営に影響するなどの重大な仕事上のミスをした	19	7	4	4	8	5	2	2	21	11	7	4	61	18	29.5%
	会社で起きた事故、事件について、責任を問われた	22	5	6	3	10	3	2	1	11	2	5	1	53	16	30.2%
	自分の関係する仕事で多額の損失等が生じた	8	5	6	4	5	1	1	0	4	3	0	0	21	9	42.9%
	業務に関し、違法行為を強要された	5	0	2	0	10	0	0	0	7	0	2	0	25	6	24.0%
	達成困難なノルマが課された	10	3	6	3	4	5	6	4	9	4	3	2	29	18	62.1%
	ノルマが達成できなかった	10	4	2	1	13	5	4	2	7	2	2	0	37	10	27.0%
	新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった	9	1	4	0	11	4	8	1	4	1	2	1	33	18	54.5%
	顧客や取引先から無理な注文を受けた	4	0	1	0	7	1	4	1	5	1	2	1	19	9	47.4%
	顧客や取引先からクレームを受けた	28	7	10	6	26	7	6	2	35	6	13	4	103	35	34.0%
	大きな説明会や公式の場での発表を強いられた	2	1	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	7	1	14.3%
	上司が不在になることにより、その代行を任された	1	0	0	0	3	1	1	0	0	0	0	0	6	1	16.7%
3 仕事の量・ 質	仕事内容・仕事量の(大きな)変化を生じさせる出来事があった	153	38	66	18	134	43	52	24	125	34	59	19	574	257	44.8%
	1か月に80時間以上の時間外労働を行った					6	2	3	0	59	17	32	8	65	35	53.8%
	2週間以上にわたって連続勤務を行った					2	1	1	0	28	8	17	7	30	18	60.0%
	勤務形態に変化があった	3	1	1	1	4	0	0	0	1	1	0	0	11	1	9.1%
	仕事のペース、活動の変化があった	7	1	0	0	5	4	0	0	3	0	0	0	20	0	0.0%
4 役割・地位 の変化等	退職を強要された	26	3	10	2	23	1	5	0	31	3	8	0	100	26	26.0%
	配置転換があった	37	10	5	3	52	11	11	4	63	10	12	4	183	30	16.4%
	転勤をした	30	10	5	1	37	9	8	3	18	11	4	2	111	22	19.8%
	複数名で担当していた業務を1人で担当するようになった	15	2	9	2	7	3	1	1	7	0	3	0	34	13	38.2%
	非正規社員であるとの理由等により、仕事上の差別、不利益取扱を受けた	11	1	2	0	5	1	1	0	3	0	0	0	21	3	14.3%
	自分の昇格・昇進があった	13	3	3	1	12	5	2	1	9	2	1	0	45	6	13.3%
	部下が減った	2	1	0	0	3	1	0	0	1	0	0	0	7	0	0.0%
	早期退職制度の対象となった	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0.0%
5 対人関係	非正規社員である自分の契約満了が迫った					1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0.0%
	(ひどい)嫌がらせ、いじめ又は暴行を受けた	58	7	39	5	69	5	40	3	99	15	55	10	268	150	56.0%
	上司とのトラブルがあった	187	19	17	2	202	13	16	4	213	22	35	6	736	77	10.5%
	同僚とのトラブルがあった	34	3	0	0	35	4	2	0	42	9	2	1	130	4	3.1%
	部下とのトラブルがあった	6	1	1	1	3	1	2	1	8	3	4	2	20	7	35.0%
	理解してくれていた人の異動があった	1	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	6	0	0.0%
	上司が替わった	6	0	0	0	7	1	0	0	2	1	1	0	21	2	9.5%
	同僚等の昇進・昇格があり、昇進で先を越された	2	0	0	0	1	0	0	0	3	1	0	0	8	0	0.0%
6 セクシュアル ハラスメント	セクシュアルハラスメントを受けた	27	0	8	0	17	1	6	1	45	0	24	0	105	42	40.0%
7 特別な出来 事 注2		50	5	50	5	70	9	70	9	84	16	84	16	204	204	100.0%
8 その他 注3		124	24	0	0	102	23	0	0	71	13	0	0	445	30	6.7%
合 計		1,061	170	308	65	1,074	176	325	66	1,217	203	475	93	4,204	1,342	31.9%

注1 「具体的な出来事」は、平成23年12月26日付け基発第1226第1号「心理的負荷による精神障害の認定基準について」(以下「認定基準」という。)別表1による。認定基準が策定される前に決定した事案については、別表1の対応する出来事に対応して計上している。

2 「特別な出来事」は、心理的負荷が極度のもの等の件数である。

3 「その他」は、評価の対象となる出来事が認められなかったもの等の件数である。

表14 脳血管疾患の労災補償状況(都道府県別) (年度「合計」は2000～2012年度の合計)

	支給決定件数												認定率②				
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	合計	2009	2010	2011	2012	平均
北海道	7	5	4	9	8	13	8	11	4	7	10	93	68.8%	40.0%	41.2%	58.8%	53.3%
青 森	1	1		1	3	1			3	3	1	15		100.0%	100.0%	50.0%	87.5%
岩 手				1	3		2		1	2	4	13	0.0%	50.0%	100.0%	50.0%	53.8%
宮 城	4	5	3	5	1	2	6	2	7	12	6	55	16.7%	38.9%	60.0%	75.0%	46.6%
秋 田	1			1			2	1	1	1		8	50.0%	100.0%	50.0%		60.0%
山 形	1	3	1	1	1	1	1			4		14	0.0%		66.7%	0.0%	30.8%
福 島	3	1	2		4	1	1	4	1	3	3	26	57.1%	33.3%	50.0%	27.3%	40.7%
茨 城	3	4	8	4	2	6	8	1	5	1	6	48	14.3%	71.4%	16.7%	50.0%	40.6%
栃 木	4	2		3	4		6		1	5	1	27		100.0%	83.3%	100.0%	87.5%
群 馬	5			3	7	3	1	5	2	4	5	36	83.3%	40.0%	44.4%	50.0%	53.3%
埼 玉	12	5	12	14	12	12	5	7	4	4	6	102	46.7%	23.5%	30.8%	28.6%	31.8%
千 葉	2	2		9	8	13	7	10	2	7	9	75	55.6%	16.7%	43.8%	52.9%	44.4%
東 京	35	32	29	35	36	41	50	32	33	23	39	411	41.0%	45.2%	36.5%	51.3%	43.8%
神奈川	15	10	13	13	19	22	18	16	11	20	15	177	42.1%	35.5%	50.0%	42.9%	43.1%
新 潟	1	5	3	3	2	6	3	1			3	28	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	28.6%
富 山	1	2	5		5		2			5	1	22			100.0%	100.0%	100.0%
石 川			1	1	1	2	2	1	2	1		11	50.0%	33.3%	50.0%	0.0%	33.3%
福 井		2			2		1			3	1	10	0.0%		60.0%	100.0%	50.0%
山 梨		2	3	1			1		1	1		11	0.0%	100.0%	25.0%	0.0%	20.0%
長 野	1	2		1	4	1	5	1	1	2		18	20.0%	25.0%	33.3%	0.0%	22.2%
岐 阜	3	5	3	1	2	1	1	3	1		2	23	50.0%	33.3%	0.0%	40.0%	31.6%
静 岡	2	3	4	4	4	10	4	4	2	5	4	48	80.0%	33.3%	62.5%	44.4%	53.6%
愛 知	7	9	7	10	9	8	10	6	10	9	11	99	30.0%	45.5%	37.5%	44.0%	39.6%
三 重	4	7	3	4		2	2	2	2	1	1	30	25.0%	33.3%	25.0%	14.3%	24.0%
滋 賀	1	2	2	5	3	7	3	1	3	5	2	41	20.0%	75.0%	100.0%	50.0%	61.1%
京 都	7	5	4	3	9	10	4	4	8	5	7	74	15.4%	36.4%	21.7%	36.8%	26.7%
大 阪	22	16	22	17	23	32	28	17	19	18	20	249	33.3%	35.2%	40.9%	38.5%	36.8%
兵 庫	14	8	9	10	11	8	7	7	9	4	6	101	35.0%	47.4%	16.7%	33.3%	32.1%
奈 良	1	1	4	1	2	2	2	2	2	3	3	25	66.7%	28.6%	100.0%	60.0%	55.6%
和歌山	4	2	1	5	4	1	1	2	1	3		24	50.0%	100.0%	60.0%		60.0%
鳥 取	1			4		1	2	2			2	12	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	66.7%
島 根	1	2					1	1	1	1		7	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%
岡 山	4		3	7	3	3	4	2	1		2	29	50.0%	25.0%	0.0%	33.3%	31.3%
広 島	6	9	4	5	3	11	14	6	6	1	5	70	50.0%	46.2%	8.3%	50.0%	38.3%
山 口	2	1	1		1	3	2	2	2	2	1	17	40.0%	40.0%	50.0%	25.0%	38.9%
徳 島	3	3	1	1	1	2	1	1	4		2	23	33.3%	57.1%	0.0%	66.7%	43.8%
香 川	1	2	2		3	4	2	2	1	1	1	20	100.0%	50.0%	33.3%	33.3%	50.0%
愛 媛	1	2	1	2	2	2	1	2	1	6	4	26	40.0%	25.0%	100.0%	50.0%	56.5%
高 知		3		5	2	1	6	1	1	5	1	29	100.0%	16.7%	100.0%	50.0%	57.1%
福 岡	11	11	9	10	9	10	7	4	6	9	9	100	44.4%	46.2%	64.3%	60.0%	54.9%
佐 賀			1		2	1	2	1	2	1	1	12	33.3%	40.0%	100.0%	50.0%	45.5%
長 崎	2	5		3	1	6	3	2	2	3	4	35	100.0%	33.3%	42.9%	57.1%	50.0%
熊 本	3	7	5	4	4	4	4	4	6	1	3	46	40.0%	46.2%	9.1%	60.0%	35.9%
大 分		3	1	2	2	4	2	2	2	3	5	27	100.0%	40.0%	37.5%	100.0%	60.0%
宮 崎	1	1	1	2		2	1	1		4		14	20.0%	0.0%	80.0%	0.0%	35.7%
鹿児島	4	2	1			2	3	2	3	1	5	25	50.0%	75.0%	25.0%	55.6%	52.4%
沖 縄	1	1	1		3	2	3	5	2	1		21	62.5%	40.0%	33.3%	0.0%	44.4%
合 計	202	193	174	210	225	263	249	180	176	200	211	2,427	40.7%	40.3%	42.6%	45.3%	42.3%

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災補償

表15 虚血性心疾患等の労災補償状況(都道府県別)(年度「合計」は2000～2012年度の合計)

	支給決定件数												認定率②				
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	合計	2009	2010	2011	2012	平均
北海道	4	8	4	6	7	4	2	2	4	4	3	51	40.0%	44.4%	57.1%	27.3%	40.6%
青 森	1			1		1		1	2	1	3	10		66.7%	100.0%	60.0%	63.6%
岩 手				1					1			3	0.0%	100.0%			100.0%
宮 城		1	5	5	3	3	2	3	1	6	3	34	42.9%	20.0%	60.0%	37.5%	43.3%
秋 田		1			1	1	2		1	1		8		100.0%	100.0%	0.0%	50.0%
山 形	1			1		2	1	1	1		1	10	0.0%	100.0%	0.0%	25.0%	37.5%
福 島		2	3	5	1	1	1	1	2	5	1	26	33.3%	66.7%	71.4%	33.3%	56.3%
茨 城	4	1	2	2	2	3	3	2	1	3	5	28	66.7%	20.0%	60.0%	62.5%	52.4%
栃 木	2	1	1	1		3		0	1	1	2	14		33.3%	100.0%	66.7%	57.1%
群 馬	3	5	2	4	1	4	4	3	3	1		32	75.0%	50.0%	50.0%	0.0%	43.8%
埼 玉	4	6	5	2	7	4	8	7	5	5	3	59	46.7%	41.7%	45.5%	33.3%	42.6%
千 葉	6	3	1	6	3	3	6	4	4	1	1	42	40.0%	40.0%	10.0%	25.0%	29.4%
東 京	19	20	16	16	18	19	23	13	23	14	28	221	37.1%	47.9%	45.2%	63.6%	49.4%
神奈川	5	7	9	4	10	9	14	14	7	10	8	99	50.0%	41.2%	55.6%	42.1%	47.6%
新 潟			1	2	2	2	1	2	1	3		15	50.0%	0.0%	75.0%	0.0%	46.2%
富 山	1	1	1	1		1		2	1	1	3	14	50.0%	0.0%	100.0%	75.0%	70.0%
石 川	1		2		2				1	1	1	8		50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
福 井					1			1	1	2		5	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%	66.7%
山 梨		1	1		4		3	2	3		2	17	0.0%	75.0%	0.0%	40.0%	53.8%
長 野	1		1	1	3	1			1		2	10	0.0%	20.0%	0.0%	50.0%	21.4%
岐 阜	2	1	2			2	1			1	2	13	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	23.1%
静 岡	1	3	3	2	1	3	3	2	1		3	24	50.0%	33.3%	0.0%	75.0%	46.2%
愛 知	6	8	6	4	5	7	10	5	2	6	5	68	41.7%	25.0%	75.0%	50.0%	47.4%
三 重		2	1		3		1	1	1		2	14	50.0%	100.0%	0.0%	66.7%	44.4%
滋 賀	2	1	1	2	2	4	3	2	2	2		21	28.6%	100.0%	66.7%	0.0%	46.2%
京 都	5	4	3	4	3	5	2	3	5	3	2	43	33.3%	55.6%	30.0%	28.6%	37.1%
大 阪	4	14	14	10	15	14	10	7	8	13	16	129	25.0%	25.0%	41.9%	37.2%	32.8%
兵 庫	9	5	5	4	7	7	7	5	6	5	3	68	41.7%	54.5%	62.5%	27.3%	45.2%
奈 良	1		1	3		2	1		1	2	1	12	0.0%	100.0%	40.0%	33.3%	33.3%
和歌山	2	3		2	1	1	1	2	1		1	16	28.6%	33.3%	0.0%	33.3%	28.6%
鳥 取		1	1	1	1	1					1	9		0.0%	0.0%	50.0%	25.0%
島 根							1			1	1	3			33.3%	100.0%	50.0%
岡 山	3		2	3	2	1	1	2	3		1	19	50.0%	60.0%	0.0%	33.3%	35.3%
広 島	4	3	5	7	4	4	3	2		5	4	41	40.0%	0.0%	50.0%	100.0%	47.8%
山 口		1		4	3	3	1	1	1	2	3	20	33.3%	50.0%	100.0%	100.0%	70.0%
徳 島	2	3		1			1	1		2	1	11	100.0%	0.0%	50.0%	50.0%	40.0%
香 川	3	2	1		1	1	1	1			1	13	100.0%	0.0%	0.0%	50.0%	33.3%
愛 媛	5	2	1	3	2		2		2	1		21	0.0%	100.0%	33.3%	0.0%	37.5%
高 知	1	2			1	1		1				6	100.0%			0.0%	50.0%
福 岡	4	4	13	3	4	5	4	6	2	2	7	55	75.0%	25.0%	22.2%	87.5%	51.5%
佐 賀		1		3			2	2		2		12	66.7%		100.0%		80.0%
長 崎	2		1	1		2		1			2	10	25.0%	0.0%	0.0%	66.7%	25.0%
熊 本	2	1	3		2	2	1	5	1	3	2	22	83.3%	50.0%	60.0%	33.3%	57.9%
大 分	1		1		1	2		1	2	1	1	10	100.0%	66.7%	16.7%	50.0%	41.7%
宮 崎	2		1	2	2			2	3		1	13	40.0%	0.0%	0.0%	25.0%	40.0%
鹿児島	1	1	1	3	3		2	2	1		1	17	50.0%	25.0%		100.0%	44.4%
沖 縄	1			1	1	1		1	3			8	33.3%	75.0%		0.0%	50.0%
合 計	115	119	120	120	130	129	128	113	109	110	127	1,404	42.3%	42.1%	44.4%	46.2%	43.8%

表16 精神障害の労災補償状況(都道府県別) (年度「合計」は2000～2012年度の合計)

	支給決定件数												認定率②				
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	合計	2009	2010	2011	2012	平均
北海道	1	3	4	3	10	10	17	11	28	18	27	138	34.4%	48.3%	36.7%	55.1%	44.7%
青 森				2	1		1		1	1	3	10	0.0%	25.0%	25.0%	60.0%	33.3%
岩 手	2	1		1	1	3	2	2	3	1	5	22	0.0%	27.3%	25.0%	41.7%	37.9%
宮 城	6	2	3	3	1	6	7	12	13	22	22	98	60.0%	50.0%	57.9%	68.8%	59.5%
秋 田	1	2	2	2		2	2	3	5	3	1	25	75.0%	38.5%	27.3%	25.0%	37.5%
山 形			3			4	6	1	5	2	6	27	0.0%	50.0%	33.3%	66.7%	43.8%
福 島	1	3	2	1	2	4	4	3	3	6	11	40	25.0%	37.5%	42.9%	52.4%	41.8%
茨 城		1	3	4	3	2	6	3	13	13	11	64	30.0%	56.5%	46.4%	61.1%	50.6%
栃 木		2	1		2	5	3	1	5	3	4	26	25.0%	100.0%	50.0%	66.7%	61.9%
群 馬		3	1	2	5	5	4	3	3	2	3	32	60.0%	42.9%	20.0%	30.0%	34.4%
埼 玉	3	3	8	5	6	12	0	5	5	4	6	57	20.0%	20.0%	14.8%	13.3%	16.4%
千 葉	2	1	3	4	3	10	16	11	15	8	9	83	50.0%	34.9%	19.0%	22.0%	29.1%
東 京	23	16	8	12	33	50	40	33	40	42	90	404	23.2%	21.6%	28.8%	39.6%	29.3%
神奈川	16	10	17	5	26	26	18	15	19	34	46	238	20.3%	23.2%	33.7%	47.4%	32.2%
新 潟	2	2	3		4	1	10	4	5	4	4	41	66.7%	0.0%	44.4%	44.4%	47.2%
富 山							1		3		2	4	0.0%	60.0%	0.0%	40.0%	33.3%
石 川		1			4	3	1		2	1	2	14	0.0%	66.7%	50.0%	33.3%	35.7%
福 井				5	4	5	2	2	4	3	7	34	0.0%	40.0%	60.0%	70.0%	50.0%
山 梨	1		2	1	1	1		1	2	2	4	15	0.0%	25.0%	25.0%	30.8%	27.3%
長 野		1	2	4	4	2	2	4	4	4	4	33	57.1%	44.4%	20.0%	30.8%	32.7%
岐 阜			1		1	4	3	6		4	6	28	50.0%	0.0%	23.5%	60.0%	37.2%
静 岡		1	2	1	1	4	7	8	6	9	7	48	44.4%	40.0%	47.4%	41.2%	43.5%
愛 知	4	4	5	7	7	6	10	14	5	7	19	89	20.6%	7.1%	12.7%	22.9%	16.3%
三 重	1	2	1	2	2		3	3	2			17	16.7%	15.4%	0.0%	0.0%	9.1%
滋 賀	2	1	6	4	7	8	4		5	6	8	52	0.0%	55.6%	46.2%	53.3%	42.2%
京 都	4	1	2	6	6	12	10	12	12	14	18	98	29.3%	28.6%	31.1%	36.7%	31.6%
大 阪	6	6	16	19	22	23	22	26	21	21	36	227	21.7%	15.6%	17.2%	26.1%	20.2%
兵 庫	10	12	9	4	8	11	13	11	13	19	24	151	28.2%	37.1%	43.2%	45.3%	39.2%
奈 良	1	1	1	2		2	5	4	4	5	1	29	57.1%	40.0%	38.5%	20.0%	40.0%
和歌山	1		1				4	1	3	1		12	25.0%	25.0%	20.0%		23.8%
鳥 取					3					3	2	3	0.0%	0.0%	75.0%	50.0%	41.7%
島 根					1		1		2	1	1	6		100.0%	50.0%	50.0%	66.7%
岡 山	1	1	3	1	2	2	2	6	3	7	4	32	46.2%	21.4%	35.0%	40.0%	35.1%
広 島		3	4	1	4	2	11	2	5	8	16	59	12.5%	17.2%	21.6%	44.4%	26.3%
山 口	1		2	1	1	4	1	2	4	5	4	25	66.7%	80.0%	62.5%	57.1%	65.2%
徳 島					1		3	1	2		1	8	20.0%	40.0%	0.0%	50.0%	22.2%
香 川	2	1			1	4	3	1	1	2	3	18	20.0%	25.0%	50.0%	37.5%	33.3%
愛 媛	4	1	1	2	1	1	3	1	3	2	7	26	12.5%	42.9%	40.0%	41.2%	35.1%
高 知	1		1		1				3	4	6	7	0.0%	37.5%	40.0%	60.0%	44.8%
福 岡	1	10	2	12	8	10	4	7	8	10	16	92	31.8%	34.8%	34.5%	47.1%	38.0%
佐 賀			1		1	3	2	2	3	6	2	21	33.3%	37.5%	66.7%	50.0%	48.1%
長 崎	1	1		1	1	2	3	1	2	1	12	26	20.0%	28.6%	25.0%	66.7%	47.1%
熊 本	1	5	4	4	8	9	4	2	9	3	3	54	40.0%	52.9%	20.0%	18.8%	32.1%
大 分		5	2	2	1	2	1	2	2	3	3	25	25.0%	50.0%	23.1%	30.0%	28.6%
宮 崎		2	2	1	1	4	5	3	4	7	3	33	27.3%	0.0%	46.7%	21.4%	34.0%
鹿児島	1		2		4	1	1	2	2	1	1	18	28.6%	18.2%	20.0%	33.3%	23.1%
沖 縄				3	2	3	2	3	6	3	5	28	27.3%	50.0%	25.0%	83.3%	41.5%
合 計	100	108	130	127	205	268	269	234	308	325	475	2,637	27.5%	29.0%	30.3%	39.0%	31.9%

労働関連精神障害の認定

欧州10か国調査

はじめに

労働関連精神障害の問題は、予防の観点から定期的に検討されている。欧州レベルでは、上級労働監督官委員会(SLIC)が、2012年の情報・監督キャンペーンの焦点に心理社会的リスクを選んだ[2012年4月号参照]。欧州委員会も最近、来るべき労働安全衛生共同体新戦略の優先課題のひとつとして、心理社会的リスクに言及している。政府レベルでも、近年労働における心理社会的リスクがますます認められるようになっており、多くの国の職業リスク予防機関が、心理社会的リスクに関する研究を開発しており。企業や公共サービスにおいても、問題の具体的な諸側面(ハラスメント、心理的暴力、慢性ストレスなど)に関する数々のイニシアティブがとられるようになってきている。

欧州では、労働環境が身体的健康に対してだけでなく、労働者の精神的健康にも影響を与えることは、いまや一般に認められているものの、労働関連精神障害を職業病または労働災害として認定する問題については、一般的なコンセンサスはない。

いくつかの条件のもとで、精神障害はすでに労働災害または労働災害の続発症と認められる可能性がある。欧州では、業務上傷病保険は、災害の精神的または心理的続発症を対象としている。しかし、抑うつ病、集中・睡眠障害、単一のトラウマ的出来事ではなく、労働組織や労働条件、管理手法、暴力、または企業で実施された改革やリストラなどが原因と疑われる職務バーンアウト、などの障害に罹患したと報告する労働者の数は、いま増加している。

この現象の増加に直面して、保険機関はもちろん、政府、議会、政治的・社会的関係者らはここ数年、このような病気の職業病としての認定や補償支払いの妥当性を検討するようになってきている。

この課題については、いくつかの問題がある。

第1に、精神障害の多因子性が、労働と疾病との間の因果関係に難しい問題をもたらす。有害化学物質や物理的または生物学的因子が関係している比較的その労働関連原因を示しやすい、いわゆる伝統的職業病とは異なり、労働者のメンタルヘルスは、労働条件だけでなく、業務外のストレスからも影響を受け得る。換言すれば、家族・社会環境のなかですでに脆弱になっていたかもしれない個人の、精神障害の「決定的」または「本質的」原因が労働であったかどうかを、どうやって知るかということである。

第2に、労働と一定の精神障害との間に直接的因果関係がありうると認める欧州諸国にとっては、認定・補償手続の枠組みを決定するために、心理社会的リスクの概念の定義と因果関係の特徴付けに困難がある。

欧州10か国について実施された本調査は、精神障害が職業病及び労働災害双方として認定される可能性の概観を示した(第1章)後に、当該諸国における認定・補償手続に焦点を当てた(第2章)。次に、この現象の定量化(第3章)、多くの諸国における入手可能な統計(第4章)を示した。最後に、精神障害の職業病としての認定に関する現在の考え方をレビューした(第5章)。

本調査は、もっぱら労働関連精神障害の「保険」的側面、すなわち職業リスク保険機関による、と

りわけ職業病としての、被災者の認定と補償、にあてたものであることをおことわりしておく。それら機関から個人に提供される給付または心理社会的リスクの集団的予防は、いくつかの国ではこの特別の分野における保険者のもっとも重要な（または唯一の）権限であるかもしれないとしても、本調査では検討されていない。

本調査の範囲に関しては、心理社会的リスクに関連する精神障害に限定した（したがって、化学物質に関連する、すなわち毒物や有害溶剤による精神障害は除外している）。

「精神疾患」、「（労働関連）精神障害」、「精神障害」の用語は、可能な限り、当該国においてもっとも共通に使われる用語に従うように、厳密にではなくそれらの病理を指して使われている。

1. 労働関連精神障害の認定の可能性

大部分の欧州諸国には、労働災害・職業病のための特別の国の保険制度がある。この制度は、ほとんど常にもっぱら使用者の負担を財源とし、健康/障害保険制度とは別の機関によって管理され、被災者に支払われる給付はより手厚いという意味で特有である。

したがって、傷病が労働関連と認められることは、明らかに有利である。したがって、認定とその結果としての補償は、国によって異なる数多くの規則の対象になっている。それらは、疾病全体のなかでの精神障害の特性に関して、欧州内での様々な対応の仕方を対比させている。

オランダは、（中皮腫を除いて）職業リスクに対する特別の保険が存在しないために、補償目的の認定請求手続が存在していない、特別の事例であることを指摘しておかなければならない。このため、職業病に関する量的情報を得るためには他の情報源が必要である。統計を集めるために、国の職業病届出制度が設立され、産業医がオランダ職業病センターに（匿名で）報告することを義務付けられている（第3章認定の統計の3.1、第4章職業病と認定された精神障害事例の分類を参照）。

1.1 職業病としての認定

スペイン（1.2参照）とスウェーデン（以下参照）を除いて、本調査の対象となった特別の職業病保険制度をもつすべての国が、職業病の認定についての混合制度をもっている。これは、（程度の差はあるものの当該国で記録された疾病の職業起因の強い推定を伴う）国の職業病リストと、リストに登録されていない疾病のための認定の補完的システムの両方をもっていることを意味する。

