

安全センター情報2018年8月号 通巻第462号
2018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



2018 **8**

安全センター情報



特集●脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

写真：高プロ廃案！徹底審議を！院内集会



2018年3月までに、福島第一原発の収束・廃炉作業に約6万5000人の労働者が従事し、うち4名の労働者に被ばくによる労災が認定されている。

これらの労働者は、過酷な収束・廃炉作業に従事したとはいえ、いずれも法定被ばく限度を超えない範囲で働いていた。

これらの疾病が業務上によるとして労災を認定した厚生労働省は、そのプレス発表で「労災認定されたことをもって、科学的に被ばくと健康影響の因果関係が証明されたものではない」と強調した。そしてこの認定について東電は「コメントする立場にない」と述べた。

この4人の労働者は命の危機に瀕する疾病を発症し、原発での仕事による放射線被ばくが原因と労災が認められたにもかかわらず、法令違反や安全管理上の瑕疵はなく、何の問題もないとされる。ここに被ばく労働、ひいては原発の矛盾と本質が現れている。

原発は原発労働者なしには動かない。だが原発労働は、死亡を含む健康影響のリスクをもたらし被ばくが前提となっている。ならば、その結果として労災

の可能性のある労働者がいれば、万全の治療や補償と損害賠償が行われるのが当然ではないか。

ところが、国や電力会社は「未解明で科学的判別は困難」などと因果関係の存在さえ否定する。原発労働者の理不尽な使い捨てと被ばく労災におけるこのような主張は、日本の原発が商業稼働を始めてからずっと続けられてきたことだ。福島原発事故までの45年間で50万人を超える労働者が原発で働き、13名が被ばくによる労災認定を受けた。

さらに彼らの背後には、労災とは認められなかったり、疑いを感じながらも請求を断念したり、はたまた周りとの人間関係に配慮して示談ですませた労働者がたくさんいる。

しかし、これらがどれほど社会的に問題にされてきただろうか。国や電力会社はもちろんのこと、「見ぬふりをしてきた」私たちの存在が、原発被ばく労働をめぐるこの奇妙な構造と論理を温存させてきたのではないだろうか。

そんな中でも、異議を唱え、自らの尊厳と仲間の安全を取り戻すために、声をあげた何人かの労働者がいた。そして、その労働者を支える家族や仲間の努力により、いくつかの争議や裁判などの闘いがあった。困難な闘いを経て労災認定を勝ち取り、認定対象リストに加えられた疾病もある。これが後にどれほど他の労働者の力になったかは、同じ病名で労災認定を受けている人が複数いることでもわかる。

本書は、2012～13年の原発労働の実態(第1章)、これまでの被ばく労災をめぐる闘いの記録(第3章)、そして、被ばく労災をめぐる制度上の問題点の整理と提起(第2章、第4章)という構成になっている。

被ばく労働者と市民、労働者同士が広範につながり、労働者の権利の回復と原発の根絶に向けて、本書が寄与することを期待したい。

2018年4月

被ばく労働を考えるネットワーク(はじめにより)

『原発被ばく労災 — 拡がる健康被害と労災補償』

被ばく労働を考えるネットワーク編

四六判 ソフトカバー 223頁

ISBN978-4-380-18009-5 C0036

本体1700円+税

<https://31shobo.com/2018/04/18009/>

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 認定率では精神障害が減少

裁量労働制対象者データ公表継続 2

勤務間インターバル等で数値目標 労働行政機関等における対策も

過労死等防止対策大綱を変更 20

「安全帯」はなくなり「墜落制止用器具」 墜落災害防止個人用保護具で大改正

厚生労働省が安全使用ガイドライン公表 24

労働関連疾患を把握する方法： 監視・警報アプローチのレビュー(2)

欧州労働安全衛生機関(EU-OSHA) 32

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

ロシアではいまでも採掘・使用されている 50

ロシアのアスベスト製品にトランプの顔を印刷 53

各地の便り/世界から

大阪●ゼネコン責任問うはつりじん肺訴訟和解 55

千葉●ケガが絶えない東京ディズニーランド 57

神奈川●大工さんのアスベスト肺がん訴訟開始 58

奈良●ニチアス王子工場で初の国賠訴訟和解 61

厚労省●瘰癧んと放射線被ばくの医学的知見 61

韓国●職業病認定基準緩和・立証責任転換等 62

精神障害請求過去最多更新 認定率では精神障害が減少 裁量労働制対象者データ公表継続

厚生労働省は2018年7月6日に、2017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/newpage_00039.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。「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2017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840件で、前年度比15件の増となった。(表1、図1)
- ② 支給決定件数は253件で前年度比7件の減となり、うち死亡件数は前年度比15件減の92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」188件、「卸売業、小売業」115件、「建設業」112件の順で多く、支給決定件数は「運輸

業、郵便業」99件、「卸売業、小売業」35件、「宿泊業、飲食サービス業」28件の順に多い(表5)

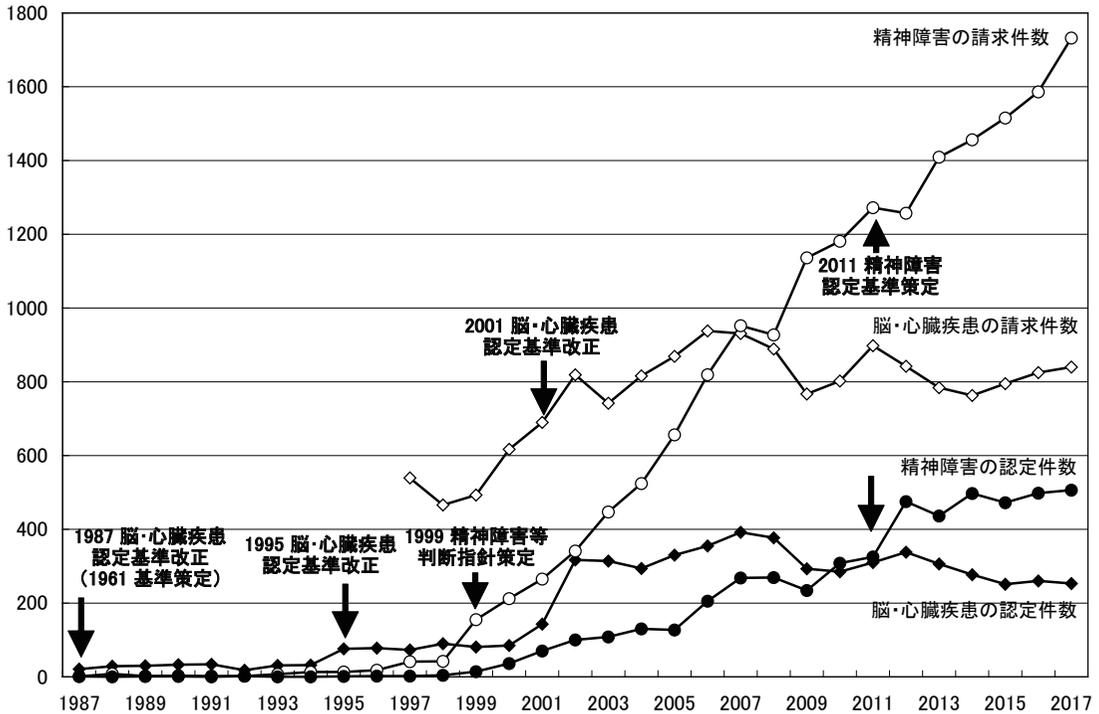
業種別(中分類)では、請求件数、支給決定件数ともに業種別(大分類)の「運輸業、郵便業」のうち「道路貨物運送業」145件、85件が最多。(支給決定件数-表7-1)

- ④ 職種別(大分類)では、請求件数は「輸送・機械運転従事者」169件、「専門的・技術的職業従事者」と「販売従事者」98件の順で多く、支給決定件数は「輸送・機械運転従事者」89件、「サービス職業従事者」36件、「販売従事者」29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」164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」290件、「60歳以上」239件、「40～49歳」230件の順で多く、支給決定件数は「40～49歳」と「50～59歳」97件、「60歳以上」32件の順に多い(表5)
- ⑥ 時間外労働時間別(1か月または2～6か月における1か月平均)支給決定件数は、「評価期間1か月」では「100時間以上～120時間未満」42

図1 脳・心臓疾患及び精神障害の労災補償状況



件が最も多い。また、「評価期間2～6か月における1か月平均」では「80時間以上～100時間未満」96件が最も多い(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1,732件で前年度比146件の増となり、うち未遂を含む自殺件数は前年度比23件増の221件であった。(表2、図1)
- ② 支給決定件数は506件で前年度比8件の増となり、うち未遂を含む自殺の件数は前年度比14件増の98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」313件、「製造業」308件、「卸売業、小売業」232件の順に多く、支給決定件数は「製造業」87件、「医療、福祉」82件、「卸売業、小売業」65件の順に多い(表6)
業種別(中分類)では、請求件数は、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」174件、支給決定件数は、業種別(大分類)の「運輸業、郵便業」のうち「道路貨

物運送業」45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」429件、「事務従事者」329件、「販売従事者」225件の順に多く、支給決定件数は「専門的・技術的職業従事者」130件、「サービス職業従事者」70件、「事務従事者」66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」222件、48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」522件、「30～39歳」446件、「20～29歳」363件、支給決定件数は「40～49歳」158件、「30～39歳」131件、「20～29歳」114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75件で最も多く、「160時間以上」が49件であった。(表10)

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2000～17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					
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%
2017	840	(241)	664	(236)	253	(92)	411	(144)	30.1%	38.1%	38.2%	39.0%
合計	14,627				5,180				35.4%			

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					
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%
2017	525	(79)	411	(77)	159	(32)	252	(45)	30.9%	38.7%	40.5%	41.6%
合計					3,250							

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					
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%
2017	315	(162)	253	(159)	94	(60)	159	(99)	29.8%	37.2%	37.0%	37.7%
合計					1,930							

表2 精神障害の労災補償状況(年度「合計」は2000～17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				
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%
2017	1,732	(221)	1,545	(208)	506	(98)	1,039	(110)	29.2%	32.8%	44.3%	47.1%
合計	17,687	(2,889)			5,064	(1,157)			28.6%		40.0%	

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」88件、「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」64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(今年度は7月にずれこんだ)、前年度の労災補償状況が公表されるようになってきているが、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、2000～17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

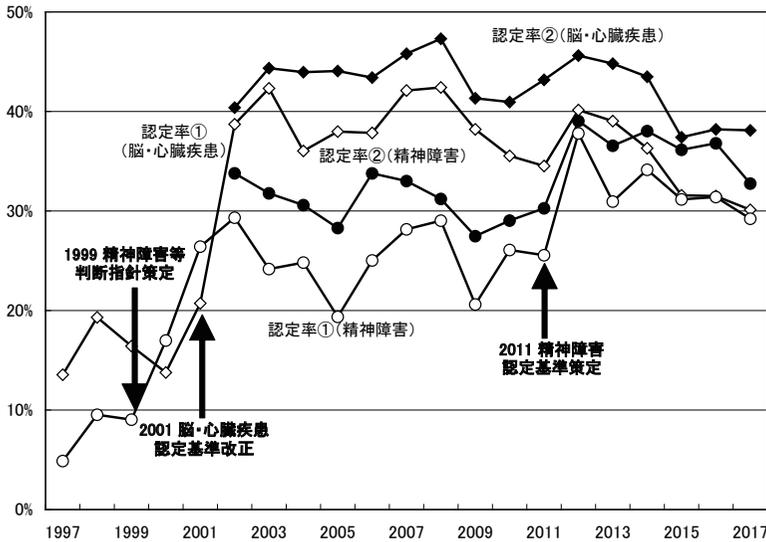
基準法施行規則別表第1の2(第35条関係)が改訂されている。それまで、包括的救済規定と呼ばれる「第9号=その他業務に起因することの明らかな疾病」として扱われてきた脳・心臓疾患及び精神障害が、「業務との因果関係が医学経験則上確立したもの」として、各々新第8号、新第9号として、以下のように例示列挙されたものである。これに伴い、旧第9号は第11号へと変更された。

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

図2 脳・心臓疾患及び精神障害の認定率の推移



認定率②＝認定(支給決定)件数/決定件数(支給決定件数＋不支給決定件数)

もちろん認定率②の方が本来の「認定率」にふさわしいわけだが、これ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、2015年度にデータが入手でき

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日付けの「心理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」-しかし、「実質的な変更はない」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。本誌もこれにこたえている。

2017年度の特徴は、精神障害の請求件数が増加し続け、過去最多を更新し続けていること。脳・心臓疾患の請求件数も3年連続で増加した。しかし、認定件数のほうは、精神障害で微増にとどまり、脳・心臓疾患ではやや減少してしまっている(脳血管疾患は微増、虚血性心疾患は減少)(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

るようになった2002年度以来過去最低(37.4%)を記録した後、やや持ち直すも2016年度38.2%、2017年度38.1%という状況になっている。精神障害の認定率②は、2013～16年度37%前後で停滞していたが、2017年度は32.8%と大きく減少してしまった。

両者の差は、大きいときには16%もあったものが狭まり、2016年度には1.4%で、同じレベルに収れんしつつあるように見えたのだが、2017年度には再び3.6%までひろがってしまった。

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2016年度に36.0%になった後、2017年度は38.7%まで持ち直した。虚血性心疾患の認定率②は逆に2016年度42.1%から2017年度37.2%まで減少してしまっている。

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年度分のみ限定されていたが、初めて女性の内数データが追加され

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
2017	120	(18)	95	(20)	17	(2)	78	(18)	14.2%	17.9%	11.1%	10.0%	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%						
2017	689	(14)	605	(14)	160	(4)	445	(10)	23.2%	26.4%	28.6%	28.6%						

表3 脳・心臓疾患/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	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
		脳・心臓疾患	支給決定件数	4	4	8	16	10	11	13(1)	3(0)	12(1)	7(0)	6(0)
	うち死亡	3	3	5	8	6	6	9(1)	1(0)	8(0)	3(0)	5(0)	8(0)	4(0)
精神障害等	支給決定件数	5	10	15	22	13	15	20(5)	34(4)	12(2)	21(6)	21(4)	13(2)	7(0)
	うち自殺	4	8	10	11	11	7	10(2)	15(0)	5(0)	10(1)	13(0)	7(1)	7(0)

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の2011～17年度分括弧内のように、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、2000～17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2017年度分の男性及び女性のみのデータを示した。

「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2000～17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

るようにみえ、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える。

業種・職種の区分名称は公表時期によって多少異なっている。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9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39業種（表7-1+17業種）、34職種（表7-2+11職種）、精神障害で29業種（表8-1+5業種）、27職種（表7-2+4職種）である。上位を占める業種・職種がだいたい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2017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2017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4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4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2017年度分及び「合計」データを示した）。

昨年度新たに、裁量労働制対象者に係る支給決定件数が2011～16年度分について公表されたが、今年度も継続されている。死亡／自殺の内数も示されているが、男女別内訳はない。今回は、支給決定件数だけでなく（全）決定件数及び認定率も公表されている（表4参照）。

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（2016年度）

- 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。

■裁量労働制対象者に係る支給決定件数（2017

表4 脳・心臓疾患/精神障害のうち裁量労働制対象者に
係る支給決定件数(死亡/自殺(未遂を含む)の内数)

区分	年度	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
脳・心臓疾患	支給決定件数	1(0)	4(1)	5(2)	8(1)	3(3)	1(0)	4(2)
	認定率	-	-	-	88.9%	42.9%	33.3%	66.7%
	専門業務型	1(0)	4(1)	5(2)	7(1)	3(3)	1(0)	4(2)
	企画業務型	0(0)	0(0)	0(0)	1(0)	0(0)	0(0)	0(0)
精神障害等	支給決定件数	2(0)	11(3)	10(0)	7(1)	8(3)	1(0)	10(5)
	認定率	-	-	-	87.5%	80.0%	50.0%	52.6%
	専門業務型	2(0)	11(3)	10(0)	6(1)	7(2)	1(0)	8(3)
	企画業務型	0(0)	0(0)	0(0)	1(0)	1(0)	0(0)	2(2)

年度)

平成29年度の裁量労働制対象者に関する脳・心臓疾患の支給決定件数は4件で、すべて専門業務型裁量労働制対象者に関する支給決定であった。また、精神障害の支給決定件数は10件で、うち専門業務型裁量労働制対象者に関する支給決定が8件、企画業務型裁量労働制対象者に関する支給決定が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2017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2000～17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、2009～17年度の平均認定率である。「都道府県別」データも、2014年度以降分について、「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(大綱の変更について20頁参照)。毎年「過労死等防止対策白書」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000138529.html>)とともに、ここでふれられた「調査研究」の成果物も公表されるようになっている(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000105655.html>)。白書や調査研究の成果が、毎年度の「過労死等の労災補償状況」の内容にも反映されていくことをさらに期待したい。

厚生労働省「過労死等防止対策」のウェブサイトから、「一般職の国家公務員」(人事院)及び「地方公務員」(地方公務員災害補償基金)の公務災害補償状況データにアクセスできるようになったことは歓迎できるが(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000187355.html>)、まだ改善の余地は大きい。

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2000～17年度分の合計、男女別は2017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	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数
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%
2017	3	1.2%	24	9.5%	17	6.7%	99	39.1%	35	13.8%	0	3	2	6	28	36	29.6%	253	100%
合計	50	1.0%	766	14.8%	525	10.1%	1,487	28.7%	827	16.0%	42	75	135		1,273	29.4%	5,180	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		8.97		10.84		52.54		5.84		2.23				6.44		9.93		
男性	3	1.2%	23	9.5%	17	7.1%	98	40.7%	32	13.3%	0	2	1	6	26	33	26.7%	241	100%
女性	0	0.0%	1	8.3%	0	0.0%	1	8.3%	3	25.0%	0	1	1	0	2	3	58.3%	12	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(2000～17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									
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	30	11.5%	26	10.0%	10	3.8%	23	8.8%	23	8.8%	90	34.6%	50	19.2%	8	3.1%	260	100.0%
2017	25	9.9%	22	8.7%	15	5.9%	29	11.5%	36	14.2%	89	35.2%	23	9.1%	14	5.5%	253	100.0%
合計	736	14.2%	707	13.6%	519	10.0%	528	10.2%	447	8.6%	1,400	27.0%	646	12.5%	197	3.8%	5,180	100.0%
男性	23	9.7%	21	8.9%	14	5.9%	26	11.0%	28	11.9%	88	37.3%	22	9.3%	14	5.9%	236	100.0%
女性	2	11.8%	1	5.9%	1	5.9%	3	17.6%	8	47.1%	1	5.9%	1	5.9%	0	0.0%	17	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									
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	4	1.5%	34	13.1%	90	34.6%	99	38.1%	33	12.7%	153	58.8%	107	41.2%	249	95.8%	11	4.2%
2017	3	1.2%	24	9.5%	97	38.3%	97	38.3%	32	12.6%	161	63.6%	92	36.4%	236	93.3%	17	6.7%
合計	175	3.4%	784	15.1%	1,593	30.8%	1,983	38.3%	645	12.5%	2,993	57.8%	2,187	42.2%	2,421	46.7%	119	2.3%
男性	2	0.8%	24	10.2%	91	38.6%	92	39.0%	27	11.4%	146	61.9%	90	38.1%	236	100%		
女性	1	5.9%	0	0.0%	6	35.3%	5	29.4%	5	29.4%	15	88.2%	2	11.8%			17	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2000～17年度分の合計、男女別は2017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
2008	3 1.1%	50 18.6%	22 8.2%	23 8.6%	48 17.8%	11 12	12 26	17 14	43 45.7%	269 100%			
2009	2 0.9%	43 18.4%	26 11.1%	23 9.8%	36 15.4%	10 4	21 12	17 15	42 44.4%	234 100%			
2010	1 0.3%	50 16.2%	20 6.5%	33 10.7%	46 14.9%	8 11	41 22	22 22	54 51.3%	308 100%			
2011	5 1.5%	59 18.2%	35 10.8%	27 8.3%	41 12.6%	8 11	39 13	25 62	48.6%	325 100%			
2012	7 1.5%	93 19.6%	22 4.6%	52 10.9%	66 13.9%	12 13	52 35	30 93	49.5%	475 100%			
2013	7 1.6%	78 17.9%	34 7.8%	45 10.3%	65 14.9%	15 13	54 22	24 79	47.5%	436 100%			
2014	6 1.2%	81 16.3%	37 7.4%	63 12.7%	71 14.3%	7 10	60 32	38 92	48.1%	497 100%			
2015	6 1.3%	71 15.0%	36 7.6%	57 12.1%	65 13.8%	14 19	47 30	29 98	50.2%	472 100%			
2016	7 1.4%	91 18.3%	54 10.8%	45 9.0%	57 11.4%	11 10	80 27	33 83	49.0%	498 100%			
2017	3 0.6%	87 17.2%	51 10.1%	62 12.3%	65 12.8%	10 8	82 34	33 71	47.0%	506 100%			
合計	53 1.0%	922 18.2%	462 9.1%	535 10.6%	690 13.6%	151 137	618 1,496	47.4%	5,064 100%				
※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	46.89	10.80	9.54	18.90	4.87	8.02	9.77	9.16					
男性	2 0.6%	67 19.8%	49 14.5%	55 16.3%	42 12.4%	5 2	24 26	21 45	36.4%	338 100%			
女性	1 0.6%	20 11.9%	2 1.2%	7 4.2%	23 13.7%	5 6	58 8	12 26	68.5%	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(2000～17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
2008	69 25.7%	22 8.2%	45 16.7%	33 12.3%	27 10.0%	20 7.4%	51 19.0%	2 0.7%	269 100.0%
2009	65 27.8%	22 9.4%	40 17.1%	32 13.7%	14 6.0%	16 6.8%	44 18.8%	1 0.4%	234 100.0%
2010	73 23.7%	29 9.4%	61 19.8%	44 14.3%	35 11.4%	24 7.8%	39 12.7%	3 1.0%	308 100.0%
2011	78 24.0%	21 6.5%	59 18.2%	40 12.3%	38 11.7%	18 5.5%	64 19.7%	7 2.2%	325 100.0%
2012	117 24.6%	26 5.5%	101 21.3%	54 11.4%	57 12.0%	33 6.9%	82 17.3%	5 1.1%	475 100.0%
2013	104 23.9%	18 4.1%	86 19.7%	42 9.6%	51 11.7%	30 6.9%	90 20.6%	15 3.4%	436 100.0%
2014	110 22.1%	49 9.9%	99 19.9%	53 10.7%	63 12.7%	31 6.2%	86 17.3%	6 1.2%	497 100.0%
2015	114 24.2%	44 9.3%	93 19.7%	48 10.2%	53 11.2%	37 7.8%	73 15.5%	10 2.1%	472 100.0%
2017	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%
2016	130 25.7%	40 7.9%	66 13.0%	50 9.9%	70 13.8%	42 8.3%	105 20.8%	3 0.6%	506 100.0%
合計	1,271 25.1%	423 8.4%	890 17.6%	554 10.9%	553 10.9%	367 7.2%	919 18.1%	87 1.7%	5,064 100.0%
男性	101 24.8%	23 5.6%	55 13.5%	37 9.1%	64 15.7%	40 9.8%	85 20.8%	3 0.7%	408 100.0%
女性	29 4.0%	17 17.3%	11 11.2%	13 13.3%	6 6.1%	2 2.0%	20 20.4%	0 0.0%	98 100.0%

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
2008	71 26.4%	74 27.5%	69 25.7%	43 16.0%	12 4.5%	66 24.5%	203 75.5%		
2009	56 23.9%	75 32.1%	57 24.4%	38 16.2%	8 3.4%	63 26.9%	171 73.1%		
2010	78 25.3%	88 28.6%	76 24.7%	54 17.5%	12 3.9%	65 21.1%	243 78.9%		
2011	74 22.8%	112 34.5%	71 21.8%	56 17.2%	12 3.7%	66 20.3%	259 79.7%	225 69.2%	100 30.8%
2012	107 22.5%	149 31.4%	146 30.7%	50 10.5%	23 4.8%	93 19.6%	382 80.4%	348 73.3%	127 26.7%
2013	81 18.6%	161 36.9%	106 24.3%	69 15.8%	19 4.4%	157 36.0%	279 64.0%	289 66.3%	147 33.7%
2014	113 22.7%	138 27.8%	140 28.2%	86 17.3%	20 4.0%	99 19.9%	398 80.1%	347 69.8%	150 30.2%
2015	89 18.9%	137 29.0%	147 31.1%	85 18.0%	14 3.0%	93 19.7%	379 80.3%	326 69.1%	146 30.9%
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%
2017	120 23.7%	131 25.9%	158 31.2%	82 16.2%	15 3.0%	98 19.4%	408 80.6%	346 68.4%	160 31.6%
合計	1,155 22.8%	1,569 31.0%	1,333 26.3%	801 15.8%	206 4.1%	1,251 24.7%	3,813 75.3%	2,381 47.0%	1,034 20.4%
男性	65 18.8%	93 26.9%	115 33.2%	62 17.9%	11 3.2%	94 27.2%	252 72.8%	346 100%	
女性	55 34.4%	38 23.8%	43 26.9%	20 12.5%	4 2.5%	4 2.5%	156 97.5%		160 100%

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、2009～16年度のみ該当の17業種省略)

業種(大分類)	業種(中分類)	2017年度		2016年度		2015年度		2014年度		2013年度	
		順位	件数								
運輸業、郵便業	道路貨物運送業	1	85	1	89	1	82	1	94	1	94
宿泊業、飲食サービス業	飲食店	2	19	2	14	3	15	4	12	4	12
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	16	3	8	8	7	2	13	2	13
卸売業、小売業	飲食料品小売業	4	11			13	4				
運輸業、郵便業	道路旅客運送業	5	10	6	7	7	8	5	9	5	9
建設業	総合工事業	6	8	3	8	2	16	2	13	2	13
宿泊業、飲食サービス業	宿泊業	6	8			13	4	6	8	6	8
建設業	設備工事業	8	6			15	3	6	8	6	8
製造業	電気機械器具製造業	8	6			15	3				
卸売業、小売業	各種商品小売業	10	5	3	8	10	6	6	8	6	8
卸売・小売業	機械器具卸売業	10	5								
製造業	業務用機械器具製造業	12	4								
製造業	食料品製造業	12	4	13	5	10	6				
運輸業、郵便業	運輸に附帯するサービス業	14	3								
卸売・小売業	その他の小売業	14	3	6	7	4	11	6	8	6	8
卸売業、小売業	機械器具小売業	14	3			12	5				
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)	14	3			15	3	12	6	12	6
漁業	漁業(水産養殖業を除く)	14	3								
建設業	職別工事業(設備工事業を除く)	14	3	6	7	5	9	12	6	12	6
生活関連サービス業、娯楽業	その他の生活関連サービス業	14	3								
生活関連サービス業、娯楽業	洗濯・理容・美容・浴場業	14	3								
製造業	輸送用機械器具製造業	14	3			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、2009～15年度のみ該当の11職種省略)

職種(大分類)	職種(中分類)	2017年度		2016年度		2015年度		2014年度		2013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	89	1	87	1	85	1	93
管理的職業従事者	法人・団体管理職員	2	21	2	22	2	22	2	24	9	8
サービス職業従事者	飲食物調理従事者	3	18	3	14	4	14	4	13	6	11
販売従事者	商品販売従事者	4	14	4	13	6	12	5	12	3	16
販売従事者	営業職業従事者	4	14	5	10	3	20	3	14	2	21
保安職業従事者	その他の保安職業従事者	6	11	15	4	14	3			14	6
専門的・技術的職業従事者	建築・土木・測量技術者	7	10	7	8	5	13	7	8		
サービス職業従事者	接客・給仕職業従事者	7	10	11	6	14	3	7	8		
事務従事者	運輸・郵便事務従事者	9	7								
生産工程従事者	製品製造・加工処理従事者(金属製品を除く)	10	6	7	8	14	3	14	5	11	7
運搬・清掃・包装等従事者	運搬従事者	10	6	15	4	9	7			11	7
専門的・技術的職業従事者	製造技術者(開発)	12	5								
専門的・技術的職業従事者	情報処理・通信技術者	13	4	10	7	7	10				
事務従事者	一般事務従事者	13	4	12	5	10	6	7	8	6	11
サービス職業従事者	居住施設・ビル等管理人	15	3								
サービス職業従事者	生活衛生サービス職業従事者	15	3								
建設・採掘従事者	建設従事者(建設躯体工事従事者を除く)	15	3	7	8	8	8	10	7	5	13
農林漁業従事者	漁業従事者	15	3								
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						
管理的職業従事者	法人・団体役員			15	4						
建設・採掘従事者	土木作業従事者			15	4						

