

安全センター情報2016年5月号 通巻第437号
2016年4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



2016 **5**

安全センター情報



特集● 放射線被ばくと白血病

写真：原発ゼロの会の国会議員と福島第一原発視察

橋本貞章

はしもと・さだあき。1948年、高知県生まれ。芝浦工業大学建築学科卒業。1級建築士。中堅ゼネコンで、アスベストが舞う現場で働いていた。64歳で中皮腫を発症。術後3年生存率は20%と宣告され、闘病中。

平穏な日々の中の前兆／思いもよぬ病名の宣告／絶望の中での一縷の望み／生きたいが為の苦渋の決断／九時間間に及ぶ右胸膜肺全摘術＋横隔膜・心膜合併切除再建手術／再発防止の為の三十回もの放射線照射治療／闘病生活における妻の献身的な支え／三年生存率二〇%に立ち向かう克己心の芽生え

ほの 灰かな希望

アスベストに冒された
中皮腫患者の闘病記

「術後3年生存率20%」と宣告されたアスベストに冒された中皮腫患者の死と向き合う克明な闘病小説。
患者・関係者への癒しと闘病案内書

橋本貞章

Hashimoto Sadaaki

この本が新たな出会いとなり、全ての患者と家族の希望につながることを祈念いたします。

推薦・解説 古川和子
(中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会会長)

四六版、304頁

定価：本体 1700円＋税

かもがわ出版 〒602-8119 京都市上京区堀川通出水西入 TEL 075-432-2868 FAX 075-432-2869 <http://www.kamogawa.co.jp>

注文書

お名前

ご住所 〒

電話番号

部数

冊

かもがわ出版

TEL 075-432-2868
FAX 075-432-2869

ほの
灰かな希望
アスベストに冒された中皮腫患者の闘病記
橋本貞章著

ISBN 978-4-7803-0828-0 C0036

定価
本体 1700円
＋税

特集／放射線被ばくと白血病

15回目の被ばく労働問題交渉 「認定の考え方」撤回求める

東京労働安全衛生センター 飯田勝泰 2

国や東京電力のコメントや 一部報道に大きな問題あり

神奈川県労災職業病センター 川本浩之 8

“科学的”な解説こそ必要

関西労働者安全センター 西野方庸 13

事業場における治療と職業生活の
両立支援のためのガイドライン 15

芳香族アミン取扱事業場調査結果(第二報) 26

福井県事業場膀胱がん発症に係る調査状況 29

職業病の報告:欧州5か国における 問題点とグッドプラクティス 34

ルポ「1か月」～ニュースにならなかった日々～24

原発災害⑮「見えてこない人」へのあまりに不完全な取材 50

各地の便り/世界から

WHO●環境リスクによる疾病の負荷の世界推計 55

東京●大工の「右手根不安定症」に労災認定 57

大阪●長時間労働に社長の叱責等によりうつ病 58

兵庫●石綿肺がん死後解剖により自序取り消し 59

大阪●石綿国賠訴訟3件目が和解、全国で続く 60

韓国●職業がん等を認める裁判所の判決が続く 61

15回目の被ばく労働問題交渉 労災多発、白血病の労災認定

「放射線被ばくと白血病の労災認定の考え方」撤回求める

飯田勝泰

NPO法人東京労働安全衛生センター事務局長

昨(2015)年12月18日、第15回目の被ばく労働問題に関する関連省庁との交渉を行った。前回(7月7日)から約半年ぶりの交渉となった。

この間、福島第一原発では8月に鹿島建設の下請事業者の30代の労働者がバキューム車に挟まれて死亡する災害が発生。60代の労働者が機材運搬中に倒れ死亡、9月にも60代の労働者が構内トイレで倒れ死亡した。

そのため厚生労働省は「東京電力福島第一原発原子力発電所における安全管理のためのガイドライン」(8月26日)を策定し、9月15日には福島労働局が再び東京電力に、労働災害防止の徹底を要請した。

10月20日には、事故後に作業に従事した労働者が白血病を発症し、富岡労働基準監督署が労災認定した。事故後の被ばく労働によって健康障害が現実のものとなったのだ。福島第一原発の作業員の被ばく線量はいまなお月平均1mSv(事故前の10倍)を超えており、集団被ばく線量も高止まり状態にある。

一方、厚生労働省と原子力規制庁は、昨年8月31日に電離放射線障害予防規則(電離則)や原

子炉等規制法を改正し、緊急作業従事者の被ばく線量限度を250mSvに引き上げた。私たちは緊急作業時の被ばく線量の引き上げに反対し、労働者への高線量被ばくの強制を許さない立場から交渉に取り組んだ。

○労災発生件数の公表を拒否した 厚生労働省安全課が謝罪

前回の交渉で厚生労働省に対し、2014年度に福島第一原発で起きた労働災害件数の回答を求めた。ところが安全課建設安全対策室の担当者は、これまで労働者死傷病報告に基づく労災件数を明らかにしたことはないと回答を拒否したため、交渉が紛糾した。今回の交渉では、当該担当者に出席を求め、謝罪と釈明を求めた。

担当者は、前回の交渉で回答しなかったことについて、「当省の施策に関しご期待をいただいているなか、その気持ちを裏切るような行為、対応をとり皆様をたいへん不快にさせてしまったことについて重ねてお詫び申し上げます」と謝罪した。誤った認識のもとで交渉の対応要領を作成し、上司のチェッ

ク機能も働かず、自分の原案のまま意思決定がなされた。2月に阿部とも子衆議院議員に資料提供していたにもかかわらず、同様の情報を交渉で提供すべきであったと釈明した。

今後このような不遜な対応により交渉を紛糾させないよう原子力規制庁省側は交渉記録を確認し、それを踏まえて回答することを確認した。

○福島第一原発の監督指導

昨年11月20日、福島労働局は「東電福島第一原発の廃炉作業を行う事業者に対する監督指導結果について」を発表した。その中で、9月30日までに724事業者を監督実施し、409事業者に労働基準関係法令があり、違反率は56.8%、違反件数656件だったと明らかにしている。

厚生労働省監督課は、「福島第一原発に出張作業の場合、所轄する労基署が事業者を監督指導するため集計することは困難だ。福島第一原発には定期的に立入り調査をし、重大な労働災害が発生したときにも随時災害調査を行っている。平成26年には236の事業場に指導、本年の9月末時点で217の事業場に監督指導を実施した。労働条件、労働安全の確保に努めている」と回答した。

たしかに福島第一原発の監督指導事案について、全国各署からあげさせるのは時間がかかるかもしれない。それなら東電や元請企業に対し、労働法令違反等で是正勧告された下請事業者から報告を厳しく求めるようにすれば、その圧力で法令遵守は徹底化され、違反率も低減することが期待される。東電や元請企業を通じて情報把握すべきと提案した。

厚生労働省監督課は、行政からの指導は会社にとって不利益情報であり、別法人たる東電に出させるのは難しいというが、下請事業者の労働法令違反是正を効果的に進めるためには積極的に検討すべきであろう。

一方、労働基準監督官を福島第一原発構内に常駐させ、日常的なパトロールを行うなど抜本的対策をとるよう要請した。現在、福島原発を管轄する富岡労基署には8人の監督官が配置されてい

る。福島第一原発の廃炉作業以外にも双葉郡内で行われている除染作業も監督指導している。現地監督機関の組織体制の強化は急務の課題だ。

監督課は、限られた人員のなかで効果的に監督指導する必要があると述べ、いまのところ監督官を常駐させるまでは考えていないが、最大限監督指導体制の充実強化に努めたいと回答した。

東電が9月に公表した労働環境に関するアンケート結果をどう活かすかについて、監督課は、「アンケート結果から推測される労働条件確保上の問題の重要性、緊急性、具体性、信頼性等を総合的に勘案して監督指導する。的確に実態を把握し、法違反があれば厳しく指導する」と回答した。同要請に対して資源エネルギー庁事故収束対応室は、「労働環境、就労環境についてはおおむね改善傾向にあるものと考えている。毎月福島第一原発に向かい、東電と連絡を密に必要な措置をとっていく」と回答した。

○有給休暇をとったことがない

福島第一原発で働いたことがある労働者は、「就業規則が周知されていない。有給休暇があることすら知らない労働者が圧倒的に多い。国は休暇について調査し実態を把握しているのか」と質問した。1年以上勤めても有休をとった者は誰もいなかったという。

監督課は、就業規則が周知されなければ違反。年次有給休暇は労働者の請求に基づくもの。有休の取得率の向上を指導するという。あらためて有休取得に関する調査と指導を求めている。

○労働災害の防止

労働災害防止のための抜本的な安全衛生管理体制の見直しが必要になっている。東電だけでなく元請各社への指導の徹底、東電の作業災害一覧、労働者死傷病報告、労災保険給付の情報総合し、災害原因を分析するよう要請した。

安全課は、元請各社への指導の重要性を認め、「おおむね月2回程度の指導を行っている。8月に

ガイドラインを出し、東電と元請一体となった安全衛生管理体制の強化、リスクアセスメント、安全衛生教育の実施を求めていく」と回答した。「平成26年に労働災害が大幅増、平成27年も2件の死亡災害が発生。今後は労働災害発生状況を労働政策審議会の安全衛生分科会に報告し、意見をもらって施策の実施に活かしたい」と述べた。「各種データを突き合わせしているが、福島第一原発の特殊性に鑑みて特段の大きな問題はない。休業4日以上災害発生状況は転倒、転落災害が多い。4月以降もっとも多いのが熱中症。ついで転倒、挟まれ、巻き込まれ、切れ、こすれが同じ程度で発生している」と回答した。

資源エネルギー庁は、「高線量下で高い技術を要する作業が多く、専門性の高い人材、安全して働ける労働環境を整備していく必要がある。東電の取り組みを継続的に確認している。廃炉汚染水対策の現地事務所があり、毎日構内に立入って情報収集を図っている。必要に応じて対応していく」と回答した。資源エネルギー庁は、あくまで構内の活動は廃炉汚染水対策の進捗状況を確認することが目的だというのが、廃炉汚染水対策の取り組みの中で労働環境改善は重要な課題であり、取り組みを進めていくことを確認した。

○1人・シーベルの計画届による被ばく対策の効果を問う

厚生労働省の8月のガイドラインでは、全労働者の被ばく線量の総計が1人・シーベルトを超えるおそれのある放射線業務について、①「被ばく低減仕様書」の作成、②元方事業者による「放射線管理計画書」、「放射線作業届」の作成と富岡労基署への提出を求めている。

労働衛生課は、「遮水壁工事、建屋内調査と建屋付近の建屋付近の調査等、線量の高い場所の作業や工期が長期間になる作業を集団線量が高くなる作業として1人・シーベルトで想定している。これまで通達により作業届を求めていたが、加えて新たに工事発注としてトータルな総計画線量が特に大きいものについて提出を求めることにした。これま

で作業届出のあったものの内容を踏まえて、総計画線量が1人・シーベルトを超える大きな工事について行政も新たに確認する。見込みとしては年間10件～20件の工事が該当する。1人・シーベルトという大きな線量となる。この総計画線量を年10～20件把握すれば、年間工事の線量の半分以上のものを確認できると考えている」と回答した。

また、「ガイドラインに示した被ばく低減対策が適正に実施されるように、提出された放射線作業届等について内容を確認し、さらなる被ばく低減対策や管理の状況の改善が求められるものは具体的な聞き取り、指導を行う。個別指導や現地調査も行う」、「2015年10月以降は緊急被ばく限度が適用される特定高線量作業の届出は認められていない。使用済み燃料貯蔵槽を冷却する設備の機能維持作業や原子炉施設の故障破損等により大量の放射性物質の放出のおそれのある場合、これらを抑制、機能維持の作業が今後必ずしも行われたいとは言い切れない。そのため特定高線量作業を廃止することは現在考えていない」と回答した。

参加者から、「緊急作業は事故が起きて応急のときのもの。そもそも計画的なものではない。ICRP勧告でも緊急時被ばく状況はあくまで緊急時のものだ。いったん収まって計画的被ばく状況になれば緊急被ばく線量限度は適用しない。緊急作業が計画的に行われるというのは自己矛盾だ。電離則7条の適用を廃止し、本来の趣旨に戻すべきだ」と指摘されても、労働衛生課は、「今年10月以降に特定高線量作業はない。が、今後も、まったくないとは言い切れないため廃止は考えていない」と答えるばかり。今年10月まで高線量作業として電離則7条の緊急被ばく線量限度が適用されてきた作業内容の実態を明らかにするよう求めても説明できない。これまでも1mSvの被ばくが想定される工事の作業届を提出させてきたなら、高線量作業の具体的な内容を把握していないはずはない。不十分な回答であり、調査のうえ再回答することになった。

福島第一原発の現場では、反面マスクでの作業エリアが広がっている一方、作業員のなかからは眼がひりひりするという訴えが出ている。資源エネルギー庁は、現在構内の9割が反面マスク可能

エリアになっているが、東電は反面マスクの着用を強要しているわけではないという。厚生労働省安全課からそうした作業員の訴えを現地に伝えてもらうことにした。

○緊急作業の被ばく線量限度引き上げ

前述したように、厚生労働省と原子力規制庁は昨年8月末、緊急作業時の被ばく線量限度を引き上げ、原子力災害が起きたときには厚生労働大臣が「特定緊急被ばく線量」を250mSvを上限に決定できるようにした。

まず、100mSvを超える可能性が想定される緊急作業の内容を確認した。原子力規制庁は「放射性物質の敷地以外等への放出が蓋然性が高い状況になった場合、250mSvまで引き上げることにした」、厚生労働省は「原子力緊急事態、それに至るおそれの高い事象が考えられる。判断基準は規制庁と同様である」と回答した。また、特例緊急被ばく線量を250mSvと設定した根拠について、規制庁は「福島第一原発事故で一時的に線量限度を引き上げたときの数値、厚生労働省の専門検討会で検討された医学的見地、知見を考慮して250mSvを設定した」と述べ、一方、労働衛生課は「学識経験による専門家の検討会を開催し、通常被ばく線量限度の5年100mSv、年間50mSvを厳守しつつ、トータルの就労期間における緊急時と通常時の総実効線量が1シーベルトを超えてないという前提で長期管理を行う。特例緊急被ばく線量限度250mSvが適用される作業に従事する者は、ICRP正当化の原則を踏まえて原子力施設が破滅的状況に至ることを回避することを主たる目的とする作業のために必要な知識、経験のあるものに限定する。労働政策審議会、放射線審議会への諮問、答申を踏まえて制定した」と回答した。

参加者からは、「特例緊急被ばく線量限度250mSvと生涯線量1,000mSvという二つの制限値が出ているが、その背景には一般業務が10のマイナス4乗に対して放射線業務のリスクは10のマイナス3乗と10倍高いリスクを認めている。広島、長崎は急な被ばくだが、労働者はそうではないためリス

クを半分に減らしている。その結果としてでてきたのが1,000mSv、5年100mSvだ。その前提を抜きに議論されているのは問題だ。現行の5年100mSvも高すぎる。1,000mSvも1970年代から日本の被ばく労働者の実態としてそんなに被ばくしている人はいない。厚生労働省はどう把握しているのか」との質問が出された。

労働衛生課は、「国際的なICRPが定めている基準に則ったかたちで電離則ができています。今回の省令改正で緊急時250mSvに引き上げたのもICRP基準に則り定めた。被ばく線量の把握は事業者に求めている。専門検討会では健康状態に影響を与える造血機能障害を含めて検討している。緊急作業中のリンパ球の減少による免疫機能の低下を確実に予防する観点で福島第一原発の事故時には閾値を確実に下回る250mSvは妥当であるとの意見をいただいている」と説明するが、国際的基準を根拠にするだけで、被ばく労働の健康リスクに関する議論は深まらない。「緊急時被ばく線量限度250mSvの影響は急性障害と晩発性障害の二つがある。国は100mSv以上なら晩発性障害の影響が出ると認めているにもかかわらず250mSvまで浴びさせたらどうなるのか」と批判が相次いだ。

○特例緊急作業を拒否しても不利益取り扱いをするな

労働者が特例緊急作業を拒否できることを明らかにするよう要請した。規制庁は「特例緊急作業に従事する原子力防災要員は、緊急作業に従事する意思がある旨をあらかじめ書面で確認し、実際の作業にもあらためて意思確認を行うこととされている」と回答。厚生労働省は「労働契約の考え方として、労働契約を締結し変更するにあたり、労働者と使用者が対等な立場で合意するもの。原子力防災要員の選定にあたっては、事業者は特例緊急作業に係る労働条件を明示したうえ、双方合意の上で労働契約を締結する必要がある。実際の緊急作業の配置に当たり、労働者の意向を可能な限り配慮する必要があることを通達で示した」、「通

達では、あくまで本人の意向を配慮することとし、実際は事業者の判断による。不利益取り扱いをしてはならないと思うが、禁止にはなっていない」と回答した。具体的な状況を想定しない限り、労働者に同意を求めるのは適切ではない。通達の不十分な点を事前の労使協議による協約で補う必要がある。

○放射線従事者以外に 緊急作業をさせるな

現行の電離則には、放射線業務従事者以外であっても緊急作業に従事させることができる規定がある（電離則第7条第3項）。私たちはこの規定を改正し、緊急作業に従事するのは放射線業務従事者に限定し、必要な特別教育を義務づけるよう要請した。

労働衛生課は、「電離則第7条の規定は昭和38年からあり、日本に原発ができる前からの条文だ。今回の省令改正では特例緊急作業従事者には教育が義務づけられているが、エックス線装置等、原発以外の放射線を扱う装置を前提に作られている。もし、何らかのトラブルが発生したときは、一義的に知識のある者が対応するのは前提だが、教育を受けていなければ何もできないことではない。実際は装置を操作する人がいるので、まったく教育を受けず知識がない者が緊急作業に従事する可能性は限りなく低い」と説明した。

そうであればなおのこと電離則7条3項の必要性がないのは明らかだ。最低限、放射線の影響について教育を受けた者が緊急作業に従事すべきだ。労働安全衛生法上も事業者は急迫した危険があるときは労働者を退避させる義務がある（第25条）。厚生労働省の説明は矛盾しており、退避義務との関連性を整理して再回答することになった。

○原子力施設でストレスチェックを どう運用するか

昨年12月から施行された改正労働安全衛生法による職場のストレスチェック制度を、福島第一原

発のような原子力施設でどのように事業者に運用させるのかが大きな課題になっている。

労働衛生課は、多数の事業場で労働者が混在して職場環境を共有している場合、それぞれ集団分析や職場環境の改善が必要とされたとき関係請負人だけでは対応が困難であることは指摘のとおりと認め、「必要に応じて原子力事業者、元請事業者が支援を行うことが望ましいと考えている。『原子力施設等における緊急作業従事者等の健康保持増進のための指針』でその旨を記載している」と回答した。

ストレスチェック制度では、集団分析と職場環境改善は努力義務になっている。法律上は各事業者に義務づけられているが、積極的に東電や元請企業に対し、下請労働者も対象としてストレスチェックを実施し、集団分析と必要な環境改善に取り組むよう指導すべきだ。

○厚生労働省は「放射線被ばくと白血病 の労災認定の考え方」を撤回せよ

10月20日、厚生労働省は、福島第一原発事故の収束作業に従事して放射線に被ばくしたことが原因で白血病になった労働者が労災認定したことを公表した。

労災補償課は、「電離放射線被ばくによる白血病の労災認定については、労災制度の趣旨に鑑み労働者への補償の観点から労災認定基準を定め、これに合致すれば医学的検討会の協議を経た上で業務以外の要因が明らかでない限り労災として認定することとしている。10月20日も同じ説明を行い、資料（次頁参照）は厚生労働省のホームページにも掲載した」と回答した。

しかし、厚生労働省が説明資料として発表した「放射線被ばくと白血病の労災認定の考え方」は、まったく必要性がないばかりか、内容にも重大な問題がある。説明資料では全がんに関するリスクと白血病の労災認定基準である5mSvを一緒にしたためメディアに誤解を与えている。放射線影響協会のグラフ【放射線被ばくとがんの発症との関係】を掲載したのもきわめて不適切だ。「2 白血

「電離放射線障害の業務上外に関する検討会」の検討結果 及び労災認定について

電離放射線障害の業務上外に関する検討会について

- 電離放射線障害については、労災認定基準に基づき判断。(昭和51年11月8日基発第810号「電離放射線障害に係る疾病の業務上外の認定基準について」)
- 〔白血物の労災認定基準 -5 mSv×従事年数
・被ばく開始後1年以上経過して発症〕
- 電離放射線障害によりがんを発症したとして労災請求が行われた場合、厚生労働省において、医学専門家による「電離放射線障害の業務上外に関する検討会」(非公開)(座長(国研)放射線医学総合研究所理事 明石真言)で検討した上で業務上外を判断。

検討結果について

- 開催日 平成27年10月13日
- 検討結果 東京電力福島第一原発事故後の作業従事者に発症した白血病について業務上の方針。

これまでの原発労働者の労災認定状況

- 原発労働者に係る放射線被ばくによる「がん」の労災認定は、これまで計13人。(白血病6人、悪性リンパ腫5人、多発性骨髄腫2人)

労災認定された事案について

- 労働者は30歳代の男性
- 平成23年11月～平成25年12月の間で1年6か月放射線業務に従事
〔東電福島第一原発での作業は平成24年10月～平成25年12月までのうち、1年1か月間〕
- 従事した作業の概要は、原子炉建屋の覆い設置工事や廃棄物焼却設備の設置工事

※作業時には防護服・鉛ベスト・全面マスク等を着用

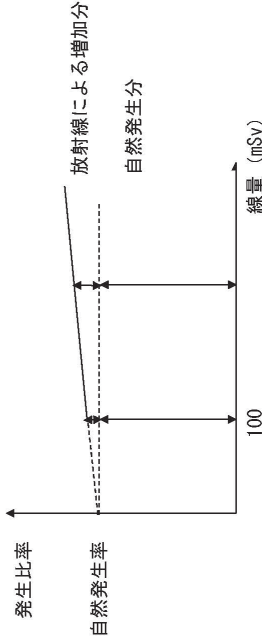
放射線被ばくと白血病の労災認定の考え方

1. がんに対する約100mSv以下の低線量の被ばくの影響は他の要因に隠れてしまうほど小さく、健康リスクの明らか増加を証明することは難しいと国際的に認識されている。また、白血病の発症には様々な要因が関係することから、業務と疾病間の因果関係は個々の労働者ごとに認定するのは容易ではない。このため、放射線被ばくによる白血病の労災認定については、労災制度の趣旨に鑑み、労働者への補償の観点から、労災の認定基準※を定め、これに合致すれば、医学検討会の協議を経たうえで、業務以外の要因が明らかでない限り、労災として認定することとしている。

※認定基準

- ① 相当量 (5 mSv × 従事年数) の電離放射線に被ばく
- ② 被ばく開始後少なくとも1年を超える期間を経た後に発病

【放射線被ばくとがん発症との関係】



2. 白血病の労災認定基準は、年間5mSv以上の放射線被ばくをすれば発症するという境界を表すものではなく、労災認定されたことをもって、科学的に被ばくと健康影響の因果関係が証明されたものではない。

病の労災認定基準は、年間5mSv以上の放射線被ばくをすれば発症するという境界を表するものではなく、労災認定されたことをもって、科学的に被ばくとの健康影響の因果関係が証明されたものではない」は、今回の白血病の労災認定における相当因果関係を否定し、「5mSvの被ばくは大丈夫」といった誤った理解を流布させることになった。その意味でも厚生労働省の責任は重大であり、直ちにこの説明資料は撤回されなければならない。

労災補償課の回答は、「東電福島第一原発の放射線障害の労災補償に関しては社会的関心が高い。原発事故後の作業に従事した方に発症した疾病について、業務との因果関係が認められれば労災補償されることを広く知っていただくことの公益性の観点から今回公表した」という説明に終始した。

法的因果関係と科学的因果関係が異なること

は当然のこと。しかし、いまだかつて厚生労働省が労災と認定した事案について、わざわざ「科学的因果関係を認めたわけではない」と発表したことはない。そのうえで、平成13年度の委託研究報告書「電離放射線に関する最近の医学的知見の検討」のなかで、労災認定基準の被ばく線量が「妥当な数値」であると評価していることをあらためて発表し、被ばく労働者、家族に労災請求を促すよう求めた。

労災補償課は、「同報告書が昭和51年基発第810号の『電離放射線障害にかかる労災認定基準』について見解が述べられているが、報告書の記載すべてが現在の最新の医学的知見とはいえないことから、あらためて発表することは妥当ではない」と述べたが、私たちの要請と追及をうけて、白血病の労災認定の説明内容について持ち帰って検討し、再回答することになった。



国や東京電力のコメントや一部報道に大きな問題あり

福島第一原発収束作業で白血病の労災認定をめぐって

川本浩之

NPO法人神奈川労災職業病センター事務局長

2015年10月20日、厚生労働省は、東京電力福島第一原発事故後の作業に従事して白血病を発症した30代の男性について労災認定したと発表した。労災認定基準で定められた年間5mSv（ミリシーベルト）を上回る被ばくをしたことが明白なのだ

から、当然と言えば当然の認定。むしろ、その後の新聞報道の内容に大きな問題がある。その根源は厚生労働省の発表時の説明にある。それらを紹介しながら、労働者の生命と健康を守り、働きやすい職場をつくる立場から解説する。

労災認定の事実関係について

もっとも詳しく的確に報道した朝日新聞によると、労災認定された北九州市の41歳の男性は、2011年11月から2013年12月までの間に、原発で放射線業務に従事した。そのうち2012年10月から2013年12月は、福島第一原発で、4号機の使用済み燃料棒取り出しのためのクレーンを乗せる鉄骨台を設置したほか、3号機の脇で倒れたクレーンを切断する作業などに携わった。男性の累積被ばく線量は19.8mSvで、福島第一原発では15.7mSvだった。2014年1月に急性骨髄性白血病の診断を受けて治療を始めた。一時危篤状態に陥ったが、現在は「寛解」状態。再発の恐れは消えず、本職の溶接の仕事にはいつ復帰できるかわからない。

「自分はラッキーだった」(被災者本人)

同紙は、本人へのインタビューも実現している。

認定された男性は、「被災地で何か役に立てればという気持ちで福島行きを決めた。後悔はしていない」、「知人からの話だが、長年働いた作業員が白血病になったが、勤務先から因果関係がないとして申請を断られたという話を聞いた。自分はラッキーだった。他の原発作業員が労災認定を受けられるきっかけになればうれしい」と語る。

事故から2015年8月までに働いた約4万5000人のうち、約2万1000人は累積被ばく線量が5mSvを超えている。一般住民の中でも事故後4か月間で5mSv以上被ばくした人は、約950人いた。

厚生労働省によると、1976年以降原発での作業が原因でがんになって労災認定された人は14人。そのうち7人が白血病だ。企業や労組などの協力がなく、申請そのものをあきらめる人が多い。今回認定された男性の場合は、直接雇用主が元請先に働きかけて申請に至ったという。

国の説明と批判的解説

そもその今回の認定に関する国の記者発表

時の説明は、東京電力が作成している「福島第一原子力発電所の廃炉作業で働くみなさまとそのご家族、および応援する方達のための」というウェブサイトにもそのまま掲載されている。

http://1f-all.jp/information/20151117_n.html

冒頭から、「がんに対する約100mSv以下の低線量の被ばくの影響は他の要因に隠れてしまうほど小さく、健康リスクの明らかな増加を証明することは難しいと国際的に認識されている」とはじまり、グラフでもがんの発症と放射線被ばくとの関係が示されている。しかしながら、タイトルにあるように、「放射線被ばくと白血病」の説明をする際に、すべてのがんと放射線被ばくの関係にしてしまうこと自体がおかしい。白血病は、他のがんに比べて、はるかに低線量放射線被ばくとの因果関係がはっきりしているからだ。

