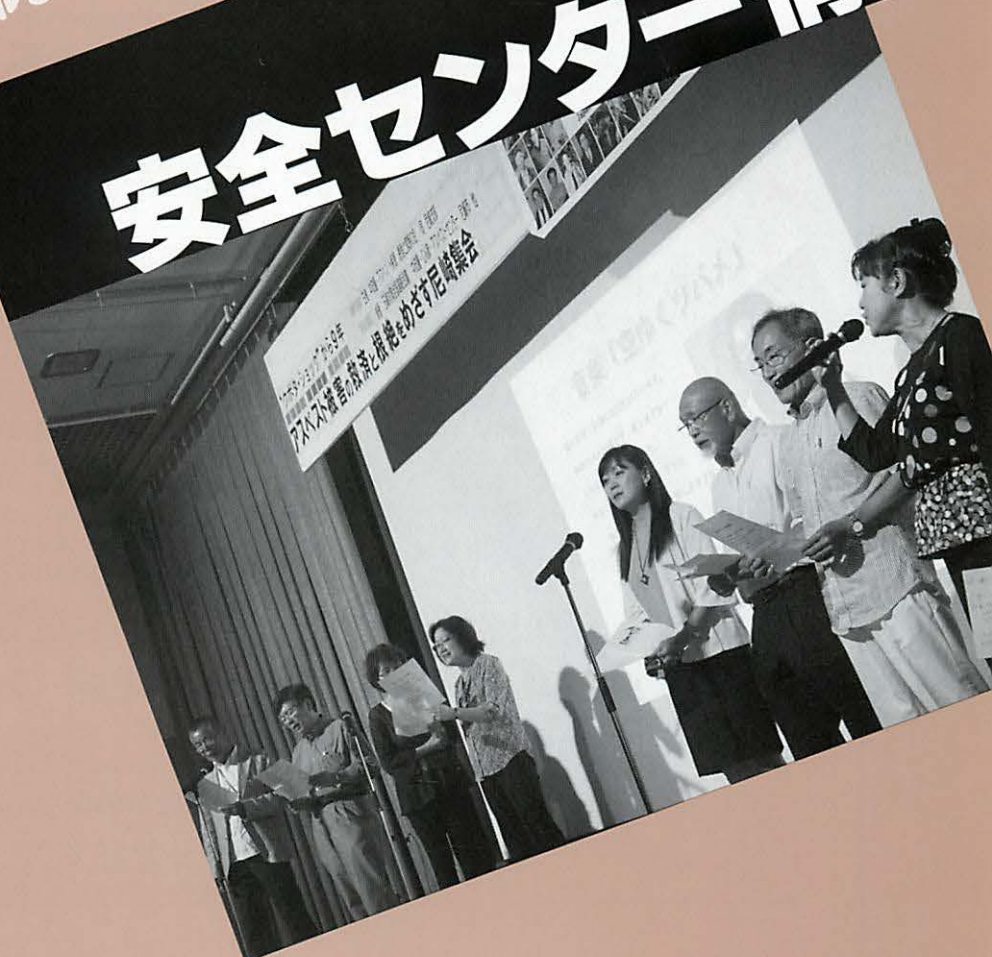


安全センター情報2014年10月号 通巻第420号
2014年9月15日発行 毎月1回15日発行
1979年12月28日第三種郵便物認可



安全センター情報



特集● せき髄損傷の労災補償

写真：クボタ・ショックから9年 尼崎集會

弦書房 新刊書のご案内

書籍仕入れご担当者 様【ジャンル/人文・社会・社会問題・科学・福島・水俣】

平素より、ご高配を賜り深く御礼申し上げます。

新刊の『福島・三池・水俣から「専門家」の責任を問う』を7月中旬に発売致します。ぜひ、関連コーナーにてご展開いただきますようご案内申し上げます。

FAX: 092-726-9886

福島・三池・水俣から 「専門家」の責任を問う

三池CO研究会【編】

定価1600円+税 【7月中旬刊】 A5判・150頁
ISBN 978-4-86329-103-4 C0036

鎌田慧 津田敏秀 本岡真紀子 黒田光太郎 鈴木明 宮北隆志 田中三彦 古谷杉郎

「また繰り返されている」

医師・原田正純が作った道を見すえて

〈科学的〉なるものの虚構をあばく

本書は、三池・水俣の教訓から福島原発事故後、専門家（医師、技術者、研究者、法律家、労働運動家、ジャーナリスト等）が果たすべき責任とは何かを正面から問い直す。

〈著者の横顔〉 三池CO研究会 1971年、三井鉱山を相手取った裁判の可能性を検討する会として発足。その後、提訴に向けた原告支援の活動をへて膨大な資料の収集と患者への聞き取りがなされた。

◆本書編集＝美奈川成章、大原俊秀、松尾蓮虹、木村英昭、大住和佑

【目次から】

第一部 原田正純追悼 炭じん爆発五〇年
三池炭じん爆発五〇年の教訓／命を守る市民運動／科学的専門家のいない国／CO中毒患者の診察現場から／専門家の責任とは何か／「三池」「水俣」「福島」を通底するもの

第二部 三池、水俣、そして福島

原田正純さんのこと／3・11 水俣から「水俣学」を唱える医師・原田正純さん／アジアを歩いた原田先生／専門的知識は誰のためにあるのか／「中央」と「地方／地域」／3・11以降も押し黙り、発言しない原発メーカーの技術者たち／アジアで繰り返される産業災害

[FAX: 092-726-9886]

地小出版 流通センター 取扱品 書店・総合 ご担当者様	冊	福島・三池・水俣から「専門家」の責任を問う	
	冊	三池CO研究会	定価 1600円+税 ISBN978-4-86329-103-4 C0036
	ご注文日	なぜ水俣病は解決できないのか 東島大 著 定価 2100円+税 ISBN 978-4-86329-035-8	
	様	弦書房 〒810-0041 福岡市中央区大名2-2-43 ELK大名ビル301 TEL:092-726-9885 FAX:092-726-9886 URL http://genshobo.com/ e-mail books@genshobo.com —Genshobo—	

特集／せき髄損傷の労災補償

受給者総数は増加するも 傷病年金受給者の割合低下

再発・遺族補償認定等にも問題あり

全国安全センター 古谷杉郎 2

緊急作業時の法整備と組織態勢 原子力規制庁がようやく検討開始

第12回被ばく労働問題省庁交渉の報告

東京労働安全衛生センター 飯田勝泰 29

女性の労働安全衛生 新たなリスクと傾向

欧州リスク観測所 EU-OSHA報告書の概要 38

死亡災害大幅増加を受けた緊急要請 51

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

ケベック・ジェフリー石綿鉱山の終焉 53

ルポ「1カ月」～ニュースにならなかった日々～⑬

原発災害④ 原発作業員の証言 55

各地の便り/世界から

兵庫●クボタ・ショックから9年 尼崎集会に200人 59

静岡●鉄道退職者の会で石綿講演会&相談会 62

広島●元呉海上自衛隊員の肺がんがんに公災認定 62

長崎●16か月の曝露でも石綿肺がんを労災認定 63

韓国●サムスン半導体白血病高裁でも二人労災 64

受給者総数は継続増加するも 傷病年金受給者の割合低下 再発・遺族補償認定等にも問題あり

古谷杉郎

全国安全センター事務局長

わが国には10万人以上のせき損者がおり、毎年5,000人以上が新たにせき髄損傷を負っている、というのがすでに10年前に行われた推計である。せき髄損傷の原因は、交通事故、転落転倒、打撲下敷き、スポーツ事故などであり、医療の進歩等により受傷早期の死亡率は激減し、生命的予後が改善されてきているとはいえ、いまだに様々な課題が山積みの重篤な傷害である。

日本では、1959年に全国脊髄損傷者療友会が全国21支部750名で発足。1974年に全国脊髄損傷者連合会になり、現在では43支部を擁している。全国安全センターは、その設立の契機のひとつとなった1980年代後半の労災保険制度改正問題をきっかけに連合会の皆様方と交流・連携してきた。実はこのところご無沙汰になっていたのだが、今年4月1日から公益社団法人に移行することになった同連合会（2002年に社団法人化）から、労災補償に関する相談・援助事業を強化するために外部からの理事を出してほしいという要請があり、6月1日に神奈川県伊勢原市で開催された連合会第13回

総会で筆者の理事就任が確認された。

また、その間のやりとりのなかで、1970年から13年間連合会の会長を務め、その後も多方面に活躍されてきた、旧知の新田輝一さんの入院を知り、大慌てで6月8日に入院先の横浜労災病院をお見舞いに訪れた。奥様と話をし、急きょ翌日一緒に病院のソーシャルワーカーと面談して労災の手続等について相談。筆者が韓国に出張に出かけた11日の午後、残念ながら亡くなられた（享年71歳）。遺族の希望により、葬儀は15日に自宅近くの小さなキリスト教会で親族と親交のあった信者の方のみでつつましく行われたが、益巖牧師とともに筆者も思い出の話をする役を仰せつかった。連合会は9月19日に横浜でしのぶ会を予定している。

はからずも理事としての筆者の最初の仕事、新田さんの遺族補償給付の請求のお手伝いとなった。今回の入院も含めてここ数年の褥瘡等の再発について労災申請の手続がとられていなかったため調査に時間がかかるのではと心配されたのだが、6月19日に東京・大田労働基準監督署に申請し

て7月22日に支給決定と、スピード認定された。

新田さんが中心になって労災・遺族年金プロジェクトチームがつくられ、2005年に全国脊髄損傷者連合会から『労災保険法 遺族年金の手引き—実務編—』が出版されている。新田さんの奥様はこの手引きを主治医に渡して協力を求めている。また、亡くなるぎりぎり直前にソーシャルワーカーからも主治医に話してもらったことができたことも幸いだった。

なお、死亡診断書には、直接死因—「脊髄損傷後遺症に伴う呼吸不全（肺炎）」、その原因—「脊髄損傷・頭部外傷」と書かれていた。

このようなこともあって、せき髄損傷の労災補償についてあらためてまとめた。今後具体的事例から学んでいくための出発点、また、被災者・家族の皆様の相談・援助を強化していくという決意表明だと受け取っていただければ幸いである。

労災補償に関するデータ

せき髄損傷に係る労災保険による補償件数は一般には公表されていない。しかし、情報公開法が施行されて以降、全国安全センターが毎年開示させている「傷病性質コード別労災補償状況」の2002年度分以降に「負傷（負傷を伴わない事故を含む）」に係るデータも掲載されるようになり、「06 外傷性の脊髄損傷」の件数がわかるようになった。表1の「当年度新規補償件数」(①)はこれによるものである。

労災病院グループ（労働者健康福祉機構）による患者調査では、労災の割合が約3割と報告（減少傾向も指摘）されているが、仮に毎年5,000人が新たにせき髄損傷を負っているとすれば、労災認定されているのは全体の1割強ということになる。

当年度新規に補償を受けたものであるから、これらの療養期間は1年未満である。厚生労働省が「長期療養者」と呼んでいる「療養開始後1年以上経過した者」については、「推移」と「療養期間の内訳」が、労働者災害補償保険事業年報に掲載されている。「前年度末療養中」に、当年度「新規該当者（再発を含む）」が追加され、「治ゆまたは中断者」、「死亡」、「傷病（補償）年金以降」を差し

引いて、「当年度末療養中」の受給者数(②)になる。なお厳密には、①と②の間に、前年度に新規認定され、かつ、療養期間が1年未満の療養者もあるわけであるが、データを入手することができない。

傷病（補償）年金は、療養開始後1年6か月を経過した日、またはその日以後において、当該傷病が治らず、かつ、それらによる障害の程度が傷病等級に該当する（こととなった）ときに、（被災者からの請求によるのではなく）所轄労働基準監督署長が職権により、支給の決定をしなければならないものとされている（労災則第18条の2）。傷病（補償）年金が支給されると、休業（補償）給付は行われなくなるが、療養＝療養補償給付の支給の継続は、前提とされている。「治らない」傷病のために設けられた労災保険給付である。傷病補償年金に係る傷病別の年度末受給者数と割合を表4に示した。

「傷病（補償）年金受給者」についても、「推移」が労災保険事業年報に掲載されている。「前年度末」受給者に、当年度「新規受給者」と「再発・等級変更」が追加され、「死亡・失権」と「治ゆ」を差し引いて、「当年度末」受給者数(③)になる。

長期療養者から「傷病（補償）年金に移行」した者の数が、傷病補償年金の「新規受給者」数と一致するであろうと思われるのだが、現実には後者の数が前者の数を上回っている。障害（補償）給付受給者＝「治ゆ」とされていた状態から「傷病（補償）年金に移行」する例があるのだと考えられる。

障害（補償）給付は、傷病が「治った」（厚生労働省は「治ゆ＝症状固定」という独特の概念を使っている）あと、身体に障害等級表に該当する障害が残った場合に支給され、障害等級に応じて第1～7級の場合は年金、第8～14級だと一時金になる。この場合には、療養が終了している＝療養補償給付は行われないことが前提とされている。

「障害（補償）給付受給者」については、概念的に確認しておくと、表1の当年度新規補償件数、長期療養者の「治ゆ又は中断者」及び傷病（補償）年金の「治ゆ」の中から、障害（補償）給付に移行する者があるという関係になるのであるが、傷病別のデータが入手できない。

労災保険事業年報では、障害補償給付全体と

特集／せき髄損傷の労災補償

表1 せき髄損傷労災保険受給者総数の推計

区分 年度	当年度 新規補償 件数	「長期療養者」の推移						療養期間の内訳			
		前年度末 療養中	新規該当 者(再発を 含む)	治ゆ又は 中断者	死亡	傷病(補 償)年金 移行	当年度末 療養中	1年以上 1年6か月 未満	1年6か月 以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上
	①				A		②				
2002	658	427	429	366	4	75	411	147	98	83	83
2003	655	411	380	380	9	75	327	127	77	60	63
2004	649	327	401	307	2	43	376	132	89	84	71
2005	621	376	391	346	8	51	362	144	84	71	63
2006	676	362	454	308	7	56	445	171	111	85	78
2007	649	445	433	347	12	80	439	166	97	95	81
2008	646	439	406	379	7	54	405	146	88	85	86
2009	590	406	414	369	8	76	367	123	86	68	90
2010	665	369	382	336	3	53	359	113	97	75	74
2011	655	362	441	316	7	59	421	165	93	86	77
2012	630	415	417	356	7	58	411	167	78	80	86

表2 じん肺労災保険受給者総数の推計

区分 年度	当年度 新規補償 件数	「長期療養者」の推移						療養期間の内訳			
		前年度末 療養中	新規該当 者(再発を 含む)	治ゆ又は 中断者	死亡	傷病(補 償)年金 移行	当年度末 療養中	1年以上 1年6か月 未満	1年6か月 以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上
	①				A		②				
2002	1,139	9,049	1,052	51	476	414	9,160	464	405	846	7,445
2003	1,243	9,160	1,106	44	442	614	9,166	481	443	765	7,477
2004	1,233	9,166	1,194	49	522	527	9,262	508	442	816	7,496
2005	1,172	9,262	1,200	44	515	275	9,628	491	509	855	7,773
2006	1,165	9,638	1,195	58	524	334	9,917	593	471	908	7,945
2007	1,032	9,917	1,153	74	676	451	9,869	433	423	817	8,196
2008	850	9,870	937	68	669	306	9,764	322	375	678	8,389
2009	812	9,762	833	87	653	357	9,498	317	343	602	8,236
2010	800	9,500	774	104	712	306	9,152	304	255	538	8,055
2011	712	9,122	751	75	629	204	8,965	283	267	487	7,928
2012	581	8,962	586	62	682	248	8,556	202	220	445	7,689

表3 労災保険障害補償年金受給者総数の推計

区分 年度	障害(補償)年金第1級受給者の推移					障害(補償)年金第2級受給者の推移					障害(補償)年金	
	前年度末	新規 受給者	再発・ 等級変更	死亡	当年度末	前年度末	新規 受給者	再発・ 等級変更	死亡	当年度末	前年度末	新規 受給者
2002	8,320	325	77	247	8,475	2,950	158	37	108	3,037	5,060	192
2003	8,475	355	47	249	8,628	3,037	150	26	98	3,115	5,092	188
2004	8,628	349	14	286	8,705	3,115	181	16	102	3,210	5,138	205
2005	8,705	352	30	313	8,774	3,210	185	20	107	3,308	5,191	220
2006	8,774	358	44	288	8,888	3,308	190	18	117	3,399	5,209	196
2007	8,888	333	37	304	8,954	3,399	180	14	99	3,494	5,218	206
2008	8,954	354	34	323	9,019	3,494	189	25	134	3,574	5,231	185
2009	9,019	376	46	331	9,110	3,574	186	8	125	3,643	5,231	218
2010	9,110	319	20	336	9,113	3,643	184	26	136	3,717	5,264	169
2011	9,113	305	45	342	9,121	3,717	188	12	143	3,774	5,239	180
2012	9,121	312	29	360	9,102	3,774	191	8	157	3,816	5,227	187



傷病(補償)年金受給者の推移						障害(補償)給付受給者				労災受給者総数の推計		
前年度末	新規受給者	再発・等級変更	死亡・失権	治ゆ	当年度末	健康管理手帳新規受交付者	健康管理手帳受交付者	推計「死亡等」	アフターケア実施件数	推計総数	傷病(補償)年金の割合	推計死亡総数
			B		③		④	C		⑤	③/⑤	D
2,603	102	92	126	139	2,532	868	8,728		135,595	12,329	20.5%	130
2,532	93	101	138	130	2,458	812	8,967	573	136,273	12,407	19.8%	720
2,458	75	101	138	91	2,405	732	9,208	491	136,279	12,638	19.0%	631
2,405	81	89	126	93	2,356	699	9,288	619	136,465	12,627	18.7%	753
2,356	83	80	141	77	2,301	593	9,395	486	136,865	12,817	18.0%	634
2,301	95	85	141	77	2,263	662	9,615	442	139,094	12,966	17.5%	595
2,263	75	70	150	59	2,199	682	9,883	414	141,570	13,133	16.7%	571
2,199	105	53	132	52	2,173	603	10,072	414	140,411	13,202	16.5%	554
2,173	76	63	142	51	2,119	607	10,410	269	136,981	13,553	15.6%	414
2,119	75	46	131	59	2,050	487	10,597	300	137,920	13,723	14.9%	438
2,050	88	62	140	66	1,994	477	10,637	437	134,773	13,672	14.6%	584

傷病(補償)年金受給者の推移						障害(補償)給付受給者				労災受給者総数の推計		
前年度末	新規受給者	再発・等級変更	死亡・失権	治ゆ	当年度末	健康管理手帳新規受交付者	健康管理手帳受交付者	推計「死亡等」	アフターケア実施件数	推計総数	傷病(補償)年金の割合	推計死亡総数
			B		③		④	C		⑤	③/⑤	D
8,415	344	△2	829	4	7,924					18,223	43.5%	1,305
7,924	635	1	849		7,711					18,120	42.6%	1,291
7,711	604	1	826		7,490					17,985	41.6%	1,348
7,490	392		844		7,038					17,838	39.5%	1,359
7,038	325	1	799	1	6,564					17,646	37.2%	1,323
6,564	362		786		6,140					17,041	36.0%	1,462
6,140	519	2	769	2	5,890					16,504	35.7%	1,438
5,890	272	2	749		5,415					15,725	34.4%	1,402
5,415	403	4	725		5,097					15,049	33.9%	1,437
5,097	314	3	726		4,688					14,365	32.6%	1,355
4,688	298	3	727	1	4,261					13,398	31.8%	1,409

第3級受給者の推移			障害(補償)年金第4～7級受給者の推移					障害(補償)年金受給者合計の推移				
再発・ 等級変更	死亡	当年度末	前年度末	新規 受給者	再発・ 等級変更	死亡	当年度末	前年度末	新規 受給者	再発・ 等級変更	死亡	当年度末
3	163	5,092	79,455	2,016	△28	1,737	79,706	95,785	2,691	89	2,255	96,310
10	152	5,138	79,706	2,078	△8	1,795	79,981	96,310	2,771	75	2,294	96,862
16	168	5,191	79,981	1,841	△34	1,915	79,873	96,862	2,576	12	2,471	96,979
9	211	5,209	79,873	1,760	△48	2,030	79,555	96,979	2,517	11	2,661	96,846
2	189	5,218	79,555	1,657	△10	1,974	79,228	96,846	2,401	54	2,568	96,733
	193	5,231	79,228	1,706	△15	2,086	78,833	96,733	2,425	36	2,682	96,512
	185	5,231	78,833	1,570	△54	2,184	78,165	96,512	2,298	5	2,826	95,989
△1	184	5,264	78,165	1,534	△30	2,076	77,593	95,989	2,314	23	2,716	95,610
△8	186	5,239	77,593	1,504	△31	2,221	76,845	95,610	2,176	7	2,879	94,914
17	209	5,227	76,845	1,435	△29	2,279	75,972	94,914	2,108	45	2,973	94,094
△2	218	5,194	75,972	1,341	△15	2,338	74,960	94,094	2,031	20	3,073	93,072

表4 年度末傷病(補償)年金受給者の推計

年度	年度末受給者数				割合		
	計	じん肺	せき損	その他	じん肺	せき損	その他
1959	2,639	1,880	759	0	71.2%	28.8%	0.0%
1960	3,379	2,372	965	42	70.2%	28.6%	1.2%
1965	6,970	4,469	2,128	373	64.1%	30.5%	5.4%
1970	9,331	5,275	3,064	992	56.5%	32.8%	10.6%
1975	12,383	6,786	3,533	2,064	54.8%	28.5%	16.7%
1980	21,607	12,487	4,696	4,424	57.8%	21.7%	20.5%
1985	23,927	16,006	4,380	3,541	66.9%	18.3%	14.8%
1990	20,653	14,355	3,743	2,555	69.5%	18.1%	12.4%
1995	16,533	11,390	3,070	2,073	68.9%	18.6%	12.5%
2000	13,392	8,926	2,653	1,813	66.7%	19.8%	13.5%
2001	12,790	8,415	2,603	1,772	65.8%	20.4%	13.9%
2002	12,202	7,924	2,532	1,746	64.9%	20.8%	14.3%
2003	11,900	7,711	2,458	1,731	64.8%	20.7%	14.5%
2004	11,617	7,490	2,405	1,722	64.5%	20.7%	14.8%
2005	11,099	7,038	2,356	1,705	63.4%	21.2%	15.4%
2006	10,581	6,564	2,301	1,716	62.0%	21.7%	16.2%
2007	10,103	6,140	2,263	1,700	60.8%	22.4%	16.8%
2008	9,785	5,890	2,199	1,696	60.2%	22.5%	17.3%
2009	9,316	5,415	2,173	1,728	58.1%	23.3%	18.5%
2010	8,929	5,097	2,119	1,713	57.1%	23.7%	19.2%
2011	8,412	4,688	2,050	1,674	55.7%	24.4%	19.9%
2012	7,897	4,261	1,994	1,642	54.0%	25.3%	20.8%

表5 障害(補償)給付の新規受給者数

年度	新規受給者数			割合	
	計	一時金	年金	一時金	年金
1959	73,622	73,622		100.0%	
1960	75,533	75,416	117	99.8%	0.2%
1965	73,300	73,028	272	99.6%	0.4%
1970	79,132	74,270	4,862	93.9%	6.1%
1975	57,600	53,387	4,213	92.7%	7.3%
1980	56,350	52,465	3,885	93.1%	6.9%
1985	50,410	46,648	3,762	92.5%	7.5%
1990	42,043	38,716	3,327	92.1%	7.9%
1995	34,543	31,433	3,110	91.0%	9.0%
2000	29,297	26,558	2,739	90.7%	9.3%
2001	28,954	26,414	2,540	91.2%	8.8%
2002	27,928	25,237	2,691	90.4%	9.6%
2003	27,314	24,543	2,771	89.9%	10.1%
2004	26,352	23,776	2,576	90.2%	9.8%
2005	25,904	23,387	2,517	90.3%	9.7%
2006	25,188	22,787	2,401	90.5%	9.5%
2007	25,236	22,811	2,425	90.4%	9.6%
2008	24,702	22,404	2,298	90.7%	9.3%
2009	24,127	21,813	2,314	90.4%	9.6%
2010	22,663	20,487	2,176	90.4%	9.6%
2011	22,075	19,967	2,108	90.5%	9.5%
2012	22,408	20,377	2,031	90.9%	9.1%

しての一時金・年金の新規受給者数と割合を、表5のとおり、また、年金については等級別の「推移」-「前年度末」、「新規受給者」、「再発・等級変更」、「死亡」、「当年度末」-を表3のとおり、示している。

介護(補償)給付を創設した労災保険法改正(1996年4月1日施行)時に、1995年11月現在の、障害傷病等級第1・2級について、障害の部位別の年金受給者数が示されたことがある(1996年5月号4頁参照=表6)。これによると、せき髄損傷を主とする精神神経障害が、第1級で障害補償年金受給者の53.2%、第2級では50.4%を占めていたことがわかる。じん肺は、胸腹部臓器障害の中心である。

また、介護(補償)給付創設検討の基礎資料として、1992年3月に(財)労災年金福祉協会によって「労災重度被災労働者の介護実態調査結果報告書」がまとめられている。これは、1991年11月現在における労災保険の傷病(補償)年金受給者20,011人及び障害(補償)年金受給者(障害等級3級以上)12,335人、計32,346人のうち、年金種別毎に20%の対象受給者を一定の方法で抽出し、傷

病(補償)年金受給者4,002人及び障害(補償)年金受給者2,468人、計6,470人を調査対象とした」もので、「有効回答数は3,427人で、50.2%の有効回答率」であった。この回答者のうち障害(補償)年金受給者の等級別内訳は表7のとおり、「せき損による神経障害」が、障害等級第1級で67.6%、第2級で23.9%、第3級で30.5%を占めていた。

こうしたデータから、表3に示した障害補償年金受給者の推移の一定の割合をせき髄損傷に係るものとも考えることもできるかもしれない。

一方で、せき髄損傷を含む精神神経障害による障害・傷病補償年金受給者は、第1級は「常時介護」、第2級は「部分介護」に無条件に区分されて、現に介護を受けていさえすれば、1月につき各々104,290円及び51,250円を上限として介護(補償)給付を受給することができる(費用を支出しない親族または知人による介護だけの場合であったとしても、各々定額で56,600円及び28,300円支給される)。しかし、介護(補償)給付に関するデータは、表8のように件数と金額の支払状況だけであって、

表6 障害等級・部位別の受給者数(1995年)

		障害補償年金 受給者数		傷病補償年金 受給者数	
第1級	精神神経障害	3,805	53.2%	1,936	61.0%
	胸腹部臓器障害	14	0.2%	56	1.8%
	その他	3,333	46.6%	1,183	37.3%
	合計	7,152	100.0%	3,175	100.0%
第2級	精神神経障害	1,238	50.4%	658	49.8%
	胸腹部臓器障害	3	0.1%	585	44.3%
	その他	1,215	49.5%	78	5.9%
	合計	2,456	100.0%	1,321	100.0%

表7 障害の状態別の状況(1991年調査)

	計	①せき損 による神 経障害	②胸腹部 臓器の機 能障害	③ その他	①	②	③
第1級	686	464	4	111	67.6%	0.6%	16.2%
第2級	247	59	3	76	23.9%	1.2%	30.9%
第3級	459	140	7	188	30.5%	1.5%	41.0%

受給者数もその傷病別内訳もわかっていないので、介護(補償)給付受給者データを利用することもできない。

別の切り口は、労災保険の社会復帰促進等事業として実施されているアフターケア制度である。アフターケア制度は、せき髄損傷を含めた20傷病が対象に実施されているが、「せき髄損傷者にあつては、症状固定後においても尿路障害、褥瘡等の予防その他の医学的措置等を必要とすることがあることにかんがみ」、原則として第3級以上の障害(補償)給付受給者が対象とされ、診察・保健指導、褥瘡処置、薬剤の支給及び検査が措置の範囲とされている(傷病別アフターケア実施要領)。

このための健康管理手帳の受交付者(表1の④)、新規の内訳、実施したアフターケアの件数・金額が労災保険事業年報に公表されており、把握することのできない実際のせき髄損傷に係る障害(補償)給付受給者の代わりに、表1では「障害(補償)給付受給者」として、これらの数字を用いている。しかし、第3級以上の障害(補償)給付に限っても、実際の受給者数よりも少ない数字であろうと思われる。

せき髄損傷に係るアフターケアについては、実施期間の限度は設けられていない(生涯可能)が、健康管理手帳の有効期間は3年間とされていて、継続する場合には手帳を更新するものとされている。

表8 介護(補償)給付の支払状況

年度	件数	金額	一件当たり金額
1996	28,136	3,508,179,401	124,687
1997	39,270	5,210,783,136	132,691
1998	40,009	5,519,640,742	137,960
1999	41,098	5,799,603,173	141,116
2000	41,924	5,818,373,096	138,784
2001	43,054	6,013,773,077	139,680
2002	43,841	6,092,724,720	138,973
2003	45,109	6,130,940,572	135,914
2004	45,587	6,102,901,131	133,874
2005	45,871	6,106,794,252	133,130
2006	52,111	6,709,480,940	128,754
2007	54,590	6,911,017,550	126,599
2008	54,945	6,991,379,602	127,243
2009	55,650	7,073,762,216	127,112
2010	55,551	6,980,525,838	125,660
2011	54,958	6,902,768,458	125,601
2012	54,667	6,825,123,017	124,849

2006年12月15日に開催された平成18年度第2回労災医療専門家会議に、新規交付者に係る更新回数データのデータが示されている。1999年の1,228人の新規交付者のうち、1回更新1,012人(82%)、2回更新780人(64%)。2000年の1,079人では、1回更新844人(78%)、2回更新607人(56%)。また、手帳を更新しなかった者(失効者)の数の推移として、2003年度393人(4.5%)、2004年度387人(4.3%)、2005年度451人(4.9%)という数字である。しかし、失効-不更新の理由は示されていない。

