

アスベスト「原則禁止」10月1日実施!!
中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会設立

2.7(土)14:00-

石綿対策全国連絡会議 第17回総会



石綿の国際表示

2004年2月7日(土) 午後2時~3時半 参加無料
終了後「患者と家族の会」設立総会・懇親会の予定
早稲田奉仕園・日本キリスト教会館6階7ABC会議室
(早稲田駅徒歩5分、高田馬場駅徒歩12分)
東京都新宿区西早稲田2-3-1 TEL (03) 3205-5413

石綿対策全国連絡会議は、上記のとおり、2月7日(土)午後、第17回総会を開催いたします。

日本のアスベスト問題にとって画期的な年を迎えることになりました。日本におけるアスベスト含有製品の製造・輸入・譲渡・提供・使用を「原則禁止」する、改正労働安全衛生法(2003年10月16日公布)が、いよいよ2004年10月1日から施行されるのです。これは、私たちの16年間に及ぶ不断の努力の成果です。皆様から寄せられてきた暖かいご支援・ご協力に、あらためて心から感謝申し上げます。

しかし、これによって問題が解決したわけではないことを銘記する必要があります。①一日も早く「原則禁止」を文字どおりの「全面禁止」に発展させていかなければなりません。また②すでに私たちのまわりの環境に大量に使われてしまっている既存アスベストの把握、管理、改修、解体、除去、廃棄等の全てを通じた首尾一貫した対策、③今後ますます増大することが確実なアスベスト健康被害対策、を二本柱とした総合的・抜本的な対策の確立が急務です。さらに、④世界規模でのアスベスト禁止を確実なものにしていく必要があることは言うまでもありません。最も重要な市場として残されているアジアの一角で「原則」禁止が実現することの意味は大きく、また、私たちが果たすべき役割も大きいと思われる。

私たちは、2003年2月8日の第16回総会の機会に、ささやかながら全国のアスベスト被災者とその家族の代表が初めて顔を合わせる「集い」を持つことができました。今回、第17回総会後に引き続き、「中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会(仮称)」の設立総会および簡単な懇親会を開催することが予定されています。ぜひ、それらの集まりにもご参加いただくようお願いする次第です。

また、2004年11月19-21日には、早稲田大学国際会議場において、「2004年世界アスベスト東京会議(GAC2004)」を開催する準備が進められています。この会議には、世界各国からアスベスト被災者とその家族、労働者、市民、様々な分野の専門家、行政関係者等、様々な立場の人々が一堂に会して、国際的・学際的な基礎のうえに、経験や最新の知識を共有し、共通の解決策を探る、画期的な試みです。私たちは、この世界会議の成功に向けて、全力を尽くすことを確認しています。

第17回総会では、私たちの成果と到達点を確認するとともに、新たな状況のもとでの取り組みの課題を確認したいと思います。どなたでも参加できます(参加無料)。ふるってご参加下さい。

石綿対策全国連絡会議

〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階
全国安全センター内

TEL (03) 3636-3882 / FAX (03) 3636-3881

労災職業病ホットライン

フリーダイヤル常設化して相談強化

(社)神奈川労災職業病センター 川本浩之 2

特集① / 三池炭じん爆発 40周年

三池の教訓をアジアに活かす 中韓代表招き国際シンポジウム

深刻なアジアの炭鉱の労災職業病 7

特集② / はつり労働者のじん肺等健康障害

職業病補償・予防に問題提起

関西労働者安全センター事務局次長 片岡明彦 31

はつり労働者の健康調査—52事例の解析— 36

連載26—塩沢美代子

語りつがねばならぬこと

54

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

ロッテルダム条約—一部の反対で決定延期 58

インドで石綿セメント製品促進の国際会議 59

アメリカ連邦議会は補償法案を4か月延期 62

立ち上がるイギリスのアスベスト被災者遺族たち

神奈川労災職業病センター 池田理恵 63

長尾光明氏の業務上疾病(多発性骨髄腫)に

関する意見書

阪南中央病院内科医師 村田三郎 68

各地の便り

労災保険①●公労使官一致して民営化に反対 79

労災保険②●未払賃金を含めた保険給付を 86

労災保険③●寄宿舍火災の労災保険適用 87

愛媛●解体作業の石綿曝露で胸膜中皮腫 89

神奈川●港湾労働者の「頸椎」も労災認定 89

東京●中皮腫・じん肺・アスベストセンター設立 90

GAC2004●世界アスベスト会議[第二報] 92

フリーダイヤルを常設化 全国からいつでも無料相談OK

労災職業病なんでも無料電話相談

川本浩之

神奈川労災職業病センター・全国安全センターホットライン担当

1 | はじめに

2003年のホットラインは、11月20-21日に、全国18か所で開催され、相談件数は計121件であった。地域ごとの件数は以下のとおりだが、フリーダイヤル(0120-631202)が常設化されたため、以後も継続して相談が寄せられている。東京5件、八王子0件、神奈川2件、新潟14件、名古屋15件、京都13件、大阪12件、兵庫5件、尼崎8件、広島18件、愛媛1件、松山0件、徳島6件、高知6件、大分2件、宮崎0件、熊本0件、鹿児島14件。

今回、東京、神奈川は、あまり相談が寄せられなかった。全国紙に小さく載る程度では、「労災職業病」というだけでは、あまりインパクトがないのであろう。その点、同じ都市部でも、関西では、京都新聞が取り上げた関係で、京都の相談件数は比較的多く、大阪も担当区域である鳥取からの相談が複数あったのも、地元の日本海新聞に取り上げられたからのようだ。徳島や高知も地元紙に取り上げられ、人口比で考えると、大変多くの相談が寄せられたと思う。テレビで報道された名古屋、広島、鹿児島でも多くの相談が寄せられた。別日程でチラシで宣伝された尼崎の相談件数が多いのも、まさに地力のあらわれ

と思う。いずれにせよ、ホットラインがマスコミ頼みなのは、一定仕方のないことです。

ただ、報道されれば多くの相談が寄せられるという事は、本当に必要な人に必要な情報が、届いていないことの証しとも言える。今後ともマスコミ対策についても、連携、工夫を図って、実施したい。

2 | 相談内容

各地に寄せられた相談を紹介する(地域、対応・回答は省略)。プライバシーの関係上若干改変していることもあることは了承されたい。

- ・急な転勤で、とりあえず会社の配慮で新営業所近くのホテルから通勤していたが、週末に自宅に戻る途中に事故にあう。労災にならないか。
- ・公園などの清掃作業中に脳出血で倒れた。労災にならないか。
- ・夫の会社の業績が厳しく、賃金カット、サービス残業が続き、疲労がたまっているようだ。どうすればよいか。
- ・警備員をしている息子が帰宅途中に交通事故にあう。会社が療養補償は申請してくれたようだが、休業補償の手続きをしてくれない。
- ・娘が1年くらいうつ症状。今年の春から休職して

いる。

- ・息子が10月に失踪し、数日後に車の中で自殺しているのが発見された。係長になって、相当大変そうだったので、過労が原因ではないか。
- ・かなり以前に腰痛になったが労災にならないか。
- ・10数年前に事故で大やけどを負う。後遺症で苦しいし、近所の人の目が冷たい。
- ・労災で通院費は出ないのか。勤務中の交通事故は労災にならないのか。
- ・銀行員の息子が転勤後、精神病院に入院。会社に責任はないか。
- ・娘がストレスのために出社できなくなった。労災ではないか。
- ・タクシー運転手の夫が、勤務中に心筋梗塞で死亡。会社は葬祭料は出したが、労災ではないか。
- ・20代の女性で、介護の仕事をしているが腰痛になって休業。椎間板症だが仕事の原因とも考えられると医師に言われた。労災になるか。
- ・2年前に昇進したが、会社の赤字、トラブル、残業が重なり、「うつ」に。
- ・夫が荷物の運搬作業中に事故にあい、全治半年のケガ。会社が労災にしてくれない。
- ・労災なのに、一部医療費が出ないが、なぜか。
- ・夫が中間管理職で、残業、休日出勤が多い。不眠、死ねたらいいなどといい、医師からは「うつ病」と診断された。それでも出勤しているが、大丈夫か。
- ・上場の騒音が原因で耳鳴り、ストレスで仕事中に倒れた。医師は仕事の原因の可能性を言うが、

会社は認めない。

- ・2003年2月の事故で、労災申請中だが、まだ決定が下りない。
- ・鉱山で働き、じん肺の合併症で休業補償をもらっている。年金になるか、遺族年金はどうなるか。
- ・重量物取り扱い作業で腰を痛める。治療しながら続けてきたが、医師が軽作業に変わるように診断書も出したのに、会社は無視。結局休業を余儀なくされ、退職を強いられた。
- ・指のけがで労災になったが、爪をつけるのは先のことらしいが、一定期間が空いた後の治療も労災が下りるか。
- ・親戚が海外勤務中にケガをして集中治療室にいる。よくても車椅子生活といわれている。海外の治療費や個室代などは、労災からどの程度補償されるのか。
- ・夫が鋼材の運搬作業中に労災死。会社の対応が信じられない。
- ・去年の指の怪我、手術を2回して6か月間休んだが、会社は「労基署と相談して2か月しか休業補償の請求はしない」と言う。また、今年も手指の切断の怪我に関する休業補償の手続きをしてくれない。
- ・6年前、リフトに挟まれてケガ。再発で請求したが、再審査請求も棄却された。病院へ今も通っているので裁判をしたい。
- ・自衛隊員だったが病気で退職。障害年金の手続きで、書類を書いてくれる人がいない。

労災職業病なんでも無料電話相談専用 フリーダイヤル常設化

0120-631202

全国安全センターのネットワークでは、2003年度の全国一斉「労災職業病なんでも無料電話相談」を、11月20-21日の2日間、上記の電話番号(0120-631202)で受け付け、同期間以降も同じ電話番号で常時相談を受け付けます。2日間の全国一斉相談には18団体が対応し、それ以降は、常時対応が可能な地域センターが分担して、全国をカバーすることになります。フリーダイヤル常設化による相談機能の充実にご期待ください。

- ・2001年に機械修理中に挟まれて、足を怪我。2002年3月退職。労災請求をしたい。
- ・重機の下で仕事をしていたら、左眼を負傷し障害が残った。重機の会社に損害賠償をさせたい。
- ・車で営業の仕事。業務災害とも思うが、労災にはしたくないが、どんな補償があるか。
- ・駐車場でパート労働者として勤務中に車が飛び出してきて、転倒。先日退職してしまったが、労災の手続きはできるか。
- ・パートで倉庫要員。脚立に登ったら、壊れていて転落し負傷。会社に退職強要されて、退職願を書いた。1か月しか働いていないし、会社ともめたくはない。
- ・捻挫。労災認定され、接骨院で治療をしているが、ドラッグストアで別の薬を買いたい。労災は適用されるか。
- ・打撲で治療費は労災認定された。休業補償はどうすればよいか。
- ・去年12月、重量物を持った際に、脊椎を負傷して労災受給中。幾つか病院を変ったが、不親切。なかなか治らず、気が滅入っている。
- ・中古車販売。左膝半月板損傷。労災認定されず、2000年に再審査請求したが、何もいってこない。
- ・労災補償制度とはどんなものか。保険料は誰が払うのか。どんな種類の補償があるか。
- ・調理師だったが、9月にリストラ解雇。手の痛みがあり、腱鞘炎と言われた。労災請求はできるか。
- ・1998年に腰の骨を折った。2年ほどで症状固定とされたが、いまだに通院しており、納得できない。労働基準監督署にも行ったが駄目だと言われた。
- ・30年間鋳造関係の仕事をして、じん肺になって労災給付を受けているが、10万円くらいしかもらえず、悔しい。会社も自分が退職したらつぶれた。
- ・米屋に勤めて42年。昨年「両膝変形関節症」で労災認定されたが、1年で打ち切り。仕事に復帰したが、やはり無理で再発申請中。
- ・トラックの運転中にバスに追突される。会社は当初労災にすると断っていたが、自賠責に請求してくれと言われた。監督署も同じ事を言う。
- ・通勤路上でバイク同士の事故で、当日病院では異常ないと言われたが、一か月後くらいから頭痛と吐き気に苦しむ。自賠責を使っているが、過失が五分五分と相手に言われている。生活が不安。
- ・ベルトコンベアの作業中に同僚のミスでけが。社長も労災にしてくれない。度重なるミスなのに、具体的改善がない。
- ・15年前の転落事故で、足に障害がある。労災にはなったが、今から補償要求したい。
- ・20代の娘の会社は、健康診断もないし、有給休暇もない。息子はサービス残業させられる。
- ・20代の女性だが、スーパーで週に2回くらい、夜の10時半ごろまで一人で後片付けをすることがあり、不安だ。
- ・牧場で働いているが、牛の下敷きになって足の骨を骨折した。
- ・電気工事中に感電事故で集中治療室に入院。労災認定されているが、退院後に解雇された。現在も療養中。損害賠償請求したい。
- ・息子が瓦葺師として個人事業主の下で働いているが、社会保険・労災保険をかけていないようだ。個人で入れる制度はないか。
- ・型枠大工として真夏の就労中に脳内出血で倒れ、後遺症が残った。他の人も熱くて倒れたようだ。労災にならないか。
- ・事業主だが特別加入で労災休業中。仕事がないので従業員への補償制度はないか。
- ・入社後まもない事故で、クビから下がマヒする大けがをして入院中。休業補償は大丈夫か。
- ・息子がエタノールなどでめまい、てんかん発作をおこして治療中。専門家に相談したい。
- ・10月下旬に労災事故にあった。休業補償について知りたい。
- ・公立病院の看護師だが、患者から暴力を振るわれて鼓膜が破れた。時間がかかったが公務災害になった。一部自費になっているのが疑問。
- ・自動車部品会社で揮発性の油が原因と思われるのどの痛み、せきに悩まされる。
- ・労働基準監督署の労災調査書類は見ることができないだろうか。
- ・遺跡発掘のアルバイトで頭部外傷の事故にあう。障害等級14級と認定されたが、運動障害などが残り、不服審査請求中。

- ・ 運送業で無理なスケジュールのために事故を起こしてしまう。現在も療養中だが、会社は退職すれば自動車事故の保険金を払ってやる、無言電話などのいやがらせを受けている。
- ・ ボイラー関係の会社で、労災事故にあい、障害等級9級の後遺症が残った。嘱託で非組合員なので、上積見舞金もらえない。損害賠償請求できるか。
- ・ 作中に追突事故にあったが、会社は労災にしたいくないとして、傷病手当金プラス自動車保険で8割休業補償すると言われた。
- ・ 親戚がじん肺と言われたが、お金がなくてあまり病院に行っていないようだ。
- ・ 夫が製紙工場で労災死。労災は適用されたが会社の対応が不満だ。
- ・ 息子が介護施設で働くようになったが、24時間勤務が連続している。体が心配だ。
- ・ し尿収集作業中に腰痛になったが、労災が認められなかった。
- ・ 大工で慢性の腰痛。特別加入していない、病院にも行っていない。労災にならないか。
- ・ じん肺で在宅酸素療法をしている。酸素吸入の器具を労災申請中。
- ・ 機械清掃に使う有機溶剤が原因で頭痛がひどく退職。労災申請したが認められなかった。詳しい医師を紹介してほしい。
- ・ はつり36年でセキやたんがひどく治療中。労災にならないか。
- ・ 68歳の女性で、アスベストを扱った記憶がないが、悪性胸膜中皮腫で治療中。医師の治療に納得できない。
- ・ 大工で帰宅後ろれつが回らなり、脳動脈瘤と診断され手術するが、後遺症が残る。会社からも解雇される。医療ミスも疑われる。
- ・ 自営業で現場で倒れる。労災保険に加入していないが今からでは無理か。
- ・ 鉄板で親指をつぶす。障害何級か。
- ・ 労災申請中に別の交通事故で休業を余儀なくされ、補償のことでもめている。
- ・ 鉱山で17年働き、じん肺と言われているが、手続を教えてほしい。
- ・ 10年以上重量物を扱う仕事をしていて、「右ひざ関節水腫」と診断されたが、労災になるか。
- ・ 鉄鋼現場で粉じん作業をしていたが、「肋膜炎」と言われた。
- ・ 解離性動脈瘤と言われたが、過労が原因ではないか。
- ・ 交通事故で治療中だが、症状固定して健保で治療するように言われている。退職したが労災申請できるか。
- ・ 縫製作業をしてきたが、「肺泡蛋白呼吸不全」と言われた。
- ・ 労災事故にあったが、労働基準監督署の対応がひどい。
- ・ 造船で働いてきたが、「肺線維症」と言われた。
- ・ 交通事故で冷っていないのに症状固定にされた。
- ・ 時間外労働が多い。
- ・ 重量物を取り扱う仕事で、頸椎症と言われた。
- ・ 家族が本社をリストラされて、四国の子会社に転勤させられて、うつになった。
- ・ 「カカン症候群」?になった。
- ・ 建設労働者で腰痛になった。
- ・ 建設労働者で脳内出血に。
- ・ 鉄工所で働いているが、変形性関節症になった。
- ・ 今年高校を卒業し、就職した息子が、自殺した。炎天下の作業や時間外労働、出張など激務により、性格が一転した。事業主の管理責任を問いたい。
- ・ 夫が決算のため残業中に脳梗塞で倒れて死亡。会社は労働基準監督署が難しいと言ったとして、手続してくれない。サービス残業も多かった。
- ・ 10年前にC型肝炎で公務災害認定された。最近打ち切りとなったが、再発の可能性もあると言われるが、どうすればよいか。
- ・ 交通労働災害で2年間ほど治療してきたが、今年の夏に症状固定となった。障害等級6級と医師には言われたが、労働基準監督署からは何も言っていない。
- ・ 運送業の運転手の夫は毎日16時間以上働いている。疲れていてやせてきた上に低賃金だ。なんとかならないか。
- ・ 炭鉱で働いたことがあり、じん肺申請したが、労災

認定されず、不服申し立てをしている。肺がんにもなった。

- ・15年前にうつ病になったが、今も治らない。労災申請と会社に損害賠償請求したい。
- ・保育園に勤めていた娘が自律神経失調症で治療中、退職を余儀なくされた。労災にならないか。
- ・5月に製造現場でケガをして労災請求したが、「変形関節症」という病名のためか、いまだに決定されず、休業補償がもらえていない。会社や労働基準監督署に催促するがだめ。
- ・昨年11月に職場でぎっくり腰になり、通院治療してきた。椎間板ヘルニアと診断される。会社は因果関係がはっきりしないというが、労災申請できないか。
- ・東京に住む30代の親戚が長距離トラックの運転手をしていたが、勤務中に脳出血で倒れて死亡した。過重な労働が原因ではないかと思うが、労災にならないか。
- ・管理職だった親戚が、業転後労働時間も増える中で、うつ病になり、自殺してしまった。会社との関係は悪くなかったようなので、労災申請は気が引けるが、どうすればよいか。
- ・運送業の運転手をしていて、トラックから転落して労災治療中。症状固定後の生活が不安。通院費は出ないのか。
- ・建築関係の仕事をしていた知人が仕事上の事故で死亡したが、労災が不支給になった。
- ・夫が建設現場で転落事故に会い入院治療中。社長は労災の手続きをしないで、完治していないのに、早く仕事に出て来いという。
- ・現在労災治療中で、12月に退職予定だが、その後労災保険は適用されるか。
- ・スーパーの惣菜担当をしているときに、揚げ物を揚げている油に手をつっこんでしまい、やけどを負う。現在も通院治療中。
- ・職場でいろいろ嫌がらせをされた。
- ・3年半前の事故で労災申請したが、だめだった。
- ・振動障害で労災申請したが不支給となり、現在審査請求中。
- ・土木工事で振動工具を使用してきた。振動病の検査を受けたい。

3 まとめ

相変わらず典型的な労災隠しが後を絶たない。労災になっても、現状や将来の補償について、労働基準監督署や会社がきちんと説明していない。死亡災害ですら、遺族にきちんと対応できていない会社があるのは驚きである。また、災害性腰痛や交通事故のように、手続きをきちんと進めれば何ら問題がないようなものも、会社がきちんと対応しない例も多い。症状固定をめぐる問題も相変わらずである。

新しい相談事例としては、やはり精神疾患の増加であろう。まだまだ業務上認定事例が蓄積されていないし、業務上の事案もあまり公表されることがないので、経験の共有化が困難である(とくに本人が治療中の場合)。少なくとも我々に相談するということは、本人や家族が仕事の原因だと確信されているわけで、対応は懇切丁寧に進めるしかない

今後は、全体の対応レベルのアップが大きな課題であり、さらに充実した相談態勢を整えるために、以下のとおり、いくつかの課題に取り組みたい。

まず、「事例検討・学習会」を開催する予定である。例えば、時効やじん肺の仕組みは、かなり複雑な上に、地方によって対応が異なることも少なくない。なによりもケースに則して学習するのが最も効果的だと思われる。

また、他の地域で事故をしたとか、転勤後にうつになったというようなケースは、『広域対応』が必要となる。センター間、あるいは労働団体・医療機関などとのさらなる連携を図りたい。労災職業病相談は、経験が物を言う。しかし、専従者にのみノウハウが蓄積されるようでは、運動の広がりはない。

そこで、一般に市販されているような制度の解説書ではない、『相談対応マニュアル』づくりを進めている。

常設されたフリーダイヤルの今後についても、地域センターのない自治体の行政窓口には置いてもらえるような『リーフレット』の作成を予定している。

読者のみなさんからも、その他ご意見、積極的なご提案をお願いしたい。



三池の教訓をアジアに活かす 中韓代表招き国際シンポ

深刻な炭鉱の労災職業病

2003年11月9日、福岡国際ホールにおいて、三池炭じん爆発研究会の主催による「戦後最悪の労働災害 三池炭じん爆発から40年 国際シンポジウム—三池の教訓を忘れない」が開催された。

× × ×

「1963年11月9日に福岡県大牟田市の三井三池炭鉱であった炭じん爆発からちょうど40年が経とうとしています。

458人の死者と、労災認定されただけで839人の一酸化炭素(CO)中毒患者を出した事故は、世界でも類をみない炭鉱事故となりました。保安よりも生産性を重視した会社側の姿勢や、「ニセ患者」という言われなき地域社会からのレッテル張りに結果として手を貸した専門家(医師)の責任など、事故からは現代に生かされるべき『負の遺産』が生み出されました。

国内では事実上ヤマの灯は消えましたが、多くの稼働炭鉱を抱え、日本の石炭輸入先でもある中国をはじめとするアジア各国では、今も炭鉱災害が頻発し、同じ『三池の道』が繰り返されています。

私たちは、すでに『三池CO研究会』を結成、事故にかかわる貴重な資料群の収集・整理と刊行をめざした作業は大詰めを迎えています。その一方で、『負の遺産』を『正の遺産』として現実の場に引き渡していく作業にも取りかかる重要性を感じています。新しく『三池炭じん爆発研究会』を立ち上げたのも、こういう思いからです。



今回のシンポジウムはそうした作業の第一歩です。」
(シンポジウム呼びかけのチラシから)

「三池の教訓をアジアへ伝えるネットワークづくり」が、このシンポジウムの眼目のひとつであった。

中国からは、中華全国総工会(ACFTU)が、代表団を派遣。中華全国総工会労働保護部の林富国(リンフクオ) 副部長を団長に、留学経験もあり日本語も堪能な中国疾病予防控制中心(CDC)職業衛生・中毒制御所(制御=管理)の李涛(リータオ) 所長、それに炭鉱地帯を抱える黒竜江省の総工会幹部と鶏西(市) 鉱務局総医院の若い女医、総工会の対外交流中心(=センター)の通訳という顔ぶれだった。

韓国からは、炭鉱の中心地であった太白(テバク)で在家(宅)じん肺患者らの支援に携わる太白自活後見機関の元應浩(ウォンウンホ) 館長(1997年5月号25頁参照)が来日される予定であったが、直前に

なつて来れなくなつてしまつたため急遽ピンチヒッターとして、労働健康連帯事務局長の岡永洙氏(チュ・エンス)(韓国・翰林大学医学部助教授、翰林大学聖心病院産業医学科課長)に來口していただいた。

今後中国の炭鉱視察なども予定されており、当面3年計画のプロジェクトの1年目としては、ネットワークづくりに向けた足がかりがつけられたということだろう。中国代表団は、大牟田、水俣、熊本とまわつて関係者と交流を深めて、15日に帰国した。

シンポジウムは、美菜川成章弁護士(福岡城南法律事務所)の開会挨拶と、原田正純氏(前頁写真、熊本学院大学教授)ではじまり、宇沢弘文(日本学士院会員、東京大学名誉教授)、荒木忍(元九州工業大学名誉教授)、森弘太(映画監督)、増子義久(元朝日新聞記者)の各氏からのメッセージが紹介された(宇沢弘文氏のメッセージを囲みで紹介)。

続いて、林富国氏(写真中)が、中国における労働安全衛生をめぐる最近の状況を報告した。中国では20年の改革開放を経て著しい変化があり、労働安全衛生重視、予防第一、科学的発展戦略が強調されるようになってきている。立法においては、2001年の職業病予防・治療法、2002年の安全生産法、そして1995年の労働法という大きな進展があった(これらの法律の日本語訳は国際安全衛生センターのホームページで入手できる—<http://www.jicosh.gr.jp/Japanese/>)。解決が必要な5つの重点方面は、①炭鉱、②爆発、③機械、④化学危険品、⑤道路水上交通、である。

炭鉱については、この間、違法・劣悪な労働条件の小零細炭鉱を閉鎖し、100万トン当たり死亡率は大幅に低下して、国有炭鉱では1.2人にまでなった(以前は平均5人位?年間採炭量は13億トンで、世界第1位)。

労働組合は法の起草や政策決定に参加している。企業のなかに、安全衛生の組織をつくつて、労働者



から不安全を通報してもらい、企業に対策をとらせるようにした。労働安全衛生は格段によくなりつつあるが、世界的にはまだ低いと思っている。日本の経験から学びたい。

李涛氏(写真下)は、職業衛生・中毒制御所が最近まとめた最新の中国における職業病統計を紹介した。今までにじん肺患者58万人以上、すでに死亡



しているものが13万、療養中は45万。毎年1万2千人が新たに認定されているが、炭鉱は約2分の1である。次が中毒患者で毎年約2,000人、慢性中毒が1,300人に急性中毒が600人程度(これらは未公表

のデータであるとのことだった)。

伝統的な職業病をコントロールしきれていない一方で、化学物質、接着剤やベンゼン、ラテックスによる中毒など、新しい職業病も増えてきている。また、

三池炭塵爆発40周年を迎えて

今日、三池炭塵爆発40周年を迎える。1963年11月9日に起きた三池炭鉱三川抗の炭塵爆発は、死者458人、一酸化炭素中毒患者839人の犠牲者を出した。日本資本主義の歴史における最大の産業事故のひとつである。それは、水俣病問題とならんで、戦後日本の高度経済成長がいかに大きな人間的犠牲をともなして展開されたかを象徴するとともに、現在日本経済の苦悩を予見させる事件であった。三池炭塵爆発はまた、戦後日本の労働運動の先鋭を闘った三池炭鉱労働組合の苦悩の歴史を象徴する事件でもあった。

1963年11月9日に起きた三池炭鉱三川抗の炭塵爆発は、戦後最大の規模の三池闘争の結末のもつ悲劇的性格をまさに象徴する事故であった。三川抗は、有明海の海底、350メートルから450メートルの深さにある炭層を発掘していた。当然、炭鉱労働者の安全を最優先して、経済的、経営的観点からの妥協は許されるべきではなかった。しかし、高度経済成長の「麻薬」に中毒され、三池争議の「勝利」に酔った政府、大企業の経営者たちにとって、炭鉱労働者たちの安全はむしろ副次的な意味しかもたなかった。日本社会もまた、五百名に上る死者を出し、千名近い一酸化炭素中毒の犠牲者を出した三池炭塵爆発の悲劇からも適切な人間的な教訓を得ることはなかった。1860年代から現在にかけて、水俣病問題、四日市公害、尼崎、川崎自動車道路公害をはじめとする数多くの公害問題、むつ小河原、片小牧、大分、志布志湾をはじめとする無謀な開発計画、全国いたるところに美しい自然を傷つけ、人間的な営みを破壊しつづけてきたダム、自動車高速道路の建設を中心とする公共事業の強行は、その基本的性格において三池炭塵爆発の悲劇と異なるものではない。

三池炭塵爆発の40周年を迎えて、三池炭塵爆発の数多い痛ましい犠牲者の方々の霊を偲び、また、残された家族の方々の悲しみと長い年月にわたるご苦勞を思い、三池炭塵爆発と水俣病の悲劇を原点として、日本社会、経済をより人間的なものに変えてゆかために、私も残されて全生命を捧げることを誓いたい。

宇沢弘文(日本学士院会員、東京大学名誉教授)



新しい課題として出稼ぎ労働者の職業病と多国籍企業における問題を指摘されたが、前者で現在問題になっているのは日本に輸出する畳製造工場におけるじん肺の問題だということで、これは前夜の交流の場でも話を聞いたが、2003年11月号11頁で紹介した、7月にバンコクのANROAV会議で聞いた寧波市の問題のことである。後者としては、台湾資本の製靴工場で中毒が発生したが、倒産してしまったという事例が紹介された。

おふたりの報告は必ずしも炭鉱の問題に焦点を絞ったものではなかったが、今回、ANROAV会議で入手した「中国の小零細炭鉱における労働災害の防止に関する研究」レポートの翻訳を28頁で紹介しておく。

周永洙氏(前頁左写真)からは、韓国における「在宅じん肺患者の健康実態と改善法案」について、まとまった報告をいただいた。また、今回参加できなかった元應浩氏からも、「新たな転機を迎えているじん肺問題、そして残った問題—太白地域を中心に—」という報告が届けられた。両報告ともソウル在住の鈴木明氏に日本語に翻訳していただいて、参加者に配られたが、11頁以下で紹介する。

日本側からは、三池CO家族訴訟の原告であった松尾恵虹さんが自らの体験と家族訴訟に託した思いを語った(前頁右写真、1998年9月号7に第7回田尻賞表彰式でのスピーチを紹介)。また、同訴訟の主任弁護士でもあった美菜川成章弁護士(写真左)が、裁判の焦点となった①時効の取り扱い、②事故の原因、③妻の慰謝料について、裁判の意義を解説された。「裁判を始めたときは25歳だった」と当時を振り返りながら、「誰かが歩かないと道はで



きない」という言葉を引かれたのが印象的だった。

城ヶ崎病院(玉名市)の三村孝一院長(写真右)は、10月31日から11月1日にかけて行ったばかりの、三池「酸化炭素中毒患者40年目の追跡調査」について紹介された。三村氏と原田正純氏はともに熊本大学精神神経科に大学院4年生として在学中に、要請を受けてかり出されて以来の患者との付き合い。恩師の立津政順先生から、「一生患者とつきあっていけ」と教えられたというが、40年にも及ぶフォローアップ調査は世界的に類例をみない貴重なものである。

15年目(416名受診)、閉山の機会に実施された33年目(156名受診、精神経誌(1999年)11巻7号等に報告)に続き、3回目となる40年目の一斉健診は121名が受診した。患者(「医師団も」とは、三村氏の介)高齢化し、受診者のほとんどが70歳以上で、62歳が最年少だったとのこと。

「印象としては、CO中毒特有の物忘れや性格変化などの症状が増悪(生活の場でないところさえく)に、高血圧や脳梗塞等の合併症が加わるという7年前の前回健診でわかった傾向が、加齢でさらに強まっているという感じを受けた。患者と家族の悩み、福祉的ケアを含めた全人的な対応、総合的ケアが必要」と訴えられた。

事故当時は患者の訴えだけだと退けられた問題が、33年目の追跡調査ではMRI等で他覚的に確認されたりしており、40年目の追跡調査のまとめが待たれる。

あいにく衆議院選挙と重なり、参加者は多くはなかったが、内容の濃いシンポジウムだった。今後の展開に期待とご注目を。



新たな転機を迎えているじん肺問題、 そして残った問題

—韓国・太白地域を中心に—

元應浩 (ウォン・ウンホ)

韓国・太白自活後見機関 館

国際的な行事に招請していただき、一緒に交流できる良い機会になったにもかかわらず、参加できず申し訳ありません。しかし、原稿を通じてでも意見を交わせるようお許しいただき、感謝申し上げます。

三池炭鉱三川坑の大爆発があつてから40年を迎えることになり、犠牲者の皆さんに対し、哀悼を表します。

無理な産業構造調整で 危機に逢着した韓国の炭田地帯

三池炭鉱労働組合の労働者教育活動と、労働者の同意なく一方的に施行された合理化に反対する445日間の大闘争事件は、韓国でも労働者教育の事例として、よく登場しています。とくに三川の大爆発事件は、対策なしに企業の論理だけで一方的に施行された合理化事業が、どれほど大きな災害をもたらすか如実に見せた事件だと言えます。韓国でもCOガスによる爆発事故が何回かありましたが、三川の大爆発事件のような規模はありませんでした。わたしも今回、三池炭鉱の資料を調べながら、爆発事故の規模が非常に大きかったことを知りました。そして三池闘争以後、第二次合理化で炭鉱の人員が大幅に減らされながら、労働安全に対する対策をおろそかにするようになり、これによって大爆発事故が発生し、458名が死亡し、839名が負傷を負うことになったのは、残念なこと以外にありません。ただ、この間、ひとつの炭鉱の労働闘争に止まっていたのが、この爆発事故を契機に全国民的関心事にな

り、労働安全に対する政府政策が大きく変化することになったのは、幸いだったと思います。

韓国でも、1990年代初めから、石炭産業に対する合理化事業を施行しました。この事業の施行により、合理化前に347だった炭鉱と年間2千4百万トンに達した石炭生産量が、2003年現在は、稼働炭鉱9で、年間の石炭生産量も2百万トンに減り、ほとんど命脈のみつないでいっています。

しかし、韓国でも合理化による問題は多く発生し、その後遺症が大変大きいです。炭鉱が多く散在していた太白市をはじめとした太白炭田地帯¹は、石炭産業合理化事業による被害が最も大きかった地域です。

1990年1月から石炭産業合理化事業が施行され、10年という短い期間の間に多くの炭鉱が廃鉱となり、太白市は、深刻な社会問題が発生しました。太白市の場合、43に達した炭鉱中、93%が廃鉱となり、現在3つの炭鉱だけが残っています。20,000名余りいた炭鉱労働者も5,000名に減少しました。石炭産業以外には、他の産業が全くない脆弱な経済構造をもっている太白市は、働く場を失った多くの炭鉱労働者と地域住民が他地域に出ながら、年平均8.2%の人口減少現象を見せ、1988年度に11万5千名に至った人口は、2000年度には49.5%減少して5万7千名になりました。

このような急激な人口減少現象により、太白市の一部地域は地域空洞化現象が加速化しており、廃鉱以後長期的な失業状態にあつたり、新たな貧困階層に転落する事例も続出しています。そののみ

ならず、各種の労働災害による後遺障害を経験している労災患者と、じん肺に代表される炭鉱職業病問題は解決されないまま、課題として残されることになりました。

合理化による地域問題に対する 住民たちの対応努力と政府政策の変化

いまや政府主導の合理化政策は、土壇場にきました。現在稼働している炭鉱のうち、来年度に2～3の炭鉱が廃鉱となれば、石炭産業合理化事業は仕上げになると展望しています。しかし、合理化事業を進めながら、政府が放置した問題が残っており、これを合理化事業が終わる前に、見えるかたちで方案を準備しなければなりません。そのうち最も大きな問題は、地域経済再生方案の準備と長期失業者と貧困層、およびじん肺患者等労災被災者のための対策整備です。

1. 地域経済再生法案の模索と推進内容

まず、廃鉱により経済的困難を経験している炭鉱地帯の都市が、石炭産業に替わる産業を育成し、発展させることができる代案を模索することです。すでに1993年から太白炭田地区内にある太白市をはじめとした炭田都市は、政府の一方的な廃鉱一辺倒の政策に強く反対し、地域社会の経済的問題を解決できる代案整備を持続的に要求しました。

しかし政府は、廃鉱一辺倒の合理化事業を継続して推進し、地域住民に対する対策は、全く考慮されませんでした。遂には1995年初から地域住民の強力な対政府抵抗運動が繰り広げられ、時間が経つほど、市民不服従運動の様相に飛び火しました。結局政府は1995年3月3日、江原南部の廃鉱地域内に内国人出入カジノの開設と、代替産業活性化のための支援などを含めた廃鉱地域開発のための「特別法」制定を約束し、一段落となりました。

3・3合意書を契機に、韓国の代表的な炭田地域であり、合理化以後廃鉱により最も多い被害を被っていた江原南部の廃鉱地域の4つの市・郡、7地域(太白市、三陟市道溪邑、旌善郡古汗・舎北・新東邑・南面、寧越郡上東邑)の住民代表が集まり、「江

表1 石炭産業合理化事業 施行前と施行後の太白炭田地域の現況

区分	1988	1995	2000
稼働炭鉱(個所)	347	11	11
生産量(千t)	24,295	5,720	4,150
消費量(千t)	25,641	5,458	4,158
太白炭田地区人口計(名)	209,664	106,018	88,069
古汗/舎北邑	52,281	19,816	14,330
太白市	115,175	64,877	57,067
道溪邑	42,208	21,325	16,672

資料：大韓石炭公社 50年史, p110

原南部廃校地域住民連帯会議(以下、連帯会議)」を結成しました。そして連帯会議は、3・3合意として得た成果である「特別法」制定のための住民立法運動を、本格的に展開しました。

しかし、特別法制定運動の過程は長く、冗漫になりました。白頭大幹の中心に位置した高原山岳地形である地域の特性上、山林と環境を保全せねばならぬとの政府および環境団体の立場と、適切な開発を通して地域を生かすのが優先だと住民の立場が、五分五分に張り合いました。また、内国人出入カジノを設立することに反対する経実連など、全国規模の市民社会団体の強力な抵抗にぶつかりながら、住民立法運動は何回かの危機を迎えました。内部的には、連帯会議に参加した地域間の小地域主義と利害関係が絡みながら、何回か葛藤と鋭い対立を経たりもしました。

結局、廃鉱地域が際した深刻な状況を直接目にした首都圏の市民社会団体および環境団体の立場が変化し、これを契機として政府も、「持続可能な開発」を前提に、開発の利益が住民と地域の疎外階層に戻るような構造を作れば、規制を解いて開発が可能のように支援するという立場に変わりました。組織内の葛藤もある程度整理がつき、当初の政府案どおり内国人出入カジノを旌善郡古汗・舎北地域に設立することを他地域が認めて、特別法制定運動は坦々と推進することができました。1995年11月に、2005年までの時限的効力を発生する「廃鉱地域開発支援に関する特別法」が制定され、翌年施行されながら、江原南部廃鉱地域は新たな転機を準備す

ることになりました。

しかし、特別法が制定・施行されて今年で8年目を迎えており、あと3年経てば法の効力が終わる時点に至りますが、江原南部廃鉱地域の開発は、原点でぐるぐる回っており、石炭産業に替わる新産業の誘致と活性化は、相次いで失敗に終わりました。地域住民が出資し、設立した太白市民株式会社など住民主導の地域開発を試みましたが、これまた財源確保の困難と、IMF通貨危機まで合わさって、挫折するばかりでありませんでした。廃鉱地域の経済的活性化と住民雇用創出、および福祉増進という目標を持って設立した内国人出入カジノ²だけが活性化し、廃鉱地域の暗い夜空を少しだけ明るくしているのみです。

結局、持続可能な開発を目標に進められてきた住民立法運動は、内国人カジノひとつだけとともに設立した、いわゆる「カジノ立法」になったという内外の批判とともに、未だ廃鉱地域の効率的な開発の展望は不透明です。特別法の時限を延長するための住民運動が再び始まってはいますが、もともと首都圏からはるか離れており、道路等交通網が劣悪な水準に止まっているところに、地方自治体なりの努力にもかかわらず、経済不況が重なりながら、外国企業の投資など民間資本の誘致条件すら難しくなっている実状なので、この地域の経済回復にはもう少し多くの時間を必要としています。

2. 長期失業者と貧困層およびじん肺患者等 労災被災者のための対策準備と推進内容

廃鉱以後の経済的困難と同時に台頭した問題は、廃鉱による大量失業と人口の外地流出です。しかし、より大きな問題は、労働力の喪失で、外地に出て行けない人たちにあります。外地に出たとしても、仕事を探すことができる人たちは、若く労働力や特定の技術があったり、ある程度の資金がある場合です。反面、外地に出て行けない人たちは、すでに老いて労働力が大きく低下した状態に加え、資金もない場合です。彼らが長期的な失業状態にとどまるようになり、地域社会の新たな貧困として位置しています。彼らのうちの相当数は、じん肺患者が労災の後遺障害を体験している人たちです。

政府は、彼らのような疎外階層に対する配慮を、全くしていません。

現在、炭鉱が最も多くあった太白市と旌善郡のじん肺患者は4,148人³です。全国的にはじん肺患者の数が、全国塵肺災害者協会は5万7千人と主張していますが、政府は、公式的に16,709人で、現在療養中のじん肺患者は2,738人だと発表し、格段の差があることが分かります。⁴しかし、どの基準を適用したとしても、太白炭田地区内5つの療養病院と隣の東海市の療養病院など江原南部圏の6病院に療養中のじん肺患者は1,271人⁵に至っており、法が定めた基準⁶により、療養等の支援から除外された「在宅じん肺患者」⁶まで含めれば、単一地域に、相当数のじん肺患者が集中していることが分かります。

じん肺患者の実態を調査した資料によると、彼らは、ほとんどが50歳以上(96.3%)の男性(94.4%)で、小学校卒業未満の低学歴者(74.0%)です。ほとんどが子どもと離れ、一人または夫婦だけで住んでおり(69.1%)、子どもがいても19.5%だけが、月37万ウォン(約3万7千円)の経済的支援を受けているのみです。1か月の収入は、療養給付を受けている療養じん肺患者と、そうでない在宅じん肺患者の間に、大きな格差を見せています。療養じん肺患者の場合、月100万ウォン～150万ウォンが75.5%である反面、在宅じん肺患者は100万ウォン未満が86.3%と現われました。そして、在宅じん肺患者の半分程度は、福祉団体、宗教団体などの経済的後援に依存しています。このような貧困状況にも、彼らのほとんどは働かないでおり(80.7%)、働かない理山は、仕事も不足し、労働強度が高い日雇職がほとんどなのに加え、高齢および疾病による労働能力喪失(82.9%)のためです。特に在宅じん肺患者の場合は、子どもがいる場合、政府の公共扶助から除外され、事実上死角地帯におかれています。⁷

じん肺患者は深刻な貧困線上に置かれています。彼らに対する社会的支援はきわめて制限されています。地域の福祉団体である社会法人太白社会福祉会が、1995年から貧困なじん肺患者を対象に経済的後援事業(月5万～15万ウォン)を実施し、医療の恩恵を受けられない在宅じん肺患者を対象

