

2007 **5**

OSHRC 安全センター情報



安全センター情報2007年5月号 通巻第338号
2007年4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● 石綿被害救済新法一周年

写真：アスベスト問題は終わっていない！労働者・市民集会

『三井三池炭鉱じん爆発事件史料集成』刊行記念報告会

三池が語る、いま

主 催 三池炭じん爆発事件研究会 三池 CO 研究会 後援 柏書房

基調講演 「戦後最悪の労災事故 三池が語る、いま」

講師：鎌田慧氏（ルポライター）

記念講演 「三池の事故と専門家の責任～史料集の現代的意義について」

講師：原田正純氏（三池 CO 研究会代表、熊本学園大学教授）

出版報告：美奈川成章氏（三池炭じん爆発事件研究会代表、弁護士・福岡県弁護士会所属）

1963年11月9日、福岡県大牟田市、三井三池炭鉱で死者458名、労災認定されただけでも839名にのぼるCO中毒患者を出した炭じん爆発事件が起きました。本史料集成は、三池CO研究会が収集したこの爆発事件の史料に加え、大牟田市立図書館や刊行に際して提供を受けた史料で構成。全Ⅱ期にわたり、5200点の貴重な史料がマイクロフィルム化されています。

日本の近代化のひずみと、二度と繰り返さないための英知を共に考えていきたいと思います。ご多忙の折とは存じますが、一人でも多くの方にご参加いただきますよう、ご案内申し上げます。

【刊行記念報告会】

日 時 2007年4月28日（土）

時 間 午後2時開場 午後2時30分開会（午後4時30分開会予定）

場 所 文京シビックセンター区民会議室（東京都文京区春日1-6-21）

TEL 03-3812-7111～3

最寄駅 東京メトロ南北線「後楽園駅」徒歩0分・東京メトロ丸の内線「後楽園駅」徒歩1分

都営地下鉄大江戸線「春日駅」徒歩0分・都営地下鉄三田線「春日駅」徒歩1分

JR 中央線・総武線「水道橋駅」徒歩8分

参加費 無料（予約が必要です）

【交流会】 終了後、懇親会を行います。ご参加下さい。

時 間 午後5時30分から

会 場 かつ吉水道橋店（東京都文京区本郷1-4-1 全水道ビルB1）

最寄駅 JR・地下鉄三田線「水道橋駅」徒歩2分

TEL 03-3812-6268

参加費 5000円

問い合わせ：福岡城南法律事務所（TEL 092-771-3228）

特集/石綿被害救済新法一周年

石綿問題は終わっていない! 隙間なく公正な補償・救済を!

石綿全国連が一周年でシンポ・集会・デモ	2
労働者・市民シンポジウム/集会基調報告	6
肺がん事案事務連絡/改訂判定資料留意事項	14

喉頭がん、フランクも補償対象 肺がん認定基準改正は急務

欧州諸国の対象疾病・認定基準との比較

全国安全センター事務局長 古谷杉郎 18

欧州職業病統計「1995年パイロットデータの評価」	25
欧州職業病統計「第1段階:方法論」	30
欧州における石綿関連職業病—認定ほか	36
アフター・ヘルシンキ:ヘンダーソン論文	36

連載52—塩沢美代子

語りつぎたいこと

49

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:中皮腫補償システムの改善計画提案	53
-----------------------	----

各地の便り

東京●“労働ビッグバン”を許さない3.23集会	58
大阪●不誠実対応の実例あげて労働局申入れ	60
東京●春の外国人労働者総行動で渋谷デモ	61
兵庫●石綿小体数少ないと石綿肺がん不支給	63
神奈川●旧朝日石綿工場周辺でも中皮腫2名	64
兵庫●石綿曝露の証明は船員手帳で十分	66

石綿問題は終わっていない！ 隙間なく公正な補償を！

新法一周年でシンポ・集会・デモ

石綿健康被害救済新法の施行一周年の2007年3月27日に向けて、石綿対策全国連絡会議は、「アスベスト問題は終わっていない！隙間なく公正な補償・救済を実現しよう！」と訴えた一周年行動（シンポジウム、集会・デモ）に取り組んだ。

3月25日には、中央大学駿河台記念館で、新法一周年を検証する「労働者・市民シンポジウム」を開催した。永倉冬史石綿全国連事務局次長（中皮腫・じん肺・アスベストセンター事務局長）の司会ではじまり、まず、韓国から来賓として参加された「労働健康連帯」のイ・サンユン政策局長（産業医）と鈴木明零細労働者事業団長が連帯の挨拶とともに、5月18-19日にソウルで「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）」を準備中であり、ぜひ参加してほしい」と呼びかけた。

続けて古谷杉郎同事務局長（全国安全センター）から「基調報告―アスベスト被害救済新法施行一周年の概況」の報告が行われた。一周年行動に向けて石綿全国連が用意した基調報告を、6頁以下に紹介したので参照されたい。

その後のシンポジウムは、3部構成で進行した。

「第1部：ひろがるアスベスト公害の現場から」は、クボタ・ショック以降、アスベスト公害が尼崎だけにとどまらず全国各地で次々と明らかになってきて

いるなかで、健康被害あるいは曝露を受けた住民自身による取り組みが始まっている現場の代表が、はじめて一堂に会す場となった。

中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会副会長の古川和子さんと関西労働者安全センター・片岡明彦事務局次長を進行役に、横浜鶴見（エーアンドエーマテリアル）から「旧朝日石綿住民医被害者の会準備会」のお母さんを中皮腫で亡くされた原田義一さん、岐阜羽島（ニチアス）の「アスベストに関する地域住民の会」代表の林三統さん、王寺（ニチアス）・斑鳩（竜田工業）の住民関係者が加わっている「中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会奈良支部」から吉崎和美さん（日本通運の労働者としてニチアス王寺工場に出入りしていたお父さんを中皮腫で亡くされている）と竜田工業近隣に暮らしていたお母さん中皮腫で亡くされた女性、河内長野（東洋）の「河内長野アスベスト被害者とその家族の会」から弟さんを中皮腫で亡くしている森本啓二さん、日本のアスベスト紡績業のメッカであった「泉南・阪南地域の石綿被害と市民の会」から会長の柚岡一禎さん、国家損害賠償請求訴訟の原告でもある、お父さんを石綿肺で亡くされた（環境曝露による石綿肺で新法の救済給付の対象にもされていない）南和子さんとお母さんを管



理4の石綿肺（労災認定）で亡くされた藪内昌一さん、震源地となった尼崎（クボタ）の「中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会尼崎支部」からは中皮腫で弟さんを亡くされた武澤泰さんとお父さんを亡くされた瀬川澄雄さんから、それぞれ報告をしていただいた。古川和子さんから紹介されてフロアから武澤さんのお母さんにも発言していただいた。

参加者にとっては、メディアでもほとんど報じられていないアスベスト公害の広がり、かけがえのない家族を失った悲しみや、知らないうちにアスベストに曝露させられ自らもいつ被害者になるかわからない住民の不安、そして、救済新法の不公正・不十分さなど、初めて直接当事者の声を聞く機会となった。また、地域の状況も加害企業の対応もまったく様ではなく、各々に苦労も工夫もしながら取り組みを進められている状況の一端を理解し合うことができたのではないと思われる。初めてお互いに知り合った関係者相互の交流・支援から、住民の取り組みが始まっていない地域への支援等へと広がるのが期待される。

直近の予定では、「クボタ・ショックから2年—アスベスト被害を知らせる写真と報告のつどい（仮称）」を、6月30日-7月1日に尼崎で開催する準備がはじまったところであり、再会の場になりそうである。

第2部では、全建総連/東京土建労働対策部長の高木史雄さん、全造船機械/アスベストユニオン執行委員長の文泰竜さん、全港湾/本部書記長の伊藤彰信さん、国労/本部業務部長の久保孝幸さんからそれぞれ、未曾有のアスベスト災害に対処していくための「労働組合の新しいイニシアティブ」について報告された。

第3部では、アスベスト訴訟弁護団の古川武志弁護士から、「アスベスト裁判の動向」の解説と、増大するであろう裁判に対して弁護士の支援体制を整えているという力強い報告がされ、また、参加されていた係争中の裁判の原告たちが紹介された。

このシンポジウムは、定員150名弱の会場に、北海道から沖縄まで全国から集まった210名があふれる熱気に満ちた集まりとなった。地方から参加された患者と家族の会関係者らだけでも約50名。シ

アスベスト問題は終わっていない! 隙間なく公正な補償・救済を求めるアピール

一昨年夏のクボタ・ショック以来、連日マスコミを賑わせていたアスベスト問題も、最近は取り上げられる機会が激減しています。しかし現実には、アスベスト被害が拡大し続けています。工場等の周辺住民の健康や命をも奪う「アスベスト公害」が、尼崎だけでなく、全国各地に広がっていることも明らかになってきています。にもかかわらず、国や自治体、企業によるそれらの実態及び原因の解明、責任の追求等はほとんどなされていないに等しい状況です。

小泉内閣のもとで関係閣僚会合による「アスベスト問題に係る総合対策」が策定されていながら、その達成状況や積み残し課題等の総括も行わないまま内閣が変わり、安倍内閣ではいまだに一度も関係閣僚会合が開催されていません。クボタ・ショック前の縦割り行政時代に逆戻りしてしまっている状況です。複数の省庁で異なる補償・救済制度が実施されている状況の中で、「隙間ない補償・救済」がどの程度実現できているかを検証する仕組みすら存在していないのです。

被害者・家族に重い立証責任を負わせ、闘病中に手続を行わなければ一切の救済が受けられず、また、石綿肺を救済対象から外している石綿健康被害救済新法は、日々新たな「隙間」を生み出しているとさえ言えます。

さらに、同じアスベストによる被害者でありながら、新法による救済内容・水準は労災補償と比べてあまりにも低すぎ、加害企業の責任を追及して労災補償や新法救済の上積み補償をさせる取り組みも進められる中で、その「不公正」さは一層際立ってきています。

シンポジウム終了後、中華料理屋を貸し切って懇親の場をもったが、こちらも席が足りない状態だった。

翌3月26日、午前中は二手に分かれた。一隊は、霞ヶ関の厚生労働省と環境省が入っている中央合同庁舎前でチラシを配りながら宣伝活動。代表が両省の記者クラブで会見も行った。別の一隊は、アスベストユニオンによるエーアンドエーマテリアル、ニチアス本社に対する行動に参加した。

午後は、三宅坂の社会文化会館で、「労働者・市民集会」が開催され、こちらにも定員を大幅に上回る900名が結集した。

富山洋子石綿全国連代表員（日本消費者連盟代表運営委員）と伊藤彰信事務局次長（全港湾書記長）の司会で開始され、佐藤正明代表委員（全建総連書記長）が開会のあいさつ。

来賓としてご出席いただいた、民主党アスベスト被害対策プロジェクト座長の田島一成衆議院議員、日本共産党国会議員団アスベスト対策チーム責任者代理の吉井英勝参議院議員、社民党幹事

長の又市征治参議院議員、日本労働組合総連合会連合（連合）の古賀伸明事務局長からあいさつをいただいた。続いて、全国労働組合総連合（全労連）坂内三夫議長からのメッセージの紹介。また、IBAS（イバス：アスベスト禁止国際書記局、イギリス）、ADAO（アダオ：アスベスト疾患啓蒙機関、アメリカ）、ASAREA（アサレア：アルゼンチン・アスベスト曝露者協会）、インドネシア国立労働安全衛生研究所からも連帯のメッセージが届いていることが紹介された。集会での紹介には間に合わなかったが、ABREA（アブレア：ブラジル・アスベスト曝露者協会）、AAW（アスベスト・アウエアネス・ウェールズ、イギリス）からも寄せられている。また、前日のシンポジウムに続いて韓国・労働健康連帯のイ・サンユン政策局長からも連帯のあいさつをいただいた。

古谷杉郎事務局長の基調報告の後、労働者を代表して全建総連・伊藤義彰委員長、中皮腫患者である患者と家族の会関西の中村實寛さん、そして、アスベスト公害に立ち向かっている全国の住民

私たちは、昨日の石綿健康被害救済新法一周年を検証するシンポジウムと本日の集会を通じて、困難な中でアスベスト問題に取り組む被害者、家族、住民曝露者、労働者、市民等による新たなイニシアティブが育ちつつあることを確認し、一層、連携していく決意をしました。

アスベスト問題は終わっていないどころか、被害の本格化はまさにこれからなのであって、決して小手先の対策でもって「幕引き」をさせてはなりません。私たちは、救済新法は5年を待たずに「見直し」というよりも「作り直し」が必要であり、補償・救済以外の健康対策や将来の被害の拡大を防止するための抜本的・総合的対策の確立のためには「アスベスト対策基本法」の制定が不可欠であると考えています。同時に、地球規模でのアスベスト被害の根絶に向けて、国際協力を一層すすめていくことがきわめて重要です。石綿健康被害救済新法一周年に当たって、私たちは、あらためて次の事項の実現を強く求めます。

- ・石綿被害救済新法及び労災補償制度等の不備を早急に見直し、全てのアスベスト被害者とその家族に「隙間なく公正な補償・救済」を実現すること。
- ・アスベストの把握・管理・除去・廃棄等を通じた一貫した抜本的・総合的対策を確立するために、「アスベスト対策基本法」を制定すること。
- ・ノンアスベスト社会の実現をめざして、行政・被害者・労働者・市民の参加による体制を確立すること。

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・市民集会参加者一同

やアスベスト裁判を代表するかたちで、国賠訴訟の原告でもある泉南・阪南地域のアスベスト被害と市民の会の南和子さんによる決意表明。お父さんを中皮腫で亡くし旧国鉄(清算事業本部)の責任を問う損賠訴訟を提起したばかりの大前麻衣さんの朗読により別掲の「隙間なく公正な補償・救済を求めるアピール」を満場の拍手で確認した後、中島圭子代表委員(自治労労働局次長)の閉会あいさつで集会を締めくくった。なお、中野友美子・日教組生活局次長、名取雄司・中皮腫・じん肺・アスベストセンター所長にも登壇していただいた。

集会後、900名の参加者は3つの梯団に分かれて、開催地点の日比谷公園に向けて力強い国会請願デモを行った。衆参両院の議員面会所では、民主、共産、社民3党から約40名の国会議員またはその秘書がデモ隊を迎え、請願の紹介議員になっていた。

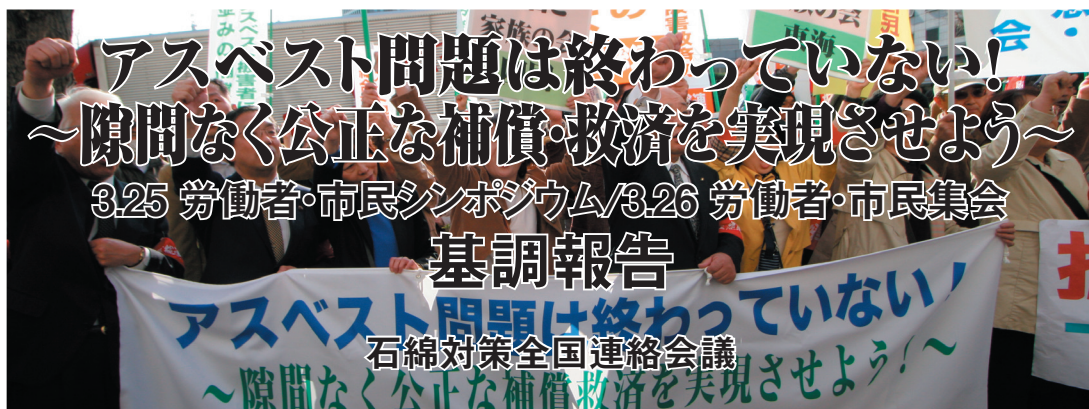
アスベスト問題は終わっていないどころか、被害の本格化はまさにこれからなのであり、小手先の対

策で「幕引き」をさせてはならない。その誓いを新たにした一周年行動であった。本号では、概要の紹介だけになってしまうが、とりわけシンポジウムの内容については、ぜひ何らかのかたちで別途紹介できるようにしたいと考えている。

また、前述のとおり、5月18-19日、韓国・ソウルでの日韓共同シンポジウムと、6月30日-7月1日の尼崎でのクボタ・ショック2周年のつどいが予定されている。石綿全国連は、今年11月14日で結成20周年を迎えることから、その前後に総会や記念イベントも計画される予定である。

さらに、本稿執筆時点ではまだ未確定だが、昨年7月のタイ・バンコクに続くアジア第2段とも言えるアスベスト会議が、9月頃にベトナム・ハノイで開催される可能性が急遽浮上してきている。2000年のブラジル・オザスコ、2004年の日本・東京に続く、3回目の世界アスベスト会議(GAC2008)も、2008年末頃の南アフリカでの開催に向けた準備が進め





アスベスト問題の「幕引き」を許してはならない!

石綿対策全国連絡会議は、今年11月で設立20周年を迎えます。私たちが一貫して掲げてきた「全てのアスベスト被害者に隙間なく公正な補償・救済」、「ノンアスベスト社会実現をめざした抜本的・総合的対策の確立」の実現が、いままさに重大な局面を迎えています。一昨年夏のクボタ・ショックによって、アスベスト問題が国をあげて取り組まなければならない重要課題として脚光を浴び、私たちが呼びかけた100万人署名にわずか3か月あまりのうちに187万人を超す方々から賛同が寄せられたにも関わらず、不十分な小手先の対応でアスベスト問題が終わらされてしまいそうだからです。

政府は、クボタ・ショックから1か月後の2005年7月29日に最初の「アスベスト問題に関する関係閣僚会合」を開催し、同年末12月27日の第5回関係閣僚会合で「アスベスト問題に係る総合対策」をまとめました。石綿健康被害救済法の制定、及び大気汚染防止法、廃棄物処理法、建築基準法等の改正も、この総合対策の一環として行われたものでした。

2006年9月8日に、第6回目にして、小泉内閣最後の関係閣僚会合が開催されました。しかし、そこでは、前年末に取りまとめた「総合対策」の進捗状況を確認し、積み残し事項及び実施した中で明らかになった新たな課題等を整理して、次の内閣に引き継ぐという、当然なされてしかるべき「小泉内閣の

もとでのアスベスト対策の総括」が行われた形跡はまったくありません。そもそも政府—関係閣僚会合としての文章自体が一切なく、各省庁の報告文書の寄せ集めが公表されただけで、あたかもクボタ・ショック以前の縦割り行政時代に逆戻りしてしまったかのようです。

続く安倍内閣のもとでは、関係閣僚会合は一度も開催されておらず、開催する意志すら表明されていません。政府は、アスベスト問題の「幕引き」はすんだと考えているのかもしれませんが、そのようなことを許すわけにはいきません。

「隙間ない補償・救済」の検証

クボタ・ショックによって、アスベストを原因とする「中皮腫」は、よく知れわたった病名となりました。中皮腫の労災認定件数は、1978年の第1号認定以来2004年度末までの累計が502件でしたが、2005年度は1年だけで503件、2006年度は9月末までの半年だけで512件と、わずか1年半で3倍になりました。加えて、救済新法による時効救済が2006年度前半で452件、労災対象以外の住民や自営業者等を対象とした新法救済が2007年3月12日までの時点で2,099件(死亡1,504件、生存595件)で、総合計は4,068件となっています(表1)。

救うべき対象を全中皮腫事例(推定)とすれば、補償・救済率(表1の「認定率」)は約30%と試算されます。過去の事例も全て対象とする新たな救済初年度の実績として果たしてこれは十分と言えるで

表1 中皮腫・石綿肺がんの補償・救済状況

中皮腫							
	～1994	～2004	2005	2006	合計	認定率	寄与率
死亡者数	5,000(推計)	7,013	911	1,000(推計)	13,924	100.0%	
労災認定	83	419	503	512(9月末)	1,517	10.9%	37.3%
時効救済				452(9月末)	452	3.2%	11.1%
新法救済(死亡)				1,504(3/12)	1,504	10.8%	37.0%
新法救済(生存)				595(3/12)	595	4.3%	14.6%
認定・救済合計				3,063	4,068	29.2%	100.0%
石綿肺がん							
	～1994	～2004	2005	2006	合計	認定率	寄与率
死亡者数(中皮腫×2)	10,000(推計)	14,026	1,822	2,000(推計)	27,848	100.0%	
労災認定	120	234	219	328(9月末)	901	3.2%	71.3%
時効救済				154(9月末)	154	0.6%	12.2%
新法救済(死亡)				46(3/12)	46	0.2%	3.6%
新法救済(生存)				163(3/12)	163	0.6%	12.9%
認定・救済合計				691	1,264	4.5%	100.0%
合計(中皮腫・石綿肺がん)							
	～1994	～2004	2005	2006	合計	認定率	寄与率
死亡者数	15,000(推計)	21,039	2,733	3,000(推計)	41,772	100.0%	
労災認定	203	653	722	840(9月末)	2,418	5.8%	45.3%
時効救済				606(9月末)	606	1.5%	11.4%
新法救済(死亡)				1,550(3/12)	1,550	3.7%	29.1%
新法救済(生存)				758(3/12)	758	1.8%	14.2%
認定・救済合計				3,754	5,332	12.8%	100.0%

しょうか。中皮腫の2倍と言われる石綿関連肺がんに関しては、認定率の試算結果はわずか4.5%と、ほとんど救済できていないことが明らかです。また、中皮腫の約80%がアスベストへの職業曝露によるものと言われていますが、表1の「寄与率」をみると、本来、労災補償が時効救済の資格があるものが、低額の新法による救済で済まされているのではないかという疑念が生じます。

そればかりでなく、国家公務員については、気象庁、北海道開発局、水産庁から中皮腫事例4件の報告がなされているものの、全体状況は(誰が把握するのかも)明らかではなく、地方公務員災害補償基金は私たちに対して、昨年末で10件台後半の請求がなされていることは明かしたものの自ら公表しようとはしていません。社会保険庁は船員保険における実績の公表を求めたのに対して、検討すると言ったきり回答がありません。旧国鉄職員の業務災害補償等を扱う(独)鉄道建設・運輸施設整備支援機構国鉄清算事業本部は、2007年2月1日現

在の認定件数67件(中皮腫35件、肺がん16件、その他16件)等と公表していますが、旧専売公社、旧電電公社関係の実態は明らかにされていません。他にも関連する制度があります。

このような状態は、政府には、「隙間ない救済」という自らの公約が実現できているかどうかを検証する意思も体制もないということを示すものにはなりません。

発端となったクボタの労働者のアスベスト被害は、2004年度末時点で93件(中皮腫46件、肺がん20件、その他27件)であったものが、その後に発症あるいは会社に連絡があったものを加えて、2005年度末には132件(中皮腫60件、肺がん35件、その他37件)、2006年9月末時点では144件(中皮腫65件、肺がん・その他79件)へと増え続

けています(ほとんど(中皮腫は全て)が尼崎市の旧神崎工場関係)。このような状況であるにも関わらず、厚生労働省が公表した労災認定事例に係る事業場名は、2004年度以前分についてだけであって、その後の激増分については明らかにされていません。

工場や鉱山等の周辺住民の健康や命を奪う「アスベスト公害」を引き起こしているのが、尼崎だけにとどまらず、全国各地にひろがっていることも明らかになってきています。中皮腫だけですでに百名以上の被害者が出ている尼崎についてすら、被害者・家族等が研究者に依頼した「尼崎市クボタ旧神崎工場周辺に発生した中皮腫の疫学評価」によって、クボタのアスベストが原因であることが明らかにされたものの、国や自治体による被害実態の全貌の把握と原因の究明はなされていません。尼崎以外の住民被害等に関しては、なおさらです。私たちはまた、企業や自治体による健診の結果に、住民の石綿肺もみられているにもかかわらず、ま

た、建設業等の自営業者に石綿肺が発症していることが明らかであるにも関わらず、救済新法の対象疾病から石綿肺が外されたままであることに、深い憤りを感じています。

「隙間なく公正な補償・救済」の実現はもとより、わが国における石綿被害の実態の解明も、今後の課題として残されているのです。

全てのアスベスト被害者に 公正な補償・救済を

表2は、石綿全国連が作成した、労災補償と新法による救済の比較で、「◆救済の隙間」及び「▼公正さを欠く点」を示しています。私たちは、救済新法の「見直し」は、部分的な手直しですませるわけにはいかず、事実上の「作り直し」でなければ対処できないと考えています。

ここで示した他にも、クボタのような法律を超える「上積み補償制度」の問題や、労災補償や時効救済の「官民格差」などの問題も存在しています。認定基準やその運用等も含めて、補償・救済をめぐる問題点は広範囲にわたっており、詳しい解説は省略しますが、主な問題点だけでも、以下のような点があげられます。

- ・ 新たな時効切り捨ての続出(生存中本人申請要件、過去分は3年以内)
- ・ 迅速な行政救済からほど遠い(とくに新法救済では全数環境大臣の医学判定→環境再生保全機構の役割は単なるメッセンジャーにすぎない実態)
- ・ 被災者・家族に多大な医学的立証責任
- ・ 医学的診断精度の向上等を救済制度に持ち込むべきではない—新法救済では「判定保留」事案続出
- ・ 「石綿肺がん」をほとんど救済できていない
- ・ 対象疾病以外の石綿関連疾患(とくに石綿肺)
- ・ 認定事業場名、市区町村別中皮腫数等の公表
- ・ 救済財源の事業主負担のあり方

補償を行うべき企業がすでに存在しない場合や「クボタ並み」の補償を実施できない企業もあるこ

とに加えて、環境曝露の発生源が工場から建築物等の改修・解体等に移行していくにつれて、加害者を特定できない被害事例が将来増えていくであろうことも予想されます。それらも含めて、アスベストの使用を早期に中止させることを怠り、かえってその使用を事実上義務づけたり、促進してきた面すらある、国の責任を回避することはできません。結局、個別企業の対応のみによっていたのでは正義が実現することにはならず、国としての対応が必要になってくることは不可避であると考えられます。

フランスではすでに、職業曝露か環境曝露によるものかを問わずに平等な補償を行う「アスベスト被害者補償基金(FIVA)」があり、ベルギーで4月1日から、非職業性のアスベスト被害者を対象とした補償制度がスタートし、イギリスやオランダでも同様の動きがあると伝えられています。わが国の補償・救済制度の見直しを急ぐべきです。

石綿曝露者の健康管理対策

アスベストによる健康被害対策は、疾病が発症してしまった場合の補償・救済に限られるものではありません。この点では、まず、政府の検討会報告書等でも何度も勧告されていながら、いまだに実現していない中皮腫等の登録制度の確立が重要です。臨床現場における中皮腫等の診断精度の向上までも新法のもとでの医学判定が担うかのごときいびつな現状は早急に是正される必要があります。また、因果関係の究明のためにも同制度は寄与できるものと考えられます。厚生労働省(健康局総務課がん対策室)は、2007年2月22日に、「『中皮腫登録のあり方』についての研究』の一環として行う一般住民を対象とした健康調査のための予備調査の実施について」発表しましたが、実効性のある中皮腫登録制度を構築していくためには、患者・家族、労働者、市民の参加が不可欠です。被害者の悲願である治療法の開発等についても同様です。

過去アスベストに曝露した者に係る健康管理対策については、関係閣僚会合の「総合対策」でも一定ふれられながら、船員であった者に対する健康管理手帳の創設以外には、いまだに何ら恒久的な

