

安全センター情報2020年12月号 通巻第488号
2020年11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



2019 12

安全センター情報



特集● 中皮腫患者の実態調査

写真：建設アスベスト訴訟神奈川第一陣最高裁口頭弁論日

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

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

「労災職業病なんでも相談専用のフリーダイヤル:0210-631202」は、全国どこからでも無料で、最寄りの地域センターにつながります。

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

セン

安全 センター 情報

◎ 「安全センター情報」をご購読してください

月刊誌「安全センター情報」は、運動・行政・研究など各分野の最新情報の提供、動向の解説、問題提起や全国各地・世界の状況など、他では得られない情報を掲載しています。

例えば、2018年の特集のタイトルと特徴的な記事をあげてみれば、以下のとおりです。

- 2020年1・2月号 特集/石綿健康被害補償・救済状況の検証 遅延損害金起算日訴訟決着
- 3月号 特集/石綿則・大防法による石綿対策の見直し 賃金請求権等の消滅時効
- 4月号 特集/A-BAN10周年のソウル会議 パワハラ防止措置等運用通達
- 5月号 特集/ANROEV2019ソウル会議 「石綿含有仕上塗材アンケート結果」詳細
- 6月号 特集/COVID-19と安全衛生・労災補償 ILOのCOVID-19労働安全衛生報告書
- 7月号 特集/COVID-19と安全衛生・労災補償② インド:バイザッグ・ガス漏えい事故
- 8月号 特集/労働安全衛生で女性を可視化する COVID-19と安全衛生・労災補償③
- 9月号 特集/日本の労働安全衛生 最新労災職業病統計・行政通達一覧
- 10月号 特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定 複数業務関係改正労災保険法
- 11月号 特集/「新たな」「隠れた」職業病 パワーハラスメント法規制をめぐる混乱
- 12月号 特集/中皮腫患者の実態調査 OSH-MS・RAの活用促進

●購読会費(年間購読料):10,000円(年度単位(4月から翌年3月)、複数部数割引あり)

●読者になっていただけそうな個人・団体をご紹介下さい。見本誌をお届けします。

◎ 賛助会員になって活動を支えて下さい

全国安全センターの財政は、地域センター会費、賛助会費と購読会費(購読料)、カンパで成り立っています。賛助会員には、私たちの活動の趣旨に賛同していただける個人・団体はどなたでもなることができ、賛助会費は年度単位で1口10,000円、1口以上何口でも結構です。賛助会員には、月刊誌「安全センター情報」をお届けしますので、あらためて購読会費を支払う必要はありません。

購読会費・賛助会費のお申し込みは、電話(03-3636-3882)・FAX(03-3636-3881)・Eメール(joshrc@jca.apc.org)で、氏名、送付先をご連絡のうえ、中央労働金庫亀戸支店(普)7535803、または、郵便払込口座00150-9-545940—名義はいずれも「全国安全センター」—にお振り込みください。

全国労働安全衛生センター連絡会議(略称:全国安全センター)

〒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

特集 / 中皮腫患者の実態調査

中皮腫患者の実態調査

日本の療養実態調査と英国のCOVID影響調査 2

日本: 中皮腫患者の療養生活実態調査報告書 3

英国: メゾテリオーマUKのCOVID影響調査 10

解体工事等石綿対策一定強化 事前調査結果等の電子報告化も

改正石綿障害予防規則等10月以降施行 15

OSH-MS・RAの活用促進 労働安全衛生対策の原則に

13次防と実際の状況、一層の推進への期待 25

労働関連疾筋骨格系障害(MSDs) EUにおける広がり、費用及び人口統計

欧州リスク調査書 2019.11.15報告書 34

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

GBD: 日本のアスベスト死2万人超で世界第3位 44

各地の便り/世界から

COVID-19●厚労省5事例追加、東京都の資料 53

兵庫●市立病院シックハウス公災認定の真実 58

厚労省●患者と家族の会が副大臣に改正陳情 60

三重●インドネシア人が射出成形機で右腕切断 61

最高裁●建設アスベスト訴訟弁論、判決日未定 62

韓国●「重大災害企業処罰法」を発議、ほか 63

中皮腫患者の実態調査

日本の療養実態調査と英国のCOVID影響調査

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）パンデミックは、とりわけ抗がん剤や免疫抑制剤投与を受けている等の患者の皆さんの治療・生活・社会活動に大きな影響を与え続けている。

中皮腫などアスベスト関連疾患の患者さんも、まさにそれにあたるが、とりわけ中皮腫サポートキャラバン隊の皆さんが、コロナに負けずに、毎週のZOOMサロンやオンラインセミナー、個別患者・家族の支援を継続されていることに、心から敬意を表したい(<https://asbesto.jp/>参照)。

そのキャラバン隊が、2019年4月から1年かけて実施した「中皮腫患者の療養生活実態調査」の報告書がまとめられたので、紹介する、コロナ以前に全国28か所で開催された講演相談会等、また加えて毎月患者交流会を行っている7か所（東京、横浜、さいたま、名古屋、大阪、兵庫、福岡）で、中皮腫患者さん自身が88人の中皮腫患者さんから直接聴き取りを行う調査を実施したということは画期的である。調査内容自体も、日頃患者さんに寄り添っているソーシャルワーカーらの協力も得ながら患者さん自身が検討を重ねたものなので、おのずと患者さんの関心・ニーズに寄り添ったものになっている。

今後、患者・家族や支援者だけでなく、専門家や行政に対しても結果を反映させていくことを、期待するとともに、応援していきたい。キャラバン隊は、さらに継続的に調査を行い、詳細に掘り下げていくことにしているとのことである。

さらに本号では、もうひとつ、イギリスの中皮腫患者さんの実態調査も紹介する。

イギリスのメゾテリオーマUKは、とりわけアスベスト関連がんである中皮腫のための、全国的な専

門家（とくに中皮腫専門看護師）によるリソースセンターである。このチャリティ団体は、専門家による中皮腫情報、支援と教育を提供するとともに、イギリスのすべての中皮腫患者とその介護者のためのケアと治療の改善に献身している。2017年に日本の中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会の代表団がイギリスを訪問したおりに、その活動を直接うかがっている（2017年10月号参照）。

メゾテリオーマUKは、2020年5月と9月に、中皮腫患者さんに対するCOVID-19の影響調査を行った。第1回調査は患者・介護者を対象にし、第2回調査は中皮腫専門看護師を対象にしたもので、今回紹介するのは第2回調査報告書だが、第1回調査の結果の概要も含まれている。

ロックダウン下のイギリスで中皮腫をはじめとしたがん患者さんが体験した状況は、日本とは異なる点も少なくないようだが、内在している問題点は共通しているものと思われる。

メゾテリオーマUKのウェブサイトには「中皮腫とコロナウイルス」の特設ページもあり(<https://www.mesothelioma.uk.com/information/mesothelioma-and-coronavirus/>)、こちらを参照することも報告書の内容の理解の助けになろう。また、朝日新聞GLOBE+のイギリスで一般開業医している日本人医師によるイギリス情報(<https://globe.asahi.com/author/11002080>)なども参考になるかもしれない。

患者・家族に限らず顔を合わせての国際交流も困難な状況が続いているが、お互いの経験を共有しつつ、共感と連帯を中断させないことをこころがけたい。



情報提供の重要性再確認 専門家、行政等へ結果を反映 中皮腫患者の療養生活実態調査報告書

右田孝雄・福神大樹・鈴木江郎

中皮腫サポートキャラバン隊

1. 調査の概要、取組の背景・動機

中皮腫の原因はそのほとんどが石綿（アスベスト）ばく露と言われており、わが国では1960年代～1990年代に石綿を大量に輸入・使用したことで多くの労働者や住民は石綿にばく露した。そして、中皮腫は発症までに約40年の潜伏期間があり、そのことを踏まえると、2000年代～2030年代は中皮腫患者が多く発症する可能性が考えられる。なお、全面使用禁止は2006年であり、現在も多くの既存建物には石綿が使用されているために、石綿の飛散や石綿ばく露の危険性は未だ解決されていない問題として存在している。

一方で、中皮腫は希少がんとして治療法の開発が他のがんと比較して遅く、治療法の選択肢が限られている。また、中皮腫患者はその希少性から同一疾患の患者と会う機会も少なく、精神的に孤立しやすい状況と言える。さらに、いままでは定年を迎えた患者が多かったが、近年30歳代～50歳代（以下、現役世代）の中皮腫患者の相談も増えており、中皮腫という同じ希少がんを発症した患者同

士が互いに励まし、支え合う“ピアサポート活動”の重要性・必要性は高まっている。

また、石綿ばく露の経緯が不明とされる中皮腫患者が増えており、労働災害と認められず、石綿健康被害救済制度¹（以下、救済給付）の支給を受けている患者も存在している。しかし、救済給付は給付水準が低額なため、現役世代の患者にとっては経済的な困窮も発生している。そこで、本調査は、石綿ばく露の経緯が不明とされた中皮腫患者の石綿ばく露の機会を聴き取り調査して、石綿ばく露の原因を追究する。

2. 調査/分析の手法、実施経過

調査手法として、中皮腫サポートキャラバン隊（以下、キャラバン隊）のメンバーが、中皮腫患者に会いに行き、現在の治療内容、生活面、精神的なケア、患者の要望、石綿ばく露の原因を質問票を用いて半構造化面接で聴取していく。質問票は100人の中皮腫患者から回答を得ることを目標にし、以下の分類に応じて、45項目184個の質問を設けた*2。

表1 回答者の内訳

性別	男性65名、女性23名
年齢	10歳代1名、20歳代2名、30歳代1名、40歳代6名、50歳代18名、60歳代28名、70歳代26名、80歳代6名
居住地域	北海道10名、東北地方2名、関東地方22名、中部地方21名、関西地方15名、中国地方7名、九州・沖縄地方11名
発生部位	胸膜中皮腫74名、腹膜中皮腫14名

表2 受診の契機になった症状

自覚症状	症状表出から受診までの日数
疼痛	8.2日
その他	9日
違和感(圧迫感)	9.6日
咳	9.7日
息切れ・息苦しさ	38.9日
健診	42.7日
不明	12.3日

- (1) 回答者について
性別、年代、居住地(都道府県)、中皮腫の種類と病期
- (2) 治療内容について
手術、抗がん剤、放射線治療などの作用や副作用、通院頻度
- (3) 自覚症状から現在までの経過について
医療機関の初診、確定診断の時期、各種の検査、セカンドオピニオンの有無
- (4) 療養生活の状況について
就労の状況、収入の変化、労災保険や救済給付の手続きの重要度と満足度
- (5) 石綿ばく露の機会について
職歴、石綿ばく露の自覚の有無
- (6) 治療段階別の気持ちの変化について
確定診断前後、手術、抗がん剤治療、放射線治療、経過観察、緩和ケア

そして、以下の会場で講演会等を開催し、参加した中皮腫患者に調査を行った。

札幌(2019/9/8)、室蘭(9/14)、函館(9/15)、釧路(9/21)、旭川(9/27)、北見(9/28)、青森(7/27)、盛岡(7/28)、仙台(10/6)、秋田(10/5)、山形(8/3)、福島(8/4)、宇都宮(10/19)、東京(8/17)、新潟(6/29)、富山(4/14)、金沢(9/15)、静岡(4/5)、名古屋(6/15)、大阪(6/4)、米子(7/7)、岡山(6/30)、福岡(10/13)、佐賀(10/27)、長崎(11/10)、熊本(11/16)、鹿児島(11/17)、沖縄(2020/1/25)。

また、東京、横浜、さいたま、名古屋、大阪、兵庫、福岡の各地域では、毎月、中皮腫患者の交流会を行っており、交流会に参加した中皮腫患者に調査を行った。

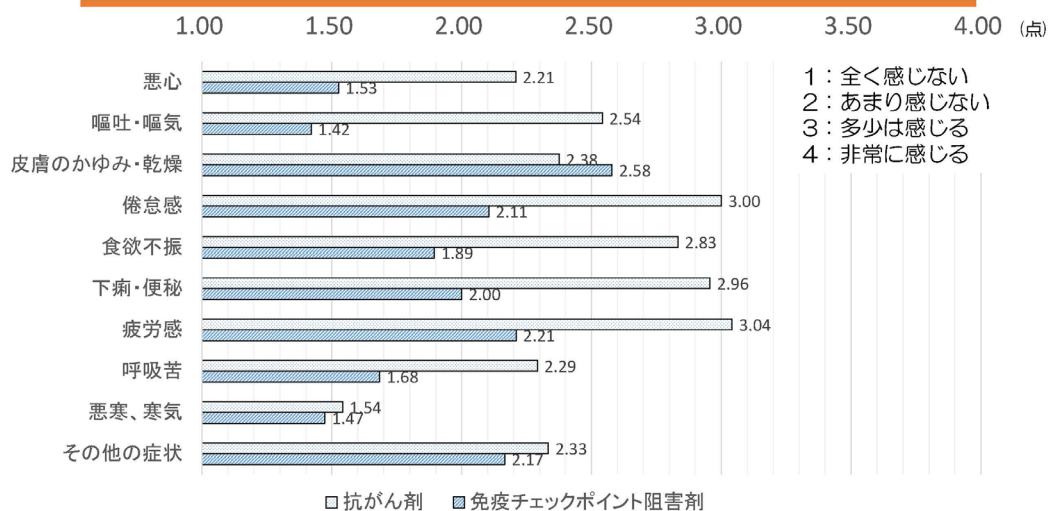
3. 調査の結果、分析と考察

本調査の回答数は、88回答であった。回答者の内訳は、表1のとおりであった。

本調査の全体的な総括で、以下の傾向が確認された。

- ① 確定診断を受ける機会となった自覚症状と初診までの平均日数の比較では、疼痛や圧迫感や咳の自覚症状は平均10日弱で医療機関に受診していたが、息苦しさや健康診断の異常指摘から受診までは平均40日間もかかっており、受診までの要した日数で顕著な違いがあり、息苦しさや健康診断の異常指摘だけでは、当人の健康障害に危機意識が抱きにくい現状が考えられる(表2)。
- ② 抗がん剤と免疫チェックポイント阻害剤の副作用の身体的負担では、多くの副作用の項目で、抗がん剤の方が免疫チェックポイント阻害剤より約2倍の身体的負担が発生していた。しかし、“皮膚のかゆみ・乾燥”の副作用に関しては、免疫チェックポイント阻害剤が抗がん剤を上回っていた(図1)。そして、24名(27%)がオブジーボの投与を受けており、新薬を切望する患者の実情

図1 副作用の身体的負担



16

を反映していると考えられる。

- ③ 治療や日常生活における患者の意欲や不安の程度では、治療や病気の進行などの今後の見通しや新しい治療に対する関心が高く、社会生活や日常生活への関心は低かった。

これは、社会復帰や日常生活よりも治療を優先すること、治療法の少なさからの命の危機に直面している現状が考えられる。

- ④ 経済状況の変化と生活の困窮では、年間の世帯の収支合計が発症前に比べて200万円以上も減額になった患者が24名(27%)もあり、そのうち20名は、経済的困窮を自覚しているという回答であった。

さらに、世代別に分類すると、40歳代(困窮あり4名、困窮なし1名)、50歳代(困窮あり13名、困窮なし1名)、60歳代(困窮あり14名、困窮なし10名)、70・80歳代(困窮あり4名、困窮なし15名)と、年代によっても大きな違いが生じた(図2)。

これは、40歳代、50歳代の患者は中皮腫発症により、これまで同様の仕事は続けられなくなるが、治療にかかる諸費用、教育費などの支出が避けられないことが考えられる。さらに、平均

約40年の潜伏期間という中皮腫の特性を考えると、石綿ばく露の原因が特定できないケースが多い。したがって、労働災害とはみなされず、労災保険制度は利用できず、救済給付の給付に留まっていることも、困窮の自覚の原因であると考えられる。

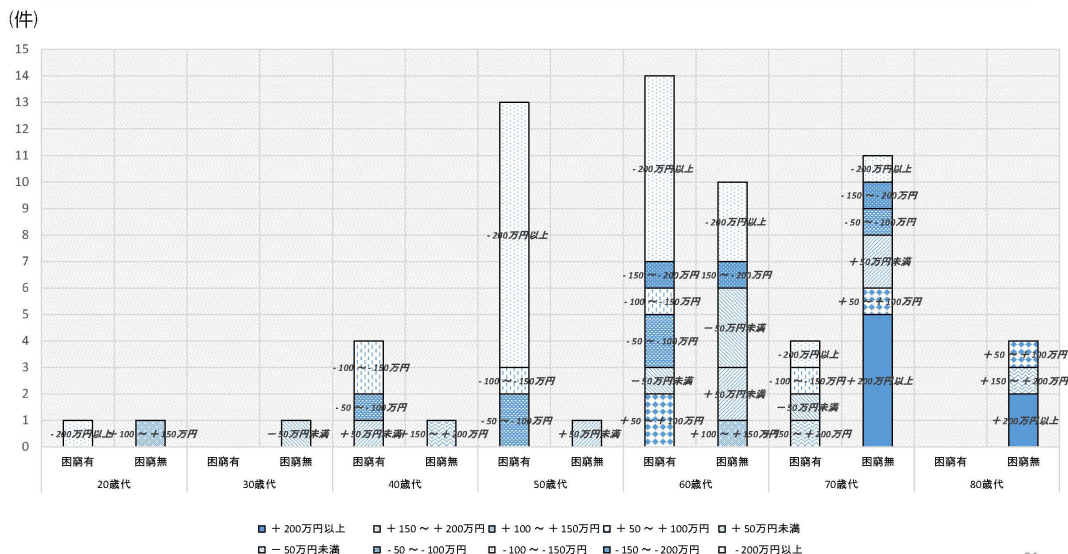
救済給付を実施している(独)環境再生保全機構が行った調査では、療養手当(103,870円/月)の支給額の妥当性を問いている。その回答では、「妥当だと思う25.0%」「わからない/どちらともいえない53.2%」「妥当とはいえない20.5%」と結果が出ている³⁾。しかし、この質問は年代別に集計はされておらず、本調査で明らかになった世代別の収支状況の大きな格差を踏まえ、療養手当の妥当性について、実態に応じた細やかな設計が国に求められる。

- ⑤ 医師、ソーシャルワーカーやがん相談支援センターの相談員との面談の際に、石綿ばく露作業の聴取、労災保険制度と救済給付の紹介、制度の窓口への橋渡しなどの対応が、中皮腫患者が利用する制度に大きく影響していることが明らかになった。

まず、医師から情報提供があった場合は、



図2 経済的負担・困窮の自覚



21

労災保険制度の利用者が75.0%、救済給付は25.0%に対して、情報提供がなかった場合は、労災保険制度の利用者が43.8%、救済給付53.1%、未申請3.1%となった。

ソーシャルワーカーやがん相談支援センターでの面談では、情報提供があった場合は、労災保険制度の利用者は73.3%、救済給付26.7%に対して、情報提供がなかった場合の利用者は、労災保険制度53.3%、救済給付56.7%であった。

つまり、医師やソーシャルワーカーなどから石綿ばく露作業などの石綿ばく露作業などに関する情報提供がある場合、労災保険制度に結びつきやすく、情報提供がない場合は救済給付に留まってしまう傾向が表われた。

また、保健医療機関から労災保険制度や救済給付の説明を受けていない患者も33名(37.5%)を占めており、保健医療機関が石綿関連情報を正確に患者に提供できる支援体制の構築が求められる。

⑥ 治療の経過に伴う心理的変化の質問では、以下のとおりの回答であった。まず、中皮腫の確

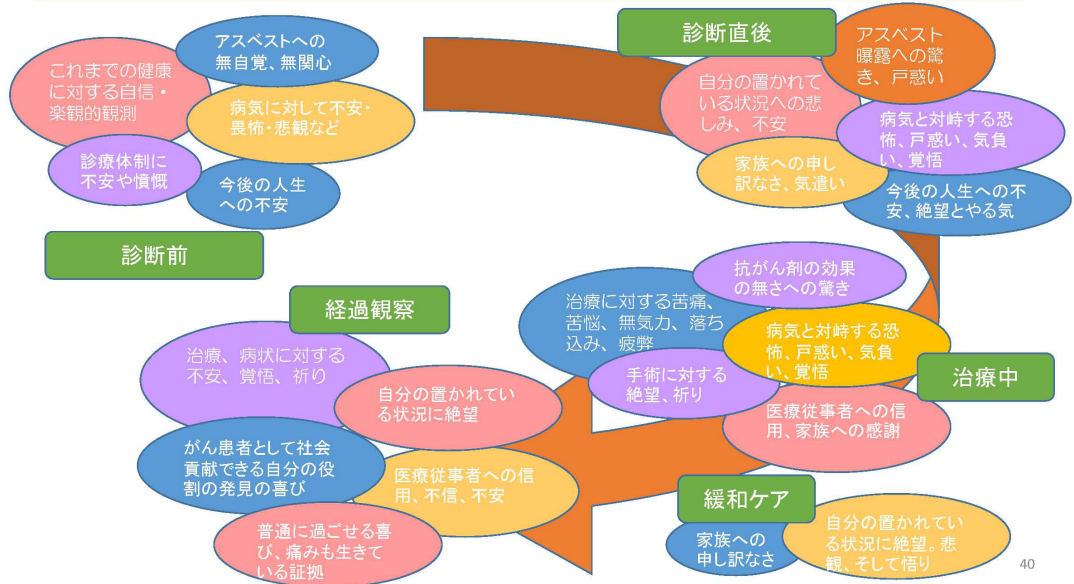
定診断前後の気持ちとしては「病気への恐れ」「将来への不安や悲観」「アスベストへの無自覚・無関心」「家族への申し訳なき・気遣い」「診療体制への憤慨」など、将来を見通せない不安な気持ちがあり、治療を始めていくと「治療への苦痛・落ち込み」「効果が見えないもどかさ」「病気と対峙する覚悟・祈り」「医療従事者への信頼や家族への感謝」という、病気を受けとめ、向き合っていく気持ちに変遷していく。

そして、治療を継続し経過観察する段階では「がん患者として社会貢献できる役割の発見」「普通に過ごせる喜び」という前向きな気持ちへの変化がある一方で、「自分の置かれている状況に絶望」「医療従事者への不信」など、治療効果が表われないことへのやるせない気持ちに割れていることが見えてきた(図3)。

⑦ 石綿ばく露の実態では、労災保険制度が適用された方は、仕事での石綿ばく露について具体的な記入が多かったことに対し、救済給付に留まっている方の石綿ばく露状況は空欄のままが多かった。

本調査の目的として、「石綿ばく露の経緯不

図3 治療の経過に伴う心理反応



明」で救済給付に留まっている患者の石綿ばく露の実態を明らかにしていくことであったが、今回の調査ではそれを掘り下げて明らかにすることはできず、今後の課題として検討が必要と判断した。

4. 今後の展望

本調査は88回答で集計、分析を行ったが、今後の目標では、100回答が集まった時点であらためて集計、分析を行いたい。そして、われわれが運営しているWEBサイト等で発表し、患者同士のピアサポート活動や情報共有、今後の療養生活に役立ててもらおう予定である。

また、「日本石綿・中皮腫学会」などの医学学会でも調査結果を発表して、中皮腫の専門医等の医療従事者に対して、患者が置かれている実態について深く周知、診療の質の向上につなげたい。そして、中皮腫サポートキャラバン隊メンバーである右田孝雄と渡辺益孝の2名が日本肺癌学会の中皮腫ガイドライン作成委員会に委員として、本調査で明らかになった問題点をガイドラインに反映さ

せていく方針である。

そして、本調査結果で明らかになった現状の問題点を厚生労働省、環境省に提示して、制度の改善を要求していくことも念頭に置く。

本調査はこれで終了ではなく、2020年度も継続的に調査を行い、本調査で明らかになった現状をより詳細に掘り下げを考える。具体的には、治療に対する副作用の症状だけではなく、合併症や併発症の有無や中皮腫発症後の経済状況について、収入額や支出の内訳（通院費、介護費、保険外治療費、食費、教育費、生活費など）などを明らかにする。

また、本調査では明らかにできなかった石綿ばく露の経緯の不明者には具体的な例示（学校の石綿吹付、ベビーパウダー他）を行うことで、「石綿ばく露の経緯」の掘り起こしを進める。

われわれ、中皮腫サポートキャラバン隊はその名のとおり、中皮腫患者をサポートしていく取り組みを今後も続けていく。

(*) この中皮腫患者アンケート調査は2019年度の高木仁三郎市民科学基金の助成金を得て実施した調査です。

*1: 石綿健康被害救済制度は、石綿による健康被害の特殊性に鑑み、石綿による健康被害を受けられた方及びそのご遺族の方で、労災補償等の対象とならない方に対し迅速な救済を図ることを目的として「石綿による健康被害の救済に関する法律」に基づき創設された。

<https://www.erca.go.jp/asbestos/what/shien/kyusai.html>

*2: 中皮腫サポートキャラバン隊「中皮腫患者の療養生活の実態調査アンケートにご協力を!!」

<https://asbesto.jp/archives/1342>

*3: (独)環境再生保全機構による「令和元年度石綿健康被害救済制度における制度利用アンケート集計結果報告書」

https://www.erca.go.jp/asbestos/chousa/pdf/survey_r01.pdf



混乱と新たな方法の模索 がん治療軌道に戻す努力 英国メゾテリオーマUKのCOVID影響調査

概要

イギリスの中皮腫発症率は世界でもっとも高い。

それは避けることのできるがんであり、治療は治らなく、中皮腫罹患者は有益な治療にアクセスできるほんの短い間の機会しかもたない。悲しいことに、COVID-19パンデミックに伴い、中皮腫患者とその家族は、とりわけもっとも影響を受けるがん患者になった。状況が絶望的になった者もいる。

メゾテリオーマUKは、2020年5月1日に第1回COVID影響調査をまとめた。回答者（患者35人と介護者29人）は、パンデミックがもたらしつつある影響を率直に述べ、経験しつつある恐れや心配、現実的な困難を共有した。この第2回調査は、同じ問題を扱っているが、メゾテリオーマUKの27人の看護士チームを通じてのものである。

メゾテリオーマUKの各看護士は、NHS（国民保健サービス）病院を本拠にしており、各人は、COVIDパンデミックの最初の6か月間を通じて、患者を支援し、パンデミックの影響を最小限にするとともに、可能な限り継続性が維持できるようにサービスを適応させるため、休むことなく働いた。

20人の看護士が18項目の調査に回答し、COVIDパンデミックを通じて中皮腫罹患者を世話した自らの経験から直接得られた課題、懸念及び主要な関心事を詳細に記述した。

2回の調査双方の知見には多くのオーバーラップがあり、多数の勧告が繰り返されるとともに、新たな勧告もなされた。主要な勧告はがん治療に焦点をあてている：

すべての者にとってがん治療を軌道に戻すことがもっとも重要である。

- ・すべてのイギリスのNHSトラスト、GP（一般開業医）及び一次医療サービスは、COVID以前のサービス提供への（必要な適応つきで）100%復帰を実現するための期限が与えられるべきである。
- ・すべての臨床試験はリスクアセスメントを実施され、可能な場合には再開されるべきである。
- ・とりわけ私たちのもっとも影響を受けやすいがん患者のために、在宅治療サービスを検討考慮する。
- ・早急に免疫抑制のより少ない治療計画が利用可能にされるべきである。
- ・末期（ターミナル）診断されたがん患者の特有の状況に対処するための特別のガイドラインと助言が利用できるようにされるべきである。
- ・がん患者が大事（Cancer patients matter）であり、すべてのがん患者がCOVID治療を受けることができることの公的な再確認を継続する。

背景

COVID世界的流行のアウトブレイクを受け、個人々の安全を最大化するとともに、COVIDが生み出した医療需要に適応するために、必然的に私たちの全国的がんサービスには広範囲な混乱があった。

2020年5月、中皮腫患者とその家族に対するこの影響を把握するために、メゾテリオーマUKは、患者と介護者の初期のパンデミック経験に焦点を当てた調査を行った。この概要はNHSイングランドに直接送られた報告のなかを示されており、「キャンサー52」及びキャンサーチャリティ・フォーラムによって設立された「COVID・キャンサー・インテル」イニシアティブによって共同実施された大規模フィードバックにも貢献した。

メゾテリオーマUK第1回COVID影響調査 (2020年5月)

