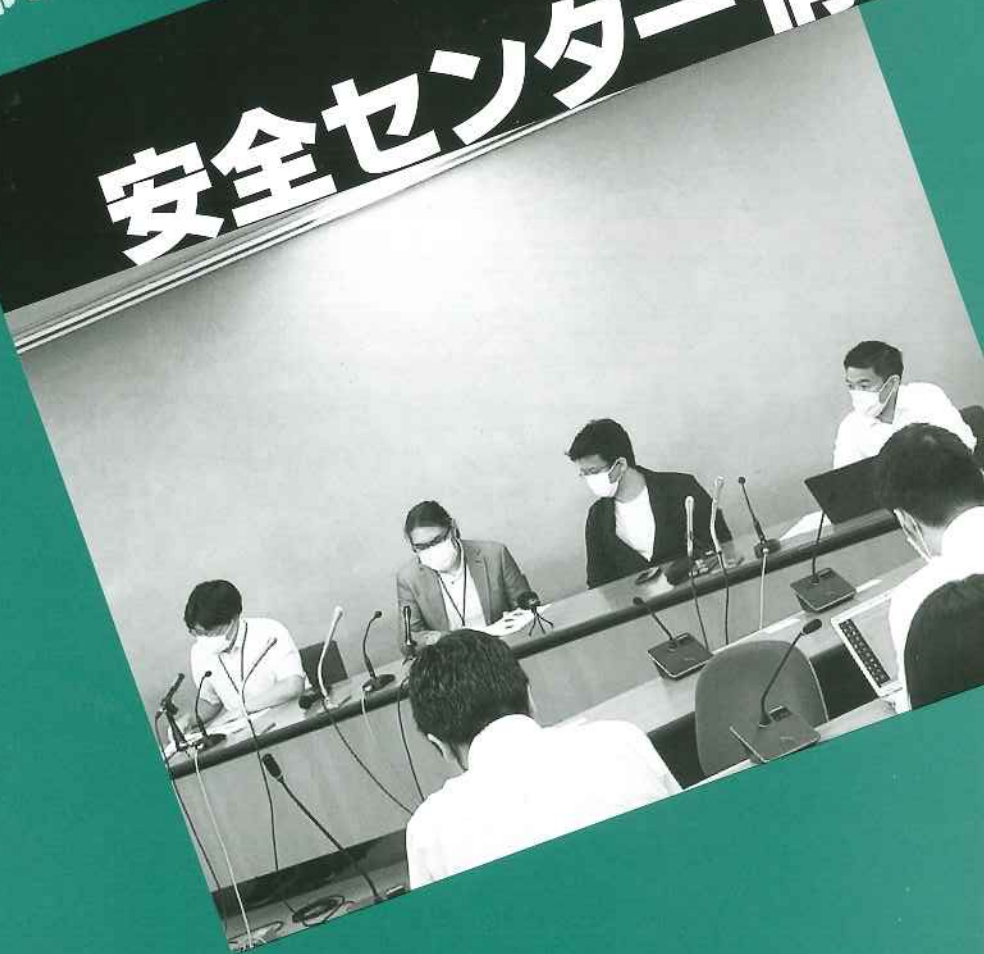


安全センター情報2020年10月号 通巻第486号
2020年9月15日発行 毎月1回15日発行
1979年12月28日第三種郵便物認可



2020 10

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：ワーバーイーツユニオンの記者会見

**複数の会社等に雇用されている労働者の方々への
労災保険給付が変わります**

「労働者災害補償保険法」が改正されました
改正法の施行日（令和2年9月1日）以降に、けがをした労働者の方や病気になった労働者の方、お亡くなりになった労働者のご遺族の方が以下の改正事項の対象となります。

※原則、けがなどされた時点で複数の会社等で働かれている方が対象ですが、例外もあります。

**休業をした場合等※の給付額が
すべての勤務先の賃金額を基に決まります**

現行制度

※ 他にも、お亡くなりになった場合や障害が残った場合の給付等も対象です。

事故が起きた勤務先の賃金額のみを基礎に給付額等が決定

改正後

すべての勤務先の賃金額を合算した額を基礎に給付額等が決定

**すべての勤務先の負荷（労働時間やストレス等）が
総合的に評価され労災認定されるようになります**

現行制度

**それぞれの勤務先ごとに負荷（労働時間やストレス等）を
個別に評価して労災認定できるかどうかを判断**

改正後

**それぞれの勤務先ごとに負荷（労働時間やストレス等）を
個別に評価して労災認定できない場合は、
すべての勤務先の負荷（労働時間やストレス等）を
総合的に評価して労災認定できるかどうかを判断**

※ 対象疾病は、脳・心臓疾患や精神障害などです。

※ 上記改正については、労災保険のメリット制には影響させません。

「労働者災害補償保険法の改正について～複数の会社等で働かれている方への保険給付が変わります～」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousai/rousaihukugyou.html

特集／脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

精神障害請求件数急増 脳心含め認定率減少続く

精神障害請求件数は2千件を突破 2

複数の就業先の賃金を合算 業務上の負荷も総合的に評価

改正労災保険法が2020年9月1日施行 21

COVID-19と安全衛生・労災補償 ④

労災請求間もなく千件突破 認定率も50.8%まで上昇

労災・公災ともに具体的認定事例も紹介 23

誰が知ってる?WHOの労働ウイルスリスクに 対する無関心は世界規模の災害

ハザーズマガジン第150号 29

「研究活動家」白道明「科学の名」で弱者の側に立つ 33

バイザッグ(インド)ガス漏洩災害 ②

タイムテーブル 2020.5.8～8.14 41

州ハイパワー委員会事故調査報告書の「結論」 48

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

石綿企業・石綿肺症例の分布－中国1997～2019 54

各地の便り/世界から

ウーバーイーツ●ユニオンが労災法改正を要望 59

兵庫●市立病院検査技師のシックハウス症候群 61

最高裁●建設アスベスト訴訟で初の弁論決定 62

大阪●会社飲み会後の事故を通勤災害と認定 63

東京●第一スレートの下請労働者にも石綿被害 64

韓国●ポスコなど10社、下請労働者だけが死亡 64

精神障害請求件数急増 脳心含め認定率減少続く 精神障害請求件数は2千件を突破

厚生労働省は2020年6月26日に、2019年度分の「過労死等の労災補償状況」を公表した (https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_11975.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。

厚生労働省が指摘するポイント

同省自身が指摘する2019年度の特徴は、以下のとおりである。

■ポイント

過労死等に関する請求件数は2,996件で、前年度比299件の増となった。

また、支給決定件数は725件で前年度比22件の増となり、うち死亡（自殺未遂を含む。）件数は前年度比16件増の174件であった。

■脳・心臓疾患に関する事案の労災補償状況

① 請求件数は936件で、前年度比59件の増となった。（表1、図1）

② 支給決定件数は216件で前年度比22件の減となり、うち死亡件数は前年度比4件増の86件であった。（表1、図1）

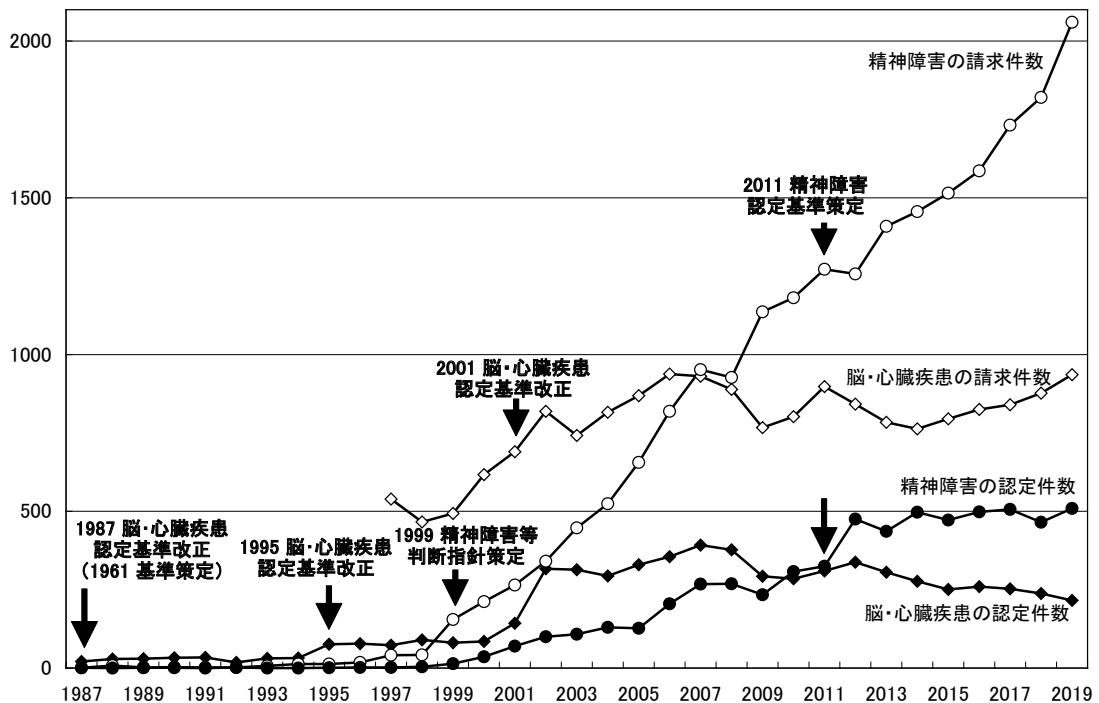
③ 業種別（大分類）では、請求件数は「運輸業、郵便業」197件、「卸売業、小売業」150件、「建設業」130件の順で多く、支給決定件数は「運輸業、郵便業」68件、「卸売業、小売業」32件、「製造業」22件の順に多い。（表5）

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」144件、61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」185件、「専門的・技術的職業従事者」127件、「サービス職業従事者」114件の順で多く、支給決定件数は「輸送・機械運転従事者」68件、「専門的・技術的職業従事者」と「サービス職業従事者」26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」177件、67件が

図1 脳・心臓疾患及び精神障害の労災補償状況



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」333件、「60歳以上」294件、「40～49歳」248件の順で多く、支給決定件数は「50～59歳」91件、「40～49歳」67件、「60歳以上」42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「120時間以上～140時間未満」33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」73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2,060件で前年度比240件の増となり、うち未遂を含む自殺件数は前年度比2件増の202件であった。(表2、図1)
- ② 支給決定件数は509件で前年度比44件の増となり、うち未遂を含む自殺の件数は前年度比12件増の88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」426件、「製造業」352件、「卸売業、小売業」279件の順に多く、支給決定件数は「製造業」90件、「医療、福祉」78件、「卸売業、小売業」74件の順に多い。(表6)

業種別(中分類)では、請求件数、支給決定件数ともに業種別(大分類)の「医療、福祉」のうち「社会保険・社会福祉・介護事業」256件、48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」500件、「事務従事者」465件、「サービス職業従事者」312件の順に多く、支給決定件数は「専門的・技術的職業従事者」137件、「サービス職業従事者」81件、「事務従事者」79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」339件、49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」639件、

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2002～19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
	内死亡	内死亡	内死亡	内死亡	内死亡	内死亡	内死亡	内死亡	死亡	死亡
2006	938	(315)	818	(303)	355	(147)	463	(156)	37.8%	43.4%
2007	931	(318)	856	(316)	392	(142)	464	(174)	42.1%	45.8%
2008	889	(304)	797	(313)	377	(158)	420	(155)	42.4%	47.3%
2009	767	(237)	709	(253)	293	(106)	416	(147)	38.2%	41.3%
2010	802	(270)	696	(272)	285	(113)	411	(159)	35.5%	40.9%
2011	898	(302)	718	(248)	310	(121)	408	(127)	34.5%	43.2%
2012	842	(285)	741	(272)	338	(123)	403	(149)	40.1%	45.6%
2013	784	(283)	683	(290)	306	(133)	377	(157)	39.0%	44.8%
2014	763	(242)	637	(245)	277	(121)	360	(124)	36.3%	43.5%
2015	795	(283)	671	(246)	251	(96)	420	(150)	31.6%	37.4%
2016	825	(261)	680	(253)	260	(107)	420	(146)	31.5%	38.2%
2017	840	(241)	664	(236)	253	(92)	411	(144)	30.1%	38.1%
2018	877	(254)	689	(217)	238	(82)	451	(135)	27.1%	34.5%
2019	936	(253)	684	(238)	216	(86)	468	(152)	23.1%	31.6%
合計	15,133	(5,193)	12,954	(5,069)	5,406	(2,252)	7,548	(2,817)	35.7%	41.7%

年度	脳血管疾患									
	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②
	内死亡	内死亡	内死亡	内死亡	内死亡	内死亡	内死亡	内死亡	死亡	死亡
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%
2010	528	(112)	437	(110)	176	(48)	261	(62)	33.3%	40.3%
2011	574	(110)	470	(97)	200	(48)	270	(49)	34.8%	42.6%
2012	526	(96)	466	(89)	211	(39)	255	(50)	40.1%	45.3%
2013	468	(88)	396	(97)	182	(43)	214	(54)	38.9%	46.0%
2014	475	(84)	387	(79)	166	(38)	221	(41)	34.9%	42.9%
2015	502	(103)	408	(89)	162	(39)	246	(50)	32.3%	39.7%
2016	518	(82)	428	(91)	154	(37)	274	(54)	29.7%	36.0%
2017	525	(79)	411	(77)	159	(32)	252	(45)	30.9%	38.7%
2018	550	(81)	427	(70)	142	(27)	285	(43)	25.8%	33.3%
2019	577	(87)	428	(84)	135	(27)	293	(57)	23.4%	31.5%
合計					3,383					

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
	内死亡	内死亡	内死亡	内死亡	内死亡	内死亡	内死亡	内死亡	死亡	死亡
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%
2010	274	(158)	259	(162)	109	(65)	150	(97)	39.8%	42.1%
2011	324	(192)	248	(151)	110	(73)	138	(78)	34.0%	44.4%
2012	316	(189)	275	(183)	127	(84)	148	(99)	40.2%	46.2%
2013	316	(195)	287	(193)	124	(90)	163	(103)	39.2%	43.2%
2014	288	(158)	250	(166)	111	(83)	139	(83)	38.5%	44.4%
2015	293	(180)	263	(157)	89	(57)	174	(100)	30.4%	33.8%
2016	307	(179)	252	(162)	106	(70)	146	(92)	34.5%	42.1%
2017	315	(162)	253	(159)	94	(60)	159	(99)	29.8%	37.2%
2018	327	(173)	262	(147)	96	(55)	166	(92)	29.4%	36.6%
2019	359	(166)	256	(154)	81	(59)	175	(95)	22.6%	31.6%
合計					2,023					

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
		内自殺		内自殺		内自殺		内自殺	自殺	自殺
2006	819	(176)	607	(156)	205	(66)	402	(90)	25.0%	33.8%
2007	952	(164)	812	(178)	268	(81)	544	(97)	28.2%	33.0%
2008	927	(148)	862	(161)	269	(66)	593	(95)	29.0%	31.2%
2009	1,136	(157)	852	(140)	234	(63)	618	(77)	20.6%	27.5%
2010	1,181	(171)	1,061	(170)	308	(65)	753	(105)	26.1%	29.0%
2011	1,272	(202)	1,074	(176)	325	(66)	749	(110)	25.6%	30.3%
2012	1,257	(169)	1,217	(203)	475	(93)	742	(110)	37.8%	39.0%
2013	1,409	(177)	1,193	(157)	436	(63)	757	(94)	30.9%	36.5%
2014	1,456	(213)	1,307	(210)	497	(99)	810	(111)	34.1%	38.0%
2015	1,515	(199)	1,306	(205)	472	(93)	834	(112)	31.2%	36.1%
2016	1,586	(198)	1,355	(176)	498	(84)	857	(92)	31.4%	36.8%
2017	1,732	(221)	1,545	(208)	506	(98)	1,039	(110)	29.2%	32.8%
2018	1,820	(200)	1,461	(199)	465	(76)	996	(123)	25.5%	31.8%
2019	2,060	(202)	1,586	(185)	509	(88)	1,077	(97)	24.7%	32.1%
合計	21,090	(3,099)	17,748	(3,002)	5,932	(1,271)	11,816	(1,731)	28.1%	33.4%

「30～39歳」509件、「20～29歳」432件、支給決定件数は「40～49歳」170件、「30～39歳」132件、「20～29歳」116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68件で最も多く、次いで「100時間以上～120時間未満」が63件であった。(表10)

- ⑦ 出来事(※)別の支給決定件数は、「(ひどい)嫌がらせ、いじめ、又は暴行を受けた」79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」68件、「悲惨な事故や災害の体験、目撃をした」55件の順に多い。(表13)

※「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

■裁量労働制対象者に関する労災補償状況

令和元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2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7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。(表4)

本誌で紹介するデータ

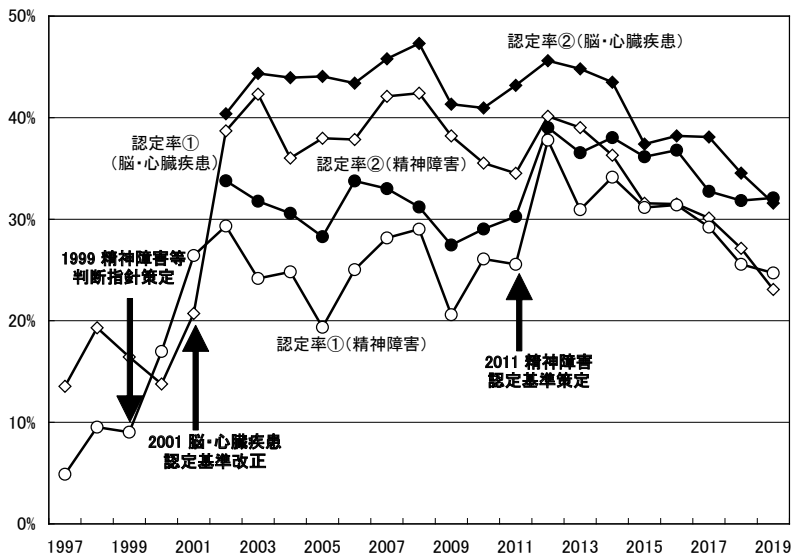
本誌では、今回発表されたデータだけでなく、過

去に公表された関連データもできるだけ統合して紹介している。脳・心臓疾患及び精神障害等については、2001年の脳・心臓疾患に係る認定基準の改正を受けて、2002年以降毎年5～6月に、前年度の労災補償状況が公表されるようになっているが、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、2002～19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举されたものである。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。)

図2 脳・心臓疾患及び精神障害の認定率の推移



若しくは解離性大動脈瘤又はこれらの疾病に付随する疾病

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

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

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-「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。本誌もこれにしたがっている。

認定・請求件数

請求・認定件数について見れば、脳・心臓疾患及び精神障害ともに、請求件数が増加し続けていることが一目でわかる。

とりわけ精神障害の請求件数の急増ぶりが著し

く、2009年度に1,000件を超え、2019年度にはついに2,000件を超えた。

精神障害の請求件数は7年連続の増加であり、脳・心臓疾患の請求件数も5年連続増加した。

これに対して認定件数のほうは同じような増加傾向は示していない。精神障害の認定件数は、2019年度は前年度の465件から509件に増加したものの、脳・心臓疾患の認定件数は、2012年度の338件以降減少傾向を示して、2019年度は216件と2006年度以来の少なさになってしまっている(図1)。

認定率

本誌では、「認定率」について、以下のふたつの数字を計算している。

認定率①=認定(支給決定)件数/請求件数

認定率②=認定(支給決定)件数/決定件数

(支給決定件数+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。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るようになった2002年度以来過去最低(37.4%)を記

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)												
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
		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%
2012	94	(18)	73	(15)	15	(3)	58	(12)	16.0%	20.5%	16.7%	20.0%
2013	81	(17)	67	(20)	8	(2)	59	(18)	9.9%	11.9%	11.8%	10.0%
2014	92	(17)	67	(14)	15	(3)	52	(11)	16.3%	22.4%	17.6%	21.4%
2015	83	(18)	68	(14)	11	(1)	57	(13)	13.3%	16.2%	5.6%	7.1%
2016	91	(14)	71	(16)	12	(3)	59	(13)	13.2%	16.9%	21.4%	18.8%
2017	120	(18)	95	(20)	17	(2)	78	(18)	14.2%	17.9%	11.1%	10.0%
2018	118	(18)	82	(15)	9	(2)	73	(13)	7.6%	11.0%	11.1%	13.3%
2019	121	(18)	78	(17)	10	(2)	68	(15)	8.3%	12.8%	11.1%	11.8%
合計	899		679		110		569		12.2%	16.2%		

表2-2 精神障害の労災補償状況(女性)

精神障害(女性)												
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
		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%
2012	482	(15)	418	(19)	127	(5)	291	(14)	26.3%	30.4%	33.3%	26.3%
2013	532	(13)	465	(12)	147	(2)	318	(10)	27.6%	31.6%	15.4%	16.7%
2014	551	(19)	462	(21)	150	(2)	312	(19)	27.2%	32.5%	10.5%	9.5%
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%
2018	788	(22)	582	(21)	163	(4)	419	(17)	20.7%	28.0%	18.2%	19.0%
2019	952	(16)	688	(17)	179	(4)	509	(13)	18.8%	26.0%	25.0%	23.5%
合計	5,629	(149)	4,584	(145)	1,340	(30)	3,244	(115)	23.8%	29.2%	20.1%	20.7%

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	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
脳・心臓疾患	支給決定件数	8	16	10	11	13(1)	3(0)	12(1)	7(0)	6(0)	16(1)	6(0)	8(1)	8(1)
	うち死亡	5	8	6	6	9(1)	1(0)	8(0)	3(0)	5(0)	8(0)	4(0)	2(0)	6(1)
精神障害等	支給決定件数	15	22	13	15	20(5)	34(4)	12(2)	21(6)	21(4)	13(2)	7(0)	21(8)	8(1)
	うち自殺	10	11	11	7	10(2)	15(0)	5(0)	10(1)	13(0)	7(1)	7(0)	5(1)	2(0)

録した後、やや持ち直すも2016年度38.2%、2017年度38.1%、2018年度34.5%、2019年度31.6%と、過去最低を更新し続けている。

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、2018年度も31.8%とさらに減少、2019年度は少し戻したものの32.1%で、2017年度よりも低い。

脳・心臓疾患、精神障害ともに、認定率②が減少し続けていることが目立っている。しかも、両者の差は、大きいときには16%もあったものが次第に狭まり、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

ひろがり、2018年度は2.7%、2019年度は0.5%と、低い位置で収れんしている。

2009年度分以降については、脳血管疾患及び虚血性心疾患各々についての認定率②も計算できるようになった(表1)。脳血管疾患の認定率②は、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、2018年度は再び減少に転じて33.3%、2019年度はさらに低い31.5%であった。虚血性心疾患の認定率②は、2016年度42.1%から、2017年度37.2%、2018年度31.8%、2019年度31.6%へと連続減少してしまった。

請求件数が増加したのに、認定率が逆に減少し

てしまった結果、認定数も減少したということである。

審査請求等・裁量労働制対象者

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。

また、2015年の公表では、2014年度分のみに限定されていたが、初めて女性の内数データが追加された。これが一定拡大されて継続している。表1-2及び表2-2、表3の2011～19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ている。

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。

さらに、2011年度分以降、「裁量労働制対象者に係る支給決定件数」も公表され、2014年度分以降は「決定件数」と「認定率」も追加されるようになった。死亡／自殺の内数も示されているが、男女別内訳はない。（表4－決定件数は省略）

業種・職種・年齢・生死/自殺別

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、2000～19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2019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2000～19年度認

定合計数を可能な範囲で試算してみた（表5及び表6「※1」「※2」欄）。業種分類が正しく対応しているか定かではないが、「農林漁業・鉱業」「運輸業」の高さが際立っているように見え、さらなる分析が必要だろう。「職種別、年齢別、生死/自殺別、男女別」等も含めて、このような分析は意味があると考ええる。

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10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40業種（表7-1+18業種）、36職種（表7-2+13職種）、精神障害で31業種（表8-1+7業種）、29職種（表7-2+8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

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	2018	2019
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)	1(1)	2(1)
	認定率	—	—	—	88.9%	42.9%	33.3%	66.7%	50.0%	66.7%
	専門業務型	1(0)	4(1)	5(2)	7(1)	3(3)	1(0)	4(2)	1(1)	2(1)
	企画業務型	0(0)	0(0)	0(0)	1(0)	0(0)	0(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)	5(3)	7(0)
	認定率	—	—	—	87.5%	80.0%	50.0%	52.6%	50.0%	29.2%
	専門業務型	2(0)	11(3)	10(0)	6(1)	7(2)	1(0)	8(3)	5(3)	7(0)
	企画業務型	0(0)	0(0)	0(0)	1(0)	1(0)	0(0)	2(2)	0(0)	0(0)

性別」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。

脳・心臓疾患の認定事由別

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いる。

脳・心臓疾患については、2015年度分から、「評価期間1か月」のものと「評価期間2～6か月(1か月平均)」の内訳も示されるようになった。これによって、まず、「除かれた」「異常な出来事への遭遇」または「短期間の加重業務」により支給決定されたものを逆算できる。次に、「評価期間1か月」について100時間以上、「評価期間2～6か月」について1か月平均80時間以上のものはそのことをもって支給決定されたものと推定できる。『「評価期間1か月」について100時間以上、『評価期間2～6か月』については80時間未満で支給決定した事案は、労働時間以外の負荷要因(不規則な勤務、拘束時間の長い勤務、出張の多い勤務、交替勤務・深夜勤務、精神的緊張を伴う業務)を認め、客観的かつ総合的に判断したもの』と注記されている。表9は、以上のようなかたち加工したデータを示した。

時間外労働時間別・就業形態別

精神障害についての表10は、発表されたかたちのままで、「合計」欄には、2007年度から2018年度までの合計値を示してある。注記したように、その他の件数は、「出来事による心理的負荷が極度であると認められる事案等、労働時間を調査するまでもなく明らかに業務上と判断した事案の件数」である。発症直前の1か月におおむね160時間を超え

るような時間外労働は「極度の長時間労働」として認められる得る、また、出来事の前後100時間程度となる時間外労働は「恒常的長時間労働」として心理的負荷の強度の総合評価を高め得る。

「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2018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。

精神障害の認定事由別

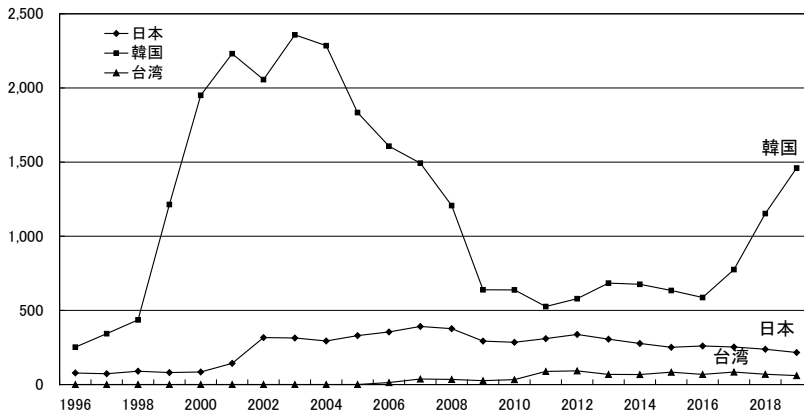
さらに、前出の精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会に2009年度分データが提供された「精神障害の出来事別決定及び支給決定件数」の公表が継続されており(表13)、これも、2014年度分以降4年分について、「男女別」データが利用できるようになった(表13-2に、「男女別」の2018年度分及び「合計」データを示した)。

しかし、「7 特別な出来事」は「心理的負荷が極度のもの等」とされるが、表10の「その他」と同じだとしたら、「極度の長時間労働」または「恒常的長時間労働」によって認定された事案の件数は、この表からはわからない。

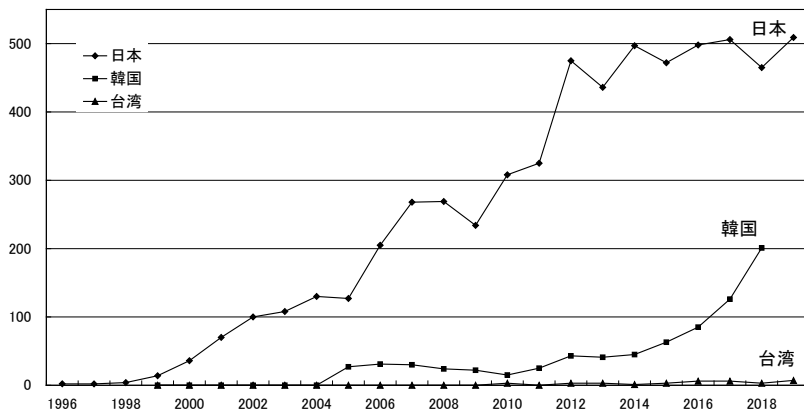
都道府県別

「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2018年度までの合計値を示してある。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2000～18年度認定合計数も計算してみた。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、2009～18年

日本・韓国・台湾の脳・心臓疾患労災認定件数の推移



日本・韓国・台湾の精神障害労災認定件数の推移



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り、より詳細な情報公表及び分析が求められる。

さらなるデータ公表を

データ公表の一層の改善に関連しては、例えば、平均処理期間等の情報も求めたい。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・休業・遺族補償給付及び葬祭料に関しては8か月とし、これ以外はその疾病（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）。

日韓台の比較

日本と同じように、脳・心臓疾患、精神障害が労災補償の対象になっており、社会問題化している国として、韓国と台湾がある。

日本・韓国・台湾3か国の脳・心臓疾患、精神障害の労災認定件数を比較してみると、別掲の図のとおりである（韓国における精神障害の2019年度の数字はまだ公表されていない）。人口がおおむ

ね韓国は日本の半分弱、台湾は韓国の半分弱であることに注意されたい。

脳・心臓疾患の認定件数では、韓国がもっとも多い。人口比で比べれば日本との差は一層ひろがる。精神障害の認定件数では、日本がもっとも多いが、韓国における最近の急増がめだっている。

2020年5月号で報告したように、2019年10月にソウルで開催された労災・公害被害者の権利のためのアジア・ネットワーク（ANROEV）の会議では「アジアにおける過労死と自殺」のセッションももたれ、日本・韓国・台湾の経験が話されただけでなく、香港でも労災認定を可能にさせるための取り組みが展開されていることなども、紹介されている。予防のための現場での取り組みを含めた交流の一層の発展が期待されている。



