

安全センター情報2014年4月号 通巻第414号
2014年3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



2014 **4**

安全センター情報



特集● 労働安全衛生法令の改正提案

写真：北陸アスベスト被害ホットライン記者会見

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

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

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

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

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

セン

安全 センター 情報

◎ 「安全センター情報」をご購読してください

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

例えば、2013年度の特集のタイトルと特徴的な記事をあげてみれば、以下のとおりです。

- 2013年 4月号 総特集/胆管がん多発事件はどうして起こったか
- 5月号 特集/第12次労働災害防止計画 胆管がん事件時効差別なく補償
- 6月号 特集/全国安全センターの厚生労働省交渉 ILO「職業病の予防」
- 7月号 特集/職業がん等のリスト掲載と補償 ロッテルダム条約第6回締約国会議
- 8月号 特集/腰痛予防対策指針の改訂 石綿救済法判定基準の見直し
- 9月号 特集/日本の労働安全衛生 最新労災職業病統計・行政通達一覧
- 10月号 特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災補償 精神障害の認定 欧州10か国調査
- 11月号 特集/惨事ストレス対策 WHO労働者健康世界行動計画実施のベースライン
- 12月号 特集/韓国の労働安全衛生運動25年と日韓交流 大阪西成区で石綿公害
- 2014年1・2月号 特集/職業性胆管がん事件 石綿健康被害補償・救済状況の検証
- 3月号 特集/アジアのアスベスト禁止 2013 泉南アスベスト国賠訴訟二陣大阪高裁判決

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

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

◎ 賛助会員になって活動を支えて下さい

全国安全センターの財政は、賛助会費と購読会費(購読料)、カンパで成り立っています。賛助会員には、私たちの活動の趣旨に賛同していただける個人・団体はどなたでもなることができ、賛助会費は年度単位で1口10,000円、1口以上何口でも結構です。賛助会員には、月刊誌「安全センター情報」をお届けしますので、あらためて購読会費を支払う必要はありません。

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

特集／労働安全衛生法令の改正提案

ストレスチェック専門家も懸念 派遣法改正も安全衛生に影響

産業衛生学会は「将来のあり方」を提言……………2

労働安全衛生法令の改正提案関係資料……………7

精神障害労災認定低迷県 5労働局に対して要請行動

三重は2年連続で支給決定件数ゼロ……………20

CS被害者が認定改善要求

厚生労働省：個別症例検討会はすでに「廃止」

神奈川労災職業病センター 西田隆重……………29

欧州の職業病病システム^②……………35

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

石綿関連疾患管理・根絶に関するヘルシンキ宣言……………52

ルポ「1か月」～ニュースにならなかった日々～^⑧

いわき市平薄磯^③……………55

各地の便り/世界から

大阪●「超合金肺」被害で損害賠償裁判を提起……………58

宮崎●マグロ漁船の外国人技能実習生労災認定……………59

神奈川●中国出身のYさん、労災に損害賠償……………60

東京●過酸化水素水による喘息等呼吸器症状……………61

富山●北陸アスベスト被害ホットラインと相談会……………62

北海道●「自然由来のアスベスト」で現地調査……………63

韓国●サムスン半導体職業病問題の最近の進展……………64

ストレスチェック専門家も懸念 派遣法改正も安全衛生に影響 産業衛生学会は「将来のあり方」を提言

労働安全衛生法の改正案

前号で2013年12月24日に公表された労働政策審議会の「今後の労働安全衛生対策について（建議）」を紹介したが、厚生労働省は、これに基づく労働安全衛生法の一部を改正する法律案を第180回国会に提出する。2014年1月23日に同審議会に諮問された改正法案の要綱は以下のとおりである。国会に提出されれば、以下に示される。

※<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/186.html>

労働安全衛生法の一部を改正する法律案要綱

第1 外国登録製造時等検査機関等

- 1 登録製造時等検査機関に対する適合命令及び改善命令に係る規定は、外国にある事務所において製造時等検査の業務を行う登録製造時等検査機関（以下「外国登録製造時等検査機関」という。）について準用するものとする。この場合において、これらの規定中「命ずる」とあるのは、「請求する」と読み替えるものとする。
- 2 厚生労働大臣は、外国登録製造時等検査機関が次のいずれかに該当するに至ったときは、その登録を取り消すことができるものとする。
 - (1) 登録製造時等検査機関の登録の欠格事由等に該当するとき。
 - (2) 1により読み替えて準用する適合命令及び改善命令に係る規定による請求に応じなかったとき。
 - (3) 厚生労働大臣が、外国登録製造時等検査機関が(1)又は(2)のいずれかに該当すると認めて、6月を超えない範囲内で期間を定めて製造時等検査の業務の全部又は一部の停止を請求した場合において、その請求に応じなかったとき。
 - (4) 財務諸表等を備えて置かず、財務諸表等に記載すべき事項を記載せず、若しくは虚偽の記載をし、又は正当な理由がないのに製造時等検査を受けようとする者その他の利害関係人による財務諸表等の閲覧等の請求を拒んだとき。
 - (5) 厚生労働大臣が、外国登録製造時等検査機関の業務の適正な運営を確保するため必要があると認めて、その職員をして外国登録製造時等検査機関の事務所に立ち入らせ、関係者に質問させ、又はその業務に関係のある帳簿、書類その他の物件を検査させようとした場合において、その立入り若しくは検査が拒まれ、妨げられ、若しくは忌避され、又は質問に対して陳述がされず、若しくは虚偽の陳述がされたとき。
 - (6) 厚生労働大臣が、この法律を施行するため必

要があると認めて、外国登録製造時等検査機関に対し、必要な事項の報告を求めた場合において、その報告がされず、又は虚偽の報告がされたとき。

(7) 3による費用の負担をしないとき。

3 2の(5)の検査に要する費用(政令で定めるものに限る。)は、当該検査を受ける外国登録製造時等検査機関の負担とすること。

4 1から3までは、登録性能検査機関、登録個別検定機関及び登録型式検定機関について準用すること。

第2 表示義務の対象物及び通知対象物について 事業者の行うべき調査等

1 事業者は、第57条第1項に規定する表示義務の対象物及び通知対象物による危険性又は有害性等を調査しなければならないものとする。

2 事業者は、1による調査の結果に基づいて、この法律又はこれに基づく命令の規定による措置を講ずるほか、労働者の危険又は健康障害を防止するための必要な措置を講ずるように努めなければならないものとする。

3 厚生労働大臣は、1及び2による措置に関して、その適切かつ有効な実施を図るため必要な指針を公表するものとする。

4 厚生労働大臣は、3の指針に従い、事業者又はその団体に対し、必要な指導、援助等を行うことができるものとする。

5 労働者に危険又は健康障害を生ずるおそれのある物を譲渡し、又は提供する際にその容器又は包装に表示しなければならないこととされているもののうち、成分を削除すること。

第3 心理的な負担の程度を把握するための検査等

1 事業者は、労働者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、医師又は保健師による心理的な負担の程度を把握するための検査を行わなければならないものとする。

2 労働者は、1による検査を受けなければならないものとする。

3 事業者は、1による検査を受けた労働者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、当該検査を行った医師又は保健師から当該検査の結

果が通知されるようにしなければならないものとする。この場合において、当該医師又は保健師は、あらかじめ当該検査を受けた労働者の同意を得ないで、当該労働者の検査の結果を事業者に提供してはならないものとする。

4 事業者は、3による通知を受けた労働者であつて、心理的な負担の程度が労働者の健康の保持を考慮して厚生労働省令で定める要件に該当するものが医師による面接指導を受けることを希望する旨を申し出たときは、当該申出をした労働者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、医師による面接指導を行わなければならないものとする。この場合において、事業者は、労働者が当該申出をしたことを理由として、当該労働者に対し、不利益な取扱いをしてはならないものとする。

5 事業者は、厚生労働省令で定めるところにより、4の面接指導の結果を記録しておかなければならないものとする。

6 事業者は、4の面接指導の結果に基づき、当該労働者の健康を保持するために必要な措置について、厚生労働省令で定めるところにより、医師の意見を聴かなければならないものとする。

7 事業者は、6の医師の意見を勘案し、その必要があると認めるときは、当該労働者の実情を考慮して、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮、深夜業の回数の減少その他の措置を講ずるほか、当該医師の意見の衛生委員会若しくは安全衛生委員会又は労働時間等設定改善委員会への報告その他の適切な措置を講じなければならないものとする。

8 厚生労働大臣は、7により事業者が講ずべき措置の適切かつ有効な実施を図るため必要な指針を公表するものとする。

9 厚生労働大臣は、8の指針を公表した場合において必要があると認めるときは、事業者又はその団体に対し、当該指針に関し必要な指導等を行うことができるものとする。

10 1の検査及び4の面接指導の実施の事務に従事した者は、その実施に関して知り得た労働者の秘密を漏らしてはならないものとする。

第4 受動喫煙の防止

1 事業者は、労働者の受動喫煙（室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされることをいう。以下同じ。）を防止するため、屋内作業場その他の厚生労働省令で定める作業場について、専ら喫煙のために利用されることを目的とする室（当該室からたばこの煙が漏れるおそれがないものとして厚生労働省令で定める基準に合致するものに限る。）を除き、喫煙を禁止することその他の厚生労働省令で定める措置を講ずるよう努めなければならないものとする。

2 国は、労働者の健康の保持増進に関する措置の適切かつ有効な実施を図るため、1の専ら喫煙のために利用されることを目的とする室の設置の促進その他の必要な援助に努めるものとする。

第5 事業場の安全又は衛生に関する改善措置等

1 厚生労働大臣は、重大な労働災害として厚生労働省令で定めるもの（以下「重大な労働災害」という。）が発生した場合において、重大な労働災害の再発を防止するため必要がある場合として厚生労働省令で定める場合に該当すると認めるときは、厚生労働省令で定めるところにより、事業者に対し、当該事業場の安全又は衛生に関する改善計画（以下「特別安全衛生改善計画」という。）を作成し、これを提出すべきことを指示することができるものとする。

2 事業者は、特別安全衛生改善計画を作成しようとする場合には、当該事業場に労働者の過半数で組織する労働組合があるときにおいてはその労働組合、労働者の過半数で組織する労働組合がないときにおいては労働者の過半数を代表する者の意見を聴かなければならないものとする。

3 1の事業者及びその労働者は、特別安全衛生改善計画を守らなければならないものとする。

4 厚生労働大臣は、特別安全衛生改善計画が重大な労働災害の再発の防止を図る上で適切でないとき、厚生労働省令で定めるところにより、事業者に対し、特別安全衛生改善計画を変更すべきことを指示することができるものとする。

5 厚生労働大臣は、1又は4に規定する指示を受けた事業者がその指示に従わなかった場合又は特別安全衛生改善計画を作成した事業者がこれを守っていないと認める場合において、重大な労働災害が再発するおそれがあると認めるときは、当該事業者に対し、重大な労働災害の再発の防止に関し必要な措置をとるべきことを勧告することができるものとする。

6 厚生労働大臣は、5の勧告を受けた事業者がこれに従わなかったときは、その旨を公表することができるものとする。

第6 計画の届出の廃止

第88条第1項の規定による建設物又は機械等の設置等の計画の届出義務を廃止すること。

第7 電動ファン付き呼吸用保護具

1 電動ファン付き呼吸用保護具を、その譲渡、貸与又は設置に際して厚生労働大臣が定める規格又は安全装置を具備しなければならないものに追加すること。

2 電動ファン付き呼吸用保護具を、その製造又は輸入に際して厚生労働大臣の登録を受けた者が行う型式についての検定（以下「型式検定」という。）を受けなければならないものに追加すること。

3 電動ファン付き呼吸用保護具に係る型式検定を行おうとしてこの登録の申請をした者（以下「登録申請者」という。）について、厚生労働大臣が必ず登録をしなければならないものとされるための要件の一つとして、登録申請者が別表第14に掲げる設備（材料試験機、ガス濃度計測器、内圧試験装置、通気抵抗試験装置、粉じん捕集効率測定装置、排気弁気密試験装置、漏れ率試験装置、最低必要風量試験装置、公称稼働時間試験装置及び騒音計）を用いて型式検定を行うものであることを規定すること。

第8 その他

その他所要の規定の整備を行うものとする。

第9 附則

1 施行期日

この法律は、公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める日から施行す

るものとする。ただし、第9の2の(4)は公布の日から、第6、第7並びに第9の2の(1)から(3)まで及び4の一部は公布の日から起算して6月を超えない範囲内において政令で定める日から、第3は公布の日から起算して1年6月を超えない範囲内において政令で定める日から、第2及び第9の4の一部は公布の日から起算して2年を超えない範囲内において政令で定める日から施行するものとする。

2 経過措置

- (1) 第7の施行日前に製造され、又は輸入された電動ファン付き呼吸用保護具については、第7の1を適用しないものとし、第7のこの型式検定を受けることを要しないものとする。
- (2) 第6の施行日前に改正前の労働安全衛生法第88条第1項の規定により計画の届出をした事業者に対する工事若しくは仕事の開始の差止め又は当該計画の変更の命令及び当該命令に係る仕事の発注者（当該仕事を自ら行う者を除く。）に対する勧告又は要請については、なお従前の例によるものとする。
- (3) この法律の施行前にした行為及び(2)によりなお従前の例によることとされる場合におけるこの法律の施行後にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例によるものとする。
- (4) 1から3までのほか、この法律の施行に関し必要な経過措置は、政令で定めること。

3 検討規定

政府は、この法律の施行後5年を経過した場合において、この法律の施行の状況について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

4 関係法律の整備

その他関係法律について、所要の規定の整備を行うこと。

法案策定に至る経過

審議会建議にもあるように、メンタルヘルス対策(第2)、受動喫煙防止対策(第4)及び型式検定等の対象器具の追加(第7)は、第179回臨時国会

に提出されたものの、その後継続審議となり、第181回臨時国会において衆議院の解散により廃案となった改正法案にもまれていた内容である。

第4に関しては、建議で「(前回)建議後に受動喫煙防止対策に取り組んでいる事業場が増加していることも勘案し、法案の内容を検討することが適当」とされていたが、当初の法案にあった「飲食物の提供その他の役務の提供の事業であって厚生労働省令で定めるものを行う事業者については、当分の間、適用しない」が削除されたようだ。

第2に関しては、2013年9月25日に審議会の第75回安全衛生分科会において日本産業衛生学会及び精神科七者懇談会のヒアリングが行われているが(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000025154.html>)、前者(日本精神神経学会)の2013年8月1日付け「事業場におけるストレスチェック制度の義務化に関する検討結果(中間報告)」及び後者の2012年9月15日付け「『職場のメンタルヘルス対策の充実・強化』に対する見解」の内容を8頁以下に紹介する。全国安全センターはこの改正に反対しているが、両専門家団体から提起された諸点に照らしても問題が解決されているとは言えない。(与党内でも反対意見が出たため、一部努力義務に変更して法案提出という報道もなされている。)

なお、化学物質対策(第2)で、2013年10月29日に「胆管がん問題を踏まえた化学物質管理のあり方に関する検討会報告書」(2014年1・2月号に掲載)が、また、改正法案に対策が盛り込まれていないが2013年10月29日に「労働安全衛生法における機械等の回収・改善命令制度のあり方等に関する検討会報告書」が公表されている(※<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000026886.html>)。

また建議では、「(第三者に施設等を使用させる)施設等管理者による取組のあり方」、「安全管理者又は安全衛生推進者の選任が義務づけられていない業種における安全衛生管理体制のあり方」を、「改めて検討することが適当」としている。

その他の政省令改正等

労働政策審議会は2014年2月6日に厚生労働

大臣に対して「有期労働契約の無期転換ルールの特例等について」建議を行い (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000037303.html>)、これに基づいた労働者派遣法の改正案も国会に提出される予定である。厚生労働省は最近、毎年5月頃の前年の労働災害発生状況の公表時に「派遣労働者の労働災害発生状況」も示すようになってきているが、派遣労働者の労働災害は一般よりもかなり高いと考えられている。労働者派遣法改正が、派遣労働者の労働災害の一層の増加や安全衛生対策の低下につながることを懸念される。

2013年3月14日の「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報告書」(2013年5月号に掲載)及び同年6月14日の「平成25年度化学物質による労働者の健康障害防止措置に係る検討会報告書(第1回)」を踏まえて、2013年8月に1,2-ジクロロプロパンを規制対象に追加する等の政省令の改正が行われている (<http://www.jaish.gr.jp/anzen/hor/hombun/hor1-54/hor1-54-47-1-0.htm>)。さらに2014年1月29日に「平成25年度化学物質による労働者の健康障害防止措置に係る検討会報告書(第2回)」(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000035876.html>)が公表され、ジメチル-2,2-ジクロロビニルホスフェイトと発がんのおそれのある有機溶剤10種類について規制の必要性が指摘されて、2014年8月頃を目途に関係政省令の改正が予定されている(同年10月1日施行予定)。

2014年2月7日には「建築物の解体等における石綿ばく露防止対策等技術的検討のための専門家会議報告書」が公表された。報告書のポイントは以下のとおりとされ、厚生労働省は、関係法令の整備について検討を行うとともに、法令の整備などを待つことなく対策を図るよう関係事業主団体に対して要請した (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000036685.html>)。

1 吹付けられた石綿等の除去作業時の措置の充実

- ① 作業開始直後の集じん・排気装置の排気口の漏えいの確認
- ② 前室における洗身設備、更衣設備の併設及

び負圧状態の点検を行うこと

- ③ その他、作業開始前の隔離養生の確認や隔離解除時の粉じん処理の確認など

2 石綿等が使用されている建築物内での石綿の管理等の充実

石綿を含有する保温材、耐火被覆材等が損傷等している場合の当該建材の除去、封じ込め又は囲い込みを行わせること。併せて、保温材等の封じ込め又は囲い込み作業について、届出等の対象とすること

3 石綿等が吹き付けられた建築物等の業務等に係る措置の充実

- ① 建築物等内の吹付けられた石綿等についての定期的な点検を行うこと

- ② 臨時に他所の建築物内に労働者を派遣する場合でも、当該建築物等の所有者に石綿の使用状況を確認すること

- ③ 行政は建築物等の所有者に対し、臨時に当該建築物等に入る業務を発注する場合は、当該建築物等の石綿の使用状況及び損傷、劣化等の状況を受注者に通知するよう協力を求めること

アスベスト関係では、環境省による大気汚染防止法施行規則の改正も予定され、2014年3月2日を締め切りに改正案に対するパブリックコメント手続が実施された (<http://www.env.go.jp/press/press.php?serial=17690>)。2013年6月に、①特定工事の実施の届出義務者の変更、②解体等工事の受注者への事前調査、調査結果の説明や掲示の義務付け、③都道府県知事等による立入検査等の対象拡大を主な内容とする大気汚染防止法の改正が行われており、その施行のための措置を定めたものであるが、本誌2012年12月号特集で指摘した論点の多くはまだ対応を必要としている。上記石綿則の改正提案は、大防法改正の趣旨を十分に踏まえたものになっていないことも問題である。

他方で、日本産業衛生学会労働衛生関連政策法制度検討委員会が2013年4月15日に「労働衛生法令の課題と将来のあり方に関する提言」をまとめている。提言部分のみを抜粋して14頁で紹介するが、全文を入手できるのでぜひご覧になって



改正労働安全衛生法における「職場のメンタルヘルス対策の充実・強化」に対する見解

平成24年9月15日

日本精神神経学会 精神保健に関する委員会 委員長 中村純

2011年に厚生労働省が国会に提出し、現在上程中の労働安全衛生法改正案の中に、「メンタルヘルス対策の充実・強化」の項目が含まれている。職場でのうつ病を始めとするメンタルヘルスの不調者を早期発見し、適切なケアにつなげ、ひいては自殺者を減らすという考えと方針に対して、当委員会では賛意を表す。しかし、改正案の内容については、当委員会として懸念を覚えるところがあり、その主なものとして以下の5点を指摘したい。なお、本見解は平成24年9月15日に開催された日本精神神経学会理事会で承認を受けたものである。

- 1) 医師又は保健師による労働者の精神的健康の状況を把握するための検査を行うことを事業者に義務付けることについて

「精神的健康の状況を把握するための検査」として、今回の改正案には最低基準として具体的に9項目が示されているが、すべて「職業性ストレス簡易調査票」から抽出された項目である。これらの項目とうつ病などの精神疾患との直接的な関連を示すエビデンスは少ない。これらの項目で高得点を呈する「高ストレス者」が必ずしも精神疾患の状態になっているわけではなく、また、高得点を呈さない人の中に精神疾患有病者がいることも考えられる。この検査項目では、精神疾患に罹患している人数よりもかなり多くの人数が「要面接者（陽性者）」と判定されることが予想される一方で、精神疾患の状態にある人が高得点を示さないために見落とされることも懸念される。このように、9項目の検査は、精神疾患の早期発見のための検査としては不十分なものである。そのことに十分な留意が必要である。

こうしたスクリーニング検査は、検査結果を活かす対策とワンセットで作られるべきである。しかし、

用意されている対策は僅かであるので十分な対策を整えた上での実施が必要である。

- 2) 検査の結果は、検査を行った医師又は保健師から、労働者に対し通知される。医師又は保健師は、労働者の同意を得ないで検査の結果を事業者に提供してはならないことについて

労働者のプライバシーへの配慮から必要な条項であるが、この条項によって、メンタルヘルスに関する管理はひとえに労働者個人に任されることになる。ストレスチェックの結果を受けて事業者にも申告せずに精神科などを受診する労働者もいるであろうが、懸念されるのは、仕事の多忙さ、知識の不足、受診への抵抗感などのために、必要と思われる受診をしないことである。そうした事態を予め予測し、労働者に必要な受診を促すため、啓発などの対策を十分に講じることを条項に盛り込む必要がある。

- 3) 検査の結果を通知された労働者が面接指導の申し出をしたときは、医師による面接指導を実施することを事業者に義務付けることについて

検査の結果を通知された労働者が面接指導を事業者に出した場合、事業者は産業医、もしくはそれに準ずる地域産業保健センターの医師に、面接の実施を依頼することになる。この改正案で示されているメンタルヘルスの検査項目によって、精神疾患になっている人数を上回る人数が「陽性者」と判定されると予測され、面接希望者が多数になる可能性がある。その一方で「陽性者」以外にも精神疾患の状態にある人がいて、面接指導を希望してくる可能性がある。希望者には全員、面接指導を実施することが望ましい。多数の面接希望者に対応するため、面接を実施する医師の質・量両面の供給体制が問題として浮上する。

精神科診断やストレス対処法に精通した産業医の育成が緊急に必要なことになる。産業医の育成が間に合わずに、精神科への受診要請が急増し、精神医療の現場に混乱を起すような事態も予測される。法改正に当たっては、医師の供給体制の整備は緊急の最重要課題である。そのための対策を十分に講じるべきである。

- 4) 事業者は、面接指導の結果、医師の意見を聴き、必要な場合には、作業の転換、労働時間の短縮その他の適切な就業上の措置を講じなければならないことについて

事業者は、面接指導の結果、医師の意見を聴き、必要な場合には、作業の転換、労働時間の短縮その他の適切な就業上の措置を講じなければならないことになるが、この条項が有効に機能するためには、事業者意見に意見を具申する医師（産業医）が

精神医学に精通している必要がある。その医師の専門が精神医学ではなく、十分な精神医学的知識を有さない場合には、今まで以上に精神科医と連携し、精神医学的に適切な就業上の措置がとれるようにしなくてはならない。また、精神科医の側も、今まで以上に産業医と連携し、職域について見識を持つようにする必要がある。こうしたことから、職場のメンタルヘルスに対応できる医師の供給体制の整備が急がれる。そのための対策を十分に講じるべきである。

- 5) 非正規労働者など産業医活動が及ばない、あるいは産業医がいない小規模企業で働く労働者は、今回の労働安全衛生法改正の枠組みに入りにくい。こうした労働者に有益で実効性のあるメンタルヘルス対策を特別に打ち出す必要がある。



事業場におけるストレスチェック制度の義務化に関する検討結果（中間報告）

平成25年8月1日

政策法制度委員会メンタルヘルスワーキンググループ

要約

日本産業衛生学会政策法制度委員会メンタルヘルスワーキンググループでは、ストレスチェック制度の義務化について、法改正を見送ることを含めた4つの代替え案について意見交換し、事業場におけるストレスチェック制度のあり方についてその意見をまとめているが、現段階の議論の状況をここに中間報告する。

- 1) 大部分のワーキンググループメンバーが、ストレスチェック制度に関する科学的根拠の不足と運用上の不安を指摘し、「法改正によるストレスチェック制度の義務化を見送る」（法改正による義務化ではなく、通達でガイドラインや好事例を示すことにとどめるべき内容とすることを提案）ことを提案することに賛成した。この制度の代わりに、一定の準備期間や研究成果の蓄積をもと

に、将来的には、職場の心理社会的環境（職業性ストレスなど）を事業場ごとに評価し、その対策の立案、実施、改善を行ってゆくリスクアセスメントを推進する制度を導入することが望ましい。

- 2) しかしこのように今回の法制化を先送りまたは取りやめにすることを主張するのではなくより適切な形での推進に学会として積極的に関与すべきとの意見もあった。「2010年12月の労働政策審議会の建議どおりの制度で実施するが、健康診断から精神的健康の状況に関する項目を除外するという法律改正は行わない」ことを次善の案とすることに多くのメンバーが賛成した。この代替え案では、定期健康診断において心身の健康を区別せず事業者の安全配慮義務のもとに対応するという従来の機会を確保しつつ、これとは異なる役割・機能を持つ制度としてストレス

チェック制度を位置づけることができる点に利点があり、現在の形での法制化を進めるならこの点は学会として強く主張することが必要である。

3) さらに、ストレスチェック制度を効果的なものとするための行政への提案として以下があげられた。

(1) ストレスチェックの実施における事業場および産業保健スタッフの主体的関わりを促すこと、(2) ストレスチェックを第一次予防につなげるための方針の明確化と支援、(3) ストレスチェックに関する科学的根拠および技術の蓄積、(4) 5年をめどとした制度の評価と見直し。

4) ストレスチェック制度の運用を支援するための制度、支援機関について、産業医あるいは就業適性を判断する医師が、職場や作業をよく理解した上で、その医師と連携する多様な職種を含む産業保健チームを養成する施策が望ましいと考えられた。

1 はじめに

日本産業衛生学会はこれまでに以下のような見解、報告、要望を公表している。これらは本学会の事業場におけるストレスチェック制度およびその義務化のための労働安全衛生法改正案に対する意見の基本となっている。

本学会は2010年6月に「事業場の健康診断におけるうつ病のスクリーニングの実施についての日本産業衛生学会理事会の見解」⁽¹⁾および「事業場の健康診断におけるうつ病のスクリーニングの災施についての産業精神衛生研究会からの報告」⁽²⁾を公表し、ストレスチェックがメンタルヘルス不調の早期発見(二次予防)に利用されるなら多くの問題点があることを指摘した。

2012年3月(2012年4月に改訂)に公表された学会理事会による「今求められるメンタルヘルス対策、法律改正への要望」⁽³⁾では、これからのメンタルヘルス対策として、第一次予防の推進、事業者の自主的取り組みの推進、産業保健スタッフの一層の活用、中小規模事業場向け施策の推進、非正規雇用の労働者への対応の必要性を指摘している。

2013年4月の労働衛生関連政策法制度検討委

員会による「労働衛生法令の課題と将来のあり方に関する提言」⁽⁴⁾では、ストレスチェック制度に対する科学的根拠の不足と、メンタルヘルス不調の第一次予防に注力することが重要であることを提言した。

以上のように、日本産業衛生学会は、

- ・ ストレスチェック制度がメンタルヘルス不調の二次予防ではなく、第一次予防のための制度として運用される必要があると。
- ・ そのための科学的根拠はなお不十分であり、効果評価研究やモデル事業での検証が必要であること。
- ・ ストレスチェック制度よりも優先すべき職場のメンタルヘルス上の課題があること

を主張してきた。

政策法制度委員会メンタルヘルスワーキング、グループでは、理事長からの諮問をうけて、事業場におけるストレスチェック制度案とこれに関する労働安全衛生法の改正について、本学会でのこれまでの議論や意見を踏まえて、多面的な視点からこの制度および法改正案を分析し、法改正の是非を含めた代替え案および今後の運用において考慮されるべき課題について以下のようにまとめたので報告する。