「白血病の労災認定基準は年間5mSv以上の放射線被ばくをすれば発症するという境界を表すものではなく、労災認定されたことをもって、科学的に被ばくと健康影響の因果関係が証明されたものではない」という。そのまま素直に読むと、まるで因果関係がないものを、厚生労働省が労働者のために特別に認めてあげたかのようにしか理解できない。

そもそも労災認定基準というのは、労災保険給付のために厚生労働省が定めている行政解釈であり、白血病に限らず、有害な業務から疾病が発症する境界を表すはずがない。長時間労働で考えるとわかりやすい。現在の脳・心臓疾患についての労災認定基準では、発症直前の1か月に100時間以上の時間外労働(残業)をしていれば、業務上とされる。だからと言って、月に100時間以上残業した人(実は非常に多い)が、次々と脳・心臓疾患になるかという、さすがにそんなことはない。認定基準の本文でも、「おおむね45時間を超えて時間外労働が長くなるほど、業務と発症との関連性が徐々に強まると評価する」、「発症前1か月間におおむね100時間(一部略)を超える時間外労働が認められる場合は、業務との関連性が強いと評価できる」と、どこまでも慎重な言い回しだ。

また、科学的な因果関係と法的因果関係が別物であることは、少しでもそうした裁判に関わった者にとっては常識である。最高裁がはっきりと、法的因果関係というのは科学的な因果関係とは異なり、「高度の蓋然性」があればそれで足りるとしている。これも、例えば長時間労働とうつ病などの精神疾患で考えるとわかりやすい。

長時間労働とうつ病をめぐるのは、ずっと論争が続いている。医学的エビデンス（証拠）があるとする研究も多いが、ないと主張する研究もある。そうした研究や論争は大切であるが、現実には沢山の人が長時間労働を余儀なくされて過労自殺している。その結論を待つわけにはいかない。厚生労働省は認定基準で、例えば100時間以上の残業が3か月続いた場合には、労災認定するとしている。この労災認定基準が発表されたときや、行政訴訟で厚生労働省が負けて過労自殺が労災と認められて確定したときに、いちいち「科学的な因果関係はない」などと説明したことはない。そもそもわざわざ今回の認定に際して本省が開いた医学専門家による検討会は、科学的ではないとでもいうのか。

その後の報道には首をかき上げたくなるものも

労災認定の報道で、新しい事実が加わることもなしに、追加で報道がなされることはあまりない。ところが、この件に関しては、いくつもの報道が続いた。

例えば、10月30日の読売新聞では、廃炉作業や除染作業に携わる南相馬市の男性の不安をとりあげる。「国の被ばく限度は年間50mSv、5年で100mSvなのに、労災認定基準は5mSv。国は現場の作業員に分かるように説明して欲しい」とのことだ。記者は規制の経過などを紹介した上で、国は被ばく限度の科学的な根拠を丁寧に説明していくべきだとまとめている。労働者教育は重要だが、やはり放射線被ばくにしか注目せず、「原発被ばく労働絶対安全神話」にしがみつきたいという立場が見え隠れする。

そもそも被ばく労働に限らず、一定のリスクが伴う労働の場合、労災認定基準と労働安全衛生の法規制というのは違いがある。例えば、けんしょう

炎などの上肢障害の労災認定基準では、おおむね10%以上業務量が増える状態が3か月続けば労災認定されることになっている。手を使う作業を一割以上増やしてはいけないなどという法規制は現実的には難しい。ちなみに毎年さまざまな職種の数百人の人が上肢障害で労災認定されているが、それで各々の作業の作業基準の規制をもっと明らかにしてほしいなどという声をとりあげる報道は見ることがない。

ちなみに2007年6月に朝日新聞が、「社保庁労使100の裏協定」、「消えた年金遠因か」という刺激的な見出しで、労働組合によるVDT作業の休憩時間などを定めた協定を批判的に大きく報道したことがある。私たちは労働者の健康を守る立場から、厚生労働省の指針類と比較しても、決して「裏協定」などと批判されるような内容ではなく、むしろ、そうした協定に基づく労働条件向上こそが、不祥事を防ぐと、訂正を求める公開質問状を送付した。同紙は、果敢にも反論をしてきたがあまりにもいい加減なものだったので、具体的に再反論したところ、「安全や衛生の問題につきましては、これまできちんと取材して、紙面で多角的に報道してきました」、「今後の取材や紙面づくりを進めるうえ参考にさせていただきます」などという一般論で回答を回避した。従軍慰安婦問題の「誤報」どころではない、ひどい内容と開き直りだった。

話がそれだが、11月9日の産経新聞はもっともひどい。

<http://www.sankei.com/entertainments/news/151109/ent1511090002-n2.html>

「いちえふ」という漫画を書いている竜田一人さんのインタビューを紹介。労災認定と報道について、発言引用部分によると、彼は、5mSv以上浴びれば白血病になると勘違いする人もいるのが一番困る、現場でよくなっていることが十分伝えられていないという。彼が、なぜ「勘違いする人がいる」と決めつけて、何と比べて「一番困る」のかはよくわからない。また、少しずつ現場が改善されてきたことは、労災認定とは関係なく、どの新聞でもそれなりに報道されていると思うが、まあ漫画家作業員の一感想としてよいでしょう。

ただ記者のまとめ方が乱暴で、見出しに至っては「『被ばくで白血病』はデマ」とある。産経新聞は、男性が白血病になったことや厚生労働省の労災認定がデマだというのか。

同じような記事は、2016年1月12日に、福島県の地元紙「福島民友」にも掲載された。東京電力福島第一原発の廃炉作業に携わってきたという双葉郡の男性（65）は、「労災認定されたけど、実際に発症した原因は分からないじゃないか。白血病はもともとあった病気だろ」という。白血病が「もともとある」?などという認識からも、放射線被ばくのことをまったく理解していないことは、いかに現場の安全教育がずさんであるかを示す。それにしても、わざわざこんなコメントを載せてまで、労災認定の意味を小さくしようという意図がうかがわれる。

<http://www.minyu-net.com/news/sinsai/michishirube/FM20160112-041630.php>

11月13日の日本経済新聞の記事では、「原発作業員不安と困惑」という見出しで、「2つの基準、分かりにくく」としている。基本的には上記の読売新聞の記事と同じような内容である。ただし、記事の主張としては、もうひとつの見出しで「被ばく管理の徹底急務」となっており、「国や東電が責任を持って作業員の被ばく管理をしていく必要がある」と専門家が強調しているとしている。2015年8月末で9300人が、今回認定された男性よりも多い20ミリシーベルト以上被ばくしていることもきちんととりあげている。

11月22日の読売新聞が「福島原発廃炉適切な放射線管理が不可欠だ」と題する社説を掲載。「必要な人員を確保するためには、作業員の健康管理を徹底することが大切だ」としており、途中までは正論である。

ところが労災認定の話になるとメチャクチャだ。「労災認定基準は放射線への感受性が特異的に高い人がいると仮定し、こうした人が補償から漏れないよう定められたものだ」。きわめて特異な主張で、むしろ厚生労働省は、あらゆる労災認定基準において、負荷の強度については、被災労働者本人ではなく、あくまでも労働者一般を基準とする、せいぜい経験などが同一の同種労働者を基準に

評価すると説明してきた。

例えば、重量物による慢性腰痛の労災認定基準は、男女年齢関係なく同一である。重量物を取り扱う業務に10年以上携わった場合、20kg以上の物を労働時間の半分程度といった数字が例示されている。20kg以上の重量物を労働時間の半分程度取り扱うというのはかなり厳しいハードルだ。もちろん性別、年齢、体格、基礎疾患などもきちんと調査をして、必要に応じて専門医の意見もきくように通達されているが、それは放射線被ばくでも他の疾病でも同じである。社説が言うように、握力や背筋力が「弱い」労働者に合わせて認定基準の数字をぜひ改正してもらいたい。

さらに、「厚生労働省は1976年から原発作業員13人を労災認定している。今回を含め、『(被ばくと発病の)因果関係が証明されたものではない』と強調している。不安が広がらないよう、正確な情報の周知に努めたい」と締めくくる。厚生労働省の説明の「科学的因果関係」という部分を削って紹介しており、誤引用、明白な間違いである。こうした不正確な情報こそが、労働者の不安をより大きくする。

それにしても、なぜここまで社説で書く必要があるのか。実は同じ社説にヒントがある。「まったく別の観点から設定された被曝限度と労災基準を安易にリンクさせてはならない」。東電や国が恐れているのは、まさにこのことである。言うまでもなく放射線被ばく線量は、少なければ少ないほどよい。「安易に」ではなく真剣に、健康を守るためにはもっと被ばく限度を下げるべきだ、下げてほしいという声がかかることはどうしても避けたい。だからこそ、ずさんな解説や過剰な反応を起こしたのではないだろうか。

あらためて厚生労働省に要求する

ちなみに厚生労働省は、毎日数件、多い日には10件以上の報道発表内容や資料をそのままホームページにアップしている。ところが今回の労災認定については、報道関係者への会見で配布したはずなのに、なぜかアップしていない。厚生労働省自身が、実は労災認定のことをなるべく隠したいので

あろうか。

2016年3月30日に開かれた全国安全センターの本省交渉の後でも、文書の問題点を具体的に指摘し、文書の撤回を求めた。しかし回答では、「労働者のみならず市民に丁寧の説明した」の一点張りで、何ら反省なく問題認識を欠いている。交渉後にホームページへの掲載について担当者に尋ねたところ、下記の通り、10月20日に開催された「電離放射線障害の業務上外に関する検討会」の資料というかたちでアップしていることがわかった。人一倍関心があって探し回った私が見つけられなかったのだから、一般の労働者や市民に知ってもらえるはずがない。「丁寧」が聞いてあきれられる。

ようやくたどり着ける検討会のページ

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-roudou.html?tid=128882>

また、科学的に因果関係が証明されたわけではないなどというネガティブな表現ではなく、「法的に相当因果関係があると文書で明記せよ」という要求にも、「もちろん相当因果関係はあるということです」と答えながら、ではなぜその表現を文書で明記しないのかという質問に、黙して語らずである。

いずれにせよ、厚生労働省に対しては、あらめて下記のとおり要求したい。

今回の労災認定について、「被ばくで白血病はデマ」（産経）、「因果関係が証明されたものではない」（読売）といった誤報が相次いでいる現状を鑑み、「労災認定基準を踏まえて、専門家による医学的（科学的）検討の結果、相当因果関係があるとして労災保険給付を支給したものである」と説明し直すこと。あらためて記者会見を開き、きちんとサイトにアップすること。

追記：被ばく問題を語る社会運動圏の 喫煙者はただちに禁煙治療を

福島第一原発で被ばくして多発性骨髄腫になった長尾光明さん（故人）は、同疾病で日本で初めて労災認定を勝ち取り、東京電力を相手に損害賠償請求裁判を最高裁まで争っていた。当時（最高裁の敗訴は福島第一原発事故のわずか1

年前）は、原子力資料情報室や全国各地の反原発運動に関わる個人や団体のみなさんからは「支援する会」へ物心両面にわたる大きな支援と注目を受けたが、労働運動も含めて社会運動関係者、もっと言うと安全衛生運動関係者の間ですら、関心は必ずしも高くなかった。

ある疾病や課題だけに注目しているのは、判断や解釈を大きく誤ることになる。そういう意味で非常に残念でならないのが、いわゆる運動関係者、活動家の喫煙である。

国の研究班は2010年に、職場の受動喫煙が原因で引き起こされた肺がんと心筋梗塞によって、1年間に男性1814人、女性1811人の合計3625人ものが命を落としていると推計している。（ちなみに家庭での受動喫煙を含めた死亡者数は6803人にのぼる）。国の労災認定の数字を見ると、職業性肺がんの多くを占めるアスベスト肺がんは、療養中の人も含めて年間約400人、虚血性脳疾患と心臓疾患による死亡者数も年間120～30人にのぼる。それらと比べても、職場の喫煙による死者がとんでもない数字であることは明白である。

ところが、職場の安全衛生問題に取り組むべき労働運動関係者がとくにひどいのだが、集会などの会場で、「喫煙コーナー」とされているのをいいことに、他の参加者が通るような場所で煙がもうもうとしていることも少なくない。飲み屋の二次会などでは、平気でたばこを吸う人が本当に多い。実際飲み屋では高校生も含めた若いアルバイトも少なくないのだが、その健康は気にも留めないのだ。こうした人たちが、放射能は危険だ、被ばく労働が問題だなどと熱く語っても、まったく説得力がない。

実際に職場の分煙は「名ばかり」であることが多いので、受動喫煙防止を使用者の義務とすることは喫緊の課題である。ところが2015年6月の改正安全衛生法でも、使用者側などの強い抵抗があり、努力義務にしかならなかった。

安全センター情報でいまだに喫煙しているような会員購読者は、ただちに禁煙治療を受けて、非喫煙者が入らない自分の部屋など「完璧な喫煙所」以外での禁煙を心がけるようお願いしたい。



放射線被ばくの労災認定 “科学的”な解説こそ必要

西野方庸

関西労働者安全センター事務局長

「①5mSv×従事年数の電離放射線に被ばく、②被ばく開始後少なくとも1年を超える期間を経た後に発病」という基準は、かなり単純な要件だ。しかも、5mSv/年というのは、放射線業務に従事する作業者の法令上の限度である50mSv/年の10分の1である。白血病の労災認定を報道する記事の解説情報でこの基準にふれると、たしかに読者から次々と疑問符がわいてきそうだ。

厚生労働省の職業病認定対策室が目ざされそうな白血病の労災認定を公表するときに、認定基準を解説する資料を記者向けに配布するのは自然なことだ。ところが今回の配布資料が分かりやすい解説というより、ますます疑問を募らせるような内容になっているのが厄介だった。

わからないのに認定は労災制度の趣旨?!

「放射線被ばくと白血病の労災認定の考え方」と題した資料は、1で、「がんに対する約100mSv以下の低線量の被ばくの影響は他の要因に隠れてしまうほど小さく、健康リスクの明らかな増加を証明することは難しいと国際的に認識されている」と、まずはがん一般の健康リスクについてふれる。丁寧に、がんの自然発生率に放射線による増加分を上乗せし、100mSv以下を点線にした模式的なグラフを載せている。ここまでは放射線被ばくとがんを発症する若しくはそれにより死亡するリスクについての一般的な解説である。

次に、「白血病の発症には様々な要因が関係す

ることから、業務と疾病の間の因果関係を個々の労働者ごとに認定するのは容易ではない」と記述する。

白血病の話をするのに全部のがんの説明をし、次に白血病の認定は難しいとくる。そして、「労災制度の趣旨に鑑み、労働者への補償の観点から、労災の認定基準を定め、これに合致すれば…」と、5mSv×従事年数を出す。

全がんについて100mSv以下はよくわからないのに、なぜ認定基準の数字があるのか、「様々な要因が関係する」のに、なぜ全がんのうちで白血病だけに5mSv×従事年数で判断されるのか、ここまで読んで、まったく説明になっていない。

そして、2では、この認定基準で「労災認定されたことをもって、科学的に被ばくと健康影響の因果関係が証明されたものではない。」

???。厚生労働省は、どのようにして白血病の労災認定をやっているのか、因果関係が分からないのに、どういう根拠で認めるのか、報道関係者はますます理解に苦しんだのではないだろうか。

5mSvの根拠は一般公衆の被ばく限度?

各紙の報道をみると、この資料以外の問答では5mSvの根拠として、認定基準を策定した1976年当時ICRPの勧告が公衆の被ばく線量限度が5mSv/年であったことを参考としたと答えている。

しかし、いくらICRPの勧告であるとはいえ、公衆の被ばく線量限度というまったく別の数字を、確率

的影響の因果関係の基準に持ってくるというのは考えにくいともいえる。この職業病認定対策室の説明は、全国安全センターの厚生労働省交渉の席などでも度々繰り返されているのだが、どこからそのような説明になるのか、これもまったく根拠が示されていないままだ。もちろん認定基準を定めるために開かれていた専門家会議の報告書にも記載はない。あえていえば、2002年の「電離放射線障害に関する最近の医学的知見の検討」と題する厚生労働省の委託研究報告書で、「現在、一般公衆の特殊な場合の年あたりの線量限度とされている値と同じであること」を「妥当な数値」であることの理由のひとつとしてふれているだけなのである。

いずれにしても、この職業病認定対策室の解説資料は、まったく解説の資料になっていないということだけは言えるのである。

外国専門家からの問いにも??

さて、昨年10月20日の労災認定の報道は、福島第一原発での作業に従事した労働者の認定であったことから諸外国でも話題となった。放射線影響研究所の前理事長、長崎大学名誉教授で、放射線影響協会の理事長の長瀧重信氏は、日本原子力学会誌の今年1月号に「福島第一原発事故の作業員が白血病で労災認定—海外専門家への説明」と題する寄稿を寄せている。国際的に放射線被ばく影響の専門家として著名な長瀧氏のところ、UNSCEAR（原資放射線の影響に関する国連科学委員会）の福島報告書の責任者から詳細な質問があったというのである。

質問者もちろん放射線の専門家なのだが、メールによる質問内容は、労災認定の根拠が明確でなく、認定基準の数字も、原爆症の認定と比べても大きく違っていると、被ばく線量と被ばく時年齢からProbability of Causation（原因確率、%）を計算した表の例なども持ち出して、その論理的な根拠等の情報を教えてほしいという。

長瀧氏は労災が専門というわけではないが、正しい情報を海外に発信することは大切な義務と考え、調べた結果を伝えることにしたという。もちろん厚生労働省に直接問い合わせた内容を基本に答

えたため、前述の資料の内容がそのまま伝えられたわけだが、長瀧氏自身の理解として、認定基準が作成された1976年という時代のポリシーがあり、一方で原爆の補償は時代とともに変わっており、福島第一原発事故後にも改定されていると説明している。

そして、「補償の考え方が科学の進歩、防護の考え方、その他様々な社会的な事情により、時代とともに大きく変化していることを実感しました」とむすぶ。

一律認定と一件ごと、科学的とは?

たしかに原爆症の国家補償については、科学的な因果関係を認定するために、被ばく線量と被ばく時年齢から各がんについて、原因確率表を作成するなどの取り組みが繰り返され、その内容は法廷でも度々論じられてきた。

それに比して、労災認定基準の方はというと、確率的影響の中では、低線量であっても白血病だけは奇与リスクが明らかに高いことは古くから知られており、それを基準上5mSv×従事年数という数字に表し、そのまま現在に至っているということになる。

ただし、多発性骨髄腫の労災請求があつて以降、専門検討会が常設されていて、新たな疾病についてはあらためて検討され（多発性骨髄腫、悪性リンパ腫）、基準が設定された。また、白血病についても、一件ごとの労災認定について、被ばく線量の積算や推定と因果関係について検討の上、決定されている。

逆にいうと、一時、原爆症の認定で原因確率の表を一律に当てはめるといふ動きがあつたのに比べて、一件ごとに業務上外を見極めるといふ現在の労災認定のやり方の方が科学的ともいえるのである。

正確な(科学的な)説明こそ大切

いずれにしろ厚生労働省の放射線被ばくと白血病の労災認定というブリーフィングは、あらためてやり直すべきだろう。また、放射線被ばくの労災認定基準については、誤解を生むことのない正確な説明が不可欠といつてよいのではないだろう



事業場における治療と職業生活の 両立支援のためのガイドライン

平成28年2月
厚生労働省

1 治療と職業生活の両立支援を巡る状況

(1) 疾病を抱える労働者の状況

「治療と職業生活の両立等支援対策事業」（平成25年度厚生労働省委託事業）における企業を対象に実施したアンケート調査によれば、疾病を理由として1か月以上連続して休業している従業員がいる企業の割合は、メンタルヘルスが38%、がんが21%、脳血管疾患が12%である。また、「平成22年国民生活基礎調査」に基づく推計によれば、仕事をもちながら、がんで通院している者の数は、32.5万人に上っている。

さらに、労働安全衛生法に基づく一般健康診断において、脳・心臓疾患につながるリスクのある血圧や血中脂質などにおける有所見率は、年々増加を続けており、平成26年は53%に上るなど、疾病のリスクを抱える労働者は増える傾向にある。¹

また、これらの疾病の有病率は年齢が上がるほど高くなる状況にあり、高齢化の進行に伴い、今後は職場においても労働力の高齢化が進むことが見込まれる中で、事業場において疾病を抱えた労働者の治療と職業生活の両立への対応が必要となる場面はさらに増えることが予想される。

(2) 疾病を抱える労働者の就業可能性の向上と課題

一方、近年の診断技術や治療方法の進歩により、かつては「不治の病」とされていた疾病においても生存率が向上し、「長く付き合う病気」に変化しつつあり²、労働者が病気になったからと言って、すぐに離職しなければならないという状況が必ずしも当てはまらなくなっている。

しかしながら、疾病や障害を抱える労働者の中には、仕事上の理由で適切な治療を受けることができない場合や、疾病に対する労働者自身の不十分な理解や、職場の理解・支援体制不足により、離職に至ってしまう場合もみられる。

例えば、糖尿病患者の約8%が通院を中断しており³、その理由としては「仕事(学業)のため、忙しいから」が最も多くなっている。また、連続1か月以上の療養を必要とする社員が出た場合に「ほとんどが病気休職を申請せず退職する」「一部に病気休職を申請せず退職する者がある」とした企業は、正社員のメンタルヘルスの不調の場合は18%、その他の身体疾患の場合は15%であり、過去3年間で病気休職制度を新規に利用した労働者のうち、38%が復職せず退職していた⁴。

1 厚生労働省「定期健康診断結果調」

2 例えば「がん」については、国立がん研究センターの集計によれば、5年相対生存率(がんと診断された5年後に生存している割合)は、1993年～1996年の期間と、2003年～2005年の期間を比べると、10年間で53.2%から58.6%に上昇するなどの改善がみられている。

3 平成25年厚生労働科学研究「患者データベースに基づく糖尿病の新規合併症マーカーの探索と均てん化に関する研究—合併症予防と受診中断抑制の視点から」

4 平成25年独立行政法人労働政策研究・研修機構「メンタルヘルス、私傷病などの治療と職業生活の両立支援に関する調査」

(3) 事業場等における現状と課題

事業場においては、健康診断に基づく健康管理やメンタルヘルス対策をはじめとして、労働者の健康確保に向けた様々な取組が行われてきたが、近年では、厳しい経営環境の中でも、労働者の健康確保や疾病・障害を抱える労働者の活用に関する取組が、健康経営⁵やワーク・ライフ・バランス、ダイバーシティ推進、といった観点からも推進されている。

一方で、治療と職業生活の両立支援の取組状況は事業場によって様々であり、支援方法や産業保健スタッフ・医療機関との連携について悩む事業場の担当者も少なくない⁶。

こうしたことから、労働者の治療と職業生活の両立支援に取り組む企業に対する支援や医療機関等における両立支援対策の強化も必要な状況にある。

2 治療と職業生活の両立支援の位置づけと意義

(1) 事業者による両立支援の取組の位置づけ

労働安全衛生法では、事業者による労働者の健康確保対策に関する規定が定められており、そのための具体的な措置として、健康診断の実施（既往歴、業務歴、自覚症状及び他覚症状の有無の検査や、血圧等の各種検査の実施）及び医師の意見を勘案し、その必要があると認めるときは就業上の措置（就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮、深夜業の回数の減少等）の実施を義務付けるとともに、日常生活面での指導、受診勧奨等を行うよう努めるものとされている。これは、労働者が、業務に従事することによって、疾病（負傷を含む。以下同じ。）を発症したり、疾病が増悪したりすることを防止するための措置などを事業者に求めているものである。

また、同法及び労働安全衛生規則では、事業者は、「心臓、腎臓、肺等の疾病で労働のため病勢が

著しく増悪するおそれのあるものにかかった者」については、その就業を禁止しなければならないとされているが、この規定は、その労働者の疾病の種類、程度、これについての産業医等の意見を勘案してできるだけ配置転換、作業時間の短縮その他の必要な措置を講ずることによって就業の機会を失わせないようにし、やむを得ない場合に限り禁止する趣旨であり、種々の条件を十分に考慮して慎重に判断すべきものである。

さらに、同法では、事業者は、その就業に当たって、中高年齢者等の特に配慮を必要とする者については、これらの者の心身の条件に応じて適正な配置を行うように努めなければならないこととされている。

これらを踏まえれば、事業者が疾病を抱える労働者を就労させると判断した場合は、業務により疾病が増悪しないよう、治療と職業生活の両立のために必要となる一定の就業上の措置や治療に対する配慮を行うことは、労働者の健康確保対策等として位置づけられる。

(2) 事業者による両立支援の意義

労働者が業務によって疾病を増悪させることなく治療と職業生活の両立を図るための事業者による取組は、労働者の健康確保という意義とともに、継続的な人材の確保、労働者の安心感やモチベーションの向上による人材の定着・生産性の向上、健康経営の実現、多様な人材の活用による組織や事業の活性化、組織としての社会的責任の実現、労働者のワーク・ライフ・バランスの実現といった意義もあると考えられる。

(3) ガイドラインの位置づけ

ア ガイドラインの内容とねらい

本ガイドラインは、治療が必要な疾病を抱える労働者が、業務によって疾病を増悪させることなどがなく、事業場において適切な就業上の措置を行いつつ、治療に対する配慮が行われるように

5 特定非営利活動法人健康経営研究会の定義によれば、健康経営とは「経営者が従業員とコミュニケーションを密に図り、従業員の健康に配慮した企業を戦略的に創造することによって、組織の健康と健全な経営を維持していくこと」とされている。

6 東京都が平成26年に実施した「がん患者の就労等に関する実態調査」によれば、従業員が私傷病になった際、当該従業員の適正配置や雇用管理等について、89.5%の企業が対応に苦慮したと回答している。また、苦慮した内容は、最も多いものが「病気や治療に関する見通しが分からない」（60.2%）、次いで「復職可否の判断が難しい」（51.9%）となっている。

するため、関係者の役割、事業場における環境整備、個別の労働者への支援の進め方を含めた、事業場における取組をまとめたものである。

イ ガイドラインの対象

本ガイドラインは主に、事業者、人事労務担当者及び産業医や保健師、看護師等の産業保健スタッフを対象としているが、労働者本人や、家族、医療機関の関係者などの支援に関わる方にも活用可能なものである。

本ガイドラインが対象とする疾病は、がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎、その他難病など、反復・継続して治療が必要となる疾病であり、短期で治療する疾病は対象としていない。

また、本ガイドラインはすでに雇用している労働者への対応を念頭に置いているが、治療が必要な者を新たに採用し、職場で受け入れる際には、本ガイドラインに規定する留意事項、環境整備及び進め方を参考として取り組むことが可能なものである。

さらに、本ガイドラインは、雇用形態に関わらず、全ての労働者を対象とするものである。

3 治療と職業生活の両立支援を行うに当たっての留意事項

(1) 安全と健康の確保

治療と職業生活の両立支援に際しては、就労によって、疾病の増悪、再発や労働災害が生じないように、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮、深夜業の回数の減少等の適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行うことが就業の前提となる。従って、仕事の繁忙等を理由に必要な就業上の措置や配慮を行わないことがあってはならないこと。

