

07年7月15日発行

頸肩腕障害労災申請に活用できる
認定事例、医師意見書事例を
網羅的に掲載しました。

頸肩腕障害の診断・治療の理解に役立つ。
指まがり症の解説、認定事例・意見書例。
医療関係者、安全衛生スタッフ、労働組合、
被災者、労働現場にたずさわる、
すべての人びとに!



頸肩腕障害などのマニュアル 上肢障害認定

執筆者

天明 佳臣 (Tenmyou Yosioimi) 神奈川県勤労者医療生協
宇土 博 (Udo Hiroshū) 広島文教大学
田島 隆興 (Tajima Takaoki) ひまわり医療生協
片岡 明彦 (Kataoka Akihiko) 関西労働者安全センター
古谷 杉郎 (Furuya Sugio) 全国労働安全衛生センター連絡会議
川本 浩之 (Kawamoto Hiroyuki) 神奈川労災職業病センター

A5版 価格 1,995円 (税込み)

編著

全国労働安全衛生センター連絡会議

〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階 03-3636-3882 e-mail: jca@jca.spc.org

労働者住民医療機関連絡会議

〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階 03-3636-2371 e-mail: ruzj@rjwv.wak.com

発行 ● アットワークス

特集①／脳・心、精神障害等の労災補償

請求・認定件数とも過去最多 目立つ30歳代の事例増

2006年度労災補償状況公表 2

特集②／“労働ビッグバン”

何をもたらすのか？ 先取りの動きにも反撃を

6.13 徹底検証シンポジウム 9

規制改革会議労働TFの5.21意見書 15

石綿問題解決のための 日韓共同シンポジウム

労組、市民団体、研究者ら百名が参加

全国安全センター事務局長 古谷杉郎 21

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

アメリカ：石綿禁止法案は上院通過の見込み 38

アメリカ：4月第1週を「全国石綿注意喚起週間」に 40

カナダ：がん協会がアスベスト禁止要求を検討 40

韓国：地下鉄労働者の肺がんに最高裁判決 42

ベルギー：新設されたアスベスト基金の補償内容 44

医師意見書の開示—情報公開審査会の答申 43

各地の便り

大阪●指曲がり症5件目の勝訴確定、労災認定も 52

ニチアス●最大の石綿加害企業の責任追求 55

神奈川●石綿被害で親会社社員と同一の補償 57

東京●ペルー人労働者の肩捻挫等労災認定 57

「上肢障害認定マニュアル」いよいよ発刊 59

請求・認定件数とも過去最多 目立つ30歳代の事例増

2006年度労災補償状況公表

厚生労働省は5月16日、「脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況(平成18年度)」について発表した。

昨(2006)年度、脳・心臓疾患及び精神障害等、いずれの請求件数及び認定件数とも大幅に増加し、過去最多を記録したことが明らかとなった。

脳・心臓疾患

請求件数	938件	前年比増加率	7.9%
認定件数	355件	前年比増加率	7.6%

精神障害等

請求件数	819件	前年比増加率	24.8%
認定件数	205件	前年比増加率	61.4%

1997年度以降の請求・認定件数の推移を図1に示した。過重労働・ストレスが一層深刻さを増していることを如実に示すものとして、真剣に受け止めなければならないだろう。

認定事例の分析では、脳・心臓疾患について、業種別で運輸業が前年比14.1%増加して全体の27.3%で首位を占め、職種別でも運輸・通信従事が前年比9.8%増加して全体の25.4%を占めて首位にたっていることが目立つ。業種別で卸売・小売業も前年比29.8%増加して、全体の20.8%を占め、製造業を抜いて第2位になったことも特徴的である。

精神障害等については、業種別、職種別とも、いずれの分類項目も増加しているが、業種別で、「不動産業、他に分類されないサービス業などである」と説明される「上記以外の事業」が前年比2.4倍に増加して、全体の21.5%を占めたことが特徴だろうか。職種別では、専門技術職が全体の29.3%で、相変わらず首位を占めている。

年齢別では、30歳代の認定事例が、脳・心臓疾患で前年比30.6%増、精神障害等では前年比2.1倍と、ともに大きく増加していることが著しく目立っている。

既報(2006年7月号等)のとおり、厚生労働省は公表内容を変化させて(操作して)おり、性別及び疾患別の統計は2003年度分以降は公表していない。脳・心臓疾患については、脳血管疾患及び虚血性心疾患等の内訳、わが国の職業病リストである労働基準法施行規則別表第1の2の第1号の「業務上の負傷に起因する疾病」に係るものと第9号の「業務に起因することの明らかな疾病」に係るもの(「『過労死』等事案」と呼んでいる)の内訳を公表している期間と公表していない期間がある。本誌では、入手可能なあらゆる資料によって穴埋めをしているが、表2及び表3の空白の欄は、データが公表されていない部分である。