表1では、前年度受交付者数及び当年度新規受交付者数の合計数と当年度受交付者数の差を「推計『死亡等』」として示してある。

労災補償の状況

あらためて表1をご覧ください。比較のために、じん肺について同じデータを表2に示した。じん肺については、障害(補償)給付受給者数として使えるデータがないが、長期療養者の推移の中に「治癒又は中断者」が一定数は見られるものの、表6及び表7によれば、じん肺が含まれる胸腹部臓器障害による障害(補償)給付受給者は非常に少ないことが確認できる。

当年度新規補償件数(①)については、せき髄

表9 せき髄損傷に係る傷病・障害（補償）年金受給者の死亡と遺族（補償）給付受給状況

傷病（補償）年金受給者	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
死亡せき損者数	157	169	147	169	135	158	141
遺族（補償）給付件数	69	69	69	59	47	72	60
受給者の比率（％）	43.9%	40.8%	46.9%	34.9%	34.8%	45.6%	42.6%
障害（補償）年金受給者	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
死亡せき損者数	53	73	88	73	124	127	117
遺族（補償）給付件数	6	15	15	17	18	13	21
受給者の比率（％）	11.3%	20.5%	17.0%	23.3%	14.5%	10.2%	17.9%
傷病・障害（補償）年金受給者合計	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
死亡せき損者数	210	242	235	242	259	285	258
遺族（補償）給付件数	75	84	84	76	65	85	81
受給者の比率（％）	35.7%	34.7%	35.7%	31.4%	25.1%	29.8%	31.4%

損傷では明らかな減少傾向を確認することはできないが、じん肺では一貫して減少している。

当年度末長期療養者総数(②)についても、せき髄損傷では明らかな減少傾向を確認することはできないが、じん肺では2007年度以降5年連続して減少している。

一方、当年度末傷病補償年金受給者総数(③)については、せき髄損傷及びじん肺ともに、一貫して減少している（減少率はじん肺の方が顕著）。

せき髄損傷に係る当年度末障害補償給付受給者総数（正しくはアフターケア健康管理手帳受交付者総数）(④)については、ゆるやかな増加傾向がみられるようであるが、新規受交付者数に関しては、減少してきている。

以上を合計した労災受給者総数の推計(⑤=①+②+③+④)については、せき髄損傷ではゆるやかな増加傾向がみられるのに対して、じん肺では一貫して減少しており、ここで得られた数値によれば、2012年度にはせき髄損傷の総数が初めてじん肺の総数を上回ったことになる。労災補償におけるせき髄損傷の重要性をあらためて確認させる結果である。ただし、じん肺が本当に減少しているかどうかは検証されなければならない課題であることは強調しておきたい。

非常に気になるのは、せき髄損傷、じん肺ともに、傷病（補償）年金受給者数が一貫して減少しているだけでなく、推計受給者総数に占める傷病（補償）年金受給者数の割合（③/⑤）も一貫して減少していることである。表4でより長期的にみると、

表10 長期家族介護者援護金の支給状況

年度	2008	2009	2010	2011	2012
件数	18	36	27	26	30

1985年をピークに減少に転じている。これが、「治らない」＝重篤な事例の発生の減少や、「治る」＝療養を必要としない程度にまで障害を改善できた事例の増加等を反映しているのであれば結構なことであるが、とりわけせき髄損傷についてみればそのように言い切ることはできないのではないかと。むしろ、傷病（補償）年金に移行させない傾向が強まっているのではないかと、非常に危惧している。

表1及び表2では、死亡総数の推計も試みている(D)。これは、長期療養者の「死亡」(A)、傷病（補償）年金受給者の「死亡・失権」(B)、障害（補償）給付受給者（アフターケア健康管理手帳受交付者）の「推計『死亡等』」(C)を合計したものである。

これらの死亡事例に対して遺族（補償）給付がなされたかどうか、を確認することのできる情報が存在していないことも大きな問題である。

全国脊髄損傷者連合会が2005年に発行した『労災保険法 遺族年金の手引き-実務編-』は、国会議員を通じて入手したデータとして表9を掲載し、遺族（補償）給付の受給率が「きわめて低率」と評価し、「これからの運動が求められています」としている。以降現在に至るも、事態は決して好転していないのではないかと危惧されるところである。

なお、1995年度から、障害等級第1級の障害（補償）年金または傷病等級第1級の傷病（補償）年金

を10年以上受給していた者が、業務以外の原因で死亡した=したがって遺族（補償）給付を受給できない=場合、一定の要件を満たす遺族（「生活困窮者」という限定がある）に一律100万円の長期家族介護者援護金を支給する制度が実施されている。近年の支給実績は表10のとおりであるが、傷病別のデータは入手できない。

労災補償をめぐる問題

次に、せき髄損傷の労災補償をめぐる問題をざっとみておきたい。

● 療養（補償）給付

業務上または通勤によるせき髄損傷またはその併発疾病により療養をしていることが前提となるが、1993（平成5年）10月28日付け基発第616号「せき髄損傷に併発した疾病の取扱いについて」が示され、同じタイトルのパンフレットが作成されている。

ここでは、せき髄損傷による身体の状態を「急性期」（受傷からせき髄ショックを脱するまでの期間を言い、おおむね受傷から2～3か月とされる）と「慢性期」に分け、それぞれの時期に発生した疾病について、労災補償上の取り扱いを整理している。急性期の併発疾病として21種類の疾病、慢性期の併発疾病として褥瘡など25種類の疾病を掲げ、一般に原疾患であるせき髄損傷に起因する疾病として取り扱うものとしているほかは、個々の事案ごとに検討して因果関係を判断するとしている（15頁参照）

せき髄損傷またはその併発疾病により現実に療養していることが認められて療養（補償）給付がなされなければ、休業（補償）給付や傷病（補償）年金の支給は前提を欠くことになるが、この通達には20年以上も前に出されたものであり、とりわけ、上げられていない疾病や、「一般的には医学経験則上因果関係が認められないが、個々の事案ごとに検討し、因果関係を判断すべき」とされている高血圧、糖尿病、悪性新生物等々について、最新の医学的知見に基づいた見直しが必要と考えられる。

なお、療養（補償）給付には、訪問看護や通院費を含めた移送費も含まれる。

訪問看護事業者（訪問看護ステーション）が健康保険法または老人保健法による指定に加えて、所轄労働局長に申請して「労災保険指定訪問看護事業者指定」を受けていれば無料で受けられるが、そうでない場合には費用を自弁したうえで療養の費用の請求を行わなければならない。支払われる訪問看護費用は健康保険準拠とされている。

通院費については、①同一市町村内、②隣接する市町村内を原則としつつも、「当該傷病の診療に適した」労災指定医療機関等への通院の費用の支給を認めている。自家用自動車による場合も走行距離1km当たり37円で算定され、また、配偶者・二親等内の血族以外に限定されるが、移送に従事した者の日当も対象になり得る。移送費はすべて療養の費用として請求することになる。

● 傷病（補償）年金

神経精神に係る傷病等級表及び認定基準の内容は、20頁のとおりである。

療養開始後1年6か月を経過した休業（補償）給付受給者は、所定のせき損用の診断書を添えて「傷病の状態等に関する届」の提出を求められる。これに基づいて所轄労働基準監督署長は、傷病（補償）年金を支給するか、引き続き休業（補償）給付を行うか決定する。後者の場合には、以降毎年1月1日から同月末日までのいずれかの日の分を含む休業（補償）給付請求書に添えて、「傷病の状態等に関する報告書」の提出を求められる。報告書の内容から傷病等級に該当するに至っていると認められるときや、報告書の提出を待つまでもなく該当することが推定できるにいたったときも、「傷病の状態等に関する届」の提出を求めて傷病（補償）年金の支給決定の可否を判断することとされている。

上記の手続を経て被災労働者が傷病等級表に該当するに至っていることが確認できた場合には、至ったときに遡及して傷病（補償）年金の支給決定が行われる。この場合、支給事由が生じた月の末日までは引き続き休業（補償）給付が行われる。また、休業（補償）給付に回収を要するものについては、傷病（補償）年金の内払処理が行われる。

傷病が「治った」場合または障害の程度に変更

があった場合には、「傷病(補償)年金受給者傷病の状態の変更に関する届・治ゆ届」の提出が求められ、傷病等級変更(年金額変更)・受給権の消滅確認等が行われる場合がある。

傷病等級(第1～3級)の障害の程度はおおむね同等級の障害等級(第1～3級)に相当し、傷病(補償)年金と障害(補償)年金の最大の違いは、併せて療養(補償)給付が受けられるかどうかである。

休業(補償)給付の場合も併せて療養(補償)給付が受けられる。休業(補償)給付の額は休業特別支給金を合わせて平均賃金の80%であるのに対して、傷病(補償)年金は第1級85.8%(313/365日分)、第2級75.9%(277/365日分)、第3級67.1%(245/365日分)に100～114万円の傷病特別支給金(一時金)であるが、ボーナスなどの特別給与を算定の基礎とする傷病特別年金も支給され、傷病(補償)年金と傷病特別年金の合計額が平均賃金の80%(292/365日分)に満たない場合には差額支給金も支給されるので、傷病(補償)年金に移行したことによって、総額で休業(補償)給付を受けていたときよりも下回ることはない(障害(補償)年金の場合には、この差額支給金制度はない)。

また、常に「治った」かどうかをチェックされる休業(補償)給付の場合と比較して、傷病(補償)年金のほうが安心して療養を継続できるという面もある。

傷病(補償)年金の支給・不支給決定または変更・不変更決定は労働基準監督署長の職権によるものであって、被災労働者の側から請求を行うことができない。決定に対して不服申し立てをすることはできるものの、他の種類の決定の場合と比較しても、決定の取り消しはきわめて狭き門である。

個々の事例を通じて、また、厚生労働省に対して、傷病(補償)年金制度の積極的活用を働きかけていく必要性を痛感している。

● 治 ゆ

厚生労働省パンフレット「労災保険における傷病が『治ったとき』とは…」は、「労災保険における傷病が『治ったとき』とは、身体の諸器官・組織が健康時の状態に完全に回復した状態のみをいうものではなく、傷病の症状が安定し医学上一般に認めら

れた医療を行っても、その医療効果が期待できなくなった状態をいい、この状態を労災保険では『治ゆ』(症状固定)という。したがって、『傷病の症状が、投薬・理学療法等の治療により一時的な回復がみられるにすぎない場合』など症状が残存している場合であっても、医療効果が期待できないと判断される場合には、労災保険では『治ゆ』(症状固定)として、療養(補償)給付を支給しないこととなっている」と説明している。多くの問題を引き起こしている厚生労働省独自の解釈であるが、この間の若干の変化(と言ってよいと思う)について指摘しておきたい。

2006年10月27日に開催された第2回アフターケアの基本的考え方に関する検討部会(労災医療専門家会議)に提出された「『症状の悪化』と『治ゆ』・『再発』の取扱について」と題した文書で、「治ゆ」について以下の説明を追加している。

「(1) 治ゆとならないもの

ア 療養を継続することによって症状の改善が期待できるもの

イ 療養を中止すると症状が悪化するもの

(2) 治ゆとなるもの

ア 療養を中止しても症状が悪化しないもの」

厚生労働省労働基準局労災補償部「労災業務OJTマニュアル」(2011(平成23)年2月25日付け基労発0225第1号)でも、以下のように言っている。

「○ 治療効果が認められるとは

治療の有無により、症状が大きく変化する場合は治療効果が認められる。

現在の状態を維持するのに、治療が不可欠な場合も認められる。

反対に、いわゆる対症療法といわれるようなものは、治療効果が認められない。

○ 治療によって症状が改善しない場合であっても、症状の悪化が避けられない場合には、症状が安定しているとは言えない。」

これらは、振動障害の労災打ち切りをめぐる私たちが厚生労働省に認めさせてきた考え方である(振動障害では、治療を中断して症状の悪化の有無を確認することまで認めさせている)が、いまや「治ゆ」一般の説明として使われるようになりつつあることに留意していただきたい。

● 障害(補償)給付

傷病が「治ったとき」、身体に残った障害が障害等級に該当するときには、障害の程度に応じて障害(補償)給付が支給される。療養(補償)給付は支給されなくなる。

神経精神系統に係る障害等級表及び認定基準の内容は、21頁のとおりである。

障害等級認定をめぐる不服審査等は、せき髄損傷をめぐる多数争われているが、ここでは詳しく立ち入らない。

● 介護(補償)給付

前述のとおり、せき髄損傷による障害・傷病(補償)年金受給者は、第1級は「常時介護」、第2級は「部分介護」に無条件に区分されて、民間の有料介護サービスに限らず、親族、友人、知人から現に介護を受けていさえすれば、介護(補償)給付を受けることができる(要介護障害程度区分表を24頁に示した)。

しかし、支給実績については年間の件数と金額しか示されていないため、実際の受給者数や1人当たり年間支給金額等の実態はわかっていない。

介護保険法の介護給付または予防給付との関係では、労災保険の介護(補償)給付が優先され(介護保険法第20条)、労災保険でカバーしきれない部分について介護保険が適用されることになる。

1996年に制度が創設されて以来20年近くたつが、支給額は当初よりも若干下がっている。被災者・家族からは、支給額の引き上げや、支給要件も含めた見直しを求める声大きい。

● アフターケア

アフターケア制度についてもすでにふれているが、せき髄損傷に係るアフターケア実施要綱を24頁に示した。保険給付ではなく、以前は「労働福祉事業」、いまでは「社会復帰促進等事業」の一環として行われているものである。また以前は、保険給付と異なり処分性はないものとして取り扱われていたが、労災就学援護費に係る最高裁判所の判断を受けて、アフターケアについても処分性を認めること

とされ、手帳の交付決定等は行政不服審査法に規定する行政処分として、上級庁である厚生労働大臣に対して審査請求を行うことができるものとされている(平成22年12月27日付け基発第1227第1号「社会復帰促進等事業として行われる事業に係る支給、不支給決定等の処分性について」)。

傷病が「治った」日の翌日から起算して新規交付の有効期間として定められた期間内に所轄都道府県労働局長に健康管理手帳交付申請をしなければならぬとされるが、せき髄損傷については有効期間の定めがないので、いつでも申請できる。

労災指定病院の窓口でその都度手帳を提示し、所定の欄に受診結果を記入してもらうことによって、アフターケア実施要綱で定められた範囲内の診察、保健指導、処置、検査などを、無料で受けることができる。また、アフターケア通院費も支給される。

新規交付の手帳の有効期間は3年間で、手帳を有効期間満了の1か月前までに健康管理手帳更新申請することができ、この場合の手帳の有効期間は5年間。手帳を紛失、汚損またはアフターケア記載欄に余白がなくなったときは、再交付申請も可能で、再交付された手帳の有効期間は元の手帳の有効期間満了日までとされている。

①手帳の有効期間が満了したとき、②傷病が再発し療養(補償)給付を受けることとなったとき、③その他、手帳が不要となった時、または都道府県労働局長から返還を求められたときは、健康管理手帳を返納することとされている。

● 再発

傷病がいったん症状固定と認められた後に再び発症し、次のいずれの要件も満たす場合には、「再発」として、再び療養(補償)給付を受けることができると説明される。

- ① その症状の悪化が当初の業務上または通勤による傷病と相当因果関係があると認められること
- ② 症状固定の時の状態からみて明らかに症状が悪化していること
- ③ 療養を行えばその症状の改善が期待できると医学的に認められること

前出の「労災業務OJTマニュアル」は、以下のよう
に言っている。

「○ 原傷病との相当因果関係の有無

① 傷病名は同一か。→まずは業務（通勤）起
因性を疑う。→付随疾病の場合、再発に準じ
て療養が認められることがあることに留意。

② 傷病の部位は同一か。→上記①に同じ

③ 私傷病等によるものではないか。→症状を
悪化させた原因があるかを確認

○ 症状の悪化の有無

① 治癒時の状態の確認→障害補償を行って
いるものはその関係を調査

② 症状の変動の幅の中であるか否かの確認
→当初の傷病とその後の症状経過を確認

③ 治療材料の交換が必要な場合には、再発
に準じて認められることに留意。

○ 治療効果の有無

以下の事項について、専門医と相談の上、調
査を行うことが望ましい。なお、せき髄損傷につ
いては、アフターケアと治療の棲み分けの基準
があるので留意すること。

① 当該治療により症状の原因を改善できるも
のか。

② 急性症状を抑制する必要性が高く、また、
当該治療により効果的な抑制を図ることがで
きるか。」

「棲み分けの基準」とはアフターケア実施要綱の
内容を指しているのであろう。せき髄損傷の併発
疾病ともされている褥瘡について、「症状が若干の
通院又は投薬で回復する程度の褥瘡」はアフター
ケアの対象、それ以上の褥瘡は療養（補償）給付
の対象、と切り分けている。

● 再発をめぐる問題

障害等級第1～3級の障害（補償）年金受給者
の場合、障害の程度が同じ者が、療養を必要とす
る状態になったのであるから、所轄労働基準監督
署長の職権によって、同一等級の傷病（補償）年金
に移行されることがもっとも望ましい。そうすれば事
務手続もっとも簡素に済むうえに、特別年金も含
めた受給する総額も減らずに（差額支給金で若干

増額する場合もあり）、療養（補償）給付を受けるこ
とができるようになる。介護（補償）給付の適用関係
も、同一等級であれば、変更はない。しかし、被災
者の側から事情を説明して要請しても、そのような
取り扱いがなされることはきわめてまれと言わざるを
得ない状況にある。

現実には、療養（補償）給付の請求手続と同時
に、障害（補償）年金に代えて休業（補償）給付の
請求手続を行うよう求められる場合が多い。障害
等級第1級の場合で言えば、煩わしい手続をとらさ
れて、再発認定までに時間と手間がかかることが多
いうえに、認定された結果として、特別支給金を合
わせた総支給額で多くの場合減額されるということ
にもなる。さらに、介護（補償）給付が受けられなくな
る（これが最大の問題かもしれない）。

再発認定された後に、被災者の側が傷病（補
償）年金への移行を希望しても受け入れられず、か
えてできるだけ早期に再治癒・再障害認定を働き
かける労働基準監督署が少なくないといっている。

せき髄損傷とその併発疾病として再発認定され
る可能性のない疾病についても現に健康保険等
で療養を受けている場合も多いと考えられるが、そ
のような場合にはなおさら煩わしい手続を避ける傾
向がでてくるのではないと思われる。このことは、
被災者の側だけでなく、療養費の請求先を労災保
険及び健康保険等に振り分けなければならなくなる
医療機関についても当てはまる。この点は、アフ
ターケアについても当てはまるだろう。

後の遺族（補償）給付のことも考えて、せき髄損
傷とその併発疾病及びそれらの後遺症状に関係
する療養の経過は、アフターケアまたは再発の手続
をとって、最大限記録に残しておくことが望ましい。

医師・医療機関に労災保険の取り扱いの仕組み
を理解してもらうことがきわめて重要なわけである
が、医師・医療機関との間で被災者・家族が不要な
苦勞をせずすむ制度・手続面の改善が求められて
いると言うことでもある。例えば、(NPO)日本せき
ずい基金『脊損ヘルスケア：Q&A編』も次のように
指摘している－「そもそも、せき髄損傷者のような
合併症リスクの高い場合は、労災年金を停止せず
に療養給付（医療）のみを再開できるように制度を

改善することが必要と思います」。

当面の現実的な対応としては、休業(補償)給付の請求手続なしに傷病(補償)年金への移行させるよう求めつつ、療養(補償)給付の請求手続を行うことによって、労働基準監督署に再発と認定されるかどうかの判断を求める。あるいは、休業(補償)給付の請求手続を行うことによって、再発認定の判断を求め、認定されることが判明してから、傷病(補償)年金への移行の検討も求め、また、療養(補償)給付の請求手続を行う(医療機関がすでに健康保険等の手続をしてしまっている場合には切り替えてもらう)。再発認定され、かつ、休業(補償)給付に切り替えざるを得なかったとしても、安易に早期再治癒・再障害認定へとすすむのではなく、症状の推移をみきわめつつ、可能性がある限り傷病(補償)年金への移行を強く求める、ということになるだろうか。

● 遺族(補償)給付

遺族(補償)給付に関しては、死亡の原因が業務上または通勤によるせき髄損傷またはその併発疾病にあると認められるか否かが鍵となる。

休業(補償)給付または傷病(補償)年金と併せて療養(補償)給付を受給していて死亡に至った場合には、療養の経過が記録に残されており、相対的に因果関係の判断はしやすいと思われる。

そうではない一障害(補償)給付受給者などの場合には、これまで、遺族が労働基準監督署に相談しても、治ゆしていた被災者が(いきなり)業務上または通勤による傷病で死亡することはない、と門前払いされてしまうことが多いと報告されている。

実際には、治ゆからいきなり死亡ではなく、せき髄損傷の症状または併発疾病が再発した後に死亡に至るという経過をたどるものと考えられる。その再発について、医療機関での療養を受けていない場合があり得るにしても、である。

死亡する前に再発申請の手続がなされていれば、再発認定に続けて死亡の因果関係も判断されることになる。

しかし、再発認定の手続をとらないまま亡くなっていることが多いのが現実である。この場合には、再発に係る療養(補償)給付等の請求手続と死亡

に係る遺族(補償)給付等の請求手続を同時に行うか、または、遺族(補償)給付の請求手続を行うことによって、認定の判断を求め、認定されることが判明してから、必要があれば再発に係る療養(補償)給付等の請求手続を行う(医療機関がすでに健康保険等の手続をしてしまっている場合には切り替えてもらう)ことが考えられる。

結果的に、業務上または通勤によるせき髄損傷と死亡との因果関係を認めて遺族(補償)給付等は支給するものの、すでに健康保険等の手続をしてしまっている、死亡に至る直前の療養費について労災保険の療養(補償)給付への切り替えは求めず、死亡に至るまでの期間については障害(補償)年金を支給するという実務処理になる場合もあろう。

いずれにせよ労働基準監督署は、一般的には、死亡に至る一定の期間の経過を調査・判断したうえで決定を下すことになる。

● 請求にあたっての留意事項

認定にあたってもっとも影響が大きいのは、「死亡診断書(死体検案書)」の記載内容である。「死亡の原因」の「直接死因」またはその「原因」欄にせき髄損傷またはその併発疾病と認められる疾病が記載され、せき髄損傷またはその併発疾病と「直接死因」との原因関係に矛盾がなければ、一般に、業務上または通勤によるせき髄損傷と死亡との因果関係が推定されるだろう。

死亡に至る経過を把握・判断するうえでは、アフターケアや再発に該当したであろうにもかかわらず、それらの手続をとらなかった(したがって労働基準監督署の記録に残っていない)経過を整理して、正しく伝えることも重要である。

因果関係を判断するために労働基準監督署が医師に詳しい意見を求める場合もあるので、本稿で解説しているような労災補償の考え方、及び、当該医師が承知していない過去の症状の経過等を、医師に伝えておきたい。また、医療機関のケースワーカー、医事担当者等にも同様の情報を伝え、すでに健康保険等の手続をしてしまっている療養費の労災保険の療養(補償)給付への切り替えが(健康保険等への請求分との振り分けも)必要に

なるかもしれないことなどについて説明して、協力を求めておくことが望ましいだろう。

死亡につながった再発について、医療機関での療養を受けていない場合には、経過を説明・理解してもらったうえで、「死亡診断書（死体検案書）」を作成した医師またはかつて被災者を診たことのある医師などに、せき髄損傷・併発疾病と死亡との因果関係に関する意見書を書いてもらって、遺族（補償）給付等の請求にあたってあらかじめ労働基準監督署に提出することも考えられる。

● その他の社会復帰促進等事業

- ① 労災就学等援護費
- ② 労災就労保育援護費
- ③ 義肢等補装具費－義肢、筋電動義手、上肢装具及び下肢装具、体幹装具、座位保持装置、盲人安全つえ、眼鏡（コンタクトレンズを除く）、補聴器、人工喉頭、車椅子、電動車椅子、歩行車、収尿器、歩行補助つえ、介助用リフター、フローテーションパッド、重度障害者用意思伝達装置
- ④ 外科後措置
- ⑤ 労災はりきゅう施術
- ⑥ 労災療養援護金
- ⑦ 長期家族介護者援護金
- ⑧ 労災特別介護施設
- ⑨ 労災ホームヘルプサービス事業

これらのうち、①②③④⑤については、アフターケア健康管理手帳及びアフターケア通院費とともに、処分性が認められ、不支給・不承認・不交付等の決定に対して審査請求を行うことができる。

緊急時のための準備

以下は、全国脊髄損傷者連合会が2005年に発行した『労災保険法 遺族年金の手引き－実務編－』の「緊急時の対策」からの抜粋である。

在宅の被災労働者が“死に直面”するのは、多くの場合、緊急時です。緊急時への対応を誤らなければ、私たち被災労働者が“死”に直面することは少なくなります。

また、当プロジェクトがせき髄損傷者の立場であることから、この「手引き」は、主にせき髄損傷者の立場で書かれています。あなたが、せき髄損傷者でない労災被災者やご家族であっても、この「手引き」の内容は、原則としてすべての場合に当てはまります。それぞれの項目ごとに、内容を確認、必要な手順をとることができます。

● 今から、緊急発病の時の準備をしよう

緊急時には、どの家庭でも、大慌てになり、必ず自宅に書類や診察カード、保険証などの「忘れ物」をしてしまい、病院についてから途方に暮れることが多くあります。長期に自宅療養している被災者は、緊急時でも「取り返しのつかないこと」がないように、あらかじめ準備しておく必要があると思います。

私（故新田輝一さんのこと）も、緊急事態と判断して19:00頃と、夜中の3:00頃に救急病院に自分の自動車で掛けつけたことがあります。いま思うと、反省することがたくさんありました。

私の体験も含め、緊急事態のアドバイスをあげてみます。傷病の内容や生活している地域によって、内容は様々です。

緊急発病の本人に意識があったとしても、必ず介助者の同行、または救急車、タクシーなどの利用が不可欠です。タクシー会社や最寄りの消防署などには、あらかじめ患者さんが治療を受けている病院名やその所在地を知らせておきましょう。

● 緊急事態の時、患者と家族がすること

いままでの会員からの報告によりますと、緊急事態となった理由は、出血、呼吸困難、発熱、高血圧、貧血、意識不明、骨折などがあります。いずれの場合も、被災者の安静が求められます。

緊急の時、協力者は誰に依頼するか、患者の既往症は何か、などを調べておくことが不可欠です。被災者団体の組織を有効利用することも重要です。

また容体によっては、万が一の時のことを考え、家族全体で“緊急時体勢”を取り、場合によっては葬儀等の準備も検討することになります。葬儀等

の準備については、かなり前から葬儀社等と打ち合わせが必要になるときがあります。

被災労働者の経歴、病歴、無宗教・宗教、費用、死亡したときに知らせる人の名簿作り、弔辞のことなどを決めておく必要もあります。

● 「緊急時用患者記入カード」を書こう

当団体では、「緊急時用患者記入カード」をせき損ニュースに掲載しました。未記入の会員も多くいるようですが、この準備ができていないことで苦労するのはご本人です。

まず、このカードのコピーをとり記入を済ませ、今晚でも使えるように準備してください。そして、すぐに持ち出せるよう、透明クリアケース等に入れ、枕元に置きましょう。これが緊急時の準備の第一の作業だと思ってください。

● 緊急発病の時に備える！

会員家族からの質問で、「労災のせき髄損傷の家内ですけど、入院している夫の命の危険を感じています。万が一のとき、私に遺族年金が出るでしょうか」という質問を受けました。その方の様子を電話で聞くと、「もう数週間入院していますが、国民健康保険で入院しています」と言われました。

もし、この方のご主人が“業務上”の死亡をされても、この夫人に労災の遺族年金は支給されません。なぜなら、ご主人が国民健康保険で入院しているからです。すぐに、管轄の労働基準監督署の「労災係」に電話をして、ご主人の「入院治療を労災保険に切り替えてください」とお願いしてもらいました。

なお、現行の労災保険で業務上の「併発疾病」

となる病名は18～19頁に掲載されている25種類です。治療後、万が一この25種類の疾病が原因で死亡した場合、原則として労災の遺族年金が支給されます。

ご不明の点は、医師または被災者団体の労働福祉部にお尋ねください。今後、上記疾患の一つひとつについて、関係団体ごとに体験談を集め、今後の対策をたてるための資料にする必要があると思います。

● 障害給付からの切り替えは必ず「傷病」へ

障害（補償）給付は、労働災害等による傷病が症状固定となり、治癒した被災労働者が受ける給付です。したがって、労働災害が原因の傷病について、治療を受けるとき（アフターケア以外の治療）、労災保険の医療を受けられる給付（休業補償または傷病）への切り替えがなければなりません。

最大の検討項目は、介護（補償）給付が受けられるかどうかです。もし、休業（補償）給付に切り替えると、被災労働者が在宅で家族やホームヘルパーの介護を受けていても、一切支給されません。1か月くらいと見込んでいた入院期間も、入院と退院後の状況観察期間が計3年以上になる会員が増えています。

被災労働者は50歳を過ぎると、自宅療養にしても、いくつもの併発疾病にかかりやすくなります。両腕の筋力の退化、頻繁に繰り返す褥瘡、低下する膀胱と腎臓の機能に対処するだけでも決して楽ではありません。

昨年と今年、2人の会員が障害から傷病への変更が認められました。給付区分の切り替えは必ず【障害→傷病】とさせましょう。



せき髄損傷に併発した疾病の取扱いについて

【平成5年10月28日基発第616号】

せき髄損傷者については、せき髄の損傷という重篤な障害が長期間にわたって継続することから、種々の疾病を併発することが少なくない現状にある。

また、最近における臨床医学の進歩により、せき髄損傷者の死亡率は低下するとともに、慢性期に

移行したせき髄損傷者の増加、高齢化をみている。療養中のせき髄損傷者のなかには、様々の疾病が発生しているが、これらの疾病が、原疾患であるせき髄損傷と因果関係があるか否かについての判断に苦慮する事案が増加している状況にある。