に、地域内医院（dispensary）と協力して無料診療と投葉事業を、1991年から2000年まで実施しました。また、地域のライオンズクラブ等の奉仕団体が、極貧の在宅じん肺患者の子女奨学金支援と生計費後援を行う事業を実施しました。しかし、全国塵肺災害者協会が太田に本部を置いていますが、協会の主な収入源になる療養じん肺患者を中心としたじん肺制度と政策の改善に重点を置き、消極的に対応するだけで、在宅じん肺患者を含めた貧困じん肺患者のための救護事業は、全く施行できませんでした。

このような協会の消極的な対応とは違って、太白炭田地域の医療人、市民運動活動家と、じん肺患者を対象に救護事業を担当していた太白社会福祉会が中心になった福祉団体が集まり、1999年に「じん肺問題を考える市民の集い（以下、市民の集い）」を構成し、政府に対策を求める活動を持続的に展開しました。しかしこの過程で、塵肺協会はむしろ強い敵対感を見せ、じん肺問題を協力して解決しようとする努力よりは、対立的様相に迫りやりました。じん肺問題は、唯一協会のみが乗り出して政府と協議し解決しなければならないものであり、じん肺問題の当事者でもない何の因縁もない組織（『市民の集い』を指す）が問題に割り込むのは間違いであるというのが、協会の一貫した立場でした。

結局、じん肺問題を一緒に解決していこうという努力をしながらも、二元化したままそれぞれの方式で対応せざるをえず、大きな力にできず、政府のじん肺政策と立場にも、大きな変化がありませんでした。そのような中、1994年と2000年の2回にわたり、じん肺問題に対する国会レベルの国政監査が実施されましたが、その場に市民の集いで活動していた人たちが参考人として出席し、じん肺問題の深刻さと政府の無対応を陳述、糾弾する機会を得ました。特に2000年11月7日に開かれた国会環境労働委員会の労働部国政監査に、筆者と太白地域の在宅じん肺患者1名が参考人として出席し、じん肺問題の実相を一つひとつ陳述し、その場に一緒にいた労働部長官と労働部のじん肺問題と関連した部署の局長および担当実務公務員たちは、与野を問わず参席した国会議員たちから降り注ぐ批判と実質的な対策を迫られました。これを契機に、じん肺問題

を根本的に解決するための政府レベルの議論が、本格化されました。

その翌年の2001年1月から、労働部は、国政監査時に提起されたじん肺問題を解決するための政策樹立に着手し、その年の6月に、じん肺患者のリハビリを含めた「労災患者リハビリ事業5か年計画細部実践事業」を発表し、3か月後の9月には、「じん肺患者保護総合対策」を発表し、じん肺問題解決のための政府レベルの実質的な対策を続けて打ち出しました。とくに、じん肺患者保護総合対策には、「じん肺療養範囲の拡大」をはじめとしたじん肺患者リハビリプログラムの開発およびじん肺患者保護療養施設の設置等、現場の意見を反映した措置を盛り込んでおり、合理化事業以後放置されていたじん肺問題に対する画期的な転機を用意することになり、じん肺患者に新たな希望を抱かせてくれています。（表2参照）

じん肺患者保護療養施設は、じん肺問題を解決していく新たな代案として認識されました。現在のじん肺患者の療養体系は、法が定めた合併症があったり、重度の呼吸困難を持つじん肺患者だけが療養病院に入院できます。そして長期間にわたり病症が進行するじん肺症の特性上、一度入院することになると、短くて5～6年から長くて10年を超えて病床を占めていて、病床は限定されており、新たな療養対象者が発生しても療養の機会を持ってません。

しかし、じん肺患者保護療養施設が建立されれば、合併症の治療が完了し、医療的な処置は必要ないけれど一定期間保護が必要な高齢のじん肺患者と、軽症の療養患者を別途に収容し、保護とリハビリプログラムを専門に施行できるようにしました。

また、今まで療養の恩恵を受けられないまま死角地帯にいた在宅じん肺患者にも施設を開放し、利用できるようにして、多様な福祉サービスを受けられるようになりました。

しかし、じん肺患者保護療養施設の設立という新たな代案が用意されましたが、これを運営する方案については、政府と専門研究機関、および市民の集いと塵肺協会の立場がそれぞれ差異があり、意見を近づけられないでいます。市民の集いでは、じん肺患者保護療養施設が地域社会に開かれた施

表2 じん肺患者保護対策の要旨

区分	現行	今後の対策
○じん肺療養範囲の拡大	○療養認定対象合併症(8種) *肺結核、結核性胸膜炎、続発性気管支炎、続発性気管支拡張症、即発性気胸、肺気腫、肺性心、肺がん	○肺炎、マイクロバクテリア疾患等の認定検討中(研究委託中) ○後遺症の範囲にじん肺を含む(2001.7.5) ○療養承認緩和(HRCT、心超音波検査追加検討)
○障害等級の拡大	○障害等級(6等級) *1,3,5,7,9,11等級	○委託研究用実施中(委託研究結果により13級の新設検討)
○給付基準及び療養慣行の合理的改善	○食事代(1食) *一般食: 3,860ウォン、健康食: 4,500ウォン	○療養給付算定基準の改定(9月中) —食事代引上げ(一般食 4,110ウォン、栄養食 4,930ウォン) —公団及び医療機関の療養管理慣行に対する行政指導 —遺族給付支給手続きの簡素化 —生活費補助検討及び自立店舗賃貸事業の拡大実施
○じん肺療養機関及び福祉施設の拡充	○じん肺療養施設: 太白、旌善、東海、順天等2,835病床運営 ○じん肺福祉施設: 病院内休憩室運営	○京仁地域じん肺精密診断・療養担当機関追加指定(安山中央病院) ○じん肺病院の施設改善推進 —33病床増築および休憩室、福祉施設改善 —2002~2004年(242億ウォン投資) ○じん肺患者保護療養施設の建立 —2002~2004年(185億ウォン投資)
○じん肺患者リハビリプログラムの開発・運営	○じん肺患者リハビリプログラムの運営 *15の趣味活動班に368名参加(1人当月2万ウォン支援)	○じん肺患者趣味活動の支援拡大 —支援金引上げ(2万ウォン? 3万ウォン) —特別支援金新設(展示会費用等支援) ○リハビリプログラムの開発 研究委託中
○じん肺患者の生活保護対策	○中高生学資金支給 —大学生は1~7級の障害者に限り200万ウォンを限度に融資 ○じん肺慰労金の支援 —障害、遺族給付額の60%追加支給 ○生活定着金の支援: 1人当り3,000万ウォン	○大学生学資金支援対象・範囲の拡大(2002) —障害等級9級まで拡大 —融資額の引上げ(実学費全額) ○生活定着金の支援 —1人当り2,000万ウォン ○障害者登録は保健福祉部に協力公文発送: 保健福祉部研究委託中(今年中) じん肺患者実態調査及びデータベース構築

設となることを前提とする次のような意見を提示し、実質的で総合的なじん肺患者保護プログラムが施行されるよう、政府に強く要求しました。

『地域社会にぱっと開かれた』太白じん肺患者保護療養施設—じん肺患者保護療養施設の運営方案に対する提案—

1. 目標

じん肺患者の社会的復帰と経済的自立を助けるリハビリ・自活・自立を包括するプログラムの開発と

施行を通じ、じん肺患者保護療養施設の社会的機能強化を成す。

- 従来の収容と医学的(療養と消極的リハビリ)サービス提供に限定されているじん肺患者療養システムから在宅じん肺患者の問題まで包括する、新概念のじん肺患者保護療養施設になるようにすることに重点を置かねばならない。
- じん肺患者保護療養施設の効率的運営のためには、【療養(収容)および医療的リハビリを含んだ諸サービスセクター—療養セクター】【短期ケアおよび在宅サービスと自活プログラムを含んだ包括

的社会復帰プログラムを運川する社会福祉セクター——社会福祉セクター】【じん肺関連の研究および政策開発のための研究セクター——研究所セクター】【事務および管理セクター——管理セクター】と4つのセクターを設定しなければならない。

2. 組織の機能と役割の設定

■各セクターの機能と役割

【療養セクター——療養センター】地域社会のじん肺関連医療機関との業務提携を通じた医療協力ネットワーク構築、じん肺専門医療機関の協力を通じたじん肺患者の治療・投薬と医療的リハビリ・ケア、相談を通じた心理的リハビリ支援等を担当。特にデイケアの機能を強化し、社会福祉センターと協力して、リハビリのためのプログラムを重点実施。

【社会福祉セクター——社会福祉センター】療養じん肺患者の趣味活動の支援および社会性回復プログラムの運用、在宅じん肺患者のための入浴・訪問診療・看護等の在宅サービス提供、シャトルバス運行を通じた江原南部地域の在宅患者施設訪問プログラムの運用（療養センターのデイケアプログラム連携）、療養および在宅患者の自活を助ける自立作業場運用等の自立プログラム実施、社会福祉センターが大きく力点を置かねばならないのは、在宅福祉サービスの拡大運営と自活・自立プログラムの活性化。

【研究所セクター——研究センター】じん肺患者の診断・治療・投薬および薬理作用・医学的リハビリ・ケアおよび予防のための作業方式の改善などに関した調査・研究事業、セミナーおよび報告書発刊、じん肺関連政策の研究開発と提案等。

【管理セクター——事務管理センター】一般的事務及び施設管理

3. 対外的機能と役割の設定

■じん肺問題の直接の当事者である塵肺協会の意見が効果的に反映されるようにするシステム構築が求められ（理事会または運営委員会参加）、特に「開かれた施設化」のために地域社会の関連機関、団体が参加する（仮称）運営委員会を設置

する方を講ずる。ただし、理事会が設置された場合、運営委員会は社会福祉センターの対社会的機能を勘案し、（仮称）社会福祉運営委員会として設置する方を講じなければならない。

■地域社会との協力と支持のための連携方策模索（地域住民との開かれた広場準備および施設管理、構内食堂のアウトソーシング、地域内で調達可能な各種物品の購買等、仕事の創出と地域経済寄与方策検討）要求される。

■長期的で持続的な政策樹立と財政等の支援方策が講じられねばならず、江原道、太白市の協力方策も積極的に講じる必要がある。

このような提案にもかかわらず、未だ政府の具体的な答弁はありません。しかし市民の集いは、持続的な対政府要求を通じ、じん肺患者保護療養施設の正常な運営のための努力を継続していくものです。じん肺患者保護療養施設は、2001年6月に樹立されたリハビリ事業5か年計画およびじん肺患者総合対策に基づいた、政府の積極的なじん肺患者問題に対応するという意志と努力の産物として、ちゃんと運営さえされたなら、今後、乱麻のように絡んだじん肺問題を、効果的に解いていくのに、相当な寄与を行うことと期待されます。したがって、この施設が合理的で効率性の高い施設として定着し、当該、地方自治体を含んだ地域社会の支持と協力、当事者である塵肺協会と専門家グループ、政策当局との円滑な意思疎通の開設、ひいては計量的、質的評価を通じた刮目に値する実績を出すことで制度的に定着し、全国的に第2、第3の施設が拡大するように寄与しなければなりません。

じん肺患者保護療養施設は、今年7月に太白市に設立が決定し、現在敷地買入れ作業を行っており、2004年度に工事を着工し、2005年末開院を目標にしています。

むすびに

これまで見てきたように、太白炭田地区に代表される韓国石炭産業の現実と合理化事業による廃鉱で、地域社会が経ている問題の実状を簡略に記述

しました。地域経済の再生案を川意するための住民立法運動の展開等、韓国社会内でもめずらしい運動が展開されましたが、持続可能な開発を行うためには、未だ行くべき道は多いです。内国人カジノの開発効果と収益をめぐった地域間、対政府との利害対立と葛藤が、あちこちで表出しており、当初の特別法の立法趣旨とは違った様相を見せていて、憂慮されます。

このような問題を解決するためには、各地域が持つ地域的特殊性と天恵の環境を生かしながら、雇用を創出するための多様なアイデアを集める必要があります。地域間の協力と連帯が、そのどのときよりも深くなければなりません。地域経済の危機を克服し、地域住民の暮らしの質を向上させるためには、今までの戦闘的な住民運動でなく、地域間、地方自治体等との協力的ガバナンスを構築する必要があります。もう少し体系的で合理的な住民運動の組織化が要求されます。

また、じん肺問題等、廃鉱以後の地域社会の課題に対しては、協会と市民組織の二元化した状態で、協力的関係を構築できないそれぞれの対応をしてきましたが、たゆまぬ努力の結果、じん肺問題の根本的解決のため、じん肺患者保護療養施設の設置と療養範囲の拡大等、可視的な成果を挙げることができました。しかし、今後も政府政策の動向をたゆまず監視し、問題が発生するたびに積極的に対応するため、日本の「全国安全センター」のような組織が必要で

す。二硫化炭素中毒等、全国的に争点となった職業病等の労働災害問題を解決するため、韓国社会の多様な活動が進められていますが、ただひとつ、最も多い職業病患者群を形成しているじん肺問題に限っては、関連NGOの活動も微弱なのに加え、対応努力も日本社会より不足していると思います。じん肺問題を研究する学者の研究は、相当な成果を挙げていますが、運動の次元で、もう少し積極的に対応する強力なNGO組織が必要です。全国塵肺災害者協会がありますが、協会の運動力量について現場では非常に懐疑的に見る見方が多く、政策の開発と協商等の対応形態も、システム化または精鋭化されないまま、会長一人のカリスマに依存して

おり、より一層じん肺問題を解決するための医療人、労働問題専門家、社会事業家等が中心になる新たなNGOの出現が急を要します。



- 1 太白炭田地帯は、太白市をはじめとして旌善郡古汗・舎北邑、三陟市道溪邑、寧越郡の一部地域など江原道南部地域の大規模炭田地域として、国内採掘が可能な無煙炭40%である6億8千万トンがこの地域に埋蔵されており、そのうちの半分以上が太白市に埋蔵されている。
- 2 内国人出入のカジノを法的に明示し設立するようになったことは、破格の措置である。今まで韓国は、外国人を対象にするカジノを全国13個所に許可したが、ごく制限して賭博を許容しただけであり、内国人を対象にする賭博は許さなかった。しかし、江原南部廃鉱地域の難しい現実を勘案し、「廃鉱地域の1個所にのみ許容する」との但書きを付けて政府が仕方なく許容したものである。これを根拠に、2000年度に、政府および地方自治体の持ち分51%と、民間持ち分49%で、2,000億ウォンを出資し、国内初の内国人出入が許されたカジノ・リゾートホテル「江原ランド」を設立し、本格的な運営に入った。現在、江原ランドカジノは、毎年急成長し、オープン後の3年間の売上額が1兆117億ウォンに、当期純利益は4,805億ウォンに達し、2003年度には1年の売上額だけで1兆億ウォンにのぼるものと展望されている。このような急成長にもかかわらず、賭博による社会的問題も急増しており、賭博産業が持つ明暗が克明に行き交っている。ただし、地域経済と地域住民の福祉向上のための投資が増え、雇用の機会を多くつくり、未だ微弱ではあるが、廃鉱地域の経済を再生させる効果も挙げている。
- 3 社団法人全国塵肺災害者協会に登録されている現況で、太白市が2,776人、旌善郡が1,372人(2000年12月現在)。しかし、実際には登録されていない患者が、相当数もついているものと推定している。
- 4 このように全国塵肺災害者協会と政府の統計に格段の差がある原因は、じん肺症を認定する基準が違うからである。全国塵肺災害者協会は、

炭鉱在職経歴がありじん肺症審議を受けた人をすべてじん肺患者と認定しており、合併症の有無に関わらず、協会の会員として受け入れている。したがって、協会は2000年12月現在のじん肺患者を、じん肺症審議を受けた53,045人を含め5万7千人と主張している。反面、政府(労働部)は、じん肺審議を経てじん肺症と判定された人に限りじん肺症と認定するので、2000年12月31日現在のじん肺患者は、16,709人と公式発表した。全国塵肺災害者協会の主張に問題はあがるが、じん肺症の判定基準を制限的に適用する現行法と制度に従い、じん肺症判定から除外される患者が多いという現実を勘案するなら、政府の主張にも問題がある。

- 5 じん肺の予防及びじん肺勤労者の保護等に関する法律施行規則第2条の規定によると、「肺結核、結核性胸膜炎、続発性気管支炎、続発性気管支拡張症、続発性気胸、肺気腫、肺性心、肺

癌」とじん肺症の判定基準第18条による心肺機能の高度障害があるじん肺患者が療養対象である。

- 6 全国塵肺災害者協会にすら登録されないじん肺患者は、法が定めた9種類の合併症に該当しない合併症を持ったじん肺患者と、合併症がないじん肺患者、いわゆる「単純じん肺患者」に分類し、事実上じん肺症と認定されずにいる。彼らは法の保護を受けられないまま、診療および療養と補償から除外されており、このようなじん肺患者を「在宅じん肺患者」と呼んでいる。
- 7 太白自活後見機関(2001)、2001 太白じん肺被災者の生一太白地域じん肺被災者実態調査報告書、2001.6.1p63-77およびユ・ボムサン(劉汜相)他(2002)、じん肺勤労者リハビリプログラムの開発—疾病の治療と貧困の解決、韓国労働研究院、2002.4.30p148-172から引用。



在宅じん肺患者の健康実態と改善方案

周永洙(チュ・ユンジュ)

労働健康連帯/翰林大学医学部

1. はじめに

1990年代に入り、石炭産業合理化の措置で多くの炭鉱が門を閉め、出て行くことができず残っている在宅じん肺被災者だけが、荒涼たる炭鉱村を守っている(表1)。息が切れ、言葉すらまともに継ぐことができない彼等の唯一の願いは、治療を一度ちゃんと受けてみたいというものだ。呼吸困難が日に日にひどくなっても、検診結果は別に異常無しと診断される現実に対し怒り挫折し、たまた、一緒に生活していた同僚が病院に入院することを羨まねばなら

ぬ在宅じん肺被災者に、じん肺法は既にその価値を喪失して永い。つまり、急速な経済発展がもたらした豊かさや富は、一部階層にのみ集中し、結局、切り羽の最先端であらゆる犠牲を甘受しながら、黙々と働いてきた大多数の炭鉱労働者たちには、各種の災害と職業病による死、身体的障害、そして疾病の苦痛のみが、そっくりそのまま残っているのみである。

現在、「じん肺の予防とじん肺勤労者保護等に関する法律」および同法「施行規則」によると、じん肺所見がある者(表2)に「活動性肺結核、胸膜炎、気管支炎、気管支拡張症、気胸、肺気腫、肺性心、原

表1 太白市の年度別廃鉱現況

年度	廃鉱会社	合計
1989	パソソ、ヒョブソソ、ウソソ、サムソソ、ジョンウ、テドソ、サンウソソ、ヒョブソソ、サムボソ、オソソ、サムキョソ、ハンヨソ、ナムイル、トクヨソ、トクチョソ、ウソソソソ	16
1990	トンヘ、テヤソ、ボリソ、セミソ、サムトソ、プソソソ、サムチャソ、キソソボソ	8
1991	ハンソソ、ソソウソソ、ソソウソソ、クソソトソ、ソソボソソ、テクソ	6
1992	フソソソ、サムソソ、トソソクソソ、フソソボソ	4
1993	カソソウソソ、ハソソテ、ヨソソトソ、ユソソソソ、ハンソソソ、クソソソソ、テドソ、トソソボソソ	8
1994	—	0
1995	トソソソソ	1
計		43

資料：石炭事業合理化事業団『事業十年史』1997、pp219-235

発性肺がん等8つの合併症」が併発する場合に限つてのみ、じん肺専門療養病院で療養が可能なことになっている。すなわち、合併症が伴わない単純なじん肺患者は、じん肺症の「軽重」に関係なく、自宅療養をしている実情だ。そのため、病院治療の一回でもまともに受けられず、死亡するじん肺患者がまたいる。じん肺患者がたつて病院療養を望むのは、もちろん病院という所が与える心理的慰安感と必要な医療サービスをたやすく受けられるのが、最も重要な理由であるが、また他の多くの場合では、病院に入院することで療養給与を保障され、家族の生計に少しでも助けになるのみならず、死後にも遺族補償が容易になるという点が重要な理由であると把握されている。

よつて昨年冬に、太白自活後見機関の主導で「職業病と認定されなかつた在宅じん肺被災者の保健福祉実態を評価することで、現行じん肺被災者管理体系の問題点を把握し、より改善された制度的支援体系の樹立と管理法案を提示」するための調査研究が進められた。本発表者は、この全体研究のうちで保健部分、すなわち健康実態評価部分を担当し、以下の内容は、当該調査研究の過程と結果についての記述である。

2. 本論

表2 じん肺症身体障害等級

身体障害等級	区分	心肺機能障害度及びX線所見
1級	高度障害	換気機能が5%異常制限され、心肺機能の障害程度が70%以上の者
3級	重等度障害	換気機能が45%以上制限され、心肺機能の障害程度が50%以上の者
5級	軽度障害	換気機能が30%以上制限され、心肺機能の障害程度が40%以上の者のうち、じん肺の病形が4型と判定された者
7級	軽度障害	換気機能が30%以上制限され、心肺機能の障害程度が40%以上である者のうち、じん肺の病形が1, 2, 3型と判定された者
9級	軽微障害	換気機能が20%以上制限され、心肺機能の障害程度が20%以上の者のうち、じん肺の病形が3, 4型と判定された者
11級	軽微障害	換気機能が20%以上制限され、心肺機能の障害程度が20%以上の者のうち、じん肺の病形が1, 2型と判定された者、または心肺機能障害がない者としてじん肺の病形が2型以上と判定された者

2000年12月から2001年5月まで、江原道太白炭田地域全体の在宅じん肺被災者4,148人のうちで、不等確立抽出法である戦略的情報提供者抽出法(strategic informant sampling)を使用し、調査対象者450人を票集した後、彼等から他の調査対象候補者の情報提供を受ける方法である累積的抽出法(snowball sampling)を活用し、全部で1,040人に対しアンケート調査を進めた。アンケート内容は、人口学的要因とじん肺症関連事項(過去の職業歴、じん肺判定関連情報、現在および過去の疾病歴など)で構成され、事前に教育された25人のボランティアにより調査された。収集された資料は、技術的な評価とロジスティック回帰分析などの方法で分析された(分析過程では過去から今までじん肺症や珪肺症と診断されたことがある人を「じん肺症・珪肺症」患者

「じん肺肺がん」業務上災害認定(ハンギョレ新聞 1999.10.01.)

ソウル高裁、「合併症」判定。鉱山労働者遺族に補償判決

肺がんで亡くなった鉱山労働者に、肺がんをじん肺の合併症と見なし業務上災害を認めた初判決が出た。今回の判決は、労働部が肺がんをじん肺の合併症と認める立法予告をしてある状態でもので、肺がんを抱えていたり、肺がんで亡くなった鉱山労働者の救済がどうなるか注目される。ソウル高裁特別11部(裁判長チェ・ピョンハク部長判事)は30日、肺がんの一種である小細胞がんで亡くなった鉱山労働者ホン某さんの夫人チョン某さん(62)が業務上災害による死亡であることを認めるよう勤労福祉公団を相手に起こした遺族給付等不支給処分取消請求訴訟で、原審を破棄し原告勝訴の判決を下した。裁判部は判決文で「鉱山労働者のじん肺は石炭や硅土、雲母、硅酸などにより生じるが、彼らは発がん物質が多く含有されたディーゼル燃料に曝露し、がんにかかる確率がより高い」とし、「最近の研究結果、じん肺と肺がんの関連性が、普通の場合より2.5倍ほど高いと現われているので、肺がんをじん肺の合併症と見なければならぬ」と明らかにした。裁判所の判断は、東国大予防医学教室が92～96年に鉱山労働者を対象に研究した結果、じん肺患者が肺がんにかかる確率が一般人に比べ1.5～3.4倍高いと現れたことによるものである。チョンさんの夫は、60年代から江原道太白で坑夫と炭鉱ボイラー室の職員として働き、じん肺にかかった後、昨年3月に肺がんで亡くなった。チョンさんは業務上災害と認定し補償金をくれるよう訴訟を起こしたが、1審が二つの病気の間因果性が立証されなかったという理由で棄却するや控訴した。訴訟を引き受けたノ・ドンソン弁護士は、「この間、肺結核等7つの病がじん肺合併症と認定されてきたが、一番致命的な肺がんは、医学的因果関係が立証されなかったという理由で外れていた」とし、「ようやく初めて法的救済の可能性が開けた」と話した。現在じん肺患者は全国で3万名余り、じん肺が肺がんに発展する患者は、毎年50人程度に達するものと推測され、過去の死亡者の規模は把握されずにいる。

と定義し、最終的に、「じん肺の疑い」状態に残っている人を「じん肺疑症」患者、そして、残りを「正常」と区別した)。

1) 一般的状況

本調査結果中、いくつかの項目を組み合わせ、過去から現在までじん肺症や硅肺症と診断を受けたことがある人を「じん肺症・硅肺症」患者と定義し、最終的に「じん肺疑症」状態に残っている人を「じん肺疑症」患者、そして、残りを「正常」と区分し分析した。3つの群すべての平均年齢は60代初盤であり、「じん肺症、硅肺症」患者群が39.9%だった。

2000年7月以前、すなわち医療保険が統合される前に持っていた医療保険の種類と医療保険の種別保有状態を評価したが、調査対象者全体のうち10.2%のみが医療保護対象者と指定されており、ほ

表3 調査対象者の年齢分布

年齢	～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳～	計
人	2	37	257	575	155	14	1,040
(%)	(0.2)	(3.6)	(24.7)	(55.3)	(14.9)	(1.3)	(100)

とんでは医療保険に加入し、医療サービスを利用しているものと確認された。本研究の調査対象者に選定された人の特性として推し量るに、医療保護対象者の分類は、予想より少ないほうだと判断される。(訳注:1種医療保護は医療費全額支援され、2種医療保護は一部本人負担がある。)

2) 疾病有病率

現在抱えている疾患について調査したが、高血

表4 調査対象者の分類と患者等級別平均年齢

患者等級	人	平均 (歳)	標準 偏差	最小値 (歳)	最大値 (歳)
正常	64 (6.2%)	61.3	9.4	39.0	89.0
じん肺疑症*	561 (53.9%)	62.6	7.1	35.0	85.0
じん肺症・珪 肺症**	415 (39.9%)	63.8	6.8	43.0	83.0

* :最終的にじん肺疑症患者と残っている人(以下、
キャプション省略)

** :過去から現在までじん肺、あるいは珪肺と診断受
けたことある人(以下、キャプション省略)

表5 医療保険

	職場 医保	地域 医保	1種医 療保護	2種医 療保護	なし	計
人	405	520	69	37	9	1040
%	(38.9)	(50.0)	(6.6)	(3.6)	(0.9)	(100.0)

庄、糖尿病、肝臓疾患、心臓疾患などのように、大抵一回罹患すると引き続き持つようになる疾患と、再発も可能であるが結核のように疾患に罹患した後、適切な治療が成されればなくなる疾患、そしてかぜや機能性胃腸障害のような疾病罹患が継続して繰り返される疾患など、多様な疾患保有の有無を尋ねた。全般的に、「アンケート回答」を通じた疾患有病率は、一般人口集団のそれよりすべて高かったが、代表的な成人病と知られている高血圧と糖尿病の有病率は29.8%と13.8%と把握され、肝臓疾患は25.3%、心臓疾患は38.4%と把握された。結核の場合、一般人口では1%程度の有病率を見せるのに比べ、今回の調査では20.1%が結核を抱えていると答えたが、これは多分、面接をする調査員が生涯有病率(今までかかったことがあるか)を尋ねたため算出された結果であると考え。本来、アンケート調査を通じ疾病有病率を推定する方式には、多少無理があることは周知の事実だが(この調査結果もほとんど過多推定されたものと判断される)、そうだとすると、主要疾患の疾病負担順位と程度を大略推算するには、助けになるものとする。そして、全体的に疾病はあるが、治療を受けていないと答えた人が17.4~62.2%程度と確認されている。

表6 疾病有病率(総数1,040人中で該当疾患の
有病率と治療の有無)

疾 患	疾 病					
	ある	(%)	治療 (×)	(%)	治療 (○)	(%)
かぜ	770	(74.1)	134	(17.4)	636	(83.6)
高血圧	310	(29.8)	106	(34.2)	204	(65.8)
糖尿病	143	(13.8)	64	(44.8)	79	(55.2)
胃炎(潰瘍)、 十二指腸炎 (潰瘍)	403	(38.7)	145	(36.0)	258	(64.0)
機能性胃腸障 害	350	(33.7)	113	(32.3)	237	(67.7)
肝臓疾患(肝 炎、アルコール 性肝疾患、肝 硬化等)	263	(25.3)	160	(60.8)	103	(39.2)
気管支炎	811	(78.0)	361	(44.5)	450	(55.5)
結核	209	(20.1)	77	(36.8)	132	(63.2)
貧血	545	(52.4)	366	(67.2)	179	(32.8)
関節炎	603	(58.0)	238	(39.5)	365	(60.5)
捻挫(神経痛)	677	(65.1)	225	(33.2)	452	(66.8)
外傷(裂傷、骨 折等)	100	(9.6)	33	(33.0)	67	(67.0)
皮膚炎	171	(16.4)	72	(42.1)	99	(57.9)
心臓疾患(虚 血性疾患、心 不全等)	399	(38.4)	225	(56.4)	174	(43.6)
歯科疾患	624	(60.0)	308	(49.4)	316	(50.6)

比較的ありふれたアンケート用紙を利用した評価が、ある程度正確であると判断できる疾患を中心にしてみると、高血圧は60代で最も多く、この有病率は同じ年齢の一般人口集団より3倍以上高く、糖尿病と肝臓疾患の場合は、全年代に均等に分布しており、これもまただいたい、一般人口より1.5倍と8倍程度の高い水準だった。心臓疾患の場合は、質問をどのようにするかによって多少差がありえるが、本調査結果では、有病率が30%を超えるものを調査した。しかし、このような成人病より特徴的なこととしては、筋骨格系疾患(関節炎、捻挫)と呼吸器系疾患(気管支炎、結核)の有病率が、年齢増加したがつて次第に増加するというもので、これは、炭鉱という劣悪な職場での総労働時間(労働量)と老化過程の併合した効果だと判断することができる。この

表7 疾病による患者の年齢分布/年代別疾患有病率

	一般人口(60-69歳, 男性)の有病率(%)	～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳～	計
高血圧	9.10	0	4	65	183	53	5	310
(row%)		(0)	(1.3)	(21.0)	(59.0)	(17.1)	(1.6)	(100.0)
(col%)		(0)	(10.8)	(25.3)	(31.8)	(34.2)	(35.7)	(29.8)
糖尿病	9.93	0	4	42	77	20	0	143
(row%)		(0)	(2.8)	(29.4)	(53.8)	(14.0)	(0)	(100.0)
(col%)		(0)	(10.8)	(16.3)	(13.4)	(12.9)	(0)	(13.8)
肝臓疾患	3.31	1	12	74	140	32	4	263
(row%)		(0.4)	(4.6)	(28.1)	(53.2)	(12.2)	(1.5)	(100.0)
(col%)		(50.0)	(32.4)	(28.8)	(24.4)	(20.7)	(28.6)	(25.3)
気管支炎	—	1	27	197	458	116	12	811
(row%)		(0.1)	(3.3)	(24.3)	(56.5)	(14.3)	(1.5)	(100.0)
(col%)		(50.0)	(73.0)	(76.7)	(79.7)	(74.8)	(85.7)	(78.0)
結核	—	0	4	38	111	51	5	209
(row%)		(0)	(1.9)	(18.2)	(53.1)	(24.4)	(2.4)	(100.0)
(col%)		(0)	(10.8)	(14.8)	(19.3)	(32.9)	(35.7)	(20.1)
関節炎	—	1	10	132	355	95	10	603
(row%)		(0.2)	(1.7)	(21.9)	(58.9)	(15.8)	(1.7)	(100.0)
(col%)		(50.0)	(27.0)	(51.4)	(61.7)	(61.3)	(71.4)	(58.0)
捻挫	—	2	22	163	375	103	12	677
(row%)		(0.3)	(3.3)	(24.1)	(55.4)	(15.2)	(1.8)	(100.0)
(col%)		(100.0)	(59.5)	(63.4)	(65.2)	(66.5)	(85.7)	(65.1)
心臓疾患	1.66	1	9	86	238	60	5	399
(row%)		(0.3)	(2.3)	(21.6)	(59.7)	(15.0)	(1.3)	(100.0)
(col%)		(50.0)	(24.3)	(33.5)	(41.4)	(38.7)	(35.7)	(38.4)
計	—	2	37	257	575	155	14	1,040
(%)		(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

：韓国保健社会研究院「国民健康および保健意識行態調査」1995

ような疾患については、一般人口集団での有病率資料がなく、比較提示できなかった。

「正常」より「じん肺擬症」が、「じん肺擬症」より「じん肺症、硅肺症」が、よりひどい健康異常状態と仮定し分析してみると、高血圧、気管支炎、結核、心臓疾患の疾病歴は「じん肺と関連して健康がよくないほど、より高い有病率を見せる」と分析された。これは、既存の医学知識と相当部分一致するもので、じん肺症が進行することにより当該疾患がたやすく併発するためと判断される。ここで注目される部分は、「じん肺擬症」に属する群でも各種疾患の有病率が相当に高いという点であり、また、合併症の範囲も、より一般的な疾患の方に認めるのが妥当なことを間接的に示唆する部分である。

3) 疾病危険度

先に言及した部分を統計的に処理してみると、正常群に対比し、気管支炎と結核の場合は、「じん肺症が重くなるほど」その疾病危険度が増加すること(気管支炎は2.009倍、2.676倍増加し、結核の場合は3.535倍、4.637倍増加する)が統計的に有意が確認され、統計的に有意ではなかったが、高血圧と心臓疾患で、その傾向が増加するものと確認されている(このうち特に気管支炎と結核の場合は重要な攪乱要因である喫煙歴を補正しても、その統計的有意性が維持されることが分かった)。

患者の重篤度により治療順応度に差異があるかを確認してみたが、別に差異は確認されなかった。

表8 患者等級別疾病有病率

疾患		正常	じん肺擬症	じん肺症・珪肺症	計
計		64 (100.0)	561 (100.0)	415 (100.0)	1040 (100.0)
高血圧	患者数(%)	15 (23.4)	162 (28.9)	133 (32.1)	310 (29.8)
	治療×	4 (26.7)	54 (33.3)	48 (36.1)	106 (34.2)
	治療○	11 (73.3)	108 (66.7)	85 (63.9)	204 (65.8)
糖尿病	患者数(%)	10 (15.6)	84 (15.0)	49 (11.8)	143 (13.8)
	治療×	5 (50.0)	35 (41.7)	24 (49.0)	64 (44.8)
	治療○	5 (50.0)	49 (58.3)	25 (51.0)	79 (55.2)
肝臓疾患	患者数(%)	12 (18.8)	151 (27.0)	100 (24.1)	263 (25.3)
	治療×	6 (50.0)	91 (60.3)	63 (63.0)	160 (60.8)
	治療○	6 (50.0)	60 (39.7)	37 (37.0)	103 (39.2)
気管支炎	患者数(%)	40 (62.5)	432 (77.0)	339 (81.7)	811 (78.0)
	治療×	24 (60.0)	202 (46.8)	135 (39.8)	361 (44.5)
	治療○	16 (40.0)	230 (53.2)	204 (60.2)	450 (55.5)
結核	患者数(%)	4 (6.3)	107 (19.1)	98 (23.6)	209 (20.1)
	治療×	1 (25.0)	38 (35.5)	38 (38.8)	77 (36.8)
	治療○	3 (75.0)	69 (64.5)	60 (61.2)	132 (63.2)
関節炎	患者数(%)	37 (57.8)	324 (57.8)	242 (58.3)	603 (58.0)
	治療×	15 (40.5)	119 (36.7)	104 (43.0)	238 (39.5)
	治療○	22 (59.5)	205 (63.3)	138 (57.0)	365 (60.5)
捻挫	患者数(%)	49 (76.6)	359 (64.0)	269 (64.8)	677 (65.1)
	治療×	17 (34.7)	124 (34.5)	84 (31.2)	225 (33.2)
	治療○	32 (65.3)	235 (65.5)	185 (68.8)	452 (66.8)
心臓疾患	患者数(%)	19 (29.7)	205 (36.5)	175 (42.2)	399 (38.4)
	治療×	14 (73.7)	121 (59.0)	90 (51.4)	225 (56.4)
	治療○	5 (26.3)	84 (41.0)	85 (48.6)	174 (43.6)

4) 医療サービス接近性

疾病があるが治療を受けない理由を尋ねたとき、全体の52.1%が「金がないから」と答え、「金がない

から」と答え、うちの75%が60歳以上の高齢者であり、65.2%が50万ウォン未満の月收入で生活を維持していた。

(訳注:最低賃金421,490ウォン[2000.9.1~2001.8.