表5 脳・心臓疾患の認定事例の分析(年度「合計」は2000～19年度分の合計、男女別は2019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			
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%		
2018	4	1.7%	28	11.8%	14	5.9%	94	39.5%	24	10.1%	1	2	6	4	32	29	31.1%	238	100%		
2019	6	2.8%	22	10.2%	17	7.9%	68	31.5%	32	14.8%	1	2	5	5	21	37	32.9%	216	100%		
合計	60	1.1%	816	14.5%	556	9.9%	1,649	29.3%	883	15.7%	44	79	146	1,401			29.6%	5,634	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	53.08		9.56		11.48		58.27		6.23		2.34		7.06							10.75	
男性	6	2.9%	21	10.2%	17	8.3%	67	32.5%	32	15.5%	1	2	4	5	20	31	30.6%	206	100%		
女性	0	0.0%	1	10.0%	0	0.0%	1	10.0%	0	0.0%	0	0	1	0	1	6	80.0%	10	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
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%
2018	21 8.8%	20 8.4%	15 6.3%	15 6.3%	33 13.9%	88 37.0%	32 13.4%	14 5.9%	238 100.0%
2019	26 12.0%	20 9.3%	6 2.8%	21 9.7%	26 12.0%	68 31.5%	36 16.7%	13 6.0%	216 100.0%
合計	783 13.9%	747 13.3%	540 9.6%	564 10.0%	506 9.0%	1,556 27.6%	714 12.7%	224 4.0%	5,634 100.0%
男性	26 12.6%	20 9.7%	6 2.9%	20 9.7%	19 9.2%	67 32.5%	35 17.0%	13 6.3%	206 100.0%
女性	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 10.0%	7 70.0%	1 10.0%	1 10.0%	0 0.0%	10 100.0%

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	生存	死亡	男性	女性
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%
2018	4 1.6%	20 7.9%	85 33.6%	88 34.8%	41 16.2%	171 67.6%	82 32.4%	244 96.4%	9 3.6%
2019	1 0.5%	15 6.9%	67 31.0%	91 42.1%	42 19.4%	130 60.2%	86 39.8%	206 95.4%	10 4.6%
合計	180 3.2%	819 14.5%	1,745 31.0%	2,162 38.4%	728 12.9%	3,279 58.2%	2,355 41.8%	2,856 50.7%	138 2.4%
男性	1 0.5%	15 7.3%	64 31.1%	86 41.7%	40 19.4%	122 59.2%	84 40.8%	206 100%	
女性	0 0.0%	0 0.0%	3 30.0%	5 50.0%	2 20.0%	8 80.0%	2 20.0%		10 100%

4 生死別

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6 精神障害の認定事例の分析(年度「合計」は2000～19年度分の合計、男女別は2019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	
2010	1	0.3%	50	16.2%	20	6.5%	33	10.7%	46	14.9%	8	11	41	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%
2018	2	0.4%	82	17.6%	45	9.7%	51	11.0%	68	14.6%	8	13	70	23	27	76	46.7%	465	100%
2019	3	0.6%	90	17.7%	41	8.1%	50	9.8%	74	14.5%	6	12	78	31	48	76	49.3%	509	100%
合計	58	1.0%	1,094	18.1%	548	9.1%	636	10.5%	832	13.8%	165	162	766	1,777			47.5%	6,038	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	51.32		12.82		11.32		22.47		5.87		8.76							11.74	
男性	1	0.3%	74	22.4%	35	10.6%	41	12.4%	50	15.2%	4	5	23	23	31	43	39.1%	330	100%
女性	2	1.1%	16	8.9%	6	3.4%	9	5.0%	24	13.4%	2	7	55	8	17	33	68.2%	179	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
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%
2016	115 23.1%	30 6.0%	81 16.3%	63 12.7%	64 12.9%	32 6.4%	102 20.5%	11 2.2%	498 100.0%
2017	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%
2018	118 25.4%	34 7.3%	59 12.7%	62 13.3%	59 12.7%	40 8.6%	87 18.7%	6 1.3%	465 100.0%
2019	137 26.9%	29 5.7%	79 15.5%	60 11.8%	81 15.9%	38 7.5%	78 15.3%	7 1.4%	509 100.0%
合計	1,526 25.3%	486 8.0%	1,028 17.0%	676 11.2%	693 11.5%	445 7.4%	1,084 18.0%	100 1.7%	6,038 100.0%
男性	79 23.9%	26 7.9%	34 10.3%	44 13.3%	44 13.3%	30 9.1%	68 20.6%	5 1.5%	330 100.0%
女性	58 4.0%	3 1.7%	45 25.1%	16 8.9%	37 20.7%	8 4.5%	10 5.6%	2 1.1%	179 100.0%

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
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%
2018	98 21.1%	122 26.2%	145 31.2%	81 17.4%	19 4.1%	76 16.3%	389 83.7%	302 64.9%	163 35.1%
2019	98 21.1%	122 26.2%	145 31.2%	81 17.4%	19 4.1%	76 16.3%	389 83.7%	286 61.5%	179 38.5%
合計	1,351 22.5%	1,813 30.2%	1,623 27.1%	963 16.1%	244 4.1%	1,403 23.4%	4,591 76.6%	2,947 49.2%	1,398 23.3%
男性	41 14.3%	73 25.5%	96 33.6%	61 21.3%	15 5.2%	72 25.2%	214 74.8%	286 100%	
女性	57 31.8%	49 27.4%	49 27.4%	20 11.2%	4 2.2%	4 2.2%	175 97.8%		179 100%

4 自殺事例

5 男女別(2003～10年度欠)

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、2009～18年度のみ該当の21業種省略)

業種(大分類)	業種(中分類)	2019年度		2018年度		2017年度		2016年度		2015年度	
		順位	件数	順位	件数	順位	件数	順位	件数	順位	件数
運輸業、郵便業	道路貨物運送業	1	61	1	83	1	85	1	89	1	82
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	2	15	3	10	3	16	3	8	8	7
宿泊業、飲食サービス業	飲食店	3	13	2	24	2	19	2	14	3	15
卸売業、小売業	飲食料品小売業	4	11	9	6	4	11			13	4
建設業	総合工事業	5	10	6	7	6	8	3	8	2	16
製造業	食料品製造業	6	7	10	5	12	4	13	5	10	6
卸売業、小売業	建築材料、鉱物・金属材料等卸売業	6	7								
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)	6	7	15	3	14	3			15	3
宿泊業、飲食サービス業	宿泊業	9	6	10	5	6	8			13	4
運輸業、郵便業	道路旅客運送業	10	5	4	9	5	10	6	7	7	8
サービス業(他に分類されないもの)	廃棄物処理業	10	5								
農業、林業	農業	12	4	15	3						
建設業	設備工事業	12	4	6	7	8	6			15	3
医療、福祉	医療業	12	4	12	4			11	6		
製造業	金属製品製造業	15	3	6	7			13	5		
製造業	電気機械器具製造業	15	3	15	3	8	6			15	3
建設業	識別工事業(設備工事業を除く)	15	3								
卸売業、小売業	飲食料品卸売業	15	3	5	8			6	7	15	3
情報通信業	情報サービス業	15	3	12	4			6	7	5	9
生活関連サービス業、娯楽業	娯楽業	15	3								
製造業	輸送用機械器具製造業			12	4	14	3			15	3
卸売・小売業	機械器具卸売業			15	3	10	5				

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、2009～17年度のみ該当の14種省略)

職種(大分類)	職種(中分類)	2019年度		2018年度		2017年度		2016年度		2015年度	
		順位	件数	順位	件数	順位	件数	順位	件数	順位	件数
輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	1	67	1	85	1	89	1	89	1	87
管理的職業従事者	法人・団体管理職員	2	15	3	16	2	21	2	22	2	22
サービス職業従事者	飲食物調理従事者	3	14	2	20	3	18	3	14	4	14
専門的・技術的職業従事者	建築・土木・測量技術者	4	13	6	10	7	10	7	8	5	13
販売従事者	商品販売従事者	4	13	8	8	4	14	4	13	6	12
運搬・清掃・包装等従事者	運搬従事者	6	11	4	13	10	6	15	4	9	7
販売従事者	営業職業従事者	7	8	9	7	4	14	5	10	3	20
保安職業従事者	その他の保安職業従事者	7	8	6	10	6	11	15	4	14	3
サービス職業従事者	接客・給仕職業従事者	9	6	5	11	7	10	11	6	14	3
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)	9	6	11	5	10	6	7	8	14	3
専門的・技術的職業従事者	医師、歯科医師、獣医師、薬剤師	11	5					12	5		
運搬・清掃・包装等従事者	清掃従事者	11	5								
管理的職業従事者	その他の管理的職業従事者	13	4								
専門的・技術的職業従事者	情報処理・通信技術者	14	3			13	4	10	7	7	10
事務従事者	一般事務従事者	14	3	13	4	13	4	12	5	10	6
生産工程従事者	製品製造・加工処理従事者(金属製品)	14	3					6	9	11	5
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	3			15	3	7	8	8	8
農林漁業従事者	農業従事者	14	3	15	3	15	3				
事務従事者	営業・販売事務従事者			10	6					12	4
専門的・技術的職業従事者	製造技術者(開発を除く)			11	5						
管理的職業従事者	法人・団体役員			13	4			15	4		
事務従事者	運輸・郵便事務従事者			15	3	9	7				
生産工程従事者	生産関連・生産類似作業従事者			15	3						

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

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、2009～16年度のみ該当の7業種省略)

業種(大分類)	業種(中分類)	2019年度		2018年度		2017年度		2016年度		2015年度	
		順位	件数	順位	件数	順位	件数	順位	件数	順位	件数
医療、福祉	社会保険・社会福祉・介護事業	1	48	2	35	2	41	1	46	2	24
医療、福祉	医療業	2	30	2	35	2	41	2	32	3	23
運輸業、郵便業	道路貨物運送業	3	29	1	37	1	45	4	26	1	36
建設業	総合工事業	4	28	4	23	4	25	3	27	6	18
宿泊業、飲食サービス業	飲食店	4	28	5	20	6	21	5	26	6	18
宿泊業、飲食サービス業	宿泊業	6	18			11	10			13	11
情報通信業	情報サービス業	7	16	7	18	7	19	6	18	5	20
卸売業、小売業	その他の小売業	8	15	10	13	11	10	12	11	4	21
製造業	輸送用機械器具製造業	9	13	13	11	10	12	7	17		
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	10	12	13	11			12	11	9	15
製造業	金属製品製造業	11	11	11	12			15	9		
卸売業、小売業	各種商品小売業	11	11			8	16				
情報通信業	映像・音声・文字情報制作業	11	11			13	9				
製造業	食料品製造業	14	10	8	17	9	14	10	12	13	11
運輸業、郵便業	道路旅客運送業	14	10							13	11
卸売業、小売業	機械器具小売業	14	10	6	19						
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	10	11	12	15	8			9	15
建設業	設備工事業			9	15	5	23	8	14	11	14
生活関連サービス業、娯楽業	娯楽業			13	11						
製造業	電気機械器具製造業					13	9	15	9	8	16
卸売業、小売業	機械器具卸売業					15	8				
建設業	職別工事業(設備工事業を除く)							9	13		
卸売業、小売業	機械器具小売業							10	12		
卸売業、小売業	飲食良品小売業							12	11	12	13

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、2009～16年度のみ該当の8職種省略)

職種(大分類)	職種(中分類)	2019年度		2018年度		2017年度		2016年度		2015年度	
		順位	件数	順位	件数	順位	件数	順位	件数	順位	件数
事務作業	一般事務従事者	1	49	1	41	1	48	1	47	1	61
輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	2	36	3	35	2	38	4	26	3	34
販売従事者	商品販売従事者	3	33	5	23	6	22	5	25	4	25
サービス職業従事者	接客・給仕職業従事者	4	29	11	16						
専門的・技術的職業従事者	建築・土木・測量技術者	5	27	5	23	6	22	7	22	5	24
サービス職業従事者	介護サービス職業従事者	6	26	8	20	11	20	9	20	11	12
販売従事者	営業職業従事者	7	25	2	38	4	28	2	37	6	23
管理的職業従事者	法人・団体管理職員	8	24	4	32	3	35	3	29	2	42
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)	9	23	9	19	6	22	6	24	8	18
サービス職業従事者	飲食物調理従事者	10	18	12	13	6	22	12	16	11	12
専門的・技術的職業従事者	製造技術者(開発を除く)	11	17	14	11					14	9
専門的・技術的職業従事者	社会福祉専門職業従事者	12	16					10	17		
専門的・技術的職業従事者	情報処理・通信技術者	13	15	10	17	5	23	10	17	7	19
専門的・技術的職業従事者	保健師、授産師、看護師	13	15	7	22	10	21	14	13		
専門的・技術的職業従事者	製造技術者(開発)	15	13								
生産工程従事者	製品製造・加工処理従事者(金属製品)	15	13	12	13						
運搬・清掃・包装等従事者	清掃従事者			14	11						
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
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		
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				

表9 脳・心臓疾患の時間外労働時間数別支給決定件数(年度「合計」は2015～19年度の合計)

区分	2016年度		2017年度		2018年度		2019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					
異常な出来事への遭遇または短期間の加重業務	12	1	4	2	15	2	16	3	61	5.0%	10	2.2%
評価期間1か月で100時間以上	78	29	86	29	97	33	66	29	407	33.4%	142	30.7%
評価期間2～6か月で1か月平均80時間以上	147	65	145	54	108	39	108	46	646	53.0%	268	57.9%
上記以外(労働時間以外の負荷要因を認めたもの)	23	12	18	7	18	8	26	8	104	8.5%	43	9.3%
合計	260	107	253	92	238	82	216	86	1,218	100.0%	463	100.0%

注1 厚生労働省発表データを編集部で加工したもの。

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2007～19年度の合計)

区分	2015年度		2016年度		2017年度		2018年度		2019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	86	5	84	5	75	7	82	8	68	8	975	18.5%	72	7.0%
20時間以上～40時間未満	50	9	43	8	35	10	30	4	33	5	363	6.9%	74	7.1%
40時間以上～60時間未満	46	11	41	10	35	10	37	8	31	8	343	6.5%	89	8.6%
60時間以上～80時間未満	20	4	24	3	33	10	27	6	35	8	276	5.2%	87	8.4%
80時間以上～100時間未満	20	7	23	11	33	11	30	9	29	10	332	6.3%	109	10.5%
100時間以上～120時間未満	45	18	49	12	41	12	61	16	63	19	596	11.3%	194	18.7%
120時間以上～140時間未満	40	15	38	8	35	10	34	10	45	13	410	7.8%	119	11.5%
140時間以上～160時間未満	22	4	19	5	26	9	17	5	9	1	215	4.1%	58	5.6%
160時間以上	65	18	52	19	49	12	35	6	36	7	467	8.9%	140	13.5%
その他	78	2	125	3	144	7	112	4	160	9	1,285	24.4%	93	9.0%
合計	472	93	498	84	506	98	465	76	509	88	5,262	100.0%	1,035	100.0%

注1 その他の件数は、出来事による心理的負荷が「極度」と認められる事案等、労働時間を調査するまでもなく明らかに業務上と判断した事案の件数である。

2 発症直前の1か月におおむね160時間を超えるような時間外労働は「極度の長時間労働」として認められる得る(編集部)。

3 出来事の前後100時間程度となる時間外労働は「恒常的長時間労働」として心理的負荷の強度の総合評価を高め得る(編集部)。

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2009～19年度の合計)

年度		2017年度				2018年度				2019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					
区分		うち死亡		うち死亡		うち死亡		うち死亡		うち死亡		うち死亡					
正規職員・従業員	552	211	241	90	555	187	212	72	520	199	193	79	2,815	93.2%	1,113	94.3%	
契約社員	19	4	4	0	15	3	2	0	23	6	3	1	26	0.9%	6	0.5%	
派遣労働者	12	3	3	1	10	3	4	2	20	6	2	1	27	0.9%	9	0.8%	
パート・アルバイト	52	10	3	0	59	16	11	4	59	13	8	1	59	2.0%	18	1.5%	
その他(特別加入者等)	29	8	2	1	50	8	9	4	52	14	10	4	95	3.1%	34	2.9%	
合計	664	236	253	92	689	217	238	82	674	238	216	86	3,022	100.0%	1,180	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2009～18年度の合計)

年度	2017年度				2018年度				2019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					
区分		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	1,286	188	459	95	1,216	180	414	69	1,304	170	449	81	4,210	89.2%	841	94.7%
契約社員	77	8	18	2	73	5	9	3	87	4	15	2	138	2.9%	13	1.5%
派遣労働者	44	0	4	0	43	1	8	1	48	2	10	1	75	1.6%	10	1.1%
パート・アルバイト	106	7	19	1	105	7	24	2	130	6	32	2	245	5.2%	11	1.2%
その他(特別加入者等)	32	5	6	0	24	6	10	1	17	3	3	2	51	1.1%	13	1.5%
合計	1,545	208	506	98	1,461	199	465	76	1,586	185	509	88	4,719	100.0%	888	100.0%

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

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2009～19年度の合計)

出来事の種類	具体的な出来事 注1	2017年度				2018年度				2019年度				年度合計		
		決定件数		うち支給		決定件数		うち支給		決定件数		うち支給		決定件数	うち支給決定	認定率
		自殺	他	自殺	他	自殺	他	自殺	他	自殺	他	自殺	他			
1 事故や災害の体験	(重度の)病気やケガをした	47	4	21	2	86	6	36	4	72	2	28	2	897	350	39.0%
	悲惨な事故や災害の体験、目撃をした	48	1	31	1	92	0	56	0	94	1	55		952	561	58.9%
2 仕事の失敗、過重責任の発生等	業務に関し、重大な人身事故、重大事故を起こした	8	0	5	0	5	0	2	0	10	2	5	2	73	32	43.8%
	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	20	11	7	6	26	7	4	1	21	3	7		244	82	33.6%
	会社で起きた事故、事件について、責任を問われた	3	0	1	0	12	2	4	0	9	6	5	4	120	45	37.5%
	自分の関係する仕事で多額の損失等が生じた	2	1	0	0	1	0	1	0	4				36	11	30.6%
	業務に関し、違法行為を強要された	5	0	2	0	9	0	2	0	12		1		97	19	19.6%
	達成困難なノルマが課された	9	4	1	1	14	1	4	1	19	4	4	1	134	45	33.6%
	ノルマが達成できなかった	6	1	1	0	9	3	1	1	6	1	1	1	88	20	22.7%
	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	5	3	3	3	12	4	3	2	11	3	5	2	88	38	43.2%
	顧客や取引先から無理な注文を受けた	5	2	1	1	13	2	2	1	11	3	4	2	77	25	32.5%
	顧客や取引先からクレームを受けた	19	3	3	1	21	3	5	1	29	4	5	2	291	83	28.5%
	大きな説明会や公式の場での発表を強いられた	0	0	0	0	2	0	0	0	1				14	2	14.3%
	上司が不在になることにより、その代行を任された	1	1	0	0	2	0	1	0	3		2		20	5	25.0%
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	131	44	51	20	181	35	69	14	207	49	68	20	1,713	701	40.9%
	1か月に80時間以上の時間外労働を行った	56	15	37	10	68	21	45	14	54	11	32	7	510	317	62.2%
	2週間以上にわたって連続勤務を行った	63	22	42	11	43	15	25	9	63	18	42	12	356	235	66.0%
	勤務形態に変化があった	1	0	1	0	8	3	0	0	1		1		37	3	8.1%
	仕事のペース、活動の変化があった	1	1	0	0	3	0	1	0	2				30	1	3.3%
	退職を強要された	14	2	3	1	19	0	3	0	26	1	6		289	70	24.2%
4 役割・地位の変化等	配置転換があった	44	12	10	5	54	12	8	2	55	8	13	5	583	110	18.9%
	転勤をした	8	5	3	3	21	10	7	4	14	6	5	3	203	51	25.1%
	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	3	0	0	0	9	1	2	0	10	3	5	2	80	26	32.5%
	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	2	0	0	0	7	3	1	1	12		2		63	11	17.5%
	自分の昇格・昇進があった	4	1	1	0	8	5	2	1	4				89	12	13.5%
	部下が減った	2	1	1	1	2	1	1	0	1				18	3	16.7%
	早期退職制度の対象となった	0	0	0	0	0	0	0	0	1				5	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	3	0	0	0	3				13	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	121	16	63	11	178	18	69	7	174	16	79	8	1,414	644	45.5%
	上司とのトラブルがあった	180	17	14	4	255	30	18	7	294	16	21	6	2,581	221	8.6%
	同僚とのトラブルがあった	29	2	1	0	69	2	2	0	91	4	5		519	19	3.7%
	部下とのトラブルがあった	2	1	0	0	18	2	3	2	13	1	1		88	16	18.2%
	理解してくれていた人の異動があった	1	0	0	0	5	1	0	0	5	2	1		24	2	8.3%
	上司が替わった	2	1	0	0	2	0	0	0	5	1	1		36	4	11.1%
	同僚等の昇進・昇格があり、昇進で先を越された	3	0	0	0	1	0	0	0					16	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	3	0	0	0	54	0	33	0	84		42		500	260	52.0%
7 特別な出来事 注2		43	13	43	13	55	4	55	4	63	9	63	9	677	671	99.1%
8 その他 注3		49	10	0	0	94	8	0	0	102	11			982	30	3.1%
合 計		940	194	346	94	1,461	199	465	76	1,586	185	509	88	13,957	4,725	33.9%

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

注2 「特別な出来事」とは、心理的負荷が極度のもの等の件数である。

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

注4 自殺は、未遂を含む件数である。

表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2014～19年度の合計）

出来事の種類	具体的な出来事 注1	女性						男性							
		2019年度			年度合計			2019年度			年度合計				
		決定件数		うち支給 自殺	決定 件数	うち 支給 決定	認定 率	決定件数		うち支給 自殺	決定 件数	うち 支給 決定	認定 率		
		自殺	自殺					自殺	自殺						
1 事故や災害の体験	(重度の)病気やケガをした	25	8		156	37	23.7%	47	2	20	2	340	172	50.6%	
	悲惨な事故や災害の体験、目撃をした	58	30		311	192	61.7%	36	1	25	0	234	152	65.0%	
2 仕事の失敗、過重責任の発生等	業務に関し、重大な人身事故、重大事故を起こした	1	1		8	3	37.5%	9	2	4	2	32	15	46.9%	
	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	7	3		41	11	26.8%	14	3	4	0	123	44	35.8%	
	会社で起きた事故、事件について、責任を問われた	2	1		19	7	36.8%	7	6	4	4	41	20	48.8%	
	自分の関係する仕事で多額の損失等が生じた	1			2	1	50.0%	3	0	0	0	11	1	9.1%	
	業務に関し、違法行為を強要された	7	1		32	5	15.6%	5	0	0	0	35	7	20.0%	
	達成困難なノルマが課された	5	1		18	2	11.1%	14	4	3	1	70	19	27.1%	
	ノルマが達成できなかった	2			12	1	8.3%	4	1	1	1	34	8	23.5%	
	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		12	5	41.7%	8	3	4	2	32	12	37.5%	
	顧客や取引先から無理な注文を受けた	5	1	1	18	4	22.2%	6	2	3	2	33	10	30.3%	
	顧客や取引先からクレームを受けた	13	1		80	11	13.8%	16	4	4	2	86	29	33.7%	
	大きな説明会や公式の場での発表を強いられた				3	0	0.0%	1	0	0	0	3	1	33.3%	
	上司が不在になることにより、その代行を任された	3	2		5	2	40.0%	0	0	0	0	9	2	22.2%	
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	69	4	11	2	274	76	27.7%	138	45	57	18	738	313	42.4%
	1か月に80時間以上の時間外労働を行った	7	5		45	33	73.3%	47	11	27	7	336	215	64.0%	
	2週間以上にわたって連続勤務を行った	10	5		51	34	66.7%	53	18	37	12	254	168	66.1%	
	勤務形態に変化があった				10	0	0.0%	1	0	1	0	13	2	15.4%	
	仕事のペース、活動の変化あった				6	1	16.7%	2	0	0	0	4	0	0.0%	
4 役割・地位の変化等	退職を強要された	12	3		63	14	22.2%	14	1	3	0	97	22	22.7%	
	配置転換があった	21	1	2	103	12	11.7%	34	7	11	5	235	57	24.3%	
	転勤をした	1			9	0	0.0%	13	6	5	3	73	26	35.6%	
	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	4	2		16	2	12.5%	6	3	3	2	24	10	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			9	1	11.1%	11	0	2	0	26	6	23.1%	
	自分の昇格・昇進があった	3			10	0	0.0%	1	0	0	0	29	5	17.2%	
	部下が減った	1			4	1	25.0%	0	0	0	0	6	2	33.3%	
	早期退職制度の対象となった				0	0		1	0	0	0	1	0	0.0%	
	非正規社員である自分の契約満了が迫った	1			3	0	0.0%	2	0	0	0	7	0	0.0%	
5 対人関係	(ひどい)嫌がらせ、いじめ又は暴行を受けた	72	5	28	412	158	38.3%	102	11	51	8	619	281	45.4%	
	上司とのトラブルがあった	141	4	8	1	724	39	5.4%	153	12	13	5	890	88	9.9%
	同僚とのトラブルがあった	61	1	3	1	210	7	3.3%	30	3	2	-1	147	5	3.4%
	部下とのトラブルがあった	6	1		27	3	11.1%	7	1	0	0	32	3	9.4%	
	理解してくれていた人の異動があった				7	1	14.3%	5	2	1	0	9	1	11.1%	
	上司が替わった	2			5	1	20.0%	3	1	1	0	7	1	14.3%	
	同僚等の昇進・昇格があり、昇進で先を越された				2	0	0.0%	0	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	82		41	334	188	56.3%	2	0	1	0	9	2	22.2%	
7 特別な出来事 注2		20		20	116	114	98.3%	43	9	43	9	284	282	99.3%	
8 その他 注3		42	1		169	0	0.0%	60	10	0	0	305	0	0.0%	
合 計		688	17	179	4	3,326	966	29.0%	898	168	330	84	5,234	1,981	37.8%

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

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。

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

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2000～19年度合計)								10万人当「合計」		認定率②(「合計」は2009～19年度平均)							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	合計	順位	※	順位	2014	2015	2016	2017	2018	2019	合計	順位
北海道	9	5	11	5	7	4	143	8	7.22	18	47.4%	31.3%	57.9%	55.6%	43.8%	44.4%	50.6%	12
青 森	1	1	1		1	1	20	41	4.68	37	100.0%	25.0%	50.0%	0.0%	100.0%	100.0%	63.2%	3
岩 手	1	2	2	1	1		21	39	4.70	36	100.0%	66.7%	100.0%	100.0%	50.0%	0.0%	55.6%	7
宮 城	3	8	4	2			81	12	9.39	9	42.9%	53.3%	44.4%	40.0%	0.0%	0.0%	44.5%	18
秋 田	1	1					11	46	3.19	47	50.0%	100.0%	0.0%			0.0%	54.5%	8
山 形	1					3	21	40	5.49	32	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%		60.0%	35.5%	33
福 島	1	2	1	5	3	4	45	20	5.75	30	25.0%	20.0%	33.3%	71.4%	75.0%	36.4%	42.9%	21
茨 城	3	2	1		7	4	65	14	6.50	28	37.5%	50.0%	11.1%	0.0%	58.3%	57.1%	38.0%	28
栃 木	2	2	5	5		2	44	21	5.88	29	100.0%	66.7%	71.4%	100.0%	0.0%	66.7%	66.7%	2
群 馬	2	2	7	4		2	53	17	6.80	24	33.3%	66.7%	87.5%	57.1%	0.0%	22.2%	49.3%	13
埼 玉	7	7	8	11	6	7	160	5	7.67	16	41.2%	25.9%	44.4%	37.9%	25.0%	33.3%	34.8%	39
千 葉	3	4	8	6	4	7	116	9	6.61	26	17.6%	25.0%	61.5%	46.2%	30.8%	63.6%	43.9%	20
東 京	26	19	17	20	22	18	553	1	3.99	43	48.1%	33.9%	25.4%	31.7%	31.0%	26.5%	37.1%	30
神奈川	16	13	11	8	4	7	248	3	8.69	10	45.7%	44.8%	31.4%	25.8%	11.1%	20.0%	35.1%	36
新 潟	1		1		1	1	32	31	3.48	46	33.3%	0.0%	33.3%		100.0%	25.0%	28.6%	47
富 山	1		1	1			26	34	5.73	31	100.0%	0.0%	50.0%	100.0%	0.0%	0.0%	58.8%	5
石 川	3		1	1		1	18	42	3.90	45	75.0%	0.0%	50.0%	20.0%	0.0%	33.3%	35.5%	34
福 井			1	1			15	44	4.61	39		0.0%	100.0%	50.0%	0.0%	0.0%	39.1%	26
山 梨	1			1	2		15	45	5.41	33	100.0%	0.0%	0.0%	33.3%	100.0%		30.0%	45
長 野	3	2	2	1	2	4	32	32	3.98	44	100.0%	50.0%	28.6%	25.0%	33.3%	40.0%	34.0%	40
岐 阜		2	1	1		3	32	33	4.18	41	0.0%	66.7%	16.7%	33.3%	0.0%	60.0%	33.3%	41
静 岡	3	5	4	4	5	3	76	13	5.20	34	75.0%	71.4%	40.0%	57.1%	45.5%	27.3%	51.2%	10
愛 知	10	16	9	5	7	13	166	4	4.66	38	62.5%	76.2%	40.9%	23.8%	53.8%	50.0%	45.6%	15
三 重	2	3		5	1	5	46	19	6.96	22	40.0%	50.0%	0.0%	71.4%	20.0%	55.6%	34.9%	37
滋 賀	2	3	1	3	3	1	57	16	11.77	4	100.0%	75.0%	100.0%	42.9%	50.0%	50.0%	57.4%	6
京 都	8	6	7	2	3	4	107	10	10.43	7	57.1%	40.0%	33.3%	20.0%	17.6%	23.5%	29.7%	46
大 阪	15	14	17	22	25	10	368	2	7.84	15	29.4%	26.9%	33.3%	38.6%	40.3%	27.0%	34.9%	38
兵 庫	7	9	6	11	7	6	156	6	8.29	13	36.8%	50.0%	37.5%	55.0%	41.2%	27.3%	39.3%	25
奈 良	1		1	2	2		33	28	10.37	8	20.0%	0.0%	25.0%	50.0%	50.0%	0.0%	40.0%	24
和歌山	4	4	1	2	1		38	23	12.26	3	80.0%	100.0%	50.0%	66.7%	50.0%	0.0%	62.5%	4
鳥 取	1		1		1		16	43	8.42	11	100.0%	0.0%	100.0%		100.0%		72.7%	1
岡 根	1		1	1			10	47	4.07	42	100.0%		50.0%	33.3%	0.0%		54.5%	9
岡 山	1	2	1	3	2	1	40	22	5.18	35	50.0%	40.0%	16.7%	50.0%	66.7%	50.0%	37.2%	29
広 島	10	4	1	3	5	4	104	11	8.31	12	62.5%	36.4%	25.0%	50.0%	71.4%	30.8%	45.2%	17
山 口		1	4	1	1		24	36	4.46	40	0.0%	25.0%	57.1%	25.0%	25.0%	0.0%	31.8%	42
徳 島	2	2	2		2	1	34	27	13.88	2	28.6%	100.0%	50.0%	0.0%	33.3%	20.0%	38.3%	27
香 川				1	1	1	26	35	6.72	25	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	14.3%	33.3%	30.6%	43
愛 媛			1			3	36	25	7.07	19	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%	0.0%	75.0%	41.1%	23
高 知		1	1	1	2		36	26	14.55	1	0.0%	25.0%	50.0%	33.3%	100.0%	0.0%	45.5%	16
福 岡	5	10	4	6	4	5	144	7	6.84	23	41.7%	71.4%	44.4%	31.6%	30.8%	26.3%	45.9%	14
佐 賀			2	1	2		22	38	7.62	17	0.0%	0.0%	33.3%	50.0%	50.0%	0.0%	44.1%	19
長 崎	1	5	2	2		2	47	18	10.81	5	20.0%	62.5%	22.2%	33.3%	0.0%	28.6%	37.1%	31
熊 本	1	3	2	4	2	5	63	15	10.58	6	33.3%	75.0%	33.3%	80.0%	40.0%	50.0%	41.3%	22
大 分	2			2	1		33	29	8.07	14	50.0%	0.0%	0.0%	66.7%	16.7%	0.0%	35.3%	35
宮 崎		1	2	2	1		23	37	6.51	27	0.0%	20.0%	40.0%	40.0%	50.0%		36.8%	32
鹿児島	3			3	1		38	24	6.97	21	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	51.1%	11
沖 縄	2	1	1		3	3	33	30	7.04	20	22.2%	25.0%	16.7%	0.0%	21.4%	37.5%	30.3%	44
合 計	166	162	154	159	142	135	3,527		6.27		41.9%	39.7%	36.0%	38.7%	33.3%	31.5%	39.7%	

