

(3) 脳・心臓疾患等

整理番号

# 調査結果復命書

署長	次長	課長	給調官	係長	係	復命年月日 平成 ○年 ○月 ○日	
<b>署長判決指示事項</b> 1. 調査官意見のとおり決定する。 2. 下記事由により再調査を要する。 _____ _____ _____			<b>調査官</b> <input type="checkbox"/> 労働基準監督官 <input checked="" type="checkbox"/> 労働事務官	調査年月日 平成 ○年 ○月 ○日～平成 ○年 ○月 ○日 調査目的 請求人の夫の「くも膜下出血」が業務に起因する疾病であるか否かの調査（業務上外の調査）			労災太郎 印
事業場	名称	○○○○株式会社		代表者名	○○○○		
	所在地	〒○○○ ○○○○○○		☎	○○ (○○○) ○○○○		
被災者	氏名	○○○○	男・女	生年月日	M・T・S ○年 ○月 ○日 (○○才)		
	住所	〒○○○ ○○○○○○		☎	○○ (○○○) ○○○○		
請求種別	療養・休業・障害・ <u>遺族</u> ・ <u>葬祭</u> ・( )			受付年月日	平成 ○年 ○月 ○日		
請求の概要	被災者の妻は、平成○年○月○日被災者が死亡（くも膜下出血）したのは、業務が原因であるとして遺族補償給付及び葬祭料の請求に及んだものである。						
調査の結果	本件の「くも膜下出血」は、業務による明らかな過重負荷を受けたことにより発症したものと認められるので、労働基準法施行規則別表第1の2第9号に定める業務上疾病として認められると思料する。						

## 調 査 記 録 ・ 調 査 内 容

### 1 事案の概要及び調査の内容

別添 調査票（平成7年2月1日補償課長事務連絡第5号による調査票）参照  
主治医〇〇、専門医〇〇、労災医員協議会の意見書参照  
上司〇〇、同僚〇〇、同僚△△、妻〇〇の聴取書参照

### 2 調査官意見

- (1) 被災者の発症前の業務量、業務内容等についてみると、発症前1週間以内の業務だけでは特に過重な業務に就労したと判断することはできないが、この間、時間外労働に加え、休日出勤を含め、日常業務を相当程度超えていると認められ、また、発症前の1週間より前の業務については、恒常的な時間外労働を続けており、さらに、休日出勤により〇〇日間休養することなく連続勤務しており、これらの業務を含め総合的に判断すると、被災者は業務による明らかな過重負荷を受けたことにより「くも膜下出血」を発症したものと判断される。
- (2) また、主治医〇〇、専門医〇〇、労災医員協議会の意見書によると、本件「くも膜下出血」は、発症前の被災労働者の労働態様が大きく影響していると考えてよいと述べている。

以上により、本件については、発症前に日常業務に比較して特に過重な業務に従事したものと認められ、業務による明らかな過重負荷を受けたことにより、「くも膜下出血」を発症させたものと判断されるので、労働基準法施行規則別表第1の2第9号に該当する疾病として取り扱うことが妥当であると思料する。

様式1

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。）  
の業務起因性判断のための調査のまとめ

		〇〇局 〇〇署		業務上外	上・外
労働保険番号	第 〇〇—〇—〇〇—〇〇〇〇〇〇 号	事業の種類	〇 〇 〇 〇		
事業の名称	〇〇〇〇株式会社		労働者数	〇〇〇 人	
事業の所在地	〒〇〇〇 〇〇〇〇〇〇		電話 〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
ふりがな 被災労働者氏名	×××× ×××× 〇 〇 〇 〇	生年月日	昭和 〇〇 年 〇月 〇日 (発症時年齢 〇〇 歳)	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
請求人氏名	〇 〇 〇 〇	続柄	妻	請求年月日	平成 〇年 〇月 〇日
疾患名	くも膜下出血				
症状の出現日	平成 〇 年 〇〇月 〇〇日 ( 〇 曜日) 〇 時 〇〇分頃 (推定)				
発症日	平成 〇 年 〇〇月 〇〇日 ( 〇 曜日) 〇 時 〇〇分 (症状の出現日と相違する場合に記載すること)				
現在の状況	生存・ <u>死亡</u> (死亡年月日 平成 〇 年 〇〇月 〇〇日)				
職種	営業職	雇入年月日	昭和〇〇年 〇月〇〇日		
事案の概要 (異常な出来事 又は特に過重 な業務の内容を 中心に記載 すること)	<p>被災者は、昭和〇〇年〇月に〇〇〇〇株式会社に入社し、一貫してマンション等の販売（営業）業務に従事してきた。</p> <p>被災者が欠勤しているのを心配した部下が、平成〇年〇〇月〇〇日被災者宅を訪れ、室内で倒れている被災者を発見、救急車により〇〇病院に搬入したが、平成〇年〇〇月〇〇日午前〇時〇分に「くも膜下出血」により死亡した。（家族は〇月〇日朝冬休みのため帰省し、発症時、被災者は一人暮らし。）</p> <p>被災者の妻〇〇〇〇は、被災者の「くも膜下出血」は、恒常的長時間労働、度重なる休日出勤、頻繁な出張業務等が続いたことから疲労状態となり発症したもので、労働災害に当たるとして、労働者災害補償保険法に基づいて遺族補償給付及び葬祭料の請求を行ったものである。</p>				

<p>過重負荷の内容の評価  <b>異常な出来事  又は特に過重  な業務の別に  記載すること</b></p>	<p>1. 異常な出来事について  特段、異常な出来事に遭遇した事実は認められない。</p> <p>2. 特に過重な業務について  被災者の発症前1週間以内の業務だけでは、過重な業務に従事したとは判断し難いが、発症前1週間より前の業務については、恒常的な時間外勤務が続いており、度重なる休日出勤により平成〇年〇〇月〇〇日に休暇を取得した後、平成〇年〇〇月〇〇日までの〇〇日間連続して勤務し、さらにこの期間に頻繁な出張業務を行っていた。  したがって、1週間より前の業務を含め総合的に判断すれば、特に過重な業務に就労していたと認められる。</p>
<p>日常業務における業務量との比較  <b>可能な限り客  観的なもの  なるよう記載  すること</b></p>	<p>被災者は、入社以来一貫してマンション等の販売（営業）関連業務に従事しており、発症前1週間も通常の所定業務に就いている。  被災者の本件「くも膜下出血」発症前一年間の勤務状況は、別添「勤務管理表」のとおりで、月平均〇〇時間の時間外勤務及び〇. 〇日の休日出勤を行っており、また、発症前は〇〇日間の連続勤務を行っている事実は認められる。</p>
<p>同僚労働者又は同種労働者の業務量  <b>可能な限り客  観的なもの  なるよう記載  すること</b></p>	<p>販売物件毎に販売プロジェクトチームを編成し、チーム内で分担して行っている。</p>

時間的経過の 妥当性の有無	無・ <input checked="" type="radio"/> 有 症状の出現までの期間 ( 日 時間 分)	剖検の有無	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有
業務以外で発症に 関連しているとみ られる事柄	特に無し		
その他特記 すべき事項	特に無し		

様式2

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。）  
の業務起因性判断のための調査票

1 被災労働者に関する一般事項

ふりがな 被災労働者氏名	×××× ×××× ○ ○ ○ ○	生年月日	昭和 ○○ 年 ○月 ○日 (発症時年齢 ○○ 歳)	性別	男 女
職歴 (主要なものを) 記載すること	事業場名 (家業の手伝い) (昭和○年 ○月～昭和○年 ○月) (大工・運搬、釘打ち) ( ) ( 年 月～ 年 月) ( ) ( ) ( 年 月～ 年 月) ( )				
現在の事業場に 雇入後の配属先 (直近のものを) 記載すること	配属先 (第一営業所) (昭和○年 ○月～昭和○年 ○月) (営業職) (営業本部) (昭和○年 ○月～平成○年 ○月) (営業職) (営業本部) (平成○年 ○月～平成○年 ○月) (営業主任) ( ) ( 年 月～ 年 月) ( ) ( ) ( 年 月～ 年 月) ( ) ( ) ( 年 月～ 年 月) ( )				
勤務形態、所定労働時間、所定休憩時間、所定休日等 (被災労働者に関する ことについて記載すること)	所定始業時刻 ○時 ○分 { 1日の所定労働時間 ○時間 ○○分 1週の所定労働時間 ○○時間 ○○分 1箇月の所定労働時間 ○○○時間 ○○分 } 所定終業時刻 ○○時 ○○分 所定休憩時刻 ○○時 ○○分～ ○○時 ○○分 (休憩時間 ○時間 ○○分) 所定休日 { 週休1日制・隔週週休2日制・完全週休2日制・祝祭日 その他 { 年末年始(○○月○○日～○月○日) 会社創立記念日(○月○日) } } 勤務体制 { 内容: } 出退勤管理の有無 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 { ①タイムカード ②出勤簿 ③管理者による確認 ④本人の申告 ⑤その他( ) } 就業規則の有無 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 勤務形態等に関する特記事項 { 特に無し }				

<p>日常業務の内容  <b>具体的な業務量、業務内容、作業環境等を詳細に記載すること</b></p>	<p>マンション等の販売関連業務</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 購入見込客の問い合わせ対応</li> <li>2. パンフレット郵送、持参</li> <li>3. 商談訪問</li> <li>4. 現地物件案内</li> <li>5. 購入申込取得</li> <li>6. 契約促進</li> <li>7. 重要事項説明、契約事務手続</li> <li>8. 竣工物件チェック、引渡業務</li> <li>9. 提携ローン事務取りまとめ、仲介業務</li> </ol>
---	---