このため、せき髄損傷で長期にわたり療養を継続している者に発生した疾病等と原疾患であるせき髄損傷との因果関係を明確にする必要がある。

そこで、この因果関係を明確にするため「労災医療専門家会議」に別途小委員会を設置し、医学専門的な検討を行ってきたが、今般、その結論（別添報告書参照：略）が得られたことから、これに基づき、せき髄損傷に併発した疾病（本通達では症状を含む。以下「併発疾病」という。）の取扱いについて下記のとおり整理したので、今後の事務処理の参考とされたい。

記

1 併発疾病の分類について

せき髄損傷受傷後の慢性期及び急性期において発症した併発疾病等については、最近における医学的知見等に基づき、次のように分類することができる。

なお、本通達でいう「慢性期」とは急性期以降を指し、せき髄ショックを脱し、全身状態が比較的安定した状態をいい、また、「急性期」とは、受傷からせき髄ショックを脱するまでの期間をいい、症例により相違はあるが、受傷からおおむね2カ月ないし3カ月までの期間を示すものである。

(1) 慢性期の併発疾病の場合

せき髄損傷により長期にわたり療養を継続している者に発症した併発疾病については、せき髄損傷との因果関係に基づき、次のように分類する。

- イ せき髄損傷と併発疾病との間に因果関係が認められるもの
- ロ せき髄損傷と併発疾病との間に因果関係が不明確なもの
- ハ せき髄損傷と併発疾病との間に因果関係が認められないもの

(2) 急性期の併発疾病等の場合

せき髄損傷の急性期に発症した併発疾病等については、次のように分類する。

- イ 急性期に発症した併発疾病又は急性期から症状が引き続いている併発疾病
- ロ せき髄損傷で療養中に新たに負傷等が原因となり発症したもの

2 慢性期に発症した併発疾病の取扱いについて

慢性期に発症した併発疾病については、前記1の(1)の分類にしたがって、以下により取り扱うこととする。

なお、本分類に掲げられていない併発疾病については、個々の事案ごとに検討し、因果関係を判断すべきものである。

(1) せき髄損傷と併発疾病との間に因果関係が認められるもの

せき髄損傷の慢性期に発症した併発疾病のうち、次に掲げる併発疾病は、一般に医学経験則上因果関係が認められるが、個々の事案の判断に当たっては、別表に掲げる損傷部位、損傷程度、症状経過、病像等を確認した上、原疾患であるせき髄損傷に起因するものとして、労働基準法施行規則別表第1の2第1号又は労働者災害補償保険法施行規則第18条の4に該当する疾病として取り扱うこととする。

- ① 褥瘡
- ② 皮膚がん(褥瘡がん)
- ③ 起立性低血圧
- ④ 運動障害域の神経病性関節症

- ⑤ 運動障害域の痙縮亢進
- ⑦ 自律神経過反射
- ⑨ 肩手症候群
- ⑪ 関節拘縮(麻痺域)
- ⑬ 外傷後せき髄空洞症
- ⑭ 人工呼吸中の気管内チューブによる気管粘膜の潰瘍又は声門、気管狭窄
- ⑮ 肺感染症(含肺炎)
- ⑯ 尿路、性器感染症(膀胱炎、尿道炎、尿管炎、前立腺炎、副睾丸炎)
- ⑰ 尿路結石症
- ⑱ 膿腎症
- ⑲ 腎不全
- ⑳ 感染症(骨髄炎、化膿性関節炎、敗血症)
- ㉑ 麻痺域疼痛(感覚脱失性疼痛)
- ㉒ 体温調節障害
- ㉓ 関節周囲異所性骨化(麻痺域)
- ㉔ せき柱の変形
- ㉕ 無気肺
- ㉖ 腎盂腎炎、菌血症
- ㉗ 水腎症、水尿管症
- ㉘ 膀胱がん
- ㉙ 血栓性静脈炎

(2) せき髄損傷と併発疾病との間に因果関係が不明確なもの

せき髄損傷の慢性期に発症した併発疾病のうち、次に掲げる併発疾病は、一般的には医学経験則上因果関係が明らかでないため、個々の事案ごとに検討し、因果関係を判断すべきものである。

- ① 睡眠時無呼吸
- ② 胃・十二指腸潰瘍
- ③ 上部消化管出血

(3) せき髄損傷と併発疾病との間に因果関係が認められないもの

せき髄損傷の慢性期に発症した併発疾病のうち、次に掲げる併発疾病は、一般的には医学経験則上因果関係が認められないが、個々の事案ごとに検討し、因果関係を判断すべきものである。

- ① 頑癬、白癬
- ② 高血圧、動脈硬化症
- ③ 糖代謝異常、糖尿病
- ④ 抗利尿ホルモン分泌異常症候群
- ⑤ 気管支喘息
- ⑥ 胃がん等上部消化管悪性新生物
- ⑦ 腭炎
- ⑧ 尿崩症

3 急性期に発症した併発疾病等の取扱いについて

せき髄損傷の急性期に発症した併発疾病等については、前記1の(2)の分類にしたがって、以下により取り扱うこととする。

(1) 急性期に発症した併発疾病又は急性期から症状が引き続いている併発疾病

次に掲げる併発疾病が、せき髄損傷の受傷時に発症した併発疾病又はせき髄損傷の受傷時に発症し慢性期にも継続している併発疾病である場合には、原疾患であるせき髄損傷に起因するものとして労働基準法施行規則別表第1の2第1号又は労働者災害補償保険法施行規則第18条の4に該当する疾病として取り扱うこととする。

なお、本分類に掲げられていない併発疾病については、個々の事案ごとに検討し、因果関係を判断すべきものである。

イ 急性期に発症した併発疾病

- ① 迷走神経反射による徐脈、心停止
- ② 起立性低血圧
- ③ 体温調節障害
- ④ 無気肺
- ⑤ 肺感染症(含肺炎)
- ⑥ 気管支痙攣
- ⑦ 成人型呼吸窮迫症候群(ARDS)
- ⑧ 肺水腫

- ⑨ 肺塞栓
- ⑩ 肋骨骨折等による血気胸
- ⑪ くも膜下胸膜癒
- ⑫ 横隔膜破裂
- ⑬ 急性胃拡張
- ⑭ 胃・十二指腸潰瘍
- ⑮ 上部消化管出血
- ⑯ 麻痺性イレウス
- ⑰ 血栓性静脈炎
- ロ 急性期から症状が引き続いている併発疾病
- ① 横隔膜神経麻痺による呼吸停止
- ② 性機能不全
- ③ 排便障害

(2) せき髄損傷で療養中に新たに負傷等が原因となり発症したもの

せき髄損傷で療養中に新たに負傷等が原因となり発症したものについては、せき髄損傷とは異なる原因により引き起こされることから、個々の事案ごとに検討し、因果関係を判断すべきものである。なお、例としては、次に掲げるものが考えられる。

- ① 感覚障害域の熱傷
- ② 運動障害域の骨萎縮による病的骨折

4 その他

(1) 薬剤による副作用について

せき髄損傷の治療の際の薬剤による副作用等が疑われる場合の併発疾病については、せき髄損傷者に薬剤が及ぼす影響を考慮することが必要であるので、個々の事案ごとに主治医又は専門医の医証等から薬剤の投与時期、投与量等を調査の上、因果関係を判断すべきものである。

(2) 別表について

イ 別表には、前記2の(1)に掲げた併発疾病ごとの損傷部位並びに発生機序及び特徴を示しているため、当該疾病について、損傷部位、損傷程度、症状経過、病像等を意見書(エックス線所見、臨床所見、病理組織所見等)、診療費請求書(レセプト)等により確認されたい。

なお、当該疾病を確認するに当たり、せき髄損傷との因果関係の判断が困難な場合には、地方労災医員に相談すること等により判断されたい。

ロ せき髄損傷においては、損傷の部位によって臨床症状が異なるものであり、例えば、四肢麻痺あるいは対麻痺(下半身麻痺)となるが、損傷の程度によっても臨床症状の違いが明らかな場合があり、「完全麻痺」と「不全麻痺」に区分して記載しているものである。

なお、「不全麻痺」とは、完全麻痺まで至らないが部分的な神経及び筋機能の低下を示している状態をいう。

別表

疾病名	損傷部位	発生機序及び特徴
①褥瘡	不特定	感覚脱失等の障害と運動麻痺が併発しているため、体位変換等が十分に行われない場合に発症する。
②皮膚がん(褥瘡がん)	不特定	褥瘡が長期に至った場合にがんが発症することがある。この場合、褥瘡が存することが前提となる。
③起立性低血圧	上部胸髄損傷以上 (特に頸髄損傷)	急性期に発症するが、慢性期にも高率に発症する。

④運動障害域の神経病性関節症	不特定	不全麻痺に発症する例が多い。
⑤運動障害域の痙縮亢進	不特定	麻痺域に限る。 不全麻痺、上位部位のせき髄損傷者ほど発症例は多い。
⑥麻痺域疼痛（感覚脱失性疼痛）	不特定	せき柱損傷部位周辺又は麻痺した下肢部分に疼痛があり、慢性化するほど強くなる。
⑦自律神経過反射	上部胸髄損傷以上	完全麻痺に多発し、不全麻痺での症例は減少する。 急性期より慢性期に多くみる。 発作性高血圧、顔面紅潮、結膜充血、発汗等が特徴である。
⑧体温調節障害	上部胸髄損傷以上	急性期及び慢性期に発症する。 完全麻痺に近い。
⑨肩手症候群	頸髄損傷	麻痺域の肩及び上肢に痛みがある。
⑩関節周囲異所性骨化（麻痺域）	不特定	麻痺域に限る。 主に股関節、膝関節に発症する。 骨代謝異常により骨内のカルシウムが脱出することによるが、関節周囲では逆にカルシウムが集着、骨化することによる。
⑪関節拘縮（麻痺域）	不特定	麻痺域に限る。
⑫せき柱の変形	不特定	せき柱の損傷により生ずる場合（後彎）及び左右の神経麻痺の差により生ずる場合（側彎）がある。
⑬外傷後せき髄空洞症	不特定	せき髄損傷部位から発症し、上位部位へ空洞化が進行することが多い。 これは空洞部分に脳せき髄液が溜まり、これにより麻痺域が上位部位に進行するものである。
⑭人工呼吸中の気管内チューブによる気管粘膜の潰瘍又は声門、気管狭窄	頸髄損傷	人工呼吸のため気管を切開し、チューブを通し強制呼吸をすることによる。
⑮肺感染症（含肺炎）	頸髄損傷	自己能力により肺内異物（痰等）の体外排出が不能であることにより、肺感染症へと発展する。
⑯無気肺	頸髄損傷	自己能力により肺内異物（痰等）の体外排出が不能であることにより、肺炎、無気肺へと発展する。
⑰尿路、性器感染症（膀胱炎、尿道炎、尿管炎、前立腺炎、副睾丸炎）	不特定	療養中高率に発症する。
⑱尿路結石症	不特定	尿路感染から尿路結石症へ発展する。
⑲腎盂腎炎、菌血症	不特定	尿路感染が有力な前提である。 尿路感染が膀胱にとどまっている限り、腎盂腎炎に発展することはないが、膀胱・尿管逆流が加わった場合に発症しやすい。

②0膿腎症	不特定	水腎症、水尿管症に尿路感染が加わったものをいう。尿路結石症があれば悪化しやすいが、結石がなくても発症する。
21水腎症、水尿管症	不特定	大部分が尿流停滞と腎盂腎炎の繰り返しにより生ずる。
22腎不全	不特定	両側の膿腎症、慢性腎盂腎炎から腎不全へと発展するが、尿路結石症があれば発症しやすい。
23膀胱がん	不特定	尿路感染症や物理的的刺激（炎症やカテーテルによる。）により、多くは膀胱粘膜表面が扁平上皮に変化し、膀胱がんとなることがある。
24感染症（骨髓炎、化膿性関節炎、敗血症）	不特定	褥瘡部にふん便、接触衣類等からの細菌が感染し、十分な治療が行われない場合に、これらの細菌が骨髓、関節部、全身に回り発症する。
25血栓性静脈炎	不特定	静脈の血液能力の低下により静脈内の血液うっ滞、静脈血栓の形成へと発展する。

※厚生労働省「せき髄損傷に併発した疾病の取扱いについて」

<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/rousai/040324-12.html>

傷病等級表（抄）

第1級－当該障害の状態が継続している期間1年につき給付基礎日額の313日分

01. 神経系統の機能又は精神に著しい障害を有し、常に介護を要するもの

第2級－同277日分

01. 神経系統の機能又は精神に著しい障害を有し、随時介護を要するもの

第3級－同245日分

01. 神経系統の機能又は精神に著しい障害を有し、常に労務に服することができないもの

「せき髄の損傷」に係る傷病等級認定基準【昭和52年3月30日基発第192号】

イ 両下肢の用を全廃しているものは、第1級とする。

ロ 外傷、減圧症又はその他の疾病によるせき髄の損傷による廃疾の状態は複雑な諸症状を呈する場合が多いので、前記(1)の中樞神経系(脳)の場合と同様に、諸症状を総合評価して、廃疾の程度により次の3段階に区分して等級を認定する。

第1級 生命維持に必要な身のまわり処理の動作について、常に介護を要するもの

第2級 生命維持に必要な身のまわり処理の動作について、随時介護を要するもの

第3級 生命維持に必要な身のまわり処理の動作は可能であるが、常に労務に服することができないもの

※厚生労働省「休業（補償）給付 傷病（補償）年金の請求手続」

<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/rousai/040325-13.html>

障害等級表(抄)

第1級-当該障害の存する期間1年につき給付基礎日額の313日分[年金]

3. 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、常に介護を要するもの

第2級-同277日分[年金]

2の2. 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、随時介護を要するもの

第3級-同245日分[年金]

3. 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、終身労務に服することができないもの

第5級-同184日分[年金]

1の2. 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、特に軽易な労務以外の労務に服することができないもの

第7級-同131日分[年金]

3. 神経系統の機能又は精神に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの

第9級-給付基礎日額の391日分[一時金]

7の2. 神経系統の機能又は精神に障害を残し、服することができる労務が相当な程度に制限されるもの

第12級-同156日分[一時金]

12. 局部にがん固な神経症状を残すもの

第14級-同56日分[一時金]

9. 局部に神経症状を残すもの

「せき髄の障害」に係る障害等級認定基準【平成15年8月8日基発第0808002号別添1】

(1) せき髄の損傷(第2腰椎以下のせき柱内の馬尾神経が損傷された場合も含む。以下同じ。)による障害については、以下によること。

外傷などによりせき髄が損傷され、対麻痺や四肢麻痺が生じた場合には、広範囲にわたる感覚障害や尿路障害(神経因性膀胱障害)などの腹部臓器の障害が通常認められる。さらには、せき柱の変形や運動障害(以下「せき柱の変形等」という。)が認められることも多い。このようにせき髄が損傷された場合には複雑な諸症状を呈する場合が多いが、せき髄損傷が生じた場合の障害等級の認定は、原則として、脳の身体性機能障害と同様に身体的所見及びMRI、CT等によって裏付けることのできる麻痺の範囲と程度により障害等級を認定すること。

ただし、せき髄損傷に伴う胸腹部臓器の障害やせき柱の障害による障害の等級が麻痺により判断される障害の等級よりも重い場合には、それらの障害の総合評価により等級を認定すること。

なお、せき髄損傷による障害が第3級以上に該当する場合には、介護の要否及び程度を踏まえて認定すること。

注1 せき柱に外力が加わることにより、せき柱の変形等が生じることがあるとともに、せき髄の損傷が生じた場合には、麻痺や感覚障害、神経因性膀胱障害等の障害が生じる。

このため、せき髄の損傷による障害に関する認定基準は麻痺の範囲と程度に着目して等級を認定するものとなっているが、各等級は通常伴うそれらの障害も含めて格付したものである。

注2 せき髄は、解剖学的には第1腰椎より高位に存在し、第2腰椎以下には存在しないが、第2腰

椎以下のせき柱内の馬尾神経が損傷された場合においても、せき髄の損傷による障害である下肢の運動麻痺(運動障害)、感覚麻痺(感覚障害)、尿路機能障害又は腸管機能障害(神経因性膀胱障害又は神経因性直腸障害)等が生じることから、せき髄損傷に含めて運用する。また、広義のせき髄損傷には馬尾神経損傷が含まれる。

(2) せき髄の損傷による障害は、次の7段階に区分して等級を認定すること。

ア「せき髄症状のため、生命維持に必要な身のまわり処理の動作について、常に他人の介護を要するもの」は、第1級の3とする。

以下のものが該当する。

(ア) 高度の四肢麻痺が認められるもの

(イ) 高度の対麻痺が認められるもの

(ウ) 中等度の四肢麻痺であって、食事・入浴・用便・更衣等について常時介護を要するもの

(エ) 中等度の対麻痺であって、食事・入浴・用便・更衣等について常時介護を要するもの

例 第2腰髄以上で損傷を受けたことにより両下肢の高度の対麻痺、神経因性膀胱障害及び脊髄の損傷部位以下の感覚障害が生じたほか、せき柱の変形等が認められるもの

イ「せき髄症状のため、生命維持に必要な身のまわり処理の動作について、随時介護を要するもの」は、第2級の2の2とする。

以下のものが該当する。

(ア) 中等度の四肢麻痺が認められるもの

(イ) 軽度の四肢麻痺であって、食事・入浴・用便・更衣等について随時介護を要するもの

(ウ) 中等度の対麻痺であって、食事・入浴・用便・更衣等について随時介護を要するもの

例 第2腰髄以上で損傷を受けたことにより両下肢の中等度の対麻痺が生じたために、立位の保持に杖又は硬性装具を要するとともに、軽度の神経因性膀胱障害及び脊髄の損傷部位以下の感覚障害が生じたほか、せき柱の変形が認められるもの

ウ「生命維持に必要な身のまわり処理の動作は可能であるが、せき髄症状のために労務に服することができないもの」は、第3級の3とする。

以下のものが該当する。

(ア) 軽度の四肢麻痺が認められるもの(上記イの(イ)に該当するものを除く。)

(イ) 中等度の対麻痺が認められるもの(上記アの(エ)文はイの(ウ)に該当するものを除く。)

エ「せき髄症状のため、きわめて軽易な労務のほかに服することができないもの」は、第5級の1の2とする。

以下のものが該当する。

(ア) 軽度の対麻痺が認められるもの

(イ) 一下肢の高度の単麻痺が認められるもの

オ「せき髄症状のため、軽易な労務以外には服することができないもの」は、第7級の3とする。

一下肢の中等度の単麻痺が認められるものが該当する。

例 第2腰髄以上でせき髄の半側のみ損傷を受けたことにより一下肢の中等度の単麻痺が生じたために、杖又は硬性装具なしには階段をのぼることができずとともに、脊髄の損傷部位以下の感覚障害が認められるもの

カ「通常の労務に服することはできるが、せき髄症状のため、就労可能な職種の範囲が相当な程度

に制限されるもの」は、第9級の7の2とする。

一下肢の軽度の単麻痺が認められるものが該当する。

例 第2腰髄以上で脊髄の半側のみ損傷を受けたことにより一下肢の軽度の単麻痺が生じたために日常生活は独歩であるが、不安定で転倒しやすく、速度も遅いとともに、脊髄の損傷部位以下の感覚障害が認められるもの

キ「通常の労務に服することはできるが、せき髄症状のため、多少の障害を残すもの」は、第12級の12とする。

運動性、支持性、巧緻性及び速度についての支障がほとんど認められない程度の軽微な麻痺を残すものが該当する。

また、運動障害は認められないものの、広範囲にわたる感覚障害が認められるものも該当する。

例1 軽微な筋緊張の亢進が認められるもの

例2 運動障害を伴わないものの、感覚障害が概ね一下肢にわたって認められるもの

「せき髄の損傷」に係る医学的事項等【平成15年8月8日基発第0808002号別添2】

1 麻痺の分類

せき髄が損傷された場合には、四肢麻痺あるいは対麻痺（下半身麻痺）となることが多い。その場合には上肢又は下肢が完全強直または完全に弛緩することがあり、その状態を完全麻痺という。また、上肢又は下肢を運動させることができても可動範囲等に問題があることがあり、その状態を不完全麻痺という。

2 高位診断

せき髄損傷の場合、麻痺の範囲は、せき髄損傷の生じた高位（部位）によって異なる。たとえば、けい髄が損傷されると四肢麻痺が生じ、第2腰髄から上が損傷されると下肢全体が完全に麻痺したり、不完全麻痺になる。また、せき髄の最下部（第3仙髄以下）が損傷した場合には下肢の麻痺は生じないものの、肛門周囲の感覚障害や尿路障害が生じる。

このようにせき髄は、どの高さの部分で損傷を受けたかによって、発現する運動、感覚障害の範囲が定まるので、MRI、CT等による画像診断及び臨床所見によって損傷の高位を診断することができる。

3 横断位診断

せき髄損傷は、せき髄の全断面にわたって生じた場合と、いずれか半側又は一部に生じた場合とによって、その症状が異なるので、この点における診断（横断位診断）も重要である。前者の場合は、障害部位から下方の感覚脱失文は感覚鈍麻が、運動麻痺とはほぼ同じ範囲に生ずる。後者のうち、せき髄のいずれか半側を損傷した場合には、半側の下肢の運動障害及び感覚障害のほか、他の側の感覚障害が生じる。また、後者のうち、けい髄を中心性に損傷した場合には、下肢よりも上肢に重い麻痺が生じる。

※厚生労働省「『労災保険における傷病が『治ったとき』とは…」

<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/rousai/110427-1.html>

※厚生労働省「障害（補償）給付の請求手続」

<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/rousai/040325-8.html>

※厚生労働省「神経系統の機能及び精神の障害に関する障害等級認定基準について」

<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/rousai/040324-4.html>

要介護障害程度区分表(抄)

常時介護を要する状態

01. 神経系統の機能若しくは精神に著しい障害を残し、常に介護を要するもの(障害等級表第1級の項身体障害の欄第3号に規定する身体障害をいう。)又は神経系統の機能若しくは精神に著しい障害を有し、常に介護を要するもの(傷病等級表第1級の項障害の状態の欄第1号に規定する障害の状態をいう。)

随時介護を要する状態

01. 神経系統の機能若しくは精神に著しい障害を残し、随時介護を要するもの(障害等級表第2級の項身体障害の欄第2号の2に規定する身体障害をいう。)又は神経系統の機能若しくは精神に著しい障害を有し、随時介護を要するもの(傷病等級表第2級の項障害の状態の欄第1号に規定する障害の状態をいう。)

※厚生労働省「介護(補償)給付の請求手続」

<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/rousai/040325-4.html>

傷病別アフターケア実施要綱(抄)

第1 せき髄損傷に係るアフターケア

1 趣旨

せき髄損傷者にあつては、症状固定後においても尿路障害、褥瘡等の予防その他の医学的措置等を必要とすることがあることにかんがみ、アフターケアを行うものとする。

2 対象者

- (1) アフターケアは、業務災害又は通勤災害によるせき髄損傷者であつて、労働者災害補償保険法による障害等級(以下「障害等級」という。)第3級以上の障害補償給付若しくは障害給付を受けている者又は受けると見込まれる者(症状固定した者に限る。)のうち、医学的に早期にアフターケアの実施が必要であると認められる者に対して行うものとする。
- (2) 事業場の所在地を管轄する都道府県労働局長は、医学的に特に必要があると認めるときは、業務災害又は通勤災害によるせき髄損傷者であつて、障害等級第4級以下の障害補償給付又は障害給付を受けている者についてもアフターケアを行うことができるものとする。

3 措置範囲

アフターケアの予防その他の保健上の措置の範囲は、次のとおりとする。

- (1) 診察
原則として、1か月に1回程度必要に応じて行うものとする。
- (2) 保健指導
診察の都度、必要に応じて行うものとする。
- (3) 保健のための処置
診察の都度、必要に応じて次に掲げるそれぞれの範囲内で行うことができるものとする。
- ア 褥瘡処置
(ア) 褥瘡が生じている者に対し、その症状に応じて行うものとする。ただし、療養補償給付又は療

養給付の対象となる褥瘡については、アフターケアの対象とならない。したがって、症状が若干の通院又は投薬で回復する程度の褥瘡を対象とするものとする。

(イ) 医師が必要と認めた場合には、自宅等で交換のために使用する滅菌ガーゼ及び絆創膏を支給できるものとする。

イ 尿路処置(導尿、膀胱洗浄、留置カテーテル設置・交換を含む。)

医師が必要と認めた場合には、自宅等で使用するためのカテーテル、カテーテル用消毒液(洗浄剤及び潤滑剤を含む。)及び滅菌ガーゼを支給できるものとする。

ウ 薬剤の支給

① 抗菌薬(抗生物質、外用薬を含む。)

尿路感染者、尿路感染のおそれのある者及び褥瘡のある者を対象とする。

② 褥瘡処置用・尿路処置用外用薬

③ 排尿障害改善薬及び頻尿治療薬

④ 筋弛緩薬(鎮痙薬を含む。) 重症痙性麻痺治療薬 髄腔内持続注入用埋込型ポンプに再充填する鎮痙薬を含むものとする。

⑤ 自律神経薬

⑥ 末梢神経障害治療薬

⑦ 向精神薬

⑧ 鎮痛・消炎薬(外用薬を含む。)

⑨ 整腸薬、下剤及び浣腸薬

(4) 検査

診察の結果、必要に応じて次の検査をそれぞれの範囲内で行うことができるものとする。

① 尿検査(尿培養検査を含む。)-診察の都度、必要に応じて実施

② CRP検査-1年に2回程度

③ 末梢血液一般・生化学的検査-1年に1回程度

④ 膀胱機能検査(残尿測定検査を含む。)-1年に1回程度
残尿測定検査は、超音波によるものを含む。

⑤ 腎臓、膀胱及び尿道のエックス線検査-1年に1回程度

⑥ 損傷・せき椎及び麻痺域関節のエックス線、CT、MRI検査-医学的に特に必要と認められる場合に限り、1年に1回程度

4 健康管理手帳の有効期間

(1) 新規の交付

交付日から起算して3年間とする。

(2) 更新による再交付

更新前の手帳の有効期間が満了する日の翌日から起算して5年間とする。

※厚生労働省「『アフターケア制度』のご案内」

<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/rousai/090325-1.html>

※厚生労働省「請求(申請)のできる保険給付等～全ての被災労働者・ご遺族が必要な保険給付等を確実に受けられるために～」

<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/rousai/091124-1.html>

表11 都道府県別せき髄損傷に係る労災保険受給者の状況-1

	新規補償件数		当年度末「長期療養者」数												当年度末傷病(補償)		
	2011	2012	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2002	2003	2004	
北海道	62	48	19	22	21	24	18	34	15	16	16	16	37	36	36	37	
青 森	14	10	5	4	6	4	6	5	5	7	10	10	8	30	33	37	
岩 手	8	14	2	1	5	9	4	11	11	6	7	7	13	58	50	54	
宮 城	12	23	5	3	8	14	9	6	13	12	12	12	6	103	105	108	
秋 田	13	12	3	3	1	4	2	2	5	3	3	3	8	21	21	24	
山 形	2	3	7	4	1	2	1	4	2	3	3	3	1	27	29	30	
福 島	13	17	4	3	5	4	3	6	4	4	5	5	9	48	44	43	
茨 城	22	17	13	8	6	4	5	14	10	8	10	10	15	27	29	27	
栃 木	2	8	6	6	10	13	10	12	9	7	6	6	9	59	56	47	
群 馬	17	13	7	4	8	7	8	2	1	4	5	5	6	62	58	53	
埼 玉	31	37	25	10	22	36	18	26	16	18	18	18	13	54	56	58	
千 葉	16	20	23	18	23	25	30	20	20	12	24	24	18	54	59	57	
東 京	45	42	32	25	19	25	23	28	35	22	19	19	27	93	91	91	
神奈川	32	13	25	20	21	24	15	17	20	24	21	21	33	78	75	67	
新 潟	10	14	11	8	8	9	7	11	8	10	4	4	11	95	99	104	
富 山	8	7	4	3	5	2	4	2	2	1	5	5	3	43	41	43	
石 川	5	8	3	1	1	1	1	3	1	5	3	3	1	9	9	6	
福 井	10	6	3	1		2	1	1	2	2	2	2	2	32	27	22	
山 梨	3	2	1	1	3		2	1	3	3	2	2	3	25	23	23	
長 野	15	13	4	4	5	9	6	7	9	12	11	11	6	26	31	29	
岐 阜	11	17	6	3	10	9	4	11	12	5	10	10	5	44	36	33	
静 岡	17	31	14	14	12	20	15	17	21	11	20	20	21	33	33	32	
愛 知	32	30	21	14	14	10	7	18	24	20	15	15	11	58	44	47	
三 重	7	11	2	3	6	5	8	4	1	2	1	1	2	42	38	34	
滋 賀	3	8	7	5	5	9	10	4	4	5	8	8	10	33	32	32	
京 都	14	8	12	15	10	6	9	9	3	4	6	6	10	46	43	41	
大 阪	39	32	30	29	26	33	23	31	31	25	20	20	18	111	112	111	
兵 庫	27	21	15	13	18	18	20	17	29	25	20	20	25	86	80	76	
奈 良	10	10	3	4	2	3	3	3	1	1	6	6	7	25	25	23	
和歌山	2	6	2	3	6	4	3		1	1	5	5	2	22	20	19	
鳥 取	6	1	2		2	1	1	1					1	24	25	24	
島 根	3	4	2	1	1	1	4	1	1	2	1	1	3	10	9	8	
岡 山	5	9	7	4	6	9	8	7	7	5	4	4	1	64	63	62	
広 島	11	11	13	18	14	16	14	16	10	13	14	14	11	98	90	89	
山 口	6	10	4	3	5	3	6	8	7	6	4	4	3	40	35	33	
徳 島	6	4	4	4	1	4	1	5	2	2	2	2	2	29	28	27	
香 川	10	6	8	8	7	5	2	3	4	3	2	2	4	65	64	62	
愛 媛	6	9	13	7	14	15	16	18	12	13	7	7	4	84	86	80	
高 知	6	8	8	6	2	11	4	9	6	5	4	4	5	57	58	56	
福 岡	37	19	12	5	13	12	9	15	11	14	11	11	9	177	168	158	
佐 賀	8	4	5	2	2	2		4	1		1	1	4	69	68	64	
長 崎	10	6		2	2	2	4	2	2	6	3	3	3	74	73	70	
熊 本	10	11	2	4	2	5	3	5	3	2	1	1	8	64	60	62	
大 分	4	3	8	3	4	9	4	6	7	10	5	5	5	33	30	33	
宮 崎	10	14	1	2	6	7	3	3	1	4	1	1	2	77	75	77	
鹿児島	11	8	6	5	7	6	3	10	12	4	1	1	4	68	66	64	
沖 縄	4	2	2	1	1	2	5		1		1	1	2	19	25	28	
合 計	655	630	411	327	376	445	362	439	405	367	359	359	411	2,532	2,458	2,405	