図1 脳・心臓疾患及び精神障害等の労災補償状況

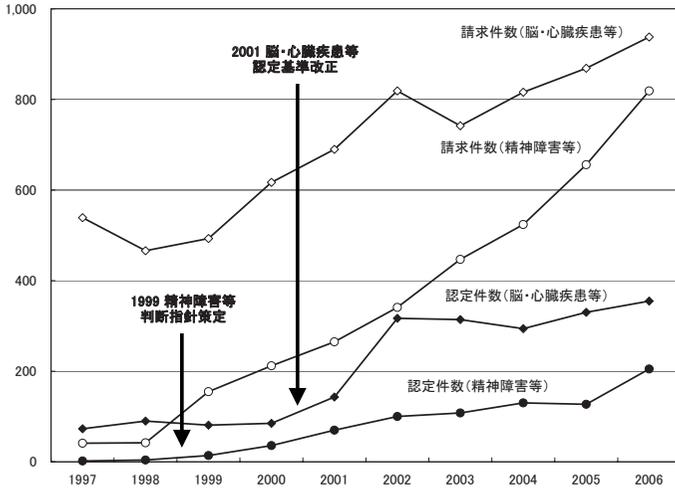


図2 脳・心臓疾患及び精神障害等の認定率の推移

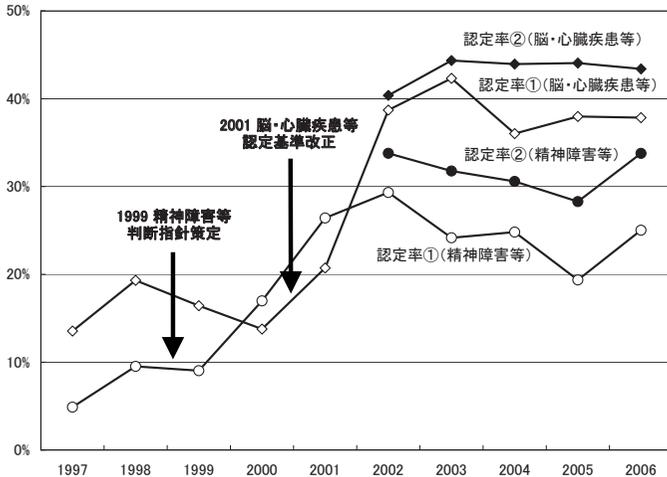


表1 脳・心臓疾患、精神障害等以外の職業病の認定率

年度	非災害性腰痛						上肢障害						職業がん					
	請求 件数	決定件数			認定率 ②	認定率 ①	請求 件数	決定件数			認定率 ②	認定率 ①	請求 件数	決定件数			認定率 ②	認定率 ①
		合計	支給	不支給				合計	支給	不支給				合計	支給	不支給		
2002	58	61	27	34	44.3%	46.6%	593	619	496	123	80.1%	83.6%	68	64	61	3	95.3%	89.7%
2003	75	76	48	28	63.2%	64.0%	627	605	507	98	83.8%	80.9%	71	76	72	4	94.7%	101.4%
2004	81	78	44	34	56.4%	54.3%	750	707	558	149	78.9%	74.4%	80	95	86	9	90.5%	107.5%
2002	107	116	65	51	56.0%	60.7%	723	725	590	135	81.4%	81.6%	53	45	39	6	86.7%	73.6%
2003	113	116	56	60	48.3%	49.6%	805	763	581	182	76.1%	72.2%	136	149	141	8	94.6%	103.7%
2004	111	100	52	48	52.0%	46.8%	897	867	671	196	77.4%	74.8%	235	219	209	10	95.4%	88.9%
2005	105	98	45	53	45.9%	42.9%	991	881	711	170	80.7%	71.7%	1,826	859	738	121	85.9%	40.4%

今回の発表では、初めて、2002～2006年度の5年度分についてのみではあるが、不支給決定件数が公表された。これまでは、このデータが公表されなかったために、「認定（支給決定）件数/請求件数」を「認定率①」として示してきた。今回、「支給決定件数/（支給+不支給決定件数）」を「認定率②」として示すことができた。図2も参照していただきたい。

2006年7月号では、以下のとおり指摘した。

「精神障害等については、2001年度の29.3%をピークに、2005年度の19.4%へと10ポイントも低下している。脳・心臓疾患、とりわけ脳血管疾患についても『認定率①』の低下傾向が出始めているのではないかと懸念される。

請求件数が増加し続けていることから、処理が追いつかずに次年度への繰越件数が増え、認定件数/請求件数としての『認定率①』が低下している可能性もくはない。…しかし、やはり、認定基準等の運用が厳しくなりつつあるという可能性を否定できず、監視を強める必要を感じている。」

取下等や未処理件数の正確な数字はわからないのだが、脳・心臓

特集① 脳・心臓疾患、精神障害等の労災補償

表2 脳・心臓疾患の労災補償状況

年度	脳血管疾患						虚血性心疾患等						合計					
	請求件数		認定件数		認定率①		請求件数		認定件数		認定率①		請求件数		認定件数		認定率①	
	内9号		内9号		9号		内9号		内9号		9号		内9号		内9号		9号	
1987	351		42	18	12.0%		148	7	3	4.7%		499		45	21	9.0%		
1988	480		61	14	12.7%		196	20	15	10.2%		676		76	29	11.2%		
1989	538		96	19	17.8%		239	14	11	5.9%		777		107	30	13.8%		
1990	436		77	21	17.7%		161	15	12	9.3%		597		89	33	14.9%		
1991	404		78	24	19.3%		151	15	10	9.9%		555		88	34	15.9%		
1992	328		66	11	20.1%		130	8	7	6.2%		458		73	18	15.9%		
1993	277		59	19	21.3%		103	13	12	12.6%		380		71	31	18.7%		
1994	289		80	23	27.7%		116	12	9	10.3%		405		89	32	22.0%		
1995	403		102	43	25.3%		155	38	33	24.5%		558		135	76	24.2%		
1996	415		87	49	21.0%		163	29	29	17.8%		578		116	78	20.1%		
1997	399	349	88	46	22.1%	13.2%	195	190	31	27	15.9%	14.2%	594	539	115	73	19.4%	13.5%
1998	358	309	90	47	25.1%	15.2%	163	157	44	43	27.0%	27.4%	521	466	133	90	25.5%	19.3%
1999	390	316	95	49	24.4%	15.5%	178	177	37	32	20.8%	18.1%	568	493	127	81	22.4%	16.4%
2000	509	448	96	48	18.9%	10.7%	176	169	41	37	23.3%	21.9%	685	617	133	85	19.4%	13.8%
2001	509	452	150	96	29.5%	21.2%	241	238	49	47	20.3%	19.7%	750	690	197	143	26.3%	20.7%
2002		541	246	202		37.3%		278	120	115		41.4%		819	361	317		38.7%
2003			234	193					119	119				742	355	314		42.3%
2004			198	174					124	122				816	320	294		36.0%
2005			224	210					125	120				869	344	330		38.0%
2006		634		225				304		192				938		355		37.8%

年度	脳血管疾患及び虚血性心疾患等(9号)						脳血管疾患及び虚血性心疾患等(9号)内死亡					
	請求件数	決定件数			認定率②	認定率①	請求件数	決定件数			認定率②	認定率①
		合計	支給	不支給				合計	支給	不支給		
2002	819	785	317	468	40.4%	38.7%	355	379	160	219	42.2%	45.1%
2003	742	708	314	394	44.4%	42.3%	319	344	158	186	45.9%	49.5%
2004	816	669	294	375	43.9%	36.0%	335	316	150	166	47.5%	44.8%
2005	869	749	330	419	44.1%	38.0%	336	328	157	171	47.9%	46.7%
2006	938	818	355	463	43.4%	37.8%	315	303	147	156	48.5%	46.7%