職業病リスト・システムのもとでの認定

デンマークだけが、その職業病リストに精神障害を登録している。2005年に登録されたその疾病は、心的外傷後ストレス障害である。この障害は、「短期間または長期間の並はずれた脅威または破局的な性質の精神的外傷を与える状況または出来事」への曝露に起因するものでなければならない。職業病ガイドに示された曝露に関連する状況は、補完的システムのもとでの職業病委員会の以前の認定慣行とだいたい同じものであるが、リスト登録は請求のより迅速かつスムーズな処理を可能にする。

2005年1月1日以降に報告される職業病へのガイド（抜粋）

20. 心的外傷後ストレス障害（F.1）

20.1. リスト上の項目

疾病は職業病リストに含まれる（グループF、項目1）。

疾病 F.1. 心的外傷後ストレス障害

曝露 短期間または長期間の並はずれて不吉または破局的な性質の心的外傷を残す出来事または状況

20.2. 診断基準

疾病は、WHO国際疾病分類ICD-10：F43.1. にしたがって、以下の診断基準を満たさなければならない。

A：（短期間または長期間の）並はずれた脅威または破局的な性質のストレスの強い出来事または状況への曝露

B：1. 侵入的記憶における心的外傷の反復的想

起（「フラッシュバック」）または悪夢、2. 心的外傷を思い出させる状況への曝露に対する激しい苦痛

C: 心的外傷を思い出させるあらゆる行動の回避

D: 1. 心的外傷を残した経験に関する記憶の部分的または全面的喪失（記憶喪失）

2. 少なくとも以下の2つ以上を含む、過剰な警戒感を伴う自律神経の過剰な覚醒の永続的症状

a. 不眠

b. 興奮または怒りの爆発

c. 集中困難

e. 過度の驚愕反応

E: 障害が心的外傷を残す経験から6か月以内に生じていること

原則として、発病前6か月以内の並はずれた脅威または破局的出来事への曝露の基準を含め、疾病の診断基準を被災者が完全に満たさない場合には、心的外傷後ストレス障害の診断はできない。

診断の評価は、認定の基礎として、精神医学専門家によって行われる評価を考慮に入れなければならない。

並はずれた心的外傷及び/または症状像に関して診断基準を満たさないにもかかわらず、医学専門家が心的外傷後ストレス障害の診断を行う場合もある。例えば、並はずれたストレスの強い曝露が生じていなくても、心的外傷後ストレス障害の病理像と同等の症状像がある場合もある。

並はずれてストレスの強い精神的曝露の基準を含め、診断基準を満たしているかを評価するのは、全国労働災害理事会である。

（急性または詳細不詳のストレス障害を含め）ストレス障害、適応反応、うつ病、ストレス状況/症候群などの他の診断は、全国労働災害理事会が、病理像が心的外傷後ストレス障害という疾病に該当する—また基準を満たす—と判断した場合を除いて、リストの本項目の対象とはされない。しかし、異常な精神的ストレスの事例の場合には、多くの他の状況/疾病が、リストに登載されていないとしても、職業病委員会に提出された後に

認定されるかもしれない。

20.3. 曝露基準

疾病は、主として外部のストレスによって引き起こされ、おそらく永久的に精神的影響があるかもしれないと考えられている。診断自体に、曝露の性質の評価が含まれている。原則として、並はずれた脅威または破局的な性質という非常に重度のストレスに曝露したのでない限り、この診断をすることはできない。

20.4. 既存及び競合疾病/要因の例

職場におけるとりわけストレスの強い曝露とは何の関係もないが、全体的病理像と関連のある既存または競合疾病が存在している場合もあり得る。同様に、労働に関連した状況よりも他の状況が、ある患者の精神状況にとって重要である場合もある。既存または競合疾病の例としては、うつ病、不安、精神病または類似障害がある。

20.5. リストを適用しない請求の処理

心的外傷後ストレス障害という疾病だけが、リストの本項目の対象である。また、認定基準を満たす曝露がなければならない。

リストにない他の疾病または曝露は、特別な場合には、職業病委員会に請求を提出した後に認定される可能性がある。

以下の精神障害が、具体的評価の結果、外部のストレスによって引き起こされたものとみなされて、委員会に提出された後に認定されるかもしれない。

- ・ ストレス障害（急性ストレス障害、他のストレス障害及び詳細不詳のストレス障害を含む F43）
- ・ うつ病（単一うつ病エピソードを含む F32）。大部分のうつ病は一時的であり、障害の経過をフォローするのでない限り、より持続的タイプのうつ病と区別することができない。疾病が永久化する条件はない。
- ・ 全般性不安障害（他の不安障害 F41）
- ・ 恐怖症（恐怖症性不安障害を含む F40）
- ・ 強迫障害（強迫行動）
- ・ 身体表現性障害 F45（身体的原因の存在しない身体症状の愁訴）

- ・一定の精神病。しかし、持続的精神病は、一般的に主要原因が外部ストレス因子とは考えられない。
- ・破局的経験後の持続的人格変化 (F62) (疾病が心的外傷後ストレス障害によってカバーされない場合)。これらの精神障害が労働関連曝露によって引き起こされたとみなされるかどうかは、症状の出現、疾病の経過、精神的曝露の性質と程度を含め、具体的評価による。

適応障害と診断された精神疾患は、通常は職業病としての認定の資格はない。この診断は、非常に軽微な、不特定の一時的な精神的・精神的愁訴であり、通常は法律の定義に当てはまる現実的職業病とはみなされず、加えて非常に軽微な曝露の後でさえも発症する場合もある。

20.6. リストに基づいた決定の事例 (本調査の付録1参照-省略)

20.7. 災害と職業病の境界

長期間にわたって、例えば暴力、暴力の脅迫や同様の出来事などの多くの災害がある事例もあり、それらは災害とは区別して認定される場合がある。災害の結果としての精神障害の認定については、災害に対するガイドが参照される。災害のように扱われる出来事に加えて、認定されないストレスの強い出来事がある場合、諸出来事の経過全体を評価して-心的外傷後ストレス障害の認定基準を満たせば-疾病を職業病として認定することが可能であろう。しかし、前に認定された災害の結果として補償が与えられていた場合には、補償給付を決定する際に控除がなされるかもしれない。

デンマークの職業病ガイドの以上の抜粋が明記しているように、デンマークでは心的外傷後ストレス障害は、労働災害としても認定される可能性がある。職業病として (リスト・システムのもとで) または労働災害としての分類は、リスクへの曝露期間の長さによるだろう。

2005年以降のデンマークにおける認定手続 (付録1参照)は、いくつかの事例で、労働災害として及び職業病としての心的外傷後ストレス障害の事例

処理の間がやや不鮮明であり得ることを示している。したがって、デンマークで職業病と認定されたいくつかの事例が、他の国で労働災害として認定されることはありえなくはない。

補完的システムのもとでの認定

ベルギー、デンマーク (心的外傷後ストレス障害以外の精神障害について)、イタリア、フランスでは、精神障害が職業病として認定されうるのは、補完的システムのもとにおいてである。

実際にこれら4か国には、すでに現実にそのような事例を認めた、補完的システムが存在している。しかし、1980年代時点で事例が認定されたデンマークと、過去15年間にわずか2例しか認定されていないベルギーとでは、状況は非常に異なっている。

国の職業病リストに登録されていない疾病の認定のための請求すべてについてと同様に、これら諸国の規則は、疾病と職業活動との間の直接的かつ本質的関係の存在を示すことを求めている。第2章で、各国においてとられる認定手続について記述する。

スウェーデンは、単一の認定制度、立証システムだけをもっている。したがって、職業病リストはなく、すべての請求はケース・バイ・ケースで処理される。事例が認定されるためには、疾病の労働関連性の推定について、否定する場合よりも一層有力な根拠がなければならない。現実には、過去数十年間に、毎年多くの精神疾患の事例が認定されてきた。

スペインは、職業病リストに登録されていない疾病が、もっぱらその原因が労働パフォーマンスにあることを条件に、労働災害として認められるという点において、多少区別される国である。この種の補完的システムはまた、労働によって増悪された既存の疾病または状況とも関係している。

スペインの法令のもとでは、職業病リストに登録されていない疾病は、「労働によって引き起こされ、または増悪した非心的外傷性疾患」という概念のもとで、労働災害として認定されうる。

2010年以降、PANOTRATSSと呼ばれる専門の登録制度が設立された結果、このような事例は

労働災害とは厳格に区別することができる。精神障害は、非心的外傷性疾病として、労働災害として認定することのできる疾病の分類のなかに区分されている。

労働災害としての精神障害の認定は、2000年代以降行われてきた。しかし、事例は通常、保険機関がカバーする前に、最初に裁判所で認定されなければならないことに注意する必要がある。

職業病としての認定がない

本調査の対象となった3か国は現在、職業病としての精神障害の認定が認められていない。

フィンランドの場合、障害はまったく法的なことである。法令は、職業病を、労働における物理的、化学的または生物的因子によって本質的に引き起こされた疾病と定義している。フィンランドの職業病リストはたんに、職業病は一般条項として定義された、混合制度のもとで労働関連とみなされ得る疾病の事例の目録であり、心理的または心理社会的因子は含まれていない。

2001年9月から2003年6月の間、それらを認定・補償できるようにするために、職業病の定義に心理社会的因子を組み込むことの妥当性に関する専門委員会が、社会問題保健大臣によって設置された。しかし、社会パートナー、省、労災職業病保険機関、医学専門家の代表によって構成されたこの委員会は、労働における心理社会的ストレス因子と精神障害との因果関係に関して、知見や科学的・医学的証拠が不足しているからとして、全会一致でこれに反対する結論を下した。現在、労働組合だけが、職業病の定義に心理社会的因子を含むことを希望している。

ドイツとスイスでは、障害はどちらかといえば事実上不可能だということである。これらのどちらの国にも、理論的にはあらゆる疾病に対して開かれている、補完的システムがある。しかし現実には、これまでのところ不十分な知見や医学的・科学的証拠が、職業病としての精神障害の認定の請求に関する何らかの肯定的な決定を妨げている。

スイスでは、災害保険に関する連邦法第9条第2項によると、リスト外制度のもとで、排他的にまたは

主として労働を行うことが原因であると証明されているその他の疾病は、職業病とみなされる。

この条件は、疾病における労働の原因的役割が少なくとも75%の割合に達している場合に満たされ、それは、優勢可能性基準にしたがって証明されなければならない。また、確立された法的手続にしたがえば、職業病のこの条件は、問題の職業に典型的な状況、すなわち問題の職業集団についての発症率が、一般人口のなかで記録されたものよりも4倍高いことを示唆している。

ドイツでも、保険機関は、労働が原因の可能性のある精神障害についての知見の不十分さや、曝露基準の定義の欠如のために、両者の因果関係の判定ができないことを強調している。また、スイスと同様に、一般人口よりも曝露している職業/労働者集団の状況が、補完的システムのもとで精神障害を認定することができないようにしている。

1.2 労働災害(または労働災害の続発症)としての認定

欧州のいずれでも、多くの精神障害が労働災害としてカバーされている。このことは、被災者の補償の水準には何ら影響を及ぼさず、リスト外職業病の場合よりも証明しやすい。しかし、災害の概念は突然という意味を含んでいることから、対象となる疾病は限られてくる。

一般的ケース

本調査の対象となったすべての国で、精神障害は労働災害として認定され得る。明らかにすべての国が、この点に関して同じ立場をとっており、短期間の予期しない心的外傷を残す出来事が精神障害の原因であることが必要とされる。それは通常、暴力行為(武器を持った強盗、職場における襲撃など)や交通事故または同僚の事故との関わり起因する心的外傷である。そうした状況において遭遇しやすい精神障害は、心的外傷後ストレス障害である。

労働災害としての精神障害の認定のための本質的要件はすべての国でみられるものの、同じ方法で表現されているわけではない。

ベルギーでは、必要とされるのは、職場または通勤途上のいずれかにおける、労働契約の枠内でのその遂行に起因する突然の出来事（精神的危害）である。リスク曝露の継続は、24時間未満でなければならない。

デンマークでは、突然の出来事、または最大で5日間にわたって起こった出来事に続く精神障害でなければならない（5日を超えた場合、または災害が繰り返された場合には、当該精神障害はリスト・システムのもとで職業病として審査される）。

イタリアでは、必要とされるのは、最大で1労働周期（約8時間）にわたって起こった精神的出来事である。

フィンランドでは、並はずれた脅威または破局的なストレスの強い出来事または状況に続いて生じた心的外傷後ストレス障害は、ICD-10の診断基準を満たしていることを条件に、労働災害として認定される。心的外傷後ストレス障害の補償基準は、2014年に公布される予定の、労災職業病保険制度を改定する次の法律のなかで、公式に設定される予定である。

スウェーデンは、被災者の心的外傷を引き起こした予期しない出来事の結果である場合に、精神障害（通常心的外傷後ストレス事例）を労働災害として認定している。それは、職場における暴力、暴力の脅迫またはショックを引き起こすその他の経験（ソーシャルワーカー、看護師や商店・銀行の要員でかなり頻繁にある）といった問題であり得る。

フランスでは、精神障害を生じさせた災害的出来事は、突然の出来事、すなわち「異常」として定義できる日付と明確さ（時間－日付－場所）でなければならない。ふつう精神障害を引き起こすような災害的出来事の性質は、物事の通常のコースからの極端な変化か、出来事の突然性、予見不能または例外性のいずれかである。

一方で、例えば、たんなる作業命令、通常かつ「合理的」状況での評価の質問、労働の質に対する使用者の不満、地位の変化、労働法令にしたがった状況での懲戒的質問や解雇などの、通常の労働条件に相当する状況は、災害的出来事とはみなされない。

スイスでは、連邦裁判所によれば、被保険者の面前で起こった、突然の恐怖を起こすような、ある種の病的体質から精神的ショックに対する抵抗の相対的に弱い者、または通常と考えられる気質の被保険者のいずれかの精神バランスを乱す、重大な暴力の劇的出来事への曝露の結果である場合、純粋に精神的な危害（「心理社会的な外傷」）は災害である。

この国では、災害保険制度は、職業病に加えて、非労働関連災害と労働関連災害の双方をカバーしていることから、災害が労働関連と分類されても被災者に追加的給付はないことを指摘しておく。

ドイツでは、最初の条件は、精神障害が客観的に診断され、かつ国際的に認められた診断・分類制度（ICD-10、DSM IV）の枠組みの中で分類され、また、健康に対する障害を伴っていることが客観的に確立されなければならない。信頼できる診断が確立された後、機能障害が判定されなければならない。持続する健康障害の種類、強度または重度が具体的に、個々の事例について提供されなければならない。

また、診断された精神障害が主として特定の災害（心的外傷）によって引き起こされたこと、またはその心的外傷が当該精神障害の原因のひとつであることの－十分な蓋然性をもった－証明が提供されなければならない。個々の事例について、原因と結果のこの因果関係を評価することは困難かもしれない。すべての事例において、これは特定の精神障害に関する科学的知見の現状に基づいて行われなければならない。被災者とその健康状況が個々に考慮されなければならない。第1に、この種の災害が－現実にもた一般的に－当該精神障害を引き起こしうるかがチェックされなければならない。第2に、災害に関して知り得るすべての事実と、障害に寄与する可能性のある職場外のすべての状況に基づいて、災害によって引き起こされた心的外傷が被災者の障害の原因または原因のひとつであることが、十分な蓋然性をもって証明されなければならない。

とりわけ因果関係基準として、災害の客観的重度（事象の種類と程度）、状況の主体的体験（出来

事の時間的順序や事象後のふるまい)、問題の疾病の関連する特徴と比較した人格構造の評価を認定する先例が確立している。この点において、確立された既往状況、当該疾病に都合のよい気質(偶発的原因)、二次的動機(労働生活から離れる願望や金銭的補償の獲得)もまた重要である。

災害の法的定義に基づいて、精神障害が労働災害としての認定を許す災害は、1労働シフトを超過しない「単一」の出来事でなければならない。これが、ハラスメント(いじめ、長期間続く職場における葛藤関係)によって引き起こされた精神障害が労働災害として認定されない理由である。

さらに、労災職業病制度の法律専門家は最近、連続的災害の法的分類及び長期間にわたり繰り返されたショックの結果としての心的外傷の認定の問題に対する見解を提供しようとしている。問題は、心的外傷を引き起こした厳密なエピソードの確認が不可能であっても、こうした事例に対して補償ができるようにすることである。

スペインに関しては、この国は、その性質によって、労働災害としての、厳密に言えば突然の出来事によって引き起こされた心的外傷事例の認定(他の欧州諸国と比較できる可能性)と、感情障害、恐怖・神経障害、身体的または器官的欠損を伴う行動障害や人格障害の場合の労働災害の特別な範疇である「労働に起因する非心的外傷障害」としての認定の、精神障害を労働災害として認定するためのふたつの手段を提供している(1.1参照)。

精神障害を労働災害及び職業病の両方として認定することのできる諸国(すなわちベルギー、デンマーク、フランス、イタリア、スウェーデン)では、二つの分類の境界が特別の問題を生じさせているように思われる。調査手法の相違は、時間内の原因となる出来事及びその突然、独特の性質、短期間の出来事を確認する可能性であり、「短期間」は国によって多様であり得る。

自殺及び自殺未遂の特別な事例

職場におけるまたは労働によって引き起こされたと申し立てられる自殺の事例は1990年代に現われ、少数の国では最近頻繁になっている。こうした

出来事が労災職業病保険制度でどのように扱われているか、すなわち自殺が労働災害として区分され得るか、自殺が職場で労働中に起きた場合に業務起因性の推定が適用され得るか、労働の遂行と自殺との間の因果関係の評価方法について尋ねることは合理的である。

大部分の諸国で、自殺は、職業リスク保険制度によってカバーされ得るものの、法的アプローチや認定の可能性を支持する主張は、国によって大いに異なっている。認定が司法判断によるもので、当初請求を却下した保険機関に対して下されることも多い。

ベルギーとフランスでは、自殺は、通常の災害と同じように処理される。その労働関連性は、労働契約の履行と関連している場合に認定される。また、労働関連性の推定は、労働時間中に職場で行われた場合に適用される。

フランスでは、労働者が労働時間中に職場で自殺した場合、労働時間中に職場で起こったあらゆる傷害の場合と同様に、その自殺が労働関連の原因によるものであるという法的推定がある。補償を拒否するためには、保険機関は、労働条件が死亡の発生にまったく関係していないこと、換言すれば自殺による死亡が労働とまったく関係のない原因によるものであることを証明しなければならない。

自殺が労働時間外または職場外で起きた場合、死亡の労働関連性の認定請求を行うのは通常受益者である。死亡と労働との間の因果関係の証拠を提供しなければならないのも彼らである。

責任転嫁[presumption of imputability]の推定があるかどうか、保険機関は常に両者の存在を調査する。質問調査が行われ、それによって宣誓した職員が、法的受益者、被災者の同僚、産業医、使用者及び/またはその代表(人事部長など)に面会する。医学的意見(病状、病気休業、労働災害または職業病など)を求められた顧問医師は、社会保障給付歴を含んだ医療記録を自由に使うことができる。保険機関の管理者や顧問医師は会合して、死亡の労働関連性を認定するか否かの決定の準備をする。

責任転嫁の推定がある場合には、収集した情報

に基づいて、保険機関は自殺による死亡の労働関連性を認定しないことがあるかもしれない。一方で、みつかった遺書にはっきり述べられ、家族や同僚の聴取によって確認されるために、(責任転嫁の推定を除いて)労働時間外に自宅で亡くなった者の事例が認定されることもあるかもしれない。

決定が争われた場合、労働条件が死亡に役割を果たしたかどうかを評価するのは裁判官である。保険機関は、立証責任を転換するためには決定の情報を提供しなければならない。

原因となった出来事を正確に日時を特定できる場合、自殺は労働災害として認定され得る。ほとんどすべての認定された事例がこれである。正確な原因となった出来事がない場合、通常の労働条件による重篤なうつ病の最終段階として職業病として認定される場合もあるが、このような事例はまれである。最後に、通勤災害として認められた自殺が数例ある(3.3参照)。

ベルギーでは、自殺は、労働契約の履行または労働災害の結果と関係がある場合に、労働災害として認定され得る。フランスの場合と同様に、自殺が職場で労働時間中に行われた場合には、(簡単な)労働関連性の推定がある。保険会社(労働災害の保険者)は、自殺がまったく個人生活の状況を原因とするものであることを示すことによって、反対の証拠を提供することができる。この証明は、被災者の遺書、うつ病の治療、または大きな家族問題がない場合には困難かもしれない。また、認定を阻止するためには、保険者は、当該自殺が意識のある計画的な行為であることを示さなければならない。

最後に、法的受益者が、被災者に影響をもたらした労働災害または職業病と、被災者を自殺にみちびいた精神状況との間に因果関係があることを示せた場合には、当該自殺は問題の職業リスクの結果(職業病の場合であっても)として認定され、法的受益者はそれによって補償されることになる。

スペインでは、自殺は、決心につながった感情の状態が被災者の労働条件と直接的に関係していることが示されることを条件に、労働災害として認定され得る。保険機関(mutuas)と裁判所双方の決定は、1970年代まで系統的に否定的であったこ

とを指摘することができる。それ以降、保険者は因果関係が明らかな事例を認定しているが、保険者に認定を強いているのは通常は裁判所である(訴訟の場合には、反対の証拠を提供するかどうかは保険者次第である)。

認定を得るためには、被災者が理性的かつ意図的に行動したのではないこと、及び、引き起こされた危害と遂行された労働との間に原因と結果の関係があることを証明することが重要である。

－意図の不存在：自殺が被災者による理性的行動の結果であってはならない。意図の不存在は、自殺が疎外プロセスの最終段階であり、被災者の動機や意志力の劣化を示唆する病理的または抑うつプロセスに従ったものである場合に言及される。これは、自ら課した危害を労働災害として分類するためには、事前に自ら危害を課することをみちびいた精神障害または精神劣化状態があることが重要であると言うに等しい。

－原因と結果の関係：自殺行為が意図的でなく、意識や動機の劣化を伴っているに加えて、労働と危害との間の原因と結果の関係の存在が示されなければならない。原因と結果の関係の存在は、ケース・バイ・ケースで、関係するあらゆる因子を十分考慮して評価することが必要である。

原因と結果の因果関係の例：

医学的診断によって、過剰な労働に関連した不安と会社によって課された労働率により抑うつ障害が引き起こされたことが示された、労働者による自殺が、労働災害とみなされた。

労働者によって降格かつ迫害と受けとめられた、会社内における責任の変更によって引き起こされた抑うつ状態のなかで自殺した労働者の死亡が、労働災害とみなされた。

－因果関係を証明する主要な要因：

・臨床診断：被災者の精神障害と労働との関係を確立する、自殺前の医学的診断。原因となった可能性のある、または精神障害に影響を及ぼす、客観的な労働に関連した状況の存在。

・被災者の自殺行為：自殺した被災者のあらゆる

る遺書は、裁判所によって、労働災害の存在を判定するための追加証拠として用いられる。

- ・一般社会保障法(LGSS)115.3条の推定:「労働中に労働現場で生じた労働者の傷害は、反証がなければ、労働災害とみなされる」。しかし、この点に関して、判例法は一致していない。この推定の自動適用は、家族が受けられる妻の年金または子の一時金を引き上げるために、自殺の場所として職場を意図的に選ぶことによる、法に反した詐欺につながる可能性がある。推定を適用する場合、労働災害としての分類を妨げる唯一の手段は、労働の遂行と労働者の自殺との間にまったく関係がないことを証明することである。
- ・直近の裁判所の決定は、証拠としての自殺した被災者が残した説明的文書を重要な要因として考慮することが増えているように思われる。

ドイツやイタリアなどいくつかの国は、自殺を、労働災害または職業病として分類される原因となる出来事の結果とみなしている。労働災害または職業病が自殺を引き起こしたことが、あらかじめ認定されている必要はない、ことを指摘できるかもしれない。

ドイツでは、災害の概念が無意識の側面を含んでいる点で、故意の死亡(自殺)は原則的に労働災害ではない。しかし、企業内の状況が被災者がもはや自らの意思をもてないという事実の本質的に寄与している場合、または、そうした状況が本質的に自殺をする決心につながった場合、自殺が、労働災害の間接的な続発症または職業病とみなされる場合がある。そのような事例はまれではあるが、存在している。

具体的にはこれは、労働災害の永続的続発症または重度の持続的痛みによる神経衰弱のような状況に罹患した被災者や、同僚の災害死に責任を感じたり、心的外傷後ストレス障害のような純粋な心理的障害の被災者による自殺と関係するかもしれない。しかし、すべての場合において、会社と関係した、自殺の引き金となる出来事が存在してい

なければならない。この条件は、上司との深刻な口論やいじめに続く自殺の事例について、問題を生じさせる(下記参照)。

ドイツには、船舶上または港湾内で船員が被った災害を除いて、職場で労働時間内に生じた災害についての労働関連性の推定はないことを特記しておくべきだろう。

いじめによる自殺の場合法的受益者は給付を請求できるか?

