

特集／脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

精神障害認定のみ増加 脳・心20年前水準に減少

新型コロナウイルス感染症関連認定7件 2

労働時間が基準未満でも 認定される可能性拡大?

20年ぶりの認定基準見直し報告 21

過労死等の防止のための対策に関する大綱

週労働時間40時間以上雇用者で 週60時間以上の割合5%以下目標

勤務間インターバル制度導入企業15%以上 30

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

草の根の視点から見た韓国の石綿禁止 35

COVID-19と安全衛生・労災補償 ⑬

労災請求1.7万、認定1.2万件突破 ビデオシリーズ、開示資料等公表

厚生労働省交渉でも取り上げる 45

各地の便り/世界から

- 厚労省●特別加入業種の拡大がもたらすもの 51
- 熊本●日本冷熱、労組を嫌悪し団体交渉拒否 54
- 東京●精肉店の30代店員の脳出血を労災認定 55
- 滋賀●石綿肺がん不慣れな調査で不支給決定 57
- 東京●埋もれてる石綿によるびまん性胸膜肥厚 58
- 東京●移住労働者休業補償の案内なし、解雇も 59
- 韓国●料理ヒューム等、様々な職業がんの認定 60

精神障害認定のみ増加 脳・心20年前水準に減少 新型コロナウイルス感染症関連認定7件

厚生労働省は2021年6月23日に、2020年度分の「過労死等の労災補償状況」を公表した (https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_19299.html)。

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

厚生労働省が指摘するポイント

厚生労働省自身が指摘する2020年度の特徴は、以下のとおりである。

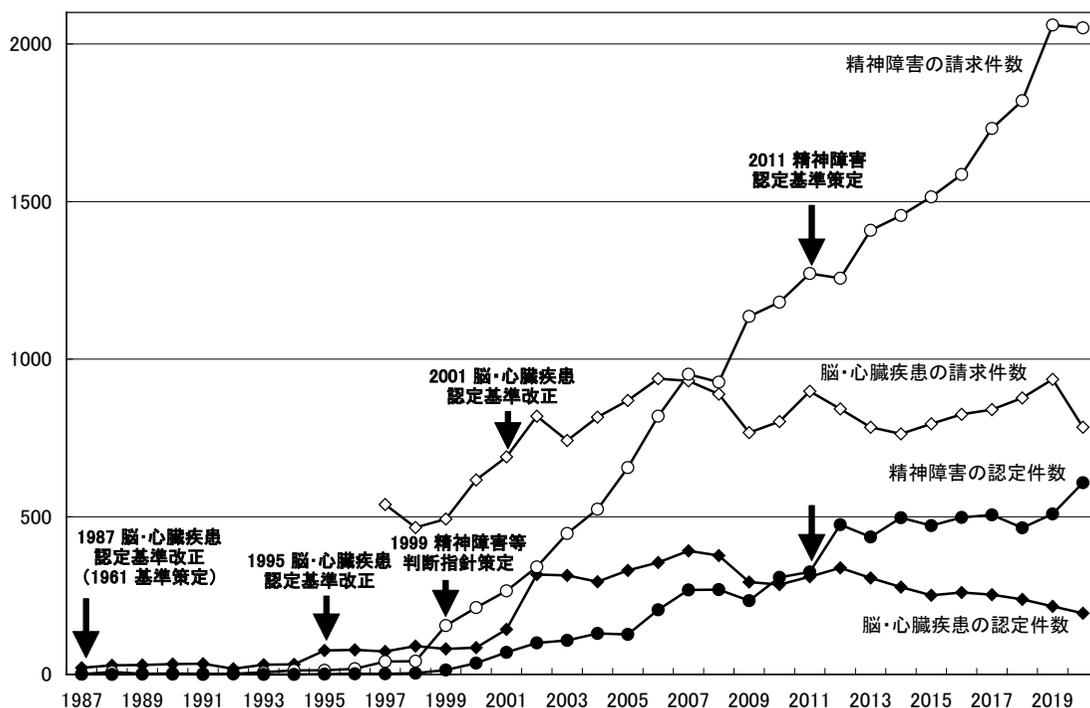
■ポイント

- ・ 過労死等に関する請求件数
2,835件(前年度比161件の減少)
- ・ 支給決定件数
802件(前年度比77件の増加)
うち死亡(自殺未遂を含む)件数:148件(前年度比26件の減少)

■脳・心臓疾患に関する事案の労災補償状況

- ① 請求件数は784件で、前年度比152件の減となった。(表1、図1-図表は本誌掲載のもの)
- ② 支給決定件数は194件で前年度比22件の減となり、うち死亡件数は前年度比19件減の67件であった。(表1、図1)
- ③ 業種別(大分類)では、請求件数は「運輸業、郵便業」158件、「卸売業、小売業」111件、「建設業」108件の順で多く、支給決定件数は「運輸業、郵便業」58件、「卸売業、小売業」38件、「建設業」27件の順に多い。(表5)
業種別(中分類)では、請求件数、支給決定件数ともに業種別(大分類)の「運輸業、郵便業」のうち「道路貨物運送業」118件、55件が最多。(支給決定件数-表7-1)
- ④ 職種別(大分類)では、請求件数は「輸送・機械運転従事者」148件、「専門的・技術的職業従事者」112件、「サービス職業従事者」80件の順で多く、支給決定件数は「輸送・機械運転従事者」60件、「専門的・技術的職業従事者」27件、「販売従事者」と「サービス職業従事者」23件の順に多い。(表5)
職種別(中分類)では、請求件数、支給決定件数

図1 脳・心臓疾患及び精神障害の労災補償状況



ともに職種別(大分類)の「輸送・機械運転従事者」のうち「自動車運転従事者」137件、58件が最多。(支給決定件数-表7-2)

- ⑤ 年齢別では、請求件数は「50～59歳」264件、「60歳以上」261件、「40～49歳」204件の順で多く、支給決定件数は「50～59歳」65件、「40～49歳」64件、「60歳以上」44件の順に多い。(表5)
- ⑥ 時間外労働時間別(1か月または2～6か月における1か月平均)支給決定件数は、「評価期間1か月」では「100時間以上～120時間未満」27件が最も多い。また、「評価期間2～6か月における1か月平均」では「80時間以上～100時間未満」75件が最も多い。(表9)

■精神障害に関する事案の労災補償状況

- ① 請求件数は2,051件で前年度比9件の減となり、うち未遂を含む自殺の件数は前年度比47件減の155件であった。(表2、図1)
- ② 支給決定件数は608件で前年度比99件の増となり、うち未遂を含む自殺の件数は前年度比7

件減の81件であった。(表2、図1)

- ③ 業種別(大分類)では、請求件数は「医療、福祉」488件、「製造業」326件、「卸売業、小売業」282件の順で多く、支給決定件数は「医療、福祉」148件、「製造業」100件、「運輸業、郵便業」と「卸売業、小売業」63件の順に多い。(表6)
- 業種別(中分類)では、請求件数、支給決定件数ともに業種別(大分類)の「医療、福祉」のうち「社会保険・社会福祉・介護事業」275件、79件が最多。(支給決定件数-表8-1)
- ④ 職種別(大分類)では、請求件数は「専門的・技術的職業従事者」523件、「事務従事者」444件、「サービス職業従事者」284件の順で多く、支給決定件数は「専門的・技術的職業従事者」173件、「サービス職業従事者」91件、「事務従事者」83件の順に多い。(表6)
- 職種別(中分類)では、請求件数、支給決定件数ともに職種別(大分類)の「事務従事者」のうち「一般事務従事者」323件、57件が最多(支給

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

表1 脳・心臓疾患の労災補償状況(年度「合計」は2002～2020年度分の合計)

年度	脳血管疾患及び虚血性心疾患等											
	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②	認定率① 死亡	認定率② 死亡
		内死亡		内死亡		内死亡		内死亡				
2007	931	(318)	856	(316)	392	(142)	464	(174)	42.1%	45.8%	44.7%	44.9%
2008	889	(304)	797	(313)	377	(158)	420	(155)	42.4%	47.3%	52.0%	50.5%
2009	767	(237)	709	(253)	293	(106)	416	(147)	38.2%	41.3%	44.7%	41.9%
2010	802	(270)	696	(272)	285	(113)	411	(159)	35.5%	40.9%	41.9%	41.5%
2011	898	(302)	718	(248)	310	(121)	408	(127)	34.5%	43.2%	40.1%	48.8%
2012	842	(285)	741	(272)	338	(123)	403	(149)	40.1%	45.6%	43.2%	45.2%
2013	784	(283)	683	(290)	306	(133)	377	(157)	39.0%	44.8%	47.0%	45.9%
2014	763	(242)	637	(245)	277	(121)	360	(124)	36.3%	43.5%	50.0%	49.4%
2015	795	(283)	671	(246)	251	(96)	420	(150)	31.6%	37.4%	33.9%	39.0%
2016	825	(261)	680	(253)	260	(107)	420	(146)	31.5%	38.2%	41.0%	42.3%
2017	840	(241)	664	(236)	253	(92)	411	(144)	30.1%	38.1%	38.2%	39.0%
2018	877	(254)	689	(217)	238	(82)	451	(135)	27.1%	34.5%	32.3%	37.8%
2019	936	(253)	684	(238)	216	(86)	468	(152)	23.1%	31.6%	34.0%	36.1%
2020	784	(205)	665	(211)	194	(67)	471	(144)	24.7%	29.2%	32.7%	31.8%
合計	15,917	(5,398)	13,619	(5,280)	5,600	(2,319)	8,019	(2,961)	35.2%	41.1%	43.0%	43.9%

年度	脳血管疾患											
	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②	認定率① 死亡	認定率② 死亡
		内死亡		内死亡		内死亡		内死亡				
2007	642	(141)			263	(54)			41.0%		38.3%	
2008	585	(112)			249	(65)			42.6%		58.0%	
2009	501	(91)	442	(82)	180	(26)	262	(56)	35.9%	40.7%	28.6%	31.7%
2010	528	(112)	437	(110)	176	(48)	261	(62)	33.3%	40.3%	42.9%	43.6%
2011	574	(110)	470	(97)	200	(48)	270	(49)	34.8%	42.6%	43.6%	49.5%
2012	526	(96)	466	(89)	211	(39)	255	(50)	40.1%	45.3%	40.6%	43.8%
2013	468	(88)	396	(97)	182	(43)	214	(54)	38.9%	46.0%	48.9%	44.3%
2014	475	(84)	387	(79)	166	(38)	221	(41)	34.9%	42.9%	45.2%	48.1%
2015	502	(103)	408	(89)	162	(39)	246	(50)	32.3%	39.7%	37.9%	43.8%
2016	518	(82)	428	(91)	154	(37)	274	(54)	29.7%	36.0%	45.1%	40.7%
2017	525	(79)	411	(77)	159	(32)	252	(45)	30.9%	38.7%	40.5%	41.6%
2018	550	(81)	427	(70)	142	(27)	285	(43)	25.8%	33.3%	33.3%	38.6%
2019	577	(87)	428	(84)	135	(27)	293	(57)	23.4%	31.5%	31.0%	32.1%
2020	499	(85)	404	(71)	113	(20)	291	(51)	22.6%	28.0%	23.5%	28.2%
合計					3,496							

年度	虚血性心疾患等											
	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②	認定率① 死亡	認定率② 死亡
		内死亡		内死亡		内死亡		内死亡				
2007	289	(177)			129	(88)			44.6%		49.7%	
2008	304	(192)			128	(93)			42.1%		48.4%	
2009	266	(146)	267	(171)	113	(80)	154	(91)	42.5%	42.3%	54.8%	46.8%
2010	274	(158)	259	(162)	109	(65)	150	(97)	39.8%	42.1%	41.1%	40.1%
2011	324	(192)	248	(151)	110	(73)	138	(78)	34.0%	44.4%	38.0%	48.3%
2012	316	(189)	275	(183)	127	(84)	148	(99)	40.2%	46.2%	44.4%	45.9%
2013	316	(195)	287	(193)	124	(90)	163	(103)	39.2%	43.2%	46.2%	46.6%
2014	288	(158)	250	(166)	111	(83)	139	(83)	38.5%	44.4%	52.5%	50.0%
2015	293	(180)	263	(157)	89	(57)	174	(100)	30.4%	33.8%	31.7%	36.3%
2016	307	(179)	252	(162)	106	(70)	146	(92)	34.5%	42.1%	39.1%	43.2%
2017	315	(162)	253	(159)	94	(60)	159	(99)	29.8%	37.2%	37.0%	37.7%
2018	327	(173)	262	(147)	96	(55)	166	(92)	29.4%	36.6%	31.8%	37.4%
2019	359	(166)	256	(154)	81	(59)	175	(95)	22.6%	31.6%	35.5%	38.3%
2020	285	(130)	261	(140)	81	(47)	180	(93)	28.4%	31.0%	36.2%	33.6%
合計					2,104							

表2 精神障害の労災補償状況(年度「合計」は2002～2020年度分の合計)

年度	精神障害											
	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②	認定率① 自殺	認定率② 自殺
		内自殺		内自殺		内自殺		内自殺				
2007	952	(164)	812	(178)	268	(81)	544	(97)	28.2%	33.0%	49.4%	45.5%
2008	927	(148)	862	(161)	269	(66)	593	(95)	29.0%	31.2%	44.6%	41.0%
2009	1,136	(157)	852	(140)	234	(63)	618	(77)	20.6%	27.5%	40.1%	45.0%
2010	1,181	(171)	1,061	(170)	308	(65)	753	(105)	26.1%	29.0%	38.0%	38.2%
2011	1,272	(202)	1,074	(176)	325	(66)	749	(110)	25.6%	30.3%	32.7%	37.5%
2012	1,257	(169)	1,217	(203)	475	(93)	742	(110)	37.8%	39.0%	55.0%	45.8%
2013	1,409	(177)	1,193	(157)	436	(63)	757	(94)	30.9%	36.5%	35.6%	40.1%
2014	1,456	(213)	1,307	(210)	497	(99)	810	(111)	34.1%	38.0%	46.5%	47.1%
2015	1,515	(199)	1,306	(205)	472	(93)	834	(112)	31.2%	36.1%	46.7%	45.4%
2016	1,586	(198)	1,355	(176)	498	(84)	857	(92)	31.4%	36.8%	42.4%	47.7%
2017	1,732	(221)	1,545	(208)	506	(98)	1,039	(110)	29.2%	32.8%	44.3%	47.1%
2018	1,820	(200)	1,461	(199)	465	(76)	996	(123)	25.5%	31.8%	38.0%	38.2%
2019	2,060	(202)	1,586	(185)	509	(88)	1,077	(97)	24.7%	32.1%	43.6%	47.6%
2020	2,051	(155)	1,906	(179)	608	(81)	1,298	(98)	29.6%	31.9%	52.3%	45.3%
合計	23,141	(3,254)	19,654	(3,181)	6,540	(1,352)	13,114	(1,829)	28.3%	33.3%	41.5%	42.5%

決定件数-表8-2)

- ⑤ 年齢別では、請求件数は「40～49歳」597件、「30～39歳」490件、「20～29歳」448件の順で多く、支給決定件数は「40～49歳」174件、「30～39歳」169件、「20～29歳」132件の順に多い(表6)
- ⑥ 時間外労働時間別(1か月平均)支給決定件数は「20時間未満」が68件で最も多く、次いで「100時間以上～120時間未満」が56件であった。(表10)
- ⑦ 出来事(※)別の支給決定件数は、「上司等から、身体的攻撃、精神的攻撃等のパワーハラスメントを受けた」99件、「悲惨な事故や災害の体験、目撃をした」83件、「同僚等から、暴行又は(ひどい)いじめ・嫌がらせを受けた」71件の順に多い。(表13)

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

■裁量労働制対象者に関する労災補償状況

令和2年度の裁量労働制対象者に関する脳・心臓疾患の支給決定件数は1件で、専門業務型裁量労働制対象者に関する支給決定であった。また、精神障害の支給決定件数は6件で、すべて専門業務型裁量労働制対象者に関する支給決定であった。(表4)

■新型コロナウイルス感染症

新型コロナウイルス感染症に関連する(※)精神障害の支給決定件数は7件で、脳・心臓疾患の支給決定件数はなかった。

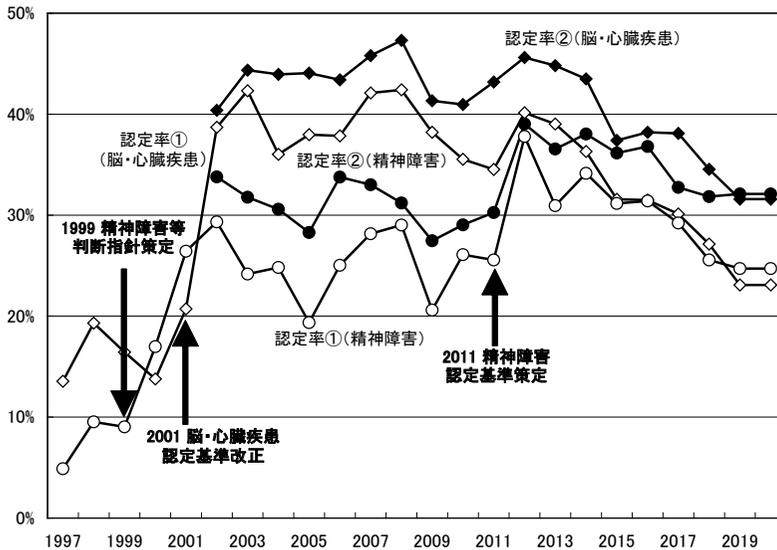
* 請求人が業務で新型コロナウイルス感染症に関連する出来事などがあったと申し立てたものの。

本誌で紹介するデータ

本誌では、今回発表されたデータだけでなく、過去に公表された関連データもできるだけ統合して紹介している。脳・心臓疾患及び精神障害等については、2001年の脳・心臓疾患に係る認定基準の改正を受けて、2002年以降毎年5～6月に、前年度の労災補償状況が公表されるようになっているが、それ以前に公表されたものもある(脳・心臓疾患では1987年度分から、精神障害では1983年度分から一部データあり-図1参照)。一方で、公表内容は必ずしも同じものではない(表1及び表2の空欄は公表されなかった部分である)。

労災補償状況(請求・認定件数等)に関する表1及び表2には2007～2020年度分のデータを示したが、後掲の都道府県別データとの整合性をとって、「合計」には2002～2020年度分の合計を示した(全年度分のデータがそろわない項目の「合計」は空欄とした)。

図2 脳・心臓疾患及び精神障害の認定率の推移



なお、2010年5月7日からわが国の「職業病リスト」（労働基準法施行規則別表第1の2（第35条関係））が改訂されている。それまで、包括的救済規定と呼ばれる「第9号=その他業務に起因することの明らかな疾病」として扱われてきた脳・心臓疾患及び精神障害が、「業務との因果関係が医学経験則上確立したもの」として、各々新第8号、新第9号として、以下のように例示列举されたものである。これに伴い、旧第9号は第11号へと変更された。

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

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

脳・心臓疾患については、「第1号=業務上の負傷に起因する疾病」として扱われるものもあることから、過去に公表された2001年度以前分については、第1号と旧第9号を合わせた件数、及びそのうちの旧第9号の内数が示されていたのであるが、2002年

度分以降の公表は、旧第9号（2010年度以降は新第8号）に関するものだけになっている。表1の「脳血管疾患」「虚血性心疾患」も、旧第9号=新第8号に係るもののみの数字である。

2011年12月26日に「心理的負荷による精神障害の認定基準」が策定され、1991年9月14日付け「心理的負荷による精神障害等の業務上外に係る判断指針」は廃止された。ここで、「判断指針の標題は『精神障害

等』となっており、『等』は自殺を指すものとされていたが、従来より、自殺の業務起因性の判断の前提として、精神障害の業務起因性の判断を行っていたことから、この趣旨を明確にするため『等』を削除した」-「実質的な変更はない」とされた（2011年12月26日付け基労補発1226第1号）。以降の厚生労働省の公表文書等においても、「精神障害等」から「精神障害」に変更されており、本誌もこれにしたがっている。

認定・請求件数

図1から、精神障害の請求件数が一貫して増加し続けていたことが一目瞭然であるが、2020年度はわずかに減少に転じ、2,051件であった。

脳・心臓疾患の請求件数も2014年度以降5年連続して増加し、1千件を突破するかと思われたが、2020年度は減少して、784件であった。

これに対して、精神障害の認定件数は、2018年度以降2年連続して増加し、2020年度は過去最高の608件になった。

脳・心臓疾患の認定件数は、2015年度以降5年連続して、2020年度は194件。2001年の脳・心臓疾患労災認定基準改正前の水準に戻ってしまった（1997年度73件、1998年度90件、1999年度81件、2000年度85件、2001年度143件、2002年度317件）。

表1-2 脳・心臓疾患の労災補償状況(女性) (年度「合計」は2011～2020年度分の合計)

脳血管疾患及び虚血性心疾患等(女性)												
年度	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②	認定率① 死亡	認定率② 死亡
	内死亡		内死亡		内死亡		内死亡					
2011	99	(18)	78	(13)	13	(4)	65	(9)	13.1%	16.7%	22.2%	30.8%
2012	94	(18)	73	(15)	15	(3)	58	(12)	16.0%	20.5%	16.7%	20.0%
2013	81	(17)	67	(20)	8	(2)	59	(18)	9.9%	11.9%	11.8%	10.0%
2014	92	(17)	67	(14)	15	(3)	52	(11)	16.3%	22.4%	17.6%	21.4%
2015	83	(18)	68	(14)	11	(1)	57	(13)	13.3%	16.2%	5.6%	7.1%
2016	91	(14)	71	(16)	12	(3)	59	(13)	13.2%	16.9%	21.4%	18.8%
2017	120	(18)	95	(20)	17	(2)	78	(18)	14.2%	17.9%	11.1%	10.0%
2018	118	(18)	82	(15)	9	(2)	73	(13)	7.6%	11.0%	11.1%	13.3%
2019	121	(18)	78	(17)	10	(2)	68	(15)	8.3%	12.8%	11.1%	11.8%
2020	105	(18)	88	(17)	14	(4)	74	(13)	13.3%	15.9%	22.2%	23.5%
合計	1,004		767		124		643		12.4%	16.2%		

表2-2 精神障害の労災補償状況(女性) (年度「合計」は2011～2020年度分の合計)

精神障害(女性)												
年度	請求件数		決定件数		支給決定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②	認定率① 死亡	認定率② 死亡
	内死亡		内死亡		内死亡		内死亡					
2011	434	(17)	375	(11)	100	(4)	275	(7)	23.0%	26.7%	23.5%	36.4%
2012	482	(15)	418	(19)	127	(5)	291	(14)	26.3%	30.4%	33.3%	26.3%
2013	532	(13)	465	(12)	147	(2)	318	(10)	27.6%	31.6%	15.4%	16.7%
2014	551	(19)	462	(21)	150	(2)	312	(19)	27.2%	32.5%	10.5%	9.5%
2015	574	(15)	492	(16)	146	(3)	346	(13)	25.4%	29.7%	20.0%	18.8%
2016	627	(18)	497	(14)	168	(2)	329	(12)	26.8%	33.8%	11.1%	14.3%
2017	689	(14)	605	(14)	160	(4)	445	(10)	23.2%	26.4%	28.6%	28.6%
2018	788	(22)	582	(21)	163	(4)	419	(17)	20.7%	28.0%	18.2%	19.0%
2019	952	(16)	688	(17)	179	(4)	509	(13)	18.8%	26.0%	25.0%	23.5%
2020	999	(20)	887	(17)	256	(4)	631	(13)	25.6%	28.9%	20.0%	23.5%
合計	6,628	(169)	5,471	(162)	1,596	(34)	3,875	(128)	24.1%	29.2%	20.1%	21.0%

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

区分	年度	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
		脳・心臓疾患	支給決定件数	16	10	11	13(1)	3(0)	12(1)	7(0)	6(0)	16(1)	6(0)	8(1)
	うち死亡	8	6	6	9(1)	1(0)	8(0)	3(0)	5(0)	8(0)	4(0)	2(0)	6(1)	3(1)
精神障害等	支給決定件数	22	13	15	20(5)	34(4)	12(2)	21(6)	21(4)	13(2)	7(0)	21(8)	8(1)	25(7)
	うち自殺	11	11	7	10(2)	15(0)	5(0)	10(1)	13(0)	7(1)	7(0)	5(1)	2(0)	12(0)

認定率

本誌では、「認定率」について、以下のふたつの数字を計算している。

認定率①＝認定(支給決定)件数/請求件数

認定率②＝認定(支給決定)件数/決定件数
(支給決定件数＋不支給決定件数)

もちろん認定率②の方が本来の「認定率」にふさわしいわけだが、これが計算できるようになったのは、2002年度以降分からである。図2に、脳・心臓疾患及び精神障害に係るふたつの認定率を示した。

脳・心臓疾患の認定率②は、2001年の脳・心臓疾患労災認定基準改正後、2002～14年度は40%を超えていたが(最高は2008年度の47.3%)、2015年度に最低を記録し(37.4%)やや持ち直すも、2018年度34.5%、2019年度31.6%、2020年度29.2%と、3年連続して過去最低を更新し続けている。

精神障害の認定率②は、2012年度の39.0%を最高に、2013～16年度30%台後半を維持したものの、2017年度に32.8%と大きく減少、2018年度も31.8%とさらに減少、2019年度32.1%、2020年度は31.9%と、低いレベルにとどまっている。

脳・心臓疾患、精神障害ともに、2020年度は下げ止まったものの、認定率②が傾向的に減少し続けているように見えることが懸念される。

しかも、脳・心臓疾患の認定率②のほうが精神障害の認定率②よりも高く、両者の差は、大きいときには16%もあったものが次第に狭まって2016年度にはわずか1.4%にまで縮まった後、再び3.6%までひろがり、2018年度2.7%と推移したが、2019年度には0.5%とわずかながらついに両者が逆転してしまった。2020年度も逆転状況は続き、差は2.7%である。

審査請求等・裁量労働制対象者

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

また、2015年の公表では、2014年度分のみに限定されていたが、初めて女性の内数データが追加された。これが一定拡大されて継続している。表1-2及び表2-2、表3の2011～2020年度分の括弧内のように、過去に遡って女性の内数データが示されたのである。これによって、「男女別」状況を一定検討できるようになった。

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

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

業種・職種・年齢・生死/自殺別

表5及び表6には、業種別、職種別、年齢別、生死/自殺別のデータを示した。請求件数・決定件数双方について示されるようになってきているが、本誌では、支給決定件数についてのデータのみを示

す。脳・心臓疾患は1996年度分から、精神障害は1999年度分からデータがあるが、年度の「合計」欄には、2000～2020年度までの合計値を示した。

これらも、2014年度分以降について、「男女別」データが利用できるようになってきているが、表5及び表6では、最下欄に2020年度分の男性及び女性のためのデータを示した。

「業種別」について、2014年度末労災保険適用労働者数をもとに10万人当たりの2000～2020年度認定合計数を可能な範囲で試算してみた（表5及び表6「※1」「※2」欄）。業種分類が正しく対応しているか定かではないが、「農林漁業・鉱業」「運輸業」の高さが際立っているように見え、さらなる分析が必要だろう。「職種別、年齢別、生死/自殺別、男女別」等も含めて、このような分析は意味があると考ええる。

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

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

また、2009年度分からは、「請求件数・支給決定件数の多い業種・職種（中分類・上位15）」が示されるようになったが、本誌では、表7及び表8に過去5年分の支給決定件数についてのデータのみを示す。空欄は、当該年度に上位15に該当しなかったためにデータがないことを意味しており、表7-1及び表8-1では紙幅の都合から、一部の年度について

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

区分	年度	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
脳・心臓疾患	支給決定件数	1(0)	4(1)	5(2)	8(1)	3(3)	1(0)	4(2)	1(1)	2(1)	1(1)
	認定率	-	-	-	88.9%	42.9%	33.3%	66.7%	50.0%	66.7%	16.7%
	専門業務型	1(0)	4(1)	5(2)	7(1)	3(3)	1(0)	4(2)	1(1)	2(1)	1(1)
	企画業務型	0(0)	0(0)	0(0)	1(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
精神障害等	支給決定件数	2(0)	11(3)	10(0)	7(1)	8(3)	1(0)	10(5)	5(3)	7(0)	6(2)
	認定率	-	-	-	87.5%	80.0%	50.0%	52.6%	50.0%	29.2%	26.1%
	専門業務型	2(0)	11(3)	10(0)	6(1)	7(2)	1(0)	8(3)	5(3)	7(0)	6(2)
	企画業務型	0(0)	0(0)	0(0)	1(0)	1(0)	0(0)	2(2)	0(0)	0(0)	0(0)

時間外労働時間別・就業形態別

精神障害について
の表10は、発表された
かたちのみで、「合計」
欄には、2007年度から
2020年度までの合計
値を示してある。
注記したように、その

当該年度に上位15に該当したもので掲載できていない業種があることに注意していただきたい。2009年度以降10年間に支給決定件数の多い上位15に該当したのは、脳・心臓疾患で44業種(表7-1+22業種)、40職種(表7-2+17職種)、精神障害で32業種(表8-1+8業種)、29職種(表7-2+8職種)である。上位を占める業種・職種がだいぶ特定されてきているように思われる。

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

脳・心臓疾患の認定事由別

2007年度分からは、「1か月平均の時間外労働時間数別」支給決定件数が公表されている。

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

他の件数は、「出来事による心理的負荷が極度であると認められる事案等、労働時間を調査するまでもなく明らかに業務上と判断した事案の件数」である。発症直前の1か月におおむね160時間を超えるような時間外労働は「極度の長時間労働」として認められる得る、また、出来事の前後100時間程度となる時間外労働は「恒常的長時間労働」として心理的負荷の強度の総合評価を高め得る。

「就業形態別」決定及び支給決定件数も2009年度分から公表されており、表11及び表12に示した。「合計」欄には、2009年度から2020年度までの合計値を示してある。

表9～12のいずれについても、2014年度分以降6年分について、「男女別」データが利用できるようになったが、本誌では示していない。

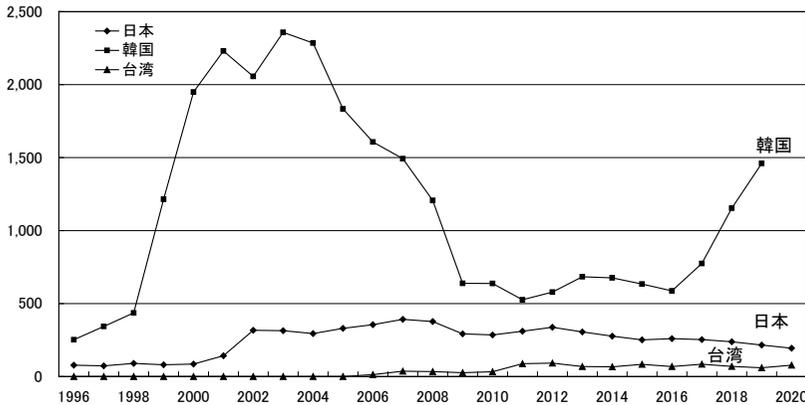
精神障害の認定事由別

さらに、前出の精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会に2009年度分データが提供された「精神障害の出来事別決定及び支給決定件数」の公表が継続されており(表13)、これも、2014年度分以降6年分について、「男女別」データが利用できるようになった(表13-2に、「男女別」の2020年度分及び「合計」データを示した)。

