

クリソタイルを含めた 全アスベストの規制を

被害と規制を考える4.18集会

4月18日東京で、規制法制定をめざす会主催によるアスベスト被害と規制を考える4.18集会が開催され、会場一杯の130名の方が参加した。

既報のとおり、4月からアスベスト規制に係る労働安全衛生関係の改正政省令が施行されているが、集会ではまず、労働省安全衛生部化学物質調査課の北沢調査係長から、今回改正の主旨についての解説が行われた。

改正の内容は主に4点。

第1に、アスベストの中でもクロシドライト(青石綿)及びアモサイト(茶石綿)の製造、輸入、譲渡、提供、使用禁止(試験研究による製造、使用を除く)。

第2に、規制対象範囲を石綿含有率「5%」超から「1%」超に拡大。

第3に、石綿が発じんしやすい作業を行うときの呼吸用保護具及び作業衣(または保護衣)使用の義務付け。

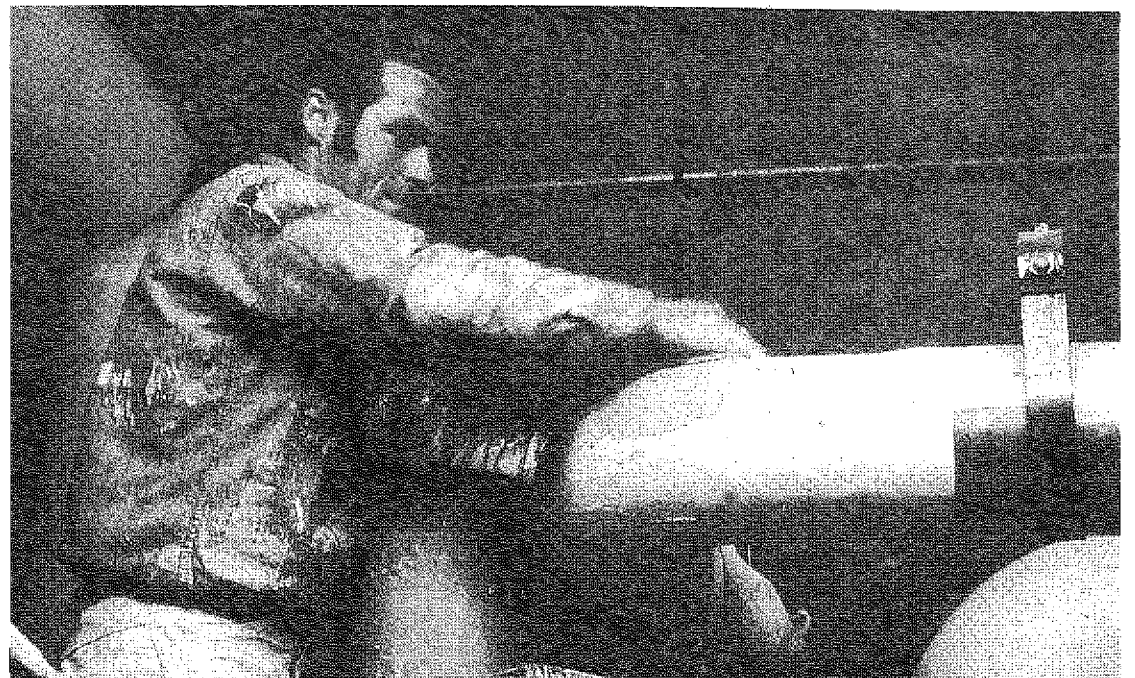
第4に、石綿除去工事の際の労働衛生対策関係で、①建築物の解体等の作業における石綿当の使用状

況の調査・記録、②耐火建築物等における石綿等の除去作業に関する届出、③石綿除去作業場の隔離。

次に、連合総合労働局の熊谷部長が、この間の連合の取り組みと考え方について紹介した。連合では、今回の政省令改正について、中央労働基準審議会などで労働省に意見を出してきた。今回の改正を評価しつつも、①石綿吹き付け作業の完全禁止、②作業環境評価基準を、アモサイトとクリソタイルは1繊維/cm³、クロシドライトは0.1繊維/cm³とする(半減化)、③健康管理手帳など健康管理体制の充実、④助成制度の改善、の4点の意見が実現されており、今後も求めていく。また、総合的な化学物質等の規制のあり方についても検討を進めているとのことである。

続いて、この日のメインゲストとして、ニューヨークのマウントサイナイ医科大学で長年アスベスト疾患の研究に携わってこられた鈴木康之亮教授の記念講演が行われた。

鈴木教授は、27年間協同研究の相手だった故セリ



パイプに石綿を塗り付ける石綿保温工労働者の作業

コフ博士の「プロフェッショナルな人間は常にパブリックに対して責任がある」という言葉を紹介。その精神そのままに、アスベスト関連疾患についてわかりやすく解説していただくと同時に、国際的にいままさに論争の最中にある問題についても、そのポイントを指摘された。

それはクリソタイルの有害性をめぐる論争で、ともすると誤解されて伝わっている。実は、クリソタイルに発がん性があることについては科学者の間では常識であり論争は存在せず、意見の違いは、クリソタイルが悪性中皮腫を起こすか否かという点についてであると、明解に指摘。鈴木教授たちやアメリカ政府は肯定する立場であり、その理由も科学的に解説された。

また、今や先進国では最大のアスベスト消費国・日本への提言として、①過去に濃厚暴露を受けた業種の確認、労働者・一般の人々への教育(禁煙の必要性を強調)、産業衛生上の予防措置の徹底、②適切な医療監視プログラム、特に見逃しの内容に医師

の教育、医師間の情報交換の重要性を強調された。

集会では、環境監視研究所(大阪)の中地重晴氏から、阪神・淡路大震災の「被災地のアスベスト対策を考えるネットワーク」の取り組みの報告(5月号参照)と支援の要請が行われた。アスベスト根絶ネットワーク等とともに進めてきている子供たちへの防じんマスク配布活動を紹介するビデオも紹介された(これらの活動に対するカンパは下記口座へ)。なお、5月27日(土)13:30-16:30には、神戸元町駅近くの兵庫県私学会館で、「シンポジウム：見えない危険が飛んでいる—被災地のアスベスト汚染を考える—」が開催される。

振込先：富士銀行本郷支店(普)1935820

阪神大震災マスク支援プロジェクト

今号では、この集会における鈴木康之亮教授の講演内容を紹介するとともに(文責は編集部にあります)、この間、全国安全センターに届けられたアスベスト問題に関する国際状況を伝える情報等を特集した。



石綿関連疾患

—その科学的考察—

鈴木康之亮

マウントサイナイ医科大学教授(ニューヨーク)
アスベスト被害と規制を考える4.18集会講演

■ 専門家は一般大衆に責任がある

日本語で話すのはあまりスムーズでないかもしれませんが、申し訳ないのですが勘弁していただきたいと思います。

御紹介を受けたように、ドクター・アーヴィン・J・セリコフと考えると27年間、アメリカと一緒に仕事をしていたわけですが、ドクター・セリコフは常々、プロフェッショナルな人間はたえずパブリックに責任があるという哲学を持っていました。僕は日本人で英語も決してうまくないのですが、ときどきアメリカのパブリックのところに行き、石綿の問題、とくに私は病理学者ですので、病気を中心としてわかりやすく一般の人に解説するということを学んできました。どれだけみなさんにわかりやすく話すことができるか一生懸命やってみます。

■ 石綿の線維化能力と発がん能力

みなさん御存知のように、石綿は繊維性の構造を持った鉱物で、耐熱性、耐火性、絶縁性等々、非常に優れた性質を持っています。そのために、インダストリーがいろいろな目的に使っているわけです。医学的にみると、一度体内に入った石綿の繊維は、そう簡単に消化されたり、吸収されません。そこに長い間とどまります。そのために2つの非常に

重要な生物学的影響を起こします。ひとつは、組織や細胞に障害を与え、その結果として、組織の癒着化あるいは線維化を起こす。つまりひきつれを起こすわけです。これを「線維化能力」と申しましょう。

その次に非常にやっかいな問題は、石綿の繊維はがんを発生させる能力がある。つまり「発がん能力」があるということです。スライド(省略)は電子顕微鏡でみた石綿の繊維です。御存知のように非常に幅が狭くて長い繊維です。

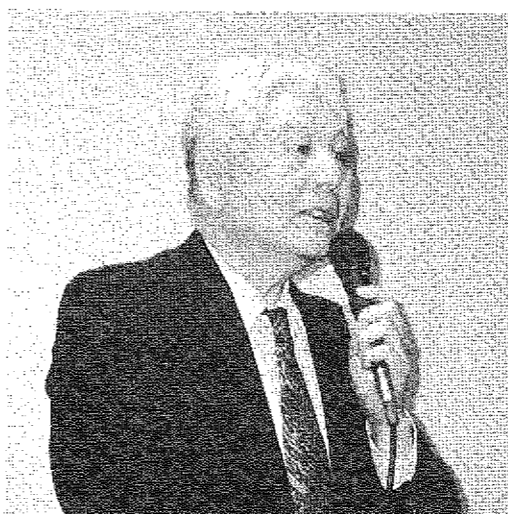
■ 石綿によって起こる3大疾病

石綿によって起こる代表的疾病は3つあります。

1番目は「石綿肺」。アスベストosisとよびますが、これは明らかに石綿の線維化能力によって起こる病気です。今世紀の始め頃から1930年、40年頃までは、作業場における石綿暴露の規制があまり制度化されていなかったために、石綿製品を使っている、たとえば紡績工がずいぶん死んだわけですが、これらの人々はがんではなくて、非常に多くのケースが石綿肺で死んでいるのです。

2番目、3番目は石綿の発がん能力によって起こる病気です。「肺がん」と「悪性中皮腫」という2つのがんです。

肺がんは、石綿以外によってもわれわれの身体に起こります。たとえば紙タバコがいい例ですね。し



鈴木康之亮氏

1929年生まれ、慶応大学医学部卒。1975年からニューヨーク市立マウントサイナイ医科大学教授(環境医学・病理学)。故I.J.セリコフ教授らと、米国、カナダの石綿取扱労働者を疫学調査。

かしあとで話しますが、喫煙と石綿の暴露が混合した場合に恐るべきことが起こります。それは相乗作用です。1+1が2でなくて4になるわけです。そういう特徴があります。しかも、肺がんが数でいうと悪性中皮腫よりも多いのです。これもあとで科学的データを表で示します。

3番目の悪性中皮腫は、胸膜か腹膜に発生します。胸膜はむかしは肋膜と言いましたね。腹膜はお腹の中を覆っている薄い膜です。悪性中皮腫は、歴史的に非常に興味のあるがんです。というのは、悪性中皮腫が発生しはじめたのは、石綿あるいは石綿製品を多量に使い出してから20年後に出てきた。つまり非常に長い潜伏期間を経て出てきたということなのです。大昔には非常にまれながんだったのですが、ひとつの近代病—石綿製品の製造の発達とともにたくさん発生してきたがんです。たいへん悲惨な病気です。病気の症状が現われてから6か月から2年のうちにほとんどの患者が死亡します。残念ながら現在、治療の方法は全くありません。レントゲンをやってもだめ、化学療法でもだめ、最近はやりの免

疫療法でもだめ、救いようのないがんなのです。これが悪性中皮腫です。

■ 石綿肺

スライド(省略)は、人間の実際の肺を薄い切片に切った標本です。石綿肺です。肺の実質は広範囲にわたって癒着化—線維化しています。そのために肺の既存の、肺胞という小さな穴が肉眼でほとんど見えない。癒着化によって肺の実質が変化してしまったわけです。それと同時に、肺の外側に、非常に厚い胸膜の肥厚、繊維があります。つまり、肺の中に吸引された石綿は、肺の実質に癒着化を起こすと同時に、正常状態では肺の実質を包んでいる胸膜の線維化も起こすわけです。

この結果として、線維化が高度になると、肺胞の壁で行われる酸素と炭酸ガスのガス交換ができなくなり、そのために患者は呼吸困難になり、最後には死にます。これが石綿肺です。

■ 肺がん

次は実際の肺がんの標本です(省略)。このケースでは肺門部に白く大きながんができています。先ほど言ったように、石綿によって起こるがんは、肺がんの方が数から言って悪性中皮腫よりも多いということです。

■ 悪性中皮腫

次は胸膜の悪性中皮腫です(省略)。肺の実質は真ん中が虚脱状態になっています。どうしてかと言うと、胸膜からできた悪性中皮腫が完全に肺の実質をとりまいて圧迫したために、肺の実質自体は虚脱状態になったのです。悪性中皮腫の悲惨さは先ほど申しました。治療法は全く今のところないですね。

■ 石綿関連疾患の発生率

石綿とがんとの関係で、セリコフ教授が1991年に17,800人の石綿保温工(Insulation worker。絶縁

工、配管工等とも訳されている)の統計学的な仕事を報告しています。20年間の結果です。どういう仕事をしている人かと言うと、工場その他にある配管の上に石綿のセメントであるとか、あるいは管と管の継ぎ目のあたりに石綿を塗って補強をしたり、かなり濃厚な石綿の暴露を受ける職種です。

わかりやすく言えば、そういう石綿保温工労働者が100人いると、だいたい24人(23.6%)が肺がんで死んでいます。胸膜と腹膜の悪性中皮腫は合わせて9人(9.3%)。それから、石綿肺はだいたい9人(8.6%)という割合です。

シグナル腫瘍

悪性中皮腫は、一般の人—石綿の職業的暴露を受けない人ではほとんどゼロなんです。ある人は、一般の人では100万人に1人あるかないかと言っているように、その程度に稀れながんです。ドクター・セリコフは、悪性中皮腫を別名「シグナル・チューマ(腫瘍)」と呼んでいます。シグナルとは交通信号機です。どういうことかと言うと、もしお医者さんが悪性中皮腫の診断をつけた場合、ただちに石綿の暴露を考えるとすることなのです。つまり、石綿の暴露と悪性中皮腫の発生は、非常に密接な関係がある。ほとんどのケースは石綿暴露によって起こると言ってもよいのです。

表1は先ほど言ったドクター・セリコフの仕事で、私も参画しているわけですが、17,800人の石綿保温工労働者のうちの約5,000人が1967年1月1日から1986年12月31日までに死んでいます。死因となった原因疾患が書いてあります。全死因合計で、普通の人なら3,450人死んでいるはずなのに、石綿保温工労働者は実に5,000人死んでいるわけです。職業的に石綿の暴露を受けた人は、いろいろな疾病を含めて死亡率が一般の人よりも高いということです。

表1 アメリカとカナダの保温工労働者17,800人中の死亡
1967年1月1日-1986年12月31日

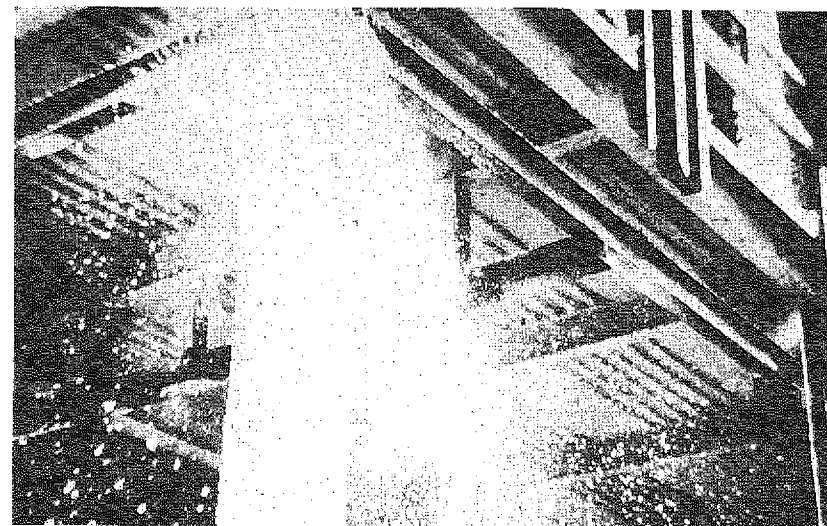
死亡原因	期待値	監察値		SMR値	
		DC	BE	DC	BE
全死因合計	3453.50	4951	4951	143	143
全がん(全部位)	761.41	2127	2295	279	301
肺がん	268.66	1008	1168	375	435
胸膜中皮腫		89	173		
腹膜中皮腫		92	285		
胃・大腸がん	135.69	188	189	139	139
広義の消化器がん	191.66	324	269	169	140
非感染性肺炎患	144.82	465	507	321	350
全石綿肺		201	427		
その他の原因	2547.27	2359	2149	93	84

SMR:標準化死亡率 DC:死亡診断書 BE:生体組織検査

死亡診断書とは異なる病理診断

PCというのはお医者さんの書く死亡診断書です。BEというのは私あるいは私の同僚の病理学者が、死んだ人の臓器あるいは組織を実際に顕微鏡で見直して診断を確認したもので、つまり非常に確実な診断です。死亡総数はもちろん同じですが、細目でみると違いが出ています。例えば、肺がんの場合は、一般の人が268人死んでいるところ、職業的暴露を受けた人は、死亡診断書によっても実に1,008人。ところが病理学者が再検査をしたら、実際にはそれより多く1,168人です。一般の人の死亡率と石綿保温工労働者の死亡率を比較すると、肺がんは約301%、3倍多いのです。非常に高い肺がんによる死亡数が出ているということになります。

悪性中皮腫は、先ほど言ったように一般の人はほとんどゼロです。ところが、石綿保温工労働者では、病理学者が確認したら悪性胸膜中皮腫で173人も死んでいるのです。それから、悪性腹膜中皮腫が265人。非常にたくさんの人が悪性中皮腫で死んでいるわけです。しかも、死亡診断書と病理学者のつけた



