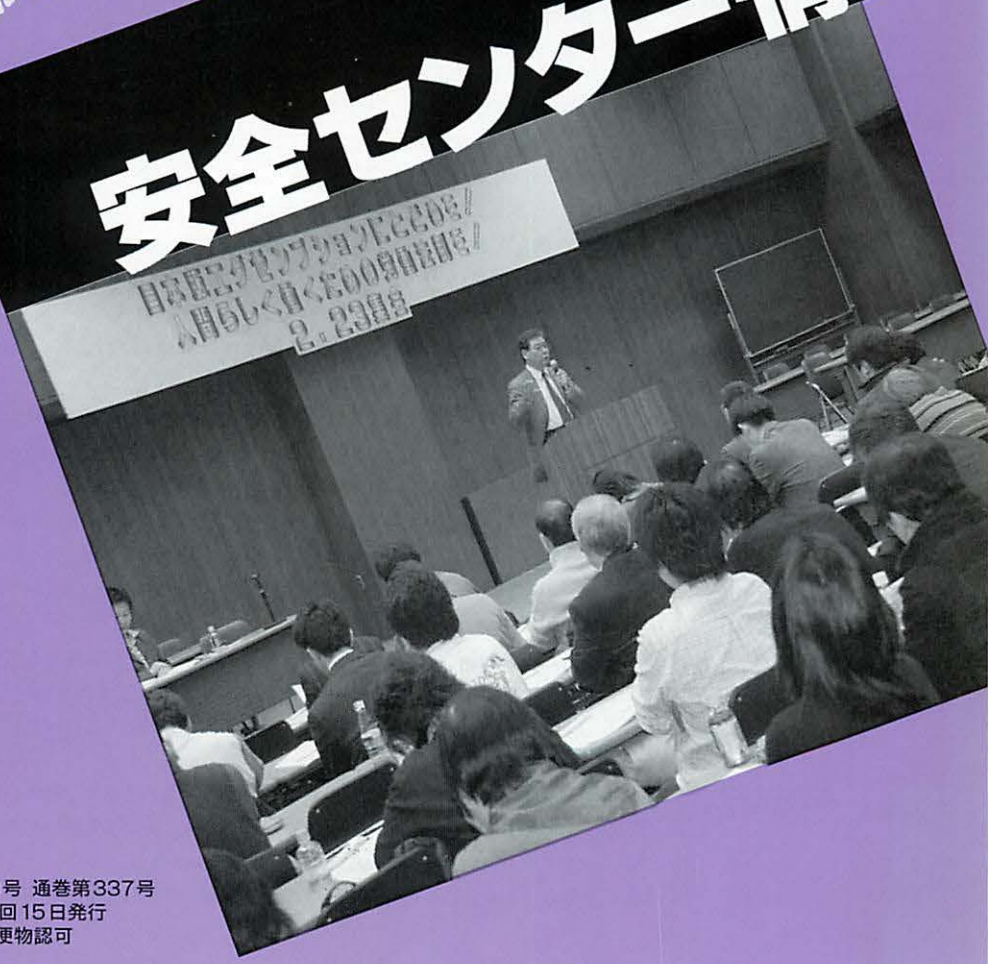
JOSHRC

2007 4

安全センター情報



安全センター情報2007年4月号 通巻第337号
2007年3月15日発行 毎月1回15日発行
1979年12月28日第三種郵便物認可

特集● 労働関連筋骨格系障害の「流行」

写真：日本版エグゼンプションにとどめを！2.23集会

5.18-19 石綿(アスベスト)問題解決のための日韓共同シンポジウム(仮称)参加の呼びかけ

石綿対策全国連絡会議

連絡担当:事務局長　古谷杉郎

〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5F

TEL(03)3636-3882／FAX(03)3636-3881

E-mail: banjan@au.wakwak.com

URL: http://park3.wakwak.com/~banjan/

いわゆる先進工業国のなかではアスベストを最後まで使い続けた日本ですが、アジアでは原則禁止に踏み切った最初の国でもあります。アスベスト被害の顕在化・社会問題化が相対的に早かった日本の教訓を伝えて、労働組合や労働安全衛生、市民団体をはじめ、全ての関係者が、アスベスト問題解決のための戦略と展望を早期に確立し、取り組みを開始することはアジア諸国にとってきわめて有意義なことと考えられます。2009年に原則禁止を導入するという政府の方針が発表されている韓国で、まさにそのことを目的とした初めての日韓共同シンポジウム(仮称)が開催されます。ぜひ多くの方々に参加していただくよう呼びかける次第です。

●日時: 2007年5月18日(金)午前・午後～19日(土)午前、正午終了予定

●会場: 韓国ソウル市内(未定)、会場へのアクセスのよいところに宿泊場所(ホテル)を確保する予定です。

●内容: プログラムは確定し次第、ご連絡いたします。日本側で発表を希望する方は、早めに石綿対策全国連絡会議までご連絡ください。

●言語: 会議では韓国語・日本語を使用し、逐次通訳がつきます。

●主催: 日本側＝石綿対策全国連絡会議、韓国側＝労働健康連帯、源進労働環境健康研究所を中心に関係労働組合、団体等に呼びかけて準備が進められています。

●費用: 会議参加費 10,000円(18日昼・夕食を含む)＋宿泊費 10,000円(朝食含む—原則2人1部屋)×宿泊日数、おおむね上記で収められるようにしたいと思っています。
往復飛行機代、空港—ホテル交通費、上記以外の食費、観光等は自己負担となります。

●日程: 会議参加のみの最短日程の場合、17日(木)中にソウルに到着・宿泊していただき、17・18日の2泊、19日(土)会議終了後、夜の便で帰国というスケジュールが考えられます。
会議前日の17日(木)には、ご希望の方には、案内(と言ってもプロではなくメンバーの中のボランティアですが)付きの一日観光コースを1～3コースくらいご用意できる予定です(費用は実費負担)。
上記以外の観光等は基本的にご自分で手配等をお願いします。

●交通: 往復の飛行機の手配は各自でお願いします。
主催者では、怪我、盗難等の補償の責は負えません。旅行保険に加入されることをお勧めします。
ソウルの宿泊場所(ホテル)での集合・解散となりますが、おって空港から宿泊場所(ホテル)までの移動手段等のくわしいご案内を差し上げます(旅慣れていない方でもご心配ありません)。

●申込: 参加申し込みの締め切りは、2007年4月18日(水)とさせていただきます。氏名、住所、電話番号、Eメール・アドレス、所属団体、宿泊日程、フライト・スケジュール(決まり次第)、17日観光参加希望の有無をお知らせください(FAX 03-3636-3881またはbanjan@au.wakwak.com)。
可能な限り、3月中にお申し込みいただくようご協力をお願いいたします。

安全センター情報2007年4月号目次［全国労働安全衛生センター連絡会議　通巻第337号　2007年3月15日発行］

特集／労働関連筋骨格系障害の「流行」

欧州における筋骨格系障害定義と統計に関する最新情報

「流行」と言うべき事態への対処はなお課題 …… 2
世界のRSI（ケイワン）被災者（支援）組織等 …… 9

行政処分への関与重要職務なら開示は当然

労災協力医名簿開示に係る審査会答申 …… 10

日本版エグゼンプションにとどめを！ 2.23集会 …… 17

ILO：OSHの促進的枠組みに関する条約・勧告 …… 22

連載51―塩沢美代子
語りつぎたいこと 27

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

イギリス：アクション・メゾテリオーマ・デー …… 31
メゾテリオーマ・フレームワーク …… 34
ベルギー：非職業性被災者に補償制度 …… 44

各地の便り

神奈川●旧国鉄のアスベスト被害を問う裁判 …… 46
東京●旧国鉄大井工場で初めての中皮腫認定 …… 47
国交省●国鉄清算事業本部への指導を要求 …… 49
広島●手話通訳者の頸肩腕障害労災認定 …… 50
京都●公共事業で外国人労働者の労災隠し …… 51
神奈川●休業補償「時効分」を8年ぶりに支給 …… 52
滋賀●42歳でびまん性胸膜肥厚を発症 …… 53
兵庫●解剖資料発見で逆転石綿肺がん認定 …… 53
兵庫●ゴム工場のタルク使用による中皮腫 …… 54
奈良●県がいよいよアスベスト被害「疫学調査」 …… 56

表紙写真／日本版エグゼンプションにとどめを！2.23集会（東京・総評会館）

欧州における筋骨格系障害定義と統計

「流行」と言うべき事態への対処はなお課題

腰痛・ケイワン等をはじめとした筋骨格系障害は、わが国ばかりでなく世界中で問題となっている。

わが国では、とりわけ1997年の認定基準改正―平成9年2月3日付け基発第65号「上肢作業に基づく疾病の業務上外認定基準について」（2007年3月号参照）以降、「頸肩腕症候群等」の労災認定件数が増加し、2000年度以降は毎年500件台となっている。

そのようななかで、2004年以来検討を進めてきた日本産業衛生学会頸肩腕障害研究会により、近く頸肩腕障害の「定義」、「診断基準」及び「病像」に関する新たな提案が発表される予定であり、また、全国安全センターと労働者住民医療機関連絡会議は、『頸肩腕障害をはじめとした上肢障害認定マニュアル』（アットワークス、頒価 1,900円）を発行する。

今号では、その前宣伝の意味も兼ねて?、ヨーロッパにおける筋骨格系障害の労災認定をめぐって、職業病としての取り扱い、及び労災認定件数等に関する最新の情報を紹介する。

はじめに

ここ数年間、ヨーロッパでは、筋骨格系障害（MSD）に罹患する労働者の数の増加をみている。手足や脊柱の筋、腱及び神経に影響を及ぼすこれらの疾病は、欧州連合加盟諸国における最も共通の訴えであり、またコンスタントに増加し続けている。これらの健康問題に400万の労働者が関わりを持っていると推計されている。何年間にもわたって、筋骨格系障害はそれゆえに、個々人の苦しみ及び経済的コストの両面から、不安を抱かせるほどの重大問題になりつつある。いくつかの推計によると、筋骨格系障害は社会全体に対して、GDPの0.5%から2%の金銭的コストを負わせている。現在までのところ、実施されてきた予防措置は、流行としか言いようのない事態を改善することに成功していない。

この文書の目的は、各国において筋骨格系障害という表現が何を対象としているかを明らかにし、また、最新の統計的進展に関する情報を提供しようとするものである。

1. 筋骨格系障害の定義

欧州労働安全衛生機関の定義によれば、労働関連筋骨格系障害とは、以下を含む、幅広い範囲の運動器の炎症及び変性疾患を対象としている。

—長時間の反復、静的作業を伴う業務における、とりわけ前腕及び手首、肘及び肩の腱の炎症（腱炎及び腱滑膜炎）
—静的作業姿勢を伴う業務における、主として首及び肩周辺に起こる筋痛、すなわち筋肉の痛み及び機能障害
—とりわけ手首及び前腕に起こる、神経圧迫—絞扼性神経障害
—とりわけ手作業または重肉体労働を行う労働者の、一般に首すじ及び腰周辺の、脊柱の変性疾患

これらの障害は慢性のものであり、その症状は一般に、不自然な姿勢、反復・単調な仕事、不適切な作業編成・方法、及び重い荷の挙上などの労働関連リスクファクターに長期間曝露した後にのみ現われる。

欧州委員会は加盟諸国に対して、以下の疾病を、「科学的に業務起因性のものと認められ、補償の対象となり、予防措置によって対処されるべき疾病に関連した立法的、規制的及び行政的規定に導入する」ことを勧告している。

—機械的振動による手及び手首の骨変性疾患
—機械的振動による血管神経疾患
—圧力による関節周囲の嚢の疾患
—膝蓋骨前部及び下部滑液包炎
—肘頭部滑液包炎
—肩部滑液包炎
—腱鞘の過度の緊張による疾患
—腱周膜の過度の緊張による疾患
—筋及び腱の着点の過度の緊張による疾患
—長時間の中腰または蹲踞姿勢による（関節内）半月障害
—圧力による神経の麻痺
—手根管症候群
—棘突起の過度の緊張による裂傷
—全身振動の反復垂直効果による腰部脊柱の椎間板関連疾患

欧州機関の示した定義に基づいて、いくつかの諸国について、職業病リストに登録されている筋骨格系障害を一覧表にしてみた。この目的は、どのような種類の筋骨格系障害が職業病として認知されているかをみることである。

表1　職業病リストに登録された筋骨格系障害

● ドイツ

—腱または筋の連結部と同様、腱鞘の状態または腱の組織の状態
—数年間にわたる反復または維持的な肉体労働、膝関節の緊張による（関節内）半月障害
—圧縮空気または同様の工具及び機械を使用する労働を通じた外部摩擦による状態
—振動による手の循環障害
—恒常的圧力による粘液滑液包の慢性状態
—神経損傷
—棘突起の裂離骨折
—長年にわたる重い荷の挙上または運搬、または長年にわたる極端に腰を曲げた姿勢での作業による腰椎の椎間板起因の状態
—長年にわたる重い荷の肩に載せた運搬による頚椎の椎間板起因の状態
—長年にわたる座位での主として全身の垂直振動による腰椎の椎間板起因の状態

● オーストリア

—圧縮空気工具または同様の工具及び機械（例えば電動鋸など）または打槌機を使用する作業に関連する振動による疾病
—空気圧工具を使用して行う作業による疾病
—恒常的圧力または持続的振動による滑液包、膝または手首関節の慢性傷害
—骨突起の骨折
—炭坑の採鉱面で少なくとも3年以上定期的に働いた坑夫及び中腰または蹲踞姿勢で少なくとも3年以上定期的に働いた者に生じている（関節内）半月の傷害
—圧搾による神経の傷害

● ベルギー

—機械的振動による上肢の骨変性疾患
—座席を通じて身体に伝わる機械的振動による早発変性傷害を伴う腰椎の疾患
—機械的振動による骨変性疾患
—圧力による関節周囲滑液包の疾患、皮下蜂巣炎

—演芸業従事者の腱鞘、腱周組織、筋及び腱の着点の過度の緊張による疾患、
—脊椎棘の過度の緊張による苦痛
—圧力による神経機能の損傷

● デンマーク

—痛みを伴う慢性の腰背部疾患
—慢性の首及び肩の痛み
—腱鞘炎(滑液鞘の炎症)
—肩関節の回旋腱の変性
—手根管症候群
—骨、関節、血管または神経の疾患(白色指、末梢神経障害)
—肩腱炎
—膝関節の半月疾患
—膝滑液包及びその他の滑液包の炎症性疾患
—膝関節の変形性関節症

● スペイン

—滑液包炎
—腱鞘炎
—着点腱炎
—ねじりによる脊椎棘の骨折、骨膜炎
—炭坑夫の半月疾患
—手根管症候群
—座骨神経麻痺、尺骨神経麻痺

● フィンランド

—反復緊張傷害(RSI)
—腱鞘
—腱周囲炎
—上腕骨上顆炎
—滑液包

● フランス

—回旋腱板(肩)のTenopathy
—上顆炎(肘)
—手根管症候群
—慢性半月疾患
—手の血管神経性障害
—肘関節症
—キーンベック病
—舟状骨の骨変性、掌尺骨血管疾患
—白白指[白ろう病]
—当該疾病を引き起こす可能性のある作業の網羅的表に該当する作業による腱滑膜炎(手首)
—腰椎の椎間板起因の状態

● アイルランド

—滑液包(肘及び膝)
—反復動作による手または前腕の痙攣
—手または前腕の腱の炎症
—白白指[白ろう病]
—尺骨神経の麻痺
—手根管症候群
—外側上顆炎

● イタリア

—機械的振動(手、腕)による骨変性及び血管神経性疾患、ならびにそれらの直接の結果

● ルクセンブルグ

—滑液鞘または腱周組織の疾患
—半月の疾患
—圧縮空気工具による振動による疾患
—滑液包の慢性疾患
—神経の麻痺
—脊椎骨の骨折

● ポルトガル

—腱鞘炎
—上顆炎
—腱炎
—キーンベック病
—舟状骨の骨変性
—半月の疾患
—神経の麻痺
—滑液包
—肘の関節症
—手の血管神経性障害

● イギリス

—手根管症候群
—腱鞘炎
—腕及び前腕の痙攣
—滑液包(膝及び肘)

● チェコ共和国

—振動工具または機材を使用する作業による虚血または圧迫性神経障害に帰結する上肢の末梢神経の傷害
—振動工具または機材を使用する作業による手、手首または肩の骨及び関節の傷害
—長時間反復して力を使う過重負荷による腱、腱鞘ま

たは筋の連結部、または手足の付け根の傷害
—長時間反復して力を使う過重負荷による圧迫性神経障害に帰結する手足の末梢神経の傷害
—半月の疾患
—滑液包
—手の循環疾患

職業病リストに最も頻繁に登録されている筋骨格系障害のなかで、筆頭にみられるのは腱の疾患（腱鞘炎、腱炎、上顆炎）である。それから、神経の疾患（手根管症候群）、（膝及び肘の）滑液包、背部［腰］痛及び血管の疾患がくる。背［腰］部に作用する筋骨格系障害が14か国中6か国：ドイツ、ベルギー、デンマーク、フランス、スペイン及びフィンランドのリストに載っていることを指摘すべきである。

職業病リストを通じた筋骨格系障害の分析は、にもかかわらず、限界を有しており、各国間の比較は難しい。

まず、職業病リストは国によって同じ方法でつくられてはいない。いくつかの加盟国は、他の諸国よりも、様々な筋骨格系障害をきわめて正確に定義している。他の諸国は、細部にわたることなく、主要なグループを掲げている。このことは、前者が後者よりもより多くの筋骨格系障害を認めているということを意味するものではない。

さらに、加盟諸国のほとんどが、「補完的」または「非限定（open）」の職業病認定システムをもっている。したがって、リストに載っていないある疾患にかかった者が、それにもかかわらず、自らの罹患した疾病が労働関連由来のものである証拠を提示することができれば、補償金を得ることができる。

そうした点は、この要約の限界であり、ヨーロッパにおける筋骨格系障害問題の一般的な見方を提供するものであるというこの文書の性格を限定している。

2. 統　計

2.1 ヨーロッパで影響を受けている人口

筋骨格系障害は、労働関連の健康問題であり、EU内のヨーロッパの労働者の最大15%がそれによって苦しんでいる。2000年に、それらのうちの34%は背部［腰］痛を訴え、17%が腕及び足の痛み、45%がつらいまたは疲れる姿勢で働いていると述べている。

また、自営業か賃労働者、男か女かを問わず、また全ての部門の労働者が影響を受けている。

労働者のうち、有期雇用契約のもとで働いている者は、このような病気によりかかりやすい。また、知的及び科学的な職業に就いている者が、ますます背部［腰］痛におかされていることをみることもできる。例えば、1995年には、18%が背部［腰］痛を経験していたものが、2000年にはその割合は24%になっている。技術者もまた、ますますこのような疾患におかされている。1995年には23%が背部［腰］痛にかかっているとみなしていたが、2000年にはその割合が31%だった。最もひどく影響を受けている職種は、農民（57%）である。しかし、建設、医療及び社会福祉部門もまた、きわめて重度に筋骨格系障害の影響を受けている。

首すじ及び肩の痛みは、ヨーロッパの労働者の4分の1（23%）、とりわけ手作業及び農業労働者にに影響を及ぼしている。新しい加盟国において、背部［腰］痛並びに首すじ及び肩の筋肉痛を訴える労働者の割合は、欧州連合の15の既加盟国におけるのと同じである。他方、新加盟国の労働者は、拡大した欧州連合の残りの部分の労働者よりも、下肢の筋肉痛によりひどく影響を受けているようである。

2.2 筋骨格系障害の職業病としての認定

Eurostatによれば、職業病として認定されている最も多い筋骨格系障害の事例は、手及び手首の腱滑膜炎並びに上顆炎（テニス肘）である。2001年に、12の加盟国（オーストリア、ベルギー、デンマーク、スペイン、フィンランド、アイルランド、イタリア、ルクセンブルグ、オランダ、ポルトガル、イギリス及びスウェーデン）で、5,379件の腱滑膜と4,585件の上顆炎が職業病として認定されている。加えて、2,483件の手根管症候群も認定されている。これらの数字から推定すると、欧州連合（EU既加盟

表2　2000-2004年の間における全職業病認定件数における器骨格系障害の割合

	2000	2001	2002	2003	2004
ドイツ					
筋骨格系障害	933		980	926	846
合計職業病数	16,414		16,669	15,758	15,832
筋骨格系障害の割合	5.68%		5.9%	5.9%	5.3%
オーストリア					
筋骨格系障害		<108	<122	<159	
合計職業病数		1,395	1,402	1,178	
筋骨格系障害の割合		<7.8%	<8.7%	<13.5%	
ベルギー					
筋骨格系障害			1,691	1,316	747
合計職業病数			3,624	3,340	2,358
筋骨格系障害の割合			46.7%	39.4%	31.7%
スペイン					
筋骨格系障害				22,899	24,814
合計職業病数				26,857	28,728
筋骨格系障害の割合				85%	86%
フランス					
筋骨格系障害		26,060	21,948	26,674	
合計職業病数		34,356	31,339	34,642	
筋骨格系障害の割合		75.8%	69.8%	77%	
ルクセンブルグ					
筋骨格系障害		6	5	6	
合計職業病数		26	80	30	
筋骨格系障害の割合		23%	6.25%	20%	
チェコ共和国					
筋骨格系障害	634	552	562	518	375
合計職業病数	1,751	1,677	1,600	1,558	1,388
筋骨格系障害の割合	36.2%	32.9%	35.2%	33.3%	27%

15か国）について、約8,900件の腱滑膜炎と7,600件の上顆炎、4,100件の手根管症候群という数字が得られた。Eurostatによれば、腱滑膜炎と上顆炎の原因ファクターは反復作業（91%）、作業姿勢（1%）、機械的振動（1%）及び生体力学的ファクター（6%）である。

2002年に発表されたある研究［2002年1・2月号参照］において、Eurogipは、1990-2000年の間のいくつかのヨーロッパ諸国における、一方で認定請求件数の多い主要な疾病、及び他方で最も認定件数の多い主要な疾病を比較している。2000年に、最も報告件数の多かった疾病は、筋骨格系障害及び骨変性疾患に関連したものだった（1994-2000年の全期間を通じて、10か国中6か国で第1位を占める）。

論理的に今回も、筋骨格系障害及び骨変性疾患は、ヨーロッパにおいて最も認定件数の多い職業病の分類に再び現われる。筋骨格系障害は、ベルギー、スペイン（2000年に筋骨格系障害は認定された職業病の75%）、フィンランド、フランス、ルクセンブルグ及びスウェーデンで第1位である。他方、4か国では、認定数上位5位までに入らなかった。それらの国は、ドイツ、オーストリア、ギリシャ及びポルトガルである。2000年に、筋骨格系障害は、デンマー

表3　1990-2004年の間における全職業病報告件数における筋骨格系障害の割合

	1990	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
デンマーク								
筋骨格系障害		7,800	6,765	6,851	7,340	6,309	5,511	
合計職業病数		14,456	12,635	12,856	13,590	12,566	11,413	
筋骨格系障害の割合		54%	53.5%	53.3%	54%	50.2%	48.3%	
フィンランド								
筋骨格系障害	1,859		1,356			1,360		
合計職業病数	4,131		5,215			4,807		
筋骨格系障害の割合	45%		26%			28%		
オランダ								
筋骨格系障害					2,698	2,278	2,333	2,214
合計職業病数					5,593	5,335	5,973	5,788
筋骨格系障害の割合					48.2%	42.7%	39.1%	38.3%