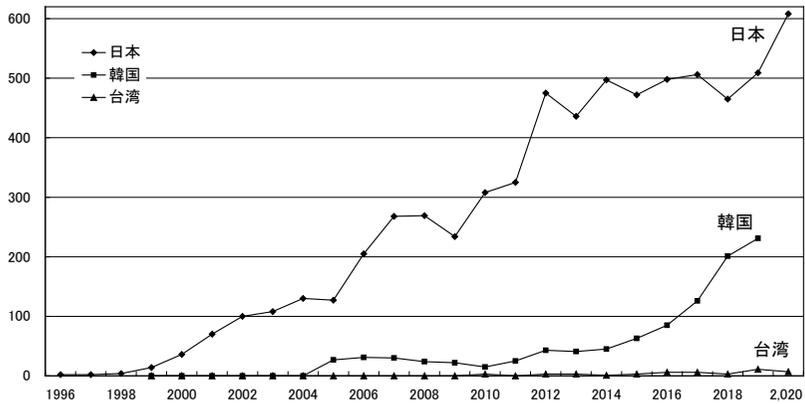
具体的な出来事として、2020年度に「5 パワーハラスメント」が新たに追加されている。

しかし、「8 特別な出来事」は「心理的負荷が極度のもの等」とされるが、表10の「その他」と同じだとしたら、「極度の長時間労働」または「恒常的長時間労働」によって認定された事案の件数は、この表からはわからない。

日本・韓国・台湾の脳・心臓疾患労災認定件数の推移



日本・韓国・台湾の精神障害労災認定件数の推移



都道府県別

「都道府県別」のデータについては、表14～16を参照されたい。支給決定件数の「合計」欄には、2000年度から2020年度までの合計値を示してある。2015年度末労災保険適用労働者数をもとに10万人当たりの2000～2020年度認定合計数も計算してみた。2009年度以降、都道府県別の決定件数が公表されるようになり、認定率②が計算できるようになった。認定率②の「平均」は、2009～2020年度の平均認定率である。「都道府県別」データも、2014年度以降分について、「男女別」データが利用できるようになったが、表14～16では示していない。この間、全国安全センターでは、都道府県別の認定率のばらつき=認定率の低い都

道府県における改善の必要性を提起しているところであり、より詳細な情報公表及び分析が求められる。

さらなるデータ公表

データ公表の一層の改善に関連しては、例えば、平均処理期間等の情報も求めたい。行政手続法で定めることを義務付けられている標準処理期間について、新第9号=精神障害に係る療養・休業・遺族補償給付及び葬祭料に関しては8か月とし、これ以外は他の疾病（包括的救済規定に係るものを除く）に係る標準処理期間と同様に6か月とすることとされている（包括的救済規定に係るものに関しては

「定めない」と定められている）（2010年5月7日付け基発0507第3号）。

日韓台の比較

日本・韓国・台湾3か国の脳・心臓疾患、精神障害の労災認定件数を比較してみると、別掲の図のとおりである（韓国における精神障害の2020年度の数字はまだ公表されていない）。人口がおおむね韓国は日本の半分弱、台湾は韓国の半分弱であることに注意されたい。

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



表5 脳・心臓疾患の認定事例の分析(年度「合計」は2000～2020年度分の合計、男女別は2020年度)

1 業種別

年度	農業、林業、漁業、鉱業、採石業、砂利採取業		製造業		建設業		運輸業、郵便業		卸売業、小売業		金融業、保険業	教育、学習支援業	医療、福祉	情報通信業	宿泊業、飲食サービス業	上記以外の事業	左6業種計	合計		
2011	3	1.0%	41	13.2%	37	11.9%	93	30.0%	48	15.5%	3	1	10	5	26	43	28.4%	310	100%	
2012	7	2.1%	42	12.4%	38	11.2%	91	26.9%	49	14.5%	1	5	11	15	24	55	32.8%	338	100%	
2013	2	0.7%	36	11.8%	27	8.8%	107	35.0%	38	12.4%	1	5	8	7	20	55	31.4%	306	100%	
2014	5	1.8%	31	11.2%	28	10.1%	92	33.2%	35	12.6%	2	6	6	9	24	39	31.0%	277	100%	
2015	1	0.4%	34	13.5%	28	11.2%	96	38.2%	35	13.9%	2	0	5	11	22	17	22.7%	251	100%	
2016	5	1.9%	41	15.8%	18	6.9%	97	37.3%	29	11.2%	1	3	10	9	20	27	26.9%	260	100%	
2017	3	1.2%	24	9.5%	17	6.7%	99	39.1%	35	13.8%	0	3	2	6	28	36	29.6%	253	100%	
2018	4	1.7%	28	11.8%	14	5.9%	94	39.5%	24	10.1%	1	2	6	4	32	29	31.1%	238	100%	
2019	6	2.8%	22	10.2%	17	7.9%	68	31.5%	32	14.8%	1	2	5	5	21	37	32.9%	216	100%	
2020	5	2.6%	17	8.8%	27	13.9%	58	29.9%	38	19.6%	0	2	8	2	15	22	25.3%	194	100%	
合計	65	1.1%	833	14.3%	583	10.0%	1,707	29.3%	921	15.8%	44	81	154		1,440	29.5%	5,828	100%		
※1	113,027		8,535,606		4,842,172		2,830,145		14,163,147		1,883,480			23,040,596			55,408,173			
※2	57.51		9.76		12.04		60.31		6.50		2.34				7.27			11.10		
男性	4	2.2%	16	8.9%	27	15.0%	57	31.7%	37	20.6%	0	2	3	2	12	20	21.7%	180	100%	
女性	1	7.1%	1	7.1%	0	0.0%	1	7.1%	1	7.1%	0	0	5	0	3	2	71.4%	14	100%	

注) 業種については、「日本産業分類」により分類。 ※1: 労災保険適用労働者数(2014年度末) ※2: 適用労働者10万人当たり認定合計数(2000～20年度)

2 職種別

年度	専門技術職	管理職	事務職	販売職	サービス	運輸・通信職	技能職	その他	合計									
2011	37	11.9%	32	10.3%	27	8.7%	30	9.7%	32	10.3%	89	28.7%	49	15.8%	14	4.5%	310	100.0%
2012	62	18.3%	26	7.7%	30	8.9%	39	11.5%	36	10.7%	86	25.4%	43	12.7%	16	4.7%	338	100.0%
2013	37	12.1%	27	8.8%	26	8.5%	38	12.4%	27	8.8%	95	31.0%	47	15.4%	9	2.9%	306	100.0%
2014	44	15.9%	37	13.4%	15	5.4%	26	9.4%	30	10.8%	88	31.8%	28	10.1%	9	3.2%	277	100.0%
2015	33	13.1%	27	10.8%	15	6.0%	34	13.5%	20	8.0%	88	35.1%	30	12.0%	4	1.6%	251	100.0%
2016	30	11.5%	26	10.0%	10	3.8%	23	8.8%	23	8.8%	90	34.6%	50	19.2%	8	3.1%	260	100.0%
2017	25	9.9%	22	8.7%	15	5.9%	29	11.5%	36	14.2%	89	35.2%	23	9.1%	14	5.5%	253	100.0%
2018	21	8.8%	20	8.4%	15	6.3%	15	6.3%	33	13.9%	88	37.0%	32	13.4%	14	5.9%	238	100.0%
2019	26	12.0%	20	9.3%	6	2.8%	21	9.7%	26	12.0%	68	31.5%	36	16.7%	13	6.0%	216	100.0%
2020	27	13.9%	12	6.2%	13	6.7%	23	11.9%	23	11.9%	60	30.9%	30	15.5%	6	3.1%	194	100.0%
合計	810	13.9%	759	13.0%	553	9.5%	587	10.1%	529	9.1%	1,616	27.7%	744	12.8%	230	3.9%	5,828	100.0%
男性	26	14.4%	11	6.1%	12	6.7%	21	11.7%	17	9.4%	59	32.8%	29	16.1%	5	2.8%	180	100.0%
女性	1	7.1%	1	7.1%	1	7.1%	2	14.3%	6	42.9%	1	7.1%	1	7.1%	1	7.1%	14	100.0%

注) 職種については、「日本標準職業分類」により分類。

3 年齢別

年度	29歳以下		30～39歳		40～49歳		50～59歳		60歳以上		生存		死亡		男性		女性	
2011	7	2.3%	29	9.4%	95	30.6%	119	38.4%	60	19.4%	189	61.0%	121	39.0%	297	95.8%	13	4.2%
2012	9	2.7%	56	16.6%	113	33.4%	118	34.9%	42	12.4%	215	63.6%	123	36.4%	323	95.6%	15	4.4%
2013	13	4.2%	43	14.1%	92	30.1%	108	35.3%	50	16.3%	173	56.5%	133	43.5%	298	97.4%	8	2.6%
2014	7	2.5%	39	14.1%	93	33.6%	111	40.1%	27	9.7%	156	56.3%	121	43.7%	262	94.6%	15	5.4%
2015	6	2.4%	36	14.3%	80	31.9%	91	36.3%	38	15.1%	155	61.8%	96	38.2%	240	95.6%	11	4.4%
2016	4	1.5%	34	13.1%	90	34.6%	99	38.1%	33	12.7%	153	58.8%	107	41.2%	249	95.8%	11	4.2%
2017	3	1.2%	24	9.5%	97	38.3%	97	38.3%	32	12.6%	161	63.6%	92	36.4%	236	93.3%	17	6.7%
2018	4	1.6%	20	7.9%	85	33.6%	88	34.8%	41	16.2%	171	67.6%	82	32.4%	244	96.4%	9	3.6%
2019	1	0.5%	15	6.9%	67	31.0%	91	42.1%	42	19.4%	130	60.2%	86	39.8%	206	95.4%	10	4.6%
2020	4	2.1%	17	8.8%	64	33.0%	65	33.5%	44	22.7%	127	65.5%	67	34.5%	180	92.8%	14	7.2%
合計	184	3.2%	836	14.3%	1,809	31.0%	2,227	38.2%	772	13.2%	3,406	58.4%	2,422	41.6%	3,036	52.1%	152	2.6%
男性	3	1.7%	17	9.4%	60	33.3%	61	33.9%	39	21.7%	117	65.0%	63	35.0%	180	100%		
女性	1	7.1%	0	0.0%	4	28.6%	4	28.6%	5	35.7%	10	71.4%	4	28.6%			14	100%

4 生死別

5 男女別

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

表6 精神障害の認定事例の分析(年度「合計」は2000～2020年度分の合計、男女別は2020年度)

1 業種別

年度	農業、林業、漁業、鉱業、採石業、砂利採取業	製造業	建設業	運輸業、郵便業	卸売業、小売業	金融業、保険業	教育、学習支援業	医療、福祉	情報通信業	宿泊業、飲食サービス業	上記以外の事業	左6業種計	合計
2011	5 1.5%	59 18.2%	35 10.8%	27 8.3%	41 12.6%	8	11	39	13	25	62	48.6%	325 100%
2012	7 1.5%	93 19.6%	22 4.6%	52 10.9%	66 13.9%	12	13	52	35	30	93	49.5%	475 100%
2013	7 1.6%	78 17.9%	34 7.8%	45 10.3%	65 14.9%	15	13	54	22	24	79	47.5%	436 100%
2014	6 1.2%	81 16.3%	37 7.4%	63 12.7%	71 14.3%	7	10	60	32	38	92	48.1%	497 100%
2015	6 1.3%	71 15.0%	36 7.6%	57 12.1%	65 13.8%	14	19	47	30	29	98	50.2%	472 100%
2016	7 1.4%	91 18.3%	54 10.8%	45 9.0%	57 11.4%	11	10	80	27	33	83	49.0%	498 100%
2017	3 0.6%	87 17.2%	51 10.1%	62 12.3%	65 12.8%	10	8	82	34	33	71	47.0%	506 100%
2018	2 0.4%	82 17.6%	45 9.7%	51 11.0%	68 14.6%	8	13	70	23	27	76	46.7%	465 100%
2019	3 0.6%	90 17.7%	41 8.1%	50 9.8%	74 14.5%	6	12	78	31	48	76	49.3%	509 100%
2020	8 1.3%	100 16.4%	43 7.1%	63 10.4%	63 10.4%	12	11	148	27	39	94	49.3%	509 100%
合計	66 1.0%	1,194 18.0%	591 8.9%	699 10.5%	895 13.5%	177	173	914	1,937			6,038 100%	
※1	113,027	8,535,606	4,842,172	2,830,145	14,163,147	1,883,480			23,040,596			55,408,173	
※2	58.39	13.99	12.21	24.70	6.32	9.40				13.12	12.02		
男性	6 1.7%	78 22.2%	41 11.6%	49 13.9%	33 9.4%	5	6	29	18	26	61	41.2%	352 100%
女性	2 0.8%	22 8.6%	2 0.8%	14 5.5%	30 11.7%	7	5	119	9	13	33	72.7%	256 100%

注) 業種については、「日本産業分類」により分類。 ※1: 労災保険適用労働者数(2014年度末) ※2: 適用労働者10万人当たり認定合計数(2000～20年度)

2 職種別

年度	専門技術職	管理職	事務職	販売職	サービス	運輸・通信職	技能職	その他	合計
2011	78 24.0%	21 6.5%	59 18.2%	40 12.3%	38 11.7%	18 5.5%	64 19.7%	7 2.2%	325 100.0%
2012	117 24.6%	26 5.5%	101 21.3%	54 11.4%	57 12.0%	33 6.9%	82 17.3%	5 1.1%	475 100.0%
2013	104 23.9%	18 4.1%	86 19.7%	42 9.6%	51 11.7%	30 6.9%	90 20.6%	15 3.4%	436 100.0%
2014	110 22.1%	49 9.9%	99 19.9%	53 10.7%	63 12.7%	31 6.2%	86 17.3%	6 1.2%	497 100.0%
2015	114 24.2%	44 9.3%	93 19.7%	48 10.2%	53 11.2%	37 7.8%	73 15.5%	10 2.1%	472 100.0%
2016	115 23.1%	30 6.0%	81 16.3%	63 12.7%	64 12.9%	32 6.4%	102 20.5%	11 2.2%	498 100.0%
2017	130 25.7%	40 7.9%	66 13.0%	50 9.9%	70 13.8%	42 8.3%	105 20.8%	3 0.6%	506 100.0%
2018	118 25.4%	34 7.3%	59 12.7%	62 13.3%	59 12.7%	40 8.6%	87 18.7%	6 1.3%	465 100.0%
2019	137 26.9%	29 5.7%	79 15.5%	60 11.8%	81 15.9%	38 7.5%	78 15.3%	7 1.4%	509 100.0%
2020	173 28.5%	29 4.8%	83 13.7%	65 10.7%	91 15.0%	43 7.1%	112 18.4%	12 2.0%	608 100.0%
合計	1,699 25.6%	515 7.7%	1,111 16.7%	741 11.1%	784 11.8%	488 7.3%	1,196 18.0%	112 1.7%	6,646 100.0%
男性	84 23.9%	23 6.5%	39 11.1%	36 10.2%	36 10.2%	34 9.7%	90 25.6%	10 2.8%	352 100.0%
女性	89 4.0%	6 2.3%	44 17.2%	29 11.3%	55 21.5%	9 3.5%	22 8.6%	2 0.8%	256 100.0%

注) 職種については、「日本標準職業分類」により分類。

3 年齢別

年度	29歳以下	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60歳以上	自殺	自殺以外	男性	女性
2011	74 22.8%	112 34.5%	71 21.8%	56 17.2%	12 3.7%	66 20.3%	259 79.7%	225 69.2%	100 30.8%
2012	107 22.5%	149 31.4%	146 30.7%	50 10.5%	23 4.8%	93 19.6%	382 80.4%	348 73.3%	127 26.7%
2013	81 18.6%	161 36.9%	106 24.3%	69 15.8%	19 4.4%	157 36.0%	279 64.0%	289 66.3%	147 33.7%
2014	113 22.7%	138 27.8%	140 28.2%	86 17.3%	20 4.0%	99 19.9%	398 80.1%	347 69.8%	150 30.2%
2015	89 18.9%	137 29.0%	147 31.1%	85 18.0%	14 3.0%	93 19.7%	379 80.3%	326 69.1%	146 30.9%
2016	116 23.3%	136 27.3%	144 28.9%	82 16.5%	20 4.0%	84 16.9%	414 83.1%	352 70.7%	146 29.3%
2017	120 23.7%	131 25.9%	158 31.2%	82 16.2%	15 3.0%	98 19.4%	408 80.6%	346 68.4%	160 31.6%
2018	98 21.1%	122 26.2%	145 31.2%	81 17.4%	19 4.1%	76 16.3%	389 83.7%	302 64.9%	163 35.1%
2019	98 21.1%	122 26.2%	145 31.2%	81 17.4%	19 4.1%	76 16.3%	389 83.7%	286 61.5%	179 38.5%
2020	139 22.9%	169 27.8%	174 28.6%	103 16.9%	23 3.8%	81 13.3%	527 86.7%	352 57.9%	256 42.1%
合計	1,490 22.4%	1,982 29.8%	1,797 27.0%	1,066 16.0%	311 4.7%	1,484 22.3%	5,162 77.7%	3,343 50.3%	1,654 24.9%
男性	66 18.8%	103 29.3%	100 28.4%	69 19.6%	14 4.0%	77 21.9%	275 78.1%	352 100%	
女性	73 28.5%	66 25.8%	74 28.9%	34 13.3%	9 3.5%	4 1.6%	252 98.4%		256 100%

4 自殺事例

5 男女別(2003～20年度欠)

表7-1 脳・心臓疾患の支給決定件数の多い業種(中分類、上位15業種、2009～2019年度のみ該当の22業種省略)

業種(大分類)	業種(中分類)	2020年度		2019年度		2018年度		2017年度		2016年度	
		順位	件数								
運輸業、郵便業	道路貨物運送業	1	55	1	61	1	83	1	85	1	89
卸売業、小売業	飲食料品小売業	2	16	4	11	9	6	4	11		
建設業	総合工事業	3	12	5	10	6	7	6	8	3	8
建設業	設備工事業	4	11	12	4	6	7	8	6		
宿泊業、飲食サービス業	飲食店	5	8	3	13	2	24	2	19	2	14
サービス業(他に分類されないもの)	その他の事業サービス業	6	7	2	15	3	10	3	16	3	8
宿泊業、飲食サービス業	宿泊業	7	6	9	6	10	5	6	8		
製造業	食料品製造業	7	6	6	7	10	5	12	4	13	5
医療、福祉	社会保険・社会福祉・介護事業	7	6								
卸売業、小売業	各種商品小売業	10	5					10	5	3	8
卸売業、小売業	機械器具小売業	10	5					14	3		
建設業	識別工事業(設備工事業を除く)	12	4	15	3						
製造業	電気機械器具製造業	12	4	15	3	15	3	8	6		
卸売業、小売業	飲食料品卸売業	12	4	15	3	5	8			6	7
漁業	漁業(水産養殖業を除く)	15	3					14	3		
製造業	生産用機械器具製造業	15	3							13	5
卸売・小売業	その他の小売業	15	3					14	3	6	7
サービス業(他に分類されないもの)	政治・経済・文化団体	15	3								
卸売業、小売業	建築材料、鉱物・金属材料等卸売業			6	7						
学術研究、専門・技術サービス業	技術サービス業(他に分類されないもの)			6	7	15	3	14	3		
運輸業、郵便業	道路旅客運送業			10	5	4	9	5	10	6	7
サービス業(他に分類されないもの)	廃棄物処理業			10	5						

表7-2 脳・心臓疾患の支給決定件数の多い職種(中分類、上位15職種、2009～2019年度のみ該当の17職種省略)

職種(大分類)	職種(中分類)	2020年度		2019年度		2018年度		2017年度		2016年度	
		順位	件数								
輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	1	58	1	67	1	85	1	89	1	89
販売従事者	商品販売従事者	2	19	4	13	8	8	4	14	4	13
専門的・技術的職業従事者	建築・土木・測量技術者	3	14	4	13	6	10	7	10	7	8
サービス職業従事者	飲食物調理従事者	4	11	3	14	2	20	3	18	3	14
管理的職業従事者	法人・団体管理職員	5	10	2	15	3	16	2	21	2	22
生産工程従事者	機械整備・修理従事者	6	8								
サービス職業従事者	接客・給仕職業従事者	7	7	9	6	5	11	7	10	11	6
事務従事者	一般事務従事者	8	5	14	3	13	4	13	4	12	5
建設・採掘従事者	電気工事従事者	8	5								
事務従事者	営業・販売事務従事者	10	4			10	6				
販売従事者	営業職業従事者	10	4	7	8	9	7	4	14	5	10
運搬・清掃・包装等従事者	運搬従事者	10	4	6	11	4	13	10	6	15	4
専門的・技術的職業従事者	製造技術者(開発)	13	3					12	5		
サービス職業従事者	介護サービス従事者	13	3								
生産工程従事者	製品製造・加工処理従事者(金属製品を除く)	13	3	9	6	11	5	10	6	7	8
建設・採掘従事者	建設従事者(建設躯体工事従事者を除く)	13	3	14	3			15	3	7	8
建設・採掘従事者	土木作業従事者	13	3							15	4
保安職業従事者	その他の保安職業従事者			7	8	6	10	6	11	15	4
専門的・技術的職業従事者	医師、歯科医師、獣医師、薬剤師			11	5					12	5
運搬・清掃・包装等従事者	清掃従事者			11	5						
管理的職業従事者	その他の管理的職業従事者			13	4						
専門的・技術的職業従事者	情報処理・通信技術者			14	3			13	4	10	7
農林漁業従事者	農業従事者			14	3	15	3	15	3		

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

表8-1 精神障害の支給決定件数の多い業種(中分類、上位15業種、2009～2016年度のみ該当の8業種省略)

業種(大分類)	業種(中分類)	2020年度		2019年度		2018年度		2017年度		2016年度	
		順位	件数								
医療、福祉	社会保険・社会福祉・介護事業	1	79	1	48	2	35	2	41	1	46
医療、福祉	医療業	2	69	2	30	2	35	2	41	2	32
運輸業、郵便業	道路貨物運送業	3	32	3	29	1	37	1	45	4	26
建設業	総合工事業	4	27	4	28	4	23	4	25	3	27
宿泊業、飲食サービス業	飲食店	5	23	4	28	5	20	6	21	5	26
製造業	電気機械器具製造業	6	15					13	9	15	9
製造業	輸送用機械器具製造業	6	15	9	13	13	11	10	12	7	17
専門サービス業(他に分類されないもの)	その他の事業サービス業	6	15	10	12	13	11			12	11
製造業	金属製品製造業	9	14	11	11	11	12			15	9
宿泊業、飲食サービス業	宿泊業	9	14	6	18			11	10		
情報通信業	情報サービス業	11	13	7	16	7	18	7	19	6	18
運輸業、郵便業	道路旅客運送業	12	12	14	10						
卸売業、小売業	飲食物品小売業	12	12							12	11
サービス業(他に分類されないもの)	廃棄物処理業	12	12								
卸売業、小売業	その他の小売業	15	11	8	15	10	13	11	10	12	11
卸売業、小売業	各種商品小売業			11	11			8	16		
情報通信業	映像・音声・文字情報制作業			11	11			13	9		
製造業	食料品製造業			14	10	8	17	9	14	10	12
卸売業、小売業	機械器具小売業			14	10	6	19				
学術研究、専門・技術サービス業	技術サービス業(他に分類されないもの)			14	10	11	12	15	8		
建設業	設備工事業					9	15	5	23	8	14
生活関連サービス業、娯楽業	娯楽業					13	11				
卸売業、小売業	機械器具卸売業							15	8		
建設業	職別工事業(設備工事業を除く)									9	13

表8-2 精神障害の支給決定件数の多い職種(中分類、上位15職種、2009～2017年度のみ該当の8職種省略)

職種(大分類)	職種(中分類)	2020年度		2019年度		2018年度		2017年度		2016年度	
		順位	件数								
事務作業	一般事務従事者	1	57	1	49	1	41	1	48	1	47
専門的・技術的職業従事者	保健師、授産師、看護師	2	45	13	15	7	22	10	21	14	13
サービス職業従事者	介護サービス職業従事者	3	37	6	26	8	20	11	20	9	20
販売従事者	営業職業従事者	4	35	7	25	2	38	4	28	2	37
輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	5	34	2	36	3	35	2	38	4	26
販売従事者	商品販売従事者	6	30	3	33	5	23	6	22	5	25
専門的・技術的職業従事者	社会福祉専門職業従事者	7	27	12	16					10	17
管理的職業従事者	法人・団体管理職員	8	23	8	24	4	32	3	35	3	29
サービス職業従事者	接客・給仕職業従事者	9	19	4	29	11	16				
専門的・技術的職業従事者	建築・土木・測量技術者	10	18	5	27	5	23	6	22	7	22
サービス職業従事者	飲食物調理従事者	11	17	10	18	12	13	6	22	12	16
運搬・清掃・包装等従事者	運搬従事者	12	16							12	16
専門的・技術的職業従事者	製造技術者(開発)	13	15	15	13						
生産工程従事者	製品製造・加工処理従事者(金属製品を除く)	13	15	9	23	9	19	6	22	6	24
生産工程従事者	製品製造・加工処理従事者(金属製品)	13	15	15	13	12	13				
専門的・技術的職業従事者	製造技術者(開発を除く)			11	17	14	11				
専門的・技術的職業従事者	情報処理・通信技術者			13	15	10	17	5	23	10	17
運搬・清掃・包装等従事者	清掃従事者					14	11				
建設・採掘従事者	電気工事従事者							12	18		
サービス職業従事者	接客・給仕職業従事者							13	17	7	22
建設・採掘従事者	建設従事者(建設躯体工事従事者を除く)							14	13	14	13

表9 脳・心臓疾患の時間外労働時間数別支給決定件数(年度「合計」は2015～2020年度の合計)

区分	2017年度		2018年度		2019年度		2020年度		合計	割合	死亡 合計	割合
	うち死亡		うち死亡		うち死亡		うち死亡					
異常な出来事への遭遇または短期間の加重業務	4	2	15	2	16	3	16	7	77	5.5%	17	3.2%
評価期間1か月で100時間以上	86	29	97	33	66	29	54	15	461	32.6%	157	29.6%
評価期間2～6か月で1か月平均80時間以上	145	54	108	39	108	46	103	40	749	53.0%	308	58.1%
上記以外(労働時間以外の負荷要因を認めたもの)	18	7	18	8	26	8	21	5	125	8.9%	48	9.1%
合計	253	92	238	82	216	86	194	67	1,412	100.0%	530	100.0%

注1 厚生労働省発表データを編集部で加工したものです。

表10 精神障害の時間外労働時間数(1か月平均)別支給決定件数(年度「合計」は2007～2020年度の合計)

区分	2016年度		2017年度		2018年度		2019年度		2020年度		合計	割合	自殺 合計	割合
	うち自殺		うち自殺		うち自殺		うち自殺		うち自殺					
20時間未満	84	5	75	7	82	8	68	8	68	3	1,043	17.8%	2,014	17.6%
20時間以上～40時間未満	43	8	35	10	30	4	33	5	40	7	403	6.9%	786	6.9%
40時間以上～60時間未満	41	10	35	10	37	8	31	8	45	11	388	6.6%	765	6.7%
60時間以上～80時間未満	24	3	33	10	27	6	35	8	26	13	302	5.1%	587	5.1%
80時間以上～100時間未満	23	11	33	11	30	9	29	10	28	12	360	6.1%	693	6.0%
100時間以上～120時間未満	49	12	41	12	61	16	63	19	56	10	652	11.1%	1,265	11.0%
120時間以上～140時間未満	38	8	35	10	34	10	45	13	24	6	434	7.4%	851	7.4%
140時間以上～160時間未満	19	5	26	9	17	5	9	1	12	6	227	3.9%	442	3.9%
160時間以上	52	19	49	12	35	6	36	7	30	6	497	8.5%	978	8.5%
その他	125	3	144	7	112	4	160	9	279	7	1,564	26.6%	3,091	26.9%
合計	498	84	506	98	465	76	509	88	608	81	5,870	100.0%	11,472	100.0%

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

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

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

表11 脳・心臓疾患の就業形態別決定及び支給決定件数(「支給決定件数合計」は2009～2020年度の合計)

区分	年度	2018年度				2019年度				2020年度				支給決定 件数 合計	割合	うち 死亡 合計	割合
		決定件数		支給決定件数		決定件数		支給決定件数		決定件数		支給決定件数					
		うち死亡															
正規職員・従業員	555	187	212	72	520	199	193	79	513	165	171	59	2,986	92.8%	1,172	94.0%	
契約社員	15	3	2	0	23	6	3	1	18	8	2	1	28	0.9%	7	0.6%	
派遣労働者	10	3	4	2	20	6	2	1	13	4	0	0	27	0.8%	9	0.7%	
パート・アルバイト	59	16	11	4	59	13	8	1	59	15	6	2	65	2.0%	20	1.6%	
その他(特別加入者等)	50	8	9	4	52	14	10	4	62	19	15	5	110	3.4%	39	3.1%	
合計	689	217	238	82	674	238	216	86	665	211	194	67	3,216	100.0%	1,247	100.0%	

表12 精神障害の就業形態別決定及び支給決定件数(「支給決定件数合計」は2009～2020年度の合計)

区分	年度	2018年度				2019年度				2020年度				支給決定 件数 合計	割合	うち 自殺 合計	割合
		決定件数		支給決定件数		決定件数		支給決定件数		決定件数		支給決定件数					
		うち自殺		うち自殺		うち自殺		うち自殺		うち自殺		うち自殺					
正規職員・従業員	1,216	180	414	69	1,304	170	449	81	1,551	166	527	75	4,737	88.9%	916	94.5%	
契約社員	73	5	9	3	87	4	15	2	102	3	24	2	162	3.0%	15	1.5%	
派遣労働者	43	1	8	1	48	2	10	1	61	3	11	1	86	1.6%	11	1.1%	
パート・アルバイト	105	7	24	2	130	6	32	2	157	2	38	0	283	5.3%	11	1.1%	
その他(特別加入者等)	24	6	10	1	17	3	3	2	35	5	8	3	59	1.1%	16	1.7%	
合計	1,461	199	465	76	1,586	185	509	88	1,906	179	608	81	5,327	100.0%	969	100.0%	

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

表13 精神障害の出来事別決定及び支給決定件数一覧(「年度合計」は2009～2020年度の合計)