2 被災労働者の身体状況に関すること

健康診断結果 { 診断結果の写 を添付すること }	定期健康診断の有無 { 血圧測定の有無 無・ <input checked="" type="radio"/> 有、血液生化学検査の有無 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 } 異常の有無 <input checked="" type="radio"/> 無・有 (内容 )  成人病検診の有無 { 血圧測定の有無 無・有、血液生化学検査の有無 無・有 } 異常の有無 無・有 (内容 )  その他の検診等の有無 <input checked="" type="radio"/> 無・有  身長 ( 〇〇〇. 〇〇 cm ) ・ 体重 ( 〇〇. 〇〇 kg )																																				
既往歴 { 先天性心疾患 等の確認も すること }	<table border="1"> <thead> <tr> <th>疾病名</th> <th>発症時年齢</th> <th>医療機関名、受診期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>( )</td> <td>( 歳 ) ( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>( 特 )</td> <td>( 歳 ) ( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>( に )</td> <td>( 歳 ) ( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>( 無 )</td> <td>( 歳 ) ( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>( し )</td> <td>( 歳 ) ( )</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>( )</td> <td>( 歳 ) ( )</td> <td>( )</td> </tr> </tbody> </table>	疾病名	発症時年齢	医療機関名、受診期間	( )	( 歳 ) ( )	( )	( 特 )	( 歳 ) ( )	( )	( に )	( 歳 ) ( )	( )	( 無 )	( 歳 ) ( )	( )	( し )	( 歳 ) ( )	( )	( )	( 歳 ) ( )	( )															
疾病名	発症時年齢	医療機関名、受診期間																																			
( )	( 歳 ) ( )	( )																																			
( 特 )	( 歳 ) ( )	( )																																			
( に )	( 歳 ) ( )	( )																																			
( 無 )	( 歳 ) ( )	( )																																			
( し )	( 歳 ) ( )	( )																																			
( )	( 歳 ) ( )	( )																																			
基礎的病態及び その治療状況	無・有 [ 高血圧症・高脂血症・糖尿病・その他 ( 肥満の傾向 ) ]  治療内容 [ 治療薬の服用状況を含む ] <table border="1"> <thead> <tr> <th>治療内容</th> <th>治療期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>( ) ( )</td> <td>治 療 期 間 年 月 ~ 年 月</td> </tr> <tr> <td>( ) ( )</td> <td>年 月 ~ 年 月</td> </tr> <tr> <td>( ) ( )</td> <td>年 月 ~ 年 月</td> </tr> <tr> <td>( ) ( )</td> <td>年 月 ~ 年 月</td> </tr> <tr> <td>( ) ( )</td> <td>年 月 ~ 年 月</td> </tr> <tr> <td>( ) ( )</td> <td>年 月 ~ 年 月</td> </tr> </tbody> </table>	治療内容	治療期間	( ) ( )	治 療 期 間 年 月 ~ 年 月	( ) ( )	年 月 ~ 年 月	( ) ( )	年 月 ~ 年 月	( ) ( )	年 月 ~ 年 月	( ) ( )	年 月 ~ 年 月	( ) ( )	年 月 ~ 年 月																						
治療内容	治療期間																																				
( ) ( )	治 療 期 間 年 月 ~ 年 月																																				
( ) ( )	年 月 ~ 年 月																																				
( ) ( )	年 月 ~ 年 月																																				
( ) ( )	年 月 ~ 年 月																																				
( ) ( )	年 月 ~ 年 月																																				
( ) ( )	年 月 ~ 年 月																																				
家族の健康状態 { 祖父、祖母、 両親、兄弟の 脳血管疾患及 び虚血性心疾 患等に関連し た疾患を記入 すること }	<table border="1"> <thead> <tr> <th>続柄</th> <th>疾病名</th> <th>発症時年齢</th> <th>現在の状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>( ) ( )</td> <td>( )</td> <td>( 歳 )</td> <td>( 生存・死亡 )</td> </tr> <tr> <td>( 該 )</td> <td>( )</td> <td>( 歳 )</td> <td>( 生存・死亡 )</td> </tr> <tr> <td>( 当 )</td> <td>( )</td> <td>( 歳 )</td> <td>( 生存・死亡 )</td> </tr> <tr> <td>( 者 )</td> <td>( )</td> <td>( 歳 )</td> <td>( 生存・死亡 )</td> </tr> <tr> <td>( 無 )</td> <td>( )</td> <td>( 歳 )</td> <td>( 生存・死亡 )</td> </tr> <tr> <td>( し )</td> <td>( )</td> <td>( 歳 )</td> <td>( 生存・死亡 )</td> </tr> <tr> <td>( ) ( )</td> <td>( )</td> <td>( 歳 )</td> <td>( 生存・死亡 )</td> </tr> <tr> <td>( ) ( )</td> <td>( )</td> <td>( 歳 )</td> <td>( 生存・死亡 )</td> </tr> </tbody> </table>	続柄	疾病名	発症時年齢	現在の状況	( ) ( )	( )	( 歳 )	( 生存・死亡 )	( 該 )	( )	( 歳 )	( 生存・死亡 )	( 当 )	( )	( 歳 )	( 生存・死亡 )	( 者 )	( )	( 歳 )	( 生存・死亡 )	( 無 )	( )	( 歳 )	( 生存・死亡 )	( し )	( )	( 歳 )	( 生存・死亡 )	( ) ( )	( )	( 歳 )	( 生存・死亡 )	( ) ( )	( )	( 歳 )	( 生存・死亡 )
続柄	疾病名	発症時年齢	現在の状況																																		
( ) ( )	( )	( 歳 )	( 生存・死亡 )																																		
( 該 )	( )	( 歳 )	( 生存・死亡 )																																		
( 当 )	( )	( 歳 )	( 生存・死亡 )																																		
( 者 )	( )	( 歳 )	( 生存・死亡 )																																		
( 無 )	( )	( 歳 )	( 生存・死亡 )																																		
( し )	( )	( 歳 )	( 生存・死亡 )																																		
( ) ( )	( )	( 歳 )	( 生存・死亡 )																																		
( ) ( )	( )	( 歳 )	( 生存・死亡 )																																		
嗜好等 { 喫煙、飲酒、 食事等の状況 }	喫煙の有無 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 { 一日当たりの本数 〇〇 本、喫煙期間 〇 年 } 特記事項 ( ) 飲酒の有無 無・ <input checked="" type="radio"/> 有 { 一回当たりの飲酒量ビール〇本程度、毎日・週 回 } 特記事項 ( 自宅で晩酌 )  食事の好み等の状況 定期健康診断で若干の肥満、軽度の脂肪肝を指摘され (平成〇年〇月)、 以降肉類を避け野菜中心の食事を採るよう心掛けていた。																																				





3の2 過重負荷に関すること

疾患名	脳出血・ <u>くも膜下出血</u> ・脳梗塞（脳血栓症・脳塞栓症）・高血圧性脳症・ 一次性心停止・狭心症・心筋梗塞症・解離性大動脈瘤・その他（ ）
症状	不明 無・有（激しい頭痛・急激な血圧上昇・その他（ ））
症状の出現日	○年 ○○月 ○○日（ ○ 曜日） ○時 ○○分 （推定）
症状の出現日の状況 〔症状の出現時の状況、症状の経過等を記載すること〕	不明 被災者は、平成○年○○月○○日午前○時○○駅発の電車で○○に出張予定になっていたが、現地に連絡したところ現地入りしておらず、翌○○日にも○○に到着していないため、心配した被災者の部下が同日○○時頃被災者宅を訪れ、室内に倒れている被災者を発見し、救急車を呼び○○病院に搬入された。
発症日	不明 年 月 日（ 曜日） 時 分 （症状の出現日と相違する場合に記載すること）
発症から症状の出現日までの状況 〔発症時の状況、症状の経過等を記載すること〕	○○○○○○院 ○○○○医意見 （○○○○医は、被災者の自宅で遺族、刑事立会いのもと死体検案書を作成） 1 被災者の自宅トイレ内と、被災者が寝ていた布団の上に吐物が存在したことから、吐物吸引による窒息の可能性を考えたが、検案時に口腔内、鼻腔内に吐物を認めず、また、○○病院においても気道内に吐物を認めなかったことから、この可能性は否定された。 被災者は、少なくとも一度はトイレにいき、そこで嘔吐した（くも膜下出血によって脳圧亢進が起こり、これによって二次的に起こったものと考える。） 2 発病時間を平成○年○○月○○日午前○時○分頃としたのは、医学的根拠からでなく、同日午前○時頃に同僚と別れタクシーで帰宅後、布団を敷き寝る準備をした等の状況から考え推定したものである。
異常な出来事に遭遇した日	年 月 日（ 曜日） 時 分 （異常な出来事に遭遇していない場合は、記載の必要がないこと）
異常な出来事の状況 〔異常な出来事に遭遇した場合、その詳細を記載すること〕	
その他特記すべき事項	特に無し

症 状 の 出 現 日 (平成 ○年 ○月 ○日 ○曜日)	
業 務 に 関 す る こ と	業務量 1 労働時間 出勤時刻 時 分 退勤時刻 時 分 実労働時間 時間 分 (時間外労働時間 時間 分) 深夜労働時間 時間 分 休憩の有無 有・無 2 労働密度 欠勤 3 その他
	業務内容 作業形態、業務の難易度、責任の軽重等を含め詳細に記載すること 欠勤
	作業環境 1 温度 (暑熱、寒冷) 2 その他
	その他
身体 の 状 況	○○月○○日午前○時○○分「くも膜下出血」発症 (推定)
1 日 の 行 動	
就業中以外の状況	被災者が、欠勤しているのを心配した同僚が○○月○○日に被災者宅を訪れ、室内で倒れている被災者を発見し救急車により○○病院に搬入された。

症状の出現日の前日(平成〇年〇月〇日 〇曜日)	
業務に 関する こと と	<p>業務量</p> <p>1 労働時間 出勤時刻 〇時 〇〇分 退勤時刻 〇〇時 〇〇分</p> <p>実労働時間 〇〇時間 〇〇分 { 時間外労働時間 〇時間 〇〇分 深夜労働時間 〇時間 〇〇分 }</p> <p>休憩の有無 有・無 社外営業活動のため不明</p> <p>2 労働密度 普通</p> <p>3 その他</p>
	<p>業務内容 〔作業形態、業務の難易度、責任の軽重等を含め詳細に記載すること〕</p> <p>1 出社後、事務処理・電話勧誘等デスクワーク</p> <p>2 〇〇時頃より、顧客訪問(社外営業活動:〇件 事業場→〇〇→〇〇→〇〇→事業場)</p> <p>3 〇〇時頃帰社、その後電話勧誘等デスクワーク</p> <p>4 〇〇時〇〇分退社</p>
	<p>作業環境</p> <p>1 温度(暑熱、寒冷)</p> <p>2 その他</p>
	<p>その他</p>
<p>身体状況</p>	
<p>1日の行動</p>	
<p>就業中以外の状況</p>	<p>1 当日朝〇時に起床し、帰省する妻子を〇〇駅まで送った後、出社する。</p> <p>2 〇〇時〇〇分残業終了後、同僚〇人とともに〇〇駅近辺で飲食(〇軒)し〇〇時過ぎにタクシーにて帰路につく。</p>



症状の出現日の3日前(平成〇年〇月〇日 〇曜日)		
業務に 関 す る こ と	業務量	1 労働時間 出勤時刻 〇時 〇〇分 退勤時刻 〇〇時 〇〇分 実労働時間 〇〇時間 〇〇分 (時間外労働時間 〇時間 〇〇分) (深夜労働時間 〇時間 〇〇分) 休憩の有無 (有)・無 〇時間 2 労働密度 普通 3 その他 終日事業場内でデスクワーク
	業務内容 (作業形態、業務の難易度、責任の軽重等を含め詳細に記載すること)	1 午前、顧客来店のため面談 2 午後、翌日の物件説明書類準備等デスクワーク 3 〇〇時〇〇分退社
	作業環境	1 温度(暑熱、寒冷) 2 その他
	その他	
身体の状況		
1日の行動		
就業中以外の状況	〇〇時〇〇分残業終了後、学生時代の友人と飲食し、〇〇時頃帰宅。	

症状の出現日の4日前(平成〇年〇〇月〇〇日 〇曜日)