(2) 労働者本人による取組

治療と職業生活の両立に当たっては、疾病を抱える労働者本人が、主治医の指示等に基づき、治療を受けること、服薬すること、適切な生活習慣を守ること等、治療や疾病の増悪防止について適切に取り組むことが重要であること。

(3) 労働者本人の申出

治療と職業生活の両立支援は、私傷病である疾病に関わるものであることから、労働者本人から

支援を求める申出がなされたことを端緒に取り組むことが基本となること。なお、本人からの申出が円滑に行われるよう、事業場内ルールの作成と周知、労働者や管理職等に対する研修による意識啓発、相談窓口や情報の取扱方法の明確化など、申出が行いやすい環境を整備することも重要であること。

(4) 治療と職業生活の両立支援の特徴を踏まえた対応

治療と職業生活の両立支援の対象者は、入院や通院、療養のための時間の確保等が必要になるだけでなく、疾病の症状や治療の副作用、障害等によって、労働者自身の業務遂行能力が一時的に低下する場合などがある。このため、育児や介護と仕事の両立支援と異なり、時間的制約に対する配慮だけでなく、労働者本人の健康状態や業務遂行能力も踏まえた就業上の措置等が必要となること。

(5) 個別事例の特性に応じた配慮

症状や治療方法などは個人ごとに大きく異なるため、個人ごとに取るべき対応やその時期等は異なるものであり、個別事例の特性に応じた配慮が必要であること。

(6) 対象者、対応方法の明確化

事業場の状況に応じて、事業場内ルールを労使の理解を得て制定するなど、治療と職業生活の両立支援の対象者、対応方法等を明確にしておくことが必要であること。

(7) 個人情報の保護

治療と職業生活の両立支援を行うためには、症状、治療の状況等の疾病に関する情報が必要となるが、これらの情報は機微な個人情報であることから、労働安全衛生法に基づく健康診断において把握した場合を除いては、事業者が本人の同意なく取得してはならないこと。

また、健康診断又は本人からの申出により事業者が把握した健康情報については、取り扱う者の範囲や第三者への漏洩の防止も含めた適切な情報管理体制の整備が必要であること。

(8) 両立支援にかかわる関係者間の連携の重要性

治療と職業生活の両立支援を行うに当たって

は、労働者本人以外にも、以下の関係者が必要に応じて連携することで、労働者本人の症状や業務内容に応じた、より適切な両立支援の実施が可能となること。

- ① 事業場の関係者(事業者、人事労務担当者、上司・同僚等、労働組合、産業医、保健師、看護師等の産業保健スタッフ等)
- ② 医療機関関係者(医師(主治医)、看護師、医療ソーシャルワーカー等)
- ③ 地域で事業者や労働者を支援する関係機関・関係者(産業保健総合支援センター、労災病院に併設する治療就労両立支援センター、保健所(保健師)、社会保険労務士等)

また、労働者と直接連絡が取れない場合は、労働者の家族等と連携して、必要な情報の収集等を行う場合があること。

特に、治療と職業生活の両立支援のためには、医療機関との連携が重要であり、本人を通じた主治医との情報共有や、労働者の同意のもとでの産業医、保健師、看護師等の産業保健スタッフや人事労務担当者と主治医との連携が必要であること。

4 両立支援を行うための環境整備(実施前の準備事項)

事業場において、治療と職業生活の両立支援を行うための環境整備として取り組むことが望ましい事項は以下のとおりである。

(1) 事業者による基本方針等の表明と労働者への周知

衛生委員会等で調査審議を行った上で、事業者として、治療と職業生活の両立支援に取り組むに当たっての基本方針や具体的な対応方法等の事業場内ルールを作成し、全ての労働者に周知することで、両立支援の必要性や意義を共有し、治療と職業生活の両立を実現しやすい職場風土を醸成すること。

(2) 研修等による両立支援に関する意識啓発

治療と職業生活の両立支援を円滑に実施するため、当事者やその同僚となり得る全ての労働者、管理職に対して、治療と職業生活の両立に関する

研修等を通じた意識啓発を行うこと。

(3) 相談窓口等の明確化

治療と職業生活の両立支援は、労働安全衛生法に基づく健康診断において把握した場合を除いては、労働者からの申出を原則とすることから、労働者が安心して相談・申出を行えるよう、相談窓口、申出が行われた場合の当該情報の取扱い等を明確にすること。

(4) 両立支援に関する制度・体制等の整備

ア 休暇制度、勤務制度の整備

治療と職業生活の両立支援においては、短時間の治療が定期的に繰り返される場合、就業時間に一定の制限が必要な場合、通勤による負担軽減のために出勤時間をずらす必要がある場合などがあることから、以下のような休暇制度、勤務制度について、各事業場の実情に応じて検討、導入し、治療のための配慮を行うことが望ましいこと。

① 休暇制度

【時間単位の年次有給休暇】

労働基準法に基づく年次有給休暇は、1日単位で与えることが原則であるが、労使協定を結べば、1時間単位で与えることが可能(上限は1年で5日分まで)。

【傷病休暇・病気休暇】

事業者が自主的に設ける法定外の休暇であり、入院治療や通院のために、年次有給休暇とは別に休暇を付与するもの。取得条件や取得中の処遇(賃金の支払いの有無等)等は事業場ごとに異なる。

② 勤務制度

【時差出勤制度】

事業者が自主的に設ける勤務制度であり、始業及び終業の時刻を変更することにより、身体に負担のかかる通勤時間帯を避けて通勤するといった対応が可能となる。

【短時間勤務制度】※育児、介護休業法に基づく短時間勤務制度とは別のもの

事業者が自主的に設ける勤務制度であり、療養中・療養後の負担を軽減すること等を目的として、所定労働時間を短縮する制度。

【在宅勤務(テレワーク)】

事業者が自主的に設ける勤務制度であり、パソコンなどの情報通信機器を活用した場所にとらわれない柔軟な働き方。自宅で勤務することにより、通勤による身体への負担を軽減することが可能となる。

【試し出勤制度】

事業者が自主的に設ける勤務制度であり、長期間にわたり休業していた労働者に対し、円滑な復職を支援するために、勤務時間や勤務日数を短縮した試し出勤等を行うもの。復職や治療を受けながら就労することに不安を感じている労働者や、受入れに不安を感じている職場の関係者にとって、試し出勤制度があることで不安を解消し、円滑な就労に向けて具体的な準備を行うことが可能となる。

イ 労働者から支援を求める申出があった場合の対応手順、関係者の役割の整理

労働者から支援を求める申出があった場合に円滑な対応ができるよう、労働者本人、人事労務担当者、上司・同僚等、産業医や保健師、看護師等の産業保健スタッフ等の関係者の役割と対応手順をあらかじめ整理しておくことが望ましいこと。

ウ 関係者間の円滑な情報共有のための仕組みづくり

治療と職業生活の両立のためには、労働者本人を中心に、人事労務担当者、上司・同僚等、産業医や保健師、看護師等の産業保健スタッフ、主治医等が、本人の同意を得た上で支援のために必要な情報を共有し、連携することが重要である。

特に、就業継続の可否、必要な就業上の措置及び治療に対する配慮に関しては、治療の状況や心身の状態、就業の状況等を踏まえて主治医や産業医等の医師の意見を求め、その意見に基づいて対応を行う必要がある。このため、医師に労働者の就業状況等に関する情報を適切に提供するための様式や、就業継続の可否、必要な就業上の措置及び治療に対する配慮について医師の意見を求めるための様式を定めておくことが望ましいこと。

エ 両立支援に関する制度や体制の実効性の確保

治療と職業生活の両立支援のための制度や体制を機能させるためには、日頃から全ての労働者に対して、制度、相談窓口の周知を行うとともに、管理職に対して、労働者からの申出、相談を受けた際の対応方法や、支援制度・体制について研修等を行うことが望ましいこと。

オ 労使等の協力

治療と職業生活の両立に関して、制度・体制の整備等の環境整備に向けた検討を行う際には、衛生委員会等で調査審議するなど、労使や産業保健スタッフが連携し、取り組むことが重要であること。

5 両立支援の進め方

治療と職業生活の両立支援は以下の流れで進めることが望ましい。

① 両立支援を必要とする労働者が、支援に必要な情報を収集して事業者に提出（以下の(2)を参照）

労働者からの情報が不十分な場合、産業医等又は人事労務担当者等が、労働者の同意を得た上で主治医から情報収集することも可能（以下の(3)を参照）

② 事業者が、産業医等に対して収集した情報を提供し、就業継続の可否、就業上の措置及び治療に対する配慮に関する産業医等の意見を聴取（以下の(4)を参照）

③ 事業者が、主治医及び産業医等の意見を勘案し、就業継続の可否を判断（以下の(5)アを参照）

④ 事業者が労働者の就業継続が可能と判断した場合、就業上の措置及び治療に対する配慮の内容・実施時期等を事業者が検討・決定し、実施（以下の(5)イを参照）

⑤ 事業者が労働者の長期の休業が必要と判断した場合、休業開始前の対応・休業中のフォローアップを事業者が行うとともに、主治医や産業医等の意見、本人の意向、復帰予定の部署の意見等を総合的に勘案し、職場復帰の可否を事業者が判断した上で、職場復帰後の就業上の措置及び治療に対する配慮の内容・実施事項等を事業者が検討・決定し、実施（以下の(5)ウ

を参照)

(1) 両立支援の検討に必要な情報

労働者からの申出に基づき、事業者が治療と職業生活の両立支援を検討するに当たって、参考となる情報は以下のとおり。

ア 症状、治療の状況

- ・現在の症状
- ・入院や通院治療の必要性和その期間
- ・治療の内容、スケジュール
- ・通勤や業務遂行に影響を及ぼしうる症状や副作用の有無とその内容

イ 退院後又は通院治療中の就業継続の可否に関する意見

ウ 望ましい就業上の措置に関する意見（避けるべき作業、時間外労働の可否、出張の可否等）

エ その他配慮が必要な事項に関する意見（通院時間の確保や休憩場所の確保等）

(2) 両立支援を必要とする労働者からの情報提供

治療と職業生活の両立支援の検討は、両立支援を必要とする労働者からの申出から始まる。労働安全衛生法に基づく健康診断結果に基づいて医療機関を受診し、又は自ら医療機関を受診する等により、自らが疾病に罹患していることを把握し、主治医等の助言により治療と職業生活の両立支援が必要と判断した労働者は、両立支援に関する事業場内ルール等に基づいて、支援に必要な情報を収集して事業者へ提出する必要がある。この際、労働者は事業場が定める様式等を活用して、自らの仕事に関する情報を主治医に提供した上で、事業者が定める様式等を活用して、主治医から(1)ア～エの情報の提供を受けることが望ましい。また、労働者は、主治医からの情報収集や、事業者とのやりとりの際に、主治医と連携している医療ソーシャルワーカー、看護師等や、地域の産業保健総合支援センター、保健所等の地域で活動している保健師、社会保険労務士等の支援を受けることも考えられる。

両立支援を必要とする労働者から、事業場の産業保健スタッフや人事労務担当者に相談があった場合は、労働者が必要十分な情報を収集できるよ

う、産業保健スタッフや人事労務担当者は、事業者が定める勤務情報の提供のための書面の作成支援や、両立支援に関する手続きの説明を行うなど、必要な支援を行うことが望ましい。

なお、労働者による主治医からの情報収集が円滑に行われるよう、事業者は、日頃から、治療と職業生活の両立支援に関する手続きや、事業場が定める様式について、労働者に周知しておくことが望ましい。

(3) 治療の状況等に関する必要に応じた主治医からの情報収集

主治医から提供された情報が、両立支援の観点から十分でない場合は、産業医若しくは労働者数が50人未満の事業場で労働者の健康管理等を行う医師（以下「産業医等」という。）又は保健師、看護師等の産業保健スタッフがいる場合には、労働者本人の同意を得た上で、産業医等や産業保健スタッフが主治医からさらに必要な情報を収集することもできる。これらの者がいない場合には、労働者本人の同意を得た上で、人事労務担当者等が主治医からさらに必要な情報を収集することもできる。

(4) 就業継続の可否、就業上の措置及び治療に対する配慮に関する産業医等の意見聴取

事業者は、収集した情報に基づいて就業上の措置等を検討するに当たり、産業医等に対して、主治医から提供された情報を提供し、就業継続の可否や、就業可能な場合の就業上の措置及び治療に対する配慮に関する意見（主治医の就業上の措置等に関する意見の確認を含む。）を聴取することが重要である。

産業医等がいない場合は、主治医から提供を受けた情報を参考とする。

(5) 休業措置、就業上の措置及び治療に対する配慮の検討と実施

ア 産業医等の意見を踏まえた検討

事業者は、主治医や産業医等の意見を勘案し、就業を継続させるか否か、具体的な就業上の措置や治療に対する配慮の内容及び実施時期などについて検討を行う。その際、就業継続に関する希望の有無や、就業上の措置及び治療に対する

配慮に関する要望について、労働者本人から聴取し、十分な話し合いを通じて本人の理解が得られるよう努めることが必要である。

なお、検討にあたっては、疾病に罹患していることをもって安易に就業を禁止するのではなく、主治医や産業医等の意見を勘案してできるだけ配置転換、作業時間の短縮その他の必要な措置を講ずることによって就業の機会を失わせないようにすることに留意が必要である。

イ 入院等による休業を要さない場合の対応

(ア)「両立支援プラン」の策定

事業者は、労働者が治療をしながら就業の継続が可能であると判断した場合、業務によって疾病が増悪することがないように就業上の措置等を決定し、実施する必要があるが、その際必要に応じて、具体的な措置や配慮の内容及びスケジュール等についてまとめた計画（以下「両立支援プラン」という。）を策定することが望ましい。

両立支援プランの作成にあたっては、産業医等や保健師、看護師等の産業保健スタッフ、主治医と連携するとともに、必要に応じて、主治医と連携している医療ソーシャルワーカー、看護師等や、地域の産業保健総合支援センター、保健所等の保健師、社会保険労務士等の支援を受けることも考えられる。

また、両立支援プランの作成にあたっては、治療の終了と同時にすぐに通常勤務に復帰できるとは限らないことに留意が必要である。

【両立支援プランに盛り込むことが望ましい事項】

- ① 治療・投薬等の状況及び今後の治療・通院の予定
- ② 就業上の措置及び治療への配慮の具体的な内容及び実施時期・期間
 - ・作業の転換（業務内容の変更）
 - ・労働時間の短縮
 - ・就業場所の変更
 - ・治療への配慮内容（定期的な休暇の取得等）等
- ③ フォローアップの方法及びスケジュール（産業医等、保健師、看護師等の産業保健スタッフ、人事労務担当者等による面談等）

(イ)「両立支援プラン」等に基づく取組の実施とフォローアップ

事業者は、両立支援プラン等に基づき、必要な就業上の措置及び治療への配慮を実施する。

治療の経過によっては、必要な措置や配慮の内容、時期・期間が変わることも考えられるため、適時労働者に状況を確認し、必要に応じて両立支援プラン、就業上の措置及び治療に対する配慮の内容を見直すことが必要である。

なお、両立支援プラン、就業上の措置及び治療に対する配慮の内容の見直しの検討にあたっては、人事労務管理担当部門や産業保健スタッフ等が組織的な支援を行うことが望ましい。

(ウ) 周囲の者への対応

労働者に対して就業上の措置及び治療に対する配慮を行うことにより、周囲の同僚や上司等にも一時的に負荷がかかる。そのため、就業上の措置及び治療に対する配慮を実施するために必要な情報に限定した上で、負荷がかかる同僚や上司等には可能な限り情報を開示し理解を得るとともに過度の負担がかからないようにすること。また、人事労務管理担当部門や産業保健スタッフ等による組織的な支援を行うことが望ましい。

ウ 入院等による休業を要する場合の対応

(ア) 休業開始前の対応

主治医や産業医等の意見を勘案し、労働者が長期に休業する必要があると判断した場合、事業者は、労働者に対して、休業に関する制度（賃金の取扱い、手続きを含む。）と休業可能期間、職場復帰の手順等について情報提供を行うとともに、休業申請書類を提出させ、労働者の休業を開始する。

また、治療の見込みが立てやすい疾病の場合は、休業開始の時点で、主治医や産業医等の専門的な助言を得ながら、休業終了の目安も把握する。

(イ) 休業期間中のフォローアップ

休業期間中は、あらかじめ定めた連絡方法等によって労働者と連絡をとり、労働者の状況や治療の経過、今後の見込み等について確認するほか、労働者の不安や悩みを相談できる場を設けたり、活用可能な支援制度について情報提供することも

考えられる。労働者は、休業期間中は、主治医の指示等に基づき、治療を受けること、服薬すること、適切な生活習慣を守ること等、疾病の治療や回復に専念することが重要である。

なお、労働者自身による職場復帰に向けた準備も重要であり、必要に応じて、関連する情報を事業者から提供することも考えられる。

(ウ) 職場復帰の可否の判断

労働者の疾病が回復した際には、事業者は、以下により職場復帰の可否を判断する。

- ① 労働者本人を通じて、事業場が定めた様式等を活用して職場復帰に関する主治医の意見を収集する。なお、労働者は、主治医からの意見の収集に際して、主治医と連携している医療ソーシャルワーカー、看護師等の支援を受けることも考えられる。主治医から提供された情報が十分でない場合は、産業医等又は保健師、看護師等の産業保健スタッフがいる場合には、労働者本人の同意を得た上で、産業医等や産業保健スタッフが主治医からさらに必要な情報を収集することもできる。これらの者がいない場合には、労働者本人の同意を得た上で、人事労務担当者等が主治医からさらに必要な情報を収集することもできる。
- ② 主治医の意見を産業医等に提供し、職場において必要とされる業務遂行能力等を踏まえた職場復帰の可否に関する意見を聴取する。産業医等がない場合は、主治医から提供を受けた情報を参考とする。
- ③ 本人の意向を確認する。
- ④ 復帰予定の部署の意見を聴取する。
- ⑤ 主治医や産業医等の意見、本人の意向、復帰予定の部署の意見等を総合的に勘案し、配置転換も含めた職場復帰の可否を判断する。

(エ) 「職場復帰支援プラン」の策定

職場復帰が可能であると判断した場合、事業者は、必要に応じて、労働者が職場復帰するまでの計画（「職場復帰支援プラン」）を策定することが望ましい。職場復帰支援プランに盛り込むことが望ましい事項は、(5)イ(ア)の「両立支援プラン」と同様であるが、「職場復帰支援プラン」の場合は、職場

復帰日についても明示する必要がある。

職場復帰支援プランの策定に当たっては、産業医等や保健師、看護師等の産業保健スタッフ、主治医と連携するとともに、必要に応じて、主治医と連携している医療ソーシャルワーカー、看護師等や、地域の産業保健総合支援センター、保健所等の保健師、社会保険労務士等の支援を受けることも考えられる。

また、職場復帰支援プランの作成に当たっては、退院や治療の終了と同時にすぐに通常勤務に復帰できるとは限らないことに留意が必要である。

(オ) 「職場復帰支援プラン」等に基づく取組の実施とフォローアップ

事業者は、職場復帰支援プラン等に基づき、必要な就業上の措置及び治療への配慮を実施する。

治療の経過によっては、必要な措置や配慮の内容、時期・期間が変わることもあるため、適時労働者に状況を確認し、必要に応じて職場復帰支援プラン、就業上の措置及び治療に対する配慮の内容を見直すことが必要である。

なお、職場復帰支援プラン、就業上の措置及び治療に対する配慮の内容の見直しの検討に当たっては、人事労務管理担当部門や産業保健スタッフ等が組織的な支援を行うことが望ましい。

(カ) 周囲の者への対応

労働者に対して就業上の措置及び治療に対する配慮を行うことにより、周囲の同僚や上司等にも一時的に負荷がかかる。そのため、就業上の措置及び治療に対する配慮を実施するために必要な情報に限定した上で、負荷がかかる同僚や上司等には可能な限り情報を開示し理解を得るとともに過度の負担がかからないようにすること。また、人事労務管理担当部門や産業保健スタッフ等による組織的な支援を行うことが望ましい。

6 特殊な場合の対応

(1) 治療後の経過が悪い場合の対応

労働者の中には、治療後の経過が悪く、病状の悪化により、業務遂行が困難になり、治療と職業生活の両立が困難になる場合もある。

その場合は、労働者の意向も考慮しつつ、主治

医や産業医等の医師の意見を求め、治療や症状の経過に沿って、就業継続の可否について慎重に判断する必要がある。

主治医や産業医等の医師が、労働のため病勢が著しく増悪するおそれがあるとして就業継続は困難であると判断した場合には、事業者は、労働安全衛生法第68条に基づき、就業禁止の措置を取る必要がある。

(2) 障害が残る場合の対応

労働者に障害が残ることが判明した場合には、作業転換等の就業上の措置について主治医や産業医等の医師の意見を求め、その意見を勘案し、十分な話し合いを通じて労働者本人の了解が得られるよう努めた上で、就業上の措置を実施する。

期間の限定なく就業上の措置の継続が必要になる場合もあり、その際には、人事労務担当者や所属長・上司、同僚等の理解・協力が重要である。

また、就業上の措置状況について、定期的かつ着実な確認などのフォローが重要である。

(3) 疾病が再発した場合の対応

労働者が通常勤務に復帰した後に、同じ疾病が再発した場合の両立支援も重要である。事業者は、治療と職業生活の両立支援を行うに当たっては、あらかじめ疾病が再発することも念頭に置き、再発した際には状況に合わせて改めて検討することが重要である。



(参考資料) [省略]

○ 様式例集

- ・勤務情報を主治医に提供する際の様式例
- ・治療の状況や就業継続の可否等について主治医の意見を求める際の様式例
- ・職場復帰の可否等について主治医の意見を求める際の様式例

・両立支援プラン/職場復帰支援プランの作成例

- 治療と職業生活の両立に関する支援制度・機関

- がんに関する留意事項[別掲]

○がんに関する留意事項

以下は、がん罹患した労働者に対して治療と職業生活の両立支援を行うにあたって、ガイドラインの内容に加えて、特に留意すべき事項をまとめたものである。

1 がんに関する基礎情報

(1) がん罹患患者数と5年生存率

日本人を対象としたがんに対するイメージに関する調査によれば、多くの人のがんは稀な病気だと考えているが、実際は、生涯のうちに、日本人の約2人に1人のがんに罹患すると推計されている。また、国立がん研究センターの推計では、年間約85万人が新たにがんと診断されており、このうち約3割が就労世代(20～64歳)である。

一方で、同調査によれば、多くの人のがん患者の生存率を現実よりも低く見積もっているが、実際は、がん医療の進歩等により、がん患者の生存率は向上してきており、2003年～2005年の間にごんと

診断された人の約6割は、5年後も生存している状況にある。

生存率の向上等に伴い、がんを抱えながら仕事を続けている労働者も多く、平成22年国民生活基礎調査に基づく推計によれば、悪性新生物の治療のため、仕事をもちながら通院している者は約32.5万人いるとされている。

(2) 入院日数の短縮化と通院治療へのシフト

近年の主ながん種の平均入院日数は短くなりつつある一方、外来患者数が増えており、通院しながら治療を受ける患者が増えている。

それとともに、治療の副作用や症状等をコントロールしつつ、通院で治療を受けながら仕事を続けている場合が増えてきている。

(3) 主ながん治療(3大治療)

がん治療においては、がんの種類や進行度に応じて、手術(外科治療)、化学療法(抗がん剤治療)、放射線治療等の様々な治療を組み合わせる「集学的治療」が基本となっている。これらの3大治療のほかにも、ホルモン療法や分子標的薬などがあり、手術終了後もほかの治療が続くことも少な

くないため、「手術が終われば治療終了」とは限らない。

なお、がんの種類や進行度等に応じて、標準治療と呼ばれる、治療ガイドラインに基づく一般的な治療法が定められているものの、それがあてはまらない患者も多く、治療内容と治療に要する期間は個別に確認することが必要である。

<がん治療の特徴(3大治療)>

手術(外科治療)

- ・手術では、がん組織や周りのリンパ節を取り除く。
- ・また、取り除いた臓器や器官の再建(臓器などを取り除くことによって、損なわれた体の機能や外観を元の状態に近づけるための手術)などの処置が行われる。

化学療法(抗がん剤治療)

- ・細胞の増殖を防ぐ抗がん剤を用いた治療法で、がんがふえるのを抑えたり、成長を遅らせたり、転移や再発を防いだり、小さながんで転移しているかもしれないところを治療するためなどに用いられる。
- ・手術治療や放射線治療が、がんに対しての局所的な治療であるのに対し、化学療法(抗がん剤治療)は、より広い範囲に治療の効果が及ぶことを期待できる。このため、転移のあるとき、転移の可能性があるとき、転移を予防するとき、血液・リンパのがんのように広い範囲に治療を行う必要のあるときなどに行われる。
- ・化学療法(抗がん剤治療)には主に、錠剤やカプセルなどの「のみ薬」による方法と、「点滴や注射などで血管(静脈)に直接抗がん剤を注入する方法」がある。
- ・実際の治療の方法は、がんの種類、広がり、病期、ほかに行う治療や病状などを考慮して検討される。特に注射や点滴による化学療法の場合、「治療の日」と「治療を行わない日」を組み合わせた1~2週間程度の周期を設定して治療を行う。この周期になる期間を「1コース」「1クール」などの単位で数え、一連の治療として数回繰り返して行われるのが一般的である。途中で効果や副作用の様子を見ながら継続する。

- ・近年では、抗がん剤の進歩や、副作用として起こる症状を緩和したり、副作用に対する治療(支持療法)が進歩してきたことから、1コース目だけ入院して、2コース目以降は外来で化学療法を行ったり、はじめから入院しないで外来で化学療法を行うことが多くなっている。

放射線治療

- ・放射線は、細胞が分裂してふえるときに必要な遺伝子に作用して、細胞がふえないようにしたり、細胞が新しい細胞に置き換わるときに脱落する仕組みを促すことで、がん細胞を消滅させたり、少なくしたりする。放射線治療はこのような作用を利用してがんを治療する。
- ・放射線治療は、がんを治すことを目的として単独で行われることもあるが、化学療法(抗がん剤治療)や手術などのほかの治療と併用して行われることもある。
- ・放射線治療は、体の外から放射線を当てる「外部照射」と、体の内側から、がんやその周囲に放射線を当てる「内部照射」に分けられる。両者を組み合わせて行うこともある。
- ・外部照射を通院で実施する場合、全体の予定は治療計画によって異なるが、多くの場合、1週間に5日の治療を数週間にわたって行う。一般的な治療に要する時間は、治療室に入ってから出てくるまで10~20分程度で、実際に放射線が照射されている時間は数分である。

※出典：国立がん研究センターがん情報サービス「患者必携がんになったら手にとるガイド普及新版」

2 両立支援に当たっての留意事項

がんの種類や進行度が同じであっても、がん治療や治療に伴う症状等は労働者によって様々であり、両立支援に当たっては、特に個別性に配慮した対応が必要とされる。

(1) がん治療の特徴を踏まえた対応

治療や経過観察は長期にわたるとともに、治療に伴い予期せぬ副作用等が出現し、治療の内容やスケジュールの見直しがなされることがある等のことから、経過によって就業上の措置や治療への

配慮の内容を変更する必要があることに留意が必要である。

労働者は、就業上の措置及び治療に対する配慮の検討・実施とフォローアップを受けることが出来るよう以下の点に留意して、事業者に対して必要な情報を提供することが望ましい。