出来事 の 雛形	具体的な出来事 注1	2018年度				2019年度				2020年度				年度合計			
		決定件数		うち支給		決定件数		うち支給		決定件数		うち支給		決定 件数	うち 支給 決定	認定 率	
		自殺	自殺	自殺	自殺	自殺	自殺	自殺	自殺								
1 事故や災害の体験	(重度の)病気やケガをした	86	6	36	4	72	2	28	2	127	2	50	1	1,024	400	39.1%	
	悲惨な事故や災害の体験、目撃をした	92		56		94	1	55		120	2	83	1	1,072	644	60.1%	
2 仕事の失敗、過重な責任の発生等	業務に関し、重大な人身事故、重大事故を起こした	5		2		10	2	5	2	7		2		80	34	42.5%	
	会社の経営に影響するなどの重大な仕事上のミスをした	26	7	4	1	21	3	7		27	8	6	4	271	88	32.5%	
	会社で起きた事故、事件について、責任を問われた	12	2	4		9	6	5	4	9	3	4	2	129	49	38.0%	
	自分の関係する仕事で多額の損失等が生じた	1		1		4								36	11	30.6%	
	業務に関し、違法行為を強要された	9		2		12		1		8		4		105	23	21.9%	
	達成困難なノルマが課された	14	1	4	1	19	4	4	1	16	4	1	1	150	46	30.7%	
	ノルマが達成できなかった	9	3	1	1	6	1	1	1	3				91	20	22.0%	
	新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった	12	4	3	2	11	3	5	2	9	2	3	1	97	41	42.3%	
	顧客や取引先から無理な注文を受けた	13	2	2	1	11	3	4	2	9	2			86	25	29.1%	
	顧客や取引先からクレームを受けた	21	3	5	1	29	4	5	2	42	5	11	2	333	94	28.2%	
3 仕事の量・質	大きな説明会や公式の場での発表を強いられた	2				1								14	2	14.3%	
	上司が不在になることにより、その代行を任せられた	2		1		3		2		4				24	5	20.8%	
	仕事内容・仕事量の(大きな)変化を生じさせる出来事があった	181	35	69	14	207	49	68	20	190	44	58	21	1,903	759	39.9%	
	1か月に80時間以上の時間外労働を行った	68	21	45	14	54	11	32	7	52	7	31	5	562	348	61.9%	
	2週間以上にわたって連続勤務を行った	43	15	25	9	63	18	42	12	64	17	41	12	420	276	65.7%	
	勤務形態に変化があった	8	3			1	1			1				38	3	7.9%	
4 役割・地位の変化等	仕事のベース、活動の変化があった	3		1		2				3				33	1	3.0%	
	退職を強要された	19		3		26	1	6		19	2	5	2	308	75	24.4%	
	配置転換があった	54	12	8	2	55	8	13	5	63	9	6	2	646	116	18.0%	
	転勤をした	21	10	7	4	14	6	5	3	21	9	5	3	224	56	25.0%	
	複数名で担当していた業務を1人で担当するようになった	9	1	2		10	3	5	2	12	2	4	2	92	30	32.6%	
	非正規社員であるとの理由等により、仕事上の差別、不利益取扱いを受けた	7	3	1	1	12		2		11	1	3		74	14	18.9%	
	自分の昇格・昇進があった	8	5	2	1	4				4	1			93	12	12.9%	
	部下が減った	2	1	1		1								18	3	16.7%	
5 パワーハラスメント	早期退職制度の対象となった					1				1				6	0	0.0%	
	非正規社員である自分の契約満了が迫った	3				3				2				15	0	0.0%	
	上司等から、身体的攻撃、精神的攻撃等のパワーハラスメントを受けた 注2									180	15	99	10	180	99	55.0%	
	6 対人関係	同僚等から、暴行又は(ひどい)いじめ・嫌がらせを受けた 注3	178	18	69	7	174	16	79	8	128	4	71	2	1,542	715	46.4%
		上司とのトラブルがあった	255	30	18	7	294	16	21	6	388	20	14	3	2,969	235	7.9%
		同僚とのトラブルがあった	69	2	2		91	4	5		89	1	7	1	608	26	4.3%
		部下とのトラブルがあった	18	2	3	2	13	1	1		16	1	2		104	18	17.3%
理解してくれていた人の異動があった		5	1			5	2	1		2				26	2	7.7%	
上司が替わった		2				5	1	1						36	4	11.1%	
同僚等の昇進・昇格があり、昇進で先を越された	1								1				17	0	0.0%		
7 セクシュアルハラスメント	セクシュアルハラスメントを受けた	54		33		84		42		90		44		590	304	51.5%	
	8 特別な出来事 注4	55	4	55	4	63	9	63	9	54	6	54	6	731	725	99.2%	
9 その他 注5		94	8			102	11			134	12			1,116	30	2.7%	
合計		1,461	199	465	76	1,586	185	509	88	1,906	179	608	81	15,863	5,333	33.6%	

注1 「具体的な出来事」は、平成23年12月26日付け基発1226第1号「心理的負荷による精神障害の認定基準について」別表第1による(令和2年8月21日付け基発0821第4号による改正後のもの)。/注2 「上司等から、身体的攻撃、精神的攻撃等のパワーハラスメントを受けた」は、令和2年5月29日付け基発0529第1号により新規に追加されたものである。/注3 「同僚等から、暴行又は(ひどい)いじめ・嫌がらせを受けた」は、令和2年5月29日付け基発0529第1号により修正された項目で、令和2年度においては改正前の認定基準における具体的な出来事「(ひどい)いじめ・嫌がらせを受けた」で評価した件数も含むものである。注4 「特別な出来事」は、心理的負荷が「極度のもの等の件数である。/注5 「その他」は、評価の対象となる出来事が認められなかったもの等の件数である。/注6 自殺は、未遂を含む件数である。

表13-2 男女別・精神障害の出来事別決定及び支給決定件数一覧(「年度合計」は2014～2020年度の合計)

出来事の種類	具体的な出来事 注1	女性						男性							
		2020年度			年度合計			2020年度			年度合計				
		決定件数		うち支給 自費	決定 件数	うち 支給 決定	認定 率	決定件数		うち支給 自費	決定 件数	うち 支給 決定	認定 率		
		自費	自費					自費	自費						
1 事故や災害の体験	(重度の)病気やケガをした	38		8	194	45	23.2%	89	2	42	1	429	214	49.9%	
	悲惨な事故や災害の体験、目撃をした	65	1	43	376	235	62.5%	55	1	40	1	289	192	66.4%	
2 仕事の失敗、過重な責任の発生等	業務に関し、重大な人身事故、重大事故を起こした	2		1	10	4	40.0%	5	2	1		37	16	43.2%	
	会社の経営に影響するなどの重大な仕事上のミスをした	11		1	52	12	23.1%	16	3	5	4	139	49	35.3%	
	会社で起きた事故、事件について、責任を問われた	1		1	20	8	40.0%	8	6	3	2	49	23	46.9%	
	自分の関係する仕事で多額の損失等が生じた				2	1	50.0%					11	1	9.1%	
	業務に関し、違法行為を強要された	3		2	35	7	20.0%	5		2		40	9	22.5%	
	達成困難なノルマが課された	6			24	2	8.3%	10	4	1	1	80	20	25.0%	
	ノルマが達成できなかった	3			15	1	6.7%					34	8	23.5%	
	新規事業の担当になった、会社の建て直しの担当になった	2		1	14	6	42.9%	7	2	2	1	39	14	35.9%	
	顧客や取引先から無理な注文を受けた	3			21	4	19.0%	6	2			39	10	25.6%	
	顧客や取引先からクレームを受けた	23		5	103	16	15.5%	19	5	6	2	105	35	33.3%	
	大きな説明会や公式の場での発表を強いられた				3	0	0.0%					3	1	33.3%	
上司が不在になることにより、その代行を任された	2			7	2	28.6%	2				11	2	18.2%		
3 仕事の量・質	仕事内容・仕事量の(大きな)変化を生じさせる出来事があった	58	2	17	332	93	28.0%	132	42	41	21	870	354	40.7%	
	1か月に80時間以上の時間外労働を行った	8	1	3	53	36	67.9%	44	6	28	5	380	243	63.9%	
	2週間以上にわたって連続勤務を行った	15	2	11	2	66	45	68.2%	49	15	30	10	303	198	65.3%
	勤務形態に変化があった	1			11	0	0.0%					13	2	15.4%	
	仕事のペース、活動の変化があった	2			8	1	12.5%	1				5	0	0.0%	
4 役割・地位の変化等	退職を強要された	5			68	14	20.6%	14	2	5	2	111	27	24.3%	
	配置転換があった	23	1		126	12	9.5%	40	8	6	2	275	63	22.9%	
	転勤をした	3		1	12	1	8.3%	18	9	4	3	91	30	33.0%	
	複数名で担当していた業務を1人で担当するようになった	5		1	21	3	14.3%	7	2	3	2	31	13	41.9%	
	非正規社員であるとの理由等により、仕事上の差別、不利益取扱いを受けた	4		1	13	2	15.4%	7	1	2		33	8	24.2%	
	自分の昇格・昇進があった	1			11	0	0.0%	3	1			32	5	15.6%	
	部下が減った				4	1	25.0%					6	2	33.3%	
	早期退職制度の対象となった				0	0		1				2	0	0.0%	
	非正規社員である自分の契約満了が迫った				3	0	0.0%	2				9	0	0.0%	
5 パワーハラスメント	上司等から、身体的攻撃、精神的攻撃等のパワーハラスメントを受けた 注2	82	2	43	2	82	43	52.4%	98	13	56	8	98	56	57.1%
	6 対人関係	同僚等から、暴行又は(ひどい)いじめ・嫌がらせを受けた 注3	80	1	45	492	203	41.3%	48	3	26	2	667	307	46.0%
上司とのトラブルがあった		211	5	2	935	41	4.4%	177	15	12	3	1,067	100	9.4%	
同僚とのトラブルがあった		57		5	267	12	4.5%	32	1	2	1	179	7	3.9%	
部下とのトラブルがあった		7		1	34	4	11.8%	9	1	1		41	4	9.8%	
理解してくれていた人の異動があった					7	1	14.3%	2				11	1	9.1%	
上司が替わった					5	1	20.0%					7	1	14.3%	
同僚等の昇進・昇格があり、昇進で先を越された		1			3	0	0.0%					6	0	0.0%	
7 セクシュアルハラスメント	セクシュアルハラスメントを受けた	85		41	419	229	54.7%	5		3		14	5	35.7%	
	8 特別な出来事 注4	23		23	139	137	98.6%	31	6	31	6	315	313	99.4%	
9 その他 注5	57	2		226	0	0.0%	77	10			382	0	0.0%		
合計		887	17	256	4	4,213	1,222	29.0%	1,019	162	352	77	6,253	2,333	37.3%

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

表14 脳血管疾患の労災補償状況(都道府県別)

	支給決定件数(「合計」は2000～2020年度合計)							10万人当「合計」		認定率②(「合計」は2009～2020年度平均)								
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	合計	順位	※	順位	2015	2016	2017	2018	2019	2020	合計	順位
北海道	5	11	5	7	4	6	149	7	0.36	18	31.3%	57.9%	55.6%	43.8%	44.4%	33.3%	48.9%	11
青森	1	1		1	1		20	41	0.22	39	25.0%	50.0%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%	60.0%	4
岩手	2	2	1	1			21	39	0.22	38	66.7%	100.0%	100.0%	50.0%	0.0%		55.6%	5
宮城	8	4	2			1	82	12	0.45	9	53.3%	44.4%	40.0%	0.0%	0.0%	14.3%	42.9%	17
秋田	1						11	46	0.15	47	100.0%	0.0%			0.0%	0.0%	50.0%	10
山形					3		21	40	0.26	33	0.0%	0.0%	0.0%		60.0%	0.0%	33.3%	37
福島	2	1	5	3	4		45	21	0.27	32	20.0%	33.3%	71.4%	75.0%	36.4%	0.0%	40.0%	22
茨城	2	1		7	4	3	68	14	0.32	25	50.0%	11.1%	0.0%	58.3%	57.1%	42.9%	38.4%	27
栃木	2	5	5		2	3	47	20	0.30	29	66.7%	71.4%	100.0%	0.0%	66.7%	50.0%	64.3%	2
群馬	2	7	4		2	1	54	17	0.33	24	66.7%	87.5%	57.1%	0.0%	22.2%	25.0%	47.9%	12
埼玉	7	8	11	6	7	4	164	5	0.37	16	25.9%	44.4%	37.9%	25.0%	33.3%	14.3%	32.5%	41
千葉	4	8	6	4	7	2	118	9	0.32	27	25.0%	61.5%	46.2%	30.8%	63.6%	18.2%	42.3%	20
東京	19	17	20	22	18	15	568	1	0.20	43	33.9%	25.4%	31.7%	31.0%	26.5%	23.4%	36.0%	33
神奈川	13	11	8	4	7	14	262	3	0.44	10	44.8%	31.4%	25.8%	11.1%	20.0%	38.9%	35.4%	34
新潟		1		1	1	4	36	27	0.19	45	0.0%	33.3%		100.0%	25.0%	80.0%	36.4%	32
富山		1	1			1	27	34	0.28	30	0.0%	50.0%	100.0%	0.0%	0.0%	33.3%	55.0%	7
石川		1	1		1		18	42	0.19	46	0.0%	50.0%	20.0%	0.0%	33.3%	0.0%	33.3%	38
福井		1	1			1	16	44	0.23	36	0.0%	100.0%	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	40.0%	23
山梨			1	2		1	16	45	0.27	31	0.0%	0.0%	33.3%	100.0%		33.3%	30.4%	44
長野	2	2	1	2	4	2	34	30	0.20	41	50.0%	28.6%	25.0%	33.3%	40.0%	28.6%	33.3%	39
岐阜	2	1	1		3		32	33	0.20	42	66.7%	16.7%	33.3%	0.0%	60.0%	0.0%	31.9%	42
静岡	5	4	4	5	3	2	78	13	0.25	35	71.4%	40.0%	57.1%	45.5%	27.3%	16.7%	46.9%	14
愛知	16	9	5	7	13	4	170	4	0.23	37	76.2%	40.9%	23.8%	53.8%	50.0%	16.0%	42.6%	19
三重	3		5	1	5	3	49	19	0.35	20	50.0%	0.0%	71.4%	20.0%	55.6%	30.0%	34.2%	36
滋賀	3	1	3	3	1		57	16	0.56	4	75.0%	100.0%	42.9%	50.0%	50.0%	0.0%	55.1%	6
京都	6	7	2	3	4	2	109	10	0.51	7	40.0%	33.3%	20.0%	17.6%	23.5%	16.7%	28.9%	47
大阪	14	17	22	25	10	17	385	2	0.39	15	26.9%	33.3%	38.6%	40.3%	27.0%	39.5%	35.2%	35
兵庫	9	6	11	7	6	4	160	6	0.40	12	50.0%	37.5%	55.0%	41.2%	27.3%	25.0%	38.3%	28
奈良		1	2	2		2	35	28	0.52	6	0.0%	25.0%	50.0%	50.0%	0.0%	40.0%	40.0%	24
和歌山	4	1	2	1		1	39	24	0.60	3	100.0%	50.0%	66.7%	50.0%	0.0%	100.0%	63.6%	3
鳥取		1		1		1	17	43	0.43	11	0.0%	100.0%		100.0%		100.0%	75.0%	1
島根		1	1				10	47	0.19	44		50.0%	33.3%	0.0%			54.5%	8
岡山	2	1	3	2	1	2	42	22	0.26	34	40.0%	16.7%	50.0%	66.7%	50.0%	33.3%	36.7%	30
広島	4	1	3	5	4	2	106	11	0.40	13	36.4%	25.0%	50.0%	71.4%	30.8%	28.6%	44.3%	16
山口	1	4	1	1			24	36	0.21	40	25.0%	57.1%	25.0%	25.0%	0.0%		31.8%	43
徳島	2	2		2	1	1	35	29	0.68	2	100.0%	50.0%	0.0%	33.3%	20.0%	50.0%	38.8%	25
香川			1	1	1		26	35	0.32	28	0.0%	0.0%	25.0%	14.3%	33.3%	0.0%	28.9%	46
愛媛		1			3	2	38	25	0.36	19	0.0%	14.3%	0.0%	0.0%	75.0%	40.0%	41.0%	21
高知	1	1	1	2		2	38	26	0.73	1	25.0%	50.0%	33.3%	100.0%	0.0%	66.7%	47.2%	13
福岡	10	4	6	4	5	2	146	8	0.33	23	71.4%	44.4%	31.6%	30.8%	26.3%	22.2%	44.6%	15
佐賀		2	1	2			22	38	0.36	17	0.0%	33.3%	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	42.9%	18
長崎	5	2	2		2	3	50	18	0.55	5	62.5%	22.2%	33.3%	0.0%	28.6%	50.0%	38.2%	29
熊本	3	2	4	2	5		63	15	0.50	8	75.0%	33.3%	80.0%	40.0%	50.0%	0.0%	38.8%	26
大分			2	1		1	34	31	0.40	14	0.0%	0.0%	66.7%	16.7%	0.0%	16.7%	33.3%	40
宮崎	1	2	2	1		1	24	37	0.32	26	20.0%	40.0%	40.0%	50.0%		33.3%	36.6%	31
鹿児島			3	1		2	40	23	0.35	21	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	66.7%	52.0%	9
沖縄	1	1		3	3	1	34	32	0.35	22	25.0%	16.7%	0.0%	21.4%	37.5%	20.0%	29.6%	45
合計	162	154	159	142	135	113	3,640		0.31		39.7%	36.0%	38.7%	33.3%	31.5%	28.0%	38.8%	

※労災保険適用労働者数(2015年度末)10万人当たり年平均支給決定件数

表15 虚血性心疾患等の労災補償状況(都道府県別)

	支給決定件数(「合計」は2000～2020年度合計)							10万人当「合計」		認定率②(「合計」は2009～2020年度平均)								
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	合計	順位	※	順位	2015	2016	2017	2018	2019	2020	合計	順位
北海道	2	5	8	6	9	5	99	6	0.24	19	15.4%	71.4%	72.7%	54.5%	45.0%	33.3%	45.2%	18
青森	2	1					13	42	0.14	42	66.7%	100.0%	0.0%		0.0%		50.0%	11
岩手	2	3	1	1			14	39	0.15	41	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		0.0%	75.0%	3
宮城	1	5	5	2	1	1	54	12	0.30	6	20.0%	62.5%	62.5%	50.0%	33.3%	25.0%	44.6%	20
秋田	1				2		12	44	0.17	35	50.0%	0.0%		0.0%	66.7%		46.2%	17
山形	1	1	2				15	38	0.19	31	33.3%	100.0%	100.0%		0.0%	0.0%	40.0%	27
福島	1	2	1	1	2	1	35	15	0.21	24	20.0%	40.0%	20.0%	33.3%	50.0%	20.0%	35.3%	32
茨城	4	4	2	2	4	3	50	13	0.24	20	57.1%	80.0%	40.0%	40.0%	66.7%	50.0%	53.2%	8
栃木	3		3	2	2		26	24	0.17	36	75.0%	0.0%	100.0%	100.0%	50.0%	0.0%	53.3%	7
群馬	3	5	3	1		2	48	14	0.29	8	100.0%	55.6%	60.0%	25.0%		33.3%	48.9%	12
埼玉	3	3	4	8	3	11	106	5	0.24	18	25.0%	25.0%	50.0%	50.0%	20.0%	45.8%	40.4%	26
千葉	1	3	4	4	3	3	70	9	0.19	30	16.7%	23.1%	44.4%	44.4%	37.5%	42.9%	36.2%	31
東京	16	12	13	13	2	12	321	1	0.11	46	36.4%	32.4%	37.1%	33.3%	5.3%	26.1%	38.0%	29
神奈川	6	7	6	1	6	3	136	3	0.23	22	22.2%	29.2%	28.6%	5.0%	27.3%	17.6%	30.5%	40
新潟	2	4		2	3		30	20	0.16	38	100.0%	57.1%	0.0%	40.0%	50.0%	0.0%	44.7%	19
富山	1	1	1	2	3	3	27	23	0.28	9	100.0%	100.0%	100.0%	66.7%	100.0%	75.0%	76.9%	2
石川	1	2		3	1	1	21	28	0.22	23	100.0%	100.0%	0.0%	75.0%	25.0%	50.0%	61.5%	6
福井		1		2	2	2	14	40	0.20	26		100.0%	0.0%	100.0%	66.7%	100.0%	72.2%	4
山梨			1	2	1	1	22	27	0.38	1			100.0%	50.0%	50.0%	50.0%	52.2%	9
長野	3	1	2	1	1		18	32	0.11	47	75.0%	50.0%	66.7%	25.0%	20.0%	0.0%	28.9%	44
岐阜	1	3				1	18	33	0.11	45	50.0%	75.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	27.6%	46
静岡		2	2	1	2	2	35	16	0.11	44	0.0%	100.0%	100.0%	20.0%	50.0%	33.3%	39.5%	28
愛知	4	6	5	6	7	9	119	4	0.16	37	36.4%	42.9%	31.3%	50.0%	63.6%	56.3%	48.9%	13
三重	1		1	3	1		23	26	0.17	34	12.5%	0.0%	33.3%	75.0%	20.0%		29.5%	42
滋賀		2		1		1	32	17	0.31	2		100.0%	0.0%	50.0%	0.0%	100.0%	48.6%	14
京都	2	4	4	1		2	66	10	0.31	4	16.7%	28.6%	33.3%	11.1%	0.0%	25.0%	33.6%	37
大阪	6	8	4	12	7	5	195	2	0.20	27	25.0%	32.0%	20.0%	40.0%	36.8%	19.2%	32.3%	38
兵庫	2	5	3	3	1	1	93	7	0.24	21	33.3%	45.5%	20.0%	33.3%	10.0%	8.3%	34.4%	35
奈良	1			1		1	17	36	0.25	15	33.3%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	50.0%	28.1%	45
和歌山		1	1	1			20	30	0.31	3	0.0%	100.0%	50.0%	100.0%	0.0%		36.4%	30
鳥取	1						12	45	0.30	5	100.0%			0.0%			44.4%	21
島根		2			1		8	46	0.16	39		100.0%			100.0%		77.8%	1
岡山	1			2	2	1	32	18	0.20	28	50.0%	0.0%		50.0%	100.0%	25.0%	46.3%	16
広島	6	1	2	4	2		66	11	0.25	16	66.7%	33.3%	66.7%	57.1%	66.7%	0.0%	52.2%	10
山口		1	1			1	28	21	0.25	17	0.0%	100.0%	25.0%	0.0%	0.0%	33.3%	46.9%	15
徳島	1			1			14	41	0.27	10	25.0%	0.0%		50.0%	0.0%	0.0%	26.9%	47
香川	2		2	2		1	24	25	0.30	7	100.0%		66.7%	66.7%	0.0%	100.0%	65.0%	5
愛媛	1		2		1	1	28	22	0.26	12	33.3%	0.0%	66.7%	0.0%	50.0%	50.0%	34.5%	34
高知		1					8	47	0.15	40	0.0%	100.0%	0.0%				42.9%	23
福岡	3	3	5	2	2	4	80	8	0.18	33	60.0%	60.0%	55.6%	28.6%	25.0%	30.8%	41.2%	25
佐賀	1	1	1		1		16	37	0.26	11	100.0%	100.0%	50.0%	0.0%	25.0%	0.0%	44.4%	22
長崎		2	1	2	1		18	34	0.20	29	0.0%	50.0%	20.0%	66.7%	33.3%	0.0%	31.4%	39
熊本	1	3	2		1	1	32	19	0.26	14	50.0%	75.0%	33.3%	0.0%	16.7%	50.0%	42.0%	24
大分			1		3	2	18	35	0.21	25	0.0%		25.0%	0.0%	100.0%	66.7%	35.1%	33
宮崎	1		1		2		19	31	0.26	13	20.0%		25.0%	0.0%	66.7%	0.0%	34.3%	36
鹿児島	1	1					21	29	0.18	32	33.3%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	29.6%	41
沖縄				1	2		13	43	0.13	43	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	50.0%	0.0%	29.0%	43
合計	89	106	94	96	81	81	2,186		0.18		33.8%	42.1%	37.2%	36.6%	31.6%	31.0%	39.6%	

※労災保険適用労働者数(2015年度末)10万人当たり平均支給決定件数

特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定

表16 精神障害の労災補償状況(都道府県別)

	支給決定件数(「合計」は2000～2020年度合計)							10万人当り「合計」		認定率②(「合計」は2009～2020年度平均)								
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	合計	順位	※	順位	2015	2016	2017	2018	2019	2020	合計	順位
北海道	19	37	35	20	24	31	353	5	0.85	13	46.3%	55.2%	45.5%	29.0%	28.9%	44.3%	42.4%	14
青森	7		3	6	4	4	43	40	0.48	32	100.0%	0.0%	37.5%	66.7%	50.0%	40.0%	50.0%	3
岩手	6	3	2	7	4	4	64	28	0.68	18	66.7%	75.0%	33.3%	70.0%	36.4%	50.0%	52.5%	1
宮城	11	10	8	4	3	9	167	11	0.92	7	36.7%	28.6%	23.5%	15.4%	13.6%	28.1%	38.1%	23
秋田	3	3	2	4	3	2	47	38	0.65	20	37.5%	37.5%	33.3%	57.1%	25.0%	28.6%	37.4%	24
山形	7	4	4	6	9	9	73	24	0.91	9	53.8%	57.1%	50.0%	60.0%	64.3%	50.0%	51.3%	2
福島	10	9	6	4	13	11	108	15	0.66	19	66.7%	52.9%	27.3%	40.0%	54.2%	35.5%	44.8%	10
茨城	9	12	8	4	7	9	126	14	0.60	25	45.0%	54.5%	26.7%	26.7%	26.9%	34.6%	39.1%	22
栃木	1	1	2	3	1	3	43	41	0.27	46	25.0%	11.1%	28.6%	25.0%	14.3%	23.1%	34.5%	29
群馬	6	5	6	8	10	4	78	21	0.48	33	33.3%	29.4%	37.5%	38.1%	47.6%	22.2%	33.9%	30
埼玉	11	16	18	22	19	21	194	10	0.44	38	30.6%	41.0%	29.5%	36.1%	39.6%	28.4%	30.0%	39
千葉	17	12	15	7	12	28	206	9	0.56	27	35.4%	40.0%	34.1%	18.9%	33.3%	43.1%	33.7%	31
東京	93	89	108	93	84	93	1,135	1	0.39	43	40.6%	38.0%	34.4%	36.3%	28.5%	25.3%	32.9%	34
神奈川	38	42	30	35	29	44	519	3	0.87	11	36.2%	34.1%	25.6%	26.7%	21.8%	28.9%	29.8%	40
新潟	5	2	4	8	8	4	91	19	0.47	35	50.0%	18.2%	44.4%	61.5%	50.0%	66.7%	47.5%	5
富山	6	5	4	3	8	5	43	42	0.45	36	66.7%	71.4%	44.4%	27.3%	61.5%	29.4%	45.7%	6
石川	5	2	4	7	9	4	52	33	0.54	29	35.7%	28.6%	40.0%	77.8%	47.4%	50.0%	44.3%	11
福井	5	2	6	2	8	8	71	26	1.04	1	45.5%	33.3%	54.5%	33.3%	50.0%	61.5%	47.7%	4
山梨	4	4	1	6	8	1	50	34	0.86	12	33.3%	50.0%	12.5%	50.0%	61.5%	25.0%	40.4%	19
長野	3	9	9	11	13	10	102	17	0.60	24	27.3%	39.1%	47.4%	44.0%	41.9%	45.5%	40.5%	17
岐阜	2	3	4		8	11	68	27	0.42	40	14.3%	30.0%	40.0%	0.0%	42.1%	36.7%	34.6%	28
静岡	9	11	15	12	19	27	161	12	0.53	30	45.0%	50.0%	44.1%	40.0%	50.0%	49.1%	45.1%	8
愛知	10	27	18	20	21	32	244	7	0.33	45	19.2%	33.3%	22.0%	27.4%	24.7%	25.2%	22.8%	46
三重	6	9	1	2	4	6	53	32	0.38	44	28.6%	39.1%	6.3%	16.7%	21.1%	17.6%	20.0%	47
滋賀	9	7	10	1	9	7	103	16	1.01	2	56.3%	38.9%	50.0%	8.3%	47.4%	41.2%	43.5%	13
京都	15	12	9	11	23	22	213	8	0.99	3	24.2%	27.9%	15.5%	22.0%	43.4%	34.9%	29.4%	42
大阪	39	36	34	30	29	51	530	2	0.54	28	28.1%	26.5%	23.4%	19.9%	22.3%	24.5%	23.8%	45
兵庫	24	25	22	31	32	25	376	4	0.95	5	39.3%	48.1%	30.6%	40.3%	36.8%	35.7%	40.4%	18
奈良	3	4	3	2	2	6	56	31	0.84	14	23.1%	36.4%	27.3%	50.0%	12.5%	30.0%	30.4%	36
和歌山	2		6	7	3	5	39	43	0.60	26	100.0%	0.0%	66.7%	58.3%	30.0%	50.0%	39.5%	21
鳥取	4	1	2	5	2		25	45	0.63	21	57.1%	12.5%	40.0%	55.6%	40.0%	0.0%	41.5%	15
島根	1		1		1		10	47	0.19	47	33.3%		20.0%	0.0%	50.0%	0.0%	29.6%	41
岡山	3	6	8	10	6	3	77	22	0.48	34	20.0%	27.3%	61.5%	52.6%	37.5%	23.1%	35.3%	27
広島	13	15	16	4	9	16	160	13	0.61	23	36.1%	45.5%	42.1%	13.3%	31.0%	44.4%	33.7%	32
山口	2	1	1	2	5	4	50	35	0.44	39	25.0%	9.1%	16.7%	40.0%	33.3%	23.5%	36.7%	25
徳島	2	1	5	3		2	25	46	0.49	31	25.0%	10.0%	55.6%	23.1%	0.0%	20.0%	23.8%	44
香川	2			2	3	4	33	44	0.41	41	28.6%	0.0%	0.0%	20.0%	42.9%	57.1%	31.0%	35
愛媛	1	4	1	4	2	4	48	36	0.45	37	7.7%	30.8%	8.3%	22.2%	18.2%	28.6%	24.0%	43
高知	2	2	10	3	1	3	48	37	0.92	6	28.6%	40.0%	71.4%	27.3%	50.0%	33.3%	45.4%	7
福岡	21	31	26	23	15	23	273	6	0.62	22	33.9%	40.3%	34.2%	31.5%	23.1%	34.8%	35.5%	26
佐賀	9	5	1	4	7	7	59	29	0.97	4	60.0%	71.4%	7.1%	33.3%	43.8%	33.3%	40.8%	16
長崎	7	11	11	4	7	8	83	20	0.91	8	31.8%	55.0%	64.7%	40.0%	38.9%	40.0%	43.7%	12
熊本	3	6	5	6	6	7	93	18	0.74	16	30.0%	35.3%	35.7%	37.5%	46.2%	30.4%	33.5%	33
大分	4	7	6	6	6	16	77	23	0.90	10	57.1%	63.6%	54.5%	42.9%	37.5%	57.1%	44.9%	9
宮崎	6	2	5	3	2	2	58	30	0.78	15	35.3%	16.7%	45.5%	25.0%	20.0%	22.2%	30.0%	38
鹿児島	4		5	3	2	5	46	39	0.40	42	44.4%	0.0%	55.6%	25.0%	20.0%	33.3%	30.1%	37
沖縄	3	5	6	7	9	8	73	25	0.74	17	30.0%	29.4%	46.2%	38.9%	40.9%	44.4%	39.7%	20
合計	472	498	506	465	509	608	6,646		0.56		36.1%	36.8%	32.8%	31.8%	32.1%	31.9%	33.6%	

※労災保険適用労働者数(2015年度末)10万人当たり年平均支給決定件数

労働時間が基準未満でも 認定される可能性拡大？ 20年ぶりの認定基準見直し報告

厚生労働省は2021年7月16日に、「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書」を公表した(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_19809.html)。検討会は2020年6月10日から2021年7月7日まで13回開催され、資料・議事録は、https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_11694.htmlで確認できる。

業務による過重負荷を原因とする脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。以下「脳・心臓疾患」）の労災認定は、2001年11月15日にまとめられた前回の「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書」を踏まえて同年12月12付け基発第1063号によって改定された認定基準に基づいて行われてきたが、このときの「認定基準の改定から約20年が経過する中で、働き方の多様化や職場環境の変化が生じていることから、最新の医学的知見を踏まえた検証を行う必要がある」として、検討会が開催されたものだった。

2001年に報告書をまとめた前回の検討会については、当時は傍聴することもできず、議事録しか公表されていない(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-roudou_128870.html)。本誌は、施行されたばかりの情報公開法を使って、検討会の全12回の会合に提出された資料すべてについて開

示請求し、1,299頁分の資料を入手。議事録と付き合わせた分析の結果を2002年4月号で紹介している(2001年報告書は、https://www.niph.go.jp/h-crisis/wp-content/uploads/2020/06/20200610110412_content_11201000_000638486.pdf)。