表12 都道府県別せき髄損傷に係る労災保険受給者の状況-2

	年金受給者数								当年度末アフターケア健康管理手帳受交付者数							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
北海道	37	44	40	44	43	55	50	47	824	833	895	909	921	924	954	
青 森	39	39	36	35	33	35	36	32	85	84	82	80	80	80	81	
岩 手	56	56	59	58	56	61	59	55	87	97	100	103	102	99	103	
宮 城	108	107	107	103	103	102	107	108	126	128	134	138	140	149	161	
秋 田	21	18	18	21	21	20	20	24	93	96	93	94	97	100	100	
山 形	34	36	39	35	34	34	33	34	93	87	90	89	87	84	86	
福 島	42	42	45	49	53	52	52	48	162	164	168	170	167	162	153	
茨 城	28	26	27	26	28	24	23	24	200	197	202	203	193	191	194	
栃 木	47	44	43	46	48	45	45	44	74	77	79	86	90	101	98	
群 馬	54	53	51	46	47	50	48	46	107	113	118	119	119	124	131	
埼 玉	58	56	54	54	53	51	47	46	255	274	285	304	316	331	347	
千 葉	51	47	50	50	53	54	55	52	303	325	341	346	363	383	399	
東 京	92	87	88	91	92	82	78	78	666	685	706	721	727	733	763	
神奈川	67	67	64	62	61	56	52	54	406	409	402	401	403	415	416	
新 潟	94	97	96	93	99	93	87	88	229	223	222	221	226	220	225	
富 山	42	39	40	37	34	32	33	29	108	112	111	111	109	116	114	
石 川	7	6	7	5	4	3	2	4	86	83	83	78	79	83	89	
福 井	23	23	22	21	21	20	17	17	67	77	80	78	76	78	79	
山 梨	25	24	24	24	23	23	22	23	25	24	22	24	25	24	23	
長 野	29	28	27	22	22	22	25	22	191	185	187	185	182	195	194	
岐 阜	30	32	32	38	37	35	33	30	219	219	226	221	215	210	204	
静 岡	30	29	30	31	29	28	26	29	337	353	354	339	325	340	350	
愛 知	47	50	51	50	45	42	44	40	522	540	548	544	545	551	567	
三 重	30	29	28	26	23	23	20	16	241	243	252	263	268	275	280	
滋 賀	34	33	36	37	41	41	41	40	67	68	76	79	87	94	95	
京 都	36	35	34	29	27	26	23	24	175	198	206	201	197	199	201	
大 阪	110	112	102	97	99	89	84	81	746	753	778	786	787	794	799	
兵 庫	68	66	64	64	64	63	63	57	341	341	350	346	356	369	372	
奈 良	24	22	17	17	18	16	19	19	82	84	80	83	92	95	101	
和歌山	18	18	18	16	14	13	13	12	90	86	86	84	77	79	84	
鳥 取	24	19	17	15	13	13	13	13	67	68	68	74	83	77	79	
島 根	7	8	8	8	7	6	6	7	93	103	106	108	106	104	101	
岡 山	55	51	49	47	45	44	39	38	159	169	167	161	181	205	225	
広 島	84	83	79	77	73	68	65	58	192	214	231	233	236	247	261	
山 口	34	32	28	29	33	36	33	33	145	149	149	151	157	157	154	
徳 島	27	25	25	26	25	25	23	20	58	60	61	59	62	64	71	
香 川	64	60	60	54	53	49	49	48	42	45	52	57	60	60	63	
愛 媛	76	74	73	67	63	64	64	58	72	75	80	83	93	95	107	
高 知	54	51	46	41	40	35	34	34	69	71	79	73	75	75	81	
福 岡	149	145	143	136	127	119	110	103	320	325	327	337	334	349	375	
佐 賀	61	60	58	56	54	53	53	53	30	32	34	37	37	42	46	
長 崎	71	63	62	59	55	54	46	45	77	79	80	82	80	85	90	
熊 本	61	58	58	55	56	56	52	55	139	142	145	143	143	149	156	
大 分	34	36	40	42	43	44	44	44	81	86	85	88	96	94	90	
宮 崎	78	76	73	68	65	65	64	63	49	54	55	63	64	69	73	
鹿児島	68	66	62	61	62	62	62	63	87	93	90	88	91	99	106	
沖 縄	28	29	33	31	34	36	36	36	41	44	43	45	46	46	42	
合 計	2,356	2,301	2,263	2,199	2,173	2,119	2,050	1,994	8,728	8,967	9,208	9,288	9,395	9,615	9,883	

表13 都道府県別せき髄損傷に係る労災保険受給者の状況-3

	推計労災保険受給者総数(2002～2010年度はデータがないため「新規補償件数」を含まない)														
	2009	2010	2011	2012	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
北海道	947	973	986	999	879	891	953	970	983	998	1,013	1,006	1,044	1,114	1,131
青 森	83	82	81	89	120	121	125	123	125	121	121	123	127	141	139
岩 手	111	110	110	110	147	148	159	168	162	169	172	173	178	184	192
宮 城	164	164	163	164	234	236	250	260	256	262	277	279	278	294	301
秋 田	106	111	111	113	117	120	118	119	117	120	126	130	134	147	157
山 形	86	90	94	96	127	120	121	125	124	127	123	123	127	132	134
福 島	153	154	163	166	214	211	216	216	212	213	206	210	211	233	240
茨 城	210	219	231	234	240	234	235	235	224	232	230	246	253	286	290
栃 木	105	105	107	112	139	139	136	146	144	156	153	160	156	160	173
群 馬	133	132	137	141	176	175	179	180	180	177	178	184	187	207	206
埼 玉	356	356	365	369	334	340	365	398	390	411	417	427	425	461	465
千 葉	394	408	426	430	380	402	421	422	440	453	469	459	486	521	520
東 京	788	843	867	842	791	801	816	838	837	849	889	902	944	1,009	989
神奈川	444	467	479	479	509	504	490	492	485	496	498	529	544	584	579
新 潟	211	209	208	197	335	330	334	324	330	327	326	320	306	309	310
富 山	113	114	108	108	155	156	159	155	152	158	153	148	151	154	147
石 川	88	99	101	106	98	93	90	86	86	93	95	97	105	111	119
福 井	79	83	84	87	102	105	102	103	100	101	102	102	105	113	112
山 梨	25	30	32	33	51	48	48	49	51	49	50	51	55	59	61
長 野	190	186	182	174	221	220	221	223	216	229	225	224	219	233	215
岐 阜	205	208	206	206	269	258	269	260	251	253	254	247	253	260	258
静 岡	355	369	377	375	384	400	398	389	369	387	402	395	417	440	456
愛 知	580	592	611	607	601	598	609	601	602	620	641	645	649	702	688
三 重	276	277	280	271	285	284	292	298	305	307	307	301	301	308	300
滋 賀	97	103	111	116	107	105	113	122	130	134	136	143	152	163	174
京 都	200	201	205	207	233	256	257	243	241	242	233	231	233	248	249
大 阪	824	848	849	839	887	894	915	929	922	927	927	948	957	992	970
兵 庫	403	412	426	431	442	434	444	432	442	450	465	492	495	536	534
奈 良	111	109	114	116	110	113	105	110	117	115	119	130	131	149	152
和歌山	87	93	93	95	114	109	111	106	98	97	101	102	111	113	115
鳥 取	79	75	74	70	93	93	94	99	103	95	94	92	88	93	85
鳥 根	103	103	97	93	105	113	115	116	118	113	110	112	110	107	107
岡 山	230	264	243	237	230	236	235	225	240	261	279	280	312	291	285
広 島	270	283	288	297	303	322	334	333	333	342	348	356	365	378	377
山 口	149	151	151	147	189	187	187	188	195	193	190	188	191	194	193
徳 島	74	78	78	79	91	92	89	90	88	94	99	101	105	109	105
香 川	62	61	65	70	115	117	121	126	122	123	121	118	112	126	128
愛 媛	111	129	133	134	169	168	174	174	183	186	186	187	200	210	205
高 知	82	90	90	96	134	135	137	138	130	130	128	127	129	134	143
福 岡	377	393	407	419	509	498	498	498	488	507	522	518	523	565	550
佐 賀	48	49	48	47	104	102	100	100	97	104	103	102	103	110	108
長 崎	90	96	102	106	151	154	152	155	147	149	151	151	153	161	160
熊 本	159	156	163	170	205	206	209	209	204	212	214	217	213	226	244
大 分	97	105	107	103	122	119	122	131	136	140	139	150	154	160	155
宮 崎	71	77	79	82	127	131	138	148	143	145	142	140	143	154	161
鹿児島	106	110	117	122	161	164	161	162	160	171	179	172	173	191	197
沖 縄	40	43	48	53	62	70	72	75	80	79	74	74	80	89	93
合 計	10,072	10,410	10,597	10,637	11,671	11,752	11,989	12,089	12,058	12,317	12,487	12,612	12,888	13,661	13,672

緊急作業時の法整備と組織態勢 原子力規制庁がようやく検討開始 第12回被ばく労働問題省庁交渉報告

飯田勝泰

東京労働安全衛生センター事務局長

7月10日(木)午後、衆議院第一議員会館第6会議室において、被ばく労働問題に関する第12回目の省庁交渉を行った。今回の交渉議題は、①福島第一原発の事故収束作業員の労働条件の確保と待遇改善、偽装請負、労働法令違反の摘発と是正について、②福島第一原発の労災防止、安全衛生対策、救急医療体制の確立について、③緊急作業従事者の初期内部被ばく測定と評価について、④緊急作業時の法整備と組織態勢等のあり方について、⑤緊急作業従事者の長期的健康管理制度と疫学的研究について、⑥放射線障害の労災認定と損害賠償について、⑦被ばく線量の低減化と事故収束作業における労働者、技術者等の確保について、の7項目である。当日の交渉のなかで省庁側が再検討すべき課題について、8月5日、再交渉の場もあった。

すでに全国労働安全衛生センター連絡会議のホームページに交渉の議事録と資料がアップされている(注1)が、本号では省庁交渉のなかで明らかになったことや継続した課題について筆者の意見

を交えて報告する。

出席した関連省庁の担当課は次のとおり。

【厚生労働省】労働基準局労災補償部補償課、安全衛生部安全課建設安全対策室、労働衛生課電離放射線労働者健康対策室、監督課、医政局指導課、職業安定局派遣・有期労働対策部需給調整委事業課

【文部科学省】研究開発局原子力損害賠償対策室

【環境省】原子力規制庁原子力規制部原子力規制課、長官官房総務課

【総務省】消防庁予防課特殊災害室

【防衛省】運用企画局事態対処課、人事教育局衛生官、地方協力局地方協力企画課

【経済産業省】資源エネルギー庁電力・ガス事業部原子力発電所事故収束対応室

1. 福島第一原発における事故収束作業に従事する作業員の労働条件の確保と待遇改善、偽装請負、労働法令違反の摘発と是正について

第12回被ばく労働問題省庁交渉

- (1) 福島第一原発の作業員からの労働法令違反等の相談、申告件数を把握し、明らかにすること。
- (2) 監督機関による労働法令違反の指導監督等の件、書類送検件数及びそれらの内訳を把握し、明らかにすること。
- (3) 長時間にわたる違法な有害作業、偽装請負、違法派遣、賃金未払い等の労働法令違反を徹底して取り締まり、是正指導すること。
- (4) 今年4月から広野町に富岡労働金監督署広野町臨時事務所が開設され、原則として毎週水曜日の午前10時から午後3時まで窓口業務を行っている。同署臨時事務所の業務内容、労働相談や申告事案等への対応状況について明らかにすること。

福島第一原発内では重層的な請負構造のもとで、事故収束作業員の適正な労働条件や待遇が確保されていない。偽装請負や違法派遣、労働法令違反が潜在しているとみられるが、国の監督機関がその実態を把握し、法令違反の摘発、是正勧告、行政指導、悪質事業者への司法処分に積極的に取り組んでいるとは言い難い。

厚生労働省監督課は、福島第一原発での申告についてとりまとめて公表はしないと回答した。国の監督機関として監督実施状況を明らかにする責務があるはずだ。書類送検事案は2012年7月に発覚したビルドアップ社の鉛カバーによる線量偽装の1件のみ。違法派遣を取り締まる需給調整事業課では、2013年5月、長崎労働局が福島第一原発に違法派遣を行った3社への業務改善命令1件だけである。

監督課、需給調整事業課とも、法令違反等があった場合は積極的に情報提供を呼びかけているが、受け身の姿勢では事態は改善しない。あらゆる情報や相談を端緒にして元請や請負事業者への臨検監督を強化すべきだ。

今年5月には、ゼネコンの安藤ハザマの下請事業者が、労働基準法第36条違反で富岡労働基準監督署からは是正勧告を受けた。放射線被ばく作業は有害業務であり、1日10時間(8時間+残業2時間)を超えて働かせることは法律で禁じられてい

る。だがいまの福島第一原発では、長時間の違法労働が常態化している。その実態を早急に是正するよう要請した。

被ばく労働を考えるネットワーク(注2)に寄せられた相談では、汚染水タンクの溶接作業に従事した2人の労働者が1日最長12時間55分、休日は喜んで13日間連続勤務を強いられた。午前、午後の休憩がないためトイレにも行けず失禁する労働者もいたという。彼らが持っていたAPD(警報付きポケット線量計)の記録表をみれば、入域時から退域時が10時間を超えていることは一目瞭然だ。APDは東電が管理し元請事業者も把握している。すべて構内に滞在する時間すべてが労働時間ではないにしても、違法労働を疑う端緒になるはずだ。

監督課は、「危険有害業務は通常の労働時間に加えて2時間まで。申告があれば確認する。福島第一原発内を定期的に立入り調査している」という。だが、監督官は現場に常駐しているわけではない。昨年来の汚染水処理対策を急ぐあまり、現場では10時間以上の違法労働が蔓延しているのだ。

一方、経済産業省資源エネルギー庁は、昨年、東電が実施した作業員向け就労実態アンケートの結果から、雇用契約上の雇主と実際の賃金の支払いを受ける使用者が異なり、偽装請負がうかがわれる回答が2割程度あったと述べている。

国の監督機関が、このような潜在化する違法労働、偽装請負の実態に切り込んでいかなければ、いつまでたっても事故収束作業員の労働条件向上や待遇改善などあり得ない。

2. 福島第一原発の労災防止、安全衛生体制、救急医療体制の確立について

今年3月28日、貯蔵庫施設の基礎杭補修工事でハツリ作業をしていた労働者がコンクリートと土砂が崩壊し下敷きとなって死亡した。東電の2013年度「福島第一原発における作業災害発生状況」によれば、震災後、死亡災害が初めて発生し、災害発生件数も増加(32人)している。昨年来、汚染水処理対策を優先するあまり、作業員が高濃度の汚染水で被ばくし、場当たりの事故

処理対応で工事の現場監督、安全確保、災害防止、被ばく防護対策がなおざりにされている。

- (1) 3・28の死亡災害の原因を明らかにし、東電、元請事業者及び下請事業者に対して行った監督指導及び処分等の内容を明らかにすること。

- (2) 東電は2013年度作業災害一覧表を発表している。

- ① 厚生労働省は東電からこのような災害発生報告を定期的に受けているのか明らかにすること。

- ② 3・11事故発生以来、福島第一原発で発生した労働災害の労働者死傷病報告の件数及びその内容、労災請求の件数とその内容及び業務上外の決定について明らかにすること。

- ③ 東電が発表している作業災害と前記②で厚生労働省が把握した事案と照合し、死傷病報告書の届出や労災保険請求の有無、内容について確認すること。

- (3) 東電、協力会社、下請事業者で構成する安全衛生推進機関を設置し、安全パトロールや災害防止活動、安全衛生教育を徹底するよう指導すること。平成23年12月22日付け安全衛生部長通達で、東電及び元請事業者に安全衛生協議会組織の設置を要請し、福島第一原発では連絡協議会を設置して安全管理を行っているとのことだが、その名称及び構成、活動内容等を明らかにすること。

- (4) 放射線防護教育について

- ① 東電がJヴィレッジで実施している放射線防護教育の実態（教育内容、テキスト）を厚生労働省は把握しているのか明らかにすること。

- ② 東電に対し事故収束作業従事者への安全衛生教育、放射線防護に関する教育を徹底するよう指導すること。

- (5) 熱中症対策について

東電は作業員の熱中症予防対策としてWBGT値の活用、クールベットの着用推進等をあげている。それだけでなく熱中症予防対策には、作業時間の規制、適切な休息、休憩時間の確保等が必要と考える。熱中症予防対策を徹底するよう指導すること。

- (6) 昨年11月から4号機使用済み燃料プールから

の燃料取り出しが始まっているが、燃料棒の破損等、不測の事態が生じたとき、当該作業従事者及び周囲で作業する労働者は高線量被ばくするリスクが高い。災害発生時における退避方法、退避計画、被ばく防護措置等を策定し、労働者に周知徹底すること。

- (7) 3・28死亡災害では、14:20災害発生から被災者が救出され、救急医務室(ER)への搬送・サーベイを受け、救急車でいわき市の病院に搬送されるまで約2時間以上かかっている。これまでも福島第一原発から被災者をドクターヘリや救急車が出動したことが確認されている。福島第一原発における救命救急医療体制を整備し、ドクターヘリ等による搬送体制を強化すること。

福島第一原発の苛酷な現場のなかで、今年3月28日、死亡災害が発生した。空コンテナ倉庫の建屋の基礎杭のハツリ作業をしていた労働者が、コンクリと土砂の下敷きとなって死亡したのだ。交渉参加者からは、土木工事の経験者ならあり得ない事故だという指摘があった。

厚生労働省安全課は、3・28死亡災害の発生原因と監督実施状況について、現在調査中を理由に回答を保留した。そのうえ、3・11原発事故以後、福島第一原発内で発生した災害発生状況に関する情報を求めたところ、あろうことか公表を控えると答えた。

東電はすでに2013年度に発生した「作業災害一覧」(注3)を公表している。厚生労働省は東電からの情報提供を受けており、事業者からの労働者死傷病報告(以下、「死傷病報告」)を受理し、まとめているはずだ。

一方、労災補償課は、福島第一原発での労災請求と支給決定状況について、次のとおり回答した。労災請求件数は平成23年度48件、24年度26件、25年度31件、26年度6月末時点で19件、合計124件。被災内容は、転倒、つまずき、飛来、交通事故による負傷が多い。支給決定件数は平成23年度41件、24年度27件、25年度27件、26年度6月末時点で10件、合計105件となっている。

安全課が把握している死傷病報告に基づく災

第12回被ばく労働問題省庁交渉

害情報と東電が公表している作業災害一覧、労災補償課が開示している労災補償状況を比較検討すれば、労災隠しや労災未請求事案、また、死傷病報告の未届状況をチェックすることができる。それにもかかわらず、安全課だけが回答しないのは理解し難い。交渉参加者からも厳しい批判の声が続いた。結局、安全課は再回答することとなった。

8月5日の再交渉の場で、安全課は、3・11以後の福島第一原発での発生件数を21件と公表したが、同席した阿部知子衆議院議員から、死亡災害の発生状況を問われて回答できなかった。後日、死亡労働災害発生は4件（富岡労基署に提出された死傷病報告による。平成26年8月5日現在）という回答を阿部事務所に送ってくるというお粗末な対応だった。

福島第一原発構内における安全衛生管理体制については、「東電と元請事業者で構成する災害復旧安全推進連絡会議を設置し、災害事例などの再発防止対策を周知し、各現場でも建設業における統括安全衛生管理体制で必要な情報共有がなされている」という。

労働衛生課は、「放射線防護教育について、関係請負人が行う安全衛生教育に対し東電が必要な援助指導を行うよう求め、実施状況を四半期に一度、所轄の労基署に報告を提出させている」と回答しているが、実際には、Jヴィレッジで東電が形ばかりの放射線防護講習で済ませているのではない。教育内容やテキスト、講習時間についても東電や事業者任せにせず、厳しいチェックが必要だ。少なくともテキストやマニュアルを無償提供し、作業員がいつでも参照にできるようにすべきである。

また、熱中症予防対策では、「水分塩分の定期的摂取等の徹底を指導。4号機使用済み燃料プールでの燃料取り出し等では、毎月1回すべての関係請負人を含めた安全衛生協議会で、事故発生時の避難、その他の措置を協議するよう指導し、作業届においても事故発生時の退避措置の記載を求め、避難箇所、避難経路の資料を確認し、適切な措置を指導している」と回答した。

労働衛生課の指導は、いずれも届出や報告書

等の書面審査を通じてのものだ。現場での臨検監督において実行可能性を確認するとともに、事故を想定した退避訓練を定期的実施すべきではないだろうか。

厚生労働省医政局からは、福島第一原発から3キロ先の海岸にドクターヘリのランディングポートを設置し、救急搬送体制を整備しているとの回答があった。3・28死亡災害では、災害発生からいわき市内の病院に救急搬送されるまで2時間以上かかっている。救命救急医が災害現場に向かうことも含めて、現場と救急医務室、東電、事業者の窓口との連絡、搬送先との連携等の整備を、重ねて要請した。

3. 緊急作業従事者の初期内部被ばく測定と評価について

厚生労働省は2013年7月5日、「東京電力福島第一原発緊急従事者の被災者線量の再評価」を行った。東電の元請事業者との内部被ばく評価方法にかい離があったため、修正を指導した。だが東電は、線量は各企業が行うことで他者の内部事情は知らないという対応だった。

さらに厚生労働省は2014年3月25日に、緊急作業従事者の内部被ばく線量の追加評価を実施し、「ヨウ素131の推定及び加算を実施するよう東電を指導した」という。

一方、国連科学委員会は、2014年4月2日に最終報告書を発表し、事故直後に働いていた関連企業の作業員の内部被ばく線量が過少評価されて信頼性を確認できなかったと指摘している。

- (1) 東電、協力企業による緊急作業従事者の初期内部被ばく測定がズサンで、その評価にも問題があった。厚生労働省の検証も不十分で2度にわたり評価の修正を指導せざるを得なかった。あらためて緊急作業従事者の初期被ばく評価に関する東電への指導内容と経緯を明らかにすること。国連科学委員会の最終報告における前述の指摘に関して、国の考えを明らかにすること。
- (2) 緊急作業従事者の初期の行動記録を収集、保存し、初期内部被ばく線量の評価を補正すること。

3・11事故発生直後から東電と協力事業者が行った緊急作業従事者の放射線被ばく線量の測定は極めてズサンなものであり、とりわけ初期内部被ばく線量が適正に評価されていなかった。そのため厚生労働省は、昨年7月と今年4月の2回にわたり、緊急作業従事者の初期内部被ばくの評価を修正せざるを得なかったのである。

電離放射線労働者健康対策室（以下、「放射線対策室」）は、「緊急作業において放射性物質をいつ摂取したかという情報が不確実であるため、合理的な範囲内で安全側にたった保守的な評価ができるよう、可能な限り統一し、内部被ばく線量の修正を指導した」と回答した。

緊急作業従事者の初期行動記録を収集、保存し、初期内部被ばく線量評価を補正すべきとの要請に対しては、「東電に対し作業者の行動記録を保存するよう指導した、最も安全側に立った保守的な評価をしており、補正の必要はない」と説明した。

ところで、緊急作業に従事した当事者は、自己の初期内部被ばく線量評価の根拠の説明を東電に求めることができる。不確かな線量評価については東電に説明させ、適正な評価に修正させることが必要である。

4. 緊急作業時の法整備と組織態勢等のあり方について

福島第一原発の吉田昌郎所長の調書（以下、「吉田調書」という）に関する報道が注目を集めている。「吉田調書」によれば、2011年3月15日午前6時過ぎ、福島第一原発の東電社員670名は福島第二原発に撤退した。

3・11のような重大事故による炉心溶融と高線量放射能被ばくという緊急事態に直面したとき、だれが原発をとめ、救命活動に従事するのか。一方で労働安全衛生法第25条は、「事業者は、労働災害発生の急迫した危険があるときは、直ちに作業を中止し、労働者を作業場から退避させる等必要な措置を講じなければならない」と定めている。

また、原子力規制庁設置法成立（2012年6月20日）の参議院の付帯決議には、「政府は、東日本

大震災により甚大な被害が生じたことを踏まえ、原子力災害を含む大規模災害へのより機動的かつ効果的な対処が可能となるよう、大規模災害への対処に当たる政府の組織の在り方について、米国のFEMA（連邦緊急事態管理庁）なども参考に抜本的な見直しを行い、その結果に基づき必要な措置を講ずるものとする」と規定されている。

- (1) 原子力規制委員会は、福島第一原発事故を教訓化するため、「吉田調書」を入手し、国民に公表するよう政府に勧告すること。
- (2) 原子力規制委員会は、2012年1月の放射線審議会基本部会第二次中間報告でも指摘されていたように、緊急作業従事者の要件や緊急時被ばく線量限度等に関する必要な法整備と組織態勢のあり方について、調査、検討を行うこと。
- (3) 緊急作業時において自衛隊及び消防隊が救命活動等で介入するときの要件、緊急時被ばくの線量限度に関して明らかにすること。

原子力規制委員会は「吉田調書」の公表を政府に勧告すべきとの要請に対し、原子力規制庁総務課は、「政府事故調査報告の提言をふまえ対応していく」と回答。その後「吉田調書」の公開は、一定の条件付きながら政府も公開する方向で検討を進めるようになった。

一方、緊急作業時の法整備と組織態勢等のあり方について、これまでの交渉でもその必要性について原子力規制庁をはじめ、関連省庁の認識を問うてきた。だが規制庁は、自ら取り組むべき課題としての認識がなく、他の省庁も従来の被ばく線量限度の範囲で対応するという答弁に終始し、一向に進展がみられなかった。

今回、原子力規制庁規制部企画課は、「平成23年1月、放射線審議会基本部会の第二次中間報告の『緊急作業について』で100mSvが妥当か、緊急作業従事者の要件について、例えば健康リスクを理解してもらうとか、訓練をうけたものとかという提言がなされた。規制庁としても緊急作業のときの放射線の線量がどれぐらいか、作業従事者のリスクの受け入れについて考えることがとても重要だと

思っている。実際に必要な法整備等については、国際機関、関係省庁、関係機関等と協議して、今後検討する必要がある」との認識を初めて示した。

この回答をうけ、7月30日の第18回原子力規制委員会で田中俊一委員長は、「原子力規制委員会は、現在、緊急作業時の被ばく線量限度を100ミリシーベルトとして、規制を行っている。しかし、それを超えるような事故が起こる可能性を完全に否定することはできないというのが私どもの考え方」「まず、線量限度の値の妥当性・あり方、緊急時被ばくを受ける作業員の意思を確認する方法、あるいはそれらの作業員の研修、訓練、さらに事後の健康管理等について、原子炉等規制法を所管する立場として検討しておく必要がある」と提案し、検討することになった。

筆者は7月30日当夜、NHKの取材に応じて、「一步前進と評価したいが、単に国際的な基準を引用するのではなく、実際の健康へのリスクや長期的な健康管理体制などと合わせて、上限について議論すべきで、最初に数値ありきではない」。今後の検討の進め方について、「福島第一原発の事故を経験した作業員など当事者を交え、事前に本人の意思を確認する方法などを含めて、慎重に検討すべき」とコメントした。

その後9月4日、第128回放射線審議会において、甲斐倫明氏（前放射線審議会基本部会委員）から「ICRP2007年勧告の法令取り入れに関する放射線審議会基本部会の検討状況」の説明を受け、緊急時の作業員の被ばく線量限度について議論をしていくことが確認された。

緊急時作業の問題について、被ばく線量限度を国際基準並にすべきというような線量数値の問題に矮小化し、専門家や官僚だけで拙速な結論を出すべきではないと考える。ましてや原発の再稼働と結びつけて論じることは許されない。

現に総務省消防庁や防衛省は、従来の規定どおり、人命救助等の通常活動は年間50mSv、緊急活動は100mSv、5年間で100mSvを超えないようにすると回答している。3・11で生死にかかわる被ばく作業を隊員に命じた省庁が、緊急時被ばく線量限度の引き上げ議論を安易に容認することはできな

いであろう。

それゆえ、今後の福島第一原発の事故収束、廃炉のあり方をどうすべきか、それを担う作業員の安全と健康をどのように確保するのか、さらには緊急事態における放射線被ばくリスクをどのように社会的に回避又はシェアすべきかを含め、あらゆる人々が参加して議論すべきではないだろうか。

5. 福島第一原発緊急作業従事者の長期的健康管理制度と疫学的研究について

厚生労働省では、福島第一原発の緊急作業従事者約2万人に対し、被ばく線量や作業歴、健康情報等を登録するデータベースを構築し、長期健康管理を行っている。また今年6月4日、「東電福島第一原発緊急作業従事者に対する疫学的研究のあり方」に関する報告書を発表し、今後、緊急作業従事者約2万人に対して生涯追跡調査を行い疫学的研究に取り組むこととしている。