主な知見の要約

- ・中皮腫患者は病院に通うのを怖がっており、COVID-19に曝露することを懸念している。
- ・50%が、治療が延期またはキャンセルされたと記述した。すべての回答者が治療中だったわけではない。
- ・回答者の64%が、スキャンまたは外来の予約が変更されたと答えた。
- ・回答者は、いかに感じたかを説明するのに、「おびえた、見捨てられた、不安な、迷いの中にそして不安定な中に取り残された」と感じたという言葉を使った。
- ・患者は、面談による診察の機会を失っているが、電話診察はすぐに受け入れられた。彼らをチェックするための臨時電話は高く評価されている。
- ・家族/介護者が、電話による医療専門家とのコミュニケーションの機会を失う可能性がある。
- ・患者がNHS隔離 [Shielding] 患者リスト (SPL) に自動的に含まれるかどうかについては差があった。SPLへの自動的包含の欠如は、人々が自分は隔離される必要がないと思いつながった。医療専門家と患者は、SPLに登録する方法について大きな混乱を経験した。
- ・家族支援やチャリティ/社会サービスによって、人々は一般的に買い物や必須の用足しに困難を経験しなかった。
- ・病院の処方箋は、それらが病院内でしか利用できないことに問題がある。
- ・ルーチンの運動、趣味や家事補助の確立はすべて、社会的隔離の否定的影響に立ち向かうのに役立った。
- ・家族や友人と連絡を保つためのソーシャルメディアの利用は有用だったが、それを以前利用したことのない者にとっては困難だった。
- ・病院、地域保健及び緩和医療の専門家との相互連絡は頻繁だった。
- ・患者のフィットネス及びメンタルヘルスは劣化した。
- ・多くの心配が表明された：
 - ・治療の中止による中皮腫の進行
 - ・COVID19への曝露の恐れ
 - ・中皮腫に加えてCOVID-19に耐える能力
 - ・中皮腫の既往のゆえにCOVID-19に対する治療が差し控えられるという思い込み
 - ・残された限られた人生を、家族や愛する者と

一緒にではなく、ロックダウンのなかで過ごすこと

- ・家族や友人の存在と彼らからの支援がもっとも喜ばれたが、地域社会のイニシアティブ、オンライン・ショッピングや医療専門家からの接触も評価された。
- ・多くの回答者にとって、イギリスの中皮腫コミュニティ（患者、アスベスト支援グループやメゾテリオーマUK）が有用であったし、それらからの最新情報は有益であった。
- ・調査全体を通じて、NHSへの感謝と称賛及び医療労働者への気遣いが表明された。

調査結果は数多くの勧告につながり、メゾテリオーマUKは、チャリティの多くの患者・家族向けサービスを通じて、とりわけチャリティが資金提供する専門のNHSを基礎にした「中皮腫臨床看護専門家」のチームを通じて、提供される支援の設計及び増強にこれらの知見を活用した。

メゾテリオーマUK臨床看護専門家

チャリティは、インバネスからプリマス、ケント、ウェールズ、ケンブリッジ及びそれらの間の多くの場所のNHSにおける、27人の専門の「中皮腫臨床看護専門家（中皮腫CNS）」に資金提供している。私たちががんチャリティのさらなる要請を受けたとき、彼らのアドボカシー的役割において、患者の進行中の諸問題や経験に関連したことについて可能な限り詳しくフィードバックするために、私たちの専門家看護師の洞察と経験を詳細に調査することを決定した。

第2回調査

方法

メゾテリオーマUKは、具体的に私たちの看護チームを対象に、第2回調査項目（付録1〔省略〕）をまとめた。調査は、中皮腫患者の視点から私たちのがんサービスに何が起きているかを把握及び強調するとともに、看護師と彼らの臨床チームが継続してかかえている課題を把握するように、設計された。

調査は2020年8月下旬、チャリティの運営チーム

のメンバーによって、25人の中皮腫CNSに配布された。サービス部長と看護部長は含まれていない。回答はEメールで返送され、匿名化されて照合された。調査は18の質問項目をもち、そのうち13は記述回答を求めた。回答は、現出しつつある課題を確立するために分類された。

結果

コンタクトをとった25人の看護師のうち20人から回答を受け取った。多くの看護師は一つまたは二つのチームで働き、それゆえ集団的回答を選ぶかもしれないことから、全数回答は期待されていなかった。また、調査要請は夏季休暇中に配布され、回答期間は短かった。

診断及び照会

診断サービスに関する経験は様々だった。看護師らは、照会数が減少したこと、診断される患者の数が通常よりも少なかったことを確認した3人の看護師は、患者が一般開業医にアクセスするうえで経験した困難に、面談による診察の難しさが加わったと記述した。おそらく、一般開業医の照会よりも、救急部門での初期症状経由で診断された患者のほうが多かったことが強調された。

3人の看護師は、診断サービスには何の混乱もなかったと言った。他の者が経験した混乱はすべての地域にまたがっていた。諸手続の調整や実施により長い時間がかかったことに加え、CTスキャン、胸腔鏡検査や生検へのアクセスが遅れ、一定期間中断した場合もあった。パンデミックに入って5か月以上経つにもかかわらず、多くの看護師がなお、調査実施の時点で、進行中の混乱のなかで働かなければならなかった。胸腔鏡検査（3人の看護師）、CTスキャン（7人の看護師）、外科生検（1人の看護師）のアクセスすべてが、いまなお影響を受けているものとして強調された。チームが回復・修復サービスを検討したとき、集中化されたハブからの診断サービスの送還が、残念なことにさらなる遅れをもたらした。

患者・介護者の恐れまたは心配

圧倒的にもっとも共通する患者がCNSに表明した恐れは、COVIDに罹患すること、また、曝露リスクの高い場所と考えることから病院に通うことを望まないことについてだった。13人の看護師が、これを重要な関心事としてあげた。

看護師らが強調した第2の恐れは、病気の進行についての懸念や心配であり、6人の看護師が、治療の遅れ、治療または治験の中止が、患者が恐れていることであると確認した。

患者は、放っておかれ、見捨てられ、またいらだつ感覚を報告した。患者は独りで死ぬために家に送られたと感じたと話し、また、逆に言えば、入院が認められたら、訪問者もなしに独りで死んでいくのではと恐れた者もいる、と看護師は言った。

現在のがんサービス改善の優先事項

看護師らは、現在のがんサービスの状況を改善するための最優先事項は何であると、患者と介護者が言うと思うか、尋ねられた。確認された圧倒的な優先事項は、治療・臨床試験へのアクセス及び通常受けられる治療オプションを軌道に戻すことだった。看護師らはまた、患者はオンライン/電話予約を喜んでいるが、面談による予約を本当に大事に思っており、その機会を失っているとも示唆した。看護師らは、可能な限り早くまた幅広く、面談による予約を回復すべきであると感じていた。ある看護師はまた、治療に関連したリスクや病院環境に入ることに関する、神話を払拭する可能性の高い、より明瞭な情報を必要としていると言った。

看護師のもっとも困難または悲しい問題

患者との顔を合わせた接触の欠如が、看護師にとって最も困難で悲しい問題と感じられ、6人の看護師は、このことがどのように感じさせたかを記述した。また、顔を合わせた接触の欠如が、患者が適切に評価されず、コミュニケーションスキルやトレーニングをフォローできず、悪い知らせは電話ではうまく伝えられず、患者や存家族との関係を築くことが一層困難であることを意味したことに対する懸念もあった。

終末ケア、愛する者と過ごせることや人生の終わ

りに訪問者がいないことが困難として確認され、6人の看護師が状況を記述した。患者とその家族は、とりわけそのような短い寿命なのに一緒に過ごすことができないことに、非常にだまされたと感じた。

看護師らはこの期間に、患者や家族との電話の回数と複雑さが増したと感じた。彼らはまた、患者が支援を受けるのを確保するために、患者にリーチアウトすることに以前よりはるかに積極的だった。看護師らは、とりわけ隔離され、家族と切断された者について、電話やオンライン接触だけで患者を元気づけることに困難を見出した。

看護師らはまた、個人的に彼らに対する影響についても話した。ある看護師は、「それは私に本当に影響を与えた—キャリアを通じて私が考える以上に。ときどき私は、誰とも会話ができないと感じた—何も残っていないと」。別の看護師は、自分は標準以下のケアばかり提供しているとしか感じられなかったと書いた。

一般的に言って、9人の看護師は患者を支援するのにかなり手間がかかったと言い、5人はやや多くと言った。顔を合わせた接触が減るなかで、看護師は、必要な支援を提供するために、電話により多くの時間を費やした。サービスや治療を中止・中断すること、どの治療や治験が行われているかについて最新情報を維持することは困難だった。放射線学への要請が通常よりも多くあり、CTスキャンの調整はときどき困難だった。

役に立つひとつのことを実施

看護師らは、現在の状況に役立てるためにやりたい、または変えたいことがひとつあるとしたら、それは何かと尋ねられた。彼らは、顔を合わせた相談をもう一度可能にしたいと回答した。彼らは、臨床試験の再開と毒性の少ない薬の確保を望んだ。看護師が実施したいと思った最後のことは、病院環境での家族の中皮腫患者の訪問及び付き添いを認めることだろう。

新しい働き方

看護師らと彼らが働くチームは、様々な新しい働き方を採用した。電話(11人)やビデオ(6人)を使っ

たバーチャル診療所がもっとも共通になりつつある。加えて、バーチャル支援グループ(10人)、バーチャルMDT(中皮腫多職種チーム)会議(11人)やチーム会議(10人)があった。ある看護師は、在宅で働くことができ、別の看護師は、新しい看護師主導の患者ケアサービスを確立した。ほとんどの新しい働き方は、明らかにパンデミック後も継続するであろうことが、ひろく予想された。

患者とのバーチャル・コミュニケーションの経験 (ビデオ及び電話)

患者とバーチャルに働くことの数多くの長所と短所が確認された。

○バーチャルに働くことの長所

- ・ 病院に行く必要なし
- ・ CNSとのより頻繁な接触が可能
- ・ ケアの継続性の増加
- ・ 旅行時間の減少
- ・ 患者のCOVID曝露への不安に適応
- ・ 患者がそれを好んでいるように思われること
- ・ 患者に紹介したサービスでより素早いバーチャル予約の取得
- ・ 駐車の問題または費用がない
- ・ 医療専門家の在宅労働が可能
- ・ 患者は自宅のほうがくつろげる
- ・ 同じ部屋にいらなくてもスピーカーフォンを通してまたは3方向会話で介護者も関与可能
- ・ より頻繁なフォローアップ提供が容易

○バーチャルに働くことの短所

- ・ 非言語的の手がかりを拾うことの困難
- ・ 患者を検査できない
- ・ 医師が見えないことで患者が不安を感じる
- ・ パフォーマンス状況の評価が困難
- ・ 悪い知らせを伝えること/難しい会話が困難
- ・ 技術を評価する必要性
- ・ 聞き取り困難がある者にとっての困難
- ・ 興奮した患者に支援を提供することの困難
- ・ 血液検査やX線検査を行えない

隔離の助言についての理解

2020年5月に実施されたメゾテリオーマUKの最

初のCOVID調査は、隔離 [Shielding] に関する大きな混乱を明らかにした。看護師らは、患者が隔離の助言の複雑さに苦闘し続けてきたことを確認するとともに、当初の「ダンケルク精神」は時とともに衰えたと感じていた。患者が、進行中の隔離で家族や友人、とりわけ孫を失っていると感じるにつれて、看護師らは、「私たちはこれを乗り越えられる」という姿勢が減少したことを観察した。メンタルヘルスや信用への影響、孤立感や誰かが自暴自棄と言うものが、その犠牲を払っている。結果と生存が悪いことから、これは中皮腫罹患者とその家族にとってはさらに複雑だった。人々は、長く生きるのとなければ、隔離にほとんど意味はないとはっきり感じており、彼らはこの時期に愛する者との接触を望んでおり、また多くが、中皮腫の診断の既往のゆえにCOVIDに罹患したら治療を提供されないだろうと考えていた。何人かの患者は、このために隔離の登録をしないことを選択し、それを苦痛と思ったために説明や助言を避けた者もいた。

看護師らは、隔離に関する進行中の混乱を確認した。ある看護師は回答のなかで、医療専門家も混乱させられることを強調して、患者はなお隔離し続けるべきであるのか疑問を提起した。別の看護師は、隔離が終わって以降に流された助言がさらに混乱を増したと記述した。

ソーシャルメディアやインターネットへのアクセスは、患者が最新情報を維持するのを容易にするように思われる。

患者の懸念や混乱、ときには隔離への抵抗にもかかわらず、看護チームは患者にガイダンスを守ることを奨励するとともに、要請されたときに病院に通うのは安全であると安心させた。

ガイダンスと情報源

調査は看護師に、患者の必要性に合ったガイダンスや情報源をもっているかどうか尋ねた。イギリス全体での助言の欠如、それが各国で異なり、変更の頻度の高いことは、最新情報を保ち、助言を提供し、ガイダンスに従うことを困難にした。情報源には、自らのNHSTラスト、政府のウェブサイト、メゾテリオーマUK、NHSE、CRUK、LCNUK及びキャ

ンサー・ワンボイスが含まれた。

ラインマネージャーや自らのNHSトラストからの支援は多様で、ラインマネージャーからの支援はきわめて不十分だったと言う者もいた。PPE（個人保護具）への限られたアクセスと誰がそれを着用すべきかに関するガイドラインの信頼性の欠如が、当初懸念を生じさせた。在宅で働くことができるようにするIT技術へのアクセスが、問題点のひとつとして確認された。

患者を地域の支援またはレビューに照会しようとするときの、一般開業医や一次医療サービスへのアクセスが、幅広く強調された。

死亡後の困難

メゾテリオーマUKは、葬儀の手配及び死後検視官との連絡の困難について、家族からの電話を受けてきた。私たちはそれゆえ看護師に、患者の家族の経験がどのようなものだったか、感じていることがあるかを尋ねた。葬儀に限られた人数しか参列を許されなかったことが、多くにとって明らかな問題だった。思いやりがあり支えてくれた葬儀担当者がこの期間を通じていたことについての肯定的なコメントもあった。死亡証明書または検視官事務所との連絡に関するコメントはなかった。

給付や民事請求の遅れ

すべての看護師が回答し、給付または補償の請求と受給、支援または支払いにおける何らかの遅れに気づいた者はいなかった。例外がひとつあり、ある患者は民事請求が遅れたと感じた。また、入院中のある患者が、書類仕事を仕上げるための弁護士の訪問を受けることができなかったという状況があった。

患者を代表してのメゾテリオーマUK CNSの主要なメッセージ

混乱が少なかったか、なかった場合には患者は感謝を表明したが、今後私たちは、第2波があったときに、サービスが維持されるようにするために、診断から治療まで、がんサービスを守る必要がある。これは国全体を通じて公平であるべきであり、また、

それでも病院には通うことは安全であるという、はっきりしたメッセージと結合されるべきである。

一般開業医と一次医療サービスは軌道に戻されて、COVID以前のサービスを提供する必要がある。

隔離についての助言は、誰が影響を受けやすく、どのように自らを守るのかについて、より明瞭かつより一貫したものである必要がある。

何人かの患者は、隔離から出てくることはロックダウンよりも難しかったと感じた。COVIDパンデミックの長期影響があるだろうし、患者には継続した支援が必要である。スタッフは疲労し、士気は低い。あなた自身が怖くて不安でいるなかで、他の人の不安、心配や恐れに対処しなければならないことは、その犠牲を払ってきた。

最後のCOVID関連コメント

一般開業医へのアクセスは、いまでもそれを欠いていることから、再度強調する。看護師らは、人々に最新情報を保ち、支援を提供し続けることに関して果たしたチャリティ団体の役割に感謝している。看護師らは一般に、NHSが協力して、パンデミックに対応したやり方は本当に素晴らしいもので、主要な労働者に対する人々の反応も元気づけられるものだったと感じていたように思われる。

結論

4か月後にまとめられ、第1回は患者で第2回は看護師の回答であったにもかかわらず、メゾテリオーマUKが実施した2つのCOVID調査の結果には、数多くの類似性がある。

COVIDに罹患すること、COVID治療の資格がないまたは値しないと思われることへの恐れや、治療が中断されている間に中皮腫が進行することに対する絶え間ない心配が、圧倒的な問題だった。

いくらかの患者はなお臨床試験または調査にアクセスできないことを意味する、一定の多様性はあるものの、ほとんどのがんサービスがいまでは回復している。将来の何らかのCOVID急増においても、すべてのがんサービスを公平かつ持続的に回復することは、私たちがこのパンデミックとともに前

進することから、不可欠かつ優先事項であると一般的に考えられている。

隔離に関する混乱及び孤立によって生じた感情的精神的負担はいまなお明らかである。患者の平均余命が非常に限られ、家族、友人や愛する者との時間に没頭する緊急性のある、中皮腫のような病気では、これはおそらく一層明らかである。

いくらかの働き方の変化がおそらくサービスを強化した。バーチャル・コンサルテーションは歓迎される選択肢を加えたが、どちらの調査も、患者と臨床チームには、必須の標準的なケア、治療やコミュニケーションを維持するために、顔を合わせたコンサルテーションが必要であることを確認した。

一般開業医と一次医療サービス、とりわけ緩和ケアサービスへのアクセスは中断させられ続けており、この2次サービスの看護師らは、緊急に対処される必要があるものとして、優先順位づけしている。

中皮腫罹患者が訪問を受け、付き添いを伴う権利をもつよう、看護師からの請願があった。いかなる治療に関わりなく、1年以内に死をもたらし可能性のある病気をかかえて生きることは、NHSトラスト全体を通じて採用されてきた、一般的な訪問制限アプローチを振り払う、疑いない正当な理由になる。

最後に、看護師らは、パンデミックを通じて広く表明された、NHSに対する感謝と支援をいまも感じることができ、これは非常に心の温まることである。看護師らは、彼ら自身に対する個人的なCOVIDパンデミックの影響が認知されることを望んだ。モラルが影響を受け、彼らもまた管理する自ら及び家族のCOVID体験をもち、各自が独自の恐れや不安をかかえながら、臨床チームは疲労し、時には必要な支援を提供するのに苦労している。

勧告

この第2回調査の結果は、2020年5月に実施された前回調査による数多くの知見と勧告を支持した。

以下の勧告は、双方の調査の知見を考慮したものである。

- ・すべての者のためにがん治療を軌道に戻すことが不可欠である。
- ・すべてのイギリスのNHSトラスト、一般開業

医及び一次医療サービスは、COVID以前のサービス提供への（必要な適応つきで）100%復帰を実現するための期限が与えられるべきである。

- ・すべての臨床試験はリスクアセスメントを実施され、可能な場合には再開されるべきである。
- ・とりわけ私たちのもっとも影響を受けやすいがん患者のために、在宅治療サービスを検討する。
- ・早急に免疫抑制のより少ない治療計画が利用可能にされるべきである。
- ・末期診断されたがん患者の特有の状況に対処する特別のガイドラインと助言が利用可能にされるべきである。
- ・がん患者が大事（Cancer patients matter）であり、すべてのがん患者がCOVID治療を受けることができることの公的な再確認を継続する。
- ・電話コンサルテーションは容認できるものであり（ビデオが好ましいかもしれない）、COVIDパンデミック後もルーチンとして考慮されるべきであるが、臨床検査や悪い知らせ伝えるために、また患者の要請に基づいて、面談による予約を利用できるようにすべきである。
- ・隔離の助言・ガイドラインは個人に適合させたものにするとともに、より詳しいものにすべきである。
- ・病院と地域の処方方を互換性のあるものべきである。
- ・処方家庭配達サービスを検討する。
- ・完全なCOVID影響及び医療労働者の長期的支援の必要性を調査する。
- ・チャリティのバーチャル及びオンライン・サポートを通じて人々に提供する情報を維持するよう、NHS イングランド会議とともにチャリティに要請を続ける。
- ・COVIDがもたらした働き方（バーチャル診療所、MDTチーム会議、支援グループ）のどれがベストに機能したか確認するとともに、全国的ガイドラインを作成する。



※<https://t.co/HCFbhijRh6?amp=1>

解体工事等石綿対策一定強化 事前調査結果等の電子報告も 改正石綿障害予防規則等10月以降施行

改正の主な内容等

石綿障害予防規則等〔「等」は労働安全衛生法施行規則のこと〕の一部を改正する省令（令和2年厚生労働省令第134号）及び改正省令による改正後の石綿障害予防規則（平成17年厚生労働省令第21号）に基づく関係告示が公布・告示され、ま2020年8月4日付けで施行通達－基発0804第8号「石綿障害予防規則等の一部を改正する省令等の施行について」が示された。

次頁の図は、今回の改正の主な内容を図示したもので、17頁の表には、「工事・作業別の規制内容の早見表」を示した。以下、施行日順に、石綿障害予防規則等の改正内容を解説する。

石綿含有成形品の 除去工事に関する規制

令和2(2020)年10月1日施行

■事業者は、成型された材料であって石綿等が使用されているもの（石綿含有保温材等を除く。以下「石綿含有成形品」という。〔スレート、ボード、タイル、シートなど〕）を除去する作業においては、技術上困難な場合を除き、切断、破碎、穿（せん）孔、研

磨等（以下「切断等」という。）以外の方法により当該作業を実施しなければならない。

■切断等以外の方法により石綿含有成形品を除去する作業を実施することが技術上困難な場合であって、石綿含有成形品のうち特に石綿等の粉じんが発散しやすいものとして厚生労働大臣が定めるもの〔けい酸カルシウム板第1種〕を切断等の方法により除去する作業を行うときは、当該作業を行う作業場所をビニルシート等で隔離する等の措置を講じなければならない〔負圧に保つことまでは求められていない〕。

○技術上困難な場合は：

材料が下地材などと接着材で固定されており、切断等を行わずに除去することが困難な場合や、材料が大きく切断等を行わずに手作業で取り外すことが困難な場合など

○切断・破碎等以外の方法とは：

ボルトや釘等を撤去し、手作業で取り外すことなどをいう

事前調査の方法の明確化等

令和3(2021)年4月1日施行

■事業者は、建築物、工作物又は船舶（鋼製の船舶に限る。以下同じ。）の解体又は改修（封じ込め

改正石綿障害予防規則等

改正後の規制(改正石綿障害予防規則) ※下線部分が改正事項



[参考] 改正前の規制(石綿障害予防規則)

(レベル1建材のみ) 計画届の提出

(レベル2建材のみ) 作業届の提出

(全てのレベルで実施) 事前調査の実施、作業計画の作成、作業時に建材を湿潤な状態にする、マスク等の使用、作業主任者の選任、作業者に対する特別教育の実施、健康診断の実施

(レベル1・2建材) 作業場所を隔離し負圧を維持、集じん・排気装置の初回時点検、作業前の負圧点検

工事・作業別の規制内容の早見表

■ 工事開始前まで

規制内容	工事の種類	全ての解体・改修工事		
		建築物	工作物	船舶
事前調査の実施、記録の3年保存		●	●	●
事前調査に関する資格要件		●		
事前調査結果等の報告(工事開始前まで)		● ^{※1}	● ^{※2}	
作業計画の作成(石綿含有建材がある場合)		●	●	●
計画の届出(工事開始の14日前まで)		● ^{※3}	● ^{※3}	● ^{※3}

※1 床面積80m²以上の解体工事または請負金額100万円以上の改修工事に限る

※2 請負金額100万円以上の特定の工作物の解体工事または改修工事に限る

※3 吹付石綿等(レベル1建材)または石綿含有保温材等(レベル2建材)がある場合に限る

■ 工事開始後(石綿含有建材を扱う作業に限る)

主な規制内容	作業の種類	吹付石綿、保温材等の除去等	けい酸カルシウム板第1種の破碎等	仕上塗材の電動工具による除去	スレート板等の成形品の除去
事前調査結果の作業場への備え付け、掲示		●	●	●	●
石綿作業主任者の選任・職務実施		●	●	●	●
作業者に対する特別教育の実施		●	●	●	●
作業場所の隔離		●	●	●	
隔離空間の負圧維持・点検・解除前の除去完了確認		●			
作業時に建材を湿潤な状態にする		●	●	●	●
マスク、保護衣等の使用		●	●	●	●
関係者以外の立入禁止・表示		●	●	●	●
石綿作業場であることの掲示		●	●	●	●
作業者ごとの作業の記録・40年保存		●	●	●	●
作業実施状況の写真等による記録・3年保存		●	●	●	●
作業者に対する石綿健康診断の実施		●	●	●	●

又は囲い込みを含む。)の作業(以下「解体等の作業」という。)を行うときは、あらかじめ、当該建築物、工作物又は船舶(それぞれ解体等の作業に係る部分に限る。以下「解体等対象建築物等」という。)の全ての材料について、設計図書等の文書を確認する方法及び目視により確認する方法により石綿等の使用の有無の調査(以下「事前調査」という。)を行わなければならない。

これは、用語が整理されるとともに、工事対象となる全ての材料について事前調査が必要なこと、及び、事前調査の方法が明確化されたものである。

・「目視」とは、単に目で見て判断することではな

く、現地で部材の製品情報などを確認することを用いる。

- ・目視ができない部分は、目視が可能となった時点で調査する。
- ・石綿が使用されていないと判断するためには、製品を特定した上で、以下のいずれかの方法によらなければならない。
 - ・その製品のメーカーによる証明や成分情報などと照合する方法
 - ・その製造年月日が平成18(2006)年9月1日以降であることを確認する方法

○「建築物」の定義の整理

全ての建築物をいい、建築物に設けるガス若しくは電気の供給、給水、排水、換気、暖房、冷房、排煙又は汚水処理の設備等の建築設備を含むものであること

○「工作物」の定義の整理

上記の建築物以外のものであって、土地、建築物又は工作物に設置されているもの又は設置されていたものの全てをいい、例えば、煙突、サイロ、鉄骨架構、上下水道管等の地下埋設物、化学プラント等、建築物内に設置されたボイラー、非常用発電設備、エレベーター、エスカレーター等又は製造若しくは発電等に関連する反応槽、貯蔵設備、発電設備、焼却設備等及びこれらの間を接続する配管等の設備等があること

なお、建築物内に設置されたエレベーターについては、かご等は工作物であるが、昇降路の壁面は建築物であることに留意すること

■ただし、以下など、一定の要件に該当する場合は別の方法によることができるとされている。

- ・以下の確認ができる場合は、目視等によらずともよい。
 - ・過去に行われた事前調査に相当する調査の結果の確認
 - ・インベントリ確認証書が交付されている船舶のインベントリの確認
 - ・着工日が平成18（2006）年9月1日以降であることの確認
- ・以下に該当する場合は、石綿の飛散リスクはないと判断できるので、調査を行う必要はない。
 - ・木材、金属、石、ガラス、畳、電球などの石綿が含まれていないことが明らかなものの工事で、切断等、除去または取り外し時に周囲の材料を損傷させるおそれのない作業
 - ・工事対象に極めて軽微な損傷しか及ぼさない作業・現存する材料等の除去は行わず、新たな材料を追加するのみの作業
 - ・石綿が使用されていないことが確認されている特定の工作物の解体・改修の作業

■事業者は、事前調査を行ったにもかかわらず、解体等対象建築物等について石綿等の使用の有無が明らかとならなかったときは、分析による調査（以

下「分析調査」という。）を行わなければならない。ただし、当該解体等対象建築物等について、石綿等が使用されているものとみなして労働安全衛生法及びこれに基づく命令に規定する措置を講ずるときは、この限りでない。

事前調査等の結果の記録の保存 作業場における掲示/備え付け

令和3（2021）年4月1日施行

■事業者は、事前調査又は分析調査（以下「事前調査等」という。）を行ったときは、当該事前調査等の結果に基づき作成した記録を3年間保存するものとする。

○調査結果の記録項目

- ・事業者の名称・住所・電話番号、現場の住所、工事の名称・概要
- ・事前調査の終了年月日*
- ・工事対象の建築物・工作物・船舶の着工日、構造
- ・事前調査の実施部分*、調査方法、調査結果（石綿の使用の有無とその判断根拠）*

■事業者は、解体等の作業を行う作業場には、必要な事項[上記の*の項目]を作業に従事する労働者が見やすい箇所に掲示するとともに、石綿等が使用されている解体等対象建築物等の解体等の作業を行う作業場には、当該記録の写しを備え付けなければならない。

吹付石綿・石綿含有保温材等の 除去工事に関する規制

令和3（2021）年4月1日施行

■事業者は、解体等対象建築物等に吹き付けられている石綿等（石綿等が使用されている仕上げ用塗材（以下「石綿含有仕上げ塗材」という。）を除く。）又は石綿等が使用されている保温材、耐火被覆材等（以下「石綿含有保温材等」という。）の除去、封じ込め又は囲い込みの作業を行う場合に講じなければならない措置に、次の措置が追加された。

- ① ろ過集じん方式の集じん・排気装置の設置場

所を変更したときその他当該集じん・排気装置に変更を加えたときは、当該集じん・排気装置の排気口からの石綿等の粉じんの漏えいの有無を点検すること。

② その日の作業を中断したときは、前室が負圧に保たれていることを点検すること。

・ 負圧の点検は、作業開始前に加えて、作業中断時に作業者が集中して前室から退出するタイミングで実施する必要

※作業中断時とは、休憩等で作業を中断した時や何日間か継続する作業において最終日以外の日の作業を終了した時をいう

■事業者は、前記の作業を行う作業場所の隔離の措置を行ったときは、石綿等に関する知識を有する者が当該吹き付けられた石綿等又は石綿含有保温材等の除去が完了したことを確認した後でなければ、当該隔離を解いてはならない。

