

安全センター情報2017年8月号 通巻第451号
2017年7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



2017 8

安全センター情報

過労死防止学会第3回大会(専修大学・特別セッション)
若者に広がる過労自殺の要因と対策



特集● 脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

写真：第3回過労死防止学会(専修大学神田キャンパス)

7月15日 結成30年記念国際会議及び第29回総会のご案内

石綿対策全国連絡会議

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

今年、私たちは結成30年を迎えます。これを記念して、下記のとおり「アジア・世界のアスベスト禁止をめざす国際会議」を、第29回総会と兼ねて開催することとしました。

私たちは、2004年世界アスベスト東京会議(GAC2004)、また、2007年の結成20周年にも国際会議を開催しました。前者では、日本がアスベスト原則禁止に踏み切るという新たな局面を迎える中で、世界共通の課題としてアスベスト問題の諸側面に多面的総合的に対処していく必要性を学ぶことができました。後者は、クボタ・ショックを経て、石綿健康被害救済法が実施される中で、「すべてのアスベスト被害者・家族に公正・平等な補償を求める国際会議」として開催しました。

今回は、「アジア・世界のアスベスト禁止をめざす国際会議」です。4月末に、隔年開催の国際貿易に関するロッテルダム条約の第8回締約国会議が開催されましたが、ロシア、カザフスタン等わずか6か国の反対によって、クリソタイル・アスベストを事前の情報提供に基づく同意(PIC)手続が必要な有害物質のリストに含めるという提案がまたも妨害されました(6度目です)。一方で、この会議にはアジアからも多数がNGOとして参加し、代表して発言したインドネシア人女性のアスベスト被害者を世界各地の労働組合・環境団体代表らが見守り支持するという場面も見られました。

これが現在の状況を象徴していると言えます。きわめて重要な段階を迎えている「アジア・世界のアスベスト禁止をめざす」取り組みを支えている、別添の海外ゲストが来日します。

さらに、初の高裁判決を目前にしている建設アスベスト訴訟を闘う原告団・弁護団、中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会、石綿問題総合対策研究会からの報告も予定しています。

石綿対策全国連絡会議の第29回総会を兼ねた企画であり、例年の総会の2倍の定員(360人)の会場を確保しました。参加無料、どなたでも参加できます。ふるってご参加いただきますようお願いいたします。

記

結成30周年記念「アジア・世界のアスベスト禁止をめざす国際会議」

及び石綿対策全国連絡会議第29回総会

日時: 2017年7月15日(土) 10:00~17:00

会場: 東京工業大学蔵前会館「くらまねホール」

東急「大岡山」駅前(〒152-0033 目黒区大岡山2丁目12-1)

アクセス案内 <http://www.somuka.titech.ac.jp/ttf/access/index.html>

定員360人(例年の2倍相当) / 参加無料 / 同時通訳

海外ゲスト・報告テーマ(予定)

- ① ケート・リー (Ms. Kate Lee) オーストラリア労働組合国際協力機関APHEDA事務局長(オーストラリア)
- ② シャラン・KC (Mr. Sharan KC) APHEDAメコンプロジェクト担当(ベトナム)
- ③ ウランダリ・スリ (Ms. Wulandari Sri) 国際建設林業労連(BWI)アジア太平洋事務所地域教育担当
- ④ オマーナ・ジョージ (Ms. Omana George) アジア・モニター・リソースセンター (AMRC)
- ⑤ チェ・エヨン (Mr. Yeong Choi) 韓国全国石綿追放運動ネットワーク(BANKO)事務局長
- ⑥ サンジ・パンディタ (Mr. Sanjiv Pandita) ソリダール・スイス (Solidar Suisse)
- ⑦ ローリー・カザン・アレン (Ms. Laurie Kazan Allen) アスベスト禁止国際書記局 (IBAS) コーディネーター

日本の報告・発言の予定

- ① 松田耕平 (建設アスベスト訴訟弁護団)
- ② 村山武彦 (東京工業大学教授、石綿問題総合対策研究会)
- ③ 建設アスベスト訴訟原告団代表
- ④ 中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会
- ⑤ 石綿対策全国連

特集／脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

**精神障害請求過去最多更新
脳・心、精神認定率収れん傾向**

初めて裁量労働制関連データ公表 2

**イギリスのアスベスト被害と
補償・救済のアプローチ**

患者と家族の会イギリス訪問団参考資料 20

労働政策審議会建議

「時間外労働の上限規制等について」 42

**建議「働き方改革実行計画を踏まえた今後の
産業医・産業保健機能の強化について」** 48

「泉南型」アスベスト国賠訴訟資料 52

各地の便り

厚労省●「泉南型」国賠潜在的対象者に周知へ 55

東京●若者に広がる過労自殺等をめぐって議論 57

神奈川●三菱電機が労働時間管理改善等約束 58

東京●クモ膜下出血発症した被災者の復職問題 60

東京●労働者歴が7年7か月の肺がん労災認定 62

精神障害請求過去最多更新 脳・心、精神認定率収れん傾向 初めて裁量労働制関連データ公表

厚生労働省は2017年6月30日に、2016年度分の「過労死等の労災補償状況」を公表した (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000168672.html>)。

2014年までは、「脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況」とされていたが、過労死等防止対策推進法の施行を踏まえて変更した模様。「過労死等」とは、同法第2条において、「業務における過重な負荷による脳血管疾患若しくは心臓疾患を原因とする死亡若しくは業務における強い心理的負荷による精神障害を原因とする自殺による死亡又はこれらの脳血管疾患若しくは心臓疾患若しくは精神障害をいう」と定義されている、と注記している。

同省自身が指摘する2016年度の特徴は、以下のとおりである。

■脳・心臓疾患に関する事案の労災補償状況

- ① 請求件数は825件で、前年度比30件の増となった。(表1、図1)
- ② 支給決定件数は260件で前年度比9件の増となり、うち死亡件数も前年度比11件増の107件であった。(表1、図1)
- ③ 業種別(大分類)では、請求件数は「運輸業、郵便業」212件、「卸売業、小売業」106件、「製造業」101件の順で多く、支給決定件数は「運輸

業、郵便業」97件、「製造業」41件、「卸売業、小売業」29件の順に多い。(表5)

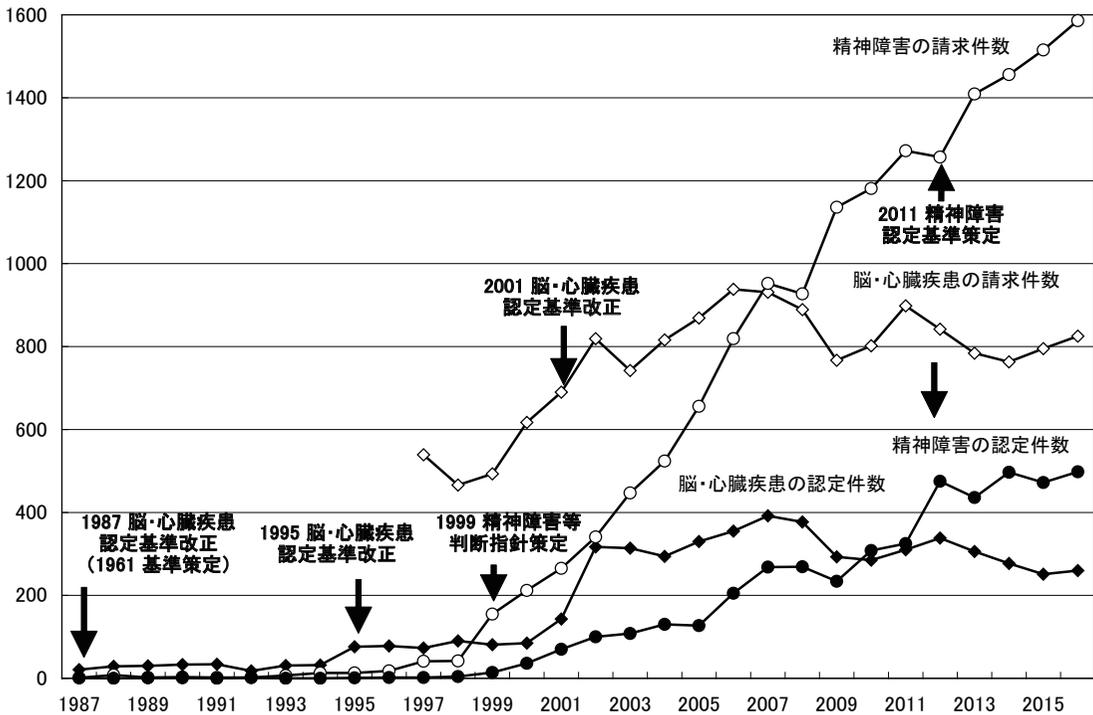
業種別(中分類)では、請求件数、支給決定件数ともに業種別(大分類)の「運輸業、郵便業」のうち「道路貨物運送業」145件、89件が最多。(支給決定件数-表7-1)

- ④ 職種別(大分類)では、請求件数は「輸送・機械運転従事者」187件、「販売従事者」97件、「サービス職業従事者」93件の順で多く、支給決定件数は「輸送・機械運転従事者」90件、「専門的・技術的職業従事者」30件、「生産工程従事者」27件の順に多い。(表5)

職種別(中分類)では、請求件数、支給決定件数ともに職種別(大分類)の「輸送・機械運転従事者」のうち「自動車運転従事者」178件、89件が最多。(支給決定件数-表7-2)

- ⑤ 年齢別では、請求件数は「50～59歳」266件、「40～49歳」239件、「60歳以上」220件の順で多く、支給決定件数は「50～59歳」99件、「40～49歳」90件、「30～39歳」34件の順に多い。(表5)
- ⑥ 時間外労働時間別(1か月又は2～6か月における1か月平均)支給決定件数は、「80時間以上

図1 脳・心臓疾患及び精神障害の労災補償状況



～100時間未満」106件で最も多く、「100時間以上」の合計件数は128件であった。(表9)

■精神障害に関する事案の労災補償状況

- ① 請求件数は1,586件で前年度比71件の増となり、うち未遂を含む自殺件数は前年度比1件減の198件であった。(表2、図1)
- ② 支給決定件数は498件で前年度比26件の増となり、うち未遂を含む自殺の件数は前年度比9件減の84件であった。(表2、図1)
- ③ 業種別(大分類)では、請求件数は「医療、福祉」302件、「製造業」279件、「卸売業、小売業」220件の順に多く、支給決定件数は「製造業」91件、「医療、福祉」80件、「卸売業、小売業」57件の順に多い。(表6)
業種別(中分類)では、請求件数、支給決定件数ともに業種別(大分類)の「医療、福祉」のうち「社会保険・社会福祉・介護事業」167件、46件が最多。(支給決定件数-表8-1)
- ④ 職種別(大分類)では、請求件数は「専門的・

技術的職業従事者」361件、「事務従事者」307件、「販売従事者」220件の順に多く、支給決定件数は「専門的・技術的職業従事者」115件、「事務従事者」81件、「サービス職業従事者」64件の順に多い。(表6)

職種別(中分類)では、請求件数、支給決定件数ともに職種別(大分類)の「事務従事者」のうち「一般事務従事者」198件、47件が最多。(支給決定件数-表8-2)

- ⑤ 年齢別では、請求件数は「40～49歳」542件、「30～39歳」408件、「50～59歳」295件、支給決定件数は「40～49歳」144件、「30～39歳」136件、「20～29歳」107件の順に多い。(表6)
- ⑥ 時間外労働時間別(1か月平均)支給決定件数は、「20時間未満」が84件で最も多く、「160時間以上」が52件であった。(表10)
- ⑦ 出来事(※)別の支給決定件数は、「(ひどい)嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた」74件、「仕事内容・仕事量の(大きな)変化を生じさせる出

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

表1 脳・心臓疾患の労災補償状況(年度「合計」は2000～16年度分の合計)

年度	脳血管疾患及び虚血性心疾患等											
	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②	認定率① 死亡	認定率② 死亡
		内死亡		内死亡		内死亡		内死亡				
2003	742	(319)	708	(344)	314	(158)	394	(186)	42.3%	44.4%	49.5%	45.9%
2004	816	(335)	669	(316)	294	(150)	375	(166)	36.0%	43.9%	44.8%	47.5%
2005	869	(336)	749	(328)	330	(157)	419	(171)	38.0%	44.1%	46.7%	47.9%
2006	938	(315)	818	(303)	355	(147)	463	(156)	37.8%	43.4%	46.7%	48.5%
2007	931	(318)	856	(316)	392	(142)	464	(174)	42.1%	45.8%	44.7%	44.9%
2008	889	(304)	797	(313)	377	(158)	420	(155)	42.4%	47.3%	52.0%	50.5%
2009	767	(237)	709	(253)	293	(106)	416	(147)	38.2%	41.3%	44.7%	41.9%
2010	802	(270)	696	(272)	285	(113)	411	(159)	35.5%	40.9%	41.9%	41.5%
2011	898	(302)	718	(248)	310	(121)	408	(127)	34.5%	43.2%	40.1%	48.8%
2012	842	(285)	741	(272)	338	(123)	403	(149)	40.1%	45.6%	43.2%	45.2%
2013	784	(283)	683	(290)	306	(133)	377	(157)	39.0%	44.8%	47.0%	45.9%
2014	763	(242)	637	(245)	277	(121)	360	(124)	36.3%	43.5%	50.0%	49.4%
2015	795	(283)	671	(246)	251	(96)	420	(150)	31.6%	37.4%	33.9%	39.0%
2016	825	(261)	680	(253)	260	(107)	420	(146)	31.5%	38.2%	41.0%	42.3%
合計	13,787				4,927				35.7%			

年度	脳血管疾患											
	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②	認定率① 死亡	認定率② 死亡
		内死亡		内死亡		内死亡		内死亡				
2003					193							
2004					174							
2005					210							
2006	634	(123)			225	(51)			35.5%		41.5%	
2007	642	(141)			263	(54)			41.0%		38.3%	
2008	585	(112)			249	(65)			42.6%		58.0%	
2009	501	(91)	442	(82)	180	(26)	262	(56)	35.9%	40.7%	28.6%	31.7%
2010	528	(112)	437	(110)	176	(48)	261	(62)	33.3%	40.3%	42.9%	43.6%
2011	574	(110)	470	(97)	200	(48)	270	(49)	34.8%	42.6%	43.6%	49.5%
2012	526	(96)	466	(89)	211	(39)	255	(50)	40.1%	45.3%	40.6%	43.8%
2013	468	(88)	396	(97)	182	(43)	214	(54)	38.9%	46.0%	48.9%	44.3%
2014	475	(84)	387	(79)	166	(38)	221	(41)	34.9%	42.9%	45.2%	48.1%
2015	502	(103)	408	(89)	162	(39)	246	(50)	32.3%	39.7%	37.9%	43.8%
2016	518	(82)	428	(91)	154	(37)	274	(54)	29.7%	36.0%	45.1%	40.7%
合計					3,091							

年度	虚血性心疾患等											
	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②	認定率① 死亡	認定率② 死亡
		内死亡		内死亡		内死亡		内死亡				
2003					119							
2004					122							
2005					120							
2006	304	(192)			130	(96)			42.8%		50.0%	
2007	289	(177)			129	(88)			44.6%		49.7%	
2008	304	(192)			128	(93)			42.1%		48.4%	
2009	266	(146)	267	(171)	113	(80)	154	(91)	42.5%	42.3%	54.8%	46.8%
2010	274	(158)	259	(162)	109	(65)	150	(97)	39.8%	42.1%	41.1%	40.1%
2011	324	(192)	248	(151)	110	(73)	138	(78)	34.0%	44.4%	38.0%	48.3%
2012	316	(189)	275	(183)	127	(84)	148	(99)	40.2%	46.2%	44.4%	45.9%
2013	316	(195)	287	(193)	124	(90)	163	(103)	39.2%	43.2%	46.2%	46.6%
2014	288	(158)	250	(166)	111	(83)	139	(83)	38.5%	44.4%	52.5%	50.0%
2015	293	(180)	263	(157)	89	(57)	174	(100)	30.4%	33.8%	31.7%	36.3%
2016	307	(179)	252	(162)	106	(70)	146	(92)	34.5%	42.1%	39.1%	43.2%
合計					1,836							

表2 精神障害の労災補償状況(年度「合計」は2000～16年度分の合計)

年度	精神障害											
	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②	認定率① 自殺	認定率② 自殺
		内自殺		内自殺		内自殺		内自殺				
2003	447	(122)	340	(113)	108	(40)	232	(73)	24.2%	31.8%	32.8%	35.4%
2004	524	(121)	425	(135)	130	(45)	295	(90)	24.8%	30.6%	37.2%	33.3%
2005	656	(147)	449	(106)	127	(42)	322	(64)	19.4%	28.3%	28.6%	39.6%
2006	819	(176)	607	(156)	205	(66)	402	(90)	25.0%	33.8%	37.5%	42.3%
2007	952	(164)	812	(178)	268	(81)	544	(97)	28.2%	33.0%	49.4%	45.5%
2008	927	(148)	862	(161)	269	(66)	593	(95)	29.0%	31.2%	44.6%	41.0%
2009	1,136	(157)	852	(140)	234	(63)	618	(77)	20.6%	27.5%	40.1%	45.0%
2010	1,181	(171)	1,061	(170)	308	(65)	753	(105)	26.1%	29.0%	38.0%	38.2%
2011	1,272	(202)	1,074	(176)	325	(66)	749	(110)	25.6%	30.3%	32.7%	37.5%
2012	1,257	(169)	1,217	(203)	475	(93)	742	(110)	37.8%	39.0%	55.0%	45.8%
2013	1,409	(177)	1,193	(157)	436	(63)	757	(94)	30.9%	36.5%	35.6%	40.1%
2014	1,456	(213)	1,307	(210)	497	(99)	810	(111)	34.1%	38.0%	46.5%	47.1%
2015	1,515	(199)	1,306	(205)	472	(93)	834	(112)	31.2%	36.1%	46.7%	45.4%
2016	1,586	(198)	1,355	(176)	498	(84)	857	(92)	31.4%	36.8%	42.4%	47.7%
合計	15,955	(2,668)			4,558	(1,059)			28.6%		39.7%	

来事があった」63件の順に多い。

※「出来事」とは精神障害の発病に関与したと考えられる事象の心理的負荷の強度を評価するために、認定基準において、一定の事象を類型化したもの(表13)

本誌では、今回発表されたデータだけでなく、過去に公表された関連データもできるだけ統合して紹介している。脳・心臓疾患及び精神障害等については、2001年の脳・心臓疾患に係る認定基準の改正を受けて、2002年以降毎年5～6月に、前年度の労災補償状況が公表されるようになっていたが、それ以前に公表されたものもある(脳・心臓疾患では1987年度分、精神障害では1983年度分から一部データあり-図1参照)。一方で、公表内容は必ずしも同じものではない(表1及び表2の空欄は公表されなかった部分である)。後掲の都道府県別データとの整合性をとって、表1及び表2では、2000～16年度分を「合計」として示した(全年度分のデータがそろわない項目の「合計」は空欄とした)。

2010年5月7日からわが国の「職業病リスト」(労働基準法施行規則別表第1の2(第35条関係))が改訂されている。それまで、包括的救済規定と呼ばれる「第9号=その他業務に起因することの明らかな疾病」として扱われてきた脳・心臓疾患及び精神障害

が、「業務との因果関係が医学経験則上確立したもの」として、各々新第8号、新第9号として、以下のように例示列挙されたものである。これに伴い、旧第9号は第11号へと変更された。

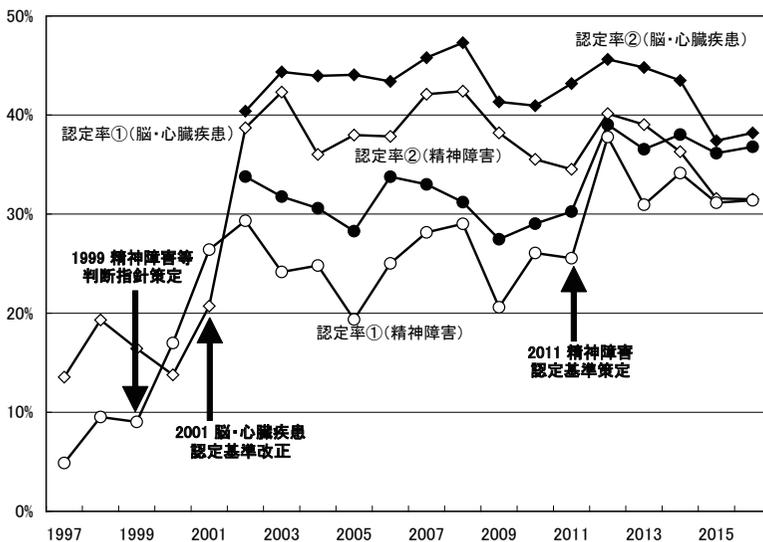
新第8号 長期間にわたる長時間の業務その他血管病変等を著しく増悪させる業務による脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、高血圧性脳症、心筋梗塞、狭心症、心停止(心臓性突然死を含む。)若しくは解離性大動脈瘤又はこれらの疾病に付随する疾病

新第9号 人の生命に関わる事故への遭遇その他心理的に過度の負担を与える事象を伴う業務による精神及び行動の障害又はこれに付随する疾病

脳・心臓疾患については、「第1号=業務上の負傷に起因する疾病」として扱われるものもあることから、過去に公表された2001年度以前分については、第1号と旧第9号を合わせた件数、及びそのうちの旧第9号の内数が示されていたのであるが、2002年度分以降の公表は、旧第9号(2010年度以降は新第8号)に関するものだけになっている。表1の「脳血管疾患」「虚血性心疾患」も、旧第9号=新第8号に係るものみの数字である。

また、2011年12月26日に「心理的負荷による精神障害の認定基準」が策定され、1991年9月14日

図2 脳・心臓疾患及び精神障害の認定率の推移



給決定件数+不支給決定件数)

もちろん認定率②の方が本来の「認定率」にふさわしいわけだが、これが計算できるようになったのは、2002年度以降分からである(表1及び表2)。

図2に、脳・心臓疾患及び精神障害に係るふたつの認定率を示した。

認定件数と同じく、脳・心臓疾患の認定率②が3年連続減少して、データが入手できるようになった2002年度以来、過去最低

付けの「心理的的負荷による精神障害等の業務上外に係る判断指針」は廃止された。ここで、「判断指針の標題は『精神障害等』となっており、『等』は自殺を指すものとされていたが、従来より、自殺の業務起因性の判断の前提として、精神障害の業務起因性の判断を行っていたことから、この趣旨を明確にするため『等』を削除した」とされた(2011年12月26日付け基労補発1226第1号)。以降の厚生労働省の公表文書等においても、「精神障害等」から「精神障害」に変更されている。本誌もこれにしたがった。

2016年度の特徴は、脳・心臓疾患及び精神障害の請求件数及び認定件数のいずれも増加したことだろうか。精神障害の請求件数は、またも過去最多を更新。脳・心臓疾患の認定件数は3年連続減少からわずかながら増加に転じ、精神障害の認定件数も前年の減少から増加に転じたものの、請求件数が一貫して増加しているのに対して、認定件数の方は増加傾向にあると言い切れない(図1)。

本誌では、「認定率」について、以下のふたつの数字を計算している。

認定率①=認定(支給決定)件数/請求件数

認定率②=認定(支給決定)件数/決定件数(支

を記録した後、やや持ち直して38.2%。精神障害の認定率②も前年の減少からやや持ち直して36.8%。両者の差は1.4%。2015年度は各々37.4%と36.1%で、両者の差は1.3%同じ水準に近づいている。

大きいときには16%もあった両者の差が狭まり、同じレベルに取れんしつつあるように見える。主な原因は、2011年の認定基準策定後精神障害の認定率②が増加したのに対して、脳・心臓疾患の認定率②が減少したためである。

2009年度分以降については、脳血管疾患及び虚血性心疾患各々についての認定率②も計算できるようになった(表1)。脳血管疾患の認定率②が3年連続して減少して36.0%になったのに対して、虚血性心疾患の認定率②は持ち直して42.1%。

2004年度分以降、「審査請求事案の取消決定等による支給決定状況」も公表されており、表3及び表4に示した。これは、「審査請求、再審査請求、訴訟により処分取消となったことに伴い新たに支給決定した事案」であって、表1及び表2の支給決定件数には含まれていないということである。

一昨年の公表で、2014年度分のみに限定されていたが、初めて女性の内数データが追加された。これが一定拡大されて継続している。表1-2及び表2-2、表3及び表4の2011~16年度分括弧内のよ

表1-2 脳・心臓疾患の労災補償状況(女性)

脳血管疾患及び虚血性心疾患等(女性)												脳血管疾患及び虚血性心疾患等(男女別)						
年度	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②	認定率①死亡	認定率②死亡	年度	男性		女性		合計
	内死亡		内死亡		内死亡		内死亡							内死亡		内死亡		
2011	99	(18)	78	(13)	13	(4)	65	(9)	13.1%	16.7%	22.2%	30.8%	1996	76	97.4%	2	2.6%	78
2012	94	(18)	73	(15)	15	(3)	58	(12)	16.0%	20.5%	16.7%	20.0%	1997	72	98.6%	1	1.4%	73
2013	81	(17)	67	(20)	8	(2)	59	(18)	9.9%	11.9%	11.8%	10.0%	1998	81	90.0%	9	10.0%	90
2014	92	(17)	67	(14)	15	(3)	52	(11)	16.3%	22.4%	17.6%	21.4%	1999	78	96.3%	3	3.7%	81
2015	83	(18)	68	(14)	11	(1)	57	(13)	13.3%	16.2%	5.6%	7.1%	2000	82	96.5%	3	3.5%	85
2016	91	(14)	71	(16)	12	(3)	59	(13)	13.2%	16.9%	21.4%	18.8%	2001	133	93.0%	10	7.0%	143
													2002	301	95.0%	16	5.0%	317

表2-2 精神障害の労災補償状況(女性)

精神障害(女性)												精神障害(男女別)						
年度	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②	認定率①死亡	認定率②死亡	年度	男性		女性		合計
	内死亡		内死亡		内死亡		内死亡							内死亡		内死亡		
2011	434	(17)	375	(11)	100	(4)	275	(7)	23.0%	26.7%	23.5%	36.4%	1999	12	85.7%	2	14.3%	14
2012	482	(15)	418	(19)	127	(5)	291	(14)	26.3%	30.4%	33.3%	26.3%	2000	24	66.7%	12	33.3%	36
2013	532	(13)	465	(12)	147	(2)	318	(10)	27.6%	31.6%	15.4%	16.7%	2001	48	68.6%	22	31.4%	70
2014	551	(19)	462	(21)	150	(2)	312	(19)	27.2%	32.5%	10.5%	9.5%	2002	76	76.0%	24	24.0%	100
2015	574	(15)	492	(16)	146	(3)	346	(13)	25.4%	29.7%	20.0%	18.8%						
2016	627	(18)	497	(14)	168	(2)	329	(12)	26.8%	33.8%	11.1%	14.3%						

表3 脳・心臓疾患の審査請求事案の取消決定等による支給決定状況(括弧内は女性の内数)

区分	年度	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
脳・心臓疾患	支給決定件数	4	4	4	8	16	10	11	13(1)	3(0)	12(1)	7(0)	6(0)	15(1)
	うち死亡	4	3	3	5	8	6	6	9(1)	1(0)	8(0)	0(0)	5(0)	8(0)

表4 精神障害の審査請求事案の取消決定等による支給決定状況(括弧内は女性の内数)

区分	年度	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
精神障害等	支給決定件数	1	5	10	15	22	13	15	20(5)	34(4)	12(2)	21(6)	21(4)	13(2)
	うち自殺	1	4	8	10	11	11	7	10(2)	15(0)	5(0)	10(1)	13(0)	7(1)

うに、過去に遡って女性の内数データが示されたのである。これによって、「男女別」状況を一定検討できるようになったわけである。

なお、表1-2及び表2-2の右側に示したのは、過去に公表されたことのある男女別データであって、ここに示した以前及び2003～10年度分の男女別データが欠けていることになる。

ここで、1996～2002年度の7年分については、「疾患別」(精神障害については「国際疾病分類第10回修正第V章『精神及び行動の障害』の分類)データも公表されていたことも指摘して、「疾患別」データの公表再開も強くのぞみたい。

表5及び表6には、業種別、職種別、年齢別、生

死/自殺別のデータを示した。請求件数・決定件数双方について示されるようになってきているが、本誌では、支給決定件数についてのデータのみを示す。脳・心臓疾患は1996年度分から、精神障害は1999年度分からデータがあるが、年度の「合計」欄には、2000～16年度までの合計値を示した。

これらも、2014年度分以降について、「男女別」データが利用できるようになったが、表5及び表6では、最下欄に2016年度分の男性及び女性のみのデータを示した。3年分だけではまだ意味のある分析は難しいかもしれないが、それでも、精神障害では、女性の認定事例の28.4%が「医療、福祉」業種であることなどがわかる。

昨年に続き、「業種別」について、2014年度末労災保険適用労働者数をもとに10万人当たりの2000～16年度認定合計数を可能な範囲で試算してみた（※2）。業種分類が正しく対応しているか定かではないが、「農林漁業・鉱業」「運輸業」の高さが際立っているように見え、さらなる分析が必要だろう。「職種別、年齢別、生死/自殺別、男女別」等も含めて、このような分析は意味があると考え。

業種・職種の区分名称は公表時期によって多少異なっている。業種区分は2003年度分から、「林業」、「漁業」、「鉱業」がひとくくり（現在は「農業・林業・漁業・鉱業・採掘業・砂利採取業」）になり、「電気・ガス・水道・熱供給業」の区分がなくなり、「その他の事業」が「情報通信業」、「飲食店、宿泊業」、「上記以外の事業」に細分されるようになった。「上記以外の事業」に分類されているのは、「不動産業、他に分類されないサービス業などである」とされている。また、2009年度分から、「運輸業」は「運輸業、郵便業」とされている。

職種別では、区分名称の若干の変更に加えて、2010年度分から、「技能職」→「生産工程・労務作業業者」とされていた区分が、「生産工程従事者」、「運搬・清掃・包装等従事者」、「建設・採掘従事者」の3つに区分されるようになったが、表5及び表6では、「技能職」の表示で、上記3区分の合計値を掲載している。

また、2009年度分からは、「請求件数・支給決定件数の多い業種・職種（中分類・上位15）」が示されるようになったが、本誌では、表7及び表8に過去5年分の支給決定件数についてのデータのみを示す。空欄は、当該年度に上位15に該当しなかったためにデータがないことを意味しており、表7-1及び表8-1では紙幅の都合から、一部の年度について当該年度に上位15に該当したもので掲載できていない業種があることに注意していただきたい。2009年度以降8年間に支給決定件数の多い上位15に該当したのは、脳・心臓疾患で35業種（表7-1+13業種）、31職種（表7-2+7職種）、精神障害で27業種（表8-1+3業種）、25職種（表7-2+4職種）である。上位を占める業種・職種がだいぶ特定されてきているように思われる。

