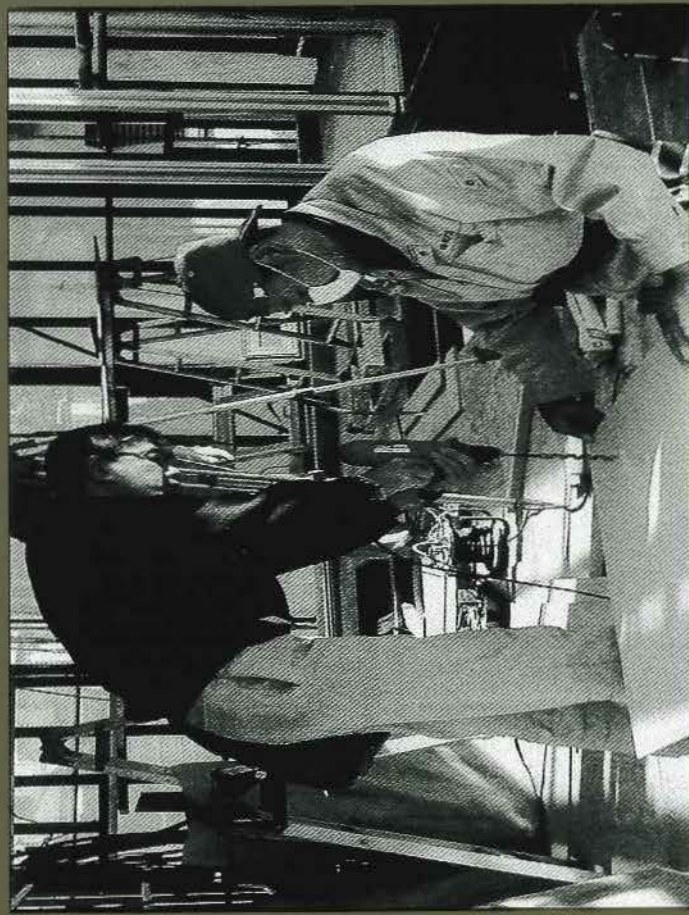


安全情報

2000
10
OCT

セン



安全センター情報 2000年10月号 通巻第269号 2000年9月15日発行
毎月1回15日発行 1979年12月28日第三種郵便物認可

特集／第9回田尻賞・じん肺合併肺がん



じん肺とは

建設現場で働くみなさんの健康を守るために

建設現場で働くみなさんは、最近30年ほどの間に電動工具が普及し、ボードやサイディングなどの新建材が登場し、現場が大きく変わってきたことはよくご存知のことと思います。そうした技術の発達には、仕事が早くできるようになる等良い面もありますが、強力な機械による加工は粉じんを大量に発生させて、新たな問題を引き起こしています。この小冊子でお話することは、建設現場での粉じんによるじん肺からどのようにみなさんの健康を守るか?ということ。これから建設現場で長い間働こうとしている若い方はもちろん、すでに医師から「あなたはじん肺です」と言われてしまった方にとっても、今からできることは必ずあります。



B5版カラー・8頁
頒価 1冊100円

- 東京労働安全衛生センター
東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階
TEL (03) 3683-9765/FAX (03) 3683-9766
- ひらの亀戸ひまわり診療所
東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル2階

特集①／第9回田尻賞表彰式

政府、企業の退廃を突き破る 自立した市民システム確立を!!

核化学者、原子力資料情報室理事 高木仁三郎 ---2

空母ミッドウェーの改修から 被災者救済基金の設立まで

横須賀：じん肺・アスベスト被災者救済基金事務局長 林 充孝 ---8

特集②／じん肺がん問題の新たな展開

結晶性シリカの発がん性を NTP(米)、DFG(独)も認定

全国安全センター事務局 ---16

心の健康づくり指針

組織的取り組みは一定反映?

パブリック・コメントへの労働省の回答 30

基発第522号 心の健康づくり指針 34

高齢者の肺機能評価の留意事項

調査研究報告に基づくじん肺検診時の指示 41

連載 76

井上浩「監督官労災日記」 45

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

ブラジルにおけるアスベストへの職業曝露 49

各地の便り／世界から

神奈川●元基地従業員1万名に手帳制度周知 54

東京●一人親方のじん肺管理区分申請 58

大阪●ブラジル人労災障害審査請求 59

神奈川●虚偽報告、労災保険給付横取り 59

埼玉●外国人労働者の労災再発認定 60

政府、企業の退廃を突き破る 自立した市民システム確立を!!

高木仁三郎

核化学者、原子力資料情報室理事
(7月4日 第9回田尻賞表彰式でのスピーチ)

最初にお断りしておきますと、40分という時間をいただいておりますが、私の今の体調では40分はたぶん苦しいと思いますので、20分か25分くらい私がお話をさせていただいて、残り15分ないし20分を、今日ちょうど青森から浅石紘爾弁護士がいらしてますので、どうも聞くとおころによりますと、浅石先生が私をこの賞に推薦してくださったらしいということもありますし、田尻さんがそうでしたし、また田尻賞を故寺下力三郎さん(元六ヶ所村村長、第2回田尻賞受賞)が受けられたということもあって、この会と六ヶ所村は何かとご縁があり、また皆さんもご関心があるかと思しますので、ちょっと浅石さんに六ヶ所村の話をしてもらおうと思っています。私はそのディテールには入れませんので、そういうことでよろしく願いいたします。

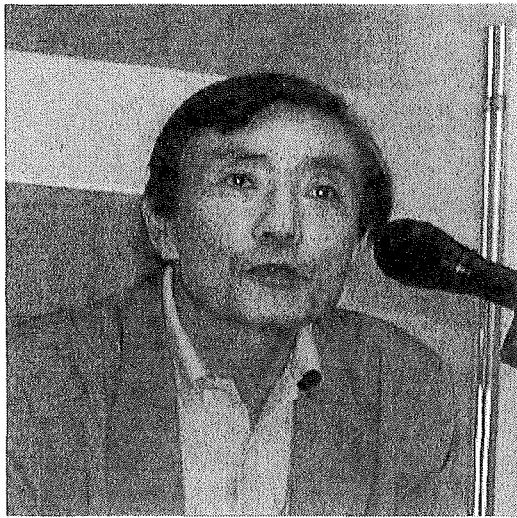
あらためて、荣誉ある賞をいただきまして光榮に思っております。ありがとうございます。と申しましたが、最初に事務局長の宮田さんからお電話がありましたときに、私は少し受賞することにためらいを示すお返事をいたしました。そのことにはいくつかの理由がありました。ひとつは、現在の私自身の体調がちよつと、なかなかこの間、ガンとの闘病が続いておまして、先が見えない状況がはつきりいつてあるもんですから、私自身の考えでは、この種の賞というものは今後がんばれという意味での激励のための賞だというふうに思っていますから、今後がんばれるかどうかわからない人間がもらうのはあまり相応しくないのではないかといた

めらいがひとつありました。田尻さんのお名前もよく知っておりましたし、実は個人的にも知り合いましたから、田尻さんを記念した賞がいただけるということは、私にとっては大変光榮なことでありまして、そのことへのためらいは全然ないのですけれども、そういった意味でのためらいがまずありました。

それからもうひとつは、そのことともやや重なってくるのですが、私自身は今まで多少いろんな賞をいただいたりもして、過分なことであると思っておりましたので、今度はもっと若い人をむしろこちら側から育ててくれないかと思っております。そういう試みもいま始めておりますので、そういう中であって自分は表彰する側にまわりこそすれ、表彰されたり励まされたりする立場ではないんじゃないかという気もありまして、ちょっとグズグズ言ったりもしました。

しかし、最終的には、少し迷いがありましたけれども、受賞させていただくことにいたしました。そのことのひとつの大きな理由は、もちろん田尻賞なんだから私が受賞することに何の文句も言うはずがないだろうと言われればそれまでなんですけれども、私なりの思いがあります。

私と田尻さんがお付き合いがあったのは、そう長い時間ではありません。田尻さんが六ヶ所村の問題に興味をお持ちになるようになってからだだと思いますので、亡くなる数年前ぐらいではないかと思っています。今でも鮮明に憶えているのは、自治研か何かの雑誌で座談会のようなものをやるというの



高木仁三郎さん

で、六ヶ所村の問題をやろうというのでテーマは確か「過疎と開発」というようなことだったと思います。

田尻さんが司会をされて、科学技術サイドの話は私がということで、現地の開発の問題については確か、もうこれも亡くなられた方で、青森県では寺下力三郎さんと並び称される方といってもいいんですけど、米内山義一郎（よないやまぎいちろう）先生という国会議員だった先生がいらっしますけど、米内山先生と私と田尻さんの3人で座談会をやり、六ヶ所の問題をかなり深く話し合っ、田尻さんもずいぶん深く六ヶ所の問題をそのときに理解していただいたという気がします。

それ以来、お付き合いがはじまったわけですが、もちろんそれ以前にも田尻さんが書かれたものを私は読んでおまして、たいへん尊敬の念をもっておりました。はつきりいうと、私なんかとは相当デキがちがうという感じをもっておりました。現場から叩き上げられた人という感じでしたから、私なんぞはひ弱な東京の学者ですから、いろいろな部分で全然弱いんですけども、やっぱり田尻さんという方はものすごく強い方だという印象を受けまして、田尻さんの講演も何度か聴きましたし、ふたりで話をしていても何かアジられているという感じがいつもするような迫力があつたんですね。全身全霊で生きているという中から出る叫び声みたいなものが

あつて、僕なんかも、サイエンスというものはやっぱりこういうふうにはやらなきゃならないなと、つくづく思われました。

ともするとサイエンスというものは、客観的にものごとをやろうとするがために、そういう部分を捨てようとするところがあるんですけど、そうであつてはいけない。やっぱり本当の人間の叫びっていうものを失ってはいけないということを、田尻さんにいつも教えられてきたという気がします。そういう意味で、現場から叩き上げられてきた田尻イズムみたいなものが、私はたいへん好きだったんですね。

そういう思いがあつて、この賞を受けるということ、非常にうれしく思っています。

それともうひとつは、言おうか言うまいかと思つていましたが、やっぱり言つてしまいます。田尻さんが1990年の2月に大腸ガンが発見されて、7月に転移性肝臓ガンで亡くなられました。私もちょうど同じ経過をたどっていますが、幸いにして今日まで生き長らえておりますけれども、私は今からちょうど2年前、1998年の7月14日、15日くらいに、大腸ガン（結腸ガン）が発見されて、手術をしてしばらくして退院してきて、しかし田尻さんと同じく肝臓に転移していて、田尻さんはその転移のガンが切除できないで亡くなられたという経過のようですけれど、私は幸いにしてその転移ガンを切除することができまして、いったん生き長らえることになって、ちょうど2年が経ちました。

田尻さんが亡くなられたのは62歳なんですけど、私も今ちょうど62歳になるわけで、いろんな意味で非常に近いところにあるような気がしていて、私はいったんは転移ガンの切除に成功したんですけども、やはり転移が止まらなくて、今は結局は転移を抱えていて、だんだん切除しにくい状況になってきているということがあるんですね。それと、やはり長年の無理がきて神経系統がガタガタに悪くなつてしまつて、あちこちにものすごい神経痛が出るので、それをいま薬で抑えているもんですから、その影響の副作用があつたりして立つてられなかったり、長いことお話しできないということがあるものですから、こんな状態になっているんです。ちょっと消え入りそうな感じで申し訳ありませんが、生命そのものはもう少し続くと思つております。

私が言いたかったことは、田尻さんと同じようにしてガンを患って、同じような転移ガンという経緯を経ている、そういう同じ立場で、また田尻さんが亡くなったのと同じような年齢の私が、これから少しでも何かをやることによって、田尻さんがやろうと思ってできなかったことの、ある部分を引き継いでいければと、いま私がこういう病気を抱えることによって、かえってできることもあるかもしれない。つまり、こういう状態でありながらも、社会に対して多少の寄与をすることができるならば、同じような境遇にある多くの人に対していくらかの励みとか生きる希望を与えることができるかもしれないと、そう大それたことを考えているわけではありませんが、そういうためにも、この賞を活かしていけたらなと思ひまして、受賞させていただこうと思うようになった次第です。

受賞に際してのためらいの中に、先ほどちょっとお話ししましたが、私のような人間ではなくて若い人というふうに言ったことの意味は、必ずしも私は年齢的なことだけを言いたかったわけではないんです。田尻さんもそうでしょうけれど、私らの世代、私は田尻さんよりもちょうど10年若いのですけれど、私らの世代っていうのは、そういう世の中でしたから、個人でがんばらなくてはならない時代でした。ガンバリズムでやってきた時代です。今でも世の中、たいへん不条理なことばかりだと思われる方も多いと思いますが、でもそういう時代からみれば、やはり最近ではいろんな自然保護関係の運動であるとか、公害問題であるとか、環境運動であるとか、もう少し広い意味でのエネルギー問題であるとか、いろんな社会問題、人権問題というようなことが、NGOとかNPOとかいわれるグループ的な活動を通してできるようになってきたし、そういう存在が社会的に認められるようになってきました。

ある個人が必死になって歯をくいしばってがんばって、自己犠牲的にやるということだけではなくて、あるシステムとして、まあ例えば原子力資料情報室のようなものが成立していくというような時代が来つつあるということがあると思うんですね。それはやはり今われわれが目撃している大事な変化としてきちっと捉えておかななくてはならないことだと、私は思っています。そう思って私自身はやってきたんですね。

原子力資料情報室というと、ずっと高木がやっているところと言われたように、個人と運動が直接結びつけられる時代が長く続いたわけですがけれども、最近はそうでもなくなりました。必ずしも私が病気をしたからということばかりではなくて、やはり、私なしにも原子力資料情報室というものがひとつの社会的な存在として認められて、原子力のことだったらそこに聞けば何らかのことが分かるというような私たちの存在として存在し得るようになったということで、これはそういうふうなものとして、社会がNPOなりNGOなりを認めるようになってきたということは、非常に大きなことだと思うんですね。

企業があって、政府があって、それだけが専門性を持っていて、あとは無知な市民がいるというような構造を一方的に押しつけられてきたことに対して、そうではないと市民の側は叫ぶわけだけれども、なかなかそれを実際に形にする道具を今までは持つことができなかったわけです。少しずつ、そういう手段を手に入れることができるようになった。まだ、すべての分野ですべてにそういうことがというわけではありませんけれども、そういう芽がいろいろ出てきて、今年の田尻賞を受賞されたほかの2団体もそうだと思いますけれども、やはりある種の社会的な活動の場が出てきたし、支持の基盤も出てきた。

もちろんその陰には、何人かのすぐれて献身的な努力をするような人間がいなくてはならないわけですし、個人のがんばりみたいなことと無縁ではこういう活動が成立し得ないわけですが、なおかつ、少し大勢の仲間ですることが共同作業としてやれるようになったということは、例えば僕が25年前に原子力資料情報室をはじめた頃のことを思うと、やはり今昔の感がありますよね。今は原子力資料情報室には10人くらいのスタッフがいて、それぞれの一定の専門分担を抱え、毎日こなさけないくらいの仕事を抱えてやっているという状況があるわけですが、そういうような状況自体がとても考えられなかったことであります。

そういう意味で、ためらいがあったというのは、私個人が表彰される時代ではなくて、そういうNPOとかNGOというようなグループがちゃんと役割を発

揮する、それを社会が盛り立てていくと、そのことが社会の健全な発展につながっていくであろうと思います。誰がみても今、官僚とか行政とかというようなのが本来の公共的な役割を失ってしまっている、そのときに、日本語で公共というと少し響きがよくないんですが、英語でいうパブリックな役割を誰が担うかといったら、やはりきちっとしたNGOのようなものが担うしかないわけです。

もちろん協力してくれる良心的な科学者たちもいますが、私たちの時代のように科学者個人のガンバリズムに依存するのではなくて、NGOがリーダーシップをとって、そういう科学者にもいろんな問題をつきつけて、むしろ科学者を引っ張って動かしていくと、NGOというのは市民の代表ですから、市民がむしろ科学者を動かしていくというような構造をつくっていくことによって、企業や行政の横暴から市民を守っていくという行動をとっていくことが必要だと思います。

繰り返しになりますが、個人のガンバリズムではなくて、あるシステムとして作り上げていくことが必要で、そのために私はささやかながらも努力してきたつもりですし、そういうものとして今日の受賞も受けとめて、たまたま私の名前で受け取りますけれども、私個人よりも、そういう多くの人の名において、この榮譽を受け取るといいたいと思います。

また、そういうものとして考えるときに、あとに続く人たちをどんどん養い、作り出していけないと絶対続かないわけですから、結局また何人かの人たちががんばりで終わってしまうわけですから、それではいけないというので、そういうところから高木学校というものをはじめたわけです。まだヨチヨチ歩きですけども、幸い、非常に皆さんに関心を持っていただいて、内部でもまだ暗中模索というところがありますが、私がみる限り、非常におもしろい、ユニークな方々が高木学校に集まってくれているので、このまま続けていくと、僕はわりと非常におもしろくなってくるんじゃないかと思っています。新しい人たちによる日本におけるNGOの新しいあり方というものができてくるんじゃないかというふうに思っているんです。

先ほどの話につなげて、自慢ごとでもないんで

すけれども言わせていただければ、高木学校っていうのは、私が病気になる前に「やろう!」って叫んだんですけども、実際には病気になってからはじまったわけで、その中で私が果たした役割は大したことはないんですけども、しかし、ガンになってもある程度のことはできるというような証にはしたいなと思っているんです。ですから、高木学校を立ち上げた以上は、それなりのものにして、ガンなんて怖くないぞというところを、そういうなかたちで示していければというふうに思っています。

最後に一言、二言、原子力の話をして、浅石さんの六ヶ所の話につなげたいと思います。

原子力っていうのは、私は原子力問題っていうのは、理論的といいますか、科学的といいますか、技術的といいますか、文明論的といってもいいかもしれませんが、そういうような意味では、もう決着はついた問題だと思っております。そして、もうこの科学技術の中には未来はないと思っています。

しかし、なかなか死なない。それはあたかも、例えばこの間の選挙で自民党が大敗して森首相という人が決して信任されたとは思わないけれども、しかし自民党政権は続いているというのと似たようなところがあって、いったん、日本の中でできあがったシステムを壊すことの難しさ、そういうものの中に原子力問題もあるような気がします。

理論的に考えても、エネルギー論的に考えても、経済的に考えてすら、原子力は今、得策ではないということは、理論的にも多くの人が明らかにしてきたことですし、実証的にもいろんなデータが示してきたことですし、各国のエネルギー政策でも、最近、ドイツで脱原発が正式に国の方針になりましたけれども、これが世界的な流れです。いつも私は言っているんですが、だいたい10年～15年、日本はドイツに遅れているいろんなことが進んでいますから、もう10年、15年、日本は待たないと、ああいいう状況にはならないかもしれないんですけど、逆に言うと、そのくらい待てばああいいう状況にはなるだろうと、私は思っています。

原子力の時代は終わると思うんですけど、ではこれを以て、めでたしめでたしとするかというのと、そうはいかないのが難しいところであります。一種

の末期症候群です。例えば原子力では、ひとつには斜陽化症候群というのがあって、これははっきりと今は原子力は斜陽化してきていて、JCOの事故などは典型的にそういうものです。原子力産業そのものが斜陽化してきていて、社内ではリストラが進んでくる。教育もろくろく行わなければ、作業員の数も少ない。それを監視する体制もない、というよう中で、バケツでウランの操作をやるという信じられないようなことをし、しかも原子力の専門家になるなら臨界管理という原子力の問題を勉強するときのイロハのイで一番最初に習うはずのことすら守られずにやってしまっているということが起こるというのは、もう、ほかのことでは説明できない。

モラルハザードとか何とかいろいろ言いますが、そこまで要するに産業が斜陽化していて、志気が失われてしまっていて、やっている人間の間に何かを考えてやろうというような意志が働いていない、やる人間が単にマニュアルに従って作業をしているだけ。そういうふうになってしまったんですね。私自身も原子力産業の出身ですし、それからもう少し前までの現場では、よく推進側の人間でも、原子力は特殊な技術であるという認識がありましたから、その特殊だという認識は悪い意味では秘密主義につながったりした部分はありましたが、そうではなくて今は、例えば竹ぼうきで掃除をするのと同じように、放射能の汚染箇所をボロ雑巾で拭くとかいうようなことをやってそれで済ますというようなことになっても、誰も不思議に思わないような世界ができあがってますから、原子力というものがもっている本来的な危険性と今の斜陽化した現場の抱えている退廃的な状況とのギャップというのは、ものすごく大きいわけです。

そういうところに、あまりにも信じがたいJCOのような事故が生まれてくるという要素があるんですね。これは、典型的なひとつの症候なのであって、たまたまあの会社がひどかったっていう話ではないわけです。

それから、もうひとつは老朽化症候群というのがあります。施設が古くなってきているんですよ、みんな。日本で原子力発電所が最初に動いたのは1966年、これは商業用原子力発電所としての話ですが、東海第一原発です。これはもう、廃炉になっ

て止まっていますが、そのあと1970年代に入って、原子力発電所、いわゆる軽水炉といわれる原発がどんどん建つようになったわけです。だいたい1970年から1995年ぐらいまで、25年の間に、1年に2基ずつ、25年かけて50基建てきたというのが、だいたい大雑把に日本の原子力の発展史をとらえたとき、そういう歴史だと思ってもらえればいいんですけど、そこから規模は減る一方で斜陽化しているわけです。

初期のころの原発というのは、1970年代初頭に建てたものですから、だいたい30年経つわけです。だいたい老朽化のいろんな兆候というのは、25年ぐらい経ってでてきます。自動車でいえば車検をもう一度書き換えなければならないところにきているのですけれども、それをやらないで動かしていますから、毎年の定期検査というちょっとした点検だけで済ましていますから、あるとき気付いたときにはゾッとするような事故や、原発の深部にひび割れが見つかるというようなことが最近起こったり、どうしてこんなことが起こったのかわからないというような燃料棒のひび割れが起こったりしています。

今まで予想もしなかったようなことがいろいろ出てきています。私自身も闘病中なので人間にたとえたくはないですけど、やはり、老朽化してくるといろんなところにガタがくるというようなもので、少し休んだ方がいいのになかなか休まない。私自身もなかなか休まないで動いているので、あんまり人のことは言えないんですけどね(笑)。そういうような状況で動かしているというのが、もうひとつの恐い要因です。

しかも新しい原発が建たなくなっていますから、よけいに古い原発の稼働率を上げようとしているわけですよ、今。そこへもってきて恐いのは、廃棄物の蓄積、ごみ溜まり症候群といっていますが、要するにこれは六ヶ所村の話にもあるでしょうけれども、廃棄物の蓄積というのがいろんなところでどんどん起こってきているわけですよ。使用済み燃料がたまってプールがなくなるとか、いろんな各種のごみがたまってきて六ヶ所村に持って行かざるを得なくなったわけだけれども、六ヶ所村にだってそれだけの施設の用意がないということが起こってきて、

廃棄物そのものが溢れるような状況になってきて、この溢れる廃棄物を溢れるままにはできないから、いろいろ法改正をして、すぐズサンなかちでも廃棄物を捨てられるようにするというかたちで、何とかこの状況を切り抜けようとしているわけです。これはもう、全体として、末期症状が起こってきている。

こういう状況を放っておくと、僕は必ず、JCOどころでは済まない、非常に大きな事故とか非常に大きな汚染につながっていくと思います。または、大きな地下水脈が汚染されてしまうとか、あるいは巨大な事故が起こって放射能の大汚染が起こるということで、どういうかたちになるかは、私は予言者めいたことは言いませんが、全体状況は非常に悪いですね。

すいません、僕はだいたい長く話すぎましたね(笑)。そうなんです、いったん、話し出すとキリがなくなるんですよ(笑)。ごめんなさい。

一言だけ言ってやめます。これで、あとで疲れた疲れたって言って、あとで懲るんですけど。それで家で、よせばいいのになって行って怒られるんです。ごめんなさい。原子力の話になると、止まらなくなるんですよ。

でもホント恐いんですよ、僕は、今の状況は。

しかもですね、僕は最近、憤っていることがあってですね、今景気が悪くて、膨大な借金を抱える中で、この廃棄物問題をやると金になるんですね。というのは、廃棄物問題がトイレのないマンションといわれるから、これ、トイレ問題を解決するために、いや、解決したというかたちを取るために金をバラまいて学者を集めている。

日本でも地層処分ができると、放射性廃棄物が地下に捨てられるというようなレポートをつくって、これへの批判は高木学校でも原子力資料情報室でも一所懸命やっていて、これに僕は打ち込みすぎて体調を崩してしまったんですが。これをやっているのは動燃もやっていますが、動燃といっしょにやっている学術会議の連中なんです。東大の連中なんですけどね。放射性廃棄物と地質科学などの東大の連中です。本があるんですね、『放射性廃棄物と地質科学』という、東京大学出版会から出ている。数年前に出た本なんですけれど。その中

にこういう件があるんですよ。これを読んで、今の原子力まわりの学問の状況というのが、どんな…、要するに、原子力そのものの斜陽化症候群と見合ったかたちでどんなことが進んでいるのか、どのくらい学者が退廃しているのか、よほどわれわれが頑張らなければならないぞということをお話して、あえて、若い人たちにぜひ関心を持ってもらいたいと思っています。

部分的な引用なので、全部の文脈がわかりにくいことがあるかもしれませんが、お許しください。東京大学出版会『放射性廃棄物と地質科学』所収の、北大の中嶋悟という地質学の助教授が、わりあいこの問題では有名な人ですけれども、次のように書いています。

「以上、廃棄物諸問題との関連において、地質表層での物質の移動、凝集現象の機構の解明と定量化をめざすために、地質化学が果たしうる役割のいくつかを紹介した。われわれは上記のように、広いテーマ全般にわたって、中立的な立場で信頼性の高い予言力のあるデータを蓄積していく必要がある」

このへんはもっともだなとは思いますが。ところがですね、

「そこでわれわれの最も大きな悩みは、仲間不足である」

原子力は今、ほとんど人が行かないから、そうなるんですけれども。

「このような研究に携わる人口があまりに少ない。資源、環境、原子力関連の研究テーマはお金が付きやすいので、動機は不純でもよいから、多くの地質科学者に研究をしてもらいたい。そうすることが社会における、そして地球科学における、地球化学の意義付けをしていくとともに、地球科学自身の新たな発展をもたらすことになる」と信じている」

と、こう言っているんですね。「動機は不純でもよいから」とあからさまに本に書かれるとですね、メラメラと闘争心が湧いてこざるをえないですよ(笑、会場から拍手喝采)。簡単には死ねないなと。

すいません、長くなりました。終わります。



米空母ミッドウェーの改修から 被災者救済基金の設立まで

横須賀の「じん肺・アスベスト被災者救済活動」

(7月4日 第9回田尻賞表彰式でのスピーチ)

