

安全センター情報2021年1・2月号 通巻第489号
2021年1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

安全センター
03-3636-3882
090-3024-6210
受付時間 10:00-16:00 [土・日・休
日除く]
お問い合わせ

このページを印刷する
印刷

2021 1・2

安全センター情報



JOSHRC
全国労働安全衛生センター連合会

労災認定の事例など
special contents

海外ニュース
international

私たちに
about us

私たちの取り組み
全国労働安全衛生センター連合会
は、労働災害職業病の被害者と
その家族、労働者、市民のエンパ
ワメントと、より安全で健康的
な職場・社会を実現するためのア
ドボカシーの促進のために1990年
5月12日に設立されました。

新型コロナウイルス感染症
世界中で新型コロナウイルス感染
症 (COVID-19) の感染が拡大し
ています。医療・看護など様々な
分野の現場において、労働者の安
全と健康、権利と尊厳が守られな
ざらされています。

労災職業病 事例検索
機関誌『安全センター情報』の選
取30年分のバックナンバー記事の安全
データベース。5,300件以上の安全
衛生活動や労災職業病の認定事例
など、各地の地域センターが取り
組んできた具体的なケースを豊富に
掲載しています。

ご相談はお早めに
03-3636-3882
090-3024-6210
受付時間 10:00-16:00 [土・日・休
日除く]
お問い合わせ

Contact情報を掲載

石綿ばく露作業による労災認定等事業場 (建設業以外・船員)

特集● 石綿健康被害補償・救済状況／筋骨格系障害

写真：リニューアルした全国安全センターのウェブサイト

職場における COVID-19 予防対策

対策の優先順位(ヒエラルキー)の適用

まず最も効果が高い対策を検討し、それから次のレベルの対策に進む。あらゆる場合に、物理的距離置き、手洗い、咳エチケットは必須。

最も効果が高い

リスクの根絶

リスクの根絶と代替化

- ・可能な場合、労働者にリモートワークを認める。
- ・個々にまたは職務役割に基づいて、対面で職場に報告する必要性があるかどうかを見直す。
- ・(糖尿病、心臓や肺の病気、がんを含め)免疫力を損なう健康状態にある者や免疫障害をもつ人と一緒に暮らしている者は、リモートワークを続ける必要性があるかもしれない。
- ・オンライン会議など、リモートワークを促進する技術を活用する。



代替化

工学的対策

管理的対策

PPE

最も効果が低い

個人用保護具(PPE)



マスク フェイスシールド ガウン



工学的対策

- ・物理的防壁(バリア)
- ・頻回な換気と効果の高いフィルタータ
- ・蛇口、扉やごみ箱の蓋のセンサー化や接触をなくすかまたは減らす対策



管理的対策

- ・リスク及びルールの周知
- ・入室時間制限、時差シフト/チーム
- ・決裁や管理業務の電子化
- ・オンライン作業/注文
- ・頻回な清掃
- ・物理的距離置き、手洗い、咳エチケット
- ・物理的距離置きを促進するための作業慣行の変更

医療用でないマスク

- ・医療用でないマスクは個人用保護具ではない。
- ・医療用でないマスクを使用する場合には、元の公衆衛生当局の助言に従う。
- ・マスクが傷んだり、濡れたり、汚れたら、交換する。
- ・医療用でないマスクやフェ

- ・イスの覆いの着用は、とりわけ混みあった状況で、他者から2mの距離を維持できない場合に勧告される。
- ・マスクの着用だけではCOV ID-19の拡大は防げないが、役には立つ。物理的距離置きと手洗いの奨励を継続。



Canadian Centre for Occupational Health and Safety
<https://www.ccohs.ca/images/products/infographics/download/hierarchy-covid.png>
 翻訳：全国労働安全衛生センター連絡会議(JOSHRC)

特集／石綿健康被害補償・救済状況の検証

補償・救済累計3万件突破 しかし「隙間ない救済」はまだ

建設業従事者が全体の約半数 2

筋骨格系障害(腰痛・上肢障害・振動障害等)

災害性腰痛は全職業病の4割 非災害性では上肢障害が最大

日本における筋骨格系障害の状況 36

手話通訳による深刻な頸肩腕障害の予防を 43

欧州:MSDs予防プロジェクト報告書から 「健康的職場 負担を軽くする」キャンペーン

EU-OSHAのキャンペーン開始記者発表 48

① なぜまだそれほど流行しているのか? 50

② 筋骨格系障害に対処するアプローチ 55

③ 研究から実践へ、何が学べるか? 62

COVID-19 欧州の職業環境クラスター分析 70

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

禁止/消費・生産減少の経済的影響の傾向 84

各地の便り/世界から

COVID-19●都道府県労働局別の情報も入手 90

COVID-19●認定事案から考えた今後の課題 95

法務省●死亡診断書27年間保存法務局に要請 96

北海道●製薬工場石綿含有タルク曝露で中皮腫 98

長崎●中皮腫休業補償通院日のみ処分取消し 100

三重●「雇用なき労働」が外国人労災を困難化 101

茨城●技能実習生がクリーニング工場で大やけど 102

韓国●地下鉄機関士の石綿肺がん「推定」認定 103

補償・救済累計3万件突破 しかし「隙間ない救済」はまだ 建設業従事者が全体の約半数

「隙間ない救済」検証の変遷

2005年夏のクボタ・ショックに対応するためのアスベスト問題に関する関係閣僚会合は、同年12月27日の第5回会合でまとめた「総合対策」で、「石綿による健康被害者の間に隙間を生じないように迅速かつ安定した救済制度を実現」するとした。このために翌2006年2月3日に成立、同年3月27日に施行されたのが、石綿健康被害救済法である。

「隙間ない救済」の実現状況の検証は、救済法が施行された当初からその必要性が指摘されてきたにもかかわらず、政府・関係機関による努力はなかなかなされてこなかった。

検証作業に使うことのできる死亡年別の補償・救済データについて、環境再生保全機構は当初から公表したものの、厚生労働省がデータを公表するようになったのは、労災認定等事業場名一覧表の公表を再開した2008年度以降のことである。

政府・関係機関に代わって全国労働安全衛生センター連絡会議が独自に検証を行ってきた(安全センター情報2008年12月号、2010年1・2月号、2010年11月号、2012年1・2月号、2013年1・2月号、2014年1・

2月号、2015年1・2月号、2016年1・2月号、2017年1・2月号、2018年1・2月号、2019年1・2月号、2020年1・2月号参照—今回が13回目となる)。

2011年6月2日に環境大臣に答申された中央環境審議会の建議「今後の石綿健康被害救済の在り方について」は、「労災保険制度との連携強化」として「労災保険制度との連携強化に関しては、石綿健康被害救済制度、労災保険制度等における認定者と中皮腫死亡者との関係等の情報についても、認定状況とともに、定期的に公表していくことが重要である」と指摘した。

2012年12月5日に開催された同審議会の第11回石綿健康被害救済小委員会に参考資料として提出された「二次答申の対応状況」では、上記指摘に対して、「環境再生保全機構が毎年度公表している『石綿健康被害救済制度運用に係る統計資料』の平成24年度版から、労災保険制度等における認定者数の情報も含めて掲載することを検討中」と報告された。

実際には1年遅れて平成25年度版統計資料から「各制度における中皮腫の認定等の状況(死亡年別)」という表が一枚追加された。これは、本誌が表7(13頁)として示しているものと同様の作業を行った

データであり、それが本誌による検証から半年以上遅れて公表されるかたちになったわけである。

また、2016年4月20日に開催された石綿健康被害救済小委員会で配布された「石綿健康被害救済制度の施行状況について」の資料中に初めて、「救済制度の認定を受けた後、元国鉄・アスベスト補償制度、国家公務員災害補償制度、地方公務員災害補償制度など他法令から給付の決定を受けた者」のデータが追加された（1995～2014年に死亡した者計42名）。

これに対して、中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会を代表する委員が、それらの制度から給付を受けた者すべてのデータを入手して示すよう求めた結果、2016年6月22日の小委員会には、「国家公務員災害補償制度、地方公務員災害補償制度、元国鉄職員に対する業務災害補償制度等の対象となった者の合計」のデータが示された（1995～2014年に死亡した者計221名だった）。

この作業を継続することが求められたのだが、2016年9月16日に環境再生保全機構が公表した平成27年度統計資料に含められた「各制度における中皮腫の認定等の状況（死亡年別）」は、「労災又は特別遺族給付金、船員保険制度以外にも、旧国鉄・アスベスト補償制度や国家公務員災害補償制度等において認定実績があるが、データの制約上、これらの件数は合計には含まれていない」とされ、平成28年度以降の統計資料もこれを踏襲してきている。やればやれる作業をあえてやらないと宣言しているように感じられる。

政府一丸となった「隙間ない救済」の検証は、いまだなされていないということである。

隙間なく救済されるべき対象

まず本誌が検証に用いたデータを確認しておく。

- ① 死亡者数－検証作業における分母にあたる補償・救済されるべき被害者数については、中皮腫はすべてが「隙間なく」補償・救済されるものであるが、罹患者数のデータは得られないため、死亡者数を用いる。具体的には、2020年9月17日に厚生労働省政策統括官付参事官付人口動

態・保健社会統計室が公表した、「都道府県（特別区－指定都市再掲）別にみた中皮腫による死亡数の年次推移（平成7年～令和元年）人口動態統計（確定数）より」、及び、平成6（1994）年以前については、環境省が救済制度発足時に行った推計方法（表1参照－これは、2010年5月21日の第7回石綿健康被害救済小委員会ではじめて公表されたものである）にしたがった。

石綿による肺がん死亡者数については、表1では、中皮腫の「1.0倍」とされているが、これは少なすぎる。2020年10月17日に更新された世界疾病負荷推計（GBD2019）による日本の石綿関連疾患死亡数の推計を表2に示した。2019年のアスベストへの職業曝露による肺がん死亡数は18,342人で中皮腫死亡数1,599人の11.47倍である。加えて、アスベストへの職業曝露による卵巣がん・咽頭がん死亡数も推計されている。今回初めて、日本の死亡数が2014年以降について年2万人を超えているという推計結果になった。

しかし、GBD推計は職業曝露以外を含めた推計が得られないことや発展途上であること、また、この数字を使うと結果的に計算される「救済率」が著しく低くなってしまふこと等から、過少推計であることを承知しつつ、本誌では、一昔前に国際的な科学的コンセンサスとされていた中皮腫の「2.0倍」との仮定を使用し続けている。

表1に記載されているように、環境省は「患者数将来推計は改めて行う」としながら、現状行われてきていない。「隙間ない救済」実現状況の検証とアスベスト被害の将来推計は、車の両輪としてともに努力を継続する必要があることを強く指摘しておきたい。

検証に使った補償・救済データ

- ② 労災保険・労災時効救済・船員保険－厚生労働省はクボタ・ショックの後2006年から、毎年6・7月頃に「石綿による疾病に関する労災保険給付などの請求・決定状況まとめ（速報値）」を公表するようになってきている（2020年は6月24日）。これは、請求・支給決定年度別データであり、「など」とさ

表1 環境省：対象患者数の推計方法(制度発足当時) 2010.5.21 第7回石綿健康被害救済小委員会参考資料

	制度発足時の推計方法	根拠	評価等
全国の中皮腫患者数	<ul style="list-style-type: none"> 「石綿の使用量170トンにつき1名の中皮腫患者が発生する」と仮定 潜伏期間を38年[編注:36年後発病+2年後死亡]と仮定 	Tossavainen氏の論文(2004)(米英独等11か国(日本を含まない)の70年代早期の石綿使用量(単年)と95年以降の中皮腫罹患・死亡者数(単年)のデータを分析し使用量170トンに中皮腫1名との推計をしたもの)	<ul style="list-style-type: none"> 患者数将来推計は改めて行う
全国の中皮腫がん患者数	中皮腫の1.0倍	<ul style="list-style-type: none"> 諸外国の職業曝露者に関する報告(1~2倍)や労災制度の認定実績(0.7倍)を参考とした 職業曝露以外の者では職業曝露者より肺がん/中皮腫の比は低いと想定されたが、救済制度における曝露状況別の対象割合が不明であったため、仮に1.0としたもの 	<ul style="list-style-type: none"> 肺がんの申請数は少ないため、医療機関への啓発等に引き続き取り組む
労災と石綿救済法の対象者の割合	中皮腫、肺がんとも5割ずつ	<ul style="list-style-type: none"> イギリスの業務災害障害給付においては、中皮腫による全死亡者の約5割が対象となっている 肺がんについては資料がなかったため、仮に5割とした 	<ul style="list-style-type: none"> 救済法中皮腫被認定者の約半数が職業曝露以外の者であり、職業曝露以外の者は職業曝露者より肺がん/中皮腫の比が低いとみられる。このため、肺がんについては、救済制度の割合は5割より小さいと考えられる

れているのは、労災保険給付のほか、厚生労働省所管救済法に基づく特別遺族給付金(労災時効救済)、船員保険給付に関するデータも含んでいるからである。

一方、年末に上記の「確定値」及び「石綿ばく露作業による労災認定等事業場一覧表」を公表することも、被害者・家族らの強い働きかけの結果、継続されている(2020年は12月16日)。「確定値」には、死亡年別データが含まれる。船員保険の支給決定年度別データは、労災認定等事業場とともに参考として公表されている船員保険の業務上認定等事業場(船舶所有者)一覧表記載の当年度支給決定件数の値を使った。

必要に応じて、労災保険+労災時効救済+船員保険を「労災補償等」とよぶ。

- ③ 環境省所管救済法による救済-石綿健康被害救済法による療養者に対する救済(医療費・療養費手当等=生存中救済)、同法による法施行前死亡者及び未申請死亡者に対する救済(特別遺族弔慰金等)。環境再生保全機構が毎年公表している「石綿健康被害救済制度

運用に係る統計資料」の令和元年度版によった(2020年9月16日公表)。

必要に応じて、環境省所管救済法による救済=生存中救済+施行前死亡救済+未申請死亡救済を「環境省救済」とよぶことにする。

「統計資料」には、平成21年度版から、「労災等」認定との重複分を含めたものと除いたものの二つのデータが示されるようになった。「労災等」とは、労働者災害補償保険制度、国家公務員災害補償制度、地方公務員災害補償制度、旧3公社(日本国有鉄道、日本専売公社、日本電信電話公社)の災害補償制度、船員保険制度等の「業務に関連して石綿により健康被害を受けた方に対する補償制度」及び救済法に基づく労災時効救済制度(特別遺族給付金)のことである。本来は、これらの制度も検証作業に含めたいのだが、前述のとおり、「救済制度の認定を受けた後、他法令から給付決定を受けた者」の情報しか示さず、各制度を担当する機関も必要なデータを系統的に提供していないために、断念せざるを得ない状況が続いている。

表2 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

決定年度別の補償・救済状況

わが国の中皮腫による死亡者数は、人口動態統計で把握できるようになった1995年の500人から増加している。2014年にわずかに減少したが、本誌は「増加が止まったとみることはできない」と指摘した。そのとりに、2015年1,504人、2016年1,550人、2017年1,555人と増加した。2018年は1,512人、2019年は1,466人と減少しているが、まだ、「増加が止まった」とみることはできない。1995～2019年の25年間の累計は26,608人になっている。

表3及び表4として、中皮腫及び石綿肺がんの決定年度別の補償・救済状況を示した。

表3によれば、中皮腫について、生存中・施行前死亡・未申請死亡救済合計の「労災等重複」が2,135件、「労災等重複」を含めた認定件数の合計は生存中救済8,055件、施行前死亡救済3,428件、未申請死亡救済1,129件-合計12,612件になる。認定されたうちの16.9%が「後に他制度の認定を受けた」ことになる。このこと自体は、結果的に内容も水準も相対的に上回る給付を受けられるようになることであるから、歓迎・促進すべきことではある。

7頁の図1及び9頁の図2は、各々表3及び表4のデータをグラフ化したもので、「労災等重複」分を差し引かない数字のまま示している。

細かい留意点としては、環境再生保全機構の各年度版統計資料は、「当年度」と「累計」について、重複分を「含む」数字と「含まない」数字を示しているが、当年度以外の各年度別の数字は示されていない。表3～6の生存中・施行前死亡・未申請死亡救済件数では、各年度版統計資料からとった「当年度」の「含む」数字を各年度の欄に、また、最新年度版統計資料の「累計」の「含まない」数字を「合計」欄に示し、各年度欄の合計から「合計」欄の数字を差し引いて得られた数字を「重複分」として記載している。これが、最新年度版統計資料に示された「累計」の「含まない」から「含む」を差し引いた数字と異なる場合があることを指摘しておきたい。また、重複=他制度による認定が、労災保険、労災時効救済、船員保険以外の「元国鉄・アスベスト補償制度、国家公務員災害補償制度、地方公務員災害補償制度など」の事例は、この検証データには含まれないことにも留意されたい。

中皮腫労災増えたが、全体で微減

中皮腫について言えば、労災認定第1号は1978年度で、以降クボタ・ショック前-2004年度までの27年間の累計労災認定件数が502件であったものが、2005年度は(事実上クボタ・ショック後の半年間で)502件、2006年度は1年間で1,001件と、1年半で4倍

表3 中皮腫の決定年度別の補償・救済状況

中皮腫								
年/年度	死亡者数	労災保険	労災時効救済	船員保険	生存中救済	施行前死亡救済	未申請死亡救済	補償・救済合計
～1994推計	3,685	83						83
1995～2004	7,013	419		4				423
2005	911	502						502
2006	1,050	1,001	570	19	627	1,538		3,755
2007	1,068	500	46	8	525	279		1,358
2008	1,170	559	47	7	566	458	5	1,642
2009	1,156	536	53	4	461	619	111	1,784
2010	1,209	499	12	4	533	66	68	1,182
2011	1,258	543	11	6	498	64	75	1,197
2012	1,400	522	144	6	584	308	100	1,664
2013	1,410	529	7	8	516	32	104	1,196
2014	1,376	529	6	3	486	11	68	1,103
2015	1,504	539	8	4	573	9	81	1,214
2016	1,550	540	1	6	654	13	115	1,329
2017	1,555	564	1	5	654	10	123	1,357
2018	1,512	534	9	2	749	12	152	1,458
2019	1,466	641	12	4	629	9	127	1,422
労災等重複					△1,816	△221	△98	△2,135
合計	30,293	9,040	927	90	6,239	3,207	1,031	20,534
救済率	100.0%	29.8%	3.1%	0.3%	20.6%	10.6%	3.4%	67.8%
分担率		44.0%	4.5%	0.4%	30.4%	15.6%	5.0%	100.0%
				49.0%			51.0%	
死亡年判明2019年以前			8,634	77	5,089	3,207	1,031	18,038
死亡年不明+生存等			1,333	13	1,150	0	0	2,496

に激増した。以降、2007年度500件、2008年度559件、2009年度536件、2010年度499件、2011年度543件、2012年度522件、2013年度529件、2014年度529件、2015年度539件、2016年度540件、2017年度564件、2018年度534件、2019年度641件で、労災認定件数の2019年度末までの累計は9,040件となった。

労災保険以外では、2019年度末までの累計で、労災時効救済927件、船員保険90件、両者と労災保険を合わせて合計10,057件。生存中救済は正味（労災等重複分を除いたもの、以下同じ）6,239件、施行前死亡救済正味3,207件、未申請死亡救済正味1,031件、救済合計では正味10,477件である。

2019年度末時点までの補償・救済の総累計は、重複分を除いて20,534件と、2万件を超えた。

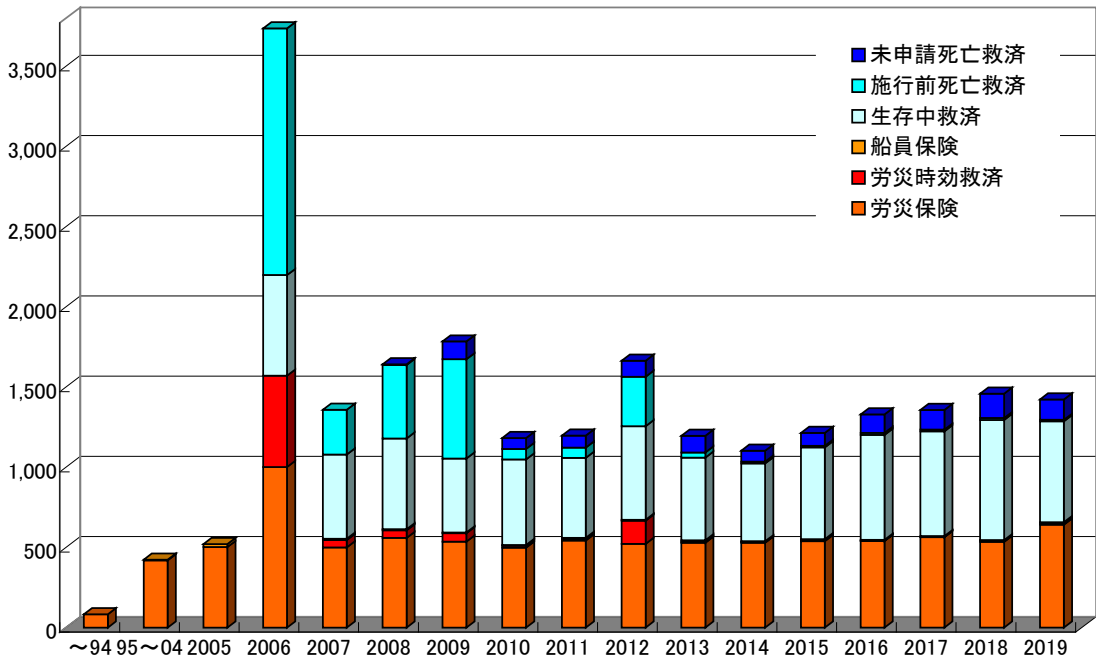
図1をみると、救済法が施行された2006年度の大きな峯以外に、2009年度と2012年度に二つの小さな峯ができていのがわかる。

これは、2008年度に環境省主導、2011年度に厚生労働省主導によって、「個別周知事業」（地方自治体の保管する死亡小票で中皮腫で死亡された方を抽出し、労災または救済給付を受けていない方に対し、労災・救済制度を周知する事業）が実施されたことによるものである。「闘病中本人に対して」ではなく「死亡後遺族に対して」になってしまうわけではあるが、すべての救済対象事案に対して直接制度を周知することは、「隙間ない救済」実現をめざした具体的努力のひとつとして評価できる。効果が確認できているにもかかわらず、2回行われただけで、継続して実施していく方針はいまだどちらの省からも示されていないことが問題である。

上記二つの峰にまでは届いていないものの、2015、16、17、18年度と4年連続して補償・救済合計が増加を示したが、2019年度は微減となった。

2019年度でみると、労災保険641件（前年度比107件増加）、労災時効救済12件（3件増加）、船

図1 中皮腫：決定年度別の補償・救済状況



員保険4件(2件増加)–以上合計657件(112件増加)。生存中救済765件(120件減少)、施行前死亡救済9件(3件減少)、未申請死亡救済127件(25件減少)–以上合計913件(148件減少)。総合計1,422件で前年度比36件の減少となった。前年度は生存中救済の増加が目立ったが、今年度は労災保険の増加が顕著だった。

表3及び表4では、「分担率」として、2019年度末時点までに補償・救済を受けた総件数に対する、各制度による補償・救済件数が占める割合を示している。中皮腫では、労災補償等と環境省救済がおよそ半々という結果(2011年度末時点での49.4%と50.6%から、2012年度末時点では48.8%と51.2%、2013年度末時点では49.1%と50.9%、2014年度末時点では49.5%と50.5%、2015年度末時点では49.7%と50.3%、2016年度末時点では49.4%と50.6%、2017年度末時点では49.2%と50.8%、2018年度末時点では48.8%と51.2%、2019年度末時点では49.0%と51.0%へという経過)である。

表3のデータで決定年度別に「分担率」を計算

してみると、「労災等重複分」が差し引かれていないので労災補償等の占める割合が相対的に低くなるのだが、高いほうで2014年48.8%、2011年度46.8%、2019年度46.2%…、低いほうで2009年33.2%、2010年37.3%、2018年度37.4%…と、年度によりけっこうばらつきがある。

中皮腫の80%が職業曝露によるものというのが国際的な科学的コンセンサスであり、職業曝露によるもの以外の中皮腫の救済・補償を実施している他の諸国の状況からも妥当と考えられている。したがって、以上のような「分担率」の状況は大いに問題がある。

肺がん補償・救済は変わらず

石綿肺がんの労災認定第1号は1973年とされ、以降クボタショック前–2004年度までの32年間の累計労災認定件数が354件であったものが、2005年度は213件、2006年度は783件と、中皮腫同様に激増した。以降、2007年度502件、2008年度503件、

表4 石綿肺がんの決定年度別の補償・救済状況

石綿肺がん（「死亡者数」は中皮腫死亡者数の2倍と仮定）								
年/年度	死亡者数	労災保険	労災時効救済	船員保険	生存中救済	施行前死亡救済	未申請死亡救済	補償・救済合計
～1994推計	7,370	120						120
1995～2004	14,026	234						234
2005	1,822	213						213
2006	2,100	783	272	14	172	52		1,293
2007	2,136	502	49	10	117	41		719
2008	2,340	503	65	9	142	28	2	749
2009	2,312	480	51	4	113	9	27	684
2010	2,418	423	25	7	96	9	23	583
2011	2,516	401	23	3	92	2	20	541
2012	2,800	402	23	5	98	2	16	546
2013	2,820	382	14	3	111	2	42	554
2014	2,752	391	13	5	101	2	18	530
2015	3,008	363	12	6	105	1	24	511
2016	3,100	387	10	7	103	2	29	538
2017	3,110	335	14	4	115	0	22	490
2018	3,024	376	18	1	138	0	34	567
2019	2,932	375	11	5	133	2	41	567
労災等重複					△405	△32	△43	△480
合計	60,586	6,670	600	83	1,231	120	255	8,959
救済率	100.0%	11.0%	1.0%	0.1%	2.0%	0.2%	0.4%	14.8%
分担率		74.5%	6.7%	0.9%	13.7%	1.3%	2.8%	100.0%
				82.1%			17.9%	
死亡年判明2019年以前			4,977	59	833	120	255	6,244
死亡年不明+生存等			2,293	24	398	0	0	2,715

2009年度480件、2010年度423件、2011年度401件、2012年度402件、2013年度382件、2014年度391件、2015年度363件、2016年度387件、2017年度335件、2018年度376件、2019年度375件で、労災認定件数の2019年度末までの累計は6,670件となった。

労災保険以外では、2019年度末までの累計で、労災時効救済600件、船員保険83件、両者と労災保険を合わせて合計7,353件。生存中救済は正味1,231件、施行前死亡救済は正味120件、未申請死亡救済は正味255件、環境省救済合計では正味1,606件である。

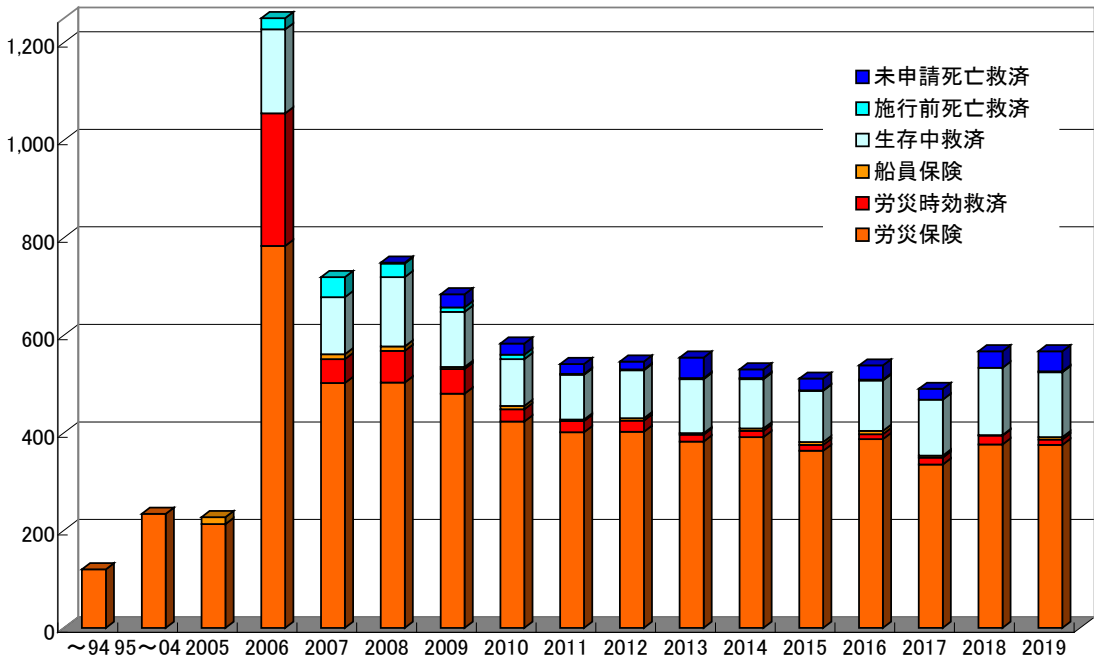
2019年度末時点までの補償・救済の総累計は、重複分を除いて8,959件。中皮腫の総累計20,534件と比較すると、その43.6%のレベルにとどまっている。2倍（200%）どころか、環境省が制度発足時に想定した1倍（100%、表1参照）にも遠く及ばない状況が続いている。

2019年度は、労災保険375件（1件増減少）、労災時効救済11件（7件減少）、船員保険5件（4件増加）－以上合計388件（4件減少）。生存中救済133件（5件減少）、施行前死亡救済2件（2件増加）、未申請死亡救済41件（7件増加）－以上合計176件（4件増加）。総合計は567件で前年度と変わらないという結果であった。

中皮腫の場合のような「個別周知事業」も行われないなか、ここ10年ほどでみて横ばい傾向と言わざるを得ないように思われる。

「分担率」は、労災補償等が82.1%で、中皮腫の場合の49.0%よりはるかに高い。これは、後述の「認定率」でもみられるように、労災補償等と比較しても環境省救済における石綿肺がんの認定が難しいことによるものと考えられるのだが、表4のデータで決定年度別に「分担率」を計算してみると、この数字は2006年度81.6%から2019年度69.0%へと傾向的に減少していることが気にかかる。

図2 石綿肺がん：決定年度別の補償・救済状況



まず何よりも「中皮腫と比較しても石綿肺がんの補償・救済が不十分」という認識を持ったうえで、石綿肺がんの認定・判定基準の内容と運用の大幅な改善、肺がん症例についてアスベスト曝露との関係についての医療現場に対する認識及び対応を抜本的・包括的に改善するようなアプローチ、中皮腫の場合の全死亡事例に対する周知事業に匹敵するような周知事業の立案・実行等々、多様な対策をいまのうちに講じていくことが求められている。

とりわけ、石綿肺がんの認定・判定基準が、「隙間ない救済」を実現できるものになっていないことは、本誌が繰り返し指摘していることである。

対象疾病全体で3万件突破

表5は、石綿肺、びまん性胸膜肥厚、良性石綿胸水の決定年度別の補償・救済状況である。

環境省救済では、2010年7月1日から、著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺・びまん性胸膜肥厚が新たに指定疾病に追加されたが、良性石綿はいまな

お対象とされていない。

労災時効救済では、良性石綿は対象とされていないものの、これまで請求・認定件数とも0件である。

また、労災時効救済については、制度発足以来、中皮腫・石綿肺がんだけでなく、石綿肺・びまん性胸膜肥厚についてもデータが公表されてきたが、労災保険について、びまん性胸膜肥厚・良性石綿胸水のデータが公表されるようになったのは、2009年12月3日の公表からのことである。

表5の右下には「2009年度以前分で入手可能なデータ」も示し、これを含めて表3～5に示した、これまでに判明している石綿関連疾患の補償・救済件数のすべてをまとめたのが、表6の内容である。脚注に示したように、入手できていない＝公表されていないデータがあることに留意されたい。

2019年度までの総累計は31,475件で、初めて3万件を突破した。内訳は、労災補償等が60.9%、環境省救済が39.1%。また、中皮腫20,534件、石綿肺がん8,959件、石綿肺754件、びまん性胸膜肥厚776件、良性石綿胸水452件という状況である。

表5 石綿肺・びまん性胸膜肥厚・良性石綿胸水の決定年度別の補償・救済状況

石綿肺						
年度	労災保険	労災時効救済	生存中救済	施行前死亡救済	未申請死亡救済	補償・救済合計
2010		5	5	24	0	34
2011	68	5	4	5	0	82
2012	75	0	7	6	1	89
2013	77	3	3	1	1	85
2014	78	0	2	0	0	80
2015	64	0	0	0	0	64
2016	76	2	4	1	1	84
2017	52	0	5	0	2	59
2018	60	4	3	1	0	68
2019	52	0	1	1	1	55
労災等重複			△3	△2	△1	△6
合計	602	19	31	37	5	694

びまん性胸膜肥厚							
年度	労災保険	労災時効救済	船員保険	生存中救済	施行前死亡済	未申請死亡済	補償・救済合計
2010	35	0	1	9	7	0	52
2011	51	0	1	16	2	0	70
2012	39	0	1	14	1	1	56
2013	53	0	0	9	0	3	65
2014	50	1	1	6	0	1	59
2015	47	0	0	12	1	4	64
2016	35	0	0	20	0	2	57
2017	49	0	2	17	0	1	69
2018	53	0	0	26	0	8	87
2019	50	0	3	20	0	3	73
労災等重複				△25	△1	△1	△27
合計	462	1	9	124	10	22	628

良性石綿胸水			
年度	労災保険	船員保険	補償・救済合計
2010	37	1	38
2011	42	0	42
2012	45	1	46
2013	44	0	44
2014	32	1	33
2015	20	1	21
2016	20	0	20
2017	39	1	40
2018	34	0	34
2019	27	1	27
合計	340	6	346

2009年度以前分で入手可能なデータ					
年度	石綿肺	びまん性胸膜肥厚		良性石綿胸水	計
	労災時効救済	船員保険	労災保険		
2004			1	2	3
2005			4	1	5
2006	44	0	48	26	118
2007	4	0	37	24	65
2008	8	1	24	29	62
2009	4	1	1	31	61
計	60	2	145	106	314

請求期限切れ再発の可能性

石綿健康被害救済法は、患者・家族らの提起を受けた議員立法というかたちで、法制定時には3年

間の時限措置とされていた、法施行前に死亡または労災時効成立していた事例に対する救済（労災時効救済及び施行前死亡救済）の請求期限を延長するとともに、法施行後に未申請のまま死亡した事例も死亡後救済の対象に追加する等の改正が、2008年及び2011年の二度にわたり行われた。

しかし、労災時効救済は、2016年3月27日以降に

表6 対象疾病全体の決定年度別の補償・救済状況

合計(中皮腫・石綿肺がん・石綿肺・びまん性胸膜肥厚・良性石綿胸水)							
年/年度	労災保険	労災時効救済	船員保険	生存中救済	施行前死亡救済	未申請死亡救済	補償・救済合計
～1994推計	203						203
1995～2004	656		4				660
2005	720						720
2006	1,858	886	33	799	1,590		5,166
2007	1,063	99	18	642	320		2,142
2008	1,115	121	16	708	486	7	2,453
2009	1,071	109	9	574	628	138	2,529
2010	994	42	13	643	106	91	1,889
2011	1,105	39	10	610	87	95	1,946
2012	1,083	167	13	703	302	118	2,386
2013	1,085	24	11	630	35	150	1,935
2014	1,080	20	10	595	13	87	1,805
2015	1,033	20	11	690	11	109	1,874
2016	1,058	13	13	781	36	147	2,048
2017	1,039	15	12	791	10	148	2,015
2018	1,057	31	3	916	13	194	2,214
2019	1,145	23	12	783	12	172	2,147
労災等重複				△2,240	△275	△143	△2,658
合 計	17,365 (55.2%)	1,609 (5.1%)	189 (0.6%)	7,625 (24.2%)	3,374 (10.7%)	1,313 (4.2%)	31,475 (100.0%)
	18,974 (60.3%)			12,312 (39.1%)			
	19,163 (60.9%)						

労災保険については、石綿肺の2009年度以前分、びまん性胸膜肥厚と良性石綿胸水の2003年度以前分のデータは入手できていない。中皮腫・石綿肺がん以外の船員保険の2008年度以前分のデータも入手できていない。びまん性胸膜肥厚と良性石綿胸水が環境省所管救済の対象疾病になったのは2010年度以降であり、良性石綿胸水は対象ではない。

死亡した事例には適用されない。したがって、死亡から5年経過すると労災保険も労災時効救済も請求できなくなる。環境省所管の未申請死亡救済のほうは死亡から15年以内なら請求することができるが、給付の水準に著しい差がある。再度請求期限切れが生じてくる問題を知っている必要がある。

2019年度には、労災時効救済が中皮腫12件(前年度比3件増加、後述のように1件は1973年死亡事例)、石綿肺がん11件(7件減少)、合計23件で、いまなお機能し続けていることを証明している。

中皮腫救済率65.8(32.4～92.2)%

次に、「隙間ない救済」の検証である死亡年(年度ではなく暦年)別の補償・救済状況をみよう。表7は、2019年度末時点における中皮腫の死亡年別の補償・救済状況である。この表の救済件数には、労災等認定との重複分は含まれていない。

前述のとおり、補償・救済の対象(分母)となる死亡者数は、1995年以降は人口動態統計により、1968～1994年以前は推計値。1929年以前のアスベスト輸入量のデータがないために、(その38年後の)1967年以前の死亡者数は推計されていない。

もっとも古い認定事例は、施行前死亡救済の1973年死亡事例である。次が労災時効救済による1974年死亡事例だったが、2019年度の認定事例として、1973年死亡事例が1件現われている。

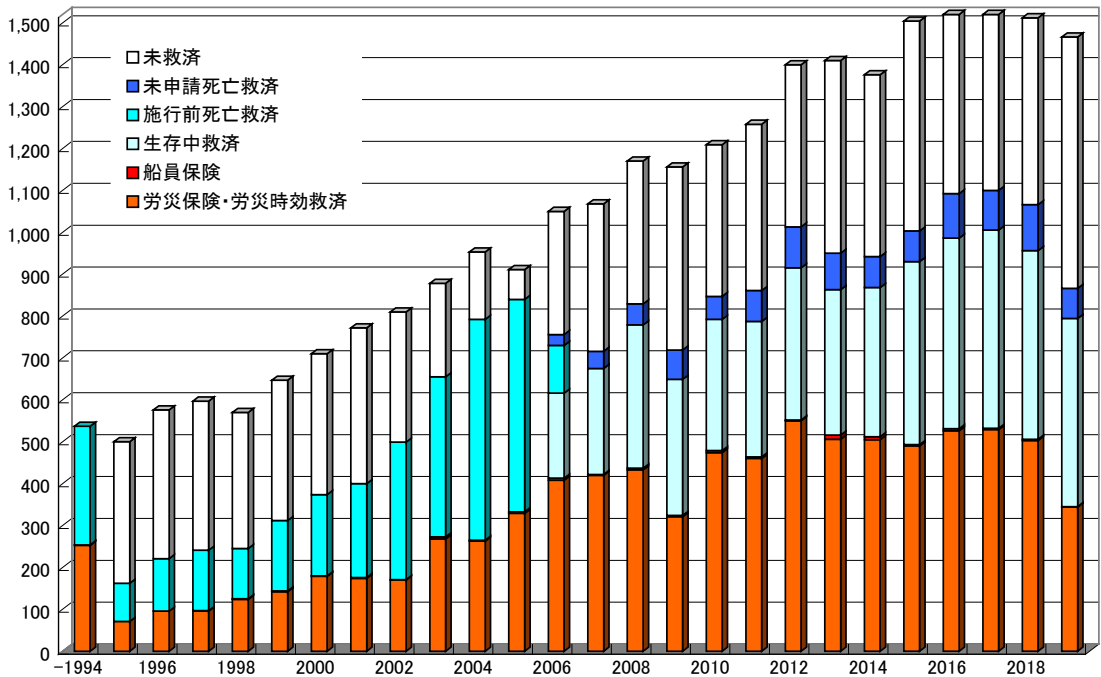
しかし、1985年までは補償・救済合計で1桁、1995年までは2桁台で、死亡者数に対する補償・救済合計件数の比率=救済率は、1994年以前の小計では14.5%(=536/3,685件)にとどまっている(この数字は、2009年度末時点では13.5%、2010年度末時点13.7%、2011年度末時点13.8%、2012年度末時点13.8%、2013年度末時点521件14.1%、2014年度末時点522件14.2%、2015年度末時点522件14.2%、2016年度末時点526件14.3%、2017年度末時点530

特集/石綿健康被害補償・救済状況の検証

表7 中皮腫の死亡年別の補償・救済状況(2019年度末時点)

死亡年	死亡者数	労災保険・ 労災時効救済	船員 保険	労災等 合計	救済率	生存中 救済	施行前死亡 救済	未申請死亡 救済	救済 合計	救済率	補償・救 済合計	救済率	未救済
1968	67				0.0%					0.0%		0.0%	67
1969	68				0.0%					0.0%		0.0%	68
1970	64				0.0%					0.0%		0.0%	64
1971	95				0.0%					0.0%		0.0%	95
1972	134				0.0%					0.0%		0.0%	134
1973	138	1			0.0%		1		1	0.7%	1	0.7%	137
1974	168	1		1	0.6%		2		2	1.2%	3	1.8%	165
1975	258	1		1	0.4%				0	0.0%	1	0.4%	257
1976	176				0.0%		2		2	1.1%	2	1.1%	174
1977	260				0.0%				0	0.0%	0	0.0%	260
1978	184	1		1	0.5%		3		3	1.6%	4	2.2%	180
1979	62	3		3	4.8%		1		1	1.6%	4	6.5%	58
1980	64	3		3	4.7%		2		2	3.1%	5	7.8%	59
1981	70	3		3	4.3%		2		2	2.9%	5	7.1%	65
1982	79	4		4	5.1%		9		9	11.4%	13	16.5%	66
1983	88	3		3	3.4%		5		5	5.7%	8	9.1%	80
1984	88	6	1	7	8.0%		4		4	4.5%	11	12.5%	77
1985	111	6		6	5.4%		5		5	4.5%	11	9.9%	100
1986	101	9		9	8.9%		10		10	9.9%	19	18.8%	82
1987	137	10		10	7.3%		17		17	12.4%	27	19.7%	110
1988	149	16		16	10.7%		27		27	18.1%	43	28.9%	106
1989	133	10		10	7.5%		25		25	18.8%	35	26.3%	98
1990	167	13		13	7.8%		23		23	13.8%	36	21.6%	131
1991	163	26		26	16.0%		29		29	17.8%	55	33.7%	108
1992	174	39		39	22.4%		28		28	16.1%	67	38.5%	107
1993	232	44		44	19.0%		45		45	19.4%	89	38.4%	143
1994	256	54		54	21.1%		43		43	16.8%	97	37.9%	159
小計	3,685	253	1	254	6.9%		283		283	7.7%	536	14.5%	
1995	500	71		71	14.2%		91		91	18.2%	162	32.4%	338
1996	576	96		96	16.7%		125		125	21.7%	221	38.4%	355
1997	597	96	1	97	16.2%		144		144	24.1%	241	40.4%	356
1998	570	124	1	125	21.9%		120		120	21.1%	245	43.0%	325
1999	647	142	2	144	22.3%		168		168	26.0%	312	48.2%	335
2000	710	179	1	180	25.4%		194		194	27.3%	374	52.7%	336
2001	772	174	2	176	22.8%		224		224	29.0%	400	51.8%	372
2002	810	170	1	171	21.1%		328		328	40.5%	499	61.6%	311
2003	878	268	5	273	31.1%		382		382	43.5%	655	74.6%	223
2004	953	263	2	265	27.8%		527		527	55.3%	792	83.1%	161
2005	911	329	4	333	36.6%		507		507	55.7%	840	92.2%	71
2006	1,050	408	5	413	39.3%	203	114	26	343	32.7%	756	72.0%	294
2007	1,068	420	2	422	39.5%	253		41	294	27.5%	716	67.0%	352
2008	1,170	433	4	437	37.4%	342		50	392	33.5%	829	70.9%	341
2009	1,156	321	3	324	28.0%	325		70	395	34.2%	719	62.2%	437
2010	1,209	474	5	479	39.6%	313		55	368	30.4%	847	70.1%	362
2011	1,258	460	4	464	36.9%	323		74	397	31.6%	861	68.4%	397
2012	1,400	550	2	552	39.4%	363		98	461	32.9%	1013	72.4%	387
2013	1,410	506	10	516	36.6%	347		87	434	30.8%	950	67.4%	460
2014	1,376	505	7	512	37.2%	356		74	430	31.3%	942	68.5%	434
2015	1,504	490	3	493	32.8%	437		73	510	33.9%	1003	66.7%	501
2016	1,550	526	5	531	34.3%	455		106	561	36.2%	1092	70.5%	458
2017	1,555	529	3	532	34.2%	473		95	568	36.5%	1100	70.7%	455
2018	1,512	503	3	506	33.5%	450		110	560	37.0%	1066	70.5%	446
2019	1,466	344	1	345	23.5%	449		72	521	35.5%	866	59.1%	600
小計	26,608	8,381	76	8,457	31.8%	5,089	2,924	1,031	9,044	34.0%	17,501	65.8%	9,107
合計	30,293	8,634	77	8,711	28.8%	5,089	3,207	1,031	9,327	30.8%	18,037	59.5%	12,256
2020		21	0	21					0		21		

図3 中皮腫：死亡年別の補償・救済状況(2019年度末時点)



件14.4%、2018年度末時点533件14.5%であった。最近では、2014年度1件、2015年度0件、2016年度4件、2017年度4件、2018年度3件、2019年度3件の増加があった。繰り返しになるが、労災時効救済措置は存続する必要がある。

中皮腫死亡者数が推計ではなく人口動態統計により確認できる1995年以降（今回は2019年度までの25年間）についてみると（図3も参照）、死亡者小計26,608件のうち、2019年度末までに労災保険給付・労災時効救済を受けたものが8,381件、船員保険76件、生存中救済5,089件、施行前死亡救済2,924件、未申請死亡救済1,031件—合計17,501件で、救済率は17,501/26,608=65.8%という結果になった（2009年度末時点での1995～2009年の救済率56.5%、同様に、2010年度末時点57.3%、2011年度末時点57.7%、2012年度末時点63.1%、2013年度末時点63.7%、2014年度末時点64.0%、2015年度末時点64.0%、2016年度末時点64.4%、2017年度末時点65.0%、2018年度末時点65.5%）。

最も救済率が高いのは、2005年の92.2%（2009

年度末時点89.1%、2010年度末時点90.1%、2011年度末時点90.9%、2012年度末時点92.1%、2013年度末時点92.1%、2014年度末時点92.1%、2015年度末時点92.1%、2016年度末時点92.1%、2017年度末時点92.1%、2018年度末時点92.1%）で、最低は1995年の32.4%（同前22.0%、23.0%、24.4%、31.8%、32.4%、32.4%、32.2%、32.2%、32.4%）と、死亡年別の救済率のばらつきは非常に大きい。

死亡者数が推計値である1994年以前も含めた全期間合計（2019年まで）でみると、救済率は59.5%という状況である（同前48.0%、46.6%、49.0%、54.0%、55.1%、55.9%、56.5%、57.2%、58.1%、58.9%）。検証可能な全期間について救済率の一貫増加を継続できていることを確認できるのは幸いではある。

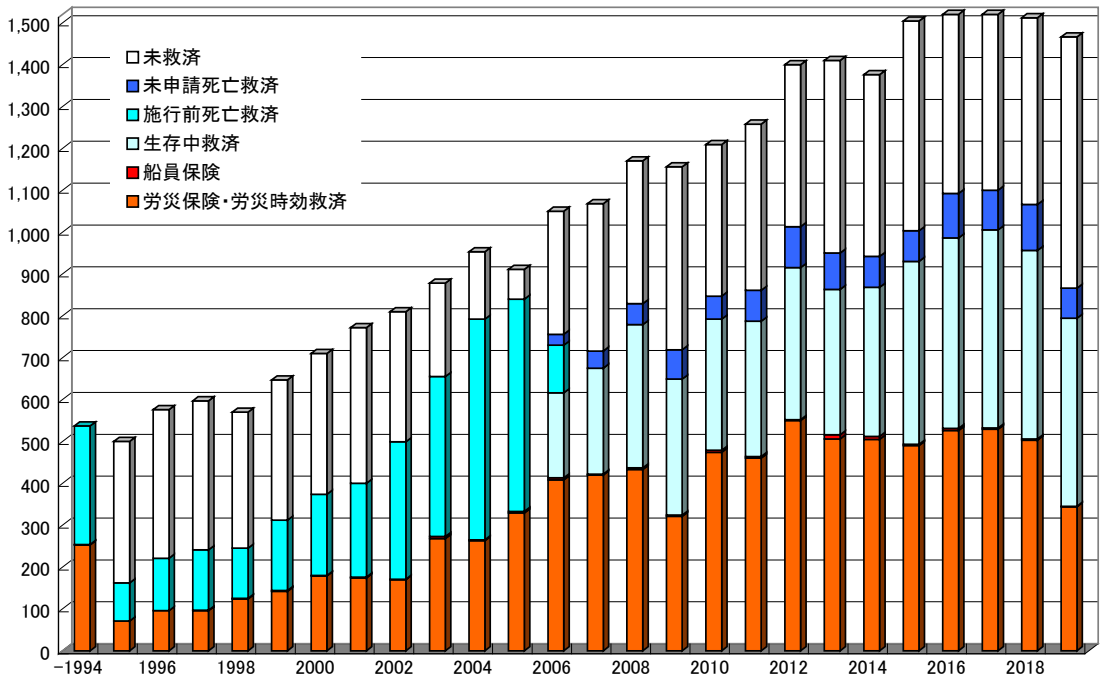
しかし、死亡年別の救済率が2005年の92.1%をピークに、より最近の死亡年について減少傾向が出はじめていないか強く懸念される。例えば、年度末時点における当該年の死亡年別救済率は、2016年度60.6%、2017年度62.1%、2018年度61.5%、2019年度は59.1%という状況である。