- (1) 緊急作業従事者の長期的健康管理制度の現在までの実施状況について明らかにすること。
- (2) 「緊急作業従事者の健康の保持増進のための指針」の見直し、すべての事故収束作業員に対して長期的健康管理を行うこと。
- (3) 2014年度における疫学研究に関する調査に関して具体的に説明すること。
- (4) 緊急作業従事者の疫学的研究のために集積されたデータや情報を開示し、外部の専門家等にも解析結果を検証できるような措置を講じること。

放射線対策室の回答では、①緊急作業従事者19,346人のうち18,870人に対して登録証、727人に対して被ばく線量等記録手帳を発行している。②健康診断等のデータベース登録状況は、特殊健康診断が87.2%、一般健康診断が72%、③50mSv超のはく内容に関する眼の検査は70.9%、がん検診は98.2%の受診率である。

私たちは毎回の交渉で、すべての事故収束作業員に長期的健康管理を行うよう要請しているが、今回もまた平成25年12月16日以降に従事した作業員は事業者が実施する年2回の特殊健診、

年1回の一般健診で健康確保を図るという回答に変わりはなかった。

新たに開始される緊急作業従事者に対する疫学的研究については、「今年度、調査対象者約2万人のうち2千人を抽出し、平成27年度からの疫学研究と同様の方法と内容により調査を実施し、緊急作業従事者の有病率等の本格的な研究計画の策定に必要なデータを得る」という。

放射線対策室は、「対象者には保健指導、健康診断、精密検査の受診勧奨を行い、有所見者はフォローアップする。検査費用、一定の旅費は負担できる方向で検討している」と回答しているが、そもそもこうした疫学研究が緊急作業従事者にとってどのような有益性があるのか、当事者への説明がきわめて不十分ではないだろうか。

参加者からは、「すでに甲状腺の疫学研究が大阪大学を中心にして実施されているが、今回の疫学研究とはどういう関連があるのか。この疫学研究では第三者委員会を設けることになっている。疫学研究の有用性を労働者に説明する点からしても、第三者委員会に労働組合の代表が参加すべきではないか」という意見が出された。

放射線対策室は、「甲状腺の疫学研究は平成25年度に調査が終了し、現在分析中。今年度から始まる新たな疫学研究は、その結果をふまえて行われることになる。第三者委員会は、5年間の研究の検証を目的にしたもの。その構成には幅広くいろんな方に入っていただけるように検討したいが、現時点で設置されるものではない」と回答した。

今回の緊急作業従事者の疫学研究が、将来における放射線被ばく健康影響、健康被害を否定するような方向に導かれるのではないかと懸念が生じるのは当然にことだ。

放射線対策室は、要請(4)に対し、「今回の疫学研究は倫理指針により対象者からの同意を得られた研究機関のみ個人情報を取り扱う」と、趣旨を理解しない回答をしているが、個人情報を提供せよと言っているのではない。特定の研究機関のもとに集積されたデータや情報を公表し、あらゆる専門家にも解析結果を検証できるような措置を国が講じることこそが重要なのである。

6. 放射線障害の労災認定と損害賠償について

厚生労働省は、これまで放射線障害で労災認定された件数や疾病名等に関して、きわめて限られた情報しか公開していない。

- (1) 年度別、疾病別、労基署別の認定件数と累積被ばく線量、作業内容等に関する情報を公開すること。
- (2) 福島第一原発事故収束作業にかかわる放射線障害の労災請求事案の件数及び傷病名を明らかにすること。
- (3) 福島第一原発事故収束作業にかかわる放射線障害等による損害に対し、東電による賠償が行われた事例等に関する情報を明らかにすること。

厚生労働省労災補償課は、個人が識別されかねないとして、(1)に基づく認定情報の公開は困難であると回答した。また平成26年6月末現在、福島第一原発で放射線が原因としての労災請求件数は8件、3件は半長靴で汚染水に浸かったが治療を要する症状がなく、5件はがんの請求であることがわかった。

しかし、2011年4月、メディアへの説明資料として「原子力発電所の業務に従事した労働者の疾病に関する労災認定状況」として、昭和51年度以降、10人が認定され、疾病名と累積線量を公表している。そうならば、それ以降の同種の情報なら回答できるのではないかと追及されたすえ、本省に持ち帰って検討することとなった。

その後、8月5日の再交渉において、労災補償課が回答した資料は次頁表のとおりだが、すでに私たちにとって既知の情報ではある。

個人が識別されない範囲での労災認定の詳細情報は、放射線被ばくによる労災請求の促進につながり、被ばく防護対策に役立つはずである。被ばく作業の内容等の情報も国に公表するよう迫ってきたい。

文部科学省損害賠償対策室は、原子力損害賠償審査会、原子力損害賠償紛争解決センターでは要請事項(3)にかかわる事例の申し立てはないと回答。和解が成立したものは本人の同意を得て

第12回被ばく労働問題省庁交渉

昭和51年度以降、以下の14人(平成26年6月末現在)

疾病名	累積被ばく線量mSv
白血病	129.8
	74.9
	72.1
	50.0
	40.0
	5.2
多発性骨髄腫	70.0
	65.0
悪性リンパ腫	175.2
	173.6
	138.5
	99.8
	78.9

必要に応じて和解事例としてホームページで公表しているという。

7. 被ばく線量の低減化と事故収束作業における労働者、技術者等の確保について

東電は事故収束作業に従事する労働者の被ばく実績について、「ほとんどの労働者は100mSvに対して余裕がある状況」であり、2013年度の月平均被ばく線量は約1mSvで安定し、「大半の作業員の被ばく線量は線量限度に対し大きく余裕のある状況であり、その後も放射線作業に従事可能なレベルである」と発表している。しかし、この東電は意図的に事故収束作業員の被ばく状況を過小評価している。

3・11事故前は、年間平均被ばく線量が約1mSvだった。それに比して3・11後の福島第一原発の月平均被ばく線量は1mSvだ。このように10倍以上もの高い被ばく状況が続くならば、作業員に深刻な健康影響を与えずにはおかない。

- (1) 現在の事故収束作業に従事する労働者の被ばく線量を早急に3・11事故前のレベルにするよう、早急に被ばく低減化計画を策定し、取り組むこと。
- (2) 東電は継続的に「作業員の確保状況と地元雇用率の実態把握」を報告しているが、国の責務と

して、将来にわたる事故収束、廃炉に必要な労働者、技術者等を養成し、確保しなければならない。その見通しと具体的な計画について明らかにすること。

経済産業省資源エネルギー庁の回答によれば、東電は敷地内線量を低減するために多くの作業員が滞在するエリアを順次除染し、2015年度をめぐりに毎時平均5μSvを目標に実施計画を進め、最終的には事故前の状況に近づけていくという。

「現在、1日に4千人～5千人の作業員が働いており、1年前は3千人程度で推移。汚染水問題の対策で増えている。具体的な方策として、協力会社に対し、作業ごとの被ばく線量レベルに基づいた必要な作業員の配置、変更、作業員の負担軽減のための作業環境の改善、被ばくの低減、労働条件の問題の専用窓口での対応、放射線防護の研修を継続的に行うことをしている」。

さらには、「東電は毎月、翌月の作業に必要な作業員数を総計して主要な元請会社に確認している。中長期的にみると、高線量の原子炉建屋内の作業や燃料のデブリの取り出し等が発生する。今後は遠隔操作の機器、装置の技術開発が必要になってくる。これから中長期どれぐらい必要になってくるか、ロードマップを改定して見直しを実施すると説明した。

昨年、福島第一原発では汚染水対策工事に伴う事故が相次ぎ、東電は原子力規制委員会から安全管理対策の徹底を指導された。昨年11月、東電は緊急安全対策を策定。工事発注に伴う労務費の割増分として、作業員の危険手当を1万円から2万円に増額するとした。実際は昨年12月分の工事発注分から開始されている。東電は元請会社との契約に付帯条項をつけ、見積もりに具体的な下請会社、作業員に行きわたるような施策をつくること、さらには検証することをすべて契約に明記している。東電は発注者としてもそれを実査して検証する。いまますべての元請会社に個別にヒヤリングして確認作業をしている。すべての作業員に一律に行きわたっていないのは確かだが、工事が完了し、次の工事が発注されていくに従い、徐々に行き

わたることを確認する必要がある。雇用者側からのチェックと実際に作業員のアンケートをとり、双方から確認作業を行う」と回答した。

2014年8月、東電は、事故収束作業員向けに第5回目になるアンケート調査「労働環境の改善に向けたアンケートの協力をお願いについて」を実施中(8月～9月)である(注4)。

アンケート項目の中には、東電が実施している「作業員のみなさまの賃金改善の取り組み」をふまえて、賃金割増や新規手当について雇用企業等から説明をうけているかを確認する項目が設けられており、「賃金割増や新規手当について説明を受けたか」、雇用企業名、元請企業名を記載し、「賃金が説明を受けたとおり割増されているか」等の回答を求めている。

また、「福島第一原発内で線量計をつけた1日の作業時間は原則10時間以内にしなければならないことを知っているか」「10時間以内か、10時間を超えているか」という設問もある。

このアンケート見る限り、偽装請負や有害業務による労働法令違反の実態を把握し、労務費割増分が作業員の賃金改善に反映されているかどうかを確認するものとなっている(アンケート結果は11月の公表される予定)。東電が実施するアンケートではあるが、作業員の労働実態をうかがう、ひとつの情報源になると考えられる。

国の監督機関においても、東電アンケートで得られた情報を活用し、労働法令違反の是正や作業

員の公正な労働条件の確立を実現するため臨検監督を強化するとともに、被ばく対策をはじめとする労働環境の改善指導に全力で取り組んでいかねばならない。

私たちも事故収束作業員の困難な状況を少しでも打開し、改善できるよう、現場の要求と訴えを今後の省庁交渉の場に反映させていきたいと考えている。

被ばく労働問題に関する次回の省庁交渉を年内11月～12月に予定している。



(注1) 全国労働安全衛生センター連絡会議

http://joshrc.info/?page_id=53

(注2) 被ばく労働を考えるネットワーク

<http://www.hibakurodo.net/>

(注3) 東京電力のホームページ「中長期のロードマップの進捗状況」2014年4月24日廃炉・汚染水対策チーム合同第5回事務局会議【資料4】個別の計画毎の進捗状況を参照

http://www.tepco.co.jp/nu/fukushima-np/roadmap/images/d140424_07-j.pdf

(注4) 東京電力のホームページ「中長期のロードマップの進捗状況」2014年8月28日廃炉・汚染水対策チーム合同第9回事務局会議【資料3-4】労働環境改善を参照

http://www.tepco.co.jp/nu/fukushima-np/roadmap/images/d140828_09-j.pdf

働く人の安全と健康を考える労災職業病チャンネル

NPO法人神奈川労災職業病センターがYouTubeに「労災職業病チャンネル」を開設しました。

第1回は「派遣法改正、残業代ゼロ…雇用規制緩和の背景と問題点」として、弁護士の島崎量さんが大変わかりやすい話です。労働条件の規制緩和は、雇用だけでなく、過重労働など職場の安全衛生にも直結する話です。ぜひご覧ください！

◆働く人の安全と健康を考える労災職業病チャンネル◆

<http://yokohama-tv.com/category/労災職業病チャンネル>

製作：NPO法人神奈川労災職業病センター 協力：横浜市民放送局／神奈川労働弁護団

労働における女性の安全衛生における 新たなリスク及び傾向

欧州リスク観測所

欧州労働安全衛生機関機関報告書の概要

要 約

2009年と2010年に「欧州労働安全衛生」機関は、職場の内外双方における不平等が労働における女性の安全衛生に影響を及ぼす可能性があるとした、労働におけるジェンダー問題に関する前回の調査 (EU-OSHA, 2003) のアップデートを委託した。本報告書は、最近の経済の悪化の労働における女性に対する影響に関するアップデート及び最初の分析を提供するものである。EU-OSHAの欧州リスク監視所 [European Risk Observatory] 向けの労働安全衛生に関する欧州戦略 (EC, 2002) 「労働市場への一層の女性の統合によって生ずる安全衛生に関する具体的課題の検証」に示された任務を果たすことを目的にしている。

職場における男女不平等とワークライフバランスの問題は、女性の雇用率がすべての加盟諸国で伸び続けていることから、ますます重要になっている。(EU-27か国において) 2012年に労働年齢の女性の58.6%が雇用されており、2009年に新たに創出された雇用の59%が女性によるものであった。女性の経済に対する貢献度はなお過小評価されているように思われる。最初に仕事が失われるのが男性優位の建設業や製造業であることから、最初から女性は最近の経済的危機の影響を受ける程度が男性よりも少なかった。しかし、主として男性の雇用率が女性よりも下がって2007年のレベルに戻ったことから、2008年から2012年の間に、欧州の雇用における男

女差は平均7.6%から6.3%に下がった。労働の現代的組織、知識経済、競争力及びより多くのよりよい職は、ポスト2010年リスボン戦略及びEUの2020年戦略の中心である。労働力の活性的かつ持続的源の提供という点で、女性は労働力として欠くことのできないものであり、2010年6月に欧州理事会は、部分的には若年、高年齢及びスキルの低い労働者の参加と合法的移民の統合の向上を通じて、2020年までに20～64歳の年齢の男女の雇用率の上昇をめざすという野心的な新たな目標を設定した。しかし、女性の雇用率は上昇しているとはいうものの、この目標を達成し、同時にすべての者にディーセントワークを確保するためには、とりわけ高年齢及び若年労働者に関して、なすべきことが多く残されている。

欧州連合(EU)で働く女性の労働安全衛生(OSH)の問題は、労働環境を理解するための中心のひとつである。前回の調査は、女性のOSHが改善されてきたことを示した。欧州委員会による調査結果は、1995年の時点でさえも、アレルギー(45%)、感染性疾病(61%)、神経性疾病(55%)及び肝臓・皮膚の疾病(48%)を含め、女性が労働関連疾患の全事例の半数近くまたは半数以上を占めていた。この状況は改善していなかった。さらに、保健・社会サービス、小売や接客部門などの「女性の職」に関しては、いくつかの国では災害率が停滞しており、女性はいじめや嫌がらせを受けやすく、セクシャルハラスメントの対象となり、また、相対的に小さな体格向けのサイズではない不十分な個人保護具を使わなければならない。

本レビューの目的は以下のとおりである。

- ・労働市場における女性の雇用及び統合の傾向の統計的概観を提供し、それらが女性の労働安全衛生にどのように影響しているかを検討する。
- ・労働における女性の雇用特性、労働条件、ハザード曝露及び労働災害・職業病における主な問題と傾向を確認・強調し、複合曝露、インフォーマル労働及び労働への女性のリハビリテーションなど、これまで徹底的に扱われてこなかったいくつかの問題についてより深く検討する。
- ・OSH研究のための現出しつつある問題及び労働において女性に影響を与えている職業病の予防を確認する。

これは、働く女性だけでなく男性も含めたOSHの利益に焦点をあて、またそれゆえ職場の改善によって得られる大きな可能性を増強するものである。

所見と傾向及びより詳しい勧告のリストは、本報告書の各章及び結論に含まれている。

方法

本文献レビューには、EU統計データベース、ピアレビューされた研究・報告を含め構造化されたデータベースやピアレビューされた雑誌の情報・データへのアクセス及び解釈を含めた。さらに、「グレー」な文献も利用したが、電子的データベースの通常の検索ではカバーされないが、検討される様々な課題のより幅広い、より包括的な評価を許すかもしれない報告書や研究結果の評価を促進した。EU外部からのデータは、とりわけEUから入手できるデータの少ない課題について、補足情報に含めた。

本レビューはまた、労働における女性に関する、2004年以降にEU-OSHAが行った研究も活用している。若年・移住労働者など影響を受けやすい集団や複合・新リスクに関する欧州リスク観測所の調査結果はもちろん、運輸、教育、廃棄物管理、衣料、清掃その他サービス労働者に関する情報も統合されている。

2010年12月9日にブリュッセルで開催された、10加盟国の関係者が参加したワークショップでも暫定結果が議論された。同ワークショップの成果は以下で入手できる：<http://osha.europa.eu/en/seminars/seminar-on-women-at-work-raising-the-profile-of>

women-andoccupational-safety-and-health-osh

以前のEU-OSHA研究の主な結論

- ・男女双方の労働条件を改善する努力の継続が必要である。
- ・雇用条件におけるジェンダーの差は、労働関連健康影響におけるジェンダーの差に大きな影響を与えている。研究や介入は、男女が行っている現実の職業及び曝露や労働条件における差を考慮に入れなければならない。
- ・系統的に、データ収集にジェンダー要因を含める、(女性は一一般的に男性よりも労働時間が短いことから)労働した時間について調整する、及び行われた実際の労働に関する曝露評価を基礎にすることによって、研究や監視を改善することができる。疫学的手法はジェンダー・バイアスによって評価されるべきである。国の災害報告・調査など、監視システムの指標は、効果的に女性に対する職業リスクをカバーすべきである。
- ・女性の安全衛生に対する労働関連リスクは、研究と予防の双方について、男性と比較して過小評価され、無視されてきた。このアンバランスは研究、注意喚起や予防の取り組みにおいて対処されるべきである。
- ・政策や立法においてジェンダー的にニュートラルなアプローチをとることは、注意の不足や女性に対する労働関連リスクとその予防に向けた資源提供の不足につながってきた。欧州の安全衛生指令は、(主として女性である)家内労働者をカバーしていない。例えば農家経営における妻や男性のパートナーなど、インフォーマルに働く女性は、法令によってカバーされるとは限らない。現行および将来のOSH指令、基準の設定や補償の処理に対するジェンダーの影響の評価が行われるべきである。
- ・ジェンダーの影響の評価や知見のギャップについての注意が必要ではあるが、予防とOSHへのジェンダーのメインストリーム化に関する現在の知見を踏まえて、現行の指令をよりジェンダーを考慮したやり方で実施することはできる。
- ・ジェンダーを考慮した介入は、関係する労働者

を関与させる参加型アプローチをとり、現実の労働状況の調査に基づくべきである。

- ・女性の労働安全衛生の改善は、労働及び社会におけるより幅広い差別の問題と切り離して考えることはできない。男女平等の取り組みは、OSHを含めるべきである。
- ・公衆衛生や企業の社会的責任イニシアティブなど他の政策領域において労働安全衛生をメインストリーム化する取り組みは、ジェンダーの要素を含むべきである。
- ・女性は、すべてのレベルにおいて、労働安全衛生に関する方針決定への参加が不十分である。より直接的に女性を含めるべきであり、OSH戦略の策定・実施に女性の観点、経験、知識やスキルが反映されるべきである。
- ・研究アプローチ、介入、協議や方針決定、ツールや取り組みにジェンダーを含めたり、ねらいを定めた成功した実例が存在している。既存の経験や資源は共有されるべきである。
- ・女性の労働条件・状況の一般的傾向は加盟国と候補国の全体にまたがって同様ではあるものの、そうした一般的傾向のなかにも国による差は存在している。各国は、適切な行動を計画するために、ジェンダーとOSHに関するその特有の状況を調査すべきである。
- ・ワークライフバランス、労働編成や雇用におけるより幅広い問題を含め、OSHに対して総体的アプローチをとることは、職業リスクの予防を改善して、男女双方に有益である。
- ・女性は均質の集団ではなく、すべての女性が伝統的に「女性の」仕事で働いているわけでもない。同じことは男性にも当てはまる。多様性を考慮に入れるためには総体的なアプローチが必要である。ワークライフバランスを改善する活動は、男女の労働スケジュールを考慮し、双方の関心を引き付けるように設計されなければならない。

本報告書が追加した知見

- ・雇用率の増加に示されているように、女性は労働力人口のなかでアクティブであり続けている。しかし、パートタイム雇用や非常用契約などの基

準外契約の労働者が、最近の雇用数値の増加の大部分を占め、多重雇用の増加もみられる。景気の悪化が、とりわけ若い女性の、雇用見通しに影響を与えているかもしれない。

- ・職業差別、または少数の部門への女性の活動の集中は、ときとともに減少するよりも増加しているように思われる。サービス部門への動きは、金融その他顧客サービスはもちろん、医療、教育、行政やホレカ(宿泊、飲食店、ケータリング)という成長部門で働く、とくに女性に影響を与えている。
- ・しかし、垂直的・水平的差別についての現在の見通しは、データをミクロ・レベルで評価する場合には見直されるべきであり、男性によってなされている仕事が女性によるものよりも差別されるかもしれないことを示している。最近の欧州の数字によれば、男性は現在、女性が主の仕事における女性よりも、男性が主の仕事で働いていそうであり、それは、いくつかの職業に集中しているにもかかわらず、女性は男性よりも職業や仕事をまたがって働いていそうであることを意味している。興味深いことに、欧州労働条件調査(EWCS)によれば、「単純労働者」と(生命科学、保健及び教育の専門職については女性労働者が多数を占めている)「専門職」の職業分類だけがジェンダーのバランスがとれており、最近の雇用の増加は初歩的職業においてである。監督を実施し、資源を配分し、OSH戦略を設計する際にますます双方のジェンダーを考慮すべきとされているなかで、これは労働監督政策に影響を与えるかもしれない。
- ・インフォーマル労働が女性の間で増加しており、そのような種類の仕事はより不安定、無防備かつ不安全な可能性があることから、OSHに対する関心を高めている。
- ・女性が行っている仕事は、学歴よりも、年齢や出身に大きく左右されている。若い女性は優先的に接客や小売で働いているのに対して、高齢の女性は医療や教育で働く傾向がある。医療などの労働者の多くが高齢化している部門では、これら労働者の安全衛生リスクに対処し、彼らの労働能力とウェルビーイングを増進する具体的方針が策定されるべきである。

- ・女性がしている仕事と彼女らが行っている選択は、いまなお大きく家族の世話に左右されている。これはまた高齢の女性にも当てはまる。逆に、この慣行は、彼女らが与えられた選択にも影響を及ぼしている。本報告書が示すように、多くの女性は不本意ながら、臨時の仕事、多重または短期契約で働いているのであり、これは彼女らのOSHに大きな影響を与えている。
- ・女性は男性よりも、職場において多重の差別を受けやすい。女性の移民もその出身や階級に基づいた差別に直面しているものの、これはジェンダー、年齢、民族的背景、障害や性的嗜好と関係しているかもしれない。若い女性、資源が限られた国における介護の責任を負った女性、清掃や家庭介護などインフォーマル労働に従事する移民女性、多重の仕事をもつ女性や非常に若い母親など、いくつかのとりわけ影響を受けやすい集団が本報告書のなかで確認されている。高齢の女性の状況も、国によって非常に多様である。
- ・一見したところ、男性労働者の方が女性のカウンターパートよりも一定のリスクにより多く曝露しているようにみえる。しかし、データをより深く検討すると、女性の曝露レベルの方が高いかみ�れず、農業、製造業や運輸業などの伝統的部門はもちろん、ホレカ、医療や清掃部門で示され得るように、とりわけ多重曝露を受けているかもしれない。
- ・労働において女性が直面している災害や健康問題の種類に関しては現在では多くの情報があり、ますます彼女らがしている労働の種類之差と直接関連付けて理解されるようになっていゐる。女性は、滑り、つまずき、落下や暴力と関連した災害に相対的に多く曝露している。労働災害における差は、異なった監視や対策を正当化するかもしれない。例えば、旅行モデルの差や家族介護の差は、交通災害のパターンに影響を与えるかもしれない、これは調査されるべきである。例えば、いくつかの調査によれば女性の義務としてひろく残されている、仕事の前に子供を学校に送っていくときに起きた災害を考慮にいれるなど、交通災害という概念を見直すべきかもしれない。
- ・女性はますます筋骨格系障害 (MSDs) やストレ

スの影響を受けている。これは、女性の労働は物理的及び精神的に要求度が低いという思い込みに疑問を生じさせる。労働編成的及び物理的リスクの組み合わせ、複合リスクへの曝露と少ない自由時間を含めて女性の有給労働と無給労働との関係、安定した仕事のみつけにくさ、及びそれらの女性の安全衛生に対す影響がさらに調査されるべきである。

- ・暴力やハラスメントはサービス部門でとりわけ問題であり、労働における差別が増加している。さらに、サイバーハラスメントなどの新たなタイプのハラスメントが、例えば教育などいくつかの部門で新たな問題になっている。報告と支援の手続はいまなお不十分であり、個人サービスや依頼人の施設で働く女性労働者はとりわけ影響を受けやすい。さらに、暴力に関する報告は、加盟国によってばらつきがあり、これは関心の不足と関係しているかもしれない。
- ・EUの数字によれば、同時にジェンダーのギャップがわずかに縮まりつつあるようにみえる一方で、EUにおける不規則な労働時間が増加している。上述したような女性の家族や家事責任のために、これは女性により大きく影響を与えるかもしれない。労働時間のパターンが不規則であれば、労働と個人生活を調和させる能力を減少させるかもしれない。例として、飲食店部門では、28.6%の労働者が労働日の長さを訴えており、始終業時刻が決まっているのは半数 (50.5%) だけで、ほぼ3分の1 (29.9%) が交代勤務をしていて、平均労働時間が最高の部門に含まれる。したがって、この部門で子供の世話を報告している労働者はわずかで、接客部門の若い年齢の労働者の場合も同じである。この状況は、彼らの長期的な健康状態や労働能力はもちろん、リプロダクティブヘルスにも影響を及ぼすかもしれない。
- ・2003年以来、ジェンダーによる賃金の全体的ギャップに何らかの変化をみいだすことはできず、女性は相対的に低い賃金 (平均で男性より16%少ない) を受け続けており、それは女性労働者の大部分が就いている仕事にも当てはまる。これは以前のEU-OSHAが報告した結果を確認

している。女性の労働の貢献が男性のものと同様に評価されるとしたら、労働で女性が負っているリスクの真のアセスメントと女性の労働に付随する価値に対する認識の変化はこのギャップを縮めるのに間接的に役立つかもしれない。

- ・最近、加盟候補国で雇用率の高い、技術的職業や専門職における女性の雇用の増加が、初步的な賃金の低い職業における増加による全体的数字について埋め合わされてきたかもしれない。両方の傾向は、女性のOSHに対する影響について、切り離して評価されるべきである。
- ・本レビューは、2003年以来女性の管理職の数が増加しているとはいえ、企業内における管理的立場や方針決定過程への女性の参加は不十分なままであることを示している。「ガラス天井効果」のために、女性は組織内で上級の地位を獲得するのにいまなお困難を抱えている。また、女性はいまま主として女性を管理している。これはまた、自らの労働条件に影響を及ぼし、決定し、また、方針決定レベルで職場のリスク予防に積極的に貢献する機会を制限している。
- ・また、同じ仕事を長期間することと多くの女性の仕事の特徴が反復・短調であることとの組み合わせが、ストレスやMSDsなどの安全衛生リスクに寄与するかもしれないことから、女性のキャリア向上の見通しが限られていることは、彼女らの労働安全衛生に直接影響を与えてきたかもしれない。他方で、ある北アメリカの調査は、農業を取り扱い、以前は男性がしていた職務を行うことから、構造変化の結果としての農業企業の管理における女性の関与の増大が、曝露と健康リスクの増大につながるかもしれないことを示している。
- ・女性は、労働組合に組織される場合が少なく、代表に選出されるのが困難である。彼女らはまた、OSH予防サービスにアクセスする機会も少ない。結果的に、女性がパートタイムや臨時の仕事で働く場合が多いことから、労働条件や職場でとられるべき最良のOSH予防措置について労働者が意見を聴かれる場合に、女性は職場のリスクアセスメントにおいて見落とされているかもしれない。
- ・主要な雇用部門における女性のOSH状況は、

2004年以来EU-OSHAによって一層調査され、政策活動にOSHをメインストリーム化するためにあらゆる政策領域における統合された努力についての勧告を補強している。社会政策と福祉、公衆衛生、雇用と男女平等、教育と訓練という以前指摘された領域に、とりわけ運輸・エネルギー政策、技術開発イニシアティブ、グリーン・ジョブ、廃棄物管理その他の環境保護政策が加えられるべきである。

[以下の項目省略]

加盟国間の相違／女性の雇用における傾向とOSHに対する影響／職業上の差別／インフォーマル労働／女性移住労働者／労働災害／曝露、健康問題及び職業病／複合曝露／障害とリハビリテーション

政策、研究及び予防のための結論

大きな割合の女性は、安全で、訓練と予防の機会を与えている仕事に就いている。しかし、そうでないものも多く、これらの諸問題が政策決定者や研究者の課題になることが重要である。

基準外の労働条件のもとで働く女性が増えることにともなう、研究、立法及び予防が対処すべきその他の問題として以下がある。

- ・週末、パートタイム及び交代勤務で働く女性にいかにして手を伸ばすか
- ・いかにして彼らを監督官またはOSH専門家による職場監督の対象にするか
- ・彼らの曝露をいかにして把握するか
- ・労働者としての彼らの参加をいかにして確保するか
- ・個人サービス業で働く女性のOSHを彼らの使用者の施設/家庭でいかにして確保するか
- ・複数の使用者のもとで働く女性のOSHをいかにして確保するか

女性にとって、リスクアセスメントが物理的リスクだけでなく心理社会的リスクを考慮することが重要である。これは、大部分の女性が、男性の場合よりも、顧客や依頼人と向かい合って接触することを

必要とする、教育、医療、小売、宿泊、飲食店及びケータリング部門で働いているからである。加えて、女性は家庭における子供の世話や家事労働の大部分を行いつづけている。これらの多くは、OSHの実施が課題になっている公共部門の仕事である。

女性は、男性と同じ程度に、単一の労働者の範疇ではなく、多様な労働力人口であって、この労働者集団内の異なる年齢集団や異なる文化のニーズは異なっているかもしれない。この点に照らして、研究及び予防に対して、よりねらいを絞った、ジェンダーに配慮したアプローチが必要である。