2008年、バイエルン社会紛争高等裁判所は、自殺が労働災害として認定され得ると判示し、災害保険機関が自殺に対して給付を支払うべき場合の条件を特定した。自殺をした被保険者及び遺書のなかで労働が自殺の決心の重要な動機となったことを指摘した者の事例を判断しなければならなかった。被災者の妻は、夫の行為は「労働におけるいじめ」によって引き起こされたと主張して、保険者に遺族給付を請求した。保険者は給付の支払いを却下し、妻は訴訟を提起した。

社会保障法典は、労働災害を、健康に傷害を引き起こし、かつ、故意によるものではない外部の出来事の原因によって特徴づけている。原則として自殺は、それが自ら課した傷害であることから、労働災害ではない。しかし、例外的に、会社に関係した出来事の結果であり、それゆえ保険機関に労働災害に対する給付を支払わせる義務を正当化する場合もあるかもしれない。検討した事例について、裁判所は、災害を引き起こした出来事として、自殺ではなく、被保険者に対する会社の影響を考慮した。確立された判例によれば、この影響は、最大でも1労働日の時間に限定される場合には、労働災害を構成する。したがって、いじめは、一般により長期間にわたって生じることから、労働災害とみなされるべきではない。一方、会社の影響が同じ1労働日の間加えられた場合(例えば、個人面談、警察の聴取、強迫)、これは災害とみなされる場合がある。本件では裁判所は、被保険者に心理的ショックを引き起こし、抑うつにつながった、個人面談の心理的ストレスを考慮した。労働災害とみなされたのは個人面談によって引き起こされた精神的傷害であっ

て、自殺ではなく、裁判所にとっては、自殺は災害の非意図的な結果であった。したがって、自殺にみちびいた例外的な精神状態を引き起こした労働との関係において、被保険者に激しい心理的ショックが持続している場合、自殺は労働災害の結果として補償されるべきである。

イタリアでも、自殺の認定は、その行為が労働災害（急性リスク）または職業病（慢性リスク）の結果であれば、可能である。被保険者がそれ以前に何ら出来事を報告していなかった場合であっても、労働を原因とする病理状態が必要である。

スウェーデン、スイス、デンマークでは、自殺の労働関連性が認定される法的可能性はあるが、事例はきわめてまれで、ないに等しい。

スウェーデンでは、自殺は、それがストレスまたは並はずれてきつい労働条件への曝露の結果であれば、職業病として認定され得る。しかし、労働災害としての認定も排除されてはいない。現在までにわずかな自殺事例が、職業病として認定されている。

スイスでは、自殺が労災保険機関によってカバーされる可能性を律する、厳格な法が存在している。ここでスイスの特徴、すなわち災害保険機関が労働災害と職業病だけでなく、非労働関連災害もカバーしていることを指摘しておかなければならない。

災害保険に関する連邦法第37条第1項は、被保険者が意図的に健康傷害または死亡を引き起こした場合には、葬祭費用の補償を除き、保険給付は認められないと規定している。したがって、自殺（または自殺未遂）は原則として災害とは認定されない。

しかし、災害保険に関する命令第48条は、この原則に対するふたつの例外を定義している。

- － 被保険者が、自身の無過失を通じて、合理的に行動することがまったくできなかった場合、または
- － 自殺、自殺未遂または自傷が、保険機関によってカバーされる災害の明らかな結果である場合。

カバーされたわずかな自殺事例は、一般に非労働関連災害についてのものである。自殺の労働関連性が認定されるためには、現実には自殺行為が明らかにもっぱら労働条件によるものである（個人

的理由は完全に除外され、かつ自殺が職場で行われている）、あるいは明らかに労働関連災害または職業病の続発症であることが必要であろう。

デンマークでは、自殺の労働災害または職業病としての認定は、法的に除外されているが、認定請求を求めた事例を確認することはできない。

フィンランドは、自らを殺すことは故意の行為であり、それゆえ災害の定義（傷害を引き起こす予期しない外部の出来事）に入らないことから、自殺の労働災害としてのいかなる認定も厳格に除外している、本調査対象で唯一の国である。職業病としての認定も同様に除外されている。

2. 職業病としての認定手続及び補償

職業病としての精神障害の認定が可能で、すでに事例が認定されている諸国（ベルギー、デンマーク、イタリア、フランス、スウェーデン、及び、労働を原因とする非心的外傷性疾病についてスペイン）については、以下の説明が、認定手続とその後の補償に関する何らかの規定及び慣行を示している。

2.1 認定の条件

精神障害が職業病として認定される諸国では、それは補完的認定システム（ベルギー、デンマーク・リストに登録されている心的外傷後ストレス障害を除く、フランス、イタリア、スペイン）または立証システム（スウェーデン）のもとで認定されている。

欧州では、こうしたシステムは共通して、リスト外疾病と労働の遂行との間に、直接的、決定的、本質的及びきわめて蓋然性の高い関係（用いられる用語は国によって異なる）を示すことを求めているという事実がある。

こうしたシステムは、その目的が、認定の可能性の定義・境界設定のための作業を受けるために、リスト外疾病－すなわちコンセンサスの存在しない疾病－に「チャンスを与える」ことであることから、認定のための要件（例えば、診断または対象となるリスクに関して）に関する特徴は、わずかか、またはまったくない。

どの国も、精神疾患の特性に基づいて、可能性

のある病気の職場外の原因、被災者の個人的要因の有無、または疾病の発生に影響を与えた可能性のある私的領域における出来事の調査に、特別の注意が払われる。

具体的に、精神障害に関して、いくつかの国はまず、関係する疾病及び/または対象となるリスクを定義し、また調査の指示・ツールを提供することによって、多かれ少なかれ厳密な認定手続の枠組みを決めることを選んでいる。他の諸国は、より経験主義的なアプローチをとっている。

イタリアは、精神障害の認定・補償の手続をもっとも厳密に定義している国である。労働組織から生じた機能障害に寄与する特別の状況によって引き起こされたのであれば、後者は職業病として認定される。

2001年に労災職業病保険機関INAILの局長評議会は、1990年代後半からはじまった補完システムのもとでの認定手続を確認し、いじめを含む労働現場に持続するストレスを原因とする、心理的・心因性障害の病因学的診断手法を確立するための専門委員会を委任した。

2003年に同委員会は、認定のために採用されるべき手引きに関する結論を報告した。

職業リスクは、組織プロセスにおける一貫性の欠如によって生じるリスク状況をカバーする。(部分的には立法・司法筋及びINAIL報告事例の暫定結果から生じた)もっとも多く遭遇する状況は、以下のとおりである。

- 作業活動の疎外、内容を失った仕事、作業指示提供の失敗、正当化できない異動の繰り返し
- 関係者の職務能力を下回る質を示唆する職務の長期割り当て
- 精神的または身体的傷害との関連を含め、過重または過剰な職務の長期割り当て
- 組織的または構造的情報へのアクセスの妨害
- 構造的または組織的通常の作業活動に内在する情報の不適切さ
- 訓練、再教育、職業的工場イニシアティブからの労働者の除外の繰り返し
- 様々なかたちの管理の誇大または過度の行使「組織関連ハラスメント」という範疇には、職業目

的の悪名高い「戦略的いじめ」、すなわちある労働者を仲間外れに、または疎外するために職場で組織されたあらゆる行動を含んでいる。

一方、対象となるリスクから、労働関係の通常のプロセスに関連した組織的因子(解雇、配置転換など)、労働環境や社会・家族生活の環境に共通の心理的・人間関係の動力は除外される。

最後に、職場の人々のとる純粋に個人的なふるまいは、当該ふるまいが繰り返され、組織プロセスにおいて記録・明示され得る一貫性の欠如に帰結・実現するのでない限り、考慮されない。

スウェーデンでは、労働と直接的に関係していることを条件に、精神障害は職業病として認定される。2002年7月1日に施行された法律によって設定されたいくつかの例外があり、その主な目的は、立証責任に関係するルールを簡略化することだった。対象とならないリスクは、とりわけ、事業所閉鎖または人員整理、個人的紛争または労働契約をめぐる紛争、労働者の職務の変更、プロモーション不足、過小評価されている感じ、である。

また、スウェーデンではこの種の障害の認定は、すべての労働災害職業病に適用されるある法的制限の対象となる。なぜなら、労災職業病保険給付はその性質から、被災者に永久的影響がある場合にしか支払われず、精神障害のために、収入の喪失をこうむり、及び/または、心理的続発症が持続していなければならない。

フランスでは、職業病認定の補完的システムは、本質的・直接的に労働を原因とし、かつ、保険機関の顧問医師によって最低25%の「予測可能」な障害率が推定されなければならないことから、一定の重度の永久障害をもたらしていることを条件に、診断またはリスクの性質にかかわらず、いかなる病気の認定も認めている。

スペインでは、(労働災害として)労働に起因または増悪した非心的外傷性疾患として認定されるリスト外疾患を確認するためのPANOTRATSSシステムが、保険機関によって認定され得る4種類の精神障害を区別し、それぞれを定義している。すなわち、感情障害、恐怖症・神経症性障害、身体または器官の欠損を伴う行動障害、人格障害である。

デンマークでは、あらゆる精神障害が、心的外傷後ストレス障害の場合のリスト・システム、または他のすべての場合の補完的システムいずれかのもとで職業病として認定され得る。第2の可能性の場合、これは通常詳細不詳のストレス障害またはうつ病に関するものである。

ベルギーだけは非常にまれにしか精神傷害の職業病としての認定を認めていないために、認定条件または手続を定義することができない。

2.2 認定請求の調査

職業病認定の補完的システムのいずれも、精神障害事例の調査のための特別の要件を設定していない。一方、保険機関のための調査手引きの作成を試みている国もある。

立証責任、調査及び決定

立証システムだけを採用しているスウェーデンを除いて、どの国でも、精神障害は補完的システムのもとで調査される（デンマークでは一定の心的外傷後ストレス障害を除く）。

どの国でも、リスト外疾病の調査は、保健機関内または関連の組織/人に委任される。デンマークとベルギーでは、これは国レベルの単一構造であるのに対して（これが国レベルでの決定の一定の首尾一貫性を確保しているものと考えられる）、他の諸国では、調査及び/または認定の決定を担当する組織/人は、地域的な権限をもっている。

フランスでは、診断を確認し、25%超の予測可能な永久障害率（補完的システムのもとで認定を得るために不可欠の要件-2.3も参照）に関する決定を与えるのは、社会保険機関の顧問医師である。

予測可能な永久障害率が25%を超える場合、顧問医師は、地方職業病認定委員会（CRRMP）に報告書を送る。同時に、社会保障機関は、被災者と使用者双方立会いのもとで行政審問を行う。審問報告書は、産業医の意見とともに、委員会に送られる。

社会保障制度の顧問医師、労働監督医師、職業病分野で専門の資格のある病院医師で構成されるこの委員会は、当該疾病と労働との間の直接的・本質的関係を確立しなければならない。この医

師の集団は、必ずしも精神障害の分野の能力をもつものではないが、調査記録は多くの場合、精神科医の意見書を含んでいる。そうでない場合には、委員会は意見を求めることができる。法令で定められた調査期間は最大6か月である。しかし、精神障害などのリスト外疾患の場合、地方委員会は6か月を超えてその踏査を続けなければならないかもしれない。認定請求から認定・決定までの平均期間は10か月である。委員会の意見は基金を拘束する。

デンマークでは、リスト・システムのもとで認定され得る心的外傷後ストレス障害を別として、他の種類の精神障害の認定請求は、職業病委員会によって調査される。労使の代表と医学専門家で構成される、この委員会の役割のひとつは、保険機関であるデンマーク全国労働災害評議会により実施された調査に基づいて、疾病と労働との間の因果関係の存在を評価することによって、リストに登録されていない疾病事例に関する裁定を提供することである。請求は、被災者の健康状態が安定的なときに調査される。デンマークでも、この場合の立証責任は被災者にあるが、例えば使用者に質問し、必要な医療情報を収集し、関係する科学文献を入手するなど、保険機関のケースマネージャーが援助をするので、現実にはそれほどはっきりしているわけではない。

イタリアでは、リスト外疾病について、疾病のリスクが存在するかどうか等について、疾病の労働関連性の立証責任は、理論的には被災者にある。しかし、保険機関INAILが証拠の収集に参加する。被災者の健康状態がすでに安定的なときに、労働者や可能な場合には産業医と協力して、請求を調査するのは、実際には、INAILの労働医学専門家や法医学専門家である。INAILの医師らは、機関外の専門医（精神科医）を招へいする。

ベルギーでは、保険機関職業病基金（FMP）の医師が、疾病と労働との間に直接的・決定的因果関係が存在するかどうかを評価し、必要であれば、専門家（精神科医）の専門知識を求めることができる。FMP外部の医師とFMP職員で構成される「オープン・システム」委員会が、調査記録に基づいて認定決定の裁定を与える。請求日から決定ま

での調査期間は、約1年である。

スウェーデンでは、全国社会保険機関が請求を調査する。反対の結論の場合よりも、疾病の労働関連性を推定する方により大きな根拠がある場合に、認定される。その事実はいくつかのソース、とりわけ被災者の上司、同僚、労働組合、個人的行政代理人の証言、による情報によって記録されなければならない。この調査には約4か月かかる。

認定請求の調査は、被災者が少なくとも1年間精神障害のために収入の喪失をこうむった場合に行われる。

別の機関AFA Forsakringは、スウェーデンにおける職業リスクの被災者の認定・補償の分野で活動する。FMPによって最初に労働関連と認定されなかった疾病をカバーする権限はないものの、他方で、全国保険機関によって労働関連性が認められなかった災害を認定・カバーすることはできる。この方法で、数多くの精神障害が、この補完的保険システムによって認定されている（3.2の統計参照）。立証責任は被災者にあるが、AFA Forsakringは、すべての請求を調査する義務を負っている（所定の手順にしたがって、主に電話によって）。

スペインでは、病気が排他的に労働によって引き起こされたか、または労働により増悪したかを判定するのは、保険機関の医師である。しかし、精神障害の労働災害としての認定を支持する裁判所の判決がますます増加し、それらの判決が保険機関を拘束するようになっている。

ツール

3か国は、精神障害の職業病としての認定に関して、所轄する組織を助けるよう設計された指示をもっている（または過去もっていた）と指摘している。他の諸国では、保険領域を特定していないツールが用いられている。

フランスでは、労働条件管理委員会(COCT)職業病委員会の検討委員会が、2012年に精神障害の補償に関する作業を行っている（第5章参照）。この作業は、精神障害事例における25%超の予測可能な永久障害率をフランス全国で齊一的に

－よりよく評価するための実行手引きの、保険機関CNAMTSから顧問医師への配布につながった。

この検討委員会はまた、地方委員会のための職業病認定ガイド（以下のガイドからの抜粋参照）、決定支援ツールの更新を勧告した。後者は、心理社会的リスクに関連する精神的障害を明らかにするためのものである。ガイドの更新作業は、現在進行中である。

地方委員会のための職業病 認定ガイドからの抜粋(2009年版)

「7.8 心理的原因の条件

委員会は、リスト外疾病のもとでの心理社会的原因の条件と通常遂行されていた労働との間の直接的・本質的關係を確立することを求められる。

心的外傷後神経症または心的外傷後ストレス障害（WHO国際疾病分類第10版のコードF43.0とF43.1）のかたちで災害性と言い得る単発の出来事に関係した条件は、災害と疾病との間の境界的状况は存在し得るものの、一般的に労働災害としてカバーされる。

心理的原因の条件は、通常の労働状況と関係している場合がある。

それらは以下かもしれない：

- － 全般性不安または抑うつ障害（F32.0、F32.1、F32.2、F41.1）
- － ストレス因子に関係する神経性障害及び身体表現性障害（F45.1、F45.3、F45.4）
- － 身体的及び精神的バーンアウト（Z73.0）

これらの臨床テーブルは、結合される場合がある。

決定を与えるために、委員会は、疾病と攪乱要因に関する十分な情報をもたなければならない。

7.8.1 疾病の特性解析

疾病に関しては、委員会は、精神医学的経歴に関する情報を提供し、また請求人が罹患した疾病の診断を明確にする、専門的医学的決定の基礎として用いるかもしれない。有害な労働状況と関係する不安－抑うつ症候群の症候学は、いまでは十分に記述されている。これら困難な事例では、委員会は、症状の開始、疾病の逐次的状態、期間、進

展、提供された治療と続発症に関する情報を提供する詳細な医学的観察記録をもてなければならない。疾病の時系列的記述が、攪乱要因の時系列的記述と比較できなければならない。既往の特徴づけられた精神病は、除外されるべきである。

委員会の委員が、病因的診断を確立できるようにするため、疾病の厳密な確定診断と除外される鑑別診断を知ることができることが不可欠である。

7.8.2 攪乱要因

労働関連性であり得る疾病は、通常の労働状況と直接的・本質的に関係していなければならない。したがって委員会の役割は、通常の労働状況が患者のメンタルヘルスに有害であるかどうか判定することである。

調査記録は、医療コンサルタントの報告、産業医の意見、使用者の意見、確立された事実、審問を担当した社会保障機関職員から収集した情報と彼らの結論など、委員会が決定を行えるようにする文書が含まなければならない。委員会はまた、とりわけ関係者から提供されたデータ、代表的団体のスタッフの調書や観察結果など、他の入手可能なデータを考慮しなければならない。

委員会が、様々な可能性のある罹患の原因を確認できることが不可欠である。労働状況の病因的性質の評価は、用心しなければならない任務であり、可能な限り主観的でない主張に基づかなければならない。

それらは、以下かもしれない：

- 作業組織化の手法、企業とその変更の組織化、使用者に特定された作業と実際の作業及びその変更（職務上の地位、物的資源、手順、労働における独立性など）
- 暴力的にふるまい、価値観の相違、目的の相違を反映した言明をする病的な人格の可能性をもつ、上司または同僚労働者いずれか、企業内の他のメンバーとの対人関係
- 本来的に骨の折れる労働状況

労働のメンタルヘルスに有害な性質が、あらかじめ裁判所によってハラスメントとして分類されている場合もあるかもしれない（労使関係裁判所、刑事裁判所）。そのような分類は、考慮される可能性の

ある因子ではあるが、委員会によって検討されるべき主張のたんなる賛否であったり、組織的にそれらの意見がもたらされるのを待つということであってはならない。

しばしば様々な種類の紛争に関する労使関係裁判所における（例えば解雇の根拠、または補償）、法的手続の存在は、委員会にとって労働状況に関する様々な情報のうちのひとつである。」

デンマークでは、リスト外疾病認定の権限のある職業病委員会は、提出された精神障害の事例に対して、2007年に発行された労働関連心理社会的因子と精神障害発症との関係に関する参考文献を活用している。この文書は、この問題の様々な側面に関する約100の科学研究を編集したものである。

イタリアでは、2003年にINAILがその地方組織に、精神障害の認定請求処理のための手続を定めた通知を配布していることを指摘しておくことは価値があるだろう。リスク状況の検証及び診断の確立のための手続を確立したこの通知は、多数の使用によって行政裁判所に訴えられ、イタリア行政裁判所によって取り消された。いじめの定義と診断に関する指示を与えたこと、組織的制約によって引き起こされた精神障害を職業性の推定ができる現実的職業病とみなしたことが批判された。

にもかかわらず、2001年7月のINAIL局長評議会の決議を踏まえて指名された専門委員会による2003年の報告書は、とりわけ第5章において、やはり労働関連精神障害の診断のための手法と基準に關係するガイドラインを提供している。

特別専門委員会報告書からの抜粋（2003年）

「すべてのリスト外疾病と同様に、被保険者から報告される精神的または心因性障害は、綿密な審問を受け、被災者の供述だけでなく、使用者の供述や会社の管理者・同僚労働者から直接得られた情報に照らして分析されなければならない。職業病歴を含むこの審問は、組織的制約に關係するリスク因子を発見できるようにすべきである。

同時に、入手可能なあらゆる医学的データが収

集されなければならない。職業外の原因因子に言及するのではなく、他の医学的専門分野よりも精神医学分野で、被災者の以前の状況を再構成することがとりわけ重要である。これは、問題の病気が多因子性であり(家族/個人、環境/社会因子)、それらの因子のうち職業リスクが、病気の原因との直接的関係がない補足的因子としてしかみられないかもしれないかあである。

被災者の以前の状況のこのような分析は、以下に関する結論に到達するのを可能にするだろう：

- － 病気の完全に臨床的な提示を説明することのできる既往障害の存在(またそれゆえ職業起因の除外)
- － 部分的に因果関係のある既往障害(訴因)の存在
- － 既往障害の不在

後の二つの仮定においては、確実性または少なくとも高度の蓋然性をもって、職業リスクへの曝露が病気の主要な(または単一の)原因であることを示すことができるか、報告されたリスクの分析が決定的に重要だろう。」

この分析を支えるために、同文書のなかに、ストレスの原因となり得る人生のなかの出来事を分類した、様々な対象集団の質問調査を通じて得られた回答をもとに作成された「スケール」があることを指摘しておくことは重要である。例えば、リストのトップには、配偶者または子供の死亡、それから下方に、離婚、配偶者との別居、収監、近親者の死亡、災害またはは疾病、結婚、雇用の喪失または専門分野での失敗、降格、昇進、引退、親友の死亡、転職や他の社会生活の変化があげられている。作業活動に関係した出来事がこのリストのトップになかったとしても、重大な影響を及ぼす可能性はあり、したがって、たとえ誰もが直面するかもしれないポジティブな出来事であっても、考慮され、他の生活上の出来事に照らして評価されるべきである。

報告された病気を確定するためには、宣誓した専門家のみが資格があり、病気の前の被災者の人格を分析するための完全な臨床検査と臨床所見の評価を行う。

2.3 永久的精神的損害の評価と補償

労働関連性と認定された精神障害の被災者に対して保険機関から支払われる給付の種類は、他の職業病に対するものと同じである。これらの疾病の性格や対象は、各国独自の保険制度によって異なっている。

精神障害を職業病として認定することのできる5か国のうち、3か国は、国の永久障害評価基準のなかに、精神障害専用の見出しをもっており、保険機関が補償水準を推定できるようにしている。

もっぱら精神障害の認定にあてている本章ではそれらを扱わないが、一定の精神障害を労働災害としてだけ認定する他の諸国も同様に、国の基準に心的外傷後ストレス障害について特別の見出しをもつか、または、被災者の補償水準を計算するための、この種の心的外傷を残す状況を評価する医学的・法的ツールをもっている。

デンマーク

永久的損害を引き起こした職業病に直面すると、労災職業病保険機関は、被災者に持続する稼得能力の喪失(金銭的損害)及び疾病により引き起こされた永久障害(生理的・心理的損害)に対して、別々の補償を提供する。

具体的に評価される前者の損害は、被災者が職業病発生前に得ていた賃金といまなお期待できる賃金との比較によるが、年齢や職業転換能力も考慮される。

後者の損害は、医学的基準を用いて評価される。このツールは、定義された個々の病気に、永久障害率の指標を割り当てている。この率を、年齢、性別や収入にかかわらずすべての被災者に同一の、一時金として支払われる、永久障害給付の額を計算するのに用いられる。見出しのJが、精神障害に割り当てられている。精神障害に対して与えられる率は、状態に応じて5%から35%であり、DKK39,525(€5,317)からDKK276,675(€37,216)の一時金に相当する。

デンマーク永久傷害率表の抜粋

(精神障害に割り当てられたJ項)

J 暴力またはショックを受けたのちの精神疾患

わずかな暴力、脅威またはショックへの曝露による軽微な心理的外傷は、5%以上の永久傷害の唯一の原因とは認められない。

J.1 心的外傷後ストレス障害

重度を評価する際には、症状の数、症状の頻度/強度、それらの日常生活に対する影響が重視される。

症状は時が経つにつれて、「破局的参事後の人格変化」の診断に変わることがきわめて多く、したがって、他が現われるかもしれないものの、不快はいくらか減少/緩和される。永久傷害については、それゆえこれら二つの状態を共同永久傷害率をもつひとつの状態とみなす、率表参照。心的外傷後ストレス障害事例の大部分は一時的である。

心的外傷後ストレス障害が、永久傷害を評価するときにもはや診断基準を満たさないまでに緩和した場合、重度が軽度未満に相当する永久傷害に対する補償、すなわち5~8%補償される。

J.1.1. 軽度心的外傷後ストレス障害	10%
J.1.2. 中度心的外傷後ストレス障害	15%
J.1.3. 中重度心的外傷後ストレス障害	20%
J.1.4. 重度心的外傷後ストレス障害	25%
J.1.5. 心的外傷後ストレス障害の重度症状及び併存する精神病など他の精神疾患の症状及び/または慢性うつ病または人格変化の重度症状	35%*

J.2 詳細不詳のストレス障害

詳細不詳のストレス障害の症状は、心的外傷後ストレス障害よりも特異的でない。症状はしばしば、警戒感、興奮、集中力の欠如、雑音感度、悲しみ、などである。心的外傷後ストレス障害の症状と比較すると、詳細不詳のストレス障害の症状は包括的でないことが多い。重度等級は、症状、症状の重度、それらの日常生活に対する影響によって評価される。

J.2.1. 軽度詳細不詳のストレス障害	5%
J.2.2. 重度詳細不詳のストレス障害	10%

J.3 慢性うつ病

うつ病は、疾病分類ICD-10でいううつ病のことを言う。大部分のうつ病は一時的であるが、慢性になる場合もある。疾病分類にしたがって、重度の等級は、不快、不快の程度、それらの日常生活に対する影響によって評価される。

J.3.1. 軽度慢性うつ病	10%
J.3.2. 中度慢性うつ病	15%
J.3.3. 重度慢性うつ病	20%
J.3.4. 精神病の症状を伴う重度慢性うつ病	25%

J.4 心的外傷後不安障害

心的外傷後不安障害は、不安以外の著しい不快を伴わない病態である。多くの場合、不快は一時的であるが、不安が永久的になる場合もある。重度等級は、他の精神疾患についてと同様に評価される。

J.4.1. 軽度心的外傷後不安障害	5%
J.4.2. 重度心的外傷後不安障害	10%

※2011年7月1日、J.1.5.に対応する率が25%から35%に引き上げられた。この等級はすべての職業病の被災者に適用されるものの、この措置が決まったのは、重度の精神障害に罹患した多数のデンマーク兵士の戦争地帯からの帰還を背景にしている。

フランス

社会保障制度は、障害尺度の指標を用いて、職業病被災者の永久傷害に対する給付額を計算する。各疾病に関連する永久障害率は、適当な場合には、職業係数によって調整され得る。

被災者に支払われる給付額は、被災者の最後の賃金と、50%未満であれば下方に、50%以上であれば上方に重みづけされる永久障害率を掛け合わせて計算される。職業病による障害の尺度の指標は、精神障害については適当ではない。なぜなら、それはあくまで指標であって、社会保障制度の顧問医師は、精神障害被災者の永久障害率を評価する大きな裁量の余地をもっているからである。

フランスの障害尺度の指標からの抜粋（職業病）

第4章 神経、感覚神経及び精神の状態

4.4. 精神障害－器質的精神障害

4.4.2. 慢性

様々な強度の抑うつ状態：

持続的無力症を伴う 10～20%

または逆にメランコリー型うつ病、恐怖を特徴とする不安を伴う 50～100%

様々な強度の行動障害 10～20%

実際には非常に最近まで、精神障害事例に対して医学コンサルタントが確定した永久障害率は、フランスではこの率がリスト外疾病の認定を得るための最低率に対応することから、しばしば25%であった。この25%は多くの事例で過大評価だったが、当該事例を所管するCRRMPによって認定された因果関係という点で、それが拘束力があった。

2012年3月13日付けの大臣書簡が、リスト外疾病に対する永久障害率の設定手続を明確化した。「予測可能」な率の25%基準は、CRRMPに対して認定請求を送るかどうかの決定するためにだけ用いられるもので、実際の永久障害率は、認定決定後に生じるかもしれない、被災者の医学的状态が安定化した後にのみ決定される。永久障害について被災者に支払われる給付額を決定するのは、後者の率である。新しい手続は、医学コンサルタントがより現実的な永久障害率を設定することができるようにし（25%未満、治療及びリスクの事実上の除去後に被災者がもはや後遺障害をもたなくても）、また、より多くの認定請求を登録できるようにするにちがいない。

イタリア

2000年の労災職業病補償制度の改革以降、永久障害に対する補償の基礎は、生物学的損害である。

精神障害事例についての生物学的損害率（定義により永久的な）は、心理的性質の症候群及び障害に対応する分類（ICD-10及びDSM-IV）にしたがった病態の厳密な概観の提示という、精神障

害専用の障害尺度の二つの項目の類推によって決定される。

該当する障害はほとんど一時的であり、主要な症候の重度に応じて、臨床所見の多様性について斟酌され、また、段階的のアプローチがとられなければならない。ICD-10及びDSM-IVに示される分類を参照。軽度/中度のものは、割合が項目180に示される範囲に近くなり、重度のものは（重大な抑うつ及び行動症状）、項目181に近づくだろう。