これらも、2014年度分以降3年分について、「男女別」データが利用できるようになったが、表7及び表8では示していない。

2007年度分からは、「1か月平均の時間外労働時間数別」支給決定件数が公表されており、表9及び表10に示した。「合計」欄には、2007年度から2016年度までの合計値を示してある。このデータは決して、業務上の脳・心臓疾患及び精神障害発症の実態を示しているものではなく、認定基準の運用の実態を示すものとしてとらえるべきである。

また、「就業形態別」決定及び支給決定件数も2009年度分から公表されており、表11及び表12に示した。「合計」欄には、2009年度から2016年度までの合計値を示してある。

表9～12のいずれについても、2014年度分以降3年分について、「男女別」データが利用できるようになったが、本誌では示していない。

さらに、前出の精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会に2009年度分データが提供された「精神障害の出来事別決定及び支給決定件数」の公表が継続されており（表13）、これも、2014年度分以降3年分について、「男女別」データが利用できるようになった（表13-2に、「男女別」の2016年度分及び「合計」データを示した）。

今回新たに、裁量労働制対象者に係る支給決定件数出たが、2011～16年度分について公表された。死亡/自殺の内数も示されているが、男女別内訳はない。今回、本紙では表は省略した。

厚生労働省の発表では、以下のとおりまとめられている。

■裁量労働制対象者に係る支給決定件数

- ① 過去6年間で裁量労働制対象者に係る脳・心臓疾患の支給決定件数は22件で、うち専門業務型裁量労働制対象者に係る支給決定が21件、企画業務型裁量労働制対象者に係る支給決定が1件であった。
- ② 過去6年間で裁量労働制対象者に係る精神障害の支給決定件数は39件で、うち専門業務型裁量労働制対象者に係る支給決定が37件、企画業務型裁量労働制対象者に係る支給決定が2件であった。

「都道府県別」のデータについては、表14～16を参照されたい。支給決定件数の「合計」欄には、2000年度から2016年度までの合計値を示してある。昨年に続き、2015年度末労災保険適用労働者数をもとに10万人当たりの2000～16年度認定合計数を計算してみた(「※2」)。

2009年度以降、都道府県別の決定件数が公表されるようになり、認定率②が計算できるようになった。認定率②の「平均」は、2009～16年度の平均認定率である。「都道府県別」データも、2014年度分と以降3年分について、「男女別」データが利用できるようになったが、表14～16では示していない。

この間、全国安全センターでは、都道府県別の認定率のばらつき=認定率の低い都道府県における改善の必要性を提起しているところである。

「労災補償状況」データの公表の一層の改善に関連しては、例えば、行政手続法で定めることを義務付けられている標準処理期間について、新第9号=精神障害に係る療養補償給付、休業補償給付、遺族補償給付及び葬祭料に関しては8か月とし、これ以外は他の疾病(包括的救済規定に係るものを除く)に係る標準処理期間と同様に6か月とすることとされている(包括的救済規定に係るものに関しては「定めない」と定められている)(2010年5月7日付け基発0507第3号)。

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

2015年に閣議決定された「過労死等の防止のための対策に関する大綱」では、過労死等の実態把握が国が取り組むべき重点課題のひとつとされ、医学分野の調査研究については労働安全衛生総

合研究所過労死等調査研究センターで実施し、労働・社会分野の調査・分析については委託事業として実施するとしている。

前者の、過労死等調査研究センターで実施する調査研究については、労働安全衛生総合研究所のウェブサイトで、「具体的には、過労死等に関する実態を把握するために、過労死等の事例分析、過労死等の要因分析、疲労の蓄積と心身への影響や健康障害に関する調査研究を行います。また、業務での過重な負荷あるいは心理的負荷による過労死等の防止対策に関する調査研究を行います。さらに、過労死等の調査研究を行っている大学等の研究機関と連携して、調査研究成果や情報を共有、収集、整理、分析することで、過労死等の防止対策の推進に資することもできる医学面、保健面での調査研究を行います」とされている。

※<http://www.jniosh.go.jp/groups/overwork.html>

過労死等の実態解明等を目的とした労災認定事案等の解析を中心とする調査研究としては、「過労死等の実態解明と防止対策に関する総合的な労働安全衛生研究(平成27年度～)」の「平成27年度労災疾病臨床研究事業費補助金研究報告書」が公表されていて、今後も順次掲載されていく予定とされている。本格的な事案解析の結果が公表されるのこれからであるが、すでに述べてきたことだけでなく、不支給と決定された事例の内容に関する分析ものぞまれるところである。

※http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousai/hojokin/0000051158.html

後者については、過労死等の実態を把握するためには、医学面の調査研究だけでなく、長時間労働の実態、企業の取組等、社会面の調査研究も必要であるという位置づけで、平成27年度厚生労働省委託事業として「過労死等に関する実態把握のための社会面の調査研究事業」が実施されて、2016年5月16日に報告書が公表されている。

※両者については、<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000105655.html>



特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

表5 脳・心臓疾患の認定事例の分析(年度「合計」は2000～16年度分の合計、男女別は2016年度)

1 業種別

年度	農業、林業、漁業、鉱業、採石業、砂利採取業		製造業		建設業		運輸業、郵便業		卸売業、小売業		金融業、保険業	教育、学習支援業	医療、福祉	情報通信業	飲食店、宿泊業	上記以外の事業	左6業種計	合計	
2007	3	0.8%	74	18.9%	50	12.8%	101	25.8%	65	16.6%	1	9	15	6	21	47	25.3%	392	100%
2008	2	0.5%	48	12.7%	42	11.1%	99	26.3%	62	16.4%	2	5	15	11	39	52	32.9%	377	100%
2009	1	0.3%	32	10.9%	30	10.2%	85	29.0%	46	15.7%	2	2	9	9	21	56	33.8%	293	100%
2010	4	1.4%	35	12.3%	22	7.7%	78	27.4%	53	18.6%	3	6	10	15	19	40	32.6%	285	100%
2011	3	1.0%	41	13.2%	37	11.9%	93	30.0%	48	15.5%	3	1	10	5	26	43	28.4%	310	100%
2012	7	2.1%	42	12.4%	38	11.2%	91	26.9%	49	14.5%	1	5	11	15	24	55	32.8%	338	100%
2013	2	0.7%	36	11.8%	27	8.8%	107	35.0%	38	12.4%	1	5	8	7	20	55	31.4%	306	100%
2014	5	1.8%	31	11.2%	28	10.1%	92	33.2%	35	12.6%	2	6	6	9	24	39	31.0%	277	100%
2015	1	0.4%	34	13.5%	28	11.2%	96	38.2%	35	13.9%	2	0	5	11	22	17	22.7%	251	100%
2016	5	1.9%	41	15.8%	18	6.9%	97	37.3%	29	11.2%	1	3	10	9	20	27	26.9%	260	100%
合計	47	1.0%	742	15.1%	508	10.3%	1,388	28.2%	792	16.1%	42	72	133		1,203	29.4%	4,927	100%	
※1	113,027		8,535,606		4,842,172		2,830,145		14,163,147		1,883,480				23,040,596		55,408,173		
※2	41.58		8.69		10.49		49.04		5.59		2.23				6.11		9.47		
男性	5	2.0%	40	16.1%	18	7.3%	96	38.7%	26	10.5%	1	2	9	9	18	24	25.4%	248	100%
女性		0.0%	2	18.2%	0	0.0%	3	27.3%	3	27.3%	0	0	2	0	0	1	27.3%	11	100%

注) 業種については、「日本産業分類」により分類。 ※1: 労災保険適用労働者数(2014年度末) ※2: 適用労働者10万人当たり認定合計数(2000～16年度)

2 職種別

年度	専門技術職	管理職	事務職	販売職	サービス	運輸・通信職	技能職	その他	合計									
2007	71	18.1%	51	13.0%	33	8.4%	43	11.0%	29	7.4%	93	23.7%	57	14.5%	15	3.8%	392	100.0%
2008	59	15.6%	51	13.5%	42	11.1%	41	10.9%	40	10.6%	98	26.0%	39	10.3%	7	1.9%	377	100.0%
2009	36	12.3%	30	10.2%	37	12.6%	37	12.6%	26	8.9%	85	29.0%	35	11.9%	7	2.4%	293	100.0%
2010	40	14.0%	30	10.5%	44	15.4%	30	10.5%	28	9.8%	69	24.2%	31	10.9%	13	4.6%	285	100.0%
2011	37	11.9%	32	10.3%	27	8.7%	30	9.7%	32	10.3%	89	28.7%	49	15.8%	14	4.5%	310	100.0%
2012	62	18.3%	26	7.7%	30	8.9%	39	11.5%	36	10.7%	86	25.4%	43	12.7%	16	4.7%	338	100.0%
2013	37	12.1%	27	8.8%	26	8.5%	38	12.4%	27	8.8%	95	31.0%	47	15.4%	9	2.9%	306	100.0%
2014	44	15.9%	37	13.4%	15	5.4%	26	9.4%	30	10.8%	88	31.8%	28	10.1%	9	3.2%	277	100.0%
2015	33	13.1%	27	10.8%	15	6.0%	34	13.5%	20	8.0%	88	35.1%	30	12.0%	4	1.6%	251	100.0%
2016	115	23.1%	30	6.0%	81	16.3%	63	12.7%	64	12.9%	32	6.4%	102	20.5%	11	2.2%	498	100.0%
合計	1,141	25.0%	383	8.4%	824	18.1%	504	11.1%	483	10.6%	325	7.1%	814	17.9%	84	1.8%	4,558	100.0%
男性	81	19.6%	25	6.0%	74	17.9%	52	12.6%	59	14.3%	30	7.2%	84	20.3%	9	2.2%	240	100.0%
女性	34	4.0%	5	6.0%	7	8.3%	11	13.1%	5	6.0%	2	2.4%	18	21.4%	2	2.4%	11	100.0%

注) 職種については、「日本標準職業分類」により分類。

3 年齢別

年度	29歳以下	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60歳以上	自殺	自殺以外	男性	女性									
2007	16	4.1%	54	13.8%	115	29.3%	163	41.6%	44	11.2%	250	63.8%	142	36.2%				
2008	8	2.1%	62	16.4%	116	30.8%	142	37.7%	49	13.0%	219	58.1%	158	41.9%				
2009	11	3.8%	57	19.5%	90	30.7%	87	29.7%	48	16.4%	187	63.8%	106	36.2%				
2010	5	1.8%	38	13.3%	96	33.7%	104	36.5%	42	14.7%	172	60.4%	113	39.6%				
2011	7	2.3%	29	9.4%	95	30.6%	119	38.4%	60	19.4%	189	61.0%	121	39.0%	297	95.8%	13	4.2%
2012	9	2.7%	56	16.6%	113	33.4%	118	34.9%	42	12.4%	215	63.6%	123	36.4%	323	95.6%	15	4.4%
2013	13	4.2%	43	14.1%	92	30.1%	108	35.3%	50	16.3%	173	56.5%	133	43.5%	298	97.4%	8	2.6%
2014	7	2.5%	39	14.1%	93	33.6%	111	40.1%	27	9.7%	156	56.3%	121	43.7%	262	94.6%	15	5.4%
2015	6	2.4%	36	14.3%	80	31.9%	91	36.3%	38	15.1%	155	61.8%	96	38.2%	240	95.6%	11	4.4%
2016	116	23.3%	136	27.3%	144	28.9%	82	16.5%	20	4.0%	84	16.9%	414	83.1%	352	70.7%	146	29.3%
合計	1,035	22.7%	1,438	31.5%	1,175	25.8%	719	15.8%	191	4.2%	1,153	25.3%	3,405	74.7%	2,035	44.6%	874	19.2%
男性	67	19.0%	94	26.7%	97	27.6%	57	16.2%	37	10.5%	82	23.3%	270	76.7%	240	100%		
女性	49	29.2%	42	25.0%	47	28.0%	25	14.9%	5	3.0%	2	1.2%	166	98.8%			11	100%

4 生死別

5 男女別(2003～10年度欠)

表6 精神障害の認定事例の分析(年度「合計」は2000～16年度分の合計、男女別は2016年度)

1 業種別

年度	農業、林業、漁業、鉱業、採石業、砂利採取業	製造業	建設業	運輸業、郵便業	卸売業、小売業	金融業、保険業	教育、学芸支援業	医療、福祉	情報通信業	飲食店、宿泊業	上記以外の事業	左6業種計	合計
2007	0	59	33	24	41	13	8	26	11	6	47	268	100%
2008	3	50	22	23	48	11	12	26	17	14	43	269	100%
2009	2	43	26	23	36	10	4	21	12	15	42	234	100%
2010	1	50	20	33	46	8	11	41	22	22	54	308	100%
2011	5	59	35	27	41	8	11	39	13	25	62	325	100%
2012	7	93	22	52	66	12	13	52	35	30	93	475	100%
2013	7	78	34	45	65	15	13	54	22	24	79	436	100%
2014	6	81	37	63	71	7	10	60	32	38	92	497	100%
2015	6	71	36	57	65	14	19	47	30	29	98	472	100%
2016	7	91	54	45	57	11	10	80	27	33	83	498	100%
合計	50	835	411	473	625	141	129	536		1,358	4,558	4,558	100%
※1	113,027	8,535,606	4,842,172	2,830,145	14,163,147	1,883,480					23,040,596		55,408,173
※2	44.24	9.78	8.49	16.71	4.41	7.49					8.78		8.25
男性	6	71	52	38	34	6	4	22	19	21	57	330	100%
女性	1	20	2	7	23	5	6	58	8	12	26	168	100%

注) 業種については、「日本産業分類」により分類。 ※1: 労災保険適用労働者数(2014年度末) ※2: 適用労働者10万人当たり認定合計数(2000～16年度)

2 職種別

年度	専門技術職	管理職	事務職	販売職	サービス	運輸・通信職	技能職	その他	合計
2007	75	18	53	29	10	22	60	1	268
2008	69	22	45	33	27	20	51	2	269
2009	65	22	40	32	14	16	44	1	234
2010	73	29	61	44	35	24	39	3	308
2011	78	21	59	40	38	18	64	7	325
2012	117	26	101	54	57	33	82	5	475
2013	104	18	86	42	51	30	90	15	436
2014	110	49	99	53	63	31	86	6	497
2015	114	44	93	48	53	37	73	10	472
2016	115	30	81	63	64	32	102	11	498
合計	1,141	383	824	504	483	325	814	84	4,558
男性	81	25	74	52	59	30	84	9	414
女性	34	5	7	11	5	2	18	2	84

注) 職種については、「日本標準職業分類」により分類。

3 年齢別

年度	29歳以下	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60歳以上	自殺	自殺以外	男性	女性
2007	67	100	61	31	9	81	187		
2008	71	74	69	43	12	66	203		
2009	56	75	57	38	8	63	171		
2010	78	88	76	54	12	65	211		
2011	74	112	71	56	12	66	259	225	100
2012	107	149	146	50	23	93	382	348	127
2013	81	161	106	69	19	157	279	289	147
2014	113	138	140	86	20	99	398	347	150
2015	89	137	147	85	14	93	379	326	146
2016	116	136	144	82	20	84	414	352	146
合計	1,035	2,273	1,438	1,175	719	1,153	3,405	2,035	874
男性	67	94	97	57	37	82	270	352	
女性	49	42	47	25	5	2	166		168

4 自殺事例

5 男女別(2003～10年度欠)

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

表7-1 脳・心臓疾患の支給決定件数の多い業種(中分類、上位15業種、2009～15年度のみ該当の13業種省略)

業種(大分類)	業種(中分類)	2016年度		2015年度		2014年度		2013年度		2012年度	
		順位	件数								
運輸業、郵便業	道路貨物運送業	1	89	1	82	1	94	1	94	1	71
宿泊業、飲食サービス業	飲食店	2	14	3	15	4	12	4	12	4	16
建設業	総合工事業	3	8	2	16	2	13	2	13	2	22
卸売業、小売業	各種商品小売業	3	8	10	6	6	8	6	8	7	11
サービス業(他に分類されないもの)	その他の事業サービス業	3	8	8	7	2	13	2	13	3	18
建設業	職別工事業(設備工事業を除く)	6	7	5	9	12	6	12	6		
情報通信業	情報サービス業	6	7	5	9					9	8
運輸業、郵便業	道路旅客運送業	6	7	7	8	5	9	5	9	5	15
卸売業、小売業	飲食料品卸売業	6	7	15	3	10	7	10	7		
卸売・小売業	その他の小売業	6	7	4	11	6	8	6	8	12	6
製造業	その他の製造業	11	6								
医療、福祉	医療業	11	6								
製造業	食料品製造業	13	5	10	6					8	10
製造業	金属製品製造業	13	5								
製造業	生産用機械器具製造業	13	5	8	7						
卸売業、小売業	機械器具小売業			12	5						
卸売業、小売業	飲食料品小売業			13	4						
宿泊業、飲食サービス業	宿泊業			13	4	6	8	6	8	12	6
建設業	設備工事業			15	3	6	8	6	8	6	13
医療、福祉	社会保険・社会福祉・介護事業			15	3						
製造業	電気機械器具製造業			15	3					9	8
製造業	輸送用機械器具製造業			15	3						

表7-2 脳・心臓疾患の支給決定件数の多い職種(中分類、上位15職種、2009～14年度のみ該当の7職種省略)

職種(大分類)	職種(中分類)	2016年度		2015年度		2014年度		2013年度		2012年度	
		順位	件数								
輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	1	89	1	87	1	85	1	93	1	83
管理的職業従事者	法人・団体管理職員	2	22	2	22	2	24	9	8	14	7
サービス職業従事者	飲食物調理従事者	3	14	4	14	4	13	6	11	6	14
販売従事者	商品販売従事者	4	13	6	12	5	12	3	16	3	18
販売従事者	営業職業従事者	5	10	3	20	3	14	2	21	2	21
生産工程従事者	製品製造・加工処理従事者(金属製品)	6	9	11	5						
専門的・技術的職業従事者	建築・土木・測量技術者	7	8	5	13	7	8			10	10
生産工程従事者	製品製造・加工処理従事者(金属製品を除く)	7	8	14	3	14	5	11	7	10	10
建設・採掘従事者	建設従事者(建設躯体工事従事者を除く)	7	8	8	8	10	7	5	13	7	11
専門的・技術的職業従事者	情報処理・通信技術者	10	7	7	10					10	10
サービス職業従事者	接客・給仕職業従事者	11	6	14	3	7	8				
専門的・技術的職業従事者	医師、歯科医師、獣医師、薬剤師	12	5								
事務従事者	一般事務従事者	12	5	10	6	7	8	6	11	4	17
生産工程従事者	機械組立従事者	12	5								
管理的職業従事者	法人・団体役員	15	4								
保安職業従事者	その他の保安職業従事者	15	4	14	3			14	6	10	10
建設・採掘従事者	土木作業従事者	15	4								
運搬・清掃・包装等従事者	運搬従事者	15	4	9	7			11	7		
事務従事者	営業・販売事務従事者			12	4	14	5	9	8	7	11
事務従事者	会計事務従事者			12	4						
専門的・技術的職業従事者	その他の専門的職業従事者			14	3			14	6		
管理的職業従事者	その他の管理的職業従事者					6	11	3	16	4	17
専門的・技術的職業従事者	製造技術者(開発を除く)					10	7	8	9	14	7

表8-1 精神障害の支給決定件数の多い業種(中分類、上位15業種、2009～13年度のみ該当の3業種省略)

業種(大分類)	業種(中分類)	2016年度		2015年度		2014年度		2013年度		2012年度	
		順位	件数								
医療、福祉	社会保険・社会福祉・介護事業	1	46	2	24	2	32	1	32	1	33
医療、福祉	医療業	2	32	3	23	3	27	3	22	6	18
建設業	総合工事業	3	27	6	18	5	18	5	19	9	12
運輸業、郵便業	道路貨物運送業	4	26	1	36	1	41	2	24	2	32
宿泊業、飲食サービス業	飲食店	5	26	6	18	4	25	7	17	6	18
情報通信業	情報サービス業	6	18	5	20	6	16	6	18	3	25
製造業	輸送用機械器具製造業	7	17			15	11	11	11	8	14
建設業	設備工事業	8	14	11	14			11	11		
建設業	職別工事業(設備工事業を除く)	9	13			15	11				
製造業	食料品製造業	10	12	13	11	8	13				
卸売業、小売業	機械器具小売業	10	12			15	11				
卸売業、小売業	飲食良品小売業	12	11	12	13	7	14	9	13		
卸売業、小売業	その他の小売業	12	11	4	21	10	12	8	14	4	20
専門サービス業(他に分類されないもの)	その他の事業サービス業	12	11	9	15	15	11	4	20	4	20
製造業	金属製品製造業	15	9			10	12			9	12
製造業	電気機械器具製造業	15	9	8	16	15	11				
学術研究、専門技術サービス業	専門サービス業(他に分類されないもの)	15	9			10	12	10	12		
学術研究、専門技術サービス業	技術サービス業(他に分類されないもの)			9	15	10	12				
運輸業、郵便業	道路旅客運送業			13	11			14	10	13	11
宿泊業、飲食サービス業	宿泊業			13	11	15	11			9	12
教育、学習支援業	学校教育			13	11					13	11
卸売業、小売業	各種商品小売業					8	13	11	11		
サービス業(他に分類されないもの)	その他のサービス業					10	12				
製造業	化学工業							14	10		

表8-2 精神障害の支給決定件数の多い職種(中分類、上位15職種、2009～12年度のみ該当の4職種省略)

職種(大分類)	職種(中分類)	2016年度		2015年度		2014年度		2013年度		2012年度	
		順位	件数								
事務作業	一般事務従事者	1	47	1	61	1	56	1	50	1	65
販売従事者	営業職業従事者	2	37	6	23	9	17	10	15	5	24
管理的職業従事者	法人・団体管理職員	3	29	2	42	2	39				
輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	4	26	3	34	5	29	3	26	4	28
販売従事者	商品販売従事者	5	25	4	25	3	34	2	26	3	29
生産工程従事者	製品製造・加工処理従事者(金属製品を除く)	6	24	8	18	4	31	6	18	7	18
専門的・技術的職業従事者	建築・土木・測量技術者	7	22	5	24	13	13				
サービス職業従事者	接客・給仕職業従事者	7	22	10	14	7	19			11	15
サービス職業従事者	介護サービス職業従事者	9	20	11	12	11	15	11	13	15	9
専門的・技術的職業従事者	情報処理・通信技術者	10	17	7	19	8	18	7	17	2	30
専門的・技術的職業従事者	社会福祉専門職業従事者	10	17								
サービス職業従事者	飲食調理従事者	12	16	11	12	14	11	14	11	15	9
運搬・清掃・包装等従事者	運搬従事者	12	16	14	9						
専門的・技術的職業従事者	保健師・授産師・看護師	14	13			9	17	9	16	12	13
事務従事者	営業・販売事務従事者	14	13	9	17	6	25	4	21	6	21
建設・採掘従事者	建設従事者(建設躯体工事従事者を除く)	14	13			14	11	14	11		
専門的・技術的職業従事者	その他の専門的職業従事者			13	11	14	11	7	17		
専門的・技術的職業従事者	製造技術者(開発を除く)			14	9					14	10
サービス職業従事者	その他のサービス職業従事者					11	15	11	13	7	18
生産工程従事者	製品製造・加工処理従事者(金属製品)							4	21	10	16
管理的職業従事者	その他の管理的職業従事者							11	13	7	18

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

表9 脳・心臓疾患の時間外労働時間数(1か月平均)別支給決定件数(年度「合計」は2007～16年度の合計)

区分	2012年度		2013年度		2014年度		2015年度		2016年度		合計	割合	死亡 合計	割合
	うち死亡		うち死亡		うち死亡		うち死亡		うち死亡					
45時間未満	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.0%	0	0.0%
45時間以上～60時間未満	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	5	0.2%	4	0.3%
60時間以上～80時間未満	20	4	31	16	20	10	11	4	14	9	200	6.5%	94	7.7%
80時間以上～100時間未満	116	50	106	50	105	50	105	49	106	51	1,120	36.4%	489	40.1%
100時間以上～120時間未満	69	28	71	28	66	27	66	24	57	19	741	24.1%	272	22.3%
120時間以上～140時間未満	50	14	21	8	32	14	16	6	36	15	350	11.4%	135	11.1%
140時間以上～160時間未満	16	9	22	8	23	7	20	7	18	5	212	6.9%	77	6.3%
160時間以上	31	9	34	13	20	8	18	3	17	7	238	7.7%	73	6.0%
その他	36	9	21	10	11	5	14	2			210	6.8%	75	6.2%
合計	338	123	306	133	277	121	251	96	248	106	3,077	100.0%	1,219	100.0%

表10 精神障害の時間外労働時間数(1か月平均)別支給決定件数(年度「合計」は2007～16年度の合計)

区分	2012年度		2013年度		2014年度		2015年度		2016年度		合計	割合	自殺 合計	割合
	うち自殺		うち自殺		うち自殺		うち自殺		うち自殺					
20時間未満	97	3	89	5	118	7	86	5	84	5	750	19.8%	49	6.3%
20時間以上～40時間未満	25	3	43	9	37	12	50	9	43	8	265	7.0%	55	7.1%
40時間以上～60時間未満	29	8	31	4	34	6	46	11	41	10	240	6.3%	63	8.2%
60時間以上～80時間未満	26	13	27	7	18	8	20	4	24	3	181	4.8%	63	8.2%
80時間以上～100時間未満	32	7	21	4	27	11	20	7	23	11	240	6.3%	79	10.2%
100時間以上～120時間未満	66	17	46	9	50	14	45	18	49	12	431	11.4%	147	19.0%
120時間以上～140時間未満	46	15	22	4	36	5	40	15	38	8	296	7.8%	86	11.1%
140時間以上～160時間未満	24	6	24	6	21	5	22	4	19	5	163	4.3%	43	5.6%
160時間以上	46	14	31	7	67	26	65	18	52	19	347	9.2%	115	14.9%
その他	84	7	102	8	89	5	78	2	125	3	869	23.0%	73	9.4%
合計	475	93	436	63	497	99	472	93	498	84	3,782	100.0%	773	100.0%

表11 脳・心臓疾患の就業形態別決定及び支給決定件数(「支給決定件数合計」は2009～16年度の合計)

区分	年度	2014年度				2015年度				2016年度				支給決 定件数 合計	割合	うち 死亡 合計	割合
		決定件数	支給決定件数	うち死亡		決定件数	支給決定件数	うち死亡		決定件数	支給決定件数	うち死亡					
正規職員・従業員	549	216	264	114	556	211	233	92	568	218	240	100	2,169	93.7%	872	94.8%	
契約社員	12	3	1	0	15	6	1	0	12	4	2	1	17	0.7%	5	0.5%	
派遣労働者	11	3	1	1	10	2	5	1	8	1	3	0	18	0.8%	5	0.5%	
パート・アルバイト	25	4	0	0	43	17	3	1	52	19	6	3	37	1.6%	13	1.4%	
その他(特別加入者等)	40	19	6	6	47	10	9	2	40	11	9	3	74	3.2%	25	2.7%	
合計	637	245	272	121	671	246	251	96	680	253	260	107	2,315	100.0%	920	100.0%	

表12 精神障害の就業形態別決定及び支給決定件数(「支給決定件数合計」は2009～16年度の合計)

区分	年度	2014年度				2015年度				2016年度				支給決 定件数 合計	割合	うち 自殺 合計	割合
		決定件数	支給決定件数	うち自殺		決定件数	支給決定件数	うち自殺		決定件数	支給決定件数	うち自殺					
正規職員・従業員	1,099	195	435	93	1,077	189	407	87	1,155	161	448	80	2,888	89.2%	596	95.2%	
契約社員	70	6	16	3	78	5	18	1	62	6	13	0	96	3.0%	6	1.0%	
派遣労働者	30	0	4	0	37	5	13	2	22	3	5	2	53	1.6%	8	1.3%	
パート・アルバイト	90	4	36	0	99	4	27	1	100	4	28	2	170	5.2%	6	1.0%	
その他(特別加入者等)	18	5	6	3	15	2	7	2	16	2	4	0	32	1.0%	10	1.6%	
合計	1,307	210	497	99	1,306	205	472	93	1,355	176	498	84	3,239	100.0%	626	100.0%	

表13 精神障害の出来事別決定及び支給決定件数一覧(「年度合計」は2009～16年度の合計)