※労災保険適用労働者数(2015年度末)10万人当たり支給決定件数の合計(2000～19年度の20年間合計)

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2000～19年度合計)							10万人当り「合計」		認定率②(「合計」は2009～19年度平均)								
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	合計	順位	※	順位	2014	2015	2016	2017	2018	2019	合計	順位
北海道	9	2	5	8	6	9	94	6	4.75	19	64.3%	15.4%	71.4%	72.7%	54.5%	45.0%	46.7%	19
青森		2	1				13	41	3.04	42		66.7%	100.0%	0.0%		0.0%	50.0%	12
岩手	4	2	3	1	1		14	39	3.13	40	66.7%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		85.7%	1
宮城	1	1	5	5	2	1	53	12	6.14	6	50.0%	20.0%	62.5%	62.5%	50.0%	33.3%	45.7%	21
秋田		1				2	12	43	3.48	35		50.0%	0.0%		0.0%	66.7%	46.2%	20
山形		1	1	2			15	38	3.92	28		33.3%	100.0%	100.0%		0.0%	44.4%	22
福島	1	1	2	1	1	2	34	15	4.35	23	14.3%	20.0%	40.0%	20.0%	33.3%	50.0%	37.0%	31
茨城	1	4	4	2	2	4	47	13	4.70	20	50.0%	57.1%	80.0%	40.0%	40.0%	66.7%	53.6%	8
栃木	1	3		3	2	2	26	23	3.47	36	50.0%	75.0%	0.0%	100.0%	100.0%	50.0%	55.2%	7
群馬	1	3	5	3	1		46	14	5.91	8	100.0%	100.0%	55.6%	60.0%	25.0%		51.2%	11
埼玉	8	3	3	4	8	3	95	5	4.56	22	50.0%	25.0%	25.0%	50.0%	50.0%	20.0%	39.4%	28
千葉	6	1	3	4	4	3	67	9	3.82	31	42.9%	16.7%	23.1%	44.4%	44.4%	37.5%	35.7%	33
東京	14	16	12	13	13	2	309	1	2.23	46	41.2%	36.4%	32.4%	37.1%	33.3%	5.3%	39.3%	29
神奈川	4	6	7	6	1	6	133	3	4.66	21	21.1%	22.2%	29.2%	28.6%	5.0%	27.3%	31.5%	41
新潟	2	2	4		2	3	30	20	3.27	37	40.0%	100.0%	57.1%	0.0%	40.0%	50.0%	47.7%	16
富山	1	1	1	1	2	3	24	24	5.29	13	50.0%	100.0%	100.0%	100.0%	66.7%	100.0%	77.3%	3
石川	2	1	2		3	1	20	29	4.33	24	66.7%	100.0%	100.0%	0.0%	75.0%	25.0%	62.5%	6
福井	2		1		2	2	12	44	3.69	32	100.0%		100.0%	0.0%	100.0%	66.7%	68.8%	4
山梨				1	2	1	21	27	7.57	1	0.0%			100.0%	50.0%	50.0%	52.4%	10
長野		3	1	2	1	1	18	32	2.24	45	0.0%	75.0%	50.0%	66.7%	25.0%	20.0%	29.7%	43
岐阜		1	3				17	34	2.22	47	0.0%	50.0%	75.0%	0.0%	0.0%	0.0%	26.9%	46
静岡	2		2	2	1	2	33	16	2.26	44	40.0%	0.0%	100.0%	100.0%	20.0%	50.0%	40.5%	27
愛知	9	4	6	5	6	7	110	4	3.09	41	69.2%	36.4%	42.9%	31.3%	50.0%	63.6%	48.0%	15
三重		1		1	3	1	23	25	3.48	34	0.0%	12.5%	0.0%	33.3%	75.0%	20.0%	29.5%	44
滋賀	3		2		1		31	17	6.40	3	100.0%		100.0%	0.0%	50.0%	0.0%	47.1%	17
京都	6	2	4	4	1		64	11	6.24	5	75.0%	16.7%	28.6%	33.3%	11.1%	0.0%	34.3%	35
大阪	9	6	8	4	12	7	190	2	4.05	26	42.9%	25.0%	32.0%	20.0%	40.0%	36.8%	33.3%	36
兵庫	2	2	5	3	3	1	92	7	4.89	18	25.0%	33.3%	45.5%	20.0%	33.3%	10.0%	37.1%	30
奈良		1			1		16	35	5.03	16	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	26.7%	47
和歌山			1	1	1		20	30	6.46	2	0.0%	0.0%	100.0%	50.0%	100.0%	0.0%	36.4%	32
鳥取	1	1					12	45	6.32	4	50.0%	100.0%			0.0%		44.4%	23
島根			2			1	8	46	3.26	38			100.0%			100.0%	77.8%	2
岡山	2	1			2	2	31	18	4.02	27	66.7%	50.0%	0.0%		50.0%	100.0%	48.6%	13
広島	8	6	1	2	4	2	66	10	5.27	14	66.7%	66.7%	33.3%	66.7%	57.1%	66.7%	52.9%	9
山口	2		1	1			27	21	5.02	17	100.0%	0.0%	100.0%	25.0%	0.0%	0.0%	48.3%	14
徳島		1			1		14	40	5.71	9		25.0%	0.0%		50.0%	0.0%	28.0%	45
香川	1	2		2	2		23	26	5.94	7	100.0%	100.0%		66.7%	66.7%	0.0%	63.2%	5
愛媛	1	1		2		1	27	22	5.30	12	25.0%	33.3%	0.0%	66.7%	0.0%	50.0%	33.3%	37
高知	1		1				8	47	3.23	39	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%			42.9%	24
福岡	3	3	3	5	2	2	76	8	3.61	33	30.0%	60.0%	60.0%	55.6%	28.6%	25.0%	42.7%	25
佐賀		1	1	1		1	16	36	5.54	10	0.0%	100.0%	100.0%	50.0%	0.0%	25.0%	47.1%	18
長崎			2	1	2	1	18	33	4.14	25	0.0%	0.0%	50.0%	20.0%	66.7%	33.3%	33.3%	38
熊本	1	1	3	2		1	31	19	5.20	15	25.0%	50.0%	75.0%	33.3%	0.0%	16.7%	41.7%	26
大分				1		3	16	37	3.91	29	0.0%	0.0%		25.0%	0.0%	100.0%	32.4%	40
宮崎	1	1		1		2	19	31	5.38	11	33.3%	20.0%		25.0%	0.0%	66.7%	35.3%	34
鹿児島	1	1	1				21	28	3.85	30	50.0%	33.3%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	39
沖縄	1				1	2	13	42	2.77	43	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	50.0%	30.0%	42
合 計	111	89	106	94	96	81	2,105		3.74		38.7%	33.8%	42.1%	37.2%	36.6%	31.6%	40.4%	

※労災保険適用労働者数(2015年度末)10万人当たり支給決定件数の合計(2000～19年度の20年間合計)

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

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2000～19年度合計)								10万人当り合計		認定率②(「合計」は2009～19年度平均)							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	合計	順位	※	順位	2014	2015	2016	2017	2018	2019	合計	順位
北海道	31	19	37	35	20	24	322	5	16.27	12	48.4%	46.3%	55.2%	45.5%	29.0%	28.9%	42.2%	15
青森	7	7		3	6	4	39	41	9.13	35	70.0%	100.0%	0.0%	37.5%	66.7%	50.0%	51.5%	2
岩手	10	6	3	2	7	4	60	27	13.42	18	58.8%	66.7%	75.0%	33.3%	70.0%	36.4%	52.7%	1
宮城	12	11	10	8	4	3	158	11	18.32	5	31.6%	36.7%	28.6%	23.5%	15.4%	13.6%	39.1%	23
秋田	2	3	3	2	4	3	45	36	13.05	20	33.3%	37.5%	37.5%	33.3%	57.1%	25.0%	38.1%	24
山形	5	7	4	4	6	9	64	24	16.74	10	41.7%	53.8%	57.1%	50.0%	60.0%	64.3%	51.5%	3
福島	5	10	9	6	4	13	97	15	12.40	21	41.7%	66.7%	52.9%	27.3%	40.0%	54.2%	46.5%	7
茨城	7	9	12	8	4	7	117	14	11.70	23	33.3%	45.0%	54.5%	26.7%	26.7%	26.9%	39.6%	20
栃木	4	1	1	2	3	1	40	40	5.35	46	44.4%	25.0%	11.1%	28.6%	25.0%	14.3%	36.5%	26
群馬	5	6	5	6	8	10	74	21	9.50	31	31.3%	33.3%	29.4%	37.5%	38.1%	47.6%	35.3%	29
埼玉	22	11	16	18	22	19	173	10	8.30	39	44.9%	30.6%	41.0%	29.5%	36.1%	39.6%	30.2%	38
千葉	19	17	12	15	7	12	178	9	10.15	29	51.4%	35.4%	40.0%	34.1%	18.9%	33.3%	32.3%	34
東京	91	93	89	108	93	84	1,042	1	7.52	41	38.9%	40.6%	38.0%	34.4%	36.3%	28.5%	34.1%	31
神奈川	33	38	42	30	35	29	475	3	16.65	11	28.2%	36.2%	34.1%	25.6%	26.7%	21.8%	29.9%	39
新潟	10	5	2	4	8	8	87	18	9.47	32	52.6%	50.0%	18.2%	44.4%	61.5%	50.0%	46.7%	5
富山		6	5	4	3	8	38	42	8.38	38	0.0%	66.7%	71.4%	44.4%	27.3%	61.5%	49.3%	4
石川	5	5	2	4	7	9	48	33	10.39	27	50.0%	35.7%	28.6%	40.0%	77.8%	47.4%	43.8%	11
福井	5	5	2	6	2	8	63	25	19.36	2	41.7%	45.5%	33.3%	54.5%	33.3%	50.0%	45.9%	8
山梨	4	4	4	1	6	8	49	32	17.66	8	57.1%	33.3%	50.0%	12.5%	50.0%	61.5%	41.0%	17
長野	5	3	9	9	11	13	92	17	11.44	25	33.3%	27.3%	39.1%	47.4%	44.0%	41.9%	39.9%	19
岐阜	7	2	3	4		8	57	28	7.44	43	36.8%	14.3%	30.0%	40.0%	0.0%	42.1%	34.1%	30
静岡	14	9	11	15	12	19	134	13	9.18	34	43.8%	45.0%	50.0%	44.1%	40.0%	50.0%	44.3%	9
愛知	17	10	27	18	20	21	212	7	5.95	45	33.3%	19.2%	33.3%	22.0%	27.4%	24.7%	22.4%	46
三重	6	6	9	1	2	4	47	34	7.11	44	50.0%	28.6%	39.1%	6.3%	16.7%	21.1%	20.5%	47
滋賀	5	9	7	10	1	9	96	16	19.83	1	71.4%	56.3%	38.9%	50.0%	8.3%	47.4%	43.8%	12
京都	15	15	12	9	11	23	191	8	18.61	4	35.7%	24.2%	27.9%	15.5%	22.0%	43.4%	28.8%	41
大阪	40	39	36	34	30	29	479	2	10.20	28	28.6%	28.1%	26.5%	23.4%	19.9%	22.3%	23.7%	44
兵庫	31	24	25	22	31	32	351	4	18.64	3	45.6%	39.3%	48.1%	30.6%	40.3%	36.8%	41.0%	18
奈良	1	3	4	3	2	2	50	31	15.72	14	11.1%	23.1%	36.4%	27.3%	50.0%	12.5%	30.4%	37
和歌山	4	2		6	7	3	34	43	10.97	26	66.7%	100.0%	0.0%	66.7%	58.3%	30.0%	38.0%	25
鳥取		4	1	2	5	2	25	45	13.16	19	0.0%	57.1%	12.5%	40.0%	55.6%	40.0%	43.1%	13
島根	1	1		1		1	10	47	4.07	47	20.0%	33.3%		20.0%	0.0%	50.0%	32.0%	35
岡山	6	3	6	8	10	6	74	22	9.59	30	46.2%	20.0%	27.3%	61.5%	52.6%	37.5%	36.3%	27
広島	12	13	15	16	4	9	144	12	11.51	24	36.4%	36.1%	45.5%	42.1%	13.3%	31.0%	32.6%	33
山口	5	2	1	1	2	5	46	35	8.55	37	45.5%	25.0%	9.1%	16.7%	40.0%	33.3%	39.1%	21
徳島	1	2	1	5	3		23	46	9.39	33	14.3%	25.0%	10.0%	55.6%	23.1%	0.0%	24.3%	43
香川	4	2			2	3	29	44	7.50	42	66.7%	28.6%	0.0%	0.0%	20.0%	42.9%	28.1%	42
愛媛	2	1	4	1	4	2	44	38	8.64	36	14.3%	7.7%	30.8%	8.3%	22.2%	18.2%	23.5%	45
高知	3	2	2	10	3	1	45	37	18.19	6	50.0%	28.6%	40.0%	71.4%	27.3%	50.0%	46.6%	6
福岡	13	21	31	26	23	15	250	6	11.87	22	43.3%	33.9%	40.3%	34.2%	31.5%	23.1%	35.5%	28
佐賀	1	9	5	1	4	7	52	30	18.01	7	20.0%	60.0%	71.4%	7.1%	33.3%	43.8%	42.3%	14
長崎	7	7	11	11	4	7	75	20	17.25	9	43.8%	31.8%	55.0%	64.7%	40.0%	38.9%	44.2%	10
熊本	4	3	6	5	6	6	86	19	14.44	16	30.8%	30.0%	35.3%	35.7%	37.5%	46.2%	34.0%	32
大分	5	4	7	6	6	6	61	26	14.92	15	41.7%	57.1%	63.6%	54.5%	42.9%	37.5%	41.8%	16
宮崎	2	6	2	5	3	2	56	29	15.84	13	18.2%	35.3%	16.7%	45.5%	25.0%	20.0%	30.5%	36
鹿児島	5	4		5	3	2	41	39	7.52	40	31.3%	44.4%	0.0%	55.6%	25.0%	20.0%	29.6%	40
沖縄	4	3	5	6	7	9	65	23	13.87	17	30.8%	30.0%	29.4%	46.2%	38.9%	40.9%	39.1%	22
合計	497	472	498	506	465	509	6,038		10.73		41.7%	36.1%	36.8%	32.8%	31.8%	32.1%	33.9%	

※労災保険適用労働者数(2015年度末)10万人当たり支給決定件数の合計(2000～19年度の20年間合計)

複数の就業先の賃金を合算 業務上の負荷も総合的に評価 改正労災保険法が2020年9月1日施行

「働き方改革を進めていくうえで副業・兼業の普及促進を図る」という観点から労災保険法、雇用保険法等の改正が2020年3月に行われ、政省令等の整備が行われたうえで、同年9月1日から施行される(2020年8月号等参照。)

2020年8月21日付けで、基発0821第1号「雇用保険法等の一部を改正する法律等の施行について(労働者災害補償保険法関係部分)」(47頁)、基発0821第2号「複数事業労働者に係る給付基礎日額の算定について」(13頁)が示され、厚生労働省ウェブサイトの特設ページ「労働者災害補償保険法の改正について～複数の会社等で働かれている方への保険給付が変わります～」が設けられた(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousai/rousaihukugyou.html、<https://joshrc.net/archives/5884>も参照)。

ここには2つのリーフレットも用意されている。2頁の「【事業主・労働者の皆さまへ】複数の会社等に雇用されている労働者の方々への労災保険給付が変わります」と24頁の「複数事業労働者への労災保険給付 わかりやすい解説」である(オモテ表紙裏と22頁も参照)。後者で、今回の「法改正のポイント」は、以下のとおりとされている。

- ① 複数事業労働者の方やその遺族等の方への労災保険給付は、全ての就業先の賃金額を合算した額を基礎として、保険給付額を決定します。
- ② けがや病気が発生したときに、事業主が同一

でない複数の事業場で就業している方が対象ですが、

- ・ 特別加入されている方(労働者として働きつつ特別加入されている方、複数の特別加入をされている方。)
- ・ けがや病気の原因の発生時に事業主が同一でない複数の事業場で就業していた方も対象です。

- ③ 1つの事業場で労災認定できない場合であっても、事業主が同一でない複数の事業場の業務上の負荷(労働時間やストレス等)を総合的に評価して労災認定できる場合は保険給付が受けられます。

- ④ これらの改正は、2020年9月1日以降に発生したけがや病気等について対象となります。

③と関連して、複数業務による過重負荷/心理的負荷の評価に係る脳血管疾患及び虚血性心疾患・心臓疾患/精神障害の労災認定基準改正についても、7月17日に各専門検討会の意見取りまとめ及び改正案の概要が示されてパブリックコメント手続が実施され、8月21日には改正案に対して寄せられた意見も公表されている。「8月下旬を目途に認定基準を改正する」とされていて、9月2日現在まだであるが、間もなく公表されるはずである。

また、労働時間管理や健康管理を扱った「副業・兼業の促進に関するガイドライン」も改定され、9月1日に公表されている(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_13266.html)。



今回の改正労災保険法による制度改革の詳細については以下のとおりです。

① 今回の制度改革の対象となる方について

今回の制度改革では、**複数の会社等に雇用されている労働者の方々**が対象となります。具体的には、けがをしたときや病気になったときなどに、2つ以上の会社等に雇用されている方です。ただし、けがをしたときや病気になったときなどに1つの会社等でのみ雇用されている場合（又はすべての会社等を退職している場合）であっても、そのけがや病気などの原因・要因となるもの（例；長時間労働、強いストレスなど）が、2つ以上の会社等で雇用されている際に存在していたならば、制度改革の対象となります。

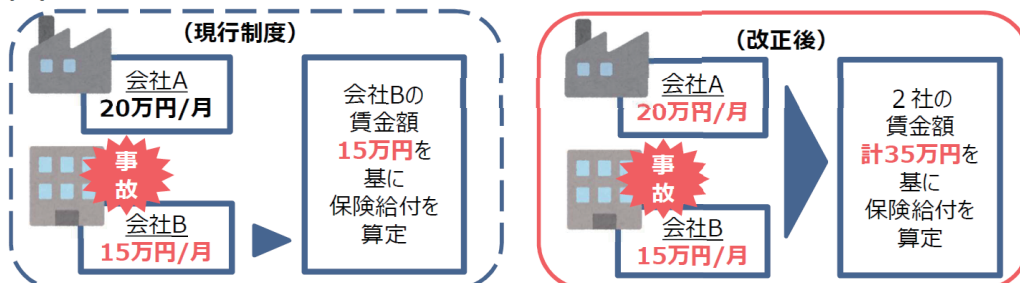
※ 労働者の方だけでなく、特別加入者の方についても今回の制度改革の対象となります。

② 会社を休んだ場合などの「保険給付額」について

労災保険給付のうち、会社を休んだときに給付される休業（補償）給付や死亡したときに給付される遺族（補償）給付などは、働いている会社等から支払われる賃金額を基に保険給付額が決まります。これまででは、けがや病気などの原因となる事故や出来事があった会社の賃金額を基に保険給付額が決まっており、複数の会社等に雇用されていたとしても、それらすべての会社等の賃金額を基に労災保険給付を受けることはできませんでした。今回の制度改革では、複数の会社等で雇用されている労働者の方への保険給付のうち、雇用されている会社等から支払われる賃金額を基に支給される労災保険給付については、**雇用されているすべての会社等の賃金額の合算額を基に保険給付額が決まる**ようになります。

※ 対象となる給付は、休業（補償）給付、遺族（補償）給付、障害（補償）給付や傷病（補償）給付などです。

(例) ※ ③の改正事項により労災保険給付が受けられる場合についても、同様の取り扱いがなされます。

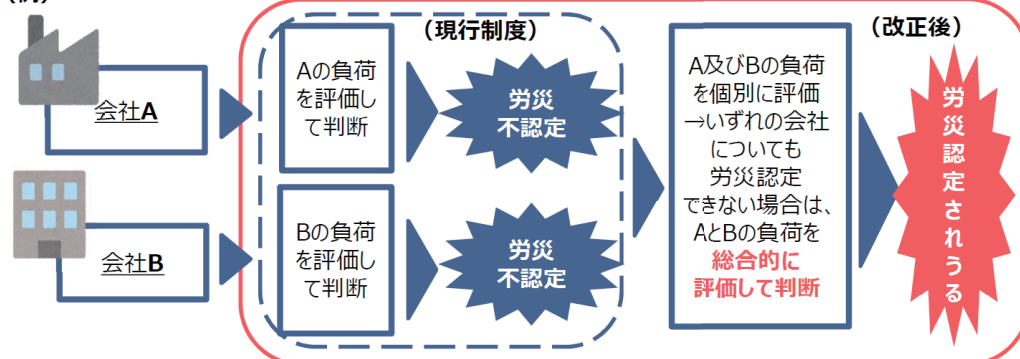


③ 仕事での負荷（労働時間やストレス等）の総合的な評価について

これまででは、複数の会社等で雇用されている場合でも、それぞれの会社等の負荷（労働時間やストレス等）について個別に評価し、労災認定できるかどうか判断していました。今回の制度改革では、雇用されている会社等のうち1つの会社等における仕事での負荷（労働時間やストレス等）を個別に評価しても労災認定できない場合は、**雇用されているすべての会社等における仕事での負荷（労働時間やストレス等）を総合的に評価して労災認定できるかどうかを判断**するようになります。

※ 対象疾病は、脳・心臓疾患や精神障害などです。

(例)



労災請求間もなく千件突破 認定率も50.8%まで上昇

労災・公災ともに具体的認定事例も紹介

認定労災504件、地公災46件

4月27日の全国安全センターの緊急要請の後、厚生労働省は新型コロナウイルス感染症に関する労災請求件数等の公表を行ったが、その後も情報の更新を継続している。

労災請求件数は、4月30日現在の4件から、5月27日に50件を超え(52件)、6月5日に100件(105件)、6月11日に200件(229件)、6月15日に300件(300件)、6月26日に400件(421件)、7月9日に500件(501件)、7月13日に600件(610件)、7月16日に700件(710件)、8月3日に800件(803件)、8月17日に900件(922件)を超えた。本稿執筆時点の最新情報は8月31日18時現在での状況で993件である(最後の公表日は7月1日)。間もなく千件を突破する。ただし、8月21日以降伸び方が鈍くなっている。

認定(=支給)件数のほうは、5月14日に初めて2件(医療従事者等とそれ以外が1件ずつ)あり、6月30日に50件を超え(54件)、7月10日に100件(111件)、7月22日に200件(227件)、8月11日に300件(300件)、8月21日に400件(410件)、8月31日に500件を超えて504件となった。

なお、5月12日現在分の公表以降、「請求件数」、「決定件数」に加えて、「うち支給件数」が示されているが、まだ不支給決定は出されていない。

請求件数に対する認定件数の割合として計算した認定率は、5月14日の5.1%から、8月7日の40.1%までおおむね増加傾向を続け、8月19日から24日までは伸び悩んだものの、その後再び増加して、8月31日現在で50.8%と、50%を超えた。

以上の推移は図1で確認することができる。

図1には、①医療従事者等、②医療従事者等以外、③海外出張者別の認定件数も示してある。医療従事者等が圧倒的に多く、8月以降おおむね認定件数の86%前後を占めている状況である。医療従事者等以外ははるかに少ない。海外出張者は、当初は脚注で示され、5月19日現在分から区分が設けられようになったものだが、数はわずかである。

認定率では、8月31日現在で、全体で50.8%であるのに対して、医療従事者等で53.3%、医療従事者等以外で37.1%、海外出張者で85.7%(認定6件/請求7件)、という状況である。

表1に、8月31日現在の労災請求件数等を示している。「医療従事者等」とは、患者の診療若しくは看護の業務、介護の業務又は研究その他の目的で病原体を取り扱う業務に従事する者をいい、また、()内は死亡に係る件数で、内数である。

医療従事者等以外の業種区分の数は、5月8日4、5月12日5、5月19日6、5月20日7、5月22日8、5月26日9、6月2日11、6月18日12、8月19日13、8月20日14業種に増えていったという経過である。

図1 新型コロナウイルス感染症に関する労災請求件数等の推移

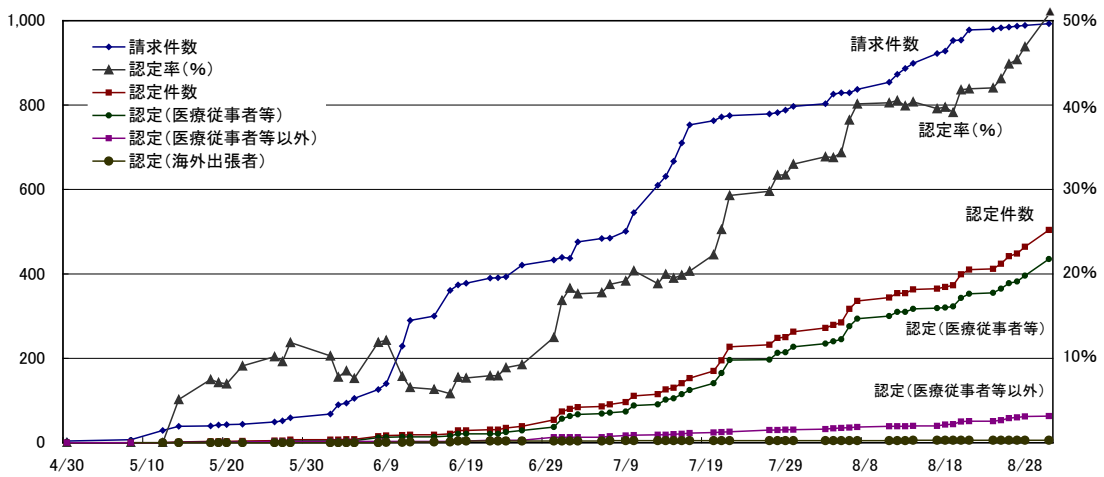
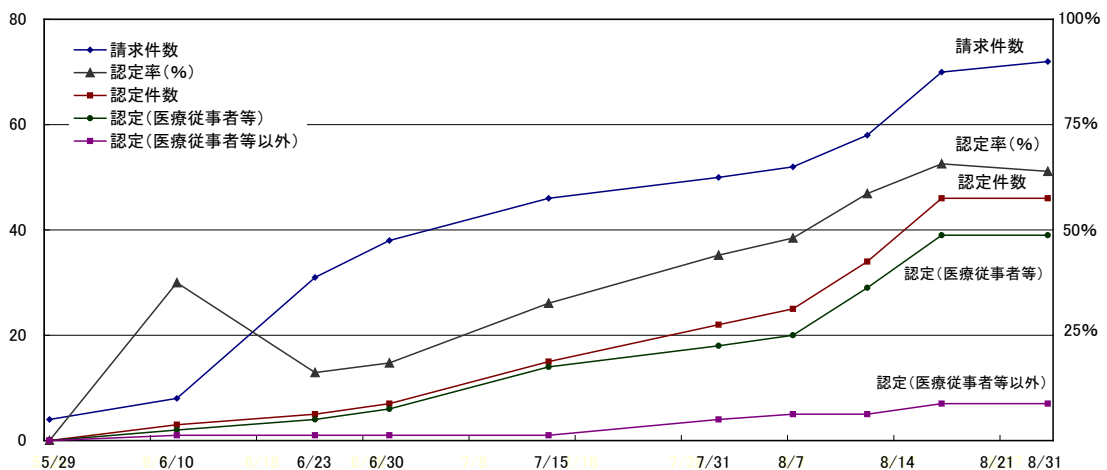


図2 新型コロナウイルス感染症に関する公務災害請求件数等の推移



公災-医療関係以外に問題

地方公務員災害補償基金も6月1日になって初めて5月29日17時現在の「新型コロナウイルス感染症に関する認定請求件数、認定件数について」公表し、その後、6月10日現在、6月23日現在、6月30日現在、7月15日現在、7月31日現在、8月7日現在、8月14日現在、8月21日現在、8月31日現在、と情報を更新している(最後の公表日は9月4日)。

6月10日現在分の公表以降、認定件数として「公

務上」と「公務外」の欄を設けているが、これまでのところ公務外認定件数はゼロである。

請求件数、認定件数、認定率の推移を、図2に示している。全体的には、請求件数(72件)は100件にも、認定件数(46件)は50件にも至っていない。

認定件数については、医師・歯科医師、看護師、その他の医療技術者の合計としての医療従事者等と医療従事者等以外別の推移も示しているが、医療従事者等以外は少ないし、増えていない。

全体の認定率は、8月31日現在で63.9%で労災の場合よりも高いが、医療従事者等では95.1%、医

表1 新型コロナウイルス感染症に関する労災請求件数等

令和2年8月31日 18時現在

業種	請求件数	決定件数	うち 支給件数
1. 医療従事者等	816(1)	435(0)	435(0)
医療業	701	374	374
社会保険・社会福祉・介護事業	105(1)	54(0)	54(0)
サービス業(他に分類されないもの)	9	6	6
複合サービス事業	1	1	1
2. 医療従事者等以外	170(12)	63(1)	63(1)
建設業	13(3)	2(0)	2(0)
製造業	6(2)	2(2)	2(2)
情報通信業	1	0	0
運輸業、郵便業	28	11	11
卸売業、小売業	9	2	2
学術研究、専門・技術サービス業	2	1	1
金融業、保険業	1	0	0
不動産業、物品賃貸業	2(2)	0(0)	0(0)
宿泊業、飲食サービス業	6	4	4
生活関連サービス業、娯楽業	5	3	3
医療業	40	20	20
社会保険・社会福祉・介護事業	31(1)	9(1)	9(1)
複合サービス事業	2	0	0
サービス業(他に分類されないもの)	24(4)	9(0)	9(0)
3. 海外出張者	7(1)	6(1)	6(1)
製造業	3	2	2
卸売業、小売業	2(1)	2(1)	2(1)
学術研究、専門・技術サービス業	2	2	2
計	993(14)	504(2)	504(2)