診断の数と比較すると非常に大きな差があるということは、死亡診断書の診断が必ずしも正しくないということなのです。これは、ドクター・セリコフが非常に偉かった点で、普通の疫学者は死亡診断書だけでデータを出すのですが、彼はもう一度病理学者に診断を求めた。非常に慎重なデータ集めをしたということが言えます。

その他のがん

繰り返しますが、職業的暴露を受けた人には2つの大きながんが出る。肺がんと悪性中皮腫です。さらに石綿保温工労働者の場合、それ以外に統計学的には少なくとも、それ以外にいろいろなところに発生するがんの発生率が、一般の人よりも高いのです。例えば口腔—口の中、あるいは咽頭、喉頭、食道、胃、結腸、直腸、胆道、膀胱、腎臓。その発生率は、肺がんや悪性中皮腫に比べると少ないのですが、一般の人よりは多いのですね。

長い潜伏期間

石綿病一仮に3つの代表的な石綿肺、肺がん、悪性中皮腫を取り上げますが、その発症には非常に長い潜伏期があります。通常、最小限で15年、普通は20年以上、場合によっては50年や50年を越す人もい

ます。そういう長い潜伏期を経て、病気が出てくるのです。すなわち、今日、悪性中皮腫と診断された人は、実際には今から15年以上も前に暴露した石綿によって起こったと考えてよいのです。そして、今日、石綿の大量暴露を受けた人は、決して明日、肺がんや悪性中皮腫が出るわけではなくて、15年やそれ以上あ

とに来るのです。「静かな時限爆弾」と言われましたが、まったくそのとおりなのです。

石綿病がみられた職種

アメリカで、どういう職種の人々に石綿病がみられたか。ひとつは石綿製品を製造する業界の労働者。2番目が石綿製品を直接取り扱う労働者。もちろん、これらの前に石綿鉱山の労働者が考えられるわけで、実際鉱山労働者にも石綿病が発生していますが、アメリカではカナダやロシア、南アフリカと違って、商業ベースに乗るような大きな石綿鉱山はありません。

ですから、アメリカでは、大部分は石綿製品製造従事労働者かその製品を直接取り扱う労働者—後者にはいろいろな業種があります。例えば、造船業—現在、アメリカでは、今から15年以上前に造船所で働いた人たちに多数の石綿関連疾患の患者が出ているはず。あるいは、建設業—非常にたくさんの石綿暴露業務があります。ガス・電気事業というのは、発電所関係で、発電所の中では配管やタービン室等にたくさんの石綿をずいぶん使っています。保温工や石綿を使っているパイプをセットアップする人たち。鉄道輸送—とくにむかしの蒸気機関車ではブレーキに石綿を使っています。自動車整備

ブレーキの修理やメンテナンスを行っている人たち。船員一機関室、エンジン室にたくさんの石綿を使っています。それから、精油所、化学工場、これらでもたくさん使っているため、その労働者たちにも石綿関連疾患が発生しています。

石綿露作業の実例

スライド(表紙写真参照)は、御存知かもしれませんが、ワールド・トレード・センターという、ニューヨークの1970年代前半にできた非常に高いビルの現場です。一生懸命石綿の吹きつけを行っているわけです。ですから、あのビルには大量の石綿が使用されています。

スライド(前頁写真)は、天井に石綿を吹きつけているところです。白い物が全部石綿です。

スライド(次頁写真)は、アスベスト・プレートをのこぎりで切っているところです。建設労働者はこういう暴露を受けているわけですね。

スライド(3頁写真参照)は、典型的な石綿保温工労働者。パイプの上に石綿を塗っているわけです。マスクもしていないですね—これはむかしの話ですが。こういう人たちの間に、24%の肺がん、9%の悪性中皮腫、9%の石綿肺という高率の石綿病の患者が出ているわけです。

石綿病と暴露量の関係

石綿病と石綿暴露量の関係です。これは、疫学という生物統計の学問の専門家は、直接的な量—反応関係があると言っています。どういうことかと言うと、簡単に言えば、多量の石綿暴露を受けた人ほど石綿病が発生するリスクが高いということです。だからこそ、規制が必要なわけです。

石綿病と石綿の種類

すでに皆さん御存知のとおり、石綿にはいろいろな種類があります。クリソタイル、アモサイト、クロシドライト、アンソフィライト、トレモライト、

表2 二つの異なる発がん物質の協同作用—喫煙と石綿暴露による肺がん死亡の相対危険度—

喫煙	石綿暴露	
	(-)	(+)
(-)	1.0	5.2
(+)	10.8	53.2

人口10万人当たり喫煙(-)石綿(-)の男性の肺がん死亡率11.3を1.0としたときの相対危険度
出典:Hammondsら(1979)

アクチノライトと、これだけの種類がある。しかし、大事なものは、クリソタイル、アモサイト、クロシドライトの3つです。これらは、商業ベースで売られているからです。どういうことかと言うと、この3種類の石綿に暴露されている労働者が圧倒的に多いということになります。

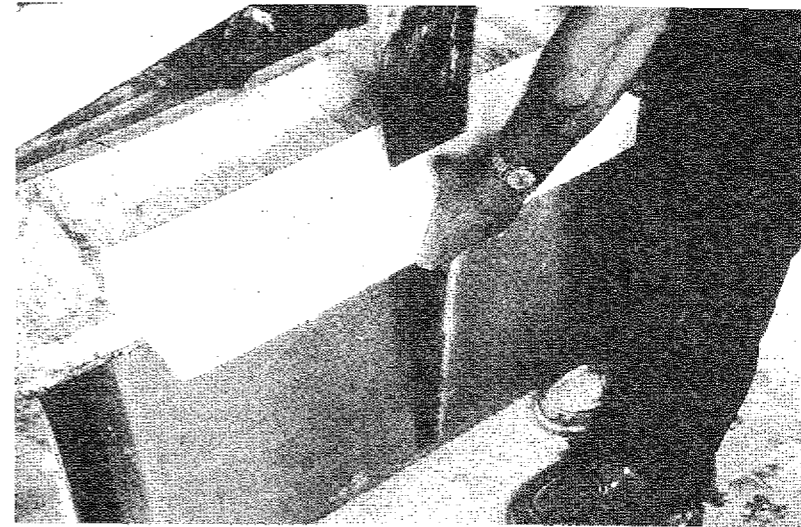
大事なことは、すべての石綿のタイプが、石綿肺、肺がん、悪性中皮腫を起こすということです。これは、科学者たちの常識になっています。

石綿と喫煙の関係

次は大事なことで、石綿病と紙タバコ喫煙の関係です。先ほど紹介したように、石綿暴露と喫煙との合併はがんの発生を相乗的に増加させます。それからもうひとつ大事なことは、もし、石綿に職業的に暴露している労働者が、しかもその人が長い間たくさんタバコを吸っていた場合、その方が思い切って10年以上禁煙すると、その方々の肺がんになるリスクは半分以下に減るのです。

これは、亡くなったセリコフが、よく労働組合に行ってみなさんに話をしました。つまり、みなさんはすでにずいぶん石綿に暴露している。だけれども、タバコは今からでも遅くはないからやめなさい。肺がんになる危険率が下がりますよと。これは、アメリカでも日本でも同じことだと思います。労働組合の指導者は、このことをよくみなさんに言い聞かせる、教育する、私は義務があると思います。

それから、悪性中皮腫ですが、これは喫煙に関係



ました。クリソタイルが肺がんを起こすことは、科学者たちの間で間違いなく常識になっています。例えば、クリソタイルを産生する石綿鉱山労働者に肺がんが出ています。それから、クリソタイルを使った紡績工場の労働者にも非常に高い肺がんの発生をみえています。

クリソタイルが肺がん

を起こすことは、科学者

の間で承認されているのです。

意見の違いというのは、クリソタイルと悪性中皮腫の関係です。これが科学者たちの間で差があります。私を含めた私たちのグループ、それとアメリカの政府—NIOSH(国立労働安全衛生研究所)、OSHA(労働安全衛生局)等は、クリソタイルはクロシドライトと同様に悪性中皮腫を引き起こすという立場をとっています。

その理由として、分子生物学的な最近のデータで、クリソタイルは細胞のクロマトに変化を起こすことはもうわかっています。それから、遺伝子に変異を起こすこともわかっている。そういう分子生物学的なデータがひとつ。それから、私たちのものも含めた動物実験によるほとんどの実験病理学者のデータでは、クリソタイルは間違いなく動物に悪性中皮腫を起こします。それから、人体の症例報告です。例えば、自動車のブレーキライニング(の修理・整備等)を本業としている人たち—この方たちはほとんどピュアなクリソタイルを吸っているわけですが—こういう人たちからも悪性中皮腫が出ています。それから疫学、疫学というのはたくさんの労働者の集団を正常な人たちと比較する学問ですが、疫学的にも、クリソタイルの鉱山から明らかに悪性中皮腫が出ています。これは、カナダや北イタ

がありません。タバコを吸おうと吸うまいと、悪性中皮腫は出てくるのですね。

石綿肺の患者で、タバコを連続的に吸うと、二次的な炎症を起こしやすい。そのために、石綿病患者の予後を悪くします。つまり、寿命を縮めることになります。ですから、石綿肺の患者もタバコをやめたりやめるべきなのです。

表2は、タバコと肺がんの関係を示したものです。タバコを吸わない人がマイナス、吸う人がプラス。石綿に職業的に暴露していない人がマイナス、している人がプラスです。タバコを吸わない、石綿暴露も受けていない人の肺がんリスクを1とすると、タバコを吸わないで職業的に石綿に暴露している人が5なのです。つまり、石綿労働者でタバコを吸わない人は、一般の人よりも5倍高く肺がんが出ます。タバコを吸って石綿の暴露を受けていない人のその危険率は10です。一般の人でもタバコを吸う人は、吸わない人に比べて10倍高い。ところが、石綿暴露があって、しかもタバコを吸っている人は50倍。1:5;10:50という違いがあります。ですから、タバコはやめた方がよいということになります。

クリソタイルをめぐる論争

先ほどもクリソタイルのことが話題になってい

リアのクリソタイルの鉱山で出ています。アメリカのサウスカロライナの紡績工場の労働者もほとんど純粋なクリソタイルを吸っているわけですが、こういう人たちからも悪性中皮腫が出ています。イギリスのロックデルという所にある紡績工場のデータからも同じようなデータが出ています。

最後は、組織内の石綿繊維の定性・定量。どういふことかと言うと、電子顕微鏡を使って、肺の中あるいは悪性中皮腫の腫瘍の組織の中から石綿の繊維を検出する。悪性中皮腫の患者の肺の中にクリソタイルだけしか検出できないというケースが、すでに報告されています。例えば、大阪の森永博士のグループの仕事でも、明らかに6例みえていますね。私自身のところでも、未発表ですが、8例そういうケースをみえています。そういうことで、クリソタイルも悪性中皮腫を起こします。

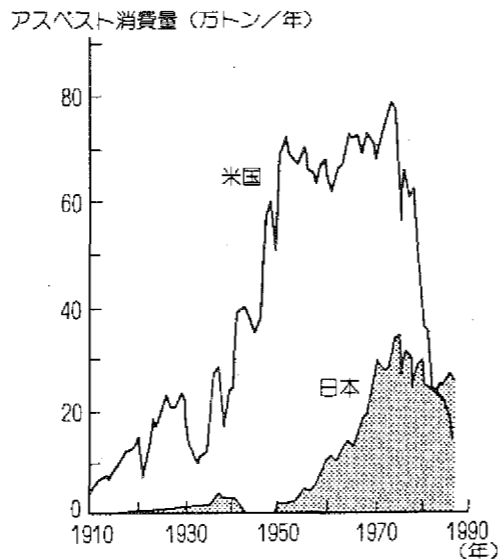
アメリカでの石綿規制

アメリカの労働省では、アモサイトもクロシドライトもクリソタイルも、同じように作業場の制限濃度は、すべて0.1繊維(本)/cc。日本やILOの規制よりももっと厳しい条件を定めています。これは一番新しいもので、それまでは3種類の石綿の繊維とも0.2本だったのですが、去年の10月から0.1本に引き上げられています。

石綿の環境暴露

石綿の環境暴露という問題があります。石綿関連病、特に悪性中皮腫という病気は、石綿製品を製造したり、あるいはその製品を直接扱っている人々だけではなくて、その家族からも発生をみえています。これはどういうことかと言うと、石綿労働者が石綿によって非常に汚れた衣服を着たまま家へ帰ってくるわけです。奥さんがそれを洗濯する。あるいは、職場から帰ってくる父親を子供が迎えに帰ってくる間に、汚れた衣服から空中に散布された石綿を子供が吸うわけです。そういう人たちが、同様に長い

図1 日本と米国のアスベスト消費量の推移



潜伏期を経て、15年以上、20年以上たつて、悪性中皮腫が出てくる。私自身も、数例、そういうケースを経験しています。石綿労働者のみならず、その家族も、悪性中皮腫になる可能性があるということなのです。

日本は最大の石綿消費国

図1は、先ほど御紹介した森永謙二博士の1986年の論文から引用させていただいたのですが、アメリカと日本の石綿の消費量の比較です。アメリカでは、1970年代の後半にマキシマムで80万トン近くまでいったのですが、それからガターンと消費量が減っているわけなんですね。ニューヨークを出る前に、私の同僚のニコルソン教授に、今どのくらいかと聞いたところ、アメリカでは、年間だいたい3万トンだと言っていました。それが、日本では、多少は1990年頃からは減っているのですが、それでも20万トン消費していると聞いています。この数は、先進国では最大の消費量です。

アメリカの科学者は、日本人は、先進国の中で一番石綿の暴露を受けている国民であろうと言って



います。おそらくそのとおりだろうと思います。

提言① 過去の調査と予防措置

最後になりますが、日本における石綿問題についてどういう助言ができるかと考えてみたわけです。

第1に、日本ではアメリカやヨーロッパと違って、系統的な疫学のデータが残念ながらありません。5,000人、6,000人の労働者をフォローアップして、死因を確かめながら、積み重ねていくというデータが出ていないのです。それは、しかし、先進国のデータを使えばよいと思います。

問題は、やはり、日本のどのような業種に非常に濃厚な暴露を受けたグループがあるだろうかということを探る必要があるだろうと思います。なぜなら、そういう人たちのグループから、将来、石綿病が多発してくる可能性があるからです。

それから、もちろん、これ以上の暴露を防止するための産業衛生上の予防措置をとることですね。規制は、その非常に大きな役割を果たすと思います。

提言② 監視・教育プログラム

第2に、医学的な監視プログラムを、しっかりつくる必要があるだろうと思います。一般大衆あるいは労働者に対する教育というのは、非常に大事なわ

けです。特にその中で、喫煙・タバコを吸うのをおやめ下さいということをお知らせする必要があります。また、石綿病をできるだけわかりやすく一般の人々に説明する必要があります。それから、石綿病のハイリスク・グループ非常に多くの石綿の暴露を受けたグループの、定期的な健康診断が必要でしょう。

次に、おそらく、私の考えでは一番大事なことは、お医者さんに対する教育だろうと思うのです。

つまり、正しい石綿病の診断を受けることができるように、お医者さんを教育する必要があるだろうと思うのです。最後に、石綿病に取り組んでいるお医者さんとの情報交換をよくする必要があります。このように思うわけです。

ドクター・セリコフのこと

最後のスライド(鈴木氏が紹介したものは省略。写真は1989年に天明佳臣副議長(右)と撮影したものは、ドクター・アーヴィン・J・セリコフです。ちょうど3年前に亡くなりました。27年間一緒に仕事をしてきましたが、たいへんな人でした。非常に心の温かい、それでいてセンシティブに富んだ人でした。子供のころに小児麻痺をやっています。そのために人の痛みをよくわかる。私はそういう具合に解釈したのですが、非常に病人に対する思いやりがある。それから非常にたくましい人です。

実は、肺結核の患者に対する治療でイソニコチン酸ヒドラジットという特効薬があるのですが、それを世界ではじめて使った人です。ラスカー・ワード(賞)―日本で言えば学士院賞に当たる賞をもらった人ですが、どういうわけかニュージャージーで10

年間開業します。その間にニュージャージーのアスベスト工場の従業員を定期診断をしながら、石綿病を発見したわけなのです。開業医として非常に成功していたのですが、一切切それを売り飛ばして、もう一度石綿病の研究のためにマウントサイナイ(医科大学)に帰ってきた。そして、またたく間にアスベスト関連疾患の研究者の世界的な大家になったという、こういうすさまじい人なんですね。

私もいろいろな人に会いましたが、この人ほど人生の生き方と言うか、そういうものを勉強させられた人はないと思っています。

これで、私のはなしを終わらせていただきます。



*****質疑応答(一部)*****

3大疾病以外の石綿病

- 質問 3大疾病以外の疾病の石綿との関係は。
- 回答 例えば、喉頭がん、食道がん、腎臓がん等のがんですが、これらの病気それ自体の診断は特別なことはなく、一般的な診断法でわかるわけですが、その病気がアスベストの暴露と関係があるかどうかということがポイントで、それは非常にむずかしい問題です。私個人の意見では、証明するためには、やはり石綿繊維の組織内における同定をする必要があると思います。例えば、喉頭がんの患者の喉頭から石綿の繊維を検出すること、あれば病気との関係はかなり信憑性の高いものになると思います。現実の問題として、喉頭がんを除いては、そういう仕事が出ておりません。

医師と労働組合の協力

- 質問 医学界の協力を得られる方法があるか。
- 回答 なかなかむずかしい質問。ただ、われわれのやった17,800人も、なぜああいう仕事ができ、セリコフが死んだ後でも続けることができているのか。労働組合が、ドクター・セリコフを100%信用して、全てのデータを集めて送ってくれる