表9 じん肺擬症とじん肺症あるいは珪肺症患者の疾病危険度

	正常	じん肺擬症		じん肺症・珪肺症	
	対応比	対応比	95%信頼区間	対応比	95%信頼区間
高血圧	1.0	1.326	0.723~2.432	1.541	0.834~2.847
糖尿病	1.0	0.951	0.466~1.941	0.723	0.346~1.512
肝臓疾患	1.0	1.596	0.829~3.072	1.376	0.706~2.680
気管支炎	1.0	2.009①	1.167~3.458	2.676②	1.523~4.704
結核	1.0	3.535③	1.257~9.940	4.637④	1.644~13.083
関節炎	1.0	0.998	0.591~1.684	1.021	0.599~1.740
捻挫	1.0	0.544	0.298~0.995	0.564	0.306~1.041
心臓疾患	1.0	1.364	0.777~2.395	1.727	0.976~3.055

喫煙歴を補正した後も気管支炎と結核の疾病危険度は優位な水準で維持されている

①2.021 (1.1703.490)

③3.472 (1.2349.774)

②2.633 (1.4904.655)

④4.362 (1.54312.333)

表10 各種疾患別「じん肺擬症」と「じん肺症あるいは硅肺症」の治療に応じない程度

	正常	じん肺擬症		じん肺症・硅肺症	
	対応比	対応比	95%信頼区間	対応比	95%信頼区間
高血圧	1.0	1.375	0.418～4.520	1.553	0.469～5.145
糖尿病	1.0	0.714	0.192～2.656	0.960	0.246～3.741
肝臓疾患	1.0	1.517	0.467～4.924	1.703	0.512～5.666
気管支炎	1.0	0.586	0.303～1.133	0.441	0.226～0.861
結核	1.0	1.652	0.166～16.439	1.900	0.191～18.939
関節炎	1.0	0.851	0.425～1.704	1.105	0.547～2.235
捻挫	1.0	0.993	0.530～1.860	0.855	0.450～1.625
心臓疾患	1.0	0.514	0.179～1.483	0.378	0.131～1.095

31]、常用労働者5人以上の事業所月賃金総額167.1万ウォン[2001.5]

5) 症状有病率

呼吸困難の程度を尋ねたとき、ひどい呼吸困難症状である「日常動作にも息が切れる」と答えた人が、全体の38.9%に達していることが分かり、これを最近「じん肺症・硅肺症」患者と確定した人で見ると、58.1%ほども確認されている。しかし、ここで注意してみる部分としては、「じん肺擬症」と分類された人も32.8%もひどく「息が切れた」と答えたということで、実際に現場でわたしが、じん肺患者を問診してみると、客観的な証拠(胸部撮影所見等)に比べ、「日常活動能力」が顕著に低下する人をたくさん発見することができ、これは患者の「判定」に、より「総合的な

表11 治療を受けない理由

	金がないから	治療しても無駄なよう	病院が遠いから	医薬分業で不便	その他	計
人	426	112	3	15	261	817
(%)	(52.1)	(13.7)	(0.4)	(1.8)	(31.9)	(100.0)

表12 「金がないから」と答えた人の年齢分布 (単位:人)

理由	～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳～	計
金がないから	0	12	91	261	54	8	426
(%)	(0)	(2.8)	(21.3)	(61.3)	(12.7)	(1.9)	(100.0)

表13 「金がないから」と答えた人の月収入額分布 (単位:人)

理由	～49万ウォン	50～99万ウォン	100～149万ウォン	150万ウォン～	計
金がないから	277	115	26	7	425
(%)	(65.2)	(27.1)	(6.1)	(1.6)	(100.0)

1人欠(本研究調査の対象者1,040人全体の月平均収入額:52.5万ウォン)

表14 呼吸困難の程度

	異常なし	労働すると息が切れる	家事にも息が切れる	日常動作にも息が切れる	計
人	42	271	322	405	1,040
(%)	(4.0)	(26.1)	(31.0)	(38.9)	(100.0)

健康状態」についての評価が必ず入らなければならないという点を示唆したと言える。これは障害等級のうち最も良好だとする11等級の判定者のうちでも、49.6%もが「息がひどく切れる」と答えた結果からも同じく確認されている。

重症の疾患を疑える「症状」調査で、「3か月以上咳と痰(たいてい結核と慢性閉鎖性肺炎の疑い)」、「胸痛(心臓疾患の疑い)」、「関節と筋肉痛」などに全体回答者の70%以上がそうだと答え、その他にも「ひどい体重減少(各種の成人病や癌など慢性消耗性疾患があるとき)」と「胸焼け(胃腸疾患)」、「歯痛」などは40%を超える水準でそうだと答えたことが分かった。この「症状」調査の結果は、前で分析した多様な健康異常の症状とほとんど一致す

表15 最近の診断結果*による患者等級別呼吸困難の程度

	異常なし	労働すると息が切れる	家事にも息が切れる	日常動作にも息が切れる	計
じん肺擬症	16	125	166	150	457
(%)	(3.5)	(27.4)	(36.3)	(32.8)	(100.0)
じん肺症 珪肺症	1	52	76	179	308
(%)	(0.3)	(16.9)	(24.7)	(58.1)	(100.0)

*ここで、前の分析では違って「最近の診断結果による患者等級」を利用した理由は、最近の診断水準が現在の呼吸困難水準をより正確に反映すると仮定したからである。

表16 最近の診断結果*による患者等級別呼吸困難の程度

	異常なし	労働すると息が切れる	家事にも息が切れる	日常動作にも息が切れる	計
3等級*	0	1	4	21	26
(%)	(0)	(3.8)	(15.4)	(80.8)	(100.0)
5等級*	0	0	2	8	10
(%)	(0)	(0)	(20.0)	(80.0)	(100.0)
7等級*	0	2	7	27	36
(%)	(0)	(5.6)	(19.4)	(75.0)	(100.0)
9等級*	0	1	0	6	7
(%)	(0)	(14.3)	(0)	(85.7)	(100.0)
11等級*	2	48	70	118	238
(%)	(0.8)	(20.2)	(29.4)	(49.6)	(100.0)

*ここで、前の分析では違って「最近の診断結果による患者等級」を利用した理由は、最近の診断水準が現在の呼吸困難水準をより正確に反映すると仮定したからである。

表17 重症疾患を疑える症状有病率

項目	いいえ	(%)	はい	(%)
最近1年の間に3kg以上体重の減少がありましたか？(体重減少)	525	(50.5)	515	(49.5)
3か月以上咳と痰が出ていますか？(咳、痰)	122	(11.7)	918	(88.3)
胸の真ん中が凝ったり、締め付けられる痛みがありますか？(胸痛)	230	(22.1)	810	(77.9)
上腹部あるいは肋骨の下に痛みがあったり、ずきずきしたり、胃液が出てきますか？(胸焼け)	576	(55.4)	464	(44.6)
大便が真っ黒く出ることがよくありますか？(黒便)	856	(82.3)	184	(17.7)
下痢の症状(1日に3回以上緩い便)がありますか？(下痢)	829	(79.7)	211	(20.3)
大便に赤い血が混じって出てきますか？(血便)	896	(86.2)	144	(13.8)
腰や腕、足の関節あるいは筋肉に痛みがひどいですか？(関節痛、筋肉痛)	281	(27.0)	759	(73.0)
歯が痛くてしみますか？(歯痛)	530	(51.0)	510	(49.0)

るものとして、特に呼吸器系疾患と心血管系疾患等に対し、より精密な診察と治療が集中されねばならないことを示唆すると思う。

6) 症状危険度

「重篤な症状」について、患者等級別「症状危険度」を推算してみると、「咳、痰」では「じん肺症、珪肺症」患者だけ、「胸痛」項目では「じん肺擬症」と「じん肺症・珪肺症」患者の危険度が、統計的に有意に高かったが、「正常」人に比べて咳と痰の場合は3.351倍、そして、胸痛の場合はそれぞれ2.993倍と5.058倍高かった。これもまた前で記述した結果を支持してくれる所見である。もちろん、この部分も最も重要な攪乱要因である喫煙歴を補正した後にも、有意に確認されている。

7) その他の事項

現在喫煙者は全体の58.3%で、現在喫煙者の喫煙量を見ると平均23.8PackYear(1日に1箱ずつ1年吸えば1PackYearと言う)であった。飲酒は全体の54.5%が「現在も飲む」と答え(一般人口でも年代により若い人が主に多く飲み、年を取ると一貫して減少している傾向を見せており、1995年統計庁の資料によると40.8～74.3%が飲酒すると答えている)、彼らの飲酒量をアンケート用紙で尋ね推算した結果、だいたい1人が1年に2合入りの焼酎を79本飲んでいるものと推算できた。この喫煙と飲酒についての情報は、前述した各種の疾病と症状分析で「攪乱要因」と見做し、その影響を補正しようと母型に加えた。

表18 「じん肺擬症」と「じん肺症あるいは硅肺症患者」の各種症状別危険度

	正常	じん肺擬症		じん肺症・硅肺症	
	対応比	対応比	95%信頼区間	対応比	95%信頼区間
体重減少	1.0	1.129	0.673～1.896	1.106	0.653～1.875
咳、痰	1.0	1.787	0.942～3.389	3.351①	1.675～6.707
胸痛	1.0	2.993②	1.767～5.072	5.058③	2.898～8.830
胸焼け	1.0	0.883	0.525～1.485	1.101	0.649～1.868
黒便	1.0	1.084	0.547～2.147	0.978	0.486～1.965
下痢	1.0	1.339	0.679～2.642	1.115	0.557～2.233
血便	1.0	1.164	0.535～2.534	1.092	0.494～2.412
関節炎、筋肉痛	1.0	1.291	0.742～2.246	1.424	0.808～2.509
歯痛	1.0	0.796	0.474～1.336	0.904	0.533～1.532

喫煙歴を補正した後も咳、痰と胸痛の症状危険度は有意な水準で維持されている

①3.374 (1.6686.828)

②3.014 (1.7775.111)

③5.174 (2.9539.067)

表19 喫煙の有無

	元々吸わない	過去に吸った	現在も吸う	計
人	192	242	605	1,039
(%)	(18.5)	(23.3)	(58.3)	(100.0)

表21 飲酒の有無

	元々飲まない	過去に飲んだ	現在も飲む	計
人	237	236	566	1,039
(%)	(22.8)	(22.7)	(54.5)	(100.0)

表20 喫煙者の喫煙歴

喫煙状態	人	平均 PackYear (PY)	標準偏差	最小値 (PY)	最大値 (PY)
過去喫煙者	242	26.5	21.3	0	140
現在喫煙者	605	23.8	15.1	0	110

現行のじん肺法によると、じん肺症と診断された者として療養を必要とする条件(じん肺症の合併症または続発症—肺結核、結核性胸膜炎、続発性気胸、続発性気管支炎、続発性気管支拡張症、肺気腫—があり、医学的に療養が必要だと認められる者、じん肺と診断された者で高度の心肺機能障害—日常生活を営むのに支障がもたらされる程度—があり、医学的に療養が必要だと認められる者、じん肺症の病形が第4型で大陰影の大きさが片側肺野の1/2を超えて併発症感染の予防およびその他の処置が必要だと認められる者、じん肺擬症(0/1)である者で肺結核が合併し療養が必要だと認められる者)が明文化されており、この適用または基準よ

3. 結論および提案

1) より幅広い療養基準の拡大

表22 現在飲酒者の1年平均アルコール摂取量

飲酒状態	人	1人当り1年平均アルコール摂取量(アルコール80gを焼酎1本に換算)	標準偏差	最小値(本)	最大値(本)
現在飲酒者	566	79.3人	136.1	0	1095
正常	36	124.6人	206.8	0	952.2
じん肺擬症	302	71.4人	123.4	0	1052
じん肺、硅肺	228	82.6人	137.5	0	1095

り厳格に、多くのじん肺患者が、療養体系内に入れずにいる。実際に全休の対象者について調査してみた結果、日常生活を営むのに支障がもたらされる程度(日常動作にも息が切れる)と心肺機能に問題がある人(329人)のうちでじん肺と関連して療養給付を受けている人(179人)が54.4%に過ぎず、残る45.6%は療養給付を受けていないものと確認される等、基準設定とその適用に現実的な問題点が確認されている。また、気管支炎と結核のみならず、高血圧と心臓疾患のような心血管系疾患の危険が増加する証拠が、一貫して調査結果で確認されていると考えられ(高血圧、心臓疾患の危険度がじん肺症の重篤度が増加するほど増加する傾向を見せており、これの有病率も一般人口集団のそれに比べ高い)、療養基準のうちで呼吸器系中心の医学的評価基準を、心血管系疾患にまでより拡大・改正する必要がある。

2) じん肺症判定基準の変更

現行のじん肺症の判定のうちで、じん肺擬症と規定される疾患状態は、実際にその集団が包括する疾患の重篤度の範囲がととても広いことが確認されており、これの再整備が急がれる実状である。じん肺擬症患者が持っている気管支炎や結核の有病率(77.0%、19.1%)だけ見ても、正常な人(62.5%、6.3%)と違って、じん肺症や矽肺症と確診された人の水準(81.7%、23.6%)にほとんど似ており、一般人に比べ2,009倍、3,535倍程度高い実感危険度を見せている(統計的に意味ある水準)。したがって、より徹底した患者管理の観点を持ち、じん肺症の判定

基準を大幅に改善する必要がある。

3) 「暮らしの質」についての評価

じん肺(擬)症患者の「暮らしの質」は、疾患の重篤度と共にほとんど比例して悪くなるが、客観的な医学的証拠が足りず、疾病治療および生計支援の必要性が認められるのが難しい場合も少なくない。よって患者の総合的な「暮らしの質」を評価できる指標の開発と適川を通じて、現実的な評価を遂行しなければならないと判断される。例えば、たやすくは「日常生活動作」のような日常生活遂行能力を評価したり、複雑には「社会的支持水準の評価」など多様な評価道具を適用し、彼らの「現実」を十分に反映しなければならないだろう。

4) 1次診療時の診療費免除あるいは補助

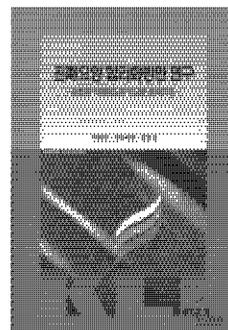
回答者全体のうち日常的な疾患治療を受けていないと答えた者(817人)の52.1%(426人)が、「金がない」ことが主要な理由だと答えている。また本研究調査対象者1,040人の平均月収入が52.5万ウォンと確認されている。普通、じん肺(擬)症と関連して発生する健康異常の症状は、根本的な治療が簡単でない「持続的な症状治療」が重要なことからである。よって、彼らの医療利用の最も代表的な障害要因である1次的症状治療時に所要となる治療費用の免除、あるいは支援が必要なことと判断される。最も良いことは、このような常時的な医療要求を充足させてくれる「じん肺専門病院」の無料利用が許される制度的整備が必要だと判断される。



『じん肺療養合理化法案研究—日本のじん肺制度との比較を中心として』

1. 総論 韓・日・労働研究院発行(2003年5月)
2. 韓国のじん肺患者の現況とじん肺制度
- 補1. 韓国じん肺患者の社会的改革に関する調査研究
3. 日本のじん肺患者の現況と問題点
- 補2. 日本のじん肺患者の生活実態調査
4. じん肺療養補償及び療養制度に関する日韓比較
- 結論 実施点と今後の方向

著者のひとり劉汎相氏が2003年10月に来日調査。3章、日本の統計資料等は、全国安全センター・古谷杉郎事務局長の手によるものである。



中国の小零細炭鉱における 労働災害の防止に関する研究

サンシュンハン

人民大学労使関係人的資源校

2002年6月29日に、全国人民代表大会により「中間人民共和国労働安全法」が公布されたことは、中国の人々にとって大いに歓迎すべきことであった。しかし、労働安全の残酷な状況は、変わったのだろうか？

不完全な統計によっても、同法の施行以来（2002年11月1日から2003年3月31日の間に）、747件の炭鉱災害が発生し、それによる死者1,318名、負傷者85名、行方不明者211名であった。そのうち、火災事故が322件で、死者322名、負傷者3名、行方不明者3名、ガス爆発が139件で、死者606名、負傷者58名、行方不明者90名、陥没事故が89件で、死者103名、負傷者3名、行方不明者12名、冠水事故が35件で、死者46名、負傷者17名、行方不明者66名、爆破事故が13件で、死者16名、負傷者3名、その他の事故が147件で、死者175名、行方不明者10名、であった。

これらの災害のうち、504件が、郷鎮企業及び私的所有企業におけるもので、67.5%を占め、また、954名が死亡（行方不明者は含まず）、全死亡者数の72.4%を占めている。その災害のほとんどは、火災、ガス爆発及び陥没事故であり、合計400件で、死者822名となっている（上記企業全体の79.4%、行方不明者は含まず）。

いくつかの資料によると、炭鉱におけるじん肺患者が210,000人にのぼることを示している。状況は、深刻という以上のものである。

郷鎮企業及び私的所有企業において、あまりにも多くの災害が発生している。2003年3月以降も、

3月22日に、3件のとりわけ大きな災害が、陝西省Luiliang地域の郷鎮企業で発生し、64名が死亡している（行方不明者は含まず）。[日本でも報道されているように、その後も炭鉱災害が相次いでいる。]

近年、中国国務院は、安全生産に関するいくつもの法令を發布し、一連の原則と方針（「安全な生産、生産のための安全」、「安全第一、予防指向」等々）を定式化し、機械化した生産・管理の水準を改善し、また、労働者の労働条件と労働安全衛生のレベルを大いに改善した。その一方で、中国政府は、採炭の発注のあり方を調整することに大きな努力を払い、数多くの不適格な小零細炭鉱を閉鎖、転換させてきた。その結果、小零細炭鉱における災害と死亡者数は、近年、著しく減少した。しかしながら、安全生産法が施行された後、かなりの災害隠しが存在している（甘粛省のXiao Nangou炭鉱、湖南省のFengyuan炭鉱やShunxing炭鉱など）。

マスコミ報道の多くは、これを腐敗や地域の保護主義のせいとしているが、より奥深い理由を見いだすことができると考えている。

理由① 安全監督システムの欠如

上述のように、中国政府は、安全生産に関する多くの法令を策定してきた。それは、多数の小零細炭鉱の転換によって、生産量の減少をもたらした。しかし、供給と需要の大きなアンバランスは、いくらかの閉鎖した企業をして、命令に背き、生産を再開する気にさせている。

多くの国において、労働安全衛生監督は、通常労働省によって行われている。この仕組みは、「三

者(政労使)監督」であることが望ましい。1998年以前は、中国でも同様であった。1999年の機構改革後は、国家労働安全局の機能と権限の範囲内にある。しかし、このシステム設計は、「自己監督」に陥るといふ懸念を回避することはできない。国家炭鉱安全局は、地方政府から独立していることはできない。結果的に、効果的に災害を抑止することができていない。

理由② 営業許認可システムの欠如

政府は、今後は自由な炭鉱開発を認めるつもりはないことを明定しており、許認可権は地方政府に与えられることになるだろう。こうしたルールは、「中間人民共和国鉱物資源法」、「炭鉱法」、「炭田開発管理措置」、その他の法律に示されている。しかし、今なお違法な小零細炭鉱が盛んになる状況をコントロールすることはできていない。

理由③ 不完全な業務災害保険システム

中国では、業務災害保険(EI)は1951年に「中華人民共和国労働保険規則」が交付されて、最初は企業の職員(staff)について確立され、これは1953年に改正された。この改正は、労働保険の対象を拡張して、国有、公私共有、私有及び集団所有の工場、鉱山、及び鉄道、航空、郵便、電気通信、運輸業などの基幹部門の企業をカバーするようになった。

過去15年間、継続的に附属の一連の関連法令を含めて発展してきている。業務災害保険は、経済の発展と社会の安定に、大きな役割を果たしている。市場経済と労働力流動化のための改革のニーズを満たすために、業務災害保険の対象はさらに拡大されなければならない。1996年に出された「企業産業災害保険試行対策」が、労働者のために産業災害保険に加入することを強制的に求め、「炭鉱法」もまた、炭鉱は労働者のために個人傷害保険に加入しなければならないと明確に指示し、さらにいくつかの州や地域が、労働者のための保険費用を支払うことを要求する文書を発行したとはいうものの、全ての措置はいまだ履行されていない。炭鉱災害の頻度が高いことから、社会保険機関は、産業災害

保険を認めることを決めている。したがって、いくらかの大規模、中規模の国有炭鉱はその労働者に産業災害保険を与えてはいるものの、莫大な数の小零細炭鉱は、支出を削減したいがために、その労働者に保険をかけていない。郷鎮及び私有鉱山における「peasant workers(農民労働者?)」は、その労働条件がきわめて劣悪であるにもかかわらず、現実には業務災害保険の対象に含まれていない。炭鉱災害がアンダーグラウンドで発生すれば、隠匿されるか、「内々に解決」してしまうおそれがある。

対策の検討：新たなシステムの提案

1. 炭鉱での安全監督の強制的実行の強化

監督が、中国の政治システムによって影響を受けるようなことがあってはならない。安全管理の効果を高めるために、監督部門を強化し、監督の効率を高めなければならない。運川が容易で、経済変化・改革の影響による法の不安定さを減少させるような、体系的かつ科学的なやり方で、適切な法令を策定するための能力のあるスタッフを組織することがきわめて重要である。経済的誘導のことで差別別的、変動保険料率の設定と、効果的な業務災害保険の奨励と懲罰的メカニズムを確立すること。

2. 具体的な安全措置の策定と執行の改善

炭鉱における災害頻度の高さ、経営の複雑さやシステムの多様性のゆえに、現在の状況に適合させるために、相関関係のある諸法律を改訂、完成させることが必要である。

リーダーや専門部門が災害に対処するレベルと能力に、焦点を当てる必要がある。したがって、特化した専門家を育成することがきわめて重要である。

3. 炭鉱産業経営の認証システムの策定と向上

多数の不法な小零細炭鉱が閉鎖され、その後、採炭が安上がりであることから、命令を無視して採炭が再開された。天然資源が国家または人民に帰属し、労働力が安く、炭鉱への投資は不法利得を得ることができるというのは、地下から黄金を掘ること

に似ている—小零細炭鉱のほとんど全ては、大きな国有炭鉱から手に入れた横流し品を所有しており、後者は彼らのために排水、換気をしているようなものである。炭鉱産業経営の認証条件を引き上げることにより、資源活用費用ばかりでなく、採鉱調査や環境保護の費用、その他の経費をも受け取ることができる。また、企業が業務災害保険の経費や安全生産の預託金を支払わなければ、採炭許可は与えられないことになろう。これらの経費のいくらかは、労働条件を改善するために使われなければならない、いくらかは業務災害保険基金を完全なものにするために使われなければならない。

小零細炭鉱を閉鎖、調整することと同様に、市場経済の使命と政府の責任を統合することは重要な措置である。経済的手段によって炭鉱資源を管理し、また、できるだけ速やかに違法な小零細炭鉱を「市場から放逐」することもまた、政府の義務である。

4. 投資の増加と炭鉱の労働条件の改善

条件が悪く、非効率で、頻繁に労働災害の発生している、郷鎮及び私有炭鉱における安全投資をとりわけ増大することが、より重要である。また、これらの鉱山の安全投資に対する深刻な資金不足、占くて、時代遅れ、かつ非効率な技術設備の問題も現われてきている。したがって、安全投資を増大し、機械化及び安全装置を改善することが重要である。

さらに、公的設備保証、災害救助、教育及び普及を開始するための、全国的な安全生産基金を設立すべきである。これは、より進んだ炭鉱国では一般的な仕組みであり、安全生産にとって非常に効果的である。

5. トレーニング・システムの強化

相対的に危険な労働条件、低賃金、長時間労働という悪環境が原因で、小零細炭鉱の使用者は、そのほとんどが質が低く、政策や法令、安全規則に対する理解力に劣り、安全に対する考え方は不適切、自己防衛、相互防衛能力も低い、peasant workersを募集しなければならない。このことは、すでに述べた低コストをもたらしている。したがって、安全能力のトレーニングが一層重要になり、地方政府は、トレー

ニングのメカニズムを完全なものにしなければならない。また、小零細炭鉱における、強制的なトレーニング・システムが策定されなければならない。安全能力トレーニングにおける一部として、「peasant workers」自身のイニシアティブと注意を喚起しなければならず、そのことは、炭鉱における災害発生的大幅な減少に寄与するだろう。

6. 業務災害保険システムの実施

小零細炭鉱がじん肺患者数、災害発生や死亡者数の最大の部分を占めていることから、peasant workersの生命は確保されているとは言えない。アメリカやドイツ、イギリス、日本、その他諸国における業務災害保険の実践から、以下の教訓を導き出すことができる。

- ① 災害防止、職業リハビリ、被災労働者の再雇用に関する、使用者の責任を強化すること。
- ② 炭鉱における同一労働組合業務災害保険を設置し、業務災害保険基金を設立すること。

業務災害保険基金の運営組織は、仕事により負傷し、死亡した炭鉱労働者とその家族に補償を行うために、炭鉱及び社会から広く資金を集めなければならない。業務災害保険基金の一定の割合の資金は、災害の発生防止のために引き出される。

現在、炭鉱の業務災害保険システムは、完全には確立されていない。多数の小零細炭鉱が、保険に加入していない。現在のシステムや法令の制約のために、全中国を通じた炭鉱業務災害保険システムを設置することはきわめて困難である。今日、国有を原則として、国有の地方鉱山と全国鉱山が共存している。業務災害社会保険、営利保険及び使用者責任の混合した体系が、炭鉱の様々な種類のニーズを満たすことができる。この体系は、過渡期の形態として活用できる。状況が熟してくれば、炭鉱業務災害保険システムを完全に実施することができる。

これは、生産を上げるために、人々の生活の水準と質を高めるためのものであるから、人々の血や命に値段をつけることを許すようなことがあってはならない。小零細炭鉱に、社会全体の関心



斫り(はつり)労働者のじん肺等健康障害—大阪、沖縄・・・

過労性疾患の補償・予防に問題提起

片岡明彦

関西労働者安全センター事務局次長

全国安全センターが毎年行っている全国一斉労災職業病電話相談。

1998年10月のその相談に電話をかけてきたMさんが、いわゆる「はつり」労働者だったことがきっかけだった。「はつり」とは、建築、解体の現場でチップパー、ブレーカー、削岩機など手持ち振動工具を使用して行う、コンクリート等の破碎、切削などの作業をいう。

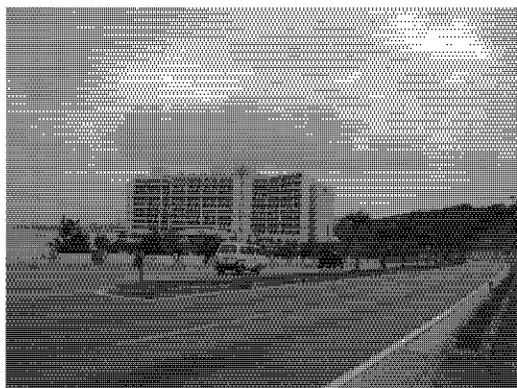
しばらくしてMさんは、知り合いのNさんを連れてきた。Nさんは、はつり36年のベテラン。じん肺をごまかしながら就労していたが、勤め先からコンクリート工場への配転と給料半減を通告されていた。1999年、55歳の春、はじめての管理区分申請の結果、IV型「管理3口」続発性気管支炎と決定された。Mさんは熊本出身だったが、Nさんは、筆者は初めて聞く姓で、沖縄県久米島の出身だった。その知人、友人のはつり労働者もひとり、またひとりに関西労働者安全センターに来所、労災認定者は2000年7名、2001年はその倍程度と徐々に増え、今日に至っている。

出身地では大阪以外が圧倒的に多く、沖縄が過

半数に達した。沖縄本島、久米島のほか目立つのは栗国島関係者で、栗国島出身者は多く、とくに戦後、那覇市内ではつり業に就き、この人たちが大阪に出てきて大阪市北区の画でハツリ業を盛んに行ったことを知った。現在も、北区の天神橋筋6丁目界限、那覇市与儀周辺はともにハツリ業者と労働者が多い。

ひとつの診療所に通院している、こうした元はつり労働者を対象にして、聞き取り調査聴力検査などを行い、分析と提言を2003年5月、報告書(「はつり労働者の健康調査—52事例の解析—」(36頁参照)にまとめた。調査対象は、2001年3月時点で、あるひとつの診療所に通院中の主にじん肺労災認定患者53名だったが、振動障害、難聴も高率に罹患していることがわかった。

その後も、はつり仲間の伝手で少しずつ相談者があり、労災認定を受ける人も増加していたが、2002年9月に、沖縄県那覇市で入院中の離職者Sさんから相談があった。少し時間はかかったが、Sさんは、じん肺・合併症で2003年9月に労災認定された。所轄の沖縄労働基準監督署では、「ハツリ労働者の労



ラマダ・ルネッサンス・リゾート・オキナワ(恩納村)

災認定は聞いたことがない」という。沖縄労働局でも同様の反応だった。そして、沖縄行きは、後で述べる10月の相談会で5回目となった。

今後の課題は、救済活動の強化継続、被災労働者及び現役労働者の組織化、提言の実現だと考えている。当センターとしては、大阪と沖縄での取り組みしかないが、はつり労働者を取り巻く状況は全国的に共通だろう。取り組みを他の地域にも広げていければと考えている。

労災認定されたSさん

じん肺・肺結核・続発性気管支拡張症で、沖縄県豊見城市内の病院に入院中のSさん(72歳)に対して、2003年9月、沖縄労基署は、業務上疾病と認める決定を行った(2002年11月に労災請求)。

栗国島出身のSさんは、20代後半からはつり作業に就いた。一時、大阪で働いたが、主に沖縄で作業に従事した。Sさんによれば、最終粉じん作業は沖縄県恩納村にあるホテル「ラマダ・ルネッサンス・リゾート・オキナワ」建設工事(佐藤工業と地元大手・國場組のJV)で、1987年前後とみられたため、所轄の沖縄労基署に労災請求となった。Aさんは、約8年前から呼吸器症状で入院していたところ、県立病院で結核と診断され、国立病院に転院し約1年間の入院の後、地元の総合病院に転院した。ここで本人に面談した。

県立病院、国立病院いずれも労災補償のためのサポートを行っていなかった。労災請求前に面会す

ることができた国立病院の主治医が、「私は標準フィルムのI型を見てもどこにじん肺があるのかわからない。じん肺だと言うのなら、わかる先生に見てもらえばいい。」と平然と言うのには少々驚いた。休業補償請求用紙の病名欄に「肺結核」としか記入してもらえなかった。

しかたなく、彼の弁を別紙に記して請求川紙に添付した。じん肺所見については結局、平野敏夫先生(ひらの亀戸ひまわり診療所)にレントゲン写真を読影してもらわなければならなかった。

沖縄県のじん肺

ところで、Sさんが最後に雇用されていたはつり業者は、Y組という名の知れた「大手」(といっても小企業)のはつり業者だったが、Y組は、じん肺法で定められてじん肺健診を全く実施していなかった。Sさんが認定された現在でも行っていない。沖縄労働局、沖縄労基署にも指導を要請したが、未だにY組への事情聴取さえ行われていない。Y組がしていないぐらいだから、まず他の業者はしていない。ちなみに、Y組社長も栗国島出身。

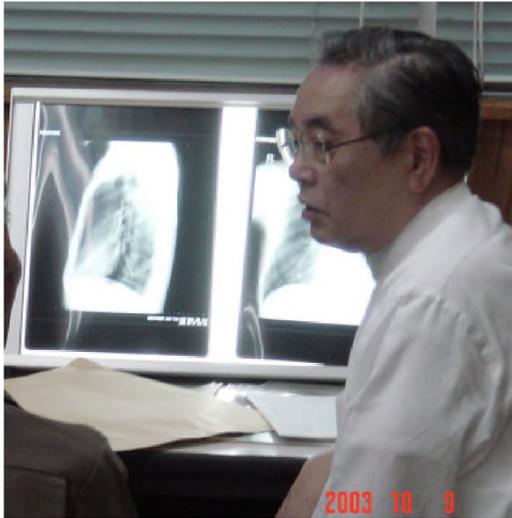
沖縄県のじん肺に関するデータを、少し調べてみた。

まず、沖縄県における過去10年間の「じん肺及びその合併症での新規労災認定件数」。これは、被災労働者の「最終粉じん作業が沖縄県内であったものの件数」を示している。

2001年度—0件(建設業—0件)、2000—1、1999—2、1998—1、1997—5、1996—1、1995—2、1994—1、1993—0、1992—2。

建設業での認定もあるようだが、労働局などによると、県内のトンネル工事が最終職場であった事例ということだ。

一方、2001年の沖縄県のじん肺管理区分決定状況を見ると、全体で3件(すべてセメント製造業で管理2)。はつり作業者が該当すると考えられる「ずい道工事以外の建設業」は、当然、0件。管理区分申請はじん肺健診で有所見とされた者について行われるので、実際にハツリ業者からじん肺健診結果の届け出があるかについて、沖縄労働局に聞いたと



天明佳臣先生(10.9 那覇職業病相談会 官公労共済会館)

ころ、「ない」とのことだった。

「沖縄県のはつり業者は法定じん肺健診を全く実施していない」ことはまず間違いがなかろう。

一方、これまで面談した沖縄の医師が、「沖縄の医者は沖縄にはじん肺患者はいないと思ってますよ」、「大学で沖縄ではじん肺は発生していないと教えられた」と語っている。住民健診で異常を指摘されながら、精密健診で結核ではないことが確認されただけだったという、複数のはつり労働者もいた。

医療の側のじん肺への理解不足は、何も沖縄に限ったことではないが、「沖縄ではじん肺は起こっていない、じん肺患者はいない」という認識は、ちと問題が大きい。この点は、労働行政も同様だ。

なお、ある年の「都道府県別・業種別管理区分決定状況」、「都道府県別・業種別じん肺健康管理実施状況報告」は労働局のじん肺を主管する労働衛生課で、全都道府県のものが入手できる。端末からの操作で簡単にプリントアウトされる。筆者は平成14年についてのデータをもらい、沖縄県の数字を知った。それぞれの全国計一覧表は、毎年10月の労働衛生週間の前に発行される「労働衛生のしおり」などで見る事ができる。ただし、「じん肺健康管理実施状況報告」の業種分類は、その全国計よりも詳細な分類がされている。



10.11 粟国島職業病相談会(左から筆者、白石、栗国村公民館)

那覇、粟国島で職業病相談会

Sさん労災認定を受け、沖縄県の研り労働者、離職者の話をもっと聞くため10月6日から16日にかけて沖縄に行った。今回は筆者だけではなく、大阪から粟国島出身の元はつり労働者2名、愛媛労働安全衛生センター事務局長の白石昭夫さん、全国労働安全衛生センター連絡会議議長の天明佳臣先生ご夫妻が参加した。筆者単独だったこれまでとは段違いの体制となった。

那覇市と粟国島の粟国村で行った職業病相談会などで、合わせて新たに21名の元研り労働者、離職者から話を聞くことができ、遺族からの相談も1件あった。じん肺有所見あるいは有所見とみられる方が7割程度おり、聴力障害を合併する場合もあったが、振動障害についてはほとんどみられなかった。

たとえば、次のような相談があった。

□研り歴：沖縄で約40年／死亡／アスベスト曝露歴を示す胸膜肥厚斑が全肺にわたっている。慢性呼吸不全による死亡とされた。新聞記事をみて相談に。

□研り歴：大阪で10年、沖縄で34年／胸膜肥厚斑、軽度の不整形陰影あり、管理区分申請のためにじん肺健診、聴力障害があり労災請求。

□研り歴：大阪で15年、沖縄で18年／中等度の粒状影があり、続発性気管支炎とみられ、管理区分申請。

□研り歴：大阪で13年、沖縄で20年／全肺野に粒状影、自覚症状はないが管理区分申請が必要



粟国島の位置



粟国島

□ 研り歴：大阪で28年、沖縄で16年／全肺野に粒状影、大陰影有り、呼吸器症状、じん肺健診し管理区分申請。

□ 研り歴：大阪で10年、沖縄で30年／住民健診で何度も結核として指摘される。

なお、すべての相談者がじん肺健診を受けたことがなく、じん肺管理区分決定を受けていなかった。

滞在中に可能なことは進めたいと、相談者のかかりつけ開業医や、労働局の資料で知ったじん肺健診のできる病院に相談者といっしょに行き、医師に面談し、じん肺健診や聴力検査を受けた。その結果まず、2名の管理区分申請を沖縄労働局に、1名の難聴障害補償請求を那覇労基署に対して行った。

事前に大阪在住者のルートで那覇市、粟国島の離職者、現役労働者に声をかけることにし、そのおかげで相談に来た人が多かった。幸い那覇市の相談会には、西表敏克副委員長をはじめとする自治労沖縄県職員労働組合の方々の、粟国島では粟国村役場関係者の労を惜しまないご協力をいただき、また、現地の研り現役労働者、離職者、その家族の有志の方々からも多くのご協力があった。那覇相談会の前日には、県職労のはからいで県庁記者クラブで記者会見ができ、相談会当日の琉球新報に記事が掲載され、これを見て、相談に訪れた遺族もあった。

20年目の労災請求

さて、今回の滞在中に進めなければならぬ懸案の

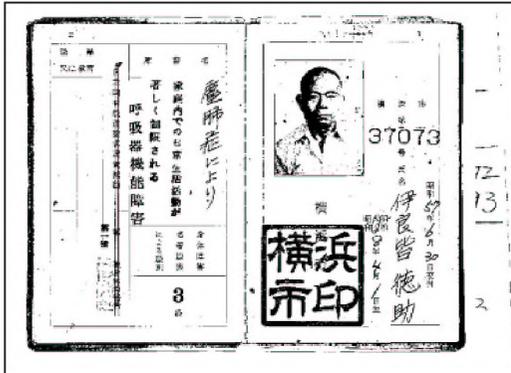
ひとつが伊良皆徳助さん(85歳)の労災請求だった。沖縄県浦添市在住の伊良皆さんに会ったのは、2003年3月。伊良皆さんは、じん肺結核・アスベスト肺がんで労災認定された大阪在住元研り労働者の遺族Bさんの親戚で、戦後、大阪に来た沖縄県栗国島出身研り労働者の中でもっとも古い世代に属する。Bさんからもらった伊良皆氏の障害者手帳のコピーには、「塵肺症により呼吸機能障害3級」とあった。

手帳は1982年6月に横浜市から交付されていた。伊良皆氏は、この少し前まで大阪で研り作業に就いていたが身体不調となり、息子のいる横浜に来て清掃の仕事をしていていたが、健診でじん肺を指摘され、医師に、「これ以上仕事をしてはいけない」と言われたという。そのあと沖縄にもどりとずっと一人暮らしを続けてきて、1999年からは在宅酸素療法を受けるようになった。いまは「要介護度1」と認定され、地域の医療、介護スタッフに支えられて暮らしている。

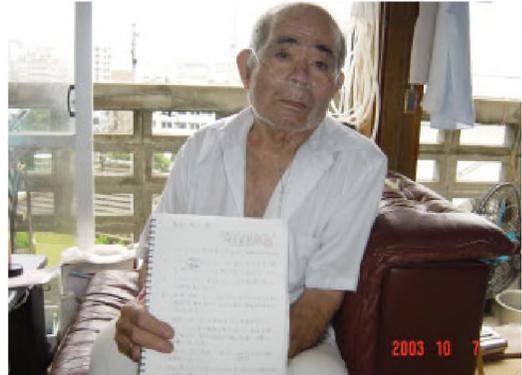
3月に、訪問看護にあたっている看護師さんの案内で、自宅を訪問し事情を聞いた。じん肺であること、療養中であることが明らかのため、じん肺管理区分申請と労災請求をすることにしたが、事情で手続きが延びていたが、今回の訪問時に職歴等の聞き取りをし、労災請求書を作成することができた。

1940年に召集、ニューブリテン島で部隊を乗せた船が雷撃され沈没、九死に一生を得て沖縄にもどった。それ以来、約40年間研り作業に従事した。最後は、大阪市北区に今もある沖縄出身の研り業者で働いたということだった。

自己申立書を作成した翌日、じん肺健診結果報



伊良皆徳助氏の障害者手帳



伊良皆徳助氏

告書を書いてもらった浦添市内の主治医の診療所で休業補償請求書の証明を受け、帰阪後、大阪・天満労基署に労災請求を行った。伊良皆さんは、「沖縄にもどってから市役所にも相談をしたこともあったが、どうにもならなかった」と話す。天満労基署は、11月18、19日に浦添市を訪れ、本人の事情聴取、医療機関調査を実施しており、一日も早い労災認定が望まれる。今回の訪問には、昔のはつり仲間3名が同行し、昔懐かしい話に花が咲いたのだった。

12月になり、じん肺・結核性胸膜炎で那覇市内に入院中のNさんが労災請求することになった。Nさんは約30年間大阪ではつり作業に従事、今は粟国島に帰っており、10月の職業病相談会に来ていた。

その後、村民健診で異常がみつかり、入院加療となったものだった。大阪・天満労基署に請求中だ。

すでに述べたように、沖縄労働局管内の研り業者からのじん肺健診の報告は昨年は皆無、事業主側に認識が全くない状況といえるだろう。Sさんの件や、今回は述べなかったじん肺肺癌で死亡したBさんの遺族補償請求などで、沖縄労働局、沖縄・那覇労基署で研り労働者の問題を何度も話してきたが、認識は未だに極めて低い。ひとつずつ相談活動に取り組みつつ、その経験をもとにして、労働行政、事業者への働きかけをいかにやっていくのかが今後の課題である。



全国労働安全衛生センター連絡会議(略称:全国安全センター)は、各地の地域安全(労災職業病)センターを母体とした、働く者の安全と健康のための全国ネットワークとして、1990年5月12日に設立されました。

①最新情報満載の月刊誌「安全センター情報」を発行しているほか、②労災認定・補償問題等々での相談、③「労働安全衛生学校」の開催や講師の派遣など学習会・トレーニングへの協力、④働く者の立場で調査・研究・政策提言、⑤世界の労働安全衛生団体との交流などさまざまな取り組みを行っています。

「安全センター情報」は、運動・行政・研究等各分野の最新情報の提供、動向の解説、問題提起や全国各地・世界各国の状況など、他では得られない情報を満載しています。

安全センター情報

はつり労働者の健康調査

—52事例の解析—

2003年5月
建設じん肺研究会

1.はじめに

本建設じん肺研究会のメンバーの一人が所属する関西労働者安全センターは、毎年10月上旬に全国労働衛生安全センター連絡会議が主催する「全国一斉労災職業病電話相談」に参加してきている。この相談活動は独自に活動している各地の安全衛生センター組織によって行われているが、「じん肺肺がん・アスベスト被害ホットライン」として実施した1998年の電話相談への相談者の一人が、はつり(研り)労働者のMさんであった。

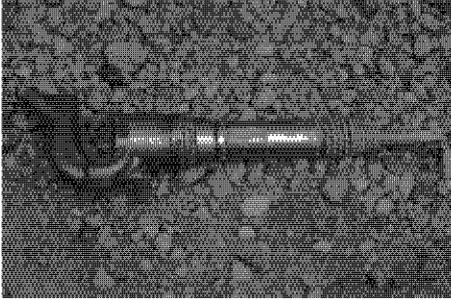
大阪市北区に住むMさんのはつり労働歴は約30年。阪神淡路大震災復旧工事中に肺結核を発症して8か月間の入院療養となり、会社から解雇された。相談は、このときのじん肺・肺結核に対する労災補償を受けられないかということだった。故山下五郎先生(尼崎労働者安全衛生センター顧問)の診察により、Mさんはじん肺管理区分申請を初めて行い、労働基準局から管理区分決定を受けたが、話の中で大阪市北区天神橋筋6丁目(通称「天六」)周辺が、はつり業者とはつり労働者の集中地区であることを教えてもらった。しばらくしてMさんは知り合いのNさんを相談に連れてきた。Nさんは本研究会メンバーの松浦の診察を経て、初めて管理区分申請を行い、合併症で労災認定を受けた。

このように同業の知人の紹介で、はつり労働者が一人またひとりと相談に訪れるようになり、松浦診療所に通院する元はつり労働者はかなりの数にのぼるようになった。天六周辺在住のはつり業者とはつり労働者は、自身あるいは親が沖縄県出身である者が多く、患者も同様だった。相談に訪れた者のほとんどがじん肺の健康診断を受け、管理区分申請をし、管理区分決定を受けるとともに、療養や休業が必要な場合には労災請求し認定を受けた。

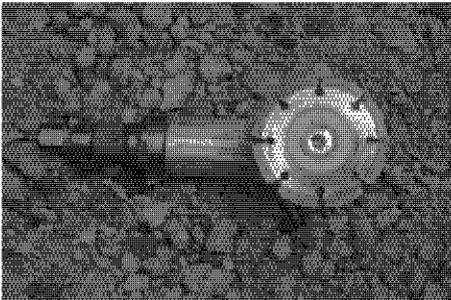
相談者・患者が増えるにしたがい、次第にいくつかの特徴的な問題点が浮び上がってきた。多くははつり専業で従事歴が長いこと、比較的若年でも重度のじん肺がみられること、じん肺という病気のことやじん肺法・粉じん則といった法制度の存在や内容についてほとんど知らないこと、肺結核合併のような明らかな労災認定該当事例でも労災補償を受けていないことがしばしばであること、振動障害とみられる症状を有している者がいること、難聴が比較的多くみられることなどであった。また、病理解剖による病理組織検査の結果、職業性曝露が推定される量のアスベスト繊維が検出されてアスベスト肺がんとして労災認定された事例にも遭遇した。はつり労働者におけるアスベスト曝露も無視できない問題として認識するに至った。はつり作業における粉じん曝露濃度は他のじん肺多発職場と同様に相当高いと考えられるものの、隧道など他の職種の場合に比

はつり作業で用いる振動工具と重機の例

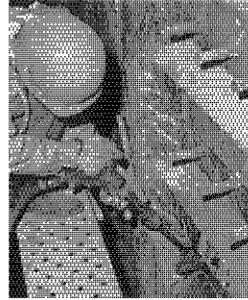
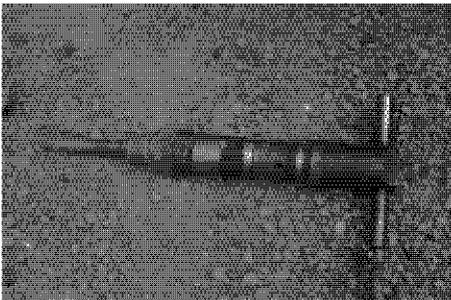
(A) チッパー



(B) コンクリートカッター

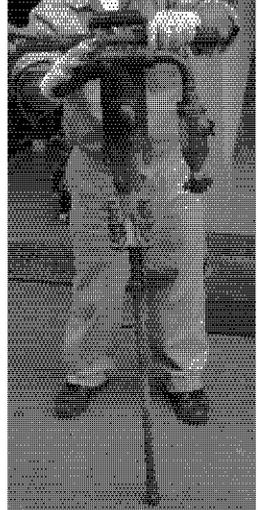


(C) ブレーカー

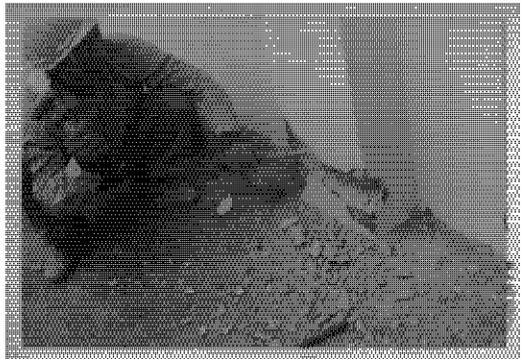


(東空販売株式会社パンフレットより)

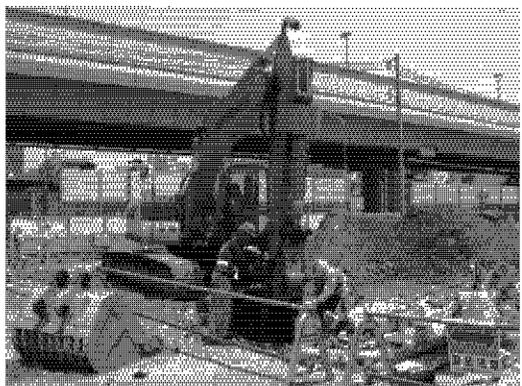
(D) 削岩機



(E) 手ばつり



(F) バックホー(アタッチメント取替中)