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5業種省略)

業種(大分類)	業種(中分類)	2017年度		2016年度		2015年度		2014年度		2013年度	
		順位	件数								
運輸業、郵便業	道路貨物運送業	1	45	4	26	1	36	1	41	2	24
医療、福祉	社会保険・社会福祉・介護事業	2	41	1	46	2	24	2	32	1	32
医療、福祉	医療業	2	41	2	32	3	23	3	27	3	22
建設業	総合工事業	4	25	3	27	6	18	5	18	5	19
建設業	設備工事業	5	23	8	14	11	14			11	11
宿泊業、飲食サービス業	飲食店	6	21	5	26	6	18	4	25	7	17
情報通信業	情報サービス業	7	19	6	18	5	20	6	16	6	18
卸売業、小売業	各種商品小売業	8	16					8	13	11	11
製造業	食料品製造業	9	14	10	12	13	11	8	13		
製造業	輸送用機械器具製造業	10	12	7	17			15	11	11	11
卸売業、小売業	その他の小売業	11	10	12	11	4	21	10	12	8	14
宿泊業、飲食サービス業	宿泊業	11	10			13	11	15	11		
製造業	電気機械器具製造業	13	9	15	9	8	16	15	11		
情報通信業	映像・音声・文字情報制作業	13	9								
卸売業、小売業	機械器具卸売業	15	8								
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)	15	8			9	15	10	12		
建設業	職別工事業(設備工事業を除く)			9	13			15	11		
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
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
製造業	金属製品製造業			15	9			10	12		
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
運輸業、郵便業	道路旅客運送業					13	11			14	10
教育、学習支援業	学校教育					13	11				

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)	2017年度		2016年度		2015年度		2014年度		2013年度	
		順位	件数								
事務作業	一般事務従事者	1	48	1	47	1	61	1	56	1	50
輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	2	38	4	26	3	34	5	29	3	26
管理的職業従事者	法人・団体管理職員	3	35	3	29	2	42	2	39		
販売従事者	営業職業従事者	4	28	2	37	6	23	9	17	10	15
専門的・技術的職業従事者	情報処理・通信技術者	5	23	10	17	7	19	8	18	7	17
販売従事者	商品販売従事者	6	22	5	25	4	25	3	34	2	26
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	22	6	24	8	18	4	31	6	18
専門的・技術的職業従事者	建築・土木・測量技術者	6	22	7	22	5	24	13	13		
サービス職業従事者	飲食物調理従事者	6	22	12	16	11	12	14	11	14	11
専門的・技術的職業従事者	保健師・授産師・看護師	10	21	14	13			9	17	9	16
サービス職業従事者	介護サービス職業従事者	11	20	9	20	11	12	11	15	11	13
建設・採掘従事者	電気工事従事者	12	18								
サービス職業従事者	接客・給仕職業従事者	13	17	7	22	10	14	7	19		
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	13			14	11	14	11
専門的・技術的職業従事者	医師、歯科医師、獣医師、薬剤師	15	10								
専門的・技術的職業従事者	社会福祉専門職業従事者			10	17						
運搬・清掃・包装等従事者	運搬従事者			12	16	14	9				
事務従事者	営業・販売事務従事者			14	13	9	17	6	25	4	21
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				
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

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2007～17年度の合計)

区分	2013年度		2014年度		2015年度		2016年度		2017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	1	1	0	0	2	1	7	0.2%	5	0.4%
60時間以上～80時間未満	31	16	20	10	11	4	14	9	11	5	211	6.3%	99	7.6%
80時間以上～100時間未満	106	50	105	50	105	49	106	51	101	38	1,221	36.7%	527	40.3%
100時間以上～120時間未満	71	28	66	27	66	24	57	19	76	26	817	24.6%	298	22.8%
120時間以上～140時間未満	21	8	32	14	16	6	36	15	23	11	373	11.2%	146	11.2%
140時間以上～160時間未満	22	8	23	7	20	7	18	5	16	6	228	6.9%	83	6.3%
160時間以上	34	13	20	8	18	3	17	7	20	3	258	7.8%	76	5.8%
その他	21	10	11	5	14	2					210	6.3%	75	5.7%
合計	306	133	277	121	251	96	248	106	249	90	3,326	100.0%	1,309	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2007～17年度の合計)

区分	2013年度		2014年度		2015年度		2016年度		2017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	89	5	118	7	86	5	84	5	75	7	825	19.2%	56	6.4%
20時間以上～40時間未満	43	9	37	12	50	9	43	8	35	10	300	7.0%	65	7.5%
40時間以上～60時間未満	31	4	34	6	46	11	41	10	35	10	275	6.4%	73	8.4%
60時間以上～80時間未満	27	7	18	8	20	4	24	3	33	10	214	5.0%	73	8.4%
80時間以上～100時間未満	21	4	27	11	20	7	23	11	33	11	273	6.4%	90	10.3%
100時間以上～120時間未満	46	9	50	14	45	18	49	12	41	12	472	11.0%	159	18.3%
120時間以上～140時間未満	22	4	36	5	40	15	38	8	35	10	331	7.7%	96	11.0%
140時間以上～160時間未満	24	6	21	5	22	4	19	5	26	9	189	4.4%	52	6.0%
160時間以上	31	7	67	26	65	18	52	19	49	12	396	9.2%	127	14.6%
その他	102	8	89	5	78	2	125	3	144	7	1,013	23.6%	80	9.2%
合計	436	63	497	99	472	93	498	84	506	98	4,288	100.0%	871	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2009～17年度の合計)

区分	年度	2015年度				2016年度				2017年度				支給決 定件数 合計	割合	うち 死亡 合計	割合
		決定件数		支給決定件数		決定件数		支給決定件数		決定件数		支給決定件数					
		うち死亡															
正規職員・従業員	556	211	233	92	568	218	240	100	552	211	241	90	2,410	93.8%	962	95.1%	
契約社員	15	6	1	0	12	4	2	1	19	4	4	0	21	0.8%	5	0.5%	
派遣労働者	10	2	5	1	8	1	3	0	12	3	3	1	21	0.8%	6	0.6%	
パート・アルバイト	43	17	3	1	52	19	6	3	52	10	3	0	40	1.6%	13	1.3%	
その他(特別加入者等)	47	10	9	2	40	11	9	3	29	8	2	1	76	3.0%	26	2.6%	
合計	671	246	251	96	680	253	260	107	664	236	253	92	2,568	100.0%	1,012	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2009～17年度の合計)

区分	年度	2015年度				2016年度				2017年度				支給決 定件数 合計	割合	うち 自殺 合計	割合
		決定件数		支給決定件数		決定件数		支給決定件数		決定件数		支給決定件数					
		うち自殺		うち自殺		うち自殺		うち自殺		うち自殺		うち自殺					
正規職員・従業員	1,077	189	407	87	1,155	161	448	80	1,286	188	459	95	3,347	89.4%	691	95.4%	
契約社員	78	5	18	1	62	6	13	0	77	8	18	2	114	3.0%	8	1.1%	
派遣労働者	37	5	13	2	22	3	5	2	44	0	4	0	57	1.5%	8	1.1%	
パート・アルバイト	99	4	27	1	100	4	28	2	106	7	19	1	189	5.0%	7	1.0%	
その他(特別加入者等)	15	2	7	2	16	2	4	0	32	5	6	0	38	1.0%	10	1.4%	
合計	1,306	205	472	93	1,355	176	498	84	1,545	208	506	98	3,745	100.0%	724	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2009～17年度の合計)

出来事の種類	具体的な出来事 注1	2015年度				2016年度				2017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	その他	自殺	その他	自殺	その他	自殺	その他	自殺	その他					
1 事故や災害の体験	(重度の)病気やケガをした	85	3	34	1	88	4	42	3	47	4	21	2	232	121	52.2%
	悲惨な事故や災害の体験、目撃をした	80	0	45	0	79	0	53	0	48	1	31	1	161	103	64.0%
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	5	2	2	1	6	1	1	0	8	0	5	0	19	10	52.6%
	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	34	13	11	6	19	3	8	2	20	11	7	6	88	36	40.9%
	会社で起きた事故、事件について、責任を問われた	15	4	6	3	12	1	4	0	3	0	1	0	26	15	57.7%
	自分の関係する仕事で多額の損失等が生じた	2	1	0	0	2	1	0	0	2	1	0	0	8	1	12.5%
	業務に関し、違法行為を強要された	8	1	2	0	11	1	3	1	5	0	2	0	24	6	25.0%
	達成困難なノルマが課された	10	5	4	2	14	7	3	2	9	4	1	1	47	12	25.5%
	ノルマが達成できなかった	8	3	5	1	8	0	0	0	6	1	1	0	24	6	25.0%
	新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった	3	1	0	0	6	1	3	0	5	3	3	3	14	5	35.7%
	顧客や取引先から無理な注文を受けた	12	4	3	1	3	0	0	0	5	2	1	1	18	6	33.3%
	顧客や取引先からクレームを受けた	19	0	2	0	28	4	7	1	19	3	3	1	61	23	37.7%
3 仕事の量・質	大きな説明会や公式の場での発表を強いられた	1	0	0	0	2	2	1	1	0	0	0	0	2	1	50.0%
	上司が不在になることにより、その代行を任された	1	1	1	1	5	2	0	0	1	1	0	0	8	1	12.5%
	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	152	42	75	26	158	35	63	18	131	44	51	20	472	198	41.9%
	1か月に80時間以上の時間外労働を行った	55	11	36	7	54	15	39	11	56	15	37	10	229	149	65.1%
	2週間以上にわたって連続勤務を行った	38	9	25	5	63	18	47	12	63	22	42	11	165	111	67.3%
4 役割・地位の変化等	勤務形態に変化があった	6	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	7	1	14.3%
	仕事のベース、活動の変化があった	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	
	退職を強要された	24	2	5	1	27	0	6	0	14	2	3	1	71	18	25.4%
	配置転換があった	55	13	13	3	55	10	14	3	44	12	10	5	169	42	24.9%
	転勤をした	16	9	4	4	10	3	3	2	8	5	3	3	41	14	34.1%
	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	5	2	2	2	8	1	2	0	3	0	0	0	12	5	41.7%
	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	3	0	1	0	5	2	2	1	2	0	0	0	11	3	27.3%
	自分の昇格・昇進があった	7	2	1	0	8	1	0	0	4	1	1	0	21	3	14.3%
	部下が減った	1	0	0	0	4	1	1	0	2	1	1	1	4	1	25.0%
5 対人関係	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	0	0	
	非正規社員である自分の契約満了が迫った	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0.0%
	(ひどい)嫌がらせ、いじめ又は暴行を受けた	151	15	60	8	173	8	74	3	121	16	63	11	415	190	45.8%
	上司とのトラブルがあった	259	30	21	3	265	19	24	5	180	17	14	4	598	61	10.2%
	同僚とのトラブルがあった	50	3	2	1	40	1	0	0	29	2	1	0	87	3	3.4%
	部下とのトラブルがあった	10	5	1	0	12	1	1	0	2	1	0	0	17	1	5.9%
	理解してくれていた人の異動があった	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0.0%
6 セクシュアルハラスメント	上司が替わった	1	0	0	0	1	0	1	0	2	1	0	0	4	0	0.0%
	同僚等の昇進・昇格があり、昇進で先を越された	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	6	0	0.0%
7 特別な出来事 注2	セクシュアルハラスメントを受けた	44	0	24	0	50	0	29	0	3	0	0	0	4	1	25.0%
8 その他 注3		87	17	87	17	71	20	67	19	43	13	43	13	204	202	99.0%
		56	7	0	0	62	14	0	0	49	10	0	0	182	0	0.0%
	合計	1,306	205	472	93	1,355	176	498	84	940	194	346	94	3,457	1,349	39.0%

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2014～17年度の合計）

出来事の種類	具体的な出来事 注1	女性						男性							
		2017年度			年度合計			2017年度			年度合計				
		決定件数		うち支給 決定	決定 件数	うち 支給 決定	認定 率	決定件数		うち支給 決定	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	39	0	5	0	106	24	22.6%	47	4	21	2	232	121	52.2%
	悲惨な事故や災害の体験、目撃をした	51	0	32	0	198	130	65.7%	48	1	31	1	161	103	64.0%
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	2	0	1	0	6	1	16.7%	8	0	5	0	19	10	52.6%
	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	4	0	1	0	29	8	27.6%	20	11	7	6	88	36	40.9%
	会社で起きた事故、事件について、責任を問われた	2	0	0	0	13	3	23.1%	3	0	1	0	26	15	57.7%
	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	8	1	12.5%
	業務に関し、違法行為を強要された	7	0	1	0	22	3	13.6%	5	0	2	0	24	6	25.0%
	達成困難なノルマが課された	4	0	0	0	8	1	12.5%	9	4	1	1	47	12	25.5%
	ノルマが達成できなかった	4	1	1	0	7	1	14.3%	6	1	1	0	24	6	25.0%
	新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった	3	0	2	0	7	4	57.1%	5	3	3	3	14	5	35.7%
	顧客や取引先から無理な注文を受けた	1	1	1	1	9	2	22.2%	5	2	1	1	18	6	33.3%
	顧客や取引先からクレームを受けた	15	1	1	0	55	7	12.7%	19	3	3	1	61	23	37.7%
	大きな説明会や公式の場での発表を強いられた 上司が不在になることにより、その代行を任せられた	0	0	0	0	1	0	0.0%	0	0	0	0	2	1	50.0%
0	0	0	0	1	0	0.0%	1	1	0	0	0	8	1	12.5%	
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	54	2	13	1	152	54	35.5%	131	44	51	20	472	198	41.9%
	1か月に80時間以上の時間外労働を行った	5	0	4	0	30	22	73.3%	56	15	37	10	229	149	65.1%
	2週間以上にわたって連続勤務を行った	8	0	6	0	34	24	70.6%	63	22	42	11	165	111	67.3%
	勤務形態に変化があった	2	0	0	0	7	0	0.0%	1	0	1	0	7	1	14.3%
	仕事のペース、活動の変化があった	1	0	0	0	4	0	0.0%	1	1	0	0	1	0	
	4 役割・地位の変化等	退職を強要された	20	0	2	0	44	9	20.5%	14	2	3	1	71	18
配置転換があった	23	0	1	0	60	6	10.0%	44	12	10	5	169	42	24.9%	
転勤をした	3	0	0	0	6	0	0.0%	8	5	3	3	41	14	34.1%	
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	2	0	0	0	9	0	0.0%	3	0	0	0	12	5	41.7%	
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	1	0	0	0	5	1	20.0%	2	0	0	0	11	3	27.3%	
自分の昇格・昇進があった	1	0	0	0	6	0	0.0%	4	1	1	0	21	3	14.3%	
部下が減った	0	0	0	0	3	1	33.3%	2	1	1	1	4	1	25.0%	
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%	0	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	65	1	25	1	264	101	38.3%	121	16	63	11	415	190	45.8%
	上司とのトラブルがあった	140	3	8	0	467	27	5.8%	180	17	14	4	598	61	10.2%
	同僚とのトラブルがあった	38	0	0	0	110	2	1.8%	29	2	1	0	87	3	3.4%
	部下とのトラブルがあった	0	0	0	0	11	1	9.1%	2	1	0	0	17	1	5.9%
	理解してくれていた人の異動があった	2	0	1	0	4	1	25.0%	1	0	0	0	2	0	0.0%
	上司が替わった	0	0	0	0	1	1	100.0%	2	1	0	0	4	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%	3	0	0	0	6	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	61	0	35	0	201	114	56.7%	3	0	0	0	4	1	25.0%
7 特別な出来事 注2		20	1	20	1	78	76	97.4%	43	13	43	13	204	202	99.0%
8 その他 注3		27	4	0	0	96	0	0.0%	49	10	0	0	182	0	0.0%
合計		605	14	160	4	2,056	624	30.4%	940	194	346	94	3,457	1,349	39.0%

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。

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。

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。

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2000～17年度合計)							10万人当たり「合計」		認定率②(「平均」は2009～17年度平均)						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	合計	※1	※2	2012	2013	2014	2015	2016	2017	平均
北海道	10	9	9	5	11	5	132	1,979,464	6.67	58.8%	64.3%	47.4%	31.3%	57.9%	55.6%	51.8%
青森	1		1	1	1		18	426,935	4.22	50.0%	0.0%	100.0%	25.0%	50.0%	0.0%	58.8%
岩手	4	1	1	2	2	1	20	447,242	4.47	50.0%	25.0%	100.0%	66.7%	100.0%	100.0%	58.3%
宮城	6	9	3	8	4	2	81	862,625	9.39	75.0%	52.9%	42.9%	53.3%	44.4%	40.0%	47.7%
秋田		1	1	1			11	344,911	3.19		100.0%	50.0%	100.0%	0.0%		60.0%
山形		3	1				18	382,422	4.71	0.0%	60.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	30.8%
福島	3	3	1	2	1	5	38	781,994	4.86	27.3%	75.0%	25.0%	20.0%	33.3%	71.4%	41.8%
茨城	6		3	2	1		54	1,000,398	5.40	50.0%	0.0%	37.5%	50.0%	11.1%	0.0%	31.7%
栃木	1	1	2	2	5	5	42	748,346	5.61	100.0%	20.0%	100.0%	66.7%	71.4%	100.0%	73.3%
群馬	5		2	2	7	4	51	778,890	6.55	50.0%	0.0%	33.3%	66.7%	87.5%	57.1%	54.4%
埼玉	6	12	7	7	8	11	147	2,085,220	7.05	28.6%	48.0%	41.2%	25.9%	44.4%	37.9%	36.3%
千葉	9	9	3	4	8	6	105	1,754,527	5.98	52.9%	81.8%	17.6%	25.0%	61.5%	46.2%	43.6%
東京	39	20	26	19	17	20	513	13,853,850	3.70	51.3%	35.7%	48.1%	33.9%	25.4%	31.7%	39.1%
神奈川	15	12	16	13	11	8	237	2,852,452	8.31	42.9%	35.3%	45.7%	44.8%	31.4%	25.8%	39.6%
新潟	3		1		1		30	918,270	3.27	50.0%	0.0%	33.3%	0.0%	33.3%		26.1%
富山	1	1	1		1	1	26	453,714	5.73	100.0%	33.3%	100.0%	0.0%	50.0%	100.0%	66.7%
石川		1	3		1	1	17	461,886	3.68	0.0%	100.0%	75.0%	0.0%	50.0%	20.0%	40.0%
福井	1	3			1	1	15	325,375	4.61	100.0%	75.0%		0.0%	100.0%	50.0%	52.9%
山梨			1			1	13	277,482	4.68	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	33.3%	22.2%
長野			3	2	2	1	26	804,472	3.23	0.0%	0.0%	100.0%	50.0%	28.6%	25.0%	32.4%
岐阜	2	2		2	1	1	29	766,436	3.78	40.0%	40.0%	0.0%	66.7%	16.7%	33.3%	32.4%
静岡	4	4	3	5	4	4	68	1,460,211	4.66	44.4%	66.7%	75.0%	71.4%	40.0%	57.1%	56.5%
愛知	11	7	10	16	9	5	146	3,563,976	4.10	44.0%	43.8%	62.5%	76.2%	40.9%	23.8%	44.4%
三重	1		2	3		5	40	660,855	6.05	14.3%	0.0%	40.0%	50.0%	0.0%	71.4%	32.7%
滋賀	2	3	2	3	1	3	53	484,088	10.95	50.0%	42.9%	100.0%	75.0%	100.0%	42.9%	59.0%
京都	7	3	8	6	7	2	100	1,026,201	9.74	36.8%	37.5%	57.1%	40.0%	33.3%	20.0%	31.6%
大阪	20	16	15	14	17	22	333	4,695,201	7.09	38.5%	38.1%	29.4%	26.9%	33.3%	38.6%	34.8%
兵庫	6	9	7	9	6	11	143	1,882,643	7.60	33.3%	69.2%	36.8%	50.0%	37.5%	55.0%	40.7%
奈良	3	2	1		1	2	31	318,085	9.75	60.0%	66.7%	20.0%	0.0%	25.0%	50.0%	44.4%
和歌山		2	4	4	1	2	37	309,830	11.94		50.0%	80.0%	100.0%	50.0%	66.7%	67.9%
鳥取	2	1	1		1		15	189,941	7.90	100.0%	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%		70.0%
島根			1		1	1	10	245,726	4.07			100.0%		50.0%	33.3%	66.7%
岡山	2	1	1	2	1	3	37	771,579	4.80	33.3%	33.3%	50.0%	40.0%	16.7%	50.0%	34.2%
広島	5	7	10	4	1	3	95	1,251,223	7.59	50.0%	63.6%	62.5%	36.4%	25.0%	50.0%	45.3%
山口	1			1	4	1	23	537,865	4.28	25.0%	0.0%	0.0%	25.0%	57.1%	25.0%	35.1%
徳島	2	2	2	2	2		31	245,020	12.65	66.7%	50.0%	28.6%	100.0%	50.0%	0.0%	41.7%
香川	1	3				1	24	386,918	6.20	33.3%	75.0%	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	34.6%
愛媛	4	6			1		33	509,240	6.48	50.0%	75.0%	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%	40.0%
高知	1	2		1	1	1	34	247,397	13.74	50.0%	50.0%	0.0%	25.0%	50.0%	33.3%	46.4%
福岡	9	10	5	10	4	6	135	2,105,369	6.41	60.0%	50.0%	41.7%	71.4%	44.4%	31.6%	50.4%
佐賀	1	5			2	1	20	288,766	6.93	50.0%	100.0%	0.0%	0.0%	33.3%	50.0%	48.1%
長崎	4		1	5	2	2	45	434,731	10.35	57.1%	0.0%	20.0%	62.5%	22.2%	33.3%	40.4%
熊本	3		1	3	2	4	56	595,720	9.40	60.0%	0.0%	33.3%	75.0%	33.3%	80.0%	40.0%
大分	5	1	2			2	32	408,979	7.82	100.0%	16.7%	50.0%	0.0%	0.0%	66.7%	41.5%
宮崎		3		1	2	2	22	353,483	6.22	0.0%	50.0%	0.0%	20.0%	40.0%	40.0%	36.1%
鹿児島	5	6	3			3	37	545,085	6.79	55.6%	75.0%	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	53.5%
沖縄		2	2	1	1		27	468,627	5.76	0.0%	50.0%	22.2%	25.0%	16.7%	0.0%	31.8%
合計	211	182	166	162	154	159	3,250	56,293,670	5.77	45.3%	46.0%	41.9%	41.9%	39.8%	38.7%	41.4%

※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(2000～17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2000～17年度合計)							10万人当たり「合計」		認定率②(「平均」は2009～17年度平均)							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	合計	※1	※2	2012	2013	2014	2015	2016	2017	平均	
北海道	3	4	9	2	5	8	79	1,979,464	3.99	27.3%	33.3%	64.3%	69.2%	71.4%	45.5%	46.1%	
青森	3			2	1		13	426,935	3.04	60.0%			0.0%	100.0%	100.0%	62.5%	
岩手			4	2	3	1	13	447,242	2.91			66.7%	200.0%	100.0%	300.0%	84.6%	
宮城	3	4	1	1	5	5	50	862,625	5.80	37.5%	40.0%	50.0%	20.0%	62.5%	62.5%	46.0%	
秋田		1		1			10	344,911	2.90	0.0%	100.0%		0.0%	0.0%		50.0%	
山形	1	1		1	1	2	15	382,422	3.92	25.0%	50.0%		0.0%	100.0%	50.0%	50.0%	
福島	1		1	1	2	1	31	781,994	3.96	33.3%	0.0%	14.3%	20.0%	40.0%	40.0%	35.9%	
茨城	5	2	1	4	4	2	41	1,000,398	4.10	62.5%	40.0%	50.0%	14.3%	80.0%	80.0%	53.3%	
栃木	2	1	1	3		3	22	748,346	2.94	66.7%	20.0%	50.0%	25.0%	0.0%	0.0%	52.2%	
群馬		1	1	3	5	3	45	778,890	5.78	0.0%	33.3%	100.0%	33.3%	55.6%	100.0%	54.1%	
埼玉	3	7	8	3	3	4	84	2,085,220	4.03	33.3%	43.8%	50.0%	66.7%	25.0%	37.5%	40.5%	
千葉	1	4	6	1	3	4	60	1,754,527	3.42	25.0%	80.0%	42.9%	100.0%	23.1%	33.3%	34.6%	
東京	28	18	14	16	12	13	294	13,853,850	2.12	63.6%	48.6%	41.2%	31.8%	32.4%	34.3%	43.8%	
神奈川	8	4	4	6	7	6	126	2,852,452	4.42	42.1%	23.5%	21.1%	14.8%	29.2%	33.3%	34.7%	
新潟		2	2	2	4		25	918,270	2.72	0.0%	50.0%	40.0%	100.0%	57.1%	200.0%	48.5%	
富山	3	1	1	1	1	1	19	453,714	4.19	75.0%	100.0%	50.0%	100.0%	100.0%	100.0%	75.0%	
石川	1	3	2	1	2		16	461,886	3.46	50.0%	100.0%	66.7%	200.0%	100.0%	200.0%	68.8%	
福井			2		1		8	325,375	2.46	0.0%		100.0%		100.0%	50.0%	63.6%	
山梨	2					1	18	277,482	6.49	40.0%		0.0%			0.0%	53.3%	
長野	2			3	1	2	16	804,472	1.99	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	33.3%	32.1%	
岐阜	2			1	3		17	766,436	2.22	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	75.0%	300.0%	29.2%	
静岡	3		2		2	2	30	1,460,211	2.05	75.0%	0.0%	40.0%	50.0%	100.0%	100.0%	42.9%	
愛知	5	5	9	4	6	5	97	3,563,976	2.72	50.0%	50.0%	69.2%	81.8%	42.9%	37.5%	46.1%	
三重	2	3		1		1	19	660,855	2.88	66.7%	42.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	25.7%	
滋賀		4	3		2		30	484,088	6.20	0.0%	50.0%	100.0%		100.0%	40.0%	48.4%	
京都	2	4	6	2	4	4	63	1,026,201	6.14	28.6%	80.0%	75.0%	50.0%	28.6%	33.3%	38.4%	
大阪	16	15	9	6	8	4	171	4,695,201	3.64	37.2%	35.7%	42.9%	37.5%	32.0%	40.0%	32.3%	
兵庫	3	8	2	2	5	3	88	1,882,643	4.67	27.3%	53.3%	25.0%	33.3%	45.5%	33.3%	40.2%	
奈良	1	2		1			15	318,085	4.72	33.3%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	26.9%	
和歌山	1	1			1	1	19	309,830	6.13	33.3%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	50.0%	35.0%	
鳥取	1	1	1	1			12	189,941	6.32	50.0%	100.0%	50.0%	100.0%			50.0%	
島根	1	2			2		7	245,726	2.85	100.0%	100.0%			100.0%		75.0%	
岡山	1	5	2	1			27	771,579	3.50	33.3%	71.4%	66.7%	100.0%	0.0%		45.2%	
広島	4	2	8	6	1	2	60	1,251,223	4.80	100.0%	25.0%	66.7%	88.9%	33.3%	33.3%	51.7%	
山口	3	3	2		1	1	27	537,865	5.02	100.0%	75.0%	100.0%	66.7%	100.0%	25.0%	58.3%	
徳島	1	1		1			13	245,020	5.31	50.0%	33.3%		0.0%	0.0%		28.6%	
香川	1	3	1	2		2	21	386,918	5.43	50.0%	100.0%	100.0%	50.0%		0.0%	66.7%	
愛媛		1	1	1		2	26	509,240	5.11	0.0%	20.0%	25.0%	33.3%	0.0%	0.0%	33.3%	
高知			1		1		8	247,397	3.23	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	42.9%	
福岡	7	3	3	3	3	5	72	2,105,369	3.42	87.5%	25.0%	30.0%	60.0%	60.0%	33.3%	45.9%	
佐賀				1	1	1	15	288,766	5.19		0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	50.0%	63.6%	
長崎	2	2			2	1	15	434,731	3.45	66.7%	66.7%	0.0%	0.0%	50.0%	40.0%	29.6%	
熊本	2	1	1	1	3	2	30	595,720	5.04	33.3%	50.0%	25.0%	50.0%	75.0%	50.0%	51.4%	
大分	1	2				1	13	408,979	3.18	50.0%	28.6%	0.0%	0.0%		0.0%	29.6%	
宮崎	1	1	1	1		1	17	353,483	4.81	25.0%	33.3%	33.3%	20.0%		0.0%	33.3%	
鹿児島	1	1	1	1	1		21	545,085	3.85	100.0%	50.0%	50.0%	33.3%	50.0%	100.0%	42.1%	
沖縄		1	1				10	468,627	2.13	0.0%	25.0%	33.3%	50.0%	0.0%	0.0%	26.1%	
合計	127	124	111	89	106	94	1,928	56,293,670	3.42	46.2%	43.2%	44.4%	42.2%	42.1%	41.9%	41.8%	