イタリアの2000年7月12日の永久生物学的

障害に関する障害尺度からの抜粋

(180) 中度慢性ストレスによる心的外傷後ストレス障害 6%以下

(181) 重度慢性ストレスによる心的外傷後ストレス障害 15%以下

イタリアでは、障害に関して、それがたとえ一時的の影響であっても、疾病（リスト外またはリスト登録）は職業病として認定されることに注意（具体的には被災者が休業すればまったく一時的な障害に対しても補償が支払われる）。その後永久障害があるかどうか評価され、生物学的損害に対する補償が提供される。これらの永久的影響の存在、改善または悪化が、後に評価されるかもしれない。

●ベルギーとスウェーデン

スウェーデンには、職業病被災者の永久障害を評価するための枠組みを確立する尺度が存在していない。これは、国の職業リスク保険制度が、1年以上の間稼得能力が少なくとも1/15にまで減少した場合に、稼得能力の喪失についてのみ補償を行うという点で、まったく論理的である。年金のかたちで支払われるこれらの給付の額は、災害または職業病がない場合に被災者が受け取るであろう（理論上の）賃金と、出来事の後実際に受け取った収入（他の福利給付を含む）との差によって決まる。

ベルギーにも、職業病の結果としての永久障害を判定する尺度は存在していない。現実には、医師たちは「習慣」に頼っており、労働裁判所と法廷によって監視されている。

3. 認定統計

精神障害の認定の法的可能性は、第1章で示された。職業病としての認定については、確認された可能性は5つの欧州諸国に限られた（スペインとその「労働を原因とする非心的外傷性障害」という概念を含めれば6か国）。労働災害としての認定については、一般的に厳密な種類のリスク曝露（突然基準、心的外傷を残す出来事）に限定されるが、調査対象となったすべての国でその手続は相対的に容易である。

法的可能性はひとまずおいて、職業病として認定された精神障害の件数は非常に少なく、労働災害ではそれよりは多いものの、保険機関の統計はしばしば相対的に厳密でない。

本章では、職業病と労働災害の双方について、様々な諸国の保険機関から報告された統計を示す。

各国間の比較を行おうとする場合には、保険システムの多様性、システムの対象範囲の相違（民間/公共部門、農業の除外、等々）、及び認定・補償慣行の付近質性を踏まえた注意が必要である。

3.1 職業病としての精神障害

本調査の対象となった10か国の内5か国だけが、保険機関を通じて、過去15年に職業病として報告・認定された精神障害の件数に関する統計を提供することができた。そのうち4か国（デンマーク、フランス、イタリア、スウェーデン）は、慣習的にそのような認定が認められる国であり（第1章参照）、それが認められていないにもかかわらず、報告件数に関する数字をもっているドイツを加えることができる。

実際に事例が認定されている諸国

5か国では精神障害が職業病として認定される（第1章参照）。しかし、ベルギーは、請求・認定件数のデータをもっておらず、認定の可能性がきわめてわずか（2002年までに2件が認定されただけ）であることから、以下の表・数字から除外した。[表1]

諸国間の比較

国によって量が異なることについては、サンプルとした国数が限られ、量も少ないことから、コメントするのは難しい。

また、被保険者人口は、すべての範疇の労働者（農業－工業・サービス－公共サービス）が同一の保険機関に被保されているデンマーク、イタリア、スウェーデンでのみ比較が可能である。実にフランスでは、公務員と公共サービスに関連した多くの特別制度（公共交通、保安部隊、教育、病院スタッフ、等々）が、本調査に示された一般的社会保障体制から除外されている。今日では、これらの範疇の労働者は、一般公衆と接触する労働であったり、その行う業務のために、とりわけ心理社会的リスクに曝露することはよく知られている（軍隊、教育、病院、等々）。しかし、より厳密な統計（4.3参照）は、イタリアでは、公務員は認定された精神障害の1%未満でしかないが、デンマークでは、この割合が70%にのぼることを示している。

これら4か国のどこでも、認定請求だけでなく、とりわけ認定件数が、被保険者及び認定された職業病の合計件数と比較して少ないことが認められる。[表2]

にもかかわらず、請求または認定件数について、デンマークとスウェーデンで、相対的に件数が多いことを指摘できる。

ここから、これら2か国では精神障害の有病率が高いと推定することはできない。しかし、ノルディック諸国が、それを認める古くからの伝統のために、この種の病気を認定する慣行が相対的によく確立されていると推測することはできるかもしれない。フランスやイタリアで、事例が認定されるのが1990年代半ばであるのに対して、これら2か国における最初の認定事例は、1980年代にさかのぼる。また、このふたつの北欧諸国では、1990年代半ばまでにすでに数多くの認定請求があったことを指摘できる（図2参照）。

被保険者人口と比較した認定された精神障害の件数は、デンマークでもっとも高く、被保険者10万人当たり6.36件である[訳者の計算では7.87件－表

労働関連精神障害の認定：欧州10か国調査

表1 精神障害：1996～2011年の欧州4か国における職業病としての認定請求及び認定件数
表4 ドイツ：1996～2011年の職業病としての精神障害の認定請求（最右欄）

年	デンマーク			フランス			イタリア			スウェーデン			日本			ドイツ
	認定 請求	認定 件数	認定/ 請求	認定 請求	認定 件数	認定/ 請求	認定 請求	認定 件数	認定/ 請求	認定 請求	認定 件数	認定/ 請求	認定 請求	認定 件数	認定/ 請求	認定 請求
1996	434	3	0.7%	1	0	0.0%	30	7	23.3%	313	55	17.6%	18	2	11.1%	7
1997	449	9	2.0%	4	1	25.0%	26	4	15.4%	185	39	21.1%	41	2	4.9%	1
1998	359	8	2.2%	2	0	0.0%	26	6	23.1%	184	39	21.2%	42	4	9.5%	4
1999	483	19	3.9%	3	2	66.7%	37	11	29.7%	235	77	32.8%	155	14	9.0%	3
2000	690	11	1.6%	5	1	20.0%	62	14	22.6%	387	99	25.6%	212	36	17.0%	7
2001	1,052	36	3.4%	12	4	33.3%	169	57	33.7%	640	146	22.8%	265	70	26.4%	5
2002	1,167	32	2.7%	17	7	41.2%	167	49	29.3%	903	177	19.6%	341	100	29.3%	8
2003	1,397	71	5.1%	41	18	43.9%	254	49	19.3%	1,260	238	18.9%	447	108	24.2%	5
2004	2,010	79	3.9%	49	30	61.2%	522	65	12.5%	1,639	213	13.0%	524	130	24.8%	6
2005	2,534	146	5.8%	72	26	36.1%	543	70	12.9%	1,987	168	8.5%	656	127	19.4%	10
2006	2,990	99	3.3%	73	28	38.4%	511	53	10.4%	1,985	149	7.5%	819	205	25.0%	4
2007	3,445	148	4.3%	78	33	42.3%	554	51	9.2%	1,914	209	10.9%	952	268	28.2%	27
2008	3,521	196	5.6%	86	44	51.2%	476	55	11.6%	700	104	14.9%	927	269	29.0%	15
2009	3,089	223	7.2%	142	72	50.7%	415	42	10.1%	648	111	17.1%	1,136	234	20.6%	8
2010	3,106	246	7.9%	136	63	46.3%	380	37	9.7%	710	103	14.5%	1,181	308	26.1%	13
2011	3,486	212	6.1%	196	94	48.0%	378	13	3.4%	451	70	15.5%	1,272	325	25.6%	18

方法論的ノート

スウェーデンでは、示された統計が報告・認定された精神障害の件数を含んでおらず、給付請求と保険機関による支給件数である。したがってこれらの数字は、他の諸国の数字と完全に比較可能ではない。給付に関する数字は現実には、一人が複数の給付を受けられることから、関係する者の人数と比較して若干過大推計になる。

スウェーデンとフランスでは、認定請求は当該期間に申請された件数とは一致せず、当該年に不利な決定を受けた件数に有利な決定を受けた件数を加えたものである。

訳者注：デンマークの2010年の認定件数246件のうち149件はPTSD。「認定/請求」及び日本のデータを追加。

2の最右欄参照]。これは、部分的には、事例の過半数が、心的外傷後ストレス障害がデンマークの職業病リストに登録された2005年以降に対応するという事実によって説明できるかもしれない（認定の可能性について第1章、診断数当たりの認定件数について第4章参照）。

この条件がリストに登録されたという事実が、この病気の認定手続を促進し、デンマークの保険機関がそれを取り扱う準備ができていていることを示している。また、デンマークでは心的外傷後ストレス障害が、他のすべての国と同様に、リスク曝露が短期間の場合には労働災害として認定されるものの、他の諸国では労働災害として認定されるかもしれない場合に、同国では職業病として分類される心的外傷後ストレス障害の事例もあり、それがデンマークの率の過大推定につながっている可能性を除外

することはできない。

この率は、被保険者人口約450万人に対して2011年に70件の給付支払いが精神障害についてなされた、スウェーデンでも同程度である。

イタリアとフランスは、はるかに低く、被保険者人口が約1,800万、年に認定される労働関連精神障害100件未満である。

認定率－実際に認定につながる請求の割合を言うが－は、どの国でも相対的に低く、図1〔省略－表1の2010年のデータを図にしたもので、「認定率」＝認定件数/請求件数を使っている〕に視覚的に現われるよりも実際には差異は少ない。

2010年にその率は、デンマークで7.82%〔訳者の計算では7.92%－表1参照〕、イタリアで9.74%、スウェーデンで14.51%であった。フランスの場合、リスト外認定の補完的システムのもとで調査された事

表2 被保険者、全職業病の認定請求及び認定件数(指数順)

	被保険者(範囲)	被保険者 (人数)①	職業病認定の 合計請求件数	職業病と認定 された合計件数	10万人 当たり	職業病と認定 された精神障害	10万人 当たり
デンマーク(2009)	全労働者	2,830,000	18,000	4,810	170.0	223	7.87
フランス(2009)	民間部門の被用者	18,110,000 (FTE)	99,275	70,000	386.5	72	0.39
イタリア(2008)	狭義の公務員を除く 全労働者	18,360,000	27,700	10,100	55.0	42	0.22
スウェーデン(2009)	全労働者	4,400,000 (2010)	9,145	1,900	43.2	111	2.52
日本(2009)	民間部門の被用者	52,788,681	データなし	8,862	16.8	234	0.44

FTE:フルタイム相当

訳者注:「職業病と認定された精神障害(表1のデータ)」、「10万人当たり」及び日本のデータを追加。

例、すなわちいずれかの調査の前提条件(被災者の健康状態が医学的に安定し、病気が少なくとも25%の永久障害率をもたらしていること、第2章参照。2012年3月以降、この数字は2.3%に緩和された)を満たした事例の46.32%であった。しかし、毎年500~600件の請求のうち、妥当性がないという理由で、認定請求の20%未満しか、実際には専門認定委員会によって調査されていない。この特徴のため、提出された全請求と比較した認定率は約12%と推定される。

長期的にみると、デンマークでは、認定率は、該当期間の年によって4%から8%の間でばらつきがある。この認定率は、対象となった4か国のうちで最低である。このレベルの低さは、二定数は他の諸国よりも多いものの、認定請求がきわめて高いという事実によって説明できる(被保険者10万人当たり精神障害の認定請求123件)。この現象は、デンマークでは、全職業病についてみられる(被保険者10万人当たり600件の請求)。まさに他のどこよりも、また長期にわたって、労働関連の原因があり得る疾病を報告するのに障害がないようにしてきたように思われる。

イタリア(2011年の暫定統計は認定率の計算をゆがめており、以前のすべての年では約10%だった)とスウェーデンでは、認定率が安定している。[図1・2省略]

過去15年にわたって、対象となった国ごとで対照的な傾向を指摘することができる。

デンマークとフランスでは、認定請求と認定件数

は継続的に増加している(2011年の暫定データは除外すべきで、デンマークの請求の最近の減少が持続するか理解するには後知恵が必要である)。この上昇傾向は、リスト外認定システムの許容条件について、被災者の健康状態の安定性と永久障害の重度に関する条件を修正する最近の大臣書簡(2.3参照)の結果、フランスでは続きそうである。また、統計は、精神障害の認定件数の全リスト外職業病認定件数に占める割合の増加を示している(2011年21%対2003年8%)。そのような事例の認定を促進するために、2005年に心的外傷後ストレス障害がリストに登録された後、認定の可能性についてのよりよいアイデアを得るために、精神障害に関するハラスメントの影響に関する科学的調査の結論を、デンマークの保険機関が2013年に受け取る予定であることから(第5章参照)、デンマークでもこの上昇傾向が続きそうである。

イタリアでは、認定請求について2004年以降、認定件数について2001年以降、数字が停滞しているように思われる。2009年以降の減少の始まりは、イタリアでは統計が3年ごとに上方に修正されることが多く、それから確定されるという点で、注意してみるべきである。

スウェーデンでは、認定請求(データは実際にはその年に支給された給付に却下された給付を加えたものに相当)と認定件数の両方で、2000年代半ば頃にはじまる下降があった。公式には、バーンアウトや職務バーンアウトによるうつ病がもっとも多い精神障害であり、この問題はメディアにおける大き

な論争的だった。この現象が落ち着いたとき、件数は減少しはじめた。

2008年以降みられる減少の加速は、同じ年のとりわけ抑うつや不安などの労働関連精神障害の評価に役立つことを求められた報告書の発表と関連している可能性がある。この文書が、一定の精神障害を認定する方法に影響を与えたようだ。

認定された事例のない諸国

スイスでは、同国の主要な労災・非労災・職業病に対する保険者であるSUVA [スイス全国災害保険基金] がもつ情報によれば、職業病として認定された精神障害の事例はこれまでない。

認定請求件数に関しては、信頼できる統計はないが（特別のコード付けがない）、わずかというよりは多いと言うことができる。裁判所の調査によって、過去15年間にわずか3件の認定請求を確認することができた。1件はSUVAに対して、他の2件は民間保険者に対するもので、これら3件は当初保険者に報告されて却下されたため、被保険者が州保険裁判所に（1件はその後連邦裁判所へ）不服申し立てしたものだ：

- 1996年の州判決：チームの他のメンバーと溶け込む困難さによる、外国人プロバスケットボール選手のうつ病は、職業病には当たらない。
- 2003年の州判決：教師の職務バーンアウト状態は、この状況が他の人口における場合と比べて教師において4倍多いものではないから、職業病には当たらない。
- 2011年の連邦判決：教育能力についての保護者からの激しい批判の後に発症した小学校教師の精神障害の症状は、教育部門における精神障害の頻度が他の人口における場合より4倍高くないことから、職業病には当たらない。

フィンランドでは、認定請求は計算されていないが、精神障害が職業病として認定される法的可能性がないことを被保険者が疑いなく知っていることから、きわめてまれであると推測される。

ドイツでは、精神障害の職業病としての認定を認めていないことから、統計は認定請求に関するものだけである。[訳注：表1に組み入れた表4参照]

特別なケース

オランダとスペインについての統計は、これら諸国では労働関連性の精神障害に関する統計がまさに入手できるものの、これらの数字がカバーするものが前述した諸国について共通に用いた認定請求・認定件数の概念と厳密に比較可能でないことから、別の項目として扱う。[図3省略－2010年の、スペイン：労働に起因または増悪した精神障害または非心的外傷性障害 203件、オランダ：精神疾患の報告件数 1,046件]

スペインでは、「労働によって引き起こされた、または増悪した非心的外傷性障害」の概念が、スペインの国の職業病リストに登録されていない職業病の事例に対応するが、それは労働災害として認定される（1.1参照）。この概念は要するに、他の諸国について共通に用いたリスト外職業病とまさに同じであるが、相当する事例は法的には労働災害とされたままである。いまではPANOTRATSS制度が、こうした事例と厳密な意味での災害の区別を可能にしている。2010年に記録された11,069件の非心的外傷性障害（内訳は10,434件が労働が原因の障害、635件が労働によって増悪した障害）のうち、203件が精神障害であった（そのうち191件が労働が原因、12件が労働によって増悪した障害）。2010年以前は、これらの非心的外傷性障害は、認定された労働災害の集合のなかに「埋もれ」てしまったため、過去にさかのぼった連続した統計を得ることができない。しかし、労働関連性と認定された精神障害の事例、とりわけ裁判所の決定によって認定されたものは、ますます多くなっているように思われる。

3.2 労働災害としての精神障害

すべての国が、手続にしたがって精神障害（主に心的外傷後ストレス障害）を労働災害として認定しているものの、多くの諸国にとって、特別のコード付けがなされていないために、その量に関する統計を提供するのが困難である。[表4]

3.3 労働災害/職業病または労働災害/職業病の

表4 2010年の労働災害として認定された精神障害の数

	認定件数(2010年)
ドイツ(推定)	最低4,900*
ベルギー	606
デンマーク	730
スペイン	非心的外傷性障害:203狭義の労働災害:NA
フィンランド(推定)	100~180PTSD/年
フランス(推定)	10,000~20,000/年**
イタリア	NA
スウェーデン	社会保険機関(2011年):99 補完的保険AFA Forsakring(2009-2010年):2,010
スイス(2009年)	24

NA:データなし

* ドイツ:DGUVの統計データから労働災害として認定された精神障害に関する絶対数または有効数を推測することは不可能である。

精神障害は統計の二つの場所に含まれる。

1) 損害の種類(コード86)「精神的外傷」

「損害の種類」の見出しのもとで、第1及び第2診断の双方として、「精神的外傷(コード86)」と示すことは可能である。しかし、医師はこの場所により厳密な診断を示すよう教えられている。身体的傷害もある場合には、とりわけ心理的診断は後でしか行われないのに対して、身体的診断は最初から行われことから、身体的診断がつねに第1に示され、そのうえ心理的診断が第2の診断にも示されないことがしばしばあると思われる。

2010年のDGUVの労働災害に関する統計は、4,900件以上が、第1または第2診断としてコード86がつけられていることを示している。これらの事例のほとんどは、おそらく精神的外傷の単一事例だろう。また、これらの統計は義務的に報告されなければならなかった災害だけを示しており、したがって実際の数字は4,900よりも大きい。

2) 損害の結果:「事象に対する反応(植物神経症及び心因反応)、神経症」

年金が支給される場合には、この損害の結果をcode formに示すことができる。しかし、一つの損害の結果で十分なために、身体的な損害の結果が存在する場合に、心理的な結果がつねに第2に示されるとは限らない。

2010年のDGUVの労働災害に関する統計で、「事象に対する反応(植物神経症及び心因反応)、神経症」の種類の損害の精神的結果を示すもの160件を含め、工業・商業保険者から新たに支給された年金(職業病を受けてではなく、もっぱら労働災害を受けて支給された年金)が全体で20,611件みつかった。この数字は約0.8%を示している。160件のうち75件以上では他の損害の続発症はなく、年金の基礎は完全に精神的結果である。160件のうち105件で、診断は「精神の状態:反応性ショック」という損害の種類を示し、うち87件は主要な診断としてであった。

認定件数に関する数字を与えるよう真剣に望まれれば、4,900を出発点としてとることができる。しかし、支給された年金件数はもちろん、この数字もかなり漠然としている。参照ベースとして、商業・流通・小売業支部[BG]について同様に2010年からの厳密な数字を知ることができる。このBG自身が、報告義務対象の約1,350件の武装強盗と、43件の武装強盗を原因とする新規年金事例(2010年の新規年金支給合計600件)を確認している。これらの数字は、鉄道輸送システムを含む管理BG、保健福祉援助サービスBG、旅行・輸送BGはおそらく少なくともより高い数字を記録していることから、認定件数の実際の数字はより高そうであることを示唆している。

** フランスでは、統計分類の現状の指示のために、心理社会的リスを原因とする労働災害を認定された全災害から区分することが不可能である。一方、永久的傷害の事例に直面した場合、社会保障制度の顧問医師がその理由を示すことを求められている範囲において、推定は可能である。毎年労働災害として調査・認定される永久的傷害の全事例における精神障害の通常の割合を計算し(すなわち1%)、また、これを毎年認定される全労働災害に外挿することによって、毎年10,000~20,000件の労働災害が心理的性質の損害としてカバーされているものと推計することができる。

続発症としての自殺

労働災害または職業病としての自殺の認定請求・認定件数に関する数字を収集することは困難であると思われる。

自殺を労働災害として分類することのできるすべての国のうち(1.2参照)、フランスは、この問題に関

して入手できる統計の量、及び、欧州隣国よりも多い労災職業病保険制度によって認定・補償される自殺の件数で突出している。[表5]

イタリアでは、保険機関INAILは、2010年に1件の自殺を、この場合は職業病として認定しただけである。

法的に自殺の認定を除外しているデンマークは、

表5 フランス：2010・2011年の労働災害・交通災害・職業病として請求・認定された自殺の件数

2010年	請求件数	認定件数	却下件数	性別	平均年齢
労働災害	68	21	47	男性61 女性7	45歳
通勤災害	3		3	男性3	37歳
全リスク	71	21	50	男性64 女性7	45歳
2010年	請求件数	認定件数	却下件数	性別	平均年齢
労働災害	72	22	31	男性64 女性6	46歳
通勤災害	4		4	男性4	40歳
リスト外職業病	1		1	男性1	47歳
分類不能	1		1	男性	59歳
全リスク	71	21	50	男性64 女性7	45歳

認定請求がこれまでにない。

スイスでは、非常に少数の自殺事例がカバーされるだけで、理論的に自殺は労災保険以外でカバーされることから、この領域におけるまったく信頼できる統計がない。法律で定義された二つの場合を除き、自殺は災害保険の対象から除外されていることに留意されたい(1.2参照)。

2010・2011年の数字は入手できないが、2009年に11件の自殺が災害として認定されている。SUVAが関係する6件のうち労働災害はなく、またおそらく他の保険者が関係する5件にもない。

他の諸国(ドイツ、ベルギー、スペイン、スウェーデン)では、保険機関の情報システムが、労働災害データベースから自殺を抽出することができない。しかし、通常は裁判所による認定の後に、毎年数件が労働災害としてカバーされていると言われている。

フィンランドでは、労働災害または職業病としての自殺の認定は法的に不可能であるから、認定件数を問題にすることができない。

4. 職業病として認定された精神障害事例の分類

精神障害の職業病としての認定を認め、かなりの件数を認定している諸国(デンマーク、フランス、イタリア、スウェーデン、及び、非心的外傷性障害を含めればスペイン)はほとんどが、保険機関によって認定された事例に関する相対的に厳密な統計

を提供することができる。オランダの職業病センターに記録された精神障害事例に関するデータも、同国には特別の保険制度がないために、それらの件数は職業病として認定・補償された件数に回答しないが、本章に含めた。

提供された情報は、もっとも認定件数の多い精神障害、労働者がもっとも多く曝露した心理社会的リスクの種類、もっとも影響を与えた産業部門または職業、被災者の性別及び年齢に関する統計に基づいた、国ごとの認定事例の分類を示すことができる。しかし、統計分類の不均質性が大きいために、各国間の比較を実際に示すことは困難である。したがって、データは、統計を入手することのできる直近の年(主に2010または2011年)について、国ごとに示すこととする。

4.1 もっとも多く認定/診断された障害

[表6・7]

イタリアでは、中等度の慢性ストレスによる心的外傷後ストレス障害と重度の慢性ストレスによる心的外傷後ストレス障害の二つの診断だけが、生物学的損害等級に相当する可能性がある。

スウェーデンでは、保険機関が現在、職業病に関する統計の質の改善に取り組んでいる。現時点では、精神障害の認定請求・認定件数に関する、症候群別の厳密な詳細を提供することはできないが、もっとも多い診断は以下のとおりである。[表8]

給付が認められた事例のなかで最も多い診断は「重度ストレスへの反応及び適応障害」、次いで

表6 デンマーク：2011年の職業病として認定された精神障害の症候群別内訳

症候群	認定件数
PTSD(国のリスト上の職業病)	130
詳細不詳のストレス障害	43
うつ病	20
他の精神疾患	19
合計	212

表7 フランス：2011年のリスト外職業病として請求・認定された精神障害の症候群別内訳

症候群	ICD-10	認定請求	認定件数
うつ病エピソード	F32	137	62
混合性不安抑うつ障害	F41-2	26	15
適応障害	F43-2	24	14
全般性不安障害	F41-1	2	2
持続性気分[感情]障害	F34	1	1
行為及び情緒の混合性障害	F92	1	0
特定的人格障害	F60	1	0
反復性うつ病性障害、不詳	F33-9	1	0
広場恐怖症	F40-0	1	0
双極性感情障害	F31	1	0
抑うつ性行為障害	F92-0	1	0
合計		196	94

「うつ病エピソード」である。[表9]

4.2 もっとも多いリスク因子

デンマークでは、PTSDに関して、ストレインという特性が診断基準のなかに含まれている(1.1のデンマークの職業病ガイドからの抜粋20.3を参照)。他のストレス疾患に関して、典型的なストレインは、暴力、脅迫、ストレスの強い出来事やいじめ、ハラスメントである。[表10]

イタリアでは、INAILは、その精神疾患に関する統計にリスクによる分類をもっていない。しかし、慣行は、以下のもっとも多い病気の原因となる状況の把握を可能にしている。

- － 作業活動の疎外
- － 内容を失った仕事
- － 作業指示提供の失敗
- － 関係者の職務能力を下回る質を示唆する職務の長期割り当て

表8 スウェーデン：(職業病としての) 給付請求をを起こした精神疾患の最も多い診断

	症候群	ICD-10
1	重度ストレスへの反応及び適応障害	F43
2	うつ病エピソード	F32
3	他の不安障害	F41
4	反復性うつ病性障害	F33

表9 スペイン：2010・2011年の労働に起因または増悪した非心的外傷性疾患として認定された精神障害事例

症候群	2010年	2011年
労働が原因の疾病：	191	144
感情障害	10	11
他の精神障害	155	16
恐怖症及び神経症性障害	26	117
労働によって増悪した疾病：	12	20
感情障害	1	1
他の精神障害	11	1
恐怖症及び神経症性障害	0	18

表10 フランス：2011年のリスト外職業病としての精神障害の認定請求・認定件数の原因因子別内訳

原因因子	請求件数	認定件数
原因因子不詳	2	1
手作業の身体的負担	1	0
精神的作業負担	43	21
心理社会的因子	142	70
作業速度	1	1
精神的外傷	4	1
リストにない他の既知の因子	3	0
合計	196	94

- － 精神的または身体的傷害との関連を含め、過重または過剰な職務の長期割り当て
 - － 組織的または構造的情報へのアクセスの妨害
 - － 構造的または組織的通常の作業活動に内在する情報の不適切さ
 - － 訓練、再教育、職業的工場イニシアティブからの労働者の除外の繰り返し
 - － 様々なかたちの管理の誇大または過度の行使
- スウェーデンとスペインは、データがない。