システムができていたということなのです。具体的な例を言えば、保温工労働者の組織はアメリカ合衆国とカナダの両方にまたがっています。ユニオンのメンバーが病気で不幸にして亡くなると、1週間以内にマウントサイナイにほとんど全てのデータが集まる。氏名とか性は仕事が始まる前に登録してありますが、例えば、どこの病院でどのくらいの経過で亡くなって、どういう病理材料があるかということも全部調べ上げた上で、レントゲンから病理標本から全て送られてくる。もうちょっと考えられないほどの緊密な協力関係があるわけです。それは、やはり労働者と医者との間の信頼関係がなければできないと思いますね。それができたからこそ、あの仕事のできたのです。

時間をかけて医師への教育

- 質問 話にあったように知らない医者もいる。
- 回答 先ほど最後に言ったように、お医者さんの中でも経験のない方はやはりずいぶんいるわけです。正直言って。これはアメリカでも実際そうでした。今から15年、20年前には、死亡診断書や解剖報告書を見ても、これは明らかに間違いだと思えるケースが多々あった。しかし、それから20年たつと、どんな田舎の病院でやった剖検所見でも、石綿病のことがきちんと書いてある、そういう報告書がずいぶん増えました。時間をかければそういうことが起こってくるのは間違いないと思います。そのためには、経験がある人が経験のない人に教育することが非常に大事です。それが、医師への教育ということになると思います。

石綿問題に対する認識

- 質問 アメリカでの患者の側からの働きかけはあるのか。どのような行動をしているのか。
- 回答 それはもう非常に強いわけです。アメリカの科学者の長年の努力の結果だと思うが、例えば、アメリカには国立がん研究所というのがあ

る。そういう役所でちゃんとしたパンフレットを一般の人向けに出しています。あなたは以前造船所で働いていたことはないか、最近体重が減っていないか、せきはないか、あるいはお医者さんに肺に水がたまったと言われたことはないか。そういうことがあったら、それは石綿病の疑いもあるというようなことをちゃんと書いてある。そして、一般の人が非常によく知っています。

欧米人と日本人の違いもあると思います。欧米人は被害を受けた場合に黙っていない、という資質が強いからです。例えば、今進行中の石綿関連の裁判だけで全米でおそらく10万件以上あると思います。ときどきわれわれの大学にも電話がかかってくる場合があります。冷蔵庫を製造している会社に勤めていたが、たしかに石綿をたくさん使っていた。最近お医者さんに行ったら肺がんと言われた。その時の仕事と関連があると思うが、返事をしてくれなどという電話がかかってくる。非常によく認識しているわけですね。

日本でも石綿の問題がときどき新聞に出ますが、長続きしませんね。石綿病に実際かかっている人の数が実際少ないからかということ、私は、少ないのではなくて、潜在的にはたくさんあるのだけれども、お医者さんがみつけられないのじゃないかと思います。極端に言う。そうでないと常識的につつまが合わない。20年前にもかなりの石綿を使っているわけですから、もう潜伏期はある程度過ぎている。それにもかかわらず、例えば、労災認定に出てくる件数は少ないし、裁判の数も少ないということは、やはり、病気の発見側に何か問題があるのではないかと思う。そう言うとお医者さんに叱られるかもしれませんが。

肺がんと石綿との関係の判定

- 質問 肺がんが増えている中には石綿の影響も出ているのか。どうしたらそれを洗い出せるか。
- 回答 その方が濃厚な石綿暴露を受けたという

ことを証明すればよいわけです。具体的には、レントゲンの専門家は、胸部のレントゲンをみて石綿特有の所見をみつける努力をし、それがあれば石綿との関連性のある意見書を書くと思う。私たちのような病理学者は、バイオプシー(生検)でも解剖でもよいが、実物を調べる。標本を調べて石綿特有の線維化があるかどうかをみる。もうひとつは、石綿は非常に安定性の強い物質で、一度体内に入るとそう簡単には消えない。だから、その組織さえあれば、それを消化して電子顕微鏡の下で調べれば、1gに何本の石綿繊維があるかわかる。それによって、その人がどれだけの石綿暴露を受けたかわかる。そういう明らかな濃厚な暴露があれば、これはいかにタバコを吸っている人であろうと、少なくともその人の肺がんのひとつの重要なファクターとして石綿が関連していると言ってしまう間違いはない。

- 質問 日本では解剖を一般に嫌う。
- 回答 しかし、肺がんの診断をお医者さんがする場合にだいたいバイオプシーをしますね。解剖材料でなくても手術材料でもよい。肺がんであることを確認するためには、どの病院でも材料をとって顕微鏡の下で見て確認する。その時に腫瘍組織と一緒に正常な肺組織もたいてい含まれています。そこをとって調べればよいわけです。材料はぜひ確保していただきたいですね。

結核という病名でも石綿病

- 質問 一般の町医者がつけている結核という病名の中にも石綿病があるのではないか。
- 回答 私はレントゲンの専門家ではありませんが、ドクター・セリコフがニュージャージーで開業して石綿工場の患者を診ていたとき、一般の人が肺結核と診断をつけたレントゲンを、結核の専門家として、これは違う病気だということに気がついた。だから、同じようなことがあるかもしれないね。



毎年2千名の命を奪う the killer dust

イギリスの反アスベスト活動家からの手紙

昨(1994)年の9月末に、イギリスのハル・アスベスト行動グループから、全国安全センターの英文ニュースレターに同封したアンケート(それぞれの国での労災補償や医療保障・福祉制度などについて尋ねたもの)に対する返事が届いた。イギリスでの上記諸制度の枠組みや、アスベストに関連する情報、グループでの取り組みなどを簡単に書いて下さったものである。

このハル・アスベスト行動グループのリーダーでもあったディック・ジャクソンさん自らがその後、アスベスト関連疾患により亡くなったとの報せを、ロンドンで発行している労働安全衛生に関する季刊ニュースレター Hazards で知ることになった。ジャクソン氏の追悼の記事や同紙のイギリスでのアスベスト被害に関する記事を読みながら、アスベストの危険性や被害の広がりについて改めて考えさせられた。以下に手紙と Hazards (Winter 1994/5) 掲載記事を紹介する。



日本の全国安全センターの皆さん

ニュースレター "Working Environment & Pollution Problems" (編注: 全国安全センターの英文機関誌) の最新号をお送り下さりありがとうございます

います。非常に興味深く読ませていただきました。アスベストに関する記載のなかで、クリソタイル(ホワイトアスベスト)使用の口実を許しているように思われる部分が気になりました。私は、クリソタイルも他のすべてのタイプのアスベストと同様、禁止すべきだとの信念をもってこれまで取り組んできました。クリソタイルもブルーアスベスト、ブラウンアスベストと同じ問題を生み出すものであるからです。

イギリスでは悲しいことに、今でもホワイトアスベストを輸入しております。私は何年にもわたって、すべてのアスベストを禁止するためのキャンペーンに取り組んできました。けれども、政府官僚は耳を貸そうとせず、このきわめて有害な物質の輸入に眼をつぶっています。そして、今でも多くのハイランクの人々が、この有毒物質から利潤を得ているのです。

もしもアスベストを輸入すれば、誰かが切ったり、穴をあけたりという作業をしなければなりません。こうして、その繊維を吸い込むことになるのです。もちろんアスベストに関連するさまざまな局面に対応した規制がありますが、そうした規制はどれだけ実施されているのでしょうか？

私が住んでいるハンバーサイド州では、1か月に1人がアスベスト関連疾患で亡くなっており、イギ

リス全体では、1年間で約2,000人の人が亡くなっているのです。こうした統計に現われる数値は、あと30年間は続くと言われていました。1990年から製造業者や雇用主がアスベストの危険を知りながらも、それを無視してアスベストをつくり、使い続けたからなのです。

労災職業病の補償についてなど、諸関連法規に関する情報を集めていらっしゃるということですが、法律はあまりにたくさんありすぎて、とても書き尽くせません。アスベストに関する規則には、アスベストの除去や取り扱い、移動、廃棄などが含まれているのですが、いまでも、アスベストに関する法違反がよくあります。労働者は、時間短縮という意味で近道するために、しばしば規則を無視するからです。

補償はさまざまな方法で得られるようになっていきます。例えば、社会保障省を通じるやり方、弁護士を通じて直接の雇用者の責任を追求するやり方、雇用されていた企業がすべて操業を停止している場合、政府によるアスベスト関連疾患被害者に対する補償制度を使うなどです。

移民を含めて、すべてのイギリス国民は、必要に応じて社会保障の恩恵を受ける権利があることになっていますが、この制度には、試験的な要素が強く、病気の人や失業者らたくさんの登録者に対して、かなりばらばらの支払いがされているのが現状です。

イギリスの医療保険制度に関しては、すべての人は国民保険料を支払うようになっています(この保険料は賃金から差し引かれるようになっています)。以前にはこの保険は国民健康保険と呼ばれており、継続的に保険料を支払っている人たちは、年金が支給され、医療費が全額免除されていました(私はこれまでにヘルニアの手術を3回と眼の手術を2回、腕の手術などをしてきましたが、これらにかかった医療費は全額免除されました)。

現在の保険制度では、医者診察や手術費用など

は全額免除されますが、薬の処方などに関しては、支払い可能な十分な収入がある人は負担しなければなりません。しかし現実には、国民健康サービスにより、3分の2の人々がこの費用免除の適用を受けています。

しかし、この制度は一方で、個人的にお金を支払って医療を受けるという選択をつくりだしました。お金を出せば、より早くよい治療が受けられるというふうになってしまったのです。政府のこの制度実施の裏側には、医療サービス全体を除々に私的化させていこうという意志があることを、多くの人々が見抜いています。これは50年にわたる、すべての人に対する医療治療費用免除制度から考えると、非常に後退してきていると言えるでしょう。

休業を余儀なくされている労働者には休業補償が最初の8週間に関しては雇用主から(雇用主の負担は後で社会保障省から払い戻されます)、その後に関しては社会保障省から直接支払われます。

また、福祉制度があり、これは各地方自治体により実施されているものですが、福祉担当官が、休業している人を訪ね、どのような治療が必要かについての助言を与えたり、杖や車イスなどの必要と思われる器具の支給など、健康に関するサービスを無料で行なっています。

イギリスには、安全衛生官や工場監督官という労働者の安全衛生を監視する立場の専門家がいますが、仕事量は増えているにもかかわらず人数が減らされてきていることから、彼らの仕事に対する期待は次第に薄れつつあります。彼らには、重大事故の調査や、悪質な雇用者を送検する権限がありますが、私は彼らを“事後”監督官と呼んでいます。以前には定期的に行っていた職場への抜き打ち訪問を、このところぐっと減らしてしまっているためです。

以上の情報が何らかのお役にたてれば幸いです。



R・ジャクソン

ハル・アスベスト行動グループ

「どうしてアスベスト関連疾患の被害者救済支援に取り組むようになったのですか。これは、私が最もしばしば受ける質問である。時は1970年にさかのぼる。ロンドンにあるアスベスト製造メーカーが、アスベストの危険性を労働者に報せずにいたために、3万6,000ポンドの罰金を課せられたという新聞記事が載った。その日、私が働いていた造船所の職場に、雇用主が朝の8時半という、彼にとってはとんでもない時間に現われた。「何をやっているんだ」。私は、ブラウンアスベストでできたアスベスト布を1.5インチにちぎって船を修復しているところであった。勢いこんだ演説調であった。「ちょっとくらい時間がかかってもはさみを使え。われわれはおまえたちの安全に何千ポンドもかけてきたんだぞ」。私が、「あんたは、びた一文使っていないよ」と言うと、むっとして事務所に戻っていった。

その後何年かは、アスベストとその危険性について、何となくおかしいと感じることはあり、また、ひとつふたつの関連する「出来事」があった。1976年になって、3人の同僚がアスベストが原因で死に、何かか確実におかしいということが明らかになった。アスベスト被害者の補償要求の取り組みをはじめたのは、この年のことである。

この前の年、1975年から私は労働組合や大学の労働安全衛生に関するさまざまなコースで勉強しはじめた。特にアスベストに関しては熱心に、8年間に少なくとも15のコースに参加した。また、労働組合の安全衛生担当として医療センターの図書館にも出入りすることができ、ありとあらゆる書籍、雑誌、新聞などを読みあさった。

こうした知識によって、同僚の断熱材技術者らのアスベスト疾患による大被害に対する補償要求を手助けしていったのである。

1973年にキール大学で行なわれた断熱材請負産業の会議に自治体一般労組の中部東海岸地域の代表として出席して以来、1988年までこの会議に毎年参加した。この会議は賃金や労働条件についての協定で大きな成果をあげてきた。会議で他の代表者は、賃金を最優先の課題としていた。しかし私は常に安全衛生、とりわけアスベストの完全禁止を要求していくよう働きかけ続けた。

1982年にヨークシャーテレビで「アリス—生きるための闘い」という番組が放映され、大きな反響を呼んだ。この番組は反応の鈍かった英国に揺さぶりをかけた。生産者や販売者、雇用主だれもが知っているそれまで口に出さなかった事実—アスベストは殺人者であるという事実に人々が目覚めたのだ。

1931年からアスベストに関する規制は定められており、さらにさかのぼる1906年から政府はさまざまな「白書」の中でアスベストを取り上げ、その危険性に関して詳しく説明をしていた。にもかかわらず、断熱材技術者が法規制の対象とされたのは1969年の「アスベスト規制(1969)」が初めてであり、またこの年の規制の中でも、多くの人々が対象外におかれていた。

結果として、何千もの労働者が致死量のアスベストに暴露していながら、何年も経たなければ影響が現れないことから、その危険性をまったく知らずに働き続けた。雇用主や工場監督官も、こうした状況を覆い隠そうとしていた。

「アリス…」の番組は、政府や地方政府を困惑させた。50年間法規制に対しても何ら具体的対策もとらず、現状に適切に対処するための必要な準備もなかった政府は、会議を非公開にし人々に見えにくくすることにより、責任を回避しようとした。アスベストに関するリーフレットの作成や配布はしないという決定がなされるなど、行政の対応は後退の一路をたどった。

このように、政府が内々に事を納めようとする中で、アスベストに関して行動するグループは、人々

に殺人物質アスベストの危険性を訴え、あらゆる手段での情報提供をしていく必要性に迫られた。

私をはじめたアスベスト反対キャンペーンは、1977年に「アスベスト顧問委員会」に対する、政府やその委員会のアスベスト問題への無関心に抗議することことから始まり、長期にわたって続けられている。地方議員に対し、一貫してアスベストの輸入、製造、使用を完全に禁止することを要求した。常に協力者であったスチュアート・ランドオール地方議員は、アスベスト禁止を求める請願を単独で下院に提出した。

ひとりで起こしたキャンペーンから9年後、財政も全くゼロの状態から出発したハル・アスベスト行動グループ(Hull Asbestos Action Group 以下 HAGG)は、グループの規模は小さくとも、強い意志の力で、大きな運動を展開し、アスベスト関連疾患の被害者に対して、診断の後、どこへ行き、誰と会い、何をしたらよいかなどを助言してきた。

地方行政はしかし、われわれの活動をなかなか評価しようとはしなかった。アスベストのように感情を動かされる問題にかかわるグループに関心を持つ役人は全くいなかった。1990年代の初めによくこうした献身的な働きに対する評価が認められ、地方政府の保健衛生部門からの財政的な援助が始まった。また、保健衛生部がアスベスト関連疾患の被害者をHAAGに紹介するという連携がとれるようになった。検死法廷事務所ともこうした連携がとれており、アスベスト関連の死亡と推定される場合には、必ずHAAGに報告されることになっている。検死日も報告され、HAAGはその検死が正確に記録されるかを確かめるといように、双方にとって非常にメリットのある連携をとっている。

ハル市役所からは、試験的に郵便料金の割り引きや、事務所設備などのわずかな援助を得た。しかし、HAAG事務局は、現在でも年金受給者のアパートの一室にあり、働きやすい事務所の確保は常に課題になっている。

ハンバーサイド州議会からの援助はさらに少なく、この9年間のあいだ、わずかに100ポンドの援助金が出されただけである。エイズ事務所が開かれる際に、事務所の共有を申し出たが、エイズはアスベストより深刻な問題だという根拠のない理由(ハンバーサイド州におけるエイズによる毎月の死者数は平均すると1人に満たないけれども、アスベストによる死者は毎月確実に出ていっているのだ!)により却下された。

国際的なアピールと連携は、1989年にハンブルクで開かれた労働と安全衛生国際会議(European Work Hazards Conference)に参加したところから始まる。この会議は、コペンハーゲン、シェフィールドと続き、また、イギリス国内での安全衛生に関する会議にも、エジンバラ、ダラム、バーミンガム、ニューキャッスルそしてロンドンで参加している。これらの会議では、職場における健康と安全の問題、労働組合の取り組みが強調された。HAAGからの代表は常にアスベストの問題を押しだしてきた。1991年にストラズブルグでヨーロッパ議会が開かれた際、HAAGに対し、イギリスにおけるアスベストの現状について話してほしいという要請があった。次の年に同じくストラズブルグで開かれたヨーロッパ議会では、「アスベスト禁止(BA=バン・アスベスト)ヨーロッパ連合」が創設された。私もこの創設メンバーのひとりである。この連合は、1993年にはイタリアのミラノで再会し、1994年にはブラジルのサンパウロで国際セミナーを開催した(例掲)。

国際的な関わりは、アスベスト問題に関心を持つアメリカ、オーストラリア、日本などの団体などの連絡、参加により広がった。私たちは、カナダのアスベスト製造メーカーがホワイトアスベストは安全だなどと言っていることなどに対し、すべてのアスベストは死を招く可能性を持っていること、すべては禁止されなければならないという主張で断固として立ち向かっている。