今回の報告書の内容を中心に、資料と議事録も参照しながら、検討の結果と経過を、主なポイントについてみていきたい。以下、第〇回検討会のことを[〇]として、示す。なお、[4]と[7]では、個人情報を含む支給決定事案を検討することから非公開とされ、議事概要しか公表されていないが、次回の検討会で、当該検討会における論点関係についての「議論の概要」メモが配布されている。

過重負荷の考え方

まず最初に[2]で、2001年検討会報告書の「『過重負荷の考え方』は、現在の医学的知見等に照らしても、適当と考えてよいか」検討している(最終的な結論は「妥当と判断する」である)。

具体的には、次頁掲載の「発症に至るまでの概念図」の説明でもあるわけだが、[2]段階では2001年検討会報告書と同じで、「疲労の蓄積による血

管病変等の進行」はたんに「疲労の蓄積」、ウの説明文中の「負荷」は「過重負荷」であった。

[11]で「過重負荷の考え方」を含めた報告書の「IV業務の過重性の評価」の部分の原案が示された。

前回の検討会にも参加した西村（重敬・埼玉医科大学医学部心臓内科名誉教授）委員が、縦軸に関連して、自然経過とアの差を説明した「疲労の蓄積」の表現の変更、横軸に関連して、時間の範囲を明確にするという意見があり、[12]で、前者は「疲労の蓄積による血管病変等の進行」に変更され、後者では、アの横軸の長さが6か月、180日を想定した長さ、イとウは同じ傾きで、おおむね1週間、7日間を想定した長さに変更された。

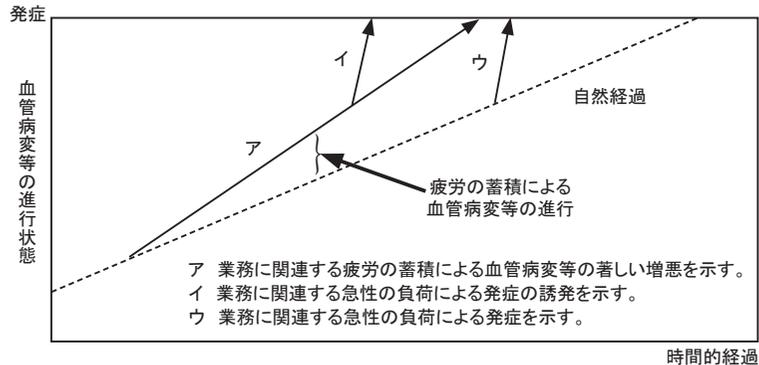
[11]で、「なお、疲労の解消や適切な治療などによる危険因子の是正によって、血管病変等の進行がとどまり、脳・心臓疾患の発症リスクが提言する可能性がある」という記述の内容を示す線を、エとして追加する可能性も議論されたが、見送られた。

そして、業務による過重負荷と脳・心臓疾患の発症のパターンは、次の①～③のように考えられる、とされた。

- ① アに示すように長時間労働等業務による負荷が長期間にわたって生体に加わることによって疲労の蓄積が生じ、それが血管病変等をその自然経過を超えて著しく増悪させ発症する。
- ② アに示す血管病変等の著しい増悪に加え、イで示される発症に近接した時期の業務による急性の負荷とあいまって[2001年報告書と[11]では「を引き金として」]発症する。
- ③ ウに示すように急性の負荷を原因として発症する。

ここで、発症に近接した時期とは、後記(3)「業務の過重性の評価期間」のとおり、発症直前から発症前おおむね1週間、長期間とは、同じく発症前おおむね6か月が想定される。

図4-1 発症に至るまでの概念図



2002年4月号で詳述しているが、「発症に至るまでの概念図」とその説明は、前回の検討会において、ドラフトが示されるたびに改図が行われた、「災害中心から長期ストレス、慢性疲労型へ」の転換（座長が最初に示した基本方針）をめぐる攻防を象徴するものであった。

当初の図には、ウの線がなく、アにイが加わって発症するという過程が「基本型」で、従前認定してきた急性（発症前1週間以内）の過重負荷による発症はアが明確でなくイが強く認められる場合で、逆にイが明確でなくアが強く認められる場合も含めて「特殊型」として整理するとされたが、議論の過程で、従前のものを示すウの線が追加されることになったという経過があった。

同時に、①～③のパターンの説明の後に、「このパターンのうち、当専門検討会で最も重視したものは、②に示したパターンである」と特記されていた。「最も基本的なもの」とした原案が反対にあって、「最も重視したもの」に変更されたという経過だった。今回の検討会では、理由も示されず、議論もないうまま、当初からこの文章は無視されている。

細かい点では、前回の検討会報告書では、イは「急性の負荷」、ウは「急性の過重負荷」と使い分け、今回も[11]～[13]では踏襲されていたが、最終報告書で、ウが「急性の負荷」に変更されている。

認定要件と発症パターン

[2]では続けて「今後の検討の進め方」として、

「認定基準全般の検討・検証を行うに当たり、現在の認定基準の枠組み(3つの要件)に沿って議論していくことでよいか」と提起して、[3]以降の議論につなげている。

- (1) 発症直前から前日までの間において、発生状態を時間的及び場所的に明確にし得る異常な出来事(「異常な出来事」)に遭遇したこと。
- (2) 発症に近接した時期において、特に過重な業務(「短期間の過重業務」)に就労したこと。
- (3) 発症前の長期間にわたって、著しい疲労の蓄積をもたらす特に過重な業務(「長期間の過重業務」)に就労したこと。

この記述自体が前回の検討会における「災害中心から長期ストレス、慢性疲労型へ」の転換の中途半端さを象徴するもので、(1)(2)(3)が並列列挙されているとともに、従前からの(1)(2)に(3)が追加されたかたちになっている。前回検討会報告書の叙述の順序は、(3)(2)(1)の順であったが、認定基準では(1)(2)(3)の順、今回の検討会報告書の叙述の順序も(1)(2)(3)の順である。

前回の検討会では当初、「認定調査の進め方」として、「まず、長期間にわたる過重負荷の実態を調査した上で評価し、それをもって業務上と判定し得ない場合には、異常な出来事や短期間の過重負荷に着目して判断すべきである」とされていたものが、「実際に作業する方からいうと、異常な出来事、短期間の過重負荷を先に、長期間の過重負荷を後にした方がやりやすいという意味から、書き直しをすることとしたい。その場合、むしろ長期間の過重負荷をきちんとみることが今回の前提であるから、それをPRしなければならぬと思う。それをPRできるような方法で表現したいと思う」という座長発言で方向転換した。結局、「認定調査の進め方」という項目自体が立てられなかった。今回の検討会報告書にも項目立てはないが、「現行の取扱いを維持することが適切である」とされている。

今回の検討会報告書は、「過重負荷と発症との時間的関連」で、「現行認定基準では、前記[発症パターンの]②及び③の発症により近い**急性の過重負荷**[イ及びウ]として、異常な出来事に遭遇したこと(1)、短期間の過重業務に就労したこと(2)

を認定要件としている。また、前記①及び②の疲労の蓄積をもたらす長期間の過重負荷[A]として、長期間の過重業務に就労したこと(3)を認定要件としている」と整理している。

しかし現実には、①と(1)、③と(2)(3)が対応するものの、「最も基本的」または「最も重視した」②の発症パターンは(1)(2)(3)いずれの認定要件とも対応していないと整理せざるを得ない。これは前回の検討会報告書と認定基準改定の最も大きな矛盾であり、今回、「最も重視した」という文章を無視したのは、それも理由かもしれないと考えている。

急性の過重負荷の評価

報告書は、「現行認定基準以降、現時点までの医学的知見をみても…業務の過重性を評価する期間は、引き続き、異常な出来事については発症直前から前日までの間、短期間の過重業務については発症前おおむね1週間が妥当」、また、「発症前1か月間より相当短い期間のみに過重な業務が集中し、それより前の業務の過重性が低いために、長期間の過重業務とは認められないような場合には、発症前1週間を含めた当該期間に就労した業務の過重性を評価し、それが特に過重な業務と認められるときは、短期間の過重業務として認める取扱いについても維持することが適切」としたうえで、このような場合の「取扱いを認定基準上明確にすること」を提言した。

また、各々の評価に関して、「異常な出来事については、医学的知見等を踏まえ、現行認定基準の表記を一部修正し、具体的には、

- ① 極度の緊張、興奮、恐怖、驚がく等の強度の精神的負荷を引き起こす事態
- ② 急激で著しい身体的負荷を強いられる事態
- ③ 急激で著しい作業環境の変化

がこれに該当するものと考えること」、及び、「その検討の視点や、業務と発症との関連性が強いと評価できる場合の例示を認定基準上明らかにすること」を提言するとともに、「検討の視点」及び「例示」として示すべき具体的内容も提示した。

短期間の過重業務における労働時間に関する

過重負荷の有無の判断についても、「検討の視点や、業務と発症との関連性が強いと評価できる場合の例示を認定基準上明らかにすること」を提言し、「検討の視点」及び「例示」として示すべき具体的内容も提示。「例示」としては、「①発症直前から前日までの間に特に過度の長時間労働が認められる場合、②発症前おおむね1週間に継続して深夜時間帯に及ぶ時間外労働を行うなど過度の長時間労働が認められる場合等（手待時間が長いなど特に労働密度が低い場合を除く）には、業務と発症との関係性が強いと評価できることを踏まえて判断すること」を示すこととしている。

なお、「労働時間の長さのみで過重負荷の有無を判断できない場合には、労働時間と労働時間以外の負荷要因を総合的に考慮して判断する必要」があり、「労働時間以外の負荷要因及びその検討の視点については、現行認定基準と同じく、原則として後記…の長期間の過重業務における労働時間以外の負荷要因と同様に考えることが妥当である」が、「作業環境については、短期間の過重業務の判断において重視し、長期間の過重業務においては付加的に考慮することが妥当である」とした。

長期間の過重負荷の評価

報告書は、医学的知見（疫学調査及び症例報告）、裁判例の「状況から総合的に判断すると、原則として発症前1～6か月の就労状況を調査すれば発症と関連する疲労の蓄積が判断され得るとした2001年検討会の整理は妥当であり、これを変更するに足りる十分な根拠は現時点でもないものと考え」とした。

[8]で、「文献によると、今までの調査が大体発症前2、3か月が中心であることを踏まえ、検討の結果、評価期間として6か月間で十分であるとした。ただ、文献の中には、調査期間が1年ぐらいのものもあることから、発症前6か月より前の就労実態を示す明確な資料がある場合には、それも付加的に評価すべきであるとしたところである」とした座長のまとめ発言を含めた、前回検討会の議事録の抜粋も配布さ

れたが、実質的な議論は行われていない。

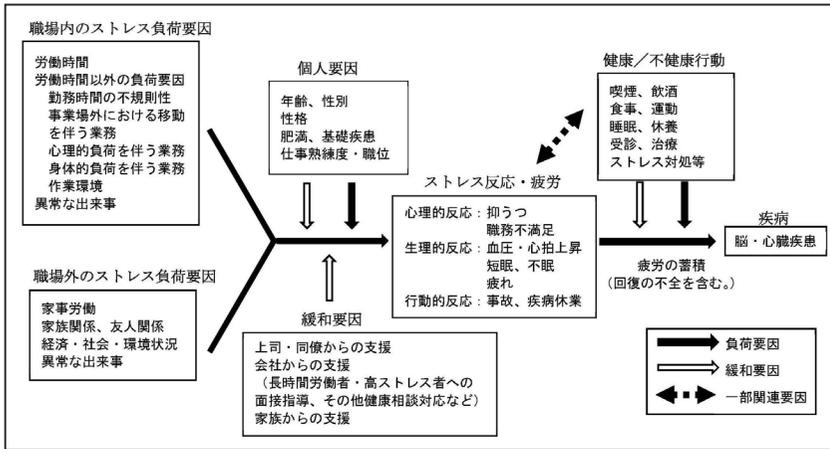
一方で、前出の発症パターン②「のとおり、疲労の蓄積に加え急性の負荷とあいまって〔〔11〕では「を引き金として」〕発症する場合があることから、発症に近接した時期に一定の負荷要因（心理的負荷となる出来事等）が認められる場合には、それらの負荷要因についても十分に検討する必要がある。すなわち、長期間の過重業務の判断に当たって、短期間の過重業務（発症に近接した時期の負荷）についても総合的に評価すべき事案があることを認定基準上明らかにすること」を提言している。この提言は後に再度ふれられるが、発症パターン②と対応させていることが特徴的である。

報告書は、主として別掲の米国立労働安全衛生研究所（NIOSH）の職業性ストレスモデルを一部改変した別掲図を使って説明される、2001年報告書の「長期間にわたる疲労の蓄積（長期間の過重負荷）」の考え方を「現時点での医学的知見に照らしても妥当」とした。ただし、2001年報告書の図とは細かい点ではさらに改編されている。

検討会は、「長時間労働が脳・心臓疾患に影響を及ぼす理由として、①長時間労働のため睡眠時間が不足すること、②長時間労働のため睡眠以外の休憩・休息や余暇活動の時間が不足し制限され、かつ、生活習慣に悪影響があること、③長時間にわたり業務を遂行しなければならないこと自体が直接的な負荷要因となること、④就労態様による負荷要因（心理的負荷、身体的負荷等を含む。）へのばく露時間が長くなることなどがあ」り、「そのなかでも、疲労の蓄積をもたらす要因として睡眠不足は深く関わっているといえ、本検討会は、現時点の疫学調査の結果を踏まえても、引き続き、1日5～6時間程度の睡眠が確保できない状態が継続していた場合には、そのような短時間睡眠となる長時間労働（業務）と発症との関連性が強いと評価できる」、「その日の疲労がその日の睡眠等で回復できる状態であったかどうかは、1日7～8時間程度の睡眠ないしそれに相当する休息が確保できていたかどうかという視点で検討することが妥当と判断」した。報告書が指摘しているとおり、前回の検討会の整理と基本的に同じである

図4-2 職場内外のストレス負荷要因と脳・心臓疾患との関連

(NIOSH 職業性ストレスモデルを一部改変)



報告書では、「さらにこの考え方に加えて」として、以下のように提言している。

「疫学調査の結果や支給決定事例等を踏まえ、労働時間と労働時間以外の負荷要因を総合的に考慮して業務と発症との関連性が強いと判断できる場合について、『労働時間以外の負荷要因において一定

2001年報告書は、「日本人の1日の平均的な生活時間を調査した総務庁の社会生活基本調査（平成8年）とNHK放送文化研究所の国民生活時間調査（2000年）」から、1日5/6/7.5時間程度の睡眠の状態を各々1日5/4/2時間の労働時間を行った場合に相当し、これが1か月継続した状態はおおむね100/80/45時間の時間外労働と想定されるでしたが、今回の報告書も平成28年の社会生活基本調査に基づいて、同じ想定を踏襲したうえで、「疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられる労働時間に着目すると」以下を踏まえて判断するとして現行認定基準を「妥当」とした。

- ① 発症前1か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね45時間を超える時間外労働が認められない場合は、業務と発症との関連性が弱いが、おおむね45時間を超えて時間外労働時間が長くなるほど、業務と発症との関連性が徐々に強まると評価できること
- ② 発症前1か月間におおむね100時間又は発症前2か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評価できること

総合評価の新しい提言

の負荷が認められる場合には、労働時間の状況をも総合的に考慮し、業務と発症との関連性が強いといえるかどうかを適切に判断すること』、『その際、労働時間のみで業務と発症との関連性が強いと認められる水準には至らないがこれに近い時間外労働が認められる場合には、特に他の負荷要因の状況を十分に考慮し、そのような時間外労働に加えて一定の労働時間以外の負荷が認められる場合には、業務と発症との関連性が強いと評価できることを踏まえて判断すること』を、新たに示すことが妥当である」。

この提言に先立つ以下の記述も、提言につながる重要な内容と思われるので、紹介しておきたい。

「検討した疫学調査の結果（長時間労働と脳・心臓疾患の関係について有意性を認めるものがあるが、調査や疾病によっては有意性を否定するものもあり、日本人を対象とする大規模な調査も現時点では1件に限られること）やその研究の限界も踏まえると、当該知見のみでは労働時間の長さ（量的な評価）のみで業務と発症との関連性が強いと評価するには十分ではないと判断するが、労働時間の長さや就労態様（労働時間以外の負荷要因の質的な評価）を総合的に考慮して業務と発症との関連性が強いかどうかを判断する際には、当該知見の内容を踏まえて検討することが適切である。

前記…の知見のうち、長時間労働と脳・心臓疾

患の発症等との間に有意性を認めたものでは、長時間労働を『週55時間以上の労働時間』又は『1日11時間以上の労働時間』として調査・解析している。この水準は、1日の労働時間8時間を超え、3時間程度の時間外労働を行った場合に相当し、これが1か月継続した状態は、おおむね65時間を超える時間外労働が想定される。また、支給決定事例において、労働時間の長さだけでなく一定の拘束時間などの労働時間以外の負荷要因を考慮して認定した事案についてみると、1か月当たりの時間外労働は、1か月当たりおおむね65時間から70時間以上のものが多かったところである。このような時間外労働に加えて、労働時間以外の負荷要因で一定の強さのものが認められるときには、全体として、労働時間のみで業務と発症との関連性が強いと認められる水準と同等の過重負荷と評価し得る場合があることに十分に留意すべきである。

そのように労働時間と労働時間以外の負荷要因を総合的に考慮して業務と発症との関連性が強いと評価される例について、支給決定事例を参考に表4-5に示す〔省略-発症前2か月平均で月約71時間の時間外労働+拘束時間の長い事例と発症前3か月平均で月約64時間の時間外労働+出張の多い事例が示されている〕。

ここで、労働時間と労働時間以外の負荷要因を総合的に考慮するに当たっては、労働時間がより長ければ労働時間以外の負荷要因による負荷がより小さくとも業務と発症との関連性が強い場合があり、また、労働時間以外の負荷要因による負荷がより大きければ又は多ければ労働時間がより短くとも業務と発症との関連性が強い場合があることに留意すべきであり、認定基準においては、労働時間数だけにとらわれず、総合的な考慮が適切になされるような表記をすべきである。

加えて、労災保険制度においては、業務に内在する危険を判断するものであることから、労働者の一日の生活時間のうち、労働時間・拘束時間以外の睡眠時間や余暇時間についてその内容を直接評価の対象とすることは適切でないが、長時間労働が脳・心臓疾患に影響を及ぼす理由について前記〔24頁右段上〕①の睡眠不足だけでなく、②

の睡眠以外の休息等の制限、③の労働時間の長さそれ自体、④の労働時間以外の負荷要因へのばく露の程度が考えられることを踏まえ、1か月おおむね45時間を超える時間外労働時間が長くなるほど業務と発症との関連性が徐々に強まるものであるから、労働時間と労働時間以外の負荷要因を総合的に考慮し、業務の過重性の評価を適切に行う必要があるものである。」

なお、「長時間の負荷の評価期間」では「疲労の蓄積に加え急性の負荷とあいまって発症する場合」とされていたが、ここでは、労働時間以外の負荷について、「急性」=発症前1週間以内の負荷に限定しているようには読めない。

今回の報告書は、認定基準に示すべき内容を具体的に示している提言が多いが、認定要件の枠組みを基本的に維持するなかで、もっとも認定基準改正の影響が大きいかもしれないこの部分については、どのように示されるか必ずしも明確でない。

なお、この部分は、[8]以降に議論されているが、[11]の前の5月17日にILOが「長時間労働が心臓病と脳卒中による死亡者数を増加させる可能性をILOとWHOが指摘」と発表した（8月号参照）。本誌6月号で紹介したように、この推計の根拠となる2論文（系統的レビューとメタアナリシス）が公表されたのは2020年7月であるが、検討会では取り上げられていないようだった。私たちが3月に両論文も検討に反映させるよう要請したところ、[10]で厚生労働省は資料として2論文を追加して、「ILOとWHOが仕事に関連する疾病の負荷を共同で推定するというシリーズにおける文献として、先日、事務局にも全国労働安全衛生センター連絡会議さんから取り上げてほしいという旨の御要望を頂いたところですよ」と紹介するとともに、「これらの疫学調査の…週55時間や1日11時間といった数字は、1か月に換算すると月65時間の時間外労働の水準」という数字が登場している。

なお、2001年報告書には、「相対リスクは、1.2～1.4と低い」、「相対リスクないしオッズ比は、一部には4.0、6.2という報告もあるが、多くの報告では1.0～2.0と低い」といった記述はみられるものの、判断基準は示されていない。今回は、検討会の議論

のなかで「相対リスクはそれほど高くない」等の発言はあるが、報告書には、評価に関わるような記述も判断基準も示されていない。

最新の疫学的知見を積極的に認定基準に取り入れるという点では消極的と言わざるを得ないが、(当初からの方針であったかもしれない)「80/100時間水準には至らないがこれに近い時間外労働」+「一定の労働時間以外の負荷」を業務と発症との関連性が強いと評価する方向を、最新の疫学的知見が後押しをし、また、月65時間の時間外労働の水準という目安が一定の役割を果たすことにつながるかもしれない。

労働時間以外の負荷要因

労働時間以外の負荷要因としては以下が取り上げられており、2001年報告書との違いを付記した。

- 勤務時間の不規則性【←不規則な勤務】
 - (ア) 拘束時間の長い勤務【「勤務時間の不規則性」の下位分類に変更】
 - (イ) 休日のない連続勤務【新規追加】
 - (ウ) 勤務間インターバルが短い勤務【新規追加】
 - (エ) 不規則な勤務・交替制勤務・深夜勤務【←交替制勤務・深夜勤務、「勤務時間の不規則性」の下位分類に変更】
- 事業場外における移動を伴う業務【新規追加、「時差」もこの項目に含まれることになった】
 - (ア) 出張の多い業務【「事業場外における移動を伴う業務」の下位分類に変更、】
 - (イ) その他事業場外における移動を伴う業務【新規追加】
- 心理的負荷を伴う業務【←精神的緊張(心理的緊張)を伴う業務】
- 身体的負荷を伴う業務【新規追加】
- 作業環境【変更なし】
 - (ア) 温度環境【変更なし】
 - (イ) 騒音【変更なし】

各項目について「検討の視点」として示すべき内容も提言されている。報告書の叙述内容と検討経過の紹介は省略するが、検討会の早い段階から具体的な論点や案が示され議論も多く行われてい

るので、ぜひ原資料にあたっていただきたい。

なお、「心理的負荷を伴う業務」については、「日常的に心理的負荷を伴う業務」及び「心理的負荷を伴う具体的出来事」の表も示している。

「業務の過重性の総合評価」として、前出のとおり、「長期間の過重業務の判断において、労働時間の長さは疲労の蓄積をもたらす最も重要な要因と考えられるが、労働時間以外の負荷要因の内容も含め、全体を総合的に考慮する必要がある。

特に、労働時間のみで業務と発症との関連性が強いと認められる水準には至らないがこれに近い時間外労働が認められる場合には、特に他の負荷要因の状況を十分に考慮すべきである」とされている。

[9]で、「労働時間以外の負荷に関し、業務と発症との関連性が強いと判断できる場合の明確化、具体化を図ることができないか」について、「脳・心臓疾患に関しては、現段階では、時間を除いた負荷要因だけで発症との関連を議論できるほどにはエビデンスがないと思う」(高橋委員)、「現段階では明確化、具体化を図ることは困難であるということ、特にその規定はしないということによろしいか」(磯(博康・大阪大学大学院医学系研究科社会医学講座公衆衛生学教授)座長)というやりとりがなされている。

過重負荷評価の基準労働者

「過重負荷の評価の基準となる労働者」について2001年報告書は、「発症した労働者のみならず、当該労働者と同程度の年齢、経験等を有する健康な状態にある者のほか、基礎疾患を有するものの、日常業務を支障なく遂行できる労働者にとっても、特に過重な業務であるか否かで評価を行うこと」としていた。

今回の報告書は、2001年報告を維持するとしても、「同種労働者とは、当該労働者と職種、職場における立場や職責、年齢、経験等が類似する者をいい、基礎疾患を有していたとしても日常業務を支障なく遂行できるものを含む」、「基礎疾患の状況などの健康状態についても、年齢等と同様に考

慮対象とする」等と叙述している。

これは、[6]及び[11]以降で議論されている。

対象疾病

対象疾病に関する報告書の結論は、以下のとおりである。

- ① 脳・心臓疾患の対象疾病として「重篤な心不全」を追加
- ② 解離性大動脈瘤については「大動脈解離」に表記を修正

「現行認定基準における対象疾病以外の疾病であって、現行認定基準の策定以降の裁判例又は支給決定事例において、個別事例ごとの事情を踏まえて業務による明らかな過重負荷によって発症したと認定されたもの」として、「下肢動脈急性閉塞、S状結腸壊死」、「上腸間膜動脈塞栓症」、「網膜中心動脈閉塞症」、「椎骨動脈解離」が確認されたが、「これら疾病は、発症数が対象疾病に比べ極めて少なく、発生原因も様々であることから、対象疾病に追加することは適切でない」とされた。

「しかしながら、これら疾病を含む対象疾病以外の体循環系の各動脈の閉塞又は解離については、脳・心臓疾患の認定基準の基本的考え方により業務起因性の判断ができる場合もあることから、…基礎疾患の状況や業務の過重性等を個別に検討し、対象疾病と同様の経過で発症し、業務が相対的に有力な原因であると判断できる場合には、労働基準法施行規則別表第1の2第11号の『その他業務に起因することの明らかな疾病』として取り扱うことが妥当」ともされている。

「また、たこつぼ心筋症（左室心尖部を中心とする収縮低下と心基部の過収縮により左室がたこつぼ型を呈する心筋障害）については、精神的・身体的なストレスを受けた後に発症したとする報告がみられるところであるが、請求・決定例がなく事案の蓄積を待つ必要があり、現時点においては、労災請求があった場合には個別に業務起因性を検討することが妥当である」とされている。

なお、[6]で、「肺塞栓症、深部下肢静脈血栓症については、業務による座位等の状態及びその継

続の程度等が、深部下肢静脈における血栓形成の有力な要因であったといえる場合に『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』（労基則別表第1の2第3号5）として労災認定』されているという話もあった。

なお、2001年報告書では、認定基準の対象疾病→脳・心臓疾患の疾患別概要→業務の過重性の評価→脳・心臓疾患のリスクファクター、という順序の章立てだったが、今回の報告書では、「脳・心臓疾患の疾患別概要及びその危険因子」は資料1として示され、資料2として「疫学調査の概要」も示されている。どちらも重要な内容であり、原資料にあたっていたきたい。

今回の検討に向けて、以下が実施された。

- ・労働時間以外の負荷要因と脳・心臓疾患の発症に関する医学文献の収集（平成30年度）
- ・労働時間又は睡眠時間と脳・心臓疾患の発症に関する医学文献の収集（令和元年度）

また、[2]での豊田（一則・国立循環器病研究センター病院副院長）委員の指摘により、30年度文献収集で「stroke、脳卒中、脳梗塞が検索キーワードから漏れているのではないかと指摘されて、追加の文献調査が行われている。

まとめ-8点の結論

最後に、報告書の「V まとめ」として示された、8点の「結論」を囲みとして掲げておく。

認定基準の改正・運用に注目

最大の課題は、報告書の内容がどのように認定基準の内容及び運用の改善につながるかである。

2001年報告書を踏まえた同年12月12日付けの脳・心臓疾患認定基準の改正の後、労災認定件数は、2001年度143件から2002年度317件と、2.2倍強への増加につながった。しかし、増加傾向は6年ほどしか持続せず、2016年度以降減少を続け、2019年度216件から、2020年度には200件を切って194件となり、言わば認定基準改正前の水準に戻ってしまっている。

- 1 脳・心臓疾患の対象疾病として「重篤な心不全」を追加するとともに、解離性大動脈瘤については「大動脈解離」に表記を改めることが適切である。
- 2 脳・心臓疾患の発症に近接した時期における負荷のほか、長期間にわたる業務による疲労の蓄積が脳・心臓疾患の発症に影響を及ぼすとする考え方は、現在の医学的知見に照らし是認できるものであり、この考え方に沿って策定された現行認定基準は、妥当性を持つ。
- 3 過重負荷の評価の基準となる労働者としては、引き続き、本人ではなく、同種労働者にとって、特に過重な業務であるかを判断の基準とすることが妥当であり、ここでいう同種労働者とは、「当該労働者と職種、職場における立場や職責、年齢、経験等が類似する者をいい、基礎疾患を有していたとしても日常業務を支障なく遂行できるものを含む」とすることが適切である。
- 4 発症に近接した時期における業務による負荷については、現行認定基準のとおり、「異常な出来事」及び「短期間の過重業務」を評価することとし、「異常な出来事」の具体的な内容についてより適切な表記に修正するとともに、「異常な出来事」及び「短期間の過重業務」について、その検討の視点や、業務と発症との関連性が強いと評価できる場合の例示を認定基準上明らかにすることにより、明確化、具体化を図ることが適切である。
- 5 「短期間の過重業務」及び「長期間の過重業務」において、業務による負荷要因としては、労働時間のほか、勤務時間の不規則性

(拘束時間の長い勤務、休日のない連続勤務、勤務間インターバルが短い勤務、不規則な勤務・交替制勤務・深夜勤務)、事業場外における移動を伴う業務(出張の多い業務、その他事業場外における移動を伴う業務)、心理的負荷を伴う業務、身体的負荷を伴う業務及び作業環境(温度環境、騒音)の各要因について検討し、総合的に評価することが適切である。

- 6 長期間の過重業務の判断において、疲労の蓄積の最も重要な要因である労働時間に着目すると、①発症前1か月間に特に著しいと認められる長時間労働(おおむね100時間を超える時間外労働)に継続して従事した場合、②発症前2か月間ないし6か月間にわたって、著しいと認められる長時間労働(1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働)に継続して従事した場合には、業務と発症との関連性が強いと判断される。
- 7 また、発症前1か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね45時間を超える時間外労働が認められない場合には、業務と発症との関連性が弱く、1か月当たりおおむね45時間を超えて時間外労働時間が長くなるほど、業務と発症との関連性が徐々に強まると判断される。
- 8 さらに、労働時間のみで業務と発症との関連性が強いと認められる水準には至らないがこれに近い時間外労働が認められ、これに加えて一定の労働時間以外の負荷が認められるときには、業務と発症との関連性が強いと評価できる。



請求件数の方は、2014年度までは認定件数と同じような傾向を示していたが、それ以降2019年度までは増加(2019年度936件で、2006年度の938件に次ぐ多さ)し、2020年度は784件に減少している。

結果、認定率は、2002～2014年度は40%台(最

高は2008年度の47.3%)だったが、それ以降減少傾向で、2020年度には30%を切って29.2%になってしまった。

近く行われる認定基準改正がこれらの数字にどう影響するか、注目していきたい。



週労働時間40時間以上雇用者で 週60時間以上の割合5%以下目標 勤務間インターバル制度導入企業15%以上

厚生労働省は2021年7月30日、「『過労死等の防止のための対策に関する大綱』の変更が本日、閣議決定されました～働き方の変化等を踏まえた過労死等防止対策を推進～」と発表した。

大綱は、2014年に制定された「過労死等防止対策推進法」に基づき、おおむね今後3年間における取り組みについて定めるもので、2018年に続き2回目の変更になる。「過労死等防止対策推進協議会」において、2020年11月から2021年5月にかけて4回にわたり検討されたもの。厚生労働省の「過労死等防止対策」特設ページで関連資料を入手することができる (<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000053725.html>)。