表3 精神障害等の労災補償状況

年度	精神障害等									
	請求件数	決定件数		認定件数		不支給決定件数		認定率①	認定率②	
		内自殺	内自殺	内自殺	内自殺	内自殺				
1987	1	(1)		1	(0)			100%		
1988	8	(4)		0	(0)			0.0%		
1989	2	(2)		1	(1)			50.0%		
1990	3	(1)		1	(1)			33.3%		
1991	2	(0)		0	(0)			0.0%		
1992	2	(1)		2	(0)			100%		
1993	7	(3)		0	(0)			0.0%		
1994	13	(5)		0	(0)			0.0%		
1995	13	(10)		1	(1)			7.7%		
1996	18	(11)		2	(1)			11.1%		
1997	41	(30)		2	(2)			4.9%		
1998	42	(29)		4	(3)			9.5%		
1999	155	(93)		14	(11)			9.0%		
2000	212	(100)		36	(19)			17.0%		
2001	265	(92)		70	(31)			26.4%		
2002	341	(112)	296	(81)	100	(43)	196	(38)	29.3%	33.8%
2003	447	(122)	340	(73)	108	(40)	232	(33)	24.2%	31.8%
2004	524	(121)	425	(90)	130	(45)	295	(45)	24.8%	30.6%
2005	656	(147)	449	(64)	127	(42)	322	(22)	19.4%	28.3%
2006	819	(176)	607	(90)	205	(66)	402	(24)	25.0%	33.8%

疾患及び精神障害等ともに未処理件数の増加傾向が伺われ、おそらくそのことが主因となって、認定率①が認定率②を下回っているのだと思われる。認定率①の場合ほどは、認定率②の低下傾向は目立っていない。

しかし、精神障害等の認定率②は、連続して低下した後に2006年度に持ち直したかたちであり、脳・心臓疾患の認定率②も頭打ちないし、わずかながら低下傾向を示しているようにも思われる。

そもそも厚生労働省は、請求件数や不支給決定件数に関する統計をほとんど公表しないのであるが、本誌は、脳・心臓疾患及び精神障害等以外の職業病として、①非災害性腰痛、②上肢障害(頸肩腕症候群等)、③職業がんについて、2002年度以降の関連データを手している(表1参照)。

表4 脳・心臓疾患の認定事例の分析

1 業種別

年度	林業	漁業	鉱業	製造業	建設業	運輸業	電気・ガス・水道・熱供給業	卸売・小売業	金融・保険業	教育・学習支援業	医療・福祉	情報通信業	飲食店、宿泊業	上記以外の事業	合計
1996	1	2	0	11	10	15	1	6	1	4	1			26	78
1997	1	0	1	12	10	12	0	6	2	1	2			26	73
1998	1	0	0	16	9	13	0	14	1	2	5			29	90
1999	0	0	0	19	5	11	0	9	2	1	4			30	81
2000	0	0	0	24	10	14	0	8	2	0	1			26	85
2001	0	0	0	34	12	28	0	23	2	3	5			36	143
2002	0	1	1	57	33	72	0	60	4	4	4			81	317
2003			5	50	32	82	0	62	6	5	8			45	314
2004			3	64	29	71		48	3	5	3	10	11	45	294
2005			4	60	35	85		57	3	5	4	5	22	50	330
2006			0	39	37	97		74	4	8	9	8	19	60	355
合計			20	386	222	500	1	367	30	38	46			550	2,160

注) 業種についてはおおむね「日本産業分類」により分類しているとされる。

2 職種別

年度	専門技術職	管理職	事務職	販売職	サービス	運輸・通信業	技能職	その他	合計
1996	3 3.8%	17 21.8%	19 24.4%	2 2.6%	1 1.3%	13 16.7%	12 15.4%	11 14.1%	78 100.0%
1997	10 13.7%	27 37.0%	14 19.2%	1 1.4%	0 0.0%	9 12.3%	10 13.7%	2 2.7%	73 100.0%
1998	10 11.1%	26 28.9%	21 23.3%	3 3.3%	3 3.3%	7 7.8%	18 20.0%	2 2.2%	90 100.0%
1999	12 14.8%	20 24.7%	15 18.5%	5 6.2%	2 2.5%	12 14.8%	8 9.9%	7 8.6%	81 100.0%
2000	15 17.6%	20 23.5%	16 18.8%	3 3.5%	3 3.5%	12 14.1%	6 7.1%	10 11.8%	85 100.0%
2001	25 17.5%	26 18.2%	18 12.6%	5 3.5%	6 4.2%	30 21.0%	20 14.0%	13 9.1%	143 100.0%
2002	41 12.9%	71 22.4%	57 18.0%	20 6.3%	17 5.4%	62 19.6%	34 10.7%	15 4.7%	317 100.0%
2003	40 12.7%	63 20.1%	32 10.2%	29 9.2%	29 9.2%	80 25.5%	34 10.8%	7 2.2%	314 100.0%
2004	53 18.0%	53 18.0%	20 6.8%	26 8.8%	17 5.8%	74 25.2%	42 14.3%	9 3.1%	294 100.0%
2005	44 13.3%	62 18.8%	33 10.0%	38 11.5%	23 7.0%	82 24.8%	34 10.3%	14 4.2%	330 100.0%
2006	44 12.4%	53 14.9%	49 13.8%	37 10.4%	25 7.0%	90 25.4%	44 12.4%	13 3.7%	355 100.0%
合計	297 13.8%	438 20.3%	294 13.6%	169 7.8%	126 5.8%	471 21.8%	262 12.1%	103 4.8%	2,160 100.0%

注) 職種についてはおおむね「日本標準職業分類」により分類し、1～7以外の業職種をその他としている。
専門技術職とは、情報処理技術者(プログラマー等)医師、教員などであり、技能職とは、重機オペレーターや大工などである。