長い間言われているように、女性のリプロダクティブヘルスとその労働条件との因果関係を探究するにはより多くの情報、及びしたがって研究が必要である。これは政策または研究の課題のなかではなお優先事項になっておらず、変化が必要である。また女性は、乳がん、結腸直腸がんや類内膜がんなどのある種のがんを発症する率が高いが、これらは環境要因や労働条件と関係しており、これらの因果関係をさらに探究するために一層の研究が必要である。

その他のより幅広い問題

ワークライフバランスは20年以上にわたって着実に研究され、証拠は、労働と家庭生活を調和させる能力は女性にとって問題が多いままであり、女性の精神的ウェルビーイングに対する影響は男性の場合よりも一層大きいことを示している。女性は一般的に社会システムのなかで「世話をする人」としてみなされがちであり、そのため家庭や子供・両親に対する責任を負っている。したがって、労働と家庭の用空が結合した場合に、女性は男性よりも多くの責任をかかえ、長時間働いている。「女性労働者」家庭にやさしい政策をもつ国においてさえ、女性は男性よりも多くストレスを経験しており、また、家事労働ができるからという理由で障害に対する労働関連補償について差別を受けている。

パートタイム労働に関しては、やはり子供や高齢者の面倒を見る義務に対処するために、女性が交代勤務で働くことを選択する場合がある。移住女性及び「インフォーマル」に働く者も、こうした労働パターンに従事しがちである。これらの労働パターン

は、女性特有というわけではないものの、女性を労働リスクやハザードの影響を受けやすくしている。職業別だけでなく、性別及び部門別にOSHリスクを分析することが重要である。

慣行及び研究に対する意味合い

本レビューは、労働における女性と女性のOSH問題の数多くの側面を検討している。しかし、調査には対処されるべきギャップがあり、また、女性労働者も男性のためになるような「労働者」の立場から促進された政策も存在している。本レビューが示すように、基準外の労働条件、複合家屋または複合事務所内での家庭内労働者、保健部門の高齢労働者、労働強度の増加、女性労働者のリスクの評価、生物学的リスクを含めた複合曝露、サービスにおける静的労働の増加、リハビリテーション、労働への復帰やインフォーマル労働などの領域における一層の研究が必要である。このような増大しつつある、しかし十分に研究されていない、領域は女性のOSHに影響を及ぼす諸問題を概述するのにより多くの情報を提供するだろう。例えば女性、若年、移住または障害をもった労働者など、特定の側面から労働者を区別する場合にはとりわけ、労働者が仕事に合わせるのではなく、仕事を労働者に合わせることが重要である。概して、OSHは労働者の具体的な必要性を反映する必要がある。

政策の勧告

欧州委員会の2007～2012年労働安全衛生5か年戦略が最近評価改訂されている。2008年1月の同戦略に関する決議で欧州議会が指摘しているように、

一定の範疇の労働者（例えば移住労働者、不安定な契約の労働者、女性、若年及び高齢労働者）、一定の企業（とりわけ中小（SME）零細企業）、一定の事業部門（とりわけ建設業、漁業、農業や運輸業）によっては労働災害・職業病が均一にはひろがっておらず、また、一定の加盟国の労働災害・職業病の率がEU平均よりもはるかに高いことが憂慮される。

女性の労働安全衛生:新たなリスクと傾向

表4 雇用の傾向と複合曝露が女性のOSHIに与える可能性のある影響

傾向	影響
雇用の傾向	
女性は、その賃金やキャリアの側面に影響をもつ、とりわけ小売業や消費者サービス業におけるパートタイムや臨時の仕事にますます集中。 在宅ケアや掃除人としてのインフォーマルな労働や仕事ととりわけ女性移住労働者で増加。 労働法の対象とされない「ミニ・ジョブ」化の傾向。 キャリア向上、補償水準や高い地位の獲得に関して女性は男性の後塵を拝している。	ストレスや関連した健康問題、疲労及び認知に関する健康問題。 反復・短調作業による反復緊張傷害[RSI]。 女性について、低い仕事の管理や自律性、低い自己満足感、低いモチベーションや仕事に対する不満足。 依頼人ので働く女性にとっての、執行、リスク評価、労働者保護確保を図るうえでのOSHI上の困難。 (OSH) 訓練や協議の不足、自らの労働条件に影響を及ぼす可能性のある意思決定への関与の不足。
職業上の差別	
男性が主として建設、公共、運輸及び製造業で働くのに対して、女性は主としてサービス業で働き続けている。 55～64歳で就業中の女性の増加。高齢の女性は教育、保健、社会福祉や行政において働く場合が多い。 製造業における雇用は低下。 いくつかの部門(製造業、農業)では女性労働力が高齢化。 女性はインフォーマル労働、在宅及び家庭内サービスに多い。	男性と女性で異なるリスクー長時間の立位や座位、静的作業は女性に著しい。 依頼人との接触が多いハラスメントや暴力が多い。 異なる年齢集団での異なるリスクー予防は合わせて調整されなければならない。 労働災害率はいくつかの部門では停滞、教育、保健やインフォーマル労働の多い部門(例えば農業)では記録されない。 高齢の女性ほど重労働に曝露。 高齢の女性ほど訓練の機会が少なく、インフォーマル部門では協議の機会、参加や予防サービスが不足。
労働編成と労働時間	
有給労働と無給(家庭内)労働の両方を考慮する場合、女性は、とりわけフルタイムで働く場合、合計労働週が最大である。 依頼人の施設、飲食店や宿泊業で働く場合、とりわけインフォーマル部門では、不規則な労働時間が増える傾向。 宿泊飲食業、小売、医療における交替労働や週末労働はすべての年齢帯の女性が多い。 労働における自律性の低さ。	ストレス。 循環器疾患。 生殖問題。 筋骨格系障害。 予防サービス、協議や参加の機会の低さ。 労働関連性の評価や変更の実施における困難。 労働法がミニ・ジョブに適用されず、執行が困難。 多重就業や絶えず変化する仕事ではOSHの執行の困難。 多重就業では曝露の評価が困難、リスクと健康影響の監視及び記録の困難。
若い女性	
若い男性と女性の間の失業率のギャップは明らかに減少し、いくつかの国では若い男性の失業率の方がわずかに高くなっている。 若い女性ほど小売や宿泊飲食業で働いている。 若い女性ほど質の低い仕事や一時契約で働いている。 キャリアの最初から賃金水準の性別格差。 非常に小さな子供や就学年齢の子供をもつ15～24歳の女性についてとくに失業率のギャップ。	異なる年齢集団での異なるリスクや傾向ー予防は合わせて調整されるべきである。 若い女性の経験や訓練の不足。 依頼人との接触による高い暴力への曝露。 いくつかの国では、宿泊飲食業女性が主の部門における労働災害の増加。 企業レベルにおける協議、予防サービス、参加の機会の低さ。 若い母親はとりわけ影響を受けやすい集団である。

同戦略は、EU法令の完全かつ効果的な実施を通じて、EU-27か国の労働災害発生率を25%減少させるという目標を設定している。同戦略はまた、労働衛生に焦点をあてたアプローチを促進・支援し、新たな潜在的リスクを確認する国の戦略を策

定することを求めている。しかし、接客または小売など女性の割合の多いいくつかの部門では、災害率が下がらないか、または増加してきているという明らかな指標が存在している。

OSHに関連した具体的取り組みとしては、以下

の措置を含めた、2010～2015年男女平等戦略を実施する行動に関する委員会事務局作業文書もある。

- ・政策及びプログラムの健康及びジェンダーの影響に関する評価を促進する。
- ・次期EU労働安全衛生戦略(2013～2020年)においてジェンダーの側面を考慮する。
- ・可能性のある指令2004/37/ECのレビューの準備作業はもちろん人間工学及び労働関連筋骨格系障害(WRMSDs)に関する立法作業においてジェンダーの側面を考慮する。
- ・可能性のある発がん及び変異原性因子に関する指令2004/37/ECのレビューの準備作業においてジェンダーの側面を考慮する。

本報告の結果から、その他の勧告を引き出すことができる。

- ・例えば教育や事務所関連作業など、伝統的に「リスクが低い」とみなされてきた部門が現在では、例えばハラスメントやストレスに関して相対的に危険であると考えられることから、ジェンダーに着目した安全衛生に関する立法や監視の必要性を再評価すべきである。リスクアセスメントを行う場合には、物理的リスクだけでなく組織的リスクに関する労働の正確な状況が検討される必要がある。適切な予防措置を設定し、そうした部門の多くの女性労働者に適切な訓練や支援を提供するためには、予断を排除することが鍵となる。
- ・リスクと曝露の把握の改善は、そうしたリスクと曝露、関連する健康影響、女性の職務、業務及び具体的に直面するリスクを反映したより幅広い指標及びより分化した監視手段を改善することであるから、「インビジブルをビジブルにする」ために重要である。
- ・政策の議論において、また法令の起草において、女性の参加を確保する。OSH戦略・政策の策定及びそれらの職場における実施において女性の参加を確保することが重要である。例えば、より多くの女性が職場安全衛生代表に選ばれてその役割を果たし、ジェンダーをOSHの主流にしていくのに社会パートナーが大きな役割を果たしていくようにすることが重要である。

- ・加盟国は、積極的にジェンダーをOSHの主流にし、国のOSH戦略のなかにジェンダー及び多様性の要素を含めるよう奨励されるべきである。
- ・以前EU-OSHAが強調したように、EU加盟国は、指令を移入する場合に、系統的かつ包括的なやり方でジェンダーが対処されるようにすべきである。これは、建設、運輸、農業など伝統的に男性が主だった職業に女性が参入し、彼らのOSHのニーズが異なるかもしれないことから、とりわけ重要である。
- ・OSHIに対するより幅広く総合的なアプローチも、災害だけの強調から、とりわけ心理社会的要因、労働の自律性やワークライフバランスを考慮に入れたより包括的なアプローチへの移行を可能にする。
- ・工業の職場からサービスへの移行、流動性の増大、新たな技術の活用、労働の強化や危険性の増大などの労働世界における最近の傾向は、女性及び女性のOSHに対する具体的影響について評価されるべきである。研究・監視ツールの採用もこうした傾向を考慮に入れるべきである。
- ・ひろくいさわった職業上の差別のせいで、男性と女性の間では職業病と疾病の異なるパターンが存在している。基準が男性と女性の物理的及び生理的相違を考慮せずに男性の特徴を反映し続けていることから、現在の分類は労働における女性の曝露と健康問題を十分に反映していない。労働における女性の曝露の分野について包括的な調査が行われてきたものの、研究者は職業曝露と女性に関するさらなる調査の必要性を強調している。
- ・労働市場における女性の数の増加、観察された工業からサービス業への移行、及び契約の内容の変化を労働監督のやり方に反映する。ジェンダーを考慮した介入アプローチが求められており、女性労働者のために寄与できるよう、また様々なサービス部門における具体的なニーズに適合されるよう、資源が評価されるべきである。
- ・国ごとの相違は大きく、そのため、状況は国ごとに違ったやり方で評価されるべきである。教育や職業訓練、衛生設備、介護施設や雇用戦略な

ど、女性の雇用状態に影響を与える進展を統合した国のOSH戦略は、国レベルの取り組みを調整するのに役立ち、それを一層効果的にする。さらに、新しい加盟国における急激な変化のジェンダーに対する影響は、男女不平等が拡大するリスクを回避するために監視されるべきである。

- ・加盟国の間の政策の相違は、そのOSH状況も同時に考慮に入れつつ、労働市場における女性の効果的な統合に役立つ要因を把握するために調査されるべきである。
- ・とりわけパートタイムで働く者に、労働者への訓練を増加・改善を含め仕事を一層安全にするためのいくつかの方法が提案されてきた。例えば、パートタイムまたはフレックスタイムの労働者が参加できるときに、訓練とOSH教育を設定することができる。長期間仕事に就かなかった後に労働市場に入ってくる高齢女性に対しては、再訓練が役立つだろう。フレキシブル労働は、子供や老人の世話など労働と家庭の利害が衝突する女性にとって利益がある。
- ・出張中の女性労働者や、依頼人または患者の施設で働かなければならない労働者は、OSH予防サービスや当局による監督などの通常のOSHの枠組みではカバーされないかもしれない。これらの労働者は総体的に弱い立場になり、依頼人頼みになると同時に、労働条件を調整できる範囲が限られてしまうかもしれない。彼らはまた複数の仕事で、複数の使用者のために働くかも知れない。政策、研究や予防は、農場や家庭（在宅ケア、清掃、子供の世話）、車で通勤中また依頼人の施設で女性労働者が直面するかもしれないリスクに対処すべきである。かかるサービスの依頼人が、そのようなサービスの提供者と同様に、OSH情報及びこれら部門における予防キャンペーンの対象集団に含められるべきである。

監視及び統計

- ・欧州レベルの監視ツールは、交絡因子やより幅広い諸問題を考慮に入れる方法について批判的に評価される必要がある。欧州の災害統計に

関しては、女性は男性よりもパートタイムで働く場合が多く、そのため災害リスクにばく露する時間が短いことから、フルタイム相当に基づいて災害率を計算すれば、女性と男性の間の差は小さいことがわかった。いくつかの国については、男女が働く様々な職業についても災害率を標準化すると、災害率は同等に近かった。残念ながらそのような標準化されたデータは、他の年についてはEurostatに含まれていない。

- ・すべてのEU加盟国は、十分に開発された国の労働条件調査をもち、国をまたがって標準化された情報を入手し、また詳細な情報を提供できるようにするために、ジェンダー及び多様性に関して批判的にレビューすべきである。
- ・これは、複合曝露を調査し、またOSH研究、予防及び慣行に対する一層相対的なアプローチを設計する試みを支援するかもしれない。

災害及び健康影響

- ・女性の災害率は男性の場合のように低下していない。年齢層や職業・部門別の男性労働者の災害については多くのことが知られているが、女性労働者についてはそうではない。災害防止をめざすには、様々な職業・部門において女性労働者が被っている災害の種類について一層の情報が収集されるべきである。多重就労については、年齢、自営、部門・職業及び移動の背景などの要因が考慮されるべきである。パートタイム労働や不十分な予防サービスの機会も寄与要因であるかもしれない。
- ・女性と男性は、同じ部門、同じ種類の仕事で働く場合であってさえも、異なる行動パターンで従事している。タクシー運転手のようないくつかの仕事に就く女性の災害率は著しく低い。これは予防の改善のために調査されるべきである。
- ・静的労働、長時間の立位及び座位は、現在多くの労働者調査のなかで監視・評価されておらず、関連した健康影響の調査が不十分な、女性サービス職業にとりわけ関連するリスク要因である。これは、最近のEU-OSHA報告書が、それら

を労働者調査のなかに含め、とくに下肢の障害の発生が調査されるべきであると勧告した理由である。年齢に関しては、いくつかの加盟国で若年労働者のMSDの率が増加していることを示した調査がある。こうした傾向は、若年労働者と予防措置をMSDリスクの低減に合わせられるようにフォローアップされるべきである。

- ・ 女性は男性よりも疲労、抑うつや不安に敏感であり、彼女らの相対的に劣悪なメンタルヘルスは日常的に行っている多重的な役割と関連しているかもしれない。こうしたデータは、EU諸国における死亡の主要な原因である心血管疾患との関連で評価されるべきである。
- ・ サービス職業における危険物質への曝露は一般的であるが、評価は不十分なままである。医療、接客、ドライクリーニング、ヘアドレッシングや廃棄物処理における女性の曝露にも発がん因子が含まれているかもしれない。これらの職業、またクリーニングなど他の職務における曝露は、多様かつ予測できない場合も多いかもしれない。これは、女性が曝露している内容について憶測を避け、リスクアセスメント、代替化と根絶、他の労働者のためのEUの予防アプローチのなかで定義された予防措置のヒエラルキーと同じ原則を適用することが重要であることの理由である。危険物質の摂取と代謝におけるジェンダーの差も一層調査されるべきである。
- ・ 女性に影響を与えている職業病、とりわけ職業がんに関する研究が必要である。国のデータの詳細な分析は、女性労働者の疾病の届出率が著しく低く、認定率も非常に低いことを示している。多くの疾病がその職業要素について評価されていない。職業曝露と疾病との因果関係も女性労働者については大いに調査が不十分であり、アセスメント全体からの女性に関連したリスク要因のオミットにつながっている。
- ・ リプロダクティブ・ヘルスに対するより幅広い観点が必要である。2003年にEU-OSHAから提起され、また研究の「不十分さ」が強調され続けているように、研究課題における職業リスク全般について、リプロダクティブ・ヘルスの問題により大きな

焦点があてられるべきである。より重要なことは、妊娠中の女性や新たな母親に関してはいくつかの研究があるものの、ホルモンの影響、月経異常や更年期障害など、女性のその他の生涯体験に関する研究がはるかに少ないということである。

- ・ また、2003年にがんに関する研究が主として男性についてのものであることが指摘されているにもかかわらず、乳がんに関してなどいくつかの分野で努力がなされてはいるものの、この中間レビューに示されているようにこの状況は変わっていない。
- ・ 女性労働者における乳がん発症の寄与要因としての交代勤務の認知は、職業がん発症における労働編成的原因の認識に関する基盤を打ち破った。これは、既知の「ハード」リスクに加えて、いわゆる「ソフト」リスクを考慮に入れる職業がんに対するまったく新たなアプローチに道を開くことができる。同様に、そのようなアプローチは、現出しつつあるサービス職業における男女双方に対する職業リスクの調査の改善、及びOSH研究・予防に対する一層総体的なアプローチに道を開くことができる。
- ・ WHOによる研究は、訓練、労働衛生サービスの能力と提供を改善するために、労働衛生政策・プログラムのなかで具体的にジェンダーに焦点をあてた研究が行われる必要があると勧告した。

労働における暴力

- ・ 労働における暴力・ハラスメントにねらいを定めた措置は、対象となる部門・集団の具体的ニーズに合わせられるべきである。EU-OSHAは、いくつかの部門(教育、医療、接客)向けの多数の言語による手引きを作成している。
- ・ 過少報告に対処するために、労働における暴力についての効果的なシステムが導入されるべきである。こうしたシステムは、事件に遭遇中の労働者への即座の支援、または事件後にカウンセリングを提供するか、行動のための迅速な措置と結びついている必要がある。
- ・ 一般的に、ワークライフバランス、ハラスメントや差別を確認及び考慮する、OSHに対する総体的

アプローチがとられるべきである。そのようなアプローチの必要性に対する理解を強化するために、関係者は女性労働者に関するOSH活動について議論すべきである。

リハビリテーションと再統合

- ・ 政策決定者や労働団体は、労働力人口における女性の地位のために、障害をもつ女性は二重または多重の差別のリスクがあり、そのため特別の配慮を必要としていることを理解すべきであり、とりわけ障害をもつ女性が障害をもつ男性よりも一層差別されていることから、障害問題に対処するガイドラインを強化するために、ジェンダーに焦点を置いた政策はこの問題を考慮すべきである。
- ・ 通常の時間の一部だけ働くことのできる労働者が労働力人口に居続けられるようにするため、使用者は、労働政策のなかに柔軟かつ効果的なリハビリテーションをもつよう推奨されるべきである。これは、欧州の労働人口が高齢化するにつれて一層重要な問題になっている。女性労働者は積極的に対処される必要があり、リハビリテーション措置は、女性、若年または移住労働者であることが多い臨時労働者やパートタイマーも対象とすべきである。
- ・ リハビリテーションと職場復帰の政策はまた、とりわけMSDsの発生・分布やメンタルヘルス障害の割合の高さなど、女性特有の労働に関連した健康問題のパターンに対処すべきである。
- ・ システム実施の責任者は、ジェンダーの問題、とりわけ女性の家庭生活とそれがリハビリテーションに与える影響を考慮する必要がある。
- ・ 職業訓練、リハビリテーションや労働への復帰に関して、女性についての一層の研究が必要である。

女性労働者の影響を受けやすい集団

- ・ 若い女性または若い母親など、女性のいくつかの集団は金融危機の影響をとりわけ受けやすいかもしれない、これがいかに彼女らの労働安全衛生に影響を及ぼすか監視することは価値がある

だろう。接客部門などたくさんの女性が働くいくつかの部門では、災害率が増加または停滞している。以前のEU-OSHAの研究のなかで示されているように、これらの部門の若年労働者も相対的に影響を受けやすく、その雇用状態(例えば労働市場への入りにくさ、臨時または短期契約)が悪い労働条件を受け入れさせるかもしれない。

- ・ 高齢の女性は以前よりも労働力人口に入ってくる場合が多く、欧州全体を通じて全体的に高齢人口であることから、より必要とされている集団である。これに関連して、この集団により生産的な労働環境を確保するために行うことのできる研究や予防措置が調査されるべきである。
- ・ EUにおける無申告労働という現象の程度及びジェンダーの側面を評価する一層の研究が必要である。
- ・ フォーマル労働とインフォーマル労働の間に著しいジェンダーの差があるかどうかを確かめるために、労働条件に関する包括的な分析が必要である。
- ・ 移住労働者のOSHに関する情報は、無申告労働者や労働に関連したジェンダーの問題に関するデータの源になり得る。女性移住労働者と無申告労働に関して一層の研究がなされるべきである。
- ・ そうした労働者が機会を得ることが困難であることから、仕事のなかで遭遇する可能性のあるいくつかのリスクやハザードによりよく対処できるようにするために、インフォーマル部門の労働者に非政府組織が運営するOSH訓練を提供するなど、インフォーマル労働者に支援を提供する団体との協力を確立することが有益かもしれない。

ジェンダーのメインストリーム化とOSH —成功事例

例えばジェンダーに配慮したアプローチをとったOSH立法や監督慣行など、ジェンダーの側面的効果的なメインストリーム化を含め、労働における女性の具体的な状況ねらいをつけることを目的とした公的政策に関する情報はとりわけ少ない。本報告書の目的のために、EU-OSHAはとりわけ以下に関して、加盟国から事例に関する情報を集めた。

- ・指令を実行する妊娠女性及び授乳母親規定以外の、労働における女性に特定した、OSH問題に関する立法
- ・ねらいを定めた監督キャンペーンの結果
- ・例えばジェンダーを取り扱ったOSH・多様性問題に関するものなどの手引き
- ・以下のようなリスク要因に関するジェンダーを特定した研究
 - ・暴力・ハラスメントへの曝露
 - ・感染性因子を含めた生物学的・化学的因子、人間工学リスク及び気候リスクへの曝露
 - ・災害リスク、労働災害の原因及び状況におけるジェンダーの差
 - ・労働編成の問題（通常の労働時間、交替労働、一人作業等）
 - ・個人保護機器その他の機器の利用、及び
 - ・[男性]部門における労働
- ・健康影響に関する情報
 - ・例えば調査のなかで確認された特定の健康問題、ねらいを定めた研究または監督

- ・とくに認められた職業病
 - ・特定の集団（一人作業、移住労働者、若年または高齢の女性労働者等）に関連した問題
 - ・研究プログラムへのジェンダーの問題の包含
 - ・労働監督官に「ジェンダーを理解させる」または彼らの活動にジェンダーの問題を統合させる方法に関するプログラム
 - ・OSH当局がその活動にジェンダーの問題を統合させる方法に関するプログラム
 - ・ジェンダー・バランスについて作業を評価するプログラム（例えば、建設はもちろん、病院、ホテル、飲食店やケータリングサービスに対する考慮の確保、ジェンダーに配慮した予算編成）
- いくつかの事例が本報告書の全体を通じて、及び報告の最後に向けたそのための章に含められている。EU-OSHAは、かかるグッド・プラクティス事例のより詳細な結果を現在準備中であり、



2014年中に発行される予定である。
 ※ <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/summary-new-risks-trends-osh-women>

表5 女性と労働における健康—本報告書に含められたジェンダーに配慮した調査及び政策

国	プログラム	内容
欧州	NEXT	10加盟国の看護師における労働関連暴力の経験及び早期離職を調査
欧州	教師のサイバー・ハラスメントに関するETUCE二次調査	全国教員組合の取り組みと戦略を探究：学校における暴力・ハラスメントに関するETUCE行動計画を改訂するとともに、サイバー・ハラスメントを含めるためのグッド・プラクティスの収集
オーストリア (オーストリア労働監督)	オーストリア労働監督におけるジェンダーのメインストリーム化	OSH戦略の創出 労働監督活動のための方針と労働監督官の訓練 OSHのジェンダーに関連した諸側面とジェンダーを考慮した職場監督に関する手引き文書 家庭介護など特定の活動や新しい部門/職業向けの手引き
オーストリア	ジェンダーのメインストリーム化及びオーケストラにおける騒音曝露	オーケストラの女性ミュージシャンのリスクアセスメント 具体的な予防措置の設計(座席の調整、聴覚保護、スクリーン、組織的措置)
オーストリア	介護施設にねらいを定めたキャンペーン	高齢者介護施設と家庭介護におけるOSH ジェンダーを考慮した部門監督と同部門の主に女性労働者のOSH状況の把握・改善のための注意喚起
フィンランド	人口研究所のプロジェクト「職場における平等と多文化」	移民女性の労働生活における参加の促進 移民を雇用する職場とその労働者を対象集団とした本調査は社会的背景の異なる女性の統合戦略の間の大きな差を示した労働において成功を収めるうえでの個人的ネットワークと同僚の支援の重要性を示した

女性の労働安全衛生:新たなリスクと傾向

フィンランド	FIOSH「労働における男女平等と多様性の促進」	新たな科学的知見の生成と人事管理者・OSH専門家向けのツール・実用的措置の開発によりフィンランドの労働生活における男女平等を増進するための詳細な戦略的目標を省が設定 労働、家族その他の生活領域の間のバランスを支援するために「ワークライフバランス」研究と行動計画(2005-09年)を開始 MONIKKOプロジェクトは年齢、民族や家族状況を考慮に入れた幅広い側面からの平等の重要性を強調し、研究所は労働者と緊密に協力してまとめた男女平等計画を起草した
フィンランド	とりわけフィンランドにおける非定型雇用の継続的増加に関する労働における女性に焦点をあてたWORKプログラム、とりわけ「労働における男女不平等、感情的・審美的労働とウエルビーイング」と「妊娠女性の労働能力、病気休暇と雇用復帰に対するライフスタイルの変更の影響」のふたつのプロジェクトにフィンランド・アカデミーが資金提供	労働における男女不平等、感情的・審美的労働とウエルビーイング 質的事例研究を通じたより一般的な労働生活におけるジェンダー慣行のマッピング 採用過程の慣行の分析 コールセンターと女性の小職場における顧客サービスの慣行 妊娠女性の労働能力 病気休暇と雇用復帰に対するライフスタイルの変更の影響 病気休暇の低減 労働能力及び出産/育児休暇後の労働への復帰の増進
フィンランド	がんサバイバーである女性労働者に関するFIOHプロジェクト	がんサバイバーの雇用 がんサバイバーの労働能力 がんサバイバーの労働従事 がんサバイバーはその職場や労働衛生サービスから社会的支援を受けていたし、必要としていた
フランス	SUMER調査(労働者のなかのOSH専門家によって行われた専門調査)のジェンダーに関する分析	職場における曝露と申告のジェンダーによる特徴、国の監視情報に基づいた職場曝露の総合的観察
スペイン(カスティリャ-レオン地域)	ジェンダーに焦点をあてたOSHリスク予防ガイド	労働における女性の状況の解説 関係するOSH・男女平等法令と関係機関のプログラムの概観 ワークライフバランス、OSHへのジェンダーのメインストリーム化、妊娠・授乳中の女性の保護を含め労働における女性の健康を保護するための勧告
スペイン	物理的負担を評価するためのジェンダーを考慮したガイド(国立労働安全衛生研究所)	ジェンダーを区別した観点からの筋骨格系障害とリスク要因を扱ったガイド、実例を含んだ、疲労、物理的負荷(人間工学的評価)に関する監視方法、チェックリスト、質問用紙及び背景情報を提供
スペイン	Dunicinea-男女平等プロジェクト	建設業におけるポジションをコーディネートする女性に対する訓練
スペイン	男女平等観測所	観測所では軍隊におけるジェンダーの影響に関する調査を準備中
オランダ	パートタイム・プラス特別委員会、オランダの社会パートナー、政府(社会問題・雇用省)と地方当局	労働市場を女性に対して一層フレキシブルにするうえでの障害及び機会を調査する27のパイロットスタディ 特別委員会の目的はオランダにおける週24時間未満のパートタイム仕事をもつ女性がより長い時間働けるようにすることである
イギリス	安全衛生庁の2010-2013年のSingle Equality Scheme	女性及び/または男性がリスクにさらされている部門を把握してそれら向けのリスクアセスメント事例にジェンダーOSH問題を含めるようにする ウェブサイト上で職場における健康リスクについてジェンダーを考慮したメッセージを促進する とりわけ女性の顔の大きさ/形状について呼吸用保護具のフェイス・フィットを改善する問題に取り組む 報告されている交替労働と乳がんその他の主要な病気との関係の研究 ジェンダー、年齢や民族の多様性の問題を含めるためのベーカーリー業における呼吸器疾患に関する農業・食品部門を対象にした調査 男性と女性における中皮腫リスクの研究 イギリスにおける乳・前立腺がんを含めた職業がんの負荷を推計する研究の継続 安全衛生に関する政策決定への女性の一層の参加の促進

平成26年8月5日 厚生労働省発表

「労働災害のない職場づくりに 向けた緊急対策」を実施 ～死亡災害の大幅な増加を受け、 業界団体などに緊急要請～

厚生労働省は、このたび、平成26年上半年の死亡災害の大幅な増加を受け、労働災害のない職場づくりに向けた緊急対策を実施します。

平成26年1月～6月の労働災害発生状況（速報値）は、死亡者数は対前年比19.4%（71人）の増加、休業4日以上の死傷者数は対前年比3.6%（1,625人）の増加となりました。