特集/石綿健康被害補償・救済状況の検証

表8 石綿肺がんの死亡年別の補償・救済状況(2018年度末時点)

死亡年	死亡者数	労災保険・ 労災時効救済	船員 保険	労災等 合計	救済率	生存中 救済	施行前死亡 救済	未申請死亡 救済	救済 合計	救済率	補償・救 済合計	救済率	未救済
1963		1		1					1				
1966		1		1					1				
1968	134			0	0.0%				0	0.0%	0	0.0%	134
1969	136	1		1	0.7%				0	0.0%	1	0.7%	135
1970	128			0	0.0%				0	0.0%	0	0.0%	128
1971	190	1		1	0.5%				0	0.0%	1	0.5%	189
1972	267	1		1	0.4%				0	0.0%	1	0.4%	266
1973	277			0	0.0%				0	0.0%	0	0.0%	277
1974	335	2		2	0.6%		1		1	0.3%	3	0.9%	332
1975	515			0	0.0%				0	0.0%	0	0.0%	515
1976	352	2		2	0.6%				0	0.0%	2	0.6%	350
1977	519	3		3	0.6%				0	0.0%	3	0.6%	516
1978	369			0	0.0%				0	0.0%	0	0.0%	369
1979	124	3		3	2.4%				0	0.0%	3	2.4%	121
1980	128	4		4	3.1%				0	0.0%	4	3.1%	124
1981	140	6		6	4.3%				0	0.0%	6	4.3%	134
1982	158	5		5	3.2%				0	0.0%	5	3.2%	153
1983	176	8		8	4.5%		1		1	0.6%	9	5.1%	167
1984	176	4		4	2.3%				0	0.0%	4	2.3%	172
1985	222	12		12	5.4%		1		1	0.5%	13	5.9%	209
1986	202	15		15	7.4%		1		1	0.5%	16	7.9%	186
1987	274	12		12	4.4%				0	0.0%	12	4.4%	262
1988	298	13		13	4.4%		1		1	0.3%	14	4.7%	284
1989	266	17		17	6.4%		2		2	0.8%	19	7.1%	247
1990	334	22		22	6.6%				0	0.0%	22	6.6%	312
1991	326	12		12	3.7%		5		5	1.5%	17	5.2%	309
1992	348	31	1	32	9.2%		2		2	0.6%	34	9.8%	314
1993	464	35		35	7.5%		1		1	0.2%	36	7.8%	428
1994	512	33		33	6.4%				0	0.0%	33	6.4%	479
小計	7,370	244	1	245	3.3%		15		15	0.2%	260	3.5%	7,110
1995	1,000	26		26	2.6%		3		3	0.3%	29	2.9%	971
1996	1,152	35		35	3.0%		5		5	0.4%	40	3.5%	1,112
1997	1,194	53	1	54	4.5%		8		8	0.7%	62	5.2%	1,132
1998	1,140	69		69	6.1%		2		2	0.2%	71	6.2%	1,069
1999	1,294	71		71	5.5%		11		11	0.9%	82	6.3%	1,212
2000	1,420	65	3	68	4.8%		6		6	0.4%	74	5.2%	1,346
2001	1,544	95	2	97	6.3%		8		8	0.5%	105	6.8%	1,439
2002	1,620	121	2	123	7.6%		6		6	0.4%	129	8.0%	1,491
2003	1,756	118	1	119	6.8%		13		13	0.7%	132	7.5%	1,624
2004	1,906	179	1	180	9.4%		14		14	0.7%	194	10.2%	1,712
2005	1,822	190	2	192	10.5%		26		26	1.4%	218	12.0%	1,604
2006	2,100	290	6	296	14.1%	41	3	10	54	2.6%	350	16.7%	1,750
2007	2,136	273	2	275	12.9%	54		9	63	2.9%	338	15.8%	1,798
2008	2,340	304	5	309	13.2%	61		10	71	3.0%	380	16.2%	1,960
2009	2,312	253	2	255	11.0%	72		17	89	3.8%	344	14.9%	1,968
2010	2,418	282	6	288	11.9%	60		16	76	3.1%	364	15.1%	2,054
2011	2,516	292	3	295	11.7%	44		20	64	2.5%	359	14.3%	2,157
2012	2,800	313	2	315	11.3%	48		24	72	2.6%	387	13.8%	2,413
2013	2,820	257	4	261	9.3%	46		28	74	2.6%	335	11.9%	2,485
2014	2,752	278	4	282	10.2%	52		21	73	2.7%	355	12.9%	2,397
2015	3,008	282	4	286	9.5%	69		20	89	3.0%	375	12.5%	2,633
2016	3,100	261	3	264	8.5%	60		19	79	2.5%	343	11.1%	2,757
2017	3,110	246	1	247	7.9%	73		15	88	2.8%	335	10.8%	2,775
2018	3,024	198	3	201	6.6%	63		27	90	3.0%	291	9.6%	2,733
2019	2,932	182	1	183	6.2%	90		19	109	3.7%	292	10.0%	2,640
小計	53,216	4,733	58	4,791	9.0%	833	105	255	1,193	2.2%	5,984	11.2%	47,232
合計	60,586	4,977	59	5,036	8.3%	833	120	255	1,208	2.0%	6,244	10.3%	54,344
2020		6	0	6					0		6		

図4 石綿肺がん: 死亡年別の補償・救済状況(2018年度末時点)



いずれにせよ、「隙間ない救済」の実現からは遠いと言わざるを得ない。

2005年死亡について92.1%という達成済みの救済率を具体的目標に掲げて、他の死亡年について実現できていない理由を分析しながら、具体的かつ多面的な対策を講じていくこと。また、死亡年が古い事例の救済は増加しにくくなってきているものの、労災時効救済と死亡後救済(未申請)の役割はなお大きいことを確認して、救済期限切れという事態が生じないようにすることが重要であると考え。

なお、表7の「合計」が表3の「死亡年判明2019年以前」欄の数字であり、表3において「合計」と「2019年以前死亡」の差を「死亡年不明+生存等」欄に記載している(2020年死亡も含む)。

肺がん救済率11.2(2.9~16.7)%

石綿肺がんの死亡年別の補償・救済状況は表8のとおりであり、グラフ化したものが図4である。

既述のとおり、救済の対象(分母)となるべき死

亡者数は、中皮腫死亡者数の2倍と仮定している。

アスベスト輸入量のデータがないために推計していない1967年以前の死亡事例でも認定されているものがあり、もっとも古い認定事例は、労災時効救済の1963年死亡事例で、施行前死亡救済では1974年死亡事例がみられる。

しかし、救済率は、中皮腫の場合と比較しても、悲惨としかいいようのない実績である。仮に、制度発足当時に環境省が行った推計方法-肺がん死亡は中皮腫の1倍と仮定-にしたがうと、救済率は2倍になるが、それでもなお低い。

救済率は、1994年以前の小計では3.5%(=260/7,370件、2009年度末時点で2.6%、2010年度末時点3.2%、2011年度末時点3.2%、2012年度末時点3.3%、2013年度末時点247件3.4%、2014年度末時点247件3.4%、2015年度末時点247件3.4%、2016年度末時点251件3.4%、2017年度末時点256件3.5%、2018年度末時点259件3.5%)。

1995~2019年の25年間についてみると、死亡者小計53,216件のうち、2019年度末までに労災保険・

表9 肺がん：中皮腫の比率（決定年度別）

決定年度	労災保険	労災時効救済	生存中救済	施行前死亡救済	未申請死亡救済	労災補償等小計	環境省救済小計	総合計
2006	78.2%	47.7%	27.4%	3.4%		67.2%	10.3%	34.2%
2007	100.4%	106.5%	22.3%	14.7%		100.9%	19.7%	52.5%
2008	90.0%	138.3%	25.1%	6.1%	40.0%	93.7%	16.7%	45.3%
2009	89.6%	96.2%	24.5%	1.5%	24.3%	90.2%	12.5%	38.2%
2010	84.8%	208.3%	18.0%	13.6%	33.8%	87.7%	19.2%	48.9%
2011	73.8%	209.1%	18.5%	3.1%	26.7%	76.5%	17.9%	45.2%
2012	77.0%	16.0%	16.8%	0.6%	16.0%	63.8%	11.7%	32.6%
2013	72.2%	200.0%	21.5%	6.3%	40.4%	73.9%	23.8%	46.4%
2014	73.9%	216.7%	20.8%	18.2%	26.5%	75.5%	21.4%	47.7%
2015	67.3%	150.0%	18.3%	11.1%	29.6%	68.6%	19.6%	41.7%
2016	71.7%	1000.0%	15.7%	15.4%	25.2%	73.4%	17.1%	40.1%
2017	59.4%	1400.0%	17.6%	0.0%	17.9%	61.8%	17.4%	35.9%
2018	70.4%	200.0%	18.4%	0.0%	22.4%	72.6%	18.8%	38.9%
2019	58.5%	91.7%	21.1%	22.2%	32.3%	59.1%	23.0%	39.6%
合計	75.9%	64.7%	20.3%	4.4%	26.4%	74.8%	16.5%	40.7%

労災時効救済を受けたものが4,733件、船員保険58件、生存中救済833件、施行前死亡救済105件、未申請死亡救済225件－合計5,984件で救済率は5,984/53,216=11.2%という結果になった（2009年度末時点の1995～2009年の救済率9.3%、2010年度末時点9.6%、2011年度末時点9.7%、2012年度末時点10.6%、2013年度末時点10.8%、2014年度末時点10.9%、2015年度末時点11.0%、2016年度末時点11.0%、2017年度末時点11.0%、2018年度末時点11.1%）。

最も救済率の高いのは2006年の16.7%で、最低は1995年の2.9%、2007年以降についてもおおむね減少傾向が見受けられる。

1994年以前も含めた2019年までの全期間合計でみると、救済率は10.3%という状況である（同前7.8%、8.2%、8.2%、9.2%、9.5%、9.7%、9.9%、10.0%、10.1%、10.2%）。

繰り返しになるが、中皮腫と比較して、石綿肺がんの補償・救済状況は著しく低い。

肺がん/中皮腫の比率低いまま

以上の状況は、中皮腫と比較しても、石綿肺がんが著しく補償・救済できておらず、各制度間の相対的な比較においては、労災補償等がいくらかまし

に救済できているということを示している。このことを、別のデータからもみてみよう。

表9では、「決定年度別」の中皮腫に対する石綿肺がんの比率を検証している。

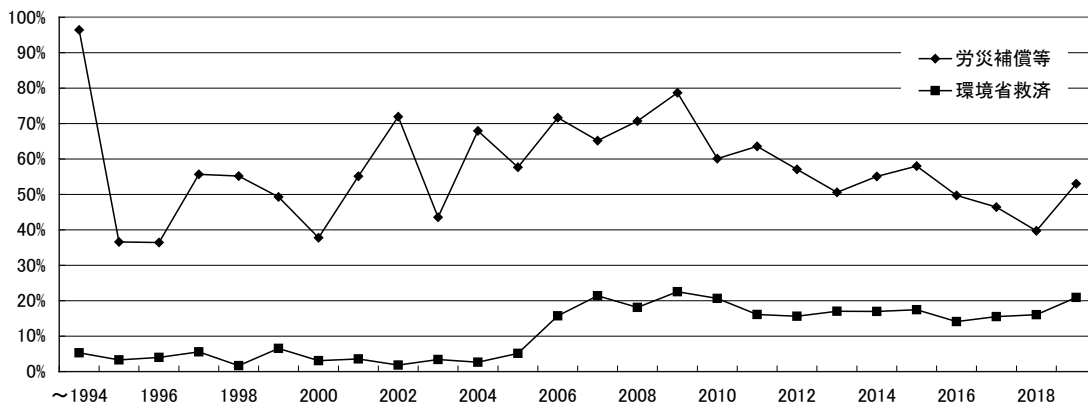
決定年度別でみると、労災保険では、肺がん補償件数の中皮腫補償件数に対する比率は、2002～2005年度に40%前後だったものが、2006年度78.2%、2007年度100.4%と上昇した後、2008年度90.0%、2009年度89.6%、2010年度84.8%、2011年度73.8%と低下し、2012年度77.0%、2013年度72.3%、2014年度73.9%、2015年度67.3%、2016年度71.7%、2017年度59.4%、2018年度は70.4%、2019年度は58.5%であった。2006～2019年度平均では75.9%となっている。

労災時効救済では、件数が少ないこともあって変動が激しいが、2006～2019年度平均で64.7%。これに対して、生存中救済では2006～2019年度平均が20.3%、施行前死亡救済では4.4%、未申請死亡救済では26.4%と著しく低い水準である。

表9の「総合計」の「合計」欄でみれば、各制度合わせた全体では40.7%であることがわかる。

図5には、「死亡年別」の中皮腫に対する石綿肺がんの比率の推移を示しているが、こちらでも、労災補償等と環境省救済との間で大きな格差があることが確認できる。

図5 肺がん：中皮腫の比率の推移(死亡年別)



認定率の検証

認定率についてもみてみよう。表10及び図6に中皮腫、表11及び図7に石綿肺がん、また、表12に石綿肺、表13にびまん性胸膜肥厚、表14に良性石綿胸水について、入手可能なデータを示した。

請求件数を分母とすることも可能であるが、より正確に、当該年度における総決定件数に対する補償・救済件数を用いた。具体的には、労災補償等では、支給決定件数 / (支給決定件数 + 不支給決定件数)、環境省救済では、認定件数 / (認定件数 + 不認定件数 + 取下げ件数) を計算した。

環境省救済の「取下げ」は、「主な理由：労災等支給、医学的資料が整わない」と注記されているが、挙げられた二つの理由はまったく性質の異なるものであり、各々の理由ごとのデータを示すべきである。「労災等支給」が理由であれば結構なことだが、「(求められた)医学的資料が整わない」場合、それでも処分を求めていけば、「不認定」とされたと考えられる。不認定件数を減らす目的であろうが、自主的な「取下げ」を誘導させられ、事実上断念させられている可能性を排除できないため、総決定件数として分母に含めたものである。「労災等支給」を理由した「取下げ」を除外することができれば、認定率はその分高くなる。

中皮腫の認定率は、2006～2019年度平均で、労災保険が93.7%でもっとも高く、施行前死亡救済

92.2%、労災時効救済86.1%、生存中救済85.9%、未申請死亡救済77.7%と続いている。全体では89.1%である。

一方、石綿肺がんの認定率は、2006～2019年度平均で、労災保険の83.8%がもっとも高く、生存中救済59.5%、未申請死亡救済57.0%、労災時効救済53.8%、施行前死亡救済22.0%という順で、かなりの差がついている。また、公害等救済では取下げ件数もかなりの比率ある。全体では71.1%である。

中皮腫の認定率と比較して、とりわけ環境省救済に係る石綿肺がんの認定率が低いことが一目瞭然である。再三指摘していることだが、まず石綿肺がんの認定・判定基準とその運用の大幅な改善が求められる。合わせて、医療現場に対するより包括的なアプローチも切実に求められている。

また、中皮腫の診断がつけられているにもかかわらず不支給・不認定とされた事例、「医学的資料が整わない」という理由で取り下げられた事例についての理由の公表・検証も求められる。

労災の環境省救済への紛れ込み

環境再生保全機構の「石綿健康被害救済制度における平成18～30年度被認定者に関するばく露状況調査報告書」には、曝露分類別の被認定者の状況が示されており、これは、アンケート回答の内容から、①職業曝露、②家庭内曝露、③施設立入等曝露、の順で優先してひとつに分類し、い

特集/石綿健康被害補償・救済状況の検証

表10 中皮腫の決定年度別の補償救済状況・認定率(合計は2006~2019年度分)

年度	労災保険				労災時効救済				生存中救済				
	請求	支給	不支給	認定率	請求	支給	不支給	認定率	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*
2012	587	522	40	92.9%		144	39	78.7%	603	584	47	24	89.2%
2013	593	529	31	94.5%		7	14	33.3%	586	516	49	16	88.8%
2014	561	529	27	95.1%		6	2	75.0%	583	486	35	20	89.8%
2015	578	539	29	94.9%		8	2	80.0%	654	573	41	31	88.8%
2016	595	540	12	97.8%		1	0	100.0%	654	654	34	9	93.8%
2017	571	564	20	96.6%		1	1	50.0%	733	654	31	18	93.0%
2018	649	534	31	94.5%		9	2	81.8%	753	749	39	9	94.0%
2019	677	641	21	96.8%		12	2	85.7%	787	629	40	10	92.6%
合計	8,508	8,036	543	93.7%		927	150	86.1%	9,719	8,069	685	644	85.9%

年度	施行前死亡救済					未申請死亡救済					補償・救済合計		
	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*	認定	不認定等	認定率*
2012	203	308	2	15	94.8%	134	100	27	1	78.1%	1,658	195	89.5%
2013	27	32	0	2	94.1%	122	104	34	3	73.8%	1,188	149	88.9%
2014	11	11	0	3	78.6%	97	68	17	3	77.3%	1,100	107	91.1%
2015	12	9	0	1	90.0%	106	81	11	4	84.4%	1,210	119	91.0%
2016	15	13	0	4	76.5%	141	115	24	0	82.7%	1,323	83	94.1%
2017	14	10	0	0	100.0%	154	123	29	3	79.4%	1,352	102	93.0%
2018	10	12	1	2	80.0%	171	152	23	0	86.9%	1,456	107	93.2%
2019	11	9	0	0	100.0%	161	127	22	1	84.7%	1,418	96	93.7%
合計	3,706	3,428	54	234	92.2%	1,517	1,128	285	38	77.7%	21,588	2,633	89.1%

表11 石綿肺がんの決定年度別の補償救済状況・認定率(合計は2006~2019年度分)

年度	労災保険				労災時効救済				生存中救済				
	請求	支給	不支給	認定率	請求	支給	不支給	認定率	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*
2012	495	402	57	87.6%		23	16	59.0%	141	98	61	12	57.3%
2013	420	382	80	82.7%		14	13	51.9%	129	111	28	8	75.5%
2014	465	391	52	88.3%		13	11	54.2%	119	101	25	2	78.9%
2015	414	363	51	87.7%		12	6	66.7%	130	105	24	6	77.8%
2016	427	387	44	89.8%		10	4	71.4%	129	103	40	7	68.7%
2017	443	335	52	86.6%		14	10	58.3%	138	115	36	4	74.2%
2018	417	376	61	86.0%		18	16	52.9%	188	138	38	3	77.1%
2019	443	375	45	89.3%		11	6	64.7%	181	133	44	3	73.9%
合計	7,164	6,103	1,178	83.8%		600	515	53.8%	2,734	1,639	782	332	59.5%

年度	施行前死亡救済					未申請死亡救済					補償・救済合計		
	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*	認定	不認定等	認定率*
2012	16	2	15	3	10.0%	38	16	12	22	32.0%	541	198	73.2%
2013	6	2	4	1	28.6%	53	42	10	5	73.7%	551	149	78.7%
2014	4	2	3	2	28.6%	31	18	9	0	66.7%	525	104	83.5%
2015	5	1	4	0	20.0%	35	24	10	1	68.6%	505	102	83.2%
2016	5	2	5	0	28.6%	42	29	22	3	53.7%	531	125	80.9%
2017	2	0	1	1	0.0%	44	22	16	1	56.4%	486	121	80.1%
2018	5	0	2	3	0.0%	52	34	26	1	55.7%	566	150	79.1%
2019	6	2	4	0	33.3%	59	41	19	0	68.3%	562	121	82.3%
合計	665	152	412	128	22.0%	508	298	197	28	57.0%	8,792	3,572	71.1%

図6 中皮腫の認定率の推移

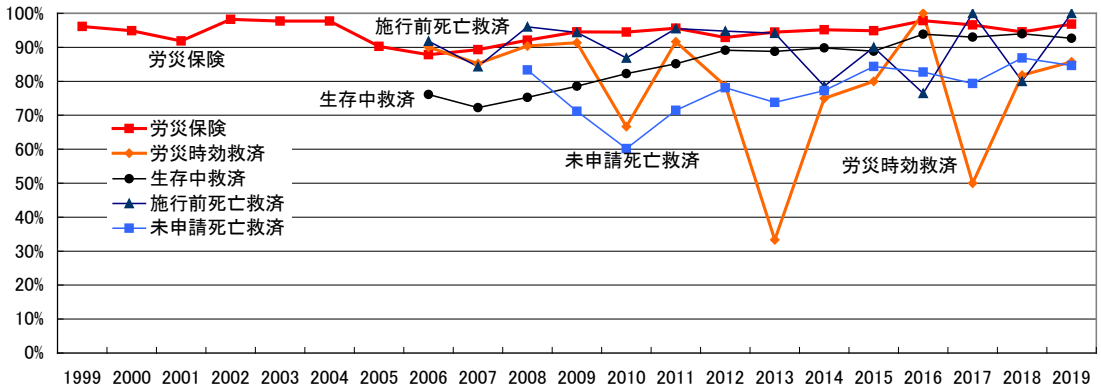
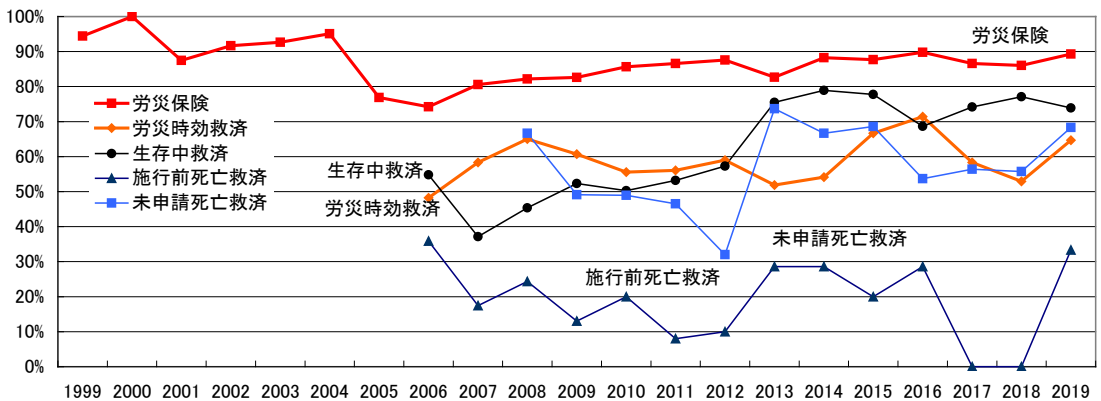


図7 石綿肺がんの認定率の推移



ずれにも該当しないものを、④環境曝露・不明に分類したと説明されている。2006～2018年度の累計被認定者14,012人のうち、他法令でも認定された2,551人を除いた11,461人が調査対象で、アンケートに回答した9,871人についての状況である。

表15のとおり、曝露歴が「職業曝露」に分類されるものが、中皮腫の場合で53.2%(前年度52.5%)にもなることが明らかになっている。石綿肺がんの場合では90.8%(前年度89.0%)、石綿肺とびまん性胸膜肥厚も含めた4疾病合計では62.1%である。このなかには労災補償等を受給する資格のあるものが環境省救済に「紛れ込んでいる」ことが強く疑われる。しかし、そのような事例の有無やどれくらいあるのか、調査されたことはない。

そのような事例は、すでに救済給付を受けていたとしても、労災補償等の請求をすることは可能で

ある。これまで「労災認定等との重複分」と言ってきたのは、まさにそのような事例のことである。この問題を放置しておくことはできないと訴えてきたが、2011年6月の中央環境審議会答申「今後の石綿健康被害救済の在り方について」は、「労災保険制度との連携強化」で、次のように指摘している。

「現在、石綿健康被害救済制度と労災保険制度間では、制度対象者が適切に申請を行えるよう、環境再生保全機構及び労働基準監督署相互の窓口にて、両制度のパンフレットを置く等制度の周知に努めている。しかしながら、本来労災保険制度に申請すべき者が、労災保険制度の存在や自分が労災保険制度に申請できることを知らない、あるいは知ってはいるが労災保険窓口への申請を躊躇し、機構の方に申請する事案がまだあることから、作業従事歴のある申請者等については、申請

特集/石綿健康被害補償・救済状況の検証

表12 石綿肺の決定年度別の補償救済状況・認定率(合計は2010～2019年度分)

年度	労災保険				労災時効救済				生存中救済				
	請求	支給	不支給	認定率	請求	支給	不支給	認定率	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*
2015		64				0	0		34	0	25	1	0.0%
2016		76				2	0	100.0%	32	4	23	3	13.3%
2017		52				0	0		40	5	32	0	13.5%
2018		60				4	0	100.0%	29	3	39	0	7.1%
2019		52				0	0		33	1	28	0	3.4%
合計		602				19	0	100.0%	331	36	250	17	11.9%

年度	施行前死亡救済					未申請死亡救済					環境省救済合計(労災等含まず)				
	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*
2015	2	0	1	1	0.0%	9	0	3	0	0.0%	45	0	29	2	0.0%
2016	3	1	1	1	33.3%	7	1	6	0	14.3%	42	6	30	4	15.0%
2017	0	0	0	1	0.0%	12	2	10	0	16.7%	52	7	42	1	14.0%
2018	1	1	0	0	100.0%	14	0	10	1	0.0%	44	4	49	1	7.4%
2019	1	1	0	0	100.0%	13	1	12	0	7.7%	47	3	40	0	7.0%
合計	62	40	16	7	63.5%	87	5	67	4	6.6%	480	81	333	28	18.3%

表13 びまん性胸膜肥厚の決定年度別の補償救済状況・認定率(合計は2010～2019年度分)

年度	労災保険				労災時効救済				生存中救済				
	請求	支給	不支給	認定率	請求	支給	不支給	認定率	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*
2015	45	47	19	71.2%		0	0		40	12	19	2	36.4%
2016	57	35	4	89.7%		0	0		39	20	36	1	35.1%
2017	46	49	6	89.1%		0	0		42	17	19	0	47.2%
2018	68	53	5	91.4%		0	0		56	26	39	0	40.0%
2019	56	50	11	82.0%		0	0		51	20	30	0	40.0%
合計	528	462	103	81.8%		1	0	100.0%	372	151	240	11	37.6%

年度	施行前死亡救済					未申請死亡救済					補償・救済合計		
	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*	認定	不認定等	認定率*
2015	0	1	0	0	100.0%	6	4	4	0	50.0%	64	44	59.3%
2016	0	0	0	0		4	2	5	0	28.6%	57	46	55.3%
2017	0	0	0	0		6	1	5	0	16.7%	67	30	69.1%
2018	0	0	0	0		18	8	10	0	44.4%	87	54	61.7%
2019	0	0	0	0		7	3	6	0	33.3%	73	47	60.8%
合計	16	11	8	1	55.0%	69	24	53	1	30.8%	649	417	60.9%

表14 良性石綿胸水の決定年度別の補償救済状況・認定率(合計は2010～2019年度分)

年度	労災保険				労災時効救済	
	請求	支給	不支給	認定率	支給	不支給
2015	26	20	0	100.0%	0	0
2016	30	20	2	90.9%	0	0
2017	25	39	1	97.5%	0	0
2018	35	34	3	91.9%	0	0
2019	27	27	2	93.1%	0	0
合計	315	340	11	96.9%	0	0

者本人に労災保険制度について説明し申請を促すのみならず、個人情報への取扱いに留意しつつ、機構から労災保険窓口へ直接連絡することを検討するべきである」。

2012年12月5日に開催された同審議会の第11回石綿健康被害救済小委員会に参考資料として提出された「二次答申の対応状況」では、以下のように書かれている。「救済制度の申請時に実施しているアンケート調査をもとに、申請者が作業従事歴

表15 環境省救済被認定者に関する曝露状況調査結果：曝露分類別

疾病／性別 曝露分類	中皮腫						肺がん					
	男性		女性		計		男性		女性		計	
職業曝露	4,078	67.2%	417	17.5%	4,495	53.2%	1,068	93.4%	35	49.3%	1,103	90.8%
家庭内曝露	30	0.5%	180	7.5%	210	2.5%	6	0.5%	7	9.9%	13	1.1%
施設立入等曝露	115	1.9%	61	2.6%	176	2.1%	9	0.8%	0	0.0%	9	0.7%
環境曝露・不明	1,845	30.4%	1,729	72.4%	3,574	42.3%	61	5.3%	29	40.8%	90	7.4%
計	6,068	100.0%	2,387	100.0%	8,455	100.0%	1,144	100.0%	71	100.0%	1,215	100.0%
疾病／性別 曝露分類	石綿肺+びまん性胸膜肥厚						四疾病合計					
	男性		女性		計		男性		女性		計	
職業曝露	177	92.7%	7	70.0%	184	91.5%	5,323	71.9%	459	18.6%	5,782	58.6%
家庭内曝露	2	1.0%	0	0.0%	2	1.0%	38	0.5%	187	7.6%	225	2.3%
施設立入等曝露	3	1.6%	0	0.0%	3	1.5%	127	1.7%	61	2.5%	188	1.9%
環境曝露・不明	9	4.7%	3	30.0%	12	6.0%	1,915	25.9%	1,761	71.4%	3,676	37.2%
計	191	100.0%	10	100.0%	201	100.0%	7,403	100.0%	2,468	100.0%	9,871	100.0%
回答者数と一人平均回答数											9,871	1.0

表16 環境省救済被認定者に関する曝露状況調査結果：健康リスク調査関連地域曝露分類別

疾病 性別	中皮腫									肺がん								
	男性			女性			計			男性			女性			計		
	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%
地域	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%
横浜市鶴見区	65	12	18.5%	21	21	100%	86	33	38.4%	15	0	0.0%	2	0	0.0%	17	0	0.0%
羽島市	14	8	57.1%	10	8	80.0%	24	16	66.7%	6	2	33.3%	3	2	66.7%	9	4	44.4%
大阪府泉南地域等	77	24	31.2%	52	34	65.4%	129	58	45.0%	22	5	22.7%	5	0	0.0%	27	5	18.5%
尼崎市	466	279	59.9%	309	278	90.0%	775	557	71.9%	46	12	26.1%	16	10	62.5%	62	22	35.5%
王子町・斑鳩町	21	14	66.7%	22	19	86.4%	43	33	76.7%	9	3	33.3%	4	3	75.0%	13	6	46.2%
北九州市門司区	82	21	25.6%	37	21	56.8%	119	42	35.3%	30	2	6.7%	3	1	33.3%	33	3	9.1%
鳥栖市	8	3	37.5%	6	3	50.0%	14	6	42.9%	0	0		2	1	50.0%	2	1	50.0%
計	733	361	49.2%	457	384	84.0%	1,190	745	62.6%	128	24	18.8%	35	17	48.6%	163	41	25.2%
その他地域計	5,335	1,484	27.8%	1,930	1,345	69.7%	7,265	2,829	38.9%	1,016	37	3.6%	36	12	33.3%	1,052	49	4.7%
疾病 性別	石綿肺+びまん性胸膜肥厚									四疾病合計								
	男性			女性			計			男性			女性			計		
地域	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%
横浜市鶴見区	4	0	0.0%	0	0		4	0	0.0%	84	12	14.3%	23	21	91.3%	107	33	30.8%
羽島市	1	0	0.0%	0	0		1	0	0.0%	21	10	47.6%	13	10	76.9%	34	20	58.8%
大阪府泉南地域等	8	0	0.0%	2	0	0.0%	10	0	0.0%	107	29	27.1%	59	34	57.6%	166	63	38.0%
尼崎市	7	1	14.3%	1	0	0.0%	8	1	12.5%	519	292	56.3%	326	288	88.3%	845	580	68.6%
王子町・斑鳩町	1	1	100.0%	0	0		1	1	100.0%	31	18	58.1%	26	22	84.6%	57	40	70.2%
北九州市門司区	3	0	0.0%	1	0	0.0%	4	0	0.0%	115	23	20.0%	41	22	53.7%	156	45	28.8%
鳥栖市	1	0	0.0%	0	0		1	0	0.0%	9	3	33.3%	8	4	50.0%	17	7	41.2%
計	25	2	8.0%	4	0	0.0%	29	2	6.9%	886	387	43.7%	496	401	80.8%	1,382	788	57.0%
その他地域計	139	9	6.5%	8	3	37.5%	147	12	8.2%	6,490	1,530	23.6%	1,974	1,360	68.9%	8,464	2,890	34.1%
合計															9,871	3,676	37.2%	

を有している可能性がある場合、環境再生保全機構から申請者本人に労災保険制度について説明し、申請を勧奨している。また、制度の円滑な案内

に資するよう、厚生労働省、環境再生保全機構で合同のリーフレット、ポスターを作成、配布済み」。請

表17 中皮腫：都道府県別の「救済率」

順位	都道府県	死亡者数	補償・救済合計	「救済率」	肺がん/中皮腫	労災等
1	東京	2,185	1,976	90.4%	59.7%	52.0%
2	兵庫	2,366	2,067	87.4%	34.2%	47.0%
3	愛知	1,243	1,078	86.7%	30.0%	49.1%
4	大阪	2,659	2,300	86.5%	31.1%	49.1%
5	岡山	531	429	80.8%	89.0%	58.7%
	全国	26,608	20,155	75.7%	42.7%	48.0%
43	三重	268	158	59.0%	62.7%	40.5%
44	福島	377	222	58.9%	22.1%	49.5%
45	岩手	187	103	55.1%	19.4%	21.4%
46	鹿児島	329	176	53.5%	14.8%	34.1%
47	沖縄	182	88	48.4%	25.0%	36.4%

表18 石綿肺がん：都道府県別の「救済率」

順位	都道府県	死亡者数	補償・救済合計	「救済率」	肺がん/中皮腫	労災等
1	岡山	1,062	382	36.0%	89.0%	89.5%
2	香川	482	141	29.3%	74.2%	84.4%
3	長崎	1,050	297	28.3%	71.9%	87.5%
4	東京	4,370	1,179	27.0%	59.7%	87.9%
5	山口	884	210	23.8%	61.8%	84.3%
	全国	53,216	8,616	16.2%	42.7%	81.4%
43	秋田	284	16	5.6%	17.6%	62.5%
44	岩手	374	20	5.3%	19.4%	75.0%
45	鳥取	198	9	4.5%	12.9%	77.8%
46	山梨	258	11	4.3%	12.2%	72.7%
47	鹿児島	658	26	4.0%	14.8%	53.8%

求人者の同意が得られたものに限られるが、「機構から労災窓口への直接連絡」が行われている。

なお、表16に、健康リスク調査(当時の名称)関連地域の曝露分類別状況を示している。

都道府県格差

「救済率」を都道府県別についてもみておこう。

分子については、都道府県別の死亡年別の補償・救済件数が公表されていないため、労災補償件数は都道府県別データが入手可能な2003～2019年度の労災保険認定件数、2006～2019年度の労災時効救済、生存中救済、施行前死亡救済、及び、2008～2019年度の未申請死亡救済件数の合計を用いた。環境省所管救済では、各年度の「労災等認定との重複分」も含めた認定件数を合算したうえで、当該期間の累計の重複件数を減じて、「機構のみ認定」件数を求めている。

1995～2002年度の労災保険認定件数については、都道府県別データが入手できないため含まれていない分過少評価になるが、その数は全国合計で、中皮腫206件、石綿肺がん138件である。一方で、時効救済・施行前死亡救済には、1995～2002年死亡事例が多数含まれているため、都道府県別データが入手可能な1995～2019年の中皮腫死亡者数(表25参照)すべてを、分母とすることが適当であると判断した。

したがって、1995～2019年の中皮腫死亡者数に

対する、2003～2019年度に各制度から補償・救済を受けた者の割合として「救済率」を示したものである(表26・27)。

また、参考として、GBD2019による石綿関連疾患「死亡数」「死亡率」の都道府県別推計値も示した(表28・29)。

中皮腫・石綿肺がんについて、全国平均とベスト5及びワースト5の都道府県の状況は、表17・18のとおりである。

中皮腫の「救済率」は、全国平均は75.7%(2009年度末時点69.1%、2010年度末時点70.6%、2011年度末時点71.8%、2012年度末時点74.8%、2013年度末時点74.8%、2014年度末時点74.4%、2015年度末時点74.1%、2016年度末時点74.4%、2017年度末時点74.5%、2018年度末時点75.1%)であるが、最高の東京都の90.4%から最低の沖縄県の48.4%まで1.9倍(同前2.0倍、1.7倍、2.1倍、2.0倍、1.9倍、1.8倍、1.7倍、1.9倍、1.8倍、1.9倍)のばらつきがみられる。

石綿肺がんの「救済率」は、全国平均は16.2%(同前14.4%、15.1%、17.0%、15.8%、16.0%、16.1%、16.1%、16.1%、16.0%、16.1%)であるが、最高の岡山県の36.0%から最低の鹿児島県の4.0%までの、中皮腫の場合よりもさらに大きな9.0倍(同前13.4倍、14.0倍、15.7倍、15.7倍、13.1倍、11.6倍、10.0倍、9.8倍、8.9倍、8.6倍)ものばらつきがみられる。

この格差は、あまりにも大きすぎるだろう。これは、アスベスト被害とその補償・救済制度に対する周

表19 業種別の石綿関連疾患支給決定状況(労災保険+労災時効救済)

	2019年度						2007~2019年度累計					
	中皮腫	肺がん	石綿肺	良性石綿胸水	びまん性胸膜肥厚	合計	中皮腫	肺がん	石綿肺	良性石綿胸水	びまん性胸膜肥厚	合計
建設業	365	242	34	11	31	683	3,763	2,979	345	175	303	7,565
舗装工事業						0	2	0	0	0	1	3
建築事業(既設建築物設備工事業を除く。)	274	174	26	8	23	505	2,758	2,160	252	129	219	5,518
既設建築物設備工事業	59	45	6	2	5	117	668	578	74	31	59	1,410
機械装置の組立て又は据付けの事業	5	6		1	2	14	101	104	5	8	9	227
水力発電施設、ずい道等新設事業			1			1	18	0	1	0	0	19
鉄道又は軌道新設事業	1	1				2	18	1	0	0	0	19
その他の建設事業	26	16	1		1	44	198	136	13	7	15	369
鉱業	0	0	0	0	0	0	12	6	1	0	0	19
金属鉱業、非金属鉱業又は石炭鉱業						0	8	3	1	0	0	12
原油又は天然ガス鉱業						0	1	0	0	0	0	1
採石業						0	2	2	0	0	0	4
その他の鉱業						0	1	1	0	0	0	2
製造業	213	121	17	13	15	379	2,897	2,197	242	183	171	5,690
食料品製造業						0	13	12	4	0	2	31
繊維工業又は繊維製品製造業	6					6	87	102	18	8	5	220
木材又は木製品製造業	9	3	2			14	70	27	3	3	0	103
パルプ又は紙製造業	3	2				5	32	23	0	1	0	56
印刷又は製本業						0	3	1	0	0	0	4
化学工業	15	12		3	4	34	210	223	12	22	19	486
ガラス又はセメント製造業	6	6	1		1	14	62	55	6	3	3	129
コンクリート製造業				1		1	34	44	4	5	3	90
陶磁器製品製造業	1					1	13	5	0	0	1	19
その他の窯業又は土石製品製造業	13	17	8	1	3	42	205	283	87	22	33	630
金属精錬業(非鉄金属精錬業を除く。)	12	7	1			20	151	101	2	9	7	270
非鉄金属精錬業	1	2		1		4	18	29	1	2	0	50
金属材料品製造業(鋳物業を除く。)	4	1				5	28	19	0	1	4	52
鋳物業	1	2		2		5	27	33	0	2	0	62
金属製品製造業又は金属加工業(洋食器、刃物、手工具又は一般金物製造業及びめっき業を除く。)	15	10	1	1		27	230	114	12	8	7	371
洋食器、刃物、手工具又は一般金物製造業(めっき業を除く。)						0	1	1	0	0	0	2
めっき業						0	3	4	0	0	0	7
機械器具製造業(電気機械器具製造業、輸送用機械器具製造業、船舶製造又は修理業及び計量器、光学器械、時計等製造業を除く。)	23	4		1		28	320	151	14	13	8	506
電気機械器具製造業	8	5				13	118	45	4	2	5	174
輸送用機械器具製造業(船舶製造又は修理業を除く。)	29	6	1		1	37	392	135	24	13	11	575
船舶製造又は修理業	62	39	2	2	6	111	790	721	43	61	59	1,674
計量器、光学器械、時計等製造業(電気機械器具製造業を除く。)		1				1	7	5	0	0	0	12
貴金属製品、装身具、皮革製品等製造業						0	2	0	0	0	0	2
その他の製造業	5	4	1	1		11	81	64	8	8	4	165
運輸業	11	5	0	1	1	18	166	155	8	12	17	358
交通運輸事業	1					1	17	10	0	0	1	28
貨物取扱事業(港湾貨物取扱事業及び港湾荷役業を除く。)	6	1		1	1	9	91	54	5	6	9	165
港湾貨物取扱事業(港湾荷役業を除く。)		2				2	14	30	2	2	3	51
港湾荷役業	4	2				6	44	61	1	4	4	114
電気、ガス、水道又は熱供給の事業	1	2	0	0	0	3	50	42	2	2	2	98
その他の事業	62	16	1	2	3	84	502	269	35	19	27	852
農業又は海面漁業以外の漁業						0	4	0	0	0	0	4
清掃、火葬又はと畜の事業	4	2			1	7	18	15	0	1	1	35
ビルメンテナンス業	2	2				4	30	16	0	3	2	51
倉庫業、警備業、消毒又は害虫駆除の事業又はゴルフ場の事業						0	8	6	0	0	1	15
通信業、放送業、新聞業又は出版業	1					1	4	2	0	0	1	7
卸売業、小売業、飲食店又は宿泊業	19				1	20	187	53	9	5	9	263
金融業、保険業又は不動産業	1					1	15	5	0	2	0	22
その他の各種事業	35	12	1	2	1	51	236	172	26	8	13	455
船舶所有者の事業	1					1	2	0	0	2	0	4
合計	653	386	52	27	50	1,168	7,392	5,648	633	393	520	14,586

特集/石綿健康被害補償・救済状況の検証

表20 業種別の石綿関連疾患支給決定状況(労災保険+労災時効救済) 2006~2019年度累計

	中皮腫		肺がん		石綿肺		良性石綿胸水		びまん性胸膜肥厚		計	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
建設業	4,442	49.6%	3,405	50.8%	345	54.5%	175	44.5%	303	58.3%	8,670	50.4%
製造業	3,645	40.7%	2,744	40.9%	241	38.1%	183	46.6%	171	32.9%	6,985	40.6%
その他	876	9.8%	554	8.3%	47	7.4%	35	8.9%	46	8.8%	1,557	9.0%
計	8,963	100%	6,703	100%	633	100%	393	100%	520	100%	17,212	100%

判明している支給決定件数のうち、2006年度と2007年度分の中皮腫・肺がん以外の183件に係る業種別件数、及び、2006~2010年度分の石綿肺の労災保険支給決定件数は公表されておらず、ここに含まれていない。また、判明している2005年度以前分の石綿関連疾患労災保険支給決定件数が1,579件あるが、この業種別内訳も公表されていない。判明している2019年度までの支給決定件数総累計は、17,208+183+1,579=18,970件である。

表21 環境省所管救済被認定者に関する曝露状況調査結果:産業別 2006~2018年度累計

疾病/性別	中皮腫						肺がん						
	男性		女性		計		男性		女性		計		
建設業	2,282	22.5%	195	5.9%	2,477	18.4%	778	39.2%	9	8.5%	787	37.6%	
製造業	3,559	35.1%	1,297	39.0%	4,856	36.0%	654	32.9%	57	53.8%	711	34.0%	
その他	4,312	42.5%	1,833	55.1%	6,145	45.6%	555	27.9%	40	37.7%	595	28.4%	
計	10,153	100.0%	3,325	100.0%	13,478	100.0%	1,987	100.0%	106	100.0%	2,093	100.0%	
疾病/性別	石綿肺+びまん性胸膜肥厚						四疾病合計						
	男性		女性		計		男性		女性		計		
建設業	144	38.6%	1	5.6%	145	37.1%	3,204	25.6%	205	5.9%	3,409	21.4%	40.3%
製造業	127	34.0%	6	33.3%	133	34.0%	4,340	34.7%	1,360	39.4%	5,700	35.7%	67.4%
その他	102	27.3%	11	61.1%	113	28.9%	4,969	39.7%	1,884	54.6%	6,853	42.9%	81.1%
計	373	100.0%	18	100.0%	391	100.0%	12,513	100.0%	3,449	100.0%	15,962	100.0%	188.8%
回答者数と一人平均回答数										8,455	1.9	100.0%	

表22 補償・救済件数に建設業従事者の占める割合に関する試算 2006~2019年度累計

	労災保険・労災時効救済		環境省所管救済		合計	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
建設業	8,670	50.4%	4,962	40.3%	13,632	46.2%
計	17,212	100%	12,312	100%	29,524	100%

労災保険・労災時効救済については厚生労働省公表の業種別の支給決定状況により、環境省所管救済については、環境再生保全機構の「石綿健康被害救済制度における平成18~0年度認定者に関するばく露調査報告書」による「40.3%」という割合を2006~2019年度の合計認定者数14,970人に適用した。

知・認識や、地方自治体をはじめとした関係者の取り組みのレベル等のばらつきを反映しているものと考えられるが、いまのうちに実効性のある対策を講じておかないと、自治体別格差がますます拡大していくことが懸念される。

表17・18の「労災等」、表26・27の「労災等割合」欄に示したのは、補償・救済合計に対する労災補償等(労災保険+労災時効救済)の割合である。これもかなりのばらつきがみられた。

業種別では建設業が約半数

労災保険と労災時効救済の合計に係る業種別内訳として、表19に、2019年度分及び2007~2019年度累計の詳細な業種別の石綿関連疾患支給決定状況、また、表20に、建設業、製造業、その他の3分類で2006~2019年度の累計支給決定状況を示した。表20の脚注に記したように、支給決定件数が判明しているのに業種別内訳が示されていない部分、支給決定件数そのものが公表されていない部分があることに留意されたい。

表20によれば、2006~2019年度の累計17,212件のうち、建設業が8,670件で50.4%、製造業は6,985件で40.6%、その他は1,557件で9.0%である。

表23 環境省救済被認定者に関する曝露状況調査結果：建設業における特定職種別

特定業種	中皮腫		石綿肺がん		石綿肺		びまん性胸膜肥厚		四疾病合計	
	人数	職種別	人数	職種別	人数	職種別	人数	職種別	人数	職種別
はつり工・解体工	127	9.9%	49	9.7%	2	7.4%	7	9.7%	185	9.8%
左官	134	10.4%	55	10.9%			4	5.6%	193	10.2%
築炉工	3	0.2%	5	1.0%	1	3.7%	3	4.2%	12	0.6%
電気工	147	11.5%	60	11.9%	3	11.1%	8	11.1%	218	11.6%
塗装工	90	7.0%	29	5.8%	1	3.7%	3	4.2%	123	6.5%
内装工	107	8.3%	46	9.1%	3	11.1%	13	18.1%	169	9.0%
保温工・断熱工	32	2.5%	47	9.3%	6	22.2%	6	8.3%	91	4.8%
大工	364	28.4%	117	23.3%	5	18.5%	7	9.7%	493	26.2%
吹付工	30	2.3%	12	2.4%			7	9.7%	49	2.6%
事務	100	7.8%	5	1.0%					105	5.6%
配管工	133	10.4%	71	14.1%	6	22.2%	13	18.1%	223	11.8%
型枠工	16	1.2%	7	1.4%			1	1.4%	24	1.3%
計	1,283	100.0%	503	100.0%	27	100.0%	72	100.0%	1,885	100.0%

	中皮腫		石綿肺がん		石綿肺		びまん性胸膜肥厚		四疾病合計	
	人数	職種別	人数	職種別	人数	職種別	人数	職種別	人数	職種別
はつり工・解体工	127	68.6%	49	26.5%	2	1.1%	7	3.8%	185	100.0%
左官	134	69.4%	55	28.5%			4	2.1%	193	100.0%
築炉工	3	25.0%	5	41.7%	1	8.3%	3	25.0%	12	100.0%
電気工	147	67.4%	60	27.5%	3	1.4%	8	3.7%	218	100.0%
塗装工	90	73.2%	29	23.6%	1	0.8%	3	2.4%	123	100.0%
内装工	107	63.3%	46	27.2%	3	1.8%	13	7.7%	169	100.0%
保温工・断熱工	32	35.2%	47	51.6%	6	6.6%	6	6.6%	91	100.0%
大工	364	73.8%	117	23.7%	5	1.0%	7	1.4%	493	100.0%
吹付工	30	61.2%	12	24.5%			7	14.3%	49	100.0%
事務	100	95.2%	5	4.8%					105	100.0%
配管工	133	59.6%	71	31.8%	6	2.7%	13	5.8%	223	100.0%
型枠工	16	66.7%	7	29.2%			1	4.2%	24	100.0%
計	1,283	68.1%	503	26.7%	27	1.4%	72	3.8%	1,885	100.0%

表には示していないが、年度ごとの業種別内訳をみると、建設業が2007年度の47.2%から2019年度の58.5%へと増加し続けていることが顕著で、製造業は2007年度の42.7%から2019年度32.4%へ、その他は10.1%から9.1%へ減少している。