出来事の種類	具体的な出来事 注1	2014年度			2015年度			2016年度			年度合計					
		決定件数		うち支給	決定件数		うち支給	決定件数		うち支給	決定件数	うち支給決定	認定率			
		自殺	他		自殺	他		自殺	他							
1 事故や災害の体験	(重度の)病気やケガをした	79	7	43	3	85	3	34	1	88	4	42	3	653	260	39.8%
	悲惨な事故や災害の体験、目撃をした	101	0	72	0	80	0	45	0	79	0	53	0	667	387	58.0%
2 仕事の失敗、過重な責任の発生等	業務に関し、重大な人身事故、重大事故を起こした	4	0	2	1	5	2	2	1	6	1	1	0	48	19	39.6%
	会社の経営に影響するなどの重大な仕事上のミスをした	40	19	17	4	34	13	11	6	19	3	8	2	173	63	36.4%
	会社で起きた事故、事件について、責任を問われた	7	3	7	1	15	4	6	3	12	1	4	0	94	35	37.2%
	自分の関係する仕事で多額の損失等が生じた	2	1	1	0	2	1	0	0	2	1	0	0	29	10	34.5%
	業務に関し、違法行為を強要された	15	0	1	0	8	1	2	0	11	1	3	1	64	13	20.3%
	達成困難なノルマが課された	18	7	5	2	10	5	4	2	14	7	3	2	88	36	40.9%
	ノルマが達成できなかった	5	2	0	0	8	3	5	1	8	0	0	0	63	16	25.4%
	新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった	4	2	1	1	3	1	0	0	6	1	3	0	57	25	43.9%
	顧客や取引先から無理な注文を受けた	6	2	3	1	12	4	3	1	3	0	0	0	47	17	36.2%
	顧客や取引先からクレームを受けた	35	8	17	1	19	0	2	0	28	4	7	1	207	69	33.3%
大きな説明会や公式の場での発表を強いられた	0	0	0	0	1	0	0	0	2	2	1	1	11	2	18.2%	
上司が不在になることにより、その代行を任された	2	1	0	0	1	1	1	1	5	2	0	0	14	2	14.3%	
3 仕事の量・質	仕事内容・仕事量の(大きな)変化を生じさせる出来事があった	129	39	50	14	152	42	75	26	158	35	63	18	1,140	500	43.9%
	1か月に80時間以上の時間外労働を行った	89	24	55	5	55	11	36	7	54	15	39	11	327	199	60.9%
	2週間以上にわたって連続勤務を行った	27	4	15	2	38	9	25	5	63	18	47	12	179	120	67.0%
	勤務形態に変化があった	4	0	0	0	6	0	0	0	1	0	0	0	25	1	4.0%
	仕事のペース、活動の変化があった	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	23	0	0.0%
4 役割・地位の変化等	退職を強要された	30	1	11	0	24	2	5	1	27	0	6	0	210	56	26.7%
	配置転換があった	52	12	10	6	55	13	13	3	55	10	14	3	407	78	19.2%
	転勤をした	10	5	4	1	16	9	4	4	10	3	3	2	157	36	22.9%
	複数名で担当していた業務を1人で担当するようになった	3	1	1	0	5	2	2	2	8	1	2	0	56	19	33.9%
	非正規社員であるとの理由等により、仕事上の差別、不利益取扱いを受けた	5	2	1	0	3	0	1	0	5	2	2	1	41	8	19.5%
	自分の昇格・昇進があった	7	2	1	1	7	2	1	0	8	1	0	0	72	9	12.5%
	部下が減った	0	0	0	0	1	0	0	0	4	1	1	0	13	1	7.7%
早期退職制度の対象となった	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0.0%	
非正規社員である自分の契約満了が迫った	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	7	0	0.0%	
5 対人関係	(ひどい)嫌がらせ、いじめ又は暴行を受けた	169	14	69	5	151	15	60	8	173	8	74	3	876	408	46.6%
	上司とのトラブルがあった	221	13	21	5	259	30	21	3	265	19	24	5	1,712	160	9.3%
	同僚とのトラブルがあった	40	3	2	1	50	3	2	1	40	1	0	0	292	11	3.8%
	部下とのトラブルがあった	4	1	0	0	10	5	1	0	12	1	1	0	55	12	21.8%
	理解してくれていた人の異動があった	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	11	0	0.0%
	上司が替わった	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	27	3	11.1%
同僚等の昇進・昇格があり、昇進で先を越された	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	12	0	0.0%	
6 セクシュアルハラスメント	セクシュアルハラスメントを受けた	47	2	27	1	44	0	24	0	50	0	29	0	298	150	50.3%
7 特別な出来事 注2		61	19	61	8	87	17	87	17	71	20	67	19	496	490	98.8%
8 その他 注3		84	16	0	0	56	7	0	0	62	14	0	0	710	30	4.2%
合計		1,307	210	497	63	1,306	205	472	93	1,355	176	498	84	9,365	3,245	34.7%

注1 「具体的な出来事」は、平成23年12月26日付け基発1226第1号「心理的負荷による精神障害の認定基準について」別表第1による。

注2 「特別な出来事」とは、心理的負荷が極度のもの等の件数である。

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

注4 自殺は、未遂を含む件数である。

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

表13-2 男女別・精神障害の出来事別決定及び支給決定件数一覧（「年度合計」は2014～16年度の合計）

出来事の種類	具体的な出来事 注1	女性						男性							
		2016年度			年度合計			2016年度			年度合計				
		決定件数		うち支給 自殺	決定 件数	うち 支給 決定	認定 率	決定件数		うち支給 自殺	決定 件数	うち 支給 決定	認定 率		
		自殺	自殺					自殺	自殺						
1 事故や災害の体験	(重度の)病気やケガをした	24	1	7	0	67	19	28.4%	64	3	35	3	185	100	54.1%
	悲惨な事故や災害の体験、目撃をした	45	0	31	0	147	98	66.7%	34	0	22	0	113	72	63.7%
2 仕事の失敗、過重な責任の発生等	業務に関し、重大な人身事故、重大事故を起こした	3	0	0	0	4	0	0.0%	3	1	1	0	11	5	45.5%
	会社の経営に影響するなどの重大な仕事上のミスをした	8	0	2	0	25	7	28.0%	11	3	6	2	68	29	42.6%
	会社で起きた事故、事件について、責任を問われた	6	0	3	0	11	3	27.3%	6	1	1	0	23	14	60.9%
	自分の関係する仕事で多額の損失等が生じた	0	0	0	0	0	0		2	1	0	0	6	1	16.7%
	業務に関し、違法行為を強要された	7	0	1	0	15	2	13.3%	4	1	2	1	19	4	21.1%
	達成困難なノルマが課された	2	0	0	0	4	1	25.0%	12	7	3	2	38	11	28.9%
	ノルマが達成できなかった	0	0	0	0	3	0	0.0%	8	0	0	0	18	5	27.8%
	新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった	1	0	1	0	4	2	50.0%	5	1	2	0	9	2	22.2%
	顧客や取引先から無理な注文を受けた	2	0	0	0	8	1	12.5%	1	0	0	0	13	5	38.5%
	顧客や取引先からクレームを受けた	17	2	3	0	40	6	15.0%	11	2	4	1	42	20	47.6%
	大きな説明会や公式の場での発表を強いられた	0	0	0	0	1	0	0.0%	2	2	1	1	2	1	50.0%
上司が不在になることにより、その代行を任せられた	1	0	0	0	1	0	0.0%	4	2	0	0	7	1	14.3%	
3 仕事の量・質	仕事内容・仕事量の(大きな)変化を生じさせる出来事があった	35	4	15	1	98	41	41.8%	123	31	48	17	341	147	43.1%
	1か月に80時間以上の時間外労働を行った	10	0	7	0	25	18	72.0%	44	15	32	11	173	112	64.7%
	2週間以上にわたって連続勤務を行った	12	1	9	0	26	18	69.2%	51	17	38	12	102	69	67.6%
	勤務形態に変化があった	1	0	0	0	5	0	0.0%	0	0	0	0	6	0	0.0%
	仕事のペース、活動の変化があった	1	0	0	0	3	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	
4 役割・地位の変化等	退職を強要された	10	0	3	0	24	7	29.2%	17	0	3	0	57	15	26.3%
	配置転換があった	11	0	2	0	37	5	13.5%	44	10	12	3	125	32	25.6%
	転勤をした	1	0	0	0	3	0	0.0%	9	3	3	2	33	11	33.3%
	複数名で担当していた業務を1人で担当するようになった	3	1	0	0	7	0	0.0%	5	0	2	0	9	5	55.6%
	非正規社員であるとの理由等により、仕事上の差別、不利益取扱いを受けた	0	0	0	0	4	1	25.0%	5	2	2	1	9	3	33.3%
	自分の昇格・昇進があった	1	0	0	0	5	0	0.0%	7	1	0	0	17	2	11.8%
	部下が減った	3	0	1	0	3	1	33.3%	1	1	0	0	2	0	0.0%
	早期退職制度の対象となった	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	
非正規社員である自分の契約満了が迫った	0	0	0	0	1	0	0.0%	1	0	0	0	3	0	0.0%	
5 対人関係	(ひどい)嫌がらせ、いじめ又は暴行を受けた	68	1	28	0	199	76	38.2%	105	7	46	3	294	127	43.2%
	上司とのトラブルがあった	102	2	5	0	327	19	5.8%	163	17	19	5	418	47	11.2%
	同僚とのトラブルがあった	25	0	0	0	72	2	2.8%	15	1	0	0	58	2	3.4%
	部下とのトラブルがあった	6	0	0	0	11	1	9.1%	6	1	1	0	15	1	6.7%
	理解してくれていた人の異動があった	2	0	0	0	2	0	0.0%	1	0	0	0	1	0	0.0%
	上司が替わった	1	0	1	0	1	1	100.0%	0	0	0	0	2	0	0.0%
	同僚等の昇進・昇格があり、昇進で先を越された	0	0	0	0	1	0	0.0%	0	0	0	0	3	0	0.0%
6 セクシュアルハラスメント	セクシュアルハラスメントを受けた	49	0	28	0	140	79	56.4%	1	0	1	0	1	1	100.0%
7 特別な出来事 注2		23	1	21	1	58	56	96.6%	48	19	46	18	161	159	98.8%
8 その他 注3		17	1	0	0	69	0	0.0%	45	13	0	0	133	0	0.0%
合計		497	14	168	2	1,451	464	32.0%	858	162	330	82	2,517	1,003	39.8%

注1 「具体的な出来事」は、平成23年12月26日付け基発1226第1号「心理的負荷による精神障害の認定基準について」別表第1による。

注2 「特別な出来事」とは、心理的負荷が極度のもの等の件数である。

注3 「その他」は、評価の対象となる出来事が認められなかったもの等の件数である。注4 自殺は、未遂を含む件数である。

表14 脳血管疾患の労災補償状況(都道府県別)

	支給決定件数(「合計」は2000～16年度合計)							10万人当たり「合計」		認定率②(「平均」は2009～16年度平均)						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	合計	※1	※2	2011	2012	2013	2014	2015	2016	平均
北海道	7	10	9	9	5	11	127	1,979,464	6.42	41.2%	58.8%	64.3%	47.4%	31.3%	57.9%	51.6%
青森	3	1		1	1	1	18	426,935	4.22	100.0%	50.0%	0.0%	100.0%	25.0%	50.0%	62.5%
岩手	2	4	1	1	2	2	19	447,242	4.25	100.0%	50.0%	25.0%	100.0%	66.7%	100.0%	56.5%
宮城	12	6	9	3	8	4	79	862,625	9.16	60.0%	75.0%	52.9%	42.9%	53.3%	44.4%	48.1%
秋田	1		1	1	1		11	344,911	3.19	50.0%		100.0%	50.0%	100.0%	0.0%	60.0%
山形	4		3	1			18	382,422	4.71	66.7%	0.0%	60.0%	100.0%	0.0%	0.0%	36.4%
福島	3	3	3	1	2	1	33	781,994	4.22	50.0%	27.3%	75.0%	25.0%	20.0%	33.3%	37.5%
茨城	1	6		3	2	1	54	1,000,398	5.40	16.7%	50.0%	0.0%	37.5%	50.0%	11.1%	32.2%
栃木	5	1	1	2	2	5	37	748,346	4.94	83.3%	100.0%	20.0%	100.0%	66.7%	71.4%	68.0%
群馬	4	5		2	2	7	47	778,890	6.03	44.4%	50.0%	0.0%	33.3%	66.7%	87.5%	54.0%
埼玉	4	6	12	7	7	8	136	2,085,220	6.52	30.8%	28.6%	48.0%	41.2%	25.9%	44.4%	35.9%
千葉	7	9	9	3	4	8	99	1,754,527	5.64	43.8%	52.9%	81.8%	17.6%	25.0%	61.5%	43.3%
東京	23	39	20	26	19	17	493	13,853,850	3.56	36.5%	51.3%	35.7%	48.1%	33.9%	25.4%	40.0%
神奈川	20	15	12	16	13	11	229	2,852,452	8.03	50.0%	42.9%	35.3%	45.7%	44.8%	31.4%	41.2%
新潟		3		1		1	30	918,270	3.27	0.0%	50.0%	0.0%	33.3%	0.0%	33.3%	26.1%
富山	5	1	1	1		1	25	453,714	5.51	100.0%	100.0%	33.3%	100.0%	0.0%	50.0%	64.3%
石川	1		1	3		1	16	461,886	3.46	50.0%	0.0%	100.0%	75.0%	0.0%	50.0%	45.0%
福井	3	1	3			1	14	325,375	4.30	60.0%	100.0%	75.0%		0.0%	100.0%	53.3%
山梨	1			1			12	277,482	4.32	25.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	20.0%
長野	2			3	2	2	25	804,472	3.11	33.3%	0.0%	0.0%	100.0%	50.0%	28.6%	33.3%
岐阜		2	2		2	1	28	766,436	3.65	0.0%	40.0%	40.0%	0.0%	66.7%	16.7%	32.4%
静岡	5	4	4	3	5	4	64	1,460,211	4.38	62.5%	44.4%	66.7%	75.0%	71.4%	40.0%	56.4%
愛知	9	11	7	10	16	9	141	3,563,976	3.96	37.5%	44.0%	43.8%	62.5%	76.2%	40.9%	47.0%
三重	1	1		2	3		35	660,855	5.30	25.0%	14.3%	0.0%	40.0%	50.0%	0.0%	26.2%
滋賀	5	2	3	2	3	1	50	484,088	10.33	100.0%	50.0%	42.9%	100.0%	75.0%	100.0%	62.5%
京都	5	7	3	8	6	7	98	1,026,201	9.55	21.7%	36.8%	37.5%	57.1%	40.0%	33.3%	32.4%
大阪	18	20	16	15	14	17	311	4,695,201	6.62	40.9%	38.5%	38.1%	29.4%	26.9%	33.3%	34.3%
兵庫	4	6	9	7	9	6	132	1,882,643	7.01	16.7%	33.3%	69.2%	36.8%	50.0%	37.5%	38.8%
奈良	3	3	2	1		1	29	318,085	9.12	100.0%	60.0%	66.7%	20.0%	0.0%	25.0%	43.8%
和歌山	3		2	4	4	1	35	309,830	11.30	60.0%		50.0%	80.0%	100.0%	50.0%	68.0%
鳥取		2	1	1		1	15	189,941	7.90	0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%	70.0%
島根	1			1		1	9	245,726	3.66	100.0%			100.0%		50.0%	83.3%
岡山		2	1	1	2	1	34	771,579	4.41	0.0%	33.3%	33.3%	50.0%	40.0%	16.7%	31.3%
広島	1	5	7	10	4	1	92	1,251,223	7.35	8.3%	50.0%	63.6%	62.5%	36.4%	25.0%	44.9%
山口	2	1			1	4	22	537,865	4.09	50.0%	25.0%	0.0%	0.0%	25.0%	57.1%	36.4%
徳島		2	2	2	2	2	31	245,020	12.65	0.0%	66.7%	50.0%	28.6%	100.0%	50.0%	45.5%
香川	1	1	3				23	386,918	5.94	33.3%	33.3%	75.0%	0.0%	0.0%	0.0%	36.4%
愛媛	6	4	6			1	33	509,240	6.48	100.0%	50.0%	75.0%	0.0%	0.0%	14.3%	42.6%
高知	5	1	2		1	1	33	247,397	13.34	100.0%	50.0%	50.0%	0.0%	25.0%	50.0%	48.0%
福岡	9	9	10	5	10	4	129	2,105,369	6.13	64.3%	60.0%	50.0%	41.7%	71.4%	44.4%	53.8%
佐賀	1	1	5			2	19	288,766	6.58	100.0%	50.0%	100.0%	0.0%	0.0%	33.3%	48.0%
長崎	3	4		1	5	2	43	434,731	9.89	42.9%	57.1%	0.0%	20.0%	62.5%	22.2%	41.3%
熊本	1	3		1	3	2	52	595,720	8.73	9.1%	60.0%	0.0%	33.3%	75.0%	33.3%	36.4%
大分	3	5	1	2			30	408,979	7.34	37.5%	100.0%	16.7%	50.0%	0.0%	0.0%	39.5%
宮崎	4		3		1	2	20	353,483	5.66	80.0%	0.0%	50.0%	0.0%	20.0%	40.0%	35.5%
鹿児島	1	5	6	3			34	545,085	6.24	25.0%	55.6%	75.0%	50.0%	0.0%	0.0%	54.1%
沖縄	1		2	2	1	1	27	468,627	5.76	33.3%	0.0%	50.0%	22.2%	25.0%	16.7%	34.1%
合計	200	211	182	166	162	154	3,091	56,293,670	5.49	42.6%	45.3%	46.0%	41.9%	41.9%	39.8%	41.7%

※1:労災保険適用労働者数(2015年度末) ※2:適用労働者10万人当たり認定合計数(2000～16年度)

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

表15 虚血性心疾患等の労災補償状況(都道府県別)

	支給決定件数(「合計」は2000～16年度合計)							10万人当たり「合計」		認定率②(「平均」は2009～16年度平均)							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	合計	※1	※2	2011	2012	2013	2014	2015	2016	平均	
北海道	4	3	4	9	2	5	71	1,979,464	3.59	57.1%	27.3%	33.3%	64.3%	69.2%	71.4%	42.3%	
青森	1	3			2	1	13	426,935	3.04	100.0%	60.0%			0.0%	100.0%	66.7%	
岩手				4	2	3	12	447,242	2.68				66.7%	200.0%	100.0%	83.3%	
宮城	6	3	4	1	1	5	45	862,625	5.22	60.0%	37.5%	40.0%	50.0%	20.0%	62.5%	43.6%	
秋田	1		1		1		10	344,911	2.90	100.0%	0.0%	100.0%		0.0%	0.0%	50.0%	
山形		1	1		1	1	13	382,422	3.40	0.0%	25.0%	50.0%		0.0%	100.0%	42.9%	
福島	5	1		1	1	2	30	781,994	3.84	71.4%	33.3%	0.0%	14.3%	20.0%	40.0%	38.2%	
茨城	3	5	2	1	4	4	39	1,000,398	3.90	60.0%	62.5%	40.0%	50.0%	14.3%	80.0%	55.0%	
栃木	1	2	1	1	3		19	748,346	2.54	100.0%	66.7%	20.0%	50.0%	25.0%	0.0%	45.0%	
群馬	1		1	1	3	5	42	778,890	5.39	50.0%	0.0%	33.3%	100.0%	33.3%	55.6%	53.1%	
埼玉	5	3	7	8	3	3	80	2,085,220	3.84	45.5%	33.3%	43.8%	50.0%	66.7%	25.0%	39.8%	
千葉	1	1	4	6	1	3	56	1,754,527	3.19	10.0%	25.0%	80.0%	42.9%	100.0%	23.1%	33.3%	
東京	14	28	18	14	16	12	281	13,853,850	2.03	45.2%	63.6%	48.6%	41.2%	31.8%	32.4%	44.5%	
神奈川	10	8	4	4	6	7	120	2,852,452	4.21	55.6%	42.1%	23.5%	21.1%	14.8%	29.2%	35.5%	
新潟	3		2	2	2	4	25	918,270	2.72	75.0%	0.0%	50.0%	40.0%	100.0%	57.1%	51.6%	
富山	1	3	1	1	1	1	18	453,714	3.97	100.0%	75.0%	100.0%	50.0%	100.0%	100.0%	73.3%	
石川	1	1	3	2	1	2	16	461,886	3.46	50.0%	50.0%	100.0%	66.7%	200.0%	100.0%	73.3%	
福井	2			2		1	8	325,375	2.46	100.0%	0.0%		100.0%		100.0%	77.8%	
山梨		2					17	277,482	6.13	0.0%	40.0%		0.0%			50.0%	
長野		2			3	1	14	804,472	1.74	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	28.0%	
岐阜	1	2			1	3	17	766,436	2.22	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	75.0%	30.4%	
静岡		3		2		2	28	1,460,211	1.92	0.0%	75.0%	0.0%	40.0%	50.0%	100.0%	38.5%	
愛知	6	5	5	9	4	6	92	3,563,976	2.58	75.0%	50.0%	50.0%	69.2%	81.8%	42.9%	48.8%	
三重		2	3		1		18	660,855	2.72	0.0%	66.7%	42.9%	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	
滋賀	2		4	3		2	30	484,088	6.20	66.7%	0.0%	50.0%	100.0%		100.0%	57.7%	
京都	3	2	4	6	2	4	59	1,026,201	5.75	30.0%	28.6%	80.0%	75.0%	50.0%	28.6%	39.2%	
大阪	13	16	15	9	6	8	167	4,695,201	3.56	41.9%	37.2%	35.7%	42.9%	37.5%	32.0%	33.3%	
兵庫	5	3	8	2	2	5	85	1,882,643	4.51	62.5%	27.3%	53.3%	25.0%	33.3%	45.5%	43.9%	
奈良	2	1	2		1		15	318,085	4.72	40.0%	33.3%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	30.4%	
和歌山		1	1			1	18	309,830	5.81	0.0%	33.3%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	33.3%	
鳥取		1	1	1	1		12	189,941	6.32	0.0%	50.0%	100.0%	50.0%	100.0%		50.0%	
島根	1	1	2			2	7	245,726	2.85	33.3%	100.0%	100.0%			100.0%	75.0%	
岡山		1	5	2	1		27	771,579	3.50	0.0%	33.3%	71.4%	66.7%	100.0%	0.0%	45.2%	
広島	5	4	2	8	6	1	58	1,251,223	4.64	50.0%	100.0%	25.0%	66.7%	88.9%	33.3%	50.9%	
山口	2	3	3	2		1	26	537,865	4.83	100.0%	100.0%	75.0%	100.0%	66.7%	100.0%	65.0%	
徳島	2	1	1		1		13	245,020	5.31	50.0%	50.0%	33.3%		0.0%	0.0%	28.6%	
香川		1	3	1	2		19	386,918	4.91	0.0%	50.0%	100.0%	100.0%	50.0%		66.7%	
愛媛	1		1	1	1		24	509,240	4.71	33.3%	0.0%	20.0%	25.0%	33.3%	0.0%	28.6%	
高知				1		1	8	247,397	3.23		0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	50.0%	
福岡	2	7	3	3	3	3	67	2,105,369	3.18	22.2%	87.5%	25.0%	30.0%	60.0%	60.0%	44.6%	
佐賀	2				1	1	14	288,766	4.85	100.0%		0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	66.7%	
長崎		2	2			2	14	434,731	3.22	0.0%	66.7%	66.7%	0.0%	0.0%	50.0%	31.8%	
熊本	3	2	1	1	1	3	28	595,720	4.70	60.0%	33.3%	50.0%	25.0%	50.0%	75.0%	54.8%	
大分	1	1	2				12	408,979	2.93	16.7%	50.0%	28.6%	0.0%	0.0%		30.4%	
宮崎		1	1	1	1		16	353,483	4.53	0.0%	25.0%	33.3%	33.3%	20.0%		34.6%	
鹿児島		1	1	1	1	1	21	545,085	3.85		100.0%	50.0%	50.0%	33.3%	50.0%	44.4%	
沖縄			1	1			10	468,627	2.13		0.0%	25.0%	33.3%	50.0%	0.0%	33.3%	
合計	110	127	124	111	89	106	1,834	56,293,670	3.26	44.4%	46.2%	43.2%	44.4%	42.2%	42.1%	42.3%	

※1:労災保険適用労働者数(2015年度末) ※2:適用労働者10万人当たり認定合計数(2000～16年度)

表16 精神障害の労災補償状況(都道府県別)

	支給決定件数(「合計」は2000～16年度合計)							10万人当たり「合計」		認定率②(「平均」は2009～16年度平均)						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	合計	※1	※2	2011	2012	2013	2014	2015	2016	平均
北海道	18	27	18	31	19	37	243	1,979,464	12.28	36.7%	55.1%	39.1%	48.4%	46.3%	55.2%	46.6%
青森	1	3	2	7	7		26	426,935	6.09	25.0%	60.0%	40.0%	70.0%	100.0%	0.0%	51.2%
岩手	1	5	6	10	6	3	47	447,242	10.51	25.0%	41.7%	85.7%	58.8%	66.7%	75.0%	54.5%
宮城	22	22	12	12	11	10	143	862,625	16.58	57.9%	68.8%	41.4%	31.6%	36.7%	28.6%	46.0%
秋田	3	1	3	2	3	3	36	344,911	10.44	27.3%	25.0%	60.0%	33.3%	37.5%	37.5%	39.0%
山形	2	6	2	5	7	4	45	382,422	11.77	33.3%	66.7%	66.7%	41.7%	53.8%	57.1%	47.8%
福島	6	11	10	5	10	9	74	781,994	9.46	42.9%	52.4%	58.8%	41.7%	66.7%	52.9%	49.1%
茨城	13	11	6	7	9	12	98	1,000,398	9.80	46.4%	61.1%	27.3%	33.3%	45.0%	54.5%	45.1%
栃木	3	4	2	4	1	1	34	748,346	4.54	50.0%	66.7%	40.0%	44.4%	25.0%	11.1%	43.8%
群馬	2	3	2	5	6	5	50	778,890	6.42	20.0%	30.0%	22.2%	31.3%	33.3%	29.4%	31.5%
埼玉	4	6	8	22	11	16	114	2,085,220	5.47	14.8%	13.3%	23.5%	44.9%	30.6%	41.0%	27.5%
千葉	8	9	13	19	17	12	144	1,754,527	8.21	19.0%	22.0%	27.7%	51.4%	35.4%	40.0%	33.5%
東京	42	90	80	91	93	89	757	13,853,850	5.46	28.8%	39.6%	37.7%	38.9%	40.6%	38.0%	34.7%
神奈川	34	46	30	33	38	42	381	2,852,452	13.36	33.7%	47.4%	31.6%	28.2%	36.2%	34.1%	32.4%
新潟	4	4	9	10	5	2	67	918,270	7.30	44.4%	44.4%	42.9%	52.6%	50.0%	18.2%	44.3%
富山		2	6		6	5	23	453,714	5.07	0.0%	40.0%	85.7%	0.0%	66.7%	71.4%	52.4%
石川	1	2	2	5	5	2	28	461,886	6.06	50.0%	33.3%	33.3%	50.0%	35.7%	28.6%	37.3%
福井	3	7	1	5	5	2	47	325,375	14.44	60.0%	70.0%	25.0%	41.7%	45.5%	33.3%	44.6%
山梨	2	4	7	4	4	4	34	277,482	12.25	25.0%	30.8%	58.3%	57.1%	33.3%	50.0%	38.9%
長野	4	4	9	5	3	9	59	804,472	7.33	20.0%	30.8%	60.0%	33.3%	27.3%	39.1%	37.2%
岐阜	4	6	5	7	2	3	45	766,436	5.87	23.5%	60.0%	41.7%	36.8%	14.3%	30.0%	33.7%
静岡	9	7	6	14	9	11	88	1,460,211	6.03	47.4%	41.2%	35.3%	43.8%	45.0%	50.0%	43.8%
愛知	7	19	10	17	10	27	153	3,563,976	4.29	12.7%	22.9%	19.6%	33.3%	19.2%	33.3%	21.3%
三重			2	6	6	9	40	660,855	6.05	0.0%	0.0%	15.4%	50.0%	28.6%	39.1%	22.6%
滋賀	6	8	3	5	9	7	76	484,088	15.70	46.2%	53.3%	42.9%	71.4%	56.3%	38.9%	46.2%
京都	14	18	8	15	15	12	148	1,026,201	14.42	31.1%	36.7%	24.2%	35.7%	24.2%	27.9%	29.7%
大阪	21	36	44	40	39	36	386	4,695,201	8.22	17.2%	26.1%	30.1%	28.6%	28.1%	26.5%	24.4%
兵庫	19	24	35	31	24	25	266	1,882,643	14.13	43.2%	45.3%	54.7%	45.6%	39.3%	48.1%	43.8%
奈良	5	1	6	1	3	4	43	318,085	13.52	38.5%	20.0%	37.5%	11.1%	23.1%	36.4%	33.3%
和歌山	1			4	2		18	309,830	5.81	20.0%		0.0%	66.7%	100.0%	0.0%	27.5%
鳥取	3	2	3		4	1	16	189,941	8.42	75.0%	50.0%	75.0%	0.0%	57.1%	12.5%	40.6%
島根	1	1		1	1		8	245,726	3.26	50.0%	50.0%	0.0%	20.0%	33.3%		40.0%
岡山	7	4	3	6	3	6	50	771,579	6.48	35.0%	40.0%	18.8%	46.2%	20.0%	27.3%	30.9%
広島	8	16	16	12	13	15	115	1,251,223	9.19	21.6%	44.4%	41.0%	36.4%	36.1%	45.5%	33.6%
山口	5	4	5	5	2	1	38	537,865	7.06	62.5%	57.1%	38.5%	45.5%	25.0%	9.1%	42.4%
徳島		1	2	1	2	1	15	245,020	6.12	0.0%	50.0%	50.0%	14.3%	25.0%	10.0%	21.3%
香川	2	3		4	2		24	386,918	6.20	50.0%	37.5%	0.0%	66.7%	28.6%	0.0%	31.0%
愛媛	2	7	4	2	1	4	37	509,240	7.27	40.0%	41.2%	28.6%	14.3%	7.7%	30.8%	26.4%
高知	4	6	7	3	2	2	31	247,397	12.53	40.0%	60.0%	50.0%	50.0%	28.6%	40.0%	44.3%
福岡	10	16	29	13	21	31	186	2,105,369	8.83	34.5%	47.1%	42.0%	43.3%	33.9%	40.3%	39.0%
佐賀	6	2	4	1	9	5	40	288,766	13.85	66.7%	50.0%	50.0%	20.0%	60.0%	71.4%	51.6%
長崎	1	12	2	7	7	11	53	434,731	12.19	25.0%	66.7%	20.0%	43.8%	31.8%	55.0%	42.2%
熊本	3	3	2	4	3	6	69	595,720	11.58	20.0%	18.8%	25.0%	30.8%	30.0%	35.3%	31.7%
大分	3	3	2	5	4	7	43	408,979	10.51	23.1%	30.0%	50.0%	41.7%	57.1%	63.6%	40.6%
宮崎	7	3	3	2	6	2	46	353,483	13.01	46.7%	21.4%	37.5%	18.2%	35.3%	16.7%	30.6%
鹿児島	1	1	4	5	4		31	545,085	5.69	20.0%	33.3%	44.4%	31.3%	44.4%	0.0%	28.4%
沖縄	3	5	3	4	3	5	43	468,627	9.18	25.0%	83.3%	75.0%	30.8%	30.0%	29.4%	37.6%
合計	325	475	436	497	472	498	4,558	56,293,670	8.10	30.3%	39.0%	36.5%	38.0%	36.1%	36.8%	34.7%

※1:労災保険適用労働者数(2015年度末) ※2:適用労働者10万人当たり認定合計数(2000～16年度)

イギリスの石綿被害と補償・救済のアプローチ

イギリス訪問団参考資料

中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会が7月4～9日、20人からなる代表団をイギリスに派遣することになった。本稿は、同派遣団のための参考資料として準備されたものである。