アスベストの完全禁止を訴え続けていくために、

HAAGの目の届く範囲—ハルとハンバーサイド地域でできるかぎりの関わりを持つことだけでも十分意味がある。この地域でのアスベスト関連疾患による死亡者は毎月平均して1人、また、毎月これ以外にも平均すると2件のアスベスト関連疾患がHAAGに報告されている。この数字をイギリスの町・州の数とかけあわせれば、イギリスで毎年2,000人以上が死亡していくという事実も理解できる。

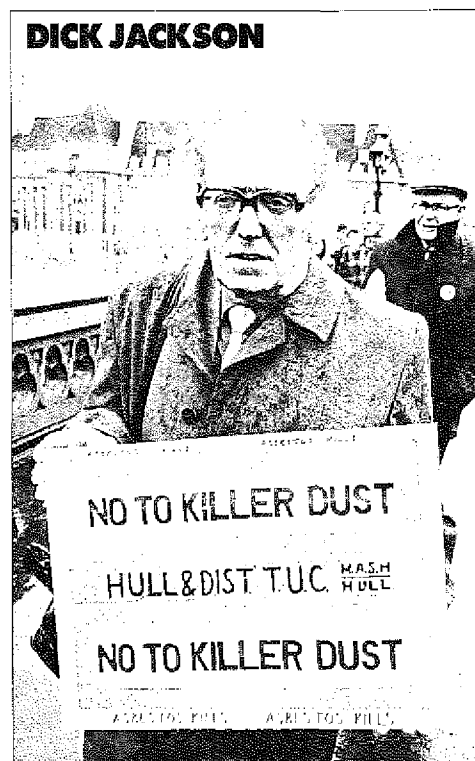
アスベスト関連疾患の被害は、人生のあらゆる場面で発生する可能性がある。アスベストは無差別に影響を与える。伝統的な仕事では多くの労働者が影響を受けてきたが、会社の管理職や大都市の市長、女性市長や映画俳優もまた同じようにこの致死性を持つ繊維の前に屈伏させられるのだ。

私が憂慮するのは、イギリス政府がこれまでずっとアスベストの完全禁止の実施を拒否し続けていることである。スウェーデン、ノルウェー、デンマーク、イタリアなどの国々では2年前に最大のホワイトアスベスト鉱山を閉鎖したばかりであるにもかかわらず、アスベスト禁止を課している。

アスベスト関連疾患の最初の被害者は、仕事仲間の断熱材技術者らであった。1976年に組合の顧問弁護士を通じて始めた彼らの訴えは、HAAGが創られ、援助を必要としているすべての人にサービスが利用できるようになるまでの9年間続いた。HAAGによるサービスの充実により、毎年およそ30のケースが報告されるようになった。そのうち平均して12のケースが死亡ケースである。

1989年に私は、ロンドンで人々のアスベスト行動キャンペーンの情報担当官に選出された、このキャンペーンをやめた後も、情報事務所を継続させ、国内のあらゆる地域からの問い合わせに対応することにした。

ハル市役所と公民館では、毎年アスベスト関連文献・資料の展示を行なっている。また、ハル中央図書館ではアスベストの危険性についてわかりやすく説明する工夫を施した。こうした試みは行政だけで



は抜けおちてしまうだろう。アスベスト関連資料の展示は、国内での会議の際、さまざまな会場でも実施している。

補償に関しては、社会保障省、慣習法、および1979年の補償法などを通じて、HAAGの関わったケースで約60万ポンドの補償額を被害者らが手にしている。また、多くのケースが現在係争中だ。

24年間にわたる私たちのキャンペーンは長くきびしい道のりではあったが、努力や苦勞をするだけの意味のある活動であったと思う。今後もできるかぎり続けていきたい、そのために後継者さがしを考えているところだ。

健康を祈ります。

R・ジャクソン

追悼：故ディック・ジャクソン

アスベストはついに、断熱材技術者であり、GMB安全部代表、また反アスベスト運動家であったディック・ジャクソンを死に追いやった。20年の間、ディックはイギリス、ヨーロッパ内で、また国際的にも、すべてのアスベストを禁止するために精力的に運動に取り組んだ。1994年にブラジルで開かれたアスベストに関する国際会議(別掲記事参照)で彼は発言した。「私たちにはこの死を招く灰から次世代の人々を守る責任がある。それはイギリス国内だけでなく、ヨーロッパでアスベストの市場をなくしたために他の国で標的になっている人々に対しても責任があるということでもある」。

全国の安全衛生会議や議会での安全キャンペーンロビーの時にはいつも、プラカードを持ち、「アスベスト反対」とかかれたTシャツを着て、ユーモアと感情をまじえながらアスベストの危険について私たちに訴えかけているディックがいた。

彼は長い間ハル・アスベスト行動グループの大黒柱で、ハル地域で250人以上の人々—その多くはアスベスト被害者の妻であった—が補償を獲得するために手助けをしていた。ディック自身は、造船所で20年にわたりアスベストに暴露し、その後アスベスト吹き付け作業にも従事していた。1976年には、彼の同僚の15人中3人がアスベスト関連の病気で亡くなっている。その中の1人で、50歳で死亡したハリー・アンタートンのため、死亡証明書に「中皮腫」との診断を得るべくさまざまに働きかけるなど、9年間にわたるディックの精力的な働き、ハリーの妻はようやく補償を受けることができた。こうした仕事にディックは自身も非常に満足していた。

詳細にわたる知識を駆使して、ディックは常に注意深く健康診断に通っていた。1994年6月には(最後の)異常なしとの診断を受けている。10月末、2か月間の苦しい闘病の末、彼は死んだ。それは彼がいつも、発言や記事のしめくりに言う「予防が肝心です。アスベスト被害への完全な治療はないのだから」



ら」という彼のモットーが、本当に重要であることを証明する出来事であった。

(翻訳：山岸素子)

アスベスト—いまなお命を奪うほこり

イギリスではアスベストによって毎日3人が死亡している。最近の政府の推定では、今後30年間におけるアスベストによる死者数は、1日当たり9人、年間3,000人に増加するという。反アスベストキャンペーンに取り組む人々は、現状の不正な職業病補償制度の改善を訴えているが、運動は困難な局面にぶつかっている。なぜなら政府は、補償制度そのものを廃止しがっているのだ。そうならば、十分に資金もあり、十分論証することができる人たちだけが裁判で闘うしかなくなる。

現在のシステムでは、被害者が被災の証明をしなければならぬ。いつ、どこで、誰と働いていたのか—しばしば証人や、過去30年から40年にさかのぼる仕事に関する詳細な記録を要求される。被災者団体であるVictim's Campaign Clideside Action on Asbestos(以下CAA)は、1994年11月に、次に掲げる

4つの点について議会に要望した。

- ・アスベストによる疾病を規定するリストに、石棉沈着が明らかでない場合の肺がん等を含めること。
- ・硬直した診断結果を要求することをやめること。現在、社会保障省では補償を求める者に対して、バイオブシー(生体組織検査)を要求しているが、これは病気の引き金になったり、症状悪化の原因となることもある。
- ・アスベスト労働者の配偶者にアスベストによる被害のはっきりした症状がある場合は、アスベスト関連疾患として認めること。現在、配偶者の場合は職業病に当たらないということで認められていない。
- ・補償金回収規定の廃止

補償金回収規定とは、法廷で損害賠償をかちとった原告に支払われた給付金の一部を回収することを定めたものである。グラスゴーのある訴訟の例では、原告が3万ポンドをかちとったが、この回収規定により、手元に受け取ったのは2万8千ポンドであった。こうした回収額の総計は、1990年から1991年には37万ポンドであったが、1993年、1994年には819万ポンドにまでなった。この制度を実施する補償金回収ユニットは、170人の亡くなったアスベスト被害者から給付金をむしりとっている。

CAAのトミー・ゴーマンは次のように述べている。「労働者は在職中に国民保険料を支払っている。だから彼は、その後の人生において、療養中など必要なときには福祉の恩恵を受けられて当然である。それなのに、アスベスト被害者に対して、法廷で係争中の利益の回収を要求するならば、アスベスト被害者とその家族は2重に不当な扱いを受けている」。

最近、政府や企業によるアスベスト隠しが続けて明るみに出されてきている。最新のスキヤンダルは、戦時中、ノッティンガムのブーツというガスマスク工場に働いていた女性労働者たちの話である。ブーツは、1960年代からアスベストの危険性に気づ

いていた。この企業は実際、当時の労働者をできる限り追跡し、聞き取り調査、そして健康診断を行った。中には余命少ない人もいたが、会社は彼女たちに対して、なぜ聞き取りをするのかさえ説明しなかった。70人もの女性が腫瘍で亡くなっている。ブーツ社は依然、損害賠償の請求を退けている。

リバプールでは、アスベスト・キャンペーンに取り組む人々は次のような指摘をしている。「1976年に発表された病理学者の報告によれば、アスベストに暴露していたとは思われない成人の検死の結果では、リバプール地域の92%の人々は、肺にアスベスト繊維があると指摘された」。グラスゴーの小学校の教師であったジャネット・ソイヤーは、1992年に中皮腫で亡くなった。翌年には、グリーンウィッチの学校の教師であるシャーリー・ギブソンも同様の病気で死んだ。37歳だった。

世界中で何百万にもものぼる労働者がアスベストで命を落としても、より厳しい規制や禁止につながらなかった。しかし、イギリス企業の大きな経済損失やアメリカとの連携によってアスベスト禁止が実現する可能性はあるかもしれない。

アスベスト被害に対する補償を求める要求が、ロイド保険市場の未来を危うくしている。ロイド保険市場は、アメリカの法廷で未解決の9万件のアスベスト訴訟のうちのほとんどの支払責任を負っている。アメリカの保険会社が自らを守ろうとして拒否してきた保険業務を引き取ったのである。

1988年までに、ロイドに対するアスベスト関連の請求は月に2,000件であった。1992年、ロイドの役員会で、1,300万人がアメリカでアスベスト関連での請求を行なう可能性があることが告げられた。ガーディアンによると、アメリカ合衆国におけるアスベスト関連の死者は今後25年間で20万人にのぼるだろうという。そのうちの大多数は、アスベストの危険性を知らながらも無視して作業し続けた会社におけるものであろう。



(翻訳: 竹島さち子、山岸素子)



バン・アスベスト・フランス(バン=BAN=禁止するの意)から、昨(1994)年年11月17日付けで、ブラジル・サンパウロで昨年3月に開催された「アスベスト国際セミナー」についての情報とその後の世界的な行動計画についての提案等が届けられた。手紙には次のように書かれている。

× × × ×

「1994年3月28日から30日にかけて、『アスベスト国際セミナー』がサンパウロ(ブラジル)で250名の参加で開催された。世界第30のアスベスト産出国で、CUT、FSという2つの大きな労働組合が協力して行われた。

同じ時期にブラジルではアスベストを禁止する法律が制定され、それに対しても影響を与えた。

参加者は科学者、医師、環境団体、労働組合、政治家、エコロジスト、被災者団体などである。

アスベスト推進派はブラジルの労働組合のメンバーに対して、暴力、脅迫を含む圧力を加えて参加を妨害しようとした。

サンパウロに行けなかったみなさんにも、この重要なセミナーのことを情報提供する。賛否を問わず何かあれば返事がほしい。

必要なことは遠慮なく聞いてほしい。みなさんがアスベストに反対され、第1世界から第3世界へのアスベスト移転に反対されることを確信する。」

国際セミナー以降のアスベスト
反対キャンペーン計画

バン・アスベスト(BA)は、1991年にストラスブルグのヨーロッパ議会で開かれた会議で設立された。過去3年間、アスベストに反対するキャンペーンをヨーロッパで繰り返し広げてきたが、サンパウロでのセミナー開催の成功と重要性を受け、以下のとおり今後の計画を立てている。

- ・BAは国際的な情報、相互支援ネットワークを志向する。
- ・目的は全世界でのアスベスト禁止である。
- ・サンパウロ宣言に基づいて活動する。
- ・BAは堅苦しいひとつの組織ではなく、既存の団体、労働組合、NGO、運動のネットワークに過ぎない。
- ・コーディネーターが各地の情報を収集し流布する。
- ・BA参加者は、力を合わせてキャンペーンを行い、会議を開催し、ILO、WHOなどの機関への要請をする。
- ・BAに参加する団体は、自由に他の構成員へキャンペーンや共同行動を呼びかけたりする。
- ・科学者、研究者、医師などからなるBA発起人委

員会をつくる。コーディネーターが世界各地から選任し、そのリストを、BA参加者は自らの活動に使うことができる。

- ・BAの名称はすでに知られているのでそのまま使う。
- ・世界各地のコーディネーターは、各地で決める。それぞれのコーディネーターは、参加リストを集約して他の地域のコーディネーターに



サンパウロ宣言

サンパウロで開催されたアスベスト国際セミナーに世界中から参加した、科学者、医師、労働組合員、政治家、市民の参加者一同は、下記のとおり宣言する。

- ・あらゆる種類のアスベストは労働者、市民の健康に対する大きな脅威であると確信する。
- ・労働組合、政党、環境NGO、科学者、被災者などの団体が、地域、言語、政治などの違いを乗り越えて、アスベストのない世界をつくるためにサンパウロ・セミナーに集まり、新たな決意をしたことはすばらしいことである。
- ・無知につけこんだり、脅しによって、アスベストを使用する多国籍企業を告発する。こうした手法こそが、「アスベストの管理使用」がでたらめであることのひとつの証左である。
- ・アスベストを禁止していない国の政府に対して、害のない代替品使用促進、雇用の保障、建築物の安全な解体、被災者への補償などを求める。



1994年3月30日 サンパウロ

国際セミナーの報告

ブラジルは、旧ソ連、カナダに次ぐ世界第3のアスベスト産出国である。ゴイアス州にある最大の鉱山では、年間25万トンが産出されている。ヨーロッパの多国籍企業であるSaint Gobain社とエタニット社が採掘しており、約7万トンが、日本、インド、インドネシア、その他ラテンアメリカ諸国に輸出されている。これは300万USドルの外資をブラジルにもたらす。その一方で、ブラジルはカナダのアスベストを輸入している。

アスベストは、その85%が建材部門に、10%が絶縁体部門、残りが繊維などの部門に使われている。多くの国が、アスベスト曝露の防止が不可能という理由で、使用禁止へと動いている。

ブラジルでは小さな企業が多いので、どれだけの労働者がアスベストに曝露しているかわからない。唯一はっきりしている自動車修理工の数が30万人にのぼる。この数字も、社会保障の対象者であるworkcardをもっている労働者の割合が、全体の40%に過ぎないことを考慮に入れなければならない。

アスベスト曝露から発症までの潜伏期間が15~30年であるから、1990年代にブラジルでは工場や鉱山の労働者やその家族に被害が現われるだろう。

ヨーロッパや北米ではアスベスト消費量が過去15年間で減少し、その一方で第3世界、とりわけブラジルで使用量が増加している。1人当たり使用量は、USAでは年間100gなのに、ブラジルでは1.4kgである。

スウェーデン、デンマークやドイツでは社会運動によって使用が法律で禁じられた。イタリアでも1993年3月に使用が禁じられ、他の国でも禁止や規制の方向に進んでおり、企業はアスベストを使っていない製品への切り替えている。

「国際建設木工労連」やそれに連帯する労働組合

は、世界中でのアスベスト禁止を訴えており、アスベストを生産したり、消費する企業にも求めている。

ブラジルでは2つの労働組合(CUTとFS)がアスベストの生産、使用を禁止し、害のないものに代替する法律の制定を求めている。同時に鉱山労働者の他業種への転職措置も求めている。

1994年1月には、労働省、「自動車部品絶縁材工業会」と、2つの労働組合の間で協定が交わされた。協定では、4年先にアスベストから代替化することが見込まれている。

そこで、サンパウロ、リオデジャネイロという2大工業地帯の州で、法案が環境消費権利委員会ではなく、特別委員会にかけられた。特別委員会では「管理使用」の考えをもった議員によって、却下された。それらの議員の案は、曝露制限量や使用管理方法をむしろ甘くするものであった。

1994年3月の国際セミナーは、労働省と2つの労働組合が開催したもので、以下のことをはっきりさせた。目標は、ラテンアメリカ諸国とヨーロッパ諸国が、全世界でのアスベスト使用を制限するために共同で行動することであり、健康への危険性を知らされないまま、第1世界から第3世界への移転を防ぐことである。

今回のセミナーが緊張した中で始まったことは強調する必要がある。第1に、開催前何週間にもわたり、ブラジルの労働組合幹部に暴力が加えられたことである。第2は、French permanent Asbestosやカナダ大使館が様々な圧力をかけたことである。

●サンパウロセミナーの5つの分科会

*アスベストに反対する研究者及び政治家

- Milio Bonciani(Regional Direction of Labour Sao Paulo)
- Yves Fremion(Member of the European Parliament)
- Eduardo Jorge(Federal Deputy)

Carlos Minc(State of Rio Janeiro Deputy)

*アスベストに関する科学的知識

- Eduardo Algranti(Fundacentro)
- Henri Pezerat(Toxicologist, CNRS, Paris)
- Eduardo Capitani(University of Campinas)
- Herman Sandoval(ACHS-Chili)

*産業：管理使用か代替か？

- Diogo Pupo Nogueira(Public Health faculty, Sao Paulo University)
- Brazilian Association of Asbestos Representative of S.A.M.A. mining society
- Ney Galvao(Ceramics fibers Industry)
- Ricardo de Mello Brito(leader of Brazilian mechanic constructions Association)
- Aloysio Rangel de Castro(National syndicate of cars pieces industries)

*アスベスト労働者の視点

- Arnie Thebaud-Mony(Sociolog,INSERM,Paris)
- Lucien Royer(CISL, Bruxelles)
- Giuseppe Casucci(UIL, Italy)
- Carlo Sala(CGIL, Italy)
- Vicente Carrera(Representative for Latin America of International Federation of building and wood workers, Panama)

Darci Pinnheiro de Oliveira, Central Unica dos trabalhadores(CUT)

- Carlos Aspericio Clemente(Forca Sindical)
- Marcos Aurelio Hartung, National Federation of civil construction(CUT)

*アスベストに直面する社会：管理使用か禁止か？

- Fernanda Giannasi(Regional Direction of Labour, Sao Paulo)
- Patrick Herman(Ban Asbestos Federation, France)
- Fulvio Aurora-Democratical medicine (Italy)

Barry Castleman, Ph.D, chemist Engineer
(U.S.A.)