○取り残しがないことの確認ができる資格者

- ・ 除去作業の石綿作業主任者
- ・ 事前調査を実施する資格を有する者(建築物に限る)
- ・ 取り残しがないことの確認は、分析等は不要

石綿含有仕上塗材の除去工事に関する規制

令和3(2021)年4月1日施行

■事業者は、建築物、工作物又は船舶の壁、柱、天井等に用いられた石綿含有仕上げ塗材を電動工具〔ディスクグラインダーまたはディスクサンダー〕を使用して除去する作業を行うときは、当該作業を行う作業場所をビニルシート等で隔離する等の措置を講じなければならない〔負圧に保つことまでは求められていない〕。

・ 高圧水洗工法、超音波ケレン工法等は作業場所の隔離不要

建材を湿潤な状態にすることが困難な場合の措置

令和3(2021)年4月1日施行

■事業者は、石綿等を湿潤な状態のものとすることが義務付けられている石綿等の切断等の作業等について、石綿等を湿潤な状態のものとすることが著しく困難なときは、除じん性能を有する電動工具の使用その他の石綿等の粉じんの発散を防止する措置を講ずるように努めなければならない。

○湿潤化を義務付けられている作業

- ・ 石綿等の切断等の作業
- ・ 石綿等を塗布し、注入し、又は張り付けた物の解体等の作業

○湿潤な状態にする方法には：

散水による方法、固化剤を吹き付ける方法のほか、剥離剤を使用する方法も含まれる

○発散防止措置には：

除じん性能付き電動工具の使用以外に、作業場所を隔離することが含まれる

写真等による作業の実施状況の記録

令和3(2021)年4月1日施行

■事業者は、石綿等が使用されている解体等対象建築物等の解体等の作業を行ったときは、当該作業に係る作業計画に従って作業を行わせたことについて、写真その他実施状況を確認できる方法により記録を作成し、3年間保存しなければならない。

・ 以下の内容が確認できるよう写真等により記録(⑥は文書等による記録で可)

- ① 事前調査結果等の掲示、立入禁止表示、喫煙・飲食禁止の掲示、石綿作業場である旨等の掲示状況
- ② 隔離の状況、集じん・排気装置の設置状況、前室・洗身室・更衣室の設置状況
- ③ 集じん・排気装置からの石綿等の粉じんの漏洩点検結果、負圧の点検結果、隔離解除前の除去完了確認の状況
- ④ 作業計画に基づく作業の実施状況(湿潤化の状況、マスク等の使用状況も含む)
※同様の作業を行う場合も、作業を行う部屋や階が変わるごとに記録する必要
- ⑤ 除去した石綿の運搬または貯蔵を行う際の容器など、必要な事項の表示状況、保管の状況

改正石綿障害予防規則等

- ⑥ 作業従事者及び周辺作業従事者の氏名及び作業従事期間
- ・記録は、写真のほか、動画による記録も可能
 - ・撮影場所、撮影日時等が特定できるように記録する必要

労働者ごとの作業の記録項目の追加

令和3(2021)年4月1日施行

■石綿等の粉じんを発散する場所において常時石綿等を取り扱い、若しくは試験研究のため製造する作業又は石綿分析用試料等を製造する作業に従事する労働者等に係る作業の記録の記録項目に、当該作業（石綿等が使用されている解体等対象建築物等の解体等の作業に限る。）に係る事前調査等の結果の概要、作業の実施状況等の記録の概要等が追加された（40年間の保存義務）。

○事前調査結果の概要

後出の「電子システムで報告が必要な内容」と同様（21頁参照）

○作業の実施状況の記録の概要

写真等をそのまま保存する必要はなく、保護具の使用状況も含めた措置の実施状況についての文章等による簡潔な記載による記録

発注者の責務等

令和3(2021)年4月1日施行

■解体等の作業を行う仕事の発注者は、当該仕事の請負人による事前調査等〔所持する情報を事前調査を実施する事業者へ提供すること等〕及び前項の記録の作成〔写真等による記録の作成が適切に行われるよう〔許可や協力〕〕が適切に行われるよう配慮しなければならない。

レベル2建材を計画届対象に追加

令和3(2021)年4月1日施行

■労働安全衛生法第88条第3項の計画届の対象となる仕事に、次の仕事を追加

- ① 建築基準法第2条第9号の2に規定する耐火

建築物又は同法第2条第9号の3に規定する準耐火建築物に吹き付けられている石綿等の封じ込め又は囲い込みの作業を行う仕事

- ② ①の耐火建築物及び準耐火建築物以外の建築物、工作物又は船舶に吹き付けられている石綿等の除去、封じ込め又は囲い込みの作業を行う仕事

- ③ 建築物、工作物又は船舶に張り付けられている石綿含有保温材等の除去、封じ込め又は囲い込みの作業（石綿等の粉じんを著しく発散するおそれのあるものに限る。）を行う仕事

- ・旧石綿則第5条の作業の届出の対象としていたものについて、新たに労働安全衛生第88条第3項の計画届の対象に加えたもの

事前調査等の結果の概要等の労働基準監督署への報告

令和4(2022)年4月1日施行

■事業者は、一定規模以上の建築物又は工作物（工作物については、石綿等が使用されているおそれが高いものとして厚生労働大臣が定めるものに限る。）の解体工事又は改修工事を行おうとするときは、あらかじめ、電子情報処理組織を使用して、事前調査等の結果の概要等を所轄労働基準監督署長に報告しなければならない。

○報告が必要な工事

- ① 解体部分の床面積が80m²以上の建築物の解体工事

※建築物の解体工事とは、建築物の壁、柱及び床を同時に撤去する工事をいう

- ② 請負金額が100万円以上の建築物の改修工事

※建築物の改修工事とは、建築物に現存する材料に何らかの変更を加える工事であって、建築物の解体工事以外のものをいう

※請負金額は、材料費も含めた工事全体の請負金額をいう

- ③ 請負金額が100万円以上の以下の工作物の解体工事・改修工事

・反応槽、加熱炉、ボイラー、圧力容器

- ・配管設備(建築物に設ける給水・排水・換気・暖房・冷房・排煙設備等を除く)
- ・焼却設備
- ・煙突(建築物に設ける排煙設備等を除く)
- ・貯蔵設備(穀物を貯蔵するための設備を除く)
- ・発電設備(太陽光発電設備・風力発電設備を除く)
- ・変電設備、配電設備、送電設備(ケーブルを含む)
- ・トンネルの天井板
- ・プラットホームの上家、鉄道の駅の地下式構造部分の壁・天井板
- ・遮音壁、軽量盛土保護パネル

○電子システムで報告が必要な内容

- ・事業者の名称・住所・電話番号・労働保険番号、現場の住所、工事の名称・概要・工事期間
- ・事前調査の終了年月日、事前調査を実施した者の氏名等
- ・工事対象の建築物・工作物の着工日、構造の概要
- ・床面積(建築物の解体工事)または請負金額(その他の工事)
- ・石綿作業主任者の氏名
- ・事前調査結果の概要(材料ごとの石綿使用の有無、判断根拠)
- ・作業の種類・切断等の作業の有無・作業時の措置

○報告の方法

- ・複数の事業者が同一の工事を請け負っている場合は、元請事業者が請負事業者に関する内容も含めて報告する必要
- ・平成18(2006)年9月1日以降に着工した工作物について、同一の部分定期的に改修する場合は、一度報告を行えば、同一部分の改修工事については、その後の報告は不要

事前/分析調査を実施する者の要件

令和5(2023)年10月1日施行

■事業者は、建築物に係る事前調査については、一定の条件に該当するものとして「設計図書等の

文書による方法及び目視により確認する方法」以外の方法によることができるとされている場合(18頁参照)を除き、適切に当該調査を実施するために必要な知識を有する者として厚生労働大臣が定めるものに行わせなければならない。


○事前調査を実施することができる者

- ・特定建築物石綿含有建材調査者
- ・一般建築物石綿含有建材調査者
- ・一戸建て建築物石綿含有建材調査者(※一戸建て住宅・共同住宅の住戸の内部に限定)
- ・令和5(2023)年9月までに日本アスベスト調査診断協会に登録された者

■事業者は、分析調査については、適切に分析調査を実施するために必要な知識及び技能を有する者として厚生労働大臣が定めるものに行わせなければならない。

○分析調査を実施することができる者

- ・厚生労働大臣が定める分析調査者講習を受講し、修了考査に合格した者
- ・公益社団法人日本作業環境測定協会が実施する「石綿分析技術の評価事業」により認定されるAランクまたはBランクの認定分析技術者
- ・一般社団法人日本環境測定分析協会が実施する「アスベスト偏光顕微鏡実技研修(建材定性分析エキスパートコース)修了者」
- ・一般社団法人日本環境測定分析協会に登録されている「建材中のアスベスト定性分析技能試験(技術者対象)合格者」
- ・一般社団法人日本環境測定分析協会が実施する「アスベスト分析法委員会認定JEMCAインストラクター」

以上は、「改正の要点」は基発0804第8号の記述(■をつけて記述した部分)、それに続く解説は厚生労働省作成のリーフレット「建築物・工作物・船舶の解体工事、リフォーム・修繕などの改修工事に対する石綿対策の規制が強化されます」(<https://www.mhlw.go.jp/content/000656330.pdf>)から)を基本にして、必要と考えた加筆・修正を加えたもので、基発0804第8号の「細部事項」にはより詳しい解説があるので、必要に応じて参照された(<https://joshrc.net/archives/6310>)。 

労働安全衛生法第28条第1項の規定に基づく技術上の指針に関する公示

労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第28条第1項の規定に基づき、建築物等の解体等の作業及び労働者が石綿等にはばく露するおそれがある建築物等における業務での労働者の石綿ばく露防止に関する技術上の指針（平成26年3月31日付け技術上の指針公示第21号）を改正したので次のとおり公表する。

令和2年9月8日

厚生労働大臣 加藤勝信

建築物等の解体等の作業及び労働者が石綿等にはばく露するおそれがある建築物等における業務での労働者の石綿ばく露防止に関する技術上の指針

1 趣旨

この指針は、建築物等の解体等の作業又は労働者が石綿等にはばく露するおそれがある建築物等における業務を行う労働者の石綿のばく露による健康障害を予防するため、石綿障害予防規則（平成17年厚生労働省令第21号。以下「石綿則」という。）に規定する事前調査及び分析調査、石綿を含有する材料の除去等の作業における措置及び労働者が石綿等にはばく露するおそれがある建築物等における業務に係る措置等に関する留意事項について規定したものである。

2 建築物等の解体等の作業における留意事項及び推奨される事項

2-1 事前調査及び分析調査

- (1) 使用されている可能性がある石綿含有材料の種類が多岐に亘るような大規模建築物又は改修を繰り返しており石綿含有材料の特定が難しい建築物については、建築物石綿含有建材調査者講習登録規程（平成30年厚生労働省、国土交通省、環境省告示第1号）第2条第3項に規定する特定建築物石綿含有建材調査者又は一定の事前調査の経験を有する同条第2項に規定する一般建築物石綿含有建材調査者が事前調査を行うことが望ましいこと。
- (2) 事前調査において、石綿等の含有を判断するに当たっては、国土交通省及び経済産業省が公表する「アスベスト含有建材データベース」を活用することが望ましいこと。
- (3) 事前調査のために、天井板を外す等、囲い込まれた部分を解放するに当たっては、当該部分の内部に

吹き付けられた石綿等が存在し、天井板に石綿等の粉じんが堆積している等、囲い込みを解放する作業により石綿等の粉じんが飛散するおそれがあることから、あらかじめ作業場所を隔離するとともに、呼吸用保護具を使用することが望ましいこと。

- (4) 吹付け材について分析調査を行う場合は、次に掲げる措置を講じることが望ましいこと。
 - ア 石綿をその重量の0.1パーセントを超えて含有するか否かの判断のみならず、石綿の含有率についても分析し、ばく露防止措置を講ずる際の参考とすること。
 - イ 建築物等に補修若しくは増改築がなされている場合又は吹付け材の色が一部異なる場合等吹付けが複数回行われていることが疑われるときには、吹付け材が吹き付けられた場所ごとに試料を採取して、それぞれ石綿をその重量の0.1パーセントを超えて含有するか否かを判断すること。
 - ウ 試料の採取に当たっては、表面にとどまらず下地近くまで採取すること。
- (5) 試料の採取のために材料の穿孔等を行う場合は、呼吸用保護具を使用するとともに、当該材料を湿潤な状態のものとすることが望ましいこと。

2-2 吹き付けられた石綿等の除去等に係る措置

2-2-1 隔離等の措置

石綿則第6条第2項に規定する隔離、集じん・排気装置の設置、前室等の設置及び負圧（以下「隔離等」という。）の措置は、次の(1)から(5)までに定めるところによることが望ましいこと。

(1) 隔離の方法

- ア 床面は厚さ0.15ミリメートル以上のプラスチックシートで二重に貼り、壁面は厚さ0.08ミリメートル以上のプラスチックシートで貼り、折り返し面（留め代）として、30から45センチメートル程度を確保することにより、出入口及び集じん・排気装置の排気口を除いて作業場所を密閉すること
- イ 隔離空間については、内部を負圧に保つため、作業に支障のない限り小さく設定すること。
- ウ 吹き付けられた石綿等の除去等の作業を開始する前に、隔離が適切になされ漏れがないことを、隔離空間の内部の吹き付けられた石綿等の除去等を行う全ての対象部分並びに床面及び壁面に貼った全てのプラスチックシートについて目視及びスモークテスターで確認すること。

(2) 集じん・排気装置の設置方法

ア 集じん・排気装置は、内部にフィルタ（1次フィルタ、2次フィルタ及びHEPAフィルタ（日本産業規格（JIS）Z8122に定める99.97パーセント以上の粒子捕集効率を有する集じん性能の高いフィルタをいう。以下同じ。））を組み込んだものとするともに、隔離空間の内部の容積の空気を1時間に4回以上排気する能力を有するものとする。

イ 集じん・排気装置は、隔離空間の構造を考慮し、効率よく内部の空気を排気できるよう可能な限り前室と対角線上の位置に設置すること。また、内部の空間を複数に隔てる壁等がある場合等には、吸引ダクトを活用して十分に排気がなされるようにすること。

(3) 隔離空間への入退室時の留意事項

ア 隔離空間への入退室に当たっては、隔離空間の出入口の覆いを開閉する時間を最小限にとどめること。また、中断した作業再開の際に集じん・排気装置の電源を入れるために入室するに当たっては、内部が負圧となっていないことから、特に注意すること。

イ 隔離空間からの退室に当たっては、身体に付着した石綿等の粉じんを外部に運び出さないよう、洗身室での洗身を十分に行うこと。また、石綿則第4条に基づき作業計画を定める際には、洗身を十分に行うことができる時間を確保できるよう、作業の方法及び順序を定めること。

(4) 湿潤な状態のものとする方法

吹き付けられた石綿等の除去等に当たっては、材料の内部に浸透する飛散抑制剤又は表面に皮膜を形成し残存する粉じんの飛散を防止することができる粉じん飛散防止処理剤を使用することにより石綿等を湿潤な状態のものとし、隔離空間内の石綿等の粉じんの飛散を抑制又は防止すること。

(5) その他

ア 隔離空間が強風の影響を受け、石綿等の粉じんが飛散するおそれがある場合には、木板、銅板等を設置する等の措置を講じること。

イ 隔離空間での作業を迅速かつ正確に行い、外部への石綿等の粉じんの漏えいの危険性を減ずるとともに吹き付けられた石綿等の除去等の漏れを防ぐため、隔離空間の内部では照度を確保すること。

2-2-2 集じん・排気装置の稼働状況の確認、保守点検等

集じん・排気装置の稼働状況の確認、保守点検等石綿則第6条第2項に規定する集じん・排気装置の取扱いについては、次の(1)から(5)までに定めるところ

によることが望ましいこと。

- (1) 吹き付けられた石綿等の除去等の作業を開始する前に、集じん・排気装置を稼働させ、正常に稼働すること及び粉じんを漏れなく捕集することを点検すること。
- (2) 集じん・排気装置の稼働により、隔離空間の内部及び前室の負圧化が適切に行われていること及び集じん・排気装置を通して石綿等の粉じんの漏えいが生じないことについて、定期的に確認を行うこと。
- (3) 集じん・排気装置の保守点検を定期的に行うこと。また、保守点検、フィルタ交換等を実施した場合には、実施事項及びその結果、日時並びに実施者を記録すること。
- (4) 集じん・排気装置の稼働状況の確認及び保守点検は、集じん・排気装置の取扱い及び石綿による健康障害の防止に関して、知識及び経験を有する者が行うこと。
- (5) 吹き付けられた石綿等の除去等の作業を一時中断し、集じん・排気装置を停止させるに当たっては、空中に浮遊する石綿等の粉じんが隔離空間から外部へ漏えいしないよう、故障等やむを得ない場合を除き、同装置を作業中断後1時間半以上稼働させ集じんを行うこと。

2-2-3 隔離の解除に係る措置

石綿則第6条第3項に規定する隔離の解除に当たっては、次の(1)から(5)までに定める措置を講じることが望ましいこと。

- (1) あらかじめ、HEPAフィルタ付きの真空掃除機により隔離空間の内部の清掃を行うこと。
- (2) 石綿等の粉じんが隔離空間の内部に浮遊したまま残存しないよう、(1)及び石綿則第6条第3項に規定する湿潤化並びに除去完了の確認後、1時間半以上集じん・排気装置を稼働させ、集じんを行うこと。なお、含有する石綿の種類、浮遊状況により、確実な集じんが行われる程度に稼働時間は長くすること。
- (3) 隔離空間の内部の空気中の総繊維数濃度を測定し、石綿等の粉じんの処理がなされていることを確認すること。
- (4) 隔離の解除を行った後に、隔離がなされていた作業場所の前室付近について、HEPAフィルタ付きの真空掃除機により清掃を行うこと。
- (5) (1)から(4)までの作業では労働者に呼吸用保護具を使用させること。

2-2-4 吹き付けられた石綿等の近傍における附属設備の除去に係る措置

吹き付けられた石綿等の近傍の照明等附属設備を除去するに当たっては、石綿等に接触して石綿等の

改正石綿障害予防規則等

粉じんを飛散させるおそれがあるため、当該設備の除去の前に、隔離等を行うこと。

2-3 石綿含有成形品及び石綿含有仕上げ塗材の除去に係る措置

石綿則第6条の2第2項及び第6条の3の規定に基づく隔離の解除に当たっては、あらかじめ、HEPAフィルタ付きの真空掃除機により隔離空間の内部の清掃を行うことが望ましいこと。

2-4 石綿含有シール材の取り外しに係る措置

固着が進んだ配管等のシール材の除去を行うに当たっては、十分に湿潤化させ、グローブバッグ等による隔離を行うことが望ましいこと。

2-5 雑則

2-5-1 呼吸用保護具等の選定

- (1) 隔離空間の外部で石綿等の除去等の作業を行う際に使用する呼吸用保護具は、電動ファン付き呼吸用保護具、これと同等以上の性能を有する空気呼吸器、酸素呼吸器若しくは送気マスク又は取替え式防じんマスク（防じんマスクの規格（昭和63年労働省告示第19号）に規定するRS3又はRL3のものに限る。）とすることが望ましいこと。ただし、石綿等の切断等を伴わない囲い込みの作業又は石綿含有成形品等を切断等を伴わずに除去する作業では、同規格に規定するRS2又はRL2の取替え式防じんマスクとして差し支えないこと。
- (2) 石綿含有成形品等の除去作業を行う作業場所で、石綿等の除去等以外の作業を行う場合には、取替え式防じんマスク又は使い捨て式防じんマスクを使用させることが望ましいこと。
- (3) 隔離空間の内部での作業においては、フード付きの保護衣を使用することが望ましいこと。

2-5-2 漏えいの監視

負圧の点検及び集じん・排気装置からの石綿等の粉じんの漏洩の有無の点検に加え、吹き付けられた石綿等の除去等の作業における石綿等の粉じんの隔離空間の外部への漏えいを監視するため、スモークテスターに加え、粉じん相対濃度計（いわゆるデジタル粉じん計をいう。）、繊維状粒子自動測定機（いわゆるリアルタイムモニターをいう。）又はこれらと同様に空气中の粉じん濃度を迅速に計測することができるものを使用し、常時粉じん濃度を測定することが望ましいこと。

2-5-3 建築物等から除去した石綿を含有する廃棄物の扱い

建築物等から除去した石綿を含有する廃棄物は、廃棄物の処理及び清掃に関する法律（昭和45年法律第137号）等の関係法令に基づき、適切に廃棄すること。

3 労働者が石綿等に基づく露するおそれがある建築物等における業務における留意事項

3-1 労働者を常時就業させる建築物等に係る措置

- (1) 事業者は、その労働者を常時就業させる建築物若しくは船舶の壁、柱、天井等又は当該建築物若しくは船舶に設置された工作物に、吹付け材又は保温材、耐火被覆材等が封じ込め又は囲い込みがされていない状態である場合は、石綿等の使用の有無を調査することが望ましいこと。
- (2) 事業者は、その労働者を常時就業させる建築物若しくは船舶の壁、柱、天井等又は当該建築物若しくは船舶に設置された工作物について、建築物貸与者は当該建築物の貸与を受けた二以上の事業者が共用する廊下の壁等について、吹き付けられた石綿等又は張り付けられた石綿含有保温材等が封じ込め又は囲い込みがされていない状態である場合は、損傷、劣化等の状況について、定期的に目視又は空気中の総繊維数濃度を測定することにより点検することが望ましいこと。

3-2 労働者を建築物等において臨時に就業させる場合の措置

石綿則第10条第2項に規定する労働者を建築物等において臨時に就業させる場合は、次の(1)から(3)までの措置を講じることが望ましい。

- (1) 事業者は、その労働者を臨時に就業させる建築物若しくは船舶の壁、柱、天井等又は当該建築物若しくは船舶に設置された工作物に吹き付けられた石綿等又は張り付けられた石綿含有保温材等の有無及びその損傷、劣化等の状況について、当該業務の発注者からの聞取り等により確認すること。
- (2) 事業者は、石綿等の粉じんの飛散状況が不明な場合は、石綿等の粉じんが飛散しているものと見なし、労働者に呼吸用保護具及び作業衣又は保護衣を使用させること。
- (3) 建築物又は船舶において臨時に労働者を就業させる業務の発注者（注文者のうち、その仕事を他の者から請け負わないで注文している者をいう。）は、当該仕事の請負人に対し、当該建築物若しくは船舶の壁、柱、天井等又は当該建築物若しくは船舶に設置された工作物に吹き付けられた石綿等又は張り付けられた石綿含有保温材等の有無及びその損傷、劣化等の状況を通知すること。

OSH-MS・RAの活用促進 労働安全衛生対策の原則に 13次防と実際の状況、一層の推進に期待

古谷杉郎

全国安全センター事務局長

2018年に策定された、2018～2023年度の5年間で計画期間とする第13次労働災害防止計画（13次防）は、「労働安全衛生マネジメントシステムについて、産業安全や化学物質対策への活用に加え、過重労働対策やメンタルヘルス対策等への活用について検討する」としている。

今回、その実際の状況を確認するとともに、これを手がかりにして日本の労働安全衛生法令・対策の方向性について考えてみたい。

OSHマネジメントシステム

労働安全衛生マネジメントシステム（OSH-MS）は、1999年に労働安全衛生規則第24条の2「自主的活動の促進のための指針」として導入され、「労働安全衛生マネジメントシステム指針」が労働省告示として策定されて、その後2006年と2019年7月1日に改正されている。

この指針は、事業者が労働者の協力の下に一連の過程を定めて継続的に行う自主的な安全衛生活動を促進することにより、①労働災害の防止を図るとともに、②労働者の健康の増進及び③快適

な職場環境の形成の促進を図り、もって事業場における安全衛生の水準の向上に資することを目的としている（第1条）。

また、OSH-MSとは、事業場において、次に掲げる事項を体系的かつ継続的に実施する安全衛生管理に係る一連の自主的活動に関する仕組みであって、生産管理等事業実施に係る管理と一体となって運用されるものをいうとされている（第3条、「…」以下は別条からの補足）。

- ① 安全衛生方針の表明
 - ② リスクアセスメント（危険性又は有害性の調査）及びその結果に基づき講ずる措置
 - ③ 安全衛生目標の設定…安全衛生方針に基づき、リスクアセスメントの結果及び過去の安全衛生目標の達成状況を踏まえて設定。
 - ④ 安全衛生計画の作成、実施、評価及び改善…安全衛生目標を達成するための具体的な実施事項、日程等について定める。
- 事業者は、安全衛生目標の設定並びに安全衛生計画の作成（Plan）、実施（Do）、評価（Check）及び改善（Act）に当たり（PDCA）、安全衛生委員会等の活用等労働者の意見を

反映する手順を定めるとともに、この手順に基づき、労働者の意見を反映する。

- 事業者は、労働安全衛生マネジメントシステムに従って行う措置を適切に実施する体制を整備する(関係者の役割・責任・権限、人材・予算の確保、教育等)

OSH-MSの核心要素のひとつである、②のリスクアセスメント(RA)とその結果に基づく措置は、2006年に労働安全衛生法に規定され(第28条の2)、「危険性又は有害性等の調査に関する指針(リスクアセスメント指針)」が2006年に公示された。

リスクアセスメント指針は、OSH-MS指針に定めるリスクアセスメントの調査及び実施事項の特定の具体的実施事項としても位置づけられるものとされている。

本誌がたびたび指摘しているように、リスクアセスメントとその結果に基づく措置の核心は、指針に示された、

「次に掲げる優先順位で、可能な限り高い優先順位のリスク低減措置を実施する必要がある。

- ① 設計や計画の段階からリスクを除去又は低減
- ② 工学的対
- ③ 管理的対策
- ④ 個人用保護具の使用」

という、「『合理的に実現可能な程度に低い』(AL-ARP) レベルにまで適切にリスクを低減するという考え方を規定したことである。

一次予防、二次予防、三次予防の順序で優先順位が高いという考え方がまったく同じである。

機械安全・化学物質対策への活用

もともとOSH-MSもリスクアセスメントも、最初から安全と衛生を区別していないのに、なぜ「産業安全や化学物質対策への活用に加え」他の対策への活用が課題になるのだろうか。個人的体験に照らせば、産業安全への活用についても、一定の経過があったかと思っている。

全国安全センターは、2004年7月16日に厚生労働省労働基準局と話し合いの場を持った際、「リスクアセスメントなりOSH-MSを導入するにしても、そ

のこと自体が目的なのではなく、それらを活用した対策-リスク管理をどう進めるかが問題なのであって、①発生源対策、②電波経路対策、③個人保護対策という3つのレベルと優先順位を明示することが重要」と提起したのに対して、安全課の担当者hが「安全の分野ではマッチしない、機会安全では、①本質安全設計、②作業マニュアルの整備、③労働者教育、というかたちになる」と回答した。

当時報告に書いたように、「(安全課が言う) ①と②の間に『安全防護等によるリスクの低減』を入れて、これが機械安全のリスク低減戦略であることは承知している。しかし、リスク対策のレベルと優先順位ということで全く同じ思想に立つものというのが私の理解であったが、あえて安全と衛生でリスク対策のアプローチが異なるかのごとくとらえているという事実のほうに驚いた」(2004年8・9月号参照)。

2006年のリスクアセスメント指針は、「本指針を踏まえ、特定の危険性又は有害性[リスク]の種類等に関する詳細な指針が別途策定されるものとする。詳細な指針には、『化学物質等による労働者の危険又は健康障害を防止するため必要な措置に関する指針』、機械安全に関して厚生労働省労働基準局長の定めるものが含まれる」としていた。

ひとつは、すでに2001年に労働基準局長通達として策定されていた「機械の包括的な安全基準に関する指針」が2007年に改正されて、後者の詳細な指針として位置づけられた。

この指針では、前出の優先順位に基づくリスク低減措置を、機械の製造等を行う者については、本質的安全設計方策>安全防護+付加保護方策>使用上の情報の内容及び提供方法、機械を労働者に使用させる事業者については、「本質的安全設計方策>安全防護+付加保護方策」に対応した方策>残留リスクを労働者に伝えるための作業手順の整備、労働者教育の実施等>個人用保護具の使用として示され、検討に当たってはリスクアセスメント指針に留意するものとしている。

さらに2012年に、労働安全衛生規則第24条の13に「機械に関する危険性等の通知」が規定され、「残留リスクマップ」を活用した「機械譲渡者等が行う機械に関する危険性等の通知の促進に関