■「じん肺・アスベスト被災者救済基金」事務局長 林充孝さん

ご紹介いただきました、じん肺・アスベスト被災者救済基金の事務局長をしています林と申します。

本日、田尻賞というかたちで、横須賀のじん肺やアスベスト被災者の方たちの救済運動を表彰していただけるということで、関係者一同、非常に感激をしているところであります。しかし、この運動を横須賀のなかで火を付けて、推進をしたというのは、実は田尻さん自身なんですね。

1986年に、アメリカの海軍基地の中で、ミッドウェーの大改修工事がありました。そのとき、大量のアスベストが廃棄物として出されたわけですが、ある断熱保温の業者に渡った分が、道路に野積みになって放置されていたのが発見されて、新聞報道されました。その当時田尻さんが神奈川労災職業病センターの所長に就任された直後で、直接指揮をされて追跡調査が行なわれました。廃棄物を積んだトラックを追いかけて、捨てに行くところまで監視をするという活動でした。そうした活動がアスベストの危険性について社会的に大きな問題となり、マスコミで取り上げられました。やがて、住友（重機械工業）のじん肺被災者の人たちが、横須賀石綿じん肺裁判というかたちで住友を相手にした裁判を起こしました。そういう運動の原動力として、しかも裁判を進められる過程でも様々なかたちで援助をしていただきました。そういう意味で言いますと、田尻さんの横須賀におけるアスベスト被害に対す

る運動への功績というのは非常に大きなものがあったと考えています。

それから約10年が経ちました。今、横須賀のSRFというアメリカ海軍の艦船修理廠で働いてきた人たちが原告になって、国を相手にした裁判を起こしています。お前たち、もう一度がんばれ！ ということで、後ろから後押ししてくれているんだろうと思います。そういうとても大きな力を受けながら、運動をこれからも続けていきたいと考えております。

今日は私が報告するよりは、住友を相手に原告で闘ってきた人たちや、いま現実に日本の国を相手に闘っている裁判の原告等も来ていますので、それらの人たちから報告をしていただきたいと思います。

それでは最初に、宇野林蔵さん。現在、全国じん肺患者同盟横須賀支部の支部長をしていますけれども、住友重機で長い間働いてきて、1988年に起こした横須賀石綿じん肺裁判の原告として約9年間闘ってきて、現在も活動をいろいろと支えてもらっています。当時の経過等も含めてお話をさせていただきたいと思います。

■横須賀石綿じん肺裁判元原告

宇野林蔵さん

全国じん肺患者同盟の横須賀支部長をやっています、宇野といいます。

私たちは、1982年に、読売新聞で、横須賀という造船の街で、アスベストによる肺がんで亡くなった方が、5年間で39人いたという新聞記事を見て



林充孝さん

驚かされました。これは、横須賀共済病院の三浦先生の研究班の調査結果を報じたものでした。

この記事を見ながら、神奈川県勤労者医療生協あるいは神奈川県労働者医療センター、全造船浦賀分会が中心となって、浦賀分会の退職者を対象に健康アンケート調査をやった結果、多くの方々が被害に苦しんでいることがわかりました。そこで、私たち浦賀の退職者も含めて、4年間にわたって自主集団健診を実施いたしました。もちろん、米軍基地の退職者の方も、この健康診断には参加したわけですが、そこで初めて多くの患者が発見され、労災と認められる方も出てきました。

1988年に、私どもは住友重機を相手に8名が、造船界で初めて集団訴訟ということで裁判を起こしたわけです。その前に、やはり被災者の会を作ろうではないかということで、横須賀地区じん肺被災者の会と、全国じん肺患者同盟に加入する資格のある要療養者を対象にしたじん肺患者同盟横須賀支部の発足が1985年ということになっております。

先ほど、基金の林さんからお話がありましたように、1986年というちょうど田尻さんが神奈川に來た時分、空母ミッドウェーの改修工事で石綿が横須賀市内の路上に放置されていたということが大きな社会問題になったわけです。それをふまえて私たちは、医療生協や労災職業病センター、浦

賀分会の指導のもとに、8名が1988年に裁判を起こしたわけです。

8名だけではなくまだ5人くらい患者がいたんですが、やれ、まだ自分の息子が住友重機に働いているから裁判できないとか、そういった方がございまして、とりあえず8人だけで裁判を起こしました。裁判の過程では、横須賀地区労が中心になって地域の労働組合などに呼びかけて、横須賀において横須賀石綿じん肺訴訟を支援する会も結成されました。

もちろん、医療関係にたずさわっている医師団、あるいは弁護士等のお力を得て、この裁判に踏みきったわけですが、やはり田尻さんの御指導もいろいろ受けました。話は少し違いますが、その頃、潜水艦の「なだしお」の事件があって、私も知っている人が亡くなったんですね。したがって、ある程度関心があつたんですが、田尻さんは海難事故ということであつて積極的にその問題に取り組まれたことはみなさんご存知のとおりです。

私たちの裁判は、日本の造船界で初めての石綿じん肺裁判でした。1988年に裁判に踏みきって、約9年間という期間を経て、和解解決をいたしました。その間、1995年に、やはり住友で働いていた大内さんという方が、アスベストによる肺ガンということで亡くなりました。その大内さんの奥さんが会社を相手に裁判を起こしたわけですが、私ども8人の裁判においては大変、何といいますか助っ人ができたなあという感じを受けたわけでございます。

私たちの裁判は、1997年に和解解決をしました。その他に、これまでの退職者に対してじん肺になった場合には上積み補償をするという制度を、会社と組合が作ったわけですね。これも、造船界では初めての制度でして、現在は、三菱造船所でも同じような制度ができたと聞いております。この退職者補償制度の該当者が他に5人おりまして、その方の上積み補償もすでに実施されました。大内裁判の方も2年間の裁判で勝利的解決が成立をいたしました。私たち8人の問題も絡めて、会社は一応、謝罪をしたというかたちで、解決をしております。

解決してからちょうど4年になりますが、現在は、私たちはどのようなことをしているかと言えば、もち

ろん先ほども話がありましたように、米軍基地の退職者が、やはりこれも16名が裁判をおこなっております。ちょうど1年になりますが、その他に、先ほどもいいましたように、住友重機を相手にした8人はもうすでに亡くなった方も3名おりまして、実際に動ける人が私を含めて3名ということで、この3名でいま東京で毎年おこなっております東京じん肺総行動などにも横須賀から参加もしております。じん肺裁判は現在全国各地で8つの裁判がございます。北海道、近くは秩父、それから九州に行きまして、日鉄全国訴訟、あとは筑豊じん肺、三井三池、それから同じく全造船の三菱造船所というような裁判があります。また、2年半前から、これは1200名を超えるトンネルじん肺訴訟というのがあり、横須賀からも支援を返していこうということで活動を行っています。

これから、時間の許すかぎり、いくばくもない命を、じん肺根絶のために尽くしていきたい、斯様に私は思っております。以上で、私の話を終わりたいと思います。ありがとうございます。

■ 林充孝さん

住友裁判が終わるところまでの経過や、決意表明まで含めて、お話していただきましたけれども、住友裁判が終わった後、それまでであった支援する会というのは解散するということになって、その後、どうしようかという話があったわけですね。

運動としてまだまだ隠れている被害を掘り起こしていかなければならない。そうした課題が横須賀の中でもたくさんあるはずであろうし、横須賀だけではなくて、全国にもそういう課題があるはずだということで、この裁判が終わった年の7月に第1回目の電話相談というかたちで、「じん肺・アスベスト健康被害ホットライン」というものをやったわけです。

その中で、アメリカの海軍基地（ベース）で長い間働いて退職した方たちから、裁判をとおして住友に作らせた退職者のための補償制度というものを知って、私たちにもそういう補償というものはないんだろうかという相談が寄せられました。それをきっかけにして、調査をした結果、ベースの退職者の中で過去3人労働災害で補償を受けた人がいるという事実

が明らかになりました。そこで、神奈川労災職業病センターが代理人になるというかたちで、20名の人の損害賠償を請求するということになりました。

ここでちょっとビデオをご覧くださいます。

（ビデオのナレーション）

アナウンサー（以下、アナ） アメリカ海軍横須賀基地で、艦船の修理など、発ガン性物質のアスベストを吸い込みやすい職場にいて、肺の機能が著しく低下するじん肺や、肺ガンに罹った日本人の元従業員17人と死亡した3人の遺族です。元従業員たちは、今日の午後、支援者たちとともに、横浜防衛施設局を訪れ、上村業務課長に、損害賠償を求める請求書を提出しました。元従業員たちはじん肺や肺がんという被害を受けていますが、労災保険しか受けられず、会社が補償を上積みする民間の造船会社に比べて、十分な補償が得られないと主張しています。そして、アメリカ軍が、公務中に起こした事故などの補償について定めた、日米地位協定の民事特別措置法を利用して、雇用主の国に対して、あわせておよそ2億5千万円の補償を求めているものです。概要をお伝えしたわけですが、取材に当たっている横浜放送局のT記者に聞きます。Tさん。

記者 はい。

アナ 国内のですね、アメリカ軍の基地で起きたアスベストによる被害をめぐって、元の従業員の人たちが、補償を求めるのは初めてということですね。

記者 はい、今回は、雇用主の国を相手に請求していますが、アスベスト対策を怠りましたアメリカ軍の責任も初めて問うています。基地で働いて、元従業員の思いを取材しました。

記者 横須賀市内にある診療所です。アスベストによって身体を患った200人以上が治療を受けています。このうちの半分以上が、かつて、アメリカ海軍横須賀基地で働いていた人たちです。市内に住む小関茂さんもそのひとりです。18年前に基地を退職する直前に、じん肺と診断されました。

小関さん 階段上るとか、今日なんかもうそうです。ちょっと動けば息切れがしたり、結局、肺の力がないから、酸素を吸収するところがないから、よけ

い苦しくなって、そういう感じがひどいんですね。
記者 小関さんは、終戦間もない昭和25年から30年間にわたって、基地でアスベストを扱う仕事に携わりました。アスベストの危険性については、ドイツで戦前から指摘されていましたが、横須賀基地では昭和45年になるまで、防じんマスクなどの対策はとられていなかったといえます。

小関さん 個人個人で頬かぶりとか、なんだ、ボロを被るとか、なんていう、そんな状態で、作業を遂行したってことですよね。

記者 今日、損害賠償を請求した小関さん。これまでに亡くなった仲間や、起きあがれないほど症状が悪化している仲間たちの思いをぶつけました。

小関さん 私たち20名だけでなく、もっともったくさんの方が、苦しんでいる方がいらっしゃるんで、その方たちも一緒に喜んでいかれるような政策を国に通していただきたい。国にお願いしたいなと思います。

アナ このほかにも、まだ多くのじん肺患者の方がいらっしゃるわけですね。

記者 ええ、そうなんです。

アナ ええ。

記者 じん肺の場合、退職して10年以上経ってから症状が現れて、それがかつての仕事が原因だと気づかないケースもあるということです。また、多くの潜在的な患者がたくさんいるとみられています。横須賀基地の元従業員のうち、アスベストを扱う仕事をしていた人は、1万6千人あまりのぼります。佐世保や岩国などの国内のアメリカ軍の基地でも、アスベストを扱っていました。基地の元従業員たちの申請が受け入れられ、救済の道が示されるかどうか、全国から注目されています。横浜でした。

(別の報道ビデオ)

アナ アメリカ軍基地をめぐるじん肺訴訟は、全国で初めてです。訴えを起こしたのは、神奈川県のアメリカ海軍横須賀基地で艦船の修理などをしてきた元従業員12人と、死亡した元従業員の遺族4人の、あわせて16人です。訴えによりますと、元従業員たちは、じん肺や肺ガンなどになったのは、船の断熱材などに使われていたアスベストの処理などで、アスベストの粉じんを吸い込みやすい職場だったのに、昭和50年代の半ば

まで防塵マスクを支給しないなど、アメリカ軍側の対策に落ち度があったためだと主張しています。そして、日米地位協定の民事特別法に基づいて、雇い主である国に、あわせて3億2千万円余りの損害賠償を求めています。元従業員たちは昨年、国に補償を請求していますが、国は法律で定められた請求期限を過ぎていて時効になっているとして応じていませんでした。アメリカ軍基地をめぐるじん肺訴訟は全国で初めてで、裁判では、基地でのアスベスト対策に問題があったかどうかや、補償請求の時効をどう解釈するかが、争点となります。今日の提訴について、横浜防衛施設局では、訴えの具体的な内容がわからないのでコメントは差し控えたい、今後は訴状の内容をよく検討し、関係機関と十分調整しながら、対応したいと話しています。

■林充孝さん

いまビデオで見ていただきましたように、日米地位協定に基づいて損害賠償を求めたところが、時効の3年も過ぎちゃっていると、そこには、時効の起算点の取り方にも大きな問題があつて、かなり不当な中味なんです、門前払いというかたちで請求を拒否され、裁判に至るという経過になるわけです。

そういう裁判の経過、あるいは思いも含めて、本日、原告の落合博文さんが見えていますので、落合さんの方から報告をしていただきたいと思います。

■米軍基地退職者損害賠償請求裁判原告

落合博文さん

私、横須賀じん肺被災者の会員で、米軍基地退職者損害賠償請求裁判を闘っている原告代表の落合博文と申します。

そもそもこの裁判のもとと言えば、横浜防衛施設局に20名の方が損害賠償を請求したわけです。ところが一方的に、話し合いの場ももたずして、20名全員時効だという結論が出ました。

われわれ被災者に時効などというものはないんだと主張しましたが防衛施設局は耳を貸しません。そこで私たちはどうするか、裁判をするしかないと迫られたわけです。私はどうするかと聞かれて、その時はっきりと、これは金銭の問題じゃない。時

効などといって最初から相手にもしないことに怒りを込めて、裁判を決心したわけです。

一昨年(1996年)の9月に時効だとされ、昨年(1997年)7月に裁判を起こしてからかれこれもう1年近くになります。

第4回目の口頭弁論が5月15日に終わりましたが、私なんか難しい法的なことはよくわかりませんが、被告・国側はいろいろと不当なことを要求してきています。代理人弁護士は、国側の裁判引き延ばしを認めずに、できるだけ早く解決すると言ってがんばってくれています。

遺族を含めて16人の方が裁判を提訴していますが、すでに今年2月にひとり亡くなりました。入院を繰り返している人も何人かいます。一日も早く私たちは、何としてもこの裁判に勝ちたいと思っています。まだまだたくさんのじん肺患者が出てくると思います。何と申しますか、叩けばほこりが出てくると言うことわざがあるように、まだまだ作業現場だけでなく、身の回りの建物の中にもアスベストが使われています。目には見えなくとも、肺の中が汚染されて大変なことになっています。

それからしても私たちは裁判に勝って、自分たちだけのことじゃない、あととのためにも何としても勝たなければならないという意気込みでやっております。

次回第5回目の裁判が7月17日、原告本人の個人尋問があります。私は最大の山場だと思っています。できればひとりでも多くの方に支援していただけたら、私たちはどれだけ心強いかな。できれば、皆さんに支援のほど、お願いしたいと思っています。

私の簡単なあいさつとさせていただきます。どうもありがとうございました。

■林充孝さん

原告の落合さんの方からお話をしていただきましたが、7月17日の裁判では、原告本人の主尋問ということで、10名前後の人たちが証言をすることになりました。約1年でここまで来ていますので、裁判の進行としては非常に早いと思います。しかし、これからどういうかたちで相手が妨害をしながらか裁判を引き延ばそうとするのか、それを許さず早期に結論を求めていくという闘いを組んでいきたいと思

っています。

「じん肺・アスベスト被災者救済基金」というかたちで発足したのが1997年の11月でした。これは、先ほどもちょっとお話ししましたように、それまでの裁判の支援共闘が解散することの中で、やはり地域の中で運動体をきちっと作っていった方がいいだろうということで発足したわけです。

発足の前に、第1回目のじん肺・アスベスト健康被害ホットラインをやって、翌年に第2回目、そして昨年が第3回目と、今までホットラインを3年間つづけてきました。今年も7月17日の裁判にあわせて、7月16日から18日まで、ホットラインをやる計画を立てています。これまでの相談件数は、1997年は100件を超え、1998年は56件、1999年は76件と、3年間の合計で234件もの相談が寄せられました。

相談に対して、じん肺管理区分の申請、あるいは健康管理手帳の申請、休業補償の申請、そして遺族補償の申請というかたちで、いろいろ対応してきたわけです。労災保険の休業補償についてもいままでに10件が支給の決定を受けられました。また遺族補償についても7件の支給決定を受けました。

横須賀における対応というのはそれだけではなくて、日常的に横須賀中央診療所等で、従来、健康診断をやりながら掘り起こしてきた人たちの労災申請があつたりなどして、例えば昨年1年間でいいますと、休業補償の申請が28件。そのうち認められたのが20件。その前の年から申請をしていて認められたのが8件あつて、つまり、28件申請して20件が認められて、残り8件がまだ検討中あるいは審査中というかたちになっています。

全国でのアスベスト被害の労災認定件数というのはそんなに多くないわけですが、28件もこの横須賀で労災の認定がおりているということですから、横須賀におけるじん肺被災者の発生が非常に厳しいというか激しいといえますか、そういう状況にあるということをつくづく痛感させられます。

ですから、横須賀におけるじん肺被害、アスベスト被害に関する運動をこれからも強化しながら進めていきたいと思っています。ぜひ、これからも、ご支援をよろしくお願ひしたいと思っています。ありがとうございます。



1982. 5. 8 読売新聞は夕刊のトップ記事で「横須賀共済病院の三浦医師を中心とした研究チームが、基地・造船関係で石綿肺がんが多発し、過去5.間で39人死んでいたという研究結果」を報道した。
- 1982.11. 全造船機械労組浦賀分会・神奈川労災職業病センター・神奈川県勤労者医療生協港町診療所は、住友重機の退職者によって結成されている「神奈川県高齢者・退職者の会浦賀支部(通称・浦賀退職者の会)」の協力を得て、死亡者の追跡調査やアンケートの聞き取り調査を実施。
1983. 4. 粉じん職場で働いてきた人の中に、息切れ、せき、たん等の自覚症状の訴えが異常に多く、希望者には港町診療所において、じん肺・石綿肺に関する健診を行い、必要に応じてじん肺管理区分の申請や労災申請を行った。
- 1983.12. 横須賀市に対して「じん肺・石綿問題に関する要求書」を、浦賀分会、労災職業病センター、医療生協や神奈川県評など団体が提出。
1984. 7. 港町診療所において、米海軍横須賀基地退職者の健診も開始。
- 1984.11. 港町診療所や労災職業病センター等が協力し、浦賀退職者の会の総会を活用して「じん肺・石綿肺自主健診」を、横須賀労働福祉会館を会場に実施した。
その後、シルバー人材センターの会員や、退職した米海軍横須賀基地従業員も加えて健診やアンケートの聞き取り調査が、1989年まで毎年11月に行われた。
1985. 1. 横須賀地区労働組合協議会が、「1985年度予算並びに制度改善に関する要求書」のなかで、じん肺・石綿対策に関する要求を提出。
1985. 3. 浦賀分会は、「じん肺・石綿対策委員会」を設置、労災職業病センター、港町診療所も協力しながら学習会、総合的な対策の検討、行政への働きかけ等の活動が行われた。
- 1985.11. これまでの取り組みによって、住友重機械浦賀造船所・追浜造船所の退職者と、米海軍横須賀基地従業員の退職者の「じん肺や石綿肺の要療養者」が急激に増加し「横須賀地区じん肺被災者の会」及び「全国じん肺患者同盟横須賀支部」が結成された。
- 1986.10. 空母ミッドウェーの大改装工事により発生した石綿が、公道上に不法投棄されている問題が発覚。当時労災職業病センターの所長であった故・田尻宗昭さんの活躍で、発がん物質である石綿のずさんな管理を明らかにし、石綿の危険性をあらためて社会に警鐘を鳴らし、大きな社会問題となった。
- 1986.12. 横須賀市は、じん肺被災者の会などの要求に対して、数回の交渉の結果「全国じん肺患者同盟横須賀支部と、今後密接な連絡をとりながら、肺がんやじん肺についての講座・講演会の開催、啓蒙冊子刊行などについて、行政が実施するよう積極的な施策をはかる」と回答。
1988. 7.14 住友重機械工業株式会社(元の浦賀船渠)を相手に、その退職者8名が損害賠償を求める「横須賀石綿じん肺訴訟」を横浜地裁横須賀支部に提訴。
1989. 9. 横須賀におけるじん肺や石綿疾患に取り組める診療所として、神奈川県勤労者医療生協「横須賀中央診療所」開設。
- 1991.10. 浦賀分会や原告団・被災者の会などの働きかけで、横須賀地区の労働組合の間に支援の輪が広がり、「横須賀石綿じん肺訴訟を支援する会」が結成された。横須賀地区労傘下の4組合が幹事となり、労職センターが事務局を担い、原告団・弁護団と歩調を合わせて支援運動を展開した。
- 1992.11. 毎年秋に行われてきた全国じん肺キャラバンの横須賀行動の中で、支援する会や弁護団が協力して、構成劇「立ち上がった造船退職者たち」を上演。多くの人たちに、じん肺の恐ろしさや、裁判の意義を訴え、大好評を得た。
1995. 7.28 長年住友重機で石綿粉じんを吸い込んで肺がんとなった、大内久さんの遺族(妻大内スイさん)が、住友重機を相手に損害賠償を求めて、「大内石綿肺がん訴訟」を横浜地裁横須賀支部に提訴。
- 1995.12. 横須賀石綿じん肺訴訟は、すべての証人尋問が終了。被告住友重機側は、再三再四医学鑑定を求め、裁判の引き延ばしをはかってきた。
1996. 6.19 横井久美子さんを招いて「石綿じん肺訴訟を支援するコンサート」を開催。400人を超える人々が結集した。

1996. 9.30 裁判所も、鑑定には消極的で、和解による解決か判決を求めるのか、約9か月かけた話し合いの結果、和解交渉に入った。
1997. 3.31 裁判所における和解交渉と並行して、浦賀分会と住友重機との話し合いも積み重ねられ、ようやく和解が成立した。損害賠償額は総額1億400万円、住友重機退職者のじん肺補償協定をかちとった。
1997. 7.13-15 「じん肺・石綿健康被害ホットライン」を開設、電話による相談を受け付けた。期間中約100件をこす相談があり、肺がん・悪性中皮腫の相談も6件ずつ計12件も寄せられ、じん肺患者や石綿疾患の患者が多数埋もれていることが明らかになり、改めて被害の深刻さが浮かび上がった。
- 1997.10. 「大内石綿肺がん訴訟」は、慰謝料を支払い、石綿による被害であることを事実上認め謝罪するという、勝利的和解が成立した。
- 1997.11. 9 横須賀石綿じん肺訴訟が終了し、「支援する会」は解散したが、じん肺や石綿被害の深刻さがホットラインで改めて明確となった。そこで、今日までの運動を引き継ぎ、被害者の掘り起こしや支援するために、地域の労働組合や、労働センター、勤労者医療生協、被災者の会・患者同盟横須賀支部等の協力をえて、「じん肺・アスベスト被災者救済基金」が発足した。
1998. 1.19 浦賀分会は、退職者のじん肺補償協定に基づき、住友重機退職者5名の被災者に対する上積み補償を、住友重機に要求。交渉が始まる。
1998. 4. 神奈川県は全駐労との交渉の結果、横須賀労務管理事務所を通じて、アスベストに関係するすべての職種・職場で働いた米海軍横須賀基地の退職者1万4千人を対象に、健康管理手帳交付の案内通知を発送する事業を、今年度から開始した。
1998. 4.21 横須賀市の米海軍横須賀基地で働き、退職した元従業員20名が、日米地位協定に基づく民事特別法を根拠に、国に対してじん肺・石綿疾患に対する補償を求める請求書を、横浜防衛施設局に提出。
1998. 7.26-28 2回目の「じん肺・石綿健康被害ホットライン」。56件の相談が寄せられた。
1998. 9.16 横浜防衛施設局は、米海軍基地退職者のじん肺・石綿疾患に対する補償請求を、まったく根拠のない時効を理由に、不当にも却下してきた。
- 1998.10.12 浦賀分会と住友重機との間で交渉が進められていた、退職したじん肺被災者の上積み補償が合意に達し、11月に支払われた。
1999. 1.29及び3.25 米海軍基地退職従業員のじん肺・石綿疾患に対する補償請求が、3年の時効で却下された。そこで、時効にかからない7名(1名は1.29、6名が3.25に請求)が、日米地位協定に基づく補償請求を、横浜防衛施設局に対して行った。
1999. 3.22 前年9月に補償請求を却下された米海軍基地の元従業員のうち、12名と遺族4名が損害賠償を求める原告団を結成。その裁判を支える体制を確立するため、「基地従業員のじん肺上積み補償を求める集い」を開催。
1999. 6.22 基地退職者のじん肺・石綿疾患の損害賠償請求訴訟を支えるため「米海軍横須賀基地石綿じん肺裁判対策委員会」を結成。
1999. 6.29 地位協定に基づく第2陣の上積み補償要求について、早期回答を求める防衛施設局交渉。
1999. 7. 7 国に総額3億2,450万円の損害賠償を求めて「米海軍横須賀基地石綿じん肺損害賠償請求訴訟」を、横浜地裁横須賀支部に提訴。
1999. 7.8-10 第3回「じん肺・石綿健康被害ホットライン」。76件の相談が寄せられた。
1999. 7.11 「米海軍横須賀基地石綿じん肺損害賠償請求訴訟」決起集会。
- 1999.10.25 米海軍横須賀基地石綿じん肺訴訟第1回口頭弁論
防衛施設庁と横浜防衛施設局に、地位協定に基づく第2陣の上積み補償を、早期に決定することを求めて交渉。
- 1999.12.20 同前第2回口頭弁論
2000. 3. 6 同前第3回口頭弁論
2000. 5.15 同前第4回口頭弁論
2000. 6. 2 地位協定に基づく第2陣の上積み補償要求の早期決着を求めて、横浜防衛施設局安村部長と交渉。
2000. 7.16-18(予定) 第4回「じん肺・石綿健康被害ホットライン」
2000. 7.17(予定) 米海軍横須賀基地石綿じん肺訴訟証人尋問(原告主尋問)