ク及びイタリアで、認定件数第3位であった。

過去数年間の職業病認定件数に占める筋骨格系障害の割合の進展をみるために、いくつかの加盟国の労災保険組織が発行した統計を分析してみた。

加盟国の間には、大きな不均衡がみられた。

ドイツ及びオーストリアは、わずかな事例の筋骨格系障害しか職業病として認定されておらず、他の6か国、とりわけ筋骨格系障害の割合が70%以上のフランス及びスペインと比較して、例外のように思われる。ドイツでは、1994、1996、1998及び2000年にすでにそうであったように、2000-2004年の間に認定された筋骨格系障害の事例はきわめて少なかった。以下の特質を指摘すべきことは事実であろう。皮膚の疾患、呼吸障害の疾患及び筋骨格系障害は、多数報告されているが、比較的稀にしか職業病として認定されない。職業病リストに関連する法令によれば、これらの疾病は全て、被保険者［使用者］に有害な行動の中止を義務づけるほど深刻［重度］の場合にしか認定されない。

ベルギー及びチェコ共和国では、認定された筋骨格系障害の件数は、最近数年間のうちに急激に減少した。しかしベルギーでは、振動による骨変性は、2004年になお合計認定事例数の30%を占めている。Preventによれば、筋骨格系障害は、明らかにいまなお過小報告及び過小推計されている。チェコ共和国では、2004年に、筋骨格系障害は認定事例の27%を占めた。

スペイン及びフランスでは、近年筋骨格系障害事例の急激な増加をみている。両国では、これらの疾病は圧倒的に認定件数が多い。また、1990年代における認定件数の増加は、筋骨格系障害の発生状況の増か及びこれら疾病によって生じる諸問題に対する関心の高まりによるものであった。フランスでは、認定請求件数が毎年増加し続けている。さらに、筋骨格系障害は、2002年には全事例の約70%で、最も認定件数の多い認定請求件数の第1位に登場している。

認定件数の入手できない欧州連合加盟諸国については、筋骨格系障害の進展を検討するために、報告件数を分析することとした。

デンマークでは、筋骨格系障害の報告件数は、きわめて大きなものではないとはいえ、近年下降する傾向がある。

他方、フィンランドでは、下降がきわめて著しい。筋骨格系障害は、1990年に1,859件でピークに達し、これは新規職業病事例の45%を占めた。1999年には、筋骨格系障害事例の件数は1,356件に落ち込み、これは新規報告件数の26%であった。以降、筋骨格系障害事例の割合は変動がなく、2002

年にも26%である。急激な減少にも関わらず、筋骨格系障害、とりわけ腱滑膜炎と腱周膜炎の事例は最もよくある職業病であり続けている。

オランダは、労働災害職業病に対する特定の保険はないが、全国登録が、産業医学の専門医から報告された事例を掲載している。筋骨格系障害事例の件数は、2000年から2005年の間に半減した。2001年には、筋骨格系障害事例は登録された職業病の48.2%を占め、2002年に42.7%、2003年に39.1%、2004年に38.3%となっている。この減少の理由を分析するのは難しいが、少なくとも背部［腰痛］の問題に関しては、労働現場の改善によるものとみられる。

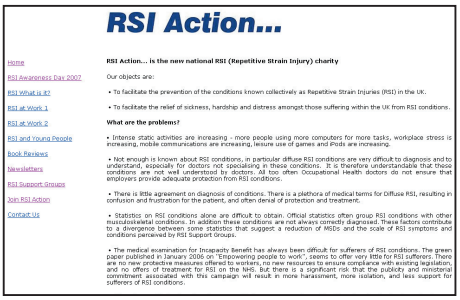
表2及び表3に基づき、近年ヨーロッパにおいては、多くの諸国で報告または認定された疾病の主要な部分を占めていることに代表されるように、筋骨格系障害の影響を受ける人々の数は非常に増加していると言うことができる。また、この減少が事例数の急激な減少をみているという程度にとどまっている少数の国と、紛れもない流行に直面している諸国との間には大きな不均衡が存在している。

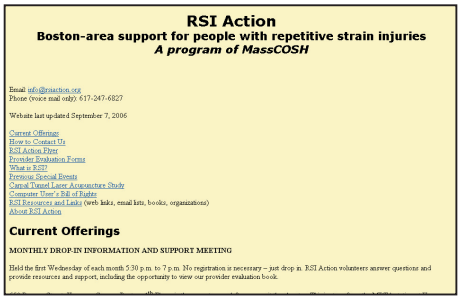
結　論

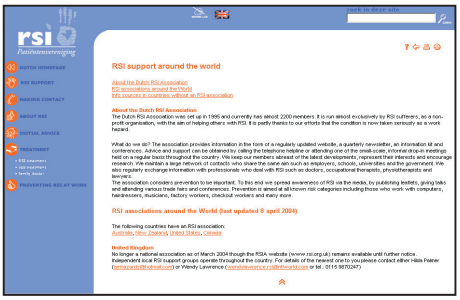
いくつかの諸国における急激な減少にも関わらず、ヨーロッパでは、筋骨格系障害は主要な労働関連疾患であり続けている。この理由から、これらの疾病は現在、ヨーロッパレベル及び個々の国レベルの双方において、業務上リスクの予防における優先課題のひとつである。しかし、筋骨格系障害の他要因からなる原因（生体力学的、組織的及び心理社会的）は、必然的に労働編成全体に課題を持ち込むことになることから、企業において効果的な予防措置を実行することを難しくさせている。

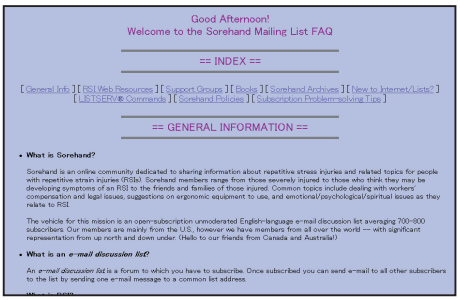
ヨーロッパレベルにおいては、数多くのイニシアティブがすでに実施されている。法令的な観点からは、いくつかの指令がリスクを防止しようとしている。89/391枠組み指令は労働現場におけるリスクの把握及び予防のための一般的な枠組みを提供し、90/268指令は手作業に関連するリスクの把握及び予防に関連し、90/270指令は画面表示機器関連するリスクの把握及び予防に関連し、89/654指令はワークステーション、座席、温度及び照明に関する裁定要求基準を含んでおり、欧州労働安全衛生機関は「あなたの背中［腰］を筋骨格系障害から守ろう」をスローガンに筋骨格系障害問題に関する毎年の情報キャンペーンを組織している。この問題は再び2007年のキャンペーンのテーマになっている。2004年に欧州委員会は、筋骨格系障害の規模の人的及び金銭的影響に気づき、場合によっては、労働における筋骨格系障害のより予防のための拘束力のある法令的ツールをまとめるよう呼びかけて、社会パートナーとの協議を開始した。最終的に、2005年11月、農業における筋骨格系障害のリスクへの労働者の曝露の低減に関する欧州協定が、欧州連合の農業部門の社会パートナー（EFFAT、GEOPA-COPA）の間で締結された。その間に、筋骨格系障害の影響を受ける労働者の数は、ヨーロッパにおいて増加し続け、全ての工業化諸国においてより多くの人にみられるようになっている。

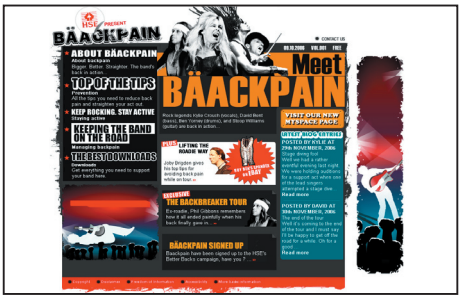
欧州労働安全衛生機関は今年新しいパンフレットを発行している。











世界のRSI（ケイワン）被災者（支援）組織

イギリス：RSIアクション

http://www.rsiaction.org.uk/

新しくできたイギリスのRSI問題に取り組むネットワークのウエブサイト。ブラッドフォード、エジンバラ、ロンドン、マンチェスター、ノッティンガムのRSI支援グループも紹介されている。

アメリカ：RSIアクション

http://www.rsiaction.org/

ボストン地区をサポートするマサチューセッツ安全センター Mass COSHによるボランティア・プログラム。1984年頃からオフィスに持ち込まれたコンピュータ労働によるRSIの問題に様々なかたちで取り組んできた。他にも、ロサンゼルス、シアトルなどにも支援グループがある。

オランダ：RSI協会

http://www.rsi-vereniging.nl/english/index.php

1995年に設立されたRSI被災者自身によるセルフサポート・グループで、現在、約2,200人のメンバーがいるという。ウエブサイトには、オランダ語と英語のページがあるが、英語のページの情報の方はかなり古いままになっている模様である。

Sorehand

http://www.ucsf.edu/sorehand/

Sorehandは、RSI患者のための情報や話題を共有し会うオンライン・コミュニティ。労災補償や損害賠償などの法的な問題から、予防のための人間工学など幅広いテーマが話題になっている。ここで出会った者同士で被災者グループを立ちあげた例もある。

イギリス：腰痛予防キャンペーン

http://www.hse.gov.uk/betterbacks/
http://www.hse.gov.uk/msd/campaigns/

こちらは趣向が変わったイギリス安全衛生庁（HSE）が昨年開始した「Better Backs Campaign」のウエブサイト。ご覧のとおり、1980年代のイギリスのロックバンドを引き合いに出している。今年3月12日まで職場の労働者代表のフィードバックを求め、次年度の展開につなげるという。

行政処分への関与重要な職務なら開示は当然

労災協力医名簿開示に係る審査会答申

神奈川労災職業病センターの川本浩之さんが取り組んでいた「労災協力医名簿の一部不開示決定」に対する不服審査で、情報公開・個人情報保護審査会から久々に「胸のすく」内容の答申が出された（http://www8.cao.go.jp/jyouhou/）。各地、各分野で活用していただきたい。

諮問庁：厚生労働大臣
諮問日：平成18年10月26日（平成18年（行情）諮問第386号）
答申日：平成19年3月2日（平成18年度（行情）答申第411号）
事件名：労災協力医名簿の一部開示決定に関する件

答申書

第1　審査会の判断

平成17年度に神奈川労働局が委嘱している労災協力医の名簿（以下「本件対象文書」という。）につき、その一部を不開示とした決定については、その全部を開示すべきである。

第2　審査請求人の主張

1　審査請求の趣旨

本件審査請求の趣旨は、行政機関の保有する情報の公開に関する法律（以下「法」又は「情報公開法」という。）3条の規定に基づく本件対象文書の開示請求に対し、平成17年9月27日付け神労発基第684号により神奈川労働局長（以下「処分庁」という。）が行った一部開示決定（以下「原処分」という。）について、その取消しを求めるというものである。

2　審査請求の理由

審査請求人の主張する審査請求の理由は、審査請求書及び意見書の記載によると、おおむね以下のとおりである。

（1）審査請求書における主張

部分不開示処分の取消しと開示を求める。

不開示部分が特定の個人を識別することができるものであることは間違いない。しかしながら、ほぼ同様の業務を担っている「地方労災医員」については、氏名等を開示することが適当であり、「法令の規定により又は慣行として公にすることが予定されている情報」と厚生労働大臣が判断し、開示されている。神奈川労働局の説明によると、「「労災協力医」は「地方労災医員」と比べて、行政とのかかわりの度合いが大きくないから」とのことである。しかし、労働基準監督署の説明によると、労災補償実務において、「地方労災医員」からの意見だけでは判断できないような場合に、更に専門的な「労災協力医」の意見を聞くということである。つ

まり「行政とのかかわりの度合いが大きくない」というのは、単に意見を聴取する頻度が相対的に少ないということでしかない（なお、少なくとも神奈川では地方労災医員には歯科医や眼科医がいないので、それらの障害認定については、ほぼ間違いなく労災協力医の診断を受けることになっている。業務上外の意見を聴取する際も同様であろう。）。したがって、むしろ逆に「地方労災医員」以上に、その意見は重視され、労災補償行政において、医学的な立場からより重要な役割を担っていると考えるのが自然である。

(2) 意見書における主張

まず初めに、諮問庁の理由説明書を読んで、大きな怒りを覚えると同時に、非常に情けない気持ちになったことを明らかにしたい。法成立以降、各省庁がそれなりに情報公開に努めてきたことを一人の市民としてうれしく思う。その中で、なぜか厚生労働省が、とりわけ労災補償に関係する部署が、相変わらず秘密体質を保持し続けている。本事件の理由説明書でも比較されている労災医員の名簿公開に当たっては、審査請求人が担当者として（他にも同様の請求をされた方もおられるようだが）開示請求して、情報公開審査会の答申を頂いた。それには、法の精神が語られ、従来の行政実務の改善の実例として、審査請求人自身大いに勉強になった。[2002年3、5月号参照]ところが、諮問庁は、何も学ばれなかったようである。以下、上記答申書の趣旨に基づいて、やはり労災医員と比較する形で意見を述べたい。

ア 労災医員を開示した理由

実は労災医員の氏名等を開示してもらいたいというのは、審査請求人の趣味的関心事などではなく、不支給決定を受けた数多くの被災労働者、自らの意見を否定された医療関係者らの長年の切なる要求であった。労働基準監督署が業務外決定を行う。その具体的理由は何ら示されることがない。ようやく説明で聞かされるのは、専門医に意見を聴いた結果という決まり文句。ではどういう専門医がどういう根拠でそのように意見を言ったのか。それは言えない。誰に相談したかも言えないと言う。こうした行政の在り方を情報公開審査会は明確に批判した。

厚生労働省は、労災医員の意見は、数ある参考意見の一部にしかすぎないにもかかわらず、公にすることで、労災医員としての活動や診療活動が妨害されるおそれがあるなどと主張した。しかし、審査会は、労災医員の意見は行政処分において、「極めて重要な役割を果たしている」と実態どおりに正確に判断。また、「法令の規定により又は慣行として公にされていない」という現実を確認。その上で、「労災保険行政の透明性の確保という観点からすると、地方労災医員の氏名等を秘匿することはもはや許されず、当該労災医員の氏名等を開示することは、国民に対する行政機関の説明責任を果たす上でも求められているというべきである」と断じる。そして、労災医員への不法、不当な誹謗、脅迫のような事実は極めて稀であり、「事業の適正な遂行に支障を及ぼすおそれがあるものとは認めがたい」とした。つまり、公にしてこないできたこと自体を批判したのである。厚生労働省も答申を受けて、労災医員名簿について、「法令の規定により又は慣行として公にされ、又は公にすることが予定されている情報」と裁決したのである。

イ 諮問庁が労災協力医を開示しない理由

理由説明書によると、諮問庁は主に二つの理由から非開示としている。

(ア) 労災協力医は労災医員ほど重要な位置にない

(イ) 公にすると圧力が加えられる

ウ 具体的反論

(ア) 労災医員と労災協力医に差異はない

そもそも諮問庁はかつて、労災医員の開示をめぐる審査会への理由説明書において、労災医員は法律に規定されておらず、補佐的な役割を担うだけで、数ある参考意見の一部にすぎないなどと、随分低い位置づけにあることを強調していた。

ところが、今回の理由説明書では、労災医員は「労災補償制度に精通している特定の専門診療

科目の医師や学識経験者のうちから選任や委嘱が行われ、かつ、厚生労働省訓令において職務内容が規定されているほか、事業場への立入等の調査権限が付与されている等、労災認定の処理を行う労働基準監督署の職員と同格の位置づけのもとで職務を行っている」（本事件の理由説明書から）とまで言う。

しかしながら、労災医員規程において、労災医員は、「業務上の事由又は通勤による労働者の負傷疾病等に係る診断、治療に関し学識経験を有する医師」のうちから委嘱され、「災害補償に係る事務のうち医学に関する専門知識を要するもの」について意見を述べるだけであり、労災補償制度にまで精通しているという主張は、今回の理由説明書で初めて聞くものであり、甚だ不正確である。労災医員と労災協力医は、委嘱手続や職責が異なるなどと決めつけているが、どこがどのように異なるのか、全く理解できない。（なお、確認のために、諮問庁が定めた労災協力医制度に関する通達を入手しようと神奈川労働局に打診したが、本省への確認の末、情報公開の開示請求をしなければ開示しないことになってしまった。本意見書の提出期限には間に合わないのであきらめざるを得なかったことは非常に残念である。）

少なくとも地方労災医員の委嘱は、あらゆる病院や役職における医師の人事と同様に、大学医学部の教室等に依拠した人事の一環に依拠せざるを得ない実態にある。結局のところ前任者や出身大学の医局等からの紹介によることが多く、労災補償制度はもとより、安全衛生の基本的知識も持たない労災医員すらいる。中央労災医員の日常業務の実情はよく分からないが、地方労災医員の具体的な職務は、労働基準監督署の災害補償業務において、監督署職員からの求めに応じて意見を述べることである。

また、一部開示された労災協力医名簿によると、神奈川労働局に関して言えば、ほとんどすべての協力医が労災病院の勤務医であり、労災医員以上に労災補償・労働福祉行政に接点や関連性が大きいことが明らかである。更に専門性の高い科目の医師が選任されており、労災医員の補充・応援というよりも、労災医員では必ずしも判断のつかない事案について、意見を求めていることがうかがえる。

いずれにせよ、労働基準監督署の職員の依頼に応じて、労災保険給付等に必要な医学的な意見書の作成や助言をすること自体は、地方労災医員の担う職務と何ら差異がない。労災医員が、事業場への立入等の調査権限が付与されているなどと言うが、全国で実際に立入調査をした事例が、例えば昨年度何件あるのか明らかにしてもらいたい。おそらくゼロに限りなく近いはずだ。

（イ）批判を回避する者は辞めてもらった方がよい

労災協力医の氏名が公になると、有形無形の圧力が加えられて辞められてしまう、業務に支障を来す等という主張を再び繰り返している。ほとんど泣き言にしか聞こえない。そもそも諮問庁が具体例としてあげる神奈川局のケースは、「公にしない」などという法の趣旨にもとるような約束をした労働局に責任があるのであり、約束を反古にされたと感じた医師が辞めても仕方のないことである。責任転嫁するのもいい加減にしてもらいたい。

むしろ22名いた神奈川の地方労災医員のうち、たった2名しか辞めなかったのだ。ちなみに全国労働安全衛生センター連絡会議情報公開推進局（http://www.joshrc.org/~open/doc/doc.htm）は、ホームページで全国の労災医員名簿などを公開している。これによって辞任した労災医員がいるのか、あるいは「有形無形の圧力」の事例を出してもらいたい。

そもそも行政処分は係争することがあり得るのであり、その医学的根拠に対して、正当な批判は保障されて当然である。もちろん不当、不法な行為があれば、法的措置も含めて厳しく対応すればよいだけのことである。

名簿が開示された暁には、労災協力医が辞めることもあり得るだろうが、それは不当な約束をしてまで委嘱した労働局の責任であり、法の責任ではない。公になるなら就任しないような者が、行政処分に関与すること自体が許されない時代なのだ。医師も厚生労働省も早くこのぐらいの常識を持つべきだ。

第3　諮問庁の説明の要旨

1　諮問庁としての考え方

本件審査請求に係る行政文書開示請求につき、平成17年9月27日付け神労発基第684号により処分庁が行った原処分は妥当であり、本件審査請求は棄却すべきものと考える。

2　理由

(1) 本件審査請求に係る開示請求について

本件審査請求に係る開示請求は「平成17年度に神奈川労働局が委嘱している労災協力医の名簿」の開示を求めるものである。

(2) 原処分において示された不開示決定の理由について

原処分庁は、本件の開示請求に対し、本件対象文書には特定の個人に係る氏名等個人を識別することができる情報が含まれており、法5条1号に該当し、かつ、同号ただし書イからハまでのいずれにも該当しないため当該部分を不開示としたものである。

(3) 本件対象文書の不開示情報該当性について

ア　労災協力医について

労災協力医制度は厚生労働省労働基準局長通達（平成8年3月29日付け基発第176号）により、労災認定に当たり必要な医学的意見の収集が遅れることにより、保険給付の決定が遅延するという状況の改善を図るための方策として講じられているものである。

すなわち、労災認定において、医学的な判断が必要な場合には、まず、都道府県労働局長（以下「労働局長」という。）が委嘱している地方労災医員（以下「局医」という。）に対し意見書の作成依頼等を行っているところであるが、特定の診療科目を専門とする局医に依頼が集中する等により意見書の収集に長期間を要する状況の改善を図るべく、都道府県労働局では、

(ア) 都道府県医師会、管内の公的病院や大学病院等に対して、労災認定に必要な診療科目を専門とする医師の不足等について説明を行い、

(イ) 当該診療科目を専門とする紹介のあった医師に対して、労災補償制度について十分な説明を行い、労災協力医への就任を要請し、

(ウ) その上で、労災協力医への就任を承諾してもらった医師に対しては、労働局長が委嘱を行った上で、

i　労災保険給付等に必要な意見書の作成

ii　労災保険給付等に必要な医学的事項についての助言

を必要に応じて依頼するとしているところである。

イ　本件対象文書の法5条1号該当性について

(ア) 本件対象文書である「労災協力医の名簿」には、労災協力医である医師の氏名、専門分野、現職（勤務先の医療機関名）が記載されており、これらのうち、医師の氏名及び現職の一部は個人を識別することができる情報であり、法5条1号に該当することは明らかである。

(イ) また、労災協力医については、その氏名等に関し公にすべきとする法令の規定はなく、官報で広報しているといった事実もない。したがって、労災協力医の氏名等は、法5条1号ただし書イに規定されている「法令の規定により又は慣行として公にされ、又は公にすることが予定されている」ものとは認められない。

(ウ) なお、労災協力医と同様に労働局長から委嘱を受け、労災認定に必要な医学的な意見書の作成等を行っている局医の名簿については、情報公開審査会の答申（平成13年度答申第177号）において、「地方労災医員の氏名等は「法令の規定により又は慣行として公にすることが予定されている情報」と言うべきである」とされ、同答申に基づき既に開示を行っているところであるが、局医については、上記のとおり委嘱に係る手続や職責について、労災協力医とは大きく異なっているものである。

すなわち、労災協力医は、労災補償制度に精通している特定の専門診療科目の医師や学識

経験者のうちから選任や委嘱が行われ、かつ、厚生労働省訓令において職務内容が規定されているほか、事業場への立入り等の調査権限が付与されている等、労災認定の処理を行う労働基準監督署職員と同格の位置付けの下で職務を行っている局医とは異なり、

i　平素は労災補償制度と直接的な関連性や接点を有していない医師に、特定の専門診療科目に関する医学的意見を迅速に収集するためにのみ、要請を行い就任してもらっているものであり、

ii　また、労災協力医として行う事項に関しても、上記アのとおり、通達における「労災協力医に対する依頼事項」という位置付けの下、労災保険給付等に必要な意見書等を作成する等の記載が行われているにすぎず、「職務」としての性質自体が希薄である側面が認められる

ところであり、局医と同じく労働局長の委嘱手続を経た非常勤の国家公務員という身分を有しているものの、局医のように国家公務員として厚生労働省（地方労働局）の組織上においても重要な地位を占めているとまでは認められないところである。したがって、局医の名簿が既に開示されていることをもって、労災協力医の名簿に関しても「法令の規定により又は慣行として公にすることが予定されている情報」として取り扱うべきではない。