2 事業場におけるストレスチェックの制度の法制化のあり方

1) ワーキンググループにおける検討の進め方

ワーキンググループでは、まずストレスチェック制度についてどのようなあり方が望ましいか自由に意見交換した。この意見交換に基づき、ストレスチェック制度について、法改正を見送ることを含めた4つの代替え案が提案された。これらの代替え案は以下のようなものである。

- (1) 定期健康診断の問診および事後措置の一部として実施する。
- (2) 定期健康診断の問診および事後措置の一部として実施するが、労働者はストレスチェック部分について事業者に開示するかどうか選択することができる。
- (3) 2010年12月の労働政策審議会の建議どおり

の制度で実施するが、定期健康診断で心の健康関連の間診は行わないという法律改正は行わない。

(4) 法改正によるストレスチェック制度の義務化を見送る。

これらの概要、および利点と課題は、本文巻末の付録2および表1にまとめている[省略]。

ワーキング、グループでは、これらの4つの代替え案についての意見交換をもとに、事業場におけるストレスチェックの制度の法制化のあり方についてさらに議論を重ねた。この中間報告では、全てのワーキンググループメンバーが賛同した結論あるいは提案に至ることはできなかった。またワーキンググループではなお意見交換を継続しており、今後さらに議論が進む新しい結論や提案がなされる可能性もある。

しかしストレスチェックの制度の法制化についての問題点を分析し、比較的多くのメンバーが賛同する結論や方針が何であるかを明らかにし、さらにこれに対するどのような反論が存在するかも明確にすることができたことは1つの到達点である。

2) 事業場におけるストレスチェックの制度の法制化のあり方に関するワーキンググループの意見

大部分のワーキンググループメンバーが、ストレスチェック制度に関する科学的根拠の不足と運用上の不安を指摘した。特にストレスチェック制度が「精神健康に関する項目」として精神症状に関する評価を主眼とし、セルフケアに重点を置いたものとして設計されている点についてその有効性を疑問視する意見が出された。本ワーキンググループとしては、代替え案4「法改正によるストレスチェック制度の義務化を見送る」(法改正による義務化ではなく、通達でガイドラインや好事例を示すことにとどめるべき内容とすることを提案)が多数意見であった。この制度の代わりに、第12次労働災害防止計画にも記載されているように、一定の準備期間や研究成果の蓄積をもとに、将来的には、職場の心理社会的環境(職業性ストレスなど)を事業場ごとに評価し、その対策の立案、実施、改善を行ってゆくりリスクアセスメントを推進する制度を導入するととが望ましいとの意見にほぼ全員が賛成した。

しかしこのように今回の法制化を先送りまたは取りやめにすることを主張するのではなく、より適切な形で推進に学会として積極的に関与すべきとの意見もあった。また今回の法改正がほぼ現在の案で避けがたいものであるならば、中小規模事業場における職場のメンタルヘルス対策の推進に寄与する可能性がある点に一定の意義を認め、何らかの修正を施すことで効果的かつ円滑に導入することを次善の案とする意見も多かった。例えば、ストレスチェック制度を一部修正(例えば、今回の代替え案のいずれか)すること、ストレスチェック制度を省令およびガイドラインなどで効果的なものとして運用されるよう規定することや、あるいは一定の準備期間を経てから法制化することなどがあげられた。しかし法的な規程があっても健康診断さえ十分に実施されていない現状を踏まえると、法改正により新しい義務規程を加えることで、中小規模事業場での程度、労働者のメンタルヘルス対策が進むかについて疑問視する意見もあった。

「法改正によるストレスチェック制度の義務化を見送る」(代替え案4)以外の3つの代存え案に関する議論は、ストレスチェック制度の運用を円滑にし、かつ現行の制度の利点を損なわないという視点からなされた。4名のメンバーが代替え案3を次善のものとしてあげた。代替え案3は、「2010年12月の労働政策審議会の建議どおりの制度で実施するが、健康診断から精神的健康の状況に関する項目を除外するという法律改正は行わない」であり、定期健康診断において心身の健康を区別せず事業者の健康配慮義務のもとに対応するという機会を確保しつつ、これとは異なる役割・機能を持つ制度としてストレスチェック制度を位置づけるとの意見である。これに関連して、万一、上記の除外規定が削除されない場合には、健康診断との一体的運用を可能にして、心身合わせた事業者の健康配慮義務が果たされるよう運用面で工夫していく必要があるとの意見もあった。なお代替え案3とする場合でも、ストレスチェック制度で測定するものは、精神的な自覚症状ではなく、職場の心理社会的環境であるべきとの意見があった。

次に、「定期健康診断の間診および事後措置の

一部として実施する」(代替案1)が、2名のメンバーから次善の策として提示された。定期健康診断の一部に精神健康に関する項目を組み込むことで制度を一つとして運用できること、心身合わせた対応が可能で労働者への健康支援の質向上が図れること、事業者の健康配慮義務につなげやすいことが利点としてあげられた。また、将来的に、健診制度に職場の心理社会的環境を評価するための規定を入れ込むことで、職場環境に関する事業者責任を明確化できる可能性を指摘する意見があった。一方、産業保健スタッフのいない中小企業では、精神健康に関する項目への労働者の回答を事業者が見ることができると、労働者が不利益を被ったり、あるいはストレスチェックへの参加に不安を感じたりする可能性があることが課題として挙げられた。さらに建議通りの案からの大きな改正になるので、法改正に向けて検討に時間がかかるとが予測された。

一方、「定期健康診断の間診および事後措置の一部として実施するが、労働者はストレスチェック部分について事業者に開示するかどうか選択することができる」(代替案2)については、1つの事業(健康診断)に趣旨の異なった制度(健康診断とストレスチェック)が含まれることの複雑さを問題点とする意見があった。例えば、同一事業(健康診断)の中で、現在提案されている制度のストレスチェック後の結果通知、事業者への申し出による医師面接と事後措置が、健康診断の通常の事後措置と平行して加わってくる点など、が、健康診断実施者の面からはより複雑と認識された。さらに、労働安全衛生法の趣旨とそぐわないこと、また具体的な条文改正が不明確である点から支持が少なかった。

ストレスチェック制度を効果的なものとするためのワーキンググループとしての意見および提案は、次項の「3. ストレスチェック制度の運用や関連施策について求めること」に記載した。これらを省令やガイドラインなどで規定し、運用することが望まれることについて、ワーキンググループ内で合意が得られた。

3 ストレスチェック制度の運用や関連施策につ

いて求めること

ストレスチェック制度がいずれの方法で事業場に導入されることになった場合でも、これのできる限り有効かつ円滑に実施し、多くの労働者がこの制度から恩恵を受けることができるために、その運用や関連施策について、国にもとめるべきことがあることが議論された。これらのうちいくつかについては、「今求められるメンタルヘルス対策、法律改正への要望」2012年3月(2012年4月に改訂)に関連して労働衛生課から本学会への回答がなされているところであるが、重要と考えられるものについては再度記載する。

1) ストレスチェックの実施における事業場および産業保健スタッフの主体的関わりを促すこと

産業保健は本来、労使が行う主体的な活動を、産業保健スタッフが支援して実施されるものである。ストレスチェックが実施される場合でも、事業場の労使、産業保健スタッフがこれに主体的に関わり、事業場の状況を踏まえて、効果的に実施することが促進されるべきである。

すでに先進事例では、労働安全衛生委員会の審議を経て、産業医等によるストレスチェックの実施が効果的に運用されている事例も数多く見られる。また産業保健専門職が労働者の健康情報の保護に留意しながら健康診断の一環としてストレスチェックを実施している事業場もある。このような先進事例が阻害されないよう、ストレスチェックの法制化および運用については十分な注意が払われる必要がある。この点については2012年4月の厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課から日本産業衛生学会理事会あての文書⁽⁶⁾でも明記されているところであるが、重要な点であり、再度要望したい。

ストレスチェックの項目内容やその評価基準についても、事業場が、事業場の課題や状況を踏まえて、その時点における最良の科学的根拠に基づいて、自律的に決められるよう。法制化、運用について十分な注意が払われる必要がある。ストレスチェック後の労働者への医師面接についても、事業場の状況によっては産業医を含む多様な職種か

らなる産業保健チームが対応できるよう法制化、運用について工夫がなされることが望ましい。

2) ストレスチェックを第一次予防につなげるための方針の明確化と支援

ストレスチェック制度が第一次予防を主眼としたものとなるべきことは、2010年9月の厚生労働省労働基準局「職場のメンタルヘルス対策検討会報告書」(5)の結論でもあり、本学会としても一貫して強調してきた点であるが、制度の実施にあたってこの点を明記するとともに、ストレスチェックが第一次予防につながり、効果的な制度となるために多様な支援施策・制度が拡充される必要がある。

現在の科学的根拠によれば、労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防として、職場環境等の改善、管理監督者教育、個人向けストレスマネジメントが有効な方法としてあげられている⁽⁷⁾。これらをストレスチェックと連動して事業場で提供できるように、産業保健スタッフ向けのマニュアル作成や研修、事業場外資源による支援体制の確立、啓発を含めたさまざまな普及方策の実施が求められる。労働者に高ストレスであるとの結果を通知しただけでは、ストレスは軽減されないことを立証した研究があることに留意すべきである⁽⁸⁾。

現在提案されている制度では、高ストレスと判定された労働者が医師による面接を受けられることで、職場環境等の改善につなげるとされている。しかし科学的に有効であることが立証されている職場環境等の改善方策では、職場の心理社会的な環境を測定し、これをもとに労働者が参加しながら職場環境等の改善を進めることが有効であるとされている。ストレスチェックにおいて、事業場の判断により職場環境等に関する質問項目を加え、労働者の同意を得てこれを個人が同定されない職場集団のデータとして、職場環境等の計画立案、改善・評価に活用できるようにすることが推進されることが望まれる。このためのマニュアルやガイドライン、産業保健スタッフの研修や事業場外からの支援体制を、国として推進すべきである。

管理監督者教育については、事業場や職場の状況を踏まえた管理監督者向けメンタルヘルス教育を実施することが効果的であるとされている。職

場環境等の改善と同様に、ストレスチェックにおいて、事業場の判断により職場環境等に関する質問項目を加え、労働者の同意を得てこれを個人が同定されない職場集団のデータとして集計し、これから得られる職場集団の特徴を、管理監督者向けメンタルヘルス教育に活用することが望まれる。このためのマニュアルやガイドライン、産業保健スタッフの研修や事業場外からの支援体制を推進すべきである。

個人向けストレスマネジメントについては、認知行動的技法、あるいはこれとリラクゼーション法との組み合わせを用いた個人あるいは集団での研修が効果的であるとされている。ストレスチェック後の医師面接で、医師等が個人向けのストレスマネジメントを指導することで効果的にメンタルヘルス不調の第一次予防を進めるとことができると期待される。このためのマニュアルやガイドライン、産業保健スタッフの研修や事業場外からの支援体制を推進すべきである。また高ストレスと判定された労働者を中心として、事業場で労働者向けに個人向けストレスマネジメントの研修や情報提供がなされるのが効果的である。このための個人向けストレスマネジメント研修のモデル教材やeラーニングなどによる効率的な学習の提供方法の開発、マニュアルやガイドラインの作成、産業保健スタッフの研修や事業場外からの支援体制を推進すべきである。

またストレスチェックの実施にあたり、職場のメンタルヘルスの第一次予防としてのその趣旨および関連する知識を労働者に十分周知、提供し、労働者が主体的にストレスチェック制度に関われるとともに、事業者と協力して職場環境改善等につながるように支援することが必要である。このために事業場への啓発、情報提供が行われるべきである。

3) ストレスチェックに関する科学的根拠および技術の蓄積

現在提案されている形式でのストレスチェックの科学的有効性はなお十分とはいえない。ストレスチェックを有効なものとするために、これに関する科学的根拠をさらに蓄積し、またストレスチェックの実施方法を改善するための技術を開発するために、研究の推進および好事例の収集がなされるべきで

ある。

4) 5年をめどとした制度の評価と見直し

ストレスチェック制度は、その科学的有効性とともに、どの程度事業場で円滑に運用することができるかについても現時点では十分に検証されていない。実施5年をめどとして、制度の評価と見直しをなす、さらに円滑で効果的な制度として普及が図られるべきである。この点を、関連する法令の改正にあたって明記することが望まれる。

3 ストレスチェック制度の運用を支援するための制度、支援機関について

2010年秋の労働政策審議会労働安全衛生分科会で、ストレスチェック制度の運用を支援するための産業医制度の見直しが話題にあがったが、これは法改正の建議には含まれなかった。これについては、産業医制度の大幅な見直しとなるため、ストレスチェック制度という限定された制度との関連ではなく、現行の産業医制度の見直しの必要の有無というより広い視点から議論がなされるべきである。

この点については、「産業医の選任」に関する規定を改正して、「外部専門機関による産業保健活動」による産業医の代替を進める方法では問題が多く、場合によっては産業保健の大幅な機能低下に結びつく可能性があり、危惧するところである。むしろ、産業医あるいは就業適性を判断する医師が、職場や作業をよく理解した上で、その医師と連携する多様な職種を含む産業保健チームを養成する施策が望ましいと考える。

支援機関、支援にあたる専門職の配置・育成については、現制度下で十分に機能していない中小企業等に向けては新たな支援のしくみを検討することが重要である。外部機関のうち、公的機関（産業保健推進センター、地域産業保健センター、メンタルヘルス対策支援センター）に実践能力の高い専門職の配置を一層推進すること、民間機関（労働衛生機関等）や医療保険者に所属する専門職の人材育成の強化、その他の活用可能な地域資源を含む多機関・多職種間の連携を推進するしくみづくりが必要である。



文献

1. 「事業場の健康診断におけるうつ病のスクリーニングの実施についての日本産業衛生学会理事会の見解」2010年6月
<http://www.sanei.or.jp/images/contents/154/rijikaikenkai.pdf>
2. 「事業場の健康診断におけるうつ病のスクリーニングの実施についての産業精神衛生研究会からの報告」2010年6月
<http://www.sanei.or.io/images/contents/154/seisineiseikennkvuukai.pdf>
3. 「今求められるメンタルヘルス対策、法律改正への要望」2012年3月(2012年4月に改訂)
[http://www.sanei.or.io/images/contents/213/Mesures_for_metal_health\(revised\).pdf](http://www.sanei.or.io/images/contents/213/Mesures_for_metal_health(revised).pdf)
4. 労働衛生関連政策法制度検討委員会による「労働衛生法令の課題と将来のあり方に関する提言」2013年4月
http://www.sanei.or.io/images/contents/253/Prposall_Occupational_Health_Policies_and_Regulations_Comittee.pdf
5. 厚生労働省労働基準局。職場におけるメンタルヘルス対策検討会報告書。2010年9月
<http://mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000q72m-img/2r985200000q7tk.pdf>
6. 厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課。労働安全衛生法の部を改正する法律案について（日本産業衛生学会理事会あての文書）2012年4月
<http://www.sanei.or.jp/images/contents/213/Comments%20from%MHLW20120406.pdf>
7. 平成23年度厚生労働科学研究費労働安全総合研究事業「労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究」平成23年度総括・分担研究報告書、2012年3月
<https://mental.m.u-tokvo.ac.jp/jstress/NBJSQ/労働安全衛生総合研究一次予防班H23総括分担研究報告書.pdf>
8. Kawakami N, Haratani T, Iwata N, Imanaka Y, Murata K, Araki S. Effects of mailed advice on stress reduction among employees in Japan: a randomized controlled trial. *Ind Health*. 1999 Apr; 37(2):237-42

※名簿及び「ストレスチェック制度の4つの代替案」省略。全文は以下で入手できる。

http://www.sanei.or.jp/images/contents/269/InterimReport_MHWG_stress_check.pdf

労働衛生法令の課題と将来のあり方に関する提言(抄)

2013年4月15日

日本産業衛生学会労働衛生関連政策法制度検討委員会
委員長 岸玲子

各項目の提言部分のみの抜粋。以下で全文を入手できるのでぜひご覧になっていただきたい。

http://www.sanei.or.jp/images/contents/253/Proposal_Occupational_Health_Policies_and_Regulations_Comittee.pdf

はじめに

そこで日本産業衛生学会労働衛生関連政策法制度検討委員会では、わが国における産業保健活動の基盤となる労働衛生法令は、国内外における社会情勢の変化や科学技術の発展とともに変更されるべきものであると考え、このたび現行の労働衛生法令が抱える具体的な課題をまず労働安全衛生法に沿って16の事項に整理し改革の方向性を記述するとともに、個別事項のみでは改革が難しい課題として、①諸外国に比べ顕著で、また長年解決が難しかった長時間過重労働、②近年、増加が著しく、働く貧困層の増加や今後の社会保障や年金制度の問題とも関係する非正規雇用の問題、③危険有害環境と働く人の健康や安全をめぐる課題、④中小零細企業の安全衛生の問題、⑤自殺の増加などとも関係し、大きくクローズアップされているメンタルヘルスの課題、については別項として起こして記述した。それらの一部は労働基準法あるいは労働契約法、職業安定法などにもかかわるものであるが、いずれもわが国の広範囲の労働者に関係する問題で心身両面の健康保護の立場から喫緊にまた総合的に解決を検討すべき課題としてとりあげた。また、ILO（国際労働機関）などの国際基準として総会で採択された後、わが国で批准が遅れている条約等についても言及し、提言（委員会報告）としてここにまとめた。

この提言が、本学会会員である産業保健専門職が事業場において産業保健活動の企画や推進をする上で参照され、最終的に学会外に発信され、今後、広く社会で活用されて働く人の健康と安全の保持増進に寄与し、さらに国の労働政策充実発展の一助となることを期待している。

I 労働安全衛生法の見直しに関する課題

1 事業者の自主管理の促進

将来は、職場における安全健康リスクの同定とその軽減に明確に軸足を据え、労働衛生法令の根幹にある原則と重要な最低基準を選別して明文規定として残しつつ、有害要因ごとの各論を体系的に整理し直して、細部事項については行政指導と司法判断に委ねながら、「仕様基準」から「成果基準」への移行を図ること、およびハザード情報を積極的に活用する仕組みを整備することにより、事業者が産業保健専門職を活用しながら自主的活動を推進して、リスクに基づく合理的で科学的な管理を促すような制度の構築をめざすべきであると考えます。

2 労働者

1) 非正規労働者

今後、事業場において非正規労働者が労働衛生管理の施策を受ける権利を保障するとともに、事

業者に対して非正規労働者に職業性疾病や就業による持病の増悪を生じさせないような措置を講じるよう義務づける法制度の構築をめざすことが必要と考える。

2) 出向者

今後、出向者の健康管理を徹底するには、派遣労働者と同様に、労働安全衛生法が規定する事業者の義務について、双方のいずれが負うのかについて明確に規定する必要があると考える。

3 事業者

1) 下請事業者との共同作業

将来は、業種を指定するのではなく、実態として元請と下請が共同で作業をしているのであれば、元請事業者に統括安全衛生責任を課す制度を確立することが必要と考える。

2) 他事業場への異動

将来は、労働者が異動する際には、事業場ごとに分散されている作業環境等の情報を連結させて利用する制度を確立することが必要と考える。

3) 大企業の分散小規模事業場

将来は、小規模事業場を一律に支援するのではなく、企業規模に応じて支援の体制や内容を区別すべきであると考え。特に大企業は、その企業内の小規模事業場を担当する医師を選任させる義務を課す等の方策が必要と考える。

4) 連結会社

将来は、連結会社を包括して労働衛生管理を推進できるような法制度を構築していくことが必要と考える。

4 衛生管理者

1) 専任の衛生管理者の選任

今後、事業場が専任の衛生管理者をきちんと選任し、適正に衛生管理の職務に専従させるよう、労働行政が指導することが、労働衛生法令の徹底には必要と考える。

2) 衛生管理者の免許更新制度

能力向上教育を履修させたいうで、5～10年程度ごとに免許を更新する制度の導入について検討することが必要と考える。

5 産業医

1) 産業医の解任の届出

労働衛生管理を徹底するために専門の医師を事業者を選任させるという労働安全衛生法の目的を達成するためには、産業医の選任状態を事業場ごとに適正に把握する体制を構築する必要があると考える。

2) 産業医の専属性の解釈と選任数

将来、「専属」の定義を明確にして、大規模事業場における選任数を見直すことも必要である。また、すべての事業場で産業医が関与できるようにするためには、小規模事業場では労働者数に応じて業務時間を定めて産業医の契約を行う方式を採用すべきであると考え。

3) 産業医の資格更新制度

日本産業衛生学会の専門医制度や日本医師会の認定産業医の制度を参考に、生涯研修を履修させたいうで、5～10年程度ごとに資格を更新する制度の導入について検討することが必要と考える。

6 産業医以外の医療職

今後、産業医や衛生管理者とこれらの医療職との関係や職務上の役割分担が職能に応じて整理され、複数の医療職が1人の労働者に関与する場合は指導内容に矛盾が生じないように適切に連携することについて、法令上に規定されることが必要と考える。

7 衛生上有害な業務

今後、関連する法令を整理して、なるべくわかりやすく明解な解釈を示し、事業者の自主努力を促すような合理的かつ効果的な制度を再設計することが必要と考える。

8 化学物質管理

将来、特定化学物質障害予防規則、有機溶剤中毒予防規則、鉛中毒予防規則、四アルキル鉛中毒予防規則の4規則を体系化することをはじめ、化学物質管理の規制をわかりやすく整理し、現場での管理を担当する専門職を明確にすることが必要

と考える。

9 労働衛生教育

今後、労働衛生教育についても体系化を図り、達成目標を明確にして、精度管理の手法も検討した上で、一層効果的な体制を構築すべきであると考える。

10 作業環境管理

1) 屋外作業場における作業環境測定

作業場が屋内か屋外で分けて規制するのではなく、有害要因へのばく露の程度や可能性が高いすべての職場においては、産業保健専門職が、それを評価する制度を構築する必要があると考える。

2) 個人ばく露の測定

今後、わが国においても「場の測定」から「個人ばく露の測定」に移行する具体的な取り組みを急ぐ必要があると考える。また、これに合わせ個人ばく露の測定を実施できる専門家が必要となることから、その育成を促進するための制度を検討する必要があると考える。

3) 作業環境測定の拡充

今後、健康障害の原因になり得るすべての要因について、労働者が就業することによりばく露された程度を評価する体制を整備する必要がある。健康に有害な要因の測定と評価については、今後も技術開発を進め、体系的な法制度を整備することをめざすべきであると考ええる。

4) 作業環境測定の報告義務化

労働者が有害要因にばく露されるリスクの高い事業者には報告義務を課したうえで、作業環境を適切に管理していなかった事業者には重い罰則を科す体系とすべきであると考ええる。

5) 精度管理の監査

本来、作業環境測定の適切な実施については、労働基準監督署のような権限のある組織が監査する体制を構築すべきであると考ええる。

6) 作業環境評価の拡充

今後、作業環境の測定基準に対応した評価基準が整備されるべきであると考ええる。

7) 作業環境測定の結果に基づく職場や作業の

改善

今後、作業環境測定の結果を活用して効果的に職場や作業の改善を推進するためには、健康診断の結果の手続きと同様に、労働安全衛生規則で一般的な手続きを規定し、その中で、職場や作業の改善に関する知識と技術を有する専門家に意見を尋ねたうえで、作業環境が改善できない場合には作業方法を改善すること等を義務づける仕組みを構築すべきであると考ええる。

8) 作業環境測定士の役割の拡充

今後、作業環境測定士の定義を拡充し、作業環境測定士が作業場の管理に関しても事業者には助言を行う責任と権限を定めるべきと考える。これにより作業環境測定士には、作業環境測定の結果が第二管理区分又は第三管理区分であった場合には、事業者に対し職場や作業の改善に関する意見を述べること、個人ばく露の測定や生物学的モニタリングなどによる精査の実施について助言すること、有機溶剤中毒予防規則等に新たに規定された作業環境測定の評価結果等の労働者への周知の方法等について意見を述べることなどに積極的に関与できる道を開くべきであると考ええる。

加えて、労働安全衛生法第28条の2に基づいて推進されるリスクアセスメント等に関しても、作業環境測定士が「リスクの評価」だけでなく「リスク低減措置の検討」に積極的に関与するよう促すべきであると考ええる。

以上を通して、適切な教育、経験を経た作業環境測定士が、より高度な労働衛生の専門家に発展できるための枠組みを整備するべきと考える。

9) 工学面での統括者的役割を果たす専門家

今後、リスクの評価と管理を統括的に行うことができるこのような専門家を育成するための仕組みを構築すべきであると考ええる。

11 作業管理

今後、作業管理に関する法制度については、国際標準や科学技術の知見を整理して体系化を図る努力が必要と考える。

12 健康管理

1) 一般健康診断を実施する目的

そこで、一般定期健康診断の各項目については有効性そのものを科学的なevidence（検証）に基づいて実施することが重要であるが、さらにそれを職域において実施する場合には産業保健に関する国際的な標準に基づいて、事業者が取得してよい労働者の健康情報は職場や作業と関連のある事項に限られること、及び一般健康診断を実施する目的は職場や作業が労働者の健康に与える悪影響を予防するためのサーベイランスであることを明確に示し、その目的に合致した検査項目の選定や結果の取扱い方について、改めて検討する必要があると考える。

2) 一般健康診断の種類

特定業務従事者の健康診断、海外派遣労働者の健康診断、給食従業員の検便等は、業務別の健康診断と考えやすいが、現在、一般健康診断に分類されており、紛らわしい。法令上の位置づけを整理する必要があると考える。

3) 特殊健康診断の検査項目

そのため、対象となる有害要因が明らかな健康診断については、その要因によるばく露や生体影響を評価できるような検査項目を実施する必要がある、適切なバイオロジカルモニタリングの指標があるものについてはそれらを活用することが必要と考える。

4) 特殊健康診断としての歯科健康診断

歯科健康診断の結果を報告する様式は、有機溶剤その他の特殊健康診断と同様のものに変更することが必要と考える。

5) 海外派遣者の健康管理

これらの事業場が、派遣先ごとに異なるリスクを評価して、健康診断の項目、派遣前の健康教育、予防接種、滞在地の医療情報の提供、滞在地での相談体制の整備、緊急搬送の体制の整備などを講じるよう促すことが必要と考える。

6) 短期間・短時間雇用労働者の健康管理

雇用条件が不安定な労働者についても、就業適性が確保されるような健康管理の体制を構築することが必要と考える。

7) 派遣労働者の健康管理

1人の労働者の健康診断はどちらかでまとめて実施し、その結果もまとめて評価するのではなく、実効性がない。特に、環境や作業に関連した健康障害の防止が健康診断の目的である以上、作業環境管理及び作業管理と合わせて評価することができるような体制にしていく必要があると考える。

8) 採用前の健康診断

このようなことから、採用の可否を決定する前に事業者が健康情報を入手することを原則として禁止する法制度とする必要があると考える。

9) 作業環境測定結果の健康診断への活用

しかし、本来これらは、作業環境測定結果及び個人ばく露測定（第10項2）の結果を利用して、化学物質による健康リスクを労働者ごとに評価して、それに基づいて健康診断の対象者を選定し、その結果を個々の労働者の健康状態との因果関係を推定するために活用すべきである。すなわち、科学的かつ合理的な「リスクに基づく健康診断」への移行を図るべきであり、そのための法制度を検討することが必要と考える。

10) 健康診断結果に意見を述べる医師

就業適性を適切に判断するためには、地域産業保健センターや健康診断実施機関の医師を事業場に招聘して判断させるといった具体的な指導を示すことが必要と考える。

11) 健康診断の改善

科学技術の急速な発展や新たな有害要因や業態の登場が相次ぐ現状を考慮すると、健康診断の内容を常に検討する常設の行政委員会や行政組織が必要と考える。

13 面接指導

1) 面接を申し出ない長時間労働者

今後、本人が申し出ない労働者を含めて長時間労働に従事したすべての労働者に面接指導を実施する義務を課す制度が必要と考える。

2) 面接指導と健康診断の記録

そこで、両者の記録については、一体的に活用する個人の健康管理票に保存するよう推奨するこ

とが必要と考える。

3) 面接指導後の措置

すなわち、現在の診断技術と産業医の立場からは、面接指導を通して長時間労働を解消させる仕組みには困難が多く、むしろ労働者の健康を確保する観点からは、労働基準監督署が長時間労働そのものを把握して解消させるように指導を徹底することを優先すべきである。たとえば、毎月、事業者が、労働基準監督署に、一定期間ごとに、長時間労働に従事した労働者数と比率や面接指導の実施数を報告するよう義務付ける等の制度が必要と考える。