ア 手術

- ・手術を受ける場合には、労働者が主治医に対して入院期間、手術後に出やすい合併症や制限すべき動作などについて確認し、必要に応じてそれらの情報を事業者に提供することが望ましい。これらの情報は、手術を行う前に得ることが可能であり、職場復帰までのおおよその期間を見積もることができる。
- ・ただし、手術後の経過や合併症などには個人差があり、実際の状況は手術前と異なる可能性もあるため、合併症や制限すべき動作、療養が必要な期間等について、労働者が主治医に対して退院時等に再度確認し、必要に応じてそれらの情報を事業者に提供することが望ましい。

イ 化学療法(抗がん剤治療)

- ・化学療法(抗がん剤治療)を受ける場合には、労働者が主治医に対して入院の要否や治療期間、出やすい副作用及びその内容・程度について確認し、必要に応じてそれらの情報を事業者に提供することが望ましい。化学療法(抗がん剤治療)では、治療を1~2週間程度の周期で行うため、その副作用によって周期的に体調の変化を認めることがあり、とりわけ倦怠感や免疫力が低下する状態が問題となるが、薬剤の種類や組み合わせごとに、いつごろどのような症状が現れやすいか推測可能である。
- ・化学療法(抗がん剤治療)を受けながら就労継続する場合は、労働者が主治医に対して出やすい副作用及びその内容・程度、治療スケジュール

ルの変更の有無などを必要に応じて確認し、それらの情報を事業者に提供することが望ましい。

ウ 放射線治療

- ・通院しながら放射線治療を受ける場合、基本的に毎日(月~金、数週間)照射を受けることが多いため、労働者が主治医に対して治療スケジュールを確認し、必要に応じてそれらの情報を事業者に提供することが望ましい。
- ・治療中は、頻回の通院による疲労に加えて治療による倦怠感等が出現することがあるが、症状の程度には個人差が大きいいため、労働者から事業者に対してあらかじめその旨を伝達するとともに、事業者は、労働者から体調が悪い旨の申出があった場合は柔軟に対応することが望ましい。


(2) メンタルヘルス面への配慮

がんと診断された者の多くは一時的に大きな精神的衝撃を受け、多くの場合は数週間で回復するが、がんの診断が主要因となってメンタルヘルス不調に陥る場合もある。

そのため、がんと診断された労働者のメンタルヘルス不調等の状態を把握し、治療の継続や就業に影響があると考えられる場合には、産業医や保健師、看護師等の産業保健スタッフ等と連携するなどして、適切な配慮を行うことが望ましい。

なお、がんと診断された者の中には、精神的な動揺や不安から早まって退職を選択する場合があることにも留意が必要である。

(3) がんに対する不正確な理解・知識に伴う問題への対応

がんは慢性病に変化しつつあるとはいえ、周囲が「不治の病」というイメージを持つこともある。治療と職業生活の両立のためには、就業上の措置及び治療に対する配慮を実施するために必要な情報に限定した上で、同僚や上司等には可能な限り  情報を開示し理解を得ることが望ましい。

いじめ・メンタルヘルス労働者支援センター(IMC)

<http://ijimental.web.fc2.com/>

全国安全センター・情報公開推進局

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

芳香族アミンの取扱事業場に関する 調査結果等について

～第二報(平成28年3月2日時点)～

1. 概要

- 昨年末から、労働基準監督署の職員が以下の事業場に立ち入り、オルト-トルイジンの取扱状況や労働者・退職者の膀胱がんの病歴等について調査を実施。

調査1: オルト-トルイジンを取り扱っていると考えられる全国38の事業場

調査2: ①過去にオルト-トルイジンを取り扱っていたと考えられる全国16(※)の事業場(※第一報では19事業場としていたが、そのうち3事業場は社名変更により調査1の対象事業場と重複していたため、16事業場となっている。)

②オルト-トルイジンを取り扱っていたことを労働基準監督署において独自に把握している全国14の事業場

- 調査1を先行して実施したところ、第一報のとおり、38事業場におけるオルト-トルイジンの取扱状況は以下のとおり。

① オルト-トルイジンを現在取り扱っている事業場:17か所

② オルト-トルイジンを過去に取り扱っていた事業場:10か所

③ オルト-トルイジンを取り扱ったことのない事業場:11か所

- また、第一報のとおり、オルト-トルイジンを取り扱ったことがある27事業場(調査1の①及び②)については、各事業場の業務状況に応じたオルト-トルイジンのばく露防止対策の徹底を図るとともに、オルト-トルイジンの取扱作業に従事経験のある労働者・退職者に対する膀胱がんに関する健康診断の実施・受検勧奨と健康診断の実施結果の報告を求めたところ。

- 調査2についても調査1と同様の対応を行ったところであり、今回の第二報は、現時点までに把握できた以下の内容を取りまとめたもの。

・ 調査1のうち27事業場に係る健診結果(⇒2.参照)

・ 調査2のオルト-トルイジンの取扱状況等の結果及び健診結果(⇒3.参照)

・ 調査1及び調査2を受けた今後の対応(⇒4.参照)

・ 福井県の事業場及び同一企業の関連事業場に係る対応(⇒5.参照)

2. 調査1のうち27事業場に係る健診結果

- 27事業場に、オルト-トルイジンの取扱作業に従事経験のある労働者・退職者に対する膀胱がんに関する健康診断の実施・受検勧奨と実施結果の報告を求めたところ、受検勧奨の過程で、E事業場の退職者1名が膀胱がんの病歴を有することを把握するとともに、現時点までに、11事業場、225名分の結果報告があり、そのうち、膀胱がんの所見があった者は0名であった。

※第一報で膀胱がんの病歴を有する者として把握し、公表したA事業場の退職者1名、B事業場の労働者1名については、含めていない。

3. 調査2のオルト-トルイジンの取扱状況等の結果及び健診結果

(1) 労働基準監督署による調査結果

- 30事業場(調査2の①及び②)のオルト-トルイジンの取扱状況を確認したところ、以下のとおり。

① オルト-トルイジンを現在取り扱っている事業場:7か所

② オルト-トルイジンを過去に取り扱っていた事業場:17か所

③ オルト-トルイジンを取り扱ったことのない事業場:6か所

- オルト-トルイジンを取り扱ったことがある24事業場(上記①及び②)の内訳は以下のとおり。なお、各事業場に対し、業務状況に応じたオルト-トルイジンのばく露防止対策の徹底を図った。

- ① 製造過程で取扱いのある事業場:16か所
- 【I 取扱状況】**
- ㊦ オルトートルイジンを原料として化学品を製造している事業場(オルトートルイジンの製造を含む):14か所
- ㊧ 化学品の製造過程で副生成物として少量のオルトートルイジンが発生する等の事業場:2か所
- 【II ばく露機会】**
- ㊷ 製造設備が密閉化されている事業場(ただし、サンプル採取等の作業はあり):13か所
- ㊸ 製造設備が自動化されておらず、オルトートルイジンを反応させる工程や設備間の生成物の搬送等に人による作業が存在する事業場:3か所
- ② オルトートルイジンを含む製剤を使用した塗装等を行う事業場:5か所
- ③ 調査研究において使用する事業場:2か所
- ④ オルトートルイジンを含む製剤の販売を行う事業場:1か所
- 労働基準監督署が30事業場に対し膀胱がんの病歴を有する者(労働者・退職者)の状況を確認し、聞き取り等に基づく範囲で把握できた状況は以下のとおり。
- <第一報(既報)分>
- C事業場で労働者1名、退職者2名、D事業場(5.参照)で退職者1名(これらの者には、製造工程に従事した経歴が確認されていない者も含まれている。)
- <第二報分>
- F事業場で退職者1名(当該退職者の膀胱がん発症については、業務における他の物質の取扱いに起因するものとして労災認定されている。)
- C事業場については、I-㊦(原料として取扱い)、II-㊷(密閉化された製造設備)に該当し、D事業場及びF事業場については、I-㊦(原料として取扱い)、II-㊸(密閉化されていない製造設備)に該当する。なお、先般の福井県の事業場については、I-㊦(原料として取扱い)、II-㊸

(密閉化されていない製造設備)に該当する。

(2) 労働者・退職者に対する健診結果

- 24事業場に、オルトートルイジンの取扱作業に従事経験のある労働者・退職者に対する膀胱がんに関する健康診断の実施・受検勧奨と実施結果の報告を求めたところ、現時点までに、9事業場、101名分の結果報告があり、そのうち、膀胱がんの所見があった者はG事業場で退職者1名であった。

※第一報で膀胱がんの病歴を有する者として把握し、公表したC事業場の労働者1名、退職者2名及びD事業場の退職者1名並びに3(1)で把握されたF事業場の退職者1名については、含めていない。

4. 調査1及び調査2を受けた今後の対応

- 労働者・退職者に対する健康診断が完了していない事業場及び結果が未報告の事業場について、引き続き事業場に対し、実施・受検勧奨と実施結果の報告を求め、結果の把握に努める。
- 第一報及び今回、膀胱がんの病歴を有する者が把握された事業場については、健康診断の速やかな実施・受検勧奨と実施結果の報告を求め、把握された他の労働者の健康診断結果等を踏まえ、引き続き必要な対応を行う。(D事業場については、別途5にて記載)

5. 福井県の事業場及び同一企業の関連事業場に係る対応

(1) 福井県の事業場に係る対応

現在、独立行政法人労働安全衛生総合研究所において、1月20日及び21日に採取した試料の分析等を実施中。厚生労働省としても、引き続き、同研究所と連携しながらオルトートルイジンを中心に原因の究明を行う。

また、この事業場を有する企業に対して、当該事業場の労働者・退職者全員(オルトートルイジンの取扱作業に従事経験のない者も含む。)に対する膀胱がんに関する健康診断を実施するよう指導し、その結果、新たに労働者1名に膀胱がんの所見があったことを把握。(既に公表している分と合わせると、労働者5名、退職者1名)

(2) 関連する事業場に係る対応

芳香族アミン取扱事業場調査結果(第二報)

第二報までのまとめ(主に膀胱がん関係)

○ 第二報で新たに膀胱がんの病歴又は所見が明らかになったのは、表中の4名(網掛け部分)である。

(注)表中の明朝体は既報分、ゴシック体・下線ありは第二報分

	オルトトルイジンの取扱状況	聞き取り等により把握した膀胱がんの病歴を有する者の数	健診対象事業場数		健診の結果、膀胱がんの所見があった者の数
				健診実施結果の報告のあった事業場数／労働者・退職者数	
調査1: 38事業場	①現在取り扱っている: 17事業場 ②過去に取り扱っていた: 10事業場	<第一報> 退職者1名(A事業場) ^(※1) 労働者1名(B事業場) ^(※1) <第二報> 退職者1名(E事業場) ^(※2)	27事業場	11事業場／225名	0名
	③取り扱ったことがない: 11事業場	0名			
調査2: 30事業場	①現在取り扱っている: 7事業場 ②過去に取り扱っていた: 17事業場	<第一報> 労働者1名(C事業場) ^(※1) 退職者2名(C事業場) ^(※1) 退職者1名(D事業場) ^(※3) <第二報> 退職者1名(F事業場) ^(※4)	23事業場 (※5)	9事業場／101名	退職者1名 (G事業場) ^(※2)
	③取り扱ったことがない: 6事業場	0名			
福井県の事業場	現在取り扱っている	<12月18日公表> 労働者4名 退職者1名	1事業場	1事業場／77名	労働者1名

(※1) A事業場、B事業場及びC事業場は、現時点で、健診実施結果は未報告。

(※2) E事業場及びG事業場は、労働者についての健診実施結果は既に報告があり、現時点までに膀胱がんの所見があった者はいない。退職者については現在健診を順次実施中。

(※3) D事業場は、福井県の事業場と同一企業の関連事業場であり、当該退職者がオルトトルイジンの取扱作業に従事経験があることは分かっているが、30年以上前のことであり、資料もないため詳細の把握は困難。

(※4) 当該退職者の膀胱がん発症については、業務における他の物質の取扱いに起因するものとして労災認定されている。また、F事業場は、労働者についての健診実施結果は既に報告があり、現時点までに膀胱がんの所見があった者はいない。退職者については今後健診を実施予定。

(※5) 24事業場のうち1事業場は、事業場としてはオルトトルイジンを取り扱ったことがあるが、オルトトルイジンの取扱作業に従事経験のある者はいないため健診対象事業場からは除いている。

福井県の事業場以外の当該企業が有する工場部門である2事業場においても、過去に、福井県の事業場と同様にオルトトルイジン等芳香族アミンを原料として染料・顔料の中間体を製造していたことが分かっている(現在は取扱いなし)。このうちの一つの事業場は、第一報で退職者1名が膀胱がんの病歴を有するとして公表したD事業場であり、当該退職者は、オルトトルイジンの取扱作業に従事経験があることが分かっているが、30年以上前のことであり、資料もないため詳細の把握は困難。

当該企業に対して、これらの関連事業場におい

てオルトトルイジン等の取扱作業に従事経験のある労働者・退職者に対する膀胱がんに関する健康診断の実施等を指導し、現時点では、膀胱がんの所見があった者は0名であった。

6. 労災請求への対応

○ 平成28年3月2日現在、福井県の事業場の5名から労災請求がなされている。

○ 労災請求事案については、厚生労働省本省において専門家による労災認定に関する検討会を開催することとしている。



福井県の事業場における膀胱がん発症に係る調査状況等について

平成28年3月18日 厚生労働省発表

福井県の事業場で、オルトトルイジンをはじめとした芳香族アミンを取り扱う作業に従事していた複数名の労働者が膀胱がんを発症した事案を踏まえ、厚生労働省では、原因の究明のため、労働局・労働基準監督署において断続的に立入調査を実施し、膀胱がんとの関連があるとされているオルトトルイジンを中心として、過去も含めた作業実態の把握等を行ってまいりました。

また、独立行政法人労働安全衛生総合研究所（以下「安衛研」という。）による専門的な調査を昨年12月16日（予備的な現地調査）及び本年1月20日～21日（本格的な現地調査）に実施し、オルトトルイジン等のばく露状況の把握等を行いました。

今般、これまでの調査状況等について、安衛研より報告があり、厚生労働省として別添のとおり暫定的な取りまとめを行ったのでお知らせします。

なお、オルトトルイジンについて先行して調査を進めてきましたが、その他の芳香族アミンについても安衛研において引き続き調査を継続する予定です。

福井県の事業場における膀胱がん発症に係る調査状況等について

独立行政法人労働安全衛生総合研究所（以下「安衛研」という。）より別紙のとおり報告があり、暫定的に取りまとめた内容は以下のとおり。

1 調査の概要

(1) 事業場の概要について

① オルトトルイジン等の取扱作業

福井県の事業場においては、液体のオルトトルイジン等芳香族アミンを原料として、有機溶剤を溶媒として使用し、他の化学物質と反応させることにより染料の中間体（粉状の国体の製品。以下「製品粉体」という。）を製造している。製造工程は、原

料を反応させ生成物を作る工程（以下「反応工程」という。）と生成物を乾燥させて製品粉体にする工程（製品粉体を袋詰めする作業も含む。以下「乾燥工程」という。）に大別される。各工程の設備は自動化・密閉化されておらず、労働者の手により行う作業が数多く存在する。（32頁を参照。）

② 膀胱がんを発症した労働者及び退職者

当該事業場の労働者は原料及び工程ごとに専属で配置されており、膀胱がんを発症した労働者5名及び退職者1名は、オルトトルイジンの反応工程又は乾燥工程に従事した経歴を有している。なお、現職労働者が就労を開始した時期は平成2年から平成9年の間であり、退職者の就労歴は平成7年から平成15年までである。

(2) 調査状況の概要について

当該事業場において、昨年末以来停止させていたオルトトルイジンの反応工程及び乾燥工程を労働者に保護具等を着用させた上で3日間稼働させ、4日目に通常通りの作業を行わせながら、オルトトルイジンの作業環境測定（化学物質の気中濃度を事業場内の定点で測定するもの）及び個人ばく露測定（化学物質の気中濃度を作業者の呼吸域で測定するもの）、作業者の尿検査、その他、各工程における溶媒や生成物、製品粉体等のオルトトルイジン含有量の測定などを実施した。また、当該事業場関係者からの聴取や労働局・労働基準監督署の調査の結果から、現在及び過去におけるオルトトルイジンの取扱作業の実態の把握を行った。これまでの調査状況については以下のとおりである。

① 今回調査時におけるオルトトルイジンのばく露状況

ガス状のオルトトルイジンにばく露する可能性がある作業について作業環境測定及び個人ばく露測定を行った結果、全ての測定において日本産業衛生学会による許容濃度（1ppm）を越えるオルト

トルイジンは検出されなかった。

一方で、今回調査当日の作業就業前後で尿検査を行い、作業者の尿中オルトトルイジンの増加量を測定した結果、特定の作業者に高い値が検出された。そのうち、乾燥工程に従事する特定の作業者に特に高い値が検出された。

このことから、当該事業場におけるオルトトルイジンの取扱作業に従事したことにより、オルトトルイジンの生体への取り込みがあったことが明らかである。

② 今回調査時におけるオルトトルイジンのばく露経路の考察

ア 経気道ばく露（空気中から吸い込むことによるばく露）

今回調査時においては、測定されたオルトトルイジンの気中濃度は十分低く、さらに、作業者は十分な性能の呼吸用保護具を着用していたことから、経気道ばく露によるオルトトルイジンの生体への取り込みがあった可能性は低い。

従って、特定の作業場でオルトトルイジンの経気道以外のばく露経路が存在する可能性が考えられる。

イ 経皮ばく露（皮膚から吸収することによるばく露）

蒸留して再利用している有機溶剤（以下「蒸留有機溶剤」という。）や生成物、製品粉体にオルトトルイジンの含有が確認された。また、作業者は、蒸留有機溶剤で洗うことによりオルトトルイジンに汚染されたゴム手袋を着用して作業していたことや、製品粉体の乾燥状況の確認作業を保護手袋の着用なく行っていたことなど、経皮ばく露防止対策が不十分な実態が判明しており、これらの経皮ばく露経路によるオルトトルイジンの生体への取り込みがあったことが推察される。

ウ 製品粉体のばく露

製品粉体中に残留する未反応オルトトルイジンの経皮ばく露もしくは経口・経気道ばく露による生体への取り込み、又は、製品粉体の経口・経気道ばく露により体内で分解生成したオルトトルイジンの生体への取り込みについても可能性としては存在するが、今回調査時においては、製品粉体を取り扱う作業者は十分な性能の保護衣及び呼吸用保

護具を着用していたことから、製品粉体のばく露によるオルトトルイジンの生体への取り込みがあった可能性は低い。

③ 過去の作業実態及びばく露状況の考察

ア 経気道ばく露

当該事業場の過去の有機溶剤に係る尿中代謝物の検査結果から、過去における有機溶剤のばく露は今回調査時より高いことが推察される。また、当該事業場関係者からの聴取等により、同時期における呼吸用保護具の不適切な着用の実態も把握されており、過去においては、経気道ばく露によるオルトトルイジンの生体への取り込みがあったことが推察される。

イ 経皮ばく露

当該事業場の過去の有機溶剤に係る尿中代謝物の検査結果及び関係者からの聴取等により、ろ過槽内の生成物を蒸留有機溶剤で洗浄する作業や生成物を乾燥機に投入する作業で、飛沫等が皮膚に付着していた実態が把握されていること、また、保護衣や保護具の不適切な着用の実態や誤った保管方法から、過去においても、経皮ばく露によるオルトトルイジンの生体への取り込みがあったことが推察される。

ウ 製品粉体のばく露

当該事業場関係者からの聴取等により、過去においては、製品粉体の高濃度ばく露の実態や適切な保護衣等が着用されていなかった状況が把握されており、製品粉体のばく露によるオルトトルイジンの生体への取り込みについても可能性として存在する。これに関しては、更なる試験研究が必要である。

2. 今後の対応

これまでの調査状況を踏まえ、厚生労働省としては今後、以下について対応することとしている。

(1) 福井県の事業場に対する誠査及び指導の実施

現在のばく露経路を確定するため、安衛研による調査を引き続き実施する。また、これまでの調査結果から、現在の設備及び作業形態においては、オルトトルイジンのばく露経路が存在しており、特

に経皮ばく露の防止対策は不十分であることが明らかとなっていることから、製品の生産工程の密閉化を基本としたオルトトルイジンのばく露防止対策の改善について指導を行う。これに関しては、安衛研の調査班から専門家を派遣し、労働者も含めた当該事業場関係者からの聴取等を行うとともに、併せて、今回の調査結果を踏まえた労働者教育の支援を行う。

また、当該事業場については、引き続き労働者及び退職者に対して適切に健康診断及びその事後措置が行われるよう、継続して指導を行う。

(2) 全国のオルトトルイジンの取扱事業場等に対する指導の実施

既に把握しているオルトトルイジンを含む現在取り扱っている事業場に対し、特に経皮ばく露について注意喚起を行うとともに、適正なばく露防止対策について指導を行う。

また、製品粉体のばく露によるオルトトルイジンの生体への取り込みについても可能性が指摘されていることから、製品粉体を取り扱っている事業場に対し、予防的観点からの注意喚起を行う。

(3) オルトトルイジン等による膀胱がんの発症に関する調査研究の実施

職域におけるオルトトルイジン等の取扱いによる膀胱がんの発症について、さらなる原因究明や適切なリスク管理、健康管理対策のため、尿中オルトトルイジンの測定など経皮吸収がある物質の経皮ばく露に関する評価方法に係る研究などを含め、幅広い調査研究を行う。

(4) 規制の在り方の検討

今般の調査結果について、学識経験者、使用

福井県の事業場におけるo-トルイジン等の測定結果

	サンプル数	平均値	最小値	最大値
作業環境測定結果	7カ所	ガス状o-トルイジン 12.6 µg/m ³ (0.003ppm) 1カ所はN.D. 製品粉体 ^(※) 37.5 µg/m ³ 4カ所はN.D.	ガス状o-トルイジン 3.8 µg/m ³ (0.001ppm) 製品粉体 ^(※) 33.0 µg/m ³	ガス状o-トルイジン 35.2 µg/m ³ (0.006ppm) 製品粉体 ^(※) 45.2 µg/m ³
個人ばく露測定結果	6名 15サンプル	ガス状o-トルイジン 56.6 µg/m ³ (0.013ppm) 1カ所はN.D. 製品粉体 ^(※) 2115 µg/m ³ 6カ所はN.D.	ガス状o-トルイジン 15.5 µg/m ³ (0.004ppm) 製品粉体 ^(※) 26.5 µg/m ³	ガス状o-トルイジン 234 µg/m ³ (0.053ppm) 製品粉体 ^(※) 9940 µg/m ³
尿中代謝物測定結果	13名 (コントロール1名は除く)	89.9 µg/L	0 µg/L	541 µg/L

※製品粉体中には、21.7ppmのo-トルイジンを含む

(参考) o-トルイジンの許容濃度：1ppm (日本産業衛生学会)

2

福井県の事業場における有機溶剤の尿中代謝物検査結果

(受診労働者における各分布となった者の割合：対象期間中の平均)

期間	尿中代謝物分布2以上	尿中代謝物分布3
H3.3～H8.9	26.7%	9.3%
H9.3～H13.10	30.8%	8.1%
H14.4～H17.10	21.1%	3.5%
H18.3～H22.10	10.8%	1.3%
H23.3～H27.10	8.0%	1.1%

注1：「尿中代謝物検査」については、福井県の事業場が取り扱っていた有機溶剤に関する健康診断^(※)では、有機溶剤のばく露状況を把握するため、有機溶剤の代謝物（有機溶剤が体内に取り込まれて、体内での反応により生じる化学物質）の量を測定。
測定結果は、「分布1」（ばく露が低い）、「分布2」（ばく露がやや高い）、「分布3」（ばく露が高い）の3段階で評価しており、分布2又は分布3に該当する場合には、原因を確認し、労働によるばく露によるものである場合は、事業場は、取扱設備の改善や作業方法の改善等の措置を講じる必要がある。
尿中代謝物の量は、ばく露の大小を反映する一指標であり、この値が高いことをもって健康上の異常があるかどうかを意味するものではない。
なお、この表の「分布2以上」は、「分布2」と「分布3」の者の合計を示す。
※有機溶剤中毒予防規則に基づき、一定の有機溶剤を取り扱う業種に就いている労働者に対して、6か月以内ごとに1回健康診断が実施される。

製品粉体の分解について

実験の目的

製品粉体が体に付着した場合等に分解してo-トルイジンを生成するかどうかを確認。

実験条件

蓋付き試験管内に10mgの製品粉体に3mLの水、塩酸を加える。
18時間 37°Cで加熱後、溶液中のo-トルイジンを分析。

溶液	溶液中に検出された製品粉体に対するo-トルイジンの量(重量比%)
水	0.12
0.01M 塩酸(pH2)	0.12
0.1M 塩酸(pH1)	0.36

結果

汗や胃液などで製品粉体からo-トルイジンが発生する可能性がある。
実際に体内で製品粉体がどう変化するかについては動物実験等の検証が必要である。

者、労働組合等からなる「化学物質のリスク評価に係る企画検討会」に対して報告を行い、職域におけるオルトトルイジンの取扱いによる労働者の健康障害の防止のための規制の在り方についての検討を行う。

※<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000116722.html>

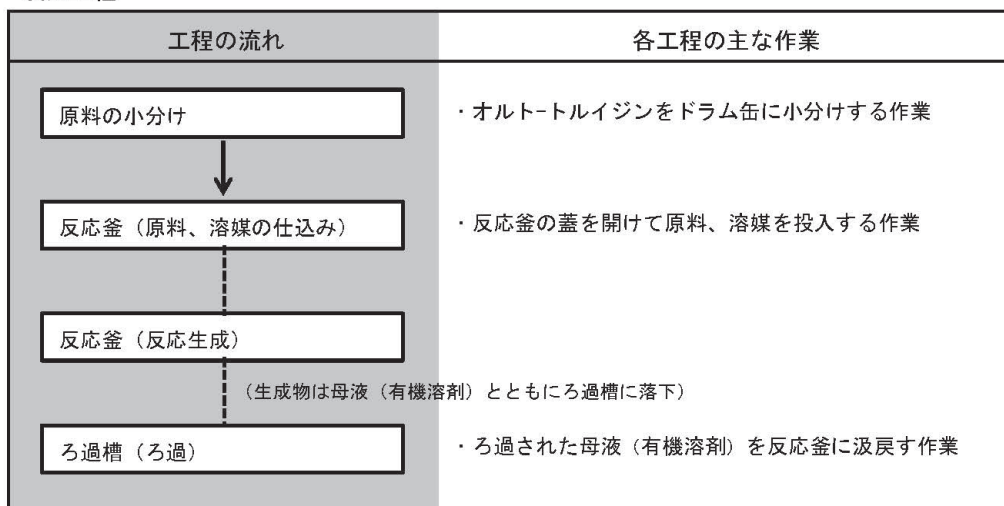


(参考)