Eva Delgado Rosas (Alianza sindical
frente al asbesto, Perou)

Dick Jackson (Secretary Hull Asbestos
action group, Great Britain = ディック
・ジャクソン、別掲記事参照)

●セミナーの要点

Henri Pezerat氏によると、クリソタイルががんを引き起こすことは間違いなく、クリソタイルは無害だから使用しようという考え方に疑問を呈した。Hernan Sandoval氏によると、チリでは医学的知識が不足しているため、信頼できるデータをとるのが困難である。Eduardo Capitarri氏が、ブラジルでの中皮腫の事例を紹介。やはりアスベスト曝露の特定は難しいとのこと。Henri Pezerat氏が、代替品であっても繊維状であるものは使用環境などに注意すべきだと述べた。

アスベスト産業と代替品産業の間での矛盾が存在する。代替品産業は経済的利害を持っているのだが、労働組合が健康、雇用問題について代替品産業と交渉することの意味はある。

SAMA鉱山の代弁者が、イタリアのアスベスト禁止法適用に激しく異議を申し立て、代替品産業に買収されているのだとまで言った。このような主張はイタリアからの参加者たちの憤激を招き、ブラジル労働省近くに抗議の泊り込みをした。さらにその代弁者は、ブラジルの法律だから守らなくては仕方がないが、経済活動の自由を訴え、労働者にも同じことが言える、アスベスト禁止は他産業の労働者の主張だと述べた。彼にとっては、アスベストは「管理して使用するべきもの」なのだ。

自動車工場の経営者が訴えた。彼の工場はアスベストが健康に良くないということで、ブラジル労働省によって閉鎖されている。労働組合と労働省との交渉で、雇用問題、継続した健康管理、代替品につ

いて話し合われている。

International trade-union federationの代表者は、アスベストに反対し、労働者が健康に働く権利のための行動の必要性を訴えた。他の国での経験が、ブラジルでの禁止につながったと語る。

ブラジル労働省は、アスベストの生産者、会社での厳しい管理は不可能であるという見解を示した。

FSとCUTは、労働者の30年間の健康管理の法制化とともに、労働組合として雇用維持と転職について交渉の必要性を語った。「仕事か健康か」の袋小路に入ることを拒む。代替品産業との交渉も合わせて行う考えを述べた。

アスベスト反対、被災者支援の社会運動は、ブラジル、フランス、イギリス、USA、ペルーといった国によって、異なる様相を示すことが確認された。ペルーやブラジルでは暴力をとまなう圧力にさらされる。これらの暴力を告発する2つの文書(後掲)は各国参加者のサインを得た。



サンパウロ宣言(前掲)が採択された。

(翻訳:川本浩之)

採択された2つの決議の要旨

- ① 各国からのセミナー参加者は、ブラジルからの参加者に強く連帯する。特に、FSのBerto Meregine氏に加えられた5日間の監禁、暴行、殺すといった脅迫を強く非難する。こうしたやり方こそが、労働者の健康と権利を守るための闘いを妨害するものの真の姿である。各国参加者は、それぞれの状況の違いをふまえて、ブラジル労働者の闘いを支援する。
- ② 各国からのセミナー参加者は、ペルー・エタニットグループの労働組合指導者への不当解雇に強く抗議する。彼らは法律で認められた行為をしただけであり、会社の中傷こそが法律に違反し受け入れられるものではない。



自作のチェックリスト をつくって職場巡回

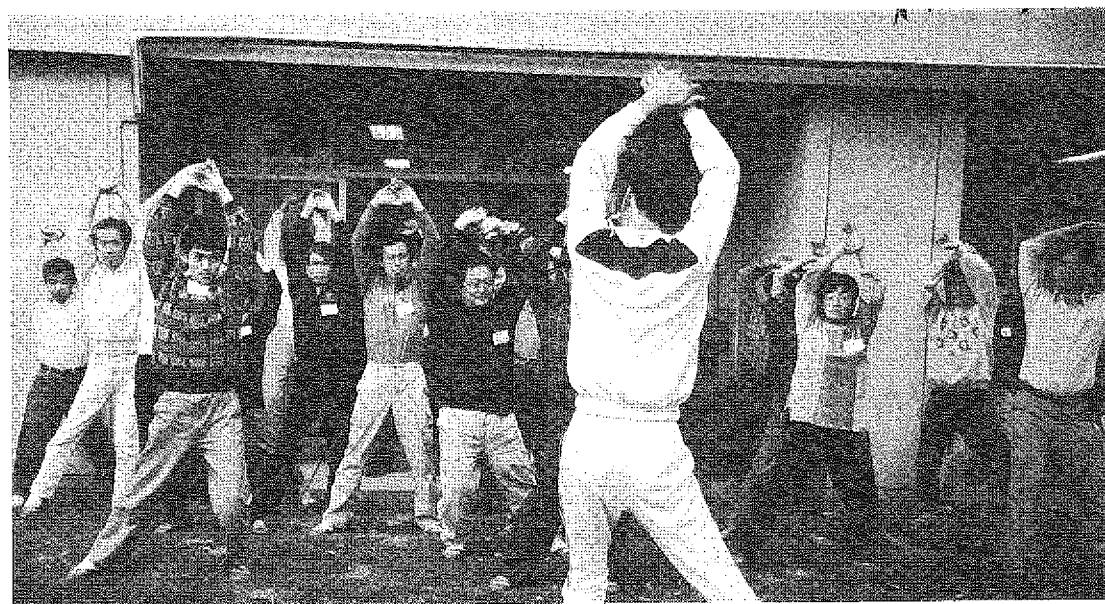
全国安全センター事務局

昨(1994)年11月19日(土)-21日(月)の2泊3日、東京・晴海会員会館において、全国安全センターとしては第7回目の労働安全衛生学校を開催した。主催は全国安全センターと東京東部、三多摩、神奈川の各労災職業病センター及び労働者住民医療機関連絡会議で、機械、金属、電機、化学、医療等の民間労働者を中心に43名が参加した。

全国安全センターの労働安全衛生学校をふりかえると、参加型・自主対応型のトレーニングのテキストでもあるILO『安全、衛生、作業条件トレーニングマニュアル』の日本語版(小木和孝・天明佳臣監訳、労働科学研究所出版部)が出版された直後にいち早くその内容を紹介した第1回芦屋(1990年11月)。主な対象となる民間労働者の参加条件の制約から、限られた日数(2泊3日)と職場巡回なしで、どこまで総合的な職場改善を追及できるかチャレンジした第2回東京(1992年2月-内容は92年11・12月号に完全収録)。そして、参加型・自主対応型のトレーニングの各地でのデモンストレーションも兼ねて、第3回日向(1993年1月)、第4回小国町(1993年11月)、第5回札幌(1994年7月)、第6回別府(1994

年8月)と開催してきた。この間の経験は94年7月号「参加型安全衛生講座のモデル・プログラム開発に向けて」等で紹介してきたが、安全衛生職場マップやビデオ・プレゼンテーション、模擬職場安全衛生委員会等の手法上の工夫に加えて、グループ討論等の題材として、第4回小国町で大牟田市の清掃・学校給食職場とファイバー船製造工場、第5回札幌では江別市学校給食センター、第6回別府では佐伯の二平合板と大分県内の過労死事例と、開催地の地元の実例を取り上げるというやり方も定着してきた。

今回さらに、第6回別府に参加していただいた小木和孝・労働科学研究所所長(元ILO労働条件・環境局長)からの改善提案(94年12月号37頁参照)等もふまえて、トレーニング・プログラムの一層の前進をめざした。最大のポイントは、チェックリストを活用した職場巡回を取り入れたことである。そのため、土・日・月という変則的な2泊3日の日程になり、また、職場巡回を受け入れていただいた(財)日本予防医学協会及び(株)スガワラの労使のみなさんには準備過程から多大な御協力をいただいた。紙面を借りて御礼申し上げたい。以下、簡単に内容を



神奈川労災職業病センターの西田事務局長の指導で体操実習

紹介するが、小木氏の提案のひとつを受けて、参加呼びかけのリーフレットとは別に、トレーニングと各セッションの目的・内容等を紹介するしおりを事前に参加者に配布した(以下、各セッションの冒頭部分はしおりの文章から)。

【セッション① 労働組合と安全衛生活動】

- (1) 皆さんには、事前に参加者シートをお配りしてあります。これは、それぞれの参加者が、どのような職場でどのような仕事をし、また、安全衛生に関してどのような関心や取り組みを行っているのか(個人として、組合として)知るための資料となります。
- (2) このシートを基に、グループに分かれて討論を行います。初対面の参加者同士なので、まず自己紹介から始めます。自己紹介ではシートに基づき、職場や仕事の話、また、安全衛生学校に参加した動機や目的、職場の問題や取り組みなどについて、気軽に話し合ってください。
- (3) このセッションでは、労働組合として職場の安全対策や組合員の健康対策について、どのよ

うに取り組んでいったらよいのかを、参加者の経験を出し合いながら考えます。

「参加者シート」では、自己紹介、仕事の内容に加えて、以下のような設問を設け、それらの点についてグループ討論を行ってもらった。

- (1) この学校に参加して、学びたいことは何か?
 - (2) 過去1年間の安全衛生活動について(安全衛生委員や組合担当者でない人は、他の安全衛生委員の活動について知っていることを報告してください)
 - ① どのような活動をしたか?
 - ② 他の誰かと一緒にしたか?
 - ③ 活動の結果どうなったか?
 - (3) あなた、または労働組合にとって
 - ① もっとも重要な役割は何か?
 - ② そのためにはどんな取り組みが必要と思うか?
- 40余名の参加者は5~6名ずつの7グループに分かれ、トレーニング全体がグループ・ワークを中心に行われることになるから、最初のグループ討論は非常に重要である。最初のグループ討論でお互いのお

かれた状況を知り合うための十分な時間と機会を設けるという意味では今回の導入プログラムは成功だったと思う。

しかし、ベテランの安全衛生委員や労働組合の担当者と全くの活動経験のない初心者が混在している場合には工夫が必要である。最初に経験の多寡が強調される結果になってしまうと、経験のない者がその後の発言を遠慮したりという「参加者対等の原則」が徹底しなくなるおそれもある。

【セッション② 作業姿勢と作業負担の軽減対策—VDT作業管理から】

- (1) このセッションでは、作業姿勢に着目して、腰痛や頸肩腕障害など、作業負担により発症する健康障害への対策として、いかに作業負担を軽減するかを人間工学的なアプローチによって考えてみます。
- (2) これまで、腰痛や頸肩腕障害などの職業病は、腰痛対策、頸腕対策という病気の対策にとどまりがちで、なかなか腰部や肩、首、腕、肘、手首などへの負担を軽減するための対策が忘れられがちでした。このセッションでは、人間工学的な目で作業姿勢をみる力を養い、不自然で身体に負担がかかる姿勢を改善することによって、ある程度の作業負担の軽減が図れることを具体的な事例をもとに学ぶことを目的とします。人間工学的アプローチとは、作業を人間に合わせていく、作業を作業者の能力に合わせていく手段です。ちょっとした作業姿勢、作業面の改善で、作業負担の軽減が図れます。
- (3) さらに、快適職場をめざしたVDT作業管理も取り上げて、職場で改善に活かしてみたいと思います。

【セッション③ 作業環境の改善ポイント—職場の作業環境をどうみるか】

- (1) 講師の伊藤さんは、労働科学研究所の労働環

境保健室で、作業環境全般にわたって測定、分析、評価などの専門的研究、調査に取り組んでおられます。数多くの職場の作業環境の改善実績をもとに、作業環境管理のABCを学びます。

(2) 照明、騒音や有害物質対策など、作業環境を快適なものにしていくためのチェックポイントを学びます。特に、翌日の職場訪問を控えて、職場の有害物質対策(紛じんや有機溶剤)などの具体的な対策も考えてみます。

導入時のグループ・ワークに十分な時間をとり(第1日目は【セッション1】だけで終了)、職場訪問・職場巡視にも1日(第3日目)を費やすことになったため、「各論」に割ける時間が少なくなったことも今回の苦労のひとつ。ILOのモデル・スケジュールでは6つのテーマに3日間当てているところを、「人間工学」と「作業環境」の2つのセッションに絞らざるを得なかった。しかし、【セッション2】で天明佳臣氏がこれまでに経験した職場での様々な事例をスライド等で紹介しながら職場を点検する目のつけどころを示し、【セッション3】では伊藤昭好氏が「成果がすぐ上がる領域」を中心に幅広い分野について簡潔にポイントを示していただき、内容の濃いセッションとなった。

グループワークは、神奈川県内の事務(VDT)職場を取り上げ、ビデオで紹介しながら、その作業姿勢・作業環境等の改善策を討論した。

【セッション④ 職場チェックリストの作成と活用】

チェックリストについては、ILOマニュアル添付の82項目(9頁分)の「安全・衛生・作業条件の改善のためのチェックリスト」があるが、トレーニング・コースの中で1~2時間の短時間で行う職場巡回には分厚すぎるので独自のものをつくって使うこととした。参加者自身に自分たちが使うチェックリストを実際につくってもらったセッション

ンを設けた。

われわれが言うチェックリストは、法律違反の有無やあらかじめ定められた事項が守られているかどうかを点検するような〇×式のチェックリストではない。「点検項目」には言わば「対策のメニュー」を掲げて、そのような対策が「不必要」か「必要」か、「優先順位」は高いかをチェックする。また、「点検項目」に掲げた対策も参考にしながらその職場で具体的に「必要な対策」、そして、参考になるような「良い事例」を掘り起こすためのもの。まさに職場改善のための手段としてのチェックリストである。

日頃〇×式のチェックリストにしか馴染みのない頭を切り替えてもらうために、伊藤昭好氏から「ILOトレーニングマニュアルとチェックリストの作成・活用のしかた」について、まずレクチャー。その後、翌日訪問する職場の概況について、当該労働組合の方から職場の平面図を含めた資料とビデオ等を使った説明を受けてから、各グループに分かれて自分たち用のチェックリストを作成した。

【セッション2】【セッション3】で学んだ内容とILOチェックリスト及びトレーニングマニュアルの随所に示されている「役立つヒント」等を参考に、翌日どのような点をチェックするかをグループのメンバーで討議したわけだが、夕食を終えてからも熱心に議論しているグループもあった。

【セッション⑤ 職場訪問・職場巡回】

今回訪問・巡回する職場は2か所です。時間の都合で、グループを2つに分けて、それぞれ職場訪問し、チェックリストをつけながら巡回します。職場巡回は、決して職場のあら探しをすることではありません。巡回の目的は、
①学校の中で学んだことを実際の職場巡回の中でチェックリストを使いながら確かめる
②巡回職場のよい実践例に学び、今後の自分たちの取り組みに生かす

③巡回職場の職場改善につながるような改善提案を検討してみる

ことにあります。

終了後は、グループごとに「職場巡回報告書」を作成し、発表します。この「報告書」は、巡回した当該職場の組合にも送られ、今後の改善活動の参考になります。最後に、今回の学校でのトレーニングの成果が、参加者がそれぞれの職場に戻り、明日からの安全衛生活動に生かされることが期待されます。

今回巡回する職場

①1~3班 スガワラ(株)

所在地 江戸川区平井
業 種 発電所、変電所施設の coils パネ、車両用パネ製造
作 業 金属加工
従業員 全体で約48名
労 組 スガワラ労働組合

②4~7班 (財)日本予防医学協会

所在地 江戸川区扇橋
業 種 健康診断、環境測定、健康増進事業
作 業 今回は協会内のVDT作業によるデータ処理部門
従業員 180名
労 組 日本予防医学協会労働組合

●巡回に際しての注意

- ・事業所側の責任者の指示に従って下さい。
- ・写真・ビデオ撮影は禁止。
- ・製品、機械、書類に触れないようにして下さい。

第3日目はいよいよ前日自分たちで作成したチェックリストを使って、実際に職場巡回を行った。受け入れ条件から2コースに分かれることになったが、いずれも、まず事業所側から概要の説明と簡単な質疑応答を行った後、1時間程度職場を巡回、さらに全体で質疑応答等を行った。

会場に戻ってから、各自がチェックリストの記入

した内容をもとに各グループで「職場巡回報告書」を作成。ここでは、あらかじめ用意した職場平面図上に、良い(参考になる)箇所に赤丸、改善が必要な箇所に青丸をチェック(安全衛生職場マップ)の作成) 改善対策については、すぐできる改善、長期的な改善について考えてもらった。

各グループの発表を全体で聞いて討論、さらに、受け入れてもらった当該労働組合の方からもコメントしていただいたが、受け入れた組合の方から口々に、こういう内容のものであると分かっていたら職場でももっと事前準備から力を入れるべきだったという感想がでたのがうれしい限り。ここで出さ