べ、事態の深刻さ、対策の必要性が看過されている感があり、さらに、はつり作業における職業病対策の不十分性は、建設現場全体にみられる共通の問題を含んでいるのではないかと考えられた。

はつり労働には、このような多くの課題があるにもかかわらず、これらの点に関する産業保健学的立場からの検討は、わずかな学会報告等を見るに過ぎない。そこで、建設現場におけるじん肺・粉じん対策等の改善に取り組むことを目的に、本建設じん肺研究会を2001年4月に立ちあげた。議論の中で、はつり労働における問題を追求する一環として、患者の健康障害の実態を明らかにするために面接調査を行うことになり、今回の調査に至った。これまで注目されていない職業集団としてはつり労働者の実態を明らかにすることによって、はつり作業に関する安全衛生と労災補償についての現状を改善するための契機としたいと考えたからである。

2. はつり作業の概要

「はつり労働者」は、建設、解体業において主として「はつり(折り)作業」を行う労働者を指す。はつり労働者は「はつり業者または「はつり・解体」業者に雇用されるか、小規模零細事業主としての「はつり業者(一人親方を含む)」という立場で、この作業に従事している。はつり業者(俗にいう親方)は、一般的には建設業における下請け末端に位置する小規模事業主である。はつり業者は、コンプレッサー・ブローカー・ユンボ・アイオンなどの工具、機械を所有し、上部請負会社からの請け負い仕事を行っている。請負元は、元請け工事会社(ゼネコン)の場合もあるが、その下請け会社である場合が多い。

はつり作業は、チッパー(写真A)・コンクリートカッター(B)・ブローカー(C)・削岩機(D)等の手持ち動力工具を使用して、コンクリート・アスファルト・岩盤等の破碎、切削、穿孔等を行う作業である。かつては、ノミとハンマーによる手ばつり(E)が行われたが、次第に動力工具による作業となった。ユンボ、アイオンといった重機(F)も使用される。

はつり作業は、建設、解体における様々な工程で行われる。たとえば、コンクリートの型枠を解体し

た後の余分な部分の削り取り、道路補修工事のための路盤の面の削り取り、配管のためのコンクリートの溝切りといった作業がある。屋外での作業はもとより、地下室、共同溝といった閉鎖空間での作業も多い。作業の特性上、著しい粉じん、振動、騒音が発生する。

動力工具を駆動するためのコンプレッサー1台につき労働者2人が一組となり、コンプレッサー、工具一式を積載したトラックで現場に向かう。工事現場ではつり作業が必要な時にだけ行われる関係上、作業期間は不定期になる場合が多く、また、大規模工事を別にすれば、短時間で次々と作業現場が変わっていくことになる。改造、解体工事では、その現場の本来の業務が休止している期間が工事期間となることも多い。夜間工事になることもある。

3. 対象と方法

1) 対象者

2002年1月現在、松浦診療所に、呼吸器症状のために通院している者で、はつり工の職歴を持つ56人全員に対し調査協力を求め、このうち協力の意思表示のあった52人を今回の調査対象者として設定した。いずれも男性であった。

2) 面接調査

予め作成した調査票(7資料編1)調査票)を用いて、面接による聞き取り調査を実施した。調査項目は、年齢などの基本的属性に加え、じん肺関連の自覚症状とその経過、難聴と振動障害に関する自覚症状、職歴、それぞれの雇用先における保護具の使用状況などの安全衛生対策に関する質問等から構成し、職歴を除き予め用意した選択肢から回答を求める形式とした。振動障害の症状であるレイノー現象(VWF: vibration induced white fingers)の有無の確認には、「指が白くなったことがあるか否か」の質問のみでは疑陽性が多くなる可能性が考えられたため、出現状況、白変の範囲、回復時の状況などの質問も用意し、それらに対する回答結果からVWFの有無を判断することにした。職歴は、最終

学校の卒業後から経年的に年単位で、はつり工以外の職歴も含めて全て聞き取り、はつり工以外の職歴にあつては「粉じん曝露作業を伴っていたか否か」「石綿曝露があつたか否か」もあわせて尋ねた。はつり工としての職歴については、従事年数、振動工具の使用状況に加え、雇用先ごとに防じんマスク、耳栓、保護メガネ、保護手袋の平均的な着用状況、じん肺健診やじん肺教育の有無についても質問した。同一会社に長年にわたって雇用されている場合には、各種保護具の着用状況の変化などについても確認した。これら作業条件の状況の検討にあつては、大きく10年区切りとした1960年代、70年代、80年代、90年代の状況を、その期間で最も長く就労していた職場で代表させることにした。

なお、面接を円滑に進めるために、対象者には職歴を経年的に記した覚書を作成して持参すること、労働局による最新の「じん肺管理区分決定通知書」を持参することの協力を求めた。また、面接の資料として振動工具のカatalogなども用意した。

面接の手順と質問方法は面接者間で予め統一した上で、2002年2月から3月にかけて順次実施した。なお、面接は一人あたり平均約40分要した。

3) 聴力検査

聴力検査を受診していた対象者に聴力検査結果の提供を求めたところ、1人を除く51人から協力が得られた。全員が同一の耳鼻科医院での聴力検査を受けていた。聴力損失の評価は、聴力検査の結果で伝音性難聴と診断された耳を除いて、労災補償法で定める6分法で評価した。

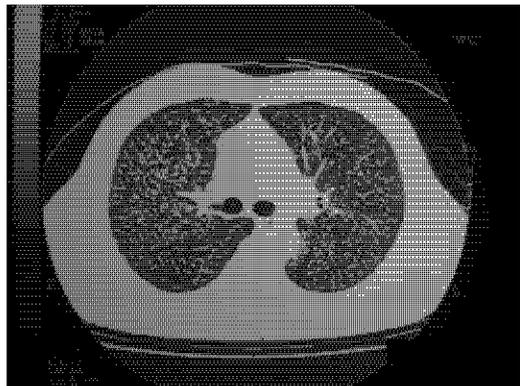
4. 結果

1) 症例報告

今回の対象者の中から、代表的な症例を以下に報告する。

(1) 典型的なじん肺所見を呈した例

1952年生れの男性。管理区分決定時48歳。19歳(1971年)のときに1年間鋳物会社で配達の仕事をしたあと、はつり作業をはじめた。



G社(約4年)、H社(約7年)、I社(約17年)の合計約28年間、はつり作業に専ら従事した。防じんマスクはH社以降常時着用していたが、粉じんが激しいときはマスクの隙間から粉じんが流入してくることが常であったという。作業開始後10年目(30歳)前後から「咳、痰がよく出る」などの症状が出始め、20年目頃からこれら症状で医者に通うようになり、じん肺を指摘された。2001年5月、「管理3口・PR3・続発性気管支炎」との管理区分決定を初めて受けた。防じんマスク着用歴は比較的長いが、30年弱の作業経験によりじん肺が進展した例である。右に最近の胸部画像を示す。管理区分決定後、労災認定され通院加療中であつたが、2003年1月に肺結核を発症し入院となった。

振動障害については、過去1年以内にも寒冷曝露にともなう自指発作を経験している。聴力障害については両高音部感音難聴(6分法:右35.0、左28.3dB)と診断された。なお、耳栓の着用経験は全

くなかった。

(2) 振動障害で労災認定された例

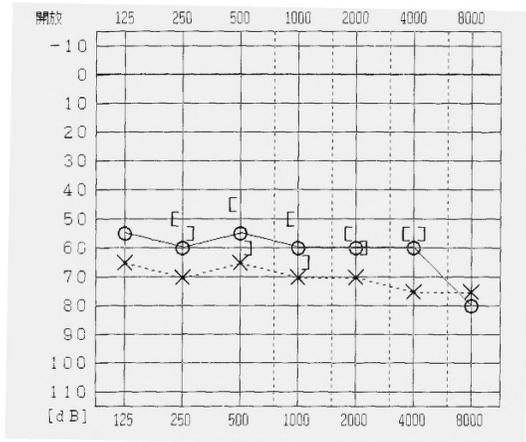
1945年生れの男性。労災認定時56歳。16歳から19歳まで看板屋、土方、大工手伝いをした。20歳(1965年)から55歳までの36年間、はつり作業に専ら従事し、その間、約10社に勤務した。約15年間は沖縄で、その他の期間は大阪で働いた。防じんマスクを常時着用するようになったのは1973年以降で、耳栓は同時期から稀に着用するようになったと言う。作業開始後約16年目(36歳)頃から「咳、痰がよく出る」などの症状が出始め、31年目に会社の健診でじん肺(「軽度」との所見)を指摘されている。ただし、この時まで会社の健診(一般、じん肺とも)は一度もなかった。

じん肺健診を目的に松浦診療所を受診したが、レイノー現象発作を過去1年間にも経験しているなど、むしろ振動障害の所見が目立ったため振動障害健診を受けた。総合判定では、末梢循環障害(V)：自覚症状身体所見(S2)・検査成績(L3)、末梢神経障害：自覚症状身体所見(S1)・検査成績(L3)、運動器障害：右肘変形性関節症・手術的療法(不要)であり、休業加療を要すると診断されたため労災請求し、2002年3月認定された。なお、両感音難聴(6分法：右30.0、左29.2dB)との診断も受けている。

(3) 難聴で障害9級と認定された例

1938年生れの男性。管理区分決定時62歳。23歳(1961年)から62歳までの40年間、はつり作業に専ら従事。最初の2年間を除きJ社に勤務。防じんマスクは1978年頃から常時着用するようになったが、耳栓は時々着用する程度であった。電力会社関係の工事で、地下でははつり作業によく従事したという。作業開始後27年目(50歳)頃から「咳、痰がよく出る」などの症状が出始め、34年目頃からそうした症状で医者にかかり、咳止めの薬を定期的に飲み始め、この頃に会社の健診でじん肺を指摘された。2001年5月、「管理3口・PR4(A, B)・続発性気管支炎」との管理区分決定を受け、労災請求し認定された。振動障害については、白指発作の経験はないが、寒冷期に手指のしびれが時々ある。

じん肺についての相談時に高度の難聴が推定され、耳鳴りの訴えもあったため、耳鼻科を受診をす



すめ。その結果、両感音難聴(6分法：右63.3、左67.5dB、障害補償給付請求時)と診断され、障害補償給付を請求し、障害9級の認定を受けた。本調査における聴力検査結果を下に示す。

2) 面接調査結果

(1) 分析対象者の属性

調査対象として設定した52人全員が、面接調査を受けた。表1にそれらの者の属性を示す。調査時の年齢は48歳から76歳に分布し、平均は61歳で、10歳年齢階級別には60歳代が31人と最も多かった。はつり工として初めて就労した年は平均で1962年(年齢にして22歳)、はつり工の仕事から完全に退職したのは同じく平均で1999年(年齢にして59歳)で、その間の年数は平均36.4年であった。この間にはつり工として就労していた正味の期間は35.8年で、はつり工として仕事を始めてからは、他の職に就かず、ほとんどの期間をはつり工として働いていたことが分かる。正味の従事年数は最も短い者が16年、最長が49年と幅が広い。

はつり作業のうち、はつり用の各種振動工具(写真A～D)を使用していた期間は34.1年と、正味の従事年数より1.7年短い。これは、振動工具がまだ導入されていない時期には手ばつり(写真E)が行われていたためである。

はつり工として就労した会社数は一人あたり平均4.6社で、その分布を図1に示した。就労会社数が1か所のみのものである者が、多くは一つの会社にとどま



面接調査風景

ることなく、複数の会社に就労していた。最も多かったのは28年間に14社に就労していた者であり、このケースを含め1か所あたりの就労年数は平均12.1年であった。

(2) じん肺等の呼吸器障害

労働局から「じん肺管理区分決定通知書」を受けていた者は、振動障害で労災認定を受けていた3人を除く49人であった。それらの者のじん肺管理区分の内訳を図2に示した。49人中、管理区分「3口」と判定された者が22人、管理区分「4」が4人と両者あわせて過半数を超えていた。管理区分「2」「3イ」「3口」の計45人の労災認定理由は、結核の合併が2人で、残りは全例が続発性気管支炎であった。

図3は、じん肺管理区分とはつり作業に用いた振動工具使用歴との関係を示したものである。工具使用年数の中央値は「3口」が37年、「4」が38年と、「2」あるいは「3イ」に比べ、3年から5年長いが有意な差ではない。工具の使用年数は粉じん曝露の機会を示すものであるが、その時の作業環境、防じんマスクの着用状況などの影響も受けるため、粉じん曝露量の指標としては精度が低いと考えられる。

表2は、はつり工として就労開始後の、じん肺関連症状の出現経過を従事年数で示したものである。表に示した事項を全て経験した36人の結果であるが、「咳がよくでる」と自覚するようになったのは、は

図2 じん肺管理区分決定を受けた49人の管理区分の分布

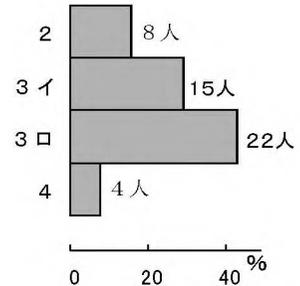


図3 じん肺管理区分別にみた工具使用年数の分布

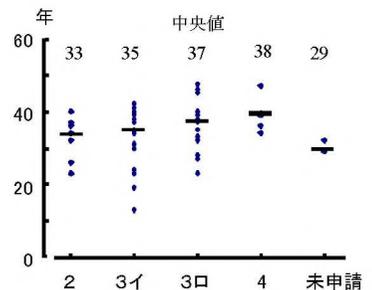


表2 はつり作業開始後のじん肺関連症状の推移(36人)

	咳がよく出る	健診などでじん肺の指摘を受けた	通院を始めた	服薬を始めた
平均	26.6	29.7	32.1	34.9
標準偏差	10.8	10.0	8.6	8.3
中央値	27.5	30.3	31.0	36.0
最短	1	9	12	11
最長	47	49	48	48

数値ははつり工として就労開始後の年数

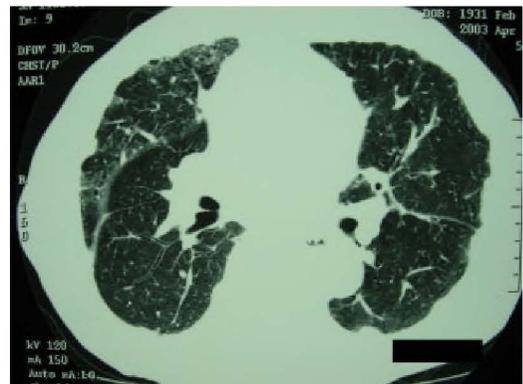
表3 管理区分別にみた喫煙状況

管理区分	喫煙	減煙	禁煙	非喫煙	総計
2	2	2	2	2	8
3イ	2	4	7	2	15
3口	2	5	8	7	22
4	0	1	2	1	4
総計	6	12	19	12	49

つり作業を始めて平均26.6年経過した時点で、最短が1年、最長が47年と個人間のばらつきは大きい。およそその3年後に「健診などでじん肺を指摘」されている。さらに2年半後に、持続性の咳などの呼吸器症状で通院を始め、その後、定期的な服用を開始するにいたっていることが分かる。

なお、対象者52人のうち結核の治療歴を有する者が、現在治療中の2人も含め11人いた。このことは、胸部画像所見でも確かめられている。うち7人は、結核の治療中にじん肺の存在を主治医から指摘されていたが、じん肺に合併した結核として労災申請をするようにすすめられた者は4人にとどまっていた。

現在、今回の面接対象者の胸部HRCT、CTの読影を、結節影、大陰影、線状影、胸膜プラークの有無などに注目して、放射線科の専門医により進めている。写真は、そのうちの一例で、石綿曝露を強く推定させる石灰化をともなった胸膜肥厚や線状影が認められた例である。現在、28人の読影が終了したところであるが、その中から任意に選んだ6人のHRCT所見等を表4に職歴とともに要約した。じん肺管理区分に従って並べてある。他の職歴としては、一人は隧道工と炭鉱夫、一人は炭鉱夫、一人は石工を経験していたが、この3人を含めて全員が石綿曝露の職歴を否定していた。線状影は28中11人に、胸膜肥厚斑は軽度な変化も含めると21人に認められている。はつり工のじん肺症例に胸膜肥厚斑が見られたとする報告（「はつり作業におけるじん肺症の6例」藤井ら、産衛誌、42巻、p.662、第73回日本産業衛生学会講演集、2000年）や、胸膜肥厚斑が存在したじん肺に肺がんが合併したはつり工の症



例報告（「職業性石綿ばく露と石綿関連疾患—基礎知識と労災補償—」森永ら、p.256-259、三信図書、2002年）、あるいは私たちの経験例（次頁参照）からも、今回の対象者の胸膜肥厚斑や線状影の原因として、はつり労働者として従事した「吹きつけアスベスト建造物」や「アスベスト含有建材使用建造物」の解体作業などが推定されよう。

表4 線状影または胸膜肥厚斑を呈する6人の所見と職歴

調査時 年齢	HRCT/CT 所見	じん肺 管理区分	はつり作業 従事年数	その他の職歴:職種と粉じん曝露		
				職種と従事年数	粉じん	石綿
71	線状影/胸膜肥厚	2	40	倉庫の片付け3年	無	無
60	軽度の胸膜肥厚斑	3イ	42	なし	無	無
69	線状影/胸膜肥厚斑	3イ	38	隧道3年+漁業5年+炭鉱2年+隧道1年+農業数年	有り	無
68	線状影/胸膜肥厚斑	3ロ	40	炭鉱夫5年	有り	無
60	線状影/胸膜肥厚斑	3ロ	37	農業兼石屋5年	有り	無
60	線状影/胸膜肥厚斑	4	36	林業7年	無	無

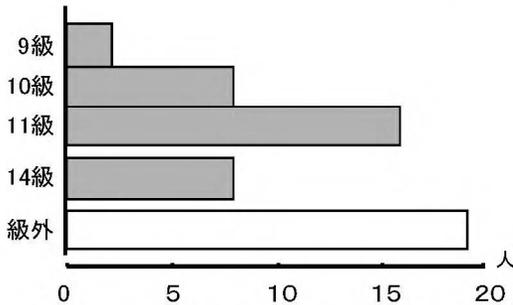
じん肺合併原発性肺がんで死亡し、死後の病理組織検査で アスベスト肺がんとして労災認定された事例

1936年生れの男性。管理区分決定時64歳。今回の調査前に私たちが経験していた事例である。出身地である沖縄県で農業、米軍基地工事(屋外、土工)に従事した後、24歳の頃から約40年間、はつり作業に専ら従事した。2000年5月に肺結核を発症し入院。管理区分申請を初めて行い、同年8月、「管理3イ・PR2・肺結核」との決定を受けた。このとき過去の職場の定期健診におけるX線写真により肺結核の既往が確認されている。入院時に肺がんが発見され、療養休業中の同年9月に肺癌で死亡。

病理解剖で高分化型扁平上皮がんと判明、石灰化をともなった胸膜肥厚もみられた。アスベストの定量分析から、肺内アスベスト小体数3,286本/g(乾)、肺内アスベスト繊維数2,054本/g(乾)との結果が得られ、「アスベストの職業性曝露が疑われる」と判断された。

以上の所見から、アスベスト肺がんによる死亡として業務上認定された(2003年4月からは「原発性肺がん」は合併症となったため、管理2以上のじん肺有所見者に発症した原発性肺がんはすべて労災補償の対象となったが、本事例の労災請求当時は、じん肺合併原発性肺がんは管理4または管理4相当のじん肺に発症したもののだけが業務上疾病とされていた)。

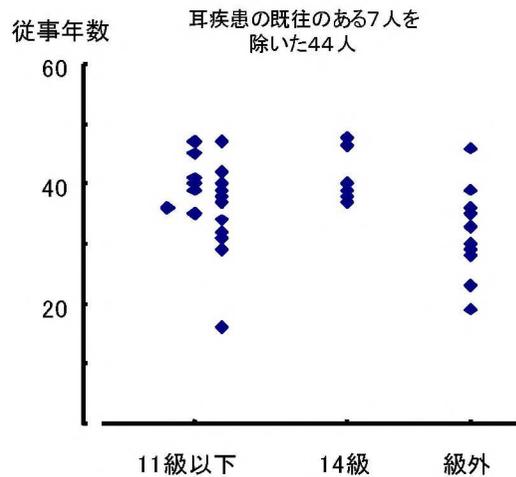
図4 労災等級(6分法)による聴力喪失レベル



(3) 聴力障害

図4は、聴力検査結果の提供があつた51人の結果を、労災保険で定める6分法に従つて労災障害等級に分類した結果である。最多は、労災補償に相当しない聴力損失ないし基準範囲内の聴力を意味する「級外」の者19人で、次いで11級が16人と多かった。11級の自覚症状としては、両耳の聴力が1メートル以上の距離では小声を解することができない程度、あるいは1耳の聴力が40センチメートル以上の距離では普通の話し声を解することができない程度に相当する、とされている。今回の対象者のう

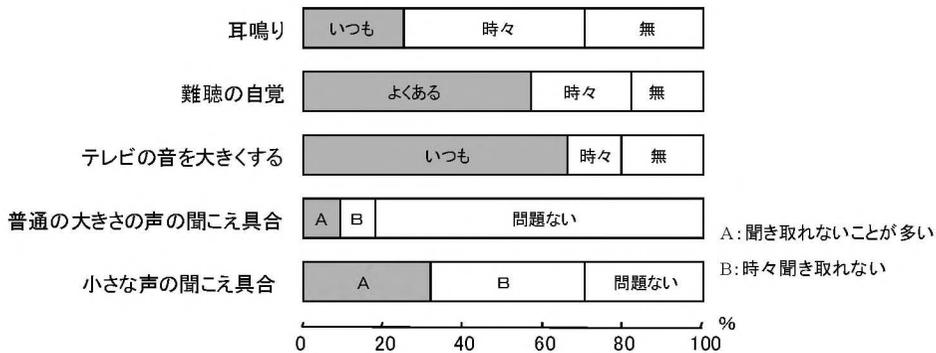
図5 聴力障害等級と従事年数



ちで聴力損失の最も程度が大きかった者は9級に該当した2人であった。

図5は、聴力障害等級とはつり工としての従事年数との関係を示したものである。手ばつり作業でも高い騒音を発することから、この期間も加えた従事年数である。級外の者の従事年数が他の群に比べ

図5 聴力障害等級と従事年数



やや短い、有意差はない。標本数が少ないこと、従事年数は年数を評価していても日数、時間数は含んでいないため騒音曝露指標としては精度が低いことなどが、その理由と考えられる。

図6に聴力に関連する自覚症状の愁訴率を示した。「耳鳴り」「難聴の自覚」を含め、日常生活での支障を感じている人が少なくないことがうかがえる。

(4) 振動障害

用意した質問の選択肢に対し、「寒冷曝露によって」「掌背両側」「手指遠位側から近位側にかけて」「数分から数十分持続する」「白変現象」で「回復時にシビレの増強などの違和感をともなう」と回答した場合に、振動曝露によるレイノー現象(VWF)陽性と判定することにしたが、対象者52人のうち17人がこの判定に該当した(図7)。17人のうち15人は、面

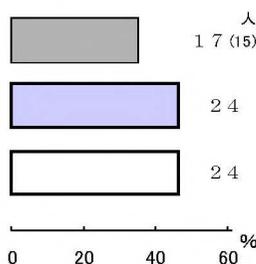
接調査時期を含んだ過去3か月の冬季にもVWFを経験していると訴えていた。

一方、手指から上肢にかけてのシビレを愁訴する者は24人、肘関節の伸屈制限を愁訴する者も24人と、ともに過半数に近い割合であった(図7)。なお、claw hand(鷲手)などの尺骨神経麻痺の所見が1人の右手に認められた。

表5は、振動障害の主要症状の組み合わせ別の人数内訳を示したものである。いずれの症状もない者は、わずか10人に過ぎない。残りの者はいずれかの症状を愁訴しており、そのうち4人はVWFも上肢のシビレも肘関節の伸屈制限のいずれも訴えていた。

図8は、VWFの有無別にはつり作業に用いた振動工具の使用年数の分布を示したものである。VWF

図7 振動障害関連症状 愁訴率



VWF: vibration-induced white finger(白指発作)。VWFの()内の数値は直近の冬にも発作を生じた者の人数。

表5 振動障害関連症状の愁訴状況

VWF	しびれ	肘の制限	人数
+	+	+	4
+	+	-	5
+	-	+	3
+	-	-	5
-	+	+	7
-	+	-	8
-	-	+	10
-	-	-	10

肘の制限: 右または左の肘関節の伸展あるいは屈曲の制限を愁訴する者

図8 VWFと工具使用年数

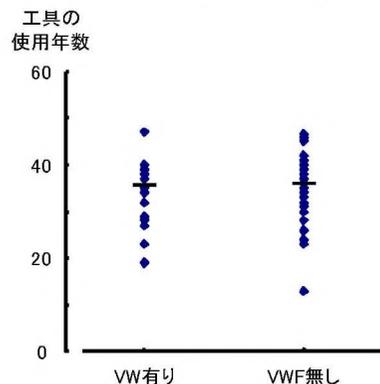


図9 防じんマスクの着用

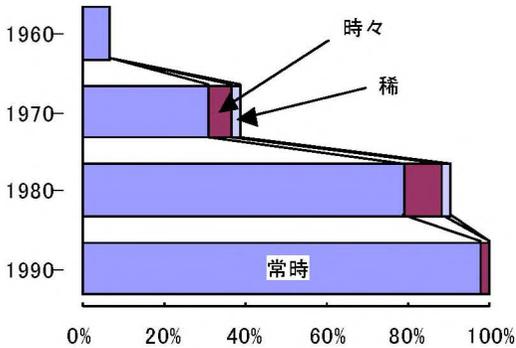


図10 耳栓の着用

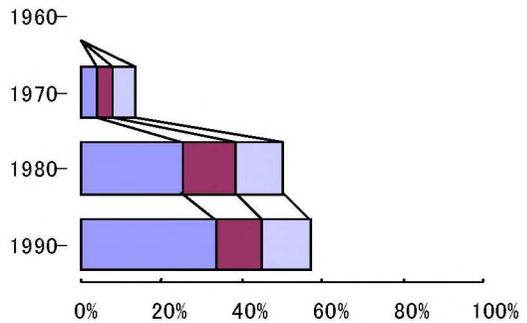


図11 保護メガネの着用

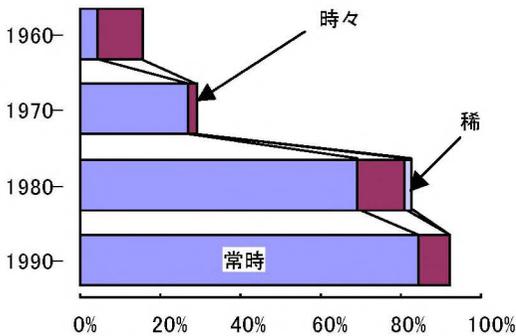
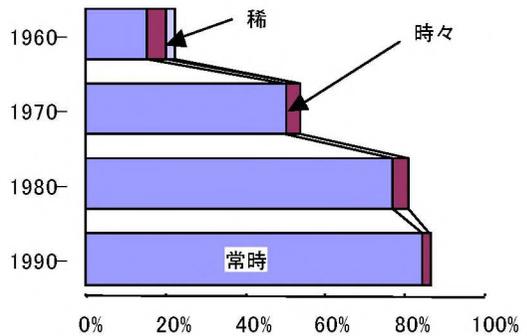


図12 保護手袋の着用



有り群17人の平均使用年数は約34年、無し群35人は平均35年と、両群間に差は認められなかった。標本数が少ないこと、就労日数が景気の変動を受けて年によって大きく変わる就労形態では、使用年数が振動曝露量の指標になりがたいことを示しているとも言えよう。

(5) 保護具の使用状況

各年代における各種保護具の使用状況を図9から図12に示した。

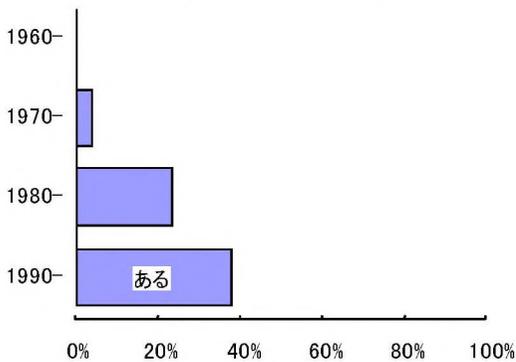
防じんマスク(図9)についてみると、1960年代ではごく一部の職場を除き着用されておらず、1970年代でも着用率は「常時」「時々」「稀」をあわせて過半数に届かない状況であった。これに対し、1980年代では着用率は80%と高くなり、1990年代ではほぼ全職場で着用されるに至っていることが分かる。1970年代と1980年代の着用率の大きな違いは、1979年に粉じん障害防止規則が施行されて、はつり作業は「粉じん作業」として扱われることになり、事業者に

「呼吸用保護具の使用」等が最低義務として課せられたことが影響していると考えられる。本規則の趣旨から言えば、防じんマスクは事業者が労働者に支給すべきものであるが、現実には個人持ちになっているケースの多いことが、今回の面接調査で分かっている。

耳栓の着用率(図10)は、いずれの年代も防じんマスクの場合よりも低率であることが分かる。1990年代でも「着用せず」が半数近くを占め、しかも、「着用」と回答していたマスクを着用した上での耳栓の着用は、作業者の不快感や苦痛を強めることや、耳栓による周囲音からの遮断が安全性の低下につながる懸念などが、耳栓の着用率を低くしていると考えられる。しかし、騒音性難聴からの保護を考えると、着用率を向上させる取り組みが求められていると言える。

はつり作業にともなって粉じんが飛散するため、保護メガネの着用が必要である。その着用率(図11)

図 13 じん肺に関する健康教育



は、1960年代、1970年代では低率にとどまっていたが、1980年代では大きく上昇し、1990年代には80%以上の作業者が「常時着用」と回答していた。

保護手袋の着用率(図12)は1970年代から増加し、1990年代では「常時着用」が多くを占めるに至っている。しかし、全員ではない。

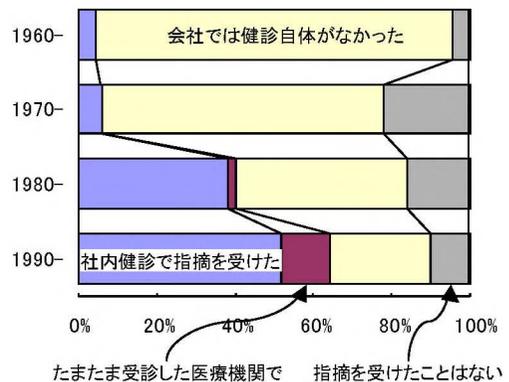
(6) 安全衛生対策の状況

図13は、雇用先の会社で「じん肺に関する教育」を受けたことがあるか否かを尋ねた結果である。1960年代で「ある」と回答した者は皆無で、その後、「ある」と回答した割合は増加しているが、1990年代でも40%未満にとどまっている。受けた教育の頻度、内容等については、今回の面接調査では質問自体を用意していなかったため不明である。会社の健康診断(一般健診やじん肺健診)などで「じん肺」を指摘されたことがあるか否かを尋ねた結果を図14に示す。1960年代は「会社では健診自体がなかった」と回答している者がほとんどであり、1990年代になっても20%程度はまだその状況にある。一方で、「社内の健診で言われた」と回答するものが年代を追うごとに増加してきており、1990年代に過半数を超えるにいたっている。

5. 粉じん・じん肺対策に関する法的規制の現状と問題点

本調査で、はつり作業従事歴のある患者がじん肺だけではなく、振動障害、騒音性難聴に高率に罹

図 14 会社の検診等でじん肺を指摘された経験



患していることがわかった。振動障害、難聴に関する安全衛生対策、健康管理対策の不備な状況が、じん肺と同様に存在していると考えられる。対策については近年は比較的向上しているとみられるものの、なお不十分とみられる。

あわせて、過去長期間、劣悪な作業環境によってじん肺等の職業性疾病に罹患した患者が、事業者の怠慢、安全衛生・健康管理教育の欠如からくる知識と認識の不足を原因として、放置されているのではないかと懸念される。

曝露粉じんについては、様々な粉じんに曝露していると考えられる。レントゲン写真等の検討からもアスベスト曝露の影響が強く推定され、はつり作業員についてはアスベスト曝露を前提とした健康管理、曝露対策が必要である。

以上のような問題点の改善を図ろうとするとき、主な問題の一つが法的規制が現状に適合しているかどうかということである。そこで、以下にはつり作業と粉じん・じん肺対策にかかわる法規制との関連について若干の検討を加える。

1) 粉じん障害防止規則

現在、粉じん障害の予防対策を法的に定めているのは「粉じん障害防止規則」(以下、粉じん則)で、1979年(昭和54年)に制定された(昭和54年4月25日労働省令第18号、平成12年10月31日労働省令第41号)。それまでは、労働安全衛生法に基づく労

表6. 粉じん対策についての労働安全衛生規則上の規定(現行)

(有害原因の除去) 第576条 事業者は、有害物を取り扱い、ガス、蒸気又は粉じんを発生し、有害な光線又は超音波にさらされ、騒音又は振動を発生し、病原体によつて汚染される等有害な作業場においては、その原因を除去するため、代替物の使用、作業の方法又は機械等の改善等必要な措置を講じなければならない。
(ガス等の発散の抑制等) 第577条 事業者は、ガス、蒸気又は粉じんを発生する屋内作業場においては、当該屋内作業場における空気中のガス、蒸気又は粉じんの含有濃度が有害な程度にならないようにするため、発散源を密閉する設備、局所排気装置又は全体換気装置を設ける等必要な措置を講じなければならない。
(粉じんの飛散の防止) 第582条 事業者は、粉じんを著しく飛散する屋外又は坑内の作業場においては、注水その他の粉じんの飛散を防止するため必要な措置を講じなければならない。

労働安全衛生規則に簡単に規定されていたにすぎない(表6)。粉じんによるじん肺の健康管理については、じん肺法に規定されている。原則的な規定であるが、これだけでは具体性に欠けるため、労働側からの強い要求もあり、政府レベルでの公労使による審議を経て粉じん則が作成された。その後、粉じん作業の範囲拡大などについて数次の改正を経て今日に至っているが、粉じん則の基本的内容に大きな変更はない。

ん対策は、防じんマスク着用がほとんど唯一の対策

今回の面接調査によれば、粉じんマスクの着用をきびしく指導されるようになったのは1980年頃であった。粉じん則の制定時期とほぼ一致しており、その効果と考えられる。使用者の安全衛生管理責任という観点からは、粉じんの有害性が古くから明らかであること、環境管理や作業管理における対策手段もすでに確立されていたことなどから、粉じん則制定前には事業者責任が無かったり、軽かったりということでは決してないが、粉じん則制定が一定の効果を持ったといえる。

表7. 粉じん障害防止規則の規制内容一覧

規制内容等	いずれかの措置				全 体 換 気 装 置	換 気 装 置	除 じん 装 置	特 別 の 教 育	休 憩 設 備	清 掃	作 業 環 境 測 定 お よ び 評 価	呼 吸 用 保 護 具	計 画 の 届 出
	湿 式 機 械 等	密 閉 す る 設 備	局 所 排 気 装 置	ブ ッ ジ ン シ ュ ー ル 型 換 気 装 置									
粉じん作業													
粉じん作業 (規則別表第二)	特定粉じん作業	屋内		○	○	○	○						△
		坑内	○	○	○	○			○	○			
	坑外	屋内					○			○	○		○
		屋外								○			○
	坑内	タンク内等								○			○
		その他の作業	坑内				○			○	○		
坑外	屋外								○				
坑内						○			○				

(注) 1 △印は、一部のものについて規制があることを示す。
2 計画の届出については、労働安全衛生規則に定められている。

(厚生労働省労働基準局編著『安全衛生のしおり』平成14年度版より)

2) はつり作業と粉じん障害防止規則

はつり職場においての有効な粉じ

となっているような今回の結果であったが、それ以外の対策の可能性について、以下検討してみたい。まず、粉じん則上のはつり作業の位置づけと規制内容についてみてみる。粉じん則では、粉じん作業の種類別に表7のような規制を設けている。表7にある「粉じん作業」の具体的作業は粉じん則の別表第1に掲げられている。これはじん肺法に定める「粉じん作業」から、石綿に係る作業(特定化学物質等障害予防規則で予防措置が規定されている)を除いたものである。はつり作業は、建設・解体のさまざまな現場で行われるため、別表第1のどの作業に該当するかは作業ごとに判断する必要があるが、最も一般的に該当するのは「6. 岩石又は鉱物を裁断し、彫り、又は仕上げする場所における作業(第13号に掲げる作業を除く)。ただし、火炎を用いて裁断し、又は仕上げする場所における作業を除く。」と考えられる。管理区分申請時の作業区分はたいていここに分類されている。また、「1. 鉱物等(湿潤な土石を除く)を掘削する場所における作業。ただし、次に掲げる作業を除く。イ坑外の、鉱物等を湿式により試錐する場所における作業。ロ屋外の、鉱物等を動力又は発破によらないで掘削する場所における作業」に該当する場合がある。たとえば、重機やコンクリートブレーカーを使用した路盤や道床の掘削作業がこれにあたる。

一方、表7にある「特定粉じん作業」とは、粉じん発生源が「特定粉じん発生源」である粉じん作業をいい、「特定粉じん発生源」とは「作業工程、作業の態様、粉じん発生の態様等からみて一定の発生源対策を講ずる必要がある、かつ、有効な発生源対策が可能であるものであり、具体的には屋内又は坑内において固定した機械又は設備を使用して行う粉じん作業に係る発生源を原則として列挙したもの」(粉じん障害防止規則の解説、労働省安全衛生部労働衛生課編、41頁、1999年)として粉じん則別表第2に掲載されている。その別表第2をみると、はつり作業が該当する別表第1の第6号の作業のうち「特定粉じん発生源」に該当するものとして「5. 屋内の、岩石又は鉱物を動力(手持式又は可搬式動力工具によるものを除く)により裁断し、彫り、又は仕上げする箇所」「6. 屋内の、研ま材の吹き付けに

より、研まし、又は岩石若しくは鉱物を彫る箇所」の2種類が掲載されている。別表第1の第1号の作業の中では「1. 坑内の、鉱物等を動力により掘削する箇所」が掲載されている。

しかし、はつり作業は、手持ち式又は可搬式動力工具を使用し、かつ、研ま材を使用しないので、別表第2の第5号、第6号には該当しない。また、坑内作業でなければ別表第2の第1号にも該当しない。結局、はつり作業は基本的に「特定粉じん発生源」には該当せず、表7にある特定粉じん作業向けの規制は受けないことになっている。

表7中の「特定粉じん作業以外の粉じん作業」は「呼吸用保護具を使用すべき作業」と「その他の作業」に区分されている。「呼吸用保護具を使用すべき作業」は粉じん則別表第3に規定されており、はつり作業はまず別表第3の第4号「別表第1第6号に掲げる作業のうち、屋内又は坑内において、手持ち式又は可搬式動力工具を用いて岩石又は鉱物を裁断し、彫り、又は仕上げする作業」に該当する。しかし、屋外作業はこの別表第3の第4号には該当しないために、別表第1第6号に該当する屋外におけるはつり作業には、粉じん則上、呼吸用保護具の着用義務はないことになっている。また、別表第1の第1号に該当するようなはつり作業のうち、「呼吸用保護具を使用すべき作業」としては別表第3の第1号「別表第1第1号に掲げる作業のうち、坑外において、衝撃式削岩機を用いて掘削する作業」が掲載されているだけであり、一般的なはつり作業は該当しない。したがって、屋外のはつり作業は表7中では、「その他の作業」における「坑外」「屋外」が該当する。

以上を踏まえて表7をみると、はつり作業についての粉じん則上の規制内容等は、屋内におけるはつり作業の場合、①全体換気装置、②休憩設備、③清掃、④呼吸用保護具の4項目で、屋外におけるはつり作業の場合は休憩設備のみとなる。各規制内容についての粉じん則の関連各条文を表8に示す。

これらの措置の実施状況について、本調査において全員に質問としては尋ねたのは、呼吸用保護具の着用状況だけであるが、前述したように、粉じん則制定以降は、呼吸用保護具の着用指導は強

表8. はつり作業に関する粉じん則該当条文

<p>全体換気装置 第6条 事業者は、特定粉じん作業以外の粉じん作業を行う屋内作業場については、当該粉じん作業に係る粉じんを減少させるため、全体換気装置による換気の実施又はこれと同等以上の措置を講じなければならない。</p>
<p>休憩設備 (休憩設備) 第23条 事業者は、粉じん作業に労働者を従事させるときは、粉じん作業を行う作業場以外の場所に休憩設備を設けなければならない。ただし、坑内等特殊な作業場で、これによることができないやむを得ない事由があるときは、この限りでない。 2 事業者は、前項の休憩設備には、労働者が作業衣等に付着した粉じんを除去することのできる用具を備え付けなければならない。 3 労働者は、粉じん作業に従事したときは、第1項の休憩設備を利用する前に作業衣等に付着した粉じんを除去しなければならない。</p>
<p>清掃 (清掃の実施) 第24条 事業者は、粉じん作業を行う屋内の作業場所については、毎日1回以上、清掃を行わなければならない。 2 事業者は、粉じん作業を行う屋内作業場の床、設備等及び前条第1項の休憩設備が設けられている場所の床等(屋内のものに限る。)については、たい積した粉じんを除去するため、1月以内ごとに1回、定期的に、真空掃除機を用いて、又は水洗する等粉じんの飛散しない方法によつて清掃を行わなければならない。ただし、粉じんの飛散しない方法により清掃を行うことが困難な場合で当該清掃に従事する労働者に有効な呼吸用保護具を使用させたときは、その他の方法により清掃を行うことができる。</p>
<p>呼吸用保護具 第6章 保護具 (呼吸用保護具の使用) 第27条 事業者は、別表第3に掲げる作業に労働者を従事させる場合(第7条第1項各号又は第2項各号に該当する場合を除く。)にあつては、当該作業に従事する労働者に有効な呼吸用保護具(別表第3第5号に掲げる作業に労働者を従事させる場合にあつては、送気マスク又は空気呼吸器に限る。)を使用させなければならない。ただし、粉じんの発生源を密閉する設備、局所排気装置又はプッシュプル型換気装置の設置、粉じんの発生源を湿潤な状態に保つための設置等の措置であつて、当該作業に係る粉じんの発散を防止するために有効なものを講じたときは、この限りでない。 2 労働者は、第7条、第8条、第9条第1項、第24条第1項ただし書及び前項の規定により呼吸用保護具の使用を命じられたときは、当該呼吸用保護具を使用しなければならない。</p>