福井県の事業場におけるオルトトルイジンの主な取扱作業

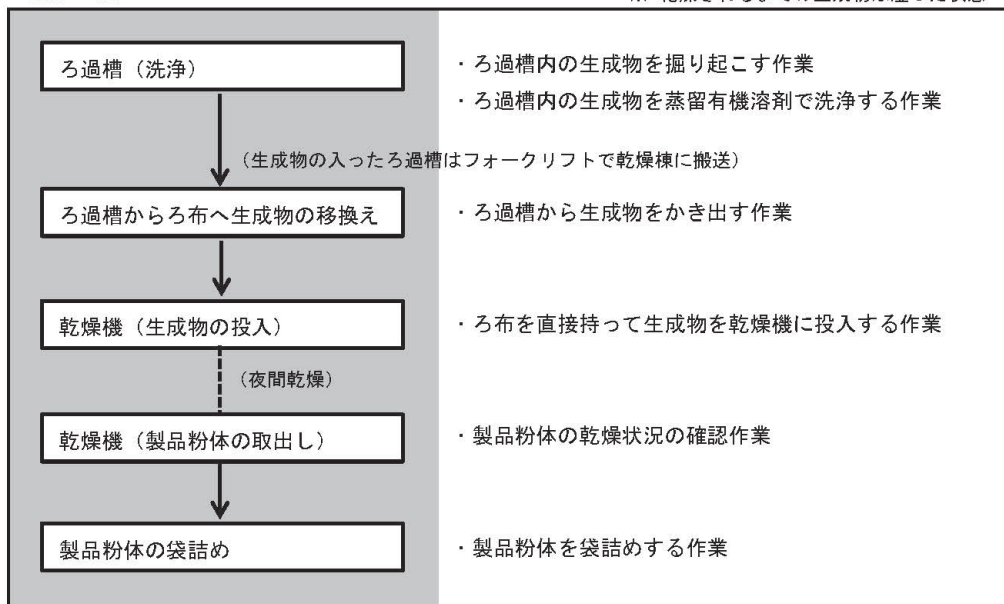
【定常作業】

反応工程



乾燥工程

※ 乾燥されるまでの生成物は湿った状態



【非定常作業】



別紙

福井県の事業場における膀胱がん発症に係る調査状況について

独立行政法人労働安全衛生総合研究所

分析結果	今回調査の分析結果			過去の作業実態等 (福井労働局・監督署の調査、工場関係者からの聴取結果)	過去のばく露状況の考察
	関連の検証結果	調査時の作業実態	ばく露経路の考察		
<p>経気道ばく露</p> <p>1 オルトルトレイジンの作業環境測定及び個人ばく露測定では許容濃度を超える結果は得られなかった。</p> <p>2 尿検査の結果、尿中オルトトルイジン値は特定の作業者に高い値を検出した。乾燥工程に従事する特定の作業者に特に高い値を検出した。</p>	<p>○ 蒸留有機溶剤も含め各工程の有機溶剤中にオルトトルイジンの含有を確認した。(蒸留有機溶剤中 0.109% (会社測定: 0.20%))</p> <p>○ 乾燥前の生成物スラリー中に残留未反応オルトトルイジンの含有を確認した。(21.4ppm)</p> <p>○ 乾燥後の製品粉体中に残留未反応オルトトルイジンの含有を確認した。(21.7ppm(会社測定: 最大40ppm))</p> <p>※ 製品粉体に露を加えたとき、オルトトルイジンの生成は僅かに確認された。</p>	<p>○ 十分に性能の防衛防止マスク又は送気マスクを着用していた。</p> <p>○ 特に高い値を検出した作業者のゴム手袋がオルトトルイジンに汚染されていた。原因は、使用後に蒸留有機溶剤で洗い、ビニール袋に入れた状態で保管し、数ヶ月間履き替えずに同じゴム手袋を着用して作業していた。(過去から同様の実態)</p> <p>○ 特に高い値の者は、乾燥不十分の製品の乾燥状況の確認を保護手袋の着用なく行っていた。</p>	<p>○ 今回調査においては経気道ばく露によるオルトトルイジンの生体への取り込みがあった可能性は低い。</p> <p>○ オルトトルイジンの生体への取り込みがあったことが特定である。</p> <p>○ 特定の作業者で経気道以外のばく露ルートが存在する可能性がある。</p>	<p>(福井労働局・監督署の調査、工場関係者からの聴取結果)</p> <p>○ 過去の有機溶剤に係る尿中代謝物の検査結果において、平成17年以前は分布2以上の割合が20～30%あり、過去における有機溶剤のばく露は今回調査時より高いことが推察された。</p> <p>○ 平成9～13年に使用された防衛マスクについても、吸収缶の性能と当時の交換頻度から、吸収缶が破過した後も使用していた可能性がある。</p>	<p>○ 過去においては作業環境中のオルトトルイジンにはばく露していた可能性が考えられる。長期間にわたる不適切な呼吸や保護用具の着用状況や誤った使用方法から推察すると、オルトトルイジンの経気道ばく露による生体への取り込みはあったと推察される。</p>
<p>経皮ばく露</p>			<p>○ 乾燥工程において、ろ過槽内の生成物スラリーを蒸留有機溶剤で洗浄する作業等では、有機溶剤が皮膚に飛散したり、作業者が有機溶剤で濡れた状態で作業することがあった。(有機溶剤中のオルトトルイジンのばく露が考えられる。)</p> <p>○ 乾燥工程において、生成物スラリーをろ布から乾燥機に投入する作業では、濡れたろ布に直接触れて全身が濡れる中で作業していた。(保護衣の内側に浸入し、ばく露していたと考えられる。)</p> <p>○ 膀胱がん発症者のうち、反応工程において99.9%のオルトトルイジンの原料投入・小分け・移送作業に従事していた者は、長期間同じゴム手袋を使用しており、毎回のようにはばく露していた。</p>	<p>○ 飛沫等が皮膚に付着し、経皮ばく露によるオルトトルイジンの生体への取り込みがあったと推察される。</p> <p>○ 長期間にわたる不適切な保護衣や保護用具の着用状況や誤った保管方法から推察すると、オルトトルイジンの経皮ばく露による生体への取り込みはあったと推察される。</p>	<p>○ 過去においては作業環境中のオルトトルイジンにはばく露していた可能性が考えられる。長期間にわたる不適切な呼吸や保護用具の着用状況や誤った使用方法から推察すると、オルトトルイジンの経気道ばく露による生体への取り込みはあったと推察される。</p>
<p>製品粉体のばく露</p>		<p>○ フード付きのつなぎの保護衣及び防衛防止マスクを着用していた。</p>	<p>○ 製品粉体のばく露によるオルトトルイジンの生体への取り込みについては存在する。(今回調査においては製品粉体のばく露があった可能性は低い。)</p>	<p>○ 平成23年までは乾燥工程の労働者は夏場は半袖Tシャツを着用していた。</p> <p>○ 乾燥工程における製品袋詰め作業(定常)では、袋開け、計量時等において製品粉体のばく露の実態あり。特に夏場は汗で粉体が皮膚に付着していた。</p> <p>○ 乾燥機槽内の清掃作業(非定常)でも製品粉体が粉まみれになっていた。</p> <p>○ 保護員、保護衣に付着した製品粉体を吸い込みむ可能性がある。</p>	<p>○ ①製品粉体中に残留する未反応オルトトルイジンの経皮ばく露、もしくは経口・経気道ばく露による生体への取り込み、又は、②製品粉体内で分解生成したオルトトルイジンの生体への取り込みについては存在する。</p> <p>(動物実験等)が必要となる。</p>

今後の対応について留意すべき点

- 当該事業場においては、原材料又は不純物としてのオルトトルイジンの取扱いは、乾燥機への投入、乾燥機での製品の乾燥に至る工程の密閉化を基本として改善を講じる必要がある。また、呼吸用保護具、不浸透性の保護衣、保護手袋、保護長靴等、経気道及び経皮の両面からばく露防止を徹底する必要がある。さらに、労働者の保護用具の着用状況の確認、保護員の適切な管理を徹底する必要がある。
- 当該事業場においては、オルトトルイジンの体内への取り込み経路及びそのばく露防止については、調査結果を踏まえた正しい情報を労働者に教育する必要がある。
- 当該事業場においては、上記の対策の効果を確認するためのオルトトルイジンのばく露評価として、作業環境測定や個人ばく露測定等の外部にばく露評価に加えて、尿中オルトトルイジンの測定など内部ばく露評価手法を用いたリスク管理を徹底し、ひいては健康管理に活用する必要がある。

職業病の報告：欧州5か国における問題点とグッドプラクティス

Eurogip 2015.2

3 デンマーク、スペイン、フランス及びイタリアにおける職業病の過少報告に対する闘い

ここまでの調査対象であった欧州5か国のうち、この部分では4か国を取り上げる。ドイツでは過少報告の現象がとるにたらない問題になりつつあると考えられているのに対して、デンマーク、スペイン、フランス及びイタリアでは、かなりの数の職業が報告されていないことが認められている。これには多くの理由がある。

- ・ 職業病に関する情報及び臨床医への訓練の不足、それゆえの疾病の可能性のある労働関連原因を調べることに彼らの関心の不足。彼らの弁護としては、患者の労働環境について医師が知らされていないことが多いこと、一定の疾病—がんなど—はしばしば多因子性で、曝露から何年もたってから起きることが多く、それが被災者の職業との関連性を容易に確立できないようにしている。
 - ・ 可能性のあるリスクへの曝露及び職業病のための特別な保険システムに関する労働者の情報の不足
 - ・ 労働者の職を失うことへの恐れ
 - ・ 手続の複雑さ及び長さ、及び補完的認定システムのもとでリスク曝露を証明することの困難さ
- 国及びその報告システムの状況によっては、他にも可能性のある説明がある。

ここで対象となった4か国は、職業病の過少報告

の問題に関心を表明してきたし、いまなお表明している。彼らはしばしばその規模を測定しようと試みてきた(3.1参照)。また必然的に、この現象と闘うための実験的措置を実施してきた(3.2参照)。

3.1 国別の観測：現象の原因及び規模

過少報告の現象は、デンマークとフランスでは、作成される特別報告のなかで非難されてきた。スペインとイタリアでは、それよりは散発的に記録されている。

デンマーク

デンマークは、職業病の過少報告を優先的関心事として扱っており、過去数十年間そのようにしてきた。1990年、1996年及び2007年に公表された調査は、この現象の存在を示すとともに、とりわけ職業がんについて、それを定量化した。最近2012年の、とくに職業病の過少報告の問題を対象とした報告書は、質的及び量的側面からこの問題にアプローチしている。

職業がんの過少報告に関する3つの調査

各調査は、継続する期間にわたって、職業曝露との関連性がよく知られていることから選ばれた2種類のがんについて、がん登録に登録された件数と労働監督または全国労働災害委員会に対する報告件数の違いを測定することを目的としたものであった。

医師及びとくに当該がんを担当する専門医が、

それらの職業曝露との関連性を知っているものと考えられる、2つの疾病が対象とされた。この疾病は、アスベストによる胸膜中皮腫と、木材粉じんと関連した鼻腔及び副鼻腔の腺がんである。

1990年の最初の調査は、1983～1987年に、これら2種類のがんの過少報告率を約50%と推計した。がん登録に登録された268件のうちの92件（すなわち34%）しか報告されていなかったのに対して、調査の結論は、それらのうちの191件は報告されてしかるべきであったとした。

本調査はまた、1986年及び1987年に診断された患者について、病院部門がもつ医療ファイルの質も対象とした。調査された81ファイルのうち、51件は労働監督/全国労働災害委員会に報告されていなかった。

調査は、疾病の労働関連性に高い可能性がある場合でさえも、医療ファイルに曝露歴が必ずしも記録されていないことを明らかにした。報告されなかった事例の75%（51件のうち38件）で、曝露歴が欠如、またはさきわめて質が低いことがわかった。この点に関して、問題は、職業曝露に関するデータが医療ファイルに記入されていないとしたら、病院部門の長がいかにして疑われる事例を報告する義務を果たすかということである。

1996年に公表された、1983～1990年を対象とした第2の調査は、たんに前回の調査の結論を確認しただけで、改善はみられなかった。

2007年に公表された直近の調査は、1994～2002年を対象期間にして、がん登録に登録された事例と全国労働災害委員会に報告されたものとの間で

同じ比較作業を行った。その結果、対象期間にわたって、がん登録に登録された中皮腫事例の55%及び腺がん事例の87%しか保険組織に報告されていなかったことが示された。報告された事例のうち各々91%及び87%が、職業がんとして認定された（表2及び3参照）。

全国労働災害委員会に登録されなかった事例は、補完的年金組織ATP（Arbejdmarkedets Tillaegspension）及びCivil Status登録（Det Centrale Personregister）のデータベースのなかで調べられた。その目的は、該当者が1964年以降保持していたポジションに関する情報を収集し、それによってアスベストまたは木材粉じんへの職業曝露の可能性を評価することであった。

それらのキャリア記録は、胸膜中皮腫に罹患した男性の60%（及び女性の5%）がアスベストに曝露したことがあり、腺がん罹患した男性の32%（及び女性の0%）が木材粉じんに曝露したことがあることを示した。

本調査は、これら2種類の疾病のかなりの過少報告が存在しており、この過少報告は1980年代以降明らかには変わっていないと結論づけた。

職業病の過少報告に関する報告書

2012年5月に、労働大臣の委託を受けてOI [労働災害]/OD [職業病] 保険者によってコーディネートされた作業委員会が、職業病の過少報告に関する報告書を発表した。

この専門家委員会の目的は、現象の規模を測定し、その原因を説明し、現実的解決策を提案する

表1 1986年及び1987年に診断された胸膜中皮腫及び鼻腔・副鼻腔の腺がん事例及び労働監督/全国労働災害委員会への未報告事例の医療ファイルの推計(デンマーク)

医療ファイルに含まれる職業曝露に関する情報の質	胸膜中皮腫	鼻腔・副鼻腔の腺がん	合計
職業曝露と結論づけられる職歴だが未報告	3	0	3
診断時点で患者は生存していたものの曝露歴なし	11	5	16
可もなく不可もない質の曝露歴	4	0	4
曝露歴なし、死亡後診断	18	0	18
職業曝露なしと結論付けられる職歴	8	2	10
合計	44	7	51

職業病の報告：欧州5か国における問題点とグッドプラクティス

表2 1994～2002年にがん登録に掲載された胸膜中皮腫罹患者及び全国労働災害委員会への報告（デンマーク）

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	合計
報告件数：がん登録	69	64	68	82	73	97	80	90	72	695
全国労働災害委員会	40	34	35	55	44	55	43	39	36	381
割合（％）	58%	53%	51%	67%	60%	57%	54%	43%	50%	55%
全国労働災害委員会による認定件数	34	27	26	45	38	51	38	38	34	331
認定率（％）	85%	79%	74%	82%	86%	93%	88%	97%	94%	87%
未報告件数	29	30	33	27	29	42	37	51	36	314

表3 1994～2002年にがん登録に掲載された鼻腔・副鼻腔の腺がん罹患者及び全国労働災害委員会への報告（デンマーク）

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	合計
報告件数：がん登録	15	9	109	10	16	15	8	17	108	
全国労働災害委員会	6	5	6	4	6	5	6	2	4	44
割合（％）	40%	56%	60%	44%	60%	31%	40%	40%	24%	41%
全国労働災害委員会による認定件数	5	5	5	3	5	5	6	2	4	40
認定率（％）	83%	100%	83%	75%	83%	100%	100%	100%	100%	91%
未報告件数	9	4	4	5	4	11	9	6	13	64

ことであった。この作業は、報告の源の統計的分析（請求者、請求者ごとの頻度、請求者の地理、診断など）、美容師における湿疹について行われた調査（2011年）、がんに関する上述の3つの調査、1998年の幅広い臨床医を対象にした診察における職業曝露の位置付けに関する調査、及び家庭医を対象に行われたインタビューを基礎にして実施された。

デンマークでは医師が報告システムの要であることから（1.2参照）、専門家の作業は主として、医療専門家が労働関連性が疑われる事例を発見し、またその後それを報告する能力に関係した。

報告書は、国内で過少報告が大いにあり得ると結論づけた。問題の規模は地域、活動や疾病の種類によって多様であるものの、全体としての過少報告事例は年に1,000件から2,000件の間と推計される（2011年にデンマークは約18,000件の認定請求を登録している）。

医師の慣行に関しては、一般臨床医の約半数（45%）は2010年7月1日から2011年12月31日の間に1件の事例も報告していなかった。

上述の対象期間中に報告をした医師の80%は、

1～5件の報告を行った。平均して、病院医または専門医は、一般臨床医の4～5倍多く報告している。

原因、及びそれゆえ改善策に関しては、数多くの提案がある。

報告の義務は医師及び歯科医師に限定されるべきではなく、精神分析医やカイロプラクターなど医療部門の他の施術者にも拡張され、また、この義務は使用者にも再度導入されるべきである（1999年に廃止された）。

疾病の労働関連性に関して疑いをもった場合、または厳密な診断を確立することが不可能である場合の報告に関する医師の懸念を克服するためには、彼らの報告義務の対象を思い出させ、また、様々な労働環境と関連する病理に関するASK保険者の簡潔な情報のウェブサイトを利用できるようにすることが必要であろう。

（報告した個々の事例に対してとられた対応に関するフィードバックがないことから）手続において十分に調査/関与されていると感じていない医師もいることから、手続の結果を彼らに知らせることが計画されている。

いくつかの他の方向も追求されている。医師へ

表4 1994～2002年に全国労働災害委員会に報告された胸膜中皮腫及び
鼻腔・副鼻腔の腺がん罹患者の職業曝露(デンマーク)

疾病	性別	合計	労働活動に関する情報		アスベスト/木材粉じんへの曝露(%)
			なし	あり	
胸膜中皮腫	男性	224	48	176	105(60%)
	女性	90	29	61	3(5%)
鼻腔・副鼻腔の腺がん	男性	38	3	35	11(32%)
	女性	26	9	17	0

のインタビューが、疾病の原因は彼らの優先的アプローチではない(彼らは主に疾病を治療することに焦点を置いている)ことを明らかにしていることから、(一度も報告をしたことのない医師にねらいを定めて)彼らの報告の義務について知らせ続けることが望ましい。また、とくに関心をもっている一定の専門医のグループにねらいを定め、特別の保険システムの存在についての労働組合経由での労働者の認識向上を継続し、電子的報告を促進するとともにその使いやすさを評価し、職業病報告の引き金となるべき疑いについての基準をもつばら扱うASK保険者のウェブサイト上の情報領域を創設し、今後の医師の訓練において職業医学により高い優先順位を与えることも計画されている。

職業病を調べるための前向きなシステムの実験に関して、報告書は、新たな診断事例についての、(一定の中央集権化した保健登録を用いた)全国保健事務所(Sundhedsstyrelsen)とASK保険組織との間の自動報告の可能性を検討することを提案している。

この事例の相互伝達は、すでに中皮腫及び副鼻腔がんについて存在している。

いくつかの病理(皮膚疾患、石綿肺、肺がん及び膀胱がん)については、事例を報告する可能性について説明した手紙を、関係する患者の家庭医に自動的に送付することも可能である。

さらに、作業委員会は、デンマークにおける既存のすべての医療情報システム(lægesystemer)に、職業病報告の様式を表示するよう確保することを勧告している。これは、既存の医療情報システムへの統合または適応を必要とする。現実的には、

全国労働災害委員会が、技術的実現可能性とこの統合の費用を評価する専門の評価を実行するために、MedComとのコンタクトを確立することが勧告されている。

最後に、短期的イニシアティブとして、作業委員会はOIs/ODsの全国部局に対して、OIs/ODsの全国部局ウェブサイトへのリンクを、地方自治体のウェブサイトの健康ページ上につくるよう、地方自治体をコンタクトをとることを勧告している。

作業委員会は、その過少報告に関する報告書のなかで、反対側の過剰に陥って、患者/被災者の間に正当化されない期待を生じさせる、過剰報告の現象で終わらせないことが重要であると結論づけている。

スペイン

スペインでは、職業病の過少報告の問題は、デンマークでのように合意があるとは言えない。

保険組織(Mutuas及びその連合体であるAMAT)によれば、これは附帯現象ということになるが、労働組合はその主張を強く非難している。

国の大部分の専門家は、スペインでは、とりわけ職業がんについて、かなりの過少報告が存在していることに同意している。これは、数多くの専門家の論文のなかで非難されている。

AMATとMutuasは、「過少報告」に対して、意図的な未報告を示唆するであろう「過少診断」という言い方のほうを好んでいる。にもかかわらず保険者は、2006年の法的変更以前のいくつかの過少報告の存在を認めている。これは、明らかに1978～2006年に施行されていたスペインの職業病リスト

職業病の報告：欧州5か国における問題点とグッドプラクティス

の陳腐化だけでなく、使用者だけがその所属するMutualに対して疑われる事例を報告することができる」と規定していた古い手続、さらには疑われる職業病の個々の事例を所轄する労働監督官が当該企業を訪問するという不快な影響の結果でもある。

現在は、保険者によれば、過少報告は20%は超えていない。

また、実際に労働災害の15%が間違っ職業病に分類されて請求されており、これは被災者の補償については影響はない。

スペイン労働医学専門家協会（AEEMT）によれば、労働災害中の職業病の割合は、それよりも高く50%程度である可能性がある。

しかし、過少報告に対する非難は、2000年代中頃以来高まっている。（その情報がないことから）認定請求件数を使うことはできないものの、前年と比較して27%減少した2006年（それゆえ2005年の認定30,030件から2006年は21,905件に減少した）以降、認定件数が減少していることは明らかである。2007年には17,061件しか認定されておらず、これはさらに23%減少したことを意味しているから、この傾向は継続している。

この傾向の逆転は、Mutuasに大きな金銭的影響を与えた法令の改訂後に生じたものである。2006年1月1日に施行されたこの立法は、年金の総額を償還することになる、職業病被災者の永久的障害及び死亡に対する年金の金銭的費用を、今後Mutuasが負担することとした。以前は、MutuasがINSSに対して、企業が支払った負担金の割合というかたちで年金総額を払い戻していた。新しい計

算方法は、Mutuasが職業病の認定を減らす誘因となった。

Mutuasは、企業が支払う負担金の総額の増加（またそれゆえ、20のMutuasは競争していることから、加入者を失うリスク）を避けるため、明らかに認定及び補償される職業病の数を意図的に減らした。

さらに、2007年に職業病の法的枠組みが大きく改められた（新たな職業病リスト、新たな報告手続、新たな統計的登録システム、1.3参照）。多くの関係者は、新たなシステムの機能不全について批判し、ITの活用は過度に拘り定規で、最適な報告ができないと主張された。

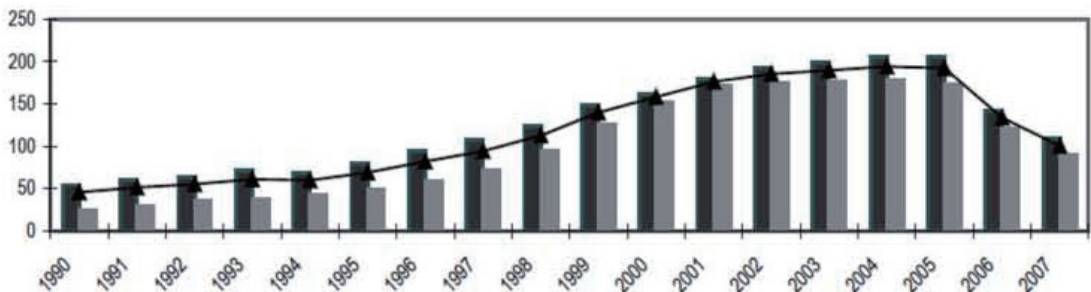
これら2つの出来事が、明らかに2006年以降の職業病認定件数の減少の原因となった。職業病の件数の減少がたんに労働安全領域における進歩の結果とは言いきれないことから、こうした説明はよりもっともらしいと考えられた。

過少報告は、2006年以前に、すでに明らかに悪化していた。

ISTAS (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud) は、2006年、2007年、2008年及び2009年の報告書のなかで、スペインにおける職業病の過少報告を推計しようと試みた。

公式の認定統計、死亡率、罹患率及び有病率に関する入手可能なデータと比較することにより、また、いくつかの国及び国際的な疫学的情報源に基づいて寄与リスクを推計することにより、ISTASはその2008年の報告書のなかで、平均過少報告率を80%とした（表5参照）。

図8 1990～2007年における被保険者10万人当たり(男女別)職業病認定率(スペイン)



Source: Análisis del descenso del reconocimiento de las enfermedades profesionales en España, 2006-2007

表5 2008年についての職業病の過少報告に関するISTASの推計の要約(スペイン)

疾病	報告/認定された職業病の件数	職業病の推計件数	過少報告率
筋骨格系障害	13,966	31,812	53.1%
皮膚疾患	1,242	12,909	90.4%
難聴	790	11,642	93.2%
呼吸器疾患	850	9,467	91%
悪性腫瘍	62	6,291	99%
感染症	493	2,390	79.4%
合計	18,700	90,869	79.4%

ISTASによれば、過少報告は、とりわけ肺がん及び皮膚疾患に関係している。

これについては、全国医療サービスの医師の過少診断、Mustuasによる認定をやめさせる職業病についての年金の新たな還元手続、企業の労働監督官による訪問を受けることへの根強い恐れなど、多くの説明があり得る。

フランス

職業病の過少報告の問題は、つねに議論的になっている。1997年以来、「Cour des comptes」(政府の監査機関)の判事が議長を務める委員会が、3年ごとに労働災害職業病の過少報告の費用を推計する作業を行っている。この推計は、詳細な公式報告書の対象である。最新の報告書(2014年6月)は、前回の委員会の提案の実施状況及び主要な職業リスクに対する闘いの最近の進展を評価した後、職業リスクの過少報告及び過少認定の主要な理由を分析している(表6参照)。

これらの理由は、前回2011年の報告書以降、少し変化している。したがって、職業病の過少報告の原因になっている要因は、使用者(とりわけ隠ぺい行為またはリスクアセスメント文書の表示/更新を怠ることを通じて)、労働者自身(疾病と労働活動との関連性の無視、職を失う恐れ)、または医療専門家(医師に対する訓練・情報の一貫した不足、雇用に影響を及ぼす可能性がある場合に疾病を報告したがる、労働医学サービスと病院外ヘルスケア提供者との間の連携不足)によるものであるかもしれない。職業補償システムと障害システムの併存も、過少報告の現象に寄与しているかもしれない。

い。

過少認定の原因になっている可能性のあるものとして確認された諸要因について、報告書は、基金によって異なる職業病認定及び永久障害率判定の手続における大きな不均質性、いくつかの職業病表の陳腐化、その改訂の困難さ、及び労働者の心理社会的リスクへの曝露と関連した精神疾患の表示不足に言及している。

現行の法的システムの枠内で職業性が認定され得る疾病分野に限定して、委員会は、労働関連性の疾病の割合を決定するために、利用可能な疫学的統計に基づいて、職業病過少報告の件数を推計している。

これが非常におおまかな推計であることに留意しつつ、その目的は、社会保障システムの「職業リスク」部門から「健康保険」部門に償還される総額を決定するのに用いられるであろう金銭的範囲を計算することである。

これらの推計を各々の種類の疾病の平均費用に適用して(CNAMTSによる金銭的データに基づき、また、がんについては国立がん研究所による調査に基づいて)、2014年の報告書は、職業病過少報告の年間費用の金銭的範囲を5億9600万ユーロから12億2400万ユーロとした(これに労働災害過少報告についての9900万ユーロを加えることができる)。

(年間)社会保障制度予算法によって、2014年及び続く2年間についての配分額が、この金銭的推計に基づいて設定されることになる。この配分額は、2011年に7億1000万ユーロ、2012年と2013年に7億9000万ユーロであった。

職業病の報告：欧州5か国における問題点とグッドプラクティス

表6 L-176-2委員会の枠組みにおける職業病過少報告の推計の概要(フランス)