ウ　本件対象文書の法5条6号該当性について

労災協力医制度は、上記イのとおり、平素は労災補償制度と直接的な関連性や接点を有していない医師に対し、労災補償制度についての説明を行い理解を得た上で、ようやく就任を承諾してもらっているところである。このような労災協力医制度に係る事情にかんがみた場合、仮に本件対象文書を公にすると、請求人等から有形無形の圧力を加えられることを懸念する等により、医師が労災協力医への就任を承諾しないといった事態が発生し、結果、労災保険給付に係る業務に支障を及ぼすおそれがある。

事実、上記イの平成13年度答申第177号を受け、局医の開示を行った神奈川労働局では、当該取扱いを理由に2名の局医が辞任しているところであり、このような事情を勘案すると、局医と異なり、平素より労災補償行政との関連性等を有していない医師にあっては、殊更、名簿の公開という取扱いにより、労災協力医への就任を承諾しないという問題が生ずる可能性が現実的に非常に高いものである。

したがって、本件対象文書は法5条6号にも該当するものである。

(4) 結論

以上により、本件審査請求に係る開示請求について、これを一部不開示とした原処分の判断は妥当であり、本件審査請求は棄却すべきものと考える。

第4　調査審議の経過

当審査会は、本件諮問事件について、以下のとおり、調査審議を行った。

①	平成18年10月26日	諮問の受理
②	同日	諮問庁から理由説明書を収受
③	同年11月24日	審査請求人から意見書を収受
④	平成19年1月17日	本件対象文書の見分及び審議
⑤	同年2月28日	審議

第5　審査会の判断の理由

1　本件対象文書について

本件対象文書は、平成17年度に神奈川労働局が委嘱している労災協力医の名簿であり、20名の労災協力医の専門分野、氏名、現職等が記載されている。

処分庁は、法5条1号の不開示情報に該当することを理由に、本件対象文書のうち労災協力医全員の氏名及び2名の現職を不開示とし、諮問庁は、同条1号及び6号の不開示情報に該当することを理由

に、原処分は妥当であるとしているので、これらの部分の不開示情報該当性について検討する。

2　不開示情報該当性について

本件対象文書には、労災協力医の氏名等が記載されており、同文書の内容は、その全部が、法5条1号に規定する個人に関する情報であって、特定の個人を識別することができるものに該当するので、次に同号ただし書イに該当するかどうかを検討する。

(1) 労災協力医の法的位置付け

労災協力医は、労働基準法又は労働者災害補償保険法にその職務、権限等が規定されておらず、厚生労働省労働基準局長通達（平成8年3月29日付け基発第176号）により、都道府県労働局長から委嘱されるものであり、非常勤の国家公務員である。

また、諮問庁の説明によると、労災協力医は、労働基準監督署長が行う労災認定において、医学的な判断が必要な場合に、労災保険給付等に必要な意見書の作成及び医学的事項についての助言を依頼されるとのことである。

労働基準監督署長が個別の具体的事案における疾病の特定や業務と疾病との因果関係を判断するに当たっては、医学における実地に基づく長年の経験や最先端の医学の動向についての情報を必要とするものもあり、労災協力医は、その要請にこたえ得るものとして、その意見は極めて重要な役割を果たしているものと認められる。

(2) 「法令の規定により又は慣行として公にされている」かどうか

労災協力医については、その氏名等を公にすべきとする法令の規定はなく、官報等で広く知らせているといった事実はないと認められる。したがって、労災協力医の氏名等が「法令の規定により又は慣行として公にされている情報」に当たると認めることはできない。

(3) 「法令の規定により又は慣行として公にすることが予定されている」かどうか

労災協力医は法律上の明文の根拠を持った身分ではないが前記のように個別の具体的な事案について、労働基準監督署長が行政庁としてその判断（行政処分）を行うに当たり、医学的立場から極めて重要な役割を担っているものであり、非常勤ではあるが国家公務員として厚生労働省（地方労働局）の組織上においても重要な地位を占めているものである。

このような労災協力医の職務及びその地位の重要性、特に個々の行政処分に直接関与しているというその職務の重要性を考慮し、かつ、労災保険行政の透明性の確保という観点からすると、労災協力医の氏名等を秘匿することはもはや許されず、労災協力医の氏名等を開示することは、国民に対する行政機関の説明責任を果たす上でも求められているというべきである。

「行政機関の保有する情報の一層の公開を図り、もって政府の有するその諸活動を国民に説明する責務が全うされるようにするとともに、国民の的確な理解と批判の下にある公正で民主的な行政の推進に資すること」を目的とする情報公開法が施行された後においては、その必要性はますます高まっているものと考える。

さらに、情報公開に関する連絡会議申合せがなされた、平成17年8月3日以降、各行政機関は、その所属する職員について、補助的業務に従事する非常勤職員を除き、職務遂行に係る情報に含まれる当該職員の氏名については、特段の支障の生ずるおそれがある場合を除き、公にするものとするとされているところである。

このような観点からすると、非常勤ではあるが個々の行政処分に直接関与しているというその職務の重要性から、本件対象文書に記載されている労災協力医の氏名等は「法令の規定により又は慣行として公にすることが予定されている情報」と言うべきである。

諮問庁は、労災協力医の氏名等に関し、公にすべきとする法令の規定はなく、官報で広く知らせているといった事実はないとするが、法令上労災協

力医の氏名等を公にしないとの根拠は認められず、また、これまでの扱いをもって不開示の根拠としてこれを正当化することはできない。

さらに、諮問庁は、労災協力医の職務について「職務」としての性質自体が希薄であると説明する等、その他種々説明するが、いずれも、労災協力医が行政処分に直接関与する重要な職務を担っているという当審査会の上記判断を左右するものではない。

(4) 法5条6号該当性について

諮問庁は、本件対象文書を公にすると、請求人等から有形無形の圧力を加えられることを懸念する等により、医師が労災協力医への就任を承諾しないといった事態が発生し、その結果、労災保険給付に係る業務に支障を及ぼすおそれがあり、また、平成13年度答申第177号を受け、局医の開示を行った神奈川労働局では、当該取扱いを理由に2名の局医が辞任していると説明している。

医学的に困難な判断を伴う労災保険に係る事案等について労災協力医が意見を述べ、それが公にされた場合に、それと対立する別の意見が出され、激しい論争となることは十分に考えられるところである。しかし、特定の労災協力医が特定の個別案件に関与していること及びその氏名等は、一般的に労災協力医の氏名等が公にされることによって直ちに明らかとなるものではない。また、仮に特定の事案について意見を述べた労災協力医の氏名等が明らかとなった場合でも、当該労災協力医に対し、その意見をめぐる論争の域を超えて、不法、不当な有形無形の圧力が加えられることが当然に予想されるものではない。

以上のことからすると、その氏名等を公にしても、労災協力医に対して不法、不当な有形無形の圧力が加えられ、労災協力医としての活動が妨害されたり、そのことを懸念して、医師が労災協力医への就任を承諾しない、あるいは労災協力医を辞任するといった事態が発生し、労災保険給付に係る業務の適正な遂行に支障を及ぼす蓋然性が高いと認めることはできない。

また、平成13年度答申第177号に係る2名の局医の辞任の件については、上記のような蓋然性の程度に照らせば、この事例だけをもって、直ちに本件対象文書の不開示の根拠としてこれを正当化することはできない。

3　本件一部開示決定の妥当性

以上のことから、本件対象文書につき、その一部を法5条1号に該当するとして不開示とした決定について、諮問庁が同条1号及び6号に該当するとして不開示とすべきとしていることについては、同条1号及び6号のいずれにも該当するとは認められず、その全部を開示すべきであると判断した。

(第1部会)
委員　矢崎秀一、委員　村上裕章、委員　吉岡睦子

賛助会員　定期購読のお願い

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。

●中央労働金庫亀戸支店「(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

エグゼンプションにとどめを!
奥谷発言に非難が集中

共同アピール運動の2.23集会

2月23日、東京・総評会館で労働時間規制の撤廃に反対し、人間らしく働くための労働法制を求める共同アピール運動実行委員会の主催により、「日本版エグゼンプションにとどめを! 人間らしく働くための労働法制を! 2.23集会」が開催され、約130人が参加した。

集会は最初に棗一郎・弁護士が開会挨拶にたち、「今国会では上程は断念された。しかし、労働政策審議会の答申で手続はクリアされている。力を抜くことなく、世論をとらえた運動で日本版エグゼンプションの導入を阻止しよう」と訴えたの後、労働政策審議会労働条件分科会の労働者委員である田島恵一氏の報告が行われた。田島氏も、「あくまでとどめを刺す運動が必要だ」と訴えた。

現場からの発言としては、まず、東京過労死家族の会の木地節子会長が、家族の会の日本版エグゼンプション反対の取り組みの報告と審議会使用者委員の奥谷禮子氏の発言への過労死家族の立場から反論した。

全労働省労働組合の丹野弘さんからは、労働契約法案をはじめ今国会に上程が予定されている労働関連法案の動向と問題点が指摘された。

郵政労働者ユニオンからは、公社化・民営化による深夜業務の強化により多くの仲間が過労死していること、労災隠しがまかり通っている実態の紹介。また、日本郵政株式会社(持ち株会社)の社外取締役である奥谷禮子氏の暴言への抗議決議を採択し、同社及び日本郵政公社に申し入れたことの報告と今後の取り組みの決意が表明された。

続いて、古谷杉郎・全国安全センター事務局長が、ビデオプロジェクターで写真を示しながら、昨年夏の共同アピール運動発足以降の取り組みの紹介及び中間総括。ここで、ふたりのシモベ(御手洗、八代)を引き連れたマリー・アントワネット風の奥谷アントワネットが登場して寸劇を披露した。

最後に、小川英郎・弁護士が、派遣労働を自由化し、解雇規制をなくすなど、アメリカと同じにしようというのが財界の狙いだと指摘し、今後闘う上でも「残業代がゼロになる」という認識だけでは闘えない。「労働ビックバン」と称して働き方全体が変えられようとしているなかで、「私たちの働き方がどうなるのか」という大きな視点にたつことが必要だと述べ、これからの取り組みの必要性・重要性を訴えた。

木地さんの発言内容及び郵政労働者ユニオンの抗議決議を以下に紹介する。

また、棗一郎、中野麻美両弁護士と古谷杉郎の呼びかけで、「労働時間規制の撤廃と“労働ビッグバン”を許さない! 3.23集会」の一日実行委員会が結成され、3月23日(金)18:30から社会文化会館(永田町)での集会と国会請願デモが取り組まれることとなった。(http://www.jex-no.org)

「財界と政府与党、厚生労働省は昨年来、今年

の通常国会において、労働基準法を改正して『日本版エグゼンプション』を導入しようと目論んでいましたが、『日本版エグゼンプション』導入に反対する運動の幅広い広がりとメディア・国民世論の高まりの中で、2月6日、政府与党は、今年の通常国会での法案上程を見送らざるをえなくなりました。これは、全国の様々な労働組合、市民団体、個人の反対運動の成果であり、『日本版エグゼンプション』の当面の立法を阻止し得たといえます。

しかし、財界と政府与党は決して諦めたわけではなく、法案上程断念は今年実施される選挙対策にすぎません。それどころか、政府・自民党は『単なる説明不足で、国民に理解を得られていないだけだ』として、労働政策審議会に戻すことなく、政治主導で立法化をしようと画策しています。

また、今国会提出が予想される『労働契約法案』をみても、労働側が求めていた本来あるべき労働契約法の姿とは程遠く、極めて不十分なものでしかないので、拙速な立法は避けて十分な国民的議論を経て労働者・労働組合の意見を反映したものでなければ到底容認できません。

さらに、懸念されるのは、経済財政諮問会議の労働市場改革専門調査会が“労働ビッグバン”を標榜し、わが国の労働市場の規制を完全に緩和しようとしています。7月の参院選後には、“労働ビッグバン”の重要な柱として、あらためて『日本版エグゼンプション』の立法化を仕掛けるとともに、解雇自由や労働契約の金銭解消制度の立法化と合わせて、派遣期間制限の撤廃や派遣労働者の直接雇用義務の撤廃など派遣法の更なる緩和及び偽装請負の合法化などにより、常用雇用の破壊と非正規雇用へのさらなる流動化を強力に推し進めようとすることは目に見えています。

この政府・財界の動きは、日本の労働者と労働組合にとって、戦後最大の危機であるといってもよいと思われます。われわれはこのような『日本版エグゼンプション』の再度の導入を阻止し、“労働ビッグバン”の推進を断固として粉砕しなければなりません。そのために、『労働法制国会』が開催中の3月23日に、幅広い労働者、労働組合及び市民が結集して、全国集会を開催するための実行委員会を結成し、それに参集していただくことを呼びかけたいと思います。」（集会実行委員会の呼びかけ文から）

WE反対行動の報告と奥谷氏への反論

東京過労死を考える家族の会　木地節子

1　反対運動の報告

2005年の障害者自立支援法、2006年末の教育基本法は、たいへん激しく猛烈な反対運動が繰り返して行われたにもかかわらず、残念なことに実にあっさりと通過してしまいました。

私たち過労死家族の会が「日本版ホワイトカラーイグゼンプション」の反対運動を始めた頃は、言葉の意味から説明しないと相手に話が通じないという苦労がありましたから、はたしてこんなことで阻止できるのかなぁと、若干悲観的な思いもあったことは事実です。

しかし、昨年10月24日に皆様のご支援を受けて、家族の会や過労死家族が連合会長と厚生労働省に要請したことがきっかけになり、12月5日には日比谷野外音楽堂で、家族の会の元代表が力強いスピーチで反対意見を述べました。

その後、家族の会の中で独自の運動を展開しようという意見が出て、先ず、12月11日に会員12名が

厚労省へ行って、各人が自分の家族の過労死の事情を話し「ホワイトカラーイグゼンプションは過労死促進法です」と訴えたのです。

厚生労働省の官僚は、「週休2日相当の休日を取れるのだから、過労死の心配はない」と強弁しましたので参加者からブーイングが出たほどでした。お役人は、労働の実態を何も分かっていません。

次に、役人に文書を渡すだけでは足りないと思い、17日には労働政策審議会の分科会委員の一人ひとりに宛てて会員の訴えを全部コピーして送付しました。

12月20日には、東京家族の会独自で2,000枚のビラを作って、皆様のご協力も得て、昼休みの時間帯には丸の内仲通りで、その後は家族の会だけで日比谷に行って配りました。

東京だけでなく、大阪でも、名古屋でも、家族の会の会員がそれぞれ地域性のあるビラを作って大量に配ったのです。

また、要請文を各種メデイアに送って、家族の会がこの法案に絶対反対の立場とっていることを表明しました。

東京過労死家族の会は、「必見!サラリーマンの皆様へ」というタイトルをつけ、「あなたの残業代がゼロになります」というキャッチコピーで呼びかけました。中には激励してくださる通行人もいて、とても嬉しく感じたものです。

12月21日と27日には労働政策審議会の分科会の傍聴に参加しました。そのときには家族の会の会員が真正面に立ったまま、前に分科会の全員に送付しておいた「要請書」のコピーのファイルを掲げ続けるというアピール活動を行いました。

諦めず粘り強く運動をした結果、世論の高まりとともに参議院選挙前という政治的判断もあり、今回は取り敢えず法案上程を見送らせることができました。けれども、「理解が広まっていない」というのが見送りの理由ですから、まだまだけっして油断はできません。

2　奥谷禮子氏への反論

ところで、家族の会で問題になったのは、例の奥谷禮子氏の発言でした。

①「今まで8時間かけていた仕事を4時間でこなして、残り4時間は勉強に充てようとか、ボランティアをやろうとか、介護や育児に回すこともできる」について

これは一見したところ特に若いサラリーマンに聞こえのよいお話のようです。

日本中の企業がこんなふうだったら、過労死なんて先ず起こらないでしょう。

ですが、現実は程遠いのです。

非常に作業能率のよい人に「あなたは並みの人の2倍量を効率的に働くから、午後はお好きなように過ごしてください」と、連日、自由勝手にさせてくれる、そんな長閑な会社が今の日本に多数存在すると、奥谷氏は本気で考えているのでしょうか?

とんでもないことで、もし8時間分を4時間でこなせる人なら、残りの4時間にまたプラス8時間分、どうかするとそれ以上の仕事まで振ってくるのが上司のやり方です。仕事は手早くやる人ほど、上手くこなせばこなすほど、際限なく増えるというのが、わが国ではもはや常識です。

もし奥谷氏の言うとおりに、我もわれもとこれを実行したらどうなるでしょう。「今日は自己啓発のため」、「私は家庭サービスに・・・」、「自分はボランテイァに出かけます」と、有能な社員を大勢抱えている部署は、午後は職場に誰もいなくなってしまいます。

しかし、現実にはそこまで行く前に、多分、上司から「余剰人員が多すぎる」と見做され、人員削減や配置転換をされているはずです。

②「過労死するのは自己管理が悪い」について

一方で作業能率に問題がある人や、上司に反抗的な人など、企業にとってお荷物と考えられている人たちは、必然的にリストラの対象にされてしまいます。

そうして員数が減った場合でも、激しい企業同士の競争の中、ぎりぎりでペイする程度の条件で請け負ってきた契約ですから、残業させてでも納期やタイムリミットは絶対に守らせようとします。

その結果、リストラを免れ職場に残った人、普通の倍以上も仕事をこなす真面目で有能な人たちは、普通では到底こなせないほどの量の仕事をさせられ、有給休暇も休日出勤の代休も取れず、サービス残業などで酷使された挙句に、疲れ果てて脳や心臓の発作で命を落とすことになるのです。

でなければ、精神的に何らかの異常をきたすところまで追い詰められてしまいます。

彼らは、「午後は余暇」どころか、「睡眠時間は4～5時間しかとれず、体調が悪くても病院に行く時間さえもない」のです。

そうしてある日突然倒れる、それが日本の過労死・過労自殺の悲惨な実態です。

また、各種の業種の中には想定外のアクシデントに巻き込まれ、そのため「自由裁量」や「自己管理」とは程遠いところで仕事をさせられる人も結構います。このような職種の人がすべてブルーカラーとは限りません。

例えば、情報処理のトラブルやシステムダウンを修復せずに放置したら、今では大抵の企業の活動は完全にストップします。そんなときは休日であろうと睡眠中であろうと、担当者はすぐに駆け付けてリカバリをしなければなりません。たとえ休暇の最中でも、「休暇が終わってからやりましょう」では済まないのです。

こういう業種の責任者にされたら最後、完全にフリーな時間は持てません。

昔からシステムエンジニア（SE）の定年は30～35歳だと言われてきました。彼らは若くして心身ともに燃え尽き、過労死する者も多いのです。

それは、技術者の絶対数が少ないこともありますが、なまじ高度なスキルがあるため、過重に仕事の責任を背負わされている悲劇だと考えます。

彼らは健康への自己管理をやりたくてもやれない、切羽詰った状況で働かされています。

情報システム部でデータベースの運用・管理をしていた私の息子も、まさにこのような状況のもとで孤軍奮闘していました。人事部や直属の上司に、担当部署の異動を再三にわたって申し入れていたのですが受容れてもらえず、すごく頑丈な体格の持ち主でしたが、心臓発作を起こして倒れ、意識不明のまま13日後に両親の手の届かぬところへ逝ってしまいました。享年26歳でした。

何を根拠にして言われた言葉か分かりませんが、奥谷氏の発言はあまりにも理不尽です。苦労しながらも、真面目に一生懸命努力して働いている一般の労働者に対して、また、不幸のどん底に突き落とされた過労死遺族に対して、非常に失礼な言葉だと思います。

③「格差論は甘えです」について

奥谷氏がメンバーの一員となって進めてきた「規制改革」は、企業や使用者にとって利益誘導型のものでした。コストダウン、使い勝手の良さ等のため、低賃金の非正規労働者を増やし続けて、巨大企業は史上空前の利益を上げています。違法就業等で法に触れ、行政から指導が入ると、法そのものまで変えてしまおうとする「規制緩和」という方法で、一般の労働者を犠牲にして…。

「グローバル化」・「国際競争に勝ち抜くために・・・」をお題目に、経営者は費用対効果で分の悪い正規労働者を大幅に減らし、代わりに派遣、偽装請負、パート、アルバイト等の非正社員を増やして最低の賃金で雇ってきました。

彼らの低賃金がさらなる低賃金を招いて、生活保護家庭よりもひどい処遇で我慢させられながら働く人が増える、という悪循環を作ってきました。

その結果、社会に経済格差は大きく広がり、若者が将来に希望を持てない状況を作ってきた、その推進論者の一人である人が、「格差論は甘えです」とはどういうことでしょう。

そもそも、少子化問題も、将来の年金破綻の不安等も、元はといえば度重なる「行き過ぎた規制緩和」に起因していたはずです。

（まだまだ、奥谷氏の問題発言はきりがないほど続きますが、これら全部に反論していますと明日までかかってしまいますので、心残りですがこの辺で止めておきます。）

3　終わりに

過労死の遺族は、日本版ホワイトカラーイグゼンプションに強く反対してきました。それは、これ以上私たちのような悲惨な家族を増やして欲しくなかったからでした。しかし、残念なことに過労死・過労自殺は、減るどころか年々増え続けています。

「過労死するほど働かされる正社員とワーキング・プア」、どちらも日本の現実ですが、私たち過労死の遺族でなくても、こんな状況は悲惨すぎると思いませんか。

労働の「規制緩和」ではなく、逆に「非正社員の占める割合は全社員の10%以内に限る。希望する者には安定的長期雇用を。8時間労働を厳守し職場からサービス残業を追放する。」という、厳しい「規制強化」を、私はお願いしたいと思います。

日本郵政株式会社社外取締役奥谷禮子氏の暴言への抗議決議

1. 日本郵政公社が一つ星・二つ星認定試験*及びCS研修を委託している人材派遣業「ザ・アール」社長奥谷禮子氏（以下、奥谷氏）は、現在、日本郵政株式会社社外取締役に就任している。また、奥谷氏は、厚生労働省労働政策審議会委員として、審議に参与している。
2. 昨年、10月24日開催された第66回労働条件分科会の席上、奥谷氏は、「過労死までいくのは、やはり自己管理ですよ。」「はっきり言って、労働者を甘やかしすぎだと思います。」などと発言した。さらに、週刊「東洋経済」1月13日号でも同様の内容を繰り返し発言している。2月8日、朝日新聞はそのことを報じている。
3. 奥谷氏のこの発言は、過労死ご遺族の心中をかえりみない暴言であり、裁判でも過労死は認定されており、公序良俗に反する暴論であり、ご遺族に謝罪されるべき発言である。
4. とりわけ、奥谷氏は、郵政公社と深いつながりがあり、われわれ郵政関係の労働組合として看過することはできない。現在、郵政公社内の現職死亡は、深夜勤従事者に広がっており、その数は決して少なくはない。郵政深夜勤労働は、その是非をめぐって裁判が闘われている渦中でもある。この発言は、深夜勤従事者の過酷な労働実態を省みることのない許されざる内容でもある。
5. いうまでもなく、郵政事業は、国民のための通信と金融サービスをつかさどる公共性の強い事業である。これは、たとえ「民営」になろうとも事業の使命として生き続けるものであると考える。公共的事業をつかさどる企業は当然にしてその社会性が問われ、企業の社会的責任（CSR）が強く求められている。過労死被害者の痛みを考えず、公序良俗に反する発言を公然とおこなう人物が、日本郵政公社の接遇マナーの研修の総責任者であり、さらに、日本郵政株式会社のトップ経営陣にいることを労働組合として黙認できない。
6. われわれは、今回の奥谷氏の反社会的発言に強く抗議するとともに、奥谷氏に対して、自らの暴言を撤回し、過労死ご遺族に謝罪することを要求する。また、日本郵政公社ならびに日本郵政株式会社は、奥谷氏の今回の発言について見解を明らかにすることを申し入れるものである。