表2 労災補償と新法による救済の比較

	労災補償	新法による救済		労災時効事例の救済		認定基準に係る救済
		生存事例	法施行前死亡事例	法施行前死亡事例	生存事例	
財源	労災保険料	石綿健康被害救済基金(一般＋特別拠出金)		労災保険料		【救済なし】
実施機関等	政府	(独)環境再生保全機構		厚生労働大臣	【救済なし】	
	労働基準監督署	機構事務所、地方環境事務所、保健所		労働基準監督署		
適用期間等	基本的に初診日に遡って適用、「認定の有効期間」の定めなし	▼申請日からの適用、認定の有効期間5年(治る見込みなければ更新可能)	【施行後3年間の時限措置】	【施行後3年間の時限措置】	【救済なし】	◆新労災認定基準によれば認定されず、過去に旧労災認定基準に基づいて不支給と処分を受けた事例の救済はない
対象疾病	①中皮腫、②肺がん、③石綿肺、④良性石綿胸水、⑤びまん性胸膜肥厚、⑥その他石綿曝露業務に起因することの明らかな疾病	▼指定疾病＝①中皮腫、②肺がん、その他石綿を吸入することにより発生する疾病であって「政令で定めるもの」(定めなし)		▼指定疾病(左欄①～②)、その他厚生労働省令で定める疾病(③～⑤)	—	
医療費	全額補償	▼自己負担分	◆なし	◆時効分の救済なし		
通院費	原則実費全額補償	◆なし	◆なし	◆時効分の救済なし		
休業補償	月額約33万円(平均賃金の80%)	▼療養手当として一律月額103,870円	◆なし	◆時効分の救済なし		
葬祭料	約82万円(平均賃金の30日分＋31.5万円または60日分)	▼一律約199,000円(時効2年＝労災の場合と同じ)	▼一律199,000円	◆なし	—	
遺族一時金	一律300万円(十年金の支給対象とならない遺族には約1,370万円(平均賃金の1,000日分)の一時金)	◆▼法施行日前罹患者が施行後2年以内に死亡し、医療費＋療養手当支給総額が右欄の280万円に満たない場合に限り、差額を調整金として支給	▼一律280万円の特別遺族弔意金	◆▼年金の支給対象とならない遺族に特別遺族一時金1,200万円	—	
遺族年金	約275万円(被扶養等遺族1人で平均賃金の153日分、2人201日分、3人223日分、4人以上245日分) ▼時効救済の場合の240万円に満たない低額労災年金受給者多数	◆なし	◆なし	▼「遺族の人数の区分に応じて1人240万円～4人以上330万円の特別遺族年金	—	
就学支援費	保育園・小学校で月額12,000円～大学38,000円	◆なし	◆なし	◆なし	—	

◆救済の「隙間」、▼「公正」さを欠く点

具体策の講じられていない課題です。

曝露労働者対策としては、行政指導による事業主による離退職者健診が一定行われていますが、その内容等の妥当性は検証されておらず、いつまで続けられるかも不透明です。倒産企業等の離退職者に対しては、厚生労働省委託事業による特別健康診断が行われたものの一過的なものにすぎません。「総合対策」で「調査研究の結果を踏まえ…見直しを行う」こととされている健康管理手帳制度の見直しが早急に実施されるべきであり(厚生労働省はこのための検討会を参集していると伝えられています)、その事実すら公表されていません)。

石綿全国連は早くから、①交付対象者を3か月以上の石綿曝露作業従事者に拡大、②「常時従事」要件を撤廃するとともに、③本人の申請によらず事業者の責任で交付手続をするようにし、④過去の離・退職者についても遡及適用すること。また、⑤手帳所持者が無料で健診を受けることのできる医療機関を全ての医療機関に拡大すること等を要求してきています。

「総合対策」ではまた、『「石綿に関する健康管理等専門家会議」において検討し、その結果を活用して、一般住民等の健康管理の促進を図る」ともしていました。しかし、同専門家会議の報告書は、「中

皮腫登録のあり方の検討の必要性」を提起していることは注目されるものの、労働者の場合の健康管理手帳制度のような、「一般住民等の健康管理体制の確立」に関する具体的提言はなされていません。環境省の「石綿の健康影響に関する検討会」では、①健康リスク調査(大阪府泉南地域、尼崎市、鳥栖市)、②健康影響実態調査(大阪府、佐賀県)、③尼崎市コホート調査等が進められているようですが、そこから何が生まれてくるのかも定かではない状況です。現在、一部の地方自治体や企業によって行われている健康診断は、健康管理対策とは言えず、妥当性、将来性等も不透明なままです。

労働者と同様の職業曝露の可能性のある自営業者や、学校等における吹き付けアスベスト等に曝露した可能性のある児童・生徒・学生等の健康管理対策の考え方・あり方等については、検討すらされていない状況であり、このような重要な課題を放置したまま、終わらせるわけにはいきません。

全面禁止の実現はいつか

2004年10月1日からわが国で実施された原則禁止は、条文上は10種類の石綿含有製品の禁止(禁止品を列挙するネガティブリスト)にすぎませんでしたが、クボタ・ショック前の時点ですでに、2005年4月にILO石綿条約批准が審議された参議院外交貿易委員会で公明党の澤雄司議員から質されて、厚生労働省は後日、同議員に、2007年を目途にポジティブリスト(禁止除外品を列挙)化する方針を報告していました。

クボタ・ショック直後の2005年7月8日、尾辻秀久厚生労働大臣は、「2008年度までに全面禁止」する方針を表明。7月29日の第1回関係閣僚会合の「当面の対応」では、「遅くとも2008年までに全面禁止を達成するため代替化を促進するとともに、全面禁止の前倒しも含め、さらに早期の代替化を検討する」とされ、年末の第5回関係閣僚会合の「総合対策」では、「全面禁止を前倒して、関係法令の整備を行い2006年度中に措置する」と公約しました。

厚生労働省は、「石綿製品の全面禁止に向けた石綿代替化等検討委員会」を設置して検討を進

め、2006年1月18日にその報告書を公表しましたが、そこでは、2006年度中のポジティブ・リスト化を示したものの、全面禁止の時期は明示されませんでした。国会審議においても、「完全な(例外なき)全面禁止」の時期は「『できるだけ早期に』以上のことは言えない」という政府答弁で、EUその他諸国の「全面禁止」にも例外はあり、「ポジティブ・リスト化は実質的な全面禁止」だと居直ってはいますが、これは公約を反古にするものと言われても仕方ないでしょう。

ともかく、再び労働安全衛生法施行令が改正され、経過措置として新たに6品目に再整理された適用除外製品等を除き、アスベストをその重量の0.1%を超えて含有する製品等の使用等の禁止が、2006年9月1日から実施されました。規制対象の含有率基準の1%から0.1%への引き下げは、2005年総選挙時の石綿全国連のアンケートに対して、全政党が賛意を示した事項が実行に移されたものです。化学物質等に係る表示及び文書交付制度の改善関係の労働安全衛生法施行令等の改正も別途行われて、2006年12月1日からは、アスベスト以外も含めた発がん物質に係る関係規制も含有率0.1%基準で整合化が図られました。

とはいえ、アスベストの全面禁止の実現時期はいまだに不透明なままであり、その早期実現が求められています(厚生労働省は2007年2月14日に、「鉄鋼業・非金属製造業の設備で使用されるジョイントシートガasket等の非アスベスト化について」発表し、「今後とも早期に代替化が行われるよう指導していく」としています)。輸出の禁止や海外移転の規制に関する規定・仕組みがないことなども課題です。

既存石綿対策の「整合性」

これまでのわが国の既存アスベスト対策に関しては、数多くの省庁や法令が関与していながらも、①それらの間で「整合性」や「連携」を欠き、また、②「隙間」も多く、さらに、③規制等の周知・遵守の徹底、執行体制上の問題も多い、ことなどが指摘されてきました。最大の弱点は、何といってもアスベスト対策に係る国としての「戦略」の不在であったと言えるでしょう。クボタ・ショックを契機に求められたのは、

表3 アスベスト関連主要四法の「整合性」等の検討

クボタ・ショック前					
		労働安全衛生法・石綿障害予防規則	大気汚染防止法	廃棄物処理法	建築基準法
含有率基準		1%超含有	行政指導で1%超含有	基準なし	基準なし
石綿含有吹付	吹き付けアスベスト	レベル①規制	特定建築材料	特別管理産業廃棄物	規制なし
	吹き付けロックウール				
	吹付バーミキュライト等				
耐火被覆材、保温材、断熱材		レベル②規制	規制なし		
上記以外の石綿含有材		レベル③規制			
↓					
		労働安全衛生法・石綿障害予防規則	大気汚染防止法	廃棄物処理法	建築基準法
改正法令施行日		2006年9月1日改正政省令施行	2006年10月1日改正法令施行	2006年8月9日改正法令施行	2006年10月1日改正法令施行
含有率基準		0.1%超含有	意図的含有・1%超含有	0.1%超含有	0.1%超含有 (吹付ロックウール)
石綿含有吹付	吹き付けアスベスト	レベル①規制	特定建築材料	特別管理産業廃棄物	アスベスト含有吹付けの一部のみ対象
	吹き付けロックウール				
	吹付バーミキュライト等				規制なし
耐火被覆材、保温材、断熱材		レベル②規制	収集・運搬・処分等の基準		
上記以外の石綿含有材		レベル③規制			行政指導
濃度基準		屋内作業基準150f/l	工場敷地境界基準10f/l	現行基準なし	
		屋外作業環境基準(未設定)	建築物工事現場基準(未設定)	廃棄物処分場基準(未設定)	室内環境基準(0.3f/l基準提案採用されず・未設定)
			一般環境基準(未設定)		

まさにそのような状況を抜本的に変革することでした。

既存アスベスト対策に関しては、大気汚染防止法、廃棄物処理法、建築基準法が改正されました。しかし一言で言えばいずれも、原則使用禁止という新たな局面に対応した労働安全衛生法令、とりわけ石綿障害予防規則の2005年7月1日施行までに当然行われるべきだった対応の遅れを、クボタ・ショック後のどさくさに紛れて取り戻したにすぎず、その点ですら十分とは言えない内容にとどまっています。労働安全衛生法の法改正は行われず、既述の禁止規制のポジティブ・リスト化と含有率基準の引き下げを除くと、マイナーな石綿障害予防規則の改正が2006年9月から実施されただけです。

例えば、規制対象となる石綿建材等の石綿含有率基準は、労働安全衛生法・石綿障害予防規

則では、前述のとおりクボタ・ショック直後に、1%から0.1%への引き下げの方針が固まりました。大気汚染防止法では、法令ではなく施行通知で1%基準を示していましたが、2006年7月に都道府県等に示された改正法の解説である「建築物の解体等に係る石綿飛散防止対策マニュアル」では、『「石綿を含有する」とは…石綿を意図的に含有させたことを言い、それが不明な場合にあっては、石綿の質量が当該建築材料の質量の1%を超えることをいう」としています。意図的含有の場合には0.1%以下の場合も含まれるようにも読めますが、なぜ0.1%基準を採用しないのか疑問です。施行令改正案のパブリック・コメントで寄せられた意見に対する回答(7月31日)の中で、「労働安全

衛生法施行令及び石綿障害予防規則の改正により石綿含有率が0.1%超えに変更になる場合は、その運用方針も見ながらできるだけ合わせてまいりたい」としていますが、いまだにマニュアルの記述は変更されていません。廃棄物処理法令では、含有率基準は示されていませんでしたが、改正廃棄物処理法施行令により0.1%基準を採用しました。また、国会審議で国土交通省は「建築基準法独自に含有率の数値を定めることは考えていない」と答えたものの、法改正に伴う建築基準法関連告示で規制対象を、①吹き付け石綿、及び、②吹き付けロックウールでその含有する石綿の重量が当該建築材料の重量の0.1%を超えるもの、と明示しました。

また、規制対象となるアスベスト含有建材等の範囲について、石綿障害予防規則は、レベル①—

石綿含有吹き付け、レベル②—石綿を含有する耐火被覆材、保温材、断熱材、レベル③—上記以外の石綿含有材、と称して、曲がりなりにも全ての石綿建材等について各々のレベルに応じた規制を設けました。改正大気汚染防止法令では、特定建築材料として、従来のレベル①にレベル②に対応するものを追加して、①と②の区別をつけない同じ規制をかけたものの、レベル③に対応する部分の対策については、法令による規制ではなく、前述のマニュアルによる行政指導を示すにとどまっています。改正廃棄物処理法令では、特別管理産業廃棄物としての廃石綿等として、①と②の区別をつけない同じ規制改正廃棄物処理法では、レベル①と②の部分を含めて特別管理産業廃棄物としての廃石綿等として、①と②の区別をつけない同じ規制の対象としたうえで、レベル③に対応するものに対しても、「石綿含有一般廃棄物」及び「石綿含有産業廃棄物」として「収集、運搬、処分等の基準」を示しました。他方、改正建築基準法は、レベル①の石綿含有吹き付けうちの、そのまた一部としての、吹き付け石綿及び石綿含有吹き付けロックウールのみに限定した、新たな規制を導入したものです。

各省庁まかせではない関係閣僚会合のもとでの「総合対策」と言っても、このようになかなか「整合性」がとれないということは、より強力な政府一体化の方策を必要としていることを証明していると言えます。

既存石綿対策の「隙間」

しかも、いずれの法令も基本的に、建築物等の解体等作業が行われる段にならないと発動されない仕組みとなっています。唯一の例外は、石綿障害予防規則が事業主に対して、「その労働者を就業させる建築物の壁、柱、天井等に吹き付けられた石綿等が損傷、劣化等によりその粉じんを発散させ、及びその労働者がその粉じんに曝露するおそれがあるときは、当該石綿等の除去、封じ込め、囲い込み等の措置を講じなければならない」としていることです。これにより事業者は、吹き付け石綿等の調査及び状況の把握をしなければなりません

が、石綿全国連が要求した「措置を講ずべき場合の基準」及び「いずれの措置を講ずべきかの判断基準」が明確ではない上に、義務自体が周知されていないのが実状です。

今回の建築基準法改正の関連で事態が改善することが期待されましたが、宅地建物取引業法施行規則の改正で重要事項説明に追加されたのは、「当該建物に石綿の使用の有無の調査の結果が記録されているときは、その内容」であって、調査の実施及び結果の記録を義務づけるものではなく、住宅性能表示基準等の改正で石綿関連項目が盛り込まれているものの、同基準による評価を受けるかどうかは申請者の判断によるものです。建築基準法12条1項に基づく定期調査報告書の様式が、吹き付け石綿等の実態把握をより適切に行うために改正され、「石綿を添加した建築材料の調査状況」の欄が新設され、この欄に吹付け石綿等がある旨を記入した場合には、「一般構造の調査状況」においても併せて「不適合の指摘あり(既存不適合)」をチェックする必要があるとされたことが、今後どのように運用されるか、注目していく必要があります。

国土交通省住宅局長名で2006年10月1日付けで都道府県宛てに発出された、改正法施行に係る技術的助言の通知(国住指第1539号)は、「吹付け石綿等が使用されている建築物については、民間建築物における吹付けアスベストの実態調査、定期調査・報告等により把握した上で、必要に応じて、報告聴取、立入検査を行い、建築物の所有者等に除去等の飛散防止措置の実施を指導」し、「石綿の飛散により著しく衛生上有害となるおそれがあると判断される場合には、法第10条に基づく勧告、命令の厳正な適用を図られたい」としています。ただし一方で、「石綿繊維の濃度の基準については、現時点で室内環境の基準はなく、石綿繊維の濃度測定結果に基づき、勧告・命令の判断を一律に行うことは困難である」とも言っています。これも、運用次第で効果が左右されるという状況です。

すなわち、現在、どこに、どのようなかたちで、どれだけのアスベストが存在しているかを、誰が、いつ、どのように調査・把握するかを規定した法令は存

在していないということです。クボタ・ショック後、各省庁等の指示により全国で建築物等のアスベスト調査等が実施されましたが、この調査の法的裏付けは存在せず、調査方法及び実施状況の妥当性等も検証されていません。1980年代後半の「学校パニック」のときと同様の諸問題が再燃することは避けられないと考えられます。

濃度基準等については、現在、法令で策定されているのは、労働安全衛生法令による屋内作業環境基準(管理濃度) $=0.15$ 繊維/cc $=150$ 繊維/リットル、及び、大気汚染防止法令による敷地境界基準(アスベスト粉じん発生施設と周辺環境との敷地境界における規制基準) $=10$ 繊維/リットルだけです。これらはいずれも、アスベスト含有製品製造工場を主眼としたものであって、新たな製造等が原則禁止されたことから、現実に発動される場面はなくなっています。

そして、必要とされるような濃度基準等を定めている法令は、いまだにひとつも存在していないのが実状です。国土交通省の社会資本整備審議会建築分科会にアスベスト対策部会が設置され、2005年12月に「建議『建築物における今後のアスベスト対策』」がまとめられました。その概要のひとつに、「室内空気中のアスベスト繊維濃度の指標を検討することが必要」との項目があげられています。この建議を踏まえて、アスベスト室内濃度測定委員会が参集され、委員の一人(名取雄司・アスベストセンター所長)から根拠を示して「建物内の石綿濃度指針を 0.3 繊維/ccとする提案がなされていますが、採用されず、それに代わる濃度指標も示されませんでした。この提案は、2006年3月にまとめられた「アスベストによる健康障害対策に関する緊急研究建築物室内のアスベスト濃度指標の検討報告書」の本体にも収録されないで、議事録と一緒に別冊化されたうえ、ウェブでも公表されていない状況です。

既存アスベスト対策の原則

このような状況を踏まえれば、改正された関連法令を含めて既存の法令を遵守しているだけでは十分な対策とは言えず、また、企業なり所有者、管理

者としても、法令さえ守っていれば責任を果たしていると言い切れない実状にあります。クボタ・ショック後、多くの地方自治体がアスベスト対策に関連した条例等を策定していますが、これらは改正諸法令の施行に対応した見直しが必要なだけでなく、そのような観点からも見直される必要があるでしょう(現に国の法令の不備を補うような条例も見受けられます)。

その際、既存アスベスト対策の主な原則として、以下の点をあげることができます。

- ・ 全てのアスベスト含有製品等を対象とする
- ・ 把握・管理・除去・廃棄等を一貫した対策をたてる
- ・ 有害性・飛散性等による優先順位付け
- ・ 有害性(青・茶石綿含有製品)
- ・ 飛散性(吹き付け、保温材・断熱材・耐火被覆板等)
- ・ 利用状況(不特定多数者の利用の有無・頻度等)による優先順位付け
- ・ 特別な管理が必要な石綿等(優先順位の高い石綿等)の取り扱いは認可を受けた業者、それ以外は粉じん飛散防止の一般原則の徹底
- ・ 封じ込め、囲い込みは「管理」対策のひとつであって「措置済み」ではないことの徹底(「除去」するまでの管理計画)
- ・ 計画的・段階的・継続的取り組み(年次計画の作成等)
- ・ 情報公開／関係者の教育・参加／人材・財政的裏付け

国レベルではやはり、各省庁まかせの現状を転換して、「アスベスト対策基本法」の制定、及び、政府においては、省庁間の縦割り行政の弊害を克服するため、内閣府のもとに「アスベスト対策会議」を設置するとともに、アスベスト被害者とその家族、労働者、市民等の代表を含めた「アスベスト対策委員会」を設置すること等も重要な課題として残されています。

石綿問題は終わっていないし、小手先の対策で終わらせてはならないのです。



基労補発第0314001号
平成19年3月14日
都道府県労働局労働基準部長殿
厚生労働省労働基準局
労災補償部補償課長

石綿による肺がん事案の 事務処理について

石綿による疾病の認定基準については、平成18年2月9日付け基発第0209001号「石綿による疾病の認定基準について」(以下「認定基準」という。[2006年4月号58頁参照])により示され、このうち、肺がんについては、認定基準記の第2の2に掲げられているとおり、石綿にばく露したことを示す医学的所見(胸膜プラーク、石綿小体又は石綿繊維)が得られ、かつ、石綿ばく露作業への従事期間が

10年以上あることが認定要件の1つとされた。

認定基準では、石綿小体に関して、肺がんの発症リスクを2倍に高める石綿ばく露量として「乾燥肺重量1g当たり5000本以上」が示されているが、石綿ばく露作業に10年以上従事した場合にも、肺がん発症リスク2倍と評価されていることから、この期間石綿ばく露作業に従事した労働者の肺内には、「乾燥肺重量1g当たり5000本以上」と同水準のばく露量が想定されるところである。

したがって、石綿小体に係る資料が提出され、乾燥肺重量1g当たり5000本を下回る場合には、「乾燥肺重量1g当たり5000本以上」と同水準のばく露とみることができるかどうか、という観点から、作業内容、頻度、ばく露形態、石綿の種類、肺組織の採取部位等を勘案し、総合的に判断することが必要である。

このため、「乾燥肺重量1g当たり5000本以上」の基準に照らして、石綿小体数が明らかに少ない場合には、本省あて照会されたい。



医学的判定に係る資料に関する留意事項

平成19年3月26日

中央環境審議会 石綿健康被害判定小委員会

石綿による健康被害の救済に関する法律が施行されて約1年が経過し、当委員会において、申請時に提出された医学的資料を基に、中皮腫及び石綿による肺がんについて、医学的判定のための審議を行ってきたが、当該審議に必要な医学的資料が不十分であり、判定保留となっている事案が見受けられる。

医学的判定の考え方については、既に環境省からの通知(環保企発第060313003号平成18年3月13日環境保健部長通知。以下「施行通知」という。)(抜粋を別添[省略—2006年4月号37頁参照])に示されている。また、迅速に医学的判定を行い、

救済につなげるために、当委員会において医学的判定に係る資料に関する留意事項(平成18年6月6日[2006年7月号12頁参照])にて医療機関や医療関係者が留意すべき事項をまとめたが、今回、医学的判定のための審議の内容を踏まえ、より迅速な審議に資するため、一部を改訂した。医療機関や医療関係者は、施行通知の考え方に即した以下の留意事項を踏まえ、医学的資料を申請者・請求者に提供することが重要である。当委員会としても、この留意事項に基づいて医療機関へ補足資料、追加資料の提出を依頼する場合がある。

また、独立行政法人環境再生保全機構は、被

害者及びその遺族の迅速な救済を図る観点から、以下の留意事項について、医療機関、医療関係者等への周知に努められたい。

なお、これらの留意事項は、現在の医学的知見や技術等に基づいたものであり、当該知見や技術の進展等に伴って変更し得るものである。

記

1 中皮腫について

臨床所見、臨床検査結果だけでなく、病理組織学的検査に基づく確定診断がなされることが重要であり、その結果なしでは、中皮腫であるかどうかの判定をすることは困難であることから、医学的資料の提供に当たっては、以下の事項に留意する必要がある。

(1) 画像所見の重要性について

中皮腫の確定診断における臨床所見、臨床検査結果の評価に当たり、胸部エック

ス線とCT検査フィルムについては医学的判定のための重要な情報であり、確定診断の根拠に至るまでのフィルムを添付すること。

(2) 病理組織学的検査記録がある場合について

- ① 医学的資料の提供に当たっては、HE染色による形態的特徴及び免疫染色の結果について、詳細に記載すること。
- ② 肺がん、その他のがん、胸膜炎などとの鑑別も必要であるため、HE染色によって上皮型、肉腫型、二相型などの組織学的分類を行った上で、陽性となる抗体及び陰性となる抗体で所見を確認すること。

免疫染色については、これまで集積された知見から、上皮型中皮腫の場合には、陽性となる抗体（中皮細胞を同定するために用いる抗体）としてcalretinin、陰性となる抗体（肺がん（腺がん）を除外するために用いる抗体）としてCEAを、肉腫型中皮腫の場合には、陽性となる抗体（中皮細胞を同定するために用いる抗体）としてCAM5.2やAE1/AE3、陰性となる抗体（他の

肉腫に特徴的に陽性となる抗体）として、例えば、smooth muscle actin, desmin, S100, CD34などの適当な抗体を用いることが重要であり、これらの結果を添付することが強く推奨されること。

上記以外に、上皮型中皮腫の場合には、陽性となる抗体としてWT1, cytokeratin5/6, thrombomodulin, D2-40など、陰性となる抗体としてTTF-1, Ber-EP4, B72.3, Leu-M1, MOC-31, BG8, NapsinAなど、肉腫型中皮腫の場合には、陽性となる抗体としてcalretinin, WT1, D2-40, EMAなど、これらの抗体を用いた免疫染色の結果も参考になる場合があること。

- ③ 女性の腹膜中皮腫の場合には、卵巣を原発とするがんとの鑑別のため、Ber-EP4, MOC-31などの卵巣がんの特徴的に陽性となる適当な抗体を用いての免疫染色の結果を確認すること。

(3) 病理組織学的検査記録がない場合について

- ① 施行通知にあるように、申請に当たっては、原則として病理組織学的検査の結果を提供することが重要であるが、病理組織学的検査が行われていない事案では、細胞診でパパニコロウ染色とともに免疫染色などの特殊染色を実施した場合には、その他の胸水の検査データや画像所見等を総合して中皮腫であると判定できる場合があることが示されている。これに関しては、以下の事項に留意する必要がある。

(ア) 細胞診については、パパニコロウ染色による形態的特徴及び免疫染色の結果について、詳細に記載すること。

(イ) 免疫染色を実施するに当たっては、陽性となる抗体（中皮細胞を同定するために用いる抗体）としてcalretinin、陰性となる抗体（肺がん（腺がん）を除外するために用いる抗体）としてCEAを用いた免疫染色の結果を添付することが強く推奨されること。上記以外の陽性となる抗体として、cytokeratin5/6, thrombomodulin, D2-40などが、陰性となる抗体として、Ber-EP4, MOC-31などがあり、これらの抗体を用いた免疫染色の結果も参考になる場合があること。

※細胞診結果を医学的判定に用いることができる場合は、上皮型中皮腫や二相型中皮腫の場合に限られ、肉腫型中皮腫では、現在のところ、細胞診結果を用いて判定ができるとするに足る十分な知見がないため、病理組織学的検査の結果がなければ判定できないことに注意する必要がある。

- ② 女性の腹膜中皮腫の場合には、卵巣を原発とするがんとの鑑別のため、Ber-EP4、MOC-31などの卵巣がんの特徴的に陽性となる適当な抗体を用いての免疫染色の結果を確認すること。

2 肺がんについて

原発性肺がんであって、喫煙者・非喫煙者にかかわらず、肺がんの発症リスクを2倍以上に高める量の石綿ばく露があったとみなされる場合に、石綿を吸入することにより発症したものと判定できることから、医学的資料の提供に当たっては、以下の事項に留意する必要がある。

(1) 原発性肺がんについて

原発性肺がんであることの確認は重要であり、他臓器の悪性腫瘍の既往がある場合には、転移性肺腫瘍の可能性もあるため、病理組織学的に十分に鑑別する必要があること。また、必要に応じ、免疫染色を行うこと。

(2) 発症リスクを2倍以上に高める量の石綿のばく露に該当する医学的所見について

(2-1) 画像所見による医学的所見について

- ① 胸膜プラークについて
胸膜プラークの確認に当たっては、胸部エックス線画像又は胸部CT画像を用いて、限局性に斑状に肥厚していることを十分に確認すること。
- ② 胸部エックス線検査でのじん肺法（昭和35年法律第30号）第4条第1項に定める第1型以上と同様の肺線維化所見及び胸部CT検査での肺線維化所見（以下「肺線維化所見」という。）について

通常CT検査に加えて、高分解能CT（HRCT）検査が肺線維化所見の同定に有用

である場合が多いので、可能な限り、HRCT画像も提供すること。

(2-2) 石綿小体・石綿繊維による医学的所見について

- ① 肺内石綿小体・石綿繊維の計測は技術的に難しいものであるため、一定の設備を備え、かつ、トレーニングを受けたスタッフのいる専門の施設で実施することが望ましいこと。
- ② 石綿小体・石綿繊維の計測の際は、必ず非腫瘍部を用いること。
- ③ 肺内石綿小体・石綿繊維の計測結果の記載に当たっては、検出下限値の記載が重要であること。（判定様式第6号）
- ④ 肺内石綿小体・石綿繊維の計測について、具体的な採取方法や計測方法などの情報は重要なので、その内容を記載すること。