疾病	過少報告評価基準	推計過少報告件数(2012年、給与所得労働者のみ)
がん	出典：INVS*、IARC*寄与リスク割合：男性3～6%/女性1.5～6%	件数推計なし、費用推計のみ(2億7900万～7億2800万ユーロ)
主要なMSDs	出典：INVS(2009年調査) 過少報告率 手根管症候群45%、肘、手及び指の腱炎50% 肩の腱炎30%	手根管症候群:990万ユーロ、肘の腱炎:653.1万ユーロ、肩の腱炎:8.4万ユーロ、手の及び指の腱炎:251.8万ユーロ
腰痛	出典：INVS(2009年調査) 過少報告率40～65%	133.4～371.7万ユーロ
ぜんそく	出典：1996～2000年の一般人口を対象とした各種調査寄与リスク割合:15%	1億480.8万～1億5826.2万ユーロ
慢性閉塞性肺疾患	寄与リスク割合：10～20%労働原因の割合：1～2%	878.1～2648.1万ユーロ
皮膚疾患	労働原因の罹病率:年労働者千人当たり0.5～0.7件	844.1～1198.1万ユーロ
難聴	出典：AFFSE 2004+INVS	1182.5万ユーロ

* Institut national de veille sanitaire (INVS): French Institute for Public Health Surveillance - International Agency for Research on Cancer (IARC)

過少報告の規模と費用を推計した後、委員会は、「職業リスク」部門による職業病被災者支援の改善について勧告を行っている。

- ・ 医師に対する訓練及び情報の改善の必要性
- ・ 「労働災害職業病」及び「障害」保険組織による補償の領域における適用可能な諸規則の簡素化及び調和化
- ・ 企業を監査する努力の継続
- ・ とりわけ企業がなくなった場合の、リスクアセスメント文書の保存及び保管方法に関する研究
- ・ 病院関係者により多く疾病または傷害の職業性を報告させる動機付け
- ・ 職業病表の更新の継続
- ・ 職業リスクに関する科学的情報の収集及び研究機関の連携の改善

イタリア

国レベルでは、過少報告の問題に関する特別の調査はない。しかし、労働災害及び職業病に関する調査についての議会委員会によるすべての報告(1997年、2006年、2013年)が、統計にあてた章のなかで、「INAIL、使用者、労働者及び産業医はつねに職業病は過少報告された現象であるとみなしてきた」と指摘している。

また、近年、保険組織INAILは、認定請求における著しい増加を計上してきた(工業及びサービス部門で2007年から2011年に41.7%増加)。

報告のブームは、2008年の職業病の新しいリストの施行からはじまった、一連の要因によるものである。このリストは、とりわけ筋骨格系に影響を及ぼす機械的過重負荷に固有の状態など、補完システムのもとで公式に認定され得る、また、掲載された全疾病と同様に、労働関連性の法的推定の恩恵を受けることのできる、いくつかの疾病を含んでいる。次に、特別な疾病の新たなリストの設定、及びもはや病原体因子をもたないことは、(2009年に合計報告件数の20%と推計された)多重報告のかたちでの見返り技術的効果をもった。

認定請求件数の増加も明らかに、(労働者、使用者及び家庭医にねらいを定めた)注意喚起キャンペーン、及びとりわけ大きく増加させた訓練の提供及び情報の作成の肯定的な結果である。

それにもかかわらず、年2,000件報告されている職業がんは、疑いの余地なく、なお過少に報告されている。

Medicina del lavoro review及びQuaderni di medicina legale del lavoroに掲載された多数の論文は、疫学的研究に基づいた予測される職業が

んの件数とINAILに報告及び補償される件数の違いを強調している。疫学データとINAIL（保険者）/ASLの統計の比較はそれゆえ、中皮腫及び副鼻腔腫瘍は別にして（それらについては系統的登録システムが存在している）、職業がんの過少報告が90%以上と推計することを可能にしている。

結論

国によって差はあるものの、多かれ少なかれ職業病の過少報告の問題に関するコンセンサスがあることがわかる。異なる意見があるとすれば、それは保険組織のものである。定量化に関しては、国レベル及びすべての職業病については、困難あるいは不可能でさえある。

同様に、この問題は、国によって差はあるものの、多かれ少なかれ優先課題とされている。報告システムが効率的であるとする者もいるが、労働関連性を発見する医師の能力を改善することは必要であり、情報システムの相互接続によってこれに対処しようとしている。報告システムが予想に反する結果をもたらしているとする者もいる。

3.2 過少報告に立ち向かう グッドプラクティスの事例

大部分の欧州諸国に、医師と幅広い一般の人々の双方を対象にした、職業病及びそれらが社会保障制度による補償対象になる可能性に関する情報を提供する数多くのプロダクトがある。とりわけ、アスベスト関連疾患や、より一般的に発がん因子や心理社会的リスクへの職業曝露など、公衆衛生上の観点から考慮される話題は、ますますメディアの関心をひきつけている。ここでは、各国において過去に行われた、また行われている、職業病に関する情報伝達キャンペーンのすべてを列挙しようとするものではない。むしろ、職業病と認定され得るのに、保険組織への報告システムをかわしがちな事例を前向きに探そう設計された独創的かつ現実的なイニシアティブを検討することにする。

またこれは、過少報告に立ち向かうために行われているすべての実験の網羅的調査でもない。関

係する諸国（デンマーク、スペイン、フランス及びイタリア）の各国についてひとつのイニシアティブだけを選んでいく。それらは、いくらかの後知恵がすでにあり、結果について評価がすでにあるイニシアティブである。

イニシアティブの多くが職業がんの報告の改善を目的としたものであり、圧倒的な支持で承認されるツールの多くは、コンピュータ化されたデータの相互照合[cross-checking]である。

デンマーク：コンピュータ・ファイルの照合

2007年7月にデンマークは、中皮腫及び鼻腔・副鼻腔がんの過少報告に立ち向かうための国のシステムを創設した。前者の疾病についてはアスベスト粉じん、後者については木材粉じんへの曝露との関連性が科学的に確立されている。

これら2つの疾病に対応する事例の自動的かつ相互警報システムが、がん登録を管理する全国保健事務所（Sundhedsstyrelsen）と全国労働災害委員会によって確立された。

全国労働災害委員会の2012年の年次報告書は、このイニシアティブが、これら2種類のがんに関する認定請求件数に大きな影響を与えたことを示している。請求件数は、システムの実施後、中皮腫について50%増加した。また数字は、システムが鼻腔がんの事例に対して大きな加速効果を与えた（表7参照）

このシステムの認定及び補償件数に対する影響は、この数字が安定したままであることから、相対的に明確でない。とりわけ報告件数の増加は、報告事例が却下された件数の増加と同一歩調で進んでいる。全国保健事務所全国労働災害委員会との間のファイルの移動の系統性は、前者によって間違っただけでなく多くの事例が、後者によって却下されていることを意味している。さらに、被災者/その法的受益者が保険組織がファイルを調査するのに反対している場合があり、その場合にはそれは却下されることになる。

フランス：可能性のある被災者の前向きな調査

2008年以来フランスは、フランス本土のほぼ半分

職業病の報告：欧州5か国における問題点とグッドプラクティス

表7 2006～2012年の中皮腫及び副鼻腔がんの保険者ASKに対する認定請求件数(診断/報告年別—デンマーク)

報告件数	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
中皮腫	92	141	141	155	127	126	138
鼻腔がん	6	84	151	127	127	102	92
合計	98	225	292	282	254	228	230
内がん登録からの報告		51	122	102	123	104	116
内医師からの報告	98	174	170	180	131	124	114

表8 2006～2012年の中皮腫及び副鼻腔がん事例の認定請求の取り扱い(診断/報告年及び決定種別—デンマーク)

認定請求に対する決定(請求年)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
認定件数	85	105	85	90	84	91	87
却下件数	13	118	207	192	170	137	135
処理中/その他	0	2	0	0	0	0	8
合計	98	225	292	282	254	228	230

で、膀胱の腫瘍の労働関連性の可能性を発見するためのプログラムを実験してきた。

(石炭・木炭、一定の芳香族アミン及びニトロアミンN-ニトロソジエタノールアミンから派生する多環式芳香族炭化水素への)職業曝露は、タバコとともに、これらの腫瘍の主要なリスクファクターである。

この実験は、フランス本土の人口の50%を占める、6つの地方で実施されている。ノルマンディーとノルド-ピカルディは2008年から、ブルゴーニュ-フランシュ-コンテは2010年末から、スド-エストとノルド-エストは2011年はじめから。

目的は、膀胱または上部尿路のがんに罹患した者のなかから、労働生活の間に有害な因子に曝露した者を確認するとともに、彼らに認定を目的とした職業病としての報告の手続を知らせることである。

具体的に、一次医療保険基金(CPAM)及び医療部門は、(コンピュータ検索により)膀胱がんについて慢性疾患と認められた被保険者を確認した後、対象者に対して手続を知らせる手紙を送っている。

同意する者は、質問項目に基づいて職業キャリアを再構成するための、電話アンケートを受ける。労働関連性の可能性があるとわかった場合には、職業病報告様式に記入するよう勧められる。

このプログラムは、実験開始以来、1,855件の可能性のある労働関連膀胱がんの事例を発見する

ことを可能にした(すなわち、同じ参照期間中に慢性疾患として登録された膀胱がんの平均6%)。実験を実施中の地方において、この種類のがんについて961件の職業病請求が受理され、そのうち約60%が認定された。

図9[省略]は、2008年以来的の各地方における報告件数の変化を示している。実験開始(地方によって2008年、2010年末及び2011年はじめ)と報告件数の増加との間には、2～6か月の待ち時間がみられる。

参加した全地方で、認定請求が、プログラム開始から18月から2年間の間に4.6倍増加した。もっとも早く開始した2つの地方について、この効果は、屈曲した曲線傾向をもって、実験開始から4年間持続している。

認定統計に関しても、認定された件数の増加がみられる。

2001年1月1日から2013年3月31日を対象期間とした国の統計との比較は、実験を行っている地域が、膀胱がんの職業病としての全国の認定請求件数の84%を記録していることを示している。また、それらは、同疾病に対応する慢性疾患の49%しか占めていない。これら地域の職業病としての認定件数も、やはり著しく高い(全国の認定件数の84%)。

このシステムをフランス中に適用することが計画されている。

表9 地方別実験開始から最初の6か月に発見、報告及び認定された職業病の件数
(2013年前半末時点の状況－フランス)

地方	慢性膀胱がん 疾患の件数	労働関連性の可能性あり		職業病報告件数		職業病認定件数	
		件数	%「ALD」	件数	%労働関連性の可能性あり	件数	%決定受領
ノルマンディー	4,889	294	6%	236	80%	159	67%
ノルドーピカル ディ	8,684	646	7%	474	73%	264	56%
イルドーフランス	7,684	243	3%	94	39%	68	72%
スドーエスト	6,023	57	1%	49	86%	19	39%
ブルゴーニュフ ランシューコンテ	2,235	510	23%	66	13%	27	41%
ノルドーエスト	2,722	105	4%	42	40%	32	76%

表10 2008～2013年実験実施6地方における膀胱がんの認定請求及び認定件数(フランス)

地方		2008	2009	2010	2011	2012	2013(前半)
ノルマンディー	請求件数	19	32	55	56	47	29
	認定件数	14	19	35	35	40	16
ノルドーピカルディ	請求件数	25	60	108	111	114	
	認定件数	14	50	63	59	60	28
イルドーフランス	請求件数	7	10	7	18	41	32
	認定件数	7	6	4	15	32	20
スドーエスト	請求件数	12	16	7	11	26	9
	認定件数	5	4	1	6	5	7
ブルゴーニュフ ランシューコンテ	請求件数	2	2	5	5	31	30
	認定件数	1	2	3	3	16	8
ノルドーエスト	請求件数	6	8	4	10	18	14
	認定件数	5	1	3	8	13	11

イタリア:病院とINAILの間の連携

イタリアについての多くの場合、革新的措置は地方または地域から生まれている。職業リスク予防がある程度全国保険組織 (INAIL) に委ねられているものの、Aziende Sanitarie Locali (ASL)を通じて地方自治体にもまかされている、高度に分権的なこの国では、これは労働衛生の領域においても当てはまる。

イタリアには、職業がんを積極的に調査する様々なシステム、とりわけ社会保障システム (INPS: Istituto Nazionale della Previdenza Sociale) のデータから確認/再構成された職業歴に基づい

たOCCAMシステム(職業がん監視)が存在している。しかし、これらのシステムに多くの限界があることを別にして、保険組織に対する認定請求に関するそれらの影響は文書化されていない。

職業病の過少報告に立ち向かうグッドプラクティスとしての実験としてここで選んだイニシアティブは、ブレシア州における病院環境で診断及び治療された事例に基づいた職業がんについての系統的調査システムである。

ブレシア州は、北イタリアのロンバルディにある。高度に工業化した地域であり、地域がん登録によれば、肺がんの罹患率が高い。

1988年5月以来、予防部門の取り組みの一環と

してのASLとの共同イニシアティブを受けて、ブレスア大学職業医学部に付属する職業医学サービスは、ブレスアの民間病院の職業医学事業部門との合意に基づいて、職業がんの事例の確認を行っている。

この系統的調査は、当初は肺がんに焦点をあてていた。イニシアティブは、肺がん罹患した患者の診断及び治療にもっとも深くかかわっている、呼吸器科、胸部外科、一般医療サービス及び各病院の放射線部門を巻き込んでいる。

この系統的調査の目的は、労働関連性が疑われる肺がんの事例を確認、評価及び記録することである。当初の目標は、職業がんをもっとも効果的に予防するために、ASLによってまとめられる疫学的データを改善することであったが、イニシアティブはまた、保険と関係した影響ももっている。

診断された個々の肺がんについて、当該患者を担当する病院の医師は、簡単な病歴を作成し、既婚か未婚か、臨床組織学的診断、喫煙習慣、「臨床」で得られた職歴（業種、職種、期間）に関する情報を含んだ電子的様式に入力する。この文書を作成するには、数分を必要とするだけである。このデータシートは病院職業医学サービスに送られる。

このシートに基づいて、産業医が、（例えば事務労働、主婦など）疑われない事例を記録するとともに、患者に対する直接のインタビューまたは専門家との協議によって疑われる事例を評価する。

評価された個々の患者について、入院に関係する文書（肺がんの診断につながった放射線学的、内視鏡的及び病理組織学的参考資料）を含んだ臨床ファイルが作成される。

より詳細な職業歴が調査される。事例の99%については、それは直接患者から集められている。それは、労働活動期間、事業所の名称及び住所、主要な生産の特徴、職種、化学物質または物理的存在の何らかの使用または曝露、該当する場合にはPPEの着用、及び企業における大気汚染物質捕集システムの存在に関する情報と突き合わされる。この調査は、期間制限なしのキャリア記録に関係するものであり、入手可能な場合には産業医は雇用記録にもあたり、必要であれば企業（とりわけリス

ク予防部門の責任者）から追加の技術的情報（リスクアセスメント文書、環境調査）を求め、または直接労働現場を訪れる。しばしば、当該外企業の産業医及び（地域レベルのリスクマップのよい知見をもっている）ASLの医師も協議を受ける。調査はまた、発がん因子に曝露する可能性のある、患者のレジャー活動についても行われる。

最後に、職業医学サービスは、その他の腫瘍、肺炎疾患及び職業病の発見も行っている。

このプロセスの終了後、職業医学サービスは、科学的参考文献を付けて、患者を担当する部門の医師に、職業歴と病歴、疾病と職業曝露との因果関係に関する結論を届ける。また、この文書は医師に、所轄のASLに対する事例の報告（そのデータベースへの保存）、司法当局に対する報告の起草、及び、患者に提供する、INAILに対する認定請求のために必要な最初の職業病診断書の作成という、その法医学的義務を思い出させる。通常、患者に対する援助に関する助言（例えば、INAILにアクセスする手順、patronatiの保護）も与えられる。

このイニシアティブの評価として、以下の成果を上げることができる。

- ・ 手続にしたがってASLに送られるものを除き、職業医学サービスによって評価されたすべての事例を含んだデータベースの創設
- ・ 提供された氏名について自らのデータベースを検索して、保険者によってなされた決定について調べることを可能にした、INAILとブレスアの間の強力関係の確立
- ・ 一定の事例についての法的進展を監視することを可能にした、ベルシアのINCA patronatoの医師との協力

1990年から1998年の間（系統的調査システムを導入した年）に、ASLの産業医に報告された労働関連肺がんの件数はわずかに数ダースであった。1998年5月から2005年5月の間に、182件の報告がなされた。

対象期間中に診断された1,502件の肺がんのうち、少なくとも半数が、主として肺発がん因子への職業曝露を示唆し得る不十分な要因によって記録された。少数の事例が、患者の健康が職業歴の

確認を可能にする状態ではないという理由で除外された。

他の半分は、労働関連性の可能性について評価された。693件のうちの4分の1について、職業医学サービスが職業原因を確認し、全員が男性であった。

確認されたリスクファクターは、シリカ(26%)、アスベスト(9%)及び多環式芳香族炭化水素(12%)への曝露であり、業種は、道路輸送、建築塗装、道路舗装及び多因子曝露であった。

いくらかの患者については、病歴が別の労働関連疾患の存在を明らかにした。6人の患者は肺がんと、石綿肺、珪-石綿肺、膀胱がん(革なめし工)、全身性硬化症(シリカ曝露が原因)または慢性閉塞性肺疾患の両方があった。最初にアスベスト関連良性pleuropathyが診断されたものも数人いた。

27人の患者がすでにINAIL年金を受給した(珪肺について23人、石綿肺について2人、及び複数種類の粉じんによるじん肺について2人)。

産業医によって職業原因が確認された182件のうち、142件がINAILに認定請求された。他の40件は、プレシア住民でなく他のINAILセンターの所管になるか、職業原因がたしかに確立されていたとしてもINAILに職業病診断書が届いていないかどちらかに該当した。

報告された事例の3分の1が認定された。シリカに曝露した労働者18件、道路輸送部門から4件、車両修理部門または金属/機械工学部門から3件、道路舗装から1件、毛織物工場における硫酸曝露1件、建築塗装3件、アスベスト曝露4件、電離放射線に曝露した医師1件、電解処理部門で1件及び9件は継続的多因子曝露があった。

結論として、系統的調査実験開始前の各年にINAILによって認定されるのが数件であったものから、7年間に48件の認定へと増加し、認定率は約38%で、1994~2002年の期間に全国で同疾患についての23%よりはるかに高かった。

このアプローチの成功にもかかわらず、職業医学サービスが労働との関連を確立した事例の60%以上の事例が保険組織によって却下された理由は明らかではない。

表11 1998年5月から2005年5月の間における診断/評価/認定件数の評価(イタリア)

系統的調査データ	件数	%
診断件数	1,502	100%
記録件数	806	53%
評価件数	696	47%
因果関係確立	182	12%
INAIL保険データ		
認定請求件数	142	100%
認定件数	48	34%
却下件数	76	53%
データ出版時評価中	18	13%

スペイン:SISVEL報告システム

スペイン南東部のバレンシア地方(または自治共同体)は、職業病の発見の領域において先駆的な地域である。

過少報告及び予防措置の適切な計画を可能にする情報の不足との関連において、地方政府は1991年に、当時はボランティアであった医療専門家・サービスに地方当局に、監視されるべき労働に関連した健康被害を報告することを認める、SISVEL (Sistema de informaci?n sanitaria y vigilancia epidemiol?gica laboral-労働衛生情報及び疫学的監視システム)と呼ばれる前向きなシステムを設立した。

このプログラムはその後、2006年の職業病に関する新たな枠組み及び地方保健当局の新たな義務の採用へとつながった。

SISVELは、2つのことを目的にしている。

- ・地方におけるリスクのマッピング:これは、労働者のための予防的衛生措置を計画するために、各地域における職業リスクに関する包括的かつ最新の情報を収集及び分析する手段である。
- ・警報システムの提案:これは、医療システムの中で診断された労働関連性の可能性のある疾病の事例の迅速かつ系統的な把握、及び、認定請求としての保険組織に対する電子的伝達を可能にするものである。

実際には、バレンシア保険機関の医師及び職

業リスク予防部門の産業医が、前者については、携帯型情報システム（Sistema de Informacion Ambulatoria-SIA）へのソフトウェアの統合により、また後者については、ウェブ・ポータル経由で、SISVELに接続している。

個々の患者は、PIA上に、医学的情報及び労働環境関係情報を含んだ個人電子医療ファイルをもつ。（16歳超の患者について）医師によって診断が確立され、それがSISEBELが選んだもののひとつと一致する場合には、当該疾病が労働関連性であるかもしれないことを知らせ、バレンシア公衆衛生部門を通じて保険者に事例を報告できるように、ウインドーが開く。

報告医師は、疾病が労働関連性に分類し得ると考えた場合には、SISVEL経由で直接事例を報告し、たんなる疑いの場合には、適切な場合にやはりSISVEL経由で保険者にファイルを送る責任を負っている所轄公衆衛生センターの労働衛生部署に評価を求めることができる。

求められる調査は、疫学的質問、リスクファクターへの職業曝露に関する情報の収集、必要な場合には企業への訪問、及び報告した医師からの追加的臨床情報が含まれる。

職業リスク予防部門の産業医は、十分な知識と能力をもってと考えられ、それゆえ唯一の選択肢は直接報告することである。

SISVEL経由の各報告は、労働者、疾病、使用者、報告医師及び報告の種類（「労働関連疾患と考えられる」または「疑われる」）に関するデータを含んでいる。最初の4つのセクションは、SISVELが接続されている情報システム（SIA-全国保健サービスの情報システム及びSIP-人口情報システム）にあらかじめあるデータから自動的に入力される。

仲介者としての機能を果たすバレンシア公衆衛生部門は、使用者の保険方針の選択によってMutuasまたは全国社会保障機関のどちらかである所轄保険組織に提出する前に、SISEBELから送られてきた報告に「フィルターをかける」（認容の可能性、事例の物質に関する調査なし）。保険者は、疾病の労働関連性を認定する決定に対する権限をもっている。とられた決定に関して、地方当局及

び発見した医師に対してフィードバックすることが計画されている。

現在、バレンシアでは、SISVEL媒介が、（職業病リストシステムまたはCEPROSSシステムのもとで）認定された職業病件数の3分の1を示していることを指摘しておくべきであろう。他の事例は、企業が所属するMutuasの医師を労働者直接訪問した場合に表明された認定請求に対応する。

限定した疾病リストでの試験期間の後、SISVEL警報の引き金となる診断のリストは、いまでは、ICD9による診断コードの79の範疇の診断を含んでおり、それは実質的にスペインの職業病リストに相当している。

一定の疾病範疇については、すべての診断が同システムによって考慮されるのではなく、頻度、重度及びリスクの病因割合を組み合わせた基準による選択が行われた。罹患率の高い、及び、労働が原因である事例の割合の低い良性疾病はそれゆえ、警報システムの過剰な活性化を避けるために、除外された。

考慮される個々の診断基準については、SISVELは、少なくとも確認された臨床診断及びリスク曝露またはリスクのある活動・職務に適合する職業歴という、関連する疑い基準を含めている。

システムの対象に関しては、2014年に、同地方におけるすべての一次医療センター、専門医療センターの70%、病院の62%、職業リスク予防部門の医師の62%（すなわち、関係する301の予防部門）、地域に存在する10のMutuas及び16の労働衛生部署に拡張された。対象となる労働力人口は、180万人の労働者と推計されている。

この対象の漸増には、特別の手引きの普及及び医師の訓練アプローチが伴われてきた。後者は、参加率が高く、2010年に医師の75%、すなわち全国保健サービスの2,007人の医師が訓練セミナーに参加するよう招待され、また、同地方のリスク予防部門の500人の産業医にシステムが示された。

SISVELによって自治共同体に報告された事例の40%は、いくつかの理由からMutuasに送られていない。

3分の1以上は、結果的にMutuasの対象になら

表12 2012年についてのSISVELの結果(スペイン)

SISVEL2011-2012年結果	2011	2012	2012/2011変化
SISVEL経由でバレンシア公衆保健局に報告された職業病件数	1,006	1,318	+30.8%
Mutuasに送られた職業病件数	431	708	+60.5%
Mutuasによって職業病と認定された件数	144	200(労働災害22)	+37.9%

ない、自営業者または報酬を受ける活動のない労働者に対応した。それらのうちの4分の1については、労働活動との関連性が確立されず、また、「フィルターをかけられた」事例の5分の1については、労働者が自らの事例が保険者に送られることを望まなかった。

SISVEL経由で報告をする率に関して、様々な医療事業体の中で大きな差があったことを指摘しておく。

同様の差は、認定率に関してMutuasの間でも指摘できる(率は7%から40%の間でばらつく)のに対して、INSSの対象となる事例(全国レベルで被保険者の約6%)に相当する率は約50%と推計されている。

Mutuasによる却下の理由に関しては、却下された事例の24%については診断が確認されず、30%については曝露基準が満たされず、他については理由が知られていない。Mutuasにはフィードバックを提供する義務があるものの、却下の理由に言及するかは任意である。

最後に、最良の認定率(45.9%)が職業リスク予防部門から報告された事例について示されたのに対して、公衆衛生センターの公衆衛生部署に対する予備的調査依頼なしに全国保険システムの医師から送られた事例については24%、予備的調査依頼をしたものでは29%であった。

SISBELの2012年報告書は、報告された疾病の種類に関する情報も提供している。80%は筋骨格系障害(59%以上が手根管事例)である。呼吸器疾患は6%しか占めなかった。約10例のがん(すなわち合計の0.7%)が確認されている。著しく低い最後の2つの率は、それらの疾病がなおSISVELシステムに高度に統合されているとは言えない病院の専門部門で一般的に下される診断に対応しているという事実によって、部分的に説明できよう。

こうした結果及び2011年と2012年の間に観られた急激な増加(部分的には2012年の専門医療センターの統合による)に照らして、バレンシア公衆衛生部門は、とりわけ呼吸器疾患、皮膚疾患及びがんの、かなりの過少報告が存在していると結論づけた。

2013年に、同システムを堅固にするともに、職業病の発見、報告及び認定を改善するために、一連の措置が進行中であった。

- ・ SIA以外の情報システムに頼っている医療主体へのSISVELシステムの対象の拡張
- ・ 医療専門家による参加の奨励及び情報伝達報告の質の改善
- ・ フィードバックの最適化

個々の自治共同体についての認定率は公表されていないものの、CEPROSSデータは、バレンシア自治共同体は2012年に職業病としての認定件数の増加が最大だった(2012年と2013年の間に+64%)地方であることを示している。

SISVELと同様のツールが現在、少なくとも9つの他の自治共同体、とりわけナバル、カタルーニャ及びバスク・カントリーで開発されつつある。

結論

過少報告に立ち向かうためのこれらのイニシアティブはわずかな共通の特徴(がんにねらいを定める、ITリソースの活用)しかもっていないものの、各国の状況に応じた特性を残している。

スペインとイタリアの高度に分権化した諸国では、グッドプラクティスは地方レベルで生み出され、その実施は、様々な医療関係者(地方当局、病院、社会保険組織)の間に存在する強力な関係によって促進されている。

デンマークは、全国レベルの、信頼できよく記録されたデータ・ネットワークに頼っている。この国が小

職業病の報告：欧州5か国における問題点とグッドプラクティス

さな、スカンジナビア文化をもち、法律順守に重要性を与えているという事実が、そのイニシアティブの成功に関係していないとは言えない。

いくつかの国で採用された解決策は、必ずしも同じ条件で他の国が真似ることはできないが、とりわけ過少報告による影響を受ける疾病の未報告事

例の前向きな調査は、すべてのものにとって取り組みの適切な領域であると思われる。



※<http://www.eurogip.fr/en/news/3934-reporting-of-occupational-diseases-issues-and-good-practices-in-five-european-countries>

ドイツの統計

被保険者人口：40,861,230	認定請求件数	認定件数
職業病合計	71,269	34,581(うち19,311非明示的認定)
難聴	11,640	6,107
皮膚疾患	25,056	9,399(うち18,828非明示的認定)
厳密な意味での筋骨格系障害	4,213	525(うち16非明示的認定)
腰痛(コード2108-2110)	5,891	535(うち149非明示的認定)
がん	(約)8,000	2,408
→うちアスベストによる肺/喉頭がん	3,824	799
→うち中皮腫(コード4105)	1,312	980
石綿肺及び胸膜プラーク	3,662	1,818
補完的システム	1,968	136

デンマークの統計

被保険者人口：2,676,095	認定請求件数	認定件数
職業病合計	18,230	3,994
難聴	2,183	877
皮膚疾患	2,660	1,389
厳密な意味での筋骨格系障害	5,419	664
腰痛	1,604	217
がん	612	162
→うちアスベストによる肺がん	関係なし	関係なし
→うちアスベストによる喉頭がん	1	関係なし
→うち中皮腫	82	83
石綿肺	55	21

いますぐチェック!