業務に 関する こと	業務量	1 労働時間 出勤時刻 〇〇時 〇〇分 退勤時刻 〇〇時 〇〇分 実労働時間 〇時間 〇〇分 { 時間外労働時間 〇時間 〇〇分 } 休憩の有無 (有)・無 〇時間
		2 労働密度 普通
		3 その他 休日出勤
	業務内容 [作業形態、業務の難易度、責任の軽重等を含め詳細に記載すること]	1 〇〇時出社後、顧客ローン手続処理のため外出(〇〇へ) 2 帰社後、顧客棚卸し事務処理 3 〇〇時退社 注) 顧客棚卸し・・・自分の顧客の内容整理(月間活動実績表)。
と	作業環境	1 温度(暑熱、寒冷) 2 その他
	その他	
身体状況	帰宅後、右手の痺れ、首筋のだるさを訴え妻より〇時間程度マッサージを受ける。	
1日の行動		
就業中以外の状況		





症状の出現日の6日前(平成〇年〇〇月〇〇日 〇曜日)	
業務に 関 す る こ と	<p>業務量</p> <p>1 労働時間 出勤時刻 〇〇時 〇〇分 退勤時刻 〇〇時 〇〇分</p> <p>実労働時間 〇時間 〇〇分 (時間外労働時間 〇時間 〇〇分) 深夜労働時間</p> <p>休憩の有無 (有)・無 〇時間</p> <p>2 労働密度 普通</p> <p>3 その他</p>
	<p>業務内容</p> <p>1 〇時出社、引渡業務打合せ・事前準備処理</p> <p>2 〇〇時から事業場内において〇〇〇マンションの初日一斉引渡(顧客に鍵を渡し残金を受領する)</p> <p>3 〇〇時引渡業務終了</p> <p>4 その後、事務処理等デスクワーク</p> <p>5 〇〇時〇〇分退社</p> <p>作業形態、業務の難易度、責任の軽重等を含め詳細に記載すること</p>
	<p>作業環境</p> <p>1 温度(暑熱、寒冷)</p> <p>2 その他</p>
	<p>その他</p>
身体状況	
1日の行動	<p>0 起床 12 退社 帰宅 就寝 24</p>
就業中以外の状況	

症状の出現日の7日前(平成〇年〇〇月〇〇日 〇曜日)	
業務に 関する こと と	<p>業務量</p> <p>1 労働時間 出勤時刻 〇時 〇〇分 退勤時刻 〇〇時 〇〇分</p> <p>実労働時間 〇〇時間 〇〇分 { 時間外労働時間 〇〇時間 〇〇分 }          { 深夜労働時間 〇時間 〇〇分 }</p> <p>休憩の有無 有・無 社外営業活動のため不明</p> <p>2 労働密度 普通</p> <p>3 その他</p>
	<p>業務内容</p> <p>1 出社後、顧客訪問(社外営業活動: 〇件 事業場→〇〇→〇〇→〇〇→〇〇→          〇〇→事業場)</p> <p>2 〇〇時頃帰社、その後〇〇〇マンションの一斉引渡準備業務</p> <p>3 〇〇時〇〇分退社</p> <p>〔作業形態、業務の難易度、責任の軽重等を含め詳細に記載すること〕</p>
	<p>作業環境</p> <p>1 温度(暑熱、寒冷)</p> <p>2 その他</p>
	<p>その他</p>
身体状況	帰宅後、首筋のたるさを訴え、妻より〇〇分程度マッサージを受ける。
1日の行動	
就業中以外の状況	



症状の出現日の9日前(平成〇年〇月〇日 〇曜日)

業務に 関する こと	業務量	1 労働時間 出勤時刻 〇時 〇〇分 退勤時刻 〇〇時 〇〇分 実労働時間 〇〇時間 〇〇分 (時間外労働時間 〇〇時間 〇〇分) 深夜労働時間 〇時間 〇〇分 休憩の有無 有・無 不明
		2 労働密度 普通
		3 その他
	業務内容 作業形態、業務の難易度、責任の軽重等を含め詳細に記載すること	1 出社後、来店客対応、事務処理 2 〇〇時より、〇〇銀行〇〇支店へ出張 3 帰社後、〇〇〇マンションの登記事務処理 4 〇〇時〇〇分退社
と	作業環境	1 温度(暑熱、寒冷) 2 その他
	その他	
身体 の 状 況	帰宅後、首筋のだるさを訴え、妻より〇〇分程度マッサージを受ける。	
1 日 の 行 動		
就業 中 以 外 の 状 況		

症状の出現日の10日前(平成〇年〇〇月〇〇日 〇曜日)	
業務に 関 す る こ と	業務量 1 労働時間 出勤時刻 〇〇時 〇〇分 退勤時刻 〇〇時 〇〇分 実労働時間 〇時間 〇〇分 (時間外労働時間 〇時間 〇〇分) 休憩の有無 (有)・無 〇時間 2 労働密度 普通 3 その他 終日事業場内でデスクワーク
	業務内容 (作業形態、業務の難易度、責任の軽重等を含め詳細に記載すること) 1 終日、〇〇〇マンション残金事務処理(デスクワーク) 2 〇〇時〇〇分退社
	作業環境 1 温度(暑熱、寒冷) 2 その他
	その他
身体状況	帰宅後、右手の痺れ、首筋のだるさを訴え妻より〇時間程度マッサージを受ける。
1日の行動	
就業中以外の状況	

症状の出現日の11日以前

業務量、業務内容、作業環境、身体状況等の概要

- 〇〇月〇〇日 休日出勤：〇〇入金事務手続 〇〇時〇〇分～〇〇時〇〇分
- 〇〇日  
↑  
〇〇日 〇〇〇マンション内覧会のため現地へ出張（現地宿泊）
- 〇〇日 午前中社内で事務処理。午後より〇〇へ出張（現地宿泊）
- 〇〇日 社外営業活動、電話勧誘、事務処理：〇〇時〇〇分～〇〇時〇〇分
- 〇〇日 社外営業活動、事務処理：〇〇時〇〇分～〇〇時〇〇分
- 〇〇日 休日出勤：電話勧誘、顧客訪問準備 〇〇時〇〇分～〇〇時〇〇分
- 〇〇日 休日出勤：電話勧誘 〇〇時〇〇分～〇〇時〇〇分
- 〇〇日 電話勧誘、事務処理（棚卸し）：〇〇時〇〇分～〇〇時〇〇分

以上のとおり、休日出勤を含む通常の所定業務を行っている。

(4) 腰痛

整理番号	
------	--

# 調査結果復命書

署長		次長		課長		給調官		係長		係		復命年月日 平成 〇年〇〇月〇〇日			
<b>署長判決指示事項</b> 1. 調査官意見のとおり決定する。 2. 下記事由により再調査を要する。 _____ _____ _____ _____						<b>調査官</b> <input type="checkbox"/> 労働基準監督官 <input checked="" type="checkbox"/> 労働事務官		〇 〇 〇 〇 印 〇 〇 〇 〇 印		調査年月日 平成 〇年〇〇月〇〇日～平成 〇年〇〇月〇〇日					
						<b>調査目的</b> 災害性腰痛の業務上外の調査 (災害発生の実事等について確認した。)									
事業場	名称	〇 〇 〇 〇					代表者名	〇 〇 〇 〇							
	所在地	〒〇〇〇 〇〇〇〇〇〇					☎	〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇							
	労働保険番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	業種	小売業	
	労働者数	男 〇名		女 〇名		合計 〇〇名									
被災労働者	氏名	〇 〇 〇 〇			①男・女	生年月日	M・T・⑤ 〇年 〇月 〇日 ( 〇〇才)								
	住所	〒〇〇〇 〇〇〇〇〇〇					☎	〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇							
	職種	①常用・日雇 プログラマー				所定労働時間	週 〇〇時間 1日 〇時間								
	雇入年月日	〇年 〇月 〇日				被災年月日	〇年 〇月 〇日								
請求種別	①療養・休業・障害・遺族・葬祭・( )					受付年月日	平成 〇年 〇月 〇日								
請求の概要	請求人は、事務所の模様替えのため、同僚Aとともにスチール机を運んだ際、腰部に痛みを感じ5日間の治療を行ったことから、療養補償給付の請求に及んだものである。														
調査の結果	本件は、業務上腰痛の認定基準の要件を満たしていることから、労基法施行規則別表第1の2第1号に定める業務上疾病として認められると料する。														

調 査 記 録 ・ 調 査 内 容

1 災害発生状況（別添死傷病報告書写、請求人・上司・同僚の聴取書 (1) 参照）

(1) 災害発生場所 ○○株式会社 本社事務所内

床に災害による窪み有り（別添 写真参照）

(2) 負傷時に取り扱われていたもの

スチール事務机 (2) 形状は机上面が四角形の机

大きさ：机上面：165cm × 70cm 高さ：75cm

重さ：約100kg（机の中に入っていた書類等を含む）

(3) 状況

請求人は、事務所の模様替えのために、机、本棚、ロッカー等の移動を同僚等と行っていた。

事務所の模様替えを始めてから、約2時間経過したとき、上司の指示により、同僚Aとともにスチール机を持ち上げて3歩ほど歩きだしたところ、同僚Aが席につまずいて手を離したためスチール機の全重量が請求人にかかり請求人は腰部に痛みを感じた。 (3)

2 既往歴等 (4)

(1) 既往歴（請求人及び産業医の聴取書参照）

・ 傷病名 腰部打撲

・ 発症時期 昭和○年○月頃

・ 発症時の作業内容と負傷の状況

通勤途中、駅構内の階段を降りていたところ、濡れていた路面に足をとられ転倒した。

・ 入院期間 2日間 通院なし

・ 医療機関名 ○○診療所

(2) 労働者の身体について特記すべき事項

・ 身長 170cm

・ 体重 75kg



調 査 記 録 ・ 調 査 内 容

年	58年	59年	60年	61年	62年	63年	元年	2年
体 重	61kg	65kg	66kg	68kg	69kg	71kg	72kg	72kg

年	3年	4年	5年	6年
体 重	72kg	73kg	75kg	75kg

健康診断の結果をみると、就職してから体重が年々増加している。

3 療養の状況

医療機関 ○○病院

療養の期間 ○年○月○日～○年○月○日

通院 5日間

主な治療内容 ホットパック療法、薬物療法（筋弛緩剤）

就労状況 平成○年○月○日から職務に完全復帰している。

4 主治医の意見（別添臨床所見参照）<sup>(5)</sup>

(1) 傷病名：筋・筋膜性腰痛

(2) 傷病部位：腰部

(3) 自覚症状：初診時、腰部の自発痛及び運動痛、運動制限あり

経過と共に漸次症状軽快

(4) 他覚症状

① 視診所見（脊椎の変形、姿勢の異常）

生理的前彎消失し平背 坐骨神経痛性側彎なし。

② 触診所見（棘突起圧痛、側脊柱筋の緊張、各種圧痛点の圧痛、掌圧痛、叩打

調 査 記 録 ・ 調 査 内 容

痛等)