れた議論や改善提案は当該職場の安全衛生委員会等に報告されることになっている。

各論のセッションでの講義と討論—チェックリストの作成—職場訪問・職場巡回を有機的に結びつけ、トレーニングの効果を倍増することになったというのが今回の安全学校の最大の特徴であったと考えている。各グループが作成したチェックリストや発表の内容等のコピーは後日、全参加者に配布し、フォローアップ作業として、参加者には、職場に帰って自分たちの職場向けのチェックリストを作成して職場点検を行い、ぜひその結果を知らせてほしいということが要請された。



【第1日目】

- 13:30 全員集合/受付開始
- 14:00 開校あいさつ 天明佳臣副議長
- 14:15 オリエンテーション
- 14:30 【セッション① 労働組合と安全衛生活動】
◆グループ討論(自己紹介、職場での活動等)
- 15:30 ◆グループ発表(模造紙に記入して会場に展示)・全体討論
- 16:30 ◆セッションのまとめと問題提起
天明佳臣副議長/古谷杉郎事務局長
- 18:00 終了

【第2日目】

- 09:00 【セッション② 作業姿勢と作業負担の軽減対策—VDT作業管理から】
◆講義「VDT作業管理をどう進めるか」
講師 天明佳臣副議長
◆課題提出(Z職場(VDT職場)をビデオでみて、VDTの作業環境等の改善を考える)
- 10:20 ◆グループ討論
- 11:10 ◆グループ発表・全体討論
◆セッションのまとめと総括
- 12:00 昼食・休憩
- 13:00 【セッション③ 作業環境の改善ポイント—職場の作業環境をどうみるか】
◆講義「職場環境改善のためのチェックポイント」
講師 伊藤昭好・労研労働環境保健室長
- 13:45 ◆リフレッシュ体操
指導 西田隆重・神奈川センター事務局長

- 15:00 【セッション④ 職場チェックリストの作成と活用】
◆講義「トレーニングマニュアルとチェックリストの活用法」
講師 伊藤昭好・労研労働環境保健室長
- 14:50 ◆巡回職場の紹介(資料とビデオ)
①VDT職場(財)日本予防医学協会
- 15:35 休憩
- 15:45 ②パネ製造工場(株)スガワラ
- 16:30 ◆課題提出(翌日巡回する職場で使うチェックリストの作成)・翌日の説明
- 16:45 ◆グループ討論・作業
- 18:00 終了

【第3日目】

- 08:00 会場出発
- 午前中 【セッション⑤ 職場訪問・職場巡回】
①VDT職場(財)日本予防医学協会
②パネ製造工場(株)スガワラ
- 13:30 ◆課題提出(セッション④で作成したチェックリストを使って行った職場巡回のまとめ。職場マップ—参考にしたい箇所に赤丸、改善すべき箇所に青丸—を作成して、すぐできる改善及び長期的な改善策を考える)
◆グループ討論
- 15:00 ◆リフレッシュ体操
指導 中島由美子
- 15:25 ◆グループ発表・全体討論
- 16:30 ◆セッションのまとめと総括
- 17:30 ◆全体のまとめ・閉校
- 17:45 終了

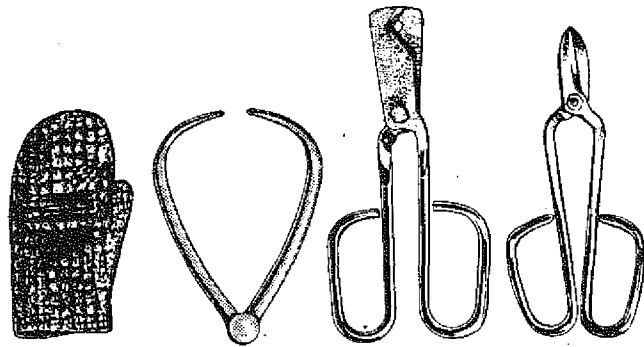


連載24

監督官労災日記

井上 浩

全国安全センター副議長



1969年(春日部署2年目)

1月4日(土)晴

署長と益田課長の3人のみ出勤。署長に車で大宮まで送ってもらう。(当時は土曜日も午前中出勤であった。仕事始めの土曜出勤であったので署員は休ませたのである。もちろん局には秘密。)

1月8日(水)晴

夕方倉田監督官の論文のため、関口、岡本両氏と大宮署で座談。(論文というのは修士論文。関口氏は前出の監督官。岡本氏は職安の全労働支部執行委員ではなかったかと思う。現在は全労働退職者の会の全国幹事?)

2月3日(月)晴

午後春日部と草加の安定所職員を呼び業務打ち合わせ。終って酒を出す、春日部職安の職

員1人大トラになって気分悪し。

2月10日(月)晴

大野監督課長、署長、一倉監、リズム時計山田部長で車で益子に行き益子焼見学。課長口クロをまわす。途中梅が美し。(勤務中の遠出である。途中リズムの工場見学。)

3月6日(土)曇

八汐へ出張。便乗した車から下車時右母指を扉にはさみ負傷。(公傷なれど共済で治療。他人には講演等で労災は必ず労災扱いをと強調していても自分ではかくの如し。このようなこと2回あり。他の1回も急停車時軽いむち打ち。)

4月17日(土)晴

風強し。草加のF交通の実質上の経営者N氏来署し、解雇予告手当支払いに関する一倉監督官の是正勧告書を取り消せと要求。この件では

会計検査院の某氏から局を通じ、また直接にも再三にわたり電話で圧力あり。N氏は税理士。3監督官を同席させ拒否。午後森参院議員(社)池野通信建設の下請労働者死亡の件で来署。(F交通の件では後に弁護士も来署。強行に突っぱねる。民事訴訟が進行中であつたための取消し要求であつた。)

5月31日(土)曇雨

清水、志村の2監督官と草加の日本化学産業の災害調査。工場のある区間だけ松並木が枯れている。(当時公害問題が世間の関心を集めていたりしたので、松に目が行ったのだろう。有機水銀中毒について因果関係のあることを知っていたが、国会でそれを否定したことを打ち明けた厚生省某局長のことを語った上司がいた。その上司は厚生省から労働省に移った人であつた。その某局長は医師であり、名前を記録しているが書かないことにする。とにかく公害問題はむずかしい。)

6月6日(金)雨曇

午前中社会保険労務士6名を呼び労務士会発足。午後蓮田のMマッチ工業所の定期監督。C.H.使用。(前年6月3日社会保険労務士法が公布された。それまでは複数の民間団体が労務管理士講座を開いて、その修了者に労務管理士という私的称号を与えていた。そして、受講料、認定料、登録料、入会費、会費等を徴収し大もうけをしていた団体もあつた。各団体では講座を終了して登録した者の氏名を官報に掲載し、その官報を修了者に送って信用を得ていた。何も知らない登録者はその官報を他人に見せて自慢していたという。しかし実は、掲載されたのは官庁の公告欄ではなく、代金さえ払えばだれでも掲載できる広告欄であつた。このようなこともあつて、いまではこの種の広告は掲載されな

いようである。ところで、労働省の關係の深い労務管理士会の向こうを張って、厚生省サイドでは社会保険士会を打ち出してきた。両団体とも、自分の団体の登録者は、法制化された場合に無試験で新資格が受得できると宣伝したりした。結局、両者が合体して「社会保険」「労務」士という珍妙な資格名として法制化された。そして、税理士団体や行政書士団体まで含めて無試験資格取得をめぐる大さわぎの結果、広い範囲の人が無試験で資格を取得した。いまでも全国各地で中小企業労務協会という看板を見かけることがあるが、その事情をご存知の方もあろう。なお、経験年数不足等で資格のなかった人の大部分は簡単な試験を受けることで資格を取得できた。その試験の最低合格点数は驚くほど低かつた。わたしはそのことを知っていたので署員にできるだけ受験するようにすすめ、渋った女子職員も全員合格して資格を取得した。前出のリズム時計の山田部長も試験を受験されたがみごと合格された。わたしは個人的に親しい会社員に話して何人の方が全員合格され、現在でもなお交際している人が複数ある。

ところで、わが管内にも開業社労士が数人登場した。それまでは労務管理士という名称で署に出入りしていたのだが、署の各係に来て書類を出すだけで、關係の係以外には来なかつた。特に監督係は敬遠されていたようであつた。そこで、わたしは、各係が単独で各社労士と交渉するのはお互いに好ましくない、よく出入りする6名に話して会を結成してもらい署員個人でなく署と交渉するようにしたのである。

ところが、この会結成に対して中央から猛烈な干渉があり、監督課長を通じて解散を迫ってきた。中央が1本化しないのに地方が先走るのはいけないというのである。本当は労働省の中西

労務管理士会と厚生省の古井(旧内務官僚。自民党議員で大臣経験者。)社会保険士会の勢力争いで、中西会の鍋田専務(元地方局長)が動いていた。労働本省出身の署長は困っていたが、わたしは遂にはねつけて解散しなかった。

この一連の騒動は非常に勉強になった。それは法律が制定されるまでの表裏の動きが手に取るようにわかったことである。この経験が後に法律制定運動に関係するきっかけとなっていくことになる。

6月10日(火)晴

ジェット機で快晴の空を飛ぶ。13:00富士を左下に見る。高度28,500フィート。時速870km。10分後名古屋上空を通過。福岡空港から柳河へ。(役所の仕事ではない。この頃の労働問題に関係した別の仕事のためであった。)

6月24日(水)晴曇

社労士集合。賃金調査業務。午後、杉戸の中島鉄工所の定期監督。緑と水美し。美人に車で駅まで送ってもらう。(毎年全国一斉に行われる賃金調査には音を上げていた。そこで、そのいく分かを社労士に頼み、調査費を支払ってやり、ついでにお得意開拓の一助にでも考えたのである。後にこの方式は各署で活用するようになったが、署によっては調査費を全く渡さず、または半分を召し上げて署の機密費に繰り入れる例も生じた。それでも社労士は、署の仕事を頼まれることで信頼度が上がるというメリットもあり、当初は文句もあまりなかったようであった。調査費を渡したことにして領収書だけを持ち、調査費を実際には渡さない例は社労士だけでなく商工会等にもあり、わたしが実際に渡したら驚かれた例もあった。)

6月28日(土)薄曇

午後富永庶務係長の車に内野労災係長と同

車。越谷近辺ドライブの後、アリエス工業の増築落成式出席。(この頃高度経済成長で、工場の新築や増築の落成式が多く、某県では落成式署長という言葉もできたというほどであった。)

7月8日(火)雨

寒し。職員が宿直や日直を拒否していることがわかり、署長が局へ呼ばれる。夕方署長帰り皆で飲み、大宮で二次会。(組合の分会で話し合い拒否したのである。やがて各署にも波及したが、宿直日直の手当だけはもらっていたために行政監察局に投書が行き、監察局がそのコピーを当局側に渡したので筆跡から投書者は判明したということであった。手当をもらっていたのでどこも問題になったが、わたしの署はわたしが保管して職員には渡さなかったため、後に庶務課長が調査に来たときにも強気で対決した。)

7月21日(月)晴

人類最初の月着陸船アポロ11号のテレビニュースを午前4時前から1人起きて見る。宿直なるも放棄して帰る途中で駅で署長に会う。署長、自分が宿直するので帰途家内に連絡してくれと。気の毒だが分会の方針だから署長宅に途中連絡し宿直せず。ストレイチー“現代資本主義”を読み続ける。(宇宙船の月着陸には感激した。なお、署では課長も宿直していた。宿直しないでよいのは署長のみであった。わたしは、宿直中に親友が家内をレイプしようとした事件もあり、廃止の急先鋒であった。しかし、関西では宿直手当の希望者も多かったということを全労働幹部から聞いたことがある。低賃金のせいだろう。ストレイチーは、①資本主義の発展は少数の巨大企業が生じて自動調整が不可能となる。②賃労働者の増加は民主制度の下では修正政策を生む。③その結果暴力によることなく社会主義へ移行する。というようなことであった。

その後の歩みは違ったようであるが。)

7月29日(火)晴

局で第一課長会議。安全管理者の性格をめぐり、大野監督課長と激論。しかし心は平静。関口、新屋2氏も老眼気味と聞いて安心。(安全管理者については課長はラインでなければ違法であると強弁し、わたしはスタッフでもよいと反論。実は有斐閣発行の“労働災害の法律知識”に村上基準局長がラインでもスタッフでもよいと書いていたのである。監督課にもその本があったのだが、休憩中に探しに行っただが見当たらなかった。老眼のことは、老化を感じていたのだろう。)

8月13日(水)晴

午前ソマール工業(草加)、午後タマ化学(八汐)の定期監督。タマ化学で試料採取中に漏れたHClを吸い気分悪くなる。(記憶なし。理研ピタミンに寄り西島氏(死亡した中元監督官の親せき。中氏の工場の係長だったが、新しい経営者になり居づらくなって退職。元警官。)の職依頼。)

9月3日(水)曇

東京地裁前で機動隊と学生のもみ合いを見る。通産省の前で労務事情の島田氏に会い原稿を渡し原稿料をもらう。(松岡先生宅で紹介していただき、半年の予定で連載。以後26年後の現在まで書き続けることになる。)

9月17日(水)雨曇

夜川口の森田鉄工で全金川口地区の講演。60名。熱心なり。サンウェーブ組合長石井さんにはじめて会う。

10月17日(金)晴曇

昨日から伊豆長岡の“か乃川荘本陣”で金属共闘の学習会。今日は“職業病、労災防止、補償”分科会助言者。30名。夕方一旦帰宅し、藤の日本鑄鉄管労組の学習会へ。細田千虎さん(備

和労基署の世話で採用されたという労務担当者。志木に健在。画家?)も出席。組合長の車で帰宅。

この頃のことども

埼玉県庁44年度予算 前年比24~25%増。労働部0%。県庁新採用計160名。うち労働部3人(職業訓練指導員のみ)。県でも労働行政の比重は低い。

昭和43年度春日部署の旅費予算額

一般会計	186,780円
(内訳)	
職員旅費	12,500円
監督旅費	113,800円
検査旅費	54,800円
証人旅費	1,380円(捜査の際の証人旅費)
統計旅費	4,300円(賃金調査等の旅費)

労災保険特別会計 341,560円

(内訳)

職員旅費	164,160円
滞納処分旅費	144,000円
施設職員旅費	33,400円

労災特別会計が多く、特に滞納処分旅費が多いのに気が付く。光熱費とか通信費等通常使用する経費である庁費は、一般会計(税金)が100,900円であるのに特別会計(労災保険料)は実に10倍近い976,870円である。労基署は労災保険料で動いている実態がよくわかると思う。

手帳の余白に下手な短歌が書き付けてあった。

宙に浮く青き地球を見し夜は
人生の意味を寝(いね)ずして思う



零細企業工場長の脳内出血

東京●7年目に過重業務認める

●病気に至る背景

K・F社に勤務していた佐藤金造さん(被災当時46歳)は、社長を除く従業員7名の零細企業の工場長であった。会社は「紙巻き返し機」及び「スリッター機」の設計、製造、販売を業とする。わかりやすく言えば、紙を印刷するためのロールを送る機械やシールを印刷する機械及びそれらを切る機械ということになる。佐藤さんは、中学を卒業後この会社に就職。以来31年間この仕事に従事し、工場長であるとともに、一人で設計、製造までする職人として信頼されていた。

この佐藤さんにひとつの出来事が起こったのは1985年1月のことである。会社に佐藤さんとこの会社の創業期から共に支え合ったKさんがいた。佐藤さんが職人として製造を担当する一方、Kさんはそれを販売することを仕事としていた。このKさんが前年頃から会社を通さず自分で注文を受け、別の会社に仕事を発注し、売上を自分のものとしていたことが判明した。会社としては、創業からいるKさんを臆首にせず、同じことを繰り返さない約束の

下、嚴重忠告で済ませた。ところが、その後もKさんの外部発注は変わらず、この時にKさんは退職した。佐藤さんとしては「古くからの同僚として何故、相談してくれなかったのか」という悔いが残った。と同時に、今度は同じ種類の機械販売の競争相手ということになってしまう。仕事熱心な佐藤さんにとって「どうしても負けたくない」という思いが募った。

この時期を契機として1985年2月1日、物を持ったら落とすという症状が起きた。大学病院に受診し、小さな脳出血があることがわかった。40日間入院したものの、手術はせずにすんだ。その後今回の病気が発生するまで、月1回の通院は続けていた。そして会社は、1986年1月には治癒判断のもとに、仕事量も残業も元通りに戻している。仕事量が以前に変わらぬ状態に戻ると、服薬もルーズになった。このことが被災後の判定で問題点のひとつになった。

佐藤さんは元来残業が多く、概ね80時間以上の月が一般的であった。スリッター機はすでに述べたように、製紙会社から運ばれるロール状の紙を必要な長さに切

れるようにする機械であるが、T社からの注文は横幅2m50cmのロールをカットするものであった。これは1台1,500万円(当時)するもので、K・F社でも年間4~5台の注文があれば良い方であった。こういう機械が新しく注文されるときは、必ず以前のものよりもグレードアップした新たな注文があった。こうした時、新しい注文の部分と従来からのものとをどのように組み合わせるか、数百種類もある部品の結合を含めて設計、製造は大変難しい。この製造について納期は9月末と契約された。しかし、この作業はなかなか進展しなかったため、納期を10月25日に延長してもらった。