する指針」が厚生労働省告示として策定された。

こうして、機械安全については、リスクアセスメントと残留リスクマップを中心とした対策の基本が確立されていったものと考えられる。

もうひとつの詳細な指針として掲げられた「化学物質等による労働者の危険又は健康障害を防止するため必要な措置に関する指針」は2000年に公示されたものだが、2006年リスクアセスメント指針公示の20日後に「化学物質等による危険性又は有害性等の調査に関する指針（化学物質リスクアセスメント指針）」によって置き換えられた。

この指針では、前出の優先順位に基づくリスク低減措置は、①は「リスクのより低い物への代替、化学反応のプロセス等の運転条件の変更、取り扱う化学物質等の形状の変更等又はこれらの併用によるリスクの低減」、②は「工学的対策又は化学物質等に係る機械設備等の密閉化、局所排気装置の設置等の衛生工学的対策」とされている。

2012年には、労働安全衛生規則第24条の14～16「危険有害化学物質等に関する危険性又は有害性等の表示等」が規定され、もともとは1992年に公示され、法文上に規定が設けられたことをうけ2000年に改正されていた「化学物質等の危険性又は有害性等の表示又は通知等の促進に関する指針」が改正された。

さらに2015年の労働安全衛生法改正によって、危険有害化学物質については、容器又は包装へのラベル表示、安全データシート(SDS)交付とリスクアセスメントが3点セットが義務づけられることによって(上記2つの指針とも改正されている)、化学物質対策の基本が確立されてきた。

こうして、機械安全と化学物質対策は、リスクアセスメントを活用する典型的事例になった。

また、2012年の残留リスクマップとラベル表示・安全データシート(SDS)に係る労働安全衛生規則改正は、「知る権利」がリスクアセスメントやOSH-MSの下支えを示した点でも重要であった。

機械以外の安全対策への活用

機械以外の安全対策についてみれば、例えば

以下のような事例を確認できる。

2007年に改正(1993年策定)された「建設業における総合的労働災害防止対策の推進について」は、リスクアセスメントとその結果に基づく措置の実施及びOSH-MSの導入の促進がうたわれている。また、2012年に策定(2015年改正)された「足場からの墜落・転落災害防止対策推進要綱」、2017年に策定された「シールドトンネル工事に係る安全対策ガイドライン」等で、リスクアセスメントとその結果に基づく措置の重要性が強調されている。

また、「工事施工段階の対策だけでなく、建築物等の設計段階から、あらかじめ施工作業の危険性を低減するよう設計者が配慮することが建設工事の労働災害対策で重要」という観点からセーフティ・アセスメントに関する指針の策定が進められ、2016年制定の建設工事従事者の安全及び健康の確保の推進に関する法律も、建設工事従事者の安全及び健康に配慮した建築物等の設計の普及等を促進することとしている(第13条第2項)。

さらに、2013年策定の「陸上貨物運送事業における荷役作業の安全対策ガイドライン」等は、安全衛生方針の表明、目標の設定及び計画の作成、実施、評価及び改善(リスクアセスメントの実施とその結果に基づく措置を講ずることも含まれている)を柱にしている。

安全対策に限定したものではないが、「化学設備の非常常作業における安全衛生対策のためのガイドライン」(1996年策定・2008年改正)や「鉄鋼生産設備の非常常作業における安全衛生対策のためのガイドライン」(1997年策定・2015年改正)は、改正によって、リスクアセスメントとその結果に基づく措置を基本に据えたものになった。

第三次産業の労働災害防止対策では、多店舗展開企業(小売業)、社会福祉施設向けのリスクアセスメントマニュアル等が策定されている。さらに、多くの作業別または業種別のリスクアセスメントマニュアル等も作成されてきた(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/anzen/anzeneisei14/index.html)。

おそらくは以上のような状況をもって、13次防は、機械安全だけではなく産業安全対策一般と化学

物質対策では、OSH-MSをすでに活用していることと認識しているということなのだろう。

なお、OSH-MS指針の策定・改正を含めた以上のような動きが、国際労働機関（ILO）や国際標準化機構（ISO）における国際的潮流を反映したものであることを指摘しておくことも重要だろう。

エイジフレンドリーガイドライン

そして13次防は、「過重労働対策やメンタルヘルス対策等への（OSH-MSの）活用の検討」を課題として掲げたわけである。過重労働対策とメンタルヘルス対策に限定せず、化学物質対策以外の労働衛生対策や安全と衛生を合わせた安全衛生対策を対象に、実際の状況を確認してみたい。

まずは、13次防でほかに課題として掲げられた事項を手がかりにしてみよう。

13次防は、「労働力が高齢化し、転倒災害や腰痛が増加傾向にあることから、高齢労働者に配慮した職場環境の改善や筋力強化等の身体機能向上のための健康づくり等の取組事例を収集し、安全と健康確保のための配慮事項を整理して、その普及を図る」としていた。

ここではOSH-MS等には何もふれられていなかったのだが、2020年1月に公表された「人生100年時代に向けた高齢労働者の安全と健康に関する有識者会議」報告書は、ガイドラインに盛り込むべき事業者求められる事項として、①全般的事項として「経営トップによる方針表明及び体制整備」と「危険源の特定等のリスクアセスメントの実施」、②職場環境の改善として、「リスクの程度を勘案し、事業場の実情に応じた優先順位をつけて取り組む」こと—すなわち、OSH-MSとリスクアセスメントの活用をまっさきに掲げた。

2020年3月16日基安発0316第1号労働基準局安全衛生部長通達として策定された「**高齢労働者の安全と健康確保のためのガイドライン（通称：エイジフレンドリーガイドライン）**」は、報告書の提言に沿ったものになった。「事業者求められる事項」は、以下のとおりとされている。

1 安全管理体制の確立等

① 経営トップによる方針表明及び体制の整備
② 危険源の特定等のリスクアセスメントの実施
…結果を踏まえ、以下の2～5の事項を参考に優先順位の高い対策から取り組む事項を決める。その際、年間推進計画を策定し、計画に沿って取組を実施し、計画を一定期間で評価し、必要な改善を行うことが望ましい。

2 職場環境の改善…共通的な事項及び危険を知らせるための視聴覚関係、暑熱な環境、重量物取扱い、介護作業等、情報機器作業への対応という項目ごとに「対策の例」が示され、添付された「エイジアクション100 高年利労働者の安全と健康確保のためのチェックリスト」と合わせて活用できる。

3 高齢労働者の健康や体力の状況の把握

4 高齢労働者の健康や体力の状況に応じた対応…就業上の措置、働き方のルール構築、心身両面にわたる健康保持増進措置

5 安全衛生教育

「OSH-MSを導入している事業場においては、労働安全衛生方針の中に、例えば『年齢にかかわらず健康に安心して働ける』等の内容を盛り込んで取り組むこと」とされてもいるように、概してOSH-MSに組み込んで取り組みやすい内容になっている。

また、後述の健康保持増進指針、ストレスチェック、メンタルヘルス指針に基づいた取り組みを、高齢労働者に配慮した対策の例（6例列挙）を参考に、リスクの程度を勘案し、事業場の実情に応じた優先順位をつけて進めることも指摘している。

ただし、この指針は、「安全と健康確保」とうたっているものの、上記1-②が「危険」だけで「有害」を欠くように、安全対策に重点が置かれている。

健康保持増進指針の改正

13次防はまた、「2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会の開催により、広く国民のスポーツへの関心が高まることを踏まえ、スポーツ庁と連携して、スポーツ基本計画と連動した事業場における労働者の健康保持増進のための指針の見直しを検討するなど、運動実践を通じた労働者の健康増

進を推進する」としていた。

この指針は、1987年の労働安全衛生法改正で「事業者は、労働者に対する健康教育及び健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るため必要な措置を継続的かつ計画的に講ずるように努めなければならない」（第69条第1項）とされたことに合わせて1988年に公示され、1997年と2007年、そして今回、2020年3月31日付けで改正された。

健康保持増進措置（トータル・ヘルス・プロモーションとも呼ばれる）は、「健康教育、健康相談、その他」からはじまって若干変化してきたが、最新版では、労働者の健康状態の把握（調査、測定等）を踏まえた健康指導（運動指導、メンタルヘルスカ、栄養指導、口腔保健指導、保健指導）、その他（健康教育、健康相談、啓発活動等）と整理されたようだ。加えて、新たに「労働安全衛生法第69条第1項に基づく事業場において事業者が講ずるよう努めるべき労働者の健康の保持増進のための、方針の表明から計画の策定、実施、評価等の一連の取組全体をいう」という、「健康保持増進対策の定義」が示された。

「健康保持増進対策の推進に当たっての基本事項」は以下のとおりである。

- ① 健康保持増進方針の表明
- ② 推進体制の確立
- ③ 課題の把握
- ④ 健康保持増進目標の設定
- ⑤ 健康保持増進措置の決定
- ⑥ 健康保持増進計画の策定
- ⑦ 健康保持増進計画の実施
- ⑧ 実施計画の評価

今回の改正の特徴は、よりOSH-MSに沿った構成に整理されたことである。

ただし、課題の把握や目標の設定等において、労働者健康状態等が把握できる客観的な数値等を活用することが望ましいとはされているものの、リスクアセスメントへの言及は含まれていない。

他の指針との関係で、「本指針のメンタルヘルスカとは、積極的な健康づくりを目指す人を対象にしたものであって、その内容は、ストレスに対する気付きへの援助、リラクゼーションの指導等であり、そ

の実施に当たっては、メンタルヘルス指針を踏まえて、集団や労働者の状況に応じて適切に行われる必要がある。また、健康保持増進措置として、メンタルヘルスカとともに、運動指導、保健指導等を含めた取組を実施する必要がある」としている。

過重労働・メンタルヘルス対策

13次防は、OSH-MSの活用の検討に加えて、「過重労働・メンタルヘルス対策等の労働者の心身の健康確保対策がこれまでに強く求められている。そのため、法定の健康診断やその結果を踏まえた就業上の措置のみならず、労働者の健康管理に関して、経営トップの取組方針の設定・表明等、企業の積極的な取組を推進する」ともしていた。

過重労働対策では、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」が2006年に労働基準局長通達として策定され、2008年、2011年、2016年、そして13次防策定後の2019年4月1日と2020年4月1日にも改正されている。同総合対策は、過重労働による健康障害を防止するため事業者が講ずべき措置のほか、労働基準監督署の窓口指導等、監督指導等、過重労働による業務上の疾病が発生した場合の再発防止対策を徹底するための指導等について定めているが、13次防が掲げた「OSH-MSの活用」や「経営トップの取組方針の設定・表明等の企業の積極的な取組の推進」に係る改正が行われた形跡はまだ見受けられない。

また、直接的な労働衛生対策ではないとしても、労働時間等設定改善計画の策定・実施・検証・見直し等も推奨する「労働時間等設定改善指針（労働時間等見直しガイドライン）」等もOSH-MSの活用の対象になり得ると考えられるのだが、そのような動きもまだみられない。

メンタルヘルス対策では、2006年に公示されて、2015年に改正されている「労働者の心の健康の保持増進のための指針」と2015年に施行された労働安全衛生法改正で導入された「ストレスチェック制度」が厚生労働省が進める対策の中心である。

前者の「労働者の心の健康の保持増進のための指針（メンタルヘルス指針）」では、「心の健康づ

くり計画を各事業場における労働安全衛生に関する計画の中に位置づけることが望ましい」として、同計画定めるべき事項として、以下を掲げている。

- ① 事業者がメンタルヘルスケアを積極的に推進する旨の表明に関すること。
- ② 事業場における心の健康づくりの体制の整備に関すること。
- ③ 事業場における問題点の把握及びメンタルヘルスケアの実施に関すること。
- ④ メンタルヘルスケアを行うために必要な人材の確保及び事業場外資源の活用に関すること。
- ⑤ 労働者の健康情報の保護に関すること。
- ⑥ 心の健康づくり計画の実施状況の評価及び計画の見直しに関すること。
- ⑦ その他労働者の心の健康づくりに必要な措置に関すること

職場環境等の評価と問題点の把握は、「管理監督者による日常の職場管理や労働者からの意見聴取の結果を通じ、また、ストレスチェック結果の集団ごとの分析の結果や面接指導の結果等を活用」等とされているものの、リスクアセスメントへの言及は含まれていない。

後者の「ストレスチェック制度」では、2015年に策定され、2015年と13次防策定後の2018年8月22日に改訂された「心理的な負担の程度を把握するための検査及び面接指導の実施並びに面接指導結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針（ストレスチェック指針）」は、事業者によるストレスチェック制度に関する基本方針の表明、実施体制の整備、実施計画の策定、集団ごとの集計・分析結果に基づく職場環境の改善等が示されているものの、法令による規定のされ方も含めて、医師による面接指導のほうに重点が置かれたものになっている。

「ストレスチェック結果に基づく集団ごとの集計・分析及び職場環境の改善」が中心に置かれるようになれば、OSH-MSやリスクアセスメントの活用の場面が出てくる可能性はあるが、現在のところ、法令上の規定も指針の内容も不十分である。

いずれにせよ、メンタルヘルス対策—とりわけ「労働者の心の健康の保持増進のための指針」及び

「ストレスチェック制度」について、13次防策定後、「OSH-MSの活用」や「経営トップの取組方針の設定・表明等の企業の積極的な取組の推進」に係る改正が行われた形跡はまだ見受けられない。

置き去りにされた快適職場指針

ここでふれておきたいのが、1992年に労働諸告示として策定され、1997年に一度改正されただけの「事業者が講ずべき快適な職場環境の形成のための措置に関する指針（快適職場指針）」である。

この指針は、1992年の労働安全衛生法改正により目的（第1条）に「快適な職場環境の形成を促進すること」が追加されたことから策定されたもので、OSH-MS指針が、「①労働災害の防止を図るとともに、②労働者の健康の増進及び③快適な職場環境の形成の促進を図る」ことを目的に掲げていることは前述したとおりである。

作業環境（空気環境、温熱環境、視環境、音環境、作業空間等）、作業方法、疲労回復施設・設備等、その他、と幅広い対象をカバーし、継続的かつ計画的な取組、労働者の意見の反映、個人差への配慮、潤いへの配慮も取り上げられているものの、さすがに古い文書であるため、OSH-MSやリスクアセスメントなどの視点は含まれていない。

「OSH-MSの活用」を言うならまさきに改正されるべきもののひとつと考えられるのに、長い間改正されていないどころか、厚生労働省ウェブサイトの「分野別政策一覧」に労働安全衛生法の目的のひとつである「快適な職場環境の形成促進」のページすら設けられていない。かろうじて、中央労働災害防止協会のウェブサイトに「快適職場づくり」が残されている程度である（https://www.jaish.gr.jp/user/anzen/sho/kaiteki_index.html、ここに示された「継続的かつ計画的に快適な職場環境の形成に取り組むための評価票」はOSH-MSを活用していて有用であろう）。

実は、経費の一部助成や低利融資を行う快適職場形成促進事業によって推進されてきたのだが、2010年度限りで同事業が廃止されてから、置き去りにされてきたかたちなのである。このことは、補

助金事業つきで策定された「エイジフレンドリーガイドライン」を含め、同様の仕組みをもつ諸対策の行く末を危惧させるとともに、指針やガイドラインの実効性を確保させるための議論とも関連するだろう。

その他の労働衛生対策等

13次防策定以後の主な労働衛生対策で、ここまでで取り上げていないものもみておきたい。

2019年7月1日に策定された「職場における受動喫煙防止のためのガイドライン」は、基本方針や推進計画への言及はあるものの、OSH-MSやリスクアセスメント等という視点は含まれていない。これは、1992年の快適職場指針を受けて、空気環境を快適な状態に維持管理するための措置のひとつとして、1996年に「職場における喫煙対策のためのガイドライン」が策定されて以来の長い歴史のある対策であり、2013年と2019年に改正されてきたが、ガイドラインの構成はほとんど変わっていない。

2019年7月12日には「情報機器作業における労働衛生管理のためのガイドライン」が策定された。1984年以來の長い歴史のある対策で、2002年の「VDT作業における労働衛生管理のためのガイドライン」以来17年ぶりの再策定(改正)である。

今回の改正では、作業環境管理、作業管理、健康管理、労働衛生教育という従来の構成が大きく変えられてはいないものの、最初に「対策の検討及び進め方に当たっての留意事項」が設けられ、「対策を一律かつ網羅的に行うのではなく、それぞれの作業内容や使用する情報機器、作業場所ごとに、健康影響に関与する要因のリスクアセスメントを実施し、その結果に基づいて必要な対策を取捨選択することが必要」、「事業者は、安全衛生に関する基本方針を明確にし…具体的な安全衛生計画を作成…(それに)基づき…労働衛生管理活動を計画的かつ組織的に進めていく必要がある」、「この基準をより適正に運用するためには、OSH-MS指針に基づき…取り組むことが効果的である」等としたことが、大きな特徴のひとつだった。

ちなみに、1994年に策定された「職場における腰痛予防対策指針」が2013年に19年ぶりに改訂さ

れた際には、同じく、作業管理、作業環境管理、健康管理、労働衛生教育という従来の構成は変わらないものの、最後に「リスクアセスメント及び労働安全衛生マネジメントシステム」が追加されて、「そのままの表現ではないが」「新しい志向の安全衛生活動」を実施していくためには、「場合によっては作業場所ごとに、腰痛の発生に関与する要因のリスクアセスメントを実施し、その結果に基づいて適切な予防対策を実施していくという手法を導入することが重要である」、また、「事業場にOSH-MSの考え方を導入することが重要となる」としていた。

OSH-MS及びリスクアセスメントと対策の優先順位等といった考え方を、徐々にではあるが、取り入れようとしているように見受けられる。まさに特定のリスクの種類等に関する詳細なリスクアセスメント指針を策定するのにふさわしい対策領域であり、そのようなものとして改善する余地は大きいと考える。

2020年4月に「職場における熱中症予防対策マニュアル」(2009年策定)が改訂されているが、予防と対策は、①作業環境管理、②作業管理、③健康管理で、OSH-MSやリスクアセスメントとその結果に基づく措置という考え方は入っていない。対照的に、中央労働災害防止協会は「熱中症予防対策のためのリスクアセスメントマニュアル(製造業向け)」を発行している。

また、2020年6月1日からパワーハラスメント防止措置が事業者に義務づけられることに伴い、同年1月15日に「事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針(パワハラ指針)」が策定されて、雇用管理上講ずべき措置の内容が、以下のとおりとされた。

- ① 事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発
- ② 相談(苦情を含む。以下同じ。)に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備
- ③ 職場におけるパワーハラスメントに係る事後の迅速かつ適切な対応

狭義の労働衛生対策ではないにしても、ILO暴力・ハラスメント条約・勧告のように、とりわけ「保護及び防止」に関して、OSH-MSやリスクアセスメント

とその結果に基づく措置を取り入れるべきである。

さらに、厚生労働省は2020年に、「職場における新型コロナウイルス感染症の感染予防、健康管理の強化」についてたびたび労使団体に協力要請等を行うとともに、企業の方・労働者向けQ&Aを示し、更新したりもしている。

残念ながら、OSH-MSやリスクアセスメントとその結果に基づく措置という考え方は入っていない。国際労働機関（ILO）等が、リスクアセスメントとその結果に基づく措置が原則であることを示し、感染リスク以外の職業リスクもカバーすることや、緊急時対応のOSH-MSへの統合の重要性等を指摘しているのとは対照的である。

事業者の包括的義務の明確化

OSH-MS（及びリスクアセスメント）の産業安全や化学物質対策以外の過重労働対策やメンタルヘルス対策等、労働安全衛生対策全般への活用は、道半ばであって、必ずしもその方向性が徹底しているとは言えないというところではなからうか。

さらなる進展を大いに期待しつつ、今後の労働安全衛生法令・対策の方向性という観点から、いくつかの点を考察してみたい。

リスクアセスメントは、「…労働災害の原因が多様化し、その把握が困難になっている…現状において、労働安全衛生関係法令に規定される最低基準としての危害防止基準を遵守するだけでなく、リスクアセスメントを実施し、その結果に基づいて必要な危害防止措置を講ずることを事業者の努力義務として規定」したものである。

具体的には、「建設物、設備、原材料、ガス、蒸気、粉じん等による、又は作業行動その他業務に起因する危険性又は有害性等」が対象と規定されている。下線部分は、法第20～24条で事業者が危害防止措置を講じなければならない要因（危険有害要因またはリスク要因）として列挙されたものの要約である。これは非常に古く、例えば、なぜか「化学物質」という言葉すら使っていないし、心理社会的要因（過重業務、心理的負荷、ストレス、ハラスメント、暴力等）への言及もない。リスクアセ

メントはそれらに「その他」を加える趣旨で、指針で「労働者の就業に係る全てのものを対象とする」ことが明らかにされている。

リスクアセスメントの導入によって、わが国でも、法令に規定される最低基準としての危害防止基準の遵守だけでなく、労働者の就業に係る全ての危険有害要因による危害防止措置を講じることが事業者の努力義務とされたことは重要ではあるが、さらに第20～24条を含めた法改正によって、事業者の包括的義務をより明確にすることが望まれる。それは、国際的動向にも沿っている。

また、リスクアセスメントの努力義務は、危険有害物質についてのみ義務化された一方で、化学物質以外については、製造業、100人以上の林業、鉱業、建設業、運送業、清掃業、300人以上のその他一定の業種に属する事業者に限定されたまでである（努力義務も課せられていないということ）。少なくとも後者の限定は速やかになくすべきである。

さらに、わが国では法令ではなく、リスクアセスメント指針で示されている、優先順位付けされたリスク低減対策の考え方は、国際的には「リスク管理のヒエラルキー」と呼ばれることも多い、事業者が講ずべき措置に関する考え方の原則である。これを法令上規定することによって、事業者の包括的義務の内容が一層明確になる。

OSH-MSとリスクアセスメント

リスクアセスメントがまがりなりにも法で規定された事業者の（努力義務）であるのに対して、それを重要な要素とするOSH-MSは事業者の「自主的活動」と位置づけられて、「指針の公表」について規則で規定されるにとどまっている。これも国際的動向に沿って、すべての事業者が取り組まなければならない義務（少なくとも努力義務）として明確にすることが求められる。すなわち、法令上に規定された最低基準としての危害防止措置の遵守に加えて、OSH-MSとリスクアセスメント、リスク管理のヒエラルキーに従った措置の実施が事業者の義務として、労働安全衛生対策の基本原則として位置づけられるべきである。

労働安全衛生法の目的は、①労働災害（危害）の防止から出発して、②労働者の健康の保持増進（1987年法改正）、③快適な職場環境の形成促進（1992年法改正）を含めるように拡張されてきた。

これは国際的動向に沿ったものである。OSH-MSはPDCAサイクルとも言われるが、意識的な関係者はPDCAスパイラルアップ（螺旋的上昇）の語を使って、持続的改善の重要性とそれがOSH-MSの要素であることを強調する。ヒエラルキーに従った対策の持続的改善という考え方も同様である。また、労働安全衛生（OSH）と環境（E）を合わせてOSHEとして議論することも増えているのである。

既述のとおり、OSH-MSは①～③すべてを目的として明記しているのに対して、リスクアセスメントに関しては①の目的に限定されているように思われ、見てきたように、健康保持増進指針とメンタルヘルス（心の健康の保持増進）指針は最近よりOSH-MSに沿った内容に改正されたものの、快適職場指針も含めてリスクアセスメントへの言及はない。

持続的改善やスパイラルアップの考え方に従って、リスクアセスメントを②③の目的と関連づけて整理・充実させ、上述の諸指針に含めることは可能であるし、有用なことだと考える。

いずれにせよ、安全衛生計画、健康保持増進計画、心の健康づくり計画、快適職場形成促進計画、エイジフレンドリー年間推進計画、受動喫煙防止計画等々の作成・実施・評価・持続的改善（方針・リスクアセスメントの実施とその結果に基づく措置・目標も合わせて）の取り組み方が一層整合性をもち、調整されたかたちで示されれば、より職場で活用しやすくなることは間違いないはずである。

リスクアセスメントの一層の活用

リスクアセスメント指針は、化学物質等と機械安全を皮切りに、「本指針を踏まえ特定のリスクの種類等に関する詳細な指針が別途策定されるもの」と予定していた。

既述のとおり、安全対策を中心にして多くの作業別・業種別等のリスクアセスメントマニュアル等が策定されてきた一方で、労働衛生対策についてはリス

アセスメントの活用が徹底しないように思われる。

大きな理由のひとつは、日本の労働衛生対策（安全対策には適用されない）の基本とされてきた、作業環境管理、作業管理、健康管理を優先順位づけなしに横並びにする労働衛生の3管理という考え方にあると考えている。これが、リスク管理のヒエラルキーという考え方の浸透やOSH-MS及びリスクアセスメントの労働衛生対策への活用促進の妨げとなり、対策としての健康診断（あるいは医師による面接指導）と作業環境測定、担い手としての医師と作業環境測定士重視に偏りやすい傾向を生んできたのではないか。

先にふれた情報機器作業における労働衛生管理ガイドラインや腰痛予防対策指針などは、まさに特定のリスクに関する詳細なリスクアセスメント指針を策定するのにふさわしい対策領域であるにもかかわらず、OSH-MSやリスクアセスメントを取り入れようとする努力は一定みられるものの、3管理の呪縛から逃れられないでいる。

さらに、この間対象が拡大されてきた医師による面接指導やストレスチェック制度は、個人的にはOSH-MSとリスクアセスメント、リスク管理のヒエラルキーに従った措置等という国際的動向に逆行する対策だと考えているが、あためてそれらの功罪が見直されるべきであると考えている。

以上のすべて—作業環境測定、作業管理、健康診断、医師による面接指導等、ストレスチェック制度が、法第7章「健康の保持増進のための措置」のなかに規定されてきたことも、示唆的である。法の目的や事業者が危害防止措置を講ずべき危険有害要因、事業者の包括的義務等を見直すのではなく、法第7章に新たな条文が追加されてきた。上述した視点を含めて、法第7章の見直し及び整理を行うべきであると考えている。

「OSH-MS（及びリスクアセスメント）の活用」、また、リスクアセスメント指針が想定していた「特定のリスクの種類等に関する詳細なリスクアセスメント指針」等の考え方を整理・充実させて、今後の労働安全衛生対策や労働時間・パワハラ等を含めた関連施策を策定・改正等する際の基本方針を一層整理することが期待される。



労働関連筋骨格系障害(MSDs): EUにおける広がり、費用及び人口統計



概要

はじめに

筋骨格系障害(MSDs)は、欧州連合(EU)において最もよく見られる労働関連健康問題であり続けている。MSDsは、すべての業種・職種の労働者に関係している。労働者自身に対する影響に加えて、企業や社会にとっての高い費用につながっている。

EU及び国レベルの政策決定者、研究者や労働安全衛生(OSH)関係者を助けるために、欧州労働安全衛生機関(EU-OSHA)は、欧州におけるMSDsの正確な状況を提供する調査を実施した。本調査は、主要なEU調査及び行政資料から、MSDsに関連する既存のデータを収集及び分析したものである。これらのデータは全部そろえられ、また、国の情報源からのデータによって強化されている。本調査の主要な結果は本要約報告書に示されている。

筋骨格系障害(MSDs)は、筋肉、関節、腱、靭帯、神経、軟骨や局所血液循環系などの身体構造の障害である。主として労働及び労働が行われる周辺環境の影響によってMSDsが引き起こされ、または増悪させられた場合には、それらは労働関連MSDsとして知られている。

ポリシー・コンテキスト

労働関連MSDsの問題は、数多くのEU指令、戦略や方針の採用によって、欧州レベルで認知及び

対処されてきた。2002年以降のEU共同体戦略は、労働者の健康と福祉を改善する戦略分野のひとつとしてMSD予防を求めてきた。

[EU] 2014~2020年労働安全衛生戦略枠組みは、MSDsを対処すべき主要課題のひとつと定義している。それは、「身体的及び精神的健康の観点から、労働組織における変化の影響に対処することに特別な注意が払われるべきである。とりわけ、女性が大きな比率を占めるいくつかの職務の性質の結果として(…)女性は筋骨格系障害などの特別のリスクに直面する可能性がある」と勧告している。また、「既存の、新たな及び現出しつつあるリスクに対処することによる労働関連疾病の予防」を改善する必要性を強調している。

すべての者へのより安全かつ健康的な労働に関する[欧州]委員会通知-EU労働安全衛生法令・政策の現代化(2017年から)は、「人間工学リスク要因への曝露は今日のEUにおける主要な労働安全衛生問題のひとつである」という事実を強調している。そうしたリスクへの繰り返しの曝露は、労働関連筋骨格系障害—一般的に個人、ビジネス及び社会に大きなコスト負荷を生じさせるもっとも深刻かつ広まった労働関連疾患のひとつ—につながる可能性がある。