化されたと見ることができる。ただし、事業者の費用負担において実施されているケースはほとんど皆無であり、現在も労働者負担で実施することが当たり前とされているようである。そのことは問題であり、着用率や防じん効果を低下させる要素になり得る。

そのほかの点については、その後、複数の調査対象者から得られた内容は次のようなものであった。

全体換気装置の措置等については、最近では蛇腹ホースで吸気する集じん装置が使用されるようになっていたり、送風装置が使用されるようになっていく。ただし、比較的規模の大きな現場では一般的であっても、小さな現場では行われないことも多いと云う。こうした対策は、十数年前から行われるようになって

きたようである。作業場所によっては周囲に粉じんを極力飛散させないように閉鎖性を高めたりしているが、一度に多くのはつり作業が行われる場合は、有効な防じん対策が行われていないといった問題点があると云う。休憩時は、コンプレッサーのエアで身体に付着した粉じんをとばして休憩室に入る。休憩室が設置されているのは、規模の大きな現場である。清掃については、10年程度前から現場によってはつり労働者が清掃をして帰るようになった。工具の粉じん防止装置としては、たとえばエアカッターの給水装置がある。ただ、カッターの場合は、刃先の視認性が悪いいため給水装置をはずしている場合も多い。また、一人がカッターで切りながら、もう一人

表9. 特別教育に関する粉じん則該当条文

<p>(特別の教育)</p> <p>第22条 事業者は、常時特定粉じん作業に係る業務に労働者を就かせるときは、当該労働者に対し、次の科目について特別の教育を行わなければならない。</p> <p>一 粉じんの発散防止及び作業場の換気の方法</p> <p>二 作業場の管理</p> <p>三 呼吸用保護具の使用の方法</p> <p>四 粉じんに係る疾病及び健康管理</p> <p>五 関係法令</p> <p>2 労働安全衛生規則(昭和47年労働省令第32号。以下「安衛則」という。)第37条及び第38条並びに前項に定めるもののほか、同項の特別の教育の実施について必要な事項は、厚生労働大臣が定める。</p>

が集じん装置のホースの先を持ってきて集じんすることもあると云う。

3) 粉じん障害防止規則に望まれる改善点

はつり作業現場は粉じん曝露濃度が相当高いと推測されるものの、一つの現場の工期が短期間である場合がほとんどであり、粉じん発生源が移動するため、現行の粉じん則の規制内容にならざるを得ない面があることは否定できないが、改善の余地はあると考える。

第1に、屋内のはつり作業について「全体換気装置による換気の実施又はこれと同等以上の措置」が義務づけられている一方で、モニタリングとしての作業環境測定の実施義務が全くないということは、粉じん曝露防止対策が呼吸用保護具に偏り過ぎる結果を招いていると思われる。移動発生源に対しては個人曝露量の測定を含めて有効なモニタリング方法を導入すれば、効果的な全体換気の実施を促すことができよう。

第2に、労働者に対する「特別の教育」(表9)の実施義務が、特定粉じん作業だけに限定されてい

る点についてはこれを早急に改め、それ以外の粉じん作業にも義務づけるべきである。今回の面接調査から、じん肺に関する教育を受けた経験がない者が多くを占めていたが、粉じん則で義務づけられていないことが主要な原因と考えられる。労働者が適切な教育を受けることの意義は大きい。かつ「この種の教育は、くり返し行うことにより一層効果を定着させることができることから、当該業務労働者を就かせた後もくり返し教育を行うことが望ましい」(「粉じん障害防止規則の解説」労働省安全衛生部労働衛生課編)。本調査対象者に対してもこのような教育がなされていたならば、予防対策や健康管理対策の実効を上げ、労災補償給付の請求権を知らず行使できずにいるといったことも防げたと思われる。

4) じん肺法

1955年にけい肺等特別保護法が施行されてじん肺患者の健康管理体制がスタートした。1960年にじん肺法が施行され、1978年の大幅改正を経て今の内容となった。現在は、このじん肺法によってじん肺の早期発見、じん肺有所見者のじん肺の進展度

表10. じん肺の予防等についてのじん肺法該当条文

<p>(予防)</p> <p>第5条 事業者及び粉じん作業に従事する労働者は、じん肺の予防に関し、労働安全衛生法及び鉱山保安法(昭和24年法律第70号)の規定によるほか、粉じんの発散の防止及び抑制、保護具の使用その他について適切な措置を講ずるように努めなければならない。</p>
<p>(教育)</p> <p>第6条 事業者は、労働安全衛生法及び鉱山保安法の規定によるほか、常時粉じん作業に従事する労働者に対してじん肺に関する予防及び健康管理のために必要な教育を行わなければならない。</p>

表 11. 健康管理手帳に関する労働安全衛生法等の該当条文

<p>労働安全衛生法 (健康管理手帳)</p> <p>第67条 都道府県労働局長は、がんその他の重度の健康障害を生ずるおそれのある業務で、政令で定めるものに従事していた者のうち、厚生労働省令で定める要件に該当する者に対し、離職の際に又は離職の後に、当該業務に係る健康管理手帳を交付するものとする。ただし、現に当該業務に係る健康管理手帳を所持している者については、この限りでない。</p> <p>2 政府は、健康管理手帳を所持している者に対する健康診断に関し、厚生労働省令で定めるところにより、必要な措置を行なう。</p> <p>3 健康管理手帳の交付を受けた者は、当該健康管理手帳を他人に譲渡し、又は貸与してはならない。</p> <p>4 健康管理手帳の様式その他健康管理手帳について必要な事項は、厚生労働省令で定める。</p>	
<p>労働安全衛生法施行令 (健康管理手帳を交付する業務)</p> <p>第23条 法第67条第1項の政令で定める業務は、次のとおりとする。</p> <p>(略)</p> <p>三 粉じん作業(じん肺法(昭和35年法律第30号)第2条第1項第三号に規定する粉じん作業をいう。)に係る業務 (略)</p> <p>十一 石綿(これをその重量の1パーセントを超えて含有する製剤その他の物を含む。)を製造し、又は取り扱う業務 (略)</p>	
<p>労働安全衛生規則 (健康管理手帳の交付)</p> <p>第53条 法第67条第1項の厚生労働省令で定める要件に該当する者は、労働基準法(昭和22年法律第49号)の施行の日以降において、次の表の上欄に掲げる業務に従事し、その従事した業務に応じて、離職の際に又は離職の後に、それぞれ、同表の下欄に掲げる要件に該当する者その他厚生労働大臣が定める要件に該当する者とする。</p>	
業務	要件
(略)	
令第23条第三号の業務	じん肺法(昭和二十五年法律第二十号)第13条第2項(同法第15条第3項、第16条第2項及び第16条の2第2項において準用する場合を含む。)の規定により決定されたじん肺管理区分が管理2又は管理3であること。
令第23条第十一号の業務	両肺野に石綿による不整形陰影があり、又は石綿による胸膜肥厚があること。

の把握と進展防止のための措置が行われている。じん肺法は表 10のように、事業者が常時粉じん作業従事者への教育実施義務を定めている。しかし、今回の面接調査によれば、実態としてはつり労働者へのこうした教育は実施されていない。

健康管理については、常時粉じん作業者等に対するじん肺健康診断の実施、これに基づく管理区分決定、作業の転換(管理3イー勧奨、管理3ロー

転換措置)について規定されている。今回の面接調査によると、じん肺健康診断は1980年前後ぐらいまではほとんど実施されておらず、それ以後についても実施されている場合が多いとはいえない。特に、零細業者に雇用されている場合に実施されていない。比較的規模の大きな事業者では、管理区分決定手続きまで行っているケースがあり、管理3以上については作業転換措置を講じている場合がごく

部にみられたが、収入が大幅に減ることから当該労働者の不満は大きい。

一般的にはつり労働者の労働条件は悪い。ほとんどが社会保険や雇川保険に入っておらず、国民健康保険の加入者である。賃金は日給、仕事が必要なければ収入のない日が続く。もちろん、ボーナスはない。多くのはつり労働者は建設業における重層下請け構造の末端において零細事業主に雇用されているという事情があり、これが原因となってじん肺法の健康管理が有効に機能していないと考えられる。じん肺の進行が健康診断で明らかになれば、元請会社（ゼネコン）あるいは上層下請け会社により職場から排除されて何の保障もなくなる危険があるという現実の中で、雇用している末端事業主がじん肺健康診断を行わなかったり、管理区分決定手続きを行わなかったり、健診結果をごまかしたりするのは、当然起こり得ることである。また、はつり労働者は比較的短期間で雇用主が変わるケースがあり、健康管理についての事業主責任があいまいになる。健康管理体制が労働者のために機能するためには、建設業における特殊性を踏まえて、ゼネコンを中心に事業者が責任をもって被災労働者の雇用と生活の保障を行うことが必要不可欠と思われる。

5) じん肺有所見者に対する健康管理手帳交付制度

労働安全衛生法は、一定の有害業務に就いていた人が離職した場合、在職中には会社で受けることができた有害業務にかかる健康診断を受けることができなくなるため、国が会社に代わってその費用を負担し、退職後にも健康管理を行えるようにするために労働者からの申請に基づいて健康管理手帳を交付する制度を設けている。対象業務については労働安全衛生法施行令第23条に規定されており、じん肺有所見者については第三号が該当する(表11)。

じん肺有所見者については従来、管理区分「管理3」以上の者が対象であったのが、制度改正によって2003年1月からは管理2以上の者に拡大された。これにより、管理2の者は「肺がんに関する検査」(胸

部らせんCT検査、喀痰細胞診)が、管理3の者は従来のじん肺健康診断に「肺がんに関する検査」が加わることになった。これらは年1回無料で受けられる。

本調査では対象者がすべて労災認定された通院患者であることから、健康管理手帳を所持することの直接のメリットがないため、健康管理手帳の所持については特に聞かなかった。ただ、聞き取り調査内容から類推して、離職したはつり労働者におけるじん肺有所見者の健康管理手帳申請・交付率は非常に低いレベルにあると考えられる。健康管理手帳制度は有効な制度であるので、積極的な活用が望まれよう。

なお、アスベスト製造、取扱作業従事者については、表11にみるように労働安全衛生法施行令第23条第十一号が該当する。はつり労働者で、たとえば、解体作業従事歴が明確であり、管理2に至らないがレントゲン所見等で石綿肺が疑われる場合などは、この第十一号の適用の余地があると考えられる。

6. 提言

今回の面接調査によれば、改正じん肺法(1978年)、粉じん則(1979年)の施行の頃から、呼吸川保護具の着用等がきびしく指導されるようになり、健康診断の実施状況がやや改善されたようである。逆に言えば、施行以前は、そうした対策がとられていないか、不徹底であったと考えられ、施行以降も不十分な状況が継続していることをうかがわせる。本調査対象者は、ここ3、4年の間にじん肺管理区分決定や労災認定を受けた人たちである。相談機関、医療機関の受け入れ体制がはつり労働者の間に知られるようになったことで相談に訪れ、受診し、救済された人たちである。一方、救済されることなく亡くなったはつり労働者はこれまで多くいたと調査対象者は異口同音に語っている。

本調査の結果を踏まえて、はつり労働者のじん肺等健康障害の予防と権利保護のために、以下の提言を行う。

1) 実態調査の早期実施

まず、はつり労働者、はつり業者についての広範な実態調査を早急に実施する必要がある。はつり労働者とはつり業者のおかれている現状、健康被害の実態の全体像等を明らかにして、対策のための基礎資料を得るためである。本調査の実施対象者はほとんどが大阪府在住である。同様な実態は全国各地に存在していると考えられるが、これまで、本報告のような調査は行われていない。したがって、この実態調査は全国的に実施される必要がある。調査は、労働行政当局、事業者団体、災害防止団体によって行われることが望ましい。この際、業界外部の研究者、NGOの協力のもと、はつり労働者と患者の権利を尊重し、被害救済に十分配慮することが重要である。同時にこれらの調査を通して、はつり事業者に対する啓発や指導と、はつり労働者への教育が行なわれるべきであろう。

また、将来的には調査は定期的に行われる必要がある。現在、労災認定を受けている患者は、保護具着用等が比較的徹底していなかった時期に主たる職歴を持つ者がほとんどである。したがって、着川状況の改善等が効果を上げるのかどうかも、定期的な実態調査によってはじめて検証可能であろう。

2) ゼネコンの責任に基づく事業者側の共同補償制度と雇用・生活保障制度の確立

大多数が零細であるというはつり業者の実態と、建設業におけるゼネコンの責任と権限の大きさを踏まえ、健康被害を受けたはつり労働者に対する共同責任に基づく災害補償制度と雇用・生活保障制度を確立するべきであると考え。たとえば、進行したじん肺患者に対するじん肺法上の作業転換等を末端（はつり業者のみで行うことは事実上不可能であり、業界として対処するほかない。また、一定しない現場に従事してきたはつり労働者に対する法定外補償についても同様である。

3) 労働行政による法的措置の改善と財政的支援等の実施

上記1)2)における労働行政が果たすべき責任

と役割が大きいことは論を待たない。はつり業者に対する啓発・指導をより効果的に行うためには、ゼネコン、事業者団体を通じたものだけではなく、はつり業者への直接的な集団・個別指導が行われるべきである。

さらに行政的には、はつり労働者の健康障害を防止するための法的措置を改善する必要がある。たとえば、粉じん則の規定を見直し、すべてのはつり作業における保護具着用とはつり労働者への特別教育を事業者に義務づけるべきである。作業環境測定ないし個人曝露量測定も義務づけ、作業者と周辺作業者への曝露のより一層の低減を図っていくことも重要である。零細なはつり事業者が職場改善対策を行うための財政支援措置の実施も望まれる。離職者の健康管理対策の一環として、じん肺管理区分管理2以上のじん肺有所見者には本人の申請に基づき健康管理手帳が交付されることになっている。この制度は有意義であるにもかかわらず、はつり業者、はつり労働者のほとんどが認識していない。したがって、労働行政として、健康管理手帳の宣伝、交付申請の勧奨をさらに徹底して行い、交付率を大幅に向上させることが必要である。

7. 資料編

(調査票一省略)

建設じん肺研究会

車谷典男・松浦良和・熊谷信二
中村猛・山根孝・林繁行・片岡明彦
(研究協力者)

岸純一郎・岸本光一・瀧川貴生・田淵由季子
柳本嘉時・西村均・宮崎史朗・熊本隆
松本耕司・田島陽子・西野方庸
(連絡先) 関西労働者安全センター
〒540-0026 大阪市中央区内本町1-2-13
ばんらいビル602
TEL(06)6943-1527/FAX(06)6942-0278
e-mail: kosho2000@yahoo.co.jp

連載第26回

語りつがねばならぬこと —日本・アジアの片隅から—

名古屋YWCAに就職

塩沢美代子

女性の団体からの誘い

私は、かつて東京YWCAの体育専門学院で学んだので、その会員になっていた。繊維労連で働いていたときは、忙しくてその活動に関わっていなかったが、日本YWCAの機関紙を、いろんな分野の会員の意見でつくりたいとのことで、編集委員会のメンバーに加えられ、ときには寄稿もしていた。

その関係で、私が繊維労連をやめたことがわかると、名古屋YWCAの総幹事から、ここに来て働かないかと声がかかった。名古屋周辺は、中小繊維会社など年少女子労働者の多い地域なので、YWとしても、何か彼女らに役立つ活動ができないかと、つねづね考えていたという話だった。

YWCAは、全国の大都市にあり、そのナショナルセンターの日本YWCAが東京にあった。

東京YWCAの会館には、戦前には大変珍しかった、冬でも泳げる温水プールがあったので、私は女学校時代から通いつめていた。しかし東京YWの指導層は、当時ごく少数だったエリート女性の集まりで、私には馴染めない世界と感じていた。それに女性ばかりの団体も、私の性にあわないとも思っていた。

そこで名古屋YWからの話は、そういう発想をするローカルYWもあるのかと、その意外性を新鮮に感じた。

わずかな退職金と、失業保険で食いつなぎながら、のんびり山歩きなどをして、たまりにたまったストレスを解消しながら前途のことを考えた。すると名古屋YWからの誘いは、とてもありがたい話だと思ふようになった。40歳近くになって、職歴が労働組合という女性の就職は、容易ではない。また繊維労連の愛知・岐阜県支部には、労連の人員整理で退職したが、優秀

な女子オルグだった友人もいる。それにYWCAは、その奨学金で1951年に、アメリカでたいへん有意義な研修をさせてもらった団体である。その御礼奉公もしていないし、このさいYWCAで働こうかという気になった。

繊維労連内の男女賃金格差

その気になったのは、もうひとつ大きな要因があった。それまで女性ばかりの団体とか職場は、私の性にあわないと思っていたのに、その点が救いになったのである。なぜなら繊維労連では、やり甲斐のある仕事を思いっきりやらせてもらった半面で、女性差別に対する憤懣をかかえていたのである。具体的には専従者の賃金格差であった。労働統計でみても、最低の賃金水準の業種の労働組合で働くのだから、賃金の安いことは覚悟の上で、生活をそれに合わせるのに工夫をこらしていた。住居は3畳間、途中から4畳半に出世したが、トイレは共同で風呂なしのアパートだった。

労連は私が働き始めて6年たってから調査部に、その2年後ぐらいに教宣部に、それぞれ男子の書記を採用した。しばらくして気付くと、私より年齢も勤続年数も少ない彼等の賃金は、私よりかなり高かったのである。

私は就職後の2年ぐらいは、3畳間の暮しても生活費が足らず、母の遺品だった指輪などを売っていたが、それも尽きてしまっていた。自分がぎりぎりの生活をしていただけに、賃金の男女格差を知って、内心おだやかではなかったが、仕事に追われて、その問題に取り組むひまもなかった。

そのうちに各県支部に優秀な女子オルグが続々と雇川された。専従者の賃金は男女ともに、職場にいたときの賃金を基準に算出されるので、やはり男女格差は大きかった。女性は会社の寄宿舎を出て、部屋を借りなければな

らないし、給食もなくなるので、その点を考慮したプラスアルファが加えられるだけだった。彼女らもオルグの仕事に意欲を燃やしていたから、自らの労働条件にはあまりこだわらなかったが、実際には生活がきびしかった。女子オルグが全員あつまる、婦人対策委員会のとき、このことが話題になった。

私は自分だけが差別の憤懣をかかえているときは、なかなかいい出せなかったが、女子専従者の共通の問題となったからには、取り組むべきだと思った。それで全国の労連雇用の女性が集まる会議が終った夜に、予め小口委員長に時間をとってもらい、女子専従者の賃金問題について話しあいをした。

小口さんは、明治時代から製糸工場が多く、「ああ野麦峠」の舞台になった、長野県岡谷の出身だった。お母さんもお姉さんも製糸工場で働いていたことがあるそうで、“僕は揺籃時代から製糸女工の悲哀を知っている”というのが口癖だった。それで労働組合を結成すると、女子組合員の意識を高めようと、婦人懇談会を設置したり、私を雇ったりしてきた。

その点ではまことに民主的な運動家だったのだが、彼の女性観は男女平等に基づいたものではなかった。女の幸せは、よい結婚相手に出会って家庭にはいり、夫に任せ、家事・育児に専念することだと信じていた。男にとって、女は守ってやるべき対象という感覚だったのである。したがって、男の賃金は妻子の暮らしを守る立場で考えなければならない。たとえ現在は独身の男でも、近い将来に家庭を築く立場なのだから、基本的に女とは違うという発想だった。

当時の日本では、こういう考え方が当たり前で、民間企業では結婚退職が強いられていた。労働組合の民主化を進めていた小口さんも、この点では例外ではなかったのである。

この話しあいの後半は、小口さんと私の一

騎討ちの論戦になった。一般の職場では、女性が賃金差別に抗議すると、労働基準法の男女同一労働同一賃金の規定を逆にとられ、職種の違いを口実に、同一労働ではないと逃げられていた。しかし労連のオルグ活動では、全く同一労働をしており、賃上げ闘争や、各地で起るさまざまな争議のさいなど、休日労働も深夜労働も、男と同じにやっていた。そこで私は、「子供の養育に関する費用がかかる点は、単身者と違うのはわかるが、奥さんは夫の衣類の洗濯もアイロンかけも、食事もつくっている。外で男と全く同じ長時間労働をしている私は、奥さんの無償労働の代りに、クリーニング店や、さまざまな食堂で働いている人たちの賃金労働に頼らざるを得ない。その費用をどう考えるのか」とつめよった。すると小口さんは、「君はお嬢さん育ちだから…」といったので、私ははげしく反発した。「小口さんほどの理論家が、なぜ話をそらすのか。これはここに居る女子オルグ全員に共通した問題である。女だって男と同じく1日は24時間しかなく、男より体力があるわけではない」といった。

この論戦そのものには、私は勝ったという感じだったが、私にはあくまでも女子専従者の賃上げを求めることはできない気持ちもあった。それは組合費から賃金をもらっている専従者は、組合員の賃金水準より、高くなってはいけないと思っていたからである。女子専従者の場合は対比されるのは女子組合員となる。工場には30代の女性などいないが、大手企業の本社には、ごく少数だが同年代のOLもいる。私の世代には“戦争独身(注1)”の女性が多いからである。彼女らの賃金の、男子社員との格差を解消しない限り、組合専従者の私たちが、差別のない賃金を主張しきれなかったからである。私自身にそういう思いがあったから、小口委員長との話し合いは、なんの結果も出せずに終わった。その2年後くらいに、組織崩壊

により女子オルグの殆どが人員整理の対象になってしまったのである。

尾張一の宮に居をかまえる

こういう経験から、女性差別への憤懣を感じないですむ職場もいかなどいう気になった私は、名古屋YWCAの招きに応じようと決断した。つもりにもついていた疲労がとれるにしたがって、新しい形で働こうという意欲も生れてきたのである。また繊維労連時代は、口喧や祭日など会社が休みのときに、県支部の集会が開かれるので、休日出張が非常に多いのに、代休さえとれなかった。私は戦時中に歌った、“海の男の艦隊勤務、月火水木金金”という軍歌を思い出しながら働いていた。

YWで働くなら週休1日(注2)はもちろん、有給休暇もとれるだろう。大好きな登山やスキーに、気楽に行けるという期待も大きくなった。

そこで私は1964(昭39)年4月から赴任することにした。名古屋YWCAは、東京でいえば“銀座”にほど近い、栄という市の中心部にあった。だから住むところを、年少労働者の多い地域にしなくては、全く状況がつかめない。それで尾張一の宮という、繊維工場地帯のアパートの一室を借りることにした。住宅費が東京より安いから、6畳間に台所とトイレ付きで、アパート専用の共同浴場もあり、居住条件はレベルアップした。YWへはバス、名古屋鉄道、地下鉄と乗りつがなければならぬが、名鉄の特急に乗れば、1時間くらいで行けた。

3月下旬にはこの住居をきめて、東京のアパートをひきはらい、引越しをした。新居は24時間、近くの織物工場の織機音が聞こえていた。

名古屋YWCAの活動

名古屋YWは、東京YWよりはるかに規模

は小さく、スタッフは12名くらいで、私とYWCAの最初の接点である、プールや体育館はなかった。英語に関するさまざまな講座や、料理教室などを行って事業収入を得る部門と、会員や地域のニーズに応えた、いろいろなグループ活動や行事を行う部門でなり立っていた。私は働く婦人のグループや、会員に社会問題や政治問題を学んでもらう活動や、口曜日午後に働く青少年が集って、レクリエーションのときをもつ活動などを、若いスタッフとともに担当した。青少年の集いは、会員が口こみで知らせる程度だから、ごく少数の参加で、月に1回くらいだった。会館の場所がら、とても工場労働者などは来られなかった。

私を招いた総幹事の考えていた、名古屋周辺の工場労働者に役立つ活動をやるのなら、その地にある教会か、公共施設を使うしかないことがわかってきた。

とりあえずは、すでに行われていた活動しながら、構想をねっていたのだが、ここは今まで私の働いていた生活圏とは、全く別世界なのだと感じる場面もあった。

それは毎年行われるバザーのときだった。バザーの日が近づくと、トラックの手配について話していた。なんでトラックがいるのかときいたら、ある幹部会員の家から品物を運ぶのだという。この方はトヨタ自動車の副社長夫人で、1年間にお中元やお歳暮をはじめ、さまざまな機会に、貢がれた品物を保管しておいて、YWのバザーのさいに、全部を供出してくださるのだという。それがトラック1台分の量になるそうである。食品でも長く保存できるものとはってあり、その他もろもろの品物がある。これは原価ゼロだから、高級品を安値で売っても、バザーの収益のうえで、占める比重は大きい。その他に会員のついで、業者から安く提供してもらった品物や、会員からの提供品、または手づくりの日用品やクッキーなどがあり、年間予

算でバザー収入は、固定収入のひとつになっていた。

生涯最高の登山も楽しむ

就職して間もなく、一の宮近くにある大手繊維会社から、社内学校の、体育の時間をYWの方に受けもってほしいという要請があり、私が若いスタッフとともに担当した。鐘紡に通った時代を思い出しながら、その経験を生かしてプログラムを考え、若いスタッフに、彼女らがどういう状況にあるかを話しながら、週に1回通った。直接に女子労働者とともにいる時間は、やはり楽しかった。

夏になると、いま思えば生涯で最高だった登山もできた。若いスタッフのひとりが、名古屋では有名な女子人で、山岳部にいた女性だったのはありがたかった。ふたりで4か月がかりでプランをねり、熟達者向けのコースに挑んだ。4年間山岳部で鍛えた20代半ばの彼女が、私の分まで荷物を背負って、私のペースにあわせて歩いてくれたので、3泊4日で北アルプスの飛騨側を縦走した。3千メートルを超すピークを越え、黒部川の源流の、言葉につくせぬほどの清らかさに歓声を挙げた。岐阜県の高山側から入山し、富山県に降りたのだが、幸い快晴に恵まれ、めったに他の登山者にも会わず、思いっきり楽しんだ。こういう余得もあり、新しい職場で半年はたっていた。

注1 日中戦争・太平洋戦争で、200万を越す戦死者が出ており、その多くが若者だから、その結婚相手となる年代層の女性(本文の当時30才代、現在80才前後)が、結婚相手に出会えず、心ならずも独身で一生を送り、戦争独身と呼ばれた。

注2 当時の労基法では、週48時間・週休1日となっており、どの職場でも週休は1日だけだった。

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



ロッテルダム条約：カナダ等の反対で決定延期

Earth Negotiation Bulletin, Vol.15, No.98, 2003.11.24

国際貿易における特定の有害な化学物質及び駆除剤についての事前のかつ情報に基づく同意の手續の適用に関する法的強制力をもつ国際文書に関する政府間交渉委員会第10回会合の概要
2003年11月17-21日

国際貿易における特定の有害な化学物質及び駆除剤についての事前のかつ情報に基づく同意の手續の適用に関する法的強制力をもつ国際文書に関する政府間交渉委員会第10回会合(INC-10)は、2003年11月17-21日、ジュネーブで開催された。100か国の政府代表255名と多数の政府間組織、非政府組織及び国連機関がこの会合に参加した。

事前のかつ情報に基づく同意(PIC)手續は、特定の有害な化学物質の貿易による有害な影響から人間の健康と環境を守るうえで、輸出国と輸入国の間の責任の共有を促進することを目的としている。ロッテルダム条約は、1998年9月に採択された。現在までに、73か国がこの条約に署名し、49か国及び欧州共同体が批准をしている。50か国の批准文書が預託されると、発効することになっている[11月

26日にアルメニアが批准したことにより、90日後に発効することになった]。条約による最初の加盟国会議(COP[Conference of the Parties])が開かれるまでは、INCが、PIC手續の履行に関するガイダンスを提供することになる。

INC-10の参加者は、暫定PIC手續の履行及び第1回加盟国会議(COP-1)の準備に関連した主要課題の検討を再開した。この作業の一部として、INC-10の主要な議題は、事務局の活動及び臨時予算基金の見直し、暫定PIC手續の履行、とりわけアスベスト、DNOC[ジニトロ・オルソ・クレゾール]、及びベノミル、カルボフラン、サイラムの粉末パウダー体などの化学物質の包含、暫定化学物質評価委員会(ICRC)第4回会合の結果、手續規則草案、会計規則草案及び諸規定、紛争解決、ノンコンプライアンスを含めたCOP-1の準備、全権委員会議後に生じた課題、関税コードの整合化システムの割り当てであった。

暫定手續の期間中に貴重な経験が得られたとはいえ、INC-10は、条約が発効する際に直面するであろういくつかの課題を照らし出した。今後の課題としては、加盟国の輸入応答を確保すること、遵守

メカニズムの策定に関する不一致を解消することがある。条約の発効は、有害な化学物質に対する最初の防衛戦としての情報交換メカニズムに、重要な試験の機会を提供することになる。(中略)

INC-10の報告

(中略)

暫定PIC手続への化学物質の包含

(中略)

● アスベスト:

火曜日にJim Willisが、アモサイト、アクチノライト、アンソフィライト、トレモライト、クリソタイルの形態のアスベストに関するICRCの書信(UNEP/FAO/PIC/INC.10/7)を提出した。スイス、EU、チリ、アルゼンチン、ノルウェー、ガンビア及びコンゴが、5種類のアスベスト全てを暫定PIC手続に含めることを支持した。カナダは、この問題に関する国内協議を完了できるように、クリソタイル・アスベストについての決定は延期するよう要求した。ロシア連邦は、ウクライナ、中国、ジンバブエ、インド、インドネシア、南アフリカ、エジプト及びモロッコに支持されて、クリソタイルに関する入手可能な科学的情報は、暫定PIC手続への包含を正当化するには不十分であると述べた。ブラジル、ウルグアイ及びベネズエラは、5種類の包含を支持したが、クリソタイル・アスベストの掲載に関する決定を延期している間は、4種類のアスベストでよしとする妥協案を提案した。アメリカとオーストラリア及びニュージーランドは、5種類全ての包含を支持したが、クリソタイルに関する決定を延期

することに反対しなかった。条約が輸入国に対する早期警戒システムを提供することを目的としていることを指摘して、WWF[世界野生生物基金]インターナショナルとPAN[農業行動ネットワーク]は、5種類全ての包含を支持した。

議長のAzevedo Rodriguesは、事務総長Willisの支持を受けて、クリソタイル・アスベストの科学的確実性に関する討論は、暫定PIC手続への化学物質の掲載の要求事項に関する「枠を越えている」という意見を表明した。参加者は、暫定PIC手続への4種類のアスベスト—アモサイト、アクチノライト、アンソフィライト及びトレモライト—を包含し、クリソタイルの包含に関する議論を延期することで同意した。参加者はまた、アスベストという語を先にもってきたうえで、4種類を個別に列挙するというカナダの提案に同意した。参加者は事務局に対して、4種類とクリソタイルを切り離すように、DGD[Decision Guidance Document: 決定手引文書]を修正するよう求め、掲載される4種類に関する部分を認め、残るクリソタイルに関する章を次回会合に延期することに同意した木曜日の全体会議において、参加者は、事務局が用意した4種類のアスベストに関する決定草案及び改訂されたDGDを検討し、採択した。

最終決定: 決定(UNEP/FAO/PIC/INC.10/CRP.12)は、4種類のアスベストを暫定PIC手続に包含し、アスベストに関する改訂DGD(UNEP/FAO/PIC/INC.10/CRP.17)を承認する。(以下略)



※<http://www.iisd.ca/vol15/enb1598e.html>。2003年5月号40頁、2002年4月号49頁も参照。

白アスベストの大使に気をつけなければならない

石綿セメント製品国際会議, India, 2003.11-10-11

2003年11月10-11日、ニューデリーのタージパレス・ホテルで開催された2日間の会議の終わり近く、ある参加者が、The Times of IndiaやThe Indian Expressグループのような出版社がアスベストを宣伝

する広告を掲載したことを、告訴しようとしている環境ジャーナリストの計画に対して、アスベスト産業はどのような反応をするつもりかということについて質問した。Building Products Indiaの経営コンサルタント

Brig. V Pattabhiは、アスベスト・セメント製造業協会を代表して、その広告は実際にはジャーナリストによって書かれた記事であり、法廷でのアスベスト訴訟がアスベスト産業をして広告に踏み切らせたのだと答えた。

グジャラートとラージャスターンからやってきたアスベスト曝露被災者のグループが、本日[11月12日]、全国人権委員会(NHRC)で報告を行っている。公式的にはアスベスト会議は、「アスベストは安全であると世界に宣言して終わるとしても、Shree Digvijay Cement社で28年間働いた夫を亡くした妻であるKodanthan Pani AzhakappanはまだNHRCに向かう途上にあるとしても、様々な国から参加のあったアスベスト国際会議のすぐ近くの場所でそのような会合が進行中なのである。

[国際アスベスト協会(AIA)会長の]Godboutは、アンフィボールとクリソタイルには大きな違いがあると主張した。クリソタイルは現実の問題であり、われわれは安全な使用に取り組んでいる。セルロースやポリビニルアルコールなどの代替品はあるが、クリソタイルの方がより耐久性があり、安価である。彼は、クリソタイルは代替品よりも安全でないことを証明できる者がいるだろうか、と問いかけた。われわれは回答と証明がほしい。安全使用の原則が適用されなければならない。禁止している国はわずかである。それらの国が禁止をする権利は尊重するが、使用しているわれわれの権利も尊重すべきである。われわれは、貧困と闘い、よりよい生活条件をもたらさなければならない。

この2日間のクリソタイル・アスベスト・セメント製品に関する国際会議は、これまでに参加したなかで最高の会議だった、と彼は付け加えた。AIAは、戦略を練るために、必要に応じてより頻繁に会議を開催するつもりである。われわれは、各々の国におけるクリソタイル繊維の大使である。

[インド]アスベスト情報センター代表のM L Guptaは、2001-2年に計画された会議は国際危機のために開催できず、2003年3月に予定された会議はSARSのために延期されて今開催されている、と述べた。

ニューデリーのアスベスト・セメント製品製造業協会(ACPM)は、2日間のクリソタイル・アスベスト・

セメント製品に関する国際会議を組織した。この会議の課題は、「健康・環境的側面と経済的妥当性の科学的レビュー」であった。

それは環境・森林大臣T R Baaluの開会挨拶で開始された。来賓は、ジンバブエ労働大臣July Moyo、ジンバブエ鉱業大臣Chindori Chininga、カナダ副高等弁務官Brian Dicksonであった。

11月10日、前奏のセッションは、会議組織委員長Dr G Vivckanandの歓迎挨拶で始まり、労働省工場助言労働研究所(DGFASLD)副事務局長DB DebとカナダJ D Inc会長のDr. Jacques Dunniganが、セッションの座長を務めた。

前奏セッションの発表は、イギリス政府の医学専門委員会の元メンバーであるDr. Kevin Brownによる「アスベスト繊維種類による相違点：出版された生物学的証拠のレビュー」、スイスの毒物学のコンサルタントDr. David Bernsten「クリソタイルの生物学的持続性：最新の吸入実験の結果」、カナダのアスベスト研究所[AI]ディレクターDenis Hamel「1980年代以前における様々な種類のアスベスト繊維の使用、製品及び工程のレビュー」であった。

テクニカル・セッション①は、中央公害防止評議会会長のDr. V Rajgopalan、イギリス政府医学専門委員会の元メンバーDr. Kevin BrownとACPM副会長S A Bhimrajaが、座長を務めた。

発表者は、カナダJ D Inc. 会長Dr. Jacques Dunnigan、Hyderabad Industries LimitedのDr. S P Vivek Chandra Rao「インドのクリソタイル・アスベスト・セメント製造業において行われた研究のレビュー」、ロシア医学アカデミー・ロシアWH Collaborating CentreのProf. L T Elovskaya「ロシアのクリソタイル・セメント工場における労働者のリスク分析」、ジンバブエのSMM Holdings Pvt Limited医学アドバイザーDr. G Mataka「クリソタイル鉱山労働者における健康影響及びクリソタイル産業に対するガイドライン」であった。

テクニカル・セッション②は、カナダ・アスベスト研究所ディレクターDenis Hamel、[インド]ラクナウ州産業毒物学リサーチ・センターの上級副ディレクター・毒物学部門責任者であるIqbal Ahmed、U. P. Asbestos Limited専務のAmitabh Tayalが座長を務

めた。

クリソタイル・アスベスト・セメント産業に対するガイドラインに関する発表は、Denis Hamelの「国際労働機関」、地方労働研究所副所長M R Rajput、M/S. Eternit Everest Limited上級副会長(技術担当) Y Srinivasa Raoの「インド」、ブラジルのSAMA会長Rubens Rela Filhoの「ブラジル」、Hyderabad Industries Limited副会長D B Mundraの「アスベスト・セメント産業におけるローコストな公害防止装置」であった。

11月11日のテクニカル・セッション③は、インド環境・森林省ディレクターDr G V Subramaniam、カザフスタンのMr. Tatishev、ACPMAのA K Sarafが座長を務めた。

発表者は、Dr. Jacques Dunnigan「クリソタイル・アスベスト・セメントの現代的な利用—その一般環境に対する影響」、ロシア医学アカデミーEV Kovalluski「土木工事におけるアスベスト及び人造鉱物繊維使用の生物衛生的問題」であった。

テクニカル・セッション④は、Brig. V Pattabhi、中央労働研究所医学ディレクターDr. T V Ranga Raoが座長を務めた。

発表者は、アメリカ・バーモント大学病理学部助教授Dr. Arti Shuklaの「クリソタイル・セメント板製造におけるクリソタイル使用の健康問題」、イギリス・ウェールズのグラモーガン大学国際アスベストリサーチ・センター所長J Birdieの「クリソタイルの禁止：健康を救うか、豊かさを損なうか?」、イギリスのインディペンデントな毒物学者Dr. John Hoskinsの「代替繊維の健康影響」、環境・森林省アディショナル・ディレクターDr. Lakshmi Raghupatiの「アスベスト・セメント廃棄物の管理」であった。

テクニカル・セッション⑤は、インド全国労働組合会議(INTUC)全国会長G Sanjeeva Reddy、カナダ・国際アスベスト協会会長Clemant Godbout、AIC会長M L Guptaが座長を務めた。

発表者は、Denis Hamel「世界貿易機関(WTO)、環境保護庁(EPA)及び欧州連合(EU)」、Clemant Godbout「カナダ」、V Pattabhi「アスベスト・セメント屋根板の代替品、進歩と限界」であった。

最後のテクニカル・セッションは、鉱山安全理事会

(DGMS)副会長Dr P K SishodiyaとHyderabad Industries Limited会長O P Jagetiyaが座長を務めた。

発表者は、Visaka Industries Limited社長Dr. G Vivekananda「クリソタイル・アスベストセメント製品、国の優先課題と密接に関連した経済的妥当性」、Dr Louis Perron「ロッテルダム条約について」であった。

主賓と来賓は、インド労働大臣Dr. Sahib Singh Verma、インド都市開発大臣Bandaru Dattatreya、ジンバブエ鉱山大臣Shindori Chiningainであった。Mr. BaaluとDr. Sahib Singh Vermaは、アスベスト産業の擁護者として知られている。インド都市開発大臣Bandaru Dattatreyaもまた、騙されやすい者選ばれた。

会議には、インド政府の商工業省、環境森林省、労働省、カナダのアスベスト研究所、インド産業連盟(CII)及びアメリカの国際アスベスト協会から、積極的な参加があった。

会議の参加者は約250名で、うちおよそ100名が海外からの参加者であった。

「インドのアスベスト・セメント産業は、年間総売上200億ルピーに成長してきており、なお莫大な可能性をもっているが、社会のわずかな部分から、ここで取り上げる必要のあるクリソタイル・アスベスト・セメント製品の使用に関して反対の声が上がっている。インドは、クリソタイル(白)アスベストのみを使用しており、そのほとんどがセメントをベースにした製品に使用されていることから、とくにこの使用の健康に対する影響を知ることが重要である」と、ACPMA会長A K Sarafは述べた。

11月11日付けのACPMAのプレスリリースは、アスベスト・セメント製品は環境に優しく、管理された条件のもとで製造されているので、人体に安全であるとしている。ローコストの公害防止装置、代替繊維の進歩と限界について議論された。

ACPMAとアスベスト情報センター(AIC)は、一体・同一のものであることが、彼らのプレスリリースから証明される。しかし興味深いことに、そのリリースは、AICは、1980年に1860年社会団体等録法に基づいて設立された非営利団体であると言っている。AICは、32か国にメンバーをもつアメリカの国際アスベ

スト協会(AIA)に附属している。1985年に、アスベスト・セメント製品を製造するAICのメンバーがACPMAという協会を設立した。ACPMAは、様々な州に存在し、直接・間接に10万人の雇用を提供している、34の製造施設を有する、13のメンバーもっている。

ACPMAは、消費者問題大臣Sharad Yadavと商工大臣Arun Jaitleyを事情を知らせていると主張している。また、環境大臣、中央公害防止評議会にも説明を行ってきた。インド規格局(Bureau of Indian Standards)が設置する特別委員会のメンバーでもあ

る。公告代理店を通じて、Hindustan TimesやEconomic Timesなどの全国紙への宣伝広告や雑誌広告を通じて、PR活動を展開している。

すでにThe Times of Indiaやthe The Economic Timesが、白アスベストは安全だとする特集記事を掲載して、産業の利益を公衆衛生に優先する道を選んでいたが、11月11日付けのIndian ExpressとThe Financial Expressもまた、再びアスベスト・セメント産業を称える特集の4頁立ての付録を掲載した。

※インド・アスベスト禁止ネットワークからの情報を紹介した。



議会は補償法案を少なくとも4か月延期

NYCOSH Update on Safety and Health, Vol.VIII, No.5, 2003.11.25

[アメリカ合衆国] 上院が年末休会に向けてせわしなくなるにつれて、いわゆる公正アスベスト傷害解決法案(S.1125)の後援者たちは、今年中の努力をあきらめた。11月22日、上院多数党院内総務Bill Frist(共和党・テネシー州)は、ロイター通信に対して、「もう少しだけ議論が必要なことは明らかだが、それにも限度はある。われわれは行動しなければならないからだ」と語った。

Fristは、3月末までに、アスベスト立法に関する上院の取り組みを予定に組み込むと言った。

アスベストによって病気に罹った労働者その他の者への補償方法に関する一致を妨げている難題のひとつは、総体の総額費用である。アスベストを使用する雇用者とその保険会社は、アスベスト関連疾患に罹患した人々に支払いを行う信託基金に対して、1,140億ドル程度を支出する意向を表明している。AFL-CIOは、すべての被災者に対して支払いを行うには、基金は少なくとも1,538億ドル必要であるという立場をとっている。

「アスベスト法案に関する取り組みを3月まで延期するというFrist上院議員の発言は、法案がいまの形のままで成立させることはできないということを確認するものである」と、AFL-CIO安全衛生部長の

Peg Seminarioは言う。「AFL-CIOは、アスベスト被災者に対する公正な補償のために働くが、この疾病の流行に責任を有する企業を被災者に支払うべき費用から無罪放免するようないかなる立法に対しても、絶対に反対する」。