田尻賞のこれまでの受賞者

- ◎第1回(1992年)・三島・沼津コンビナート反対運動等に取り組む西岡昭夫さん
 - ・熊本県天草のじん肺、火電建設反対に取り組んだ故高戸勇さん
 - ・三重県古和浦地区で海洋汚染防止活動に取り組む岩崎義男さん
- ◎第2回(1993年)・新潟水俣病に取り組む斎藤恒さん(新潟医療生協検診センター長)
 - ・巨大開発に抵抗した元青森県六ヶ所村村長の寺下力三郎さん
 - ・神奈川県横浜市の外国人労働者みなとまち健康互助会
- ◎第3回(1994年)・宮崎県の土呂久鉱山公害被害者の会など土呂久公害関係6団体
 - ・鹿島地区公害対策協議会事務局長の牛木真太郎さん
 - ・広島県三原地区で海洋汚染防止活動に取り組む土居康人さん
- ◎第4回(1995年)・元水俣病対策市民会議会長の日吉フミ子さん
 - ・和歌山市で低周波反公害の調査と公害被害者の医療に取り組む汐見文隆さん
 - ・香港で労災職業病被災者の発掘・救済に取り組む工業傷亡權益會
- ◎第5回(1996年)・「四日市公害を記録する会」の澤井余志郎さん
 - ・川崎市のカトリック神父エドワード・ブジョストフスキさん
 - ・山形県鶴岡市の元観測船船長・佐藤孫七さん
- ◎第6回(1997年)・スモン訴訟で活躍され、『葉害』の根源を追及された弁護士の故泉博さん
 - ・四半世紀にわたり自動車公害問題と取り組んでいる東京都杉並区立富士見丘小学校PTA 公害特別委員会
 - ・なお、日本海での大量の油汚染事故を起こしたナホトカ号事故で、漂着した船首部分からの流出油除去に懸命に取り組んでいる福井県三国町の雄島漁業協同組合も候補に選びましたが、「まだ海がきれいになったという自信はない」との漁協の固辞されました。
- ◎第7回(1998年)・三池CO中毒患者家族の大牟田市の松尾恵虹さん
 - ・廃棄物対策豊島住民会議
 - ・ジャーナリストとして、また、地域に密着した住民運動に取り組んでおられる長野市の内山卓郎さん
 - ・沖縄の海でサンゴ礁の写真を撮り続けた故古嶺全二さん
- ◎第8回(1999年)・チッソ水俣病患者連盟委員長だった故川本輝夫さん
 - ・名古屋の藤前干潟を守る会
 - ・インド・ボパール猛毒ガス流出事件被害者の救済に当たっているサムバヴァ・トラスト
- ◎第9回(2000年)・核科学者で原子力資料情報室理事の高木仁三郎さん
 - ・横浜・金沢八景の東京湾を拠点に活動する「海をつくる会」
 - ・神奈川県横須賀の「じん肺・アスベスト被災者救済活動」

田尻宗昭記念基金募金のお願い

- 郵便振替口座「00110-7-752973 田尻宗昭記念基金」
- 富士銀行三田支店「(普)3122368 田尻宗昭記念基金」

じん肺合併肺がんを合併症に 結晶性シリカの発がん性を NTP(米)、DFG(独)も認定

全国安全センター事務局

本誌でも再三報告してきた(1999年12月号など)じん肺合併肺がんの労災補償をめぐる問題について、この間の状況を報告するとともに、「じん肺合併肺がんを合併症に含めること(管理2以上に発症した肺がんを労災補償の対象とすること)」および珪酸粉じん(結晶性シリカ)の発がん性をも念頭において、じん肺防止対策と労災補償対策を強化推進すべきことをあらためて訴えたい。

切り捨てられてきた「じん肺肺がん」

じん肺の主要原因物質である結晶性シリカ(珪酸粉じん、主には石英)の発がん性問題は、粉じん対策、じん肺対策に影響を与えるとともに、じん肺合併肺がんの労災認定基準をどうするかという問題でも非常に大きな焦点となっている(結晶性シリカを原因とするじん肺を硅肺というが、じん肺の多くはこの硅肺か、これを主体とする他の粉じんと混合曝露によるじん肺が多くを占める)。

現行の労災認定基準では、「管理4あるいは管理4相当の現に療養中のじん肺患者に発生した原発肺がん」に限って労災補償の対象とする(「じん肺症患者に発生した肺がんの補償上の取扱いについて」昭53.11.2基発第608号)。じん肺合併肺がんの医学的因果関係は認められないが、重症のじん肺

患者に肺がんが発生した場合、発見が遅れるとか治療に支障をきたす等の「医療実践上の不利益」を生じるから、というのが労働省の言い分である。

ところが、この認定基準は20年以上前に作成されたものであり、「医学的因果関係は認められない」の部分がかなり以前から間違っていることが科学的に明らかになってきている。608号通達の根拠となった労働省専門家会議報告書そのものが、じん肺患者において肺がんが多発していることを「報告」していた。そもそも、例えばじん肺・合併症で労災補償を受けていた患者が肺がんを発症しても、肺がんの治療費や死亡したときの遺族補償が「管理区分が3以下」であることだけでもって対象外だというのは感情的にも到底受け入れられないだろう。実際、多くの不支給処分取消行政訴訟が行われてきている。その一部については本誌でも報告してきた。

これに対して、「じん肺患者に肺がんが多発していることは科学的に証明されている、すなわちじん肺と肺がんの医学的因果関係は認められており、この科学的知見に基づいて、合併肺がんを合併症として労災補償の対象にすべきだ」。これがわれわれの主張であり、良識ある医師、研究者の声であり、患者、患者団体、家族・遺族の切実な願いであり、要求である。

発がん性認定と医療実践上の不利益

608号通達におけるキーワードは、「医学的因果関係」と「医療実践上の不利益」である。

後者の観点から補償に道をつけているわけだが、その観点からは「管理4」だけを対象とすることは合理性に欠けているのではないか。実際、裁判において、管理3であっても「医療実践上の不利益」が認定され、原告が勝訴する判決が出されている。

例えば、現在広島高裁で控訴審が係争中の裁判の原審・広島地裁判決では、じん肺肺がんの疫学的因果関係は未だ不明としながら、個別判断として「医療実践上の不利益」の存在をもって、原告勝訴を言い渡した。問題となった患者は管理3であった。じん肺の存在が肺がんの早期発見を遅らせ、発見されても治療（延命治療を含む）の大きな障害となることは現にあるわけで、司法の判断はこの部分では妥当といえる。したがって、じん肺患者の医療実践上の不利益に配慮する以上、一律に管理4のみを補償の対象とすることは不合理であることは明らかなのである。

一方、「医学的因果関係」は結論的には上述のとおりである。労働省は現在、じん肺と合併肺がんの因果関係を認めていない。「頻度が高いという報告はあるが疫学的に（医学的に）証明されていない」というものだが、これは間違っている。硅肺患者における肺がんの多発はタバコその他の要因では説明できないという科学的判断が、後で述べるIARC、NTP、DFGといった学術研究機関が結晶性シリカの発がん性を認定した根拠にもなっていることが、これを端的に示している。

硅肺患者の肺がんの多発（硅肺のない結晶性シリカ曝露労働者の肺がんより明らかに多発している）が、硅肺という病変によるものなのか、シリカ曝露量の大きさによるものなのか、その複合なのかという検討の余地はなおあるとの意見もあるようだが、硅肺と肺がんの因果関係は明らかであり、硅肺患者を含む結晶性シリカ曝露労働者に関する疫学研究全体を検討した結果としては（動物実験

研究の検討、その他の情報も合わせて）、結晶性シリカに発がん性があることを証明していると判断するというのが各機関の結論でなのである。

したがって、司法が指摘している「医療実践上の不利益」論における608号通達の自己矛盾、かつ、じん肺肺がんの医学的因果関係の存在立証の2点から、608号通達は撤廃、抜本改正し、合併肺がんはじん肺の合併症として位置づけるというのが当然の結論となる。

ところで、結晶性シリカの発がん性の議論でよく交絡要因として取り上げられる発がん物質にアスベストやラドンなどがあるが、こうした要因はじん肺患者にとっては職業上の曝露に含まれる場合がほとんどであり、その意味で結晶性シリカの発がん性との関連では懐疑論の根拠とされたとしても、じん肺と肺がんの因果関係においては否定要因には決してならないことに注意する必要がある。このことは、現行の認定実務上において、じん肺合併肺がん患者について、管理4ではないからと切り捨てられている患者に、そうした物質への曝露が見過ごされてはいないのかという問いかけにつながり、もしそうしたことが起こっているとすると、608号通達の大きな欠陥ということになるのである。例えば建設労働に従事し、混合粉じんに曝露したじん肺患者におけるアスベスト曝露歴がこれに該当する。

また、喫煙歴が懐疑論の理由にされる場合がある。しかし、IARC、NTP、DFGとも検討の上、観察された肺がんの過剰リスクは喫煙では説明できないと判定したものであり、なお喫煙を持ち出すのは的はずれか、意図的でしかないだろう。

じん肺患者全体の中で管理4と認定されているのはきわめて少数である。管理区分の違いによるリスクの相違はあまり観察されないというのが報告もあるので、現状では、じん肺合併肺がんの労災認定件数を大きく上回る数が、労災として取り扱われないまま不当に切り捨てられているということになる。

「まやかし」さらに明らかに

労働省の言う「じん肺肺がんの医学的因果関係の不存在（ないし不明、未確定）」論の「まやかし」

を最終的に証明したのが、IARCによる「結晶性シリカの発がん性認定」である。

具体的にはWHO傘下の国際がん研究機関(IARC)が、「結晶性シリカへの職業的曝露と肺がんの間に因果関係がある」との結論に達し、結晶性シリカの発がん性分類をグループ2A(ヒトに対しておそらく発がん性がある)からグループ1(ヒトに対して発がん性がある)に格上げしたのが1996年10月だった(1997年8月号参照)。

全国各地の裁判で労働省は、「権威ある機関のIARCが結晶性シリカの発がん性を未だ認めていない」ことを自らの主張の重要な根拠にしてきたことから、非常に重大な問題となった。このIARCが判断を変えた時点で、労働省は、方針転換し、関連する労災補償と安全衛生対策の見直しに着手するべきであった。しかし、彼らのしたことは労働省の言いなりになる御用学者を動員し、事実をねじ曲げ、IARCの結論に対して根拠なく懐疑論を垂れ流し、対応を先延ばしにすることだった(1999年1・2月号参照)。残念ながら裁判の場においては、これが効果をあげてきた。

労働省が主張するように、「IARCは信用できない、信用されていない」というのはとても真実とは考えられないが、このことは、IARCの決定以降に海外や国内の同種機関が結晶性シリカの発がん性についてどのような判断を行っていくのかによっておのずと明らかになってくる。

2000年5月のNTP決定

第一に注目されていたのが、米国の国家毒性プログラム(NTP)の発がん性報告での位置づけであった。これはIARCとともに常に引き合いに出され、これまでは結晶性シリカを「ヒトに対する発がん性が明らかな物質」(known to be a human carcinogen)ではなく、より格下の「ヒトに対する発がん性が合理的に予見される物質」(reasonably anticipated to be a human carcinogen)に分類していた。

2年ごとに改訂される同報告は今年が発行年にあたっており、最新の第9版が5月中旬に発表され(9th Report on Carcinogens 2000)、インター

ネット上で公開された(<http://ehis.niehs.nih.gov/roc/toc9.html>)。

この中で結晶性シリカは、「ヒトに対する発がん性が合理的に予見される物質」から「ヒトに対する発がん性が明らかな物質」にアップグレードされたもののひとつとなった。今回の検討は、IARC決定を受けて、アメリカ労働衛生庁(OSHA)がアップグレードについてノミネートしたのを受けて行われた。

3つの検討のための小委員会の結果が最終報告が発表される前から明らかにされていた。NTPを管轄している米国国立環境衛生科学研究所(NIEHS)の検討委員会(RG1)は9対0、NTP実行委員会政府機関間作業部会(RG2)は5対2、外部のピアレビュー部会であるNTP科学顧問会議小委員会(RG3)は11対1と、全会一致ないし多数の支持によっていずれもアップグレードを支持していたので、本報告でもそうした結論になることが確実と思われていたものである。こうした手続からわかるように、NTPは、IARCを契機としながら独自に検討を行い結論を出したものだといえる。

NTPの発表資料(ファクトシート)の冒頭と結晶性シリカに言及した部分、各物質の説明における「結晶性シリカ」の項の発がん性の部分を以下に紹介する。

× × ×

【ファクトシート 2000年5月】

(<http://ntp-server.niehs.nih.gov/NewHomeRoc/9RoCFacts.html>)

発がん性報告—第9版

本日、保健福祉省は発がん性報告(RoC)、第9版を公表した。RoCは国家毒性プログラム(NTP)によって準備され、がんを起こすことが“明らかな”または“合理的に予見され”、かつ相当な数のアメリカ人が曝露される物質—金属、農薬、薬品そして天然・人造化学物質—と混合物あるいは曝露環境を認定する。同報告は2年ごとに発行される。

RoCは、多くのがんが一般家庭、職場、一般環境中の化学物質や特定の薬品の使用によって引き起こされていることが明らかであるということを一

般公衆と保健衛生専門家の双方に認識させるために、1978年にはじめて議会在命じて作成された科学的な公衆衛生上の文書である。RoCは、可能性のあるがん発生を認定するという点を理解することが重要である。RoCに掲載されることがそれ自体で、日常生活においてある物質がある個人に対して発がんリスクを必ずたらずということではない。RoCは、特定の状況下においてある発がん性物質に対する曝露が利益をもたらす可能性を比較考量せよと言ったり、しようとするものではないことに注意することもまた重要である。例えば、多数のがん治療薬は二次性がんの発生を増大させることが明らかになっている。この場合、特定の疾病を治療あるいは予防するための薬品への曝露による利益は、その使用と関連して増加するがんリスクよりも重要であるということがFDAによって決定されている。人々はRoCに含まれている情報のみに基づいて、もらった薬あるいはその他の掲載された要因の使用に関した決定をするべきではない。この種の決定は、医師またはリスクと利益双方に関するその他の適切な専門家に相談した後でのみなされるべきである。

要因、物質、混合物または曝露環境は、“ヒトに対する発がん性が明らかである物質”あるいは“人に対する発がん性が合理的に予見される物質”のどちらかとしてRoCに掲載されることができる。

いわゆる“明らかである”カテゴリーは、それへの曝露とヒトのがんの間の因果関係を示すヒトにおける研究からの発がん性に関する十分な証拠がある物質に対して適用される。

いわゆる“合理的に予見される”カテゴリーは、ヒトにおける発がん性の限定的な証拠、かつ/または、実験動物における発がん性の十分な証拠がある物質を包含する。

ヒトまたは実験動物における発がん性に関する結論は、すべての関連情報を考慮した上でなされる専門家の科学的な判断に基づく。

本RoC第9版は、218の物質等を収載する。掲載されたもののうち14は新規のものである。その新規収載分のうち8つは“ヒトに対する発がん性が明らかである物質”に分類され、残りの6つは“人

に対する発がん性が合理的に予見される物質”に分類された。また本RoCは、6つについて現行の“合理的に予見される”から“ヒトに対する発がん性が明らかである物質”に分類し直した。

(中略)

RoC第9版において、“ヒトに対する発がん性があきらかである物質”として加えられた、または、そのカテゴリーに格上げされたもの

(中略)

結晶性シリカ(吸入可能なサイズ)―結晶性シリカ(吸入可能なサイズ)も、これは細かい吸入可能な粒子の形状で産業上や職場環境において発生する石英粉じんを主とする、“ヒトに対する発がん性が明らかである物質”に格上げされた。吸入可能な結晶シリカは、鉱業や石炭粉砕から生ずる。この分類変更は、浜辺の砂が発がん性があるのではないかという混乱を一般公衆にもたらずのではないかという懸念を表明した意見が寄せられた。しかし、今回の分類変更は、サンドブラस्टینگ〔訳注：砂吹き機による研き作業のこと〕や職場環境における類似の作業において発生する、吸入可能なサイズの(吸入可能)結晶性シリカ、主として石英とクリストバライト、に曝露した労働者における増加した肺がん発生率を根拠としていることを明確にしている。

【「結晶性シリカ」の項の発がん性の部分】

(<http://ehis.niehs.nih.gov/roc/ninth/known/crystallinesilica.pdf>)

シリカ、結晶性(吸入可能なサイズ)*

はじめて第6版年次報告においてヒトに対する発がん性があることが合理的に予見される物質として掲載されたが、発がん性報告第9版においては、ヒトに対する発がん性がある物質に改訂された。

●発がん性

吸入可能なサイズの結晶性シリカ(RCS)―主に産業上や職場環境において発生する石英粉じん―は、ヒトに対する発がん性が明らかな物質で

ある。それは、吸入可能なサイズの結晶性シリカへの曝露と結晶性シリカ粉じんへの曝露された労働者における肺がんの率の上昇との間の因果関係を示したヒトにおける研究からの発がん性に関する十分な証拠に根拠をおいている（IARC報告1997年、Brownらの論文1997年、Hnizdらの論文1997年）。

結晶性シリカは豊富にかつ一般的にみられる天然物質である。主として石英粉じんであるヒトに対する障害をもたらすへのRCSへの曝露は、主に産業上や職場環境において発生する。0.1mg/立方メートルを超える吸入可能石英濃度は、金属、非金属、石炭の鉱山と粉碎施設、花崗岩の採掘と加工、碎石とその関連産業、鋳物工場、窯業、建設業、サンドブラスト作業において、もっとも一般的に見出される。

ヒトの肺がんとRCSに対する曝露との関連は、採石と花崗岩労働者、およびセラミック、陶器、耐火レンガ、珪藻土産業に従事する労働者の研究においてもっとも強い。ヒトのがんリスクは石英とクリストバライトに対する曝露と関連しているが、非晶質シリカに対する曝露とは関連していない。総合的な相対危険度はおよそ1.3から1.5である。より大きなリスクがより大きな曝露あるいはより長い潜伏期間をもつ集団において見出される。シリカ粉じんに対する曝露指標である珪肺症は、肺がん発生率の増大と関連しており、その相対危険度は2.0から4.0である。増大したリスクは、喫煙またはアスベスト曝露を考慮した研究において観察されており、交絡要因でこれらの結果を説明することはできない。

動物実験の結果は、吸入によってRCSに長期曝露したラットにおいては肺がんの一貫した上昇が観察されているが、ハムスターではそうではない。ラットに対する様々な形態のRCSの1回胸膜または腹膜内注入はリンパ腫を発生させた。

× × ×

この中にも示されているが、NTPはIARC報告（1997年）の他に参考文献として、Brownらの論文1997年、Hnizdらの論文1997年を挙げている。いずれもIARC以降の文献であり、前者は南アフリカの金鉱夫における肺がんとシリカ粉じん、珪肺

症、ウラニウム生産との関連に関する研究、後者はスウェーデンとデンマークの珪肺患者のがんリスクと死因パターンに関する研究であり、いずれもIARCの結論を支持している。

1999年7月のDFG決定

DFG—通称MAKと称されるドイツ科学振興会も毎年リストを公表しており、昨年7月13日に公表した1999年版で、結晶性シリカをカテゴリー1（ヒトに対する発がん性が明白な物質）（category 1 carcinogenic substances（substances that have been shown to produce cancer in humans））に分類することを明らかにした。

以下にインターネット上のプレスリリース中の冒頭の結晶性シリカに言及した部分を紹介する。その中で「結晶性シリカをカテゴリー1としたことが注目されるべきだ」との記述がみられ、とくに、注意を喚起していることに注目したい。

× × ×

DFG発表資料

(http://www.dfg.de/english/press/releases/Archive/presse_1999_34_eng.html)

DFGがMAK、BAT値の1999年リストを公表

多くの変更と新たな収載

No.34 1999年7月13日

作業環境における化学物質健康障害調査のためのDFG理事会調査委員会は、MAK、BAT値の1999年リストを公表し、産業上の安全を改善することを目的として、これを連邦労働社会福祉省に提出した。本リストは勧告されたMAK値を所収している。MAKとはすなわち、現在の知見によれば長期にわたって毎日8時間曝露したとしてもその労働者に何らの健康障害をもたらさない、作業環境空気中の気体、蒸気、または気中浮遊粒子として存在する化学物質の最大許容濃度である。加えて、化学物質は、生殖機能にリスクをもたらしたり、

経皮的に吸収される可能性の程度のみならずその物質の発がん性、遺伝子毒性および感作性にしたがって分類される。先年と比較して64の変更と新たな収載があった。

16の発がん性物質が検討され、かつ/または分類された。本年は結晶性二酸化珪素、すなわち石英、クリストバライトおよびトリデマイトがカテゴリー1の発がん性物質（ヒトにおいて発がん性があることが明らかとなった物質）に分類されたことが注目されるべきである。

動物実験のみならず疫学研究が、石英曝露と肺がん罹患率の増加の間に因果関係があることを証明した。珪肺症は石英への高濃度曝露を示しているが、障害を防止するための科学的に意味のある限度を決めることは現在のところできない

× × ×

なお、MAKとは最大作業環境濃度（英語では、maximum workplace concentration）、BATとは職業的曝露に対する生物学的受忍限度値（英語では、biological tolerance value for occupational exposures）のことである。

日本産業衛生学会の動向

国内における同種の機関としては産業衛生学会に設置されている許容濃度委員会が知られている。毎年春の同学会の定期総会における提案と承認に基づいてその年の勧告を公表しており、その中のⅢが「発がん物質」である。

その前文には「日本産業衛生学会はIARCが発表している発がん性物質分類を基本的に妥当なものと判断し、かつ、他の様々な情報を加えて検討し、産業化学物質および関連物質を対象とした発がん物質表を定める（表Ⅲ-1）。「第1群」は人間に対して発がん性のある物質である。「第2群」は人間に対しておそらく発がん性があると考えられる物質である。そのことを示す証拠の程度により、「第2群A」（証拠がより十分な物質）、「第2群B」（証拠が比較的に十分でない物質）に分類する。」と記されている。

IARC決定後速やかに結晶性シリカ（現行は第2群A）の分類再検討が開始されてしかるべきであ

るが、本年4月の総会でもなお再分類の提案がなかった。いささか不思議である。IARCが結晶性シリカの次にグループ1に分類した2,3,7,8-TCDD（ダイオキシン）について第1群にするとの提案が行われたことと対照的だった。

そこで筆者が、許容濃度委員会の桜井治彦委員長（中災防労働衛生検査センター所長）に直接質問したところ、同委員会は完全に手弁当ということもあつたりして、これまで検討作業の具体的な引き受け手が見つからなかったが、やっとみつかったので検討作業に着手できる運びとなった、との返答であった。7月に東京で開かれた許容濃度委員会の会合を経て、現在、結晶性シリカの分類再検討が着手されたということである。国際的な動きなどからみてよほどのことがない限り、1年ないし2年後に第1群に分類されることが確実とみられる。

韓国の決断

韓国のじん肺法制は日本に類似しており、合併症による労災補償もほとんど同様に行われている（1997年5月号参照）。じん肺肺がんは、これまで合併症に入れてこなかったものの、かねて日本と同様に問題となっていた事項であり、IARC決定を契機として疫学調査が実施された。

これは、韓国労働部が専門家に委託して実施したもので、「じん肺勤労者に発生したじん肺症と肺がんの関連性」と題する最終報告書が、1999年2月に労働部長官に提出された。

報告書は、「本研究の主な目的である一般人口とじん肺症者の肺がん発生率比較結果は、一般人口より1型（1/0）以上のじん肺症者の肺がん危険度が最小1.5倍から最大3.4倍高い。したがって、肺がんをじん肺症の合併症と認定することが妥当と思われる」と結論づけた。

この報告を受けて、韓国ではすでに原発性肺がんがじん肺症の合併症となっている（1999年12月号参照）。

以下に、本報告書中の「I 序論」、「V 政策提言」中の「1. じん肺症の合併症としての肺がんの認定の是非およびその要件」の部分、そして改正され

た韓国じん肺法令の該当部分を紹介する。

× × ×

じん肺勤労者に発生したじん肺症と肺がんの関連性

1999年2月19日

研究責任者 チェ・ピョンスン (東国医大 予防医学教室)

共同研究者 チェ・チョンクン (産業安全保健研究院

職業病研究センター)

他8名

目次

I 序論

II 研究方法

1 対象および資料

2 資料分析

III 研究結果

1 じん肺症者

2 じん肺症者中肺がん者

3 一般人口中肺がん者

4 一般人口およびじん肺症者中肺がん者の比較

5 肺がん者の療養給与額およびじん肺症者の遺族給与額

IV 考察

V 政策提言

参考文献

I 序 論

じん肺症者は、騒音性難聴者とともに職業病有所見者の絶対多数を占めるが、1987年度の72.7%を最高に、毎年40-60%を占めてきたが、近年は減少してきている。もちろん、この有所見者全てが、毎年新たに発生するのではなく、過去に職業病有所見者と判定された勤労者でも、現職に従事する限り、継続的に有所見者としてカウントされる。したがって、毎年の有所見者は、新たに発生するじん肺症有所見者や累積の有所見者全体とは異なる。

1980年代後半から始まった石炭産業合理化措置で、石炭鉱業が沈滞するのにもない、韓国のじん肺症者の大多数を占めてきた炭坑夫じん肺症有所見者が少なくなった。一方で、鋳物、造船、溶接など製造業で発生するじん肺症が、新たに注目

を集めている(チェ・ピョンスン, 1997a)。韓国の産業化過程を考え合わせると、時期的にもこれらの産業において、じん肺症者が多く発生する時になったということも、ひとつの理由であろう。このようにじん肺症は、現在のみならず、今後も継続して重要な業務上疾病として残るのは間違いない。さらにじん肺症の特性上、治療ができないという点を考慮すると、じん肺症者に対する事後管理は、他のどんな業務上疾病に対する事後管理より重要であろう。

このようなじん肺症者の総数について、じん肺症者の集まりである「じん肺災害者協議会」では約55,000名、労働部や勤労福祉公団は約25,000名としており、かなりの差があるが、その正確な数については誰も自信を持って言えないのが実状である。

[訳注:「労働部」は日本の労働省にあたる。「勤労福祉公団」は、労災保険を管掌する機関]

韓国では、職場の粉じんばく露に起因するすべてのじん肺症を業務上疾病として勤労基準法に明示している。1963年に制定された「産業災害補償保険法」(産災保険法)では、じん肺症とその合併症の判定のための精密診断実施および補償基準、保険給与の請求、支給手続き、粉じん作業の範囲、その他療養管理に関する事項が規定されている。1981年12月31日産業安全保健法が制定され、健康診断項目および診断方法が補完されて、特殊健康診断が本格化した。また、1984年12月31日には「じん肺の予防とじん肺勤労者の保護などに関する法律」(じん肺法)が別途の特別法として制定された。

[訳注:韓国では日本で労働…といった言葉は産業…としている。したがって労働基準法は、「産業基準法」、労働災害を「産業災害」と呼ぶ。日本でも戦中前の書物には「産業災害」という言葉が使われていることもあるので、その名残りが?]