緊急対策の柱は、以下の2点です。

1 業界団体などに対する労働災害防止に向けた緊急要請

以下の緊急要請を厚生労働省労働基準局安全衛生部長名で実施。

(1) 産業界全体に対する企業の安全衛生活動の総点検の要請

経済活動の一層の活発化が見込まれる中で労働災害の増加が懸念されることから、産業界全体（約250団体）に対し、企業の安全衛生活動の総点検と労使・関係者が一体となった労働災害防止活動の実施を要請。

(2) 労働災害が増加傾向にある業種に対する具体的な取組の要請

特に労働災害が増加している業種（製造業、建設業、陸上貨物運送事業、小売業、社会福祉施設、飲食店）に対しては、労働災害防止のための具体的な取組内容を示し、その確実な実施を要請。

2 都道府県労働局、労働基準監督署による指導

都道府県労働局と労働基準監督署において、労働災害防止団体などと連携した安全パトロールを実施するほか、事業場が自ら実施した安全点検の結果などを踏まえた指導などを実施。（平成26年8月1日開催の全国健康安全主務課長会議で指示）

＜労働災害発生状況のポイント
（平成26年1月～6月（速報値））＞

(1) 死亡者数

- ・全産業における死亡者数は437人で前年同期に比べ71人、19.4%と大幅に増加。
- ・業種別で見ると、建設業（159人）、第三次産業（92人）、製造業（82人）、陸上貨物運送事業（55人）の順で災害が多発。

(2) 死傷者数

- ・全産業における死傷者数（休業4日以上）は47,288人で前年同期に比べ1,625人、3.6%増加。
- ・業種別で見ると、第三次産業（19,966人）、製造業（11,111人）、建設業（6,922人）、陸上貨物運送事業（5,889人）の順で災害が多発。

(3) 業種ごとの労働災害発生状況

（製造業）

- ・機械などによる「はさまれ・巻き込まれ」の死傷災害が大幅に増加（対前年同期比5.4%増）

（建設業）

- ・屋根、足場、はしご・脚立などからの「墜落・転落」と建設機械などに「はさまれ・巻き込まれ」災害などによる死亡者が大幅増加（同28.2%増）

（陸上貨物運送事業）

- ・荷積み、荷下ろし時のトラックからの墜落をはじめとした「墜落・転落」の死傷災害の増加（同5.6%増）
- （第三次産業（小売業、社会福祉施設、飲食店））
- ・転倒や無理な動作による腰痛などが多発

(4) 増加要因

2月、3月の災害増加が顕著であることから、大雪の影響による交通労働災害や転倒災害の増加、消費税増税前の駆け込み需要に伴う生産活動や物流量の増加が大きな要因と考えられます。

また、4月以降も2月、3月程ではないものの、対前年を上回る傾向にあり、産業活動が引き続き活発になってきているものと考えられます。

＜具体的な取組＞

1 業界団体などに対する労働災害防止に向けた緊急要請

(1) 産業界全体に対する企業の安全衛生活動の総点検の要請

労働災害防止団体、関係事業者団体、労働組合など（約250団体）に対して、以下の事項を厚生労働省労働基準局安全衛生部長名で要請します。（別添の緊急要請文参照）

ア 経営トップの参加の下に職場の安全パトロールを実施するなど、職場内における安全衛生活動の総点検を実施すること

死亡災害大幅増加を受けた緊急要請

- イ 安全管理者などを選任する必要がある事業場（第三次産業のほとんどの業種が該当）において、安全の担当者（安全推進者）を配置するなど、事業場の安全管理体制を充実すること
- ウ 雇入れ時教育を徹底するなど、効果的な安全衛生教育を実施すること
- (2) 労働災害が増加傾向にある業種に対する具体的な取組の要請

特に労働災害が増加している業種（製造業、建設業、陸上貨物運送事業、小売業、社会福祉施設、飲食店）ごとに、以下の取組を確実に実施するよう要請します。

(製造業)

- ・製造業の中でも災害件数が多い食料品製造業を対象として、食品加工用機械による「はさまれ・巻き込まれ」、「切れ・こすれ」などの災害防止のための事業者自身による点検や対策ならびに新規雇入れ時教育の徹底
- ・暑熱時期の熱中症予防対策の徹底

(建設業)

- ・「墜落・転落」と「はさまれ・巻き込まれ」による災害防止のための点検・対策の実施
- ・暑熱時期の熱中症予防対策の徹底

(陸上貨物運送事業)

- ・災害が最も多いトラックからの「墜落」に的を絞り、業界団体の連携によるトラックドライバーなどに対する周知啓発活動の展開
- ・平成25年3月に策定した「荷役作業の安全対策ガイドライン」の周知状況と取組実施状況（特に荷主との連絡調整などの状況など）についての事業者自身による点検や対策の実施

(第三次産業(小売業、社会福祉施設、飲食店))

- ・危険に対する「気づき」を促し、安全意識を高めるため、各職場における安全活動の活性化[危険予知(KY)活動、職場内の危険マップ作り]の促進と、「安全推進者(=安全の担当者)」の配置
- ・社会福祉施設に対する腰痛予防対策の周知・啓発

2 都道府県労働局、労働基準監督署による指導

都道府県労働局、労働基準監督署において、労働災害防止団体などと連携した安全パトロールを実施。

また、上記1(2)で事業場が自ら実施した安全点検の結果などを踏まえ、集団指導、個別指導による改善指導などを実施。

労働災害のない職場づくりに向けた緊急要請

労働災害の発生件数は、関係各位のご尽力により長期的には着実に減少してきましたが、平成22年、23年、24年と3年連続で増加という事態となり、労使、関係者一丸となって対策を講じた結果、平成25年は4年ぶりに前年を下回りました。しかしながら、平成26年は再び増加傾向に転じており、死亡者数は対前年比19.4%（6月末現在）の大幅な増加となっております。また、休業4日以上の死傷者数も対前年比3.6%（同）の増加となっております。

本年の労働災害が増加している背景には、消費税の増税前の駆け込み需要や2月の大雪の影響のほか、4月以降も前年同期を上回る労働災害が発生していることから、産業活動が引き続き活発になっていることがあると考えられます。

また、これまで労働災害防止活動に積極的に取り組んできた製造業、建設業、陸上貨物運送事業などでも、死亡災害が大幅に増加しており、経済状況が好転する中、人手不足が顕在化し、企業の安全衛生管理体制の「ほころび」が懸念されます。

さらに、小売業をはじめとする第三次産業において労働災害の割合が拡大傾向にありますが、こうした業種では重篤な労働災害が少なく、安全に対する意識が事業者、労働者ともに弱いことがその背景にあると考えられます。そのほか、若年者をはじめ経験が十分でない労働者に対して効果的な安全衛生教育が実施されているかも確認が必要と考えます。

安心して働くことができる職場づくりは、人材を確保・養成し、企業活動を活性化する上でも、大きなメリットをもたらします。事業者の皆様におかれましては、上記の労働災害増加の背景と併せ、こうした点も考慮いただき、誰もが安心して健康に働くことができる社会を実現するために、企業の安全衛生活動を今一度総点検していただくよう要請いたします。

その上で、労使の皆様をはじめ、関係者が一体となって以下の取組を徹底し、労働災害防止に努めていただきますよう、併せて要請いたします。

- 1 経営トップの参加の下に職場の安全パトロールを実施するなど、職場内における安全衛生活動の総点検を実施すること
- 2 安全管理者等の選任義務がない事業場においても安全の担当者（安全推進者）を配置するなど、事業場の安全管理体制を充実すること
- 3 雇入れ時教育を徹底するなど、効果的な安全衛生教育を実施すること

平成26年8月5日
厚生労働省労働基準局
安全衛生部長 土屋喜久

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



ケベック・ジェフリー石綿鉱山の終焉

RightOnCanada.ca, 2014.9.2

2012年10月、新たに選出されたケベックのケベック党政府は、地価鉱山を開発して今後長期にわたり海外、とりわけアジアに何百万トンものアスベストを輸出する目的のために、前自由党政権のジャン・チャレストがジェフリー鉱山所有者に供与した5,800万ドルのローンを取り消すと発表した。

ケベック党は少数派政権であった。2014年4月に多数派を求めて、前倒し選挙に踏み切った。しかし敗北して、新しい指導者フィリップ・クイヤールのもとのケベック自由党が政権に復帰した。

8月、ケベック党が実は5,800万ドルのローンを公式には取り消していなかったことがわかった。ローンを取り消すために必要な命令が通過しておらず、ローンはなお利用可能であった。現経済開発輸出大臣ジャック・ダウは、前ケベック党政権の不履行を非難した。ダウは、政府がローンを取り消す命令に署名したと発表した。

したがって、わずか2年前にローンを供与した、自由党政権がそのローンを取り消したことになる。

これは、常にアスベスト産業の強力な支援者であった、ケベック自由党の方針の劇的な転換である。わずか4年前、ケベック国家のすべての政党は、

実際には、アスベストの採掘と輸出を支持していた。アスベスト産業にたてつくことは重大なタブーであったために、アスベスト被害者とその家族は公けに声を上げることができず、ケベックにはアスベスト被害者団体がなかった。

いまではケベックにアスベスト産業を支持する政党はひとつもない。最初に2010年8月にケベック連帯党がアスベスト採掘・輸出の中止を要求した。2年後、ケベック党とケベック未来連合がアスベスト産業に対するその支持をやめた。そしていまやケベック自由党がその立場を転換した。きわめて短い期間内の見事な政治的方向転換であり、一世紀以上にわたってケベックで発揮された、政治権力の独占とアスベスト採掘企業による影響力も打ち負かすことができることを示している。

●アスベスト投機家は「利益損失」の補償を追求

ジェフリー鉱山の閉鎖のために、ケベックの納税者がどれくらい支払われることになるかはまだわかっていない。2012年にケベック党がローンを取り消したとき、鉱山の所有者は「得られたであろう利益の損失」を含む相当の補償を求めた。ジャック・ダ

ウ経済大臣は、秘密の口頭合意があり、ジェフリー・鉱山の所有者はその期待を抑えなければならぬと述べた。元銀行家であるダウは「私はかなりタフな交渉人だ」と述べ、将来利益の想定損失という主張には感心してはいないとした。「事業が求めることができるものと、得ることができるものとの間には、大きなギャップがあることがある」とダウは言い、「今回の場合、ギャップは著しい」とした。

企業との交渉における重要な要素のひとつは、予備的条件として、ジェフリー・鉱山の所有者がすべての鉱業権を放棄しなければならないとする、ケベック政府による要求だった。これは実行され、鉱区の現在または将来の所有者がアスベスト採掘の再開を決定する危険性を取り除いている。

鉱区の完全復旧計画が天然資源大臣その他ケベック政府関係大臣及びアスベスト町に提出されている。「2年間のうちにジェフリー・鉱区は完全に除染され、新たな事業を受け入れる準備ができるだろう」とベルナル・クーロンは言う。「われわれは鉱業権を放棄させられたために、もはや必要としないものを破壊・除去し、また、最新技術ルールに則って、危険な製品を除去することによって鉱区を復旧する計画を立てる必要があった」。

前ケベック党政権は、地域の多様化に向けて、5年間に5,000万ドル提供することを約束した。現政府は、この切望されている支援を継続するものとみられている。

●誰がジェフリー・鉱山の所有者で、誰が補償を求めているのか？

2012年まではジェフリー・鉱山社はアスベスト町の4人の住民によって所有されていた。長年同鉱山で働いた技術者であるベルナル・クーロンが、同

社の会長であり、鉱山を運営していた。2012年に、長年ジェフリー・鉱山のアスベストをインドに輸出してきたモントリオールの実業家バルジート・チャダと、タイの実業家でアスベスト業者のウラン・クレオサクルが、新しいアスベスト鉱床を開発して、アジアへの大量のアスベストの輸出から利益を得るために、ほとんど掘りつくした地下鉱山を再開する意図を持って、ジェフリー・鉱山社に投資した。

現在、二つの会社が共同でジェフリー・鉱山者を所有している—ミネラル・ファイバー(MF)社と、アスベスト・セメント屋根材を主にタイで販売している会社で、タイの実業家ウラン・クレオサクルが所有するウラン・グローバル・マーケティング社である。ミネラル・ファイバー(MF)社の最大の株主はチャダ・カンパニー・トラスト、2番目の株主はクーロンが所有会社であるファイバー・フォルテ・ケベック社である。

ジェフリー・鉱山社の取締役は、ベルナル・クーロン会長、バルジート・チャダ取締役会議長、タイのウラン・クレオサクル及びケニアのアンドレス・ブラスケスである。

したがって、ケベック政府によって支払われる何らかの補償の半分は、タイの指導的実業家ウラン・クレオサクルが所有する海外企業に、残りの補償の大部分はバルジート・チャダの会社、その残りがベルナル・クーロンの会社に行くことになりそうである。ケニアのアンドレス・ブラスケスが果たしている役割はわかっていない。

アスベスト投機家たちに補償を与えるために公的資金を使う代わりに、ケベック政府は、ケベックと海外双方のアスベスト被害者とその家族に基金を提供すべきである。



※<http://www.rightoncanada.ca/?p=2684>

アスベスト対策情報 No.42

石綿対策全国連絡会議 2014年8月1日発行 70頁

2004年世界アスベスト会議東京開催から10年／石綿対策全国連絡会議第26回総会議案／パブリックコメントに対する意見(大防法施行規則の一部改正／石綿則・技術指針の一部改正)／過去10年間の重要国際文献集

原発災害④ 原発作業員の証言

柚岡明彦

福島県は三つの「地方」に分けられる。太平洋沿いの「浜通り」は、ここの大熊町などに東京電力福島原発が建っていた。浜通りの西側が「中通り」で、福島市や郡山市、白河市などがあって文字どおり県の中心ラインといえる。そして雪深い「会津地方」である。

須賀川市は、中通りのほぼ真ん中にある。避難所となっていた須賀川アリーナには浜通りの住民らが数百人が身を寄せていて、そのなかには原発作業員やその家族も多かった。彼らへの取材が特に難しいということは無かった。爆発事故があっても「原発作業員が重い口を開いた」などと仰々しく報じるメディアがあったが全くの羊頭狗肉と言っている。取材する側がごく普通の礼節とともに言葉をかけて耳を傾ければ、彼らは別に隠してすることもなく丁寧に話してくれるのだった。

東京電力の下請け会社で働く男性（29）に会ったのも須賀川アリーナだった。2011年3月11日は東京電力福島第一原発の4号機にいたという。4号機は定期検査中で稼働していなかったが、4日後の15日には原子炉建屋が爆発事故を起こしてしまうところだ。「リアクタービル（原子炉建屋）、タービン建屋、ラドウエスト（廃棄物処理建屋）といくつかの建物のそれぞれに線量が違うんですね。俺らは汚染が少ないラドウエストで働いていた」と話す。

そのラドウエストでの3月11日は、十数人が2班に分かれて、1班は建物の地下にあるタンク内に足場を組んでスラッジ（固形状の廃棄物）の処理やタンクそのものの点検をし、男性がはいった別の班はタンクのへりに立って作業の安全性を監視していた。

地震があった。「建物が崩れる」と思った揺れに襲われた。ほかの作業員と一緒に階段のしたに隠れた。逃げだした。直後に停電で真っ暗になった。男性は「タンクの中で足場を組んでいた人は危なかっただろうね」とふりかえった。すぐにサイレンが鳴り響いた。しかし警報つきポケット線量計（APD）は鳴らなかったの、男性は「放射能漏れはない」

と判断した。

原発で働く人は、体が放射線に汚染されているかどうかを調べる「体表面モニター」を通らないと外に出られないことになっている。しかしこの時はモニターが置かれた出入り口に作業員が殺到し、大混乱が生じた。男性は「実際、あそこにいるのはおかしいですからね」と語った。モニターの順番待ちをしている作業員からは「こんなことをしている場合じゃない」という怒声が飛んだ。そこで、モニターを通らずに別の通路から脱出することになった。

ようやく、おそらく全員が4号機の外に出た。タンクの中で作業をしていた同僚が外に出てきたのは30分ぐらい遅れたという。みんなで4号機と海辺の間の敷地で待機していると、ドーンという音が聞こえた。男性は波の音ではなかったかと考えている。その音に海を見ると、津波が迫ってくるのが見えた。東電社員が「逃げろ」と叫んだ。

逃げろと言われても、そうすんなりとはいかなかった。作業員の多くは自分の車を原発の敷地内にとめており、みんながその車で避難をはじめたものだから、敷地内に大渋滞が生じた。車を降りて歩き出す人もいた。男性が原発の敷地の外に出たのは、地震から1時間半がすぎた午後4時過ぎだったという。

男性は2次下請けの社員だ。20代のころから全国各地の原発に派遣されてきた。日給制で1日1万2千円から1万3千円をうけとり、毎月20～25日間働く。2011年2月の給料は保険料などを引かれて手取りで約17万円だった。男性によると、東電を頂点として、その真下に東芝、日立、東京エネシス、東電環境エンジニアリング（現東京パワーテクノロジー）などがいくつもぶらさがっている。それぞれが複数の子会社や系列会社を持ち、その子会社や系列会社も下にいくつもの下請けを持っているという。

17日朝、須賀川アリーナにいる男性の携帯電話に会社から連絡があった。「イチエフ（第一原発）に今から戻って仕事できるか」ということだった。が

れきの撤去や電気を復旧させるためのケーブル敷設、敷地内の片付けなどがあるという。しかし男性は「車のガソリンがない」という理由で断った。以来、わたしが取材した3月24日の時点まで何の連絡もないという。

男性が断った理由はガソリンの問題以外にもあるという。「別の会社の社員だけれど地元で昔から一緒にの友達に行っているんだよ。さっきも携帯でしゃべったばかりだ。そいつによると、イチエフに行く前にJビレッジに集まり、装備をして、それからイチエフに行くらしいね。そいつは5号機と6号機に行って外でやぐらを組む仕事をしている。線量は3時間でコンマ3か4。まあつまり300～400 $\frac{1}{100}$ シーベルトということ。俺らからすると少ないけれど、しかし、一般の人から考えるとあり得ない数値だよ。これから考えると放射能は間違いなく漏れているんだな、と。作業の時は全面マスクとカッパを着るんだけど、マスクでは放射能を基本は防げなくて、内部被曝を防ぐためのものに過ぎない。俺の友達は『見た目は落ち着いている。爆発がない限り怖くはない』と言っていたけれどね」

男性はピンハネ構造にも頭にきていた。「いま行っても特別手当があるのかどうか分からない。あるのかどうかも教えてくれないんだよね。まあ俺らは使われている身だし。東電は元請けに仕事を依頼し、その元請けから俺らは仕事をもらっているだけだし。もしかた電話がかかってきたら……微妙だね。友達はコンマ3しか食らっていないというけれど、4号機は全然違うので、線量が。仕事の場所や内容にもよるけれど、元請けは決められた線量のルールを守りますと言うけれど、全然あてにならないからね。原発は場所によって被曝線量が全然違う。俺の会社のルールは2 $\frac{1}{100}$ シーベルトを超えないように仕事をさせると。すると、1時間働いただけで100 $\frac{1}{100}$ シーベルトにはなるから、2 $\frac{1}{100}$ シーベルトなんて1週間も働いたらすぐに達してしまう。それでいくらもらえるんだっていう話だよ。結局、元請けがピンハネするんだね。この状況でピンハネされるとさすがに頭に来るよ。これだけ払いますというのを明確にしないで、ただ働けなんて言われても分かったとは言えないよ。そりゃあ会社にもメンツがあるんだ。例えば1次下請

けからどう見られるのかということ。1次が人を集められないと元請けからの評価が下がるよね。すると1次は今後、人を出さない2次には仕事を回さないだろうね」

男性は「あんた記者なら書いて欲しいことがある」とも言った。「電力が今はたたかれているけれどね、市民から。俺から言わせると、電気を使っていて何を言っているんだということ。もとは地震と津波だろ。一方的に批判するのはおかしいよ」。そうはいっても、次に誘いの電話があったらどうしようかと男性は迷っている。「原発ってね、本当に怖いんです。何が本当か分からないからね」



東京電力の下請け会社に勤めている別の男性(36)には、須賀川市にちかい三春町の避難所となっている町民体育館で会った。3月11日はやはり福島第一原発の敷地内にいた。勤め先の会社は、消化器や屋内外のスプリンクラー、火災警報器といった消防用設備の保守点検を担当していて、男性は1999年から福島第一原発と第二原発に通っているという。

3月11日、目の前のアスファルト道路に亀裂がはしった。消防用のマンホールふたがポーンと飛び上がって水が噴きだした。地面が陥没した。敷地に置いてあるクレーン車のアームが大きく揺れていたことに身の危険を感じた。

男性がいた場所は、放射能に汚染される危険性がある放射線管理区域内だった。体表面モニターがある入退域管理装置は停電で止まっていたが、そのかわり、ガードマンの指示でひとりずつ、氏名と胸に着けていたAPDの製造番号を紙に記入した。その後、事務所を経由して防震重要棟に向かい、東電にAPDを返した後、放射線被害を受けているのかいないのかを調べるスクリーニング検査を受けた。

やはり男性も、避難しようとする作業員の車による敷地内の大渋滞には悩まされた。男性が福島第一原発の正門を出たのは午後5時ごろだったという。

敷地を出た後の混乱も長く続いた。

自宅は福島第一原発が建つ大熊町の隣の富岡

町にあった。距離にして約13^{キロ}。普通は車で30分足らずでつくところだが、この日は1時間半かかった。自宅内はしっちゃかめっちゃかだった。余震もひどい。男性の自宅は高台にあったため津波被害はうけなかったが、富岡町内は津波で運ばれてきたがれきが散乱していた。道路はおちこちが陥没していた。古い家は倒壊していた。

その夜は車の中で寝た。翌日、もう1台の車で寝ていた親に起こされた。どうやら町内放送があったらしく、「川内村へ行く」と告げられた。男性は11日の出勤時から着の身着のままだったので、着替えをしてから出発した。ところが川内村の体育館に行ってもいっぱいだからと入るのを断られて、三春町へ行くよう求められた。男性が「そこに行けば確実に受け入れてくれるのか」と聞いても、村の職員は「分からない」という。それでも男性は仕方なしに三春町へ向かった。三春町についても「車の中で寝泊まりするだけになります」と言われた。男性は仕方なく従った。翌日、避難者の一人が町の職員に「もっと入れるじゃないか」と抗議した。寒い日だった。見るとあちこちに車中泊の人がいた。町職員が駐車場でそうした車を1台1台調べて声をかけて、ようやく体育館に入ることができた。中に毛布はなく、男性は自宅から持ちだしてきていた毛布にくるまって過ごした。そんな状態が1週間ほど続いた。最初は体育館に450人がいて階段で寝ている人も多かったが、そのうちによそやおそらく親戚宅へ移る人もいて、わたしが男性にあった4月20日時点では100人に減っていた。

男性の会社は地震後は福島第二原発で被害調査を請け負っているという。やはり男性へ会社から参加の打診があったが、避難所から福島第二原発までは距離的に通うのは難しいからと断った。男性は「新たな指示があるまでは待機している状態です」と言った。

そして男性は、爆発の怖さは感じなかったという



強烈な余震が起きる度に、避難所に身を寄せる人はテレビに見入った

が、「見えないし、においもない」と放射能の怖さをしみじみと語った。とても悔しいのは、故郷を永遠に失いつつあるということだ。富岡町にある夜ノ森駅の駅舎は無くなっていると人づてに聞いてはいた。確認したかったが、がれきに阻まれて行けなかった。夜ノ森公園の桜並木が自慢だった。夜ノ森駅のツツジが誇りだった。「毎年十数万人の観光客が来ていたんです。特急も徐行してね。若いころは都会に出たかったんです。今は……私は長男だし、最初は隣の榎葉町に就職して6年半にて、そして地元の富岡にずっと住もうと戻ってきたんです。もう見るに堪えない状況ですね。二度と経験したくないです」とつぶやいた。「いつ戻れるのか分からないですね」とも言った。



浪江町は、福島第一原発が建つ双葉町の隣にある。やはり3月11日に第一原発内にいた山田文良さん(55)には、4月24日に話を聞いた。

3月11日、山田さんは企業棟にいた。これは東京電力の下請け企業が入居する建物のことで、山田さんは日立製作所の下請けの事務所の1階にいた。「いやに長い」と感じた揺れで、ロッカーや机がみな倒れ、すぐに停電となった。携帯電話で高さ6^{メートル}の津波警報を見たが、津波そのものは見ていない。携帯はすぐに通じなくなった。「それからが難儀でした」

山田さんもまた敷地内の車の大渋滞に巻き込ま

れた。全く車が動かなくなった。午後4時ごろ、しびれを切らした山田さんは乗せてもらっていた同僚の車を降りて歩き始めた。

敷地の西約1^{km}にある国道6号もまた大渋滞だった。山田さんは、6号線沿いにある会社の寮の駐車場にとめてあった自分の車に乗り込んだが、倒れた家が道路をふさぎ、どこもかしこも通行止めだった。数百^mすすむのに50分はかかった。あちこちの山道を迂回して、浪江町の自宅に着いたのは暗くなったころだった。

山田さんは原発は無事だと信じていた。「大事になるとは思っていなかった」。しかし実際の福島第一原発は深刻な事態に陥っていく。地震翌日の12日、1号機で水素爆発が起きた。

「これはまずいな」と山田さんは思った。「あんなふうになるなんて思ってもいなかった」。夕方、原発から半径10^{km}だった政府の避難指示が20^{km}にひろげられた。

浪江町は「山側に逃げなさい」という指示を住民に出した。「山側」には町の施設があるからだが、山田さんは「浪江町の人口は2万人だ。あんな小さな施設に全員が入れるはずがない」と判断した。そこで浪江町の北にある南相馬市の小高区へ避難することにした。さらに小高区から原町区へ移った。「山側」へと避難した知人にのちに聞いたところ、ふつうは30分の道のりが、この時は大渋滞で5～6時間はかかったということだった。

14日、3号機で水素爆発が起きた。

「本当にやばい」。山田さんは恐怖にかられた。栃木県の親戚宅へ避難することにした。出発時に車のガソリンは半分しかなく、いつ止まってしまうのかと焦りながらハンドルを握った。

その後も福島第一原発は爆発を繰り返して深刻度は増すばかりだった。政府が避難を呼びかける地域もさらにひろがった。

しかし山田さんは3月下旬、福島県に戻ってきた。「県外にいてはまったく情報が入らないからです」。栃木県の親戚宅に長居するのも悪いという気もあった。山田さんが戻ってきた浪江町は「中通り」の二本松市に役場機能を移していた。山田さんが電話を何度かけてもつながらない。直接役場

を訪ねた。原発はどうなっているのか。家のローンは、今後の生活設計は……。聞きたいことは山ほどあった。しかし職員は「うちもパニックなんです」と繰り返すだけだった。

山田さんは3月11日からの約40日間をふりかえって語った。「この先の予定を早く示して欲しい。どこで落ち着けばいいのかさっぱり分からない。3月12日の避難生活からもう1カ月以上たちます。長引けば長引くほど不安ばかりになってしまう。人生設計も変わるし、家のローンも最中だし。怒りは……どうなんだろう、怒りもあるんだろうけれど、その前にあきれちゃいますよね。町にもがっかりしたけれど、でも、一番しっかりしていないのは国会議員だろうね。民主党もだめだが自民党はもっと悪い。自分の政党のことしか考えていない。菅政権がどうのこうのよりみんな協力してしっかりやりなさいよと言いたいね」

山田さんは原発作業員のベテランだ。原発で働くようになったのは20年前。福島原発のほか、日本原燃の使用済み核燃料再処理工場（青森県）、東京電力柏崎刈羽原発（新潟県）、北陸電力志賀原発（石川県）、中国電力島根原発（島根県）で配管工事を手がけてきた。「自然と働いていましたね。最初は俺、働く前は違和感があったけれど、中で働いていけばそんなに危ないという感じはなかったですからね」。そんなベテランでも「原発で何が起きているのかの情報が入らない」と嘆く。原発の周辺に暮らす住民の情報不足はなお深刻となるのは当然だった。

さらに山田さんは指摘する。「原発があるおかげでいろいろな補助金が地元においている、道路や施設が充実していると言われてますよね。でも、地元に戻元していないと思う。県も知事も被害者意識ですけど、俺からするとおかしいんじゃないの。原発が事故を起こした時に原発で働く人や地域住民が避難するための施設や道路は整備されていない。地元もある程度は原発の避難訓練をしていたんだろうけれども、まさかああなるとは誰も……」

原発作業員の証言からはっきりと浮き上がることがある。少なくとも日本には原発事故に有効な避難計画など全く無いということだ。

クボタ・ショックから9年

兵庫●被害の救済と根絶をめざす尼崎集会

6月28日尼崎市中小企業センターで「クボタショックから9年、アスベスト被害の救済と根絶をめざす尼崎集会」が、今年も200名の参加で開催された。

冒頭これまでに亡くなられた方々への黙とうの後、「映像でふり返るクボタショック」の上映。

続いて「アスベスト被害者は訴える」として、3人の方々が発言。

西宮市の仲村政子さん（75歳）は、1949年から13年間クボタ神崎工場から約2kmのところに暮らし、クボタ近くの別の工場に6年間勤務した後、大阪市や西宮市に移り住んだ。2008年末に体調の異変を感じ、兵庫医大で胸膜中皮腫と診断された。4年半がたち、今年4月に夫を亡くしたが、「支えてくれた夫の分まで前向きに生きていきたい」と話した。

尼崎市出身の妻文子さん（当時58歳）を2010年に胸膜中皮腫で亡くした奈良県の喜下保信さんは、2011年に文子さんが育った場所を訪れ、約1.5kmも離れていても曝露するのかとアスベストの恐ろしさを感じ、「クボタには妻のように今は尼崎に住んでいない潜在的な患者や遺族の発見にも取り組んでほしい」と訴えた。