ここで、一番納期に追われていた9月末頃の従業員7名の仕事ぶりを確認しておきたい。まず、設計技師のMとKは製造にはタッチしない。それどころかMにいたっては一人前の設計ができず、いつも佐藤さんに引いた図面を見てもらい、佐藤さんが家に持ち返って引き直すのが常であった。また、旋盤工のGとMは草加市に納めた機械の故障修理のため、9月中旬から絶えず出張を繰り返していた。佐藤さんを除けば、一番腕の良いNはこの年の8月に離婚して以来、仕事が手につかず長期休暇を続けていた。したがって、納期遅れのT社の仕事に従事できたのは、フライス盤工の若いKと佐藤さんだけであった。状況

は佐藤さん一人の肩にかかるものとなっていた。

●病気の発生

1987年10月22日夜9時まで残業した佐藤さんは、仕事を終えた時点で社長から「一杯やっていかないか」と声をかけられた。しかし、彼の頭の中にはT社の納期のことしかなかった。「冗談じゃない。これから帰ってT社の図面を引かなければならない」と言い、いつもは着替えて帰るところ、この日は作業着のまま帰宅した。

佐藤さんは、かなり以前から図面を引くために自宅とは別に、会社の寮の一室を借りていた。自宅には週1回帰り、いつもは寮に寝泊まりしていた。この日も自転車で10分のこの寮に、野外の温度14.8度のところを作業着姿で帰ったのである。

翌日、この時期早朝1時間も前から出勤していた佐藤さんが出勤していないことから、社長夫人自ら寮の様子を見に行き、すると、部屋の上がりしなに昨日の作業着が脱ぎ捨てられ、下着姿で前のめりに倒れたままいびきをかいている佐藤さんの姿を発見した。次の間にたたんで置いてある布団はまったく敷かれた様子がなかった。後にこの状況から、発病は10月22日夜10時~11時頃と推定される。

夫人はあわてて救急車を要請。東京都立墨東病院救急救命セン

ターに入院した。直ちに行われたCT検査によって左脳内出血と診断され、即日、血腫除去術が施行された。しかし、佐藤さんは問いかけに若干反応はあるものの、遷延性意識障害にて推移した。このため長期戦を覚悟することとなり、5か月後にY病院に転院することになった。しかし、寝かせきりのY病院への不満から、この年の秋、仙台の病院に再度転院した。仙台は佐藤さんの郷里であること、また、佐藤さんの弟がPT(理学療法士)であることから、毎日佐藤さんの入院先に弟さんが訓練に来てくれることが転院の条件になっていた。

佐藤さんの現在は、言語を発することはできないが、乗せてあげれば車椅子に座っていられるくらいには回復し、現在も入院中である。

●労災申請

妻は都立墨東病院に入院した時点から、土日に自宅に帰った時に疲れた様子から考え、「仕事のしすぎでこんな具合になってしまったのではないか」という疑いをもっていた。悶々とした日々を経て2か月後に、当医療相談室を訪れた。私は、労災申請に当たってまず、自己意見書をつくることを勧め、そのための資料収集、会社との対応、ポイントの整理に協力した。自己意見書のポイントは次の点であった。

① 残業時間が多く、明らかに過重な労働状況下にあった。発病前の1週間は、日曜日に休暇をとっているものの、実際は見本市に見学に行っており、実質8時間労働と言える。他の日の残業は毎日であって、最低4時間、最高5時間である。さらに持ち帰り仕事が多く、実質の時間外労働時間はさらに2時間~3時間と考えられる。

② 発病直前までT社の納期に追われていた。

③ かつての同僚の裏切りのため、同僚に負けない機械の製作がいつも脳裏にあり、ストレスがいつもあった。

会社は、創業時からの幹部で働き者であった佐藤さんに協力的であり、労働基準監督署の聴取にも「仕事が原因と考えられる」旨を明らかにしてくれた。私は妻の自己意見書以外に専門的意見書の必要性を感じ、東京東部労災職業病センターの事務局会議にケースを提出。その結果、労働科学研究所労働生理心理学研究部の酒井一博主任研究員(当時)に意見書を依頼することとなった。2か月後に届けられた意見書は、大要次のようなものであった。「残業時間の異常な多さの問題点、持ち帰り仕事までせざるを得ない零細企業の悲哀を述べ、これが残業に加えて疲労困憊の原因と指摘。しかもこうした疲れの連続が、思考や判断過程で反応が鈍

り、納期が迫っているにもかかわらず能率低下となって空回りし、本人が追い込まれていく。本ケースもそうした事例である。

中央労働基準監督署の決定は、申請から2年2か月後の1989年12月26日であった。決定内容は「業務上とは認められない」というもの。その理由は、理由にすらならないと思えるものであった。曰く、「1週間前と比べ残業量が多いが、この過程では過重労働とは認められない。納期の遅れを指摘しているが、これはよくあったことで過重労働とは認められない。同僚の裏切り問題は1年半前のことで、現在の労働に関与していたとは考えられない」。

この業務外理由で重要なことは、認定基準に客観的指標は一切示されていないのに、「この程度では過重労働とは認められない」としている点である。つまり、ではどの程度なら過重労働と認めるのかを何も示さずに、一方的に「この程度では認められない」では、業務外理由になっていないのである。

直ちに審査請求を行った。そこで東京東部労災職業病センター代表の平野敏夫医師に意見書作成を依頼した。と同時に、意見書作成のための資料収集を妻と共に行った。資料収集は、まず会社の社長と会い、労働状況を再確認。会社の寮を自宅とは別に借りることになった必然性に関する

資料集め。会社の寮に戻ってからも深夜に及んで持ち帰り仕事をしていた証言として、隣家のタクシー運転手(毎日深夜まで仕事をしている)に意見書を依頼した。これら収集した資料をもとに平野医師に意見書を依頼したのである。

この結果、1995年1月31日付けで「業務上と認める」決定通知が届いた。実に決定まで7年と3か月もの長い年月であった。決定理由は、審査官が依頼した鑑定意見書(浦田純一医師)にすべてを負っている。鑑定意見書は、監督署が業務外としたそれぞれのポイントについて全て「過重労働」につながったと認定している。監督署と正反対の見解がなぜ生じたのか。まったく窺い知ることはできない。このことは資料を読んだ人の恣意的判断としか説明できないであろう。そのように理解するとき、「過労死」の労災判断はゆきあたりばったりでしかないということになり、重大な問題である。

●業務上認定後の問題

(1)時効の問題

労災の療養補償等はすべて時効が定められている。この内、療養費と休業補償は、原則的に業務上決定が出るまでそれらを請求し続けておき、決定を待って支給されるというシステムになっている。したがって、請求しておか

なければ、決定が出ても支払われない。佐藤さんについて、実は当院も内部処理としては労災扱いとしていた。しかし、いつまで経っても支払われないため、1年くらい経過したところで本人所有の社会保険に切り替え請求が済んでいた。病院が変わっても社会保険を利用したため、他の病院でも労災での請求はしていない。療養費は2年前までしか遡って請求できない。佐藤さんの場合、2年間分だけは請求できる計算になるが、後遺症認定(症状固定)が主治医から5年前と言われており、労災としての療養費は存在しないことになる。ただ、社会保険から監督署に対して療養費の返還を求められた場合は、時効がその時からスタートするというから、最初の療養費から返還対象になる。しかし、それも社会保険と労災保険で相殺するのでなく、社会保険が医療機関に支払った分を被災者が社会保険に返済し、その上で労災保険に請求して取り戻すという、おかしなシステムをとっている。時効のあり方の問題と共に被災者に立て替えさせるという方法でなく、社会保険と労災での相殺という方法を確立すべきであろう。

同様の問題は休業補償でもある。この時効も療養費と同様2年前までしか請求できない。やはり、最初から休業補償の請求をし続けていないと時効にかかって

請求権を失うのである。通常被災者は、決定されない休業補償でなく、社会保険の傷病手当金を請求する。すでに述べたように医療費を社会保険で請求してしまうと、傷病手当の書類は簡単に書いてくられても、同時に労災の休業補償の書類を頼むといふか医者や事務担当者もいる。佐藤さんの場合も最初の1回だけ休業補償の請求を行ったが、後は全部傷病手当の請求で生活費を得、休業補償は請求していない。しかも、この時効の問題を監督署の担当官も審査官も誰もアドバイスしていない。どうも業務としてルーチンになっているとも思えない。

そもそもいつ決定されるかわからない書類を出し続けなければならないシステム上の問題のあることは明らかである。佐藤さんのケースは審査請求で7年かかったが、再審査請求までやって、さらには行政訴訟を経てから決定されるケースもある。その結果業務外が確定すると、出し続けた書類はすべて意味がなくなる。書類だけではなく、その書類が作成されるまでに関わった全ての人間の労力が無に帰する。これは明らかに徒労ではないか。早急に改善される必要がある。同時に思うことは、こうしたルールでやっていることによって労災保険の財源がいつも黒字になっていると考えるのは穿ち過ぎであろうか。

総じてこの時効の考え方を維

持するなら、被災者にとって不利益にならないシステムを確立することが急務である。それにはまず、監督署の決定を2年以内に出させるよう努力目標にすること。万一2年を超さざるを得ないケースの場合は、ルールとして2年の時点で療養費、休業補償の請求をさせることを担当官に義務づけさせること。同時にそれ以降監督署の決定が出るまで必ず請求させるように義務づけること。さらに審査請求をした時点では、自動的に時効が中断するようにすること。

ところで、労災保険法第35条2項では「前項の審査請求又は再審査請求は、時効の中断に関しては、これを裁判上の請求とみなす」と書かれている。意味するところ私の解釈では、「審査請求、あるいは再審査請求をした時点で裁判と同様、時効が中断する」と読めるのだが、これがなぜ、療養費、休業補償で請求された分だけしか時効中断とならないのか。よく理解されている方のご教示を仰ぎたいと思う。

(2)審理のための処分について

今回の決定まで不勉強ながら「審理のための処分」をよく理解していなかった。これは、審査請求書の「12」という項の「証拠」にある。私の理解は審査請求であるから、当然、監督署の段階でこちらが出した資料はすべて審査官のところに上がり、新たな主張

について出す資料について求められていると解釈してきた。ところが、今回の決定書の中の「審査資料」という項を見てどうもおかしいと思うことがあった。審査資料は当然この決定を出すに当たって何に基づいて審査したのかが列記してある。ところが、原処分庁の提出した資料の中に、監督署の段階で苦勞して書いていただいた労働科学研究所の酒井一博氏の意見書が出されていないことに気がついたのである(ただし、おかしなことに今回の業務上の決定に大きな役割を果たした鑑定意見書を書いた浦田純一医師は、酒井意見書にふれており、決定書にも引用されている)。これはどういうことなのか。審査官に直ちに聞いてみた。その答えは、監督署では審査請求に当たって必要と判断した資料のみを審査官に上げればよいことになっている、というのである。したがって、酒井氏の資料を監督署では必要ないと判断したということであろう。

審査請求人の立場でこれに対抗する方法はないものかと検討して出てきたのが、先の「審理のための処分」というわけである。つまり、審査官は審査請求に対しその審理を行うに当たって、どれを審査の資料とするかの権限をもっているという。その審査官に対して、請求人は「こういうものを審査資料としていただきたい」

という依頼をすることができるというのが、「審理のための処分」ということである。もちろん、新たな資料の提出は問題はないが、前述のように監督署の段階で請求人が出した資料が審査請求の段階では提出されないかも知れないと思えるときは、これをこの項目として記載し、提出させるよう求めることができるということである。さらに審査請求の段階で調査してほしいことや鑑定してもらいたいもの、検査してもらいたいもの等があれば、それを求めることができるということである。ただここでの問題は、この

ように請求人が求めても、それを審査上必要と判断するか否かは審査官の判断ひとつにかかっているため、採用されないことも覚悟しなければならない点である。ひとつの闘う方法としてもっと利用されてよいこの「審理のための処分」ではあるが、それ以前に監督署に提出された資料の全ては、必ず審査官に提出されなければならないという規定をつくる方が先であろう。それが民主主義というものである。



高山 俊 雄(都立墨東病院
医療相談室(MSW))

通達撤回へ法廷内外で運動を 神奈川●制限期間後の針灸治療費請求



1995年2月、横浜の12名の港湾労働者が、自費でかかっている

り・きゅう治療の費用を横浜南労働基準監督署に労災請求。これ

は、1982年5月31日付け基発第375号通達等によるはり・きゅう治療の制限期間を越えているため、自費でかかっていたもの。前号でお伝えしたように、東京高裁、大阪高裁と相次いで、375通達によるはり・きゅう治療の期間制限を否定する判決が確定し、労働省も見直し作業を開始している。

これについての交渉が、3月8日にもたれた。当該はもちろん、自治労七沢りハビリ労組委員長の内田さんと七沢はり・きゅう裁判原告の松橋さんも参加。

「私たちの裁判は、私たちだけのことではないのです(松橋さん)「はりをやらないと歩けないくらいです(港湾労働者、以下同じ)「本当は週に2回ぐらいしたいのですがお金のこともありますし」「効きますよ、やっぱり。待ち遠しいですよ、はりの日が」

永年の港湾労働で痛めた腰や肩。そうそう簡単に治るものではない。1年間ではり・きゅう治療がおしまいというのは本当に納得できない。実態を訴える生の声に、労災課長も丁寧に耳を傾け、メモをとる。

「お役人と言われればそれとおりで、法律など梓に縛られたことしかできません。375通達後は機械的に処理してきたことも事実です。しかし今回の判決もあるので、今までのようにすぐ不支給にするわけにもいかず、労働基準局にどうすればよいか聞いている

状態です。これだけの請求があるということは非常に大きいことだと考えていますし、支給できないだろうかという方向で、局の方にも皆さんの要請を伝えてまいります。」

一方、前回突然の裁判所による和解勧告を受けた1回目の交渉が3月9日、東京高等裁判所で行われた。原告側と被告の労働省が交互に裁判所と話をするため、どういう方向に向かうのか、はっきりしない点も多い。とにかく次回の期日は、6月23日午後3時になった。

法廷のベースは上記のとおりでゆっくりとしたものだ。被災労働者の治療はそんなものとは関係ない。幸い、東京労基局も神奈川労基局も、請求したはり・きゅう治療費について、調査を実施するようだ。東京のNさんのケースについては、池袋労基署が主治医に意見書を依頼し、2月にそれを提出。局医の判断を聞くと言っている。神奈川でも医師への意見書を依頼するようだ。

これらの動きと原告の闘いを結び付け、375通達撤回、いい加減な見直しに終わらせない運動を繰り広げよう。



(神奈川労災職業病センター
川本 浩之)

マツダで2人目の石綿被害 広島●企業上積み補償も在職と同額

作業中に吸い込んだアスベストが原因で悪性中皮腫で死亡したKさんの妻が行っていた遺族補償請求に、広島中央労働基準監督署は1995年2月1日、業務上災害として支給決定を行った。

Kさんは生前に病気が仕事によるものと医者から知らされ、会社一マツダ(旧東洋工業)に労災保険の手続きをとるよう申し出たが、自動車業界ではアスベストは使用していないとして、マツダから再三にわたって労災申請はできないと言われていた。その

ため遺族は無理だとあきらめていたが、同じラインで働いていた元同僚が同じ病気で亡くなり、1993年7月に労災認定されたことを知り(93年9月号参照)、労災申請に踏み切った。

Kさんは、1961年に東洋工業に入社。本社D工場の自動車組立ラインで、キャビンの天井にトップシーリングの貼り付けを行っていた。四方を鉄板に囲まれた中で、天井に接着剤を吹き付け、合皮とスポンジを貼り、へらのようなもので密着するように貼り付

けていく。手慣れた者なら、1工程終わるのに3分かからないと言われていた。Kさんの作業現場はアスベストの貼り付け場所と近接した場所(約10m)で行われており、接着剤の吹き付けなどでアスベスト粉じんが舞いやすく、高濃度の暴露を受けた。

アスベストの確認は、マツダの再三にわたる労災申請妨害により奥さんは今後の必要性を考慮することができず、死後病理解剖されていなかったためできていない。しかし、マツダD工場が汚染場所であることは、同僚のMさんがすでに認定されていることから明らかであり、相談を受けた広島労働安全衛生センターでは元同僚の証言も得た。悪性中皮腫の診断自体も、左胸膜癌の生検で確認されていた。

Kさんの労災認定決定の後、センターでは、マツダに対して企業補償の要求を行った。労災保険による補償は最低限のもので十分な水準になっていないため、企業独自に上積み補償制度を設けているところは多い。しかし、そのほとんどが在職中の労働災害に対象を限定している。

マツダは、前例のMさんの場合と同様、「労災上積み補償協定」により、現職労働者が労災事故で死亡したのと同じ取扱いをする」と回答した。Mさんのときには、15年前に退職していたので、補償時期を退職時にするか、死亡時期

にするか、認定時期にするかという内部検討の結果、認定時期の補償金額に落ち着いた経緯がある。

●Kさんの妻からの手紙●

私は主人を悪性胸膜中皮腫で平成3年4月22日に亡くしたものです。ほとんどあきらめかけていたのですが、センターの皆様のおかげで労災認定にこぎつけられ、まことにありがとうございます。これは事務局長様はじめ事務局員の皆様のおかげだと嬉しく思っています。

生前、悪性中皮腫と診断を受け、主人共々会社の安全課に行き、お話をしましたが、全然取り上げてもらえず、とてもつらく悔しくてなりません。そのとき、新聞で労働安全衛生センターのことを知り、そこに行けば相談にのってもらえるとわかり、娘に車に乗せてもらって主人とセンターに行きました。その時はすでに主人の病状は、息をするのも苦しいほど進んでおりました。そのうちにずっと症状も悪化して食事もう呑まなくなり、大学病院

退職後に発病するケースが多いアスベスト関連疾患の場合、労災補償だけでなく企業上積み補償に

の先生方の治療の甲斐なくとうとう他界してしまいました。そのとき思ったことは、主人が生前言って「アスベストを吸ったためにこの状態になったのだ」ということをちゃんと会社側にわかってもらわないといけないと言ったことでした。