- イ 触診で腰背筋の緊張
- ロ 第3腰椎横突起、腰仙椎移行部、上殿神経部に著明な指圧痛が認められた
- ③ 神経伸展試験及び冠名テスト（ラセーグテスト、下肢伸展挙上テストSLR、大腿神経伸展試験FNS、パトリックテスト、オーベルテスト等）  
上記神経伸展テストはいずれも陰性
- ④ エックス線所見等（先天性奇形の有無、災害の既往に起因すると思われる変性、その他加齢現象を上回ると考えられる病変の有無等）
  - イ 脊椎の単純撮影、前後、側面、斜位（第1、第2）、機能撮影（最大前・後屈）いずれも陰性、病的所見なし
  - ロ CT及びMRIは施行せず
- ⑤ 症状の経過と現症
  - イ 比較的安静と薬物、理学療法、日常生活指導で症状軽快
  - ロ 最終診察時には、診察時の愁訴は消褪
- ⑥ 腰痛発症の直接原因  
業務中にスチール機を運搬中、不自然な肢位、姿勢で腰椎に過度の負担がかかり、腰筋を負傷し、災害性要因により腰痛を発症したものである。
- (5) その他  
年々の体重の増加と肥満傾向、アルコールの多飲、腹筋の弱化、不良姿勢などにより、腰痛を発症し易い身体状況の上に、腰筋に過度の負担がかかったために腰痛を発症したものである。
- 5 調査官意見  
本件請求の災害発生及びその状況は、本職の見聞及び関係者からの聴取書により明らかであり、また、本件腰痛は認定基準
- (1) 腰部の負傷又は腰部の負傷を生ぜしめたと考えられる通常の動作と異なる動作による腰部に対する急激な力の作用が業務遂行中に突発的なできごととして生じ

調 査 記 録 ・ 調 査 内 容

たと明らかに認められるものであること。

(2) 腰部に作用した力が腰痛を発症させ、又は腰痛の既往症若しくは基礎疾患を著しく増悪させたと医学的に認めるに足りるものであること。

を満たすことから、労基法施行規則別表第1の2第1号に定める業務上の疾病として認められると思料する。

【 ポ イ ン ト 】

- (1) 聴取による災害発生事実の確認
- (2) 起因物の確認
- (3) 発生の状況
- (4) 既往症等の確認
- (5) 主治医の意見

(5) 障害認定

整理番号	
------	--

# 障害認定調査復命書

署長	次長	課長	給調官	係長	係	復命年月日 平成 ○年 ○月 ○日
<b>署長判決指示事項</b> 1. 調査官意見のとおり決定する。 2. 下記事由により再調査を要する。 _____ _____ _____ _____			調査官	<input type="checkbox"/> 労働基準監督官 <input checked="" type="checkbox"/> 労働事務官		労働 太郎 印
			調査年月日	平成 ○年 ○月 ○日～平成 ○年 ○月 ○日		
			調査目的	障害等級の調査		
事業場	名称	○○○○			代表者名	○○○○
	所在地	〒○○○ ○○○○○○			☎	○○ (○○○) ○○○○
	労働保険番号	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○	業種	金属製品製造業		
	労働者数	男 ○名 女 ○名 合計 ○○名				
被災労働者	氏名	○○○○	男・女	生年月日	M・T・S ○年 ○月 ○日 (○○才)	
	住所	〒○○○ ○○○○○○			☎	○○ (○○○) ○○○○
	職種	〔常用〕・日雇 プレス工		所定労働時間	週 ○時間 1日 ○○時間	
	雇入年月日	○年 ○月 ○日		被災年月日	○年 ○月 ○日	
請求種別	療養・休業・〔障害〕・遺族・葬祭・( )			受付年月日	平成 ○年 ○月 ○日	
請求の概要	被災者は、プレス作業中、機械についていたクズを取ろうとした際に右手をスライドに挟まれ負傷、直ちに○○病院に運ばれて受診、右手座減創及び右手首骨折の傷病名で治療を受け本年6月1日治ゆしたか、負傷部位に障害が残ったため、障害補償給付の請求に及んだもの。					
調査の結果	障害等級第7級の障害として 給付基礎日額131日分の障害補償年金を支給すべきものと思料する。					

調 査 記 録 ・ 調 査 内 容

1 障害の状態

(1) 障害補償給付支給請求書裏面の診断書（平成〇年〇月〇日付け〇〇病院主治医  
〇〇医師作成）によれば、障害の状態は次のとおりである。

（別添資料1 診断書写参照）

- ① 右薬指・小指を基節骨で切断。
- ② 右示指・中指の末節骨を長さ2分の1以上を亡失。
- ③ 右手首関節に骨折が原因の可動域制限あり。

手関節の関節運動可動域（平成〇年〇月〇日医師測定）

	右（患側）	左（健側）
背 屈	40°	70°
掌 屈	45°	90°
撓 屈	10°	25°
尺 屈	20°	55°

(2) 請求人の自訴は次のとおりである。

（別添請求人からの聴取書参照）

- ① 右手の薬指と小指を失ってしまった。
- ② また、同じく右手の示指と中指の先の方も失ってしまった。
- ③ 右手首を骨折してから、手首の関節があまり動かなくなった。

調 査 記 録 ・ 調 査 内 容

(3) 平成〇年〇月〇日に本職が請求人の手関節の関節運動可動域を測定した結果は次のとおりである。

手関節の関節運動可動域（平成〇年〇月〇日本職測定）

	右（患側）	左（健側）
背 屈	40°	70°
掌 屈	35°	80°
撓 屈	10°	20°
尺 屈	15°	50°

(4) 平成〇年〇月〇日付け〇〇労働基準局地方労災医員〇〇医師作成の意見書によれば、障害の状態は次のとおりである。

（別添資料2意見書参照）

- ① 自訴及び自覚症：右手関節があまり動かない。
- ② 他覚所見：右薬指・小指が基節骨で切断されている。  
右示指・中指の末節骨の長さ2分の1以上を亡失している。  
右手関節に骨折が原因の可動域制限あり。

調 査 記 録 ・ 調 査 内 容

手関節の関節運動可動域（平成〇年〇月〇日労災医員〇〇測定）

	右（患側）	左（健側）
背 屈	35°	65°
掌 屈	45°	85°
撓 屈	15°	25°
尺 屈	10°	55°

(5) 事業場の請求人に係る健康診断書及び事業主、同僚等の証言によれば、請求人には、既存障害がなかったことが認められた。<sup>(1)</sup>

（別添資料 3 健康診断書、及び聴取書参照）

2 障害等級の認定

(1) 指を基節骨で切断したもの<sup>(2)</sup> は「指を失ったもの」に該当するので、右薬指及び小指を基節骨で失ったものは、障害等級表第10級の5「1手の示指を失ったもの又は母指及び示指以外の2の手指を失ったもの」に該当する。

(2) さらに、指の末節骨の長さの2分の1以上を失ったもの<sup>(2)</sup> は、「手指の用を廃したもの」に該当するので、右示指及び中指の末節骨を長さ2分の1以上を亡失したものは、障害等級第10級の6「1手の母指の用を廃したもの、示指を含み2の手指の用を廃したもの又は母指及び示指以外の3の手指の用を廃したもの」に該当する。

(3) 被災者の右手関節（患側）の主要運動（背屈及び掌屈）及び参考運動（撓屈及び尺屈）にかかる関節可動域を左手関節（健側）と比較する<sup>(2) (3)</sup> と次のように



調 査 記 録 ・ 調 査 内 容

なる。

	右 (患側)						左 (健側)						比 率	
	主要運動			参考運動			主要運動			参考運動			主要運動 患側 —— 健側	参考運動 患側 —— 健側
	背屈	掌屈	合計	腕屈	尺屈	合計	背屈	掌屈	合計	腕屈	尺屈	合計		
〇〇医師 〇月〇日	40°	45°	85°	10°	20°	30°	70°	80°	160°	25°	55°	80°	53%	38%
調査官 〇月△日	40°	35°	75°	10°	15°	25°	65°	80°	145°	20°	50°	70°	52%	36%
△〇医師 △月〇日	35°	45°	80°	15°	10°	25°	65°	85°	150°	25°	55°	80°	53%	31%

これによれば、主要運動についてみると、右手関節の運動可能領域は左手関節の4分の3以下に制限されているが、2分の1以下の制限にはわずかに達していない。しかし、参考運動について(1)みると、右手関節の運動可能領域は左手関節の2分の1以下に制限されている。

関節機能障害については、原則として当該関節の主要運動のいずれにも所定の運動制限がある場合に「著しい障害」又は「単なる障害」として取り扱うこととなるが、本件のように右手関節の主要運動が2分の1以下の運動制限にわずかに達しない場合であっても、参考運動が2分の1以下の運動制限に達していることから、主要運動と参考運動を併せ評価し、2分の1以下の運動制限である著しい機能障害として取り扱うこととなる。

したがって、右手関節の機能障害は障害等級第10級の9「1上肢の3大関節中の1関節の機能に著しい障害を残すもの」に該当する。

(4) これらの障害に系列番号を付与する(5)と、次のようになる。

右薬指及び小指の亡失	(第10級の5)	24
右示指及び中指の用廃	(第10級の6)	24

右手関節の著しい機能障害（第10級の9）

18

したがって、右薬指及び小指の亡失（第10級の5）と右示指及び中指の用廃（第10級の6）は同一系列内にあるので、併合の方法を用いて準用等級を定める<sup>(6)</sup>と第9級となるが、この障害の程度は、第8級の4「1手の母指及び示指又は母指若しくは示指を含み3以上の手指の用を廃したもの」より重く、また第7級の6「1手の母指及び示指を失ったもの又は母指若しくは示指を含み3以上の手指を失ったもの」には達しないことから、第8級として準用等級を定めることとなる。<sup>(7)</sup>

また、同一上肢の機能障害と手指の欠損障害又は機能障害は、同一系列として取り扱われるので、右手関節の著しい機能障害（第10級の9）と準用第8級とを併合の方法を用いて準用等級を定める<sup>(6)</sup>と準用第7級となり、これは障害の序列を乱さないので、本件障害は準用第7級の障害と認定される。<sup>(7)</sup>

### 3 調査官意見

以上のことから、本件については、第7級の障害として、給付基礎日額131日分の障害補償年金を支給すべきものと思料する。

なお、障害特別支給金については、本件の場合、労災保険法施行規則第14条第4項による準用であるので、労災保険特別支給金規則第4条第1項かっこ書きの規定は適用されない<sup>(8)</sup>ため、第7級に相当する159万円を支給すべきものと思料する。

【 ポ イ ン ト 】

- (1) 既存障害の有無
- (2) 単一障害の把握
- (3) 関節可動域の比較
- (4) 運動制限にわずかに及ばない場合、参考運動の運動制限をみること
- (5) 系列番号の付与
- (6) 同一系列内にある障害の等級を併合の方法を用いて定める
- (7) 障害の序列の考慮
- (8) 特別支給金規則第4条第1項かっこ書きの適用の有無

(6) 適正給付対策

調査書番号 No.	決 裁	署 長	次 長	課 長	係 長 等	係
--------------	--------	--------	--------	--------	-------------	---