石綿ばく露作業による労災認定等事業場データベース

http://joshrc.info/?page_id=70

全国安全センターと患者と家族の会で、事業場名、作業内容、所在地などのキーワードで検索できるデータベースにしました(2014年12月17日スタート)。2015年12月16日に厚生労働省の公表した「平成26年度石綿ばく露作業による労災認定等事業場一覧」情報も追加した最新版。ご活用ください。

イタリアの統計

被保険者人口(工業及びサービス業) : 17,294,329	認定請求件数	認定件数
職業病合計	38,101	14,837
難聴	5,044(うち210リスト外)	2,317(うち404リスト外)
皮膚疾患	519(うち210リスト外)	260(うち33リスト外)
厳密な意味での筋骨格系障害	15,398(うち7,509リスト外)	6,771(うち1,034リスト外)
腰痛	8,494(うち5,501リスト外)	3,003(うち1,126リスト外)
がん	2,272(うち993リスト外)	908(うち87リスト外)
→うちアスベスト関連肺癌	275(推計)	関係なし
→うち中皮腫	626(推計)	関係なし
石綿肺	528	226
胸膜プラーク	895	597

フランスの統計

被保険者人口(一般社会保障制度) : 8,492,444	認定請求件数	認定件数
職業病合計	114,531	78,805
難聴	2,474	1,046
皮膚疾患	1,051	762
筋骨格系障害+腰痛		
→うち厳密な意味での筋骨格系障害	82,276	65,724
→うち腰痛	8,772	4,028
がん	2,536	2,050

スペインの統計

被保険者人口 : 15,756,800	認定請求件数	認定件数
職業病合計	30,262	19,156 CEPROSS (うち1,273は非永久障害の傷害)
難聴	2,067	1,558 CEPROSS +509(非永久障害の傷害の推計)
皮膚疾患	1,064	985 CEPROSS+619 PANOTRATSS
筋骨格系障害+腰痛	20,296	12,632 CEPROSS
→うち厳密な意味での筋骨格系障害	16,297	+約130の非永久障害の傷害
→うち腰痛	3,999	+3,535 PANOTRATSS PANOTRATSS
がん	75(うち63はアスベストによる)	CEPROSS
石綿肺及び胸膜プラーク	91	CEPROSS
珪肺	296	CEPROSS

石綿対策全国連絡会議第28回総会 救済法10年のアスベスト対策見直しを求める集会(仮称)

2016年5月28日(土)
主婦会館プラザエフ9階「スズラン」(JR四ツ谷駅麴町口徒歩1分)

原発災害⑤「見えてこない人」へのあまりに不完全な取材 柚岡明彦

「田中さん」に電話をしたのは2011年4月16日、福島県に取材で入って1カ月が過ぎようとしていたころだ。2016年、何ということか、このときの取材テーマ「障害者はどうしているのか」に関する名刺や資料やらを紛失してしまっている。どこで田中さんを知ったのか、なぜ田中さんに電話をしたのか、東日本大震災と東京電力福島第一原発事故から5年が過ぎた今、私の記憶はあいまいになっている。田中さんの言葉も取材ノートに断片的なことしか書いていない。「避難所で障害者はどう暮らしているのか?」「場所によって対応が違う。県外に大勢が避難している。南相馬市の〇〇は千葉県に施設ごと避難している」「障害者は長いこと体育館にいられない→だから崩れかかった自宅に戻る」「原発の影響が広がるにつれて新たな避難者が出てくる。その受け皿はどうなるのか。原発で見通しが立たない」

見えてこない人

こうした断片的メモ、ノートの片隅に記したいくつかの住所や電話番号をたどると、おそらく私は、田中さんと話した後、郡山市朝日町に開設された「JDF（日本障害フォーラム）被災地障がい者支援センターふくしま」を訪ねているようだ（「ふくしま」は後に郡山市桑野1丁目に移転）。田中さんもこの関係者だろう。この「ふくしま」の設立趣旨書の一部を収録する——「JDF被災地障がい者支援センターふくしまは、2011年3月19日に活動を開始しました。4月6日には事務所を構えた開設式を行い、正式に活動を開始しました。／活動の初めは被災した地域の障がい者関係事業所に支援物資を届けることから行ってきました。その後、福島県内の避難所を回り、被災地障がい者のニーズ把握と所在確認を行いました。旅館やホテルなどの二次避難所も一部分ですが見て回りました。／私たちは被災地障がい者の所在確認をして、個別支援に結び付けていきたいという強い気持ちを持って活動

を行ってきましたが、いまだに被災地障がい者の実態がみえてこない状況です。／唯一、南相馬市だけが市長の英断で、障がい者名簿を見せていただいて、在宅の障がい者の訪問調査を行うことができました。その他の市町村に関しては、個人情報保護法の壁が厚くて障がい者の名簿開示はできていない状況です。／最近の動きは、福島県内に仮設住宅が建設されてきているので、仮設住宅を回って障がい者の住みやすい住宅ができていくかどうかを調査しています。なお、仮設住宅での被災障がい者の交流をはかるように努力しています。／そのほか、被災障がい者の支援に結び付いた様々な活動を行っています」

活動はなし崩し的に始めざるを得なかったようだ。「ふくしま」代表の白石清春さん、メンバーの「きょうされん福島県支部」の和田さんへの取材によると、まずは安否確認から始め、口コミで広げていったが、巨大な被害に到底追いつかなかった。私の取材ノートに白石さんか和田さん、あるいは「ふくしま」の別のメンバーの言葉が残っている。「見えてこない人がいる。どこともつながっていない人です。特に重度の障害者や精神障害者の存在が見えてこない」「しかも福島の場合は新しい避難指示が次々と出ていましたから、ますます連絡が取りづらい状況になっています」「それでも我々は、民生委員・町内会・養護学校などからの情報を頼りに、その人がどこにいるのか、おそらく自宅にいるんじゃないのか、原発事故を受けてどこに避難しているのかを手探りでさがしています。避難所は障害者には本当に過酷です。それで自宅に戻る人もいるのですが、その人の足取りは行政でもまったく分からないのです。自宅に戻る人、車の中で暮らす人、避難所にいっても薬とつながれない人。我々が存在を把握しても旅館に聞くと『知りません』と」

地震、津波、原発事故、個人情報保護の壁……それらに加えて、「見えてこない人」すなわち障害者の被災者は、もともと地域とつながっていない場



「JDF(日本障害フォーラム)被災地障がい者支援センターふくしま」開設を知らせるチラシを避難所になっている旅館に貼ってまわるメンバー

合もあり、自分が障害者であることを知らせることができず、周りもそれに気づこうとしない幾重もの壁によってますます「見えてこない人」と化しているという。こうした状況のなかの3月19日、白石さんら複数の関係団体のメンバーが郡山市に集まり活動拠点立ち上げを決定。4月6日に「ふくしま」の正式開設となった。「ここにあるよ、と。明かりを示すところで障害者が光を頼って相談に来てもらえるようにしたい」と誰かが話した言葉が私の取材ノートに残っている。

会津若松市での調査に同行

「ふくしま」の事務所を訪ねた後、私は、メンバーによる4月18日の現地調査に同行している。3~4人ずつの3チームに分かれて2次避難所となっているホテルや旅館を回り、障害者がいるかどうかを聞き歩いた。前述の通り名刺などの紛失という大失態と、この同行取材も当時は下調べと考えていたため断片的のメモになっており、誰とどこを訪問したのか今となっては不明だ。記憶によると、おそらく会津若松市の旅館だ。

聞き取り調査メンバーの誰かが言った。「とくに南相馬市がひどいと聞いている。いったん避難したものの避難所での集団生活が難しく自宅に戻っています」「本当に障害が重い在宅の人は避難所に

も行っていません」「もっと深刻なのは所在がはっきりしない人です。例えば日ごろからデイサービスにつながっていれば、その事業所が所在を把握したり逆に把握できていないことを把握できるのですが、もともとそういうところとつながっていない人は本当にどうなっているのか分からないのです」

午前10時47分、旅館周りを始める。「もしも障害者が来られていたら……」「とくに我々の所にはいないので」「分かりました。私たちの連絡先をエレベーター前の掲示板に貼ら

せてもらえますか」。旅館受付にも「ふくしま」の連絡先を記したチラシを置かせてもらう。「とにかく目につくところにビラを掲示することでしょうね」とメンバー。次の旅館。「うちはいらっしやらないようです」「ぜひビラを掲示させていただければ。障害の人は自分から言いにくいことがありますので」。次の旅館。「障害のある方に支援センターができたことを知らせるために来ました」。こうして私が同行したチームはこの日、七つのホテルと旅館を回った。

いくみさん

翌日の4月19日、「ふくしま」関係者から紹介された榎葉町の「いくみさん」(26)に話を聞いた。この時いくみさんは、会津若松市にあるNPO法人運営のグループホームに身を寄せていた。知的障害とクローン病があり、人工肛門も装着している。てんかんの発作は今はおさまっているという。「早く家に帰りたいなーと思うし、いろんな不安を抱えちゃうね。どうすればいいのかわからなくて、だから日記を書いています」

いくみさんによると、地震発生時、榎葉町の自宅から通っている隣の富岡町の社会福祉施設で作業をしていた。「あれ、誰かが揺らしているのかなーって周りを見たら、あれー、電気が揺れている。すると携帯がビーと鳴って。死んじゃったらどうしよ

うと机の下に潜って泣きました」「実家はもう戻れない。みんなばらばらになって、いつ戻れるの。ピアノの練習や発表会はどうしようと、もう頭の中はぐちゃぐちゃです」「(自分が通う社会福祉法人に)通っていた子も千葉に避難して。友達のりなちゃんもどこにいるのか知らないし、避難しているのかもしれないし。泣いて」

いくみさんは地震発生直後に社会福祉法人から榎葉町の自宅に帰った。そして翌日の3月12日夜、父親の車でいわき市にある父親の実家に避難した。「(ペットの猫)メロが心配で一緒に連れてきた。家にいたら死んじゃうよ、お父さんと言って。最初は置いていこうとしていたからニヤニヤとパニックになって鳴いていて。死んだらどうするのかって。動物も生き物でしょう。自分の頭の中は、メロとピアノとピアノ教室の友達とピアノの先生は大丈夫なのかなってことでいっぱい」

いわき市に避難したものの、両親は仕事に出てほとんど不在だったという。いくみさんは、知り合いもない慣れない土地で不安な日々を送っていたようだ。父親は原発関連企業で働いている。「いつになったら帰れるんだろう。すごく父親のことが心配です。不安で眠れない時があります。自分の頭がパニックになってだめになっちゃって」

いくみさんが会津若松市のグループホームに移れたのは偶然だった。「ふくしま」のメンバーの一人に、いくみさんが昔通っていた仙台市の養護学校の同級生の母親の兄がいた。その兄がふと「いくみさんはどうしているのか」と思いだして問い合わせた。避難先のいわき市で孤独ないくみさんを会津若松市に招くことができた。

こうしたかすかなつながりによって「発見」されたいくみさんはまだマシな方だった。いくみさんを「発見」した「ふくしま」のメンバーが語る。「訪ねた避難所の窓口では『障害者はいらっしゃいません』と言われます。でも中を回らせてもらっていいですかと入ると、いるんです。例えば学校の3階に重度の身体障害者の人が避難しています。その人はトイレに行くのも大変なのです。どうして3階にトイレを置かないのかと。役場の人に聞いても『その人がどこに避難していたのか私たちにも分からないから』

と。ある幼稚園で障害を持っているお子さんはいますかと聞くと、『ダウン症の子が一人います。でもお母さんと一緒に不自由はないです』。こうなると私たちは手を出せないんです。何かあったら連絡をしてくださいというのが精いっぱい。どこを回っても『ここにはいません』『分かりません』。私はいると思う。でも見えない。声が聞こえないんです。いくみさんは運がよかっただけなんです」。すなわち福島県には無数の「いくみさん」が「見えてこない人」として放置されているというのだった。



私の取材はこれで終わりだ。前述のように不完全なメモしか残していないし、その後しばらく別件の取材にかかっているうちに帰還命令が出た。なおかつあり得ないミスで名刺や資料のほとんどを紛失している。私は、見ようとしなければ「見えてこない人」たちを「見えてこない人」のままに放置して福島県を後にした。不完全な取材の不足を少しでも補うため、「ふくしま」が出していたニュースレターなど初期資料の一部の概要を紹介したい。東日本大震災と東京電力福島第一原発事故下に放り出された障害者の急迫状況を知るよすがになると思う。

「ふくしま」ニュースレターから

ニュースレター第1号は4月11日発行。福島全域の小規模作業所など85カ所を対象に訪問や電話などで聞き取りをしており、施設や利用者から寄せられた声をまとめている。それによると――原発事故で開所の見通しがたたない▼職員も避難しておりスタッフ不足▼放射能により作業種目である農業が開始できない▼ガソリン不足で開所できない▼精神の方の薬の入手が難しい▼仕事がなくなり収入減▼生活費が底をついた▼利用料が払えない▼避難所生活は続けられない▼親の介助で周りにも迷惑、疲れた▼精神障がいがある人について、定期通院、服薬が不安定▼カップラーメン以外のものが食べたい▼原発30キロ屋内待機指示地域の2事業所の利用者の多くは、避難所生活の継続が難しく自宅に帰ってきている。複数事業を行っている法人の事業所は、40人の利用者のうち19人

障がいをお持ちの方いますか？

3/11に起きた東北関東大震災で、福島県は、地震と津波と原発と、三重の被害をこうむり、復興のスタートラインがまったく見えない状況です。そんな中で福島県の被災者の皆さんはさぞかし不安で苦しい生活を送っていることでしょう。その中でも、障がいを持つ皆さんはもっと大変な生活を送られているのではないのでしょうか？

避難所の中で、身体に、精神に、知的に、障がいをお持ちと思われる方、及び難病をお持ちの方で困っている方、どうぞ、下記の連絡所までお電話かFAXください。

JDF 被災地障がい者支援センターふくしま
 電話・ファックス 024-925-2428
 携帯電話 080-6007-8531
 Eメール shienfukushima2011green@yahoo.co.jp
 開所時間 AMS:30~PM6:00

つなげよう命 つながろう人と人
 逆境の中でも笑顔を!! 目指そう夢の福島復興を!!

「JDF（日本障害フォーラム）被災地障がい者支援センターふくしま」開設告知のチラシ

が在宅生活を送り、11人の職員のうち8人が県外で避難所生活、3人が出勤可能という状況でも再開を決意スタートしようとしている。しかし、行政は再開には責任はもてない、と継続事業の承認は未定の状況▼食料物資は一定届くようになってきているが、カップラーメン、レトルトなどが多く偏っている。しかしお世話になっているので要望を言いにくい。栄養バランスのある食生活確保のための手立てを打つことが急務の課題▼人口透析中に被災、8名の家族がばらばらで避難、2カ所の避難所に分かれての生活になっている。

「ふくしま」個別実態把握状況から

また「ふくしま」が4月下旬までにまとめた「個別実態把握状況」——補聴器の補助金もつかず、収入も少なく買えない（70代男性）▼自宅にいる。人づきあい少ない。物置のような建物に住んでいる（アルコール依存症の60代男性）▼集団生活が長期化することで、周囲から心ない言葉をもらうことがあ

る（重度重複障害の10代男性）▼息子が知的障がい。時々遠くに行ってしまうので心配（自身も左半身麻痺の50代女性）▼1日なにもすることがない。作業所に通えない。家に帰りたいが帰れない（知的障害の30代男性）▼夜眠れず、避難所を夜歩き、戸の開閉がうるさいと苦情。現在は家族で個室にいる。病院につながっていない（精神障害の50代女性）▼体育館を歩きまわったりすることで、周囲から白い目で見られる。地元に戻れないと何をしてゆけばよいかわからない。地元に戻り、仮設住宅からでも稲作を始めたい（てんかんの40代女性）▼（現在の避難所から2次避難所の）旅館に移動が始まっているが、情報が入らなくなるのではと不安。持病があるため食事内容で病状が左右される。お世話になっているので、これ以上のお願いはできずにいる▼5カ所目の避難所。別の避難所で役場の人に健常者も障害者も大変なのは同じだと言われ違和感を感じる（てんかんの40代女性）▼被災時入院中。持病があるため郡山の病院に転院後、現在の避難所へ。医療費はかからないが生活してゆくのにお金が大変。杖を買うのも実費。車いすのリースも保証人が欲しいといわれた（統合失調症の避難者）▼避難所に行ったが慣れず騒いだため親戚を頼ってここへきた。現在は仕切りや遊ぶ所があり落ち着いている。二次避難所の旅館へ移る事になっている。支援学校にいた介助員3人は解雇になったので今まで通りにならない。また、放課後支援も受けていたがどうなるのか不安（知的障害の女性）▼家族4人自宅で生活している。収入が無くなり、貯蓄を切崩して生活している。食料事情も苦しくなってきたので、避難所にもらいに行くが支給できないとのこと。社会福祉課の貸付を利用したと言われたが、返済のあてがないのに借りることはできない。食料がなくなりそう。子どもたちもストレスがたまり、パニックを起こすこともある。日中過ごす場がほしい。他にも同じ境遇の人がいる（7才男児高機能自閉・5才女児アスペルガーの家族）▼自衛隊の風呂が何度かきたが、その場所までの歩行が困難なため、地震以来風呂に入っていない（身体障害の60代男性）

「ふくしま」避難所の声から

「ふくしま」の資料は避難所の悲鳴も記録してある——133名が避難している。障害者は今朝他へ移動した。入れ代わりが激しく、現状の把握が難しい▼衛生状態が悪い。駐車場の車内で生活している人がいる▼介護が必要なことから二次避難を始めており、足の悪い人は昨日移動した。随時その他の人も移動していく予定。同じ町内の人であるが、つながりがないのか障害者の存在を分かっているが、気づかぬようにしている人もいる▼約30名が避難している。ひざが悪く入浴困難な高齢者がおり、社協に介助イスを借りに行ったが断られた。認知症で、徘徊などがひどく心配している▼自殺者が多くなっている。社協の避難所では5人1チームで24時間体制でやっている。行政はあまりできない。スタッフ不足。避難所を見守るスタッフが欲しい。70代の障害者の入浴介助ができない▼140名が生活。行政がなかなか協力してくれない。

「ふくしま」県知事への要望から

最後に、「ふくしま」が4月15日付けで佐藤雄平・福島県知事に出した8項目の「提案と要望」を紹介したい——①避難所回りをして、障がい者の存在を確認してきていますが（170か所に100名程度）、まだまだ避難所に来ていない在宅に取り残されている障がい者がいるのではないかと、気が気でない思いを私たちはしています。さらに、南相馬市には在宅のまま残されている障がい者や、避難所での生活が厳しく家に戻られた障がい者がいます。私たちは、在宅で生活している障がい者の安否を確認し、ニーズを聞いていく訪問活動を行っていきたくて考えています。しかし、私たちの力では限界があります。是非とも、福島県と力を合わせて在宅の障がい者の支援をしていきたいので、よろしくお願ひいたします ②避難所で生活している障がい者の中には介助の必要とする者が多くいますが、周りの避難者たちに気を使って、なかなか介助をお願ひすることができないでいます。この方たちの日常生活を維持していくために、速やかなヘルパーの派遣ができるようなシステムを作ってください

③一次避難から二次避難先になった温泉施設や保養所等での必要な支援をしていくため（インターネットに掲載された資料からは以下が未掲載となっている=筆者注）④避難所から、特別支援学校に通わなければならない障がい児がたくさんいます。そのような環境にある障がい児たちが、避難所から安心して特別支援学校に通えるようなシステムを作ってくださいませんか ⑤福島県内各地の避難所のある地域の障害者自立支援法関係の事業所では、被災地である各市町村から来ている障がい者がサービスを活用している現状があります。利用者で満杯の状態になり、より良いサービスを提供できない事業所もあるのではないのでしょうか。このような状況を踏まえて、被災障がい者を受け入れている事業所が、新たに事業を拡大する際には、スピーディな対応と契約書類の簡略化等の対策（厚生労働省への要望等）を行ってくださいませんか ⑥新たに避難指示区域となった飯館村、川俣町の障がいを持つ方から、避難の方法や避難先での生活が不安であるとの相談が支援センターに寄せられています。避難所での生活が苛酷なものになることを障がい者の皆さんは分かっています。もし、でき得るならば、幾つかの障がい者や高齢者を受け入れることのできる福祉避難所を設けることが必要だと思います。ベッドを持ちこむことが可能で、バスタイレも容易に使える避難所のあり方を早急に考え、行動に移していきませんか。／原子力発電所の事故は国の責任があるので、避難にあたってはその地域の住民の避難には障がい者を含めた形で、避難代替地や避難所の提供、避難者の移動は国の責任で行うことを、福島県から強く言っていたきたいと思います ⑦原子力発電所の事故で大きな変化（危険な状況）があった場合には、福島県民に速やかに情報を流して、福島県民の命を守っていくように、国が責任を持つことを、福島県から国に対して強く言っていたきたいと思います ⑧被災者が避難所を離れて、仮設住宅に移るような状況になった場合には、被災障がい者の存在を考えたバリアフリーの仮設住宅の提供や、それができない場合には、障がい者が生活できるような公営住宅やアパートの提供を考えていきましょう。



不健康な環境によって毎年推計1,260万の死者

WHO●環境リスクによる疾病の負荷の世界推計

2016年3月15日・ジュネーブ／世界保健機関(WHO)の新しい推計によれば、2012年に、不健康な環境のなかでの生活や労働の結果として、推計1,260万人－世界の死亡合計の4分の1近くが死亡した。大気や水、土壌の汚染、化学物質曝露、気候変動、紫外線などの環境リスクファクターが、100を越す疾病や傷害の原因になっている。

非伝染性疾病が環境関連死亡の最大の原因

「健康な環境を通じた疾病の予防：環境リスクによる疾病の負荷の世界的評価」報告書第二版は、第一版が10年前に発表されて以降、主として(間接喫煙を含めた)大気汚染を原因とする、非伝染性疾病(NCDs)による死亡が、合計8,200万にのぼっている。脳卒中や心臓の疾病、がん、慢性呼吸器疾患はいまや、不健康な環境によって引き起こされる合計死亡の3分の2近くに達している。

同時に、劣悪な飲料水や下水道、廃棄物管理に関連することの多い、下痢やマラリアなどの伝染性疾病は減少した。予防接種や殺虫処理済みの蚊帳、必須医薬品へのアクセスの改善とともに、安全な上下水道へのア

クセスの増加が、この減少の主要な寄与要因であった。

より健康な環境：

より健康な人々

「健康な環境が人々の健康を支える」とWHO事務局長マーガレット・チャンは言う。「人々が暮らし、働く環境を健康的にするために各国が行動しなければ、何百万もの人々が病気になり、早死にし続けるだろう」。

報告書は、環境に関連した疾病や死亡の上昇傾向を逆転させるために各国がとることのできる費用効率の高い諸措置を重視している。それには、調理への固形燃料の利用の低減や低炭素エネルギー技術の利用の増進が含まれる。

「町や家庭、職場における環境リスクを低減させるための戦略に投資する緊急の必要性がある」とWHO公衆衛生・環境・健康の社会的決定要因局長マリア・ネイラは言う。「かかる投資は、心血管や呼吸器の疾病、傷害、がんの世界負荷の上昇を著しく低減するとともに、迅速な医療費の節約につながる」。

報告書は、環境リスクの最大の犠牲者が幼児と高齢者であり、5歳未満の子供と50～75歳の大人がもっとも影響を受けてい

ることを明らかにしている。環境管理の改善を通じて、毎年、170万人の5歳未満子供と490万人の50～75歳成人の死亡を予防することができる。下気動感染症と下痢性疾患が5歳未満子供にもっとも影響を与えており、高齢者はNCDsによってもっとも影響を受けている。

WHO地域における疾病付加

地域的にはWHOの東南アジア及び西太平洋地域の低所得及び中所得国が2012年の環境関連疾病負荷が高く、合計730万の死亡で、最大の原因は屋内及び屋外の大気汚染であることを報告書は明らかにしている。報告書に示される他の地域的統計は以下のとおりである。

- ・ アフリカ地域における年間220万の死亡
- ・ アメリカ地域における年間847,000の死亡
- ・ 東地中海地域における年間854,000の死亡
- ・ 欧州地域における年間140万の死亡
- ・ 東南アジア地域における年間380万の死亡
- ・ 西太平洋地域における年間350万の死亡

すべての種類の疾病と傷害で、低・中所得国が最大の環境

負荷を負っているが、心血管疾患やがんなどのNCDsについては、人口当たりの疾病負荷は高所得国においても比較的高い場合がある。

環境関連死亡の上位の原因

100を超す疾病及び傷害の分類をみわたして、報告書は、環境関連死亡の圧倒的多数は、脳卒中や虚血性心疾患などの心血管疾患であることを明らかにしている。

- ① 脳卒中-年間250万の死亡
- ② 虚血性心疾患-年間230万の死亡
- ③ (交通事故死などの)故意ではない傷害-年間170万の死亡
- ④ がん-年間170万の死亡
- ⑤ 慢性呼吸器疾患-年間140万の死亡
- ⑥ 下痢性疾患-年間846,000の死亡
- ⑦ 呼吸器感染症-年間567,000の死亡
- ⑧ 新生児疾患-年間270,000の死亡
- ⑨ マラリア-年間250,000の死亡
- ⑩ (自殺などの)故意の傷害-年間246,000の死亡

環境疾病負荷低減の戦略

報告書は、環境を改善し、疾病を予防するための、実績のある戦略を紹介している。例えば、家庭での調理や暖房、照明へのクリーンな技術や燃料の利用が、急性の呼吸器感染症や慢性の呼吸器疾患、心血管疾患、火災を減少させるだろう。安全な飲料水や適切な下水処理へ

のアクセスの改善、手洗いの励行は、下痢性疾患をさらに減少させるだろう。

禁煙立法は、間接喫煙を減少させ、またそれゆえ心血管疾患や呼吸器感染症を減少させる。都市輸送や都市計画の改善や、エネルギー効率のよい住宅の建設は、大気汚染関連疾患を減少させるとともに、安全な身体活動を促進するだろう。