4.3 もっとも関連のある産業部門

[表11～15、図4は省略]

労働関連精神障害の認定：欧州10か国調査

表11 オランダ：2010年の上位3位の労働関連心理的障害のもっとも多く報告された原因因子の内訳

労働における原因因子	適応障害		うつ病		心的外傷後ストレス障害	
	N	%	N	%	N	%
要求される作業量 満足感のなさ/退屈、単調な産業/要求の高い作業/大量または均等でない作業/均等でない量・要求/過大な量の作業要求	200	22	14	18	2	3
作業関係 同僚労働者の関係の問題/上司との関係の問題/あいまいな役割/不完全な管理原則	189	21	24	30	5	7
作業ペース 持続的な身体作業/均等でない作業配分/機会に管理される作業ペース	135	15	8	10		
要求される作業の質 調整作業/精密作業/複雑な職務/注意・集中/責任/規律/倫理/感情移入/相反するまたは両立しない要求/あいまいな要求	114	13	10	13		
心的外傷を残す経験(恐れ、不安) 暴力の脅迫/セクシャル・ハラスメント/ショックの繰り返し/微視的損傷/ショック、暴力または災害に起因する心的外傷を残す経験	13	2	3	4	65	87
労働時間の調整 交替作業/オンコール・サービス/残業	69	8	4	5		
他の心理的曝露因子	59	7	7	9	1	1
自らの作業に対する個人的影響 自らの作業に対して個人的影響を及ぼせない/計画立案または作業遂行に対してわずかしかな個人的影響を及ぼせない	62	7	4	5		
リスク (自らまたは他者に対する) 災害リスク/器具または製品に対する損害リスク/傷害リスク/職を失うリスク	38	4	5	6	2	3
社会的接触関係 自らの作業から生じる社会的接触が少ない/インフォーマルな社会的接触が少ない/一人作業/作業時間中に家族等と接触する可能性が少ない、またはない	5	1				
給与形態 出来高払い労働/出来高払い	3					
その他または原因因子不詳	5	1				
合計	892	100	79	100	75	100

デンマークでは、全国労働災害評議会が、産業部門または職業別の精神障害認定事例に関するデータの分類をもっていない。しかし、認定事例の約70%が、公共部門の労働者であると言われている(付録1の認定事例参照)。

スウェーデンとスペインは、データがない。

4.4 性及び年齢因子

デンマークでは、全国労働災害評議会は、精神疾患認定事例に関するデータの年齢別分類をもっていない。しかし、認定請求の3分の2は37～56歳の労働者によってなされていると言うことができる。

[表15]

フランスは、国レベルではこの種のデータをもっていない。

[図5、表16・17]

PANOTRATSSのデータは、30～40歳の年齢集団がもっとも多いことを示している。

[表18、図6]

5. 進行中の議論

現在非常にわずかの国しか、職業リスク保険機関による精神障害のカバーを検討していないように

表12 フランス:2011年の職業別精神障害の
認定請求・認定件数

職業	認定請求	認定件数
他の仲介業務	34	17
会社管理者	28	12
事務労働者	16	11
直接的個人対応サービス・警備サービス	13	5
他の知的・科学的専門職	11	7
単純サービス・販売従業員	9	2
機械操作・組立労働者	8	1
受付従業員・チェックアウト対応・カウンター事務等	8	7
理化学・数学・技術科学専門職	8	7
モデル・販売員・実演者	8	1
車両運転手・重量物昇降・取扱機械	7	3
生命科学・保健専門職	6	3
物理・技術科学仲介職	4	1
鉱業、建設土木業、製造業及び運輸業の作業員	5	4
リーダー・マネージャー	4	3
他の職人・技術職労働者	4	2
掘削・建設部門の職人・労働者	4	1
冶金・機械工学等部門の職人・労働者	4	1
農民・商業的農漁業の技能労働者	2	1
固定された設備・機器の操作者	2	1
教育専門職	2	0
教育仲介職	1	0
一般政府の高級・立法機関のメンバー・上級管理職	1	1
精密機械・芸術工芸・印刷等部門の職人・労働者	1	0
合計	196	94

表13 イタリア:2010年及び1996～2010年の
産業部門別精神障害の認定請求・認定件数

産業部門	2010年		1996～2010年	
	認定請求	認定件数	認定請求	認定件数
農業	1	0	50	23
産業・サービス	364	37	3,927	522
工業	88	17	981	194
農業	2	0	21	4
漁業	0	0	1	0
鉱業・砕石業	0	0	12	1
製造業	63	8	801	146
電気・ガス・水道業	9	4	54	12
建設業	14	5	92	31
サービス	209	18	1,941	293
小売・卸売業	46	4	338	48
宿泊・飲食サービス業	11	1	104	9
運輸・通信業	33	4	36	58
金融業	15	3	131	20
不動産業・対事業所サービス	39	2	345	46
行政	18	2	255	42
教育	7	0	24	4
保健・社会福祉業	30	2	214	32
他の公共サービス	10	0	163	34
家内労働者	0	0	5	0
不詳	67	2	1,005	35
公務	15	0	195	25
合計	380	37	4,172	570

表14 オランダ:労働関連心理的障害の届出の多い職業

上位5位の職業	2007年		2008年		2009年		2010年	
	N	%	N	%	N	%	N	%
事務労働者	114	9.6	135	11.5	152	10.5	127	11.3
教育専門職	91	7.6	84	7.2	137	9.5	120	10.6
サービス労働者、店舗・市場販売労働者	110	9.2	108	9.2	97	6.7	86	7.6
他の准専門職	181	15.2	188	16.1	173	12.0	82	7.3
警備サービス労働者	60	5.0	62	5.3	58	4.0	76	6.7

思われる。この種のアプローチを採用している諸国は、すでに職業病としての認定を認めている諸国である。

しかし、労働関連精神疾患の問題は、(本調査の枠組みからは除外された) 心理社会的リスク予防の観点からますます調査研究されるようになって

労働関連精神障害の認定：欧州10か国調査

表15 デンマーク：1996～2011年の性別
精神障害の認定請求・認定件数

性別	認定請求	認定件数
男性	6,981	781
女性	20,064	719
合計	27,045	1,500

表16 スウェーデン：2011年の性別精神障害の
請求件数・給付支給件数

性別	請求件数	給付支給件数
男性	152	29
女性	299	41
合計	451	70

図5 イタリア：2010年及び1996～2010年の年齢別心理的障害、全制度を考慮に入れた

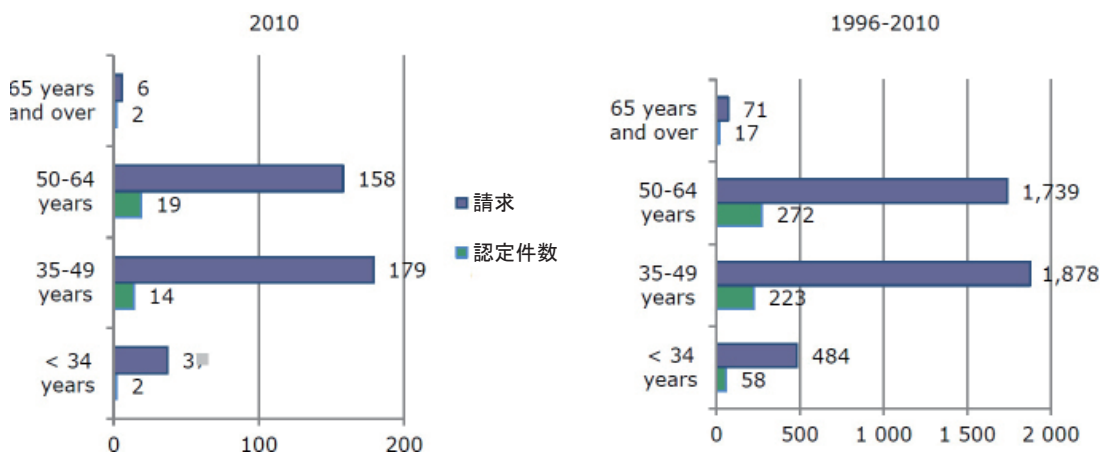


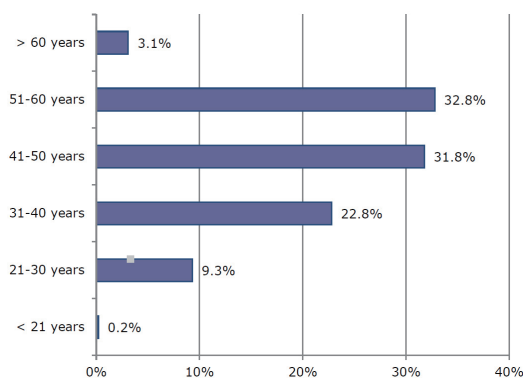
表17 スペイン：2011年の性別労働に起因または増悪
した非心的外傷性疾患として認定された精神障害

性別	労働が原因の疾患	労働により増悪した疾患	非心的外傷性疾患合計
男性	63	12	75
女性	81	8	89
合計	144	20	164

表18 オランダ：2010年の性別職業病センターに
報告された精神障害（割合：%）

性別	割合：%
男性	51
女性	49
合計	100

図6 オランダ：2010年の年齢集団別
心理的障害（割合：%）



いる。

デンマークでは、全国労働災害理事会が、ハラスメントを原因とする精神障害に関して、デンマーク労働環境基金による報告書の結論を2013年末までに受け取る予定である。この作業の目的は、ハラスメントが精神疾患（抑うつ、不安、身体化）の発生

リスクを増大させるかどうか、ハラスメントがストレスホルモン不均衡を引き起こすかどうか、ハラスメントがどの程度労働能力に影響を及ぼし、病気休業の長期化に影響を及ぼすか、の判定を試みることである。報告書の結論は、デンマークの職業病リストにハラスメントを原因とする精神障害を登録する可

能性に関する、検討の基礎として役立つだろう。

フランスでは、2012年にある検討委員会が職業起因の精神障害の補償について検討した。この委員会は、労働条件管理委員会(COCT)の職業委員会に由来するものである。同委員会は、職業病リストの創設と改訂に責任をもっている。社会パートナー、専門の第一人者、国の代表、症例を管理する諸組織・機関によって構成されている。

検討委員会の目的は、以下のとおりであった(委任状からの抜粋)。

精神障害尾認定を改善するための法改正の可能性の初期分析に基づいて、職業病委員会の委員は2010年1月20日の会合で、まず、既存の法的枠組みのなかで地方職業病認定委員会(CRRMPs)による請求の調査の促進、次に、精神障害をカバーする他の改善の可能性の検討からなる現実的アプローチを採用することに同意した。

この目的のために、検討委員会は以下について責任をもつ：

1-CRRMPsが調査することのできる精神的原因の障害の記述的・疾病分類学的分類の作成、と

りわけそれらの障害についての業務上及び業務外の原因の診断、永久障害の判定に用いられる安定化基準、及び、それ以上なら少なくとも25%相当の永久障害率と判定することが可能な重度水準の特定

2-CRRMPsがそれらの障害と労働活動との間の関係を評価するのに役立つ勧告の起草

3-労働関連精神障害のカバーを改善する他の方法の調査

この作業の結論は、間もなく公表される予定の報告書に記録される。

最後に、フィンランドでは、潜在的原因因子として心理社会的因子を職業病の定義に含める可能性は、労働災害・職業病に関する法令の改正に責任をもつ検討委員会において、2007-2008年に再び議論された。検討委員会ではいかなる合意にも達さず、FIOH[フィンランド国立労働衛生研究所]の専門家らは、すでに2001-2003年の検討委員会によって採用されたこの提案を拒否するために、その結論を撤回することを正当化する理由はないとした。



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。

最新情報満載の月刊誌「安全センター情報」を発行。

「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。

- 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たら個人・団体をご紹介下さい。見本誌をお届けします。
- 中央労働金庫亀戸支店[(普) 7535803]
郵便払込講座「00150-9-545940」
名義はいずれも「全国安全センター」

セン

安全
センター
情報

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
PHONE (03) 3636-3882 FAX (03) 3636-3881

労働基準法施行規則第35条 専門検討会報告書

平成25年7月

労働基準法施行規則第35条専門検討会参集者 名簿(五十音順、敬称略)

氏名	役職等
相澤 好治	学校法人北里研究所常任理事
阿部 直	東海大学医学部教授
圓藤 吟史	大阪市立大学大学院医学研究科教授
大前 和幸	慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教授
(座長)櫻井 治彦	公益財団法人産業医学振興財団理事長
滝川 一	帝京大学医学部教授
中沼 安二	金沢大学大学院医薬保健学総合研究科教授
夏目 誠	大阪樟蔭女子大学大学院人間科学研究科教授
西村 重敬	埼玉医科大学医学部教授
馬杉 則彦	一般財団法人労災サポートセンター会長
別府 諸兄	聖マリアンナ医科大学教授
三上 容司	横浜労災病院副院長
山田 義夫	大阪労災病院名誉院長
由佐 俊和	千葉労災病院副院長

労働基準法施行規則第35条専門検討会

開催状況

平成25年6月4日 第1回検討会
平成25年7月2日 第2回検討会

1 検討会の開催経緯及び目的

労働基準法施行規則別表第1の2及びこれに基づく告示(以下「別表第1の2」という。)は、業務上疾病の範囲を明確にし、事業主の災害補償義務の履行確保を図るとともに、業務上疾病の災害補償に係る請求権の行使を容易にする重要な役割を果たしているところであるが、労働環境の変化に伴い新たな要因による疾病が生じうることを考慮し、昭和53年に行われた現行規定への改正以降、定期的に、労働基準法施行規則第35条専門検討会(以下「本検討会」という。)において、別表第1の2に掲げる業務上疾病の範囲について医学的検討を行ってきたところである。

前回検討を行った平成21年以降、平成22年3月に国際労働機関(以下「ILO」という。)の第194号勧告「職業病の一覧表並びに職業上の事故及び疾病の記録及び届出に関する勧告」に付属する「職業病の一覧表」(別紙1。以下「ILOの職業病の一覧表」という。)が改訂された。また、本検討会の平成21年報告を受けて、平成23年7月から「労働基準法施行規則第35条専門検討会化学物質による疾病に関する分科会」(以下「化学物質分科会」という。)において化学物質による疾病について検討が行われた結果、平成25年3月に「労働基準法施行規則第35条専門検討会化学物質による疾病に関する分科会検討結果報告書」(別添1。以下「化学物質分科会報告書」という。)が取りまとめられた。さらに、大阪の印刷事業場において化学物質の使用により胆管がんを発症したとの労災請求が平成24年3月以降なされたことを契機として、同年9月から開催された「印刷事業場で発生した胆管がんの業務上外に関する検討会」の報告書

(別添2)が、平成25年3月に取りまとめられるなど、業務上疾病を取り巻く状況には、大きな変化が見られる。

このため、本検討会は、以上のような状況を踏まえて、別表第1の2に掲げる業務上疾病の範囲について、新たに追加すべき疾病があるか否か検討を行った。

2 例示列举の考え方

本検討会においては、別表第1の2に新たな疾病を追加すべきか否かを判断するに際して、従来からの考え方を踏襲することとした。

すなわち、職業病として発生することが極めて少ないもの等、以下のいずれかに該当するものを除き、業務と疾病との間に因果関係が確立していると認められる場合には原則として例示列举するというものである。

- ① 過去において相当数の発症例が見られたが、労働衛生管理の充実等により、今日発症例が極めて少ないもの
- ② 諸外国において発症例があるが、国内においては、当該疾病の発生に係る化学物質等の製造及び輸入の禁止等により使用される見込みがない又は研究機関等の特定の機関においてのみ使用される等のため、当該疾病の発症例が極めて少ないと認められるもの
- ③ ばく露から発症までの期間が短いもの以外であって因果関係が明らかとなっていないもの（ばく露から発症までの期間が短いものについては、業務との因果関係を立証することが容易であることから、当該短期間で現れる影響のみ明らかとなっているものは必ずしも例示列举の必要性はないと考えられる。）
- ④ 有害業務の集団及び疾病の集団としての類型化（有害因子と疾病の関係を一般化し得るもの）が困難であり、法令上の列举又は指定にならないもの

3 検討疾病

本検討会においては、今回、以下の疾病について別表第1の2に追加すべきか否かの検討を行っ

た。

なお、ILOの職業病の一覧表に掲げられた各疾病ごとの別表第1の2の規定状況、本検討会（化学物質分科会を含む。）でのこれまでの検討状況等を別紙2に整理した。

(1) 化学物質分科会において検討された疾病

(別紙3参照)

ア 検討事項1

労働安全衛生法施行令別表第9に掲げられた安全データシートの交付義務のある化学物質640物質のうち、別表第1の2に規定されていない物質で化学物質分科会において選定した48物質による疾病

イ 検討事項2

ILOの職業病の一覧表の改訂により、新たに追加された9疾病のうち、別表第1の2に規定されていない「化学的因子による疾病」(3疾病)及び「職業上のがん」(4疾病)

ウ 検討事項3

平成15年に取りまとめられた本検討会の報告書において、長期的ばく露による慢性影響が明らかでない等として別表第1の2に追加する必要があるとされた「化学的因子による疾病」(4疾病)及び「職業上のがん」(1疾病)

エ 検討事項4

理美容の業務において使用されている化学物質のうち、化学物質分科会が選定した2物質による接触皮膚炎

(2) ILOの第194号勧告に付属する「職業病の一覧表」に新たに追加された疾病のうち、化学物質分科会において検討対象とされなかった疾病

ア 細菌又は真菌による汚染物質に関連した中毒性又は炎症性症候群

イ 非線維形成型鉱物性粉じんに起因するじん肺

(3) 労災請求のあった個別事案の業務上外を検討した医学専門家等による検討会において、業務と疾病との因果関係についての考え方が示された疾病

ア 1,2-ジクロロプロパンによる胆管がん

イ ジクロロメタンによる胆管がん

(4) 別表第1の2各号に規定する包括救済規定
に該当した疾病

平成20年度から平成23年度において、別表第1の2第4号9に該当するとして労災認定された「次亜塩素酸ナトリウムによる皮膚炎等」

4 検討結果

(1) 化学物質分科会において検討された疾病

ア 検討事項1

本検討会において、前記3の(1)のアに記載した48物質による疾病について、別表第1の2に追加すべきものがあるか否か検討を行ったところ、別紙4の左欄に掲げる番号1～17の化学物質（うち、1物質については混合物。以下同じ。）にさらされる業務による、それぞれ右欄に掲げる症状・障害を別表第1の2に追加することが適当であるとした化学物質分科会報告書の検討結果は、妥当であるとの結論を得た。

なお、その他の疾病については、現時点において、別表第1の2に追加する必要はないと考えられる。

イ 検討事項2

本検討会において、前記3の(1)のイに記載した「化学的因子による疾病」（3疾病）及び「職業上のがん」（4疾病）について、別表第1の2に追加すべきものがあるか否か検討を行ったところ、「ベリリウム及びその化合物による肺がん」（別紙5の番号1）を別表第1の2に追加することが適当であるとした化学物質分科会報告書の検討結果は、妥当であるとの結論を得た。

なお、その他の疾病については、現時点において、別表第1の2に追加する必要はないと考えられる。

ウ 検討事項3

本検討会において、前記3の(1)のウに記載した「化学的因子による疾病」（3疾病）及び「職業上のがん」（1疾病）について、別表第1の2に追加すべきものがあるか否か検討を行ったところ、「タリウム及びその化合物」（別紙4の番号18）にさらされる業務による「頭痛、めまい、嘔吐等の自覚症状、皮膚障害又は末梢神経障害」を別表第1の2に追加することが適当であるとした化学物質分科会報告書の検討結果は、妥当であるとの結論を得た。

なお、その他の疾病については、現時点において、別表第1の2に追加する必要はないと考えられる。

エ 検討事項4

本検討会において、前記3の(1)のエに記載した2物質による接触皮膚炎について検討を行ったところ、化学物質分科会報告書の検討結果と同様、いずれの化学物質についても接触皮膚炎との因果関係は明らかでないと認められることから、現時点において、別表第1の2に追加する必要はないと考えられる。

(2) ILOの職業病の一覧表に新たに追加された
疾病のうち、化学物質分科会において検討対
象とされなかった疾病

ア 細菌又は真菌による汚染物質に関連した中
毒性又は炎症性症候群

本疾病については、ILOの職業病の一覧表上、具体的な疾病名や症状が明らかではないが、細菌や真菌に汚染された有機粉じんを一度に大量に吸入ばく露した場合に発症する非アレルギー性の発熱、呼吸困難等の症状を指すものと考えられる。

細菌や真菌に汚染された物質にばく露したことにより発症したアレルギー性の呼吸器疾患である過敏性肺炎については、別表第1の2第4号5「木材の粉じん、獣毛のじんあい等を飛散する場所における業務又は抗生物質等にさらされる業務によるアレルギー性の鼻炎、気管支喘息等の呼吸器疾患」に該当する業務上疾病として取り扱われているところであるが、同様の物質にばく露したことによる非アレルギー性の発熱等の症状については、我が国において症例報告は非常に少なく、労災認定事例もないという状況にある。

以上を踏まえ、本検討会としては、「細菌又は真菌による汚染物質に関連した中毒性又は炎症性症候群」については、現時点において、別表第1の2に追加する必要はなく、第4号9の「その他化学物質等にさらされる業務に起因することの明らかな疾病」として取り扱うことが適当であると考えられる。

イ 非線維形成型鉱物粉じんに起因するじん肺

じん肺は、「粉じんを吸入することによって肺に生じた線維増殖性変化を主体とする疾病をいう。」（じん肺法第2条）とされている。

本疾病の「非線維形成型鉍物粉じん」については、ILOの職業病の一覧表において例示等は示されていないが、線維増殖性変化が弱い粉じんとして酸化鉄やスズなどがよく知られており、このような粉じんが該当するものと考えられる。

我が国では、じん肺法第23条及び同法施行規則第1条等に基づき、じん肺管理区分が管理4と決定された者及びじん肺管理区分が管理2又は管理3と決定されて合併症にかかっていると認められる者については、療養を要するものとして規定されており、このようなじん肺及び合併症については、粉じんの種類を問わず、別表第1の2第5号「粉じんを飛散する場所における業務によるじん肺症又はじん肺法（昭和35年法律第30号）に規定するじん肺と合併したじん肺法施行規則（昭和35年労働省令第6号）第1条各号に掲げる疾病」に該当するものとして取り扱われている。

以上を踏まえ、本検討会としては、「非線維形成型鉍物粉じんに起因するじん肺」については、従来どおり、別表第1の2第5号に該当する疾病として取り扱うことが適当であると考えられる。

(3) 1,2-ジクロロプロパンによる胆管がん及びジクロロメタンによる胆管がん

業務と胆管がん発症との因果関係については、これを明確にした報告はなかったが、使用した化学物質が原因で胆管がんを発症したとして、平成24年3月以降に大阪の印刷事業場において校正印刷業務等に従事した労働者等からなされた労災請求事案の業務上外の判断に当たり、平成24年9月から、医学専門家を始め、化学、労働衛生工学の各分野の専門家から成る「印刷事業場で発生した胆管がんの業務上外に関する検討会」において、業務と胆管がん発症との因果関係が検討され、平成25年3月に報告書が取りまとめられている。

本検討会において、この報告書について検討を行った結果、胆管がんは1,2-ジクロロプロパン又はジクロロメタンに長期間、高濃度ばく露することにより発症し得ると医学的に推定できるとする結論は、各分野の専門家による十分な検討の結果、得られたものであり、妥当であると考えられる。

また、大阪の印刷事業場の事例では、胆管がん

の原因物質は1,2-ジクロロプロパンとされたが、その後、ジクロロメタンが原因物質である蓋然性が高いとして胆管がんの業務起因性が認められた事例がある。

以上を踏まえ、本検討会としては、「1,2-ジクロロプロパンによる胆管がん」及び「ジクロロメタンによる胆管がん」（別紙5の番号2及び3）については、別表第1の2に追加することが適当と判断する。

(4) 次亜塩素酸ナトリウムによる皮膚炎等

近年、次亜塩素酸ナトリウムによる皮膚炎等に係る労災認定事例が見られるところであるが、災害発生状況を見ると、清掃作業等において次亜塩素酸ナトリウムを含む消毒液や漂白剤を使用している際に、消毒液等が誤って手足に付着したことにより皮膚炎等が生じたという事故的な災害であること、ばく露から発症までの期間が短く、因果関係も明らかであること等から、現時点において、別表第1の2に追加する必要はないと考えられる。

5 まとめ

以上の検討結果のとおり、本検討会としては、別紙4の左欄に掲げる化学物質にさらされる業務による、それぞれ右欄に掲げる症状・障害及び別紙5のがんを別表第1の2に追加することが適当であるとの結論を得たので、行政においては、速やかに所要の措置を講じることを望むものである。

なお、その際、テレピン油（別紙4の番号7）は混合物であること及び2-プロモプロパン（別紙4の番号13）の症状・障害である「生殖機能障害」は、現在の別表第1の2には規定されていないものであることに留意する必要がある。

6 終わりに

製造業をはじめとした各事業場では、常に新たな化学物質が使用される可能性があることから、本検討会としては、行政当局において、引き続き、新たな化学物質による疾病について幅広く情報収集に努めることを望むものである。

※別紙1～5省略、<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000035viv>.