3 判定様式第1号～第6号の記載について

(1) 判定様式第1号（診断書（中皮腫用））の記載について

- ① 臨床経過を記載するに当たっては、確定診断日までの臨床経過に留まらず、申請日に近い時期まで記載すること。
特に、手術や生検の実施の有無及び治療内容やその結果、経過は重要であることから、それらの内容については詳細に記載すること。
- ② 胸部エックス線とCT検査フィルムについては医学的判定のための重要な情報であるので、確定診断の根拠に至るまでのフィルムを添付すること。
- ③ 確定診断日から申請日までの間が長期にわたる場合には、最近実施された病理組織学的検査やCT検査などの検査結果を提供すること。

(2) 判定様式第2号（診断書（石綿を原因とする肺がん用））及び第3号（石綿が原因であることの根拠に関する報告書（石綿を原因とする肺がん用））の記載について

- ① 胸部エックス線とCT検査フィルムについては医学的判定のためには欠くべからざる情報であるの

で、可能な限り確定診断の根拠に至るまでのフィルムを添付すること。肺がんについては、CT検査フィルムがないと判定のための審議ができない場合が非常に多いことに留意する必要がある。

- ② CT検査フィルムについては、撮影されている胸郭内の全レベルにおける肺野条件と縦隔条件の画像を添付すること。

(3) 判定様式第4号(病理組織診断書)の記載について

- ① 判定様式の記載は、実際に病理組織学的検査を実施した医師が行うことが原則であり、病理医が検査を実施した場合は、主治医ではなく、当該病理医が判定様式に記載することが望ましい。検査を実施した医師が不在の場合や他の医療機関等で検査を実施した場合等で、やむを得ず主治医が判定様式に記載する場合には、判定様式とともに、検査を実施した医師が記載した病理組織診断書等の写し又は他の医療機関等で作成された病理組織診断書等の写しも添付すること。
- ② 検査材料の大きさや検査材料を採取した部位によっては、判定が困難である場合があることから、手術時等に採取したより大きな検査材料を用いた検査結果を優先して提供すること。
- ③ 「診断名」の欄には、臨床診断名を記載するのではなく、病理診断名を記載すること。また、「所見」の欄には、病理所見を記載すること。
- ④ 判定様式第4号は、中皮腫に係る病理組織学的資料の提供に当たって必要な様式であり、肺がんに係る病理組織学的資料を提供する必要がある場合には、この様式を用いる必要はないこと。

(4) 判定様式第5号(細胞診報告書)の記載について

- ① 判定様式の記載は、実際に細胞診を実施した医師等が行うことが原則であり、病理医が細胞診を実施した場合は、主治医ではなく、当該病理医が判定様式に記載することが望ましい。検査を実施した医師等が不在の場合や他の医

療機関等で検査を実施した場合等で、やむを得ず主治医が判定様式に記載する場合には、判定様式とともに、検査を実施した医師等が記載した細胞診報告書等の写し又は他の医療機関等で作成された細胞診報告書等の写しも添付すること。

- ② 「診断名」の欄には、臨床診断名を記載するのではなく、細胞診診断名を記載すること。また、「所見」の欄には、細胞診所見を記載すること。

(5) 判定様式第6号(石綿計測結果報告書)の記載について

- ① 判定の様式は、実際に石綿小体等を計測した医師等が記載することが望ましい。検査を実施した医師等が不在の場合や他の医療機関等で検査を実施した場合等で、やむを得ず主治医が判定様式に記載する場合には、判定様式とともに、検査を実施した医師等が記載した石綿小体等の測定結果等の写し又は他の医療機関等で作成された石綿小体等の測定結果等の写しも添付すること。
- ② 検査材料の大きさや検査材料を採取した部位によっては、判定が困難である場合があることから、手術時等に採取したより大きな検査材料を用いた検査結果を優先して提供すること。

4 写真等に係る追加資料の依頼について

- (1) 肉眼像及び組織像に係る写真等があれば、病理組織学的検査の評価の参考になることから、その写真等(病理標本を含む)の提出を依頼する場合があること。
- (2) 細胞像に係る写真等があれば、細胞診の評価の参考になることから、その写真等(細胞診標本を含む)の提出を依頼する場合があること。
- (3) 肺組織切片から作成したHE標本等においては、その旨を記載し、併せて石綿小体の写真を添付すること。

(別紙) 参考文献リスト[省略]

<http://www.env.go.jp/air/asbestos/>



喉頭がん、プラークも補償対象 肺がん認定基準改正は急務 欧州諸国の対象疾病・認定基準との比較

古谷杉郎

全国安全センター事務局長

2003年に欧州委員会は、「欧州職業病一覧表に関する委員会勧告」(http://ec.europa.eu/employment_social/news/2003/sep/occdis_recc_en.pdf)を採択している。欧州労連労働安全衛生局(ETUC-TUTB、現在は研究・教育・安全衛生のための欧州労働組合研究所(ETUI-HESA))のニューズレターNo.26(2004年12月)は、「職業病に関する新たな勧告：いくつかの進展、しかし調和化には不十分」という記事で、これを評している(<http://hesa.etui-rehs.org/uk/newsletter/files/Pages23-24.pdf>)。

「新たな勧告は、以前のものと同様に概括的に構成されている。第1の表は、全ての加盟国で認められるべき職業病からなる。第2の表は、届出の対象とされるべき、また、今後第1の表への包含を検討されるべき、職業性が疑われる疾病のリストである。

新たな勧告は全体的に、委員会の2001年の提案に沿ったものである。欧州労連が提示した改善提案の大部分は拒絶されたものの、いくつかは取り上げられた。

- ・国の職業病に関する統計は、性別によって分類されるべきである(このことは現在、例えばフラン

スのように、いくつかの国では行われていない)

- ・職業病の報告における、国の医療システム及び医療スタッフの積極的な役割
- ・新しい筋骨格系障害—手根管症候群及び3つのカテゴリーの滑液包炎(新しい区分の506.10、506.11、506.12)—が職業病リストに明確に含められた[2007年4月号特集も参照]

いくつかの点では、一定の政府に支持された使用者の圧力の結果、元の提案が『トーンダウン』してしまった。後退してしまった最悪の部分は、アスベスト曝露に起因する喉頭がんに関するものである。当初の計画は、加盟諸国により認められるべき職業病に含めるというものだったが、職業性が疑われる疾病のリストに格下げされてしまった。いくつかの国では、アスベスト曝露による喉頭がんは認められた職業病とされているのであり、このようにする理由は全くない。」「(「もうひとつの重大な後退は、重量物運搬による脊柱の問題に関するものである。」)

この勧告に至る前の基礎的な調査結果が、「欧州職業病統計『1995年パイロットデータの評価』」(1999年、以下「Eurostat 1999」という)、「欧州職業病統計(第1段階:方法論)」(2000年、「Eurostat

2000)」という報告書にまとめられている。

また、労災職業病保険欧州フォーラムが2006年にまとめた「欧州におけるアスベスト関連職業病：認定一件数—特別のシステム」(「Eurogip 2006」)を最近入手した。(同フォーラムの「欧州における職業病—13か国比較調査—届出、認定、補償の手續と条件」を2002年1・2月号で紹介している。欧州フォーラムの調査には、25か国に拡大する前のEU15か国のうち、オーストリア、ベルギー、デンマーク、ドイツ、フィンランド、スペイン、フランス、イタリア、オランダ、ポルトガル、スウェーデンの11か国が参加、ギリシャ、アイルランド、ルクセンブルグ、イギリスの4か国が参加していない一方で、ノルウェー、スイスの2か国が加わっている—合計13か国)。

今号では、主にこれらの資料に拠りながら、アスベスト関連疾患の補償・認定について、わが国と比較検討してみたい(1996年3月号23頁の「EU諸国の職業病リスト」(1995年の論文の紹介)も参照)。

喉頭がんはリスト化の対象

既述のとおり、EUでは、アスベスト曝露による喉頭がんが「職業性が疑われる疾病」として公認され、労働組合等は職業病リストへの掲載を要求している。Eurogip 2006によれば(38頁の表4参照)実際、特定の労災保険をもたないオランダを除く12か国中5か国がすでに職業病リストに掲載しており(表中の「リスト・システムのもとでの認定」、さらに2か国で、掲載されていないものの「補完的システムのもとで認定」された事例が実際にあるという。スウェーデンは基本的に職業病リストをもたずに個別立証システムに拠っていて言及がないが、スウェーデンでも喉頭がんが認定されているとすれば、12か国中8か国で認定されていることになる。

「補完的システムのもとでの認定」とは、わが国で言えば、包括的救済規定—「その他業務に起因することの明らかな疾病」—のもとでの認定ということであり、わが国でもこの規定のもとで、アスベスト曝露による喉頭がんが認定されることは理論的にはあり得るが、現実問題としては、中皮腫、肺がん、石綿肺、びまん性胸膜肥厚、良性石綿胸水以外のア

スベスト関連疾患が認定された事例はこれまでのところない(喉頭がんの不支給事例はある)。

38頁の表4をみれば、喉頭がん以外にも認定の対象となっているアスベスト関連がんがあり、とりわけフランスの実績が際立っている。これらのアスベスト関連がんの認定が、わが国でも今後問題となってくることは確実である。

胸膜プラークも補償対象

認定対象疾病に関してはもうひとつ、わが国の患者・家族の間でも問題になってきつつある胸膜プラーク(肥厚班)の取り扱いがある。わが国では、胸膜プラークは、「病気ではない」—「それ自身では肺機能障害を伴わず、胸膜の疾患を意味するものではない」(2003年8月26日「石綿ばく露労働者に発生した疾病の認定基準に関する検討会報告書」)とされて、一切、補償の対象とはされていない。

欧州の状況については、若干情報が錯綜?している部分はあるものの、胸膜プラークが補償対象から締め出されていないことがわかる。

Eurostat 1999の表16a(25頁参照)は、各国において「301.21 石綿肺」というコード分類の中に含まれている胸膜異常等をまとめたもので、異なるコード分類のもとで胸膜プラーク等が補償対象となっている場合には、この表に現われてこないことに注意する必要があるものの、胸膜プラークを補償対象としている国があることを示している。(Eurostat 1999は、あるコード分類のもとに、どの疾病を含め、どの疾病を除外すべきかが、検討の主要課題になっている。)

森永謙二「諸外国における石綿関連疾患と労災補償の動向」(2005年)は、Eurostat 2000の間74～84(32～34頁参照)を要約して「EU諸国における石綿関連疾患を職業性疾患とする条件」という表にまとめている。一部転記間違いもみられるため、作表し直したものを次頁に示した。

また、Eurostat 1999、Eurostat 2000、Eurogip 2006の記述からまとめた「EU諸国における胸膜プラークの労災認定」を19頁に示した。同じ国についてでも報告によって内容が異なる部分もあるが、

アスベスト関連疾患の補償—対象疾病と認定基準

EU諸国における石綿関連疾患を職業性疾患とする条件 (Eurostat 2000による)

直訳	両側性びまん性線維症(+) 肺線維症(-)	両側性胸膜プラーク(+) 肺線維症(-) 臓側胸膜びまん性線維症(-)	石綿肺(+) COPD-肺気腫(+)	両側性胸膜線維症(+) COPD-肺気腫(+)	両側性胸膜プラーク(+) COPD-肺気腫(+)
森永氏作成表の記載	両側びまん性胸膜肥厚(+) 石綿肺(-)	両側胸膜プラーク(+) 石綿肺(-) びまん性胸膜肥厚(-)	石綿肺(+) 肺気腫(+)	両側びまん性胸膜肥厚(+) 肺気腫(+)	両側胸膜プラーク(+) 肺気腫(+)
オーストリア	Yes*		Yes(1)	No	No
ベルギー	Yes	No(広範囲・拘束性はYes)	Yes(2)	Yes(2)	No
デンマーク	Yes	No	Yes(2)	No	No
ドイツ	Yes	Yes	—	—	—
フィンランド	Yes	Yes*	Yes(2)	No	No
フランス	Yes	Yes	Yes(1)	Yes(1)	Yes(1)
アイルランド	No	No	Yes(1)		
イタリア	Yes	Yes	Yes(1)	No	No
ルクセンブルグ	Yes	Yes	Yes(2)	Yes(2)	Yes(2)
オランダ	No	No	Yes(1)		
ポルトガル	Yes	Yes	Yes(2)	Yes(2)	Yes(2)
スペイン	No	No	—	—	—
イギリス	Yes	No	Yes(2)	Yes(2)	

Yes*: 永久的障害を引き起こすものとはみなさない。

Yes(1): 拘束性要素(障害)の有無に関わらず。

Yes(2): 拘束性要素(障害)もある場合。

報告の目的の違いによるものもあるかもしれない。

胸膜プラークが認定されるかどうかという点に関してはEurogip 2006が一番詳しいが、職業病リストに掲載されている国が8か国、補完的システム及び立証システムにより認定される国が各1か国で、12か国中10か国—Eurostat 1999で補足すると、さらにギリシャ、アイルランド、ルクセンブルグ、イギリスが追加される可能性があり、そうすると16か国において認定され得ることになる。

認定基準は、42頁の付録4にあるごとく、「わずかな曝露であっても(even modest exposure)」よいとされている。ただし、フランスを除くと、「胸膜プラークの結果として肺の能力が低減した」場合に限定している国が多い模様である。ただし、Eurostat 1999/2000では、両側性と片側性に区分して示しているが、Eurogip 2006では両者の取り扱いの相違がわからない。

フランスでは、「胸膜プラークの存在のみの証明

によって」補償が得られる。2005年末に環境省がフランスのアスベスト被害者補償基金(FIVA)を訪問して入手したその活動報告書の翻訳によって、測定可能な障害がない場合でも障害率5%という基本率が適用されるというシステムによって補償されていること、胸膜プラークが補償事例全体の約80%を占め、平均して約300万円の補償を受け取っていること(詳しい注釈が必要だが、中皮腫の場合の平均は約1,800万円)なども明らかになっている。

わが国の労災補償システムでは、障害補償は療養→症状固定・治癒後に行われるものとされ、騒音性難聴の場合を除いて、療養の必要のない疾病に対しては障害補償が一切なされないということと比べると、実に大きな違いである。

中皮腫は「わずかな曝露でも可」

補償対象となっていることは同じ疾病でも、認定

EU諸国における胸膜プラークの労災認定

国名	胸膜プラーク (PP)	両側性胸膜プラーク(BPP)		片側性胸 膜プラーク (UPP)	両側性びまん性胸膜肥厚 (BDT)		片側性びま ん性胸膜 肥厚(UDT)	良性滲出 性胸膜炎 (BEP)
	Eurogip 2006	Eurostat 1999	Eurostat 2000	Eurostat 1999	Eurostat 1999	Eurostat 2000	Eurostat 1999	Eurostat 1999
ベルギー	+	+	+	－	+	+	+	+
デンマーク	+	－	－	－	+	+	－	－
ドイツ	+	+	+	+	+	+	－	+
ギリシャ		+			+		－	+
スペイン	－	－	－	－	－	－	－	－
フランス	+	+	+	－	+	+	－	+
アイルランド		－	－	－	+	－	－	－
イタリア	+	(+)	+		(+)	+		
ルクセンブルグ		+	+	+	+	+	－	+
オランダ		+	－	+	+	－	+	+
オーストリア	－					+		
ポルトガル	+	+	+	+	+	+	+	+
フィンランド	+	(+)	+	－	(+)	+	－	(+)
スウェーデン	+	－		－	－		－	－
イギリス		－	+	－	+	+	－	－

基準の内容に相違があることも確認できる。

石綿肺の認定基準の検討は今回は省略。

わが国の中皮腫の労災認定基準は、以下のよう
に変遷してきた。

- ① 1978年—石綿曝露作業従事歴≧5年+医学
的所見
- ② 2003年—石綿曝露作業従事歴≧1年+医学
的所見(胸膜プラークまたは石綿小体/繊維)
- ③ 2006年—石綿曝露作業従事歴≧1年

2003年認定基準改正の基礎となった「石綿ばく
露労働者に発生した疾病の認定基準に関する検
討会報告書」では、「なお、ばく露状況等によっ
ては、1年より短いばく露期間での中皮腫発症も否定
しえない」とされ、これが運用上も適用されてきた。

数年間のうちに著しい改善と歓迎されてきたが、
欧州諸国の認定基準—Eurogip 2006の付録3(42
頁)の「曝露基準」は軒並み、「わずかな曝露でも
可」あるいは「数週間」であり、「原則1年以上」のわ

が国よりも緩いことが明らかである。現在、「運用」
で処理されている「1年未満」事例の認定も、決し
て特例的なものではないことをはっきりさせたい。

より注目されるのは「医学的基準」の方である。
付録3の表の記載をみただけでも、病理組織学的
診断の重要性を踏まえつつ、現実的な認定実務を
模索しているように思われるのである。

39頁記載のとおり、「全国規模で全ての疑われ
る事例の評価を実施する『中皮腫パネル』と呼ばれ
る専門病理医のグループが存在する」ところでは、
このシステムが補償システムにも大いに貢献する
であろうことは想像に難くない。逆にそれがない場
合には、例えばベルギーのように、「組織学的検査、
それがない場合、例示的な(suggestive)臨床経過
及び画像に基づく診断」といった次善の一補完的
判断基準を用意しているようである。

石綿対策全国連絡会議が主張しているように、
「医学的診断精度の向上等を救済制度に持ち込

むべきではない」。前者の目的のためには、「中皮腫パネル」、「中皮腫登録」及び/またはイギリスで開始された「中皮腫フレームワーク」のようなシステムを整備することは重要であり、また、それが補償システムに寄与することになろう。補償システムの方では、現実の臨床診断レベルを前提としながら、被災者や家族に多大な立証負担を負わせることのない柔軟な認定に努めるべきなのである。

肺がん認定のヘルシンキ基準

石綿関連肺がんの認定は、どの国にとっても重要な課題である。

Eurostat 2000の35頁の表は、前出の森永論文でも紹介されている。この表は、欧州諸国の石綿関連肺がんの認定の考え方を、端的に表わしていると思われる。

すなわち6つあげられた基準のうちの「いずれか」を満たせば補償を受けることができる。各条件が、「または (OR)」で結ばれているわけである。最初の5つの基準では「石綿肺 (+)」から「片側胸膜プラーク (+)・石綿肺 (-)」までの医学的所見があげられており、最後の6番目は、「石綿肺も胸膜病変もないが、著しい曝露歴がある」という曝露基準である。

森永論文も、「有意の職業性石綿曝露があれば、石綿肺や胸膜病変の所見がなくても良いとする国は…9か国がある」と紹介している。

Eurogip 2006、とくに41頁の付録2の表をみると、各国における認定の考え方が一層よくわかる。

曝露基準として「ヘルシンキ基準」または「25繊維/ml年の(推定累積)曝露」が、一般的に使われている。「25繊維/ml年」というのは、例えば、1繊維/mlの石綿濃度の作業に25年従事、または2繊維/mlで12.5年の場合などを意味している。

ヘルシンキ基準とは、1997年にフィンランドのヘルシンキで、8か国19人が参加した国際石綿専門家会議で合意された「アスベスト、石綿肺及びがん：診断と認定のためのヘルシンキ・クライテリア」(1998年6月号参照)。「石綿による健康被害に係る医学的判断に関する検討会」でも、同基準に関する資料が提出され(厚生労働省ホームページから入手

可能)、たびたび取り上げられてもいる。そのなかから、病理学(Pathology)誌第36巻第6号(2004年)のダグラス・ヘンダーソン他による「アフター・ヘルシンキ：1997-2004年に報告された研究に重点を置いたアスベスト曝露と肺がんの関係の学際的レビュー」の、最初と最後の部分、及び同基準を要約・紹介した部分を翻訳して、43頁に紹介した。

ヘルシンキ基準の肺がんをアスベストによるものと認定する考え方は、以下のようなものである。

- ① 石綿肺(+),または(OR)
- ② 乾燥肺組織1g中石綿小体 $\geq 5,000 \sim 15,000$ 本,または(OR)
乾燥肺組織1g中アンフィボール繊維($> 5\mu\text{m}$) ≥ 200 万本,または(OR)
乾燥肺組織1g中アンフィボール繊維($> 1\mu\text{m}$) ≥ 500 万本,または(OR)
気管支肺胞洗浄液1ml中石綿小体 $\geq 5-15$ 本,または(OR)
- ③ 25繊維/ml・年以上のアスベストへの推定累積曝露,または(OR)
- ④ ≥ 1 年の高度曝露(石綿製品製造、石綿吹付、石綿材使用保温作業、古い建築物解体等)、または(OR)
 $\geq 5-10$ 年の中等度曝露(建築や造船等)、または(OR)
曝露が著しく高度の場合は < 1 年でも可及び(AND)
- ⑤ 初回曝露から10年の最低間隔期間(lag-time)

最後のラグタイムのみが「及び (AND)」でつながり、初回曝露から最低10年経過していることが絶対必要条件とされるほかは、全て、「または (OR)」であり、他の要因と識別してアスベストが当該肺がんの原因であると判断する決定的条件を定められない状況のなかで、いずれかひとつの基準を満たせばよいという考え方なのである。

同基準自身が、それ自体絶対条件ではないことを認めていることも重要である。例えば、喫煙者でもあるアスベスト労働者で、プラークも石綿肺もなく、相対危険度(RR)がヘルシンキ基準(2.0)よりかなり低い(1.1-1.2)肺がん事例をアスベストによるも

のと認め、被告企業に約1億5千万円の損害賠償の支払いを命じた、2006年12月8日のウエスタン・オーストラリア州最高裁判所の判決は、次のように述べている (http://www.btinternet.com/~ibas/Frames/f_lka_attack_helsinki_crit.htm)。

「一般的に言って、被告側の提出したものは、25繊維・年未満の累積曝露もまた肺がんのリスクの増大を伴い、また、認定「肺がんの原因をアスベストに帰属させること」の目的のためには全ての曝露基準が満たさなければならない必要はないとする、ヘルシンキ基準自身の認識を無視している。ヘルシンキ基準は診断基準をマクロなものである疫学的レベルに合わせるひとつの試みであり、また、一定の事例において低濃度曝露が肺がんを起こすリスクを高めることを同基準が特に認めていることを理解するならば、ある個別事例が同文書で定式化された明示的量的条件を満たさなかったとしても、アスベスト曝露と肺がんとの因果関係のいかなる側面も否定されるという結論を下すことに慎重になるべきである。」

ヘルシンキ基準の内容を知れば、41頁の付録2表の読み方もより理解できるだろう。ヘルシンキ基準は、このように各国の認定基準として、また、裁判上の司法判断基準としても活用されている。

職歴単独の認定基準が必要

2006年2月7日に公表された「『石綿による健康被害に係る医学的判断に関する考え方』報告書」は、25繊維/ml・年以上の累積曝露基準を他の諸基準よりも上位に置かれたものになっているものの、基本的にはおおむねヘルシンキ基準を踏襲した考え方を示している。一方、わが国の現在の石綿関連肺がんの労災認定基準は、以下のとおりである。

- ① 石綿肺(+)、または(OR)
- ② 石綿ばく露作業従事歴 ≥ 10 年+医学的所見(胸膜プラークまたは石綿小体/繊維)、または(OR)
- ③ 乾燥肺組織1g中石綿小体 $\geq 5,000$ 本、または(OR)

乾燥肺組織1g中石綿繊維($>5\mu\text{m}$) ≥ 200 本、または(OR)

乾燥肺組織1g中石綿繊維($>2\mu\text{m}$) ≥ 500 本、または(OR)

気管支肺胞洗浄液1ml中石綿小体 ≥ 5 本、または(OR)

- ④ 石綿ばく露作業従事歴 < 10 年+医学的所見(胸膜プラークまたは石綿小体/繊維)は本省協議

①②は1978/2003年基準で示されていたものであり、②の医学的所見については2003年基準で整理された。③は、石綿健康被害救済新法に係る認定基準との関わりで、2006年に新たに追加された。

ヘルシンキ基準や欧州諸国の認定基準と比較すると、「曝露基準」のみで認定する道が用意されていないことが最大の相違点であろう。前出の「『石綿による健康被害に係る医学的判断に関する考え方』報告書」は、「このような諸外国の状況を踏まえ、現行労災認定基準で示されている原則として概ね10年以上のばく露期間をもって肺がんリスクを2倍に高める指標とみなすことは妥当である。もちろん、従事期間だけを判断指標とすることは、石綿作業の内容、頻度、程度によっては、必ずしも25本/ml×年を満たすとは限らないことから、胸膜プラーク等の医学的所見を併せて評価することが必要である」としているが、「諸外国の状況を踏まえ」れば、「胸膜プラーク等の医学的所見を併せて評価すること」は「必要ない」と言うべきなのである。

また、③の基準が導入されたことから、石綿小体/繊維数に関心が集まるようになっていく。例えば、23年間の造船作業の職歴があり、乾燥肺組織1g当たり401本が検出された事例が、労働基準監督署では不支給とされ、労災保険審査官段階で逆転認定された事例や、約20年間の港湾作業の職歴があり、石綿小体数が741本/gで不支給とされた事例のことが報道されている。

どちらも、石綿ばく露作業従事歴 ≥ 10 年だが、胸膜プラークまたは石綿小体/繊維の所見がないため②の基準を満たさず、③の石綿小体単独基準も満たさないという事例である。

職歴—曝露歴のみで認定可能な基準が用意されていれば、このようなトラブルは回避できる。

24 安全センター情報2007年5月号

欧州職業病統計「1995年パイロットデータの評価」

1999年 欧州委員会

付録1. EODSパイロットプロジェクトの結果の詳細

16. 301.21 石綿肺

「職業病の診断に関する情報通知」に基づいて、以下の種類の疾病が、国のシステムに含められるべきであると期待された。

210 肺疾患

スペインでは、石綿肺、中皮腫及びアスベスト関連肺がんが全て、301.21に含められている。診断による他の制限は、この質問項目ではふれられない。

イタリアは、認定のための業務のリストを用い、また、少なくともベルギーは、非限定的な[業務の]リストをもっている。

追加質問によれば、認定基準や胸膜変化の包含は様々であるにしろ(表16a)、肺腺維症は、全ての加盟諸国によって、パイロットデータのなかで認知され、含められている。パイロットデータでは、当該事例の87%が様々な診断によって肺障害に分類

表16a パイロットデータでのアスベストに関連する異常の301.21への包含

国名	肺線維症 (PF)	両側性びまん性胸膜肥厚 (BDT)	両側性胸膜プラーク (BPP)	片側性びまん性胸膜肥厚 (UDT)	片側性胸膜プラーク (UPP)	良性滲出性胸膜炎 (BEP)	その他
ベルギー	+	+	+	+	-	+	-
デンマーク	+	+	-	-	-	-	-
ドイツ	+	+	+	-	+	+	-
ギリシャ	+	+	+	-	-	+	-
スペイン	+	-	-	-	-	-	がん
フランス	+	+	+	-	-	+	心膜プラーク
アイルランド	+	+	-	-	-	-	-
イタリア**	+	-	-	-	-	-	-
ルクセンブルグ	+	+	+	-	+	+	-
オランダ	+	+	+	+	+	+	-
オーストリア***							
ポルトガル	+	+	+	+	+	+	-
フィンランド****	+	-	-	-	-	-	-
スウェーデン	-	-	-	-	-	-	-
イギリス	+	+	-	-	-	-	-

* デンマークは、一定の換気障害を示す場合には、BDTの事例も含める。

** イタリアは、リスト未掲載の胸膜疾患も認定しているが、リストには含めていない。

*** オーストリアでは、石綿肺または胸膜の異常は、肺機能検査で障害がある場合には、認定される。

**** フィンランドは、BDT、BPP、BEPを認定しているが、それらを301.21には含めていない。

表16b 加盟国における石綿肺の事例数及び発症率(雇用労働者百万人当たり)
(全事例及び $\geq 10\%$ の障害、 $\geq 20\%$ の障害事例)