### 適正給付対策に係る（実地）調査復命書

平成 ○年 ○月 ○日から平成 ○年 ○月 ○日までの ○日間のうち実地調査した結果を下記のとおり復命します。

なお、今後の処理についても、下記によることとしてよろしいか併せてお伺いする。

平成 ○年 ○月 ○日

労働基準監督署長 殿

官職 労働事務官 氏名 労災 太郎 印

官職 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

調 査 対 象 者 の 相 手	氏 名	○○ ○○	生年月日	M・ <input checked="" type="radio"/> ・S ○年 ○月 ○日 (○○歳)		
	住 所	〒○○○ 〇〇市〇〇町〇の〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇				
	労働保 険 番 号	○○○○○○	事業場名	〇〇林業 〇〇 (00) 0000		
		○○○○○○	所在地	〇〇市〇町〇の〇		
	災害発生年月日	○年○月○日	傷病名	振動障害		
	受療医療機関名	〇〇病院	療養の区分	入院・通院 ( 2回 / <input checked="" type="radio"/> 月)		
	就労の状況	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	就労内容			
	転医の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	転医有の場合	転医年月日 平成 年 月 日		
	転医前の医療機関		面談年月日	平成○年○月○日 (○) ○時～		
	主治 医	主治医氏名	○○ ○○	医療機関名	〇〇病院	
住 所		〒○○○ 〇〇市〇〇町〇の〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇				
	面談年月日	平成○年○月○日 (○) ○時～				

署長の意見等

調査官意見及び署内検討結果のとおり、経過観察を実施した上で、治療効果・療養の要否を判断することとされたい。

調 査 後 の 処 理 結 果	① 療養継続 [お知らせ発出予定日] 平成 年 月 日 ② 経過観察 (※振動障害のみ) 平成○年○月○日 実施期間 平成○年○月○日～平成○年○月○日 ③ 症状固定 平成 年 月 日	[管理区分決定状況] ① 療養の継続が必要な者 ② 経過観察の必要な者 (振動障害のみ) ③ 症状固定と認められる者 (注) 調査実施後管理区分を決定し、その番号を上記枠内に記載すること。 <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; text-align: center; margin: 5px auto;">2</div>
	適正給付管理カード等への記載処理 <input checked="" type="radio"/> 済・未済	

〔調査対象者用〕

調 査 内 容													
調 査 項 目	<p>1. 過去の症状、治療内容について（概ね1～2年前の状況）</p> <p>(1) 過去の症状 「ここ1～2年は頸部の痛み、両手首の痛みがあり、寒冷時には両前腕の痛み、白ろうがあった。また、両肩に運動障害があった。」ということであった。</p>												
	<p>(2) 過去の治療内容 「ホットパック、パラフィン浴、マッサージを行うとともに、薬を飲んでいた。」とのことであった。 薬については調査対象者の話から判断して、鎮痛消炎剤、ビタミン剤であると思料する。</p>												
	<p>2. 現在の症状、治療内容及び治療効果について（調査時現在の状況）</p> <p>(1) 現在の症状 「現在も頸部、両肩の痛み、両手首に痛みがあり、時々指にも痺れ、こわばりがある。」とのこと。</p>												
	<p>(2) 現在の治療内容 「現在も、ホットパック、パラフィン浴を週2回行っている。また、薬についても痛みのひどい時に飲んでいる。」とのこと。 薬については、過去から服用している鎮痛消炎剤、ビタミン剤であると思料する。</p>												
	<p>(3) 治療効果 「ホットパック、パラフィン浴を行うと、痛みが緩み大分楽になる。今後も現在の治療を続けていきたい。」とのこと。</p>												
	<p>(4) 症状固定の見込み時期等（主治医からの説明等） 平成 年 月 日（見込み） 「先生も今の症状を悪化させないためにも、治療を続けた方が良いと言っている」とのこと</p>												
	<p>3. 日常生活の状況について 「運動をかねて歩いて通院をしている。」とのこと。</p>												
	<p>4. 労災保険制度の趣旨及び治ゆの概念等の説明</p>												
	<table border="1"> <tr> <td>(1) 労災保険制度の趣旨及び治ゆの概念の説明</td> <td>① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕</td> </tr> <tr> <td>(2) 障害（補償）給付の請求に係る手続き</td> <td>① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕</td> </tr> <tr> <td>(3) 経過観察の趣旨の説明（※振動障害のみ）</td> <td>① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>・経過観察を行う場合の実施時期</li> <li>・経過観察中の転医の取扱及び署への事前連絡について</li> <li>・経過観察終了後の取扱について</li> </ul> </td> <td>                     平成〇年〇月〇日から平成〇年〇月〇日                      ① 行った。 ② 行わなかった。                      ②の理由〔 〕                 </td> </tr> <tr> <td>(4) 各種援護制度、アフターケア制度の説明</td> <td>① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕</td> </tr> <tr> <td>(5) 就労希望の有無</td> <td>① 有り ② 無し ②の理由〔 〕</td> </tr> </table>	(1) 労災保険制度の趣旨及び治ゆの概念の説明	① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕	(2) 障害（補償）給付の請求に係る手続き	① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕	(3) 経過観察の趣旨の説明（※振動障害のみ）	① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経過観察を行う場合の実施時期</li> <li>・経過観察中の転医の取扱及び署への事前連絡について</li> <li>・経過観察終了後の取扱について</li> </ul>	平成〇年〇月〇日から平成〇年〇月〇日 ① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕	(4) 各種援護制度、アフターケア制度の説明	① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕	(5) 就労希望の有無	① 有り ② 無し ②の理由〔 〕
	(1) 労災保険制度の趣旨及び治ゆの概念の説明	① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕											
(2) 障害（補償）給付の請求に係る手続き	① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕												
(3) 経過観察の趣旨の説明（※振動障害のみ）	① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕												
<ul style="list-style-type: none"> <li>・経過観察を行う場合の実施時期</li> <li>・経過観察中の転医の取扱及び署への事前連絡について</li> <li>・経過観察終了後の取扱について</li> </ul>	平成〇年〇月〇日から平成〇年〇月〇日 ① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕												
(4) 各種援護制度、アフターケア制度の説明	① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕												
(5) 就労希望の有無	① 有り ② 無し ②の理由〔 〕												

調 査 内 容

調 査 項 目	1. 過去の症状、治療内容について（概ね1～2年前の状況）	
	(1) 過去の症状 V (S <sub>2</sub> L <sub>2</sub> ) N (S <sub>2</sub> L <sub>2</sub> ) であり、両肩痛挙上制限の運動器障害も認められた。主訴としては、頸部痛、両手首痛であったが、寒冷時にはレイノー現象も認められたとのこと。	
	(2) 過去の治療内容 運動療法、理学療法を行うとともに、痛みの増悪時にはロキソニン、パナルジン等の内服薬の投与、ヴェノピリン900mg等の注射を行ってきた。	
	2. 現在の症状、治療内容及び治療効果について（調査時現在の状況）	
	(1) 現在の症状 現在でも、レイノー現象が時々出現している。また、冷却負荷検査でも皮膚温の低下、回復率の遅延が認められる。また、肩関節可動域にも制限が認められるとのこと。	
	(2) 現在の治療内容 運動療法、理学療法を週2回実施しているところであり、痛みのある時にはロキソニン、ビグロナジン等の内服薬、ヒルドイドゲル等の外用薬の投与を行っている。	
(3) 治療効果 最近の症度区分については、若干ではあるが改善がみられるところである。また、頸部痛肩関節可動域制限、レイノーに対しては、理学療法等を行っていることから、疼痛の軽減に役立っているところである。したがって、今後も現在の治療を行うことにより症状の改善が期待できると思料する。		
3. 今後の具体的治療方針について 最近の症度区分はV (S <sub>2</sub> L <sub>2</sub> ) N (S <sub>2</sub> L <sub>2</sub> ) であり、運動器障害も残存することから現在行っている運動療法、理学療法を中心に治療を継続していきたい。		
4. 症状固定の見込み時期等（不明の場合その理由等） 平成 年 月 日（見込み） 現在の治療を継続的に行うべきであり症状固定の見込みは時期については明言できないとのこと。		
5. 就労の可否及びその理由等 軽作業を週2、3回行うことは可能であると思われるとのことである。		
6. 労災保険制度の趣旨及び治ゆの概念等の説明		
(1) 労災保険制度及び治ゆの概念の説明	① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕	
(2) 経過観察の趣旨の説明（※振動障害のみ）	① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕	
・経過観察を行う場合の実施時期 ・経過観察後の所見書又は意見書の提出依頼について ・経過観察中の転医の取扱について	平成〇年〇月〇日から平成〇年〇月〇日 ① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕	
(3) 各種援護制度、アフターケア制度の説明	① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕	

	調 査 内 容
その他参考となる事項	<p>①当該患者については、現在69歳であり加齢の関与について主治医に確認したところ加齢との鑑別は困難であるということであった。</p> <p>②当該患者の肩関節挙上の制限について、主治医に確認したところ昭和〇年当時の変形性頸椎症による影響を否定できる訳ではないということであった。</p> <p>③最近における症度区分、痛み、しびれ等については、数年ほとんど変化がないところであるが主治医によると現在の治療を行うことにより症状の増悪を防止しているということであった。</p>
調査官意見	<p>当該患者は、昭和〇〇年に認定以来11年にわたって〇〇病院において治療を行っている。</p> <p>振動障害の手指のしびれ、痛み、こわばり等の症状は、昭和〇〇年以來ほとんど変わっておらず治療内容もほぼ同一のものであると考えられる。</p> <p>また、本人の自訴によるとレイノー現象の訴え、肩関節の運動器障害の訴えがみられるが、当該患者に現存する症状については、慢性症状であり今後の医療効果も期待できないと思料するところであるが、主治医は治療を継続すべきであるとの意見であることから、〇月から6ヵ月間の経過観察を実施した上で、治療効果、療養の要否を判断することとしたい。</p>

署内の検討結果内容等	<p>調査官意見によると、当該患者の昭和〇〇年以來の症状及び治療内容については同一のものであると考えられるところである。主治医は現在の治療を継続すべきであるという意見であるが症状経過、治療内容等から判断して症状は悪化しないと思われることから、来月から6ヵ月間の経過観察を実施した後、主治医より検査所見書、意見書を徴し、経過観察前と比較して療養の要否等を判断するのが妥当であると思料する。</p>
------------	---

検討後の結果事に務基處づく	<p>1. 局署検討会等に協議した後判断する。( 月開催)</p> <p>2. 鑑別診断の結果判断する。( 月頃 医療機関の 医師を予定)</p> <p>3. 局医協議会に協議し、その意見を踏まえ判断する。( 月開催予定)</p> <p>4. 療養継続とする。</p> <p>5. しばらく療養継続し様子を見て判断する。( 月後再度判断)</p> <p>⑥. 経過観察(6ヵ月)後判断する。</p> <p>7. 症状固定とする。( 月 日)</p> <p>8. その他( )</p>
---------------	---