表2 新型コロナウイルス感染症に関する公務災害請求件数等

令和2年8月31日17時現在

職種	請求件数	決定件数	うち 支給件数
医師・歯科医師	6	6	6
看護師	32	30	30
その他の医療技術者	3	3	3
警察官	17	4	4
消防吏員	4	3	3
清掃職員	6	0	0
その他の職員	4	0	0
計	72	46	46

療従事者等以外では22.6%と格差が大きい。医療従事者等以外で公務災害認定が遅れているということである。

表2に、8月31現在の公務災害認定請求件数等を示している。医療従事者では看護師がもっとも多く、医療従事者等以外は警察官、消防吏員、清掃職員、その他の職員となっている。清掃職員とその他の職員では、まだ公務上認定がない。

具体的事例の紹介

また、これも4月27日の全国安全センターの緊急要請事項のひとつだったが、厚生労働省は7月10日に、「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に係る労災認定事例」を公表して7つの事例を紹介し、7月29日までに1事例を追加した。

さらに、全国安全センターは、7月13日に地方公務員災害補償基金、7月17日に総務省自治行政局公務員部安全厚生推進室と公務災害補償全般についての交渉を行った際に、厚生労働省と同じように具体的な認定事例の紹介を行うよう要請した。8月4日になって地方公務員災害補償基金は、「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に係る公務災害認定事例」を公表した。

それらの内容を紹介する。

労災認定事例

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に係る労災請求

のご参考となるよう、労災認定の具体的な事例について概要をご紹介します。

なお、同感染症の労災認定の考え方について示した令和2年4月28日付け基補発0428第1号「新型コロナウイルス感染症の労災補償における取扱い」（以下「通知」といいます。）に記載している事項に沿って、職種に着目して事例をご紹介します。

1 医療従事者等の事例（通知記の2の（1）のA）

【考え方：医師、看護師、介護従事者等の医療従事者等が新型コロナウイルスに感染した場合は、業務外で感染したことが明らかな場合を除き、原則として労災保険給付の対象となる】

（事例1）医師

A医師が診察した患者に発熱等の症状がみられ、その患者は後日新型コロナウイルスに感染していたことが判明した。その後、A医師は発熱等の症状が出現し、濃厚接触者としてPCR検査を行ったところ、新型コロナウイルス感染陽性と判定された。

労働基準監督署における調査の結果、A医師は、業務外で感染したことが明らかではなかったことから、支給決定された。

（事例2）看護師

B看護師は、日々多数の患者に対し、問診、採血等の看護業務に従事していたところ、頭痛、発熱等の症状が続き、PCR検査で新型コロナウイルス感染陽性と判定された。

労働基準監督署における調査の結果、B看護師は、業務外で感染したことが明らかではなかったことから、支給決定された。

（事例3）介護職員

介護職員のCさんは、訪問介護利用者宅で介護業務に従事していたところ、利用者に新型コロナウイルス感染が確認されたため、濃厚接触者としてPCR検査を受けた結果、新型コロナウイルス感染陽性と判定された。

労働基準監督署における調査の結果、Cさんは、業務外で感染したことが明らかではなかったことから、支給決定された。

（事例4）理学療法士

D理学療法士は、病院のリハビリテーション科で

業務に従事していたところ、院内で新型コロナウイルス感染症のクラスターが発生し、複数の医師の感染が確認された。それらの医師と接触歴があったD理学療法士にも、咳、発熱等の症状が出現し、PCR検査で新型コロナウイルス感染陽性と判定された。

労働基準監督署における調査の結果、D理学療法士は、業務外で感染したことが明らかではなかったことから、支給決定された。

2 医療従事者等以外の労働者であって感染経路が特定された場合の事例（通知記の2の（1）のイ）

【考え方：感染源が業務に内在していることが明らかな場合は、労災保険給付の対象となる】

（事例5）飲食店店員

飲食店店員のEさんは、店内での業務に従事していたが、新型コロナウイルス感染者が店舗に来店していたことが確認されたことから、PCR検査を受けたところ新型コロナウイルス感染陽性と判定された。

また、労働基準監督署における調査の結果、Eさん以外にも同時期に複数の同僚労働者の感染が確認され、クラスターが発生したと認められた。

以上の経過から、Eさんは新型コロナウイルスに感染しており、感染経路が特定され、感染源が業務に内在していたことが明らかであると判断されたことから、支給決定された。

（事例6）建設作業員

建設作業員のFさんは、勤務中、同僚労働者と作業車に同乗していたところ、後日、作業車に同乗した同僚が新型コロナウイルスに感染していることが確認された。

Fさんはその後体調不良となり、PCR検査を受けたところ新型コロナウイルス感染陽性と判定された。

また、労働基準監督署における調査の結果、Fさんについては当該同僚以外の感染者との接触は確認されなかった。

以上の経過から、Fさんは新型コロナウイルスに感染しており、感染経路が特定され、感染源が業務に内在していたことが明らかであると判断された

ことから、支給決定された。

3 医療従事者等以外の労働者であって感染経路が特定されない場合の事例（通知記の2の(1)のウ）

【考え方：感染経路が特定されない場合であっても、感染リスクが相対的に高いと考えられる業務（複数の感染者が確認された労働環境下での業務や顧客等との近接や接触の機会が多い労働環境下での業務など）に従事し、業務により感染した蓋然性が高いものと認められる場合は、労災保険給付の対象となる】

（事例7）小売店販売員

小売店販売員のGさんは、店頭での接客業務等に従事していたが、発熱、咳等の症状が出現したため、PCR検査を受けたところ新型コロナウイルス感染陽性と判定された。

労働基準監督署において調査したところ、Gさんの感染経路は特定されなかったが、発症前の14日間の業務内容については、日々数十人と接客し商品説明等を行っていたことが認められ、感染リスクが相対的に高いと考えられる業務に従事していたものと認められた。

一方、発症前14日間の私生活での外出については、日用品の買い物や散歩などで、私生活における感染のリスクは低いものと認められた。

医学専門家からは、接客中の飛沫感染や接触感染が考えられるなど、当該販売員の感染は、業務により感染した蓋然性が高いものと認められるとの意見であった。

以上の経過から、Gさんは、新型コロナウイルスに感染しており、感染経路は特定されないが、従事した業務は、顧客との近接や接触が多い労働環境下での業務と認められ、業務により感染した蓋然性が高く、業務に起因したものと判断されることから、支給決定された。

（事例8）タクシー乗務員

タクシー乗務員のHさんは、乗客輸送の業務に従事していたが、発熱の症状が出現したため、PCR検査を受けたところ新型コロナウイルス感染陽性と判定された。

労働基準監督署において調査したところ、Hさん

の感染経路は特定されなかったが、発症前の14日間の業務内容については、日々数十人の乗客（海外や県外からの乗客を含む）を輸送する業務を行っていたことが認められ、感染リスクが相対的に高いと考えられる業務に従事していたものと認められた。

一方、発症前14日間の私生活での外出については、日用品の買い物などで、私生活における感染のリスクは低いものと認められた。

医学専門家からは、飛沫感染が考えられるなど、当該乗務員の感染は、業務により感染した蓋然性が高いものと認められるとの意見であった。

以上の経過から、Hさんは、新型コロナウイルスに感染しており、感染経路は特定されないが、従事した業務は、顧客との近接や接触が多い労働環境下での業務と認められ、業務により感染した蓋然性が高く、業務に起因したものと判断されることから、支給決定された。

公務災害認定事例

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に係る補償の請求の参考となるよう、地方公務員災害補償基金（以下「基金」といいます。）において公務上の災害（以下「公務災害」といいます。）と認定された事例の概要についてご紹介します。

なお、公務災害の認定は、令和2年5月1日付け地基補第145号「新型コロナウイルス感染症の公務災害認定における取扱いについて」（以下「通知」といいます。）で示した取扱いにより行っています。

（事例1）医師

A医師は、病院で外来診療や日直業務に当たっており、診療等の際にはマスクを装着し、処置の度にアルコールによる手指消毒を行っていたが、日直業務終了後に帰宅した際に体調不良を感じたため検温したところ発熱していた。数日間自宅待機したが解熱しなかったため新型コロナウイルス感染症に係るPCR検査を受けたところ、陽性であり、「新型コロナウイルス感染症」と診断された。

基金における調査の結果、A医師は、通知記の2の(1)アにいう医療従事者等であり、公務外で感染

したことが明らかではなかったことから、公務災害として認定された。

(事例2) 看護師

B看護師は、新型コロナウイルスの感染者が療養している病棟において看護を行っていたが、のどに痛みを感じたため自宅療養していた。その後、発熱したため、新型コロナウイルス感染症に係るPCR検査を受けたところ陰性であった。以降も発熱が続き、呼吸状態も悪化したため、再度PCR検査を受けたところ、陽性となり、「新型コロナ肺炎」と診断された。

基金における調査の結果、B看護師は、通知記の2の(1)アにいう医療従事者等であり、公務外で感染したことが明らかではなかったことから、公務災害として認定された。

(事例3) 消防吏員

C救急隊員は、救急出動で、傷病者の観察と処置を行い、病院に搬送した。この時の傷病者の主訴は頭痛のみであったことから、サージカルマスク、手袋等の着衣による通常の感染予防策で対応した。その後、当該傷病者が新型コロナウイルス感染症の陽性者と判明したことから、自宅待機となり、発熱、頭痛及びのどの痛みが出現したためPCR検査を受けたところ、陽性であり、「新型コロナウイルス感染症」と診断された。

基金における調査の結果、C救急隊員は、通知記の2の(1)アにいう医療従事者等であり、公務外で感染したことが明らかではなかったことから、公務災害として認定された。

まだまだやれることがある

全国安全センターの緊急要請前と比べれば、労災・公災請求・認定の状況及び情報の公開は飛躍的に改善されてきている。しかし、新型コロナウイルス感染症患者の発生状況からすれば、労災・公災であるにもかかわらず請求すらされていない事例が膨大に残されていることは明らかである。

国家公務員の状況はいまだに公表もされていない。労災で言えば職種情報を追加することを含め、請求・認定状況の公表内容も改善の余地があ

るし、具体的な認定事例の紹介も一層の充実が求められる。また、労働者死傷病報告の提出促進と合わせて、「労災隠しは犯罪」というメッセージをひろめるべきである。そのことが、現在進行形の安全衛生対策及び将来の事態における安全衛生対策の確保・強化にとっても重要だということを強調しておきたい。

感染予防強化へ再度の協力要請

なお、厚生労働省は8月7日に労使団体に宛てて「職場における新型コロナウイルス感染症への感染予防、健康管理の強化について」協力要請を行った。同じタイトルでの5月14日の要請から3か月弱ぶりの再度の協力要請である(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_12865.html)。

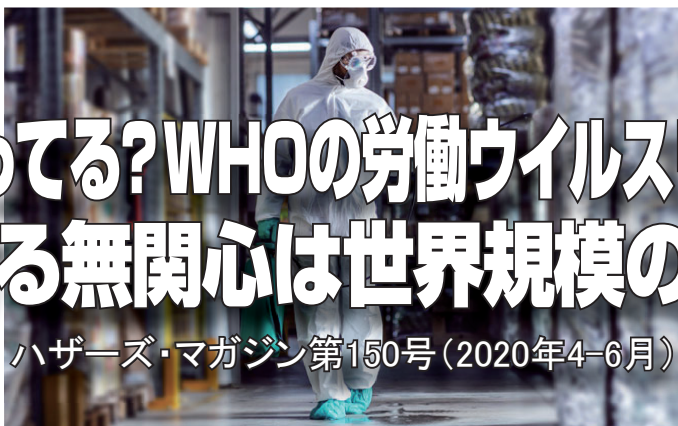
内容としては、「なお、テレワークを行う場合は、メンタルヘルスの問題が顕在化しやすいという指摘があることにも留意いただきたい」、また、「マスクで口が覆われることにより、のどの渇きを感じにくくなることもあるため、のどの渇きに関する自覚症状の有無にかかわらず、労働者に水分・塩分を摂取するよう周知し、徹底を求める等、熱中症防止対策についても着実に実施いただきたい」という指摘が追加される一方で、「感染した労働者が自ら労災請求の手続きを行うことが困難である場合には、事業者はその手続きを行うことができるように助力しなければならない(労働者災害補償保険法施行規則第23条)とされていることに御留意いただきたい」という言及がなくなった。「新型コロナウイルス感染症の陽性者について、労働安全衛生法に基づく労働者死傷病報告の提出」は維持されている。

また、「職場における新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するためのチェックリスト」が改訂されるとともに(感染予防のための体制、配慮が必要な労働者への対応等(風症状が出た場合等の対応から変更)、熱中症の予防の項目が追加され、感染防止に向けた行動変容がなくなった)、「新型コロナウイルス感染症に係る職場における集団感染事例」、「新型コロナウイルス感染症に係る労災認定事例」が追加されている。



誰が知ってる? WHOの労働ウイルスリスクに対する無関心は世界規模の災害

ハザード・マガジン第150号(2020年4-6月)



われわれが世界保健機関に対して健康上の警告を出さなければならぬなどと、誰か考えたことがあっただろうか? ハザード・マガジンの編集者ロリー・オニールが、WHOの職場COVID-19リスクに関する「信じられないほど有害」なアドバイスが労働者を致命的な危険にさらしていることを暴露する。

2020年6月26日に世界保健機関(WHO)によって発行された「Q&A: COVID-19に関連した職場の安全衛生のための助言」は、この対応の遅い国連機関が、いかに労働問題に対する知識も、助言する能力ももっていないかを明らかにしている。

しかし、それは一瞬もそれを止めていない。その手引きで抜けていることとりわけ、労働監督と執行に関する言及がないこと、他の職場ハザードとの相互作用の可能性やより広い雇用保障の必要性に対する意識の欠如は、なぜ職場と関係のない国連組織が職場の問題をリードすべきではないかという理由をあらわにしている。

WHOの手引きは、2020年5月に国連の職場の専門機関である国際労働機関(ILO)によって発行された、はるかに保護的な手引きと矛盾している。

このWHOのQ&Aは、2020年5月10日のその暫定手引き「COVID-19に関連した職場における公衆衛生及び社会的対策の検討」のなかで詳細に述べられた政策的立場を繰り返している。この文書は大きな反対を受け、国際労働組合総連合(ITUC)やグローバル・ユニオン評議会から「危

険」と表現された。

見当違いのリスク

WHOの最初の大間違いは、「COVID-19は主に飛沫の吸入または汚染された表面との接触によって拡散する」という主張を繰り返していることである。しかし、飛沫・接触リスクだけがこのコロナウイルスによって引き起こされる脅威ではないという懸念は、パンデミックの当初から提起されていた。

2020年3月17日にニューイングランド・ジャーナル・オブ・メディスンに掲載された論文は、「このウイルスはエアロゾル中で数時間、表面上で数日まで、生存可能で、感染性を維持することができることから」はるかに広範囲に拡散する可能性を指摘した。

より多くの職務、より多くの状況、より長い距離で労働者をリスクにさらすことになるより幅広い空気/エアロゾル感染リスクの証拠は急速に蓄積された。

医療従事者による保護マスクのより広い利用を勧告したことを含め、主要な要素に関するWHOの勧告と矛盾するWHOが委託したあるレビューに添付された2020年6月1日のランセットのコメンタリーは、「実証・病院研究の双方がSARSCoV2のエアロゾル感染の証拠を示している」と指摘した。

それはWHOの唯一の盲点ではなかった。感染者について次々と報告されたが、一度も症状を示さない(無症状)またはまだ症状を示していない(症状出現前)者が重大な感染源だった。

WHOはにもかかわらず、この様式の感染は「非常にまれ」であると主張し続けた。WHOは、証拠の裏付けなしに、COVID-19はそのいこである重症急性呼吸器症候群(SARS)や他のコロナウイルスと同じようにふるまうと想定した。

WHOは混乱していた。ランセット・インфекション・ジャーナルに2020年6月17日に掲載された論文は、SARS-CoV-2としても知られる、COVID-19を引き起こすコロナウイルスは、潜伏期間中に「大きな感染力」をもち、SARSまたは中東呼吸器症候群(MERS)のどちらよりも容易に拡散すると指摘した。リンクが貼られたコメントのなかで、イェール公衆衛生大学院のバージニア・ピッツァー博士は、「知見は、症状出現前感染の重要視を確認している」と指摘した。

正しい個人保護具(PPE)の使用なしには、一見健康な者も、幅広くまた歯止めなく、職場でコロナウイルスに感染する可能性がある。エアロゾル感染は、ウイルスが部屋を埋めつくしたり、または微風でも動きまわることから、起きる。それはまさにWHOが見ることができないだけである。

感染不可能

WHOの過ちと否認は、その職場手引きに伝えられ続けている。

「職場におけるCOVID-19への曝露リスクは、COVID-19に感染しているかもしれない人々と頻繁に物理的接触をもつなかで、他の者と1メートル以内に来る可能性、及び、汚染された表面や物との接触による」と、WHOは6月26日のQ&Aで主張している。

証拠が示しているのはそれだけではない。2020年6月23日に公表されたイギリス政府のためのある専門家のレビューは、「感染のリスクは1メートルの場合2メートルと比較して2～10倍増加し、1メートルの距離でのより高い占有の可能性も、軽減策がない場合にはリスクを増加させるという証拠がある」と指摘した。

WHOとは違って、専門の職場安全ユニットをもち、また当然のこととして使用者・労働組合と連絡を

取り合っている、国連の職場専門組織であるILOは、2メートルを勧告している。

2020年6月22日の物理的距離置きに関するスターリング大学コメンタリーは、1メートル・ルールの主張は「つじつまが合わない」と指摘し、「2メートルの距離を縮めようとする科学は…ないのでないとしたら限られているようだ」と付け加えた。

WHOが空気感染を問題かもしれないと認めたのは、WHOに空気感染を認めるよう促した、世界中の200人を超す科学者によって署名された公開書簡がクリニカル・インфекション・ディゼイズ誌に発表された後の2020年7月7日だった。にもかかわらず、その職場手引きは変えられていないままである。

低く狙う

WHOは、「一般の人々や他の同僚労働者との接触が最小」の労働者を「リスクが低い」カテゴリに定義している「そのような職務の例には、リモート労働者(すなわち在宅労働)、他者との頻繁な接触のない事務労働者やテレサービスを提供する労働者が含まれるかもしれない」。

コール/コンタクトセンターのクラスターは、ホワイトカラー労働者についてのWHOの思い込みに対するリアリティ・チェックを提供している。イギリスのコールセンター労働者についてのストラスカイド大学のある調査は、曝露リスクに対する懸念が高いことを見出した。47.2%が「強く同意」及び30.7%が「自分がCOVID-19に感染する可能性があると思う」という意見付きで「同意」した。

彼らの恐れは根拠があったようだ。7月20日保健当局は、スコットランドのある国民保健サービス(NHS)検査・追跡コールセンターにおけるコロナウイルスのアウトブレイクを調査していると発表した。NHSのために接触者の追跡を行ったサイテルは、そのマザーウェルのサイトにおける「ローカル・アウトブレイク」に気が付いていたと述べた。7月21日までに15人の感染労働者を確認した。スコットランドの全国労働組合連合STUCデーブ・モクサム副事務局長は、コールセンターや同様のオフィス環境が高

いCOVID安全衛生リスクを示すことは何か月も指摘されていたと述べた。「社会的距離置きを提案したサイテル労働者の声明は、休憩時間中は維持されておらず、共有空間の中が明らかにとりわけ懸念された」と彼は言う。

韓国のある大コールセンターは1フロアの216人の労働者のうち94人感染させた(43.5%)。イマージング・インфекション・ディージェズ誌の2020年4月のある報告は、「驚くほど」アウトブレイクは「事務所職場の人々の間に大規模アウトブレイクを引き起こす可能性とともに、SARS-CoV-2によって引き起こされる脅威を実証している」と指摘した。

リスクについての誤り

「一般の人々または他者との密接、頻繁な接触をもつ仕事または職務」は、「少なくとも1メートルの物理的距離置きを観察することが困難な場合、また、同僚労働者との密接かつ頻繁な接触を必要とする仕事」は、WHOによって中等度のリスクにランク付けされている。例には「小売業の第一線の労働者、宅配、宿泊、建設、警官と保安、公共輸送、及び水と衛生が含まれるかもしれない」。

しかし、イギリス国家統計局は2020年6月26日に、2020年5月25日までのイングランドとウェールズにおける職業別のCOVID-19死亡を分析した数字を発表し、タクシー運転手とお抱え運転手(135人の死亡)、警備員(107人の死亡)、バス・コーチ運転手(54人の死亡)を含めた、17の職業の男性で率が高いことを明らかにした。

これらはWHOのランキングでは「中等度リスク」である。国家統計局によれば、COVID-19関連死亡の率が同様に高い2つの主要職業グループが見つかった。第1は単純労働者で、男性10万人当たり39.7人の死亡(421人の死亡)。

「このグループの職業には、建設労働者清掃員など、大部分ルーティンの職務をこなす者が含まれる」。第2は介護、レジャー、その他サービス職業(男性10万人当たり39.6人の死亡、または160人の死亡)であり、看護助手、介護労働者や救急車の運転手などの職業が含まれる。

女性については、「介護、レジャー、その他サービス職業」で統計的に有意な過剰がみられ、264人の死亡に相当する、女性10万人当たり15.4人の死亡であった。

職場が再開され、クラスターが発展するにつれて、新たなものも含め一定の職業カテゴリーで同様の事例の集中がみられている。とりわけ、食肉加工である。

2020年5月19日にオンライン発行された、ハーバード大学公衆衛生学部の専門家によって書かれた「アジアにおける労働関連COVID-19の感染パターンの研究」は、医療労働者、運転手・輸送労働者、サービス・販売労働者、清掃・家事労働者と公共安全労働者を、感染リスクについてトップ5職業にランクした。

ハイリスク戦略

WHOのランキングでは、ハイリスクは「ウイルスに汚染された可能性のある物や表面との接触はもちろん、COVID-19をもつ可能性が高いかもしれない人々と密接な接触をもつ職業または職務」に限られている。

実生活が語るのは別の物語である。低賃金、雇用の不安定さと急いだ労働への復帰—労働組合が通常の職業における「恐るべき」COVID-19死亡率と呼んだことを国家統計局が初めて確認した日の前日、2020年5月10日にイギリスの首相ボリス・ジョンソンによって発表された—が多くの多様な職場を主要なコロナウイルスの最前線にしている。

混雑した通勤で仕事に行き、また仕事から戻り、同僚が腕を伸ばすだけの距離にいる職場を移動するプロセスが、多数の人々に長時間曝露の可能性を生み出している—トップ2の感染リスクファクターである。

ドイツ、イギリス、アメリカ、その他多くの国で何万もの人々に影響を与えている、食肉加工工場で発生した感染は、介護その他の状況で感染していると知られた者と接触することを労働者に求める職業または職務の結果ではなく、労働者が—解雇されたり貧困への恐れから—知らずにまたはやむを

得ず労働にウイルスを持ち込んだ結果である。隠された症状若しくは無症状または症状出現前の者が職場に入っている証拠は、WHOによって軽く見られ、または退けられた。

WHO, what, how, why?

WHOは、コロナウイルス・リスクの社会階級による大きなゆがみ—大まかにいえば、あなたの社会階級が低いほど、あなたのリスクは高い。

差別と職業分離の結果としての潜在的にリスクにさらされている職場の全体—非正規・不安定・女性労働者、黒人・少数民族労働者や移住労働者を含め—はWHOのリスクアセスメントのなかではインビジブルである。

アメリカの全国雇用法プロジェクトによって2020年6月10日に発表された研究は、「われわれの結果は、職場におけるウイルス感染は使用者の抑圧によって悪化させられているかもしれない、また、黒人社会に対するCOVID-19の不均等な影響は、黒人労働者の抑圧的職場環境へのより大きな曝露と関連しているかもしれない」と結論付けた。

6月26日に国家統計局のアップデートは、死亡率の高かったイングランドの17の職業のうち11業種では黒人・少数民族労働者の割合が高かったことを指摘した。労働組合会議（TUC）の2020年6月11日の調査は、イギリスの妊娠中の女性の4分の1がコロナウイルス・アウトブレイクの間に職場における差別に直面したことを見出した。

世界の労働組合やILOが関心をもち、ITUCが「デューデリジェンス」を要求しているにもかかわらず、WHOのアプローチからは、サプライチェーンを

通じてリスクを評価する使用者の責任も抜け落ちている。いくつかの重大な労働関連アウトブレイクにおいて主要な影響を受けるグループである、移住労働者も、リスクアセスメントの検討のなかで見落とされている。

しかし、WHOによってリスクが高いと認められている職業についても、この国連機関は不十分である。そのQ&Aは、リスクの高い労働に対して、他の個人保護具（PPE）とともに「医療マスク」を勧告している。しかし、医療マスクは適切な保護を提供せず、最低でもFEP3/N95標準の保護マスクが提供されるべきである。

2020年6月29日に出版されたアナルズ・オブ・インターナル・メディシンのある論文は、「医療労働者を保護するためのN95保護マスクの使用は、たんに好みや入手可能性に基づく勧告であってはならない。データは、それが全入院患者のCOVID-19管理の標準でなければならないことを示している」と指摘した。

アメリカの全国労働組合連合AFL-CIOのアドバイザー、ベグ・セミナリオは、このWHO手引きを「信じられないほど有害」であり、既存の職場の保護を弱体化させる可能性があるとして評している。

われわれはWHOのやっていることを知っており、WHOがどのようにやっているかを知っているが、WHOがなぜ、健康に基づくものでも、科学に基づくものでもない政策を擁護し続けているのかは謎のままである。

しかし、結果として誰（who）が死んでいるのかはますます明らかになっている。

※<http://www.hazards.org/coronavirus/WHO/index.htm>



賛助会員、定期購読のお願い

- 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たら個人・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」
郵便払込講座「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

2020年8月22日 京郷新聞

「研究活動家」白道明(ペク・ドミョン) 「科学の名」で弱者の側に立つ

「なぜ変わらないのか…わかりません。」白道明教授がインタビューで最も多く話した言葉は「分かりません」でした。すべての答えを、ゆっくりと、用心深く話す彼の口癖なのかと思ったが、インタビューを終わる頃には、瘦せた環境で30余年間、安全保健を研究した科学者であり活動家として、白道明教授が自らに最も多く語った言葉ではないかと思った。イ・ジュンホン記者[編注:この写真は紙面に掲載されたものとは異なります]

韓国の京郷新聞が8月22日、全国安全センターにとっては30年来の親しい友人である白道明(ペク・ドミョン)ソウル大教授のライフヒストリーインタビューを大々的に掲載した。中村猛さんに翻訳していただいたものを、ここに紹介させていただく。

被害が、被害という名を得るのにも努力が必要だ。ある努力を、努力という言葉で曖昧に覆い隠してしまうのは行き過ぎだ。努力はすべきこと、すればよいように見える。しかし、ある努力は日常をすべて破壊し、被害がさらにゾツとするようになった後で、やっと被害と認められる。いまはみんなが事実として受け容れている半導体労働者の職業病と石綿(アスベスト)、加湿器殺菌剤、原発の放射能の被害も、初めはそうだった。

医師であり科学者、研究活動家の白道明は「そんなはずはない」に対して闘ってきた。石綿を使つてはいけないと? そんなはずはない。半導体工場で働いたために白血病に罹った? そんなはずはない。肺の損傷が加湿器殺菌剤のためだと? そんな

はずはない。「そんなはずはない」が「そのようなこともある」から「そうだ」に変わるまで、白道明がした仕事は研究だった。被害事実を収集し、データを分析し、具体的な立証資料として作り出した。白道明の努力と研究のおかげで、多くの人々が被害を訴えたり主張する人ではなく、被害者になることができた。

ソウル大教授(保健大学院長)として、定年退職を1年前にした彼は、相変わらず活発な研究活動が続けている。7月には、2013~2017年に癌の診断を受けたラドン寝台の使用者125人の資料を分析して「ラドン寝台健康影響調査」結果を発表した。3月に大邱でコロナ19が広がったときは、ボランティアに参加した。1月には、産業災害と性暴力、有害

「研究活動家」白道明「科学の名」で弱者の側に立つ

化学物質の被害者などを研究した「職業・環境病の生存者文化の概念と可能性摸索」という研究報告書も出した。彼は研究室の中にだけいるのではない。記者会見、一人デモの現場で彼の姿を見付けするのは難しくない。二回行われたラドン寝台被害者の記者会見もすべて参加してマイクを握った。2015年には加湿器殺菌剤のメーカーのオキシ本社があるイギリスに遠征デモに行くこともした。「被害事実を立証し、知らせ、さらには社会を変えることが科学者の責任」と信じるためだ。13日にソウル大の研究室で白道明教授と会って、彼が考える「安全社会」について聞いた。

■白道明教授「安全問題を被害・加害の構図で見ると、答えからますます遠くなります」
現場で被害者の声を聴く「研究活動家」白道明教授

90年代初めに職業病・産業災害政策を見て政治的な影響が作用する現実を痛感
被害者のいる所を直接訪ね歩いて
データを分析して資料を作って

－ 医大を卒業後にイギリスとアメリカで産業保健学を勉強(修・博士)されました。韓国では聞き慣れない分野でしたが、どのようにして関心を持つようになったのですか。

「私は75年度の入学生なので、とても殺伐とした時代でしたよ。付き合っていた友人のグループで、卒業をするか、(労働)現場に入るか、こんな話をしたりしていました。休みの間、九老工団のリール釣りの部品工場に偽装就職しました。その広い空間がとんでもない騒音でぎっしり埋まって、昼休みになると、ピタッと止まったのを思い出します。ソウルのいわゆる『貧民街』で1か月暮らしてみたりもしましたし、江原道のある無医村で1か月間暮らして、診療活動を助けたりもしました。天主教の原州教区の看護師、4人の方と生活しながら、住民たちを世話する場所でしたが、どうしてそのようなシステムができたのだろうか、私がそちらに行っても意味があるのか、そのように考えましたね(清溪被服労組のアンケート調査活動にも参加しましたよ)。その問題



13日、ソウル冠岳区のソウル大学保健大学院で会った白道明教授 イ・ジュンホン記者

を提起しなければならないという活動家グループがありました。医大生の私にどれほど多くのことがわかったのでしょうか。見付けた資料の中に「コーネルメディカルインデックス (CMI Index)」があったので、それが適用できるように作業して渡した程度でした。」

－ 医大の勉強だけでも時間が足りなさそうですが、そうした理由があったのですか。

「ウーン…(世の中に)問題がありますが、それが必ず政治だけの問題というよりも、社会全体のすべてが問題だという気がしました。私にできることは何かを考える視点でした。『職業病』という話をしただけでも不穏な人、不純な人と言われる時代でしたが、その、何と言うか。職業病を研究したり診断する医者になるのも意味があると考えました。(その時代を生きながら、やれた) 自己満足ないしは自分慰安だったようです。」