労働者をMSDs罹患から守り、最初の仕事からそれ以降の労働生活全体を通じて労働者の筋骨格健康を促進することは、彼らがより長く働くことができるようにするための鍵のひとつである。これはそれゆえに、欧州2020戦略のスマートで持続可能か

図1 過去12か月間における様々な筋骨格系障害を報告した労働者の割合、EU-28、2010年及び2015年

	2010年	2015年
下肢の筋肉痛	29%	30%
肩、頸及び/または上肢の筋肉痛	41%	43%
腰痛	43%	46%
ひとつまたは複数の筋骨格系障害	58%	60%

N=33,173 (2010年):N=31,612 (2015年)

出典：欧州労働条件調査(EWCS)の第5波(2010年)と第6波(2015年)に基づくPanteia

つインクルーシブな成長のための諸目的に沿って、人口高齢化の長期影響に対処することに貢献する。MSDsははたがって労働衛生課題であるだけでなく、公衆衛生課題、人口統計学的課題及び社会的課題でもある。また、欧州的課題でもあり、それに対処することは、欧州の労働者の労働生活を通じて持続可能な労働条件を開発することを意味している。

本要約は、調査の主要な知見の概観を提供することからはじめ、その後、いくつかの政策的指針と鍵となるメッセージを示す。

MSDsは多くの異なる諸要因(の組み合わせ)によって起こる。それらには(それによって筋骨格系組織にかかる機械的負荷がMSDsを引き起こす可能性のある)物理的要因だけでなく、組織的及び心理社会的なものも含まれる。そうしたリスク要因が生じ、労働者の筋骨格健康に影響を及ぼす程度は、社会的、政治的及び経済的環境、職場の組織、また社会人口学的及び個人的要因を含め、様々な文脈の次元に関係している。

主要な知見

MSDsはもともと広まった労働関連健康問題である

- EU28か国の労働者のおよそ5人に3人がMSDの症状を報告している。労働者によって報告されるもっとも多いMSDsの種類は、腰痛と上肢の筋肉痛である。図1にみられるように、下肢の筋肉痛の報告は相対的に少ない。
- 図2にみられるように、労働関連健康問題をかかえるEUの全労働者のうち、60%がもともと深刻な

図2 問題の種類別労働関連健康問題を報告した労働者の割合、EU-27、2013年

筋骨格系障害	60%
ストレス、うつ、不安	16%
その他	5%
頭痛、目の疲れ	5%
心血管障害	4%
肺の障害	4%
胃、肝臓、腎臓または消化の問題	2%
皮膚の問題	1%
聴力障害	1%
感染症	1%

注：労働者の人口には、働いている、または調査実施前12か月間に働いたことのある16～64歳の全員が含まれる。

出典：Eurostat労働力調査「労働災害及びその他の労働関連健康問題」アドホック・モジュール(2013年)。オランダを除く全EU加盟諸国がこのアドホック・モジュールに参加した。

問題としてMSDsをあげている。

- EU28か国の5人に1人が過去1年間に慢性腰痛または頸部障害に苦しんだ。
- MSDの症状を報告したEU28か国の労働者の割合は2010年から2015年の間にわずかに減少した。

MSDsに広がり加盟国、業種及び職種の間で多様である

- MSDの症状を報告した労働者の割合は加盟国の間でかなり多様である(図3)
- 自己報告MSDsの広がり業種の間で著しい相違を示している。腰、上肢及び下肢のMSDsが以下の部門で雇用される労働者によってもっとも多く報告されている：建設、水道、農業、林業及び漁業。ヒューマンヘルス及びソーシャルワーク活動の労働者でも、MSDの広がり平均以上である。MSDsが報告されることのもっとも少ない部門は、金融及び保険活動、専門的、科学的及び技術的活動、教育、芸術、芸能及び娯楽である。
- 自己報告MSDsの広がり職種の間での著しい相違を示している(図4)。2015年に、農業、林業及び漁業の熟練労働者の69%がひとつま

EUにおける筋骨格系障害

図3 加盟国別の過去12か月間にひとつまたは複数の筋骨格系障害に苦しんだと報告した労働者の割合、2010年と2015年

	2010年	2015年
EU-28	58%	60%
ベルギー	62%	59%
ブルガリア	54%	46%
チェコ共和国	53%	63%
デンマーク	73%	65%
ドイツ	52%	61%
エストニア	70%	74%
アイルランド	46%	34%
ギリシャ	57%	54%
スペイン	59%	58%
フランス	75%	64%
クロアチア	62%	64%
イタリア	50%	65%
キプロス	70%	58%
ラトビア	63%	70%
リトアニア	63%	70%
ルクセンブルグ	66%	54%
ハンガリー	40%	62%
マルタ	60%	54%
オランダ	56%	58%
オーストリア	60%	57%
ポーランド	58%	58%
ポルトガル	54%	73%
ルーマニア	69%	62%
スロベニア	62%	63%
スロバキア	60%	60%
フィンランド	79%	80%
スウェーデン	69%	65%
イギリス	52%	48%

注：筋骨格系障害は腰痛及び肩、頸、上肢及び/または下肢（臀部、膝、足など）の筋肉痛をいう。

N=33,173(2010年);N=31,612(2015年)

出典：欧州労働条件調査(EWCS)の第5波(2010年)と第6波(2015年)に基づくPanteia

たは複数のMSDsをかかえていると報告した一方で、専門職についてはこれは労働者の52%であった。

MSDsの広がりには社会人口学的要因によっても多様である

- ・MSDsの有病率は男性労働者よりも女性労働者が高い。これは、図5にみられるように、すべての種類のMSDsについてあてはまる。
- ・MSDsを報告する可能性は年齢とともに著しく増加する。年連集団間の相違は、図6のように、すべての種類のMSDsについてあてはまる。
- ・予備教育または初等教育しか受けていない労働者は、上肢、下肢及び/または腰の筋肉痛を報告する可能性が高く、慢性のMSDsを報告する可能性も高い。

MSDリスク要因への曝露

本調査では、利用可能なEU規模の情報源を活用して、身体的、心理社会的及び社会人口学的リスク要因の寄与が詳細に分析された。様々なリスク要因とMSD症状の間の関係に関する主要な知見を以下に要約する。

- ・様々な調査が、以下の身体的リスク要因が（腰、上肢及び/または下肢の）MSDsと関係していることを確認している：姿勢及び（疲れるまたは痛みを伴うポジションで作業するなど）まずいポジション、重い肉体的労働、挙上、反復作業、手工具による振動に曝露する、低温に曝露する。労働人口におけるこうしたリスク要因の広がりはかなりのばらつきを示している（図7）。
- ・以前の調査は、自己報告された座って過ごした時間が慢性疾患及び死亡率と確実に関係していることを示している。本調査で実施された欧州労働力調査(EWCS)データの分析は、座ることが様々な種類のMSDsのリスクを高めることは確認できなかった。これが測定上の問題によるものか、または中時間座ること自体がMSD症状を発症するリスクを高めないのかどうか決定するには、さらなる調査が必要である。
- ・合計21の異なる組織的及び心理社会的リスク要因が、検討された3種類のMSDs(腰痛、上肢のMSDs、下肢のMSDs)の少なくともひとつと大きく関係している。これらのリスク要因の多くは、

図4 2008年版国際職業分類基準 (ISCO-08) 別の過去12か月間に
様々な筋骨格系障害を報告した労働者の割合、EU-28、2015年

	腰痛	肩、頸及び/または 上肢の筋肉痛	下肢の筋肉痛	ひとつまたは複数の MSD関連健康問題
軍隊の職	34%	26%	31%	49%
事務支援労働者	37%	36%	20%	52%
工芸及び関連労働者	51%	49%	37%	65%
単純職	50%	47%	39%	64%
管理者	40%	39%	26%	55%
設備機械操作者及び組立工	55%	47%	33%	66%
専門職	35%	35%	22%	57%
サービス及び販売労働者	44%	40%	33%	58%
熟練農業、林業及び漁業労働者	57%	55%	46%	69%
技術者及び準専門職	41%	39%	25%	56%

N=35,536

出典：欧州労働条件調査 (EWCS) 第6波 (2015年) に基づくPanteia

図5 性別の過去12か月間における様々な筋骨格系
障害を報告した労働者の割合、EU-25、2015年

	女性	男性
下肢の筋肉痛	30%	29%
肩、頸及び/または上肢の筋肉痛	44%	39%
腰痛	45%	42%
ひとつまたは複数の筋骨格系障害	60%	56%

N=31,612 (2015年)

出典：欧州労働条件調査 (EWCS) 第6波 (2015年) に基づくPanteia

図6 年齢集団別の過去12か月間における様々な筋骨格
系障害を報告した労働者の割合、EU-25、2015年

	25歳 未満	25～ 39歳	40～ 54歳	55歳 以上
下肢の筋肉痛	24%	23%	32%	38%
肩、頸及び/または上 肢の筋肉痛	30%	36%	45%	48%
腰痛	32%	37%	47%	51%
ひとつまたは複数の筋 骨格系障害	45%	52%	62%	67%

N=31,612 (2015年)

出典：欧州労働条件調査 (EWCS) 第6波 (2015年) に基づくPanteia

3つのMSD種類のひとつだけと関係している。こ

図7 少なくとも4分の1の時間、労働において
様々なリスク要因に曝露すると報告した労働者の割合、
EU-28、2005年、2010年及び2015年

	2005年	2010年	2015年
反復する手及び腕の動作	62%	64%	61%
コンピュータ、ラップトップ、ス マートフォン等を使って労働 する	47%	53%	58%
疲れ痛みを伴うポジション	46%	47%	43%
重量物を運ぶ、または、動か す	35%	34%	32%
屋内または屋外の低温度	22%	24%	21%
手工具、機械等からの振動	25%	23%	20%

注：データは少なくとも週12時間労働する労働者に関するもの。
出典：欧州労働条件調査 (EWCS) 第4波 (2005年)、第5波
(2010年) 及び第6波 (2015年) に基づくPanteia

れは、各種類のMSDsは独自の特定のリスク要
因をもっているという考えを確認している。本調
査で実施された予備分析は、MSDsと心理社会
的及び組織的リスク要因との相互関係の性質
を統計的によりよく検討するためにさらなる分析
でフォローされるべきである。

・検討された3つのMSD種類の少なくとも2つと大
きく関係しているものとして、9つの組織的及び
心理社会的リスク要因が確認された：不安、全

EUにおける筋骨格系障害

図8 様々な組織的及び心理社会的リスクを報告した労働者の割合、EU-28、2010年と2015年

	2010年	2015年
労働関連ストレス	68%	68%
感情を隠すことを必要とする仕事	49%	55%
全般的疲労	36%	35%
言葉による虐待	11%	12%
不安	9%	16%
労働において期待されていることを知らない	2%	2%
身体的暴力	2%	2%
望まない性的関心	2%	2%
いじめ/ハラスメント	1%	5%

注：不安の傾向は修正されている(2010年はこの質問は「うつ」を含んでいた。2015年にはこの語は除かれた)。

出典：欧州労働条件調査(EWCS)第5波(2010年)と第6波(2015年)に基づくPanteia

般的疲労、睡眠障害、低レベルの精神的ウェルビーイング、労働において言葉による虐待の対象になる(各々は3種類のMSDsと関係)、労働において望まない性的関心の対象になる、元気づけられたと感じる、仕事を成し遂げるのに十分な時間をもつ、労働において期待されていることを知る。図8にみられるように、こうしたリスク要因のいくつかの広がりが高い一方で、他の要因はめったに言及されていない。

MSD関連災害

- いくらかの種類障害は、例えば脱臼、捻挫・損傷及び骨折など、急性MSDsと解釈されるかもしれない。
- こうした種類の災害は、労働における死亡災害及び非死亡重大災害の全報告数の38%を占めている。とりわけ、脱臼、捻挫及び損傷は、EU28か国における労働関連傷害の(創傷及び体表損傷に次ぎ)2番目にもっとも多いグループであり、死亡災害及び非死亡重大災害全体の27%を占めている。骨折はそれより少なく、11%である(図9)。
- いくつかの国では、災害の数字が、例えば重量物の挙上後に生じたものなど、筋骨格系問題の

図9 傷害の種類別の死亡及び非死亡災害の分布、EU-28、2016年

創傷及び体表損傷	29%
脱臼、捻挫及び損傷	27%
震盪及び内部損傷	17%
骨折	11%
ショック	4%
その他	3%
熱傷、火傷及び凍傷	2%
多発傷害	1%
外傷性切断(身体部分の喪失)	<1%
中毒及び感染症	<1%
極限温度、光及び放射線の影響	<1%
音響、振動及び圧力の影響	<1%
溺れ及び窒息	<1%

注：労働災害欧州統計(ESAW)の枠組みで報告される非死亡(重大)災害は、少なくとも休業4全暦日を意味する災害である。暫定。

n=3,288,581

出典：Eurostat労働災害欧州統計(ESAW)

急性エピソードを扱っている。これがあてはまる場合、こうした災害の割合はもっとも多いひとつの(またはもっとも多い)労働関連災害である。

MSDsはいくつかの国でもっとも多く認定されている職業病である

- 職業病の登録に用いられる国の補償及び届出制度は、かなりの制度的相違を示している。
- 認められる疾病のリスト及び認定慣行は加盟諸国によって著しく異なっている。
- 現在認定及び補償されている職業病のパターン及び分布は、労働によって引き起こされたMSDsによる労働者の現実の健康障害を示しているというにはほど遠い。
- 国レベルで収集されたデータは、フランス、イタリア及びスペインでは、MSDsがもっとも多く認定されている職業病であることを示している。
- (加盟国レベルで収集されたデータに基づく)と、諸国間における相違にもかかわらず認定されたMSD関連職業病においては、男性よりも女性の割合が高く、また、若い年齢よりも高齢の労働

図10 慢性の腰または頸部の障害の有無別の過去12か月間における一般的健康状態を非常に良い、よい、普通、悪いまたは非常に悪いと報告した労働者の割合、EU-28、2014年

	非常に良い	良い	普通	悪い	非常に悪い
慢性の腰または頸部の障害あり	11%	51%	32%	6%	1%
慢性の腰または頸部の障害なし	36%	52%	11%	1%	<1%

注：結果は、家族または自らのビジネスのための無償労働、見習いまたは有償の訓練生を含め、仕事または職業を行った者を基礎にしたものである。

N=127,338

出典：欧州健康インタビュー調査(EWIS)第2波(2014年)に基づくPanteia

者の割合が高い。

MSDsの影響

MSDsは主要な関心事のひとつである。何よりも第1に、それがあまりにも多くの労働者の一般的健康状況に影響を与えているからであり、第2に、企業に対する経済的影響及び欧州諸国に対する金銭的・社会的コストのゆえにである。

- MSDの症状をかかえる労働者の大部分はよいまたは非常によい健康状態を報告している。これは、自己報告されるMSD症状はMSDsの重篤な事例だけでなく、相対的に重篤でない事例も含んでいることを意味する。またこれは、程度はそれより少ないものの、腰及び/または頸部の慢性MSDsにも当てはまる(図10参照)。
- 一方でMSDs、及びもう一方でストレス、うつや不安(メンタルヘルス問題)は、EUの労働者が直面しているふたつのもっとも多い労働関連健康問題である(図2参照)。
- MSDsの流行は、高いレベルの不安、睡眠障害や労働者の全般的疲労と関連している。MSDの流行はまた、労働者の精神的ウェルビーイングとも関係がある(MSDは精神的ウェルビーイングの相対的に低いレベルの労働者においてより広まっている)。こうした関連性は、上肢、下肢及び腰のMSDsに当てはまる。
- 労働者はMSD問題と同時に、不安、全般的疲労、睡眠障害や(不十分な)精神的ウェルビーイングに苦しむ可能性がある。MSDsがそうした健康問題を引き起こし、または増悪させる場合すらある。しかし、その因果関係は別の道をたどる場合もあり、高いレベルの不安、全般的疲労

や睡眠障害がMSDの症状を引き起こし、またはすでにあるMSDの症状を増悪させる可能性もある。

MSDsに関連する実際のコスト及び負担をEUレベルで評価及び比較するのは困難である。コスト及び負担にいくらかの光を当てるために用いられる異なる指標には、障害調整生命年(DALYs)、欠勤率、及び企業にとっての生産・生産性損失が含まれる。

- DALYsは、疾病、障害または早期死亡の結果として失った年の数として計算され、生活の質と死亡の双方に関する、一般人口に対する疾病の影響を反映する。MSDsは、労働関連傷害及び疾病による(障害調整)生命年損失の合計数の合計15%になっている。
- MSDsによる欠勤は、EU加盟諸国における労働日損失の大きな部分を占めている。2015年に(他の健康問題のある者も含めて)MSDsをかかえる労働者の半分以上(53%)が過去1年間に欠勤したことを報告しており、これは健康問題をかかえていない労働者の割合(32%)よりも著しく高い。MSDsをかかえる労働者は、欠勤する可能性が高いだけでなく、(欠勤した場合)平均してより長期間欠勤する。例えば、慢性MSDsと他の健康問題をかかえる労働者の26%が、過去1年間における9日以上欠勤を報告しており、これは健康問題のない労働者についての7%よりも著しく高い。
- 各加盟国レベルでは、経済的にMSDsの影響を示す調査がいくつか確認されている(生産性損失や社会的費用の増加)。例えばドイツでは、筋

骨格及び結合組織傷害は、2016年に172億ユーロの生産損失（労働力費用に基づく生産損失）と304億ユーロの総付加価値損失（労働生産性損失）をもたらした。これは、ドイツの国内総生産の各々0.5%と1.0%になる。

MSD予防

第4回新たな及び現出しつつあるリスクに関する欧州企業調査（ESENER）は、現在使用者によって提供されている労働関連MSDsの予防に関するいくつかの洞察を与えている。

- ・労働者の大部分は、人間工学的機器の提供、まずい作業姿勢の人々への定期的休憩の奨励、及び反復動作を減らすための職務のローテーションを含め、ひとつまたは複数の予防措置が実施されている事業場で働いている。こうした諸措置はすべての業種及びすべての規模において、事業場によって提供されている。しかし、事業場の規模は明らかな影響をもっており、予防措置の利用可能性は事業場の規模によって増加する。
- ・労働者が長期間の病休の後に労働に復帰するのを支援する政策をもっている事業場の割合については、EU28加盟国の間にかかなりの相違がある。イギリス（97%）、スウェーデン（95%）、フィンランド（93%）及びオランダ（92%）では、高い割合の労働者が、長期間の病休の後に労働者が労働に復帰するのを支援するために、彼らに対して支援が提供されている事業場で働いている。リトアニア（19%）とエストニア（27%）では、その割合はEU28か国の平均（73%）よりも著しく少ない。
- ・それらが効果的であることが証明されていることから、予防措置への投資はとりわけ見返りのあるものである。相対的に多くの予防措置が実施されている国及び業種の労働者は、MSDの症状を報告する可能性が相対的に低い。腰痛を報告する労働者の割合は、（平均して1から3の予防措置が実施されている国及び業種の労働者についての）51%から（平均して5または6の予防措置が実施されている国及び業種の労働者についての）31%に落ちている。下肢のMSDsの有病率は比較可能な発展を示している。

政策的指針

本調査の知見に基づいて、本節では、予防における政策措置のためのいくつかの指針を示す。

統合的及び結合的なMSD予防アプローチが必要である

- ・身体的、組織的、心理社会的、社会人口学的及び個人的要因を含めた、異なる要因グループがMSDsに寄与している可能性がある。ほとんどの場合、こうした諸要因は相互に作用している。こうした多原因のために、MSDsに対処する最善の方法は、結合されたアプローチによることである。
- ・調査は、単一の措置に基づく介入は、MSDsを予防するのに相対的に効果が少ないことを示してきた。孤立した、ひとつのリスク要因に対処する措置は、いくつかの要因に狙いを定めた諸措置の結合よりも相対的に効果が少ない。こうした種類の介入はしばしば「全体的」または「統合的」なものと呼ばれる。
- ・予防に対する統合的アプローチが、もっとも有望な戦略に見える。この戦略は、MSDリスクを確認することによって開始されなければならない。政策決定者は、非常に簡単かつ本報告書でふれられたいくつかのMSDリスク要因を結び付けた諸事項からなる、実際的なリスクアセスメントのツール・ガイドを提供することに焦点を置くべきである。
- ・予防措置の利用可能性は、事業場の規模とともに増加する。これは、小零細企業はいっそうの政策配慮を必要とすることを示している。現実的なガイドやリスクアセスメント・ツールは、（それが彼らの施設におけるMSDsの予防になる場合）相対的に小さい企業や事業場が直面する特別のニーズや課題を満たすように狙いを定めるべきである。
- ・成功する統合されたアプローチは、労働者自身を含めた参加型のアプローチとして設定される場合に、とりわけ有益である。

- ・このようなより統合的かつ参加型のアプローチの促進及び普及には、MSDs(それらの原因、影響及び諸予防措置)に関する注意喚起及び知識伝達に関する取り組みを必要とするだろう。2020～22年「労働関連筋骨格系障害の予防」に関する健康職場キャンペーン(及び/または同様のキャンペーン)が、このための機会のひとつであるべきである。
- ・上肢MSDs、下肢MSDs及び腰部MSDsはすべてMSDsの例である。しかし、それらが生じる過程、リスクの程度、健康影響の種類やそれらを予防するために必要とされる措置の種類は異なっている。介入及び政策を策定する場合、このことが考慮されるべきである。実際にはこのことは、各々の種類のMSDsについて、狙いを定めた介入が必要であることを意味している。
- ・MSDsの多原因性を踏まえて、MSD予防に関する焦点は、職場におけるよい筋骨格健康の促進に焦点を置いた労働衛生促進アプローチ(また、より公衆衛生的な観点から)と統合され、また、それによって補完されるべきである。

MSDリスク要因への曝露

- ・労働者はたいていいくつかのMSD要因の組み合わせに曝露している。例えば、心理的リスク要因に関して本調査で実施されたクラスター分析は、一定のリスク要因の組み合わせがほかよりも頻繁に起きることを示している。こうした種類の知見はMSDの予防に関連した意味合いをもちうる。さらなる調査が、MSDsに関連したリスク要因(及び健康問題も)のこうした特定の組み合わせをさらに検討すべきである。例えば、さらなる調査の領域のひとつは、こうした異なるリスク要因(または健康問題)がどの程度相互に増強するか、また、この増強影響をどの程度抑制し得るか、であろう。
- ・座って行うコンピュータ作業とMSDsとの間の因果関係の特性にかかわらず、労働における座って行う行為は健康(心血管病理、がん、糖尿病等)に有害であり得、この職業リスクは、とりわけ職場における座り作業が増加している状況にお

いて、予防される必要がある。

- ・職場レベルで組織的及び心理社会的リスクが評価される場合には、きわめて多く、これが孤立して、筋骨格系の痛みなどの多のリスクや他の健康問題に対する影響を考慮することなしに、「ストレス」のメンタルヘルス影響だけに焦点を置いてなされている。労働者はいくつかのMSDリスク要因に同時に曝露していることから、より全体的なアプローチを選んで、リスクアセスメント・プロセスの一部として、(単一のリスク要因と単一の結果測定の間関係に基づいた)一次元のリスクアウトカム・アプローチは避けるべきである。問題は、MSDリスクアセスメントと心理社会的リスクアセスメントのやり方の間に橋をかけるために、既存の知識を職場に転換することである。こうした諸次元を統合する手引きやリスク管理ツールを、職場における使用者と労働者が使えるようにすべきである。
- ・ストレス、不安、睡眠障害や精神的ウェルビーイングなどの心理社会的リスク要因がMSDsの発症に役割を果たすかもしれない。しかし、調査は、それらが急性(可逆的問題)から慢性へとMSDsの慢性化の進展にきわめて重要な役割を果たすことを示唆している。このことは、MSDリスクを評価及び予防(一次予防)する場合、とりわけ筋骨格系の痛みの最初の症状が現われた場合に、心理社会的リスク要因が考慮されるべきであることを意味している。
- ・労働が組織される方法と社会風土を改善することによって、企業もまたMSD予防に貢献する。職場レベルにおいてこの相互関係に関する認識を高めること、また、作業組織に変更を導入する場合または心理社会的リスクへの曝露を予防する際に、MSDs予防を考慮するよう現場関係者を奨励することが重要である。

MSDsの広がりや国、業種及び職種の間並びに社会人口学的規模に応じて多様である

- ・MSDsの広がりや、異なるレベル(国、業種、職種及び個人)にまたがってひろい多様性を示している。このことは、こうした相違をよりよく理解するた

めのさらなる調査を要求している。

- ・ MSDの症状を報告する労働者の割合における国の相違は、MSDsを予防するための政策及び戦略が、特定の国の状況に対して調整及び適合されなければならないことを示している。
- ・ 業種間におけるMSDsの広がり、種類や重篤さの相違を踏まえれば、MSDsに対処するための業種を特定したアプローチを採用することが論理的であることも明らかである。かかるアプローチには、特定業種向けの基準の導入、リスクアセスメント・ツールや（部門特有のMSDリスク要因に適用される予防的・防護的諸措置を含め）特定業種のMSDリスク・カタログが含まれるだろう。
- ・ 性、年齢及び教育レベル別のMSDsの広がりとの区別は、MSDsをよりよく予防及び管理するためには、多様性に敏感なアプローチ/リスクアセスメントの必要性があることを強調している。MSDsの予防は理想的には、ますます多様になる労働人口に適合する包括的かつ差別化されたアプローチに従うべきである。かかる包括的なアプローチは、MSDsに対処するとともに、職場で使用者と労働者を支援及び手引するためにこの問題に対処する特別の手引きや実践的ツールを開発するために、こうしたアプローチの必要性についての認識を高める取り組みを含む可能性がもっとも高いだろう。かかるイニシアティブを支援する政策及び制度の開発が大いに勧告される。
- ・ 年齢とともに増加するMSDリスク、人口の高齢化及び退職年齢の高齢化という3つの年齢に関連した進展が相互に増強し合っている。このことは、特別な諸措置が必要であることを示している。労働関連MSDsに寄与するリスク要因への曝露を予防することは、労働の持続可能性にとって重要である。労働力の高齢化という状況のなかで、OSH戦略はそれゆえ、全労働者の持続可能な雇用可能性に影響を及ぼすことから、身体的及び精神的ハザードへの労働者の蓄積曝露に特別な配慮が払われるべきである。

MSDsの影響

- ・ MSDの症状をかかえる労働者の欠勤は、健康

問題をもたない労働者におけるよりも高い。このことは、一次予防に狙いを定めた取り組みの重要性を強調している。しかし、いったん病気または欠勤が生じたら、障害及び/または職業病につながる病気休業を回避または最小化するうえで、リハビリテーション及び労働への復帰に焦点を置いた措置も重要である。

- ・ このこともまた、早期介入の重要性を強調している。障害を最小化するとともに、健康を回復するための早期介入は、健康、社会福祉及び欠勤の減少における具体的な節約につながり得る。MSDsの大きな割合は短期的（または急性）のものであり、そのため労働者は、最初の症状が現われてすぐに簡単な諸措置をとることによって回復する可能性がある。MSDが速やかに管理されるほど、長期の休業につながる慢性状態になる可能性が少なくなる。
- ・ OSHは、慢性MSDsをかかえる労働者が労働にとどまり続けるのを支援とともに、労働がそうした痛みを伴う状態を悪化させないことを確保するうえで重要な役割をもっている。リハビリテーション及び労働復帰制度を開発するための推進力は、それらが社会保障制度に対する主要な負担であることから、病気休業と障害給付制度のコストである。

鍵となるメッセージ

- ・ EUの労働力人口の半数以上がMSDの症状を報告しており、MSDsの影響は過小評価されるべきではない。
- ・ 労働関連MSDsの問題は欧州レベルで認識及び対処されてきたものの、予防に関してさらなる努力が必要である。
- ・ （非常に異なる性質の）新たな傾向及び変化が、MSDリスク要因へのEUの労働者の曝露に（肯定的または否定的）影響をもつ、またはもつ可能性がある。人口と労働力人口の高齢化、新たなビジネスモデルや雇用形態、労働組織の新たな形態、デジタル化、座り作業などである。MSDの予防には、こうした新たな傾向や変化と

向かい合い、対応する必要がある。

- ・企業レベルにおけるMSDsを予防する努力は、より持続可能で健康的な職場の発展を促進するために、政治的、社会的及び経済的レベル（規制の程度、保健政策、市場の状態、経済諸部門の構成等）における変化/努力によって支持されなければならない。
- ・伝統的にMSDの予防は、身体的/生体力学的リスク要因に焦点を置いてきた。調査研究の結果は、MSDの予防には組織的及び心理社会的リスク要因もまた考慮されなければならないことを確認してきた。現時点の課題は（キャンペーン、実践的ツール、手引き等を通じて）知識を職場に転換することである。
- ・MSDの予防は、理想的には、ますます多様化する労働人口に適合した包括的及び差別化されたアプローチに従うべきである。
- ・MSDsの多原因性を踏まえれば、労働関連