■新たな大綱に定めた主な取組等

厚生労働省発表は、「新たな大綱に定めた過労死等防止対策の主な取組等」として、以下を掲げている。

- 1 新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う対応や働き方の変化を踏まえた過労死等防止対策の取組を進めること。
- 2 新しい働き方であるテレワーク、副業・兼業、フリーランスについて、ガイドラインの周知などにより、過重労働にならないよう企業を啓発していくこと。
- 3 調査研究について、重点業種等※に加え、新しい働き方や社会情勢の変化に応じた対象を追加すること。また、これまでの調査研究成果を

活用した過労死等防止対策のチェックリストを開発すること。

※自動車運転従事者、教職員、IT産業、外食産業、医療、建設業、メディア業界

- 4 過労死で親を亡くした遺児の健全な成長をサポートするための相談対応を実施すること。
- 5 大綱の数値目標で、変更前の大綱に定められた「週労働時間60時間以上の雇用者の割合」や勤務間インターバル制度の周知、導入に関する目標などを更新する。なお、公務員についても目標の趣旨を踏まえて必要な取組を推進すること。

■通達で示された主な変更内容

また、基発0730第1号「過労死等の防止のための対策に関する大綱の変更について」は、「主な変更内容は下記のとおり」としている。

- 1 「第3 国が取り組む重点対策」（以下「第3」という。）の「1 労働行政機関等における対策」の各項目に、公務員に関する取組を明記したこと。
- 2 自動車運転従事者、教職員、IT産業、外食産業、医療、建設業、メディア業界に限らず、これらと同様に長時間労働の実態があるとの指摘がある音楽や映画、演劇等の芸術・芸能分野の業態等についても、社会情勢の変化に応じて、調査研究の対象に追加する必要があることを「第2 過労死等の防止のための対策の基本的考え方」（以下「第2」という。）の「1 調査研究等の基

本的考え方」(以下「第2の1」という。)に記載したこと。

また、新型コロナウイルス感染症の影響下における労働時間等の状況、テレワーク等のオンライン活用、先端技術の進展に伴う影響等についても分析を行うことを第2の1及び第3の「2 調査研究等」(以下「第3の2」という。)に記載したこと。

さらに、調査研究等の成果を活用し、事業場における過労死等の防止に資するチェックリスト等の開発等を行うことを第3の2に記載したこと。

- 3 長時間労働の実態があり、勤務間インターバル制度の導入やメンタルヘルス対策の取組が進んでいない中小規模の企業等に対する支援を第3の柱書き及び第3の「3 啓発」(以下「第3の3」という。)に明記したこと。

また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う働き方の変化による過労死等の発生を防止するため、ウィズコロナ・ポストコロナの時代の新しい働き方であるテレワーク、副業・兼業、フリーランスに関する取組を第3の3に記載したこと。

さらに、顧客や発注者からの取引上の都合により生じる長時間労働の削減のため、民間企業間の取引のほか、行政機関と民間企業間の取引についても、適正な納期・工期の設定等の商慣行改善に向けた取組を第3の3に記載したこと。

- 4 過労死で親を亡くした遺児の健全な成長をサポートするための相談対応を第2の「3 相談体制の整備等の基本的考え方」及び第3の「4 相談体制の整備等」に記載したこと。
- 5 「第5 過労死等防止対策の数値目標」について、所要の見直しを行うとともに、公務員についても目標の趣旨を踏まえて取り組むことを明記したこと。

■新たな大綱の主な変更・追加箇所

大綱の目次は、次頁のとおりで、下線が新たに追加された項目である。

いくつか特徴的な内容を指摘しておきたい。変更・追加された箇所に下線を付しておく。

第1の「1 これまでの取組」末尾に、以下が追加

された。

「大綱見直し後においては、働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律の施行等により各種の取組が進められたところであるが、そうした取組が進められている中でも、働き過ぎによって尊い生命が失われたり、特に、若年層の心身の健康が損なわれる事案が増加するといった、痛ましい事態が今なお後を絶たない状況にあり、過労死をゼロにし、健康で充実して働き続けることのできる社会の実現にはほど遠い。

さらに、世界的な流行となった新型コロナウイルス感染症は、令和2年1月に、国内で最初の感染者が確認され、この対応等のために発生する過重労働によって過労死等が発生しないよう、その対策をより一層推進する必要がある。

また、国際機関から長時間労働が生命と健康に与える影響と長時間労働対策の必要性についての指摘もなされている。

こうしたことから…新たな大綱を策定するものである。」

また、「第2 過労死等の防止のための対策の基本的考え方」の冒頭に以下が追加された。

「法第7条に基づいて、初めて大綱を策定してから6年が経過したが、過労死等の件数は近年高止まりの状況にある。この間の調査研究等により、一定の必要な取組が明らかになっていることから、国、地方公共団体、事業主等の関係者の相互の密接な連携の下、過労死ゼロに向けた取組を進めていく必要がある。また、過労死等が多く発生している又は長時間労働が多いとの指摘がある職種業種の調査研究が一巡したこと、調査研究の成果から実効性のある過労死等防止対策につなげるとともに、その結果を検証し、フィードバックして、より高度な調査研究を進めることによって、過労死を発生させないための更なる対策を講じていく必要がある。

これらを踏まえ、「調査研究等」、「啓発」、「相談体制」、「民間団体の活動支援」のそれぞれについて、これまでの実績や成果を検証するとともに、なお不十分な点や必要な事柄を明らかにし、今後3年間における過労死等の防止のための対策に活か

「過労死等の防止のための対策に関する大綱」の目次（下線は新規項目）

第1 はじめに

- 1 これまでの取組
- 2 現状と課題
 - (1) 労働時間等の状況
 - (2) 年次有給休暇の状況
 - (3) 職場におけるメンタルヘルス対策の状況
 - (4) 職場におけるハラスメントの発生状況
 - (5) 就業者の脳血管疾患、心疾患等の発生状況
 - (6) 自殺の状況
 - (7) 脳・心臓疾患及び精神障害に係る労災補償等の状況
 - (8) 課題

第2 過労死等の防止のための対策の基本的考え方

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

第3 国が取り組む重点対策

- 1 労働行政機関等における対策
 - (1) 長時間労働の削減に向けた取組の徹底
 - (2) 過重労働による健康障害の防止対策
 - (3) メンタルヘルス対策・ハラスメント防止対策
- 2 調査研究等
 - (1) 過労死等事案の分析
 - (2) 疫学研究等
 - (3) 過労死等の労働・社会分野の調査・分析
 - (4) 過労死等防止対策支援ツールの開発等
 - (5) 結果の発信
- 3 啓発
 - (1) 国民に向けた周知・啓発の実施
 - (2) 大学高等学校等における労働条件に関する啓発の実施
 - (3) 長時間労働の削減のための周知・啓発の実施
 - (4) 過重労働による健康障害の防止に関する周知・啓発の実施
 - (5) 勤務間インターバル制度の導入促進

- (6) 働き方の見直しに向けた企業への働きかけの実施及び年次有給休暇の取得促進
 - (7) メンタルヘルス対策に関する周知・啓発の実施
 - (8) 職場のハラスメントの防止・解決のための周知・啓発の実施
 - (9) ウイズコロナ・ポストコロナの時代におけるテレワーク等の新しい働き方への対応
 - (10) 商慣行・勤務環境等を踏まえた取組の推進
 - (11) 若年労働者、高年齢労働者、障害者である労働者等への取組の推進
 - (12) 公務員に対する周知啓発等の実施
- 4 相談体制の整備等

- (1) 労働条件や健康管理等に関する相談窓口の設置
 - (2) 産業医等相談に応じる者に対する研修の実施
 - (3) 労働衛生人事労務関係者等に対する研修の実施
 - (4) 公務員に対する相談体制の整備等
 - (5) 過労死の遺児のための相談対応
- 5 民間団体の活動に対する支援

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

第4 国以外の主体が取り組む重点対策

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

第5 過労死等防止対策の数値目標

第6 推進上の留意事項

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

していくものとする。

また、これらについて、都道府県労働局、労働基準監督署又は地方公共団体等の「労働行政機関等における対策」に反映させ、労働行政機関等の効果的な過労死等防止対策を着実に推進していくことが必要である。

なお、新型コロナウイルス感染症の影響で、行政においてもデジタル化への対応がより一層求められている。行政のデジタル化は、従来、直接出向くことにより対面で実施していた業務もオンラインで取り組むことができ、事業者等の利用者の利便性の向上や行政の効率化の観点だけでなく、利用者¹と行政双方の時間短縮にもつながるものであり、長時間労働削減の観点からも、推し進めていく必要がある。

一方で、デジタル技術を活用した働き方であるテレワークについては、業務に関する指示や報告が時間帯にかかわらず行われやすくなり、労働者の仕事と生活の時間の区別が曖昧となり、労働者の生活時間帯の確保に支障が生ずるおそれがあることにも留意する必要がある。このような点にかんがみ長時間労働による健康障害防止を図ることが求められている。」

第2の「1 調査研究等の基本的考え方」では、「新型コロナウイルス感染症の影響下における労働時間等の状況の把握を行うとともに、感染拡大を契機として活用が進んだテレワークやウェブ会議等のオンライン活用等における影響、先端技術の進展に伴う影響等にも目を向ける必要」や、重点業種・職種に限らず「音楽や映画、演劇等の芸術・芸能分野」の業態等についても調査研究対象に追加する必要性等が追加されている。

また、「第3 国が取り組む重点対策」の「1 労働行政機関等における対策」の各項目には、公務員に関する取組についての記述が追加されている。

第3の「2 調査研究等」には以下が追加された。「(4) 過労死等防止対策支援ツールの開発等

過労死等の事案の分析、疫学研究等、過労死等の労働社会分野の調査分析の成果については、これまでも白書やホームページへの掲載等を通じて周知を行ってきたところであるが、これらの研

究成果が各事業場における過労死等防止対策に活用されるようにすることが重要である。そのため、事業者、労働者、専門家の意見も踏まえて、これらの研究成果を基に、事業場における過労死等防止対策の定着を支援するチェックリスト等のツールの開発等のための研究を行う。」

次に比較的大きな変更・追加のめだつ第3の「3 啓発」の(8)～(10)の内容を以下に紹介する。

「(8) 職場のハラスメントの防止・解決のための周知・啓発の実施

過労死等に結び付きかねない職場におけるハラスメントの対策として、パワーハラスメント、セクシュアルハラスメント及び妊娠出産育児休業等に関するハラスメントの防止・解決に向けた取組を進めるため、ポータルサイト「あかるい職場応援団」、リーフレット、ポスター等、多様な媒体を活用した周知・啓発を行うとともに、長時間労働が行われている事業場に対する監督指導等の際に、厚生労働省で作成したハラスメント防止対策パンフレット等を活用し、パワーハラスメント対策の取組内容について周知を行うほか、12月を「職場のハラスメント撲滅月間」と定め、集中的な周知・啓発を行う。

また、実効性ある対策を推進するため、全ての都道府県において、人事労務担当者向けのセミナーを実施するとともに、令和4年4月よりパワーハラスメント防止措置が義務付けられる中小企業に対して、専門家による訪問支援等を実施する。

さらに、いわゆるカスタマーハラスメントへの対策を推進するため、対応事例を含めたカスタマーハラスメント対策企業マニュアルを策定し、広く周知を行うなど具体的な取組支援を行う。

なお、新型コロナウイルス感染症への対応として、テレワークやウェブ会議等のオンライン活用が進んでいることから、これらを利用した場合におけるハラスメントについても留意する。

また、職場のハラスメントに関する実態調査結果を参考に、引き続き必要なハラスメント防止対策の推進を図る。

加えて、仕事の世界における暴力及びハラスメントの撤廃に関する条約（ILO第190号条約）について、世界の動向や国内諸制度との関係を考慮しつ

つ、締結する際に問題となり得る課題を整理する等、具体的な検討を行い、批准を追求するための継続的かつ持続的な努力を払う。

(9) ウィズコロナ・ポストコロナの時代におけるテレワーク等の新しい働き方への対応

使用者が適切に労務管理を行い、労働者が安心して働くことができる良質なテレワークの普及促進に向けて、「テレワークの適切な導入及び実施の推進のためのガイドライン」、安全衛生を確保するためのチェックリストの周知やテレワークに対応したメンタルヘルス対策の手引き等の作成を行うとともに、中小企業への助成金やテレワーク相談センターにおける相談対応等の各種支援策を推進する。

働き方改革推進支援センターにおいて、ウィズコロナ・ポストコロナの時代の新しい働き方を踏まえ、テレワーク相談センターと連携した支援等を行う。副業兼業については、企業も労働者も安心して取り組むことができるよう使用者による労働時間の通算管理に当たってのルールの特化等を行った「副業兼業の促進に関するガイドライン」の周知を行うとともに、事業者による副業兼業を行う労働者の健康確保に向けた取組が進むよう、一般健康診断等による健康確保に取り組む企業に対する助成金等の支援策を推進する。

フリーランスについては、内閣官房公正取引委員会中小企業庁厚生労働省が連名で策定した「フリーランスとして安心して働ける環境を整備するためのガイドライン」の周知等、フリーランスが安心して働ける環境の整備に取り組む。

(10) 商慣行・勤務環境等を踏まえた取組の推進

長時間労働が生じている背景には、個々の事業主が労働時間短縮の措置を講じても、顧客や発注者からの発注等取引上の都合により、その措置が円滑に進まない等、様々な取引上の制約が存在する場合がある。このため、業種業態の特性に応じて発注条件発注内容の適正化を促進する等、取引関係者に対する啓発働きかけを行う。

特に、大企業の働き方改革に伴う下請等中小企業への「しわ寄せ」防止に向けて、令和元年6月に取りまとめた「大企業親事業者の働き方改革に伴う下請等中小事業者への『しわ寄せ』防止のため

の総合対策」に基づく取組の推進を行うとともに、大企業と中小企業が共に成長できる関係の構築を目指し、大企業と中小企業の連携による生産性向上に取り組むことや望ましい取引慣行の遵守を経営責任者の名前で宣言する「パートナーシップ構築宣言」の作成公表に向けた周知や働きかけを実施する。

さらに、国や地方公共団体等の行政機関との取引の中には長時間労働につながっている場合もあるとの声を踏まえ、各府省等に対して、長時間労働につながる商慣行改善に向けた取組の実施について協力依頼を行う。

加えて、「官公需についての中小企業者の受注の確保に関する法律」に基づき作成されている「中小企業者に関する国等の契約の基本方針」に、国等が物件工事等の官公需契約の発注を行うに当たっては早期の発注等の取組により平準化を図り、適正な納期工期を設定するとともに、常設されている「官公需相談窓口」において、受注者から働き方改革に関する相談があった場合には、適切な対応に努めることなどを盛り込み、その徹底に努めてきているところ、引き続きその遵守徹底を図るものとする。併せて、国は地方公共団体においても国等の契約の基本方針に準じた取引が行われるよう要請を行う。

また、業種の枠を越えた取組を進めるべく、事業主団体経済団体による「長時間労働につながる商慣行の是正に向けた共同宣言」が平成29年9月に取りまとめられた。

こうした動きや勤務間インターバル制度の導入が努力義務となったこと、新型コロナウイルス感染症の影響により負担が増していると考えられること等にも留意しながら、業種等の分野ごとに以下の取組を推進していく。」

(10)には続けて、(ア)トラック運送業、(イ)教職員、(ウ)医療従事者、(エ)情報通信業、(オ)建設業、(カ)その他に関する記述が続き、そちらもかなり変更・追加されているので、確認していただきたい。

なお、第3の3の「(5) 勤務間インターバル制度の導入促進」では、「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律により改正された労働

「過労死等の防止のための対策に関する大綱」の数値目標の見直し

過労死をゼロとすることを目指し、以下の数値目標を設定。公務員についても、目標の趣旨を踏まえ、必要な取組を推進。

旧大綱(平成30年7月24日閣議決定)	新大綱(令和3年7月30日閣議決定)
1 週労働時間60時間以上の雇用者の割合を5%以下(令和2年まで)【平成29年:7.7%→令和2年:5.1%】 なお、特に長時間労働が懸念される週労働時間40時間以上の雇用者の労働時間の実情を踏まえつつ、この目標の達成に向けた取組を推進する。【平成29年:12.1%→令和2年:9.0%】	1 週労働時間40時間以上の雇用者のうち、週労働時間60時間以上の雇用者の割合を5%以下(令和7年まで) ※少子化社会対策大綱(令和2年5月29日閣議決定)、第5次男女共同参画基本計画(令和2年12月25日閣議決定)等において、週労働時間60時間以上の雇用者の割合5%(令和7年)を目標設定。
2 労働者数30人以上の企業のうち、 (1) 勤務間インターバル制度を知らなかった企業割合を20%未満(令和2年まで)【平成29年:37.3%→令和2年:10.7%】 (2) 勤務間インターバル制度を導入している企業割合を10%以上(令和2年まで)【平成29年:1.4%→令和2年:4.2%】	2 労働者数30人以上の企業のうち、 (1) 勤務間インターバル制度を知らなかった企業割合を5%未満(令和7年まで) (2) 勤務間インターバル制度を導入している企業割合を15%以上(令和7年まで) 特に、勤務間インターバル制度の導入率が低い中小企業への導入に向けた取組を推進する。
3 年次有給休暇の取得率を70%以上(令和2年まで)【平成28年:49.4%→令和元年:56.3%】 特に、年次有給休暇の取得日数が0日の者の解消に向けた取組を推進する。	3 年次有給休暇の取得率を70%以上(令和7年まで) ※少子化社会対策大綱(令和2年5月29日閣議決定)、第5次男女共同参画基本計画(令和2年12月25日閣議決定)等において、年次有給休暇取得率70%(令和7年)を目標設定。
4 メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場の割合を80%以上(令和4年まで)【平成28年:56.6%→平成30年:59.2%→令和2年:61.4%】	4 メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場の割合を80%以上(令和4年まで)
5 仕事上の不安、悩み又はストレスについて、職場に事業場外資源を含めた相談先がある労働者の割合を90%以上(令和4年まで)【平成28年:71.2%→平成30年:73.3%→令和2年:69.2%】	5 仕事上の不安、悩み又はストレスについて、職場に事業場外資源を含めた相談先がある労働者の割合を90%以上(令和4年まで)
6 ストレスチェック結果を集団分析し、その結果を活用した事業場の割合を60%以上(令和4年まで)【平成28年:37.1%→平成30年:63.7%→令和2年:66.9%】	6 ストレスチェック結果を集団分析し、その結果を活用した事業場の割合を60%以上(令和4年まで)

※数値目標の4～6については、第13次労働災害防止計画に位置付けられている目標であり、第14次労働災害防止計画において新たな数値目標が設定された場合には、その目標の達成に向けた取組を推進する。

編注：厚生労働省発表資料をベースに、5月24日の第20回過労死等防止対策推進協議会資料及び4～6について7月21日に公表された令和2年の数字を追加した。

時間等の設定の改善に関する特別措置法により、平成31年4月から、勤務間インターバル制度の導入が努力義務となっている」こと等が追記された。

第3の「4 相談体制の整備等」には、以下が追加されている。

「(5) 過労死の遺児のための相談対応

過労死で親を亡くした遺児の健全な成長をサポートするために必要な相談対応を行う。」

■新たな大綱の数値目標

見直されて新たな大綱で掲げられた数値目標を別掲表に示した。公務員についても目標の趣旨を踏まえて取り組むこととされている。



草の根の視点から見た韓国のアスベスト禁止： なぜそれが起こったのか？

Domyung Paek, et.al., IJERPH, 2017, 15, 198

抄録：韓国では2009年、日本の支配下でアスベスト鉱山が最初に開かれてから約70年後に、ついにアスベストが禁止された。アスベスト産業の歴史を、長い間の規制及び健康影響とともに示した後、われわれは、変化の文脈を提供するために、現在のリスクシステムが誰によって、どのような目的のために、どのように管理されているかに関するナラティブ[物語]分析を構築した。われわれは、自由放任、政治的-技術的、経済的-管理的、健康志向的-文化的、及び、人権に基づくポスト文化的リスクシステムの、5つの異なる段階を確認することができる。アスベスト禁止につながる変化は様々な段階で進化するとともに、各段階の変化は最終的禁止に到達するまでに必要だったのであり、そこにおいては様々な範疇の潜在的代替策を検討することによって以前の問題を解決することなしには、最終的禁止は可能ではなかったか、または開始されたとしても持続しなかっただろう。アスベスト禁止は、合法的な政治的窓、経済的合理化、健康リスク保護、及び人権感覚を含め、これらの問題に対するすべての代替策が利用可能になったときに導入することができる。われわれは、われわれがもった代替策は完璧なかたちではなく、多かれ少なかれゆるく結合されたかたちであると考えており、それゆえ不完全性を補うために、様々な関係者の間の連帯を構築する方法を知らなければならない。

1. はじめに

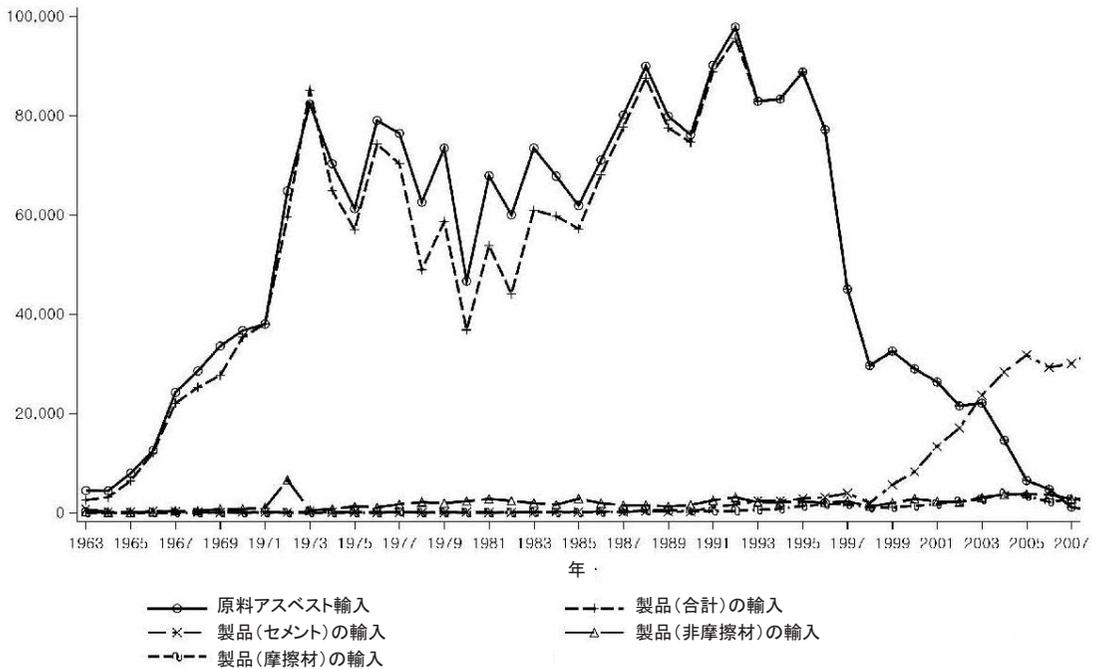
韓国では、原料アスベスト及びアスベスト製品の製造、使用、及び輸入は、2007年から2年間の猶予の後、2009年に禁止された。これは、アスベスト・セメント製品の最初の製造から約50年後、日本の支配下でアスベスト鉱山が最初に開かれてから約70

年後のことだった。職業曝露と関連した中皮腫の最初の診断は1993年になされ、その因果関係が公式に認められてからでさえ、禁止を実施するまでに15年以上かかった。

ここでわれわれは、韓国におけるアスベスト産業の歴史を、とりわけ安全衛生の側面について示すとともに、各期間における付随した社会的及び行政的变化について説明する。われわれは、原料アスベストを直接扱う産業、アスベスト採掘及びアスベスト製品製造業の活動に焦点をあて、アスベスト製品の輸入・輸出とともにアスベスト消費の時間的傾向を検討した。次にわれわれは、その間における主要産業における大気中アスベストの曝露レベルとともに、アスベスト規制における変化を検討した。安全衛生影響自体については、われわれは、アスベスト関連職業病の公的認定事例及び一般人口における年間中皮腫事例を検討した。アスベスト禁止後、アスベスト曝露の環境被害者が補償されはじめたが、われわれは環境アスベスト問題の現状も要約した。

そうした変化が生じた理由を分析するなかで、われわれはまず、各期間において変化に寄与したすべての関連する諸問題と関与した関係者を確認し、その後そうした諸問題と関係者を一連の特徴的段階に分類した。各段階を説明するなかで、われわれは、変化の文脈を提供するうえで、諸問題が現行のリスクシステムのもので誰によって、どのような目的でどのように管理されたかについてナラティブ分析を構築した。ここでわれわれは、予見可能な将来のためにリスク管理のサブシステムを包含するより大きなシステムを保持できるようにするよう、主要なシステム関係者の安全衛生に対するリスクを予測、実行及び検査するためにリスク管理シス

図1 韓国に輸入された原料アスベスト及びアスベスト製品の量 1963～2009年



テムを概念化した。新たな安全衛生問題の出現によって証明されるように、リスク管理システムの予測に失敗した場合には、われわれは、現出しつつある諸問題に対して追求された代替策、及び、リスク管理システムがある段階から次の段階に変化した理由を確認しようと試みた。

韓国では、当初は何の問題も主要な関係者も存在せず、それゆえリスク管理は「自由放任」の状態であった。この最初の「自由放任」状態の後、一連の諸問題が現われ、リスク管理システムの技術的、管理的、及び文化的側面の変化、そしてその後安全衛生状態におけるポスト文化的変化の検討を促進した。われわれは、こうした諸問題をめぐる問題に取り組むなかで、主として関係者の政治的、経済的、健康志向的、及び人権に基づく介入によって代替措置が形成されたことに気づいた。これら2つの特徴、主要な問題の性質及び主要な関係者の種類に基づいて、われわれは、自由放任、政治的-技術的、経済的-管理的、健康志向的-文化的、及び、人権に基づくポスト文化的リスクシステムの、

5つの異なる段階を確認することができる。

2. アスベスト問題及び管理

2.1. アスベスト産業とアスベスト利用

1930年代に、日本海軍の造船における使用のためにアスベストが初めて採掘された。1945年の第2次世界大戦終結後、すべての採掘は中止され、新たに独立した韓国では、朝鮮戦争後の1950年代に初めてスレート産業のために初めて再開された。1960年代から1970年代のさらなる工業化の間、アスベスト採掘は、とりわけ都市部の伝統的屋根の刷新のために、アスベスト・スレートの需要増大のために、持続した。しかし、費用、量及び質のために、国内産アスベストは放棄され、とりわけカナダからの相対的に安い輸入によって置き換えられ、1983年に最後のアスベスト鉱山が閉鎖された。その後、2000年代に、閉鎖された鉱山及び輸送のための古い鉄道駅施設周辺の地域が、以前の採掘活動によって残されたアスベスト廃棄物によって汚染されていることがわかった。

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

建材、摩擦材、紡織、及びガスケットの製造が原料アスベストを使用する主要な産業であり、自動車及び他の重工業の成長とともに、アスベスト製品の需要は、1990年代初めまで増加した。上述したように、アスベスト・スレートや他の建材の製造は、1950年代に開始された。アスベスト紡織業は1960年代後半にはじまり、日本で労働安全衛生法が施行される直前の1971年に、日本の紡織業

工場が外国からの投資という口実のもとでその機械を移転した。その後、迅速かつかなり監視の悪い工業化のただなかに、ドイツ企業もこの危険な産業の移転に加わった。結果的に、アスベスト紡織工場は、1990年代初めにインドネシアや中国に移転した。その一方で、造船、建設、配管・暖房、自動車整備、その他の機械操作など様々な産業が、2000年代初めまでアスベスト製品を幅広く使用した。

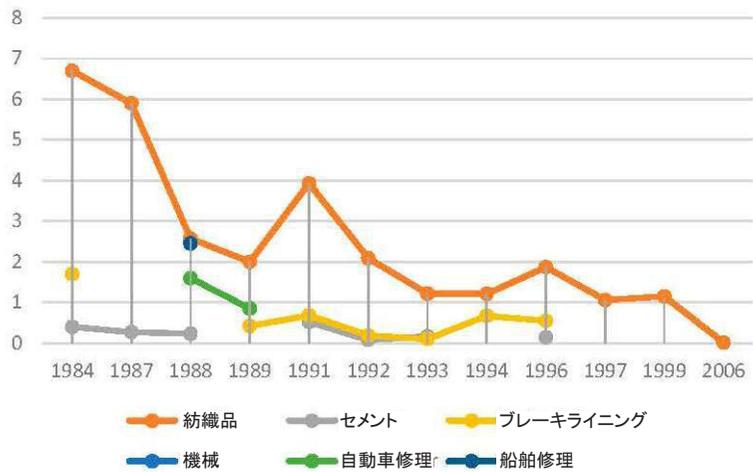
1990年代後半から韓国における原料アスベスト輸入とアスベスト製品製造が減少したことから、製造されたアスベスト製品の輸入が代わって、2006年まで増加した(図1)。アスベスト禁止の前10年間にアスベスト代替産業が拡大して、アスベスト禁止の時点では、韓国で原料アスベストを使用する産業はほぼなかった。

2.2. アスベスト規制及び諸問題

韓国におけるアスベストに対する規制は、1981年に労働安全衛生法が制定されたときによくはじまった。それ以前は特別な規制は存在しなかった。しかし、アスベスト製品の製造は登録して政府の許可を得なければならないと法律が規定したとはいえ、1987年に職場環境測定方法(大臣告示86-46)が発行されるまで、大気中アスベストの定期的測定はなされなかった。

1986年にアスベストの職業曝露限界が2繊維/

図2 様々な産業における大気中アスベストのレベル 1984~2006年



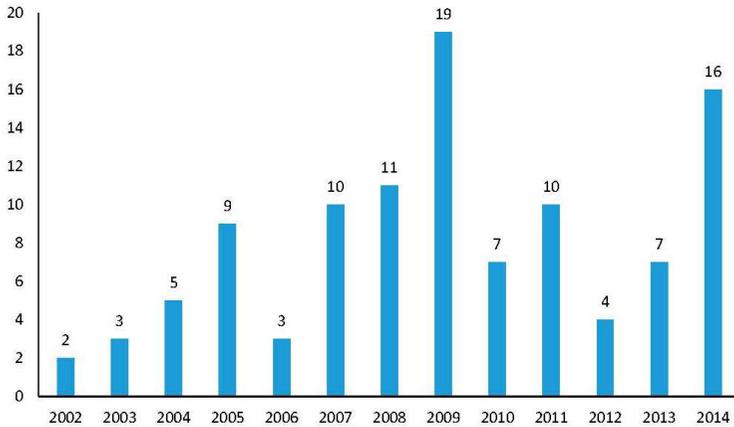
ccに設定され、その後、2003年に0.1繊維/ccに引き下げられた。しかし、1987年の調査による職場におけるアスベスト・レベルは、とりわけ紡織業において、曝露限界よりもはるかに高かった(図2)。その後繰り返された測定によって1990年代に、曝露レベルは1繊維/cc未満にまで低下した。

1997年にクロシドライトとアモサイトが禁止されたが、禁止の時点ではそれらの使用はすでになかった。トレモライト、アンソフィライト及びアクチノライトのアスベスト様繊維は2003年に禁止され、2009年についてクリソタイルが禁止された。禁止後、アスベスト含有製品の定義について論争が噴出した。労働部は2007年に、アスベスト製品の下限値を1%から0.1%に変更した。しかし、2008年に環境部がアスベスト含有とみなされるために用いた定義は、X線検出限界値の0.5%に基づいて、なお重量で1%のアスベストのままだった。2009年に環境部は、アスベスト含有タルクについてこの定義を0.1%に拡大した。