他方、環境再生保全機構の「石綿健康被害救済制度における平成18～30年度被認定者に関するばく露状況調査報告書」には、産業分類別状況も示されている。申請または死亡前の10年以前に所属した事業所（企業）を回答しており、複数回答可で、他法令でも認定されたものを除く2006～2018年度の累計被認定者11,461人のうち、回答者数8,455人、回答数15,962であった（1人平均1.9回

答）。詳しい産業分類別で示されているが、表21に、建設業、製造業、その他の3分類で示した。

建設業が累計3,409で、回答数15,962の21.4%である。しかし、建設業に従事していたことのある場合、その期間中にアスベストに曝露した蓋然性が他の産業に比べて高いと考えてよい。したがって、回答者数8,455人に対する割合を計算すれば、40.3%である。

2006～2019年度の環境省所管救済被認定者累計12,312人の40.3%は4,962人になる。これに前述の労災保険・労災時効救済を合わせると、2006～2019年度の補償・救済総累計認定者29,524人のうち13,632人（46.2%）が建設業従事経験ありと

表24 環境省救済認定等の処理期間の状況

生存中救済の申請についての処理期間の状況

	2006年度		2019年度	
	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数
1回の医学的判定	173	123	92	58
追加資料が必要とされたもの		246		1453
		84		27
		86		

施行前死亡救済の申請についての処理期間の状況

	2006年度		2019年度	
	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数
1回の医学的判定	257	231	157	189
追加資料が必要とされたもの		325		174
医学的判定を経ないで機構で認定したもの	146	-	26	-
		231		73
		191		

未申請死亡救済の申請についての処理期間の状況

	2009年度		2019年度	
	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数
1回の医学的判定	186	124	106	72
追加資料が必要とされたもの		239		170
		72		35
		72		

注1) 医学的判定とは、審査分科会等を経て判定小委員会で審議したものである。

注2) 取下げについては、処理日数の計算には含めていない。

注3) 条件付不認定を受けた者から新たな資料の提出があり、審査の再開により認定等を行ったものは、平均処理日数の計算には含めていない。

注4) 新資料の提出による再審査、及び原処分取消後の処分は除く。

いう推計結果になった(表22)。

建設アスベスト訴訟に対する最高裁の判断が示されようとしているなか、建設労働者のアスベスト被害救済を考えるうえで重要な基礎的情報であろう。

なお、「ばく露状況調査報告書」は、「建設業における特定の職歴がある者」についての状況も示しているため、表23として紹介した。

「隙間ない/迅速な救済」実現はまだ

「迅速な救済」に関しては、環境再生保全機構が公表しているデータ(表24)しかないが、「迅速な救済」が実現できているとは言えない。厚生労働省は速やかに情報を公表すべきである。

「隙間ない救済」も「迅速な救済」もまだ実現されているというにはほど遠いと言わざるを得ない。うえに、給付水準・内容の格差をはじめ、他にも様々

な課題が山積みという状況が続いている。

あらためて「隙間ない/迅速な救済」目標の再確認と実現に向けた実効性のある諸施策の確立が求められていることを強調しておきたい。

認定事業場データベース

なお、厚生労働省は例年どおり2020年12月16日に、「令和元年度石綿ばく露作業による労災認定等事業場」も公表した。今回は、992事業場(うち新規公表748事業場)が対象となり、クボタショック以降、延べ15,123事業場が公表されたことになる。

全国安全センターでは、これらのデータを事業場名、作業内容、所在地などのキーワードで検索できるデータベースにして提供してきた。今回公表の最新データも含めて更新しているため、ご活用いただきたい(<https://joshrc.net/>)



表25 中皮腫死亡者数(都道府県別)

	中皮腫死亡者数(※合計数は1995～2019年合計)																			合計
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
北海道	50	43	55	40	51	34	49	57	56	67	74	62	65	67	86	73	86	93	1,312	
青森	7	7	5	4	10	7	6	5	8	2	9	6	8	7	6	11	8	14	156	
岩手	5	6	9	7	11	7	5	7	6	11	7	13	13	13	11	17	12	6	187	
宮城	12	15	18	13	7	13	16	19	23	23	39	24	11	25	31	28	12	25	408	
秋田	7	7	6	3	6	6	3	3	7	6	7	3	7	5	9	3	10	6	142	
山形	8	5	5	2	7	7	6	3	10	10	6	11	12	10	5	11	4	7	145	
福島	8	4	14	15	14	13	17	22	18	27	19	21	15	19	27	24	16	18	377	
茨城	21	15	14	14	20	15	20	22	18	19	18	17	18	29	29	24	25	21	430	
栃木	9	10	7	5	5	8	8	19	7	15	7	12	12	8	14	21	21	15	254	
群馬	10	14	10	10	15	10	11	12	16	9	9	14	11	13	17	12	12	12	262	
埼玉	37	36	48	38	39	62	57	51	59	60	89	68	61	81	94	89	89	75	1,341	
千葉	17	30	36	37	41	35	28	33	27	43	55	66	54	63	60	57	55	61	914	
東京	57	73	68	73	93	81	108	75	101	110	101	120	131	128	130	131	135	123	2,185	
神奈川	46	65	69	80	63	85	105	85	82	104	129	98	103	96	88	109	104	93	1,943	
新潟	12	21	19	16	21	19	15	12	21	20	23	28	25	19	28	25	20	32	445	
富山	11	12	8	13	12	12	18	18	13	14	17	20	17	14	16	19	15	12	324	
石川	4	7	4	8	4	8	9	12	8	11	13	10	14	13	8	16	17	9	220	
福井	5	5	8	4	2	5	6	9	8	3	3	8	9	9	12	9	7	9	138	
山梨	2	3	2	6	7	3	5	5	6	7	8	7	8	5	1	14	15	4	129	
長野	10	9	4	8	13	8	12	21	15	16	19	24	13	11	16	27	28	17	321	
岐阜	11	14	9	9	15	20	19	18	14	21	17	24	22	18	25	26	18	20	369	
静岡	18	24	29	31	35	20	27	27	36	20	28	39	40	45	36	43	45	47	706	
愛知	26	32	35	34	52	51	61	38	51	59	73	64	80	87	81	77	89	83	1,243	
三重	10	7	11	6	8	13	13	13	14	12	15	17	16	21	15	11	16	14	268	
滋賀	6	9	9	8	9	12	20	10	9	7	11	15	14	11	20	17	15	13	267	
京都	12	12	28	14	25	17	21	19	22	22	17	22	21	25	25	27	21	23	462	
大阪	93	79	99	87	103	103	110	108	121	119	131	127	144	171	169	167	137	148	2,659	
兵庫	68	75	75	90	102	98	105	106	122	117	134	140	107	130	138	132	129	107	2,366	
奈良	12	19	14	11	14	23	13	14	19	26	20	17	16	20	18	16	19	18	380	
和歌山	2	6	7	5	6	6	7	7	6	11	14	11	8	13	6	12	11	5	184	
鳥取	8	5	1	2	4	2	7	5	5	5	3	5	5	4	5	5	4	4	99	
島根	4	2	4	4	3	6	6	10	2	7	4	4	4	11	3	10	7	9	116	
岡山	25	26	19	17	23	22	23	25	25	23	24	24	26	20	34	21	30	26	531	
広島	31	24	48	39	41	35	45	41	47	46	50	53	57	49	49	42	51	47	969	
山口	14	14	16	13	21	16	19	28	14	20	17	24	20	25	27	20	22	31	442	
徳島	4	2	5	9	7	11	6	8	10	7	3	7	9	5	7	6	8	12	149	
香川	11	7	4	9	7	11	18	15	13	8	3	18	7	14	27	10	7	10	241	
愛媛	12	16	12	10	10	14	10	13	11	10	18	17	23	18	17	23	19	15	324	
高知	6	8	6	6	2	8	7	3	5	7	8	5	4	8	7	6	7	6	130	
福岡	44	33	34	39	37	42	44	71	63	52	58	50	65	57	65	71	70	71	1,152	
佐賀		11	8	9	12	11	10	4	9	4	6	5	7	10	7	3	7	8	170	
長崎	17	14	16	22	30	31	29	23	16	26	29	30	28	38	24	28	28	19	525	
熊本	3	10	16	8	4	16	13	11	16	12	16	17	11	20	13	19	19	18	291	
大分	3	8	12	6	8	11	9	13	12	11	13	10	11	13	12	8	9	19	228	
宮崎	8	8	9	7	6	13	6	6	9	6	9	9	1	7	8	10	9	9	176	
鹿児島	12	16	10	12	18	14	10	19	20	14	20	10	17	17	19	14	13	21	329	
沖縄	9	9	6	8	6	4	7	9	9	9	7	13	4	10	5	11	11	11	182	
不詳等	3	1	2		1		1	2				1	2	2					17	
合計	810	878	953	911	1,050	1,068	1,170	1,156	1,209	1,258	1,400	1,410	1,376	1,504	1,550	1,555	1,512	1,466	26,608	

特集/石綿健康被害補償・救済状況の検証

表26-1 中皮腫の補償・救済状況(都道府県別)

	労災保険(小計は2003~2019年度分)										労災時効救済(小計は2006~2019年度分)										労災等 割合
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	小計	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	小計			
北海道	41	28	31	43	42	44	44	65	565	12			1			2	3	55	60.7%		
青森		2	2	4	3	1	3	4	32				1					4	34.3%		
岩手	1	1	1	2	3	2	2	2	20								1	2	21.4%		
宮城	6	9	8	7	13	8	5	8	131	1								7	44.1%		
秋田	4		1	2	2	1	2	1	23									1	26.4%		
山形	4	2	4	2	3	5	2	1	36									5	42.7%		
福島	5	6	7	9	6	4	6	4	99			1						11	49.5%		
茨城	3	9	9	5	8	8	6	8	93		1							7	35.3%		
栃木	1	2		3	1	3	7	7	43									4	28.7%		
群馬	4		1	2	3	3	1	2	37	2								3	21.7%		
埼玉	17	24	19	11	15	20	18	15	266	5						1	1	27	32.9%		
千葉	14	16	5	14	6	10	7	16	179	3								13	31.2%		
東京	61	51	54	69	55	60	60	75	943	17	1	2					3	85	52.0%		
神奈川	45	33	46	33	39	35	28	43	625	17	1		3			1		82	50.4%		
新潟	7	6	6	11	9	9	6	10	140	4								14	49.7%		
富山	7	8	9	7	5	6	10	9	123									13	53.5%		
石川	5	6	3	5	3	2	2	1	51	5								8	44.4%		
福井		3	5	3	2	3	2	3	40	1	1							4	47.3%		
山梨		2	4	2	1	4		1	22	1								1	25.6%		
長野	9	4	7	2	4	11	5	7	84	1								6	45.2%		
岐阜	5	3	6	11	4	7	3	5	93	2								9	37.6%		
静岡	9	25	14	15	13	17	14	14	218	2								24	46.3%		
愛知	34	32	31	35	32	30	31	41	478	7		1		1		1		51	49.1%		
三重	4	3	5	3	4	4	6	6	61									3	40.5%		
滋賀	2	4	6	3	6	4	3	8	76	1								7	42.3%		
京都	7	13	12	5	9	7	13	7	120	5								21	43.8%		
大阪	69	54	64	63	65	54	65	58	1,015	18	3		1			2		109	48.9%		
兵庫	47	41	46	42	44	44	42	49	846	12		1					2	125	47.0%		
奈良	5	5	5	3	4	2	6	4	81									11	34.3%		
和歌山	2	2	1	4	2	6		4	42									7	38.3%		
鳥取	1	3		1	1	3	1	3	22									1	32.9%		
島根	1		1		3	4	1	1	30	1								4	47.9%		
岡山	11	13	13	10	15	19	15	15	227	2						1		25	58.7%		
広島	24	31	32	21	28	30	31	23	462	5		1			1	1	1	58	70.5%		
山口	15	11	8	10	11	12	15	13	185	5								28	62.6%		
徳島	2	2		2	1	4	3	2	40									2	43.3%		
香川	5	2	9	5	6	3	7	8	99	1								6	55.3%		
愛媛	5	11	5	8	9	6	7	12	123	2			1				1	9	56.4%		
高知	1		1	1	3		1	3	24									2	32.5%		
福岡	12	24	15	27	23	31	23	34	390	3								21	49.1%		
佐賀	3	3	2	2	4	1	3	3	40	1								3	40.2%		
長崎	11	15	15	17	17	20	10	23	271	3			1					26	71.9%		
熊本	5	4	2	6	5	3	7	10	65	1								2	38.5%		
大分	5	7	6	4	2	7	4	2	74	2								8	59.0%		
宮崎		2	1	1	2		1	5	34									2	32.1%		
鹿児島	3	3	5	3	3	4	4	3	54	1								6	34.1%		
沖縄		3	2	1	1	3	2	3	27	1								5	36.4%		
不詳等									2									0	50.0%		
合計	522	528	529	539	540	564	534	641	8,751	144	7	6	8	1	1	9	12	927	48.0%		

表26-2 中皮腫の補償・救済状況(都道府県別)

	生存中救済(重複分・小計は2006~2019年度分)										施行前死亡救済(重複分・小計は2006~2019年度分)									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	重複分	小計	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	重複分	小計
北海道	27	29	16	20	28	26	31	34	△99	225	20	1	1						△12	128
青森	2	1	3	6	5	5	7	4	△9	40	4								△2	22
岩手	4	2	8	5	4	4	6	4	△7	41	1	2	1				2		△2	28
宮城	6	10	8	9	10	9	9	14	△48	106	1	5	1			1			△3	57
秋田	2	2	2	3	2	6	2	4	△4	28		1							△2	34
山形	7	3	3	2	3	4	4	5	△15	33	1								△1	16
福島	8	5	6	2	6	4	9	2	△20	56	2	5		1				1	△2	43
茨城	8	6	2	14	10	8	11	11	△25	106	3	1			2				△1	57
栃木	5	7	1	5	9	8	6	10	△9	64	2	1							△3	36
群馬	7	2	4	6	4	7	12	12	△9	76	2					1			△1	55
埼玉	34	30	27	33	38	33	50	27	△103	365	18	2		1	2				△10	176
千葉	28	22	14	27	21	27	28	19	△46	259	17				1	1			△6	120
東京	41	41	34	58	47	51	69	51	△122	561	31	3	2	1	1		1	2	△19	275
神奈川	38	28	30	28	42	50	42	44	△106	408	21	2		2	1	1	2	1	△17	218
新潟	11	5	9	9	10	8	8	3	△29	83	4		1					1	△3	54
富山	6	2	12	8	11	7	8	2	△36	62	7							1	△5	46
石川	4	3	2	3	5	2	5	7	△11	40	2								△2	29
福井	3	3	2	2	5	2	2	2	△5	31	2								0	15
山梨	1	6	3	5	3	9	8	3	△8	45	2								△1	16
長野	7	5	6	1	14	8	10	6	△22	66	3							1	△1	31
岐阜	13	6	6	6	12	12	13	12	△17	99	2								△5	50
静岡	10	11	6	11	19	13	19	17	△38	147	14	1							△3	100
愛知	43	40	34	33	35	52	49	40	△116	381	7	2	1						△7	114
三重	8	7	5	7	10	2	11	7	△25	61	2		1						△4	25
滋賀	5	7	5	3	13	4	9	8	△20	74	3								△2	35
京都	12	5	6	8	19	7	8	9	△26	97	7								△2	70
大阪	60	68	87	86	84	74	85	78	△211	764	29	2	1		2	1	1	1	△25	298
兵庫	75	59	63	71	60	70	90	54	△201	731	16	1		2	1	2			△29	301
奈良	7	7	7	10	12	7	12	6	△22	109	7	1					1	1	△4	52
和歌山	5	4	5	2	2	7	3	6	△10	39	1								△2	28
鳥取	3	5	2		1	4		4	△3	25	3		1		1				0	20
島根	2	1	2	2	2	3	4	3	△11	22									0	11
岡山	8	4	2	9	11	6	11	5	△31	84	5					1			△2	77
広島	12	8	7	6	15	18	10	12	△43	110	14				1	1		1	△13	89
山口	13	6	9	4	7	14	7	14	△48	75	4								△3	34
徳島	4	2	1	2	2	6	7		△14	29	2						1		0	20
香川	1	5	3	10	5	4	3	4	△8	48	3								△5	23
愛媛	3	3	4	8	6	3	9	13	△12	59	3						1		△3	31
高知		1		4	3	3	3	1	△6	24	1								△2	24
福岡	32	28	22	20	26	24	24	22	△83	253	15		1	1	1		1		△9	117
佐賀	2		1	2	6	2	8	4	△11	33	3								△1	27
長崎	4	3	6	5	8	4	8	14	△34	60	9			1			1		△2	45
熊本	3	6	4	4	2	15	4	10	△14	65	4	1							0	34
大分	1	5	1	2	5	9	4	8	△29	31	1						1		△1	21
宮崎	3	4	3	2	3	1	11	5	△18	34	3	1							△1	34
鹿児島	6	4	2	7	9	8	7	6	△28	70	5								△1	38
沖縄		4		1		4	3	3	△1	19	2								△2	32
不詳等		1	1	2					△3	1									0	1
合計	584	516	486	573	654	654	749	629	△1,816	6,239	308	32	11	9	13	10	12	9	△221	3,207

特集/石綿健康被害補償・救済状況の検証

表26-3 中皮腫の補償・救済状況(都道府県別)(救済率の分母は1995～2019年中皮腫死亡者数の合計)

	未申請死亡救済(重複分・小計は2008～2019年度分)										合計	救済率	順位	年平均死亡数	10万人当死亡数	対全国平均比	肺がん/中皮腫	
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	重複分	小計								
北海道	7	4	3	3	4	4	6	5	△1	49	1,022	77.9%	9	52.5	0.953	114.7%	39.8%	
青森	1				1	1	1	1	0	7	105	67.3%	28	6.2	0.454	54.7%	31.4%	
岩手		3		2	3	1	3		△1	12	103	55.1%	45	7.5	0.562	67.7%	19.4%	
宮城	1	4	1		1	1	2	1	△1	12	313	76.7%	11	16.3	0.695	83.6%	43.5%	
秋田			1			1		3	0	5	91	64.1%	34	5.7	0.523	62.9%	17.6%	
山形	1			1					0	6	96	66.2%	30	5.8	0.496	59.7%	55.2%	
福島	1				1	2	7		△2	13	222	58.9%	44	15.1	0.743	89.4%	22.1%	
茨城			2	3	4	2	2	2	△1	20	283	65.8%	31	17.2	0.579	69.7%	29.7%	
栃木	3	4			1	3	1	2	△1	17	164	64.6%	33	10.2	0.506	60.9%	33.5%	
群馬		1	1	2			2	1	1	0	13	184	70.2%	21	10.5	0.522	62.8%	25.5%
埼玉	7	4	2	4	7	7	9	10	△5	56	890	66.4%	29	53.6	0.746	89.7%	40.7%	
千葉	4	2	3	6	5	3	11	7	△7	44	615	67.3%	26	36.6	0.588	70.8%	58.2%	
東京	14	10	9	9	15	11	17	17	△12	112	1,976	90.4%	1	87.4	0.664	79.9%	59.7%	
神奈川	7	7	2	2	9	8	10	8	△8	69	1,402	72.2%	18	77.7	0.859	103.3%	57.7%	
新潟	1	2	2	2	3	5	1		△2	19	310	69.7%	24	17.8	0.750	90.2%	41.9%	
富山	1	1		1	1	1	1		0	10	254	78.4%	8	13.0	1.186	142.7%	31.1%	
石川	1		1			2		1	△1	5	133	60.5%	41	8.8	0.752	90.5%	19.5%	
福井		1					1	2	△1	3	93	67.4%	27	5.5	0.685	82.4%	26.9%	
山梨	2	1		1					0	6	90	69.8%	22	5.2	0.598	71.9%	12.2%	
長野		3	1		1	1	2		△1	12	199	62.0%	37	12.8	0.597	71.8%	41.7%	
岐阜	2	2			3	3	3	2	0	20	271	73.4%	14	14.8	0.709	85.3%	32.1%	
静岡	2	3	2	5	4	2	4	3	△1	34	523	74.1%	13	28.2	0.750	90.2%	27.5%	
愛知	8	4	7	5	5	6	12	3	△7	54	1,078	86.7%	3	49.7	0.671	80.7%	30.0%	
三重		1		2	1		1		0	8	158	59.0%	43	10.7	0.578	69.5%	62.7%	
滋賀	1	1		1					△1	4	196	73.4%	15	10.7	0.757	91.1%	37.8%	
京都		1	1	1	1	3	2	3	△2	14	322	69.7%	23	18.5	0.701	84.3%	34.8%	
大阪	11	12	6	5	14	21	21	9	△11	114	2,300	86.5%	4	106.4	1.200	144.4%	31.1%	
兵庫	7	5	5	4	11	8	7	16	△12	64	2,067	87.4%	2	94.6	1.694	203.8%	34.2%	
奈良	3		1			1	5	3	0	15	268	70.5%	20	15.2	1.085	130.5%	44.8%	
和歌山	1		4		1	2			△2	12	128	69.6%	25	7.4	0.735	88.4%	50.8%	
鳥取				1					0	2	70	70.7%	19	4.0	0.672	80.9%	12.9%	
島根	1							1	0	4	71	61.2%	39	4.6	0.647	77.9%	57.7%	
岡山	1	2		2	3	1	1	4	△2	16	429	80.8%	5	21.2	1.092	131.4%	89.0%	
広島	1	5			2	3	3	2	△2	19	738	76.2%	12	38.8	1.355	163.0%	53.8%	
山口	1			2	3	4	5	2	△1	18	340	76.9%	10	17.7	1.218	146.6%	61.8%	
徳島		2			3		1		△1	6	97	65.1%	32	6.0	0.759	91.3%	23.7%	
香川				1	3	1	2	1	△1	14	190	78.8%	6	9.6	0.968	116.4%	74.2%	
愛媛	1	2	2	1	2	1		2	△2	12	234	72.2%	17	13.0	0.906	109.0%	58.5%	
高知		2				1		2	0	6	80	61.5%	38	5.2	0.681	81.9%	25.0%	
福岡	6	6	7	9	2	5	7	5	△4	56	837	72.7%	16	46.1	0.909	109.3%	36.3%	
佐賀		1		1					0	4	107	62.9%	36	6.8	0.800	96.3%	29.9%	
長崎	1	1	2		1	1	1	2	△1	11	413	78.7%	7	21.0	1.472	177.1%	71.9%	
熊本	1	3		1				1	△1	8	174	59.8%	42	11.6	0.641	77.1%	47.1%	
大分			1	1		2		1	0	5	139	61.0%	40	9.1	0.762	91.7%	29.5%	
宮崎		1	2	1		1		2	△2	8	112	63.6%	35	7.0	0.620	74.6%	17.9%	
鹿児島	1	2				1	1	3	△1	8	176	53.5%	46	13.2	0.771	92.8%	14.8%	
沖縄		1		2		1	1		0	5	88	48.4%	47	7.3	0.523	62.9%	52.3%	
不詳等									0	0	4			0.7			25.0%	
合計	100	104	68	81	115	123	152	127	△98	1,031	20,155	75.7%		1,064.3	0.831	100.0%	42.7%	

表27-1 石綿肺がんの補償・救済状況(都道府県別)

	労災保険(小計は2003~2019年度分)										労災時効救済(小計は2006~2019年度分)									労災等 割合
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	小計	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	小計		
北海道	24	23	23	25	37	15	26	23	340	2		1			1	1	1	16	87.5%	
青森	3	2	1	1	2		2		20									2	66.7%	
岩手		1	2	1	1	1	1	2	14									1	75.0%	
宮城	6	4	5	9	14	4	5	6	86	1			1					9	69.9%	
秋田		1				1	2		10									0	62.5%	
山形	5	1	6	1	2	1	1	2	38									3	77.4%	
福島	3	3	1	3	3	4	3	1	36							1		2	77.6%	
茨城	2	4	3	2	3	4	2	1	45									6	60.7%	
栃木	1	2	3	1	2	3	2	3	28						1			5	60.0%	
群馬	1	1	2	1	1	2		2	22	1					1			4	55.3%	
埼玉	15	17	11	12	21	17	23	19	224		1	2	1	4		1		24	68.5%	
千葉	24	16	15	12	10	4	13	13	237	1						1		11	69.3%	
東京	70	52	60	52	53	57	47	67	987	3	2	1	1	1	2		2	49	87.9%	
神奈川	31	43	45	30	33	26	38	31	644	1	1	2	1		1	1	1	68	88.0%	
新潟	7	3	5	4	9	2	2	3	100				1			1		12	86.2%	
富山	5	3	2	5	4	8	2	2	67	1								4	89.9%	
石川	3			3	1	3	2	3	24									0	92.3%	
福井	1	2	2	1	1		1	1	18									0	72.0%	
山梨				1		1	2		7									1	72.7%	
長野		1	1	3	3	3	3	7	53									7	72.3%	
岐阜	1	4	1	2	3	2	3	4	57									4	70.1%	
静岡	3	4	6	3	8	3	5	4	100				1					5	72.9%	
愛知	12	14	18	18	19	12	14	14	230	3	1	1			1	1		29	80.2%	
三重	5	7	4	5	2	2	7	7	88					1				2	90.9%	
滋賀	2	5	5	5	1	5	3	2	49	1								4	71.6%	
京都	9	12	9	8	5	7	1	8	96			1						2	87.5%	
大阪	20	23	27	17	24	22	24	27	495	2	1	1	3	2	3	5	1	69	78.9%	
兵庫	37	24	27	33	24	20	34	20	503	3	2	1	1		1	1	2	70	81.2%	
奈良	2	3	2	3	2	5	4	4	77		1							7	70.0%	
和歌山	2		1	4	4	1	3	1	49				1					2	78.5%	
鳥取		1	2	1		1			7									0	77.8%	
島根		3	1		2	1	2	4	28		1							5	80.5%	
岡山	28	29	22	11	17	11	22	12	332									10	89.5%	
広島	22	19	22	27	26	20	21	17	321		1	1				1	1	29	88.2%	
山口	11	6	13	10	7	14	13	6	168	1						1		9	84.3%	
徳島	1			1		1	2		12									2	60.9%	
香川	3	5	10	9	6	4	6	9	96				1			1		23	84.4%	
愛媛	6	8	3	5	6	5	5	2	104					1			1	11	83.9%	
高知	1				3	1		1	12									2	70.0%	
福岡	16	19	7	12	10	19	15	20	216		1				1		1	22	78.3%	
佐賀	2			1			2	2	17							1		8	78.1%	
長崎	11	10	13	15	13	12	8	11	221						2	1	1	39	87.5%	
熊本	1	2	3	2	2	6	4	4	47				1					2	59.8%	
大分	3	1	1	2		4	1	5	32									1	80.5%	
宮崎	1	1	2	1	1			2	15									1	80.0%	
鹿児島	1	2	2			1		1	10									4	53.8%	
沖縄	1	1	3	1	1			2	27	3	2	2						14	89.1%	
不詳等									1									0	100.0%	
合計	402	382	391	363	386	335	376	375	6,410	23	14	13	12	10	14	18	11	600	81.4%	

特集/石綿健康被害補償・救済状況の検証

表27-2 石綿肺がんの補償・救済状況(都道府県別)

	生存中救済(重複分・小計は2006~2019年度分)											施行前死亡救済(重複分・小計は2006~2019年度分)										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	重複分	小計	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	重複分	小計		
北海道	4	5	6	2	6	3	3	6	△27	42									△1	3		
青森		2		1				4	1	△1	10								△1	1		
岩手			1	1	1				1	△1	3								△1	0		
宮城	5	3	5	5	5	3	3	3	△22	35				1					△1	1		
秋田				2		2	1	2	△1	6									0	0		
山形		1	1	2	1			2		△3	8								△1	1		
福島	1		1			1	1			△4	6								0	2		
茨城	1	3	2			1	6	3	△3	27									0	1		
栃木	1			3	1			2	2	△2	15								0	2		
群馬	1	1	1			1	2	2	△2	16									0	1		
埼玉	2	6	2	4	3	12	16	17	△26	82	1								△4	13		
千葉	8	12	5	11	9	5	9	10	△11	94									0	6		
東京	2	11	12	9	12	12	11	10	△24	112	1							1	△1	5		
神奈川	3	9	4	4	5	8	5	5	△20	65									1	14		
新潟	1	2	2		2	1		1	△9	13									0	2		
富山			2			1	3		△3	4									△2	3		
石川	1								△3	2									0	0		
福井								1	0	7									0	0		
山梨					1				△1	3									△1	0		
長野	4	1		2	1	1	4	4	△4	21									0	1		
岐阜	2	6	2	2	3		2	2	△3	22									0	0		
静岡	3	2	1	1	3	5	3	3	△6	34									0	2		
愛知	4	9	3	4	7	2	6	4	△13	46									0	4		
三重			1	1		1	2		△3	7									0	1		
滋賀	2		1		1	1	2	4	△4	18									0	1		
京都	1	3	4	2	3	2		9	△21	12									0	1		
大阪	4	1	6	6	1	17	12	14	△46	110		1	1					1	△11	19		
兵庫	17	3	14	5	10	8	9	1	△31	105			1			1			△5	10		
奈良		2	3	5	2			2	1	29									0	3		
和歌山	1		1		1	1	1	1	△4	12									0	0		
鳥取								2	△1	1									△2	1		
島根		1				1	2	3	△4	6									0	1		
岡山	6	3	1	3	2	2	1	2	△9	27									0	1		
広島	4	1	2	6	2	1	1	1	△8	34									△1	4		
山口	4	7	1	4	3	3	3	2	△15	26									0	3		
徳島	1	2		1	1	1				0	7								0	0		
香川	2	3	2	1	2	2	1	2	△7	19									0	0		
愛媛	1	2	2	2	2	5	2	1	△3	16									0	2		
高知	1							6	△6	4		1							0	1		
福岡	3	4	6	3	5	4	4	2	△25	47					1				△1	4		
佐賀	2			1	1		3	4	△8	5									0	0		
長崎	2	1	2	1	2	3	6	1	△4	30									0	2		
熊本	1	3	3	6		3	1	1	△7	23					1				0	1		
大分					1	1	1		△1	4									△2	1		
宮崎			1	2	1				△7	3									1	1		
鹿児島	3	1	1	3	2	1	2		△3	10									△1	0		
沖縄		1			1				0	3									1	1		
不詳等									0	0									0	0		
合計	98	111	101	105	103	115	138	133	△405	1,231	2	2	2	1	2	1	0	2	△33	120		

表27-3 石綿肺がんの補償・救済状況(都道府県別)(救済率の分母は1995~2018年中皮腫死亡者数合計の2倍)

	未申請死亡救済(重複分・小計は2008~2019年度分)										合計	救済率	順位	年平均死亡者数	10万人当死亡者数	対全国平均比	肺がん/中皮腫順位
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	重複分	小計							
北海道	2	1	2		1		2		△4	6	407	15.5%	16	105.0	1.906	114.7%	21
青森									0	0	33	10.6%	31	12.5	0.909	54.7%	28
岩手								1	△1	2	20	5.3%	44	15.0	1.125	67.7%	42
宮城			1	2	1		1	1	△1	5	136	16.7%	14	32.6	1.390	83.6%	17
秋田									0	0	16	5.6%	43	11.4	1.046	62.9%	44
山形	1								0	3	53	18.3%	11	11.6	0.992	59.7%	11
福島					1		1	1	△2	3	49	6.5%	40	30.2	1.486	89.4%	40
茨城		1		1			1	1	△3	5	84	9.8%	33	34.4	1.158	69.7%	31
栃木		1			1	1		1	0	5	55	10.8%	30	20.3	1.012	60.9%	26
群馬				1		1			△1	4	47	9.0%	37	21.0	1.044	62.8%	37
埼玉		2	1	2	3	2	1	5	△1	19	362	13.5%	21	107.3	1.491	89.7%	20
千葉	1		1		4		2		△2	10	358	19.6%	9	73.1	1.176	70.8%	8
東京	1	1	2	3	3	2	5	4	△2	26	1,179	27.0%	4	174.8	1.328	79.9%	6
神奈川	1	4	1	2	1	1	4	5	△1	18	809	20.8%	7	155.4	1.718	103.3%	10
新潟		1		2					0	3	130	14.6%	18	35.6	1.500	90.2%	18
富山								1	△1	1	79	12.2%	27	25.9	2.371	142.7%	29
石川									△1	0	26	5.9%	41	17.6	1.504	90.5%	41
福井									0	0	25	9.1%	35	11.0	1.370	82.4%	36
山梨									0	0	11	4.3%	46	10.3	1.196	71.9%	47
長野									0	1	83	12.9%	25	25.7	1.193	71.8%	19
岐阜			2			1		1	△1	4	87	11.8%	29	29.5	1.419	85.3%	27
静岡		1					1	1	△1	3	144	10.2%	32	56.5	1.500	90.2%	35
愛知	1		1	1	3	3	2	1	△1	14	323	13.0%	24	99.4	1.342	80.7%	32
三重							1		0	1	99	18.5%	10	21.4	1.156	69.5%	4
滋賀			1	1					0	2	74	13.9%	20	21.4	1.514	91.1%	22
京都							1		0	1	112	12.1%	28	37.0	1.402	84.3%	24
大阪	2	7	3	1	1		1	5	△7	22	715	13.4%	22	212.7	2.400	144.4%	30
兵庫	1	4		3	2	2	3	3	△2	18	706	14.9%	17	189.3	3.387	203.8%	25
奈良		1					1	1	0	4	120	15.8%	15	30.4	2.170	130.5%	16
和歌山		1						1	0	2	65	17.7%	13	14.7	1.469	88.4%	14
鳥取									0	0	9	4.5%	45	7.9	1.345	80.9%	46
島根							1		0	1	41	17.7%	12	9.3	1.294	77.9%	9
岡山	1	4	1	1	1	2			△1	12	382	36.0%	1	42.5	2.184	131.4%	1
広島	3	2			1	1	3	1	△4	9	397	20.5%	8	77.5	2.710	163.0%	12
山口		1			1	1	1		0	4	210	23.8%	5	35.4	2.437	146.6%	5
徳島		1				1			△1	2	23	7.7%	38	11.9	1.518	91.3%	39
香川						1			0	3	141	29.3%	2	19.3	1.936	116.4%	2
愛媛		1		1	2				0	4	137	21.1%	6	25.9	1.811	109.0%	7
高知									0	1	20	7.7%	39	10.4	1.361	81.9%	38
福岡	1	4	1	1	2			4	△1	15	304	13.2%	23	92.2	1.817	109.3%	23
佐賀		1					1		0	2	32	9.4%	34	13.6	1.600	96.3%	33
長崎	1			2					0	5	297	28.3%	3	42.0	2.943	177.1%	3
熊本					1		2	3	△2	9	82	14.1%	19	23.3	1.281	77.1%	15
大分		1	1					1	△1	3	41	9.0%	36	18.2	1.524	91.7%	34
宮崎									0	0	20	5.7%	42	14.1	1.241	74.6%	43
鹿児島		1					1		△1	2	26	4.0%	47	26.3	1.543	92.8%	45
沖縄		1							0	1	46	12.6%	26	14.6	1.045	62.9%	13
不詳等									0	0	1			1.4			
合計	16	42	18	24	29	22	34	41	△43	255	8,616	16.2%		2,128.6	1.662	100.0%	

特集/石綿健康被害補償・救済状況の検証

表28 GBD2019推計による2019年の石綿関連疾患死亡数

順位	都道府県	合計		アスベストへの職業曝露						中皮腫 (合計) F	職業曝 露割合 A/F	肺がん/ 中皮腫 B/A	石綿肺 (合計) G
		B+C+D+F+G	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					
									合計				
5	北海道	1,107	1,105	75	966	10	6	48	77	96.8%	12.97	48	
36	青森	162	162	10	147	2	1	2	11	94.8%	14.20	2	
35	岩手	179	178	12	159	2	1	3	13	95.5%	13.23	3	
17	宮城	344	343	25	309	4	2	4	26	96.1%	12.20	4	
38	秋田	153	153	9	138	2	1	2	10	95.4%	14.68	2	
40	山形	140	140	9	126	2	1	2	10	95.0%	13.40	2	
20	福島	298	297	22	264	3	2	6	23	96.2%	11.88	6	
12	茨城	398	397	28	357	3	2	6	30	95.7%	12.53	6	
28	栃木	212	211	15	189	2	1	4	16	94.7%	12.47	4	
27	群馬	233	232	17	206	2	1	6	18	95.2%	12.20	6	
6	埼玉	1,107	1,104	89	976	11	6	21	93	96.5%	10.92	21	
9	千葉	880	877	68	786	9	5	10	70	96.1%	11.62	10	
2	東京	1,701	1,695	134	1,507	18	11	25	140	95.9%	11.22	25	
4	神奈川	1,381	1,377	116	1,213	14	9	25	120	96.6%	10.48	25	
13	新潟	378	377	26	338	4	2	7	27	96.2%	13.16	7	
29	富山	211	210	18	185	2	1	4	18	97.3%	10.53	4	
33	石川	184	184	13	164	2	1	3	13	96.3%	12.68	3	
43	福井	106	106	8	95	1	1	2	8	95.9%	11.95	2	
46	山梨	98	98	8	87	1	1	1	8	95.4%	11.46	1	
26	長野	240	239	19	209	3	1	6	20	95.5%	10.94	6	
18	岐阜	333	332	24	296	3	2	7	25	96.4%	12.36	7	
11	静岡	553	551	43	492	5	3	9	44	96.3%	11.51	9	
7	愛知	1,093	1,090	81	976	8	6	19	84	96.2%	12.05	19	
24	三重	250	250	17	226	3	1	3	18	95.6%	13.48	3	
30	滋賀	205	204	15	183	2	1	3	16	96.2%	12.06	3	
14	京都	373	372	27	335	4	2	5	28	96.0%	12.49	5	
1	大阪	1,948	1,944	159	1,717	20	11	37	163	97.5%	10.83	37	
3	兵庫	1,476	1,473	138	1,292	15	9	19	140	98.1%	9.38	19	
21	奈良	294	293	23	261	4	1	5	23	97.3%	11.57	5	
31	和歌山	200	199	12	182	2	1	3	12	96.5%	15.62	3	
47	鳥取	88	88	6	79	1	0	1	6	96.0%	13.31	1	
44	島根	106	105	7	95	1	1	2	7	95.9%	13.29	2	
15	岡山	368	367	29	320	3	2	13	30	97.1%	11.05	13	
10	広島	606	605	53	532	5	4	12	54	97.6%	10.05	12	
19	山口	302	301	23	268	2	2	6	24	97.3%	11.54	6	
41	徳島	131	131	9	117	1	1	4	9	96.3%	13.31	4	
32	香川	190	190	14	169	2	1	3	15	96.9%	12.02	3	
22	愛媛	273	272	20	242	3	1	7	20	96.9%	12.30	7	
45	高知	103	103	7	91	1	1	3	8	95.7%	12.58	3	
8	福岡	883	881	66	779	8	5	23	68	96.7%	11.88	23	
42	佐賀	119	119	9	104	2	1	3	10	96.2%	11.18	3	
16	長崎	355	354	28	306	3	2	15	29	97.8%	10.82	15	
23	熊本	258	257	17	224	2	1	13	18	95.7%	13.17	13	
34	大分	183	183	12	148	2	1	20	12	95.9%	12.42	20	
39	宮崎	153	152	11	133	2	1	6	11	95.8%	12.39	6	
25	鹿児島	242	241	19	214	2	1	5	19	96.3%	11.51	5	
37	沖縄	157	157	12	142	1	1	1	12	95.1%	12.20	1	
	全国	20,755	20,699	1,599	18,342	204	122	432	1,656	96.6%	11.47	432	

表29 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	都道府県	合計 B+C+D+F+G	アスベストへの職業曝露						中皮腫 (合計) F	職業曝 露割合 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				
8	北海道	20.81	20.76	1.40	18.16	0.18	0.12	0.89	1.45	96.8%	12.97	0.89
40	青森	12.63	12.58	0.80	11.43	0.13	0.10	0.12	0.85	94.8%	14.20	0.12
33	岩手	14.18	14.13	0.96	12.65	0.19	0.08	0.26	1.00	95.5%	13.23	0.26
27	宮城	14.59	14.55	1.07	13.09	0.15	0.08	0.16	1.12	96.1%	12.20	0.16
20	秋田	15.63	15.58	0.96	14.07	0.20	0.10	0.25	1.00	95.4%	14.68	0.25
41	山形	12.54	12.50	0.84	11.24	0.15	0.06	0.21	0.88	95.0%	13.40	0.21
19	福島	15.86	15.82	1.18	14.08	0.15	0.09	0.31	1.23	96.2%	11.88	0.31
38	茨城	13.73	13.68	0.98	12.31	0.12	0.08	0.19	1.03	95.7%	12.53	0.19
46	栃木	10.73	10.69	0.77	9.55	0.12	0.06	0.20	0.81	94.7%	12.47	0.20
43	群馬	11.89	11.84	0.86	10.51	0.12	0.07	0.29	0.90	95.2%	12.20	0.29
23	埼玉	15.05	15.00	1.22	13.27	0.14	0.09	0.28	1.26	96.5%	10.92	0.28
36	千葉	13.95	13.90	1.07	12.45	0.14	0.08	0.16	1.12	96.1%	11.62	0.16
42	東京	12.20	12.16	0.96	10.81	0.13	0.08	0.18	1.00	95.9%	11.22	0.18
25	神奈川	14.94	14.89	1.25	13.13	0.15	0.10	0.27	1.30	96.6%	10.48	0.27
15	新潟	16.67	16.63	1.13	14.90	0.18	0.11	0.31	1.18	96.2%	13.16	0.31
10	富山	19.86	19.82	1.66	17.45	0.18	0.14	0.40	1.70	97.3%	10.53	0.40
17	石川	15.92	15.87	1.12	14.21	0.15	0.09	0.30	1.16	96.3%	12.68	0.30
39	福井	13.40	13.36	1.00	11.92	0.13	0.08	0.23	1.04	95.9%	11.95	0.23
44	山梨	11.87	11.82	0.92	10.55	0.12	0.07	0.17	0.96	95.4%	11.46	0.17
45	長野	11.61	11.57	0.92	10.12	0.16	0.07	0.30	0.97	95.5%	10.94	0.30
16	岐阜	16.52	16.47	1.19	14.70	0.15	0.09	0.34	1.23	96.4%	12.36	0.34
24	静岡	15.01	14.96	1.16	13.34	0.15	0.09	0.23	1.20	96.3%	11.51	0.23
30	愛知	14.36	14.31	1.06	12.81	0.11	0.08	0.25	1.10	96.2%	12.05	0.25
37	三重	13.88	13.84	0.93	12.54	0.14	0.06	0.17	0.97	95.6%	13.48	0.17
31	滋賀	14.29	14.25	1.06	12.77	0.14	0.08	0.20	1.10	96.2%	12.06	0.20
34	京都	14.10	14.05	1.01	12.64	0.13	0.08	0.19	1.06	96.0%	12.49	0.19
4	大阪	21.82	21.78	1.78	19.24	0.23	0.13	0.41	1.82	97.5%	10.83	0.41
1	兵庫	26.63	26.59	2.49	23.31	0.28	0.17	0.34	2.53	98.1%	9.38	0.34
5	奈良	21.69	21.64	1.66	19.23	0.27	0.11	0.37	1.71	97.3%	11.57	0.37
6	和歌山	21.15	21.11	1.23	19.28	0.16	0.12	0.31	1.28	96.5%	15.62	0.31
21	鳥取	15.60	15.55	1.05	14.03	0.22	0.08	0.16	1.10	96.0%	13.31	0.16
22	島根	15.23	15.19	1.03	13.66	0.13	0.08	0.28	1.07	95.9%	13.29	0.28
12	岡山	19.06	19.02	1.50	16.55	0.16	0.12	0.69	1.54	97.1%	11.05	0.69
7	広島	21.12	21.07	1.84	18.52	0.17	0.13	0.41	1.89	97.6%	10.05	0.41
3	山口	21.83	21.78	1.68	19.35	0.17	0.14	0.44	1.72	97.3%	11.54	0.44
13	徳島	17.68	17.63	1.18	15.73	0.13	0.10	0.49	1.23	96.3%	13.31	0.49
11	香川	19.36	19.31	1.43	17.24	0.19	0.10	0.35	1.48	96.9%	12.02	0.35
9	愛媛	19.98	19.94	1.44	17.71	0.20	0.10	0.49	1.49	96.9%	12.30	0.49
28	高知	14.48	14.43	1.01	12.72	0.16	0.09	0.45	1.06	95.7%	12.58	0.45
14	福岡	17.08	17.04	1.27	15.07	0.16	0.10	0.44	1.31	96.7%	11.88	0.44
32	佐賀	14.29	14.24	1.12	12.46	0.21	0.07	0.39	1.16	96.2%	11.18	0.39
2	長崎	26.09	26.05	2.08	22.49	0.25	0.15	1.08	2.13	97.8%	10.82	1.08
29	熊本	14.45	14.40	0.95	12.54	0.13	0.07	0.71	0.99	95.7%	13.17	0.71
18	大分	15.87	15.83	1.04	12.86	0.14	0.08	1.72	1.08	95.9%	12.42	1.72
35	宮崎	13.99	13.95	0.98	12.19	0.15	0.08	0.54	1.03	95.8%	12.39	0.54
26	鹿児島	14.88	14.84	1.14	13.13	0.14	0.09	0.33	1.19	96.3%	11.51	0.33
47	沖縄	10.59	10.55	0.78	9.56	0.09	0.07	0.05	0.82	95.1%	12.20	0.05
	全国	16.24	16.20	1.25	14.35	0.16	0.10	0.34	1.30	96.6%	11.47	0.34

災害性腰痛は全職業病の4割 非災害性では上肢障害が最大

日本における筋骨格系障害の状況

問題の長期的監視なし

筋骨格系障害は、世界と同様、わが国においても重要な労働衛生問題であり続けている。

様々なかたちで多くの調査研究も行われているものの、国による問題の状況を長期的に監視する調査は残念ながら行われていない。厚生労働省は、2012年まで5年ごとの「労働者健康状況調査」を実施していたが、労働者の疲労・ストレスの状況は調査したものの、筋骨格系の問題の状況を把握できる内容ではなかった。

問題の対象になり得る労働者の状況等に関しては、2013年から行われている「労働安全衛生調査(実態調査)」が当初、事業所調査で「腰部に負担のかかる業務に従事する労働者がいる事業所の割合」(2013年48.8%→2015年50.6%)、「腰痛予防対策に取り組んでいる事業所の割合」(2013年65.3%→2015年61.5%)等を聞いていたが、2016年調査以降聞かなくなってしまった。

また、「労働安全衛生調査(労働環境調査)」では、事業所調査で有害業務のひとつとして「重量物を取り扱う業務のある事業所の割合」(2001年3.4%→2006年5.1%→2014年4.6%→2019年8.2%)、「振動工具による身体に著しい振動を与える業

務のある事業所の割合」(2001年2.0%→2006年3.4%→2014年3.2%→2019年5.7%)等、個人調査で「重量物を取り扱う業務に従事している労働者の割合」(2001年16.3%→2006年11.4%→2014年8.0%→2019年7.6%)、「振動工具による身体に著しい振動を与える業務に従事している労働者の割合」(2001年4.3%→2006年4.7%→2014年3.4%→2019年2.8%)等を聞いている。(以上、<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/list46-50.html>参照、2019年調査結果は2020年9月2日に公表。)

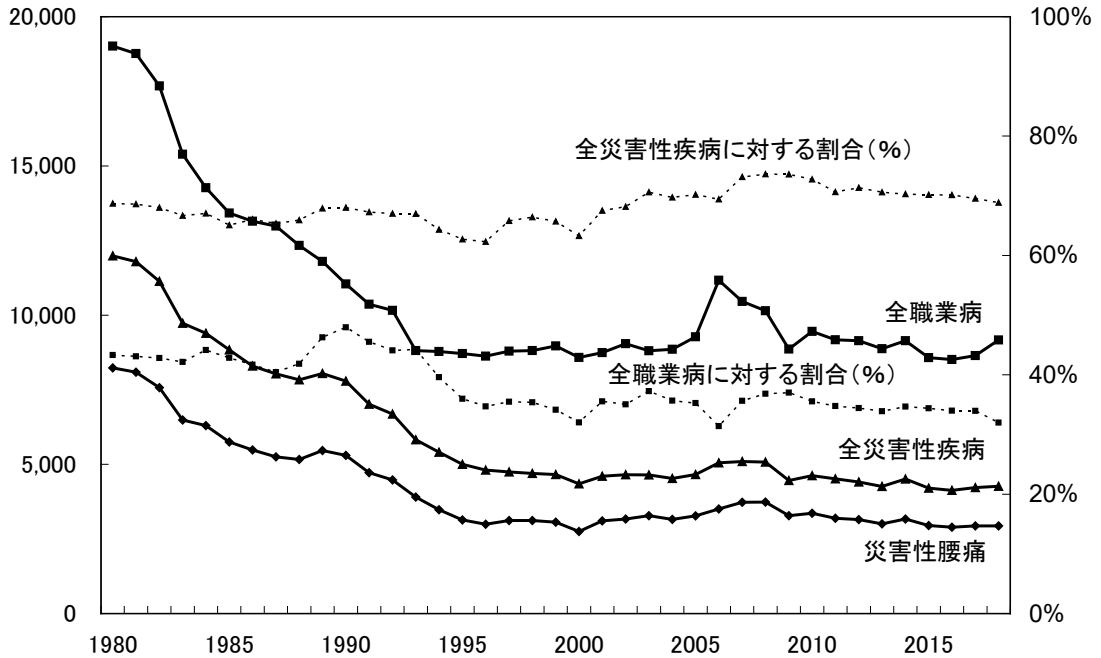
業務上疾病の二つの情報源

厚生労働省は「業務上疾病発生状況」調査の結果を公表している(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_09976.html)。