石綿輸入量と中皮腫死亡

イギリスも日本も歴史的にアスベストはほぼ輸入に依存してきた。全体状況を比較するために、石

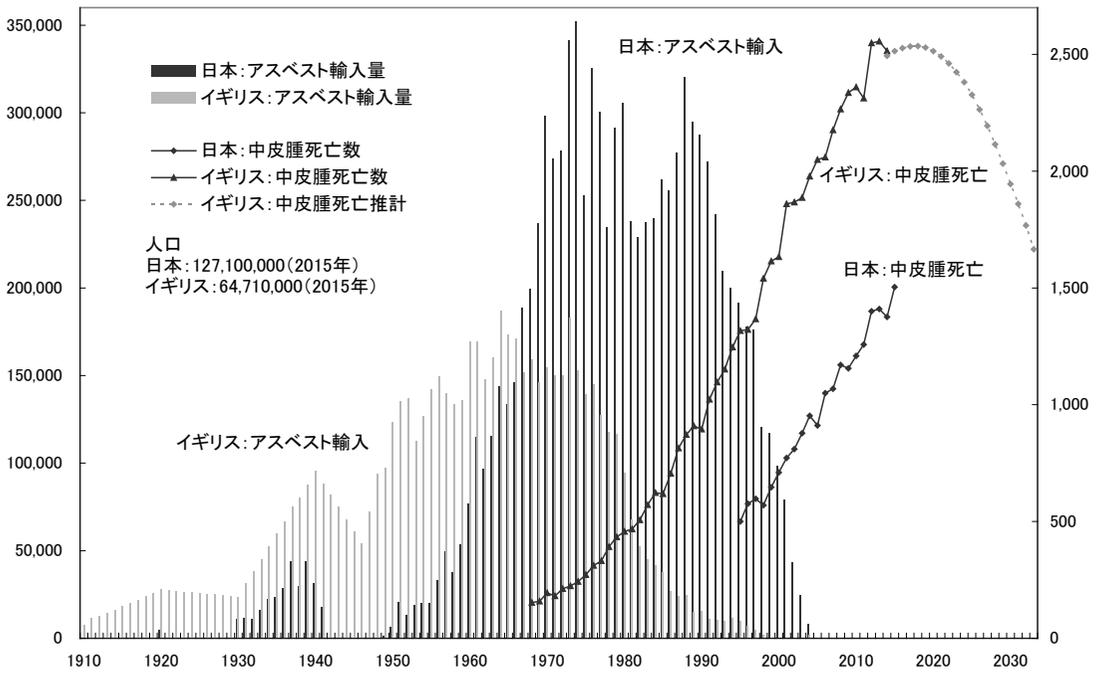
綿消輸入と中皮腫死亡の推移を図1に示した。イギリスは、日本よりも、石綿使用の歴史的経過が先行し、中皮腫の流行も先行している。

イギリスでは、安全衛生庁（HSE）が中皮腫死亡の将来予測を行っており、最新の推計によれば、現在年間中皮腫死亡数約2,500人でピークを迎えつつあり、今後は減少に転じていくことが期待されている。しかし、以前は2010年に1,500人でピーク、2011～15年に1,950～2,450人でピークとされてい

表1 イギリス：中皮腫死亡数と補償・救済件数

年	死亡数 (A)	IIDB		2008 DMP		合計(IIDB+2008DMP)	
		支給(B)	B/A	支給(C)	C/A	(B+C)	(B+C)/A
2003	1,887	1,130	59.9%			1,130	59.9%
2004	1,978	1,320	66.7%			1,320	66.7%
2005	2,049	1,490	72.7%			1,490	72.7%
2006	2,060	1,460	70.9%			1,460	70.9%
2007	2,176	1,620	74.4%			1,620	74.4%
2008	2,265	1,740	76.8%	210	9.3%	1,950	86.1%
2009	2,336	1,880	80.5%	560	24.0%	2,440	104.5%
2010	2,360	1,900	80.5%	440	18.6%	2,340	99.2%
2011	2,312	1,980	85.6%	480	20.8%	2,460	106.4%
2012	2,549	2,130	83.6%	490	19.2%	2,620	102.8%
2013	2,556	2,150	84.1%	490	19.2%	2,640	103.3%
2014	2,515	2,220	88.3%	430	17.1%	2,650	105.4%
2015		2,130		420		2,550	

図1 日英比較：アスベスト消費量(トン)と中皮腫死亡(人)



たものが、新たな推計がなされるたびにピークが遅くなり死亡数が増えていることや、例えば高齢化の進展を考えてみてもこの推計は過小評価で、まだ減少に転じると断言はできないなどという議論もあ

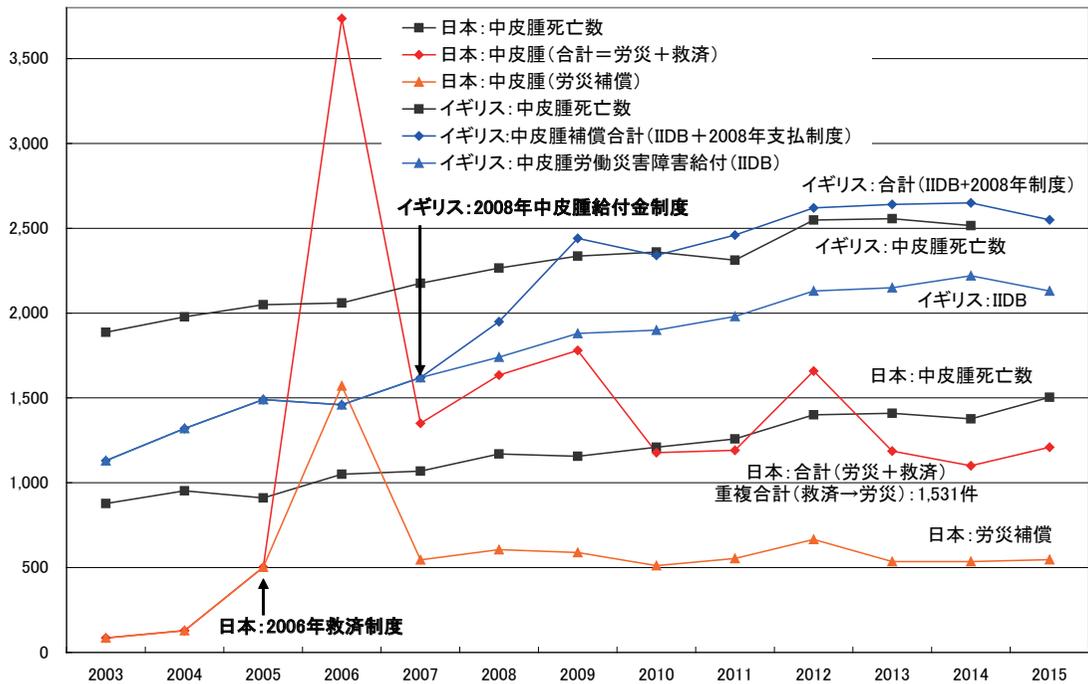
る。いずれにしろ今後の推移が注目されている。

なお、日本の人口がイギリスの約2倍であることに常に注意していただきたい。仮に人口当たりで過去の累積石綿輸入-曝露の状況が同程度で、中

表2 日本：中皮腫死亡数と補償・救済件数

年	死亡数 (A)	労災補償		救済制度		合計(労災+救済)	
		支給(B)	B/A	支給(C)	C/A	(B+C)	(B+C)/A
2003	878	85	9.7%			85	9.7%
2004	953	128	13.4%			128	13.4%
2005	911	502	55.1%			502	55.1%
2006	1,050	1,571	149.6%	2,165	206.2%	3,736	355.8%
2007	1,068	546	51.1%	804	75.3%	1,350	126.4%
2008	1,170	606	51.8%	1,029	87.9%	1,635	139.7%
2009	1,156	589	51.0%	1,191	103.0%	1,780	154.0%
2010	1,209	511	42.3%	667	55.2%	1,178	97.4%
2011	1,258	554	44.0%	637	50.6%	1,191	94.7%
2012	1,400	666	47.6%	992	70.9%	1,658	118.4%
2013	1,410	535	37.9%	652	46.2%	1,187	84.2%
2014	1,376	535	38.9%	565	41.1%	1,100	79.9%
2015	1,504	547	36.4%	663	44.1%	1,210	80.5%
重複合計(救済→労災)					△ 1,531		△ 1,531

図2 日英比較：中皮腫死亡数と補償・救済件数



皮腫死亡も同じ道をたどっているとしたら、現在のイギリスの年間中皮腫死亡数約2,500人の2倍の5,000人程度まで、日本の中皮腫死亡は増加するかもしれないということである。

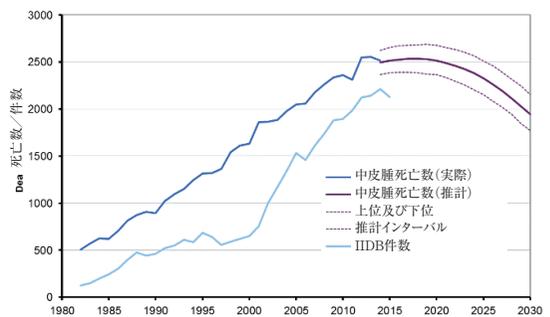
中皮腫の補償・救済状況

イギリスの補償・救済制度についてはおつて解説するが、日本の労災保険制度に相当する労働災害障害給付 (IIDB) 制度に加えて、IIDBの対象でない=労働者でない、家族曝露等による被害者に一時金を支給する2008年びまん性中皮腫支払 (2008DMP) 制度ができており、こちらは日本の石綿健康被害救済制度に相当すると言えよう。

両国について、労災補償制度と救済制度の双方から給付を受けたものの合計件数と中皮腫死亡者数を示したのが、図2である (数字は表1.2)。

イギリスは、図3も合わせて参照すると、1990年代後半以前は、IIDB支給件数は中皮腫死亡数の

図3 イギリス：中皮腫死亡数と補償件数



半分に満たなかったようだが、2000年以降増加し、2003年の約60%から2015年には88%を越すに至っている。これに、中皮腫死亡数の20%前後の件数の2008DMP支給件数を合わせた合計は、近年100%を超えている状況である (表1)。

一方日本は、労災補償件数 (労災保険と救済法時効救済の合計) と救済件数を合わせた合計は近年約80%であるが、救済件数が労災補償件数

表3 イギリス:中皮腫の補償・救済状況

年	IIDB			2008DMP制度	1979PWCA (含非中皮腫)	2014DMP制度
	評価件数(A)	支給(B)	B/A			
2003	1,170	1,130	96.6%			
2004	1,340	1,320	98.5%			
2005	1,540	1,490	96.8%			
2006	1,470	1,460	99.3%			
2007	1,620	1,620	100.0%			
2008	1,740	1,740	100.0%	210	2,280	
2009	1,880	1,880	100.0%	560	2,640	
2010	1,900	1,900	100.0%	440	2,770	
2011	1,980	1,980	100.0%	480	2,770	
2012	2,130	2,130	100.0%	490	3,100	
2013	2,150	2,150	100.0%	490	3,240	
2014	2,220	2,220	100.0%	430	3,400	
2015	2,130	2,130	100.0%	420	3,620	290

表4 日本:中皮腫の補償・救済状況

年/年度	労災補償			救済制度		
	決定件数(A)	支給件数(B)	B/A	決定件数(C)	支給件数(D)	D/C
2003	87	85	97.7%			
2004	131	128	97.7%			
2005	556	502	90.3%			
2006	1,773	1,571	88.6%	2,499	2,165	86.6%
2007	614	546	88.9%	1,058	804	76.0%
2008	659	606	92.0%	1,235	1,029	83.3%
2009	625	589	94.2%	1,399	1,191	85.1%
2010	546	511	93.6%	837	667	79.7%
2011	580	554	95.5%	757	637	84.1%
2012	745	666	89.4%	1,108	992	89.5%
2013	580	535	92.2%	756	652	86.2%
2014	564	535	94.9%	643	565	87.9%
2015	578	547	94.6%	751	663	88.3%
重複合計(救済→労災)				△ 1,531		

を上回る状況が続いている。

以上は支給決定年別データであり、本紙が紹介してきたように、日本については、死亡年別データによる検証が可能であり、ある年に死亡した中皮腫事例のうちのどれだけが補償・救済されたかという率はかなり減少する。イギリスの場合も、あるいはそうであるかもしれない。

それでも、イギリスの方が日本よりも補償・救済状況が進んでいること、及び、労災補償が救済の4倍以上という比率になっていることが確認できる。後

者は、中皮腫の8割は職業曝露によるものとするヘルシンキ・クライテリア等の知見を裏付けているとも考えられ、日本の労災補償の比率は明らかに低く、本来労災補償を受けるべき事例が数多く救済に紛れ込んでいるものと考えざるを得ない。

表3・4は、評価/決定件数に対する支給件数としての認定率を比較したものである。イギリスの2008DMPについては支給件数しか入手できないため計算できない。また、表2の1979PWCA及び2014DMPについては、後にふれる。

イギリスの石綿被害と補償・救済のアプローチ

表5 イギリス:中皮腫以外の石綿関連疾患の補償件数

年	石綿肺	石綿肺がん			びまん性胸膜肥厚
		石綿肺合併有	石綿肺合併無	合計	
2003	620	70		70	340
2004	710	70		70	340
2005	790	80		80	330
2006	720	130		130	320
2007	680	110	90	200	340
2008	810	110	130	240	360
2009	820	150	190	340	420
2010	1,020	150	160	310	460
2011	720	140	180	320	400
2012	980	120	140	260	360
2013	910	100	190	290	360
2014	990	90	190	280	340
2015	1,170	90	230	320	350

表6 日本:中皮腫以外の石綿関連疾患の補償・救済件数

年度	石綿肺がん			石綿肺	びまん性胸膜肥厚	良性石綿胸水
	労災補償	救済制度	合計			
2003	38		38	ND	1	0
2004	58		58	ND	4	2
2005	213		213	ND	48	1
2006	1,055	224	1,279	ND	37	26
2007	551	158	709	ND	25	24
2008	568	172	740	ND	32	29
2009	531	149	680	ND	51	24
2010	448	128	576	ND	69	37
2011	424	114	538	82	55	42
2012	425	116	541	89	65	45
2013	396	155	551	85	58	44
2014	404	121	525	80	64	32
2015	375	130	505	64	1	20
重複合計(救済→労災)			△ 340	△ 5	△ 10	労災補償のみ

イギリスのIIDBによる中皮腫の認定率は、2007年以降100%である。一方日本では、労災補償では95%に近づいているものの、救済制度では90%に満たず、格差が確認できる。

中皮腫以外の石綿関連疾患

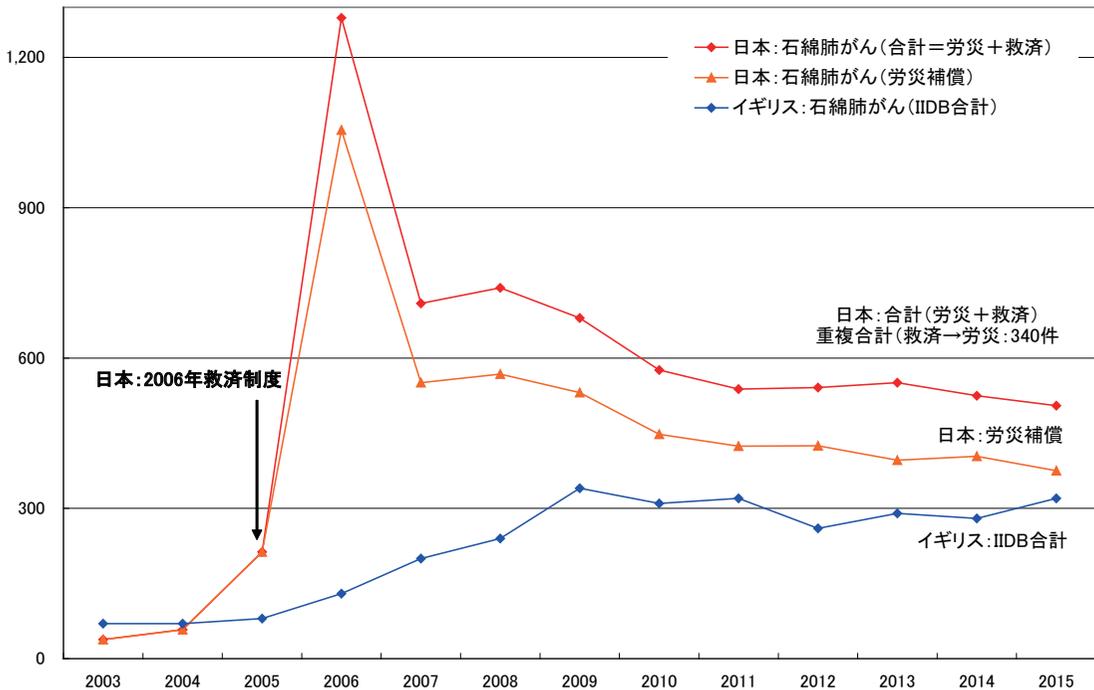
次に中皮腫以外の石綿関連疾患について、表5・6に示した。イギリスでは、中皮腫以外の疾患については、救済制度に相当するものがないの

で、IIDBデータのみであり、また、良性石綿胸水はIIDBの対象疾病になっていない。

補償・救済件数の絶対数で見ると、石綿肺がんは日本の方がイギリスよりも多いが、石綿肺とびまん性胸膜肥厚はイギリスの方が日本よりも多い。しかし、日本の人口がイギリスの約2倍であることを踏まえれば、いずれの疾患についても日本の方がイギリスよりも少ないと言わなければならない。

石綿肺がんについては、イギリスでは後述するように、石綿肺を伴わない石綿肺がんがIIDB対象

図3 日英比較:石綿肺がんの補償・救済件数



疾病に追加されたことが、増加要因になったことは明らかであるが、石綿肺がんは中皮腫の2倍あるいは数倍と理解されていることからすれば、イギリスの現状も決して満足できる状態ではない。

しかし、表7に示されるように、評価件数に対する支給件数としての認定率が、2005年以降100%を維持していることは、日本と比較した場合には驚異的である。

表9に示されるように、イギリスでは、石綿肺についても2008年以降認定率が100%を維持、びまん性胸膜肥厚についても認定率が日本よりも明らかに高いことが確認できる。

イギリスの職業病リスト

ところで、イギリスの職業病リストは、1985年社会保障(労働災害)規則の別表1として規定され、約70の規定疾病が規定されている。これは、IIDDの対象となる疾病のリストであるが、「規定疾病(PD:

Prescribed Diseases)」リストとも称されている。

表11が、現行の職業病リストの石綿関連疾患にかかる部分である。

このリストは、疾病名に対応する「業務の種類」が限定列挙されていて、これ自体が日本の労災認定基準に相当し、別に認定基準ないし職業病リストの運用基準等として示されているものはない。

この職業病リストは、労働年金省(DWP)の労働災害諮問委員会(IIAC)によって随時見直しが行われている。

石綿関連疾患全般についての直近の検討は、2005年7月14日に公表された「アスベスト関連疾患の規定を検討する1992年社会保障管理法第171項に基づく労働災害諮問委員会による報告書」である。

※<https://www.gov.uk/government/publications/asbestos-related-diseases-iiac-report>

この時点で検討の対象となった「旧リスト」の、変

イギリスの石綿被害と補償・救済のアプローチ

表7 イギリス:石綿肺がんの補償状況

年度	石綿肺がん(石綿肺合併有)			石綿肺がん(石綿肺合併無)		
	評価件数(A)	支給(B)	B/A	評価件数(C)	支給(D)	D/C
2003	80	70	87.5%			
2004	90	70	77.8%			
2005	80	80	100.0%			
2006	130	130	100.0%			
2007	110	110	100.0%	90	90	100.0%
2008	110	110	100.0%	130	130	100.0%
2009	150	150	100.0%	190	190	100.0%
2010	150	150	100.0%	160	160	100.0%
2011	140	140	100.0%	180	180	100.0%
2012	120	120	100.0%	140	140	100.0%
2013	100	100	100.0%	190	190	100.0%
2014	90	90	100.0%	190	190	100.0%
2015	90	90	100.0%	230	230	100.0%

表8 日本:石綿肺がんの補償状況

年度	労災補償			救済制度		
	決定件数(A)	支給件数(B)	B/A	決定件数(C)	支給件数(D)	D/C
2003	41	38	92.7%			
2004	61	58	95.1%			
2005	277	213	76.9%			
2006	1,619	1,055	65.2%	459	224	48.8%
2007	707	551	77.9%	550	158	28.7%
2008	712	568	79.8%	431	172	39.9%
2009	665	531	79.8%	340	149	43.8%
2010	539	448	83.1%	283	128	45.2%
2011	504	424	84.1%	241	114	47.3%
2012	498	425	85.3%	241	116	48.1%
2013	489	396	81.0%	211	155	73.5%
2014	467	404	86.5%	162	121	74.7%
2015	432	375	86.8%	175	130	74.3%

更がなされた部分のみを、表12に示した。

もっとも大きな変更点は、以前からあった「D8 石綿肺合併石綿肺がん」に加えて、「D8A 石綿肺合併なし石綿肺がん」が新たに追加されたことである。このことが、石綿肺がん全体の労災認定件数増加に寄与していることは、図3及び表5で確認したとおりである。

しかし、D8Aの「業務の種類」は、以下のとおり限定されている。これは、日本の労災認定基準よりもかなり狭いと言わざるを得ないだろう。

- (a) アスベスト織物の製造、または
 - (b) アスベストの吹き付け、または
 - (c) アスベスト保温作業、または
 - (d) 造船におけるアスベストを含有する物の適用または除去
- (d)には、以下のような基準が加えられている。

「曝露のすべてまたはいずれかが1975年1月1日より前に生じていて、一回の期間または複数の期間の合計が5年以上であること、またそうでなければ、一回の期間または複数の期間の合計が10年

表9 イギリス:中皮腫以外の石綿関連疾患の補償状況

年	石綿肺			びまん性胸膜肥厚		
	評価件数(A)	支給(B)	B/A	評価件数(C)	支給(D)	D/C
2003	650	620	95.4%	400	340	85.0%
2004	760	710	93.4%	410	340	82.9%
2005	830	790	95.2%	410	330	80.5%
2006	730	720	98.6%	360	320	88.9%
2007	690	680	98.6%	390	340	87.2%
2008	810	810	100.0%	410	360	87.8%
2009	820	820	100.0%	460	420	91.3%
2010	1,020	1,020	100.0%	510	460	90.2%
2011	720	720	100.0%	440	400	90.9%
2012	980	980	100.0%	460	360	78.3%
2013	910	910	100.0%	440	360	81.8%
2014	990	990	100.0%	430	340	79.1%
2015	1,170	1,170	100.0%	430	350	81.4%

表10 日本:中皮腫以外の石綿関連疾患の補償・救済状況

年度	石綿肺(救済制度のみのデータ)			びまん性胸膜肥厚(労災+救済)		
	決定件数(A)	支給件数(B)	B/A	決定件数(C)	支給件数(D)	D/C
2003				0	0	
2004				1	1	100.0%
2005				6	4	66.7%
2006				65	48	73.8%
2007				47	37	78.7%
2008				40	25	62.5%
2009				45	32	71.1%
2010	37	29	78.4%	70	51	72.9%
2011	57	9	15.8%	115	69	60.0%
2012	60	14	23.3%	99	55	55.6%
2013	31	5	16.1%	111	65	58.6%
2014	36	2	5.6%	91	58	63.7%
2015	29	0	0.0%	106	64	60.4%
重複合計		△ 5			△ 10	

以上であること。」

実は、イギリスのこの規定が、日本の2012年の労災認定基準改正で同様の規定を新設する根拠になったという経過がある。

また、びまん性胸膜肥厚について、旧リストの(b) + (i) or (ii)の医学要件が削除された。しかし、このときの改正では、「肋骨横隔膜角の消失を伴う片側性または両側性びまん性胸膜肥厚」とされた。

2016年4月12日に「びまん性胸膜肥厚」に関するIIAC報告書が公表されて、以下のような結論が示

された。

※<https://www.gov.uk/government/publications/diffuse-pleural-thickening-iiac-report>

「34. 委員会は、びまん性胸膜肥厚 (PD D9) についての表現は、胸部エックス線上の肋骨横隔膜角の消失に関する条件を取り除くよう改訂することを勧告する。PD D9についての職業の対象範囲は変更しないままとすべきである。」

この結果、現行リスト(表11)のように、「肋骨横

イギリスの石綿被害と補償・救済のアプローチ

表11 労働災害障害給付対象疾病(規定疾病)一覧表(現行)

番号	疾病名	業務の種類
D1	珪肺及び石綿肺を含むじん肺	(9) (a) アスベストまたは何らかのアスベスト混合物の業務または取り扱い (b) アスベスト織物または他のアスベストを含有する品またはアスベストからなる品の製造または修理 (c) 前出の何らかの作業で用いられた何らかの機械または設備、及びアスベスト粉じん捕集のための何らかのチェンバー、附属品及び電源の清掃 (d) 前出の何らかの作業から生じる粉じんへの著しい曝露
D3	びまん性中皮腫(胸膜または心膜または腹膜の中皮腫の原発腫瘍)。肺の被覆または腹部の内膜からはじまるがん	広く一般環境中に見られるより上のレベルのアスベスト、アスベスト粉じん、または何らかのアスベスト混合物への曝露
D8	石綿肺の証拠を伴う肺の原発がん	(a) アスベストまたは何らかのアスベスト混合物の業務または取り扱い、または (b) アスベスト織物またはアスベストを含有する物またはアスベストからなる物の業務または取り扱い、または (c) 前出の何らかの作業で用いられた何らかの機械または設備、及びアスベスト粉じん補修のための何らかのチェンバー、附属品及び電源の清掃、または (d) 前出の何らかの作業から生じる粉じんへの著しい曝露
D8A	肺の原発がん	以下におけるアスベストへの曝露 (a) アスベスト織物の製造、または (b) アスベストの吹き付け、または (c) アスベスト保温作業、または (d) 造船におけるアスベストを含有する物の適用または除去、曝露のすべてまたはいずれかが1975年1月1日より前に生じていて、一回の期間または複数の期間の合計が5年以上であること、またそうでなければ、一回の期間または複数の期間の合計が10年以上であること
D9	片側性または両側性びまん性胸膜肥厚	(a) アスベストまたは何らかのアスベスト混合物の業務または取り扱い、または (b) アスベスト織物またはアスベストを含有する物またはアスベストからなる物の業務または取り扱い、または (c) 前出の何らかの作業で用いられた何らかの機械または設備、及びアスベスト粉じん捕集のための何らかのチェンバー、附属品及び電源の清掃、または (d) 前出の何らかの作業から生じる粉じんへの著しい曝露

隔膜角の消失を伴う」も取り除かれて、「片側性または両側性びまん性胸膜肥厚」となった。

この点でも、日本のびまん性胸膜肥厚に係る2006年労災認定基準では、イギリス旧リストの(b)+(i) or (ii)の医学要件が採用されたが、その後、すでに2006年段階でイギリスではそのような医学的要件が取り払われていたことに気がついて、2012年労災認定基準で取り除いた経過がある。

それ以外の近年の石綿関連疾患に係るIIACの出版物は、以下のとおりである。

○2008年6月20日IIACポジション・ペーパー20「アスベスト曝露と後腹膜線維症」

※[https://www.gov.uk/government/publications/asbestos-exposure-and-](https://www.gov.uk/government/publications/asbestos-exposure-and-retroperitoneal-fibrosis-iac-position-paper-20)

[retroperitoneal-fibrosis-iac-position-paper-20](https://www.gov.uk/government/publications/asbestos-exposure-and-retroperitoneal-fibrosis-iac-position-paper-20)

[結論]「35. 委員会は、現在の証拠は、規定を支持するのは不十分であると結論づけた。しかし、委員会は、証拠が非常に限られている領域における今後の質の高い研究を強く奨励するとともに、新たな研究報告を綿密に監視するだろう。」

○2008年8月7日IIACポジション・ペーパー22「喉頭がんとアスベスト曝露」

※<https://www.gov.uk/government/publications/laryngeal-cancer-and-asbestos-exposure-iac-position-paper-22>

[結論]「44. 委員会は、規定を支持するにはデータが十分に強固ではないと結論づけた。しかし、

表12 労働災害障害給付対象疾病(規定疾病)一覧表(旧)

番号	疾病名	業務の種類
D8	以下のひとつまたは双方の証拠を伴う肺の原発がん (a) 石綿肺 (b) 以下であり、(コンピュータ断層撮影または他の種類の画像ではなく)胸部単純エックス線写真による測定で、冒された領域内のいずれかの場所で暑さ5mm以上の広がりのある片側性または両側性びまん性胸膜肥厚 (i) 片側性びまん性胸膜肥厚の場合にあっては、冒された側の肺の胸壁の50%以上ある、または (ii) 両側性びまん性胸膜肥厚の場合にあっては、両側の肺の胸壁の合わせて25%以上ある	(a) アスベストまたは何らかのアスベスト混合物の業務または取り扱い、または (b) アスベスト織物またはアスベストを含有する物またはアスベストからなる物の業務または取り扱い、または (c) 前出の何らかの作業で用いられた何らかの機械または設備、及びアスベスト粉じん捕集のための何らかのチェンバー、附属品及び電源の清掃、または (d) 前出の何らかの作業から生じる粉じんへの著しい曝露
D9	肋骨横隔膜角の消失を伴う片側性または両側性びまん性胸膜肥厚	(a) アスベストまたは何らかのアスベスト混合物の業務または取り扱い、または (b) アスベスト織物またはアスベストを含有する物またはアスベストからなる物の業務または取り扱い、または (c) 前出の何らかの作業で用いられた何らかの機械または設備、及びアスベスト粉じん捕集のための何らかのチェンバー、附属品及び電源の清掃、または (d) 前出の何らかの作業から生じる粉じんへの著しい曝露

委員会は、この問題のレビューを継続し、この課題に関する今後の研究知見を監視するだろう。とりわけ、WHOの国際がん研究機関が2009年に、アスベストに関連したがんのレビューを実施すると提案していることが指摘されており、委員会はその結果を精査するだろう。」

○2015年2月17日IIAC情報ノート「喉頭または卵巣のがんとアスベスト作業」

※<https://www.gov.uk/government/publications/cancers-of-the-larynx-or-ovary-and-work-with-asbestos-iiac-information-note>

この文書は、国際がん研究機関(IARC)モノグラフ100cの発行を踏まえたアスベスト被害者支援団体フォーラムの要求を受けて検討を行った、と明記している。

[結論]「13. 今回のレビュー及び以前検討された証拠に基づき委員会は、2009年になされたように、アスベスト曝露に伴い喉頭がんのリスクが2倍になるという証拠は一貫性がないままであると結論づけた。

いくつかの研究は、おそらく相対的に高い[レベルの]曝露をした労働者において、相対的に高いリスクを示しているものの、そのような報告は一般的に、かかるリスクを招いたであろう曝露のレベルに関する情報が少ないか、または、ない少数の事例に基づいたものであり、いくつかはイギリスで起きたのではない曝露に関するものである。したがって、委員会は引き続き、規定の勧告をさせ、また詳述するには、証拠が十分に強固ではないと考える。」