2.3. アスベスト問題及び予測

最初のアスベスト関連中皮腫症例は、1993年にある女性労働者で診断され、あるアスベスト紡織工場における19年間の労働という単一の職歴に基づいて、すぐ1994年に労働関連と認定された。続く数年間のうちに、石綿肺及びアスベスト関連肺が

図3 男性2.8/百万人・年及び女性1.55/百万人・年、男女比1.9:1の一般人口におけるアスベスト関連職業病に対する補償事例数



んが報告された。しかし、2002年に2例目の補償が公式に承認されるまでに8年かかり、アスベスト関連疾患について補償される事例数は、いまなお年20件未満のままである(図3)。欧州諸国と比較すると、認定されたアスベスト曝露による肺がんの件数(年10件未満)及び割合(50%未満)は、相対的に少ないままである。

2013年時点で、一般人口における悪性中皮腫の発症率は、男性について2.8/10万人・年、女性について1.55/10万人・年で、男女比は1.9:1であった。他の先進国と比較すると、悪性中皮腫の発症率と男女比は相対的に低い。年齢・コホート・期間モデルに基づいて、これは今後20年以上増加し続けるものと推計されているが、年齢標準化発症率よりも年齢構造の変化のほうが今後の推計された素発症率の大きな増加に貢献すると予測されている。

2011年から、任意の場所の、十分な居住歴をもつ肺がんまたは石綿肺、もしくは悪性中皮腫の環境被害者が石綿被害救済法によって補償されるようになった。2014年からびまん性胸膜肥厚が補償対象に追加された。2017年12月現在で、914件の悪性中皮腫、409件の肺がん、1,474件の石綿肺、及び4件のびまん性胸膜肥厚を含め、2,801件が補償された。全補償事例の約半数がアスベスト曝露の職業歴をもっているが、曝露の適格基準及

びじん肺診断技術の違い(労災補償についての単純X線対環境救済についてのCT)から、労災補償の対象になれていない。居住歴の要求事項を考慮しても、肺がんの補償件数は、中皮腫または石綿肺と比較して相対的に少ない。

3. 展開期間中のアスベスト問題の段階

全期間を通じて際立つた問題に関する討議及び何を、どのように、誰が、

なぜということに関するナラティブに基づいた、主要な変化の文脈の分析を通じて、われわれは機関全体を5つの異なる段階に分類した。

最初の段階「自由放任」の後、アスベストのリスクはまず、法律の制定というかたちでの、使用者に対する技術的措置の行政的執行によって管理された。執行の種類は大きな政治的決定であり、この「政治的-技術的」段階における主要な関係者は、技術系官僚と専門家に支持された政治家だった。この段階では、国の法令を含めた規範に基づく[code-based]アプローチに基づいた職場曝露測定というかたちのリスク評価が支配的であり、リスクの問題は、さらなる分析なしにデータ収集だけに基づいて構築された。

しかし、技術的措置を取る使用者の義務を制定した後、費用と質に関して義務付けられた技術のロジスティクスや実行可能性が大きな問題になった。次の「経済的-管理的」段階の主要な関係者は、経済と管理の代替策を考案した者たちだった。曝露労働者のリスク手当など、労使交渉や企業方針に基づいたリスク管理が支配的になり、問題は、曝露限界に対する超過率など、加工された情報に基づいて計算されたリスクとして構築されたが、なお実証も検証もされなかった。

使用者と労働組合を含めた関係者によるリスク

表1 ナラティブ分析に基づいた安全衛生変化の諸段階

段階	自由放任	技術的	管理的	文化的	ポスト文化的	
時期	1980年以前	1981～1987年	1988～1994年	1995～2009年	2010年以降	
なぜ(目的)	私利に基づく	政治に基づく	経済に基づく	健康に基づく	人権に基づく	
誰(主要関係者)	なし	政府、使用者	専門家、労働組合	被害者、NGOs	全員	
何	内容	セルフケア	インプット支配的	プロセス支配的	アウトプット支配的	インプットからアウトプット
	リスク対処	生来経験的	評価	管理	コミュニケーション	持続的サイクル
どのように	政治	なし	国の法令	企業方針	裁判事例	オープンマスメディア
	執行	自制	規範に基づく	労使に基づく	システムに基づく	予防的やり方

テイクの経済が被害者の出現によって安全ではないことが証明された後、リスク管理における文化的変化の必要性が自明になった。アスベスト禁止を含めた代替策が、主として健康志向の関係者によって形成された。この「健康志向的文化的変化」の段階では、現実の経験に基づいたリスクコミュニケーションが不可欠となり、問題は安全衛生リスクの性質に関する実証された知識とは無関係に構築された。

最後に、未来への教訓が実際の経験を取り巻く様々な角度から引き出されなければならないことから、補償、リスクの低減と一次予防を含め、安全衛生対策におけるポスト文化的変化の検討のための様々なニーズが必要になった。とりわけ、予防のかたちをとった用心深い対策が、人権に基づくアプローチなしには機能しないことがわかり、人権をアドボケートする者たちの役割が不可欠になった。この「人権に基づくポスト文化的」段階では、リスクの評価、管理及びコミュニケーションの持続的サイクルが大部分の関係者にとって必須要件になり、問題は、とりわけ被害者の、具現化された知恵に基づいて構築された。以下の表は、安全衛生変化における5つの異なる段階の概観を与えている(表1)。

3.1. 自由放任期間(1980年以前)

1980年以前、アスベストは韓国では問題でなかった。海外と接触のあるごくわずかな医学専門家を除き、アスベスト問題に特別な関心を払った関係者はいなかった。

3.2. 政治的-技術的期間(1981～1987年)

1981年に労働安全衛生法が、韓国における別の軍事政権への移行のただなかで導入された。当時、特別な安全衛生問題は事前に生じてはおらず、安全衛生措置はむしろ政治的マヌーバーとして導入された。同様の文脈で、1984年にじん肺法が制定された。しかし、同法は1980年の炭鉱労働者の暴動によって制定されたことから、日本とは違って、一定の鉱物の鉱夫だけが対象とされ、アスベスト労働者は対象外のまま残された。この政治的段階では、安全衛生問題は、政権を正当化する方法のひとつとして用いられた。労働安全衛生法などの国際基準は、労使関係の現状を維持し、潜在的な人権問題は無視しながら、安全衛生問題の技術的側面のみを強調して採用され、その結果問題を医学に限定した。

この段階では、技術系官僚と専門家が主要な役割を果たしたが、労働組合、市民団体、または被害者の声は聞かれなかった。リスクが高く費用のかかる採掘活動は曲線を描き、民主的なプロセスが阻害された安全衛生被害者が政治的自由に対する権利の行使を可能にするまでは、アスベスト鉱山はこの期間の中間で閉鎖された。

しかし、たんなる政治家による政治的操作ではない、合法的な政治的窓は可能ではなかった。1987年に韓国の人々の6月の民主化運動によって、独裁的な憲法が改正され、必要な場合に合法的な政治的窓を開けるための自由の基礎が築かれた。政治プロセスの民主化が最終的にこの政治的-技術的段階を終わらせた。

3.3. 経済的—管理的期間(1988~1994年)

政治の民主化の後、安全衛生問題がなだれのように政治分野の注目を集めるようになり、新たな労働医学、看護師や衛生専門家のトレーニングと安全衛生制度の再構築が議論の中心となった。

経済への関心の成長は、1990年代初めに相対的に競争力の弱いアスベスト紡織工場の閉鎖につながり、閉鎖された工場は結局規制のない諸国に移転した。この期間に、とりわけ経済分野において、グローバリゼーションが拡大し、自動車産業は輸出用車両に対してアスベストフリーのプレーキライニングを採用する一方で、造船業は新たな船舶にアスベスト製品の使用を避けなければならなかった。この意味で、たとえそれがその後1991年に裁判所によって覆されたとはいえ、1989年のアメリカ環境保護庁(EPA)のアスベスト段階的禁止規則は貿易パートナー諸国にとって重要であった。経済活動が国際化するにつれて、技術、管理、貿易、訓練・教育の法的基準などを含め、安全衛生の代替策も、限られた規模としても国際化され、アスベスト代替産業はこの期間中に一層成長した。

この期間に、政府当局者、専門家や労働組合が主要な役割を果たし、彼らの間で安全衛生問題はしばしばハザードインセンティブや雇用保障に変形した。例えば、アスベスト・ガasketを使ったマフラーを製造する自動車組立労働者は、交渉を通じていったんはハザードインセンティブとしての臨時所得を受け取った。しかし、この寛大な態度はすぐに、最初のは1993年の完全に予想外だったが否定しようがない診断事例のかたちで、またその後、疫学的証拠のさらなる蓄積とともに、アスベスト問題の実証によって揺さぶられ、潜在的なアスベスト健康リスクが最終的にこの管理的—経済的段階を終わらせた。

3.4. 健康志向的—文化的変化期間(1995~2009年)

具体的な医学的問題の出現によって健康リスクの認識が覚醒されるにつれて、経済的—管理的段階は健康志向的文化的変化に移行した。この覚醒は韓国では、第1に活動家と専門家のアウトリーチと第2に被害者の集合という、2つの相互に結び

付いた動きを伴っていた。

1999年のアスベスト禁止国際書記局(IBAS)の創設と2001年のアスベスト貿易に関する世界貿易機関(WTO)の決定を含め、国際的な進展は、活動家と専門家がアイデアを共有及び流布するうえでとりわけ重要だった。ブラジル・オザスコ(2000年)、日本・東京(2004年)及びタイ・バンコク(2006年)の一連の活動家と被害者の集まりは、韓国におけるアスベスト禁止に向けた経験と戦略の共有に推進力を与えた。これは、韓国・釜山から移転したアスベスト紡織工場を調査するための一連のインドネシア訪問を含め、地下鉄労働者の調査(2004年)や古いアスベスト施設近隣住民の調査(2007年)などにつながった。

1995年の職業がんの最初の認定は、被害者を刺激した。とりわけ、釜山の同じアスベスト紡織工場の被害者と家族はリスクを意識するようになり、2006年には最初の被害者の同僚労働者によるアスベスト関連疾患の認定のための裁判が提起された。2007年に、経験と情報を共有するために、元労働者の居所を探すキャンペーンが組織された。2007年のある環境調査の後、韓国・忠州南道でも同様の被害者の集まりがみられた。

2005年の日本のクボタショックの後、2006年の日本の全日本民主医療機関連合会と韓国の人道主義実践医師協議会の専門家との集まり(韓国・ソウル)や2007年の韓国の被害者・家族の日本・尼崎のクボタ工場訪問を含め、様々なレベルで韓国と日本の間でのアスベスト問題に関する情報の共有が行われた。

こうした取り組みが2008年の韓国石綿追放運動ネットワーク(BANKO)の設立につながった。BANKOは、散発的に政治家とともに取り組む、被害者・家族、環境運動、労働組合、専門家、及び安全衛生活動家の上部組織である。タルク・ベビーパウダー(2009年)や球場の自然生成アスベストなど、以前は予測されていなかった状況におけるアスベスト汚染の報告とともに、一連の環境に関する懸念がBANKOによって提起された。

こうした活動に基づいて、活動家、被害者及びNGOsが、アスベストに関する政策の決定における

日常的な関係者になった。健康に対する環境リスクの迫りくる可能性とともに、2009年のアスベスト禁止が正当な健康志向的解決策として受け入れられ、環境部が韓国におけるアスベスト政策をリードする部署になった。しかし、アスベスト禁止という目標を満たすためには、たとえ具体的証拠を欠いてしたとしても、予防的対策が必要になった。予防的管理に関する議論は、多かれ少なかれ健康志向的なものから、人権に基づいたものに移行した。リスクの見方の基礎におけるこの変化は、リスク管理の健康志向的文化的変化の段階を終わらせることにつながった。

3.5. 人権に基づく—ポスト文化的期間 (2010年以降)

禁止後であってさえ、アスベスト問題は噴出した。第1に、上述したように、たとえじん肺法の固有の欠陥のためにいくらか機能不全だったとしても、いくつかの基本的な補償プログラムがアスベスト関連疾患に罹患した労働者に利用可能であったとしても、環境被害者に対してはいかなるそのような措置もなかった。環境問題の規模を明らかにするために、活動家と専門家は、古いアスベスト鉱山または古いアスベスト製品製造施設近隣の調査で確認された環境被害者に対して補償が提供されるべきであることを強調した。石綿被害救済法が日本のモデルにしたがって2011年に制定された。

第2に、1960年代と1970年代からの古いアスベスト汚染地区に加えて、1980年代と1990年代からの相対的に最近の据え付けが広範囲に及んでおり、また、禁止後の新しい輸入でさえ、自転車用ブレーキなど、アスベスト製品を積んでいることが確認されている。これらと合わせて、公共の建物や施設からのアスベスト含有物の除去、都市部における大規模刷新プロジェクト、野球場、学校校庭、自転車用道路、ゴルフコースや公園など公共の場所に含まれた自然生成アスベストの是正は、管理政策の安全性とその慣行、とりわけ政府当局者のずさんな態度に対する一連の疑問を提起した。こうした議論が、2012年の石綿安全管理法の制定につながった。

石綿安全管理法の内容には、アスベスト含有場所のマッピング、労働者だけでなく一般の人々を含

めた関係者の知る権利、除去手順の実施基準の策定と除去作業員に対する認可手続、及びアスベスト廃棄物の安全な取り扱い及び廃棄が含まれる。NGOsと被害者を含め、すべての関係者が、こうした規制内容が順守されるよう確保しなければならない。

4. 学んだ教訓

様々な段階に発展したアスベスト禁止につながった変化、及び各々の段階変化は、最終的禁止に至るのに必要だったのであり、そのなかで、様々な範疇の潜在的代替策の検討によって以前の問題を解決することなしには、最終的禁止は可能でなかったか、または開始されたとしても持続しなかっただろう。たんに政治的または行政的必要性から禁止を開始する国もあるかもしれないが、経済的実行可能性または調和のとれた健康保護のための社会的基礎など、他の状況が合致しなかった場合にすぐに立場が覆された例もあることをわれわれは知っている。

最初に、混沌とした段階が終わって政治的段階がはじまった。国際的な安全衛生基準を法律にもちこむことができた体制を正当化することが、独裁的指導者の必要性だった。しかし、政治的議論を社会的重要性のより広い問題に対処するよう拡大したのは、ようやく政治プロセスの民主化の後のことだった。その後この変化が、必要な場合に市民団体や被害者によって政治的窓を開けるための基礎を築いた。

いったん政治的—技術的問題が解決されると、経済的—管理的段階の間に、より合理化された経済のためのあらゆる種類の経済的代替策が追求された。たとえ新たな専門分野の創設や危険な工業プロセスの海外移転など、経済志向的な制度的及び管理的改革を伴ったとはいえ、健康というかたちでのリスク管理の証拠の蓄積は被害者の出現とともに明らかになり、経済的合理化の活動が健康志向的文化的変化への道を与えなければならなかった。実際に、経済的合理化は、政治的制約のもとであってもしばらくそこにあったのであり、1972年の日本の労働安全衛生法直前の「自由放任」

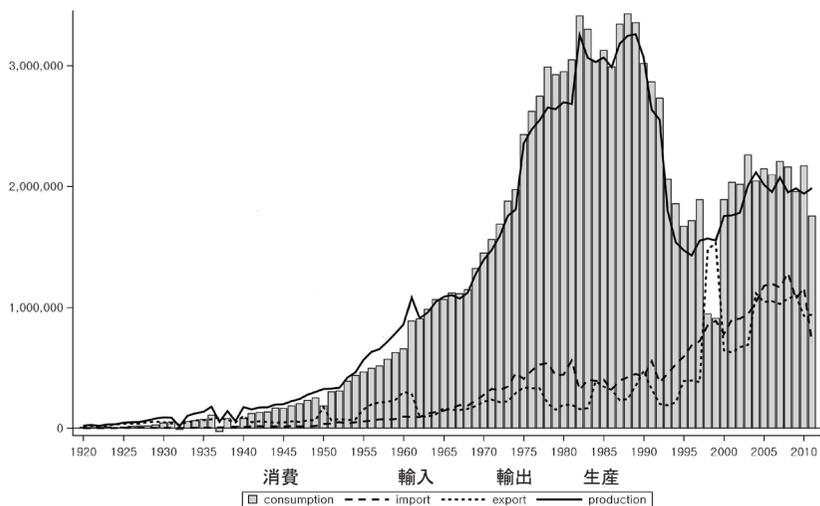
期間中に韓国へ移転した日本のアスベスト紡織工場は、韓国が1980年に自らの労働安全衛生法の準備ができたときにその投資を韓国から引き揚げた。アスベスト消費の傾向をより詳細に検討すれば、ブレーキライニングや造船向けのアスベスト代替産業がすでに始まっていた1980年代に、総量が頭打ちになったことが指摘できる(図1)。

これに基づいて、韓国における全体的産業成長と比較した場合のアスベスト消費の相対的縮小は、1990年代の実際的な縮小よりもはるかに早くはじまっていた。貿易パートナーからのアスベスト代替産業の例をとらえた、国際化した経済におけるより幅広い代替策が、経済的-管理的段階及びその後におけるアスベスト産業の衰退に一層貢献した。

IBASによって確認された、すでにアスベスト禁止を開始した諸国におけるアスベスト産業の禁止前の状態をわれわれが検討したとき、すべての諸国で、彼らが禁止を開始する前に原料アスベストの使用はほとんど無視できるレベルに減少していた(図4[省略])。その一方で、IBASによって確認された、禁止をしていない諸国では、アスベスト消費の総量は減少しているが、検討した期間にまだゼロまで落ちたはなかった(図5)。韓国が1997年にクロシドライトとアモサイトを、また2003年にアスベスト様トリモライト、アンソフィライト及びアクチノライトを禁止したとき、それら鉱物を使用していた産業はなかった。この点で、健康リスクの見方の変化の結果であろうと、または経済的リスク査定の結果であろうと、アスベスト産業の経済的正当性が、最終的禁止の実施のために必要であるとわれわれは考える。

背景におけるこうした変化とともに、政治的-技

図5 アスベストを禁止していない中及び低所得国におけるアスベスト生産、輸入、輸出及び消費量



術的から、またその後の経済的-管理的からの移行の後に、アスベスト関連問題の証拠の増大とともに文化的変化によって、アスベスト禁止はもたらされ得た。ここで、カナダとフランスの間のアスベスト紛争における2001年のWTOの決定や日本における2005年のクボタショックなど、周辺の経験に基づいて、健康リスクは潜在的脅威以上のものとして理解された。マスメディアにおける禁止の議論のなかで、環境的な健康脅威がきわめて重要なものと理解されたことを指摘しておくべきである。

禁止後でさえ、とりわけアスベストの引き続き負荷を負うであろう子供や次の世代のための、人権に対する考慮なしには、禁止は効果的ではなかった。人権を強調しつつ、韓国におけるじん肺プログラムによって証明されているように、医学的代替策は問題の根本原因に対する最終回答ではありえないことから、問題を医学に限定しすぎることを避けることも重要である。実際、政治、経済、健康、及び人権の間の調和のとれたクロスチェックなしのやみくもの医学化は、韓国の職業病補償機関が一度は石綿肺被害者の診断に生検を要求したように、問題解決の重大な障害になり得る。

韓国における段階移行に関しては、早い段階では相対的に容易な代替策が採用されるべきである

一方で、後の段階のためにより困難なものが出ておかれたことから、変化の上述した順序を観察することができたとわれわれは考える。変化のこの容易さのゆえに、技術系官僚と専門家によって提唱されたものとして、政治的決定によって技術的措置が最初に採用されたと考える。経済的正当化、健康保護、及び人権に敏感な変化は達成するのがはるかに困難であり、こうした困難さのためにそれらは後の段階に引き延ばされた。要するに、安全衛生問題の相対的に容易な範囲に対処することが、残された、しかしより困難な問題に対する代替策の探求につながり、この探求が結果的にある段階から別の段階への移行につながったとわれわれは考える。

最後に強調する点は、予防原則は人権アプローチに基づいてのみ適用され得ることから、われわれは、アスベスト問題は他の安全衛生問題のためのよい事例となる強力な教訓であることを見出した。実際にわれわれは、消費者団体や環境NGOsの発がん物質ゼロ運動が2009年にはじまり、主要な労働組合による職業がん認定の大量請求を通じた職業がん認定運動が2010年に開始できるようになったという、発がん物質についての認識についてのいくつか他のスピノフを見ている。

5. 結論

振り返ってみると、すべての変化が禁止のために必要であった。アスベスト禁止を実現するためには、まず合法的な政治的窓が必要だった。政治プロセスの民主化が社会的議論を政治的干渉から開放し、その後、被害者のための政治的窓を開く機会を提供した。産業の経済的利益が政治的権力と結びついていたら、変化は、不可能ではなかったとしても、非常に困難だったかもしれないとわれわれは考える。

民主化はまた、より幅広い経済的代替策とともに、経済的正当化を可能にした。経済的代替策のいくつかには、アスベスト代替産業や、アスベスト除去産業さえも含まれた。実際、アスベスト禁止後に、原料アスベストを輸入していた者は、どこにアスベストが据え付けられているかに関する自前の経験をもっていることから、アスベスト除去や保護サービス

に転換した。

健康志向的文化的変化の段階で、リスクの見方に関する文化の変化において健康科学がきわめて重要であったのであり、その後健康研究のプロセスと経験は、しかし先進国の見方からすれば初歩的または低レベルかもしれないが、適切な医学的診断及び管理を含め、医学的代替策を伴った問題解決手順の構築の基礎であった。

最後に、禁止を実現するためにはわれわれは人権に対する感受性が必要であり、これはとりわけ環境衛生について促進された。もっとも集中した明らかな問題は職業領域にあるが、われわれは、社会的に不利な職業グループ、子供、先住民族、及び移住労働者を含め—すべての者のための人権のより幅広いアプローチを必要とした。

アスベスト禁止は、合法的政治的窓、経済的正当化、健康リスク保護、及び人権感度を含め、こうした諸問題のすべての代替策が利用可能になったときに導入することができた。われわれがもった代替策は完ぺきなかたちではなく、多かれ少なかれゆるく結合されたかたちであると考えており、それゆえ不完全性を補うために、様々な関係者の間の連帯を構築する方法をみつけなければならない。



※原文:<https://www.mdpi.com/1660-4601/15/2/198>

筆者は、Yu-Ryong Yoon¹, Kyeong Min Kwak^{1,2}, Yeyong Choi³, Kanwoo Youn⁴, Jinwook Bahk⁵, Dong-Mug Kang⁶ ID and Domyung Paek^{1,7,*}

1 ソウル国立大学校公衆衛生院環境衛生学部、韓国

2 嘉泉大学校Gil医療センター職業環境医学部、韓国

3 アジア環境保健市民センター、韓国

4 源進緑色病院職業環境医学部、韓国

5 啓明大学校公衆衛生学部、韓国

6 プサン国立大学校梁山病院職業環境医学部、韓国

7 ソウル国立大学校健康環境研究所、韓国

* 責任筆者

請求1.7万、認定1.2万件突破 ビデオシリーズ、開示資料等公表 厚生労働省交渉でも取り上げる

労災保険

厚生労働省は、新型コロナウイルス感染症に係る労災請求件数等の状況について、8月号で紹介した6月25日現在の6月30日公表以降、7月2日、7月9日、7月16日、7月21日、7月30日、8月6日、8月13日、8月20日、8月27日現在の9月2日公表と、1週間ごとの情報更新を継続している。昨年4月30日現在の公表以来、162回の情報公表となる(図1参照)。

請求件数は、2019年度-昨年3月の請求1件から始まり(表2)、昨年7月13日に500件を突破した後、9月2日に1,000件、2021年2月19日に5,000件、4月23日に10,000件、5月14日に11,000件、6月4日12,000件、6月18日に13,000件、7月2日に14,000件、7月16日15,000件、8月6日に16,000件突破と増加し続け、8月27日現在16,969件となった。図1・表1でわかるように、今年に入ってからの急増ぶりが著しい。

8月号で紹介した6月25日現在の13,886件と比較すると22.2%の大幅増加である。業種別では、医療従事者等が10,682件から12,591件へと17.9%の増加、医療従事者等以外が3,186件から4,349件へと36.5%の増加となっている。

認定(支給決定)件数は、昨年5月14日に最初の2件が現われ、8月31日に500件を突破、11月12日に1,000件、4月23日に5,000件、7月9日に10,000件、7月30日に11,000件、8月13日に12,000件を突破して、8

月27日現在12,840件となった。6月25日の9,043件と比較すると42.0%増加した。4月は1,403件、5月は1,640件、6月は2,053件、7月は1,679件、8月は27日までで1,360件の認定である。業種別では、6月25日と比較して8月207までで、医療従事者等が7,183件から9,969件へと38.8%の増加、医療従事者等以外が1,845件から2,852件へと54.6%の増加である。

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、2021年に入ってから請求件数の急増に処理が追いつかず減少も見えたが、2月19日現在の43.3%以降、ほぼ増加し続けており、8月27日現在75.7%となっている。医療従事者等が79.2%、医療従事者等以外が65.5%という状況である。

不支給決定件数は、昨年10月20日現在で初めて現われ11件だったが、昨2年末(12月28日現在で33件)時点では、すべてが新型コロナウイルス感染症ではなかった事例と確認されている。8月27日現在の不支給決定件数は257件で、医療従事者等の184件は新型コロナウイルス感染症ではなかった事例と考えられるが、医療従事者等以外の73件に新型コロナウイルス感染症であるのに業務上と認められなかったものが含まれるかどうかは不詳である。(支給+不支給)決定件数に対する不支給決定件数の割合は、全体で2.0%、医療従事者等では1.8%、医療従事者等以外では2.5%となっている。全体で決定件数の98.0%は認定(支給決定)され

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

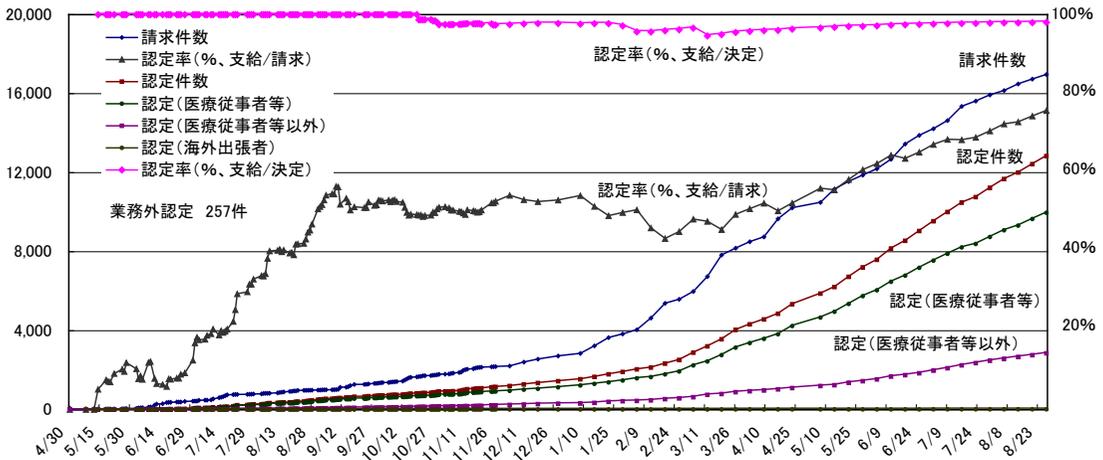
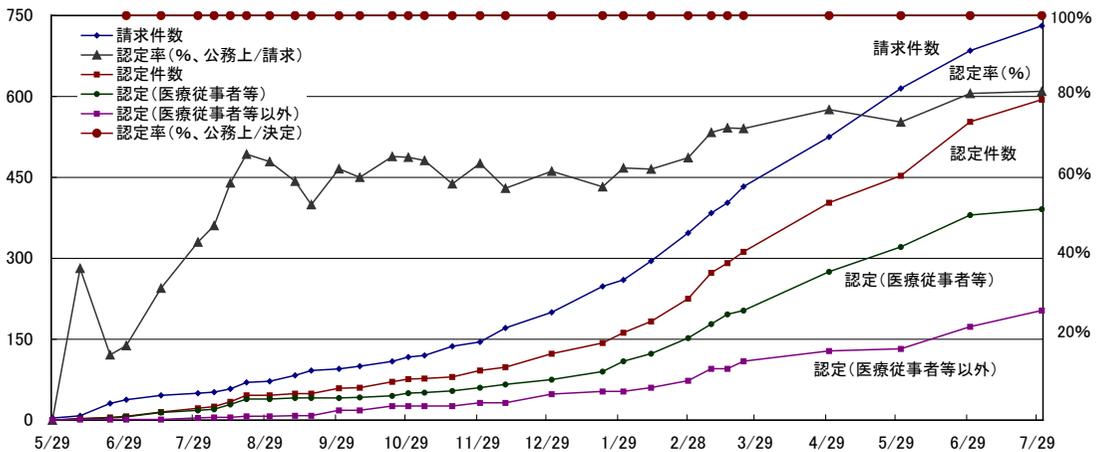


表1 新型コロナウイルス感染症に関する労災請求件数等の月別推移

	以前	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	合計
請求件数	430	367	187	356	443	342	528	1,066	1,948	2,816	1,951	1,573	2,161	1,768	15,936
決定件数	55	226	229	221	236	252	326	482	630	2,048	1,403	1,640	2,053	1,679	11,480

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



ているということになる。

8月27日現在の業種別の状況を表2に示した。

メディアも認定1万件超報道

8月20日付け毎日新聞朝刊大阪版等朝刊は、一面トップで「コロナ労災1万件超、幅広く救済 認定率7割」と報じた。記事では、「労災被害者を支援

するNPO法人東京労働安全衛生センターの天野理さんによると、療養が長期化し、病名が追加されたり別の診療科を受診したりしていると、労基署が『調査のため』として数か月にわたり給付を停止したケースがあったという。天野さんは『安易に支給を停止せず、安心して療養できるように運用してほしい』と指摘。労災認定された業種が偏ってい

表2 COVID-19に関する労災請求件数等(令和3年8月27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	12,591(17)	9,969(15)	79.2%	184(0)
医療業	8,200(6)	6,729(6)	82.1%	162(0)
社会保険・社会福祉・介護事業	4,149(11)	3,069(9)	74.0%	22(0)
サービス業(他に分類されないもの)	194(0)	125(0)	64.4%	0
教育、学習支援業	45(0)	43(0)	95.6%	0
複合サービス事業	1(0)	1(0)	100%	0
運輸業、郵便業	1(0)	1(0)	100%	0
製造業	1(0)	1(0)	100%	0
2. 医療従事者等以外	4,349(55)	2,852(30)	65.6%	73(1)
農業、林業	5(0)	4(0)	80.0%	1(0)
漁業	11(0)	1(0)	9.1%	0
建設業	329(9)	186(4)	56.5%	5(0)
製造業	487(5)	228(4)	46.8%	1(0)
情報通信業	42(0)	25(0)	59.5%	1(0)
運輸業、郵便業	452(13)	341(6)	75.4%	6(0)
卸売業、小売業	282(5)	190(1)	67.4%	4(0)
学術研究、専門・技術サービス業	93(1)	48(0)	51.6%	2(0)
金融業、保険業	15(1)	10(1)	66.7%	1(0)
不動産業、物品賃貸業	91(3)	54(2)	59.3%	0
宿泊業、飲食サービス業	285(1)	200(1)	70.2%	4(0)
生活関連サービス業、娯楽業	86(0)	46(0)	53.5%	0
教育、学習支援業	121(0)	57(0)	47.1%	1(0)
医療業	637(0)	460(0)	72.2%	35(0)
社会保険・社会福祉・介護事業	892(8)	693(4)	77.7%	1(0)
複合サービス事業	18(0)	11(0)	61.1%	1(0)
サービス業(他に分類されないもの)	503(9)	298(7)	59.2%	10(1)
3. 海外出張者	29(4)	19(2)	65.5%	0
計	16,969(76)	12,840(47)	75.7%	257(1)