「業務上疾病の発生状況を把握して、労働衛生行政の基礎資料とすることを目的とする」ものとされ、資料は「業務上疾病調」、「休業4日以上のもの(死亡を含む)」、「当年中に発生した疾病で翌年3月末日までに把握したもの」としか説明されていないが、労働安全衛生法に基づき事業者が提出を義務づけられている労働者死傷病報告を基礎にしたものと言われている。

一方、公表されていないが、労災保険による「業

図1 災害性腰痛の労災補償状況



務上疾病労災補償状況」に関するデータも存在しており、全国安全センターでは情報公開法を活用してその系統的な入手に努めている。

前者は労災保険非適用の官公署等を含む一方で、労災保険給付の対象となる通勤災害や労働者ではない労災保険特別加入者、離職後に発病した業務上疾病等は含まないなど、両者には制度的な違いがあるだけでなく、とりわけ一部の疾病については両者に大きな格差がみられている。

総会議案を掲載する安全センター情報に毎年最新のくわしいデータを紹介しているが、筋骨格系障害関連では、非災害性腰痛について前者が後者より毎年1~2千件多く、逆に頸肩腕症候群等や振動傷害については後者が前者の数倍から百倍程度多いという状況である。前者には業種別データが利用できる等の利点もあるのではあるが、職業病の状況を監視・分析するための指標としては、後者の方がふさわしいと考える。

職業病リスト上の筋骨格系障害

業務上疾病の分類は、わが国の職業病リストである、労働基準法施行規則別表第1の2（第35条関係）の分類に拠っている。大分類（一～十一）と小分類がなされているが、大分類では、以下のふたつが筋骨格系障害と直接関連している。

- 一 業務上の負傷に起因する疾病
- 三 身体に過度の負担のかかる作業態様に起因する次に掲げる疾病

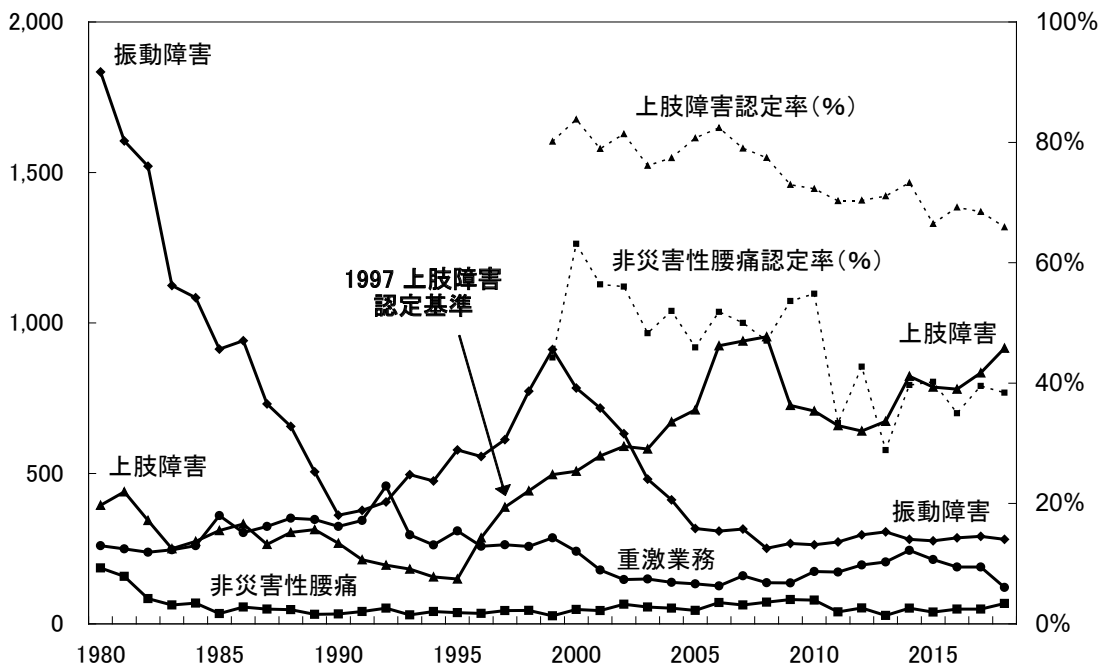
前者の大分類は一般に「災害性疾病」ともよばれ、規則では小区分は設けられていないが、通達（昭和51年3月30日付け基発第186号）で含まれるものとして8つの類型が示され、その4番目として以下が挙げられている。

「業務上の脊柱又は四肢の負傷による関節症、腰痛（いわゆる「災害性腰痛」）等の非感染性疾患」

後者の大分類には、以下の小分類が設定されている（[]内は本稿で使った略語）。

- 1 重激な業務による筋肉、腱、骨若しくは関節の疾患又は内臓脱〔重激業務〕
- 2 重量物を取り扱う業務、腰部に過度の負担を

図2 非災害性筋骨格系障害の労災補償状況



与える不自然な作業姿勢により行う業務その他腰部に過度の負担のかかる業務による腰痛〔非災害性腰痛〕

- 3 さく岩機、鋏打ち機、チェーンソー等の機械器具の使用により身体に振動を与える業務による手指、前腕等の末梢循環障害、末梢神経障害又は運動器障害〔振動障害〕
- 4 電子計算機への入力を反復して行う業務その他上肢に過度の負担のかかる業務による後頭部、頸けい部、肩甲帯、上腕、前腕又は手指の運動器障害〔上肢障害〕
- 5 1から4までに掲げるもののほか、これらの疾病に付随する疾病その他身体に過度の負担のかかる作業態様の業務に起因することの明らかな疾病〔その他〕

災害性腰痛の労災補償状況

図1に、災害性腰痛、全災害性疾病と全職業病の年度別労災認定件数、及び災害性腰痛の全災害性疾病と全職業病に対する割合(%)を示した。

全職業病は、1980年度19,013件から1996年度8,624件まで減少を続け、2006年度のクボタショックによるアスベスト関連がんの急増による山を含みながらおおむね横ばいだったが、2017・18年度とやや増加している。全災害性疾病は、1980年度11,985件から2000年度4,344件まで減少し続け、その後横ばい状態が続いている。災害性腰痛も、1980年度8,232件から2000年度2,749件まで減少し続け、その後横ばい状態である。

全災害性疾病に対する災害性腰痛の割合は70%前後(62.3%から73.6%)、全職業病に対する災害性腰痛の割合はやや減少しつつあるようにもみえるがおおむね40%前後(31.4%から48.0%)。いずれにせよ、災害性腰痛は、わが国における最大の職業病である。

災害性腰痛に関しては、1976年に策定された「業務上腰痛の認定基準」(昭和51年10月16日付け基発第7506号)のなかで、「災害性の原因による腰痛」として示されている(<http://joshrc.org/kijun/std01.htm>)。

現実の腰痛は災害性と非災害性(慢性あるいは

表1 包括救済規定に係る業務上疾病(その他業務に起因することの明らかな疾病)の内訳別新規支給決定件数

分類		疾病分類項目	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	1978～ 合計
大	小												
三	5	1から4(省略)までに掲げるもののほか、これらの疾病に付随する疾病その他身体に過度の負担のかかる作業態様の業務に起因することの明らかな疾病	11	13	8	3	6	4	2	6	2	2	301
	1	作業態様による腱、筋、神経の疾患	1	0	2	1	2	3	1	1	0	0	143
	(1)	筋肉痛等			(1)			(2)		(1)			(22)
	(2)	神経麻痺等	(1)		(1)	(1)	(2)	(1)	(1)				(121)
	2	その他の疾患	10	13	6	2	4	1	1	5	2	2	158
	(1)	脊椎症	(3)	(7)	(1)		(1)			(2)			(45)
	(2)	血行障害	(1)	(1)	(1)	(2)	(2)	(3)	(1)	(1)		(2)	(21)
	(3)	その他	(6)	(5)	(4)		(1)	(1)	(6)	(2)	(2)		(92)

は蓄積性とも)の組み合わせである(さらには既往症や基礎疾患を含め業務以外の諸要因も組み合わせる)場合が多いが、労災補償手続上は区別され、別の認定基準が適用され、別の分類に分けられている。このことや認定基準自体の内容と運用の狭さ等がしばしば問題になっている。

実際、事業者が労働者死傷病報告を提出した件数が労災認定件数よりも毎年1~2千件多いという事実が、労災請求がなされなかったり、請求はされたものの不支給決定されていることを予想させるが、関連するデータは公表されていない。

また、災害性の認定は非災害性の場合よりも相対的に容易と言われる一方で、相対的に短い期間しか療養を認めない圧力があるのも事実である。

非災害性疾病の労災認定基準

図2に、上肢災害、非災害性腰痛、振動障害、重激業務の年度別労災認定件数、及び、上肢災害と非災害性腰痛についてのみ1999年度以降分について不支給決定件数(+請求件数)も入手できているので認定率(%)も示した。

上肢障害については、1997年に「上肢作業に基づく疾病の業務上外の認定基準」(平成9年2月3日付け基発第65号)が示されて、1975年に策定された「キーパンチャー等上肢作業にもとづく疾病の業務上外の認定基準」(昭和50年2月5日付

け基発第59号)は廃止された(1997年3月号参照)(<http://joshrc.org/kijun/std03-4.htm>)。

非災害性腰痛については、前出1975年策定の「業務上腰痛の認定基準」のなかで、「災害性の原因によらない腰痛」として示されている(<http://joshrc.org/kijun/std03-2.htm>)。

振動障害については、1977年策定の「振動障害の認定基準」(昭和52年5月28日付け基発第307号)が生きている(<http://joshrc.org/kijun/std03-3.htm>)。

重激業務については、特別の認定基準は策定されていない(<http://joshrc.org/kijun/std03-1.htm>)。

非災害性疾病の労災補償状況

上肢災害は現在、非災害性筋骨格系障害で最大となっている。1995年度の149件から2008年度の954件まで増加し続け、いったん減少したもののまた増加して2018年度は916件となっている。これには1997年の認定基準改訂も影響しているかもしれないが、認定率は2000年度の83.8%が最高で、減少傾向を示しているようにみえ、2018年度は59.4%で最低となっている。

非災害性腰痛は、1980年度186件、1981年度158件を除くと、27~84件の範囲内におさまり、おおむね横ばい状態である。認定率は波があるが、

筋骨格系障害(腰痛・上肢障害・振動障害等)

表2 頸肩腕症候群労災認定患者の長期療養者推移状況

区分	療養開始後1年以上経過した者の推移					本年度末療養中の内訳					新規労災認定 (上肢障害)
	前年度末療養中	新規該当者 (再発を含む)	治癒又は 中断者	死亡	傷病(補償) 年金移行	本年度末療養中	1年以上1年 6か月未満	1年6か月 以上2年未満	2年以上 3年未満	3年以上	
2000	151	34	39			146	7	8	11	120	507
2001	146	32	40			138	8	5	14	111	558
2002	138	28	43			123	2	10	10	101	590
2003	123	32	37			118	6	12	14	86	581
2004	118	40	37			121	5	8	17	91	671
2005	121	50	43	1		127	11	14	19	83	711
2006	127	53	54			126	9	19	16	82	924
2007	126	79	52			153	18	22	23	90	940
2008	153	65	58			160	19	17	31	93	986
2009	160	70	72	-	-	158	13	20	19	106	726
2010	160	51	61	-	-	150	9	19	19	103	707
2011	150	65	47	-	-	168	17	15	26	110	659
2012	168	56	67	-	-	157	14	19	24	100	641
2013	157	52	56			153	20	8	23	102	673
2014	153	72	77			148	22	11	12	103	823
2015	148	79	63		1	163	18	19	22	104	787
2016	163	65	67			161	20	16	20	105	780
2017	161	54	61	-	-	154	17	11	24	102	834
2018	155	85	75	-	-	165	32	26	19	88	916

2000年度の63.2%が最高で、2013年度の28.9%が最低。10年区分で2000年度内は50%前後だったものが、2010年度には40%前後に減少してきている。

振動障害は、1980年度の1,834件から1990年度の361件まで減少し続け、1991年度の912件へといったん再増加したものの、2005年度以降は300件前後で横ばい状態になっている。

重激業務は、121件(2018年度)～458件(1992年度)の範囲内で推移してきている。

上肢障害ですらすらに認定基準改訂から20年以上、それ以外は35年以上経っており、これまでも様々な問題点が指摘されているところで、認定基準の内容・運用の見直しが必要である。

包括的救済規定と呼ばれる「その他」についても特別の認定基準は策定されていない(<http://joshrc.org/kijun/std03-5.htm>)。

図2に「その他」は示していないが、職業病リストの見直し作業に資するため、数年おきに、包括的救済規定のもとで労災認定された疾病の内訳

が示されている(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-roudou_128872.html)。表1にその内容を示した。

療養期間—長期療養者の状況

一部データを示すことが可能な、筋骨格系障害と密接に関連するもう一つの重要な問題は療養期間である。

2000年度分以降、労災保険事業年報(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/138-1.html>)に「傷病別長期療養者推移状況」に関するデータが示されるようになり、これには頸肩腕症候群、腰痛、振動障害が含まれている(表2～4)。

厚生労働省は「長期療養者の適正給付管理」と称して患者本人や主治医等に療養打ち切りの圧力をかけている実態があり、振動障害が主要目標であるが(<http://joshrc.org/kijun/std03-3.htm>)、上肢障害や非災害性腰痛も対象になっている。この背景には、「傷病の症状が安定し、医学

表3 腰痛労災認定患者の長期療養者推移状況

区分	療養開始後1年以上経過した者の推移					本年度末療養中の内訳					新規労災認定 (非災害性)
	前年度末療養中	新規該当者 (再発を含む)	治ゆ又は 中断者	死亡	傷病(補償) 年金移行	本年度末療養中	1年以上1年 6か月未満	1年6か月 以上2年未満	2年以上 3年未満	3年以上	
2000	557	499	447	3		606	151	114	133	208	48
2001	606	522	496			632	152	136	121	223	44
2002	632	533	493	1		671	133	157	151	230	65
2003	671	465	519	2		615	136	120	137	222	56
2004	615	512	514	2		611	120	134	126	231	52
2005	611	441	497	3	1	551	133	104	113	201	45
2006	551	539	431	3		656	147	173	131	205	71
2007	656	565	505	3		713	170	153	152	238	63
2008	713	476	530	5		654	139	119	153	243	72
2009	654	550	532	-	-	672	139	143	135	255	81
2010	672	576	562	1	-	685	161	138	139	247	79
2011	694	501	535	2	-	658	159	107	142	250	40
2012	644	543	536	1	-	650	174	145	102	229	53
2013	653	526	560	3	1	615	158	123	125	209	28
2014	617	567	570	1		613	165	125	125	198	52
2015	614	544	528	3	1	626	154	129	130	213	39
2016	626	553	501	1		677	179	124	152	222	49
2017	678	568	618	3	-	625	174	116	109	226	49
2018	627	624	579	1	-	671	206	147	120	198	68

上一般に認められた医療を行っても、その医療効果が期待できなくなった状態(症状固定)も「治ゆ(治った)」とみなすという厚生労働省の考え方がある。振動障害をめぐり厚生労働省に認めさせた、「治療を中止すると症状が悪化する」ものは「症状が安定していると言えない」という考え方が他の傷病にも適用されるようになってきてはいるものの、争いがたえないところである。

上肢障害として新規労災認定されるものが最近では毎年800人程度いるなかで、頸肩腕症候群について、療養1年以上に新規該当するものは毎年百人未満にとどまり、同じくらいが「治ゆまたは中断」して、年度末の1年以上療養者は150人前後ではほぼ変わっていない(表2)。

腰痛については、非災害性腰痛として新規労災認定されるものは毎年50人前後だが、災害性腰痛は3千件程度。それらのなかで、療養1年以上に新規該当するものは毎年5~600人、同じくらいが「治ゆまたは中断」して、年度末の1年以上療養者は600人前後で推移してきている(表3)。

振動障害として新規労災認定されるものが最近では毎年300人前後であるなかで、療養1年以上に新規該当するものも300人前後、それを上回る「治ゆまたは中断」者がいて、年度末の1年以上療養者は1999年度末の8,657人から2018年度末の5,168人へと減少し続けているものの、それでも療養3年以上のものがまだ4,645人いるという状況である(表4)。

労働衛生対策の状況

「職場における労働衛生対策」に関して厚生労働省はウェブサイトの特設ページをつくっているが、これには、腰痛予防対策、情報機器作業、振動障害対策が含まれている(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/anzen/anzenisei02.html)。

腰痛予防対策の中心となる「職場における腰痛予防対策指針」は、2013年に19年ぶりに改訂され

筋骨格系障害(腰痛・上肢障害・振動障害等)

表4 振動障害労災認定患者の長期療養者推移状況

区分	療養開始後1年以上経過した者の推移					本年度末療養中の内訳					新規労災認定
	前年度末療養中	新規該当者(再発を含む)	治ゆ又は中断者	死亡	傷病(補償)年金移行	本年度末療養中	1年以上1年6か月未満	1年6か月以上2年未満	2年以上3年未満	3年以上	
2000	8,657	858	580	89		8,846	450	383	775	7,238	784
2001	8,846	762	643	104		8,861	366	351	806	7,338	717
2002	8,861	646	610	98		8,799	311	304	729	7,455	632
2003	8,799	509	579	105		8,624	235	240	604	7,545	481
2004	8,624	492	556	108		8,452	248	205	490	7,509	412
2005	8,452	346	567	112		8,119	188	129	464	7,338	317
2006	8,109	312	627	105		7,689	169	114	295	7,111	308
2007	7,689	308	543	91		7,363	167	122	293	6,781	315
2008	7,363	257	493	84		7,043	142	105	285	6,511	251
2009	7,043	272	516	76	-	6,723	130	86	270	6,237	267
2010	6,721	258	445	83	-	6,451	128	104	227	5,992	263
2011	6,449	292	452	83	-	6,206	144	115	238	5,709	272
2012	6,207	296	467	76	-	5,960	167	99	263	5,431	296
2013	5,956	268	411	63		5,750	172	94	287	5,197	306
2014	5,750	305	353	62	1	5,639	172	118	258	5,091	281
2015	5,639	289	345	65		5,518	151	110	290	4,967	276
2016	5,518	284	329	79	1	5,393	180	88	261	4,864	286
2017	5,393	257	343	67	-	5,240	148	106	260	4,726	291
2018	5,240	282	286	68	-	5,168	159	117	247	4,645	281

たもので(2013年8月号参照)、その後厚生労働省は、製造業、陸上貨物運送事業、小売業、社会福祉施設・医療施設など対象を絞ったリーフレット等を作成したり、腰痛予防対策講習会を開催したりしている。

「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」は、2019年に17年ぶりに、「VDT作業における労働衛生管理のためのガイドライン」から改訂されたもの(2019年11月号参照)。

本誌は、わが国独特の遅れた「労働衛生の三管理(作業管理・作業環境管理・健康管理)」から「リスク管理のヒエラルキー(発生源対策>工学的・管理的対策>個人保護対策)に則った労働安全衛生マネジメントシステム(OSH-MS)」アプローチへの転換を唱道してきた。その観点でみると、2013年の「職場における腰痛予防対策指針」は古い三管理から抜け出せていないが、2019年の「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」は三管理に新たなアプローチを加えようとした努力がみられるようにも思われる。

振動障害対策は、国際標準化機構(ISO)等における取り組みの流れを踏まえて、振動工具の振動加速度のレベルに応じて振動に曝露される時間を抑制することなどを内容とした新たな予防対策が、2009年に導入されている。

2020年に「高年齢労働者の安全と健康確保のためのガイドライン」(エイジフレンドリーガイドライン)が策定されたが、これはOSH-MSアプローチを意識しており、重量物取り扱い、身体的な負担の大きな作業、情報機器作業への対応等も扱われているので、筋骨格系障害予防という面でも活用されることを期待したい(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/anken/newpage_00007.html)。

また、さらに筋骨格系障害の予防に焦点をおいて、物理的リスクや人間工学的リスクだけでなく、心理社会的リスク等もカバーした、リスクアセスメントやリスク管理のヒエラルキーに則った対策を促進するための手引きの策定等を望みたい。



手話通訳による深刻な頸肩腕障害・ 脳障害を予防するために

宇土 博

友和クリニック(広島)

1 頸肩腕障害、手話との出会い

2020年3月に、『ケイワンを知って生涯手話人生を送ろう！-手話通訳による頸肩腕障害の予防と治療-』の出版をしました。この本の「生涯手話人生を送ろう!」という表題は、手話のグループによってつけられたもので、深い意味が込められています。

現在、友和クリニックには、全国から、手話の頸肩腕障害の患者の方が、何年もかけて治療に通っておられます。皆さんは、驚かれると思いますが、専任で手話を集中して行った人の中には生涯、頸肩腕の痛みや脳障害に悩まされ、人生を大きく変えるような重度の頸肩腕障害の方がおられます。

私は、最初に手話の頸肩腕障害の方を診察したときに、何故こんなにひどい頸肩腕障害や脳障害が起こったのかと驚きました。それまで見て来た組み立てラインなどで起こる頸肩腕障害に比べて、明らかにその病状が深刻でかつ脳障害を伴うことが多いという特徴がありました。しかし、治療を進めるうちに、徐々にその理由が分かってきました。

手話は、耳が聞こえない人に対して「情報保障」を行う最も有力な手段です。手話を取り組んでおられる人は、音声という情報手段を閉ざされている人に手話を通じて情報保障を行うために、大変熱い思いで取り組んでおられます。そのため、手話を求められれば、それに応えるために、何時間も頸肩腕の痛みを忘れて、ときには体を壊すまで手話を続



図1. 手話の頸肩腕障害の本の表紙

けておられます。手話を本格的に行う人の中には、「生涯手話人生を送り」たいと思われている人がいますが、その中には重度の頸肩腕障害を発症して、手話が禁止されるまでに至った人もいます。また、手話の頸肩腕障害は、脳疲労から脳障害を生じるという特徴があり、事態をより深刻にしています。とくに脳障害は、是非とも防がなくてはならない大きな問題です。

この本は、手話の方が頸肩腕障害を発症せず、生涯健康に送ることを支援するために書いたものです。是非、関係者に知らせていただきたいと思い

ます。

私は、1974年に広島大学医学部を卒業し、大学院で公衆衛生学教室に入り、研究テーマに職業性頸肩腕障害を選びました。「公衆衛生学」の公衆は、町や会社(コミュニティ)で生活し、働く人の集団を指し、衛生とは、命と健康を守ることを意味します。公衆衛生の源流は、現在大きな問題となっている感染症の予防から始まっています。公衆衛生は、コミュニティ(共同体)の集団の病気を予防し、命と健康を守る学問です。そして、その時代に多発する疾患の原因を研究し、予防対策を講じます。その当時は、多発する職業病-頸肩腕障害の研究も公衆衛生の大きな課題となっていました。

大学院では、ダイエー(全国展開のスーパー)やイズミ(中国地方のスーパー)というスーパーの従業員のレジや電話交換手の頸肩腕障害の健診に取り組みました。当時はスーパーの全盛時代で、地下の食品売り場では、レジの前に何十人も買い物客が並んでいました。そして、高校を卒業したばかりの若い女子社員が必死でレジをさばっていました。当時は、バーコードもなく、すべて手作業で、左手で野菜をつかみ、右手でレジを早いスピードで打ちこんでいました。当時のレジのキーは、間違わないように硬いキーで、手指に大きな負担がかかりました。1日7時間もレジを打つ過酷な作業でした。そのため、2~3年すると、3割ぐらいの人が頸肩腕障害を発症し、治療を要する状態になりました。

当時は、中国地方には、職業病を治療する医療機関がなく、レジで発症した患者の治療をするために、1975年10月に、広島市内の的場町で開業していた先輩の廣瀬脩二先生の診療所の一室を借りて、職業病相談窓口を開設しました。腱鞘炎のような慢性の痛みを伴う疾患の治療には、鎮痛剤の効果がなく、先輩から学んだ鍼治療を行っていました。これが、友和クリニックで行っている、ツボを押す新経絡治療の源流になっています。

その後、大学院卒業を機に、1979年12月に現在の稲荷町に友和クリニックを開設し、以後40年間にわたって、頸肩腕障害等の予防・治療を行ってきました。

そして、1992年に、手話通訳で頸肩腕障害を発



図2. 指文字の「う」の手話:手を高く上げます。

症したろう学校の先生を診察したのが、手話通訳との出会いでした。中国地方で初めて公務災害申請を行い、認定されました。それを契機に、手話通訳の方の健診や治療を行うことになりました。

2019年2月の山口県山口市と同年3月の鳥取県倉吉市での手話通訳の頸肩腕障害の講演のときに、手話通訳の頸肩腕障害の本を出版する話が持ち上がりました。そして、榎原章二さんを中心に、倉吉の手話通訳のグループが、クラウドファン্ডで出版資金をつのり、編集も引き受けて、出版する運びになりました。

2 手話の頸肩腕障害

わが国で最初の手話通訳者の頸肩腕障害の発症は、1984年に札幌市の嘱託手話通訳者で、1988年に滋賀県での発症を契機に1990年に「手話通訳の実態と健康の全国調査」が行われ、頸肩腕障害の予防の研究や取り組みが始まりました。

手話通訳作業は、同時通訳のために、手指や腕を高速で動かし続ける負担があります。そして、口の動きや表情と手の動きで表現するために、聴覚障害者が見えるように顔と手の動きを示すために、胸の高さで手指を動かす必要があり、腕を宙に浮かした状態で手話動作を行います。そのため、腕を支える肩、首に過大な負担がかかります。

腕の重さは、体重の5%とされ、2~3kgの重さが肩・首にかかります。この上肢の挙上姿勢の負担が手話の中心的な負担です。このような頸肩腕部

の負担のために、しばしば難治性の重症の頸肩腕障害が発症します。

友和クリニックでは、これまで7人の公務災害・労災の認定を行ってきました。手話は、1995年参院選の政見放送に採用、2011年県知事選、その後、行政機関窓口、さらには「手話言語条例」の制定で、県・市議会の通訳などに拡大していますが、通訳者が不足しています。また、通訳者は非常勤など身分が不安定なために無理をしやすく、頸肩腕障害が多発しています。こうした現状の打開のために、鳥取県倉吉市の手話通訳グループと共同し、本を出版しました。倉吉のグループが立ち上がったのは、2013年に「手話言語条例」が、全国ではじめて鳥取県で施行され、頸肩腕障害の発症例も多いことによります。

公的資格の手話通訳士は、全国で、約3,800人(2020年3月)で、手話通訳者8,000人、手話奉仕員18,700人、要約筆記者3,500人、要約筆記奉仕員13,100人など手話・要約筆記に関わる人は47,000人に上ります。(平成22、26、27年厚生労働省障害保健福祉部)

3 本の内容

第1章 頸肩腕障害とは

- 1 我が国の頸肩腕障害の歴史
- 2 手話通訳による頸肩腕障害

第2章 頸肩腕障害の特徴的な症状と症度の進行

- 1 頸肩腕障害の特徴的な症状
- 2 症度の進行

第3章 頸肩腕の負担と軽減対策

- 1 手話通訳
- 2 要約筆記
- 3 触手話
- 4 盲ろう者への通訳

第4章 手話通訳の頸肩腕障害の発症例

- 1 ろう学校の先生
- 2 ろう学校幼稚園部の先生
- 3 市役所職員(手話通訳者)
- 4 障害者福祉センター職員(手話通訳者)

第5章 頸肩腕障害の予防

- 1 頸肩腕障害予防の一般原則
- 2 パソコン対策－上肢保持と頸部前屈の対策
- 3 パソコン対策－静止姿勢をなくし姿勢を変換する対策
- 4 パソコンの作業量、作業時間の規制
- 5 パソコン音声入力による作業負担の軽減対策
- 6 適切な作業環境(室温、騒音制御、照明)
- 7 全身運動による筋緊張の緩和と血流促進

第6章 人間工学に基づく手話通訳に関する提案

第7章 頸肩腕障害の治療

- 1 ツボ(経穴)と経絡
- 2 欧米でも注目されている「経絡治療」
- 3 新経絡治療の仕組み
- 4 新経絡治療の治療例

第8章 今日からできる自己管理

- 1 健康管理チェックリスト
- 2 今日から始める生活改善
- 3 自分でできるツボの刺激

第9章 お知らせ

- 1 日本新経絡医学会について
- 2 新経絡治療セミナーの紹介

Special Thanks (クラウドファンディングでご支援いただいたみなさま)

頸肩腕障害は、腰痛とならんで多発する作業関連疾患とされています。わが国では統計がありませんが、2000年頃のイギリスの腰痛・頸肩腕などの疾患は、人口6,000万人で有病率(患者数)が120万人(2%)、新規患者数が18万人(0.3%)という報告があります。(井谷徹:職業性腰痛・頸肩腕障害予防の国際動向より)これらから見ると、わが国では、患者数は、240万人くらいと推定され、その3割程度が頸肩腕障害と想定されます。

また、EUにおける筋骨格系障害の訴えは腰痛30%、腕・足の筋肉痛17%と報告されており、45%の人が苦痛と疲労を伴う姿勢で労働に従事していると報告されています。

これを見ても、頸肩腕の訴えはきわめて多いと考

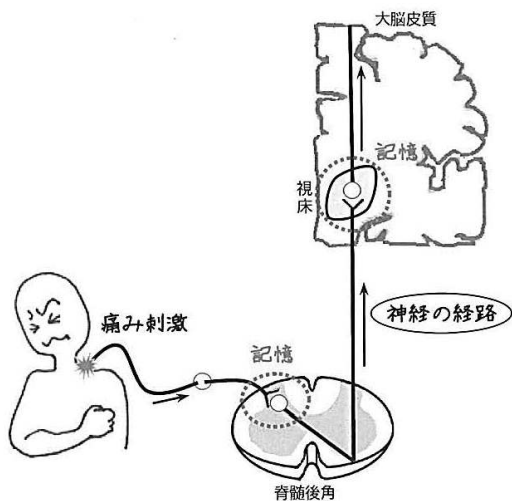


図3. 痛みの記憶:肩の筋肉などの慢性の痛みは、脊髄後角と視床に記憶されると考えられています。



図4. 新経絡治療によるツボ押しで、痛みの記憶が消えます。

えられます。このように、頸肩腕障害は、大きな広がりを持った疾患です。

今回は、手話通訳に焦点を絞って本を出版しましたが、この本では、頸肩腕障害の一般的な予防と治療にも詳しく触れています。また、手話通訳の人の頸肩腕の負担は、パソコン作業の負担が加わっているために、パソコン作業の負担軽減対策についても詳述しています。

予防対策には、作業の改善に有効な人間工学的な対策についても多くのページを割いています。

ここでは、特徴的な2つの内容について触れます。

1) 痛みは記憶されるということ

友和クリニックには、わが国で最も重症な頸肩腕障害の患者さんが、全国から受診されます。治療をはじめた当初は、仕事を離れて何年も経つ患者さんの痛みがとれないことに驚かされました。国の認定基準では、「頸肩腕障害は、適切な療養を行えば3か月程度で改善する」としていますが、これは明らかに間違いです。重症化するとその痛みは、何年にもわたって容易に取れません。

その理由は、「痛みが記憶される」ためです。痛みは警告反応ですが、初期に負担の軽減対策が取れないと、図3に示すように、痛みを伝える脊髄の神経の中継地(脊髄後角といいます)で、痛みが増

賛助会員、定期購読のお願い



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)は、1990年5月12日に設立された各地の地域安全(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。月刊誌「安全センター情報」は、ここでしか見られない情報満載。

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

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

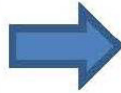


図5. 手話の手の位置をできるだけ下げることによって肩の負担を軽減します。

幅・強化されて記憶されるようになります。繰り返し学習すると、英単語が記憶されるように、繰り返される痛みは、記憶されます。それをさらに無理を重ねると、脳の視床部(全身の感覚情報の通路)にも記憶されると推定されます。そうすると、全身の痛みを感じるようになります。これが、頸肩腕障害に併発する自律神経障害、抑うつ症状などと併せて脳障害とされるものです。

よく知られている帯状疱疹後神経痛は、同じように痛みが記憶される例です。

そして、いったん記憶された痛みは容易に消えません。痛みを甘く見えてはいけません。

警告反応の痛みは、放置せずに、すぐに作業を軽減して対処して下さい。

2) 記憶された痛みを消す治療

現在の治療では、痛みを消す治療は、ツボを刺激する新経絡治療が最も優れています。なぜなら、新経絡治療「帯状疱疹後神経痛」を治すことができる最も有力な治療だからです。友和クリニックを受診されるほとんどの患者は、鎮痛薬の「リリカ」を処方されてきますが、ほとんど効いていません。飲まないより、少しましな程度です。

3) 手話通訳とパソコン作業の負担の軽減—アームレスト

図5は、手話の手の位置を示しています。腕を高く上げるほど肩の負担が増加します。これを軽減するには、作業環境の対策とともにできるだけ低い



図6. アームレスト(Dr. Click:UdoErgo研究所)を使用したVDT作業対策
背もたれを使用した疲れにくい作業姿勢

位置で手話します。

パソコンの併用による肩・腕の負担軽減対策には、図6に示すような幅の広いアームレストを使用して、腕を拳上せず、アームレストの上に乗せて操作する対策が有効です。

この本が、手話通訳の方のみならず、パソコン作業の方の頸肩腕障害の予防・治療に少しでも役立てれば幸いです。本は、アマゾンでも販売されています。(うど・ひろし)

「労働者住民医療」第352号から転載





EU-OSHA(欧州労働安全衛生機関)は2020年10月12日に「健康的な職場は負担を軽くする」キャンペーンを開始した。以下は発表文である。

いまこそ行動するとき:

EU-OSHAが欧州でもっとも多い労働関連健康問題に対処するキャンペーンを開始

腰痛? 仕事が原因の首の痛み? あなたはひとりではない。欧州労働安全衛生機関(EU-OSHA)は、労働関連筋骨格系障害(MSDs)に焦点をあてた、その2020年キャンペーン「健康的な職場は負担を軽くする」を開始した。これは、欧州全体の何百万もの労働者に影響を与えている問題に対する注意を喚起することを目的とした行事や行動の出発点を印すものである。

「可能な限り最善の労働環境を確保することは、労働者の健康と福祉にとって欠かせないし、だからこそすべての使用者の義務である。われわれの生き方・働き方に「新型コロナウイルス感染症」パンデミックが影響を与えているなかで、われわれ全員が今日出版されたガイダンス・リソースから利益を受けることができる。」

それらを予防することを目的にした法令やイニシアティブにもかかわらず、およそ5人に3人の労働者がMSDsに罹患し、それらは欧州でもっとも多い労働関連健康問題であり続け、あらゆる仕事・部門の労働者に影響を与えている。反復動作、長時間座位や重量物挙上はまさに、筋肉、関節、腱や骨に影響を与える可能性のある、それらの状態の原因となるリスク要因のいくつかである。それらが労働者の生活の質に否定的な影響をもつことは明らかである。

キャンペーンの公式の開始を印すブリュッセルでの記者会見で、ニコラス・シュミット欧州委員会雇用・社会権担当委員は、行動をとる緊急の必要性を強調した。

「[欧州]委員会は、欧州安全衛生機関(EU-OSHA)が今日開始した、労働関連筋骨格系障害(MSDs)問題に対処するキャンペーンを全面的に支持する。可能な限り最善の労働環境を確保することは、労働者の健康と福祉にとって欠かせないし、だからこそすべての使用者の義務である。われわれの多く「5人に3人」が、仕事の結果としての腰痛、筋肉のこりや首の痛みを経験している。これは、われわれの日常生活、われ

われの生産性に重大な影響を及ぼす可能性があるし、われわれの身体的・精神的健康に有害でもあり得る。われわれの生き方・働き方にバンデミックが影響を与えているなかで、われわれ全員が今日出版されたガイダンス・リソースから利益を受けることができる。」

キャンペーンの成功は、欧州中で、とりわけ中小零細企業において、キャンペーンとそのメッセージを促進するであろう、EU-OSHAの幅広い汎欧州ネットワーク-各国フォーカスポイント、公式キャンペーン・パートナー、メディア・パートナー、企業欧州ネットワーク-の献身に拠っている。

ドイツが理事会議長を務めるEUがMSDsに対して行動を起こす必要性を認め、その関与を約束しているもとの、社会パートナーと欧州諸機関の支援も非常に有益である。ドイツ連邦労働社会問題大臣フーベルトウス・ハイルは、以下のようにコメントした。

「MSDsは欧州のすべての国に影響を与えている。われわれ全員に様々なかたちで影響を与えている。したがってそれは-工場のフロアや美容院から病棟や事務所まで-あらゆる欧州の職場で管理されなければならない。それゆえわれわれは、健康的な職場は負担を軽くするキャンペーンに全面的な支援を与える。」

MSDsはまた、使用者と国の保健システムに重大な費用を負わせている。EU-OSHAのクリスタ・セドラチェック事務局長は以下のように強調した。

「引き起こされた人々の苦しみに加えて、労働者はその私生活と労働生活の様々な面を満たし損なっている。MSDsをかかえた労働者は、より頻繁かつより長期間仕事を休み、工作中的生産性が下がる可能性があり、また早期に退職することもしばしばある。これはビジネスにとって悪い知らせであり、国の経済に対する重大な負担である。このキャンペーンは、早期の介入とリハビリテーションが必須であるとともに、完全に可能であることを強調するだろう。いま協力して、グッドプラクティスを採用することによって、われわれは将来の世代の労働者のMSDsを予防することができる。」

MSDsを予防・管理するための措置は単純かつ安価なことが多く、このことは健康的な職場は負担を軽くするキャンペーンの主要なメッセージのひとつである。キャンペーンは、医療や初等教育などのハイリスク部門に特別の焦点をきつつ、すべての部門の労働者と使用者に手を差し伸べるだろう。

慢性のMSDsをかかえる労働者が仕事にとどまり続けるのを支援することも、心理社会的リスクと労働者の多様性を考慮し、MSD管理に-労働者、使用者、医療その他の関係者を関与させる-集団的アプローチを採用する必要性とともに、主要な焦点のひとつである。

例えばデジタル化や新たな技術など、から生じる新たなリスクや仕事を編成する方法に特別な注意を払うだろう。これは、多くの労働者を事務所の外に追い出し、家で働くことを強いてきたCOVID-19に照らして、とりわけ時宜になかったことである。MSDsと在宅テレワークはキャンペーンの優先領域のひとつである。

リンク：

- ・2020~2022年健康的な職場キャンペーンを訪問されたい。
- ・労働関連MSDs及びEU-OSHAの労働関連MSDsに関する研究でより詳しい情報がみつめられる。
- ・MSDsに関するOSHWikiの記事をチェック。
- ・Naposhootビデオをご覧ください。

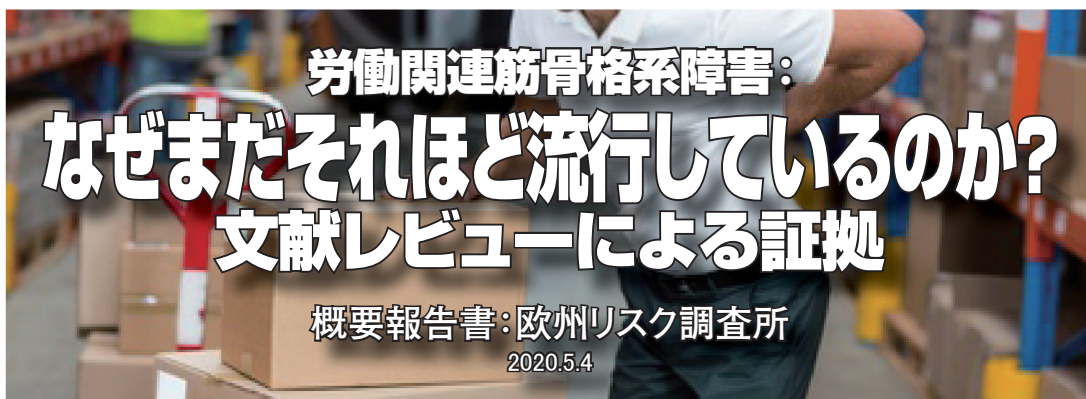
※<https://osha.europa.eu/en/about-eu-osha/press-room/time-move-eu-osha-launches-campaign-address-europes-most-common-work>

「労働関連MSDsの予防に関する研究、方針及び慣行」プロジェクト報告書

2020年5~6月に、欧州リスク調査所(European Risk Observatory)が、3つの要素からなる「労働関連MSDsの予防に関する研究、方針及び慣行」プロジェクトの3つの報告書を公表している。

言わば今回のキャンペーンの基礎となる報告書であり、まとめてご紹介したい。





要約

この調査レビューの目的は、労働人口において高いレベルの筋骨格系障害(MSDs)が持続していることを検討するとともに、その予防に関連した証拠を検討することである。

このレビューは、より幅広い「労働関連MSDsの予防に関する研究、方針及び慣行」プロジェクトの一部として準備された。このプロジェクトの目的は、以下のとおりである。

- ・労働関連MSDsの原因となる諸要因と関連した新たな及び現出しつつあるリスク及び傾向に関する知識を改善するとともに、関連する課題を確認する。
- ・方針及び職場双方のレベルで、労働関連MSDsに対処するための現在の戦略におけるギャップを確認する。
- ・職場介入及びリスクアセスメント・アプローチの有効性及び質について調査する。
- ・MSDsのより有効な予防のための新たなアプローチを確認する。

EU加盟諸国(EU-28)全体で報告されたMSDsの率は、2007年の54.2%から2013年の60.1%に増加した(各年に行われたEU労働力調査による)。欧州労働条件調査によるデータは、2010年と2015年の間に、上下肢筋骨格痛及び腰痛の発生率に著しい減少を示していない。MSDsを引き起こす可能性のある職場ハザードの管理を確保するという

法令上の要求事項があるにもかかわらず、これが実際に行われているという証拠は限られている。

方法

MSDsの予防という課題を検討するために、調査的文献レビューを実施した。これには、仮説を確認するための最初の検索及びその後のそれらの仮説をテストした研究結果を調べるための焦点を絞った文献検索が含まれた。この調査レビューで扱われた研究質問は、以下のとおりである。

- ・なぜ労働関連MSDsの高い流行が持続しているのか?
- ・高い流行に潜在的に寄与している労働の世界における変化は何か?
- ・人口動態の変化の影響は何か?
- ・個々のリスク要因の影響は何か?
- ・現在の予防及びリスクアセスメント・アプローチにおけるギャップは何か?
- ・心理社会的リスク、性差及び/または年齢は考慮されるか?