	EU15 か国	ベル ギー	デン マーク	ドイツ	ギリシャ	スペイン	フランス	イタリア	オースト リア	ポルトガ ル	フィンラ ンド	スウェー デン	イギリス
事例数													
合計	3,894	260	35	2,100	4	23	447	252	13	3	140	2	615
$\geq 10\%$ の障害	1,542	116	20	383	4	nd	164	231	nd	3	25	nd	596
$\geq 20\%$ の障害	1,104	76	8	360	4	nd	60	150	nd	3	17	nd	426
発症率													
合計	30	96	14	59	2	2	30	13	4	1	77	0.5	28
$\geq 10\%$ の障害	12	43	8	11	2	nd	11	12	nd	1	14	nd	27
$\geq 20\%$ の障害	9	28	3	10	2	nd	4	8	nd	1	9	nd	19

され、12%があるべきところに分類されていなかった。たまたま、がん、聴力障害や皮膚疾患に分類されていた。

今後の作業において、全ての加盟諸国によって認められている肺腺維症(石綿肺)を分離することが合理的であろう。少なくともひとつの胸膜の異常を認めている9加盟国のうち、5か国は現時点で、また1か国は間もなく、それらを石綿肺から分離することが可能である。異なる胸膜の異常を相互に分離することは、より不確かなようにみえる。全加盟国において、がん、皮膚疾患等の他の疾病は、できるだけ首尾一貫して他の項目に含めるようにすべきである。

アイルランド、ルクセンブルグ、オランダでは、石綿肺の事例が一件もない。デンマーク、ギリシャ、アイルランド、イタリア、オーストリア及びイギリスでは、認定に当たって石綿肺の症度に関する何らかの要求事項が存在している(だいたい肺機能検査またはX線写真による)。発症率にはおよそ100倍の違いがある(現在の労働力人口で計算して)(表16b)。10%超の障害の事例では約40倍、20%超の障害の事例では約30倍の差がある。ギリシャ、スペイン、オーストリア、ポルトガル及びスウェーデンは、ベルギー、ドイツ、デンマーク、フランス、イタリア、フィンランド及びイギリスよりも、明らかに発症率が低い。したがって、早期に届け出られた事例の悪化は、このデータではみられない。認定に当たって一定の最低限障害が要求されない国では、最初の届出

時点ですでに重度でない限り、重度の事例はこのデータには現われない。

上述のとおり、イタリア及びベルギーは、いくつかの業種からの事例の認定を制限する可能性のある補償慣行をもっている。この影響は、主要(知られた)業種間の事例の割合を、ベルギー、イタリアと全加盟国について比較した場合、非常に大きいように思えない。なお、製造業における事例の割合は、イタリアでいくぶん高い。その他の業種では、数が少ない。

	ベルギー (N=241)	イタリア (N=133)	EU15か国 (N=3,299)
製造業	65%	74%	65%
建設業	21%	12%	18%
電力等供給業	1%	1%	6%
運輸業	5%	4%	4%
卸・小売業	1%	4%	3%
鉱業	2%	2%	1%
知られている全業種	100%	100%	100%

EU全体における石綿肺の発症率が最も高い業種のリストは、まったく論理的なもののようにみえる(表16c)。

17. 301.22 石綿粉じん吸入による中皮腫

「職業病の診断に関する情報通知」に基づいて、以下の種類の疾病が、国のシステムに含められるべきであると期待された。

表16c EU15か国における石綿肺の
発症率が最も高い上位10業種
(NACE-2ディジット・レベル、少なくとも50例)

(参照人口=1995年の労働力)

	業種	N	発症率 (/百万人)
61	水供給業	89	810
35	その他の運輸車両製造業	335	400
24	化学物質・化学製品製造業	635	330
40	電気・ガス・蒸気・温水供給業	185	210
26	その他の非金属鉱物製品製造業	218	190
28	金属加工製品製造業	360	120
31	電子機械・機器製造業	146	100
27	基礎金属製造業	94	70
17	織物製造業	75	60
45	建設業	585	60
	合計	3,894	30

110 がん

フランスは、その他の腫瘍 (998) も含まれると指摘した。実際に、28のそのような事例がフランスのデータで生じた。スペインでは、石綿肺、中皮腫及びアスベスト関連肺がんが全て、301.21に含められている。オーストリアでは、301.22と302が結合されている。

どの加盟国においても、業務または職種による明確な制限は用いられていないが、ベルギーは、非限定的リストを用いている。

表17b EUにおける業種別中皮腫事例数
及び発症率(/百万人)

(参照人口=1995年の労働力)

業種	N	発症率 (/百万人)
鉱業(C)	28	50
製造業(D)	565	20
電気・ガス・水供給業(E)	125	110
建設業(F)	353	40
卸・小売業等(G)	39	2
運輸業(I)	106	10
その他サービス業(O)	36	6
その他全て	46	1
不詳	148	—
合計	1,446	11

追加質問で、潜伏期間、曝露期間、診断の組織学的検証、同じ基準が胸膜及び腹膜中皮腫に適用されるか、以前に良性アスベスト関連疾患を認定された者における事例を新たな疾病として確認できるか、それ以後はこの疾病がもはや認定されないという最高年齢があるか、についての要求事項を扱った。

一曝露開始から最低限10年の潜伏期間がフィンランドで適用され、オランダでは15年である(補償制度ではない)。これらはおそらく、現実的には何ら制限はもたらさないだろう。

一どの加盟国においても、絶対的な最低限曝露期間はない。

表17a 301.22の診断の事例数及び発症率(/百万人)及び分布

(参照人口=1995年の労働力)

国名	EU15 か国	ベル ギー	デン マーク	ドイツ	ギリ シャ	スベ イン	フラン ス	アイル ランド	イタリ ア	ルクセン ブルグ	オランダ	オース トリア	ポルト ガル	フィンラ ンド	スウェー デン	イギリ ス
事例数	1,446	35	56	459	1	—*	97	19	36	—	2	10**	—	38	8	685
発症率	11	13	22	13	0.5	—	6	15	2	—	—	3	—	21	2	31
診 断	がん	687	1	56	459	—	69	18	36	—	2	—	—	38	8	—
	肺	36	34	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
	その他	28	—	—	—	—	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	不詳	695	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—

* スペインについては、アスベスト関連障害は301.21に含められている。

** オーストリアについては、アスベスト関連中皮腫と肺がんを分離することができない。

アスベスト関連疾患の補償—対象疾病と認定基準

表17c ベルギー、デンマーク、ドイツ、フィンランド及びイギリスにおける
業種別の中皮腫事例数及び発症率(/百万人)

業種	事例数						発症率(/百万人)					
	ベルギー	ドイツ	デンマーク	フィンランド	アイルランド	イギリス	ベルギー	ドイツ	デンマーク	フィンランド	アイルランド	イギリス
製造業	18	269	26	14	8	181	25	30	50	36	34	39
電力等供給業	2	11	2	1	—	107	59	31	120	39	—	490
建設業	4	68	7	16	10	232	19	20	43	190	105	230
運輸業等	5	9	3	5	—	83	19	4	19	39	—	60
合計	35	459	56	38	19	685	13	13	22	21	15	31

—ベルギーは、組織学的検証に病理医のパネルを用いており、デンマーク、ドイツ、スペイン、フランス、アイルランド、オーストリア、ポルトガル及びフィンランドは、どの病理医による組織学的検証でも受け入れており、ギリシャ、イタリア、ルクセンブルグ、オランダ及びイギリスでは、組織学的検証は

要求されない。

—ギリシャを除き全てが、胸膜中皮腫に対するのと同じ基準を、腹膜中皮腫にも適用している。

—ギリシャ及びフランスは、以前に良性アスベスト関連疾患が認定された者において認定された事例を必ずしも把握することができない。

表17d EODSデータの男性中皮腫認定事例と男性胸膜がんの死亡統計との比較

国	全男性			70歳未満男性		
	死亡統計 N	EODS N	EODS/死亡数(%)	死亡統計 N	EODS N	EODS/死亡数(%)
ベルギー	73	35	48	38	25	66
デンマーク**	80	55	69	n.d.	35	
ドイツ	693	424	61	411	299	73
ギリシャ	6	1	17	3	1	33
スペイン***	120	≤23	≤19	64	≤23	≤36
フランス	681	94	14	323	67	21
アイルランド	5	18	>100	2	n.d.	n.d.
イタリア	653	34	5	323	26	8
ルクセンブルグ	3	-	-	1	-	-
オーストリア****	36	≤8	≤22	21	≤7	≤33
ポルトガル	14	-	-	13	-	-
フィンランド	45	36	80	23	24	100
スウェーデン	68	8	12	32	6	19
イギリス*****	1,139	659	58	621	425	68

EODSデータが全人口を代表していないため、オランダのデータは示していない。

* EUROSTATによる死亡統計(ICD-9の163, 死亡の根本原因, 1995年)

** Eurostatの死亡統計は、デンマークについては、男性で5件しか示していない。デンマークがん登録による、1993年の胸膜中皮腫の発生件数に関するデータを用いた。

*** スペインについてのEODSデータでは、合計23件のアスベスト関連疾患から中皮腫を分離することができない。

**** オーストリアについてのEODSのデータは、中皮腫とアスベスト関連肺がんの療法を含んでいる。

***** イギリスについてのEurostatの死亡数は444件しか示しておらず、1995年についてのイギリスの中皮腫登録によるデータを用いた(安全衛生委員会、安全衛生統計 1997-98, HSE, 1998年)。イギリスについてのEODSデータは、グレートブリテンしか対象としていないことに注意されたい。

一認定に当たっての最高年齢は、どの加盟国にも存在していない。

要約すれば、上述のうちで統計の比較可能性に影響を及ぼす可能性のある唯一の項目は、ギリシャ及びフランスが、全ての認定された中皮腫事例を新たな存在として把握することができないということである。

合計1,446事例が認定された。発症率は、ベルギー、デンマーク、ドイツ、アイルランド、フィンランド及びイギリスで10-30/百万人、フランス、イタリア、オーストリア及びスウェーデンではわずかに低く、残りの諸国ではきわめて低い(表17a)。ほとんどの事例及び最高の発症率は、製造業、電力・水・ガス供給業、建設業及び鉱業で生じている(表17b)。運輸業における高い発症率は、主に水の運搬による事例である。発症率の高い諸国を比較すると、発症率は製造業ではきわめて似ているが、他の職種では異なっている(表17c)。

重症度及び認定基準に関連した諸問題は、職業性中皮腫に関する統計の比較可能性に影響を及ぼすべきでない。EODSのデータを加盟諸国の中皮腫総発生件数と比較してみると、興味深い。大多数の加盟国は全国規模のがん登録システムをもっておらず、死亡統計の(死亡)原因のみをこの比較に使うことができた(表17d)。死亡統計は、中皮腫ではなく、胸膜がんのみをコード化しており、加盟諸国でコード化の慣行に重要な相違があるかもしれない。例えば、イギリスの中皮腫統計は1995年に、死亡診断書に中皮腫の記載がある1,139件の男性の事例を示しているにも関わらず、Eurostatによるイギリスの死亡統計は、1995年に、男性について、死亡の根本原因が胸膜がんである事例を444件としている。さらに、死亡が中皮腫の認定と同じ年に起こったとは限らず、これが、とりわけ事例の少ない国では、ふたつの統計の比較可能性に影響を与えているかもしれない。したがって、表17dのデータは、完全に比較可能なものではなく、慎重に解釈されなければならない。にもかかわらず、同じ加盟国においては、男性における認定されたものの割合は、明らかに死亡統計から推定される事例総数の半分に満たないと思われる。全

ての加盟国において、認定された事例の割合は、70歳未満の男性についての方が、より高齢の男性よりも高い。

19. 302 気管支がんのかたちでの石綿合併症

「職業病の診断に関する情報通知」に基づいて、以下の種類の疾病が、国のシステムに含められるべきであると期待された。

110 がん

210 肺障害

アイルランドは、肺がんをアスベスト曝露との関連では認知していない。スペインでは、石綿肺、中皮腫及びアスベスト関連肺がんが301.21に含められている。

表19a 302の診断の事例数、発症率
(百万人当たり)及び分布

(参照人口=1995年の労働力)

国名	N	発症率	診断		
			がん	肺疾患	不詳
EU15か国	987	7.7	930	1	56
ベルギー	13	4.8	12	1	-
デンマーク	43	16.9	43	-	-
ドイツ	675	19.0	675	-	-
ギリシャ	-	-	-	-	-
スペイン	-*	-	-	-	-
フランス	88	5.8	88	-	-
アイルランド	-	-	-	-	-
イタリア	21	6.2	-	-	1
オランダ	-	-	-	-	-
オーストリア	-**	-	-	-	-
ポルトガル	-	-	-	-	-
フィンランド	91	49.9	91	-	-
スウェーデン	-	-	-	-	-
イギリス	55	2.5	-	-	55

* スペインについては、すべてのアスベスト関連疾患が301.21に含まれる(23例)。

** オーストリアについては、アスベスト関連中皮腫及び肺がんは分離されていない(10例)。

フランスは、認定のための業務のリストを用い、少なくともベルギーは、非限定的なリストをもっている。

アスベスト関連肺がんについては、事例が主にアスベストによるものとするか、または主に喫煙によるものとするかの現実的なルールが必要である。結果的に、認定の慣行にたくさんの不均質性が存在している。追加質問によれば、(1995年時点で)いくつかの諸国(デンマーク、ドイツ、ギリシャ、スペイン、フランス、ポルトガル、フィンランド)は、曝露が十分であれば放射線学上の所見がなくても認めている一方で、ある加盟国(イタリア)は石綿肺患者についてのみ、別の加盟国は(イギリス)石綿肺またはびまん性胸膜腺維症、あるいは(ベルギー、アイルラ

ンド)何らかの胸膜の異状がある場合に、アスベスト関連肺がんを認めている。前者においてさえも、実際のルールや報告の取り組みに多くの不均質性があるように思われる。デンマーク、ドイツ、フランス及びイタリアでは、アスベスト関連肺がんの認定数は中皮腫事例数とおおよそ等しい。フィンランドでは、肺がんの事例数の方が多く、BE[?]及びイギリスでは中皮腫事例数よりも少ない。ベルギー及びフランスでは、現在の認定の慣行は1995年当時とは異なっている。アスベスト関連肺がんよりも、石綿肺及び中皮腫に関する比較可能なデータを収集する方が容易である。



欧州職業病統計(第1段階:方法論)

2000年 欧州委員会

付録C: 最終報告

第1部 EODSデータ収集のための包含基準、重症度の分類及び診断の分類に関する提案草稿

第2部 疾病の国の認定基準及び重症度の評価に関する質問調査の結果

石綿肺及び胸膜のアスベスト疾患

71. 石綿肺(アスベストによる肺線維症)による永久的障害を評価する場合、あなたの国のシステムでは、以下のどのパラメーターを考慮に入れるか? 考慮に入れられるものを全て選んでください。
72. 質問71のどのパラメーターが、石綿肺についての障害の程度の判定で主要な決定パラメーターとなるか?

[次頁表参照]

その他

ベルギー: 総合的な肺の能力

デンマーク: X線写真の結果が診断にとって決定的である。原則的に、下方3分の2の肺野のsub-pleural部分、底及び門に向かって症度が増し、小さな不整形(または線状)影がある(ILO分類:s-t-u)。初期には、周縁部に髪の毛のような特徴を伴う霧のような縞があり、後には網状増殖構造へと厚くなり、びまん性腺維嚢胞性変化にまで至る(ILO分類:1-2-3)。胸側付近の水平の暗い縞(Kerley Bライン)も生ずる。後期になると、心臓との境界及び横隔膜の頂部が曖昧になり、上部のX線透過が増す場合もある。

オランダ: 個々の事例によって区々であるが、これら全てのパラメーターが考慮に入れられるかもしれない。いずれも義務的なものではない。

オーストリア: 療法、投薬量及びbody-plethysmography
イギリス: これらの全てが決定権者に助言するDSSの医師によって考慮に入れられるかもしれない。一般的には、DSSの医師は、利用可能なものがない場合には、履歴、胸部X線写真だけを検討し、また、自ら簡単な肺活量検査を実施する。

	ベルギー	デンマーク	ドイツ	スペイン	フランス	アイルランド	イタリア	ルクセンブルグ	オランダ	オーストリア	ポルトガル	フィンランド	イギリス
FVC(努力肺活量)				+		+	++	++		+	+	++	
VC(肺活量)		+		+	+	+		++		+	+	+	
FEV1(1秒量)		++		+	++	+	++	++		+	+		
びまん度	++	+		+		+	++	+		++	+	+	
血液ガス分析	+	+		+	++		+	+		++	+		
運動検査		+		+				+		++	+		
X線写真上の症度	+	++	+	+	++	+	+	++		++	+		
症状の症度		++		+	+	+				+		++	
労働者が原因物質への将来の曝露を回避できる可能性		+		+									
その他	++		+						+	+			+

+ = 考慮される要因、++ = 主要な要因

73. 上記の主要なパラメーターに関して、障害の程度が10%及び20%という結果になる、「敷居値」は何か。主要なパラメーター及びその敷居値を指摘することが不可能な場合は、障害の程度が10%及び20%という結果になる、関連するパラメーターの値の代表的なプロフィールを述べてください。これらのパーセンテージのどちらかが、あなたの国のシステムにおいて重要な裾切り点である場合には、そのことも指摘し、及び、この裾切り点前後のパラメーターの値に関する情報を提供してください。

各国の、呼吸系職業病における障害の程度の評価の一般原則は、以下のとおり。

オーストリア：生理学的障害の程度は、様々な臨床所見を考慮に入れて定義される。10%及び20%に対応する値は与えられていない。

ベルギー：障害の程度は、生理学的機能の障害パーセンテージ及び社会経済的要因である。したがって、10%及び20%に対応する値を示すことはできない。そのような生理学的障害の程度は、様々な臨床所見によって決定される。

デンマーク：生理学的障害は、関連する全ての所見を考慮に入れて定義される。喘息の場合に最も重要な要因は、症状及び投薬の必要性である。症状がめったになく、しかし投薬が必要な場合が10%の障害に対応し、日常的に症状及び投薬の必要がある場合が25%の障害に対応する。他の呼吸器疾患の場合には、主要な決定要因は、症状の程度及びFEV1である。肉

体的運動の制限がない（またはFEV1が2リットル超）場合が5%の障害に対応し、運動時に軽い換気障害がある（またはFEV1が1.5から2リットル前後）の場合が20%の障害に対応する。

フィンランド：生理学的障害の程度は、疾病の医学的程度（一般的不自由）をいい、関連する全ての臨床所見を考慮に入れる。これは、直接または間接の所得喪失の、すなわち「非医学的」に計算される、測定である労働障害の程度とは完全に切り離されている。生理学的障害の程度は、様々な臨床所見を考慮に入れて定義される。可逆性の呼吸障害を伴う疾病（喘息）については、症状がまれで、有害な曝露を避けることができ、投薬を続ける必要がない場合に、10%という程度が与えられる。常に日中の症状があり、服薬を続ける必要性があり、しかしPEF値は投薬によってよい状態を維持している場合に、20%という程度が与えられる。不可逆性の呼吸障害の疾病（じん肺等）については、評価は症状の程度及び肺機能検査に基づいてなされる。25%までの障害は、激しい動作（しかし坂道を歩いたり上るの階段に登るのではない）時を除き、ほとんど呼吸症状がない、及びFVC（またはFEV1）が期待値の65-79%または拡散能力60-74%の場合に対応する。

フランス：生理学的障害の程度は、様々な臨床所見を考慮に入れて定義される。軽い喘息の場合の主要な要因は、気管支過敏性検査である。可逆性の気管支痙攣及びコリン作用閾値の減少が、5-10%の障害に対応する。（軽い）じん肺の場合は、軽い呼吸障害があったとしても、放射線学的評価（10-30%の障害）を行うことができる。どの呼吸器疾患の場合でも、測定可能な慢性呼吸障害があれば、程度は少なくとも10%であり、機能検査にしたがって評価ができる。（慢性の呼吸障

アスベスト関連疾患の補償—対象疾病と認定基準

害がある場合) 以下の値が、障害の程度10から40%に対応する。肺の能力 (TLC) が期待値の60-80%、FEV1が1.5リットル超または期待値の75%超、またはPaO₂が9.3kPa (70mmHg) 超。

ドイツ: 障害の程度は、関連する全ての所見を考慮に入れて、ケースバイケースで定義される。評価は医学コンサルタントによってなされ、彼らが行う検査について決定できる。10%及び20%に対応する値を与えることはできず、評価は、個々人の所得能力の減少を考慮に入れている。

アイルランド: 障害(能力の喪失)の程度は、疾病の症度に左右され、肺機能検査、臨床評価及びsymptomathologyに基づいて決定される。値のパラメーターも、一般に同等に重要であり、10%及び20%に対応する数値の組み合わせはない。20%の能力喪失という障害が適用されることから、労働不能も考慮される。20%未満と評価される場合には、年金のgratuityが支払われる。

イタリア: 障害の程度は、様々な臨床所見及び検査結果を考慮に入れて定義される。喘息の場合、10%及び20%の障害は、FEV1値が予測値の少なくとも80%及び70-79%に対応する。その他の呼吸器疾患の場合、以下の限界値が10%の障害に用いられる。FVC、FEV1またはDLCOが予測値の74%。また20%の障害は、FVC、FEV1またはDLCOが予測値の63%。

ルクセンブルグ: 障害の程度は、様々な臨床及び検査所見、症状の程度によって定義される。10%及び20%の障害に対応する値を示すことはできない。

オランダ: 国の職業病補償制度は存在しない。届出システムは、障害の程度に関しては何も記録していない。一般的な社会保障のもとで、労働障害の程度は、その者の労働能力及び労働市場の状況、障害が生じた時点での所得を考慮に入れて、その者が稼ぐ(ことのできる)ものの割合によって決定される。障害の最低の程度は、15%の年金の資格がある。

ポルトガル: 障害の程度は、関連する全ての臨床所見、検査の結果及びsymptomathologyを考慮に入れて定義される。これらのパラメーターは、通常同等に重要な決定要因である。5-15%の障害の程度は、FVC及びFEV1が期待値の80%超、PaO₂が75mmHg超及びPaCO₂が45mmHg未満(安静時)に対応する。16-30%の障害の程度は、FVC及びFEV1が期待値の60-79%、PaO₂が75mmHg超及びPaCO₂が45mmHg未満(安静時)、拡散値が60-69%に対応する。喘息の場合、気管支hyperresponsivenessの上昇は5%に等しく、じん肺の場合も放射線学的所見が考慮に入れられる。

スペイン: 障害の程度は、関連する全ての所見を考慮に入れて定義され、10%及び20%の障害に対応する値を示すことはできない。

イギリス: 障害の程度は、symptomathologyはもちろん、関連する全ての臨床所見及び検査結果を考慮に入れる。通常、検査は治療に当たる臨床医によって行われ、請求によって検討される。社会保障局の医師は、請求者に質問をし、入手できない場合には胸部X線写真を撮り、簡単な肺機能検査を行うだけである。症状の程度が主要な決定要因である。10%及び20%の障害に対応する値を示すことはできない。じん肺、綿肺及び中皮腫については、1%以上の場合に、その他の呼吸器疾患については、14%以上の場合に給付が支払われる。

74. 臓側胸膜の両側性びまん性線維症があり、しかし肺線維症の証拠はない、アスベスト曝露者(例えば、保温工)を想定した場合、この人の臓側胸膜線維症はあなたの国のシステムにおいて職業病として認められるか?

No: アイルランド、オランダ、スペイン

Yes: オーストリア、ベルギー、デンマーク、ドイツ、フィンランド、フランス、イタリア、ルクセンブルグ、ポルトガル、イギリス

75. 問74がYesの場合、あなたの国のシステムは、臓側胸膜線維症を潜在的に永久的障害を引き起こすものとみなすか?

No: オーストリア

Yes: ベルギー、デンマーク、ドイツ、フィンランド、フランス、イタリア、ルクセンブルグ、ポルトガル、イギリス

76. 問75がYesの場合、臓側胸膜線維症による永久的障害を評価する場合、あなたの国のシステムでは、以下のどのパラメーターを考慮に入れるか? 考慮に入れられるものを全て選んでください。

77. 問76のどのパラメーターが、臓側胸膜線維症についての障害の程度の判定で、主要な決定パラメーターとなるか?