それは、石炭、鉄、タングステン、金銀、鉛および亜鉛、珪石採掘、黒鉛、滑石など8種類の鉱業と、じん肺症として、産災保険法による遺族給与や障害給与を受けた勤労者がいる鉱業のみを対象として適用している。

このようにじん肺症については、他のどんな業務上疾病よりも法的に特別に管理しているにもか

かわらず、今日に至るまで、じん肺症の診断とじん肺症有所見者の事後管理を取り巻く問題点が提起され続けている。その中で代表的なのは、1990年代初期に慶州北道ムンギョンおよびヨンジュ地域のじん肺症者が、自分たち肺症の病型に対し、集団的に異議を提起したことと、1995年に全国の造船業に従事する溶接工が、殊健康診断を通じたじん肺症の病型について問題を提起したことなどである。

その原因はいろいろあるが、まず単純胸部レントゲン検査によるじん肺症診断の限界が挙げられる(チェ・ビョンスン, 1995)。韓国では、じん肺症についてその原因が何であれ、単純胸部レントゲン検査をした後、1980年に5次に改定された国際労働機関の国際分類法により診断するようになっている(ILO, 1980)。精密診断の段階では、いろいろな特殊検査を状況に応じて実施できるが、これは合併症の確認やじん肺症以外の疾患の可能性を排除するためのものである。

この単純と言える診断においても、いくつかの考慮すべき点がある。すなわち、粉じん吸入以外のいろいろな要因で、単純レントゲン検査の結果が違ってくこともあり得るし、撮影方法によっても影響を受ける。また単純レントゲン検査によりじん肺症所見を判読するとき、判読者間そして同一の判読者でも、時間を違えると判読結果に偏差がある。そのため、国際分類法にも、撮影時のいろいろな条件および判読時の注意点が詳しく規定されており、標準写真を提供し判読時に参照するようになっているが、この偏差は現在まで完全に解決できないでいる。しかも韓国ではこのような偏差が容認される水準を越え、とても深刻な実状であることが明らかになった(チェ・ビョンスンら, 1997)。

したがって、単純胸部レントゲン検査でじん肺症を診断する際、検査自体の限界による問題の素地はあるが、それを最大限抑えようという努力は怠れない。その一環として韓国では、1990年代初期に全国地域別にじん肺症判読を依頼できる診断放射線科の専門医を指定したが、その専門医が移動するなど変動要因があるにもかかわらず、その後の措置が伴わなかった。また、じん肺症の精密

診断は一部医療機関(1998年末現在、9か所のじん肺精密健康診断機関)でのみできるようになっているが、これらの機関相互で、じん肺症の判読所見が異なるということもある(チェ・ビョンスン, 1997b)。そのような実態調査を受けて、具体的な法案を準備し(イム・チョンギら, 1995、チェ・ビョンスン, 1996)、1996年からは、法的にレントゲン撮影に関与する放射線技師、1997年からは診断に関与する診断放射線科専門医を対象に精度管理を実施することで、一番重要な問題が解決する可能性がみられる。

じん肺症者の事後管理において、もうひとつ重要な問題は、療養給与および遺族給与の対象となる合併症の範囲である。現在、韓国ではじん肺症に伴い発生した肺結核、結核性胸膜炎、気管支炎、気管支拡張症、肺気腫、気胸、肺性心の7つをじん肺症の合併症と認定し、各種給与を実施しているが、肺がんは認定していない。

坑夫が曝露する発がん物質は、鉱山および職業形態により程度の差はあるが、ラドン(電離放射線)、石綿、重金属(クロム、ニッケル、カドミウムなど)、遊離珪酸、ディーゼルエンジン燃焼物質(多環式芳香族炭化水素(PAHs)、nitro-PAHs)など多様である(Weeks, 1998)。石綿に曝露した場合、中皮腫のみならず肺がんが後発する事実はよく知られているが(Rom, 1992、Browne, 1994、MorganとGee, 1995)、炭坑夫のじん肺症においては研究結果が一致しない。じん肺症の発生に決定的な影響を及ぼす二酸化珪素は結晶質と非晶質があり、IARCでは非晶質の発がん性をGroup 3(発がん性未分類)に分類する反面、鉱業に従事する勤労者が必然的に曝露する結晶質はGroup 1(人体発がん性確認)に分類している(IARC, 1997)。また、喫煙、ラドン、炭化水素などの交絡要因が適切に測れず、選択バイアス(selection bias)などの問題はがあるが(Spivack, 1990)、全世界的に遊離珪酸に曝露する勤労者に肺がん発生の危険性が高い事実は、多くの疫学調査で明らかになっている(Paironら, 1991)。

アメリカ、イギリス、中国、南アフリカ共和国などのコホート死亡研究によれば、坑夫における肺がんによる死亡率が2.5倍程度高い(Chenら, 1990、

HodgsonとJones, 1990、AmandusとCostello, 1991、HnizdoとSluis Cremer, 1991、Chenら, 1992)。アメリカの金属坑夫のうち、珪肺症者は肺がんによる年令および喫煙補正標準化死亡比が非珪肺症者より高く(AmandusとCostello, 1991)、イギリスでも地下で錫を採鉱する坑夫は地上職業者よりも、ずっと危険であることがわかっている(HodgsonとJones, 1990)。

イタリア、カナダ、日本、インドネシアなどのコホート研究で、珪肺症者は一般人口に比べ肺がんの比較危険度が1.3-6.9倍高く、非喫煙者でも肺がんが多く(Ziskindら, 1976、Finkelsteinら, 1987、Infante-Rivardら, 1989、Chiyotaneら, 1990、Merloら, 1990、Ngら, 1990、Cartaら, 1991)、花崗岩、珪藻土、鋳物、スレート、セラミック作業者を対象にしたコホート研究でも、やはり肺がんの危険度が高かった(CostelloとGraham, 1988、Mehnertら, 1990、Tornlingら, 1990、Chiaら, 1991、Shersonら, 1991、Amandusら, 1992)。

患者一対照群研究では結果が一致しないが、イタリアのセラミック勤労者では肺がんと珪肺症が互いに関連性があったが(Lagorioら, 1990)、オランダではそうではなく(Meijersら, 1990)、イタリアでは曝露歴や珪肺症がある場合、剖検時に対照群に比べて肺がんが多いが(Mastrangeloら, 1988)、南アフリカ共和国では差がなかった(Hesselら, 1990)。スカンジナビア4か国でも遊離珪酸粉じんに曝露した85,000余名の勤労者の肺がん危険度が職業別、国家別で違つて現われた(Lyngeら, 1986)。

韓国のじん肺症の大多数を占める炭坑夫じん肺症においては、一般人口に比べ肺がんによる死亡率が低いという報告がある反面(Liddell, 1973、Costelloら, 1974、Armstrongら, 1979、Rookeら, 1979、AmesとGamble, 1983、Atuhaireら, 1985、MillerとJacobson, 1985、Meijersら, 1991、Kuempelら, 1995)、高いという報告もあり(Enterline, 1972、Rockette, 1977、Vallyathanら, 1985)、肺がんだけでなく、胃がんや消化器がんによる死亡率も高いと報告されている(Stocks, 1962、Enterline, 1964、Mataloら, 1972、Rockette, 1977、Ames, 1982、AmesとGamble, 1983、Ongら, 1983、Whongら,

1983、MillerとJacobsen, 1985、Wu, 1990)。

このように外国では、じん肺症と肺がんの関連性についてずいぶん前から研究がされてきた。しかし、韓国では、1980年代初期まで鉱業に従事した勤労者を対象として、間欠的なじん肺症の有病率調査はあったが、じん肺症者に対する全般的な調査や、がん発生率についての研究がないのが実状である。

韓国では、1980年から、47か所の専攻の修練病院が参加して、全国規模の「がん登録事業」が始まり、1996年12月現在、全国の154か所の修練病院が参加しており、全国で発生するがん患者中約80%が登録されるだろうと推定される(韓国中央がん登録本部と保健福祉部, 1998)。

〔訳注:「修練病院」韓国では、インターン(医師国家試験合格後、1年間病院ですべての科を回りながら臨床実習する医師)とレジデント(インターンの次に専門の科を決めて、3～4年臨床実習する医師、専攻医とも言う)と言う制度がある。このインターン、レジデントを受け入れて臨床実習を行っている病院を、修練病院と言い、一定の条件が必要で、病院協会が審査を行い指定する。〕

がん登録資料によれば、全体のがんのうち肺がんが1982-1987年の4位(9.0%)だったものが、1988-1992年には2位(10.9%)となり、1994年までずっと2位(1993年11.7%、1994年11.5%)を占めていたが、1995年と1996年には3位(1995年11.2%、1996年11.5%)と比重が減少した。

男性では1982-1987年に3位(13.2%)であり、1988年-1992年に2位(15.5%)と、その後も続いたが(1993年16.4%、1994年16.2%)、1995年と1996年にやはり3位(1995年15.7%、1996年16.0%)と減少した(保健福祉部, 1995a、保健福祉部, 1995b、保健福祉部, 1996、保健福祉部, 1997、韓国中央がん登録本部と保健福祉部, 1998)。最近9年間の性別、年齢別がん登録状況は表1-1のとおり。

現在、全体の死亡原因では、1993年から1995年まですべてがんが1位(21.4%、21.3%、21.0%)を占めており、男性でも3年間ずっと1位(23.7%、24.0

%, 23.9%)を占めている(統計庁, 1994, 統計庁, 1995, 統計庁, 1997a)。このうち男女ともに肺がんは、1993年15.7%, 1994年16.7%, 1995年17.1%を占め、男性でも各々18.4%, 19.4%, 19.9%と、少しずつ比重が増加する傾向を見せている。最近5年間の性別、年齢別の肺がんによる死亡者および死亡率は表1-2のとおり。表1-1と表1-2を比較すると、肺がん発生者が当該年度に死亡しないとしても、男女ともに、死亡者のうちで肺がん発生(登録)者の占める割合は、1993年94.0%, 1994年85.5%, 1995年85.1%, 1996年93.6%であり、男性では各々98.4%, 89.7%, 88.7%, 95.9%と女性より高く、約90%水準を示している。

韓国で1973年から1992年までの20年間に、初めて炭坑夫じん肺症と診断を受けた男性6,452名を対象とした研究によれば(チェ・ビョンスン, 1996)、粉じんに曝露し始めた年齢が30歳未満である場合が35.5%, 30-39歳が40.9%で、40歳未満が全体の78.6%を占める。初めてじん肺症診断を受けた年齢は、40歳未満が16.1%, 40-49歳が49.7%, 50-59歳が27.1%で、60歳未満が全体の76.8%を占めている。そして、粉じん曝露後、平均13.2年が過ぎた後でじん肺症と診断を受けた。

最近4年間30歳以上の男性人口に肺がんが発生した場合と、肺がんで死亡した場合を比較すると、1993年に発生者が死亡者の98.1%, 1994年88.8%, 1995年88.0%, 1996年95.4%である。また、どの年齢においてもほぼ同水準である。

このように、最も重要な死亡原因であるがんの中で比重の大きい肺がん、韓国の業務上疾病中最も重要なじん肺症の関連性についての研究は、国民保健の立場から見ると、非常に急がれる研究であると言え、むしろ大いに遅れた感がある。さらに、IARCで結晶性シリカの発がん性を過去にはGroup2Aに分類したが、1997年からGroup1に分類しており、結晶性シリカ以外にも、肺がんを引き起こす諸物質にばく露するという点などを考慮すれば、韓国のじん肺症者に発生する肺がんについての研究は、非常に重要と言える。

本研究は、じん肺症と肺がんの関連性を究明することで、今後、韓国で継続して重要な健康問題と

して台頭する鉱業じん肺症のみならず、新たに製造業において発生するじん肺症の管理と補償のために土台を構築することを最終的な目標とした。そこでじん肺症者に発生した肺がんを一般人口に発生した肺がんと比較することで、じん肺症における肺がん発生危険度率を分析した。また、じん肺症者に肺がんをじん肺症の合併症として認定する場合に、必要な認定基準などの政策代案を提示した。

(中略)

V 政策提言

1. じん肺症の合併症としての肺がんの認定の是非およびその要件

本研究の主な目的である一般人口とじん肺症者の肺がん発生率比較にあられる結果は、一般人口より1型(1/0)以上のじん肺症者の肺がん危険度が最小1.5倍から最大3.4倍高い。したがって、肺がんをじん肺症の合併症と認定することが妥当と思われる。

この場合、認定要件として考えられる項目は、じん肺症の病型、喫煙、肺がんの種類、最初の粉じんばくろから肺がん発生までの期間、職歴(じん肺症の種類)、肺がん発生年齢、性などが考えられる。

1) 病 型

研究結果および考察で十分に提示したように、じん肺症では原発性肺がんの発生率がじん肺症の病型の程度に比例せず、むしろ病型が重くても発生率が低く出る場合もある。これは、じん肺症が起きた後、進行しながら肺がんが発生するよりは、じん肺症を起こす原因物質により肺がんが発生すると解釈できる。

したがって、本研究結果に照らし合わせてみると、病型により肺がんの認定の是非を問わなければならない根拠をみつけることはできない。

2) 喫煙および肺がんの細胞の形態(種類)

これも研究結果で提示したように、一般人口中肺がん者とじん肺症者中肺がん者の喫煙歴と細胞形態を比較してみると、喫煙率および喫煙量全て特に差はなく、細胞形態の分布にも特に差はなかった。また2つの集団いずれの喫煙率も90%を

越える状況であるから、喫煙が肺がんをよく引き起こすとして知られているとしても、喫煙の是非を合併症の認定要件として考慮することは、現段階では非現実的である。

したがって、肺がんが発生したじん肺症者の喫煙歴や肺がんの細胞形態により、認定の是非およびその要件を変えることはできない状況である。

3) 最初の粉じん曝露から肺がん

発生までの期間

考察で十分に論議したように、がんが発生するためには発がん物質にばく露した後、一定の時間が必要だが、肺がんと同じ充実性がん(Solid Cancer)の場合、大体10年程度が必要と言われている。しかし、1型(1/0)以上のじん肺症が発生するためには、すでに曝露後最低10年は必要なため、じん肺症から発生した肺がんをじん肺症の合併症として認定する場合、その要件として最初の粉じん曝露から肺がん発生までの期間を特別規定する必要はないと思われる。

ただし、韓国では石綿、タールなどによる原発性肺がんの場合、最初の曝露から10年が過ぎた場合を認定要件としている。さらに、じん肺症の場合は、原因物質のばく露が中止された以後にも進行する点と、勤労者個人の感受性の差から1型じん肺症が発生するまでの期間が短くなることがある点を考慮し、象徴的な意味で10年を規定することができるとされる。

4) 職歴またはじん肺症の種類

韓国でじん肺症の大多数を占める炭坑夫じん肺症者の肺がんの原因と考えられる物質は、やはり粉じん中の結晶性シリカである。炭坑以外の他の鉱山で従事してじん肺症および肺がんが発生した勤労者もいるが、この坑夫たちもやはり基本的には結晶性シリカに曝露したものである。

もちろん、序論で記述したように、坑夫たちが曝露する肺がんの発がん物質はいろいろあるが、鉱山で坑夫たちが曝露した総粉じん量と結晶性シリカ濃度しかわからないため、他の物質による影響を考慮する根拠がない。したがって、鉱業種類により区分する必要はなく、鉱業に従事してじん肺症と肺がんが発生した鉱業経歴者の場合、結晶性シリカに

よるものと一元化してかまわないと思われる。

石綿や結晶性シリカに曝露した製造業経歴じん肺症者(珪肺症、石綿肺症)の場合も問題ない。ただし、結晶性シリカに高濃度に曝露した場合、炭坑夫じん肺症よりはるかに早い時期に、そして速く進行する珪肺症が発生する。

最近になって、溶接工肺症の場合、曝露が止まった後も必ずしもじん肺症が消滅はしないという報告があり、論難の余地があるが、現段階では溶接工が曝露する石綿、重金属などの影響を排除した純粋なじん肺症のみで説明できる肺がんに対する研究がない実状である。本研究でも、溶接工の精密健康診断結果は、大部分疑症であり、たまたに1/0または1/1程度の病型であった。

したがって、溶接工肺症から発生した肺がんの場合、じん肺症自体と肺がんに関する研究結果が蓄積されるまでは、その勤労者が曝露する各物質により判断し、鉱業経歴じん肺症者や結晶性シリカ曝露珪肺症者とは次元を異にするのが妥当だと思われる。

5) 肺がん発生年齢および性

本研究結果であられたように、じん肺症者の年齢別肺がん発生率が、一般人口に比べ相対的に低年齢層で差が大きい。肺がんは基本的に高年齢層で多く発生するがんなので、じん肺症者に発生する肺がんも、やはり年齢別発生率が一般人口と差が少ないのであれば、肺がんの合併症認定要件として考慮しなければいけないが、本研究結果に照らし合わせてみると妥当な根拠を見つけることはできない。

本研究では、女性で鉱業経歴がある68歳じん肺症者に発生した肺がんが1件で、女性じん肺症者の場合、具体的な分析をすることはできなかった。しかし、結晶性シリカに曝露した女性じん肺症者の肺がんをじん肺症の合併症として認定しない理由はないと思われる。

以上を要約すると、鉱業経歴があるか、結晶性シリカに曝露した1型(1/0)以上の病型のじん肺症者に発生した原発性肺がんは、じん肺症の合併症として認定することは妥当である。ただし、1型じん肺症の場合、最初の曝露から最低10年が経過し

肺がんが発生した場合のみ認定することも考えられる。じん肺症以外に考えられる他の要件は、本研究結果に照らしてみるとその根拠を探すことは困難である。

〔表は省略〕

「じん肺の予防とじん肺勤労者の保護等に関する法律施行令」より

第2章 じん肺の予防

第2条(合併症の範囲) 法第2条第2項の規定による合併症は、じん肺の所見がある者がじん肺の進行と関連してかかる次の疾病をいう。(改正'99年10月14日)

1. 活動性肺結核
2. 胸膜炎
3. 気管支炎
4. 気管支拡張症
5. 気胸
6. 肺気腫
7. 肺性心
8. 原発性肺がん(じん肺症の病型が第1型以上の方に限る)

〔訳注: 8. が該当箇所〕

※同法令には、<http://152.99.129.53/>からたどることができる。ただし、ハングル版。

× × ×

韓国のような調査結果は日本ではすでに明らかで、最近の国内のじん肺肺がんに関する疫学研究はいずれもIARC決定を否定するものではない。「IARCは信用できない」などという労働省の見解やその意を受けた御用学者の意見が誤りであることは、IARCやここで紹介したNTP、DFGの決定をみても明らかだろう。

労働省専門検討会に申し入れ

労働省は、この間全国安全センターとの交渉において「IARCの件は検討中」であるとだけ回答してきていた。これに関連して労災認定基準を見直

すかどうかの専門検討会が昨年度からはじまっていることが昨秋以降、労災保険審議会内の議論や新聞報道によって明らかになった。しかし、労働省はいまだに審議内容、メンバーとも全く明らかにしようとしていないし、同検討会の設置要綱にも「じん肺症患者に発生した肺がんについては、未だ医学的な因果関係が実証されているものではない」と記されていて、はじめて「見直しなし」などの結論ありきで審議が進められているのではないかと強く懸念されている。

× × ×

「じん肺症患者に発生した肺がんの補償に関する専門検討会」設置要綱

1 専門検討会の趣旨

じん肺症患者に発生した肺がんについては、昭和53年11月2日付け華発第608号「じん肺症患者に発生した肺がんの補償上の取扱いについて」をもって、じん肺管理区分「管理4」と決定された者であって、現に療養中の者に発症した原発性の肺がんについて業務上の疾病として取扱い、補償を行ってきたところである。

じん肺症患者に発生した肺がんについては、未だ医学的な因果関係が実証されているものではないが、国際的動向をも鑑み、労働省労働基準局に専門検討会を設置し、じん肺症患者に発生した肺がんに対する労災補償について検討するものである。

2 検討事項

- (1) 現行認定基準の検討について
- (2) 国際的動向について
- (3) その他

3 委員の構成

- (1) 委員は、労働省労働基準局長が委嘱した学識経験者をもって構成する。
- (2) 専門検討会には、座長をおく。座長は、専門検討会を統括する。

4 検討日程等

平成12年度中を目処に一定の結論を得ることとする。

5 事務

本検討会の事務は、労働省労働基準局補償課職業病認定対策室において行う。

なお、労働衛生課、化学物質調査課の検討等を踏まえつつ検討を進めることとする。

× × ×

労働省が裁判の場で主張してきたことは「IARCは信用できない」ということであり、こうした内容を支持する報告書を、労働省自身が選んだ「専門家」がまとめて、結果的に認定基準を見直さないという、信じられないような事態もあり得る。

こうした事態の中で、全国安全センターでは同検討会座長である千代谷慶三氏に宛てて以下の申入書を送り、強く要請を行った。これに対して、千代谷氏はまともに答えようとせず、「労働省に言うてくれ」といった不誠実な対応を行っている。

× × ×

2000年7月10日

じん肺症患者に発生した肺がんの
補償に関する専門検討会
座長 千代谷慶三殿

全国労働安全衛生センター連合会議

議長 井上 浩

特定非営利活動法人東京労働安全衛生センター

代表理事 平野敏夫

関西労働者安全センター

運営協議会議長 岡田義雄

社団法人神奈川労災職業病センター

理事長 斎藤竜太

全国じん肺患者同盟東京東部支部

支部長 片柳元二

全国じん肺患者同盟北茨城支部

支部長 猪狩徳光

全国じん肺患者同盟常磐炭田高萩支部

支部長 高橋清寿

全国じん肺患者同盟弁天町支部

支部長 水口 守

全国じん肺患者同盟横須賀支部

支部長 宇野林蔵

横須賀地区じん肺被災者の会

会長 大森 智

要 望 書

貴職におかれましては益々ご清栄のことと大慶に存じます。

私たちは、じん肺患者の命と健康を守り支援する立場から、これまで労働省に対し結晶性シリカの発がん性を認め、じん肺肺がんの労災認定基準を改定するよう要望してきました。

すでにご承知のとおり、1996年10月、国際がん研究機関(IARC)は、結晶性シリカを職業性曝露において人体に肺がんを発生させる発がん物質として最高ランクのグループ1とする決定を行いました。

このIARCの決定をうけ、1999年7月、ドイツ学術振興会(DFG)は結晶性シリカの発がん性を認定し、カテゴリー1に分類しました。そして、本年5月、世界の保健行政に影響をもつ米国の政府組織、国家毒性評価計画(NTP)は、結晶性シリカを発がん性の最高ランクに分類しました。

このように結晶性シリカの発がん性は国際的な医学界で認定され、各国政府による適切な対応策が早急に要請されています。

こうした世界の流れのなかで、労働省は未だにじん肺と肺がんとの因果関係を否定し、管理4または管理4相当で現に療養中のものに発症した原発肺がんのみを「医療実践上の不利益がある」との理由で労災認定するにとどまっています。

現在、労働省は専門検討会を設置し、じん肺と肺がんとの因果関係を検討する作業を進めています。しかし、私たちは、最新の科学的成果に背を向け続ける労働省の姿勢から、専門検討会のあり方とその議論の行方に重大な懸念を抱かざるを得ません。

労働省は、直ちにじん肺と肺がんの因果関係を認める決定を行い、結晶性シリカによるじん肺肺がんの予防策を強めるとともに、じん肺肺がんに労災補償の道を開くようにすべきものと考えます。

つきましては、科学者の社会的責任の見地から貴職に対し下記の事項をふまえて検討作業を進めていただくよう要望します。

記

1. 専門検討会の会議内容を公開し、メンバーを公表すること。密室の審議をやめ、検討会外部

の専門家や患者、関係団体の意見を聴取し、ともに議論する場を設けること。

2. 検討作業では、国際がん研究機関、ドイツ学術振興会および米国・国家毒性評価計画等での決定が十二分に尊重されるべきこと。
3. 検討結果報告においては、結晶性シリカの発がん性を認めるとともに、じん肺と肺がんの医学的因果関係を認める立場からその労災認定基準を改定し、管理2以上のものに合併した原発肺がんを労災補償の対象とするように、労働省に対して認定基準の改定を勧告すること。

× × ×

いずれにせよ労働省は早急に、肺がんを合併症に含め労災補償の対象として含める取扱いに改めるべく、608号通達を撤廃するべきである。

また、今行われている労災認定基準に関する専門検討会については、早急に公開し、議論の経過、内容、主体を明らかにし、多くのじん肺被災労働者と関係者の議論への参加を保障し、納得のいくやり方に改めることが必要であることは言うまでもなからう。

労働保険審査会裁決の動向

最後に608号通達の撤廃、合併症とする抜本改正が切実に求められている理由のひとつとして、本来通達に拘束されずに審査すべき労働保険審査会が、全くの労働省追随判断しかなしえていない惨憺たる状況を簡単ではあるが報告しておきたい。

ちなみに各年度の裁決については上、中、下の3分冊の裁決集に所収され、例えば1997年4月から1998年11月分(1997年度上～1998年度中まで)においてじん肺関係の裁決は51件。うち3件が原処分取消、被災者救済の裁決であった。

この取消3件のうち1件は、じん肺肺がんにかかわるもので具体的には次のとおり。

患者は、長崎県松島炭鉱に昭和19年から昭和45年の閉山まで兵役期間を除き勤務した炭鉱離職者で、大阪府に在住し、関西医大付属病院香里病院で死亡。死因は、肺がん、膵がんによる急性

心不全とされ、原処分庁(佐世保労基署)は、膵がんからの肺転移であるとして、管理4合併肺がんにもかかわらず業務外とした。審査段階の鑑定医をはじめ主治医を含め膵がんの肺転移という意見であったが、審査会としての医証の検討を行い、「被災者は、当初、原発性肺がんと診断され、他臓器への転移を警戒して検索した結果膵がんが疑われたために、医学的な一般論を基に転移性肺がん」と訂正されたものであるが、膵がんとしての診断が確定しておらず、仮に膵がんがあったとしても、膵が原発であるとする確たる証拠はなく、むしろ、重複がんの可能性の方が考えやすく、いずれにせよ、被災者の肺がんは原発とみるのが相当」として、608号通達を適用して業務上、すなわち原処分取り消しと裁決されたものであった。

目次タイトルからの検索では、じん肺合併肺がん関係はこのほかに7件あるが、すべて棄却となっている。そして裁決の核心はいずれも「608号通達は妥当。当審査会は現在における医学的知見に基づく審査を行なうべきことをその役割としている。」との審査会見解である。上記の取消裁決例もこの点は軌を一にしている。

608号通達とその根拠となった専門家会議報告書(1978年)が、「現在の」じん肺肺がんに関する医学的知見を代表しているというわけである。つまり審査会はその責務を放棄していると言わざるを得ない。こうした現状からも速やかな608号撤廃、抜本改正が求められているといえるのである。

(筆者の属するセンターが支援している長崎県対馬の東邦亜鉛鉱山労働者で硅肺合併肺がん(管理3)で死亡した男性の遺族による労災不服審査請求が現在、再審査に係っており、先日公開審理の通知が来た。審査会に対しては、結晶性シリカの発がん性への認識が国際的に定着してきており、労働省においては今年度いっぱいをめどに労災認定基準の検討が行われていることを理由として公開審理延期を申し入れ受理されたところである。)