※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(2000～17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2000～17年度合計)							10万人当たり「合計」		認定率②(「平均」は2009～17年度平均)						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	合計	※1	※2	2012	2013	2014	2015	2016	2017	平均
北海道	27	18	31	19	37	35	278	1,979,464	14.04	55.1%	39.1%	48.4%	46.3%	55.2%	45.5%	46.4%
青森	3	2	7	7		3	29	426,935	6.79	60.0%	40.0%	70.0%	100.0%	0.0%	37.5%	49.0%
岩手	5	6	10	6	3	2	49	447,242	10.96	41.7%	85.7%	58.8%	66.7%	75.0%	33.3%	52.8%
宮城	22	12	12	11	10	8	151	862,625	17.50	68.8%	41.4%	31.6%	36.7%	28.6%	23.5%	43.3%
秋田	1	3	2	3	3	2	38	344,911	11.02	25.0%	60.0%	33.3%	37.5%	37.5%	33.3%	38.5%
山形	6	2	5	7	4	4	49	382,422	12.81	66.7%	66.7%	41.7%	53.8%	57.1%	50.0%	48.0%
福島	11	10	5	10	9	6	80	781,994	10.23	52.4%	58.8%	41.7%	66.7%	52.9%	27.3%	45.7%
茨城	11	6	7	9	12	8	106	1,000,398	10.60	61.1%	27.3%	33.3%	45.0%	54.5%	26.7%	42.3%
栃木	4	2	4	1	1	2	36	748,346	4.81	66.7%	40.0%	44.4%	25.0%	11.1%	28.6%	41.8%
群馬	3	2	5	6	5	6	56	778,890	7.19	30.0%	22.2%	31.3%	33.3%	29.4%	37.5%	32.4%
埼玉	6	8	22	11	16	18	132	2,085,220	6.33	13.3%	23.5%	44.9%	30.6%	41.0%	29.5%	27.9%
千葉	9	13	19	17	12	15	159	1,754,527	9.06	22.0%	27.7%	51.4%	35.4%	40.0%	34.1%	33.6%
東京	90	80	91	93	89	108	865	13,853,850	6.24	39.6%	37.7%	38.9%	40.6%	38.0%	34.4%	34.6%
神奈川	46	30	33	38	42	30	411	2,852,452	14.41	47.4%	31.6%	28.2%	36.2%	34.1%	25.6%	31.5%
新潟	4	9	10	5	2	4	71	918,270	7.73	44.4%	42.9%	52.6%	50.0%	18.2%	44.4%	44.3%
富山	2	6		6	5	4	27	453,714	5.95	40.0%	85.7%	0.0%	66.7%	71.4%	44.4%	51.0%
石川	2	2	5	5	2	4	32	461,886	6.93	33.3%	33.3%	50.0%	35.7%	28.6%	40.0%	37.7%
福井	7	1	5	5	2	6	53	325,375	16.29	70.0%	25.0%	41.7%	45.5%	33.3%	54.5%	46.1%
山梨	4	7	4	4	4	1	35	277,482	12.61	30.8%	58.3%	57.1%	33.3%	50.0%	12.5%	36.3%
長野	4	9	5	3	9	9	68	804,472	8.45	30.8%	60.0%	33.3%	27.3%	39.1%	47.4%	38.6%
岐阜	6	5	7	2	3	4	49	766,436	6.39	60.0%	41.7%	36.8%	14.3%	30.0%	40.0%	34.3%
静岡	7	6	14	9	11	15	103	1,460,211	7.05	41.2%	35.3%	43.8%	45.0%	50.0%	44.1%	43.8%
愛知	19	10	17	10	27	18	171	3,563,976	4.80	22.9%	19.6%	33.3%	19.2%	33.3%	22.0%	21.4%
三重		2	6	6	9	1	41	660,855	6.20	0.0%	15.4%	50.0%	28.6%	39.1%	6.3%	20.7%
滋賀	8	3	5	9	7	10	86	484,088	17.77	53.3%	42.9%	71.4%	56.3%	38.9%	50.0%	46.9%
京都	18	8	15	15	12	9	157	1,026,201	15.30	36.7%	24.2%	35.7%	24.2%	27.9%	15.5%	27.7%
大阪	36	44	40	39	36	34	420	4,695,201	8.95	26.1%	30.1%	28.6%	28.1%	26.5%	23.4%	24.3%
兵庫	24	35	31	24	25	22	288	1,882,643	15.30	45.3%	54.7%	45.6%	39.3%	48.1%	30.6%	41.8%
奈良	1	6	1	3	4	3	46	318,085	14.46	20.0%	37.5%	11.1%	23.1%	36.4%	27.3%	32.6%
和歌山			4	2		6	24	309,830	7.75		0.0%	66.7%	100.0%	0.0%	66.7%	34.7%
鳥取	2	3		4	1	2	18	189,941	9.48	50.0%	75.0%	0.0%	57.1%	12.5%	40.0%	40.5%
島根	1		1	1		1	9	245,726	3.66	50.0%	0.0%	20.0%	33.3%		20.0%	35.0%
岡山	4	3	6	3	6	8	58	771,579	7.52	40.0%	18.8%	46.2%	20.0%	27.3%	61.5%	33.8%
広島	16	16	12	13	15	16	131	1,251,223	10.47	44.4%	41.0%	36.4%	36.1%	45.5%	42.1%	34.7%
山口	4	5	5	2	1	1	39	537,865	7.25	57.1%	38.5%	45.5%	25.0%	9.1%	16.7%	40.3%
徳島	1	2	1	2	1	5	20	245,020	8.16	50.0%	50.0%	14.3%	25.0%	10.0%	55.6%	26.8%
香川	3		4	2			24	386,918	6.20	37.5%	0.0%	66.7%	28.6%	0.0%	0.0%	27.7%
愛媛	7	4	2	1	4	1	38	509,240	7.46	41.2%	28.6%	14.3%	7.7%	30.8%	8.3%	24.3%
高知	6	7	3	2	2	10	41	247,397	16.57	60.0%	50.0%	50.0%	28.6%	40.0%	71.4%	49.3%
福岡	16	29	13	21	31	26	212	2,105,369	10.07	47.1%	42.0%	43.3%	33.9%	40.3%	34.2%	38.2%
佐賀	2	4	1	9	5	1	41	288,766	14.20	50.0%	50.0%	20.0%	60.0%	71.4%	7.1%	43.4%
長崎	12	2	7	7	11	11	64	434,731	14.72	66.7%	20.0%	43.8%	31.8%	55.0%	64.7%	45.4%
熊本	3	2	4	3	6	5	74	595,720	12.42	18.8%	25.0%	30.8%	30.0%	35.3%	35.7%	32.2%
大分	3	2	5	4	7	6	49	408,979	11.98	30.0%	50.0%	41.7%	57.1%	63.6%	54.5%	42.5%
宮崎	3	3	2	6	2	5	51	353,483	14.43	21.4%	37.5%	18.2%	35.3%	16.7%	45.5%	32.1%
鹿児島	1	4	5	4		5	36	545,085	6.60	33.3%	44.4%	31.3%	44.4%	0.0%	55.6%	31.6%
沖縄	5	3	4	3	5	6	49	468,627	10.46	83.3%	75.0%	30.8%	30.0%	29.4%	46.2%	38.8%
合計	475	436	497	472	498	506	5,064	56,293,670	9.00	39.0%	36.5%	38.0%	36.1%	36.8%	32.8%	34.4%

※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(2000～17年度)

勤務間インターバル等で数値目標 労働行政機関等における対策も 過労死等防止対策大綱を変更

2018年7月24日、厚生労働省は、以下のとおり発表した。

「厚生労働省では、昨年10月から今年5月にかけて4回にわたり「過労死等防止対策推進協議会」を開催し、「過労死等の防止のための対策に関する大綱」の見直し案をまとめました。その「過労死等の防止のための対策に関する大綱」の変更が、本日、閣議決定されたので、お知らせします。

「過労死等の防止のための対策に関する大綱」は、「過労死等防止対策推進法」（平成26年法律第100号）に基づき、平成27年7月に初めて策定しましたが、約3年を目途に、大綱に基づく対策の推進状況等を踏まえて見直すことになっていました。

厚生労働省は、この新たな大綱に基づき、関係省庁等と連携しながら、過労死ゼロを目指し、国民が健康に働き続けることのできる充実した社会の実現に向けて、さまざまな対策に引き続き取り組んでいきます。

＜新大綱5つのポイント＞

1 新たに「第3 過労死等防止対策の数値目標」を立てて、変更前の大綱に定められた「週労働時間60時間以上の雇用者の割合を5%以下」など3分野の数値目標を改めて掲げるとともに、勤務間インターバル制度の周知や導入に関する数値目標※など新たな3つの分野の数値目標を掲げたこと。

※数値目標

- ・2020年までに、勤務間インターバル制度を知らなかった企業割合を20%未満とする。
 - ・2020年までに、勤務間インターバル制度を導入している企業割合を10%以上とする。
- 2 「第4 国が取り組む重点対策」において、「労働行政機関等（都道府県労働局、労働基準監督署又は地方公共団体）における対策」を新たに項立てし、関係法令等に基づき重点的に取り組む対策として、下記3点などを明記したこと。
- (1) 長時間労働の削減に向けた取組の徹底、
 - (2) 過重労働による健康障害の防止対策、
 - (3) メンタルヘルス対策・ハラスメント対策
- 3 調査研究における重点業種等（過労死等が多く発生している又は長時間労働者が多いとの指摘がある職種・業種）として、自動車運転従事者、教職員、IT産業、外食産業、医療を引き続き対象とするとともに、近年の状況を踏まえ、建設業、メディア業界を追加したこと。また、上記重点業種等に加え、宿泊業等についての取組も記載したこと。
- 4 勤務間インターバル制度を推進するための取組や、若年労働者、高齢労働者、障害者である労働者等への取組について新たに記載したこと。
- 5 職場のパワーハラスメント、セクシュアルハラ

数値目標について（現行の3項目は維持・充実し、3項目を追加）

現行	変更
1 週労働時間60時間以上の雇用者の割合5%以下（2020年まで） 【状況】2014年：8.5% ⇒ 2017年：7.7%	1 週労働時間60時間以上の雇用者の割合を5%以下（2020年まで） なお、特に長時間労働が懸念される週労働時間40時間以上の雇用者の労働時間の実情を踏まえつつ、この目標の達成に向けた取組を推進する。 *2017年：週40時間の雇用者のうち週60時間以上労働した者の割合は12.1%
（新規）	2 勤務間インターバル制度（2020年まで） 労働者30人以上の企業のうち、 【目標1】「制度を知らない」と回答する企業比率を20%未満とする。（2017年：制度を導入していない企業（全体の92.9%）のうち40.2% ⇒ 全体の37.3%） 【目標2】制度の導入企業割合を10%以上とする。（2017年：1.4%）
2 年次有給休暇取得率70%以上（2020年まで） 【状況】2014年：47.6% ⇒ 2016年：49.4%	3 年次有給休暇取得率を70%以上とする（2020年まで）。 特に、年次有給休暇の取得日数が0日の者の解消に向けた取組を推進する。 *正社員の年休取得日数0日：16.1%（2011年）
3 メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場の割合を80%以上（2017年まで） 【状況】2013年 60.7% ⇒ 2016年：56.6%	4 メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場の割合を80%以上とする（2022年まで）。
（新規）	5 仕事上の不安、悩み又はストレスについて、職場に事業場外資源を含めた相談先がある労働者の割合を90%以上とする（2022年まで）。 *2016年：71.2%
（新規）	6 ストレスチェック結果を集団分析し、その結果を活用した事業場の割合を60%以上とする（2022年まで）。 *2016年：37.1%

メント、妊娠出産等に関するハラスメントを包括的に「職場におけるハラスメント」として位置付け、その予防解決のための取組を記載したこと。」

※https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000101654_00003.html
「過労死等防止対策推進協議会」の開催状況及び資料は以下で入手できる。

※https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000061675_224293.html
1月26日の第10回協議会では、当事者代表委員らが連名で大綱改訂に当たっての意見を提出していた（2018年4月号参照）。また、5月31日の第12回協議会には、「過労死等労災認定基準の改定意見書」も提出されている。

以下に大綱の目次及びごく一部を紹介する。

第1 はじめに

- 1 これまでの取組
- 2 現状と課題
 - (1) 労働時間等の状況
 - (2) 年次有給休暇の状況

- (3) 職場におけるメンタルヘルス対策の状況
- (4) 職場におけるハラスメントの発生状況
- (5) 就業者の脳血管疾患、心疾患等の発生状況
- (6) 自殺の状況
- (7) 脳心臓疾患及び精神障害に係る労災補償等の状況
- (8) 課題

第2 過労死等の防止のための対策の基本的考え方

- 1 調査研究等の基本的考え方
- 2 啓発の基本的考え方
 - (1) 国民に対する啓発
 - (2) 教育活動を通じた啓発
 - (3) 職場の関係者に対する啓発
- 3 相談体制の整備等の基本的考え方
- 4 民間団体の活動に対する支援の基本的考え方

第3 過労死等防止対策の数値目標

第1の2の「現状と課題」及び第2の「過労死等の防止のための対策の基本的考え方」を踏まえ、将来的に過労死をゼロとすることを目指し、労働時間、勤務間インターバル制度、年次有給休

過労死等防止対策大綱を変更

暇及びメンタルヘルス対策について、数値目標を設定する。なお、数値目標については、早期に達成することを目指す。

- 1 労働時間については、週労働時間60時間以上の雇用者の割合を5%以下とする(2020年まで)。

なお、特に長時間労働が懸念される週労働時間40時間以上の雇用者の労働時間の実情を踏まえつつ、この目標の達成に向けた取組を推進する。

- 2 勤務間インターバル制度について、労働者数30人以上の企業のうち、
 - (1) 勤務間インターバル制度を知らなかった企業割合を20%未満とする(2020年まで)。
 - (2) 勤務間インターバル制度(終業時刻から次の始業時刻までの間に一定時間以上の休息時間を設けることについて就業規則又は労使協定等で定めているものに限る。)を導入している企業割合を10%以上とする(2020年まで)。
- 3 年次有給休暇の取得率を70%以上とする(2020年まで)。

特に、年次有給休暇の取得日数が0日の者の解消に向けた取組を推進する。

- 4 メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場の割合を80%以上とする(2022年まで)。
- 5 仕事上の不安、悩み又はストレスについて、職場に事業場外資源を含めた相談先がある労働者の割合を90%以上とする(2022年まで)。
- 6 ストレスチェック結果を集団分析し、その結果を活用した事業場の割合を60%以上とする(2022年まで)。

第4 国が取り組む重点対策

- 1 労働行政機関等における対策

過労死等の防止を図るため、労働行政機関等において、長時間労働の削減、過重労働による健康障害防止、年次有給休暇の取得促進、メンタルヘルス不調の予防及びハラスメントの防止について、関係法令等に基づき強力に推進することとし、とりわけ、以下の対策に重点的に取り組む。

- (1) 長時間労働の削減に向けた取組の徹底

過重労働の疑いがある企業等に対しては、労働基準監督署の体制を整備しつつ監督指導等を徹底する。また、過労死等を発生させた事業場に対しては、当該疾病の原因の究明、再発防止対策の徹底を指導する。特に、平成29年1月に策定した「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」(以下「ガイドライン」という。)の周知、違法な長時間労働等が複数の事業場で認められた企業に対する指導公表制度、労働基準法第36条第1項の規定に基づく協定(以下「36協定」という。)の未締結事業場に対する監督指導について、取組の徹底を図る。中でも、労働時間の把握については、原則として、使用者が自ら現認すること、又はタイムカード、ICカード等の客観的な記録を基礎として労働者の始業終業時刻を確認することにより、適正に記録することとされているガイドラインを踏まえ、指導を行う。

また、36協定については、労働基準監督署に届出があった際の助言、指導を強化すること等により、事業主に対し、労働者に36協定の内容を周知させることを徹底するとともに、月45時間を超える時間外労働や休日労働が可能である場合であっても、36協定における特別延長時間や実際の時間外・休日労働時間の縮減について指導を行う。

さらに、地方公務員の勤務条件について、ガイドラインの周知はもとより、労働基準監督署がその職権を行使する職員を除き、人事委員会又はその委任を受けた人事委員会の委員(人事委員会を置かない地方公共団体においては、地方公共団体の長)(以下「人事委員会等」という。)がその職権を有する、労働基準法別表第1第11号及び第12号並びに同別表に含まれない官公署の事業に従事する職員に過重労働の疑いがある場合は人事委員会等が監督指導の徹底に努めるものとする。

- (2) 過重労働による健康障害の防止対策

時間外・休日労働時間の削減、労働者の健康管理に係る措置の徹底等、「過重労働による健康障害を防止するため事業者が講ずべき措置」

(以下「健康障害防止措置」という。)について、行政体制を整備しつつ、事業者への周知や指導の徹底を図る。また、裁量労働制対象労働者や管理監督者についても、事業者健康確保の責務があることから、事業者に対し、労働安全衛生法令に基づき、医師による面接指導等必要な措置を講じなければならないこと等について指導を行う。

さらに、過重な長時間労働やメンタルヘルス不調等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ようにするため、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する。その際、産業医等の産業保健スタッフ等の役割分担を明確にしつつ、衛生管理者等との連携を図りながら産業保健のチームとしての対応を進めつつ、企業における労働者の健康管理を強化するための必要な取組を推進する。

(3) メンタルヘルス対策・ハラスメント防止対策

企業の傘下事業場において、おおむね3年程度の期間に精神障害に関する労災支給決定(認定)が2件以上行われた場合は、当該企業の本社事業場に対し、メンタルヘルス対策に係る指導を実施する。

過労死等に結びつきかねない職場におけるハラスメント対策として、パワーハラスメントの予防解決に向けた取組を進めるとともに、全ての事業所においてセクシュアルハラスメントや妊娠出産等に関するハラスメントがあってはならないという方針の明確化及びその周知、相談窓口の設置等の措置が講じられるよう、また、これらのハラスメント事案が生じた事業所に対しては、適切な事後の対応及び再発防止のための取組が行われるよう指導を実施する。

2 調査研究等

- (1) 過労死等事案の分析
- (2) 疫学研究等
- (3) 過労死等の労働社会分野の調査分析
- (4) 結果の発信

3 啓発

- (1) 国民に向けた周知啓発の実施
- (2) 大学高等学校等における労働条件に関する

啓発の実施

- (3) 長時間労働の削減のための周知啓発の実施
- (4) 過重労働による健康障害の防止に関する周知啓発の実施
- (5) 勤務間インターバル制度の推進
- (6) 働き方の見直しに向けた企業への働きかけの実施及び年次有給休暇の取得促進
- (7) メンタルヘルス対策に関する周知啓発の実施
- (8) 職場のハラスメントの予防解決のための周知啓発の実施
- (9) 商慣行勤務環境等を踏まえた取組の推進
- (10) 若年労働者、高齢労働者、障害者である労働者等への取組の推進
- (11) 公務員に対する周知啓発等の実施

4 相談体制の整備等

- (1) 労働条件や健康管理等に関する相談窓口の設置
- (2) 産業医等相談に応じる者に対する研修の実施
- (3) 労働衛生人事労務関係者等に対する研修の実施
- (4) 公務員に対する相談体制の整備等

5 民間団体の活動に対する支援

- (1) 過労死等防止対策推進シンポジウムの開催
- (2) シンポジウム以外の活動に対する支援
- (3) 民間団体の活動の周知

第5 国以外の主体が取り組む重点対策

- 1 地方公共団体
 - (1) 啓発
 - (2) 相談体制の整備等
 - (3) 民間団体の活動に対する支援
- 2 事業主等
 - (1) 経営幹部等の取組
 - (2) 産業保健スタッフ等の活用
- 3 労働組合等
- 4 民間団体
- 5 国民

第6 推進上の留意事項

- 1 推進状況のフォローアップ
- 2 対策の見直し
- 3 大綱の見直し



「安全帯」はなくなり「墜落制止用器具」 墜落災害防止個人用保護具で大改正 厚生労働省が安全使用ガイドライン公表

●安全帯もいろいろある

小規模な造園業を営む社長が、若い従業員A君に「新しい安全帯を適当に注文しておいてくれ」と指示。A君はカタログをみて、注文しようとして困った。一口に安全帯といっても、いろいろ種類がある。両足太腿から肩や腰までベルトが行き渡るフルハーネス型のものがまず大々的に何ページも載っていて、そのあとに一本つり用、U字つり用とくる。

A君は安全帯といえば、かなり大きく育った支障木の剪定を思い浮かべる。車載クレーンつけたゴンドラに乗って、安全帯のフックをゴンドラにつなぎ、身を乗り出して小型チェーンソーで枝を落とす…というような作業だ。当然、一本つり用の中からということになり、適当なものを注文した。数日たって、安全帯は納入されたが、社長はモノを見るなりA君に「ああそうか、ちゃんと言っとけばよかったな」と。社長は、一本つりではなく、U字つりの安全帯を用意しておきたかったのだ。はしごを使って木に登り、安全帯のロープを登った木に回してフックにかけ、そこに身体をゆだねて作業をするという型のものだ。

安全帯といってもいろいろだ。フルハーネス型と胴ベルトだけの型の違い、墜落防止だけを目的にした一本つり型と作業時に身をゆだねて作業ポジションを保持することも目的にするU字つり型。使い方を間違えると、墜落災害という生命に直接関わる災害

につながるだけに、十分な注意が必要だ。

ところが、法令上は「安全帯（墜落による危険を防止するためのものに限る。）」（労働安全衛生法施行令第13条第3項第28号）というひとことで全部を含めるものとなっている。

●安全帯使用でも死亡災害

この5月末に発表された昨年の死亡災害978人のうち、「墜落、転落」は258人（26%）となっている。事故の型別で最も多い。墜落死亡災害における安全帯の使用状況について調べたデータをみると、2015年で248人のうち236人と、その多くが安全帯不使用が原因のひとつとなっていた。しかし、使用していても死亡災害となった事例も毎年ある。厚生労働省が設置した「墜落防止用の保護具に関する規制のあり方に関する検討会」によると、次のような安全帯使用時の墜落災害の状況が報告されている。

- ・10年間（平成18年～27年）で、墜落時に宙づりになった際、胴ベルトがずり上がって圧迫され、死亡した事例が6件。
- ・安全帯使用時の墜落災害は5年間（平成22年～26年）で170件あり、そのうち、①宙づり・落下中に梁等に衝突した事例が10%、②ランヤード切れ・安全帯が脱げた事例が9%、③安全帯を使用していたにも関わらず、地上等に衝突した事例

が9%。

- ・U字つり胴ベルト型安全帯を使用していた際の墜落災害は1年間(平成27年)で15件。U字つりランヤードが緩み墜落した事例が33%、フックが外れるなどで墜落した事例が66%。

こうした状況を見ると、いわゆる「安全帯」の適正使用は大きな課題といえる。すでに国際的な動きとして、ISO規格、欧州(EN)規格、米国安全衛生庁(OSHA)規則等においては墜落防止用の保護具を単に安全帯とするのではなく、目的別に次の3つに分類することになっている。

- ① フォールアレスト用保護具：墜落時に労働者を地面に衝突させることなく制止し、保持できる性能を有する保護具
- ② ワークポジショニング用器具：ロープ等の張力により、労働者の身体を作業箇所に保持するための器具
- ③ レストレイント用保護具：労働者が墜落する危険のある箇所に到達することを制止する保護具

●種類に応じた適正使用を明確化

U字つりは墜落防止用器具ではない

検討会での結論としては、墜落防止用の保護具の基準と使用方法について、大幅な改正を行う方向を示すこととなった。このことから厚生労働省は労働安全衛生規則を改正することとしている。

改正のポイントは次の3つだ。

1. 安全帯を「墜落制止用器具」とする。
「墜落制止用器具」として認められるのは胴ベルト型(一本つり)とハーネス型(一本つり)で、胴ベルト(U字つり)は認めない。
2. 墜落制止用器具は「フルハーネス型」を使用することが原則とする。
フルハーネス型が義務付けられるが、墜落時に地面に到達するおそれがある場合(高さが6.75m以下)は「胴ベルト型(一本つり)」を使用できる。
3. 「安全衛生特別教育」が必要。
フルハーネス型を使用して行う作業を行う労働者について、特別教育(学科4.5時間、実技1.5時間)の受講が義務付けられる。

さらに、使用する墜落制止用器具の選び方については、次の要件が示されている。

要件1 6.75mを超える箇所では、フルハーネス型を選定-2m以上の作業床がない箇所又は作業床の端、開口部等で囲い・手すり等の設置が困難な箇所の作業での墜落制止用器具は、フルハーネス型を使用することが原則となる。ただし、フルハーネス型の着用者が地面に到達するおそれのある場合(高さが6.75m以下)は、胴ベルト型(一本つり)を使用することができる。柱上作業等で使用されるU字つり胴ベルトは、墜落制止用器具としては使用できず、使用する場合はフルハーネス型と併用することが必要となる。

要件2 使用可能な最大重量に耐える器具を選定-墜落制止用器具は、着用者の体重及びその装備品の重量の合計に耐えるものでなければならない。

要件3 ショックアブソーバは、フック位置によって適切な種別を選択-フックをかける位置により高さに応じたショックアブソーバを選択する。(腰より高い位置にかける場合は第一種、足元にかける場合は第二種)

少々ややこしそうだが、ポイントが3つ、選び方の要件が3つということになり、その理由を理解しておけば、墜落災害防止の確実性は大きく向上することとなろう。

改正施行は来年2月1日となるが、来年1月には先行して「安全帯の規格」が改正されることになる。

ただ法令の記述上、難しいのが用語の設定だ。便宜上、本稿では「墜落制止用器具」としているが、労働安全衛生規則の各義務規定を定めた条文での正式な用語は、「墜落による危険のおそれに応じた性能を有する墜落制止用器具」となり、これを省略した表記が「要求性能墜落制止用器具」となる。なんとややこしいことだが、問題は運



用次第ということになるだろう。
関西労働者安全センター
西野方廣
※「墜落制止用器具の安全な使用に関するガイドライン」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000212834.html>)

安全帯が「墜落制止用器具」に変わります！

～ 安全・安心な作業のため、適切な器具への買い換えをお願いします ～

厚生労働省は、建設業等の高所作業において使用される「安全帯」について、以下のような改正を行うとともに、安全な使用のためのガイドラインを策定しました。

今回の改正等のポイント

1. 安全帯を「墜落制止用器具」に変更します (安衛令(注1)の改正)

「安全帯」の名称を「墜落制止用器具」に改めます。
「墜落制止用器具」として認められる器具は以下のとおりです。

	安全帯		墜落制止用器具
①	胴ベルト型 (一本つり)	○ →	胴ベルト型 (一本つり)
②	胴ベルト型 (U字つり)	× →	×
③	ハーネス型 (一本つり)	○ →	ハーネス型 (一本つり)

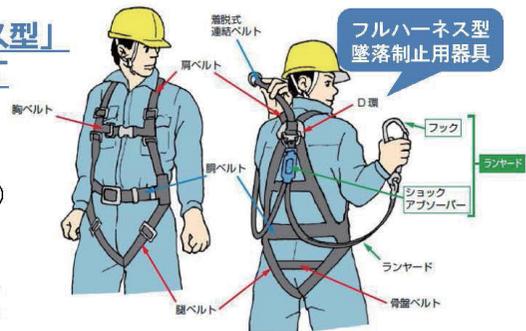
②には墜落を制止する機能がないことから、改正後は①と③のみが「墜落制止用器具」として認められることとなります。