産業保健を支援する事業の在り方に関する検討会報告書

平成25年6月

1 はじめに

- 国は、労働者の健康の確保を図るため、独立行政法人労働者健康福祉機構（以下「労働者健康福祉機構」という。）に産業医等の産業保健専門職に対する研修・相談を行う産業保健推進センター（産業保健連絡事務所を含む。以下「推進センター等」という。）を設置・運営する事業を行わせるとともに、労働者数50人未満の小規模事業場において産業保健活動を支援する地域産業保健事業（以下「地産保事業」という。）及び事業者の行うメンタルヘルス対策を支援するメンタルヘルス対策支援事業（以下「メンタル支援事業」という。）を実施し、事業者の産業保健活動を支援してきた。（以下これらの事業を「三事業」という。）
- 平成23年に開催された「産業保健への支援の在り方に関する検討会」では、三事業の効果的・効率的な実施について検討が行われ、報告書（以下「23年度検討会報告書」という。）がとりまとめられた。
- 23年度検討会報告書では、支援の内容、範囲を精査すること、支援内容により支援を分けずに総合的に支援すること、三事業の統括的運営の必要性等が謳われ、今後、中長期的視点に立った継続的な事業実施等について、基本的な考え方を示し、支援を充実・強化することが必要とされている。
- そこで、三事業の効果的・効率的な実施及び実施体制等の今後の在り方について、産業保健の実態を踏まえてさらに検討を行った。
- 産業保健の現状については、23年度検討会報告書にとりまとめられているとおり、健康診断結果の有所見率は年々増加し、業務上疾病は顕著な減少傾向がみられない、産業医の選任状況等事業場の労働衛生管理体制は必ずしも十分ではなく、特に、労働者数50人未満の小規模事業場は、労働衛生管理体制が貧弱であり、労働者の健康管理が十分でない等、多くの課題がある。
- 有害業務への対応について、平成24年に大阪の印刷事業場における胆管がんの多発を受けて行われた、労働基準監督署による、洗浄作業を行っている印刷事業場に対する一斉点検においては、産業医や衛生管理者を選任していない等労働衛生管理に何らかの問題が認められる事業場が多数に上った。労働者の健康の確保のため、産業保健専門職の関与など労働衛生管理を着実に実施する体制を早急に整備する必要がある。
- 日本の自殺者数は、年間3万人を下回ったものの、勤務問題を自殺の原因の一つとしている者は年間約2,500人に達しており、これは、労働災害における死者数約1,100人を上回っている。さらに、精神障害等による労災申請件数、支給決定件数も増加傾向にある。一方、メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場は、約4割程度であり、特に小規模事業場の取組が遅れている。
- メンタルヘルス対策としては、一次予防であるメンタル不調の予防から、二次予防であるメンタル不調者の早期発見と適切な対応、三次予防である職場復帰までの総合的な支援が求められているが、その他の疾病、障害についても、予防、早期発見に加えて職場復帰、治療と職業生

2 産業保健の現状

活の両立支援へのニーズが高まっている。

- 厚生労働省は、産業構造の変化等、労働者を取り巻く社会経済の変化に対応し、労働者の安全と健康を確保するため、労働安全衛生法に基づき、第12次労働災害防止計画（以下「12次防」という。）を平成25年2月25日に策定した。12次防は、平成25年度から平成29年度までの5年間で計画期間とし、労働災害の防止のための主要な対策に関する事項等を定めている。
- 12次防では、誰もが安心して健康に働くことができる社会を実現するために、国、事業者、労働者等の全ての関係者が、労働災害防止の意識を共有し、それぞれの立場で責任ある行動を取ることを求めている。
- 12次防は、労働災害・業務上疾病発生状況の変化に合わせた対策の重点化を特徴としており、重点業種として社会福祉施設などの第三次産業を設定し、重点とする健康確保・職業性疾病対策として、メンタルヘルス対策、化学物質による健康障害防止対策等を挙げたほか、業種横断的な取組として、高年齢労働者対策や非正規労働者対策等を推進することとしている。高年齢労働者の多くは基礎疾患を有しており、こうした基礎疾患が誘発しうる労働災害について、地産保事業等を通じた周知徹底の取組が示されている。非正規労働者はその多くが女性で、第三次産業に集中しており、労働者の3人に1人以上が非正規労働者である現状において、その労働災害の発生状況等の把握の必要が強調されている。
- さらに、12次防では、行政や労働災害防止団体、業界団体等の連携・協働による労働災害防止の取組の推進について、社内で安全衛生の専門人材の育成が難しい企業からの求めに応じて、企業が専門機関を活用しやすい仕組みの検討が必要であるとしており、産業保健機関、産業保健専門職の質の向上とその活用、50人未満の小規模事業場における労働者の健康確保についての国による援助の充実等の取組の方向性が示されている。
- 今後、国をはじめとする全ての関係者が、12次

防の目標達成のために取り組む必要がある。

- なお、これらの課題と関連して、医師を始めとする産業保健専門職について、女性のさらなる活用のための職業生活と家庭生活の両立の支援対策が重要である。

3 産業保健を支援する事業の概要

- 国は、事業者の産業保健活動を支援するため、三事業を実施している。各事業の概要は次のとおりである。

(1) 産業保健推進センター等

- 推進センター等は、労働者災害補償保険法等に基づき労働者健康福祉機構が設置運営し、産業医、衛生管理者等の産業保健専門職に対する専門的、実践的研修や専門的相談、情報提供の業務を行っている。
 - 産業保健推進センター（以下「推進センター」という。）は、平成22年度までは47都道府県に設置されていたが、平成22年の行政刷新会議による事業仕分けの結果に基づき同年12月7日に定められた「独立行政法人の事務・事業の見直しの基本方針」（閣議決定）により、平成24年度末までに15の都道府県に集約化され、それ以外の32県には産業保健推進連絡事務所（以下「連絡事務所」という。）を設置することとされた。
 - 集約化される以前の推進センターの組織体制は、非常勤の所長のほか、正規職員が3名以上配置されていたが、連絡事務所においては正規職員は配置されず、非常勤の事務所代表（所長）と、嘱託職員である産業保健推進員1名により運営されている。
 - 連絡事務所における経理等の事務管理の業務は、近隣都府県の推進センターが担当しているが、産業保健専門職に対する研修、相談等の事業については、推進センターからは独立し、各連絡事務所で企画運営されている。
 - 推進センター等の事業の主な実績は、平成23年度において、産業保健専門職に対する研修実施回数4,936回、相談件数45,999件となっている。
- #### (2) 地域産業保健事業
- 労働安全衛生法により、労働者数50人以上

の事業場には産業医及び衛生管理者の選任が義務付けられており、労働者数50人未満の小規模事業場では、事業者は、労働者の健康管理等を行うのに必要な知識を有する医師又は保健師に、労働者の健康管理等を行わせるよう努めなければならないとされている。

- さらに、労働安全衛生法において、国は労働者数50人未満の小規模事業場の労働者の健康の確保に資するため、労働者の健康管理等に関する相談、情報の提供その他必要な援助を行うように努めることとされている。
- 国は、こうした小規模事業場の行う産業保健活動を支援するため地産保事業を委託により実施している。地産保事業の実施主体については、平成25年度においては、39都道府県において都道府県医師会が受託して実施しているが、8府県においては労働者健康福祉機構が受託し、これに府県医師会が協力して実施されている。
- 地産保事業の実施区域については、平成21年度まではおおむね労働基準監督署の管轄区域単位（都道府県）単位の契約となった。
- 地産保事業の調達方法については、平成18年度までは、郡市区医師会が、随意契約により受託していたが、公共調達の透明性の確保等の観点から、平成19年度からは公募、平成22年度からは企画競争による契約に変更された。
- 地産保事業の事業内容については、平成22年度以前は、健康相談窓口の開設、個別訪問産業保健指導、長時間労働者に対する面接指導及び産業保健情報の提供であったが、事業仕分けに伴う推進センター等の事業の見直しに併せて、平成23年度から、以下の事業内容に重点化が図られた。
 - ・ 健康診断実施後の医師の意見聴取への対応
 - ・ 脳・心臓疾患のリスクが高い労働者に対する保健指導
 - ・ メンタルヘルス不調を自覚する労働者に対する相談・指導

・ 長時間労働者に対する面接指導

- 地産保事業の事業内容のうち、脳・心臓疾患のリスクが高い労働者に対する保健指導及びメンタルヘルス不調を自覚する労働者に対する相談・指導については、産業医に加え、保健師も実施できることとしている。労働安全衛生法の体系上、保健師は、無試験で第一種衛生管理者免許を受けることができ、衛生管理者として選任された保健師は労働者数50人以上の事業場において衛生に係る技術的事項を管理する。また保健師は、労働者数50人未満の小規模事業場において、労働者の健康管理等を行うものとされている。
- 地産保事業における保健師の活動については、保健師が小規模事業場を訪問し、労働者の状態を心身の両面から把握して保健指導を行うとともに、個々の事例を集約して組織の健康管理の課題を抽出し、産業医への情報提供・相談、推進センター等における事業場全体の健康管理の仕組み作りにつなげる等により、総合的な支援を提供している事例がある。
- 地産保事業の主な実績は、平成23年度において、健康相談等延べ利用者数83,895人、事業場訪問回数9,958回となっている。

(3) メンタルヘルス対策支援事業

- 国は、職場におけるメンタルヘルス対策を総合的に支援するため、メンタル支援事業を委託事業として実施している。メンタル支援事業の実施区域は都道府県単位であり、メンタル支援事業の実施主体については、平成25年度においては、すべての都道府県において労働者健康福祉機構が受託している。
- メンタル支援事業の委託契約は、平成22年度までは47都道府県について全国一括であったが、平成23年度からは、全国を北海道、東北（青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県）、関東（茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、山梨県、長野県、静岡県）、中部（富山県、石川県、福井県、岐阜県、愛知県、三重県、滋賀県、京都府）、西日本（大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、鳥取県、

島根県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県）、九州（福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県）の6つのブロックに分けて実施している。

○メンタル支援事業の調達方法は、平成24年度までは企画競争であったが、平成24年度に行われた行政事業レビューの公開プロセスの結果に基づき、平成25年度からは一般競争入札（最低価格落札方式）となった。

○メンタル支援事業では、事業場の規模にかかわらず、事業者、産業保健専門職等からの相談への対応、メンタルヘルス対策の導入のための専門家による訪問支援の実施、職場の管理職に対する教育の実施、職場復帰プログラムの作成支援などを行い、メンタルヘルス不調の未然防止から職場復帰支援まで、事業者の行う職場のメンタルヘルス対策を総合的に支援するものとなっている。なお、個別の労働者に対する直接の支援は行っていない。

○メンタル支援事業の主な実績は、平成23年度において、事業場に対する助言・指導20,247件、管理監督者への教育4,859件、職場復帰支援プログラムの作成支援673件となっている。

(4) 三事業の総合調整のための協議会

○23年度検討会報告書において、産業保健活動への支援の効果的な実施のため、三事業が連携して統括的に運営されるための総合調整機能が必要とされた。

○このため、平成24年度から各都道府県労働局において、各事業の実施者等から成る協議会を設置し、三事業の連携を促進する取組が行われている。

4 産業保健を支援する事業の課題

○三事業は、それぞれ事業者、産業保健専門職及び労働者の種々の課題に対応するために実施されているが、事業場規模やニーズの内容によって対応する事業が分かれているために、心とからだの健康対策が分離しているように見えるなど、各事業の違いが利用者から見て分かりにくく、またそれぞれ別個の事業であるため、全体と

して効果的・効率的な実施体制となっていない部分がある。

○また、三事業の実施体制、実施区域、調達方法、事業内容等については、上述したとおり、ここ数年の間、行政事業の見直しの過程で、さまざまな変更が行われた。これら一連の変更は、効果的、効率的な事業の実施とともに、予算の適正な執行等を目的としたものであったが、こうした変更が必ずしも十分な周知・準備期間もないままに行われたこともあり、三事業の実施関係者や利用者から、その改善を求める要望が多数寄せられるなど、種々の課題が指摘されている。

(1) 産業保健推進センター等の事業の課題

○推進センターの集約化により、32県においては推進センターが廃止され連絡事務所が設置された。連絡事務所は、非常勤の代表及び嘱託職員の産業保健推進員1名の体制であり、こうした体制の縮小により事務機能はもとより実質的な事業実施機能が低下している。

○連絡事務所における事業運営については、嘱託職員である産業保健推進員ひとりに大きな負担がかかり、推進員の短期間での交代が相次ぐ状況となった。研修についても、計画した研修件数は最低限こなしているが、新たな内容の研修の企画や相談体制の充実等、事業内容の持続的な充実、発展を図ることはできておらず、各都道府県労働局管内の産業医等の産業保健専門職の水準向上のため、真に必要な研修・相談ができていない。

○また、医師会等地元の関係機関との連携が不可欠であるが、体制が不十分なことから、連携に支障をきたしている。

○一方、近隣の連絡事務所の経理等の事務管理を担当する推進センターにおいては、最大4県の連絡事務所を担当する推進センターもあり、担当する活動範囲も広く、それに伴う負担が大きい。

○そのほか、情報提供業務については、広報等が行き届かず、推進センター等を知らない事業者がいることや、著作権等の問題により、近年、事業者や産業保健専門職から希望の多い教材等の貸し出し業務に支障が生じているとの指摘が

ある。

(2) 地域産業保健事業の課題

- 労働者数50人未満の小規模事業場は、産業医や衛生管理者の選任が義務づけられておらず、労働者の健康管理は不十分であり、支援を強化する必要がある。
- そもそも地産保事業について知らない小規模事業場もあり、そうした事業場への周知が必要である。また、大企業の支店、営業所、一定の資本関係のある子会社や構内企業等である小規模事業場も地産保事業の支援の対象になっているが、これらの事業場は、事業の情報を比較的良好に知っている傾向があり、それ以外の、中小企業の小規模事業場についてより重点的な周知が求められる。
- 労働者の健康を確保するためには、労働衛生の三管理のうち健康管理のみならず、作業環境管理、作業管理を含めた総合的な労働衛生対策を進めることにより、化学物質をはじめとする事業場内の有害要因を除去することが重要であるが、現行の地産保事業の事業内容は、健康管理の特定の業務に重点化され限定的な支援内容となっており、労働衛生の各分野の専門家も配置されておらず、有害要因への総合的な対策の支援が十分できていない。
- 特に、労働者数50人以上の事業場に選任が義務づけられている産業医や衛生管理者には、定期的な作業場等の巡視が義務づけられているが、現行の地産保事業の事業内容では、事業場への訪問が明示されておらず、事業場の作業環境や労働者の作業内容等の把握が十分行われていない。
- 大企業の支店、営業所、一定の資本関係のある子会社や構内企業等である小規模事業場が当該大企業の支援を受けることができる場合は、これらの事業場より、中小企業の小規模事業場を優先的に支援対象とするべきである。
- また、本来、労働者の健康診断の結果に基づく就業上の措置に関する医師の意見聴取等は、小規模事業場においても事業者が自立して行うべきものである。地産保事業が、相談に訪れた

特定の事業者に対してのみ、本来事業者に義務づけられている活動を継続的に肩代わりすることがあれば、それは公平性の観点から望ましくなく、国が実施する事業の範囲等について、精査する必要がある。

- 平成22年度から地産保事業の事業単位が労働基準監督署の管轄区域単位から都道府県単位に変更され、地域によっては、新たな受託者である都道府県医師会の事務負担が大きくなっている。このようなこと等から地産保事業の受託を見合わせる医師会もあり、一部の地域においては、事業の利用が低調であるため、改善策を検討する必要がある。
- 地産保事業における保健師の活動については、個々の労働者の課題を把握した上で、産業医、事業者等との連絡・調整を行い、事業場の環境改善、健康障害の予防体制の構築を支援している事例がある。一方で地産保事業における保健師の活動については地域により格差が大きいことから、活動を充実し改善を図る必要がある。
- 地産保事業では、コーディネーターの役割が重要であるが、コーディネーターの資格や資質についての条件はなく、研修や情報提供の機会も十分ではない。

(3) メンタルヘルス対策支援事業の課題

- 12次防の目標において、メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場の割合を計画期間終了時までには80%以上とすることとされているが、平成23年の調査では、同割合は43.6%となっており、特に小規模事業場の取組が遅れている。メンタルヘルス対策の内容としては、メンタルヘルス不調予防のための職場改善の取組として、管理監督者と労働者への教育研修、情報提供の推進、ストレスへの気づきと対応の促進のためのストレスチェック等の取組と事業場内での相談体制の整備、職場復帰対策等が求められている。メンタルヘルス対策の導入支援について、より効率的、かつ小規模事業場に力点を置いた事業とすることが必要である。
- 特に、取組が進んでいない小規模事業場に対する支援については地域の産業保健の状況と

全体的に視野に入れた対応が必要であり地産保事業の実施主体、都道府県労働局・労働基準監督署や地域の行政機関との情報交換を密にしている連携の強化が求められる。

(4) 三事業の連携の課題

- 三事業は、それぞれ異なる内容の支援を行っているが、その内容は利用者の立場からは密接に関連しており、各事業は利用者から見て区別がつかず、必ずしも利用しやすい体制となっていない。
- また例えば、地産保事業では、有害要因対策で必要な作業環境管理や作業管理を含めた労働衛生の各分野の専門家が配置されていない。また、推進センター等の専門家との連携も十分でない。一方、メンタル支援事業においては、個別の労働者に対する直接の支援は実施していない等、利用者にとって必要な総合的な支援の提供が、個々の事業で完結していない。
- 三事業の予算、人員体制等はそれぞれ独立しており、ともすれば重複する部分もあるなど、事業者の行う産業保健活動への総合的な支援を全体として効果的・効率的に実施する体制となっていない。

(5) 事業の調達方式による課題等

- 地産保事業及びメンタル支援事業は、国が委託して実施する事業である。地産保事業は企画競争、メンタル支援事業は一般競争入札（最低価格落札方式）で調達が行われており、どちらも単年度ごとの事業となっている。このため、1年ごとに事業が途切れ、年度により受託者が変更となる可能性があるなど、事業運営が不安定であり、継続性が確保できない。そのため必要な人材の確保も困難となっているなど、事業の質の確保や円滑な実施に支障が生じている。また、年度初め・年度末には事業が中断され必要な支援が実施できないことについて、利用者からの理解が得られにくい。さらに、メンタル支援事業の実施者には高度のメンタルに関する専門的な知識と労務管理の経験が不可欠であるが、最低価格落札方式で事業の質の確保が図れるのか、という指摘もある。

- 地産保事業においては、事業の受託者は都道府県の医師会が多く、また、実際の支援の業務は、郡市区医師会が協力して行われているが、これらの団体は必ずしも国の事業の経理事務等に十分精通しているわけではなく、これら経理事務等が、大きな負担となっている。また、事業を実施する上で、行政機関や事業者団体等の関係機関との連絡調整が欠かせないが、これらの業務に多大の労力を必要とし、小規模事業場の産業保健活動を支援するという本来の目的に十分力を注ぐことが出来ていない。
- 近年、推進センターの集約化が行われ、また、地産保事業において、事業内容、事業単位及び調達方式等のさまざまな変更が行われたこと等に伴い、事業実施の現場においてさまざまな混乱が生じ、事業推進に対する産業医等関係者の意欲が低下している。
- 特に地産保事業については、調達への「競争」の導入により、これまで公益のため積極的に事業を受託し活動してきた医師会に戸惑いが生じ、前述した労働基準監督署の管轄区域単位から都道府県単位への変更に伴う経理事務の負担増の問題が重なったことから、一部の府県において医師会が地産保事業の受託を見合わせることもあった。

5 支援の在り方

(1) 三事業の一元化及び実施体制等

ア 三事業の一元化

- 三事業が抱える前述の諸課題を解決し、事業の効果的、効率的な実施を図り、それぞれの事業の機能を十分に発揮できるようにするため、三事業を一元化して運営し、心とからだの健康対策の一元的相談等、ワンストップサービスとして事業者の行う産業保健活動に総合的な支援が提供できるようにするべきである。
- 一元化に当たっては、効率的に事務処理を行うのみならず、役割機能的にも三事業が有機的に連動して機能が効果的に発揮・発展できる仕組みとする必要がある。
- 三事業の一元化により、有害要因対策やメンタ

ルヘルス対策等、より専門的な対応が必要な場合、推進センター等やメンタル支援事業の専門職と地産保事業の専門職とが事務的にも役割的にも有機的な連携を図ることができ、利用者のニーズに幅広く対応する、効果的な支援を実施することが可能となる。

イ 事業の安定的、継続的な実施方式

- 地産保事業及びメンタル支援事業は、国の単年度ごとの委託事業であるため、1年ごとに事業が途切れ、安定的、継続的な事業運営ができていない。このような単年度ごとの事業実施方式を改め、推進センター等の事業と同様に、安定的、継続的に実施できる方式にするべきである。
- これにより、事業推進に必要な人材が確保でき、質の高い支援が提供できるようになり、また、事業が途切れることなく実施され、利用者にとって必要となしに利用しやすい事業となる。

ウ 事業の実施主体及び実施体制

- 三事業の一元化後の新たな産業保健事業の実施体制においては、支援を効果的・効率的に実施するため、事業の実施主体は労働衛生行政機関や地域の医師会等と十分な連携がとれることが必要である。産業保健活動の支援については国が主体的に関与するべきであること、これまで全国（47都道府県）で推進センター等の事業及び地産保事業、メンタル支援事業等を通じて産業保健関係者との連携を図りながら産業保健を推進してきた実績やノウハウを有していること、三事業はいずれも労災保険制度により行われる事業であることから、新たな産業保健事業については、労働者健康福祉機構を実施主体とするべきである。また、実際に事業者に対する支援を行う専門職の団体として、都道府県医師会及び郡市区医師会が専門性を生かして積極的に事業に関与して実施する体制とするべきである。
- 新たな産業保健事業の実施組織及び体制については、管理部門について効率的な体制としつつ、事業部門として労働者健康福祉機構が設置運営する推進センター等を母体として、新たな拠点（以下「都道府県拠点」という。）を設置し、

当該拠点を中心にスケールメリットを活かして総合的に事業を実施することが適当である。

- 都道府県拠点には、労働衛生行政機関や地域の医師会等とも連携をとり、事業を適切に実施していくため、これまでの地産保事業及びメンタル支援事業の人員とも併せて、必要十分な人員体制及び機能を確保するべきである。
- 地域の小規模事業場やその労働者にも利用しやすい事業とするため、おおむね労働基準監督署の管轄区域以下の、地域に根付いた産業保健活動の実施に適した区域ごとにコーディネート機能を有する地域の活動の拠点（以下「地域拠点」という。）を設置し、新たな産業保健事業をワンストップサービスとして提供できる体制とするべきである。
- このような体制により、都道府県医師会及び郡市区医師会は、経理事務等を離れて、産業保健活動を実践するという本来の活動に力を注ぐことができる。また、都道府県拠点における体制の確保により、労働者健康福祉機構は事業の事務及び関係機関との連絡調整を適切かつ円滑に実施することが可能となる。
- 公益社団法人日本医師会は、産業医研修機関として厚生労働大臣の指定を受け、これまで多数の医師に対し産業医研修を実施するほか、産業医研修を修了した者に対して研鑽のための生涯研修を実施している。新たな産業保健事業においては、こうした定期的な研修を受けた産業医が積極的に関わるべきである。
- 産業現場で活動する保健師は、産業医と連携して、個々の労働者の問題を全人的に捉えて保健指導を行い、組織としての健康管理の対策を推進するとともに、必要なネットワークを構築して労働者を適切に医療につなぐなどコーディネート機能を発揮し、労働者に寄り添い一次予防から三次予防にわたるきめ細やかな活動を展開し推進することができる。事業の実施体制の一層の充実のため、都道府県拠点及び地域拠点に、産業保健の十分な経験を有する保健師の配置を促進することが望まれる。
- 支援の質を継続的に向上させるため、事業に携

わる産業医や保健師、コーディネート機能を有する専門職等のスタッフに対する体系的かつ十分な研修を実施するべきである。また、担当者による全国会議の開催などにより先進事例等についての情報を共有し、全国レベルでの活動の質の向上を図るべきである。

(2) 支援の対象、範囲、内容

- 新たな産業保健事業においては、必要な支援を強化する一方、効果的、効率的な事業とするため、事業者の責務の内容や事業の意義を踏まえ、支援の対象や範囲について、見直すことが必要である。
- 労働者数50人未満の小規模事業場に対する支援は強化する必要があるが、大企業の支店、営業所、一定の資本関係のある子会社や構内企業等である小規模事業場より、例えば中小企業基本法に規定されるような、中小企業の小規模事業場を優先的に支援対象とするべきである。
- 小規模事業場に対する支援は、健康管理のみならず作業環境管理、作業管理を含む総合的な労働衛生対策を進めるための支援とし、可能な限り実際に事業場を訪問して実施することが適当である。特に有害要因対策を進めるためには訪問が不可欠である。
- 一次予防から三次予防までの総合的支援のため、労働者が病気により休業、休職したとしても、職場復帰して働き続けることのできる職場環境整備の支援など、職場復帰支援、治療と職業生活の両立支援にも積極的に取り組むべきである。また、非正規労働者や高齢労働者の労働災害防止や健康管理も推進するべきである。
- 産業保健の充実のためには、事業者による取組の一層の促進を図ることが必要である。事業者は、作業関連疾患の予防やメンタルヘルス対策等労働者の心身両面の健康確保を図るため、自立して、計画的、継続的に産業保健活動を行う必要がある。
- 事業者自身の責務の内容、事業の意義や公平性等を踏まえて、優先的に実施するべき支援の範囲及び程度等について整理し、本来事業者に義務づけられている活動について継続的な

支援が要請される場合等、事業としての優先順位が低いと考えられる場合には、事業者にも一定の負担を求める等、適切な実施のあり方とするべきである。

- 事業者の行う労働者の健康確保の活動は、一次予防から三次予防までの活動が有機的に結合して行われることが重要であるが、その活動に対する支援としては、それらの活動を一貫して支援するコンサルティング機能が重要である。ただし、最終的な対応方針の決定は事業者が行うものであり、継続した支援を求める事業者に対しては、適切な団体や定期的な研修を受けた産業医・保健師等の専門家を紹介することが適当と考えられる。そのため、地区ごとにそのような団体や専門家に関する情報を集約することが望ましい。
- 支援の要請に対応するだけでなく、地域・業界全体を視野に入れて支援を行うことが必要である。そのため、都道府県労働局等の行政機関や事業者団体等とも連携して、事業の周知に努め、特に支援を必要とする対象に適切に支援を行い、労働者の健康を確保するという事業の目的を達成できるようにするべきである。
- 産業保健活動の支援においては、職域のみならず地域の保健活動との連携も重要である。地域保健法に基づき厚生労働省が定める「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」においても、住民が生涯を通じて共通の基盤に立った保健サービスを受けられるようにするために、地域保健及び産業保健の連携が重要であるとされており、新たな産業保健事業においても地域の自治体や保健関係機関とのネットワークを積極的に構築するべきである。
- 産業保健に係る教材については、情報提供業務の充実・強化のため、改めて教材を開発するなど、貸し出し可能な教材の確保に努めるべきである。

(3) 事業の評価

- 新たな産業保健支援事業についても、その内容及び質の継続的な改善のため、目標を設定して、その達成状況の評価に基づく改善を継続し

て実施するべきである。

- 事業の最終的な目標は、労働者の健康を確保し快適な職場環境を形成するということにある。事業成果の指標には、事業を実施した量のみならず、労働衛生の三管理である、作業環境管理、作業管理、健康管理と労働衛生教育及び労働衛生管理体制など、事業場における総合的な労働衛生管理の実施状況を取り入れていくことが望ましい。
- 事業者の行う産業保健活動への支援は、事業者、労働者のニーズをよく把握し、適時、適切に支援を行うことが重要である。事業の利用者の声を事業に反映させることはもちろん、地域や業界における事業者や労働者全体のニーズを事業に反映していくべきである。
- 新たな産業保健支援事業の実施計画は、12次防をはじめとする、国の行う施策の方針とも調和のとれたものとし、都道府県拠点、地域拠点における個別の活動計画についても、12次防に基づき都道府県労働局が策定する労働災害防止計画と連動し、また都道府県健康部局等の策定する地域ごとの計画とも調和のとれたものとする必要がある。