(文責・英文翻訳: 片岡明彦 関西労働者安全センター、ハングル翻訳: 神奈川労災職業病センター)

職場の組織的枠組みの 重要性は一定反映 パブリックコメントへの回答

古谷杉郎

全国安全センター事務局長

労働省は8月9日付けで、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」（基発第522号—34頁に全文掲載）を策定した。

既報（7月号参照）のとおり、6月には、労働者のメンタルヘルス対策に関する検討会報告書「労働の場における心の健康づくり対策について」が公表され、労働省では「心の健康づくり指針（仮称）（案）」を示してパブリック・コメント手続を実施していた。

全国安全センターは7月7日付けで、7月号2-32頁の抜粋を根拠・参考資料として添付して、これに関する「意見」を提出している。以下に、意見の内容、労働省ホームページで公表された意見に対する回答を紹介しながら、今回の指針の内容を検討してみる。

1. 日本の多くの職場においては、いまだに「心の健康問題」や「ストレス」を、個人的問題または弱さの証明になるもの、あるいは人格を否定するかたちで評価されたり、人事労務管理上の不利益につながるものとみなすなどの誤解、偏見、差別等の風潮が現実には存在することは事実として指摘せざるを得ない。そのため、職場においてこの問題をオープンに議論することを困難にする場合があるなど、この問題に取り組

むうえでの大きなネックになっている。このような事実を指摘したうえで、そのような誤解、偏見、差別等の風潮をあらためることが本指針の重要な目的のひとつであることを明示、強調すべきである。

【労働省回答】「本指針において、事業者に対し、労働者、管理監督者等への、心の健康問題に対する正しい態度等について教育等を行うことを示すこととする。」

回答内容は素っ気ないが、指針の2「メンタルヘルス対策の基本的考え方」—(2)「メンタルヘルスケアの推進に当たっての留意事項」として、イ「心の健康問題の特性」で、「心の問題をかかえる労働者に対して、健康問題以外の観点から評価が行なわれる傾向が強いという問題や、心の健康問題についての誤解等解決すべき問題が存在している」とされたことなどに反映されているようだ。

2. なぜ職場で「心の健康づくり」に取り組むのかということを示すべきであり、その際、以下の内容を含めるべきである。

① 「心の健康問題」が、個人的な問題ではなく、使用者の安全衛生確保義務の対象であり、職場で労使が取り組むべき労働安全衛生問題で

あるということ。

- ② 職場が「心の健康問題」の原因となるとともに、影響を受ける/感じる場所になる可能性があり、また、労働に関連した原因とその影響は予防することが可能であるということ。

【労働省回答】「本指針において、事業場におけるメンタルヘルスケアの重要性についての項目をたてるものとする。その中で、職場には労働者自身の力だけでは取り除くことができないストレス要因が存在しているため、事業者の行うメンタルヘルスケアの積極的推進が重要であること、及び、労働の場における組織的かつ計画的な対策は、心の健康の保持増進を進める上で大きな役割を果たすこと等を盛り込む。」

指針の2「基本的考え方」の(1)として「事業場におけるメンタルヘルスケアの重要性」という項目がたてられた。ここで、「使用者の義務」との関連では、「労働安全衛生法上、事業者は労働者の健康の保持増進を図るため必要な措置を継続的かつ計画的に講ずるように努めなければならないとされている。メンタルヘルスケアは、健康の保持増進を図る上で重要な活動である」と記載された。

労働省回答では続けて、「なお、心の健康問題が業務に起因して発生することがあり得ることについては明らかであり、本指針に示すまでもない」としているが、これは自明とまでは言えないだろう。

- 3.** 「心の健康問題」の(労働に関連した)原因、その影響、予防方法についての基本的な考え方、および「ストレス」についての考え方(定義)を示すべきであり、その際、以下の点に留意すべきである。

- ① 労働に関連した原因とそれ以外の原因の両方がありうることをただ並べて指摘したり、「相互に影響し合う場合が多い」などとするのではなく、本指針では「労働に関連した原因」および「職場における対策」に焦点を当てることを明示、強調すべきである。
- ② 「ストレス」という言葉は一般にきわめてあいまいかつ様々な意味で使用されており、ストレス→ストレス反応→健康影響、を区別するこ

とが、とくに対策の点からは重要である。また、「ストレス」の健康影響には、「心の健康問題」だけでなく、様々な「からだの健康問題」もあることを示すべきである。

【労働省回答】「本指針は職場における対策を示すものであり、指針の名称も、職場における対策を示していることが明らかになるものにする。また、心の健康に影響を与える職場環境等にとどのようなものがあるかについても明示することとする。」

指針の4「メンタルヘルスケアの具体的進め方」の(2)イ(イ)「職場環境等の改善」のa「職場環境等の改善の対象」で以下のように記載されたことは、前半部分が快適職場形成促進義務に関する現行法の規定そのままの引用ということは別にしても、大いに評価できる。これをこの指針の言わば核心部分として活用したいところである。

「労働者の心の健康には、職場環境(作業環境、作業方法、労働者の心身の疲労の回復を図るための施設及び設備等、職場生活で必要となる施設及び設備等)のみならず、労働時間、仕事の量と質、職場の人間関係、職場の組織及び人事労務管理体制、職場の文化や風土等が、影響を与えるため、これらの問題点の改善を図る必要がある。」

労働省回答では続けて、「一方、ストレス、ストレス反応、健康影響が異なる概念であること、及びストレスによる健康影響に『体の健康問題』が含まれることは明らかである」としているが、職場の一般認識としていきわたっているとはとうてい言い難い状況であろう。

- 4.** 使用者の責務という観点からは、「心の健康問題」に取り組む場合においても、以下のような労働安全衛生対策の基本原則が適用されることを明示、強調すべきである。「心の健康づくり計画」が①の(3)の「労働安全衛生計画」に該当することを示せば、その位置づけが一層はつきりするものと思われる。

- ① 労働安全衛生マネジメント・システムの原則
(1) 労働安全衛生方針(ポリシー)の表明
(2) 労働安全衛生目標の設定

(3) 労働安全衛生計画の作成

(4) 実行および運営

(5) 点検および是正措置

(6) システムのレビュー → 継続的改善

② 職場におけるリスク・マネジメントの原則

(1) ハザード・アイデンティフィケーション(危険有害要因の特定)

(2) リスク・アセスメント(評価)

(3) リスク・コントロール(管理)

(4) リスク・コミュニケーション(伝達)

③ リスク管理(対策のレベルと優先順位)の原則

(1) リスクをなくす(発生源対策)

(2) リスクを隔離したり削減する(伝播経路対策)

(3) 労働者をリスクから保護する(個人防護対策)

【労働省回答】「本指針は、メンタルヘルスケアが適切かつ有効に実施されるため、メンタルヘルスケアの原則的な実施方法について総合的に示すこととする。」

労働省回答は素っ気ないが、指針の4(2)イ(イ)「職場環境等の改善」では、「評価と問題点の把握」→「改善」→「定期的に評価・見直し」→「継続的取組」という枠組みはふまえられているものと評価できる。

しかし、労働省の他の施策同様、様々な対策を並列的に羅列しただけで、「リスク管理の優先順位の原則」をはっきり打ち出すという姿勢が相変わらずみられないことは残念である。これは、次の項目にも当てはまる。

5. 対策のレベルとしては、個々の労働者および職場(組織)、また、一次予防、二次予防および三次予防という枠組みがあること、しかし、これらをただ並列的に並べるのではなく、「職場(組織)を対象に一次予防を目的とした対策」がもっとも効果的かつ優先されるものであることを明示、強調すべきである。

【労働省回答】「本指針全体の記述において、職場における組織としての枠組みが重要であることを示すこととする。」

前述のとおり、戦略的な優先順位を明示できていないことは、この指針の根本的な弱点である。

6. 同時に、「個々の労働者を対象とした対策」は補足的なものであり、全体的・包括的な対策の一部として位置づけられるべきものであること、その場合であっても以下の点に留意すべきことを明示、強調すべきである。

① 個々の労働者を対象とした対策にあつては、個々人のプライバシーが厳守される保障を確保しなければならないと同時に、またそうであるからこそ、原因の究明や予防対策の確立という目的のためには活用しにくい(限界がある)ことを示すこと。

② 個々の労働者を対象とした対策の場合であっても、症状を対象とした三次予防よりも、反応を対象とした二次予防の方が、さらに原因を対象とした一次予防の方が効果的かつ優先されるものであることを明示、強調すべきである。

【労働省回答】「本指針全体の記述において、職場における組織としての枠組みが重要であることを示すこととする。」

前項と同文の回答であり、4(2)イ(イ)「職場環境等の改善」等で重要な内容が示されながら、指針全体としては、なお個人対策→二次・三次予防対策に偏っている印象を与えることになっている。

7. 個々の労働者を対象とした対策に関しては、「心の健康問題」を抱えた労働者を対象とした対策を考える前に、また、現実に対処すべき事例が出てきてから対策を考えるのではなく、平成7年2月20日付け基発第75号・職発第97号「職場におけるエイズ問題に関するガイドライン」等も参考にしながら、以下のような内容を含む、健康問題を抱えた労働者全般を対象とした基本原則を確立しておくことが重要かつ効果的であることを明示、強調すべきである。

① (心の)健康問題を抱えていることそれ自体は解雇はもちろんのこと、不利益取り扱いや差別の対象にならないこと。

② 検査や受診等の強要は絶対にあつてはならないこと。

③ 本人の同意のない個人情報入手してはならず、秘密の厳守を徹底すること。

④ 療養しながらの労働、休職あるいは段階的復帰を含めた療養休業後の職場復帰等がスムーズにいくように配慮し、そのためのルールを確立しておくこと。

⑤ 相談や苦情申し立てのルールを確立し、迅速かつ公正に対処すること。相談や苦情申し立てをしたことによって、不利益取り扱いや差別がなされることがないように保障すること。

【労働省回答】「本指針において、労働者のプライバシーの保護及び労働者個人の意思の尊重が重要であることを示すこととする。」

前号で紹介した「労働者の健康情報保護に関する検討会中間取りまとめ」が「心の健康づくり指針」の前に公表されたことも、同指針がプライバシー保護等を重視していることのあらわれと考えられるが、ここで述べた意見はその「中間取りまとめ」を評価する視点としても有効であると考えている。

8. 3の②で示したリスク・アセスメントの手順のすべての段階、および、対策の立案、実施、評価、見直しのすべての段階において、労働者および労働者代表（労働組合、安全衛生委員等）の参加を確保する必要性があることを明示、強調すべきである。

権威主義的なトップダウンのやり方や、特定の担当者や外部資源まかせのやり方は、効果が少ないどころか、反生産的ですからあることを指摘することも重要である。

【労働省回答】「本指針において、心の健康づくり計画の策定等にあたって、衛生委員会（過半数労働組合等が推薦する者が参加する。）等において調査審議することを示すこととする。」

指針において、「衛生委員会等における調査審議」、「労働者からの意見聴取」等が盛り込まれていることは評価するものの、対策の全過程における労働者（代表）の参加はもっと強調されてよい問題である。

9. 上述のような基本的観点の上になつて、指針においては、「心の健康問題」や「ストレス」の原因となる可能性のある各種要素やその

兆候、リスク・アセスメントのためのツール、対策のヒントやよい事例（とくに「職場（組織）を対象に一次予防を目的とした対策」に関するもの）等を豊富に示すべきである。

なお、これと関連して、労働省委託研究「労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究班」（平成7～11年度）の全成果を公刊するようにされたい。

【労働省回答】「御指摘の事項は必要に応じ解説書等に示すことを考慮する。」（なお書きに対する回答はなし。）

10. 教育トレーニングにあたっては、上述の内容容すべてが含まれるべきであり、事業場外機関等が実施する教育トレーニングについてもそれが確保されるようにすべきである。なお、「心の健康づくり」対策にあつては、とりわけ経営者、管理監督者に対するそのような教育トレーニングが重要であることを強調すべきである。

【労働省回答】「本指針において、事業者が行うことが望ましい措置事項として教育研修等があることを示すとともに、教育を行う事項を示すこととする。」

労使に対する教育トレーニングの重要性は強調しすぎることはなく、なおのこと一層その教育トレーニングの内容がこの意見で示した内容をふまえたものであってほしいと考える。これは、継続的なフォローが必要な問題であろう。

11. 「心の健康づくり指針（仮称）（案）」は、提示された「概要」だけから判断すると、以上述べた点からしてまったく不十分である。これまで述べたすべてのことが盛り込まれない場合には、1で述べた現実を考えると、指針を作成すること自体が、誤解、偏見、差別等の風潮を増長する可能性すらあると言わざるを得ない。（とりわけ、どのような内容の「正しい知識の付与」、「教育や情報提供」がなされるのかが危惧される。労働者のメンタルヘルス対策に関する検討会報告書「労働の場における心の健康づくり対策」には「教育研修」の内容が7～15項目【→40頁に続く】

事業場における労働者の 心の健康づくりのための指針

2000年8月9日 基発第522号

労働省労働基準局長通達

基発第522号

平成12年8月9日

都道府県労働基準局長殿

労働省労働基準局長

事業場における労働者の 心の健康づくりのための 指針の策定について

労働者の心の健康づくりについては、「心とからだの健康づくり(THP)」等に基づき、その推進を図ってきたところであるが、労働者健康状況調査によると、仕事や職業生活で強い不安、悩み、ストレスを感じている労働者の割合は年々増加しており、平成9年の調査では約63%に達している等、事業場における労働者の心の健康づくり対策の充実が求められている。

このため、労働省においては、本年6月に取りまとめられた「労働者のメンタルヘルスに関する検討会(座長 桜井治彦 中央労働災害防止協会労働衛生分析センター所長)報告」[7月号37頁参照]を踏まえ、事業場において事業者が行うことが望ましい労働者の心の健康の保持増進のための基本的な措置(以下「メンタルヘルスケア」という。)が適切かつ有効に実施されるため、メンタルヘルスケアの原則的な実施方法について総合的に示し

た「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」を、別添1のとおり策定したところである。

については、メンタルヘルスケアは、それぞれの事業者が各事業場の実態に即した形で実施可能な部分から取り組んでいくことが重要であることに留意の上、関係事業者等に対し、本指針の周知徹底を図られたい。なお、別添2により別添3[共に省略]の関係団体の長に対し、周知方について協力を要請したところであるので申し添える。

別添1

事業場における労働者の 心の健康づくりのための指針

1 趣旨

現在、我が国経済・産業構造は、大きな転換期を迎えている、今後、経済のグローバル化、情報化やサービス経済化の一層の進展等により、経済・産業構造はさらに大きく転換するとともに、高齢化の急速な進行が見込まれている。また、労働者の就職意識の変化や働き方の多様化等の変化もみられるところである。このような中、仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスがあると訴える労働者の割合が年々増加している。さらに、今後、経済・産業構造等が変化する中で、業務の質的变化等による心身の負担の一層の増加が懸念されている。

心の健康問題が労働者、その家族、事業場及び社会に与える影響は、今日、ますます大きくなっている。労働者とその家族の幸せを確保するとともに、我が国社会の健全な発展という観点からも、事業場において、より積極的に心の健康の保持増進を図ることが重要な課題となっている。

本指針は、事業場において事業者が行うことが望ましい労働者の心の健康の保持増進のための基本的な措置（以下「メンタルヘルスカケア」という。）が適切かつ有効に実施されるため、メンタルヘルスカケアの原則的な実施方法について総合的に示したものであり、各事業場の実態に即した形で実施可能な部分から取り組んでいくことが重要である。

2 メンタルヘルスカケアの基本考え方

(1) 事業場におけるメンタルヘルスカケアの重要性

ストレスの原因となる要因（以下「ストレス要因」という。）は、仕事、職業生活、家庭、地域等に存在している。心の健康づくりは、労働者自身が、ストレスに気づき、これに対処すること（セルフケア）の必要性を認識することが重要である。

しかし、労働者の働く職場には労働者自身の力だけでは取り除くことができないストレス要因が存在しているので、労働者のメンタルヘルスカケアを推進していくためには、労働者の取組に加えて、事業者の行うメンタルヘルスカケアの積極的推進が重要であり、労働の場における組織的かつ計画的な対策は、心の健康の保持増進を進める上で大きな役割を果たす。さらに、労働安全衛生法上、事業者は労働者の健康の保持増進を図るため必要な措置を継続的かつ計画的に講ずるように努めなくてはならないとされている。メンタルヘルスカケアは、健康の保持増進を図る上で重要な活動である。

事業場におけるメンタルヘルスカケアを推進するためには、心の健康に影響を与える職場の要因の具体的問題点を様々な面から把握し、これを改善することが重要である。

また、労働者への心の健康に関する正しい知識の付与は、労働者による自発的な相談を促進する等、心の健康問題を解決していく上で大きな役割を果たし、労働者と日常的に接する管理監督者や

事業場内産業保健スタッフ等に正しい知識が付与されることは、メンタルヘルスカケアの推進に不可欠である。

さらに、労働者による自発的な相談への対応のため、職場内に相談しやすい雰囲気をつくったり、相談に応じる体制を整えることが重要である。また、専門的な知識を有する事業場外資源とのネットワークの構築が重要であり、これを活用して、教育研修、労働者への相談対応等を実施し、必要な場合には、職場適応、治療又は職場復帰の指導等の対応を図ることが重要である。

(2) メンタルヘルスカケアの推進に当たっての留意事項

事業者は、メンタルヘルスカケアを推進するに当たって、以下の事項に留意することが重要である。

イ 心の健康問題の特性

心の健康については、客観的な測定方法が十分確立しておらず、その評価は容易ではなく、さらに、心の健康問題の発生過程には個人差が大きく、そのプロセスの把握が難しい。また、心の健康は、すべての労働者に関わることであり、すべての労働者が心の問題をかかえる可能性があるにもかかわらず、心の問題をかかえる労働者に対して、健康問題以外の観点から評価が行われる傾向が強いという問題や、心の健康問題自体についての誤解等解決すべき問題が存在している。

ロ 個人のプライバシーへの配慮

メンタルヘルスカケアを進めるに当たっては、労働者のプライバシーの保護及び労働者の意思の尊重に留意することが重要である。心の健康に関する情報の収集及び利用に当たっての、個人のプライバシー等への配慮は、労働者が安心して心の健康づくり対策に参加できること、ひいては事業場の心の健康づくり対策がより効果的に推進されるための条件である。

ハ 人事労務管理との関係

労働者の心の健康は、体の健康に比較し、職場配置、人事異動、職場の組織等の人事労務管理と密接に関係する要因によって、より大きな影響を受ける。メンタルヘルスカケアは、人事労務管理と連携しなければ、適切に進まない場合が多い。

二 家庭・個人生活等の職場以外の問題

心の健康問題は、職場の問題のみならず家庭・個人生活等の職場外の問題の影響を受けている場合も多い。また、性格上の要因等も心の健康問題に影響を与え、これらは複雑に関係し、相互に影響し合う場合が多い。

3 心の健康づくり計画

メンタルヘルスクエアは、中長期的視点に立つて、継続的かつ計画的に行われるようにすることが重要である。このため、事業者は、衛生委員会等において調査審議し、事業場の心の健康づくりに関する職場の現状とその問題点を明確にするとともに、その問題点を解決する具体的な方法等についての基本的な計画（以下「心の健康づくり計画」という。）を、それぞれの事業場の実態と必要性に応じて策定すること。

また、この計画の中で、事業者自らが、事業場におけるメンタルヘルスクエアを積極的に実施することを表明することが効果的である。

心の健康づくり計画で定める事項は次のとおりである。

- ① 事業場における心の健康づくりの体制の整備に関すること
- ② 事業場における問題点の把握及びメンタルヘルスクエアの実施に関すること
- ③ メンタルヘルスクエアを行うために必要な人材の確保及び事業場外資源の活用に関すること
- ④ 労働者のプライバシーへの配慮に関すること
- ⑤ その他労働者の心の健康づくりに必要な措置に関すること

4 メンタルヘルスクエアの具体的進め方

メンタルヘルスクエアは、労働者自身がストレスや心の健康について理解し、自らのストレスを予防、軽減あるいはこれに対処する「セルフケア」、労働者と日常的に接する管理監督者が、心の健康に関して職場環境等の改善や労働者に対する相談対応を行う「ラインによるケア」、事業場内の健康管理の担当者が、事業場の心の健康づくり対策の提言を行うとともに、その推進を担い、また、労働

者及び管理監督者を支援する「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」及び事業場外の機関及び専門家を活用し、その支援を受ける「事業場外資源によるケア」の4つのケアが継続的かつ計画的に行われることが重要である。

また、中小規模事業者等で必要な人材を確保することが困難な場合には、事業場外資源の活用を図ることが有効である。

(1) セルフケア

イ 労働者への教育研修及び情報提供

労働者が有効にセルフケアを行うには、心の健康に関する正しい知識が必要である。このため、事業者は、労働者に対して、以下に掲げる項目等を内容とする教育研修、情報提供等を行い、心の健康に関する理解の普及を図ること。

(イ) ストレス及びメンタルヘルスクエアに関する基礎知識

(ロ) セルフケアの重要性及び心の健康問題に対する正しい態度

(ハ) ストレスへの気づき方

(ニ) ストレスの予防、軽減及びストレスへの対処の方法

(ホ) 自発的な相談の有用性

(ヘ) 事業場内の相談先及び事業場外資源に関する情報

(ト) メンタルヘルスクエアに関する事業場の方針

ロ セルフケアへの支援等

セルフケアを推進するには、労働者が上司や専門家に対して相談することができる体制を整備することが重要である。このため、事業者は、事業場の実態に応じて、その内部に相談に応ずる体制を整備したり、事業場外の相談機関の活用を図る等、労働者が自ら相談を受けられるよう必要な環境整備を行うこと。

さらに、ストレスへの気づきのために、ストレスに関する調査票や社内LANを活用したセルフチェックを行う機会を提供することも望ましい。

(2) ラインによるケア

イ ラインによるケアの推進

(イ) 職場環境等の改善

a 職場環境等の改善の対象

労働者の心の健康には、職場環境(作業環境、作業方法、労働者の心身の疲労の回復を図るための施設及び設備等、職場生活で必要となる施設及び設備等)のみならず、労働時間、仕事の量と質、職場の人間関係、職場の組織及び人事労務管理体制、職場の文化や風土等が、影響を与えるため、これらの問題点の改善を図る必要がある。

ｂ 職場環境等の評価と問題点の把握

管理監督者は、日常の職場管理や労働者からの意見聴取の結果を通じ、また、事業場内産業保健スタッフ等によるストレスに関する調査票等を用いた職場環境等の評価結果等を活用して、職場環境等の具体的問題点を把握すること。

ｃ 職場環境等の改善

管理監督者は、日常の職場管理等によって把握した職場環境等の具体的問題点の改善を図ること。

職場環境等の改善は、職場環境・勤務形態の見直し、管理監督者の人間関係調整能力の向上、職場組織の見直し等の様々な観点から行う必要がある。職場環境等の改善に当たっては、労働者の意見を踏まえるよう努めること。また、事業場内産業保健スタッフ等及び事業場外資源の助言及び協力を求めることが望ましい。

さらに、対策の効果を定期的に評価し、効果が不十分な場合には計画を見直す等、対策がより効果的なものになるように継続的な取組に努めること。

ｄ 個々の労働者への配慮

管理監督者は、労働者の労働の状況を日常的に把握し、個々の労働者に過度な長時間労働、過重な疲労、心理的負荷、責任等が生じないようにする等、労働者の能力、適性及び職務内容に合わせた配慮を行うこと。

(ロ) 労働者に対する相談対応

管理監督者は、日常的に、労働者からの自主的な相談に対応するよう努めること。特に、長時間労働等により過労状態にある労働者、強度の心理的負荷を伴う出来事を経験した労働者、その他特に個別の配慮が必要と思われる労働者から、話を聞き、適切な情報を提供し、必要に応じ事業場内産業保健スタッフ等や事業場外資源への相

談や受診を促すよう努めること。

□ ラインによるケアを推進するための環境整備

(イ) 管理監督者への教育研修及び情報提供

事業者は、管理監督者に対して、以下に掲げる項目等を内容とする教育研修、情報提供等を行うこと。

- a ストレス及びメンタルヘルスケアに関する基礎知識
- b 管理監督者の役割及び心の健康問題に対する正しい態度
- c 職場環境等の評価及び改善の方法
- d 労働者からの相談の方法(話の聴き方、情報提供及び助言の方法等)
- e 心の健康問題を持つ復職者への支援の方法
- f 事業場内産業保健スタッフ等及び事業場外資源との連携の方法
- g セルフケアの方法
- h 事業場内の相談先及び事業場外資源に関する情報
- i メンタルヘルスケアに関する事業場の方針
- j 労働者のプライバシーへの配慮等
- k 職場でメンタルヘルスケアを行う意義

(ロ) 管理監督者に対する支援等

職場の管理監督者は、職場環境等の改善、労働者に対する相談、心の健康問題を持つ労働者への対応において中心的な役割を果たす。事業者は、管理監督者に対して、その方針を明示し、実施すべき事項を指示するとともに、管理監督者の活動を理解し支援すること。

また、ラインによるケアを円滑に推進するために、事業場内産業保健スタッフ等による職場環境等の評価と改善への支援、相談への対応等が行われるようにすること。さらに、管理監督者が、事業場外資源から必要な情報を入手できるようにするための支援を行うこと。

(3) 事業場内産業保健スタッフ等によるケア

イ 事業場内産業保健スタッフ等によるケアの推進

(イ) 職場環境等の改善

a 職場環境等の実態の把握及び評価

事業場内産業保健スタッフ等は、職場巡視によ

る観察、職場上司及び労働者からの聞き取り調査、ストレスに関する調査票による調査等により、定期的又は必要に応じて、職場内のストレス要因を把握し、評価すること。

職場環境等を評価するに当たって、職場環境等に関するチェックリスト等を用いることによって、人間関係、職場組織等を合めた評価を行うことも望ましい。

ｂ 職場環境等の改善

事業場内産業保健スタッフ等は、職場環境等の評価結果に基づき、管理監督者に対してその改善を助言するとともに、管理監督者と協力しながらその改善を図るよう努めること。

(ロ) 労働者に対する相談対応等

ａ 気づきの促進と相談への対応

事業場内産業保健スタッフ等は、管理監督者と協力したり、職場環境等に関するチェックリストを使用する等により、労働者のストレスや心の健康問題を把握し、労働者の気づきを促して、保健指導、健康相談等を行うこと。

心身両面にわたる健康保持増進対策（THP）を推進している事業場においては、心理相談担当者による心理相談を通じて、心の健康に対する労働者の気づきと対処を支援すること。また、運動指導、保健指導等のTHPにおけるその他の指導においても、積極的にストレスや心の健康問題を取り上げることも重要である。