1992年に始めた石綿の有害性の研究
2009年の石綿使用禁止を導いて
半導体事業場ベンゼン使用報告書
サムソンの依頼で行った研究だったが
営業秘密より知る権利を先に考え
白血病被害立証の証拠として作用

－ 実際に帰ってきて見た現実には、茫漠としていたようです。

「留学を終えて帰ってきたのは1992年でした。87年6月抗争以後、88年に『民主』者が入った多くの団体が作られて、91年度に源進レーヨン事件(源進



白道明教授の研究室の片側には、色々な現場に行った時に首にかけた名札、数十個が掛かっている。白道明教授は「再利用できるだろうか」という気持ちで集めておいたと言った。イ・ジュンホン記者

レーヨンで働いたキム・ポンファンさんが二硫化炭素中毒で死亡したことで世に知らされた産業災害事件。工場は1993年に閉鎖され、2017年までに900人を超える労働者が二硫化炭素中毒の診断を受けた。)がわかって、それなりに業務上疾病というのが問題になりはじめました。

そのとき、労働部が開催した会議に出席しましたが、職業病や産業災害に関する提案があれば、ちょっとしてみなさいって。そこで、事業場の物質の安全に関する資料を作って、仕事をする人たちに与えようと話しました。それが採択されて、94年度から施行されました。そして、それが広がっていく過程を見ていると、アー本当にこれは違う、という思いが強く浮かびました。私が提案したのは『知る権利』の次で、実際の事業場で使う物質を把握して、問題を整理して、事業主も知って、働く人たちにも分かるようにしようということだったのに、アメリカで作られた物質安全保健情報をそのまま韓国語に翻訳して、事業場に備えつけて終わりでした。政府は何かを変えたと言いながら、ただそのようなやり方で、恩着せがましく包装をすることで、実際に変わるものはないんです。」

－ 頑張って何かを作ったのに、失望が大きかったでしょう。

「実際、以前の労働部が変わって労働政策が変われば、多くのことが良くなるのではないかと期待しましたが、違いましたよ。『トップダウン方式』というのは、問題解決にそれほど役に立たないんだなと感じました。盧泰愚政府も88のオリンピックを前に、職業

病に対する申告をさせました。ある人が鉛の事業場で働いていたが具合が悪くて辞めて、何か月か後に申告をしました。血中の鉛成分を測定したところ、59だったとして（産災申請が）棄却されました。基準の60に達しないと言うんです。鉛の成分が何か月間で身体から抜けたのですが、健康状態が正確にどうであれ、鉛の成分がどれだけ、なぜ抜けたかを総合的に判断をするべきなのに、たんに恣意的な基準を作って、だめだと…、このようにすることは、絶対に問題を解決することではないでしょう。」

－ 政治的解決方法に限界を感じたのですよね。

「安全保健の問題なのに、解決のやり方は政治的な空気によって処理されるようだったんですよ。IMF外国為替危機が勃発して、90年代末から2000年代の初期まで、大企業の大きな労組組織を中心に、筋骨格系疾患の問題が多く提起されました。リストラのために労働強化が進んで、労働強度を調査する作業をしましたね。これをどのように解決するかと思いましたが、人権や労働権の問題では解決できず、労使交渉で危険手当をもっと多く出すということで終わりました。(私の研究が) 労使交渉に有利な内容として利用されたのです。労組の中でも労組政治というのがあるからです。危険をなくしたり減らすべきなのに…危険手当を多く出すことで解決するというのが…それが本当に、私としては辛かったです。」

－ 現場に行って、被害者の声を多く聴く研究者として知られています。そのときの経験から悟りを得たのですか。

「問題を抱えている方たちの話を直接聴くと、この問題がどこで詰まって、なぜそうなったのか、どのように解決すべきかが、少しはよく見えるようです。産業安全公団で研究院を作ったとき、私がパートタイムで研究室長をしましたが、そのときにした活動のひとつが、発ガン物質を使う脆弱事業場の点検でした。石綿というのは良く知られた発ガン物質で、ヨーロッパでは早くから禁止されましたが、石綿はあまりにも広範囲に使われているもので、韓国ではこの問題を、どこからどのようにするべきか、アイデアがありませんでした。そのときに石綿の事業場の近くにいる被害者を訪ね歩く作業をしました。釜山の

石綿事業場で働いた具合の悪い方たちの集まりがあって、会いましたが、とても役に立ちました。忠清道で働かれた方たちとも会えました。」

白道明教授の研究室には「94石綿事業場」という厚いフォルダがある。教授は国内で最も長く、最もしつこく、石綿の有害性を研究した学者に挙げられる。韓国は日本よりも3年も遅く2009年に石綿の使用を全面禁止し、2010年に石綿被害救済法を作った。

－2009年に作った「サムソン電子半導体の事業場（器興工場）の危険性評価諮問報告書」は、半導体の白血病労働者の産業災害を認める重要な資料になりました。その研究はどのように進めたのですか。

「研究調査自体は実際、大して難しくはありませんでした。サムソンは発ガン物質は使わなかったと言いましたが、有機溶剤などを作るときは不純物が混ざっていますね。石油化学物質から出てくる有機溶剤の最も重要な不純物のひとつがベンゼンで、ベンゼンが白血病を起こします。そして、サムソンが行ったという調査からは、不純物に対するチェックが抜け落ちていました。勤務が三交代で行われているのに昼間だけしか測定せず、実際、中間中間で整備をするときに有害物質が多く出ることになるのに、整備する時間についての測定もしていません。」

白道明教授の研究チームは、サムソン電子器興工場でベンゼンが使われていたという内容の報告書を作った。勤労福祉公団が実施した疫学調査とは全く違う結果だった。この報告は、器興工場で働いて白血病に罹って亡くなった、故ファン・ユミさんの遺族などが勤労福祉公団（被告補助参加人はサムソン電子）を相手に提起した産業災害訴訟で、被害者に有利な証拠として作用した。裁判は一・二審いずれも被害者の勝訴だった。当時の研究と裁判に基づいて、サムソンは2014年に調停委員会を作り、2018年に被害者に対する補償案と再発防止のための対策を発表した。

－その研究は、本来サムソンが依頼したものでした。サムソンに有利な結果を得ようとして依頼した研究だったと思いますが。

「（研究結果を知って）サムソンからある人が訪ねてきましたね。自分たちが別の所に任せて再分析をするので、そのように発表しろと言って。（どんなところに任せたのか）わかりません。どこかわからないのに、それはダメでしょうと言いましたよ。その人がそのとき、このような話をしました。白道明という人は、とても背も高く、声も大きくて、荒くれ者だと思っていたのに、実際に会って見ると違って、とても一寸と…、あれだったそうです。（何と答えられたのですか）なに…私はそんなに声が大きい人間ではないと、そうでしょう。（笑い）」

－それでも実際に研究結果を公開するまでに、少しは悩まなかったんですか。

「実際は私がしたものではありません。私は研究チームを組んで、こんなやり方でやればよいと、進行をしました。それを知ったある人が訪ねてきて、報告書をちょっと持っていったもよいかと尋ねました…、私は持っていかれるのをただ知らない振りをしてただけです。私どもはサムソンと契約というものをして、それを見れば、秘密維持条項があります。サムソンは営業秘密だと主張しましたが、安全保健に関する資料は営業秘密にならないというのが私の考えでした。もしこれが公開されて、サムソンが告発するなら、営業秘密と安全保健について知る権利に関して、一度正式に争ってみなければならぬと考えました。ところが、そんなことにはなりませんでしたが、その代わりに、裁判所が専門家の意見を証拠として採用すると言って、それを出しました。（白道明教授は法廷で証言すると明らかにしたが、裁判所は報告書だけを証拠として採用した。）」

被害者ほとんどの弱者のグループに属して
少数者が尊重されるほど、社会は安全

裁判という長い闘いを避けて

専門家の領域で、早い解決法を見付けなければ

－みんなが不可能だろうと考えた裁判が、被害者の勝訴で終わりました。結果を見てどうでしたか。

「そうですね。裁判というものが、必ず経なけれ

ばならない段階だったのか、よくわかりません。(被害が認められるまでの) 時間が本当に長くかかりました。専門的な領域で、専門家らしく議論がされたなら、はるかに早く、簡単に解決されたのではないかと思います。被害者は社会的な弱者グループに属する人が多いせいなのか、議論自体が被害者の意見を受けて進められないようです。後でサムソンが調停委員会を開いて、私が仲裁委員になりましたが、サムソン側を代表して出てきた人たちは放送会社の出身でした。安全保健の専門家たちは後方にいて。サムソンは白血病の問題を広報の問題だと考えたようです。ちゃんと話ができませんでした。」

白道明教授は環境保健学会長だった2012年に学会所属の研究者たちと一緒に、6か月間、加湿器殺菌剤の被害95件についての研究を行って報告書を発表した。研究者9人が費用を持ち出して負担した。この研究に基づいて、政府は遅ればせながら加湿器殺菌剤被害の実態調査を始めた。

－加湿器殺菌剤の被害調査はどのようにすることになったんですか。

「環境保健市民センターの仕事を一緒にしていたので、センターに申告した方々のケースをよく観ることができました。初めは妊婦を中心に調査しましたが、妊婦だけの問題でなく、家族の問題でした。全体を観なければならぬと考えました。2011年末と2012年の初めに、疾病管理本部が動物実験の結果を発表しました。加湿器の殺菌剤に問題があって、原因不明の肺の損傷との因果関係が推定されて、使用中断を勧告しました。

その直後に、保健福祉部の担当局長と会いましたが、手を引くと言いましたよ。福祉部の業務分掌ではないと。(消費者の被害だから) 産業資源部の問題で、ここ(動物実験)までは私たちがしたから、後は被害者が訴訟によって解決すべきだということです。法廷に行って解決せよと。イライラしました。この問題の性格上、前に見たことのない疾患なので、病院に行って診断書を書いて欲しいと言うのも難しく思いました。このように、各自個人が適当に問題を解決せよと言えば…、ちょっと余裕があって、情報もあって、訴訟ができる人たちしかできないでしょ



石綿、加湿器殺菌剤、放射能、騒音など、白道明教授は主に見えないことと闘ってきた。白道明教授の努力と研究のおかげで、隠れていた多くのことが世の中に出てくることができた。

う。そうすることができない人たちはどうするのか…本当に違うと思いましたよ。」

－それで自費でも研究を進めることになったのですか。

「該当の物質が人間に病気を起こしたとすれば、動物実験の他に「容量反応関係」を分析しなければなりません。曝露した人と曝露しなかった人、曝露した人の中でも病気がある人となない人、接触した家族。それらを調査しました。環境保健学会が家庭を訪問する調査と、作成された診断書を分析する調査を行って、人件費を0にして、追加的な医療検査を最小化して、最小の費用で調査をしました。1000万～2000万ウォンほどかかったと記憶しています。」

■「なぜ世の中が変わらないのか知りたいので「質問を投げる作業」を続けなければ」

加湿器殺菌剤の被害実態調査を
各自個人がしなければならない状況にイライラ
自費で研究した後に報告書を発表
肺損傷真相委員会の委員長も引き受ける

－研究報告書の発表の後、肺損傷真相調査委員長を引き受けられたでしょう。

「チャンスとした調査をしなければならぬと、かなり永い間要求して、2013年に民官合同の肺損傷真相調査委員会が作られ、私が民間の委員長を引き受けました。そして、当初は(政府は)簡単にチャートレビュー程度だけだと考えていたようです。

「研究活動家」白道明「科学の名」で弱者の側に立つ

私たちは曝露を確認して、キチンと検査をして、ケースをキチンと整理すべきだと言いました。その時、被害を受けた人たちに、一人当たりの検査費用として10万ウォンずつ準備すれば、何千万ウォン程度の予算が必要だったのに、それを出さないのですよ。それを出さない、じゃできないと言って、私は委員長を辞退しました。ジン・ヨン議員が福祉部長官に指名されたとき、国会の議員室を訪ねて、初めから説明して、再び調査をはじめました。」

加湿器殺菌剤が国内で初めて発売されたのが1994年、加湿器殺菌剤を使った原因不明の肺損傷患者が多数発生したという事実が知らされたのが2011年だった。2013年に政府次元の被害受付窓口が作られた後、2017年に加湿器殺菌剤被害者救済法が施行されるまで、政府が予算と部署間の責任の所在を巡って右往左往して、真相調査も被害回復の救済手続きも遅れた。2018年にスタートした社会的惨事特別調査委員会は、7月に「詳細な調査の結果、加湿器殺菌剤の使用者は約627万人、死亡者は1万4,000人と推定される」とし、「現在の申告者は6,817人に過ぎない」と発表した。

化学物質の被害を否認する側が
有利なデータだけを持ってくるなど
不確実・偏向した情報のために難しかった
なぜ被害が発生したのかに集中すれば
価値に対する選択は難しくない

化学物質の被害を否認する側も「科学」を武器として使う。いまは「事実」となったサムソン白血病と加湿器殺菌剤の被害も「有害ではない」「被害事実との因果関係を立証できない」という研究調査結果があった。オキシから加湿器殺菌剤の吸入毒性実験を依頼されて、それを行ったソウル大のチョ某教授は、金銭を受け取ってオキシに有利な研究報告書を書いた疑惑（収賄後不正処置と証拠偽造・詐欺）で起訴された。チョ教授は一番では有罪、二審では無罪を宣告されたが、ソウル大研究真実性委員会は裁判とは関係なく、チョ教授が資料を操作し、研究データを縮小・歪曲解釈したと結論付けた。



2010年、サムソン電子に白血病の被害認定と問題解決を求める市民社会宣言発表の記者会見に参加した白道明教授(中)。京郷新聞資料写真

－被害者が最もたくさん聞く言葉は「そんなはずはない」です。被害者が自らさえをも、何度も疑うことになります。被害事実を立証する研究結果に対して「過剰診断」という攻撃も多いです。

「原子力発電所の周辺住民の甲状腺ガンを研究しましたが、『それだけ健康診断を多く行っただけで発病率が高く見える』という主張がありました。甲状腺ガンは検診が始まってから永くないのだから、その主張が正しいとすれば、甲状腺ガンの確認率だけが高くなければなりません。ところが調査してみると（原子力発電所周辺住民には）別のガンも、90年代から発病率が高いのです。このような事実を総合的に判断すれば良いのに、互いに自分のデータだけを持って主張するやり方に論争が流れば、それはとても難しくなります。そんなときが一番大変だったという気がしますね。」

－被害者の声を聞けば、多少偏向的な情報に偏るのではなく、科学者として警戒する心も出ます。

「資料がなかったり不確かなことがあります。そんな時は選択をせざるを得ない状況になったりもします。実際、私が間違っていると指摘されるのが恥ずかしいのではありません。何か確実な別のものがあるのに、見逃したり見付けられなかったとすれば、それが恥ずかしいのです。それでも不確実な場合は、私の価値判断が入ることになりますが、私が選択できる価値についての選択は、そこまで難しいものではありませんでした。」

－どんなものが基準になるのですか。

「ウーン…、明らかに何か被害があるとすれば、

その被害がどのように発生したのかを考えるんです。慶南の昌原のスジョン村で、STXという会社が埋立地で工場の建設工事を行いました。一人の修道女が私に環境影響評価資料を持ってきて、検討してくれと言われました。環境影響評価は通過したというのに、そこに住む住民たちが感じるのは、日常生活をするのが難しいほど、驚くような騒音がありました。そのような場合、この二つ（適切だという評価と被害者の存在）の間にどんな問題があるのか、一体、なにを根拠に評価が行われたのか、なぜこのようになったか、をひとつずつ追跡していきます。（結局その工事計画は白紙化されました。2011年6月25日にスジョン村で行われた村祭りに座っておられましたね。）あ、はい。招待を受けて…（笑い）、とにかく被害者の話を聴けば、どんなものから点検すべきかということが、はるかに明らかになります。」

－1月に「職業・環境病生存者文化の概念と可能性摸索」という研究報告書を発表しました。被害者を受動的な位置に縛り付けず、世の中を変える行動の主体と見る内容が印象的でした。なぜ被害者に関する研究をすることになったのですか。

「昨年韓国で『アジア地域の産業災害と環境病被害者の証言大会』がありました。被害者の問題をキチンと解決して、体系化して理論化する仕事をする人たちがいます。その方たちの経験をもう少し上手く共有して、整理すべきだという気がしました。証言大会が終わって、私たち（研究者）同士が集まって何度か会議をしましたが、被害者は生存者になることができるのか、被害者が生存者になるということはどういう意味なのか、質問を投げかけました。それは相手方の変化まで起きるようになることではないか、と思います。それがまだ私たちの社会では詰まっている部分です。被害者がやれることですが、被害者を越えることだという気がします。石綿が禁止された以後に、学校で石綿を撤去する作業が進められていますが、父兄が提起する問題は、今当面の問題というよりは、次世代を考えています。人権の問題でしょう。他の人たちも人権意識を持って同意しなければ解けない問題があります。最近問題になった慰安婦ハルモニたちと正義連の



2015年、ロンドンの加湿器殺菌剤メーカー、オクシレキッペンキジョ
本社の前で、企業の社会的な責任を追求する垂れ幕デモを
している白道明教授／環境保健市民センター提供

事態、世越号事件、朴元淳前市長の事件などを見ながら、被害者の方々がキチンと立って、役割をすることがとても重要だという気がします。加害者たちが持っている力と地位があるので、実際、その下に隠されている矛盾と弱点があります。そうした点を目に見えるようにするべきだと思います。被害者によって変化の端緒を作り出すことが重要ですが、権力やある種の力の後に隠れている加害者の姿が見えるようにして、結局は加害者が変わらなければならない問題です。」

－安全は基本権なのに、ある階層にとっては非常な努力をして、闘って勝ち取らなければならない権利になっているようです。単純に、貧富の格差とだけ表現できないと思います。先生が考える安全社会とは、どんな社会でしょうか。

「白人黒人の差別政策が廃止されていくにもならない南アフリカ共和国に行きましたが、白人の家ごとに高圧電流が流れるフェンスで囲まれていました。鉄条網で囲うと白黒葛藤の問題が解決できるのでしょうか？安全の問題は多くの場合、技術的で工学的な問題と見られるようですが、どんな鉄条網で囲うかより、人々がなぜ塀を越えようとするのか、それを考えるべきだと思います。最も重要なことは、危険を招く行動が出てくる原因、特性を覗いて見ることだと思います。危険な条件でも黙々と仕事をしなければならない人たち、生きていかなければならない人たちの社会的な条件を、どのように解決するのか、どのように、社会的に私たちが一緒にできるか、そのシステムを作らなければなりません。シ

ステムというのは「連結」です。少数者が尊重される社会では、犯罪や事件・事故がはるかに少ないのは事実です。被害と加害の構図を、安全と危険の問題に変えれば解決できると考えます。これを持った者と持っていない者の構図につなげると、それは安全な社会とは距離が遠くのくのです。そしてそのようにするためには、被害者一人ではできません。仲間がいなければならないし、声を集めなければなりません。」

コロナ19の防疫を正しくするには
具合が悪くても休めない非正規職など
私たちの社会の底辺から崩れていく
人々の間の関係の問題点を解かなければ

白道明教授はこの3月に大邱にボランティアに行った後、7月の国会生命安全フォーラムの創立式で「コロナ19と生命安全」をテーマに基調講演をした。白道明教授は「『K防疫』という単語に包装された内容には、多くの問題が一緒に入っている」として、「具合が悪くても、休んだり治療を受けられない私たちの社会の根本的な問題が、コロナというかたちで暴かれた」と話した。

— その日の講演で「コロナによる防疫と保健の問題は、私たちの社会の一番底辺から崩れて浮き上がってくる問題」であり、「防疫概念の再編が必要だ」と言われた言葉が印象的でした。

「漢字で『人間』という単語は『人』と『間』で作られ、人と人の関係を意味します。人が人であるのは、人と人の間に、すなわち連結があるという意味でしょう。そして伝染病が人々の間の接触を通じて伝播しながら…人間の連結を確認しながら、一方で遮断しなければならない『防疫』が、日常の人々の間に内在していた問題を表出させています。非正規職が直面した経済的な不平等、性少数者が受ける社会的な烙印、家族間の断絶まで呼ぶ世代間の不通などが、いずれも人と人との間の『関係』を作れなかった私たちの社会の姿だったと思います。防疫が正しくその役割をするには、このような関係上の問題点を同時に解かなければなりません。実際、低所得ないしは低開発国での防疫上の根本的な問題は、資源や技術の不足ではなく、

社会的な関係の問題です。人間というのは、その関係を切れば人間になれないので…伝染（接触）の危険性を無視したり歪曲したりせず、お互いの連結を維持できる、人間的な関係の回復や設定を真剣に考えなければなりません。特に、政府の役割が重要になる時期なのです。また、防疫を防疫として受け容れられないかたちがあれば、なぜそうなのか…、どのように変えるべきか、真剣に見直す機会を持つべきではないかと思います。」

— 定年退職を1年前にされています。近頃、心の中に最も多く浮ぶ思いや質問はありますか。

「そうですね。実際、私がしたことは別に大したことではありませんでした。私がしなければならない仕事をしたのです。私はいつも境界線にいる人間だったようです。被害者がいて、専門家と学者として意見を持とうとすれば、問題を覗き込まなければならなかったのです。私がしたのは、いつも質問を投げかける作業だったようです。なぜ変わらないか。分かりません。私はこの質問を本当に多くしたようです。考えて、考えて、整理したことのひとつは「(data-information-knowledge-wisdom) データ-インフォメーション-ナリッジ-ウィズダム」システムです。資料を集めて、それをどのように情報として作るか。それをどのように知識化して、結局、知恵と鋭い洞察力になるようにするか。私が今までにしたのは、データをインフォメーションにする作業だったようです。問題を解決して、社会が変化するには、あるものに対する責任を問い、その責任に伴う代案を持つべきだと考えます。(科学者の社会的責任は代案を考える段階まで進まなければならないと考えてください。) ウン…なぜ世の中が変わらないのかを知りたいですね。当分はこのような作業を続けることになりそうです。」



2020年8月22日京郷新聞 チャン・ウンギョ記者

翻訳：中村猛

https://m.khan.co.kr/view.html?art_id=202008220600045&utm_source=urlCopy&utm_medium=social_share&fbclid=IwAR3syi-s0MPHVDel8xpc7QmCfsnVBHb740Jlp_7Z9VJc3LgKVFD9ROMfAuw

html?art_id=202008220600045&utm_source=urlCopy&utm_medium=social_share&fbclid=IwAR3syi-s0MPHVDel8xpc7QmCfsnVBHb740Jlp_7Z9VJc3LgKVFD9ROMfAuw

バイザッグ(インド)ガス漏えい災害 タイムテーブル



LG化学は、世界トップ10の化学企業のひとつである。同社は、韓国内の11製造施設に加えて、中国、インド、ポーランド、アメリカ及びベトナムに工場をもっている。その事業領域には、石油化学製品（ポリスチレン、ポリオレフィン、PVC、可塑剤、ABS、ゴム、アクリレート、SAP、特殊ポリマー）、バッテリー（自動車及びその他）、先端材料（自動車、IT及び工業）及び生活化学製品が含まれる。LG化学は、LGグループ70社のひとつである。2019年にLGグループは従業員25万人、売上高1,372億米ドルであった。

1997.07 LG化学がヒンドゥスタン・ポリマーズを買収してLGポリマーズに名称変更。

2019.05.08 韓国環境部がLG化学が環境汚染物質排出データを改ざん、偽造さえしていたことをつかむ。

2019.05.10 インドのLGポリマーズは、「現在も私たちの業界は、操業継続のための、所轄官庁から発行された、製造品質を立証する有効な環境認可 [クリアランス] もっていない」とした宣誓供述書を認める。環境認可は操業に必要な連邦政府による許可である。

2020.01.08 LGポリマーズの環境衛生安全ニュースレターが爆発によるリスクに注意を促すも、同工場の主要な化学物質で爆発性のあるスチレンへの言及はなし。

2020.05.07 アーンドラ・ブラデシュ州ヴィシャカパトナムの、韓国のLG化学が所有するポリスチレ

ン製造工場であるLGポリマーズから近隣住宅地域に有毒なスチレンガスが漏えいし、12人死亡、数百人が病院に運ばれるとともに、数千人の不安な避難を引き起こす事態となった。

2020.05.07 インドの警察がLGポリマーズに対して、不法殺人と過失の申し立てを提出。

2020.05.08 全国環境裁判所がLGポリマーズに対して、「生命、公衆衛生及び環境に対する損害」について5千万ルピー（約660万米ドル）供託することを命じるとともに、惨事を調査するための委員会を設置。

2020.05.08 ANROEV [労災・公害被害者の権利のためのアジアネットワーク] が、企業の説明責任の必要性を強調した、LG惨事に対する声明を発表。[7月号43頁]

2020.05.08 人権フォーラムが、LG経営陣と規制当局者の過失に対する刑事訴追を要求。

2020.05.08 LG化学が、その韓国の英語版ウエブサイトに、「状況に対処し、将来の事故を防ぐために最善を尽くす」ことを約束する、謝罪を発表。

2020.05.09 LGポリマーズ周辺住民の間で、会社役員を取り締まり、工場を再開させないことを要求して、抗議が噴出。

2020.05.11 アーンドラ・ブラデシュ州森林科学研究所が、LGポリマーズのスチレン貯蔵タンクが必要とされる20℃以下に維持されていなかったと断定。

2020.05.11 LGが、同社は「義務的なインド政府に

バイザッグ(インド)ガス漏洩災害 ②

よる環境認可なしにそのポリスチレン工場を操業していた」とする英ガーディアン紙の記事に対するコメントを拒否。

2020.05.11 Sagar Dhara(国連環境計画[UNEP]とインド政府のコンサルタント)とK Babu Rao(インド技術研究所)が書いた記事が、タンク内の温度が上昇しはじめてすぐにLGが警報を鳴らし、また、住民が緊急時対応の訓練を受けていれば、「12人の死亡は避けることができ、傷害も最小にすることができた」と指摘。

2020.05.13 LG化学のスポークスマンChoi Sang-kyuがAP通信に対して、2019年の宣誓供述書は「今後法律を遵守するという誓約であって、いかなる違反を認めたものでもない」と話す。APは、同社は2006年から2018年の間に5回その操業を拡張したが、必要とされる連邦政府の環境認可を受けたことは一度もないと報道。LGの宣誓供述書は、「現在も私たちの業界は、操業継続のための、所轄官庁から発行された、製造品質を立証する有効な環境認可[クリアランス]もっていない」と言明。

2020.05.13 アーンドラ・プラデシュ州公害防止委員会[ポリューション・コントロール・ボード]副委員長Vivek YadavがAP通信に対して、同機関が、LGに対して罰金を科すか、または連邦政府の環境認可を受けるまで許可を認めないことができたのに、しなかったと暴露されたことに対して「問題を詳細に調べている」と話す。

2020.05.14 「状況を解決し、リアルタイムの救済・リハビリ措置を支援」するために、韓国のLGから技術チームがインドに到着。

2020.05.14 国連の特別報告者バスク・トゥンジャクが、「インドの罪のない労働者と地域社会に恐るべき被害をもたらした、化学産業におけるもうひとつの回避することのできた災害であり、世界中でミニ・ボパール化学災害が衝撃的な規則性をもって広がり続けていることを思い起こさせるものである」と指摘した声明を発表。[7月号45頁]

2020.05.14 アーンドラ・プラデシュ州政府がLGポリマーズと、工場に残っている13,000トンのスチレンを韓国に送るために移動することを手配。

2020.05.15 3人の州政府の調査員が、スチレン漏えいのありそうな原因として、冷却システムが詰まったことによるスチレン貯蔵タンク内の温度の急上昇を確認。

2020.05.15 ANROEVが、LGが事故について完全な責任をとるよう要求している被害地域の2人の住人を含めた、バーチャル記者会見を開催。

2020.05.16 ガスの雲と逃げようとしてくずれ落ちる人々を映した、LG惨事のCCTV映像が判明。

2020.05.17 LG惨事を調査している全国環境裁判所が、「工場の責任者と貯蔵タンクの保守要員の甚だしい人為的失敗と過失」を確認した、中間報告を発表。

2020.05.18 LGが、LGポリマーズ工場に残るすべてのスチレンの除去を完了し、韓国に発送。

2020.05.19 LGが、本惨事の原因を調べる調査委員会の数を減らすようインド最高裁判所に請願するために、元インド司法長官ムクル・ロハッジを雇う。LGは、災害の調査から全国環境裁判所を外すよう、最高裁判所に要求。

2020.05.19 韓国瑞山のLG化学触媒工場の火災により1人の労働者が死亡、2人が負傷。

2020.05.19 韓国の環境部と労働部が瑞山のLG化学触媒センターの安全ランクを最低のM-に格下げ。

2020.05.24 アーンドラ・プラデシュ州高等裁判所が、州政府にLGポリマーズの施設を差し押さえるよう命じるとともに、同社の幹部がインドを離れることを禁じる。同裁判所は、影響を受けやすい区域を工場から6.3kmに拡大するとともに、この区画内にはいくつかの病院、教育機関、礼拝場、鉄道駅や空港があり、ひろい居住地域も含まれることを指摘。

2020.05.26 LG化学が韓国で、7月末までにその40製造工場(韓国内17、国外23)を査察すると述べた声明を発表。同社は、「環境安全を確保することが困難な場合には継続中の事業を撤退させるだろう」と主張。

2020.05.27 市警察が、韓国に向けたチャーター便手配の準備をしていたLG役員がインドを離れるのを止める。

2020.05.28 LGポリマーズのある元労働者がBBC に対して、有毒化学物質の漏えいを知らせる緊急警報「サイレン」は長い間機能していなかったと話す。「われわれは監督があったときにこの問題を指摘したが、役員は笑い飛ばした」。

2020.05.28 BBCが、工場局による政府監督報告書が「工場内の保守の不十分さの証拠」を示していると報道。

2020.05.28 全国環境裁判所調査(ナショナル・グリーン・トリビューナル=NGT)委員会が、「甚だしい人為的失敗」と呼んで、会社の安全軽視を厳しく批判した報告書を発表。報告書の主要な結果は以下のとおり。

- ・ 警報もなく、800トンのスチレンが老朽タンクから漏えい。周辺住民は会社員ではなく警察に有毒ガスの漏えいを警告。
- ・ 「過失の明確な事例」を反映して、タンクの内部及び上部に温度センサーが存在していなかった。
- ・ 「このような事態は予測されたことがなかった」ことから、蒸気損失のための自動スプリンクラーは存在していなかった。
- ・ 重合阻害及び排出のために用いられる化学物質は、「現場にストックがなかった」ことから、2020年4月1日以降追加されてなかった。
- ・ いったんスチレン温度が52℃超に上昇したら、通常の化学阻害剤は効果がないが、「LG化学はこの可能性を考慮したことがないようだ」。