2007年2月12日

郵政労働者ユニオン第三回中央委員会

＊「一つ星・二つ星認定試験」は、郵政公社になって始まった接遇マナー研修制度。二つ星試験について典型的なのだが、勤務時間内ではなく休日に受験させるもので、特に「ゆうメイト」=非正規労働者には「受験しなければ積極的でないという評価になり時給が下がる」などと圧力がかけられているという。インターネットで「二つ星認定試験」を検索しただけでも、様々な情報が出てくる。

労働安全衛生の促進的枠組みに関する条約・勧告

2006年5月31日から6月16日、ジュネーブで開かれたILO第95回総会では、労働安全衛生の促進酌枠組みに関する条約（第187号）及び労働安全衛生の促進的枠組みに関する勧告（第196号）が採択された。以下に紹介する。残念ながら、このタイトルを冠していまの時点でつくる条約・勧告としては、きわめて不満足なものと言わざるを得ない。なお、この条約の討議において、「アスベストに関する決議」がなされたことは既報のとおりである（2006年7月号）。

ILO第187号条約

国際労働機関の総会は、

国際労働機関の理事会によってジュネーブに招集され、2006年5月31日に第95回会期として会合し、

業務上の負傷、疾病、死亡が世界的に多発していること、およびこれを削減するためのさらなる措置の必要性を認識し、

雇用から生じる疾病と負傷から労働者を保護することは、憲章に明記された国際労働機関の目的のひとつであることを想起し、

業務上の負傷、疾病、死亡は、生産性に、また経済的、社会的発展に否定的影響を及ぼすことを認識し、

フイラデルフイア宣言の第III（g）パラグラフで、国際労働機関は、世界の諸国民に、あらゆる職種の労働者の生活と健康に対する十分な保護を達成するためのプログラムを普及させるという厳粛な義務を負うと明記されていることに留意し、

「労働における基本的原則と権利に関するILO宣言」と、そのフオローアップ（1988年）を銘記し、

1981年の労働安全衛生条約（155号）、1981年の同勧告（164号）、および労働安全衛生促進の枠組みに関する国際労働機関の他の文書に留意し、

労働安全衛生の促進は、国際労働機関によるすべての人々のためのディーセントワークの取り組みの一環であることを想起し、

第91回国際労働機関総会（2003年）で採択された世界戦略である「労働安全衛生の分野でのILOの基準関連の活動に関する結論」、とくに労働安全衛生を国の優先課題として確保することに関連した内容を想起し、

安全衛生に対する予防的な国民文化を継続的に普及することの重要性を強調し、

総会の第4議題である労働安全衛生に関連した具体的な提案の採択について決定し、

これらの提案は国際条約の形態をとるべきであると決定し、

次の条約（引用に際しては2006年の労働安全衛生の促進的枠組みに関する条約と称することができる）を2006年6月15日に採択する。

第1部　定義

第1条

本条約の目的上、

(a)「国内政策」とは、1981年の労働安全衛生条約（155条）第4条の原則に基づいて策定される労働安全衛生と労働環境に関する国内政策をいう。

(b)「労働安全衛生のための国内システム」または「国内システム」とは、労働安全衛生に関する国内政策と国内プログラムを実行する主要な枠組みとなる基礎的な仕組みをいう。

(c)「労働安全衛生に関する国内プログラム」または「国内プログラム」とは、労働安全衛生を向上させるために、事前に決定された期限内に達成すべき目標、優先課題、活動手段、および進

捗状況を調査する方法が、規定された国内プログラムをいう。

(d)「安全衛生に対する予防的な国民文化」とは、安全で衛生的な労働環境に対する権利があらゆる段階で尊重される文化で、権利と責任と義務が明確にされたシステムを通して政府・使用者・労働者が、安全で衛生的な労働環境の確保に積極的に参加し、予防の原則が最優先課題とされることをいう。

第2部　目的

第2条

1　本条約を批准するすべての加盟国は使用者と労働者の最も代表的な組織と協議したうえで、国内政策、国内システム、国内プログラムの策定を通じて労働安全衛生を継続的に向上させ、業務上の負傷、疾病、および死亡を防止するものとする。

2　すべての加盟国は、労働安全衛生促進の枠組みに関するILOの文書に明記された原則を考慮に入れ、労働安全衛生に関する国内システムと国内プログラムを通じて、安全で衛生的な労働環境を段階的に達成するために、積極的な措置をとるものとする。

3　すべての加盟国は、使用者と労働者のもっとも代表的な組織と協議し、労働安全衛生に関するILOの諸条約を批准するためにとりうる措置を定期的に検討するものとする。

第3部　国内政策

第3条

1　すべての加盟国は、国内政策の策定を通じて、安全で衛生的な労働環境を促進するものとする。

2　すべての加盟国は、関連するあらゆるレベルで、安全で衛生的な労働環境に対する労働者の権利を促進し、前進させるものとする。

3　国内政策を策定する場合、すべての加盟国は、国内の条件と慣行を考慮し、使用者と労働者の最も代表的な組織と協議し、業務上の危険性の調査、業務上の危険性の要因に対する戦い、情報、協議、訓練を含めた安全衛生に対する予防的な国民文化といった基本原則を普及するものとする。

第4部　国内制度

第4条

1　すべての加盟国は、使用者と労働者の最も代表的な組織と協議し、労働安全衛生のための国内制度を確立・維持し、段階的に発展させ、定期的に見直すものとする。

2　労働安全衛生のための国内制度には、特に以下の内容を含むものとする。

(a) 法令、必要な場合は労働協約、その他の労働安全衛生に関する適切な規定。

(b) 国内法と慣行に基づいて指定された労働安全衛生に責任を負う一つまたは複数の機関。

(c) 国内法令の順守を確保するための監督システムを含めた仕組み。

(d) 職場に関連した予防対策に不可欠な要素として、実行段階での経営者および労働者とその代表の協力を促進するための体制。

3　労働安全衛生のための国内制度には、必要な場合は以下を含めるものとする。

(a) 労働安全衛生問題を取り扱う国内の一つまたは複数の三者諮問機関。

(b) 労働安全衛生に関する情報と助言のための機関。

(c) 労働安全衛生に関する訓練の実施。

(d) 国内法と慣行に基づく労働衛生機関。

(e) 労働安全衛生に関する研究。

(f) 関連するILOの文書を念頭に、業務上の疾病と死亡に関するデータを収集。分析する体制。

(g) 業務上の負傷と疾病を対象とした保険または社会保障制度との協力の規定。

(h) 零細、中小企業とインフォーマル経済の労働安全衛生条件を段階的に向上させるための支援体制。

第5部　国内プログラム

第5条

1　すべての加盟国は、使用者と労働者のもっとも代表的な組織と協議し、労働安全衛生に関する国内プログラムを策定・実行・監視・評価し、定期的に見直すものとする。

2　国内プログラムは以下をなすものとする。

(a) 安全衛生に対する予防的な国民文化の確立を促進する。

(b) 業務上の負傷・疾病・死亡を予防し、職場の安全と健康を促進することを目的に、国内法と慣行に基づき、合理的に実行可能な範囲で業務に関連した危険性を排除または最小化することで、労働者の保護に貢献する。

(c) 労働安全衛生のための国内制度の分析を含めた労働安全衛生に関する国内状況の分析に基づいて、これを策定し、見直す。

(d) 目的、目標、前進の指標を定める。

(e) 可能な場合には、安全で健康的な労働環境の段階的実現を支援する補完的な国内プログラムと計画によって、これを補強する。

3　国内プログラムは幅広く公表し、可能な限り、国内最高の権威によって承認され、開始されるものとする。

第6部　最終規定

第6条～第14条（省略）

ILO第196号勧告

国際労働機関の総会は、

国際労働機関の理事会によってジュネーヴに招集され、2006年5月31日に第95回会期として会合し、

同会期の第4議題である労働安全衛生に関する提案の採択を決定し、

その提案は「2006年の労働安全衛生の促進的枠組みに関する条約」（以下、「条約」という）を補完する勧告の形態をとるべきであると決定し、

次の勧告（引用に際しては2006年6月15日、「2006年の労働安全衛生の促進的枠組みに関する勧告」と称することができる）を採択する。

I　国内政策

1　条約第3条に基づいて策定される国内政策は、1981年の労働安全衛生条約（155号）第II部、および同条約に規定された労働者、使用者、政府の関係する権利・義務・責任を考慮に入れなければならない。

II　国内システム

2　条約第1条（b）が定義する労働安全衛生に関する国内システムを確立し、維持し、段階的に発展させ、定期的に見直す場合、加盟国は、

(a) この勧告の附属書に列記された労働安全衛生促進の枠組みに関する国際労働機関の文書、特に「1981年の労働安全衛生条約」（155号）、「1947年の労働監督条約」（81号）、「1969年の労働監督（農業）条約」（129号）を考慮に入れなければならない。

(b) 条約第4号（1）に規定された協議の対象を他の利害関係者に拡大することができる。

3　業務上の負傷・疾病・死亡を予防する観点から、国内制度は、すべての労働者、特にリスクの高い産業の労働者、ならびにインフォーマル経済の労働者や移民および若年労働者など立場の弱い労働者を守るための適切な措置をとらなければならない。

4　加盟国は、性と生殖の健康を含めた男女両方の労働者の安全と衛生を守る措置をとらなければならない。

5　条約第1条（d）に定義された国内の安全と衛生に対する予防的な文化を促進する場合、加盟国は以下のことを追求しなければならない。

(a) 必要に応じて職場および国際的取り組みと連携した国内キャンペーンを通じ、労働安全衛生に対する職場と一般国民の認識を向上させること。

(b) とくに経営者、管理者、労働者とその代表、政府の安全衛生担当者に対し、労働安全衛生に関する教育と訓練を提供するための仕組みを拡充すること。

(c) 教育と職業訓練プログラムでは、労働安全

衛生の概念と、必要に応じて専門能力について紹介すること。

(d) 関係する当局、使用者、労働者の各代表の間で、労働安全衛生に関する統計とデータの交換を促進すること。

(e) 使用者と労働者、及び各代表に情報と助言を提供し、合理的に可能な限り、業務関連の危険性を排除または最小化する観点から、両者間の協力を促進すること。

(f) 国内法と慣行に基づき、職場段階での安全衛生指針の確立と安全衛生合同委員会の設置、労働者の労働安全衛生代表者の指名を促進すること。

(g) 国内法と慣行に基づき、零細企業と中小企業、ならびに請負業者が労働安全衛生指針を実行する際の障害を排除すること。

6　加盟国は、「労働安全衛生マネジメントシステムのガイドライン」(ILO-OSH2001) に示された手法など、労働安全衛生に対するマネジメントシステムを促進しなければならない。

III　国内プログラム

7　条約第1条(c)に定義された労働安全衛生に関する国内プログラムは、とくに職場レベルでの危険性の調査と管理の原則に基づかなければならない。

8　国内プログラムは、行動のための優先課題を明確にし、これを定期的に見直し更新しなければならない。

9　国内プログラムの策定と見直しに際して、加盟国は、条約第5条 (1) に規定された協議の対象を他の利害関係者に拡大することができる。

10　条約第5条の規定の効果を確保する観点から、国内プログラムは、使用者と労働者の各代表の参加を含めた職場での予防措置と活動を積極的に促進しなければならない。

11　労働安全衛生に関する国内プログラムは、必要に応じて、公衆衛生や経済開発に関するものなど、他の国内プログラムおよび計画と調整しなければならない。

12　国内プログラムの策定と見直しに際して、加盟国は、みずからが批准した条約に基づく義務に影響を与えることなく、この勧告の附属書に列記された労働安全衛生促進の枠組みに関するILOの他の文書を考慮に入れなければならない。

IV　国内概況

13　加盟国は、労働安全衛生に関する現在の状況と、安全で衛生的な労働環境の実現に向けた進捗状況をまとめた国内概況を作成し、定期的に更新しなければならない。この概況は国内プログラムの策定と見直しの基礎にしなければならない。

14 (1) 労働安全衛生に関する国内概況には、必要に応じて以下の内容を含めなければならない。

(a) 法令、必要に応じて労働協約、および労働安全衛生に関する他の重要な文書。

(b) 国内法と慣行に基づいて指定された労働安全衛生に責任を負う一つまたは複数の機関。

(c) 国内法令の順守を確保するための監督システムを含めた仕組み。

(d) 職場に関連した予防措置に不可欠な要素として、実行段階での経営者および労働者とその代表の協力を促進するための体制。

(e) 労働安全衛生を取り扱う全国的な一つまたは複数の三者諮問機関。

(f) 労働安全衛生に関する情報と助言機関。

(g) 労働安全衛生に関する訓練の実施。

(h) 国内法と慣行に従った労働衛生機関。

(i) 労働安全衛生に関する研究。

(j) 関連するILO文書を念頭に、業務上の負傷と疾病、およびその原因に関するデータの収集と分析の体制。

(k) 業務上の負傷と疾病を対象とした保険または社会保障制度との協力の規定。

(l) 零細、中小企業とインフォーマル経済の労働安全衛生条件を段階的に向上させるための支援体制。

(2) また、労働安全衛生に関する国内概況には、

必要に応じて以下に関する情報を含めなければならない。

(a) 国内プログラム見直しの仕組みを含めた国と企業段階での調整と協力の仕組み。

(b) 労働安全衛生に関する技術的基準、実践規範、指針。

(c) 促進対策を含めた教育と認識向上の体制。

(d) 労働安全衛生に関する研究機関を含め、労働安全衛生のさまざまな側面に関係した専門的な技術的、医学的、科学的機関。

(e) 監督官、安全衛生担当官、労働医と衛生士など、労働安全衛生分野に従事する人員。

(f) 業務上の負傷と疾病に関する統計。

(g) 使用者団体と労働者団体の労働安全衛生に関する方針とプログラム。

(h) 国際協力を含めた労働安全衛生に関する定期的または継続的な活動。

(i) 労働安全衛生のための財源と予算。

(j) 人口動態、識字率、経済と雇用に関する入手可能なデータ、および他の関係する情報。

V 国際協力と情報交換

15 国際労働機関は、以下のことを行なわなければならない。

(a) 発展途上国をはじめとした各国を支援する観点から、労働安全衛生に関する国際的な技術協力を促進すること。

(i) 安全衛生に対する予防的な国民文化を確立し、維持する能力を強める。

(ii) 労働安全衛生に対するマネジメントシステムの手法を促進する。

(iii) この勧告の附属書に列記された労働安全衛生を促進するための枠組みに関するILO文書の実行と、条約の場合は批准を促進する。

(b) 条約第1条 (a) の意味における国内政策、優れた実践と革新的手法を含めた労働安全衛生に関する国内システムとプログラム、職場の新しい危険性の把握についての情報交換を促進すること。

(c) 安全で衛生的な労働環境実現に向けた進捗状況の情報を提供すること。

VI 附属書の更新

16 この勧告の附属書は、理事会が見直し、更新する。見直された附属書は理事会が採択し、国際労働機関の加盟国に伝達された後、以前の附属書に取って代わる。

労働安全衛生の促進的枠組みに関する附属文書

I 条約

1947年の労働監督条約 (81号) /1960年の放射線防護条約(115号)/1964年の衛生(商業及び事務所)条約(120号) /1964年の業務災害給付条約 (121号) /1969年の労働監督(農業)条約(129号)/1974年の職業がん条約 (139号) /1977年の作業環境 (空気汚染、騒音及び振動) 条約 (148号) /1979年の労働安全衛生 (港湾労働) 条約 (152号) /1981年の労働安全衛生条約 (155号) /1985年の労働衛生機関条約 (161号/1986年の石綿条約 (162号) /1988年の建設業の安全衛生条約 (167号) /1990年の化学物質条約 (170号) /1993年の大規模労働災害防止条約 (174号) /1995年の鉱山安全衛生条約 (176号) /1947年の労働監督条約 (81号) の1995年議定書/2001年の農業安全衛生条約 (184号) /1981年の労働安全衛生条約 (155号) の2002年議定書

II 勧告

1947年の労働監督勧告 (81号) /1947年の労働監督 (鉱業および運送業) 勧告 (82号) /1953年の労働者健康保護勧告 (97号) /1956年の福祉施設勧告 (102号)/1960年の放射線防護勧告(114号)/1961年の労働者住宅勧告 (115号) /1964年の衛生 (商業及び事務所) 勧告 (120号) /1964年の業務災害給付勧告 (121号) /1969年の労働監督 (農業) 勧告 (133号) /1974年の職業がん勧告 (147号) /1977年の作業環境 (空気汚染、騒音及び振動) 勧告 (156号) /1979年の労働安全衛生 (港湾労働) 勧告 (160号) /1981年の労働安全衛生勧告 (164号) /1985年の労働衛生機関勧告 (171号) /1986年の石綿勧告 (172号) /1988円の建設業における安全健康勧告 (175号) /1990年の化学物質勧告 (177号) /1993年の大規模労働災害防止勧告 (181号) /1995年の鉱山安全衛生勧告 (183号) /2001年の農業安全衛生勧告 (192号) /2002年の職業病の一覧表勧告(194号)

連載第51回

語りつぎたいこと
―日本・アジアの片隅から―

CAW・AWWCの発足

塩沢美代子

URMオフィスの香港移転

私が労基法改悪阻止闘争にあけくれていた1979年に、CCAでは大きな変化があった。

私をアジアに引張り出した韓国人のオウさんが、URM（旧UIM）の担当主事を下りて、後任はインド人のジョージ・ナイナン氏となり、オフィスが香港に移ることになったのである。略称がUIMのときは、都市に働きにきた労働者の人権を守ることに重点がおかれていた。しかし、その背後に農村の極端な貧しさがあることにも対応しなければならないとわかり、都市農村宣教の略称としてURMとなっていた。主事が変っても活動方針はひきつがれるので問題はないが、オフィスが香港に移ることは、私にとって大問題だった。

かつて私はオウさんに、有給のスタッフにならないか、といわれたことがあった。しかし、労働問題に関るだけなら、インスタント英語でもなんとかなったが、日本人のスタッフはひとりだけだから、英語でなんでもやらなくてはならないので、とても無理だし、私は日本の労働界にも片足をおいておかないと、アジアの労働実態を知らせていくこともできないからとお断りした。

それで私はボランティアとして机を与えられ、電話やテレックスも自由に使い、アジアでの諸活動の経費は、香港での英語研修をはじめ、すべてCCAが出して下さっていた。

オフィスの移転に伴い、それまで私のしていた活動をする女性が必要となり、アメリカ人のスタッフが探した結果、フィリピン人のカトリックのシスターで、かつてアメリカで労働運動について学んできた、テレサ・ダグダグという人が、やってくれることになった。

テレサは仕事の引きつぎのために来日してくれ、時間をかけて、それまでに私のつかんできた各国の状況や、コンタクトパーソンなどについて、入念に話しあった。そしてこれから、どういう活動をしていったらいいかということについても、私の意見を伝えた。

1980年の3月には、オフィスは香港に移転していった。

後継者はできたものの、私はすでに3年余り、アジア各地を歩いていたので、現地の活動家たちには、“ミヨコ”という名前が定着してしまい、私のところに手紙がきたりする。

ところが私の暮しは以前にも述べた通り、定収入は全くなく、講演の謝礼や原稿料で辛うじて成り立っていたので、生活レベルは生活保護の水準に近いといっても、過言ではなかった。毎月の電話料や光熱費にもひやひやしていたのだから、自宅の電話で海外にかけたり、郵便物を送ったりするのは負担で、とても続かない。

自由にやりたいことだけやるという、精神的なぜいたくをしているのだから、自分の暮しの貧しさは、当然のこととして苦にならなかったが、自費でアジアとの交流活動をすることは全く不可能だった。

活動と拠点を支える募金

困りはてた私は、はじめてキリスト教に接した20代のはじめから、植村環牧師ととに私の生き方を見守り支えて下さった、高倉徹牧師夫妻に、この苦悩を打ちあけた。

私がCCAの要請を受けて、アジアで活動していることは、充分に知っていた夫妻だった。その頃は私がアジア諸国の独裁政権下の、地下運動に関っていることは日本国内でもかくしていたが、高倉牧師には話していた。あるとき韓国で、獄中にあった金大中元大統領が奥さんに出した手紙のコピーを渡されたとき、ネクタイを買ってその台紙と箱の間にかくしてきたことがあるが、そのネクタイを高倉牧師に上げて、いわれを話したこともあった。

CCAURMの移転で生じたこの問題について、高倉夫妻はしばし考え込んでから、“アジアでキリスト教団体が女子労働者の人権問題に取り組んでいるのに、日本のキリスト者がなんにもしないでいてはならない。とりあえず塩沢さんがアジアに関る活動のできるように、お金を集めて、日本国内に拠点をつくるべきだ”という決断をされた。

それからの事の運びは早かった。当時日本NCCの総幹事だった中嶋正昭牧師をはじめ数人の有志が集められ、募金活動をはじめることになった。その名称が、“塩沢さんの働きを支える会”となった。そこで私はそんな名称ではなく、“アジアの女子労働者を守る”とか、活動内容の明らかな名称にしてほしいというと、“アジアの労働者”などといってお金は集まらない。塩沢さんがやっているということで、お金が集められるのだ、と却下されてしまった。趣意書には、私の活動内容が記されたが、政治的セキュリティの関係もあり、抽象的な表現に止まった。中嶋牧師は、韓国の民主化闘争を支援する緊急会議を立ち上げた方で、それ故に韓国には絶対に入国できなかった。

高倉・中嶋両氏ともに、平和・平等の社会をめざして行動することが、キリスト者の責務と考えている点で、オウさんと全く同じだった。高倉牧師は日本キリスト教団の総幹事経験者でもあり、他の募金委員も活動的で人脈の広い方たちが名を連ねて下さった。

高倉委員長と委員会のメンバーが、尊敬され信頼されている方たちだったので、たちどころに200万円くらいのお金が集った。

そこで場所を探すと、キリスト教会館のなかの一室をつかっているが、そこで仕事をされる方はひとりという団体があった。そのオフィスの片隅に畳二帖分くらいのスペースを借りて、机ひとつを置き電話をひき留守電も設置して、塩沢事務所なるものが誕生したのである。

私は講演などに出かける日以外はここに出勤することになった。人件費は私がアジア関係の仕事をした日数分を、自己申告してお金を管理して下さっている高倉牧師から、受け取ることになった。

この募金は一時的なものではなく、毎年つづけていただくように要請していたので、年単位で会計報告も、募金委員会に報告し、募金に応じて下さった方々に送った。高倉牧師はお金の計算など不得意なので、実際はお嬢さんにやらせていた。彼女はNCCの韓国の民主化に連

帯する会で活動している方だった。

募金のアピールは、キリスト教関係者だけでなく、それまでに私と関りのあった労働組合の人たちにも送られていたので、全蚕糸労連の小口委員長などは、亡くなるまでの20年近く、つづけて支援して下さった。