表3 COVID-19に関する公務災害請求件数等(令和3年7月31日現在)

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	40	36	90.0%	0
看護師	374	327	87.4%	0
保健師・助産師	5	5	100%	0
その他の医療技術者	28	23	82.1%	0
保育士・寄宿舎指導員等	3	3	100%	0
土木技師・農林水産技師・建築技師	3	3	100%	0
調理員	1	1	100%	0
義務教育学校教員	4	1	20.0%	0
義務教育学校以外の教員	2	2	100%	0
警察官	193	138	71.5%	0
消防吏員	17	15	88.2%	0
清掃職員	21	12	57.1%	0
その他の職員	40	28	70.0%	0
計	731	594	81.3%	0

ることを踏まえ『労働者や事業業者も制度の理解が不十分であったり、労基署ごとに運輸尾にばらつきがあったりする。積極的な制度周知が欠かせない』と訴える。」とされている。

地方公務員災害補償

地方公務員災害補償基金による地方公務員災害補償の状況の公表は、8月号で紹介した5月31日現在の6月7日公表の後、6月30日、7月31日現在の8月13日公表と、2回更新された。月1回の更新である。

最大の特徴は、いまだに公務外認定がゼロのままー決定件数に対する認定件数としての認定率が100%を維持していることである。

請求件数に対する認定件数としての認定率は、全体で81.3%(表4)。義務教育学校教員の初めての認定事例が6月30日現在、調理員が7月31日現在で初めて現われている。調査中は、警察官55件、看護師47件、それ以外が35件である。

7月31日現在の職種別状況を表3に示す。

国家公務員災害補償

人事院がウェブサイトの「新型コロナウイルス感染症」ページで「一般職の国家公務員に係る新型コロナウイルス感染症に関する報告件数及び認定件数」を公

表4 一般職の国家公務員に関する状況
(令和3年7月31日現在)

職種	報告件数	公務上認定件数	率(公務上/請求)	公務外認定件数
一般行政職	35	22	62.9%	0
医療職	2	2	100%	0
公安職	20	20	100%	0
合計	57	44	77.2%	0

表していることがわかった。

確認できたのは、3月31日現在、5月31日現在、6月30日、7月31日現在が8月30日に公表された。

報告件数は45件→46件→57件→57件、認定件数は32件→346件→42件→44件、と推移しており、公務外認定はゼロ。

7月31日現在の職種別状況を表4に示す。

ビデオシリーズの公開等

全国安全センターでは、東京労働安全衛生センターの天野理さんを講師に、「新型コロナウイルス感染症と労災」について解説するビデオシリーズを企画し、7月9日以降、ウェブサイト上とYouTubeで順次、公開している。公開済みの内容とYouTubeのURLは以下のとおりである。

- ・その1～労災の認定状況と認定基準～
<https://www.youtube.com/embed/tzPwMJxBjvQ>
- ・その2～具体的な労災保険手続き～
https://www.youtube.com/watch?v=5pz6_6xVH30
- ・その3～今後の課題～
<https://www.youtube.com/embed/tzPwMJxBjvQ>

7月31日には、神奈川県医療ソーシャルワーカー協会と神奈川労災職業病センターの共催により、天野さんを講師に、学習会「新型コロナ感染症の労災認定について～労災申請、認定基準、注意点など～」が開催された。神奈川では「神奈川モデル」と言われる新型コロナウイルス感染症対策の医療提供体制が実施されており、各区分の医療機関で実際に患者・家族に対応している医療ソーシャルワーカーの経験は、安全センター・スタッフにとっても

示唆に富むものだった。

情報公開等による独自情報

ビデオシリーズや学習会の基礎になっているのは、公開されている情報とともに、情報公開等を利用して、全国安全センターが独自に入手した情報である。すでに以下の情報をウェブサイトに公開しているほか、新たに開示された情報も整理中であり、また、後述の厚生労働省交渉後に、2021年5月11日付け職業病認定対策室長名事務連絡によって認定実務要領が改定されているとの連絡があり、開示請求をしているところである。

- ・情報公開で明らかになった「新型コロナウイルス感染症の労災保険給付請求に係る調査等に当たっての留意点」/「調査要領」(2020年5月1日付け業病認定対策室長補佐事務連絡)
<https://joshrc.net/archives/9379>
- ・情報公開で明らかになった『「新型コロナウイルス感染症の労災補償における取扱いについて」に関するQ&A」(2020年5月22日版 職業病認定対策室)
<https://joshrc.net/archives/9383>
- ・情報公開で明らかになった「新型コロナウイルス感染症疑い (PCR検査陰性) 事案の当面の

取扱いについて」(2020年10月20日 職業病認定対策室)

<https://joshrc.net/archives/9387>

全国安全センターの厚生労働省交渉

7月20日に全国安全センターの厚生労働省交渉が行われ、新型コロナウイルス感染症の労災補償問題も取り上げられた。要望事項と事前文書回答の内容を紹介しておくが、交渉における具体的なやりとりは、<https://joshrc.net/archives/10530>を参照していただきたい。

【要望①】 新型コロナウイルス感染症の継続する症状について、医学的研究が途上である現状を踏まえると、「治癒」「症状固定」に関する調査のため休業補償給付等の支給を停止する判断は極めて慎重に行うべきである。少なくとも、退院後も継続する症状で療養している場合には、退院して数か月のうちに支給停止する対応は、打ち切りを急ごうとする不当な対応である。支給を停止された被災者は生活に困窮し、「なんのための労災保険制度なのか」との声も被災者から上がっている。継続する症状について労災を積極的に適用する方針を示すこと。

【回答①】 一般に、業務により新型コロナウイルスに感染し、症状が長期にわたり継続している場合についても、当該症状が新型コロナウイルス感染症によるものであり療養や休業が必要であれば、保険給付の対象となります。

一方で、労災の休業補償給付等は、請求ごとに支給の可否を判断する必要があるため、既に業務上と認められた傷病でも、改めて請求対象期間についての支給の可否に係る判断を必要とし、事案によっては支給決定までに時間を要することがあります。

被災労働者の救済のため、迅速、公正な労災保険給付に努めてまいります。

【要望②】 新型コロナウイルス感染症の継続する症状の一つとして、精神障害の発症が指摘されている。そうした症状への対応として、一律に労災認定基準の心理的負荷表をあてはめるのは適切ではない。そのようなあてはめ方では、感

染前に職場での長時間労働やクラスター対応にあたったなどの事情が無い被災者の精神症状について、労災補償の対象から外されてしまう危険がある。継続する症状としての精神障害について、労災を積極的に適用する方針を示すこと。

【回答②】 精神障害の労災認定基準においては、発病前おおむね6か月間の心理的負荷を評価することとしており、新型コロナウイルス感染症で労災認定を受けた方が精神障害を発病した場合についても、認定基準により判断することとなります。

被災労働者の療養経過等は事案によって様々であり、請求内容ごとに、主治医等に医学的意見を聞いた上で、適切に判断してまいります。

※2020年度の新型コロナウイルス感染症に関連する精神障害の認定件数は7件(5頁参照)。

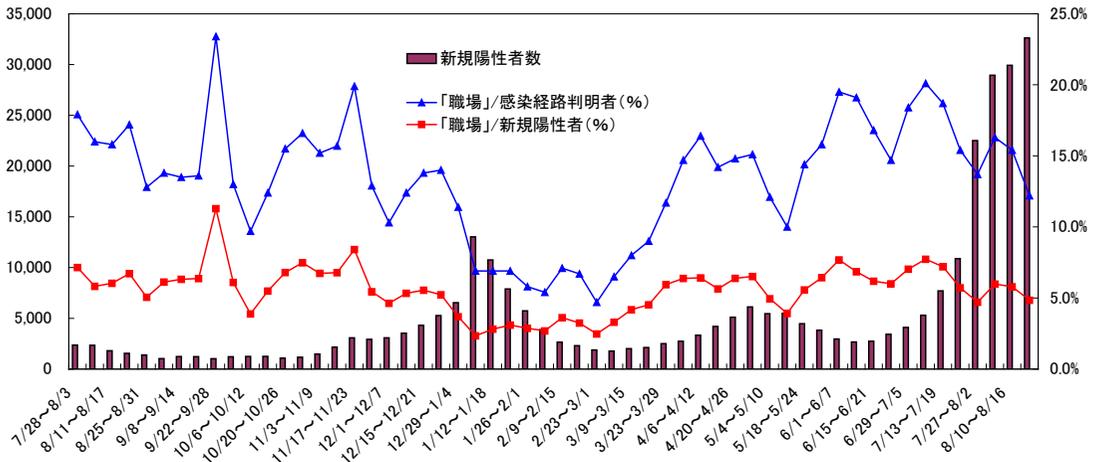
【要望③】 新型コロナウイルス感染症に感染し、入院せずに自宅療養や宿泊療養になった方が休業補償給付の請求を行う場合、休業期間について診療担当者の証明を得られないことがある。その場合労基署では、保健所の就業制限期間証明書によって確認を行っているという。被災者が請求を諦めてしまうことがないよう、診療担当者の証明を得られなくとも上記のような方法で休業補償の申請が可能である旨を、厚労省ホームページのQ&A(労働者の方向け)に掲載するなど周知すること。

【回答③】 1 御指摘のとおり、療養期間中において、一度も医療機関を受診していない場合、医師が休業期間を証明することができない場合には、休業(補償)等給付支給請求書に保健所で発行される就業制限通知書等を添付していただくことで差し支えないこととする取扱いを行っています。

2 ただし、原則としては、コロナ禍の状況にあっても、従来どおり、医師の証明が必要であることに変わりはないことから、この点に誤解が生じないよう、今後、厚生労働省ホームページへの掲載内容を検討してまいります。

【要望④】 中皮腫、肺がん、じん肺症で労災認定

図3 東京都の新型コロナウイルス感染症新規陽性者数と感染経路「職場」の割合



されている被災者が新型コロナウイルス感染症に罹患し、死亡した場合は遺族補償給付を支給すること

【回答④】 1 中皮腫、肺がん、じん肺症で労災認定された方が、死亡された場合、新型コロナウイルス感染症に限らず、当該死亡原因と労災傷病との医学的因果関係について、死亡に至るまでの治療の経過等を十分に検討した上で、慎重に判断しているところです。

2 引き続き、迅速かつ適正な労災認定に努めてまいります。

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が、2020年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」別割合がわかる資料の公表を継続している (<https://www.bousai.metro.tokyo.lg.jp/taisaku/saigai/1013388/index.html>)。

「濃厚接触者」は「接触歴等判明者」のことで、別の資料 (<https://stopcovid19.metro.tokyo.lg.jp/>) から日毎の新規陽性者数、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

結果を示したのが図3である。

新規陽性者のうち「職場」を感染経路とする者の割合は3.7%～11.3%、2020年7月28日から2021年8月30日までの全期間では5.2%となった。

ちなみに感染経路判明者に対する割合では13.2%である。新規陽性者のうち感染経路が判明した者の割合は、2021年2～3月に50%を超えていたのが最高で、その後は減少傾向にあり、全期間では39.8%という状況である。

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でも、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。接触歴等不明も含めて、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。いずれにしろ、貴重な情報であろう。

8月30日現在における日本全国の累計感染者数は1,454,364人であり、この5.2%は75,627人に相当する。対して労災保険請求件数16,969件(8月27日現在)、地方公務員災害補償基金の請求件数731件(7月31日現在)、一般職国家公務員の報告件数57件(7月31日現在)で、合わせても17,757人で、1,454,364人の1.2%に相当するだけである。

いずれにせよ、本来は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と考えている。



すすむ特別加入業種の拡大がもたらすもの 特別加入者で複数事業労働者という選択肢

厚労省●今回の拡大は自転車配達員とITフリーランス

労災保険制度に関する政府の審議機関である、労働政策審議会労働条件分科会の労災保険部会は、働き方改革の方針に基づいて、昨年には複数事業労働者の保険給付について改正を行ったほか、特別加入制度対象業種拡大や制度改正の議論を加速させてきた。

昨年の夏には、HP上で拡大へ向けての意見募集を行ったうえで、かねてからの要請もあった芸能従事者、アニメーターを特定業務従事者として、柔道整復師を一人親方等の業種として認めることとした。また、昨年3月に労災保険法の改正とともに成立した、高年齢者雇用安定法改正により、新たに設けられた65～70歳の雇用によらない就業形態である創業支援等措置についても特別加入可能な業種として設定することにした。この4業種及び作業について、今年4月1日より特別加入が可能となったことについては、本誌でも取り上げてきたところだ(2021年5月号参照)。

その後も労政審労災保険部会は、拡大業種についての審議を継続し、5月14日には、フードデリバリーサービスの自転車配達

員、ITフリーランス(情報サービス業)について取り上げ、業界団体からのヒアリングを行った。

6月18日の同部会では、この2つの業務を第2種特別加入に追加することについて、おおむね妥当と厚生労働大臣に答申し、拡大が決定した。2つの業務は、労災保険法施行規則で正式には、次のとおり表記されることになる。

「原動機付自転車又は自転車を使用して行う貨物の運送の事業(一人親方等が行う事業として労災則第46条の17の第1号に追加)

「情報処理システム(ネットワークシステム、データベースシステム及びエンベデッドシステムを含む。)の設計、開発(プロジェクト管理を含む。)、管理、監査若しくはセキュリティ管理その他情報処理システムに係る業務の一体的な企画又はソフトウェア若しくはウェブページ、の設計、開発(プロジェクト管理を含む。)、管理、監査、セキュリティ管理若しくはデザインその他ソフトウェア若しくはウェブページに係る業務の一体的な企画その他の情報処理に係る作業であって、厚生労働省労働基準局長が定めるもの」

(特定作業従事者として労災則第46条の18に新たに追加)

この省令改正の公布日は7月中旬、施行は9月1日が予定されている。

以下、フードデリバリーサービス配達員の特別加入に焦点を絞り、今回の改正の背景と、これからの運用の問題点などについて考えてみたい。

**自由な働き方は個人事業者
なので労災保険はない**

Uberで配達する
ご都合に合わせて働き、
収入を得るとができます

スマホやパソコンで注文すると、自宅に欲しい食べ物を届けてくれる、いわゆるフードデリバリーサービスで、急成長しているウーバーイーツの配達員募集ページのトップに出てくるフレーズだ。

登録要件として、自転車、原付バイク(125cc以下)、軽自動車やバイク(125cc超)、それぞれの必要物が記されていて、その下には「UberEats配達パートナーのメリット」が続く。

最初にくるのは…

自由な働き方

UberEatsの仕事はシフトがありません。1時間だけでも、土日だけでも、空き時間に配達することが可能です。個人事業主なので、働く時間やスケジュールを決めるのは自分自身。

自分自身で都合に合わせて働き、報酬を得ることができる。自転車とスマホが用意できたらはじめることができる。

新型コロナウイルス感染症対策で飲食店は休業続きというさなかで、フードデリバリーの需要が急速に伸びていて、都市部でさえあれば仕事がどんどん増えていて、他社も含めて、いまや地方都市でもこの業態が広がるという状況だ。しかし、この理想的ともいえる働き方について、前提ははっきり示されている。ウーバーイーツの募集ページで、明確に謳っている、「個人事業主」である事実である。

個人事業主だから決めるのは自分自身であって、労働基準関係法令の保護対象とはならない。スマホにダウンロードしたアプリをオンにしたら、配達の仕事が入り、もう止めようと思えばオフにすればよい。トコトン稼ごうと延々と仕事を続けても、労働基準法の適用はないから、制限もない。

そして配達中に大げがをしても、労働者ではないので労災保険の適用はない。他の労働条件はともかくとして、車両を使っている配達の仕事で、事故はつきものなのに、補償制度といえば、せいぜい会社が斡旋する民間保険会社の傷害保険程度のことだ。こ

れではいけないということになる。

災害補償制度はなかった 自転車配達員9万人

労災保険は、労働者以外であっても、その業務の実情、災害の発生状況などからみて、とくに労働者に準じて保護することが適当であると認められる場合には、特別に任意で加入する特別加入制度を設けている。この特別加入には、労働者を雇用して自らも働く中小事業主（第1種）、労働者を雇わず働く一人親方その他の自営業者と特定作業従事者（第2種）、それに労災保険法が適用されない海外で働く海外派遣者（第3種）がある。

個人事業主は第2種ということになるが、業種や作業の種類が特定されている。使用され賃金を支払われる労働者と異なり、個人事業主は、業務の範囲を特定しなければ、どこまでを業務災害とするか明確にできないからである。

フードデリバリーサービス配達員の作業内容を見ると、現行の特別加入対象業務では、「自動車を使用して行う旅客又は貨物の運送の事業」（労働者災害補償保険法施行規則第46条の17第1号）に近いといえる。もともとこの業務は、個人タクシー運転手やトラックで貨物運送を営む事業者のことを指していたが、徐々に範囲は拡大され、「原動機付自転車を使用して行う貨物運送事業（他人の需要に応じて、有償で、貨物を運送する事業）を行う者」も含まれるようになっていく。

一方、フードデリバリーサービスの業界は、新型コロナウイルス感染症拡大のさなかで、拡大の一端をたどり、配達員の数は15万7千人とされる（一般社団法人プロフェッショナル&パラレルキャリア・フリーランス協会の調査による）。一般社団法人日本フードデリバリーサービス協会が労政審労災保険部会のヒアリングで提出した資料によると、そのうち約70%が自転車利用と仮定し、自転車による配達員は、特別加入業種拡大約9万人と推計している。

これまでの特別加入で認められてきたのはバイクまでであったので、9万人の配達員が、労災保険に任意に加入するすべがまったくなかったということだ。

労災保険には入れるが 個人に課せられる保険料負担

さて、この新たな特別加入の業種追加でどんな問題があるだろうか。

ひとつは保険料負担の問題がある。今回の省令改正で、新たな追加業種となる「原動機付自転車又は自転車を使用して行う貨物の運送の事業」は、既存の「自動車を利用して…事業」と同じ1000分の12とした。

具体的な保険料を考えると、給付基礎日額1万円で加入すると1年間の算定基礎額は365万円となるので、これに1000分の12をかけると、年間の労災保険料は43,800円ということになる。これに特別加入団体の会費が安くみても月500円、年間6000円とすると、締めて約5万円ということ

になる。もちろんこれで労災保険制度のあらゆる給付が適用されることになるのだが、配達員自身が個人事業者としてこの5万円を負担するためには、一定の覚悟が必要ということにならないだろうか。

配達員の仕事を生業として、少なくともここ1年は継続するという覚悟であったり、ひとつの登録会社では仕事量が確保できない場合やその他の理由で、複数の会社と登録するなどの対策をとったうえで加入でなければ、負担感が大きすぎるということになりかねないだろう。

会社が配達員の労災保険加入を前提として、保険料負担分を安全経費として追加支給するという考え方もあるかもしれない。しかし、配達員の仕事量は配達員ごとにマチマチだというのがこの自由な働き方の前提であるはず。なかなか難しいと言わざるを得ないのだ。

まったく検討されていない 働き方のバリエーション

また、配達員の働き方が様々であるうちで、他の仕事を本業として就業していて、それでは足りない部分を補うために空き時間を利用して人があるだろう。この場合、本業での仕事が雇用による就業であるか、その仕事自体について特別加入をしている場合には、労災保険法上の複数事業労働者にあたることとなる。

こうした場合の配達員としての給付基礎日額は、本業での給付基礎日額や配達員としての収

入を勘案したうえで設定することになる。また、配達員の働き方の性質上、複数事業労働者はむしろ普通のことになるかもしれない。本業の収入にもよるが、もし配達員の仕事に割く時間が限定的であるときは、給付基礎日額を最低の3,500円に設定することになる。そうすると年間の算定基礎額は1,277,500円となり、保険料は年間15,330円。特別加入団体会費を含んでも、月あたり保険料負担は2,000円程度ということになるだろう。

いずれにしろ、フードデリバリーサービスの配達員の特別加入を扱うことになる特別加入団体は、そのニーズに合わせた過不足のない加入設定と保険料等徴収の方法をとる必要があるだろう。

業界13社の参加で、今年2月に設立された日本フードデリバリーサービス協会は、ヒアリング提出資料で、協会により特別加入団体を設立し、配達員に加入を推奨するとしている。

ところが資料に記載されている「特別加入対象化のメリット」としてあげられているのは、補償範囲の拡大と既存の民間保険以外の選択肢という程度になってしまっている。おそらく、フードデリバリーサービス配達員の特有の働き方を前提とした検討がされた気配はみられないし、また、保険料負担の在り方という問題についても検討されていないようだ。

今後、特別加入団体設立という場面になり、具体的な加入の促進という段階になったときに

は、問題点が噴出することになるだろう。

設立される特別加入団体は 配達員の要望をとり入れるべき

ところで、フードデリバリーサービスの業界で、すでに労働組合を結成し、労働条件の改善へ向けて取り組みを進めている動きがある。ウーバーイーツユニオンの活動である。

同ユニオンは、昨年8月に「労災保険制度の見直しに関する要望書」を提出し、特別加入によるのではなく、労災保険の強制適用範囲を拡大することを求めている。具体的には「労務を提供し、その対価を得ている者」という表現を提案するなど意欲的なものといえるだろう。

たしかに、「勤労の権利は法律で定める」としながら、労働基準法は「労働者」しか対象とせず、これに基づく労災保険法も例外として労働者以外を保護する特別加入制度があるだけだ。そして、労働基準法や労働安全衛生法が適用されない労働者以外の勤労者の団体である、第2種特別加入のための「特別加入団体」は、そのためにひとつだけ条件を負わせている。それは、業務災害の防止に関し「講ずべき措置及びこれらの者が守るべき事項を定めなければならない」（労災則第46条の23第2項）という条文だ。

労働者以外の勤労者の業務災害について、何か別の体系的な規定があるわけではない。だから特別加入者には、申し訳程

度に団体で規定を定めるなど、最低限の努力をしてくださいねということになっているだけなのだ。

農業従事者は兼業農家も含めて200万人にすぎないのに年間約300人の農作業死亡事故があり、建設業の一人親方等の業務災害死亡は年間約100人だ。すべての労働者の死亡は2020年で802人だというのに、労働者以外の災害対策はほとんどないといってよい。

その意味では配達員に限らず、労働者以外の勤労者の災害防止対策こそが問題になっているといってよい。ただ、労災保険特別加入業種拡大の適用となると、個人事業者を一律に強制適用とするには業務の範囲と保険料負担という大きな壁があるといってよいだろう。

むしろ、第2種特別加入の場合、その運用をいかに進めるかが鍵となる面があるのではないだろうか。特別加入のためには、該当者が一定数集まって特別加入団体を設立し、加入を申請するというのが第2種特別加入制度の仕組みだ。業界団体でなければ作ってはいけないのではない。それよりも、配達員の働き方のバリエーションや要望に近いところで制度を活用するという方法が相応しい場合がありはしないだろうか。

たとえば制度上の問題でいうと、給付基礎日額の設定がある。現行の制度では、最高が25,000円、最低が3,500円となっている。しかし、複数事業労働者の給付基礎日額が合算されるという改

正により、例えば週のうち数時間のみの仕事での特別加入も現実的になっている。最低が3,500円というのも、こうした働き方のバリエーションという観点からみると、高額すぎるともいえる。

特別加入団体の運営を通して、制度上の問題点を顕在化さ

せ、より安心して働き続けることができる社会へと近づける取り組みを進めることができる。

労働組合をはじめとして働く人たちのさらなる取り組みが



注目される場所だ。

(関西労働者安全センター
西野方庸)

労組を嫌悪し団体交渉拒否

熊本●石綿肺がんと振動病で裁判提訴

日本冷熱天草工場（熊本県）に採用されたYさんは、電動サンダー等の振動工具を長期間使用していたため、2005年8月から業務による振動障害と認定された。また、造船所における保温作業に従事したことにより、2016年3月に石綿肺がんを発症され、労働災害と認定された。

Yさんは、二つの業務上災害により治療を余儀なくされたのだが、会社からは企業補償に関して、何ら説明もないままだった。そのため、退職労働者の安全衛生問題と企業補償についての会社の見解を求めるために、アスベストユニオンに加入し、2020年6月に会社に対して団体交渉を申し入れた。

しかし、会社は団体交渉に応じようとしなかったため、神奈川県労働委員会に対して、団交ルールを策定を求め、2020年7月30日にあっせん申請を行った。

神奈川県労働委員会の第1

回期日が開かれたのは10月15日だった。そしてその日、労働委員会の仲介により、団体交渉を行うことが確認された。

しかし、第1回期日の終了後の廊下で、会社側代理人からいきなり呼び止められ、何かと思えば「交渉は行いが、補償については一切行わない」と言う。ほんの数分前に、労働委員会において団体交渉を行なうことを確認したばかりなのに、「舌の根も乾かぬうちに」とはまさにこのことである。団体交渉の席には着くが、結論だけを伝え、話し合いにより解決を図ろうとする意思がまったくみられなかった。

ユニオンの要求には補償問題もあるが、作業環境の開示や退職労働者の健康管理問題も含まれているため、会社側と調整を行い、11月12日に会社側代理人の事務所において第1回団体交渉を行なうことになった。

熊本県にお住まいの組合員

のYさんにも、会社側代理人の事務所がある長崎まで来ていただき、ユニオン側は3名が出席した。会社側は代理人の2名の出席だった。

ユニオンから「作業実態を知る会社の役員がなぜ出席しないのか」と問うと、「会社側の対応と考え方は決まっている。Y氏が在職中であるならば、会社の然るべき人が出席して回答する必要があるが、Y氏は退職しているので出席する必要はない。

会社としては、裁判において認められたことについては対応するという考えであり、それ以外の事については履行することはできないと考えている」との回答だった。

ユニオンは各要求項目について回答を求めたが、会社側は同趣旨の回答を繰り返すのみだった。そして、「将来訴訟が考えられているため、団体交渉における回答はできない」と言い切るため、交渉において何ら合意点を見いだすことができなかった。

退職労働者の団体交渉権をめぐるっては、最高裁での判断が確定している。ひょうごユニオンが、石綿健康被害の問題について住友ゴム工業に対して団体交渉を申し入れたが、会社側がそれを拒否した事件である。

「使用者が、かつて存続した雇用関係から生じた労働条件をめぐる紛争として、当該紛争を適正に処理することが可能であり、かつ、そのことが社会的にも期待される場合には、元従業員を『使用者が雇用する労働者』と認

め、使用者に団体交渉応諾義務を負わせるのが相当であるといえる」と判示されている。

そして、「石綿の使用実態を明らかにしたり、健康被害の診断、被害発生時の対応等の措置をとることが可能であり、かつ、それが社会的にも期待されている」としている。

アスベストユニオンは、日本冷熱の交渉対応が不誠実であるとして、12月15日に神奈川県労働委員会に対して、不当労働行為の救済申立を行った。それ以降調査が開始され、2021年6月4日には第3回目の調査が行われた。

Yさんの体調を考えると、これ以上会社の不誠実な対応に時間を費やすことはできず、2021年5月10日、石綿肺がんと振動障害に対する損害賠償を求め、熊本地方裁判所天草支部に提訴した。今回の案件は、アスベスト被害救済訴訟九州弁護団の先生方にご協力いただくことになった。請求額は、損害金と弁護士費用を合わせた3,300万円である（提訴後に本庁回付が決定し、裁判は熊本地方裁判所で行わ

れることになった）。

提訴後の12日、熊本県弁護士会館において、原告と弁護団そしてユニオンも同席して記者会見を行った。原告は、「会社は労働組合と誠実に話し合おうとせず、裁判で決まったことには応じるという態度でした。会社のために一生懸命働き、その結果、体を壊したのに、この間の会社の対応は残念でしかたありません。私と同じような仕事をした人はたくさんいます。体を壊しても労災の申請もしていない人もいます。一緒に働いた同僚らのためにも、しっかり訴えていきたいと考えています」と話された。

労働組合を嫌悪し、誠実に団体交渉に応じない日本冷熱の対応を許すことはできない。日本冷熱の関連では、各事業場を合わせると23名が石綿関連疾患で労災認定を受けている。日本冷熱はアスベスト被害者に、そしてアスベスト被害の実相から目をそらさず、しっかりと向き合うべきである。



（ひょうご労働安全衛生センター）

精肉店30代店員の脳出血

東京●長時間労働原因と労災認定

2020年6月、T病院の医療相談員（MSW）から当会に連絡をいただいた。3月に地元の精肉店の男性店員が職場で倒れ、救

急搬送された。右被殻出血で搬送先の病院から転医し、当院で手術後、現在当院でリハビリ治療を行っている。年齢が38歳という

若さで、お店の勤務が相当長時間だったようだとのことだった。

さっそく入院先を訪問し、車イスのYさんとご両親、MSWと面会した。

地域の精肉店に就職し、店舗販売員としてお店での精肉加工、小売り、配達、総菜づくりなどの仕事をしてきた。勤続は23年になる。

Yさんの業務は、午前7時にお店こ出勤。2階の休憩室で着替え、午前中は地域の保育園や食堂など約5か所を自転車ですわり、商品を配達する。午後12時30分から1時30分まで昼食休憩。午後は店内で肉のカット、揚げ物づくり、精肉、総菜の販売業務を行う。閉店は午後7時。その後片づけや掃除をし、着替えて午後8時に帰る。勤務は週6日、定休日の日曜だけが休日だった。繁忙期は日曜日も出勤した。

昨年3月、早朝出勤しトイレに入ったあと体がふらつき、嘔吐した。同僚が救急通報し、午前9時頃に病院に救急搬送された。右被殻出血と診断されたが、その病院では手術ができないため、現在の病院に転送され、血種除去手術を受けた。

Yさんは片言だがゆっくり会話ができた。おおよそ当時の働き方をうかがい、またご両親からも事情をきくなかで、毎日午前7時から午後8時までの13時間拘束、12時間実労働の過酷な長時間労働が続き、週1日の休日しかなく、年末の繁忙期には休日返上で働いていた実状がわかった。しかも、いままで一度も有給休暇を

とったことがないと言う。

発症前6か月間の労働時間を集計すると、発症前1か月の時間外は140時間、発症前6か月の平均も100時間を超えていた。明らかに過労死ラインを超える長時間労働である。

8月、X労基署に療養補償給付、休業補償給付を請求し、Yさんから聞き取った内容を申立書にまとめ提出した。精肉店を営む会社は、Yさんの労災請求に協力せず、事業主の証明さえ拒否した。

労災請求を端緒に過重労働がうかがわれる事業場には、労災調査とともに監督官が臨検監督に入る。会社には労基法違反の指導と是正が行われ、時間外労働の割増賃金を含む未払賃金の支払いが命じられた。

2021年1月、X労基署はYさんの脳出血を業務上と認定。後日、Yさんが保有個人情報の開示

請求をし、入手した復命書をみると、労基署は労働時間簿を過小に評価し、始業が午前8時10分、終業を午後7時30分としていた。それでも発症前の時間外は98.2時間、6か月平均で96.3時間となり、長期間にわたり過重な業務に就労したことは明らかだった。また、発症前3か月間にYさんに支払われた賃金が時給換算で、最低賃金を下回っていたため、会社に未払い分の賃金者を支払わせて、平均賃金を確定させた。