14 健康管理手帳

特別管理物質等の長い潜伏期間を経て発がんする有害要因のうち一部にしか規定がない。また、有害要因別に必要な従事年月が異なるが、その科学的根拠が明らかでない。

健康管理手帳は、名称が企業等による任意の健康管理手帳や健康増進法が規定する健康手帳と誤解されやすい。内容を反映した名称になるよう退職者公費健康診断手帳等と改名することが期待される。

このように、健康管理手帳の支給要件を整理し、その名称についても改善することが必要と考える。

15 じん肺法

じん肺法が規定する健康診断は、粉じん障害防止規則に基づく特殊健康診断として規定して、じん肺法を労働安全衛生法に統合することが必要と考える。

16 守秘義務

これらのことから、法定外の健康情報については、医師又は看護職が保管するよう事業場ごとにルール化することが望ましい。しかし、医師又は看護職が関与できていない事業場では、実効的な解決策がない。医師又は看護職が実質的に関与できていない事業場における健康情報の保護については、衛生管理者や衛生推進者等に法令で守秘義務を負わせたくて担当させる等の現実的な

対策を講じることが必要と考える。

II 個別条文を超えて広範囲な制度改革が必要な課題

1 長時間・過重労働を是正するために

日本学術会議は、「こうした課題については、現場を熟知している労使の取組みが重要であることは言うまでもないが、我が国では約9割の事業場に労働組合が存在せず、また労働組合の多くが企業内組合であるという現実から立法の役割が依然として大きく「長時間労働による過労死や過労自殺が社会問題となっていない他の先進国の基準・制度は参考になる」として、「36協定」などに関わる労働基準法を大幅に改めることが、長時間労働の解消にとっては有効でかつ不可欠であると指摘し、具体的な施策を実行に移すことを提言している。

日本産業衛生学会労働衛生関連政策法制度検討委員会は、過重労働による健康障害予防の見地から特に長時間労働の解消には、時間外労働を含めた1日の最長労働時間を設定し、1日の仕事の終了から翌日の仕事の開始までに一定の休息時間を設けること、特に現行の法定労働時間規制を空洞化させている、36協定の制度を改め、時間外労働について、1日、1カ月、1年の単位での法的拘束力を持つ限度時間を設定すること、また、EUにおいて最低連続11時間の休息時間を付与することが行われているが、この休息制度を我が国でも導入することが望ましいと考える。今後、国や労使に対して検討を求めたい。

加えて2労働週(10労働日)の連続休暇を規定したILO第132号条約の批准を視野に入れ、中小企業を含む種々の産業職場でどのような課題があるのかを整理し、既にモデルとなっている企業の経験に学ぶなど、有休のあり方などを含めて、国民的な議論を進め、諸環境の整備を図っていくことが必要と考える。

2 増加する非正規雇用労働者の健康影響と労働条件等について

ILO(国際労働機関)は“decent work for all

(すべての人に人間らしい働き甲斐のあるまともな仕事を)”を目標として掲げている。その視点で、今後、我が国では長時間労働を減らす対策と非正規雇用の課題解決は併せて考えていく必要がある。

3 危険有害環境と働く人の健康や安全をめぐる課題

化学物質の安全管理に関わるILO170号条約を批准し労働者の「知る権利」を日本も認めるべきであり、化学品の危険有害性を伝える「GHSラベル」など国際的な枠組みに沿って日本でももっと多くの化学物質についてSDSを普及すべきであるが、日本産業衛生学会は、増加する化学物質の管理を現場でどう進めるのか?特に中小零細企業も視野において学会は専門家集団として検討し提案を行う必要がある。

4 中小企業に係わる課題

今後は、事業所が雇用する労働者数、職場の健康安全リスクに係わる業種・部門または職種によって産業医などの従事時間を定めるなど、柔軟な対応も考慮する必要がある。

事業者が労働者の健康保持・増進のためにおこなうべき活動は、中小企業(100人以下の中企業や小企業の単独事業所)の事業所内では「外部機関」が必要であろう。しかし、一度は全国すべての都道府県に設置された産業保健推進センターが平成25年度には15か所になってしまうような現実もある。今後、「外部機関」あるいは地域産業保健センターの活動も含めて中小零細企業における産業保健のありかたについては学会が本腰をいれての検討が必要である。

5 メンタルヘルスをめぐる課題

特に、長時間労働などの労務の過重性への対応とともに、労働者の人間的な成長や社会参加を含めた、心の健康をめざした新たな施策、職場への予防対策や支援機能を高める新しい枠組みを作ることが重要であるとして、日本学術会議では、その提言のなかでは、国際的な動向を見据えながら新しい職場のメンタルヘルスの方向性を確立す

ること、行政、労使代表、研究者や産業保健専門職が参画する場を設けて、職場のメンタルヘルスの具体的な枠組みの確立に向けて早急に議論が開始されるべきであるとしている。あわせて休業した労働者が円滑に職場に復帰するためのプログラムの普及とサービスの質の標準化を図るべきであると提言をしている。

最近の世界各国のメンタルヘルス対策の動向を見ても、職場におけるメンタルヘルス対策は、人間関係を含めた職場環境の改善などの幅広い活動を通して、労働者の心身の健康を保持増進することに寄与する仕組みを構築すべきである。今後は第一次予防対策を強化して、メンタルヘルス不調の発症予防に取り組むための法令の強化や労働現場での有効な仕組み作りが望まれている。

まとめ

2012年は工場法の制定から101年目、労働安全衛生法から40年目の記念すべき年である。日本産業衛生学会労働衛生関連政策法制度検討委員会では、労働安全衛生法の個別条文ごとに問題を指摘するとともに、働く人の心身の健康と安全に関わる課題をさらに5つの視点からとりあげ、労働基準法など労働法制度全体をも視野に含めて主として健康、安全の視点から論点を指摘した。今後、本委員会は諸課題に応じて個別ワーキンググループ等を立ち上げ、さらに論点整理の作業を続け具体的な課題解決のために尽力する所存である。

参考文献

- 1) 日本学術会議 提言 雇用労働に関する課題別委員会「労働雇用と安全に関わるシステムの再構築を一働く人の健康で安寧な生活を確保するために」2011年4月
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t119-2.pdf>
- 2) 国際労働機関 (ILO) の各条約については「職業衛生機関に関する条約(第161号)ILO1985.ほか ILO東京駐日事務所HPに日本語での詳しい説明があるので参照
<http://www.ilo.org/public/japanese/region/asro/tokyo/index.htm>



精神障害労災認定低迷県 5労働局に対して要請行動 三重は2年連続で支給決定件数ゼロ

厚生労働省は毎年6月ごろに前年度の精神障害の労災認定状況を公表している。2012年度の労災認定状況は、労災認定基準の改定により認定率の全国平均は上がり39%、過去最高となった(2013年10月号参照)。全国的にも支給決定件数が増加した都道府県が多い。しかしこういった状況に関わりなく、認定率がきわめて低いところが見られる。中でもとくに低い、埼玉、千葉、愛知、三重、大阪労働局に対して、全国労働安全衛生センター連絡会議で要請行動を行なった。

請求・決定件数自体が少ない県も多く、そういった県は1件の違いで認定率が大きく違ってくるので評価を決められないが、件数が二桁以上ある中でとくに認定率が低いのは、埼玉県(認定率13%、支給決定件数6件/決定件数45件)、千葉県(22%、9件/41件)、愛知県(23%、19件/83件)、三重県(0%、0件/14件)、大阪府(26%、36件/138件)、熊本県(19%、3件/16件)である。うち埼玉県は2011年度も15%の認定率(4件/27件)で決定件数が増えたにも関わらず認定率が下がり、三重県は2年連続で支給決定件数が0件である。

一方で、北海道は認定率55%(27件/49件)、神奈川県47%(46件/97件)、兵庫県45%(24件/53件)と多くの決定件数がありながら認定率も高い。ちなみに請求・決定件数が最も多い東京都は全国平均と同じちょうど39%の認定率(90件/227件)である。

これらの差は、地域差ととらえるには大きな違い

であり、請求・決定件数の少ない県はともかく、ある程度の件数を扱う局で認定率の低迷があるのは、判断する側に何らかの問題があるのではないかと考える。

精神障害の労災認定は、物理的な作用による事故での負傷と違って、業務との因果関係の判断が難しく、精神科の専門医を含め、労働災害として認めることには消極的な考えがあり、労災認定の判断を厳しいものにしてきた。実際、労働基準監督署の担当者が精神障害を労災保険で扱うことを疑問視する発言をするのを聞いたこともあるし、認定基準改定を検討した専門検討会でも、委員として参加していた精神科医の態度には心理的負荷での発症と判断することに抵抗があるように見受けられた。そのような傾向が全国的に蔓延し、労災認定率は職業病の中でもとくに低く、これまでは30%前後、2011年の認定基準改訂以後も39%にとどまっているのではないだろうか。

上記に上げた5府県は、その中でも労災認定に当たって特に消極的な態度であるために、このような結果になっていると言える。

精神疾患の場合、ほとんどの事案は精神科の専門医3名による協議会にかけられ、そこで発症日、病名、心理的負荷の強度についての意見が出され、労働基準監督署の担当者はほぼその意見どおりに判断をし、業務上外の決定を行っている。被災労働者の支援者として、労働基準監督署や労働保険審査官に意見を述べても、専門家の医学

関係労働局に対する要請書

全国労働安全衛生センター連絡会議 議長 平野敏夫
名古屋労災職業病研究会(愛知/三重)
コミュニティ・ユニオン関西ネットワーク(大阪)
東京労働安全衛生センター/神奈川労災職業病センター/
いじめ メンタルヘルス労働者支援センター(千葉/埼玉)

厚生労働省は、毎年前年度の精神障害の労災認定状況を公表している。公表されたデータには都道府県別の請求件数、決定件数、支給決定件数がある。労災認定基準の改定により昨年度の全国平均の認定率は上がり、39%となった。全国的にも支給決定件数が増加した都道府県が多い。しかしこういった状況に関わりなく、認定率が極めて低いところが見られる。うち決定件数が少ない県を除いて特に認定率が低いのは、埼玉県(認定率13%、支給決定件数6件/決定件数45件)、千葉県(22%、9件/41件)、愛知県(23%、19件/83件)、三重県(0%、0件/14件)、大阪府(26%、36件/138件)、熊本県(19%、3件/16件)である。うち埼玉県は平成23年度も15%の認定率(4件/27件)で決定件数が増えたにも関わらず認定率が下がり、三重県は2年連続で支給決定件数が0件である。

これらの差は、地域差ととらえるには大きな違いであり、請求・決定件数の少ない県はともかく、ある程度の件数を扱う局で認定率の低迷があるのは、判断する側に何らかの問題があるのではないかと考える。

精神障害事案の多くは精神科医3名による専門部会の協議にかけられ判断されるため、協議した専門医の意見がこの結果を招いている大きな要因でもある。

それを踏まえ、労働災害に被災した労働者の支援を行い、職場での健康と安全を推進する立場から以下のことを要請する。

記

- ① 全ての実地調査復命書、専門部会の意見書を精査し、出来事ごとに「弱」「中」「強」と判断した条件を分析すること。
- ② 局の管轄区域について、厚生労働省が毎年発表する項目に準じて、業種別、職種別、年齢別、時間外労働時間数別、就労形態別、出来事別、労働基準監督署別の請求・決定・支給決定件数を公表すること。
- ③ 上記の結果を含め、認定率が極めて低い状況の原因を分析し公表すること。

的な意見を彼らが翻すことはなく、「私は専門家ではないので…」などという返答があるのが常である。しかし、業務上の負荷の出来事を判断するに当たって、労働現場の現状や労働者の実態をより知っているのは労働基準監督署の担当者であり、医師は労働現場についてはさほど知識がないことも多い。にもかかわらず、両者が協力して現実的

な判断をする体制にはなっておらず、専門医の意見がまかり通っていることは非常に問題である。

労災認定率の非常に低い県では、このように、判断する者の消極的な態度が反映された結果がこのような認定率として現われたものであろう。

新認定基準では、運用の仕方によってはかなり認定件数を上げることが可能なのではないだろう

表1 精神障害の都道府県別労災補償状況

都道府県	2008年度			2009年度			2010年度			2011年度			2012年度		
	請求	決定	支給	請求	決定	支給	請求	決定	支給	請求	決定	支給	請求	決定	支給
北海道	36		17	64	32	11	67	58	28	51	49	18	41	49	27
埼玉	36		0	30	25	5	37	25	5	43	27	4	43	45	6
千葉	33		16	38	22	11	46	43	15	39	42	8	46	41	9
東京	158		40	201	142	33	179	185	40	208	146	42	244	227	90
神奈川	76		18	94	74	15	101	82	19	106	101	34	91	97	46
愛知	60		10	63	68	14	81	70	5	82	55	7	67	83	19
三重	13		3	16	18	3	16	13	2	18	10	0	16	14	0
京都	39		10	55	41	12	42	42	12	56	45	14	47	49	18
大阪	105		22	160	120	26	140	135	21	147	122	21	148	138	36
兵庫	34		13	43	39	11	35	35	13	62	44	19	62	53	24
広島	24		11	22	16	2	39	29	5	44	37	8	27	36	16
福岡	36		4	37	22	7	38	23	8	31	29	10	43	34	16
熊本	13		8	13	5	2	14	17	9	20	15	3	15	16	3
合計	927		269	1,136	852	234	1,181	1,061	308	1,272	1,074	325	1,257	1,217	475
認定率	29%			27.6%			29.0%			25.6%			39.0%		

濃い網掛けは、認定率20%以下です。
 薄い網掛けは、認定率40%以上です。
 ゴシック体は、請求件数と決定件数の差が大きいところです。決定件数は年度内の請求に対するものではありませんが、連続して差が大きいのは、諦めて請求を取り下げたものと思われる。
 2011年度に差が大きい県が多いのは、2011年12月26日付の労災認定基準の変更を待って決定したものが多かったということだと思われます。

か。55%の認定率の北海道、また神奈川(47%)兵庫(45%)のように、大幅に全国平均を超えている県もあるのだ。

新認定基準の策定に努力した厚生労働省としては、より明確な認定基準を作成したにもかかわらず、適切に運用できていない局に対して強い指導を行なうべきであろう。厚生労働省が認定しやすいような運用を勧める作業を行い、そういった運用

を標準化すれば、認定率の低迷問題も一挙に解決する。いずれにしろ、請求者全員を認定したところで、全国でたったの1,200件に過ぎないのである。毎年3万人の自殺者があり、その多くはうつ病等を併発している現状から考えても、労災請求件数は異常に少なすぎるのであるから。

今後もこのテーマについて、厚生労働省  や各労働局を監視し、働きかけを続ける。

大阪●労働局データ 今年公表、昨年未公表

田島陽子

関西労働者安全センター

大阪労働局に対しては、10月25日に要請を行った。関西労働者安全センターのほか、ひょうご労働安全衛生センター、コミュニティユニオン関西ネットワークに参加いただいた。

事前にマスコミに報道協力をお願いしており、当

日NHKが要請行動の撮影を労働局側に申し入れたところ、マスコミ慣れしていない局に待たされたが何とか最初の文書手渡しまでということで、撮影許可された。厚生労働省は何かと交渉ごとなどもオープンにしたがらないが、個別事例についての

交渉でもなく、このように局の公式見解を述べるだけの会合まで閉鎖的にやろうとするのは間違っているだろう。

労働局側は、労災補償課監察官ら3名が対応した。要請文を手渡した後、1時間ほど意見交換を行った。要請内容は事前に知らせていたため、当日に回答があった。

回答内容は端的に言って、「適切に判断している」。認定基準に照らして外れるような事案はないということで、とくにそれ以上の分析作業や結果の公表ということは考えていないということである。

②の各項目別については、厚生労働省の発表直後の2013年6月27日に発表していることがわかった。しかし、監督署別については公表しないとの回答だった。

これら項目別については、厚生労働省が公表した際にデータはまとめられているので、各労働局が同じようなかたちで情報を整理して公表するのはすぐできるという

表2 2013年全国センター—齊労働局要請結果まとめ

		労働局	埼玉	千葉	愛知	三重	大阪	全国
2012年精神障害 労災認定状況	請求件数	43	46	67	16	148	1,257	
	決定件数	45	41	83	14	138	1,217	
	支給決定件数	6	9	19	0	36	475	
	認定率	13%	22%	23%	0%	26%	39%	
特別な出来事	合計件数	-	2	6	-	4	84	
	極度の長時間労働	-	-	6	-	2	43	
	強姦や、本人の意思を抑圧して行われたわいせつ行為などのセクシュアルハラスメントを受けた	-	-	-	-	-	9	
	生死に関わる極度の苦痛、又は永久労働不能となる業務上の病気やケガ	-	-	-	-	-	19	
	業務に関連し、他人を死亡させ、又は生死にかかわる重大なケガを負わせた(故意によるものを除く)	-	-	-	-	2	2	
その他、上記に準ずる程度の心理的負荷が極度と認められるもの	-	-	-	-	-	11		
主治医判断	決定件数	2	0	0	0	4	-	
	支給決定件数	2	0	0	0	4	126	
	不支給決定件数	-	0	0	0	0	-	
専門医判断	決定件数	20	0	7	約7	12	-	
	支給決定件数	1	-	3	0	12	119	
	不支給決定件数	19	-	4	約7	0	-	
専門部会判断	決定件数	23	41	76	約7	122	-	
	支給決定件数	3	9	16	0	20	230	
	不支給決定件数	20	-	60	約7	-	-	
2012年精神事案 の審査請求件数	審査請求件数	-	-	23	-	-	-	
	取消件数	2	0	1	-	2	-	
	棄却件数	-	12	21	-	46	-	
	取下件数	-	-	-	-	1	-	
2011年精神事案 の審査請求件数	取消件数	-	-	-	-	-	-	
	棄却件数	-	-	-	-	-	-	
	取消件数	-	-	-	-	-	-	
	取下件数	-	-	-	-	-	-	
2010年精神事案 の審査請求件数	取消件数	1	-	-	-	-	-	
	棄却件数	-	-	-	-	-	-	
	取消件数	-	-	-	-	-	-	
	取下件数	-	-	-	-	-	-	
2013年精神事案 の審査請求件数 ^{*1}	審査請求件数	-	-	16	-	-	-	
	取消件数	-	-	1	-	-	-	
	棄却件数	-	-	14	-	-	-	
	取下件数	-	-	1	-	-	-	
2013年精神障害 労災認定状況 ^{*2}	決定件数	-	30	-	-	-	-	
	支給決定件数	-	24	-	-	-	-	
	不支給決定件数	-	6?	-	-	-	-	

*1 愛知局の回答は2013年11月21日現在、*2 千葉局の回答は2013年11月末現在

ことだった。この話を受けて、後日あらためて各労働局が公表しているか調べてみたところ、公表を確認できたのは茨城、東京、神奈川、新潟、京都、宮崎のみだった。また、公表していた局でも毎年というわけではなく、年度によって公表したりしなかったりしており、すべての項目別を公表しているのは京都と大阪のみで、あとは業種・職種・年齢・時間外労働時間別くらいしか公表していないところがほとんどである。

対応した監察官は、労災の判断が適切になされているか監察するのが仕事であるから、大阪の労災認定率の現状については分かっていたようである。しかし、内容的には適切に処理しているので、認定率のみを取り上げられて問題とされるのは困るという立場だ。もう一步踏み込んで低い認定率の原因を調べる気はないようだ。

低認定率の原因である精神科の地方労災医員による協議会判断についてであるが、医員にも認定率の低さを自覚してもらいたいので、労働局側には協議会を行なう地方労災医員にも要請文を届けるよう要請した。これについては、その後協議会の開催時に順次、各労災医員に手渡して要請があったことを説明しているということである。

大阪管区の労災認定状況について、労働局が公表したデータと、要請で聞き出した内容と合わせて見てみよう。大阪労働局は、厚生労働省が2013年6月21日に「2012年度脳・心臓疾患と精神障害の労災認定状況について」を発表した6日後の27日に公表を行った。しかし、2011年度は行なっておらず、2010年度は公表している。

大阪労働局管区の請求件数は148件、決定件数138件、支給件数36件で、全国の請求（1,257件）決定（1,217件）件数の11%を扱っていることになるが、認定率が26%と低いため支給決定件数に占める割合は7.5%と低い。また、自殺事案について言えばさらにひどく、全国平均では自殺事案の認定率は45%と事案全体より高くなっているが、大阪では反対に低く20%である。2010年度以前は自殺事案の方が認定率が高く、2009年度は58.3%もあったのだが、2011年度16%、2012年度20%と急に低くなっている。

業種別、職種別では全体傾向は全国とよく似ている。業種では「製造業」「卸・小売業」「医療・福祉」が多く、しかし、少し違っているのは「建設業」「金融業・保険業」「情報通信業」の支給件数が0件であることである。「建設業」は8件の決定件数、「金融業・保険業」は6件、「情報通信業」6件である。全国では、「建設業」は決定53件中22件支給、「情報通信業」は68件中35件支給とおおよそ半分が認定、「金融業・保険業」は少し低いが36件中12件支給となっている。

職種別では「事務従事者」「専門的・技術的職業従事者」「サービス職業従事者」「生産工程・労務作業員」「販売従事者」が5位までを占める傾向は全国と同じであるが、8件決定件数のあった「管理的職業従事者」の支給が0件となっている。「事務従事者」「専門的・技術的職業従事者」は決定・支給共に多いが認定率を計算すると23%、18%と非常に低く、「サービス職業従事者」は41%、「生産工程・労務作業員」は50%と認定率が高い。

時間外労働別をみると、心理的負荷が「強」となる条件を満たしている月100時間以上の残業のあった件数は8件で、残り28件はそれ以外の理由で支給となったと考えられる。

出来事別では、決定件数では「上司とのトラブル」が最も多く、支給件数では「ひどいじめ・嫌がらせ、又は暴行を受けた」が一番多い。これは全国と同じである。ほかに特徴と言えば、やはり出来事の類型5つのうち、②「仕事の失敗・過重な責任の発生等」の支給件数が少ないということだろうか。「顧客や取引先からクレームを受けた」は3件、「会社で起きた事故、事件について、責任を問われた」「自分の関係する仕事で多額の損失が生じた」「業務に関連し違法行為を強要された」「達成困難なノルマが課された」「ノルマが達成できなかった」「大きな説明会や公式の場での発表を強いられた」がそれぞれ1件の決定があったが、1件も支給されていない。

公表されているデータから読み取れるのはこのくらいで、認定率の低い原因は読み取ることはできない。大阪労働局は復命書から原因を分析してもらいたい。

要請後、泉大津労働基準監督署で不支給となっていた事案が、審査官への審査請求で処分取り消しとなった。

原処分では、これまでのキャリアを無視した単純作業への配置転換を心理的負荷「弱」、長時間の退職強要を、「本人が明確な返答をしなかったため面談が長引いた」として「中」と判断していた。しかし、あらためて審査官が審査し直したところ、配置転換を「中」、退職強要を「強」と判断して処分

を取り消した。

審査請求にあたっては、とくに新しい事実証拠を提出したわけではなく、同じ出来事の評価がこれほど違った原因は、明らかに判断した側の姿勢によるものと思われる。

労働基準監督署の担当者、そして合議を行った地方労災医員の判断がどうしてこのようになったのか、大阪労働局と交渉を持ち、今後このようなことがないように原因を追究する予定である。

愛知/三重● 請求件数増加の取り組みが必要

青木信広

名古屋労災職業病研究会

10月29日、愛知労働局へ要請書を持参し、意見交換会の開催を求めたところ、11月21日に意見交換会が開催されることになった。意見交換会には、名古屋労職研の他、関西労働者安全センター、女性ユニオン名古屋、名古屋ふれあいユニオン、岐阜一般労働組合から、計8名が、出席した。

要請項目に対する愛知労働局の回答は、次のとおりであった。

- ① 精神障害の労災請求事案については、認定基準に基づいて、適切に判断していると考えている。
- ② 愛知労働局は、これまで、脳・心臓疾患及び精神障害の労災補償状況を公表していないが、今後は、公表することを検討している。ただし、公表については、2013年度分からと考えている。
- ③ 精神障害事案は、個々の事案内容が異なるので、労働局ごとの認定率を分析することは馴染まないと考えている。統計学的に分析するには、請求件数自体が、少ない。今後も、認定基準に基づき、業務上外を適切に判断していきたい。

また、追加要請に対する回答の中で、専門医1名による判断により、業務上と判断された件数が3件、業務外とされた件数が4件であり、専門部会による判断により、業務上と判断された件数が16件、業務外とされた件数が60件だったことや、特別な出来事

による認定は6件で、そのどれもが、長時間労働によるものであり、最長の時間外労働数は約200時間だったこと等が、判明した（ともに数字は2012年度分について）。

各要請項目に対する回答については、データのなものを除いては、杓子定規な回答にとどまったものもあったが、回答後に行われた意見交換の中では、例えば、2012年度の発表の中で、神奈川の認定率が目立って高いことから、神奈川の状況を把握するために、神奈川労働局管轄の事案の調査復命書を検討する意向があることを伝えられたり、労災か否かの調査時に、労基署や労働局内部でも、意見対立や喧々諤々とした議論があるといったことがわかったり、今後は、専門医や専門部会ではなく、主治医のみの判断により、業務上外を判断していく運用も、事案に応じて徐々にはじめていく意向であることが伝えられたりと、ある程度、率直な意見交換ができた。

ほかにも愛知労働局管内では、パワハラによる労災請求が多くを占める反面、セクハラによる労災請求は、ほとんどないことや、そのような状況の中で、セクハラによる認定が1件あったこともわかった。セクハラの相談が少ないというのは、ちょっと意外だった。また、これは他ではあまり重要視されていない問題かと思うが、退職の強要が、退職の勧奨に

過ぎないと過少にしか評価されないという問題についても指摘し、改善を求めた。

今回の要請行動(含む意見交換会)を通して、これまで、愛知労働局では公表されていなかった脳・心臓疾患及び精神障害の労災補償状況が、2013年度分から公表されるという回答が得られたことは、ひとつの成果ではあると思う。ここしばらく、特定秘密保護法案をめぐる問題が、世間を騒がせているが、何かを知りたいと意思表示し、公表、公開を求めることは大切なだと再確認した。

10月30日、ユニオンみえの広岡書記長とともに、三重労働局へ要請書を持参し、意見交換会の開催を求めたところ、11月28日に意見交換会が開催されることになった。意見交換会には、名古屋労職研の他、関西労働者安全センター、ユニオンみえから、計7名が出席した。

要請項目に対する三重労働局の回答は、次のとおりであった。

- ① 定期的に監査しているが、判断内容がおかしいというものはない。厚生労働省による監査もされている。
- ② 請求件数が少ないため、個人の特定につながる恐れがあるので、公表することは考えていない。
- ③ 認定率という観点で、判断しているわけではない。認定基準に基づいての判断である。

また、追加要請に対する回答については、愛知労働局からの回答とは違い、データのなものについての具体的な数字は、回答されなかったので、大まかな内容しかわからなかったが、具体的な出来事が「弱」か「中」と判断された割合は、半々くらいで、項目としては、転勤や上司とのトラブルが多かったことや、業務外とされた件数の内、専門医1名による判断と専門部会による判断の割合は、これも半々くらいだったこと等が判明した(ともに2012年度分について)。

ほかにも、過去(2010年度以前)の認定事例の中で、特別な出来事として、傷害事件(?)を理由とした認定があったことも判明したが、セクハラを理由とする労災請求に関する状況については、ハッキリ

とした回答は得られなかった。

三重労働局としては、労災請求があれば、初動の段階では、(具体的な出来事として、)拾えるものがないかを探すようにしており、最初から、不支給ありきで調査しているわけではないといった基本姿勢も伝えられたが、これは当然のことであり、ことさら強調されるものではないだろう。

三重労働局の回答は、愛知労働局以上に杓子定規な回答にとどまっており、こちら側の質問に対する回答についても、愛知労働局との意見交換会のときとは違い、回答者(=労働局側の出席者)に、精神障害(メンタル疾患)事案に対する慣れないように感じた。三重県自体は、地域にもよりますが、大きな都市部もあり、また、企業の進出もあるので、名古屋に通勤する労働者数を考慮しても、決して労働者人口が少ないわけではないと思うが、それが労災請求件数につながっていないことが、三重労働局の回答する際の態度(=慣れのなさ)から伝わってきた。意見交換の中では、請求件数を増やしていくにはどうすればいいのかといったことについても意見を交換した。