「Fristには、それ以前のあらゆる法案や訴訟解決計画と同様に、その主唱者が将来のアスベスト被災者数を大いに過小評価しているがゆえに、滑稽なものになっている現在の法案を延期させる以外に選択肢はない」と、企業によるアスベストの有害性とその結果としての人的損害の隠蔽工作に関する4冊の本の著者Paul Brodeurはコメントしている。S.1125[法案]がモデルにしている1970年代の信託基金について、BrodeurはNYCOSHに対して、「マンビル社が破産手続中であつたずっと以前に、シンクタンクの連中は、今後の原告数は10万人になるかもしれないと予測した。実際の数には35万人以上になり、それがマンビル基金が資金を使い果たし、また、被災者に支払われた補償が大いに低くなった原因であった。…いま、将来の世代に不要な痛みや苦しみを負わせている、アスベスト疾患に関する制度上の記憶の悲しむべき欠如を目撃していることに…心からがっかりしている」と語った。



立ち上がるイギリスの女性たち アスベスト被災者の遺族

池田理恵

神奈川労災職業病センター

2003年9月に再渡英した。IBAS(アスベスト禁止国際書記局)の奨励も受け、イギリス安全衛生会議での合同じん肺写真展や、この一年に、イギリス国内で新たに発足した2か所のアスベスト被災者団体を訪問したので、報告する。

イギリス安全衛生会議

9月5～7日まで第14回全国安全衛生会議が、ロンドンで開かれ、ゲストスピーカーとして筆者も参加した。イギリス各地の安全センター、労働組合の安全衛生関係者を中心とする「実践的な」会議で、全体で500名位の参加がある。全体会議の開会式に先立ち、9月5日(金)の夜、宿泊先のロンドン大学経済学部学生寮のホールにおいて特別展示と講演「アスベスト―グローバルな破壊兵器(Assbestos-Global Killer)」が行われた。

特別展示は、この間筆者自身が交流し、また合同写真展を行った、ロンドン、グラスゴー(クライドバンク)、リバプール、そして南アフリカからのアスベスト被害の写真及びパネルと、日本からは横須賀の「じん肺写真展」を集会場に掲示。イギリス国内でもこのように、アスベスト被害に関する合同展示を初めて行えたようだ。講演は筆者を含め3名が発言する討論会となった。

まず、グラスゴー(クライドバンク)の「クライドバンク・アスベスト被災者の会」のジミー・クローリー氏が、クライド川からアスベスト製品が流れ込み、造



ロンドン大学経済学部学生寮ホールで講演会

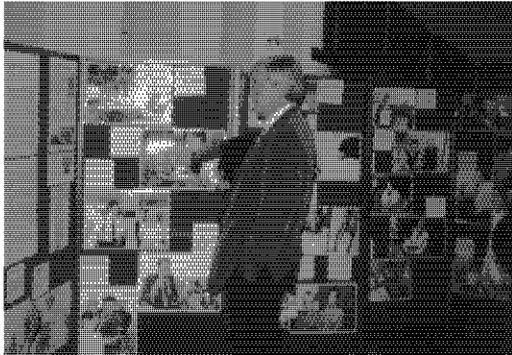
船・重工業関係までに扱われた結果、多くの労働者や家族に被害を広げてしまっていること、また、補償がすぐには払われないことから、スコットランド地方において多大な打撃を受けているというレポートがあった。

「職業・環境病研究所」のナンシー・テイト女史からは、ロンドンやイングランド南部の工業地帯におけるアスベスト被害についての発表があった。イギリスでは、中皮腫患者の約半分が何らかの補償を受けているのに対し、アスベスト肺がんについては、皆無の状態であるとのこと。

筆者は、横須賀におけるアスベスト被害についての掘り起こしを労働組合、医療機関(診療所)・安全センターの三者がどのように取り組むことができたのかを発表した。

司会をしていたロンドン安全センターのミック・ホルダー氏は、掲示してある南アフリカのアスベスト鉱山

イギリスのアスベスト被災者遺族たち



横須賀のじん肺写真を熱心に見ている方が多かった



ロンドン大学医学部のセミナーで話す筆者

近郊住民の被害と、補償までの経過を報告。残念ながら、イギリス資本の企業だったため、ロンドンで裁判が行われたが、地域住民の満足行く解決にはならなかったことにふれ、会場に意見を求めた。

会場からは、補償の額や手続上の問題、労働組合が真剣にこの被害について取り組んでほしいことなどが発言された。それを受けて、「マーシーサイド(リバプール)アスベスト被災者救援会」のジョン・フラナガン氏や、「マンチェスター安全センター」のトニー・ウィットソン氏が、イングランドにおけるアスベスト問題などについて報告。保険会社(損害賠償を起こすと、企業は団体生命保険を掛けているので、保険会社が被告となることが多い)倒産後の補償問題などの途中経過にもふれた。

最後に、ミック・ホルダー氏が発言。イギリス国内においては2025年までの間に、少なくとも1万5千人が何らかのアスベスト被害で亡くなるだろうとの予測が発表されているが、アスベストはいまだに使われている地域もあり、特にこれからは市場をアジアに移していこうとされている。この状況を食い止めるためには、企業に対する制裁や、早期に十分な補償の実現、被災者への充実した医療やケア、また、既存建築物にあるアスベスト対策を行政が率先して行うなどの要求を臨みつつ、警鐘を鳴らし続け、世界的にもアスベストを全面使用禁止させることが必要だと結んだ。

ロンドン大セミナー

9月8日、ロンドン大熱帯医学(疫学)部(大学院)の公衆環境調査教室に招かれ、セミナーを持った。学生は、がん研究所などで疫学を専門としている方が多かった。筆者は、労災補償請求のサポートに携わっている立場から、日本の労災認定時における諸問題について、写真を交えて報告した。

ここではやはり、労災認定基準についての質問が多く、認定基準に書いてある石綿線維や小体が検査(解剖など)結果から発見されなかったら労災認定は難しいのかという、かなりこまかい質疑応答となった。今まで自分が携わってきたケースの話や、監督署の対応などの問題まで話す結果となった。イギリスでも検査をしても出てこない(とくにクリノタイルなどは顕微鏡で見ても発見されないことがある)ケースは増えつつあるようだ。イギリスではどのように対処しているのかを聞くことが、時間の関係上できなかったのが残念であったが、当然のことながら日本の事情を初めて知った方がほとんどであった。

この大学では多くの日本人留学生が学んでいるので、(今回は秋の学期が始まる前だったので少人数の参加であった)何かしらのかたちでアプローチできればと思っていたが、残念ながら次回への課題となった。

ウェールズで立ち上がった女性たち

ロンドンから約3時間電車に乗り、ウェールズ地方カーディフへと向かった。今年3月、女性(遺族)だけで立ち上げたというアスベスト問題を考える会ウェー



会のメンバー全員が夫を中皮腫で亡くしている

ルズ(意識だが英語名はAsbestos Awareness Wales)」を訪問するためである。この会は、ある介護士が、中皮腫で夫を亡くした妻たちを引き合わせたことから発足した。書記を勤めるメアリー・ニコルさんにお世話になりながら、横須賀じん肺被災者の会の活動などを紹介し、意見交換をすることができた。

メアリーさんも、夫を悪性腹膜中皮腫で約1年前に亡くしたばかり。しかも彼は、18歳の時にグラスゴーで断熱工として、たった3週間アルバイトとして働き、アスベスト曝露しただけで、中皮腫を発症してしまったとのことである。女性たちのグループだが、毎月サポートミーティング(お互いを励ましあう)と、運営委員会を開いているとのこと、会員は約6名ということだった(他に支援者が男性を含め何人かいる)。

この会の特徴的なことは、ホットラインを設け、会員自らがアスベスト被害に関する電話相談を行っていること、また中皮腫の研究(治療や疫学調査などを含めた)の資金集めのために、クラシックコンサートなどを行っていることである。相談については、会計のアン・ハウウェルさんが担当している。

アンさんは、「妻同士だと会話ができるが、被災者本人との面談になると、つい最近亡くなった自分の夫のことを考えてしまい、つらくって話せなくなってしまう」と、こぼされていた。また、カーディフには発電所や工場(日本企業もある)があるので、他にもアスベスト被災者がいるはずだが、未だ組合関係者との接点がないということであった。

中皮腫という悲惨な病気を根絶・治療するための

研究も、他のがん研究よりも症例数が少ないことでまだまだというところであるが、他のアスベスト被災者救援組織では、補償問題が先決で、研究対策まで考えているところはほとんどない。中皮腫と診断された被災者の家族の多くが、まず知りたいのは、病気に対する治療法がないかということで、このように女性たちのグループが立ち上がり、「別の視点から」アスベスト問題をアプローチしていくことは今後の運動にも必要なことだと感じた。そのことを意識して「被災者の会」という名称を用いず、「意識を高める(Awareness)」ことを名称として使うことを決めたということだった。

ウェールズのアスベスト被害(1997年から2001年までの間に約300人が何らかのアスベスト疾患で苦しんでいる)が深刻になったことをふまえて、会の運動を周知させるために、行政へ公式訪問を申し込み、9月10日に、ヴィタ・ジョーンズ副市長と会談することができた。副市長は今回の訪問目的のメモを事前に読んでくださっていて、ウェールズの被害については心を痛めており、会のメンバーと共に気さくに対応していただいた。行政関係にも会の支援者がいることなどから、今後の会の発展を期待したい。

和平後の北アイルランドへ

今回の主目的であったのは、北アイルランド訪問であった。以前から、造船所があるベルファーストに「アスベスト被災者の(正義を考える)会ベルファースト」が立ち上がったので、訪問してほしいという依頼を受けていたのだ。しかし、訪問直前に、ベルファーストではなく、なかなかベルファーストに來れない被災者がいるデリー(ロンドンデリー)に行してほしいと連絡があった。訪問に関する連絡調整にあたっていただいた、リバプールのジョン・フラナガン氏とも打ち合わせをしながら、準備をすすめた。デリーは、北アイルランドとつい最近まで紛争していた地域だったことから、アスベスト対策が送れていたことは間違いない。これからということなので、とにかく「感じ取って」きてほしいとのことであった。

ウェールズからベルファーストまで飛行機で飛び、デリーの受け入れ団体「北西アスベスト被災者の(正

義を考える)会」のメンバーに出迎えていただいた。とにかく、何もかもが初めてだったのだが、ベルファーストからデリーに行く小一時間の車の中から、オリエンテーションが始まった。

デリー元市長の死

「北西アスベスト被災者の(正義を考える)会」は2003年6月に立ち上げたばかりだ。それも、デリーの元市長(1989年度)トニー・カーリン市議が悪性中皮腫に倒れたことに発端をもつ。市議になる前に郵便局に勤めていたトニー氏は、18歳の時、デリー市内三大企業のひとつデュボン(アメリカ本社)工場でアルバイトをし、たった3か月間断熱工のそばで働いた。そのときの曝露が原因で、昨年市議を引退しこれからの余生を充実させようと思った彼を「悪性胸膜中皮腫」が襲った。抗がん剤治療のためベルファーストの病院に通院中、ある看護師から、「アスベスト被災者の(正義を考える)会ベルファースト」の集会が開かれることを知り、そこで、トニー氏はデリーで被災者の会立ち上げを準備していた、クィグリー姉弟と出会った。

弟のジェラルド・クィグリー氏は、運輸一般労働組合(TG&WU)で長らく安全衛生担当を務めている。1998年に、姉のアンジェラ・クラークが、デュボンで断熱工だった大ジョーの作業着を洗濯したことが原因による胸膜肥厚症と診断されたのをきっかけに、デリーのアスベスト問題に取り組もうと準備していたところだった。この偶然のきっかけをもとに立ち上がり、デリーにおけるアスベスト被害の掘り起こしを始めた。

残念ながら、トニー氏は11か月の闘病のあと今年2月に天に召された。元市長の死は、デリー市民にとってもショッキングな出来事だったため、敬けんなカトリック信者であった彼の葬儀には、500名が参加したとのことである。

彼の死は、さまざまな影響を及ぼした。ひとつは、医療。「悪性胸膜中皮腫」という病名をデリー市民は、初めて知ることとなった。また、アスベスト疾患についてほとんど無知(抗がん剤治療をベルファーストでしかできなかったことから察することができるように)



デリーでのアスベスト集会

であった医療従事者が、興味をもちはじめた。実は、トニー氏の子供のうち3人が看護師(内ひとりは今イングランドで勤務)で、医療従事者のオルグができてつづあるとのことだった。筆者の報告集会も現地の病院で行うこともできた。

デリーにおけるアスベスト被害

9月12日朝は、地元(BBC)ラジオ取材から始まった。ジェラルド氏、トニー元市長の妻メアリーさんと、自分の作業着がもとで、39歳の娘を悪性胸膜中皮腫で亡くしたジョニー・マックインタ이어氏と筆者の4名でスタジオに入った。打ち合わせもないまま、本番である。会の立ち上げにも協力していただいたDJのスーザン・マックレイノルズさんのインタビューに答えた。

ジェラルド氏が、デリーにおけるアスベスト被害の総合的な話をし、メアリーさんとジョニー氏の発言に続いて、筆者が今回の訪問の目的を話した。一通りインタビューが終わるとスーザンさんが、ジョニー氏に、「ジョニー、あなたは今、病んでいますか?」と質問した。娘さんを今年3月に亡くしたばかりと伺っていたので、少しきつい質問かと思ったが、ジョニー氏が、「正直言うと良くはないよ」と答えていたことが印象的だった。

デリーは、フォイル川(カトリックとプロテスタント居住区を分けていた川)沿岸に三大企業デュボン、イギリス酸素会社と発電所が隣接している。イギリス酸素会社はデリーのいたる所に、合法的に廃棄物

を投棄している。デュポンに断熱工として働いていたジョー氏によると、彼の仕事仲間ほとんど亡くなっているが、補償に関する話は聞いたことがないという。工業地帯があるということは、いたる所にアスベストが使用されていてもおかしくないはずだ。

そこで筆者と会は、トニー氏の死亡診断書の発行（解剖したが、州の病理医からの報告がまだできていないので、死亡診断書もないままに埋葬された）や、会の活動内容を知ってもらうためにデリー市議会、北アイルランド議会、ヨーロッパ議会の各議員などに面談を申し込んだ。デリー市議会では副市長が、北アイルランド議会は副首相が対応してくださった（トニー氏が地方労働党に属していたこともある）。また、北アイルランド紛争の和平交渉に尽力し、ノーベル平和賞を受賞したヨーロッパ議会議員でもある（イギリス議会議員も兼任）、ジョン・ヒューム氏に会い、アスベストの危険性を訴えることができた。

夜の集会は、医療従事者、議員（秘書も含む）、被災者などを含め、約100名集まり、横須賀の例（医療・組合・センターなどが一緒に取り組んだ）の話に耳を傾けてくださり、今後のデリーにおけるアスベスト被害についてどのように対応できるかという、かなり深いテーマでのディスカッションが繰り広げられた。元デュポン労働者が、なぜ組合の安全衛生担当者が来ていないのかと、かなり強い批判をしていた。

このことについては、労働組合にとって、退職者の健康管理までなかなか手が届かない現実もあるが、ひとりでも多くの被災者の掘り起こしをしていくことが必要ではないかと、横須賀でも20年たって何とか一部周知されてきたことにも触れながら、筆者もコメントした。この話題については、かなりの論議となった。

今回の訪問により、何人かの医療従事者・議員などが興味を持ってくださり、特にデリー市議のヘレン・クィグリー女史は、別の日にデリー市内や近郊の観光案内をしてくださった。市議会については、彼女を通してアスベスト問題について支援を受けられそうな話もすることができた。

まとめ

今回の旅で感じたことは女性たちのパワーである。偶然かもしれないが、どこに行っても、女性たちが立ち上がっていたことに、筆者自身も励まされた。また、やっとわかったことだが、イギリス国内では、日本よりもアスベスト被害が多発しているにもかかわらず、必ずしも知られていないということである。確かに一部の労働組合が取り組んでいたり、マスコミで報道されたりということはあるが、隅々までは周知されていない。日本の状況と大して変わりが無い。

残念ながら、このレポートを書いているときに、「アスベスト被災者の（正義を考える）会ベルファースト」会長であったロビー・ブラウン氏（造船労働者）が、アスベストによる肺がんで、10月12日、65歳という若さで亡くなるという訃報が入ってきた。実は、ベルファースト訪問ができなかったのは、ロビー氏が肺がんとなり会長を退任したが、後任が決まらず、受け入れ態勢が整っていなかったという事情だった。ご冥福を祈りつつ、会が終わりにならないことを望みたい。

今後の課題を多く残した今回の訪問であったが、横須賀の経験を一番「分かち合える」ところでもあった。次回こそは、労働組合や被災者同士の交流ができればと考えている。



インターネット上のアスベスト関連情報

2004年世界アスベスト東京会議 (<http://park3.wakwak.com/~gac2004/>)
石綿対策全国連絡会議(BANJAN)ホームページ/「アスベスト対策情報」(<http://park3.wakwak.com/~banjan/>)
アスベストについて考えるホームページ(<http://park3.wakwak.com/~hepafil/>)
中皮腫・じん肺・アスベストセンターホームページ(<http://www.asbestos-center.jp/>)
「じん肺とアスベスト被害」～じん肺・アスベスト被災者救済基金ホームページ(<http://www.jca.apc.org/~jinpai/>)
被災地のアスベスト対策を考えるホームページ(<http://www.1m.mesh.nc.jp/~asbestos/>)
アスベスト根絶ネットワーク(<http://www.jca.apc.org/asnet/>)

長尾光明氏の業務上疾病に関する意見書

2003.3.31

村田三郎

阪南中央病院内科医師

2003年2月12日付けで照会(注:富岡労基署から照会)のあった、長尾光明氏の罹患している「多発性骨髄腫」が業務上疾病に該当するか否かについて、以下のように判断する。

長尾光明氏が罹患している「多発性骨髄腫」は、氏が従事していた原子力作業によって受けた放射線被曝に起因しており、業務上疾病に相当すると考えるが妥当である。

以下に、その根拠を、

- I 長尾氏の現病歴と診断に至った根拠
- II 放射線作業歴と放射線被曝線量
- III 多発性骨髄腫の疾患概念
- IV 放射線被曝と多発性骨髄腫の関係
- V わが国における原子力労働者の癌(特に多発性骨髄腫)の実態
- VI 原爆被爆者に発生している多発性骨髄腫
- VII 諸外国における原子力労働者の癌(特に多発性骨髄腫)の実態
- VIII 長尾氏の疾患と放射線被曝との因果関係について

の項目に従って概括し、意見書として述べる。

I 長尾氏の現病歴と診断に至った根拠

1. 現病歴

生来健康で、1986年1月31日定年退職するまで、仕事を全うしていた。

その後1992年まで、体調に問題はなかった。

1993年(平成5年=67歳)から、血圧の変動があり、A病院に通院。

1994年から、首の痛みが始まった。

1996年から、首の痛みのために温熱療法などを自宅で行っていた。

この間は、ずっとA病院で通院をしていた。

1998年2月になって、前歯が折れたために、歯科を受診。

同月に第3頸椎に圧迫骨折を生じ、3月13日にA病院に入院。そのB病院へ転院し、1998年4月14日に、B病院整形外科で第3頸椎病的骨折に対する手術を受けた(72歳)。5月～7月まで入院。この時点で多発性骨髄腫と診断された。

同年8月23日には、A病院で左鎖骨病的骨折手術施行。

1999年1月～4月、8月～12月まで、リハビリ目的でA病院に通院。(2月～3月は入院治療)。

2000年10月、B病院放射線科で放射線治療を受けた。(9月～11月まで入院)

その後の病状は安定しており、内服治療を続行している。

2002年5月、阪南中央病院内科を精査目的で受診した。血液検査上、免疫グロブリンのうちIgGが2,380mg/dl(基準値880-1,800mg/dl)と上昇しているなど、多発性骨髄腫に係る異常値が認められるが、現在は臨床的に安定している。

2. 多発性骨髄腫と診断された根拠

長尾氏が多発性骨髄腫と診断された経過と根拠について、長尾氏の主治医であるA病院のC医師から提供された資料(a)と本人の口述に基づいて概説する。

(1) 臨床症状

1998年2月から、第3頸椎病的骨折に基づく項部痛があり、3月に近医受診し、その後3月13日に、A病院に受診・入院した。同年8月、左鎖骨部から肩にかけて痛みが出現したが、その時点で、鎖骨に病的骨折を示唆する骨融解像があった。

4月14日に、B病院で第3頸椎の手術を受けたが、この時点の手術所見では骨髄腫の疑いがあると指摘された。

(2) 血液所見、特に骨髄の所見

1998年5月の血液検査では、蛋白分画で γ グロブリン領域に入型M蛋白が認められ、免疫電気泳動では、IgGが3,210mg/dlと高値を示した。骨髄像では、形質細胞は1.2%で特に形態異常はなかったため、この時点では、良性単クローン性M蛋白血症として扱うことになった。しかし8月には、入型M蛋白の増加とIgGが4,420mg/dlと上昇し、左鎖骨の骨融解像が認められたことから、多発性骨髄腫と診断された。

(3) X線所見と骨シンチ所見

1998年3月、第3頸椎椎体の破壊像を認め、同年8月には、左鎖骨部に病的骨折を示唆する骨融解像あり。また1998年3月のテクネシウムによる骨シンチでは第3頸椎にアイノープの集積像が見られた。これらは多発性骨髄腫の骨浸潤に対応する所見である。

(4) 手術所見

1998年4月14日に、B病院で第3頸椎圧迫骨折に対する手術を受けたが、その際に第3頸椎後側方椎弓にまで腫瘍が及んでおり出血しやすかったと報告され、手術標本が小さいために充分判断できないが、形質細胞が見られ多発性骨髄腫が考えられる、といわれている(B病院からの紹介状)。また、8月には、A病院で左鎖骨病的骨折に対する手術を行った。

(5) その後の治療と再発(鎖骨病的骨折等)の経過

1998年8月以後は、先の血液検査等と手術所見を総合的に検討した結果、多発性骨髄腫の最終診断の元は、抗癌剤治療を開始。その後から左肩から鎖骨部にかけての痛みは改善し、骨病変の改善(骨の再生傾向)がみられた。以後の各種抗癌剤治療の結果IgGは著明に低下し、痛みや血液検査・骨髄像も改善したが、2000年9月に再度左鎖骨骨病変の悪化を来した。このために、抗癌剤の再投与とB病院で放射線治療(合計48Gy)を受けた。その結果IgGも低下し、現在に至るまで安定した状態を維持している。

(6) 今後の治療の見通し

C医師の診察と意見によれば、今後は多発性骨髄腫の再発と二次性白血病等の発症に注意しながら、現時点では、化学療法なしで経過観察を見ていく必要があるとのことである。

(7) 以上に述べた長尾氏の臨床経過、臨床検査、画像検査、手術所見、抗癌剤治療と放射線治療による自覚症状と検査結果の改善、その後の再発と寛解の状態は、後に述べる多発性骨髄腫における臨床経過と全く一致しており、長尾氏が多発性骨髄腫に罹患し、現在も重度な医学的監視の元に経過観察が必要であることは疑いようのない事実である。

II 放射線作業歴と放射線被曝線量と

その当時の健康状態(検診結果から)

1. 長尾氏の放射線作業従事者としての作業歴と被曝歴の概要

長尾氏によれば、石川島プラント建設(株)関連の作業に従事するようになったのは1972年5月からで、正式な入社は1973年1月21日であった。

以後、1986年1月31日に定年退職まで、13年間勤務している。仕事は、現場所長、配管・安全の現場監督であった。

長尾氏の「放射線管理手帳」(登録番号25-004674)(以下、「放管手帳」)によれば、1977年10月から1982年1月までの期間に放射線作業に従事している。その間は放射線作業以外の作業にも従事している。放射線作業については、放管手帳等(b)によれば以下のとおりである。

[次頁表参照]

以上のように、1977年10月から1982年1月までの4年3か月間、その間の集積線量は70mSv、1年当たりの平均被曝線量は16.47mSv【70/(4+3/12)】である。

2. 各サイトでの作業概要、従事期間暦日数、被曝線量

① 東京電力福島第1-2号機R/B RHR HEX配管追加工事

1977年10月5日～1978年1月26日:114日:16.7mSv:0.146 mSv/日

この工事は、格納容器周辺の二次系配管の新設工事ということである。R/Bとは格納容器周辺の原子炉建屋内のことであり、RHR HEXは二次系配管の一つを指す。

他の工事もそうであるが、長尾氏は監督として作業に従事しており、作業員に作業指示をする立場にあった。ただし、作業員ができない場合等、技術指導として自身が作業をする場合もあった。作業服は黄色で、管理区域に入る前に着替えて入る。通常管理区域作業は、9時30分から11時30分、12時30分から16時30分。この時は、0.5mSvのアラームメータを持って入っていたが、警報がなることはなかったそうである。F-2は、福島第一原発の2号機の意味で、作業指示業務で午前中は現場の管理区域にいたが、午後は時間のうち、80%は引き上げて事務所にいることが多かった。

他の工事においても同様であるが、配管の耐圧検査時は被曝線量が多くなり、RPV耐圧試験を実施した1978年1月14日は0.8mSvであった(長尾氏個人手帳の記載による)。なお、長尾氏はこの時期だけ毎日の被曝線量を記載しているが、これは、管理区域入域1日当たり600円の危険手当が支給されるようになっており、その照合のために記録したとのことである。

長尾光明氏の業務上疾病(多発性骨髄腫)に関する意見書

測定期間	歴日数	外部被曝線量			3か月集積	内部被曝	作業内容等
		PD	FB	TLD その他			
1977年度							
10/5-10/31	27	488	470		470	WBC 10/4入	施設名) F-2 (福島第1-2号機) R/B RHR HEX配管追加 工事
11/1-11/30	30	435	470		940		同上
12/1-12/31	31	590	490		1430		同上
2001/1/26	26	255	240		1200	WBC 1/26退	同上
合計歴日数	114	年度集積線量:1670			年度末全集積線量1670		
1978年度							
測定期間	歴日数	外部被曝線量			3か月集積	内部被曝	作業内容等
		PD	TLD その他	評価 線量 (評価 方法)			
1/25-1/31	7	7		30 (FB)	30	WBC 1/25入	施設名) F-2 (福島第1-2号機) SCC対策改良 工事
2/1-2/28	28	270		300 (FB)	330		同上
3/1-3/31	31	651		740 (FB)	1070	WBC 3/15定	同上
合計歴日数	66	年度集積線量:1070			年度末全集積線量2740		
1979年度							
4/1-4/30	30	275		250 (FB)	1290		施設名) F-2 (福島第1-2号機) IHSI工事
5/1-5/31	31	266		260 (FB)	1250		施設名) F-2 (福島第1-2号機) IHSI工事
6/1-6/30	30	133		120 (FB)	630	WBC 6/8定	施設名) F-2,3 (福島第1-2,3号機) RHR遮蔽工事
7/1-7/30	31	196		190 (FB)	570		施設名) F-3 (福島第1-3号機) RHR遮蔽工事
8/1-8/31	31	209		220 (FB)	530		同上
9/1-9/30	30	140		130 (FB)	540	WBC 9/1定	同上
						WBC 11/28定	
12/11-12/18	8	87	105	100	100	WBC	施設名) F-3 (福島第1-3号機)

				(FB)		12/18定	RW/B 三重化調査
2/2-2/29	28	22	17	10 (FB)	10		施設名) 新型 転換炉原型炉 「ふげん」 1979年定検 工事
3/1-3/31	31	14	27	20 (FB)	30		同上
合計歴日数	250	年度集積線量:1300			年度末全集積線量:4040		
1980年度							
4/1-4/10	10	0	1	X (FB)	30 (1)	WBC Bio 4/10退	同上
						WBC 1/28入	
1/28-1/31	4	18	16	X (FB)	0 (1)		施設名) H- 1,2(浜岡1,2号 機) 濃縮廃液系改 良工事
2/1-2/28	28	302	304	280 (FB)	280 (1)		同上
3/1-3/31	31	333	318	280 (FB)	560 (1)		同上
合計歴日数	73	年度集積線量:560			年度末全集積線量:4600		
1981年度							
4/1-4/30	30	210	211	210 (FB)	770	WBC 12/18定	同上
5/1-5/31	31	243	248	240	730		同上
6/1-6/9	9	0	8	X (FB)	250 (1)	WBC 6/10退	同上
						WBC 8/31入	
9/1-9/30	30	12 (ATLD)	21	10 (FB)			施設名) F-2 (福島第1-2 号機) R/B MSSR弁 モノレール新 設
10/1-10/31	31	551 (ATLD)	670	530 (FB)	540		施設名) F-2 (福島第1-2 号機) IMSI準備工事
11/1-11/30	30	585 (ATLD)	569	670 (FB)	1210	WBC 11/16定	施設名) F-2 (福島第1-2 号機) R/B MSSR弁 補修工事
12/1-12/31	31	691 (ATLD)	735	720 (FB)	1920		同上
1/1-1/22	22	22 (ATLD)	34	20 (FB)	1410	WBC 1/25退	同上
合計歴日数	214	年度集積線量:2400			年度末全集積線量:7000		

X…検出限界以下 「3か月集積」の欄の括弧は、検出限界以下の回数

長尾光明氏の業務上疾病(多発性骨髄腫)に関する意見書

また、3号機の一次系配管の廃液濃縮タンクの改造のために設計の助手として現場に何日か行ったことがあり、その時には比較的被曝線量が多くなっていたとのことで、たとえば、1978年10月25日3号でRW/B:0.5mSv、26日3号RW/B:0.4mSvとなっている。

② 東京電力福島第1-2号機SCC対策改良工事、IHSI工事

1979年1月25日～1979年5月31日:127日:15.8mSv:0.124 mSv/日

①と同様に、二次系配管工事で原子炉建屋内で実施される。

1979年3月は7.4mSvと被曝線量が多いが、18、22日に耐圧試験を実施しているからだとのことである。

③ 東京電力福島第1-2、3号機RHR遮蔽工事

1979年6月1日～1979年9月30日:122日:6.6mSv:0.054mSv/日

二次系配管の遮蔽工事であり、原子炉建屋内で実施される。

長尾氏個人手帳の記録によれば、1979年11月29日実施の電離放射線障害防止規則に基づく検診で、白血球数は、10,300個/ μ lで異常値を示し不合格となったが、12月4日の再検診では8,200個/ μ lと低下している。

④ 東京電力福島第1-3号機RW/B 三重化調査

1979年12月11日～1979年12月18日:8日:1mSv:0.125mSv/日

二次系濃縮廃液系配管の工事調査であり、原子炉建屋内である。

⑤ 動燃「ふげん」1979年定検工事

1980年2月2日～1980年4月10日:69日:1.3mSv:0.019mSv/日

長尾氏によれば、集蒸気装置の架台の改良工事で、除染状況は比較的よかったと思うとのことである。

⑥ 中部電力浜岡-1、2号機濃縮廃液系改良工事

1981年1月28日～1981年6月9日:133日:11.1mSv:0.083mSv/日

二次系濃縮廃液系配管工事であり、原子炉建屋内である。

⑦ 東京電力福島第1-2号機R/B MSSR弁モルロール新設、R/B IHSI準備、R/B MSSR弁補修工事

1981年9月1日～1982年1月22日:144日:19.5mSv:0.135mSv/日

同機の1981年で定検工事であり、格納容器内の工事であり、これまで以上に汚染度の高い区域と作業である。

①から⑥までの工事はいずれも簡易マスクないしマスクなしの作業だったが、本工事はすべて全面マスクを着用し、周辺部はガムテープで封じられていたとのことである。

3. 記録された外部被曝線量と他の被曝要因からの被曝についての検討

① 記録された放射線被曝線量(外部線量)に対する評価

以上のように、「放管手帳」をもとに、長尾氏が1977年から1982年1月まで放射線作業従事者として被曝した集積線量は、合計70mSv(7レム)になる。そして、長尾氏の年間被曝線量(外部線量)は

1977年	16.70mSv
1978年	10.70mSv
1979年	13.00mSv
1980年	5.60mSv
1981年	24.00mSv

となっている。特に、1979年2月に6.51mSv(651ミリレム)被曝しており、この時期に被曝線量が多いのは、二度耐圧試験を行っているからと考えられる。また、RHR配管は二次系配管であるが、その遮蔽工事は被曝線量が大きくなる。

また、1981年度の被曝線量は24mSvと際立って多い。この期間中は、中部電力浜岡第一原発で濃縮廃液系配管の作業に従事(入域日数は107日)し、東京電力福島第一原発で格納容器内定検に従事(入域日数は97日)しており、非常に高い被曝をうけつつ、作業をしていた。くしくもこの時期は、今日問題になっている、「東京電力の事故隠し」の時期である。

② 福島第1における α 核種汚染問題

長尾氏は、1979年1月、2月に、福島第一原発2号機の工事に従事し、最後の1981年1月から6月に、中部電力浜岡第一原発で濃縮廃液系配管の作業に従事し、同年9月から82年1月まで、福島第一原発2号機では、格納容器内でモルロール作業(格納容器内のポンプなどの大きな機材運搬するためのレールを取り付ける)に従事した。特に最後の福島原発での作業は、全面マスク着用での作業であった。

内部告発によって、福島第一原発1・2号機共用主排気筒でアルファ核種が検出されており、汚染原因は1号機にあったと推測されているが、通気的には2号機とも通じている。この福島第一原発の α 核種汚染の時期が、長尾氏の作業時期と一致しており、これが、長尾氏の被曝状況に影響を与えていた可能性がある。長尾氏が入った2号機の管理区域内等で内部被曝につながる汚染を受けた可能性が高い。

当時の被曝線量測定は、ポケット線量計(PD)とフィルムパッチ(FB)による外部線量測定のみであった。後にTLDが導入され、また定期的にホールボディカウンターによる内部被曝検査は行われているが、問題の汚染によ

	長尾氏の被曝線量	主たる作業原発	年間平均被曝線量	
1977年度	16.70mSv	福島第一原発	社員3.6	その他4.7 mSv
1978年度	10.70mSv	福島第一原発	社員3.7	その他7.4 mSv
1979年度	13.00mSv	福島第一原発	社員3.2	その他5.8 mSv
1980年度	5.60mSv	敦賀ふげん 浜岡原発	社員1.1	その他2.2 mSv
1981年度	24.00mSv	浜岡、福島第一原発	社員2.7	その他2.2 mSv
			社員3.0	その他6.6 mSv

る被曝線量は、本検査では検出が困難であると考えられており、この点は、被曝線量数値に表現されていない被曝要因として重視すべきものと考えられる。

以上のように、外部被曝線量以外に、無視できない量の内部被曝を受けていたと考えざるを得ず、長尾氏は、少なくとも70mSvを超える被曝を受けていたと考えるのが妥当である。

4. 長尾氏の被曝線量と他の労働者との比較について

長尾氏の年間被曝線量は、当時長尾氏が放射線作業に従事した原発における労働者の被曝線量データと対比すると、最低1.5倍から最大3.5倍多かったことが明らかになった。[上表参照]

以上に表示したように、長尾氏の年間被曝線量は、正社員の被曝線量と比較すると、毎年最低3倍、最高で8倍も多いことが分かる。また、正社員以外の臨時・下請け労働者は、一般に被曝線量が高い区域での労働を余儀なくされているが、その下請け労働者と比較しても、長尾氏の被曝線量は最低1.5倍、最高では3.5倍の高さになっていることが明白である。(参考資料c: 原子力市民年鑑2000, 原子力資料情報室編一七つ森書館)

このように、本人の「放管手帳」や当時の原発毎の被曝実績の比較検討から、長尾氏は、他の労働者と比較しても、短期間に非常に多くの被曝をする作業に従事している事が明らかになった。

5. 検診結果について

① 検診結果と長尾氏の放射線従事者としての作業歴について

長尾氏は、前述のように、1977年から1982年1月まで放射線作業従事者として、放射線下の作業に付いている。長尾氏が1977年から1982年1月まで放射線作業従事者として被曝した集積線量は、合計70mSv(7レム)であった。

そして、長尾氏の年間被曝線量(外部線量)と、当時の検査結果(白血球数)は

	年間被曝線量	白血球数
1977年	16.70mSv	6,800/ μ l
1978年	10.70mSv	6,00—6800/ μ l
1979年	13.00mSv	7,500 10,300 8,200/ μ l
1980年	5.60mSv	8,900—8,600—9,000/ μ l
1981年度	24mSv	8,600/ μ l

となっている。

人域前検診では、健康であったにもかかわらず、白血球数は作業従事期間中に徐々に増加傾向にあることがわかり、被曝により反応性に増加していたと考えることが可能である。当時の白血球分類や血清免疫グロブリン量やZTT(膠質反応)は不明である。この頃から血中IgG値を測定しておれば、放射線被曝と以後の多発性骨髄腫発生病経過が綿密に捉えられていたと考えられる。

III 多発性骨髄腫の疾患概念

1. 概 念

骨髄腫は、骨髄の形質細胞が単クローン性に増殖する腫瘍性疾患であり、単一の免疫グロブリンをモノクローナルに産生し分泌する。免疫に関与するB細胞が分化の最終段階で腫瘍化したもので、骨髄に局在しながらも骨髄内に多発するために、多発性骨髄腫といわれる。好発年齢は高齢者であり、慢性に経過するものから腎不全によって急速に死に至る症例まであり、臨床経過が症例ごとに多彩である。我が国の多発性骨髄腫の死亡数は、年々増加している。1998年には2,901人(人口10万人比で2.3人)になっている。65歳以上の高齢者に多く、75歳以上では10万人比で16.2人に達しており、男性に多い(d)。

2. 病 因

骨髄腫の病因は不明であるが、疫学的立場から血縁内発症から遺伝説、慢性胆嚢炎や骨髄炎が先行する例が

あることから、慢性刺激説、広島・長崎の被爆者に骨髄腫の発生率が多いことから、放射線・放射能説があると、戸川は述べている(d)。また最近、Pax-5 遺伝子の変異が発症に関係していると考えられており、このほかにも多数の因子が関与すると言われる。また、原爆被爆者の追跡調査から、放射線被爆後に数十年を経て本症を発症する頻度が高いことが判明している(e)ことは、遺伝子変異の物理的要因である放射線と多発性骨髄腫との関連を裏付けるものである。

3. 病態生理

骨髄腫細胞はMタンパク(単一の免疫グロブリンまたはその軽鎖であるBence-Jonesタンパク)を産生して種々の臓器に障害をもたらす。特に骨では、腫瘍細胞から遊離される物質(破骨細胞刺激因子)が破骨細胞を活性化することによって、全身的な骨の融解が起こる。その結果、初発症状として最も多いのは貧血による全身倦怠感と骨病変による疼痛が主要な症状となる。骨粗鬆症による病的骨折が特徴的であって、突然の骨折をきたし、その原因検索の過程で初めて多発性骨髄腫と診断されることも多い。長尾氏の場合も全く同様の経過をとっている。

4. 検査所見

血液検査では、免疫グロブリンの増加(M蛋白増加)と高カルシウム血症、尿中Bence-Jonesタンパクの増加、X線所見として骨質破壊による打ち抜き像(punched out)が見られる。好発部位は頭蓋骨・骨盤骨・上腕骨・大腿骨・肋骨である。全身骨への転移(浸潤)を検査する方法としての放射線同位元素を使用した骨シンチグラフィでは、浸潤部位に明瞭なアイロープの取り込み像(集積像)が認められる。M蛋白の細胞組織傷害が原因で、腎臓への障害が認められる。腎障害は蛋白尿に止まらず、最終的に腎不全を来す。また、骨髄腫細胞が増殖し、その結果として、造血器である骨髄抑制が起こり、汎血球減少(赤血球減少の結果として貧血、血小板減少の結果として、出血傾向、白血球減少の結果として易感染性)にかかわる症状・検査所見が現われる。

IV 放射線被曝と多発性骨髄腫の関係

1. 病因からみた多発性骨髄腫と放射線の関係

まず、放射線が癌・白血病の発生を誘発することは、多くの被爆者や放射線従事者に関する疫学的研究で明らかになっていることであり、ここで論じずる必要がない自明のことである。一方、多発性骨髄腫の病因は、いまだ確定していないが、先に述べたように多くの要因があるとされて

いる。そのなかでも戸川は、疫学的立場からの遺伝説、炎症が先行する例があることから慢性刺激説、広島・長崎の被爆者に骨髄腫の発生率が多いことから放射線・放射能説を述べている。また、遺伝子変異が多発性骨髄腫の発症に関係していると考えられており、遺伝子変異の物理的要因である放射線と多発性骨髄腫との関連を裏付けるものである。

2. 疫学的調査からみた多発性骨髄腫と放射線の関係

放射線被曝をした集団における癌・白血病その他の疾患に関する疫学調査のうち最も重要な調査は、原爆被爆者の追跡調査と原子力労働者の調査である。原爆被爆者では、放射線被曝後に数十年を経て本症を発症する頻度が高いことが判明していること、我が国や諸外国の原子力労働者の調査でも多発性骨髄腫の発生率が高いことが明らかになりつつあることは、放射線被曝と多発性骨髄腫の関連を裏付ける。

次の項で、これらの疫学的調査について検討する。

V わが国における原子力労働者の癌(特に多発性骨髄腫)の実態

1. 我が国における原子力労働者の癌・白血病の実態

原子力発電所の運転開始から、(それ以前の建設段階を含めると)30年以上に及んで原子力発電所で放射線業務に従事してきた労働者は、既に延べ30万人に及ぶものと考えられる。しかし、原子力労働者の癌・白血病に関わる調査研究は民間団体の小規模な調査や、個々の事例報告的なマスコミ報道によるもののみで、ほとんど明らかにならなかった。

2. 原子力発電施設等放射線業務従事者に係る疫学的調査結果からみる癌・白血病の実態

① 第1期(平成7年3月)原子力発電施設等放射線業務従事者に係る疫学的調査結果(財団法人放射線影響協会)(f)によれば、平成2年～6年度までの集計結果では、解析対象となった114,900人の平均年齢は39歳で総累積線量は、1,598.5人Sv、平均一人当たり累積線量は13.9mSvであった。この調査時点での対象者の死亡者数は、癌・白血病死は661人であった。そのうちで多発性骨髄腫による死亡者数は6名であった。累積線量別の死亡期待値を計算し、観察値との比較で死亡率の増加と線量増加との間の因果関係を判断した結果、脳・神経系の新生物のSMR(標準化死亡比)は、潜伏期10年で見ると有意に高く、膵臓癌が有意に増加したという結果になった。しかし、この報告の最終判断は、「因果関係ありといえな

い」であった。

多発性骨髄腫による死亡者は、10mSv未満群で5名、10-20mSv群で1名であった。累積線量が比較的少ないグループで死亡者が発生していたが、SMRはそれぞれ1.2、2.0とやや高い傾向を示した。また白血病は累積線量が10-100mSv未満のグループでは線量に応じて直線的にSMRが増加していた。