ｂ 職場適応、治療及び職場復帰の指導

事業場内産業保健スタッフ等は、心の健康問題を持つ労働者の職場適応を管理監督者と協力しながら支援すること。さらに、専門的な治療が必要と考えられる労働者に対しては、その意思に配慮しつつ、適切な事業場外資源を紹介し、必要な治療を受けることを助言すること。また、休業中の労働者の職場復帰について、管理監督者及び事業場外資源と協力しながら指導及び支援を行うこと。

(ハ) ネットワークの形成及び維持

事業場内産業保健スタッフ等は、事業場と事業場外資源とのネットワークの形成及び維持に中心的な役割を担うこと。

ロ 事業場内産業保健スタッフ等の役割

心の健康づくり活動におけるそれぞれの事業場内産業保健スタッフ等の役割は、上記に示したほか、それぞれの種類に応じて次のとおりである。

(イ) 産業医等

産業医等は、職場環境等の維持管理、健康教育・健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るための措置のうち、医学的専門知識を必要とするものを行うという面から、事業場の心の健康づくり計画に基づく対策の実施状況を把握する。また、専門的な立場から、セルフケア及びラインによるケアを支援し、教育研修の企画及び実施、情報の収集及び提供、助言及び指導等を行う。就業上の配慮が必要な場合には、事業者に必要な意見を述べる。専門的な相談・治療が必要な事例については、事業場外資源との連絡調整に、専門的な立場から関わる。

(ロ) 衛生管理者等

衛生管理者等は、事業場の心の健康づくり計画に基づき、産業医等の助言、指導等を踏まえて、具体的な教育研修の企画及び実施、職場環境等の評価と改善、心の健康に関する相談ができる雰囲気や体制づくりを行う。またセルフケア及びラインによるケアを支援し、その実施状況を把握するとともに産業医等と連携しながら事業場外資源との連絡調整に当たる。

(ハ) 保健婦・士等

衛生管理者以外の保健婦・士等は、産業医等及び衛生管理者等と協力しながらセルフケア及びラインによるケアを支援し、労働者及び管理監督者からの相談に対応するほか、必要な教育研修を企画・実施する。

(ニ) 心の健康づくり専門スタッフ

事業場内に心の健康づくり専門スタッフがいる場合には、これらの専門スタッフは他の事業場内産業保健スタッフ等と協力しながら、職場環境等の評価と改善、教育研修、相談等に当たる。

(ホ) 人事労務管理スタッフ

人事労務管理スタッフは、管理監督者だけでは解決できない職場配置、人事異動、職場の組織等の人事労務管理上のシステムが心の健康に及ぼしている具体的な影響を把握し、労働時間等の労

働条件の改善及び適正配置に配慮する。

ハ 事業場内産業保健スタッフ等によるケアを推進するための環境整備

(イ) 事業場内産業保健スタッフ等への教育研修及び情報提供

事業者は、事業場内産業保健スタッフ等に対して、以下に掲げる項目等を内容とし、職務に応じた項目については専門的なものを含む教育研修、知識修得等の機会の提供を図ること。

- a ストレス及びメンタルヘルスケアに関する基礎知識
- b 事業場内産業保健スタッフ等の役割及び心の健康問題に対する正しい態度
- c 職場環境等の評価及び改善の方法
- d 労働者からの相談の方法(話の聴き方、情報提供及び助言の方法等)
- e 職場復帰及び職場適応の指導の方法
- f 事業場外資源との連携(ネットワークの形成)の方法
- g 教育研修の方法
- h 事業場外資源の紹介及び利用勧奨の方法
- i 事業場の心の健康づくり計画及び体制づくりの方法
- j セルフケアの方法
- k ラインによるケアの方法
- i 事業場内の相談先及び事業場外資源に関する情報
- m メンタルヘルスケアに関する事業場の方針
- n 労働者のプライバシーへの配慮等
- o 職場でメンタルヘルスケアを行う意義

(ロ) 事業場内産業保健スタッフ等への支援等

事業者は、事業場内産業保健スタッフ等に対して、心の健康の保持増進に関する方針を明示し、実施すべき事項を委嘱又は指示するとともに、必要な支援を行うこと。

また、事業者は、事業場内産業保健スタッフ等が労働者の自発的相談等を受けることができる制度及び体制を、それぞれの事業場内の実態に応じて整えること。

さらに、事業者は、事業場内産業保健スタッフ等が事業場外資源の活用を図れるよう、必要な措置

を取ることを。

なお、大規模事業場及び一定規模以上の事業者では、事業場内に又は企業内に、心の健康づくり専門スタッフを確保することが望ましい。また、心の健康問題を有する労働者に対する就業上の配慮について、事業場内産業保健スタッフ等に意見を求め、これを尊重することが望ましい。

(4) 事業場外資源によるケア

イ 事業場外資源の活用

事業者は、メンタルヘルスケアを推進するに当たって、必要に応じ、それぞれの役割に応じた事業場外資源を活用することが望ましい。

特に、中小規模事業者等で、事業場内産業保健スタッフ等によるケアを推進するために必要な人材の確保が困難な場合は、地域産業保健センター、都道府県産業保健推進センター、中央労働災害防止協会、労災病院勤労者メンタルヘルスセンター等のそれぞれの役割に応じた事業場外資源の支援を受ける等その活用を図ることが有効である。

ロ 事業場外資源とのネットワークの形成

(イ) 大規模・中規模事業場等

大規模・中規模事業場等は、メンタルヘルスケアを推進するに当たって、専門的な知識等が必要な場合は、事業場内産業保健スタッフ等が窓口となっており、適切な事業場外資源から必要な時報提供及び助言を受けること。また、必要に応じて労働者を速やかに事業場外の医療機関及び地域保健機関に紹介するためのネットワークを日頃から形成しておくこと。

また、一定規模以上の企業に属する事業場においては、企業内に心の健康づくりの専門スタッフを確保し、所属事業場におけるメンタルヘルスケアを推進することが望ましい。

(ロ) 小規模事業場

50人未満の小規模事業場では、メンタルヘルスケアを推進するに当たって、事業場内に十分な人材が確保できない場合が多いことから、必要に応じて、地域産業保健センター等の事業場外資源を活用することが有効であり、衛生推進者又は安全衛生推進者に事業場内の窓口としての役割



別紙

用語の意義

本指針において、以下に掲げる用語の意義は、それぞれ以下に定めるところによる。

- (1) ライン …… 日常的に労働者と接する、現場の管理監督者をいう。
- (2) 産業医等 …… 産業医その他労働者の健康管理等を行う医師をいう。
- (3) 衛生管理者等 …… 衛生管理者、衛生推進者又は安全衛生推進者をいう。
- (4) 事業場内産業保健スタッフ …… 産業医等、衛生管理者等及び事業場内の保健婦・士をいう。
- (5) 心の健康づくり専門スタッフ …… 心理相談担当者、産業カウンセラー、臨床心理士、精神科医、心療内科医等をいう。

- (6) 事業場内産業保健スタッフ等 …… 事業場内産業保健スタッフ及び事業場内の心の健康づくり専門スタッフ、人事労務管理スタッフ等をいう。
- (7) 地域保健機関 …… 精神保健福祉センター、保健所、市町村保健センター等をいう。
- (8) 事業場外資源 …… 地域産業保健センター、都道府県産業保健推進センター、健康保険組合、労災病院、勤労者メンタルヘルスセンター、中央労働災害防止協会、労働者健康保持増進サービス機関等、産業医学振興財団、日本医師会、都道府県医師会、産業医科大学、精神科・心療内科等の医療機関、地域保健機関、各種相談機関等の事業場外でメンタルヘルスへの支援を行う機関及び労働衛生コンサルタント、産業カウンセラー、臨床心理士、精神保健福祉士等の事業場外でメンタルヘルスへの支援を行う専門家をいう。



【→30頁から続く】 あげられているが、これを読んでもなお危惧は残る。）

12. また、ここで述べたような内容を盛り込んだ指針をたんなる行政指導に終わらせないための、法的裏づけを与えるような労働安全衛生法令の抜本的改正が必要であると考える。

抜本的改正がすぐには無理であるのならば、以下のような対応をすべきである。

- ① 労働安全衛生法第22条の第5号として、以下のとおり追加する。
「五 心身の過重な労働を含む業務上のストレスによる健康障害」
- ② 労働安全衛生法第27条第1項の規定により労働省令を定め、次のような規定を設ける。
 - (1) ストレス疾患について事業者の責任を明確にする。
 - (2) 衛生委員会を含め労働者の意見聴取その他衛生管理への参加を保障する。
 - (3) 衛生管理者、産業医等の職務や権限を明確にし、マネジメントシステムを確立する。
 - (4) 健康教育を徹底する。
 - (5) ストレス疾患についての対策を適切に講ずるとともに、休職や復職についての保障を行う。差別取り扱いを禁止する。
 - (6) 関係者について守秘義務を徹底する。

(7) 管理職全般についてストレス疾患防止についての責任を明らかにする。

【労働省回答】「本指針は、メンタルヘルスに関して事業者が行うことが望ましい措置を示すこととする。」

今回のパブリックコメント手続に寄せられた意見は全部で20件、指針とは直接関係のないものが3件で、われわれの意見が11件（+神奈川県労災職業病センターから2件）という状況で、この制度がまだまだ活用されていないことは残念であるが、以上みてきたように、われわれの意見に対してはかなり誠実に回答が示されたものと評価したい。

不十分な点は多々あるものの、今回の指針を職場で生かしていくことが重要であるとの立場から、今後、教育トレーニング等の実態をフォローするとともに、指針の4(2)イ(イ)「職場環境等の改善」に述べられたことを中心に、リスクアセスメント等に役立つツールや改善事例などが豊富に、労使双方が入手しやすいかたちで提供されることを期待したいし、われわれなりにそのための努力をしたいと考えている。

また、不十分な点としては、やはりこのような取り組みの枠組みを支える労働安全衛生法制の不備がきわだった問題であり、その抜本的解決のための働きかけが引き続き必要である。



高齢者の肺機能の評価

じん肺健診時の留意事項を指示

最近、都道府県労働局から「じん肺健康診断実施機関」あてに、「労働省において作成した」とされる別掲のような「医療機関の皆様方へ〈じん肺健康診断における肺機能の評価に当たっての留意事項について〉」という文書が通知されている（労働省から事務連絡が出されているようだが、「部内限」、「内容は通知で示されているとおり」ということで開示されていない）。

本文にあるように、今年3月付けでまとめられた「高齢者の肺機能に関する調査研究報告書」（43頁に総括部分等を紹介）を受けて、高齢者のじん肺健康診断における肺機能の評価に際して、「『じん肺診査ハンドブック』に記載された内容を基本と

しつつも、「同報告書の内容を参考にしてください」というものである。

本誌1997年5月号13頁で報告しているように、労働省は、①じん肺診査ハンドブック、②標準エックス線写真、③合併症、についての見直し作業を進めているとされてきた。全国安全センターでは労働省交渉のたびにその進捗状況を確認してきたが、毎回「特段の動きなし」ということでできていた。高齢者の肺機能の「評価」については、①じん肺診査ハンドブックの見直しの柱のひとつと目されていた問題である。

今回の通知が、これらの見直し作業とどう関連してくるのか注意が必要である。



医療機関の皆様方へ

じん肺健康診断における肺機能の評価に 当たっての留意事項について

じん肺法（昭和35年法律第30号）第3条に定め
るじん肺健康診断の具体的実施手法及び判定に
ついては、「じん肺診査ハンドブック」に記載された
内容を基本として行うこととされていますが、近年
のじん肺有所見者の高齢化や医療技術の進歩と
いった状況を踏まえ、昨年度、労働省では「高齢者
の肺機能に関する調査研究報告書」をとりまとめ

ました。この報告書では、高齢者の健康の概念や
肺機能検査の諸指標についての検査実施上の課
題から結果の評価までが整理されていることから、
じん肺健康診断における肺機能の評価に際して
は、「じん肺診査ハンドブック」に記載された内容を
基本として、同報告書の内容を参考にしてください。
また、特に以下の事項に留意して下さい。

1 肺機能の評価について

- (1) 高齢者の肺機能の評価するに当たっては、検査結果に影響を及ぼす病態、ばらつきの大きさ等を念頭に置いて評価する必要があります。
- (2) じん肺法施行規則(昭和35年労働省令第6号。以下「省令」という。)第5条第1項第1号に定めるスパイロメトリー及びフローボリューム曲線による検査(以下「換気機能検査」という。)は肺の換気機能に関する検査であり、省令第5条第1項第2号に定める動脈血ガスを分析する検査(以下「動脈血ガス分析」という。)は肺のガス交換機能に関する検査です。両検査は異なる機能をみており、換気機能の障害とガス交換機能の障害とは必ずしもよい相関をしないことから、どちらか一方の検査が他方を代用できるというわけではありません。したがって、両検査を行い肺機能障害の程度を最終的に判断する場合には、両検査の結果を含めて総合的に評価することが望ましいです。

2 換気機能検査について

- (1) 換気機能検査は、被検者の最大努力に依存した検査であることから同検査を実施するに当たっては、被検者に対し適切な説明を行い、被検者の理解及び協力を得るよう努めて下さい。
- (2) 換気機能検査の実施に先立ち被検者の全身状態を確認して下さい。この時、被検者の換気機能測定が禁忌である状態(表1参照)又は換気機能が測定不可能あるいは困難な状態(表2参照)である場合には、動脈血ガス分析を行って下さい。また、その場合の状態について、じん肺健康診断結果証明書(省令様式第3号。以下同じ。)の「医師意見」の欄に記入することが望ましいです。
- (3) 換気機能検査は、立位で行うことが望ましいです。ただし、立位での検査が危険又は困難な場合には座位で行って構いません。また、立位以外の体位で検査を行った場合には、当該体位及び当該体位で検査を行った理由について、じん肺健康診断結果証明書の「医師意見」の欄

に記入することが望ましいです。

- (4) 使用する検査機器については、当該機器を管理する施設において、定期的かつ継続的に精度管理を実施して下さい。
- (5) 諸指標のうちV25は末梢気道病変の早期検出に優れているとされてきましたが、ばらつきが大きいなどの問題点があり、他の諸指標に比べて信頼性に乏しいことを考慮して下さい。

3 動脈血ガス分析について

- (1) 動脈血ガス分析によって得られる情報は、肺の換気機能に加えて体液の酸塩基調節に関するものも含まれていることから、循環器系合併症を有する可能性の高い高齢者においては、より重視する必要があります。
- (2) 動脈血ガス分析において、耳朶血を検体として測定することは、同検査によって得られる測定値の臨床的信頼性が低いため適当ではありません。
- (3) 動脈血ガス分析を正確に行うためにも、被検者の測定時の呼吸状態を確認するとともに、採血方法、検体管理、測定方法等に細心の注意を払って下さい。
- (4) 肺胞気・動脈血酸素分圧較差(AaD_{O2})は肺胞気と動脈血との間の酸素分圧較差を求めた指標であり、肺胞換気量に影響されないガス交換障害を反映しています。しかしながら、AaD_{O2}は実測値である動脈血酸素分圧(Pa_{O2})と動脈血炭酸ガス分圧(Pa_{CO2})を基に計算で求められるものであることから、AaD_{O2}を用いた肺機能の評価を行う場合には、Pa_{O2}とPa_{CO2}も判断材料として下さい。

4 その他の検査について

基本的には、前述の換気機能検査又は動脈血ガス分析により肺機能障害の程度を判断すべきです。

しかしながら、これらの情報で判断し得ない場合には、「じん肺診査ハンドブック」にも記載されているとおり、医師の判断に基づいて同ハンドブックに列記されている「その他の検査」のうち必要と認められる検査を行い、これらの結果を含めて総合

表 1 換気機能測定が禁忌である状態

絶対的禁忌
急性心筋梗塞
くも膜下出血
胸痛を伴う解離性大動脈瘤
その他絶対的な安静が必要な病態
相対的禁忌
喀血
気胸
不安定狭心症
高度の高血圧(収縮期血圧が200mmHg以上)
その他比較的安静が必要な病態

表 2 換気機能が測定不可能あるいは困難な状態

意識障害
精神神経疾患
痴呆又は理解力の低下
高度の難聴
気管切開口の存在
顔面神経麻痺
口腔内疾患
合わない義歯
激しい咳嗽
激痛
その他

的な判断を行う必要があるとされているところであり、当該検査以外にも以下に掲げる検査を参考にして、総合的な判断を行っても構いません。

- (1) パルスオキシメーター
- (2) 運動負荷試験(多段階運動負荷法又は漸増的運動負荷法、6分間歩行試験)
- (3) 問診による呼吸困難の評価



高齢者の肺機能に関する調査研究報告書

平成12年3月

全国労働衛生団体連合会

I. はじめに

じん肺は今なお代表的な職業性肺疾患であり、粉じん作業従事者やその離職者に対しては、じん肺法(昭和35年)に基づいてじん肺健康診断をはじめとする健康管理対策が実施されている。粉じん作業従事者やその離職者の高齢化が進む中で、検査精度の向上と適正な評価の確保を図るためには、じん肺診査ハンドブック(改訂第4版、昭和62年)の内容を基本としつつ、より新しい医学的知見も取り入れる必要がある。

この様な状況の下、労働省委託事業として、平成9年度から平成11年度までの3年間、高齢者の肺機能の評価に関する調査研究を行った。具体的には、じん肺に限らず高齢者の健康管理を対象として、国際的な現状も把握しつつ、高齢者の健康の概念からはじまり、検査諸指標についての検査実施上の課題から結果の評価までを整理した。

また、本調査研究に関連するものとして、じん肺労働者の追跡研究、高齢健康者の追跡研究についての成果の一部も巻末に掲載した。

本報告は、3年間の調査研究を取りまとめたものである。これにより、一層のじん肺対策の推進を期待するものである。

- I. はじめに [左参照]
- II. 呼吸機能に及ぼす加齢の影響
 1. 加齢による呼吸器系の生理学的変化
 2. 加齢による呼吸機能測定値の生理学的変化
- III. 呼吸機能測定における予測式と高齢者における評価上の問題
 1. 正常値とは何か
 2. 健常者の定義
 3. 予測式作成上の問題点
 4. 高齢者肺機能の評価上の留意点
- IV. 肺機能測定(スパイロメトリー)の特殊性と高齢者における測定上の問題点
 1. 測定値の変動要因
 2. 最大努力が行われたか
 3. 測定時の体位の影響
 4. 予測式によって求められる正常値
 5. 検査機器の測定原理の影響
 6. 機器の標準化の必要性
 7. 精度管理の重要性
 8. スパイロメトリーにおける指標と評価上の問題点
 9. 換気機能測定における高齢者の問題点
- V. 動脈血ガス分析の意義と評価上の留意点
 1. 動脈血ガス分析の意義
 2. 高齢者における採血と測定における留意点

3. 動脈血ガス分析結果の評価
- VI. 高齢者の肺機能並びに動脈血ガスの予測式(文献的考察)
 1. 肺機能予測式の問題点
 2. 肺機能予測式の報告例
 3. 動脈血ガス分析の予測式
- VII. その他の指標
 1. パルスオキシメータによる動脈血酸素化のモニター
 2. 運動負荷試験
- VIII. 総括 [以下に掲載]
- 附 I. じん肺症例の15年追跡調査のまとめ
北里大学医学部衛生学・公衆衛生学教授
相澤好治
- II. 日本人高齢者集団における肺機能正常値と疾患病態における変動幅
東京都老人医療センター呼吸器科部長
木田厚瑞

III. 総括

高齢者を対象として肺機能検査を実施する際の問題点につき、以下の6項目を検討し本編に記載した。

- 1) 呼吸機能に及ぼす加齢の影響
- 2) 肺機能測定における予測式と評価上の留意点
- 3) スパイロメトリーの特異性と高齢者における測定上の問題点
- 4) 動脈血ガス分析の意義と評価上の留意点
- 5) 高齢者の肺機能並びに動脈血ガスの予測式—文献的考察
- 6) その他の指標
以下に検討内容のまとめを記す。
- 1) 肺機能の測定は、日常生活における呼吸機能の主要な部分を客観的に評価することを目的としている。従って、その内容はできるだけ他覚的、客観的なものであり、数量的に表現できる指標が望ましい。
- 2) 一般に、高齢になるほど生物学的な個体差と、これに個人的に影響する交絡因子影響は大きくなる。その結果、肺機能検査で数量的に表された正常予測値そのものにばらつきが大きく、特に平均寿命近傍の後期高齢者の予測式には限界がある。
- 3) 肺機能測定(スパイロメトリー)は、被験者の最大努力をを求める検査であり、高齢者の肺機能測定においては、検査自体の身体的負荷を無視し得ず、さらに種々の測定上の問題点が再現性に影響することから、その実施と評価にあたっては本編で記したさまざまな条件を考慮した総合的な判断が必要である。その際、考慮すべき測定条件をできるだけ明記し、総合的に判断しやす

いように配慮すべきである。

- 4) スパイロメトリーの諸指標のうち、V25は細気管支の早期変化を検出する指標であり著しい肺機能障害を評価するものではない。また、測定法それ自体についても種々の問題点があり、他の諸指標に比べて信頼性に乏しいことを考慮すべきである。
 - 5) 動脈血ガス分析は、換気機能測定を目的とするスパイロメトリーとは独立した、呼吸機能評価の重要な客観的指標であり、高齢者においてはより重視する必要がある。その際、かつて用いられた耳朶血を用いたガス分析は条件による誤差が大きく、客観的な呼吸機能測定には動脈血を用いたガス分析を行うべきである。
 - 6) 動脈血ガス分析の評価に当たっては、AaDO₂とらんで実測値であるPaO₂とPaco₂も判断材料とすべきである。
 - 7) スパイロメトリー、動脈血ガス分析は、いずれも個体の静的な状態における評価であり、日常生活における動的な呼吸機能の評価とは乖離する場合がある。そのため、これを補完するものとして、運動負荷試験や問診などの併用が考えられる。運動負荷試験は呼吸リハビリテーション領域で広く取り入れられつつあるが、方法論の標準化が今後の課題である。問診によるQOL調査も、日常生活機能の質の評価にその有用性が指摘されているが、高齢者における客観性、再現性は十分確認されておらず、さらに検討を要する。
- 本調査研究の延長上にあるじん肺健康診断における肺機能の評価においては、今後、上記の結論をふまえた対応が望まれる。



高齢者の肺機能に関する調査 研究委員会 委員名簿

- | | |
|---------|----------------------|
| 相澤好治 | 北里大学医学部衛生学・公衆衛生学教授 |
| * 阿部直 | 北里大学医学部内科講師 |
| 川城丈夫 | 国立療養所東埼玉病院長 |
| 木田厚瑞 | 東京都老人医療センター呼吸器科部長 |
| ○* 工藤翔二 | 日本医科大学第四内科主任教授 |
| 佐々木英忠 | 東北大学医学部老年・呼吸器病態学講座教授 |
| * 高崎雄司 | 日本医科大学第四内科助教授 |
| 西村正治 | 北海道大学医学部第一内科助教授 |
| * 冬木俊春 | 関東労災病院呼吸器内科部長 |
| ○: 委員長 | *: ワーキンググループ委員 |

監督官労災日記

井上 浩

全国安全センター議長

1978年3月27日(月)晴曇

休んで大森駅で串間さんと落合いT工業本社に行く。4月からの顧問を引受ける。続いて串間さんの事務所へ行く。M建設の中にある。串間さんのような人がいることを考えると心が暖まる。別れて中労委へ行き中津さん(当時審査1課労働専門職。後に課長)に会い、安全センターへ行く。蒲池氏は病気で早退。森住、山本の2氏偶然来ていて法令集改正の打合わせ。夕方S氏と蒲田で食事。(串間さんは、この2年前に三田署長退職。年金も退職金も私よりはるかに多く、顧問をされている会社には大会社もあり収入も多かった。)

3月28日(火)雨曇

〇庶務主任執ように要求す。

- 1 年度末につき1人4万円づつ配分せよ。
- 2 相談員のN女史(元職員)は若干少なくて可。
- 3 他署も分配している。
- 4 前任の下形署長時代にもそうした。
- 5 分配しない署は旅行に行っている。
- 6 予算を残す必要はない。

よくゼニの欲しい男だ。江森さん来署。退職挨拶状印刷代を取らず。協会で作った30周年記念の安全衛生の参考書の出来具合をお互いに喜び合う。代金3万円を渡す。朝日食品(西武系列)の上石さん来署。退職後も毎月講演に来てくれと。午後、市内のアカイ埼玉(株)の定監。産業医の活動良好。南浦和で産労千葉氏に会い原稿を渡す。営業へ異動しそうだ。

3月29日(水)晴

署長用の新しい机が入る。O主任が知らない間に注文し、いままで使用していた机も勝手に小川建設にやる。午後、曙ブレーキ工業の定監。駒宮所長ほかに会う。一生の最後の監督であるが何の感慨も湧かない。

3月30日(土)晴

昼食を職員会議の形式でみんなととる。午後、日本ミニコンピュータと朝日食品に行く。

3月31日(金)曇

午後、県外出張しなかった職員に1人2万円、した職員に5,000円、相談員のN女史に1万円渡す。出張組の米倉技官返す。少ないと感じたか? 局益田衛生専門官へ電話。利根産業の根本氏じん肺管理4になったと。非常にうれしい。退職については感慨なし。国労本部松田氏より電話。小倉工場5月17日10時西部作協学習会と。(分配したカネはカラ出張でつくり出したものであり、現在なら問題になるところである。O主任の要求額には達しなかったが、特に3万円にした職員もいた。なお、私は全く受取らなかった。)

(利根産業というのは、従業員80人で、酸化鉄を原料とする着色酸化鉄等を製造していた。これまで管理3が1名、管理2が3名出ており、1973年度に埼玉労働基準局長指定の衛生管理特別指導事業場であった。根本氏は管理2であったが、肺浸潤で労災保険扱いでなく1977年から小原療養所に入院していた。私は1978年2月6日にそれを発見し、労災保険扱いにしようとして努力していたのであった。同年2月21日社長が来署し以下のような説明があった。

- 1 公害防止のため昨年1億5千万円、本年1億円使用。(薬品月200万円)
- 2 岡山に移転すればすべて解決するが、

従業員が反対している。

- 3 同業の国内3社のうち30%を生産している。
- 4 半導体の素材であるので生産については社会的責任がある。
- 5 西独と比較すると公害対策費が30%高い。(日本 25万円、西独 20万円)
- 6 公害対策費について国際的な基準を定めるべきではないか。

結局、根本氏は管理4になり労災保険が適用されることになったのであった。)

(なお、当時の署の機密費の状況は次のようであった。

76年6月1日 前署長より引継ぎ

196,989円

78年4月1日 後任署長へ引継ぎ

343,202円

月別支出

76年 6月	104,115円
7月	95,270円
8月～9月	171,445円
10月	22,834円
11月	123,495円
12月	147,123円
77年 1月	58,030円
2月	43,199円
3月	102,555円
4月	47,756円
5月	19,432円
6月～7月	126,865円
8月	31,022円
9月	24,155円
10月	28,628円
11月	126,264円
12月	119,947円