3 年齢別

年度	29歳以下	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60歳以上	合計	生存	死亡	合計
1996	7 9.0%	11 14.1%	21 26.9%	31 39.7%	8 10.3%	78 100.0%	42 53.8%	36 46.2%	78 100.0%
1997	2 2.7%	14 19.2%	23 31.5%	27 37.0%	7 9.6%	73 100.0%	26 35.6%	47 64.4%	73 100.0%
1998	5 5.6%	13 14.4%	32 35.6%	37 41.1%	3 3.3%	90 100.0%	41 45.6%	49 54.4%	90 100.0%
1999	4 4.9%	12 14.8%	23 28.4%	33 40.7%	9 11.1%	81 100.0%	33 40.7%	48 59.3%	81 100.0%
2000	4 4.7%	17 20.0%	28 32.9%	30 35.3%	6 7.1%	85 100.0%	40 47.1%	45 52.9%	85 100.0%
2001	8 5.6%	33 23.1%	38 26.6%	49 34.3%	15 10.5%	143 100.0%	85 59.4%	58 40.6%	143 100.0%
2002	19 6.0%	49 15.5%	90 28.4%	128 40.4%	31 9.8%	317 100.0%	157 49.5%	160 50.5%	317 100.0%
2003	13 4.1%	52 16.6%	83 26.4%	132 42.0%	34 10.8%	314 100.0%	156 49.7%	158 50.3%	314 100.0%
2004	16 5.4%	48 16.3%	78 26.5%	121 41.2%	31 10.5%	294 100.0%	144 49.0%	150 51.0%	294 100.0%
2005	15 4.5%	49 14.8%	95 28.8%	143 43.3%	28 8.5%	330 100.0%	173 52.4%	157 47.6%	330 100.0%
2006	11 3.1%	64 18.0%	104 29.3%	141 39.7%	35 9.9%	355 100.0%	208 58.6%	147 41.4%	355 100.0%
合計	104 4.8%	362 16.8%	615 28.5%	872 40.4%	207 9.6%	2,160 100.0%	1,105 51.2%	1,055 48.8%	2,160 100.0%

4 生死別

これらの内では、職業がんの認定率がダントツに高い。いまやこのほとんどがアスベストによる中皮腫・肺がんであり、2005年度の件数の爆発的増大はクボタ・ショックを受けたものである。アスベストによる中皮腫・肺がんについては、2006年度の補償

状況も厚生労働省が5月25日に公表しているのを参照していただきたいが、われわれは、請求・認定件数の爆発的増加の影で不支給決定件数も増加＝認定率が低下してきていることに注意を促している。しかし、それにしてもなお認定率②は80%を超

表5 精神障害等の認定事例の分析

1 業種別

年度	林業	漁業	鉱業	製造業	建設業	運輸業	電気・ガス・水道・熱供給業	卸売・小売業	金融・保険業	教育・学習支援業	医療・福祉	情報通信業	飲食店、宿泊業	上記以外の事業	合計
1999	0	0	0	2	6	1	0	1	0	0	0			4	14
2000	0	1	0	5	10	2	0	5	2	0	5			6	36
2001	0	0	1	16	8	6	1	9	2	1	11			15	70
2002	0	1	0	15	13	18	2	8	7	4	3			29	100
2003			1	27	10	9	0	11	3	3	11	9	7	17	108
2004			0	33	20	11		20	4	1	20	1	6	14	130
2005			0	26	12	15		16	9	2	13	10	6	18	127
2006			2	38	19	20		20	5	7	27	13	10	44	205
合計			6	162	98	82	3	90	32	18	90			209	790

注) 業種についてはおおむね「日本産業分類」により分類していることとする。

2 職種別

年度	専門技術職	管理職	事務職	販売職	サービス	運輸・通信業	技能職	その他	合計	
1999	4	28.6%	3	21.4%	0	0.0%	1	7.1%	14	100.0%
2000	12	33.3%	10	27.8%	2	5.6%	4	11.1%	36	100.0%
2001	16	22.9%	15	21.4%	11	15.7%	8	11.4%	70	100.0%
2002	21	21.0%	18	18.0%	19	19.0%	4	4.0%	100	100.0%
2003	29	26.9%	14	13.0%	9	8.3%	10	9.3%	108	100.0%
2004	43	33.1%	9	6.9%	14	10.8%	16	12.3%	130	100.0%
2005	40	31.5%	14	11.0%	17	13.4%	10	7.9%	127	100.0%
2006	60	29.3%	24	11.7%	34	16.6%	14	6.8%	205	100.0%
合計	225	28.5%	107	13.5%	106	13.4%	67	8.5%	790	100.0%

注) 職種についてはおおむね「日本標準職業分類」により分類し、1～7以外の業職種をその他としている。
専門技術職とは、情報処理技術者(プログラマー等)医師、教員などであり、技能職とは、重機オペレーターや大工などである。

3 年齢別

年度	29歳以下	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60歳以上	合計	自殺	自殺以外	合計	
1999	4	28.6%	3	21.4%	3	21.4%	1	7.1%	14	100.0%
2000	7	19.4%	8	22.2%	11	30.6%	6	16.7%	36	100.0%
2001	24	34.3%	20	28.6%	11	15.7%	11	15.7%	70	100.0%
2002	25	25.0%	25	25.0%	23	23.0%	20	20.0%	100	100.0%
2003	25	23.1%	40	37.0%	21	19.4%	19	17.6%	108	100.0%
2004	26	20.0%	53	40.8%	31	23.8%	16	12.3%	130	100.0%
2005	37	29.1%	39	30.7%	25	19.7%	20	15.7%	127	100.0%
2006	39	19.0%	83	40.5%	36	17.6%	33	16.1%	205	100.0%
合計	187	23.7%	271	34.3%	161	20.4%	128	16.2%	790	100.0%

4 自殺事例

えている(認定率①の急激な低下は未処理件数の急増によるものと考えられる)。

1997年に認定基準が改正された上肢障害についても、80%前後の認定率②となっている。最も認定率②の低い非災害性腰痛でも、おおむね45～65%である。

すなわち、これらの職業病と比較すれば、脳・心臓疾患及び精神障害等の認定率はまだ低すぎるということが言えるわけである。このような数字を持ち出すまでもなく、被災者や遺族が、仕事の原因だと信じて請求を行っているにもかかわらず、その4

分の1しか、あるいはよくても半分しか認められないという現状は、社会感覚から乖離しているとらえて、改善が検討されるべきなのだと考える。

実際、脳・心臓疾患、精神障害等の労災認定をめぐる行政訴訟で、国(原処分庁=労働基準監督署長)側が敗訴する事案が相次いでいることが報道されている。例えば、以下のとおりである。