また、次号で詳しく報告する予定の堺市の麻袋再生作業による

アスベスト被害について、父親を石綿肺で亡くした熊取絹代さんから報告された。

稲村和美尼崎市市長は、①アスベストを飛散させない、②健康管理を広域的に働きかける、③研究所による疫学調査に協力していく、と挨拶があった。

尼崎労働者安全センターの飯田浩事務局長から現状報告。「現時点までにクボタに『救済金』を請求した人数は、死亡者261人、療養中の方25人の計286人（別掲及び次頁表参照）。今年に入りすでに16人の請求書類をクボタに提出しており、来年には300人に達するだろう。一方、クボタ旧神崎工場内の被災者も170人にのぼり、まだ増え続けている（61頁の表はクボタ全体に関する統計だが旧神崎工場が大部分）。このほか、構内下請けや日本通運の被害を加えると500人近い。まさに『緩慢なる惨劇』にほかならない」と強調した。

また、クボタの益本康男社長が6月4日に急死し、新社長に7月8日から木股昌俊さんが就任していることにふれ、心より哀悼の意を表しつつ、「アスベスト被害者に一切会おうともしないクボタの社長であっては、絶対ならないと私たちは考える」と注文した。

年齢	死亡者 総数	男性	女性
～39	6	5	1
40～49	23	16	7
50～59	65	37	28
60～69	73	39	34
70～	94	41	53
合計	261	138	123

その後、2010年に中皮腫で亡くなった八木龍八さんが作詞した「空ゆくツバメ」等の合唱と、尼崎ゆかりの近松門左衛門作品の一人語りを続けている俳優南条好輝さんによる「曽根崎心中」。

名取雄司・アスベストセンター所長「ヘルシンキで学んだこと」、斎藤紀代美（さいたま市民グループ）「身近にある砂利にもアスベスト」、位田浩（アスベスト訴訟関西弁護団）「石綿肺がんは裁判で勝利」、の各報告も行われた。

最後に、最高裁に継続中の泉南アスベスト国賠訴訟、今年1月に大阪高裁でも勝訴し確定した日本通運アスベスト訴訟の原告らからの発言があり、「アスベスト被害根絶尼崎宣言 2014」を採択して、集会は閉会した。

集会後の懇親会にもたくさんの方々が参加して交流が深められ、翌日には患者と家族の会の総会も開催された。また、貴重な記録集『「緩慢なる惨劇」に立ち向かう』第3集がまとめられて、集会で配布された（A4・125頁）。

この集会は、2年目と5年目は2日間、他は1日間で開催されてきたが、来年は10年目。患者と家族の会尼崎支部はこれから相談していきたいとしている。

各地の便り

クボタ旧神崎工場周辺住民被害(2014.6.15現在)

死亡年	見舞金・弔慰金、救済金 書類提出者		
	総数	男性(括弧内は年齢)	女性(括弧内は年齢)
1978	1	1(28)	
1980	1	1(41)	
1986	1	1(27)	
1987	1		1(26)
1988	1	1(61)	
1989	3	2(33, 41)	1(41)
1990	1	1(37)	
1991	1		1(59)
1992	2	1(73)	1(42)
1993	3	1(58)	2(65, 73)
1994	1		1(68)
1995	7	1(46)	6(49, 54, 58, 66, 70, 72)
1996	5	2(70, 80)	3(63, 63, 69)
1997	8	7(40, 45, 46, 56, 66, 71, 72)	1(80)
1998	4	3(47, 50, 56)	1(51)
1999	6	3(42, 44, 45)	3(56, 60, 67)
2000	8	2(47, 58)	6(43, 51, 71, 73, 83, 87)
2001	9	3(53, 54, 67)	6(41, 52, 64, 64, 69, 76)
2002	9	4(39, 69, 72, 73)	5(56, 73, 77, 80, 88)
2003	6	4(51, 53, 71, 80)	2(55, 59)
2004	20	12(53, 54, 57, 59, 60, 63, 63, 68, 70, 71, 76, 80)	8(48, 53, 60, 69, [71], 73, 77, 81)
2005	16	12(45, 48, 49, 53, 55, 55, 60, 63, 68, 72, 74, 75)	4(57, 66, 77, 78)
2006	22	12(49, 53, 54, 56, 57, 63, 66, 70, 73, 74, 77, 83)	10(58, 63, 66, 67, 67, 73, 74, 75, 78, 92)
2007	18	7(49, 57, 60, 69, 74, 75, 87)	11(53, 54, 59, 62, 65, 66, 70, 74, 74, 77, 86)
2008	24	11(50, 50, 55, 58, 62, 64, 65, 67, 79, 81, 87)	13(56, 59, 60, 60, 61, 64, 64, 72, 73, [74], 78, 80, 82)
2009	13	9(58, 59, 60, 67, 68, 74, 77, [82], 92)	4(50, 57, 59, 60)
2010	23	11(58, 63, 68, 68, <69>, 70, 71, 71, 71, 72, 84)	12(52, 55, 57, 57, 58, 60, 61, 69, 70, 72, 78, 89)
2011	12	5(55, 59, 64, 65, 68)	7(65, 70, 76, 82, 83, 85, 85)
2012	15	8(60, 62, 63, 64, 66, 73, 78, 80)	7(52, 68, 71, 72, [78], 80, 87)
2013	15	11(53, 54, 54, 57, 58, 58, 59, 64, 65, 65, 65)	4(56, 62, 68, 76)
2013	5	2(68, 72)	2(46, 71, 86)
死亡計	261	138	123
療養中	25	16(49, 57, 58, 58, 61, 61, 62, 66, 67, 67, 67, 67, 68, 70, [76], 78)	9(58, 61, 61, 61, 63, 64, 65, 75, 78)
合計	286	154	132

[]は肺がん、< >は石綿肺、それ以外は中皮腫
 下線は未払い20人(支払い決定266人、うち現在療養中21人)
 労災認定(時効救済含む)6名は総数より除外

問い合わせ先 ニ崎労働者安全センター TEL/FAX 06-4950-6653

クボタにおける労働者被害(括弧内は中皮腫患者数、2014.3.31現在)

年度	死亡者数	年度	死亡者数	年度	死亡者数	年齢	死亡	療養中	合計
1976	1 (0)	1992	6 (4)	2004	14 (5)	～44	0 (0)	0 (0)	0 (0)
1978	1 (0)	1993	4 (2)	2005	11 (4)	45～49	5 (2)	0 (0)	5 (2)
1979	1 (0)	1994	4 (4)	2006	10 (4)	50～54	10 (6)	0 (0)	10 (6)
1982	2 (0)	1995	4 (3)	2007	11 (3)	55～59	20 (14)	0 (0)	20 (14)
1985	2 (1)	1996	4 (3)	2008	9 (3)	60～64	27 (14)	0 (0)	27 (14)
1986	1 (1)	1997	1 (0)	2009	2 (0)	65～69	36 (20)	1 (0)	37 (20)
1987	3 (2)	1998	8 (2)	2010	8 (6)	70～74	30 (10)	2 (0)	32 (10)
1988	2 (2)	1999	6 (3)	2011	6 (0)	75～79	34 (6)	9 (0)	43 (6)
1989	2 (0)	2000	5 (2)	2012	3 (1)	80～	10 (2)	6 (0)	16 (2)
1990	2 (1)	2001	7 (4)	2013	9 (3)	合計	172 (74)	18 (0)	190 (74)
1991	8 (5)	2003	9 (5)	合計	172 (74)				

アスベスト被害根絶尼崎宣言 2014

2005年6月30日、クボタは79名に及ぶ自社・関連企業アスベスト被害の死亡労働者数を明らかにした。そして翌30日、今は亡き前田恵子さん、土井雅子さん、早川義一さんが、周辺住民被害者として名乗りを上げた。

それから9年目を迎える集会である。クボタへの救済金請求者は286名になった。クボタ旧神崎工場周辺に居住し、また勤務していた人々にとって、本当に重苦しい9年間であった。

一方で、このクボタショックによって、隠されていた日本のアスベスト被害の実態が、一気に明らかになっていった。全国にアスベスト被害の存在を知らしめ、最近では大阪市や堺市での環境被害も明らかになった。10周年を迎える患者と家族の会の支部も全国に広がった。

石綿による肺がんの労災不支給に対しても、国を相手取った不支給処分取り消し裁判に取り組み、勝利を重ねてきた。本集会で毎年訴えてきた泉南の国賠裁判第2陣での控訴審では、再び国に被災者への直接責任ありとする大きな勝利をおさめた。また、大企業日本通運を相手にした損賠裁判でも大阪高裁で勝訴を確定させた。

本集会は、アスベスト被害の救済と同時に、今後の被害の根絶を目指して取り組んできた。明らかになった学校アスベスト被害は、今後の飛散防止対策強化のさらなる必要性を私たちに求めている。大気汚染防止法が改正され、建築物石綿含有建材調査者制度が発足したが、その運用を厳しくチェックしていかなければならない。

さらには、中国やインドなどアジアの国々で今なお大量のアスベストが使用されている現実を見据え、行動していきたい。

私たち本日の集会参加者一同は、国と企業によるアスベスト問題の幕引きを決して許さない。すべてのアスベスト被害者と家族の公平・公正な補償と救済実現にむけて、韓国やインドネシアをはじめとするアジア、そして全世界のなかまとともに、全力をあげて活動が続けることを宣言する。

2014年6月28日

“クボタ・ショック”から9年

アスベスト被害の救済と根絶をめざす尼崎集会 参加者一同

鉄道退職者の会で石綿講演会 静岡●国労会館委託事業で現状等調査

4月30日、「鉄道退職者の会浜松」の元国労組合員ら約30名が集まり、アスベスト講演会&相談会が開催された。主催は「一般財団法人国鉄労働会館」で、神奈川労災職業病センターと中皮腫・じん肺・アスベストセンターも共催団体として準備した。

センターは、昨年度より国鉄労働会館の委託調査事業として「旧国鉄・JRの退職者のアスベスト被害の現状と今後の補償・救済」を実施し、鉄道退職者の会浜松には鉄道退職者の会長野とともに、アスベストに関するアンケート調査を依頼した経緯がある。そのアンケート結果から、多くの方が健康に不安をもち、自分の病気がアスベストに関連したものなのか専門医に相談できないかなどの疑問や注文が寄せられたため、今回、アスベスト専門医による講演会及び専門スタッフによる相談会を企画したものである。

当日は、国鉄労働会館静岡地方部の植田誠さんの司会で、鉄道退職者の会の相澤会長が開会の挨拶。続いて、アスベストセンターの名取雄司所長が「石綿関連疾患と国鉄での作業」と題する講演を行い、医師の立場から石綿関連6疾患の基本的認

識について話された。

胸膜中皮腫は良性疾患で悪性胸膜中皮腫とは異なることについては、アンケート調査でも間違えて理解している方もいたのでとくに強調された。また、国鉄労働会館の委託調査事業の調査結果を踏まえて、旧国鉄には戦後の早い時期から石綿が導入され、蒸気機関車の石綿フトンや湘南電車などに吸音材として吹付けアスベストが使われていたことなどを紹介された。浜松工場のアンケート調査結果からは、

石綿関連疾患と診断されても必ずしも業務災害認定されておらず、認定率29.2%とかなり低いことを指摘された。今後は、高齢化が進んでいるので補償・救済が緊急かつ急務の課題であり、取り組むに当たってはアスベストの専門医や専門相談センターを活用することを提言された。

講演後、同じ会場で相談会がもたれ、予約されていた8名の相談者を、医療相談と労災相談の2班に分け、アスベストセンターの名取医師と植草さん、当センターの西田と池田が対応した。相談者のうち肺がんの方が疑いも含めて3名もあり、業務災害認定につなげていくにはさらに詳しい聞き取り調査が必要なため、自宅訪問も行いながら相談を



(神奈川労災職業病センター)

元海上自衛隊員の肺がん認定 広島●2006年の請求から8年ぶり

元呉海上自衛隊員のYさん(77歳)が、アスベストによる肺がんを公務上災害認定を受けた。

Yさんは1955年7月に海上自衛隊に入隊。1989年に定年退職するまで、1965年10月～68年2月、自衛艦「あけぼの」や「ゆうぐれ」などで機関科に所属。ボイラー室に詰めて整備作業や応急修理でアスベストを扱っていたが、当時はマスクなどの使用はなく、指

導も行われなかったという。

1999年8月に呉医療センターで肺の検査を受けた際に異常を指摘され、呉医師会病院で精密検査の結果原発性肺がんと診断された。広島市民病院で放射線化学療法を受け軽快したが、治療に伴う放射性肺臓炎のため、再び広島市民病院で入院加療。2005年には急性心筋梗塞で呉医療センターに入院。2006年に

も、冠動脈バイパス術を受けるため、また左胸水貯留でも各々入院した。

Yさんはこうした病歴後に、2006年5月に公務災害請求を呉海上自衛隊総監部に行った。呉総監部の対応は、Yさんに何の連絡もないまま2011年まで（約5年間）放置されていたという。広島労働安全衛生センターが「労災・アスベスト110番」を開設した日に電話をかけてこれ、Yさんの事情を知ることとなった。

その後、広島市の平弁護士とも連絡をとりながら公務災害認定に向けて取り組みを行った。昨年末に公務災害請求に対する医師の「意見書」ができたこと知らせがあった。「意見書」に記載された、防衛医科大学、自衛隊中央病院の医官等の見解には、「本件は海上自衛隊勤務における石綿ばく露により生じた良性石綿胸水とは判断できないものの、石綿ばく露により生じた肺がんを診断する」と書かれていた。

しかし、その後も音沙汰がないために、全国安全センターを通じて民主党アスベスト議連会長の近藤昭一衆議院議員に依頼して、防衛省におけるアスベスト関連疾患公務災害認定の現状について説明を求めるとともに、Yさんの件をはじめ請求から長期間経過している事案の早期認定を要請してもらった。その結果、7月28日の公務災害認定になった。

Yさんは「随分、無回答のまま、回答を得るまで長かった。横須賀など全国にいる仲間は一刻も早く申請してほしい」と述べた。

防衛省によると、海上自衛隊のアスベストによる公務災害申請はこれまで51件あり、Yさんを含めこれまでに全国で14件公務上認定、5件が公務外。審査中が32件あり、一番古いものは2005年のクボタショック直後に請求されたものである。労災保険や地方公務

員災害補償基金等と比べても、防衛省の手続は遅すぎる。

公務上認定されたものは、艦艇内及び駐屯地内作業双方により、ボイラー周辺や各種配管の断熱材として使用されていたアスベストに曝露したものである。

（広島労働安全衛生センター）

16か月曝露で石綿肺がん認定 長崎●新設の胸膜プラーク要件に該当

2012年3月に石綿による疾病の労災認定基準が改訂された。石綿肺がんの認定要件のうち胸膜プラークに関する部分は、以前の基準より緩和されたといえる。今回、わずか16か月間だけ石綿曝露作業に従事した男性が発症した肺がんについて、長崎労働基準監督署は労災であるとの認定を行った。これほど短期間での石綿曝露による肺がん発症事案を、労災と認めたケースはめずらしい。

昨年10月、長崎労基署が不支給とした中皮腫案件が、審査請求で逆転認定となったことが毎日新聞西部本社版で大きく報じられた（2014年1・2月号参照）。その記事内にひょうご労働安全衛生センターの電話番号が掲載されており、新聞を読まれたAさん（長崎市在住）のご家族から相談が寄せられた。

Aさんは、2012年の年末に受診した病院で肺がんを診断され、

長崎大学病院に転院し治療を開始した。大学病院の主治医から、「肺に石綿がある」と説明され、労災申請を勧められた。しかし、Aさんの記憶では、石綿と接触したのは、1967年3月から68年1月（10か月間）まで石綿製の配管用保温材を倉庫から出し入れする作業と、1968年7月から69年1月（6か月間）まで造船所において配管に石綿を被覆する作業の合計16か月間だけだった。その後の40年間は、トラックとタクシーの運転業務に従事され、整備作業に従事することもなく、石綿と接触する機会はなかった。

そのため、「2013年4月に長崎署に申請を行ったが、調査が長引き、結果がなかなか出ない」という相談であった。

2012年3月に改訂された認定基準の石綿肺がんの要件では、①石綿紡織品製造作業、石綿セメント製品製造作業、石綿吹付け作業に5年以上従事した労働

者の場合は医学的所見が不要。
②胸膜プラークが確認できる明らかな陰影が認められる場合、または胸壁内側の4分の1以上のものは石綿曝露作業の従事期間が1年、に変更となったことが特徴だった。

これまで肺がんの場合、石綿曝露作業への従事期間が10年とされており、10年未満については本省協議扱いとなっていた。2012年基準では、高濃度曝露が推認でき、広範囲に胸膜プラークが認められる場合は、従事期間要件が緩和された。

Aさんの場合は、石綿曝露作業への従事期間がわずか16か月しかないため、エックス線写真において胸膜プラークと確認できる明らかな陰影又は胸壁内側の4分の1以上のプラークの所見が必要だった。

労基署が調査したところ、長崎大学病院の主治医は、「『明らかな陰影及び4分の1以上のプラーク』には該当しないが胸膜プラーク有」との意見。一方、長崎労働局地方労災医員は、「左側の胸部CT画像上、胸膜プラークが最も広範囲に描出されたスライスで、その広がりか胸壁内側の3分の1程度であると認められる」と意見で、認定基準の「胸壁内側の4分の1以上のもの」に該当すると判断した。また、Aさんの画像を水嶋医師に読影を依頼したところ、「胸膜プラーク。胸壁の4分の1周以上の拡がりを有する」との意見をいただいた。

ところが長崎労基署は、主治医と労災医員の意見に相違があ

るからとの理由で、石綿確定診断委員会に判断を委ねたため、調査が長引くことになった。結局、ご家族の元に決定通知書が届いたのは、3月の初めだった。認定基準の改訂が良い結果に結びついた事例であるが、高濃度曝露の場合は医学的所見が不要であることや、広範囲の胸膜プラーク所見がある場合は曝露作

業が1年で認定されることの周知はまだまだ行われておらず、埋もれている石綿肺がん患者が多いことは十分推認できる。埋もれている被害者の掘り起しと、認定基準改訂の十分な周知が必要である。そして何よりも、曝露作業を重視した認定基準への改正が求められている。



(ひょうご労働安全衛生センター)

サムスン白血病高裁でも二人労災 韓国●予断許さない直接交渉の行方

8月号67頁で今年5月に、サムスン電子が白血病被害を認めて謝罪、昨年12月にはじまった交渉も近く再開、というニュースをお知らせした。その後、本誌発行のタイミングが事態の進展に追いつかなくなってしまっているようだ。以下に関西労働者安全センターの中村猛さんが翻訳してくれた3次交渉に関する記事、韓国在住の鈴木明さんが翻訳してくれた8月21日のソウル高裁判決に関する記事を紹介するが、日本語での情報源として、以下を紹介しておきたい。

※http://www.labornetjp.org/worldnews/korea/topics/samsung/topic_view

サムスンとパナリムの直接交渉は、8月13日の6次交渉まで行われている。5次交渉の2日後の8月1日にも、急性リンパ腺白血病による新たな死亡者が出ており、労

災認定請求闘争を開始してからでもすでに約7年、その行方が注目されている。

＜サムスーンパナリムが三次交渉『補償範囲』をめぐる異見＞

サムスン電子の半導体工場などで働き、難病に罹って亡くなったり闘病している被害者問題を協議する、サムスンと「半導体労働者の健康と人権守り（パナリム）」の3次交渉は、核心の争点でこれといった進展を見ることはなかった。ただし、両者は2週ごとに会議を行って会議録を作成することで合意するなど、持続的な交渉の枠組みは開いておいた。

サムスンとパナリム代表団は[6月]25日、ソウル弁護士会館で会って第3次交渉を行った。サムスン側は交渉後のマスコミ発表で、「サムスン電子は、交渉に参加している発病者と家族8人に

対する補償を先に議論した後、その他の情報提供者などに拡大して議論しようと提案した。その他の情報提供者などに対しては、補償基準と対象者を選定しにくいので、信用できる専門機構によって対象疾病などを定めた後、補償の対象とレベルなど、補償基準を具体的に決める補償委員会の設置を提案した」と明らかにした。

これに対してパナリム側は、交渉に参加した8人だけでなく、労災申請当事者全員に補償の範囲を上げ、未だに労災を申請していない被害者は別の方法によって補償問題を協議しようと提案した、と明らかにした。パナリムのイ・ジョンナン労務士は「ハンギョレ」との電話で、「サムスン側から大きく進展した案や具体的な内容は出なかったが、今後も交渉を継続する」と話した。

この日パナリム側は、以前の交渉でサムスン側がパナリム関連の告訴・告発を取り下げると言ったのに、被害者の家族と連帯活動家8人に対する訴えを取り下げない問題を提起した。これに対してサムスン側は再検討するとした。

2014年6月25日ハンギョレ新聞

＜サムソン半導体工場勤労者白血病発症、労災一部認定…サムソン「判決尊重」＞

サムソン電子は、半導体工場勤労者の白血病発症を労働災害と一部認めた裁判所の判決について、「尊重する」との公式見解を出した。

サムソン電子は[8月]21日、「裁判所の判決を尊重し、会社は既に苦痛を経た家族への謝罪、補償、予防努力を約束したので、交渉を通じ速やかに問題を解決するよう努力する」と明らかにした。

これに先立ちこの日ソウル高裁行政9部(部長判事イ・ジョンソク)は、サムソン半導体被害遺族らが勤労福祉公団を相手に「遺族給付を支給せよ」と出した訴訟の控訴審で、原審と同じく原告一部勝訴の判決を行った。

裁判部は、故ファン・ユミさんとファンさんと同じサムソン電子器興事業場で働き、白血病発症で死亡したイ某(2006年死亡、女)さんについては相当因果関係が認められたとした。

故ファン・ユミさんは2003年10月にサムソン半導体に入社し、2004年1月から2005年6月まで器興事業場3ラインで拡散及び湿式食刻工程業務を担当し、2005年6月急性骨髄性白血病の診断を受け、同年死亡した。

なお裁判部は、サムソン電子器興事業場5ラインで勤務し、白血病発症で2005年に死亡したファン某さんをはじめとした、サムソン電子温陽事業場で働き白血病とリンパ腫診断を受け闘病中のキム某、ソン某さんについては、請求を棄却した。

この日裁判所の判決後、故ファン・ユミさんの父でありサムソン職業病被害者の会である「半導体労働者の健康と人権守護者(パナリム)」代表であるファン・サンギさんは記者会見を開き、「敗訴した原告らもサムソン半導体工場

の化学物質に曝露し白血病になったのは違いない」、「被害者家族らに立証責任を負えというのはとんでもないこと」だと指摘した。

パナリム側のイ・ジョンナン労務士は「勤労福祉公団が最初から業務関連性を判断するとき半導体事業の特殊性等を勘案し積極的に労災判断をしたなら、遺族らの痛みをずいぶん前に和らげることができたであろう」とし「公団がこの日の判断に再び上告するなら、自ら法を無視し企業のための機関であることを宣言するもの」だと警告した。

イ労務士は続けて「今回の判決がまた他のサムソン半導体白血病死亡労働者らの控訴審判決にも影響を及ぼすであろう」とし「敗訴労働者らについても職業病認定を受けられるよう最善の努力を尽くす」と話した。

一方パナリムは、サムソン電子半導体LCD部門で働き白血病、脳腫瘍等の重い疾患にかかったとの情報提供者だけで164人に達し、そのうち70人が死亡したと主張している。

2014年8月21日東亜日報

本判決について「ハンギョレ」日本語版の記事も読める。

※<http://japan.hani.co.kr/arti/politics/18093.html>

サムスン白血病事件を描いた映画「もうひとつの約束」が11月に愛知、大阪、東京で上映されることが決まった。ぜひご覧になっていただきたい。



巨大企業に立ち向かった 遺族たちの告発、労働者の闘い

2014年2月、1本の映画が韓国で話題を集めた。サムソン電子の半導体工場での労災裁判を描いた「もうひとつの約束」である。

サムソンといえば、韓国のGDPの2割を稼ぎ出し、その資金力で韓国経済の隅々にまで影響力を行使するトップ企業である。そんなサムソンの恥部を告発する映画が製作されるとのニュースに、業界投資家は二の足を踏んだ。劇場も同様に、サムソンを向こうに回すことを恐れ、相次いで上映を見送った。

にもかかわらず一般の人々の出資で映画は製作され、自主上映会運動が巻き起こるなど、社会現象となった。軍事独裁から民主化を勝ちとった韓国の民衆は、抑圧の主体が資本へと移った今も、不正と闘うことをあきらめない。巨大企業に素手で闘いを挑むかのごときこの映画に、日本の私たちは何を学ぶことが出来るだろうか。

STORY

江原道・束草(ソクチョ)のタクシー運転手、ハン・サング(パク・チョルミン)は妻と2人の子供と、平凡ながら幸せな家庭を築いていた。娘のユンミ(パク・ヒジョン)が韓国随一の企業、ジンソン電子の半導体工場に就職したことに、家族も誇らしげだ。ところがほどなく、ユンミの体に異変が現れる。ジンソンの社員が見舞金を手に一家を訪れ、辞職願と労災申請放棄の覚書にサインを迫る中、ユンミは22歳の生涯を閉じる。病名は急性骨髄性白血病。

サングは労災を申請するが承認されず、労務士のナンジュ(キム・ギョリ)と共に、被害者を集め提訴に踏み切る。ジンソンの執拗な妨害工作に離脱者が相次ぐ中、サングは言う。「絶対にあきらめない。あの子の父親だから。」——そして裁判は結審を迎える。

※映画はフィクションなので、企業名はジンソン電子となっています。

製作ノート

この映画は、サムソン電子半導体工場働くうち、白血病を患って2007年に22歳で他界したファン・ユミさんの父親、ファン・サングさんの裁判闘争を元に、キム・テユン監督が取材し、脚本化した。

サムソン電子は、半導体の製造過程で使われる有機溶剤に人体に有害な化学物質が含まれている事実を、工員はおろか弁護士にさえ、企業秘密だとして明らかにしなかった。その結果、複数の労働者が急性骨髄性白血病やリンパ腫といった稀病を発症した。被害者5人が2007年から二度にわたり、勤労福祉公団に労災を申請するも、全員が不承認の通知を受けたため、2009年、労災認定を求めてサムソン電子を提訴。2011年にファン・ユミさんら一部について労災が認められるが、全面的な解決には至らず、裁判は現在も継続中である。サムソン側は2014年4月に謝罪声明を出したが、因果関係については否認を続けている。

韓国では国内総生産(GDP)の約2割をサムソン・グループが占めると言われ、就職先人気ランキングでは常に上位を占める。その一方で、その経営多角化が個人経営の小売店や中小企業の経営を圧迫していることや、政権との癒着など経営倫理上の問題、また労働組合の結成を禁じていることから、同時に最も国民の反感を買っている企業でもあると言われる。この映画は当初、サムソン・グループのキャッチフレーズである「もうひとつの家族」をタイトルにする方向で製作が進められたが、上映前に「もうひとつの約束」に改題された。

製作資金は、韓国映画史上初のクラウドファンディング(不特定多数の人が、主にインターネット経由で財源の提供や協力などを行うこと)方式を選った。ファンディングに参加した個人の数は一万人にのぼり、中にはサムソンの社員、サムソンの半導体研究者もいた。監督のキム・テユンや主演のパク・チョルミンもギャラを寄付したという。



【日本上映会】 11/14(金)18時 愛知 名古屋市教育館講堂(予定、不可の場合は熱田区労働会館)
11/15(土)18時 大阪 エル・おおさか 南ホール(大阪府大阪市中央区北浜東3-14)
11/16(日)18時 東京 なかのZERO 小ホール(東京都中野区中野2-9-7)

参加協力券:1000円(前売制)。上映委員会事務局または上映委員からお求めください

問い合わせ先:「もうひとつの約束」上映委員会事務局 有限会社西ヶ原字幕社内 TEL:03-3397-2235 E-mail: 1yakusoku@jimakusha.co.jp

<http://jimakusha.co.jp/1yakusoku/>

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 横浜市長見区豊岡町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 |
| 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霊町64-1 アンビシャス梅垣ビル1F | E-mail kyotama@mbox.kyoto-inet.or.jp
TEL (075) 691-6191 / FAX (075) 691-6145 |
| 大阪 ● 関西労働者安全センター
〒540-0026 大阪市中央区内本町1-2-11 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1-2-5 DAIEIビル3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 hirosima-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3441-20 秋津レクタウンクリニック | TEL (096) 360-1991 / FAX (096) 368-6177 |
| 大分 ● NPO法人 大分県勤労者安全衛生センター
〒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 |

[illegible]

JOSHRC

安全センター情報 2014年10月号(通巻第420号) 2014年9月15日発行(毎月1回15日発行)
〒136-0071 東京都江東区亀戸 7-10-1Zビル5階 全国労働安全衛生センター連絡会議
TEL(03)3636-3882 FAX(03)3636-3881

Japan Occupational Safety and Health Resource Center
5F, 7-10-1 Kameido, Koto-ku, Tokyo, Japan
Tel +81-3-3636-3882 Fax +81-3-3636-3881
<http://www.jca.apc.org/joshrc/>

JOSHRC
情報 2014年10月号(通巻第420号) 2014年12月28日第三種郵便物認可
1979年12月28日第五階 全国労働安全衛生
0071 東京都江東区亀戸7-10-1Zビル5階 FAX(03)3636-3881
TEL(03)3636-3882
JOSHRC: Japan Occupational Safety and Health Resource Center
Z Bldg., 5F, 7-10-1 Kameido, Koto-ku, Tokyo, Japan
Phone +81-3-3636-3882 Fax +81-3-3636-3881
@jca.apc.org URL: <http://www.jca.apc.org/> <http://joshrc.jca.apc.org/>

情報2014年10月号
1979年12月28日
0071東京都江東区亀戸7-10-1Zビル
TEL(03)3636-3882 FAX(03)3636-3881
JOSHRC: Japan Occupational Safety and Health Research Center
Z Bldg., 5F, 7-10-1 Kameido, Koto-ku, Tokyo, Japan
Phone +81-3-3636-3882 Fax +81-3-3636-3881
E-mail: joshrc@jca.apc.org URL: <http://www.jca.apc.org/> joshrc/