※ 該当項目番号に○印を付す。





調 査 記 録 ・ 調 査 内 容

1 傷病の経過 (1)

- (1) 平成〇年〇月〇日午前〇時ごろ、〇〇小学校改修工事現場において、2階天井の張り替え作業中、脚立より転落して、頭部、肩部を強打した。
- (2) 同日、〇〇病院へ受診したところ「頭部外傷Ⅰ型、肩部・腰部打撲」と診断され、頭部の傷口の縫合を行い、精密検査が必要なことから同病院へ入院した。
- (3) 翌日、X線撮影の結果、頭蓋骨に血腫を認めたため、「頭蓋内血腫除去術」を行った。
- (4) その後、肩部・腰部打撲については疼痛が消退したが、頭部外傷により運動機能に障害をきたしている。

(別添 死傷病報告書の写、本人からの聴取書参照、また、〇〇病院〇〇医師により確認)

2 現在の治療内容 (2)

投薬を継続しつつ、経過観察中。(〇〇医師により確認)

3 付添看護の状況 (〇〇医師に確認、〇〇看護婦・家政婦紹介所に確認)

- (1) 請求人は、〇〇病院へ入院後、けがの状況により、常時看護が必要であったため、〇〇看護婦・家政婦紹介所より紹介されたものを看護担当者として一人つけた。

なお、指定医療機関台帳及び県保険課へ確認したところ、当該〇〇病院は、基準看護の承認を受けておらず、かつ、新看護料を算定するための届出も行っていない。(3) また、診療費のレセプトにおいて確認したところ、看護料は「その他の看護」による算定であった。

- (2) 請求人は、紹介所へ看護資格者を求めたが、該当者がいないため、やむを得ず看護補助者を紹介してもらい、看護補助者(担当者)は、主治医の指示を受け、看護の補助を行っている。(4)
- (3) 付添看護の必要性について、主治医へ確認したところ次のとおりであった。

「当該患者の傷病の状態は、頭部外傷により頭蓋内血腫除去術を行い、その後の

調 査 記 録 ・ 調 査 内 容

経過は良好である。現在は、投薬により経過観察を行っているが、外傷性てんか  
んを発症する可能性があるため、常時監視が必要である。」

「今後の見込みについては、今後1か月程度経過観察を継続するが、症状に変化  
が見られなければ、その後は常時監視の必要はないと思われる。」とのことであ  
った。(5)

4 調査官意見

- (1) 付添看護を実施している当該医療機関は、基準看護の承認及び新看護料を算定  
するための届出を行っておらず、一般看護の対象医療機関 (3) に該当する。
- (2) 傷病の状態は、必ずしも重篤ではないが、頭蓋内血腫除去手術により比較的長  
期間にわたり医師又は看護婦が常時監視を必要とし、随時適切な処置を講ずる必  
要があるもの (5) に該当するものと思われる。
- (3) 看護形態は、傷病労働者1人に対して看護担当者1人で看護を行う1人付看護  
であり、 (6) 傷病の状態により妥当である。
- (4) 看護担当者 (4) は、看護資格者を求めたがないため、やむを得ず資格者以外  
の者をあてており、妥当である。  
以上により、本件付添看護は妥当である。

【 ポ イ ン ト 】

- (1) 傷病の状態の経過
- (2) 治療内容
- (3) 対象医療機関であるか
- (4) 看護担当者について
- (5) 支給要件に該当するか
- (6) 看護形態について

(8) 通勤災害

復命書  
番号

署長	次長	課長	係長	調査事項	1 療養 2 休業 3 障害 4 遺族 5 葬祭 6 傷病	① 適用 ② 通勤 ③ 療養 ④ 治癒 ⑤ 休業 ⑥ 休業中の賃金	⑦ 平均 ⑧ 障害 ⑨ 受給 ⑩ 支給 ⑪ 第三者 ⑫ 厚年等	金 態 者 限 為 係
調査	平成	〇年	〇月	〇日				
復命	平成	〇年	〇月	〇日				

保険給付実地調査復命書 (通勤災害用)

事業場の 名称	(株) 〇〇〇製作所		労働保険番号		府県	郡	管轄	基幹番号	
	〇〇〇〇 〇〇町 〇丁目 〇〇番地		電話 (〇〇) 〇〇〇〇		〇	〇	〇	〇	〇
労働者の 氏名	〇 〇 〇 〇		生年月日	明・大(昭) 〇年 〇月 〇日生 (〇〇歳)		労働担 当者名		〇〇〇〇	
	住所	〇〇〇〇 〇〇町 〇丁目 〇〇番地		職種	(常用 日雇) プレス工		雇入 年月日	〇年 〇月 〇日	
災害の 発生 状況	日 時			災 害 発 生 場 所					
	平成 〇年 〇月 〇日 午(前) 〇時 〇分頃			〇 〇 〇 〇					
	出勤・退勤途上の別	当日に自宅又は会社を出た時刻		当日の始業終業時刻		当日の通勤形態			
	出勤・(退勤)	午(前) 〇時 〇分頃		午(前) 〇時 〇分頃		通常・早出・(残業)・特殊勤務			
状況及び原因	別紙の1のとおり								
通勤 経路	通及 勤 経 路 方 法	別紙の2のとおり							
	通常要 常勤時 の所間	1 時間 40 分位	災害当日の 逸脱、中断の状況	(有)・無	有の時の 内容	別紙の3のとおり			
療 養 期 間	診療機関								
	期 間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで				診療実日数	日間		
	傷 病 名					治癒年月日	平成 年 月 日		
	初診年月日	平成 年 月 日		初診診療機関					
休 業 日 数									
	休業期間中の 賃金支払状況	支払無、支払有 ( 円)………平均賃金の 60%以上 60%未満							
障 害 等 級	第 級 号 ( のとおり)								
遺 族 ・ 葬 祭	死 亡 日 時			受給権者 (氏名・続柄)					
	平成 〇年 〇月 〇日								
午(前) 〇時 〇分頃									

(物品番号 6825) 6. 6

賃金	締切日	毎月	日	賃金体系	日給、月給、時給、出来高給、その他、				
平均賃金	(相違の有無) 有 無								
	賃金計算期間	月日~月日	月日~月日	月日~月日	計				
	総日数	日	日	日	日				
	労働日数	日	日	日	日				
	賃金	基本賃金	円	円	円	円			
		手当							
		手当							
計									
保険料納入状況	平成	年度	期分	円	年	月	日納入	災害発生時の滞納	
			期分	円	年	月	日納入	有・無	
支給制限及び状況	有・無								
保険料算定基礎調査	平成	年度	概算・確定	を調査し、別紙調査書のとおり (調査済 年 月 日)					
第三者行為関係について	該当の有・無	届提出	済・未済	示成の立	有・無	加か損害等賠償者の償	有・無	第三者行為災害調査	
								年 月 日実施	
厚生年金等の受給関係	雇用事業場の有無	有・無	有・無		国民年金適用の有無(遺族のみ)		有・無		
	被労働者の厚年等資格取得年月日	年 月 日	年 月 日	所轄社会保険事務所					
記事									
調査員の意見及び未	本件は別紙の4に記載したとおり、通勤災害の逸脱中に発生したものであり、合理的な経路に復する前の災害であるところから不支給と決定してよろしいか。				調査資料	<input type="checkbox"/> 労働者名簿 <input type="checkbox"/> 通勤届券 <input type="checkbox"/> 賃金台帳 <input type="checkbox"/> 定期票 <input type="checkbox"/> 源泉徴収簿 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 出勤簿 <input type="checkbox"/> 借負契約書 <input type="checkbox"/> 元帳 <input type="checkbox"/> 就業規則 <input type="checkbox"/> 保険料領収書 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 給与規定 (死亡診断書)			
	調査者	官職	氏名	面接者		職名	氏名		
	監・調	〇〇〇〇	〇	〇〇	〇〇	〇〇〇〇			

1 状況及び原因 (1)

被災者は、平成〇年〇月〇〇日、会社の勤務終了後午後〇時〇〇分に退社している。所定就業時刻は午後〇時であるが、当日は1時間の時間外勤務を行った後に退社したものである。被災者は退社後、甲駅まで徒歩で行き、同駅から普通列車に乗車して乙駅で下車、徒歩で自転車預かり所に行って自転車を取り、自転車でスーパーMに立ち寄り惣菜等を購入して自宅に帰る途中、同点から14mほど離れた地点にある農業用水路に転落、死亡したものである。

翌日の午前〇時〇〇分頃、被災地前にあるモータースの店主が農業用水路の中で死んでいる被災者を発見したが、自転車も用水路の中に落ちており、水面には被災者が前日にスーパーMで買物をしたと思われる惣菜等が散乱していた。その中には午後7時26分という買物時刻が記載されたスーパーMのレシートが含まれており被災時刻は午後〇時〇〇分と推定される。

(上司〇、自転車預かり所の管理人〇、スーパーMの店員〇、モータースの店主〇の聴取書参照、また、〇〇警察署一課長により確認)

2 通勤経路図及び方法 (2)

被災者は通常自転車をを用いて自宅と乙駅間の通勤を行っている。被災者が利用していた乙駅の近くにある自転車預かり所と自宅との間の経路としては、

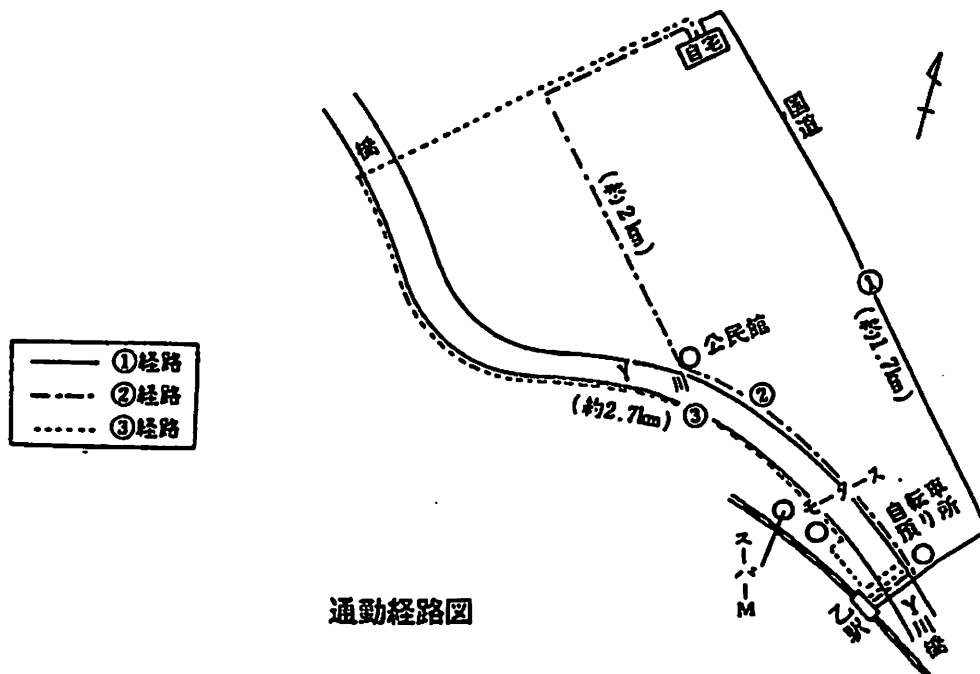
① 国道を通る経路

② Y川東側堤防上の路を通る経路

③ Y川西側堤防上の路を通る経路

の3つの経路(通勤経路図参照)が考えられるが、被災者は出勤時には、おおむね

①又は②の経路を、退勤時にはおおむね②又は③の経路を利用していたことが多かった。(通勤届の写参照、上司〇、妻、自転車預かり所の管理人〇の聴取書参照)