「23. ここに要約した証拠に基づき委員会は、アスベストへの曝露はおそらく卵巣がんのリスクを高め、非常に高い[レベルの曝露]の場合には2倍以上高めるかもしれないと結論づけた。しかし、エビデンスベースのひとつの不確実性は、腹膜中皮腫を卵巣がんと誤診することによって、どの程度リスクが過大評価されてきたかということである。さらに、イギリスの人々における規定の場合を考慮すれば、(Acheson et al., 1982 and Wignall et al.による研究から経過した時間を踏まえれば) 規定によって利益を受ける立場にあ

るのはいまではアスベスト紡織における労働者だけであり、また、紡織労働者における事例は、職業の規定を定義することができないくらい『重度』曝露の状況の定義が不十分なひとつの研究 (Berry et al., 2000) によって支持されるだけである。委員会はそれゆえ、アスベスト曝露に関連した卵巣がんの規定を勧告しない。」

○2009年6月30日IIACポジション・ペーパー23「胸膜プラーク」

※<https://www.gov.uk/government/publications/pleural-plaques-iiac-position-paper-23>

[結論]「93. 委員会は、IIDB制度のもとで補償される規定疾病のリストに胸膜プラークを含めることを勧告しない。」

以上のような、喉頭がん、卵巣がん、胸膜プラークの職業病リストへの搭載をイギリスが見送っていることは、日本にも影響を及ぼしている。

胸膜プラークの補償問題

イギリスでは、胸膜プラークは、職業病リストには搭載されていないものの、かつては民事損害賠償請求が可能であり、被害者（支援）団体にとって大きなキャンペーン課題であったことから、そのひとつクライドサイド・アクション・オン・アスベストのウェブサイトで、概要を紹介しておきたい。

※<http://www.clydesideactiononasbestos.org.uk/compensation-and-benefits/pleural-plaques-compensation>

「良性胸膜所見は中皮腫に変化しはしないが、胸膜のプラークまたは肥厚を有する者は、過去にアスベストに曝露していることから、中皮腫や肺がんのリスクが高くなる。このことはしばしば多くの人々に不安を与えている。」

2007年より前には、胸膜プラークに罹患している場合、イギリスでは民事補償請求を追求することが可能だった。しかし、2007年10月に貴族院は、これは終わらせるべきであると裁定した。この決定の背景については、私たちのキャンペーン情報を参照し

ていただきたい。

※<http://www.clydesideactiononasbestos.org.uk/about-caa/campaigns>

○スコットランド

CAA (クライドバンク・アクション・オン・アスベスト) はただちに、この状況を正すためのキャンペーンを開始し、2009年損害賠償 (アスベスト関連疾患) (スコットランド) 法の導入につながった。この法律は、スコットランドで胸膜プラークについて民事請求をできるようにするものである。

将来のアスベスト請求の可能性を防ぐために、胸膜プラークについての請求は、アスベスト疾患があることを最初に知った日から3年以内に起こさなければならない。

「法律が規定するように、3年以内に請求が起こされない場合には、仮により重篤なアスベスト関連疾患を診断されたとしても、胸膜プラーク請求も、また、将来のアスベスト関連疾患請求を起こすのも時効にかかってしまうことになる。」

○イングランド&ウェールズ

イングランドとウェールズでは、イギリス政府は、スコットランド政府の例に従うことを拒否し、胸膜プラークについて民事請求を追求する権利の回復を拒否してきた。代わりにイギリス政府は、イングランドとウェールズについて、2011年8月1日に新たな申請を終了する時限付き制度を導入した。

「イングランドとウェールズでは、アスベスト曝露により胸膜プラークに罹患した者に対して補償を支払ういかなる規定もはや存在していない。」

○北アイルランド

北アイルランド議会は、スコットランド議会に続いて、2011年12月14日から胸膜プラークに罹患した北アイルランドの人々の補償を請求する権利を回復させる、損害賠償 (アスベスト関連疾患) 法案北アイルランドを導入した。

○胸膜プラークと公的(政府)給付/補償

イギリス政府の諮問機関である労働災害諮問委員会 (IIAC) は、胸膜プラークを診断された人々に対して、労働災害制度を通じた補償が適切であるかどうか検討するようイギリス政府から求められた。委員会は、IIDB制度のもとで補償される規定

疾病のリストに胸膜プラークを含めることを勧告しなかった[前出]。したがって、この病気について公的(政府)給付/補償の受給資格はない。

イギリスの補償・救済制度

イギリスの石綿関連疾患の補償・救済制度について、2014年9月にイギリス庶民院が公表した文書「アスベスト関連疾患：労働年金省からの給付」の主要部分によりながら紹介しよう。

※<http://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/SN06012>

アスベスト繊維への曝露は、多くの重篤な疾病につながる可能性がある。労働年金省(DWP)が運営する制度のもとで補償が受けられる場合がある。一定の条件を被っている者は、過失及び/または法定義務違反により彼らをアスベストに曝露させたことに責任を有する、一人または複数の使用者に対して民事損害賠償請求も追求できるかもしれない。

雇用のなかで職業病に罹患した者に週決め給付を支払うイギリスにおける主要な制度は、労働災害障害給付(IIDB)制度である。IIDBのための「規定疾病」のリストには、アスベスト関連疾患が含まれている。

現在、資格のあるアスベスト関連疾患罹患者に一時金の支払いを提供する3つの制度がある。

1979年じん肺等(労災補償)法のもとで設けられたDWPが運営する制度は、一定のアスベスト関連疾患に罹患した者(または、罹患者が死亡した場合にはその被扶養家族)に対して、使用者が廃業してしまっているために損害賠償を請求することができない場合に、一時金の支払いを提供している。

2008年10月からは、びまん性中皮腫支払制度が、中皮腫と診断されたすべての者に、彼らが他所から補償を獲得しようとする場合に直面する困難さと、彼らが通常診断から数か月のうちに亡くなるという事実を認識して、前払いの一時金の支払いを提供している。これは、自営業者、環境中のアスベストや曝露した家族の一員から作業衣を通じて曝露した者など、これまで援助を求める資格のな

かった者を対象にしている。罹患者が亡くなってしまっている場合には、被扶養家族に対して支払いがなされ得る。この制度は、1979年法のもとで設立された制度から利益を得ることのできない者のために、同制度と並行して運営している。それは、その後民事損害賠償請求を得ることができたすべての事例から、なされた支払いを回収することができるようにするために、「補償回収」の仕組みによって資金調達されている。

2014年からは、新たな「びまん性中皮腫支払制度」(DMPS)が、使用者による過失または法定義務違反によりアスベストに曝露し、使用者または使用者の使用者責任(EL)保険者に損害賠償請求を起こすことのできない、びまん性中皮腫罹患者に支払いができるようになってきている。これは、2008年に作られた制度とは別のもので、2008年制度は引き続き機能している。新たな制度は、保険業者に課される徴収金によって資金調達され、2012年7月25日以降に初めて診断を受けた者に対して支払いを行う。2008年制度と同じように、罹患者が亡くなってしまっている場合には、被扶養家族に対して支払いがなされ得る。

1 はじめに

アスベスト関連疾患に罹患した者に補償を提供する、労働年金省の4つの制度に関する情報は以下のとおりである。これらの制度に加えて、社会保障給付の本流を通じた金銭的支援も利用できるかもしれない。アスベスト関連疾患罹患者または罹患者が死亡している場合にはその被扶養家族に多くに関わりがありそうな給付には、以下がある。

- ・雇用及び支援手当
- ・障害生活手当/個人自立支払
- ・付添手当
- ・介護者手当
- ・死別諸手当
- ・葬祭料支払

しかし、これは網羅的リストではない。詳しい情報はGOV.UKウェブサイトで見つけることができる[<https://www.gov.uk/browse/benefits>]。

どの給付を請求できる可能性があるか知りたい

方にとって、最良の助言は、「給付確認」について無料支援機関に相談することだろう。市民相談協会は給付確認に対応できる。各地の市民相談協会はそのウェブサイトを確認できる[<https://www.citizensadvice.org.uk/>]。

2 労働災害障害給付 (IIDB)

労働災害障害給付 (IIDB) 制度は、労働における災害の結果として障害を負った、または労働のなかで規定疾病に罹患した、被雇用稼得者に対して、給付の支払いを提供している。給付は、「無過失」、無税、無拠出制[本人負担なし]であり、労働年金省によって運営されている。

規定疾病と関連業務のリストは、1985年社会保障(労働災害)(規定疾病)規則の別表1である。また、DWPウェブサイトでも入手できる。リストには、約70の規定疾病が載っている。以下が、アスベストに曝露した者に関係があるかもしれない。

- D1 じん肺(珪肺及び石綿肺を含む)
- D3 びまん性中皮腫
- D8 石綿肺の証拠を伴う肺がん
- D8A 石綿肺を伴わない肺がん
- D9 びまん性胸膜肥厚

胸膜プラークは、IIDBの規定疾病ではない。

ある者が一定の規定疾病についてIIDBの受給資格があるためには、彼または彼女は通常、当該疾病を引き起こすことが知られている一定の業務で働いていたのでなければならない。各規定疾病についての業務の種類は、1985年社会保障(労働災害)(規定疾病)規則別表1の最後の欄で特定されている。例えば、規定疾病D3(びまん性中皮腫)についてIIDBの受給資格があるためには、「広く一般環境中に見られるより上のレベルのアスベスト、アスベスト粉じん、または何らかのアスベスト混合物への曝露」を伴う業務に雇用されていたのでなければならない。

給付の受給資格があったであろうが、請求をする前に亡くなった者についてIIDBに請求することは可能である。しかし、「死後請求」をするには期限があり、裁定、死亡日前3か月まで遡及できるだけである。

IIDBの週額は、各事例の、傷害または疾病によって、障害の程度によって異なる。これはパーセンテージで表わされる。雇用条件を満たしていれば、びまん性中皮腫(D3)またはアスベスト関連肺がん(D8及びD8A)については、障害は自動的に100%であると評価される。

規定疾病と関連業務のリストは、不変のものではなく、定期的に見直されている。国務大臣は、規則を通じてリストを変更することができ、疾病の規定及び制度の運用に関して、労働災害諮問委員会(IIAC)による独立的な助言が政府に与えられる。IIACは直近では2005年に全体としてアスベスト関連疾患の規定を見直すとともに、それ以降、アスベスト曝露に関連した特定の諸疾病に関する報告書を作成している。

3 1979年じん肺等(労災補償)法(1979PWCA)

1979年じん肺等(労災補償)法(PWCA)は、一定の粉じん関連疾患に罹患した者、または、罹患者が亡くなってしまっている場合にはその被扶養家族に対して、当該疾病が雇用のなかでの粉じんへの曝露の結果であるが、使用者が廃業してしまっているために使用者に損害賠償請求をすることができない場合に、一時金補償の支払いを提供している。該当する疾病は以下のとおりである。

- ・びまん性中皮腫
- ・じん肺(珪肺、石綿肺、カオリンじん肺を含む)
- ・びまん性胸膜肥厚
- ・原発肺がん(石綿肺またはびまん性胸膜肥厚を合併する場合に限る)

・綿肺

受給資格があるためには、主に3つの適格要件が必要である。

- ・当該疾病について、罹患者に労働災害障害給付が通常支払われるべき、または支払われるべきであったこと
- ・すべての関係する使用者が事業の継続をやめてしまっている(または、事業をいまも行っている場合には、彼らに損害賠償を請求する現実的な見込みがない)こと
- ・罹患患者、またはその被扶養家族は、裁判を起こ

したこと、または何らかの補償を受け取ったことがあってはならない

本制度は、以前は環境運輸地方省によって運営されていたが、2012年に労働年金省が責任を引き受けた。

同制度のもとで支払われる可能性のある額は、現在同法のもとでつくられる規則によって毎年改訂されている。

4 2008年びまん性中皮腫制度(2008DMP)

びまん性中皮腫制度は、2008年児童扶養及びその他手当法の結果として、2008年10月1日から施行されている。同制度は、びまん性中皮腫に罹患した者に対して、彼らがイギリスにおいてアスベストに曝露した場合に、一時金の支払いを提供している。これは、1979年じん肺等(労災補償)法(PWCA)と並行して運営している。

この制度は、夫の汚染された衣服を洗濯した女性や自営業者など、イギリスにおいてアスベストに曝露したが、他所から補償を請求することができない、びまん性中皮腫罹患者に一時金支払いを提供することを意図したものである。

PWCAのもとで請求をすることができず、当該疾病について使用者、民事請求または他所から支払いを受けたことがなく、国防省の制度からの補償の受給資格もない者は、この制度のもとで一時金の支払いを請求することができる。請求は、びまん性中皮腫罹患患者、または、死亡直前にびまん性中皮腫に罹患していた死亡者の被扶養家族が行うことができる。請求は、診断の1年以内、または、被扶養家族の場合は死亡日から1年以内に行う。

一時金の額は、同疾病を診断された時の罹患者の年齢によって異なる。

DWPは、請求様式を受け取ってから6週間以内に、請求の95%に対して支払うことができることを目標にしている。請求人は、アスベスト曝露による中皮腫に罹患していることを示す医学的証拠を請求に添付するよう求められる。それ以上の医学的検査は求められるべきでない。

びまん性中皮腫制度は、長期的には「費用中性[cost neutral]」であることを企図されている。こ

の制度は、同制度または1979年じん肺等(労災補償)法のいずれかのもとですでに支払いを受けた者に対して、後になされた民事損害賠償の裁定から回収された額によって資金調達される。以前は、ある者が1979年法のもとで一時金を受け取った場合には、使用者とその保険者は、事後の民事損害賠償の解決から、当該支払いに相当する額を差し引くことができ、国は、使用者または保険者から当該額を回収することができなかった。2009年児童扶養及びその他手当法は、政府がそれらの合計額を回収することができるように、ルールを改正した。

5 2014年びまん性中皮腫支払制度(DMPS)

5.1 立法背景

2014年中皮腫法は、使用者の過失または法定義務違反のいずれかによってアスベストに曝露し、当該使用者または当該使用者の使用者責任(EL)保険者に対して損害賠償請求を起こすことのできない、中皮腫罹患者に支払いを行う新たなびまん性中皮腫支払制度の法的枠組みを提供している。それは、ある者が診断された時まで、使用者がもはや操業しておらず、かつ、関係記録が失われ、または破壊されてしまったために当該使用者のEL保険者を追跡することができない場合の問題に対処することを企図したものである。この制度は、保険業界に対する徴収金によって資金調達され、2012年7月25日以後に最初に診断された者に対して支払いを行うことができる。この制度はイギリス[UK]規模のものであり、2014年4月に開始された。

制度の提案は、2010年2月に労働党政権により発行された協議文書の中で示された。次の政府が、保険業界と詳細な交渉を行って、2012年7月25日にその対応を発表した。さらに保険業界その他関係者との議論が行われ、2013年5月9日に貴族院に中皮腫法案が提出された。

法案の通過の過程で政府は、保険業界との交渉を踏まえた、民事損害賠償レベルの70%から75%への補償率の引き上げを含めた多数の変更を発表し、これはさらに80%に引き上げられた。

法案は、2014年1月30日に国王の裁可を受けて、

2014年中皮腫法となった。

2014年びまん性中皮腫支払制度規則は、2014年4月5日に施行された。この制度のもとで支払われる額は、同規則別表4のもとで設定されている。この別表は、2014年7月1日に施行された、2014年びまん性中皮腫支払制度(改正)規則によって大きく改正された。労働年金省は、元の規則の通過の過程で、「支払制度を実行する供給者と契約を結ぶ事業手続に結論が出た」と説明した。事業調査の結果、成功した請求人に対する支払いのレベルを引き上げられるようにする運営費用の節約を確認した。結果的に、「これによって、各年齢範疇に対して同制度のもとでなされる支払いのレベルを、平均8,000ポンド引き上げる効果があった」。

5.2 制度及び入手できる補償の評価

この制度のもとで、支払の受給資格のある40歳以下の者は最大216,896ポンドを受け取り、40歳を超す1歳ごとに一定額のスライド制で、90歳まで約2,945ポンドずつ支給額が減額される。

DMPSは、労働年金省との取り決めにしたがって、Gallagher Bassettによって運営されている。同制度に関する情報を提供するウェブサイトがつけられている[<https://mesoscheme.org.uk/>]。

※2008年制度(2008DMP)または1979年法(1979 PWCA)のもとですでに請求を行っていたとしても、DMPSに請求することができる。2008年制度または1979年法からすでに支払いを受けていた場合には、DMPSから得る額から差し引かれるだろう。仮にDMPS請求が成功しないとしても、2008年制度から請求することができるかもしれない。

労働災害障害給付等の内容

労働災害障害給付(IIDB)は日本の労災保険制度に相当するものと言いつつも、使用者が保険料を負担する保険制度ではなく、国-税金による社会保障制度であり、また、日本の労災保険の療養補償給付のように単一の給付で所得補償機能を担うといったイメージではなく、IIDB以外の諸給付と組み合わせられて支給される。IIDB給付額自体

が、障害率(障害の程度の評価)に基づくものの、実際に就労しているか否かには左右されない。

他方、使用者が、被災労働者から損害賠償を請求された時に対応できるようにするために、使用者責任(EL)保険への加入を義務付けられている一方で、実際に損害賠償が支払われた場合には、社会保障制度から支給した分を国が回収するという仕組みをもっている。この点は後に民事損害賠償についての説明でふれるが、日本の労災保険とはかなり違っていることも理解しておかなければならないだろう。

○使用者責任(PL)保険

<https://www.gov.uk/employers-liability-insurance>

使用者になり次第、使用者責任(EL)保険に加入しなければならない-保険契約は少なくとも500万ポンドカバーしなければならない。公認技保会社によるものでなければならない。

EL保険は、雇用する労働者が、労働によって傷害を受け、または病気になった場合に、補償を支払うのに役立つ。

○補償回収部(Compensation Recovery Unit)

<https://www.gov.uk/government/collections/cru>

補償回収部(CRU)は、以下を回収するために、保険会社、弁護士及び労働年金省の顧客らと協力している。

- ・補償支払いがなされている場合に、事故、傷害または疾病の結果として支払った社会保障給付の総額(補償回収制度)
- ・交通事故による傷害から生じた治療のためにNHS病院及び救急搬送トラストが被った費用及び人身傷害請求(NHS料金回収)

補償請求を受けた補償者は、14日以内に登録するためにCRUにCRU1様式を送付しなければならない。請求の登録は、事故、傷害または疾病の責任を認めたことを意味するものではない。

労働年金省「労働災害障害給付:技術的手引」から、給付の内容をかいつまんで紹介しておこう。給付等の額は2016年4月時点のものである。

※<https://www.gov.uk/government/publications/industrial-injuries-disablement-benefits-technical-guidance>

労働災害障害給付 (IIDB)

請求の時期

規定疾病に罹患したと考える日またはその日以降のいかなる時点でも請求をすることができる。

何らかの関係する医学的証拠をもっている場合には、請求様式にそれを付けて送付すること。しかし、新鮮な報告の入手に努めることにより、請求を遅らせないこと。

請求を遅らせないこと。遅らせれば、いくらかの給付を失うことになるかもしれない。労働災害障害給付は、以下については支払うことができないからである。

- ・ 請求日の3か月よりも前の期間
- ・ 他の災害または疾病についてすでに労働災害障害給付を受け取っている場合には、請求日の1か月よりも前の期間

迅速処理案件

規定疾病D3 [中皮腫] 及び末期症状にある他のすべての疾病については、迅速処理案件として取り扱われる。これらの案件は常に優先される。

能力損失とは何か？

身体的または精神的能力の損失とは、身体のある器官の力または昨日の損失を言う。能力の損失には、それがいかなる身体的障害を引き越していないとしても、醜状を含め得る。能力の損失が障害をもたらしているかどうかは、疾病の結果としての状態の、同年齢及び同性の通常健康な者の状態との比較によって決定される。

発病日とは何か？

発病日とは、疾病による能力の損失を最初に被った日である。発病日は、給付が実際に払われるようになる日より早いかもしれない。これは、給付が払われるようになる日、請求期限その他の条件によって規定されるからである。

請求に対する決定

決定は、身体的または精神的状態のみを考慮して決定され、働く能力があるかどうかとは関係して

いない。それは、復職しているか否かにかかわらず支払われ、所得には左右されない。

※ 障害の評価レベルに応じた給付額は、表13のとおりである。表13は、円換算値、また週額を月額 (=30/7) に換算した額も表示しているが、換算レートは1ポンド=146円である。以下同じ。

しかし、所得の損失その他の状況は、本手引きで後述するひとつまたは複数の他の給付を受けることができることを意味するかもしれない。

給付の支払い

支給される給付の額は、疾病によっていかに悪く障害を負ったかによって左右される。

労働災害障害給付は、疾病の発症日から最初の15週間 (日曜日含まずに90日間) については支払われない。

この例外は、請求様式をDWPの事務所が受け付けた日からしか支払いがなされない職業性難聴の請求と、疾病により最初に障害を被った日から、ただし請求日の3か月よりも前ではない日から支払いがなされるびまん性中皮腫とアスベスト関連肺がんの請求の場合である。

通常、障害が14%未満の場合には、給付は受けられない。

特定の疾病についてのルール

(じん肺及び綿肺)

呼吸器疾患じん肺、綿肺については、障害が少なくとも1%と評価されれば、給付を受けることができる。

(びまん性中皮腫)

呼吸器疾患びまん性中皮腫については、障害は100%であると評価される。

(アスベスト関連肺がん)

呼吸器疾患アスベスト関連肺がんについては、障害は100%であると評価される。

労働災害障害給付の他の給付に対する影響

基本的な労働災害障害給付は、以下のような何らかの他の国民保険給付には影響を及ぼさない。

- ・ 就業不能給付
- ・ 雇用及び支援手当 (拠出基準)
- ・ 拠出基準求職者手当
- ・ 退職年金

イギリスの石綿被害と補償・救済のアプローチ

しかし、労働災害障害給付は、以下のような罹患者またはその配偶者が受ける収入関連給付には影響を及ぼすかもしれない。

- ・ 収入援助
- ・ 雇用及び支援手当(収入関連)
- ・ 収入関連求職者手当
- ・ 年金クレジット
- ・ 住居手当
- ・ 就労税額控除
- ・ 児童税額控除
- ・ ユニバーサルクレジット

常時付添手当

傷害または疾病の結果として、常時介護や配慮を必要としている場合には、常時付添手当(CAA)が支払われ得る。

以下に該当する場合には、CAAを受給できる。

- ・ 生活の必要のために付添に頼っている
- ・ 関係する能力の喪失の結果と付添を必要としており、かつ、付添は長期間必要である

CAAは、通常の家事労働の援助または同様の家庭的目的の援助のために支払われず、また、たんに衣服の着脱の援助のためには支払われない。

CAAの受給資格があるためには、日常的に援助が必要であり、かつ、長期間必要としそうであることを示さなければならない。日常的に援助が必要なことを示さなければならないものの、付添が一日中通して必要でなければならないわけではなく、実際には付添を受けないかもしれない。

付添は有料で提供される必要があるわけではなく、付添が身内によって提供される場合であってもCAAは支払われる。CAAが考慮されるには、労働災害障害給付が100%の率で支払われ得るものでなければならない。

いくらの給付を受けるかは、どれくらいの世話を必要としているかによって左右される。(表13)

必要とする付添の量に応じて、4つの額のCAAがある。

- ・ パートタイム
- ・ 通常最高額
- ・ 中度額

表13 労働災害障害給付等の額(円換算)

	週額	月額(30/7)
労働災害障害給付		
障害の評価レベル	18歳以上または被扶養家族のいる18歳未満	
100%	24,528	105,120
90%	22,075	94,608
80%	22,075	94,608
70%	17,170	73,584
60%	14,717	63,072
50%	12,264	52,560
40%	9,811	42,048
30%	7,358	31,536
20%	4,906	21,024
常時付添手当		
例外的額	19,622	84,096
中間額	14,717	63,072
通常最高額	9,811	42,048
パートタイム額	4,906	21,024
労災死亡給付		
配偶者[寡夫婦]年金		
高額	17,418	74,648
低額	5,225	22,394
超重度障害手当]	9,811	42,048
雇用不能補助		
基本額	15,162	64,980
早期就労不能に対する付加額		
高額	3,139	13,453
中間額	2,029	8,697
低額	1,015	4,349
所得減少手当		
最高額	9,811	42,048
退職手当		
最高額	2,453	10,512

・ 例外額

超重度障害手当

これは、超重度の障害を負い、すでに中度または例外の額でCAAの受給資格があり、付添の必要が永久になりそうな場合の、追加手当である。

別途請求をする必要はない。CAAと同時に受給資格が検討される。

所得減少手当

所得減少手当(REA)は、労働災害障害給付と

は別の給付である。独自にまたは労働災害障害給付に加えて支払われ得る。REAは、1986年10月1日に導入され、特別困難手当 (SHA) に置き換わった。

退職手当

退職手当 (RA) は、REAが少なくとも週当たり2ポンドで、通常雇用に就いていない場合には、国民年金年齢に達したときにREAに置き換わる。

REAが週当たり2ポンド未満しか支払われておらず、通常雇用に就いていない場合に、国民年金年齢に達したときには、REAまたはRAのいずれかの受給資格がある。

通常雇用とは、労働契約のもとで、連続する5集以上にわたって、週平均10時間以上労働することを意味する。

国民年金年齢に達したときに、通常雇用に就いている場合には、通常雇用に残っている限りREAを受給し続ける。いったん通常雇用をやめると、REAが週2ポンド超支払われるべきことを条件に、RAの受給資格はRAの受給資格によって置き換わる。

RAは、請求をする必要はない。

RAは一生支払われる。

RAの週額は、以下の低い方の額である。

- ・最後に受給資格のあったREAの週額の25%
- ・100%労働災害障害給付の額の10%

雇用不能補助

1987年4月6日から、労働災害障害給付の増額に伴って、雇用不能補助 (UNSUPP) は廃止された。1987年4月6日時点で雇用不能補助を受給していた者は、給付の基準を満たしていることを条件に、受給し続けることが許される。

労働年金省「労働災害障害給付:技術の手引」には以上の給付以外は解説が与えられていないのだが、「労働災害障害給付の他の給付に対する影響」について説明し、また、前出の「アスベスト関連疾患:労働年金省からの給付」が、「アスベスト関連疾患罹患者または罹患者が死亡している場合にはその被扶養家族にとくに関わりがありそうな

給付」を掲げていたように、上記以外の社会保障給付も関係してくる。ここでは、給付額を含めたそれらの解説については割愛させていただく。

上積み補償制度の給付額

すでに概説した労働災害障害給付 (IIDB) 制度以外の制度のうち、1979年じん肺等 (労災補償) 法 (1979PWCA) と2014年びまん性中皮腫支払制度 (2014DMPS) は、明確にIIDBに対する上積み補償制度として位置付けられる。2008年びまん性中皮腫制度 (2008DMP) は、IIDB受給者ではない者を対象としているが、IIDB以外の社会保障給付に対する上積み補償という性格は有しており、これら3つの制度は社会保障給付に上積みする一時金を支給する制度と理解されているようだ。

各々の具体的給付額等は、以下のとおりである。

なお、社会保障給付の回収については、疾病別ないしIIDBに関する内訳データはみつけれない。社会保障給付-CRU全体では、2015/16年度に981,324件 (うち使用者86,495件)、合計額125,758,675ポンド (うち使用者69,766,631ポンド)。

2008年びまん性中皮腫制度 (2008DMP)

給付額は、罹患者の場合、年齢及び関連する期間の障害のパーセンテージ評価 (10%ごとの区分) ごとによって定められており、現在の91~100%区分の給付額は表14のとおりである。被扶養家族の場合、罹患者が亡くなる前の最後の誕生日の年齢に応じて、給付額は表14のとおり。

実績は、表15のとおりである。

罹患者でみると、給付額は1,277万円 (37歳以上) ~198万円 (77歳以上)、実績では2015年410件、平均給付額279万円、回収率は52.4%となっている

1979年じん肺等 (労災補償) 法 (1979PWCA)

給付額は、罹患者の場合には診断時の年齢、被扶養家族の場合は亡くなった罹患者の死亡時の年齢に応じて、各々表14のとおり。

実績は、表16のとおりである。

罹患者でみると、給付額は、1,249万円（37歳以上）～194万円（77歳以上）、実績では2015年3,270件、平均給付額182万円、回収率は51.8%となっている。この制度は、中皮腫以外の粉じん関連疾患も対象にしているが、中皮腫に限定したデータは見当たらない。

2014年びまん性中皮腫支払制度（2014DMPS）

給付額は、罹患者の場合は診断時の年齢、被扶養家族の場合は亡くなった罹患者の死亡時の年齢に応じて、各々表14のとおり。

実績は、表17のとおりである。

給付額は、罹患者の場合は3,167万円（40歳以上）～1,017万円（90歳以上）、実績では2015年375件、平均給付額1,897万円となっている。

中皮腫の民事損害賠償

こうしてみると、以上の諸制度以外に、民事損害賠償の状況も確認しておく必要性を感じるだろう。

関連する情報として、2014年1月9日に国立経済研究所（NIESR）による「中皮腫事例の平均民事補償額調査」が公表されている。

※<https://www.gov.uk/government/publications/study-into-average-civil-compensation-in-mesothelioma-cases-rr858>
報告書の「ブリテンについての主な調査結果」の内容は、以下のとおりである。

多数の「平均」計算方法が用いられた。それらの方法を用いて：

- 平均裁定補償額は137,000～153,531ポンド
※図4は、最低・最高各5%ずつを除いた分の分布である。最高は1億円を越すとのこと。
- 平均訴訟費用は22,000～28,407ポンド

裁定補償額と訴訟費用は、個人と事例の特徴によって多様であった。多数の特徴を考慮に入れた回帰分析を用いて、裁定の規模は：

- 年齢とともに減少（平均で1歳ごとに3,500ポンド）
- 2007年から2012年にかけて増加（平均で17,900

ポンド）

- イングランド・ウェールズよりもスコットランドの方が高い（平均で53,500ポンド）
- 訴訟手続が発行された方が高い（平均で8,300ポンド）
- 解決時に生存していた方が高い（平均で10,900ポンド）

裁定の規模と事件の長さは関係しているようには見えなかった。

訴訟費用に関して、回帰分析の結果は、訴訟費用が：

- 補償額100ポンド増につき平均で4ポンド高い
- 年齢の高い原告の方が低い（平均で1歳ごとに11ポンド）
- 2008年以降になされた請求の方が高い（平均で、年によって2,400～3,100ポンド）
- スコットランドの方が低い（平均で18,400ポンド）
- 訴訟手続が発行された方が高い（平均で8,300ポンド）
- 事件の長さにつれて上昇、6か月ごと2年後に急に上昇
- 裁定時に原告が亡くなっていた場合高い（平均で2,000ポンド）

本調査は以下を対象としたものである。

- 民間部門における解決した使用者責任訴訟（政府、地方当局、NHS [国民医療制度] 及び不詳事例は除く）
- 2007年1月1日から2012年12月31日までに解決したものとして