その一方でつらい思い出もある。募金活動により塩沢事務所の電話を知った、食品労連傘下の、キッコーマン醤油労組の年輩の女性からの電話だった。この会社では事務所のOLたちは、結婚退職が不文律になっていたのか若い人ばかりで、労組には全く無関心だが、力仕事で労働のきつい現場は、40代50代の女性が多く、組合活動は彼女らが核になっていた。近在の農家の主婦が多かったから、子供が生まれても姑さんに世話してもらえるし、農家にとって毎月の現金収入は貴重だから、結婚・出産後もつとめつづけたのだろう。

私に電話をしてきた人は、まさに戦争独身といえる人で、婦人部活動の中心だった。その頃、食品労連で比較的姿勢のよかった労組に、次々と会社が巻き返しの圧力を加え、御用化していっているという話はきいていた。キッコーマン労組もその波に呑まれかけていたらしい。

彼女のいうには「アジアも大事かもしれませんが、塩沢さんが指導して下さった、うちの組合もたいへんなんです。今まで築き上げてきたものが、どんどん崩れているのです」と悲痛な訴えだった。

このときくらい、“身体がふたつあったなら〜”と思ったことはない。労連全体がそういう傾向にあるなかで、私に何かできるわけではないが、せめて彼女と会って話をきくべきだったが、その時間がとれなかったので、今も悔いが残っている。

カトリックとの連帯

香港では、かつて私が英語研修でお世話になったCICのあるビルの一室に、CCAURMのオフィスが設けられ、後任のジョージ・ナイナン氏がインドから赴任し、英語の達者な香港の女性が秘書となり、テレサとともに活動がはじまった。

CCAとはプロテスタント教会の国際団体であり、テレサはカトリックのシスターだった。

彼女は女子労働者の人権を守るという活動に、意義を感じてやる気になったらしいが、CCAの仕事の専従になるについては、カトリック団体の理解をえなければならない。これが契機となって、CCAとフィリピンでの私の活動の拠点になっていたOHDの上部団体である、カトリックのアジア司教協議会が、この活動をジョイントアクションとして取り組み、経費も半々に負担することになった。これにより行動範囲が大幅に拡がることになった。

私がカトリックがいかにグローバルに、いたるところに存在しているかを知ったのは、この時からである。それまでは台湾・タイ・マレーシアには、オウさんはこの活動のコンタクトパーソンを見付け出せなかった。テレサは、カトリックのネットワークを通じ、いずれの国にも、然るべきグループや人物とわたりをつけることができた。シンガポールにもカトリック団体はあったが、当時は韓国と同じく、リ・カンユウ大統領の徹底した弾圧下で、この活動に加わることはできなかった。マレーシアも同じような状況だったが、後に極秘で国際集会をもつこともできた。

カトリックとの連帯のメリットは、どの国にも宿泊施設や修道院があり、とくに修道院は、ひそかに国際集会をするときなど、かっこうの隠れ家になった。

アジアと日本で新団体

ジョージは聖交会という教派の、インドでは高い地位にあった人らしいが、すでにCCAURMの委員長をしていた方だった。私は、1977年のマニラ集会の後に、女子労働者の人権問題を、CCAの活動のひとつとして取り上げて下さいと

アピールしに、マレーシアのペナンで開催されたCCAの総会に行ったときにお会いしていた。オウさんはあまりにシャープで、何を考えているのかわからず、アジアの状況、とくに韓国の状況に全く無知だった私は、ついていくのに苦労した面があったが、ジョージは対照的なタイプで、みるからに包容力を感じさせる人だった。

テレサも香港の修道院に転居し、ジョージのもとで活動をはじめた。彼女は各国を廻って、ひと通り状況をつかんだ後に、この活動を自分ひとりの考えで進めるのではなく、各地で活動の中心となる人たちで、委員会をつくって進めようと考えた。そこで香港のシスターとCICの女性スタッフと私が、初代の運営委員となって81年に発足した。その他の国は弾圧がきびしくて、とても委員になってもらうことはできなかったのである。

この会の名称は、アジア女子労働者委員会というのが本来なのだが、労働者という言葉がはいると、各国の官憲ににらまれてしまうので、英語では、アジア女性委員会とし、CAWと略称することになった。アジアの女性というだけなら、フェミニズムの運動かなんかに思われ、無難だからというわけである。日本国内では、活動の目的や内容がはっきりしないと、ボランティアやサポーターをふやしていけないので、本来の名称を使ってきた。

私は76年から、おぼつかない英語で、孤軍奮闘してきた活動が、やっと軌道に乗ったかと、感慨無量だった。

机ひとつで始まった塩沢事務所も、CAWの日本事務所として仕事量はふえる一方で、アルバイトやボランティアが必要となり、机は三個に本箱、タイプライターなどを置くまでになり、スペースも狭いながらも、少しずつ拡大していった。

それによって経費は増大していったが、高倉牧師をはじめ募金委員たちの人徳のおかげで、募金も着実にふえていった。活動の内容がわかってくると、労働界や広範な分野の人たちが募金に応じて下さった。

そこで3年後の1983年には、“塩沢事務所”は“アジア女子労働者交流センター”という任意団体に発展し、発足の集会にはジョージ・ナイナン氏も出席して下さった。CAWの仲間も喜んでくれ、AWWCという略称でアジアに通用するようになった。

もっとも幸いだったのは、この活動に精魂を傾け、仕事もよくできるスタッフやボランティアに恵まれたことだった。スタッフといっても、身分保障もないパートで、働きに応じた報酬は出せないのが、私の悩みだった。

自分を“口べらし”

そんな時に、運営委員のひとりで社会福祉学科の一年後輩だった一番が瀬康子さんが、全く思いがけない私の“出稼ぎ”の話をもってきた。埼玉県に新設される短大の社会福祉学科の教員という職である。母校の助手をたった1年でやめてから、教師という職業は思ってもみなかった。しかし彼女とは昔から、労働組合は福祉に関心をもつべきだし、福祉関係者は労働問題を知るべきだと、話しあっていた。彼女は“あなたはアジアの貧困もみてきたのだし、学生に伝えるべきだ”ともいった。

交流センターの日常活動は、繊維労連で長く働き、インドで英語を学び、センターでもずっとアルバイトをしてきた広木道子さんが中心になって、私と連絡をとりながらやっていける。かつて貧しい農家が、娘を製糸・紡績に働きに出すのを“口べらし”といったのと同じ構図で、私がセンターの“口べらし”ができ、しかも意義ある仕事ができるのなら、ためらってはいけないと思い、その職につくことにしたのである。

※前号33頁の高橋久子氏の「後に大臣になったり、国家公安員になったり」は誤りで、同氏は、「女性初の最高裁判事」になっています。

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

アクション・メゾテリオーマ・デー

The UK Asbestos Plague, IBAS, 2007.2.27

イギリスでは、5時間毎にひとりが中皮腫によって死亡している。この侵略的なアスベストがんは、かつては稀な病気であったが、いまや毎年2千名近い人々を殺しており、専門家は、今後数十年間にイギリスで12万以上のさらなる死亡の可能性を予測している。中皮腫が交通事故よりも多くの人命を奪っているイギリス最大の産業殺人者であるとはいえ、そのことを知っている者はわずかであり、これを発音できない者すらいる。

人々の注意を喚起するために、アスベスト被害者グループは、公衆衛生問題の活動家や労働組合、NGOと協力して、2007年2月27日に第2回目になる全国中皮腫行動日（ナショナル・アクション・メゾテリオーマ・デー）の取り組みを行う（http://www.btinternet.com/~ibas/Frames/f_lka_fut_events2_2005.htm）。各地のアスベスト病院で集会、デモ、風船のリリースやキャンドル・サービスなどが行われ、ウエストミンスターでは、下院超党派アスベスト小委員会議長のMichael Clapham議員によりアスベスト・イベントが催される。こうした取り組みに敬意を表するため、BBCシティ・センターのTVスクリーンには27日一日中、「中皮腫―アスベスト疫病の人間への現われ」と題した8分間のビデオ・クリップが繰り返し放映される。この印象的でドラマチックなビデオは、世界中どこからでもYouTubeにアクセスして観ることができる（http://www.youtube.com/watch?v=gLTDknLVm4A）。よりビジュアルな素材がJason Addyにより集められ、Calderdale TVの制作チームにより別のウエブサイトで提供される（http://www.actionmeso.info/）。また、アクション・メゾテリオーマ番組をまた別のところ（http://www.spodden-valley.co.uk/mesothelioma/TonyRobinsonAMDaudio.wma）で聞くこともできる。

アクション・メゾテリオーマ・デーを記念して、保健大臣ロージー・ウィンタートンは、ニューカッスルのア

スベスト被害者支援グループであるミック・ナイトン中皮腫リサーチ基金が開催したイベントの場で、ナショナル・メゾテリオーマ・フレームワーク（全国中皮腫枠組み）の発行を発表した。

保健省が肺がん・中皮腫助言グループ及び英国胸部医学会と協力して策定した、この53頁のフレームワークは、診断、治療、支持・緩和ケア、臨床専門看護士の役割、調査研究、情報、給付及び補償を含む、幅広い問題をカバーしている。この国民保健サービス（NHS）のための自主的なサービスの手引は、イギリスにおける全ての中皮腫患者のためにケア及び転帰を改善しようとするものである。

http://www.btinternet.com/~ibas/Frames/f_lka_uk_asb_plague.htm

政府は中皮腫に関する行動を起こす

UK Department of Health, 2007.2.27

アスベスト曝露に関連したがんに罹った人々の後押しとなる、ケアを改善する新たなフレームワーク（枠組み）が、今日、保健大臣ロージー・ウィンタートンによって開始される。

アクション・メゾテリオーマ・デーにあたってロージー・ウィンタートンは、ゲートヘッド・ミレニアム・ブリッジでの記念行事の場で、ナショナル・メゾテリオーマ・フレームワークの出版を発表する。

新たな枠組みは、国民保健サービス（NHS）に対して、すでに肺がん患者に実施されている体系の上に築く、ケアの質を改善するための中皮腫患者に対するサービスの構築方法に関するアドバイスを提供するものである。NHSが、中皮腫患者とその家族によりよいケアを保障するために、この枠組みに示されている勧告を採用することが望まれる。

「中皮腫は、とりわけその発症数が地域により異なり、ある地域では稀れであるという状況のもとで、NHSにとって、その診断及び管理が挑戦的な課題である。

それゆえ私は、今日ここに喜んでナショナル・メゾテリオーマ・フレームワークを開始する。」

英国肺財団の最高責任者デーム・ヘレナ・ショベルトンは、次のように語る。

「われわれは、保健省による、アスベストによるがんである中皮腫患者のサービスを改善するこのイニシアティブを歓迎する。アクション・メゾテリオーマ憲章は、この中皮腫が国の優先課題とされることを求めている。このイニシアティブは、この悲惨な病気に罹った人々が、今後最良の治療及びケアを受けるよりよいチャンスを手に入れられるようにするのに役立つだろう。」

ミック・キングトン中皮腫研究基金のクリス・キングトンは言う。

「アクション・メゾテリオーマ・デーは、過去、現在、そして未来に―アスベストの危険性に対するより大きな注意換気を促進するために必要な多くの機会を提供するだろう。イギリスは中皮腫の流行に直面しているが、アスベストの危険性に対する関心は今なお危ういほどに低い。

中皮腫は残酷な病気で、これまでのところ治療法がなく、人々が引き続きアスベストに対して油断を怠ってはならないことを理解することがきわめて重要である。アスベストに接触する全ての人が、リスクがある。」

枠組みは、全国肺がん・中皮腫助言グループによるアドバイスに基づいており、また、パブリック・コメント手続で寄せられた様々な意見を踏まえたものである。

※原文は、http://www.gnn.gov.uk/environment/fullDetail.asp?ReleaseID=267116&NewsAreaID=2&NavigatedFromDepartment=False

より詳しい情報は、英国肺財団のウエブサイトで入手できる；http://www.lunguk.org/

アクション・メゾテリオーマ憲章

Action Mesothelioma Charter

私たち、下記の署名者は、以下のことを確信します。

中皮腫患者及びその家族は、以下の権利を有している。

1. 多分野総合チームの検討に支えられた迅速かつ的確な診断
2. 様々なメディア及び言語で利用可能な多様な情報源からの質のよい情報
3. 闘病期間中を通じて適切な資格を有する看護士及び多分野総合チームによる支援
4. 多分野総合チームによる支援及び助言を利用できる環境のもとで可能な最良の治療が考慮されること
5. 諸給付に関する最新の助言及びその申請にあたっての援助を受け、また、給付の迅速な支払いを受けること
6. 中皮腫事件に経験をもつ弁護士事務所から法的助言及び指導を受けること
7. 終末期の決定及び自宅でのケアに関する指導
8. 最大3か月以内に透明かつ公正な手続によって検死官による、首尾一貫した全国的サービスの提供

また、政府に対して以下のことを要求する。

9. がん対策のツアー［国家がん対策長官］によって中皮腫を国の優先課題とすること
10. 診断、治療及び患者のための転帰を改善するという観点から、他の国レベルの諸団体とともに、質のよい調査研究に資金提供すること
11. 中皮腫の診断及び管理のグッド・プラクティスに関する臨床ガイドラインの作成を支援すること
12. 安全衛生庁（HSE）が現行のアスベストに関する諸規制を精力的に執行するのを保障すること
13. 労働者の防護に必要な全ての機器を含め、安全な労働環境を提供することにより、将来のアスベストへの曝露を予防すること
14. 全ての労働者を保護する現行の諸規制の執行を確保するために、労働組合及び関係者と協力すること
15. 政府の管轄する施設における全てのアスベストを確認し、現実的または必要な場所で、除去作業を行う場合には、安全な除去を組織すること

中皮腫は、主としてアスベスト曝露により生ずる、悪性の肺疾患である。イギリスでは、5時間ごとに誰かが中皮腫によって死亡している。

http://campaign.publicaffairsbriefing.co.uk/petition.aspx?cid=7b1d6ffa-14a5-4dbd-bc30-2351413469f4

ニューカッスルでのアクション・メゾテリオーマ・デーの取り組み（2007年2月27日）

メゾテリオーマ・フレームワーク

国中においてケアの質を改善するための悪性胸膜中皮腫（MPM）患者に対するサービスを構築する方法に関するNHSに対する助言

2007年2月27日　イギリス保健省

国家がん対策長官（ナショナル・キャンサー・ディレクター）による序文

イングランドでは、毎年約1,800件の中皮腫の新たな事例が診断されている。患者の大多数は診断から1年以内に亡くなり、5年間生存するのはごくわずかにすぎない。

中皮腫患者が可能な限り早期に診断され、適切な場合には根治療法が提供され、最上の緩和措置及びケアにアクセスでき、金銭給付及び可能性のある補償に関するものを含めた適切な情報及び助言を与えられるようにすべきことは緊急の課題である。

このフレームワークは、保健省の肺がん・中皮腫助言グループのメンバー及び英国胸部医学会からの助言に基づいて、保健省が策定したものである。がんネットワーク、専門家グループ及び患者グループとの協議のなかで受け取ったコメントも含まれている。貢献していただいた全ての皆様方に感謝したい。

このフレームワークに示される勧告を実施することが、中皮腫患者に対するケアの質を改善するものと信じている。

マイク・リチャード教授
国家がん対策長官

はじめに

このフレームワークは誰のためのものか?

1. このフレームワークは、イングランドにおける戦略保健当局（SHAs）、がんネットワーク、一次医療トラスト（PCTs）及び国民保健サービス（NHS）トラストに、国内のどこにおいても均質かつハイレベルであるようにケアの質を改善するための、中皮腫患者に対するサービスを構築する方法に関する助言を提供しようとするものである。これには、以下に関する助言が含まれる。
   a. サービスの構成
   b. 注意喚起
   c. 臨床管理
   d. 情報、リサーチ、監査などの基礎プログラム
2. このフレームワークは、臨床ガイドラインというよりも、サービスの手引を意図したものである。すなわち、中皮腫患者に改善されたケア及び転帰を確保するためのサービスの構成に関する勧告を提供するものである。国立保健・臨床評価研究所（NICE）により2004年3月に発行された「成人がん患者のための支持及び緩和ケアの改善」に関する手引に示されたような集中したサービスを患者に提供するという点からグッドプラクティスが見習われてきた。また、2004年のがんサービス・マニュアルに示されたような肺がんに関する多分野総合チーム（MDT）の構成及び会合に関する諸措置が適切であった仮定している。
3. このフレームワークを取り入れることは義務的なものではない。しかし、フレームワークの策定者は、勧告の採用が中皮腫患者とその家族に相当な違いをもたらし、また、比較的簡単に実行することができ、すでに肺がんに対して実施されているサービスの構造に上乗せするものであることからきわめて費用負担の少ないものであると信じている。

4. このフレームワークは、英国胸部医学会の2001年のイギリスにおける悪性中皮腫に関する声明(現在改訂作業中)と合わせて読まれるべきである。英国胸部医学会は、このフレームワークが今年後半に発行される予定の改訂版声明を補完するものとなり、また、相互に支え合うものとなるようにするために、この最終版の取りまとめに緊密に協力した。
5. このフレームワークは、患者への情報リーフレットとして意図されたものではない。しかしながら、英国肺財団は、このフレームワークが地域で実施された場合に、患者がNHSから期待できる内容を並べた患者向けのガイドを作成する予定である。

フレームワークの理由

6. イギリスでは年に約1,800件の新たな中皮腫症例が生じており、この疾病はほとんど常に致死的である。子宮頚がん、悪性黒色腫あるいは子宮内膜がんによるよりも多くの人々が中皮腫によって死亡している。中皮腫の発症率は今なお増加しており、2010年から2015年の間にピークに達すると予想されている。2006年から2020年までの間に、イギリスで最大3万人がこの病気によって亡くなるだろう。
7. NICEによる中皮腫の臨床ガイドラインの提案が、2002年9月に保健省により検討されたが、その時点ではNICEに根拠に基づいた手引の作成を求めるのに十分な根拠がそろっていないと判断された。この状況はいまも変わっていない。また、この疾病に関する転帰改善手引(IOG)を作成する予定もいまのところない。
8. 国家がん対策長官が議長を務める保健省の肺がん・中皮腫助言グループ(LCAMAG)及びそのもとにある中皮腫作業グループ(MWG)はそれゆえ、臨床ガイドラインもIOGも不在のもとで、同省がNHSに対して、中皮腫患者に対するサービスの改善方法に関する助言を提供するフレームワークの作成に同意すべきであると勧告した。保健省は、総合して考えれば、中皮腫が管理上の挑戦的な課題であることを示す、以下の問題点を付してこれに同意した。
   a. 国のある部分では、中皮腫の発症は稀であり、献身的な中皮腫のための他分野総合チーム(MDTs)は、あったとしても、数少ない。
   b. 中皮腫は診断が困難な場合がある。
   c. 患者はしばしば、短い生存の見通ししかなく、複雑で消耗させる症状を経験する。早期発見は、生存期間を延長させることのできるごく少数の患者について、根治療法の可能性を増やすということを意味している可能性がある。
   d. 病状がより進展している患者に関しては、大きな生活上の様々な質の問題が考えられ、それらは、例えば症状の管理についてなど、幅広い分野の専門家による助言が役立つ可能性がある。
   e. ほとんどの事例で、中皮腫は職業病であり、そのことが、複雑な法的及び金銭的情報のニーズ及び患者が死亡した場合の検死官による検死という問題をもたらす。
   f. 患者とその家族が、不治の病—しばしば産業関連の—の診断を受け入れなければならないことから、心理社会的な諸問題に対処しなければならない場合が多い。
   g. 転帰を改善するためには、一層の調査研究が必要である。
   h. 死亡率のピークは10年以上後になるので、今後数年間以上、ますます増加するであろう中皮腫の診断を受ける患者に、高い質のサービスを提供することのできる全てのことをNHSができるようにする現実的な機会がある。
9. この文書は、[この作業の]結果としてのフレームワークである。公式の根拠に基づいた臨床学的文書ではないが、中皮腫患者に対するサービスを体系付け、中皮腫患者とのその家族のケアをするうえでのグッドプラクティスであると思われることに関する、専門家のコンセンサスに基づいたものである。7週間のパブリックコメント手続と入手可能な関連する証拠とともに、患者・家族との協力によって英国肺財団が策定した中皮腫患者憲章の主要なメッセージを考慮に入れたものでもある。
10. このフレームワークは、保健省の肺がん・中皮

腫助言グループ(LCAMAG)、全国看護士肺がんフォーラム、英国肺財団及びがんリサーチUKの支持を受けている。また、英国胸部医学会との緊密な連携によって作成されたものでもある。

11. LCAMAGは、このフレームワークを実施することによって、わが国における中皮腫患者のケアを大いに改善することができると言っている。

主要な勧告

12. 以下のことを勧告する。
    a. 中皮腫と診断された(及び中皮腫と診断される可能性のある診断未確定の片側性胸水の)全ての患者は、肺がんMDTによる症例検討の機会を受けるべきであり、また、いくつかのMDTsが、困難な中皮腫症例の診断及び、場合によっては患者の管理に関する助言を行うための専門MDTsとして指定されるべきである。
        i. 中皮腫患者を管理する全てのMDTsは、全国肺がん監査プログラム(LUCADA)に参加するものとする。
        ii. 肺MDTsは、適当な場合には担当の専門MDTと協力して、全ての中皮腫患者に対して、治療/ケア計画の検討及び患者の同意を得る前に、心理社会的ニーズを含めた治療及びケアの選択肢について検討するものとする。
        iii. 中皮腫患者に対してのいかなる管理計画にとっても、緩和ケア及び症状管理が中心となるものとする。
        iv. 適切な全ての患者に、その臨床状態と関連のある治験の候補者が公募されている場合には、その治験に参加する選択肢が与えられるものとする。
    b. 各がんネットワークは、責務を実行するために、合意された責務のリスト及び職務記述書に定められた時間(臨床医にその契約に示されている全ての部署において記述される)をもった中皮腫に関するリーダー臨床医及びリーダー看護士をもつべきである。
    c. アスベスト関連産業/高い中皮腫発症率に関連する地域のPCTsは、以下のための一次ケアにおける目標とされる地域のイニシアティブを検討するものとする。
        i. 地域の臨床医に、他の地域よりも、その対象とする患者のなかでこの疾病のレベルが高いと考えることを持続させること。
        ii. 地域の全ての臨床医が、中皮腫の疑いのある患者をみたときになすべきこと、すなわち、いつ、どこで患者についての専門家の助言を求めるかを知っているようにすること。
    d. 全ての中皮腫患者に、緩和ケアチームのメンバーがその役割を引き継ぐことが同意されるようなときまで、必要とされる拡張MDTのメンバーに照会/接触することを勧めることのできる担当者[鍵となる労働者](当初は肺がん臨床専門看護士がその役割を担うかもしれない)がつく。臨床専門看護士は、以下のことに責任を持つべきである。
        i. 患者とその家族に、タイムリーかつ協力的な環境の範囲内で[強圧的でなく]、情報を提供する。
        ii. ケアの経過を通じて、患者の理解のレベルを評価、記録し、また、意志疎通を図るようにすること。
        iii. 患者が、諸給付に関する情報及び可能性のある補償に関する法的助言を受けられるようにすること。