報告の考察では、「白血病と多発性骨髄腫は増加していない」という結論になっているが、白血病は、100mSv以上の3,100人の群での死亡者数がゼロであり、多発性骨髄腫は、50mSv以上被曝群で死亡者数がゼロであった。長期間観察をしてこの群で死亡者が出れば、日本でも因果関係が明らかになる可能性があった。

② 第2期(平成12年12月21日付け)原子力発電施設等放射線業務従事者に係る疫学的調査結果(財団法人放射線影響協会)(g)によると、平成7年～11年度までの集計結果では、全解析対象集団は175,939人で、そのうち1期集計者中で経過観察できた人達(前向き解析集団)は、119,484人、その平均観察期間は、7.9年であった。総集団線量は、2,109人Svで平均累積線量は、12mSv。その死亡数は5,527人で、死因が悪性新生物であるものは、2,138人。うち白血病は60人、前向き解析集団では1,191人で、白血病は23人であった。

多発性骨髄腫は8名の死亡者があった。内訳は10mSv未満で6名、50-100mSvで1名、100mSv以上で1名であった。累積線量群別(mSv)に観察死亡数/期待死亡数(O/E比)を表示すると

<10群	1.00
10-群	0
20-群	0
50-群	3.63
100+群	7.22
傾向性の片側検定結果 p値	0.047

であった(付表3.1 前向き解析対象集団、潜伏期:0、地域を調整)。

この調査結果報告では、考察として、「内部比較では、全死亡率は累積線量が増加するにつれて増加するが、その原因は主として外因死で、外因死の死亡率は、累積線量の増加とともに有意に増加する」と結論づけた。また、「白血病の死亡率では有意な傾向性は認めなかった。白血病を除く全悪性新生物では有意な傾向性は認めなかったが、潜伏期を考慮すると有意な傾向性を認めた(特に食道・胃・直腸)。第1期調査で有意な傾向性を認めた膝臓癌は今回有意な傾向性がなかった」とした。

さらに、「多発性骨髄腫は、住所地を調整した解析で有

意な傾向性を認めたが、症例数が極めて少ないので放射線との関係を論ずる段階にはない」とした。

一方で、Radiation Researchの最新号(Feb;159(2):228-238)(h)では、この報告書が英文で公表されており、Iwasaki Tらは、要約で、「白血病を含む多くの癌では累積線量と死亡率の間に量反応関係は認めなかった。ただし、食道・胃・直腸・多発性骨髄腫では正の相関関係があった」と報告している。

日本国内での発表では、放射線との関係を論じる段階ではないとし、英文では、「正の相関関係があった」としているのは判断に苦しむが、ここに、数字で示したように、内部比較で見ると、線量に応じてO/E比は増加していることは、明らかである。第1期調査で明らかになっていなかった高線量被曝群でその後に、死亡者が出たことが、線量と死亡者数の正の相関をもたらしたと考えられる。

このように、現時点では原子力労働者に関する唯一の「公的な」疫学調査結果からみても、多発性骨髄腫は、放射線被曝線量と死亡率の間に相関関係がある悪性新生物であるということは明白である。

VI 原爆被爆者に発生している 多発性骨髄腫

1. 広島・長崎の原爆被爆者に多発性骨髄腫が多く発生していることは、被爆者の寿命調査や成人健康調査結果からも明らかである。

被爆者の癌・白血病をはじめとする健康影響を広範囲に記述している成書である「原爆放射線の人体影響1992」(c)には、「高齢化社会に入りつつある現在では本症は増加傾向にある造血器腫瘍の一つであり注目されている」と記載され、「骨髄形質細胞への放射線障害による腫瘍発生は、病変の場が同じ骨髄である白血病が被爆者に多発したことを考え合わせると放射線による晩発障害の一つとして念頭におくべきである」と総説している。

また、原爆被爆者の「寿命調査:第10報、広島・長崎の原爆被爆者における癌死亡、1950-82年」(i)では、白血病を始めとする多くの癌とともに多発性骨髄腫について、罹患率と死亡率のいずれも有意な線量反応が見られたとしている。その後の追跡調査による解析では、「多発性骨髄腫について過剰リスクがあるとする証拠は認められない」(j)という見解もでていますが、今後被爆者の高齢化がさらに進み、観察期間が長くなるにつれて明確な相関関係がでてくると考えられる。それを示唆するものとして、長崎原爆病院では、多発性骨髄腫の新発生が急速に増加しているという事実がある(1999年度原爆被爆者診療概況)(k)。

さらに、京都原爆症訴訟公判で明らかになった「厚生省

原爆医療審議会による認定基準(内規)平成6年9月19日)によれば、「原爆放射線起因性のあるとみなせるもの」として、胃癌、結腸癌、卵巣癌につづいて多発性骨髄腫が記載されている。

このように、放射線被曝集団としては最も多数で、長期的に疫学調査がなされている原爆被曝者において、多発性骨髄腫が多発し、これを放射線に起因する血液疾患としてみなしていることは明らかである。

VII 諸外国における原子力労働者の癌(特に多発性骨髄腫)の実態

① アメリカDOE関連施設労働者の疫学調査とその救済策に関するクリントン/ゴア調査から

この報告書は、1997年当時のクリントン大統領が、エネルギー省と財務省の省庁間の合同委員会を設置し、ベリリウムの職業病の犠牲者に対する補償プログラムを設けることをきっかけに、その他の疾患についての綿密な調査を命じた結果をまとめたものである(1)。

その結果は、核兵器関連施設の従業員の疫学調査で、22種類のガンが一般国民と比較してより高率に発生している(SMR=標準化死亡率が高い)ことが確認された。その労働者の累積線量の平均値は30mSvであった。このなかで、ハンフォード原子力施設労働者の集計では、膵臓癌と多発性骨髄腫については線量と死亡率の間に統計学的に有意な相関がみられたと記載されている。従来マンクーゾ報告では、平均累積線量は26mSvで、膵臓ガン、ホジキン病が有意に増加していた。今回の結果は、これを追認するものである。

同時にこの調査では、事故死、外因性死、不明確な健康障害(ill-defined condition)、精神神経系の障害、人格不全、動脈硬化、脳血管障害、呼吸器疾患での死亡率が高いことも、明瞭になった。

② オークリッジ国立研究所で働いた14,095人の労働者について低線量放射線被曝と死亡率の間の関係について調査(Richardson, Wingら)では、45歳を過ぎて被曝した線量が多ければ多いほど、また潜伏期間を長く仮定すればするほど、死亡原因が癌であることが第一義的に明らかとなった。全癌死亡率は、10年間の潜伏期間を考慮して、45歳以後に被曝した累積線量の10mSv当たり4.98%増加する。20年の潜伏期間を考慮すると、45歳以後に受けた累積線量の10mSv当たり7.31%増加する。低レベルのイオン化(電離)放射線の外部被曝を受けることと、癌死亡率の増加の間には相関関係があることを示唆し、高齢(45歳以後)になって被曝すると、電離放射線被曝の癌原性効果に対して、より高い感受性を示す可能

性があると報告した(m)。

その後、ノースカロライナ大学のウイングらは、累積被曝線量が50mSvを超すと、多発性骨髄腫の発生率が高まることを報告した(n)。

その内容は、ロス・アラモス国立研究所、サバンナリバー研究所などの原子力関連4施設で1979年以前に雇用された約11万人の名簿から、血液のがんの一種である多発性骨髄腫(しゅ)で死亡した98人を割り出し、同施設の他の労働者391人と比較した。喫煙や医療被曝の影響を考慮したうえで、累積線量が50mSvを超える者と10mSv以下の者では、多発性骨髄腫によるオッズ比は約3.5倍だった。累積被曝線量が同じでも、高年齢になって被曝線量が増えた労働者は、若い時期に被曝線量が多かった労働者に比べ、発生率が高い傾向があったとした。ウイング医師はこの結果をもとに、「米国の原子力施設の労働者を対象とした調査では、最も規模が大きい」とデータの信頼性を強調し、「被曝と他の癌との因果関係も検討する必要がある」と考察している。

③ 以上に述べたように、アメリカの原子力施設労働者のなかでも多発性骨髄腫は、労働者の線量限度とされている年間50mSvという比較的低線量の集積線量でも、被曝線量の低い労働者と比べて、発生率が高いことが示されており、特に比較的高齢(45歳以上)から被曝労働に従事した場合に、放射線に高い感受性を示すことが示されている。

VIII 長尾氏の疾患と放射線被曝との因果関係について

1. 長尾氏の年間被曝線量は、当時の放射線作業従事者の平均被曝線量の最低1.5倍から最大3.5倍であった。

長尾氏は、放射線業務に従事した当時、「放管手帳」に記載されている限りでも、放射線業務に1977年から1981年度末までの5年間に少なくとも70mSvの被曝を受け、年平均16.47mSvであり、他の労働者の平均被曝線量よりも多い被曝を受けている。先に表示したように、当時の福島第一原発での労働者の年間平均被曝線量は正社員では3.0-3.6mSvで、その他の労働者(下請け労働者など)で4.6-7.1mSvであり、また浜岡原発では正社員が2.3-4.0mSvでその他の労働者が2.2-4.3mSvであった(c)。

以上に述べたように、長尾氏は、1977年から1981年度末までに、平均的な正社員の被曝線量の最低3倍から最高8倍を被曝し、また被曝線量が多い下請労働者の平均被曝線量の最低1.5倍から最高3.5倍の被曝を受けていたと判断できる。

2. 長尾氏が罹患している多発性骨髄腫は、骨髄の癌(血液疾患)として考えられるべき悪性疾患である。

放射線障害に対する認定は、電離放射線に係る疾病の業務上外の認定基準(基発第810号-昭和51年11月8日)(o)に基づいて行われる。

前項で述べたように、長尾氏が罹患している多発性骨髄腫は放射線に起因する骨髄の癌(血液の悪性腫瘍)として考えられるべきであり、電離放射線に係る疾病のうちで、以下に掲げる

- (1) 急性放射線障害—急性放射線症、急性放射線皮膚障害、その他の急性局所放射線障害
- (2) 慢性的被曝による電離放射線障害—放射線皮膚障害、放射線造血器障害
- (3) 電離放射線による悪性新生物 白血病
 - 外部被曝によるもの—皮膚癌、甲状腺癌、骨の悪性新生物
 - 内部被曝によるもの—肺癌、骨の悪性新生物、肝臓・胆道系の癌、甲状腺癌

の第(3)項に該当する。この電離放射線にかかる疾病のうち長尾氏の多発性骨髄腫は掲載されていないが、これまで述べてきたように、我が国でも多発性骨髄腫は原子力施設等での放射線業務従事者に発生し、死亡率も高いことが明らかになっている。また長期にわたる疫学調査を続けている、アメリカでも同様に原子力施設労働者に多発性骨髄腫が発生し、50mSv以上の被曝ではより発生率が高いと報告されている。

同時に、先に述べたように、放射線被曝集団として最も多数で、長期的に疫学調査がなされている原爆被曝者において多発性骨髄腫が多発し、「放射線による晩発性障害の一つとして念頭におくべき」(「原爆放射線の人体影響」—1992)(c)と記載されているように、放射線起因性の血液疾患として考えるべき疾患である。

3. 長尾氏は、慢性的放射線被曝に起因する血液疾患である、多発性骨髄腫を発症するに相当する放射線を被曝している。

長尾氏は、慢性的放射線被曝に起因する血液疾患である、多発性骨髄腫を発症するに相当する放射線を被曝している。

我が国の被曝労働者では、5人の白血病が支給と認定され、その人達の累積線量は40-129.8mSvである(p)。その累積線量は、最小40mSvで業務上認定されており、長尾氏は累積線量が70mSvで、これを超えている。先に述べたように、我が国でも、またアメリカでも原子力関連施設労働者に多発性骨髄腫の発生率と死亡率において線量と正の相関関係をもって増加しているのであり、アメリカの調査結果では、その累積線量が50mSvレベルの集団

	病名	累積線量	作業期間	年平均線量
A氏	慢性骨髄性白血病	40mSv	11か月	44mSv
B氏	慢性骨髄性白血病	50.63mSv	8年10か月	5.6mSv
C氏	急性リンパ性白血病	129.8mSv	約12年	10.08mSv
D氏	急性単球性白血病	74.9mSv	11年	6.8mSv
E氏	急性骨髄性白血病	不明	5年5か月	不明

で10mSv集団より3.5倍の差があるのである。

また、この人達の病名、累積線量、作業期間、年平均線量を見ると、

[上の表参照]

であり、白血病に関する業務上認定基準である、「(1)相当量(0.5レム)×電離放射線被ばくを受ける業務に従事した年数)の電離放射線に被ばくした事実があること。(2)被曝開始後少なくとも1年を超える期間を経た後に発生した疾病であること。(3)骨髄性白血病又はリンパ性白血病であること。」を満たすものであった(注:0.5レムは5mSv)。

長尾氏の場合は、「放管手帳」に記載されている期間である5年間の総被曝線量は70mSvであり、年間平均被曝線量は16.47mSvであった。これは、白血病の年平均被曝線量の基準の3倍以上に達する線量であると同時に、これまで白血病で業務上認定されている人達の年平均被曝線量を超える数値を示している。

また、業務上外の認定基準(基発第810号)(o)では、放射線造血器障害については「慢性被曝における相当量は、1年間に50mSvまたは3か月間に30mSvを超える線量を慢性的に被曝した事実があることをいう」とされているが、長尾氏が罹患している多発性骨髄腫は、白血病と同様に、骨髄に対する放射線障害に起因する「血液の悪性疾患」と考えるべきであるから、この「慢性被曝における相当量」を機械的に適用するのではなく、白血病に関する業務上認定基準に則って判断するのが妥当である。

以上のように、長尾氏の累積被曝線量が、白血病で業務上認定された労働者の累積線量よりも多いこと、これが、多発性骨髄腫の発生頻度、死亡率を上昇させるに足る線量であること、年平均線量も白血病として業務上認定された被曝労働者よりも多いこと、当時の他の放射線業務従事者よりも多くの放射線被曝を毎年のように受けていたことを重要視すべきである。

4. 長尾氏が罹患している多発性骨髄腫は、放射線被曝に起因すると判断できる。

長尾氏が罹患している多発性骨髄腫は、以下にまとめた理由によって、放射線被曝に起因すると判断できる。

(1) 放射線業務に1977年から1981年までの5年間に少

なくとも70mSvの被曝を受け、年平均16.47mSvであり、他の労働者の平均被曝線量よりも多い被曝を受けている。

- (2) 長尾氏が罹患している多発性骨髄腫は、疾患概念の項で述べたように、白血病と同様に骨髄の癌(血液の悪性疾患)として考えられるべき悪性疾患である。
- (3) 長尾氏の場合は、「放管手帳」に記載されている期間である5年間の総被曝線量は70mSvであり、年間平均被曝線量は16.47mSvと、白血病の認定に係る基準の3倍以上に達する線量である。多発性骨髄腫を骨髄の癌(血液の悪性疾患)と考えるならば、充分にこれを発症させ得る被曝線量に相当する。

(4) 我が国でも多発性骨髄腫は原子力施設等での放射線業務従事者に発生し、死亡率もSMRで高く、線量と正の相関関係があることが報告されている。

前述した、クリントン/ゴア調査は、以下の3条件が揃っておれば補償を行うという結論に達した(1)。

- ① その労働現場で癌がSMRで有意に高い頻度で発生していること
- ② 被曝をする労働現場で働いていたこと
- ③ 被曝が原因で生じる癌に罹っていること

その理由は、「調査を行った全期間中で発生した、3,000人の発癌者・癌死者が、放射線被曝以外の原因で発生したとどうやって証明できるのか。被曝線量の測定や保存が不適切であり、データそのものが残っていないという不公平も存在する。全期間の集積線量は、427,5034人Svで、その平均線量は、30-47mSvで、総被曝線量は、44万5千人レムである。100人Sv/年で1名のガン死者が出ると予想すれば、約440人の過剰死が生じると計算される。この440人を選別し、一人一人の癌死が被曝に起因することを証明しようとするために極めて厳格な高い線量基準(閾値)を設定せざるを得ないし、そうしてきたという現実がある。しかし、それでは、労働者の補償に関して不公平が生じる。」という大きな反省からである。

長尾氏の多発性骨髄腫が放射線作業に起因する業務上疾病であることは、これまでの「電離放射線に係る疾病の業務上外の認定基準」に則っても明らかであるが、今後の認定業務については、労働者保護の観点から、基本的に上記の①から③のような観点で行うべきことが必要であることを付記したい。

IX 結 論

長尾氏が罹患している多発性骨髄腫は、以上に述べた理由によって、放射線被曝に起因すると判断するのが妥当である。

参考資料

- (a) 「多発性骨髄腫の診断根拠」;千船病院・高橋哲也医師提供
 - (b) 長尾光明「放射線管理手帳」(登録番号25-004674)
 - (c) データでみる日本の原発;福島第一(P.96), 浜岡(P.118), 原子力市民年鑑2000, 原子力資料情報室編・七つ森書館)
 - (d) 戸川敦, 多発性骨髄腫;血液疾患診療マニュアル; S222, 日本医師会雑誌特別号10/15, 2000)
 - (e) 多発性骨髄腫;P69-78, 原爆放射線の人体影響1992, 放射線被曝者医療国際協力推進協議会編, 東京文芸堂1992.
 - (f) 原子力発電施設等放射線業務従事者に係る疫学的調査(第I期調査平成2年度~平成6年度);平成7年3月(財団法人放射線影響協会)
 - (g) 原子力発電施設等放射線業務従事者に係る疫学的調査結果の第II期報告報告(平成7年度~平成11年度)について;平成12年12月21日(財団法人放射線影響協会)
 - (h) Second analysis of mortality of nuclear industry workers in Japan, 1986- 1997; Radiation Research, Feb;159 (2) :228-238,2003.
 - (i) Preston DL et. al ; 原爆被曝者「寿命調査:第10報第1部広島・長崎の原爆被曝者における癌死亡, 1950-82年」放射線業績報告書1-86
 - (j) 原爆被曝者における癌罹患率—放射線影響研究所ホームページから
 - (k) 日赤長崎原爆病院 1999年度原爆被曝者診療概況:長崎新聞記事2000年8月5日
 - (l) アメリカDOE関連施設労働者の疫学調査とその救済策に関するクリントン/ゴア調査, 原題:Work Products from two Inter-Agency Working Groups formed by the National Economic Council in response to President Clinton's direction for a study of occupational disease among the Department of Energy (DOE) contractor workers, on July 15, 1999
 - (m) Richardson DB; Wing S, Environ Health Perspect.107(8) :649-561, 1999 Aug.
 - (n) Wing S, et al: Ann Epidemiol. 10(3):144-53, 2000.
 - (o) 電離放射線に係る疾病の業務上外の認定基準(基発第810号-昭和51年11月8日)
 - (p) 職業病統計の情報公開 関西労働者安全センター事務局;安全センター情報2-4,2002年5月号
- ※長尾労災に関しては、2003年11月号15頁記事



民営化に反対の声高まる

労災保険①●公労使官一致して反対

「総合規制改革会議」(議長・宮内義彦オリックス会長)が進めようとしている労災保険の民営化(民間開放)をめくっては、年末に大きく動いた。

いち早く2003年11月号に井上浩・全国安全センター顧問の文章を掲載した本誌・全国安全センターにも、様々なマスコミ媒体からの取材や問い合わせが寄せられているが、この間、労災保険の民営化に反対する声は、短期間のうちに高まっている。

11月26日には、労働政策審議会労働条件分科会労災保険部会(会長 保原喜志夫・天使大学教授・北海道大学名誉教授)が、公労使全委員一致で、以下のような『労災保険の民間開放の促進』についてという意見書を厚生労働大臣に対して提出した。厚生労働省は同日これを公表して、「この意見書の趣旨を十分に尊重することとしたい」とした。

「今般、総合規制改革会議において提示された『労災保険の民間開放の促進』について、当部会としては、公労使全員一致により、下記のとおり意見を表明する。

当部会としては、貴職が同会議に対し、下記意見を踏まえ、適切に対処されることを望むものである。

記

『労災保険の民間開放の促進』については、労災保険の民営化についての具体的な制度設計が示されていない中で、民営化によって生ずる問題点が明らかでなく労働者保護に与える影響も大きいと思われることから、民営化という結論を性急に出すことについては、反対である。」

同部会の委員・臨時委員は以下のとおりである。

○公益代表—保原喜志夫(天使大学教授)、石岡慎太郎(職業訓練法人日本技能教育開発センター理事長)、岩村正彦(東京大学大学院法政学政治学研究所教授)、岸玲子(北海道大学大学院医学研究科教授)、金城清子(津田塾大学教授)、松本斉(読売新聞社編集局総務)

○労働者代表—内藤純朗(日本基幹産業労働組合連合会事務局次長)、高松伸幸(全日本運輸産業労働組合連合会書記次長)、寺田弘(日本化学エネルギー産業労働組合連合会事務局次長)、真島明美(日本労働組合総連合会東京都連合会女性局副部長)、中桐孝郎(日本労働組合総連合会雇用法制対策局次長)、佐藤正明(全国建設労働組合総連合会書記長)

○使用者代表—川合正矩(日本通運株式会社代表取締役副社長)、紀陸孝(社団法人日本経済団体連合会常務理事)、杏宏一(石川島播磨重工業株式会社顧問)、久保國興(JFEスチール株式会社専務執行役員)、下永吉優(社団法人全国建設業協会常務理事)、早川祥子(株式会社アイディアバンク顧問)翌27日の厚生労働省の定例事務次官記者会見では、次のようなやりとりが行われている。

「(記者) 規制改革会議の重点項目化された、労災保険の民営化に関する、12月中頃あるいは下旬を目途にする話になっているのですけれども、その推移、どう扱っていくのかというのと、厚生労働省としての、公開討論でもかなり激しいやりとりがあったように認識していますが、もう一段何かあるのか。労働行政の根幹に関わる部分もあると思うので、そこら辺のところをちょっとお伺いしたいのですが。

(次官) 当省としては、規制改革会議の議論の中で、私どもなりに論点を整理して、適当でない、簡単に言えば反対だという趣旨のことを意見開陳してきているわけでございます。また関係の審議会でも、ご案内のように、安易な形で民営化ということを決めるべきではないというご提案をいただいてまして、基本的には、私どもの考えに変わりはありません。もう少しきちんと議論を出来れば、私どもの主張もご理解をいただけるというふうに思っておりますが、現実に

今後どういう段取りで議論が行われるのか、最終的にどういう整理がされるのか、今見通しが具体的にあるわけではございませんけれども、労働者福祉といいまししょうか、広い意味での労働行政の非常に重要な手段でもございますし政策でもございますので、私どもとしては、私どもの主張をきちんと申し上げていくというのが基本的な考えでございます。

(記者) そもそも10月に重点項目にあげられたわけですが、それ自体が非常に厚生労働省側としては、重点項目にあがるとは思ってなかった事項ではなかったのでしょうか。

(次官) 率直に言ってそういう印象だと思います。他のものも類似の経過をたどっておりますけれども、特にこの問題はそういう印象が強い項目だと思っております。

(記者) かなり突然に出てきたものですから、一部の労働組合側なんか、ほとんど今のところ動きが見られないのですけれども、これが本当に12月にも、という段階に来ているというのが、ようやくちょっと伝わってきて、かなり組合の方が反対の声を上げ始めているのですけれども、そういう意味で一度伺っているのですけれども、今のところ見通しとかも全然つかないということ。

(次官) 見通しというか、私どもの考え方の整理はしているつもりでございますけれども、一連の規制改革会議のご議論の処理

の仕方という意味では、最終的にどういう格好になるのかと、今の段階でははっきりしない、あるいは私どもには分からないということをお願いしましたが、私どもの気持ちとしては整理はされております。もちろん、保険という形を取っているわけですから、どんな形の保険も理論的にはあり得るわけですが、当然のことながら、この保険は労働者保護という、少なくとも理念があるわけでございまして、労働者保護に大きな支障を生ずるといふ仕組みは、私どもとしては取り得ないと。そのポイントをきちっと押さえた形で、別の案があるというならば、これはまた別の議論でございまして、単純に白賠責のような方法がとれないのかというだけでは、私どもとしては労働者保護に大きく欠ける恐れがあると、その点が払拭されない限り、当然賛成とは言い難いというのが、私どもの考え方です。

さらに、12月9日の厚生労働大臣の閣議後記者会見では、大臣も反対の立場をあらためて明言している。

「(大臣) 受け入れるつもりはございません。やはり過労死の問題等もだんだんと大きくなってきているわけでありまして、公的な機関がやっておりますけれども、なかなかこれは過労死なのか、そうではないのかということではいろいろの問題が生じているわけですから、これを民間にいたしましたら、さらにここは拡大をするというふうに思わざるを得ませ

ん。私は労災の問題は公の機関がきちんと整理をしなければいけない問題というふうに考えております。したがって、何度か今までも、例えば過労死なら過労死の問題について、考え直してまいりましたけれども、これからもこうした問題につきましては、やはり見直しを行い、そしてそれに対して対応をするということが、私は大事だということに思っております。規制だけつけて、中身だけ、事務的なことだけやってくれというのは、それは応じるはずありませんし、私は国の方がやる以外ない、そういうふうに思っております。」

一方、11月26日に連合は、以下のような草野忠義事務局長の「労災保険制度『民営化』推進の暴挙に嚴重抗議する談話」を発表している。

「小泉首相の諮問機関、総合規制改革会議(議長・宮内オリックス会長)は現在、労災保険制度の民営化に向けた検討を行い12月後半には首相に最終答中を行う予定にしている。これに対し、厚生労働省の『労働政策審議会労働条件分科会労災保険部会』は11月20日の部会で、公労使全員一致の意見書をもとめ、『民営化によって生ずる問題点が明らかでなく労働者保護に与える影響も大きいと思われることから』性急な結論に反対を表明し、本日、厚生労働大臣に適切な対処を求めた。

今回の改革会議の論議が、はじめに民営化ありきの独断からスタートし、労災保険制度の本質を

議論することなく、また直接の関係者である労働者や事業主、被災者とその家族、遺族などの意見聴取を行っていないことは遺憾である。

現行労災保険制度は、多くの労災犠牲者の上に積み上げてきた労働保護のための制度であり、事業主が保険料を納めていなくても、労働者は、誰でも労災に遭った場合に治療や休業、リハビリのための補償を受け、年金制度も備えている。

一方で、今回の民営化案は、現行の民間損保会社による自動車賠償保険制度と同じ枠組みで実施しようとするため、①保険契約のない事業場の労働者は補償されない恐れがある、②過労死などの労災認定では過重労働の実態などを強制的に立ち入り調査することができないばかりか公正な認定基準を誰が設定するか問題、③事業主の連帯責任として企業倒産時などの労働者への未払い賃金を立て替え払いする制度を廃止するとしているが、労働者は倒産で失業し、賃金ももらえず放り出されてしまう、等々、労働者保護は大幅に後退することが懸念される。

世界の例でも、米国では労災保険を扱う損保会社が倒産するなど社会問題化し、ニュージーランドでは民営化した制度を再び国営に戻している。

連合は、労災保険の民営化は労働者の権利を著しく侵害するものであり断固として反対する。」

連合は12月9日には、構成組織、地方連合会、労働安全衛生センターに対して、以下のような「労

災保険の民営化に絶対反対」キャンペーン活動への参加・協力の要請」も発している。

「小泉首相の諮問機関『総合規制改革会議』は労災保険の民営化に向けて検討を進めており、連合は11月26日に事務局長談話で民営化反対を表明しました。同会議の今後の動向に合わせ、組合員と家族、労災患者団体や市民の声を集め、民営化阻止を実現するため、下記の行動を提起しますので皆さんの参加・協力を要請します。

1. キャンペーンの期間

規制改革会議は、労災保険民営化に向けて12月後半に首相に答申、または、04年3月の最終答申に盛り込むことの選択を現時点では決定していません。

当面、12月末までと04年3月の2つの山場を設定し、会議の動向に合わせた行動展開を行います。

2. キャンペーンの方法

【12月末までの行動】

① 構成組織と地方連合会、労働安全衛生センターは、団体としての反対意見書を総合規制改革会議に郵送いただき(宛先は下記の住所に)、その写しを連合本部までfaxかメールいただくようお願いいたします。また、各組織の加盟組合に対するキャンペーンは、それぞれの実情に合わせ、反対決議の郵送か、下記のメール送付を選択していただいで指示されるようご協力ををお願い申し上げます。

② 連合のホームページの『最新情報』欄に『労災保険制度民営化について、あなたの意見を政

府に送りましょう』があります。これをクリックすると、総合規制改革会議の『ご意見・ご感想』につながるボタンがありますので、反対の意見と氏名などを記入して送信してください。

③ 意見は、団体でも個人でも結構です。とくに、専従者を中心により多くの意見をメール送付いただくよう、ご協力をお願いします。

④ 意見をかかためる資料として、改革会議の議事詳細が『ご意見・ご感想』のホームページに掲載されていますので参考にしてください。

⑤ 各組織のホームページでも同様のキャンペーンに協力いただけるところは是非、お願いします。

⑥ 関係団体などに呼びかけるときは、以下の住所に葉書等で送って下さい。

〒100-0014 千代田区永田町1-11-39 永田町合同庁舎
総合規制改革会議事務局

3. 【04年1月～3月】

民営化答申が04年3月になった場合は、上記の意見メールの送付に加え、総合規制改革会議の開催に合わせて中央レベルの反対集会などを別途提起します。

これ以外にも、それぞれの団体の集会や機関会議の際に、民営化反対の決議をし改革会議に郵送するなど、独自の活動をお願いします。」

このようななか、総合規制改革会議は12月22日に第10回本会議を開催し、「規制改革の推進に

関する第3次答申「活力ある日本の創造に向けて」を公表した。労災保険の民営化に関連する部分を次頁で紹介する(同会議や各ワーキンググループ等の開催状況、議事次第・概要、配布資料等は、<http://www8.cao.go.jp/kisei/giji/>で入手できる)。

厚生労働省は12月24日に、「総合規制改革会議『第3次答申』(重点検討事項)に対する厚生労働省の考え方」を公表した(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/12/h1224-3.html>に全文)。

ここでは、以下のような「基本的考え方」が述べられている。

「今回の『第3次答申』のうち、『具体的施策』に盛り込まれた事項については、これまで、厚生労働省としても総合規制改革会議側と真摯な議論を重ねてきた結果行われた成果であり、その着実な実施に邁進してまいりたい。

しかしながら、今回の『第3次答申』のうち、『問題意識』や『現状認識及び今後の課題』等に掲げられている事項については、その基本的な考え方や今後の改革の方向性・手法・実効性において、当省の基本的な考え方と見解を異にする部分が少なくない。」

労災保険に関しては、第3次答申の策定にあたって、総合規制改革会議と厚生労働省との間で、「具体的施策」として、以下の3点が合意されたわけである。

- ① 労災保険強制適用事業所のうち未手続事業所の「掃(職権による成立手続の徹底等)【平成16年度中に結論】
- ② 業種別リスクに応じた適正な

保険料率の設定【平成16年度中に結論】

③ 労働福祉事業の見直し【平成16年度以降逐次実施】

しかし、「労災保険の民営化(民間開放)の検討」については、「現状認識」及び「今後の課題」の部分にのみ記載されるにとどまった。

これらの記載部分については、厚生労働省は、総合規制改革会議の独白の見解、主張であって、同省としては何ら義務を負わないというポジションをとるものと思われる。

12月25日の厚生労働省事務次官の定例記者会見では、次のようなやりとりが行われている。

「(記者) 総合規制改革会議で労災保険の民営化に関して、具体的施策が盛り込まれる、今後の課題ということで検討して下さいという話なのですけれども、昨日それに対する厚生労働省の考え方というのをまとめていただきましたけれども、改めて今回あれだけの反対をしたのに、検討会はスタートしたという、具体的施策にあげられたらもっと大変だったわけですから、それから比べればちょっと押し返したかという感じなのですけれども、改めてこの会議での答申に関して一言いただけますでしょうか。

(次官) 前回でしたか、前々回でしたか、申し上げましたけれども、今回も厚生労働省の考え方を整理して、公にいたしました。規制改革会議との議論を積み重ねても、規制改革側のご意見と私どもの省の意見が違うことは

これまでもございましたし、その他の項目でもございますので、私どもとしては省の考え方をきちんと明らかにして、国民、もしくは広く関係者の判断を待つという意味で、省の考え方を明らかにしたわけでございます。私どもとしては、これまでの議論の経過からいえば、私どもの主張は決して間違っていない。規制改革という大きな流れは十分認識をし、その必要性も理解をしますけれども、一つ一つの行政施策については、行政施策の趣旨、意味、目的、合理性もあると考えておまして、ご批判のある点は基本的には素直に受け止めるのがスタートラインだとは思いますが、主張すべきものは主張させていただくと、引き続きこの件、労災保険問題については、私どもの考えに全く変更はございません。」

12月26日には、以下の内容の「総合規制改革会議の『規制改革の推進に関する第3次答申』に関する対処方針について」、閣議決定がなされた。

「総合規制改革会議の『規制改革の推進に関する第3次答申』(平成15年12月22日)に示された具体的施策を最大限に尊重し、所要の施策に速やかに取り組むとともに、平成16年度を初年度とする新たな規制改革推進のための3か年計画を平成15年度末までに策定する。」

「労災保険の民営化(民間開放)」を断念したとまでは言えず、引き続き動向を注視していく必要がある。



規制改革の推進に関する第3次答申—活力ある日本の創造に向けて—

第1章 分野横断的な取組

1 「規制改革推進のためのアクションプラン」の適切な実行

総合規制改革会議は、本年2月、医療・福祉、教育、農業などの「官製市場」を中心に、規制改革を象徴する「12の重点検討事項」を「規制改革推進のためのアクションプラン」として定め（【別紙1】[省略]）、さらに10月には、官業を民間に開放し民需を創造するとの視点から「5つの重点検討事項」を追加し（【別紙2】[省略]）、これら「17の重点検討事項」について、その実現のための積極的・集中的な審議を行い、上記「アクションプラン」の実行に取り組んできた。

上記「17の重点検討事項」をめぐる一連のプロセスにおいて、今回、関係各省と合意に至ったものについては、「具体的施策」として掲載した。また、当会議として強い問題意識の下、関係各省に対しその考え方を主張しつつも、今次プロセスにおいて関係各省と合意に至らなかった点については、当会議の見解として「現状認識」及び「今後の課題」などとして掲載した。（中略）

<追加5の重点検討事項>

「官製市場の民間開放」を始めとする規制改革の一層の推進を図り、経済活性化を通じた「消費者・利用者本位の社会」を実現するためには、当会議が「規制改革の象徴的事項」として位置付け、今年度前半に精力的に取り組んできた上記「12の重点検討事項」の実現のみがすべてではないことは当然である。

上述した7月の答申以降、総合規制改革会議としては、これらの事項以外についても精力的・集中的な取組を行い、設置期限までの残された限りある期間内で、経済的規制・社会的規制の区分を問わず、すべての分野における重要な規制改革について、更に取り組んでいくことが必要であるとの認識に至った。

こうした中で、平成15年10月7日開催の第5回総合規制改革会議において、特に「国等の独占又は

寡占等により温存された官需を民間に開放し、官民同一条件下の競争を促進することにより、飛躍的に民需の拡大を図ること」が喫緊に必要とされる以下の「5事項」について、これらを「官業打破・民需創造」の視点から「当面の課題」として選定・抽出し、これらを上記「12の重点検討事項」に新規に追加するとともに、「規制改革推進のためのアクションプラン」を同日付で改訂した。

その後、総合規制改革会議として、積極的・集中的に関係各省との折衝を重ねるとともに、宮内義彦議長を主査とするアクションプラン実行ワーキング・グループにおいて、5回にわたり当該5事項について、プレス等の参加を募った関係各省との公開討論を行い、併せて資料、議事録の公開も行ってきた。

また、平成15年11月26日の経済財政諮問会議において、特に、「1 公共施設・サービスの民間開放の促進」、「2 労災保険及び雇川保険事業の民間開放の促進など」について、出席した宮内義彦議長から「最重要事項」として進捗状況の説明を行ったところである。（中略）

2 労災保険及び雇用保険事業の民間開放の促進など

(1) 労災保険

【現状認識】

労働者災害補償保険（以下「労災保険」という。）は、使用者（事業主）を加入者、政府を保険者とし、すべての産業について、業務上の理由に基づく災害補償を迅速に行うことを目的に、昭和22年に設立された強制保険である。

他方、政府としてこれまでも精力的に取り組んできている労働市場の事前規制の緩和は、労働者にとっての社会的安全網（セーフティーネット）の整備と一体的に行われることが規制改革の原則であるが、政府が所掌する損害賠償責任保険が適正かつ効率的に運営されているか否かは、その社会的安全網としての役割に大きくかかわっている。

労災保険の本来の目的は、使用者の災害補償責任を確実に履行するための責任保険であり、労

災保険の給付がなされれば使用者は労働基準法(昭和22年法律第49号)の災害補償責任を免れるという対応関係があった。しかしながら、現在の労災保険の給付や対象範囲は、災害に伴う直接の療養費や休業補償給付、障害補償給付、遺族補償給付のみならず、各給付の上乗せ支給を行う特別支給金や介護補償給付の導入、給付の年金化などを通じ、次第に労働基準法上の規定を上回る水準に拡大し、結果として、医療や年金・介護等の社会保障給付を上回る水準を保障するに至っている。

こうした中で、別途制度の充実が図られてきた医療や年金・介護等の公的保険との関係で、労災保険がどのような役割を担うかということも、大きな課題となってきている。

また、労災保険は、社会保険であっても、「保険」である限り、その保険料率は、本来、使用者の労災発生リスクに応じた「給付と負担の均衡原則」の下で設定されるべきである。仮にリスクの高い使用者の保険料負担の一部を、リスクの低い使用者の負担で賄えば、使用者間の負担の公平性のみならず、リスクの高い使用者の労災防止へのインセンティブを損ね、本来の労働者保護の目的を果たせないことになる。

さらに、労災保険は、充足賦課方式の下、7兆円を超える積立金を有しており、労災病院の経営等、直営の事業活動も拡大されてきた。労災病院は、平成16年度から独立行政法人化することが決定しているものの、平成9年の特殊法人の整理統合化に関する閣議決定に基づく労災病院の統合・民営化や労災保険からの出資金の削減等の改革は十分なものとは言えない。

【具体的施策】

① 労災保険強制適用事業所のうち未手続事業所の一掃(職権による成立手続の徹底等)【平成16年度中に結論】

労災保険の現行制度の下では、原則として、ある事業所が労働者を1人でも使用すれば、当該事業所は「強制適用事業所」とされ、事業が開始された日から自動的に保険関係が成立する。このため、保険関係成立届を届け出していない(保険料未納付である)事業所で生じた労災事故についても、労働者

保護の観点から、被災労働者は給付を受けることができる仕組みとなっている。

こうした中で、すべての強制適用事業所のうち、現に保険関係成立届を届け出ている事業所数は約270万であるが、他方、未手続事業所は、最大限約60万(全体の約14%)存在するとされている(平成13年度推計値・厚生労働省提出資料より)。

このように、労災保険は、本来、強制適用保険制度であるにもかかわらず、事業主の中にはそれを十分に認識していないケースや、未手続事業所に対し労働基準監督署の職権による成立手続が十分に行われていないことなどにより、事業所間の公平性等が保たれていない。

なお、使用者が故意または重過失により労災保険に加入していない期間に事故が発生した場合には、療養開始後3年以内の場合に限って、保険料のほか、保険給付額の全部又は一部(最大限40%程度)を徴収することとなっている。法律上、保険給付に要した費用の全部を徴収できるにもかかわらず、そのような運用がなされていないことや、故意又は重過失のある場合を限定的に解していることについて、厚生労働省は「使用者に対して経済的な過大な負担を強いることや、労災保険への加入手続が行われないこと自体を防ぐため」としているが、こうしたことが、一部使用者のモラルハザードを助長し、結果的に労災事故防止の妨げとなっていると考えられる。

したがって、こうした未手続強制適用事業所を一掃するため、周知・啓発や加入勧奨にとどまらず、労働基準監督署の職権等の積極的な行使などの措置を講ずべきである。

② 業種別リスクに応じた適正な保険料率の設定【平成16年度中に結論】

現在の労災保険の保険料率については、業種別に設定されているが、当該業種別のリスクを正確に反映したものとはなっていない。特に、事務職等の「その他各種事業」と「建築事業」などのサービス業については、給付に対して過大な保険料負担となっている。

労災保険の役割として、労災事故のリスクが高い業種ほど保険料率を高く設定し、業種ごとの事業主

集団の労働災害防止へのインセンティブを促進することが挙げられるが、現行のような大幅な業種間の調整を行うことにより、そうしたメカニズムが十分に機能するものとはなっていない。

したがって、事業主の労働災害防止へのインセンティブをより高めるとの観点も踏まえ、業種別の保険料率の設定について、業種ごとに異なる災害リスクも踏まえ、専門的な見地から検討し、早急に結論を得べきである。

また、保険料率は審議会等のプロセスを経て決定されているとはいえ、当該審議会等の情報開示は不十分であり、どのような計算の下で、将来債務の額等が算定され、料率改定が行われたのかなどについて、具体的に明記すべきである。

③ 労働福祉事業の見直し【平成16年度以降逐次実施】

労働福祉事業として行われている労災病院については、労災患者数の占める割合が年々低下しており(入院6%、通院3.4%。(平成9年度。総務庁行政監察局行政監察結果報告書(平成11年12月)より))、専門病院としての役割は低下している。

こうした状況にかんがみれば、労災病院事業を中心に労働福祉事業について、適切な事業評価を実施した上で、逐次見直しを図るべきである。

【今後の課題】

① 労災保険の未手続事業所名の公表など

労働者保護等の観点から、労働基準監督署の職権等を積極的に行使する以前の措置として、労災保険の未手続事業所のうち故意にその加入手続を怠っているものについては、その名称を公表するなどの制裁措置を講ずべきである。また、同様の趣旨から、雇用保険、社会保険の未手続事業所に対しても、同様の措置を講ずべきである。

② 労災保険の民間開放の検討

使用者の災害補償に備える労災保険の仕組みについては、民間の損害保険(自動車損害賠償責任保険)と多くの共通点を有している。また、既に労災保険の上乗せ補償の保険は民間会社で提供されている。

仮に、労災保険の民間開放がなされたとした場合、未手続事業所が増加するなど、給付が十全に行わ

れなくなるのではないかと懸念も指摘されている。しかしながら、こうした懸念に対しては、未手続事業所への経済的ペナルティーの強化と併せて、限られた人数の労働基準監督署の人員を補完する上でも、民間事業者を積極的に活用することで、未手続事業所の減少につながるものとする。