6 おわりに

- 産業保健を取り巻く現状には数多くの課題がある。特に、小規模事業場の労働者の健康管理水準の向上や、メンタルヘルス対策の充実及び有害要因対策は重要であり、産業保健を支援する事業を充実するとともに、事業をより効果的、効率的に実施することにより、産業保健の一層の充実を図る必要がある。
- 本報告書では、事業の実施体制に踏み込んで今後の在り方について提言を行ったが、実際の見直しに当たっては、事業の実施関係者に対して丁寧に説明を行い、現場における混乱を回避し、関係者の事業推進に対する意欲を高めるようにすることが重要である。
- 本報告書が、産業保健を支援する事業の充実に資するものとなり、産業保健水準が向上し、労働者の健康管理の充実、福祉の向上が図られ

ることを期待するものである。

- なお、今後の関連する課題として、産業医や衛生管理者を選任するべき事業場の範囲や選任人数等の充実について、今後、諸情勢を踏まえつつ検討することも必要である。現在は、産業医の選任状況や活動状況が、行政において正確に把握できる仕組みになっていないが、今後、産業保健活動の一層の促進のため、産業医の実態を把握する仕組みを整備するとともに、産業医の選任について引き続き国の指導を行うことが必要である。

産業保健を支援する事業のあり方に関する検討会参集者名簿

(座長) 相 澤 好 治 学校法人北里研究所常任理事

栗 林 正 巳 日産自動車株式会社人事本部グローバル人財開発部安全健康管理室シニアスタッフ

土 肥 誠太郎 三井化学株式会社本社健康管理室長・統括産業医

中 板 育 美 公益社団法人日本看護協会常任理事

堀 江 正 知 学校法人産業医科大学産業生態科学研究所所長

道 永 麻 里 公益社団法人日本医師会常任理事

向 澤 茂 日本労働組合総連合会総合労働局雇用法制対策局部長

諸 岡 信 裕 医療法人白帆会小川南病院理事長・院長

会議日程

第1回 平成25年4月22日

第2回 5月9日

第3回 6月18日

※<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000034yme.html>



夫と孫を黒い津波に奪われて⑤

柚岡明彦

津波は黒くて音がしない——

前号で伝えた、福島県南相馬市の野球場にひとりぼつりと立っていた青田節子さんの証言と同じ話を、やはり南相馬市原町区に住んでいた会社員畑島とみ子さん(60)から聞いた。2011年4月12日と17日、福島市の避難所「あづま総合体育館」でだった。

畑島さんは3月11日、自宅1階の駐車場に設けたプレハブの仮設住宅で横になっていた。この日は、9月に定年を迎える予定の勤め先の夜勤明けだった。同居の祖父(88)の2週間に一度の往診の日でもあったので、すぐにはゆっくりすることができなくて、近所の医師と看護師を迎えて送り出した後、ようやく休むことができた。自宅は新築中で、3カ月前に上棟式をとりおこない、3月末に完成する予定だった。

「津波だ」

くつろいでいた畑島さんは、大工の大きな声で目を覚ました。自宅から約1^{キロ}さきにある海に目をやると、モクモク、モコモコと海面が盛りあがるのが見えた。浮世絵に描かれたのとまるでそっくりに鎌首をもたげた黒い津波は、まず、海岸沿いの松林をのみこんだ。つぎに、田のわらを巻き上げながら向かってきた。

「津波は目の前に来ても音がしないんです。ふだんは海が荒れるとザブンザブンという波の音が聞こえるのに」

畑島さんは居間に駆け込み、こたつに入っていた祖父を連れだそうとした。

「津波だ。逃げよう」と手を引っぱった。目と耳が不自由な祖父は「地震はおさまったべ」とこたつにしがみついた。「津波だからっ。おじいちゃん、立って」。なんとか車のあるところまで連れて行こうとしても、突然のことに驚くばかりの祖父は「何、何だって」「嘘だべ」とますますよけいに力を入れてこたつにしがみついた。

畑島さんと祖父とのやりとりを聞いていたのだろう、ひとりの大工が部屋に駆け込んできた。畑島さんの祖父をこたつから引っぱり出して背負った。「奥さん、車で逃げてはだめだ。間に合わない」。3人で2階にのぼることにした。



同一場で大工に助けられた南相馬市原町区の畑島とみ子さんと5歳の孫の悠希ちゃん(2011年4月12日)

階段をのぼりきったところでガーンという音が鳴り響いた。津波が自宅1階を直撃した音だった。海水は2階のベランダをも浸し、縁にぶつかって白い波しぶきを散りあげていた。

2階に畑島さん、祖父、大工、最初から2階にいた長男の嫁、5歳と2カ月の孫2人の計6人が集まった。ベッドの上にコタツを置き、そのうえに孫2人を乗せた。そのまわりを大人4人で囲んだ。津波を見せないようにするためだった。海水はベランダから部屋の中へと入ってきた。

「だめかも知んないな。覚悟すっぺな」と大工が言った。

6人で輪になって手をあわせた。

10分ほどが過ぎた。

「長く感じたねえ」と畑島さんはふりかえる。気がつくとは波は引いていた。「誰が残っていないか」と家の外からの呼びかけが聞こえた。「消防車が来ている」と大工が声をあげ、外に向かって「6人が残ってるー」と大声を発した。消防車が6人を避難所の小学校に運んでくれた。

みんな着の身着のままで、靴下も泥だらけ。迎えた教員が自分の靴下を脱ぎ、「おじいさん、これをはきなよ」と渡してくれた。畑島さんはここで夫とも合流できた。

その後、祖父を助けてくれた大工は「俺、かあさんをひとりで家に残しているから」と言って、南相馬市よりも東京電力福島第一原発の近くにある浪江町へと帰っていった。

畑島さん一家は原発事故の深刻度が増すなか、3月17日に南相馬市を離れて福島市の避難所に移った。避難所生活4日目に祖父は89歳の誕生日をむかえた。歯も悪くて配給のパンやおにぎりはそのままだと食べても吐いてしまうので、おにぎりはすりつぶして飲むようにさせていた。

その避難所で畑島さんは「あの大工さんがいなければ、私たちはどうなっていたのか分かりません。命の恩人です」と語った。

大工とはいまも連絡が取れないはまだ。どこかで再会し何としてもお礼が言いたいという。



東京電力福島第一原発がある福島県大熊町。

松本寿子さん(65)は2011年3月11日、夫修平さん(68)の弁当を作っていた。修平さんは原発の南側に隣接する福島県栽培漁業センターの警備員をしており、この日の夕方から出勤予定だった。

切り干し大根を水でもどし、油揚げ、シメジ、ニンジンをおでこで炒めていた。味付けはしょうゆでさっぱりと。タマネギをきざんでハンバーグの肉をこねようとしていたときだった。昨日と同じ今日。いつもと変わらない平穏な一日の昼下がりだった。修平さんは2階でパソコンをいじっているようだった。

ドドドッと激しい揺れが来た。

寿子さんは修平さんと庭に飛びだした。長男の妻(36)、孫の瑛士ちゃん(4)も、隣接してある別棟から逃げだしてきた。寿子さんが「大きかったね」と声をかけた。

長男の嫁が「地震で道路が陥没して歩けないと困るので、おじいちゃん、お願い」と言って、修平さんに瑛士ちゃんを託し、もう1人の孫を小学校に迎えに行くために車に乗った。修平さんが瑛士ちゃんを抱きかかえた。

遠くの防災無線が避難を呼びかけていた。その声に緊迫感はなかった。寿子さんが「逃げた方がいいんじゃない」と言ったが、修平さんは「ここは高台だから大丈夫だ」と答えた。その間も大きな余震が断続的に起きていた。「とにかく逃げた方がいいんじゃない」「大丈夫だ」。寿子さんと修平さんの言い合う声が大きかったのだろうか、修平さんの首にべたりとしがみついていた瑛士ちゃんが「じいちゃん、ばあちゃん、けんかしちゃだめよ」と言った。

寿子さんは「ママはお兄ちゃんを乗せてもうすぐ帰ってくるからね」と答えた。

余震の合間をぬって寿子さんは家の中に入った。作りかけの弁当が気になっていたからだった。倒れた電子レンジやオーブンがガス台の前をふさいでいた。

自宅をぐるりと囲む杉林の向こう側、すなわち海がある方角から、バリバリバリというすさまじい音が聞こえた。歩いて10分にある太平洋からの津波に違いなかった。寿子さんは玄関に駆け込んだ。ふりかえると、修平さんと瑛士ちゃんの姿がなかった。「修平さん。瑛ちゃん」と叫んだ。返事はなかった。

どうしよう。

どうしよう。

心のなかで叫びながらかけあがった2階の窓から寿子さんが見たのは、4階建ての高さはあろうかという自宅まわりの杉の木の、そのてっぺんを乗りこえてくる津波だった。津波は自宅の庭の畑のうえで一度はねあがり、車庫をスパッと切り取っていった。鋭利な刃物のようなだった。海水は一気に広がった。「湖」が一瞬にして現れた。

2階にも水が迫ってきた。

「私、だめかも」

「夢か、現実か」

「こんなことあっていいの」

寿子さんのいろいろな思いは、決してまとまることはなかった。

水はあつという間に引いた。寿子さんが1階におりると、冷蔵庫も洗濯機もみんな倒れていて、茶の間にあった物は壁をぶちぬいて居間に転がっていた。杉の木や折れた電柱も暴れ込んでいた。寿子さんは家の外に出て、庭に横たわる2本の杉の木の下をくぐった。

寿子さんは「修平さん。瑛ちゃん」と何度も呼んだ。やはり返事はなかった。

自宅前をながれる小川にかかっていたコンクリート製の橋もなくなっていた。あのバリバリバリという音は、海岸沿いに建つ福島県栽培漁業センターが津波によって壊される音に違いなかった。

2人がいなくなった。

2人がいなくなった。

心ばかりが焦った。(この頁つづく)

クボタ・ショックから8年尼崎集会

兵庫●患者と家族の会は来年10周年

6月29日兵庫県尼崎市の小田公民館で「クボタショックから8年、アスベスト被害の救済と根絶をめざす尼崎集会」が200名の参加で開催された。

集会は「アスベスト疾患患者と家族の会」の古川和子さんの挨拶で開始。古川さんは、3月東日本大震災被災地を訪れた印象などを語り、「患者や被災者と私たちとの絆のためには、私たちが「覚悟」をもってことにあたることが大切、10周年に向けて新たなスイッチをいれよう」と呼びかけた。

稲村和美尼崎市長は「アスベストショックを風化させず、啓発していく活動にともに取り組む」と決意を述べ、国に対して、奈良県などとともに、アスベスト疾患をみつけるための全国的な健診実施と、知見の蓄積を要望したこと、建築物解体の際に発生するアスベスト対策を、市として厳重に行っていくことを表明した。

その後アスベスト疾患に罹患した患者や家族からの訴えがあった。「クボタには患者、家族の立場に立ってほしい、自分は病気を発症しているが、患者会の仲間に姿を見せることが励ましになると思い、がんばっている」(Aさん)、「主人が中皮腫で大変苦しんで亡くなった。必死の思いでい

ろいろな病院を回った。アスベスト疾患のための緩和ケア施設を作してほしい」(Nさん)、「クボタから100m離れた会社で2～3年働いていた。47年後に肺がんとなった。皆とともにがんばっていく」(Mさん)など、心にささるものがあった。

尼崎市からは、鈴木啓史先生より「尼崎市における石綿の健康リスク調査について」の報告があり、クボタ周辺のみならず、北東部の地域にも患者が集中している、その原因を調査している、とのこと。また、尼崎労働安全衛生センターの調査では、現在270名を超える地域住民がアスベスト被害にあい、クボタによって補償された人は地域住民248名、労働者165人以上とのことで、この数はまだ拡大しているという。

長松康子さん(聖路加看護大学)は、世界で唯一中皮腫患者の緩和ケアを行っている、イギリス、セントメアリーズホスピスの活動を紹介し、日本でも中皮腫緩和ケアが必要であることを訴えた。

休憩の後、いつもサックスの演奏をされていたアスベスト疾患被災者・八木和夫さんが亡くなる前に作った「空をゆくつばめ」を皆で合唱した。その後旭堂南陵さんの講談が行われ、会場はなご

やかな雰囲気包まれた。

続いて古谷杉郎さん(石綿対策全国連絡会議)、名取雄司さん(ひらの亀戸ひまわり診療所)、永倉冬史さん(中皮腫・じん肺・アスベストセンター)から報告が行われた。

古谷さんは、世界最大のアスベスト企業エタニットに対するイタリア、カザーレモンフェラート市の被災者らがおこした刑事裁判の高裁有罪判決を報告した。カザーレモンフェラートでは、エタニット工場により2,000名を超す地域のアスベスト被災者が出ている。当時のエタニット社長ステファンシュミットハイニーには、地裁判決を上回る禁固18年の有罪判決が出された。これを契機に、全世界のアスベスト患者の連携が強まっていて、日本もその一翼を担おうと提起された。

名取さんは、肺がん患者の多くが、アスベスト疾患として認定されていない現状があることを報告し、「肺がんを起こす他の化学物質は職歴のみで認定できるのに、アスベストに限って胸膜プラークや石綿肺がないと認定されないのはおかしい、それどころか、その判断基準も厳しくなる傾向があり、労災基準の見直しを実現せよう」と訴えた。

年齢	死亡者 総数	男性	女性
～39	6	5	1
40～49	22	16	6
50～59	62	34	28
60～69	67	36	32
70～	89	38	51
合計	247	129	118

各地の便り

クボタ旧神崎工場周辺住民被害(2013.6.15現在)

死亡年	見舞金・弔慰金、救済金 書類提出者(下線は未払い22人、労災認定(時効救済含む)6名は総数より除外)		
	総数	男性(括弧内は年齢)	女性(括弧内は年齢)
1978	1	1(28)	
1979			
1980	1	1(41)	
1981			
1982			
1983			
1984			
1985			
1986	1	1(27)	
1987	1		1(26)
1988	1	1(61)	
1989	3	2(33, 41)	1(41)
1990	1	1(37)	
1991	1		1(59)
1992	2	1(73)	1(42)
1993	3	1(58)	2(65, 73)
1994	1		1(68)
1995	7	1(46)	6(49, 54, 58, 66, 70, <u>72</u>)
1996	5	2(70, <u>80</u>)	3(63, 63, 69)
1997	8	7(40, 45, <u>46</u> , 56, 66, 71, 72)	1(80)
1998	4	3(47, 50, 56)	1(51)
1999	6	3(42, 44, 45)	3(<u>56</u> , 60, 67)
2000	8	2(47, 58)	6(43, 51, 71, 73, <u>83</u> , 87)
2001	9	3(53, 54, 67)	6(41, <u>52</u> , 64, 64, 69, 76)
2002	9	4(39, 69, 72, 73)	5(56, <u>73</u> , 77, 80, 88)
2003	6	4(51, 53, 71, 80)	2(55, 59)
2004	20	12(53, 54, 57, 59, 60, 63, 63, 68, 70, 71, 76, <u>80</u>)	8(48, 53, 60, <u>69</u> , <u>[71]</u> , 73, 77, 81)
2005	16	12(45, 48, 49, 53, 55, 55, 60, 63, 68, 72, 74, 75)	4(57, 66, 77, 78)
2006	22	12(49, 53, 54, 56, 57, 63, 66, 70, 73, <u>74</u> , 77, 83)	10(58, 63, 66, 67, 67, 73, 74, <u>75</u> , 78, 92)
2007	18	7(49, 57, 60, 69, 74, 75, 87)	11(53, 54, 59, 62, 65, 66, 70, 74, <u>74</u> , 77, 86)
2008	24	11(50, <u>50</u> , 55, <u>58</u> , 62, 64, 65, 67, 79, 81, 87)	13(56, 59, 60, 60, 61, 64, <u>64</u> , 72, 73, <u>[74]</u> , 78, 80, 82)
2009	13	9(58, 59, 60, 67, 68, 74, 77, <u>[82]</u> , 92)	4(50, 57, 59, 60)
2010	23	11(58, 63, 68, 68, <u><69></u> , 70, 71, 71, 71, 72, <u>84</u>)	12(52, 55, 57, 57, 58, 60, 61, 69, 70, 72, 78, 89)
2011	12	5(55, 59, 64, 65, 68)	7(65, 70, <u>76</u> , 82, 83, 85, 85)
2012	13	6(60, 62, 63, 64, <u>66</u> , 73)	7(52, <u>68</u> , 71, 72, <u>[78]</u> , 80, 87)
2013	8	6(53, 54, 54, <u>57</u> , 64, 65)	2(<u>56</u> , 76)
合計	247	129	118
療養中	23	13(44, 53, 56, 57, 60, 65, 65, 65, 65, <u>66</u> , 67, <u>[72]</u> , 76)	10(45, 55, 57, 59, 59, <u>59</u> , 64, 70, 71, 76)

クボタにおける労働者被害(括弧内は中皮腫患者数、2013.3.31現在)

年度	死亡者数	年度	死亡者数	年度	死亡者数	年齢	死亡	療養中	合計
1976	1 (0)	1993	4 (2)	2002	6 (5)	～44	0 (0)	0 (0)	0 (0)
1978	1 (0)	1994	4 (4)	2003	9 (5)	45～49	5 (2)	0 (0)	5 (2)
1979	1 (0)	1995	4 (3)	2004	14 (5)	50～54	10 (6)	0 (0)	10 (6)
1982	2 (0)	1996	4 (3)	2005	11 (4)	55～59	20 (14)	0 (0)	20 (14)
1985	2 (1)	1997	1 (0)	2006	10 (4)	60～64	27 (14)	0 (0)	27 (14)
1986	1 (1)	1997	1 (0)	2007	11 (3)	65～69	34 (18)	2 (2)	36 (20)
1987	3 (2)	1998	8 (2)	2008	9 (3)	70～74	28 (9)	2 (1)	30 (10)
1988	2 (2)	1999	6 (3)	2009	2 (0)	75～79	30 (6)	11 (0)	41 (6)
1989	2 (0)	2000	5 (2)	2010	8 (6)	80～	9 (2)	6 (0)	15 (2)
1990	2 (1)	2001	7 (4)	2011	6 (0)	合計	163 (71)	21 (3)	184 (74)
1991	8 (5)	2000	5 (2)	2012	3 (1)				
1992	6 (4)	2001	7 (4)	合計	163 (71)				

2013年アスベスト被害根絶尼崎宣言

2005年6月30日、クボタ旧神崎工場周辺被害者3名は、クボタの石綿による中皮腫発症と、そしてクボタからの見舞金を受け取ったことを明らかにし、アスベスト公害の存在を世に知らせた。そしてこれ以降、アスベスト被害追及の声が全国に大きく広がった。

増え続ける周辺被害者と研究者との協力によってクボタ周辺地域における被害の実体もますます明らかとなってきた。

中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会尼崎支部はクボタと交渉を進め、2006年4月「救済金」制度について合意に達し、今日まで270名に及ぶ被害者救済に取り組んでいる。

2006年3月に、石綿健康被害救済法が制定され、2008年6月には医療費・療養手当の支給さかのぼりなど一部が改正された。2010年には中皮腫・石綿に因る肺がんに加え、著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺、著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚を指定疾病に追加させた。2012年労災か環境かを問わず、またたとえ30年前に亡くなった事例であっても、隙間なくいずれかの補償・救済を請求できることが2022年まで確保されることとなった。そして、労災認定事例のあった事業場の名称公表も厚生労働省に継続させている。

クボタ・ショックから8年「アスベスト被害の救済と根絶をめざす尼崎集会」では昨年の韓国に引き続き、この集会でイタリア・ヨーロッパ全域でのエタニット社を追いつめる闘いの存在に学んだ。また、全国の人たちとともに、広がる石綿被害の現状と東日本大震災被災地での建物の解体の実態、泉南など各地での訴訟による闘い、現在の中皮腫ケアの水準などについても学習した。そして、きわめて不十分な生活補償や進まぬ肺がん認定など、救済制度の課題・問題点をあきらかにした。

私たち集会参加者一同は、すべてのアスベスト被害者と家族の公平公正な救済実現にむけて、そして国と企業によるアスベスト問題の幕引きを許さないために、この一年も全力で、韓国やアジアそして全世界のなかまとともに活動を行うことを宣言する。

2013年6月29日

“クボタ・ショック”から8年 アスベスト被害の救済と根絶をめざす尼崎集会参加者一同

永倉さんは、アスベスト解体時の不法な処理問題を取り上げ、「解体・改修・地震時のアスベスト飛散を防ぐことは子供たちの未来を守るためにも重要」と述べた。

最後にアスベスト訴訟を闘っている泉南アスベスト国賠訴訟団や、肺がんの認定基準で、国の基準が誤りだということを高裁で

も確定させた小林さん等からアピールを受け、尼崎宣言(前頁囲み)を採択し、終了した。

また6月30日には、尼崎中小企業センターで、「アスベスト疾患患者と家族の会」総会が開催され、古川和子会長をはじめとす



新役員が選出された。(東京労働安全衛生センター)

ケーダー火災から20周年

タイ●繰り返される産業災害に抗議

2013年5月8-9日とタイ・バンコクで開催された「ANROEV2013 会議—ケーダー火災20周年」に参加した。全国安全センターとしてはここ数年では、インド(2011年11月)やインドネシア(2010年10月)での同会議に参加している。日本からは筆者だけの参加であったが、現地のタイからはもちろん、中国・台湾・香港・韓国・ネパール・バングラデシュ・インド・南アフリカ・カナダ・アメリカなどから100名以上の参加者であった。参加者の多くは労災職業病に関わっている労働組合やNGOの関係者が中心であったが、労災被災者や医師などの参加もあった。

今回の会議は、その名称にもあるように1993年5月10日に起きたタイに工場を構えていたケーダー(開達)社の工場火災事故から20年を迎える。この火災事故については、本誌1996年1・2月号でもふれているが、簡単に事故を振

り返りたい。

ケーダーは香港の企業であるが、タイの工場は台湾の企業と共同設立した玩具工場であった。火災が起きたのは午後4時頃で、その当時、出火のあった4階建ての工場には1,300名以上の労働者がいた(そのも含め、4階建ての4棟が連結されていた。全体では3,000名以上の労働者がいた)。出火直後の退避措置や避難通路確保の不十分さ、プラスチックや布が工場内に積み上げられていたことも火災熱による建物の倒壊を招き被害を拡大させた。窓から飛び降りて亡くなった者の数は焼死者を上回ったという。188名が死亡し、500名以上の負傷者を出した世界最悪規模の工場火災となった。

くしくも、会議開催前の4月にはバングラデシュ・ダッカで縫製工場や銀行なども入っていた商業ビルが崩落し、400人以上とも言わ

れている死者が出た災害が発生していた。同国では前年11月に縫製会社の工場火災で100人以上が死亡する災害も発生している。付け加えると、会議開催期間中にもダッカの衣料品工場で8人が死亡する火災が発生していた。さらにはタイ東部のラヨーン県では会議開催の数日前の5日に、合成ゴムメーカーの工場で爆発火災が発生し、100人以上の死傷者が出る事件もあった。

そういった重苦しい状況の中で会議がはじまった。冒頭、参加者一同で労働災害等で亡くなった方への黙祷を捧げた。その後、ケーダー社の火災事故と1993年11月に起きた中国・深センの玩具工場の火災事故についてのフォローアップがなされた。とくに、後者については被害者の女性(タオ・チュンラン氏)が会議にも参加しており、被災者グループの活動についても聞くことができた。彼女自身、火災事故の際に2階から飛び降りて両足首を押し潰されるなどして、現在でも松葉杖を使いながら歩行をしているのだが、そのような身体的外傷であったり、彼女とともに四川省の寒村・デョンユエンから出てきた友人たちは窒息死・焼死・踏み潰されるなどで死亡するなど、心的外傷も含めた後遺症へのケアの話題にも話が及んだ。

また、上述した事故のすべてにおいて、被害者の多くが女性であるという問題も指摘された。これら工場での女性の就労が、彼女たちの社会的な自立に寄与している側面があるとはいえ、そ

の代償として健康な身体はおろか、多くの命を奪う事故の多発と裏表の関係であってはならない。労働者の組織化、労働安全衛生の確保できる工場へのモニタリングをするための法律、労働者への教育、被害者への補償、消費者側からの働きかけなどについても議論が交わされた。

女性の被害者が多数を占めるという問題と同様に、玩具関係の工場で製造された商品のほとんどが西欧諸国の消費者に向けて輸出されていたという構造もある。現在、縫製業としてはバングラデシュが「世界の工場」としてそのような役割を担っている。日本で有名な衣料品販売大手のユニクロも、バングラデシュで「グラミンユニクロ」というソーシャルビジネスを展開・拡大しているが、「その国の経済や社会の発展、より豊かな生活づくりに貢献する」という事業コンセプトがそれを支える労働者の労働環境への配慮や生活の向上にも寄与していくものとなることを期待したい。

ケーダー社の火災事故を中心としたセッションは初日の午前中で終了し、午後からは「職業性肺疾患」、「化学中毒」、「ソーシャルメディアの使用と組織化キャンペーンのためのインターネットツール」の3つの分科会に分かれて議論が交わされた。翌日も午前中から「電子工学」、「被害者の組織化」、「弁護士」の3つの分科会に分かれて開始された。

筆者は「職業性肺疾患」と「被害者の組織化」の分科会に参加したが、前者では各国ごとに異



なる肺疾患の診断方法や基準、医療機関体制の不十分さなどによって被災者の救済や補償に差がでてしまうこと、後者では主に中国の被災者および被災者支援グループの活動が紹介されたが、社会構造の違いからか、被災者の子どもに対する学習支援など日本よりも生活全体にまで深く関わる支援をしていることが印象的であった。

午後には各分科会の議論が報告され、会議は終了した。筆者は都合があり参加ができなかったが、10日にはこの会議とは別途、ケーダー工場火災事故に関する集会が開催された。

今日においても、途上国と言われる国においては安い労働力を利用すべく多国籍企業などの生産拠点をされている構造は変わっておらず、あわせて労働者の権利や健康について十分な配慮がなされていない。ANROEVの会議は今後も予定されており、今回の会議で主に取り上げられたタイや中国の火災事故から得た教訓と被災者の取り組みなども含めて、今後のより一層の経験共有が図られ、それがひとつでも多くの労災事故の防止につながっていくことを期待したい。



(澤田慎一郎)

画像所見なしでも認定の可能性 厚労省●軽度外傷性脳損傷で通知発出

厚生労働省は6月18日、補償課長名で「画像所見が認められない高次脳機能障害に係る障害（補償）給付請求事案の報告

について」と題する通知を、都道府県労働局に発出し、画像所見が認められない高次脳機能障害請求事案を本省協議することと

した。

通知によれば、平成24年厚生労働科学研究「高次脳機能障害の地域生活支援の推進に関する研究」が、5月に取りまとめられた。その結論は、次のとおり。

○MTBI（軽度外傷性脳損傷）に該当する、受傷時に意識障害が軽度である症例であっても、高次脳機能障害を残す可能性について考慮する必要がある。

○MTBIの操作的定義（WHO）は、外傷性脳損傷（TBI）に起因する高次脳機能障害の取扱いを共通化するためには有用であると考えられる。

今回の通知は、「研究において、画像所見が認められない場合であっても障害等級第14級を超える障害が残る可能性が示されたことを踏まえ、MRI、CT等の画像所見が認められない高次脳機能障害を含む障害（補償）給付請求事案については、本省で個別に判断することとする」としている。