- ・2007年6月6日—海外子会社に出向中のくも膜下出血死を業務上と認める大阪地裁判決
- ・5月24日—海外単身赴任中の土木技術者の過労自殺を認めた東京地裁判決

- ・5月7日—単身赴任中の過労自殺を認めた福岡交際判決
- ・3月14日—小児科医の過労自殺を認めた東京地裁判決（同月29日の民事損害賠償訴訟判決では原告側敗訴）
- ・2月28日—女性銀行営業課長の過労死を認める札幌地裁判決
- ・1月22日—建築会社技術本部長の急性動脈閉塞症を業務上と認めた東京地裁判決

2月23日付けの労災補償部長通達—2007年度の「労災補償業務の運営に当たって留意すべき事項について」も、「最近の訴訟動向をみると、脳・心臓疾患事件及び精神障害等事件において、国側に厳しい判決ないようであるものが少なくない」と述べている（6月号54頁参照）。あるいは、このような判決の動向が、2006年度の認定件数の増加に寄与している面もあるのかもしれない。

しかし一方で、日本産業精神保健学会が精神疾患と業務関連性に関する検討委員会の『『過労

自殺』を巡る精神医学上の問題に係る見解」を昨年末にまとめ、ホームページ上で公開するという動きもあった（<http://jsomh.umin.jp/>）。

これは、過労死弁護団全国連絡会議が2004年11月に厚生労働大臣等に提出した「精神障害・自殺の労災認定に関する意見書」（<http://karoshi.jp/katudo1.html>）に、あたかも学会が代わって回答するようなものとなっている。しかも、基本的に厚生労働省の現行の「判断指針」を擁護し、①同種労働者の中でその性格傾向が最も脆弱である者を基準として評価する、②評価期間をおおむね1年間とする、という点については明確に反対している。すでに国側が行政訴訟において、原処分庁の業務外決定の妥当性の証拠としてこの「見解」を提出する事例も見受けられるのである。（ただし、「判断指針」の解釈や運用と関わってくるので、「見解」の「議論の内容」についてやはり原文にあたって、よく検討していただきたい。）

以上のような動向も踏まえてのことであろうが、

日本産業精神保健学会「精神疾患と業務関連性に関する検討委員会」 『『過労自殺』を巡る精神医学上の問題に係る見解』 <議論の要約>

- 1 精神障害の成因は「ストレス-脆弱性」理論で理解し、個体側の脆弱性はストレス強度との相対的關係で把握するのが精神医学としての知見である。
- 2 このため、ストレス強度は客観的に把握されなければならない。「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」（以下「判断指針」という。）の示す出来事の強度は、ライフイベント研究に基づいて作成されており、ストレス強度の客観的な把握として合理的である。
- 3 慢性ストレスは、精神障害発病との関連ではライフイベントと同様に重要である。判断指針は、慢性ストレスを評価するためその別表において「出来事に伴う変化を検討する視点」を掲げており、その手法は合理的である。
- 4 精神障害発病と発病前の出来事の調査期間に関しては、事例の状況に合わせて検討する必要があるが、おおむね6ヶ月を原則とすることは妥当である。
- 5 ストレスの評価の基準を「同種労働者の中でその性格傾向が最も脆弱である者を基準として評価すること。」とする議論があるが、精神医学上、ストレス耐性が「最も脆弱な者」として、その境界を画することはあまりに観念的であり、現実にはそのような判断をすることは不可能である。
- 6 性格傾向は精神障害の成因を理解する一助とはなるが、性格傾向から個体側脆弱性を評価することは誤りである。性格傾向は脆弱性を示す一つの指標に過ぎず、性格傾向以外にも、薬物・脳内物質の状態・遺伝の影響等脆弱性に関する様々な医学的意見・研究が存在し、それらの様々な要因も含めて、心理的負荷に対する個体側の脆弱性は形成されると仮定されているものであり、医学的に確立された明確な知見というものは存在しないことから、「性格傾向」のみに着目して基準にするのは誤りといわざるを得ない。
- 7 軽症うつ病が業務によるストレスを原因により中等症、重症うつ病に「増悪」し、自殺した場合、当初

前出の年度労災補償業務運営留意事項通達は、2007年度に、「脳・心臓疾患の労災認定実務要領」及び「精神障害等の業務上外判断のための調査要領」の改正を予定しているとしている。

この動きもにらみながら、認定基準・判断指針自体の改正を求めている。

政府は6月8日に、昨年6月に成立した自殺対策基本法に基づく「自殺総合対策大綱」を決定している (<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/sougou/taisaku/pdf/t.pdf>)。ここでは正しく、「自殺の背景・原因となる様々な要因のうち、失業、倒産、多重債務、長時間労働等の社会的要因については、制度、慣行の見直しや相談・支援体制の整備という社会的な取組により自殺を防ぐことが可能である」と述べている。

しかし、厚生労働省が通常国会に提出した労働基準法改正案は、過労死ラインと呼ばれる一月80時間を超えて時間外労働をさせた場合、その超えた時間については5割以上の割増賃金を支払

わなければならない等とするだけで、長時間労働そのものを抑制する具体策が示されていない。金と引き換えに過労死をもたらすような長時間労働を容認するものと批判されざるを得ない。

労働時間規制の適用を除外するという「ホワイトカラー・エグゼンプション」は、今国会への提案が見送られたとはいうものの、撤回されたわけではない。

5月21日に突然発表された、規制改革会議の再チャレンジワーキンググループ・労働タスクフォースの意見書は、「長時間労働に問題があるからといって、画一的な労働時間上限規制を導入することは、脱法行為を誘発するのみならず、自由な意思で十分な対価給付を得て働く労働者の利益と、そのような労働によって生産効率を高めることができる使用者の利益の双方を増進する機会を無理やりに放棄させる」などと公言している。