回答は、石綿肺についての質問71-72と同じ

78. 上記の主要なパラメーターパラメーターに関して、障害の程度が10%及び20%という結果になる、「敷居値」は何か。主要なパラメーター及びその敷居値を指摘することが不可能な場合は、障害の程度が10%及び20%という結果になる、関連するパラメーターの値の代表的なプロフィールを述べてください。これらのパーセンテージのどちらかが、あなたの国のシステムにおいて重要な裾切り点である場合には、そのことも指摘し、及び、この裾切り点前後のパラメーターの値に関する情報を提供してください。

各国の、呼吸系職業病における障害の程度の評価の一般原則は、質問71-72に述べられている。

79. 両側性胸膜プラークがあり、しかし肺線維症または臓側胸膜のびまん性線維症の証拠はない、アスベスト曝露者（例えば、保温工）を想定した場合、この人の胸膜プラークは、あなたの国のシステムにおいて職業病として認められるか？

No: ベルギー（広範囲にわたり拘束性を伴う場合のみ）、デンマーク、アイルランド、オランダ、スペイン、イギリス

Yes: ドイツ、フィンランド、フランス、イタリア、ルクセンブルグ、ポルトガル

80. 問79がYesの場合、あなたの国のシステムは、胸膜プラークを潜在的に永久的障害を引き起こすものとみなすか？

No: フィンランド（めったにない）

Yes: ドイツ、フランス（しかし5%未満）、イタリア、ポルトガル

81. 問80がYesの場合、胸膜プラークによる永久的障害を評価する場合、あなたの国のシステムでは、以下のどのパラメーターを考慮に入れるか？考慮に入れられるものを全て選んでください。

82. 質問76のどのパラメーターが、胸膜プラークについての障害の程度の判定で主要な決定パラメーターとなるか？

回答は、石綿肺についての質問71-72と同じ

82. 上記の主要なパラメーターパラメーターに関して、障害の程度が10%及び20%という結果になる、「敷居値」は何か。主要なパラメーター及びその敷居値を指摘することが不可能な場合は、障害の程度が10%及び20%という結果になる、関連するパラメーターの値の代表的なプロフィールを述べてください。これらのパーセンテージのどちらかが、あなたの国のシステムにおいて重要な裾切り点である場合には、そのことも指摘し、及び、この裾切り点前後のパラメーターの値に関する情報を提供してください。

各国の、呼吸系職業病における障害の程度の評価の一般原則は、質問71-72に述べられている。

84. アスベスト関連疾患とCOPD（慢性閉塞性肺疾患）-肺気腫の両方がある患者を想定した場合、障害を評価する場合に、また肺機能障害の障害性要素（FEV1）とみなすか？

ドイツ及びスペインからは、これらの質問に対する回答はなかった。

84a. 石綿肺と付随するCOPD-肺気腫の場合

No: —

拘束性要素もある場合は、Yes: ベルギー、デンマーク、フィンランド、ルクセンブルグ、ポルトガル、イギリス
拘束性要素の有無に関わらず、Yes: オーストリア、フランス、アイルランド、イタリア、オランダ

84b. 両側性臓側胸膜線維症と付随するCOPD-肺気腫の場合

No: オーストリア、デンマーク、フィンランド、イタリア

拘束性要素もある場合は、Yes: ベルギー、ルクセンブルグ、ポルトガル、イギリス
拘束性要素の有無に関わらず、Yes: フランス

84c. 両側性胸膜プラークと付随するCOPD-肺気腫の場合

アスベスト関連疾患の補償—対象疾病と認定基準

No: オーストリア、ベルギー、デンマーク、フィンランド、イタリア

拘束性要素もある場合は、Yes: ルクセンブルグ、ポルトガル

拘束性要素の有無に関わらず、Yes: フランス

事例3. パイプ保温工として35年間働いたことのある、60歳の男性を想定。彼は、1960-72年の間、大量にアスベストに曝露し、1973-80年の間は、それよりは程度が小さかった。BAL（気管支肺胞洗浄）液中に高濃度の石綿小体（AB）が認められた（35AB/ml）。慢性の咳及び動作時呼吸困難がある。胸部X線写真は、石綿肺に典型的な肺線維症（ILOじん肺分類によるプロフュージョン1/1）は示している。肺機能検査は、期待値に対して、VC 70%、FVC 68%、FEV1 84%を示した。また、拡散能力障害（期待値に対してTLco/VA 70%）もある。

85. この事例3の現在の障害の程度は、あなたの国の職業病システムでは、どれくらいか？

オーストリア: 30%

ベルギー: 5%+社会経済的パーセンテージ

デンマーク: 20%

ドイツ: 回答不能

フィンランド: 15-20%

フランス: 20%

イタリア: 11%

ルクセンブルグ: 回答不能、程度は医学専門家によって決定される

オランダ: 回答不能、所得に関するデータが必要

ポルトガル: 症状の程度によって15%

スペイン: 回答不能

イギリス: 呼吸困難の症状の記述がないので、回答不能

86. 事例3.に関するコメント。質問85に回答不能な場合、理由を説明して下さい。

85.に記載。

アスベスト関連中皮腫

91. EODS1995年パイロット評価以降、国の中皮腫の認定基準に何らかの変更があったか（曝露期間/程度、診断の組織学的検証、その他）？

No: ベルギー、デンマーク、ドイツ、フィンランド、フランス、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、スペイン、イギリス

Yes: オーストリア

92. 質問91がYesの場合、以下に明記してください。

オーストリア: 基準が変わったわけではないが、国のリストに言及がなされた。

93. 中皮腫の診断が死後になされただけの場合、あなたの国のシステムでは職業病として認定されるか？

No: アイルランド、オランダ

Yes: オーストリア、ベルギー、デンマーク、ドイツ、フィンランド、フランス、イタリア、ルクセンブルグ、ポルトガル、スペイン、イギリス

アスベスト関連肺がん

94. 労働においてアスベストに曝露してきた肺がん患者を想定した場合、以下のどの状況において、肺がんがアスベスト関連職業病として認定され得るか？該当するものを全て選んでください。

[次頁表参照]

95. アスベスト関連がんの診断が死後になされただけの場合、あなたの国のシステムでは職業病として認定されるか？

No: アイルランド、オランダ

Yes: オーストリア、ベルギー、デンマーク、ドイツ、フィンランド、フランス、イタリア、ルクセンブルグ、ポルトガル、スペイン、イギリス

96. あなたの国のアスベスト関連疾患の認定基準を満たす肺がんの事例を想定して、がんが

	ベルギー	デンマーク	ドイツ	スペイン	フランス	アイルランド	イタリア	ルクセンブルグ	オランダ	オーストリア	ポルトガル	フィンランド	イギリス
患者に石綿肺(すなわちびまん性肺腺維症)がある場合	+	+	+	+	+	+	+				+	+	+
患者に両側性びまん性胸膜腺維症[びまん性胸膜肥厚]があり、しかし石綿肺はない場合	+	+	+		+	+	+				+	+	+
患者に片側性びまん性胸膜腺維症[びまん性胸膜肥厚]があり、しかし石綿肺はない場合		+	+		+	+	+				+	+	+
患者に両側性胸膜プラークがあり、しかし石綿肺はない場合		+	+		+	+	+				+	+	
患者に片側性胸膜プラークがあり、しかし石綿肺はない場合		+	+		+		+				+	+	
患者に著しい曝露歴があり、しかし石綿肺または胸膜病変はない場合	+	+	+		+		+	+		+	+	+	

* 曝露が十分に高度な場合

手術(例えば肺葉切除術)によって治ゆし、手術後の肺機能検査が正常値の範囲内であった場合、この事例の永久的障害の程度(%)は、あなたの国の職業病システムでは、どれくらいか？

無回答：ベルギー、デンマーク、ルクセンブルグ、スペイン

オーストリア：20%未満、しかし管理

ドイツ：回答不能

フィンランド：50%

フランス：70%

アイルランド：いくらかの能力喪失が評価されるだろう

イタリア：回答不能

オランダ：所得に関するデータがないので、回答不能

ポルトガル：最大80%

イギリス：回答不能。手術までの期間を対象とした暫定額がなされるだろうが、それは症状によって大きく左右される。今後の手術に伴う痛みや障害を対象とした期間及び術後の期間に対して、より多額の補償がなされそうである。請求者が、手術が成功して術後が良好だとすれば、予後の不安定を対象としたきわめて低い額の補償がなされるだろう。

198. 2001年までにこの質問調査で扱った事項に関して、あなたの国のシステムで何らかの変化が予想される場合、具体的に述べてください。

ベルギー：新たな要素が含まれる。1.701 ラテックスによるアレルギー疾患、9.310 アスベストに関連した喉頭がん(石綿肺/びまん性胸膜肥厚または少なくとも25繊維-年のアスベスト曝露の組み合わせ)

【本文書について】

EurostatのUnit E3《教育、健康及びその他の社会領域》、DG《雇用及び社会問題》のUnit D5《労働における保健、安全及び衛生》、ワーキング・グループ及びEODS(欧州職業病統計)作業部会のメンバー、とりわけフィンランド労働衛生研究所(FIOH)のAntti Karjalainen及びデンマーク国立労働衛生研究所のJohnny Dyreborgの両氏が、この文書の準備に非常に貴重な支援を提供してくれた。

付録Cの報告は、EODS作業部会の加盟国の代表から提出された質問への回答に基づいて、FIOHのAntti Karjalainenがまとめたものである。

欧州委員会2000 Doc. OS/E3/HSW/2000/1081

欧州における石綿関連職業病 認定—件数—特別のシステム

2006年 労災職業病保険欧州フォーラム

第1部：アスベスト関連疾患の認定

A—アスベスト関連の病理

以下に述べる病理は、アスベスト粉じんへの曝露との因果関係がよく確立されている、または一般に認められているものである。

石綿肺は、アスベスト繊維の吸入によって引き起こされた肺繊維症の一種に与えられた名前である。石綿肺のリスク及び症度は、曝露のレベル及び長さに左右される。この疾病の経過は多様であり、半数以上の事例では病状は安定したものであるが、呼吸不全に向かって進展する場合もある。石綿肺の全ての事例について、肺がんのリスクは増大する。

肺がんは、大部分は喫煙に起因するものの、アスベスト関連である場合がある。科学者は、肺がん事例の約10%において、アスベストが疾病の原因であると見積もっている。また、アスベスト関連肺がんの数は、中皮腫事例の数とだいたい同じであるとも推定されている。喫煙とアスベスト曝露の結合が肺がんの発症に乗数効果をもつことから、個別の事例評価は複雑である。

中皮腫は、たいていは胸膜（肺を覆っている薄膜）に発症する、稀な悪性腫瘍である。それはもっぱら事前のアスベストへの曝露によって起こる。かかる曝露は、診断の数ダース年前に生じたもので、かつ、低いレベルのものであったかもしれない。中皮腫が、（内臓を覆う）腹膜または（心臓を覆う）心膜という、胸膜以外の部位に現われる場合もある。

胸膜プラークは、胸膜上の限局性の線維化した部位である。アスベスト「曝露の指標」とみなされて、通常はほとんど取るに足らないものではあるが、場合によっては痛みを、あるいは呼吸能力のわずかな低減をもたらす。がん組織に変性はない。

アスベスト粉じんの吸入によって起こる上記の主要な疾病はいまではよく知られているものの、数種類の中皮腫及び肺がん以外のがんもまた、この物質によって引き起こされると疑われている。しかし、アスベスト曝露との因果関係に関して、ヨーロッパでは科学的なコンセンサスがない。

B—認定の道筋

ほとんど全ての欧州諸国において、疾病の業務関連性の認定のための二つの手続が存在している。

全ての国が国の職業病リストをもっており、それは、程度の差はあっても、業務起因性の強い推定を与えている。被災者は、自らの疾病及び/または有害因子がリストに登録されていれば、自ら因果関係を立証しなくともよいことから、職業病リストは認定の手続を大いに促進する。しかしながら、スウェーデンのリストは伝染性疾病に関するものだけなので、スウェーデンでは通常、被災者は自らが罹患した疾病とその業務の間の関係に関する証拠を提出しなければならない。

さらに、スペインを除き、本報告で取り上げた全ての国は、リストに登録されていない疾病の認定のための補完的システムをもっている。この場合には、リスクへの曝露の証明及び因果関係は、完全に被

災者が提供しなければならない。

各国ごとの状況を検討する前に、欧州職業病リスト（2003年9月の委員会勧告2003/670/EC）が、石綿肺、中皮腫及び石綿肺合併症としての気管支がんを特定していることを明記しておくべきであろう。付録2、すなわち「労働関連の原因が疑われるもので、報告がなされるべきであり、欧州リストの付録1への包含が将来検討される可能性のある疾病の補足的リスト」には、アスベスト粉じんの吸入による喉頭がんが登場している。

下表は、4つの主要なアスベスト関連疾患について、その業務関連性の認定の手続—当該疾病が国の職業病リストに登載されている場合には、それが指示された時期を示している。

石綿肺は、国の職業病リストに登録された、最初のアスベストに起因する疾病であり、ドイツで1937年から、イタリア（1943年）及びフランス（1945年）

がそれに続いた。石綿肺をリストに加えた最後の国は、ベルギー（1969年）、ポルトガル（1973年）、そしてスペイン（1978年）である。

その石綿肺との関係の発見を踏まえて、アスベストによる肺がんが、職業病リストに含まれるようになった。再びドイツが先駆者（1942年）となったが、表3の欧州12か国のうちの6か国は、1980年代になってからしかこの疾病を含めなかった。しかしながら、そうした最後の3か国（1985年にフランス、1994年にイタリア、1999年にベルギー）は、すでに1970年代以降、石綿肺を合併する場合にはアスベスト関連肺がんの業務性を認めていたことは指摘しておかなければならない。

ノルウェー（1956年）及びデンマーク（1959年）を除き、中皮腫の認知は遅れ、フランスの1976年からイタリアの1994年の間となっている。これは、この疾病が非常に長い潜伏期間（20年から40年）によって特徴づけられるという事実によって説明できるかもしれない。

表3 アスベスト関連疾患の認定の道筋及び国の職業病リストへの登載時期

国名	石綿肺	アスベスト起因肺がん	中皮腫	胸膜ブランク
ドイツ	1937	1942	胸膜及び腹膜:1977 心膜:1993	1988
オーストリア	1955	1955	胸膜:1976 腹膜:1977 心膜:1990	—
ベルギー	1969	1999(1969-1999:石綿肺合併の場合のみ)	1982	1999
デンマーク			1959	2005年1月1日にリストに再登載
スペイン			1978	—
フィンランド	指示的職業病リストにおいて「アスベスト粉じんに起因する疾病」			
フランス	1945	1985(1976-1985:石綿肺合併の場合のみ)	1976	1985(1976-1985:呼吸機能障害がある場合のみ)
イタリア	1943	(それ以前:石綿肺合併の場合のみ)	1994	補完的システム
ノルウェー				1956
ポルトガル	1973			1980
スウェーデン				立証システム
スイス	1953			1984(それ以前:補完的システム)

アスベスト関連疾患の補償—対象疾病と認定基準

胸膜プラークは、確かにアスベスト曝露の徴候であるとはいえ、通常は人体に害を引き起こさない。そのことが、認定という観点から、上述の疾病よりも、一様に扱われなかった理由である。

オーストリア及びスペインでは、胸膜プラークの職業病としての認定は不可能である。他の全ての諸国では、リストシステムによるか(ドイツ、ベルギー、デンマーク、フィンランド、フランス、ノルウェー、ポルトガル、スイス)、補完的システム(イタリア)または立証システム(スウェーデン)によるかいずれかによって、可能である。

しかしながら、フランスだけが、胸膜プラークの存在のみの証明によって、補償が与えられる。認定を認めている他の諸国は、通常の事例ではみられない、胸膜プラークの結果として肺の能力が低減したことを必要としていることから、例外的な事例についてのみ金銭給付を支払っている。補償なしの認定の長所は、後にこの物質に起因する他の疾病に苦しめられるにいたった場合の、アスベスト曝露の立証を促進することである。

さらに、フランスにおいてだけであるが、胸膜肥厚が職業病として認定されることに注意されたい。

表3は、石綿肺、中皮腫、肺がん及び胸膜プラークが、いまや総合的にみてよく知られ、また、アスベスト繊維の吸入に起因する職業病として認知されていることを示している。

しかし、アスベストに起因することが疑われる他の種類のがんも存在しており、ヨーロッパにおけるそれらの業務起因性の認知は、全体一致とはほど遠い状況である。

本報告で取り上げたスペインを除く全ての国が、そのもとで被災者がいかなる病気でも業務関連性を認めさせることが論理的には可能な、補完的システム(または、スウェーデンのみは立証システム)をもっている。しかし、これは、被災者が証拠を提出することを要求することから、この手続は現実的にはきわめて困難である。結果はまた、事例を調査する保険機関内の実体の好意的または非好意的な姿勢に大いに左右される。この姿勢は、国際的な科学研究に基づくものではあるが、また当該疾病の被災者に対する支援に関する社会的

表4 その他のアスベスト関連がんの認定の道筋

がんの種類		リストシステムのもとでの認定	補完的システムのもとでの認定
耳鼻咽喉系	喉頭	ノルウェー(1956) デンマーク(1986) オーストリア(1990) ドイツ(1997) ベルギー(2002)	フランス イタリア
	咽頭	—	フランス
	気管	—	ドイツ デンマーク フランス
	洞	—	フランス
消化器系	食道	—	フランス
	胃	ノルウェー(1956)	フランス
	結腸	—	ノルウェー
	直腸	—	フランス

合意も反映している。

上表は、ヨーロッパにおいて認知がある、その他の種類のアスベスト関連がんのリストである。補完的システムのもとで結果的に認定された疾病については、いままでに実際に認定された事例をもつ国のみがふれられている。

この表は、国による重要な違いを示している。ある国がそのような、または表のそのような部分でふれられていないという事実は、保険機関の非好意的な姿勢あるいは認定請求がないということによって説明できるかもしれない。

ノルウェー、デンマーク、オーストリア、より最近ではドイツ及びベルギーにおいて、職業病リストに書き込まれていることから、喉頭がんについては相対的に合意がある。イタリア及びフランスにおいては、補完的システムのもとで認定されており、フランスでは、国のリストへの搭載について議論が行われている。

C—認定基準

以下の情報は、各国において適用される基準を

余すところなく述べようとするものではないが、各国に共通または独特のものを強調しつつ、用いられる慣行の概観を提供するものである（詳しい情報については付録1-4を参照）。

認定手順は各国ごとに独特である。各国の職業病に対する保険機関は通常、診断のチェック、被災者のアスベスト粉じんへの曝露の評価、及び可能な場合には業務と当該病理の間の関連の判定を可能とするような、書面化した認定請求を受領する。それでもなお、曝露及び診断に関する要求事項は、国ごとによって異なっている。

石綿肺

石綿肺は、X線写真により診断することが相対的に容易であり、国際労働機関のじん肺X線写真国際分類がこの面における参考として活用することができる。

概して、各国は、常に（一定の曝露）期間を条件として要求することはせずに、アスベスト粉じんへの明らかに著しい曝露を要求している。

潜伏期間に言及する諸国は、10から15年の最短期間を条件としている。

多くの国が、石綿肺の被災者の健康状態に対する心肺への帰結についてのみ補償を支払っている一方、デンマーク及びスウェーデンでは、呼吸機能の低減が認定の必須要件となっている。

アスベスト関連肺がん

中皮腫とは異なり、肺がんは、煙草喫煙や、多環式芳香族、クロム、ニッケルへの曝露といった、アスベスト以外の環境または職業要因などの多様な要因によって起こる場合がある。そのため、この疾病を診断すること自体は難しくないものの、それを職業病と診断することは難しい。

そのことが、様々な国において、判定にあたって最も重要なことがアスベスト曝露の存在であることの理由である。それらの多く（ドイツ、オーストリア、ベルギー、フィンランド、ノルウェー、スウェーデン及びスイス）においては、著しい曝露が立証されるか（ヘルシンキ基準または25繊維/ml/年の数居値）、あるいは、肺がん石綿肺または胸膜の著し

い変化が伴うことのいずれかという、二つの選択基準がある。南欧諸国（スペイン、フランス及びイタリア）は、それら諸国が単に最低期間を条件としていることから、曝露基準については相対的に厳しくないように思われる。

喫煙の役割

ほとんど全ての欧州諸国において、煙草の乱用は、アスベストに起因した肺がんの認定手順に含まれていない。

しかしデンマークでは、アスベスト曝露に関する疑いがある場合、重大な煙草の乱用は、認定請求の却下につながる。また、被災者が1日に7g以上または10パック・年[1日1パックなら10年超の意]を超えて1年の煙草を消費している場合、アスベスト関連肺がん及び喉頭がんの補償について考慮され、被災者に与えられる給付総額に対して50%の留保が適用されることになろう。

煙草乱用についてのこうした留保は、被災者の病歴が、気道を詰まらせている疾病または慢性気管支炎を明らかにしている場合には、石綿肺についても適用される。これに反して、中皮腫及び胸膜ブランクの事例では、煙草乱用要因は関連がなく、それゆえ（アスベストへの最低限の曝露が証明された状態については）考慮に入れられることはない。

中皮腫

中皮腫は、その兆候及び症状が肺がんの初期状態と区別がつきにくいことから、診断が相対的に困難な疾病である。

診断方法は、全ての国で同じであり、医学画像（X線写真、コンピュータ断層撮影）及び組織検査（生検）である。この種の検査が実行可能でない事例については、胸膜液が採取され、分析される。いくつかの諸国（ドイツ、オランダ）では、全国規模で全ての疑われる事例の評価を実施する、「中皮腫パネル」と呼ばれる専門病理医のグループが存在する。

曝露に関する要求事項は、全ての国において最低限であり、アスベスト粉じんへのわずかな[modest]曝露（数週間）でも十分である。

アスベスト関連疾患の補償—対象疾病と認定基準

胸膜プラーク

職業病として認定を公認している全ての国にお

いて、診断はX線検査に基づいてなされる。アスベスト粉じんへの、わずかであっても、一定の曝露で十分である。



付録1 石綿肺の認定基準

国名	医学的基準	アスベスト粉じん曝露基準	潜伏期間
ドイツ	X線写真検査 (ILO分類に従う) またはCT/HRCTにより証明された肺線維症	長年	最低限10年
オーストリア	X線写真検査 (ILO分類に従う) またはCT/HRCTにより証明された肺線維症	明らかに著しい曝露	通常最低限10年
ベルギー	X線写真検査またはCTにより証明されたびまん性肺線維症 + 組織学的観察または曝露基準	累積曝露 ≥ 25 繊維/ml・年 (調査または鉱物学的分析により確認)	最低限10年
デンマーク	X線写真により証明された肺線維症 + 肺機能の制限的減少及び/または拡散能力の減少 (何らかの疑いがある場合、HRCT検査が診断を明らかにすることができる)	ヘルシンキ基準	—
スペイン	臨床組織学、X線写真検査	明らかに著しい曝露 (業務の例示的リスト)	通常10年
フィンランド	画像検査 (X線写真、必要ならCTまたはHRCT) により証明された石綿肺と一致するじん肺 肺組織はもちろん、気管支肺胞洗浄液または組織標本中に確認されたアスベスト粒子は、アスベスト曝露を評価するツールとなり得る。胸膜プラークの診断はたいてい石綿肺に先立つ。	著しい曝露、例えば、アスベスト保温またはアスベスト吹き付け作業、少なくとも1年、または、建設作業など、曝露を受けやすい作業に10年	—
フランス	肺機能検査に変化があるかどうかに関わらず、特定の放射線学的徴候に基づいて診断された肺線維症	2年 (業務の限定的リスト)	責任期間: 最終曝露から35年
イタリア	—X線写真、HRCT —肺活量検査、血液検査、心電図	明らかに著しい曝露 (業務の限定的リスト)	—
ノルウェー	X線写真検査 (ILO分類に従う) により証明された胸膜または肺	明らかに著しい曝露	曝露の長さにより10から15年
ポルトガル	X線写真検査及びCT	業務の例示的リスト	10年
スウェーデン	以下の2つの基準 —拘束性疾病を指示する肺生理 —間質変化を伴う胸部X線写真 —持続性の呼吸器末端の捻髪音	明らかに著しい曝露	曝露の程度により10から15年
スイス	臨床学的及び放射線学的観察、可能性のある追加検査 (気管支肺胞洗浄)	明らかに著しい曝露	—

ヘルシンキ基準 (アスベスト曝露)

- 高度の曝露 (アスベストセメント工場における業務、著しいアスベスト曝露またはアスベストの直接取り扱いを伴う解体作業) の場合、少なくとも1年
- 中等度の曝露 (例えば、港湾の密閉された場所での作業、常時アスベストセメント屋根に接触する作業、常時アスベスト曝露を伴う配管作業、頻繁にトラックのブレーキライニングを交換しなければならない整備工の作業、屋外で行う作業よりも屋内で行う作業、間接曝露よりも直接曝露) の場合、5-10年
- または、少なくとも25繊維/ml・年と見積もられる曝露、すなわち、少なくとも1繊維/cm³で25年超あるいは2繊維/cm³で12.5年超

付録2 アスベスト関連肺がんの認定基準

国名	医学的基準	アスベスト粉じん曝露基準	潜伏期間
ドイツ	—石綿肺を伴う肺がん(組織学的観点から、最低限の石綿肺でも可)またはアスベストに起因する胸膜の重要な変化 —代替条件:「曝露基準」参照	25繊維/ml年の曝露(医学的基準に対する代替)	少なくとも10年
オーストリア	—石綿肺を伴う肺がん(組織学的観点から、最低限の石綿肺でも可)またはアスベストに起因する胸膜の重要な変化 —代替条件:「曝露基準」参照	25繊維/ml年の曝露(医学的基準に対する代替)	—
ベルギー	代替条件: —石綿肺またはアスベストによるびまん性両側性胸膜肥厚の存在 —光学顕微鏡で示された、乾燥肺組織1g当たり少なくとも5,000本の石綿小体または気管支肺胞洗浄液リニアールメーター当たり少なくとも5本の石綿小体。観察された石綿小体に関して重大な疑いがある場合は、電子顕微鏡でアスベストが確認されなければならない —電子顕微鏡で確認された、乾燥肺組織1g当たり少なくとも500万本の長さ1 μ 超の石綿繊維または乾燥肺組織1g当たり少なくとも200万本の長さ5 μ 超のアンフィボール繊維 —その他の代替条件:「曝露基準」参照	25繊維/ml年の曝露または 業務の限定的リストまたは 25繊維/ml年の曝露と同等の医学的基準	10年
デンマーク	顕微鏡検査による診断が望ましい;それがない場合、臨床経過表及び病状経過に基づく可能性診断	ヘルシンキ基準	—
スペイン	石綿肺を伴う肺がん;それがない場合、生検、顕微鏡による気管支肺胞洗浄液検査	10年(石綿肺を伴う肺がんを除く)	10-20年
フィンランド	病理医による気管支または肺の悪性腫瘍の診断 石綿肺(検死時組織の顕微鏡検査による結果でも可)があれば自動的に認定	ヘルシンキ基準(石綿肺がない場合)	10年(石綿肺がない場合)
フランス	組織学的検査、それがない場合、指示的な臨床経過及び画像に基づく診断	10年の曝露+業務の限定的リスト	責任期間:最終曝露から40年
イタリア	—X線写真、HRCT —肺活量検査、血液検査、心電図 —細胞診	—	—
ノルウェー	顕微鏡により実施された公式診断がなければ、事実上一定の診断で十分(臨床経過表及び病状経過による)	ヘルシンキ基準	15年
ポルトガル	X線写真、CT、気管支鏡検査、生検	業務の指示的リスト	10年
スウェーデン	通常生検または細胞診及びX線写真に基づき確定された診断 石綿肺を伴う肺がんまたは「曝露基準」	アスベスト曝露が明らかな業務に少なくとも15-20年または累積量(生涯曝露)約10繊維/ml年	15年
スイス	放射線学的、気管支鏡及び/または組織学的観察に基づき確定された診断 肺がんが石綿肺またはその他のアスベストに起因する胸膜の変化を伴っているかどうかの認定または「曝露基準」	25繊維/ml年の曝露(医学的基準に対する代替)	—

ヘルシンキ基準(アスベスト曝露)

—高度の曝露(アスベストセメント工場における業務、著しいアスベスト曝露またはアスベストの直接取り扱いを伴う解体作業)の場合、少なくとも1年
—中等度の曝露(例えば、港湾の密閉された場所での作業、常時アスベストセメント屋根に接触する作業、常時アスベスト曝露を伴う配管作業、頻繁にトラックのプレーキライニングを交換しなければならない整備工の作業、屋外で行う作業よりも屋内で行う作業、間接曝露よりも直接曝露)の場合、5-10年

—または、少なくとも25繊維/ml年と見積もられる曝露、すなわち、少なくとも1繊維/cm³で25年超あるいは2繊維/cm³で12.5年超

アスベスト関連疾患の補償—対象疾病と認定基準

付録3 中皮腫の認定基準

国名	医学的基準	アスベスト粉じん曝露基準	潜伏期間
ドイツ	検証された診断(病理組織学的が好ましい、また、X線写真、CT)	わずかな曝露でも可	通常最低限10年
オーストリア	病理組織学的な検証	数週間	—
ベルギー	組織学的検査、それがない場合、例示的な臨床経過及び画像に基づく診断	わずかな曝露でも可	—
デンマーク	病理学的解剖学的診断	わずかな曝露でも可	—
スペイン	生検	わずかな曝露でも可	最低限10-20年
フィンランド	病理学的解剖学的診断	数週間	最低限10年
フランス	組織学的検査、それがない場合、例示的な臨床経過及び画像に基づく診断	最低限期間なしで日常的曝露(業務の例示的リスト)	責任期間：最終曝露から40年
イタリア	—X線写真、HRCT —肺活量検査、血液検査、心電図	わずかな曝露でも可	—
ノルウェー	病理学的解剖学的診断	わずかな曝露でも可	最低限20年
ポルトガル	X線写真、CT	業務の例示的リスト	5年
スウェーデン	生検または臨床診断と結び付けた細胞診	わずかな曝露でも可	最低限15年
スイス	組織学的/細胞診、それがない場合、X線写真+断層撮影及び臨床経過表	わずかな曝露でも可	—

付録4 胸膜プラークの認定基準

国名	医学的基準	アスベスト粉じん曝露基準	潜伏期間
ドイツ	X線写真、CTまたは組織病理による診断	わずかな曝露	—
ベルギー	CT	わずかな曝露	—
デンマーク	X線写真が胸膜の明らかな変性を示さなければならない	わずかな曝露	—
フィンランド	胸膜上の両側性線維素性沈着物または肺の画像検査(X線写真またはCT)で診断された線維形成	数か月	—
フランス	肺機能検査で変化の有無に関わらず、CTで確認された場合、石灰化の如何を問わず、心膜または胸膜のプラーク	最低限期間なしで日常的曝露(業務の例示的リスト)	責任期間：最終曝露から40年
イタリア	X線写真	わずかな曝露	—
ノルウェー	X線写真検査により証明された診断	わずかな曝露	20年
ポルトガル	X線写真またはCT	業務の例示的リスト	10年
スウェーデン	X線写真またはCT	わずかな曝露	10年
スイス	X線写真によるアスベストに起因すると考えられる胸膜プラークの診断	わずかな曝露	—