スコーピング検索を実施し、その後確認された仮説について、焦点を絞った検索を行った。研究論文を入手し、それらからデータを引き出した。

結果

- ・生成された仮説

検索の結果、以下の12の仮説が確認された。

- ・デジタル化及び情報通信技術(ICT)が可能にした技術の影響が、人々を高いMSDsリスクに

曝露させているかもしれない。

- ・ギグ及びプラットフォーム経済を含め、新たな形態の雇用が、労働者の労働安全衛生（OSH）保護のレベルを低減させている可能性をもつ。
- ・以前はある部門での高い流行が、様々な部門に移行しているかもしれない。例えば、入院期間の短縮は自宅での回復期間を増加させ、そのため患者の世話がヘルスケアからホームケアに移行して、曝露がシフトしている。
- ・ノーリフトポリシー [押さない・引かない・持ち上げない・ねじらない・運ばない] など、職場方針の変化の影響が、曝露部位を腰から肩にシフトし、または、ジャストインタイム [必要なものを必要なときに必要なだけ] 生産システムが、人間工学的評価なしに作業速度や反復のレベルを増大させ、MSDs報告数の増加につながっている。
- ・不健康なライフスタイル、身体運動の不足及び肥満率の上昇が、筋骨格系問題の増加につながっているかもしれない。
- ・労働力人口構成の変化の影響は、若い労働者が既往の筋骨格系問題をもちながら労働に入ることはもちろん、高齢労働者が（労働または年齢いづれかから生じた）筋骨格系問題をかかえる可能性が増えていることを意味している。
- ・心理社会的リスクの重要性が増加している。
- ・デスク仕事をする者の割合の増加が、職業性座りっぱなし曝露や筋骨格系の訴えにつながっている。
- ・重労働、過剰反復、まずい姿勢や重量物挙上を含め、物理的職場ハザード減少の失敗が、曝露の持続につながっている。
- ・各EU加盟国における異なる社会経済的状況、職業病の分類、支援体制や保険の手配がMSDの報告に影響を与えている。
- ・適切な作業組織及び/または作業設計の欠如が、MSDリスクへの曝露の増大につながっている。
- ・リスクアセスメント及び予防慣行におけるギャップが存在している。

・労働

悪い及びまずい姿勢、高度の反復や高度の強さを含め、作業要因とMSDsの流行との関連性は知られている。しかし、2005年以降、MSDハザードの曝露には少し変化があったように思われる。高い流行の持続は、物理的作業要因のみによっては説明することができず、他の問題を検討する必要がある。

・部門別の変化

過去20年間、EUは経済におけるシフトを経験し、労働者は製造業からサービス業や建設業へ移動した。これは、医療福祉における患者の世話、サービス労働における悪い姿勢や高度の反復、事務所環境における座りっぱなし作業を含め、労働者が曝露するMSDハザードの性質の変化をもたらしてきた。多くの残りの部門においても、姿勢のリスクのスコアは高い。

・働き方の変化

労働は、それを行う方法及び場所の双方において変化しつつある。デジタル化は、潜在的にいつでも労働にアクセスできるようにする、新たな技術の利用をもたらしてきた。同時に、オンライン・プラットフォーム労働が増加し、それによって労使関係が変化しつつあるとともに、必要なOSH規制が順守されないかもしれない、自営または臨時契約のいずれかで働く人々が増えつつある。

デジタル化の増加はまた消費者行動も変え、オンライン販売が増加し続けている。結果的に、選別倉庫内や配達運転手としてこの部門に雇用される者が増えている。オートメーションはいくつかの事業所で使われているものの、品質保証、より複雑な選別業務やときにはより単調な業務のために、なお人間のニーズがある。こうした労働者は、時間圧力のもとで働く場合に、物理的及び精神的双方の要求の対象になり得る。現在のところ、OSHハザードが対処されつつあるという証拠はほとんどない。

新しい働き方には、製造部門でのリーン製造プロセスなど、作業プロセスの変化も含まれる。リーン・プロセスのMSDハザードに対する影響については調査研究は両面的ではあるものの、職務設計や

人間工学を活用した変化の実施が曝露を低減させ得ることは明らかである。ヘルスケアでは、挙上や自宅療養よりもスライド移動の活用が曝露の性質を変えてきた。自宅環境は患者にとってよいけれども、相対的に管理されておらず、介護者のための挙上保護器具が備わっている可能性は低い。

数十年の間に職場に固定ロボットが導入されてきたが、オートメーション及び自律ロボットの規模は今後増加すると予測されている。明らかなことは、オートメーションがMSDハザードへの曝露を低減させ得るとはいうものの、これが常に適切に評価されているわけではなく、また、労働者が機械のペースで働くことになるかもしれないということである。より肯定的には、自律ロボットが労働者の汚くかつ高度に反復的な作業への曝露を低減させるかもしれない。人間とロボットが並んで働く方法及び遭遇するかもしれないOSH問題を検討した応用研究は限られている。

最後に、より多くの者が労働生活を座ってすごすようになっている。これは健康への悪影響を認めるが、ここでも数多くの確認できるリスク要因とともに、座りっぱなしの作業もまたMSDsと関連性がある。労働において人々が立ち上がり、また移動するのを確保するための職務設計のニーズが考慮され(また、そうするように奨励され)るべきである。加えて、休憩時に運動することを希望する人々のために着替設備とシャワーが利用できるのを確保することも有益である。デスク作業者の安全衛生を保護するためのガイダンスが提供されている。

・健康行動

この調査レビューは、MSDsの流行に関連した労働関連要因に焦点をおいているが、健康行動、とりわけ肥満、身体運動不足や喫煙とMSDsに関連性があることが認められている。職場健康増進は、そうした行動を減らし、それゆえMSDsの流行を減らすことによって、有益な影響をもち得る。

・年齢とジェンダー

年齢と関連して、MSDsの流行は高齢労働者において増加している。これが曝露期間の長期化及

び/または年齢とともに減少する能力によるものかどうかは、なお議論されているところである。35歳未満の者と比較して(通常50歳超と定義される)高齢労働者におけるMSDリスクへの曝露を検討して、つらい疲れる姿勢への曝露が増加する一方で、腕の反復動作や荷の移動・取り扱いへの曝露は減少することがわかった。こうしたデータは、高齢労働者が労働においてなお相当のリスクに曝露しつつあることを示唆している。結果として、傷害が起こった場合には、回復期間が相対的に長くなることを示した証拠もある。

データはまた、相対的に若い労働者が高いレベルのMSDsを報告していることも強調している。これが問題をかかえながら働きはじめたことによるのか、または働きはじめてからすぐにMSDsを発症したのか、見極めるためにはさらなる研究が必要である。人々の労働生活の全体を通じて予防措置が利用可能になっているようにすることがきわめて重要である。

一般的に男性の方が女性よりも多くMSDsを報告している。しかし、彼らのMSDsの性質は異なっており、男性は腰の問題を、女性は首、肩、手や腕の問題を報告する可能性が大きい。MSDハザードへの曝露を検討すると、反復動作や長時間座位を含め、特定のハザードについては、男性と女性が同程度に曝露すると報告している。人間の挙上については、6%の女性がこれをいつも行っていると報告し(対して男性は2%)、人間を挙上している女性の9%が4分の1から4分の3の時間行っていると報告している(対して男性は4%)。これは、医療福祉労働では女性が多いという、水平分離が影響していることをほのめかすものである。しかし、MSDハザードに曝露させるかもしれないパートタイムの役割で女性の方が多く、垂直分離も役割を果たしている。しかし、家庭責任も負う労働者としての女性の二重の役割の影響も、そのような労働がMSDリスクを引き起こすのと予防するのと双方の可能性があることから、無視すべきではない。年齢とジェンダーを検討する場合、50歳超の女性が男性よりも多く症状を報告しているものの、これは過去10年間に最大の雇用の増加をみた年齢集団である。

・健康信念と身体化

健康への信念は、病気についてどのように考えるかに影響を及ぼし、身体化は、心理的苦痛から生じる身体症状の現われである。自己認識されたまずい健康はMSDsの流行と関連してきた。個人は労働に対して肯定的または否定的信念をもちうるが、否定的な信念は症状と関連する可能性がある。報告された労働のなかでは、労働関連健康問題に対する否定的な信念、RSIs（反復緊張傷害）の予後やRSIsについて聞いたことが、症状と関連していた。MSDsの症状、予後及び回復の可能性に関する知識の不足があると思われ、知識の量と正確さを増やすことが、予防と回復の双方に役立つかもしれない。

・心理社会的要因

心理社会的要因もMSDsの流行に影響をもつという認識がひろがっている。精神的な高負担が筋肉の緊張を高める、ストレスへの曝露が回復を妨げ、またストレスが免疫または炎症システムに変化を引き起こすなど、様々な経路の仮説がたてられてきた。本レビューは、バーンアウトへの曝露を減少させることが筋骨格痛を減らす可能性があるかもしれないことを確認した。疲労も要因のひとつであるかもしれない。MSDsをかかえる者は睡眠が少なくなると報告している。不十分な社会的支援、低レベルの職務管理や労働-生活の衝突も、MSDsと関連性があることがわかってきた。心理社会的リスクを管理することは、筋骨格系問題を減少させるかもしれない。部分的には多くの使用者がこの関連性に気づいていないことから、また部分的には心理社会的リスクが具体的リスクとして分類されていないことから（それらと他の職場ハザードと区別なしに枠組み指令に含まれている）、これがひろく行われていないことが懸念されている。心理社会的リスクを評価する場合、これが「サイロのなかで」、すなわち心理社会的リスクと他の職場リスクとの間を関連づけられないアプローチであるメンタルヘルスへの「ストレス」の影響のみに焦点をおいて、行われる場合が多い。

・社会経済状況の違い

加盟諸国における社会経済状況の違いとMSDsの報告方法の国による違いは、それらの流行に影響を与えている。現在のところ、これは、職業病の報告における変更及びそうした変更が報告を増やすことに関する注意喚起キャンペーンによって影響されるものと理解されている。しかし、本レビューはまた、社会的保護及び社会的包含のレベルの高い諸国で腰痛の報告が増大してきたことを示した。これは収入保護や支援体制がより利用可能になっていることによることが示唆された。

・リスクアセスメント・予防慣行におけるギャップ

MSDs予防のための規定は手作業及び画面表示機器指令のなかで定められているものの、これらはすべてのMSDリスクをカバーしてはいない。リスクアセスメントのための利用可能な数多くのツールがあるが、徹底的に評価されたものはわずかである。なぜいまなお数多くの人々がMSDsを報告しているのか？われわれが介入研究の開発及び報告を必要としていることから、疫学よりも原因論に焦点を置いていることが、研究を遅らせているかもしれない。どれくらい多くの事業所が職場の変更を実施し、それらがどれくらい有効であるかはわかっていない。それゆえ、合理的なタイムスケールの介入研究の計画、設計及び実施を前進させなければならない。本レビューはまた、MSD予防のための戦略の実施に対する障害及び促進要因も確認した。最近、OSH法令及び施行の影響を評価した結果、筋骨格系及び精神的双方の研究における大きなギャップを明らかにした。結合したやり方で筋骨格系及び精神的双方のリスクを評価する明らかな必要性があり、オーストラリアの研究はどのようにこれを達成できるかを示している。

MSDsの予防は一般的なOSHマネジメントの一部としての長期的コミットメントでなければならない、また労働者の参加が関与しなければならないものとする数多くのガイダンス文書が入手可能である。知識の不足が予防に対する障害であり得、それゆえ訓練や注意喚起も不可欠である。予防の一環と

して心理社会的リスクについて考える必要性も強調されている。規制者、事業所(使用者と労働者)及び研究者を関与させるはばひろい枠組みを必要としている。

新たな働き方と関連して、作業中に移動する機会を増やすために、デスク作業に関する多くのガイドランスが提供されている。人間と機械の間のインターフェースに関連して検討する必要性のある、オートメーションとロボティクスに関するはばひろい研究領域が残されている。

討論及び結論

この調査レビューは、なぜ、いまなおMSDsの高い流行があるのかについての様々な仮説を検討した。レビューは、人々が雇用され、技術やプロセスの変化の結果としての人々の働き方に变化のある部門における変化を調査した。明らかなことは、MSDハザードに対する曝露は減っていないということである。労働の非正規化によって、曝露を減少させる可能性はあるものの、職場でこれが生じ、曝露が実際に減少しているかもしれないという証拠はわずかしかない。

新たな技術における、人間、職場と作業機器の間のインターフェースに関するよりよい理解に対する明らかな必要性がある。

われわれが労働にもちこむ健康のレベルを改善する職場健康増進に対するニーズはいまなおある。健康信念に関する理解は、問題を理解するのに役立つ、MSDsとその発症、予後及び予防に関する正しい知識を共有す機会を与える。人口動態的变化及び高齢労働者の増大は、より多くのリスクにさらされる労働者集団を生み出しており、驚くべきことに若い労働者のほうが、MSDsをかかえながら働きはじめていくようである。

心理社会的要因とMSDsの流行に対するそれらの影響に関する理解は、現実にはいかなるかたちでもリスクアセスメントと結びつけられてこなかった。オーストラリアの研究はこれがどのようになされ得るかに関する勧告を行っているものの、これはまだ評価されてはいない。

物理的及び心理社会的双方のリスクをカバーするより全体的なアプローチをとった職場介入研究を設計することを含め、MSDsを予防するための新たなアプローチをとる明らかな必要性がある。さらに、MSDsの影響に関する注意と知識を高め、変化をもたらすのを支援するために、一般の人々にMSDsについて教育することが不可欠である。

この調査レビューは、以下のことを行う明らかな必要性を確認した。

- ・各国間の違い、各国がMSDsの流行を減少させてきた領域を理解するとともに、どのような作業が、またなぜかを解明する。
- ・ひとつのアセスメントのなかでMSDsと心理社会的双方のリスクを評価できるようにするためのリスクアセスメントツール及びリスク低減措置を採用する。
- ・MSDsの労働における流行及び労働者におけるそれらの把握、予後及び予防に関する注意及び理解を高める。
- ・何が有効で、またまさに重要なことに、何が機能しないかを確認するのに役立つ介入研究を実施する。
- ・職場健康増進が、MSDsに影響を及ぼす健康行動はもちろん、MSDs予防に焦点をおくことを確保する。
- ・個人々の労働-生活コミットメントやプラットフォーム労働のデジタル統合により引き起こされるMSDの影響の予防を改善するための現行の慣行を確認する。
- ・以下のことを判定するために、既存の法令の執行を検討することを含め、新たな技術をカバーするように法令を最新化する。
 - ・法令が正しい諸リスクをカバーしているか?
 - ・使用者がそれらのリスクを適切に評価しているか?
 - ・使用者が適切な管理を実施しているか?

※<https://osha.europa.eu/en/publications/summary-work-related-musculoskeletal-disorders-why-are-they-still-so-prevalent-evidence/view>



予防方針・慣行：労働関連筋骨格系障害に対処するアプローチ

概要報告書：欧州リスク調査所
2020.5.19

はじめに

「労働関連筋骨格系障害の予防に関する研究、方針及び慣行のレビュー」と名付けられたこのプロジェクトは、労働関連筋骨格系障害（MSDs）に対処するうえでの労働安全衛生（OSH）課題のより完全な理解を得ることを目的とした。プロジェクトの意図は、MSDsに対処する戦略、方針及び対策がもっとも効果的になる条件についてのよりよい理解を提供することである。この目的を達成するために、規制者や規制当局、社会パートナー、専門家団体や予防サービスを含め、主要な関係者によって用いられてきた様々な方針レベルの戦略・イニシアティブを確認した。それらの確認を受けて、それらの多様な戦略が、どのように異なる受益者（例えば部門）の状況や必要性に適応されたかを確認するための分析を行った。

この分析を補足するために、（それらの実施に対する何らかの障害を含め）それらの成功または失敗に寄与する要因を確認する観点から、上述のイニシアティブにおいて開発及び使用されたリソースをレビューした。

方法

この研究の出発点は、介入イニシアティブのリストだった。このリストは、欧州労働安全衛生機関（EU-OSHA）から送られた質問項目に対する大部分の

欧州連合（EU）諸国のフォーカルポイント（FOPs）の回答からまとめられた。FOPsは、2010～2018年に実施された方針レベルのOSHイニシアティブを最大10挙げるよう求められた。それらイニシアティブは、労働関連MSDsの予防またはMSDsの予防に関する公衆衛生イニシアティブに明示的にまたは主として関連している必要があり、また、相当のOSHコンポーネントを含んでいる必要があるものとされた。

140をこす介入が報告され、さらに、当初加盟国から報告されなかった多数のイニシアティブや、欧州以外の諸国からのいくつかのさらなるイニシアティブで補足された。除外及び包含基準を作成、使用して、さらなる検討のための25のイニシアティブを選択した。この選択過程の一部として、主な考慮のひとつはよい範囲のイニシアティブの種類があることを確保することだった。しかし、イニシアティブの適切性がもっとも重要と考えたことから、バランスのとれた地理的広がりを示す試みはしなかった。

（欧州以外の3か国－オーストラリア、カナダ及びアメリカを含め）14か国から25のイニシアティブが引き出された。これらは、（学校の生徒その他若い人々を対象としたものを含め）注意喚起イニシアティブから、監督・執行活動を通じた直接介入までにわたる、多様な種類の対策を示した。欧州以外の諸国のイニシアティブは、EU諸国で実施されているものを補足する、その革新的アプローチのゆえに選ばれた。

この選択過程を受けて、FOPsによって提供され

筋骨格系障害(腰痛・上肢障害・振動障害等)

たものや、イニシアティブに責任を有する者とのインタビューを含め、その他の多くのソースからの材料に基づいて、机上調査を行った。この材料をもとに、選択された各イニシアティブをカバーする25の短い概要報告を準備した。

当初の計画では、イニシアティブの選択は、それらの影響を確認するための何らかのかたちの公式の評価を実施しているものに限定する予定だった。しかし、体系的かつ徹底的な評価プロセスを通じたものはごくわずかであることが明らかになったため、この基準は厳密には適用しなかった。

この当初の作業をもとに、より詳細な分析のための6つの欧州諸国のイニシアティブを選択した。この選択は、当初の25イニシアティブを基礎にしたが、選択したイニシアティブだけではなく、選択した諸国における全体的方針または戦略を反映させるために、評価の対象をひろげる決定がなされた。選択された6か国はその後、職場でMSD予防対

策を実施する現実の経験の詳細な分析のための焦点としても貢献した。6か国の報告は、<https://osha.europa.eu/en/themes/musculoskeletal-disorders>で入手することができる。

この詳細報告の材料は、さらなる机上調査及び公けに入手可能な材料の調査により、関係国の関連する関係者のインタビューによって補足された。

25のイニシアティブ

最初の25イニシアティブは、職場でMSDsを予防するために行われてきたこと、また行うことができることを代表している。これらのイニシアティブは、介入及び対象集団に関して可能な限り多様であるよう選択され、キャンペーン、介入、法令、監督、インフォグラフィックや、通常とくに中小企業(SMEs)を対象にした国レベルの金銭的援助を含んでいる。

選択されたイニシアティブは以下のとおりである。

国	タイトル
オーストラリア	筋骨格系障害予防のための参加型ハザード・リスク管理ツールキット (APHIRM)
オーストリア	小零細企業のためのキャンペーン/支援制度 - AUV Asicher
オーストリア	HORECA部門における健康的な働き方 - 精神的人間工学的緊張の予防: オーストリアの労働監督官を対象にしたキャンペーン
ベルギー	筋骨格系健康キャンペーン: 「労働者が病気になるときは企業全体が影響を受ける」及び「連邦トラックにおける労働のウエルビーイング」
ベルギー	筋骨格系障害の予防に関する介入の類型化とガイダンス
カナダ	オンタリオ筋骨格系障害の新たな予防ガイドラインの開発
デンマーク	デンマーク全国仕事とからだキャンペーン
デンマーク	2020年までの労働環境努力のための戦略 - リスクに基づいた監督
デンマーク	れんが積み作業における腰痛予防
フランス	労働関連健康問題の疫学的監視: Cohorts Coset-MSA及びCoset-Independents
フランス	TMS Pros及び地域コーディネーターの支援
ドイツ	ドイツ社会災害保険 (DGUV) の予防キャンペーン - 「私のことを考えて - あなたの腰」
ドイツ	予防はあなたを強くする - あなたの腰を含めて
ドイツ	2015年予防的ヘルスケア法
イタリア	経済的インセンティブプログラム
オランダ	労働条件に関する全国社会プログラム (MAPA) - 身体的負担に関するサブプログラム
オランダ	持続可能な身体的作業ネットワーク

ノルウェー	3-2-1 よい労働環境のために共に
ノルウェー	準備して！-労働関連筋骨格系障害を予防するためのノルウェー労働監督機関プロジェクト
スペイン	保健医療部門における人間工学的心理社会的リスク予防プログラム
スペイン	on-foot shellfish workersのためのグッドプラクティス・ガイドライン
スウェーデン	女性の労働環境
スウェーデン	筋骨格系障害予防のための規定及び一般的な勧告
イギリス	イギリス・ワークウエル・ヘルピング戦略及びMSDsに関する作業計画の支援
アメリカ	NIOSH筋骨格系健康部門横断プログラム

詳細に検討した6イニシアティブ

上述したとおり、選択された25イニシアティブの最初の検討の後、詳細な検討のための6つのEU加盟国のイニシアティブが選択された。

オーストリア

MSDsの予防は2007年以来、オーストリア労災補償評議会（AUVA）の基本的目標のひとつである。2009～2010年にAUVAsicher（AUVAのSMEsに対する長期的支援計画）は、オーストリアにおけるMSDsの発生率と（頻回の）関連した欠勤の増加に対応して、特別にMSDsに焦点をあてた。AUVAsicherは、SMEsが安全関連・労働医学カウンセリングサービスの利用を法的に義務付けられているという事実によって下支えされている。

SMEsが職場の安全衛生を理解及び対処するうえで直面している諸課題はよく理解されている。そのような使用者に特別な法的義務を課すことによるこの介入のアプローチは、他の加盟諸国にとっても価値をもつかもされない、ひとつの興味深いコンセプトを代表している。AUVAsicher制度を通じて採用されたMSDイニシアティブはそれゆえ、詳細な検討のための興味深い事例研究を提供する。

AUVAsicherの対象集団は従業員50人以下（または従業員がいくつかの支店事務所で働いている場合には250人以下）のオーストリアのSMEsである。コンサルテーションは、SMEsで労働者保護にかかわりのある者、労働者と使用者自身、労働者代表と安全アドバイザーを対象としている。

AUVAsicherからSMEsに対して提供される定期的OSHサービスを通じて実施されることによって、このイニシアティブは3つの道、すなわち、①労使の間におけるMSDs予防に関する意識の向上、②企業内におけるMSDsを予防する対策の提案及び実施、③情報及び指示の提供を通じて、MSDsの発生を減少させることを目的としている。

ベルギー

キャンペーン「労働者が病気になるときは企業全体が影響を受ける」の目的は、MSDs及びそれを予防するために使うことのできるツールに関する注意を喚起することである。それは、ベルギーの職場におけるMSDsの相対的に不変の（高い）発生率に対応して設定されたものである。このキャンペーンは、労働におけるウエルビーイングを統合するとともに、職場への狭い焦点をこえてMSDメッセージの「到達 [リーチ]」を拡張することを追求する、労働と健康に対する全体的アプローチを採用することが近年増えてきた、進行中の国の戦略的アプローチを反映している。促進キャンペーンの活用自体は新しいことではないものの、ベルギーのアプローチの相対的に広い次元は価値があると考えられ、他の諸国によるテンプレートとして利用することができる。これまで数年間、[雇用労働]省は様々な専門領域や職務向けに、一連のMSD予防パンフレットを作成してきた。そのウェブサイトとアウトリーチプログラムが、それらのツールの活用を促進している。

2015～2016年の「連邦トラックにおける労働のウエルビーイング」キャンペーンの焦点はMSDsであり、とりわけ中等教育の生徒たちを対象にした。そ

筋骨格系障害(腰痛・上肢障害・振動障害等)

の目的は、MSDsとその原因、いかにそれらを予防できるかに関する情報を提供することだった。

フランス

労働における健康に関する現在の国の戦略計画は、職場リスクの予防に強い焦点をあて、機器や職場の設計に関する特別の対策を含んでいる。MSDsは、フランスのビジネスに重要な経済的影響を与えており、全労働関連疾患の87%を占めている。MSDsによって引き起こされる負担の大きさに促されて、健康保険-職業リスクは、2014年に全国レベルの予防プログラム、TMS Prosを開始した。

このプログラムの目的は労働関連MSDsに対処することであった。それはビジネスに対して、労働関連MSDsの有病率を減少させるために、効果的なMSD予防対策を実施するための行動計画の策定に支援を提供する。設計を通じた予防に対するこの強い強調は、長期的にとりわけ効果的であるとひろく理解されており、このイニシアティブはそれゆえより詳細に検討する価値があると考えられた。フランスでは、職業リスクの疫学的監視を改善するためのイニシアティブ(CONSTANCESポピュレーションベースの疫学コホート及びCOSETプログラム)など、多くのほかのイニシアティブも実施されてきたことから、このイニシアティブはよりはばひろい国の文脈のなかで検討された。

ドイツ

ドイツでは労働関連MSDsの発生率が近年減少してきていると思われるものの、なお高いままであり、これに対処して結果として起こる負担を低減させるためのさらなる行動を必要としている。2015年にドイツは、健康増進と予防的ヘルスケアを強化するための法律、予防的ヘルスケア法を成立させた。それは、国の様々な健康保険基金によって全国予防戦略が策定され、全国予防会議を通じて実施されるべきであると規定した。それは、この領域における勧告の策定と共通の目標のための枠組みを提供することによって、社会保障機関、連邦諸州及び地方当局の間における協力のための強力な法的基礎を提供した。全国予防戦略のもとで設定され

た目標は、共同ドイツ労働安全衛生戦略の諸目標を考慮に入れる必要があった。この法律によって求められた具体的な調整・計画活動及びそれに関連した予算の結果として、この法律は職場におけるMSD予防のための重要な基礎作業を構築した。

この方針アプローチ、すなわち法的条項によって規定された様々なパートナー間の戦略レベルにおける協力は、各組織が別々に各々のイニシアティブを行っていたのでは不可能であろう、ある程度の一貫性と調整を確保するのに役立つ。多くの欧州諸国では健康と労働に関するより全体的な見方を採用することに向けた傾向がひろがっていることから、詳細な検討でこの統合された系統的アプローチを検討することは適切であると考えられた。

スウェーデン

女性が不釣り合いなほど多くMSDsの影響を受けていることを示した統計に促されて、2011年にスウェーデン政府はスウェーデン労働環境機関(SWEA)に「女性と労働環境」の問題を調査する任務を課した(政府決定A2011/2209/ARM)。証拠に基づいた計画・行動を構築することを目的に、この任務は多くのプロジェクトにわたっていた。これらのプロジェクトには、知見の生成やその知見の主要な関係者、すなわち労働条件と労働環境を変える力をもつ者への配布を含んでいた。この任務の期間は2011~2014年であり、ジェンダーと労働に対するその焦点がいまでは「メインストリーム」になり、MSDs予防のための国の戦略に埋め込まれている。

2014年9月にSWEAは、主として女性が支配的な部門における安全衛生を改善するために、前回の任務で学んだ教訓をさらに発展させるという、新たな任務を割り当てられた(例えば、目的のひとつは、「女性の労働環境」に特別な焦点をおいたリスクアセスメントのための利用可能なツールを「生成・作成」することだった)。これは女性にとっただけでなく、それらの部門で働く男性にとっても価値があるだろう。2015年にSWEAはこの作業を継続し、OSHマネジメントにジェンダーの観点を含めるための持続可能なプロセスを開発するために、資金の提供を受けた。

これらのイニシアティブは、相互に補強し合ういくつかの目的をもっている。第1に、女性のMSDs発症リスクが高いことを含め、女性の労働衛生の状況に関する知識と認識を高めること、第2に、SWEAの監督活動のなかでMSDsのリスクを強調するよりよい手法を開発することである。知識と認識が高められることが、職場におけるジェンダー感受性の増加に、また、最終的に男女双方のための労働環境の改善につながることも期待されている。この増強されたジェンダー感受性は、スウェーデンを欧州の隣国の先に立たせ、またそれゆえ、さらに他の場所で役立つ教訓を導き出すために、このアプローチはさらに検討される。

イギリス

イギリスにおける労働関連疾患の発生率は容認できないほど高いままであり、MSDsはこの主要な構成要素であり続けている。一連の戦略・イニシアティブの最新のものとして、「イギリス・ワークウエル・ヘルピング」戦略が2016年に開始され、2021年まで実施される予定である。それは6つの優先課題を決めており、そのひとつは、がんその他の潜伏期間の長い疾病からストレスやMSDsまで、幅広い労働関連疾患に対処することである。この課題の主要な要素には、もっとも費用効果的な戦略である、より早期の予防や労働における健康問題に、より大きな焦点をあてるが含まれている。

この戦略は、安全衛生庁（HSE）の包括的な健康・労働プログラムを通じて運用されており、3つの健康優先課題をもっている。MSDsのためのプランは、MSDsに関連したイギリスの現在の状況を要約し、優先課題の設定と成果の予想を行うとともに、そうした優先課題や成果を達成するための行動を決めることである。また、今後3～5年間のHSEの焦点を決めるために、部門別のプランが策定された。これは19の産業部門を対象とし、「イギリス・ワークウエル・ヘルピング」戦略のなかで設定された、3つの健康優先課題と方向性の両方を反映している。部門別プランの策定には、使用者、労働組合及び専門家団体が協力した。

イギリスで採用された方針アプローチは、多くの

他のEU諸国で採用されている相対的に規範的なアプローチをとるよりも、使用者が対策をとり、リスクに対処するのを可能にし、情報を知らせ、促進することに焦点をおいている。多くのEU加盟諸国での規範的法的規定におけるギャップに対する関心に照らして、この戦略は価値のあるオルタナティブと考えられ、それゆえさらなる評価の対象に選ばれた。

知見

選択された介入のいくつかは、その実施を通じて監視され、実施に関する情報が収集されていた（例えば、用いられた出版物の「リーチ」数や展示への訪問者数を記録した広報キャンペーン）。しかし、どの介入についても、それらの評価や労働におけるMSDsの流行減少における成功（または失敗）を記録したものは確認できなかった。本検討のなかで浮かび上がった、何らかのそのような評価に対するひとつの障害は、評価の基礎にすることのできる実行可能なデータの質の不十分さ（または完全な欠如）であった。多くの諸国はそのため代わりに、Eurostatによって収集された労働災害に関するデータとともに、欧州労働条件調査（EWCS）などのEU調査に頼らざるを得ない。

2015年EWCS調査は、過去12か月間に事故報告された健康問題はもちろん、重い負荷の持ち上げまたは持ち運びなど、各個人をMSDsへの労働曝露にさらす程度に関する質問を含んでいた。これには、腰痛に関する1つの質問及び上下肢における筋肉痛に関する2つの質問が含まれる。MSDsの流行に関する有益な一般的状況の絵を提供してはいるものの、データは具体的な諸原因（例えば手作業）に関する洞察はわずかしか提供しない。

EWCSと同じように、Eurostatの労働力調査（LFS）の労働災害その他の労働関連健康問題に関する特別モジュールはまさにまれにしか、すなわち6～8年に一度しか実施されていない。これもまた、相対的に短い介入の影響を測定するためにデータを活用するのを困難にしている。Eurostatは、労働災害（欧州労働災害統計-ESAW）、腰の「傷害」に関するデータを含め、毎年データが収集され

ている情報に関連した別のデータベースを提供している。しかし、そのデータベースが傷害を「身体的または精神的危害につながる労働のなかにおける個別の出来事」と定義しているために、多くの腰痛の原因である蓄積的傷害を含んでいない。

いくつかの国のデータは、限られた追加的洞察を提供しているものの、そのようなデータの不適切性は課題を示している。例えば多くの場合、データは公的に認定されたMSDsに限定されている。したがって、データは、医療・リハビリサービスなど国の支援インフラはもちろん、MSDsの全般的流行と個々の被災者やその使用者に対する影響の不完全な実態しか示していない。

かかる部門横断的データの別の限界は、そうしたデータソースから因果関係を推測することができないことである。手作業指令の実施に関する評価報告はこの問題に言及している。指令の有効性を検討して、それは以下のように結論づけている。

「報告された障害及び健康問題がその程度手作業と直接関連しているか判断することは不可能である。」

同じ報告書は、以下のように続ける。

「手作業リスクと関連した統計データソースは、それらが通常下に横たわる原因への言及なしに傷害に焦点をおいていることから、理想的なものではない。」

取り上げられた諸イニシアティブはすべて成功したと感じられている(また、フォローアップ訪問によって示されるように、職場と直接関わりをもち、また職場で利用されたものは、現実の変化につながったように思われる)にもかかわらず、MSDsの流行の減少における全体的効果を示す証拠はなかった。

インタビューやフォーカスグループの記録からの情報を含め、選択された6か国の方針イニシアティブの詳細な分析から、成功要因と方針レベルの課題を反映したいくつかのテーマが浮かび上がった。上述したとおり、それらは(評価することができないことから)測定可能な成功を反映したものではないが、重要な要素、すなわち何らかの今後の介入のプログラムにおいて考慮する価値があるであろう要素である。

個々の介入を超えた包括的問題のひとつは、法令及びその恩恵の問題である。既存のものよりもより包括的な範囲のMSDリスクをカバーする、MSDsに特化したより規範的な法令に対する圧力がある一方で、いくつかの諸国は、使用者にMSDsに関連した職場ハザードやリスクに対処する一定の措置を講じることを求める詳しい法令をもっている。かかる圧力は、現在のプロジェクトの一環として実施されたファークラスグループのなかでなされたコメントで明らかであり、EUのOSH指令の事後評価の一部として記録されてもいる。しかし、(フォーカスグループで報告されたように)多くの諸国で、使用者が既存の法令の要求事項に適切に対応しておらず、ごく少数の企業はプロセスにまったく関与できていないという証拠があることから、法令をMSDsの流行を減少させるうえでの困難に対する解決策として提示することはできない。

方針分析において確認されたテーマ

この研究から一連の中心的テーマが浮かび上がるとともに、それらは職場におけるMSDs予防のための今後の方針レベルの介入を支えるはずである。

トップレベルの優先課題化、関与及び資源提供

MSDsの複雑性と多因子性は、国の労働衛生インフラのなかで孤立して作用する単一のアクターによってでは、それらに容易に対処することはできないことを意味している。成功するためには、方針は、トップからはじまる、すべてのアクターによる関与と優先課題化を必要とする。特定産業のイニシアティブの場合には、政府よりも産業内の関係者の関与のほうがより効果的でありそうであるものの、国の取り組みの場合、これには政府/政治的優先課題化が関わるかもしれない。そのような関与は、それが具体的に行動に移されるのを確保するための適切な資源提供なしには効果的でない。

関係者間の協力の促進

プロセスに巻き込むことは、人々がそのプロセスに関与するようになるのを助ける。これは、戦略レ

ベルの介入または個々の職場介入が計画されるかどうかにかかわらず、介入・行動のレベルに関わらず、リスクの把握及びリスク管理または予防介入戦略（または職場対策）の確認、策定及び導入にすべての関係者を関与させることには、疑いのない価値がある。

積極的な動機付け

否定的及び肯定的双方のインセンティブが、職場変更の成功に有効であることは明らかである。それらの有効性の程度は、国の文化や変化の認識に大きく依存している。公的な監督の役割-及びそれとともに違反が確認された場合の懲罰措置の脅威に対するはばひろい支持がある。しかし、ある国（フランス）では、監督が使用者にやる気をなくさせることはないと思われていることが示唆された。

情報と教育は価値があるものの、とりわけ社内の経験が不十分な小さなビジネスでは、それらが不十分なことも多い。それゆえ、現物給付または金銭的どちらかの、直接的な支援及びガイダンスは、使用者が対策を講じるのに肯定的なインセンティブを提供し得る。

（費用対効果分析を通じた）職場介入の利益を宣伝する多くの努力にもかかわらず、ビジネスはそれらを指示的、侵襲的、破壊的なものとみなす可能性がある（また、これが彼らがよく訓練をひとつの「解決策」として使う理由のひとつである）。（適切な場合には金銭的インセンティブを含め）焦点を絞った支援が、変化のためのインセンティブを提供するとともに、より有効な予防措置の採用を促進するのに役立ち得る。

首尾一貫した計画立案

あまりにも多く、介入ロジックの十分な検討または期待される変化が生じると見込まれる方法と理由を説明する変化の理論の開発なしに、介入が行われてきた。方針レベルの介入は、明らかに考え抜かれた介入ロジックをもち、また、MSD予防は職場の安全衛生を促進するのに必要な統合された取り組みの一部であるという事実を無視することなく検討された、首尾一貫した計画立案を必要とする。

ひろい視野の採用

諸問題を区分するひろがった傾向が存在しており、これは複雑なMSDsにとってとりわけ事実である。労働者はある組織のなかで孤立した個々ではなく、一般に、身体的、心理的または社会的視点なしに、ある者をたんなる職務遂行者とみることにはできない（またはみるべきではない）。労働者は労働の外部でMSDリスクに曝露しており（例えば、個々の労働者は家庭で一定程度の挙上や移動を伴う介護の責任を負っているかもしれない）、また、結果としての彼らの感受性の変化が職場で考慮されなければならないという事実に対する認識がひろがっている。（「生涯」の視点として言及されることも多い）様々なシナリオにおいて幅広い影響に反応する、実質的に「統合された主体」としての人間労働者に注意を払う文化が不可欠である。それによって労働衛生と公衆衛生が統合されたエンティティとみなされる、よりはばひろいアプローチに向かうことがポジティブなステップと考えられるが、これはまだ全加盟国で生じてはいない。

持続性の提供

方針レベルの取り組みは、それが完了したからと終わってしまうべきではない。それらは継続的に評価及び改善されるべきであり、新たな（またはリフレッシュされた）取り組みが、前に行ったことの実験及び介入の有効性を改善する経験に基づいて、策定されるべきである。

予防的アプローチの促進

いくつかの諸国では、労働におけるMSDリスクに対処するためのよく確立されたチームが存在している。しかし、そうしたチームは、予防的やり方よりも、また、そもそもそれが生じるのを予防するための措置を講じるよりも、問題が生じた場合にのみ行動を開始する、反応的やり方で行動することも多い。MSD関連法令は予防経路を設定するものであり、これはMSDsの発生を予防するためにより促進されるべきである。

（69頁へ続く）

労働関連筋骨格系障害： 研究から実践へ、何が学べるか？

概要報告書：欧州リスク調査所
2020.6.9

要約

はじめに

この報告書は、「労働関連筋骨格系障害 (MSDs) の予防に関する研究、慣行及び方針のレビュー」研究プロジェクトを構成する3つの要素を要約するものである。第1の要素は、欧州連合 (EU) で MSDs の高い流行が継続している理由を検討するとともに、予防慣行におけるギャップを確認した調査レビューであった。第2は、MSDs に対処する戦略、方針及び対策がもっとも効果的である条件に関するよりよい理解を得るための、EU 諸国全体及び EU を越えた、広範囲に及ぶ方針分析であった。第3の要素は、フォーカスグループを通じて、職場レベルで何が生じているか、また、インタビューを通じて、MSD 予防における様々な戦略及び方針の役割を調べるために、6つの EU 加盟国で実施されたフィールドリサーチである。

このプロジェクトは、過去30年にわたる数多くの様々な戦略、キャンペーン及び方針イニシアティブにもかかわらず、(いくつかの諸国で相対的に小さな減少はあったものの) EU における MSDs の有病率が減少していないことから実施された。現在のプロジェクトは、以下に焦点を置いている。

- ・労働関連MSDsに寄与する諸要因との関連で新たな及び現出しつつあるリスク及び傾向に関する知識を改善するとともに、関連する諸課題を

確認する。

- ・方針及び職場双方のレベルにおける、労働関連MSDsに対処するための現在の戦略におけるギャップを確認する。
- ・職場介入及びリスクアセスメント・アプローチの効果及び質を調査する。
- ・より効果的なMSD予防のための新たなアプローチを確認する。

方法

予備的文献レビューのために調査質問項目を開発し、文献の最初のスキャンから、MSDsの高い流行の継続に関連した仮説を導き出した。その後、各仮説を裏付けまたは反証するために、体系的な検索を通じて確認されたさらなる文献を検討した。レビューの一環としてデータギャップも確認した。

方針分析は机上アプローチをとり、EU内及び外部からの少数の国のフォーカスポイントによって共有された合計142のイニシアティブをレビューした。この分析に基づいて、その方針及び戦略の詳細な分析のために6つのEU諸国を選択した。それら諸国は、オーストリア、ベルギー、フランス、ドイツ、スウェーデン及びイギリスだった。

フィールドワークは2つの目的をもった。第1は、方針レビューのために選択された6か国各々において実際に何が生じているか調べることで、これは選択された各国の実践者との一連のフォーカスグループを通じて調べた。第2の目的は、方針策定者及び方針実施者のインタビューによって、方針実施の成

功要因及び障害を確認することだった。

現実及び政策措置におけるギャップを確認するために、3つのプロジェクト構成要素からの知見を合成することによって、包括的分析を行った。その後MSDsに関する専門家らと検証ワークショップを開催して、プロジェクトの成果の概要を共有及び議論した。

予備的調査文献レビュー

予備的調査文献レビューの目的のひとつは、なぜEUでMSD有病率が高くあり続けているのかに関するわれわれの理解を改善することだった。確認された要因には、知られたMSDsリスク要因と評価される要因の範囲の間に断絶のあるリスクアセスメントの使用が含まれていた。また、従来のリスクアセスメント・アプローチは、複数のハザードの複合効果を考慮するよりも、個々のリスクに焦点を置いている。

さらに、EU内で採用されたMSDsに対する戦略アプローチは、リスクの予防に焦点を置いていたものの、2005年以降収集されたEUのデータセットは、物理的リスク要因への曝露に減少がなかったことを示唆している。労働は変化しており、また異なる部門に雇用される者の数も変化しているものの、ほとんどの部門にまたがってMSDリスクへの曝露に即時の減少はなかったように思われる。高齢労働者はMSDsのリスクによりさらされることから、高齢労働者の増加も有病率に影響を与えている。影響を受けやすい労働集団である高齢労働者のMSD症状を悪化させないために、職場を設計する方法に関するデータにギャップが存在している。若い労働者も職場に入る前に高いレベルのMSDsを報告しているが、ここでも影響を受けやすい労働集団として、彼らが労働力人口に入ってからの特別のニーズに配慮が与えられるべきである。加えて、女性は男性よりもMSDsをより報告する可能性があり、また、男性によって報告されるものとは異なる種類のMSDsを報告している。同じ仕事のなかで、女性は男性の同僚とは異なる職務を行っている可能性があることを示唆する証拠があり、リスクアセスメント及び予防対策は、各職名のもとでのすべての関連する職務を評価して行うよう確保することが不可欠である。

事務所、製造及び建設における技術的变化を含め、新たな働き方がいつでも働ける可能性を高めるとともに、柔軟性を高める可能性がある。しかし、研究はそのような変化とペースが合っておらず、スマートフォン、ロボット、コボット(協調型ロボット)及び外骨格[パワードスーツ]など、新たな技術の影響との関連で研究のギャップが存在している。

この新たな労働の世界では、新たな契約上の取り決めも行われつつある。新たな、より正式でない労働契約は、多くが自営業者とみなされるであろうことから、このやり方で働く個人にとって労働安全衛生(OSH)保護の喪失があるかもしれないという懸念を引き起こしてきた。電子小売[E-リテール]の成長も、倉庫での商品取り出しや配達運転手などの仕事で雇用される者の増加につながり、しばしば個々の労働者にとって「仕事ごとの支払い」契約の増加を伴い、疲労、MSDsやストレスに対する懸念を高めている。労働プロセスの変化や新たな技術は物理的曝露を減少させるかもしれないが、多くの職場では労働システムにおける人間に対する配慮を欠いており、さらなる研究を必要としている。もうひとつの問題は、デスクワーク労働力の増加が新たな健康上の懸念を生じさせているのに、それに対して限られた手引きしか利用できないことである。

個々の行動もMSDsと関連しているとは言うものの、個々人の健康に誰が責任を負うのかに関する幅広い議論が進行中である。MSDsに関連した職場健康増進研究は現在限られているが、健康増進が実施されている場合にMSDs報告の減少を示した研究がある。しかし、MSDリスクの間の相互接続性を完全に評価することに失敗し、自らの責任を労働で起きていることだけに限ると考えている組織もある。

職場で適用することのできる介入も不足、また介入の評価も不足したままである。これは会社がリスクを理解し、効果的な予防措置を実施するのに役立っていない。

フィールドワークによる証拠

予備的調査レビューが、研究の評価に焦点を置いたのに対して、フィールドワークは、実際に何が生

じているか確認することを目的にした。

確認されたギャップのひとつは、組織によるリスクアセスメントの完了の欠如である。第2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-2)は、76%の事業所がMSDリスク要因についてリスクアセスメントを実施したと報告したことを示しているものの、フィールドリサーチの一部として得たフィードバックは、MSDリスクアセスメントの完了率は50%と推計した。SENER-3調査は、(MSDを対象にしたリスクアセスメントではなく一般の)リスクアセスメント未完了の原因に、リスクがすでに知られている、大きな問題は確認されなかった、及び必要なノウハウの欠如、が含まれることを示した。これらのデータから明らかでないことは、これらの事業所では評価するハザードが少なかったのか、何をどのように評価するのかに関する知識を欠いていたのかどうかである。

大きな事業所はリスクアセスメントを実施する可能性が高いと考えられるが、定性データはそうした事業所であってさえも、常に完了しているわけではないことを示唆している。データは、中小企業(SMEs)は書面によるリスクアセスメントをもっている可能性が低く、それは彼らが、ノウハウ、経営上の支援や金銭的支援を含め、リソースが相対的に少ないためと考えられた。

リスクアセスメントの不適切性もギャップのひとつとして確認され、より幅広い認められた諸リスクよりも、EU指令のなかで確認されたリスクだけに焦点を置いているものと考えられた。スウェーデンから良い事例が報告されたものの、研究による証拠と実際の間には一般的ギャップが存在している。リスクアセスメントの焦点の狭さに加えて、フィールドリサーチでは、リスクアセスメントが、労働プロセスの設計段階よりも、(何かうまくいかないときの)後からの思い付きとして行われることが多いことも指摘された。多様性(例えばジェンダーや年齢)が配慮されることの少ない、評価されなければならないリスク(一般的に物理的リスク)にしか焦点が置かれないことに加えて、これを考慮すれば、リスクアセスメントが不十分と認識されていることはおそらく驚くべきことではない。

予防慣行に関しては、目立った例外はあったものの、使用者によって用いられる主要な慣行は、一般的な手作業に関する訓練、職務転換及び挙上補助であった。2か国で多レベル慣行の良い事例が確認されたものの、これは証拠と実践との間の大きなギャップを強調するものである。どちらのアプローチも、根本的な仕事または職務設計に対処するものではないことから、訓練または職務転換がリスクを減少させるという思い込みを切り替えることが必要である。確認された他の解決策には、労働者の自己選択、仕事に合った労働者の募集及びアウトソーシングが含まれるが、どれも根本的なリスクに対処するものではない。挙上補助は利用できるようになったものの、通常は利用されておらず、そのことはそれらが職場でどのように実施されているかという疑問を生じさせた。リスクアセスメント及び予防対策への労働者の参加についてのいくつかの要求事項はあるものの、これが常に法的要求事項であるとは限らない。しかし、労働者の参加は有益であると考えられた。労働者を巻き込んだ参加型アプローチをとることは、解決策を立てる際に自主性を獲得するのに役立ち得る。

データの欠如は、職場及び国双方のレベルで、「不十分なMSD予防に寄与」するひとつの要因であると考えられた。収集されるデータは予防対策を知らせず、そのようなデータはしばしばすぐに利用できるものではない。例えば、健康調査データは職場における変化を知らせるために活用でき得るが、そうしたデータはプロセスに関わりのある者にとって常に利用できるとは限らない。関係するデータの収集及び利用のためには、良いOSHシステムが必要である。

介入の影響の評価の欠如も、ひとつのギャップとして確認された。それが研究プロジェクトの一部として行われたのでない限り、評価はまれにしか行われていないことがわかった。介入研究の不足が、効果的な予防慣行の知識のベースの発展を妨げてきた。影響の評価に関する研究は増加しており、新しいツールが利用可能である。2か国(ドイツ及びイギリス)は現在の戦略を今後評価することを計画しているが、多くの諸国ではそのような評価は限ら

れている(または存在していない)。

レビューは個々のレベルのライフスタイルがMSD発症と関連していることを確認したものの、MSD予防における職場健康増進の役割は不明瞭なままであり、個々人の健康に対する使用者の責任の程度はなお調査、同意及び議論される必要がある。MSDリスクは職場に限られたものではなく、労働者の一般的健康がMSDリスクへの影響の受けやすさに大きな影響をもちうることから、OSH慣行との連携が必要である。

労働と職場が変化しつつあるなかで、「インビジブル」な労働者に対する懸念がある。それは、「偽自営業」と呼ばれることもある)ギグ経済の一部としての親企業により「自営業」とされた者たちである。いかにOSH保護を確保することができるか確認するために、彼らの状況は評価される必要がある。新たな技術については、ロボットやオートメーションと関わって働く者に対する人間と機械のインターフェースの影響に関する証拠の欠如とともに、焦点がプロセスに関わる人間よりも、機械に置かれているように思われる。

方針分析

方針分析の目的は、その実施に対する成功要因と障害を確認するために、国の方針、戦略及びプログラムの役割及び有効性を調べることだった。方針分析は、優先順位付けや資源提供を含め、効果に影響を与える多くの要因を確認した。これに関連して、職場に滝のように降りる変化を可能にするための政治的優先順位付けの必要性が確認された。MSD予防以外の優先事項が進められつつあることが影響しているようである。MSDsは持続的な問題であり、国の諸機関が限られた資源のなかで多重の要求に直面していることが理解されなければならない。多くの諸国が限られた関与しか示さず、明確な予防戦略をもっていないように、MSDsはそれが必要とする持続的な注意をもたれてこなかった。

本プロジェクトや他のプロジェクトが、EU指令の既定の適切性に関する重要な疑問をなげかけている。多くの諸国で、それら指令によって形成され

ているところの多い、国の法的要求事項が強力な推進力のひとつと考えられているにも関わらずである。スウェーデンはこのことを理解し、より幅広いMSDリスクを含めるように国の法令を拡張してきた。ドイツも、MSD予防を支援及び強化するために、追加的な戦略的な法令の規定を採用してきた。適切な執行なしには、法令上の変化は影響を与えないことも理解されなければならない。ここでもトップレベルの関与及び優先順位付けを必要とする、必要な監督の体制及び資源提供が行われているよう確保することが不可欠だろう。

しかし、いくつかの諸国が、イニシアティブと関連した持続的なアプローチを採用し、そうすることによってMSDsとその予防の重要性に関する明確な理解を示してきたことも、認められるべきである。

多くの介入は対象が限られており、例えば、MSDsのリスクがもっとも高い特定の部門に焦点を置いている。にもかかわらず、MSDsはすべての部門にまたがって発生していることが忘れられるべきではなく、より幅広い焦点が採用され、注意喚起を目的としたキャンペーンがより広範囲にいきわたることが基本である。

注意喚起キャンペーンはよくある介入のひとつであるが、注意喚起は必須ではあるものの、行動を刺激するには十分ではない。これは(金銭的資源、時間や知識を含め)資源不足によるものかもしれない、多くのイニシアティブがこれに対処しようと試みている。そうしたイニシアティブには、典型的には使用者と労働者が協力するアプローチを用いる、リスクアセスメントや解決策の確認において専門的ノウハウへのアクセスを可能にするものが含まれてきた。そのようなイニシアティブはより持続的な解決策を提供するだろうが、なお職場変化の費用に対して使用者がもつ懸念が対処される必要がある。

多数のイニシアティブが、関係者からの協力的支援やガイダンスの提供を追求し、また、それを有益であると確認してきた。協力の利益は、支援と協力の長い文化をもつ諸国において、とりわけ明らかである。保険者や補償機関を含め、他の主体や仲介者も潜在的に、MSDsリスクの確認及び予防に役割を果たすことができる。それらの関与は、保険

者の役割が法律に規定されている場合に、とりわけ効果的であるように見える。

様々な諸国における援助及び支援の提供者には、(監督官を含め)政府機関、保険提供者及び労働衛生サービス提供者が含まれてきた。確認された利益のひとつは、ローカルレベルで支援を利用できるようにすることである。介入に関与する提供者の訓練も、提供者の間で良いレベルの認識を確保するうえで、重要な利益であるように見えた。予防介入を支援するマルチスキルのチームをもつことも、成功を助けるうえで価値があるように見えた。

MSDsとの関連で影響を受けやすいとみなされる労働者には、若い労働者とは違って、EU法令によって具体的に保護されていない高齢労働者を含めるべきである。(例えば、女性労働者移住労働者など)他の労働者集団も考慮されるべきである。鍵となるメッセージは、いかなるイニシアティブにおいても、そのような影響を受けやすい労働者と彼らの必要性が明確に考慮されなければならないということである。また、イニシアティブは、例えばSMEsや特定部門の対策に焦点を置くなど、他の種類の集団を対象にすることもできる。目標設定は、必要性のもっとも高いと思われる者に注意をあてるのに役立つが、それはまた、ガイダンスや情報を特定の聴衆向けにあつらえることも可能にする。

例えば、SMEsを予防プロセスに調印するよう説得するなど、対象集団中のすべての関係者の関与をうめることは困難かもしれない。しかし、関与は、上級管理者、ライン管理者や労働者を含め、全員に拡張する必要がある。労働者も変化に関与しなければならない。例えば、患者取り扱い機器を実施できるように職場を設計する必要がある場合には、機器の使用に時間がかかり、労働者は機器の使用に関わる必要があるために、組織的変更が必要になるかもしれない。

過去20年間に膨大な数の実施戦略があった。それらのいくつかは、包括性を欠き戦略間に継続性のない、断片的なアプローチをとってきた。何が機能するかを調べるためには、介入の論理または変化の理論をもち、評価を含んだ、方針レベルのイニシアティブの計画策定が不可欠である。

予防に対してより広いアプローチを採用することは、MSDsが職場だけで引き起こされるものではないことを理解することである。いくつかの諸国では、ライフスタイルや健康行動のより幅広い役割を含め、MSDsの多要因的性質を認めた研究によって推進された。公衆衛生の側面を含めるように介入の対象範囲を拡張することは、MSDsの予防における個人々の健康、物理的リスク及び心理社会的リスクの統合を促進するかもしれない。

予防の役割は理解されているものの、主要な焦点が、リスクアセスメントに置かれ続けている。

これに関連するのは、EUのOSH指令の基礎になっているもとのコンセプトと理解される、諸リスクアセスメントの意図的統合というよりはむしろ、一連の非常に多くの異なる諸リスクアセスメントが必要であるという認識である。この信念は使用者にとって大きな障害であり、多くの使用者がその職場でリスクアセスメント・プロセスにまったく関与していない理由を説明するのに役立つかもしれない。予防の側面は(源におけるリスクの予防が優先される)予防に対するヒエラルキー・アプローチのなかでよく確立されているとはいえ、このメッセージが職場に届いているようには見えない。これは、職場の変更には費用がかかり、訓練や職務転換のほうが安い選択肢で、実施も容易であるという認識によるものかもしれない。そのような措置は、適切に適用された場合には役割があるものの、リスクを取り除きはしない。長期的利益を得るようにできることから、人間工学を設計及び工学プロセスに統合する長期的アプローチが必要である。

成功要因、課題及び障害

優先順位付けと資源提供が、MSD予防を改善する重要な対策として確認された。加盟諸国のOSHインフラ及び慣行に違いがあることから、単一のアプローチを規定することはできない。

関係者の関与も不可欠であり、様々な関係者の異なるスキルをまとめあげることは、リスクアセスメントと予防に対する学際的かつより全体的なアプローチを開発するのに役立つ。

ポジティブ(専門的ノウハウへのアクセスや職場

変更のための資金提供)またはネガティブ(非順守に対する罰金)なものでありうる、インセンティブも役割を果たすかもしれない。ポジティブ・インセンティブは、企業の関与を促進するうえで、ネガティブ・インセンティブよりも大きな影響をもつように思われる。

介入の計画策定の不十分さが大きな課題のひとつであり、計画なしには良い評価はありそうもない。実施、介入、介入の論理及び評価の計画策定を含め、介入の計画策定のためのより一貫したアプローチが必要である。ドイツ及びイギリスの長期的アプローチの良い事例を本報告書で紹介している。

リスクアセスメントに焦点を置き続けることは見直す必要があり、法令によって呼び出されるように、予防の経路がより厳密に利用される必要がある。

OSHに関連して強調されることは、安全に対する焦点から、健康問題の重要性を理解したものへと変えることである。本研究における目的のひとつは、後の生涯における障害のリスクを含め、MSDsの長期的影響に関する理解を改善することであった。そうした影響は十分に理解されておらず、方針に対して知らせる質の良い証拠の不足につながっている。

監督と執行は、MSD予防における強力な武器と見られたが、この知見は、監督の可能性と同様に、監督官の数が減少していると認識されているときに得られている。焦点を絞った監督活動は数のこの減少を埋め合わせるかもしれないが、リスクが高いとは認識されていないが、にもかかわらずMSDsの著しい発生がある部門に、このことがどのような影響をもつかは明らかでない。

人間工学は、リスクアセスメントと解決策の策定双方との関連で、MSD予防において鍵となる役割を果たすものと広く理解されている。いくつかの諸国では、人間工学者がときには中核予防チームの一員であるものの、これが常に当てはまるとは限らない。焦点は、人間工学を人間工学者にまかせ続けることではなく、人間工学的知識及び意識が関係者の間及び、可能性としては労働者の間で共有されるのを確保することである。

法令については、方針インタビューとフォーカスグ

ループの双方で議論され、法令が時代遅れになっているという懸念がある。しかし、スウェーデンで起きたように、加盟諸国が彼らの国の法令を拡張するのを妨げるものもない。法令に関するさらなる議論には、相対的に不安定な契約の労働者を保護する問題を含める必要がある。

MSD予防にどのような新しいアプローチが役立ち得るか?