三重労働局は、愛知労働局とは違い、脳・心臓疾患及び精神障害の労災補償状況を公表することは考えていないという、非常に残念な回答で、この態度についてはこちら側の出席者から批判の声が上がったが、態度を変えるまでには至らなかった。しかし、公表できない理由が、請求件数の少なさであるなら、請求件数を増やしていけば解決されることも意味しているので、やはり請求件数の増加に対する取り組みの必要性を強く感じた。

愛知及び三重の労働局はともに、今回の要請や交換した意見について地方労災医員に伝えると約束した。また、今後の定期的な意見交換会の開催についても確認された。

これらの取り組みは、まだまだ厳しいと言わざるを得ない精神障害(メンタル疾患)の労災認定を、少しでも請求しやすく、認定されやすいものにしていくということが取り組みの根底にある。すぐに結果に表われるものではないが、必要な取り組みだと思う。



埼玉/千葉●数字は把握、分析はしていない

千葉 茂

いじめ メンタルヘルス労働者支援センター代表

2009年に、全国労働安全センター メンタルヘルス・ハラスメント対策局で「2008年度都道府県別請求・決定及び支給決定件数」を分析していると、埼玉の支給決定件数の欄は空白だった。「0」ならすぐに気が付くのですが見過ごしていた。気がつくると他の府県についても疑問がふくらんできた。

日本の総就業者約は約6,000万人（2013年10月、総務省調査）。埼玉県348万人（5.8%）、千葉県290万人（4.8%）、東京都601万人（10.0%）、神奈川県415万人（6.9%）、愛知県368万人（6.1%）、三重県89万人（1.5%）、大阪府381万人（6.3%）、兵庫県250万人（4.2%）である。

2012年度は全国の申請件数1,257件、決定件数1,217件、支給決定件数473件、平均認定率39%。これらの数字をふまえながら都道府県別決定状況を検討するとばらつきがはっきりする。

埼玉県をより詳しくみてみよう。2012年度の申請件数43件（全国申請件数の3.4%）、決定件数45件（全国決定件数の3.7%）、支給決定件数6件（全国支給決定件数の1.3%）、認定率13%である。

総就業者数と比較した申請件数は2%以上低い。その結果決定件数も低くなっている。それに加えて認定率が平均の3分の1になっている。これまでの状況も、2008年度決定件数36件、そのうちの支給決定件数0件（全国平均認定率29%）、2009年度は25件、5件、認定率20%（27.6%）、2010年度は25件、5件、20%（29%）、2011年度は27件、4件、15%（25.6%）。やはり、埼玉労働局として問題があるといわざるを得ない。

12月3日、埼玉労働局に要請行動を行った。回答は、①について、それぞれの事案についてきちんと把握しているということだった。「出来事」の評価に問題があると思われるので、分析はしていないのかと質問すると、していないということだった。

②について、数字は把握しているが特別の傾向は出てきていないとのこと。また、数字について公表は考えていないということだった。認定基準の「出来事」が複数の場合には判断が必要である。どのような区分で判断をしているかと質問すると、区分まではしていないという。業務外決定の案件について、どの業種が多い・少ないなどの分析もしていないということである。

つまりは局として、決定内容、基準について分析をまったくしていないということ。参加者からは、決定の詳細数字を公表するように、しないから、判断する情報がないから、申請が増えないと要請した。検討しますとの回答であった。

③については、個々の事案で様々、各々適正に判断している、これまで以上のことは考えていないということだった。

他県では主治医の診断と傷病名が違うことがある、発症時期も主治医と違う判断をされることがあるという状況を話すと、発症時期は十分に審査をしている、本人の主張と主治医の意見を中心に議論しているとのことだった。

この他、2008年度に認定ゼロは埼玉だけ、何で支給決定件数が少ないのか、県の人口構成比から見て請求件数も少ないことを質問すると、東京に通勤している者が多くいるという回答だった。しかし、就業者数の割合からみて少ないのである。

他局と比べておかしいと思ったことはないのか、何か問題があるのではないかと内部で問題にしたことはないのかと質問すると、無言だった。他局の状況は気にしていないようである。

具体的に、2012年度の判断方法の内訳件数について質問した。45件中、専門部会判断（3人の精神科医の合議による判断）は23件で、業務上（支給決定）3件、業務外20件の決定。専門医判断（1

精神低認定5労働局に要請行動

人の精神科医の判断)は20件で、業務上1件、業務外19件の決定。監督署判断(監督署だけの判断)2件で業務上2件の決定。

専門医判断20件は、グレーの案件が専門医判断にまわると業務外、申請者に不利な決定になるということである。判断に“くせ”があるのではないかと主張した。

全体として専門医に頼りすぎている。せっかくの「認定基準」が活かされていない。

業務外の判断が審査で覆された案件については、2012年度は2件が支給決定になったということ。2011年度は1件が支給決定になっている。20年以降、裁判で1件が決定になっている。

後日、今年の上半期の決定状況について回答があったが、すでに2012年度と同数の6件が支給決定になっている。労働者は認定率が低いということが期待できないととらえて諦め、申請者数が少なくなっていると思われる。

ちなみに、埼玉県は個別紛争解決制度の活用状況において総合労働相談件数、民事上の個別労働紛争相談件数、助言・指導申出件数、あっせん申請件数とも就業者数と比較すると全国平均の半分になっている。県全体として労働行政が停滞していると言わざるを得ない。活用アピールが足りていない。

12月17日、厚生労働省は今年9月1日に全国の労働基準監督署が行った電話相談への情報や若者の「使い捨て」が疑われる企業など計5,111事業所を重点的に抜き出して9月に実施した過重労働などの監督結果を公表した。埼玉県の状況が12月28日の「埼玉新聞」に「『ブラック企業』の疑い、県内事業所を立ち入り調査8割が法令違反」の見出し記事で載っている。

「埼玉労働局は26日、過酷な労働を強いる『ブラック企業』の疑いがある県内事業所に立ち入り調査した結果、全体の82.6%にあたる133事業所で法令違反があったと発表した。ブラック企業が社会問題化する中、違法な過重労働がまん延している実態が浮き彫りになったかたちだ。

調査は9月に実施。同局に寄せられた情報などをもとに、県内の161事業所を立ち入り調査した。そ

れによると、全体の45.3%にあたる73事業所で違法な時間外労働を確認。31.7%にあたる51事業所で賃金不払い残業があった。1か月に80時間以上の時間外労働があったのは26事業所(16.1%)。うち100時間を越えたのは20事業所(12.4%)あった。」

立ち入り調査事業所161は全体の3%である。やはり総就業者の割合と比べると低い。100時間を越えた事業所が20あった。この結果から見えてくるのは、労働局があてにされていないことだ。

12月11日、千葉労働局に要請行動を行った。

2012年度は申請件数46件、決定件数41件、支給決定件数9件です。①②③とも、埼玉労働局と似たような回答だった。

参加者からは、せっかく厚生労働省は毎年全国データを発表している。他の問題ではここまでデータ公開をしていない。低い局は何とかしろというメッセージが含まれているのではないかと主張した。

難しかった案件や、上級の判断で覆されたりした案件などについて、実務者判断の研修をしていないのかと質問すると、していないということであった。

専門部会の精神科医の判断が偏っているのではないかと質問すると、担当者の判断と意見は述べていて、担当者の判断が通ったこともあるということだった。

具体的に2012年度の判断方法の内訳は、すべて専門部会で行った。結論は明らかであっても、中間判断で専門部会の判断を仰ぐことになったという。驚きである。ほぼ支給決定につながる「特別な出来事」2件についても、専門部会を経て認定しているのである。

局は最初の段階で判断ができていないのである。結果として業務量を増やし、審査に無駄な期間を要している。

2013年度は、11月末(3分の2経過)段階で、決定件数30件で、業務外が24件、業務上6件で前年度並み。今回の結果は、他の都府県の要請行動の状況を合わせて分析・検討し、厚生労働省への要請行動に活かしていく。



化学物質過敏症患者らが 労災認定の抜本改善要求 個別症例検討会はすでに「廃止」

西田隆重

神奈川労災職業病センター事務局長

1. 広島高裁岡山支部判決の意義

2011年3月31日、広島高裁岡山支部は、ガスボンベの洗浄・塗装作業に従事してトルエンなどの有機溶剤に曝露し、化学物質過敏症を発症したYさんの原処分取消しを求める裁判で、和気労働基準監督署の労災不支給処分を取り消す判決を下した。

この判決は、初めて化学物質過敏症を労災として認めた判決である。1998年の厚生労働省研究班で提唱された石川哲博士の診断基準を採用して、化学物質過敏症の存在は肯定できるとして、この診断基準をYさんの症状に当てはめて化学物質過敏症に罹患していたと認めたものである。そして、化学物質過敏症の病因として「比較的大量の化学物質に曝露される」か、「低濃度の有害化学物質に繰り返し長年に曝露されると」発症するとし、後者に当たるYさんの場合は「5年半もの期間にわたり有機溶剤にかなりの程度曝露されていた」として、Yさんの化学物質過敏症の罹患を認めた。

判決は、トルエンなどの作業環境測定による管理濃度が基準値以下だったのを根拠に、「有機溶剤の高濃度曝露又は大量曝露があったとは到底認められない」という第1審判決（岡山地裁2008年6月24日）の被告側主張に対し、「化学物質過敏症

は低濃度の有害化学物質の長期間反復曝露」で発症するとして、急性の有機溶剤中毒と区別して化学物質過敏症を認めた点でも画期的であった。

この判決で、トルエン、キシレン等の有害化学物質と化学物質過敏症との因果関係を証明する重要な証拠として採用されたのは、「トルエン、キシレン等の負荷テストに陽性である」とするデータだった。この負荷テストは、石川診断基準の検査項目にも加えられているが、クリーンルームにおいて被験者が直接きわめて微量の化学物質を吸入し、その反応を診るものである。判決後、被告である厚生労働省が上告しなかったため判決は確定した。この判決で、曝露した化学物質と化学物質過敏症との因果関係を明らかにする有力な証拠として認められた負荷試験を実施できるクリーンルームを備えた全国の病院を調査したところ、軒並み閉鎖されていることがわかった。この画期的な判決を活かし、多くのCS患者のためにも復活させてほしい。

2. 認定をめぐる状況

(1) 初期の状況

厚生労働省は、化学物質過敏症について、「その病態や発生機序について未解明な点が多く、現段階では確立された疾病の概念になっていないこ

とから、保健給付の対象とはしていないところである」(内閣衆質169第471号平成20年6月13日の政府答弁)との見解を示している。しかしながら、労災の請求書の傷部の部位及び傷病名欄に「化学物質過敏症」と記載されてあっても、調査の結果、当該疾病が平成8年労働省告示第33号(労働基準法施行規則別表第1の2第4号の規定に基づく厚生労働大臣が指定する化学物質及び化合物(合金を含む)並びに厚生労働大臣が定める疾病)に示されているものは該当し、かつ、業務に起因することが明らかならば保険給付の対象となる、としている。要するに、「化学物質過敏症」という病名は認めないが、その疾病が、特定の化学物質に曝露する業務に起因することが明らかであれば、認めてもよいという考え方だ。実際には、急性の有機溶剤中毒のように、高濃度で大量の化学物質に曝露したかどうかで判断されることが多いようだ。したがって、「化学物質過敏症」のように微量で多種類の化学物質に反応する疾病の場合、労災と認められるケースは少ない。

厚生労働省は、平成20年の時点で「平成15年度から平成19年度までの間において労災の請求書の傷部の部位及び傷病名欄に「化学物質過敏症」記載されているものは14件であり、そのうち支給決定された件数は零件である」(政府答弁)としている。なお、公害等調整委員会などの調査によれば、平成10年から平成17年の間に7件の化学物質過敏症及びシックハウス症候群が労災認定されている。化学物質過敏症が社会的問題となったこの時期は、「化学物質過敏症」が労災の対象疾病として認められないにせよ、労働基準法施行規則別表第1の2第4号の規定に基づいて労災認定されていたことがわかる。ホルムアルデヒド等の一定量の化学物質の曝露が明らかな事例に限られてはいるものの、7件も認定事例があったことは記憶されておいていいだろう。

(2) 「個別症例検討会」の設置以後の状況

2007年6月21日に厚生労働省内に「化学物質に関する個別事例検討会」が設置されて以降、状況は一変する。情報公開請求によって厚生労働省職業病認定対策室から開示した資料を見ても、18

件中1件しか業務上認定されていない。認定されたケースは、「急性症状のみ業務起因性が認められる」とあり、やはり高濃度で大量の化学物質曝露による有機溶剤中毒として認められたと推定される。結局、少なくとも「化学物質に関する個別症例検討会」で検討された案件については、「化学物質過敏症」の労災認定は全滅に近いと言わざるをえない。

この開示行政文書は、文書名を「化学物質過敏症に関する個別症例検討会の第1回～第6回で検査された事例の数及びその検査結果がわかるもの(一覧表)」として特定できたものだけであり、墨消しされている署名、請求人氏名、傷病名以外に、本来ならば検討に要した期間なども情報開示させる必要がある。しかし、そのようなデータはとっていないということで、署段階での「化学物質過敏症」案件の処理を遅滞させていると思われる同検討会での検討期間について、行政文書開示をさせることはできなかった。

全国の労働基準監督署で労災請求されている化学物質過敏症案件が何件本省協議扱いとなっているのかについては、「化学物質に関する個別事例検討会」にかけられない本省協議事案もあるということなので、その実態は不明である。

しかし、ひとつ明らかになったことは、「化学物質に関する個別症例検討会」設置の前と後では、労災認定状況に雲泥の差があるということ。政府答弁と公害等調整委員会の調査期間は必ずしも一致しないが、認定率が、同検討会設置前は約50%(14件中7件)だったのに対し、同検討会設置後は5.6%(18件中1件)になっている。その最大の理由が同検討会そのものにあることを窺わせるが、化学物質過敏症に関わるすべての本省協議事案について、①年度別本省協議件数(うち個別症例検討会事案件数)、②平均協議(検討)処理期間、③協議(検討)結果などを明らかにさせていく必要があるだろう。

3. 認定を阻む「個別症例検討会」

「化学物質に関する個別症例検討会」は、2007

年6月21日に厚生労働省内に設置され、同省補償課職業病認定対策室が運営している。同検討会の開催要項には、趣旨・目的として「化学物質に関する疾病においては、いわゆる『化学物質過敏症』等として労災請求される場合があるが、こうした疾病については、自覚症状をはじめとする多様な症状を呈し、また、診断にあたっては他の慢性疾患との鑑別が必要となる」とし、「化学物質過敏症等の発生機序について、いち早く研究着手している米国においても、主として心的要因の観点、神経感作の観点、慢性蓄積性中毒の観点からそれぞれ研究が進められているが、疾病概念について医学的コンセンサスが得られていない現状がある」として、「化学物質に関する疾病に精通した専門家を参集の上、医学上の意見を徴し、労災請求事案への的確な対応に資する」と明記されている。同検討会に参集した医学専門家の名簿も公表している。

4人の参集者のうち相澤好治氏（北里大学医学部長）は、労働保険審査会において度々化学物質過敏症を労災と認めない厚生労働省側の立場の専門意見書を提出したり、化学物質過敏症の疾病概念をめぐって、同じ北里大学にいた石川哲医師や宮田幹夫医師、坂部貢教授（北里大学病院、現東海大学教授）らと対立する専門家として知られている。また、岸玲子氏（北海道大学大学院医学研究科予防医学講座公衆衛生学分野教授）は、主任研究者として作成した「シックハウス症候群に関する相談と対策マニュアル」（2008年3月地域健康危機管理研究事業「シックハウス症候群の実態解明及び具体的対応方策に関する研究」研究班）で、「化学物質過敏症は、自律神経系の不定愁訴や精神神経症状が主となる症候群であり、精神的ストレスが症状に強く関与する」と喧伝。シックハウス症候群や化学物質過敏症の患者や支援団体からの指摘により、マニュアルを回収させたことがある。「化学物質に関する疾病に精通した専門家を参集」と言っても、著しく化学物質過敏症を認めない専門家に偏ったメンバー構成であるとの印象を拭うことはできない。したがって、同検討会設置後に認定率が極端に低くなったのは当然と言えるだろう。

同検討会設置直後に不支給決定を受けた2事

例を取り扱った東京労働安全衛生センターの内田正子さんは、次のように書いている。「個別症例検討会は、化学物質過敏症を『化学物質症状が慢性化したもの、あるいは、化学物質を吸引し続けたことによる遷延化した症状』であるとする一方で、遷延化した症状については、『未だ医学的な合意が得られていない』という理由で化学物質ばく露との因果関係を認めないという意見を出し、化学物質過敏症の労災をことごとく却下し続けています」（「ピコ通信」138号本誌366号転載）。

このように、化学物質に関する個別症例検討会が当初から、「化学物質過敏症の労災を阻む」検討会として立ち上がっていることを見るならば、内田さんが言うように「化学物質過敏症の労災として認めさせるためには、まず、現行の化学物質に関する個別症例検討会を廃止させ、労基署段階での決定を迫っていかなければ」ならないだろう。

4. 長引く調査検討期間

労災の職業性疾病の標準処理期間は、行政手続法第6条及び労基法施行規則により、6か月以内と定められている。長期未決事案が多い脳・心臓疾患や精神障害も同じ6か月以内とされている。したがって、化学物質過敏症についても、労災請求から業務上外決定までは6か月以内であるはずだ。ところが、神奈川や東京での事案を見ると、2年から3年近くかかっていることがわかる。化学物質過敏症の労災請求事案はすべて、地方労働局の労災補償課経由で本省協議に上げられる。調査が長期化している3件について各労働局に問い合わせると、「本省の職業病認定対策室は胆管がん問題が大変で、それどころではないようだ」と、お茶を濁すばかりであった。

神奈川では2事例ある。1件は、K化学の品質管理分析業務で化学物質過敏症を発症し、2011年2月7日に厚木労基署に労災請求したTさん。もう1件は、P工場フィルム再生工程での薬品検査で化学物質過敏症になり、2011年5月23日に小田原労基署に労災請求したIさん。Iさんの件は、同年11月18日に神奈川労働局経由で本省協議事案として同省職業病認定対策室に送られた。Tさんの件は

当初、厚木労基署が署段階で業務上外を決定しようとしていた節も窺われるが、2012年5月に局に上げられ、同年夏に本省に送られた。その後、時々追加調査の指示が労働局を通じて各労基署に与えられるのみで、3年近く経過した現在も業務上外決定の気配すらない。

東京のインクジェットプリンターのサービスエンジニアで化学物質過敏症となったKさんは、2012年4月24日に亀戸労基署に労災請求した。翌年、Kさんが「1年経っても決定が下りないのか」と同労基署に抗議すると、ようやく2013年8月に本省から追加調査の指示がされた。その指示の内容たるや「インク使用量はどのくらいだったか」というもので、Kさんからインクのサンプルを提供させたとのことだ。明らかに高濃度・大量曝露かどうかを調査するためのものであり、微量でも発症する化学物質過敏症を認めない厚生労働省職業病認定対策室や「化学物質に関する個別症例検討会」が、いまに至るも「化学物質過敏症の労災を阻む」認定対策室や検討会として機能していることが窺われるのだ。

5. OさんのCS裁判

2013年9月12日、花王和歌山工場で検査分析業務に従事し、有害な化学物質に曝露して化学物質過敏症に罹患したOさん(46歳男性)が、花王の安全配慮義務違反を問い、約4千7百万円の損害賠償を求めて東京地裁に提訴した。Oさんは、同年7月19日に和歌山労基署に労災請求したばかり。裁判勝利のためにも、何としても労災認定を獲ち取らなければならない(本誌2013年12月号参照)。

もちろん、Oさんの労災認定には、「化学物質に関する個別症例検討会」という大きな壁がある。8月19日、Oさんと代理人弁護士らとともに和歌山労基署に対し、Oさんの事案を本省協議扱いや「化学物質に関する個別症例検討会」の検討事案としないようにと要請した。

和歌山労基署では、地元の最有力メーカー花王和歌山工場を相手とした裁判絡みの労災請求とあって、雑賀次長出席という異例の対応であった。「本省への協議はしないように」という要請に関

しては、「要望として伺っておく」と、谷本労災課課長が回答した。この件は2人体制で担当するというのも異例であった。私たちは、広島高裁岡山支部の判決資料を提供して、判決は、1998年の厚生労働省研究班の石川診断基準を採用して化学物質過敏症を労災として認めたこと、化学物質過敏症が低濃度でも長期間反復曝露によって発症するとして第1審判決の「高濃度曝露又は大量曝露があったとは到底認められない」とする厚生労働者側の主張を退けたことなどを説明して理解を求めた。和歌山労基署も「本省協議扱いするにしても十分な調査をしてほしい」ということについては、わかってくれたようだ。この交渉後、Oさんの聞き取り調査は毎週に亘って十分な時間をとって行われるようになった。

したがって、Oさんの件を本省協議扱いするかどうかについては、本省に直接要請しなければならない問題と言える。化学物質過敏症の労災認定を阻んでいる「化学物質に関する個別症例検討会」を廃止させることも視野に入れて考えると、現状の本省一括協議扱いを改め、各労基署段階で業務上外の決定ができるようにすることが必要だ。そのために、厚生労働省に対し、①化学物質過敏症を労災と認めること、②各労基署でも業務上外を判断できる基準を示すことを検討させ、実質上、「化学物質に関する個別症例検討会」を廃止に追い込んでいくことが必要だろう。もちろん迅速に処理することも要請していきたい。しかし、もっとも重要なことは、患者自らが動くことだろう。花王を相手にCS裁判を提訴したOさんや、本省協議扱いとされ不当に決定を遅らされているCS患者自身がアクションを起こすことが必要だと思う。

(「かながわ労災職業病」2013年12月号から転載)

化学物質過敏症の労災認定に関して患者と共に、厚生労働省に要請

化学物質過敏症の労災認定に関して、2013年12月19日、阿部知子衆議院議員の紹介で厚生労働省要請を行った。省側は補償課職業病認定対策室の米村係長と労災管理課の大川戸係長が出席。要請団体側は、神奈川労災職業病センターと

NPO法人化学物質過敏症支援センターの下にCS患者5名を含む13名が参加した。

厚生労働省の「化学物質に関する個別症例検討会」は、協議案件のほとんどの業務起因性を認めておらず、事実上廃止状態になっている。今回、この事実を認めさせたことは大きな成果だった。しかし、同検討会に名を連ねる専門家4名には意見を聞かないでほしいという要請に対し、「ご意見として聞いておく」「専門家として意見を聞く選択肢から排除しない」と回答した点は問題が残る。同検討会が5年前に廃止状態になってからも、化学物質過敏症を認めない偏った専門家の意見を重視する厚生労働省の姿勢は変わっていない。

では、同検討会が開催されなくなったいま、本省では一体どういう基準で案件を検討し、結果はどのようなのだろうか。厚生労働省の回答は、「現在、本省協議中の案件は5件。うち2年経過したのが1件、1年半程度が4件。うち1件は間もなく回答できる」とした。過去のデータについては、「取りまとめたものは作成していない。行政として必要としていない文書は作成して示すことはできない」と回答。これでは、専門家でもない本省の職業病認定対策室で、基準もないまま勝手に決めていることになる。個別症例検討会以上に不透明だ。

また、花王CS裁判の原告代理人弁護士が、「検討会委員には化学物質過敏症を心因性として認めない人もいる。症状があるのは事実で、業務起因性か否かを判断する認定基準を作る検討会を作ってはどうか」と提案したのに対し、厚生労働省は「検討会をつくる土壌がない」と回答。さらに、「広島高裁岡山支部は労災と認める判決を出した。他に、労災の障害を認めた裁判もある。労災は相当因果関係が認められればよいのだから認定基準も医学的発症のメカニズムに偏らずに作れるはず」という意見に対し、厚生労働省は、「労災が認められない裁判もある。判例として一定の道筋ができたとは思わない」と反論した。しかし、そう反論するなら、なぜ、広島高裁判決に対して上告しなかったのか。厚生労働省は労災請求事案の処理が不透明であるばかりか、業務起因性の判断においても司法判断に従って認定基準をつくらないなど、著しく

アンフェアだ。

最後にはCS患者たちも次々に意見を述べた。「健康保険でも、化学物質過敏症は病名登録されている」「障害年金の申請でも化学物質過敏症の認定基準があり、運用されている」「なぜ労災だけが」。これに対し、厚生労働省は、一瞬の間、耳を傾けるような姿勢を示したが、すぐ肩を張って元の姿勢に戻り、役所的な言葉遣いで「労災保険制度は他の保険制度とは違う」と回答した。同じ省内の保険業行政でありながら、一方では化学物質過敏症を認め、もう一方は認めないという相矛盾する事実をどう説明するのか。

このように、厚生労働省が本省協議件数すら明らかにしないのなら、本省は全国の地方労働局や労基署に請求事案を上げさせるためにどのような指示文書を出しているのか。また、地方労働局や労基署は、化学物質過敏症の請求事案をどのような文書をもって本省に上げているのか、情報開示請求して過去5年間の本省協議の実態を徹底的に調査する必要がある。

さらに、明確な基準もないまま化学物質過敏症を認めずに、労基署に請求された案件を本省に上げて悉く業務起因性なしと決定するのであれば、本省協議で不支給とされた化学物質過敏症事案を取り消すために行政不服訴訟に訴えていかなければならない。そして、あらゆる手段を使って化学物質過敏症が労災認定されるよう働きかけていかなければならない。

CS労災に関する要請と厚生労働省の回答

1. 化学物質過敏症を労災と認めること。

化学物質過敏症については、その病態とか発生機序について未解明な部分が多いことがございまして医学的に確立された定義あるいは診断基準が存在しておらずと、現段階では確立された疾病の概念になっていないということから化学物質過敏症という名前をもって労災の保険給付の対象としていないところです。しかしながら、化学物質過敏症を発症したとして労災請求いただいた場合であっても、その化学物質の使用状況や症状の経過

等調査した結果、請求人の疾病が労働基準法施行規則別表第1の2第4号に基づく告示に示されている物質あるいはそれ以外の化学物質等に晒されてかつ業務に起因することが明らかだと認められるものについては労災給付の対象ということで取り扱っているところです。

2. 化学物質過敏症を「低濃度の長期間反復曝露」という考え方から、労災認定の新たな基準を検討すること。

いま申し上げたことと重複しますが所謂化学物質過敏症は病態とか発生機序に未解明な部分が多いということで確立された疾病の概念になっていないことから、ご指摘の労災認定基準を策定するのは現段階では困難と考えているところであります。

3. 労災請求された化学物質過敏症案件については迅速処理すること。また、長期未決事案があることを踏まえて、以下のデータを作成し、結果を提供すること。①年度別本省協議件数(うち個別症例検討会事案件数)、②平均協議(検討)処理期間、③協議(検討)結果

労災補償行政におきましては、ご指摘の労災請求事案に限らずこれまでも迅速適正な支給決定を行うよう努力してきたところです。しかし、事案の中には業務上外の判断が困難な事案、あるいは詳細な実地調査が必要な事案があり、その処理に長期間を要する場合があることもまた事実です。所謂化学物質過敏症にかかる労災請求事案については、その原因となる有害因子や疾病が労働基準法施行規則別表に掲げられていないものが多いということで、この場合、別表の包括救済規定に該当するかどうかで判断を行うこととなります。こういった疾病にかかる労災保険給付事案のうち包括救済規定にかかるものについては業務上外の判断が困難なものが多いということで詳細な作業実態の調査が必要になってくることなどで、標準処理期間というのは特段定めているわけではないところですけれども、可能な限りの早期の処理ということに努めているところです。その上でお尋ねのデータの件ですが、このうち化学物質に関する個別症例

検討会の件数につきましては18件検討されたということで、そのうち1件について化学物質曝露による急性症状について業務起因性が認められると結論付けられているということです。また、現在、化学物質過敏症ということで本省で協議されているものは5件あり、請求の受け付けから処理期間の関係を申し上げますと、だいたい2年経過しているものが1件、後は1年半程度のものが4件という状況です。この4件のうち1件はまもなく労働局の方に回答できるような状況で、処理は順次迅速に進めるべく取り組んでいるところです。この他のご要望のデータについては、取りまとめたものというものはこちらで作成していないところで、行政としては必要としない文書は作成してお示しすることはできないところでございます。この点につきましては、ご了承いただきたいと思います。