労災保険に関して、国と民間との適正な役割分担の在り方としては、何が労災に相当するかといった基本的な概念や認定基準については国が労働基準法に基づき定め、他方、それに基づく労災保険の管理・運営については民間事業者が行うこととすべきである。その結果、国は本来の労働者保護のための監督業務に専念できることになるため、メリットは大きいと考えられる。

「労災から労働者を保護する」という労災保険の本来の目的が十分に担保されるという前提の下、政府の直轄事業方式にこだわらず、現行の使用者の強制加入原則及び保険者の引受義務を維持しつつ、労災保険の民間開放・民間への業務委託の可能性について、厚生労働省内の議論や労働政策審議会労働条件分科会労災保険部会のみならず、関係各省、有識者、実務家等と交え、幅広く検討すべきであるとする。

使用者は、労災保険の給付に加えて業務災害を理山とする損害賠償を請求(労災民訴)される場合があるが、この際、労災保険給付と損害賠償との調整が行われず、労災保険料負担に加え、損害賠償の支払いという二重の負担が生じることがある。このように、国の労災保険だけでは使用者の損害賠償責任を完全に担保できないため、労災保険料負担に加えて民間の労災保険に加入する使用者も多いが、そうした意味では、労災の損害賠償負担に関し、既に民間の保険も一定の役割を果たしていると言える。

なお、労災保険の民間開放の検討は、労働災害に関する安全網(セーフティーネット)の改善や、事前規制緩和と事後チェック及び安全網の整備を一体として進めることに貢献するとは考えられないので反対である、という少数意見(清家[篤]委員[慶應義塾大学商学部教授*雇川・労働WG主査])があった。(以下略)



未払賃金含めた保険給付を 労災保険②●労基法違反の是正放置

労災の休業補償などの金額は、被災前3か月の賃金に基づいて決定される。したがって、時間外労働が多ければ、給付額は多くなる。きちんと労働基準法通りに時間外労働の賃金を支払われている場合は問題ないが、そうでない場合は、本来給付されるべき休業補償などの金額が少なくなる。実は、過労障害や過労死の認定を勝ち取ったケースで、不払い残業分について、労基法違反を是正しないまま現実に支払われていた額に基づいて給付されている例が多い。そこで、現在2つのケースについて、労働保険審査官に審査請求している。

Aさんの場合：

テント工事会社に勤めていたAさんは、なかなか休みが取れない中で、出張先の愛媛県内の現場で心筋梗塞で倒れて急逝された(2003年5月号52頁参照)。過労死認定基準の改正を受けて、2003年1月に業務上認定され、遺族補償年金が給付された。

実は決定前から、労働基準監督署の担当者に対して、Aさんの給料は、給料明細書によると、基本給43万円、所定時間外賃金3万円の計46万円が、時間外労働時間と全く関係なく支払われてお

り、賃金規定も労働契約書もないことを指摘。毎月80時間以上の時間外労働に従事していることは明らかなので、当然是正してから、それに基づいて給付基礎額を決めることを求めている。

しかし、業務上外を調査するのは松山労働基準監督署の労災給付担当者であり、事業所の労働基準法違反を是正するのは、横浜北労働基準監督署であることもあって、結局、46万円が算定の基礎となった。

そこで審査請求したのであるが、愛媛労働局の審査官も、やはり横浜北署が是正勧告するのであれば、給付も当然それに沿って変更するという姿勢。一方の横浜北署は、すでに時効が成立している上に、本人が死亡していることもあって及び腰。労災保険給付の方で詳しい労働時間を調査されているのであれば、それにしたがって給付すべきという姿勢。お互いに責任をなすりつけあっているような始末である。

小笠原さんの場合：

やはり、労災認定基準の改正を受けて、2002年6月に業務上認定となった小笠原徹さん(2002年11月号55頁参照)も、工場長ということで毎月一定の47万円の賃金

を受け取っていた。実は、労災請求直後の1999年1月に労働基準監督署に対して、時間外賃金の不払いの疑いで労働基準法違反の調査を求めている。倒れられる前に、お連れ合いの七子さんは、2時間分の残業代が入っていると聴いたこともあるが、あいまいな話で明文化された就業規則賃金規定も何もないようだ。

たしかに、「監督もしくは管理の地位にあるものまたは機密の事務を取り扱うものについて、労働時間や休憩、休日の条文を適用しない」(労基法41条)とある。つまり、経営者と同じような大会社の工場長は適用除外されることが多い。ただし、通達では、役付名にとられることなく職務内容や責任と権限、勤務態様、待遇等を検討して判断しなければならぬとされている。

小笠原さんは、正規職員は数名の小さな会社であり、社長からは怒鳴られるし、待遇も年齢から言ってそれほど高いとは言いがたい。タイムカードで出退勤、労働時間も記録されている。そもそも少ない正社員はみんな何らかの役を付けられて、全く時間外労働賃金が払われていない様子であった。それでも当時の労働基準監督署の姿勢は、確かに問題なので、基本給と役付手当を明示することなど、将来の是正は指導するが、過去分の未払い分を支払うように勧告することはなかった。大いに抗議したが、本来の労災認定に勢力を注がざるを得なかったのがそのままになっていた。

七子さんとも相談したところ、次

のように話された。「たしかに労災認定されたときはうれしかったし、本当に助かりましたよ。だって、アパート一つ借りるにしても、障害者ということで正直嫌がられるんですよ。それが労災が下りていると言った途端に、態度が急変したんです。びっくりしました。いつもお世話になってばかりですみませんが、よろしく願います」

労働基準法違反の不払い長時間労働のあげくに倒れて労災になったのに、給付基礎日額まで違法状態のままでは納得できない。

その他の事例：

当初、あまりにも当たり前のように求めたので、すぐに是正給付されると思ったが、そう簡単ではないらしい。詳しいホームページを作っている「大阪過労死問題連絡会」に問い合わせると、丁寧なお返事をいただき、いくつかの事例を紹介された。

あるケースでは、業務上外をめぐる労働基準監督署の処分取り消しを求める行政訴訟とあわせ、会社に対し民事損害賠償裁判をしていた関係で、会社が和解の過程でサービス残業を認め、労働基準監督署も不払分を認めて支給決定した。

別のケースでは、会社は倒産したが、タイムカードが残っていたので、それに沿ったかたちで不払い分も含めて支給決定した。

23歳の若さで急死したデザイナーの女性の場合、徹夜を含む超長時間労働だったが、フレックス制、年俸制で基本給17万円程度だった。会社は、損害賠償裁判

で両親らに4千万円支払うことで和解したが、労働基準監督署は、基本給を前提とした労災認定をしたため、現在審査請求中だ。

正直言って、一貫性がない。そもそも、過労死や過労疾患での労

災認定が少ないため、係争事案が多くないことが原因であろう。Aさんや小笠原さんについては、ぜひ審査請求で是正させたい。



(神奈川労災職業病センター)

寄宿舎火災の労災保険適用

労災保険③●外国人労働者の申請事例

2003年2月28日午前2時ごろ、神奈川県愛川町にある有限会社B社の工場2階で就寝中に火災が発生し、タイ人労働者Tさんは、「顔面・両手熱傷」などを負い、東海大学病院に入院した。

3月25日に、厚木労働基準監督署の職員2名が病院を訪れ、被災状況を聴取した。その際、タイ王国大使館労働担当官事務所のOさんが通訳を務めた。その後、監督署は、Oさんに電話で連絡して「労災にはならない」と説明した。

疑問を感じたOさんは、「カラバオの会」(寿・外国人労働者と連帯する会)の紹介で、神奈川労災職業病センターに相談。そもそも請求もされないのに、業務上外を安易に決め付けて説明すること自体がおかしい。

あらためて監督署に確認したところ、「労働基準法上の規制対象である寄宿舎にはあたらぬ」という見解になり、「労災適用されないとは言っていない」と言う。百歩譲って最初からそういう見解だとしても、通訳者に正確に伝わって

なければ本人に伝わるはずがなく、何の意味もない。いずれにせよ、労災の手続を進めることになった。

4月30日に、Oさんが事業主に休業補償請求書の証明を電話で依頼したところ、「雇用主として非があったことになるから考えさせてほしい。当方から数日中に連絡する」と言われた。しかし連絡がないため、5月12日には、大使館から文書で証明を依頼したが、やはりならん返事がなかった。やむなく東海大学病院に医療機関の証明を依頼し、8月はじめに、証明された請求書が返送された。

タイ大使館としてもこれ以上細かなやりとりをしていくのは難しいということで、本人との調整はもちろぬ継続しながら、労災手続については、センターで進めてほしいとのことであった。9月、意見書と共に、厚木労働基準監督署に労災請求した。

Tさんは、他の同僚2名と、計3人で工場敷地内にある、かつては機械が置かれていたようだが、少

各地の便り

なくとも入居当時は、作業に使用されていない2階建ての建物(以下「元工場」という)に住んで生活していた。それは、トイレも台所も洗面所もなく、広さも20平方メートルにも満たないもので、住居とは言いがたいものである。

たしかに労働基準法で定めるところの寄宿舎には当たらないであろう。寄宿舎におけるケガや火事が、就労時間外であっても労災が適用されることは言うまでもないが、事業場に住んでいた労働者のケガや火災もしばしば労災保険が適用される。

この問題について、労基法の寄宿舎の範囲を定めた通達のような、包括的な行政解釈はないようだが、個別具体的事例について、厚生労働省の一定の見解は示されている。

例えば、楽屋に宿泊していた興業会社の労働者が、焼死した件について、その労働者が演劇会社から楽屋に宿泊することを指定されていたことなどから、業務上決定された(昭和36年6月27日基収第4205号)。

また、タクシー会社営業所の2階に住み込んでいた労働者とその妻が、やはり火災に遭って焼死した件でも、業務上という判断であった(昭和41年6月27日基収第3520号)。

また、寄宿舎における火災による負傷はもちろんのこと、社員食堂における食中毒も労災保険が適用されているが、いずれも業務遂行中ではないし、業務そのものを原因とする災害や疾病ではないことは言うまでもない。しかしなが

ら、事業主の指揮命令下にある状態に近いという判断から、適用されている。

したがって、Tさんが、どのような経緯で元工場に住むようになったのか、どの程度の拘束性があったのかなどを調査して、総合的に判断されるべきである。

2001年6月に、Tさんは有限会社B社に入社した。それまでは茨城県で生活していたが、通勤は不可能である。Tさんが入社する以前から働いているタイ人労働者と同じように、元工場に住むようにと社長から言われた。日本語はよくわからないし、2年以上も前のことでもあり、詳細の会話のやりとりは記憶にないが、少なくともTさんの方から、そこに住みたいと希望したわけではない。

Tさんの認識としては、そこに住むように指示されたものと受け止め、別に他に心当たりがあるわけでもないのに、元工場で生活するようになったのである。

元工場に住んでいるということ、しばしばTさんらは、就業時間外に、敷地内の草むしり、事業場のゴミ捨て、電気製品の修理などを会社から指示されたことがある。これらは通常業務ではないし、賃金も出ないが、現実的に断るわけにもいかないのに、それらの作業に従事した。

外国人労働者がアパートなどを借りるのが難しいために、工場な

どに住み込むことは少なくない。通常の社宅や寄宿舎とは全く異なり、本来寝泊りするような施設ではないことがほとんどである。そういうところで火災が発生すると、大変な事態を招く。

1997年3月、寒川町の漬物製造工場で、3人のスリランカ人労働者が焼死した火災があった。これは労災適用されている。当時の新聞記事によると、建物は元々業者から借りた倉庫で、天井の高い平屋建てだったものに2階部分を加えるかたちで改築し、1階を加工場、2階を倉庫兼従業員宿舎として使用していたようだ。やはり労働基準法上の寄宿舎とは言いがたい建物だったらしい。

遺族補償年金が支給されているため、管轄の藤沢労働基準監督署には、それなりの資料は保存されているとのこと。早速厚木労働基準署に類似事例の確認をとることを要望した。

Tさんは、社長の指示で元工場に住むようになったのであり、そのために様々な雑用をしばしば言いつけられた。寄宿舎または住居らしからぬのは、会社の外国人労働者に対する人権意識、配慮のなさの現われに過ぎず、事実上事業場に住み込で就労していたと言える。したがって、今回の火災による負傷は、業務上災害として認められるべきである。



(神奈川労災職業病センター)

相談専用フリーダイヤル

0120-631202

最寄りの地域安全センターにつながります

解体作業で胸膜中皮腫

愛媛●医療機関のにぶい対応

2003年11月20日、伊予三島労働基準監督署は、鉄工所で勤務しているSさん(65歳)を、解体作業時にアスベストに曝露し悪性胸膜中皮腫にかかったとして労災認定した。

2002年の4月、Sさんは、川之江市にある病院で健康診断を受け「肺に水がたまっている」といわれ入院、さらに精密検査を受けた。このとき、医師から粉じんのことやアスベストのことを聞かれた。そして、5月に国立病院四国がんセンターに入院し悪性胸膜中皮腫と診断された。しかし、9月末に急に退院してよいと言われたが、Sさん本人や家族にとっては悪性中皮腫という病気がどのようなものなのか、今後の治療をどうしたらよいの十分理解できなかつたようである。

10年前にも健康診断時に肺の異常が指摘され、そのときも四国がんセンターで受診していて、医師より「粉じん作業をしていないか」どうかの質問をされており、その時点でもじん肺や肺がんが疑われていた。また、鉄工所の社長からも職業病ではないのかといったアドバイスもあり、がんセンターの医師に「労災にならないのか」と尋ねたりもした。しかし、医師からは「それはまた(治療とは)別のことから」と説明は得られなかつたため、労災

としての取り扱いを受けることはなかつた。

退院後、知人から労災保険が適用されるのではないかとという勧めもあり、高知の四国労働クリニックの近藤真一院長に相談したところ、「地元でも相談できるところがある」と愛媛安全センターを紹介してもらい、安全センターを訪れた。

安全センターでは、ただちに労災申請の準備にとりかかった。しかし、Sさんの場合、鉄工所による解体作業は常時行われていないため、アスベスト被爆の場所や期間の特定が困難であった。また、アスベスト肺によるじん肺管理区分も受けておらず、レントゲンフィルムの貸し出しも得られなかつたため、じん肺所見や胸膜肥厚斑の

確認もできない状況での労災申請を行わざるを得なかつた。

こうした厳しい状況下ではあったが、2003年1月27日に被災者の妻とセンター役員がそろって伊予三島労基署との交渉を申し入れ、アスベスト被害の広がりの実態や被災者の救済を訴えるなかで、Sさんの労災申請が行われた。

労基署は、胸腔鏡下胸膜生検の結果より通常曝露を超えた職業曝露として位置付け、労災認定を行っている。アスベスト曝露の実態調査については同僚証言の聞き取りなど困難な要素もあったことや、アスベスト曝露作業従事期間が5年から1年に変更された悪性中皮腫の認定基準改正前の認定であり、認定までに1年近くの期間がかかったが、労基署の姿勢は評価できるものといえる。

Sさんは、悪性中皮腫を宣告された後も12月まで就労を続けたが、次第に体調が悪化してきており、今後の療養生活は思



(愛媛労働安全衛生センター)

港湾労働者の「首」も認定

神奈川●重筋労働で腰痛症・頸椎症

Mさん(69歳)の「腰痛症(変形性脊椎症を伴う)、変形性頸椎症」が、川崎南労働基準監督署より業務上認定された(9月19日付)。これまで港湾労働者の場合、骨の変形を重視した腰痛の認定基準

で判断され、認定される場合も腰痛のみというケースが多かつたが、今回、「首」も合わせて認められたのは画期的である。

Mさんは、1960年頃より郷里から横浜に来て以来、2002年12月

までの40数年間、港湾労働に従事してきた。日雇、常用と雇用形態は違ったが、一貫して港湾荷役作業に従事、主な仕事は手かぎを使った肩作業で重量物ばかりを扱ってきた。

主な作業は、沿岸において山肩、河岸肩、貨車積み、トラック積み、パレット積み、はしけ揚げ、はしけ積みなどだった。荷袋は、大麦(80kg)、小麦(90kg)、米(60kg)、かます(60kg)、大豆(60kg)、砂糖(100kg)、トウモロコシ(80～90kg)、ベレット(80～90kg)、塩(30kg)、でん粉(50kg)、その他いろいろあった。

はしけ揚げは、3人で塩200トンを行ったり、貨車からトラックに積み込む作業(米、かますなど)は、4～5人で15トントラック20輛分を抱っこ積みした。いずれも中腰姿勢で重量物を取り扱うため、腰と肩、首などにたえず負担、衝撃を受けながらの作業だった。

長い間の沿岸の仕事は、かつぎ、中腰、しゃがみ仕事が多く、重労働は日常的で一日中続いた。

1970年後半頃から、腰にゴムベルトを使用しながら腰をかばい、市販の薬(痛み止め、シップ、塗り薬のバンタリン、近所の銭湯で譲ってもらった馬用の薬など)で一時的に抑えながら、だましましやってきた。

連日のかつぎ(上肩作業)が、多いときは300トンも続くので(常に首を曲げ圧迫されながらかつぎ、作業状況によっては首がねじれる場合もある)、首はむち打ち状に近く、頭は熱っぽくなる。徐々に首の痛みが慢性化してきた。

腰や首の痛みがひどいとき休むことがあったが、「仕事が忙しいから出てくれ」と電話が入るので、あまり休めなかった。そうしたときは数日間だけ休んだ後に、上司に願いでて比較的軽い仕事(たとえばマシンかけなど)をしたことが何度かあるが、そう毎日はない。すぐ元の重労働に戻らなければならなかった。

Mさんは、知人の紹介で、2002年10月から横浜・港町診療所に受診、腰と首のけん引、5種類の内用薬、シップ薬をもらい通院している。12月まで生活のため無理を押し仕事に出ていたが、症状悪化のため働くことができなくなり、今年1月から休業し、労災申請していた。



(神奈川県労災職業病センター)

アスベストセンター設立 東京●12月から専従事務局員配置

前号で紹介したとおみ、「中皮腫・じん肺・アスベストセンター」の設立総会が12月6日に開催された。

①中皮腫・アスベスト肺がん・じん肺の医療相談と労災相談、②調査と研究、③アスベストの環境への飛散防止と予防、④中皮腫・アスベスト疾患の患者と家族の支援、が大きな目的となる。

設立には顕微鏡や測定機材等、多額な費用を要したが、じん肺患者同盟北茨城支部、高萩十王支部、東京東部支部、建設被災者の会・東京、横須賀の住友元原告団、横須賀じん肺被災者の会をはじめとした多くの被災者の寄付と会員への加入で、開設にこぎ着けることができた。

前号で紹介した役員体制に、12月からは新しくアスベストセンター専従事務局員として、植草和則さんが加わった。今回、自己紹介の一文を寄せてもらった。

× × ×

An Eternal Bowler

トランクとザックと頑丈な手提げバッグ。

この3点セットを携えて、私は2001年5月に成田へ戻りました。

手提げバッグの中身は、ボーリングの球が2つ。

途中立ち寄ったバンコックの空港では、すわ古典的な丸型爆弾か、と係官の不信な面持ちを驚かせるに十分な代物でした。

11ポンドの球が2つで約10キロ。

この球形物体はおよそ然るべき所意外では何の役にも立ちません。

漬物石にも使えず、かろうじて洗濯竿転倒防止用の錘として生き長らえています。

カビこそ生えないものの、何とも勿体無いことです。

実は、この2つは断腸の思いで別れたもう一つの球を思い出させるのです。

留学先の豪州の港町の“ノーザンテンピンボウル”にて毎年の如くいただいた結果、4つの球が私の財産となりました。

しかし、総計20キロ。

重量もともかく、4つを運べるキャリアーが手に入らないのです。

「ここに半分置いておけば、いつでも手ぶらで戻ってこれるよ。」というマネージャーの妙案により、もう2つには残留してもらいました。

以来、バラダの2つは毎夜、南十字星の方角を向いて彼方の仲間を想っているかのようです。

かのボーリング場には、上陸の1週間後から帰国の1週間前までタツリとお世話になりました。

あの場を通じて地元の人々と知り合えたことで、学生としてキャンパスに生活するに留まらず、町に生活していることの実感を与えてくれました。

ボーリングが小学校の体育の授業の一環として取り込まれていたり、しばしば身障者の大会が催



されたりと、社会のあり方を垣間見る機会にも恵まれました。

実際、私の仲間にも軽度の身障者が何人もいました。

ハンディキャップを活用して対等に得点を競えるので、互いに良い緊張が保てるのです。

さて、十分に楽しんできた為か、チームメイトがいない為か、はたまた料金が高い為か、これまでほとんど投げかけておりません。

基本的には、“住所特定の無職”の状態が長く続いていた為に、気合が入らなかったことは否めませ

ん。

この度、アスベストセンターの職員として社会復帰致しましたので、たまにはピンの音を聞きに行こうかな、と心が騒ぎ始めています。

私に元気を戻して下さった関係者の方々には、2つの球ともども、深くお礼申し上げたく存じます。

植草和則

中皮腫・じん肺・アスベストセンター
東京都江東区亀戸7-10-1Zビル5階
TEL: (03)5627-6007
FAX: (03)3683-9766
Eメール: info@asbestos-center.jp
URL: http://www.asbestos-center.jp/

賛助会員 定期購読のお願い SHC

全国安全センターの活動に御賛同いただき、ぜひ賛助会員として入会して下さい。

賛助会費は、個人・団体を問わず、年度会費で、1口1万円で1口以上です。「安全セン

ター情報」の購読のみしたいという方には購読会員制度を用意しました。こちらも年度会費で、1部の場合は賛助会費と同じ年1口1万円です(総会での決議権はありません)。賛助会員には、毎月「安全センター情報」をお届けするほか(購読料は賛助会費に含まれます)、各種出版物・資料等の無料または割引提供や労働安全衛生学校などの諸活動にも参加できます。

● 東京労働金庫田町支店「(普)7535803」

● 郵便振替口座「00150-9-545940」

名義はいずれも「全国安全センター」

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

2004年世界アスベスト東京会議

Global Asbestos Congress 2004 in Tokyo

GAC 2004 TOKYO

[第二報・演題募集]

2004年11月19-21日
東京・早稲田大学国際会議場

●主催
2004年世界アスベスト東京会議組織委員会
<http://park3.wakwak.com/~gac2004/>



「写真展●静かな時限爆弾＝アスベスト被害」から 写真：今井明

2004年11月19-21日に東京で開催が予定されている「2004年世界アスベスト東京会議(GAC 2004: Global Asbestos Congress 2004 in Tokyo)」のご案内をさせていただきます。

アスベストの使用に内在するリスクの根絶に向けて、世界的規模で共同の努力が広がっています。国際労働機関(ILO)によれば、毎年200万人と推計される死亡労働災害のうち、アスベストによる死亡者だけで10万人にのぼっています。アスベストの有害な健康影響に対する関心の高まりを反映して、欧州連合(EU)では2005年1月1日までにアスベストの使用が禁止されることになり、日本でも2004年10月1日から「原則禁止」措置が実施されることになりました。他の地域においてもますます具体的な措置がとられるようになってきています。いまこそ、アスベストのリスクに対する足並みをそろえた行動を取り、リスクの開発途上国に対する移転をとめる、緊急の必要性があります。

今なお、アスベストの消費量やアスベスト問題に対する取り組み等に関して、著しいコントラストがみられる、アジアにおいて、このようなアスベストに関する世界会議が開催されるのは、今回が初めてのことで、皆様の積極的な参加を期待しています。

会議の目的

2004年世界アスベスト東京会議の目的は、人類と環境に対するアスベストの有害な影響をいかにして最小化するかを、国レベルおよび国際的な文脈のなかで検証することにあります。会議ではまた、現に出現しつつあり、また今後予測される健康被害の増大にいかに対処していくのか、私たちの周囲にすでに使われてしまっている既存アスベストにいかに対処していくのかという方策も追求されることになるでしょう。東京会議が、私たちの目の前にあるアスベスト・リスクに対する地球的な取り組みの前進に、新たなインパクトを与えることを期待しています。

参加を期待されている方々

本会議には、アスベスト被災者とその家族、労働者、市民、医療関係者、ハイジニスト、専門家、弁護士、行

政関係者、政策立案者、その他関心をもつ人々、どなたでも参加することができます。参加者は、国際的及び学際的な基礎のうえに、様々な経験や最新の知識を共有し、問題の所在を確認し、対処の仕方を議論し、また、共通の解決策を探ることができるでしょう。

重要な日程

- 2003年12月31日 第二報(演題募集・参加登録・宿泊案内を含む)
- 2004年5月31日 演題・アブストラクト申し込みの締め切り(1か月延長)
- 2004年6月30日 演題・アブストラクトの採否の決定・通知(1か月延長)
- 2004年7月31日 早期登録の締め切り(登録料: 6,000円)(1か月延長)
- 2004年10月31日 登録最終締め切り(登録料: 8,000円、学生は3,000円)

会議のテーマ・基調報告

● 全体会議

2004年11月19日(金)

09:00 - 12:00 (3時間)

セッション1. アスベストの地球的健康影響: 緊急の行動の必要性

村山武彦([日本]早稲田大学理工学部教授(複合領域))

「日本におけるアスベスト関連疾患の流行」

パリー・キャッスルマン([アメリカ]環境コンサルタント、
『アスベスト: 医学的・法的側面』の著者)

「世界貿易機関(WTO)貿易紛争がアスベスト禁止に向けた世界的努力に及ぼした影響」

デヴィッド・ギー([デンマーク]欧州環境庁(EEA)新規課題・科学関連コーディネーター)

「アスベスト: 魔法の鉱物から不幸をもたらす鉱物へ
予防原則の教訓」

13:00 - 15:30 (2.5時間)

セッション2. 環境曝露・危機管理・リスクコミュニケーション

ステファン・レーピン([アメリカ]マウントサイナイ・アー
ヴィング・J・セリコフ労働・環境医学センター・メディ
カル・ディレクター)

「2001年WTC(世界貿易センター)事件の経験から」

寺岡淳([日本]独立行政法人国立環境研究所社会環
境システム研究領域・循環型社会形成推進・廃棄物
研究センター)

「1995年阪神・淡路大震災の経験から」

内山巖雄([日本]京都大学大学院工学研究科都市環
境工学専攻教授)

「リスクコミュニケーション 保育園児童曝露事件の
事例研究」

16:00 - 18:30 (2.5時間)

セッション3. 被災者・家族のエンパワーメント

アニー・デボモニ([フランス]国立衛生医学研究所
(INSERM)現代社会公衆衛生問題研究所
(CRESP)研究部長)

「先進国におけるアスベスト被災者の状況と取り組
み: フランスーANDEVA」

フェルナンダ・ギアナーヂ([ブラジル]労働安全衛生監
督官、アスベスト曝露者協会)

「発展途上国におけるアスベスト被災者の状況と取
り組み: ブラジル ABREA」

名取雄司([日本]中皮腫・じん肺・アスベストセンター)

「日本におけるアスベスト被災者・家族および支援
グループの取り組み」

2004年11月20日(土)

09:00 - 12:00 (3時間)

**セッション4. 医学的側面: アスベスト関連疾患の診
断・治療等**

鈴木康之亮([アメリカ]米ニューヨーク・マウントサイナ
イ医科大学教授(地域・予防医学及び病理学))

「アスベスト関連疾患の病理学」

アンティ・トサバイネン([フィンランド]フィンランド労働衛
生研究所(FIOH)産業衛生・毒物学部門)

「アスベスト関連疾患のためのヘルシンキ・クライテ
リア」

ブルース・ロビンソン([オーストラリア]クィーン・エリザ
ベス二世メディカルセンター・医薬学校医学教授、
SCGH呼吸器科呼吸器医コンサルタント) [要請中]

「血液検査を用いた中皮腫の早期発見及び新たな
治療方法に関する最新情報」

13:00 - 15:30 (2.5時間)

セッション5. アスベスト被害に対する補償

ボブ・ルアーズ([オランダ]オランダ上院議員、オラン
ダ・アスベスト協会創設者、弁護士)

「環境曝露・家庭内曝露事例に対する補償」

チャールズ・シーゲル([アメリカ]弁護士)

「発展途上国におけるアスベスト被災者のための補
償戦略」

古谷杉郎([日本]石綿対策全国連絡会議事務局長)

「アスベスト関連疾患の労災補償: 国際比較」

16:00 - 18:30 (2.5時間)

セッション6. 既存アスベストの把握・管理・除去・廃棄

マックス・ロバッキ([イギリス]全英認定・トレーニング
計画(NATAS)ディレクター)

「アスベスト管理・作業に携わる者のトレーニングと
能力に関する国際的最低基準」

ハインツ・クロピュニク([オーストリア]aetas Zivitechniker
GmbH マネージング・ディレクター)

「ウィーン・インターナショナル・センターにおけるア
スベスト管理計画」

スサーナ・ムルマン([アルゼンチン]建築家、プエノス
アイレス市政府アスベスト除去アドバイザー)

「ケース・スタディ: アルゼンチン初のアスベスト除去
プロジェクト」

2003年11月21日(日)

09:00 - 12:00 (3時間)

セッション7. アスベスト・リスクのない世界: 明日への

戦略

ツシャ・カン・ジョシ（[インド]労働・環境保健センター所
長・プロジェクト・ディレクター）

「インド・南アジアにおけるアスベストをめぐる議論」

パク・ドンミン（白道明）（[韓国]ソウル大学保健大学
院産業保健学教授）

「韓国のアスベストに対する戦略」

ローリー・カザンアレン（[イギリス]アスベスト禁止国際
書記局（IBAS）コーディネーター）

「アスベスト・リスクのない世界に向けた地球規模の
イニシアティブ」

● ワークショップ

- A. 疫学・公衆衛生・予防
- B. 造船とアスベスト
- C. 建築とアスベスト
- D. 被災者・支援組織
- E. 労働組合のイニシアティブ
- F. アスベスト訴訟
- G. 多国籍企業・海外移転
- H. アジア・ネットワーク：目標と行動

ワークショップのタイムテーブル等はおってお知らせ
します。

● ポスター・セッション

ポスター・セッションのタイムテーブル等はおって
お知らせします。

● 各セッションの演題申込

別掲の「演題申込」をご覧ください。演題抄録の提出
締め切り日は、2004年5月31日です。採否の通知は
2004年6月30日までに行います。

● 写真展、ビデオ・セッション

内外のアスベストをテーマにした写真展示等も行い
ます。展示写真の応募、ビデオ上映を希望される方は、
2004年5月31日までに、事務局にお申し込みくださ
い。採否の通知は2004年6月30日までに行います。

● 商品展示等

商品展示等のスタンド・ブースを設置することも可能
です。設置を希望される方は、事務局までご連絡下さい。

● 使用言語

本会議では、日本語及び英語を使用し、双方向の
同時通訳が提供されます。

演題募集**● 演題提出**

1. 口演（全体会議、ワークショップ）、ポスター発表
のいずれかでの発表を希望される方は、演題抄録
及び必要な情報をEメール（gac2004@ac.wakwak.
com）、FAXまたは郵送（後掲）にてお送りください。
（ホームページ（<http://park3.wakwak.com/~gac2004/jp/>）からのオンライン提出もできます。）
2. 演題抄録の提出締め切り日は、2004年5月31
日です。
3. 同一の演題抄録の重複申し込みはおやめくださ
い。
4. 必ず以下の情報を記載してください。
 - ・演題
 - ・口演希望かポスター発表希望か、口演希望の場
合には、希望する全体会議（1～7）またはワー
クショップ（A～H）の区分
 - ・発表の際に使用を希望する機材（PCプロジェク
ター/35mmスライドOHP、PCプロジェクターのご
使用を強く推奨いたします。）
 - ・発表者（及び連名者）の氏名
 - ・発表者（及び連名者）の所属及び役職（肩書き）
名
 - ・発表者のEメール・アドレス、住所、電話・FAX番
号
 - ・演題の抄録
5. 抄録本文は日本語（600字以内）または英語（300
語以内）で記入して下さい。
6. 演題申込を受け付け次第、申込確認のご連絡を
いたします。お申し込みから3日以内に申込確認
のEメールが届かない場合には、事務局までご連絡
下さい。
7. 申し込まれた演題抄録は、質及び独創性、関連
性に基づいて厳正に審査のうえ、2004年6月30日
までに、発表者に対して、原則としてEメールで採否
の通知を行います（連名者様には通知いたしません）。
8. 演題を採用された発表者は、必ず会議への参加
登録を行ってください。

● 口演発表（全体会議・ワークショップ）

1. 演題発表の時間は、原則として10分間（キース
ピーカーは15～20分間）です。本会議では、日本語
及び英語を使用し、双方向の同時通訳が提供され
ます。すべての発表者には、割り当てられた発表時

間を厳格に守っていただくかなくてはなりません。事前に発表に要する時間を計測しておかれることを強く推奨いたします。

2. PCプロジェクター、35mmスライド、OHP(オーバーヘッド・プロジェクター)が、演題発表の際に利用できます。PCプロジェクターのご使用を強く強く推奨いたします。PCプロジェクターの利用を希望される場合には、データを焼き込んだCD-RをEメールまたは郵便でお送りください(事務局のEメール・アカウントは5MBを越すEメールは受け付けませんので、ご注意ください。超える場合には必ず郵便で送って下さい)。PCプロジェクター利用に関するその他のガイドラインは、追ってお知らせします。ご希望等がある場合には、事務局にご連絡下さい。

● ポスター発表

1. ポスター掲示板のサイズは横120cm×高さ180cmですので、このスペースに収まるようにポスターを用意してください。
2. ポスター最上部には、演題及び発表者の氏名、所属、役職(肩書き)名を記載してください。
3. 会議場へのポスターの持ち込みは発表者の責任で送ってください(事務局への事前送付は受け付けかねます)。ポスターの貼付に必要なピン等は会場に用意いたします。
4. ポスターの掲示、撤去等の時間割りは、おつてご案内します。

参加登録

● 登録料

早期登録の締め切り: 2004年7月31日
2004年7月31日までの登録料: 6,000円
2004年8月1日以降の登録料: 8,000円
学生は割引登録料: 3,000円
登録料には宿泊費用は含まれません。

国内登録者は、ウェルカムパーティー(11月19日)は会費無料、懇親会(11月20日)は別途会費制(5,000円程度の予定)となります。

● 登録方法

別添[省略一ご請求下さい]の参加登録用紙に必要事項を記入し、Eメール(gac2004@ac.wakwak.com)、FAXまたは郵送(後掲)にてお送りください。(ホームページ(<http://park3.wakwak.com/~gac2004/jp/>)からのオンライン登録もできます。)

● 登録料の支払方法

登録料は必ず以下のいずれかの方法でお支払いください。

・クレジットカード

VisaまたはMasterCardがご利用いただけます。
※クレジットカードを利用される場合には、登録用紙をFAXまたは郵送でお送りください。カード情報をEメールで送信することはおやめください。
※クレジットカードは、登録料の振込のみに利用可能です。会議に対する寄付金等の振込にはご利用できませんので、下記の銀行振込または郵便振替をご利用下さい。

・銀行振込

三井住友銀行・亀戸支店(普)1601650「GAC(ジーエーシー)2004組織委員会」

・郵便振替

郵便振替口座 00120-2-444461「GAC(ジーエーシー)2004組織委員会」

● 領収証・登録証の発行

事務局から領収証および登録証をお届けします。会場受付において登録証をお示しいただき、ネームバッジおよび会議資料をお受け取りください。

● 登録取消・払戻

登録の取り消しは登録者の氏名を明記のうえ、必ず書面で事務局にお申し出ください。

2004年10月31日までの取り消しのお申し出に対しては、納入済みの登録料の80%をご指定の銀行口座に払い戻しいたします(手数料は差し引かせていただきます)。2004年11月1日以降の登録取り消しに対しては、払い戻しには応じかねますので、あらかじめご了承ください。

● 宿泊案内

組織委員会はJTBを指定旅行業者としています。巻末[省略]の宿泊案内をご覧ください。「宿泊申込書」を使ってJTBに直接お申し込み下さい(オンライン申込も可能です(<http://act.jtb.co.jp/itd/scripts/gac2004j.asp>))。登録と宿泊申込は、申込先・料金振込先とも異なりますので、お間違いないようご注意ください。

● GAC2004組織委員会連絡先

〒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

2004年世界アスベスト東京会議(GAC2004)組織委員会

2004年世界アスベスト東京会議は、国際委員会やご協賛、ご後援の皆様方と協力しながら、組織委員会が開催の準備を進めています。内外からのより幅広いご支援をお願いする次第です。

- 委員 長 大明住臣(全国労働安全衛生センター連絡会議議長、医師)
- 顧問 小本和孝(財)労働科学研究所主管研究員、元ILO労働条件環境局長)／鈴木武夫(国立公衆衛生院院長)／鈴木康之亮(米ニューヨーク・マウントサイナイ医科大学教授(地域・予防医学及び病理学))／広瀬弘忠(東京女子大学文理学部教授(リスク・災害心理学))
- 組織委員 上野満雄(自治体労働安全衛生研究会事務局長、医師)／宇野林蔵(横須賀じん肺被災者の会相談役(神奈川))／大島寿美子(北早学園大学文学部心理・応用コミュニケーション学科専任講師(札幌)、科学ジャーナリスト)／富山洋子(日本消費者連盟運営委員長)／中地重晴(環境監視研究所所長、有害化学物質削減ネットワーク(T-ウォッチ)代表)／マリ・クリスチーナ(国連ハビタット親善大使、異文化コミュニケーション、TVパーソナリティー)／宮本一(全国建設労働組合総連合(全建総連)労働対策部長)／村山武彦(早稲田大学理工学部教授(複合領域))／森田明(弁護士、神奈川大学法科大学院教授)
- 事務局長 古谷杉郎(石綿対策全国連絡会議事務局長)
- 事務局 大内加寿子(アスベストについて考える会(静岡))／永倉冬史(アスベスト根絶ネットワーク)／名取雄司(亀戸ひまわり診療所、医師)／安間武(化学物質問題市民研究会)
- 国際委員会 アニー・デボ・モニ(フランス：国立衛生医学研究所(INSERM)現代社会公衆衛生問題研究所(CRESP)研究部長)／ツシャ・カン・ジョン(インド：労働・環境保健センター所長・プロジェクト・ディレクター)／バク・ドンジョン(白道明)(韓国：ソウル大学保健大学院産業保健学教授)／バリー・キャッスルマン(アメリカ：環境コンサルタント、『アスベスト：医学的・法的側面』の著者)／フェルナンダ・ギアナージ(ブラジル：労働安全衛生監督官、アスベスト曝露者協会)／ローリー・カザンアレン(イギリス：アスベスト禁止国際書記局(IBAS))
- 協 賛 石綿対策全国連絡会議(BANJAN)/アスベスト禁止国際書記局(IBAS)
全日本自治団体労働組合(自治労)/全国建設労働組合総連合(全建総連)
- 後 援 東京都／日本経済新聞社／朝日新聞社／日本医師会
エコケミストリー研究会／(社)日本化学会／日本環境学会／日本リスク研究学会／日本衛生学会／日本地質学会／廃棄物学会／(社)環境科学会／日本肺癌学会／(社)日本建築学会
田尻宗昭記念基金
ラマッチーニ協会

(2003年12月31日現在)

2004年世界アスベスト東京会議(GAC2004)組織委員会

〒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メール: gac2004@ac.wakwak.com ウェブサイト: <http://park3.wakwak.com/~gac2004/>
銀行口座：三井住友銀行・亀戸支店(普)1601650 「GAC(ジーエーシー)2004組織委員会」
郵便振替口座：00120-2-444461 「GAC(ジーエーシー)2004組織委員会」

会議成功に向けた募金のお願い

組織委員会では、世界会議の成功に向けて、国内で1,000万円を集めることを目標に募金をつつていきます。会議自体の開催に多額の資金を必要とすることはもちろんのほか、募金が多ければ多いほど、アジアを中心として海外から資金援助の必要な参加者をひとりでも多く呼べることとなります。海外からの皆様のご協力をよろしくお願いいたします。

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
〒136-0071 江東区亀戸7-10-1 Zビル5階 E-mail etoshc@jca.apc.org
TEL(03)3683-9765 /FAX(03)3683-9766
- 東 京 ● 三多摩労働安全衛生センター
〒185-0021 国分寺市南町2-6-7 丸山会館2-5 TEL(042)324-1024 /FAX(042)324-1024
- 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
〒230-0062 横浜市鶴見区豊岡町20-9 サンコーポ豊岡505 E-mail k-oshc@jca.apc.org
TEL(045)573-4289 /FAX(045)575-1948
- 新 潟 ● 財団法人 新潟県安全衛生センター
〒951-8065 新潟市東堀通2-481 E-mail KFR00474@nifty.ne.jp
TEL(025)228-2127 /FAX(025)228-2127
- 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
- 愛 知 ● 名古屋労災職業病研究会
〒466-0815 名古屋市昭和区山手通5-33-1 E-mail roushokuken@be.to
TEL(052)837-7420 /FAX(052)837-7420
- 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
〒540-0026 大阪市中央区内本町1-2-13 ばんらいビル602 E-mail koshc2000@yahoo.co.jp
TEL(06)6943-1527 /FAX(06)6942-0278
- 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 E-mail jh31012@msf.biglobe.ne.jp
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 E-mail a-union@triton.ocn.ne.jp
TEL(078)251-1172 /FAX(078)251-1172
- 広 島 ● 広島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 E-mail hirosima-azcenter@cronos.ocn.ne.jp
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
- 徳 島 ● NPO法人 徳島労働安全衛生センター
〒770-0942 徳島市昭和町3-35-1 徳島県労働福祉会館内 E-mail rengo-tokushima@mva.biglobe.ne.jp
TEL(088)623-6362 /FAX(088)655-4113
- 愛 媛 ● NPO法人 愛媛労働安全衛生センター
〒792-0003 新居浜市新田町1-9-9 E-mail eoshc@mx81.tiki.ne.jp
TEL(0897)34-0900 /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
〒780-0011 高知市薊野北町3-2-28 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ニック E-mail awatemon@eagle.ocn.ne.jp
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」1階 TEL(097)537-7991 /FAX(097)534-8671
- 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 E-mail aanhyuga@mnet.ne.jp
TEL(0982)53-9400 /FAX(0982)53-3404
- 鹿児島 ● 鹿児島労働安全衛生センター準備会
〒899-5216 始良郡加治木町本町403有明ビル2F E-mail aunion@po.synapse.ne.jp
TEL(0995)63-1700 /FAX(0995)63-1701
- 自治体 ● 自治体労働安全衛生研究会
〒102-0085 千代田区六番町1 自治労会館3階 E-mail sh-net@ubcnet.or.jp
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
〒960-8132 福島市東浜町6-58 福島交通労組内 TEL(0245)23-3586 /FAX(0245)23-3587