アフター・ヘルシンキ：1997-2004年に報告された研究に重点を置いたアスベスト曝露と肺がんの關係の学際的レビュー

2004年 ダグラス・ヘンダーソン他

抄録

たくさんの文献が出版されているにも関わらず、アスベスト曝露と肺がんの關係は、今なお論争的であり、これはアスベスト関連肺がんの多くが喫煙者でもある者に生じていることと関連している。なぜなら、喫煙は確認できる肺がんのリスク要因の中で最も強力なもので、産業化された社会のいたるところで稀ではなく、喫煙とアスベストの肺がんリスクに関する複合（相乗）効果の分析は、アスベスト吸入と中皮腫の關係よりもより複雑な課題だからである。広く受け入れられた証拠に関する以前のレビュー[1997年と2000年]に引き続くものとして、このレビューでは、肺がんと中皮腫の比率、喫煙とアスベストが複合した場合の相互効果、(石綿肺→がんモデルに対抗するものとしての) ヘルシンキ基準及びAWARD基準で示された肺がんについての累積曝露モデルを含めた、より最近の—1997-2004年に報告されたもの—この關係に関する調査研究を、喫煙とアスベスト双方による肺がんについての遺伝的感受性/抵抗因子の相違に関する議論とともに、批判的に評価したものである。

筆者らは、①広く受け入れられた証拠は累積曝露モデルを強く支持している、②肺がんの保温材やアスベスト・セメント建材などのアスベスト含有製品の製造及び最終消費の結果としての混合アスベスト曝露への蓋然的帰属の基準—ヘルシンキ及びAWARD基準で表現された—は本レビューで検討した新たな証拠と一致しており、またそれらによって一層強化される、③クリソタイルの採掘/精製及びおそらく摩擦材製品製造などのその他のクリソタイル単独曝露については、アンフィボール単独または混合アスベスト曝露よりも異なる帰属基準（例

えばより大きな累積曝露）が適当である、④喫煙の結果としての、及びもしかするとアスベスト曝露の結果としても、肺がんリスクに対する遺伝的感受性/抵抗因子に関する現出しつつある証拠は、遺伝子型の多様性が潜在的に関連性の強さに、またそれゆえ個々の対象における原因寄与の蓋然性に、影響を及ぼす付加的混同要因かもしれないことを示唆しているが、そのような抵抗/感受性要因に関連したアスベストを仲介した肺がんリスクの変化に関する意義のある何らかの結論を下すのに十分な証拠は現時点ではない、と結論付けた。

前書及びアスベスト関連肺がんに関する概評

アスベスト労働者における肺がんの報告は、中皮腫のアスベスト起因がんとしての認知よりも遡る(1935-1955年対1960年)が、アスベストと肺がんの關係の分析は、いくつかの理由から、常により大きな問題になってきた。

1. 中皮腫の大部分については、アスベストが唯一の確認できる原因である。その關係はさわめて明確であり、中皮腫の発症率は社会の過去のアスベスト使用の指標とひろくみなされている。とりわけ、中皮腫の発症には、喫煙が寄与するという証拠はない。それに対して、肺がんについては喫煙が最も大きなリスク要因であり、また、多くのアスベストの影響による肺がんがアスベストと喫煙への二重曝露の結果であることから、アスベストと肺がんの關係は、アスベストと中皮腫よりも特異性が少ない。

肺がんのおよそ4-12%がそれ以上がアスベストへの職業曝露に関連したものであると推定されている。肺がんの疫学のレビューの中で、AlbergとSametは、肺がんの約90%は喫煙と、9-15%は職業曝露と、10%はラドン、及びおそらく1-2%は大

気汚染と関連すると主張している。Axelsonは、スウェーデンにおける肺がん事例の4分の1超が職業曝露と推定し、また同程度がフィンランド、ノルウェー及びデンマークで報告されている。多くの場合に2以上の原因要因が関連し、それらの要因の複合効果は相加的以上であると考えられることから、個々の要因に関連する曝露者における寄与割合(AF_E)の合計は1.0(100%)を超えるかもしれない(AF_E は、当該リスク要因に帰属する曝露事例の割合として定義され、rate fractionと同義であり、また、「曝露が原因だと仮定して、曝露を除去すれば、特定の時期において予防できたであろう疾病事例の割合と解釈することができる」)。 AF_E は、相対危険度 $[RR]-1$ 、 $RR:[RR-1]/RR$ で与えられ、通常パーセンテージに転換される)。Rockhillらが言うように、…たとえ直感には反するにせよ、個々の $[AF_E]$ の合計は1.0を超えることはあり得るだろう…人口 $[AF]$ は、疾病の個別事例についての因果関係の蓋然性を扱うものでも、疫学者に検討されているリスク要因によって引き起こされた事例とそうでない事例を識別することができるようにするものでもない。したがって、ある肺腺がん患者に、 $RR8.0$ を与えて喫煙の AF_E に87.5%を、さらにアスベストに75%を割り当てたとしても、当該対象が $RR4.0$ を与えるのに十分なアスベスト曝露も維持しているのであれば、そこには矛盾はない。

アスベスト労働者のコホートにおける過剰肺がんの中皮腫に対する比率は、およそ0.5:1から30:1まで様々に推定されてきたが、2:1という比率がひろく引かれている。例えば、Raffnらによるデンマークのアスベスト・セメント労働者の研究では、アスベスト・セメント労働者における肺がんの標準化発症率(SIR)が1.80(観察値=162; 期待値=89.81)、同じコホートの胸膜中皮腫についての観察値及びその期待値に対する比率は10及び1.83であり、これらの数値から、過剰肺がんの中皮腫に対する比率を8.8:1と計算することができる。シガレット・フィルター製造者の研究でTalcottらは、期待値に対する比率0.7である11例の肺がん、及び期待値に対する比率0.01である5例の中皮腫を観察した。したがって、過剰肺がんの中皮腫に対する比率は2:1で

あった。アスベスト関連肺がんの中皮腫の間の量-反応曲線の傾斜の相違を考慮に入れるならば、過去何年間にもわたるアスベスト曝露の全般的減少及び喫煙習慣の変化の結果として、この比率はおおよそ1:1以下に低下すると思われる。

アスベストと喫煙の相互作用について乗法型モデルに基づけば、以下の事例に示されるような、喫煙習慣の相違から、過剰肺がんの中皮腫に対する比率について、男性と女性の間に相違が存在することを計算することもできる。あるコホートが肺がんのアスベストに関連した $RR(RR_{LCA})$ 5.0をもち、個々人の生涯中皮腫リスクが男女共5.0%であると想定してみよう。喫煙習慣の相違の結果としての肺がんの期待リスクは、女性について1%、男性について3%で、過剰肺がん率は女性について $(5-1)\%=4\%$ 、男性について $(15-3)\%=12\%$ であり、過剰肺がんの中皮腫に対する比率は女性について0.8:1、男性について2.4:1となる。さらに、この過剰肺がんの中皮腫に対する比率は、アンフィボールまたは混合曝露よりも、クリソタイル単独曝露についての方が著しく大きくなる。

Petoらは、西欧6か国(イギリス、フランス、ドイツ、イタリア、オランダ及びスイス)で、1999年頃から35年の期間における約19万の中皮腫による死亡を予測した[1999年11月号36頁参照]。肺がん:中皮腫の比率が1:1だとすると、約19万のアスベスト関連肺がんも予測することができ、比率が2:1であれば38万のアスベスト関連肺がんはこの数字は増大する。Tossavainenは、北米、オーストラリア及び西欧7か国とスカンジナビア(合計人口~8億人)において、毎年、約2万のアスベスト関連肺がんと1万の中皮腫が発生していると推定している。

Howieによれば、1929-1996年の間のイギリスにおける公式に登録されたアスベスト起因疾患による死亡には、17,999の中皮腫(男性=15,298、女性=2,701)及び1,878の肺がんを含み、中皮腫に対する肺がんの比率は0.1:1であった。この比率は、安全衛生委員会(HSC)により報告された統計において、わずかな変化はあるものの、1988-2000年についても維持されている。

しかし、1995年に発行された人口センサス事

務所 (OPCS) /安全衛生庁 (HSE) の文書では、1968-1991年の期間に、アスベスト曝露がほぼ同数の過剰肺がん死亡(～200、観察値749、期待値549)及び中皮腫(183)を報告しており、比率は1.09:1である。初回曝露から30年以上追跡した、ロンドン東部の5,100人のアスベスト工場労働者におけるがん死亡率に関する研究では、過剰肺がんの中皮腫に対する比率は1.55:1であった。

安全衛生に関する1999年及び2001年の報告のなかでイギリスのHSCは、「アスベストによる肺がんをアスベストが関連していない事例と決定的に識別する臨床的な特徴は存在しておらず、それゆえそれらの事例の多くが被災者または医師によってアスベストに関連したものと認識されていない可能性がある」、また、「…これらの数字[アスベスト関連肺がんに関するイギリスの障害給付認定]がこの疾病の現実の程度を著しく過少評価しているという証拠がある。高度に曝露した人々においては決まって、存在していた中皮腫よりと少なくとも同数の、しばしば5倍もの数の、過剰肺がんが存在していた。この比率は様々な要因によっており…そのため総体的比率を正確に言うことはできない。合理的な経験則によれば、中皮腫1件に対して1または2件の過剰発がんと言うことができるだろう…」と述べている。

また、10年以上の職業曝露に基づいた補償基準を導入する前のフランスにおいても、アスベスト関連肺がんが過少認定されていた証拠がある。同様の過少認定は、イタリア及び日本でも生じている。

オーストラリア・ニューサウスウェールズ(NSW)でも、補償を受けたアスベスト関連疾患のなかに占める肺がんが過少であると思われる。例えば、NSW粉じん疾病委員会の1998年の報告書は、1997-98年度2,338件の障害認定の結果として、9件の「アスベストに起因する肺のがん」に対して96件の中皮腫を記録しており、肺がん:中皮腫の比率は0.09:1であった。オーストラリア(2003年の人口～2千万人)におけるアスベスト関連障害の予測には、1945-2020年の期間に、約18,000例の中皮腫及び30,000-40,000例の肺がんが含まれている。

1992年にTeschkeとBarroetavenaは、1980-1989年の間に、カナダのブリティッシュコロンビア、サス

カチュワン及びオンタリオにおいて、肺がん事例の0.15-0.76%が職業性障害として補償を受けたと報告している。比較すると、職業要因に帰属する肺がんについての推定人口-寄与リスクパーセンテージ(PAR%)は、この3州において3-17%であり、アスベストは肺がんの請求の36%に掲げられていた因子であった。TeschkeとBarroetavenaは、認定された肺がんの請求は、アメリカ及びイギリスの疫学研究からの推定PAR%の最低値よりも4以上低く、したがってカナダにおける肺がんは過少補償となっており、主な理由は過少認定及び補償委員会への過少報告であると結論づけている。

ドイツでは、1992年にアスベスト関連肺がんの補償に25腺維/mL-年基準を導入して以降、肺がん(1997年以降はプラス喉頭がん)の中皮腫に対する比率は、1995-2000年について1.24:1に上昇した。

2. 多くのアスベスト関連肺がんがアスベスト及び喫煙の複合効果に帰属することから、アスベスト関連肺がんの(過剰)数を推定するために、アスベスト曝露のない参照人口との比較において喫煙を考慮に入れることが必要となった。また、肺がんは産業化社会のどこでも一般的であることから、肺がん発症率またはリスクの小さな増加が、中皮腫のようなこれまで稀ながんの検出よりも、大きな統計的困難を生じさせる。関連性に関するコホートまたは症例対照研究は、それらが量-反応効果を示す場合には、たいいてい説得力がある。

3. 多くの研究が、小さな集団を扱っていることから、 RR_{LCA} の小さな増加を検出する統計的力が弱かった。例えば、NurminenとTossavainenは、一般人口における胸膜プラークを伴う肺がんのRRは1.1くらいの低さで、統計的意義のあるレベルでこの RR_{LCA} を検出するためには、アスベスト曝露がありそうもない及びありそうな男性における胸膜プラーク及び肺がんの有所見率を考慮に入れて、約30万人の人口サンプルを必要とすると計算した。この筆者らは、環境曝露が概して低いレベルで、胸膜プラークを有する全対象者がアスベストに曝露したのではなく、また胸膜の異常がすべてアスベスト関連プラークというわけではないコホートを対象にPartanenらによって行われた研究に注目した。

そこでは、604の胸膜プラークを有する対象者のうち25の肺がんに対して、604の参照対象のうち28の肺がんがあり、それらの何人かはアスベストに曝露した可能性があった($RR_{LCA}=1.1$ 、95%信頼区間[CI]=0.6-1.8)。この研究は、明らかに、またはおそらくアスベスト曝露のあった部分集団に焦点をあて、同じ統計によるサンプルの大きさの計算及び推定の結果は以下のとおりであった。0.05のレベル及び80%の力で、アスベスト曝露者及び非曝露者の集団の大きさは、 $RR_{LCA}2$ を検出するのに538+538、 $RR_{LCA}3$ では175+175である必要がある。この点では、小さなコホートにおける低いリスクは、にもかかわらず、疾病が大きな集団に広まる場合には、相当数の疾病となるかもしれない。ひとつの例として、肺がんのような一般的な疾病についてのリスクの10%の増大を表す $RR1.1$ は、100万または1,000万の人口に広まる場合には、相当の負荷の罹患率及び死亡率となる可能性がある。言い換えれば、大きな集団に影響を与える一般的な疾病の発症率における小さな増加は、より小さな集団に影響を与える他の疾病のより高い頻度よりも明らかに多数を生じさせるかもしれない。

4. 肺がん—及びその他のアスベスト起因障害—の量—反応関係の分析は、量—反応関係についてのコホート間の不均質、及び曝露データの不確実性によって複雑化される。累積曝露の初期の推定は一過去のコホートの曝露が、より最近の類似の規制された産業におけるよりも概して大きかった場合—百万粒子/立法フィート(mppcf)で示された大気中粉じん濃度測定に基づいたものであるのに対して、現在もっともひろく適切な曝露の指標として受け入れられているのは、後の $5\mu M$ 超の繊維について繊維/mLで示される測定である(長さ $>5\mu m$ かつアスペクト比 $\geq 3:1$ で定義されるこのタイプの繊維がしばしば「WHO繊維」という言い方をされる)。mppcfを繊維/mLに転換するために、1.4から3.0、6.0までの換算変数が、異なる調査研究で用いられてきた。mass/gravimetric measurements (mg/m^3)を用いたものもある。アスベストの種類などのコホート、長さや直径の分布などの繊維の寸法に関して、曝露の他の面にも不確実性がつきまと

う。例えば、(原繊維からなる長くて細い繊維を放出する)トレモライト及びアクチノライトというアスベスト状の変種は別としても、その寸法の分布は他の鉱物と異なるものの、WHO繊維の定義を満たす切片だけを放出する非アスベスト状の変種も生じる。

(中略)

ヘルシンキ基準

個々の事例について、ヘルシンキ基準は、原因確率[POC:probability of causation]50%—民事立証基準—toに等しい寄与割合[AF:attributable fraction] $> (2-1)/2=0.5$ である、肺がんのRR(relative risk:相対危険度)を2.0以上に増大させるのに十分な曝露推計値または相関条件を設定している。ある種の職業性肺がんの場合には、(2よりも)1.1の相対危険度が、民事訴訟における「原因」よりも因果関係への物質の寄与の示度として受け入れられている。

ヘルシンキ基準は、肺がんのアスベストへの寄与について、石綿肺の存在を要求しておらず、かわりに臨床的(例えば推定累積曝露量)あるいは病理学的(例えば石綿小体または肺組織内の非被覆繊維濃度)に評価されるアスベストへの蓄積曝露に焦点を当てている。

「一般人口における肺がんの高い発症率のために、個々の患者について、石綿肺が存在する場合であってさえも、アスベストが原因であるという決定論的条件を完全に証明することは可能ではない。しかし、原因帰属は、特定の因子(アスベスト)が当該疾病を引き起こした、または実質的に原因となっているという蓋然性の根拠に関する合理的な医学的確実性を必要とする。アスベスト曝露が本質的な寄与をなした可能性は、曝露が増大した場合に増大する。蓋然性に基づいた累積曝露はしたがって、アスベストによる肺がんリスクへの本質的な寄与の帰属に関する主要な基準として考慮されるべきである。例えば、相対危険度は、25繊維・年の累積曝露または同等の職歴のアスベスト繊維に曝露したコホートについて、およそ2倍になり、このレベル[の曝露]においては、石綿肺が存在し、または発見可能かもしれないし、あるいはそうでないかもしれない」。

具体的にはヘルシンキ基準は、以下を含んでいる。

1. 石綿肺（例えば、臨床的、放射線学的一高解像度（HR）CTを含む）—または組織学的に診断された石綿肺）が存在していること。このスキームにおいて、石綿肺は、主として以下に設定された曝露指標と同等の累積曝露の代用としての意義を有する。

または

2. 乾燥肺組織1グラム当たり総数5,000から15,000本以上の石綿小体（AB）、または、乾燥肺組織1グラム当たり200万本以上のアンフィボール繊維（長さ $>5\mu\text{m}$ ）または500万本以上の $>1\mu\text{m}$ のアンフィボール繊維という同等の非被覆繊維の負荷。この組織のAB総数は気管支肺胞洗浄液中（BAL）1mL当たり5-15本のABとおおよそ等しい。ヘルシンキ基準はまた、AB濃度が乾燥肺1グラム当たり $<10,000$ 本の場合には、電子顕微鏡を用いた非被覆繊維負荷分析により計数が補足されるべきであると勧告している。これらの非被覆繊維数は、アンフィボール・タイプのアスベストだけに関連するものである。同基準は、クリソタイルは、相対的に除去速度が早いために、アンフィボールと同程度には肺組織内に蓄積しないと言っている。クリソタイルはアンフィボールよりも早く肺組織から除去されることから、相当程度高いクリソタイル繊維濃度は関連性のある曝露を暗示していると想定する向きもあるかもしれないが、除去プロセスの一部として繊維が縦に裂けることは、計数される繊維の数を増やすであろうし、この所見に重要性を与えることは困難である。したがって、職業（曝露の繊維・年）の方が、繊維負荷分析よりも、クリソタイルによる肺がんリスクのよりすぐれた指標であると考えられる。

または

3. 25繊維・年以上のアスベストへの推定累積曝露

または

4. それによって潜伏を評価することのできる手段としてのみの、1年間のアスベストへの高度曝露（例えば、アスベスト製品製造、アスベスト吹き付け、アスベスト材を伴う保温作業、古い建築物の解体）、

または5-10年の中等度曝露（例えば、建設または造船）の職歴。ヘルシンキ基準は続けて、曝露が著しく高度の場合（例えば、アスベスト保温材の吹き付け）には、継続期間が1年未満でも2倍の肺がんリスクに達する可能性があると言っている。

及び

5. 10年の最低間隔期間

ヘルシンキ基準によれば、胸膜プラーク自体は、肺がんのアスベストへの蓋然的な帰属にとって不十分である。「なぜなら、胸膜プラークは低レベルのアスベスト曝露と関連付けられるかもしれない、肺がんのアスベストへ曝露の帰属は、相当の曝露の職歴またはアスベスト繊維負荷の計測 [のような他の曝露パラメーター] によって支持されなければならない。

しかし、両側性「びまん性」胸膜肥厚は、石綿肺を引き起こすのに十分な高度曝露にしばしば適度に関連することから、帰属目的にとって、石綿肺の場合と同等の重要性が与えられた。イギリスにおいては、「両側性」肥厚の要件は、1997年に「片側性」びまん性胸膜肥厚に取って代えられた。にもかかわらず、Smithらは、びまん性胸膜腺維症は、高度曝露の指標としては信頼できないと示唆している。

（中略）

曝露評価：国のアプローチ及び今後の方向

石綿肺を要件とせずに、肺がんの「原因」帰属についての25繊維・年以上という累積曝露がベルギーでも、また、他のスカンジナビア諸国では同等の職歴が適用されている。フランス及びベルギーでは、ヘルシンキ基準によって叙述されたものと同等の職歴も、「原因」帰属の基礎を形成している。オーストラリアでは、裁判所は、「原因」帰属の基礎としての累積曝露モデルを支持する判決を下しており、同様の基準がAWARDワークショップ[2000年10月に15人のオーストラリアのアスベスト関連障害専門家によってヘルシンキ基準のオーストラリアへの適用可能性が検討されたアスベスト関連疾患に関するアデレード・ワークショップ]でも支持された。

補償に関する意思決定が現在ヘルシンキ基準アプローチを支持していると思われることから、Burdorf及びSwusteあるいはFaserjahreが述べ

ているようなデータベースの構築が、数量化された曝露の証拠を[職]歴に置かなければならない場合の、アスベストによる肺がんの公正な補償にとって非常に重要である。オランダにおけるアプローチは、異なる曝露レベルの可能性の蓋然的評価を持っており、ドイツのシステムよりもより定性的である。そのようなシステムなしには、判定委員会や裁判所は、過去の曝露の不確実性や専門鑑定人たちの矛盾した意見の評価に法外な時間を費やし続けることになるだろう。この種のデータベース・システムの目的は、業種、職種及び時期別にアスベスト曝露を明らかにするマトリックスをつくることである。各々の値を組み合わせることによって、以下の範囲にわたる信頼性のレベルを割り当てることが可能となる。

1. 直接計測
2. 補間計測
3. 類似施設における計測
4. 類似施設からの補間
5. 合意に達せない場合の推定

実際問題として、オーストラリアのような国ではよくあることとして、特定の作業現場における大気中繊維濃度の直接計測がない場合に、専門家はしばしば、①合計して暦上の時間のおよそ20%からなる作業シフトの数及び期間、②同じまたは類似の種類の他の作業現場の作業から導き出された大気中繊維濃度についての報告されている低い及び高い値に基づき、またありそうな平均推定を導き出して、繊維・年の低い/高い範囲のかたちで、推定累積曝露を示している。

広く受け入れられている証拠に基づいて、アスベストによる肺がんの発症に関する累積曝露モデルは、疫学研究からの量-反応データや肺組織の繊維計測に基づいた症例対照研究などの、様々の異なるタイプの調査研究にまたがったデータの首尾一貫性を持った、因果関係の評価に対する現代的なアプローチに従っているように思われる。証拠にはまた、試験管実験及び動物を使った肺気管支上皮上実験によるアスベスト及び喫煙の単独及び複合の細胞系における染色体異常誘発及び変異誘発効果を含む、様々な病理学的所見も含

んでいる。一般化に関しては、累積曝露モデルは、説明的-予測的価値を持っていると考えられ、25繊維/mL・年基準が導入されてから—[原因]帰属が主として行政によるものであることから、対立的な裁判所を起訴にした補償システムよりも、意思決定がよりゆがめられることが相対的に少なそうな—ドイツでは、中皮腫に対して肺がんが上回る比率が、多数の疫学的調査研究から得られたものと同じ比率に近い一致を示すようになっている。

最後に、ヘルシンキ基準で示された推定累積曝露(25繊維・年または同等の職歴)は、アンフィボール及びアスベスト紡織曝露に、また混合曝露(とりわけクリソタイルとアンフィボール[双方]を含有したアスベスト・セメント及び保温材)にも—とわれわれは信じている—適用可能で、ケベックのクリソタイル鉱夫/精製労働者には適用可能でなく、また、摩擦材製造やある種のその他のクリソタイル単独曝露、あるいはおそらく混合物が(すなわち大気中の繊維のタイプとの割合が)正確にわかっている混合曝露に対しては適切でないかもしれないということを、われわれは強調しておく。肺組織内の繊維濃度は、主として混合曝露に関連したアンフィボールの含有量と関連しており、アンフィボール単独曝露に関してはより高い濃度が要求されるが、一般的にクリソタイル単独への累積曝露の推定に対しては、肺組織内のアスベスト繊維計測は不適当である。今後、肺がんへの遺伝的感受性のプロフィールが同一と確認できる者のなかにおける肺がんのアスベストへの帰属に関して、25繊維/mL・年または同等の職歴より低い累積曝露が受け入れられるかもしれない、また、アスベストの発がん影響に対する防護措置を与える遺伝子型が同一と確認できる者のなかにおいて同一の肺がんリスクを引き起こすためには、より高い累積アスベスト曝露が必要とされるだろう。ある種のがんに対するリスク評価に95%信頼区間を用いることは、個々人の疾病の因果関係に対する蓋然性アプローチに関して、おそらくGS/GRの相違を含む多くの要因に関連するリスクにおける相違に対処するのに何らかの助けになる。曝露推定の個別化または先天的感受性/抵抗因子の検討なしに、この手段を用いることは、そうではない。

連載第52回

語りつぎたいこと —日本・アジアの片隅から—

1980年の米シリコンバレー訪問

塩沢美代子

前回まではほぼ時系列で、私がアジアの女子労働に関ってきた経過を記してきて、アジアも国内も、第一線での活動を後継者に引きつぐところまで辿りついた。これで連載も終わってもいいかなと思ったが、1976年から7年間に、正確な回数は覚えていないほど、アジア各国を訪ねたり、国際集会を開催したり参加したりしてきたので、とくに印象の強かった場面を、思い出すままにもう少し記してみようと思う。

職業病のかけこみ寺—ECOSH

思いがけなかったのは、この活動にとりくんだために、アメリカに行くことが多くなったことである。集会に招かれたのが3回、自主的に行ったのが2回だった。

今では誰でもアメリカ西海岸に、シリコンバレーがあるのを知っているだろうが、私は28年前にその存在を知った。在日のアメリカ人から、日本の電子労働者の実態について話をききた

いという人が来日しているので、会ってもらえるかという依頼を受けた。

日本では、キリスト教関係のネットワークで、労働問題に関っているのは私くらいだから、そういう話はすべて私のところに来る。

私は電機労連の仕事もしていたから、多少は現場も見ていたので、お会いした。

来訪者は、シリコンバレー地域のマウンテンビューという町にある、“電子労働者の健康と安全に関する委員会 (ECOSH)” というNGOの女性スタッフだった。彼女はこの地域を兵器産業地帯とも呼んでいた。ここで働く電子労働者の85%が女性、70%近くがメキシコなどラテンアメリカ各国、フィリピンなどアジア系、ベトナム難民、黒人などマイノリティの人びとで、英語のわかる人も少なく、すべて未組織労働者なのだという。したがって労使の力関係のバランスがとれるわけではなく、一方的に企業がやりたい放題で、賃金もアメリカの最低水準だが、それにもまして深刻な問題は、仕事による健康障害で、化学物質

による職業病だそうである。しかし労組もないから、身体をこわしても泣き寝入りで、やめていくしかない。しかもどういふ化学物質を使っているのかもわからないので、一般の医師には治療もできない。

こういう状況を知ったクエーカーというキリスト教団体が中心になって、仕事で体調が悪くなった労働者の、かけこみ寺をつくったのである。病気をどう治療するかが優先課題なので、産業衛生専門の医師、会社と交渉する弁護士などの有志で構成されている。さまざまな方法で、その存在をPRし、24時間対応の電話番号を伝えている。

実際に訴えの電話がはいると、医師が詳しく聞いて専門の医療機関に紹介したり、会社との交渉に労働弁護士が乗り出したり、保健関係の公的機関に連絡して、その職場の点検を要請するなどの活動をしているそうである。

電子産業労働の日米の相違

電子労働者に女性が多いのは日本でも同じだった。仕事による健康問題は、視力の低下、頸肩腕障害、自由にトイレに行けないために起る“縛尿症”と名付けられた膀胱の障害などがあるが、化学障害というのは、一般労働者についてはきいたことがなかった。

日本の大手電機では、当時は高卒で集団就職した女性が多かったが、眼の疲れや肩こりや、テンポの早い単調労働などが苦になってくるとやめてしまうので、勤続2〜3年で退職というケースが多かった。それで化学障害に至らなかった面もあるが、私は現場の換気装置など、職場の安全衛生の対策が、シリコンバレーの工場では、日本より劣っているのではないかと思った。