脳・心臓疾患、精神障害等を増大させかねない労働政策の改悪を絶対に許すわけにはい



の軽症うつ病が業務以外の原因によるものであっても業務起因性を認めるべきであるとの議論については、ICD-10の記載や臨床上の経験則から、既に精神障害を発病したものが、周囲に気づかれることなく業務に従事していたからといって軽症うつ病であるとは必ずしも診断できないこと、さらに、軽症うつ病には自殺念慮が生じず、また、中等症、重症うつ病に進むに従って自殺念慮が生じ、自殺率も高まるという医学的知見は存在しないし、必ずしも精神障害の「増悪」の結果自殺に至るというものではないことを確認しなければならない。日常臨床上、自殺企図は、希死念慮が持続して高まり自殺企図に至るものから、頻回に衝動的に自殺企図を繰り返し救急外来を受診する者、また今までに精神疾患既往がなく、医療機関を受診せず家族に気付かれずに自殺企図に至る者までさまざまである。自殺企図に至る事例が、全て病態が重症というわけではないことを確認しておく必要がある。

8 ICD-10は、軽症、中等症、重症うつ病の区別を、現在の症状の数とタイプ及び重症度を含む総合的な臨床判断に基づくとしており、抑うつ気分、興味と喜びの喪失、易疲労性という典型的な3症状及び他の症状として例示された7症状のうちい

くつの症状が認められるか、そしてその程度はどうかによって決まる。このように精神障害は、診断基準に示される症状の数、頻度、その程度によって具体的に把握されるのであって、増悪は自殺念慮との関係をいうものではない。意見書の精神障害者の自殺が精神障害の増悪の結果であるという理解は、精神医学上、必ずしも正しくはない。自殺は、精神障害がもたらす最悪の結果ではあるが、精神障害が増悪した結果として必ずしも自殺があるのではないことを理解する必要がある。

9 精神障害を既に発病した者における具体的出来事を受け止め方については、臨床事例等から正常人の場合とは異なる。既に精神障害を発病した者にとって、些細なストレスであってもそれに過大に反応することはむしろ一般的である。これは、発病すると、病的状態に起因した思考により、自責・自罰的となり、客観的思考を失うからとされている。すなわち、個体の脆弱性が増大するためと理解されている。したがって、既に発病しているものにとっての増悪要因は必ずしも大きなストレスが加わった場合に限らないのであるから、正常状態であった人が精神障害を発病するときの図式に当てはめて業務起因性を云々することは大きな誤りである。

“労働ビッグバン”とは何か? 先取りの動きにも反撃を

6.13 徹底検証シンポジウム

6月13日、東京しごとセンター地下講堂において、「本気(マジ)かよ?『労働ビッグバン』!徹底検証シンポジウム—格差社会は何をもたらす?—」が開催された。主催は、中野麻美(弁護士/派遣労働ネットワーク理事長)、棗一郎(弁護士/日本労働弁護団事務局次長)、古谷杉郎(全国労働安全衛生センター連絡会議事務局長)の呼びかけによる実行委員会。シンポジウムには、予想も、会場の定員も大幅に上回る230人が参加した。

最初に、「労働ビッグバンとは何か?何をもたらすのか?」と題して、浜村彰・法政大学法学部教授による講演が行われた。

「労働ビッグバン」とは、1996年に橋本内閣が開始した「金融ビッグバン」(大規模な金融制度改革—規制緩和)になぞらえて、昨年11月30日の経済財政諮問会議に、御手洗富士夫・日本経団連会長ら4人の民間議員の連名で提出された「複線型でフェアな働き方に～労働ビッグバンと再チャレンジ支援」で、「関連制度を包括的・抜本的に見直す」ものとして打ち出された。ここでは、同諮問会議に専門調査会を置いて「課題の整理と集中的な議論を行い」、「改革の方向性や工程表を作成し、『骨太2007』にとりまとめ」とされた。

12月28日に「労働市場改革専門調査会(会長=

八代尚宏・国際基督教大学教養学部教授)が設置され、4月6日の7回目の会合で、働き手が直面する—①正規・非正規、②働き方、③性別、④官民、⑤年齢、⑥国境—6つの「壁」の克服をめざすとした、第1次報告「『働き方を変える、日本を変える』—《ワークライフバランス憲章》の策定—」を経済財政諮問会議に報告した。

一方、規制改革・民間開放推進会議の後継機関として今年1月に設置された規制改革会議に、再チャレンジワーキンググループ(グループリーダー=八田達夫・国際基督教大学教養学部教授)と、そのもとに「労働タスクフォース」(主査=福井秀夫・政策研究大学院大学教授)と「雇用・就労タスクフォース」(主査=八田達夫)が置かれている。

この労働タスクフォースは5月21日に、「脱格差と活力をもたらす労働市場へ～労働法制の抜本的見直しを～」という意見書を発表した(16頁参照)。

この意見書に対しては、即座に、「法遵守や最低労働条件の確保という使用者責任をいっさい不問に付したまま『権利の強化』を否定する詭弁は、すべての働く者に対する重大な挑戦といわざるを得ない」(連合)、「法治国家である日本の『国のかたち』からも、歴史的に確立してきた労働者の基本的人権の理念からも、国際的社会常識からも逸脱して

特集② / “労働ビッグバン”とは何か?何をもたらすか?

いる」(全労連)等と厳しく批判されている。

元旦に発表した「御手洗ビジョン・希望の国、日本」を踏まえて日本経団連が5月15日に政府に提出した「規制改革の意義と今後の重点分野・課題」は、「今後の規制改革をリードする10の重点分野」のひとつに「雇用・労働法制の見直し」を掲げ、課題として次のように述べていた。「具体的には、自立的な働き方にふさわしい制度の整備や、裁量労働制の対象業務拡大など、労働時間法制の見直しに重点的に取り組むべきである。また、労働市場の活性化を図るために、有期労働契約の規制や解雇規制、労働者派遣法等の見直しが求められる」。労働タスクフォースの意見書の内容は、「また」以降と完全に符合するものであった。

柳澤伯夫厚生労働大臣自身、「労働ビッグバン」が話題にされた昨年11月30日の経済財政諮問会議の席上で、「最低限の労働者保護規定を設けることは労働法制の一番の基本」と強調し、「諮問会議で御議論いただいて、いろいろ教えていただくことは結構だが、その上で法制度の改廃ということになると、労働政策審議会の場に持ち込んでエンドースしてもらおうプロセスを避けるわけにはいかない、ということだけは申し上げたい」と述べた。また、5月22日の参議院厚生労働委員会で、前日の労働タスクフォース意見書が何度も取り上げられ、柳澤大臣は、現に国家で審議中の問題(最低賃金)について「容喙」するのは「不適切な意見表明」、また、「規制改革会議の何らかの公式書面ということになる暁には、われわれとしても意見を強く申し上げるべきだと考えている」等と答えている(なお、ホワイトカラー・エグゼンプションについて、「再提案もあり得るが、その時期がいつかと言えば、少なくとも次の臨時国会ということはある得ない」と明言)。