4. 「化学物質に関する個別症例検討会」は廃止すること。

化学物質過敏症ということで労災請求された事案については、的確な対応に資するためということで平成19年6月第1回から平成20年8月第6回まで開催していたものですが、現在は、このような検討会というものは開催していないところでございます。

5. クリーンルームの設置や負荷試験などの検査体制を全国の労災病院に整えること。

特別行政法人労働健康福祉機構が運営する労災病院におきまして、現在クリーンルームを設置している病院は関西労災病院と東京労災病院になっております。また、負荷試験などの検査体制につきましては、関西労災病院において配置されております。労災病院は自前収入で医療機器等を購入しており、クリーンルームの設置工事には約2億円、負荷試験を行うための検査機器の整備には約1億円の費用がかかります。また、化学物質過敏症を専門とする医師の確保と課題もでございます。今回、ご要請をいただきましたので、労災病院を運営している特別行政法人労働健康福祉機構に皆様のご要請を伝えさせていただきたいと思っております。  (「かながわ労災職業病」2014年1・2月号から転載)

欧州の職業病システム

2013年3月 欧州委員会の報告書

とりわけ職業病の欧州リスト及び関連する諸側面のデータ収集に関する 委員会勧告2003/670/ECに関連した、EU加盟諸国及びEFTA/EEA諸国 における職業病システムに関する現状に関する報告書

2. 勧告2003/670/ECの 対象領域における進展

2.1 はじめに

本章では、勧告の対象領域における進展の概観を示す。勧告は、認定、補償、予防、目標設定、報告及び記録、疫学、調査研究、診断、統計及び注意喚起と多岐にわたる職業病に関連した10の側面を取り上げている。

欧州職業病リストの策定には、3つの主要な目的がある。

- ・ 欧州レベルにおけるこの問題の知識の改善（データの収集及び比較可能性）
- ・ リスク予防の強化：加盟国は職業病の率を低減するために定量的目標の設定を求められている
- ・ 被災労働者が自らの職業と病気との関係をより容易に証明でき、また補償を請求するできるようにする援助

これら多彩な勧告が本調査の対象になった29か国でどのように採用されたかについての概観が示される。それは、各国から送られてきた質問事項に対する回答に基づいてまとめられたものである。この質問事項の目的は、そのインパクトを測定でき

るようにするため、2003年に勧告が導入されて以降とられた変化を強調しつつ、各国における勧告の各側面に関連した現状についての簡潔な情報を得ることであった。

2.2 職業病についての勧告に関連した進展

委員会は[...]加盟国が可能な限り速やかに、付録Iの欧州リストを、補償されうる、また予防措置の対象となる、科学的に認められた職業病に関連する法令または行政規定のなかに導入するよう勧告する。

29か国の国の職業病リストの分類

本調査の対象のすべてに近い諸国（29か国中26か国：AT、BE、BG、CY、CZ、DK、EE、FI、FR、DE、GR、HU、IE、IT、LV、LT、MT、NO、PL、PT、RO、SK、SI、ES、CH、UK）が職業病リストをもって。これらのリストは、認定及び補償を目的として策定されており、すなわち、補償の資格を与える疾病を特定し、国によって多かれ少なかれ労働関連起因性の推定を伴っている。いくつかの国では、同じリストが統計的照合システムまたは報告システムについても使用されうる。

リストの徹底性の程度は、国によって様々である。

少数の明確に特定された疾病によって補完された物質の短いリスト(例えばスイス)、あるいは、(フランス、イタリア、スペイン及びポルトガルのように) 強制的または明示的な認定基準を伴った疾病のリストであったりする。ここでも、リストの形式に関して、労働関連性として補償されうる疾病は、様々な精密さで記述されうる。

多くの諸国で、国のリストは付録1の欧州リストと構造が同じである。

こうした形式の相違は別にして、国のリストは、職業病保険によって特定の疾病を対象とする各国の方針を反映していることから、もちろん内容も異なっている。リスト間のこれらの違い、及びそれらの欧州リストとの同一性の程度の違いは、本報告書第4章で検討される。

認定の分野における過去10年間の変化及び間近な変化

2003年以降、国のリストの内容には、多くの変化があった。キプロス(補償の資格を与える、報告目的のリストではない1980年のリスト)、ノルウェー、ルーマニア及びスイスのリストだけは、同日以降に変化がなかった。

いくつかの国は比較的マイナーなやり方で自国のリストを変更した(AT, BE, FR, GR, DE, IE, PL, SK, UK) 一方で、他の諸国は自国のリストを大きく変更した。後者の多くは、たんに新たに認められた疾病を追加しただけでなく、ベルギーは2008年、チェコ共和国は2011年、デンマークは2005年、エストニアは2005年、ハンガリーは2007年、イタリアは2008年、ラトビアは2007年、リトアニアは2006年、マルタは2010年、ポルトガルは2007年、スロベニアは2003年、及びスペインは2006年に、新たな職業病リストを採用した。キプロスは、2007年に新しいリストを採用しているが、報告目的のためだけのもので、補償用ではない。

上述の諸国のいくつか(BG, CZ, EE, HU, IT) は、このオーバーホールを利用して自国のリストを(構造及び内容において) 欧州リストに従ったものにし、または、多かれ少なかれ欧州リストで自国のリストを置き換えた。ここでは、欧州リストは正真正銘

の援助ツールであったが、問題の諸国すべてで欧州リストの採用が報告/認定/補償システムの有効性を伴って同一歩調で進んだわけではないことから、勧告のインパクトはここで詳しく検討されなければならない。

新たな職業病の認定

新たに認められた職業病には主として、以下が含まれる。

アスベスト粉じんによる疾病: アスベストによる心膜の悪性腫瘍(2006年オーストリア)、胸膜中皮腫(2006年ギリシャ)、アスベスト粉じんと多環式芳香族炭化水素の相互作用による肺がん(2008年ドイツ)、及びアスベスト粉じん吸入による喉頭がん(2011年チェコ共和国)。

筋骨格系障害: 腱炎(ベルギー、公式にはまだ)、手根管症候群(2003年フィンランド及びアイルランド)、外側上顆炎(2003年アイルランド)、及び不特定の作業方法による末梢神経系の2つの疾病(2009年ポーランド)。

がん: クォーツ粉じんによる肺がん(2003年フィンランド)、ホルムアルデヒドによる鼻咽頭がん(2009年フランス)、多環式芳香族炭化水素による肺がん(2008年ドイツ)、リスト未搭載の既知の職業性発がん化学物質による腫瘍性疾患(2003年スロヴァキア)、珪肺に合併した肺がん(2011年チェコ共和国)、及び受動喫煙の結果としての肺がん(2005年デンマーク)。

さらに、多数の国が、認定基準を広げるか(例えば、鼻のがんについてAT、アスベストによる肺がんについてBEとUK、筋骨格系障害、背部障害及び聴力障害など18の職業病についてDK)、または、一定の疾病についてより明確に指定するか(例えば、腰椎障害についてBE、(肩) 関節周囲障害についてFR)、自国の職業病リストにすでに登録された疾病の認定基準を変更した。これらの変更で制限的なものはきわめてまれであった(例えば、チェコで胸膜硝子変性について認定基準の制限)。最後に、その他の変更は、例えば特定の疾病の評価の方法/ツールの変更など、たんなる技術的調整であった(例えば、水害を受けた建物内でカビに曝露

した労働者の労働関連喘息についてFL、ベンゼンによる白血病とリンパ腫についてCH)。

間近の変化

2か国がおそらく間もなく、自国の職業病リストを大きく改訂する予定である。フィンランドは、いくつかの新たに認められた職業病(とりわけ木材粉じんによる副鼻腔がん及び非喫煙者の慢性閉塞性肺疾患)を含める可能性について検討しており、また、ギリシャは、欧州リストを自国の法令に組み入れて、2008年以来計画されてきた補完的認定システムを創設することを計画している。

ノルウェーは2008年以来、一定の筋骨格系障害(上肢、肩及び膝に限定)、(現在は労働災害として認定されている)心的外傷後ストレス障害、及び職業曝露に起因する出生異常のリストへの包含について議論している。

最後に、スイスは、主として、アクリル酸塩、脂肪族アミノ酸、殺菌剤(アルコール、クレゾール、アルデヒド、ピグアニド及び第四アンモニウム化合物)、及び合成冷却潤滑剤などの有害な物質のリストからなる、いくつかの新たな物質の自国リストへの登録を検討している。

2.3 職業病の補償に関連した進展

委員会は[...]加盟国が、付録IIには掲載されていないが、原因及び性質において職業性が証明できる疾病に労働者が疾病に罹患した場合、とりわけ当該疾病が付録IIIに掲載されている場合に、職業病としての補償についての労働者の権利を、国の法令または行政規定に導入するための措置をとるよう勧告する。

職業病は、まず何よりも疾病である。この疾病の労働者の労働能力に対する一時的または永久的影響は、それに応じてすべての国において補償されるが、この補償は、疾病/障害保険または職業病についての特別な保険など、異なる保険システムによってカバーされる。いくつかの国では、職業病についての補償を得るために使用者に対して訴訟を起こすことも可能であり、この可能性はイギリスや

アイルランドなどでは活用されているが、他の諸国では、きわめて重大な過失または意図的な過ちの場合にしか用いられていない。

職業病の認定/補償システム及び特別の補償システム

2.2節でふれたように、本調査対象のすべてに近い国(29か国中の26か国)は職業病リストをもって、SEは立証システムだけをもち、NL及びISは法的に職業病を他のいかなる疾病とも法的に同じようにみなしていることから、SE、NL及びISはリストを必要としていない。リストをもつ諸国のうち、それによって国のリストに載っていない疾病の労働関連性の認定を可能にする、補完的システムまたは立証システムもっている国は半分だけである(AT, BE, BG, DK, FI, FR, DE, IE, IT, LV, NO, PT, CH)。このシステムは、立証責任が保険組織ではなく被災者にあることから、リスト・システムよりも生来制限的である。その点でスペインは、国のリストに載っていない職業病が労働災害として認定されることから、事実上の補完的システムもっている。

ほとんどすべての国が職業病リストをもっているとはいえ、それら疾病について特別の補償システムをもっているのはすべてではない(29か国中23か国)「特別の補償システム」とは、「一般的」疾病に対するものとは異なる給付を与えるシステムのことである。これら23か国では、給付はしばしば多めであり、現金給付額は高く、(永久的傷害の場合の)年金合計の計算方法は被災者により有利であり、リハビリテーションなど他の給付も提供される場合がある。特別の補償システムをもっていない6か国(EE, GR, HU, IS, NL, SI)では、職業病は—及び労働災害も—別の保険措置の対象とはならない。疾病及び一時的労働能力喪失は、健康/疾病保険体制に含まれ、傷害と死亡は関連する年金/死亡保険規定の対象になる。例えばイギリスなど、他の国では、疾病または障害の影響を受けたすべての者を対象とした追加的な一般的給付がある。

国のシステムの複雑なパターンは以下のように図解される。



* これら4か国は認定及び報告（被災者に対する特別の給付なし）のためだけの職業病リストをもっている。

** リストなし、特別の補償システムなし。

23か国の職業病補償の特別なシステムには大きな不均質がある。保険組織の管理方法（公的/民間、地域/部門別組織）、保険対象の範囲（自営業者、農民、公的部門労働者、等々について別体系または包含）、給付の範囲（職業病の結果だけに対する補償またはリハビリテーション/職場の適応に関連した給付も）、現物及び現金による補償給付の性質及びレベル、使用者に対する民事責任訴訟の結果損害に対して法によって提供される補償の補完の可能性の有無、これらすべてが何らかの分類を困難にしている。

過去10年間における（とりわけ給付に関する）補償システムの変化

リストの内容、すなわち労働関連性と認定され資格が与えられ、またそれゆえ補償の資格が与えられる疾病に関連した変化については、2.2節で扱われている。

2003年以降、（特定のまたはそうでない）職業病の補償システムの変化はわずかであった。17か国では変化は指摘されていない（BG, CY, CZ, DE, EE, FI, GR, HU, IS, IE, MT, NL, NO, RO, SI, CH, UK）

変化が生じた場合、それらは概してマイナーであった。以下のように分類することができる。

- ・ 給付に直接関連した変化
 - ・ ポーランド、ポルトガル及びスロバニアの給付の計算方法の変更
 - ・ 給付のレベルの変化：ラトビアの医療費の償還に関する制限の設定、ポルトガルの長期永

久障害の再評価手続

- ・ 給付対象の変化：ベルギーのワクチン接種、ポルトガルの被災者のリハビリテーションに関する改革
- ・ 給付の課税取り扱いの変化：フランスでは労働災害職業病による一時的労働能力喪失を補償する日掛け給付が所得税の対象になる。
- ・ 関連給付の創設：フランスでは永久障害率10%以上の職業病（または労働災害）の認定が（一定の場合に）早期引退の資格を与える。この改革は、苦しい労働状況に対する補償を意図したものである。
- ・ より一般的に職業病保険に関連した変化
 - ・ 保険対象の拡大：リトアニアでは職業病の合併症及び遅発影響が職業病と同様に対象とされ、スペインでは保険が自営業者に拡張された。
 - ・ 特別の問題に絞った変化：オーストリアのアスベスト被災者に対する支援の改善
 - ・ デンマーク、ラトビア及びスウェーデンの保険管理に関連した制度的変更
 - ・ フランスの認定の補完的システムに対するアクセスの改善（リスト外疾病の審査の資格を与える最低永久障害率の66%から25%への引き下げ）
 - ・ ラトビアの永久障害年金と老齢年金との非累積ルールの設定
 - ・ アイルランド及びブルガリアの補完的認定システムの設定

最後に、2003年勧告の直前ではあるものの、2002年に発効したイタリアの労働災害職業病補償システムは、2008年の職業病リストの大幅拡張と結びついて、イタリアにおける職業病の認定及び補償のシステムを大きく変える結果になったことから、指摘しておくのに値する。

間近の補償システムの変化

5か国が現在、重要性は様々であるが、職業病の補償システムの変更に取り組んでいる。

フィンランドでは、労働災害職業病保険に関連した法令が間もなく改訂される予定であるが、現在の

基本原則は維持される。

フランスでは、関係者が数年間、現行の均一な補償システムから、生理学的損傷と元の作業を行う能力の喪失が別々に評価されるシステムへの変更について検討してきている。この議論はいまなお話題的であり、2011年末までにワーキング・グループが組織されることになっている。ドイツでは、同じ性質の議論が過去10年間行われている。「損害の精密の評価」（身体的完全性と元の労働を行う能力の喪失についての損害の別々の補償）によって、「損害の抽象的評価」（被災者の収入と職業病の影響の重度にしたがって計算される年金）を置き換える改革提案が議論されたが、社会パートナー及び政治的意思決定者らの間で合意に至らなかった。結果的に、「損害の抽象的評価」の原則を維持するものの、抽象的に計算される年金の減額、及び、収入喪失の場合だけについての加算措置による増額によってそれを修正する提案がまとめられている。

職業病補償の特別なシステムが存在しないアイスランドでは、2007年のある法律が、職業病は労働災害と同様に対象とされると規定している。この規定はまだ、補償の資格を与える職業病リストの創設を通じて規則に組み入れられていない。

最後に、イギリスでは、国の補償システムにおける疾病の職業起因性の推定及び障害影響の重度の評価方法に関するルールが、議論されているところである。

2.4 予防に関連した進展

委員会は [...] 加盟国が、積極的にすべての関係者を巻き込み、適当な場合には欧州労働安全衛生機関経由で情報、経験及びベスト・プラクティスを交換して、付録Iの欧州リストに述べられた職業病についての有効な予防措置を確立及び改善するよう勧告する。

欧州委員会の勧告にしたがって、本調査対象の大多数の諸国(29か国中19か国)が、勧告の付録Iに掲載されたような職業病を引き起こす可能性のあるリスクの予防のための方針を確立し、22か国が

自らリスク予防の優先課題を設定している。

15か国では、筋骨格系障害の予防に優先順位が与えられている。

職業病リスク予防の優先課題のなかでもっとも多く現われている他のリスクは以下のとおり。

- ・ 11か国で有害な物質（化学物質及び生物学的製剤）への曝露
- ・ 9か国で騒音への曝露
- ・ 5か国で呼吸アレルギー及びアスベスト曝露、及び、最後に、
- ・ 5か国で皮膚疾患

さらに、例えば、振動への曝露(DK, UK)またはヒュームや粉じんへの曝露(GR, UK)を含め、上述したもの以外の予防優先課題をもつ国もある。

多数の国で新たなリスクの予防もあり、11か国でとりわけ心理社会的リスク(ストレス、バーンアウト、集団的いじめ、暴力など)、5か国でナノ技術に狙いを定めている。

他の諸国はまた、個人保護具の適切な使用(BE, BG, EE)、及び中小企業のリスク予防方針確立の援助の重要性(HU, IE)など、職業リスク予防に対するより一般的なアプローチにも言及している。労働における健康及び福祉の促進もあげられた(GR, IE, SI, UK)。ドイツでは、優先課題のひとつは、企業における予防の組織の改善であった。

以下の表は、言及した22か国における現在のリスク予防優先課題の概観を要約したものである。ここでは職業病についての主な国の予防優先課題だけを記載している。本表は、各国における予防の取り組みのすべてを掲載しようとしたものではない。

これらの予防優先課題の実施に関する更なる情報は、グッド・プラクティスの事例を報告する本報告書の第6章に示されている。

2.5 目標設定に関連した進展

委員会は [...] 加盟国が、認定される職業病、とりわけ付録Iの欧州リストにあるものの率の低減を目的として、量的な国の目標を設定するよう勧告する。

表1 22か国におけるリスク予防の優先課題

どの職業病またはリスクが予防に優先順位を与えられているか										
	筋骨格系障害	騒音	有害物質	呼吸アレルギー	皮膚疾患	アスベスト	心理社会的要因	ナノ	その他	特定部門に関する焦点
AT				×	×				ワクチン接種 (B型肝炎)	ベーカリー
BE	×		×				×	×	個人保護具の適応	
CY	×	×		×	×					食品・飲料品製造 ベーカリー
CZ							×			
DK	×	×	×				×		振動	
EE	×	×	×				×		調理場の屋内気候 調理場における器具・手作業の負担	調理場、金属加工、 娯楽産業、ボイラー室、自動車修理店
FI	×			×						
FR	×		×				×	×		
DE	×	×	×	×	×	×	×	×	労働関連健康ハザード (高齢化、交替勤務、訓練不足)	
EL	×	×	×			×			金属ヒューム、鉛	リサイクル企業、クリーニング業、建設業、家具製造業
HU	×		×				×		地球温暖化による労働者の負担増	
IS	×					×	×			建設業
IE			×							
IT	×	×	×							工業部門
LT								×		
NL	×	×	×				×		物理的ストレス	部門協約
NO	×	×	×				×	×	グリーン・ジョブ	
PL	×			×	×				発声障害	
PT	×	×	×				×			地方自治体、一時的作業、建設業
SI						×				
CH						×		×		
UK	×	×	×	×	×	×	×	×	シリカその他物質曝露、粉じん・ヒューム・振動、穀物取扱	建設業、農業、木工業、鋳物業
合計	15	9	11	5	5	5	11	5		

加盟国が認定される職業病の率の低減に狙いを定めた量的な国の目標を確立するという欧州勧告の要請は、職業病の過少報告 (及びそれゆえの過少認定) に立ち向かうという一欧州でひろく受け入れられた一必要性和と正反対のものと解釈される可能性があることから、問題がある。

いくつかの諸国は、欧州勧告に厳密に応じて自ら職業病の件数を低減する目標を設定したが、報告された職業病の件数は増加した (FI, IS, IT)。

他の諸国は、職業病低減の数値目標の設定は道理にかなっていないと報告している。例えば、ドイツで組織された特定のハザード (すなわち皮膚疾

患、筋骨格系障害)に関する大きな全国キャンペーンは、最初疑われる職業病の届出の増加につながり、それらのなかには認定及び補償されたものもあった。このようなキャンペーンの測定可能な成功は、短期的には疾病件数の低減を意味せず、給付の資格に関する届出の増加及び、問題についての認識やより健康を意識したやり方で働く労働者の増加はもちろん一情報レベルの一般的な改善である。より長期的に進展を測定した場合にのみ、職業病件数の減少という結果につながるだろう。また、改善された予防や改善された関係者の健康意識は、長期曝露を原因とする多くの疾病に対してのみ有益な影響をもつ。

スイスだけが、近年における職業病の一般的減少を指摘し、この減少は継続しているようにみえる。スロバキアは、鉱山部門における筋骨格系障害の低減というその目標を達成した。

他の諸国は、代わりに自ら、一定のリスクに曝露する者の数を低減するという目標、または一定の職業病による欠勤を低減するという目標を設定した。これらの目標は量的な場合も多いが(DK, FI, FR, IC, IT, SK, CH, UK)、すべてというわけではない(DE, GR, HU, PL)。過去数年間にわたってイギリスは、多数の先行指標を含む数々の「目的地目標[destination goals]」に向けた数値目標から大きく離れて、「ひとそろい」の測定を用いる進展を測定するアプローチを開発してきた。

量的であるかどうかにかかわらず、これらの目標が対象とする主な職業病またはリスクは以下のとおりである。

- ・筋骨格系障害(DK, FR, DE, IS, SK, GR, HU)
- ・有害な物質(FR, IT, GR, HU, PL)
- ・騒音(DK, GR, HU)
- ・呼吸及び皮膚アレルギー(DE, DK, IS, HU, PL)
- ・労働関連健康ハザード(DE)

以下の表[次頁]は、8か国についての数値目標を要約したものである。

2.6 職業病の記録及び報告に関連した進展

委員会は[...]加盟国が、原因因子または要因、

医学的診断及び患者の性別に関する情報が職業病の各事例について入手できるようにするために、職業病に関する欧州の統計をハーモナイズするシステムに対してなされる取り組みにしたがって、すべての職業病事例が報告されるようにするとともに、付録Iの欧州リストと比較可能な職業病に関する自国の統計を漸進的に作成するよう勧告する。

報告システム

すべてに近い諸国が職業病を記録するための国のリストをもっているが、それらの効率性は国によって様々である。

その管理(保険組織、省、他の特別機関)、事例報告の基礎として用いられる基準、及びその目的(補償、統計、リスク予防)には、大きな相違がある。

職業病を報告するシステムには2つのタイプがあり、国の社会保障システムによって管理される認定及び補償のための請求に基づくものと、独立的なシステムに基づくものである。

大部分の諸国は最初のシステムに入り(いくつかは排他的に: AT, PT)、他の諸国は第二のシステム、また多くの国では両方のタイプのいくつかの登録が存在している(例えばFR, IT, UK)。補償目的の報告システムは通常、国のリストに含まれる疾病についてだけの事例への限定によって特徴付けられ、労働関連疾病の報告システムよりも限定的であり、したがって職業病登録が満たすことを期待される警告の役割を果たさない。他方、このタイプの登録はしばしば、国全体についての統一データ及び、それが補償請求を反映していることから一定の側面により信頼でき精密なデータを含んでいる。

保険機関の外部の登録システムは、その性質によって新たな疾病の出現に対してよりオープンであり、それゆえリスク予防や疫学/調査研究の必要性により合致するが、その管理が財政的及び人材的資源の問題に直面する場合もある。

報告手続は一般的に、職業曝露に関連する可能性のある疾病のすべての事例を報告することを法的に求められている医師に基づいている(AT, DK, DE, EE, FI, FR, HU, IS, IT, NL, NO, PL, PT, ROまたはBE, SIでは産業医だけ)。補償の目

表2 8か国についての数値目標

国	数値目標
デンマーク	以下による欠勤の低減: - 心理社会テロ労働環境について10% - 騒音による聴力障害について15% - 筋骨格系障害の問題について10%
フィンランド	2002～2010年の間に全職業病件数の40%低減、及び2010～2020年の間に10%。達成できず、増加がみられた。
フランス	- とりわけ影響の受ける部門における筋骨格系障害の頻度指標の安定化 - 10万人の労働者の発がん性、変異原性及び生殖毒性因子からの離脱 - 零細企業におけるアスベスト取り扱いリスクの改善。アスベストが存在するなかでのメンテナンス作業について契約の多い機関の把握。
アイスランド	2009～2012年の間に精神及び筋骨格系障害の5%低減。 達成できなかった(国の財政措置削減)。
イタリア	- 「隠れた職業病」の把握 - 職業がん 未達成：職業病件数は増加し続けている
スロヴァキア	鉱業における筋骨格系障害の低減。目標達成。
スイス	一般：職業病件数の低減 目標達成：職業病総件数は継続的に減少
イギリス	(以下はより方向性に基づく目標に置き換えられている) - 労働災害職業病による10万人当たり損失労働日の30%低減 - 労働関連職業病事例の発生件数の20%低減 - 労働活動による一般市民の疾病の20%低減 - 一般的疾病発生率の15%低減(2001～2009年)

的のために、労働者に影響を及ぼした職業病の事例を報告するのが使用者である場合もある(SE、CH)。

ドイツは、職業病の事例の報告に健康保険基金も重要な役割を果たすと指摘する唯一の国であることが強調されるべきである。この報告方法は満足に機能しており、これらの基金は事実上、報告された事例が健康/疾病保険機関による代わりに災害保険機関によって肩代わりされることに財政的利害をもつからなおさらである。

国によって、報告の受け手は保険機関であり、また労働監督機関または職業病登録を処理する他の機関でもあったりする。

与えられた諸国のなかだけであってさえも、国による登録の多様性は、諸国間の統計の比較を困難にしている。

過少報告の問題

ブルガリアを除き、すべての国が、職業病の過少報告の問題を認めるか (BE, CY, CZ, DK, EE,

FI, FR, GR, HU, IS, IT, LV, LT, MT, NO, RO, SI, SK, ES, SE, CH, UK)、または無視していない(AT, DE, IE, PL, PT)。

過少報告の影響を受ける主な疾病は、デンマークでは明らかにがん、オーストリアでは潜伏期間の長い疾病、フィンランド、チェコ共和国及びイタリアでは多原因疾病(がん、喘息、手根管症候群、皮膚疾患)、ハンガリーでは筋骨格系障害である。スウェーデン、フランス(とりわけ年金受給者において)、ラトビア(とりわけ一定の産業で)、イギリス、スイス及びスロベニア(以上3か国ではアスベスト関連疾患を除いて)、すべての疾病が影響を免れないと考えられている。

過少報告の規模に関しては、この問題について調査を行ったことがあるのは、がんについてDK、がん、喘息、皮膚疾患及び手根管症候群についてFI、3年毎の公式報告のなかでFRと、きわめてわずかな国だけのようである。過少報告は、ハンガリーで50～90%、ラトビアで50%、スロベニアでほぼ100%と推計され、スウェーデン及びノルウェーでは著しい

と考えられている。ノルウェーでは職業性障害の推定3%だけが報告され、イギリスでは労働組合会議が、補償システムに対して資格のある被災者の8分の1しか疾病を報告していないか、補償を得るための法的行動をとっていないと考えている。

この現象に責任があると確認された原因は莫大である。いくつかは多くの諸国に共通である。

職業病の概念に関する、医師（とりわけ一般開業医）における知識と情報の欠如はもともと多くあげられた説明のひとつである（AT, DE, EE, FR, HU, IT, LT, MT, NO）。この欠点は、被災者及び一般公衆においてもみられる（RO）。

医師は、報告手続にわずかな関心しかもっていないと非難されることが多い（HU, MT, NL, 産業医についてSK）。報告した事例が認定を行う保険機関によって職業病と認められるチャンスが少ない、またはまったく存在しない場合には、報告を差し控える者もある（BE）。これは、報告システムが認定及び補償のアプローチに基づいている国の問題を惹起し、あまり知られていないリスト外疾病/曝露を事実上除外し、職業病登録を相対的に鈍感で、予防及び現出しつつあるリスクの発見の目的に対してわずかな価値しかないものにさせている。

多くの諸国が、報告に関わる者にとって非常に面倒かつ複雑な手続を遺憾に思っている（NL, RO, EE, HU, LT, MT, NO）。いくつかのシステムは、あまりに多くのステップと関係者を必要とし、それゆえ不快な管理的及び官僚のお役所仕事を生じさせていることから、適切でないと考えられている。この問題は、とりわけ補償目的及びリスク予防目的、または一定のリスクについては特別なシステムさえも、職業病報告システムがいくつもある諸国に存在している。