78年 1月	51,080円
2月	79,071円
3月	93,970円

収入源はカラ出張を現金化したもの等であった。この機密費という名称は正しくないが、正規の予算の正規の使い方ではないので特会計という人もいた。これを直接扱っているのは署長というのはほとんどなく、次長（たまたま第1方面主任という例もあったが）、第1課長、業務課長ではなかったろうか。局においては各課単位に持っており課長補佐がにぎっていることが多かった。ただし、監督課では課長補佐がないので主任監察官がにぎっていたようである。私が監督係長のときは、私も一部をにぎっていたことがある。支出の内訳は大半が慶弔費、諸会費等で内容そのものが不当なものはない。社会的には必要な経費であるが、予算科目にない等の理由によるものが多かった。もっとも前に書いたように、中には100万円もの異動に伴う引越費を立替えさせて返さず、課長補佐をなげかせた豪傑局長もいたりしたが、これは例外中の例外であろう。また、この大事な出納簿を落として警察に届けられたという四国の例もあるが、通常は職員はもとより組合にも見せず担当者が大事にしていた。なお、酒やビールは現物が潤沢にあったので、その分支出が少なくなっているかもしれない。）

退職後の動き

4月1日(土)晴

暖かい春日和。桜のつぼみもふくらむ。局工事中のため浦和署で辞令交付。局に行き局長室で局長、各課長と昼食。鈴木氏(川口署

長退職)と帰り労働基準協会連合会に寄る。うらやましいと。(私が天下りしなくても生きて行けるからであった。退職者は希望すれば全員再就職先を紹介してもらえるが、最近は署長退職者でも就職しない人が若干ではあるが生じているようである。もっとも勤続年限が長い人は年金だけで食べていけるし、特に奥さんにも年金がある場合には相当な生活が保障されるので当然だろう。なお、新規に事業をはじめたり、家業に従事したり、また社会保険労務士の資格はほとんど有していたが、それで開業したりという人はあまりいなかった。基準局に紹介された協会等の職は本省出身者と違って給料が少なく、民間の建設業に入った元署長などは給料も多いようであった。勤務できる期間は早くて63歳、大半は65歳から67歳位までだろう。それを過ぎると局署の相談員等として月16日勤務で10万円前後だろうか。これも大よその定年はあるのだろうが75～76歳を超えて働いている人もいる。中には年に数百万の収入の人もあるようで、この失業者の多い時代にけっこうなことである。それらの給料のほとんどの財源は労災保険料であり、労災保険料一家といえそうである。しかし、それによる恩恵にも中央と地方とでは非常な格差があるようで、その点についていろいろと意見を聴くことがある。外郭団体の分も含めた行政公開の必要性が大きいといえそうである。)

4月6日(木)曇雨

署で益田新署長に事務引継ぎ後に、江森さんの車で益田、西の両氏と同行して挨拶まわり。

4月11日(火)曇夜雨

寒し。午後行田署へ行く。西、浜田両氏から記念に原稿書き用の太い万年筆をもらう。堀

口屋で署の歓送迎会。労務士や江森さんも出席。労務士の皆さんと加須で二次会。

4月13日(木)小雨曇

昨日から自治労岩手県本部(分裂前)に来て碁石岬に至る。豪壮な景色。12:42 一の関発。夜、浦和市内“ふか川”で局幹部による送別会。鈴木、布川の2氏と出席。(4月1日の退職辞令発令後、4月3日から5日まで自治労岩手県本部の学習会に出席。4月12日と13日とは岩手県住田町の学校給食場の実態調査等のために出かけた。これは前述したように松岡三郎教授からのご紹介で、県本部はまだ左右に分裂していなかった。)

4月14日(金)晴

午後、熊谷での労働関係官庁の歓送迎会へ行く。国鉄ストのため東武バスを乗り継いで行く。時間なく飲食せずすぐ帰る。

4月19日(水)晴

国電を除き国鉄スト。午前、基準局へ給料もらい等に行く。夕方、東武大宮公園駅近くの“石見”で、一倉、西、浜田の3監督官が送別会を開いてくれる。一倉氏と二次会へ行く。

5月24日(水)晴

午後行田署へ。“魚七”で基準協会の歓送迎会。局長も来る。署の車で浜田氏に送ってもらう。

6月10日(土)晴

午後市民会館で局長も含めた局署有志による送別会。K氏に答辞を頼むと、答辞でなく52年当時の格下げ人事に対する不満から局長攻撃まで続ける。白じらしい空気が流れる。終って三次会まで行く。原田、会田、小暮の各氏。行った先で小沢、木原、山本公、T、小林の諸氏合流。T氏また監察官当時のことでかんでくる。(私はまた最後のときに失敗したの

であった。この日が何回かあった送別会の最後だった。この日送別の対象になった人の中では、序列としては川口署長であった鈴木さんがもっとも上席者であった。したがって答辞は当然鈴木さんがすべきであったが、私が出しゃばって鈴木さんに話して、年齢、行政歴からいつてK氏(天下り先を頼まないことと引き替えに62歳まで勤務)が最も上位だから彼にさせたらどうかといったのである。鈴木さんは私のその言葉に一も二もなく賛成したのであった。

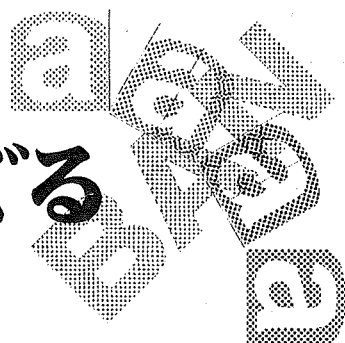
私の真意は、彼は戦前から工場監督行政に入っていながら、一度は署課長からヒラに落ちたり、監察官に発令されても長い間監察官の仕事を与えられず、署長には最後まででなれずということで、それに同情して花を持たせるつもりだったのである。ところが、彼はいきなり自分は不当人事の被害者で、これはある人間のせいだと大声でいいはじめ、局長以下いやな顔をした。私は彼に何度も上司にざん言をされ、また、わざわざ監察官として一署を持たせることも実現してやったのに最後まで煮え湯を飲まされてしまった。そのため私は局長に謝り、いやな思いをした。また、T氏がからんだというのは、労災保険の仕事をためて仲間が困っていたので、局長の特命もあって監察官として私がやかましくいったのが原因である。私のいいかたが悪かったのだろう。

なお、K氏については84年6月26・27日の両日、彼の居住しているI市の市民講座の講師に招かれたとき、市役所の係に彼のことをたずねたら、K氏のおかげでゲートボールに来るお年寄りがいなくなり困りましたということであった。やはり、まだ健在だったようである。全く最後までいやなことがあった。)



ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



ブラジルにおけるアスベストへの職業曝露

既報のとおり、本誌をお届けする頃にはブラジル・オサスコで国際アスベスト会議（9月17-20日、http://www.ibas.btinternet.co.uk/Conf_Update.htm 参照）が開催され、日本からも全国安全センターの古谷杉郎事務局長をはじめ4名が参加する予定である。本国際会議の背景を理解する一助として、International Journal of Occupational and Environmental Health, Vol.3, No.2, Apr-Jun 1997 所収の標題の論文を紹介する。EUのアスベスト禁止指令の採択やブラジル環境大臣がアスベスト禁止導入の意向を表明するのは、この論文発表の2年後のことである。

著者は、ブラジル労働安全衛生庁の監督官であるフェルナンダ・ギアナジ（Fernanda Giannasi、1999年1・2月号38頁、同年4月号31頁、2000年4月号31頁も参照）とフランス国立衛生医学研究所（INSERM）のアニー・デボモニ（Annie Thebaud-Mony）医師。前者は今回の国際会議の副議長、後者は全体会議「各国においてアスベスト被災者およびアスベスト反対キャンペーンの集団的抵抗戦略をいかに組織するか」の座長を務めることになっている。

ヨーロッパやカナダのアスベスト企業は、長い間開発途上国におけるアスベスト産業への規制の欠如を利用してきた。彼らの活動は弱い立場にある労働者を搾取し、そうした人々が医療を受けられないことは、アスベスト関連疾患の静かな流行をもたらしてきた。現在、開発途上諸国においては、石綿肺やアスベスト関連がんのほとんどすべてのケースが確認も報告もされておらず、また補償も受けていない。ブラジルは、この増大する問題の注目すべき実例を提供している。アスベスト関連疾患の流行を食い止めるために、ブラジルおよび他の多くの開発途上国は、現在多くの産業化

諸国において実施されているアスベスト使用の全面禁止を採用しなければならない。開発途上国においてこれを成し遂げるうえでの障害には人をはるませるものがある。

× × ×

現在多くの産業化諸国で起きているアスベスト関連疾患の流行は、過去の出来事の結果であるが、将来の石綿肺やがんの種子は今なお世界中に蒔き続けられている。企業の貪欲さと政治家たちの不誠実さ、勇気の欠如というふたつのよく知られている状態は、アスベスト関連疾患の災厄を次世紀にまで持続させることになるだろう。

企業にとっての聖域としての開発途上諸国の無防備さから、将来もアスベストの採掘や生産を保障されていることは明らかである。開発途上国において継続されている探査活動によって新たな埋蔵鉱石が発見され、その結果、アスベストの採掘、製造、生産を、事実上健康の観点からの規制なしに実施できる自由貿易地帯が拡張されることになるだろう。

カナダや他のアスベスト輸出国は、開発途上諸国をアスベストの大きな市場として期待している。開発途上国におけるアスベストの使用の増加が、産業化諸国における巨大な市場の喪失を埋め合わせてきた。ケベックのアスベスト研究所の季刊誌は、アジア、アフリカ、ラテンアメリカにおける積極的な販売努力について描いている。

不幸なことに、現在のアジア、アフリカ、ラテンアメリカおよび東ヨーロッパにおけるアスベスト使用の現状は、アスベスト粉じんの結果を労働者や政府が認識する以前の産業化諸国の状態と似ている。この無知と貧困の搾取はカナダ政府によって強く支えられている。しかし、カナダだけではなく、他のいくつかの政府もまたこの悪習に関与している。

ヨーロッパの多国籍企業であるエターニト（スイス）およびサンゴバン（フランス）は、ブラジルにおける嘆かわしい搾取の歴史を提示している。このふたつの多国籍企業は、ブラジルだけでなく他のラテンアメリカやブラジルのアスベストを輸出する諸国にも巨大な市場を開拓した。

● ブラジルにおけるアスベスト

ブラジルは、ロシア、カナダ、カザフスタン、中国に次ぐ、世界第5位のアスベスト生産国および消費国である。ブラジルは毎年237,000トンのアスベストを生産している。ブラジルのアスベストの半分以上がエターニトやサンゴバンがつくったヨーロッパの共同企業体によって採掘されている。ブラジルは毎年70,000トンのアスベストを、主に日本、インド、タイ、ナイジェリア、アンゴラ、メキシコ、ウルグアイ、アルゼンチンに輸出している。

1980年代まで、アスベスト含有製品の生産、消費および分散は、何の職業および環境曝露に関

する規制や管理も受けずに行なわれてきた。1960年代から1970年代、ヨーロッパやアメリカがアスベスト曝露の制限に動いていた時期に、ブラジルの労働組合や社会運動は軍事独裁体制のために、自ら意見を表明することができなかった。

カナダの年間人口1人当たりのアスベスト使用量が500g、アメリカでは年間人口1人当たり100g未満であるのに対して、ブラジルのアスベスト使用量は平均して年間人口1人当たり1,400gにも達する。アメリカや他の産業化諸国がアスベスト使用量を段階的に廃止しているのに対して、ブラジルの消費量は、他の第3世界諸国と同様に、毎年約7%の割合で増加し続けている。カナダは世界第2位のアスベスト生産国であるが、自らはその生産量のわずか29%しか使用していない。他方、ブラジルは、アスベスト生産量の70%を自ら使用し、現実にはカナダのアスベストを輸入しているのである。

● 健康への影響

ブラジルにおける死亡の約25%が死因が確認されていない。このことは、真のがん死亡率や中皮腫、肺がんや石綿肺に関連した死亡の発生率を知ることは不可能であるということ意味する。ブラジルではアスベスト労働者の疫学的研究はこれまで実施されたことがない。アスベストに曝露した低所得労働者の大多数が、がんの診断を含めた医療を受ける機会がない。そのうえ、生産工場や建設現場の近くでアスベストに曝露したり、他の環境曝露を受けた人々を医学的に評価するための手段も存在しない。

医療機会の欠如という問題を倍加させることとして、非常に高い労働者の転職率がある（あるアスベスト工場では毎年90%にも達する）。指定契約期間終了後に労働者が見境なく解雇されるという状況においては、この慣行は、公衆衛生当局が職業病の発生や労働者の認識を管理するための戦略と言ってよいかもしれない。さらに、医療システムにおいて、医師が、十分な労働医学や職業病の労災補償の権利を労働者に知らせる自由についてのトレーニングを受けていない。解雇されたり、退職した労働者の医療的フォローアップもな

されていない。したがって、ブラジルにおいては、アスベスト曝露による職業病はほとんど確認も報告もされず、補償を受けることもない。

エターニトの医療管理者は、1978年以前は、企業が医療記録を保存しないのを許してきた。オサスコにおけるエターニトのアスベスト工場は、50年以上にわたって操業し、常時約2,000名の労働者を雇用していた。医療管理者は、多数の肺腺維症の事例については言及したが、石綿肺についてはわずかである。企業からはがんの事例について報告されたことはない。病氣と診断されなかった労働者が工場を去るよう求められ、ある者には退職手当も支払われなかった。

後に、工場が閉鎖されてから、労働者たちが地方の保健事務所に病気を報告するようになった。地元の診療所で診察を受けた最初の12名の労働者のうち、4名は石綿肺、7名は胸膜肥厚、1名は4か月後に死亡したが、標準エックス線写真に胸膜がんがみられると診断された。莫大な数の元労働者を突き止め、彼らの健康の状態を確認しようという努力は、企業による妨害を受けた。

● 政府による保護

ブラジルでは、およそ3,000種類のアスベスト含有製品が存在している。主要には、アスベスト・セメント、摩擦材、紡績産業、およびプラスチック、化学、家具製品に使用されている。ブラジルにおけるアスベストの使用は1960、1970年代にはじまり、当時、「ブラジルの奇蹟」として知られた。

1986年時点の、ブラジルのアスベストの職場曝露限界は4繊維/ccで、アメリカの限界値0.2繊維/ccの20倍高かった。しかし、このような比較は開発途上諸国におけるアスベスト労働者の状態を伝えるのにはほとんど役に立たない。ブラジル環境保護庁の長官は、1986年に、労働者の保護を担当するこの労働機関は「ほとんど機能しておらず」、「非常に無力である」と書いている。1980年代に、ブラジル当局がアスベスト製造事業における健康リスクについて調べ始めたとき、政府は、標準的な大気モニター装置を入手し、測定を実施するのに企業に頼った。

法律や規則が存在するにもかかわらず、管理されないアスベストの使用は開発途上諸国において一般的にいまみられる状況である。Dr. Rene Mendesは、ブラジルのアスベスト産業には3万人の労働者が雇用されており、その多くが小工場で、条件が悪いために労働者の入社後5～10年で石綿肺が診断されていると言っている。

1986年初め、ILO第162号条約が承認されたのに伴い、労働省のコーディネートによって、ブラジル団体間アスベストグループ(GIA: Grupo Interinstitutional Asbesto)が創設された。GIAの目的は、アスベスト・セメント産業における健康リスクを評価し、労働者を教育し、また、他の諸国のものと調整のとれたアスベスト曝露の規制方針を確立することであった。

最初のアスベスト曝露の健康アセスメントは、ブラジル最大のサンパウロ州の9つのアスベスト・セメント工場において実施された。これらの工場には3,500名の労働者が働いていた。2年間にわたる調査の結果は、石綿肺、エックス線上の異常所見および健康不良による解雇を含む、労働者に対する重大な健康影響を示した。この調査の結果、アスベスト・セメント産業の使用者たちは労働者の代表と、アスベスト曝露のよりよい管理を開始するための全国協定に署名した。

より最近の協定では、管理の対象をリスクを生じさせる発生源にまで拡張している。曝露限界は現在は0.4繊維/ccである。さらに協定は、製造工場における下請労働者の使用を禁止している。この協定は、安全委員会を確立し、その委員の選出は労働者の管理のもとで行なわれる。鉱山部門にも、同様の協定が採用された。

1991年、ブラジル連邦政府は、職場の曝露限界を2繊維/ccに引き下げ、ILO第162号条約を批准した。

こうした規制は、職場におけるハザードを管理するための重要なツールを意味している。管理は、労働組合がGIAの調停を要求することのできる工場や企業においてのみ履行され得る。例えば、まったく規制されていないアスベスト曝露を伴うブレーキやクラッチの交換作業が行われる自動

車修理店の30万名以上の労働者には履行されることはない。

アスベストの産業利用についての世界の教訓からは、アスベスト関連疾患の終焉を保障する唯一の道はアスベストを禁止することであるという結論が導き出される。スウェーデンや他の産業化諸国において実施されているこのアプローチは、厳重な規制とその執行が禁止に代わる実行可能な代替策とはなり得ない開発途上諸国においてこそ必要である。

ブラジルにおける指導的な労働組合は、アスベスト採掘・生産産業が国の重要な産業であるにもかかわらず、政府がアスベストを根絶するよう求めてきた。1994年、労働者、政府と自動車部品産業は、1998年までに段階的に摩擦材からアスベストを禁止することで同意した。イタリアの(アスベスト禁止)法律が実施された時、1993年4月に、GIAはアスベスト禁止ヨーロッパ連合(BABF)がミラノで開催した国際セミナー「アスベスト禁止」に招かれた。「ミラノ・アピール」として知られる最終的に承認された文書は、科学者、技術者、労働組合、国会議員たちが署名し、セミナー参加者にアスベスト製造の開発途上国への移転に反対するよう勧告した。このような国際的イベントに触発され、また国際化する市場の趨勢を考慮して、ブラジルの国会議員および州・市町村議員たちは、ブラジルにおけるアスベストの段階的禁止から全面禁止までの広範囲にわたる法案を提出した。

こうした法案のなかで、開発途上国におけるアスベスト規制の成り行きとして典型的なものがひとつある。その法案は、1993年に、連邦議員Eduardo Jorgeによって連邦下院に提出された。理由はよくわかっていないが、既存の委員会(環境、科学技術、その他)によるレビューに対立するものとして、この法案を検討するための特別委員会が設置された。この特別委員会の委員は、基本的に、主にアスベスト産業が所在している州選出の下院議員たちであった。この提案は、そのメリットの再検討を求めるいくつかの要求にもかかわらず、6か月たらずのうちに却下されてしまった。

代わりに法案が下院と上院によって承認され

た。これは、アスベストの「管理使用(controlled use)」の継続を保障するものであった。この提案は、アスベスト産業とその資金提供を受けたロビイストだけでなく、一部の労働組合運動からも支持された。

にもかかわらずGIAは、アスベストの健康リスクに関心をもち、アスベストの「管理使用」というこの問題で妥協しようしない新しいタイプの労働組合の指導者たちに直面することになった。アスベスト禁止を支持する彼らの姿勢は、共に全国的な影響力をもつCUT(Central Unica dos Trabalhadores)およびForca Sindical[いずれも国際自由労連(ICFTU)加盟のナショナルセンター]傘下の労働組合に支持された。このようにして創られた強力な労働組合のグループが、ブラジルにおけるアスベスト禁止の運動に関与していった。

● サンパウロ国際セミナー

1994年3月にサンパウロでの第2回国際アスベストセミナーが計画された[1995年6月号参照]。ミラノ・セミナーを発展させて、サンパウロ・セミナーでは地球規模のアスベスト禁止が強調された。アメリカ、パナマ、ペルー、チリ、フランス、イギリス、イタリアから、労働組合やNGOの代表、国会議員、科学者らがこのイベントに参加した。外国政府の代表はいなかった。このセミナーはブラジル労働省がスポンサーとなり、CUTやForca Sindical等の労働組合が、このセミナーに協力し、このイベントの正当性を支持した。にもかかわらず、このセミナーは国内および国際レベルで激しい議論の的となった。

この会議は非常に緊張した雰囲気の中で開催された。カナダ政府、フランスのアスベスト委員会やブラジルのアスベスト製造業者たちは、公然とサンパウロ・セミナーに反対を表明した。アスベストが禁止されたら地域全体が雇用を失い、生活に困窮するかもしれないという、ロビイストたちによる暗黙の説得に影響された地域住民による抗議も行なわれた。会社よりの労働組合の影響を受けて、鉱山やアスベスト・セメント産業の労働者は、雇用の喪失を心配するようになった。彼らは、「アスベ

ストの無害な使用に関する全国発展協定」に署名して、管理使用アプローチに支持を与えた。この労働者たちの動揺は、ブラジルにおける社会的矛盾の深刻さを示すものであり、それは労働組合運動にも影響を与えている。

サンパウロ・セミナーの最後に、サンパウロ宣言が採択された。このサンパウロ宣言は、すべての種類のアスベストの生産、加工、使用は労働者と市民の健康に対する重大なリスクであると断言した。それは、ブラジルなどの諸国にアスベストを輸出している多国籍企業（エターニトおよびサンゴバン）を告発し、彼らが用いる「アスベストの管理使用」のような脅迫と情報隠蔽を非難した。サンパウロ宣言は、すべての国の政府に、いかなるかたちのアスベストの使用も即時禁止することを実行し、無害であることが証明された代替製品の使用を促進し、[アスベスト禁止によって失われる]雇用を保障・創出し、アスベストを含有したすべての建築物を安全に解体し、また、アスベスト被災者に医療と補償給付を支給するよう要求した。また、アスベストのない世界という共通の目的のための、ヨーロッパ、アメリカ、アジアの連携からなる世界規模のアスベスト禁止ネットワーク（BAN）が創設された。

● アスベスト産業の専門家たち

スイス・ジュネーブの世界労働機関（ILO）から医学専門家がひとりサンパウロ・セミナーに参加した。Dr. Michel LesageはILOの公平な立場の代表として出席した。驚いたことに、彼は、産業界の代表たちと一緒に座り、ブラジルにおけるアスベストの使用を促進し、アスベスト禁止に反対するという彼らの意見を共有した。後に、Dr. Lesageは、長い間、ケベック・アスベスト鉱山協会およびカナダのアスベスト研究所をスタッフとして代表していたことがわかった。4年前、フランス労働省を代表していると称するDr. Marianne Sauxがブラジルにやってきて、産業界の代表と同じ立場をとったことがあった。Francois Malyeの「Amiante Le Dossier de L'air Contamine」と呼ばれる文書で明らかになった一連の劇的な暴露によって、Dr. Marianne Sauxは当時、実際はサンゴバンに雇われていた

ことが判明した。ここに、偽りの信任状という仮装とそこに隠されたきわめて不愉快かつ非倫理的なもくろみをみることができる。

● 結 論

ブラジルは現在のところ、開発途上諸国のアスベスト採掘および生産に伴う経験に十分学んでいない。強力な私企業の利益と政府の共謀によって認識が妨げられているが、職業病が流行している。ブラジルは、アスベストの生産と消費の有害な影響を告発するのに、アスベストによって引き起こされる損害の疫学的評価など待っていることはできない。

ブラジルの労働組合は現在、勇敢にはっきりとアスベストの採掘および生産の禁止を要求している。開発途上国におけるアスベスト曝露による長期的な社会的および医療的コストは、ヨーロッパにおけるアスベスト禁止運動の影響を受けてきた。開発途上国においては、産業の発展に大きく依存しているため、危険なまた環境的に時代遅れの産業が容認されやすく、その中でアスベスト禁止を要求することは並外れたことであり、称賛すべきことである。

その過程のあらゆる段階において、サンゴバンとエターニトに代表されるブラジルにおけるヨーロッパ企業は、労働組合のアスベスト禁止に向けた努力に反対してきた。彼らは、公衆衛生よりも私企業の利益の擁護に関心を持つカナダ政府およびブラジルの政治家たちと結びついてきた。

サンゴバンは、アスベスト規制に関する欧州連合（EU）におけるフランスの政治戦略に強力な影響力をもっている。すでに国内レベルでアスベストを禁止しているいくつかの諸国は、ヨーロッパ全体においてアスベストを禁止するヨーロッパ指令を要求し続けている。かかる指令は、ヨーロッパの多国籍企業が活動するすべての諸国に拡張されるべきである。フランスは、1997年に自国におけるアスベスト禁止を発効させながら、ヨーロッパおよびそれ以外の地域においてアスベスト生産を擁護する諸国の中で指導的役割を果たしている。



1万3千余名を追跡して手帳制度を周知

神奈川●3年間にわたる石綿業務の健康管理手帳周知事業

●石綿業務に健康管理手帳

1996年3月27日付けで、労働安全衛生法に基づく「健康管理手帳」の交付対象が拡大され、「両肺野に石綿による不整形陰影があり、または石綿による胸膜肥厚の陰影があること」を要件に、石綿(1%以上含有製品を含む)を製造または取り扱う業務に従事していた労働者も対象に加えられた。この健康管理手帳は、がん等の重度の健康障害を発生させるおそれのある業務に従事していた労働者の、離職・退職後の健康管理を目的としたもので、手帳所持者は毎年2回指定医療機関等で無料で健康診断を受診することができる。

石綿対策全国連絡会議や全国安全センターは、自ら宣伝に努めるとともに、この制度の拡大充実および対象となる労働者への周知徹底を図るよう求めてきた。制度の改善を求めている点は以下のとおりである。

- ① 当該労働者からの申請を待たずに該当者にはもれなく交付するようにすること。
- ② 健診を受けることのできる医療機関等を「すべての労災指定医療機関等」に拡大すること。
- ③ 手帳交付対象者を石綿(製

品)製造・取扱業務に従事したことのあるすべての労働者に拡大すること。

石綿(製品)製造・取扱業務従事者にかかる健康管理手帳の新規交付実績は、労働省によると、1996年度14人、1997年度113件、1998年度75件(1998年度末時点での所持者数が202名)。健診受診者数は、1996年度0人、1997年度98人、1998年度216名。

●神奈川が交付件数の1/3

一方、神奈川労働基準局によると、同局管内における健康管理手帳の新規交付実績は、1997年度7件、1998年度25件、1999年度54件である。1998年度で見ると、全国75件のうちの3分の1が神奈川ということになる。

これは、全駐労神奈川地区本部等からの要請を受けて、神奈川県(横須賀渉外労務管理事務所)が3年間かけて実施した「在日米海軍横須賀基地の石綿業務従事退職者に対する健康管理手帳制度周知事業」の成果を反映したものである。