意見の内容もさることながら、一部の学者グループらが、三者構成の審議会や国会での審議等もないがしろにして(前者については攻撃の対象にすらしている—浜村氏は「判例法理」も対象とされていることを指摘)、政策決定を主導しつつあることに対しては、メディアも批判しはじめている。

ところが、規制改革会議が5月31日にまとめた「規制改革推進のための第1次答申—規制の集中改



浜村彰・法政大学法学部教授

革プログラム—」では、「4 再チャレンジ」「(1) 雇用・就労分野」その他で、今回の「意見」についても、また、その内容も盛り込まれてはいない。

また、経済財政諮問会議のいわゆる「骨太方針2007」(6月4日素案、13日原案、19日答申・閣議決定)でも、「第2章 3 労働市場改革」は、「専門調査会において、労働市場改革をめぐる課題について引き続き検討を進め、その報告等を踏まえ、経済財政諮問会議で議論を行う」としか書かなかった。

浜村氏は、「参議院選への悪影響をおそれて先送りしたのだろう」、「今後、『労働ビッグバン』が出てくるときには、5月21日の労働タスクフォース意見書が基になるとと思われる」と指摘して、その基本的考え方及び具体的提案の内容と問題点を解説した。「当事者意思の最大尊重に基づく自由で開かれた労働市場の再構築」というように要約できる「基本的考え方」の特徴を、以下の4点に整理できる。

- ① 「規制撤廃」による「丸裸の労働者」の対等で自由な交渉の促進
- ② 労働組合・労働者代表不要論
- ③ 政策立法の優位と判例の軽視
- ④ 労働政策審議会(公労使三者協議)の否定と政策決定のフリーハンド化

そして最後に、「労働ビッグバンは何をもたらすのか?」として、以下の6点をあげた。

- ① 労働市場の市場原理主義化—社会的規制原理の限りない後退(「人類の英知を無視して、19世紀初頭の資本主義の創世記に戻そうというようなもの」、「労働条件の労使対等決定原則は音を立てて崩れるだろう」)

- ② 自己責任を負わされる孤立した労働者(「労働組合にサポートされることもない『丸裸の労働者』が苛酷な負担を強いられる」)
- ③ 「成果」の上からない労働者の切り捨て(「使用者はフリーハンドを与えられることに限りなく近づいていく」)
- ④ 雇用保障のとどめのない劣化
- ⑤ 労働者の身分格差の放置と拡大(「均等待遇どころか均衡すらも考慮しなくてもよいというスタンス」)
- ⑥ 「市場の暴力」にさらされる労働者と企業による労働者支配の完成—ごく一握りの「勝ち組」と完全支配される圧倒的な「負け組」

浜村氏は、「大袈裟に言いすぎると思われるかもしれない」が、それだけのことが書いてある。労働タスクフォースの意見書や、使用者の代表の方からかえってたしなめられているような場面すらあるヒアリングの記録などを実際に読んでみていただきたいと述べた。

講演の後は、以下のような、「現場からの報告～規制緩和の最前線から」が行われた。

● 先行する“ホワイトカラーエグゼンプション”
高橋昌彦さん(東京管理職ユニオン・元
んや店長)

職場の現状は、みんな身体がボロボロ、腰痛持ちだったり、膝を悪くしたり、場合によっては足に障害を持って働いている人もいる。私自身は精神疾患を患い、この場で話すので1時間前にちゃんと薬を飲んで、それが効いている状態なので普通に話しているが、薬を飲まないで動悸や胸痛を起こしたりする状況もある。

2002年にジャスダックに上場してから労働環境が一挙に変わった。店長手当を払うという名目での長時間労働。店長をまかされていた時代、残業が30～44時間、月にすると220時間にいくかいかないか。店を開いているのが11～22時、実際には店長は8時前に来て、23時過ぎ、あるいは終電近くまで働いている。1時間半ということになっている休憩をとっている店長はいない。フルタイムだと年間3千時間くらいになる。店長手当は30～40時間分

なので、60～70時間分はピンハネされている構図。会社が利益を上げているのは、一言でいえば、店長のタダ働きのためだと、この場で言いたい。

会社の立場は、店長は管理・監督者であるから、残業代は支払わないでよいと言っている。実際には、店長は拘束されている。営業時間内に自由に出退勤できないのだから、管理・監督者に当たるはずはない。ホワイトカラーエグゼンプションが導入されれば、管理・監督者どころか普通の社員の方も、とめどなく働かされて、病気で倒れても、あなたの自己責任でしょということになってしまう。

浜村先生が「モノ言わぬ労働者」と言われたが、私の場合モノを言ったので、まず店長手当分を削減され、先日テレビに出たことから、それまでやっていた仕事を外された。モノを言っているので、会社も放っておくとやばいということで、一応8時間労働でやっているが、逆に残業代等は払わないという態度で望んでいるのが実状である。

● “パート労働法”って誰のため、何のため？
中原純子さん(全国一般東京労働組合)

印刷の中小企業で、1年契約を14回繰り返してフルタイムパートとして働いている。職場で闘いながら、また、働き方による差別をなくすために「均等待遇アクション21」に参加している。最近では、「未来をひらく女たち—パート・派遣の現場から」のビデオの作成やフォーラムシアターという間接差別をわかりやすく問題提起する劇を上演したりしてきた。

私たちの目的のひとつに、パート労働法を改正し、均等待遇を明示させることがある。開会中の今国会で14年ぶりにパート労働法が改正され、5月25日に可決された。しかしその内容は、ほんの一握りのパートのみが差別禁止の対象となるもので、大多数のパートたちにとっては差別が固定化されかねないとても不十分なもの。先日、法案審議中の衆議院厚生労働委員会でパート労働者として参考人意見陳述を行う機会があった。

①正社員と同じ仕事、②期間の定めのない雇用、③正社員並みの配転や転勤が、差別禁止の3つのハードルとされている。私の職場では、ベテランのパートは正社員の間に配置され、正社員に仕