[以下、目次のみを掲載]

背景

- **中皮腫とは何か?**
- **中皮腫の原因は?**
- **疫学(発症率/死亡率/生存)**
- **取り組み/現行のサービス**

中皮腫患者に対するサービスの改善

- **サービスの構成(がんネットワーク/MDTs)**
- **注意喚起**
- **臨床管理(診断/治療/支持・緩和ケア/臨床専門看護士)**

・基礎プログラム（コミュニケーション、情報及び支援/リサーチ・治験/監査・患者調査）

結　論

81. 死亡率のピークは10年以上後になるので、今後数年間以上、ますます増加するであろう中皮腫の診断を受ける患者に、高い質のサービスを提供することのできる全てのことをNHSができるようにする現実的な機会がある。

82. このフレームワークで示された勧告は、83項に要約されており、NHSは以下のことをすべきである。
   a. 臨床及び経営レベルで勧告について討議すること。
   b. 中皮腫患者へのサービスを策定、提供及び依頼する際に勧告を考慮に入れること。

勧告の要約

83. このフレームワークは、以下のことを勧告する。

がんネットワーク

a. 各がんネットワークは、中皮腫に関するリーダー臨床医及びリーダー看護士をもつべきである。

b. 各リーダー臨床医/看護士は、（38c項に示した役割に沿って）合意された責務のリストをもつべきである。彼らはまた、それらの責務を実行するための、職務記述書に定められた時間（臨床医に関しては、その契約に示されている全ての部署において記述される）をもつべきである。必要とされる時間は、ネットワークによって異なり、経営管理上の支援が必要となるかもしれない。

c. ネットワークの中皮腫臨床及び看護リーダーの役割は、以下のことであるべきである。
   i. 当該地域におけるベースラインの状況を確立し、現実の傾向及び変化を監視するために、例えば、ネットワーク内の中皮腫発症率や各MDTで検討されている患者数に関するデータをまとめるなど、過去の臨床活動を評価する。
   ii. 諸問題の性質及びその解決の可能性（当該ネットワーク内における関連する臨床専門的技能の入手可能性を含むことになるだろう）を確認するために、過去12か月の間に行われていない場合には、当該地域の住民についての中皮腫患者のニーズの評価を実施する。
   iii. 例えば以下のことによって、このフレームワークの実行を援助/支援する。
      ・44c項に沿って専門MDTsが整備されているようにする。
      ・肺がんネットワークの部位特定グループと協議して、照会の手はずが明確にされ、個々の患者の状態及び好みを考慮に入れることのできる関連する手順が策定されているようにする。
      ・MDT間の記録、画像及び病理標本のタイムリーな転送のために、効果的な手はずが整えられているようにすることを含め、ネットワーク相互の調整/連絡を支援する。
      ・関連する治験の詳しい情報がネットワーク内のNTDs行き渡っているようにする。
      ・肺ＭＤＴｓが全国肺がん監査プログラム（LUCADA）に、中皮腫の全症例に関するデータを提出するようにする。
      ・（一度このフレームワークを実行したとしても）当該地域の住民のニーズを定期的にレビューし、また、提供されるサービスの質に関する監査及びネットワークへのフィードバッグがたえず行われているようにする。
   iv. 全国的にこの患者グループへのサービスを改善することを目的に、経験及びグッドプラクティスの共有を追及するための、最近設置された中皮腫リーダーのネットワークに貢献する。

他分野総合チーム（MDTs）

d. 中皮腫と診断された、または中皮腫の診断の可能性のある診断未確定の片側性胸水の全ての患者は、肺がんMDTによる症例検討の機会を受けるべきである。

e. 肺MDTsは、その時点で入手可能なX線画像及び病理所見所に基づいて、可能な場合には中皮腫の診断を確認し、また、根治療法/治験には不適または緩和及び支持ケアのみが必要

な進展した中皮腫患者に関しては、患者を管理すべきである。

f. いくつかのMDTsは、困難な中皮腫症例の診断及び、場合によっては患者の管理に関する助言を行うための専門MDTsとして指定されるべきである。

g. 専門MDTsは、以下の患者グループに関する助言を提供すべきである。

i. 診断及び症度決定に地域的な困難性のある患者（中皮腫患者の約20%と見積もられる）

ii. 手術、マルチモダリティ療法または治験への参加が選択肢となり得る場合には、一般状態（PS）が0-2の患者（中皮腫患者の約43%と見積もられる）

h. 専門MDTは以下のことをすべきである。

i. 患者を専門MDTで検討する場合に主治医に知らせ、希望する場合には検討会合に呼ぶ。

ii. とりわけ根治療法が考慮されている全ての患者に関して、病理及びX線の診断根拠をレビューする。

iii. 根治手術またはマルチモダリティ療法に適合する患者を管理する（胸腔外肺切除術または根治減量術の候補となる可能性のある患者は、適切な手術の専門的技能をもっていない場合には、他の専門MDTに照会する必要があるかもしれない）。

iv. 当該ネットワーク内で化学療法の施行部位について同意を得るべきであるが、化学療法の適切性に関して勧告する。

v. 関連する国レベルの治験への適切な患者のリクルートを積極的に勧める。

i. いくつかの肺MDTの専門MDTとしての指定は、中皮腫症例の取り扱い件数のレビュー及びがんネットワークや地元の専門家諮問グループなどの関係者との討議を踏まえて、当該地域において行うべきである。これらのMDTは、必ずしも大学や教育研究病院に基礎を置くものである必要はない。必要な専門的技能が備わっていれば、地域の一般病院が同様に専門MDTを務めることができる。しかしながら、ほとんどの専門MDTは、当該地域における胸部外科サービスのセンターまたは専門的技能をもつ客員外科医のいるところに基礎を置くことになるものと思われる。

j. 専門MDTは、専門的技能を発展、維持させるために、合理的な症例数を扱う必要があるだろう—最低年間25件の中皮腫症例が提案される。調査結果（32項参照）は、毎年25件の取り扱い症例数が、ほとんどのネットワークで専門MDTの指定を受ける資格がありそうなことを示している。

k. ネットワークの境界内で取り扱い症例数が専門MDTを支持するのに不十分な場合には、他のネットワークの専門MDTへの照会を支援する手はずを整えるべきである。

l. 指定された専門MDTのメンバーの構成は、肺MDTの場合と同じである。しかしながら、呼吸器内科医、胸部外科医、腫瘍学者、臨床専門看護士、画像専門家、病理医及び緩和ケアチームのメンバーは、中皮腫に関心をもつ専門家をもつか、育てる必要があるだろう。

m. 専門MDTの会合の頻度及び出席は、がんサービス・マニュアルの肺MDTに関する措置2C-111、2C-112、2C-113に準拠すべきである。すなわち、会合は少なくとも隔週でもち、メンバー（またはその「代理」）は、当初は少なくとも2回に1回、その後の少なくとも3回に2回は会合に出席すべきである。

n. 指定された専門MDTは、がんサービス・マニュアル（2C-130の措置）に示されたように、肺がんMDT拡張チームと連携をもつべきである。

臨床医における注意喚起

o. アスベスト関連産業/高い中皮腫発症率に関連する地域のPCTs［一次医療トラスト］は、以下のための一次ケア（及びおそらくは地元の病院）における目標とされる地域のイニシアティブを検討する。

i. 地域の臨床医に、他の地域よりも、その対象とする患者のなかでこの疾病のレベルが相対的に高いと考えることを持続させる。例えば、PCTは以下のことができるだろう。

・ 地元の一般医/現場看護士に、［中皮腫

の］疑いの高い指標をチェックすべきことを注意させる—すなわち以下の条件を有する50歳以上の男性

—アスベスト曝露歴またはハイリスク産業における就業歴、あるいは建築業のような「一時的」な曝露の可能性

—原因不明の胸水または肥厚を示すなどの、胸部X線上の疑いのある所見、及び/または

—胸水、原因不明の胸痛、息切れ、体重減少などの臨床所見

・ 胸水、原因不明の胸痛、息切れ、体重減少がある場合には、建築業のような「一時的」曝露の経験のある者を含め—ハイリスク産業における就業歴を速やかに聞き、胸部X線写真をチェックするよう、一般医に対して助言する。

・ 症状が持続し、かつ就業歴がハイリスクの場合には、胸部X線の繰り返しを求めるにあたっての限界は低いこと（ネガティブX線の2-3か月後）を、一般医に対して助言する。

・ 一次ケア・スタッフに対して、示唆的な呼吸器症状を示しつつ、可能性のある職業リスクまたは可能性のあるアスベスト曝露を調査、記録するよう求める。

・ （一次及び二次ケアにおいて）患者の記録、職歴、アスベスト曝露が明らかまたはおそらくと思われる事情を記録する。

ii. 地域の全ての臨床医が、中皮腫の疑いのある患者をみたときになすべきこと、すなわち、いつ、どこで患者についての専門家の助言を求めるかを知っているようにする。

診断

p. NICEの肺がんに関するガイドラインで勧告されているように、肺がんクリニックへの迅速なアクセスも、中皮腫が疑われる症例の照会先と考えられる。

q. ネットワークは、全ての肺MDTが、生検誘導CT（または超音波診断）及び内科または外科的開胸術を含め、画像誘導経皮胸膜生検へのアクセスをもつべきである。

r. 英国胸部医学会（BTS）は、英国一般医協会（RCGP）、英国放射線医協会（RCP）、英国病理医協会（RCPath）と協力して、胸水の管理に関する全国ガイドラインを策定している—多くの患者が（多くについて中皮腫が原因のひとつである）胸水にかかっており、にも関わらず、31項で引用した質問調査によれば、ネットワークのわずか50%しか、この状態の管理に関するプロトコルをもっていない。

s. 専門MDTの病理医は、理想的には、検討される全症例の生検をレビューし、適切な場合に、ネットワーク内の他の病理医に手引及び援助を提供すべきである。専門MDTの病理医は、とりわけ困難な症例のために、全国病理照会パネルへのアクセスをもつべきである。

t. 英国病理医協会は、中皮腫の診断を行うのに必要とされる適切な検査の全国的なガイドラインを策定すべきである。ガイドラインは、診断技術の進展に適応するために、定期的にレビューされるべきである。

治療

u. 肺MDTは、適切な場合には専門MDTと協力して、全ての中皮腫患者に関して、治療/ケア計画を検討、患者と同意する前に、心理社会的ニーズを含め、治療及びケアの選択肢を検討する。

v. 可能かつ適切な場合は常に、治験への参加が患者とともに追求される。

w. 化学療法が施行されるべき最も適切な部位に関して、ネットワーク・レベルにおいて、地元の腫瘍学者との協議がもたれる。

支持及び緩和ケア

x. NICEの「成人がん患者に対する支持及び緩和ケアの改善」に関する手引が、可久的速やかに、全てのネットワークにおいて実施されるべきである。

y. NICE手引が実施されるとともに、

i. 肺MDT及び緩和ケア専門チームまたは疼痛管理チーム（別々にある場合）との間の照

会の手はずを明確にしておくべきである。

ii. 各々の中皮腫患者が、通常病気の期間中彼らの「担当者（鍵となる労働者）」としての役割を果たす臨床専門看護士によりレビューされるべきである（66d項参照）。

iii. 緩和ケア及び疼痛管理が、中皮腫患者のいかなる管理計画においても中心とされるべきである。

臨床専門看護士（CNSs）

z. 各肺MDTのCNSs（通常は肺がん専門看護士）は、その仕事量が当該地域で中皮腫専門のCNSを必要とするほどでない限り、肺がん患者はもちろん、中皮腫患者とその家族への支援及び情報の提供に責任をもつ。

aa. CNSsは、以下のことを確認するために、そのケアの全体を通じて患者を評価する。

i. 症状管理のニーズ

ii. 将来に対する希望及び不安を含めた心理社会的ニーズ

iii. 適応能力、現在の住居の適切さ、手伝いをする人のニーズ（及び手配）、職歴及びアスベスト曝露、働く能力及びニーズなど、家族/介護者の支援のサポートの利用可能性を含めた社会的ニーズ

iv. 宗教の選択・必要性及び終末期の問題を含めた精神的ニーズ

v. 情報のニーズ（71項）

bb. 専門MDTのCNSは、関連する肺MDTs（すなわち当該専門MDTに照会することのできる肺MDTs）のCNSsに助言を与え、支援できる能力をもち、また、別のチームに患者のケアを移すことが必要になった場合の明確な手はずが整えられているようにすべきである。

cc. 全ての中皮腫患者は、緩和ケアチームのメンバーがその役割を引き継ぐことが同意されるようなときまで、必要とされる拡張MDTのメンバーに照会/接触することを勧めることのできる担当者をもつ。

dd. 肺MDTのCNSは、専門MDTのCNSと協力して、個々の患者のニーズに合致することのできる、能率的で即応できるケアの手はずを確立する。これには、以下のことが必要であろう。

i. MDTs、一般医、一次ケア看護チーム、患者とその家族の内部及び相互のよいコミュニケーション・チャンネルの確立

ii. 患者の担当者経由によるケア・チームのメンバーに対するアクセス

iii. 必要性が生じ次第また個々の患者にとって適切なときに照会ができるようにするために、（緩和ケア、理学療法、病院付牧師、職業療法士、ソーシャル・ワーカー、心理学者を含めた）ヘルスケア・チームの他のメンバーに対する簡単な照会手順

iv. 包括的、的確かつ利用しやすい看護記録

ee. 患者の闘病の異なるステージにおいて（適切な情報に支えられながら）患者の好み及び選択が考慮され、また、適切なMDTにフィードバックされる。

コミュニケーション、情報及び支援

ff. がんネットワークは、可及的速やかに、NICEの成人がん患者に対する支持及び緩和ケアの改善に関する手引きに示された情報、コミュニケーション及び支援に関する勧告を実行する。

gg. 臨床専門看護士は、タイムリーかつ協力的な環境の範囲内で［強圧的でなく］、情報を提供すること、及び、ケアの経過を通じて、患者の理解のレベルが評価、記録、また、意志疎通が図られるようにすることに責任をもつ。

hh. 可能な場合には、部門に限定された情報よりも、ネットワーク・レベルの中皮腫に関する情報がつくられる。

ii. 中皮腫患者が、諸給付に関する情報及び可能性のある補償に関する法的助言を知っている。—これを支援するために、CNSは患者に、ウエブサイト、相談電話番号、適切な場合には、アスベスト支援グループ、がん情報センター、市民相談所、給付・法律アドバイザー（付録B参照）などの支援グループや地元の情報サービスを示すようにすべきである。

jj. 各CNSは、利用可能な、最小限の情報としての以下のことを含む中皮腫患者情報パックを

もっているべきである。

i. 疾病

ii. 地域のNHSサービス及びケア/治療の選択肢

iii. 可能性のある給付及び補償(付録B参照)

iv. NHSの時間外相談窓口を含めたさらなる助言/支援の入手先

CNSは、このパックからの情報をいつ患者に与えるのが最もよいかを決定しなければならないだろう。

kk. 患者が亡くなった場合の検死、検死官の調査/審問等に関して生ずることを含め、ケアの全期間を通じて、家族に対する情報提供/支援がなされるべきである。

中皮腫に関する調査研究/治験

ll. 適切な全ての中皮腫患者が、その臨床状態に関連する治験の候補者が公募されている場合には、その治験に参加する選択肢を与えられるべきである。

mm. NCRIの中皮腫サブ・グループ及びその他の関心をもつ臨床医は、新しい治験のプロトコルを開発し続けることが勧められる。

監査及び患者調査

nn. 中皮腫患者を管理する全てのMDTは、全国肺がん監査プログラム(LUCADA)に参加する。

oo. 全てのネットワーク/トラストは、その実施する患者体験の定期的調査に中皮腫患者を含めるようにする。

付録A

がんが疑われる場合の照会に関するNICEガイドライン
肺がんに関する抜粋

一般的な勧告

1.3.1. 肺がんを示唆する症状を呈している患者は、当該地域の手はずにしたがって、肺がんの管理を専門とするチームに照会されるべきである。

特定の勧告

1.3.2 患者が以下の容態にある場合には、胸部X線写真についての緊急の照会がなされるべきである。

- haemoptysis、または、
- 原因不明で持続(3週間以上持続)的な以下に示す症状及び兆候のいずれか
  —胸痛または肩痛
  —呼吸困難
  —体重減少
  —胸部の兆候
  —嗄声
  —ばち状指
  —子宮頸及び/または鎖骨上リンパ節障害
  —上記のいずれかを伴う、または伴わない咳
  —肺がんからの転移を示唆する(例えば、脳、骨、肝臓または皮膚の)特徴

照会から5日以内に、照会を行った一次ヘルスケア専門家に対して、報告書が提出されるべきである。

1.3.3 緊急でない照会は、以下のいずれかについてなされるべきである。

- 喫煙者または40歳以上の年齢の元喫煙者における持続性haemoptysis
- 胸部X線写真が肺がんを示唆している(胸水及び緩解の遅い硬化を含む)

1.3.4 以下の場合については、即時の照会が考慮されるべきである。

- 上大静脈症候群の兆候(頸静脈圧の明らかな上昇を伴う顔面及び/または首の腫脹)
- 喘鳴

リスクファクター

1.3.5 以下のカテゴリーに当てはまる患者は、肺がん発症のリスクが高い。

- 現または元喫煙者
- 喫煙に関連した慢性閉塞性肺疾患を有する
- アスベストに曝露したことがある
- がん(とりわけ頭及び首)の既往歴を有する

その他の患者(上記1.3.1参照)の患者に関し

ては、胸部X線写真についての、または、肺がんの管理のなかで専門チームへの緊急の照会がなされるべきであるが、例えば、症状または兆候が少なくとも3週間持続する場合などには、より素早い照会が考慮されるべきである。

調査

1.3.6　慢性の呼吸器の問題を有する患者に原因不明の症状の変化がみられた場合には、胸部X線写真についての緊急の照会がなされるべきである。

1.3.7　胸部X線写真には異状がないが、肺がんが強く疑われる場合には、患者に緊急の照会が申し出られるべきである。

1.3.8　アスベスト曝露歴があり、胸痛、息切れまたは原因不明の全身症状が最近出現した症例では、肺がんが考慮され、胸部X線検査がなされるべきである。これが胸水、胸膜の大部分または何らかの肺の病理の疑いを示すものだとすれば、緊急の照会がなされるべきである。

付録B

中皮腫患者に対する援助及び助言

1)　中皮腫と診断された者は、社会保障給付及び/または使用者からの補償を受ける資格があるかもしれない。この付録は、以下のことについて述べる。

a)　患者/介護者に受給資格のある可能性のあるいくつかの給付

b)　補償問題

c)　患者とその家族に給付及び補償に関する情報及び助言を提供することができるかもしれない団体

給付の種類

雇用に関連した給付

2)　（自営業者だった者を除く）患者は、有給雇用の結果としてアスベストに接触した後に中皮腫を発症した場合には、以下の給付を受ける資格があるかもしれない。

a)　じん肺、綿肺及び諸疾病給付制度―当該疾病が1948年7月5日より前になされた仕事によって発症したと信じられる場合には、患者は同制度に基づく請求をすることができるかもしれない。

b)　労働災害障害給付（IIDB）―当該疾病が1948年7月4日より後の、アスベストを取り扱う作業を含む、またはアスベストに曝露した仕事により発症した場合には、患者は、同給付の受給資格があるかもしれない。

これら両給付の請求は、患者が受給資格があるかもしれない給付を逸することがないようにするために、可能な限り速やかになされるべきである。さらなる情報が必要な場合には、患者、その家族、またはNHSのスタッフは、給付相談電話0800 88 22 00に連絡することができる。

3)　アスベストへの曝露が、他の雇用よりも軍役に服務中に起こったかもしれない場合には、0800 169 2277に連絡して、退役軍人機関から戦傷年金の請求をすることができる。

その他の給付

4)　中皮腫に罹患した患者またはその介護者に請求資格があるかもしれない、その他の給付としては、以下のものがある。

a)　障害者生活手当―病気のために身の回りの世話の必要性があるか、移動するのに困難がある場合で、年齢が65歳未満の場合には、この手当を請求することができるかもしれない。患者の病気が6か月を超えて生きられないと予測される場合には、迅速かつ容易に何らかの資格を受けられるようにするために、この手当の請求に特別のルールが適用される。

b)　介護手当―年齢が65歳超で、かつ、病気のために身の回りの世話が必要な場合には、介護手当を請求する資格があるかもしれない。患者な病気が6か月を超えて生きられないと予測される場合には、迅速かつ容易に何らかの資格を受けられるようにするために、この手当の請求に特別のルールが適用される。

c） **常時介護手当**—患者が労働災害障害給付または戦傷年金を受給しており、かつ、日常的な介護及び注意が必要な場合には、常時介護手当を請求する資格があるかもしれない。

d） **介護者手当**—患者が、最高または中等割合の介護部分の障害者生活手当、介護手当、または常時介護手当を受給しており、かつ、世話をする者がいる場合には、介護者手当を請求する資格があるかもしれない。

e） 所得に代わりまたは補充するため、また住居費を援助するための、その他の給付も支給されるかもしれない—患者がこれら全ての給付に関する専門的助言を得ることが重要であり、給付相談電話 0800 88 22 00は役に立つ出発点である。

補償

5） 中皮腫がおそらく労働におけるアスベストへの曝露によって引き起こされた場合には、（単一の）使用者またはいくつかの使用者を過失で訴えることによって、彼らからの補償を請求できるかもしれない。中皮腫がおそらく衣服の汚染または環境曝露によって引き起こされた場合には、関連する事業場からの補償も請求できるかもしれない。

6） これは非常に専門的な法律分野であり、患者またはその家族は、請求の処理及び可能な限り迅速に処理させる方法を知っている専門弁護士からの助言を求めるべきである。当該中皮腫患者が労働組合員であるか、またはアスベスト作業をしていたときに組合員であった場合には、彼らの組合が経験のある弁護士を紹介できるかもしれない。そうでなければ、当該地域に存在する場合には、アスベスト被害者支援グループが援助、助言をすることができるかもしれない。彼らは専門弁護士を知っているだろう。人身障害弁護士協会も経験のある弁護士のリストをもっているだろうし、事務弁護士会またはスコットランド事務弁護士会は患者に当該地域の弁護士のリストを提供できるだろう。

7） 曝露が数十年も前に起こったことだとすると、使用者がもはや事業をしていないかもしれない。このことは、請求することができないという意味ではなく、弁護士が当該使用者の保険者を相手に請求することができるかもしれない。また、1979年じん肺等（労災補償）法（1979年法）は、事業を廃止してしまったために、当該疾病を引き起こした使用者から損害賠償を請求できないこの疾病の被害者（または被害者が死亡している場合には被扶養者）に、一度限りの一時金補償を規定している。

援助、助言及び支援の情報源

8） この付録でふれた給付のいくつかに関しては、資格要件、請求方法及び請求様式の入手先に関するより詳しい情報を示したリーフレットを入手することができる。それらは、以下でダウンロード、印刷することができる。

http://www.jobcentreplus.gov.uk/jcp/customers/leaflets_and_guides/dev_011720.xml.html.