2020年12月、会社は新型コロナの影響もあってか、精肉店を閉じ、廃業するため、Yさんに退職手続をとるよう求めている。

現在Yさんは自立生活に向けてリハビリと生活訓練に取り組んでいる。今後、会社への対応と社会復帰に向けてご本人、家族と相談を重ねていくことにしている。



(東京労働安全衛生センター)

労基署の不慣れな調査で不支給 滋賀●長時間労働原因と労災認定

配管工として長年就労してきたことにより石綿にばく露したことが明らかであり、先行して環境再生保全機構も石綿に起因する肺がん罹患したことを認めた事案について、東近江労働基準監督署は業務上災害として認めなかった。

不支給とした根拠はおそらく、

①石綿ばく露作業の従事期間がはっきりわからなかったこと、②労災協力医がはっきりしない意見書を提出したこと、それに加えて、救済給付を受けているし、労災まで認めなくてもいいんじゃないか、と判断されたためである。

労基署は、実際に石綿関連疾患に罹患し、石綿ばく露する可

能性のある作業に従事していたのであれば、本来、安易な業務外認定をすべきではない。

厚生労働省の通達「石綿による疾病に係る事務処理の迅速化等について」によると、「転々労働者等の事実認定の具体的方法」において、「請求人の以下の①から⑦までのいずれかの作業に従事していたとする主張及びそれを裏付ける資料に基づき、以下の①から⑦までのいずれかの作業に被災者が特定期間従事していたと判断できる場合には、石綿ばく露のおそれがないことが明白な場合を除き、被災者が石綿ばく露作業に従事していたと事実認定して差し支えないこと」と記載されており、具体的な作業として、

- ① 耐火建築物に係る鉄骨への吹付作業
- ② 断熱若しくは保温のための被覆またはその補修作業
- ③ スレート板等難燃性の建築材料の加工作業
- ④ 建築物の解体作業
- ⑤ 鉄骨製の船舶又は車両の補修または解体作業
- ⑥ タルク、パーミキュライト及び繊維状プレノサイト等の取り扱いの作業
- ⑦ ①から⑤の作業が行われている場所における作業

が挙げられている。被災者は、上記②、③、⑦に従事していた。

ところが、110か月の年金記録があるにもかかわらず、当時の同僚が証言した当該同僚の所属期間である3年しか石綿ばく露期間として認められなかった。

高橋雅士医師は、「じん肺エックス線写真による診断制度向上に関する研究」にも参加している医師で、画像診断に関する著書も多く、2014年長崎大学医学部の勉強会「匠から学ぶ 胸部画像診断」においては「誰でも分かるCTの読み方」という心惹かれる講座を開いている。

本件については、労災協力医として、被災者の2017年から2020年までの画像を読影し、被災者の肺がんに関連して、石綿肺所、胸膜プラーク所見、びまん性胸膜肥厚の各所見の有無及びその程度について、それぞれ回答している。

石綿肺については「胸部単純写真では全肺野に不整形陰影を認めるが、CTでは肺線維症の所見は明らかではなく」、「明らかな胸膜プラークの所見は認めない」、「明らかなびまん性胸膜肥厚は認めない」という意見であった。いずれも「明らかではないだけで、あるのかなのか分からない」のである。

ここで、「肺がん罹患する以前の画像はないのか」と診療機関から取り寄せて、肺の線維化と胸膜プラークを確認したのが環境再生保全機構の認定小委員会であったが、「あるのかなのかよくわからない」という回答をそのまま使ったのが監督署であった。

環境省の小委員会は結果として、石綿肺有、胸膜プラーク有で石綿関連肺がんと認めているし、他の病院でも東近江総合医療センター

胸膜プラークに係る情報有/
石綿小体・石綿繊維情報無/
石綿肺所見無

近江草津徳洲会病院

胸膜プラークに係る情報無/
石綿小体・石綿繊維情報無/
石綿肺所見有

豊郷病院

胸膜プラークに係る情報有/
石綿小体・石綿繊維情報無/
石綿肺所見有

という所見であったのだから、せめて確定診断委員会に諮るということになったとしてもよかったのではないだろうか。

「そんな不服申立なんて、もうええですって。おじいちゃんかて、もう93歳ですし」と、ご家族は積極的ではなかったが、仕事を通じて石綿にばく露したことは明らかであるし、ましてや行政が自ら定めた認定基準を違えて判断していることを見逃すわけにはいかない。さいわい、審査官も口頭意見陳述後2か月で原処分を取り消してくれたが、このような事案が二度と発生してはいけな…とまで書いたところで、再び東近江労基署の不支給処分について相談が入った。

ガラス工場で就労していた作業員の石綿肺について、管理区分決定もあり、続発性気管支炎も確認された。しかし、事業所の、石綿の使用は認めておきながら、被災者がばく露した量は少量であったという主張に従って不支給とされたというものである。再度、審査請求に取り



(関西労働者安全センター)

埋もれていた石綿被害者

東京●びまん性胸膜肥厚の労災認定

Mさんのケースについて当センターに相談があったのは、2020年8月のことだった。Mさんが通院していた都内のT病院の医療ソーシャルワーカーのSさんからの相談だった。「びまん性胸膜肥厚で通院している患者さんで、労災の可能性のある方がいる。本人が労災申請を希望しているのでサポートしてもらえないか」という内容だった。

びまん性胸膜肥厚は、石綿による代表的な疾病のひとつである。石綿ばく露により肺を覆う膜（胸膜）が炎症を起こし、胸膜が癒着して肥厚する症状であり、この肥厚が広範囲で起こると呼吸困難を引き起こす難病である。

電話から2週間後、Sさんと一緒に、Mさんのご自宅を訪問した。Mさんは70代で以前は自営で造園業を営んでいたそうだ。しかし、最近になって急激に呼吸機能が悪化し、訪問した時には、常時、酸素吸入のカニューレを装着している状態だった。

Mさんは、症状が次第に悪化してきた2019年にT病院と相談し、石綿健康被害救済法の救済給付を申請し、認められていた。これは労災保険の対象にならない石綿被害者の救済を目的とした国の制度である。しかし、

その内容は労災と比べると非常に不十分なもの。Mさんも、医療費のサポートのほかは低額の療養手当しか受けられず、療養生活は苦しい状況だった。

Mさんは自営の造園業を始める前に、様々な職に就いていた。しかし、本人の記憶では、「仕事で石綿にばく露したかどうか、よくわからない」ということだったため、まずは救済給付を申請したとのことであった。

Mさんの仕事を詳しく聞き取ると、石綿にばく露した疑いのある仕事が続々と浮かび上がってきた。まずMさんは、中学卒業後に東京都江東区にあった「汽車製造株式会社東京工場」に入社し、1年半ほど勤務していた。この事業場は、電車の客車などを製造しており、工場内では客車の断熱材として吹付石綿が使用されていた。そのため、この事業所からは石綿疾患の労災認定が多数出ている。Mさんは同社で主に電機系の研修を受けていたそうだが、ときには車両製造現場に入り、電機関係の作業を手伝うこともあったと言う。

次にMさんは、都内のレンズ製造工場に1年ほど勤務し、ガラスの整形作業に従事していた。作業場にはガラスを溶かす炉が

あった。一般にガラス製品の製造工場では高熱作業が欠かせないため、かつては保温材や断熱材として石綿が広く使われており、多くの石綿被害が出ている。Mさんも、このレンズ製造工場の現場で、石綿にばく露した可能性がある。

その後、Mさんは建設業に転職した。はっきりとした記録が残っていない会社がほとんどだったが、造園業（自営）に転職する直前に勤務していた建設会社の記録が出てきた。Mさんはこの建設会社で、民家の解体工事や基礎工事などに従事していた。「解体工事の時には、ほこりがもうもうと舞い上がっていたよ。当時は石綿のことなんて何も知らなかったなあ」とMさんは語っていた。

びまん性胸膜肥厚の労災認定には、①石綿にばく露する作業に労働者として3年以上従事、②著しい呼吸機能の障害、③一定以上の胸膜肥厚の広がり、の3つの条件を満たす必要がある。Mさんは、症状が悪化し、②と③の基準にはすでに該当していた。あとは①の条件だけである。

Mさんが勤務していたこの建設会社に連絡を取ると、Mさんが勤務していた時代の社長が在籍していた。労災（休業補償）の請求書への証明を依頼したところ、やり取りに少し時間がかかったが、Mさんは1989年から1995年まで当社に勤務していた」と証明してくれた。また、解体工事などの仕事をしていたことは事実だが、石綿にばく露していたかどうかはわからないとの回答だった。

とはいえ、この時期の解体工事であれば、石綿にばく露していないはずはないので、会社側が石綿ばく露についてわからなくとも、労災認定の妨げにはならぬ。在籍期間も約6年あるので、それ以前の自動車製造で働いていた期間なども含め、①の「3年以上」の基準はクリアできる。

最終的に、Mさんのびまん性胸膜肥厚は、労災申請から5か月後に労災として認定された。いまMさんは経済的な不安もなく、

療養生活を送っている。ただ、呼吸機能は次第に悪化しているため、酸素吸入が欠かせない毎日である。本来、労災保険で補償されるべき人が、労災申請にたどり着けないうま埋もれている。今回のMさんのような方はまだまだたくさんいると思われる。ばく露から数十年経って発症する石綿の健康被害は現在継続中である。埋もれている被害者の掘り起こしが、いま、急がれている。

(東京労働安全衛生センター)

移住労働者、労災療養中に解雇

東京●休業補償の案内もなかった

今回は、相次いで相談があった移住労働者の労災事例2件を報告する。2件とも、会社側の不当な対応と労働基準監督の不十分な対応が重なり、被災者が困窮状態に追い込まれた事例である。

まず、インド人男性のSさんから私たちのセンターに相談があったのは、2020年8月のことだった。職場の事故で怪我をして働けなくなり、収入がなくなって困っているということだった。8月下旬の暑い昼下がりに、埼玉県内の彼のアパート近くで本人から話をうかがった。

Sさんは1か月ほど前、東京都内の解体工事の現場で、2階建ての建物に登って作業中に誤って転落し、左半身に強打して左

手首を数か所骨折した。地元のA病院で患部を固定するためプレートと埋め込む手術を受け、現在はリハビリ中とのことだった。

労災について本人に詳しく確認してみると、どうやら彼が勤めるB社が療養補償の手続を行ったようだったが、休業補償の手続はまだのようだった。Sさんの話では、最寄りの労働基準監督署に相談に行き、労災保険制度のパンフレットをもらったらしいのだが、休業補償についての具体的な案内やサポートはなかったようである。日本語の不自由なSさんにパンフレットを渡すだけというのだから、労基署の対応はきわめて不十分と言わざるを得ない。

また、怪我して以降、B社から給料の支払いもなく、収入がなく

なって家賃が払えないので、いま住んでいるアパートも追い出されそうだと非常に困っている様子だった。

そこで私たちは、SさんのA病院への受診に同行し、主治医に面談して、治療費に関する労災での処理状況や今後の治療の見通しなどをあらためて確認した。そして、休業補償の請求について医師の証明を依頼した。さらにその後、本人がB社に事業主証明を依頼したところ、これもすぐ取ることができた。

ただ、やはり労災の手続が遅れたため、休業補償の認定と支給は10月下旬にずれこみ、Sさんはアパートを追い出され、知人の家に引っ越すはめになってしまった。さらに、B社は休業中で働けないSさんを解雇してしまった。労災休業中の解雇は違法であり、不当解雇である。ただ、Sさんの希望もあってB社を追及することはせず、まず治療と労災手続きの継続に専念することにした。

その後、Sさんは左手首の再手術を受け、現在も労災を受給しながら療養中である。

Sさんの労災手続が少し落ち着いた10月下旬、今度は、ウガンダ人のTさんから労災に関する相談があった。

Tさんは、都内の産廃処理会社(C社)に勤務していて、2020年8月に、家具の分解処理中に誤ってカッターで左手首を切ってしまう、親指付け根の腿を切る怪我を負った。Tさんの話では、C社は地元のD病院に彼を連れていったものの、労災の手続がきち

んと取られているかどうかはわからないとのことだった。しかも、労災療養中の10月中旬に、C社から「もう働けないから」と10万円を渡されて解雇されてしまい、生活に困窮していると言う。

私たちは、Tさんが通院しているD病院で治療の状況や労災保険の適用の有無などを確認した。その結果、Tさんは手術後の回復も順調で、ほぼ後遺症なくそろそろ治療が終わりそうだということ、治療費については労災申請が出されていることが確認できた。さらに地元の労基署に行き、休業補償が出されていないことを確認した。労基署は療養補償の請求を受理し、すでに支給決定も出していたが、休業補償については本人に何の案内もしていなかった（この時点で労災事故からすでに2か月が経過していた）。

休業補償の請求については、主治医の証明はスムーズに取れたのだが、C社の事業主証明のところでも少し手間取った。C社の社長が、この労災事件とは別の不法投棄事件で逮捕されてしまい、労災の証明を判断する責任者が不在になってしまったためである。結局、証明拒否ということでも労基署に提出した。

さらに、Tさんは労災補償を受け取るための銀行口座を持っていなかったため、私たちが郵便局に同行して郵貯口座の開設を行った。口座開設に必要な書類や手続には多言語対応がなく、Tさん一人では口座開設は不可能だった。

2021年1月、Tさんの休業補償

がようやく支給され、怪我もほぼ完治して別の職場で働きはじめた。

今回相次いだ相談事例は、どちらも会社が療養補償の手続きだけをして、しかも療養中に不当解雇していた。さらに労災申請を受理した労基署が、（療養が長期に渡っているのに）休業補償の請求について、きちんと案内やサ

ポートをしていなかった。

SさんもTさんも日本語が不自由で、労働法や労災保険のこともよく知らないし、一人では到底こうした状況に対応できない。移住労働者の生活と権利を守るために、私たちNPOや労働組合が連携し、さらにきめ細かい支



援が必要だと感じている。（東京労働安全衛生センター）

料理ヒュームによる肺がん

韓国●様々な職業がんの労災認定進む

■働いて1年、同じ日に亡くなった2人のクバン労働者

オンライン流通業者のクバンで、配送業務を担当する「クバン・マン」を管理する40代の労働者が、3月6日に死亡したことが確認された。同じ日に、クバンで深夜・早朝の配送業務者行っていた同年輩の労働者も亡くなっているのが発見された。

クバンの九老1キャンプで「キャンプ・リーダー（CL）」として働いていたAさんが6日に死亡した。同僚のBさんは、「Aさんが退勤後に体調が悪くて救急車を呼んだが、心停止で、その日の夜に死亡したと知った」と話した。Aさんは昼間組に所属していた。公式の勤務時間は昼の12時から午後11時までだとわかった。

Aさんの死因が明確でないなか、同僚は、彼が長時間労働に苦しめられていたと主張した。B

さんは「管理職はキャンプの中で起きるあらゆることに対処する」「退勤のチェックをした後でも、延長勤務をすることが少なくなかった」と話した。

別のキャンプで配送業務を行なうCさんも「CLは業務の強度がとても高い」とし、「退勤チェックをした後も4～5時間は働くこともある」と話した。

クバン側は、死亡原因など正確な事実関係を把握中だとした。クバンの松坂1キャンプで深夜・早朝配送をしていたDさん（48）も、6日に死体で発見された。昨年初めにクバンに契約職として入社したDさんは、年末頃に正規職に転換され、月給は280万ウォンの水準だとわかった。Dさんは日頃、配偶者に深夜労働の苦しさをしばしば訴えていたことがわかった。

2021.3.8 京郷新聞

■裁判所「肺がんの環境美化員、地方自治体に損害賠償義務」

20年以上もディーゼル排気ガスのような物質に曝露しながら働いて、肺がんになった環境美化員に対し、地方自治体に損害賠償義務があるという裁判所の決定が出た。

民主労総法律院・光州事務所によれば、順天市の環境美化員として働いている間に肺がんと診断された労働者のAさんと、Bさんの遺族が順天市に損害賠償を請求した事件で、光州地法・順天支院が、損害賠償責任を認める趣旨の和解勧告決定を1月14日に行った。順天市は異議を提起せず、2月16日に確定した。順天支院の和解勧告は「損害賠償請求訴訟を提起した環境美化員のAさんには1,200万ウォンを、Bさんの遺族には1,500万ウォンを、順天市が支給せよ」という内容。

Aさんは1990年に環境美化員として採用され、2017年に原発性肺がんと診断され、治療中だ。Bさんは1996年に採用され、やはり2017年に原発性肺がんとなし、闘病中に亡くなった。

AさんとBさんは昨年1月、勤労福祉公団から産業災害を認められている。公団はAさんとBさんが、それぞれ27年1か月と20年4か月間、車輛搭乗・廃棄物回収、道路周辺のゴミ清掃などの業務を行い、肺がん誘発物質であるディーゼルエンジンの燃焼物質に長期間曝露したと認めた。結晶型硝子ケイ酸と石綿にも間欠的に曝露した事実も認めた。

2021.3.11 毎日労働ニュース

■「肺がんで死亡」給食労働者に初の産災認定／12年間天ぶら・妙めもの

民主労総サービス連盟全国学校非正規職労組（学非労組）は6日、2018年に肺がんで死亡した給食労働者のAさん（54歳）に対して、勤労福祉公団職業環境研究院の業務上疾病審議委員会が、2月23日に業務上疾病と認定した」と明らかにした。

学非労組によれば、2005年から2017年2月まで、水原のある中学校で調理実務士として働いたAさんは、2017年4月に肺がん3期の判定を受けた。1年間の闘病生活の後に亡くなったAさんの他にも、この学校では2016年6月から2017年5月までに、調理実務士3人が嘔吐と目まいを訴えたという。うち、2017年5月に給食室で倒れたBさん（52歳）も、昨年3月に換気など作業環境と高い労働強度などによる脳出血で、産業災害を承認された。

学非労組は、天ぶら、妙めものなど、料理の過程で出る有害物質が、給食室の「集団産業災害」との関連が強いと主張した。労組が公開した資料によると、業務上疾病審議委員会は「12年間調理実務士として働いて、肺がんの危険度を高める高温の天ぶら、妙めもの、焼き物料理から発生する料理ヒュームに低くないレベルでばく露した」と、Aさんの業務上疾病認定の理由を説明した。

料理ヒュームは230度以上の

高温状態で油を使った加熱作業をする時、脂肪などが分解されて排出される物質だ。職業環境専門医でヒャンナム健康医院のイ・ソンウン院長は「国際がん研究所（IARC）は2010年に、料理ヒュームを肺がんの危険要因として明示した」とし、「短時間の内に、大人数の天ぶらなどの料理が行われ、換気機能が充分でない給食室は、料理ヒュームへのばく露に脆弱な環境と推定される」と話した。

労組は再発防止のために、全国の学校給食室の空気循環装置に対する全数調査を要求する一方、法的に義務化された産業安全保健委員会を設置しなかった教育部と、忠南・慶南・全北・蔚山・慶北教育庁など6か所を、近く産業安全保健法違反の疑惑で告訴・告発することにした。

2021.4.6 ハンギョレ新聞

■「自殺まで考えた」危険な居宅訪問労働者

2017年6月に忠州市のあるワンルームでインターネット設置技士が刃物で刺されて亡くなる事件があった。殺害したのは彼を呼んだ顧客だった。インターネットの速度が遅いことに不満を抱き、点検に訪ねてきた技士を殺害した。警察の捜査で妄想障害を病んでいると明らかになった彼は、「インターネットの修理に家に誰が来ようが、殺害しようと考えていた」と話した。

インターネット修理技士のように、顧客の家を訪問してサービスを提供する居宅訪問労働者の7

割が、顧客からの不当な扱いを経験したことがわかった。感情を毀損された経験は健康上の問題につながった。このうち41%が「自殺」を考えた調査された。

国家人権委員会は8日「居宅訪問労働者の人権状況実態調査」の結果を発表。人権委は「顧客の家という私的な空間で、主に一人で仕事をしなければならない労働属性と非正規職という不安定な雇用形態にある居宅訪問労働者は、過度な暴言とセクハラに遭って、健康権と安全権に深刻な脅威を感じている」と明らかにした。

人権委の研究委託を受けた韓国非正規労働センターは、昨年4月から10月まで、居宅訪問労働者796人の実態を調査した。調査対象職種は通信設置と修理技士・ガス安全点検員・上水道計器検針員・在宅療養保護師・訪問看護師・多文化居宅訪問教育指導師・統合事例管理師だ。

調査の結果、74.2%が顧客から不当な扱いを経験した。△いじめ目的の遅い時間の電話(48.8%)、△深夜の時間帯に業務を要求(47.2%)、△事業主や職場に不当な苦情を提起(43.4%)が多かった。△身体的暴力(25.9%)、△セクハラ(22.1%)を経験した訪問労働者も10人中2人以上だった。

その結果、訪問労働者の4割が極端な選択(自殺)を考えたことがあることが明らかになった。業種別では、通信設置と修理技士(49.8%)・在宅療養保護師(45.5%)・計器検針員(36.7%)の順に高く現われた。最近1年内に自殺

を考えたことがあるという訪問労働者も全体の20.3%を占めた。

2021.4.9 毎日労働ニュース

■アザができた足、曲がった指「私は、労働者です」

サービス連盟が15日、徳寿宮の石垣道で「労働者健康権争奪闘争の月」に合わせて労働安全写真展を開催した。宅配・学校給食・デパート・マート配送・家電訪問サービス労働者の作業環境と、働いている姿をカメラに収めた。労働が労働者の身体に残した傷と病気も表現した。繰り返し腕を使う作業が多い調理の労働者は指が曲がった。一日中立って働く販売労働者の足は、足の指が曲がってアザ、がいっぱいだ。サービス連盟は産災保険が適用されないオンライン配送労働者や、業務上疾病の認定範囲拡大のために、4月一か月間に実態調査などの闘いを行う計画だ。

2021.4.16 毎日労働ニュース

■大法院「サムソン電子、作業環境測定報告書公開せよ」

パノリムによれば、大法院二部は14日、イ・ジョンラン公認労務士(パノリム)が中央行政審判委員会を相手に提起した、情報公開決定取り消し裁決の取り消しを求めた訴訟の原告審で、「工程と部署名を公開せよ」という、原告一部勝訴判決を行った。作業環境測定対象の有害物質が、どの工程、どんな作業場所から出たかを公開せよという決定だ。

事件の始まりは、2014年10月

に、サムソン電子半導体職業病被害遺家族とパノリムが雇用労働部に提起した、「サムソン半導体温陽工場の作業環境測定結果報告書の情報公開請求」だ。労働部が全てに非公開の決定を行って、訴訟につながった。2017年に、大田地方法院は労働部に軍配を挙げたが、2018年に、大田高等法院は遺族を支持した。サムソン電子温陽工場の作業環境測定報告書のうち、個人情報に該当する部分だけを除いて、全てを公開せよという判決だ。法院の決定を受け容れた労働部は、「安全保健資料情報公開請求処理指針」を改正した。産業災害の申請者だけでなく、第三者も情報公開請求によって安全保健資料を見ることができるようにしたのだ。

これに、サムソンは「営業機密の流出」として反発、サムソンは生産ラインの配置図と、工程で使われる化学製品の内訳などが含まれており、主な半導体製品の生産に関連した営業秘密だと主張し、2018年3月、産業通商資源部に、作業環境測定報告書に含まれた化学製品名と工程名在、「国家核心技术」として判定することを要求し、政府はこれを受け容れた。続いて、国民権益委員会傘下の中央行政審判委員会も、サムソン半導体工場(温陽・器興・華城・平津)と携帯電話工場(亀尾)の作業環境測定報告書の情報公開執行停止申請を受け容れた。2019年8月、国会は国家核心技术は最初から非公開にする「産業技術の流出防

止及び保護に関する法律」(産業技術保護法)を改正した。産業技術保護法は、「労働者の知る権利の破壊」という批判の中で、現在、憲法裁判所に違憲訴訟が係留中だ。

大法院の今回の判決は、パノリムが中央行政審判上の非公開裁決を取り消して欲しいとして提起した訴訟の結論だ。二審の法院は「ライン・フロア・ベイ(Bay)情報を除いた工程名だけを公開する場合、他の情報との組み合わせの可能性はなく、工程名だけでは工程の順序と面積の配置などを計算することも難しく、競争業者としては、サムソンの工程、配置の方式を類推できないものと見られる」として、「測定対象工程」と「部署または工程名」の公開を決定した。大法院はこの二審の判断をそのまま認容した。

2021.4.20 毎日労働ニュース

■今年最悪の殺人企業は「利川火災惨事」のハンエクスプレス

労働健康連帯と民主労総、毎日労働ニュースなどで構成された「産業災害死亡対策準備共同キャンペーン団」が、「2021年最悪の殺人企業」に流通・物流企業のハンエクスプレスを選定した。ハンエクスプレスは、昨年労働者38人が火災惨事で、死亡した利川物流倉庫の発注者だ。キャンペーン団は「ハンエクスプレスが、無理に工事期間を短縮させようと、爆発の危険がある作業を同時にするように強制し、結露を防ぐためにと緊急脱出できる避難路も塞いで、大惨事をもた

らした」と指摘した。

この他に、オトッキ物流サービスとボスコ(各5人)、GS・創成・現代建設と現代重工業(各4人)、SK・斗山・大宇建設と錦湖産業、オレンジエンジニアリング、現代エレベーター(各3人)が、最悪の殺人企業の名簿に挙げられた。死亡者のほとんどは下請け業者の職員だった。

キャンペーン団が反復的な産業災害死亡の原因を明らかにするために授ける「特別賞」は、クバンが受けた。キャンペーン団は「クバンが巨大企業に成長していく過程で、去年だけで4人の労働者が過労で亡くなった」。「昨年だけで239件の産業災害申請があり、119救急車が77回も出動しなければならないほど、労働者が負傷し、病気に罹って亡くなった。クバン物流センターでは、労働者同士が、防疫が不備な現場で足りない防寒服を着廻して働き、家族を含む152人がコロナ19に集団感染したこともあった」と指摘した。

2021.4.28 ハンギョレ新聞

■大統領「墜落死など、後進的な産災に心が痛む」／プロジェクトチームの構成を指示

文在寅大統領が産業災害縮小のための汎政府プロジェクトチームの構成と強い対策を、アン・ギョンドク雇用労働部長官に指示した。

大統領は大統領選挙の頃には1000人近かった年間産災事故の死亡者を、任期最後の年の2022年には505人にまで減らすと

公約している。しかし、昨年882人が亡くなり、目標達成は難しくなった。

大統領の発言は、先月22日に平津港でコンテナに敷かれて亡くなったイ・ソノさん(23歳)、8日に現代重工業蔚山造船所で墜落死したチャン某さん(40歳)と現代製鉄唐津製鉄所で機械に挟まれて亡くなったキム某さん(44歳)など、産災死亡事故が続く状況を念頭に置いたと見られる。公約は守れなくても、残った1年の任期の間に、死亡事故だけは最大理減らすという意志の表現と解釈される。

大統領の指示によって、労働部を中心に汎政府PTが構成されると見られる。労働部が早ければ今月末に立法予告する予定の重大災害処罰法施行令案が、政府の産災事故縮小の意志を試すリマス試験紙になるという観測も出ている。財界は施行令に「安全保健責任者を置けば、代表理事には責任を問わない」という内容を入れるように主張する。これに労働部の関係者は、「法が委任していない部分を施行令で任意に定めることはできない」「関係部署と、立法趣旨、実行の可能性などを考慮して、合理的な方向で施行令案を準備している」と明らかにした。

2021.5.11 京郷新聞

■非喫煙者で油料理を14年、給食調理士が肺がんで産災申請

換気が不十分な学校の給食室で14年間油料理をして、肺がんに罹った調理士が産業災害を

申請した。2018年に肺がんで死亡した学校給食調理士が2月に産災を認められた後、給食調理士が肺がんで産災を申請するのは、今回が二度目だ。

2006年から2020年までの14年間、城南市のある高等学校の給食室で働いた調理士のイ・某さん(48歳)が、5月3日に勤労福祉公団・城南支社に産災を申請した。イさんは調理士として働く前は事務職として働き、喫煙経歴も全くなかったのに、昨年6月に肺がん4期と判定された。

ソン・イクチャジ弁護士は、「学校調理士の証言によれば、学校の換気状態は良くなく、空調機も不十分だった」「今からでも、教育部と市・道教育庁が、全国の学校給食室の換気の実態を全数調査して施設の補修しなければ、別の被害者を予防できない」と指摘した。

さらに、「肺がんの潜伏期を考慮して、給食室に一定期間以上働いて、現在肺がんで治療を受けている人がいれば、産災の申請が可能だと教えるべきだ」と話した。

2021.5.11 ハンギョレ新聞

■安全保健公団の速報から消えたウォーターパーク死亡事故

安全保健公団のホームページには、産災死亡事故速報掲示板がある。同様の災害の発生を防ぐために、事故のニュースをいち早く伝えるのが目的だ。ところが、5月12日に発生した金海ロッテウォーターパークの死亡事故が、13日午前の産災死亡事故速

報欄に掲載されたのに、当日の午後に削除されるということが起こった。

民主労総・慶南本部によれば、亡くなったキム・某さん(36歳)は、事故当日の午前、野外の波のプールの底の異物を除去する清掃作業中に事故に遭った。キムさんは、事故の直後に近くの病院に移送されたが、12時頃に息を引きとった。警察はキムさんの解剖検査を行って、死因を分析中だ。

公団は事故の次の日の13日午前に、死亡事故速報欄に企業名を明示せず、事故の場所・時間と「ウォーターパークの水中清掃作業中に溺死した」と知らせた。ウォーターパークを運営するロッテワールドが、「警察が捜査中なのに『溺死』という表現が断定的」という趣旨で問題を提起して措置を要求し、公団はこれをそのまま受け容れて、死亡の報告をすべて消してしまった。

慶南本部と馬山巨済産災追放運動本部、蔚山産災追放運動連合、韓国労働安全保健研究所は17日に記者会見を行い、「ロッテウォーターパークが、事故原因が明確に確認されていないと主張する理由は、死亡原因を産災災害ではなく、労働者個人の死として片付けようとするもの」で、「事業主の責任回避が目的なのは明確なのに、公団が使用者の立場に同調して、死亡事故速報を削除したことは理解できない」と批判した。公団はこの日の午後4時頃「溺死」を「死亡」と修正して、死亡事故速報を再

び掲載した。

2021.5.18 毎日労働ニュース

■白血病で死亡した「北極航路」乗務員、死亡1年後に産災認定

宇宙放射線が多い北極航路を飛行する業務を担当して白血病に罹った航空会社の乗務員白血病と診断された乗務員Kさんの疾病が、乗務員が死亡して1年が過ぎて産災災害と認定された。航空会社で放射線被曝が産災と認定されたのは今回が初めてだ。

勤労福祉公団は21日、5年間白血病で闘病し、昨年5月に亡くなった大韓航空の乗務員のKさんの疾病に、業務関連性を認めたと明らかにした。公団は産災認定の理由として、「業務中に相当量の放射線にばく露した」「放射線と疾病との因果関係が認められた」とした。2009年に大韓航空に入社したKさんは、乗務員として6年間、北極航路を飛行する業務を担当し、2015年に急性骨髄性白血病を発病した。Kさんは、2018年に産災を申請したが、昨年5月、申請の結果を見ることなく亡くなった。

Kさんを代理したキム・スンヒョン労務士は、「疫学調査は長かかるとはいうが、3年もかけなければならなかったのか、疑問だ。結局、Kさんは亡くなってから産災が認められた」「乗務員の被曝問題に関して、政府が全数調査を始めなければならない」と話した。



2021.5.21 ハンギョレ新聞

(翻訳：中村猛)