主人が亡くなって数か月たった頃、センターの方からお電話があり、「一度相談にきてください」ととてもやさしく言ってくださいました。本当に一本の光がそこにスーッと射してきたみたいに、とても私の気持ちに希望を与えてくれました。それで主人の様子や事情をお話しに行きました。いままで数回手術をしたり、コバルトを当てたりして、とてもつらく苦しい毎日でしたので、これ以上からだにメスを入れることが不敏でつらかったため、先生の進めもありましたが解剖はお断りしたのです。しかし、センターから監督署に申請するだけしてみな

についての取り組みも重要である。



(広島労働安全衛生センター)

さいと勧められ、調べてゆくにつれ、すでに認定されたMさんが偶然にも同じ職場で、また職長さんも同じだということがわかり、本当に嬉しくありがたいと思いました。私みたいにひとりで思い悩んでいる人のために少しでも励みになればと思い、ペンを取りました。亡くなるまでの4年間、闘病生活をしてきましたが、よい結果が出て、きっと主人も安心して眠っていると思います。主人と同じ病気で闘っている皆様、どうか一度センターの方へ御相談にお出かけなされたらと思います。

最後に事務局長様、事務局員の皆様方、病院の先生方、本当にありがとうございました。私の一生で一番嬉しかった思い出になると思います。これからもこれを励みに残りの人生を有意義に過ごしていこうと思っております。皆様にはくれぐれもお体に気をつけて、お仕事にお励みくださいませ。



1994年12月17日、クリスマス後1週間後に控えて世の中は何かとあわただしいこの日、三多摩労災職業病センターでは浮世とは関わりをもたぬげに学習した。東京都福祉関連職員組合連絡会議(東京福祉)の例会がその場であった

「介護労働と職場改善」学習会

東京●東京福祉：連続講座に向けて

が、東京福祉とはこの間、連続講座を実施するべく企画を練ってきた間柄ゆえ、当センターが持ち込んだ講演である。

連続講座の方は今春にも実現しそうであるが、各福祉職場からの代表者に、労働安全衛生面への関心を少しでも持ってほしい、全ての仲間の意欲によって講座を行いたい、とする狙いのもとに実施したもの。

「介護労働者と職場改善」と銘打ったからには、講師をお願いした中桐伸五医師は手元にある豊富なデータを駆使してお前らシヤキツとしろ！と怒鳴られるような内容になると思いきや、いきなり参加者を3つの班に分けての意見の出し合いから始められた。

グループ討論のテーマはすでに用意されており、①労働安全衛生について最近取り組んだこと、②解決したい安全・健康問題、③学習会で学びたいこと、となっていた。つまり3つのテーマに沿って出された意見に沿って、中桐先生が得意即妙の回答をしようという狙いらしい。これができるには本当にたくさんの福祉職場の実態とデータを持っていなければならない。なにせ、福祉職場といっても、公立、公立民営、民営と設立・運営母体が異なり、あげくの果に、児童、成人、老人があり、精神遅滞、身体障害、病弱、職業訓練などに分類されるのだから、これを踏まえての学習会と

なったら、それはそれは大変なことなのだ。ところが、3つのテーマともグループ内で出された意見はそれほど深刻なものではなかったのである。

それで先生、ハタと困ったと思う。しかしそこは慣れたもので、安全衛生についての意識のほどをすぐに看破され、「本当は深刻な状態にあるにもかかわらず、職場に目が行っていないのではないか。福祉職場とは所詮こんなもの、とする意識が蔓延しているに違いない」と理解されたのだろう。各グループの意見を報告させ、フンフンと聞いたうえでOHPによって労働安全衛生とは何かを解説し始めた。快適職場の形成ということが労働省によってうたわれているが、労災が防止され、かつそれが早期発見、早期治療が実現して始めて快適職場が形成されるのであって、それも個々の労働者にとって快適でなければならないと語られた。そして、福祉職場にとってほぼ導入されている交替制勤務、とりわけ夜間勤務は、それ自体間違っているとは言えないが、人間の身体のリズムというものは昼は起きて働き、夜は寝る、という仕組みになっているのだから、夜に働くことはどうしても疲労の蓄積となり、注意力が散漫にならざるを得ない。夜勤は万病の元であり、社会生活を困難にする、という指摘に会場は頭を垂れてしまった。

次に外国、とくにデンマークの例が紹介された。ケアの原則は、①生活の継続性(在宅の施設化、施設の在宅化)、②自己決定の尊重、③残存能力の活用、④24時間ケア(ローテの人間化)であり、夜勤の当たった人への例としては、休憩時間の増加、リフレッシュ向け施設の拡充などがあげられた。

また、これからの安全衛生活動の課題として、

- ① 職場改善を軸に、労災認定・補償から、予防、快適職場づくりまでの総合的な取り組み
- ② 全員参加の促進で多様な対策
- ③ 職場間、地域間の交流で改善事例の出し合いと普及
- ④ 職場巡回を基礎とした日常的な安全衛生活動
- ⑤ 参加者が積極的に参加して進めるトレーニングの推進をあげられた。

これらを実現するには、安全衛生委員会と団体交渉を組み合わせた取り組みが必要であり、勤務時間中に巡回ができるようにしたいし、チェックリストの活用、作業環境測定を通じた職場改善、に着手すべきことを提唱。さらにスライドによって職場の問題点と改善事例を示す。これは福祉職場の事例ではなかったが、作業の人間化を軸にしたもので、それなりに参考になったと確信する。

以上のような講演の後、当日の会場に当たっていた日野療護園

の好意によって、施設見学が実現した。設立当初からの設計で、入浴介護、入所者の移動、寝床、などなどできるだけ入所者と職員に快適な職員空間が心がけられており、参加者一同「ほう〜」。当日の学習会の大方の意見は、

燃え尽き症候群はイヤだ、であった。つまり、ケアの内容を落とさず、職員が高齢化してもなお働ける職場にしたいという



(三多摩労災職業病センター ニュース第51号から転載)

半数の地点で前回上回る濃度 兵庫●環境庁・震災地のアスベスト測定

環境庁は、①工場・事業場からの有害物質の漏出、②建築物の解体撤去に伴うアスベストの飛散及び③野焼きによる有害物質の発生等、阪神・淡路大震災に伴う2次災害を未然に防止することを目的として、「第2次大気環境モニタリング調査」を2月27日～3月16日に実施。その結果が4月6日に公表された。概要は以下のとおり(第1次調査(2月6日～12日)の実施結果については3月号参照)。「①有害物質に係る環境濃度は、わが国の都市地域の環境濃度の変動の範囲に入っており、第1次の調査結果と比べ概ね低下している。工場・事業場からの有害物質の漏出等により直ちに健康影響が問題となるような2次汚染は、現在まで生じていないものと判断される。

②アスベストの一般環境濃度については、概ねわが国の都市地

域の環境濃度の変動の範囲に入っているが、前回と同様、一部の地点においてやや濃度の高い地点がみられた。また、第1次の調査結果と比較すると、17地点中8か所において、前回は上回る値と値となっている。また、解体現場周辺の環境濃度については、10本/1(工場に対する数居境界規制基準)を超える地点はみられなかったものの、一般環境に比較してやや高い値となっており、今後なお一層のアスベスト飛散防止対策の徹底を図る必要がある。

③野焼きの実施地点周辺にお

ける有害物質の測定結果は、直ちに健康影響が問題となるようなレベルのものではないと判断される。わが国の都市地域で通常観測される範囲内ではあるが、やや濃度の高い地点がみられ、野焼きによる影響を受けているものと考えられる。」

アスベストについては、①前回と同じ地点での「追跡継続調査」17地点及び②「建築物解体現場周辺調査」10か所×2地点が行われているが、調査結果は次のとおり(()内は同地点の前回調査値)。

- 追跡継続調査
最小0.3～最大6.0(ND～4.9)f/1
中央値 1.0(1.0)f /1
幾何平均 1.2(1.0)f /1
- 建築物解体現場周辺調査
最小0.8～最大7.7f/1
中央値 2.6f/1
幾何平均 3.0f /1

既報のとおり、民間団体によりはるかに上回るデータも測定されており、「被災地のアスベスト対策を考えるネットワーク」が4月13日に神戸市と行った交渉で、市としても継続して環境測定を実施していくと回答している。

労災隠しの犠牲となる外国人 大阪●タイ政府関係者がNGOと交流

タイ政府の駐日労働担当官が 来阪、3月31日に日本で労働問題

について外国人労働者の相談に応じているNGO(非政府組織)と交流した。外国人労働者の救援活動を続けているアジアフレンドなどの市民団体と関西労働者安全センターで、主に労災問題などについて現在の状況について話し合った。

就労資格のないビザで入国し、建設労働などに従事して労災事故にあった労働者が、正規の労災保険法に基づく扱いをされない、いわゆる労災隠しが相変わらず横行していることが双方から指

摘された。同担当官は、日本で働いているタイ人労働者が労働問題で困難に陥ったときは、迷わず相談を持ちかけるよう呼びかけているが、実際の日本における問題解決のためには、言語の問題も含めて壁が厚く、日本のNGOの協力が不可欠であると言う。

当センターも、全国安全センターのネットワークを生かして、要望に積極的に応じ得ることを伝えた。同担当官の今後の活動が期待される。



(関西労働者安全センター)

33業種で労災保険率引き下げ 労働省●3年に一度の料率の見直し

労災保険率については、事業の種類(業種)別に過去3年間の収支状況、災害率等を基礎として、3年に一度定期的に見直しが行われている(前回は1992年4月1日以降適用されるものについて実施)。今回、1995年4月1日以降適用される労災保険率について、全体で53業種のうち33業種について引き下げられた(木材伐採業1000分の142→137、建築事業1000分の32→25、金属製品製造業又は金属加工業1000分の22→17、港湾荷役業1000分の53→47等)。

また、労災保険の特別加入に係る保険料率のうち、建設関係の事

業に係る第2種特別加入保険料率(1000分の25→23)及び海外派遣

9物質の管理濃度を設定 労働省●作業環境測定方法も

労働省は、1月26日に公布した特定化学物質等障害予防規則(特化規則)の改正(4月号参照)で新たに管理濃度が設定された9物質について、「管理濃度(作業環境評価基準)」と「測定方法(作業環境測定基準)」を告示した(別表)。平成7

者に係る第3種特別保険料率(1000分の10→8)についても引き下げられた。

労働省によれば、今回の改定により、平成7年度の労災保険に係る労働保険料は、前年度に比較して率にして約1割、額にして1,745億円減少する見込みという。

また、労災保険の保険料の額は、賃金総額に労災保険率を乗じて算定されるが、請負による建設事業においては、賃金総額の把握が困難な場合が多いので、その場合には、請負金額に労務費率(請負金額に占める労務費の割合を考慮して定める率)を乗じたものを賃金総額とみなす特例が定められている。これについても、道路新設事業24→22%、鉄道又は軌道新設事業23→23%、既設建築物設備工事業17→18%と、1995年4月1日以降適用する労務費率が改定されている。



各地の便り

度を設定し、塩化ビニルとコールター以外の物質について、より精度の高い測定ができるような新たな試料採取方法及び分析方法を追加した。例えば、塩化ビニルでは管理濃度は「2ppm」、採取方法は「直接捕集方法」で、分析方法は「ガスクロマトグラフ分析方法」で、測定結果の評価を行う。改正特化則は1995年4月1日か

ら施行されるが、経過措置として、塩化ビニルとコールターの2物質については1995年10月1日以前に、その他の物質については1996年10月1日以前に実施した作業環境測定の評価と事後措置を行う必要はないとしている。特化則では、特定化学物質を扱う屋内作業場の作業環境測定を6か月ごとに行うよう規定してい

るが、43ある特定化学物質の中には測定結果の評価を行うための管理濃度が定められていないものがある。労働省では、管理濃度等検討委員会を設けて、最新の医学的知見を踏まえた見直し作業を進めてきた。今回の告示により、管理濃度が定められていない特定化学物質は11物質になる。



物の種類	管理濃度	試料採取方法	分析方法
塩素化ビフェニル (別名PCB)	0.1mg/m ³	液体捕集方法又は固体捕集方法	ガスクロマトグラフ分析方法
エチレンイミン	0.5ppm	液体捕集方法	吸光度分析方法又は高速液体クロマトグラフ分析方法
塩化ビニル	2ppm	直接捕集方法	ガスクロマトグラフ分析方法
コールター	ベンゼン可溶性成分として 0.2mg/m ³	ろ過捕集方法	重量分析方法
3,3'-ジクロロ-4,4'-ジアミノジフェニルメタン	0.005mg/m ³	ろ過捕集方法	吸光度分析方法、ガスクロマトグラフ分析方法又は高速液体クロマトグラフ分析法
トリレンジイソシアネート	0.005ppm	液体捕集方法又は固体捕集方法	液体捕集方法にあつては吸光度分析方法、固体捕集方法にあつては高速液体ガスクロマトグラフ分析方法
ニッケルカルボニル	0.001ppm	液体捕集方法又は固体捕集方法	液体捕集方法にあつては吸光度分析方法又は原子吸光分析方法、固体捕集方法にあつては原子吸光分析方法
ペータープロピオラクトン	0.5ppm	直接捕集方法又は固体捕集方法	ガスクロマトグラフ分析方法
硫酸ジメチル	0.1ppm	液体捕集方法又は固体捕集方法	液体捕集方法にあつては吸光度分析方法、固体捕集方法にあつてはガスクロマトグラフ分析方法

(下線が改正部分)

新しい医療運動論への道

足達七郎・著 定価1,500円A5版260頁

このような学園の中で、もっとも感受性の強い世代である医学生が、真面目に医学・医療を考えれば、学園紛争を主体的に捉えることとなります。そして、この生真面目な医学生がその後医師としてどのように医療に携わっているのかという「軌跡」が正確な記録として綴られているのが本書です。(青山英康岡山大学医学部教授推薦の言葉から)

●関西労働者安全センター
TEL06-943-1527/FAX-1528
●(医)南労会松浦診療所
医師 足達七郎
TEL06-574-8010

全国労働安全衛生センター連絡会議

108 東京都港区三田3-1-3 M・Kビル3階
TEL (03)5232-0182/FAX (03)5232-0183

- 北海道●社団法人 北海道労働災害・職業病研究対策センター
004 札幌市豊平区北野1条1丁目6-30 医療生協内 TEL(011)883-0330/FAX(011)883-7261
- 東京●東京東部労災職業病センター
136 江東区亀戸1-33-7 TEL(03)3683-9765/FAX(03)3683-9766
- 東京●三多摩労災職業病センター
185 国分寺市南町2-6-7 丸山会館2-5 TEL(0423)24-1024/FAX(0423)24-1024
- 東京●三多摩労災職業病研究会
185 国分寺市本町3-13-15 三多摩医療生協会館内 TEL(0423)24-1922/FAX(0423)25-2663
- 神奈川●社団法人 神奈川労災職業病センター
230 横浜市鶴見区豊岡町20-9 サンコーポ豊岡505 TEL(045)573-4289/FAX(045)575-1948
- 新潟●財団法人 新潟県安全衛生センター
951 新潟県新潟市東堀通2-481 TEL(025)228-2127/FAX(025)222-0914
- 静岡●清水地区労センター
424 清水市小芝町2-8 TEL(0543)66-6888/FAX(0543)66-6889
- 京都●労災福祉センター
601 京都市南区西九条島町3 TEL(075)691-9981/FAX(075)672-6467
- 京都●京都労働安全衛生連絡会議
601 京都市南区西九条東島町50-9 山本ビル3階 TEL(075)691-6191/FAX(075)691-6145
- 大阪●関西労働者安全センター
540 大阪市中央区森ノ宮中央1-10-16, 601 TEL(06)943-1527/FAX(06)943-1528
- 兵庫●尼崎労働者安全衛生センター
660 尼崎市長洲本通1-16-7 阪神医療生協気付 TEL(06)488-9952/FAX(06)488-2762
- 兵庫●関西労災職業病研究会
660 尼崎市長洲本通1-16-7 医療生協長洲支部 TEL(06)488-9952/FAX(06)488-2762
- 広島●広島県労働安全衛生センター
732 広島市南区稲荷町5-4 前田ビル TEL(082)264-4110/FAX(082)264-4110
- 鳥取●鳥取県労働安全衛生センター
680 鳥取市南町505 自治労会館内 TEL(0857)22-6110/FAX(0857)37-0090
- 愛媛●愛媛労働災害職業病対策会議
792 新居浜市新田町1-9-9 TEL(0897)34-0209/FAX(0897)37-1467
- 高知●財団法人 高知県労働安全衛生センター
780 高知市薮野イワ井出1275-1 TEL(0888)45-3953/FAX(0888)45-3928
- 熊本●熊本県労働安全衛生センター
861-21 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レクタウンクリニック内 TEL(096)360-1991/FAX(096)368-6177
- 大分●社団法人 大分県労働者安全衛生センター
870 大分市寿町1-3 労働福祉会館内 TEL(0975)37-7991/FAX(0975)34-8671
- 宮崎●旧松尾鉱山被害者の会
883 日向市財光寺283-211 長江団地1-14 TEL(0982)53-9400/FAX(0982)53-3404
- 自治体●自治体労働安全衛生研究会
102 千代田区六番町1 自治労会館3階 TEL(03)3239-9470/FAX(03)3264-1432
- (オブザーバー)
- 福島●福島県労働安全衛生センター
960 福島市船場町1-5 TEL(0245)23-3586/FAX(0245)23-3587
- 山口●山口県安全センター
753 山口中央郵便局私書箱18号