※ 「墜落制止用器具」には、従来の安全帯に含まれていたワークポジショニング用器具であるU字つり用胴ベルトは含まれません。なお、法令用語としては「墜落制止用器具」となりますが、建設現場等において従来からの呼称である「安全帯」「胴ベルト」「ハーネス型安全帯」といった用語を使用することは差し支えありません。

2. 墜落制止用器具は「フルハーネス型」を使用することが原則となります

(安衛則(注2)等の改正、ガイドライン(注3)の策定)

墜落制止用器具はフルハーネス型が原則となりますが、フルハーネス型の着用者が墜落時に地面に到達するおそれのある場合(高さが6.75m以下)は「胴ベルト型(一本つり)」を使用できます。



3. 「安全衛生特別教育」が必要です

(安衛則・特別教育規程(注4)の改正)

以下の労働者は、特別教育(学科4.5時間、実技1.5時間)を受けなければなりません。

- ▶ 墜落の危険がある作業のうち「特に危険性の高い業務」を行う労働者。
「特に危険性の高い業務」とは、高さが2m以上の箇所において、作業床を設けることが困難な場合で、フルハーネス型を使用して行う作業(ロープ高所作業を除く)などの業務をいいます。

(注1)労働安全衛生法施行令 (注2)労働安全衛生規則 (注3)墜落制止用器具の安全な使用に関するガイドライン (注4)安全衛生特別教育規程

事業主の皆さまは、このリーフレット等を参考に、安全・安心な作業環境、ルールづくりを徹底してください。作業員の皆さまも、定められたルールに従い、適切な器具の使用をお願いいたします。

政令等の改正について P 2 ~

ガイドラインについて P 4 ~

政令等の改正について

【改正の背景】

建設業等の高所作業において使用される胴ベルト型安全帯は、墜落時に内臓の損傷や胸部等の圧迫による危険性が指摘されており、国内でも胴ベルト型の使用に関わる災害が確認されています。また、国際規格等では、着用者の身体を肩、腰部、腿などの複数箇所保持するフルハーネス型安全帯が採用されています。

このため、厚生労働省では、現行の安全帯の規制のあり方について検討を行う専門家検討会を開催し、その結果※を踏まえ、安全帯の名称を「墜落制止用器具」に改め、その名称・範囲と性能要件を見直すとともに、特別教育を新設し、墜落による労働災害防止のための措置を強化しました。また、墜落制止用器具の安全な使用のためのガイドラインも策定しています。

なお、墜落制止用器具の構造規格については、2019(平成31)年1月頃に告示する予定です。

※ 墜落制止用の個人用保護具に関する規制のあり方に関する検討会報告書（平成29年6月13日・厚生労働省取りまとめ）

「墜落制止用器具」への名称変更（安衛令第13条）

安衛令第13条第3項第28号を改正し、「安全帯(墜落による危険を防止するためのものに限る。)」を「墜落制止用器具」に改めます。また、本改正後「墜落制止用器具」として認められるのは、「胴ベルト型(一本つり)」と「ハーネス型(一本つり)」のみとなり、「胴ベルト型(U字つり)」の使用は認められません。

墜落による危険の防止（安衛則第130条の5等）

安衛則、ボイラー則、クレーン則、ゴンドラ則及び酸欠則を改正し、次の規定について「安全帯」を「墜落による危険のおそれに応じた性能を有する墜落制止用器具(要求性能墜落制止用器具)」に改めます。

- ① 「安全帯」を労働者に使用させることを事業者¹に義務付けることを内容としている規定及び当該規定と関係する規定
- ② 作業主任者等に「安全帯」の使用状況の監視や機能の点検等を義務付けることを内容とする規定

★ 墜落による危険のおそれに応じた性能を有する墜落制止用器具の選定要件について → 5 ページ参照
2019(平成31)年1月に改正される予定の「安全帯の規格」と、本紙掲載の「ガイドライン」において規定されます。

経過措置（猶予期間）

安全帯の規制に関する政省令・告示の改正は、下の表のようなスケジュールで公布・告示され、施行・適用される予定です。フルハーネス型を新たに購入される事業者は、購入の時期にご留意下さい。

現行の構造規格に基づく安全帯（胴ベルト型・フルハーネス型）を使用できるのは2022(平成34)年1月1日までとなります。

	2018(平成30)年				2019(平成31)年				2020(平成32)年				2021(平成33)年				2022(平成34)年以降
	1月	4月	7月	10月	1月	4月	7月	10月	1月	4月	7月	10月	1月	4月	7月	10月	
政令改正	★公布				★施行日(2月1日)												★完全施行日(1月2日～)
省令改正	★公布				★施行日(2月1日)												
改正法令に基づく墜落制止用器具の使用					使用可能 (2019(平成31)年2月1日～)												
現行法令に基づく安全帯の使用が認められる猶予期間					使用可能 (2022(平成34)年1月1日まで)												×
安全帯の規格改正 (予定)					★適用日①(2月1日)												
					★適用日②(8月1日)												
改正構造規格に基づく墜落制止用器具の製造・販売	製造可能				製造・販売可能 (2019(平成31)年2月1日～)												
現行構造規格に基づく安全帯の製造・販売が認められる猶予期間	製造・販売可能												販売可能				×
特別教育規程の改正	★告示				★適用日(2月1日)												

安全帯が「墜落制止用器具」に変わる

特別教育（安衛則第36条、特別教育規程第24条）

安衛法第59条第3項の特別教育の対象となる業務に、「高さが2メートル以上の箇所であって作業床を設けることが困難なところ(★)において、墜落制止用器具のうちフルハーネス型のものを用いて行う作業に係る業務(ロープ高所作業に係る業務を除く。)」が追加されます。

特別教育の対象となる業務を行う者は、**下表Ⅰ～Ⅴの科目(学科4.5時間、実技1.5時間)**を受講する必要がありますが、例外として、以下の場合は一部の科目を省略することができます。

【受講を省略できる条件】

フルハーネス型墜落制止用器具の使用等に関して十分な知識及び経験を有すると認められる者については、下記のとおり学科・実技の一部の科目を省略することが可能です。

- ① 適用日時点において(★)の場所でフルハーネス型を用いて行う作業に6月以上従事した経験を有する者は、**Ⅰ、Ⅱ、Ⅴを省略**できます。
- ② (★)の場所で胴ベルト型を用いて行う作業に6月以上従事した経験を有する者は、**Ⅰを省略**できます。
- ③ **ロープ高所作業特別教育受講者**又は**足場の組立て等特別教育受講者**は、**Ⅲを省略**できます。

なお、適用日(2019(平成31)年2月1日)より前に、改正省令による特別教育の科目の全部又は一部について受講した者については、当該受講した科目を適用日以降に再度受講する必要はありません。

特別教育の内容

学科科目	範囲	時間
Ⅰ 作業に関する知識	①作業に用いる設備の種類、構造及び取扱い方法 ②作業に用いる設備の点検及び整備の方法 ③作業の方法	1時間
Ⅱ 墜落制止用器具（フルハーネス型のものに限る。以下同じ。）に関する知識	①墜落制止用器具のフルハーネス及びランヤードの種類及び構造 ②墜落制止用器具のフルハーネスの装着の方法 ③墜落制止用器具のランヤードの取付け設備等への取付け方法及び選定方法 ④墜落制止用器具の点検及び整備の方法 ⑤墜落制止用器具の関連器具の使用方法	2時間
Ⅲ 労働災害の防止に関する知識	①墜落による労働災害の防止のための措置 ②落下物による危険防止のための措置 ③感電防止のための措置 ④保護帽の使用方法及び保守点検の方法 ⑤事故発生時の措置 ⑥その他作業に伴う災害及びその防止方法	1時間
Ⅳ 関係法令	安衛法、安衛令及び安衛則中の関係条項	0.5時間
実技科目	範囲	時間
Ⅴ 墜落制止用器具の使用方法等	①墜落制止用器具のフルハーネスの装着の方法 ②墜落制止用器具のランヤードの取付け設備等への取付け方法 ③墜落による労働災害防止のための措置 ④墜落制止用器具の点検及び整備の方法	1.5時間

ガイドラインのポイント

厚生労働省は、墜落制止用器具の適切な使用による一層の安全対策の推進を図るため、今回の、一連の安全帯に関する規制の見直し等を一体的に示した「墜落制止用器具の安全な使用に関するガイドライン」を策定しました。主なポイントは以下のとおりです。

※ ガイドラインの全文は7・8ページに掲載しています。〔※本誌では省略〕

適用範囲

- このガイドラインは、墜落制止用器具を使用して行う作業に適用する。

用語

●自由落下距離

作業者がフルハーネス又は胴ベルトを着用する場合における当該フルハーネス又は胴ベルトにランヤードを接続する部分の高さからフック等の取付設備等の高さを減じたものにランヤードの長さを加えたものをいう。

(右図のA)

●落下距離

作業者の墜落を制止するときを生ずるランヤード及びフルハーネス又は胴ベルトの伸び等に自由落下距離を加えたものをいう。

(右図のB)

●垂直親綱

鉛直方向に設置するロープ等による取付設備。

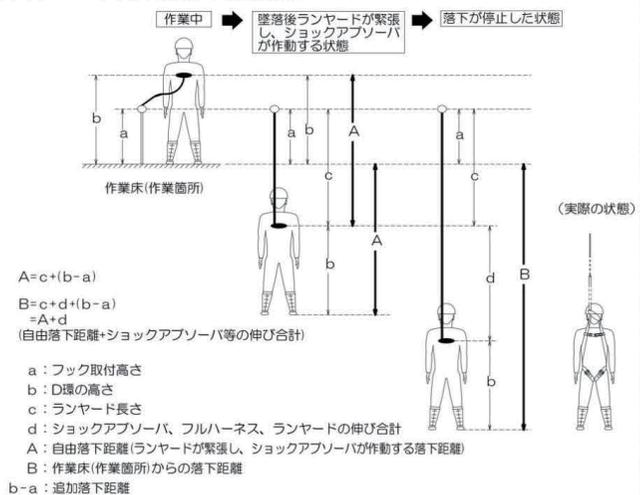
●水平親綱

水平方向に設置するロープ等による取付設備。

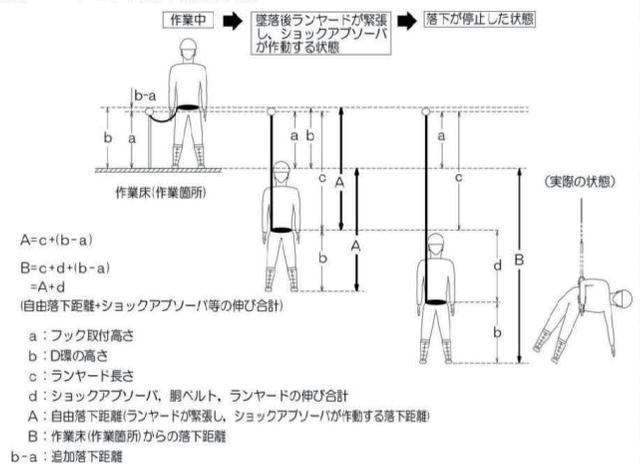
●ワークポジショニング作業

ロープ等の張力により、U字つり状態などで作業者の身体を保持して行う作業。

【フルハーネス型の落下距離等】



【胴ベルト型の落下距離等】



要求性能墜落制止用器具の選定

- 「墜落による危険のおそれに応じた性能を有する墜落制止用器具（要求性能墜落制止用器具）」の選定要件は以下のとおりです。これらの要件は、2019(平成31)年1月に改正される予定の「安全帯の規格」とガイドラインにおいて規定されます。

「墜落による危険のおそれに応じた性能を有する墜落制止用器具」の選定要件

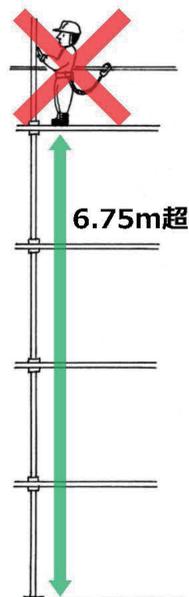
※ 次ページに掲載のガイドライン抜粋もご参照ください。

要件① 6.75mを超える箇所では、フルハーネス型を選定

2m以上の作業床がない箇所又は作業床の端、開口部等で囲い・手すり等の設置が困難な箇所の作業での墜落制止用器具は、フルハーネス型を使用することが原則となります。

ただし、フルハーネス型の着用者が地面に到達するおそれのある場合（**高さが6.75m以下**）は、胴ベルト型（一本つり）を使用することができます。

- ※ 一般的な建設作業の場合は**5m以上**、柱上作業等の場合は**2m以上**の箇所では、フルハーネス型の使用が推奨されます。
- ※ 柱上作業等で使用される**U字つり胴ベルトは、墜落制止用器具としては使用できません**。U字つり胴ベルトを使用する場合は、フルハーネス型と併用することが必要となります。



要件② 使用可能な最大重量に耐える器具を選定

墜落制止用器具は、着用者の体重及びその装備品の重量の合計に耐えるものでなければなりません。

（85kg用又は100kg用。特注品を除く。）

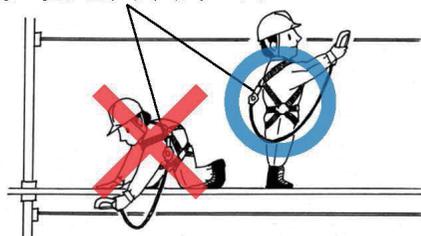


要件③ ショックアブソーバは、フック位置によって適切な種別を選択

ショックアブソーバを備えたランヤードについては、そのショックアブソーバの種別が取付設備の作業箇所からの高さ等に応じたものでなければなりません。（腰より高い位置にフックを掛ける場合は第一種、足元に掛ける場合は第二種を選定します。）

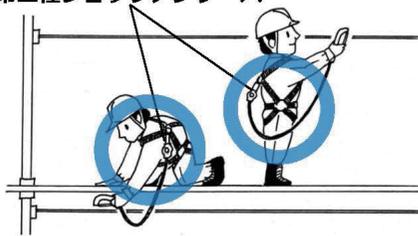
フック位置が腰より高い場合

第一種ショックアブソーバ



フック位置が腰より低い場合

第二種ショックアブソーバ



【墜落制止用器具の選定要件（ガイドライン抜粋）】

○ 墜落制止用器具の選定

- ・ 墜落制止用器具は、フルハーネス型を原則とすること。ただし、墜落時に着用者が地面に到達するおそれのある場合の対応として、胴ベルト型の使用が認められること。
- ・ 胴ベルト型を使用することが可能な高さの目安は、フルハーネス型を使用した場合の自由落下距離＋ショックアブソーバの伸び＋1m(＝6.75m)以下としなければならないこと。

○ 一般的な建設作業等(ワークポジショニング作業を伴わない場合)

- ・ 腰の高さ以上にフック等をつけて作業できる場合には第一種ショックアブソーバ^{※1}を、足下にフック等をつけて作業する場合は、フルハーネス型を選定するとともに第二種ショックアブソーバを選定すること。

〔※1 ショックアブソーバとは、墜落を制止するとき生ずる衝撃を緩和するための器具をいう。第一種ショックアブソーバは自由落下距離1.8mで墜落を制止したときの衝撃荷重が4.0kN以下であるものを、第二種ショックアブソーバは自由落下距離4.0mで墜落を制止したときの衝撃荷重が6.0kN以下であるものをいう。〕

- ・ ランヤードは、標準的な条件における落下距離を確認し、適切なものを選定すること。
- ・ 墜落制止用器具には、使用可能な最大質量(85kg又は100kg。特注品を除く。)が定められているので、器具を使用する者の体重と装備品の合計の質量が使用可能な最大質量を超えないように器具を選定すること。
- ・ 胴ベルト型が使用可能な高さの目安は、建設作業等におけるフルハーネス型の一般的な使用条件^{※2}を想定すると、**5m以下**とすべきであること。これよりも高い箇所で作業を行う場合は、フルハーネス型を使用すること。

〔※2 ランヤードフック等の取付高さ:0.85m、ランヤードとフルハーネスを結合する環の高さ:1.45m、ランヤード長さ:1.7m、ショックアブソーバ(第一種)の伸びの最大値:1.2m、フルハーネス等の伸び:1m程度。〕

○ 柱上作業等(ワークポジショニング作業を伴う場合)

- ・ ワークポジショニング用器具を使用して作業を行う際には、墜落制止用器具を併用する必要があること。
- ・ ワークポジショニング作業は、通常、フック等を頭上に取り付けることが可能であることから、**フルハーネス型を選定**すること。ただし、頭上にフック等を掛けられる構造物がないことによりフルハーネス型の着用者が地面に到達するおそれのある場合は、胴ベルト型の使用も認められること。

使用方法

- 取扱説明書を確認し、安全上必要な部品が揃っているか確認し、緩みなく確実に装着すること。
- 墜落制止用器具の取付設備は、ランヤードが外れたり、抜けたりするおそれのないもので、墜落制止時の衝撃力に耐えるものであること。
- 墜落後にフック等に曲げの力が掛かることによる脱落・破損を防ぐためフック等の主軸と墜落時に掛かる力の方向が一致するよう取り付けること。
- 垂直親綱に墜落制止用器具のフック等を取り付ける場合は、親綱に取り付けたグリップ等の取付設備にフック等をつけて使用すること。取付設備の位置は、ランヤードとフルハーネス等を結合する環の位置より下にならないようにして使用すること。
- 水平親綱は、ランヤードとフルハーネス等を結合する環より高い位置に張り、それに墜落制止用器具のフック等を掛けて使用すること。

点検・保守・保管、廃棄基準

- 墜落制止用器具の点検・保守及び保管は、責任者を定める等により確実にを行い、管理台帳等にそれらの結果や管理上必要な事項を記録しておくこと。
- 一度でも落下時の衝撃がかかったものは使用しないこと。また、点検の結果、異常があったもの、摩耗・傷等の劣化が激しいものは使用しないこと。

労働関連疾病を確認する方法： 監視・警報アプローチのレビュー

欧州労働安全衛生機関(EU-OSHA) 2017年8月22日

5 データ収集と統計のための 補償と関連しないシステム

長いリスト(付録B)では34の主としてデータ収集・統計のために設計された補償と関連しないシステムが確認された。3.2項に示した除外基準に基づいて、以下の項において記述する、25の代表的なシステムを選んだ。

この範疇は本文献レビューのなかで確認された最大の数のシステムを分類したもので、多数の欧州諸国(イギリス、アイルランド、イタリア、ノルウェー、フランス、オランダ、スペイン)といくつかの他の諸国(南アフリカ、オーストラリア、カナダ、シンガポール)を含んでいる。これらのシステムの共通の特徴は、職業性及び労働関連疾病における流行を測定するための、データの収集・分析の改善に狙いを定めて設計されていることである。したがって、これらのシステムは、ほとんどが国の労働または公衆衛生機関によって維持されている。これらのうちのいくつかはすべての労働関連または職業性疾病をカバーする幅広い対象をもっているものの(2A)、他は、そのような疾病の特定のサブセット(2B)、または労働関連傷害、事故及び疾病(2C)に狙いを定めている。3つのシステム(イタリアのMALPROF、イギリス・アイルランドの健康職業調査ネットワーク(THOR)-EXTRA、フランスの全国職業病監視・予防ネットワーク(RNV3P))は、新たな/現出しつつある労働関連健康問題を確認することに狙いを定めている。

一定の地理上の区域をカバーする少数の例外を除き(例えばイタリアのMALPROFはイタリアの20地域のうちの14をカバーし、ナバレの労働衛生監視プログラムはこの特定の地域を監視している)、一般にこれらのシステムは全国規模のスコープをもっている。すべてのシステムが双方のジェンダーをカバーし、それらのうちのおよそ半数がSMEsをカバーしている。公務員、軍・警察部門、及び自営業者はいくつかのシステムでは除外されている。

特定のグループのWRDsを監視するためのシステムの大部分は、労働関連呼吸器疾病に関する情報を収集するように設計されている。しかし、呼吸器疾病に特化したシステムの大部分はもはやデータを収集しておらず、イギリスの(THORの一部である)労働関連・職業性呼吸器疾病監視(SWORD)プログラムが現在機能している唯一のシステムとして残っている。また、労働関連皮膚疾病、職業がん、労働関連感染性疾病及びナノマテリアルへの職業曝露に関連した疾病を監視するためのシステムが確認された。さらに、イギリスのTHORは、労働関連耳鼻咽喉科障害(THOR-ENT)、筋骨格系障害(MOSS)、視聴覚障害(OSSA)及び精神疾病(SOSMI)のための追加的制度を維持していたが、それらはもはや機能していない。

補償に基づくシステムとは違って、補償と関連しないシステムのグループには、義務的と自主的両方の事例報告が存在している。このグループにおける報告は主として医師によってなされるが、全WRDs監視のためのシステムではほとんどが労働

医または一般臨床医によってなされ、特定のグループのWRDsに狙いを定めたシステムでは（労働関連皮膚疾病については皮膚科医、労働関連呼吸器疾病の場合には呼吸器科医またはアレルギー専門医等など）専門家によってなされる。職業性傷害・事故を監視する2つのシステム(2C)においてのみ、使用者と労働者も報告することができる。また、これら2つのシステムは、規定されたリスト上のWRDs、事故及び傷害の報告も認めている。全WRDsを監視する全てのシステム(2A)で報告は自発的なものであるが、(WRDsのグループに狙いを定めた)2Bグループにおける共通の慣行は特別の報告原則である(例えば医師による月例報告または毎年ランダムに選ばれた月について新たに診断された全事例の報告)。医師による報告に加えて、いくつかのシステムは、例えばフランスのRNV3PとイタリアのOCCAMプログラムがデータマイニングを行っているのに対して、フランスの工業用ナノマテリアル取扱労働者登録(EpiNano)はナノマテリアルに曝露する労働者を含めた前向きコホート調査を組織するなど、データ収集のために異なるアプローチを使っている。データは、報告する事例が通常労働者のジェンダー、年齢、職業上の地位と職業活動の部門、曝露と診断に関する情報を含んでいる場合に収集される。さらに、いくつかのシステムは、症状の発現、感受性や起因性の程度に関する情報など、労働関連疾病に関する追加的データを要求している。曝露に関するデータを集める場合、これらのシステムは一般に報告する医師に依存しており、彼らが事例を報告するときに、その他のデータを合わせて疑われる曝露も記述する。このルールの例外はEpiNanoで、標準化された質問項目を用いた現場曝露データ収集を含んでいる。

労働関連性の評価に関しては、2つの異なるアプローチを確認した。ひとつのグループのシステムは、さらなる調査なしに、報告した医師によってなされた判定に依存している(労働関連呼吸器疾病監視のための2Bグループのほとんどのシステム)。また、これらのシステムは、新たな/現出しつつあるWRDsの疑われる事例のフォローアップも提供していない。他のシステムにおいては、労働関連性の

最終決定は認められた機関(通常はシステムを維持している研究センター)の専門家によってなされる。これは大部分が事例のフォローアップを伴っている。フランスのRNV3Pとフランスの公衆衛生監視研究所(InVS)だけは、新たな/現出しつつある労働関連疾病に関する特別の専門家グループもっている。

国際的な論文、シンポジウム及びウェブサイトは、システムによって集められた情報・知識を普及する通常的手段である。フランスのRNV3Pは、RNV3Pネットワーク内の臨床医に対する内部警報、ネットワーク外部での同様の事例の検索や必要な対策を開始するための当局への拡散を含め、いくつかのレベルの普及措置を使っている。他の大部分の場合、予防との結びつきは弱く、2つのシステムだけが必要な予防対策のための労働監督を実施し(イギリスのTHORとノルウェーの労働関連疾病登録(RAS))、EpiNanoは問題の確認とナノマテリアルへの高度曝露の可能性の高い職場の安全の改善に狙いを定めている。大部分のシステムは、データベースのなかに新たな/現出しつつあるWRDsの疑われる事例を記録しており、それらのうちのいくつかは調査研究目的のために使用され、外部の研究者が利用可能である。

5.1 主要な特徴

表11[省略]は、システムの名称、国、システムを維持している機関など、補償に関連しないシステムの主要な特徴を示している。表には、SMEsに関する情報を含め、システムによってカバーされるWRDsのタイプと経済部門双方に関して、システムの対象範囲に関する情報も含んでいる。

5.1.1 いくつかの監視スキームをもつ複雑なシステム

THORは、マンチェスター大学労働環境衛生センターによって運営される、イギリス規模の監視ネットワークである。それは1980年代にイギリスで開始され、その後アイルランドに拡張された。多数の監視スキームからなり、最初の3つはアイルランドでも実施されている。

- ・ SWORD(労働関連・職業性呼吸器疾病監視)(1989年以降)
 - ・ EPI-DERM(労働関連・職業性皮膚疾病)(1993年以降)
 - ・ SIDAW(労働における感染性疾病監視)(1996年以降)
 - ・ THOR-GP(労働医学のトレーニングを含んだ一般臨床医のための報告スキーム)(2005年以降)
 - ・ THOR-EXTRA(興味深い事例またはWRDの新しい原因を報告するシステム)
 - ・ TOHR-EXTRAは、新たな/現出しつつあるWRDs発見のために特別に設計されたスキームである。THOR報告ガイドラインのなかで述べられているように、THOR-EXTRAを使う報告者にとっての主要な指標は以下のとおりである。
 - ・ (1) ランダムに選ばれた報告月から外れるが(他のTHORスキームでは専門家は毎年ランダムに選ばれた1月中に報告する)、特別な理由(例えば職業病の新しい原因の可能性)から報告するメリットがあると感じる、職業病または労働関連疾病の新たな事象事例をみつけた場合。
 - ・ (2) すでに新たな事象事例を報告しているが、追加的、補足的情報を提供したいと考える場合。
 - ・ 補完的情報
 - ・ このやり方で、THOR-EXTRAは、専門や臨床対象にかかわらず、THOR監視システムに参加しているすべての医師による新たな/現出しつつあるWRD発見のためのプラットフォームを提供している。
- 特定のサブセットの疾病に狙いを定めた4つのスキームは、THORのもとで数年間データを収集したものの、もはや機能していない。
- ・ THOR-ENT(耳鼻咽喉科疾病の職業監視)(2005-2006)
 - ・ MOSS(リウマチ専門医のための筋骨格系障害職業監視スキーム)(1997-2009)
 - ・ OSSA(聴覚医のための職業監視スキーム)(1997-2006)

- ・ SOSMI(職業性ストレス・精神疾病監視)(1999-2009)

いくつかのスキームから構成されるもうひとつの複雑な監視システムが、InVSによって運営されている。この組織は、(他のスキームでは補償されない)全WRDsのためのひとつのシステム-労働関連疾病監視プログラム(MCP)と、職業性喘息監視プログラム(ONAP2)、筋骨格系問題監視プログラム(TMS)及び中皮腫監視フランス全国プログラム(PNSM)という、特定のグループのWRDsのための3つのスキームをコーディネートしている。TSMとPNSMは、労働関連と非労働関連事例の双方を監視しており、したがって本報告書のなかで検討する第4のグループの一部として記述される(セクション7:労働者・非労働者のための公衆衛生監視参照)。

5.1.2 すべての労働関連または職業性疾病監視のための登録・全国システム

これらのシステムは、(地域的監視スキームであるナバレを除き)主に全国規模であり、幅広い経済部門をカバーしていることによって特徴づけられる。しかし、いくつかのシステムでは、公務員、軍・警察職員や自営業者など、一定のグループは除外されている。

すべてのODsまたはWRDs監視のためのシステムの大部分は、SMEsをカバーしていると報告した。

イタリアの職業病プログラム(MALPROF)は、イタリアの地域と国立労災保険研究所(INAIL)の研究部門の協力に由来しており、現在20のイタリア地域のうちの14(労働人口の約80%)をカバーしている。WRDsの監視・管理とまだ労働関連と認められていない新たな疾病の確認に狙いを定めて開始された。

ノルウェーのRASシステムは、労働監督機関によって運営される全国登録である。興味深いことに、このシステムはSHEsの原則に基づいて設計された唯一の登録であり、それはノルウェーの労働監督機関に職場介入とを開始し、有害な曝露を予防するためのシグナルを提供することを意味している。このシステムの主要な目的がデータの収集・分

析であることから、このグループに分類される。システムの対象範囲に関しては、海洋油田、航空・海事部門は監視に含まれず、それらは他の監視スキームによってカバーされる。SMEsはRASに含まれる。