使用者からの圧力もいくつかの諸国で訴えられており、産業医の独立性の欠如（HU, RO, SI）及び報告が雇用に及ぼす影響についての被災者の恐れ（EE, HU, IT, LT, MT）によって明らかにされている。同じ使用者が、自らが報告システムに関わっていて、保険システムが使用者を訴訟から完全に守っていない場合には、使用者自身がかかる報告の法的結果について恐れている（HU, IT,

MT, NL）。

ひとつまたは複数の国からあげられた他の問題は以下のとおり。

職業病補償のための特別なシステムの欠如（IS）、または、その相対的魅力のなさ（PL）は、被災者が報告をするインセンティブにならない。

報告手続への医療システムの関与の欠如をなげく国もある（スペインの地方自治体及びオーストリアの病院）。

スペインも、職業リスク保険システム固有の性質によって生じている利害の衝突についてもふれており、報告システムの最初の結び目であるMUTUAS（保険機関）は、相互に競合している。顧客である企業からの報告件数に関する圧力は、MUTUASが疑われる職業病事例を報告する動機付けにならないことを意味している。

最後に、国における未申告労働という現象の規模が、報告システムの適用性に大きな影響を与えている（LV）。

報告の積極的なインセンティブ

様々な諸国でみられたインセンティブはきわめて多様であるが、いくつかは他の国でも適用することのできる正真正銘のグッド・プラクティスを示している。

いくつかの諸国では、適切な機関に報告される労働関連起因性の可能性のある疾病の各事例について一般開業医に対して謝礼が支払われ、オーストリアで5.81ユーロ、ドイツで15.22ユーロ、ノルウェーで20ユーロ、イタリア及びデンマークでは27ユーロである。このやり方は現在、チェコ共和国で検討中である。

いくつかの諸国（例えばBE, CY, DK, MT）は、オンライン報告手続をもつことが報告を促進すると考えている。2007年以来、がん登録に現われるデータ及び保険機関のデータベースの内容が電子的に交換され、労働関連起因性の可能性のある種類のがんに罹患していて、それを保険機関に報告しようと考えなかったかもしれない者を発見するためにクロスチェックが行われているデンマークでは、情報技術も非常にうまく活用されている。

職業病の潜在的被災者を把握するための手続を条件に、報告手続のなかで膀胱がん事例の発見とその後の潜在的患者への支援の試みを行っているフランス、保険機関の産業医による中小企業の定期的訪問からなる無料のAUVAsicherプログラムをもつオーストリア、広くいきわたった過去に一定の発がん物質に曝露した労働者の離職後監視システムのあるスイスとドイツと、他の諸国でも保険機関が積極的である。

医師を対象にした数多くの注意喚起及び情報イニシアティブについてもふれておくべきであり、医師に報告義務を思い出させる(FI)、一定の病院に対する一定の疾病の事例について系統的に職業曝露について調査することへのインセンティブ(FR)、医師及び発見/報告に関係する可能性のある様々な機関に送付するニュースレター及び職業病についての医師の初期トレーニングの増加(PT)、保険及びリスク予防機関のウェブサイト上で入手できるファクトシートを通じた医師に対する情報の改善(CH)等々がある。

いくつかの諸国は、自国の報告システムの一定の特徴が報告を促進していると判断しており、(一般的な疾病及び障害に対する補償と比較して)気前のよい補償システムの存在が報告を促進する要因と考えられている(CZ, DE, DK)。報告システムが主として医師に基づいているという事実は、手続の複雑さまたは雇用についての恐れから、自らの事例を報告する権利を断念することから、被災者を守っている(AT)。最後に、その予算が報告/認定された件数に基づいているという点で、報告を促進することが保険機関の財政的利益になっている(DK)。

強制的性質の措置も少数の国で存在しており、労働関連起因性の可能性のある疾病のすべての事例を報告する義務を怠った医師に対して罰金が計画されたり(DK, EE, IT)、オーストリアでは1995年以来、事例を報告しなかった病院は被災者に補償を支払うと聞かされている。

2003年以降の記録及び報告システムにおける変化

過去10年間に多くの諸国が、医師及び一般公衆に対して、職業病及びそれを報告する必要性に関するよりよい情報を確保するためのイニシアティブを発揮してきた。

他方で、報告システムにおいてはわずかな技術的变化しか生じていない。

いくつかの報告手続が新たな要因を考慮して変更された。法令への非リスト職業関連疾病の導入(BE)、EODS方法論(EE)。

報告されるべき疾病のリストがその内容及び参照(ICD-10または欧州リスト)について再定義された国もある。2007年のCY、2009年のITである。スペインも2007年に、そのシステムをコンピュータ化し、新たな手続を明確に定義し、また異なるタイプの疾病について異なるシステムを確立する(認定の基礎として用いられるスペインのリスト上の職業病についてのCEPROSS、及び労働によって引き起こされた非外傷性疾病、すなわちリスト外疾病についてのPANOTRATSS) ことによって、その報告システムを根本的に改革した。

最後に、ルーマニアは最近ようやく報告システムを確立し(2009年)、いくつかの国は電子的報告システムを創設した(2010年にDK、2007年にHU及びES、ノルウェーで進行中)。スウェーデンでは、補償目的の報告システムが数年中に改訂される予定である。

2.7 疫学に関連した進展

委員会は[...]加盟国が、付録IIに掲載された疾病及び職業性の他の何らかの疾病の疫学に関する情報またはデータを収集するためのシステムを導入するよう勧告する。

この勧告に対して国が対応する可能性は、その国においてすでに達成された到達水準に依存している。各国報告に示された対応は、表3に示したように5つのグループにまとめられた。29か国の内のおよそ半数には、付録IIに掲載された疾病及び職業性の他の何らかの疾病の疫学に関する情報またはデータを収集するためのシステムが現在も存在していない。しかし、勧告6がかかるシステムをど

のようにして導入すべきかについてはふれていないことから、各国報告者がこの質問に回答することが難しかった。

表3 勧告6に対する回答

勧告6「疫学」に対する対応	国
進んだシステムを導入済みで、勧告は適用されない	NL, DK, FIN, FR, IE, NO, SE, UK
導入済みのシステムをさらに改善	CH, DE, HU, IT
新しいシステムの導入	
システムを準備中	CY
そうするよい理由がある場合であっても-取り組みなし	AT, BE, BG, CZ, EE, GR, LT, LV, MT, PL, SK, SI, ES
不詳	IS, RO

利用可能な疫学に関する情報源

労働に関連した健康リスクに関する疫学データについては、複数の情報源がある。それらは以下のように分類することができる。

- 疑われる及び認定された職業病に関する標準化されたデータ
- 他の社会保障情報源（健康、退職、失業保険）からの標準化されたデータ-SoSe
- 労働に関連したスクリーニング及び身体検査からのデータ
- 曝露評価からのデータ
- 曝露と健康リスクに関する労働に関連した一般的調査（アンケート・データ）
- 疫学的調査研究

[次頁表4参照]

労働関連健康リスクに関する疫学データの潜在的情報源のすべてを利用しているのは少数の国にとどまった（n=9）。いくつかの報告は、労働者のスクリーニング及び身体検査は頻繁に実施されているが、これらの検査の結果は疫学的調査研究には活用されていないと指摘した。疫学データの様々な情報源を利用していたとしても、各国報告者の「公式のシステムは現実には存在していない」とのコメントにみられるように、必ずしも系統的なアプ

ローチが存在していることを意味しない。

疫学的システムの長所及び短所

疫学的調査研究に基づいたシステムを利用して、いる諸国は、それらの調査研究の綿密な分析の可能性を高く評価した。しかし、短所として、このアプローチによっては一般的な概観が得られないことが指摘された。主として職業病統計に頼っている諸国では、過少報告及び診断する医師の資格の欠如が、短所としてもっとも多く指摘された。

2.8 調査研究に関連した進展

委員会は […] 加盟国が、職業活動に関連した疾病、とりわけ付録IIIに掲載された疾病及び労働に関連する心理社会的性質の障害の領域における調査研究を促進するよう勧告する。

職業病の背景に関連する現在の調査研究の優先課題

調査研究の優先課題は、十分な調査研究のインフラが利用可能な場合にのみ設定される。これは、すべての国には当てはまらない。このインフラを欠いている諸国は、例えばCZ、EEである。12か国では、明確な調査研究の優先課題は設定されていない。大部分の他の諸国については、実際の調査研究が優先課題として考慮されているか、あるいは調査研究の優先課題が一定の調査研究期間についての計画の公式化によって決められているのか、各国報告からはきわめて明らかでなかった。フランス及びノルウェーについてだけは、調査研究の優先課題が計画によって定められていることが明らかであった。ノルウェーは、10年間について3つの調査研究領域が定められ、明らかな優先順位が与えられており、労働安全衛生における調査研究戦略にもっとも焦点を当てている国のようである。大部分の諸国では、労働安全衛生調査研究の優先課題について国の計画がないのは、調査研究を促進するためのように思われる。少なくとも7か国で、筋骨格系障害、皮膚炎及び心理社会的労働条件が、優先課題を与えられた3つの調査研究領域である。[次頁表5参照]

表4 各国で用いられている疫学データの情報源

国	a)疑われる及び認定されたものに関する標準化されたデータ	b)他の社会保障情報源による標準化されたデータ	c)労働関連スクリーニング及び身体検査に因るデータ	d)曝露評価によるデータ	e)曝露及び健康リスクに関する労働関連一般調査	f)疫学調査
AT	+	+	-	-	-	(+)
BG	+	+	+	+	-	+
BE	+	?	?	+	?	+
CY	+	?	-	-	-	-
CZ	+	-	-	-	-	-
DE	+	+	(+)	+	+	+
DK	+	+	+	+	+	+
ES	+	-	-	-	-	(+)
EE						
FI	+	+	+	+	+	+
FR	+	+	+	+	+	+
GR	-	-	-	-	-	+
HU	+	?	-	-	+	+
IE	+	+	+	+	+	+
IT	+	?	+	+	+	+
LV	+	-	-	-	-	+
LT	+	-	-	-	-	+
MT	+	-	-	-	-	+
NL	+	+	+	+	+	+
NO	+	+	+	+	+	+
PL	+	?	?	?	?	+
PT	(+)	+	+	+	+	+
RO	+	+	-	-	-	-
SE	+	+	+	+	+	+
SI	+	+	-	+(アスベスト)	-	+
SK	-	-	-	-	-	-
UK	+	+	+	+	+	+

可能性のある回答:はい+,部分的(+),いいえ-,不詳?

労働に関連する心理社会的性質の障害に関する2003年以降の調査研究

2003年以後、23か国で、労働に関連する心理社会的性質の障害に関する調査研究が新たに着手または強化された(AT, BE, CY, CH, DE, DK, ES, EE, FI, FR, HU, IS, IE, IT, LT, MT, NL, NO, PL, RO, SI, SE, UK)。各国報告からは、実施された調査研究の質やインパクトの評価をすることはできない。フィンランドでは、調査研究は、労働

における福祉を改善する心理社会的要因に焦点が当てられた。したがって、焦点は、もはや健康リスクだけではなく、健康のポテンシャルでもある。

現出しつつあるまたは新たな職業リスクの領域で実施された調査研究

およそ半数の諸国で、現出しつつあるまたは新たな職業リスクの領域で調査研究が実施された(AT, CH, DE, DK, EE, FI, FR, IT, LV, MT,

表5 国別の調査研究の優先課題

回答	国
なし、または不詳	AT, BG, CY, ES, EE, GR, IS, IE, LV, MT, PT, SK
ある	NL, BE, CH, (CZ), DK, FI, (HU), DE, IT, LT, NO, PL, RO, SI, SE, UK
例	
機械的リスク及び筋骨格系障害	BE, NL, DK, EE, FI, FR, DE, NO, PL, SE
騒音	FR, HU
ラドン曝露労働者	DE, UK
太陽紫外線曝露及び皮膚がん	CH, DE
伝染性疾患及び生物学的リスク	BE, NL, CH, HU, FR, HU, NO, CH, DE
皮膚炎	BE, CH, HU, FR, EE, DE, HU, SE, CH
実現可能性及び応用調査	CH, DE
ナノ粒子	(CZ), FR, PL, CH, DE
夜間交代労働と健康(心血管系、乳がん)	DK, DE
心理的、社会的及び組織的労働条件	BE, DK, FR, DE, NO, SI, SE, UK
高齢化	FR, DE, SE
リプロダクション・ヘルス	FR, SE, UK
バイオモニタリング	HU, DE
化学物質曝露	GR, FR, NO, PL, DE
職業がん	FR, IT, DE
廃棄製品及びリサイクル	FR, DE
アスベスト	LT, RO, SI, CH, DE
職場予防、労働安全衛生提供の有効性及び効率性	PL, SE, UK, DE
移住労働者、保護されていない労働者(例えば農民)	PL, SI, DE
労働復帰、リハビリテーション	CH, DE
生殖能力	UK, DE

() 国の計画にはあるが、調査研究キャパシティが限られる

* 職業病に関する国の調査研究優先課題の主なものしか示されていないことに注意、本表は各国において実施されている調査研究のすべてを示そうとしたものではない。

NL, NO, PL, SE, UK)。

ナノ粒子に付随する潜在的リスクに関する調査研究がもっとも多く指摘された(AT, CH, DE, FI, FR, IT, LV, NL, NO, PL, UK)。

夜間勤務とがん、電離放射線や電磁場が引き起こす潜在的な健康リスクは、各々3か国によってふれられた(DK, NL, DE及びFR, IT, UK)。

現出しつつある職業リスクを監視するための超国家ネットワーク(MODERNET)が創設された。このネットワークは、マンチェスター大学、フィンランド国立労働衛生研究所(FIOH)、ミラノ大学、プラハの国立研究所及びゲルノーブル大学がオランダ職業病センターとともに組織したもので、いまでは他の国も数多く参加している(くわしくは6.4参照)。

本報告書の第7章はもっぱら新たな職業リスクにあてられている。

2.9 職業病の診断に関連した進展

委員会は[...]加盟国が、とりわけ委員会によって発行される職業病の診断のための通知を考慮に入れて、自国のリストに含まれた職業病の診断を援助する文書が広く流布されるようにするよう勧告する。

職業病診断ツールの質

多くの諸国で、職業病の診断を援助するためのツールは保険機関から出されている(例えばAT, DE, DK, FR, IT, CH)。

これらは大部分は、何よりも被災者から提出された事例の認定手続において保険機関の専門家にとって有用な、評価のためのハンドブック、ガイドライン及びプロトコルである。それらは保険機関のウェブサイトを通じて一般(また、したがって一般開業医及び労働者)が入手できるようにされている場合もあり、論理的に知識の幅広い流布を許している(BE, FR, CH, DE)。それらは、国のリスト上のすべての職業病(FI, FR, IT, NO, UK)、あるいは少数の特定の疾病(BE, DE, NL, RO, SI, SE, CH)を対象としているかもしれない。これらのツールは、職業病認定の国のリストの変更にしたがって、定期的に更新されている。

いくつかの諸国では、職業病リスト自体が、補償の資格のある疾病の診断の要因を含んでいた(例えばBG, CZ, DK, FR, PT)、または労働省の諮問委員会によって編集された、掲載された

特定の職業病ごとに特別の補足が存在している (DE)。

保険に関連した診断ツールに加えて、または代わりに、労働医学会 (CZ, LV, RO) または様々な医学分野の専門家グループ (DE)、保健または社会問題省 (CZ, EE, LT, RO)、または職業病を専門とする国の機関 (FI, HU, NL, PL, SE) など、他の機関がそのようなツールの発信者である場合もある。

少数の国は、明らかに特別の診断ツールをもっていない (GR, IS, SE)。

最後に、勧告が加盟国にそうするよう促しているように、かなりの数の諸国が、欧州諸国の知識と経験を活用している。これは、ドイツの DGUV が 2007 年に作成した「職業医学における予防-職業医学検査ガイドライン」と題した文書を活用しているキプロス、デンマークの職業性腰痛についての基準など様々な外国のツールを活用しているラトビア、産業医に系統的なトレーニングコースを提供するエストニア-フィンランド合同プログラムを支持しているエストニアの場合である。

キプロスとスペインの2か国は現在、職業病の診断基準に関する国のガイドラインを起草中である。

EU「職業病に関する情報通知」の役割

いくつかの諸国は、委員会によって2009年につくられた「職業病に関する情報通知：診断ガイド」と題された文書を活用している (CY, HU, それが使われている唯一のツールである MT, LV, NL)。

他の諸国は、このガイドをそのようなかたちでは使っていないが、自国のツールが同様の原則にしたがっていると強調している (NO, UK)。いくつかの国はこの文書を知らないことを認めている (FR)。

2.10 統計に関連した進展

委員会は[...]加盟国が、とりわけ欧州労働安全衛生機関が設立した情報ネットワークを通じて、国レベルで認定された職業病に関する統計及び疫学的データを委員会に送るとともに、関係者が利用できるようにするよう勧告する。

2003年以降に実施された統計的背景における

主要な進展にふれることは重要であり、それは、共同体の公衆衛生及び労働安全衛生統計に関する2008年12月16日の欧州議会及び評議会規則 (EC) 1338/2008が2008年に発効することである。http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:354:0070:0081:EN:PDF これは付録Vのなかで、そのうえにEUROSTATが統計的基礎を打ち立てる定義を示している。

「職業病の事例は、職業病の認定に責任を有する国の機関によって認定された事例と定義される。職業病事象及び職業病による死亡についてのデータが収集されなければならない。」

労働関連健康障害及び疾病は、労働条件によって引き起こされ、増悪または共同で引きこされる可能性のある健康障害及び疾病である。これには身体的及び心理社会的健康障害が含まれる。労働関連健康障害及び疾病の事例は、当局による認定に言及する必要はなく、関連データは欧州健康インタビュー調査 (EHIS) または他の社会調査などの既存の人口調査から収集されるべきである。

職業病の定義は、職業病勧告第2条で認められている自国の方針に関する加盟国の主権を反映したものである。共同体統計規則が何らかの職業病勧告の採択によって明確に支持され、将来の職業病統計の基礎を形成することが重要である。それがよりよい国及びEU規模の統計の基礎を形成することができるのに、各国報告が同規則に低いレベルの関心しか示していないようにみえるのは残念なことである。

各国報告は、2か国だけを除き (CY, MT)、信頼性は様々であるが認定された職業病に関する多かれ少なかれ信頼できるデータが各国について入手できることを示している。いくつかの諸国では、それらのデータは自国の言語で入手できるが、EUの主要言語ではない。疾病別の認定/疑われる職業病の請求に関するデータは、14か国で入手できる。

いくつかの理由のために、職業病の国の統計を比較することは困難である。

表6 2009年における職業病認定件数に関する統計

国/年	難聴	中皮腫	皮膚病	喘息	職業病合計	(被保険)労働者数
オーストリア (2009)	883	122	245	191	1,848	(AUVA):N=3,204,737
ベルギー (2010)	441	88	65	67	1,440	N=2,400,000
ブルガリア (2009)	7	0	0	1	116	N=2,696,109
キプロス (2009)	1	1	0	0	3	N(労働力人口)=390,500
チェコ共和国 (2009)	16	9	140	66	1,236	N=5,000,000
デンマーク (2010)*	1,153	87	1,696	記録されてない	5,169	N(2009)=2,831,100
エストニア (2010)	7	0	5	6	104	N(労働力人口)=668,290 N(被用者)=570,000
フィンランド (2009)	1,119	55(約)	443(約)	148(約) 呼吸器疾患	3,057	N=2,460,000
フランス (2009)	1,048	586	記録されてない	222労働関連 鼻炎/喘息	49,341	(CNAMTS)N(民間部門 被用者)=18,460,000
ドイツ (2009)	5,379	1,030	586/9,628**	508	16,078 /25,570**	(DGUV)N(民間及び公共 部門被用者)=38,500,000
ギリシャ (2003-2009)	記録されてない	記録されてない	9(接触性 皮膚炎)	2	19	(IKA-ETAM)N=1,850,673
ハンガリー (2010)	34	4	15	0	274	N(2009年被用者): 2,660,713
アイスランド (2009)	0	0	0	20	4	N=167,000
アイルランド (2009)	0	1	9	5	23	N=2,578,000
イタリア (2009)	2,636	875	372	137	12,551	INAILN(工業及び サービス業)=17,628,963
ラトヴィア (2009)	306	1	10	48	2,842	N=937,600
リトアニア (2010)	73	0	6	7	390	N=1,343,700
マルタ	労働関連災害についてのデータはあるが、職業病についてはない(2009年に12件の中皮腫事例)					
オランダ (2009)	4,619 報告件数	193 2010年 補償件数	189 報告件数	94 胸部及び呼吸 器障害報告件 数	9,856 職業病報告件 数	N(2010年被用者人口)= 7,400,000
ルウェー(雇用 社会福祉行政 登録2007年)	347	記録されてない	記録されてない	記録されてない	914	N(労働力人口)=2,100,000
ポーランド (2009)	261	17	104	52	3,146	N=14,037,200
ポルトガル (2009)	327	1	76	64	3,320	N=5,595,000
ルーマニア	統計はルーマニア語のみ					

欧州の職業病システム ②

国/年	難聴	中皮腫	皮膚病	喘息	職業病合計	(被保険)労働者数
スロバキア	統計はスロバキア語のみ、データ・アクセスには国立健康情報センターの許可が必要					
スロベニア (2010)	1	4	10	10	44	N=818,975
スペイン (2009)	1,415	16	1,136	283	16,850	N=15,680,700
スウェーデン	統計データの添付なし					
スイス (2009)	1,021	84	660	120	3,590	N=3,867,440
イギリス(2009 /2010)	210	1,900	70	130	6,780	N=23,700,000

* 出展:EUROGIP

** 最初の数字は職業病として公式に認定された件数、第二の数字は職業起因性は確認されたが、保険基準のすべては満たしていない事例に対応。後者の事例では、被保険者が増悪を予防できるようにする二次(個人)予防措置などの種類の給付が保険機関から支給される。

- ・職業病の数字は共通の現実を示してはいない。認定された件数(別表の大部分の統計)または報告された件数(労働災害職業病に対する特別の保険のない国の場合)である。
- ・職業病の過少報告の問題は国によって様々である。これは、認定の条件がすべての国でほとんど同じである疾病について、被保険人口に対する認定件数の比率によって、みることができる。実際、認定システム間の相違を取り除けば、各国間に最大の相違をもたらすのは報告慣行である(実際に疾病を報告する一般開業医や医学専門家の知識、報告システムの有効性、被災者の認定手続に対するモチベーション、など)。
- ・認定システム(及びとりわけ国のリスト及び診断、曝露の程度、なされた仕事等に関する認定基準の内容)が国によって著しく異なる。
- ・国の経済活動の特性(農業、工業、サービス業)もまた、報告及び認定される職業病の件数及び種類に影響を及ぼす。また、数字の下に横たわり、影響を及ぼす、哲学的及び文化的相違もあるかもしれない。

与えられた諸国における職業病の認定件数の低さを指摘することは、かかる職業病の不在の兆候でも、首尾よい予防の証明でもない。同様に、いくつかの国でよく確立された発見システム及び一般公衆に対する情報システムがしばしば、報告件数/認定件数の大きな増加を説明している。

にもかかわらず、将来の大きな傾向を抽出するのに、比較検討はなお有用である(中皮腫件数の最終的低減、RSI件数の増加、など)。また、この比較が警告及び必要な説明を伴っていることを条件に、欧州でもっとも頻度の高い疾病は何かを推定すること、または単純にいくつかの国における報告システムの機能上の問題点を診断することは可能である。

また、すべての国の職業病補償システムにおいて、認定の条件が相対的に同一のいくつかの疾病について比較検討することも有用である(例えばアスベスト粉じんによる中皮腫)。

最後に、納得のいくデータに基づいて比較及び議論をしようとするのであれば、(保険機関によって認定された事例をいう)認定データだけでなく認定請求に関するデータも入手すべきである。また、よりひろく、存在している場合には、各国の労働関連疾患報告システム(国で適用される保険の基準を考慮することなく、労働関連性が疑われる事例である)、がん登録、労働力人口調査、科学的調査研究及び分析、及び医学専門家から得られるデータも検討すべきである。このようにして、一連の統計を集めることによって、職業病及び労働関連疾患の件数、率及び傾向のより明確な見識を得て、取り組みの優先課題を確認する可能性を増やすことができる。

2.11 注意喚起に関連した進展

委員会は[...]加盟国が、とりわけそれら疾病についての知識及び診断の改善を目的に医療スタッフにおける注意を喚起することによって、職業病の予防における国の医療システムの積極的役割を促進するよう勧告する。

他の国では-別の機関である-職業医学監視システム-がその任務に対処し、予防においても重要な役割を果たしている一方で、いくつかの諸国では、国の医療システムが唯一職業病を発見することのできるものであるように思われる。前者の場合であっても、国の医療システムの注意を喚起することはきわめて有用である。

2003~2010年の期間に、大部分の諸国が注意喚起の取り組みを実施 (n=20) または計画 (n=2) している。労働安全衛生専門家のトレーニング (n=14)、一時医療提供者の資格認定 (n=9)、及び職業病に関する実際のガイダンスの発行 (n=10) がもっとも多く言及された取り組みであった。国レベルにおける注意喚起キャンペーンが、5か国で実施された。ある国(AT)では、中小企業に向けて、労働安全衛生に関する助言へのアクセスの奨励が行われた。これは、労働安全衛生専門家の貢献が不十分な活動領域における、革新的なアプローチとみなされるかもしれない。

ある国(LT)では、健康診断を行うために、医師は労働安全衛生トレーニングを受けなければならないものとされている。これもまた、一時医療提供者の認識を改善するための強力なツールとみなされるかもしれない。

2.12 結論

勧告の様々な諸国の職業病システムに対するインパクトを直接測定することは困難である。しかし、現在存在しているシステムの概観は、補償システムの、また職業病の報告及び記録システムについては一層の、大きな相違を示している。しかし、この不均質性は、リスク予防の優先課題においては、それほどはみられない。

現在及び近い将来予定されている変化の概観は、職業病分野における欧州の大きな多様性を示

表7 国別の2003~2010年の間に職業病予防における国の医療システムの積極的な役割を促進するためにとられた措置

回答	国
回答なしまたは不詳	CZ, DK, IT, MT, PT, RO
取り組みを計画	BE, GR
はい	AT, BG, CH, CY, DE, EE, FI, FR, HU, IS, IE, LV, LT, NL, NO, PL, SK, SI, SE, UK
例	
学生の医学教育	DB, DE, NL, NO, SE
労働安全衛生専門家のトレーニング	BE, BG, CH, DE, EE, FI, FR, HU, IE, LV, NL, SI, SE, UK
医療労働者向けの感染予防及び妊娠衛生のクイックチェック	NL
一般開業医、労働者の予防的医学検査を実施する医師及び労働医学サービスの医師のための職業病に関する実際のガイダンス	BE, BG, CH, CY, DE, FR, HU; IS, SE, UK
医師向けのオンライン情報	FR, HU
アスベスト曝露登録	AT
小企業向けの労働安全衛生助言の無料提供	AT, DE
テレビ・スポット広告、マスメディア	GR, PL
注意喚起キャンペーン	DE, LV, NO, PL, SE
ワクチン接種プログラム	SK

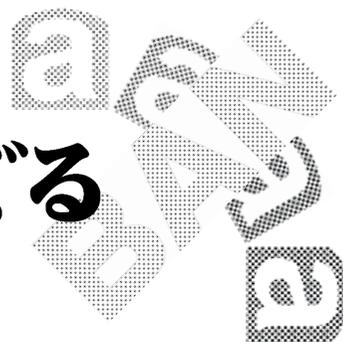
しており、それはとりわけ最近欧州連合に加盟した諸国にみられる。それらの多くの国では、勧告の付録I及びIIの職業病リストが有用な参考ツールであることが証明された。他方、職業病の予防、登録及び補償のシステムが古くから存在している諸国では、観察された変化は共通の欧州システムに向けて収束してはいないように思われる。

その職業病システムの成熟度及び効率性にかかわらず、すべての加盟国が、例えば過少報告、国の医療システムのすべての関係者における注意喚起の必要性、多原因疾患、及び新たなリスクを発見する困難など、同じ課題に直面してい



ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



アスベストの全面禁止だけがアスベスト関連疾患をなくす

Press Release, Finnish Institute of Occupational Health

アスベスト起因疾患は世界で毎年10万件の死を引き起こしている。フィンランドでは、この数字は100である。アスベストの新たな使用は、フィンランドを含む大部分の工業化諸国では禁止されている。しかし、多くの開発途上諸国ではいまなお一般に使用されている。アスベストが使用されている国では、疾病率は増加している。アスベスト関連疾患の監視及び調査に関する国際会議は、アスベストは世界中で禁止されるべきだと勧告する。

「アスベストの安全使用は存在しない」とフィンランド労働衛生研究所 (FIOH) 主任医師パヌ・オクサは思い出させる。

今日フィンランドで曝露が生じる可能性があるのは、古い建物を改築する際に適切にアスベスト除去が行われなかった場合だけである。アスベスト除去作業はライセンスの対象であり、特別の訓練を受けた者によってのみ行うことができる。除去作業が適切に行われれば、曝露のリスクはわずかである。

「アスベスト起因疾患の例外的事例は、不幸にもアスベストの微量でも有害な性質がいまなおフィンランドにおいてでさえ完全には理解されていないことを示している。曝露を避けるためには、防護と作

業指示が厳格に順守されなければならない」とオクサは強調する。

フィンランドでは毎年600人がアスベスト起因疾患を診断されている。これらのうち100～150はがんを発症している。もっとも多いアスベスト起因疾患は、肺癌、中皮腫、及び石綿肺である。中皮腫の世界的流行は毎年5%の率で増加している。

健康を経済に優先

その危険性にもかかわらず、毎年世界で約250万トンのアスベストが使用されている。とりわけ、その危険性が十分には知られておらず、人々が自らを適切に守る方法を必ずしも知っていない、開発途上諸国で使用されている。

「アスベスト関連死は、WHOが勧告しているように、アスベスト使用の禁止によって予防することのできるものである」と、日本の産業衛生大学の高橋謙教授は言う。

「開発途上諸国が、われわれが過去におかしたのと同じ間違いをしつつあるのを見るのは心が痛む。これは部分的には無知の問題であり、部分的には曝露と病気との間の20～50年の潜伏期間の

ために開発途上国がアスベストの危険性をまだ経験していないことによる」と彼は話す。

アスベストの輸出者は、アスベストの新たな使用の禁止によって欧州などの以前の市場を失ったために、いまやその販売を開発途上諸国に向けている。

「アスベストの危険性は北アメリカではよく知られており、その使用は厳格に規制されている。しかし、産業の利益が重みを持っている。例えば2012年にケベックでは、地方当局が20年間の操業を可能にする貸付補償を提供することによって、閉鎖されるべきカナダ最後の2つの鉱山の再開を決定した。幸運なことに、この決定は撤回されたが」と、トロント大学名誉教授のアンソニー・ミラーは述べた。

危険性低減に協力する世界の研究団体

人々の生命のために闘うひとつの道は、アスベスト曝露の評価とアスベスト起因疾患の診断のため

に使われることを意図した専門家による勧告文書であるヘルシンキ・クライテリアである。それは30人の専門家の熱心な協力によってアップデートされた。以下の4つの領域に焦点をあてている。

1. アスベスト関連肺がんのCTスクリーニング
2. アスベスト関連がんの診断及びフォローアップ
3. 新たなアスベスト関連疾患のエンティティ
4. 病理及びバイオマーカー

同文書とその勧告は、フィンランド・エスポーにおける2014年2月10-13日のアスベスト関連疾患の監視及び調査に関する国際会議で最後のチェックを受ける。その焦点領域及び勧告は本として、またFIOHウェブサイト上で電子的に出版される予定である。要約が2014年春出版のスカンジナビア労働環境衛生ジャーナルに掲載される。

※http://www.ttl.fi/en/press/Pages/press7_2014.aspx



アスベスト関連疾患の管理及び根絶に関するヘルシンキ宣言

Helsinki Declaration, 2014.2.13

2014年2月10-13日にフィンランド・エスポーで開催されたアスベスト関連疾患の監視及び調査に関する国際会議で採択

アスベスト関連疾患(ARDs)の監視及び調査に関する国際会議に参加したわれわれは、以下を宣言する。

1. 国際専門家グループによる2年間の準備プロセス及び2014年2月10-13日の最終会合によってアップデートされた2014年版コンセンサス・レポート:アスベスト、石綿肺、及びがん:診断及び特定のためのヘルシンキ・クライテリアは、ARDsの管理及び根絶のための手法に関する最新の情報を要約したものである。レポートは、ARDsの発見、診断及び特定のための計画及び実務に活用されるよう推奨される。

一次予防

2. 一次予防は、ARDsを根絶する唯一の有効な方法である。われわれは、あらゆる種類の既存アスベストの流通はもちろん、アスベストの採掘、加工、製造、何らかの物質または製品への含有、使用及び貿易の世界的禁止に対する支持を確認する。われわれは、世界的禁止の実行に向けた国際的共同行動を呼びかける。アスベストに対する安全な代替物質の入手可能性及び実現可能性に関する情報は、必要とするすべての者がアクセスできるようにされるべきである。
3. われわれは、既存の構造物(建設及び工業)及び社会インフラからのアスベストの除去及び廃棄物処理におけるリスクの予防及び労働者の有効な防護のための方針、規則及び慣行を要求する。また、産業災害、自然災害その他の災害な

ど重大な危険事態に生じる可能性のある曝露に対する備えも確保されるべきである。

4. 公共医療サービス及び労働安全衛生に関わるすべての専門家に、ARDSの予防、認識及び診断に関するトレーニングが提供されるべきである。建物の所有者や社会全体はもちろん、関係する当局、使用者及び労働者は、トレーニングを受け、アスベストの危険性、ARDSのリスク及びその予防と根絶について知らされていなければならない。

規則

5. 現在及び以前の職業のなかでアスベストに曝露する/した労働者を把握するために、潜在的アスベスト曝露の監視が構築されるべきである。関係当局は、アスベスト曝露労働者、その職業、雇用部門及び曝露歴の系統的登録を確保すべきである。個人情報登録及び記録の保存のための適切な規則及びグッドプラクティスが遵守されるべきである。
6. 多くの諸国で、アスベスト曝露労働者の健康調査が法律によって定められている。ARDSの長い(50年を超えるものもある)潜伏期間を考慮して、曝露が終わったのちも、また職を変えたり退職した労働者においても、健康監視が継続されるべきである。曝露労働者は監視の性格及び目的について十分に知らされる必要がある。それが労働者に何らかの費用または所得の喪失をもたらしてはならない。健康監視データの記録は、良好なデータ保護慣行の規則及びガイドラインにしたがって整理され、適切な期間保存されるべきである。

健康調査及び診断

7. 医学的、法的及び社会的理由から、ARDSは、疾病発症の可能な限り早い段階において診断されるべきである。これは、疾病及び障害に対する補償はもちろん、インフルエンザや肺炎球菌感染症に対する免疫などの適用可能な予防及び治療機会の適切な活用、及びアスベストの健康に対する悪影響の最小化のために重要である。生物医学研究及び技術においてなしとげられつつある進歩は、より早期の疾病の発見及び

管理のためのより感度のよい、信頼できる手法により機会を提供している。

8. 新たな科学的証拠は、喫煙に関連した肺がんのリスクの高い者をスクリーニングすることの健康上の利益に対する支持を提供している。かかるスクリーニング・プログラムはまた、アスベスト曝露歴のある労働者にも推奨される。スクリーニングは、肺がん死亡率の評価のできる、継続的品質管理をともなった組織的スクリーニング・プログラムのなかで実施されるべきである。

登録

9. ARDsに関するデータの系統的収集は、十分な情報に基づいた労働衛生方針、予防及び治療の慣行、及びARDSの補償にとって重要である。診断されたARDSは、国際的ガイダンス(ILO実施基準、ICD11)に基づき、国の法律及び慣行にしたがって報告及び登録されるべきである。研究及び協力
10. アスベスト曝露の分布及びレベル、アスベスト関連がんの発生に関する疫学的研究、早期診断手法のさらなる開発、及びアスベスト関連疾患の経済的評価に関して、一層の研究がなお必要である。フォローアップ、アスベスト関連疾患のスクリーニング、及び世界的アスベスト疾患の流行の予防及び管理のための研究における国際協力が必要とされている。

アスベスト関連疾患の流行が開発途上諸国で繰り返されるのを防ぐためには、新たなアスベストの使用をやめることが不可欠である。世界保健機関(WHO)、国際労働機関(ILO)及び国際労働衛生委員会(ICOH)によって導かれているように、すべての国におけるアスベストの世界的禁止の拡張及び実施、及び現在曝露している労働者の防護のために、われわれ自身が全力をささげるとともに、労働安全衛生、環境及び公衆衛生に係るすべての科学的及び専門的団体、政府間及び非政府組織に力を合わせるよう呼びかける。



アスベスト関連疾患の監視及び調査に関する
国際会議組織委員会委員長 Harri Vainio
国際労働衛生委員会会長 小木和孝

いわき市平薄磯③

柚岡明彦

花束を持った女性がいた。

声をかけると、いわき市平薄磯の海岸から7～8キロ内陸側にある馬目抄子さん(31)だった。2011年4月2日、津波でめちゃくちゃになった薄磯の集落を歩いていた。

いわき市郷ヶ丘に住んでいる馬目さんの家族にとって、ここ薄磯で海水浴をするのが夏の定番だったという。

「この海といっしょに育ったようなものです。ここは波もいいと有名で、夏になると関東からもたくさんサーファーが来ていました。みんな路上駐車をして泳ぐので駐車禁止ってのがいっぱい書いてありました。サーフショップもたくさん並んでいて」

鈴木文子さん(67)は薄磯集落の住民だ。3月11日は自宅2階にいた。揺れがおさまるとほぼ同時に家の外に駆けでた。家の近くを流れる川のブロックが崩れ落ちた。津波が来るなんてことは頭にまったく無かった。自宅から十数キロには防災無線のポールがたっていたが、そこから何かが聞こえた覚えもなかった。「何しているの。危ないから避難しなさい」と集落内にある中学校の教頭先生から声をかけられ、やはり集落内にある豊間小学校へあわてて逃げた。海水は校庭まで入ってきた。逃げろと声をかけてくれた教頭先生は「命の恩人だ」と言う。

鈴木さんは、薄磯集落から北へ十数キロにある四倉町の出身だ。1966年にいわき市に吸収合併された町だ。漁師だった夫と1971年に結婚。結婚後に夫は船をおり、薄磯集落にあるカマボコ工場で働いていた。鈴木さん自身も38年間、集落内の別のカマボコ工場で働いていた。父博さん(67)、母タイ子さん(61)、長女美空ちゃん(4)を津波でなくした鈴木政貴さん(33)＝前号と前々号を参照＝は同僚だった。夫が3年前に亡くなってからは鈴木さんはひとり暮らしだった。

「ヒラメ、スズキ、イナダ(ブリの幼魚)と磯のものは何でもおいしかったですねえ。夫が取ってくる魚を



隣近所に配るのが楽しみだったんですよ。魚がいやになるほど取れるんです。しまいには配るだけで疲れ果ててしまっただけ」

自宅の前は海水浴場。海の家がたちならぶ夏のにぎやかさが好きだった。

鈴木静子さん(74)が語る薄磯集落の風景も豊かだ。

地震の時は家で裁縫をしていた。揺れたときは柱にしがみついた。表に出たときもまだ揺れていたのではばらく駐車場にいた。揺れが収まると夫が様子を見に家の外へ出た。夫はこの集落の男たちがほとんどそうであったように北洋サケ・マス漁の船乗りだった。その夫が海側の人から「津波が来るぞー」と聞いた。鈴木さんは夫へ「裏さ回ってガスの元栓を閉めてよ」と言った。夫は「財布だけを持って出る」と言った。鈴木さんは倒れた茶たんすを起こして手提げを引っ張り出した。この時にはもう海水が自宅の前まで迫っていた。自宅の裏へ回ったが、ブロックが倒れていて裸足では越えられなかったため、脇の通路を通って夫と合流。2人で避難した。もう夕方になっていた。夫婦とも腰から下は水だらけになった。

鈴木さん夫婦は3年前までの三十数年間、集落の中で民宿を営んでいた。関東から来る海水浴客らに新鮮な魚を提供し、冬はアンコウ鍋が自慢だった。



民宿「鈴亀」を運営している塩屋崎薄磯観光組合長の鈴木幸長さん

やはり薄磯集落のなかで民宿「鈴亀」を運営している塩屋崎薄磯観光組合長の鈴木幸長さん(58)も元は船乗りだった。北洋のサケとマスを20年以上追っていたが、漁が廃れてからは「鈴亀」の経営を父親から継いだ。

「ここは塩屋崎灯台を挟んで両方に10軒ずつ民宿があります。灯台の沖で取れるヒラメ、タイ、イカ、タコ。冬はアンコウ鍋。一年中観光地のようなところでした」



薄磯集落で取材を始めて2日目の4月3日午前11時24分、小高い場所にある薄井神社を私は訪れた。ここからは集落全体を見わたせる。ウグイスの声が盛んに聞こえる。チリチリリ、キュキュキュキュと鳴く鳥の種類はなんだろう。浜からは波の音。

このおだやかな薄磯集落に、2011年3月11日の津波はどのようにして襲いかかったのだろうか。神社へ向かう途中で出会った初老の男性は「昨日までここらへんの遺体処理は終わったかな。見つからないのは15人ぐらいか。見つからないのは海に流されたのかなあ」と話していた。

斎藤郁子さん(69)は、しばらく薄磯集落の外で暮らしていたが、結婚して長男が中学1年生になった時に、集落にある両親の土地を譲ってもらい、再び薄磯暮らしをしていた。3月11日は長男は南相馬市にいて無事だった。

自宅の茶の間でテレビを見ていたときだった。ダウンという大きな揺れに襲われた。家電製品のプラグを抜く気持ちの余裕はあった。ほうようにして家

の外に出た。周りの数軒が倒れていた。揺れが収まるのを待って道路に出た。

集まった近所の人と海を見た。水平線が真っ白になっていた。「なんだべ」「津波かな」と言い合った。すると別の近所の人が「避難して」「津波が来るから上がって」と声をかけてきた。斎藤さんらは自宅のすぐ後ろにある忠魂碑が立つ高台にのぼった。

そこから津波の一部始終を見た。

1回目の津波は小さくて堤防にぶつかって消えた。

2回目の津波が集落の一部の民家、たぶん薄磯公民館があるあたりを、いっきにぶち壊した。波しびきが白い煙のようにも見えた。

3回目に押し寄せた津波は薄磯集落全体を襲った。

そうではなくて、第2波が集落全体に攻め込んだのだ、という人もいる。第5波まであったという住民もいたし、第6波もあったと語った住民もいる。

自宅前のがれきを掘り起こしていた鈴木惣一さん(72)にも当時の話を聞いた。「ああ、いまは仏壇の両親の位牌を探しているんだが、がれきの中からはなかなか見つかないだべ。いよいよのときはお寺さんに行って新しいの作ってもらうしかないね」

鈴木さんの自宅は、地震には持ちこたえたものの津波で破壊された。地震直後、鈴木さんは自宅のそばにいた。妻は近所の人と、この家はつぶれている、あそこの家は大丈夫だったと語り合っていた。

鈴木さんによると、やはり1回目の津波は「大したことがなかった」。海岸沿いの堤防を越えなかったという。

ただその時、妻が「なんか水面がおかしいな」と口にしたことを覚えている。ほぼ同時に赤い車が薄磯の集落を走り回っていて「大津波が来るからすぐに逃げろ」と叫んでいた。それを聞いて鈴木さんは裏山へ向かった。自宅の割れたガラスを片付けていた妻は「津波なんか来ないからお前ひとり逃げろ」と言った。

2回目の津波は、まず、海面が真っ黒になり、そのまま堤防より高くなった。波の先端が民家と3台の車をのみこんだのが見えた。ゴーという音とバリバリと



浜辺で防災無線放送を聞いた5人(後列左から時計回りで青木俊英さん、根本慎也さん、柳沼知明さん、久保木正樹さん、大原隆太さん)

家屋を押しつぶす音がごっちゃになって聞こえた。
「津波が3回、4回と来たかどうかは分からないけれど、2回来たのははっきりしている。早いよ、津波が来るのは。足が悪い人ならば巻き込まれるよ」
波が引いたあと、鈴木さんは腰まで水につかりながら後山から降り、棒で深いところと浅いところを確かめながら、妻の救助に向かった。サンダルをはいていたはずだったがいつの間にか裸足になっていた。幸い妻は無事だった。気がつけば雪が降っていた。
薄磯集落の北のはずれから黒煙がのぼっていたと証言する人もいる。これは、集落の別の場所にあった一軒家がガス爆発を起こして2晩燃え続けたときの煙だという説明もあった。
高台からは全体がほぼ一望できるちいさな薄磯集落だが、その住民は3月11日、混乱の極みに突き落とされていた。そのことが、証言それぞれが矛盾しているというよりもひとつの焦点に集約していかない理由のひとつなのだろう。



取材を進める過程で、地震発生直後にテレビのスイッチを切り、電気ショートによる火事の発生を恐れて家中のプラグを抜いた斎藤郁子さんのように、対策を取った人は少なくないことが分かった。別の住民は家中の窓を開けた。余震で家が傾いたら扉が開けられなくなるかもしれない、そうすると外に脱出できなくなるからと判断したからだった。

住民の多くは、防災無線の放送がなかったとふり返る。しかし、薄磯集落に二つあるスピーカーは避難を呼びかけていた。管理会社の記録も残ってい

る。

証言もある。根本慎也さん(15)、柳沼知明さん(15)、久保木正樹さん(15)、大原隆太さん(15)、青木俊英さん(14)の5人だ。みんな集落内にある豊間小学校の卒業生で、3月11日はたまたま防災無線スピーカーがある浜辺でサッカーをしていた。地震の直後に浜辺に座り込んだ5人は「大津波警報が発令されました」という地震直後の放送を聞いていた。サイレンの音も聞いたという。

それなのになぜ、これほどまで多くの人が逃げ遅れてしまったのだろうか。

ここまで話を聞いた人の言葉にもう一度、耳を傾けてみたい。

鈴木文子さん「第2波がすごかったということです。大事なものを取りに行った人、年配の人が逃げ遅れたと聞きました。ばあちゃんの手を引いていて逃げる途中でそのまま流された人もいました」。鈴木さん自身は津波警報に接した記憶はない。

鈴木政貴さん「この町のみんなが『津波なんて来ない』と話していた。テレビで警報が出ても、防災無線スピーカーが鳴っても、これまで避難する人はいなかった。チリ地震(1960年5月に発生した巨大地震。太平洋を伝ってきた津波はほぼ1日後、日本の太平洋沿岸部に襲来し、各地に被害をもたらした)を経験した祖父の世代も、『津波が来たとしても20%とか50%のものだ』と話していました。津波が来るなんて誰も信じていませんでした」

鈴木静子さん「この年で初めて経験した。みんな津波のことを甘く見ちゃっていたんだね」

鈴木幸長さん「地震の後、十数人が海辺へ『津波見学』に行っていました。たくさんのお年寄りが海沿いにある堤防の所へ見に行っていたと言う人もいます」

避難を呼びかける放送があったのか無かったのか、それは聞こえたのか聞こえなかったのか。そういう問題の前に、「津波は来ない」という言い伝えが薄磯集落ではなかば定説化している実態があった。(この頁つづく)



「超硬合金肺」被害で損償提訴

大阪●府下の超硬合金工具製造会社

大阪府在住の42歳の男性Hさんは、N社（大阪府）に2000年に入社。アルバイト期間を経て、正社員として超硬合金や焼結ダイヤモンド（PCD）を使用したドリル等切削工具の研削加工作業に従事してきた。

ところが、2011年5月、じん肺管理区分「管理4」<著しい呼吸機能障害により要療養>とのじん肺管理区分決定を受けるほどに呼吸機能が悪化し、同6月以降、労災休業を余儀なくされた。

Hさんの病気は、いわゆる「超硬合金肺」。

超硬合金肺については例えば、「超硬合金肺：タングステン、コバルト、ニッケル等を含む超硬合金の粉じんを吸入することにより発症する肺病変で、超硬合金製造工場、超硬合金工具の切削研磨作業所、ダイヤモンド工具製作所などで発生する。肺の病理組織像は巨細胞性間質性肺炎（GIP）が特徴と言われているが、これまでGIP所見の乏しい症例も報告されている。われわれが経験した症例もGIP所見の程度は弱かった。本疾患の発病機序はまだ不明で、慢性過敏性肺炎のようなアレルギー機序も考えられている」（http://www.research12.jp/22_jinpai/04。

html：労働者健康福祉機構サイト）と説明されている。

原因は、なすびき粉じん発生防止対策、ばく露防止対策を怠ったN社にあることは明らかであるので、Hさんは同社に労災補償の上積み補償を行うように要求した。

ところが、N社は責任をまったく認めなかったため、やむを得ず2013年5月、Hさんは8,800万円の損害賠償を求めて大阪地裁に提訴した（代理人は位田浩弁護士）。

これに対してN社は「粉じんは発生していなかった」「超硬合金成分が含まれたミストは粉じんではない」「これまでこのような肺疾患は発生していない」などと全面的に争う姿勢を示している。

ちなみに、超硬合金による肺疾患については、いわゆる「職業病リスト」（労働基準法施行規則別表第1の2）の「10 前各号に掲げるもののほか、厚生労働大臣の指定する疾病」の3疾病のうちのひとつとして、次のように掲載されている。

- 1 超硬合金の粉じんを飛散する場所における業務による気管支肺疾患
- 2 亜鉛黄又は黄鉛を製造する工程における業務による肺

がん

3 ジアニシジンにさらされる業務による尿路系腫瘍

そしてこの、「1 超硬合金の粉じんを飛散する場所における業務による気管支肺疾患」については、労災認定基準が次のように通達で示されている。

○超硬合金の粉じんを飛散する場所における業務による気管支肺疾患（昭和56年2月2日付け労働省告示第7号第1号）

（要旨）

超硬合金の粉じんさらされる環境下において業務に従事することにより発生する気管支肺疾患を業務上の疾病として定めたものである。

（解説）

- (1) 「超硬合金」とは、炭化タングステン等とコバルトを混合し、焼結して得られる合金をいい、切削工具の刃先、ダイス等に使用される。
- (2) 「超硬合金の粉じん」とは、超硬合金を製造する工程において発生する粉じん、その成分は炭火タングステン等の金属炭化物（炭化タングステンの他に、その用途により、炭化チタン、炭化タンタル等が添加されることがある。）とコバルトとが混合したものである。なお、超硬合金を研磨する工程において発生する粉じんも、同成分である限り、これに該当する。
- (3) 「飛散する場所における業務」としては、炭化タングステン等の金属炭化物とコバルトを

混合する業務、超硬合金組成粒を加圧し半焼結したものを成型加工する業務、焼結後の超硬合金を研磨する業務等がある。

なお、超硬合金工具等を用いて金属等の切削、加工等を行う業務では、超硬合金の粉じんが飛散するおそれはまずないものと考えられる。

(4) 「気管支肺疾患」には、次の2つの型が認められている。

イ 間質性肺疾患

初期の段階での特徴は、咳、労作時の呼吸困難及び心悸亢進で、進行した症例では肺基底部にラ音(注1)が聴取され、又バチ指(注2)が見られる。この進行した段階では、間質性肺線維症へと進展することがあり、胸部エックス線像及び肺機能検査からは、「じん肺」に似た臨床像が見られる。

ロ 外因性の喘息様気管支炎

感作型(主にアレルギー性)の喘鳴を伴う咳の発作が偶発的に発生するもので、作業から離脱すると軽快し、作業に復帰すると再発する。

(注1) ラ音:気管、気管支、肺胞又は肺空洞内に分泌物や血液等が停滞し、空気と混じって気泡を作りあるいは潰れるとき等に発する音で、吸気時に聴こえることが多い。

(注2) バチ指:心臓疾患、胸部臓器疾患等においてみられる手指末端の肥大

したがって、N社でHさんが

行ったような作業で発生する超硬合金粉じんが、きわめて有害なものであることは、どんなに遅くとも、通達が出された1981年には、誰にとっても、明白だったといえる。つまり、N社の「言い分」は寝言と言ってもいいのではないだろうか。

Hさんは当初関西労働者安全センターに相談してこられた。そし

て、どうも同様の被害がほかでも発生している状況のようなのだ。

これまであまり注目されてこなかった職業性疾患である超硬合金肺被害の責任を問うHさんの裁判は、わが国でも初めてとみられる。安全センターとして、今後とも積極的に支援していくこと



とにしている。
(関西労働者安全センター)

マグロ漁船の外国人技能実習生

宮崎●日本治療期間分休業補償支給

2013年12月中旬、マグロはえ縄漁船内で同僚に腕を折られた外国人漁業技能実習生の休業補償給付について支給決定された(経緯は本誌2013年11月号61頁参照)。宮崎県の日向市漁協に所属する事業主に対する聞き取り部分は明らかではないが、事故の発生は認めたらしく、まずは日本で治療した期間である約20日分に対して休業補償給付が支払われた。今後は、本国で療養している期間に対する休業補償給付請求と、本国医療機関で受けた療養の費用に対する請求を行う予定である。

インターネット時代であるため被災者が本国に帰国しても情報のやり取りは行いやすくなったが、医師の悪筆はどうやら万国共通のようで、何が書かれているのかさっぱりわからない。メールで本人に尋ねても、「僕も読めま

せん」という回答である。持てる力をすべて注ぎ込んで解説にあたらなくてはならなくなってきた。

さて、休業補償が認められたが、船員であるため船員保険からも休業手当金が支給される。労災保険からの給付基礎日額の60%にあたる休業補償が支給され、残り40%分を船員保険が補償する仕組みになっているのである。その手続きも併せて行っていく必要があるが、被災者の賃金が非常に低い。1か月の賃金の内訳が、

基本手当 70,000円

航海手当 40,320円

その他手当 5,380円

となっており、合計しても11万5,700円にしかならない。当然、給付基礎日額も3,773円と低額で労災の最低限度額の適用となりそうだ。漁船に乗り、昼も夜もない就労でありながら、ここまで低いと

ということがあるだろうか。社団法人日本水産会の発行する「外国人漁業技能実習の手引き」によると、「日本人と同等の給与水準を保障し、かつ、最低賃金法で定める基準を下回らない金額でなければなりません。技能実習生の最低賃金は社団法人日本水産会と全日本海員組合との中央協定で定められた最低基準を使用してください」とあることから、この金額が労使協定上の最低基準であると思われる。しかし、こんな額でわが国の若年労働者が働こうとするはずがない。最近では漁業就業フェアも活発に行い、「悩む前に、来ればいい」とコピーを付けている、誰だって悩むぞ、こんな条件では!