方針対応

以下を含め、多数の方針レベルの対応が本プロジェクトの一部として確認された。

- ・ トップレベルの関与及び資源提供
- ・ 社会パートナー及び他の関係者の間の協力
- ・ ポジティブなインセンティブ
- ・ 一貫した計画策定及び統合
- ・ 幅広い視点の採用
- ・ 継続性の提供
- ・ 予防的アプローチの促進
- ・ 人間工学及の役割び人間工学教育の強化

仲介者のための対応

以下を含め、多数の仲介者のための対応が本プロジェクトから確認された。

- ・ 追加的リスクを含めるようにするためのリスクアセスメントに対する幅広い視点の促進
- ・ 証拠に基づいたアプローチを可能にするためのデータの収集及び活用の促進
- ・ リスクアセスメント及び予防対策における労働者参加の積極活用の促進
- ・ 例えば高齢労働者など、影響を受けやすい労働者を考慮することによるリスクアセスメントにおける多様性の考慮の改善
- ・ リスクコミュニケーションに使われるツール及び予防のメッセージが読みやすく理解しやすいことの確保

結論

「労働関連筋骨格系障害(MSDs)の予防に関する研究、方針及び慣行のレビュー」プロジェクトは、「なぜ職場におけるMSDsの問題が続いているのか?」という疑問にこたえることを目的とした。プロジェクトは、方針レベル及び職場における方針の実施の双方において、多数のギャップを確認した。それらは、以下に掲げるとおりである。

- ・ MSDsについてのすべての知られたリスクをカバーしているのではなく、法令上の枠組みの欠陥
- ・ リスクアセスメント及び予防プロセスをかみ合わせることの失敗
- ・ SMEsについての課題及びSMEsの関与の失敗(しかし、関与の失敗はSMEsでのみと思いつくべきではない)
- ・ リスクに関する狭い焦点のゆえの関連するリスクの性質及び規模を完全に理解することの失敗
- ・ MSDリスクを最善に予防する方法に関する理解及び職務転換や訓練に対する焦点から作業設計に対する焦点への移動の欠如
- ・ 費用対効果メッセージをより利用しやすくする必要性
- ・ 人間工学及び潜在的MSDリスクの考慮を労働システム(職場、作業機器、作業慣行等)の設計に統合する必要性
- ・ 長期的視野をとる必要性: 源における予防が最善の解決策を提供するという明確な認識が存在している

本プロジェクトは、方針レベル及び職場レベル双方における多数のギャップを確認したが、それらを埋めるためには、様々な関係者を巻き込む凝集したアプローチを必要とするだろう。質の良いデータを欠くことは、職場及び方針双方のレベルに影響をもっている。リスクアセスメントに対する焦点は変える必要があり、これはトップからの関与を必要とし、グッドプラクティスを共有することは、関係者すべてに役立つだろう。予防における人間工学及び作業設計の役割に対する理解の欠如があるように思われる。これは改善され、人間工学的知識が、設計者、技術者及び予防対策に関わる他の者を含め、関係者で共有される必要がある。

勧告

- 本プロジェクトによる勧告には、以下が含まれる。
- ・ その欠陥をよりよく理解するとともに、それを是正する効果的な方法を確認するために、(EUレベル及び/または国レベルにおける)法令環境を調べるべきである。
 - ・ 国レベルでは、以下の理由を理解することが重要だろう。
 - ・ なぜ(とくにSMEsにおける、しかしSMEsに限らず)多くの使用者が、リスク予防プロセスに関与するのに失敗しているのか。
 - ・ なぜ多くの使用者の焦点が、リスクアセスメント及び限られた数のリスクのアセスメントに置かれたままなのか。
 - ・ 当然の結果として、幅広いリスクを組み込み、ジェンダー、年齢及び影響を受けやすくさせる他の潜在的原因が考慮されるのを確保するために、そうしたリスクアセスメントの対象を広げる方法が確認されるべきである。
 - ・ できれば利用可能性を高めるために業種別のものとして、現実的かつ効果的なリスク予防措置に関して、使用者にさらなるガイダンスが提供されるべきである。
 - ・ 介入の公式な影響評価を含め、方針イニシアティブの系統的な計画策定及び実施が確保されるべきである。
 - ・ すべての確認済みのリスクを含めるようにリスクアセスメント・ツールが最新化されるとともに、累積リスクを評価する手段を確認するために研究者や実践者が支援を受けられるべきである。
 - ・ リスクアセスメントに対する焦点は、職場におけるリスクアセスメント及び予防対策に対する焦点へと変えられるべきである。グッドプラクティスを共有することが、これを促進するかもしれない。
 - ・ 予防及び職務設計に対するシステムアプローチを採用して、源でリスクを除去する手段として、作業設計及び人間工学に対して焦点を置くよう、予防対策の範囲が広げられるべきである。
 - ・ すべての組織、とりわけSMEsが予防対策にお

いて支援を受けられるとともに、無料の助言や解決策のための資金提供など、このためのインセンティブが考慮されるべきである。

- ・ アセスメントの妥当性を高めるとともに、確認された予防対策の受容を改善するために、リスクアセスメント及び予防対策に労働者が参加すべきである。
- ・ 方針レベルでの評価及び職場レベルでの介入を知らせることのできる、国及び組織レベルにお

ける評価を可能にするために、有効かつ有用なデータ収集ツールが設計されるべきである。

- ・ 人間工学者及び職場で人間工学的知識を適用する任務を負った他の者のために、人間工学的知識が最新かつ適切なものに保たれるべきである。



※<https://osha.europa.eu/en/publications/work-related-musculoskeletal-disorders-research-practice-what-can-be-learnt/view>

What is the issue?
Musculoskeletal disorders

Musculoskeletal disorders (MSDs) are one of the most common work-related health problems in Europe. They cause pain and discomfort in the back, neck, shoulders, upper limbs and lower limbs, and can affect a person's ability to work.

What is the issue? >



(61頁から続く)

OSH法令に具体化された予防経路は、適切な場合には、一次的、二次的及び三次的措置の重要性を認めている。しかし、法令は、一次予防に優先順位を置きつつ、明確なヒエラルキーとしてこれらを確立している。ファークスグループの議論及び他の場所での経験による証拠は、多くの使用者が、「容易」な三次措置の手作業訓練を採用し、主要なリスクを「取り除く」ことのできる職場設計措置に適切な考慮を与えていないことを示唆している。しかし、傷害を負った者が雇用に復帰または残留するのに役立つよう設計されたリハビリ措置を行うように訓練のような措置が役割を果たす場合もあることは認められなければならない。労働者が職場に合わせることを期待するのではなく、労働者に職場を合わせることに、人間を中心としたアプローチ-人間工学の中心的信条-が不可欠である。

人間工学の役割と人間工学的教育の強化

人間工学の専門的技能の必要性がこの研究のなかで強調されてきた。人間工学は、解決策を策定し、リスクの把握と職務の再設計に人間工学的アプローチをとるのに、設計者、技術者その他の者

との連携を可能にする。人間工学という分野は、直接職場に関係した物理的ハザードだけに関係するのではなく、労働組織やよりはばひろい組織的環境の役割を追求する、「システム」アプローチであることを理解することが重要である。

これは、人間工学がまったく専門的人間工学者の責任であることを意味するものではない。経験は、設計、工学や心理学を含め、他の分野が人間工学の知識と認識から利益を受けることができることを示している。専門家が自らの作業に人間工学の諸原則を適用できるようにすることはもちろん、そのような知識と認識は異なる分野の間のコミュニケーションを促進するのにも役立ち得る。例えば、多くの諸国は、その監督官に人間工学訓練を提供するものと理解されている。こうした専門家グループを超えて、他の諸グループ(例えば労働者自身)も、適切な人間工学認識訓練から利益を得ることも示唆されている。



※<https://osha.europa.eu/en/publications/summary-prevention-policy-and-practice-approaches-tackling-work-related-musculoskeletal/view>

COVID-19 欧州の職業環境クラスター分析

わが国でも新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の職場での集団感染（クラスター）は頻繁に報じられているものの、承知している限りでは、その全体状況がわかる情報はみつからない。

厚生労働省が2020年8月7日に労使団体等に行った「職場における新型コロナウイルス感染症への感染予防、健康管理の強化について」の協力を要請に「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に係る職場における集団感染事例」が含まれたが、4件の事例が紹介されているだけである。

また、東京都の新型コロナウイルス感染症モニタリング会議で配布される資料「専門家によるモニタリングコメント・意見」には、「新規陽性者数」に関するコメントとしてクラスターの発生状況に関する一定の言及があるが、具体的データは示されていない。他の自治体も含めて同じ程度の言及か、限定的な個別事例等に関する情報提供にとどまる。

内閣官房の第12回新型コロナウイルス感染症対策分科会（10月23日開催）に初めて示された「報道等情報をもとに内閣官房新型コロナウイルス感染症対策室において作成」した「（参考）7月以降のクラスター等の発生状況の推移」（別表）は、感染者数に関するデータを欠くが、この表ですでに「職場」は最大の分類項目であり、他の分

類のクラスター等のなかにも労働者として業務上感染した症例が含まれていることも明らかである。

同じ分科会に示された「クラスターの分析に関するヒアリング調査等の結果と今後に向けた検討」では自治体から、国が収集した情報の還元や比較できるよう国において分析すること等が要望されているが、現状のクラスター分析とその情報提供・活用は明らかに不十分である。職業要因にも注目した体系的分析と情報の提供が求められている。

そのような作業の参考にという意味も込めて、本号では、欧州疾病予防管理センター（ECDC）が2020年8月11日にまとめた「EU/EEA及びイギリスにおけるCOVID-19クラスター及びアウトブレイク」の内容を紹介する。



7月以降のクラスター等の発生状況の推移（日本）

分類(件)	7月	8月	9月	10月 (21日時点)
接待を伴う飲食店	47	41	23	17
会食	37	37	21	19
職場	86	100	80	55
学校・教育施設等	42	80	44	25
医療・福祉施設等	56	194	79	46
その他	53	71	68	31
総計	321	523	315	193



主なメッセージ

- ・ 欧州連合、欧州経済領域（EU/EEA）及びイギリス（UK）におけるパンデミックの開始以来、様々な職業環境におけるCOVID-19 [新型コロナウ

- イルス感染症] のアウトブレイク及びクラスターが報告されている。EU/EEA15か国とイギリスは、2020年3月から7月の間に職業環境で発生した1,376件のCOVID-19クラスターを報告した。
- ・ 物理的に他者（同僚、患者、顧客等）と接触することになる職業の労働者は、とりわけ屋内環境、

共用輸送手段または共用宿舎を使って労働する場合に、緩和策がなければCOVID-19により曝露し、より高いリスクにさらされる。

- ・報告されたCOVID-19クラスターの大部分は医療部門からであったが、EU/EEA諸国とイギリスでは医療労働者の検査が優先されてきた。食品梱包・加工部門、工場・製造及び事務所環境においても多数のクラスターが報告された。鉱業部門からの報告は相対的に少なかったが、クラスターのいくつかは大規模だった。
- ・職業は一般的に社会経済的地位と関連しており、それはまた個々人のCOVID-19のリスクに影響を及ぼす可能性がある。さらに、多くのエッセンシャル部門の労働者は家庭で働くことができず、そのことが一定の職業が他のものよりもCOVID-19感染及び死亡のリスクが相対的に高いことを示してきた理由を説明しているかもしれない。
- ・物理的距離置き、衛生・清掃、必要な場合には個人用保護具(PPE)の使用、とりわけ閉鎖された環境のなかや、労働者の他者との接触や輸送手段・宿舎の共有が拡大された場合には手指の衛生、に関する堅固な方針と組み合わせた、労働環境におけるCOVID-19検査に対してより焦点を増大させることが、さらなるCOVID-19アウトブレイクの予防に役立つだろう。
- ・アウトブレイクが見つかった場合の対処方法の明確なプロトコルとして、堅固な調査と接触の追跡が必要不可欠である。
- ・EU内では、労働における生物学的因子からの労働者の防護に関する法令を含め、多くの労働安全衛生法令が実施されている。法令は、職場リスクアセスメントにしたがって使用者によって実施されるべき技術的及び組織的諸措置を設定している。EU及び各国レベルで労働者を防護する方法に関する特別なガイダンスが入手可能であり、これにはクラスターが発生した部門や職業が含まれている。
- ・地方及び国レベルにおける公衆衛生機関と労働安全衛生機関の間の協力が、コミュニケーション及びEU/EEAとイギリスの職業環境と地域社会におけるCOVID-19の拡大の緩和を助けるだ

ろう。

本文書の範囲

本文書の目的は、医療及び医療以外の環境を含めた職業環境と関連した、EU/EEAとイギリスにおけるCOVID-19のクラスター及びアウトブレイクを説明するとともに、こうした環境での感染に寄与する可能性のある諸要因を確認することである。

娯楽環境(例えば、家庭、ビーチ、パーティ)または大勢の集まりや社会行事(例えば、合唱練習、教会訪問または葬儀)と関連したアウトブレイクまたはクラスターは本文書の対象範囲外である。本報告はすべての職業グループを扱うものではないが、EU/EEA諸国とイギリスから欧州疾病予防管理センター(ECDC)に報告されたCOVID-19クラスター、及びECDCの疫学インテリジェンス[情報収集プログラム]が収集した関連したCOVID-19クラスターを説明する幅広いアプローチをとっている。

本文書は、それがECDCの権能の範囲外であることから、COVID-19感染の管理に関連した、特定の職業についての労働安全衛生対策に関する手引きまたは勧告を提供するものではない。欧州労働安全衛生機関(EU-OSHA)が、様々な部門と職業についての国及び国際的な労働安全衛生手引きにも言及した、COVID-19パンデミックの間の職場に関連した諸問題を具体的に扱った手引きを出版している。

対象読者

本報告の対象読者は、EU/EEA諸国とイギリスの公衆衛生機関である。

背景

食肉処理場、食肉加工工場、鉱山や建設現場を含め、EU/EEA及びイギリスの内外の様々な職業環境でCOVID-19の複数のアウトブレイクが観察されている。予防または速やかに確認・管理されなければ、特定の職業環境における地域的アウトブレ

COVID-19 欧州の職業環境クラスター分析

イクがCOVID-19症例の地域的復活につながるようになるかもしれない。

効果的な治療法またはワクチンのないことは、感染の指数関数的増大と結びついて、多くのEU/EEA諸国が、多くの職場や公共空間の閉鎖を含め、その他の地域社会及び物理的距離置き措置と同時に、「ステイ・アット・ホーム」政策などの非医薬品介入を実施することにつながった。しかし、EUでは、家庭で行うことができるのは35%の仕事だけと推定されており、一部の職業の者が他の者よりも多くCOVID-19に曝露している可能性がある。

他者を援助・世話する、または一般の人々または顧客と直接接触するなど、緊密な対人関係を必要とする職務の職業で働く者は、COVID-19をとらえるリスクがより大きいと考えられる。さらに、こうした仕事の一部はエッセンシャルとみなされ、提供されるサービスは「ステイ・アット・ホーム」政策が実施されている場合であってもさえも確保される必要がある(例えば、医療サービス、食品小売、薬局、輸送、郵便、建設、農業等)。

他者との物理的近接やCOVID-19への曝露の頻度のモデリングやマッピングを用いて、どの職業がCOVID-19のリスクが高いかを判定する努力がなされてきた。各職業部門で報告されたクラスターの発生や、感染に関連する可能性のある諸要因を評価することが、当該部門における感染のリスクに関するさらなる情報を提供することができるかもしれない。この情報は、COVID-19曝露のリスクの高い部門について、公衆・労働安全衛生プロトコルを周知及び強化するために活用することができる。

方法

本報告は、EU/EEAとイギリスの様々な職業環境におけるCOVID-19クラスターの発生、及び、3つの情報源からの情報に基づいた、関連する諸要因について詳述する。

国ベースのデータ収集

2020年7月5日にECDCは、パンデミックの間に発生した職業環境におけるCOVID-19クラスター/ア

ウトブレイクに関する情報を収集するために、EU/EEA諸国とイギリスに対してデータ収集シートを配布した。クラスターに関する以下の情報を収集した：国、地域、職業環境、クラスター確認日、その環境が主に屋内または屋外であったかどうか、確認された症例数、死亡、より広い社会への以降の感染の兆候があったかどうか、及び可能性のある寄与要因である。また、特定の職業環境で6件以上のクラスターが観察された場合には、各国はクラスターに関する凝集データを報告することもできた。凝集情報には、職業環境、観察されたクラスターの数、確認された症例及び死亡の数、可能性のある寄与要因が含まれた。本報告の分析のために、クラスターは少なくとも2つの確認された症例と定義された。

疫学インテリジェンス活動

ECDCの疫学インテリジェンスは、様々なメディアや各国の情報源から毎日の情報を収集・照合し、その後、検証及び分析している。2020年5月1日から7月23日の間に確認されたCOVID-19の関連のある職業クラスター/アウトブレイクを検索して、分析に含めた。また、ニュースやメディアにおける職業関連アウトブレイクの発表を捕捉するために、いくらかの特別検索も行った。

文献レビュー

国ベースのデータ収集及び疫学インテリジェンス活動で確認された、職業環境で発生した可能性のある追加のクラスター/アウトブレイクを確認するために、迅速な文献レビューを実施した。文献レビューの主な焦点は、そうしたクラスター/アウトブレイクに寄与した可能性のある諸要因を確認することだった。検索は2020年7月20日に、ECDCライブラリーによって維持されているCOVID-19EndNoteリファレンス・ライブラリー・データベースで行った。EndNoteライブラリー・データベースは、エビデミックの開始からPubMed内のCOVID-19に関連した新たな出版物を検索するよう設計され、毎日更新されている。雑誌のウェブサイトを、COVID-19専門の出版社の新たな出版物についてのポータルや今後の出版物のプレプリントでこれを補足した。題名と抄

表1 様々な職業環境において報告されたCOVID-19クラスターの概要、EU/EEA、2020年3～7月

環境		報告されたクラスター数	報告された症例数	報告された死亡数	報告した国数	クラスター内の症例数(最小-最大) ¹
医療・社会福祉	病院	241	3,298	82	10	2-571
	長期ケア施設	591	5,670	46	8	2-342
	プライマリケア施設	4	14	0	3	2-5
食品梱包・加工		153	3,856	4	14	2-117
工場/製造		77	1,032	0	4	2-96
建物・建設現場		27	402	0	9	2-69
事務所		65	410	4	10	2-23
教育施設		22	143	1	5	2-35
販売・小売		22	188	6	0	2-30
軍隊・法執行		29	269	0	8	2-50
鉱山		4	1,538	1	1	4-704
その他の職業環境 ²		79	696	4	11	3-35
未分類		63	682	18	4	2-52
合計		1,376	18,170	166	16	2-704

1 3か国が報告した凝集データを除く。

2 梱包/郵便配達、輸送、バー・レストラン、教会・修道院、フィットネスクラブ・スパを含む。

録を組み合わせた検索ではナチュラル・ボキャブラリー（すなわちキーワード）を用い、切り捨てを適用した。キーワードには、国ベースのデータ収集で確認された職業グループ/部門の各々についての説明用語が含まれた。

結果

国ベースのデータ収集

2020年7月24日までに17か国がECDCのデータ収集調査に応答した。これら諸国のうち、13か国は職業環境における具体的クラスターに関するデータを報告し、3か国は様々な職業環境で発生した確認されたCOVID-19症例に関する凝集データを報告、1か国はそうした環境におけるアウトブレイクはなかったと報告した（リヒテンシュタイン）。18,198件のCOVID-19症例を含む、1,377件の職業環境におけるクラスターが報告された（表1）。

クラスターが観察された職業環境は多様で、医療・社会福祉サービス、事務所、建設現場、軍隊・法

執行機関、工業、教育施設や複数のその他環境が含まれた。大部分のクラスターは医療・社会福祉環境で報告され、食品加工関連職業環境、鉱山、及び工場/製造環境が続いている（図1[省略]）。

クラスターの確認日は9か国（キプロス、チェコ、フィンランド、フランス、ラトビア、リトアニア、マルタ、オランダ及びルーマニア）によって報告された264件のクラスターについて入手可能だったが、これらのクラスターのうち49件は2020年7月に発生したもので、各国がデータを月の中頃に報告していることから分析からは除外した。クラスター数が最大（n=59）だったのは5月で、6月には前の月と比較して報告されたクラスター数が減少した。

職業環境が屋内または屋外であったかどうかに関する情報は447件のクラスターについて入手可能だった。これらクラスターのうち427件（95.5%）は、完全にまたは主に屋内と記述された環境で発生していた一方で、20件のクラスターは主にまたは完全に屋外の職業環境で報告された。

表1は、報告されたクラスター数、報告した国数、報告された症例・死亡の数、及び様々な職業環境

のクラスター内の最小/最大症例数の概観を示している。

COVID-19クラスター及びアウトブレイクが報告された職業環境

EU/EEA諸国とイギリスによって報告されたCOVID-19クラスターは、後述するとおり、幅広い職業カテゴリーに分類される。各カテゴリーは、国ベースのデータ収集を通じて報告された、またはメディアや文献を通じて確認された、クラスターに関する情報を示している。国ベースのデータ収集、疫学インテリジェンスや文献レビューから収集された、この職業部門におけるアウトブレイクに寄与した可能性のある諸要因も、各職業部門について示してある。

医療・社会福祉

各国から報告されたクラスター及びアウトブレイクの大部分は、医療・社会福祉環境からだった。これらの環境におけるクラスターは10か国（ブルガリア、キプロス、チェコ、フランス、アイルランド、ラトビア、リトアニア、マルタ、ルーマニア及びスペイン）から報告された。具体的環境には、救急病院、外来診療所、救急サービス及び長期ケア施設（例えば、高齢者住宅、リハビリ診療所、特別支援を必要とする人々のための住居やメンタルヘルス施設）が含まれる。

救急病院における200件以上のクラスター（n=241）が10か国（ブルガリア、キプロス、チェコ、フランス、アイルランド、ラトビア、リトアニア、マルタ、ルーマニア及びスペイン）から報告された。救急病院でのクラスターの規模は、確認された症例が2件から571件まで様々だった（平均=14）。これらのクラスターで、82件の死亡を含め、合計3,298人の医療専門職が感染したと報告された。

長期ケア施設では、591件のクラスターが9か国（ブルガリア、チェコ、フランス、アイルランド、ラトビア、リトアニア、マルタ、ルーマニア及びスペイン）から報告された。長期ケア施設でのクラスターの規模は2症例から704症例の範囲であった。1か国（スペイン）は、長期ケア施設における感染者は居住者で

あって、医療専門職ではなかったと特定した。また、デンマークは、高齢者向け住宅で医療専門職の小さなクラスターが記録されたと報告した。症例が長期ケア施設または社会福祉機関の医療専門職やスタッフ、またはその居住者かどうかについての各国の報告は一貫していなかった。

14人の医療専門職が関わった、プライマリケア環境における少数のクラスター（n=4）が3か国（チェコ、ラトビア及びリトアニア）から報告された。2020年の春の間ほとんどすべてのEU/EEA諸国が、COVID-19と同様の症状をもつ患者に、代わりに指定された医療施設を指示して、プライマリヘルスケア提供者に居続けることをやめさせる戦略を実施したことに注意することが重要である。

報告した国から感染者の性別に関する情報が提供されたすべての医療施設において、症例の大部分は女性であり、医療専門職の圧倒的多数は屋内環境で働いていたことが報告された。

ECDCの疫学インテリジェンス活動を通じて照合された最近のメディア報告は、患者を他の医療施設に再割り当てすることが必要になった、ポルトガル・リスボンの大きな三次病院の外科におけるアウトブレイクにふれている。

医療・社会福祉環境におけるCOVID-19クラスターに寄与する可能性のある要因

医療労働者は、生物学的因子、とりわけ結核、インフルエンザ、SARS、麻疹等の感染性病原体への職業曝露のリスクが高いことが知られている。以下を含め、医療専門職におけるCOVID-19のクラスター及びアウトブレイクに寄与する可能性のある多数の要因が各国から報告された。

- ・ 症例 [感染者] との密接/直接の接触
- ・ 個人用保護具 (PPE) の不十分または不適當な使用
- ・ 制限された屋内空間（例えば、放射線科）での労働
- ・ 食堂スペースの共有
- ・ 職員宿舎、輸送機関及び/または社会活動の共有

事務所

様々な事務所環境における65件のCOVID-19クラスターが10か国（ブルガリア、キプロス、チェコ、フランス、アイルランド、ラトビア、リトアニア、マルタ、ルーマニア及びスペイン）から報告された。具体的環境には、銀行、企業本社、政府建物やコールセンターが含まれた。クロアチアは凝集データのみを報告したが、事務所は、同国における確認されたCOVID-19症例の10.5%を占めていた。

10か国によって報告されたクラスターの規模は確認された症例2件から23件までと多様だった（平均=7件）。4件の死亡を含め、合計410人が感染した。8件のクラスターで以降の社会への感染と関連があった。

事務所環境におけるCOVID-19クラスターに寄与する可能性のある要因

各国によって報告された事務所環境における確認されたクラスター及びアウトブレイクに寄与する可能性のある要因には以下が含まれる。

- ・ 同じ事務所空間の共有
- ・ 同じ食堂スペースの共有
- ・ 同じ部屋での複数の人との会合
- ・ 地域社会で一緒に交流する労働者

文献では、会合への参加と同じ事務所空間の共有が、COVID-19罹患のリスク要因として報告されている。

教育施設

5か国（ブルガリア、チェコ、フランス、ラトビア及びルーマニア）が、143件の確認された症例及び1件の死亡というかたちで、教育施設における22件のクラスターを報告した。各国からの報告は、確認された症例が教師/スタッフまたは子供/学生におけるものかについて一貫しておらず、教師/スタッフの職業リスクについて理解するのを困難にしている。幼稚園におけるクラスターの規模は、相対的に年齢の高い学校におけるものよりも小さかった。これ

らのクラスターでの症例数は、各々2件から6件及び2件から35件にわたっていた。報告された感染者の率は幼稚園で報告されたアウトブレイクにおいて7%から31%の範囲だった。ある中学校クラスターでは、2家族で3件の二次感染症例が確認された。

学校環境での大人の間での感染を記録したピアレビュー文献では限定的な証拠がある。2020年春の間に16歳未満の子供のための学校は開かれたままだったスウェーデンでは、公衆衛生当局が学校内の職業グループを分析し、スウェーデンの教師のCOVID-19のリスクは一般の人々よりも高くないと結論づけた（相対リスク：未就学教師（0.7）、義務教育教師（1.1）、中学校教師（0.7）、レクリエーションスタッフ（0.8）、学生助手（1.1）、その他の教育者（1.0）及び児童保育提供者（1.0））。スウェーデンの学校は、社会的距離置き、軽度の症状のある者は家にとどまり、学校環境では大勢の集まりはもたない、学校環境にいる間は手指の衛生を実施すべきことを勧告した。

教育施設におけるCOVID-19クラスターに寄与する可能性のある要因

1か国で、空間の共有が教育施設における感染に寄与する可能性のある要因として確認された。1か国は、労働に関連した会合の間の宿舍の共有を可能性のある要因として確認した。EU/EEAでの学校環境における感染に関連した、COVID-19感染のダイナミクスと可能性のある要因のさらなる説明は、この課題に関する特別のECDC技術報告で提供されている。

農業を含む、食料生産

食糧生産部門におけるいくつかのアウトブレイクまたはクラスターが調査に回答した諸国及び文献で報告された。この環境では2つのカテゴリーが確認された。①屋内食品加工（例えば、肉や魚の加工・梱包、乳製品生産、パン・ペストリー生産）、及び、②農産物生産（例えば、果物採集その他の主として屋外でのプロセス）、である。

13か国が合計で153件のクラスターと3,820件の

COVID-19 欧州の職業環境クラスター分析

症例を報告した。また、1か国がアウトブレイクの数は特定せずに36件の症例を報告しているため、合計症例数は3,856件になった。この部門における症例数が多い国は、アイルランド(1,154件)、スペイン(1,016件)、イギリス(450件)、オランダ(406件)、フランス(306件)及びルーマニア(275件)だった。153件のクラスターのうち、114件は食品加工カテゴリーのものだった(2,529症例)だった一方で、26件は農業と関連し、合計1,016症例が報告された。13件のアウトブレイクは分類されなかった。

食品梱包・加工部門におけるCOVID-19のクラスター/アウトブレイクに関する情報はメディアでも頻繁に報告され、ECDCの疫学インテリジェンス部門や文献で確認された。これらの多くは食肉処理場または食肉加工工場におけるもので、ベルギー、デンマーク、フランス、ドイツ、アイルランド、イタリア、ノルウェー、ポーランド、スペイン、オランダ及びイギリスからの報告が含まれている。

2020年7月、ドイツで1,500症例が確認されたある食肉処理場でのアウトブレイクは、ドイツの地方公衆衛生当局が7,000人の従業員を隔離し、地域的ロックダウン措置を実施することにつながった。

2020年7月、メディアは、スペインでの果物採集に雇われた季節移住農業労働者と関連したいくつかのアウトブレイクを報告した。カタロニア地方で900症例につながった12件のアウトブレイクが報告された一方で、ムルシア地方では38症例をともなった1件のアウトブレイクが報告された。また、バルセロナ地方では、ある食肉梱包企業におけるアウトブレイクが報告された。

イタリアでは7月初めに、5つの食肉処理場と1つのソーセージ生産工場で、6件のアウトブレイクと68症例がすべて同じ州でみつかった。症例のほとんどは無症状または軽い症状だった。オーストリアでは、食肉処理場における4件のアウトブレイクと39症例、あるソーセージ生産工場での1件のアウトブレイクと3症例が報告された。ポーランドでは、あるペストリー生産工場12件のCOVID-19症例をともなうアウトブレイクがみつかった。

イタリアで2020年6月15日までに報告されたCOVID-19による傷害・死亡を検討した、イタリア全

国労災保険機関(INAIL)によるある分析では、同国で報告されたCOVID-19死亡合計の1.1%が農業部門で登録された。

スウェーデンではある研究が、2020年3月13日から5月27日の期間中の、年齢25～65歳の人々における、様々な職業で診断されたCOVID-19症例を検討した。この研究は、いくつかの職業の者のCOVID-19を診断されるリスクが高いことを見出した。ピザ職人が相対リスクが2番目に高いグループだった(RR 4.5、95%CI 3.2-6.3)。

農業を含めた、食糧生産環境におけるCOVID-19クラスターに寄与する可能性のある要因

報告した諸国及び疫学インテリジェンスデータによって確認された、可能性のあるリスク要因には以下が含まれる。

- ・制限されたまたは密閉した空間での労働及び社会的距離置きへの欠如
- ・過密と記述されることも多い宿舎を共有する労働者(主として移住労働者に言及)及び不十分な衛生状態
- ・輸送機関の共有
- ・COVID-19発生率の高い地域からの季節労働者の雇用

工場/製造部門

様々な工場及び/または製造環境におけるクラスターが以下の諸国から報告されている。ブルガリア、ラトビア、リトアニア、ルーマニア及びスペインである。具体的な環境には、自動車部品、玩具、衣類や化学品を製造する工場及び発電所が含まれる。

2件から96件(平均:7件)の確認された症例をともなう、58件の工場または製造環境におけるクラスターが報告された。4件の死亡を含め、合計661人が感染した。また、ブルガリアは凝集形式で、371人が関わる様々な工場における19件のクラスターを報告した。

工業機械の清掃と商品の梱包に携わる年齢20～64歳の男性労働者におけるイングランドとウェールズでの2020年3月9日から5月25日の間のCOVID-19

による死亡についてのイギリス国家統計事務所の分析は、このカテゴリーの労働者のCOVID-19による死亡率が一般人口よりも著しく高いことを見出した(男性10万人当たりの死亡が73.3対39.7)。

工場におけるCOVID-19クラスターに 寄与する可能性のある要因

報告した国によって確認された工場環境におけるクラスター及びアウトブレイクに寄与する要因には以下が含まれる。

- ・ 同じ生産ラインまたは作業空間の共有
- ・ 同じ食堂スペースの共有
- ・ 同じ更衣室の共有
- ・ 輸送手段の共有

建物・建設現場

文献では建物・建設現場に関連したCOVID-19アウトブレイクは報告されていないものの、いくつかの国がこれらの環境における小規模及び中規模のアウトブレイクを報告している。9か国(ブルガリア、チェコ、フィンランド、アイルランド、ラトビア、リトアニア、マルタ、ルーマニア及びスペイン)が、屋内及び屋外の双方で発生した、合計27症例をとまなう、1件から8件の間のアウトブレイクまたはクラスターを報告した。各アウトブレイクでのCOVID-19症例の合計数は2件から69件の範囲で、総合計は402症例であった。これらのクラスターは死亡はともなわなかった。

建物・建設現場におけるCOVID-19クラスターに 寄与する可能性のある要因

これらの環境において確認されたクラスター及びアウトブレイクに寄与するものとして確認された可能性のある要因には以下が含まれる。

- ・ 過密な宿舍の共有
- ・ 手指を洗う設備の欠如
- ・ 移住労働者における言語の問題
- ・ 輸送手段の共有

販売・小売

7か国(キプロス、フランス、ラトビア、リトアニア、アイルランド、ルーマニア及びイギリス)が、188件の確認された症例・死亡をとまなう、18件の販売・小売に関連したCOVID-19クラスターを報告した。特定されている事例では、環境にペストリーショップ/ベーカリー(n=5)、ショッピングセンター(n=4)、食品小売業者(n=3)、薬局(n=3)、スーパーマーケット(n=2)及びトラベルリテールショップ(n=1)が含まれた。1件のスーパーマーケットのクラスターでは、より広い社会への以降の感染の兆候もあった。このクラスターが報告されたなかで最大のものだったことは注目に値する。

この職業環境に関して発表された研究は多くはないが、このグループの労働者でいくらかの事例が確認されている。イングランドとウェールズのある研究は、一般人口よりもCOVID-19による死亡率が高いものとして販売・小売補助員を記述している。しかし、その報告によれば、この分析は観察されたCOVID-19が関わる死亡率が職業曝露の差によってもたらされたことを決定的に証明してはいない。

販売/小売環境におけるCOVID-19クラスターに 寄与する可能性のある要因

これらのクラスターに寄与するものとして諸国によって報告された要因には以下が含まれる。

- ・ (薬局における)顧客に対応する労働
- ・ 同じ生産/販売ラインでの労働
- ・ 更衣室/休憩室の共有
- ・ スタッフ会議
- ・ 同じ事務所空間の共有
- ・ 同じ輸送手段の共有

軍隊・刑務所を含めた法執行・警備

7か国(ブルガリア、キプロス、フランス、アイルランド、ラトビア、リトアニア、ルーマニア)から、軍隊・法執行職業における合計29件のアウトブレイクが報告され、221症例を占めた。また、1か国(クロアチア)は、合計269症例をとまなう [クラスターの] 件数のみ(48件)を報告した。29件のクラスターのうち、7件は刑務所で発生した。アウトブレイクの大部分は屋

COVID-19 欧州の職業環境クラスター分析

内で発生した。これらのクラスターにともなう死亡の報告はなかった。

年齢20～60歳の男性におけるイングランドとウェールズでの2020年3月25日から5月25日の期間中のCOVID-19による死亡を検討したイギリス国家統計事務所による分析では、警備員及び関連職業の男性のCOVID-19による死亡率は一般男性人口よりも著しく高いことが見出された（人口10万人当たり74.0の死亡）。

イタリアで2020年7月15日までに公表されたCOVID-19による傷害・死亡を検討したイタリア全国労災保険機関（INAIL）による分析では、警備を含むレンタル・サポートサービスがCOVID-19症例合計の4.3%、また、保安労働者が報告されたCOVID-19死亡の2.8%を占めた。

軍隊・法執行環境におけるCOVID-19クラスターに寄与する可能性のある要因

これらの環境について諸国から報告された可能性のある寄与要因には以下が含まれる。

- ・ 物理的距離置きが困難な近接労働
- ・ 食堂の共有
- ・ 施設・宿舍の共有
- ・ スタッフ会議・訓練

鉱山

世界中の採掘現場がCOVID-19アウトブレイクによって影響を受けている。国ベースのデータ収集では、4症例から700症例以上の範囲にわたる、鉱山で働く人々における合計1,538症例をともなう4件のクラスターが、チェコから報告された。これらのうちのひとつのクラスターと関連したものとして1件の死亡が報告された。これらのアウトブレイクがより広い社会への感染につながったかどうかに関する情報は入手できていない。スウェーデンでは、鉱山と関連したCOVID-19症例が報告されているが、これらの症例は採掘現場に派遣された労働者のチームによって行われた（採掘ではなく）修理作業に関連したものだ。感染した者のSARS-CoV-2感染が実際に鉱山の内部または外部（例え

ば、食堂訪問との関連）で起きたかどうか判定することはできない。

複数のメディア情報源が、ポーランドで2020年7月初めにCOVID-19アウトブレイク後に10を超す採掘現場が閉鎖されたことを報告した。2020年7月19日にシレジアン・ヴォイヴォードシップの3つの会社の鉱山で約6,600件のCOVID-19症例があったが、2020年7月21日にメディアは、エビデミックの開始以来ポーランド財務省が管理する3つの鉱山会社の6,636人の労働者がCOVID-19に感染したと報じた。

鉱山環境におけるCOVID-19クラスターに寄与する可能性のある要因

このECDC調査では、COVID-19クラスターに寄与するものとして諸国によって報告された、鉱山環境特有の要因はなかった。諸国との個人的コミュニケーションのなかで議論された、可能性のある寄与要因のひとつは、労働者の濃厚接触（例えば、鉱山昇降機の使用中や入浴設備の共有）である。

その他の職業環境

国ベースのデータ収集は、合計696件の確認されたCOVID-19症例と4件の死亡からなる、様々なその他の職業環境における79件のクラスターを提供した。11か国（ブルガリア、チェコ、フィンランド、フランス、アイルランド、ラトビア、リトアニア、オランダ、ルーマニア、スペイン及びイギリス）が、梱包/郵便配達センターその他物流サービス、運輸部門（長距離輸送、タクシー、自家用車サービス）、教会・修道院、フィットネスジム、スパや税関倉庫など、様々な環境におけるアウトブレイク及びクラスターを報告した。運輸会社の2件とフィットネスセンターの1件の3件のアウトブレイクで、9件の社会感染事例が関わる、以降の社会への感染が報告された。すべての環境を通じて報告された感染率は3%から22%に及んでいた。

梱包/郵便配達センター

梱包または郵便配達国センターについて収集し

た国ベースのデータから、3件から27件の症例をと
もなう、8件のCOVID-19クラスターが報告された。
さらにメディア情報源は、イタリア・ボローニャのある
配送センターの労働者で40症例のクラスター、及び
オーストリアとドイツで12件のクラスターを確認した。

バー・レストラン

合計32症例で死亡なしの、スペインから4件とア
イルランドから1件の5件のCOVID-19クラスターが
バーまたはレストランの労働者において報告され
た。カナダ・ブリティッシュコロンビアでのあるレスト
ランにおけるCOVID-19アウトブレイクについてのメ
ディア報道は、5人または4人の労働者の検査結果
が陽性だったが、レストランの客への以降の感染は
報告されていないと詳報した。

運輸部門

1つのタクシー/自家用車サービスと2つの長距
離輸送会社（バス・鉄道）で3件のCOVID-19クラ
スターが、輸送部門の労働者において収集した
国ベースのデータから報告された。これらのクラ
スターは各々、3件、4件及び8件の症例で構成され
ていた。様々な職業で診断されたCOVID-19症例
を検討したスウェーデンのある研究は、タクシー運
転手がCOVID-19と診断される相対リスクが他の
すべての職業よりも4.8倍高く（95%信頼区間3.9-6）
でもっとも高く、バス・トラム運転手がそれに続く（RR
4.3、95%CI 3.6-5.1）ことを見出した。年齢20～60歳
の男性におけるイングランドとウェールズでの2020
年3月9日から5月25日の期間中のCOVID-19による
死亡についてのイギリス国家統計事務所による分
析では、男性のタクシー運転手、お抱え運転手、バ
ス・コーチ運転手のCOVID-19による死亡率が一
般男性人口よりも統計的に著しく高いことを見出し
た（男性10万人当たり死亡65.3対一般男性人口に
ついて10万人当たり死亡39.7）。

ニューヨーク市のある研究は、高齢であることが
運輸労働者のCOVID-19死亡のリスク要因であり、
運輸部門で働く60～69歳の労働者は他の部門
で働く相対的に下の年齢の成人よりも死亡率が高
いことを見出した。

その他の部門

収集した国ベースのデータには、フィットネスジ
ム（2件のクラスター）、教会・修道院（6件のクラ
スター、すべてルーマニアから）、1件のスパ、1件の税
関倉庫、及び他の物流サービスにおけるCOVID-19
クラスターの報告もあった。メディア報道によれば、
スペインの保健当局は、アラゴン地方のミンク飼育
場の7人の労働者のCOVID-19感染を理由に、
93,000頭のミンクの処分を命じた。同様の労働者とミ
ンク双方における症例の報告がオランダとデンマ
ークからあった。これらのミンク飼育場で動物から人
間への感染の証拠はなく、それゆえ労働者の感染
経路は不明なままである。様々な職業で診断され
たCOVID-19症例を検討したスウェーデンの研究
は、翻訳者、通訳者及び言語学者の相対リスクが2.9
（95%CI 1.8-4.7）で相対的に高いことを見出した。

その他の職業環境におけるCOVID-19クラスター に寄与する可能性のある要因

数か国がこれらの環境におけるCOVID-19感染
に寄与するものとして以下の要因をあげた。

- ・ 作業中の濃厚接触または労働者間の個人的接
触が不可避な居住施設
- ・ 報告された予防対策の不順守

討 論

EU/EEA諸国とイギリスがECDC調査に応答し
て報告した以上のデータは、既存の文献やメディア
報道と合わせて、職業環境におけるCOVID-19クラ
スター及びアウトブレイクに関して、いくつかの特有
のパターンを示している。

職業環境におけるアウトブレイクの圧倒的多数
（95%）は、すべての職業カテゴリーの屋内環境で
報告されており、職業感染のリスクのひとつとしての
制限された屋内空間の重要性を示している。しかし、
研究結果は、欧州で労働時間の80%超は屋内
で費やされ、社会経済的及び人口学的地位の変
化が異なる屋内労働日のパターンにつながっている
ことを示している。最近の論文で議論されているよう

COVID-19 欧州の職業環境クラスター分析

に、SARS-CoV-2の人間から人間への感染において様々な感染経路が果たす役割の重要性はまだ明らかではない。大きな飛沫は間違いなくCOVID-19感染に重要な役割を果たすものの、制限された空間内でエアロゾル感染がいくらかの役割、とりわけ長時間同じ空間を共有する人々にとっては、おそらく重要なひとつであることもますます明らかになりつつある。このため、十分な物理的距離の欠如が、職業環境におけるものを含め、あらゆるCOVID-19アウトブレイクに寄与するもっとも重要な要因である。職場における制限または労働の性質のゆえに物理的距離が確保できない場合には、COVID-19感染感染のリスクは増大する。文献は、アウトブレイクが発生し、最低2メートルの勧告された距離を維持するのが困難な様々な職場について記述している。ともに物理的距離の欠如と関連した、制限された空間と共有された職場も、一定の職業環境で観察されたアウトブレイクについてリスク要因の可能性のあるものとして、諸国によって報告されている。例えば、食肉加工工場、工場または他の製造会社の労働者は、加工ラインでお互いに非常に近接して働くことが多く、また、飛沫をより多くまき散らすことになる大声を出すことが必要かもしれない騒音が多い状況で働くことも多い。また、接触期間（作業シフト）が、潜在的に感染させるかもしれない同僚労働者や設備への長期曝露を提供する。さらに、労働者は、食事中、休憩中、更衣室または出入りのときに、濃厚接触するかもしれない。

制限された屋内空間内の換気の悪さが呼吸器感染ととりわけCOVID-19感染の増大と関連している。適切に維持された暖房、換気及び空調システムは、換気率を高め、空気の再循環を減らし、外気の利用を増やすことによって、屋内空間での感染の減少に役立つかもしれない。食品加工工場内の温度・湿度管理がSARS-CoV-2ウイルスの生存とエアロゾル形成にとりわけ適しているかどうかは、解明されるべき課題として残されている。

本文書で記述されたクラスターの大部分は医療・社会福祉部門のものである。12万人を越す労働者についてのイギリスの研究では、医療労働者がCOVID-19の検査結果が陽性になるリスクはノ

ンエッセンシャル労働者よりも7倍高く、社会福祉の者のリスクは3倍高かった。医療・社会福祉労働者は感染者との頻回・長時間の接触のゆえにもっとも曝露する職業であり、職員不足によって悪化されることが多いが、この結果は、医療及び長期ケア施設の労働者についてEU/EEAとイギリスで実施された検査強化戦略によっても影響を受けているかもしれない。これらの結果はアメリカでの調査結果とも一致している。すべての医療労働者の訓練・周知の継続的必要性を示している、潜在的リスク要因のひとつは個人用保護具（PPE）の不適切な使用である。また、さらなるリスク要因のひとつとして、PPEの入手が不十分なことも確認されており、これはパンデミックの第一波から学んだ重要な教訓のひとつである。COVID-19の第二波の可能性に備えるなかで、EU/EEA諸国の保健当局と使用者は、適切なPPEの持続的供給へのアクセスを確保するとともに、医療関連のCOVID-19感染を回避するためにすべてのレベル及びカテゴリーの医療職の訓練を強化すべきである。長時間労働、複数の患者をケアするのに同じPPEを使用することや職員不足による労働ストレスも潜在的な要因である。

おそらくCOVID-19への曝露のリスクのある他の具体的職業には、複数の顧客に曝露するという事実のゆえに、運輸労働者（タクシー・バス運転手）、販売員、郵便/宅配労働者や家庭清掃員が含まれる。これらの職業の労働者はそれゆえ、シンプルなタイプの介入とPPEを提供される必要がある。

前述した職業環境における多数の様々なアウトブレイク（例えば、食肉処理場、農場、建設または採掘現場）が、寄宿舎または他の種類の過密な宿舎に済む移住または季節労働者と関連している。それゆえこれら労働者の居住条件は、適切な物理的距離置きまたは適切な個人衛生措置が可能でなければ追加のリスク要因を生じさせ、COVID-19がより容易に拡散するのを許すことになる。前述したように、これらの人口集団とその使用者に対して、健康促進情報を提供するために実情に合った文化的にセンシティブなアプローチが用いられるべきである。

通勤のために、相乗りバンまたはシャトル車両、カープールや公共交通など、労働者に輸送手段

を、または労働者が輸送を共有するための手段を提供することは、工場または建設などの職場では一般的な慣行である。これは、報告されたいくつかのクラスターにおいて、COVID-19感染に寄与する要因のひとつとして挙げられた。

最後に、職場における媒介物(すなわち、汚染された表面、道具または他の頻回に触れる対象)への曝露も、COVID-19感染に寄与するかもしれない。アウトブレイクが発生したいくつかの職場は、適切な感染管理や衛生基準を実施するのが遅かったか、または不適切に行っていた。職場が手指衛生や清掃慣行を強調していた、または適切なPPEを利用可能にしていた程度はわからない。

物理的距離置きを実施していない、または実施できないことに加えて、「プレゼンティーイズム」(すなわち、病気の症状があるにもかかわらず労働すること)も、一定の場合にはCOVID-19の業務上の拡大に寄与する要因のひとつであるかもしれない。しかし、エッセンシャル労働者及び影響を受けやすい職務の労働者が行う労働の大きな部分は低収入である傾向があり、労働者は家庭で労働することもできない。職を失う恐れまたは家庭にいるために労働時間を短縮することができないことが、労働者または家族がCOVID-19にあてはまる症状を示していたとしても、通勤と労働を続けることにつながっているかもしれない。有給休暇のない労働者または従属自営業者(「偽自営業者」)は、たとえ病気であったとしても、収入を失う恐れからより働き続けがちである。これは、医療、公共サービスや教育部門を含め、すべての部門の労働者に共通している。