この発端は、1996年3月に日本産業衛生学会において奈良医科大学車谷典男講師(現教授)らによる横須賀基地退職者のコホート研究が発表され、その関連

記事が6月11日付け東京新聞の1面で「アスベスト職場『肺がん死亡率 通常の3倍に』 米海軍横須賀基地造船労働者 初の疫学調査」等と報道されたこと(1997年1・2月号27頁参照)。同年6月25日に全駐労神奈川地区本部から神奈川県知事あてに申し入れがなされ、県議会での質疑、防衛施設庁や神奈川労働基準局等との協議、県職員が、1997年の日本産業衛生学会のアスベスト関係の発表を傍聴したり、全駐労や神奈川労災職業病センター、横須賀中央診療所等と3回にわたる「基地退職者健康管理体制勉強会」を開催するなどの経過を経て、1997～1999年度に事業が実施されることになった。

敗戦後横須賀に米軍基地が設置され、1948年4月に渉外労務管理事務所が設置されたが、従業員登録票が残存していた1948(昭和24)年度から1981(昭和56)年度の間に退職した約5万名の従業員の行方を追跡して、健康管理手帳制度を周知しようという「壮大」な計画であった(1982(昭和57)年度から特化則による石綿特別健康診断実施)。

今年4月に同事業の報告書がまとめられているので、その概要を紹介しよう。

① 1万3千余名をリストアップ

まず、埃に埋もれていた従業員登録票に記載されている本籍に基づき、市町村に調査表を送付して戸籍附票による調査を依頼して、「石綿業務に従事していたと判断される」元従業員の現住所と生存を確認する。

対象業種については、SRF(船舶修理部)は間接曝露も考慮して業種を問わず全員、場所が広範囲にわたる警備員、危険な場所にも出向く消防関係の業種も対象とされた。

従業員登録票から対象者を引き抜きコンピュータに入力した数は、最終的に13,353件になった。

② 全国に現住所と生存を確認

全国市区町村に対する調査を円滑に進めるための事前調整と

して、以下のようなことを実施している。

- ・ 横浜地方法務局横須賀支局と全国市町村への調査依頼方法について相談。区制施行による分区や市町村合併、町村名の変更・廃止や発生、境界変更・管轄変更、住居表示変更等長年にわたる行政上の変遷への対応方法について指導を受けた。(全国には市区町村が3,238(指定市12、市658、町1,993、村575あり、調査依頼先となる事務所は6,950機関。全国市区町村への事前通知は無理との結論。)
- ・ 現在使用されていない地名を現在の表示にするためまたは調査依頼先の事務所を確定するため、分県地図併地名総覧と市町村役場便覧を購入した(判断不能の時には現地に電

話確認)。

- ・ 調査依頼先である横須賀市、横浜市など近隣11市区町村に出向き、調査方法について具体的に説明するとともに、事前に要望などを聞き、協力を要請した。
- ・ 全国調査を迅速に進められるか検討するため、まず東京都庁総務局行政部政課と折衝し、検討を依頼した。
- ・ 個人情報について、条例に基づく個人情報保護審議会への事前調整や登録依頼手続等について県政情報室の指導を受けた。
- ・ 実施の際に対象者からの照会に対処するため、労働基準監督署と横須賀中央診療所に依頼して、2回研修会を実施。予想される照会に対しては「質疑応答集」を作成した。

紹介・相談の概要

① 「お知らせ」に対する反応

- ・ 何十年も前のことなのに、よくも居所を探し連絡してくれて感謝する
- ・ こんな昔のことまで心配してくれるなんて、行政も変わったね、生きていて良かったと思うよ
- ・ 夫は亡くなったが、このお知らせに感謝していたのでお礼を言います。
- ・ この「お知らせ」を見て、何となく心配になったので医者と相談してみる
- ・ パンフレットの症状にマッチすることが多いので心配になり診察に行った
- ・ 今まで、体の不調の原因が分からないままだったが、これを見て納得できたまたはアスベストが原因だったかもしれないと疑問を持つようになった
- ・ 息子夫婦など他の人から変な咳だと言われてもとくに気にしなかったが、これ見て自覚したので、医者相談してみる

- ・ 入院患者やホスピス入所者の世話をする家族にとって、原因が分からず不安だったが、これを見て原因追求の参考になると思った

② 対象者の状況

- ・ 過去に入院を経験したり肺がん、肺結核、肺炎、肺気腫、肺腺維症、肺浸潤、じん肺、喘息、気管支拡張症、肋膜炎、など既往症との関わりを心配したり疑問を持つようになる
- ・ 風邪が治らず、微熱も続くが、わざわざ申請するのも面倒だ
- ・ 風邪をひくと治らず、痰がからみ、家族が心配するから申請してみる
- ・ 直接アスベストを扱ったこともないのに何故送られてきたのか
- ・ 老人医療だし健康手帳もあり、毎年健康診断もCTスキャンしてもらえ
- ・ 老人医療で毎月通院している、もう年だし横浜まで行くのは無理である
- ・ X線写真を申請のため撮り直すのは自己負担と病院で言われたので断った

全国市区町村への依頼は1998年4～10月に行なわれたが、依頼先は結局北海道から沖縄まで全48都道府県にまたがる1,513機関となった。

依頼先には、①調査協力依頼、②回答書、③交付申請書(戸籍謄本、戸籍附票、除籍謄本、住民票写し、外国人登録原票写し)、④現住所等調査表、⑤返信用封筒、を送付。送付した調査表の回答欄は最終所在地、転籍地、死亡、不明の区分により記載してもらった形式だったが、実際の回答は戸籍謄本等の現物が同封されるものが多かったとのことである。

全国から返送されてきた回答数は18,686件となり、調査依頼した市町村の機関は延べ数は戸籍関係で2,206、住民票関係では156、合計2,362機関となった。

③対象者個人へ資料等送付

現住所が判明した対象者には、①「健康管理手帳制度のお知らせ」、②「基地従業員の健康管理のために(アスベスト＝石綿)について」、③労働基準局一覧、④健康管理手帳の交付申請書、が個別に郵送・周知された(封筒には「重要—健康管理手帳制度のお知らせ」と表示)。なお、①、②については、車谷氏や横須賀中央診療所等が作成に協力している。現住所が判明した対象者から順次発送することにして、1998年5月から発送が開始された。

戸籍や住民票による調査には限界があり、戸籍・住民票の所在地がわからない不明件数が2,500件以上となったため、最終チェックも実施された。これは、登録票を再度見直し、手がかりとなる事

項を見付け、電話(帳)、明細図により再調査を行ったもので、これにより、260人の所在地と62人の死亡が確認された。

こうして最終的には6,599人に送付し、そのうち周知できたのは6,374人(神奈川県内4,929人(内横須賀市3,187人)、県外1,185、不明分再調査260人)であった。対象外とした死亡者が4,677人となったので、対象者13,353人のうち判明した者は11,051人となり、判明率は82.8%という結果であった。

④健康管理手帳の交付申請

送付された健康管理手帳交付申請書により実際に労働基準局に申請するために、従事期間証明書の交付を求めてきた者は124人であった。当初は、周知できた者のうち慢性気管支炎(29.1%)の人の50%くらいの申請があるもの

- ・ 簡単なら出すけど、いつまでに出すのか、すぐ出さなきゃいけないのか
- ・ 申請の時に聞かれると困るので、忘れている昔のことを教えてもらいたい
- ・ 父は入院している、お知らせが遅すぎるのではないか
- ・ 子供の頃に肺炎だったので、今でも年2回の健康診断で疑いありといつも言われるが、大きな写真ならOKである
- ・ 肺がくもっていて痰が出るので止め薬をもらっている、横須賀共済ではかなり進行しているので労災申請を進めると言われた
- ・ 年金暮らしなので医者に出向いたら6,500円の実費を取られたのは痛い
- ・ 「お知らせ」をもらってけっこう経つが、テレビを見ていて心配になり電話した
- ・ 横須賀共済で年2回の診療を受けていたけど、70歳を越したら面倒なのでやめた
- ・ 身体障害者の手帳を所持していれば費用はかからないと思っていた

③ 申請時の状況

<本人>

- ・ 手帳をもらい、健康診断を受けて何か見つかったら、その後フォローとして何かしてくれるのか
- ・ 肺がんなら労災補償がもらえると仲間から聞いているけど
- ・ 胸膜肥厚の人も4～5人いた
- ・ じん肺の健康管理手帳をもらっているので毎年1回は健康診断を受けているが、新たにアスベスト用の手帳をもらい直すのか
- ・ かなりアスベスト肺が進行していることがわかり、痰の検査結果などにより区分申請の移行が必要と病院から指示された
- ・ 労働基準局で区分申請もするようにと指示された
- ・ 基準局に出向いたが受け付けられず、本人も何故かわからないまま帰ってきた
- ・ 基準局に申請してあるのに結果について何も言っていない

<病院の実情>

- ・ 肺に影があるというだけで、聞いてもハッキリ言わないのでわからないという人がかなりいた
- ・ レントゲンを撮り直して再度確認してみようと協力的な

と971件の交付を見込んでいたが、見込みよりは大幅に下回った。

従事期間証明書の交付を受け、実際に労働基準局に申請された人、そして認定された(交付を受けた)人の数は神奈川労働基準局については以下のとおりであった。

	申請者数	認定者数
1997年	7	7
1998年	29	25
1999年	64	54
2000年2月	1	1

報告書も述べているとおり、アスベストの健康被害の性質を考えるとこの周知業務の効果はこの先長く続くものと思われる。すでに作業が終了した2000年3月以降も従事期間証明の要求がきているという。

⑤ 照会・相談の内容

「お知らせ」が届き、実際にパンフレットを見た者から、来所や電話で様々な相談や照会が寄せられた。前述のとおり、2回の実務研修と質疑応答集を準備して対応した。1998-99年の2年にわたる照会・相談件数は809件。わざわざ横須賀渉外労務管理事務所まで来られた方も148人いた。年代別では、70代358件(44.3%)、80代209件(25.8%)、60代188件(23.2%)の順でこの3代で全体の93.3%を占め、本人からのものが571件(70.6%)、家族からのものが173件(21.4%)、その他の65件は医療機関や老人施設等からのものであった。

相談事項別では、自分の「健康被害」を承知している方からのものが最も多く241件(29.8%)、続いて「従事期間証明」についてのものが127件(15.7%)、いまは被

害はないが念のため「確認」しておこうとされた方からのものが115件(14.2%)、この3つで全体の59.7%を占めた。他には、「健康管理手帳のメリット」についてのものが75件(9.3%)あったが、これは、「高齢のため申請し認定されても横浜まで行くのは辛い」とか「健康診断を受けるだけなら今のままでも良い」のでは等、申請をためらう方からのものであった。「健康管理手帳の交付要件」37件、「じん肺の管理区分」10件、「診断書・X線写真」5件、労災補償関係の相談も9件あった。「確認」のためのもので、前述以外にも、健康が不調だと心配されていた方39件や石綿の仕事はやっていなかったが関係あるのかなどと念のため照会してきたもの51件、などとされている。

照会のあった方たちの大部分

ところもあった

- ・病院でもよくわからないようだと言っていたが、このパンフレットを見せて、再度見直してもらうことにする
- ・咳や痰がからむのでタバコもやめているが、かかりつけの医者に相談したら、専門医に診てもらえと指示された
- ・いま酸素を使っており、動悸切れは心臓のせいかなと思っていたが、医者に確認のため聞いたら管理3以上だと言われた
- ・咳が出たり風邪もひきやすくなり治りにくいのに、医者からは何の指摘もない

④ 昔の職場の状況など

- ・アスベストなど手掴みでむしり、ホコリもすごかったけど、気にする人もいなかったよ
- ・ガラス繊維みたいなホコリがキラキラ光って舞っていたよ、胸が苦しくなったけれど、暑苦しいのでマスクなんかしてなかった
- ・電気工だったけど、家屋の断熱材や配管に巻いてあるので触っているね
- ・朝鮮動乱、ベトナム戦争の時は忙しくて苦しかったよ
- ・石綿は普通のゴミで松ヶ丘に置き、置ききれないのは

山積みにしてあったよ

- ・エンジンのオーバーホールは苛性ソーダで煮て、シンナーで仕上げるのだけど苦しくなった
- ・艦船の外部をグラインダーで磨いて錆などを落とすので埃は吸っている

⑤ その他

- ・もう年なので膝痛など足が不自由になると痰を持って毎月通院するのもイヤになってきたよ
- ・健康管理手帳はもらったが横浜まで行けるかどうか心配
- ・健康診断に行くと昔の連中に会うので、補償などの情報交換もするよ
- ・養老院の入所者や病院の患者からの話で、その医者や職員が制度について確認のため照会してくる
- ・父の死因が予想されるが今後の対応はどうすればよいのか
- ・戦争に行っている人が多いので志願、徴兵、横須賀海軍工廠などの話をしている人が多い
- ・厚生年金のつながりがわからなかったの、ベースにいた期間を知りたい
- ・認定されるとわざわざ手帳を持参したり、電話で礼を述べる人が多かった



は今まで全く石綿の健康被害について認識がなかったので、この照会を機会に認識してもらうように応答した。今後の健康管理にはプラスになってくれるものと思う、とのことであった。

紹介・相談の概要として紹介されていた内容を別掲で紹介する。

報告書には寄せられた便りも7通紹介されており、健康管理手帳が交付されたことに対する御礼を述べたものもある一方、次のようなものもあり、制度の周知徹底にあたって行政だけでなく、医師等関係者の理解が重要であることをあらためて考えさせられる。

「先日送っていただいた『従事期間証明書』を持参し、国立病院内科へ、先日撮影した胸部X線写真の結果を聞くため、今朝出かけました。担当医の所見では、『両肺に胸膜肥厚があるが、石綿によるものかどうかかわからない、否定も肯定もできない、どうしたいですか(申請を希望するかどうか?)と逆に質問されました。私が『できれば申請してみたいのですが…』と言ったら、しばらく考えた末、『従事期間証明では職種が石綿取扱業務になっていないし…』とちよつと迷っておられたようなので、私が『申請するかどうかは先生に一任します』と言ったら、『では、申請しないことにしましょう』と言われました。帰宅後、そちらで紹介された横須賀中央診療所または指定医療機関(県予防医学協会中央診療所)で再検査を受けるべきかどうか、目下思案中です」。

●経験を全国に生かす

この事業実施にあたって際だった特徴は、全駐労、神奈川労災職業病センターや横須賀中央診療所、専門家等と相談し、意見を聞きながら事業の実効確保が図られた点である。もちろん、入れられなかった点は少なくないものの、今後に多くの教訓を与える画期的な取り組みであったことは間違いない。

石綿対策全国連絡会議が今年6月15日に行った労働省交渉においても、この事業報告書を提供して、このような努力も生かした実効ある周知徹底の取り組みを全国的に実施するよう要請した。

●横須賀に指定医療機関

なお、指定医療機関に関しても、神奈川県ではすでに3か所指定されているが、横須賀にはなく

(最寄り横浜)、手帳所持者の多い横須賀に指定医療機関を設けるよう要望してきた。これに対して、当初神奈川労働基準局は「各県3、4か所までと決まっている」、「予算上の制限がある」などと言ってきたが、労働省との交渉(1999年4月号14頁参照)で、そのような指導は行っていないことを確認(「一定水準以上の専門性、過去の健康診断実績、受診者の利便性等を勘案して、都道府県の実状に応じて医療機関を選定し、地方労働基準局において委託契約を結んでいる」とのこと)。この労働省回答をもってさらに神奈川労働基準局と交渉を重ねた結果、今年3月に、新たに横須賀共済病院が指定医療機関として委託されている。



一人親方の管理区分申請

東京●労働者でなくじん肺法の対象外

Sさんは工務店を営む自営業者であるため労働者ではない。労災保険は自ら労災保険料を負担する特別加入者である。

じん肺法は労働者を対象としているため、自営業者や一人親方がじん肺であっても、じん肺管理区分の決定を受けることはできない。しかし、労働者か一人親方を問わず、建築粉じん作業でじん肺になる可能性は高い。そのため、東京労働安全衛生センターと全

建総連東京都連では、労災特別加入者であってもじん肺管理区分の申請に取り組む方針を決めている。

Sさんは、労働者のじん肺管理区分申請と全く同じ要領で、エックス線写真とじん肺健康診断結果証明書、じん肺所見申請書を今年7月に東京労働局に提出した。

その結果、東京労働局では、8月22日付けで労働基準部労働衛生課長名で、じん肺管理区分

を「管理2相当」、「備考・エックス線の像／PR1、肺機能の障害／F(+)」とする「じん肺の所見について」という事務連絡文書を通知した。

今後、一人親方等の労災特別加入者にも、「じん肺の所見申請」の取り組みを拡げていきたい。



(東京労働安全衛生センター)

ブラジル人障害審査請求

大阪●神経症状の評価変え併合

ブラジル人労働者のCさんは、1998年4月、職場の木材加工所で転倒して腰を強打した。1年半の療養後、労災保険の障害認定を受けて11級の5に決定された。腰椎すべり症で固定術を受けていたので、11級の「せき柱に変形を残すもの」と判断されたのである。しかし、腰痛がひどくほとんど就労できない状態であるために、今年1月に大阪労災保険審査官に審査請求を行った。

神経症状の障害等級には、14級の9「局部に神経症状を残すもの」、12級の12「頑固な神経症状」、9級の7の2「労務が相当な程度に制限されるもの」がある。審査請求では、強い神経症状が残っていることを訴え、少なくとも9級以上であると主張した。しかし、医学的には疼痛の原因がはっきりせず、支援側としてもあまり勝算がなかった。

審査を経て6月12日付けで決定書が送付された。結果は、原処分を取り消すというもの。決定書の結論は意外なことに10級が相当となっていた。決定書によると、

神経症状については、障害補償請求をしたときから12級であった。しかし、せき柱の手術を受けたのと同じ要因から派生した症状との判断で重い方をとって11級とした。

一方、審査請求では、鑑定医が神経症状について同じく12級としながら、その原因を移植のための腸骨採取によるとした。この鑑定医の判断に基づき、11級のせき柱の変形と別に神経症状を評価したうえで、併合し10級と結論づけた。

神経症状の評価としては等級が上がらず残念であったが、それでも併合して等級が上がったので結果的に審査請求してみてもよかった事例となった。神経障害の認定は難しいが、あきらめずにできるだけのことをすれば、よいあるいはいくらかましな結果が得られるということだろう。



(関西労働者安全センター)

虚偽報告、保険給付横取り

神奈川●労働局が対応を放置

出稼韓国労働者のKさんは、来日してからずっと「とび」の仕事をしてきた。1998年9月5日、塗装足場の解体工事現場に行く途中で、乗っていた自動車が横転事故を起こした。車には5人が乗っていたが、助手席にいた彼だけがケガをした。

現場に向かう途中の事故だから、当然通勤災害である。ところが、Kさんの直接の雇用主であるTや、その上の会社であるO社など関係者は、正当な手続をしようとしなかった。まずは自動車事故だから当然警察に届け出なけ

ればならない。これをどうしたのかは不明であるが、ケガをした人はいなかったことにしたようだ。

さらに通勤災害にするには、現場の元請会社の労災保険を使うしかないのだが、それを避けるために、O社の資材置き場でケガをしたかのように事故を捏造、労災手続をしたのである。

しかも休業補償の立替払い制度をちゃっかり利用して、お金が本人ではなく会社に振り込まれるようにした。Kさんは、日本語の文字は読めないし、労災保険の仕組みもよくわからない。Tは

1998年12月まではそれなりに補償していたのだが、年明けには行方不明になってしまう。

そんな時に労働基準監督署から、休業補償の通知のハガキが家に届いたのに、Kさんの手元にはお金が入ってこない。

1999年1月に横浜西労働基準監督署に相談に行った。説明してもKさんは自分の携帯電話の番号も伝えたのに、労基署からは何の連絡もなかった。さいわい外傷は大したことはなかったのであるが、腰椎捻挫、頸椎捻挫の痛みで苦しむ日々が続いた。弁護士さんなどいろいろな所に相談に行った。その結果、補償をとれるとしても大した額ではないことも理解したが、どうしてもすっきりとしない。横浜のカラバオの会(寿・外国人労働者と連帯する会)のメンバーの紹介で神奈川労災

職業病センターに相談に来た。

今年5月25日、横浜西労基署に事情を聞きに行った。労災課長は、「たしかに相談を受けた記録はあるのに、放置していたようだ。申しわけない」と謝る。書類をのぞくと、ちゃんと前任の課長の印鑑も押してあるではないか。本人のメリット云々ではなく、労基署にしてみれば、労災事故をでっち上げた会社にお金をだまし取られていたようなもの。このようないいかげんな姿勢にはあきれてしまう。

労基署は、早速会社を指導して、不正受給分を返還させるなどの調査を開始すること、本来の通勤災害の手続ができるように情報提供すること(本人は元請会社がわからない)などを約束した。

(神奈川労災職業病センター)



本人から聞き取りをした結果、「当初保険適用されていない労災が再発として認められるのか?」という疑問が起きた。法的には「ならない」という規定はないが、前例を聞いたことがない。「まあ、やってみよう」ということで元請を探し始めたが、7年前のことで、本人の現場の記憶も不確かでなかなか見つからない。

インターネットの企業情報なども使って調べ、本人も賢明に調査し、ようやく元請会社が特定できた。

しかし、元請は「昔のことなので事実関係が確認できない」と言って事業主証明を拒否した。許し難い話だが、すぐには、埒があきそうにないので、やむなく事業主証明拒否のまま行田労働基準監督署へ労災申請を行ない、今般業務上認定を受けることができた。

外国人の労災相談では、圧倒的に「社長が労災にしてくれない」というものが多く、相談機関に相談して労災隠しが明らかになるのは氷山の一角と言われている。

Fさんの場合も初めから労災適用していればなんも問題もなく手術を受け何年も前に完治していたはずだ。当初の労災隠しによりFさんは7年間も痛みに苦しみ、しかも被災当時の補償はもう時効のため受けることはできない。

今後この元請会社の責任は厳しく追及していきたい。



(東京労働安全衛生センター)

外国人労働者の再発認定

埼玉●7年前の労働災害はすでに時効

フィリピン人のFさんは、1993年10月から埼玉県建設会社で働き始め、1か月後の11月、転倒した際に、右腕を鉄骨に挟まれて骨折した。社長は労災適用させずに、Fさんは接骨院で不十分な治療しか受けられなかった。痛みは続いたが治療費が払えずその後まもなく通院を止めてしまった。

1998年、痛みを耐えかねて病

院へ行ったところ、手術が必要と診断されるが、健康保険に加入していない外国人の手術を行ってくれる病院はなく、困り果てて今年3月、横浜の港町診療所の整形外科を受診した。港町診療所では、被災当時の治療については時効だが再発の扱いで手術が可能であろうと、東京労働安全衛生センターに労災手続の支援を依頼した。

全国労働安全衛生センター連絡会議

〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階 TEL(03)3636-3882/FAX(03)3636-3881
E-mail joshrc@jca.apc.org HOMEPAGE http://www.jca.apc.org/joshrc/

- 東 京 ● NPO法人 東京労働安全衛生センター E-mail etoshc@jca.apc.org
〒136-0071 江東区亀戸7-10-1 Zビル5階 TEL(03)3683-9765 /FAX(03)3683-9766
- 東 京 ● 三多摩労災職業病センター
〒185-0021 国分寺市南町2-6-7 丸山会館2-5 TEL(042)324-1024 /FAX(042)324-1024
- 東 京 ● 三多摩労災職業病研究会
〒185-0012 国分寺市本町4-12-14 三多摩医療生協会館内 TEL(042)324-1922 /FAX(042)325-2663
- 神奈川 ● 社団法人 神奈川労災職業病センター E-mail k-oshc@jca.apc.org
〒230-0062 横浜市鶴見区豊岡町20-9 サンコー豊岡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 E-mail KFR00474@nifty.ne.jp
〒951-8065 新潟市東堀通2-481 TEL(025)228-2127 /FAX(025)222-0914
- 静 岡 ● 清水地域勤労者協議会
〒424-0812 清水市小柴町2-8 TEL(0543)66-6888 /FAX(0543)66-6889
- 京 都 ● 京都労働安全衛生連絡会議
〒601-8432 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 E-mail koshc@osk2.3web.ne.jp
〒540-0026 大阪市中央区内本町1-2-13 ぱんくいビル602 TEL(06)6943-1527 /FAX(06)6943-1528
- 兵 庫 ● 尼崎労働者安全衛生センター
〒660-0803 尼崎市長洲本通1-16-17 阪神医療生協気付 TEL(06)6488-9952 /FAX(06)6488-2762
- 兵 庫 ● 関西労災職業病研究会
〒660-0803 尼崎市長洲本通1-16-17 阪神医療生協長洲支部 TEL(06)6488-9952 /FAX(06)6488-2762
- 兵 庫 ● ひょうご労働安全衛生センター
〒651-0096 神戸市中央区雲井通1-1-1 212号 TEL(078)251-1172 /FAX(078)251-1172
- 広 島 ● 広島県労働安全衛生センター
〒732-0827 広島市南区稲荷町5-4 山田ビル TEL(082)264-4110 /FAX(082)264-4110
- 鳥 取 ● 鳥取県労働安全衛生センター
〒680-0814 鳥取市南町505 自治労会館内 TEL(0857)22-6110 /FAX(0857)37-0090
- 愛 媛 ● 愛媛県労働災害職業病対策会議
〒792-0003 新居浜市新田町1-9-9 TEL(0897)34-0209 /FAX(0897)37-1467
- 愛 媛 ● えひめ社会文化会館労災職業病相談室
〒790-0066 松山市宮田町8-6 TEL(089)941-6065 /FAX(089)941-6079
- 高 知 ● 財団法人 高知県労働安全衛生センター
〒780-0010 高知市薊野イワ井田1275-1 TEL(0888)45-3953 /FAX(0888)45-3953
- 熊 本 ● 熊本県労働安全衛生センター
〒861-2105 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レークタウンクリニック TEL(096)360-1991 /FAX(096)368-6177
- 大 分 ● 社団法人 大分県勤労者安全衛生センター
〒870-0036 大分市中央町4-2-5 労働福祉会館「ルイユ」6階 TEL(0975)37-7991 /FAX(0975)34-8671
- 宮 崎 ● 旧松尾鉱山被害者の会
〒883-0021 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 E-mail sh-net@ubcnet.or.jp
〒102-0085 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
〒960-8103 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
〒754-0000 山口県小郡郵便局私書箱44号

安全センター情報2000年10月号(通巻第269号)2000年9月15日発行(毎月1回15日発行)1979年12月28日第三種郵便物認可 800円
〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1Zビル5階 全国労働安全衛生センター連絡会議 TEL(03)3636-3882 FAX(03)3636-3881
JOSHRC: Japan Occupational Safety and Health Resource Center, Z Bldg, 5F, 7-10-1 Kameido, Koto-ku, Tokyo, Japan
E-mail: joshrc@jca.apc.org HOMEPAGE: <http://www.jca.apc.org/joshrc/>

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC

JOSHRC