さて、この低賃金について管轄の延岡労働基準監督署に尋ねてみると、よっぽどでたらめでない限りは提出された資料を元に給付基礎日額を決定するという。さらに安全衛生について言えば、船上における事故であるため、監督署の安全や監督の対象にならないらしい。となれば、労災隠しも横行するのではないだろうか。日向市漁協の担当者は、今回の事故処理を「私たちのミス」と表現した。しかし、手の骨にひびが入った労働者を働かせた挙句、同僚が故意に骨折させ、労災隠しをしてろくに治療も受けさせずに帰国させたのであるから、ミスではなく犯罪である。

はえ縄漁は危険度の高い漁であり、何十kmも縄を張ることがあるという。このため縄が他船と交差して転覆を引き起こす可能性も

高い。救命筏やライフジャケットの常備などされていないことから、この漁協に所属する漁船では技能実習生だけではなく日本人船員からも多くの行方不明者を出し

ている。これ以上の犠牲者を出さないためにも、一度漁協と話をしに行くことにする。



(関西労働者安全センター)

中国出身のYさんの損害賠償 神奈川●ユニオン加入し団体交渉で合意

大手建設会社の現場で解体作業に従事していたYさんは、2011年4月に他社の労働者が乱暴に扱ったパイプで右腕を強打され、「右肘関節内粉碎骨折」などの大けがを負った。「中国残留孤児」の親族で、中国出身のYさんは、ほとんど日本語ができない。息子さんが病院や会社、労働基準監督署とのやりとりも一緒に行っていたのだが、例えば労災関係の書類もなかなか送ってこられなかったりした。手術やリハビリを経て、そろそろ治療も終わる見込みとなった2012年秋、補償や将来の生活に不安を感じ、自治体の相談機関に相談、神奈川労災職業病センターを紹介された。

早速、労働基準監督署に事情を聞いたが、担当職員の対応は極めて事務的で不親切。何度も息子さんが連絡をしているはずなのに、Yさんが中国語しかできないことも知らないし、労災の書類が半年ぐらいたまもて遅れて請求があることも特段気にしていない様子で、「うちは書類があ

がってこないと何もできませんから」と平然と言う。休業が長期にわたり症状固定も近くなれば、監督署の立場からも被災労働者の状態を適切に把握する必要があるはずではないかと、労災課長に抗議をして、改善を求めた。

事故やその後の経過と請負関係が複雑だったこともあり、Yさんは、よこはまシティユニオンに加入し、団体交渉を要求した。団体交渉には関係4社が一堂に会した。元請会社の担当者は、Yさんの休業が長期にわたっているにもかかわらず、事務的に対応しているだけで、Yさんを雇用している会社から何も言うてこなければ放置してきたことがわかった。雇用主にしてみれば、応援で労働者を現場に行かせた自分の責任もゼロではないとはいえ、元請や他の業者の責任が大きいという認識だったようだ。

2013年2月に症状固定となり、同年5月には障害10級と認定された。ユニオンは会社と団体交渉や事務折衝を繰り返し、12月に会社らが1,050万円を支払うこと

で解決に合意した。1996年の来日以来、ずっと工場や建設現場で働いてきたYさんにとっては、右腕を使えない状態の賠償として

は決して多額とは言い難いが、話し合いによる早期解決を



選択した。
(神奈川労災職業病センター)

過酸化水素水による喘息等の症状

東京●食品工場のヨーグルト滅菌工程で

過酸化水素水 (H_2O_2) は、オキシフルという名称で消毒薬として幅広く用いられている。これは、濃度が2.5~3.5%のものだが、10%以上のは皮膚・粘膜に腐食性を示すといわれ、最近10年でも工場内で垂れ流し蒸気を吸引した、手に触れて皮膚炎が出たなどの労災事例が報告されている。

2012年11月に東京労働安全衛生センターを訪れたKさん(36歳)は、ヨーグルト容器の無菌充填包装工程で30%以上の過酸化水素水に曝露している疑いがあった。Kさんはもともと気管支が弱く、扁桃腺を20代前半に摘出していた。しかし、その後は際立った呼吸器の症状はなかった。29歳で、群馬県にある食品工場に就職し、無菌充填包装を担当していた。牛乳パックやヨーグルト容器に製品を詰める時、雑菌がいると大きな問題になる。そのため、瞬間的に容器を殺菌する技術が開発されていて、そのひとつに過酸化水素水(30%以上の高濃度)を容器内に吹き付ける方法がある。過酸化水素

水は、短時間で蒸発してしまうので、滅菌も出来て滅菌液も残らないという利点がある。

2011年9月にKさんは、新しい無菌充填包装工程立ち上げ要員に抜擢された。新充填工程では、35%の H_2O_2 がノズルから噴霧されて、ヨーグルト容器の滅菌を行うが、立ち上げ時には様々なトラブルが発生した。不具合が発生するたびに充填機内にもぐりこんで調整を行っていた。新しい工程に配属直後の9月から眼がしみるようになり、その後咳と胸の違和感が強まり、休日でも快復しなくなった。Kさんは風邪による症状と考えていたが、症状が軽快しないので12月に近医に受診したが、回復しなかった。

2012年1月、呼吸器疾患専門病院を受診したところ、ぜんそくの症状が出ていると言われ、喘息予防薬を処方された。それを飲むと数日は快方に向かったものの、またぶりかえてしまった。病院の先生も首をかきげたが、Kさんの症状は悪化し、2月になると会社を休むこともあった。2月の半ば、病院の先生に「私は過酸化

水素水の滅菌工程で働いています」と何気なく話したところ、先生が「それだ!!」と言って、「このままでは命に影響するかもしれないから、すぐに職場を離れる必要がある」と、職場転換を含めた診断書を書いた。

これを会社に見せたところ、上司は「人員が足りないから厳しい」、産業医からは「このままでは問題だ、次回の工場訪問の時に対策を講ずる」と言われたが、その後、直接的な指導はなかった。

しかし上司は、診断書を元にKさんを充填工程から包装ラインに配置転換した。充填工程では、包装ラインとの間に壁がなく臭気が漂ってきて、症状は増悪するばかりだった。その後品質管理にも移動したが、様々な薬品があり、身体が過敏に反応するようになっていたKさんには厳しい状態となった。無理をして作業にしていたが帰宅途上に激しい咳と胸痛にみまわれる日が続いた。2月から4月にかけて有給休暇を利用し10日程度休んだ。5月になって排水プラントへの配属も行ったが、排液の臭気でいたたまれなくなった。

Kさんは5月末日で会社を退職し、会社の守衛所を管理していた会社に再就職したが、タンクローリーなどの出入り、会社の臭気だけで体調がおかしくなる状態だった。警備会社は、Kさんの体調を配慮し、化学物質の臭気のない、自治体の警備へと彼を配置転換した。

2012年夏、化学物質過敏症という病気があることをネットで知っ

たKさんは、過敏症の支援センターに電話し、そのアドバイスでセンターにたどりついた。東京安全センターで、Kさんは自分の症状が「過酸化水素水によるもの」であることを再認識し、労災申請を決意した。幸いなことに、会社も病院も労災申請に協力的だった。労災調査は長引いたが、2013年9月末、2012年1月の診療分から労災になる決定通知が、K

さんのもとに届いた。

Kさんは、何とか今の職場で働いているが、たばこ、香水等の強い臭気では体調を崩す。薬も常用しており、外出時にはマスクがかかせない。「向こう10年は、この症状は治らない、一生ものになるかもしれない」と主治医の先生からは言われている。



(東京労働安全衛生センター)

6名のほか、中皮腫、肺がんなどの患者、家族からの相談が7件あり、相談会のあと支援活動をはじめた。アスベスト被害者が孤立したり、相談先が乏しかったり、認定への道筋がついていなかったりといったことが普通にあって、こうした相談・掘り起こし活動を継続し、広げていく事は私たちの大切な役割だということを、改めて実感した。

今回は26日に行われたアスベストユニオン年次大会に集まったユニオン関係者などの協力をいただいた。

2月11日、患者と家族の会尼崎支部事務所での家族の会全国世話人会に野村さん、片山さんも参加、4月下旬に「北陸支部」の立ち上げの集いを行うことを決めた。家族の会では、北陸の会員はじめ会全体で北陸支部のスタートを成功させたいとしている。安全センターとしても、全面的に協力することにしている。

(関西労働者安全センター)

北陸対象ホットライン・相談会

福井●患者と家族の会北陸支部立ち上げへ

1月25日、中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会による「北陸アスベスト被害ホットライン・相談会」が行われた。

実施に先立って、1月15・16日に富山、石川、福井の各県庁で記者会見を行い、会員の片山千代栄さん(夫・敏彦さんを、20歳前に3年ほどやった電気工事がもとの胸膜中皮腫で1998年に51歳で亡くされた)、野村美雪さん(夫・光弘さんを、大学時代に3年間アルバイトでやった石膏ボード施工工事がもとの胸膜中皮腫で、去年47歳で亡くされた)、会長の古川和子さんが会見で「北陸の石綿被害者の役に立ちたい」と訴えた(表紙写真)。

そのかいあって、地元の北日本新聞、北國新聞、福井新聞、各全国紙、NHK、民放に事前と相談会当日に報道してもらうこ

ができた。

25日の相談会当日、会場の富山県中小企業研修センターには11件の相談者が訪れた。この方々を含めて、全体で23件の相談がよせられた。その中には、石綿健康管理手帳を持っている方

地域ニュース 2014年(平成26年)1月16日 木曜日 日七 日 本 幾斤 厚里



夫の遺影を抱きながら、石綿被害者の相談を呼び掛ける野村さん(県庁)

1.相談費無
り070-6503-540

中皮腫や肺がんを引き起こすアスベスト(石綿)被害について、東京に本部を置く被害者団体が25日、北陸初の相談会を富山市内開く。電話相談も始めた。2013年1月、胸膜中皮腫で夫を亡くした南砺市の野村美雪さん(49)が同団体に相談したのを機に、相談会を開いた。野村さんは、患者、家族が分かることが大事。ぜひ相談をと呼ぶ。被害者団体(中皮腫・アスベスト)に含まれる石綿の粉じんを吸い込んだのが原因だ。古川和子会長(66)と野村さん(49)が同団体に相談した。夫は被害者支援や治療の情報が得るのに苦しんだ。野村さんは夫の天会社員だ。ほか、12年3月に労災認定を受けたものの、現行制度は粉じんを吸った当時の年齢や職種を基に補償額が異なるため生活にも困ったという。新聞はまだまだ多い。話し相談会開催を決めた野村さん(49)は同じ体験を持った患者、家族が語り合おうと心のケアにもなる。相談会を呼び掛けている。相談会は25日午前9時~午後5時。富山市赤江町の県中小企業研修センターで開く。電話相談は時受け付けており070-6503-540

富山で石綿被害相談会

25日南砺の遺族働き掛け

「自然由来のアスベスト」調査

北海道●音威子府トンネル工事現地訪問

2013年6月27日、北海道音威子府の芦川さんから私にメールが届いた。

「自宅のそばでバイパスのトンネル工事が行われているのですが、そこから出る大量の蛇紋岩の掘削ズリが野積みされている。この問題で北海道開発局とちょっとしたやり取りがあり、今度、7月10日に村内で工事説明会が開かれることになりました」という内容だった。

蛇紋岩はアスベストのクリソタイルを含む可能性のある鉱物で、音威子府の幌加内トンネル工事の際に蛇紋岩層にトンネルを穿ち、大量の蛇紋岩の掘削ズリが、芦川さんの自宅のそばに文字通り山積され、放置されている。芦川さんのメールは、そこからアスベスト粉じんが発生しているのではないかという不安と、工事を発注している開発局との交渉経過の、これが最初の報告であった。

芦川さんは、以前江東区に住み、私と同じ築地市場で働き、職場は違ってはいたものの市場内の同じ労働組合員だった。19年前に子供さんの山村留学をきっかけに音威子府に移り住んでいる。芦川さんが築地市場にいたころから、労組の課題として、ともに市

場内のアスベスト問題に取り組んだ経緯があった。1991年には、東京労働安全衛生センターの飯田さんに築地市場に来てもらって、アスベストについての築地市場内での学習会を開いたことがあった。

芦川さんは北海道開発局とていねいな交渉を行い、トンネル工事の詳細な情報を入手してきた。その後、掘削ズリのサンプルを東京センターに送り、外山さんに分析してもらったところ、繊維状のクリソタイルを含むおそれがあるということであった。

2013年7月から、東京センターの粉じん濃度測定器を芦川さん宅へ送り、自宅でアスベスト粉じん濃度を計測し、フィルターを東京へ送って濃度監視を続けている。

アスベストに関する問題は、過去のアスベスト製品製造工場で働いた労働者、その工場周辺の住民被害、造船・建設労働者や石綿水道管敷設労働者、また、建物解体工事関連の労働者など、そもそもの鉱物からアスベストを取り出したあと製品化されたものや建材、それらが使用された建物からの被害が中心課題だった。しかし、さいたま市の再生砕石問題や、土壤中に存在するア

スベストに係る訴訟などが報告され、新たに「自然由来のアスベスト」の発生が報告されている。

これらの土壤中のアスベストや自然由来のアスベストについて、過去の被害状況も調査されておらず、トンネル工事などに伴うアスベスト粉じんの対策について法律上の規制や取り扱いのマニュアルなども示されていない。トンネル工事では、蛇紋岩の鉱脈を削り出す際のアスベスト粉じん対策はどのようになされてきたのか、掘り出された掘削ズリは、どこにどのように処理されてきたのかを調査する必要がある。

2013年10月12日から16日まで、元愛知教育大教授の久永直見先生、東京安全センター外山尚紀さん、アスベストセンター名取雄司さん、永倉が音威子府を訪れ、芦川さんの案内で幌加内トンネル工事現場周辺の現地調査を行った。トンネル掘削の工事現場は、芦川さん宅から500メートルほどのところにトンネルの入り口があり、そこから掘り出された大量の掘削ズリは、芦川さん宅のすぐ隣に山のごとく積み上げられていた。芦川さんの指摘によって開発局は、ズリ山からの粉じん飛散防止のための薬剤を大量にその表面に噴霧し、ズリ山は緑色をなしていた。いかにも人工的な毒々しい色合いである。もう一箇所、トンネル入り口の近くに、蛇紋岩のズリ山が新たにでき、そこはまだまだ搬入されるようで、表面を青いビニールシートで覆っていた。その新たなズリ山は、ビニールシートの覆いの周りから、青っぽい蛇紋

岩を大量に見ることができた。久永先生に教えていただきながら、繊維状の鉱物、蛇紋岩に含まれるヒスイ石などをみつけた。蛇紋岩層は青粘土と呼ばれ崩れやすく掘削は困難だと工事業者からの話だと芦川さんから聞いた。

13日の日曜日には、音威子府公民館で芦川さんが呼びかけ人となって、「自然由来のアスベスト」住民学習会が開かれた。新聞記者や北海道大学の研究林の研究者を、住民ら20人ほどが集まり、熱心に耳を傾けていた。学習会では、まず芦川さんから、幌加内トンネル工事による蛇紋岩掘削ズリからのアスベスト飛散の粉じん対策について、開発局との話し合いの経過が紹介された。アスベストセンターの名取所長からアスベストの疾患、自然由来のアスベスト対策の遅れなどの話があり、永倉からはリスク回避のためには住民が声を上げるべきとの話をした。久永先生からは、自然由来のアスベストリスクについて、他の地域での具体的な蛇紋岩の処理の様子が紹介された。また、外山さんからは、幌加内トンネルの蛇紋岩の分析結果の報告があり、クリソタイルに近いと思われるものが入っているとの報告があった。

音威子府は黄色い紅葉の真っ只中だった。雪が本格的に降りだす直前の静かなときを迎えている。朝は霧に包まれ、霧が晴れるにしたがい、雄大な山並みが色とりどりのモザイク模様を浮き出す。芦川さんの家は、庭に30頭ほどのシカが出てくることもある



そうだ。滞在中、芦川さん宅に招待され、外山さんと私と夕飯をご馳走になり、遅くまで酒を飲んだ。今年山葡萄の当たり年だそうである。20年ぶりの再会だった

が、先週に引き続き芦川さんとまた酒を飲んでいるような錯覚に心地よく酔っていた。



(アスベストセンター・永倉冬史)

サムスン職業病問題の進展

韓国●認定・判決から話し合い開始へ

■サムスン白血病訴訟9件、当事者15人中6人が死亡／ソウル行法、白血病死亡のキム・ギョンミ氏に労災認定

ソウル行政法院が2013年10月18日、サムスン電子器興事業場の半導体生産工場で働き、2009年に白血病で亡くなったキム・ギョンミ(当時29歳)氏に対して業務上災害を認め、環境労働委員会のシム・サンジョン正義党議員が「現在、サムスン半導体の白血病関連の行政訴訟は9件が進行中で、当事者15人中6人が亡くなっている」と明らかにし

た。勤労福祉公団から提出させたサムスン半導体白血病関連訴訟の現況資料によって「訴訟件数と当事者数がすべて公開されたのは今回が初めてのこと。

現在の進行中の9件の行政訴訟のうち、4件にサムスン電子が被告(公団)の補助参加人として参加。ただし、2012年10月の国政監査で議論になり、サムスンは国政監査以後に提起された訴訟には、補助参加していない。

ソウル行政法院1部は10月18日、キム・ギョンミ氏の遺族が「遺族給付と葬祭料を支給せよ」と

提起した訴訟で原告勝訴判決を行った。法院は「白血病の発病経路が医学的に明らかにされなくても、サムスン電子器興事業場で働く間に、発がん物質を含んだ有害化学物質に継続的に曝露して白血病が発症したと推測判断することができる」と判示した。

法院は白血病の発病経路が明らかにならなかったことについて、サムスン電子の責任も認めた。「発がんが疑われる物質への曝露の有無と程度を一定以上糾明できなかったのは、勤務当時使われた化学物質の資料を保存していなかったり、営業秘密という理由で公開しないサムスン電子にも原因がある」と指摘した。法院は2011年に故ファン・ユミ氏など、サムスン電子の労働者2人に対しても、白血病と半導体製造工程の因果関係を認める判決を出したことがある。

2013年10月21日 毎日労働ニュース

■公団、サムスン白血病の労災認定の裁判結果に控訴／パノリム「遺族たちに苦痛」と批判

「半導体労働者の健康と人権守りパノリム」と国会・環境労働委員会のシム・サンジョン正義党議員によれば、公団はサムスン半導体で白血病のために死亡した故キム・ギョング氏に対するソウル行政法院の労災認定の判決に従わず、11月5日控訴を提起した。

公団の京仁地域本部は11月1日、ソウル高等検察庁に公文書を送り、「発がん物質に曝露したという客観的事実よりも、推定的判断をしている点に照らして、法

院の誤りを主張するに値する」として、行政法院の労災認定の判決を受け容れなかった。とくに、公団はサムスン白血病の労災認定をめぐる様々な裁判が進行中なことを念頭に置いたようで、「この件を放棄すれば、公団が業務上疾病を認めるという心証を与え、裁判に影響を及ぼす危惧がある」として、検察に控訴を提起するかどうかの指揮を要請した。

ソウル高検は公文書で「各種有害化学物質や電離放射線に曝露したことが本件傷病の発病原因だと断定できないと思われる」として、控訴提起の決定を公団に知らせ、検察の判断を受けて公団は法院に控訴状を提出した。

公団の控訴についてパノリムは声明を出し、「公団の控訴は労災保険制度の趣旨を無視する処置であり、自ら反労働者的・親資本的な機関であることを、恥ずかしげもなく明らかにした」。「公団の控訴提起によって、遺族たちはさらに手に負えない苦痛を味わうことになった」と批判した。シム・サンジョン議員は「国政監査で控訴の再考を要請し、理事長が慎重に決めると答えたばかりで、「控訴を決めていながら、理事長が国政監査の場で偽証をしたのと同じ状況だ」と指摘した。

2013年11月7日 毎日労働ニュース

■再生不良性貧血で亡くなったサムスン半導体労働者に労災認定／サムスン職業性がんで3度目の認定

サムスン半導体華城工場で機械設備の労働者として働き、再

生不良性貧血で死亡したチェ某（当時32歳）氏に対して、勤労福祉公団が11月25日、業務上疾病による死亡と認定した。

公団の業務上疾病判定委員会は19日、最終審議を経て、故人の死亡原因である再生不良性貧血が業務と相当因果関係があるという結論を出した。37件のサムスン半導体職業性がんの労災申請の中で3度目、再生不良性貧血では2度目の認定だ。

公団によれば、故人は2003年11月から2009年3月まで、サムスン半導体華城工場で機械設備のオペレーターとして働き、2010年9月に死亡した。故人は機械設備の作動がすべてシャットダウンした状態で作業して有害物質に曝露した。作業中のヒ素曝露が確認され、故人の尿中のヒ素濃度が高いことがわかった。

血液がんの一種である再生不良性貧血は、放射線やベンゼン、ヒ素等の化学物質によって、赤血球を生成する骨髄が破壊された時に発病する。故人には再生不良性貧血を起こすほどの個人的な素因は発見されなかった。

いままでも職業性がんを労災と認められたサムスン半導体の労働者は3人で、2012年4月にサムスン半導体温陽工場の組み立て工程の労働者・キム某氏が再生不良性貧血と血小板減少症でがん関連職業病を認められた。公団は「キム氏が勤務過程でベンゼンが含まれた有機溶剤とホルムアルデヒドに間接曝露した可能性がある」と労災承認の理由を明らかにした。

公団は昨年12月、サムスン半導体器興工場で働いて退職した後、乳がんで亡くなったキム某氏に対しても労災を認めた。乳がんが労災と認定された最初の事例だ。公団は当時「故人が半導体工場で働いた時、有害物質への曝露を定量化し難い状況で、有機溶剤と放射線に曝露した事実が認められる」と明らかにした。

一方、いままで公団に提起された37件のサムスン半導体職業性がんの労災申請の結果は、労災承認3件、不承認21件、進行中12件、取り下げ1件である。不承認事件のうち1件は労働部に労災再審査が請求され、5件は当該の労働者が公団の不承認決定を受け容れた。不承認事件の内、15件は法院で労災の有無が争われている。このうち、白血病関連の行政訴訟が9件。訴訟当事者15人の内6人が亡くなっている。

2013年11月26日 毎日労働ニュース

■パノリムーサムスン電子『白血病謝罪・補償・再発防止』を正式議論

「半導体労働者の健康と人権守りパノリム」が、結成から6年目にサムスン電子と謝罪・被害者補償を議題に本交渉を行う。

パノリムは12月9日にサムスン電子の本社前で記者会見を行い、「サムスン電子との本交渉で、職業病問題に対する謝罪と、補償・再発防止対策を要求する」と明らかにした。パノリムが把握しているサムスン電子の職業病被害者は138人。このうち56人がすでに亡くなっている。

パノリムは2013年1月に三星電子の対話の提案を受け容れた後、被害者遺族2人とパノリム活動家2人で実務交渉団を構成し、3月に1次実務交渉を始めた。双方は本交渉の対象・場所・議題について考え方の違いを見せたが、9月の4次実務交渉で合意点を準備した。

両者はサムスン電子半導体の器興(キフン)事業場で本交渉を持つことにした。パノリム側の交渉団は被害者の家族8人、パノリムの活動家2人、書記1人、傍聴1人で構成される。争点であった交渉議題は、謝罪・補償・再発防止対策に決めた。両者は補償に関して、サムスン電子の半導体部門と1994年から昨年間にLCD部門に従事した労働者にも適用基準を準備する方針だ。11月20日に、サムスン電子が18日午後3時から本交渉をしようと提案し、パノリムはこれを受け容れた。

パノリムは「今回の本交渉は、職業病の被害者家族が6年間動揺することなく、真相究明と労災認定のために闘ってきたから可能になった」とし、「協力業者を含めサムスン電子で働いてきた労働者を包括し、疾病と死亡に対する事後対策だけでなく、事前に予防する方法を作れるように本交渉を進める」と話した。

2013年12月10日 毎日労働ニュース

■サムスン電子白血病事件を扱った映画を国会で上映

国会の福祉労働フォーラムは1月24日、国会議員会館大会議室で、サムスン電子の半導体工場

で働き、白血病で亡くなった故ファン・ユミ氏と父親ファン・サンギ氏の実話を扱った映画<もうひとつの約束>の上映会を開催した。

この映画は制作協力基金活動により製作費を作り、実話を扱ったということで封切り前から話題を集めている。8千人余りの市民が善意で集めた制作協力基金活動と個人投資で、製作費と広告費用の全額を準備した。制作協力基金活動方式で製作費全額を集めた商業映画は、<もうひとつの約束>が初めてだ。

映画は、故ファン・ユミ氏の役割に当たるハン・ユンミが、高校卒業後に国内屈指の半導体会社に就職した後、白血病に罹って死亡した事件から出発する。彼女の父親サンギは娘の病気を産業災害と認めさせるために大企業と闘う。映画は勤労福祉公団で労災不承認を受けた事件が、ソウル行政法院で逆転される内容までを含んでいる。

父親サンギを演じた俳優パク・チョルミン氏は「父親のファン・サンギさんがどんな力によって遠い道を走っているのか、その力の根源がまだ分からない」。「弱い父親と無力な人たちが大きくなって行く内容の映画」と話した。キム・テユン監督は「もし会社と合意をしたら、お父さんは今のように明るく笑うことができるかを考えた」。「私になぜこの仕事を始めたのかを振り返り、このような映画が再び作られない世の中になったらよいのに」と話した。

2014年1月27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
〒060-0004 札幌市中央区北4条西12丁目 ほくろビル4階
E-mail safety@rengo-hokkaido.gr.jp
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
〒136-0071 江東区亀戸7-10-1 Zビル5階
E-mail center@toshc.org
TEL (03)3683-9765/FAX (03)3683-9766
- 東京 ● 三多摩労働安全衛生センター
〒185-0021 国分寺市南町2-6-7 丸山会館2-5
TEL (042)324-1024/FAX (042)324-1024
- 東京 ● 三多摩労災職業病研究会
〒185-0012 国分寺市本町4-12-14 三多摩医療生協会館内
TEL (042)324-1922/FAX (042)325-2663
- 神奈川 ● NPO法人 神奈川労災職業病センター
〒230-0062 横浜市鶴見区豊岡町20-9 サンコーポ豊岡505
E-mail k-oshc@jca.apc.org
TEL (045)573-4289/FAX (045)575-1948
- 群馬 ● ぐんま労働安全衛生センター
〒370-0045 高崎市東町58-3 グランドキャニオン1F
E-mail qm3c-sry@asahi-net.or.jp
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
〒950-2026 新潟市西区小針南台3-16
E-mail KFR00474@nifty.com
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
〒466-0815 名古屋市昭和区山手通5-33-1
E-mail roushokuken@be.to
TEL (052)837-7420/FAX (052)837-7420
- 三重 ● みえ労災職業病センター
〒514-0003 津市桜橋3丁目444番地 日新ビル
E-mail QYY02435@nifty.ne.jp
TEL (059)228-7977/FAX (059)225-4402
- 京都 ● 京都労働安全衛生連絡会議
〒601-8015 京都市南区東九条御堂町64-1 アンビヤス梅垣ビル1F
E-mail kyotama@mbox.kyoto-inet.or.jp
TEL (075)691-6191/FAX (075)691-6145
- 大阪 ● 関西労働者安全センター
〒540-0026 大阪市中央区内本町1-2-11 ウタカビル201
E-mail koshc2000@yahoo.co.jp
TEL (06)6943-1527/FAX (06)6942-0278
- 兵庫 ● 尼崎労働者安全衛生センター
〒660-0802 尼崎市長洲中通1-7-6
E-mail a4p8bv@bma.biglobe.ne.jp
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
〒650-0026 神戸市中央区古湊通1-1-17 西浦ビル2階
E-mail npo-hoshc@amail.plala.or.jp
TEL (078)382-2118/FAX (078)382-2124
- 岡山 ● おかやま労働安全衛生センター
〒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
E-mail oka2012ro-an@mx41.tiki.ne.jp
TEL (086)232-3741/FAX (086)232-3714
- 広島 ● 広島労働安全衛生センター
〒732-0825 広島市南区金屋町8-20 カナヤビル201号
E-mail hiroshima-raec@leaf.ocn.ne.jp
TEL (082)264-4110/FAX (082)264-4123
- 鳥取 ● 鳥取県労働安全衛生センター
〒680-0814 鳥取市南町505 自治労会館内
TEL (0857)22-6110/FAX (0857)37-0090
- 徳島 ● NPO法人 徳島労働安全衛生センター
〒770-0942 徳島市昭和町3-35-1 徳島県労働福祉会館内
E-mail info@tokushima.jtuc-rengo.jp
TEL (088)623-6362/FAX (088)655-4113
- 愛媛 ● NPO法人 愛媛労働安全衛生センター
〒793-0051 西条市安知生138-5
E-mail npo_eoshc@yahoo.co.jp
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341-20 秋津レー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
〒870-1133 大分市宮崎953-1 (大分協和病院3階)
E-mail OITAOSHC@elf.coara.or.jp
TEL (097)567-5177/FAX (097)568-2317
- 宮崎 ● 旧松尾鉱山被害者の会
〒883-0021 日向市財光寺283番地25
E-mail aanhyuga@mnet.ne.jp
TEL (0982)53-9400/FAX (0982)53-3404
- 鹿児島 ● 鹿児島労働安全衛生センター準備会
〒899-5215 始良郡加治木町本町403有明ビル2F
E-mail aunion@po.synapse.ne.jp
TEL (0995)63-1700/FAX (0995)63-1701
- 沖縄 ● 沖縄労働安全衛生センター
〒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
〒102-0085 千代田区六番町1 自治労会館3階
E-mail sh-net@ubcnet.or.jp
TEL (03)3239-9470/FAX (03)3264-1432