世界中の多くの都市がすでに、そのような費用効率の高い諸措置を実施している。ブラジルのクリティバは、スラムの改善や廃棄物リサイクル、歩行やサイクリングを促進するための緑地帯や歩道橋を一体化した評判のよい「バス高速輸送」システムに、大きな投資を行ってきた。過去50年間に5倍の人口増加にもかかわらず、大気汚染のレベルは他の多くの急成長を遂げた都市よりも相対的に低く、平均余命は国の平均値よりも2年長い。

飲料水の安全への脅威を確認及び対処するWHOの飲料水安全計画を通じて、ネパールのアマプリーは、同地域における疾病の原因になっている水質ハザードとして、屋外排泄を確認した。結果的に、この村は、各住居にトイレを建設し、その後地方政府によって屋外排泄フリーゾーンと宣言された。

現在、WHOは各国とともに、屋内及び屋外大気汚染双方に対する取り組みを進めている。5月の世界保健総会において、WHOは、大気汚染の有害な健康影響の削減を目的とした世界

対応強化のためのロードマップを提案する予定である。

編注

健康的な環境を通じた疾病の予防第二版

- ・2006年の出版物を更新するとともに、環境疾病の因果関係とグローバルヘルスに対するそれらの破壊的影響に関する最新の証拠を提示している。
- ・様々な疾病が環境リスクによってどのように影響を受けているか系統的に分析及び定量化するとともに、環境的にもたらされる死亡、疾病、傷害の影響をもっとも受けやすい地域や集団について詳述している。
- ・その対象において網羅的である。100を超す疾病と傷害について、環境リスクの健康影響を検討している。危険な飲料水や下水処理、大気汚染や屋内ストーブなど、それらのうちのいくつかのファクターはよく知られているものの、気候変動や構築環境など、よく知られていないものもある。
- ・緊急な介入のための見込みのある領域や、多様な環境リスクファクターについて、因果関係を確立し、疾病負荷を定量化するためにさらなる調査研究の必要なギャップに焦点をあてている。



※<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/deaths-attributable-to-unhealthy-environments/en/>

大工の「右手根不安定症」

東京●ねじ打ち等の上肢作業が原因

内装大工のSさんが「右手根不安定症」で労災認定された。

Sさんは、大手ハウスメーカーの戸建て住宅やアパートの内装大工工事を請け負い（一人親方特別加入）、ねじ打ち機やビス打ち機などの電動工具を多用し、壁や天井のボード貼り作業を行っていた。日常的な作業においても、ねじ打ち機等を持つ右手の手根に負担がかかっていたが、さらに発症日前に業務量が増加したことにより、業務上決定された。

「右手根不安定症」とは、手根部にある8個の手根骨（舟状骨、月状骨、三角骨、豆状骨の近位列の4個と、大菱形骨、小菱形骨、有頭骨、有鉤骨の遠位列の4個）が何らかの原因で解離し、手関節の痛み、可動域制限、握力低下などの症状をもたらす。

Sさんの場合は、右手の手根骨のうち「舟状骨」「月状骨」に異常が発生し、右手関節周囲の膨張、圧痛、運動時痛の症状が出ており、レントゲン写真上「舟状骨-月状骨」を中心とした月状骨周囲の解離がある。

そして、主治医からビス打ち等の右手根に負担のかかる業務はドクターストップがかけられ休業し、また治療のため「鏡視

下滑膜切除」「舟状月状靭帯再建」の手術が必要なことから労災申請を考え、医療機関を通じて神奈川県労災職業病センターに相談があった。

Sさんは現在52歳であるが、33歳頃から内装大工の職業に就き、以来20年間一貫して内装大工工事に従事してきた。Sさんの「右手根不安定症」の原因となった作業は、戸建てやアパートの新築工事において、壁・床・天井の下地やボードを、ねじ打ち機やビス打ち機で貼り付けていく作業である。一昔前の建築工事現場では、げんのう（とんかち）で釘打ちする「トントントン」という音が響いていたが、いまの建築工事現場では、電動工具のねじ打ちやビス打ち機による「バンバンバン」という音が響いている。Sさんは、その仕事を主に行う内装大工なのである。

Sさんが内装大工をはじめた当初は比較的ゆとりがある工期であったが、徐々に工期が短縮され、近年は当初の半分の工期で工事を完成させる必要があり、「右手根不安定症」の発症前は、工期に追われる厳しい労働環境下での過重業務が続いていた。

Sさんが使用していた電動工

具は、ねじ打ち機、ビス打ち機、フロア貼り機等、普通の大工が一般的に使用している工具である。Sさんには、工事で使っていたねじ打ち機を持参してもらい、通常の作業体勢と天井貼りや壁の高い個所に打ち込む際の作業体勢を再現してもらった（別掲写真）。このねじ打ち機は、重さ1.9kgで、エアーコンプレッサーの空気圧（1.8～2.3MPa＝約18～23重量kg/cm²）を使ってねじを打ち込んでいく。写真のように、ねじ打ち機を片手で持ち上げて壁に垂直に押し当てねじを打ち込む。ねじ打ちする毎にその反動で持ち手（Sさんの場合は右手）に大きな負荷がかかることになるのである。

戸建かアパートかの建物の種類と規模にもよるが、1棟の新築工事における内装大工工事の作業毎のねじ打ち、ビス打ちの量は、おおよそ次のとおりである。荒床工事（約1,000発）、内壁工事（約200発）、天井野縁（約100発）、フロア貼り（約200発）、天井ボード貼り（約1,000発）、各種補強（約200発）、内壁ボード貼り（約1,500発）、間仕切り下地（約300発）、間仕切りボード（約3,000発）、仕上げ（約700発）。合計すると1棟の建物で約8,200発をねじ打ち機やビス打ち機で打ち込んでいる。

当然、内装工事の仕事はこれらねじ打ち等だけではなく、半分以上はねじ打ち等の作業時間に費やされ、また場合によっては、一日中ねじ打ち等の作業を続けることもあると言う。またとく

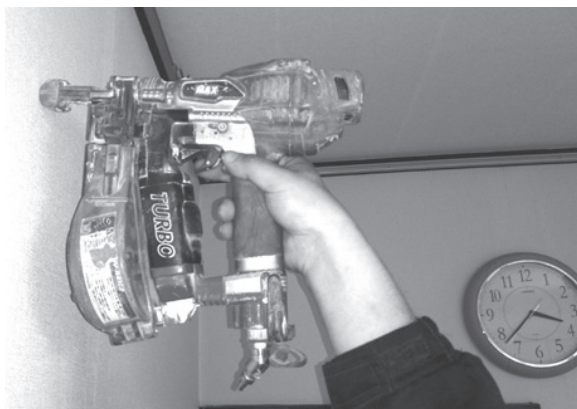
にアパートの新築工事などでは部屋の仕切り壁が多くなるので、ねじ打ち、ビス打ちの量も大幅に増加する。

Sさんは、最初に肘や肩が痛み出して身体の異常を感じたが、その後、手首（手根骨）が激しく痛み出した。2013年11月には「腱鞘炎」と診断されたが、痛みを我慢しながら内装大工の仕事を続けていた。しかしながら2014年8月から9月にかけて、通常は1人1棟のところ、1人で2棟を仕上げる必要が生じ、通常の倍の作業量となった。労働基準監督署の調査では、この間の業務量の変化を最重視し、以前と以後の労働時間の比較で1.7倍の増加を認めている。

Sさんは手根骨の痛みが激しくなり、2014年10月に整形外科を受診したが、生活のため、痛みに耐えながらだまだまし仕事を続けた。しかし、ついに2015年1月にドクターストップがかり休業し、手術に踏み切った。

渋谷労働基準監督署は、「右手根不安定症」について「上肢作業に基づく疾病」として調査した結果、①上肢等に負担のかかる作業を主とする業務に相当期間従事した後に発症した、②発症前に過重な業務に就労した、③過重な業務への就労と発症までの経過が医学上妥当なものであると認められる、として業務上決定（労災認定）した。

①に関しては、認定基準における「相当期間（=原則として6か月程度以上）」ビス打ち等の業務に従事しており、②は労働時間の比較で発症前後で1.7倍の業務量の増加を認め、③は2014年10月を発症年月として主治医と地方労災医員の「相当因果



関係あり」の意見によって業務上決定した。

Sさんは「一人親方」として労災特別加入していた。労災保険の事務組合は当初、「このような疾病での労災は聞いたことがない」として事業主証明を躊躇していたが、Sさんの丁寧な説明に

よって無事に証明を得られた。

Sさんは労災認定の報を受けて、同様の仕事をしている内装大工は多く、同様の疾病で苦しんでいる仲間のためにも良い前例となった、まずは治療に専念したいと、ほっと一安心されている。

（神奈川労災職業病センター）

長時間労働に社長等の叱責 大阪●零細企業でのうつ病労災認定

20代女性のAさんは、2013年4月に正社員が数名ほどの小さな会社に入社し、パート労働者の管理や事務などの業務を行っていた。商品の出荷が年末年始に非常に多く、その期間は社員すべて残業し、Aさんも終電まで働いた。10月から残業が増加し、11月から1月は毎月約100時間の残業をこなした。

1月に年末までの仕事を振り返るレポートを提出し、それに基づいて、社長が社員一人ひとりに話

をするのがこの会社の恒例だった。2014年1月に社長に呼ばれて話をしたときに、突然、「残業が多すぎる」「どうせ終わらないからだらだらやっている」と叱責された。社員全員が残っていたので、社長の言うことが理解できずに言葉が出なかった。

すると、さらに業務中に黙って従っているのも「猫かぶりだ」といわれない人格否定の発言をされた。実際は仕事をきちんと教えてもらえないこともあり、手探りで

懸命に業務をこなしていたので、残業時間だけを取り上げて叱責される意味がわからず、ショックを受けて反論ができなかった。

その後、社員のミーティングでも「仕事のスピードが遅い。年末だからやらせて、仕事の効率が悪い」などと上司から叱責された。業務はいろいろ増やされるが、きちんと教えてもらえない状態が続き、上司から何度も叱責を受けた。次第に体調が悪くなり、残業を減らしてほしいと申し出ると、反対に仕事のやり方が悪いからだと責められた。

4月に病院へ行き、うつ状態と診断された。その後も仕事は続けていたが、「残業ができないなら、辞めるしかない」と言われ、9

月で退職した。

Aさんはユニオンに相談し、労災請求も行うことにした。団交を行い、会社に未払い賃金も支払わせ、会社都合退職とさせることができた。

労災は請求から10か月かかったが無事認定された。おそらく100時間ほどの恒常的な長時間労働があった後に、社長や上司からの叱責という出来事があったことから心理的負荷が「強」と判断されたようだ。

ひどい会社に関わったためこの2年ほどつらい時期を過ごすことになってしまったが、幸い、Aさんはうつから回復し、最近仕事を始めることもできた。

(関西労働者安全センター)

局医の見解などに基づき、現行の労災認定基準に照らして処理した」「もし今後新たな物証が出てきたら再度検討する余地はある」との説明を受けた。

とりあえず、審査請求手続をすることと、セカンドオピニオンとしてアスベスト疾患に詳しいみずしま内科クリニック(東大阪市)を受診することなどをアドバイスした。

水嶋医師によれば、じん肺の管理区分申請が可能な程度の症状とのことなので、診断書を作成してもらい、2014年1月に兵庫労働局にじん肺管理区分申請(随時申請)をするとともに、審査請求の手続も行った。その間に、不支給処分に関わる調査復命書入手するため、個人情報の開示請求を労働局に行い、資料収集に努めた。

その結果は、4月に労働局からじん肺管理1とする管理区分決定の通知が、そして6月には審査請求棄却の決定書が届いた。結果としては何も変わらなかったのだが、その決定書によれば、審査官が新たに依頼した専門医の意見では、監督署段階よりも踏み込んで肺がんであると判断した。再審査請求を行って、対策を考えることにした。

8月に水嶋医師から「胸膜ブランクあり」との意見書もらい、再審査請求書類とともに提出した。ところが、9月に本人の容体が急変し、病院に救急搬送され、そのまま亡くなられたとの連絡が、病院にいるご家族から入ってきた。これまでの経過を踏まえ、ご家族に解剖についての説明と

死亡後解剖で自庁取り消し

兵庫●石綿肺がんの労災不支給事案

事のはじまりは2013年12月に実施した石綿健康被害ホットラインでの相談だった。肺がんで療養中のOさん(69歳)から「労災申請したのですが、不支給決定の通知が届いたので、これからどうすればよいのか」との相談だった。さっそく自宅を訪問し、被災者Oさんにご家族からこれまでの経過や職歴、居住歴などについて聞き取りを行った。

Oさんは、約40年のキャリアを持つ左官一筋の職人で、在職中は石綿含有の資材とセメント等を

扱取するなどの作業において石綿粉じんを吸入した。退職前から咳は出ていたが、数年前からひどくなり、地元の市民病院を受診したところ肺がん(ステージⅢの後半)と診断された。がんの発生部位が生検をするのに不適切な部位であり、積極的な治療はしていないとのことであった。

原処分庁の西宮労働基準監督署の担当者に会い、不支給になった理由を聞いたところ、「肺がんの確定診断がされていない」「肺に胸膜ブランクがないという

今後の対応を話し合った。

2015年1月、再審査請求に基づき口頭審理が、大阪労働局においてテレビ会議システムにより行われた。安全センターは代理人として出席し、「本人は死亡されたが、解剖して肺の臓器の一部が病院に保管されているので、肺組織の分析してほしい」旨陳述した。

2015年6月、ご遺族から肺の組織分析の結果報告が届いたとの連絡が入った。それによれば、本人の肺から検出された石綿小体の数値は、石綿肺がんの労災認定基準の5,000本をはるかに超える16,583本が検出された。

そのため、石綿小体計測結果報告を原処分庁である西宮監督署に提出して、「新たな物証が出たので不支給処分を取り消し、早急に労災認定すること」を要求した。しかし、「監督署としては、現時点ではまだ再審査請求の途中なので、関係機関と協議しないといけないのでしばらく時間がほしい」との説明を受けた。

その後8月に「監督署としては、Oさんの事例については、現行の石綿肺がんの労災認定基準を満たしていると判断し、不支給処分を取り消し、労災と認定することにした」との連絡が入った。

石綿肺がんは中皮腫に比べ件数としては2倍以上も発症しているにもかかわらず、労災認定基準が厳しいために不支給処分が続出しており、これを取り消すための裁判が全国各地で行われている。石綿肺がんをめぐる行政訴訟はすべて原告勝訴

の判決が確定し、先日は当センターが支援している丸本裁判でも大阪高裁での勝利判決が確定した(4月号参照)。

これら一連の流れのなかで石綿肺がんの認定基準の見直しが進むことを願うが、今回のOさんの事例からの教訓として、現在石綿肺がんを療養中の方や家族の方には酷な表現でお許し

願いたい。認定の決め手・物証は被害者の身体の中に残っているということを忘れないでいただきたい。いざというときに慌てないためにも、解剖の有無の意思表示を家族や主治医とのふだんの会話のなかで確認しておくことが大切だということをお伝えしたいと思います。



(ひょうご労働安全衛生センター)

石綿国賠訴訟3件目が和解

大阪●全国で新たな提訴続く

2014年10月9日の泉南アスベスト訴訟最高裁判決を受けてのアスベスト健康被害に関する国家賠償訴訟は、2015年3月の提訴以来、関西労働者安全センターは4件について支援してきたが、うち3件まで和解が成立した。

2015年7月に最初に和解が成立した五稜石綿(東大阪市:石綿製品製造)元従業員ご遺族の菊池さん、同年9月に成立した藤田工業所(石綿製品加工)元従業員ご遺族の藤田さんに続いて、2016年1月19日に3件目の和解が成立した。昨年6月に提訴した大阪市平野区の第一石綿工業の元従業員に関するケースで、原告の夫である元従業員は、1959年9月から1966年8月までの7年間、アスベスト製品の製造に携わり、2011年8月に悪性中皮腫で亡くなっている。

この事案と同時に提訴した万

年スレートの元従業員については、すでに亡くなっている被災者の石綿ばく露状況をめぐって国は再三求釈明を行い、原告は多大な負担を強いられているもの、おそらく近く和解が成立すると思われる。

全国的な状況については、3月号も参照していただきたい。

昨年11月27日にはひょうご労働安全衛生センターの支援で、神戸地裁に2件が提訴された。原告は、神戸市内の石綿製品製造工場で働いていた現在82歳の元従業員と、西宮市の鉄工所で石綿含有土管の加工作業に従事し、中皮腫で死亡した元従業員の遺族である。兵庫県内では初めての提訴だ。

82歳の元従業員の女性は1962年3月から1967年9月にかけて河原冷熱工業で石綿布団の製造に従事した。2012年1月に

びまん性胸膜肥厚と診断され、2012年4月に神戸西労働基準監督署が労災認定した。現在も療養中である。

河原冷熱については、中皮腫3件、びまん性胸膜肥厚2件、時効救済で肺がん1件、中皮腫1件、石綿肺1件が認定されている。

また、もう一人の元従業員、山村悦三さんは、西宮市の山口鉄工所で1960年1月から1966年3月にかけて石綿含有土管の加工作業や、菱産スレート工場内でモーターの点検・修理作業を行った。土管加工では大阪の藤田工業所と同様、クボタから請け負った製品を加工していたという。山村さんは2013年10月に中皮腫と診断され、翌年4月に73歳で亡くなった。亡くなった後の2014年7月に西宮労働基準監督署が労災認定したが、亡くなる前に「被害を二度と起こさないように国に管理監督を求め、多くの被害者に補償をしてほしい」と話していたという。

菱産スレートつまり現在の三菱セメント建材では、これまでに肺がん2件、中皮腫1件、時効救済で中皮腫1件の計4件が労災認定されている。

さらに12月4日には、ひょうご労働安全衛生センターが支援して、大阪の石綿工場で働き中皮腫で死亡した元従業員についても遺族が国に損害賠償を求めて鹿児島地裁に提訴した。鹿児島地裁での提訴もこの事案が初めてである。

元従業員の前村一巳さんは、農閑期の出稼ぎで1965年から

73年に大阪のカナエ石綿工業で、石綿とガラス繊維を混合したものをプレス機で成型する作業に従事した。2002年10月に中皮腫と診断され、2007年8月に76歳で亡くなった。2006年に茨木労働基準監督署に労災認定された。

カナエ石綿工業については、肺がん1件、中皮腫2件、時効救済で肺がん2件が労災認定されている。

また、アスベスト訴訟弁護団は、今年1月19日にもう1件国賠訴訟を大阪地裁に提訴した。

香川県三豊市の神島化学株式会社詫間工場では1961年から1987年まで石綿保温材の製造に従事し、2005年に中皮腫で亡くなった元従業員のケースで、弁護団に直接相談があった。香川県の石綿工場での被害ケースは初めてである。

提訴報道を受けて被害の掘り

起こしが進むことを期待したい。

提訴のたびに報道され、ホットラインも実施しているものの、全国の安全センターで関わる提訴件数は10件に満たない。アスベスト国賠の対象者は労災の休業補償の対象とならない石綿肺所見を有する方も含まれているため、本来であればもっと関心を引いてもよい。しかし、裁判上の除外期間を迎えている方もあり、なかなかひろがっていない。また、自身の石綿肺が合併症を併発していないという理由で労災の補償にまで至らないと聞かされ、管理区分申請すら行っていない方が多数いると予想される。

このような補償を受けていない被災者を掘り起こしていったら初めて正確なアスベスト被害状況を把握したことになると考えると、今後も力を入れて取り組んでいかなくてはならない。

(関西労働者安全センター)

職業がん等認める判決続く

韓国●肺がん、卵巣がん、連続夜勤

33年間ラドン・石綿を吸入した機関士の肺がんは労災

地下鉄機関士として長期間働き、2015年2月に肺がんが亡くなったHさん(59歳)が、勤労福祉公団から産業災害を認められた。地下鉄機関士のうち肺がんを雇った労働者が労災と認められたのは今回が初めて。

1980年に韓国鉄道公社に入社したHさんは、2013年5月に原発性肺がんの判定を受けるまで機関士として働いた。33年の内3年間は鉄道車両の整備作業をし、その後は中央線と4号線を運行した。整備作業では媒煙(ディーゼル排出物質)と石綿に、地下鉄を運行する過程では

ラドンと微細粉じんといった有害物質に曝露した。ラドンと石綿は発がん物質で、持続的に曝露すれば肺がんを誘発する。

職業性肺疾患研究所によれば、4号線の8つのトンネル区間と駅舎のホームのラドンの平均濃度は、それぞれ2.67pCi/L (リッター当りピコキュリー)と1.62pCi/Lだった。大衆利用施設などの室内空気質管理法上のラドン基準値である4pCi/Lに近い数値だ。

事件を担当したクォン・ドンヒ公認労務士は「地下鉄機関士の肺がんが初めて労災と認定され、ラドンによって肺がんが誘発されたと判定されたことは、ソウル都市鉄道公社とソウルメトロで働く機関士の労災認定にも影響を及ぼす」とし、「地下鉄の微細粉じんが労働者・市民の健康を脅かしているのだから、今回の労災判定を契機に改善しなければならない」と話した。

2015年12月10日
毎日労働ニュース

サムソン電子職業病の卵巣がん ／裁判所、初の労災認定

サムソン電子の温陽(オニャン)事業場で働き、卵巣がんに罹って2012年に亡くなったイ某さんが産業災害を認められた。サムソン電子事業場で発病した職業性がんの内、卵巣がんが労災と認定されたのは今回が初めて。

ソウル行政法院は、卵巣がんて死亡したイ某さんの遺族が勤労福祉公団を相手に提起した遺族給与および葬祭料不支給処分取り消し訴訟で、原告勝訴

判決を行ったと明らかにした。提起から2年8か月目に一審判決が出た。

イさんは1993年にサムソン電子温陽事業場に入社し、6年2か月間勤めた。1999年6月に退社したが、頻繁な嘔吐と腹部膨張症状を訴えた。2000年に卵巣がんと確定診断され、2004年に左側卵巣腫瘍を除去した。2011年に直腸と膀胱などにがんが転移したとされ、2012年1月に死亡した。36歳だった。

公団は2013年2月、「疫学調査を実施した結果、卵巣がんに関連がある石綿・タルクなどが工程で扱われておらず、業務との関連性が低い」として、不承認とした。

裁判所はイさんが働いた金線連結工程で有害物質であるエポキシ樹脂接着剤が使われた事実を確認した。接着剤にはホルムアルデヒド(発がん物質)とフェノール(生殖毒性物質)が含まれている。裁判所は、イさんが呼吸器を通じて有害物質を吸入したと見た。

裁判所は「作業場で働いて有害化学物質に長期間・持続的にばく露したと見られ、昼夜間交代勤務をしながら疲労とストレスが累積したと見られる」。「有害要因が複合的に作用して故人に卵巣がんが発生したと見ることができ、死亡は業務上災害に該当する」と判示した。

卵巣がんはサムソン電子が設立した半導体白血病補償委員会の補償対象疾病のうちの三群に属する。遺族たちが補償委に

補償申請をすれば治療費水準の補償を受けられる。パナリムは「治療費だけでなく最小限の生計費は保障されなければならない」「三星電子の独断的な補償手続に問題があり、一方的に定めた補償基準を全面再検討しなければならない」と要求した。

2016年1月29日
毎日労働ニュース

死因が不明確でも連続夜勤中に 死亡すれば業務上災害

ソウル行政法院は、続いた超過勤務と夜勤中に倒れて亡くなったAさんの遺族に勝訴判決を行った。

2014年5月から自動車部品組み立て会社で働いたAさんは、昨年2月、工作中に突然に倒れて亡くなった。Aさんは死亡前の12週間は一日平均12時間以上、1週間に平均63時間働いたことが明らかになった。死亡の1か月前からは、昼間から夜間勤務に転換されていた。しかし、解剖検査をしたが明確な死亡原因が発見されなかった。Aさんは満15歳からてんかん症を病んだと分かり、公団はこれを根拠に業務上災害を認めなかった。

裁判所は「過度な夜間勤務による過労・ストレスが過度な身体的負担につながり、てんかん症やその他の特定されない死亡原因となったり、症状を急速に悪化させたと見るのが妥当」と判示した。



2016年1月6日
毎日労働ニュース
(翻訳：中村猛)

全国労働安全衛生センター連絡会議

〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階

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

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

- 北海道 ● NPO法人 北海道勤労者安全衛生センター
〒060-0004 札幌市中央区北4条西12丁目 ほくろうビル4階
E-mail safety@rengo-hokkaido.gr.jp
TEL (011) 272-8855 / FAX (011) 272-8880
- 東京 ● NPO法人 東京労働安全衛生センター
〒136-0071 江東区亀戸7-10-1 Zビル5階
E-mail center@toshc.org
TEL (03) 3683-9765 / FAX (03) 3683-9766
- 東京 ● 三多摩労働安全衛生センター
〒185-0021 国分寺市南町2-6-7 丸山会館2-5
TEL (042) 324-1024 / FAX (042) 324-1024
- 東京 ● 三多摩労災職業病研究会
〒185-0012 国分寺市本町4-12-14 三多摩医療生協会館内
TEL (042) 324-1922 / FAX (042) 325-2663
- 神奈川 ● NPO法人 神奈川労災職業病センター
〒230-0062 横浜市鶴見区豊岡町20-9 サンコーポ豊岡505
E-mail k-oshc@jca.apc.org
TEL (045) 573-4289 / FAX (045) 575-1948
- 群馬 ● ぐんま労働安全衛生センター
〒370-0045 高崎市東町58-3 グランドキャニオン1F
E-mail qm3c-sry@asahi-net.or.jp
TEL (027) 322-4545 / FAX (027) 322-4540
- 長野 ● NPO法人 ユニオンサポートセンター
〒390-0811 松本市中央4-7-22 松本市勤労会館内1階
E-mail ape03602@go.tvm.ne.jp
TEL (0263) 39-0021 / FAX (0263) 33-6000
- 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 アンビジャス梅垣ビル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 hiroshima-raecc@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
〒682-0803 倉吉市見田町317 種部ビル2階 労安センターとっとり
/ FAX (0858) 23-0155
E-mail info@tokushima.jtuc-rengo.jp
- 愛媛 ● NPO法人 愛媛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
TEL (088) 623-6362 / FAX (088) 655-4113
E-mail npo_eoshc@yahoo.co.jp
- 高知 ● NPO法人 高知県労働安全衛生センター
〒793-0051 西条市安知生138-5
TEL (0897) 47-0307 / FAX (0897) 47-0307
- 熊本 ● 熊本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
- 大分 ● NPO法人 大分県勤労者安全衛生センター
〒861-2105 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レークタウンクリニック
TEL (096) 360-1991 / FAX (096) 368-6177
- 鹿児島 ● 鹿児島労働安全衛生センター準備会
〒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
- 沖縄 ● 沖縄労働安全衛生センター
〒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
- 自治体 ● 自治労安全衛生対策室
〒902-0061 那覇市古島1-14-6
E-mail sh-net@ubcnet.or.jp
TEL (03) 3239-9470 / FAX (03) 3264-1432
- 〒102-0085 千代田区六番町1 自治労会館3階



安全センター情報 2016年5月号(通巻第437号) 2016年4月15日発行(毎月1回15日発行)
〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階 全国労働安全衛生センター連絡会議
1979年12月28日第三種郵便物認可 800円
TEL(03)3636-3882 FAX(03)3636-3881

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