オランダでは、職業病データの収集は主にオランダ職業病センター（NCOD）によって行われ、それは全国職業病登録を運営している。2009年にNCODは、意欲のある労働医の特別のグループからの追加的データを提供することに狙いを定めた、集中的届出監視プロジェクト（PIM）を開始した。臨時雇用労働者と自営業者を除き、（SMEsを含む）全経済部門がこのシステムによってカバーされている。

ナバレにおけるスペイン労働衛生監視プログラムは、何らかのタイプのWRDを監視する唯一の地域監視システムである。これが地域システムであるとしても、その監視スキームはSMEsを含め、すべての経済部門をカバーしている。

フランスのRNV3Pプログラムは、ANSES（フランス食品・環境・労働衛生機関）によってコーディネートされる、ODsの監視・予防のための全国ネットワークである。このネットワークは、すべてのフランス職業病コンサルテーションセンター（CCPPs）（2つの例外を除き各大学病院にひとつ）、及びより最近では9つの労働衛生サービスユニットからなる。その主要なミッションは以下のとおりである。

- ・ ODの観点から職業リスクの状況を記述する
- ・ 新たな原因及び現出しつつあるリスクを確認する
- ・ 職業リスクの監視戦略を促進する
- ・ 予防対策が焦点をあてるべき領域を確認する

最後に、労働関連傷害、事故及び疾病を監視する2つのシステム—傷害・疾病・危険事象報告規則（RIDDOR）システム（イギリス）とiReport（シンガポール）—は、職業性傷害、事故及び疾病のワンストップ報告プラットフォームである。両方のシステムは、規定されたリスト上の労働関連傷害、事故及び疾病の報告のみを認めている。RIDDORの場合、報告可能なODsのリストには手根管症候群、手・前腕のけいれん、職業性皮膚炎、手・腕振動症候群、職業性喘息、腱炎または腱滑膜炎を含んでい

る。iReportシステムは、化学中毒、気圧障害、ケーン病、上皮潰瘍、職業性皮膚疾病、肝血管肉腫、中皮腫、騒音性難聴、職業性喘息、上肢の反復緊張障害、珪肺、毒性貧血・毒性肝炎を含む、30のODsの報告を認めている。

5.1.3 特定のグループの労働関連疾病に狙いを定めたシステム

5つのシステムは労働関連呼吸器疾病を監視するものである。イギリスの（THOR監視システムの一部である）SWORDプログラムは、1989年に開始された、労働関連呼吸器疾病を監視するためにつくられた最初のシステムであり、欧州外部の3つの他のシステム—南アフリカの労働関連・職業性呼吸器疾病監視（SORDSA）、オーストラリア職場に基づく呼吸器事象監視（SABRE）及びオンタリオ州労働関連喘息監視システム（OWRAS）—はその基礎の上に設計された。OWRASは、ともに1990年台初めに実施された、ブリティッシュコロンビア州登録とケベック州のPROPULSEに続く、カナダにおけるこの種のシステムを確立する3番目の試みである。しかし、3つのシステムはすべて、参加率の低さのために、試行段階を超えて発展することに失敗した。オーストラリアのSABREプログラムはビクトリア州で1997年、ニューサウスウェールズ州（NSW）で2001年に開始された。しかし、NSWにおける届出システムは、労災補償（粉じん疾病）評議会における倫理問題のために、2008年に運営を中止した。システムのヒューマンリサーチ倫理委員会の要求事項遵守が不十分であったために主要な調査者が断念して、このスキームはもはや運営されていない。オーストラリア・ニュージーランドの胸部学会は、補償機関から独立して機能し、各州において同質の、中央集権化された報告スキームを要求したが、現在までこのスキームのための資金は入手できていない。ビクトリア州（モナッシュ大学）ではSABREスキームにより職業性肺疾患がいまなお報告されているものの、オーストラリアの残りの部分については情報を欠いている。ONAP2は労働関連喘息監視スキームであり、InVSにより運営されている監視プログラムのひとつである。ONAP2は2008年には

じまったが、2014年にデータ収集を中止した。いまでも機能している唯一のスキームであるSWORDを例外として、これらすべてのシステムの限られた期間は、このようなシステムを維持するのがいかに困難であるかを示している。

労働関連皮膚疾病を監視する唯一のシステムはイギリスのEPIDERMであり、THOR監視システムのもとでの監視スキームのひとつである。同様に、別のTHOR監視プログラムであるSIDAWは、労働関連性の感染性疾病のための唯一の監視スキームである。

EpiNanoは、独自に設計された、工業用ナノマテリアルに曝露する可能性のある労働者の疫学的監視システムである。人間の健康に対するナノマテリアル曝露の影響の可能性への懸念から、フランスの保険及び労働両大臣はInVSiに、このプログラムのためのプロトコルを設計して、2013年に試行段階を開始する任務を与えた。このシステムは、工業用ナノマテリアル (ENM) を使用または製造することがわかっているフランス中の企業の労働者を監視している。

イタリアの職業がん監視情報システム (OCCAM) は、唯一の職業がんを監視するために特別に実施されている補償と関連しないシステムである。それは、公式に報告された職業がんの事例数と疫学的推計に基づいて予測され得た数との乖離を踏まえて開始された。したがって、このシステムは、そうした「失われたOD事例」をみつけるために開発され、様々なプログラムにおける、様々な労働者グループ、経済部門や地理的領域をカバーしている。

労働におけるストレスが現出しつつある主要なリスクであり、OSH予防戦略の優先課題のひとつと考えられているにもかかわらず、具体的に労働関連精神疾病を管理するための機能しているシステムは確認されなかった。1999年と2009年の間、イギリスのTHORプログラムのもとで職業性ストレス・精神疾病監視 (SOSMI) が、コンサルタント精神科医から報告された職業性ストレス・精神疾患に関するデータを収集した。しかし、精神科医データの収集は2009年に終わり、労働関連精神疾病に関するデータは現在、OPRAに報告する労働医とTHOR-

GPに報告する一般臨床医から収集されている。OPRAに報告された事例の約40%、THOR-GPに報告された事例の39%が、精神疾病に関係している。これらのデータは、労働関連疾病におけるストレス・精神疾病の突出を示しており、今後の予防のための労働条件の改善を提供するのに役立つ、これらの疾病に関するより多くの知識の必要性を強調している。

5.2 報告の仕組みとデータの収集

表12 [省略] は、補償と関連のないシステムにおける報告の仕組みとデータの収集に関する情報を示している。これには、報告者のタイプ、報告は義務的か自主的か、及び報告された事例のデータ転送の仕組みに関するデータが含まれている。報告の頻度を記述する欄は、このグループのいくつかのシステムが特定の時間間隔を報告していることから設けた。表はまた、システムによって収集されるデータ及び曝露に関する情報を集める手段についても示している。以下のセクションでは、これらのシステムをグループ分けして、データ収集の仕組みの違いにわたって記述した。

5.2.1 報告に基づくシステムにおけるデータの収集

表10に示されたシステムの大部分におけるデータ収集は、様々なタイプの報告者による報告に基づいている。医師はすべてのシステムにおいて報告することができることから、主要な報告者のグループは医師である。オランダの登録、フランスのInVS (全スキーム) とイギリスのTHORプログラムでは労働医が報告する。明確に労働専門家からデータを収集するTHORプログラムはOPRAプログラムである。フランスのRNV3Pシステムでは、疑われる労働関連疾病または労働と明確な診断はないが関連するかもしれない症状をみつけた医師は誰でも、職業病センターのひとつに照会することができる。職業病センターの医師はさらに労働関連性を調査して、事例を報告する。

特定のグループのWRDsに狙いを定めたシステムにおいては、主要な報告者は様々な専門家のグ

ループであり、例えば、呼吸器疾病のためのシステムの呼吸器科医 (SWORD、ONAP2、SABRE、SORDSA、OWRAS)、皮膚疾病の場合の皮膚科医 (EPIDERM) やSIDAWの感染症科医である。いくつかのシステム (RIDDORとiReport) においては、使用者と労働者も労働関連傷害・疾病を報告することができるが、医学的診断が添付される必要がある。

大部分のシステムは、報告する医師の自主的な参加に依拠している。しかし、6つのシステム—MALPROF (イタリア)、ノルウェーとオランダの登録及び労働関連傷害・疾病を報告する2つのシステムの両方 (RIDDOR (イギリス) とiReport (シンガポール))—では、報告は義務的である。フランスのRNV3Pシステムでは、確立されている職業性または労働関連疾病の事例においては、報告は義務的であるが、疑われる新たな/現出しつつあるWRDsの報告は報告する医師の自主的な参加に基づいている。MALPROFとRNV3Pはいまなお書式を使ったコミュニケーションに頼っているものの、大多数のシステムは事例を報告するのにオンラインフォームを使っている。労働関連呼吸器疾病のためのシステムのすべて (SABRE、SORDSA、OWRAS) が、イギリスのSWORDプログラムにおけるものと同じ報告フォームを使っている。シンガポールのiReportの労働関連傷害・疾病を報告するための革新的なオンライン・ワンステップ・プラットフォームは、このユーザーフレンドリーなプラットフォームを通じた容易な提出を可能にし、SMSやEメールによる受領通知を認めている。iReportが開始されて以来、電子的手段によって受け取った提出の割合は、2006年の約50%から2009年の90%超へと増加しており、利用者の関与の増大とシステムの利便性の強化を確認している。

システムの大部分が通常の臨床診療中の医師による自発的報告に依拠しているものの、いくつかのシステムでは報告は特定の時間間隔で生じている。これは、特定のグループの疾病に狙いを定めたプログラムの特徴である。したがって、THOR諸スキーム—SWORD、EPIDERM、OPRA—では選ばれた医師の「中核」グループが毎月報告するのに

対して、残りのランダムに指定された専門家ら(「サンプル」報告者)は毎年ある月の間に報告する。しかし、すべての報告医師は、事例が新たな/現出しつつあるリスクという観点からとくに重要であると感じた場合には、彼らの報告付外に確認された事例をTHOR-EXTRASキームに報告することができる。SIDAWとOWRASでは、報告は毎月生じる。ナバレの労働衛生監視プログラムでは、報告は毎週生じる。

収集されるデータは、医師による報告に基づくすべてのシステムにおいて同様である。呼吸器疾病のためのプログラム (SABRE、SORDSA、ORWAS) は、特定の症状の存在や喫煙状況等などの問題に関する追加的情報も求めている。すべてのTHORスキームは共通のセットのデータを収集するが、報告者は各スキームについて特別に採用された詳細な報告ガイドラインを受け取る。曝露を評価する場合、大部分のシステムは、報告する医師によって記述された情報に頼っている。MALPROFの場合には、曝露と活動・経済部門の性質に関する情報は労働歴から間接的に入手され、当該労働者がハザードに曝露したと思われる期間に限定されている。

5.2.2 RNV3PとOCCAMにおけるデータマイニング

フランスのRNV3Pシステムでは医師による自発的報告を補足するためにデータマイニングが用いられるのに対して、イタリアのOCCAMシステムではデータマイニングがデータ収集の主要な源である。

RNV3Pは、ODsのすべての報告を含むフランスのデータベースにおける成功しているデータマイニングの事例である。データマイニングは洗練された統計的手法を用いた医薬品安全監視におけるような新たな関連性の発見に基づいている。国の社会保障システムで補償されていない疾病-曝露関連性の不釣り合いな報告を検出するために、医薬品安全監視で用いられている比例報告率 (RRR) が用いられる。この手続は、疫学的及び/または実験的研究が開始される前の仮説生成の最初のステップとみなされるかもしれない。

OCCAMでは、職業がんの「失われた事例」に関する情報が様々な手段－診断に関するデータベースを職業と関連付ける、(中皮腫登録や副鼻腔疾患登録などの) 特定疾患の登録を調査する、塊りを確認する－によって集められる。塊りの確認を通じた情報収集のひとつの例は、シシリアにおける中皮腫の研究で、それはアスベストに似た鉱物であるフルオラデナイトの因果的役割を明らかにした。イタリアのがん登録または地域の病院退院記録から確認された「症例」と電子的人口ファイルから抽出された「対照」を用いて、他にも様々な症例対照研究が実施された。「症例」と「対象」の確認に基づき、ジェンダーと経済部門に関連する特定のタイプのがんについて相対リスク (RR) を計算する統計的分析が実施される。がん登録のデータを用いることによって、多くの既知の職業がんリスクが特定の産業部門と関連付けられた (新たな疾病－曝露関連性)。病院退院記録の症例を用いることによって、多くのリスクにさらされている産業や職業起因性の可能性のある最近の診断事例が確認された。しかし、いくつかの産業部門 (例えば化学産業) については、このアプローチはいかなる過剰リスクも検出することができなかった。このアプローチの一般的限界は、職業曝露の指標として、行政目的のために収集された情報を使っていることである。かかる情報は、特定のハザードへの曝露を正確に示す能力において、きわめて限定的である。例えば、化学産業では、一定のがんハザードは特定の化学物質 (例えば塩化ビニル) の製造または化学物質の種類と結びついているが、個々の企業によって実際に製造されている化学物質に関する情報をアーカイブから入手することはできない。結果として生じるリスクの希釈がほぼ確実に、他の研究からがん有病率の増加と関連があることが知られている一定の産業における、新たな事例の発生率の増加を検出できない主な理由である。さらなる限界は、イタリアでは、産業部門情報は民間部門の労働者についてのみ記録され、農業、自営業や公共部門などの重要な領域における労働者に関する情報を社会保障アーカイブから入手することができない。それにもかかわらず、このアプローチは、少なくともい

くつかの産業については、職業監視のための有望な低コスト手法であり、他の諸国でも容易に実施することができると思われる。

5.2.3 EpiNanoにおけるナノ技術の健康リスクの監視

フランスのEpiNanoプログラムはいくつかのステップにおいてデータを収集・分析する。ナノマテリアルを製造または取り扱う企業・労働者の記録を保存するための曝露登録が開発された。以降、詳細な定量的曝露評価が実施されてきており、また、フォローアップされることに同意した者が、興味深い少数のナノマテリアルの健康影響の監視に限定された前向き研究に含まれている。データは、保険機関、病院、労働衛生医が発行した (労働者の定期的医学的検査を通じて得られた) 医学文書及び労働者の質問調査を通じて収集される。この段階で、曝露も定量的に評価される。すべてのタイプのナノマテリアルへの曝露の状況を記録するとともに、可能性のある健康影響に関する仮説を生むことを目的に、断面調査が繰り返し実施される。このプログラムのなかで、23の企業がリクルート・訪問されるとともに、156名の資格のある労働者が確認され、有病率・罹患率監視のための一時的情報源のひとつである、全国健康保障医学管理データベース (PMSI) に基づく疫学的フォローアップのためのプログラムに含められている。

5.3 労働関連性の評価とデータの活用

表13[省略]は、労働関連性の評価に関わる者、事例の労働関連性の最終決定について報告者にフィードバックを提供するために用いられる仕組み、新たな/現出しつつあるWRDの疑われる事例のフォローアップ、決定の普及及び予防との結びつきに関する受法を示している。また、表は、報告された事例のデータベースへの収集及び公的研究のためのデータベースの利用可能性に関する情報を示している。

労働関連性の評価はシステムによって多様である。いくつかは、いかなる調査もなしに、報告した医師によってなされた決定に依拠している。これは、

オランダの登録と3つの呼吸器疾病監視システム—SORDSA (南アフリカ)、SABRE (オーストラリア)、OWRAS (カナダ・オンタリオ州) の場合である。他のシステムでは、労働関連性の最終決定は、認められた機関—研究センター (イギリスTHOR) または労働監督機関 (ノルウェーRAS)、労働衛生診療所の医師 (シンガポールiReport) または新たな/現出しつつあるWRDsに関する専門家の特別のグループ (フランスRNV3PとInVSシステム) によってなされる。

いくつかの場合 (例えばENV3P、RAS、InVSシステム) には、報告者は労働関連性の決定についてフィードバックを受けるのに対して、他 (例えばMALPROF) では、フィードバックは提供されない。いくつかのシステムでは、事例を紹介した要約/報告書を通じて、当該事例のさらなる分析を知らされ得る。

労働関連性の最終決定が報告した医師によってなされるシステムにおいては、可能性のある新たな/現出しつつあるリスクはフォローアップされない (オランダの登録、SORDSA、SABRE、OWRAS)。THOR、MALPROF、RNV3P、InVS、RAS及びナバレのものなど、他のシステムは、国または国際的な研究者のグループのどちらかにより、疑われる事例のフォローアップが提供される。OCCAMとEpiNanoでは、事例のフォローアップは監視の中核的部分のひとつであり、前述したとおり、症例対照またはコホート研究を通じて実施される。興味深いことに、新たな/現出しつつあるWRDsに焦点をおいていないシステムの大部分はEU外部であるのに対して (SORDSA、SABRE、OWRAS)、EU内の主としてデータ収集・統計目的に設計された補償と関連しないシステムでは、新たな/現出しつつあるWRDsのフォローアップが共通の慣行のように思われる。これは、もしかしたらEU枠組みによって促進され、また、特別にこの問題に狙いを定めて、EU諸国内で新たな/現出しつつあるWRDの問題が対処されていることを暗示している。

補償に基づくシステムとは違って、このグループの大部分のシステムは、確認された新たな/現出しつつあるリスクに関するデータをデータベースのな

かに収集・記録している。フランスのRNV3Pにおいては応答するデータベースは多面的機能をもっている。労働医によって報告されたすべての事例は、コード付けされて、ウェブベースの情報システムのなかに記録される。コード付けは定期的な系統的データマイニングを可能にする。このデータベースは現在、(ODs・WRDsや発がん性化合物への曝露後の医学的検査等を含め) 約20万件の労働関連健康問題で構成されている。さらに、RNV3Pデータベースは、新たな/現出しつつあるWRDsの研究のために活用され、一定の条件のもとで他の研究者がこのデータベースにアクセスすることが認められている。同様に、他のいくつかのデータベース—ノルウェーのRAS、イギリスのTHOR、ナバレ労働衛生監視プログラムによって提供される地域データベース) が研究目的に利用され、外部の研究者が利用できる。オランダの全国届出・登録システムは、労働関連健康問題の研究のために利用することができるが、内部の専門家によってのみであり、それは国際疾病分類第9版(ICD-9)を用いてコード付けされた—診断、活動部門、職務上の地位、報告した医師のタイプ、疾病と職業との因果関係に関する専門家の意見、及び労働者の人口学的情報に関するデータを収集している。

結果を普及する通常の方法は、国際的な論文またはシンポジウム (例えばTHOR、RAS、OCCAM)、または定期的なニュースレター/報告書 (例えばMALPROF、ナバレ) を通じてである。フランスのRNV3Pシステムはいくつかの警報のレベルをもっており、(1) RNV3Pネットワーク内の臨床医に対する内部警報、(2) RNV3Pパートナーらに情報が送られ、ネットワーク外部における同様の事例について検索が実施される、(3) 必要な対策を講じるためのANSESを通じた関係当局への広い普及、である。これは、予防対策を開始するために使うことのできる、国レベルにおける情報の普及・共有の良い事例である。

6 事象監視システム

6.1 主要な特徴

事象監視グループの監視システムは、健康介入や予防対策を開始するであろうシグナルを提供するために特別に設計されている。確認された12の事象監視システムのうち、6つはすべての労働関連または職業性疾病に狙いを定め（コード3A）、そのうち4つはさらに新たな/現出しつつある労働関連健康問題を確認することを意図している（コード3A+）。他の6つのシステムは、ひとつのまたは労働関連または職業性疾病のサブセットに焦点をおいている（コード3B）。このセクションでは、11の事象監視システムについて記述する（セクション4.2に述べたように1つは除外された）。

このグループで確認されたシステムは、少数のEU諸国（ベルギー、オランダ、Modernet諸国）とアメリカ、ニュージーランドで実施されているだけである。それらは大部分が特別の研究機関によって維持されている（労働環境衛生研究所、公衆衛生監視研究所、または労働省）。このグループでは、オランダ・ベルギーの労働衛生医・専門家によって開始された、1つの国際的システム（新たな職業性障害の伝達（SIGNAAL））も確認された。国際的スコープをもって設計されたもうひとつのシステムは、Modernetの専門家によって創設された、職業病事象臨床的監視システム（OccWatch）である。しかし、このシステムはフランスのANSESによってコーディネートされ、他の諸国のModernet専門家も報告できるとはいえ、報告される事例の大部分はフランスからのものである。また、SIGNAALとOccWatchの双方は、労働関連性の評価にいくらか国際的なアプローチをもっており、異なる諸国の専門家らが事例について議論し、労働関連性の決定に参加できるようにしている。このグループの他のすべてのシステムは全国規模のもので（職業リスク監視事象届出システム（SENSOR）はアメリカ全体の州レベルで実施される全国規模のコンセプトである）、入手可能な情報にしたがって、すべての経済部門をカバーしている。システムは双方のジェンダーとSMEsをカバーしている。対象となる疾病に関しては、大部分のシステムは、幅広い

対象範囲をもつとともに、すべてのWRDs・ODsを監視することに狙いを定めている。当初は幅広いWRDsを監視するよう設計されたとはいえ、アメリカのSENSORプログラムは結果的に、SENSORから得られる唯一の残された機能しているプログラムである農業監視スキームだけに減少してしまった。さらに、ニュージーランドのシステム（NODS）は特定のWRDsについていくつかの専門家パネル（がんパネル、化学物質パネル、呼吸器疾病パネル、有機溶剤パネル）をもったが、これらのうち1つだけが機能したまま残っている（呼吸器疾病パネル）。

事例の報告は報告者、主として医師の、自主的参加に基づいている。いくつかのシステムでは、労働衛生看護師、一般臨床医等など、他の専門家も報告するかもしれない。2つのシステムでは使用者または労働者が労働関連健康問題を報告することができるのに対して、1つのシステム（アメリカー健康ハザード評価（HHE）システム）は完全に労働者の健康問題の届出に基づいている。データの収集に関しては、これらのシステムは（他のグループのものと比較して）相対的に詳細な曝露評価によって特徴づけられ、それには報告やデータ収集を含めた可能性のある職場監督中の一層綿密な記述が含まれる。ニュージーランドNODSの専門家パネルでは、がん登録、アスベスト疾病登録、アスベスト曝露登録等々の登録によって届け出られた事例をレビューすることによって、さらなるデータが収集される。さらにいくつかのシステムでは、新たな/現出しつつあるWRDsに関する専門家のチームにより、高いレベルの知識をもって労働関連性が評価される。2つの国際的システム（SIGNAALとOccWatch）では、評価は様々な諸国の専門家らによって実施される。新たな/現出しつつあるERDsの疑われる事例は、確認されたすべての事象監視システムにおいてフォローアップされる。事例報告、国際会議、ウェブサイト等などのデータ普及の共通の手段に加えて、これらのシステムは職場介入との強い結びつきをもち、それがこれらのシステムの主要な強みのひとつである。予防対策には、同僚労働者または職場の原因に狙いを定めた直接的職場介入、様々な種類の一次予防（曝露または健康

監視に関するガイダンス、曝露低減または代替化)や二次予防(集団の職業原因の確認)など、幅広い活動が含まれる。すべてのシステムにおいて、事例はデータベースのなかに収集され、それは一般の人々をはじめに利用できない。SIGNAALとOccWatchの場合には、オンラインデータベースが、同様の事例の確認を含め、専門家の間での議論のためのプラットフォームを提供している。

表14[省略]は、名称、国、システムを維持している機関、報告されるWRDのタイプ、システムの対象範囲(経済部、SMEsの包含に関する情報を含む)を含め、これらのシステムの主要な特徴を示している。アメリカのSENSORプログラムの場合、ひとつの問題は検索された情報がなお更新されるかどうかであった。実際、このシステムの一般的記述が提供される参考文献は、SENSORが設計された1980年代後半にまでさかのぼる。その後の数年間に出版された論文や報告は主として、アメリカの様々な州で実施されたこのシステムの特定の枝葉に言及した。最後に、残った唯一の機能しているSENSORプログラムであるSENSOR農業プログラムは、もともと直近では2016年に発効された論文のなかで記述されている。したがって、SENSORは表のなかで2つのかたちで示される。ひとつは1980年代に記述された当初のコンセプトであり、もうひとつは現在機能しているSENSOR農業プログラムである。残念なことに、われわれが集めたSENSORに関する情報に対する著者からのフィードバックは受け取ることができなかったため、示したデータは利用可能な文献から抽出したものに限定されている。

6.1.1 SENSORと労働衛生における事象監視の発展

アメリカのSENSORプログラムは、労働衛生における事象監視システムの最初の事例だった。1980年代に労働衛生における健康監視事象の届出というアイデアがRutsteinによって説明されたが、彼はそれを、労働に関連した疾病、障害または早すぎる死亡、及び以下であるかもしれない事象と定義した。

- ・疫学的または労働衛生的研究のための推進力

を与えるか、または

- ・原料の代替化、工学的管理、個人防護または医学的ケアを必要とするかもしれない警戒信号としての役割を果たす

このアイデアが結果的に、国立労働安全衛生研究所(NIOSH)と疾病対策センター(CDC)によって維持されるSENSORの開始につながった。このシステムは、(事例の発見を含め)WRDの監視・報告を提供し、(事例の確認を含め)報告された事例を管理し、当該事例の同僚労働者における可能性のある疾病をスクリーニングし、当該事例に責任のある可能性のある職場要因を評価し、ハザード除去のために特定職場に対する勧告を発行し、予防対策を開発・維持するために設計された。したがってSENSORの一義的目的は、新たな/現出しつつある労働衛生リスクを発見する可能性を伴いつつ、予防・職場介入であった。このコンセプトは2つの組織的構成要素-各州のシステム内で確認された事象提供者(例えば個々の臨床医、検査所及び/または診療所)とデータの分析に責任をもちその介入活動が個々の事例、同僚労働者や職場に向けられる監視センター-からなっていた。NIOSHが報告されるべき状況のリストと報告の基準を作成した。これには、手根管症候群、鉛中毒/成人における血中鉛レベルの上昇、騒音性難聴、職業性喘息、農業中毒及び珪肺が含まれていた。州によって異なるかもしれない職業性リスクの評価に応じて、各監視センターは報告されるべきその他の状況を提案することができた。SENSORのこのコンセプトは、アメリカの10の州で実施される予定だった。しかし、(上述した)特定のWRDsの監視に狙いを定めた様々なSENSORプログラムは次第にデータの収集をやめた。SENSOR農業プログラムが、当初のSENSORコンセプトから生まれ唯一現在も機能している監視システムとして残っている。このシステムはいまなお、アメリカの11の州から、急性の農業関連疾病と傷害に関するデータを収集している。

6.1.2 健康ハザード評価プログラム-職場リスクの評価

1971年にアメリカのNIOSHは、職場における化

学的、生物学的または物理的リスクを確認するためのプログラム-HHEプログラムを導入した。アメリカの5つの異なる場所に配置された学際的チームが、使用者、労働者または労働者代表、及びその他の公共部門機関の求めに応じて、この調査を実施する。労働者の要請からの場合には、最初の議論で労働に関連しそうな深刻な健康問題の存在が確認されることを条件に、HHEのためには最低3人の労働者による申請書の提出で十分である。このチームは、様々なバックグラウンドの医師、労働衛生専門家、疫学者、技術者、心理学者や統計学者によって構成される。要請を受け取った場合、プログラムのスタッフメンバーは適切な対応を決定し、問題の性質に応じて関係する専門家を指名する。チームの関与は主として、疾病の原因が不明または規制されていない物質またはプロセスへの曝露が存在している場合など、新たな問題の評価について有用である。

6.1.3 国際的パイロットプロジェクト—SIGNAALとOccWatch

SIGNAALプロジェクトは、オランダ職業病センターとルーヴェンKU [カトリック大学] 環境衛生センター (ベルギー)とのコラボレーションとして、2013年に開始された。それは、オランダ・ベルギーの労働衛生医・専門家による、新たな労働関連健康リスクの報告・評価のために特別に設計されたオンラインツールである。

このシステムへのアクセスを登録されれば、いかなる(労働)医でも一人または複数の労働者に関わる事例を報告することができる。労働医は、科学出版物、とりわけオランダ職業保険医学ジャーナル(TBV)やベルギー・オランダで開催される様々な会合を通じて、SIGNAALプログラムへの参加の可能性を知らされる。SIGNAALプロジェクトはいまもパイロット段階であることから、これまでのところ宣伝は主としてベルギーとオランダのなかで行われている。しかし、プロジェクトのさらなる国際化が今後見込まれている。報告する医師は、(複数の)労働者、健康問題、職務、特別な曝露及びこの問題が労働関連疾病かもしれないと考える理由に関する詳細