他の補償制度による「特殊」事例（すなわち、「ターナー・アンド・ニューオール」事例や金融サービス保証機構の管轄下に入ったもの）は除外。合計4,216事件がこれら3つの基準（民間責任、解決時期及び特殊事例除外）に合致。

※2007～2012年の6年間に、公共部門や「特殊」事例等を除いて4,216件の解決事例が確認されており、年平均では約700件ということになる。

補償回収部* [CRU: Compensation Recovery Unit] の事件登録から、本調査に含めるために

表14 イギリス:上積み補償制度の支給額(円換算)

診断/死亡時 年齢	2008年びまん性中皮腫支払制度		1979年じん肺等(労災補償)法 (障害の%評価最大の場合のみ)		2014年びまん性中皮腫支払制度	
	罹患者 (診断時年齢)	被扶養家族 (死亡時年齢)	罹患者 (障害率100%、 診断時年齢)	被扶養家族 (障害率50%以上、 死亡時年齢)	罹患者 (診断時年齢)	被扶養家族 (死亡時年齢)
37歳	12,771,058	6,646,212	12,494,680	6,502,402		
38歳	12,522,712	6,503,278	12,251,736	6,362,534		
39歳	12,274,950	6,360,636	12,009,376	6,223,104		
40歳	12,027,188	6,218,140	11,766,870	6,083,528	31,666,816	41,043,520
41歳	11,778,842	6,075,644	11,523,926	5,944,098	31,236,846	39,046,094
42歳	11,530,934	5,933,002	11,281,420	5,804,668	30,806,876	38,508,668
43歳	11,407,272	5,796,638	11,160,386	5,671,224	30,377,052	37,971,388
44歳	11,282,588	5,658,960	11,038,476	5,536,466	29,947,082	37,433,816
45歳	11,159,072	5,523,472	10,917,588	5,403,898	29,517,112	36,896,390
46歳	11,034,972	5,382,728	10,796,262	5,270,600	29,087,142	36,358,964
47歳	10,910,872	5,251,036	10,382,790	5,137,448	28,657,172	35,821,538
48歳	10,564,268	5,083,574	10,335,632	4,973,490	28,227,202	35,283,966
49歳	10,217,226	4,915,820	9,996,036	4,809,532	27,795,772	34,746,540
50歳	9,869,454	4,748,796	9,655,856	4,646,012	27,367,262	34,209,114
51歳	9,522,704	4,581,918	9,316,552	4,482,784	26,937,292	33,671,688
52歳	9,174,640	4,414,748	8,976,080	4,319,264	26,507,322	33,134,116
53歳	8,927,024	4,277,508	8,733,866	4,184,944	26,077,352	32,596,690
54歳	8,679,262	4,141,582	8,491,360	4,051,938	25,647,382	32,059,264
55歳	8,431,646	4,005,218	8,249,146	3,918,494	25,217,412	31,521,838
56歳	8,182,716	3,867,832	8,005,618	3,784,174	24,787,442	30,984,266
57歳	7,934,954	3,731,906	7,763,258	3,651,168	24,357,472	30,446,840
58歳	7,290,364	3,354,496	7,132,684	3,281,934	23,927,502	29,909,414
59歳	6,645,336	2,975,772	6,501,526	2,911,386	23,497,678	29,372,134
60歳	6,001,476	2,597,924	5,871,536	2,541,714	23,067,708	28,834,708
61歳	5,356,302	2,219,492	5,240,378	2,171,458	22,637,738	28,297,136
62歳	4,711,712	1,840,914	4,609,658	1,801,056	22,207,768	27,759,710
63歳	4,314,592	1,732,874	4,221,152	1,695,352	21,777,798	27,222,284
64歳	3,917,618	1,625,564	3,832,792	1,590,378	21,347,828	26,684,858
65歳	3,521,520	1,515,626	3,445,308	1,482,776	20,917,858	26,147,286
66歳	3,124,546	1,407,440	3,056,948	1,377,072	20,487,888	25,609,860
67歳	2,727,864	1,100,402	2,668,880	1,076,604	20,057,918	25,072,434
68歳	2,647,126		2,589,748		19,627,948	24,535,008
69歳	2,566,096		2,510,616		19,197,978	23,997,436
70歳	2,486,234		2,432,360		18,768,008	23,460,010
71歳	2,405,642		2,353,666		18,338,038	22,922,584
72歳	2,325,196		2,274,826		17,908,068	22,385,158
73歳	2,256,576		2,207,812		17,478,098	21,847,586
74歳	2,186,788		2,139,484		17,048,128	21,310,160
75歳	2,119,774		2,073,930		16,618,158	20,772,734
76歳	2,052,468		2,008,084		16,188,334	20,235,454
77歳	1,984,140		1,941,070		15,758,364	19,698,028
78歳					15,328,394	19,160,456

イギリスの石綿被害と補償・救済のアプローチ

79歳					14,898,424	18,623,030
80歳					14,468,454	18,085,604
81歳					14,038,484	17,548,178
82歳					13,608,514	17,010,606
83歳					13,178,544	16,473,180
84歳					12,748,574	15,935,754
85歳					12,318,604	15,398,328
86歳					11,888,634	14,860,756
87歳					11,458,664	14,323,330
88歳					11,028,694	13,785,904
89歳					10,598,724	13,248,478
90歳					10,168,754	12,710,906

表15 イギリス:2008年びまん性中皮腫支払制度

年/年度	被災者		遺族		合計		回収(～2016.3)		
	請求件数	平均支払額(円)	請求件数	平均支払額(円)	請求件数	合計支払額(ポンド)	件数	合計支払額(ポンド)	回収率
2008	190	2,557,175	20	182,449	210	3,352,823	11	165,071	4.9%
2009	510	2,142,805	50	495,185	560	7,654,725	94	1,326,789	17.3%
2010	430	2,656,891	10	242,258	440	7,841,683	216	2,814,296	35.9%
2011	470	2,862,428	10	707,385	480	9,263,115	249	3,589,843	38.8%
2012	440	3,213,101	50	883,312	490	9,985,822	256	4,008,524	40.1%
2013	470	3,048,851	20	672,637	490	9,906,935	282	4,602,502	46.5%
2014	430	2,974,422	0		430	8,760,285	267	4,863,346	55.5%
2015	410	2,973,745	10	575,138	420	8,390,321	246	4,393,402	52.4%

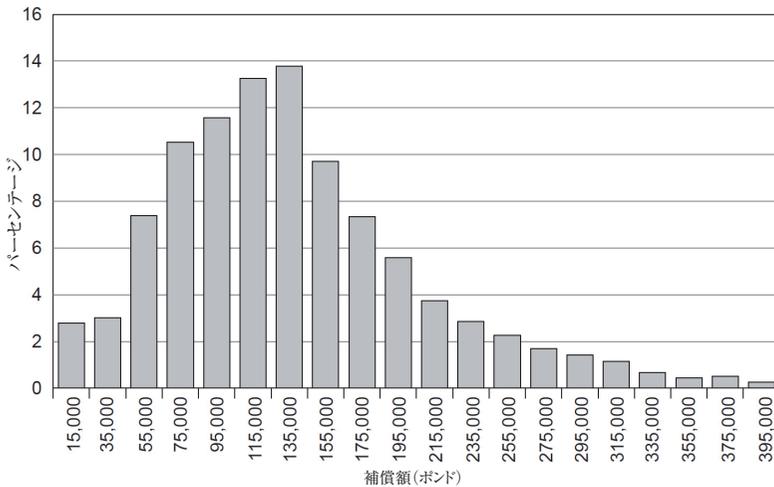
表16 イギリス:1979年じん肺(補償)法(PWCA)

年/年度	被災者		遺族		合計		回収(～2016.3)		
	請求	平均支払額(円)	請求件数	平均支払額(円)	請求件数	合計支払額(ポンド)	件数	合計支払額(ポンド)	回収率
2008	2,010	2,147,897	270	730,913	2,280	30,922,046	370	5,164,697	16.7%
2009	2,320	2,100,373	320	747,182	2,640	35,013,448	1,078	14,760,790	42.2%
2010	2,490	2,087,902	280	1,023,789	2,770	37,572,176	1,097	15,569,636	41.4%
2011	2,490	2,090,463	280	1,244,018	2,770	38,038,202	1,342	17,702,849	46.5%
2012	2,830	2,045,774	270	1,364,464	3,100	42,177,711	1,368	18,973,652	45.0%
2013	2,910	2,096,699	330	1,177,490	3,240	44,451,822	1,549	21,220,911	47.7%
2014	3,090	2,018,925	310	1,216,201	3,400	45,311,642	1,689	24,127,384	53.2%
2015	3,270	1,935,942	350	1,128,834	3,620	46,065,913	1,643	23,847,433	51.8%

表17 イギリス:2014年びまん性中皮腫支払制度

	請求	成功	不成功	未決定	取り下げ	平均支払額(円)
2014/15	410	290	105	0	15	15,204,138
2015/16	375	260	85	0	30	20,215,385
2016/17	170	100	40	25	5	26,134,000

図4 第1及び第99パーセンタイルの間の補償額(2012年価格)



3,477件のサンプルを選択。

各登録者により登録された事件数は、1件から数百件と多様で、分布は少数の組織に大きく偏っている。

- 各登録者の負担を最小にするために、1登録者当たり求められる事件数は300件を上限とした(登録数が300件を越えていたのは3組織で、スコットランドの事例と請求時に原告が65歳未満の事例は全例300件に含め、残りの件数はランダムに抽出された)。
- 調査の費用対効果を高めるために、最低でも5件を登録した登録者に限定。この結果、登録された事件の3.2%が除外された。わずかな件数しか扱っていない登録者が、他の登録者とは異なる事件を扱っている可能性はある**。しかし、これらの登録者は合計でもわずかな件数しか占めていないことから、その除外は、補償レベルの推計に無視できるほどの影響しかもたないだろう。

それらの事件をCRUに登録した組織(「登録者」)は、選択された事件についての詳細情報を提供するように求められ、結果的に43組織(主として保険会社と被告側弁護士)と連絡を取った。

調査を説明し、回答受領の手はずをするために選択された組織と連絡を取った。英国保険協会が、メンバーが代表らに調査に協力するよう勧奨

し、また、代表組織における適切な連絡先の紹介を通じて、大きな援助を提供した。

守秘義務に対する関心から、各組織において質問を受け取る担当者一人を確認した。それから質問をメール送信するとともに、受領が確認されるまで電話による連絡を維持。回答者は、回答を返す前に、独自の事件参照番号を削除するよう指示された。

調査は、2013年1月22日から2013年3月8日に実施された。回答者を手助けするためにヘルプラインを維持。回答者は当初、2週間おきにリマインダーを受け取った。加えて、回答を返すか、または参加を取りやめるまで、さらにリマインダーを受けとった。

合計して、支払われた補償総額及び/または訴訟費用総額のいずれかについて2,334件(サンプル合計の67%)が回答があった。サンプル対象となった43組織のうちの25組織が参加した。

組織の種類	サンプル数	回答数	回答率
保険会社	1,239	1,015	82%
被告側弁護士	1,971	1,156	59%
使用者	24	0	0%
損害査定人	65	0	0%
不詳	178	163	92%
合計	3,477	2,334	67%

分析する前に、北アイルランド管轄事例(回答の記録による)は、(労働年金省及び司法省の制度の管轄外であることから)サンプルから除外され、その結果サンプル総数は2件減って、2,332件になった。また、(256件の回答事例を占める)2組織が回答をCRUデータと連結させる許可を与えなかった(1人の弁護士と「不詳」カテゴリー中の1人)。結果的に、これらのサンプルは回答とCRUデータを連

結させる必要のある分析から除外された。したがって、連結分析に使用できたサンプル数は2,076件であった。

調査結果をより全事例を代表したものとなるようにするために、サンプル抽出方法と回答を考慮に入れて、データは調整(「重み付け」)された。

重み付けは、以下からなる。

- ・3つの大組織についての上限及びスコットランドと65歳未満の課題抽出を反映するための、選択可能性の重み
- ・無回答の重み: 事例は解決年ごとに重み付けされた。(事例の総数が異なることから) 支払われた補償総額及び訴訟費用総額の分析には別の重みが適用された。
- ・回答とCRUデータの連結の許可を与えなかった組織を考慮に入れるために、別の重みが組み立てられた。全体状況を分析するだけの重み(全事例を対象)及びCRUデータから導き出されたサブグループを分析するための重み(許可を与えられなかったものを除外)である。

すべての結果は、適切な重みで重み付けされた。

* CRUは労働年金省の部局。事件の解決を待って、被告から、社会保障給付及び一時金給付を回収している。中皮腫事件はすべてCRUに登録されなければならない。登録は、被告(通常は保険会社または使用者)またはその代理人(通常は法律事務所)によってなされる。しかし、CRUは、補償額に関するデータは保有していない。

** 調査対象となった何人かの関係者は、わずかな件数の登録者はホワイトカラーの被害者を扱い、相対的に高い補償を受けている可能性がありそうだと示唆した。しかし、サンプルの3%では、平均補償額の推計に対する影響は無視できるだろう。

他制度による「特殊」事例

最後に、上記報告書で、「他の補償制度による『特殊』事例」としてあげられている「ターナー・アンド・ニューオール」について紹介しておこう。

ターナー&ニューオール・イギリス・アスベスト信託基金

※<http://www.asbestosis-compensation.co.uk/news/turner-newall-scheme.html>

ターナー&ニューオールは、1871年にターナー・

ブラザーズとして事業を開始し、1879年、動力機械を使って石綿布を織る最初の会社になったときに、ターナー・ブラザーズ・アスベスト・カンパニーに名称を変更した。

1920年に他の3つの会社と吸収合併されて、ターナー&ニューオールになった。

歴史的にターナー&ニューオール・グループ内のたくさんの会社が、アスベストの使用、製造、流通、販売及び設置に関わった。ターナー&ニューオール・グループによってアスベストに曝露させられた数多くの人々がアスベスト関連疾患に罹患した。

とりわけアメリカにおける、このような疾病から生じた訴訟が増加した結果、2001年10月1日に、T&Nグループ内の多くの会社がイギリスとアメリカで破産手続きに追い込まれるに至った。

イギリスで同社のために指名された管財人は、ターナー&ニューオール・グループ内の一定の会社に対するイギリスにおけるアスベスト関連請求に対処するための一定の制度を導入した。

アスベスト関連請求者に補償を支払うために、二つの主要な基金が設立されている。

- ・イギリス[UK]アスベスト信託基金
- ・使用者責任[EL]制度信託基金

ターナー&ニューオール・グループが破産しているために、完全には補償を支払うことができない。

UKアスベスト信託基金は、ターナー&ニューオール・リミテッド及び一定の他の会社との関連で、会社任意整理手続[CVA: Company Voluntary Arrangements]のもとで設置された(CVA会社)。

EL制度信託基金は、いくつかの和議手続[Schemes of Arrangement]のもとで設置されている(EL制度会社)。

EL制度会社とCVA会社は、投票権のある者らによって承認された。



労働政策審議会建議 「時間外労働の上限規制等について」 を公表します

平成29年6月5日 厚生労働省発表
(労働基準局労働条件政策課)

厚生労働大臣の諮問機関である労働政策審議会(会長:樋口美雄慶應義塾大学商学部教授)は、本日、別添のとおり、塩崎恭久厚生労働大臣に対し、時間外労働の上限規制等について建議を行いましたので、公表します。

これは、今年3月に決定した「働き方改革実行計画」を踏まえて、今年4月から、同審議会の労働条件分科会(分科会長:荒木尚志東京大学大学院法学政治学研究科教授)において審議を重ねてきた結果に基づくものです。

時間外労働の上限規制等について (報告)

時間外労働の上限規制等については、「働き方改革実行計画」(平成29年3月28日働き方改革実現会議決定)を踏まえ、労働政策審議会労働条件分科会において、同年4月7日以降5回にわたり検討を行い、精力的に議論を深めてきたところである。

人口減少社会を迎えた我が国において、経済の再生、「成長と分配の好循環」を実現するためには、投資やイノベーションの促進を通じた付加価値生産性の向上と併せ、労働参加率の向上を図る必要があり、そのためには、誰もが生きがいを持って、その能力を最大限発揮できる一億総活躍社会を実現することが必要である。

ところが、我が国の労働時間の状況を見ると、この20年間で、一般労働者の年間総実労働時間が2000時間を上回る水準で推移し、雇用者のうち週

労働時間60時間以上の者の割合は低下傾向にあるものの7.7%と平成32年時点の政労使目標である5%を上回っており、特に30歳代男性では14.7%となっている。また、平成27年度の脳・心臓疾患による労災支給決定件数は251件(うち死亡の決定件数は96件)、精神障害による労災支給決定件数は472件(うち未遂を含む自殺の決定件数は93件)となっている。

長時間労働は、健康の確保だけでなく、仕事と家庭生活との両立を困難にし、少子化の原因や、女性のキャリア形成を阻む原因、男性の家庭参加を阻む原因になっている。「過労死等ゼロ」を実現するとともに、マンアワー当たりの生産性を上げつつ、ワーク・ライフ・バランスを改善し、女性や高齢者が働きやすい社会に変えていくため、長時間労働の是正は喫緊の課題である。

このような考え方にに基づき、当分科会において検討を行った結果は、下記のとおりである。

この報告を受けて、厚生労働省において、スピード感を持って、時間外労働の上限規制等に関する労働基準法等の改正をはじめ所要の措置を講ずることが適当である。併せて、すべての労働者が、健康とワーク・ライフ・バランスを確保しながら働き続けられるよう、国、地方公共団体、使用者、労働組合等のすべての関係者には、取引条件の改善、企業文化の見直しや労働時間の適正な把握を含め、引き続き不断の努力が求められる。

なお、働き方改革の実現に向けては、改革の基本的な考え方と進め方を示し、そのモメンタムを絶やすことなく、長期的かつ継続的に取組を進めてい

くことが必要である。このため、「働き方改革実行計画」を踏まえ、改革全般にわたり、法制面も含め、その目的達成のための政策手段について、引き続き検討を行っていくことが求められる。

記

1 時間外労働の上限規制

時間外労働の上限規制については、以下の法制度の整備を行うことが適当である。

(1) 上限規制の基本的枠組み

現行の時間外限度基準告示を法律に格上げし、罰則による強制力を持たせるとともに、従来、上限無く時間外労働が可能となっていた臨時的な特別の事情がある場合として労使が合意した場合であっても、上回ることでできない上限を設定することが適当である。

- ・ 時間外労働の上限規制は、現行の時間外限度基準告示のとおり、労働基準法に規定する法定労働時間を超える時間に対して適用されるものとし、上限は原則として月45時間、かつ、年360時間とすることが適当である。かつ、この上限に対する違反には、以下の特例の場合を除いて罰則を課することが適当である。また、一年単位の変形労働時間制(3か月を超える期間を対象期間として定める場合に限る。以下同じ。)にあっては、あらかじめ業務の繁閑を見込んで労働時間を配分することにより、突発的なものを除き恒常的な時間外労働はないことを前提とした制度の趣旨に鑑み、上限は原則として月42時間、かつ、年320時間とすることが適当である。
- ・ 上記を原則としつつ、特例として、臨時的な特別の事情がある場合として、労使が合意して労使協定を結ぶ場合においても上回ることができない時間外労働時間を年720時間と規定することが適当である。

かつ、年720時間以内において、一時的に事務量が增加する場合について、最低限、上回ることでできない上限として、

- ① 休日労働を含み、2か月ないし6か月平均で80時間以内

- ② 休日労働を含み、単月で100時間未満
 - ③ 原則である月45時間(一年単位の変形労働時間制の場合は42時間)の時間外労働を上回る回数は、年6回までとすることが適当である。なお、原則である月45時間の上限には休日労働を含まないことから、①及び②については、特例を活用しない月においても適用されるものとするが適当である。
- ・ 現行の36協定は、省令により「1日」及び「1日を超える一定の期間」についての延長時間が必要な記載事項とされ、「1日を超える一定の期間」は時間外限度基準告示で「1日を超え3か月以内の期間及び1年間」としなければならないと定められている。今回、月45時間(一年単位の変形労働時間制の場合は42時間)、かつ、年360時間(一年単位の変形労働時間制の場合は320時間)の原則的上限を法定する趣旨を踏まえ、「1日を超える一定の期間」は「1か月及び1年間」に限ることとし、その旨省令に規定することが適当である。併せて、省令で定める協定の様式において1年間の上限を適用する期間の起算点を明確化することが適当である。

(2) 現行の適用除外等の取扱い

現行の時間外限度基準告示では、①自動車の運転の業務、②工作物の建設等の事業、③新技術、新商品等の研究開発の業務、④季節的要因等により事業活動若しくは業務量の変動が著しい事業若しくは業務又は公益上の必要により集中的な作業が必要とされる業務として厚生労働省労働基準局長が指定するもの、が適用除外とされている。これらの事業・業務については、健康確保に十分配慮しながら、働く人の視点に立って働き方改革を進める方向性を共有したうえで、実態を踏まえて、以下のとおりの取扱いとすることが適当である。

① 自動車の運転業務

- ・ 自動車の運転業務については、罰則付きの時間外労働規制の適用除外とせず、改正法の一般則の施行期日の5年後に、年960時間以内の規制を適用することとし、かつ、将来的には一般則の適用を目指す旨の規定を設けることが適当であ

る。また、5年後の施行に向けて、荷主を含めた関係者で構成する協議会で労働時間の短縮策を検討するなど、長時間労働を是正するための環境整備を強力に推進することが適当である。

- ・この場合でも、時間外労働の上限は原則として月45時間、かつ、年360時間であることに鑑み、これに近づける努力が重要である。

② 建設事業

- ・建設事業については、罰則付きの時間外労働規制の適用除外とせず、改正法の一般則の施行期日の5年後に、罰則付き上限規制の一般則を適用することが適当である。ただし、復旧・復興の場合については、単月で100時間未満、2か月ないし6か月の平均で80時間以内の条件は適用しないが、併せて、将来的には一般則の適用を目指す旨の規定を設けることが適当である。また、5年後の施行に向けて、発注者を含めた関係者で構成する協議会を設置するなど、必要な環境整備を進めるとともに、労働時間の段階的な短縮に向けた取組を強力に推進することが適当である。
- ・この場合でも、時間外労働の上限は原則として月45時間、かつ、年360時間であることに鑑み、これに近づける努力が重要である。

③ 新技術・新商品等の研究開発の業務

- ・新技術、新商品等の研究開発の業務については、専門的、科学的な知識、技術を有する者が従事する新技術、新商品等の研究開発の業務の特殊性が存在する。このため、現行制度で対象となっている範囲を超えた職種に拡大することのないよう、その対象を明確化した上で適用除外とすることが適当である。
- ・その際、当該業務に従事する労働者の健康確保措置として、1週間当たり40時間を超えて労働させた場合のその超えた時間が1か月当たり100時間を超えた者に対し、医師による面接指導の実施を労働安全衛生法上義務づけることが適当である。この面接指導の確実な履行を確保する観点から、上記の義務違反に対しては罰則を課することが適当である。

また、上記の面接指導の結果を踏まえた健康

を保持するために必要な事後措置の実施を労働安全衛生法上義務づけるとともに、当該事後措置の内容に代替休暇の付与を位置づけることが適当である。

④ 厚生労働省労働基準局長が指定する業務

- ・季節的要因等により事業活動若しくは業務量の変動が著しい事業若しくは業務又は公益上の必要により集中的な作業が必要とされる業務として厚生労働省労働基準局長が指定するものについては、原則として罰則付き上限規制の一般則を適用することが適当であるが、業務の特殊性から直ちに適用することが難しいものについては、その猶予について更に検討することが適当である。

⑤ 医師

- ・医師については、時間外労働規制の対象とするが、医師法第19条第1項に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要である。具体的には、改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用することとし、医療界の参加の下で検討の場を設け、質の高い新たな医療と医療現場の新たな働き方の実現を目指し、2年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得ることが適当である。

(3) 労働基準法に基づく新たな指針

- ・可能な限り労働時間の延長を短くするため、新たに労働基準法に指針を定める規定を設け、当該指針の内容を周知徹底するとともに、行政官庁は、当該指針に関し、使用者及び労働組合等に対し、必要な助言・指導を行えるようにすることが適当である。
- ・当該指針には、特例による労働時間の延長をできる限り短くするよう努めなければならない旨を規定するとともに、併せて、休日労働も可能な限り抑制するよう努めなければならない旨を規定することが適当である。
- ・また、36協定の必要的記載事項として、原則の上限を超えて労働した労働者に講ずる健康確保措置を定めなければならないことを省令に位置づけたうえで、当該健康確保措置として望ましい内容

建議「時間外労働の上限規制等」

を指針に規定することが適当である。その内容は、企画業務型裁量労働制対象者に講ずる健康確保措置として労働基準法第38条の4の規定に基づく指針に列挙された内容（代償休日又は特別な休暇の付与、健康診断の実施、連続した年次有給休暇の取得促進、心とからだの相談窓口の設置、配置転換、産業医の助言指導に基づく保健指導）を基本として、長時間労働を行った場合の面接指導、深夜業の回数の制限、勤務間インターバル等を追加することが適当である。

- ・さらに、現行の時間外限度基準告示には、①限度時間を超える時間の労働に係る割増賃金率を定めるに当たっては、法定の割増率を超える率とするように努めなければならないこと、②労働時間を延長する必要がある業務区分を細分化することが規定されており、これらは指針に改めて規定することが適当である。

2 勤務間インターバル

勤務間インターバルについては、労働者が十分な生活時間や睡眠時間を確保し、ワーク・ライフ・バランスを保ちながら働き続けることを可能にする制度であり、その普及促進を図る必要がある。

このため、労働時間等設定改善法第2条（事業主等の責務）を改正し、事業主は、前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間に一定時間の休息の確保に努めなければならない旨の努力義務を課すとともに、その周知徹底を図ることが適当である。その上で、平成27年2月13日の当分科会報告にあるように、同法に基づく指針に、労働者の健康確保の観点から、新たに「終業時刻及び始業時刻」の項目を設け、「前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間に一定時間の休息時間を確保すること（勤務間インターバル）は、労働者の健康確保に資するものであることから、労使で導入に向けた具体的な方策を検討すること」等を追加することが適当である。

3 長時間労働に対する健康確保措置

過重な労働により脳・心臓疾患等の発症のリスクが高い状況にある労働者を見逃さないため、労働者の健康管理を強化することが適当である。

(1) 医師による面接指導

- ・このため、長時間労働に対する健康確保措置として、労働安全衛生法第66条の8の面接指導について、現行では、1週間当たり40時間を超えて労働させた場合のその超えた時間が1か月当たり100時間を超えた者から申出があった場合に義務となっているが、この時間数を定めている省令を改正し、1か月当たり80時間超とすることが適当である。

(2) 労働時間の客観的な把握

- ・また、上記の面接指導(1)(2)③の面接指導を含む。)の適切な実施を図るため、平成27年2月13日の当分科会報告にあるように、管理監督者を含む、すべての労働者を対象として、労働時間の把握について、客観的な方法その他適切な方法によらなければならない旨を省令に規定することが適当である。その際、客観的な方法その他適切な方法の具体的内容については、「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン」を参考に、通達において明確化することが適当である。

4 その他

(1) 法施行までの準備期間の確保

- ・中小企業を含め、急激な変化による弊害を避けるため、十分な法施行までの準備時間を確保することが必要である。また、施行に向けて、できるだけ早期に制度の細則を確定させ、その周知徹底を図ることが必要である。その上で、施行期日については、事業運営や労務管理が年度単位で行われることが一般的であることを考慮し、年度の初日からとすることが適当であり、この点を踏まえ、具体的な期日を検討すべきである。

(2) 上限規制の履行確保の徹底

罰則付きの時間外労働の上限規制を導入するに当たっては、その実効性を一層確保する観点から、履行確保のための以下の事項についても、併せて措置することが適当である。

① 過半数代表者

- 過半数代表者の選出をめぐる課題を踏まえ、平成27年2月13日の当分科会報告にあるように、「使用者の意向による選出」は手続違反に当たるなど通達の内容を労働基準法施行規則に規定することが適当である。また、監督指導等により通達の内容に沿った運用を徹底することが適当である。
- 同分科会報告にあるように、使用者は、過半数代表者がその業務を円滑に遂行できるよう必要な配慮を行わなければならない旨を、規則に規定する方向で検討することが適当である。
- 労働基準関係法令が十分周知されていないことに伴う法令違反が依然として多数みられることから、時間外・休日労働には36協定の締結及び届出が必要であることや、協定の締結当事者である過半数代表者は法令等に基づき適正に選出される必要があること等について、一層の周知徹底に取り組むことが適当である。また、使用者は、36協定等を労働者に周知させなければならないとしている法の規定を踏まえ対応するよう、徹底を図ることが適当である。

② 労働基準監督機関の体制整備

- 時間外労働の上限規制の導入の前提として、36協定の締結及び届出を行うことなく時間外・休日労働を行わせている使用者に対する監督指導の徹底が強く求められる。このため、企業単位での監督指導の強化、地方運輸機関等の関係機関との連携強化等を図りつつ、労働基準監督官の定員確保など労働基準監督機関の体制整備に努めることが適当である。

③ 電子申請の促進

- 36協定の届出をはじめとする行政手続の簡素化・効率化を進めるためにも、電子申請利用率を向上させる必要がある。このため、電子申請を行う場合にはすべからず事業主の電子署名を必要としている現行の取組のうち、社会保険労務士の電子署名による代理申請に際しては、事業主の電子署名については委任状の添付等により省略できることについて、省令の改正を行う方向で検討を継続することが適当である。

労働条件分科会委員名簿

公益代表

- ◎荒木 尚志 東京大学大学院法学政治学研究所教授
- 安藤 至大 日本大学総合科学研究所准教授
- 川田 琢之 筑波大学ビジネスサイエンス系教授
- 黒田 祥子 早稲田大学教育・総合科学学術院教授
- 平野 光俊 神戸大学大学院経営学研究科教授
- 水島 郁子 大阪大学大学院高等司法研究科教授
- 守島 基博 学習院大学経済学部経営学科教授
- 両角 道代 慶應義塾大学法科大学院法務研究科教授

労働者代表

- 川野 英樹 JAM副書記長
- 神田 健一 日本基幹産業労働組合連合会事務局長
- 柴田 謙司 情報産業労働組合連合会書記長
- 富田 珠代 全日本自動車産業労働組合総連合会副事務局長
- 八野 正一 UAゼンセン副会長
- 福田 明子 日本化学エネルギー産業労働組合連合会特別中央執行委員
- 村上 陽子 日本労働組合総連合会総合労働局長
- 世永 正伸 全日本運輸産業労働組合連合会中央副執行委員長