2020.06.01 政府のある調査が、LGスチレン漏えいは作物を消費に適さないようにする損害を与えたことを確認。

2020.06.02 IPENが、168頁に及ぶ全国環境裁判所報告書の結果を要約し、それがどのように安全の無責任の過失を確認しているか指摘している。要約はまた、LGに完全に責任をとらせるよりも政府補償を容認、LGが自ら起こした事故のリスクアセスメント調査をすることを信頼、おそらくヒトに発がん性のある物質に高レベル曝露した人々に5年間という短期間だけのがん監視の提案、親企業であるLG化学の責任の無視を含め、

欠点も指摘している。

2020.06.03 全国環境裁判所(NGT)が、LGは惨事に完全な責任があると説明。この法的機関は、復旧計画の策定を命じ、その暫定的罰金に対するLGの見直し「要求」を却下し、必要な許可なしに同社が操業することを許可したことに責任のある者を特定して、適切な措置をとるよう州政府当局者に命じた。

2020.06.05 8団体が、この惨事を「もうひとつのボパール」と呼び、LGが完全な責任をとることを要求して、ソウルのLG本社前で記者会見を開催。

2020.06.05 ANROEVが、LGが「責任をとる」よう要求して、[世界]環境の日の行動にアジアの諸団体が参加するよう組織。

2020.06.05 LGスチレン漏えいによって影響を受けた地域であるバイザックにおける抗議は、150人以上が[地元警察に]逮捕されて終了。韓国でのイベントにバーチャル参加して話をした地域住民Raoは新聞記者に対して、「多国籍企業の過失のためになぜわれわれが逮捕されなければならないのか」と尋ねた。

2020.06.08 LG惨事を調査している州政府のハイパワー委員会が、同社や影響を受けた村の住民及び政治指導者らと面会。委員会議長Neerabh Kumar Prasadは、専門医師による住民の定期的健康チェックが実施されることを約束。

2020.06.08 産業界の専門家らが、ベストプラクティスはガス漏えいを防ぐためにタンクのちゅかんレベルからスチレン重合の化学阻害剤を注入することを義務付けていると指摘。しかし、LGのタンクは2019年に化学部室を底から注入するように変更されて、タンクの上部での反応のリスクとスチレン漏えいの可能性があった。LGは「工場局を含め関係当局からの承認なし」に変更を行った。

2020.06.09 6月8日Kadali Satyanarayan (58歳)、6月1日Yelamanchili Kanaka Raju (45歳)、5月29日Pala Venkayamma (73歳)を含め、LG惨事と関係しているとされる新たな死亡者に関する報告が現われる。

バイザッグ(インド)ガス漏洩災害 ②



2020.06.10 LGが環境認可を受けていなかったとしても同社を許可するよう州に勧告した、Vivek Yadavなどをメンバーに含む、調査委員会としてのアーンドラ・プラデシュ州ハイパワー委員会に対する批判が現れる。「これではAPPCB[アーンドラ・プラデシュ州公害防止委員会]が自らを調査しているようなものだ。それは調査の客観性に疑問を生じさせる」。

2020.06.13 5月28日の全国環境裁判所(NGT)の結論を引用した、LGの安全対策に批判的な最初のニュース記事が韓国で現われる。LG化学はこの批判的なインド政府の報告書に反応していないが、そのスチレン漏えいと追加的な支社との因果関係には疑問をもっており、「責任ある態度をとっている」と主張している。同社は住民は会社が操業を続けることを望んでいると示唆するが、地元の住民らは「6月7日に州政府が主催した会議で、すべてのサバイバー、住民、及び政党は満場一致でLG工場が出ていくよう要求することに同意した」。

2020.06.14 住民らが政治指導者やニュースメディアに汚染された地下水を示し、LGは地域社会に有害化学物質の使用についても避難措置についても知らせたことがないと指摘して、中央捜査局によるこの惨事の調査を要求した。

2020.06.15 LGが最高裁判所に対して、補償と復旧のための5千万ルピー(約660万米ドル)の暫定罰金の支払いを中止するよう請願。LGはまた

同裁判所に、同社の安全対策に批判的な全国環境裁判所(NGT)の報告書に異議を申し立てるつもりだと通知した。最高裁判所はLGの罰金の使用を10日間遅らせることを命じたが、NGTの命令に対する「実質的な異議申し立てはなされていない」と指摘した。LGはまた同裁判所に、工場の封鎖を解除し、会社幹部にパスポートを返却するよう求めた。LGは、「われわれは逃げようとしている犯罪者ではない」からパスポートは返却されるべきだと述べた。最高裁判所の対応は「われわれは何も言わない…」であり、これら及びその他の問題をアーンドラ・プラデシュ州高等裁判所に戻すとともに、ガス漏えいはLGの責任だと指摘して、よく週末までの決定を命じた。元インド司法長官ムクル・ロハッジが本件でLGの代理人を務めた。

2020.06.17 LG惨事を調査するためにアーンドラ・プラデシュ州政府によって設置されたハイパワー委員会が、LGはいまだに委員会からの質問に答えていないと発表。州政府は、「われわれ全員がそれは事故でなかったことを知っている。スチレン漏えいは一連の安全対策の失敗の結果だった」と指摘して、本惨事を事故と呼ぶことに反対している。

2020.06.20 ビシャーカパトナム県長官Vヴィネー・チャンドが、LG惨事の結果として、石油・石油化学産業に3か月ごとに安全訓練を実施するよう指示。この措置には、全国環境裁判所(NGT)

がLGの主要な失敗のひとつとして挙げた、地域社会の緊急避難訓練は含まれていない。チャンドはまた、貯蔵、製造工程及び安全管理に関する詳しい情報を提供する、使用者に対する新たな要求事項も発表した。

2020.06.20 国立環境工学研究所 (NEERI) が、LG工場近くに所在するメガドリゲタ貯水池の水に安全信号を与える。しかし、当局者は別の検査を実施する計画を発表。

2020.06.20 LG惨事における金融部門のずさんな監視が果たした役割に関する記事が現われる。LG化学の長期借入先には、スタンダードチャータード銀行、BNPパリバ、ING、みずほ銀行、バンクオブアメリカ、中国銀行、HSBCやIDBI、ICICIなどのインドの銀行が含まれる。これらの多くは、「社会に対する肯定的及び否定的影響」を判定する措置を要求している国連責任銀行原則の署名者である。

2020.06.23 LG本社から来た韓国人らが、インドから離れることを許されないと苦情を言って、アーンドラ・プラデシュ高等裁判所に請願書を提出。州は、彼らからの情報は調査にとって重要であり、彼らがインドを離れるのであれば、調査の目的のために求められたときにはインドに戻ると言明した宣誓供述書を提出すべきであると主張している。高等裁判所はこの問題に対する判決を遅らせた。皮肉なことに、6月中旬にLGの法的代理人ムクル・ロハッジは最高裁判所に対して、「われわれは逃げようとしている犯罪者ではない」のだから、韓国の代表は戻ってくるべきだと話した。

2020.06.25 アーンドラ・プラデシュ高等裁判所が、韓国LG [化学] スタッフはインドから退去できると判決。LGの法的代理人ムクル・ロハッジは、「規制されてもいないし、実現可能でもない」と言っていて、彼らはいかなる将来の調査においてもインドに現れることを求められるべきではないと主張した。裁判所は同意せずに、彼らがあらゆる調査上の問い合わせに回答するとともに、裁判所に求められたときにはインドに現われることに同意すると言明した宣誓供述書を提出する場合に鍵って、韓国スタッフの出発を認めた。

2020.06.30 ANROEVが、「その安全上の失敗の調査を回避し、自らが引き起こした惨事に対する補償の支払いを逃れるために、LGは精力的な努力をしてきた」と指摘して、惨事後のLGの行動を要約。

1. LGは、惨事の調査から全国環境裁判所を取り除く努力において最高裁判所に請願するために、元インド司法長官を雇った。
2. LGは、補償と復旧のための5千万ルピー（約660万米ドル）のの暫定罰金支払をやめさせようとした。
3. 惨事から1か月以上たっても、LGは、州政府の調査委員会の質問に答えていない。
4. LGがホットライン電話番号だと称するところに何度も電話したある地元住人は、誰も応答しなかったと指摘した。
5. LGはまた韓国メディアにおいて、地元の住人らに食料を配給していると主張した。しかし、州政府がすでに、COVID-19ロックダウンと闘っている出稼ぎ労働者に食料を配給していた。地域の住民らは、LGからではなく、州が管理する食料供給から食料を受け取った。
6. LGは、Suraksha病院が「すべての住民の健康チェックと今後の治療を受け持つ」と主張した。しかし、地域住民の経験は、最初の診察は無料だったが、LGガス漏えいによるその後のすべての治療は被害者が支払わなければならないかった。

2020.06.30 ANROEVが、「ボパール惨事や他の事件で起こったように、彼らは責任を回避し、帰ってこない可能性がある」という懸念を引用して、LG関係者が韓国に帰国するのを許した裁判所の決定を非難。ANROEVは、韓国のLG関係者は、全国環境裁判所の報告書が惨事の責任を同社に負わせた後、そして、アーンドラ・プラデシュ州による調査報告書の来たるべき発表の直前に、インドを離れようとしていると指摘する。「LGの韓国人関係者は、彼らの会社の汚染の環境・健康影響を監視するための長期的措置を言明しなかった。その代わりに、彼らは、政府の調査が終わろうとしているときに、インドから逃げた」。

バイザッグ(インド)ガス漏洩災害 ②

2020.07.07 アーンドラ・プラデシュ州ハイパワー委員会が州政府に対して、LG惨事に関する4千頁の調査報告書を提出[48頁以下に「結論」部分を紹介]。報告書は、惨事の根本原因には、「タンクの不十分な設計、不十分な冷却と欠陥のある冷却システム、循環・混合システムの欠如、不十分なプロセス安全管理システムと緊急対応手順の完全な機能停止」が含まれると指摘している。4月に漏えいが起こりそうな兆候があったのだが、報告書は、「同社がそれを警告信号と受け取り、是正対策がとられていれば、惨事は回避することができた」としている。委員会は、現在の所在地で「いまのかたちで機能することを同社に許すことはできない」とはっきりと結論づけた。LGは、ロイターのコメントの求めに応じなかった。

2020.07.08 警察が、惨事との関連で、12人のLG関係者を逮捕。社長兼CEOのSunkey Jeong (韓国人)、技術部長D S Kim (韓国人)、運営部長P P C Mohan Rao、スチレン監視の責任者K Srinivas Kiran Kumar、製造チームリーダーRaju Satyanarayana、技術者C Chandra Shekar、K Gowri Shankara Ramu、K Chakrapani、操作者M Rajesh、夜間運営担当者P Balaji、担当保安係S Atchyut及び担当保安係(夜間)K Venkata Narasimha Patnaikである。具体的嫌疑には以下が含まれる。セクション304第2部(殺人に相当しない過失殺人)、278(大気健康有害化)、284(有毒物質に関する過失行為)、285(火災または燃焼に関する過失行為)、337(生命または個人の安全を危険にさらす行為による損害の発生)、及び338(生命または他者の安全を危険にさらす行為による重大な損害の発生)。

2020.07.08 アーンドラ・プラデシュ州政府が、LG惨事との関連で、3人の政府職員を停職。工場監督官副主任KBS Prasad、アーンドラ・プラデシュ州公害防止委員会(AP PCB) ゾナル事務所(ビシャーカバトナム)の環境技術者R Lakshmi Narayana及びAP PCB 地域事務所(ビシャーカバトナム)の環境技術者P Prasada Raoである。ある警察官は、「MoEF&CCによるEIAクリア

ランスをもっていなかったことを含め、LGポリマーズが多くの規範を無視して操業してきたことから、彼らの役割が精査されることになった」と指摘した。以前の調査から、連邦政府の環境クリアランスをもっていないにもかかわらず、州政府がLGの操業を許可したことが明らかになっていた。

2020.07.09 インディアンプレス紙が、LGのスタッフの資格の不十分さ、実効性のある現場緊急時計画またはスチレン蒸発漏えいに対処する戦略の欠如を含め、アーンドラ・プラデシュ州ハイパワー委員会の調査によるさらなる知見を報道。委員会は、相対的に厳しくない製造基準がインドで適用されていたかもしれないという懸念も懸念も提起した。報告書は、「LGポリマーズは救助または避難活動のいずれにも加わず、むしろ全責任を地区当局と地域社会に負わせた。サイレンが機能する状態にあり、工場の門近くを含め複数の起動地点をもっていたにもかかわらず、LGポリマーズはサイレンを起動して近隣住民に警告するのに失敗した」と指摘している。

2020.07.10 4千頁のアーンドラ・プラデシュ州ハイパワー(HPC)委員会報告書の要約のなかで、以下を含むより詳しい内容が明らかに。

- ・ HPCは、「過失のゆえにインドの施設に適用されてきた厳しくない基準が、結果的にこの災害につながった」と指摘して、韓国とインドにおけるLGの事業の間のダブルスタンダードの可能性を提起した。
- ・ LGのスチレン漏えいは著しい水質と土壌の汚染を引き起こした。周辺地域の井戸の「もっとも汚染されていない」水源でも、WHOガイドラインの87倍高いレベルのスチレンに汚染されていた。Narava Kota Reservoirの「もっとも汚染されていない」サンプルでも、カナダの農地基準を千倍以上違反していた。
- ・ スチレンを漏えいしたタンク(M6)は、50年以上前に作られたもので、有毒化学物質ではなく蒸留酒を貯蔵するために設計されたものだった。HPCは、「M6タンクは、スチレンの保管のためにはあらゆる点で設計が劣っていた」と指摘している。

- ・ HPCは、「LGポリマーズはいかなるプロセス安全管理システムもっていない」と言って、LGを非難した。委員会は、「LGポリマーズによる緊急時の対応は不適切だった」と結論づけた。
- ・ HPCは、LGは「事故によって引き起こされた損害の補償に絶対的に責任がある」と指摘した。汚染者負担原則と予防原則により、損害に対する絶対責任は、汚染の被害者を補償するだけでなく、事故によって生じた環境の悪化を回復する費用にも拡張される。

2020.08.05 惨事に関連して逮捕された12人のLG関係者全員が保釈金を支払って釈放された。どうやら、この釈放は、「警察が事件が登録されてから3か月以内に起訴状を提出し損ねたために」生じた模様。LG化学の主任代理人をしている元インド司法長官ムクル・ロハッジは、「…誰もこのようなことが起きるとは予測できなかった。工場の管理者を含む誰の側にも過失や不注意はなくまったくの事故のままである」と主張した。釈放するにあたって裁判所は、「被疑者の保釈要求が考慮されるとしたら、調査が困難になり、または行き詰まる可能性は低い」と指摘した。

2020.08.06 政府の内部文書が、環境森林気候変動大臣(MoEFCC)が上級幹部の勧告にもかかわらずLGポリマーズの事業閉鎖に反対することを決定したことを示す。MoEFCC次官補ジータ・メノン女史は、「事故の規模と企業の明らかな責任を考慮して、環境保護法第5条に基づく閉鎖についての会社への指示が承認を受けるために提出されている」と述べた。どうやら同省は、アーンドラ・プラデシュ当局と全国環境裁判所によってすでにとられている諸措置を理由に、工場を閉鎖しなかった模様。

2020.08.11 労働・環境被害者の権利のためのアジアネットワーク(ANROEV)が、LGスチレン漏えいの健康・環境影響に関する国際オンラインセミナーを開催。地域住民がその経験と家族を失ったことについて話し、また、保健・環境専門家がスチレンによる可能性のある危害を説明するとともに、健康・環境の監視を勧告した。発表者には、ペク・トミョン(韓国ソウル国立大学)、アシシ・ミタル

(インド・労働安全衛生管理コンサルタンシー)、パブ・ラオ(インド化学技術研究所元主任科学者)及びラマナ・ダラ(インド公衆衛生研究所(ハイデラバード))各博士が含まれた。

2020.08.11 LG化学は2倍の利益率で投資家の期待を上回り、「5,716億ウォン(4.83億米ドル)の営業利益という国内石油化学産業における第2四半期実績で、アクリルニトリル・ブタジエン・スチレン(ABS)ビジネスの大きなマージンと強い成長で市場のコンセンサスを打ち負かしている」。

2020.08.12 著名な韓国の新聞中央日報が、インドでの致死性スチレン漏えい事故へのLG化学の対応に対してインド政府による調査、市民団体や地域住民からの批判が高まっていることを報告。記事は、LGグループ光久護CEOの皮肉な「企業を一瞬で崩壊できるの業績ではなく、安全環境や品質事故などリスク管理に失敗した場合である」という発言を引用してしめくくっている。

2020.08.11 LG化学は2倍の利益率で投資家の期待を上回っており、「5,716億ウォン(4.83億米ドル)の営業利益という国内石油化学産業における第2四半期実績で、アクリルニトリル・ブタジエン・スチレン(ABS)ビジネスの大きなマージンと強い成長で市場のコンセンサスを打ち負かしている」。

2020.08.12 健康専門家が、「参加型アプローチと定期的監視のための曝露者登録を伴った恒久的保健機関の設立」を含め、ビシャーカパトナムにおける長期的健康監視を勧告。

2020.08.14 韓国のLG化学工場の火災事故で2-クロロ-N-(シアン-2-チエニルメチル)-アセトアミド-農薬合成で用いられる有毒化学物質が漏えい。2020年5月には韓国瑞山市のLG化学の触媒工場の火災事故で1人の労働者が死亡、他に2人が負傷し、韓国雇用労働部は瑞山のLG化学の化学触媒センターの安全等級を、最低レベルのM-1に格下げしている。

IPEN(国際汚染物質廃絶ネットワーク)上級科学技術アドバイザー、ジョー・ディガンジ作成
※<https://ipen.org/news/timeline-lg-tragedy-india>

LGポリマーズ・インド社におけるスチレンガス漏えい事故に関するアーンドラ・プラデシュ州ハイパワー委員会報告書

2020年7月9日



9.0 結論

9.1 事故

- ・ 2020年5月7日、一般に「バイザッグ・ガス漏えい」と呼ばれる、未制御のスチレン蒸気放出事故が、ヴィシャーカパトナム、R.R.ベンカタプラムのLGポリマーズのスチレン貯蔵タンクのひとつ（M6タンク）で起こった。貯蔵タンクから大気中へのスチレン蒸気漏えいが起きたのは、インドで初めてのことであった。
- ・ 事故は、直後の期間に12人の命を奪い、585人が入院することとなり、加えて家畜の喪失と環境への被害を引き起こした。
- ・ ヴィシャーカパトナムのLGポリマーズのM6タンクからの未制御のスチレン蒸気漏洩えいは、1989年有害化学物質製造・保管・輸入規則のもとでの重大事故に該当する。
- ・ ヴィシャーカパトナムのLGポリマーズ・インドPvt. Ltdは、韓国LG化学の子会社であるLG化学インドの子会社である。
- ・ 事故の間の救助・避難活動は、県当局、国家災害対策部隊（NDRF）、警察、消防等により人々の協力を得て行われた。
- ・ アーンドラ・プラデシュ州知事は、事故の被害者に速やかな救済を提供するための措置として、補償/見舞金の支払いを命じた。
- ・ アーンドラ・プラデシュ州政府は、詳細な付託事項を付けて、報告書を提出させるために [9人の委員からなる] ハイパワー委員会を任命した。
- ・ 委員会は、事故現場を訪れて、すべての関係者

と広範な議論を行うために、2度ヴィシャーカパトナムに旅行した。

- ・ ハイパワー委員会は、ヴィシャーカパトナムの専門家で構成する3人の委員からなる技術委員会を任命した。

9.2 スチレン蒸気未制御漏えいの原因

- ・ 暴走反応：委員会は、M6タンクからのスチレン蒸気未制御漏えいは、M6タンク内の温度の高い上昇によるものだったと観察した。温度上昇が重合 [ポリメリゼーション] につながり、重合によって生じた熱が最終的に暴走反応につながった。スチレンモノマーの沸点すなわち145℃への温度上昇が液体スチレンの沸騰につながり、未制御蒸気の形成につながった。さらなる温度上昇が、蒸気の圧力上昇につながり、それがバントから大気中への蒸気の未制御漏えいにつながった。

委員会は、暴走重合反応の背後にある主要な原因として以下を確認した。

- ・ 2019年12月に行われたM6タンク内の配管の改造は、スチレンの再循環システムを完全に乱しただけでなく、M6タンク内の高い温度勾配の著しい熱成層にもつながった。それゆえ、M6タンク内最上層のスチレンモノマーは、最下層よりもはるかに高い温度を経験した。
- ・ LGポリマーズでは標準的慣行として、全日午前8時から午後5時のみ、手作業で冷却システムを稼働していただけだった。冷凍・冷却システムが、M6タンク内のすべてのレベルで、タンク内のスチレンモノマーの温度を20℃未満に維持するため

には、時間が不十分であった。

- ・ 上部や中心部の温度がより高いにもかかわらず、M6タンク内の温度測定は底部だけに限られていた。その結果、上のレベルにおける温度上昇を検出するのに、上部と中心部の温度はまったくわからなかった。さらに、LGポリマーズが従っていた35℃の温度限界という標準作業手順(SOP)は不適切だった。ポリマーとTBC〔抑制剤〕測定の定められた頻度基準にも従っておらず、冷凍・冷却システム、すなわちM6タンク底部の試料をLGポリマーズが分析するのはおよそ4日に一度だった。
- ・ タンク最上部の高温が熱ラジカル重合につながった。高温は(熱成層のために)上層における利用可能な限られたTBCの効果をなくした。
- ・ M6タンクは古い設計構造の古いタンクだった。タンクの内側は裏打ちされていなかった。さらに、LGポリマーズは5年に一度のタンクの清掃で自己満足していて(最後の清掃は2015年)、汚染物質の蓄積につながり、それはタンク内部の触媒として作用して、スチレンの重合を開始し、TBCの抑制効果を圧倒した。
- ・ 同社の経営陣は、2020年4月4日からのポリマー含有量の増加と、また、その後2020年4月25日と2020年4月28日の急増を無視した。経営陣はポリマー含有量を、安全測定ではなく、スチレンの品質測定とみなしていた。M6タンク内のポリマー含有量の上昇に示された暴走反応の初期兆候は完全に無視された。
- ・ 暴走重合反応の開始は、事故の根本原因の重要なパラメーターである。底部の温度だけを測定するたったひとつの温度センサーしかなく、内容物がよく混合されていなかったことから、タンクの上層部における温度は示さなかった。LGポリマーズが報告した測定温度は、タンク内の何らかの潜在的に破壊的な高温ホットスポットを反映していなかった。重合は進行し、(直径18m×高さ12.185mの)垂直円筒固定屋根タンク内の1.947MTの量のスチレンモノマーについて、唯一の温度センサーの近くではないゾーンでは気づかれなかった。M6タンクからの未制御のスチレ

ン蒸気漏えいは、同社の35℃というプロトコル温度をはるかに上回る、高温によるものであった。

- ・ 同社は、TBC成層を考慮するのに失敗し、最下層のTBCを測定しただけだった。さらに、事故当時、LGポリマーズには利用可能なTBCの在庫もなかった。TDMやNDMのような高温抑制剤の量も限られていて、数時間後に使い果たし、暴走反応を防止することに失敗した。
- ・ M6タンク内のスチレン中の溶存酸素の量を測定するための監視装置も監視システムも設置されていなかった。
- ・ LGポリマーズには、従っていたプロセス安全管理システムがなかった。
- ・ LGポリマーズのトップ、中間及びシフト管理者は知識と能力を欠いていた。当時いたシフト担当/技術者のほとんどは資格のある技術者ではなかった。それゆえ、問題や緊急事態に直面した場合に、彼らの知識と能力は十分ではなかった。
- ・ LGポリマーズは、エッセンシャル業種ではないことからCOVID-19ロックダウン中閉鎖されており、最小限の従業員だけがロックダウン期間中工場を維持する許可を与えられていた。しかし、LGポリマーズの経営陣は、ロックダウン期間中も、通常の落ち着いた操業状況に対して適用される標準作業手順(SOP)に従い、M6タンクの中のアイドリング状態を考慮しなかった。さらに、彼らは、ポリマー含有量の上昇の初期兆候を無視した。
- ・ ロックダウンと操業再開のための別の標準作業手順(SOP)はつくられていなかった(PSSR:再開前安全レビュー)。したがって、LGポリマーズは、M6を含めすべてのタンクの中のアイドリング状態をまったく考慮しなかった。
- ・ 安全プロトコルに従っていなかった。プロセス安全管理(PSM)システムは実施されていなかった。
- ・ ハザード・操作性解析(HAZOP)・リスクアセスメント報告書は提出されていなかった。
- ・ LGポリマーズのオンサイト緊急時計画は、貯蔵タンクからのスチレン蒸気漏えいに似たようなシナリオを考慮に入れておらず、緊急時模擬訓練についてそのような事態が考慮されたこともなかった。
- ・ オフサイト緊急時計画に従っていなかった。サイ

レンは、機能する状態にあり、工場の門近くを含め複数の起動ポイントがあったにもかかわらず、事故時に起動されなかった。

根本原因：上記に照らして、委員会は、スチレンを貯蔵したM6タンクの事故の根本原因は、劣ったタンクの設計、不適切な冷凍・冷却システム、循環・混合システムの欠如、不適切な測定パラメーター、不十分な安全プロトコル、不十分な安全意識、不適切なリスクアセスメントと対応、不十分なプロセス安全管理システム、管理のゆるみ、従業員の不十分な知識、とりわけアイドル状態での貯蔵中の、スチレンの化学特性に関する不十分な知識、及び緊急時対応手順の完全な機能停止、に帰することができるという意見である。

9.3 緊急時対応

- ・救助・避難活動は主に県当局、国家災害対策部隊（NDRF）、警察により人々の協力を得て行われた。救助、避難、影響を受けた者の輸送や救済に、LGポリマーズからの支援は何もなかった。
- ・委員会は、オンサイト・オフサイト緊急時計画に関連したLGポリマーズによる以下の重大な過失を確認した。
 - ・蒸気漏えいに対する準備の欠如：LGポリマーズによるオンサイト緊急時計画は火災の発生その他事故のシナリオだけに備え、スチレン蒸気漏えいに対処するあらゆる措置を欠いていた。
 - ・スチレン蒸気漏えい阻止の失敗：十分なTBC/NDMの在庫があったら、暴走反応は管理することができた。LGポリマーズは、ショットストッパー化学物質またはエチルベンゼンまたはトルエンの追加によって、迅速に対応しなかった。彼らは、損害を軽減するために科学的に正しい措置をとることに失敗した。
 - ・サイレンを鳴らすことに失敗：工場の門を含め、緊急サイレンを起動するための36か所の手動呼び出しポイント(MCP)をもっていたにもかかわらず、LGポリマーズは、サイレンを起動することによって、近隣住民に警告することに失敗した。
 - ・効果のない緊急事対処模擬訓練：LGポリマーズが実施した模擬訓練は、貯蔵タンクか

らのスチレンの未制御な放出または流出に関連したシナリオをカバーしていなかった。

- ・近隣に注意を喚起することの失敗
- ・M6タンクの火災や爆発の回避は、火災及び工場が水噴霧の手順をとることについての要求される条件を欠いていることの結果であった。
- ・オンサイト・オフサイト緊急時計画の完全な機能停止

9.4 短期的及び長期的影響

委員会は、人間、植物と動物、及び環境全体に対する、スチレン蒸気漏えいの短期的及び長期的影響を検討した。

- ・事故は、12人の命を奪う一方で、585人に影響を及ぼした。600人がただちに救出され、影響を受けた者は病院に移された。
- ・[州] 知事は、死亡者[12人]の家族に見舞金として各1,000万ルピー、人口呼吸器を必要とする者[1人]に100万ルピー、2/3日間入院した者[485人]に各10万ルピー、一次治療[だけ]を受けた者[99人]に各25,000ルピー、影響を受けた村民[19,893人]に各10,000ルピー、及び死亡した動物[8人の所有者の25匹]1匹あたり20,000ルピーという、被害者/影響を受けた者に対する特別救済パッケージを発表した。
- ・科学産業研究評議会－国立環境技術研究所と化学・生物・放射性物質・核(CSIR-NERI and CBRN)、国家災害対応部隊(NDRF)のチームは、影響を受けた地域の大气、水及び土壌の試料を採取し、分析した。これについてはさらなる調査が必要である。
- ・委員会は、影響を受けた地域の、とりわけ子供、高齢者及び妊娠中の女性の影響を受けやすい集団における、人々の健康に対するスチレン蒸気の長期影響を調査するために、詳細な調査がインド医学研究評議会(ICMR)に委託されるかもしれないという意見である。
- ・スチレン蒸気濃度予測及びALOHA及びPHA ST Liteソフトウェアによるモデリングを通じた影響範囲評価の試みがなされた。両モデルを用いた分散研究に基づき、ヴィンジャーカパトナムのLG

表9.1 様々な影響ゾーンの予測距離及び風向きに200mと400mにおける濃度

源の強さ (MT)	脅威ゾーンの予測距離 (km)			予測スチレン濃度 (ppm)			
				風向きに200m		風向きに400m	
	赤	橙	黄	屋外	屋内	屋外	屋内
31	0.333	0.946	2.5	3,300	146	754	33.3
42	0.398	1.1	2.8	4,820	214	1,090	48.2
46	0.421	1.2	2.9	5,400	240	1,220	54

表9.2 各排出量についての脅威ゾーンの予測影響範囲

源の強さ (MT)	脅威ゾーンの予測距離 (ha)		
	赤	橙	黄
31	12.3	48.5	164.2
42	17	68.4	217.6
46	19.7	75.8	238.5

訳注：「源の強さ」は15秒間排出量（タンク内のレベルレコーダーからの漏えい初期の予測値）。

ポリマーズのM6スチレンモノマー貯蔵タンクからのスチレンモノマー蒸気排出の影響に関して、以下の結論が導き出されるかもしれない。

- ・ ALOHAモデルは、60分急性曝露ガイドライン濃度（AEGL）を用い、AEGL-1 [顕著な不快感、刺激または一定の無症候・無感覚影響を引き起こすかもしれないレベル]：20ppm、AEGL-2 [重大な健康悪影響または障害を経験レベル]：130ppm、AEGL-3 [生命を脅かすまたは致死レベル]：1,100ppmという濃度である。生命または健康に対する差し迫った危険（IDLH）レベルは700ppmである。上述のモデリング推計結果は、排出源から200mまで、また400mまでであっても、著しくIDLH限界値を大幅に超えた。
- ・ 上記は、実地評価での観察と人々の陳述としての脅威ゾーンを示すものであるが、[現実の]影響は、人々がスチレン蒸気の強い臭気を経験した4～4.5kmまで感知された。
- ・ さらに、120℃、145℃及び172℃[南東]の異なる風向きについて、ヘクタールによる脅威ゾーンの影響を受けた予測範囲を図1に示す。[15秒間に] 46MTの排出量について、これら3つの風向

表9.3 [3方向風向き合計] 予測影響範囲 (ha)