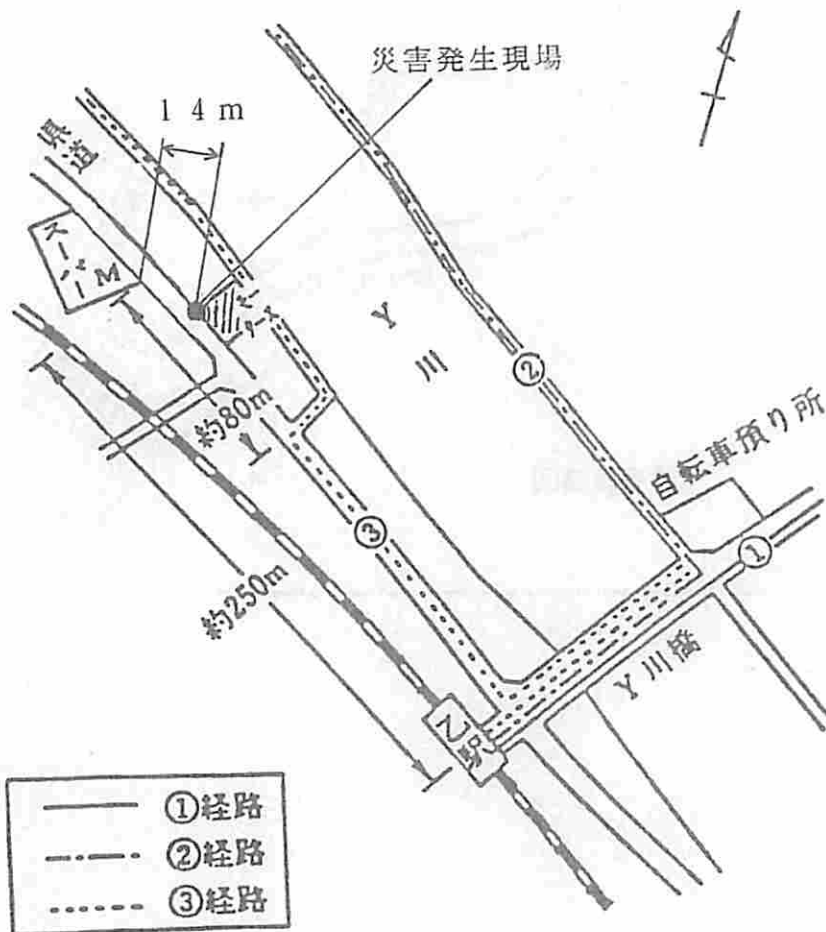


通勤経路図

### 3 逸脱の内容 (3)

被災者が日常的に通勤時、利用していたスーパーMと通勤経路及び本件災害の発生地点の位置関係は災害発生現場付近図のとおりであり、スーパーMの位置は②の経路からみれば、乙駅を起点として約250mはずれた場所に、③の経路からみれば当該経路の直近の地点から約80mはずれた位置にある。また、災害の発生場所はスーパーMから②又は③の通勤経路に向かって県道を斜めに横断した地点であるがいずれの通勤経路からみてもはずれた場所にある。

### 災害発生現場付近図





#### 4 調査官の意見

被災者は時間外労働を終えた10分後には退社しており、退勤行為には業務との密接な関連性が認められる。

被災者は日常的に自転車を用いて乙駅（実際には乙駅付近の自転車預かり所）と自宅との間を往復しており、「合理的な方法」によるものと認められる。

次に「合理的な経路」について判断すると、往路と復路が必ずしも一致しないことについては、合理性があれば、それぞれ通勤経路であると判断されることから、②の経路については最短の①の経路と距離的にも大差なく、道路事情等から判断して合理的な経路にあたることは明らかである。③の経路については、距離としては①の経路と比べて約1.6倍であるが、自転車を用いれば1Kmの距離は、わずか数分で走行できることから、これも合理的な経路に該当するものとして判断される。

災害当日被災者は、②と③のいずれの経路をとろうとしたか断定することは出来ないが、当日被災者がそのいずれの経路をとろうとしたかにかかわらず、被災者がスーパーMに行ったという行為は、労災保険法第7条第3項ただし書きにいう日用品の購入その他これに準ずる日常生活上必要な行為をやむを得ない事由により行うために、②又は③のいずれの経路からも逸脱したということであり、本件災害はその本来の経路に復する前、すなわち当該逸脱中に発生しているものであるから、それは同項ただし書の「当該逸脱又は中断の間」にあたると判断される。

よって、他の事情を考慮するまでもなく、本件は通勤災害に該当しないものである。

【 ポ イ ン ト 】

- (1) 往復行為に、業務との関連性が認められるか
  - ・ 終業時刻と退勤時刻との間に隔たりはないか
  - ・ 災害発生の時刻、場所、原因はどうか
  - ・ 災害発生の状況はどうか  
(通勤に内在する危険性が現実化したものと認められるかどうか)
  
- (2) 被災者がとっていた経路(方法)について
  - ・ 常時とっていた経路(方法)であるか
  - ・ 特殊な経路(方法)をとっていた場合、その理由は何か
  
- (3) 逸脱行為の内容、時間
  - ・ 当該逸脱行為を行う目的  
(被災者にとって必要な行為であったか、日常生活を行う上でやむをえないものと認められるかどうか)
  - ・ 逸脱中の災害か、合理的な経路に復する前か後か

(9) 第三者行為災害

整理番号	
------	--

# 調査結果復命書

署長	次長	課長	給調官	係長	係	復命年月日 平成 ○年 ○月 ○日	
<b>署長判決指示事項</b> 1. 調査官意見のとおり決定する。 2. 下記事由により再調査を要する。 _____ _____ _____ _____			調査官 <input type="checkbox"/> 労働基準監督官 <input checked="" type="checkbox"/> 労働事務官 ○ ○ ○ ○ 印	調査年月日 平成 ○年 ○月 ○日～平成 ○年 ○月 ○日			調査目的 第三者行為災害に係る事実関係について調査
<b>事業場</b> 名称 株式会社 ○○製作所 代表者名 ○ ○ ○ ○ 所在地 〒○○○ ○○○○ ☎○○○○ (○○) ○○○○ 労働保険番号 ○:○:○:○:○:○:○:○:○:○:○:○:○:○:○ 業種 製造業 労働者数 男 ○名 女 ○名 合計 ○○名		<b>被災労働者</b> 氏名 ○ ○ ○ ○ (男)・女 生年月日 M・T・S○○年 ○月○○日 (○○才) 住所 〒○○○ ○○○○ ☎○○○○ (○○) ○○○○ 職種 (常用)・日雇 工作技術員 所定労働時間 週 ○○時間 1日 ○時間 雇入年月日 ○○年 ○月 ○日 被災年月日 ○年 ○月 ○日					
<b>請求種別</b> (療養)・(休業)・障害・遺族・葬祭・( ) 受付年月日 平成 ○年 ○月 ○日		<b>請求の概要</b> 請求人は、(株)○○製作所の工作技術主任であるが、平成○年○月○日、得意先からの機械修理の依頼により、得意先へ向かう途中、○○工務店勤務のA氏運転の乗用車と衝突し、右足大腿骨を骨折したため、療養及び休業補償給付の請求に及んだものである。					
<b>調査の結果</b> 本件は第三者行為災害であり、請求人の意思もあり、労災保険給付先行として保険給付をすべきものと思料する。 また、過失割合については、第一当事者/第二当事者=50/50であると思料する。							

## 調 査 記 録 ・ 調 査 内 容

### 1 災害発生状況及び原因 (1)

本件災害は、(株)〇〇製作所の工作技術主任である請求人が、平成〇年〇月〇日、得意先からの機械修理の依頼により、得意先へ向かう途中、〇〇工務店勤務の〇〇〇〇運転の乗用車と衝突し、右足大腿骨を骨折したものである。

なお、相手方については、乗用車の前部を損傷したのみで、負傷はしていない。

災害発生当日、請求人は得意先の〇〇食品株式会社から、機械の修理の依頼を受けたため、〇〇〇〇に所在する同社へ向かって、(株)〇〇製作所所有の自動車午後0時30分頃出発した。

午後0時50分頃、県道15号線の通称「坂の上交差点」において、交差点を西から東へ直進しようとして交差点に入ったところへ、北から南へ直進しようとした〇〇〇〇運転の乗用車と衝突し、請求人運転の乗用車が交差点南東角に立っているコンクリート製の電柱にぶつかり、右足大腿骨を骨折したものである。

(別添第三者行為災害届及び交通事故証明書参照)

### 2 調査の方法

本件調査は、第一当事者〇〇〇〇及び同事業主〇〇〇〇、第二当事者〇〇〇〇及び同事業主〇〇〇〇からの聴取、自動車安全運転センター〇〇〇事務所発行の交通事故証明書、第二当事者側の〇〇海上火災(株)〇〇支店への照会に対する回答等の資料により行った。(別添聴取書、交通事故証明書及び回答書参照)

### 3 第三者行為災害について

本件については、第一当事者〇〇〇〇は業務中であったことが、(株)〇〇製作所事業主の〇〇〇〇及び本人からの聴取によって明白であり、業務中の第一当事者〇〇〇〇に対して、第二当事者〇〇〇〇が自動車を運行するという行為によって負傷させたものであるので、第三者行為災害に該当する。

また、第二当事者〇〇〇〇は、〇〇工務店事業主の〇〇〇〇及び本人からの聴取により〇〇〇〇で行われている〇〇工務店請負のマンションの新築工事の進捗状況を確認し、勤務先にもどる途中で事故にあったもので、業務中の事故であることが

## 調 査 記 録 ・ 調 査 内 容

確認され、第二当事者が運転していた自動車は、〇〇工務店所有の乗用車であったことから、本件には、第二当事者の不法行為責任のほか、〇〇工務店事業主の使用  
者責任及び運行供用者責任が認められる。(2)

また、第一当事者に対しては、当署において自賠責先行の指導を行ったが、同人は、事業主から「自分の不注意で起きた事故だから自分で始末しろ」と叱責された  
ことから、かえって事業主に反感とともに誠意のなさを感じ、また、将来の確実な  
補償を考え合わせて、労災保険の給付を受けたいと思い請求に及んだこと、また、  
保険会社に対しても何ら請求がなされていないことが確認された(7) ことから、本  
件については、労災保険給付先行で処理されるべきものと思料する。

(別添聴取書参照)