MSDsの予防は、労働におけるよい筋骨格健康の促進に焦点を置いた労働衛生促進アプローチに統合及び補完されるべきである。

- ・統計は、MSDsとメンタルヘルス問題（ストレス、うつ及び不安）が、とりわけ欧州におけるもっとも重要なOSH健康問題であることを示している。（他の調査/研究の知見を確認する）本報告書は、（少なくとも統計用語ではこれらの相互関係の性質が説明できないとしても）この2種類の健康問題が結合または関連しうる、またはしばしば関連していることを示している。これは予防に関して重要な意味合いをもっている。これら2種類の健康問題に対処するために、より結合されたアプローチが促進される必要がある。



※<https://osha.europa.eu/en/publications/msds-facts-and-figures-overview-prevalence-costs-and-demographics-msds-europe/view>

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

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

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

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

●購読会費（年間購読料）：10,000円（年度単位（4月から翌年3月）、複数部数割引あり）

- 中央労働金庫亀戸支店「(普)7535803」
郵便払込口座「00150-9-545940」
名義はいつでも「全国安全センター」

全国労働安全衛生センター連絡会議
〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階
PHONE (03) 3636-3882 FAX (03) 3636-3881

安全 センター 情報

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



最新の世界疾病負荷推計によると、日本におけるアスベスト死は毎年2万人超で、世界第3位

<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, 202010.17

予防可能な疾病による負荷の推計を示すことによって対策を推進させることを目的とした「世界疾病負荷 (GBD: Global Burden of Diseases)」推計が、2年ぶりに2020年10月17日に更新された。1990年から2019年までを対象とした推計を示したもので、GBD2019と呼ばれる。

ランセット誌に総括的な諸論文 (<https://www.thelancet.com/gbd>) が発表されるとともに、GBD比較データベース (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>) で各国・地域等のデータを確認できる。このデータベースから抽出したデータによって、GBD2019によるアスベストによる健康被害(死亡)の最新推計をみてみよう。

GBDは、①中皮腫、②肺がん、③卵巣がん、④咽頭がん、⑤石綿肺の5疾病について、アスベストへの職業曝露を原因とする疾病負荷を、死亡数、死亡率、障害調整生命年 (DALY) 等として推計している。

中皮腫と石綿肺については、すべての疾病負荷が、職業曝露以外も含めたアスベストへの曝露によるものと考えてよいだろう。実際、GBDは石綿肺についてはすべてがアスベストへの職業曝露を原因

とするものとして推計している。中皮腫については、結果的にアスベストへの職業曝露によるものの全体に占める割合を計算できるかたちになっている。

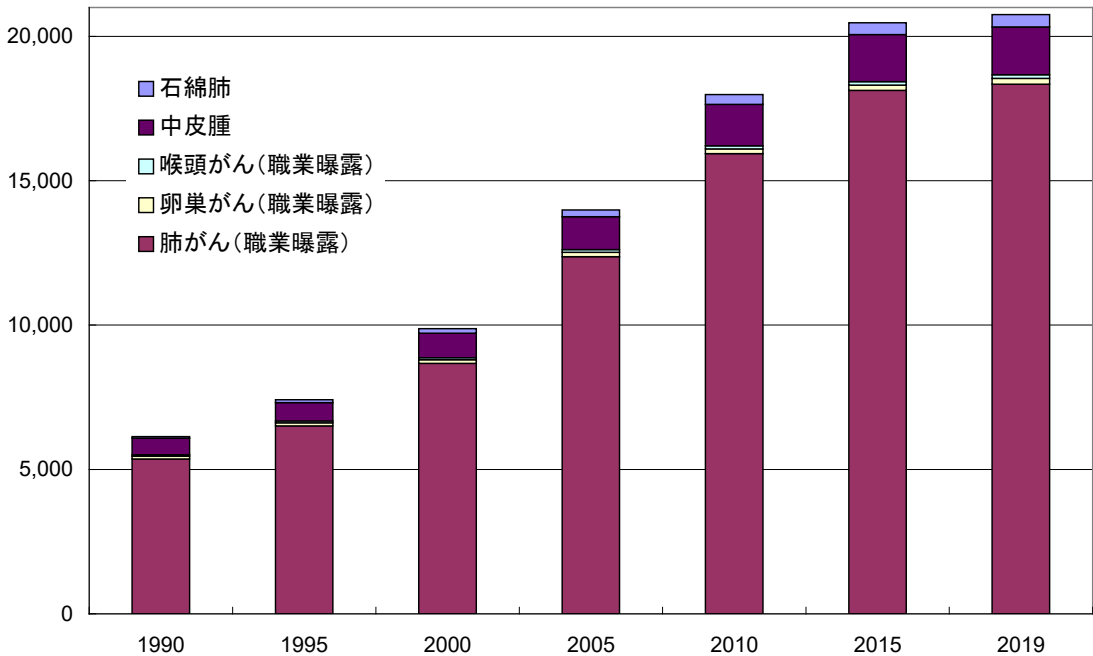
卵巣がんと咽頭がんは、日本ではいまだに労災保険や石綿健康被害救済制度の対象疾病として明記されていないが、国際がん研究機関 (IARC) によって認められているように、ともにアスベスト曝露が原因となる可能性があることが国際的に認知されていて、このような推計まで示されているということである。

図1及び表1に、GBD2019推計による、日本におけるアスベスト関連疾患による「死亡数」を示す。

厚生労働省は毎年、人口動態統計による日本の中皮腫による死亡数を公表している。最新の2019年度分を含めた状況は、2020年9月17日に公表されている (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyuu/chuuhisyu19/index.html>)。

これによると、日本の中皮腫死亡数は、1995年の500人から2019年1,466人へと増加している。GBD2019の推計値はまったく同じ数字ではないが、おおむね近似している。これは、入手可能な日

図1 GBD2019推計による石綿関連疾患死亡数(日本)



本を含めた信頼できる実際のデータに基づいて最適と考えられるモデルをつくって推計しているからであろう。人口動態統計では、2017年1,555人をピークに、2018年1,512人、2019年1,466人とやや減少しているものの、日本の中皮腫死亡が減少に転じたとは考えられない。

日本では、中皮腫以外の石綿関連疾患による死亡の推計は示されていないので、GBDはきわめて貴重な情報源である。とりわけ、労災保険や石綿健康被害救済制度等による「隙間ない救済」の実現状況を検討するうえで重要なことは明らかであろう。残念なことに、現実の肺がんの補償・救済状況は中皮腫にも届いていないのだが、GBD2019は、アスベストの職業曝露による肺がんは、中皮腫の約11.5倍生じていると推計しているのである。

卵巣がんと咽頭がんも、早急に補償・救済が可能な対象とすべきである。

図表には毎年の推計値を示しきれなかったが、GBD2019では日本におけるアスベスト死は2014年以降、毎年2万人を超えていると推計されている(ア

スベストへの職業曝露による死亡に限定した場合でも同じである)。ちなみに、速報値による2019年度の労災保険・石綿健康被害救済制度による補償・救済件数は、中皮腫、肺がん、石綿肺、びまん性胸膜肥厚、良性石綿胸水の5疾病合わせても2,131件と、約1割にとどまっている。

GBD推計は近年更新が繰り返されていて、進化の途上にあるとすることができる。表2に、GBD2013、GBD2015、GBD2016、GBD2017及びGBD2019の各々最新推計年における死亡推計の比較を、参考までに示しておく。推計が更新されるたびに、アスベスト被害の規模は少しずつ増加している。

図2及び表3に、GBD2019による、世界におけるアスベスト関連疾患による死亡数を示す。2019年に世界で24万人をこす人々がアスベスト曝露の結果として亡くなっているという状況である。

表4のように、世界規模でも、GBD推計が更新されるたびに、アスベスト被害の規模は少しずつ増加している。

表5には「死亡数」、表6には「(人口10万人当た

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

図2 GBD2019推計による石綿関連疾患死亡数(世界)

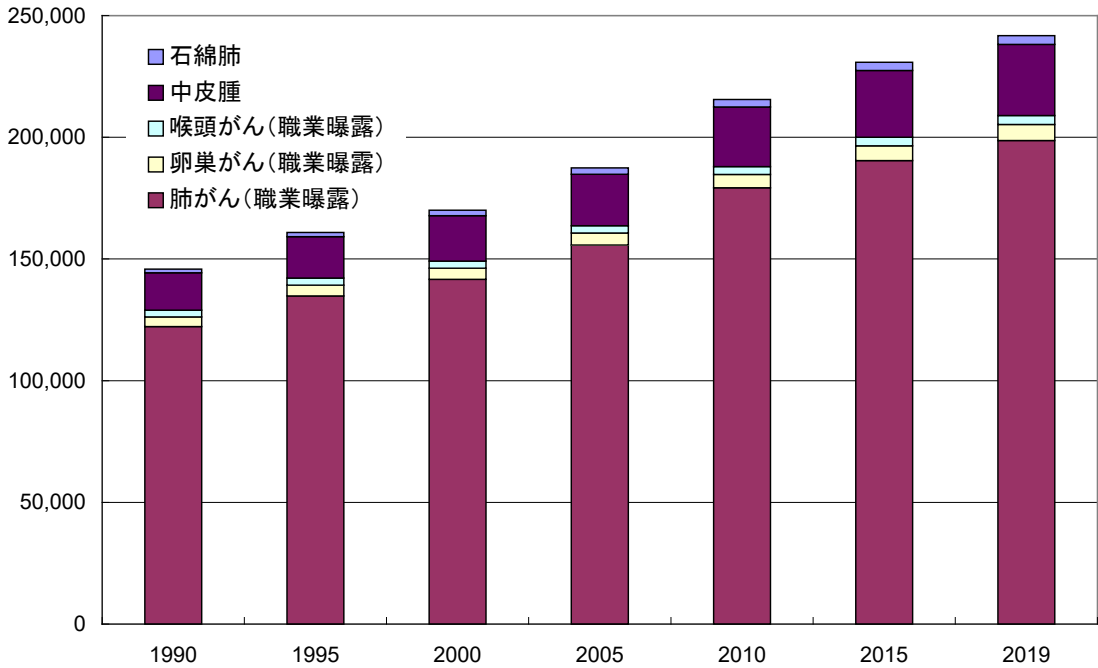


図3 GBD2019推計による中皮腫「死亡率」(人口10万人あたりの推移)

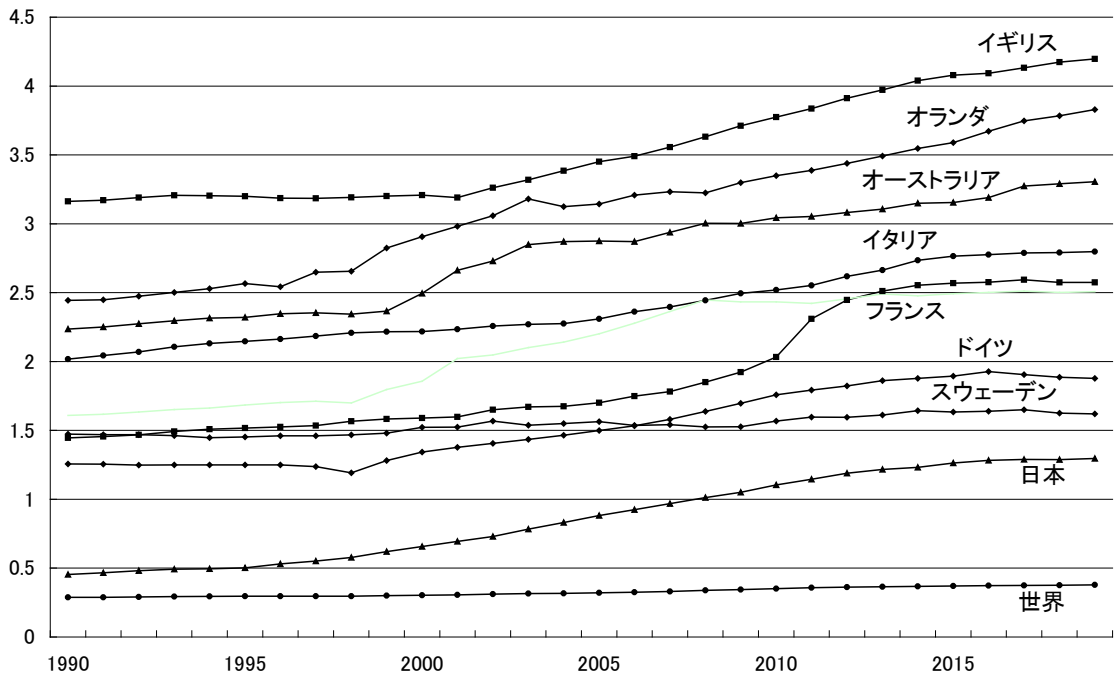


表1 GBD2019推計による石綿関連疾患死亡数(日本)

死亡原因(傷病)／リスク要因	1990年	1995年	2000年	2005年	2010年	2015年	2019年
職業曝露による死亡(A～E)	6,095	7,370	9,825	13,935	17,931	20,418	20,699
中皮腫[A]	528	596	799	1,093	1,382	1,577	1,599
気管・気管支・肺のがん[B]	5,365	6,509	8,672	12,370	15,936	18,126	18,342
卵巣がん[C]	91	109	129	153	165	188	204
喉頭がん[D]	53	58	71	89	106	119	122
石綿肺[E]	58	98	155	231	341	409	432
中皮腫による死亡[F]	572	641	848	1,144	1,436	1,632	1,656
中皮腫(職業曝露以外)(F-A)	43	46	49	52	54	55	56
職業曝露の占める割合(A/F)	92.4%	92.9%	94.2%	95.5%	96.2%	96.6%	96.6%
肺がん/中皮腫の比率(B/A)	10.15	10.93	10.85	11.32	11.53	11.50	11.47
石綿肺による死亡[G]	58	98	155	231	341	409	432
石綿肺(職業曝露以外)(G-E)	0	0	0	0	0	0	0
石綿による死亡(B+C+E+F+G)	6,138	7,416	9,874	13,987	17,985	20,473	20,755

表2 石綿関連疾患死亡数のGBD推計の推移(日本)

死亡	GBD/年	GBD2013による 2013年	GBD2015による 2015年	GBD2016による 2016年	GBD2017による 2017年	GBD2019による 2019年
職業曝露による死亡(A～E)		11,007	13,251	16,591	18,895	20,699
中皮腫[A]		1,004	1,437	1,449	1,500	1,599
気管・気管支・肺のがん[B]		9,972	11,773	14,529	16,712	18,342
卵巣がん[C]		18	25	189	220	204
喉頭がん[D]		12	16	105	119	122
石綿肺[E]		-	-	320	344	432
中皮腫による死亡[F]		1,355	1,869	1,506	1,556	1,656
中皮腫(職業曝露以外)(F-A)		351	432	57	55	56
職業曝露の占める割合(A/F)		74.1%	76.9%	96.2%	96.4%	96.6%
肺がん/中皮腫の比率(B/A)		9.94	8.19	10.03	11.14	11.47
石綿肺による死亡[G]		576	234	320	344	432
石綿肺(職業曝露以外)(G-E)		-	-	0	0	0
石綿による死亡(B+C+E+F+G)		11,933	13,917	16,648	18,950	20,755
世界順位				4	3	3

り)死亡率」の、国別ランキングの上位99か国と世界合計を示した(2019年についての推定値)。

日本のアスベスト疾患による死亡数は、アメリカと中国に次いで、世界第3位である。

世界には、日本よりもさらにアスベスト被害の状況がインビジブル=見えないまま放置されている国が多数ある。GBD推計は、そのような諸国でアスベストへの認識が高まり、アスベスト禁止を早期導入す

ることによってアスベスト関連疾患を根絶させる取り組みを促進するためにも、重要な情報源である。私たちは、とりわけアジア各国について、このような情報を迅速に発信することを通じて、その努力の一翼を担っている。

しかし、「死亡率」で見ると、日本は世界第17位となっている。こちらで上位を占めるアスベスト消費の先進国と日本及び世界の中皮腫(のみ)による

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

表5-1 GBD2019推計による2019年の石綿関連疾患「死亡数」

順位	国	合計 B+C+D+F+G	アスベストへの職業曝露					中皮腫 (合計) F	職業性 割合 A/F	肺がん/ 中皮腫 B/A	石綿肺 (合計) G	
			合計 A+B+C+D+E	中皮腫 A	肺がん B	卵巣がん C	喉頭がん D					石綿肺 E
1	アメリカ	40,880	40,764	3,092	35,643	932	407	691	3,208	96.4%	11.53	691
2	中国	26,825	26,246	2,194	23,194	391	229	239	2,773	79.1%	10.57	239
3	日本	20,755	20,699	1,599	18,342	204	122	432	1,656	96.6%	11.47	432
4	イギリス	18,245	18,218	2,793	14,260	720	179	265	2,821	99.0%	5.11	265
5	ドイツ	15,811	15,775	1,558	13,335	469	202	212	1,594	97.7%	8.56	212
6	フランス	14,990	14,963	1,678	12,357	397	272	259	1,705	98.4%	7.37	259
7	イタリア	14,265	14,238	1,661	11,755	473	267	82	1,688	98.4%	7.08	82
8	インド	8,460	8,070	1,995	4,919	351	534	271	2,385	83.6%	2.47	271
9	カナダ	6,445	6,431	609	5,539	122	69	92	623	97.7%	9.10	92
10	トルコ	6,229	6,198	623	5,325	130	103	16	655	95.2%	8.54	16
11	スペイン	5,470	5,450	461	4,699	104	120	65	481	95.8%	10.19	65
12	オランダ	5,141	5,134	650	4,289	132	48	16	657	98.9%	6.60	16
13	オーストラリア	4,459	4,449	802	3,307	144	48	148	812	98.8%	4.12	148
14	ロシア連邦	4,438	4,375	546	3,442	273	82	31	610	89.6%	6.30	31
15	ブラジル	4,379	4,294	875	2,990	225	151	53	960	91.1%	3.42	53
16	ポーランド	4,060	4,044	256	3,599	102	80	7	272	94.0%	14.07	7
17	ベルギー	2,935	2,930	282	2,524	64	35	25	286	98.4%	8.96	25
18	南アフリカ	1,963	1,946	277	1,464	56	44	105	294	94.5%	5.28	105
19	アルゼンチン	1,895	1,878	203	1,551	73	45	7	219	92.5%	7.65	7
20	インドネシア	1,748	1,662	225	1,369	34	22	12	311	72.5%	6.07	12
21	韓国	1,691	1,670	105	1,529	16	13	7	126	83.3%	14.56	7
22	ウクライナ	1,538	1,519	255	1,120	100	36	8	274	93.0%	4.39	8
23	スイス	1,347	1,343	199	1,089	35	16	4	202	98.2%	5.48	4
24	メキシコ	1,339	1,299	313	864	71	34	16	353	88.7%	2.76	16
25	デンマーク	1,309	1,307	128	1,118	34	14	12	130	98.2%	8.75	12
26	ベトナム	1,235	1,199	139	1,012	14	29	6	175	79.7%	7.26	6
27	スウェーデン	1,169	1,165	162	937	40	10	17	166	97.6%	5.80	17
28	ギリシャ	1,131	1,127	65	1,022	20	19	1	69	94.1%	15.77	1
29	タイ	1,024	992	132	835	6	18	1	164	80.5%	6.31	1
30	オーストリア	899	895	100	751	28	11	4	104	96.5%	7.47	4
31	フィンランド	894	892	106	719	34	6	27	108	98.0%	6.79	27
32	パキスタン	876	829	136	522	98	52	20	183	74.2%	3.84	20
33	クロアチア	807	805	66	695	13	21	10	67	97.4%	10.60	10
34	ノルウェー	735	733	96	586	37	5	9	98	98.0%	6.12	9
35	ニュージーランド	648	647	101	509	15	5	16	103	98.4%	5.04	16
36	ポルトガル	614	610	61	521	9	16	3	66	93.2%	8.52	3
37	チェコ共和国	575	571	46	495	22	7	1	50	91.1%	10.77	1
38	ルーマニア	573	565	57	465	27	14	2	65	87.4%	8.18	2
39	台湾	569	560	54	487	13	4	2	64	85.3%	8.94	2
40	ハンガリー	555	551	35	488	18	9	1	39	89.2%	14.00	1
41	北アイルランド	509	508	65	413	18	5	7	66	98.8%	6.32	7
42	バングラデシュ	495	455	118	269	28	22	18	158	74.5%	2.29	18
43	ミャンマー	476	458	65	372	9	6	5	84	78.1%	5.70	5
44	セルビア	451	447	28	398	11	9	0	32	88.9%	14.20	0
45	アイルランド	449	447	42	386	9	5	5	44	96.4%	9.13	5
46	チリ	435	428	62	343	13	7	4	68	90.1%	5.57	4
47	コロンビア	385	369	76	262	17	9	4	92	82.3%	3.47	4
48	フィリピン	379	345	68	259	9	5	3	103	66.6%	3.78	3
49	北朝鮮	369	359	48	294	7	4	6	58	82.9%	6.06	6
50	イスラエル	337	334	36	281	11	5	1	39	92.6%	7.77	1

表5-2 GBD2019推計による2019年の石綿関連疾患「死亡数」

順位	国	合計 B+C+D+F+G	アスベストへの職業曝露					中皮腫 (合計) F	職業性 割合 A/F	肺がん/ 中皮腫 B/A	石綿肺 (合計) G	
			合計 A+B+C+D+E	中皮腫 A	肺がん B	卵巣がん C	喉頭がん D					石綿肺 E
51	イラク	324	313	42	253	4	10	3	53	79.4%	5.98	3
52	カザフスタン	318	312	48	229	21	5	8	54	89.5%	4.77	8
53	スロベニア	307	306	29	258	8	5	6	30	97.1%	8.98	6
54	コンゴ民主共和国	282	268	65	143	13	5	42	79	81.5%	2.21	42
55	エチオピア	269	252	72	115	22	5	38	90	80.5%	1.60	38
56	ペルー	241	231	47	162	16	4	2	58	82.0%	3.42	2
57	シンガポール	230	229	23	200	4	2	0	24	92.5%	8.83	0
58	ジョージア	220	219	18	190	2	8	1	19	93.1%	10.50	1
59	キューバ	217	213	17	182	3	9	0	22	78.4%	10.61	0
60	ベラルーシ	214	210	46	140	20	4	1	49	92.5%	3.06	1
61	タンザニア	206	196	50	103	21	4	18	60	83.0%	2.07	18
62	アルメニア	189	188	27	148	9	4	0	28	96.0%	5.52	0
63	ナイジェリア	183	154	47	88	11	3	4	77	61.4%	1.86	4
64	ベネズエラ	180	172	25	133	6	6	2	33	74.5%	5.33	2
65	ボリビア	179	176	31	131	7	5	2	35	90.2%	4.17	2
66	ウルグアイ	179	177	13	155	5	5	0	14	91.4%	11.68	0
67	マレーシア	176	166	20	140	3	3	0	30	66.4%	7.11	0
68	カンボジア	175	170	20	144	3	3	1	25	79.6%	7.11	1
69	スリランカ	163	155	42	103	6	3	0	50	84.2%	2.44	0
70	ネパール	162	155	36	91	11	8	9	43	83.8%	2.56	9
71	ケニア	161	151	46	67	14	5	20	56	81.6%	1.46	20
72	イラン	159	139	21	97	2	5	13	41	51.5%	4.54	13
73	スロバキア	137	135	12	115	5	3	0	14	84.8%	9.36	0
74	ボスニア・ヘルツェゴビナ	131	130	7	118	1	3	1	8	84.4%	17.02	1
75	キプロス	126	125	13	108	3	2	0	13	96.5%	8.60	0
76	ブルガリア	115	112	9	90	5	3	6	12	77.3%	9.53	6
77	エクアドル	114	108	20	77	7	2	2	26	78.5%	3.81	2
78	ホンジュラス	106	104	17	80	4	2	1	19	88.5%	4.79	1
79	エジプト	105	88	25	52	4	2	6	42	59.6%	2.06	6
80	モザンビーク	100	95	25	49	9	3	10	30	83.7%	1.93	10
81	ウガンダ	98	92	23	38	13	2	15	29	79.4%	1.62	15
82	アンゴラ	97	92	21	57	4	2	8	26	80.8%	2.71	8
83	レソト	96	96	18	67	2	5	4	18	97.1%	3.75	4
84	ハイチ	93	89	23	57	3	5	2	26	86.8%	2.52	2
85	ウズベキスタン	86	75	19	50	4	2	0	30	64.2%	2.62	0
86	リトアニア	85	83	8	67	7	2	0	10	88.1%	7.87	0
87	ルクセンブルグ	82	82	8	71	1	1	0	8	97.0%	8.73	0
88	カメルーン	81	76	15	56	2	2	1	20	75.0%	3.77	1
89	ラトビア	76	75	7	63	4	2	0	7	89.2%	9.44	0
90	ジンバブエ	75	72	15	45	11	2	0	18	84.2%	3.00	0
91	マルタ	73	73	8	61	1	1	1	8	97.8%	7.43	1
92	プエルトリコ	72	71	11	56	1	2	1	13	89.1%	4.92	1
93	ヨルダン	72	70	10	59	0	1	0	12	79.3%	6.01	0
94	モロッコ	71	64	12	43	5	2	2	18	62.3%	3.78	2
95	ザンビア	71	68	16	38	6	2	7	20	82.4%	2.33	7
96	パプアニューギニア	71	68	10	53	0	1	4	12	82.3%	5.44	4
97	ボツワナ	67	66	9	51	2	2	2	10	93.5%	5.51	2
98	ガーナ	66	60	17	38	2	2	0	24	73.5%	2.18	0
99	マダガスカル	58	53	16	17	5	1	15	20	77.5%	1.08	15
	世界	241,764	239,333	26,820	198,703	6,557	3,682	3,572	29,251	91.7%	7.41	3,572

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

表6-1 GBD2019推計による2019年の石綿関連疾患「死亡率」(人口10万人当たり)