源の強さ (MT)	脅威ゾーンの予測距離 (ha)		
	赤	橙	黄
46	31.08	166.29	715

「脅威ゾーン」の「赤」は、予測されたスチレンモノマー蒸気濃度が1,100ppm超（60分曝露が生命を脅かすまたは致死レベル）、「橙」は130（重大な健康悪影響または障害を経験するレベル）～1,100ppm、「黄」は20（顕著な不快感、刺激または一定の無症候・無感覚影響を引き起こすかもしれないレベル）～130ppmの区域。

きによってカバーされる [3つの影響範囲を合わせた] 総面積または合計面積を表9.3に示す。

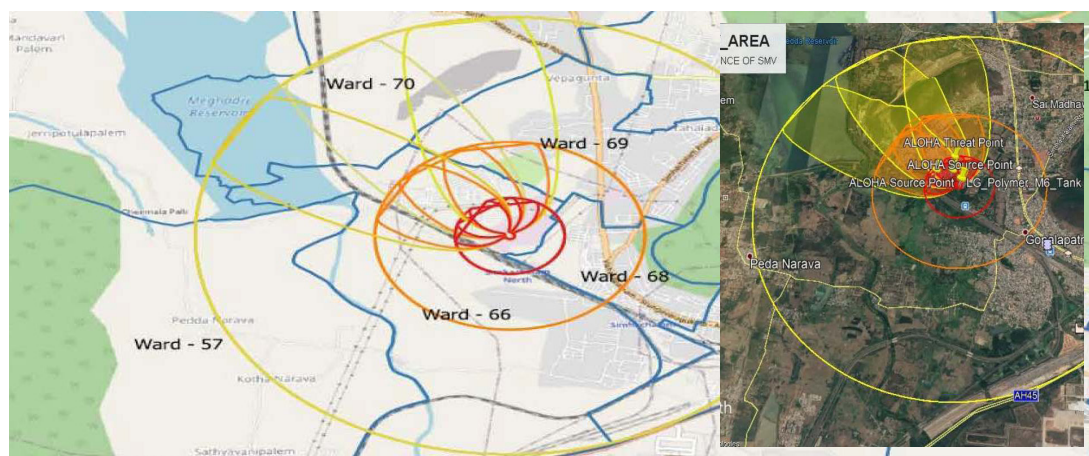
- ・ 委員会はまた、技術委員会とグレーター・ヴィンシャーカバトナム行政区（GVMC）の協力を得て、上記脅威ゾーンとGVMC地図上の影響範囲を重ね合わせて、図1に示した。
- ・ 委員会は、環境にもたらした損害と改善費用を推計するために詳細な調査を実施することを提案する。

9.5 過失と責任

- ・ 規制当局の重ねての要求にもかかわらず、LGポリマーズは、インド以外のLG化学の施設における長期間のスチレン貯蔵についての標準的手順を示した何らかの文書を提供しなかった。そのことは、過失のゆえにインドの施設には相対的に厳しくない基準が適用されて、結果的に災害につながったかもしれないという懸念を生じさせる。
- ・ M6タンクからのスチレン蒸気の未制御放出に関連した事故の原因は、劣ったタンク的设计、不適切な冷凍・冷却システム、循環システムの欠如、パラメーターの不適切な測定に帰することができ、

バイザッグ(インド)ガス漏洩災害 ②

図1 異なる風向き別46MTスチレン喪失/蒸発でのALOHAモデルによる脅威ゾーン[写真は図4.5(a)]



それらは企業による一連の過失である。

- ・さらに、劣った安全プロトコル、不十分な安全意識、不適切なリスクアセスメントと対応、まずい管理、管理のゆるみ、従業員の知識不足、とりわけアイドル状態での保管中の、スチレンの化学特性に関する不十分な知識及び緊急時対応手順の完全な機能停止が、化学事故の影響を集約した。
- ・様々な法律のもとづくLGポリマーズの責任は、本報告書の中で指摘されている。
- ・LGポリマーズは、1987年のM.C. Mehta及びAnr対インド連邦他事件のインド最高裁判所判決に基づいて、汚染者として絶対責任を負う。

9.6 政府諸機関の役割

- ・HPCは、規制当局によるパフォーマンスとコンプライアンスに関して、事故のあらゆる側面を検討した。各々及びすべての規制機関の役割が詳細に調査され、深い観察がなされた。各機関の詳細は第6章に示している。
- ・県当局、税務署、警察、GVMC、消防など、救助・救援活動を行った第一線の機関の役割も検討した。必要な勧告は第6章[省略]に示している。
- ・事故からの教訓を分析して、方針・行政的枠組みについても、第8章で提案した。

9.7 技術的提案

- ・委員会は、LGポリマーズが住宅地域の真ん中で操業を続けることについて詳細な検討を行った。同社は人間の居住するところから移るべきであることが提案される。現在の土地はグリーンまたはホワイトの範疇の産業または居住目的のために使われるかもしれない。委員会は、関係諸機関が余剰地上限価格について検討するかもしれない。
- ・LGポリマーズ事故において確認された主要原因、スチレンモノマーの保管、取り扱い及び加工に関する国内及び国際的最良慣行に基づいて、委員会は、スチレン関連産業についての第7章に示した技術的提案をまとめた。
- ・同様に委員会は、すべての有害化学物質産業についての技術的提案もまとめた。
- ・委員会はまた、有害な産業が住宅地域/居住地の近くに所在する場所ではどこでも、以下の手順がとられるかもしれないことを提案する。
 - ・小さなタンクに有害な化学物質を保管するためには、500キロリットル及びバルク以下の有害化学物質保管施設は居住地から移されるかもしれない。
 - ・オンサイト及びオフサイト緊急時計画の厳格な実施。地方危機対応グループがただちに構成されるべきである。
 - ・有毒/有害なガスの放出を確認するために警報システムに適切な数のセンサーを取り付け

る。センサーの活性化は地元の警察、消防等に警報されるべきである。

- ・各専門機関による強制的年次安全監査及び年次環境監査。
- ・とりわけ有害産業について適切なバッファゾーンをつけ、居住地から離れたところに工業団地を開発するよう、商工部局は先導すべきである。
- ・各工業団地は周囲にバッファゾーンが与えられるべきである。バッファゾーンは他のいかなる目的にも転用されるべきではない。

9.8 行政的及び規制制の提案

- ・工場における産業安全を扱う主な法令は、1948年工場法、1923年インド・ボイラー法、1910年インド電気法、1934年石油法、1884年爆薬法、1999年アンドラ・プラデシュ消防・有害化学物質製造・保管・輸入 (MSIHC) 規則法、1996年ビルその他建設労働者法、及びこれら規則のもとで構成されている様々な規則のセットである。
- ・以下による工場安全規制上のギャップが存在している。
 - a) 複数の機関
 - b) 複数の強力な法律
 - c) 関係組織/部局の弱い体制
 - d) 遵守の欠如/第三者検証制度
 - e) 産業を奨励するよりも免許許可制度として推進されることが多い
- ・委員会は、すべての工場安全法、規則及び規制を規制するための単一規制機関として、各州にひとつの州工場安全委員会及び中央工場安全委員会を構成することを提案する。
 - a) 中央工場安全委員会の役割は主として、安全規範の設定、基準の設定、州評議会の能力構築及び一定の大規模有害工場の対処であろう。
 - b) 中央工場安全委員会の特別な役割のひとつは、法律によって強制的に、各々及びすべての重大工場事故を調査することだろう。
 - c) 統一された規制機関として、すべての既存の安全側面に対して解決策を提供できるよう、十分な人材と体制をもって工場安全委員

会を構成することが提案される。

- ・環境規制上のギャップに対処するために、委員会は、問題について審議し、以下を提案する。
 - ・すべての州公害防止委員会 (SPCB) は、すべてのAカテゴリープロジェクトはSPCBの勧告を付けて環境・森林・気候変動省 (MoEF&CC) に送られ、BカテゴリープロジェクトについてはSPCBが最終機関であるという条件で、環境(保護)法セクション3(3)にもとづく機関として構成されることができる。換言すれば、
 - i) 州環境影響評価局 (SEIAA) は別に構成されずに、SPCBの一部及び一区画になる
 - ii) しかし、SPCBを支援するために、環境(保護)法セクション3(3)にもとづき州環境影響評価委員会 (SEAC) を構成することはできる。
 - iii) A及びB双方のプロジェクトについて、環境(保護)法に基づく環境クリアランス (EC) 及び大気法・水死法に基づく建設許可 (CFE) /建設許可 (CTE) はSPCBによって同時に検討される。カテゴリーBプロジェクトについては、ECとCFEがSPCBによって同時に発行される。カテゴリーAプロジェクトについては、SPCBはECに関する勧告をMoEF&CCに送らなければならない。カテゴリーAプロジェクトについては、MoEF&CCによるECの発行の後、SPCBがCFEを発行しなければならない。
 - iv) これにより、プロジェクト申込者は1か所でクリアランスを取得できるようになる。
 - ・環境(保護)法と規則、それにもとづく通知の規定を効果的に監視・実施するためには、カテゴリーAを含めすべての産業カテゴリーについて、SPCBの全職員が環境(保護)法にもとづき監視・資格者として指名されていることが不可欠である。
 - ・環境(保護)法セクション5は、違反に対する対応を提供している。これは現在州政府に委任されている。SPCBが監視機能を効果的に発揮できるようにするために、この機能をSPCBに委任することが不可欠である。
 - ・環境は州政府と中央政府の双方にとっての関心事である。「環境」というテーマは憲法のコンカレントリストに含められるべきである。



ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



石綿企業及び石綿肺症例の分布－中国1997～2019年 China CDC Weekly Reports, No.18, 2020.5.1

抄録

この課題についてすでに知られていることは何か？

アスベストは、曝露が石綿肺やプラークに加えて中皮腫や肺がんを引き起こすことから、国際がん研究機関（IARC）によってクラス1発がん物質に分類されている。これまでにアスベストは67か国で禁止されているが、よく遭遇する種類のアスベストであるクリソタイルは、中国や大部分の開発途上国においていまだにお広く使用されている。多くの諸国でアスベスト起因がんのほとんどは報告も、記録も、補償もされていない。

本報告が追加するものは何か？

アスベスト製品を製造する企業は2010年と2019年の間に、経済的に開発された中国東部から、開発途上の中部及び西部に移動した。天津、北京、山東、新疆、甘粛、青海及び四川で報告された石綿肺は、中国の総事例数の大きな部分を占め、それはアスベスト関連企業の分布と一致した。報告された石綿肺事例対総じん肺事例は、2006年から2017年に2.81%から0.39%へ減少し、この割合は2018年には0.69%に達した。

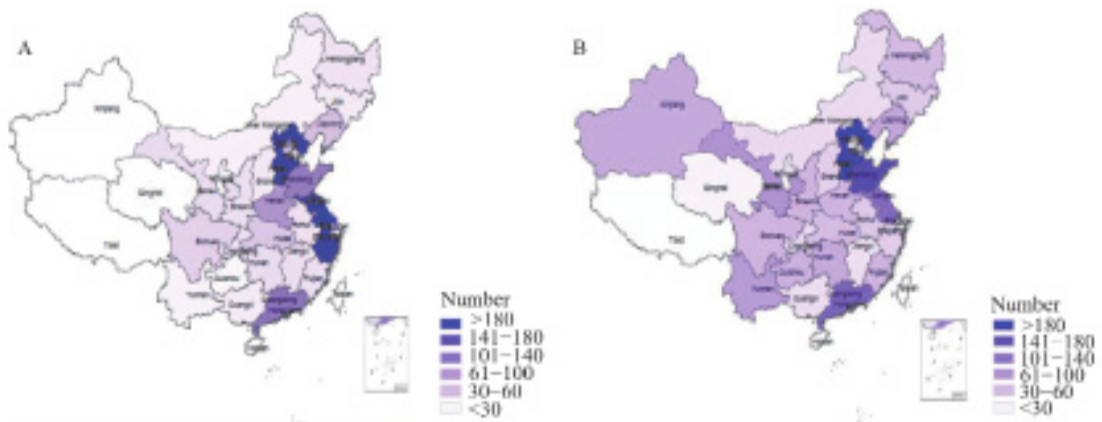
公衆衛生慣行に対する意味合いは何か？

アスベスト関連肺がんの疫学を明らかにするた

めには確固とした労働・環境衛生評価・報告が必要であり、また、アスベスト及び既存のアスベスト含有製品の使用の管理が強化・フォローアップされる必要がある。企業は、より安全な代替品の使用を奨励され、次第に中国においてアスベスト製品を禁止すべきである。

アスベストは、たぐいまれな抗張力、熱伝導率の低さ、及び化学分解への抵抗性によって特徴づけられる、耐久性のある細い糸に分解される、6種類の自然生成の繊維状ケイ酸マグネシウム鉱物のことをいう。建物の保温材に加えて、アスベストは、屋根板、水道管、防火用毛布や接着剤など、様々な種類の製品に使用されている。しかし、アスベストは、採掘、加工や適用において大量のほこりの雲を生み出し、いったん大気に飛散されて吸入されれば、石綿肺、プラーク、胸膜炎、びまん性胸膜肥厚などの重大な健康問題、さらには肺や咽頭のがん、中皮腫さえも引き起こす。本研究では、中国における職業病報告制度及び商工業登録制度からデータを収集した。石綿肺事例及びアスベスト製品は、年、企業、及び地域分布別に分析・特徴づけられた。2010年に中国全体で合計188,739人の従業員

図1 2010年(A)及び2019年(B)の中国本土におけるアスベスト企業の分布



を擁する合計1,611のアスベスト関連企業があり、2019年には1,936企業だった。1997年と2018年の間に中国では合計3,831件の石綿肺事例が報告された。アスベスト関連肺がんの疫学を明らかにするには、確固とした労働・環境衛生評価・報告が必要である。アスベスト及び既存のアスベスト含有製品の使用の管理が強化・フォローアップされる必要がある。

さらに、2016年の世界疾病負荷推計による最新の世界のアスベスト死亡数の推計は3,495件である。疫学研究は、今日、肺がんが全職業がんの54%～75%を占め、アスベストはそうした肺がんの55%～85%を占めるとともに、他のがんや他のアスベスト関連疾患も引き起こすことを示している。2006年に国際労働機関(ILO)は、「クリソタイルを含め、すべての種類のアスベストが既知のヒトに対する発がん物質と考えられる」ことを公式に確認した。国際がん研究機関(IARC)は、アスベストをクラス1発がん物質と発表した。これまでにアスベストは、イギリス、欧州連合や日本を含め、67か国で禁止されているが、中国や大部分の開発途上国ではいまなお広く使用されている。最新の利用可能な消費データによれば、毎年推計203万トンが消費されている。生産・消費された20トンのアスベストごとに、世界のどこかで1人を殺している。現在のアスベスト消費・曝露は30～50年後に否定的な影響を引き起こすだろう。中国は2002年に角閃石系アスベストの生産、輸入、及び使用を禁止しはじめたが、クリソタイ

ルは、労働衛生基準を遵守して安全に生産・消費することが許されている。現在、中国は世界第3位のアスベスト埋蔵量をもつだけでなく、世界で第2位のアスベスト製品生産・消費国でもある。

本研究は、中国本土における石綿肺の発生率とアスベスト関連企業の従業員数、事業対象、種類や地域分布の双方を分析した。2019年のアスベスト関連企業の従業員数は得られなかった。包含の基準は、事業対象にアスベストを含有する原料または製品を含んでいる企業であった。原料カテゴリーには、アスベストの採掘または売買、一次製品製造のためのアスベスト使用が含まれた。製品カテゴリーには、ビニル・アスベストタイル、アスベストセメント、アスベスト屋根用フェルト、アスベスト強化プラスチック、アスベスト接着剤、シーリング材、アスベスト衣、及びコーティング材など、アスベストを含有する製品が含まれた。すべての統計的分析にはRソフトウェア・パッケージ(バージョン3.6.2)を用いた。

2010年と2019年におけるアスベスト関連企業の分布を図1に示した。中国本土において登録された、各々、1,611と1,936のアスベスト関連企業があった。2010年には、アスベスト関連企業は主として中国東部の沿岸地域に集中していて、中部地域にわずか、全体で188,739人の従業員を擁し、企業当たり平均117人であった。アスベスト関連企業は、河北、江蘇、浙江その他10の州レベルの行政区分に集中し、合計の82.9%を占めた。それらのうちの289企業が、大城県[河北省]、河間市[河北

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

表1 2010年及び2019年の中国本土における事業の種類及び地域別のアスベスト関連企業の分布及び変化

事業の種類	2010年の企業数(%)				2019年の企業数(%)			
	東部	中部	西部	合計	東部	中部	西部	合計
民間	507(31.5)	94(5.8)	52(3.2)	653(40.5)	11(0.6)	6(0.3)	10(0.5)	27(1.4)
個人経営	292(18.1)	39(2.4)	45(2.8)	376(23.3)	174(9.0)	53(2.7)	136(7.0)	363(18.8)
有限責任	291(15.6)	50(3.1)	19(1.8)	360(22.3)	879(45.4)	238(12.3)	299(15.4)	1,416(73.1)
団体	58(3.6)	10(0.6)	7(0.4)	75(4.7)	14(0.7)	4(0.2)	4(0.2)	22(1.1)
集団	33(2.0)	10(0.6)	2(0.1)	45(2.8)	45(2.3)	33(1.7)	25(1.3)	103(5.3)
外国の投資	31(1.9)	3(0.2)	0(0.0)	34(2.1)	2(0.1)	0(0.0)	2(0.1)	4(0.2)
香港・澳門・台湾の投資	10(0.6)	0(0.0)	0(0.0)	10(0.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
その他	41(2.5)	13(0.8)	4(0.2)	58(3.6)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.0)	1(0.0)
合計	1,263(78.4)	219(13.6)	129(8.0)	1,611(100)	1,125(58.1)	334(17.3)	477(24.6)	1,936(100)

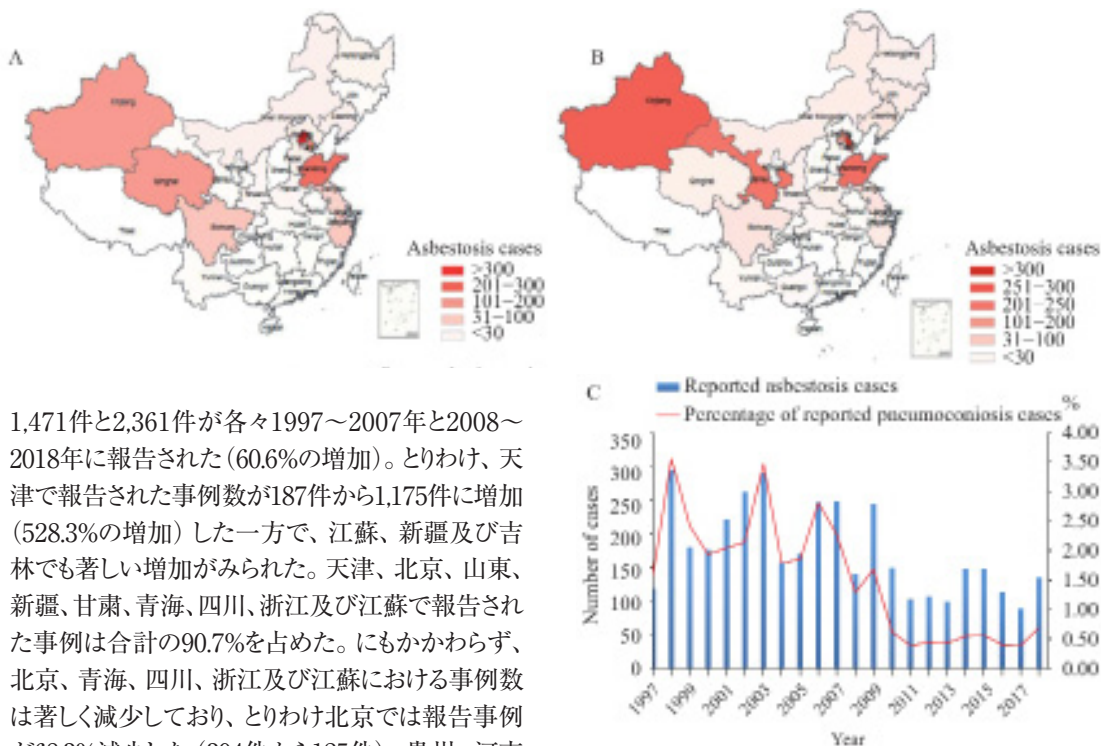
省)、余姚市[浙江省]、慈溪市[浙江省]、及び姜堰区[江蘇省泰州市]に所在し、全アスベスト関連企業の17.9%を占めた。アスベスト鉱床・採掘地帯に所在した企業は相対的に少なかった。青海、四川、甘肅、陝西には73アスベスト企業しかなく、全体の4.5%であった。2019年には、68.6%のアスベスト関連企業が中国東部から中部・西部、主として甘肅、雲南、新疆、及び貴州に移った。これらのうち、大城県、広州市[広東省]、河間市、酒泉市[甘肅省]、靈寿县[河北省]がもっともアスベスト関連企業の集中した地域で、498(25.7%)を占めた。甘肅、新疆、青海、雲南、四川その他の州レベル行政区分には46のアスベスト採掘企業が所在し、それは大きな増加とアスベスト採掘地域への集中を示した。浙江、江蘇、上海、河南、北京、その他地域におけるアスベスト関連企業数は、2010年と比較すると大きく減少し、とりわけ浙江では85.1%減少した。アスベスト関連企業の分布は、2010年に集中パターンを、また2019年には分散パターンを示した。浙江、江蘇及び上海におけるアスベスト関連企業は大きく減少した。

事業の種類を表1に示した。主な事業の種類は民間企業、個人経営及び有限責任会社で、全体の86.1%を占めた。主として浙江、江蘇及び山東に所在する44の合併会社は、香港、澳門、中国の台湾及び外国から投資を受けたものだった。個人経営は河北(27.3%)と浙江(15.6%)で相対的に高い割合を占めた。こうした企業は主として中国東

部(78.4%)にあることから、中国西部のものは8.0%を占めるだけだった。大部分の企業の事業対象には原料の加工と一次製品の製造が含まれたが、ビニル・アスベストタイル、アスベストセメント、アスベスト屋根用フェルト、アスベスト強化プラスチック、アスベスト接着剤、シーリング材、アスベスト衣やコーティング材など、そうした製品の多くは中止された。蒸気エンジン、配管や機関車にアスベスト保温材を使う会社がいる一方で、それをボイラー、ガasket、セメント、屋根材や自動車用ブレーキパッドに使うものもあった。2019年には、アスベスト関連企業は主として有限責任会社、個人経営及び集団企業で、96.5%を占めた。外国から投資を受けた4企業が、浙江、重慶、遼寧及び新疆にあった。中国東部のアスベスト関連企業が2010年と比較して10.9%減少した一方で、中国西部における数は2010年と比較して約3.7倍、269.8%増加した。とりわけ、新疆、貴州、江蘇及び雲南(4つの省レベル行政区分において2.2%から14.5%への増加)など相対的に開発とジュノ地域では、ポリウレタンフォーム、非晶質シリカ生地、超硬化性プラスチックパウダーやセルロースファイバーなど、いくつかの相対的に安全な代替品が入手可能になった。アスベスト製品は事業の一部にすぎないものの、とりわけ中国西部では、セメントタイルが主要なアスベスト製品であり、その割合は4.0%から16.2%に増加した。

1997年と2018年の間に報告された3,831件の石綿肺事例の分布を図2に示した。それらのうち

図2 1997～2007年(A)及び2008～2018年(B)の中国本土における石綿肺事例報告件数の分布；
1997～2018年の中国本土で報告された石綿肺事例数及びじん肺事例数の割合



1,471件と2,361件が各々1997～2007年と2008～2018年に報告された(60.6%の増加)。とりわけ、天津で報告された事例数が187件から1,175件に増加(528.3%の増加)した一方で、江蘇、新疆及び吉林でも著しい増加がみられた。天津、北京、山東、新疆、甘肅、青海、四川、浙江及び江蘇で報告された事例は合計の90.7%を占めた。にもかかわらず、北京、青海、四川、浙江及び江蘇における事例数は著しく減少しており、とりわけ北京では報告事例が68.3%減少した(394件から125件)。貴州、河南及び西藏では報告された事例がなかった。報告された石綿肺事例は、1998～2011年に減少傾向を示した(294件から89件)。報告されたじん肺事例の割合も、1998年の3.55%から2017年の0.39%へと減少傾向を示した。この割合は2006～2017年に減少し続け(2.81%から0.39%)、2018年には0.69%に達した。

討論

アスベスト鉱山の分布とは対照的に、アスベスト製造企業は、2010年には主として中国東部の沿岸地域に所在していた。アスベスト関連企業は、アスベスト製品への大きな需要のゆえに、経済的に発展した地域で繁栄した。アスベストの豊富さにもかかわらず、多くの他の地域における劣悪な輸送インフラのために、少数のアスベスト関連企業は開発途上地域を選択した。その中心的地理的な位置と輸送の利便性から、河南と河北がアスベスト原料

と最終製品のトランジットエリアになった。多くのアスベスト関連企業は、リソースの存在と経済需要に基づいて、河北省ライ源アスベスト鉱山、山東省日照アスベスト鉱山及び遼寧州朝陽アスベスト鉱山を選んだ。

2010年と2019年の入手可能なデータに基づいて、アスベスト関連企業は次第に経済的に開発された中国東部の沿岸地域から、相対的に開発途上の西部・中部地域に移動した。この傾向は、中国の開発戦略、投資、及び西部地域の開発を促進する政策によるものかもしれない。中国東部の大都市における環境規制の厳格化も役割を果たし方かもしれない。

10年以上にわたって中国西部における輸送インフラは著しく改善された。地域の経済発展はアスベスト製品の需要を増加させた。とりわけ道路や建物の建設がアスベストセメント製品の需要を高めた。大規模な市場の需要に応じて、アスベスト関連

企業は中国内のいくつかの地域に集中した。

にもかかわらずアスベスト関連企業はなお零細化、個別化及び提携によって特徴づけられる。多くの企業がいくらかアスベストの健康ハザードを隠した。「アスベスト」という言葉を企業の名前のなかに使ったのは、2010年に1,611企業のうち114 (9.8%) だけ、2019年には1,936企業中182 (9.4%) だけだった。いくつかの企業は、建材会社やシーリング材工場など、最終製品の名称を使った。アスベスト事業の性質を企業名から判断することは困難だった。その一方で、大部分のアスベスト関連企業はまた、アスベスト以外の様々な製品も扱った。これら企業のうちの2010年に12.5% (202/1,611)、2019年に25.9% (502/1,936) だけが専らまたは主としてアスベスト製品を扱っていた。

石綿肺事例は主として、天津、北京、山東及び新疆でみられ、それはアスベスト関連企業の分布と一致していた。とりわけ、河北で操業するアスベスト関連諸企業が2010年 (348/1,691) と2019年 (470/1,936) に中国で第1位にランクされたが、1997年から2018年の20年間に26件の石綿肺事例が報告されただけである。対照的に、天津には2010年と2019年に67 (67/3,547) のアスベスト関連企業があったが、1,362件の石綿肺事例が報告された。明らかなアスベスト関連企業の存在にもかかわらず、広東、貴州及び湖南ではわずかな石綿肺事例しか報告されていない。よりきわだって、貴州では過去20年間に報告された石綿肺事例がない。これは、地域の労働衛生機関の限られた診断能力や臨床経験など、いくつかの要因によるものかもしれない。石綿肺の病理組織学的診断には、通常の間質性肺炎 (UIP) と同様な、間質性の肺線維症を伴った被覆されないまたは被覆されたアスベスト繊維 (石綿小体) の存在が必要であり、そのため他の肺疾患と容易に誤診断されやすい。さらに、過少診断または未診断は、事例の報告に関するエラーの主要な原因である。その他の影響を及ぼす要因には、不適切な報告、関係事例の現場から離れた報告や貧弱な規制が含まれる。とりわけ2010年に合計で188,739人の従業員だった。それゆえ、みつけれられていない多数の石綿肺患者がいるかも

しれず、その危害が著しく過小推計されている。

石綿肺事例は減少傾向を示しており、それは2002年に中国で角閃石系アスベストが禁止されたことと密接に関係していた。調査研究は、アスベスト曝露が、10～15年の潜伏期間をもつ、石綿肺や悪性中皮腫など、様々な疾病を引き起こし、石綿肺のリスクがもっとも高いのは初回曝露から40～60年後にみられることを確認してきた。にもかかわらず、アスベスト代替化の政策インセンティブはアスベスト企業に原料の切り替えを促進するし、アスベスト曝露の減少が石綿肺の発生率を減少させた。

本研究は、少なくともいくつかの限界があった。われわれが収集した情報が限られていたために、アスベスト曝露に関する情報を提供できなかったが、それは労働衛生においては重要である。また、信頼性、包括性及び正確性について、様々な地域で報告された石綿肺事例を評価することができなかったが、これが報告された石綿肺事例の地域分布に影響があるかもしれない。

アスベスト関連企業及び石綿肺の分布は、アスベスト管理に関する健全な労働衛生戦略の重要性を強調している。本研究の知見に基づいて、いくつかのねらいを絞った戦略を実行することが可能である。第1に、行動の改善を促進するために相対的に安全なアスベスト代替品に関する情報及びインセンティブが提供されるべきであると同時に、鍵となる省・地方自治体における分布パターンに応じてアスベスト関連企業の監督を集中することができる。第2に、零細化及び民間個人化に応じた断片的契約、現場監督及び実証的なプロモーションを採用することができる。事業の性質の秘匿を解決し、ネーミングを組み込み、労働衛生の宣言を強化するために、商業、消防及び保安部門と協力して、アスベスト企業の情報データベースを駆逐することができる。最後に、とりわけ診断能力の不十分な地域において、アスベスト関連疾患の早期診断、治療及びリハビリテーションを改善させることができる。アスベスト関連肺がんの疫学を明らかにするために、は確固とした労働・環境評価・報告が必要である。

※<http://weekly.chinacdc.cn/fileCCDCW/journal/article/ccdcw/2020/18/PDF/200023.pdf>



特別加入制度の拡大にとどまらない改正を要望

ウーバーイーツ●ユニオンが独自の事故調査プロジェクト報告書

2020年7月21日、ウーバーイーツユニオンは「事故調査プロジェクト報告書」を公表した。調査・分析には東京労働安全衛生センターが協力し、記者会見が厚生労働省で行われた（表紙写真）。報告書の全文は同ユニオンのウェブサイトから入手できる（<https://www.ubereatsunion.org/blog/169/>）

報告書は、ウーバーが意図的に事業主体をあいまいにしながらウーバーイーツユニオンに対する団交拒否を継続してきている現状、配達員に多発する事故の実情、ウーバーが配達員に「提供」している「傷害見舞金契約」の問題、労災保険制度との比較など、詳細な分析を踏まえて、提言を行っている。以下は、報告書の「概要」である。