を提供しなければならない。労働衛生専門家は、当該事例が労働関連疾病であるかどうか、新たな職業性健康問題であるかどうかを評価するための構造化されたやり方で、報告を評価する。科学的証拠をみつけるために文献調査が実施される。事例に根拠を与えるためにフォローアップ調査が続き、関係者に対して報告されるかもしれない(セクション7.3で記述される事例参照)。

OccWatchは、新たな/現出しつつある労働関連リスクに関する国際的専門家のModernetによって設計された。このプロジェクトは2013年に開始され、現在パイロット段階にある。このシステムの主な目的は以下のとおり。

1. 新たなWRDsの可能性のある事例報告を収集する。
2. 診断、曝露、労働関連性、生理病理学、予防問題や因果関係の仮説の検討、及び同様の事例の探求を通じて、臨床的シグナルを交換・分析する。
3. (可能であれば)事例が報告されてから2か月以内に共通の知見を整理し、医学的データに関する結論をまとめるだけでなく、リスクアセスメントに関する最初の情報(曝露している可能性のある人口、重大性)及び必要な場合にはとられるべき対策を含め、要約する。
4. それらの機関が警報または特別な対策をとることを決定するかもしれないし、しないかもしれないことを留意しつつ、可能であれば国の機関等を含め、関係する諸機関に概要報告を普及する。

6.1.4 GAST:労働衛生警報グループ

もうひとつのフランスの監視システムが、職場における異常な健康事象に対して疫学的対応を提供し、また、新たな/現出しつつある労働関連健康リスク・疾病を確認するために、2008年に開始された。このシステムは労働衛生警報グループ(GAST)と呼ばれ、InVS及び本レビューのなかで記述されたフランスのその他のシステムによって維持されている。このシステムは、職場における何らかのタイプの異常な健康事象(例えば、がんまたはその他の疾

病、典型的ではない曝露)の報告を可能にし、フランスのすべての経済部門をカバーする。健康緊急事態監視地域プラットフォーム(ARS)がこの健康分野からシグナルを受け取った場合には、確認と評価が実施される。このシグナルが異常であると思われる場合(がん、中毒、労働災害の集団事例)、それは地域疫学ユニット(CIREs)に送られ、それがGASTグループの専門家を動員する。これらの専門家はその後、1か月以内にシグナルを確認し、警報を発し、必要な場合には調査を開始し、適当な場合には実施されるべき何らかの結果予防措置について決定を行う。

6.1.5 NODSにおける専門家パネルをもった特定疾病監視

NODSは、労働から生じたと疑われる健康関連状況の届出を可能にするために、1992年にニュージーランドで開始された。NODSは当初は労働省(DoL)の労働安全衛生サービスによって管理された。しかし、2005年にWorkSafeニュージーランドがシステムの維持を引き受けた。NODSはニュージーランドの労働人口全体をカバーしている。それは、労働安全衛生サービス(NZ-OSH)が労働関連健康問題に気づき(実際には「病気の労働者」に基づいて「病気の職場」を確認し)、改善を追求し、適当な予防戦略を実施し、応用研究開発のためのデータベースを提供することを目的に創設された。届出可能な事例は「重大な危害」という立法上の定義に該当するODsである。

NODSのプロセスには以下の4つの段階がある。

1. 可能性のある労働関連状況の届出
2. 地方OSH支部の安全衛生チームによる、個々の労働者、彼らの労働と彼らの職場の評価及び/または調査
3. 部門の医師による報告の検証、彼らは専門家医学パネルに支援を要請することができる
4. 確認された事例のOSHデータベースへの登録

当初、NZ-OSHは届出をレビューするためのいくつかの専門家パネルをもっていた。これらのパネルは医学及び医学以外の専門家で構成され、NZ-

OSHとNZ-OSH以外のメンバーを含んでいた。パネルは、がん、化学物質、呼吸器疾病(旧喘息・アスベスト)、有機溶剤パネルだった。しかし、これらのうち呼吸器疾病パネルのみがいまなお機能しており、その他の3つはもはやデータを収集していない。NODSシステムは現在その将来を決めるためレビュー中である。

6.2 報告の仕組みとデータの収集

表15[省略]は、報告者のタイプまたはシステムが報告者の自主的または義務的参加に基づいているかなど、報告の仕組み、及び曝露評価を含め、システムによって収集されるデータに関する情報を示している。

大部分のシステムで医師が主要な報告者であるが、いくつかのシステムでは、例えばSIGNAALで労働・呼吸科医またはOccWatchで産業衛生士など、専門家も報告することができる。HHEプログラムでは、使用者、労働者または労働者代表、その他の公共部門機関が職場監督を要求することができる。ニュージーランドのNODSでは、医師、労働衛生看護師、労働者及び使用者が(医師によって診断された)WRDsの疑われる事例を報告することができる。4つの専門家パネル(がん、呼吸器疾病、化学物質、有機溶剤パネル)の専門家は、彼らの専門分野の届け出られたすべての事例をレビューする。さらに、彼らはまた、例えば、がんパネルの場合のニュージーランドがん登録、または呼吸器疾病パネルにおけるアスベスト疾患登録やアスベスト曝露登録など、対応する登録に届け出られた事例を評価する。しかし、前述したとおり、現在唯一機能しているパネルは呼吸器疾病パネルだけである。報告者の範囲がもっとも広いのはフランスのGASTで、誰でも職場の異常な健康事象を報告することができる。実際には、事例の約80%は労働医によって報告されているが、事例は安全衛生委員会、労働者、労働組合、管理者、医学専門家、一般臨床医や産業衛生士からも報告されている。

すべてのシステムにおいて報告は自主的であり、届出カードを使ってデータを収集しているNODSを除いて、大部分はこのためにオンラインツールを

使っている。SIGNAALとOccWatchでは、疑われる事例は、報告者が記入するオンラインフォーム経由で収集される。これらのシステムはまた、報告者によって記述された曝露情報に依拠している。SIGNAALでは事例のフォローアップ中に曝露の追加的評価がなされる場合もある。SENSORとNODSは追加的情報を積極的に収集するためのさらなるツールを使い、監視スタッフメンバーが個々の事例についての追加的情報の収集を担当している。

労働関連性調査の段階に応じて、より精密に記述されるようになる、曝露の詳細な評価がフランスのGASTシステムの特徴である。

NODSでは、詳細な調査、曝露評価及びデータ収集のために職場介入が実施される。調査チームは学際的であり、部門の医師、労働衛生看護師、産業衛生士、災害予防コンサルタントや安全衛生監督官が含まれるかもしれない。

HHEプログラムでは、学際的チームによって実施される職場評価の間に必要なすべての情報が収集される。

結論として、データ収集と事例調査のための積極的アプローチが事象監視システムの主要な特徴のひとつである。

6.3 労働関連性の評価とデータの活用

表16[省略]は、評価プロセス及び報告された事例の労働関連性の結果の報告者へのフィードバックに関する情報を示している。この表に示される事象監視システムの重要な特徴は、新たな/現出しつつあるWRDsに対する収集されたデータに基づいて開始される幅広い予防対策に重点をおくことである。したがって、以下のセクションではこれらの特徴をより詳しく記述するとともに、実際にこれらの予防対策がどのように実施されるかのいくつかの事例も含める。最後に、報告された事例がどのようにデータベースのなかに収集され、これを公共の研究者が利用可能かどうか示す。

このグループのすべてのシステムは、特別の専門家のグループによって実施される労働関連性評価によって特徴づけられる。SENSORでは、権限を

与えられた専門家は、州の監視センターの専門家－スタッフ疫学者、統計学者その他の労働衛生専門家である。SIGNAALでは、要請を受けて個々の事例は国のモデレーターによってレビューされ、彼らは、示された健康問題のタイプに基づいてどの労働専門家が評価に関わるべきか決定する。各事例は少なくとも1人、できれば2人かそれ以上の、報告された領域または課題について経験のある専門家によって評価される。彼らは独立的にその労働関連性、状況の新規性及び求められる必要なフォローアップを決定するために報告された事例を評価する。証拠に基づく労働医学のために開発された検索文字列を使って、原因論に関する予備的文献調査が行われ、コンセンサスに達した後に、専門家による最終決定がなされる。OccWatchでは、新たな/現出しつつあるリスクに関する専門家のModernetネットワークによって、事例が評価・フォローアップされる。事例についての議論を可能にするとともに、他の諸国におけるさらなる事例をみつけることにより曝露/労働と健康影響との因果関係の証拠を強化するために、ModernetによりOccWatchオンラインツールが構築された。フランスInVSは、新たな/現出しつつあるWRDsの疑われる事例を評価する権限を与えられた、少なくとも2人のInVS疫学者、1人のWRD医学専門家、1人の地域医官労働監督官によって構成される、地域「労働衛生警報グループ」を設置した。

2つのシステム－HHEとNODS－は職場監督を通じて労働関連性を評価する。HHEプログラムでは、使用者、労働者または労働者代表からのデータ集・事例評価の要請を踏まえて、学際的チームが職場評価を実施する。これらのチームは、報告された問題の性質に応じて、プログラムのスタッフメンバーによって指名された専門家で構成される。NODSでは、疑われる職業性疾病の場合には、NZ-OSHは通常労働場所を調査する。NZ-OSHは、ODsの調査、及び結果として職場における介入に、チームアプローチを採用している。調査チームには、部門医師(DMP)、(特別の健康知識をもつ)監督官、産業衛生士や災害予防コンサルタントを含むかもしれない。最初の段階は、報告者による標

準質問用紙への記入、専門家による職場の監視や職場の訪問を必要とするかもしれない。(他の医学専門家による支援を必要とすることもあるかもしれない) 調査プロセスが終了すると、詳細がDMPまたは専門家パネルに報告される。DMPは集められた情報を検討して、当該疾病が職場曝露の結果であるか否かに関する評価を行う。

NODSを除き上述したすべての事象監視システムにおいて、報告者は報告した事例の労働関連性の結果に関するフィードバックを受け取る。事例報告、研究、国際的論文・シンポジウムを通じた情報の普及に加えて、これらのシステムの重要な特徴のひとつは予防との直接の結びつきである。積極的な対応と介入はSENSORコンセプトの核心のひとつである。3つの行動が事例報告の確認の後に続くかもしれない、第1に、保健担当者が確認されたWRDに罹患している個人に接触して、健康を改善または疾病の進展を緩和するための介入を提供する。第2の行動は、共通の職場曝露のために同様の職業性障害を発症するリスクにさらされていることが多い同僚労働者に向けられる。同僚労働者のスクリーニングが、早期に、逆転させられる可能性のある、健康障害を発見するために適切であることが多い。最後に、個々の事例の報告に対応するなかで、監視センターが、職場におけるWRDの特定の原因に向けた介入をコーディネート及び/または実施することができる。そのような場合、かかる職場対策を実施するためのもっとも適切な仕組みを決定するために、地元の州の資源が検討・活用される。

同様にNODSでは、報告は職場ハザードの指標とみなされる。1人の「病気の」労働者はNZ-OSHに「病気の」職場を警報する。職場介入が届出プロセスの最終地点であり、その目的は他の労働者を、こうした労働状況の結果として同じ結果を被ることから予防することである。介入には、(関与、教育や能力付与などの戦略を通じて) 自主的遵守の実現に使用者と取り組むことやOSH執行権力の活用(例えば書面による警告、遵守命令や起訴)が含まれる。

セクション7に記述されたすべての事象監視シ

ステムは、疑われるWRDの事例に関する情報をデータベースのなかに収集している。SIGNALとOccWatch双方では、オンラインデータベースが、同様の事例を確認するための専門家の間の議論のためのプラットフォームを提供している。

最近の研究は、SIGNAALのもとで実際に普及と予防がどのように行われているかを解説している。ある健康な男性鉄道運転士の事例が労働衛生診療所に提出された。患者は耳痛、頭痛、めまい、不安定さや耳鳴りを訴えた。同様の事例に関する文献調査と専門家による調査の結果、こうした症状の労働関連性が確認され、確認された原因因子は急激な気圧変化であった。結果的に、フランダース東部で働くすべての鉄道運転士がフォローアップされた(n=502、平均年利40歳、女性運転士5人)。第1段階で、運転士は問診と耳鼻咽喉(ENT)問題の検査を受けた。ENT問題・訴えがみられた場合、第2段階は詳細なインタビューだった。問題の特異性と関係した旅程の書面による要約を求められた。フォローアップされた502人の運転士のうち、11人が耳の不快感を報告し、この事例の大多数は頭痛、めまいまたは耳鳴りのひとつまたは複数の症状と複合していた。これらの知見の結果、雇用前検査にひとつの質問用紙が勧告され、閉塞性耳管機能障害または慢性中耳炎をチェックするための鉄道運転士の医学的フォローアップが実施された。また、(質問用紙に肯定的に答えた)ハイリスク運転士やこれらの問題を経験している運転士に、完全なENT・前庭器官検査を含めたより詳細な検査を提供すべきであることが強調された。さらに、鉄道運転士のシフトを、気圧変化への反復曝露の回避に役立つかもしれない、キャビン内での作業シフトや旅行アドバイザーに転換することも勧告された。

疑われるWRDに関する情報がOccWatchシステムを通じてどのように確認・普及されるかの事例が、エポキシ塗料への長期接触後の皮膚損傷の多発増加の事例に示されている。フランスで事例が確認され、オンラインプラットフォーム上に新たな疾病-曝露関連性として報告された後、Modernetの他の7か国から10人のメンバーによりコメントが書

き込まれた。8か国(フランス、オランダ、イタリア、フィンランド、ベルギー、イギリス、ノルウェー、スペイン)の11人のメンバーがこの議論に参加した。3人のメンバーが国のデータベースで同様の事例を検索し、4人はWRD専門家である指導的な皮膚科医から助言を求め、3人は書誌検索を実施した。調査の結果、専門家らは、フランス、イギリス、ノルウェーのデータベースには同様の事例はなく、専門家によって知られてもいなかったと結論づけた、しかし、ある同様の事例が1982年にフランスで報告されていた。慢性炎症、慢性創傷治療やトラウマが偽上皮腫性肥厚に引き金になったかもしれないことから、これがこの事例が間接的に労働関連性である可能性についての議論につながった。最終結論は、エポキシは広範囲に使用されていて、同様の事例を欠いていることから、これは現実的社会的関心ではないというものだった。同様の事例に直面する他の専門家がアクセスできるようにするために、科学的医学ジャーナルにこの事例を報告することが合意された。これは、新たな/現出しつつあるWRDsを理解し、予防対策を開始するために重要な、議論と情報交換のための国際的プラットフォームの良い実例である。

フランスのGASTシステムは、報告者、労働医、企業経営者や安全衛生委員会に対して、各報告事例に関する系統的なフィードバックを提供している。オンライン出版物や報告書経由で獲得した知識の普及に加えて、一次予防(曝露または健康監視に関するガイダンス、曝露低減や代替化)と二次予防(塊りの原因が職業性であることの発見)はGASTの権限を与えられたアクターの義務的活動である。

HHEプログラムは、健康または曝露情報をもたない行政的データベースをもっている。しかし、このデータベースは一般の人々がアクセス可能であり、HHE報告書のオンライン記録は健康または曝露のトピックによって検索することができる。このシステムの実際の適用は、「ポップコーン病」の事例を通じて説明することができる。2003年に、ポップコーン工場の労働者における深刻な呼吸器問題のいくつかの事例が報告されたことを受けて、ひとつのHHE

が実施された。この稀な疾病(閉塞性細気管支炎)は、ある揮発性香料-ジアセチル(バター香料)への曝露によって生じたものと思われた。この理由から、この職業性呼吸器障害は「ポップコーン病」または「ポップコーン肺」として知られている。関連性が確認された後、ジアセチルへの曝露を低減するための措置がとられた。曝露労働者の低肺機能評価とともに、監視プログラムが構築された。この香料の製造者と利用者に向けて、健康問題に関する情報が発行された。結果的に、オランダのあるジアセチル製造工場で評価が実施され、3件の事例が発見された。

7 労働者と非労働者に狙いを定めた公衆衛生監視

7つの労働者と一般の人々の双方に狙いを定めた監視システムが確認された。このグループは、一般の人々の健康の監視に狙いを定めているが、労働関連監視にも利用することができるという意味で、公衆衛生監視の特徴をもっている。2つのシステム-イギリスの自己報告労働関連疾病調査(SWI)(労働力人口調査(LFS)のモジュール)とアイルランドの四半期全国世帯調査(QNHS)-は、全国規模調査のモジュールであり、積極的監視の原理に基づいている。これらのシステムはまた本文献レビュー全体を通じて確認された2つだけの積極的監視システムでもある。また、双方の目的がすべての労働関連または職業性疾病を監視することである(コード4A)のに対して、他の5つはひとつのまたは労働関連または職業性疾病のサブセットを監視することに狙いを定めている(コード4B)。11すべてのシステムが付録Bに掲載されているが、以下のセクションでは、十分なデータが入手できる5つのシステムを示すことを選んだ。大部分はEU諸国(イギリス、アイルランド、フランス)におけるものであるが、1つはアメリカ(カリフォルニア州)で運営されている。

イギリス・アイルランドで実施されている2つの全国規模調査は同様の設計であり、主要な目的はWRDsの発症率と有病率を推計することである。

データは(ランダムに選択された)労働者へのインタビューを通じて3か月の期間に対して収集される。インタビューのなかで労働者は何らかの労働関連健康問題を報告することができる。

特定のWRDsに狙いを定めたシステムとしては、筋骨格系障害、胸膜中皮腫及び農業曝露に関連した疾病を監視するものが確認された。これらのシステムにおけるデータ収集は、主として医学専門家-労働医、中皮腫については呼吸科医やがん専門医、または筋骨格系障害の場合には外科医や神経生理学医-による自主的な自発的報告に基づいている。アメリカの農業疾病監視プログラム(PISP)は州の労災補償システム、中毒管理センター(PCC)その他の政府機関に提出された疾病報告をレビューすることによって追加的データを集めている。

収集されるデータは通常、労働者のジェンダー、年齢、生年月日・場所、職業上の地位と職業活動の部門、曝露と診断に関する情報を含んでいる。休業または精神的ウェルビーイングや身体的健康に悪影響を及ぼす可能性のある職場の要因を含め、いくつかの追加的データは調査によって収集される。

曝露を評価する場合、これらのシステムは報告者によって記述された情報に依拠している。しかし、アメリカのPISPは他の労働者の曝露に関するデータを求めるとともに、さらなる曝露の確認を実施する。権限を与えられた専門家らによって労働関連性の評価が実施される特定疾病監視システム(4B)とは対照的に、イギリスのSWIとアイルランドのQNHSは労働関連性のさらなる評価は提供しない。また、PISPデータベースは、農業使用の追加的制限を実施する今後の対策を正当化する、ハイリスクな状況を確認する手段を提供する。

7.1 主要な特徴

表17[省略]には、公衆衛生監視システムの主要な特徴が示されている。これらのシステムが設計において異なっている(2つは調査に基づくのに対して、他の5つは「古典的」な監視システムの形式)とはいえ、主要な共通の特徴は労働者と一般の人々

の双方を含めるという適用範囲である。したがって、これらのシステムの適用範囲は労働衛生を超えて、公衆衛生監視に侵出しており、それがこれらを表記のグループに分類する理由である。

(以前はアイルランド労働力人口調査(LFS)のモジュールとして知られた)QNHS調査は、毎週3千世帯をカバーする、中央統計事務所(CSO)によって実施される大規模な全国調査である。それは、労働者の全体数に関する四半期データと、労働災害・職業病に罹患している労働者数に関する情報を含めた毎年第1四半期における特別モジュールを作成する。これは、所与の時点における労働者数との関連で疾病・障害率を分析することを可能にするとともに、部門別のデータも提供する。

イギリスにおいてアイルランドのQNHSに相当するのがSWIであり、イギリスのLFSを通じて収集する。職業病の発症率・有病率は、各3か月に5万世帯から収集される世帯データに基づいて推計される。QNHSとSWIは、本レビューで確認された積極的調査を用いた2つのシステムであり、それは労働関連リスク・疾病に関する情報を検索し、可能性のある原因を確認するために、定期的に労働力人口が監視されていることを意味する。

フランスのPNSMとTMSはフランスのInVSによって維持されるシステムであり、労働関連事例と労働と関連しないもの野双方を含め、特定の疾病グループを監視するよう設計されている(公衆衛生監視)。PNSMは1998年に設立され、胸膜中皮腫を監視することに狙いを定めており、4年後(2002年)に筋骨格系障害のすべての事例を収集するTMSが開始された。

PISPは、カリフォルニア州のSENSOR農業プログラムの補完的システムである。PISPはSENSOR農業プログラムと同様に運営されるが、この2つは事例の定義と事例の特徴づけに用いられる変数において異なっている。PISPは公式にはSENSOR農業プログラムに参加していないが、共同作業のなかで協力している。SENSORが労働関連事例だけしか収集しないのに対して、PISPは労働関連と非労働関連双方の急性農業関連疾病/傷害に関するデータを収集している。事例の作業場所で農業

曝露が生じていれば、その疾病は労働関連とみなされる。カリフォルニア州の事例が一回しかカウントされないようにするために、カリフォルニア州農業規制局 (CDPR) がPISPによる事例との相互参照を行っている。

7.2 報告の仕組みとデータの収集

表18[省略]は、公衆衛生システムにおける報告の仕組みとデータの収集に関する情報を示している。WRD事例を検索するために労働力人口のランダムなサンプルをインタビューする「積極型」(双方のシステムで使用される)と、既に存在する労働関連健康問題の事例が報告される「受動型」の、2つのデータ収集のアプローチが確認された。他の3つのシステムは(本レビューにおける他のすべてのシステムがそうしているように) 後者のアプローチを採用している。

QNHSは、自らの疾病についての個々人の認識、また、それらの疾病が証明されていない場合には、その労働との関連性についての彼らの認識に基づいて労働関連疾病に関するデータを収集している。個々人は、過去12か月の間に、労働が原因となったかまたは労働によって増悪させられたと自らが思う何らかの疾病または障害に罹患したかどうか、また、もっとも直近の労働関連疾病を記述するように求められる。また、精神的ウェルビーイングまたは身体的健康に悪影響を与えたかもしれない労働における要因についても質問される。これらの追加的質問の目的は、それまでは得られなかった労働における精神的ウェルビーイングについての労働者の認識や、新たな/現出しつつあるリスクという観点から重要な、職場におけるリスクへの曝露についての彼らの認識に関する情報を提供することである。イギリスのSWIでは、QNHSにおけるのと同様のやり方でデータが収集される。労働者は、特別の調査質問項目に答えることによって、最近の労働関連疾病について報告する。この報告システムは労働関連性についてのさらなる評価は行わない。

フランスのPNMS・TMSシステムにおけるデータ収集は医学専門家による自主的な自発的報告に基づいている。労働医は双方のシステムに対

して疑われる事例を報告することができる。また、外科医と神経生理学医も筋骨格系障害システム(TMS)に対して報告できるのに対して、病理医、呼吸器科医とがん専門医は胸膜中皮腫システム(PNSM)に対して事例を報告することができる。労働関連曝露に関する情報は報告する医師によって記述される。

PISMでは、データは部分的には、医師の報告に基づいて収集されるのに対して、州の労災補償システムPCC及び(州の農業局など) その他の政府機関に提出された医学的報告をレビューすることによって追加的データが検索される。QNHSやSWIとは違って、PISPにおける報告は義務的である。曝露データは報告者によって記述されるとともに、郡の農業コミッショナーによって追加的に検証され、彼らはさらなる調査を実施する。

7.3 労働関連性の評価とデータの活用

表19[省略]は、公衆衛生監視システムにおける労働関連性の評価と普及・予防のためのデータの活用に関する情報を示している。2つの調査に基づくシステム(SWIとQNHS)は労働関連性の評価を提供しないことから、新たな/現出しつつあるWRDsを監視する主要な手段としては不适当である。しかし、それらは労働者の認識によるWRDsに関する情報を提供し、それは他の監視スキームに対する価値のある補足的情報源である。

報告された事例の労働関連性が評価されるのは、フランスのシステムとPISPにおいてだけである。PNMSとTMSでは労働関連性の評価は、InVSの疫学者、労働医と地域医官労働監督官で構成される、「労働衛生警報グループ」によって実施される。新たな/現出しつつあるWRDsのすべての疑われる事例は国の専門家グループによってフォローアップされる。

PISPの事例の定義はSENSOR農業プログラムのもと同様であり、農業曝露と健康影響に関する情報を求められ、それはその後農業曝露についての既知の毒物学と比較される。農業曝露と関連していると判定されるSENSOR農業プログラムとPISPにおける事例は、确实、おそらくまたは可能性

ありに分類される。事例はもっぱら、曝露と健康影響に関する客観的データに基づいて確実と、客観的及び主観的データの組み合わせに基づいておそらく、また、主観的な曝露・健康影響データに基づいて可能性あり、と分類される。PISPによってみつかったすべての事例は関係する郡の農業コミッショナーによって調査される。CDPRは調査を実施するための指示、訓練及び技術的支援を提供する。こうした指示には、環境曝露を規則するために、葉、衣服または残滓表面のサンプルをいつどのよう採取するかについての指示が含まれる。農業曝露の根本原因（例えば不適切なラベルの要求事項、不適切な保管）を確認するために、コミッショナーの調査報告書もPISPスタッフによってレビューされる。根本原因は物語描写や違反報告を用いることによって確認される。このシステムによって報告された事例は、SENSOR農業プログラムから検索された事例とともに、データベースのなかに収集される。PISPデータベースは、農業使用に関す

るワシントン州の追加的制限を実施するCDPRの対策を正当化する、ハイリスクな状況を確認する手段を提供する。疾病データを考慮して、CDPRは、農業の申請後の登録期間の制限を調整し、緩衝地帯または他の申請条件を設定し、または農業取扱者に一定の基準を満たした個人保護具の使用を求めるかもしれない。多数の疾病事象が違法な慣行の結果生じていることから、疾病調査は、州・郡の執行スタッフが重大な非遵守作業に注目することに向けられている。農業ラベルの変更がもつとも適切な改善措置を提供したり、国全体のユーザー向けの適切な指示を策定するためにCDPRが連邦環境保護庁と協力する場合もある。シロアリ駆除のための液体窒素の使用が、そのような共同の努力を生じさせたひとつの実例である。1989年のカリフォルニア州のある使用者の死亡を受けて、カリフォルニア州と連邦のスタッフが協力して追加的安全措置を策定し、それが現在全国規模で実施されている。[つづく]



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

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

「労災職業病なんでも相談専用のフリーダイヤル:0120-631202」は、全国どこからでも無料で、最寄りの地域センターにつながります。

「情報公開推進局ウェブサイト: <http://www.joshrc.org/~open/>」では、ここでしか見られない情報を掲載しているほか、情報公開の取り組みのサポートも行っています。

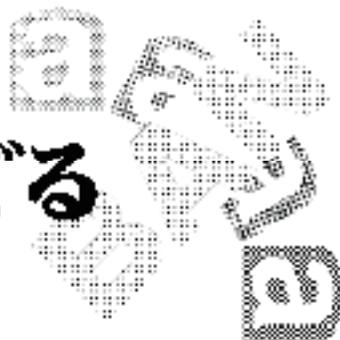
- 購読会費(年間購読料): 10,000円(年度単位(4月から翌年3月)、複数部数割引あり)
- 読者になっていただけそうな個人・団体をご紹介下さい。見本誌をお届けします。
- 中央労働金庫亀戸支店〔(普)7535803〕
郵便払込口座「00150-9-545940」
名義はいずれも「全国安全センター」