9） さらに、以下は、助言を必要とするNHSのスタッフに加えて、中皮腫患者または中皮腫による影響を被った家族のための助言の入手先である。

a） 中皮腫UK（国立マクミラン中皮腫情報センター）：0800 169 2409

b） がんバックアップ：0808 800 1234

c） 英国肺財団ホットライン：0845 850 5020

d） 労働・年金給付局相談電話：0800 88 22 00, Textphone 0800 24 33 55

e） アスベスト被害者支援グループ・フォーラム：0161 636 7555

f） 人身障害弁護士協会：0870 609 1958

g） 事務弁護士会：0870 606 6575

h） スコットランド事務弁護士会：0131 226 7441

i） 地域市民助言局、退役軍人機関、福祉権利団体及び労働組合は電話帳でみつかる

j） 退役軍人機関：0800 169 2277, Textphone 0800 169 3458

k） 給付相談電話：0800 88 22 00

i） http://www.direct.gov.uk/disabledpeople

ベルギーが非職業性被災者に補償制度

ABEVA：Association Belge des Victimes de l'Amiante

2006年末にベルギー議会は、ついにアスベスト被災者を補償する基金を設立することを決定した。もちろんこれは、6年前にABEVAが設立されて以来の闘いにおける、重要な成果である。

ベルギー法のもとでは、補償を請求することのできるアスベスト被害者は、賃金を得ている労働者だけである。彼らの家族は、今までいかなる法律においても救済を受けることができず、それは、自営業者や環境曝露の被害者など、他のカテゴリーの者についても同様であった。このためわれわれは、業務上かどうかに関わらず、全てのアスベスト被害者に補償を受ける権利が拡張されることを歓迎している。

しかし、満足していると言うにはほど遠い。なぜなら、採択された文書は、昨年、民主党の全議員及びわれわれの組織の支持のもとにMs. Gerkensが提出した動議と、著しく異なっているからである。不幸なことに政府は、その大部分を却下した。いくつもの問題点が未回答のまま残されているが、最も重要な点は、新しい制度による給付の水準である。

それでも、これは確かな始まりであって、逆戻りすることはないだろう。ABEVAは、アスベスト被害者の法的地位を改善する闘いを継続する。

1. **法案は、いくつかの基本原則を述べている。補償の水準及び手続は、近く定められる省令によって定められる。**

われわれが支持したGerkins動議にも、それらの原則は含まれていたが、議会における投票以外によっては変更され得ないこと、及び、政府は予算上の理由によって給付の水準を引き下げることはできないことも含んでいた点で優れていた。われわれは予想される数字に関する情報を得ておらず、3月のどこかの時点で知らされることになろう。却下された動議で提案されていた内容よりもかなり低い補償となるだろうと思われる。おそらく基金の収入と関連付けられたものになりそうであるが、それはおかしなことである。補償基金は、通常、請求者のニーズに見合った権利及び十分な金額を設定しなければならない。政府は、支出予想の範囲内におさめるために給付を引き下げるという、別の道を選択したようである。

2. **アスベスト補償基金（ACF）は、職業病基金（FOD）に編入される。FODは、新たな基金に係る全ての決定を行い、FODの管理及び技術サービスが新基金を動かすことになる。会計のみが別立てとされる。**

われわれは、行政的及び技術的資源を共有するという論理は受け入れるものの、FODの中における別個の自治権のある構造の方が望ましいとしてきた。最低限、関係する諸団体の代表を含めた、独自の技術的協議機関を設けるべきである。

3. **新たな基金は、石綿肺及び中皮腫の全ての被害者に補償を支払うことになる。他の病気に関する補償の権利については、今後、省令によって解決されるだろう。**

よい知らせは、業務上であるかどうかに関わらず、全ての被害者が、石綿肺及び中皮腫については補償を受ける資格があるということである。しかし、われわれは、肺がんや喉頭がん―どちらもFODではアスベスト曝露労働者の職業がんとして認知されている―に罹患した者の事例が含まれていないことを遺憾に思っている。

4. **認定の基準はFODの基準による。**

（FODによって補償を受けることのできない）

石綿肺罹患者に関しては、問題はないだろう。また、おそらくは、中皮腫患者に関してもそうであろう。過去には、診断が妥当であることをFODに確信させるために検死が必要とされる場合もあったが。現在のFODの基準は、少なくとも10年のアスベスト曝露期間という水準に合致することを要求されることから、非職業性肺がんに罹患した者に対しては適用することができない。

5. **被害者は、毎月支払われる給付を受けることになる。その額は、4月1日までに省令によって確定される。中皮腫患者は、全額を受け取ることになろう。その他の被害者については、別のところから（FOD、NHS、公共部門、訴訟または和解の結果として民間企業から賠償が支払われている場合）すでに（部分的に）補償を受けている場合には、減額されるだろう。**

「全額補償」として設定される金額はわからない。しかし、Gerkins動議で計画されていたように、被害者が速やかに一定の元［一時］金にまとめることができるようにするために、月々の給付を一定部分を返還すること［前払一時金という選択肢のことだと思われる］ができないことがわかったために残念である。石綿肺に関しての、すでに補償を受けている者の場合の、全額補償が減額される程度に注意しなければならない。石綿肺が、肺がんや中皮腫につながることについて、どう考えるのか?

6. **基金により支払われる金銭は、社会的諸サービスを受ける権利を開くときの資産を計算する際には、考慮されない。**

よいことである。あるところから受け取った場合に、他を失うリスクがなくなる。

7. **被害者の死亡後、関係者—すなわち、遺族である夫/妻（または離婚/離別し扶助を受けていた者）及び18歳未満の子供（または家族給付を中止された者）は、元［一時］金を受け取る（一度限りの支払い）。その金額は、4月1日までに確定される。**

われわれは、支払われる金額について懸念している。業務上の被害者の配偶者及び子供がFODシステムのもとで受けているものに上積みするものだとして、かなり限定されるのではないかと恐れている。しかし、FODによって補償されない配偶者及び子供は、［現在は］いかなるものを受ける資格もないが、新たな制度のもとでは、業務上被害者の配偶者及び子供と同じ金額を受けられることになるだろう。もちろん、彼らが必要とするのはより大きいのであって、公正とは言えない。

8. **新たな基金の財源は、国の分担金が1,000万ユーロ、4月1日までに王令によって確定される少なくとも同額（したがって1,000万ユーロ以上）の使用者の分担金、並びに、社会保障及び自営業者による最終的分担金からなる。**

補償の水準が基金の原資によって決められるべきではないということを除けば、異論はない。この措置の積極的な側面は、次の事項の否定的内容によって相殺されてしまっている。

9. **新たな基金から補償を受けた被害者は、当該使用者が職業病基金の納付者である場合には、その疾病に責任を有する使用者を訴えることが認められない。したがって、業務上の分野での法の原則であるこの使用者の民事免責が、業務上ではあるが自営業の場合、家族及び環境曝露の被害者を含め、全てに拡張されることになる。**

われわれは、被害者がFODにカバーされる者でない場合や現時点で補償を受けていない者の場合にはとりわけ、このような免責に反対である。社会パートナーたちは、使用者の免責を、職業病の補償システムの範囲内に維持することを望んでいる。仮にこれを理解したとしても、その他のアスベスト被害者の事例の場合には正当化されないと固く信じている。Gerkens動議は、この問題に明快であり、単純な解決策を提案していた。すなわち、新たな基金から補償を受けた者が、訴訟を提起することを選び、勝利した場合には、その者は、訴訟手続の費用を当然差し引いて、勝ち取った部分について基金に返還するというものであった。

旧国鉄アスベスト被害の責任問う裁判提訴

神奈川●国鉄清算事業本部相手に損害賠償請求

2007年1月29日、故加藤進さんの娘の大前麻衣さんが、旧国鉄の地位を継承した独立行政法人鉄道建設・運輸施設整備支援機構（国鉄清算事業本部）に3,245万円の損害賠償を求める裁判を横浜地裁に提訴した。

故加藤さんは、旧国鉄大船工場で24年間にわたり電車等の修理や改造作業に従事し、アスベストによる悪性胸膜中皮腫で亡くなった。生前、「抵抗器を吹く時、埃がひどい」「石綿の断熱材を巻いたパイプを梃子で抜いて破砕すると、白い粉（アスベスト）が飛び散った。マスクもなく、埃や白い粉をたくさん吸い込んだ」と語っていた。

訴状では、旧国鉄の安全配慮義務違反として、①代替品を使用せず漫然とアスベストを使用した、②アスベスト対策を怠った、③防じんマスクや防護服の着用を義務づけなかった、④アスベスト粉じんの飛散防止を怠った、⑤局所排気装置による対策をとらなかった、⑥安全教育の義務を怠ったなどを挙げ、債務不履行による損害賠償の責任を問うた。また、旧国鉄が注意義務を怠った不法行為による損害賠償の責も負うとしている。

提訴前、国労や被災者の会など支援者が、JR関内駅南口でビラ撒きを行った。提訴後は、横浜弁護士会の大会議室で記者会見。弁護団の古川武志弁護士が趣旨を説明。「多くの企業が、アスベスト被害者に対する労災上積み補償をするようになった流れの中で、被告の機構は、頑としてこれを認めようとしない。訴訟で勝利して、個別救済（遺族に対する補償）にとどまらず、上積み補償制度を作らせたい。また、アスベスト被害について世間の関心が低くなってきている。この訴訟を通じて、被害の広がりと深さを社会に示したい。そして、旧国鉄やJRにおけるアスベスト被害を掘り起こしたい」と強調した。

原告の大前さんは、「父は、自分がなぜ中皮腫になったかも分からないまま亡くなった。裁判を通じて、父と同じ病気になる可能性のある多くの同僚の方々に、アスベストの危険性を知ってほしい」と切々と訴えた。この映像は同日夜にNHKで報道された。

これに先立つ報道によると、機構は、「当時から安全管理に力を入れていた」としていたが、提訴当日には「訴状を見ていないのでコメントできない」とコメントを修正。読売新聞によると、旧国鉄に上積み補償がなくJRと格差があることについて、機構は、「公金は使えないから」とコメント。旧国鉄職員を切り捨てた国鉄分割民営化当時と同じ発想をなお引きずっているようだ。

機構は、今までホームページで、各職場の業務災害認定件数のみ公開していたが、裁判の提訴直後に全面改訂した。それによると、業務災害請求件数は167（認定67、不認定45、審査中55）件と少なく、認定率も60%程度と低い。この数字からも、機構が、労働者に対するアスベスト被害の周知が全く不十分なことは明らかだ。旧国鉄時代からアスベストばく露作業に従事した者は10万人にのぼると言われているのだ。裁判支援とともに、全国の旧国鉄やJRのアスベスト被害者の掘り起こしを押し進めていきたい。

なお、提訴目前の1月20日には、「故加藤進さんの旧国鉄アスベスト裁判激励の集い」が、横浜・港町診療所2階会議室で行われた。センター、国労神奈川地区本部、じん肺・アスベスト被災者救済基金の3団体が呼び掛け、国労組合員らを中心に約60名が集まった。

主催者挨拶の後、これまでの取り組みをビデオで振り返った。旧国鉄大船工場内を見学する

旧国鉄アスベスト裁判提訴

ご遺族の様子や、国鉄清算事業本部に要請する場面などが映し出された。

続いて、ご来賓の国労本部の柴崎さんや、国鉄・JR大船工場退職者の会の五十嵐さんが激励の挨拶に立った。五十嵐さんは故加藤進さんの同僚で、当時はアスベストの危険性も知らされず、防じんマスクもしないで、素手でアスベストを触っていたことなどを話した。中皮腫・じん肺・アスベストセンターの斎藤さんや、横須賀じん肺被災者の会の落合さん、アスベストユニオンの早川さんも激励の挨拶。夫を中皮腫で亡くされた大森華恵子さんも同じ遺族として挨拶に立ち、原告の大前麻衣さんと抱き合って励まし合う場面もあった。中皮腫で闘病中の小林忠美さんは、「もう少し早く、何らかの対策を講じられたのじゃないか」と、国鉄マンとして操車場で粉じんにまみれながら働いた当時を想い出しながら激励の挨拶をした。

また、「裁判を通して世間に訴えた麻衣さんの勇気ある行動に対し、心より応援申し上げ、ご健闘をお祈り申し上げます」という、同じく旧国鉄アスベスト被害者の遺族である久富さんから届いたメッセージが読み上げられた。

その後、弁護団の中心である古川弁護士が、若手の今給黎弁護士、氏家弁護士、小栗弁護士を紹介し、「アスベスト被害の広がりと深さをこの裁判を通じて社会に示したい」と決意を表明。

最後に、原告の大前麻衣さんが、「私の父の前にも、突然痛くなったり苦しい思いをして亡くなった人は絶対いっぱいいます。裁判を通して、ご遺族や療養中の方、全国に10万人いる元同僚の方たちに、アスベストの危険性と補償についてもっと知ってもらいたい」と語った。互いに励まし合いながら生きるアスベスト被害患者と家族（遺族）への共感と、これからの裁判闘争に向けた強い意志が会場に伝わる良い集いであったと思う。

第1回口頭弁論は、3月27日（火）午後1時30分から、横浜地裁101号法廷。是非、多くの方の傍聴をお願いしたい。

（神奈川労災職業病センター）

旧国鉄大井工場でも中皮腫

東京●車体解体等でアスベストに曝露

旧国鉄大井工場で長年働き、アスベストが原因で胸膜中皮腫を発症し亡くなられた芦田川勝己さんに、2006年12月、国鉄清算事業本部（独立行政法人鉄道建設・運輸施設整備支援機構）から業務上災害の認定が下りた。

故芦田川さんは、国鉄入社後、大井工場の製缶職場で電車の車体解体や修繕作業に従事。1955～64年に改造突貫工事に配属され、車体の外板や屋根裏など上回りと呼ばれる作業に従事。1972年、台車職場に

統合され、台枠の製缶作業に従事。国鉄民営化前の1986年に55歳で退職した。30年以上、アスベストに曝露しながら働いたことになる。

妻の一江さんによると、生前、勝己さんは、病気になったことについて、「粉じんがたくさん出ていたからなあ」としきりに言っていたそうだ。かつての同僚で、現在は鉄道退職者会東京地方連合会大井工場退職者組合議長の小林厚平さんも、「改造工事で車体の屋根をチッパーでガチャガチャ切って取り外す時、たくさん粉じんが出た。防じんマスクをしても鼻の穴が黒くなった」と証言している。

芦田川さんは2005年3月、入院先の横浜市民病院で亡くなった。死亡診断書に「肺がん」とあり、主治医は「アスベストとの因果関係は低い」と言ったが、一江さんは「胸膜が厚くなって水が3リットルもたまっていたから中皮腫に間違いない」と確信をもっていたという。1年後、解剖した肺

旧国鉄アスベスト裁判を提訴した
大前麻衣さん（故加藤進さんのご遺族）の手記

叶わないとわかっていても、私の願いは元気な父が戻ってくることです。

2年前の夏、父が通院していた病院から呼ばれ、胸膜中皮腫の疑いといわれ、初めて聞く病名と突然の余命半年という宣告、背中が痛いというだけでまったく健康そのものに見える父だっただけに、先生何言ってるの?とまったく信じられない状態でした。父にも病名だけ伝えていましたが、手術すれば治るだろう程度でさっぱりしたものでした。

その頃ちょうど私の結婚式が11月に決まったばかりで、手術して回復するのであれば式を延期しようかと思ったくらいです。しかし先生から言われた言葉は、手術できないこと、式も早められれば早めてください、また本人がやりたいことをさせてあげて下さい、そして、家族は常に笑っていてくださいという言葉でした。

その後すぐに横須賀の病院で検査入院し、9月に胸膜中皮腫と診断されても、痛みはあるものの父は自ら運転し、職場へ向かい仕事を続けました。仕事は続けたいというのが父の希望でした。早退することもありましたが、痛み止めを飲みつつ働いていたようです。

痛みは日に日に増し、とにかく結婚式には出席できるようにとの先生の判断で、10月半ばに入院しましたが、痛みのコントロールといっても薬も効かないときには相当苦しそうでした。入院中突然「会社に行かなきゃ」と言い出したり、半分寝ている状態で手が動いていたり、職場の人と話していたりすることが何度もありました。職場の方がお見舞いに来ていただいた後には、仕事にいけなくて情けないと泣いていたことがあり、見ていてとてもつらかったです。痛みさえなければ…と何度も思いました。痛み止めも効かず顔をしかめていたのを思い出すと、ふつうに仕事していただけなのに、それが原因でなぜこんなにつらい思いを、父がしなければならなかったのか、今でもわかりません。

亡くなる1か月前に結婚式も予定どおりに行いましたが、病院から前日外泊許可しか下りず、当日も痛みが引かないまま、バージンロードをふつうに歩き、ゲストの方々に体調の悪いようなそぶりは見せずに振舞っていましたが、やはり最後までは参加できずに、そのまま病院へ直行しました。

入院したころと同時期に労災の申請をしたのですが、国鉄清算事業本部（独立行政法人鉄道建設・運輸施設整備機構）の対応は、前例がないというような返答ばかりでした。

その時、父と同じ仕事をしていた人でこの病気で労災申請できると知らずに闘っている方々はたくさんいるはずなのにと思い、父や私たち家族の問題だけでないと実感しました。今後増えていく病気は止められませんが、少しでも早期に知ることができるように、国鉄清算事業本部が公表をするよう裁判を通しても強く訴えていきたいと思います。

の病理所見が出て、「悪性中皮腫」と確定診断された。これにより、大井工場では初の業務上認定が下りた。

小林さんによると、大井工場では他に業務災害申請中の方が1名、胸膜肥厚斑など石綿所見があり健康管理手帳を交付された方が2名いるとのこと。うち1名の中村紀代士さんは、芦田川さんの件で小林さんを私たちに紹介して下さった。中村さんと小林さんは、今、退職者組合で同僚のアスベスト被害救済活動に取り組んでおられるが、1979年に「大井工場の仕事と歴史」という70分に及ぶビデオを製作された。「東京都品川駅近く、国鉄大井工場は都心唯一の電車修繕工場で」という中村さんのナレーションで始まるこのビデオは、当時の誇り高き国鉄マンたちの映像が詰まった、貴重な労働の記録だ。併せて紹介しておきたい。

国鉄被害で国交省とも交渉

国交省●国鉄清算事業本部指導を要請

1月31日、国土交通省との交渉が行われた。旧国鉄で石綿曝露作業に従事した者は10万人に上るとされるが、旧国鉄の地位を引き継ぐ独立行政法人鉄道建設・運輸施設整備支援機構（国鉄清算事業本部）は、新聞に意見広告を出しただけ。とても周知義務を果たしているとは言えない。これに対し国土交通省は、「同機構に、誠意ある対応するように求めていきたい」、「ただ、他のところ（JR）からも協力を得ないと難しい」と回答。この発言は、JRを協力させ、旧国鉄時代に石綿曝露作業に従事した者の名簿を借りることができれば、個別通知も可能とも受け取れる。JRへの要請も含め、今後も国土交通省や機構に対して、周知徹底を求めていく。

業務災害の事務処理の迅速化について、同省は、「専門医師を配置して十分な意見聴取を行っており、迅速に処理する体制は整っている、と機構から聞いている」と回答した。しかし実際は、請求件数のうち処理済みは約3割との報告もある。担当職員の絶対数の不足や、事務処理能力に問題のある人材の配置など、依然として問題もある。

請求窓口の問題（機構と労基署でたらい回しされる）についても、制度間の調整が図られていない。ただ、機構からの報告を繰り返し回答する同省にも問題を感じる。現に同省は、「労災適用期間及び労災適用外期間を有する健康管理手帳所持者が受ける健康診断の費用負担等に関する留意事項について」がどのように準用されているのかさえ把握していない。国土交通省は、「JRに1年でも再就職した職歴があれば、機械的に労働基準監督署に回して部外処理する」ことがないよう、機構を厳しく指導していくべきだろう。

国土交通省への要求及び回答

① 独立行政法人鉄道建設・運輸施設整備機構国鉄清算事業本部に対して、以下の点について指導していただきたい。旧国鉄の石綿作業従事者を対象にした健康管理手帳や健康診断などの健康管理に係わる周知事業を国としてバックアップし、できるだけ対象範囲を広げて、個別通知で行えるような条件を整えること。

回答／国鉄から承継した旧国鉄職員の個人情報には現住所が含まれておらず、個別通知できなかったため、機構は、数次に及ぶ新聞広告（平成17年10月と11月、平成18年10月）及びホームページに関連情報の掲載を行っていると聞いている。今後も、こうした手段により周知を図っていくものと考えている。

質問／「職員の個人情報に現住所が含まれていないため、個別通知できなかった」というが、一定の保存期間義務のあるじん肺健診や特化則の石綿健診の記録や健康診断個人票を調べれば、少なくとも健診対象者の住所は確認できるはずと考えるが、どうか?

再回答／周知については誠意

をもって対応したい。機構にもそれを求めていきたい。ただ、機構でできないところは、他から協力を得ないと難しいところがある。健診記録の保存義務は、じん肺健診は5年間しかない。特化側の石綿健診は30年間だが、個人の連絡先を書く欄がないので個別通知できない。従って、他の機関（JR）から協力を得るしかないが、個人情報なので手詰まりな状態にあると機構から聞いている。

② 国鉄清算事業本部の業務災害の事務処理の迅速化を促すこと。例えば、現認者による状況現認書を提出しなくとも申請受理するなど。

回答／問題発覚当初は事務処理の遅滞があったが、現在は、状況現認書が提出不可能な場合、別の資料で職場等を確認するなど柔軟な措置をとっている、と機構から聞いている。

質問／11月30日現在、国鉄清算事業本部によれば、申請140件中50件程度しか処理できていない、5月に申請してまだ手付かずのものがあると聞いている。事務処理体制に、人員不足や職員の経験不足があると考えられる。迅速に処理する体制を早急につくる必要があると考えるが、どうか?