「1 調査の期間及び手法

今回の事故調査プロジェクトは、2020年1月7日から3月31日までの約3か月間にわたって実施した。今回の調査では、まず、ウーバーイーツユニオンのHPにおいてアンケート（ヒアリングシート）を設け、事故に遭った配達員の方に対してヒアリングシートの様々な質問項目に沿って回答を求めた。その上で、聞き取りを希望する配達員の方には、調査プロジェ

クトのメンバーが連絡を取り、電話ないしSNSのネット通話などを活用し、事故状況などの詳細な聞き取りを実施した。なお、一部の聞き取り調査については、4月以降に実施している。

2 調査結果の概要

寄せられた事故報告の件数は、32件であった。複数の事故を報告した配達員がいたため、回答者数は29人である。なお、うち1名は、本報告書への記載を望まなかったため、本報告書の分析や一覧に含んでいない。そのため、分析に使用した事故報告の件数と回答者数は、それぞれ31件と28人である。

3 事故調査から明らかになった問題点

- ・ 配達中の事故に関する、事前の情報提供の欠如
- ・ 配達システムに潜む問題
- ・ 事故時にサポートセンターに繋がらず、事故の相手側とのやり取りも配達員に丸投げ
- ・ 配達員による事故について、一般向けの外部窓口が不透明
- ・ 配達員のアカウント停止
- ・ 傷害見舞金制度の問題点

4 労災保険制度とウーバーの傷害見舞金制度との比較

ウーバーが提供している見舞

金では、配達員がその業務で直面する可能性のある災害（労災）に対して、あまりに限定的な補償内容しか設定されておらず、しかも、使いにくい制度になっている。

見舞金制度の対象の拡大や補償内容の充実など、抜本的な改善が必要。また、ウーバーのアカウント停止については、少なくとも配達員の事故補償の妨げとならないよう透明性と公平性の確保が必要。

政府は、労災保険制度について、これまでの狭い「労働者」の範囲に囚われることなく、様々な形態で働く人々に対して、その保障措置を広げていくべきである。そして、政府は、プラットフォームワーカーの業務によって利益を上げている企業に対しても、プラットフォームワーカーの健康と安全を守るための責任を果たすよう求めていくべきである。

5 提言

日本政府に対して：現在の労働者災害補償保険法を改正し、その対象範囲を拡大すること。具体的には、同法に労災保険の対象となる「労働者」を定めた条文を新設し、「労務を提供し、その対価を得ている者」など、現行のフリーランスの労働実態に即し

た対象の定義を行い、適用対象の拡大を行うこと。

ウーバーに対して：傷害見舞金制度の対象・内容・手続きの改善と拡充。対人・対物賠償保険について、示談交渉特約を追加すること。配達員に事故対応を丸投げする現在の対応を改め、配達員との事故に遭った一般の方からの問い合わせに対応する窓口を設置すること、など。」

ユニオンはこの報告を踏まえて8月13日に、「労災保険制度の見直しに関する要望書～プラットフォームワーカーのためのセーフティネットの保障を求めます～」を加藤勝信厚生労働大臣に対して要望書を提出した。全文は、以下のとおりである。

貴職の日ごろのご活動に敬意を表します。

私たちウーバーイーツユニオンは、配達員の労働環境の改善を通して、全てのプラットフォームワーカーが安心して働ける社会の実現を目指し、2019年10月に結成された労働組合です。

現在、厚生労働省において、労災保険制度における特別加入制度の「対象範囲」や「運用方法」などについての見直しを行い、労働政策審議会労働条件分科会労災保険部会での議論の参考とするためとして、特別加入の「対象範囲」についての意見募集が行われております。

私たちウーバーイーツユニオンは、プラットフォームワーカーの労働組合として、労災保険制度について、以下のように要望いたし

ます。

この間、政府の全世代型社会保障検討会議などにおいて、労災保険の特別加入制度の対象をフリーランス（個人事業主）に拡大していく方向性が示されています。しかし、特別加入制度は、保険料を個人事業主の側が負担し、その加入には特別加入団体の整備が必要となるなど、個人事業主の側に一定の負担とハードルがあります。現在の議論の方向性は、ウーバーのような個人事業主に対する支配性が強く、雇用類似の状態で労働力を確保する企業側の責任や負担を回避して制度変更をすすめるようとする姿勢が顕著です。

労災保険制度とはもともと、企業の事業活動に労働力を提供している労働者が、業務遂行中に事故等による被害を受けた場合には、その労働力を利用して利益を得ている企業が労働災害の補償義務を負うという制度です。つまり、企業が労働力を利用して利益を上げているならば、その営利活動に伴って発生した危険にも責任を負うべきという理念に基づくものです。さらに労災保険制度では、業務に関連する怪我や病気による労働者の損害を補填することだけにとどまらず、日本で働くすべての労働者の生活保障の機能も持っています。

こうした点を踏まえれば、政府は、労災保険制度についてのこれまでの狭い「労働者」の範囲に囚われることなく、様々な形態で働く人々に対して、その保障措置を広げていくべきです。そし

て、政府は、プラットフォームワーカーの業務によって利益を上げている企業に対しても、プラットフォームワーカーの健康と安全を守るための責任を果たすよう求めていくべきです。

よって、ウーバーイーツユニオンとしては、労災保険制度の見直しにおいては、「特別加入」の拡大で済ませるのではなく、ウーバーのような労働力を確保して事業を行う企業が労災保険の保険料を事業主負担する形で、労災保険の適用拡大を行うよう要請いたします。

具体的には、現在の労働者災害補償保険法を改正し、労災保険の対象を定めた条文を新設して、「労務を提供し、その対価を得ている者」など、現行のフリーランスの労働実態に即した対象の定義を行い、適用対象の拡大を行うことを要請いたします。

今回の要望で特に注目されるところは、「特別加入制度の適用対象拡大」にとどまらないで、労災保険法本体において法の対象を「労基法上の労働者」から拡大することを含めて検討するように要望していること。

現在の労災保険法では労働基準法上の労働者を対象とするとなっているため、形式的に委託契約や請負契約のもとで働いている場合、常に「労働者性」の問題が発生し、労災保険法の対象外とされることも多い。ウーバーイーツ配達員のようなプラットフォームワーカーはその典型だ。

この際、労災保険法の適用対

象の定義を労基法上の労働者から「労務を提供し、その対価を得ている者」などに拡大せよ、そして、対価を払っている会社に保険料負担をさせるべきだ、という要望=提起は、現代的で、理にかなっている。

要望に同行した東京労働安全衛生センター事務局の天野理氏によると、急な申し入れにもかかわらず、厚生労働省労災管理課の担当者と約1時間ほど話をするのができ、「今回の要請内容は省内で共有する。労政審の労災保険部会では、「現行の特別加入の対象拡大」について検討していく方向であり、9

月以降も、労災制度に関する意見募集は継続していく」（厚生労働省担当者）とのことである。

厚生労働省は、6月29日には「『労災保険制度における特別加入制度の対象範囲の拡大』を検討するにあたり、国民の皆さまから提案・意見を募集します」と発表する一方で、労働政策審議会の労災保険部会で検討を進めている。7月31日医は、日本俳優連合とプロフェッショナル&パラレルキャリア・フリーランス協会のヒアリングが行われた。

厚生労働省が、ワーバーイッユニオンの要望を真摯に受け止めて検討することを求めたい。

年9月、検査室の排気設備が不十分として是正勧告を出すなどしていた。

公務災害の認定について、同病院は「個人情報なので答えられない」としている。一方、同病院は昨年11月、排気設備の不備が続いた原因などを調べる第三者委員会を設置する方針を示したが、現時点で第三者委は立ち上げられていない。

技師は「調査で真実が明らかになり、環境改善だけでなく、被害者への謝罪や補償がなされることを願う」としている。

神戸新聞2020年7月22日

病院でシックハウス症候群

兵庫●女性検査技師公務災害認定

神戸新聞の報道によれば、宝塚市立病院の検査技師が病理検査室で検査に使用されるホルマリン、キシレンなどの化学物質にばく露したことが原因で、いわゆる「シックハウス症候群」を発症したため、昨年秋に地方公務員災害補償基金兵庫県支部に公務災害を申請し、2020年7月17日付で認定された。

宝塚市立病院で「シックハウス」 発症女性技師の公務災害認定

宝塚市立病院（兵庫県宝塚市小浜4）の有毒な化学物質を扱う病理検査室で、排気装置の

不調が放置された状態で働かされた女性技師が「シックハウス症候群」を発症した問題で、技師が民間の労災に当たる「公務災害」に認定されていたことが21日、分かった。技師は昨年8月、地方公務員災害補償基金兵庫県支部に請求し、認定は7月17日付。現在も目の痛みなどの症状があるという。

検査室では病理検査などでホルマリン（ホルムアルデヒドの水溶液）やキシレンなど有毒な化学物質を使用する。技師は昨年8月、シックハウス症候群と診断され休職。西宮労働基準監督署が同

シックハウス症候群とは、「有害化学物質などの室内汚染物質による倦怠感、めまい、頭痛・湿疹・のどの痛み・呼吸器疾患などの症状としてあらわれる体調不良の呼び名」（ウィキペディア「シックハウス症候群」）と説明されるように、労働現場のみならず建築物一般などを含めた問題である。

厚生労働省は「シックハウス（室内空気汚染）問題に関する検討会」を設置して、原因物質（ホルムアルデヒド、アセトアルデヒド、トルエン、キシレン、エチルベンゼン、スチレンなど）についての室内濃度指針を示すなどしている。ただし、下記にも述べるように十分とはいえない。

労働現場で直接作業に有害化学物質を使用した場合は比較的わかりやすい問題といえるが、そのような場合でも、環境測定が実施されていないケースは

ざらだ。職場環境が建築物由来あるいは間接的なばく露を含めた複数の化学物質へのばく露が原因となる場合は、さらに被災労働者にとってはむずかしい状況となる。

そのため、これまで労災申請、認定事例はあるものの、実際のばく露時の濃度が測定できていない場合などは、被災労働者にとって不利な状況になることが多い。そこをなんとかすることを、現在の労働基準監督署に期待することはほとんどの場合残念ながらできないだろう。さらに、こうした有害化学物質へのばく露によって、いわゆる「化学物質過敏症」といった困難な症状として進行、遷延するケースがあり、診断や治療の困難性とあいまってより深刻な問題となる。

労災申請に対して調査・決定

を行う厚生労働省姿勢は、基本的に、原因物質の特定とその物質によるばく露が症状の原因となっているかで業務上外の判断を行うという限定的なところにとどまっているために、現状としては、実際に患者が陥っている困難な状況に対応できていないことが多いとみるべきだろう。しかしながら、職場で発生したシックハウス症候群や化学物質過敏症についての労災認定や職場の取組事例はあり、当センターの把握している範囲の事例を紹介するので参考にさせていただきたい。

全国安全センターのウェブサイトで確認できる、「シックハウス症候群」に関する7つの記事及び「化学物質過敏症」に関する11の記事を、<https://joshrc.net/archives/4827> で確認できる。

(片岡明彦)

裁第1小法廷、福岡高裁からの九州1陣は第2小法廷に係属中で、今回、最高裁決定により10月22日に弁論が開かれることになったのは、神奈川1陣である。

建設アスベスト訴訟は、建設現場においてアスベストばく露を受けてアスベスト疾病を発症し、あるいは死亡した患者とその遺族を原告として、国と石綿含有建材メーカー（企業）を相手取った裁判である。

原告（被害者）の立場は、労働者と一人親方等の個人事業主と2つにわかれており、被告は国と企業という2つがあるので、判決における賠償責任の認定については、国の責任が労働者と個人事業主のそれぞれに認められるかどうか、企業の責任が認められるかどうかの点で、それぞれ判断が分かれてきた。また、責任が認められた場合の責任期間（労働者等の就労期間のうち、国や企業の責任が認められる期間）とその責任の内容の違いがある。

建設現場でのアスベストばく露を原因とする被害件数は、1年間のアスベスト被害について労災認定件数ベースでは過半数を占める。

労災認定による労災補償は、交通事故のような通常の損害賠償と比較すると、慰謝料を含まない、必要最低限度の補償にとどまることから、加害者が定まる場合は、損賠賠償請求を加害者に求めることができる。

建設アスベスト被害の加害者とは誰なのか。

建設アスベスト訴訟で初の弁論 最高裁●いよいよ最大の山場

建設現場でのアスベスト被害について、元作業員である患者や遺族が、国と建材メーカー（企業）に対して、損害賠償を請求した「建設アスベスト訴訟」について、最高裁判所（第一小法廷 深山卓也裁判長）は判決に向けた弁論を、10月22日に開くことを関係者に通知した。

建設アスベスト訴訟は、全国的に取り組まれてきた。2008年

東京を皮切りに神奈川、札幌、京都、大阪、福岡、仙台の7地裁で提訴され、現在までに、東京高裁（神奈川1陣、東京1陣）、大阪高裁（大阪1陣、京都1陣）、福岡高裁（九州1陣）について、最高裁判所に係属している（8月28日には、神奈川2陣に対する東京高裁の判決が予定されている）。

このうち、東京高裁、大阪高裁からあがった4件について最高

危険と承知しながらアスベスト含有建材を製造し、市場に供給したメーカーとそれを認めた国ではないのか。

しかし、メーカーと国は、頑として一切これを認めようとしなかった。被害者からみて、この不誠実な対応をメーカーと国はとった。

「であれば、決着は、裁判でつけるしか道はない」

これが、建設アスベスト訴訟が起こった理由である。

最高裁判決の行方はアスベスト被害者の補償と救済の行方に大きな影響を及ぼすことになる。

そしてまた、アスベスト被害に

ついで正義の行方にも大きな影響をもたらすことになる。

すでに述べたように、最高裁では、国と企業の責任についてさまざまな点が論点になっており、判決をみなければいずれの論点も予断することができないので被害者当事者としてはその行方を注視することが大切だ。

なお、補償の相談をするにしても、現に建設アスベスト訴訟を担当している弁護団に問合せをし、しっかり状況をつかむことが適切といえるだろう。<https://joshrc.net/archives/5234> も参照していただきたい。



(片岡明彦)

ていると通勤から逸脱した時間は約2時間以内となっており、実際に逸脱した時間は2時間30分であったので、時間的問題をどうするのが気にかかっていた。この段階で時間の問題はあったが、飲み会を業務として、労基署が支給決定するであろうことは推測できた。

そうしている中、ある日突然に被災者の長男と名乗る男性が労働組合の事務所を訪ねてこれ「この事故が労災認定にならないかったら、会社を訴える」と発言した。その時点で被災者は意識はあるものの、四肢が完全にマヒしているとのことであり、当時、地区のサナトリウムへ入院することへの地域的な偏見などもあった。

労基署へ必要な意見書等を提出して2か月ほどすると長男さんから決定通知書が届いたとの知らせがあり、後遺障害1級の決定であった。

パトロール活動を行っていなければ救済できなかった事案である。しかし、その後、「安全委員会は飲酒運転も労災認定させる、何でもありか」などと批判を浴びる結果となったが、労災事案と刑事事件とは基本的には違う事案であって、そのとも踏まえ労基署が決定を下したものであり、いろいろと批判はあったものの被災者を救済できたのも事実である。その後の話で、不十分な調査で不支給決定を出そうとした労災課長と担当者の2人が異動になったと聞かされた。

(関西労働者安全センター
事務局 林繁行)

会社飲み会後の事故通勤災害 大阪●組合の安全パトロールで事案を把握

8月号の中でも私の経歴を少し紹介したが、約20年ほど前に某組合の安全衛生委員会に所属し、毎年2月頃から5月にかけて組合員の全ての職場を安全パトロールに回っていた。

その時、泉北地区の組合員が通勤災害で労災申請をしていたことがわかり、会社や組合員から状況を聞き取ると、年末に仕事が終わった後、会社敷地内で飲み会が企画され下請け等も招集され、焼き肉パーティーが行われ、約2時間30分ほどで終了し、被災者は単車で帰宅する際、自損事故で転倒負傷したとのととで

あった。

所轄は岸和田労働基準監督署で、ただちに労基署へ出向き調査状況を尋ねたところ、労災課長は不支給決定を出す直前であった。調査が不十分なこともあり、組合で再調査を行い資料を提出するために決定を出すのを止めた。

会社、組合、下請け、同僚等からの当日の状況報告を受け、飲み会は会社の指示・支配下にあったものと判断し、詳細を労基署に報告・提出した。しかし、飲み会を業務でなく通勤からの「逸脱」とされた場合、判例を見

下請運送会社労働者にも被害

東京●第一スレート板橋工場で4人目

東京都板橋区坂下にあった第一スレート(株)板橋工場では、1940年11月から1983年12月に廃止するまでの43年間、石綿スレートを製造していた。同社では、2017年度以前に2名の労働者が肺がん(死亡)で、1名が石綿肺(石綿救済法)で労災認定されている(厚生労働省発表)。

昨年7月、同社専属の下請運送会社で働いていたKさん(故人)の遺族から相談を受けた。

2000年4月にKさんは肺がん で亡くなった(80歳)。現役時代は運送会社のトラック運転手として約30年間働いた。第一スレート板橋工場内に入出し、石綿スレート製品をトラックに積み込み、トラックを運転して取引先や工事現場に製品を納品していた。年金の被保険者記録を確認したところ、一時期、第一スレートにも在籍していたこともわかった。そのうえKさんの妻は、第一スレートの事務職として働き、工場内の居室に家族で暮らしていたこともあったと言う。

亡くなった当時の病院に問い合わせたものの、19年前のカルテや画像フィルムはすでに廃棄されており、医学的資料はほとんど残っていなかった。とはいえ、第一スレート板橋工場はまぎれも

ない石綿製品製造業であり、すでに3名の認定者を出している。下請運送会社のKさんは石綿スレートの運搬作業に従事したなかで石綿ばく露したはずである。Kさんは石綿関連の肺がんで亡くなったと考えられる。

昨年7月、遺族は中央労基署に石綿救済法による特別遺族一時金の請求をした。東京労働局石綿班は医学的資料が乏しいことを理由に、本省協議事案にしたため調査に時間がかかったが、今年2月、やっと支給決定の通知が届いた。

第一スレート板橋工場の石綿被害は下請労働者に連鎖している。潜在する第一スレート関連の石綿被害の掘り起こしに取組んでいかねばならない。



(東京労働安全衛生センター)

下請労働者だけが死亡災害

韓国●顧客の暴言で脳出血、労災認定

■青年たち「21代国会で産業技術保護法を再改正せよ」

青年たちが、産業技術保護法の再改正を、21代総選挙の公約にするように要求した。産業技術保護法は昨年国会を通過し、2月21日から施行される。国家の核心技術に関する情報を原則的に外部に公開できないようにする法律で、情報公開請求などで知り得た情報を流出しても制裁される。

青年参与連帯は2月11日、国会前で記者会見を行い「改正された産業技術保護法が施行されれば、今後労働者になる青年たちは、自身が有害な環境で働いているのかを尋ねることも調べ

ることもできなくなる」、「安全な労働環境が保証されていない社会のどこに、青年たちの未来と希望はあるのか」と主張した。

改正産業技術保護法9条の2によれば、国家機関・地方自治体・公共機関などは、国家核心技術に関する情報を公開してはならない。同法34条によって、情報公開請求、産業技術に関する訴訟など、大統領令に定める業務によって産業技術に関する情報を知るようになった者が「職務上知り得た秘密」を公開すれば処罰される。このために労働・市民・社会団体は「公益的な問題提起を弾圧するための手段として悪用される」と憂慮する。

参与連帯のAさんは、「労働者が作業環境を正しく知らなければ、安全な職場を作り、安全に働くことはできないと記者会見を企画した」。「私が職業病に罹った時に、堂々と原因を明らかにすることができる職場こそが、安全な労働環境」と主張した。Bさんは、「適法な経路で取得した情報まで公開できないとなれば、被害者の産災立証は不可能に近くなる」と話した。Cさんは「既に現場にいる同じ年頃の青年たちと、今後労働者になって職場を守る青年たちに代わって、ここに立っている」と話した。

2020.2.12 毎日労働ニュース

■ボスコなど10社、産災で下請労働者だけが死亡

雇用労働部は2月20日、元請と下請を合算した事故死亡万人率が元請の事故死亡万人率よりも高い事業場10か所を初めて公開した。ボスコ浦項製鉄所、サムスン電子器興工場、大宇造船海洋、現代製鉄など10社の製造事業場では、一年間に産災事故で15人の労働者が亡くなったが、すべて下請の所属だった。公共部門では韓国鉄道公社が唯一含まれた。これらの事業場では、下請労働者は危険に曝露したり、正しい安全管理も受けられなかった。

政府は2018年、全事業場の安全管理に元請の役割をより強調するために、「元請・下請産災統合管理制」を導入したが、まず1000人以上の製造・鉄道運送・都市鉄道運送業者に適用し

た。今回名前の上がった11の事業場では、2018年度に合計17人の死亡者が発生した。この内16人が下請業者の所属だった。元請けで死亡者が出たのは鉄道公社だけだった。事故発生類型では窒息が7人で、墜落と狭窄が4人だった。

これらの事業場には下請労働者(8万4519人)より多くの元請労働者(9万2276人)が働いているが、死亡事故は下請労働者だけに集中した。事故死亡万人率を元請・下請別に区分すれば、下請は1.893で、元請(0.108)の17倍だ。とくに、ボスコ浦項製鉄所は4人、サムスン電子器興工場と高麗亜鉛温山精練所では、それぞれ2人の下請労働者の死亡事故が発生した。「危険の外注化」が行われたのだ。

労働部は、今年からは元請・下請産災統合管理制度を、500人以上の事業場にまで拡大する。2022年からは、キム・ヨンギンさんの死亡事故で危険の外注化問題の発端となった泰安火力発電所など、電気業にまで統合管理の対象が拡大する。

2020.2.20 京郷新聞

■職業的トラウマ専門相談センター、16日から稼働

職業的トラウマ専門相談センターが全国8か所に設置される。重大災害や同僚の自殺・職場内いじめ・性暴力被害を経験した労働者は、誰でも利用できる。

センターには、臨床心理士など、心理・精神保健関連の資格を持つ専門担当者が常駐する。

心理テスト・心理相談・心理教育・事後管理プログラムを提供する。職業的トラウマに苦しめられる労働者に心理テストをした後、危険度によって一次心理相談をする。続いて電話モニタリングを含む事後管理をする。

相談完了の後、15日以内に結果を教える。必要なら、専門治療機関と連携してくれる。職業的トラウマに関連した事件・事故が発生した事業場を対象に、緊急の心理安定化のために、全職員に集団教育を実施する。

労働者個人が直接相談を申請したり、該当の事業場から地域の安全保健公団に問い合わせすれば良い。すべての相談は秘密が保障され、無料だ。センターの運営時間は午前9時から午後9時までで、労働者が退勤した後も利用できるように、センター別に弾力的に運営する。事業場とセンター間の距離が遠ければ、心理相談士が事業場に直接訪ねて行ったりもする。

2020.3.16 毎日労働ニュース

■民主労総、労働部に「COVID-19特別対策」を要求

民主労総が3月13日、李載甲雇用労働部長官と労政協議を行って「COVID-19特別要求案」を説明し、早期の対策を促した。

民主労総は領域別、分野別のCOVID-19特別要求案を提出して、△災難生計支援金の早期の決定と迅速な執行、△零細労働者、下請け、特殊雇用、非正規労働者、ケアワーカー、移住労働者など、脆弱な労働者と、保

健医療、公共社会サービス労働者などの分野別、オーダーメイド型の総合対策の樹立、△有給の病気休暇、有給の家族ケア休暇、有給の災害休業手当、全泰巻2法など「コロナ5法」の迅速な制定と改正、△コロナ被害対策に関する定例的な労政の実務協議、などを強調した。

民主労総と雇用労働部はCOVID-19被害状況を常時点検して、早期の解決と総合的対策のために、持続的な労政協議が必要だということに同意し、このため労政実務協議を持続的に行うことにした。

2020.3.13 労働と世界

■建設現場にスマート安全装備拡大、費用は発注者負担

国土交通部は建設現場にスマートIT技術を活用した安全装備を導入するとした建設技術振興法の下位法令を、最近施行したと明らかにした。工事費の項目のうちの安全管理費に、無線通信設備を利用した安全管理体系の構築、運用の費用が新設された。

政府は昨年4月、公共工事での墜落事故防止に関する指針を作って、スマート安全装備の導入を義務化した。今回の下位法令の改正で、民間工事でもスマート安全装備を使い、費用は発注者が支払うようにした。

スマート安全装備は、モノのインターネット(IoT)を活用して、建設装備が接近する時に衝突の危険を感知する警報装置など、作業人員と装備を遠隔で管制

し、火災のような災害に緊急に対応できる統合安全管理システムまで様々だ。

スマート安全装備の事例

- 1)「スマート安全保護具」
安全帽、安全ベルトの着脱時に警報音、危険地域への接近の警告
- 2)「建設装備接近警報システム」
装備と作業者との衝突の危険を監視するための警報と装置
- 3)「崩壊危険警報器」
足場、構台、山止めなど、仮設構造物の崩壊の危険を監視
- 4)「スマート・トンネル・モニタリング・システム」
トンネル内部の作業人員と装備の位置把握、飛散粉じんの作業環境の自動測定など
- 5)「スマート建設安全統合管制システム」
作業人員と装備の遠隔管制、崩壊・火災・浸水などの現場の緊急災害対路

2020.3.24 毎日労働ニュース

■「マートで働くくせに…」顧客の暴言で倒れた労働者に産災認定

昨年9月9日、ソウルのホームプラスC支店で計算業務を行っていたLさん(58歳)は、お客からの暴言に遭って退勤した後、自宅で脳出血で倒れて亡くなった。この死亡は産業災害であるという判定が出た。

2010年3月にホームプラスに入社したLさんは、当時、玩具売り場の商品と陳列業務、農産物売

り場の商品陳列と計算業務などを担当していた。Lさんは計算業務中に約2分30秒間、顧客と言い争いをした。

Lさんは退勤後に家で夫に「今日は文句を言う顧客に会って、本当にあまりにも荷の重い一日だった」と話した。その後、トイレで意識を失い、脳出血で10日後に死亡した。

ソウル業務上疾病判定委員会は判定書で、「顧客が故人に執った行為は、通常、我慢できないほどの感情的な表現と威嚇的な言動と推定される。これは業務と関連した、突発的で予測困難なレベルの緊張・興奮・恐怖・驚きなどと、急激な業務環境の変化によって、明らかに生理的な変化が起きたケースと見ることができる」とし、「心理的な衝撃を受けたのに、十分な休息、勤務調整など、事業主の即刻な措置が行われず、身体の負担がより一層加重されたものと見られる」とした。

また、「たとえ故人が、2019年の健康診断で「高血圧、糖尿病の疑い」という所見を受けるなど、基底疾患が確認され、故人の高血圧が脳出血の発病または悪化に、ある程度寄与したとしても、いつも正常な勤務が可能だった故人が、この事件によって突然血圧が上昇して脳出血を発病したと判断されるので、故人の傷病と業務の間に相当因果関係が認められるというのが、参加した委員の多数意見」とした。



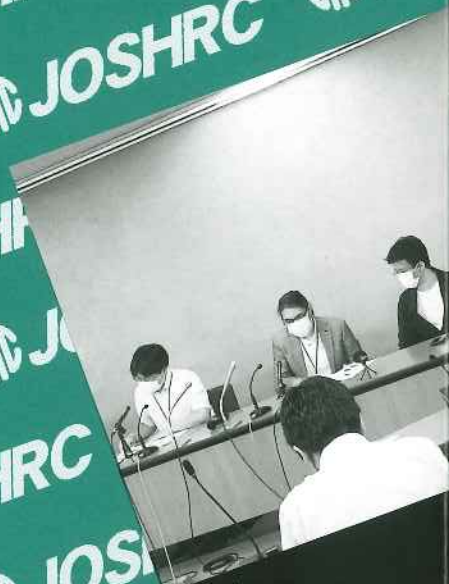
2020.3.26 京郷新聞

(翻訳: 中村猛)

全国労働安全衛生センター連絡会議

〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階
TEL (03)3636-3882 FAX (03)3636-3881 E-mail: joshrc@joshrc.net
URL: <https://joshrc.net/>

- | | |
|--|--|
| 北海道 ● NPO法人 北海道労働者安全衛生センター
〒060-0004 札幌市中央区北4条西12丁目 ほくろビル4階 | E-mail safety@rengo-hokkaido.gr.jp
TEL (011)272-8855 / FAX (011)272-8880
http://www.hokkaido-osh.org/ |
| 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
http://www.toshc.org/ |
| 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 |
| 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
https://koshc.org/ |
| 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.tvn.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
https://www.nagoya-rosai.com/ |
| 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雲町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
https://koshc.jp/ |
| 兵庫 ● 尼崎労働者安全衛生センター
〒660-0802 尼崎市長洲中通1-7-6 | E-mail a4p8bv@bma.biglobe.ne.jp
TEL (06)4950-6653 / FAX (06)4950-6653 |
| 兵庫 ● ひょうご労働安全衛生センター
〒650-0026 神戸市中央区古湊通1-2-5 DAIEIビル3階 | E-mail npo-hoshc@amail.plala.or.jp
TEL (078)382-2118 / FAX (078)382-2124
http://www.hoshc.org/ |
| 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
〒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 | TEL (0857)22-6110 / FAX (0857)37-0090
/ FAX (0858)23-0155 |
| 徳島 ● NPO法人 徳島労働安全衛生センター
〒770-0942 徳島市昭和町3-35-1 徳島県労働福祉会館内 | E-mail info@tokushimajtuc-rengo.jp
TEL (088)623-6362 / FAX (088)655-4113 |
| 愛媛 ● NPO法人 愛媛労働安全衛生センター
〒793-0051 西条市安知生138-5 | E-mail npo_eoshc@yahoo.co.jp
TEL (0897)64-9395
http://eoshc.g2.xrea.com/ |
| 高知 ● NPO法人 高知県労働安全衛生センター
〒780-0011 高知市薮野北町3-2-28 | TEL (088)845-3953 / FAX (088)845-3953 |



安全センター情報 2020年10月号(通巻第486号) 2020年9月15日発行(毎月1回15日発行)
〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1Zビル5階 全国労働安全衛生センター連絡会議
TEL(03)3636-3882 FAX(03)3636-3881
Japan Occupational Safety and Health Resource Center
TEL 7-10-1 Kameido, Koto-ku, Tokyo, Japan
3636-3882 Fax +81-3-3636-3881
URL: <https://joshrc.net/>

JOSHRC
情報 2020年10月号(通巻第486号) 2020年12月28日第三種郵便物認可
1979年12月28日第三種郵便物認可 全国労働安全衛生
0071 東京都江東区亀戸7-10-1Zビル5階 FAX(03)3636-3881
TEL(03)3636-3882
JOSHRC: Japan Occupational Safety and Health Resource Center
Z Bldg., 5F, 7-10-1 Kameido, Koto-ku, Tokyo, Japan
Phone +81-3-3636-3882 Fax +81-3-3636-3881
E-mail: joshrc@joshrc.net URL: <https://joshrc.net/>