したがって彼女の知りたかった化学障害については、役に立たなかったのだが、私はシリコンバレーとECOSHの話にたいへん興味をもつ

たし、彼女もぜひ見にきて下さいといって別れた。

英語の話せない労働者たち

1980年になると、労基法改悪は阻止できたかにみえた。私は労働運動の先進国であるアメリカでは、長時間労働や深夜業についての法的規制は、どうなっているのかを知りたいと思っていた。その頃、市川房枝さんが私のやっている活動のことを知って、何かに役立てて下さいと、私個人に多額のカンパを下された。CCAの活動はテレサの手に移っていたので、このお金でシリコンバレーに行こうと考え、過日の来訪者に連絡をとると、すぐにことは運んだ。私は英語の上達も目的のひとつだったので、2か月くらいの滞在を計画していたら、“あなたのホームステイを歓迎する人が多いので、滞在費はほとんどいらないから、気楽にいらして下さい”ということになった。

1980年の8月に渡米すると、最初に迎えてくれたのは、サンフランシスコで、第三世界の女性の問題に関る、小さなNGOの代表者である独身女性レイチェルの家だった。昼間は彼女のオフィスに同行し、機関紙発送のあるときなどは手伝ったり、そこに集う人たちと話したりした。また、彼女は仕事で訪れる先や、参加する集会などすべてに私を連れていった。その度に自己紹介をすると、私の経歴にみんなが興味をもってくれるので、いろいろと話しあう機会が多く、英語の練習にはもってこいだった。

ところが私が“アジアでは、労働者と直接に話すことはできないが、アメリカならできるので話をききたい”という、誰もが、あなたはスペイン語ができるのかという。全くできないという、それじゃあ労働者と通訳なしで話をきくことはできないよといわれてしまった。私を世話してくれた人達は、スペイン語を勉強しているようだった。シ

リコンバレーの労働者は、中・南米からの移民が最も多いらしい。電子工場などでは、単純反復労働が多いから、それほど言葉は必要ない。移民はある程度まとまって住むから、英語は覚えなくてもすむらしい。後に経験したことだが、サンフランシスコにある大きな公立病院に、職業病を専門にしている女医さんがいるというので、紹介してもらい訪ねたことがあった。入口を示す矢印に、英語の他に中国語を含む、4種の文字が記されていた。お会いした本人は白人だったが、私が案内図を見て、“英語のわからない人たちもいるのですね”という、“患者の3分の1は英語が通じない”という。私が“問診ができなくて、診察ができないのではないですか”ときくと、“通訳を頼む”というので、“何か国語くらい通訳ができるのですか”ときくと、18か国という。私は8か国のきき間違いだと思って念をおすと、やはり18か国だといった。私がおどろいている様子をみて、彼女は“それでも完全ではないよ”とつけ加えた。

どうやらその病院で働いている医師・看護師・検査技師・事務職員その他もろもろの人たちのできる言語をトータルすると、18種類になるらしい。

様々な活動家宅でホームステイ

次に私を迎えてくれたのは、スタンフォード大学の統計学の教授宅だった。森林公園のようなキャンパスのもっとも奥にあり、正門まで歩くと30分近くかかった。教授の奥さんが、たいへん熱心な平和活動家で、私を招きたいということだった。

なるほどガレージの壁には、全く隙間のないほどベトナム戦争反対の無数のポスターやチラシなどがはってあった。その量の多さに、10年という戦争の長さを改めて思い出した。息子さんがワシントンで労働組合で働いているので、その部屋を与えられ、おいしい家庭料理をごちそう

になった。大学の構内というのに、朝は小鳥のさえずりで目覚めるのも楽しかった。

年輩の教授も温かく迎えて下さったが、寡黙な方で、もっぱら奥さんが様々な話をして下さった。彼女は日本に多くの米軍基地があることを知っており、日本の状況に関心が深かった。そこで私も、とつとつと日本の戦後史を語るようになった。私はその頃から、日本の民主主義はもう御臨終かという危機感をもっていたので、“自衛隊と呼ぶ軍隊は強化されているし、日本人の政治への関心がきわめてうすいので、平和憲法をいつまで維持できるかわからない”と率直に話した。

5日ほどここに滞在した後、ECOSHの専従者である女性の家や、アングロサクソン系の白人、メキシコ人、黒人の6人の単身の女性が、家賃をシェアして住む大きな家、日系3世の女性と、ユダヤ系白人との夫婦の家などに次々と滞在した。私を招きたいという家が、もう2軒ほどあったのだが、日系3世の女性ジェーンが、転々とするのは疲れるから、帰るまで家にいなさいと主張したので、彼女の家に半月あまり滞在した。

この夫婦の出会い、ベトナム反戦運動だった。同じ州立大学の経済学部で学んでいた夫ポールに、ジェーンは好意をもっていた。

ある日ポールに明日の晩は空いているかときかれ、ジェーンは有頂天になって、どこで食事して、どこへ連れていってくれるのかと、映画館や音楽会をイメージしていた。ところが実際は、ベトナム戦争反対のチラシを各家庭のポストにいれる作業を、ひと晩中手伝われたそうである。

彼女の祖父母や両親は、太平洋戦争中は強制収容所にいれたらそうで、後にきいたのだが、アメリカ政府がこの件に関し賠償金をはらうことになった裁判で、お父さんが証人のひとりとして出廷したそうである。

ジェーンは英語しか話せないのだが、日本人の話す英語に近くとてもききやすい。先祖が使っ

ていた言語によって、口の解剖学的遺伝があるのだろうかと思った。

日本の労使関係に対する関心

ECOSHの専従者の家に移った頃から、私は全く思いがけない仕事で忙しくなった。

日本の労使関係について、本当のことを話してくれる日本人が来ているという噂が広まって、会って話をききたいという人やグループが続出したのである。

その頃は自動車産業を中心に、日米の貿易摩擦がはげしくなっていた。それで自動車会社や電機会社の経営者が、トヨタやマツシタの生産現場やQCサークルのビデオを労働者に見せて、このように働けとはっぱをかけていた。その労働密度の高さといい、自動車工場など月100時間もの残業があることといい、アメリカ人には信じがたいことだったらしい。どうして日本の労働者は、そんな過酷な労働条件に、おとなしく従っているのかと、不思議でならないと思っていたのである。

私の話をききたいというのは、労働組合、労働関係誌にかかわっている人たち、労働弁護士、ECOSHをサポートする教会の人やボランティアの医療関係者などなどだった。

当時の日本では終身雇用が基本であり、労働組合は企業単位につくられていた。つまり雇用形態と労働組合の組織形態が全く違うから、そこから説明しなくてはならない。

私はいくつもの大きな表をつくって、日米の違いをわかりやすくするようにした。対象はいつも白人だった。

彼等は大手企業には社宅や独身寮があるというだけでもおどろく。私はトヨタやマツシタレベルの企業なら、社宅はおろか、安くつかえる保養所や医療施設なども整っている。だからアメリカの労働者は解雇されて失うのは賃金だけ

だろうが、日本では賃金のみならず、住居も厚生施設も失い、勤続が長いほど得になる退職金もわすかになってしまう。しかも基本的に中途入社はむづかしいし不利である。日本では住宅費がとて高いから、極度に安い社宅を失うと生計が立てにくい。企業は多くの恩恵を与えて、忠誠心を培っていくというような解説をした。

労働組合については、労働者本人の意志に関わらず、入社すると自動的に組合員となるユニオンショップ制で、組合費もチェックオフ制の企業内組合が多いというところと、“それじゃあ労働組合の機能を果たせない”とわかりが早かった。日本にも自動車総連とか電機労連とか産業別組織があるから、そこがオルグして個人の意志で加入するのは全く違うことが、はじめてわかったようだった。また日本ではアメリカのようにきっぱり解雇することは少ないが、“肩たたき”のあることも話した。“肩たたき”をどう訳したらいいかわからないから、仮定の例をいくつも並べた。するとボランティアリタイヤメントのようにするのかといていた。

サンノゼ大学夜間部に講座？

ECOSHの専従者は、あちこちからの依頼を受けて、毎日のように私をその場所に連れていかねばならなかった。シリコンバレーの中心部にあるサンノゼの市立大学は、夜間にさまざまな講座があるので、有名だった。

彼女は、“ミヨコは同じ話をしに、あちこちに行くのなら、いっそサンノゼ大学の夜間部に「日本の労使関係」という講座を開いたらいいよ”と私をからかった。私が“冗談じゃない。この下手くその英語で講座なんか”というと、彼女は真顔で、“あそこで中国文化の講義をしている中国人は、あなた程度の英語だよ。英語がうまいかどうかは問題じゃないのよ。私たちは知りたいことがわかればいいんだから”といった。この言葉で私はたいへん気が楽になったのである。

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



中皮腫患者に対するより迅速な補償計画

Department for Work and Pensions, the U.K., 2007.3.14

【イギリス雇用年金局プレスリリース 2007年3月14日】

雇用年金担当大臣ジョン・ハットン（今日（3月14日）、中皮腫と診断された全ての人々に、より迅速な補償を提供するための提案を提示した。

現在、労働におけるアスベスト曝露によってこの疾病に罹患した人だけしか、国からの補償金を請求する資格がない。提案は、以下の人々を含め、これまで資格のなかった人々に、（6週間以内に）前払いの金銭的支援を提供しようとするものである。

- ・ 親族（例えば、彼らの仕事着）からのアスベスト曝露
- ・ 環境からの（例えば、アスベスト使用工場近隣に住んでいたことによる）アスベスト曝露
- ・ 自営業者、及び
- ・ どこでアスベストに曝露したかわからない人々

ロンドンで開催された中皮腫サミットにおいて、ジョン・ハットンは、「いかなる額の金員であっても、中皮腫に罹患した個人及び家族の苦しみや喪失を埋め合わせることはできない。しかし、患者やその家族が、1ペニーの補償を手に入れるのに何年も待たなければならないだろうと心配しなければならないよ

うなことがあってはならない。とりわけ、中皮腫患者の多くの場合、何年も待つ時間をもっていない。

これが、中皮腫患者の誰もが、その雇用歴に関わりなく、補償を受けられるようにすることにわれわれが打ち込んでいる理由である。この立法措置は、いったん診断がなされれば、全ての患者が、請求してから6週間以内に相当な支払いを受けることができるということを意味するだろう。」

現在は、労働災害障害給付を受ける人々だけが、1979年じん肺等（労災補償）法のもとで国の補償を受ける資格がある。提案は、この労働とのリンクを断ち切り、立法措置が議会を通り次第、中皮腫罹患患者の全てが、その雇用形態に関わりなく支払いを受ける資格があり、すでに人身障害請求を通じまたは使用者から受け取ってはいない補償を提供されるだろうということを意味している。

この提案による変更の費用は、補償金の回収によって充足されるだろう。

現在、国の支払った分は民事賠償から取り戻されていないために、使用者または保険業者はしばしば、国から個人にすでに支払われた総額によって、補償を減額及び保留する責を負うべきだと

考えている。後に民事賠償請求が成功した場合には、国の支払い分が取り戻されるようにするために、補償金回収手順が導入されることになろう。

こうした資金は、新たな中皮腫請求者に対する前払いの支給を行うために使われることになる。支給は、当初は、見込まれた補償金回収総額からまかなうことのできる金額に対応することになろう。—しかし、資金が許すようになるにしたがって、支給を増やしていくだろう。

様々な関係者が参加した今日のサミットは、補償問題の長期的解決策を探るための協議の一環であり、立法措置の提案の詳細を策定するために活用される。

編注

- * 2006年7月に雇用年金担当大臣は、中皮腫罹患者に対する補償の支払いをスピードアップするためのいくつかの措置を発表した。同時にまた、この病気の被災者が、可能な限り生存中に、補償を受けることができるようにするための長期的解決策が導入されるだろうと発表した。
- * 昨年中の進展には以下が含まれる。
 - 歳入国及び関税局は現在、10日間の使用者記録を、それ以前25-30日と対照させて、調べている。
 - 金融サービス補償機構(FSCS)が企業または保険業者によりすでに全額支払われた請求に貢献するのを妨げていた規制を取り除いた。現在は、FSCSが補償のいくらかに責任のある場合には、当該企業はこの支払いを回収することができることになって、資金を支払うことができる。
 - いまでは2006年補償法が、請求者が関連のある使用者のどれかから全ての補償を取り戻せるようにするために、過失のある複数の使用者は連帯して及び別々に、中皮腫の事例において責を負うべきこと規定している。これは、パーカー事件の評決—被災者は個々の使用者を別々に訴えなければならないこととされた—を繰り返すことがないようにするための措置である。
- * 1979年じん肺等(労災補償)法に基づく支払い

を、事後に成功した民事賠償請求から回収することができないということはおかしなことである。ほとんどのその他の給付については、現在では補償金が回収されている。

中皮腫について

- * 中皮腫は、肺または腹部の内膜のがんであり、ほぼ全てがアスベストに関連したものである。常に致死的で、診断から死亡までの時間は、平均約9か月である。
- * アスベスト曝露と中皮腫の発症との間には長い「タイムラグ」があり、最低限約10年からより長い年月まで様々であり、平均間隔は30-40年台である。
- * 確認されている業務上の死亡原因としては第1位である。現在、年に約1,800件の死亡で、2010年から2015年頃の流行のピーク時には約2,500件に上ると予測されている。2006年から2020年の間に、イギリスで最大3万人がこの病気によって死ぬだろうと予測されている。
- * イギリスにおける中皮腫の事例は、かつては(大量のアスベストを使用した)造船や重工業及びアスベスト製品製造業で働いたことのある人々に主に発生した。この理由から中皮腫は、これらの産業の本拠地だったスコットランド、東北及び南イングランドなどでより多発している。
- * 最近診断される事例でその割合が増加しているのは、建設業(大工、電気技師、解体作業者等)のような相対的に低い程度の曝露を受けた人々、及び、アスベスト建材が使用されていて、何らかによって粉じんが飛散した建物の中で働いた人々である。これらの人々がいまでは新規(発症)事例の大多数を占めており、したがって、アスベストに曝露したことに気付かないままリスクにさらされている膨大な数の人々がいると考えられている。
- * <http://www.dwp.gov.uk/mediacentre/pressreleases/2007/mar/hsc023-130307.asp>
<http://www.dwp.gov.uk/mediacentre/pressreleases/2006/jul/dcs031-200706.asp>等も参照されたい。



中皮腫サミット—パートナーシップによる作業 中皮腫事例を扱う請求の改善

2007年3月14日 イギリス雇用年金局

1. 政府は、この恐ろしい病気にかかった人々のための公正かつディーセントな成果を確保するための共働の利益のために、各々の相違点を脇において、広範囲にわたる様々な見解と課題を提起してくれた関係者の努力に大いに感謝している。
2. パートナーシップによる作業によって、われわれはすでに多くのこと(付録Aが一定の詳細を提供している)を成し遂げてきた。しかし、まだやらなければならないことが残っている。
3. 中皮腫罹患者に対する長期的解決策に関しては、すでにこれまでに協議を重ねており、個人、企業あるいは保険業者、使用者、法曹界や支援グループを代表する組織から、約60件の応答を受け取っている。応答の要約は、雇用年金局(DWP)の下記ウェブサイトを通じて公表されている。<http://www.dwp.gov.uk/publications/dwp/2007/iidb/mesothelioma-casesconsultation-report.pdf>
4. これらの応答を踏まえて、われわれはいまや前に進む明確な考えを持つにいたった。応答から、ここに示すわれわれの提案に幅広い支持があることを知っており、このサミットでさらに議論したいと考えている。われわれは、あなた方の意見を蒸留して得た、2段階のアプローチを策定した。これらの2段階は、付録A及びBに概要を示してある。
5. われわれは、この提案が、中皮腫罹患者のために請求が扱われる方法を劇的に改善し、また、以下のような多くの利点をもつものと信じている。
 - ・ 効果的かつ能率化された民事賠償を主要な要素として伴い、現在の民事及び国の制度を改善する変更のための提案の高まりに合致する。
 - ・ より迅速に民事賠償をもたらし、請求の早期解決を促進する。
 - ・ 第2段階は、とりわけ、金銭の前払いをもたらし、したがって、われわれが受け取った他のどの提案よりもより迅速なものである。
 - ・ どちらの段階も、IIDB(労働災害障害給付)の見直しに着手しつつあるDRPから提起された、可能な戦略的方向を著しく制限することはないであろう。
6. 自動車保険局(MIB)タイプの調停制度、あるいはアイルランド人身障害評価委員会にならった制度を提案した応答もあった。大臣たちは、現時点ではこのアイデアの検討を進めるべきではないという結論を下した。理由の簡単な説明を付録Cに示した。
7. われわれは、今回のサミットが皆様方に、さらなる検討とこれらの提案に対する意見の投入、実用性の検査、及び、昨年われわれ全てがそれに向けて共働してきた変化をもたらすために取り組むべき課題を確認する機会とともに、これらのアプローチに対する支持を提供するチャンスを与えることとなることを希望している。

付録A

第1段階—定められた請求処理手順

8. 国の給付及び民事賠償双方に対する請求の全期間を通じた、相互に結合された、請求者中心の「端から端まで」定められた請求処理手順

民事賠償

- ・ 新たな提訴前手順規定及び、適切な場合には、民事手続規定/実行指示を通じた、能率化された中皮腫請求手順
- ・ 改善された手順は、システムをスピードアップし、また、例えば以下のことを提供することによって、訴訟なしに紛争を解決することをめざす。
 - ・ よりよい早期の情報交換
 - ・ 早期の責任自認
 - ・ 責任自認前の法的作業の軽減
 - ・ 審理前に一定の諸手続を実行するための限定された期間
 - ・ 関連情報の標準化
 - ・ 合意された専門家リスト
 - ・ 合意された期間による最終補償支払い期間の著しい短縮
 - ・ 責任及び因果関係が確認された早い機会の仮支払い
- ・ 請求を解決できない場合には、未解決問題を確認する手順をもった後、現行の有効な裁判所における中皮腫迅速化システムにより解決することができる。

国の給付

- ・ イギリス全体を通じて完了及び使用方法の一貫性を確保するためのIIDB及び1979年法について標準化された請求様式
- ・ 入手可能な様々な国の給付間のよりよい連結
- ・ 証拠の提供についての能率化されたアプローチ
- ・ リーフレット及び請求様式における改善された情報提供
- ・ 給付回収手順の監視（IIDBの給付が遡って行われる場合の所得関連給付からの回収）

これまでの進展

9. 2006年7月20日、雇用年金担当大臣は、中皮腫罹患者に対する補償の支払いをより迅速にするためのいくつかの当面の措置を発表した。これらの当面の措置は、このアプローチの目的に合わせ

る方向に向けてすでに一定動き出している。

- ・ 中皮腫提訴前手順規定：提訴前手順規定に取り組んだことは、よい結果をもたらしつつあり、DCAは短時間でより幅広い関係者の見解をつかむことができる。
- ・ 利用可能な援助を解説した請求者向けリーフレット：APIL、TUC（労働組合会議）及び英国肺財団が、本サミットに間に合わせてリーフレットの草案を作成している。
- ・ 金融サービス補償機構（FSCS）が被告である使用者/保険業者に直接金銭を支払うことができるようにしたこと：12月6日に立法措置が行われ、またFSA規則が変更されて2006年12月22日から施行された。
- ・ （それ以前25-30日と対照させた）10労働日間の歳入国及び関税局による使用者記録の調査：が、2006年7月に導入された。
- ・ 使用者責任強制保険を調査する実施基準：ABIは、この基準の活用に関するリーフレットの草案、中皮腫請求のより容易な把握のための照会様式の更新、迅速に調査された事例についての指定された投書箱を改善する新しいシステムを試行し、また、専用の電話相談を維持するための連絡先を指定、再度/多重請求を取り除き、基準の活用方法を保険業者に訓練し、ベスト・プラクティスを共有し合うことに同意した。これらの多くはすでに実行されており、基準見直し委員会のメンバーが今年進展状況を見直すことになる。
- ・ ELCIの方針にアクセスするために支払い不能企業を復活させることの必要性を取り除いたこと：DCAは、保険業者に対する第三者の権利に関する他の司法委員会とともに、ひとつのパッケージの一部としてこれを行うための立法判断を待っているところである。

今後検討が必要な事項

10. このアプローチを全面的に達成するための取り組みには、以下のことを検討することが含まれるだろう。
 - ・ 整理統合された請求様式、例えば、IIDBに対

する請求と1979年じん肺(労災補償)法に基づく請求を結合するための、行政的または立法的いずれかの解決策

- ・双方の請求に必要とされる情報の重複を取り除く
- ・中皮腫が関連する場合のDLAやAAなど、他の給付についての能率化された請求
- ・(IIDBが給付された場合の所得関連給付からの)給付回収システムのスピードアップ
- ・国中を通じた諸様式の完了及び使用方法の首尾一貫性の確保

われわれは、これらを達成可能であると考えており、今後これらを進展させていくのに関係者を巻き込んでいくつもりである。

付録B

第2段階—迅速な金銭的支援

1. このアプローチはより複雑であり、立法的措置を必要とする。そのため、第1段階の諸行動ほど素早く導入することはできない。それは、1979年じん肺(労災補償)法にあるような前払いの金銭的支援を提供するものである。われわれは、労働とのリンクを断ち切るにより、全ての中皮腫罹患者が請求できるようにすることを提案する。現実にはこれは、その雇用形態や雇用歴に関わりなく、使用者に対する人身障害訴訟によってその状態に関する補償をすでに受け取っていないという条件で、全ての中皮腫罹患者が1979年法と同様の支払いを受ける資格があるということ意味する。
2. このアプローチのための財政的数理モデルの検討の結果は、長期的には、補償の回収による節約が、上述したような幅広い人々に対する支払いに十分足りるであることを示唆している。だが、導入コストをめぐる諸問題はある。しかしながら、当初は、見込まれた補償金回収総額からまかなうことのできる金額と釣り合う率(額)で支払うこととし、資金が許すようになるのにしたがって、1979年法のもとで他の人々に支払われる金

額に見合う支払いに増やしていくこととすれば、より速やかにこれを導入することができる。

どのようにこれを実現するか

3. これには、以下のことが含まれるだろう。
 - ・二重支給を防止し、「汚染者が支払う」という方針を維持していくために、事後に民事賠償請求が成功した場合には、1979年法のもとでの全ての支払いを回収することができるようにするための、補償金回収手順を導入する。
 - ・現在1979年法からの支払いを受けていない全ての人々に対する補償金の支払いを導入する。これは、当初は、見込まれた補償金回収総額からまかなうことのできる内容と釣り合う率になるだろう。
 - ・その後、資金が許すようになるのにしたがって、1979年法のもとで他の人々に支払われる内容に見合う額に増やしていく。

誰が影響を受けることになるか

4. 現在民事賠償と1979年法のもとでの給付の双方を受けている者がいるが、これはもともと起こることが想定されていなかったことで、結果的に過補償になる場合がある。補償金の回収を導入することは、今後、受け取る補償は、損害を正確に反映したものとなり、また、政府の方針と一致したものとなることを意味するだろう。
5. 一方で、DWPを返済することなしに、1979年法のもとでの給付総額までを、支払う民事賠償の総額から減額することに成功している責任保持者もいるが、今後はそのようなことをすることはできなくなる。

付録C

独立機関

1. 自動車保険局(MIB)タイプの調停制度、あるいはアイルランド人身障害評価委員会にならった制度を提案した応答もあった。そのような機関がどのように機能するかの詳細についてはふ

れない者もいれば、それについて様々な意見を述べる者もあった。

2. われわれは、以下の理由から、現時点ではこのような機関の検討を進めるべきではないという結論を下した。

- ・ 主な目的は請求手順のスピードアップであって、独立的な機関は、訴訟なしに解決される請求の数を増やすかもしれないが、(段階)1及び2の選択肢よりも速やかにできるかどうか議論の余地がある。
- ・ 独立的な機関は、毎年約2千人の人々のためになるために、相対的に単純な方針を確立するためのやや幅広く、複雑かつ未検証の構造を必要とするだろう。
- ・ 合意に至らない事例にとってなお必要とされ

る現行のシステムに取って代わることはできず、並んでふたつのシステムを動かすことは余分な費用を必要とするだろう。

- ・ 独立的な機関は、開発するのがより複雑であり、それゆえこの文書に示した2段階アプローチよりも速やかに登場することはできない。
- ・ 政府—及び納税者—が最後には頼みの綱の保険者となる必要性を満たすのに、賦課が不足しはしないかという懸念がある。
- ・ どこに将来及び過去の責任があるかに関する情報が不足していることから、公正な賦課システムを設定するのはきわめて困難である。
- ・ これは、試みられたことも、検証されたこともない選択肢である。



時間規制撤廃と“労働ビッグバン”を許さない

東京●3.23集会と国会請願デモに500名が参加

3月23日夜、「労働時間の規制撤廃と“労働ビッグバン”を許さない! 3.23集会」が開催され、約500人が参加した。主催は、棗一郎、中野麻美、古谷杉郎3氏の呼びかけにより、約50団体等が参加した集会実行委員会。

まず主催者を代表して、日本労働弁護団事務局次長の棗一郎弁護士が、世論の高まりのなかでホワイトカラー・エグゼンプションの今国会提出を断念させたことはひとつの勝利だが、政府与党、財界は決してあきらめてはいない。緒戦の小さな勝利をつぶしに必ず巻き返してくる。それを絶対に許さず、よりよい労働法制を勝ち取っていくために国民的共

同で長く戦い続けようと訴えた。

続けて国会での闘いの報告を兼ねて、民主党の鈴木寛参議院議員、共産党の高橋ちづ子衆議院議員、社民党の福島みずほ参議院議員が各々力強く挨拶。

25-26日の石綿被害救済新法一周年行動で来日した韓国・労働健康連帯のイ・サンユン政策局

長らも参加して、資本家は世界同じで、労働者の健康と命が長時間労働等によって損なわれている。韓国では週44時間労働制が導入されたが、現実にはOECDで一番の長時間労働、契約職は2年で正規にという法律ができたが1年8か月で解雇されている、さらに派遣を広げようとしている。



労災年金は減らされ、労働者の死因を個人の死として企業や国の責任を認めようとしない。労働者は団結して、法改悪阻止、国際的連帯で闘おうと訴えた。

続いて、全国コミュニティ・ユ

ニオン連合会（全国ユニオン）・鴨桃代会長、全石油昭和シェル労働組合・柚木康子副委員長、全日本金属情報機器労働組合（JMIU）・生熊茂美委員長、全港湾・伊藤彰信書記長が各々、

偽装請負、スポット派遣、ワーキングプア等々の実態を指摘しながら、決意表明を行った。

集会は、別添のアピールを採択し、シュプレヒコールで締めくくり、国会請願デモが行われた。

3.23 集会アピール

政府・与党は、労働時間規制の緩和を狙った「自己管理型労働制」（日本版エグゼンプション）の今通常国会への法案提出を断念した。

この法案は、長時間労働を是正する法的根拠を労働者から奪い取り、過労死を促進し、残業代をゼロにするものである。政府・経済界は、その本質を国民の目から隠し通すことはできなかった。

日本版エグゼンプション反対の声は、昨年後半から急速に広がり、マスメディアの反エグゼンプション・キャンペーンが繰り返しられ、法案にはいったんストップがかかった。

圧倒的な与党有利の国会情勢下で、この大きな勝利は、私たちに勇気と確信を与えてくれた。ひとりひとりが自分の働き方と生活を真剣に考え、声をあげれば、悪法は阻止できるし、よりよい法制度を創っていくこともできるという勇気と確信である。

しかし、政府・経済界は、日本版エグゼンプションの導入を決して諦めたわけではない。もし、わたしたちが、ここで、気を抜くようなことがあれば、一気に立法化されてしまうだろう。あらゆる手段と工夫を講じて、反対の声を広げていこう。