再回答／専門医師を配置して十分な意見聴取も行い必要な体制は整っている、と機構から聞いている。1月24日現在、申請件数156件中3割方（111件）は処理されいる。先日、請求件数234件と回答したが、このうち必要書類が届いていないものや電話相談が78件あり、正式な請求受理件数は156件である。

③ 旧国鉄とJRにまたがる職歴もつアスベスト被害者の補償において、曝露期間の取り扱いの基準を示し、窓口対応でたらい回しや事務処理の遅滞がおきることのないように、制度間の調整を図るよう指導すること。

回答／JRに再就職後もアスベスト被爆の恐れのある職場に就いた場合は、労働者災害補償保険法で救済する。それ以外は、旧国鉄の業務と疾病との因果関係が立証されれば業務災害として認定していると機構から聞いている。

質問／実際には、1年でもJRに再就職した職歴があれば、機械的に労働基準監督署に回して部外処理している。機構からは、「労災適用期間及び労災適用外期間を有する健康管理手帳所持者が受ける健康診断の費用負担等に関する留意事項について（基発労発1002001号平成18年10月2日）」に準拠して取り扱うと聞いているが、労基署と機構のどちらに申請しても迅速受理されるよう制度間の調整を図ること。

再回答／JRに再就職した場合も、石綿との因果関係が立証されなければJR扱いにしておらず、指摘されるような機械的な処理はしていない、と機構から聞いている。制度間の調整については、機構がJRや労基署とどのような話し合いをしたのか確認していない。

手話通訳者のケイワン認定

広島●市町村合併で業務量が増大

手話通訳のHさんは、頸肩腕障害で松江労働基準監督署に労災申請し、2006年10月、業務上と認定された。2005年11月の手話通訳健診で頸肩腕障害IV度と診断され、12月1日より休業していた。就業前の既往歴はない。

Hさんは、1993年5月、島根県松江市立病院に週1回4時間の手話通訳のパート勤務を経て、翌年から松江市社会福祉協議会の松江市役所ふれあい福祉課に通訳として臨時雇用となったが、仕事のボリュームが多く1995年4月には非常勤嘱託となり、勤務時間は30時間だった。全国手話通訳問題研究会の提案する「1日2件で通訳を留める」という基準を超え、Hさんは1日3.7人の通訳をしていた。

手話通訳の仕事を開始して1年余りの1994年8月頃から頸肩

腕の痛みや凝り、手のふるえを自覚し始めた。手のふるえのため印鑑が押しにくくなり、その後、家事もだんだんできなくなってご主人が手伝うようになった。10月頃には、凝りや痛みのため睡眠障害も起こるようになったが、使命感から、休まずにがんばる状態だった。

2000年10月に頸肩腕の痛みや凝りがとれないため、近所の接骨医院を受診し、治療を受けるようになった。

手話通訳の仕事は、聴覚障害の人の相談だけでなく、日常生活の援助など、銀行やNTTとの通訳、家庭内のトラブルの相談を行う。腹痛や頭痛の受診や入れ歯が痛くて診てもらいたいなど、緊急に病院に同行することもある。台風のときは、聴覚障害の人がまわりの様子や台風の情報がわからないので大変不安になるため、FAXで情報を流したり、支援要請や自宅の訪問を行う。2005年9月の台風通過のときには、Hさんは、支援依頼で公民館への避難に同行して2時間ほど通訳に当たった。

勤務状況は、4月の市町村合併により、課の名称はふれあい福祉課から松江市役所障害者福祉課に変更になり、通訳の出張範囲は広域化した。宍道支所、玉湯支所、八雲支所への出張通訳を行い、中には溜まった通訳の仕事を半日ですますため長時間連続の通訳作業になるなど、負担は大きく悪化した。時間外や休日出勤は、平日に振り替え休日の処理が行われ、市町村合併後の出張通訳で業務が長時間に及んだことなどが、症状を悪化させた大きな原因となっている。

「手話通訳者に頸肩腕障害が多発していることは既に報告されています。また、外国においても大学の講義や手話通訳者の頸肩腕障害の調査が行われており、通訳者に上肢の腱炎が発生しています。その要因として『手指の反復動作、手や手首の無理な姿勢が多いこと、及び通訳中の休憩が少ないこと、また、精神的緊張が強い』ことが指摘されています。手話通訳の姿勢分析の調査でも、作業中の約70%の時間は、手首が胸より上にあり、肩より上方では約20%の時間を占めています。上肢の挙上姿勢による頸、肩の負担が大きいと言えます」（宇土博医師の傷病に関する意見書より抜粋）。

（広島労働安全衛生センター）

外国人労働者の労災隠し

京都●公共事業の丸投げも労災隠しの一因

2006年5月下旬に京都府内の土木工事作業中に指骨折の災害に被災したにも関わらず、労災隠し状態に置かれていた韓国籍の労働者Kさんは、所轄の労働基準監督署に対して10月に労災保険給付を請求を行った。

Kさんは8年前に観光ビザで来日、いくつかの職を経験した後、2006年はじめから大阪市内の親方のもとで土木作業に従事していた。5月に京都府内の現場で作業の準備作業中、他の作業者がKさんに気づかず機械を操作したため左環指を骨折したもの。

急遽地元の病院で治療を受け、以降、大阪市内の病院で継続して療養していたが、親方と工事会社は労災保険の扱いをせず、わずかなお金を手渡すことで解決しようとしていた。しかしKさんの症状は、指の骨折が原因となったRSD（反射性交感神経性ジストロフィー）を引き起こし、療養が長引いたことから、何の補償もないまま放置されることとなった。

つてをたどって9月に関西労働者安全センターに相談、労働基準監督署に労災請求をすることになったのである。工事現場と地元の病院では別の日本名を名乗り、大阪市内の病院には親方の名前で国民健康保険を使い、それでも自己負担分をまかないきれず、相談した当時は通院もままならない状態になっていた。

当初、自ら労災保険扱いにするよう説得された親方は応じることなく、元請会社から労災手続を進めるよう指示を受けると、Kさんを叱責するという対応を行ってい

た。また、直接の事業主である地元の土木会社は、工事自体を大阪市内の会社に丸投げしていたことから、労災扱いを渋る経過などもあり、労災保険の請求までに予想外の時間がかかった経過もある。地元の中小業者に工事を請け負わせ、事実上丸投げを促進しているような公共事業のあり方も労災隠しの一因になっていることが分かる一例でもある。

Kさんはその後、入国管理局に出頭し仮放免が認められ、療養が一段落して以降に帰国することになる。

（関西労働者安全センター）

「時効分」を8年ぶりに支給

神奈川●脳梗塞事例の休業補償

金港交通タクシー運転手だった橋本孝治さんは、過労のため脳梗塞で倒れ、現在も治療中だ。労災認定を勝ち取り、会社を相手取る損害賠償裁判でも勝利した。ところで、労働基準監督署が、不当にも「時効」分の休業補償を給付しなかったため、労働保険審査会で係争中であった。このたび、再審査請求から4年ぶり、倒れてから数えれば8年半ぶりに原処分取り消し、休業補償が給付の運びとなったので報告する。

橋本さんは1998年5月に脳梗塞で倒れて、休業を余儀なくされる。労働組合の支援や会社の一定の協力もあって、ただちに労災補償請求手続きをしたが、なぜか療養補償の手続だけがなされた。この経過は橋本さん自身が自ら手続きができるような容態ではなかったために、最後まではっきりしない。いずれにせよ横浜北労働基準監督署は、不当にも業務外、不支給決定。ただちに不服審査請求をしたが、神奈川労働局労災保険審査官は、不当にも請求を棄却した。

2001年3月に、労組や橋本さんらと、再審査請求の打ち合わせをしているときに、休業補償請求手続がなされていないことが判明した。ただちに休業補償請求を行ったが、労働基準監督署は当然、療養補償請求と同様に不支給決定。やはり審査請求手続きをすることになる。

2001年末に、脳心臓疾患の労災認定基準が改正された。それにともない、翌年から、係争中の事案はただちに再度調査をして、処分を変更せよと要請行動を起こした。ようやく労働基準監督署は2002年6月末になって、橋本さんの業務外決定を自ら見直し、休業補償も支給されることになった。ところが、その時に不当にも1998年5月～1999年3月はじめまでの部分は、時効で権利が消滅しているとして、やはり支給しなかった。このことについて審査請求したが、やはり労災保険審査官は、時効であることを理由に棄却としたため、2002年10月に、再審査請求するに至る。

再審査請求は時間がかかる。請求から約1年後に、一度だけ公開審理が開かれるが、後はなしのつぶて。問い合わせたところで、順番にやっている、数が多いと言われるだけで、何の音沙汰もなくなる。橋本さんの場合も同様であった。そして、待つこと4年余り。2006年12月末に、ようやく原処分が取り消されたのである。

労働保険審査会が、時効分も支給すべきとした理由は単純である。実は橋本さんと同じように、再審査請求や裁判などで業務上となったにも関わらず、労災保険の時効（休業補償や療養補償は2年）をはるかに上回る年数が経過したために、いちいち2年ごとに請求しなおすことをしなかったために、時効だけを理由に不支給となった例が以前から多数存在していた。それに対して、既に1995年に労働保険審査会は、業務上外であるかどうかを争っていたのだから、期間の経過を理由として、時効で権利が消滅したとするのは不合理だと判断している。ただし、それらで想定されていたのは、休業補償の後続の部分、症状固定そのものを争っていたために請求しなかった障害補償のケースであり、橋本さんのように療養補償だけを請求して、休業補償を請求しなかったものとは若干異なっていた。し

かしながら審査会は、橋本さんのような異なる種類の給付の場合も、考え方は同じであるとした。

橋本さんは、「これはお年玉のようなものですね。みなさんのおかげです」と喜ぶ。損害賠償裁判でお世話になった影山弁護士からも「完全勝利ですね」とお褒めの言葉をいただ。それにしても、なぜこんな当たり前のことが4年もかかるのか。全てのきっかけを作った労働基準監督署や審査官はもとより、労働保険審査会も大いに反省してもらいたいところである。

（関西労働者センター）

42歳でびまん性胸膜肥厚

滋賀●工務店勤務等で石綿曝露

滋賀県在住のKさんは、1998年春に職場健診で胸部に異常を指摘され、呼吸器科に受診したが原因がわからなかった。翌年の夏には、少し歩いても息切れするほどになり再受診、肺がん、中皮腫が疑われたが、組織検査の結果、両側の胸膜に肥厚が広がっていることがわかった。石綿との接点を何度も質問されたが、本人と医師の知識不足もあり、わからずじまいだった。

9月に右側の胸膜肥厚部の切除手術を受けたが、厚さ1センチ程度の白色繊維状でセメントのように堅いものが胸膜全体を覆い、横隔膜まで広がっていたということであった。2000年1月から在宅酸素療法をはじめたが、年々病状が悪化した。

昨年、中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会に相談されたことをきっかけに安全センターで労災申請の支援をすることになった。地元の家族の会メンバーを中心としたサポートは、Kさんの妻とKさんの力強い味方になった。

職歴を聞いたところ、79年（23歳）から83年にかけて豊中市の工務店に勤務し、伊丹空港周辺の住宅防音工事のため、現場管理でほとんど現場にいたことがわかった。

1987年から1995年までは住宅新築工事で現場管理をしており、同様に一日中現場で仕事に従事していた。幼少期に2年程度豊中市のパッキン工場の周辺に在住していたために周辺曝露も疑われたが、職業曝露があまりに明白だった。

こうした建築現場における直接間接の石綿曝露による「びまん性胸膜肥厚」であると判断されたため、5月上旬に労災請求した。しかし、すでに療養開始から8年が経過し、労災請求時効の2年を大きく超過していたため、多くの部分が時効とされてしまったこと、9月には労災認定されたが、その間Kさんの容体が急激に悪化し、ついに還らぬ人となったなったことは誠に無念であった。行政の怠慢、医療現場の無理解が生んだ悲劇としかいいようがない。

残されたKさんの妻は、悲しみの中で、家族の会の仲間を支えに人生を前向きに生きていこうとしている。

（関西労働者センター）

解剖資料発見で逆転認定

兵庫●26年前に石綿肺がんで死亡

約40年間、川崎重工でラッキング工として働き、26年前に肺がんで亡くなったDさんの息子さんから相談を受けたのは2006年7月のことだった。

毎日仕事場から真っ白になって帰ってきては、「かゆい」と言いながら近くの風呂屋に行っていたこと、お父さんの下で働いていた下請けの方が10数年前に、石綿による労災認定を受けていることから、時効救済の新法の成立に合わせ、4月に神戸東労働基準監督署に申請を行ったの

だった。

神戸東監督署は、Dさんが入院されていたK病院に問い合わせを行ったが、26年前のことであり、「カルテやレントゲンなどの医学的資料が残っていない」とのことで、わずか2か月の調査を終え、「医学的資料が不足していることから、認定基準に該当するか確認できない」として、6月末に不支給と判断した。

息子さんからの聞き取りを行うと、Dさんが亡くなられた際に、K病院の主治医から、「珍しい病気なので解剖したい」の申し入れがあり、解剖が行われたとのことだった。しかし、死亡診断書には解剖に関する記述は全くなかった。そこで息子さんは、監督署に提出した死亡診断書に「解剖を行った」との書き込みを行い、申請していた。

神戸市内の場合、解剖を行う病院は限られており、大学病院で行うか大学病院の医師がその病院まで出向いて行うこととなっているようだ。K病院は解剖を行う病院ではないので、Dさんの解剖は大学病院の医師がK病院まで出向き行ったということが考えられた。そして解剖を行っていたのであればカルテが存在するはず。そこで、Dさんの息子さんに審査請求の手続を行うことと、大学病院でのカルテの開示を要請した。

26年も前のことなので資料が残っているか大変不安だったが、大学病院からは解剖の際のカルテが出てきた。そして組織も残っていることが判明し、審査会を通じて組織の検査を行ったところ、「認定基準値以上の石綿繊維が見つかった」との連絡が入った。

その後、審査官からDさんの息子さんに対して、「審査請求を取り下げてもらえれば、監督署に差し戻すことになり、その方が手続きが早くなる」との連絡が入った。そして、息子さんが審査請求を取り下げたことで、神戸東監督署が判断を覆し、10月19日に認定の決定を行った。これでは、神戸東監督署が6月末に不支給と決定したことと、審査請求で認定が決定されるはずであったこと消えてしまうことになる。認定は嬉しいことだが、監督署の調査にスッキリしない点も残った。

今回のように資料が見つかるのは極めてまれなケース。息子さんは、「労災で時効を迎えた被害者を救済するための新法なのに、医学的資料がないという理由で、一律に不支給とするのはおかしい」と、認定基準の不備を訴えていた。

（ひょうご労働安全衛生センター）

ゴム工場のタルクに石綿

兵庫●知らされていない危険性

関西労働者安全センターから、神戸・長田のゴム製造会社で働き胸膜中皮腫で亡くなられたOさんの遺族を紹介されたのは、クボタショック直後の2005年7月のことだった。

Oさんは、三ツ星ベルトで約30年間働き（下請会社の従業員として三ツ星で働いていた期間を含む）、同年3月に胸膜中皮腫で亡くなられた。医師から「この病気は労災になる」との説明をうけた遺族が、関西センターに相談されたのだった。関西センターから連絡を受けた際に、片岡さんから「ゴム製造の過程においてタルクが使用されている」、「タルクにはアスベストが含まれている」とのアドバイスをもらった。

タルクは、「滑石」と呼ばれる白色の鉱物を砕いて粉状にしたもので、建材や塗料をはじめ、様々な工業製品の充填材・増量剤、混和剤、結合材として使用されている。純粋なタルクはまれで、様々な鉱物が不純物として含まれており、アスベストを含有する場合がある。1986年に一部のベビーパウダーにアスベストが混入していることが明らかになり、大きく報じられたことがあるが、これはベビーパウダーに使用されていたタルクに、アスベストが混入していたためだった。ゴム工場では、製品同士がくっつかないように振りかける「打ち粉」として、またゴムに練り込んだりする（白色のゴムを製造する際）など様々な

旧国鉄アスベスト裁判提訴

用途でタルクが使用されてきた。

面談を行い、早速Oさんの古くからの同僚の方にお会いすることができ、「ゴム製造のあらゆる過程において、ゴム同士がくっつかないように打ち粉としてタルクと使用していた」、「通路はタルクの粉で真っ白になっていた」、「安全対策は何ら行われていなかった」、「タルクにアスベストが含まれていることは知らなかった」と、お話をうかがうことができた。そこで申請の準備を進め、会社に証明をもらいに行った。

会社の安全担当者は、「ゴム会社で使用するタルクは品質の悪い物でした」ということは認めるものの、「古い資料が残っていないので調査をさせてほしい」ということだった。しかし、結局会社は事業主証明を拒否し、その根拠は「1987年にタルクの納入業社が提出した『アスベストが混入していない』との証明書がある」とのことだった。Oさんが三ツ星ベルトを退職したのは1983年であり、1987年時点の証明書では過去のタルクの安全性までを証明できないことは明らかであるにも関わらず、申請の妨害をおこなってきたのである。

2005年11月に神戸西労基署に申請を行ったが、会社の非協力的な姿勢は変わらず、調査は難航した。Oさんの死亡診断書には「悪性胸膜中皮腫」と記載されていたが、局医の調査では「びまん性胸膜肥厚」とのことだった。しかし、肥厚の厚さや広さが認定基準を満たしていたため、担当官の調査も積極的になってきた。タルクの納入業社を調査し、納入元が中国・北朝鮮・韓国からであることが判明した。以前、オーツタイヤにおいてタルクの使用により肺がんを発症し労災認定された事例があるが、オーツタイヤで使用されていたタルクと三ツ星ベルトのタルクが同じであることが決め手となり、2006年12月末に認定の通知が届いた。

タルクと石綿関連疾病の関連についてはあまり知られていないため、センターとして1月18日にマスコミ発表を行った。Oさんの奥さんは三ツ星ベルトで働いたこともあり、「タルクで真っ白になり、どろどろになって働くのがゴム業界だと思っていたし、タルクが悪いものとは思ってもいなかった。会社に恨みはないが、苦しんで亡くなったお父さんがかわいそうで…」と、闘病時を振り返り訴えられた。また当日は、ゴム加工機械の製造・修理に携わり肺がんとなり労災認定されたYさんも同席され、「ゴム会社に頻繁に出入りしていたが、工場内を一回りするだけで、顔や髪が白くなるほどだった」と話し、「ゴム業界でも石綿被害があることを知って欲しい」と訴えた。

2006年7月には、住友ゴムで45年間働き中皮腫で亡くなられたMさんも、アスベスト新法により認定されたが、会社はタルクの危険性については認めなかった。Mさんの他にも、この間センターで相談を受け、元住友ゴムの労働者で石綿手帳を交付された方が2名おられるにも関わらず、会社の対応は変わっていない。国も、企業も、専門家も、タルクに危険性や詳細なデーターを公表すべであり、企業は退職者への健康診断を早急に実施すべきである。

（ひょうご労働安全衛生センター）

3月のイベント案内

労働時間規制の撤廃と“労働ビッグバン”を許さない 3.23集会

主催：集会実行委員会（03-3638-3369）

●日時：　2007年3月23日（金）18：30～19：30
　　集会終了後、国会請願デモ
●会場：　社会文化会館
●参加無料：どなたでも参加できます。

× × ×

2005年度PRTR集計データ検討会 ～国のPRTR担当者に聞く～

主催：有害化学物質削減ネットワーク
http://www.toxwatch.net/

●日時：　2007年3月24日（土）13：30～15：45
●会場：　日本青年館5階502号室
●参加無料：どなたでも参加できます。

× × ×

新化学物質政策 NGOフォーラム結成のつどい

主催：新化学物質政策NGOフォーラム

●日時：　2007年3月24日（土）16：00～18：00
●会場：　日本青年館5階502号室
●参加無料：どなたでも参加できます。
基調：化学物質管理のあり方に関する市民からの提案
中下裕子（ダイオキシン環境ホルモン対策国民会議）
SAICM（国際的化学物質管理に関する戦略アプローチ）国内実施計画について
戸田英作（環境省環境安全課課長補佐）他

× × ×

アスベスト問題は終わっていない！ ～隙間なく公正な補償・救済を実現させよう～ 3.25 労働者・市民シンポジウム

主催：石綿対策全国連絡会議

●日時：　2007年3月25日（日）13：30～17：00
●会場：　中央大学駿河台記念館285号室
●参加無料：どなたでも参加できます。

13：30　開会挨拶：
13：35　韓国からの来賓/5月日韓シンポジウムの紹介
13：45　基調報告―アスベスト被害救済新法施行一年の概況
14：00　第1部：ひろがるアスベスト公害の現場から
　　尼崎：中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会尼崎支部
　　泉南・阪南：泉南・阪南地域の石綿被害と市民の会
　　河内長野：河内長野アスベスト被害者とその家族の会
　　王寺・斑鳩：中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会奈良支部
　　岐阜羽島：アスベストに関する地域住民の会
　　横浜鶴見：旧朝日石綿横浜工場周辺住民
15：20　休憩
15：35　第2部：労働組合の新しいイニシアティブ
　　全建総連
　　全造船機械/アスベスト・ユニオン
　　全港湾
　　国労
16：25　アスベスト裁判の動向：アスベスト訴訟弁護団
16：45　参加されている裁判原告の紹介
16：55　閉会挨拶：
17：00　閉会（翌日の行動参加要請）：

× × ×

アスベスト問題は終わっていない！ ～隙間なく公正な補償・救済を実現させよう～ 3.26 労働者・市民集会

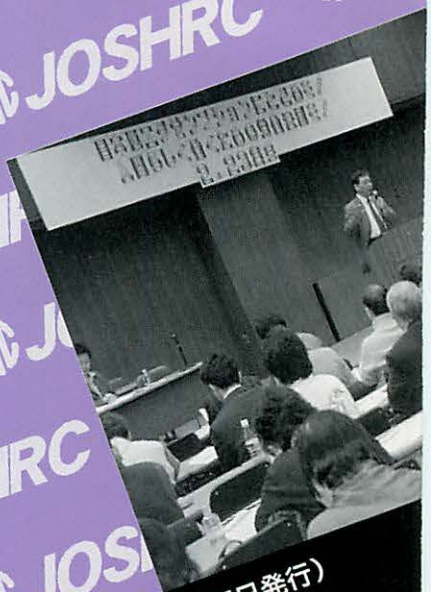
主催：石綿対策全国連絡会議

●日時：　2007年3月26日（月）13：30～15：00
●会場：　社会文化会館
●参加無料：どなたでも参加できます。

12：30　受付開始：
13：30　開会―主催者挨拶：
13：40　来賓挨拶：
　　メッセージ紹介：
14：05　海外来賓挨拶：
14：20　基調報告：
14：30　決意表明：
14：45　集会アピール：
14：50　閉会挨拶：
15：00　国会請願デモ出発

石綿対策全国連：
http://park3.wakwak.com/~banjan/
3.25-26特設ページも用意してあります。

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 center@toshc.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
群　馬	●ぐんま労働安全衛生センター	〒370-0846 高崎市下和田町5-2-14	E-mail qm3c-sry@asahi-net.or.jp TEL(027)322-4545 /FAX(027)322-4540
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.com TEL(025)228-2127 /FAX(025)224-8825
静　岡	●清水地域勤労者協議会	〒424-0812 静岡市清水小芝町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
三　重	●三重安全センター準備会	〒514-0003 津市桜橋3丁目444 ユニオンみえ内	E-mail QYY02435@nifty.ne.jp TEL(059)225-4088 /FAX(059)225-4402
京　都	●京都労働安全衛生連絡会議	〒601-8015 京都市南区東九条御霊町64-1 アンビシャス梅垣ビル1F	E-mail kyotama@mbox.kyoto-inet.or.jp 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 hiroshima-raec@leaf.ocn.ne.jp TEL(082)264-4110 /FAX(082)264-4123
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1-8-15	E-mail npo eoshc@yahoo.co.jp TEL(0897)34-0900 /FAX(0897)34-5667
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)931-8001 /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(088)845-3953 /FAX(088)845-3953
熊　本	●熊本県労働安全衛生センター	〒861-2105 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レークタウンクリニック	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	〒870-1133 大分市宮崎953-1(大分協和病院3階)	E-mail OITAOSHC@elf.coara.or.jp TEL(097)567-5177 /FAX(097)503-9833
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	〒899-5215 姶良郡加治木町本町403有明ビル2F	E-mail aunion@po.synapse.ne.jp TEL(0995)63-1700 /FAX(0995)63-1701
沖　縄	●沖縄労働安全衛生センター	〒900-0036 那覇市西3-8-14	TEL(098)866-8906 /FAX(098)866-8955
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



安全センター情報2007年4月号（通巻第337号） 2007年3月15日発行（毎月1回15日発行）
1979年12月28日第三種郵便物認可 800円

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

JOSHRC: Japan Occupational Safety and Health Resource Center
Z Bldg., 5F, 7-10-1 Kameido, Koto-ku, Tokyo, Japan
Phone +81-3-3636-3882 Fax +81-3-3636-3881
E-mail: joshrc@jca.apc.org URL: http://www.jca.apc.org/joshrc/