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

安全センター情報

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



ロシアではいまでも採掘され建設に使用されている

Russia, Meduza, 2018.6.20

原題: アスベストはがんを引き起こす: ロシアではいまでも採掘され建設に使用されている。

アスベスト粉じんはがんを引き起こす。
63か国でこの鉱物は禁止されている。

アスベストの大規模な抽出は19世紀後半にはじまった。1975年までに85か国がすでに抽出し—建設から家庭用器具まで—様々な分野で使用していた。この耐火性鉱物は、断熱材、パイプ、スレート、プラスター、ガスマスクやブレーキパッドに加えられた。しかし間もなく、アスベスト産業で働く労働者はとりわけ胸膜中皮腫に罹患していることがわかった。結果的に、1980年代以降、多くの生産国がアスベストの貿易及び生産を制限しはじめ、その後この鉱物を完全に放棄した。今日、アスベストは欧州連合、オーストラリアやカナダを含む、63か国で禁止されている。最大の鉱床がみついているのはカナダにおいてであり、また、ロシアにおいてである。

世界保健機関はアスベストが健康に対する有害性を認めている。国際がん研究機関の分類では、すべての種類のアスベストが、発がん物質の最初のグループ(例えばタバコ)に分類されている。ア

スベスト粉じんへの持続的接触—例えば鉱物を抽出または袋詰めしたり、アスベストを含んだ建物を建設または解体したりすることによって、例えば石綿肺、中皮腫、肺がん、胃や卵巣のがんを発症する。アスベスト労働者の家族や工場近くに住む人々にも高い健康リスクがある。毎年、世界で107,000人をこす人々がアスベストによって引き起こされた疾病によって亡くなっている。例えば、中皮腫の潜伏期間は20年以上であり、1993年以降アスベストが禁止されているドイツで、2016年に9,000人以上の人々がアスベストによって引き起こされた疾病によって死亡している。ロシアでは、胸膜中皮腫はきわめてまれな病気と考えられており、それに関する詳しい統計がない。

ロシアでは、アスベストを採掘し続けている。

カザフスタンとともに、ロシアは今日、世界におけるアスベストの主要輸出国のままでいる。2018年5月にアスベスト禁止国際書記局は、両国にこの鉱物の抽出をやめるよう求めた公開書簡を発表した。

アンフィボル[角閃石]グループの5つの鉱物—とクリソタイルという、いくつかのアスベストの種類があ

る。ロシアで採掘されているのはクリソタイルである。しばらくの間、アンフィボル・グループのアスベストだけががんを引き起こし、安全基準が守られていればクリソタイルは相対的に安全であると信じられてきた。しかし、クリソタイル・アスベストもがんを引き起こす—それほど早くではないにしろ—と結論付ける調査研究が存在している。

ロシアのクリソタイル産業は、41の生産及び加工企業からなっている。最大のもの—「オレンブルク・ミネラルズ [Orenburg Minerals]」と「ウラルアスベスト [Uralasbest]」の両方とも都市を形成している。前者はオレンブルク地域のClear (人口15,000人)、後者はウラル地方のAsbest (人口6,000人以上) である。国際調査報道ジャーナリスト連合は2010年にその調査報道のなかで、イギリスや南アフリカ(両国ともすべての種類のアスベストを禁止している)に登録された企業が、これら2つのロシア企業が南アジアや東南アジアにアスベストを輸出するのをいかに援助しているか明らかにした。

ロシアでは、アスベストはスレート、(水道管を含む)パイプ、断熱材、ブレーキパッドや耐火織物に使用されている。アスベスト含有物質はアスファルト道路の建設にも使用されている。アスベストに直接依存している者は40万人以上—非常に多くの人々がアスベスト産業に従事しているか、またはアスベストに関連した都市に暮らしている。

**ロシアではアスベスト需要は低下。
生産者はこの鉱物を普及させようと
歌を録音し、漫画を描いている。**

連邦統計局によると、ロシアでは2011年から2016年にかけて毎年、アスベストの生産量は減少している。市場調査によると、これは需要の減少によるものである。ロシアのアスベスト生産所の利益はクリソタイル協会が代表している。この組織の公式の立場：世界の反アスベスト・キャンペーンはアスベスト代替品を押し付けることを目的にしているが、角閃石系アスベストだけが健康に有害なのであって、クリソタイルの危険性は誇張されている。

同協会はこれに関する漫画さえ出版しており、そのなかではロシアのヒーロー・クリソタイルが欲深い

ヨーロッパ企業に立ち向かっている。その物語によれば、双子の兄弟クリソタイルとアンフィボルが住人を助けるために燃えている家屋に突入し、火災のなかでも彼らが燃えないことがわかる。善良なヒーローであるクリソタイルは、普通の人々のために尽くすことを決意し、彼らのために安価な家を建てる。兄弟のアンフィボルは自らの才能で稼ぐことを決意し、シリンダーと柄付きメガネの資本家になりヨーロッパに行く。しかし、アンフィボル資本家は嘘をつき、報復として地元の大臣を殺して刑務所に入る。それを置き換えるためにヨーロッパ人は、「むかつく」というののしり方に精通したときに、豊胸の「売春」マドモアゼル・セルロースとレインボージャケットのセニョール繊維を見つける。クリソタイルはその美名を守ることを決意して、ヨーロッパ人に輝く未来をもたらす。

※この漫画(アニメ)は以下で見ることができる。別掲図はそこからとったものである。

<http://www.superchrysotile.ru/>

クリソタイル協会は常に、国内市場でアスベスト製品の販売促進をするための新しいイニシアティブを開発している。同協会の代表は、(例えばサンクトペテルスブルクやベルゴロドの) 学生にレクチャーを行い、(例えばニジニ・ノブゴロドやペンザ、クラスノダールの) 商工会議所の人々はクリソタイルのスレートやパイプ、アスベスト・セメントシートの長期的性質について聞かされている。2017年後半にウラル連邦大学建設研究所と協力して同協会は、38万ルーブルの賞金を付けて、クリソタイル・セメント製品でつくる小規模建築形態の全ロシア・コンペを主催した。コンテストのウェブサイトを示されているように、目的のひとつは、「学生たちにクリソタイル・セメント製品を使うスキルを植え付ける」ことだった。

クリソタイル協会の最大のキャンペーンはスレートに注がれている。クリソタイル・セメントシートについて、「伝統的な屋根材で、100年以上にわたって使用されている」と説明している。「長所」としては、「セメント、水、鉱物繊維という天然の要素でつくられている」から、スレートは安全だと言っている。クリソタイル協会はスレートを支援する広告キャンペーンも製作している。コマーシャルのひとつのなかで

は、ショー「ザ・ボイス」の参加者Vasily Urievskyが、クリソタイル・セメントシートは「あらゆる種類の錫を節約する」というラップを歌っている。別のコマースシャルでは、消防士が、金属屋根の家よりもクリソタイル・セメントシートの屋根の家のほうが人々を救うと話している。

アスベスト生産者は、その禁止に反対し、法的規制を弱めようとしている。2016年末にアスベスト禁止国際書記局は、ニューヨークの興信会社K2インテリジェンス（その顧客のひとりに性的暴行で告発した女性たちのスキャンダルを同社に収集するよう命じたハーヴェイ・ワインスタインがいる）のスパイ、ロバート・ムーアを訴えた。ムーアは何年間もドキュメンタリーフィルムメーカーを装い、世界中の活動家、同組織の信頼を利用して、アスベスト禁止導入を意図しているWHOスタッフや各国政府関係者に関する情報を収集した。ムーアは後に二重スパイであったことを明らかにして、作戦の顧客－アスベスト産業と結びついたカザフのビジネスマン、エルキン・タチシェフ（2004年にタチシェフはクリソタイル協会の共同議長だった）－を暴露しようとした。

アスベストによるスレートその他の製品は危険である。しかし、ロシアでは表示義務はない。

上述のスレートに関する記述とは対照的に、環境問題専門家らはその発がん性を指摘して、クリソタイル・セメントスレートが安全だとは考えていない。「人々はその名称から製品にアスベストが入っているか推測するしかない。アスベストがラベル表示されていないから」と、国際POPs根絶ネットワーク（IPEN）共同議長のオルガ・スペランスカヤは説明する。「この物質が危険かどうか、直接接触を減らすために商品を取り扱う方法に関する情報もない。また、より重要なことに、廃棄物になるときに、アスベスト製品をどうすればよいのか？ある者はごみ処分場に捨て、ある者は溪谷に、ある者は路上でひともうけする。この問題はどこでもまったく解決していない」。

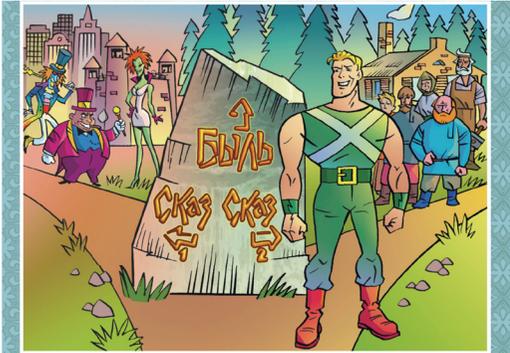
連邦法令のレベルでは、アスベストに関わる作業－利用、輸送及びアスベストを含有する材料を使う建設－は厳格に規制されている。GOST [ロシア

の国家標準規格]によれば、クリソタイルがかかわる荷物の輸送中には国際的な危険表示（黒い背景に白いAの頭文字）、及び、「アスベストを吸入することは健康に有害」という警告がなければならない。アスベスト及びアスベスト含有物質に関わる労働衛生基準では、労働者は保護マスクとつなぎ服で防護されなければならないと規定されている。アスベストの破片は密閉したコンテナに保管されなければならない。アスベスト物質（プラスター、パイプ、断熱材、アスベスト・セメント）を使った建物を建設及び解体する場合には、粉じんの拡散を防ぐために作業場を隔離し、特別の覆いを設置しなければならない。

「人々はまったく何も警告されていないが、法的に違法なわけではない。工場に着いたときにアスベストの入った袋には、それは発がん物質だと、スレートはドリルで穴あけしたり破碎してはならない、ほろほろになったときには危険だと明瞭に書かれている。しかし、この情報は大きな包装以外にはいかず、小売り用包装ではもはやなくなっている」と、ボルゴグラード地域のNGOボルゴグラードーエコプレス・ディレクターで、1993年以降同地域の工業施設の環境監視に従事してきたエレナ・ヴァジリーヴァは言う。情報が必ずラベルに書かれているようにするために、規制レベルでそれを導入する必要がある。結局、人々はスレートを側溝に投げ捨てるか、フェンスを作るのに使っている。ほろほろになってきたら、水たまりに置いている。

ロシアの科学者はクリソタイル産業における労働者の死亡率を調査している。彼らはまた製造企業から金を受け取ってもいる。

ロシアのクリソタイル・アスベストの抽出・濃縮に従事する労働者におけるがん死亡率の後ろ向きコホート研究が10年以上の間実施中である。2005年に保健省から研究のための最初の助成金が出された。医学アカデミーIzmerovaの労働医学研究所の科学的正当性は2013年に出版された。この研究のなかで、同研究所は、ロシア連邦消費者権利保護・福祉監督局ロスポトレブナドゾル [Rosпотребнадзор] のもとにある工業労働者の



予防と健康のためのエカテリブルク医学センターやフランス、オランダの科学者と協力した。2017年だけでIzmerov研究所はこの作業を続けるために約1,400万ルーブルを獲得している。

この研究中に発行された科学論文のひとつは、スヴェルドロフスク地域の他の都市と比較して、Asbest市におけるがんによる死亡率の増加を示している。別の論文では、研究を実施したロシアの科学者はクリソタイルを抽出している企業から、産業における労働条件を評価するために資金を受け取っているとされている。Izmerov労働医学研

究所の試験室のひとつは実際にこの方法で稼いでいる。さらに、連邦税務局によれば、両方のロシア科学研究所-ロシア医学アカデミー労働衛生研究所とエカテリブルク医学研究センター-ロスボトレブナドゾルーは、クリソタイル協会の創設者リストに載っている。

ドキュメンタリーフィルムのなかで、ロシアのアスベスト生産に貢献してきた、Izmerov研究書のメンバーで、調査の共著者のひとり、Yevgeny Kovalevskyは、Asbest市における暮らしの危険に関するジャーナリストの質問に直接答えられなかった。ウラルにおける一般的な有害環境状況に言及して、「暮らしはそれ自体危険だ」と彼は言った。Kovalevskyとクリソタイル協会の代表は「Medusa」誌と話すことを拒絶した。

※グーグルトランスレーションによる英訳からの翻訳。英語自体の意味が不明な箇所があり、日本語訳も意味不明なままになっていることをお許しいただきたい。



<https://meduza.io/feature/2018/06/20/asbest-vyzyvaet-rak-v-rossii-ego-vse-ravnodobyvayut-i-ispolzuyut-v-stroitelstve>

ロシアの鉱山が石綿製品にトランプの顔を印刷

The Guardian, 2018.7.11

アメリカ当局が製品禁止に反対する決定をしたことから、ウラルアスベストの生産者がパレットにトランプの「承認印」を印刷

ドナルド・トランプの環境政策はアメリカで議論を引き起こしたかもしれないが、同大統領の立場はロシアの採掘会社から文字どおりの承認印を手に入れた。

世界最大のアスベスト生産・販売会社であるウラルアスベストは、「アメリカ第45代大統領ドナルド・トランプにより承認済み」の語を添えてトランプの顔のシールを、その製品のパレットに飾る措置をとった。

この動きは、新たなアスベスト製品を無条件に禁止しないというアメリカ環境保護庁の最近の決定を受けたものである。EPAはアスベストの新たな使用を評価するというが、環境団体は公衆衛生上の見地から禁じることによって先へいっていないとEPAを批判した。

フェイスブックへの投稿でウラルアスベストは、「ドナルドはわれわれの味方だ!」と書いて、トランプで飾り立てたクリソタイル・アスベストの写真を公表した。この投稿は、「EPAはもはやアスベストによって引き起こされる可能性のある副作用に関連した問題を扱わないと宣言した」最近退任した同機関の

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

長スコット・プルーイトに感謝している。また、トランプはアスベストを「適用後は100%安全」と言っていると付け加えている。

ウラル山脈のアスベストという鉱山都市にあるウラルアスベストは、来週ヘルシンキでトランプが話し合う予定のロシア大統領ウラジミール・プーチンと密接なつながりを持っているとされている。

アスベストはかつては、肺がんその他のアスベスト関連健康問題の高い率から「死の町」として知られていた。

「ウラジミール・プーチンとロシアのアスベスト産業は、トランプ政権のアメリカにおけるアスベスト禁止失敗の結果、大いに繁栄する立場にある」と環境ワーキング・グループ代表のケン・クックは言う。

「毎年何千人も殺している製品の販売によってプーチンとロシア・オルガリヒの富の蓄積を助けることが、アメリカ大統領やEPAの役割であってはならないが、これがトランプ政権だ」。

アスベストはかつてアメリカで断熱材や屋根材に広く使用されたが、かき乱された場合にはアスベスト繊維が肺に入り込み、中皮腫や肺、喉頭、卵巣のがんを引き起こし得るという証拠から、現在では連邦政府によって「既知の発がん物質」として分類されている。疾病対策予防センターによれば、毎年中皮腫によって約2,500人のアメリカ人が亡くなっている。

しかし、トランプは、1997年の著書『The Art of the Comeback』のなかで、「いったん適用されれば、100%安全」と言って、アスベストに対する支持を表明したことがある。同じトーンでトランプは、「アスベストに反対する運動はギャングに率いられていると信じている。なぜならアスベスト除去を行っているのはギャング関連企業が多いからだ」と書いている。

2012年にこの将来の大統領は、アスベストが建物から除去されていなかったら、セプテンバー11の攻撃のあと世界貿易センターは「焼け落ちることはなかったろう」とツイートした。

床フェルトなどのアスベストの一定の用途はアメリカで禁止されているが、衣類や屋根には認められている。オバマ政権のもとではじめられたEPAのア



スベスト規制のレビューは、7月のプルーイトの発表のなかで、「アスベストに対する重要で前例のない取り組み」とされた。

この取り組みは、EPAは「最善の利用可能な科学」を用いてアスベストの新たな用途を評価するだろうが、この物質を禁止はしないとやっている。EPAによって評価されてきたアスベストの用途の範囲は、例えば、土壌に廃棄されたり、建物の配管の被覆に採用される何百万ポンドものアスベストをカバーしていないなど、狭すぎると批判されてきた。

「アスベストを合法のまま残すことによって、トランプ政権は、ロシアその他諸国からアメリカへのアスベスト輸入の殺到と、将来に続く病気と死亡の波に責任を負うことになる」と、アスベスト疾患アウエアネス・オーガニゼーション共同創設者・会長のリンダ・レインスタインは言う。

昨年、アメリカへのアスベスト輸出の大半を占めたブラジルが、この製品を禁止する約60か国に加わり、ロシアがアメリカにアスベストを送る主要な提供者となった。



※<https://www.theguardian.com/us-news/2018/jul/11/asbestos-trump-face-seal-uralasbest-russia>

はつりじん肺訴訟が和解解決

大阪●末端労働者がゼネコンに責任を問う

2009年12月21日に提起した「はつりじん肺訴訟」がついに終結した。準備期間を含めると10年以上を要したこの訴訟は、原告15名のうち3名をじん肺などで失いながらも、本年5月21日に全面的に解決したのである。

8年も過ぎれば使っているPCも何台か換わり、この原稿のために記憶を喚起しようと資料を探しても見つからないこともある。そこで記憶を頼りに報告を書こうとすると、「はて、あれはいつの話だったか」と不確かなことが多く、はなはだ心許ない。しかし、はつりじん肺訴訟の原告は、必死になっておよそ40年前の記憶を呼び起こし裁判を戦い抜いたのである。しかも、彼らの記憶はのちのち現存する資料と付き合わせて確認するとかなり正確で、この諦めない姿勢が今回の和解につながったのだと考えられる。

●訴訟の背景

粉じん作業によるじん肺被害については、最古の職業病とも言われるほど、非常に古くから知られている。わが国では戦後すぐに特別法制定の大運動がおこり、1955年に珪肺等特別保護法、1960年にじん肺法が制定された。じん肺被害の損害賠償責

任を国や企業に求めるじん肺訴訟は、1970年代から多数提起されてきており、主に、炭鉱、鉱山、トンネルの労働者と家族が原告となってきた。当事者、各弁護士団の多大な努力の成果により、企業責任が明確にされ、補償水準も定着し、和解で勝利解決するケースが多くを占めるようになってきている。

このようなじん肺訴訟の歴史を念頭におくとき、今回和解したはつりじん肺訴訟は、これまで取り組まれたことがなかった、都市の建設現場で発生しているじん肺被害の責任を、元請であるゼネコンに初めて正面から問う集団訴訟である。加害者としてのゼネコンの存在と明確な被害をつなぐ立証の難しさから、被害に社会的な光が当たらず、これまで被害者が泣き寝入りをせざるをえなかった「大規模なじん肺被害」に対する加害責任の明確化と公正な補償を求めて訴訟を提起した。

●立証の困難さ

はつり工は、壊す作業を主な職務とする。作り上げるような作業はほとんどなく、そこに存在するものをはつって無くすのである。そのため、作業をした跡は残

らない。また、作業自体も、現場は違えど同じ作業の繰り返しであり、特別記憶に残るものでもない。また、自らが作業を行った現場をあとから思い出すことは限りなく不可能に近い。誰もが知っているような、大阪ドームとか梅田スカイビルなどの工事現場ですら、作業に従事していた当時から想像もつかないような竣工時の姿なのである。

加えて、新築の現場における現場名は仮称であり、高層集合住宅に付けられるようなハイカラな名称はどこにもない。多くの現場では防音シートなどで覆われており、はつり工は完成時の作業現場がどのような外観を見せるのかも知らないまま現場を去るため、実際に建物を見ても視覚から記憶が喚起されるわけではない。通常、建物を認識する際の指標は、1階のテナントや建物の壁の色などであり、住所などの文字情報ではないのである。そのため、現場までの道のり、エピソード、同じ職人からの聴取りなどありとあらゆる手段を用いて作業現場を見つけ出した。

準備期間だけでも数年の期間を要したが、原告たちは当初自分たちの足で現場を探したものである。裁判が終結した現在、同じ作業ができる者はほとんどいなくなってしまっている。

このような苦労をした結果、陳述書などの形式で原告本人の体験を裁判所に対して訴えるのだが、客観的な証拠ではないため、その評価がたいへん気になるところである。さらに裁判の長

期化に伴い裁判官の構成も代わっていくので、書面が読まれているとしても、各裁判官がどのような印象を受けるかということまでは分からない。そのような環境であっても、1年をかけて順番に行った原告本人による意見陳述と本人尋問は、直接裁判所に原告の声を届ける重要な機会であった。

本人尋問は2012年2月から始まった。体調が著しく悪かった村上武徳さんの尋問を行うべく証拠保全を2011年末に申し立て、翌年2月9日に尋問が予定されていたのだが、直前にお亡くなりになってしまった。同じ轍を踏まないように、体調不良を抱える原告について優先的に尋問を進めていくよう、徳田輝顕さん、そしてだいたい時間をあけて知念清二郎さんが証拠保全のため尋問を受けた。このお二人と一緒に和解の日を迎えることができたのはありがたい話ではあるが、一方、比較的元気だと思われた安里正秀さん、浜川邦宏さんが終結を前に他界したことが何よりも悔やまれる。

全員の尋問が終わったのは2015年7月であった。

●大林組への抗議行動

尋問が終わったのち、和解も含む進行協議が続けられた。弁護団による粘り強い交渉が約3年続いたことになる。原告も毎月集まって進行状況を確認し、必要な資料があれば探索するという日々を過ごしていた。

個別の和解は先述の知念さ

んと金城武次さんについて和解が成立したが、このお二方と伊良皆正吉さんを除くと全員が複数の被告を相手に戦っているため、被告側の足並みが揃わず、なかなか進展がなかった。とりわけ大林組は抗戦姿勢を崩さず、「大林組の現場は予定どおり作業が進むので、はつり作業はほとんどない」というような世迷い言すら書面で主張していた。

このような中で、和解直前ではあったものの、大林組への抗議行動を行った。2017年10月19日、コミュニティ・ユニオン首都圏ネットワークのお世話で「1日行動」に参加させていただき、首都圏の労働組合とともに合同で順番にそれぞれの争議先へ抗議行動に出向き、その初っ端に大林組を入れてもらったのである。

東京の品川にある大林組本社前に、数百人の人々が集まり、一斉に抗議をするのであるから迫力がないはずがない。参加した原告は新垣実さん、末吉茂正さんで、普段は大人しいふたりもこの大人数の前に腹をくくり、お礼の挨拶を述べたり、大林組の職員を捕まえていつまでも抗議を続けたりしていた。また、大林組だけではなく、力の続く限り他の組合への支援のために半日行動を共にしたのは、お二人にとっても良い経験だったと思う。

●原告の声

和解記者会見での原告らのコメントを紹介する。

■岡山義昭さん(原告団長)：平成21年12月に訴訟を提起して

から8年という長い年月が経ちましたが、今回和解が成立したことは私たちが辛抱強く戦い続けた成果だと考えています。この8年の間に原告15名のうち3名を失いました。原告はみな、提訴時と比べて明らかに息苦しさが増しています。自宅で酸素吸入を行っている人もいます。今日も入院中であつたり、外出が困難で出廷できない原告がいます。じん肺という病気が、仕事を辞めた後でも進行し、私たちの呼吸を奪っていく恐ろしい病気であることに、あらためて気付かされます。

建設工事現場は、粉じんのとても酷い労働現場です。最近の現場では、防じんマスクの着用について元請ゼネコンが細かくチェックしているようですが、私たちが働いていた当時はそのようなことはありませんでした。また、粉じんばく露は、防じんマスクだけで防ぐこともできません。現場で働く人たちが粉じんを吸わない環境を元請ゼネコンが作らなくては、じん肺に罹患する労働者はなくならないと思います。

私たちと同じようにじん肺で苦しむ人が出ないようにしてほしいと心から訴えます。

■植田勇さん：大林組の監督の出した陳述書を読みましたが、事実と異なる内容が多かったので正直がっかりしていました。ゼネコンは今後、はつり工が粉じんを吸わないで仕事ができるよう安全な環境作りに励

んでもらいたいです。

■山田裕二：西松建設は私の尋問の日まで、代理人もほとんど裁判に来なかったため、心配していました。解決まで非常に時間がかかりましたが、お世話になった親方も、じん肺で苦しんでいます。まずは親方に報告したいと思います。

■小橋川三郎さん：神戸の震災の復旧工事の現場を確認したかったのですが、すっかり風景が変わっていました。そこでも自分のはつり作業をした場所を見つけられてよかったです。自分たちが作業をしたことは間違いありません。

■福本隆一さん：今年も肺気胸

で入院しました。手術もし、その傷がまだ治りません。もっと早く解決できるようゼネコンは努力しなくてはなりません。

■新垣実さん：ほかのはつり会社へ応援で行く仕事が多く、現場によっては元請ゼネコンがどこか分からないこともあり、とても苦労しました。大林組の東京本社にも抗議に行ったりしましたが、無事解決してほっとしています。

■矢野寛さん：ほっとしました！

最後に、8年間粘り強く原告とともに闘ってくれた弁護士、ご支援いただいた皆さんにお



礼を申し上げます。
(関西労働者安全センター)

れたものの、代わりの出演者を探す時間もなく、自分が出ないとなるとユニットを組んでいる他の人にも迷惑をかけるので出演した。ショー終了後に痛みはひどくなり、次の日から休み、1月10日に「胸郭出口症候群。休業見込み203日間」と診断された。

Aさんは会社に「仕事からなかったので労働災害に申請して下さい」とお願いしたが、「貴方はなで肩ですよ」とか「いままでこの診断名で労災の申請をしたことはない。皆さん、出していませんよ。それでも出しますか」と言われ、会社は労災にしたいくないのだと思った。また、203日間の休業の間の補償はないとも言われ、生活の不安もあり、ユニオンに相談に来られた。

ユニオンは会社に労働災害としての申請と休業の補償を求めて、団体交渉を開始した。労災に認定されるかどうかの判断は労働基準監督署がすることで会社が判断することではないと主張し、会社は労災の申請は行うようになった。休業補償について、会社はないとのことだったので、ユニオンは労災であろうと私病であろうと、健康保険の傷病手当(7割)または労災保険から最低8割は出るのだから、労災認定の結果が出るまでの間、会社が7割を立て替えるべきだと主張した。

会社は立替制度はできないとして「貸付制度」を提案してきた。ユニオンは「貸付制度」は拒否し、健康保険の傷病手当の仮給付を求めて受けることができ、やっとAさんは落ち着いて休業

ケガが絶えない東京ディズニーランド 千葉●胸郭出口症候群労災認定の取り組み

(株)オリエンタルランドが運営する東京ディズニーランド(TDL)でキャストを務める女性(20歳代)が胸郭出口症候群を発症し労災認定された。キャラクターは最大10kgのコスチュームを全身にまとい、ショーやパレードに出演し、ダンスやパフォーマンス、来客者(ゲスト)とのあいさつなどのコミュニケーションを行う。ゲストを楽しませる一方で過重な勤務やパフォーマンスでケガをしたり、体を壊すキャストも少なくない。

なのはなユニオンの鴨桃代委員長にTDL組合員のAさんの

労災認定の取り組みについて寄稿していただいた。

オリエンタルランドで2年近く出演者として働いてきたAさんは、2016年11月頃から左腕に力が入らない、物がつかみにくいなどの違和感を感じていた。その違和感が痛みが変わったのは2017年1月7日。ショーに出演する直前のウォーミングアップ中、左上肢に痛みが走った。そのことに気づいたトレーナー(出演者の身体チェックをする人)から「次のショーには出演しない方がよい」と言わ

に入ることができた。これまで、休業補償がないということで、生活できないからと痛みなどがあっても無理して就業したり、辞めざるをえなかったりというなかで、まずは傷病手当を使えるようにした。

2月22日に労働基準監督署に労災申請した。しかし、会社の申請書には当日の概略的な内容だけしか書かれていなかったため、「災害に至る経緯、災害の原因及び発生状況」についてということで、

- ・装着する衣装が身体に及ぼす負荷
- ・出演時に求められる動きと身体に及ぼす負荷
- ・出演にあたっての安全及び配慮の実態
- ・1月7日(当日)の状況
- ・休業することに対する職場での捉え方について

などを具体的に書いた「自己意見書」を労働基準監督署に提出した。

その提出の際、調査官から「過労性のものの認定はかなりハードルが高い。出演者としての業務と胸郭出口症候群との因果関係が立証されないと難しい」と言われ、東京労働安全衛生センターの飯田さんに相談した。飯田さんから、現場がわからない調査官が労災を判断するので、その調査官が出演者の業務、就労中の身体の負荷を実感できるようにしなければいけない、そのために出演時の動きとその時の身体の形状を映像と写真などでリアルにわかるようにしたらどうかとアドバイスいただいた。