今国会は「労働国会」と呼ばれている。しかし、審議が予定される法案は、いずれも働く人の要求に応えるものになっていないばかりか、かえって労働条件を悪化させかねないものまで含まれている。

80時間以上の時間外労働に対して割増率を上げる労基法改正案は、「過労死ライン」を超えた労働の存在を国家が容認するものである。パート法の改正案は、正社員とまったく同じ働き方をしているごく少数の例外的なパート労働者だけに均衡待遇を義務付けるものにすぎず、それ以外のパート労働者に対する差別を固定化する危険性すら指摘されている。最低賃金法改正案も、先進国最低の最低賃金の大幅な引上げには到底つながらない骨抜き案にすぎない。労働契約法案は、就業規則による一方的な労働条件の設定・変更を中心に据えた「就業規則法」とでもいうべき内容であり、労働契約法の名に到底値しない。

経済財政諮問会議の労働市場改革専門調査会が標榜する「労働ビッグバン」は、労働者を個々に分断し、

国内の大企業とグローバル多国籍企業に完全に隷属させる仕組みの完成を狙っている。

日本版エグゼンプションは、長時間労働に対する規制を破壊して、過労死・過労自殺を自己責任にすりかえる。解雇の金銭解決制度は、不当解雇を容認して、解雇自由を実現する。派遣法改正は、偽装請負を合法化し、非正規雇用を拡大・永続化する。アメリカ型交渉単位制度は、少数組合から団体交渉権を奪う。これらの労働ビッグバンが実現すれば、国内外のグローバル多国籍企業がわが国の労働市場をわがもの顔で跋扈するに違いない。

彼らは、日本の労働者・家族の生活には何の関心もない。彼らの関心はマネーだけである。

かれらの論理は、人間らしい働き方とは相容れない。労働ビッグバンとの闘いは、人間らしい働き方を取り戻すための闘いであり、労働者の国際的な連帯へとつながる闘いでもある。

そのために、私たちは以下のことを目指していく。

- ① 労働時間の上限を設定させ、8時間労働制を守らせること
- ② 解雇制限法理を充実・強化させること
- ③ 登録型派遣を廃止させ、労働者派遣法の規制を抜本的に強化させること
- ④ 偽装請負を撲滅すること
- ⑤ 最低賃金を大幅に引き上げさせること
- ⑥ 労働法規によって保護される労働者の範囲を拡大させること
- ⑦ 就業規則の変更による労働条件の切り下げに対して厳格かつ有効な法規制をさせること
- ⑧ すべてのパート労働者の均等待遇を実現すること
- ⑨ 間接差別を含むあらゆる女性差別を撤廃させること
- ⑩ 外国人労働者を監視するための登録通報制度の導入を許さず、外国人労働者の権利を保障するための制度を構築させること

労働ビッグバンを不発に終らせ、普通の人々が普通に働けば余裕をもって人間らしい生活ができるような社会の実現に向けて、楽しく、創意あふれる取組みを強めていこう。

2007年3月23日 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

労基署の不誠実な対応

大阪●事例あげて労働局に申し入れ

「人らしく働き生活できる労働法制を!共同行動・大阪」は3月6日、大阪労働局に申し入れを行った。「労働局に本来の行政機能を発揮することを求める」申し入れと題し、内容は、関係労組などに相談があった事例より、労働基準監督署に相談や申告を行ったにもかかわらず、十分な対応がとられず、相談した労働者の不利益になるような対応があった事例を具体的にあげ、これら怠慢とも取れる対応について見解を求めるものだった。

申し入れ書は問題点について、①とにかく親身になってくれない、②窓口にいる人が相談員か監督官か分からない、③労働者の泣き寝入りを待っているとしか思えない、④特に相談員は門前払いの役割をしているとしか思えない、⑤相談者の側にいろいろな調査を自分でせよと押しつける、⑥必要な調査もせず、企業の事情を代弁をする、⑦すぐに労基局ではなく、裁判に行けと言う、⑧具体的な違法行為すら問題にしない、⑨監督署が本来すべき必要な判断をしてくれない、⑩労働組合が嫌いらしく「労働組合だ」というと対応しない、⑪まるで会社に抜け道を教えている、⑫監督署にあるはずの就業規

則、36条協定すら見せてくれない、と列挙した。

申し入れ書に添付した具体的な事例に目を通した大阪労働局側は、「あってはならないこと」と言ったものの、今後どうするかについては後日、継続交渉のなかであきらかになるだろう。

労基署の不誠実対応の事例

◆事案の要点◇問題点や要望

①大阪中央労基署―賃金/2006年5～9月/ユニオンほちほち◆キャバクラで働く女性から、退職した最後の月の給与が支払われていない、給与額が曖昧で雇用主もよくわからない、との相談。直接交渉ではややこしくなるかもしれないので、行政から言ってもらおうと申告。店は給与の半分以上の金額を提示し「給与体系が変わった」と監督署に報告。◇「双方の言い分が違うので、これ以上は監督署はタッチできない」と言われ、「早く終わりたい」とも言われた。雇用主を監督官に聞くと「他に漏らさないという条件で聞いた」と拒否。守秘義務を言うなら、最後まで責任を持て。

②大阪中央労基署―解雇・賃金/2006年10月～/ゼネラルユニオン◆会社の「業務委託」と組合の「労働者性」とで主張対立。

会社に労基署が訪問したら、最初は調査を拒否され、後に「労働者ではない」との反論が届いた。◇「雇用である面と委託である面の両方あり、二面性がある」として勧告を見送ったまま。判断を避けるのは間違っている。

③大阪中央労基署―解雇/2006年1月/ゼネラルユニオン◆解雇予告手当を要求したところ、労働者ではないと言われたので、労基署に申告。判定は難しいと勧告を見送り。◇会社は「予告手当としてでなければ同額を支払う」と言い、労基署も「それを受け取ってほしい」と本人に指導。雇用か委託(請負)かは、いずれにせよ判定すべきことだ。他の名目で金員を受け取れと言うのはおかしい。

④北大阪労基署―解雇/2006年10月/全港湾建設支部◆解雇予告を受けたユニボのオペレーターの相談。免許はあるが経験のない車輛のオペで現場に出ることを指示され、危険だと断ったら解雇を言い渡された。◇労基法に書かれた解雇制限について判断をしない。明らかに権利の濫用に当たる不合理な解雇については、法に基づいて指導すべき。

⑤北大阪労基署―解雇・賃金/2007年1月/RINK◆中国人男性からの相談。派遣会社を通じて1か月半ほど勤務したが、派遣元から突然解雇を通告された。賃金も契約より低かった。◇会社の反論書類に偽造の疑いがあったので本人から説明しようとしたが、話にも書類にも投げやり

な対応。双方の主張が違うので判断できないと言われた。その後、本人の娘が電話したときも「監督署に来ても無駄」と言われた。

⑥大阪労基署一賃金/派遣労働ネットワーク◆在宅介護ヘルパーの女性の相談。時給1,350円の募集だが、1時間半だと1,100円に下がる。給与の支払いも1か月遅れになっていた。◇「ここは労災しか扱っていない。大阪府の高齢介護室介護支援課に行け」との電話番号を教えるだけの対応。ややこしそうだから追い返そう、という気配が明らか。相談も受けてくれないのが相当ショックのようだった。

⑦天満労基署一賃金/2006年6月/ユニオンぼちぼち◆英会話学校の営業（顧客の獲得）を個人請負でしていたケース。すでに退職しているが、残業代の未払いを請求できないか相談。◇相談員らしき人が「個人請負か労働者が曖昧なところだが、すでに辞めているので対応できない」という対応。せめて調査には入ってほしい。

⑧大阪西労基署一賃金/2006年11月/ユニオンおおさか◆医薬品の配送業務についていたが、会社は「みなし労働時間」として30分の配送手当を支給。しかし、毎日1時間以上の早出残業となっていたので、残業代の支払いを申告した。◇始終業時刻の確認もせず、会社の「勝手に早出残業している」との説明を受けて問題なしとした。そのうち労基署が会社と組合の間に入るので、労基署内で話し合いをして

決着してくれ、と言い出した。調査をして37条違反なら是正勧告すべき。

⑨大阪南労基署一賃金・賃金・労働時間/2005年12月/天六ユニオン◆会社が36協定を見せないで、労基署で見せてほしいと言うと、「見せられない」「情報公開請求してください」との返答。労基法上の違法実態を示しても、解釈だけで動こうとしない。「不満があるなら裁判を」と言わんばかり。◇組合が一緒に行っても、これほど官僚的で冷たい対応。弱い労働者が救済を求めて行っているのに、反対に使用者に味方するような対応だった。

⑩大阪南労基署一賃金・労働時間/2006年6月～2007月2月/天六ユニオン◆社長を告訴。有給休暇分未払い、脅し、健康診断義務違反など。◇事情聴取でしばしば「告訴するほどのことでもない」「誣告罪を知っているか」などと監督官が発言。2回目の聴取は大阪労政課にクレーム付けて開始した。

⑪泉大津労基署一解雇/せんしゅうユニオン◆会社から突然の論旨退職を言われ、労基署の

相談員に話を聞いてもらった。◇労基法20条をコピーして説明されたが、やむを得ない事由がある場合はこの限りではないと書かれているし、それ以上は立ち入れないと言われた。その後、いくつかの行政機関や法律相談所に向き、ようやくユニオンに到達。

⑫岸和田労基署一賃金/2006年11月/ドッグマンユニオン◆サービス残業代請求の計算方法について相談したが、真摯に相談にはのってもらえず、民事訴訟をするしかないと言き放されてガックリした。◇法律について初心者だから相談に行ったのに、諦めさせるような対応だった。

⑬大阪労働局なんでも相談ダイヤル—2006年4月/せんしゅうユニオン◆過重な労働を強いられ、工夫して残業時間も伸びているのを短縮し、持ち帰り残業等もこなして工夫し続けてきたが、行政で実地調査できないだろうか。◇「創意工夫とマネジメント力でなんとかしなさい」の一言。親身になって聞いてくれた気はせず、上からモノを言って「ハイ終わり」



みたいに感じた。

(関西労働者安全センター)

マーチインマーチで渋谷をデモ

東京●春の外国人労働者総行動

3月11日(日)午後、生活と権利のための春の外国人労働者総行動実行委員会は、「雇用保障

と平等な社会をみんなに!第3回マーチ・イン・マーチ」の集会とデモを行った。全国一般東京南部



の語学学校の外国人教職員や神奈川シティユニオンの日系ラテンアメリカ労働者、全統一労組外国人分会の南アジア、アフリカの組合員ら約250名が参加した。

渋谷宮下公園での集会では、外国人組合員によるバンド演奏やダンスが披露され、参加団体労組からのアピールを受けた。また語学学校NOVAのキャラクターであるピンクのバニーの着ぐるみも登場。NOVAやECCなど大手語学学校での社会保険未加入や解雇、労働条件切り下げ、不当労働行為など、数々の組合攻撃を跳ね返すパフォーマンスが演じられると会場から大きな拍手が沸き起こった。

約1時間の集会を終えると、参加者はめいめい日本語と外国語で書いたプラカードやむしろ旗、組合旗を掲げてデモに出発。全国一般東京南部の外国人オルグが、「外国人への差別をやめろ!」「日本人とがは連帯してたかうぞ!」と力のこもったシュプレヒ

コールをあげると、デモ隊も「闘うぞ!」と応えながら、渋谷の街中をデモ行進を行った。

●常勤外国人講師の社会保険加入問題

翌12日は、衆議院第一議員会館で外国人労働者問題に関係する省庁との交渉を行った。まず最初は外国人講師問題について、文部科学省と厚生労働省及び社会保険庁に、対し、語学学校の常勤外国人講師を社会保険の被保険者として認め、語学学校に加入促進を図るよう要請した。語学学校ではフルタイムの事務職員の就労時間を基準としているため、常勤の外国人講師であっても社会保険に加入させていない。そのうえ40時間勤務していた外国人講師の時間数を29.5時間に引き下げ、社会保険の適用のがれを行っている。

社会保険庁は、常勤外国人講師は通常の正社員ではないとする会社側の説明を鵜呑みに

し、会社への指導はできないと述べ、適用拡大は新たな制度で対応していくと回答した。

全国の市町村の教育委員会に対し、外国語指導助手(ALT)が学校で教える場合、民間企業の業務委託契約ではなく直接雇用するよう求めました。ALTは学校長の指揮監督のもとにあることから、「民間会社との業務委託は偽装請負に該当するはず」と迫ったが、文科省は「問題が起きないことを願いたい」と述べ、責任ある回答を避けた。

●コントラティスタの偽装請負

続いて、外国人労働者の権利に関して厚生労働省との交渉。日系ラテンアメリカ労働者の多くは、輸送機器、電気機器、食品などの工場で働いている。工場規模が大きくなるほど直接雇用は減り、大半は「コントラティスタ(英語のプロローカーに相当)」と呼ぶ違法な労働者供給業者を通じて送り込まれている。

その結果、残業割増分の未払い、有給休暇の未付与など数々労基法違反、労働災害の多発、受注変動による安易な解雇、雇用保険、健康保険、厚生年金未加入など違法状態が常態化している。

厚生労働省職業安定局は、偽装請負には厳しく対処し、元請企業への直接雇用も含めて労働者の雇用の安定を図ると回答した。業者が請負契約から派遣契約に切り替える際に、一方的に時給単価をカットする労働条件の切り下げに対し、監督課は

「法令違反是正にはなじまず、個別的労働紛争解決制度で対応したい」と回答した。

●外国人研修・技能実習生の権利侵害

午後には外国人研修・技能実習生問題について厚生労働省、外務省、法務省、警察庁、国税庁との交渉を行った。

研修期間中の「労働」実態についてどのように判断するのか問い詰めたところ、厚生労働省は能力開発課しか来ていなかったため明確な回答ができなかった。厚生労働省は研修生は在留資格上労働者ではないとして、研修実態の適否について第一義的には法務省が判断すると回答している。法務省が指針に基づき不正行為を認定するのは当然だが、労働者性は厚生労働省でなければ判断できないはずである。

青森県の中国人研修生は、追加研修・補修と称して年間2,000時間(!)もの残業をさせられていた。地元支援団体の代表は、「青森労働局にかけ合っても明確な判断をしてくれない。こんなことでいいのか」と訴えた。

厚生労働省は、次年度(財)国際研修協力機構(JITSCO)が半数以上の受入れ企業の巡回指導を行うと回答したが、JITSCOには監督権限はなく実効性のある指導はできない。相変わらず研修生・技能実習生のパスポートの強制管理、強制貯金が横行している。なぜなら、JITSCO発行のガイドブックには

「預り証」フォームが掲載されており、これを活用すればトラブルは回避できると受入れ企業に「指導」しているからである。

また、中国ルートでは「保証金」を支払って来日することが一般的になっており、研修・技能実習生が権利救済を求められない足かせとなっている。ある実習生が日本の受入れ企業から違法な管理費を返還させたものの、帰国後にその分の保証金を削られたという。ということは、実習生から搾取した管理費が中国側の送り出し機関に還流していることになる。こうした実態を法務省、外務省が的確に見抜き、保証金契約を厳しく審査するよう要請した。昨年、千葉県木更津で起きた中国人研修生による殺傷事

件は、まさにこのような研修・技能実習生をめぐる社会的背景を抜きに考えることはできない。

●雇用対策法改正による危険な「外国人雇用状況報告」制度

最後に内閣官房、法務省、厚生労働省に対し、「単純労働者は受け入れない」とする基本政策を見直し、移住労働者の受け入れ体制を整備すること、オーバーステイ労働者に対する摘発政策を改め、在留資格を付与すること、「不法滞在等の外国人情報」に関するメール通報制度を中止すること、雇用対策法改正案に盛り込まれている「外国人雇用状況報告」の目的を明らかにする



(東京労働安全衛生センター)

石綿小体の本数が少ないと不支給 兵庫●神戸東監督署で相次ぎ2例

石綿に曝露する作業に従事し、肺がんで亡くなられた方の遺族が労災申請を行っていた件で、「石綿小体の数が少ない」との理由で不支給となる事例が続いている。

Hさんは、検数員として輸出入貨物の積み卸しの際に、貨物の個数や破損状況等の確認を行う作業に約20年間従事した。船倉内では石綿の袋が破損し、袋からこぼれ出て雪が舞い散るように降り、前方が注視できない霞

んだ状況だったそうだ。2003年6月に神戸労災病院を受診し「肺腺がん」と診断され、2006年1月に加療の甲斐なく亡くなられた。

労災申請を行ったが、昨年8月に神戸東労基署は不支給を決定し、直ちに審査請求を行ったが昨年末に、「審査請求を棄却する」との決定が出された。理由は、「乾燥肺1g当たり741本/gの石綿小体が検出されたのみであり、一般人の暴露レベル」(岡山労災病院)と判断されたのだった。

Nさんは、造船所で約10年間溶接工として働き、別会社で「はつり」の仕事を約2年間、そして川鉄物流で約25年間勤めた。川鉄物流では、天井クレーンの運転や工場内のごみを集める整理班として働いた。クレーンのコントロールボックスは、絶えず火花が出るため、石綿が使用されていた。また、蒸気パイプには石綿が巻かれており、取替えは業者の方が行うが、作業後の片付けは整理班が行うこととなっており、Nさんは石綿を手でつかみ集めて回っていたそうである。

Nさんは、2002年9月の定期健康診断で胸部X線検査の所見が認められ、「扁平上皮がん」と診断され、2004年1月に亡くなられた。昨年8月に遺族が神戸東労基署に労災申請を行ったが、今年1月に「明らかに石綿曝露に起因する疾病であることは認められない」と不支給となった。

Nさんの場合も病院に組織が残っており、監督署が神戸労災病院に検査を依頼したが、「石綿小体の数が400本だった」との理由で不支給となったのだった。

昨年2月に改正された認定基準では、石綿曝露作業が10年以上の場合、「石綿小体又は石綿繊維が認められること」と書かれており、認定には何本以上が必要といった記載はない。にもかかわらず、どうも「1,000本以下は一般人の暴露レベル」との事務連絡が存在するようである（その後14頁の事務連絡が出されていたことを確認）。新潟では石綿小体が401本で労基署が不支給とした事例を、審査会が覆す決定を行っている。認定における二重帳簿は許されないし、曝露歴重視し総合的に判断するべきである。



（ひょうご労働安全衛生センター）

工場が閉鎖され、茨城県に移転したのが1975年。

発症までの潜伏期間30-40年を考えれば、石綿曝露した時期とピッタリ重なる。住んでいた独身寮も、区役所も同工場から500mの距離だ。尼崎のクボタ旧神崎工場周辺に多発した中皮腫の被害者が1.5km内に居住していたことと照らし合わせても、同工場の石綿による曝露の可能性が十分に考えられる。

高橋さんは、ただちに「石綿による健康被害の救済に関する法律」に基づいて環境再生保全機構に、特別遺族甲慰金等の給付請求を行った。

しかし、よく考えると、距離的により近い鶴見区役所で勤務中に曝露した可能性も考えられる。それならば公務災害ということになる。石綿新法ではせいぜい一時金300万円が給付されるだけで、公務災害の遺族補償年金と比べるとかなりの差がある。そういう現状では公務災害として認定されるに越したことはない。勤務中となると、区役所の建物に使用されていた石綿が原因である可能性も考えられた。そこで、高橋さんは、鶴見区役所旧庁舎の設計図面を取り寄せて調べた。その結果、あまり人が立ち入ることのない倉庫や機械室には吹き付けアスベストが使われていたが、庁舎内の天井や壁には使用されていないことがわかった。

だとすれば、やはり近隣の旧朝日石綿横浜工場の石綿が飛散してきたのだろうか。先述のクボタの工場周辺の被害者の中に

旧朝日石綿横浜工場でも

神奈川●周辺住民2名が中皮腫死亡

2月12日、神奈川労災職業病センターは、旧朝日石綿横浜工場の周辺住民2名が中皮腫で亡くなっていたという事実を公表した。2人とも工場周辺に長期間居住しており、環境曝露が原因として石綿新法で認定された。

●区役所職員だった高橋さん

3年前に中皮腫で夫を失った高橋玉江さんは、昨年7月25日、NHKで旧朝日石綿横浜工場の周辺住民被害が報道されたのを見て、「もしかしたら夫も被害者かも」と、センターに相談を寄せた。高橋さんの夫は1960-69年、鶴見区に居住し鶴見区役所で働いていた。旧朝日石綿横浜

は、環境曝露による市役所職員もおられる。高橋さんは、昨年12月22日に石綿新法による認定通知を受け取ったが、公務災害の申請手続きも準備中である。

●20年前に亡くなった原田さん

原田義一さんは、昨年11月に鶴見区で開催された講演&シンポジウム「クボタ問題から住民のアスベスト被害を考える」に参加された。この講演は、クボタ旧神崎工場周辺の石綿被害について疫学調査を行った車谷典男氏（奈良県立医科大学教授）を講師に迎えて開かれ、鶴見区民も多数参加していた。その会場アンケートの相談欄に、原田さんが「母が悪性中皮腫で死亡」と書いたことをきっかけに、センターに相談された。

診断書によると、母親の故原田サワ子さんは、「左肺は完全に虚脱し、CTでは著名な胸膜肥厚と胸水貯留を認めた。胸水を排除、胸膜生検の結果、悪性胸膜中皮腫と診断した」とある。亡くなられた1989年当時、悪性胸膜中皮腫は大変めずらしいということで、県立がんセンターの主治医から頼み込まれて解剖されたが、まったく研究目的の解剖で、病気の原因はおろか、補償について何の話もなかったという。

それから20年が過ぎ、ある日突然クボタのアスベスト被害が発覚し、住民被害も明らかになった。義一さんは、母の死が旧朝日石綿横浜工場と関係があるのではと思い、講演会に参加した。

故原田サワ子さんは、1916年

に横浜市港区で出生、37年に結婚し同市鶴見区に居住、45年に同区豊岡町に移住した。そして、75年に旧朝日石綿横浜工場が閉鎖されるまで、同工場から100m程しか離れていない場所で暮らしていた。夫は事務職であり、家族曝露の可能性もない。

やはり環境曝露によるものだと確信した原田さんは、昨年11月22日に石綿新法に基づく申請を行い、1月30日に認定の通知を受け取った。

●行政や企業の情報公開は不可欠だ

尼崎のクボタの工場周辺ではあれだけ問題になった住民被害。だが、横浜ではまだまだ関心が薄く、マスコミにもあまり取り上げようとならないのが現状である。先の2つの事例は、センターが、旧工場周辺でチラシを各戸配布したり、講演会等を開催したりする中で掘り起こされたものである。痛感することは、アスベスト被害の発生源となる石綿工場がどこにあるか、住民には十分知らされていないということだ。工場がすでに閉鎖されていればなおさらである。その意味でも、企業や行政の情報公開が不可欠であると考ええる。

●横浜市が環境省の健康リスク調査に協力

2月14日、横浜市は、旧朝日石綿横浜工場（横浜市鶴見区）の周辺住民を対象にした健康診断の結果、56人中28人が胸膜肥厚斑と診断されたと公表した。

既報のとおり（2006年12月号参照）、同市はこれまで、「工場周辺住民の健康調査はしない」、「環境省の調査結果を見守りたい」と回答するのみだった。しかしその後、マスコミの影響や環境省との調整の中で、市は、国の健康リスク調査に協力せざるをえない立場に追い込まれ、今回の公表に踏み切ったのだろう。

私たちが求めている調査は、アスベスト被害の疫学的な総合調査である。とりわけ中皮腫の死亡小票に基づく疫学調査は重要である。この調査は、遺族へのアンケートや詳細な聞き取り、過去の石綿工場の配置状況の調査を行ってアスベストの曝露経路を明らかにするものである。環境省が兵庫県、大阪府、鳥栖市等と協力して既に実施している。また現在、奈良県、秋田県、茨城県でも実施されている。横浜市も、旧朝日石綿横浜工場周辺で中皮腫の死亡事例が出てきたことを踏まえて、アスベスト被害の疫学的な総合調査を実施する必要があるだろう。

健康リスク調査については、これも既に環境省が兵庫県、大阪府、鳥栖市などと協力して実施している。横浜市は、国任せにするのではなく、独自の考え方を明確に示す必要がある。対象とする地域や人数、協力医療機関の選定や費用負担の有無など、自治体独自のやり方が求められる。そのためにも、被害住民の意見を十分に聞いたうえで調査計画を立てる必要があると思う。

（神奈川労災職業病センター）

船員手帳で証明は十分

兵庫●船会社を転々事例の困難さ

兵庫県芦屋市にある「芦屋市立芦屋病院」でアスベストによる肺がんで闘病中の船員がいる。

彼、吉村省三さんは1946年に山口県萩市で生まれて、その後家族とともに神戸市に転居してきた。そして、児島海員学校を卒業後船員になった。吉村さんが船に乗り始めた当初、気象観測線「春風丸」にも1年間乗船していたという。多くの船会社に勤務したが、主として内航・限定近海の船に乗った。

吉村さんは、操機手・機関士として永年働いてきた。しかし、あるとき荒れた海の航海中に胸を強打して治療を受けることになった。皮肉にもその時の治療検査で「肺がん」が見つかったのだ。彼の胸には、アスベストを吸ったときにできる「胸膜ブランク」が確認されている。明らかな「アスベスト肺がん」なのに労災申請の段階で大変に苦労している。

というのは、彼は大手の船会社で永年勤務してきた方たちとは違って、「同僚証言者探し」に苦労し、心ある同僚証言者が得られても、船舶会社から「昔のことで資料が無い」、「どのような作業をしていたのかわからない」という返事。吉村さんが働いて年金をかけてきたことを証明する

「年金記録」には20数箇所の船会社が記載されているが、その多くは既に存在していない。現在、社会保険事務局の船員保険課からは該当船会社への問い合わせが出されているが返事は未だ来ない。一日も早く、それぞれの船会社が過去の作業内容の証言をしてほしいものだ。

現在、日本郵船OB会の方たちは、「船員手帳があれば同僚証言など必要ない。船に乗って航海に出れば、皆で働かなければ船を動かすこともできないし、太平洋の真ん中で仕事をサボることもできない。船に乗船していたというその事実以外に何の証明がいるのか」と訴えている。

吉村さんが乗船したのは、阪急汽船・八伸船舶・オリエンタル

船舶・三恵海事工業・八光海運など他にも書ききれないくらいあるが、近年では、幸盛海運・昌和鉱油、が挙げられる。吉村さんの「被保険者記録」に記入されている多くの船会社の名前を見ていると、何故、船員手帳を所持していることが仕事の証明にならないのか不思議だ。

アスベスト吸入後数十年も経って発症する「遅発性疾病」の問題は、一般の労働災害とは異なった対応が必要だと痛感させられている。病院でお話を伺っている間も点滴のチューブは付けたままで、その管から痛み止めの薬は24時間投与されている。発病から約6か月。収入の道を絶たれた吉村さんは病院での治療費支払いを待ってもらっている。

「その当時はアスベストが危険だと知らされていなかった。自分たちは何も知らないで働いてきた。国はちゃんと責任を取って欲しい」と、吉村さんが何回も訴えたのが印象的だった。

＊記事の編集作業中に無事認定されたとの知らせがあった。



- 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 サンコーボ豊岡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 アンビヤス梅垣ビル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 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
- 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5月号(通巻第338号) 2007年4月15日発行(毎月1回15日発行)
〒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
5F, 7-10-1 Kameido, Koto-ku, Tokyo, Japan
+81-3-3636-3882 Fax +81-3-3636-3881
URL: <http://www.jca.apc.org/joshrc/>

0071 東京都江東区亀戸7-10-1Zビル5階 全国労働安全衛生
 1979年12月28日第三種郵便物認可
 通巻第338号) 2007年5月号
 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/>