現行の労災認定基準「神経系統の機能又は精神の障害に関する障害等級認定基準について」（2003年8月8日）は、TBI（脳の器質的異常）によって高次脳機能障害（精神性機能障害）と身体性機能障害（運動障害・感覚障害・神経因性膀胱など）が起きると整理したうえで、画像所見が認められないTBIによる高次脳機能障害を14級とする。

WHOは、2004年にMTBIの操作的定義を策定した。MTBIとは、受傷後の意識障害が軽

度（Mild）でもTBI（外傷性脳損傷）が起きるというもので、WHOの定義は次のとおりである。

- ・第1要件—受傷後に混迷または見当識障害、30分以内の意識喪失、24時間未満の外傷後健忘症、またはこれら以外の短時間の神経学的異常、たとえば局所徴候、痙攣、外科的治療を必要としない頭蓋内疾患が少なくともひとつ存在することである。

- ・第2要件—外傷後30分後、ないしは後刻医療機関受診時のグラスゴー昏睡尺度（GCS）の評価が13点から15点に該当することである。

MTBI=軽度TBIの「軽度」という意味合いは、あくまで受傷後の意識障害（急性症状）が、30分以内の意識喪失や、混迷・見当識障害（意識の変容）など軽度のものだというに過ぎないから、軽症ですむとは限らず、MTBIの約1割は慢性化して「少数の不幸者」と言われている。

今回の通知は、このような重症MTBIの障害認定において、画像所見が認められなくとも、本省協議によって14級をこえる障害認定への道を開いたという意味で、事実上現行基準を修正したものと評価できる。

石綿関連肺がんの労災認定を狭める裏通達（課長通達。石綿作業10年以上でも、石綿小体5,000本以上ないと切り捨て）とは異なり、医学的根拠（厚生労働科学研究）を持つが、いわば暫定的な通知といえ、WHOという国際基準も取り入れ、早急に神

経・精神障害等級認定基準（局長通達）を改正することが求められる。

むちうち損傷やねんざ（国内動向）

このたびのMTBI認知と障害基準修正にいたるまでには、前史がある。交通事故などによって、むちうちや頸部捻挫が起きても軽視され、長引けば心因性とされがちだった。

しかし、現ひらの亀戸ひまわり診療所の石橋徹医師は、都立病院・国立病院・湖南病院（院長）の整形外科を歴任し、痛みや中枢性の障害に取り組んできた。前述した、2003年基準のRSD（反射性交感神経性ジストロフィー）の部分について、厚生労働省からの相談にあずかったりもした。石橋医師は患者に学び、神経診断学を駆使して、被災者の運動まひ・知覚まひ・膀胱まひを検査・問診し（泌尿器科に紹介）、その傷病が局部・末梢のものでなく、中枢性の障害であることをつきとめた。

1981年に職場のはりで頭部を打撲した事件では、労災障害等級裁判の途中で、中枢性の神経因性膀胱が指摘され、総合せき損センターの岩坪暎二泌尿器科部長が、先駆的にTBIによる膀胱・直腸・性機能障害だとの意見を書いたにもかかわらず、最高裁まで敗訴した。

1985年に職場で転倒した事件では、公務災害補償打ち切り反対裁判で、中枢性の障害を立証したものの、やはり最高裁にいたるまで敗訴。

國際基準

る。|

友の会結成後

本誌2009年6月号のとおり、軽度外傷性脳損傷（MTBI）友の会を同年3月に結成し、国会陳情などを展開してきた。

石橋医師が集積した約1,000症例のうち、約100人が友の会の会員になっている。多くは交通事故の被害者で、TBIであることを認めさせ、それに伴う補償をさせるのには裁判によるほかないが、勝訴例は2010年9月9日の東京高裁判決のみである。ほかに地方公務員災害補償で、石橋医師が裁判所の鑑定人を引き受け、TBIを認めた長野地裁の2007年12月28日の判決がある。

自賠償の支払基準は労災基準に準拠するので、MTBI被災者救済の課題は、前述した神経・精神障害等級認定基準の改正



にほかならない。

第一声は、2009年10月の全国安全センターによる厚生労働省交渉であり、以来毎年認定基準改正を求めてきた。

国会対策では、2010年1月、民主党の今野東副幹事長（故人）に陳情し、『政権交代効果』と報じられた。

同年4月、公明党の山本博司参院議員が厚生労働委員会ではじめて質問し、長妻昭大臣らによる前向き答弁を引き出した。同党の渡辺孝男参院議員（脳外科医。画像に見えない脳損傷の存在は、世界の常識と指摘）も引退まで3回国会質問し、このたびの通知の立役者である。

報道では、友の会結成時のNHK首都圏のニュース、2009年12月（1面の記事）以来、毎日新聞の穴戸護記者による記事や、2010年と2011年の二度にわたる『読売医療ルネサンス』の連載記事などがある。

裁判では、よこはまシティユニオンが労災再発裁判をたたかう。宅地造成現場で頭部に落下物が直撃した被災者は、障害一時金にとどまり、生活が困窮している。重症MTBIの被災者は複雑多岐にわたる障害にくるしめられ、少なからず生活保護を受けている。

労災の障害等級裁判と、再発請求裁判が最高裁にかかっている（山梨労働局案件と・北海道局案件）。労災再発裁判では、東京地裁が現症をTBIと正しく認定したものの、原因を不明とする不合理な判決。さらに東京高裁は、

なんと「高次脳機能障害によって身体性機能障害が起きる」とする判決で、最高裁がこのような初歩的な誤りを正すか注目される。高次脳機能障害（認知障害）も、身体性機能障害も、TBIによる結果なので、高次脳機能障害によってからだのまひが起きることはありえないからだ。

厚生労働省の攻防

前述の山本参院質問後、2010年6月～12年6月に、6回の厚生労働省のMTBI省内連絡会が開かれ、石橋医師や友の会もヒアリングに応じた。

その後、九州の会員が地元の藤田一枝厚生労働政務官（民主）に陳情した結果、藤田政務官はWHOに沿った労災基準改正を指示。ところが、2012年11月の第7回連絡会で、補償課が政務官の指示を拒否。

それを聞いた藤田前衆院議員が、郡衆院議員を通じて依頼し、5月9日に民主党の津田弥太郎参院議員が厚生労働委員会で、MTBIを見逃さないため、

WHOのMTBI三大要因など、かつWHOの診断基準を満たす被災者に、体系的な神経学的検査を行うよう提案。また、石橋医師に会うことも提案し、6月20日に石橋医師と榊屋敬悟副大臣（公明）との会見が実現した。

また、この間共産党の田村智子参院議員のもとで労災について（初鹿明博衆院議員のもとでも）、塩川鉄也衆院議員のもとで公務災害について、それぞれ当局との交渉が持たれた。

さらに、友の会の働きかけと公明党の尽力により、東京都と特別区23区中18区会などが、MTBIに関する国あて意見書を、全会一致などで採択しており、その意見書では、石橋医師がMTBIを診断する為に実践する、他覚的・体系的な神経学検査方法を採用するよう求めている。はじめて国あて意見書を採択した大田区では、石橋医師の監修で、MTBIのリーフレットも作った（前頁参照）。 

（軽度外傷性脳損傷友の会事務局長 斎藤洋太郎）

看護師中皮腫二件目の認定 大阪●ゴム手袋再生でタルクに曝露

昨年8月、医療用ゴム手袋をガス滅菌し再利用するための作業工程において、アスベストに曝露した元准看護師（山口県）が、悪性胸膜中皮腫を発症し、労災認

定された（2012年12月号参照）。今回、新たに東大阪市の元看護師が中皮腫で死亡した件についても、東大阪労働基準監督署が労災認定した。

以前は、医療用のゴム手袋をガス滅菌したうえで再利用している病院が多くあった。ガス滅菌を行うための作業工程において、「打ち粉」としてタルクが使用されていましたが、そのタルクにはアスベストが混入していた。

タルクとは滑石ともよばれる白い石。産業用には原石を粉碎して非常に細かい粉にして使用することが多く、ゴム製造、製紙、農薬・医療品製造、化粧品製造など多くの分野で利用されている。また、ベビーパウダーや「おしろい」は、まさにタルクそのもので、顔料などにも使用される。

昨年の1例目の労災認定事案を受け、同じ作業に従事した看護師・看護助手の方々のアスベスト被害の拡大が懸念されていたが、残念ながら二人目の被害が確認された。

今回、悪性胸膜中皮腫を発症された高田節子さん（2013年1月15日死亡、68歳）は、広島県や大阪府の病院に看護師として約40年間勤務された。そのうち約12年間（1983年～1995年）は、東大阪市にある病院の手術室と中央材料室に勤務し、ゴム手袋の再利用の作業に従事された。その間に、タルクに混入していたアスベストに曝露されたのだった。

節子さんは、2012年春に悪性胸膜中皮腫と診断された。居住歴や家庭内においても石綿曝露はない。ご本人もどこでアスベストに曝露したのかわからず、ご主人が建設会社の営業職をされていたので、ご主人の作業着に付着した石綿が原因ではないかと



疑われていた。昨年8月の山口県の河村さんの報道を通じ、同じ作業を行っていた記憶が蘇ったのだった。

病院の医師の勧めで環境再生保全機構への申請を行っていたが、「山口県内の産婦人科の診療所で働いておられた元准看護師の河村三枝さんの記事を読ませていただき、私も昭和58年から約10年間手術室と中央材料室に勤務していて、ゴム手袋再利用のため、タルクを取り扱っていました。何年間取り扱っていたのか記憶がはっきりしないのですが、数年間は取り扱ったと思います」との手紙を添えられた。そして、昨年9月には、東大阪労働基準監督署に労災申請を行った。残念ながら、労災申請の結果を聞くことができないまま、本年1月に他界された。

高田さんの件は、監督署では判断できず、労働局を通じ本省協議案件となっていた。本省の専門検討会を経て、東大阪労基

署は5月13日付けで休業と療養の労災認定を行い、5月22日付けで遺族年金と葬祭料の請求を労災と認めた。高田節子さんが待ち望んだ認定通知が、最初にご遺族の元に届いたのは5月20日であった。

今回の労災請求に当たり、高田さんの同僚の協力があった。「ゴム手袋の再利用作業を一緒に行った。当時の医療現場では手袋の再利用が当たり前で、その際にはタルクを用いていた」と証言された。同僚の証言からも、昨年の労災認定が特別案件ではなかったことが明らかとなった。

節子さんは、看護師の仕事に誇りを持ち、後輩の育成を常に気を配られていたそうである。中皮腫を発症され、タルクに含まれるアスベストの危険性を知ってからは、同僚の健康を気遣い、全国の看護師や看護助手の方々の石綿関連疾患の発症を懸念されていた。そうした思いもあり、5月26日に関西労働者安全センター

において、労災認定されたことを伝える記者会見を行った。

会見においてご家族は、「肩にちょっと触るだけでも激痛が走るほど苦しんでいた。石綿による中皮腫は潜伏期間が長く、これから症状が出る看護婦もいるのではないか」と危惧され、「妻は、今回の労災認定を通じて、同じ仕事をしていた同僚や後輩たちが大丈夫なのか、身をもって問題提起した」と話された。また、会見では、同僚の証言をもとにタルクをまぶす作業を再現したが（前頁写

真）、白い粉が煙のようにもうもと立ちこめる状態であり、粉じん職場といってもおかしくない状況が明らかとなった。

マスコミの報道を通じて、同じ作業に従事された方は不安を抱えており、元看護師の方からの相談が続いている。今後も、患者と家族の会の皆さん、全国センターのネットワークも通じて、被害者の掘り起しと、行政への働きかけを強めていきたい。



（ひょうご労働安全衛生センター）

造船労働者の中皮腫労災認定 神奈川●厚生省の事業場名公表きっかけ

腹膜中皮腫で亡くなられた小宮さん（享年78歳）の労災請求が支給決定された。

小宮さんは、1953年から2009年まで約40年間、旧日本鋼管(株)の浅野造船所や鶴見造船所で働いていた。新造船や船舶修理の工事に際し、船舶内での高所作業における足場の設置や解体作業を専門に行っていた。足場の設置や解体作業中に、船舶内で多量に使用され、飛散していたアスベスト（石綿）に曝露し、腹膜中皮腫を患ってしまったのだった。

小宮さんがお腹が痛いと言いつ、最初に病院に行ったのが2012年7月21日のこと。腹部のCTを撮るとお腹に水が溜まっており、7月24日に精密検査をし、即

入院が必要と言われた。主治医は当初、腹水と腹膜周囲の腫瘍という症状から「悪性腹膜炎」を疑ったが、確たる診断はつかなかった。

そんな中、ご家族が「一体何の病気だろう?」と考えるうちに、ふと、「アスベスト」という文言が思い浮かんだという。と言うのも、厚生労働省が公表した「石綿曝露作業による労災認定事業場」を数年前に新聞で見て、その中に「日本鋼管の鶴見造船所や浅野造船所」の名前を見つけ、父が気に留めていたのを思い出したからである。そこでインターネット等で調べる中で、神奈川労災職業病センターを知り、電話をした。8月17日のことだった。

早速、小宮さんの自宅を訪ねると、ご本人は入院中で、衰弱されていて話すのも困難な状態ということだったので、ご家族から仕事の内容等をうかがったが、詳しくはわからなかった。小宮さんの場合は幸い労災認定されたが、認定にあたり、かつての作業内容と今の病気との因果関係を明らかにすることは非常に重要である。その意味でも、曝露して後、数十年たってから発症してしまうアスベスト疾患のような病気は、元気なうちに作業内容や職歴を明らかにしておくことが本当に必要だとあらためて意識した。

小宮さんは、辰己興業という会社（船舶工場の足場専門の下請け業者、現在は廃業）の従業員として、浅野造船所や鶴見造船所で、新造船や船舶の修理工事における船内や船外にかけける足場専門の仕事に従事していた。船舶の工事はボイラー、溶接、配管、電気、塗装、各種義装、吹き付けなどあらゆる高所作業において足場を組む。小宮さんが足場を組んだりばらしたりしているすぐ隣で、ボイラーや配管の断熱、鉄骨の吹き付け、溶接や溶断の火よけ等の用途でアスベストが多量に使われ、周囲に飛散していた。つまり、小宮さんは、アスベストを直接取り扱う作業には従事していなかったが、まわりで多量に使用され飛散していたアスベストに間接的に曝露し、腹膜中皮腫を発症したのである。

ご家族からうかがった小宮さんの造船所内での仕事内容から「労災」と確信し、ご家族とともに

主治医のもとを訪ねた。

主治医はアスベストは専門外だったが、私たちの説明を聞き、アスベスト疾患についていろいろ学ばれ、細胞診断や臨床所見から「腹膜中皮腫」と診断された。

後日、労災の決定にあたり労働基準監督署が意見を聞く地方労災医員も、この主治医診断は是であると述べており、私たちの主治医に対するアスベストについての丁寧な説明がよかったのだと思う。また、小宮さんは胸部CTで胸膜プラークの所見があり、これもアスベストばく露の証拠として労災決定に有利な判断材料となった。

また、全造船機械労組日本鋼管分会の持橋さんが、当時の浅野ドックや鶴見ドックの作業現場の実態について意見書を出してくれた。造船所での各種工事には足場工事が密接に関わっていること、現場ではアスベスト粉じんがもうもうたる状況であり、アスベストばく露は間違いのないことなどを、現場を知る者ならではの視点で述べた。この持橋さんの意見書も労災認定にあたり、とても大きな意味を持った。

加えて、労働基準監督署の担当官に、小宮さんの作業内容を説明する際、『横須賀石綿じん肺訴訟報告集立ち上がった造船労働者たち』の造船所内でのアスベストの使用状況のイラストを使った。アスベストの使用実態が分かりやすく描かれており、作業現場の実態をイメージできなかった労基署の担当者も、「大いに参考になります」と言っていた。

残念ながら、小宮さんは入院中の2012年8月29日に亡くなられた。腹痛の自覚症状が出てからわずか40日後だった。食欲がなくなり衰弱し、入院してからあつという間だったと、家族は無念の気持ちを強く持たれている。ご本人にとってもご家族にとっても突然の

事態であり、あつという間に命まで奪っていくアスベスト問題は本当に不条理なことだらけだ。アスベスト問題に対する行政や企業の責任は果てしなく重いことを肝に銘じた。



(神奈川労災職業病センター)

職業病リスト改訂7月施行

韓国●蔚山では発がん物質対策共同行動

■「発がん物質のない蔚山作り」が発足／蔚山北区庁と地域の労働・市民団体が参加

「がん発生率1位都市」という汚名を雪ぐために、蔚山北区庁と労働・市民団体が力を合わせる。民主労総蔚山本部と金属労組、蔚山市民連帯など10余の蔚山の労働・市民団体が29日、蔚山市庁プレスセンターで記者会見を行い、「発がん物質のない蔚山作り」を発足させた。これらの団体は△自動車部品団地であるメゴク産業団地での発がん物質調査△発がん物質のない学校作り△発がん物質を知る権利条例の制定事業を実施する計画だ。

蔚山は1962年に特定工業地区に指定され、世界的な生産団地(造船1位・自動車5位・石油化学4位)になった。その副産物として発がん物質が最も多く排出される。

発がん物質のない蔚山作りには民主労総蔚山地域本部、金

属労組、蔚山労災追放運動連合、蔚山環境運動連合、iCOOP蔚山生協、民主党、統合進歩党、進歩新党、発がん物質のない世の中作り国民行動などが参加している。

2013年5月30日
毎日労働ニュース

■業務上疾病の認定範囲拡大／産業災害保険法施行令改正案、来月1日施行

業務上疾病の有害要因35種が追加されるなど、労災補償を受けられる業務上疾病の認定基準が広がる。雇用労働部はこのような内容の産業災害補償保険法施行令改正案が、7月1日から施行されると明らかにした。

改正案は、複雑になった産業構造と作業環境の変化の中で、業務上疾病の有害要因が増える傾向を反映した。職業性がんを誘発する有害要因14種と呼吸器系疾病の有害要因14種、急性

中毒誘発化学物質7種など、35種が業務上疾病の有害要因に追加される。

職業性がんの種類も9種から21種に増える。今までは原発性上皮がん(皮膚がん)、肺がん、喉頭がん、鼻腔と副鼻腔がん、白血病、多発性骨髄腫、悪性中皮腫、肝血管肉腫・肝臓がんなど9種だけが職業性がんと認定されていた。これからは卵巣がん、唾液腺がん、食道がん、胃がん、大腸がん、骨がん、乳がん、腎臓がん、膀胱がん、甲状腺がん、脳および中枢神経系がん、非咽頭がんの12種も職業性がんと認められる。

労働部はこれと同時に業務上疾病の範囲に「長期間・高濃度の石炭・岩石粉じん、カドミウムヒュームなどの粉じんに曝露して発生した慢性閉鎖性疾患」を追加・明示し、じん肺でなくとも適正な補償を受けられるようにした。

業務上疾病の相当部分を占める筋骨格系疾患については、退行性を伴うケースでも業務との関連性を評価して、業務上疾病の可否を判断する方針だ。これと関連して施行令に「身体に負担を与える業務によって、年齢増加に伴う自然経過的变化がより早く進んだことが医学的に認められれば、業務上疾病と見る」という内容も含まれた。

労働部はこの他に、脳心血管関係疾患の原因となる慢性過労の認定基準に業務時間の概念を導入した。発病前12週間の業務時間が1週平均60時間を超過した時、業務と発病の関連性が強いとみて、これを基に慢性過労の

可否を判断することにした。

2013年6月28日
毎日労働ニュース

■労災隠蔽の摘発は大企業労組の課題

化学物質の爆発事故現場を訪問した労働安全活動家A氏は、現場の入口で大汗をかいいた。事故が発生した大企業事業場の労働組合がA氏の出入りを阻止したのだ。大企業労組は、上級団体が事故に関して会社側を批判する声明を出したことに腹を立てていた。A氏を上級団体が派遣した者と誤解したのだった。A氏は「上級団体が派遣した者ではないという確認を受けた後、やっと現場に入ることができた」。「下請け労働者が事故で数人亡くなったのに、事業場のイメージ失墜をより心配する大企業労組の姿が苦々しかった」と話した。

ある公企業労組が産業安全保健専門家たちと一緒に、全労働者を対象に産業安全保健の実態について、1年間大々的な研究活動を行った。労働者の作業環境、健康状態、事故形態、労災事例など、有意義な結果が書かれた報告書が出た。とくに想像を絶する劣悪な作業環境は、社会的な公論化が切実な事案だった。労働者だけでなく、市民の安全に直結するからだ。しかし「賃金団体交渉の時の交渉カードとして使わなければならない」という労組の方針によって、報告書は公開されなかった。

最近化学物質の爆発・漏出事

故が続く、政府と国会が制度改善に声を合わせている。不十分ながら労災を減らすために処罰を強化し、事故を予防する側に議論は進められている。

法・制度とともに重要なことは、安全保健問題に対する社会的な認識の転換だ。このために大企業労組が監視の役割を忠実に果たさなければならない。現場の安全保健の実態を最もよく知っているのは労働者だ。中小企業の場合、労災事故が外部に知らされた瞬間に職場を失うことになる。契約を解約しようとする甲(大企業)の横暴を、乙(中小企業)には防ぐ方法がないからだ。

A氏は「企業殺人法など、懲罰を強化するのも重要だが、労組が大企業資本をキチンと監視できない状況では、無用の長物に終わる公算も小さくない」とし、「結局、その罰金は甲乙関係の横暴によって、中小・零細業者が契約を結ぶ過程で費用として抱え込むほかはないだろう」と憂慮した。労災が隠蔽される現場を放置したままで懲罰的な制度だけを強化すれば、ややもすると下請け労働者にその被害が転嫁されるという指摘だ。

政府のキチンとした管理・監督と同時に、大企業労組の反省も必要だ。労災隠蔽を摘発するのは大企業労組の重大な課題のひとつだ。大企業資本に対抗できる組織は事実上大企業労組しかないからだ。

2013年6月14日



毎日労働ニュース
(翻訳: 中村猛)

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://joshrc.info/> <http://www.joshrc.org/~open/> <http://ameblo.jp/joshrc/>

- | | |
|--|---|
| 北海道 ● NPO法人 北海道勤労者安全衛生センター | E-mail safety@rengo-hokkaido.gr.jp |
| 〒060-0004 札幌市中央区北4条西12丁目 ほくろビル4階 | TEL (011) 272-8855 / FAX (011) 272-8880 |
| 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 ● NPO法人 神奈川労災職業病センター | E-mail k-oshc@jca.apc.org |
| 〒230-0062 横浜市鶴見区豊岡町20-9 サンコーポ豊岡505 | TEL (045) 573-4289 / FAX (045) 575-1948 |
| 群馬 ● ぐんま労働安全衛生センター | E-mail qm3c-sry@asahi-net.or.jp |
| 〒370-0045 高崎市東町58-3 グランドキャニオン1F | TEL (027) 322-4545 / FAX (027) 322-4540 |
| 新潟 ● 一般財団法人 ささえあいコープ新潟 | E-mail KFR00474@nifty.com |
| 〒950-2026 新潟市西区小針南台3-16 | TEL (025) 265-5446 / FAX (025) 230-6680 |
| 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 ● みえ労災職業病センター | E-mail QYY02435@nifty.ne.jp |
| 〒514-0003 津市桜橋3丁目444番地 日新ビル | TEL (059) 228-7977 / 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 アンビシャス梅垣ビル1F | TEL (075) 691-6191 / FAX (075) 691-6145 |
| 大阪 ● 関西労働安全センター | E-mail koshc2000@yahoo.co.jp |
| 〒540-0026 大阪市中央区内本町1-2-11 ウタカビル201 | 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 |
| 〒660-0802 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 | |
| 〒660-0803 尼崎市長洲本通1-16-17 阪神医療生協気付 | TEL (06) 6488-9952 / FAX (06) 6488-2762 |
| 兵庫 ● ひょうご労働安全衛生センター | E-mail npo-hoshc@amail.plala.or.jp |
| 〒650-0026 神戸市中央区古湊通1-1-17 西浦ビル2階 | TEL (078) 382-2118 / FAX (078) 382-2124 |
| 岡山 ● おかやま労働安全衛生センター | E-mail oka2012ro-an@mx41.tiki.ne.jp |
| 〒700-0905 岡山市北区春日町5-6 岡山市勤労者福祉センター内 | TEL (086) 232-3741 / FAX (086) 232-3714 |
| 広島 ● 広島労働安全衛生センター | E-mail hirosima-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 info@tokushima.jtuc-rengo.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 |
| 〒793-0051 西条市安知生138-5 | TEL (0897) 47-0307 / FAX (0897) 47-0307 |
| 高知 ● NPO法人 高知県労働安全衛生センター | |
| 〒780-0011 高知市薊野北町3-2-28 | TEL (088) 845-3953 / FAX (088) 845-3953 |
| 熊本 ● 熊本県労働安全衛生センター | |
| 〒861-2105 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レクタウンクリニック | TEL (096) 360-1991 / FAX (096) 368-6177 |
| 大分 ● NPO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953-1 (大分協和病院3階) | TEL (097) 567-5177 / FAX (097) 568-2317 |
| 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 姶良郡加治木町本町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 | |
| 〒902-0061 那覇市古島1-14-6 | TEL (098) 882-3990 / FAX (098) 882-3990 |
| 自治体 ● 自治労安全衛生対策室 | 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 |



JOSHRC

安全センター情報 2013年10月号(通巻第409号) 2013年9月15日発行(毎月1回15日発行)
1979年12月28日第三種郵便物認可 800円
〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1Zビル5階 全国労働安全衛生センター連絡会議
TEL(03)3636-3882 FAX(03)3636-3881
Japan Occupational Safety and Health Resource Center
5F, 7-10-1 Kameido, Koto-ku, Tokyo, Japan
Tel +81-3-3636-3882 Fax +81-3-3636-3881
http://www.jca.apc.org/joshrc/

JOSHRC
情報2013年10月号(通巻第409号) 2013年10月10日発行
1979年12月28日第三種郵便物認可
〒0071 東京都江東区亀戸7-10-1Zビル5階 全国労働安全衛生センター
TEL(03)3636-3882 FAX(03)3636-3881
JOSHRC: Japan Occupational Safety and Health Resource Center
Z Bldg., 5F, 7-10-1 Kameido, Koto-ku, Tokyo, Japan
Phone +81-3-3636-3882 Fax +81-3-3636-3881
http://www.jca.apc.org/joshrc

TEL (03) 3636-3882 FAX +81-3-3636-3881
JOSHRC: Japan Occupational Safety and Health
Z Bldg., 5F, 7-10-1 Kameido, Koto-ku, Tokyo, Japan
Phone +81-3-3636-3882 Fax +81-3-3636-3881
E-mail: joshrc@jca.apc.org URL: <http://www.jca.apc.org/> joshrc/