順位	国	合計 B+C+D+F+G	アスベストへの職業曝露						中皮腫 (合計) F	職業性 割合 A/F	肺がん/ 中皮腫 B/A	石綿肺 (合計) G
			合計 A+B+C+D+E	中皮腫 A	肺がん B	卵巣がん C	喉頭がん D	石綿肺 E				
1	モナコ	45.62	45.58	2.38	41.18	0.56	1.05	0.42	2.42	98.2%	17.34	0.42
2	オランダ	29.97	29.93	3.79	25.00	0.77	0.28	0.09	3.83	98.9%	6.60	0.09
3	イギリス	27.14	27.10	4.16	21.21	1.07	0.27	0.39	4.20	99.0%	5.11	0.39
4	北アイルランド	26.31	26.27	3.38	21.36	0.91	0.26	0.37	3.42	98.8%	6.32	0.37
5	ベルギー	25.70	25.66	2.47	22.10	0.56	0.31	0.22	2.51	98.4%	8.96	0.22
6	イタリア	23.65	23.61	2.75	19.49	0.78	0.44	0.14	2.80	98.4%	7.08	0.14
7	アンドラ	22.81	22.77	2.61	19.30	0.25	0.26	0.35	2.65	98.3%	7.40	0.35
8	フランス	22.64	22.60	2.53	18.67	0.60	0.41	0.39	2.57	98.4%	7.37	0.39
9	デンマーク	22.57	22.53	2.20	19.27	0.59	0.25	0.21	2.24	98.2%	8.75	0.21
10	サンマリノ	19.59	19.55	1.74	17.12	0.35	0.33	0.02	1.78	97.8%	9.85	0.02
11	クロアチア	18.99	18.95	1.54	16.36	0.30	0.51	0.23	1.59	97.4%	10.60	0.23
12	グリーンランド	18.85	18.82	1.06	17.22	0.32	0.16	0.05	1.09	96.8%	16.26	0.05
13	ドイツ	18.62	18.58	1.83	15.70	0.55	0.24	0.25	1.88	97.7%	8.56	0.25
14	オーストラリア	18.15	18.11	3.26	13.46	0.59	0.19	0.60	3.31	98.8%	4.12	0.60
15	カナダ	17.65	17.61	1.67	15.17	0.33	0.19	0.25	1.71	97.7%	9.10	0.25
16	マルタ	16.65	16.61	1.88	14.00	0.32	0.26	0.14	1.93	97.8%	7.43	0.14
17	日本	16.24	16.20	1.25	14.35	0.16	0.10	0.34	1.30	96.6%	11.47	0.34
18	フィンランド	16.16	16.12	1.92	13.00	0.61	0.11	0.48	1.96	98.0%	6.79	0.48
19	スイス	15.35	15.31	2.27	12.42	0.40	0.18	0.04	2.31	98.2%	5.48	0.04
20	スロベニア	14.79	14.75	1.38	12.44	0.40	0.22	0.30	1.43	97.1%	8.98	0.30
21	ニュージーランド	14.42	14.39	2.25	11.33	0.34	0.12	0.35	2.28	98.4%	5.04	0.35
22	ノルウェー	13.75	13.71	1.79	10.96	0.69	0.10	0.17	1.83	98.0%	6.12	0.17
23	ルクセンブルグ	13.29	13.24	1.32	11.50	0.23	0.16	0.04	1.36	97.0%	8.73	0.04
24	アメリカ	12.46	12.43	0.94	10.87	0.28	0.12	0.21	0.98	96.4%	11.53	0.21
25	スペイン	11.89	11.84	1.00	10.21	0.23	0.26	0.14	1.05	95.8%	10.19	0.14
26	スウェーデン	11.43	11.39	1.58	9.16	0.39	0.09	0.17	1.62	97.6%	5.80	0.17
27	ギリシャ	10.94	10.90	0.63	9.89	0.20	0.19	0.01	0.67	94.1%	15.77	0.01
28	ポーランド	10.56	10.52	0.67	9.36	0.26	0.21	0.02	0.71	94.0%	14.07	0.02
29	アイスランド	10.25	10.22	1.28	8.63	0.19	0.08	0.03	1.32	97.3%	6.73	0.03
30	オーストリア	10.08	10.04	1.13	8.42	0.32	0.13	0.05	1.17	96.5%	7.47	0.05
31	キプロス	9.57	9.54	0.95	8.19	0.25	0.13	0.02	0.99	96.5%	8.60	0.02
32	アイルランド	9.14	9.11	0.86	7.86	0.18	0.11	0.09	0.89	96.4%	9.13	0.09
33	バミューダ	9.02	8.97	0.84	7.70	0.19	0.23	0.01	0.89	94.6%	9.18	0.01
34	米領バージン諸島	8.44	8.40	1.07	6.67	0.28	0.28	0.11	1.11	96.1%	6.26	0.11
35	トルコ	7.66	7.62	0.77	6.55	0.16	0.13	0.02	0.81	95.2%	8.54	0.02
36	アルメニア	6.26	6.22	0.89	4.89	0.31	0.13	0.00	0.92	96.0%	5.52	0.00
37	ジョージア	6.01	5.97	0.49	5.18	0.06	0.21	0.03	0.53	93.1%	10.50	0.03
38	ポルトガル	5.77	5.73	0.57	4.89	0.09	0.15	0.02	0.62	93.2%	8.52	0.02
39	ハンガリー	5.74	5.70	0.36	5.05	0.19	0.09	0.01	0.40	89.2%	14.00	0.01
40	チェコ共和国	5.41	5.36	0.43	4.65	0.20	0.07	0.01	0.47	91.1%	10.77	0.01
41	ウルグアイ	5.20	5.16	0.39	4.50	0.14	0.13	0.01	0.42	91.4%	11.68	0.01
42	セルビア	5.15	5.11	0.32	4.55	0.13	0.10	0.00	0.36	88.9%	14.20	0.00
43	レソト	4.60	4.57	0.85	3.20	0.09	0.22	0.20	0.88	97.1%	3.75	0.20
44	アルゼンチン	4.20	4.16	0.45	3.44	0.16	0.10	0.01	0.49	92.5%	7.65	0.01
45	シンガポール	4.07	4.03	0.40	3.53	0.07	0.04	0.00	0.43	92.5%	8.83	0.00
46	エストニア	4.06	4.03	0.31	3.48	0.18	0.05	0.00	0.35	89.2%	11.14	0.00
47	ボスニアヘルツェゴビナ	3.98	3.94	0.21	3.59	0.04	0.09	0.02	0.25	84.4%	17.02	0.02
48	ラトビア	3.96	3.91	0.35	3.29	0.19	0.08	0.00	0.39	89.2%	9.44	0.00
49	イスラエル	3.62	3.59	0.39	3.02	0.12	0.05	0.01	0.42	92.6%	7.77	0.01
50	南アフリカ	3.53	3.50	0.50	2.63	0.10	0.08	0.19	0.53	94.5%	5.28	0.19

表6-2 GBD2019推計による2019年の石綿関連疾患「死亡率」(人口10万人当たり)

順位	国	合計 B+C+D+F+G	アスベストへの職業曝露						中皮腫 (合計) F	職業性 割合 A/F	肺がん/ 中皮腫 B/A	石綿肺 (合計) G
			合計	中皮腫	肺がん	卵巣がん	喉頭がん	石綿肺				
			A+B+C+D+E	A	B	C	D	E				
51	ウクライナ	3.49	3.45	0.58	2.54	0.23	0.08	0.02	0.62	93.0%	4.39	0.02
52	ドミニカ	3.37	3.33	0.45	2.70	0.01	0.16	0.02	0.49	92.4%	5.98	0.02
53	パラオ	3.30	3.26	0.18	1.61	0.01	0.01	1.45	0.22	82.8%	8.72	1.45
54	韓国	3.17	3.13	0.20	2.86	0.03	0.02	0.01	0.24	83.3%	14.56	0.01
55	リトアニア	3.03	2.99	0.30	2.38	0.23	0.06	0.00	0.34	88.1%	7.87	0.00
56	ロシア連邦	3.03	2.98	0.37	2.35	0.19	0.06	0.02	0.42	89.6%	6.30	0.02
57	ルーマニア	2.98	2.94	0.30	2.42	0.14	0.07	0.01	0.34	87.4%	8.18	0.01
58	ボツワナ	2.86	2.83	0.40	2.20	0.07	0.09	0.08	0.43	93.5%	5.51	0.08
59	エスワティニ	2.80	2.78	0.48	2.01	0.07	0.11	0.12	0.50	95.4%	4.20	0.12
60	セントクリストファー・ネイビス	2.69	2.65	0.70	1.74	0.06	0.14	0.01	0.74	94.5%	2.49	0.01
61	スロバキア	2.52	2.48	0.23	2.11	0.09	0.05	0.00	0.27	84.8%	9.36	0.00
62	ニウエ	2.49	2.46	0.22	2.13	0.03	0.02	0.05	0.25	86.9%	9.72	0.05
63	台湾	2.41	2.37	0.23	2.06	0.05	0.02	0.01	0.27	85.3%	8.94	0.01
64	チリ	2.39	2.35	0.34	1.88	0.07	0.04	0.02	0.38	90.1%	5.57	0.02
65	モンテネグロ	2.38	2.34	0.15	1.81	0.09	0.05	0.24	0.19	81.7%	11.78	0.24
66	ミクロネシア連邦	2.31	2.29	0.26	1.94	0.03	0.02	0.04	0.28	90.4%	7.55	0.04
67	ベラルーシ	2.25	2.21	0.48	1.47	0.21	0.04	0.01	0.52	92.5%	3.06	0.01
68	クック諸島	2.22	2.19	0.17	1.97	0.01	0.01	0.03	0.20	84.0%	11.59	0.03
69	ブルネイ	2.16	2.13	0.18	1.83	0.10	0.02	0.00	0.21	84.3%	10.25	0.00
70	ナミビア	2.13	2.11	0.60	1.17	0.05	0.17	0.12	0.62	96.2%	1.95	0.12
71	プエルトリコ	2.06	2.02	0.32	1.59	0.03	0.05	0.02	0.36	89.1%	4.92	0.02
72	グアム	2.03	2.00	0.17	1.81	0.00	0.01	0.01	0.20	85.8%	10.47	0.01
73	ブラジル	2.02	1.98	0.40	1.38	0.10	0.07	0.02	0.44	91.1%	3.42	0.02
74	米領サモア	2.01	1.98	0.22	1.68	0.06	0.01	0.01	0.25	88.6%	7.63	0.01
75	キューバ	1.91	1.87	0.15	1.61	0.03	0.08	0.00	0.19	78.4%	10.61	0.00
76	中国	1.89	1.85	0.15	1.63	0.03	0.02	0.02	0.19	79.1%	10.57	0.02
77	北マリアナ諸島	1.84	1.80	0.12	1.65	0.01	0.01	0.01	0.15	77.5%	14.05	0.01
78	マーシャル諸島	1.83	1.80	0.23	1.50	0.02	0.02	0.04	0.26	89.2%	6.53	0.04
79	カザフスタン	1.73	1.70	0.26	1.25	0.11	0.03	0.04	0.29	89.5%	4.77	0.04
80	ツバル	1.69	1.66	0.19	1.38	0.03	0.02	0.04	0.22	86.8%	7.23	0.04
81	ブルガリア	1.66	1.62	0.14	1.29	0.07	0.04	0.08	0.18	77.3%	9.53	0.08
82	バヌアツ	1.63	1.60	0.21	1.34	0.01	0.02	0.03	0.23	89.8%	6.49	0.03
83	アルバニア	1.51	1.48	0.17	1.23	0.04	0.03	0.00	0.20	82.8%	7.32	0.00
84	ボリビア	1.49	1.47	0.26	1.09	0.06	0.04	0.02	0.29	90.2%	4.17	0.02
85	タイ	1.46	1.42	0.19	1.19	0.01	0.03	0.00	0.23	80.5%	6.31	0.00
86	トンガ	1.45	1.43	0.12	1.26	0.01	0.01	0.03	0.14	83.7%	10.74	0.03
87	北朝鮮	1.41	1.37	0.18	1.12	0.03	0.01	0.02	0.22	82.9%	6.06	0.02
88	バーレーン	1.39	1.36	0.17	1.13	0.01	0.03	0.02	0.20	84.5%	6.72	0.02
89	ベリーズ	1.32	1.28	0.31	0.91	0.01	0.05	0.00	0.34	89.6%	2.94	0.00
90	バルバドス	1.31	1.27	0.26	0.87	0.08	0.05	0.00	0.30	86.0%	3.38	0.00
91	ジャマイカ	1.31	1.27	0.16	1.05	0.03	0.03	0.01	0.19	82.6%	6.70	0.01
92	ベトナム	1.28	1.24	0.14	1.05	0.01	0.03	0.01	0.18	79.7%	7.26	0.01
93	ソロモン諸島	1.18	1.16	0.15	0.95	0.01	0.01	0.04	0.17	86.7%	6.32	0.04
94	パナマ	1.13	1.09	0.21	0.78	0.04	0.05	0.01	0.25	83.8%	3.77	0.01
95	グレナダ	1.10	1.06	0.23	0.70	0.10	0.02	0.01	0.27	85.9%	2.99	0.01
96	ホンジュラス	1.08	1.06	0.17	0.82	0.04	0.02	0.01	0.19	88.5%	4.79	0.01
97	メキシコ	1.07	1.04	0.25	0.69	0.06	0.03	0.01	0.28	88.7%	2.76	0.01
98	カンボジア	1.06	1.02	0.12	0.86	0.02	0.02	0.00	0.15	79.6%	7.11	0.00
99	ガボン	0.92	0.90	0.14	0.65	0.04	0.02	0.05	0.17	85.8%	4.56	0.05
	世界	3.12	3.09	0.35	2.57	0.08	0.05	0.05	0.38	91.7%	7.41	0.05

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

表3 GBD2019推計による石綿関連疾患死亡数(世界)

死亡原因(傷病)／リスク要因	1990年	1995年	2000年	2005年	2010年	2015年	2019年
職業曝露による死亡(A~E)	144,479	159,427	168,410	185,589	213,432	228,531	239,333
中皮腫[A]	14,044	15,539	17,018	19,247	22,445	25,210	26,820
気管・気管支・肺のがん[B]	122,206	134,818	141,620	155,740	179,229	190,457	198,703
卵巣がん[C]	4,030	4,392	4,622	4,966	5,497	6,019	6,557
喉頭がん[D]	2,741	2,926	2,899	2,972	3,241	3,536	3,682
石綿肺[E]	1,459	1,752	2,250	2,664	3,019	3,309	3,572
中皮腫による死亡[F]	15,385	17,039	18,683	21,095	24,513	27,459	29,251
中皮腫(職業曝露以外)(F-A)	1,341	1,501	1,665	1,847	2,068	2,249	2,431
職業曝露の占める割合(A/F)	91.3%	91.2%	91.1%	91.2%	91.6%	91.8%	91.7%
肺がん/中皮腫の比率(B/A)	8.70	8.68	8.32	8.09	7.99	7.55	7.41
石綿肺による死亡[G]	1,459	1,752	2,250	2,664	3,019	3,309	3,572
石綿肺(職業曝露以外)(G-E)	0	0	0	0	0	0	0
石綿による死亡(B+C+E+F+G)	145,821	160,928	170,075	187,436	215,499	230,780	241,764

表4 石綿関連疾患死亡数のGBD推計の推移(世界)

死亡	GBD/年	GBD2013による 2013年	GBD2015による 2015年	GBD2016による 2016年	GBD2017による 2017年	GBD2019による 2019年
職業曝露による死亡(A~E)		194,252	180,225	222,321	232,442	239,333
中皮腫[A]		25,212	22,822	27,612	27,447	26,820
気管・気管支・肺のがん[B]		166,774	154,601	181,450	191,335	198,703
卵巣がん[C]		1,273	1,397	6,022	6,292	6,557
喉頭がん[D]		993	1,405	3,743	3,975	3,682
石綿肺[E]		-	-	3,495	3,393	3,572
中皮腫による死亡[F]		33,744	32,373	30,208	29,909	29,251
中皮腫(職業曝露以外)(F-A)		8,532	9,551	2,596	2,462	2,431
職業曝露の占める割合(A/F)		74.7%	70.5%	91.4%	91.8%	91.7%
肺がん/中皮腫の比率(B/A)		6.61	6.77	6.57	6.97	7.41
石綿肺による死亡[G]		24,087	3,597	3,495	3,393	3,572
石綿肺(職業曝露以外)(G-E)		-	-	0	0	0
石綿による死亡(B+C+E+F+G)		226,870	193,374	224,918	234,904	241,764

「死亡率」の推移を、図3のグラフに示した。

アスベスト消費と、またそれゆえアスベスト被害及びアスベスト禁止の「先進国」といえる諸国のなかで、ドイツとスウェーデンはようやく中皮腫「死亡率」が減少に転じはじめたと言えるかもしれない。イタリアやフランス等は横ばいの状況になっている。

それに対して、日本は、他の先進諸国の「死亡率」よりもかなり低い一方で、「死亡率」がいままさに増加し続けている。他の先進諸国の現在の「死

亡率」と同じレベルまで増加し続ければ、「死亡数」が世界第1位になるのも遠いことではないかもしれない。わが国のアスベスト被害の規模及び動向について、認識を新たにすべきである。

「死亡数」で世界第2位の中国が、「死亡率」で第76位であるのも、日本と同じような事情に拠っていると考えられる。世界平均の「死亡率」も、傾斜は相対的に緩いとはいえ、一貫して増加し続け



労災請求増加続け1,700件超え

COVID-19●厚生労働省は5事例を追加

2020年10月23日現在の、新型コロナウイルス感染症の、労災保険及び地方公務員災害補償の請求・認定状況を紹介します。

労災保険の状況

労災保険請求は、10月13日について1,500件を突破し(1,500

件)、10月23日現在1,723件である。9月18日の1,277件から、34.9%の増加である。10月5日に初めて「教育、学習支援業」の請求が1件現われた。

認定件数のほうは、9月18日の655件から10月23日857件へ、30.8%の増加。

10月20日に初めて「決定件数」と「うち支給決定件数」との間に違いが現われ、11件の不支給件数があったことが明らかになっ

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

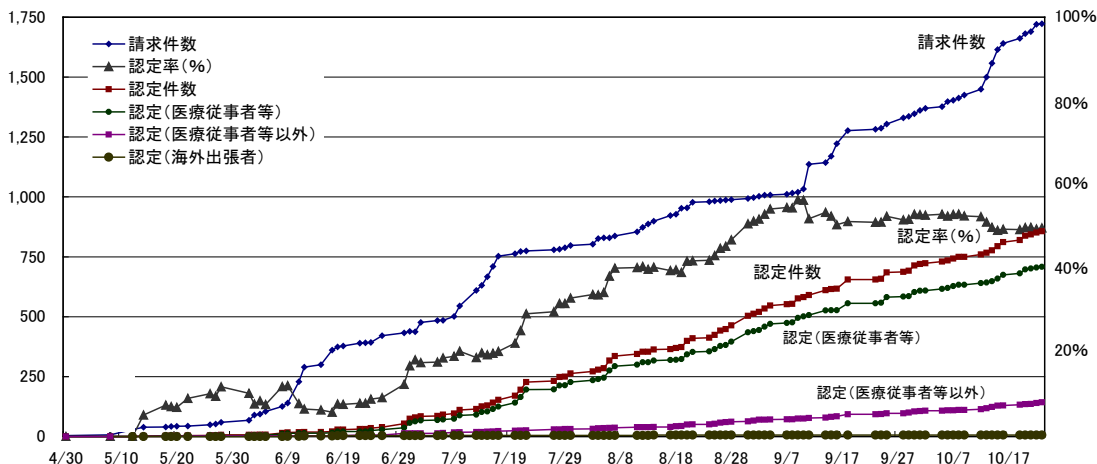
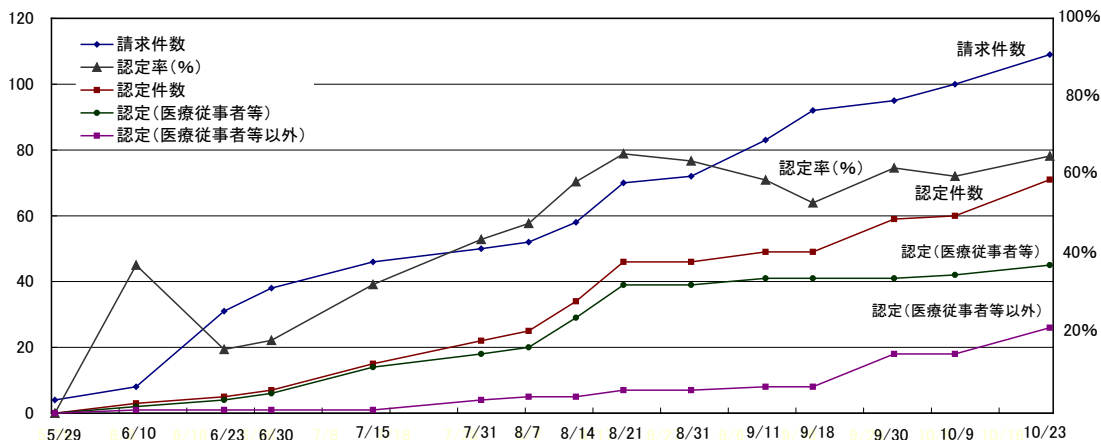


図2 新型コロナウイルス感染症に関する地方公務員災害補償請求件数等の推移



各地の便り

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10月23日 18時現在

業種	請求件数	支給決定件数	率
1. 医療従事者等	1,354(2)	708(1)	52.3%
医療業	1,096(1)	591(1)	53.9%
社会保険・社会福祉・介護事業	241(1)	108(1)	44.8%
サービス業(他に分類されないもの)	15	7	46.7%
複合サービス事業	1	1	100%
2. 医療従事者等以外	362(15)	143(8)	39.5%
農業、林業	3	0	0.0%
建設業	31(4)	8(2)	25.8%
製造業	14(2)	5(2)	35.7%
情報通信業	4	1	25.0%
運輸業、郵便業	49(1)	21(0)	42.9%
卸売業、小売業	23	7	30.4%
学術研究、専門・技術サービス業	11	1	9.1%
金融業、保険業	7(1)	0(0)	0.0%
不動産業、物品賃貸業	5(2)	0(0)	0.0%
宿泊業、飲食サービス業	23	8	34.8%
生活関連サービス業、娯楽業	13	7	53.8%
教育、学習支援業	1	0	0.0%
医療業	60	32	53.3%
社会保険・社会福祉・介護事業	80(1)	32(1)	40.0%
複合サービス事業	3	3	100%
サービス業(他に分類されないもの)	35(4)	18(3)	51.4%
3. 海外出張者	7(1)	6(1)	85.7%
製造業	3	2	66.7%
卸売業、小売業	2(1)	2(1)	100%
学術研究、専門・技術サービス業	2	2	100%
計	1,723(18)	857(10)	49.7%

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10月23日17時現在

職種	請求件数	公務上認定件数	率
医師・歯科医師	8	7	87.5%
看護師	46	35	76.1%
その他の医療技術者	3	3	100%
土木技師・農林水産技師・建築技師	2	0	0.0%
警察官	26	17	65.4%
消防吏員	4	4	100%
清掃職員	12	0	0.0%
その他の職員	8	5	62.5%
計	109	71	65.1%

た。すべてが社会保険・社会福祉・介護事業の医療従事者等であり(決定件数119件中の9.2%に相当)、関西労働者安全センターからの問い合わせに対して厚生労働省は、個別案件については答えられないとしながらも、11件はすべて、新型コロナウイルス感染症ではなかったということだと受け取ってもらってよいとのことであった。したがって、新型コロナウイルス感染症で不支給決定された事例はまだないことになる。

請求件数に対する支給決定件数として計算した「認定率」は、全体では9月18日の51.3%から10月23日の49.7%へ、やや減少している。相対的に処理が遅れているということである。

別掲表に、業種ごとの請求・支給決定件数と認定率を示した。

医療従事者等の請求件数は9月18日の1,026件から10月23日1,354件と32.0%増加、それ以外の請求件数は9月18日の244件から10月23日362件と48.4%増加している。

認定率は、海外出張者を除くと、医療業と複合サービス事業の医療従事者等及びそれ以外の労働者で学術研究・専門・技術サービス業、生活関連サービス業・娯楽業、医療業、複合サービス事業、サービス業(他に分類されないもの)で50%を超えており、上記以外の医療従事者等及びそれ以外の運輸業・郵便業、社会保険・社会福祉・介護事業がそれらに続いて40%超、製造業、卸売業・小売業、宿泊業・サービス業が30%台、建設業、情報

通信業が20%台、農業・林業、金融業・保険業、不動産業・物品賃貸業、教育・学習支援業はまだ認定なしという状況である。

建設業、社会保険・社会福祉・介護事業、卸売業・小売業、宿泊・飲食サービス業は、とりわけそれなりの請求件数があるのに、認定が遅れているように思われる。

地方公務員災害補償の状況

地方公務員災害補償の公表は、9月18日以降、9月30日、10月9日と10月23日現在の3回。

請求件数は各々、92件→95件→100件→109件で、14.7%の増加。こちらは幸いまだ公務外認定事例は現われておらず、公務上認定件数は各々、49件→59件→60件→71件で、44.9%の増加であった。全体の認定率は53.3%→62.1%→60.0%→65.1%と推移している。

別掲表に、請求・支給決定件数と認定率を示した。医療従事者等は3職種合わせても78.9%と高く、消防吏員は100.0%、認定が進んで警察官65.4%、その他の職員62.5%となったが、清掃職員と技師ではいまだに認定事例がない。

厚生労働省が5事例追加

厚生労働省は「新型コロナウイルス感染症に係る労災認定事例」(10月号参照)に、9月30日に2事例、10月21日に3事例を追加した。これで、示された事例は13になった。以下、事例番号は最新のもので、10月号で紹介した事例の内容は省略している。

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」(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

【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

(事例2) 看護師

(事例3) 介護職員

(事例4) 理学療法士

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

【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

(事例6) 建設作業員

(事例7) 保育士

G保育士は、保育園で保育業務に従事していたところ、発熱等の症状が出現したため、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、G保育士以外にも、同

時期に同僚労働者や複数の園児の感染が確認され、クラスターが発生したと認められた。

以上の経過から、G保育士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

【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】

① 複数(請求人を含む)の感染者が確認された労働環境下での業務

(事例8) 工事現場施工管理業務従事者

工事現場の施工管理業務従事者であったHさんは、担当する現場の施工状況を管理する業務に従事していたが、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、Hさんの感染経路は特定されなかったが、発症前の14日間に、換気が不十分な工事現場の事務室において日々数時間現場作業員らと近接な距離

で打合せ等を行っており、Hさんの他にも、新型コロナウイルスへ感染した者が勤務していたことが認められた。

一方、発症前14日間の私生活については、自宅で静養するなど外出はほとんど認められず、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、換気が不十分な部屋で、他の作業者と近接な距離で打合せを行うなどの状況から、当該労働者の感染は、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、複数の感染者が確認された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9) 建設資材製造技術者

建設資材の製造技術者のIさんは、品質管理業務に従事していたが、発熱、倦怠感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、Iさんの感染経路は特定されなかったが、発症前14日間に、勤務していた職場の事務室において品質管理に係る業務を行っており、Iさんの他にも、新型コロナウイルスに感染した者が勤務していたことが認められた。

一方、発症前14日間の私生活

については、日用品の買い物で家族と自家用車で外出したことが1日あったのみで、家族以外の接触はなく、他人との濃厚接触はなかったことが確認され、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、新型コロナウイルスへ感染した者が事務室を往来していること、他の社員との会話の機会等における飛沫感染を否定できないこと等を踏まえると、当該労働者の感染は、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、I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、複数の感染者が確認された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。

② 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

(事例10) 小売店販売員

(事例11) タクシー乗務員

(事例12) 港湾荷役作業員

港湾荷役作業員であったLさんは、トラックへの荷渡し業務等に従事していたが、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、Lさんの感染経路は特定されなかったが、発症前の14日間に、荷渡しの際の確認

のため、日々不特定多数のトラック運転手等と近距離で会話を行っており、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、事業場において不特定多数の者との近接・接触の機会が認められ、当該作業員の感染は、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。

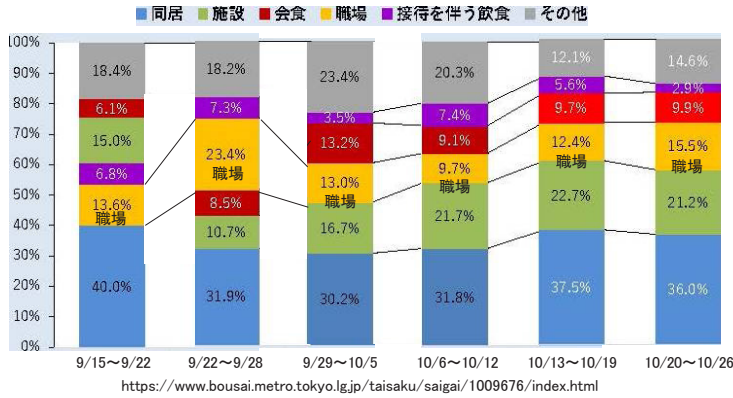
以上の経過から、Lさんは、新型コロナウイルスに感染しており、感染経路は特定されないが、従事した業務は、顧客等との近接や接触が多い労働環境下での業務と認められ、業務により感染した蓋然性が高く、業務に起因したものと判断されることから、支給決定された。

(事例13) 調剤薬局事務員

調剤薬局事務員のMさんは、処方箋の受付、会計、データ入力など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、Mさんの感染経路は特定されなかったが、発症前の14日間に、受付カウンターで日々数十人の処方箋の受付などの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。

東京都新型コロナウイルス感染症モニタリング会議資料
濃厚接触者における感染経路

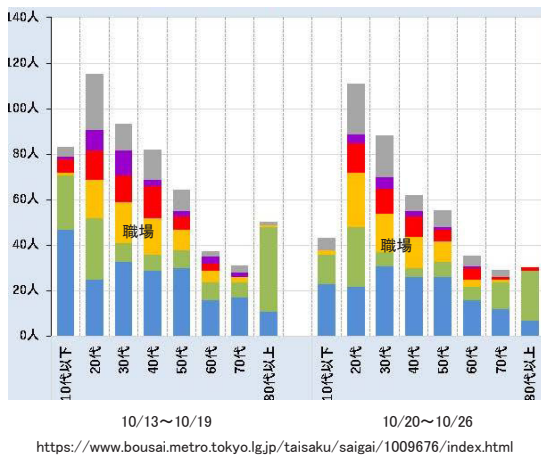
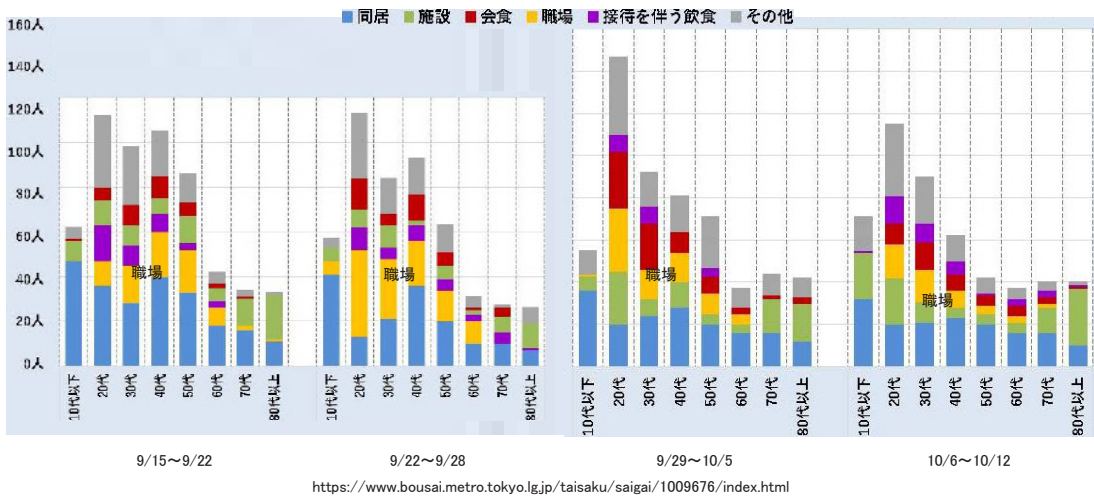