そのアドバイスに基づき、

- ・衣装を装着した時、ゲストから見える動きと見えない内側の身体の形状と身体に及ぼす負担を映像と写真でわかるようにしたもの
- ・近年、業務に支障が出た故障者リスト
- ・一日の労働の流れと実態(図)などを追加の「自己意見書」として提出した。

8月10日、労災が認定された。オリエンタルランドの出演者としては「過重な業務に就労していた」ことが認められたという初の画期的認定。ユニオンはAさんとともに、ムチ打ち、骨にひび、腰痛、膝痛など具合悪くても痛くても我慢して出演する、どうにもならなくなったら「辞める」となっている現場を変えたい、痛い、休みたいと言える職場にしようということで、会社に

- ・「ゼロか100かでない」復職

の条件整備、

- ・怪我や疾病を繰り返さないための予防(シフトの組み方、衣装の軽量化、キャストिंगの人数など)
 - ・「具合が悪い」と言える環境の整備
- などの改善を求めて交渉を継続している。

会社は「労災を認定されたことは認めるが、安全配慮義務に違反していない」ということで、①他の出演者も同じ業務をしているが、「胸郭出口症候群」を発症したのはAさんのみである、②ケガによる労災が多いが、発症状況は異なっている、③安全教育は講じている、との主張を変えていない。今後も会社の責任を追究し、出演者が働き続けられる職場にしていくためにがんばります。ご支援をお願い致します。



(東京労働安全衛生センター)

アスベスト肺がん訴訟が始まる 神奈川●約30年間大工仕事に従事

故松田光雄さんの石綿肺がん労災裁判が、横浜地方裁判所ではじまった。

松田さんは1981年4月から2011年3月までの約30年間、大工仕事に従事し、木造家屋や鉄骨造りのビル等の新築工事、改修工事を行いアスベストに曝露した。まだ現役であった54歳

(2014年)に肺がんを発症し、翌年に死去される。療養中からアスベスト肺がんであるとして労災請求をしていたが、死去後に労災不支給の決定となる(相模原労働基準監督署)。

ご遺族ならびに松田さんが加入していた建設組合(神奈川建設ユニオン)と審査請求、再審査

請求を行ってきたが、いずれも棄却され、本提訴に至った。訴訟代理人は、飯田学史弁護士（横浜はばたき法律事務所）にお願いした。提訴に至るまでの経過を報告する。

●松田さんの石綿曝露作業

松田さんは1981年4月から94年3月まで父親が経営する松田工務店の従業員として、その後独立し一人親方として2014年まで大工工事に従事した。大工工事では木造住宅の新築工事、改修工事や鉄筋鉄骨造りのビルやマンションの改修工事（木工事）などに従事する。地場の工務店からの大工工事の受注や個人の施主からの大工工事を請け負っていた。そして、松田さんが大工仕事において石綿粉じんに曝露した期間は30年近くあり、曝露作業としては次のようなものがあった。

石綿含有吸音天井板（吸音テックス）の貼り付けにおいて現場で板のサイズ調整のためカッターで切断する作業、および改修工事において同部材を壊す作業。内装材や天井材として使用される石膏ボードをカッターで切断したり貼り付ける作業、および改修工事において同部材を壊す作業。

主にキッチン周りなど内装材として使用されるフレキシブルボードを電動丸鋸で切断したり貼り付ける作業、および改修工事において同部材を壊す作業。内装材や外装材として使用される大平板を電動丸鋸で切断したり貼

り付ける作業、および改修工事において同部材を壊す作業。内装材や軒天材、間仕切り材として使用されるケイカル板を電動丸鋸で切断したり貼り付ける作業、および改修工事において同部材を壊す作業。

外装材として使用されるサイディングボードの貼り付け作業、電動丸鋸で切断する作業（サイディング工事はいまでもそ専門職がいるが、80年代の出始め時は、大工がサイディング工事を行う場合が多かった）。洗面所やトイレの床材として使用されていたクッションフロア（CF）やビニル床タイル（Pタイル）の改修張替工事において同部材を裁断し壊す作業。

改修工事において床下の根太の間や壁の間や天井裏にある石綿含有断熱材を除去する作業。毎日、作業の終了時に現場を掃き掃除するので、掃き掃除において再飛散した石綿粉じんに曝露。鉄骨造りの建物の改修工事において、天井の下地を組む作業等で、鉄骨と木材を固定させる際に、鉄骨に吹き付けられていた石綿を除去する作業。その他、鉄骨造りのビルやマンションの改修工事（木工事）では、吹付け石綿を除去しながらの作業であったし、吹き付け石綿のすぐ間近での作業。

●斉藤竜太医師の意見書

そして、54歳で肺がんを発症してしまう。松田さんは建設組合の役員を長年務めており、アスベストについても認識していたの

で、石綿肺がんとして労災請求することを組合と相談し、神奈川労災職業病センターが支援する事になった。

アスベスト疾患の労災認定基準では、肺がんで特定3作業（石綿紡織製品製造、石綿セメント製品製造、石綿吹付）以外の作業については何らかの医学的な所見が必要とされる。そこで松田さんの胸部X線写真と胸部CT写真をアスベスト疾患について詳しい斉藤竜太医師（十条通り医院・神奈川県大和市）に読影してもらったところ、「胸膜プラーク所見あり」「第1型以上の石綿肺所見あり」との診断を得た。

さらに、大工工事を受注していた工務店T社の常用大工Oさんも、じん肺管理区分2続発性気管支炎の石綿肺で労災認定されている。松田さんとOさんは常時同じ現場で働いていたわけではないが、T社からは同一のアスベスト含有建材が支給されるのであり、Oさんも松田さんも同様の大作業にて石綿に曝露したことは間違いはない。実質的な同僚Oさんの石綿肺労災認定の事実重要である。

●労基署による不支給決定

しかしながら、相模原労働基準監督署は不支給決定を行った。不支給の理由を確認すると、石綿曝露期間と作業については相模原署もおおむね認めている。問題は医学的な石綿所見の有無についてであった。

まず、神奈川県地方労災医員の小倉医師は「CT画像上で、

胸膜肥厚はあるが、胸膜プラークとは診断できない」「石綿肺の所見はない」とし、さらに、相模原署が意見を求めた石綿確定診断委員会も「第1型以上の石綿肺の所見を認めない」「胸膜プラークの所見を認めない」と診断した。この2つの意見によって医学的所見なしにて不支給決定となったのである。

●海老原勇医師意見書提出

そして、労災請求中に残念ながらご本人がお亡くなりになり、遺族である妻が松田さんの意思を引き継ぎ審査請求を行うことになった。相模原署も石綿曝露期間と作業については認めており、審査請求では医学的所見が唯一の争点となる。そこで、長年にわたり数多くのアスベスト患者を診てこられ、また、ご自身で解剖も行い、大工を含めた建設従事者とアスベスト疾患について造詣の深い海老原勇医師（昨年他界された）に胸部X線と胸部CT画像を閲覧してもらい、以下のとおりの意見をいただいた。

「（胸部CT写真上）肋骨内面に認められる線状陰影は解剖学的に肋間動静脈や肋間筋の分布とは異なっており、レントゲンの濃度からもextra pleural fat（胸膜外脂肪：筆者注）とは考えにくい。これまで実施した胸膜肥厚斑例に関する多数例についての剖検所見とレントゲン写真、胸部CT所見とを対比した多数の研究から、松田光雄殿に認めたと上記の陰影は胸膜肥厚斑であると診断できる」「胸部CT肺

野条件で軽度ながら胸膜下曲線状線状陰影（SCLS）を伴う間質の線維化は標準写真で石綿肺1型には届かないが、胸部CT縦隔条件で認められた胸膜肥厚斑と合わせて松田光雄殿の肺癌は石綿関連肺癌と診断される」。

そして、同意見書で参考図書として挙げられた海老原医師による二つの論文「胸膜肥厚斑（Pleural Plaques）胸部レントゲン写真、胸部CT写真との対比」および「肋間静脈との鑑別を中心とした胸膜肥厚斑の診断」も併せて提出した。

●審査官・険審査会棄却

加えて、中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会・ひょうご支部が取り組んだ石綿肺がん労災不支給処分の取消判決（大阪高等裁判所判決確定）を引用し、「同僚O氏の石綿肺発症に加え、現実に大工一般に相当数の石綿被害が出ている事を踏まえれば、松田光雄が受けた石綿曝露は肺内に胸膜プラークを形成するに十分な程度に至っていたものと認めるのが相当である。加えて松田光雄に胸膜プラークが存在するとの意見を述べる医師が複数おり、胸膜プラークが存在する相当程度の可能性があることまで否定できない。これを併せ考慮すると松田光雄の肺がんは認定基準を満たす場合に準ずる評価をすることができる」と意見を述べた。

しかしながら、神奈川県労働局の保佐労災保険審査官、その後

の再審査請求について労働保険審査会はいずれも、相模原署と同様で、医学的所見が認められないとして請求棄却の決定を行った。

しかし、棄却の理由を読んでも、海老原医師の意見に真正面から向き合う根拠は示されず、原処分で意見した地方労災医員の小倉医師による「今回指摘の右肋膜内面に認められる線状陰影も肋間動静脈か肋間筋の可能性が高い。少なくとも胸膜プラークとは診断できない」という意見を追加で示した程度であり、とうてい納得できる内容ではなかった。

●みんなに繋がる取り組みを

そこで松田さんの遺族と建設組合と相談し、飯田学史弁護士が代理人となり、横浜地方裁判所に労災不支給の取消訴訟を提訴するに至った。提訴日は2018年3月26日で、第1回口頭弁論期日が6月6日に開かれた。神奈川建設ユニオンから24名、中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会・神奈川支部から9名が法廷に駆け付け、傍聴席が埋まる勢いであった。そして、提訴では新たな証拠として、春田明郎医師（横須賀中央診療所）の「胸膜プラーク有り」の意見書および同僚でもある実父の大工工事における石綿曝露の意見書を提出した。

大工を含めた建設従事者のアスベスト肺がんの労災認定の取り組みは、まだまだ埋もれている課題であり、また今回の胸膜プ

ラークの有無をめぐる争いは非常に重要な取り組みである。松田光雄さんもご遺族も、これは本人だけの問題ではなく、建設従事者みんなにつながる取り組みであることを強く意識され、諦め

ずに頑張ってきた。これからも裁判経過については定期的に報告していく。多くの皆さまのご支援をお願いしたい。



(神奈川県労働安全センター)

のみしか責任期間と重ならないこと、また、勝村さんが従事していた作業は石綿製品製造ではなく岩綿製品の製造であること、などと根拠のないことを国は主張し、徒に係争を長引かせた。約2年の時間を要したが、勝村さんは根気よく作業内容について主張を続け、ようやく賠償を受けるにいたったのである。

また、この日は新たにニチアス王寺工場の6名の元従業員について本人や遺族が提訴している。ニチアス王寺工場の石綿粉じんによる被災者は、厚生労働省の「石綿ばく露作業による労災認定等事業場一覧表」によれば、労災認定数が、平成28年までに肺がん44名、中皮腫33名、石綿肺11名にのぼる。労災認定を受けていないけれども、石綿曝露により健康被害を負っている方も多くいることが予想される。勝村さんの和解をきっかけに、より多くの元従業員から声が上が



(関西労働者安全センター)

ニチアス王子工場初の国賠和解

奈良●約30年間大工仕事に従事

大阪泉南アスベスト国家賠償訴訟最高裁判決を受け、国が、同判決の被災者と同じように石綿工場で就労しアスベストによる健康被害を受けた元労働者や遺族に対し、訴訟上の和解手続を通じて損害賠償を行っていることについては、泉南型国賠訴訟として本誌でもたびたび報告してきた。

今回、奈良県北葛城郡王寺町のニチアス株式会社王寺工場の元従業員である勝村正信さん(87歳)が2016年5月20日に提起した国家賠償訴訟について、本年4月25日、訴訟上の和解が成立した。この訴訟はニチアス従業員の国家賠償訴訟としては初めて提起されたものであり、ニチアス王寺工場の従業員として国と訴訟上の和解が成立したのは初めてである。

勝村さんは、1957年6月から58年8月までニチアス王寺工場石綿製品の製造作業に従事し、アスベスト粉じんに曝露した。2009年6月に良性石綿胸水によ

り労災認定を受けている。

泉南型国賠訴訟においては、賠償金の対象に関する要件について、「昭和33年5月26日から昭和46年4月28日までの間に、局所排気装置を設置すべき石綿工場内において、石綿粉じんにばく露する作業に従事したこと」と掲げられており、国の責任期間が限定されている。勝村さんについては、昭和33年8月で退職していることから、昭和33年5月26日から同年8月までの2~3か月

腭がんと放射線被ばく

厚労省●医学的知見検討会報告書

2018年6月27日厚生労働省発表

検討して報告書を取りまとめ～

腭がんと放射線被ばくに関する医学的知見を公表します
～労災請求を受け、国際的な報告や疫学調査報告などを分析～

厚生労働省の「電離放射線障害の業務上外に関する検討会」(座長:国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構執

行役・明石真言)は、このたび、膀胱がんと放射線被ばくとの関連について、現時点の医学的知見を報告書として取りまとめましたので、公表します。

この報告書は、放射線業務従事者に発症した膀胱がんの労災請求があったことを受け、業務が原因かどうかを判断するために、国際的な報告や疫学調査報告などを分析・検討し、取りまとめたもので、報告書の概要と、報告書を踏まえた膀胱がんと放射線被ばくに関する当面の労災補償の考え方は資料1のとおりです。

なお、この報告書は、現時点での医学的知見を取りまとめたもので、今後とも医学的知見の収集に努めていきます。

(資料1)

【検討会報告書の概要】

原子放射線の影響に関する国連科学委員会 (UNSCEAR) が医学文献の部位別のレビューをまとめた「2006年報告書」と、2006年以降の医学文献を中心にレビューを行った。

1 被ばく線量について

(1) 膀胱がんに関する個別文献では、膀胱がんの発生が統計的に有意に増加する最小被ばく線量について記載された文献はなかった。

(2) 膀胱がんを含む全固形がん※を対象としたUNSCEARなどの知見では、被ばく線量が100から200mSv以上において統計的に有意なリスクの上昇が認められ、がんリスクの推定に用いる疫学的研究方法はおおよそ100mSvまでの線量範囲で

のがんのリスクを直接明らかにする力を持たないとされている。

※胃がん、大腸がんのように、塊を作るがんの総称。固形がんではないものとして、白血病などの血液のがんがある。

2 潜伏期間について

(1) 膀胱がんに関する個別文献では、膀胱がんの最小潜伏期間について記載されたものはなかった。

(2) UNSCEARなどの知見では、全固形がん(※)の最小潜伏期間について、5年から10年としている。

3 放射線被ばく以外のリスク要因

膀胱がんには、喫煙、肥満がリスク要因として知られている。

【当面の労災補償の考え方】

1 当面の労災補償の考え方

放射線業務従事者に発症した膀胱がんの労災補償に当たっては、当面、検討会報告書に基づき、以下の3項目を総合的に判断する。

(1) 被ばく線量

被ばく線量が100mSv以上から放射線被ばくとがん発症との関連がうかがわれ、被ばく線量の増加とともに、がん発症との関連が強まること。

(2) 潜伏期間

放射線被ばくからがん発症までの期間が5年以上であること。

(3) 放射線被ばく以外のリスク要因

放射線被ばく以外の要因についても考慮する必要があること。

2 その他具体的検討

個別事案の具体的な検討に当たっては、厚生労働省における「電離放射線障害の業務上外に関する検討会」において引き続き検討する。

※上記1の(1)及び(2)については、これまでの肝がん等の固形がんに係る当面の労災補償の考え方と同一である。

※<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000212977.html>



職業病認定の基準等を緩和

韓国●高危険事業場に「過労死予防事業」

■サムソン半導体被害者の訴訟団長、労働部労災局長に内定

雇用労働部によれば、サムソン電子半導体で職業病に罹った労働者の産業災害訴訟を勝

訴に導いた医師出身のパク・ヨンマン弁護士(49歳)が、民間スカウト制度により、雇用労働部の労災予防補償政策局長に内定した。

パク・ヨンマン弁護士は職業環境医学専門医の出身で、全南大医大を卒業して、2001年にカトリック大産業保健大学院で専門医の資格を取り、緑色病院産業医学課長を経て、2004年に司法試験に合格した。サムソン半導体白血病の1次訴訟弁護団長を引き受け、2011年には労災認定の判決を得た。

産業安全保健業界はパク・ヨンマン弁護士の内定を喜んでいる。イ・ジョンラン公認労務士(パノリム)は「職業病被害者の労災認定率を上げる一助となるものと期待する」と話した。

2018.2.26 毎日労働ニュース

■労働部「有害物質にばく露」労災の立証責任、勤労福祉公団に転換を検討

パク・ヨンマン労働部・労災予防補償政策局長は4月9日「最近サムソンの作業環境測定報告書の公開をめぐる、消耗的で不必要な論議が拡大している」とし、「労災の立証責任を勤労福祉公団の負担とし、公団が自主的に調査して判断できるように改善する方案を検討している」と話した。

例えば、労働者が公団に労災を申請した段階で「サムソン工場のA工程で仕事をした」と証明すれば、公団が地方労働官署が物質安全保健資料(MSDS)等を参考にして、労災の可否を判断する。作業環境測定結果報告書の公開をめぐる不必要に争う必要がないばかりか、営業秘密に関する論議まで減らす

ことができる方案だ。

労働部が労災の立証責任の転換を検討する背景には、今年2月の大田(テジョン)高裁の判決に対して、作業環境測定結果報告書の公開をなんとか妨害しようとするサムソン側の無理な態度がある。

大田高裁は「労働部はサムソン電子が提出した温陽(オニョン)工場の作業環境測定結果報告書を公開せよ」という趣旨の判決を出し、労働部は安全保健資料情報公開請求処理指針を改正して、情報を公開すると明らかにした。

大田高裁の判決以後に、サムソン電子の器興・華城・温陽・亀尾とサムソンSDIの天安、サムソンディスプレイの蕩情事業場の6件の情報公開が申請された。労働部はこのうち4件に対して公開を決定した。ところがサムソンは国民権益委員会傘下の中央行政審判委員会に「労働部の行政処分を停止してほしい」という、執行停止と行政審判を提起した。さらに産業通商資源部に、「作業環境測定報告書に国家の核心技術に該当する情報が含まれている」という確認を要請した。

残りの2件は地方官署の情報公開審議委員会の審議を待っている。サムソンは地方官署の情報公開審議委が公開決定を出した瞬間、中央行政審判委に執行停止と行政審判を提起すると予想される。

1~2か月かかる行政審判の本案審理で「情報を公開せよ」

という決定がされても、サムソンが再び行政訴訟の手続きを踏めば、大法院の判決まで2~3年にかかる。サムソンの工場において疾病に罹った労働者は、その期間を、労災を立証する何の資料もなく「暗闇労災訴訟」をしなければならない。

パク・ヨンマン局長はこの日の記者ブリーフィングで、「作業環境測定結果報告書に営業秘密と見られるほどの情報はないというのが裁判所判断で、「専門家団体である韓国産業保健学会の意見を反映した結果」とし、「(作業環境測定結果報告書)は、公共機関の情報公開に関する法律の『法人の経営・営業上の秘密』に当たるとしても、事業活動によって発生する危害から人の生命・身体・健康を保護するために、公開する必要がある情報に該当する」と話した。

とくに、「一企業の長期間に蓄積された技術的なノウハウは当然保護されなければならない」が、「働いて病気を得た労働者にとって、作業環境測定結果報告は労災立証にどうしても必要な資料」と強調した。

パク局長はサムソンに対する警告的な発言もした。「サムソンは労災申請の申請人にすら情報を与えられないと言っている」とし、「労災申請者が正当な補償を受けられない状況が発生しないように、サムソン側の決断を期待する」と話した。

2018.4.10 毎日労働ニュース

■業務上疾病の承認率、小幅な

がら上昇

今年に入って、業務上疾病の承認率が小幅ながら上昇したことがわかった。雇用労働部が慢性過労の認定基準を緩和して、労働者の業務上疾病の立証責任の負担を減らす「推定の原則」を適用したことが影響したと思われる。

勤労福祉公団によれば、今年1月と2月に業務上疾病として労災療養を申請された件数は1,341件。このうち837件が業務との関連性を認められた。承認率は62.4%で、昨年(52.9%)より9.5%高まった。

脳心血管疾患は、279件中121件が業務上疾病と承認され、158件は不承認とされた。昨年の脳心血管疾患の承認率が32.6%で、今年2月は43.4%と10.8%上昇した。

労働部が今年の1月から慢性過労の認定基準を変更して、脳心血管疾患の労災不承認率が低くなったと思われる。いままで「発病前12週間の業務時間が、1週平均60時間を超える場合」にだけ業務関連性が強いと規定していたものを、夜間・交代勤務や有害環境での作業のような質的な要素を考慮して、慢性過労の業務上疾病の可否を判断するようにした。

作業(曝露)期間も曝露量が一定基準を充足すれば、特別な反証がない限り業務上疾病と認定し、未充足の場合も医学的な因果関係があれば労災とするように、関連規定を改正したことも影響を与えたと分析される。

脳心血管疾患だけでなく、他の疾病による労災承認率も満遍なく上昇した。筋骨格系疾患の承認率は昨年の61.5%から今年2月には68.3%に上昇した。職業性がん(61.4%→70.7%)、精神疾患(55.9%→73.1%)、肝疾患(21.4%→50.0%)、細菌性疾患(66.7%→70.8%)の承認率も全体的に上昇した。

2018.4.1 毎日労働ニュース

■「悪性リンパ腫」サムソン電子温陽工場の労働者に労災認定

サムソン電子温陽(オニャン)工場では6年7か月間、品質検収業務を行った後、悪性リンパ腫に罹った労働者が、産業災害療養給付申請から3年目に承認された。

Kさん(33歳)は退職から3年2か月目の2012年4月に初めての診断を受けた。非ホジキンリンパ腫は免疫体系を形成するリンパ系に悪性の腫瘍ができる疾患だ。ベンゼン、酸化エチレンなどに因って発病するとわかっている。

2015年3月に労災申請をしたキムさんが、業務上疾病を認められるまでにかかった時間は3年だ。作業で使った有害物質の立証に苦労したためだ。申請当時、Kさんは大田地方雇用労働庁・天安(チョナン)支庁に、サムソン電子温陽工場の作業環境測定結果報告(作業環境報告書)の情報公開請求をしたが、すべて非公開とされた。

事件を担当したキム・ミンホ労働士は、「作業環境報告書がな

いから『目を閉じて象に触る』ように闘った。報告書があれば労災認定はもっと早かっただろう」と話した。

2018.4.20 ハンギョレ新聞

■安全保健公団、過労死の高危険事業場に「過労死予防事業」

安全保健公団が長時間労働の慣行を改善するために、今月から過労死高危険事業場を対象に「過労死予防事業」を始める。

公団によれば、過労死予防事業は、2016～2017年に長時間労働による脳心臓血管系と精神疾患で療養の承認を受けた事業場など、勤労基準・産業安全合同の点検対象100か所を対象に実施する。

事業場の規模別に、20人未満の小規模事業場は公団の健康管理実態確認コンサルティングを受けて、地域別勤労者健康センターの健康増進事業に参加する。20人以上の事業場は公団のコンサルティングを受けて、健康増進改善計画を立て、公団の審査を経て、適正性の判断と補完過程を経た後、予防事業を推進する。公団は、事業場が立てた健康増進改善計画と労働者健康保護活動を点検するために、分期別にモニタリングをする。

雇用労働部は、参加対象であるのに事業に参加しなかったり、改善計画の樹立・推進が不十分な事業場には、勤労基準・産業安全の合同点検を行う。

2018.5.8

毎日労働ニュース



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
- 神奈川 ● NPO法人 神奈川労災職業病センター
〒230-0062 横浜市鶴見区豊岡町20-9 サンコーポ豊岡505
E-mail k-oshc@jca.apc.org
TEL (045) 573-4289 / FAX (045) 575-1948
- 群馬 ● ぐんま労働安全衛生センター
〒370-0045 高崎市東町58-3 グランドキャニオン1F
E-mail qm3c-sry@asahi-net.or.jp
TEL (027) 322-4545 / FAX (027) 322-4540
- 長野 ● NPO法人 ユニオンサポートセンター
〒390-0811 松本市中央4-7-22 松本市勤労会館内1階
E-mail ape03602@go.tvm.ne.jp
TEL (0263) 39-0021 / FAX (0263) 33-6000
- 新潟 ● 一般財団法人 ささえあいコープ新潟
〒950-2026 新潟市西区小針南台3-16
E-mail KFR00474@nifty.com
TEL (025) 265-5446 / FAX (025) 230-6680
- 愛知 ● 名古屋労災職業病研究会
〒466-0815 名古屋市昭和区山手通5-33-1
E-mail roushokuken@be.to
TEL (052) 837-7420 / FAX (052) 837-7420
- 三重 ● みえ労災職業病センター
〒514-0003 津市桜橋3丁目444番地 日新ビル
E-mail QYY02435@nifty.ne.jp
TEL (059) 228-7977 / FAX (059) 225-4402
- 京都 ● 京都労働安全衛生連絡会議
〒601-8015 京都市南区東九条御霊町64-1 アンビシャス梅垣ビル1F
E-mail kyotama@mbox.kyoto-inet.or.jp
TEL (075) 691-6191 / FAX (075) 691-6145
- 大阪 ● 関西労働者安全センター
〒540-0026 大阪市中央区内本町1-2-11 ウタカビル201
E-mail koshc2000@yahoo.co.jp
TEL (06) 6943-1527 / FAX (06) 6942-0278
- 兵庫 ● 尼崎労働者安全衛生センター
〒660-0802 尼崎市長洲中通1-7-6
E-mail a4p8bv@bma.biglobe.ne.jp
TEL (06) 4950-6653 / FAX (06) 4950-6653
- 兵庫 ● 関西労災職業病研究会
〒660-0803 尼崎市長洲本通1-16-17 阪神医療生協気付
TEL (06) 6488-9952 / FAX (06) 6488-2762
- 兵庫 ● ひょうご労働安全衛生センター
〒650-0026 神戸市中央区古湊通1-2-5 DAIEビル3階
E-mail npo-hoshc@amail.plala.or.jp
TEL (078) 382-2118 / FAX (078) 382-2124
- 岡山 ● おかやま労働安全衛生センター
〒700-0905 岡山市北区春日町5-6 岡山市勤労者福祉センター内
E-mail oka2012ro-an@mx41.tiki.ne.jp
TEL (086) 232-3741 / FAX (086) 232-3714
- 広島 ● 広島労働安全衛生センター
〒732-0825 広島市南区金屋町8-20 カナヤビル201号
E-mail hirosshima-raec@leaf.ocn.ne.jp
TEL (082) 264-4110 / FAX (082) 264-4123
- 鳥取 ● 鳥取県労働安全衛生センター
〒680-0814 鳥取市南町505 自治労会館内
TEL (0857) 22-6110 / FAX (0857) 37-0090
〒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
- 徳島 ● NPO法人 徳島労働安全衛生センター
E-mail info@tokushima.jtuc-rengo.jp
〒770-0942 徳島市昭和町3-35-1 徳島県労働福祉会館内
TEL (088) 623-6362 / FAX (088) 655-4113
- 愛媛 ● NPO法人 愛媛労働安全衛生センター
E-mail npo_eoshc@yahoo.co.jp
〒793-0051 西条市安知生138-5
TEL (0897) 64-9395
- 高知 ● NPO法人 高知県労働安全衛生センター
〒780-0011 高知市薊野北町3-2-28
TEL (088) 845-3953 / FAX (088) 845-3953
- 大分 ● NPO法人 大分県勤労者安全衛生センター
E-mail OITAOSHC@elf.coara.or.jp
〒870-1133 大分市宮崎953-1 (大分協和病院3階)
TEL (097) 567-5177 / FAX (097) 568-2317
- 自治体 ● 自治労安全衛生対策室
E-mail sh-net@ubcnet.or.jp
〒102-0085 千代田区六番町1 自治労会館3階
TEL (03) 3239-9470 / FAX (03) 3264-1432