プレゼンティーイズムという概念と関連するのが社会経済的諸問題であり、民族や労働者の移民地位、一定のリスク人口(例えば、タクシー/バス運転手)に多いいくつかのグループと関連している場合もある。前述したクラスターに示されているように、COVID-19曝露のリスクの影響を受けやすいグループのひとつは季節的移住労働者である。多くの場合、これらのグループは、COVID-19の症状を示したときに収入が減少するリスクが高いことが示されている男性によって主に構成されている。また、彼らは滞在国の医療システムへのアクセスを低

下させているかもしれない。彼らはそれゆえ、パンデミックの期間中に予防措置に関する助言・情報を周知する際に、実情に合ったアプローチの対象となるべき人口グループを構成する。他方、医療・社会福祉、小売・教育の労働者は主として女性であり、全体的に女性は、パンデミックの結果としてサービス部門における労働時間短縮で不釣り合いなほど多く損失を被っており、無給の世話についての負担の増大と対になっている。

アメリカでは、労働人口の28%が週1度から月1度の頻度で感染に曝露している可能性があるという推計されている。アメリカの別の研究は、雇用の性質のゆえに一部の者が、とりわけエッセンシャル部門(例えば、医療・社会援助、病院、動物飼育・加工)及び感染への曝露の頻度が多く他者と濃厚に接触する職業で雇われる者が、感染に対して脆弱であることを強調している。労働は健康の社会的決定因子のひとつであり、一定の職業と悪い健康状態の間には潜在的関連性がある。これは、どの人口が緊急時に影響を受けやすい職業にいるかを理解するとともに、そうした脆弱性に対処する強力な公衆衛生予防政策が実施されていることを確保するために現行の政策を見直すことの重要性を強調している。さらに、医療部門だけでなく、法執行、行政的支援、教育や社会福祉においても、多数の人々が感染への頻回な曝露をともなう職業に雇われていることがますます明らかになっている。

しかし、COVID-19の地域感染の拡大が進行中の地域では、職場での症例の発見が予測されることにも注意する必要がある。また、分子疫学研究を含め、徹底的なアウトブレイク調査が実施されない限り、感染の場所を識別することは困難である。可能な場合にはそのような調査も検討されるべきである。

職場を基礎にした検査体制がCOVID-19の早期確認を支援するとともに、職業感染を予防する可能性があるという証拠があるが、職場アウトブレイクを予防するには検査だけでは十分ではない。ハイリスク環境におけるルーチンの検査の頻度に関するあるモデル化研究は、毎日の頻度未満の検査戦略(例えば、毎週の検査または職場復帰前に1回)は、追加的介入なしには、労働者アウトブレイク

を防げそうにないことを見出している。

職場安全衛生

本文書で確認されたリスクのある職業で働くスタッフの安全衛生は、彼ら自身の防護のためだけでなく、ウイルスのさらなる拡大を防ぐのを助けるためにも重要である。職場で労働者の安全衛生を防護するための包括的な多数のEU法令が存在している。したがって、すべてのタイプのリスクを考慮（個人用保護具を装着する場合の追加的物理的負担も考慮）するために、労働安全衛生サービス及び労働者との合意のもとに、労働安全衛生法令及び適用されている労働安全衛生対策にしたがって、職場リスクアセスメントが見直される必要がある。安全衛生委員会が設置されている場合には、協議をすべきである。SARS-CoV2は最近、2000/54/EC指令－労働における生物学的因子にしたがってリスクグループ3に分類されたが、同指令は具体的諸措置を規定し、加盟諸国によって国の法令のなかで実施されている。

EUレベルで策定された法的拘束力のないガイドラインは、COVID-19パンデミックのために著しく変化してしまった労働環境のなかで安全かつ健康でい続けるよう使用者・労働者を援助することを目的としている。それらは、職場リスクアセスメントと曝露を最小化させるための適切な技術的及び組織的諸措置、また労働を再開する場合、病気になった労働者の欠勤に対処するとともに、彼らを保護するための措置に関する助言を提供している。COVID-19を予防及び対処するための職場介入に関するガイダンスも、本文書で言及された部門及び職業のための適切な諸措置に関する特別の国のガイダンスへのリンクをつけて、EU-OSHAから出版されている。

職業環境におけるCOVID-19感染に対処及び予防するためのさらなる介入には、PPEの使用や労働者またはその家族がCOVID-19にあてはまる症状を示したときに労働者が自主隔離または家にとどまるのを支援する政策の促進を含め、厳格な予防・管理ルーチンの順守が含まれる。COVID-19を予防及び管理するための職場介入に関する追加的

ガイダンスが、EU-OSHAによって提供されている。

限界

この技術的報告は出版時においてECDCが入手可能だった情報及びデータに基づいて実施された。結果を解釈するにあたっては多数の限界を考慮する必要がある。第1に、本報告で示したデータは、限られた数(17/31)の国からECDCに報告されたものか、または文献検索及び疫学インテリジェンス・メディア監視活動を通じて確認されたものである。とりわけメディア情報源はピアレビューされておらず、誤りを含んでいるかもしれない。結果的にこの報告は、EU/EEAとイギリスでCOVID-19によって影響を受けたすべての職業環境の徹底的な概要を提供するものではなく、用いたデータ源によって持ち込まれたエラーを含んでいる可能性がある。

第2に、(医療労働者及び長期ケア施設で働く者を除いて) COVID-19の事例に基づく調査において職業はルーチンに収集されている変数ではなく、公衆衛生当局はアウトブレイク調査を促進するのに、民間及び公共部門による、症例、クラスター及びアウトブレイクの自主的報告に頼らざるを得ない。これは、すべての職業環境における潜在的アウトブレイクを検出する公衆衛生の能力を制限している。COVID-19パンデミックの圧力の増加のために、諸国からのアウトブレイクの詳細な調査を欠いている。これらの職業環境におけるクラスターに関連した確認された症例・死亡の年齢、性別、もともなった条件に関する情報は収集できなかった。この情報は知見の解釈及び職業環境の比較について関係があるかもしれない。

第3に、EU/EEA加盟諸国とイギリスによって職業アウトブレイクを分類、調査または報告する方法について一貫した定義が存在していない。職業環境におけるアウトブレイク調査の結果及び詳細は一般に公表されておらず、それゆえピアレビューされた文献にもあまり現われない。いくつかの事例で、本文書に報告されたクラスターの規模には、感染した労働者の数だけでなく、感染したすべての者が含まれているかもしれない。とりわけSARS-CoV-2の地域

感染が進行中の環境においては、職場環境で発生した感染と、地域社会のなかで発生したものを識別することも困難である。

第4に、大部分のクラスターは医療・社会福祉関連の職業環境において報告された。これはおそらく、この部門の労働者が他の職業環境の者よりも高い率で、ルーチンに検査を受けているためである。これはおそらく、他の環境でみつかったCOVID-19クラスターの過小評価を示している。

最後に、COVID-19パンデミックという状況下でのEU/EEAとイギリスをまたがった職業環境における詳細なアウトブレイク調査データの欠如、及び、様々な職業慣行における感染リスクと重症化のリスクを区別する症例対照研究の欠如に注意することが重要である。クラスター及びアウトブレイクと関連した可能性のあるリスク要因に関する情報は限られており、ほとんど逸話的である。多数の国が職業環境において監督を行っていることは知られているが、法執行のプロセスからのデータは一般的に秘密である。それゆえ、とりわけ事象を報告する可能性が少ないかもしれない相対的に小さなビジネス（例えば、ヘア/ネイル・サロン）からの、職業環境における感染の過少報告が重要な問題である。詳細な疫学的調査及び定性的研究によるさらなる情報は、職業環境におけるCOVID-19感染のダイナミクスのよりよい理解に役立つだろう。

結 論

EU/EEAとイギリスの職業環境におけるCOVID-19クラスターの全範囲に関するデータは限られているものの、もっとも共通した曝露が、宿舍、食堂、休憩室や輸送手段の共有を含め、とりわけ屋内環境での、物理的距離置き欠如と関連していることは明らかである。感染に関連する要因には、運輸・小売などの部門における顔を合わせた接触、手指洗浄設備へのアクセスの欠如、季節的または移住労働者の居住条件や、勧告される公衆衛生諸措置についての適切な周知が含まれた。

職業環境におけるクラスターの数はおそらく著しく過少確認されており、現時点ですべてのクラス

ターを徹底的に調査することは困難である。医療・社会福祉部門、とりわけ長期ケア施設と病院で、多くの職業クラスターが報告されているが、これらの部門はおそらくかかる環境における頻回な検査による過大評価である。

食品梱包・加工、工場・製造及び事務所関係で多数の職業感染が報告されており、屋内環境での労働及び物理的距離を維持することができないこととの関連を示している。鉱山部門で報告されたクラスターは相対的に少なかったが、これらのいくつかは大きなクラスターであったことは重要である。低い社会経済的地位と典型的に関連した職業の者はもちろん、自営業者は相対的にリスクが高い。

物理的距離置きのための堅固かつ厳格な政策、衛生・清掃、適切なPPEの使用と手指衛生（とりわけ密閉された環境や接触の拡大、輸送手段・宿舍の共有が関わる状況のなかで）と組み合わせ、職場環境におけるCOVID-19検査に対して焦点を増大させることが、COVID-19アウトブレイクを予防するのに役立つだろう。堅固な調査と接触の追跡は、それらがみつかった場合にアウトブレイクに対処する方法として明確なプロトコルであることから、必要不可欠である。職業環境におけるCOVID-19の予防のいくつか側面についてEU-OSHAからガイダンスが提供され、また、一般的な感染予防・管理ガイダンスがECDCから提供されている。

職業環境におけるCOVID-19アウトブレイクまたはクラスターを踏まえて、COVID-19の拡大に対処・予防するために、地方及び国レベルで公衆衛生当局と労働安全衛生当局の間の強力な協力の必要性がある。強力な部門間協力とハイリスクな職業環境における勧告された公衆衛生諸措置の実施が、職場及びより広い社会におけるCOVID-19の復活を予防するのに役立つだろう。本報告ではクラスターにおける主要な要因は報告及び示されていないが、クラスターが季節労働者または他の国からの労働者が関わる場合には、国及び国際的な当局の間の協力に特別な配慮がなされるべきである。

※<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-clusters-and-outbreaks-occupational-settings-eueea-and-uk>



ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



世界規模におけるアスベスト禁止及びアスベスト消費・生産の減少の経済的影響の傾向

Lucy P. Allen, et al., IJERPH, 2018, 15, 531

抄録：いくつかの諸国はアスベスト消費を減少させたり、禁止を制定しているものの、他の諸国は、アスベスト関連死が増加し、関連する社会的費用が高くてさえも、アスベストの生産・消費を続けている。アスベスト生産・消費は世界的に減少し、禁止国の数は増え、諸国が消費を減らす速度は早まっている。国レベルのデータを用いてわれわれは、アスベストの生産・使用における歴史的変化の経済的影響を分析する。われわれは、アスベスト禁止制定後の国内総生産（GDP）の変化を比較する。われわれは、アスベスト禁止によるGDPに対する著しい影響を確認していない。地域ケーススタディでわれわれは、アスベスト生産の変化とともに、GDP及び雇用における変化を比較する。地域レベルのデータは、地方レベルでの一時的な雇用の減少とその後反転することを明らかにした。

1. はじめに

アスベストは、安価で耐久性があることから数世紀にわたって使用されてきた。歴史的にはアスベストは3千以上の異なる用途をもち、主として建材や広範囲の摩擦材製品に使用される。しかし、アスベ

ストは、中皮腫、肺がんや石綿肺など、致死的な疾患の発症と結びつけられてきた。アスベスト使用の健康影響は、とりわけ個人レベルにおいて、よく研究され、中皮腫発症率と以前のアスベストへの曝露との関連を示している。こうした健康影響は国レベルでも観察されてきた。2000年代初めのアスベスト関連疾患の死亡率は、1960年代の集中的なアスベスト使用と相互に関連付けられてきた—ある国による1960年代の人口1人当たりアスベスト消費量が多いほど、その国における2000年代初めのアスベスト関連疾患による死亡率が高い。また、(しばしば禁止の結果としての) 国レベルでのアスベスト消費量の減少が、アスベスト関連疾患の率のそれ以後の減少を伴うという証拠がますます増えている。アスベスト禁止を課した諸国は、禁止をしていない諸国よりもより迅速にアスベスト使用を減少させ、1970年から1985年の間におけるアスベスト使用量の変化は、1996年から2005年の間の年間中皮腫死亡率の変化の重要な予測因子であった。さらに、(同じ年齢で測定した場合) 中皮腫の発症率は、禁止前に労働力人口に入った者よりも、禁止後に入ったグループのほうが相対的に低い。

アスベストの健康影響に関連した年間世界的医療費用の推計は、痛み、苦しみや福祉の損失を除外して、24～39億米ドルの範囲である。とりわけ、こうした推計は、石原肺などのがん以外のアスベスト関連疾患に関連した費用、アスベスト関連疾患による生命年または健康生活喪失年についての調整、またはアスベスト関連疾患による経済的負荷を含んでいない。WHOとILOは、アスベスト関連疾患を根絶するもっとも効果的な方法はすべての種類のアスベストの使用を禁止することであると勧告している。

諸国は1970年代に、部分的なアスベスト禁止によってアスベスト禁止を開始した。1980年代半ばまでに、諸国は全面禁止を制定しはじめ、2005年に欧州連合がその25の全加盟国によるアスベスト使用を全面的に禁止した。2013年までに67か国がアスベストの部分的または全面禁止を制定した。

アスベスト使用の健康影響はよく研究されてきたものの、アスベスト禁止の経済的影響や消費量/生産量の減少が研究されたことはほとんどない。わずかな研究者が、ある国について提案されたアスベスト禁止の潜在的経済的影響を推計しているものの、禁止が課された後の実際の経済的影響について書かれたことは少しだけである。禁止後に予想される潜在的な否定的影響には、アスベスト抽出産業における否定的な経済的影響、または、なおアスベスト含有製品を製造する近隣諸国の建設産業における競争が含まれる。

われわれはそれゆえ、歴史的なアスベスト禁止が、諸国をまたがった国レベルと、ある国についてのケーススタディにおける地域レベルの双方で、それら諸国に対して何らかの否定的な経済的影響を与えたかどうかを分析した。

2. 材料及び方法

諸国による経時的なアスベスト生産量・消費量を評価するために、われわれは米連邦地質調査所 (USGS) による1995年から2013年の年間アスベスト生産量・消費量に関するデータを入手した。USGSデータは、1970年代を通じて10年ごと、1970年から1995年の5年ごと、及び1995年からは毎年の各国の生産量/消費量を報告している。同じデー

タは、諸国をまたがった歴史的アスベスト消費量の研究をする他の研究者らによって信頼されてきた。われわれは、歴史的に25万トン超のアスベストを消費した諸国を確認し、アスベストから移行し終わった諸国についてわれわれは、消費量のピークからピーク時の25%の消費量になるまでの年数を具体的に定量化するとともに、この移行時間が経時的にどのように変化したかを評価して、アスベスト消費から移行するのにかかった時間を評価した。アスベストを使用し続けている諸国、及び、消費量がまだピークに達していないか、またはピーク時の消費量の25%にまで減少していない諸国について調整するために、われわれは、ピークに達した年に対して、いずれかの所与の年にピーク時の消費量の25%まで消費量が減少する可能性をテストして、コックス比例ハザードモデルを実行した。

禁止を成立させた諸国を確認するために、われわれは、何らかの種類のアスベスト禁止をしている67か国について、国別の全面及び部分的禁止のリストを提供している、アスベスト禁止国際書記局 (IBAS) からデータを入手した。

アスベスト生産量・消費量の変化の経済活動に対する影響を定量化するために、われわれは、国連から、2005年の米ドルによる生産・消費国についての国内総生産 (GDP) 及び人口1人当たりGDPに関するデータを入手した。とりわけ、われわれは、禁止が経済活動に何らかの影響を伴ったかどうかを評価するために、禁止諸国を用いて、差分の差分アプローチを適用した計量経済学的分析を行った。データの制約のために、この分析は国レベルに限定された。モデルは以下のように規定される。

$$\Delta \text{GDP}_{it} = \alpha_i + \gamma_t + \beta_1 \cdot \text{ban}_{it} + \beta_2 \cdot X_{it} + \varepsilon_{it}$$

ここで

ΔGDP_{it} = GDP成長

α_i = 国固定影響

γ_t = 時間固定影響

ban_{it} = i 国がアスベスト禁止を実施している場合は年について1に等しく、そうでない場合には0であるダミー変数

β_1 = アスベスト禁止の差分の差分影響

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

X_{it} =制御変数（例えばアスベスト生産量または消費量）
 β_2 =制御変数に対する係数
 ε_{it} =残存期間

生産減少の潜在的な経済的影響の地域的ケーススタディを実施するために、われわれは、カナダ統計局から、国、州及び地方レベルにおけるGDP、人口及び雇用に関するデータを入手した。主としてケベック州に集中したカナダにおけるアスベスト生産は、1970年に150万トンでピークに達した。2000年までに生産量は30万トンに減少し、2011年に最後の2鉱山が閉鎖されるまで減少し続けた。2012年に州政府は、「アスベスト採掘地域の経済的多様性」に資金を投資する計画を発表した。鉱山閉鎖の地域的影響を評価するため、カナダのアスベスト生産の大部分がケベック1州だけに集中していたことから、われわれは、鉱山が閉鎖される前後におけるケベックにおける人口1人当たりGDP成長の変化を、カナダの残りの部分における人口1人当たりGDP成長の変化と比較した。加えて、カナダの雇用データはより地方レベルで、鉱山が所在していたケベック内の2つの地域、エストリー及びビョディエール-アパラッシュについて入手可能だった。これら地域について、われわれは、鉱山閉鎖後の雇用レベルの変化を評価した。

3. 結果

図1は、消費量が次第に増加し、ピークに達して、その後減少したサンプル諸国について、個々の消

図1 1920年から2013年の各国における人口1人当たりアスベスト消費量

注及び出典:アスベスト消費量は米連邦地質調査所。
 マイナスのアスベスト消費量を除く。

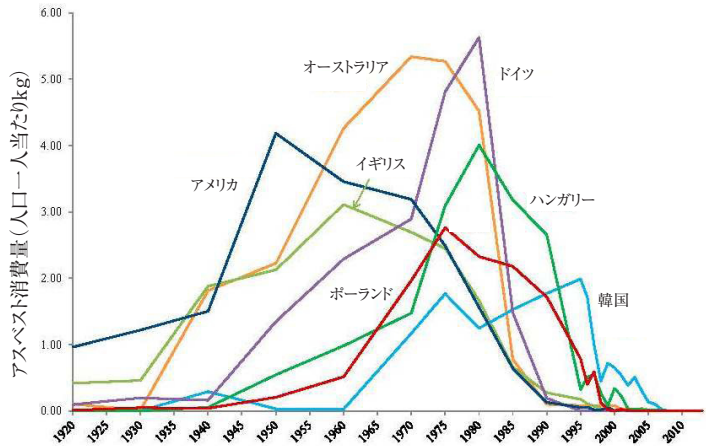


図2 消費量ピークから75%減少までの時間

注及び出典:アスベスト消費量は米連邦地質調査所。
 1920年から2013年の間の消費量の合計が25万トン以下の国、及び、まだピーク時の消費量の25%未満まで減少していない現消費国を除く。

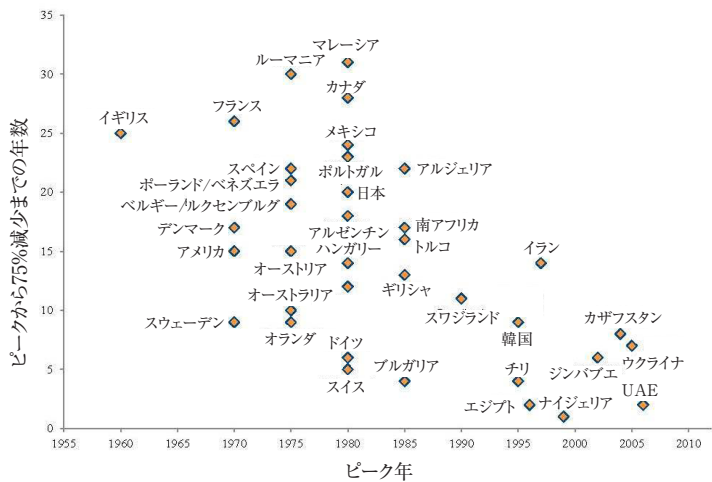


表1 コックス比例ハザードモデルの結果

サンプルの国数		49		
アスベストから移行した国の数		38		
変数	係数	標準誤差	p値	95%CI
ピーク年	0.041	0.018	0.025	0.005-0.076

費パターンを示している。図2は、過去にアスベストの使用国であった38か国について、アスベスト消費

表2 差分の差分モデルの結果

モデル	1	2	3
推計係数(p値)	0.041	0.018	0.025
差分の差分法	-0.012(0.302)	-0.015(0.55)	-0.009(0.866)
アスベストコントロール		0.0008(0.004)	-0.002(0.864)
固定影響	年、国	年、国	年、国
決定係数	0.35	0.43	0.39
サンプル国	消費国	消費国	生産国

図3 1981年から2014年のケベックのアスベスト生産と人口1人当たりGDP

注及び出典:アスベスト生産データは米連邦地質調査所。GDP及び人口データはカナダ統計局。GDPデータは2007年の一定の価格。カナダの残りの部分の人口1人当たりGDPは、ケベックのGDPと人口を除き、1981年のケベックの人口1人当たりGDPの値に固定。カナダのアスベスト生産の大部分はケベックで行われた。

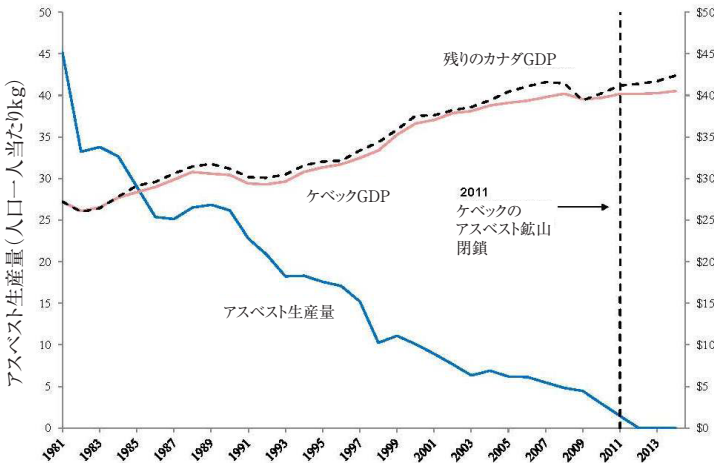
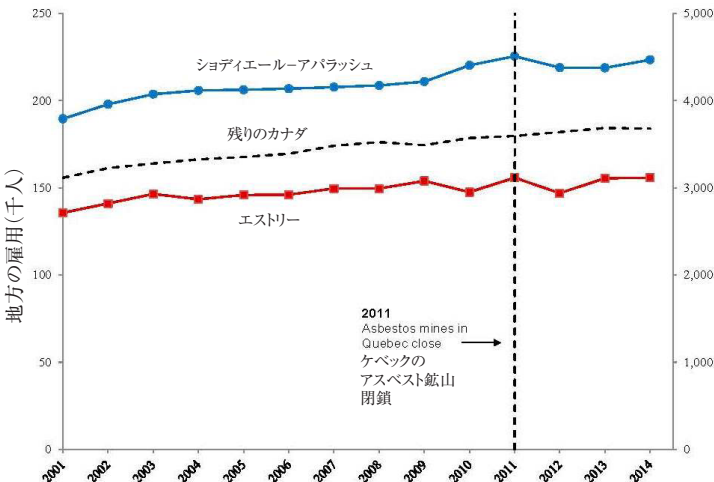


図4 ケベックのショディエール-アパラッシュ及びエストリーにおける雇用

注及び出典:カナダ統計局の雇用データ。



量がピークに達した年を、各国がアスベスト使用から移行するのにかかった年数(すなわち、消費量がピークに達した年と消費量がピーク時の25%に減少した年との間の年数)とともに、示している。アスベストから移行した諸国については、消費量がピークに達した年とピーク時の消費量の25%になったときまでの時間は、時とともに減少している。

図2に観られる負の傾向は、まだピーク時の消費量の25%未満まで減少していない現消費国を考慮していないことである。現消費国とすでにアスベストから移行した諸国を含めると、いずれかの所与の年にピーク時の消費量の25%まで消費量が減少する可能性は、ある国の消費量がピークに達した後の各年について4.1%増加し、消費量における減少が増加する可能性は統計的に有意であった。表1は、ある国についてピークからピークの25%未満までの時間に関係したコックス比例ハザードモデルの結果を示している。われわれは統計的に有意な影響を見出した(p=0.025)。われわれは、このモデルの基礎になっている比例ハザード仮定を統計的に検証して、仮定は成り立たないという帰無仮説を否定できなかった(p=0.196)。

図2は、アスベスト禁止の実施対GDP成長に関係した差分の差分モデルの結果を含んでいる。このモデルは、アスベスト禁止のGDP成長に対する統計的に有意な影響はないことを示している。表2のコラム1は、サン

ルとしてわれわれのデータセットでアスベストを消費している諸国を用いた、メインの差分の差分モデルを示している。このモデルには、国と年固定影響及び t の時点において i 国がアスベスト禁止を実施しているかどうかを示すダミー変数を含んでいる。表2はまた、 t の時点における i 国のアスベスト消費量についてのコントロールを含むもの(コラム2)と、別の t の時点における i 国のアスベスト清算量についてのコントロールを含むもの(コラム2)の、2つの追加的仕様を含んでいる。全体的に、われわれは、禁止のGDP成長に対する優意な影響はなかったことを見出した。

この国横断分析をこえて、われわれは、地域的ケーススタディも検討した。この分析のなかでわれわれは、ケベック州において、鉱山閉鎖後におけるGDPに対する否定的影響を観察しなかった(図3参照)。しかし、鉱山の閉鎖を受けて、鉱山が所在していた各地域の総雇用は、エストリー地域で雇用される者が156,000人から147,000人(雇用率(人口100人当たり雇用者数)が59.5%から55.6%)へ、及び、ショディエール-アパラッシュで雇用される者が226,000人から約219,000人(雇用率が65.6%から63.4%)へ低下した。同様の現象はケベックの残りの部分では生じなかった。しかし、2年以内に、両地域における雇用レベルは閉鎖前のレベルに戻った(図4参照)。

4. 討 論

アスベストの国際市場は、販売量と参加国の双方に関して、縮小してきた。世界規模の年間生産量・消費量は、1980年代の約480万トンのピーク以降、減少してきた。2000年までにアスベストの年間生産量・消費量は約200万トンまで下降し、その後過去10年間とどまってきた。この同じ期間にアスベストを生産・消費する国の数はより集中されてきた。1980年には20か国がアスベストを生産し、90か国がこの鉱物を消費した。2013年までにアスベスト生産国は6か国(ロシア連邦、中国、ブラジル、カザフスタン、インド及びアルゼンチン)に減少し、最初の4か国が年間アスベスト生産量の99%を占めた。アスベスト消費国は25か国に減少し、10か国(中国、ロシア

連邦、インド、ブラジル、タイ、カザクスタン、インドネシア、ベトナム、ウズベキスタン及びトルクメニスタン)が年間消費量の90%、最初の3か国だけで年間消費量の60%を占めた。

各国の経時的な消費パターンを検討すると、もはやアスベストを消費していない諸国をまたがって、ピークに達するまで徐々に成長した後減少するという、同様のパターンを示している。このパターンは異なる時期に、異なる国で生じてきた。イギリスでは1960年代、ハンガリーとドイツでは1980年代、韓国では1990年代半ばに、アスベスト消費量がピークに達した。

諸国がアスベストから移行するためにかかる時間は、近年短縮しているように見える。例えば、1960年に消費量がピークに達したイギリスは、アスベスト使用から移行するのに25年間かかった。1980年にピークに達したハンガリーは、アスベストから移行するのに25年かかったのに対して、1995年にピークに達したチリは、4年だった。より最近にアスベスト消費量がピークに達した諸国は、たとえ現消費国であったとしても、平均してアスベストから移行するのにかかった時間はより短い。使用のピークが遅いほど、諸国はアスベストから移行しつつある。諸国がアスベスト使用から移行するスピードが速くなっていることは、アスベスト産業の縮小のペースも上がっているかもしれないことを示唆している。

すでにアスベストを禁止した諸国については、禁止の結果としてGDPに統計的に有意な影響を観ることはなかったが、部分的にはアスベスト生産及び/または消費が概して国レベルで重要な部門ではなかったことから、影響を検出するこの国レベルの分析の力は限られている。例えば、(アスベストがその一側面である)採掘・公共事業部門は、イタリアでは、アスベスト禁止前にGDPのわずか3%を占めるだけだった。結果的に、国レベルの分析は、特定の経済または地域社会に対しては大きな影響を隠してしまっているかもしれない。しかし、同様にアスベストが現アスベスト消費国の経済の大きな部分ではないかもしれないという点で、現消費国もまたアスベスト禁止を選択した場合には、こうした結果はなお国の経済に対する影響の可能性についての洞

察を提供しているかもしれない。

地域レベルでは、アスベスト生産の終了は州のGDPに対して影響はもたず、雇用影響は一時的であったものの、鋼材閉鎖後のそれら地域における雇用の増加の背景にある推進力については、われわれは調べなかった。地方レベルではデータが限られており、特定の地域社会に対する禁止の効果に影響を及ぼした可能性のあるすべての要因を観察・管理するのを困難にしている。それゆえ、人口変化/移住または政府の介入が、カナダの各地域の回復に役割を果たしたかどうかはわからない。ダ・シルヴァは、影響を受けた地域において潜在的に負の影響が、ノンアスベスト、繊維セメント産業またはアスベスト除去業など、他の産業の発展を含め、公共政策を通じて緩和されたかもしれないという仮説を立てている。政府の活動が雇用の減少の緩和を助けたかもしれないという点で、(もし実施されたとして) そのような戦略の理解は、他の諸国がアスベスト禁止を検討するうえで役立つだろう。結果的に、より地方レベルで観察できるかもしれない費用を確認・定量化するためには、さらなる研究が必要かもしれない。そのような研究は、諸国が、生産量・消費量の減少によるなんらかの短期間の地方的影響に対処する地域的政策を確認及びびのをしほるのに役立つだろう。

今日もアスベストを生産・消費し続けている諸国は、是正・除去費用や、いくつかの諸国については著しい訴訟費用を含めた、補償費用など、相当の健康費用に加えて、他の諸費用も経験しているかもしれない。訴訟を通じてアスベスト関連疾患の補償が生じる程度は、各国における訴訟環境に拠っていそうである。こうした費用に関するデータは、いままアスベストを試用している諸国については容易に入手することはできない。しかし、1960年代初めから現在までの世界規模のアスベスト消費量の比較に基づいて、現消費国の合計アスベスト消費量は、歴史的費用に関するデータが入手できる国であるアメリカ合衆国によって消費されたアスベストの合計量を超えている。現消費国は、アメリカ合衆国が過去数十年間に使用したアスベストの2倍以上をすでに使用している。研究は、アメリカ合衆

国の過去のアスベスト使用の費用が年間数十億ドルと推計している。とりわけ、アメリカ合衆国における中皮腫による年間医療費は19億米ドルと推計され、年間是正費用は約30億米ドルと推計されており、関連する生産性損失を推計する前に合わせて約50億米ドルになる。補償関連費用の代用である、アメリカ合衆国における訴訟費用は毎年23億米ドルと推計されてきた。アメリカなど、かつてのアスベスト消費国の経験はスケールの高い方の先端かもしれないが、控えめな外挿であってもなお、アスベストの消費・生産の継続が、除去・廃棄物処理費用や潜在的な訴訟・補償費用を含め、相当の医療・是正費用につながりそうであるという予想につながるだろう。労働力参加の喪失や税収入の減少など、間接的経済費用は、上述した費用推計に反映されていない追加的費用を示している。

5. 結論

アスベストの国際市場は、たとえ現消費国を含めたとしても、縮小しつつあり、諸国が消費量を減らすスピードは上がりつつある。諸国はアスベストから移行してきたが、われわれは、国レベルのデータを用いて、禁止の制定による観察可能な負の経済的影響をみださなかった。現消費国の経済においてアスベストは同様に小さいシェアしかもたないという点で、同様の禁止が国レベルで大きな影響をもつとは予測できない。関連する地域レベルのデータが入手できた場合に、われわれは、アスベストの消費または生産における減少による地方レベルにおける持続的な影響を観察しなかった。アスベストからの移行が観察可能で持続的な負の経済的影響をもたなかったのに対して、アスベストの使用継続は、保健費用、是正/除去費用や潜在的訴訟費用を含め、相当の費用につながる事が予測されている。

※原文：[https://www.mdpi.com/1660-](https://www.mdpi.com/1660-4601/15/3/531)

4601/15/3/531

※本論文は、2016年5月18-19日にドイツ・ボンで開催された世界保健機関欧州地域事務所会議「環境・職業要因の経済的費用と健康影響の評価：アスベストの経済的側面」で最初に発表された研究に基づくものである。



労災認定件数2千件を突破

COVID-19●都道府県別情報も入手

労災保険の状況

労災保険については、12月1日に11月27日現在の状況が公表さ

れた後の情報更新が、12月4日現在の12月8日、12月11日現在の12月16日公表となった。今後は毎週を目標とするとのことである。

労災保険請求は、11月12日に2,000件を突破し(2,028件)、12月11日現在2,410件である。前号で紹介した10月23日の1,723件と比較すると、39.9%の増加である。

認定件数のほうは10月23日の857件から、11月13日に1000件を突破し(1,036件)、12月11日1,280件へと、49.4%増加した。

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

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(4.30~12.11)

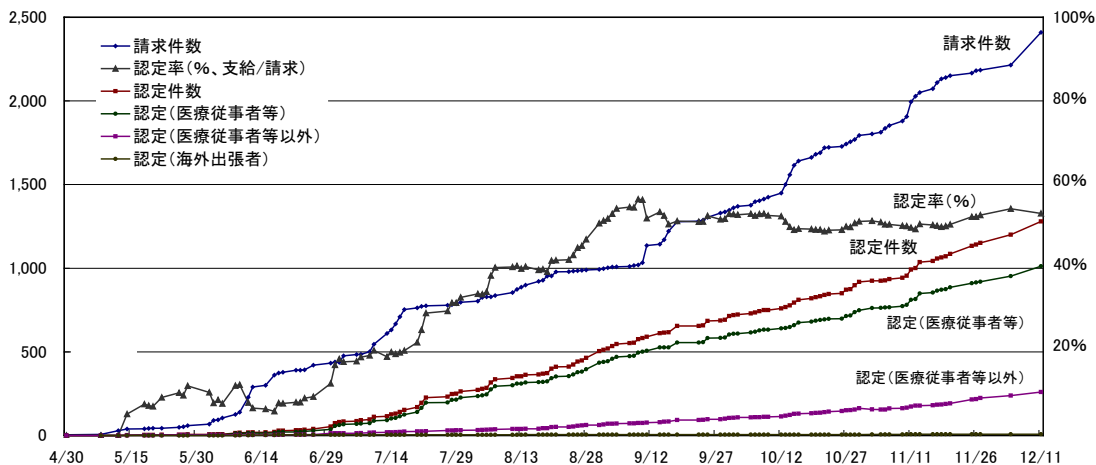


図2 新型コロナウイルス感染症に関する地方公務員災害補償請求件数等の推移(5.29~12.11)

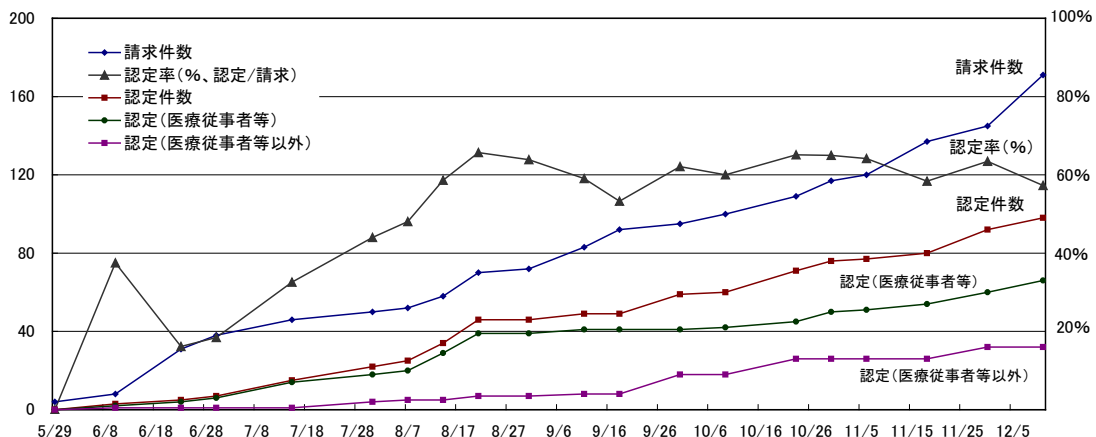


表1 新型コロナウイルス感染症に関する労災請求件数等

令和2年12月11日 18時現在

業種	請求件数	支給 決定件数	率(支給 /請求)	不支給 決定件数
1. 医療従事者等	1,861(4)	1,012(2)	54.4%	29(0)
医療業	1,472(2)	794(1)	53.9%	17(0)
社会保険・社会福祉・介護事業	367(2)	200(1)	54.5%	12(0)
サービス業(他に分類されないもの)	20(0)	16(0)	75.0%	0
複合サービス事業	1(0)	1(0)	100%	0
製造業	1(0)	1(0)	100%	0
2. 医療従事者等以外	540(17)	260(9)	48.1%	2(0)
農業、林業	3(0)	0(0)	0.0%	0
建設業	49(4)	23(3)	46.9%	0
製造業	31(1)	14(1)	45.2%	0
情報通信業	6(0)	2(0)	33.3%	0
運輸業、郵便業	71(2)	35(0)	49.3%	0
卸売業、小売業	48(0)	17(0)	35.4%	0
学術研究、専門・技術サービス業	17(0)	2(0)	11.8%	0
金融業、保険業	7(1)	2(0)	28.6%	0
不動産業、物品賃貸業	10(2)	1(0)	10.0%	0
宿泊業、飲食サービス業	37(0)	18(0)	48.6%	0
生活関連サービス業、娯楽業	18(0)	9(0)	50.0%	0
教育、学習支援業	2(0)	0(0)	0.0%	0
医療業	74(0)	51(0)	68.9%	2(0)
社会保険・社会福祉・介護事業	111(1)	56(1)	50.5%	0
複合サービス事業	3(0)	3(0)	100%	0
サービス業(他に分類されないもの)	53(5)	27(3)	50.9%	0
3. 海外出張者	9(1)	8(1)	88.9%	0
製造業	3(0)	3(0)	100%	0
卸売業、小売業	2(1)	2(1)	100%	0
学術研究、専門・技術サービス業	2(0)	2(0)	100%	0
生活関連サービス業、娯楽業	1(0)	1(0)	100%	0
サービス業(他に分類されないもの)	1(0)	0(0)	0.0%	0
計	2,410(22)	1,200(12)	54.2%	31(0)

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12月11日17時現在

職種	請求件数	公務上 認定件数	率(公務上 /請求)	公務外 認定件数
医師・歯科医師	12	8	66.7%	0
看護師	75	54	72.0%	0
保健師・助産師	1	0	0.0%	0
その他の医療技術者	4	4	100%	0
保育士・寄宿舎指導員等	1	0	0.0%	0
土木技師・農林水産技師・建築技師	2	2	100%	0
警察官	51	19	37.3%	0
消防吏員	4	4	100%	0
清掃職員	11	0	0.0%	0
その他の職員	10	7	70.0%	0
計	171	98	57.3%	0

数があつたことが明らかになったが、これは12月11日現在31件になっている。医療従事者等が29件とそれ以外が2件(医療業)で、これまでのところ、すべてが新型コロナウイルス感染症ではなかった事例のようである。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10月23日の49.7%から12月11日の53.1%へ、増加した。

別掲表1に、業種ごとの請求・支給決定件数、認定率と不支給決定件数を示した。

医療従事者等の請求件数は10月23日の1,354件から12月11日1,861件と37.4%増加、それ以外の請求件数は10月23日の362件から12月11日540件と49.2%増加した。

支給/請求としての「認定率」は、医療従事者等は54.4%、医療従事者等以外は48.1%、海外出張者は88.9%。農業・林業と教育・学習支援業ではまだ支給決定事例がなく、学術研究・専門・技術サービス、不動産業・物品賃貸業の認定率が10~12%と低いという状況である。

厚生労働省は11月16日に「労働者の方向けQ&A」ウェブサイト上に公表する「労災補償」関係参考資料に「新型コロナウイルス感染症に関する労災請求・決定

件数(月別)」を追加した。

地方公務員災害補償の状況

地方公務員災害補償の状況の公表は、前回紹介の10月23日現在(10月27日公表)の状況以降、10月30日、11月6日、11月18日、11月30日、12月11日現在(12月17日公表)の5回あった。

請求件数は各々、109件→117件→120件→137件→145件→171件で、56.9%の増加だった。10月30日に初めて「保健師・助産師」の請求1件が現われた。

こちらは幸いまだに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、71件→76件→77件→80件→92件→98件で、38.0%の増加であった。全体の認定率は65.1%→65.0%→64.2%→58.4%→63.4%→57.3%と増減している。

別掲表2に、請求・支給決定件数と認定率を示した。医療従事者等は4職種合わせても71.7%と高く、各種技師と消防吏員は100.0%、警察官37.3%、その他の職員70.0%となったが、清掃職員と保育士・寄宿舎指導員等、保健師・助産師ではいまだに認定事例がない。

地方公務員災害補償基金は11月19日に「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に係る公務災害認定事例」に、医師、看護師、消防吏員(2020年10月号参照)に追加して、以下の内容を示した。

「(事例4)警察官

D警察官は、犯罪の予防と検挙のため、普段から担当地域で

警戒・警ら活動を行っていた。

勤務中はもちろん、私生活においても感染防止には十分に気をつけていたが、発熱があり、頭痛や倦怠感、味覚・嗅覚の異常があったためPCR検査を受けたところ陽性であり、『新型コロナウイルス感染症』と診断された。

保健所の調査では感染経路は特定されなかったが、D警察官の発症前の業務内容は、新型コロナウイルスの感染者が出ている区域で不特定多数の者に対する職務質問や各種取り扱いを行うものである一方、私生活における感染のリスクは低いものであった。これらの調査結果を踏まえた医学専門家の意見は、D警察官の感染は、公務により新型コロナウイルスに感染した蓋然性が高いものと認められるとのものであった。

以上のことから、D警察官の感染経路は特定されないが、通知記の2の(1)ウ(イ)にいう住民等との近接や接触の機会が多い環境下での公務に従事したものと認められ、公務により感染した蓋然性が高く、公務に起因したものと判断されることから、公務災害として認定された。」

都道府県別労災保険情報

10月31日付け読売新聞神戸版は「コロナ感染者/26件労災認定 兵庫労働局」と報じた。

11月11日に行われた東京労働安全衛生センターとの交渉の場では東京労働局は、10月末時点の同局管内の請求件数及び支給/不支給決定件数を明らかに

したが、業種別の数字を明らかにすることについては「検討したい」回答とすることにどまった。

11月13日付け北海道新聞は「コロナ感染の労災申請、道内188件 認定112件 医療関係多く」、NHK北海道も「112人がコロナ感染で労災認定」と報じた。

さらに11月17日付け沖縄タイムズが「『申請しない人も多い?』コロナ感染で県内初の労災認定3件」と報じている。

こうした動きを受けて各地域センター等が都道府県労働局に問い合わせたところ、10月29日に厚生労働本省から都道府県労働局に対して、これまで不公表としていた方針を変更し、各局の判断で公表してよい旨の連絡?(文書を開示請求中)があったとのことであった。メディアで報道された内容を含めた、「判明した都道府県別の労災請求等」は表3のとおりである(12月4日までに入手できた情報を掲載)。

これまでのところ、兵庫労働局のみがウェブサイトで、厚生労働本省に報告している表1と同じフォーマットでの情報提供を行っている。

累積感染者数自体もちろんだが、労災請求及び決定状況についてもかなりのばらつきがみられる。また例えば、8月7日に在福岡ベトナム領事館が、熊本県玉名郡長洲町有明にある造船所で働くベトナム人実習生47人が新型コロナウイルス検査で陽性判定を受けたと明らかにしたことが報じられているが(その後日本人も含めて同造船所の感染者

表3 判明した都道府県別の労災請求件数等(12月17日時点)

都道府県	累積感染者数 (11/30)	請求 件数	支給決定 件数	率(支給 /請求)	不支給 決定件数	集約 時点
北海道	8,718	199	140	70.4%	10	11/18
青森	295	0	0	-	0	11/20
岩手	194	1	0	0.0%	0	11/19
宮城	1,202	0	0	-	0	11/18
秋田	90	0	0	-	0	11/20
山形	135	非公表				
福島	501	3	2	66.7%	0	10/31
茨城	1,561	11	7	70.0%	0	11/17
栃木	638	3	2	66.7%	0	11/30
群馬	1,207	20	16	80.0%	0	11/30
埼玉	8,427	110	66	60.0%	0	10/31
千葉	7,008	92	28	30.4%	0	11/18
東京	40,939	505	318	63.0%	0	10/31
神奈川	12,559	107	42	39.3%	11	10/31
新潟	331	3	2	66.7%	0	11/20
富山	459	19	14	73.7%	1	11/20
石川	853	23	10	43.5%	0	11/27
福井	316	非公表				
山梨	338	1	0	0.0%	0	11/19
長野	718	2	1	50.0%	0	12/1
岐阜	1,072	11	6	54.5%	5	11/19
静岡	1,620	11	0	0.0%	0	11/20
愛知	10,112	77	22	28.6%	0	11/12
三重	858	非公表				
滋賀	783	54	8	14.8%	0	11/30
京都	2,653	40	13	32.5%	0	11/20
大阪	20,273	384	99	25.8%	1	11/30
兵庫	5,570	56	38	67.9%	0	11/30
奈良	1,141	8	1	12.5%	0	11/20
和歌山	452	非公表				
鳥取	58	非公表				
鳥根	147	1	0	0.0%	0	11/24
岡山	599	1	0	0.0%	0	11/17
広島	838	31	23	74.2%	0	11/30
山口	386	12	6	50.0%	0	11/30
徳島	181	5	1	20.0%	0	11/24
香川	143	5	3	60.0%	0	11/26
愛媛	314	5	5	100.0%	0	11/24
高知	152	非公表				
福岡	5,827	135	95	70.4%	0	11/18
佐賀	309	6	1	16.7%	0	11/24
長崎	271	0	0	-	0	11/24
熊本	1,012	20	18	90.0%	0	12/1
大分	295	14	0	0.0%	0	11/24
宮崎	503	7	5	71.4%	0	11/24
鹿児島	612	7	4	57.1%	0	11/24
沖縄	4,326	47	11	23.4%	0	11/30
全国	147,155	2,214	1,200	54.2%	31	12/4

は百人を超えている)が、それらの事例の労災手続は行われていないのではないかなどの疑問が、当然うかびあがってくる。

なお、10月19日付け中日新聞が「新型コロナ 増える労災申請療養費用、休業補償を給付 感染経路不明も認定」(名古屋労災職業病研究会の成田博厚事務局長がコメント)、11月12日付け東京新聞の「こちら特報部」が「感染での労災申請『少なすぎ』1880件 氷山の一角 国が仕組み周知を」(全国安全センターの古谷杉郎事務局長がコメント)、また、11月13日夜のニュースでNHKが「新型コロナ 労災認定1000人近くに 医療従事者や介護職以外も」(東京労働安全衛生センターの天野理さんがコメント)といった報道が続いていたことも都道府県別情報の提供に影響したかもしれない。

徳島新聞、中日新聞、熊本日日新聞、信濃毎日新聞、沖縄タイムス、産経新聞等が、都道府県レベルの労災保険請求・認定状況を報じることもつながった。とくに11月29日付けの中日新聞の記事「コロナ労災知って 全国1,133件、地域や業種で偏り」は、初めて地域格差を指摘した。

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資料から、7/28~8/3の週以降、週単位の「濃厚接触者における感染経路」別割合がわかるようになった。「濃厚接触者」は「接触歴等判明者」のことで、別の資料から日

表4 東京都の新型コロナウイルス感染症感染経路別新規陽性者数(2020.7.28~12.14/週単位)