一方、発症前14日間の私生活での外出については、日用品の買い物程度で、私生活における感染のリスクは低いものと認められた。

医学専門家からは、不特定多数の医療機関受診者に対応した際の飛沫感染等が考えられるなど、当該事務員の感染は、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、Mさんは、新

東京都新型コロナウイルス感染症モニタリング会議資料 濃厚接触者における感染経路(年代別)



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。

東京都モニタリング会議資料

東京都の新型コロナウイルス感染症モニタリング会議は、10月1日開催の第13回から10月29日開催の第17回まで、資料に「濃厚接触者における感染経路」を含めるようになっている。感染経路が職場の割合は、10月6～12日の週から10月20～

26日の週末まで、13.6%→23.4%→13.0%→9.7%→12.4%→15.5%となっている(前頁上図参照)。

労働年齢の年齢においてはこの割合は、当然さらに高い(前頁中及び下図参照)。

かりに日本の感染者の10%が職場で感染したとすれば約1万

人ということになるが、労災請求件数は増えたとはいえまだ1,723件、公務災害補償基金への請求が109件にすぎない。業務上災害、公務上災害とされるべき事案の多くが請求もされないままになっていることは明らかである。



等)でも症状が出る可能性があるので注意が必要」と言われた。※切り出し=検査に必要な組織片を切り取る作業

被害者の通報により、2019年8月26日に西宮労働基準監督署が立ち入り検査を行い、市立病院は同年9月13日に、労働安全衛生法に基づく是正勧告と改善指導を受けた。

被害者は労働組合とともに、事故に至った不正行為を含む事実関係の確認と公表、適切な謝罪を求めてきたが、病院側は不都合な事実を隠蔽しようとし、被害者に向き合おうとしてこなかった。それどころか、被害者の訴えに対して「環境を整備(改修工事)するのに、それ以外に何の問題があるのか」とし、他の職員に対して、事実関係を説明することもなかった。

2019年8月に公務災害認定申請を行ったが、病院側の報告は事実と異なり、被害者は労働組合の協力のもと、追加資料を提出し、事実関係を説明することを余儀なくされた。そして、1年近くかかり2020年7月17日ようやく、被害者は公務災害の認定を受けた。これは、被害者救済の一步ではあるが、被害が業務に起因することが認められたにすぎず、不正行為の事実と被害に至る経緯が明らかにされたわけではない。

放置された排気装置の不具合

この事件の本質は、被害者らの職場改善要望が長年無視され、作業環境測定(ホルムアルデ

シックハウス公災認定の真実 兵庫●作業環境測定不正事件隠蔽との闘い

職場の声を無視し

不正・隠蔽を行っていた病院

10月号で、2020年7月22日に宝塚市立病院の検査技師が発症したシックハウス症候群が公務災害認定されたという神戸新聞記事を紹介した。

ところが、この「宝塚市立病院検査技師シックハウス症候群公務災害認定事件」の経緯詳細が、当該労働組合の宝塚市職員労働組合によるひょうご労働安全衛生センター機関誌「ひょうご労働安全衛生」9月号への寄稿記事「宝塚市民病院・作業環境測定不正事件隠蔽との闘い」で明らかにされた。

本件の原因・背景には使用者である病院側の作業環境測定不正や多くの法令違反、職場の声を無視し続けてきた実態があった。まだまだ目が離せない現状であることがリアルに伝えられている。

以下その全文を紹介する。

「シックハウス症候群」発症

2019年7月、宝塚市立病院の病理検査担当の臨床検査技師がシ、シックハウス症候群を発症した。

被害者は4年ほど前(2016年)から、病理検査室に出勤すると鼻水が出るという症状があった。2019年7月下旬からは、鼻水・のどの痛み・目の痛みといった症状が日に日に強く現われた。同年8月8日の出勤時、病理検査室内の切り出し^{*}室入り口付近に行くと、粘性の鼻水が大量に出だし、のどに違和感を覚えた。また、他の職員も同時期から頭痛を感じていたことが判明した。8月30日、アレルギー科で「揮発性有機化合物(ホルムアルデヒド、キシレン等)によるシックハウス症候群」、「約1か月の自宅療養が必要」と診断され、医師からは「今後、日常生活(引っ越し、家の新築

ヒド等の濃度測定)の不正が続けられ、排気装置の不具合が放置されてきたことにある。

被害に至った原因として、病院側は、

- ① 当時、被害者の作業量が一時的に増加したこと
- ② 換気装置の不具合により一時的に作業環境における化学物質の濃度が上昇したこと

として、一過性の問題という認識を示した(2020年6月17日議会における明石病院事業管理者の答弁)。

また、病院側は排気装置の不具合を放置してきた理由について、「年2回の作業環境測定において、第1管理区分*の結果が出ていたので、早急に改修しなければならないとの認識がなかった」としている(2019年11月1日、是正勧告の事実についての新聞記者発表)。

※第1管理区分=適切であると判断される状態

第2管理区分=改善の余地があると判断される状態

第3管理区分=不適切であると判断される状態

過去の記録によると、病理検査室では、2007年11月に初めて作業環境測定が実施され、以来2010年7月までの7回の測定において(2009年5月測定の「第2管理区分」を除く)「第3管理区分」が続いた。この間、様々な試みがなされたが、改善することなく、2011年3月に換気・排気装置の改修工事が実施された。

ところが、その直後(2011年3月29日)の作業環境測定では、切

り出し作業が行われていない状態で実施されたにもかかわらずなお「第2管理区分」となった。

この時の測定結果について病院側は、「一定の効果を得た」と評し、安全衛生委員会に改善状況として報告された。改修工事と測定結果の関係を精査することなく、その後追加工事が行われることはなかった。

隠蔽される不正行為

病院側は、作業した状態で作業環境測定を受ければ、「第2管理区分」以上の結果が出る可能性を認識していたと考えられる。

このことは、上司の証言「第3管理区分が続き、切り出し室の大規模な改修工事(2011年3月)があった。その後、環境を整えているのに基準値を超えるということは作業の仕方が悪い、と指摘されと思った(2019.11.5)」が裏付けている。

局所排気装置の制御風速は、2015年9月の測定開始以来ずっと基準値を下回っていた。被害者と病理医が繰り返し上司に相談してきたが、「金銭的な問題」と「作業環境測定で第1管理区分」を理由に、上司の判断で放置されてきた。

病院側は、作業環境測定の測定値を抑えるために不正行為(前日からの換気、測定前に作業しない指示のもと9時頃に測定)を続け、「第1管理区分」を維持しようとしてきた。

2016年3月の作業環境測定は、上司が測定日を失念していたと思われ、「第3管理区分」となっ

たが、この点について明石病院事業管理者は2020年6月議会で、「測定前にホルマリンをこぼしたことが測定値に影響した」との上司の証言をもとに、事実関係を確認するとした。

ところが、被害者、上司ともこぼしておらず、証言者である上司は誰がいつこぼしたかわからないという不可解なことになっている。被害者や他の証言者と上司の見解が異なるにもかかわらず、「上司が測定日を失念していた」という証言には言及せず、病院側に都合のいい「ホルマリンをこぼした」という、上司のきわめて不自然な証言を基本に調査する態度を示した。

「第3管理区分」となった直後、「局所排気の改修が困難」との理由で、上司は「再び第3管理区分になると検査室が使えなくなる」とし、引き続き不正行為を指示した。

一方で、病理医や被害者の指摘もあり、測定時にカモフラージュとしてボトルに入った小さい検体のみの処理がなされていたが、前日からの換気や朝9時過ぎからの測定は続いた。

「市立病院の闇」は明けるのか

2019年11月1日に是正勧告の事実が新聞報道されるや、病院側は、第三者による調査することを示した。

病院自ら不正行為を含む事実関係の調査をして公表する責任を放棄し、「第三者」を隠れ蓑にしようというものである。その後、事件の風化を待つかのよう

に、一向に動き出す気配がないまま時が流れた。

当初、病院側は調査メンバーの氏名を非公表としてきたが、2020年6月議会において、調査メンバーとして弁護士と大学教授の名をあげた。ところが、この大学教授が市立病院と近いことを議員に指摘され、後に市長の求めにより、弁護士を含めて再選考するに至った。

今回の事件を受けて今年度、市立病院は兵庫労働局から「衛生管理特別指導事業場」に指定され、有害業務を行う放射線技師と臨床検査技師の職場を中心に安全衛生改善計画がまとめられる予定である。調査の過程で、専任の衛生管理者の不在や、衛生工学衛生管理者の未選任といった法令違反が指摘されている。また、事件が発覚するまで、特定化学物質や有機溶剤を扱う職場で必須の作業主任すら選任されていなかった。これらの違法行為が不問にされてきた病院の体質が、今回の災禍を招く土壌となっていた。

現在、病理検査室では、労働基準監督署の指導による改修工事が7月末に完成し、1年近く

にわたる防毒マスクをつけての作業からは解放されようとしている。一方で、都合の悪いことは隠すという病院の姿勢はいまま変わっていない。

第三者による調査はようやく今年8月になって開始された。公正な調査結果を待ち、市立病院の再生に向けた一歩としたい。

注：シックハウス症候群とは

住宅の高気密化や化学物質を放散する建材、内装材の使用等により、新築/改築後の住宅やビルにおいて、化学物質による室内空気汚染等により、揮発性有機化合物放散量の多い家（シックハウス）では異常発汗、頭痛、めまい、落ち着きがない、疲れやすい、冷え、不安、不眠、鬱、記憶力減退、知覚異常、のどの渇き、食欲不振、湿疹、不整脈、目がチカチカする、ふるえなど、自律神経障害症や体調不良の症状を感じるが、現場を離れると症状がとれてしまう。症状が多様で、症状発生の仕組みをはじめ、未解明な部分が多く、また様々な複合要因が考えられることから、一般的にシックハウス症候群とよんでいる。（ひょうご労働安全衛生センター）

の内容を陳情した。

- ① 労災が時効となった遺族の救済を図る「特別遺族給付金」について、2016年3月27日以降に亡くなった労働者の遺族も対象になるよう、石綿健康被害救済法を改正する。
- ② 時効救済制度の周知。これまで未救済の中皮腫遺族に対して、「死亡小票」「死亡診断書」に基づき周知を行っている。石綿関連肺がんについて、特別遺族給付金は医学資料がなくても、同僚の労災認定をもとに支給しており、その周知も。
- ③ 救済法改正にあたり、過労死等防止対策推進協議会のような石綿健康被害救済推進の機構を創設する。また、患者と家族が生活できる療養手当の増額や遺族年金の創設など、救済給付の改正も。
- ④ 石綿疾病の克服をめざし、治療などの研究の促進。

副大臣からは要旨以下のような話があった（一部のみ紹介）。

「（①について）そうあってはならないということで過去にも2度にわたって議員立法のうちに、いわゆる空白期間について、解消せよという議員立法で提案して成立させてきた。…いま私がここで約束するわけにはいかないが、これまで改正法の議員立法で措置した経緯を踏まえたら、しっかり環境省とも厚生労働省として十分連携して検討していきたいと考えている」。

「制度の周知は非常に大事なことで、ことだと思っている。…十分な資

患者と家族の会が副大臣に陳情 厚労省●石綿健康被害救済法の改正等

中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会は7月14日、小菅千恵

子副会長以下5人で稲津久厚生労働副大臣に面会して、以下

料がなくても監督署に調査を行わせて適切に判断していきたいと考えている。そうした内容についても周知内容にしっかり盛り込んでいくことを検討させていたきたい」。

参加者は副大臣の話の前向きにとらえるとともに、非常に意義のある陳情ができたと感じ、今後もこのような機会を積極的に持ち、隙間のない公正な補償を要求していきたいとしている。

射出成形機による右腕切断

三重●鋳物工場でインドネシア人労働者

インドネシア出身のカリギスさんは、2017年に農業の技能実習生として来日し、7か月で終了した技能実習後に逃亡、そのまま難民申請をしてこれまで合法的に就労してきた。

カリギスさんは、様々な派遣会社を通じて建設業やホンダ関係の仕事に就いてきたが、最後に派遣された先で約半年の就労の末、右腕を切断するに至る業務災害に罹災した。

災害発生現場は鋳物の中子（なかご：鋳物の中空部を作るための鋳型）を作る会社で、カリギスさんは、シェルマシンと呼ばれる射出成形機に、不良品発生防止のため成形機部分にシリコンをスプレーして噴出する作業を施している最中に、右手を巻き込まれてしまった。カリギスさんは主に夜勤に就いており、発生後約1時間放置されたのは、おそらく当時日本人従業員がおらず、だれも救急対応の方法を知らなかったためではないだろうか。仮に救急車をすぐに呼んでいたら、も

しかしたら切断にまで至らなかったかもしれない。

病院搬送後の対応は、災害発生事業所も雇用者である派遣会社も労災請求をはじめ、できるだけ誠実に対応しようとしていた。しかし、派遣会社が用意した療養補償給付請求書等を見ると、災害発生状況について、以下のように書かれている。「…砂型成形機にて砂型を成形中、本来は成形機が原点復帰し、停止したのを確認した後に行うべきスプレー作業を、機械動作が完了する前に行おうとして、成形機に右手を巻き込まれ、被災した」。

この記述は、現場を見ていない派遣会社によるものだが、派遣先の説明をそのまま書いたものにすぎない。実際には、成形機は「原点復帰し、停止」することはなく、自動で作業を続けていた。そのため、次の作業が始まる前の数秒の間にスプレー作業を完了させなくてはならなかったところ、間に合わずに手が機械に巻き込まれたのである。いずれに

しても射出成形機については、労働安全衛生規則第147条（射出成形機による危険の防止）において、「事業者は、射出成形機、鋳物造型機、型打ち機に労働者の身体の一部を挟まれるおそれのあるときは、戸、両手操作式による起動装置その他の安全装置を設けなければならない」と定められており、機械の作業中に身体の一部が入らないようにしなくてはならず、また、身体の侵入が認められたときは安全装置によって機械が停止するようになっていなくてはならなかった。つまり、カリギスさんが行っていたスプレー作業は、機械を一時停止させて行われるべきものだった。

生産効率を追求した結果、機械を停止させないまま作業を継続し、派遣で入職したばかりの外国人を負傷させてしまったのであるが、当日の人員配置を考えると、事業所の安全対策が常に疎かであったことは間違いない。入職時の安全教育についても、派遣会社に尋ねたところ「派遣先任せ」ということであつたし、現場では先輩のインドネシア人労働者が機械の操作方法を教えただけで、安全教育とはほど遠い。

この事業所が会員として名を連ねている日本鋳物中子工業会（正会員76社、賛助会員15社、平成31年1月時）発行の中子Newsを読むと、「…技能実習制度を鋳型の製造業でも登録できるということです。ある会社ですでに鋳造業種として実習制度を活用されています。皆さんも活用していただければと思います」

と幹部が報告をしている。素材産業は中小企業が多く、しかも自動車産業に依存する傾向があり、いかに生き延びるかということが最大の課題だろう。安い外国人労働力を利用して危機を乗り越えることもひとつの解決かもしれないが、安全を疎かにして本件のような重大災害を引き起こすと、会社の存続にかかわる事態になりかねないことは、これからのカリギスさんが行う損害賠償請求から学習してもらえない。

この事業所では、20年ほど前に、劣化していた天井クレーンのフックから落下した運搬物による死亡事故もあったらしい。機会に指を挟まれて切断するような事故は頻繁には発生しており、その都度労働基準監督署からは是正勧告を受けてきた。

今回の事故についても送検され、東海地方では報道もされた。違反法条は労働安全衛生法第20条（機械等による危険防止措置）及び労働安全衛生規則第107条（掃除等の場合の運転停止）であった。

今回に事故を契機ようやくすべての機械に安全装置を取り付けた。500万円以上の出費だったと派遣会社を相手にぼやいていたらしいが、カリギスさんに対する損害賠償額を試算してみると、労災補償分を引いても7千万円をこえる。この数字に基づいて上乗せ補償の支払いを求めたが、社長は「申し訳ない」「今後は安全第一」と繰り返す一方、「どんなに注意したところで人間のやることだから安全装置を

切ってしまうこともあるかもしれないし…」などと、本音もちらほら出してくる。このままだと第三の事件が発生する日もそう遠くないような気がする。

カリギスさんは障害等級5級が認められ、傷害補償年金を受給することが決まった。あとは家族の待つ故郷に帰るばかりである。

出国時に生まれたばかりであった長男とはこれまでスマートフォンの画面越しで話をしてきたが、ようやく直接話ができるといまから楽しみにしている。利き腕がない不自由は一生続くが、これからは豚でも飼いながら子供の成長を見守っていこうと考えている。

（関西労働者安全センター）

建設アスベスト訴訟初めての弁論 最高裁●判決期日は「おつて指定」

アスベスト被害問題のいま最も注目されている国と建材メーカー（企業）として損害賠償をもとめた建設アスベスト訴訟神奈川第1陣の最高裁判所（第一小法廷 深山卓也裁判長）弁論が10月22日午後開かれた。

注目された判決日は「おつて指定」となった。

建設アスベスト訴訟は、全国的に取り組みられてきた。2008年東京を皮切りに神奈川、札幌、京都、大阪、福岡の6地裁で提訴され、現在までに、東京高裁（神奈川第1陣、東京第1陣）、大阪高裁（大阪第1陣、京都第1陣）、福岡高裁（九州第1陣）について、最高裁判所に係属している。

東京高裁、大阪高裁からきた4件について最高裁第1小法廷、福岡高裁からの九州1陣は第2小法廷にかかっている。

このうちの神奈川1陣についてのみ、最高裁弁論期日が10月22

日に指定されていた。

弁論では、最高裁が上告受理した論点について、双方の主張が行われた後、注目の判決期日については、裁判所より「おつて指定」とされ、現段階では未定となった。

最高裁の上告受理状況から、国の責任については、労働者ばかりではなく一人親方まで広く救済する方向とみられるとともに、建材メーカーの責任にまで一定踏み込んで認めるとの予想もある。

判決期日がいつになるのかは、ほかの最高裁係属事件の動向も絡らむ可能性もある。

建設アスベスト訴訟全国連絡会は、「建設工事従事者に対する石綿被害補償基金制度～私たちの提案～」を作成して、国会議員等に対して、基金の実現をめざした働きかけを強化



「重大災害企業処罰法」を発議

韓国●「職場内いじめ禁止法」施行から1年

■21代国会で再び浮上した「重大災害企業処罰法」

ソウル地下鉄九宜駅のスクリーンドア死亡事故、石炭火力発電所のキム・ヨンギョン労働者死亡事故、ハンエクスプレス利川物流センターの火災惨事、光州の破碎機による狭窄死亡事故など、毎年2千人以上の労働者が死んでいく国。2013～2017年の5年間で、産業安全保健法に違反した法人に宣告された平均罰金額が448万ウォンで済む国。企業と経営責任者はいつもドジョウのようにスルリと抜け出して、軽い処罰に終わる国。

カン・ウンミ正義党議員は6月11日の記者会見で「重大災害に対する企業及び責任者処罰などに関する法律制定案」を発議したと明らかにした。制定案は正義党の1号法案でもある。

制定案は20代国会で故ノ・フェチャン議員が発議した、企業と経営責任者が安全管理の主体であり、安全事故による重大災害は企業犯罪で、処罰対象であることを明確にした「災害に対する企業及び政府責任者処罰に関する特別法制定案」を土台に、新しく重大災害に対する定義規定を導入し、特殊雇用労働者の事業主の責任も明確にし

た。処罰の量刑を、死亡時3年以上の有期懲役（下限型）または5千万ウォン以上、10億ウォン以下の罰金、故意または重大過失の場合、損害額の3倍以上、10倍以下の損害賠償とした。立証の責任を事業主と法人または機関が負担し、営業許可取り消しまで可能な条項が盛り込まれた。

記者会見に参加したキム・ヨンギョン財団のキム・ミスク理事長は「息子が事故に遭って1年半が過ぎたが、ヨンギョンの同僚の境遇は変わっていない」とし、「イギリスが重大災害企業処罰法で産災事故を顕著に少なくしたので、いまがチャンス」と強調した。

イ・サンユン重大災害企業処罰法制定運動本部・共同代表は「韓国社会のもっとも大きな問題は不平等で、不平等のもっとも克明なかたがが産災死亡」とし、「21代国会は政治的な解決法として、不平等な産災死亡問題を解決せよ」と主張した。

2020.6.12 毎日労働ニュース

■職場内いじめ禁止法1年/暴言・暴行は相変わらず

職場内いじめ禁止を内容とする勤労基準法の改正が施行されて1年。会社で暴言と暴行に遭ったと訴える労働者の声は減

らない。制度を改善せよという要求も出ている。

労組があつて、職場内いじめ予防教育を受ける公共機関と大企業では事件が減っているが、民間中小企業では法があることさえ知らない。雇用労働部が4月に発表した「職場内いじめ申告事件現況」（2020年3月末）によれば、申告は50人未満の事業場が57.5%だった。職場の甲質119は「政府は10人以上の事業場の就業規則に、職場内いじめに関する規定を入れたことを確認せよ」「暴言の申告が入ってきた会社を勤労監督せよ」と提案した。実効性を高める方法として、△加害者処罰、△親戚・元請け・住民などにも法を適用、△4人以下の事業場への適用、△措置義務不履行への処罰条項の新設、△義務的な教育、を提示した。

2020.6.15 毎日労働ニュース

■職場での感染は「コロナ産災」申請は67人だけ

国内で初めての新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の患者が発生して5か月が過ぎたが、職場でCOVID-19に感染して業務上疾病（産業災害）の認定を申請した人数は70人にもならないことが確認された。労働者の健康権に責任を負うべき雇用労働部と勤労福祉公団は、もっと積極的に産業災害の申請を案内するべきだ。

公団によれば、COVID-19感染で産災の承認を申請したのは67人（20日現在）で、この内27人が業務上疾病判定委員会の審

議を経て「コロナ産災」を認められ、39人は調査を進行中だ。感染経路が不明な事務（行政）職1人は不承認とされた。産災申請は事業主が産災保険に加入していない場合でも、産業災害補償保険法上の勤労者と認定されれば、誰でもできる。

産災申請をした労働者の職種を見ると、△ホームヘルパー24人、△看護師20人、△コールセンター相談員7人、△事務（行政）職4人、△病棟ヘルパー2人、△社会福祉士2人、△医師2人の順で、COVID-19の陽性者または感染脆弱層との接触が多い医療とケアサービス労働者の比重が70%以上だ。この他に、物理療法士・建物管理員・飛行機の乗務員・サービス従事者・栄養士・環境美化員の職種で、1人ずつが申請した。公団の「感染病産災認定指針」を見ると、顧客応対など、感染の危険がある職種や、業務中に感染源への曝露が避けられないことなどが認められれば、産災の承認を受けられる。

しかし、実際に集団感染が発生した事業場では、労働者が産災申請ができることさえ知らないケースが少なからずある。例えば、クバン物流センターのCOVID-19集団感染に関して、正義党と民主労総・公共輸送労組空港港湾運送本部は18日「集団産災申請」を行うと明らかにした。しかし、産災申請に関する労組への相談件数は低調だ。労組の組織部長は「産災によって補償がされるという事実が、物流センターの被害労働者にキチ

ンと知らされておらず、いまま申請者を募集中」と話した。

コールセンターの労働者の状況も似ている。疾病管理本部は3月に、ソウル・九老区のコールセンターだけで97人の労働者がCOVID-19に感染したと集計している。大邱とソウルの中区・鍾路区などでも次々発生した集団感染の事例まで含めれば、全国のコールセンターだけのおおよそ200人が陽性だったと推定される。しかし、これらの中で「コロナ産災」を申請した労働者は7人に過ぎない。

労働健康連帯のパク・ヘヨン労務士は、「COVID-19に感染した労働者が産災を申請をすれば処理する、といった保守的な態度でなく、労働部が率先してこれらを助けるために、産災の申請方法などを積極的に広報する必要がある」と指摘した。

2020.6.23 ハンギョレ新聞

■勤労監督官がむしろ「甲質」/「いじめ放置」による二次被害が多い

10年以上働いたKさんは「企業機密」を理由に勤労契約書を一度も見ることがない。退職後には退職金も受け取れなかった。雇用労働部に陳情して調査が始まった。会社側が作成した偽の書類には、自身のサインが盗用されていた。Kさんは「私は左利きで、書類に書かれた文字と円を描く方向などが違う」と話した。Kさんによれば、勤労監督官が「私は右利きで、そんなことは分からない」と、Kさんの反発

を握りつぶした。28日、市民団体「職場の甲質119」が、勤労監督官の甲質によって、陳情者が二次被害を受けているとして発表した事例のひとつだ。調査によれば、昨年7月16日から「職場内いじめ禁止法」が施行されたのに、労働者の陳情を放置する勤労監督官が多かった。加害者の事業主に被害者の調査をさせた勤労監督官、「私も会社で（加害者と似た）行動をする。そんなのは甲質ではない」として、むしろ被害者に忠告をした勤労監督官のような事例も登場した。ある勤労監督官は「職場内いじめに関しては、私どもに直接調査をする権限自体がない」と言うこともあった。

職場の甲質119は、今年3月に労働部が発表した「職場内いじめ陳情事件処理現況」で、終結した事件のうち、「取り下げ」が47.9%に達するとして、「勤労監督官が『職場内いじめ禁止法』を『職場内いじめ放置法』にしている」と批判した。さらに、「『職場内いじめ禁止法』の施行以後、労働庁に陳情を提起した労働者の中の大多数は、労働部が労働者の権利保護の観点で積極的に法を解釈するのではなく、法の限界だけを説明し、進んで使用者の肩を持つ様子が確認された」と指摘した。政府が職場内いじめ禁止法に加害者処罰条項を新設して4人以下の事業場にも適用するなど、制度を改善して法の実効性を高めなければならないとした。

2020.6.28 京郷新聞



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 北海道勤労者安全衛生センター
〒060-0004 札幌市中央区北4条西12丁目 ほくろウビル4階
E-mail safety@rengo-hokkaido.gr.jp
TEL (011) 272-8855 / FAX (011) 272-8880
<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.tvm.ne.jp
TEL (0263) 39-0021 / FAX (0263) 33-6000
- 新潟 ● 一般財団法人 ささえあいコープ新潟
〒950-2026 新潟市西区小針南台3-16
E-mail KFR00474@nifty.com
TEL (025) 265-5446 / FAX (025) 230-6680
- 愛知 ● 名古屋労災職業病研究会
〒466-0815 名古屋市昭和区山手通5-33-1
E-mail roushokuken@be.to
TEL (052) 837-7420 / FAX (052) 837-7420
<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堂町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 ● 関西勤労者安全センター
〒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 ● 尼崎勤労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 hiroshima-raec@leaf.ocn.ne.jp
TEL (082) 264-4110 / FAX (082) 264-4123
- 鳥取 ● 鳥取県労働安全衛生センター
〒680-0814 鳥取市南町505 自治労会館内
TEL (0857) 22-6110 / FAX (0857) 37-0090
〒682-0803 倉吉市見田町317 種部ビル2階 労安センターとっとり
/ FAX (0858) 23-0155
- 徳島 ● NPO法人 徳島労働安全衛生センター
E-mail info@tokushima.jtuc-rengo.jp
〒770-0942 徳島市昭和町3-35-1 徳島県労働福祉会館内
TEL (088) 623-6362 / FAX (088) 655-4113
- 愛媛 ● NPO法人 愛媛労働安全衛生センター
E-mail npo_eoshc@yahoo.co.jp
〒793-0051 西条市安知生138-5
TEL (0897) 64-9395
<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 高知市薊野北町3-2-28
TEL (088) 845-3953 / FAX (088) 845-3953