### 4 過失割合について (4)

第三者行為災害届、交通事故証明書及び聴取書から、次の事項が判明した。

災害の発生した交差点には信号機はなく、第二当事者側の道路には一時停止の規  
制があった。

交差点付近の第一当事者側の道路は、時速40キロメートルに速度規制されてお  
り、第一当事者はこの規制速度を20キロメートル超過する時速約60キロメー  
トルで交差点に進入し、第二当事者は一時停止をして、時速約10キロメートルの速  
度で交差点に進入していたことから、減速しなかった第一当事者の過失も考慮し、  
「民事交通訴訟における過失相殺率等の認定基準」(東京地裁)を参考に両者の過  
失割合を検討すると、第一当事者/第二当事者=50/50であると思料する。

### 5 示談等について (5)

現在のところ、第一当事者と第二当事者との間には、示談が成立したという事実  
はない。

また、第一当事者は第二当事者の見舞いを受けたのみで、第二当事者及び同事業  
主から金品を受領したという事実もない。(6)

第二当事者側の自賠責保険及び任意保険は、ともに〇〇海上火災(株)〇〇支店であ

調 査 記 録 ・ 調 査 内 容

り、担当者〇〇〇〇に対して損害額、賠償金及び仮渡金の請求の有無について照会したところ、第一当事者からは損害賠償金等の請求がないことが確認された。(7)

6 調査官意見

以上のことから、本件は第三者行為災害であるが、本人の意思もあり労災保険給付先行として保険給付をすべきものと思料する。

また、過失割合については、第一当事者／第二当事者＝50／50であると思料する。

【 ポ イ ン ト 】

- (1) 災害の発生状況及び原因への第三者の関わりかた
- (2) 第三者の共同不法行為関係の有無
- (3) 自賠責保険等先行か、労災保険先行か
- (4) 被災労働者に過失がある場合、過失割合
- (5) 示談の有無、その内容
- (6) 第三者に対する損害賠償金等の請求の有無
- (7) 自賠責保険等に対する損害賠償金等の請求の有無

## 6 調査結果復命書参考様式



(1) 参考様式

整理番号

# 調査結果復命書

署長	次長	課長	給調官	係長	係	復命年月日 平成 年 月 日	
署長判決指示事項			調査官	<input type="checkbox"/> 労働基準監督官 <input type="checkbox"/> 労働事務官		印	
1. 調査官意見のとおり決定する。 2. 下記事由により再調査を要する。			調査年月日	平成 年 月 日～平成 年 月 日			
_____ _____ _____ _____			調査目的				
事業場	名称				代表者名		
	所在地	〒				☎	( )
	労働保険番号	:	:	:	:	業種	
	労働者数	男	名	女	名	合計	名
被災労働者	氏名	男・女		生年月日	M・T・S	年 月 日 (才)	
	住所	〒				☎	( )
	職種	〔常用・日雇〕		所定労働時間	週	時間 1日 時間	
	雇入年月日	年 月 日		被災年月日	年 月 日		
請求種別	療養・休業・障害・遺族・葬祭・( )			受付年月日	平成 年 月 日		
請求の概要							
調査の結果							

調 査 記 録 ・ 調 査 内 容

(2) 通勤災害用

復命番号	
------	--

署長	次長	課長	係長	調査事項	1 療養	2 休業	3 障害	4 遺葬	5 葬祭	6 傷病	① 適用	② 通勤	③ 療養	④ 治癒	⑤ 休業	⑥ 休業中の賃金	⑦ 平均賃金	⑧ 障害状態	⑨ 受給権者	⑩ 支給制限	⑪ 第三者行為	⑫ 厚年等受給関係	
調査	平成	年	月		日																		
復命	平成	年	月		日																		

保険給付実地調査復命書 (通勤災害用)

事業場の	名称	労働保険番号		府県	所轄	管轄	基幹番号	
	所在地	町	丁目	番地	電話	( )	勤務担当者名	
労働者の	氏名	生年月日	明・大・昭	年	月	日生 ( 歳)		
	住所	町	丁目	番地	職種	(常用日雇)	雇入年月日	年月日
災害の発生状況	日時		災害発生場所					
	平成 年 月 日 午後 時 分頃							
	出勤・退勤途上の別	当日に自宅又は会社を出た時刻	当日の始業終業時刻	当日の通勤形態				
	出勤・退勤	午後 時 分頃	午後 時 分頃	通常・早出・残業・特殊勤務				
状況及び原因								
通勤経路	通及動経路方法							
	通常要常勤時の所間	時間	分位	災害当日の逸脱、中断の状況	有・無	有の時の内	客	
療養	診療機関							
	期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	診療実日数	日間				
	傷病名			治癒年月日	平成 年 月 日			
	初診年月日	平成 年 月 日	初診診療機関					
休業	日数							
	休業期間中の賃金支払状況	支払無、支払有 ( 円).....平均賃金の 60%以上 60%未満						
障害	等級	第 級	号 ( のとおり)					
遺族・葬祭	死亡日時		受給権者 (氏名・続柄)					
	平成 年 月 日 午後 時 分頃							

(物品番号 6825) 6. 6

賃金	締切日	毎月	日	賃金体系	日給、月給、時給、出来高給、その他、				
平均賃金	※ (相違の有無) 有 無								
	賃金計算期間	月日～月日	月日～月日	月日～月日	計				
	総日数	日	日	日	日				
	労働日数	日	日	日	日				
	賃金	基本賃金	円	円	円	円			
		手当							
		手当							
	計								
保険料納入状況	平成	年度	期分	円	年	月	日納入	災害発生時の納滞	
			期分	円	年	月	日納入	有・無	
			期分	円	年	月	日納入		
支給制限該当の有無及び状況	有・無								
保険料算定基礎調査	平成	年度	概算・確定	を調査し、別紙調査書のとおり (調査済					年 月 日)
	平成	年度	概算・確定						
第三者行為関係について	該当の有無	届出	済・未済	示談の立	有・無	加か損害賠償者の償	有・無	第三者行為災害調査	
								年 月 日実施	
厚生年金等の受給関係	雇用事業場の有無	厚年適用の有無	年 月 日	有・無	国民年金適用の有無(遺族のみ)	有・無			
	被災労働者等資格取得	年 月 日			所轄社会保険事務所				
記事									
調査員の意見及び末	本件は				調査資料	○労働者名簿 ○通勤届券 ○賃金台帳 ○定額民券 ○源泉徴収簿 ○住民票 ○出物簿 ○請負契約書 ○元帳 ○就業規則 ○保険料領収書 ○その他 ○給与規定 ( )			
	と決定してよろしいか。								
調査者	官職	氏名		面接者	職名	氏名			
	監・事・調	Ⓜ							

(3) 適正給付対策用

調査書番号	決	署		次		課		係		
No.	裁	長		長		長		長等		係

適正給付対策に係る（実地）調査復命書

平成 年 月 日から平成 年 月 日までの 日間のうち実地調査した結果を下記のとおり復命します。

なお、今後の処理についても、下記によることとしてよろしいか併せてお伺いする。

平成 年 月 日

労働基準監督署長 殿

官職 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

官職 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

調 査 対 象 者 の 相 手	氏名		生年月日	M・T・S	年	月	日	( 歳)	
	住所	〒 _____ ☎ ( )							
	労働保険 番号		事業場名	☎ ( )					
			所在地						
	災害発生年月日	年 月 日	傷病名						
	受療医療機関名		療養の区分	入院・通院 ( 回 / 週・月)					
	就労の状況	有・無	就労内容						
	転医の有無	有・無	転医有の場合	転医年月日 平成 年 月 日					
	転医前の医療機関		面談年月日	平成 年 月 日 ( ) 時～					
	主治 医	主治医氏名		医療機関名					
住所		〒 _____ ☎ ( )							
面談年月日		平成 年 月 日 ( ) 時～							

署長の 意見等	
------------	--

調査後の 処理結果	① 療養継続 [お知らせ発出予定日] 平成 年 月 日	[管理区分決定状況] <input type="checkbox"/>
	② 経過観察 平成 年 月 日 (※振動障害のみ) 実施期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日	
	③ 症状固定 平成 年 月 日	適正給付管理カード等への記載処理 済・未済

〔調査対象者用〕

調 査 内 容

調  
査  
項  
目

1. 過去の症状、治療内容について（概ね1～2年前の状況）

(1) 過去の症状

(2) 過去の治療内容

2. 現在の症状、治療内容及び治療効果について（調査時現在の状況）

(1) 現在の症状

(2) 現在の治療内容

(3) 治療効果

(4) 症状固定の見込み時期等（主治医からの説明等） 平成 年 月 日（見込み）

3. 日常生活の状況について

4. 労災保険制度の趣旨及び治ゆの概念等の説明

(1) 労災保険制度の趣旨及び治ゆの概念の説明	① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕
(2) 障害（補償）給付の請求に係る手続き	① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕
(3) 経過観察の趣旨の説明（※振動障害のみ） ・経過観察を行う場合の実施時期 ・経過観察中の転医の取扱及び署への事前連絡について ・経過観察終了後の取扱について	① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕 平成 年 月 日から平成 年 月 日 ① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕 ① 行った。 ② 行わなかった。
(4) 各種援護制度、アフターケア制度の説明	① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕
(5) 就労希望の有無	① 有り ② 無し ②の理由〔 〕

〔主治医用〕

調 査 内 容

調  
査  
項  
目

1. 過去の症状、治療内容について（概ね1～2年前の状況）

(1) 過去の症状

(2) 過去の治療内容

2. 現在の症状、治療内容及び治療効果について（調査時現在の状況）

(1) 現在の症状

(2) 現在の治療内容

(3) 治療効果

3. 今後の具体的治療方針について

4. 症状固定の見込み時期等（不明の場合その理由等） 平成 年 月 日（見込み）

5. 就労の可否及びその理由等

6. 労災保険制度の趣旨及び治ゆの概念等の説明

(1) 労災保険制度及び治ゆの概念の説明	① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕
(2) 経過観察の趣旨の説明（※振動障害のみ） ・経過観察を行う場合の実施時期 ・経過観察後の所見書又は意見書の提出依頼について ・経過観察中の転医の取扱について	① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕 平成 年 月 日から平成 年 月 日 ① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕 ① 行った。 ② 行わなかった。
(3) 各種援護制度、アフターケア制度の説明	① 行った。 ② 行わなかった。 ②の理由〔 〕

調 査 内 容	
その他参考となる事項	
調査官意見	

署内の検討結果内容等	
------------	--

検今 討後 結の 果事 に務 外 基 づ 理 く	1. 局署検討会等に協議した後判断する。( 月開催) 2. 鑑別診断の結果判断する。( 月頃 医療機関の 医師を予定) 3. 局医協議会に協議し、その意見を踏まえ判断する。( 月開催予定) 4. 療養継続とする。 5. しばらく療養継続し様子をみて判断する。( 月後再度判断) 6. 経過観察( 月)後判断する。 7. 症状固定とする。( 月 日) 8. その他( )
---	---

※ 該当項目番号に○印を付す。