使用者代表

- 秋田 進 日本運通株式会社取締役執行役員広報部、総務・労働部、業務部、NITTSUグループユニバーシティ、CSR部担当
- 小林 信 全国中小企業団体中央会事務局次長労働・人材政策本部長
- 齋藤 貴久 トヨタ自動車株式会社人事部企画室労政・制度グループ長
- 早乙女 浩美 株式会社小田急百貨店人事部教育・採用担当統括マネジャー
- 佐藤 晴子 東日本旅客鉄道株式会社人事部法規グループ課長
- 杉山 敦志 株式会社千疋屋総本店取締役総務人事部長
- 三輪 高嶺 株式会社日立製作所人財統括本部人事勤労本部長
- 輪島 忍 一般社団法人日本経済団体連合会労働法制本部長

◎：分科会長 ○：分科会長代理

労働政策審議会建議「働き方改革実行計画を踏まえた今後の産業医・産業保健機能の強化について」を公表します ～産業医制度等に係る見直しを行います～

平成29年6月6日 厚生労働省発表
(労働基準局安全衛生部計画課)

厚生労働大臣の諮問機関である労働政策審議会（会長：樋口美雄 慶應義塾大学商学部教授）は、本日、別添のとおり、塩崎恭久 厚生労働大臣に対し、働き方改革実行計画を踏まえた今後の産業医・産業保健機能の強化について建議を行いましたので、公表します。

これは、今年3月に決定した「働き方改革実行計画」を踏まえて、今年4月から、同審議会の安全衛生分科会（分科会長：土橋律 東京大学大学院工学系研究科教授）において審議を重ねてきた結果に基づくものです。

働き方改革実行計画を踏まえた今後の産業医・産業保健機能の強化について（報告）

平成29年3月28日に安倍内閣総理大臣を議長とする働き方改革実現会議において、働き方改革実行計画が決定された。本計画においては、

「7.(3) 労働者の健康確保のための産業医・産業保健機能の強化

治療と仕事の両立支援に当たっての産業医の役割の重要性に鑑み、治療と仕事の両立支援に係る産業医の能力向上や相談支援機能の強化など産業医・産業保健機能の強化を図る。

また、過重な長時間労働やメンタル不調などにより過労死等のリスクが高い状況にある労働者を見逃さないため、産業医による面接指導や健康相談等が確実に実施されるようし、企業における労働者の健康管理を強化する。

加えて、産業医の独立性や中立性を高めるなど

産業医の在り方を見直し、産業医等が医学専門的な立場から働く方一人ひとりの健康確保のためにより一層効果的な活動を行いやすい環境を整備する。

これにより、働く人々が健康の不安なく、働くモチベーションを高め、最大限に能力を向上・発揮することを促進する。」とされている。

この背景には、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号。以下「法」という。）が制定された昭和47年当時と比べ、産業構造や経営環境が大きく変わり、産業医・産業保健機能に求められる役割や事業者が取り組むべき労働者の健康確保の在り方も変化してきていることがある。具体的には、工場等における職業性の疾病の防止対策に加え、事務的業務に従事する方を含めた過労死等防止対策、メンタルヘルス対策、治療と仕事の両立支援対策などが新たな課題となってきた。これらの課題に対しては、多様で柔軟な働き方、労働者個人と企業との多様な関係性を認め、労働者個人の価値観や選択を最大限に尊重しながら、労働者一人ひとりを支える仕組みづくりが求められている。

産業医制度は、事業場において、労働者の健康を保持するための措置、作業環境の維持管理、作業の管理、健康管理、健康教育等及び衛生教育に関すること等を行う者として、必要な能力を有する医師を選任し、これらの事項を行わせる制度である。この産業医を中心とした産業保健機能についての検討に当たっては、上述の労働者の健康確保の在り方の変化や課題、労働者一人ひとりの健

健康確保のための制度の在り方、個人レベルのみならず職場や企業という組織レベルでの健康確保の制度の在り方、過労死等事案を繰り返さない制度の在り方などの視点を踏まえて議論を行った。

また、議論の参考とするため、産業医として実務を行う者等の専門家、産業医科大学、日本医師会等の関係者からの意見を聴取した。

当分科会において検討した結果は下記のとおりであり、今後の産業医・産業保健機能の強化に向けた対策として、下記の事項を踏まえて、速やかに法的整備を含めた所要の措置を講じることが適当である。

記

1 事業者における労働者の健康確保対策の強化

過重な長時間労働やメンタル不調などにより過労死等のリスクが高い状況にある労働者を見逃さないため、産業医による面接指導や健康相談等が確実に実施されるようにし、企業における労働者の健康管理を強化することが求められている。

事業者における労働者の健康確保等は、産業医が異常等の所見のあった労働者に対し、産業医学の専門的立場から事業者意見に述べ、事業者は当該意見を勘案しつつ、労働者の実情を十分に考慮して、就業上の措置を講じるといった、事業者、産業医の連携による取組が必要であり、十分なコミュニケーションのもとで進められることが重要である。また、事業者における労働者の健康確保の強化を図るためには、産業医は自らの専門性の向上を図るとともに、事業者は産業医の意見を組織として受け止め、より適切な対応を行うことができる仕組みの整備が必要である。

また、面接指導や健康診断の結果など、労働者の健康情報が適正に取り扱われ、労働者が安心して産業医等による健康相談等を受けられるようにするために、健康情報の事業場内での取扱ルールの明確化、適正化の推進が必要である。さらに、労働者が直接産業医等に相談できるための環境整備やその仕組みの労働者への周知が必要である。

(対策の方向性)

ア 長時間労働者等への就業上の措置に対して

産業医がより適確に関与するための方策

(ア) 長時間労働者等への就業上の措置※に対し、産業医がより適確に関与するために、就業上の措置の内容を産業医が適切に把握することが必要である。産業医の選任が義務づけられている事業場については、事業者が異常等の所見のあった労働者に対して、産業医等からの意見を勘案して就業上の措置を行った場合はその内容を、行わなかった場合は行わなかった旨とその理由を産業医に情報提供しなければならないこととすることが適当である。

※就業上の措置とは、法第66条の5第1項（健康診断後の就業上の措置）、第66条の8第5項（長時間労働者の面接指導後の就業上の措置）、第66条の10第6項（心理的な負担の程度を把握するための検査を行った者の面接指導後の就業上の措置）に規定される事業者による措置をいう。以下同じ。

(イ) 産業医は、労働者の健康を確保するために必要があると認められるときに、労働者の健康管理等について必要な勧告を行うことができるとされているが、その実効性を確保するためには、その勧告の内容が当該事業場の実情等を十分に考慮したものである必要がある。また、産業医の勧告がその趣旨も含めて事業者十分に理解され、かつ、企業内で適切に共有され、労働者の健康管理のために有効に機能するようにしていくことが重要である。

このため、産業医が勧告を行う場合にあっては、事前にその内容を示し、事業者から意見を求めることとともに、産業医から勧告を受けた事業者は、その内容を衛生委員会に報告することとし、もって、産業医の勧告が実質的に尊重されるようにしていくことが適当である。

イ 健康情報の事業場内での取扱ルールの明確化、適正化の推進

(ア) 事業者は、医師等による面接指導や健康診断の結果などから必要な健康情報を取得し、労働者の健康と安全を確保することが求められている。こうした健康情報については、労働者にとって機微な情報も含まれていることから、労働

者が雇用管理において労働者の不利益な取扱いにつながる不安なく安心して産業医等による健康相談等を受けられるようにするとともに、事業者が必要な情報を取得して労働者の健康確保措置を十全に行えるようにするため、適切な取扱いが必要である。事業者は、そのために必要な措置を講じるとともに、雇用管理に必要な健康情報の範囲は、労働者の業務内容等によって異なることから、その具体的な取扱いについて衛生委員会等を活用して労使の関与のもと検討し、定めることとすることが適当である。

(イ) 国は、事業場において労働者の健康状況に関する情報の適正な取扱いが図られるよう、必要な事項を定める指針を公表することが適当である。この際、事業者が医療保険者と連携し、労働者の健康の保持増進を進めることに寄与するものとするのが適当である。

ウ 労働者が産業医・産業保健スタッフに直接健康相談ができる環境整備等

(ア) 事業者は、過重な長時間労働やメンタルヘルス不調などにより過労死等のリスクが高い状況にある労働者を見逃さないために、労働者が産業医・産業保健スタッフに直接健康相談できる仕組みなど、労働者が安心して健康相談を受けられる体制の整備に努めることとすることが適当である。

(イ) 事業者は、産業医等への健康相談の利用方法、産業医の役割、事業場における健康情報の取扱方法について、各作業場の見やすい場所に掲示し、又は備え付けること、若しくは書面を労働者に交付すること、又は磁気テープ、磁気ディスクその他これらに準ずる物に記録し、かつ、各作業場に労働者が当該記録の内容を常時確認できる機器を設置することにより、労働者に周知することが適当である。

2 産業医がより一層効果的な活動を行いやすい環境の整備

産業医の独立性や中立性を高めるなど産業医の在り方を見直し、産業医等が医学専門的な立場から働く方一人ひとりの健康確保のためにより一層

効果的な活動を行いやすい環境を整備することが求められている。

このため、産業医が企業内で産業医学の専門的立場から、独立性をもって職務を行いやすい仕組みや、より効果的に活動するために必要な情報が提供される仕組みが必要である。さらに、産業医が衛生委員会に積極的に提案できることその他産業医の権限の明確化が必要である。

(対策の方向性)

ア 産業医の独立性、中立性を強化するための方策

(ア) 産業医が、産業医学の専門的立場から、独立性をもって職務を行うことができるよう、産業医は、産業医学に関する知識に基づいて、誠実にその職務を行わなければならないことを法令に明示することとすることが適当である。

(イ) 産業医は、産業医学に関する知識・能力の維持向上に努めなければならないこととすることが適当である。

(ウ) 産業医の身分の安定性を担保し、職務の遂行の独立性・中立性を高める観点から、産業医が離任した場合には、事業者はその旨及びその理由を衛生委員会に報告することとすることが適当である。

(エ) 国は、産業医の養成体制の強化、継続的な資質向上のための取組及び事業者と産業医が協力して産業保健活動を効果的に進めることについて必要な支援を図ることが適当である。

イ 産業医がより効果的に活動するために必要な情報が提供される仕組みの整備事業者は、産業医が労働者の健康管理等を適切に行うために必要な情報を提供することが適当である。この必要な情報には、「休憩時間を除き1週間当たり40時間を超えて労働させた場合におけるその超えた時間が1月当たり80時間を超えた労働者の氏名及び当該労働者に係る超えた時間に関する情報」や「労働者の健康管理のために必要となる労働者の業務に関する情報」等が含まれる。

ウ 産業医が衛生委員会に積極的に提案できることその他産業医の権限の明確化

(ア) 衛生委員会において、その委員である産業医が労働者の健康管理の観点から必要な調査審議を求めることができることとすることが適当である。また、調査審議の発議のみならず、衛生委員会の活発な議論を進めるため、産業医は衛生委員会に出席して専門的立場から必要な発言等を積極的に行うことが求められる。

(イ) 産業医のより一層効果的な活動を行いやすい環境の整備の観点から、現場の労働者等からの情報収集、事業者や作業主任者等に対する意見、危機的緊急事態での現場で作業する労働者等への指示など、当該事業場の実情に応じて必要となる産業医の権限についてより具体化・明確化することが適当である。

3 その他

1, 2に記載した措置の履行確保のため、産業医の勧告及び衛生委員会から事業者に対する意見並びにこれらを踏まえた事業者の措置の内容について事業者が記録し、保存することとすることが適当である。

1のア(ア)(事業者から産業医への就業上の措置に関する情報の提供)、1のウ(労働者が産業医・産業保健スタッフに直接相談ができる環境整備等)及び2のイ(事業者から産業医への労働者の健康管理等に必要な情報の提供)の産業医についての措置は、法第13条の2に基づいて50人未満の事業場において選任される医師等についての措置として、事業者の努力義務とすることが適当である。

国は、1, 2に記載した措置に関し、中小企業においても円滑に進められるよう、産業保健総合支援センターやその地域窓口の機能の強化、周知による利用促進などの必要な支援を行うことが適当である。

また、この報告における産業医・産業保健機能の強化に向けた方策については、必要な省令や指針の内容の検討に要する期間、それを踏まえた中小企業も含めた各企業の準備期間も考慮して、その実施の時期を定めることが必要である。

加えて、国においては、産業医が果たすべき労

働者の健康確保等に係る重要な役割に鑑み、現場の実態を踏まえつつ、産業医・産業保健機能の着実な強化に向けて、不断の見直しを進めるべきである。その際、「産業医制度の在り方に関する検討会」(平成28年12月報告書とりまとめ)において今後課題とされた事項に留意して、対応することが必要である。



労働政策審議会安全衛生分科会委員名簿

(公益代表)

熊崎美枝子 横浜国立大学大学院環境情報研究
院准教授

○城内 博 日本大学理工学部特任教授

高田 礼子 聖マリアンナ医科大学予防医学教室
教授

○土橋 律 東京大学大学院工学系研究科教授

三柴 丈典 近畿大学法学部教授

水島 郁子 大阪大学大学院高等司法研究科教
授

山口 直人 東京女子医科大学衛生学公衆衛生
学第二講座教授・講座主任

(労働者代表)

青木 健 全国ガス労働組合連合会中央執行委
員長

勝野 圭司 全国建設労働組合総連合書記長

袈裟丸 暢子 日本基幹産業労働組合連合会中央執
行委員

佐保 昌一 全日本自治団体労働組合社会福祉局
長

縄野 徳弘 全国交通運輸労働組合総連合書記長

水田 勇司 全日本森林林業木材関連産業労働組
合連合会副中央執行委員長

村上 陽子 日本労働組合総連合会総合労働局長

(使用者代表)

明石 祐二 (一社)日本経済団体連合会労働法
制本部統括主幹

栗林 正巳 日産自動車(株)人事本部人財開発/HR
プロセスマネジメント部安全健康管理室

中澤 善美 全国中小企業団体中央会事務局長

中村 節雄 (株)中村塗装店代表取締役社長

増田 将史 イオン(株)イオングループ総括産業医

最川 隆由 西松建設(株)安全環境品質本部安全部
長

矢内 美雪 キヤノン(株)人事本部健康支援室長

(分科会長=◎分科会長代理=○)

(五十音順、敬称略)

「泉南型」アスベスト国賠訴訟資料

「泉南」型アスベスト国賠提訴、和解状況

2017.3.22(H29.3.22)現在厚生労働省石綿対策室回答(回答担当者:矢野氏)

地裁	事件呼称	提訴	提訴時数		直近の和解日	和解時数		継続中	継続中数		関連企業*1 関連企業
			原告数	被災者数		原告数	被災者数		原告数	被災者数	
さっぽろ地裁	札幌屋内訴訟1次	H28.12	1	1				H29.3.22	1	1	ナイガイ
	さっぽろ地裁計		1	1					1	1	
さいたま地裁	さいたまアスベスト訴訟第1陣	H25.10	2	1	H28.6.9	2	1		0	0	宮原企業(エタニット下請)
	さいたまアスベスト訴訟第2陣	H27.1	12	5	H27.8.7	12	5		0	0	エタニット*2
	さいたまアスベスト訴訟第3陣	H27.7.31	11	9	H28.12.19	5	4		0	0	曙ブレーキ、エタニット
	さいたまアスベスト訴訟第4陣	H27.8	10	4	H28.3.23	10	4		0	0	エタニット
	さいたまアスベスト訴訟第5陣	H28.2	9	4	H29.2.6	9	4		0	0	エンタニット?
	さいたまアスベスト訴訟第3陣2次	H28.7.6	9	8	H29.2.6	5	4	H29.3.22	4	4	曙ブレーキ
	さいたまアスベスト訴訟第3陣3次	H28.12.26	4	2				H29.3.22	4	2	第1スレート、ノザワ
	さいたま地裁計		57	33		43	22		8	6	
東京地裁	東京屋内訴訟1次	H27.6	1	1	H28.6.3	1	1		0	0	三好石綿*3
	東京屋内訴訟2次	H27.12	1	1	H28.7.25	1	1		0	0	東洋機器興業
	東京屋内訴訟3次	H28.8	1	1				H29.3.22	1	1	
	東京屋内訴訟4次	H28.9	4	1				H29.3.22	4	1	明興産業
	東京屋内訴訟5次	H28.9	14	8				H29.3.22	14	8	エタニット?
	東京屋内訴訟6次	H28.10	3	2				H29.3.22	3	2	
	東京地裁計		24	14		2	2		22	12	
岐阜地裁	岐阜訴訟1次	H28.5	1	1				H29.3.22	1	1	ニチアス羽島
	岐阜訴訟2次	H28.9	7	3				H29.3.22	7	3	ニチアス羽島
	岐阜訴訟3次	H29.1	2	1				H29.3.22	2	1	ニチアス羽島
	岐阜地裁計		10	5		0	0		10	5	
大阪地裁	大阪泉南アスベスト訴訟第3陣	H27.3.24 H27.7.3	24	18	H27.9.17	24	18	H29.3.22	0	0	泉南地域
	東大阪アスベスト訴訟	H27.3	1	1	H27.7.3	1	1				五稜石綿
	淀川アスベスト訴訟	H27.5	1	1	H27.8.6	1	1				藤田鉄工所
	西成平野アスベスト訴訟	H27.6	5	2	H28.2.23	5	2				第一石綿 万年スレート
	大阪屋内訴訟1次	H27.9	1	1	H27.12.21	1	1				泉南地域とみられる
	大阪屋内訴訟2次	H27.11.10	5	3	H28.3.11	4	2	H29.3.22	1	1	泉南地域
	大阪屋内訴訟3次	H28.1	2	1		0	0	H29.3.22	2	1	神島化学
	大阪屋内訴訟4次	H28.4.25	7	3	H28.9.29	6	2	H29.3.22	1	1	泉南地域
	大阪屋内訴訟5次	H28.6.1	1	1	H28.9.29	1	1	H29.3.22	0	0	泉南地域
	大阪屋内訴訟6次	H28.6	1	1	H28.9.23	1	1	H29.3.22	0	0	
	大阪屋内訴訟7次	H28.6.30	4	4	H29.3.22	4	4	H29.3.22	0	0	泉南地域
大阪屋内訴訟8次	H28.10	3	1				H29.3.22	3	1		

	大阪屋内訴訟9次	H28.10.28	1	1				H29.3.22	0	0	泉南地域
	大阪屋内訴訟10次	H29.2.16	6	4				H29.3.22	6	4	泉南地域
大阪地裁 堺支部	堺訴訟1次	H28.4	1	1	H28.7.15	1	1				
	堺訴訟2次	H28.11	1	1				H29.3.22	1	1	
	岸和田訴訟1次 (岸和田支部提 訴後、堺支部に移 送)	H27.10	1	1		0	0	H29.3.22	1	1	
	大阪地裁計		65	45		49	34		15	10	
神戸地裁	神戸屋内訴訟1次	H27.11	4	2	H28.12.26	4	2				河原冷熱 山口鉄工所
	神戸屋内訴訟2次	H28.2	1	1	H28.8.5	1	1				クボニ運送
神戸地裁 尼崎支部	尼崎訴訟1次	H28.9	4	1	H29.2.1	4	1				新山石綿工業所
	神戸地裁計		9	4		9	4		0	0	
奈良地裁	奈良屋内訴訟1次	H28.5	1	1		0	0		1	1	ニチアス奈良
	奈良地裁計		1	1		0	0		1	1	
広島地裁 呉支部	呉訴訟1次	H28.10	3	1				H29.3.22	3	1	
	広島地裁計		3	1					3	1	
高松地裁	高松訴訟1次	H28.2	2	1	H28.12.21	2	1				エタニット高松
	高松地裁計		2	1		2	1		0	0	
佐賀地裁	佐賀訴訟1次	H28.12	38	15				H29.3.22	38	15	エタニット鳥栖
	佐賀訴訟2次	H29.2	27	8				H29.3.22	27	8	エタニット鳥栖
	佐賀地裁計		65	23		0	0		65	23	
鹿児島地裁	鹿児島訴訟1次	H27.12	4	1	H28.7.20	4	1				カナエ石綿
	鹿児島地裁計		4	1		4	1		0	0	
合計			241	129		109	64	H29.3.22	125	59	

和解時数と継続中数の合計が提訴時数よりも少ないのは一部取下げがあるため
*1 この欄は全国安全センターが独自に追加したもので、推定を含む、空欄は不明
*2 (株)リゾートソリューション
*3 三菱マテリアル建材

2017.3.22(H29.3.22)以後の提訴状況

地裁	事件呼称	提訴	提訴時数		直近の和解日	和解時数		継続中	継続中数		関連企業*1 関連企業
			原告数	被災者数		原告数	被災者数		原告数	被災者数	
大阪地裁		H29.3.28	1	1							泉南地域
福岡地裁 小倉支部		H29.4.11	1	1							浅野スレート門司 工場(現エーアンド エー)
高松地裁		H29.4.14	39	16							日本エタニット高松 工場
岐阜地裁		H29.4.19	4	1							ニチアス羽島工場
高松地裁		H29.5.17	11	4							日本エタニット高松 工場
山口地裁		H29.5.22	15	6							ウバボード
福岡地裁 小倉支部		H29.5.23	5	2							根業工業
静岡地裁		H29.6.8	3	1							富士加工
岐阜地裁		H29.6.16	2	1							ニチアス羽島
広島地裁		H29.6.19	1	1							川原冷熱他1社

「泉南型」アスベスト国賠訴訟資料

泉南型国賠対象者数の目安試算、周知・掘り起こし関連して 対象となる可能性のある労災認定事例件数の推計

	① 「石綿ばく露作業状況」に左の記載内容を含む労災認定事業場数	② ①のうち、昭和46年4月までに操業開始、または、開始時期不明	③ ②のうち、大阪府内	④ ③のうち、岸和田署管内(泉南地域を管轄)
石綿糸、石綿布等の石綿繊維製品の製造工程における作業	89	87	62	48
石綿セメント、石綿スレート、石綿高圧管、石綿円筒等のセメント製品の製造工程における作業	183	163	18	4
ボイラーの被覆、船舶用隔壁のライニング、内燃機関のジョイントシーリング、ガスケット(パッキング)等に用いられる耐熱性石綿製品製造工程における作業	71	69	12	0
自動車、捲揚機等のプレーキライニング等の耐摩耗性石綿製品の製造工程における作業	64	59	14	1
電気絶縁性、保温性、耐酸性等の性質を有する石綿紙、石綿フェルト等の石綿製品又は電解隔膜、タイル、プラスター等の充填剤、塗料等の石綿を含有する製品の製造工程における作業	46	43	10	2
石綿織布作業	1	1	0	0
※重複あるので各ばく露作業状況の合計にはならない				
合計	447	412	106	51
労災認定件数(時効救済含む)	1,611	1,520	249	111

2015年度までの認定データ(2016年12月公表分まで。厚生労働省)をもとに、リストにおいて、「建設業以外」(第1表)から「石綿ばく露作業状況」に上記記載がある事業場を抽出し、各事業場の認定者数合計を試算した。

リストにおける石綿取扱期間開始時期が、昭和46年4月よりあとであるとの記載のあるもの(明らかに信用できないものは除く)を除くと、412事業場となる。

この412事業場の認定者数合計は1,520名。

使用した厚生労働省作成の石綿労災認定事業場情報には、

★労災補償を受けていない被害者(石綿肺管理2、3で合併症のない方)

★2010年度までの石綿肺による労災認定(石綿肺管理4、管理2及び3で合併症のある方)被害者が含まれていない。

これらは、相当な数になると考えられる

右は、412事業場1,520名の都道府県別数字である。

北海道	13
青森	0
岩手	0
宮城	7
秋田	0
山形	0
福島	5
茨城	26
栃木	2
群馬	11
埼玉	90
千葉	22
東京	82
神奈川	172
新潟	9
富山	0
石川	0
福井	1
山梨	3
長野	30
岐阜	86
静岡	78
愛知	22
三重	1
滋賀	8
京都	15
大阪	249
兵庫	217
奈良	136
和歌山	4
鳥取	0
鳥根	0
岡山	34
広島	12
山口	16
徳島	3
香川	78
愛媛	1
高知	0
福岡	37
佐賀	33
長崎	7
熊本	3
大分	6
宮崎	0
鹿児島	1
沖縄	0
合計	1,520

関係労災受給者等にリーフレットで周知

厚労省●「泉南型」アスベスト国賠訴訟和解手続で

「国から関係し得る労災保険受給者に対しましてリーフレットを送付する方向で検討をしてはどうかということで進めてまいりたい」。2017年5月30日の参議院厚生労働委員会で唐突に、塩崎厚生労働大臣からこのような発言があった。

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、国は、同様の状況にあった被害者にも謝罪と賠償をする方針を打ち立てた。関西を中心に、和解を前提とした提訴が重ねられてきたが、提訴数が伸び悩んでいるのではないかと考えられていた。そのような状況を改善するために、労災認定受給者やじん肺管理区分2以上の決定者に対して直接リーフレットを送付するように求めていた。しかし、上記の大臣発言がある数日前に実施した厚生労働省との交渉で石綿対策室は、「個別の送付をすることで、対象とならない場合に混乱を生じさせる恐れがある」として、かたくなに拒否していた。

直接送付に関しては、2015年10月13日のなくせじん肺全国キャラバン運動で関係団体の要請を受けて佐賀労働局が2016年4月以降、対象となる工場・期間に従事していた療養中被災者と遺

族年金受給者に厚生労働省が作成していたリーフレットを送付していた。2016年8月の全国安全センターの厚生労働交渉から労災認定者に個別周知を申し入れてきたが、患者と家族の会でも9月に申し入れをした。あわせて9月30日と10月1日に、患者と家族の会は泉南アスベスト訴訟に取り組んだ大阪アスベスト弁護団などの各地の弁護団や支援団体などと連携して国家賠償対象者の掘り起こしを目的とした全国ホットラインを実施した。2日間で250件を超える相談が寄せられ、その後に泉南型国家賠償の提訴に至ったものもあった。

2016年10月、11月と患者と家族の会や泉南の関係者で重ねての厚生労働省への要請、2017年3月の全国安全センターの交渉でも要請をしたが、具体的な進展は何もなかった。

患者と家族の会では、前年にホットラインをともに取り組んだ弁護団に加えて、その後提訴に至ったエタニットパイプ関連の元労働者らが起こした佐賀県鳥栖、香川県高松の原告・弁護団にも呼びかけて5月19日に再び厚生労働省との交渉を実施した。なお、参考までに記しておけば、その数日前にはいのちと健康を

守る全国センターが同趣旨の要請を厚生労働省にしていた。

交渉には鳥栖から原告4名・弁護団2名・支援者1名、高松から原告1名・支援者1名のほか、北海道建設アスベスト訴訟の原告や大阪や埼玉の泉南型国家賠償訴訟の原告や支援者も参加し、40名ほどの規模となった。

結論を先に言えば、この交渉でも厚生労働省は「無用な混乱や支援団体を避けなければならない」、「持ち帰って検討する」を繰り返した。午前中にはじまった交渉はあつという間に予定の時間を過ぎ、一度散会したのち、午後から一部有志が厚生労働省に駆けつけて直談判を試みたが、石綿対策室は玄関ロビーにも下りてくることなく、有志らは玄関に備え付けられた省内連絡用電話で順繰りに意見を述べるにとどまった。その意味で、その時点で交渉の目的に沿った成果は何もなかった。(次頁写真は交渉後の記者会見の様様)

ただ、5月19日の交渉に各地の国家賠償訴訟の原告らが参集したことは、いくつかの意味があったかと思う。まず素朴に嬉しかったことは、エタニット関連の被害者が鳥栖・高松・埼玉といったが、交渉前からそれを接点に交



流が図られていた。世界的な広がりのあるエタニットの被害だが、今年3月には患者と家族の会の小菅千恵子さんがベルギーの高裁判決支援に赴くなど被害者間の連帯が生まれている。国内3か所のエタニット被害者が参集できたことは、今後の被害者運動の展開を一層豊かにする契機となったと感じる。

もちろん、エタニット関連だけでなく、各地の国家賠償に取り組む原告がこれほど参集した機会はこれまでになかったわけで、そのことも今後の被害者運動を豊かにしていくはずだ。

原告の中には、特定の企業や地域というカテゴリーに属さない方もいる。例えば、埼玉在住のある原告は、すでに廃業した埼玉県内の零細企業の元従業員の遺族だ。泉南のように、地域的に同様の工場が密集していたわけでもない。なかなか、横のつながりが持ちにくい立場ではあるが、国家賠償訴訟の原告という枠での共同の取り組みの機会は、被害者運動の価値を体感し

てもらった機会であったかもしれない。当該原告は、2016年9月に東京地裁に提訴した原告だったが、あと数か月で除籍となり、請求権を失うところだった。提訴時から、実名・顔出しで個別周知を訴えてくれていた。このような個別に奮闘されている被害者に横のつながりができたことも良かった。

厚生労働省には、事前に誰が来るなどと通告していなかったもので、まさかこれほどまで複数にわたる各地原告が来ていることに驚いたと思う。「いつもの要請」を受けるともりだったかもしれない。そこへ、実際に個別周知をされた原告が「混乱はなかった」、「ありがたかった」という話をした。理屈の応酬とは比べ物にならない価値があった。厚生労働省の担当者も、それまでと何か違う何かを感じたはずだった。

その約10日後、冒頭で触れた大臣発言があった。各地に参集を呼びかけた一人として5月19日の個別周知に関する要求については実質の獲得は何もなく、翌

日に実施した北海道・東京・大阪でのホットラインでは、首都圏で何の報道もされなかったことで東京は1件の相談もなく、心苦しい心境であった中での突然の出来事だった。

しかも厚生労働大臣は、労災認定者に加えて、賠償の対象となるじん肺管理区分決定者への周知にも言及し、「この二つのジャンルの皆さん方に送るという方向で検討してまいります」と言い切った。その前に答弁した、いまいち問題の構造をよく理解していないと思われるどっち付かずの官僚答弁を補足し、明瞭にしたものだった。いまさら、という感じは拭えないが、ひとまず評価はできる。

さて、厚生労働省が一定の方向を示したが安堵はできない。まず、鳥栖ですでに発生しているが、除籍となっている原告対象者がいるということだ。一人でも多く、除籍となる被害者を生み出さないためのスピード感ある周知が求められる。

また、労災受給者でも管理区分でもどの範囲までに直接送付をするのか、という問題もある。東京地裁ですでに和解している原告は、労災認定はボイラー工の業務だけが調査時に聞き取られ、現場で使用する断熱材などを自社工場で製造していたことが事実認定ではまったく抜け落ちていた。過去の認定内容だけで対象者を絞り込もうとすると、漏れが出てくると考えられる。さらに、中皮腫死亡者の半数が労災制度ではなく救済制度のみで