期間	新規陽性	接触歴等不明	接触歴等判明		感染経路											
					職場		同居		施設		会食		接客を伴う飲食		その他	
					A	B	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A
7/28~8/3	2,367	1,422	945	39.9%	169	7.1%	246	10.4%			130	5.5%	182	7.7%	217	9.2%
8/4~8/10	2,350	1,495	855	36.4%	137	5.8%	249	10.6%	59	2.5%	143	6.1%	80	3.4%	187	8.0%
8/11~8/17	1,811	1,119	692	38.2%	109	6.0%	283	15.6%	41	2.3%	81	4.5%	63	3.5%	115	6.3%
8/18~8/24	1,553	947	606	39.0%	104	6.7%	249	16.0%	43	2.8%	56	3.6%	54	3.5%	100	6.4%
8/25~8/31	1,389	841	548	39.5%	70	5.0%	218	15.7%	51	3.7%	59	4.3%	42	3.0%	107	7.7%
9/1~9/7	1,031	574	457	44.3%	63	6.1%	171	16.6%	67	6.5%	41	4.0%	26	2.5%	89	8.6%
9/8~9/14	1,234	657	577	46.8%	78	6.3%	190	15.4%	76	6.2%	67	5.4%	34	2.8%	132	10.7%
9/15~9/21	1,222	650	572	46.8%	78	6.4%	229	18.7%	86	7.0%	35	2.9%	39	3.2%	106	8.7%
9/22~9/28	1,026	531	495	48.2%	116	11.3%	158	15.4%	53	5.2%	42	4.1%	36	3.5%	90	8.8%
9/29~10/5	1,212	644	568	46.9%	74	6.1%	172	14.2%	95	7.8%	75	6.2%	20	1.6%	133	11.0%
10/6~10/12	1,239	744	495	40.0%	48	3.9%	157	12.7%	107	8.7%	45	3.6%	37	3.0%	100	8.1%
10/13~10/19	1,255	700	555	44.2%	69	5.5%	208	16.6%	126	10.0%	54	4.3%	31	2.5%	67	5.4%
10/20~10/26	1,082	608	474	43.8%	73	6.8%	171	15.8%	100	9.3%	47	4.3%	14	1.3%	69	6.4%
10/27~11/2	1,170	643	527	45.0%	87	7.5%	219	18.7%	84	7.2%	37	3.2%	11	0.9%	89	7.6%
11/3~11/9	1,482	826	656	44.3%	100	6.7%	267	18.0%	96	6.5%	66	4.5%	26	1.8%	101	6.8%
11/10~11/16	2,162	1,229	933	43.2%	146	6.8%	393	18.2%	148	6.9%	77	3.5%	23	1.1%	146	6.7%
11/17~11/23	3,082	1,779	1,303	42.3%	259	8.4%	530	17.2%	175	5.7%	93	3.0%	33	1.1%	214	6.9%
11/24~11/30	2,928	1,694	1,234	42.1%	159	5.4%	570	19.5%	206	7.0%	84	2.9%	21	0.7%	194	6.6%
12/1~12/7	3,064	1,693	1,371	44.7%	141	4.6%	620	20.2%	273	8.9%	84	2.7%	34	1.1%	219	7.2%
12/8~12/14	3,527	2,009	1,518	43.0%	188	5.3%	642	18.2%	307	8.7%	102	2.9%	44	1.2%	235	6.7%
合計	36,186	20,805	15,381	42.5%	2,270	6.3%	5,941	16.4%	2,193	6.1%	1,416	3.9%	851	2.4%	2,710	7.5%

新規陽性者数(A)、接触歴等判明者数(B)、接触歴等不明者数(C)は、<https://stopcovid19.metro.tokyo.lg.jp/> から抽出。

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 (<https://www.bousai.metro.tokyo.lg.jp/taisaku/saigai/1009676/index.html>) から得られる、「濃厚接触者における感染経路」=接触歴等判明者数に対する感染経路別割合を接触歴等判明者数に掛けてD~Iの数字を算出。モニタリング会議資料の「新規陽性者数(無症状者数)」には週別新規陽性者数が示されているが、Aの数字と一致しないものもある。

毎の新規陽性者数、接触歴等判明者数、接触歴等不明者数が得られるので、1週間ごとの接触歴等判明者数に割合を掛けて当該感染経路による感染者数の実数を求め、1週間ごとの新規陽性者数に対する割合を計算することができる。この結果を示したのが表4である。新規陽性者数全体のうち「職場」を感染経路とする者の割合は3.9%~11.3%、7月28日から12月7日までの全期間では6.3%となった。

感染経路が「職場」ではなく、

「施設」等他の区分に区分されている中にも、労働者として業務上感染したものが含まれていることは確実である。また、接触歴等不明の中にも、労災保険の支給決定(業務上認定)や公務員災害補償基金の公務上認定の対象になり得る者が含まれていることにも留意する必要がある。

労災請求の実績と比較すると、10月31日現在の東京都の累計感染者数が31,096人であるところ、東京労働局管内の労災請求者数は505人(表3)と、1.6%に

相当するにすぎない。

また、12月11日現在の全国の累計感染者数は169,890人であり、前述の労災保険請求件数2,410人と地方公務員災害補償基金の請求件数171人を合わせても2,581人で、169,890人の1.5%に相当するだけなので、本来労災補償を受けられるべき者から請求がなされているとは到底言い難い状況である。

<https://joshrc.net/archives/category/covid19/>で、随時最新情報を提供中。



認定事案から考えた今後の課題

CCOVID-19●老人ホームの介護労働者

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を発症し、9月下旬に労災認定された愛知県内の有料老人ホームに勤務する70代の介護労働者Aさんは、7月中旬に発熱し、家族が探したクリニックでPCR検査を受けたところ、陽性の判定を受け、新型コロナウイルス感染症の患者を受け入れている病院に入院した。肺炎を発症していたことから、集中治療室（ICU）で治療を受け、8月上旬に退院した。

同居する家族とAさんは労災保険の請求を希望し、勤務先の老人ホームにそのことを伝えたものの、勤務先で新型コロナウイルス感染症の陽性者がAさんしかいなかったことから、施設長より労災請求への協力を断られてしまい、入院中のAさんに代わってご家族が労職研に相談された。

筆者は家族とともに、Aさんの発症前2週間の行動歴等を申立書にまとめ、休業補償給付請求書とともに労観基準監査書に申請した。Aさんが入院していた病院には、療養補償給付請求書を提出した。

Aさんが入院したとき、同居するお二人の家族は新型コロナウイルスに感染していなかった。Aさんの新型コロナウイルス感染

症発症前、勤務先には発熱して休んだ職員がいたり、外出から帰る入居者や配達に来る宅配業者などがいたりした。死亡した入居者もいたということだった。

Aさんの老人ホームでの業務内容は、洗濯物の処理、入居者のおむつ交換及び便、失禁の対応、入居者にコールで呼ばれたときの対応、夜間の入居者の水分確認、服薬、痰の吸引、起床させることなどだった。夜間に発熱する入居者もいて、そのようなときは、看護師に電話をして指示を仰いでいた。

Aさんは、新型コロナウイルス感染症が流行してからは、Aさん自身が70代で高齢であることや、勤務先に迷惑をかけたくないという思いから感染にはとても気を付けていた。

発症前2週間のAさんの自宅からの外出は、家族が運転する自家用車での勤務先への送迎や食糧品と日用品の買い物だけだった。外出の際はマスクをして、消毒液を持参し、買い物を短時間で済ましていた。公共交通機関での移動は一切しておらず、以前は乗っていた自転車も、最近では利用していなかった。

Aさんはいまも、ひどいせき・たんに悩まされ夜眠れないことがあ

るといふ。この他、強い倦怠感、微熱、胸痛、関節痛などが続き通院している。主治医は自身の診たほとんどの患者さんには症状の継続や後遺症がないと言っているということだが、同居している家族は、Aさんの新型コロナウイルス感染症が本当に治ったのか疑問に思っている。

Aさんのケースを通して考えた最初の疑問は、休業補償給付がいつまで支給されるか現段階ではわからないということ。いまのところ、退院後の休業補償給付も支給されているが、いつ症状固定とか治癒とされ、休業補償が打ち切られるかわからない。PCR検査で陰性となったものの、せきやたん、強い倦怠感や微熱などの新型コロナウイルス感染症の症状が継続する被災者（患者）に対しては休業補償の給付を継続して行うべきだが、今後、療養中に休業補償の打ち切りが行われる被災者（患者）が発生しないとも限らない。また、退院後の休業補償給付の不支給決定がされる事案が多く発生する可能性があるのではと懸念している。

退院後の休業補償の打ち切りについては、新型コロナウイルス感染症に感染し入院した病院事務職員が労働基準監督署に問い合わせた際、監督署員に退院後は休業補償が支給されないと教示されたとの相談を受けたことがあったことや、医師が被災者（患者）の退院時に休業補償給付請求書の医師証明欄にある傷病の経過の箇所の継続中にでなく、治癒（症状固定）にマ

ルをつけてしまっているケースを見たことがあった。この病院事務職員は、退院後も全身の倦怠感、痛み等が残り休業が長引いていたが、新型コロナウイルス感染症の療養休業中は給料が支給されないの、子育て中であることもあり、労災の休業補償給付が支給されないと因ると筆者に話していた。新型コロナウイルス感染症を発症し、症状が出て入院、療養などをしなければならぬ被災者（患者）にとっては労災保険の給付がセーフティネットになることがわかった。

二番目の疑問は、新型コロナウイルス感染症が治癒ないし症状固定とされた段階で症状が継続していたり、後遺障害が出現したりした被災者（患者）に対し障害補償給付が支給されるのかははっきりしないということ。労働基準監督署が後遺障害認定のときに用いる障害認定必携に示されている認定方法で障害認定がされるであろうと推察はできるが、現在のところ、新型コロナウイルス感染症の後遺障害の障害認定に関する厚生労働省通達などは発出されておらず、情報はない状況である。新型コロナウイルス感染症の様々な後遺障害が世界中で確認されているという内容の報道がメディアでされているが、解明途中であると言えるだろう。一方で、新型コロナウイルス感染症に感染した後、PCR検査で陰性となった後も症状がある場合は、あくまでも新型コロナウイルス感染症の症状が継続していると見るべきで、後遺症と見るのは失

当との医師意見もある。

いずれにせよ、今後、休業補償給付の支給が終了する被災者（患者）より、障害補償給付請求をされた場合、どのように労働基準監督署が障害認定していくのかということは、実際に行われる障害認定を見ていくしかない。

厚生労働省は、医療・介護従事者等の労災認定については、業務外で感染したことが明らかである場合を除き、原則として労災保険の対象にするとしており、請求件数も増加してはいるが、医療従事者等以外の請求件数は全国の感染者数を鑑みると、少なすぎるように見える。医療従事者等以外の労災請求件数を増やす必要がある。

また、Aさんのケースでは勤務先が労災請求への協力を拒否

したが、厚生労働省が積極的に医療・介護従事者の労災認定をしていることから、医療機関、介護事業場等の労働者が新型コロナウイルス感染症を発症した場合、事業主は拒否せずに積極的に労災請求に協力すべきである。事業場の中には組織運営が困難になることや、風評被害を恐れて労災請求に消極的なところもあるだろう。

なお、愛知労働局管内の11月12日現在の新型コロナウイルス感染症に係る労災請求件数は77件で、他と比べて少ない。労働局や労働基準監督署は、クラスターが発生した事業場への労災保険の請求勧奨をもつ



（名古屋労災職業病研究会 成田博厚）

27年間保存を法務局に要請

法務省●死亡診断書5年廃棄問題で

27年間保存のはずの役所に提出された死亡診断書が、一部の法務局で、実際には「5年で廃棄」する動きが進んでいることが問題になっている（2020年6月号58頁参照）。

このため、アスベスト被害者が死亡診断書による死因の証明ができない苦境に陥ってしまい、現在、当該の労働基準監督署との交渉を続けていることは、2020年8月20日付け毎日新聞でも大き

く報道された（<https://joshrc.net/archives/5826>）。

この問題に関連して、中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会が、アスベスト被害者にとって由々しき大問題であるとして、直接の所管官庁である法務省、ならびに、石綿健康被害救済法所管の環境省、労災補償所管の厚生労働省に対して、要望書を2020年11月5日付けで提出した。

この際、対応した法務省担当

者（法務省民事局民事第一課）が説明したところによると、「6月に全国50か所の法務局に対し、戸籍法施行規則の原則に基づいて27年間保存するよう要請した」ということである。しかし、これは、「要請」つまり「お願い」であって、「廃棄は適法」との法務省の姿勢は変わっていないなかの「措置」の域は出ていない。

患者と家族の会では、「要請」は一步前進ではあるが、すでに廃棄されてしまった方について、厚生労働省の保有している人口動態統計データの活用などで対処してもらいたいとしているが、依然として、同省は消極的な姿勢をとり続けているということであり、問題は解消されていない。

発端となった、上記記事の横浜南労基署の事案についても同署と厚生労働省本省との間で打開策が模索されているという状況で解決には至っていないということである。

患者と家族の立場に立って、一日も早く、抜本的打開策が講じられるべきである。

要望書

〔前略〕法務局では、市区町村が保管する戸籍情報が災害等で消失した際の情報を復元するため、戸籍法施行規則第49条第2項により死亡診断書を原則27年間保存することとされています。他方、同規則第49条及び第49条の2の規定によって、一部の法務局において5年で廃棄する動きもみられます。

アスベスト健康被害の補償・

救済において、2006年に施行された石綿健康被害救済法では、被災者の死亡から5年が経過した「労災時効」事案等の被害に関して救済を図る制度的枠組みが整えられています。これら制度では、石綿健康被害救済制度が施行された2006年から2017年までの実績だけでも約1,500名の被災者遺族の救済につながっており、労災保険制度と石綿健康被害救済制度での全認定者のうち1割程度を占めています。

本件への対応を検討し、被災者遺族の権利が守られる状況がつけられるまでは、一部法務局で実施されている廃棄を中断していただくことを含め、次のとおり要請いたします。

記

- ① 法務局で市町村等から送付を受けた死亡診断書を27年が経過せずに廃棄することを即時に中断してください。
- ② 戸籍法では「死亡診断書」の27年間保存を義務付けています。「死亡診断書」に記載されている死因他の情報を複製が制度上明確に担保されていないにも関わらず、5年で廃棄できる除外規定が適用されるのは、アスベスト被災者遺族救済の観点から問題があります。本件が整理されるまで27年間の保存を徹底してください。
- ③ 厚生労働省においては、人口動態調査「死亡票」に死亡者の死因情報が記載されているのであれば、それは遺族や労働基準監督署の調査に

おいては情報開示すべきです。労災請求等がされた段階で開示して、調査に反映してください。

- ④ 環境省は2009年4月21日に「死亡票」をもとに、中皮腫で死亡した遺族に石綿救済給付制度の周知事業を行っています。それは「死亡票」を行政目的で利用しているため、目的外使用はできないという説明と矛盾する事業です。実施に至った経過をご説明ください。
- ⑤ 厚生労働省と環境省で連携し、すべての中皮腫遺族に対し、「死亡票」を元にした「周知事業」をあらためて実施してください。

厚生労働省の協力依頼

※厚生労働省労働基準局補償課長の法務省民事局民事第一課長宛て2020年6月4日付け基補発0403第3号「法務局における死亡診断書の保存に関する協力依頼について」

平成18年3月27日に施行された石綿による健康被害の救済に関する法律（平成18年法律第4号。以下「法」という。）に基づく石綿健康被害救済制度では、石綿による健康被害を受けた方やその遺族に対し、各種給付を行い、石綿による健康被害の迅速な救済を図っています。

その際、同制度における特別遺族給付金（以下「給付金」という。）では、死亡労働者又は労災保険の特別加入者（以下「死亡労働者等」という。）が法第2条第1項に定める指定疾病及び厚

生労働省関係石綿による健康被害の救済に関する法律施行規則（平成18年厚生労働省令第39号）第2条に定める対象疾病（以下「指定疾病等」という。）により死亡したことが支給要件の一つとされていることから、審査に当たっては、戸籍法（昭和22年法律第224号）第48条第2項に基づく証明書（以下「証明書」という。）により死亡労働者等の死亡原因を確認することが必要となります。

一方で、戸籍法施行規則（昭和22年司法省令第94号）において、死亡届等の書類の保存期間が定められているものと承知しておりますが、廃棄された場合には給付金の請求人が証明書を入手することができず、給付金の請求に多大な支障を来すことが予想されます。

つきましては、各法務局等において保存されている死亡届等の書類のうち死亡原因が指定疾病等であるものについては、法に基づく給付金の請求期限である令和4年3月27日までの間、請求人が死亡労働者等の証明書を入手できるよう、保存期間の経過後においても可能な限り保存されるよう特段のご配慮を賜いますこととして、関係機関に対する周知方よろしくお願い申し上げます。

法務省の協力依頼

※法務省民事局民事第一課補佐官の法務局民事行政部戸籍課長及び地方法務局戸籍課長宛て2020年6月16日付け事務連絡「保存期間が経過

した本籍人に関する届書類の取扱いについて（依頼）」

石綿健康被害救済制度における特別遺族給付金の支給の審査に当たっては、戸籍法第48条第2項に基づく証明書により死亡労働者等の死亡原因を確認することが必要となること、これに関し、厚生労働省労働基準局補償課長から別添のとおり当該課長宛て協力依頼がありました。

つきましては、貴局、貴管下支局及び管内市区町村において保存されている本籍人に関する届書類については、特別遺族給付金の請求期限である令和4年3月27日までの間、5年の保存期間の経過後においても可能な限り保存するよう御配慮願います。

また、貴管下支局長及び管内市区町村長に周知方お取り計らい願います。



製薬工場でタルク曝露が原因 北海道●薬剤師助手の中皮腫労災認定

今回の労災認定事案は、アスベストが含有していたと考えられるタルクのついた手袋を常用したことでアスベストを吸入してしまったことが原因で発症した胸膜中皮腫とみられる事案で、札幌中央労基署が労災認定した。

タルクをめぐるアスベスト被害は、日本では看護師、ゴム工場等の被害がこれまでに報告されており、北海道では初めての労災認定事例となる（タルク経由の製薬会社労働者の被害としては、全国3例目とみられている）。

米国においては、医薬品製造大手のジョンソン・エンド・ジョンソンがベビーパウダー製造に使用したタルクの中にアスベストが含有していたために中皮腫等のアスベスト疾患を発症したとして、患者や遺族らが裁判を起こすなどしてきた。今後、日本でもタルク

含有のアスベスト被害をめぐってはさらに注目が集まることが予想される。

被災労働者のAさんは、2019年に胸膜中皮腫を発症した（当時84歳）。同年6月に札幌中央労働基準監督署に労災申請し、2020年3月に認定された。

Aさんは、1972年3月～1972年8月にかけて札幌市内の医薬品製造業の会社に薬剤師の助手として勤務した際、医薬品製造の補助業務に従事し、原材料の加工の際にゴム手袋を使用。ゴム手袋にタルクが付いていた可能性があった。

労基署から照会に対して会社は、「昭和47年当時、現在使われているパウダーフリーの手袋はないと思われ作業員がタルク付きのゴム手袋を着用していたと思われ」との回答している。

曝露が明瞭でないこと、曝露期間が短かった（労災認定基準は石綿曝露1年）ことから厚生労働省に設置されている専門家会議（石綿に係る疾病の業務上外に関する検討会）での本省協議を経て、業務上疾病として認定された。労災認定後に入手された開示資料によると、本省協議の結果の判断内容は、次のとおりであった。

「被災労働者は、昭和47年3月から昭和47年8月まで医薬品製造の補助作業に従事していた。当該期間においては、タルク付きの手袋を着用し、詳細不明の薬の材料となる固まりを削る作業等に従事していたことが認められており、また、提出された医証からは、石灰化したプラークが認められている。したがって、石綿曝露は作業の従事期間は1年に満たないものの、職場内において手袋のタルク以外にも高濃度の石綿粉じんにも曝露していた蓋然性が高く、かつ、提出された医証からは、中皮腫を発症していることが認められることから、業務における石綿曝露により、中皮腫を発症したものと認められる」。

これをみると、厚生労働省としては、石灰化プラークに着目して、手袋に付着していたタルク由来の石綿曝露だけではない、ほかの曝露原因も想定したようであるが、それが何かは記載されていない。後述するように、薬品工場でのタルク曝露が原因とみられる事例が少なくとも2例あり、厚生労働省はその詳細を知っているため、そのことが、今回の上

記記述に反映しているのかもしれない。

本件労災認定の意義は、以下のとおり。

① 道内初のタルク経由のアスベスト被害

2018年度認定分までの労災認定事例でタルクが関係しているものは43件。北海道ではこれまでに認定事例がなく、初めてのケースとなる。また、このうち製薬会社勤務者では大正製薬（株）大宮工場、日本薬品工業（株）茨城工場の2件のみである。

② アスベスト含有タルクの危険性をあらためて確認

様々な製品にタルクを使用するものがあるが、今日では石綿含有はまずないと考えられている（ただし、疑義はある）。古くから医薬品にも使用されてきた。これ以外にもベビーパウダー、塗料、充填剤、離型剤など多岐にわたる。米国ではJ&J社に対して、ベビーパウダーにアスベストが含有していたために中皮腫等を発症したとする患者との係争が続いている。日本にもこのような流れの余波が今後くる可能性がある。

③ 労災認定基準の目安「曝露1年」を下回る「5か月」で認定

中皮腫の労災認定の基準では、「石綿曝露作業従事期間1年以上」の目安が規定されている。本件被災者の石綿曝露は5か月であった。

個々の状況で曝露状況に違いはあるが、1年未満の曝露での認定事例はこれまでもあった。今回の事例からも、現行の労災認定基準における「曝露期間」の

規定の見直しを図る必要があると考えられる。

Aさんのご遺族Nさんのコメント

2019年2月、母が体調が悪くなり、父と近所の病院にいき、そこで肺に水が溜まっているのでそのまま救急車で札幌禎心会病院に運ばれたのが、この病気のはじまりでした。

初めは原因がわからず、肺の水を抜くことからのスタートでした。その後退院して自宅に戻り、またすぐに体調が悪くなり検査をしたら肺に水が溜まっていて再入院となりました。そこから詳しく検査をしていき、母の担当医となっていたいただいた本田先生に、アスベストが原因の悪性胸膜中皮腫と診断していただきました。

しかし、母は85歳で高齢ですし、手術も難しく、手術をしても長くは生きられないことを聞き、父、妹と三人で話し合い、母には告知せず自宅で最後まで一緒に残りを過ごそうと決意しました。はじめは2年、しかし、病気の進行が早く母の誕生日が6月だけれども、もしかしたら桜も見れないかも、誕生日までもたないかもと宣告され、母が少しでも痛みを感じなく、苦しまないで最後の時を迎えられたらという思いでした。

私も5月から会社に介護休暇をいただき、毎日父とそして妹もほとんど毎日通ってきてくれました。病院へは週に一回、本田先生に診察をしていただきました。母にとっては本田先生の優しいお手当が毎週の楽しみだったのと、私たち家族は逆に母の最後の

時がいつなのかの確認のときでした。この一週間の一日が、病院の後、4人でお花を見に行ったり、食事に行ったり、母との思い出を作る日でもありました。しかし日に日に病状は悪化し、はじめは歩けたのが車椅子になり、酸素吸入をし、ベッドから自分でおりることもできなくなっていきました。6月の誕生日がすぎ、お盆も過ぎ、母も頑張っていました。10月4日旅立って行きました。

いつも家族のためにと85歳まで人生一生懸命生きてきた母、それなのに何故最後このような病気になってしまったのか、どこでアスベストが体に入ってしまったのか、本当に不思議でなりませんでした。

この間、澤田さん[全国安全センター事務局次長/患者と家族の会事務局]、労基署のKさんに

も大変お世話になりました。そして、薬品会社に勤めてたときの手袋の中のタルクという粉にアスベストが含まれていて、それが労災認定となったと決まったときは驚きましたし、補償をしていただけることはとても感謝しています。

世の中には、いろいろな病気で治療したり、苦しんで闘っている方がたくさんいると思います。母と同じようにアスベストが原因で、現在も必死に治そうと病気と闘っている方もいると思います。その方たちが少しでも、安心して最大限の治療をうけて、病気を治すことができ、そして、そのご家族の生活を守っていくことができるようにと思い、この手紙を書かせていただきました。

澤田さん、Kさん、そして本田先生、本当にありがとうございました。



の状態等に関する届の診断書」(主治医が作成した令和2年1月28日付け文章)2枚、休業補償請求用紙3枚の計6枚だった。資料は実質的には3枚であり、この調査内容をみても、調査が尽くされたとは到底思えなかった。

長崎労基署が通院日のみと判断したのは、主治医が1月に提出した診断書に、「日常生活の状況として掲げられた9項目についてすべて『可』とされ、今後における治療の適否及びその概要については『否』と判断している」と記載されていたことを根拠としている。また、地方労災医員の意見を聴取し、医員も、「経過観察中の休業の必要性について疑問を呈している」として、医療機関へ受診した日以外は労働が可能な状態であったと判断したのであった。

Mさんは、2018年に山口県の病院において、左肺の胸膜切除・剥離術(PD)を受けた。その後、自宅により近い専門医療機関としてN大学病院を紹介され、同年12月27日以降受診していた。

Mさんは、悪性胸膜中皮腫という疾患の特殊性から1か月間隔の受診を希望したのであったが、2020年1月16日に受診した際に、自宅により近い医療機関への転院を薦められたのだった。大学病院での継続した治療を希望したが、担当医の強い薦めがあったため、自宅から近いI病院に転院することとなった。

ところが、Mさんが3月12日にN大学病院を受診した際に胸水の貯留が認められ、3月30日にI病

中皮腫の休業補償通院日のみ

長崎●審査請求で原処分取り消し

悪性胸膜中皮腫を発症し療養中のMさんが、2020年3月に、前年12月1日から2月29日まで91日分の休業補償給付を長崎労働基準監督署に請求したところ、4月17日付けで「91日の休業補償の請求を受けましたが、通院日以外は療養のため労働できない状態と認められず、日数を通院日数の1日へ減じて決定しております」との通知が届いた。

4月下旬にご家族から、「働きたくても動けないので、自宅で養生しています。今後どうすれば、以前のように休業補償を受けることができますか?」と相談があった。そこで、審査請求の準備を行いながら、今回の判断を行った理由を知るため復命書の開示請求を行った。開示された資料は「聴取記録書・復命書」(令和2年2月10日決済)が枚と、「傷病

院を受診した際にも右肺の異常を指摘され、5月14日に再びN大学病院を受診したところ、担当医から「悪性胸膜中皮腫が右肺に再発している」ことを告げられたのであった。

長崎労基署の処分が納得がいらず、長崎労働者災害補償保険審査官に審査請求を行い(6月17日受理)、審査官による調査が開始された。そして、9月28日付けで、労基署がなした処分を取り消す決定が出された。

審査官の判断は明快で、以下のような当たり前の内容だった。

- ① N大学病院の主治医は、療養のため労働することができないと認められる期間として、令和元年12月1日から令和2年2月29日まで91日間のうち91日と証明している。
- ② N大学病院の主治医作成の令和2年1月初日付け診断書では、呼吸困難第Ⅲ度(平地でも健康者なみに歩くことができない)と診断され、労作時の呼吸困難の症状が認められる。
- ③ 主治医が提出した診断書は傷病補償年金の支給の要否(傷病等級第1級から第3級までのいずれか該当するか否か)を決定するためのもので、9項目のすべてが「可」であることをもって、ただちに労務に服することができることを意味するものではない。
- ④ 令和2年1月16日にCTにて胸水貯留が指摘され、令和2年3月12日には胸痛と訴え、歩行時の呼吸困難も増強し、XP

にて胸水が認められる。

- ⑤ N大学病院の主治医は、就労の制限は認められ、令和2年5月の再発は、現実的にはもっと早い時期に再発していたと考えられると意見を述べている。
- ⑥ 以上を総合的に勘案すると、請求のあった期間の全部について、業務上の疾病により療養のため労働することができなかつたと判断する。通院日のみ支給するとした処分は妥当ではなく、取り消されるべきである。

中皮腫は、根治療法がなく、また進行が速いため、予後は大変不良である。私たちは、中皮腫の患者さんとご家族を支援しているが、患者さんの共通の思いは補償よりも治療の診断である。しかし、残念ながら療養中の中皮腫の患者さんで、治療と診断された方はいない。

ところが、今回のMさんの事例だけでなく、2020年2月3日付けで久留米労働基準監督署が中皮腫で治療中の方の労災申請を業務上と判した案件も、休業補償については治療の途中から受診日のみと決定した(発症日2017

年11月9日、2019年9月以降は受診日のみの判断)。この案件についても、現在、福岡労災保険審査官に不服申立てを行っている。2020年に入り、九州において、労働基準監督署が同じような判断を2件続けて行ったことが大変気にかかる。

10月9日、本件の処分取消しについて、長崎県庁にて記者会見を行った。Mさんは、「医師から余命2年と宣告されたが、手術を行い2年が過ぎた。一日一日が奇跡だと思って生きているのに、監督署のこのような補償の打ち切りは許せない。中皮腫の患者がどういう気持ちで生きているのか、監督署はもっと考えるべき。アスベストの病気をもっと勉強すべきだ」と訴えた。

中皮腫という病気に対して、労働基準監督署の認識に変化があるのか、医師の認識の変化なのか気にかかる。今回は、審査官の適切な判断により不支給処分が取り消されたが、全国の労働基準監督署において業務上外の判断に当たっては、より丁寧に慎重な調査を行うよう求めたい。



(ひょうご労働安全衛生センター)

雇用なき労働と外国人労災

三重●単純な労災隠しも手続を困難に

フレドリックさんは、2017年にガールフレンドと短期滞在で来

日し、直後に二人で難民申請を行って今日まで滞在を続けてい

る。この3年の間に2人の子も儲け、一家で仲良く暮らしてきた。

フレドリックさんは、まったく日本語ができないことなどから自ら職探しはできず、外国人を積極的に受け入れる派遣会社を通じて働いてきた。就業場所は主に東海地方の建設業であり、同僚もペルー人やブラジル人などが多かった。

このような環境で、フレドリックさんは二度業務上災害に罹りました。最初は岡山県の現場で、ソーラーパネルの設置をしていたときにクレーンに吊るされた資材で胸を強打し、負傷している。このときは「事故のことは誰にも言うな」と言われてしばらく仕事を休んだものの、すぐに現場に復帰した。

二度目の事故では、足場資材である鉄骨に左手薬指を挟まれて開放骨折する怪我を負い、相当期間休業せざるを得なかった。一向に回復する兆しを見せない指をかかえて1か月以上休んだことにより、その間の賃金も支給されないとことから、乳飲み子を含む家族を抱えるフレドリックさんも焦ってきた。

そこではじめて相談のために連絡をしてきたのだが、本人の認識では、フレドリックさんは三重県鈴鹿市の人材派遣会社であるジェリックから、日当14,000円で工事現場に派遣されている派遣労働者である。建設業は派遣禁止業務であるため、おそらく一次下請である株式会社妃朔からジェリックが業務を請け負うというかたちになっているのだろう。ジェリック社の代表取締役も

現場と一緒に入場して作業をしている。ととろが、給与明細もきちんと保管しているというので見せてもらったところ、「請求書」と記載されていた。建設作業員によくある、働いた側が親方に請求するという形式である。控除欄には「労災特別加入保険料」という記述もあり、フレドリックさんが一人親方扱いになっていることがわかった。

ジェリック社は念入りに、フレドリックさんら職人と現場毎に業務請負契約を結び、さらに各人に税務署へ開業届を出させて、フレドリックさんがいかにも個人事業主であることを強調していることもわかった。もちろん、先にも述べたように日本語ができないフレドリックさんは、何に署名させられているかわからないし、そもそも本当に税金を納めたこともない。

自筆で「Suzuran」と屋号欄に書き込んであるが、「好きな日本語を書け」と言われたので、お気に入りの邦画で主人公が通う高等学校名を書いたに過ぎなかった。

難民申請者が個人事業主になるということが、出入国管理法上認められるのかということ、外国人の在留資格に精通した行政書士に尋ねてみると、個人事業主として収入を得ることに問題はないという。

こうなってくるとただでさえ劣悪な外国人雇用がますます醜くゆがんでく。難民申請者であると大使館などの在日公館からの支援は受けられないし、雇用されていないことで「外国人雇用状況

の届出」はされず、日本政府にも把握されない。社会保険、雇用保険、労災いずれも加入しないまま、事故や病気の際でも何ら社会保障を受けることができない。

今回は元請である日揮ホールディングス（横浜市）による対応の悪さも相まって、本来であれば単純な労災隠し事案も支給定までずいぶんと時間がかかってしまった。フレドリックさんの労災請求についてどのように下請に伝えたのか分からないが、ジェリック社はフレドリックさんに対して取り下げを求めてきた。取り下げないと訴訟をすると脅したり、夜半大勢でフレドリックさんの自宅を急襲したりなど、他社で同種の事件が発生した際であればまず起こりえないことが起こってしまった。このことについて日揮ホールディングスに対して下請への指導を求めると、「うちがやったわけじゃないし」と人を食った対応してくる。また、元請としてフレドリックさんと直接話をしたい、という申し入れは理解できるが、妃朔とジェリックの同席が前提というのは、まったくもって不可解である。はては、妃朔とジェリックに聴き取りを行い、「どうやって事故が発生したのか分からないし、フレドリックさん自身が労災保険を請求しないでくれ、病院に連れて行かないでくれ、と言っていた」という報告を書面で送ってきた。このような稚拙な報告を真に受ける元請による事業主証明など、頼まれても受け取る気にはならない。

フレドリックさんの事件は、第三者が介入したことで労災の手續

きを進めることができた。しかし、大手企業でも上記のような対応をする会社があるし、下請けの零細事業所がわざわざ傘下の職人を個人事業主として何重もの偽装をすることにより、労災請求の困難さはなおさら増していく。加えて田舎の病院や監督署であれば、事業主証明がなければ請求を受け付けずと門前払いをするともあるだろう。

ところで、ジェリックの代表者はペルー人であり、先にも述べたとおり自ら作業現場に入る。事業者としてこのような脱法行為に関する知識があるようには思えず、従業員を一人親方扱いするやり方は、自ら考えた方法ではないと確信している。外国人労働者というと、技能実習や特定活動などが頭に浮かぶが、これらは雇入れまでに非常に煩雑な手続

きを要する。また、技能実習については雇入れ後も継続して行政の監視決にさらされる。一方、定住者や難民申請者については、社会保障負担なし、雇用責任なし、必要なときだけ使用、という使い方ができるし、このような働き方がビジネスモデルとして共有されていても不思議ではない。ジェリックのよくできたウェブサイトと、現場で頑張る職人然とした代表者の姿のギャップから、誰か指南役がいるのかもしれない。

今回の事件は、悪質であるとして、所轄労働基準監督署による臨検が進められている。現在のところ、ジェリック社は黙秘を貫いているらしいが、黙っていれば何も咎められないというものではない。調査を通じて明らかになっ



ていくとを期待したい。(関西労働者安全センター)

ろが作業中、Vさんの両手がアイロンプレスに挟まれ、抜けなくなってしまった。プレスの圧力と高温の蒸気が両手指に加えられた。Vさんの叫び声を聞いた同僚がとんできて、プレスを解除するボタンを押してくれたが、彼の両手指は赤く腫れあがってしまった。

すぐに近くの皮膚科のクリニックで応急手当を受け、その後も通院しながら消毒を続けていた。その間、工場で作業をさせられていたようである。それでは火傷した両手指の患部が良くなるはずはない。

不安に思ったVさんは、同胞の支援者を通じて組合に相談した。組合が工場に出向き社長と交渉したところ、労災申請もしていないことがわかった。ただちに労災申請の手続きを要求するとともに、Vさん入院して専門的な治療を受けてもらうことにした。

2019年6月、入院先の病院でVさんと面会した後、水戸市内の会社の工場を訪ねて、Vさんが作業していたアイロンプレス機を確認した。

前後に回転する平台式のアイロンプレス機である。ワイシャツをアイロン台に伸ばして広げ、傍らの片手ボタンを押すと、アイロン台が上昇し、上段に押しつけながらスチームをかけてプレスする。

手の進入を防ぐガードや両手スイッチ、光線式の安全装置はまったくついていない。何かの拍子に手指が挟まれると即座に抜くことは困難である。プレス機である以上、機械の本質的な安全化を図る必要がある。メーカーは

クリーニング工場で大やけど 茨城●ベトナム人技能実習生の労働災害

2019年6月、全統一労働組合の役員とともに茨城県水戸市内の病院に入院しているベトナム人男性Vさん(男性、当時37歳)を訪ねた。Vさんは両手指を大やけどするケガで治療中だった。

Vさんは、技能実習生として2018年12月に来日。茨城県内のクリーニング業界で作った監理団体を通じて水戸市内のクリーニング工場に配属され、働きはじ

めた。当時、リネンサプライ仕上作業は1号職種のため、実習期間は1年間だった(2018年11月の省令改正で2号職種に移行)。

就労をはじめて3か月たった2019年3月、Vさんはクリーニングしたワイシャツの仕上げにアイロンプレス機械を操作していた。アイロン台にワイシャツを広げておき、ボタンを押すとアイロン台が上昇し蒸気かけてプレスする。とこ

手指の進入による災害防止用の安全装置を付属すべきである。

社長はVさんのやり方に問題があったと言わんばかりで、アイロンプレス機の安全対策などまったく考えていなかった。

2020年6月、組合事務所で1年ぶりにVさんと会うことができた。前年来、3回ほど植皮術をうけ治

療を続けた結果、ほぼ両手指の火傷は症状固定になった。ただ思うように両手指を曲げられない。今後は後遺症の障害認定を受け、また、会社及び監理団体に対しても、災害補償と安全配慮の責任を果たすよう



交渉することとしている。
(東京労働安全衛生センター)

肺がんで亡くなった地下鉄機関士が、「推定の原則」によって、釜山地下鉄の労働者として初めて産業災害の判定を受けた。

釜山地下鉄労組は、勤労福祉公団が2019年7月に肺がんで亡くなった釜山交通公社の機関士Kさんを業務上疾病による死亡と判定したと、明らかにした。

勤労福祉公団は、ソウル地域などの機関士が、石綿などの発がん物質に相当期間曝露して肺がんに罹ったことがあり、Kさんもやはり同様な事例と推定されるとし、産災の立証に必須とされる疫学調査さえしなかった。

労組とKさんの家族は、2019年7月に特別な家族歴のないKさんが、肺がんによって亡くなった後、勤労福祉公団に産業災害を申請した。1994年3月に入社して24年間勤務したKさんが、地下鉄の駅舎や鉄道などに堆積した石綿、浮遊粉じん、ホコリなどを長期間吸い込んだ結果、肺がんが発病したと主張し、疫学調査に備えた各種の資料を提出した。しかし、勤労福祉公団は6月15日、異例的に疫学調査なしでKさんの産災を認めた。

2020.7.14 京郷新聞

■サービス連盟・緑色病院、手をつないで労働者の診療支援／イム・サンヒョク院長「労組の組織化活動につながるように」

緑色病院とサービス連盟は、7月15日に脆弱職種の労働者診療支援事業了解覚書(MOU)を締結した。連盟と緑色病院発展委員会が作った基金は、組合員

地下鉄機関士の石綿肺がん

韓国●疫学調査なしで産業災害認定

■「新型コロナウイルス感染」／クバン物流センターの労働者が初めて産災申請

クバン関連COVID-19被害労働者支援対策委員会は7月8日、「クバン富川物流センターで働いて、COVID-19に感染した労働者が、業務上災害認定の申請を行った」と話した。

キム・ヘジン不安定労働撤廃連帯・常任活動家は、「他の労働者も産業災害申請を相談中」とした。疾病管理本部・地方自治体の疫学調査の結果によれば、5月に初めての陽性者が発生してから現在まで、クバン富川物流センターに関係した陽性者の数は152人だ。

対策委は、クバン物流センターの集団感染事態は、業務上災害に該当すると主張した。対策委は「最初の陽性者から伝染した労働者が、物流センターで働いたために大規模な感染が起

こった」とした。物流センターが基本的な防疫規則を守らなかったという点も根拠にあげた。対策委は、物流センターが低温物流センターという特性上、閉鎖された環境であるうえに、数百人が密集して働いたために感染が容易だったと見ている。

チョン・ウンギョン中央防疫対策本部・本部長も疾病管理本部のブリーフィングで、「調査したとき、作業環境の特性のためにマスクの着用が難しいという限界があり、休憩空間や通勤バス、食堂などで防疫規程の遵守が不十分だったと判断した」として、「マスク着用が難しい環境、休憩室や食堂で距離を置くことが不十分、といった要因が複合的に作用したと見ている」と話した。

2020.7.8 京郷新聞

■肺がんで亡くなった機関士、「推定の原則」で産災認定

とその家族の診療費・総合健康
検診費として使われる。連盟と
傘下26労組が、一時後援支援金
と毎月定期後援支援金を集めて
2,100万ウォン規模の基金を作る。

事業対象は、中位所得100%
以内の連盟組合員や連盟傘下
の労組が推薦した労働者で、治
療費のうち本人負担金の約50%
を基金から支援される。総合健
康診断(145万ウォン)は、検診者
が15万ウォンだけを負担する。

2020.7.17 毎日労働ニュース

■宅配労働者の「休む権利保 障」8月14日は「宅配のない日」

主な宅配会社の労働者が8月
14日を公式に休む。(株)韓進が
1992年に韓国で宅配ブランド事
業を開始して以降、初めて「宅配
のない日」が指定された。ただし、
荷主業者の同意が残っているう
えに、小規模の宅配業者は関連
の議論に参加しておらず、業界
全体に拡大するかは未知数だ。

宅配業・物流業の関連会社が
加入した韓国統合物流協会は、
「8月14日を『宅配のない日』に
指定する」という決定を7月17日
に業界に通知した。「宅配のない
日」の14日は無給休暇で、15日土
曜日の光復節を入れると、休暇
は3日にまで増える。協会の役員
会社であるCJ大韓通運の関係
者は「統合物流協会の宅配委
員会が、この日を幹線・請負会社・
代理屈・宅配運転手のすべてが
休む『宅配人リフレッシュデー』と
して議論した」として、「各社別
の事情に合わせて参加し、顧客
に了解を求める予定」と話した。

労働界が昨年から宅配労働
者の「休む権利」を要求した結
果だ。国内宅配業界の市場占
有率上位を占めるCJ大韓通運、
ロッテグローバルロジス、韓進宅
配、ローゼン宅配が今回の決
定に参加した。

週6日働く宅配労働者は、特殊
雇用労働者で、勤労基準法の保
護を受けることができず、年次有
給休暇がない。これらが休暇を
取ろうとすると、替わりの人を自分
で、雇ったり、代理店に件当たり
手数料の3倍にもなる代替配送
料を出さなければならず、事実上
休むことができない。今年にCO
VID-19によって非対面ショッピ
ングが増加し、業務量が急激に増
えた。過労死と推定される宅配
労働者の死亡も次々と発生した。

宅配会社が顧客・荷主と協議
しなければならないという問題も
残っている。今年だけでなく、毎
年「宅配のない日」ができるのか
も注目される。

2020.7.20 毎日労働ニュース

■また、物流センターで火災/ 労働者5人死亡、8人負傷

政府が利川物流倉庫建設現
場の火災に伴う対策を出してか
ら1か月あまり、7月21日午前、京
畿道・龍仁のSLC物流センター
で火災が発生した。2時間あまり
でほとんど鎮火したが、それまで
に避難できなかった労働者5人
が死亡し、8人が負傷して病院に
移送された。当時、物流センター
では69人が働いていた。

火事が起きた物流センターは、
地下5階、地上4階、延面積11万

5千m²の規模で、地上には「イー
マート24」が、地下1階はオトギ
物流サービスが入店している。
地下2階は出荷ホーム、地下3~
4階はJOPNPとオトギ物流サー
ビスが低温倉庫として使い、地
上2~4階は空室だった。69人の
労働者のほとんどが地下4階で
働いていて、死亡した5人もこ
こで発見された。

消防当局と警察は地下4階
の保冷車で原因不明の爆発が
起こり、一瞬のうちに火が広が
ったと見て、正確な火災原因を調
査している。爆発と同時に発生
した火がアツという間に建物全
体に広がって有毒ガスを発生さ
せ、人命被害が大きくなった。

政府は6月16日に「物流セン
ター建設現場火災安全対策」を
発表した。当時政府は「費用が
かかることを心配して、大型火災
発生の危険がある可燃性建築
材料の使用制限に、不十分な点
があった」として、建築材料の火
災安全基準を大幅に厳しくした。
しかし、この対策は建設中の物
流センターにしか適用されない。
今回の事故が起きた龍仁物流セ
ンターはこれに該当しない。

2020.7.22 毎日労働ニュース

■「宅配労働者過労死対策委」 を結成

長時間・高強度の労働で宅配
労働者の死亡が続くとすぐに、
70余りの労働者・市民・社会団体
が「宅配労働者過労死対策委員
会」を作った。COVID-19で非
対面による消費が増えて、今年
だけでも宅配労働者4人が突然

の死を迎えた。対策委に参加した宅配連帯労組は「COVID-19によって増えた物量が、持続する勢いを示しているところに、秋夕が控えていて、過労死対策づくりが切実だ」と話した。

対策委は「COVID-19で物量が30%以上増えた」として、宅配会社に「分類作業に一時的に人員を投入するように」提案した。

猛暑対策も要求した。「野外での分類作業の現場に、冷房機と日除けの幕を設置してほしい」という内容である。

対策委は政府に、宅配会社の労組と、共同委員会を設けるように提案し、過労死対策を作るために共同委員会レベルでの実態調査が必要だと要求した。

2020.7.29 毎日労働ニュース

■一方的な人事発令・職場内いじめで自死に、産災

ソウル業務上疾病判定委員会は、韓国鉄道公社の和順施設事業所に勤務して、自ら命を絶ったAさんの遺族による遺族給付請求を、7月17日に認めた。

Aさんは2007年12月から鉄道公社・全南支社に勤務。労組代議員のAさんの人事異動は、労働協約によって労組と事前協議しなければならないが、昨年10月、公社は事前協議もなく木浦施設事業所に配置転換した。Aさんが抗議して発令は取り消されたが、事業所長は、△炊事禁止、△退勤15分前の復帰、△3～4時間連続勤務、△各事項に反すれば始末書提出、△始末書3回提出で他の事業所に配転

などの服務規律を指示した。

Aさんは業務上の不利益と問題が大きくなったことを心配し、ストレスで体重が減り、不眠症に苦しめられ、昨年11月に亡くなった。疾病判定委は服務規律指示だけでなく、一方的な人事発令がAさんを死に追いやったと指摘した。人事発令が労働協約に違反したもので、正式な人事発令の前にAさんの送別会を強行した事実が問題にした。「不当な配転通知と服務規律指示など、和順施設事業所長のいじめと不当な指示を受ける過程で、故人の精神の健康が悪化し、精神的な異常事態によって自殺した」として「業務と故人の死亡の間に相当因果関係が認められる」と7人の委員全員が業務上疾病を認めた。

2020.8.3 毎日労働ニュース

■経歴13年のカジノ・ディーラー、筋骨格系疾患で産災認定

勤労福祉公団が、外国人専用カジノ「サブラック」を運営する公企業・グランドコリアレジャー(株)所属のカジノ・ディーラーAさんに発症した筋骨格系疾患の一種、手首結節症(手根管症候群)を業務上災害と認定した。会社が運営を初めて14年をこえるが、ディーラーが筋骨格系疾患で産災災害を認められるのは初めて。

トマト労務法人によれば、勤労福祉公団は7月7日、Aさんに発症した手首結節症を業務上災害と認定した。Aさんは2006年11月からサブラックの支店で13年間、顧客が訪問したときに、テーブルでのチップ交換、カードのシャッフル・ディール、ルーレットを回すなどの業務を行っている。

Aさんが手首に異常を感じて最初に病院を受診したのは昨年5月。左側の手首は薬物治療で症状が好転したが、右手首は痛みが激しくなり、10月に手首結節症の手術を受けて産災災害を申請した。

ピョン・ソジン公認労務士は、「チップを交換するときに、水平に重なっているチップを20個単位で、親指と人差し指、中指の三つを使って握り、垂直方向にして、お客さんに渡さなければならない」ので、「指と手首に力が入って、手首がどうしても痛む」とAさんの業務を説明した。

グランドコリアレジャーは、Aさんの間違ったやり方のせいだとして、業務関連性がないと反論した。疾病判定委は「カジノ・ディーラーの仕事すれば、指に力を集中してチップを掴む動作と、カードを配るときにめくる動作が繰り返され、右側の手首に業務の負担が大きいと判断される」とした。



2020.8.5 毎日労働ニュース

2020年5月にリニューアルした
全国労働安全衛生センター連絡会議
ウェブサイト(<https://joshrc.net/>)をご活用ください

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 ほくろうビル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霊町64-1 アンビジャス梅垣ビル1F
E-mail kyotama@mbox.kyoto-inet.or.jp
TEL (075) 691-6191 / FAX (075) 691-6145
- 大阪 ● 関西勤労者安全センター
〒550-0001 大阪市西区土佐堀1丁目6-3 JAM西日本会館5階
E-mail koshc2000@yahoo.co.jp
TEL (06) 6476-8220 / FAX (06) 6476-8229
<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
〒770-0942 徳島市昭和町3-35-1 徳島県労働福祉会館内
E-mail info@tokushima.jtuc-rengo.jp
TEL (088) 623-6362 / FAX (088) 655-4113
- 愛媛 ● NPO法人 愛媛労働安全衛生センター
〒793-0051 西条市安知生138-5
E-mail npo_eoshc@yahoo.co.jp
TEL (0897) 64-9395
<http://eoshc.g2.xrea.com/>
- 高知 ● NPO法人 高知県労働安全衛生センター
〒780-0011 高知市薊野北町3-2-28
TEL (088) 845-3953 / FAX (088) 845-3953



安全センター情報 2021年1・2月号 (通巻第489号) 2021年1月15日発行 (毎月1回15日発行)
 〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1Zビル5階 全国労働安全衛生センター連絡会議
 1979年12月28日第三種郵便物認可 1,600円
 TEL(03)3636-3882 FAX(03)3636-3881

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