認定されている状況があり、対象者がこちらの中にも一定数まぎれているのではないかと想定できる。環境省との連携による周知も検討する必要があるだろう。

約400事業所、被害者約1500名が和解の対象になり得ると試算できるところ、現在までに約150名の被害者しか提訴に至っていない。厚生労働省が周知の徹底を図ることはもちろんだが、弁護士団や支援団体などでもホットラインなどを実施して状況の改善に努める努力が求められる。そのような周知を通じて、和解の対象とはならないが支援が必要な被害者も掘り起こされることは昨

年実施したホットラインの実績からも実感していることだ。そのような意味からも、国賠対象者の掘り起こしを起爆剤にして、最低限の補償・救済が必要な被害者への支援にも可能な限り手を差しのべられるよう努めていき



(澤田慎一郎)

※52～53頁に「『泉南』型アスベスト国賠提訴、和解状況」、54頁に「泉南型国賠対象者数の目安試算、周知・掘り起こし関連して対象となる可能性のある労災認定事例件数の推計」を示してあるので、参考にしたい。

若者に広がる過労自殺議論

東京●専修大学で第3回過労死防止学会

2017年5月20(土)～21日(日)、専修大学神田キャンパスにおいて、過労死防止学会第3回大会が開催されました。大会事務局の暫定的な集約では、参加者は初日が117名(会員84名、非会員33名)、2日目だけの参加者を合わせ、合計153名(会員92名、非会員61名)でした。

初日午後(13:00～17:00)の特別シンポジウム「若者に広がる過労自殺の要因と対策」では以下の3人の報告と2人の予定討論がありました。そのあと、1時間あまり、会場の出席者を交えて活発な質疑応答が行われました。

司会：黒田兼一(明治大学教授)、粥川裕平(かゆかわクリニク院長)

<報告者と演題>

川人博(弁護士)「若者の過労自殺事案の特徴と予防の課題」
広瀬俊雄(産業医)「医師・医学生対象の「過労死・過重労働」研修会を通じての予防活動について」

澤路毅彦(朝日新聞編集委員)「電通事件と若者の労働環境をめぐって」

<予定討論者>

久保直純(松山市新入職員、過労自殺事件家族)

今野晴貴(POSSE代表、『ブラック企業』著者)

中沢誠(東京新聞記者、『過労社会』著者)

2日目午前(9:30～12:00)は、あらかじめ設定した第1から第4までの分科会で、過労死・過労自殺の多い運送業、医療・介護、情報、教員の4業種を取り上げ、会員から報告希望にもとづいて第5分科会で長時間労働と労働時間管理の問題を特設しました。第4分科会では韓国からの報告がありました。各分科会の報告者と演題は以下のとおりです。参加者は分科会によってばらつきがありますが、総計で約100名でした。

第1分科会 道路貨物・旅客運送業の過重労働と過労死・過労自殺

司会：森岡孝二(関西大学名誉教授)

川村雅則(北海学園大学教授)「バス運転者の働き方と、研究上の課題」

松丸正(弁護士)「過労死事案からみた道路貨物運動業の過重労働」

色部祐(いの健東京センター)「タクシー会社の運行管理者の脳血管疾患についての検討」

第2分科会 医療・介護・福祉分野の労働実態と過労死・過労自殺

司会：中原のり子(過労死家族の会)

佐藤誠一(北海道いの健センター)「新卒看護師の過労自殺事件から看護師の勤務改善を考える」

杉山・安部・松田・大和(都庁職病院支部)「新人看護師の超勤実態と過労」

池田一慶(介護・保育ユニオン職員)「ケアワーカーの過重労働について～介護保育ユニオンの現場から」

第3分科会 情報通信産業の長時間労働と過労死・過労自殺
司会：伍賀一道(金沢大学名誉教授)

西垣迪世・木谷晋輔(過労死家族の会)「富士通SSLシステムエンジニア過労死事件」

北野眞一(情報労連政策局長)「IT業界における長時間労働とその対策」

北健一(ジャーナリスト、『電通事件』著者)「電通事件から見た広告産業」

第4分科会 教員と公務員の公務災害

司会：成瀬龍夫(滋賀大学名誉教授)

工藤祥子(東京家族の会)「公務災害制度に係る諸問題及び教師の働き方の現状と問題点」

尾崎正典会員(静岡家族の会)「教育現場における教諭の過労死防止の安全対策について」

木村和子(静岡、被災者家族)追加報告1 田村和男(大阪家族の会)

追加報告2 ガン・ミンジョン(韓国勤労福祉研究所)、オ・ビンナラ(法律事務所人情代表弁護士)「韓国の公務員の過労死・過労自殺問題について」

第5分科会 長時間労働と職場の労働時間管理

司会：山縣宏寿(諏訪東京理科

大学専任講師)

小森田龍生(専修大学講師)「労働者の抑うつ感情の規定要因に関する検討」

渡部あさみ(青森大学専任講師)「日本の労使は労働時間をいかに扱ってきたのか」

高田好章(基礎経済科学研究所所員)「派遣労働者の過重労働と労働時間についての一考察」

2日午後(13:00～16:30)の共通論題では以下の3人の報告と2人の予定討論があり、会場出席者を交えた質疑応答では初日の特別シンポ同様に活発な議論がありました。

共通論題「第1回『過労死白書』と調査研究から見えてくるもの」
司会：岩城穰(弁護士)、寺西笑子(過労死家族の会)

<報告者と演題>

佐藤靖夫(厚労省労働基準局

総務課過労死等防止対策企画官)「平成28年版過労死等防止対策白書の概要」

水野谷武志(北海学園大学教授)「第1回過労死白書の総合的評価と批判」

長井偉訓(愛媛大学名誉教授)「過労死問題の研究動向と比較分析のための試論～中国の現状と学会動向にふれて」

<予定討論者>

中野淑子(過労等防止対策協議会前委員、公務災害担当)

松浦章(兵庫県立大学客員研究員、元損保労働者)

(報告の全文および討論の要点は2017年8月上旬までにこのホームページに掲載する予定です。会場風景の拡大写真は最下段のリンクをクリックして見てください。)

※<http://www.jskr.net/>

report-and-discussion/831/



三菱電機が労働時間管理改善 神奈川●メンタル労災リハビリ就労を認める

よこはまシティユニオンは、3月17日の神奈川春闘共同行動でJR大船駅頭で朝からビラまきを行った。Aさんも堂々とアピールをしたが、配布したビラを紹介する。

ちなみに、政府が発表した働き方改革実行計画で、時間外労働の上限規制が実現する見通しとなったが、Aさんのような研究開発業務については、なんと「除

外」。三菱電機のかたくなな姿勢は、そもそも研究開発業務に労働時間規制はなじまないというポリシーがあるのだろう。規制がないとすればなおさらきちんとした労働時間の把握と健康管理が重要になる。言うまでもなく、研究者も労働者だ!

長時間労働による精神疾患で

労災認定、解雇撤回

三菱電機情報技術総合研究所で働いていたAさんは、2014年4月頃、上司のパワーハラスメントや長時間労働が原因で、精神疾患を発症し、同年7月から休業を余儀なくされました。同研究所では職場の入退室のIDカード記録があるのですが、Aさんの職場では、月の残業時間が40時間前後となるように自己申告するように強いられていたのです（このことについて、労働基準監督署が違法残業として書類送検したことが報道されました）。

会社は、2016年6月までに復帰しなければ休職期間満了だということで、解雇を予告してきました。Aさんは治療に努めてきたのですが、まだ、職場に戻れる状態ではありません。当時所属していた労働組合に相談しましたが、「規則だから仕方がない」という対応だったため、一人でも入れるよこはまシティユニオンに加入しました。労災請求中でもあり、実は規則でも休職期間を延長することがあるという条項があるにもかかわらず、会社は解雇を強行しました。

2016年11月、労働基準監督署がAさんのメンタル労災を認定しました。ユニオンの要求に応じて、会社が同年12月に解雇を撤回。さらにユニオンは、二度とAさんのような労災を起こさないために、Aさんへの補償、職場復帰に加えて職場改善の要求をかかげて団体交渉を続けています。いくつかの成果を紹介しましょう。

労災「申し訳なく思います」

当初会社は、Aさんのメンタル労災について、「遺憾に思います」＝「残念に思います」、という無責任な回答でした。しかし、「申し訳なく思います」という、一定責任を認めた回答になりました。損害賠償についても、当初は無回答でしたが、今は、「具体的な内容をご提示ください」とし、内容によっては検討するということまで前進しました。

未払い残業代と合わせて、具体的にユニオンは要求していきます。

サービス残業撲滅、時間管理

実は研究所では2014年4月から、IDカードを活用した労働時間の「客観把握システム」を導入しました。しかし、実際の入退室記録と、自己申告する始終業時間や実労働時間の差異については事実上容認状態でした。2016年5月、ユニオンが労働時間管理の徹底を要求しました。その後から、ようやくそれらの差異のチェックを上長に周知徹底したとのこと。さらに2017年2月からはアラーム表示（入力時に数字の色が変わる）される差異時間数を短くして、入退室記録と始終業時間の差が30分超、始終業時間と実労働時間の差が1時間超にしたとのこと。ちなみに職場の上長への労働時間管理の徹底は、大体年に1回程度とのことで、このやり方だけでは、Aさんの職場で横行していた労働時間の過少申告は防げません。ユニオン

は、上長への確認も大切ですが、やはり本人への確認こそが重要だと主張しています。

他職場リハビリ就労認めさせる

Aさんは元の職場に戻れる状態ではありませんが、少しずつよくなっています。出身大学のご厚意で、研究室でのアルバイトを希望しています。会社にリハビリ就労の一環としてのアルバイトを認めることを要求し、実現しました。精神疾患で休業に至り、退職に至るケースは少なくありません。休んだら戻れないという焦りから症状を悪化させ、自殺したような大変残念な事例もあります。休んだり、戻ったりを繰り返すことも多いです。

Aさんのように労災認定を勝ち取り、自ら希望する形でのリハビリ就労は、一日も早い職場復帰、社会復帰の理想形です。

まだ交渉は続きます

会社の回答は十分ではありません。とりわけ三菱電機の秘密主義は異常です。例えば、どのぐらいの人が精神疾患で休んでいるのか、さらには精神疾患や脳心臓疾患で労災認定された数すら、「対象者を想定されかねない」として、明らかにしようとしていません。ホームページによりますと、三菱電機の連結従業員数は2016年3月末現在で、13万5160人です。数字を出して、どうやって想定できるのでしょうか。

事実をきちんと共有して改善策を話し合うのが労使交渉ですが、驚いたことに労使交渉はもと

より、安全衛生委員会でも、そうした疾病別の数字を出していないというのです。

サービスクラス残業についての調査も、Aさん以外に「未払いがあるとの認識がない」という理由から行おうとしていません。未払いがあるかないかを調査すべきだと言っているのに、開き直り以外のなにものでもありません。労働基準監督署の是正勧告を受けて、未払い賃金の調査や支払いに加えて、業務のあり方まで見直しを進めるヤマト運輸とは大違いです。書類送検されたことを「真摯に受け止めている」（本社のコメント）とは、到底言い難いのではないのでしょうか。

そもそも労働時間の自己申告

というあり方自体がユニオンは問題だと考えます。労働時間も「自己啓発時間」ということにしているのが実態だと思います。それが問題になることを恐れているのか、書類送検までされているのに、労働時間の実態調査の要求を会社は拒んでいます。

労災にせよ、労働時間管理にせよ、職場の生の声を、会社につけることでしか、何も変わりません。すでに何人かの労働者から、あるいは残念なことにご遺族から、ユニオンに相談、情報が寄せられています。ぜひ多くの皆さんが、あきらめずにユニオンに情報提供、相談されることを期待します。



（神奈川労災職業病センター）

ることとした。

Aさんは交代制勤務により心身の疲労がクモ膜下出血発症の引き金になったのではないかと考え労災請求した。しかし、2016年3月、労働基準監督署の決定は業務外だった。発症前6か月における1か月の時間外労働時間は多くて40時間、日勤夜勤のシフトは2週間ごとに1日の休日をはさんで交替しており、長時間労働による負荷は認められないというのが理由だった。

団体交渉で復職要求

2016年6月、休職中のAさんに会社は希望退職を提案してきた。「7月末に希望退職に応じれば退職金を割り増しする。休職期間満了の9月に退職とする」というもの。Aさんの労災が認められなかったことも、会社が強気に出る一因になったかもしれない。会社の産業医の意見も「高次脳機能障害が残っている場合は現場に復職は困難」とのことだった。しかし、Aさんは発症以来一度も産業医と面談しておらず、産業医から主治医への意見照会もない。それを指摘すると、会社は急きょ産業医面談を設定。産業医の専門は整形外科医でAさんに対し「高次脳機能障害を抱えながらの復職は危険。メンタル疾患にもなりやすい」と復職を諦めさせようとした。

退職を迫られたAさんは、会社の労働組合に相談した。しかし、組合は「会社は復職を認めない。いったん退職してパートタイマーならどうか」とまったく力に

クモ膜下出血後の復職問題

東京●労災不支給、団体交渉で職場復帰

職場でクモ膜下出血を発症

Aさん（男性、当時56歳）は、大手食品会社（B社という）の製造工場に勤務していた。2015年2月、午後7時からの夜勤に入るため更衣室で着替え中、突然激しい頭痛、嘔吐に襲われた。救急病院でクモ膜下出血と診断され、開頭クリッピング術を受け集中治療が続けられたが、1か月後にはリハビリの専門病院に転医できるほど快復し、3か月間入院しながらリハビリ治療に

専念した。

同年11月、主治医の勧めもあり、復職に向け主治医と会社担当者、Aさんの三者面談を持った。主治医はAさんにはクモ膜下出血の後遺障害として高次脳機能障害が残っているものの復職にはまったく問題がないと説明した。ところが会社の担当者は、「復職に際して時間短縮の規定はない。8時間勤務ができることが復職の前提」とであると述べた。やむなく当面休職しながらリハビリに専念し、体力回復に努め

なってくれない。悩んだ末にAさんは下町ユニオンに加入し、団体交渉で復職を要求することにした。

2016年8月からはじまった団体交渉で会社は、「100%元の体でなければ復職は認められない。高次脳機能障害が残るAさんが現場で倒れたり、ケガをすれば会社は責任が持てない」という主張を繰り返した。Aさんは懸命なリハビリ治療によって回復し、身体的機能障害や高次脳機能障害の症状がほとんど残らず、日常生活をまったく支障なく過ごすことができている。多少記憶力が落ちたとはいえ、年齢相応の程度。リハビリ病院から元の病院に転医し脳神経外科で経過をみてもらっていたが、その主治医もAさんのように回復した患者はめずらしく、「就労に関して、当面短時間勤務から始めるなどの配慮は必要とするが、労務は可能であると判断する。徐々に通常業務への移行も可能と思われる」との診断書を作成してくれた。会社の対応は、高次脳機能障害に対する無理解と偏見にもとづき、被災者の就労する権利を否定するものである。

傷病休職をめぐる裁判

会社との団交が続けられたが会社の復職拒否の回答は替わらない。もし会社が休職期間満了で解雇するならば、組合側は直ちに会社に対する争議行動に入るとともに裁判も提起して闘う方針だった。

これまでも傷病休職をめぐる

争われた裁判例がある。片山組事件最高裁判決（最1小判平成10年4月9日）では、「労働者が職種や業務内容を特定せずに労働契約を締結した場合においては、現に就業を命じられた特定の業務について労務の提供が十全にはできないとしても、その能力、経験、地位、当該企業の規模、業種、当該企業における労働者の配置・異動の実情及び難易等に照らして当該労働者が配置される現実的可能性があると認められる他の業務について労務の提供をすることができ、かつ、その提供を申し出ているならば、なお債務の本旨に従った履行の提供があると解するのが相当である」という判断を示している。

JR東海（退職）事件（大阪地判平成11年10月4日）では、脳出血を発症した労働者が、右片麻痺、構語障害、複視の後遺障害が残り、休職期間満了で退職とされた。裁判では「身体障害等によって、従前の業務に対する労務提供を十全にはできなくなった場合に、他の業務においてなお健常者と同じ密度と速度の労務提供を要求すれば労務提供が可能な業務はあり得なくなるのであって、雇用契約における信義則からすれば、使用者はその企業の規模や社員の配置、異動の可能性、職務分担、変更の可能性から能力に応じた職務を分担させる工夫をすべき」とであるとされた。その他完全に傷病が回復しなければ復職を認めなかった判例もあるが、かりに裁判に

なったとしても、Aさんは十分闘えると思われた。

職場復帰と両立支援

職場のメンタルヘルス対策においても、「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」（厚生労働省）が策定され、病休休職開始から職場復帰後のフォローアップまで5つのステップが示されている。この職場復帰の考え方とプロセスはメンタル疾患だけでなく他の疾患の場合も参考になるはずだ。

また、近年は「疾患を抱える従業員（がん患者など）の就業継続」が事業主に推進されている。「傷病を抱える労働者の健康に配慮した職業生活を支援するのみならず、職場や事業所等の活力を維持し、より豊かな社会を築くためにも、治療と仕事の両立に向けた職場復帰や支援体制の整備が大切」とされるようになっている。

厚生労働省は2016年2月、「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」を定め、2017年3月には参考資料として「脳卒中」と「肝疾患」に関する留意事項を追加した。その中で「障害特性に応じた配慮」として、「事業者は、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、障害の程度や内容に応じて、作業転換等の就業上の措置を行うことが求められる」「障害の中には、記憶力の低下や集中力の低下など一見してわかりづらいものがあり、周囲の理解や協力が

得られにくい場合もある。事業者は、就業上の措置や治療に関する配慮を実施するために必要な情報に限定した上で、労働者本人から、または労働者本人の同意のもと、産業医や保健師、看護師の産業保健スタッフ等から上司・同僚等に情報を開示するなどして、理解を売るように対応することが望ましい」など、両立支援にあたって事業者が留意すべきことを示している。

Aさんはクモ膜下出血で倒れ、労災としては認定されなくとも懸命なリハビリ治療の末、ほぼ復職前の能力と体力を回復させることができた。Aさんは勤続約40年にもなる超ベテランの社員である。事業者として何の努力もせず「100%復帰が前提」「高次脳機能障害は危険」と決めつけ復職を認めようとしないうるB社の態度は到底許されない。前述の最高裁の判断や判例に照らしても

誤っており、「治療と職業生活の両立支援」が求められる事業者のガイドラインの趣旨にも反している。

団交を重ねたなかでB社はAさんの復職を認めたものの、原職ではなく総務関連の部署での勤務にすると提案してきた。交渉の末、最終的に今年3月末、Aさんは定年後65歳までの再雇用を含めた補償を超える退職条件を認めさせ和解協定を結んだ。

脳血管疾患の被災者が、高次脳機能障害や身体性機能障害などの症状や障害によっては復職を断念せざるを得ない場合が少なくない。しかし、「仕事と治療の両立支援」の観点からも、事業者には雇用保障させ、被災者の職場復帰、就業継続を支援していくことが問われている。そのような実例を増やしていきたいと思う。



(東京労働安全衛生センター)

間があき、その後は大きなよめきが起ころうな顛末でした。

私は、今回の裁判と同じ労災(腰痛)で既に1度裁判に勝っています。しかし、敗訴した大田労基署の対応があまりに酷く、2回目の裁判をする羽目となり、今回はその判決でした。判決では「症状固定の判断」と「就労可能の判断」についてかなり踏み込んだ内容で、労災行政への影響も大きいというご意見をいただいています。素人の私から見ても「コピー1枚とれば就労可能」というような結論ありきの労基署による労災打ち切り決定を真っ向から批判しているものを感じられます。この判決内容は参考になる点もあると思いますので短くまとめてご紹介いたします。

症状固定について

判決は、症状固定の判断について私の主張をすべて採用し、大田労基署の形式的な労災打ち切り決定や、ずさんで矛盾のある主張などを全て否定。そしてリハビリ状況や症状の推移など、患者の個別的事情を検討する必要性が書かれています。そこで今回の裁判の争点である「2007年7月20日で症状固定」という大田労基署の決定が出た経緯から説明します。

1回目の裁判前に労働保険審査会が私の腰痛を労災と認めていましたので、1回目の裁判は「腰痛が労災かどうか」の争いではなく、「労災認定された腰痛の期間」を争うものでした。しかし、敗訴した大田労基署は、「敗

控訴審逆転勝訴判決を受けて

東京●JAL倉町腰痛労災裁判

飛行機の緊急脱出訓練中の事故で腰痛を発症し、労災認定期間について裁判で争っておりました倉町と申します。昨年末には、公正な判決を裁判所に要請するハガキに多大なご支援をいただきありがとうございます。おかげさまで東京高裁で逆転勝訴することができました。これも皆

様のご支援の賜物です。本当にありがとうございました。

東京高裁は最初の法廷が開かれただけで結審したにも関わらず、判決の中身は完勝でした。良い意味で予想を大きく裏切られましたので、判決を聞いた際、私と弁護士を含め法廷に居合わせた全員が反応できず、一瞬の

訴後に国が労災と認定したのは腰痛ではない」と言い出しました。そして「裁判後に労災と認めただのはヘルニアなどの椎間板の器質的損傷であり、腰痛ではない。それゆえ2回目の手術で移植した骨が癒合しさえすれば治癒（症状固定）である」と説明し、2回目の手術から半年後の2007年7月20日で労災を打ち切りしました。当時私はまだ腰痛やしびれ等が残り、仕事ができる状況ではなく、この労災打ち切り日より前からペインクリニックで治療を受けていました。その後約1年半かけて事務仕事ができるまでに回復しましたが、このペインクリニックでの治療は労災とは認められませんでした。

この労災打ち切りの結果、2回目の裁判となりました。この症状固定の判断には「労災認定した傷病（症状）のすり替え」と「治癒の認定基準に反する症状固定の決定」という2つの大きな問題があります。

大田労基署が労災認定した傷病（症状）をすり替えたため、1回目の裁判前に労災認定された期間は「腰痛が労災」であり、1回目の裁判後に労災認定された期間は「椎間板の器質的損傷が労災」となっていました。つまり同じ労災であるにも関わらず、ある日を境に、「腰痛」が「椎間板の損傷」という別の傷病になってしまいました。そして椎間板とは関係無い、移植した骨の癒合をもって治癒（症状固定）としました。あくまでも推測ですが、裁判に負けた厚生労働省が無

理やりに労災打ち切りを決定し、後からあれこれと理由をつけたと考えられます。そして労災を打ち切るために、2回目の手術の執刀医が「移植した骨の癒合をもって自分の治療は終了」とした意見を悪用したと考えられます。大田労基署は、この意見を唯一の症状固定の根拠としていました。しかし今回の判決は、骨の癒合をもって「自分の治療は終了」という判断は、症状固定とされた2007年7月20日の何か月も前からカルテに記載され、事前に決まっていたことであり、術後6か月の骨癒合をもって一律に適用することは患者の個別の事情を検討したのかどうか疑わしく、この意見を症状固定の判断の根拠とすることはできないと、大田労基署の決定をはっきりと否定しています。

治癒の判断について

労災の治癒とは、「完治するか、症状が固定し治療の効果が認められなくなった状態」です。ペインクリニックの治療と、2回目の手術をした病院で指導されたリハビリの運動を続け、約1年半をかけて私は事務仕事ができるまでに回復しました。同じペインクリニックで私と同じ治療で労災を認められていた人がたくさんいたにも関わらず、大田労基署は、「ペインクリニックでの治療は椎間板への原因療法ではない。腰痛の対症療法にすぎないため治療効果はない」と主張していました。そして2回目の裁判中に国が不利な状況になると、「腰痛の改善は認めるが、傷とか神経は自

然に回復するものである。ペインクリニックでの治療がなくても同じように回復したはずだから労災で必要とされる治療とは認められない。腰痛の対症療法にすぎないため治療効果はない」と主張を変えました。

今回の判決は、このような国の主張をことごとく否定し、傷とか神経が自然に回復するというのは単なる一般論であり、私の症状に適用するには無理があり、個別の症状について何ら検討していないと切り捨てています。さらに、私の受けてきた治療の有効性が国の提出した証拠に書かれていることを指摘し認めました。そして、それらの治療の総合的効果と、私が毎日続けてきたリハビリの効果が相まって症状が回復してきたと認めています。

就労の判断について

大田労基署は、「ペインクリニックに毎日のように通院し治療を受けられるのだから就労可能だった」、「リハビリの運動ができるのだから就労可能だった」と主張し、東京地裁も追認していました。しかし今回の判決はこれらの主張を切り捨て、特にリハビリについては、「骨や筋肉系の故障をして戦線離脱し選手生命すら脅かされているプロスポーツ選手が再起をかけ、通常人であればとも実行できないような苦しいリハビリテーションメニューに挑戦するのと同種のことを実行していたもの」と、私の努力を高く評価してくれています。

そして「療養のため労働する

ことができないかどうか」の判断については、「労働者が使用者（雇用主）との労働契約に基づいてどのような労働を行い得るかということも考慮に入れるべきであり、使用者（雇用主）のもとで従前従事していた労働の内容や態様、使用者（雇用主）と締結していた労働契約の内容や使用者（雇用主）がその企業の実情において提供可能な他の業務の種類なども考慮に入れて判断すべきことになる」と指摘し、私の場合は航空機の操縦業務と地上

業務（一般事務職）であり、私の症状を考慮すれば、地上業務に従事できるかどうかをもって就労可能かを判断すべきとまで判示しています。

今後の交渉に期待

今回私の主張は認められましたが、この労災事故が原因で私はJALで整理解雇の対象者とされました。今は弁護士と組合の双方を通してJALに交渉を申し入れ、会社も応じる旨を確約しています。しかし、私の場合は単純

に労災による解雇規制の期間に当てはまらず、職業の特殊性もあり話が少し複雑です。これから本格的に始まる交渉経過を踏まえて、今後の方向性についてなど後日お伝えできればと思っております。まだまだ幾つもの山を越えねばなりませんので、どうか今後ともご支援をよろしく願いいたします。



腰痛裁判元原告・

JAL解雇争議団

倉町公爾

（かながわ労災職業病から）

全国労働安全衛生センター連絡会議

第28回総会 10.28-29 長野開催

日時：2017年10月28日（土）13時～29日（日）12時

■第1日目—2017年10月28日（土）

昭和電工大町工場見学

集合：13時—立山プリンスホテルまたはJR信濃大町駅／マイクロバスで移動します

全体会議：16過ぎ～ 立山プリンスホテル／昭和電工ユニオン大町支部・地元受入団体

夕食懇親会：18時頃の予定

■宿泊：立山プリンスホテル

〒398-0001 長野県大町市大町温泉郷 TEL:0261-22-5131 <http://www.tateyamaprince.co.jp/>

■第2日目—2017年10月29日（日）

全体会議：9時～12時 立山プリンスホテル

■参加費

18,000円（ツアー、宿泊、食事・懇親会費込み）

■主催力

主催：全国労働安全衛生センター連絡会議

TEL 03-3636-3882 joshrc@jca.apc.org

■受入団体

長野県アスベスト対策センター準備会

NPO法人ユニオンサポートセンター

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丁目ほくろウビル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
E-mail k-oshc@jca.apc.org
- 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
TEL(045)573-4289/FAX(045)575-1948
E-mail qm3c-sry@asahi-net.or.jp
- 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
TEL(027)322-4545/FAX(027)322-4540
E-mail ape03602@go.tvm.ne.jp
- 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
TEL(0263)39-0021/FAX(0263)33-6000
E-mail KFR00474@nifty.com
- 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
TEL(025)265-5446/FAX(025)230-6680
E-mail roushokuken@be.to
- 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
TEL(052)837-7420/FAX(052)837-7420
E-mail QYY02435@nifty.ne.jp
- 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
TEL(059)228-7977/FAX(059)225-4402
E-mail kyotama@mbox.kyoto-inet.or.jp
- 京都 ● 京都労働安全衛生連絡会議
〒601-8015 京都市南区東九条御霊町64-1 アンビシャス梅垣ビル1F
TEL(075)691-6191/FAX(075)691-6145
E-mail koshc2000@yahoo.co.jp
- 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
TEL(06)6943-1527/FAX(06)6942-0278
E-mail a4p8bv@bma.biglobe.ne.jp
- 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
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
E-mail npo-hoshc@amail.plala.or.jp
- 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
TEL(078)382-2118/FAX(078)382-2124
E-mail oka2012ro-an@mx41.tiki.ne.jp
- 岡山 ● おかやま労働安全衛生センター
〒700-0905 岡山市北区春田町5-6 岡山市勤労者福祉センター内
TEL(086)232-3741/FAX(086)232-3714
E-mail hirosima-raec@leaf.ocn.ne.jp
- 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
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
〒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
- 徳島 ● NPO法人 徳島労働安全衛生センター
〒770-0942 徳島市昭和町3-35-1 徳島県労働福祉会館内
TEL(088)623-6362/FAX(088)655-4113
E-mail npo_eoshc@yahoo.co.jp
- 愛媛 ● NPO法人 愛媛労働安全衛生センター
〒793-0051 西条市安知生138-5
TEL(0897)47-0307/FAX(0897)47-0307
- 高知 ● NPO法人 高知県労働安全衛生センター
〒780-0011 高知市薮野北町3-2-28
TEL(088)845-3953/FAX(088)845-3953
- 熊本 ● 熊本県労働安全衛生センター
〒861-2105 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レークタウンクリニック
TEL(096)360-1991/FAX(096)368-6177
E-mail OITAOSHCC@elf.coara.or.jp
- 大分 ● NPO法人 大分県勤労者安全衛生センター
〒870-1133 大分市宮崎953-1(大分協和病院3階)
TEL(097)567-5177/FAX(097)568-2317
E-mail aanhyuga@mnet.ne.jp
- 宮崎 ● 旧松尾鉱山被害者の会
〒883-0021 日向市財光寺283番地25
TEL(0982)53-9400/FAX(0982)53-3404
E-mail aunion@po.synapse.ne.jp
- 鹿児島 ● 鹿児島労働安全衛生センター準備会
〒899-5215 始良郡加治木町本町403有明ビル2F
TEL(0995)63-1700/FAX(0995)63-1701
- 沖縄 ● 沖縄労働安全衛生センター
〒902-0061 那覇市古島1-14-6
TEL(098)882-3990/FAX(098)882-3990
E-mail sh-net@ubcnet.or.jp
- 自治体 ● 自治労安全衛生対策室
〒102-0085 千代田区六番町1 自治労会館3階
TEL(03)3239-9470/FAX(03)3264-1432



安全センター情報 2017年8月号(通巻第451号) 2017年7月15日発行(毎月1回15日発行)
〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1Zビル5階 全国労働安全衛生センター連絡会議
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/