特集② “労働ビッグバン”とは何か？何をもたらすか？

事を教え、その職務も責任も同一。中小企業では当たり前のことだが、大企業では正社員とパートの職務を分けることが可能なので、①は差別の固定化に直結する。②③も、有期雇用がパートの7割以上という実態、中小企業ではスキルを見込まれて配転されても比較対象とする正社員がいないことなどを考えれば、事業者の判断に任せれば対象者はいなくなる。法で規制することが必要。

また、フルタイムパート、公務非常勤などは、今回もパート労働法の対象外となっており、正社員と同じ時間、長年働いて、退職金もなく、親が亡くなっても忌引休暇もない理不尽な差別の解消は再び放置された。

労働の規制緩和と闘いながらも、改革政治に痛めつけられている国民各層との連携が運動を幅広いものにするのではないかと問題提起したい。

今年の春闘では社会保険未加入のパートの時給を大幅アップさせ、ようやく未加入者が社内からいなくなった。パートの労災申請も間もなく認定されそう。しかし、パート労働法に均等待遇を明記できないうちに、20年以上契約更新して働いたパートが退職した後、日払いの派遣社員が配置されているという実態がある。

● ヤバいぜ！労働の切り売り、バラ売り“スポット派遣”

菅本省吾さん(グッドウイルユニオン)

「スポット派遣」の基本的な働き方は、グッドウイルの支店に行って登録し、支店の担当者から電話をもらうなり、こちらから電話して、入れる現場を紹介してもらい、集合場所に集まって現場に行く。そして作業確認書を書いてもらって、後日給料を取りに行くというかたちになっている。

こちらからちゃんと説明を聞かないと、大変な現



場にまわされる。例えば、大手引越業者が依頼先だった場合、トラックで引越先の家に行くのに、一緒に入る人から殴られたり、蹴られたり。精神的な苦痛を味わわされる罵倒を浴びせられたり、かなりひどい扱いを受けている事例がある。

自分で体験したなかでは、ある学校での200のロッカーの総入れ換えの作業。しかもエレベーターもなしに、5階までというのがあった。相手は悪い条件はできるだけ隠そうとしているように感じられる。実際に大手引越業者の仕事をしていた人は、そのような現場が当たり前だと思っていたと聞いた。

現場に集合することにも問題があって、集合時間を強制した場合は、その時間から賃金を支払えと要求して、会社と交渉をしている。「強制はしていない、任意だ」と言うが、自宅から近いので直接現場に行かせてくれと言ったのに、「それは困る」と集合場所に行かされた者もいる。集合時間から実際に仕事が始まるまでに、かなり時間が空いてしまうケースもあるので何とかさせていきたい。

そういうシステムの問題点もあるし、実際に何がつらいかと言えば、人間関係だったり、仕事内容であったり、あるいは環境であったりと多様で、ストレスがたまってしまう。仕事もその場で覚えなくてはいけない。そのうえ、自分でも経験しているが、体調を崩した場合などは、ダイレクトに収入に影響してしまうので、ただでさえギリギリでやっているのに、さらに

追い込まれてしまうという状況があると思う。

大学生が小遣い稼ぎのために働いているという側面もあることは認めつつも、上京して、あるいは再就職したいという意志をもって働いている人、いまの仕事では生活が厳しくて足しにするために働いている人などもたくさんいる。実際には、そういう格差社会を象徴している側面が大きいと思う。

● ここまでやるか？“偽装請負”

三木陵一さん（JMIU（全日本金属情報機器労働組合）書記長）

JMIUでは、昨年8月に徳島にある光洋シーリングテクノという職場で59名の仲間を「偽装請負」と認めさせて直接雇用をかちとった。また、この成果をテレビで見た仲間からの労働相談を通じて、同じ徳島の日亜化学で19名の「偽装請負」の仲間が労働組合を結成し、闘いに立ち上がるなかで順次正社員化していく道筋をつけることができた。

今年に入ってから、1月に愛知にあるトヨタ関連の中外という職場で、さらに3月には静岡にあるスズキ自動車関連のベルソニカという職場で、それぞれ労働組合を結成して、今度は労働局への申告を通じて、会社に「偽装請負」の事実を認めさせて、組合員を中心として直接雇用をかちとることができた。さらに光洋シーリングテクノでは団体交渉を通じて、新たに16員の組合員の直接雇用もかちとった。この闘いのなかで組合員も新たに17名増えて、直接雇用をかちとった仲間を含めて、いわゆる派遣・請負のなかから組合員になった方が50名を突破することができた。このほかにも今春闘では全国で、「偽装請負」の仲間の直接雇用や正社員化をかちとる職場の労働組合が増えていることが大きな特徴となっている。

強調したいことは、これらの成果が、組合員の団結を基礎とした職場での闘いと、JMIUという産業別労働組合、そして社会的世論の3つが結合して初めてかちとることができたということ。

例えば光洋シーリングテクノでは、派遣の仲間が加入した当初から、正社員で組織するJMIUの支部と派遣の仲間が加入する地域支部が連帯して要求実現の闘いを強めてきた。昨年7月には全国

から300名の仲間が徳島に集まり集会も開いた。そうした闘いが社会的世論をつくりあげ、新聞やテレビが大きく取り上げる原動力となったと思っている。

「偽装請負」という雇用形態に関わる問題であり、「労働ビッグバン」という財界戦略の根幹に関わる問題。それだけに職場での団結と企業を超えた労働者の団結、労働組合の闘いが必要だと思う。

● 宮本一さん（全建総連労働対策部長）

建設業は、暴力団の介在とか限りなく搾取が行われることなどから、労働者派遣が禁止されているにも関わらず、人材派遣大手のフルキャストが違法派遣を行っていたことが明らかになった（3月に東京労働局が業務改善指導）。

即座にわれわれは、(社)日本人材派遣協会に全会員企業への調査・指導を申し入れた。業界には4万社あると言われているが、協会は730社ほどを組織、ただし売上は業界全体の65%のシェアを占めているという。また、厚生労働省の建設港湾室にも申し入れを行った。技術者を中心に雇用派遣している日本エンジニアリングアウトソーシング協会というところは、派遣期間終了時の労働者への雇用申し込み義務の撤廃を要求しているが、われわれはこれに反対して運動を進めている。

建設業の現場では、巧妙な派遣・偽装請負がひろがってきており、それが労災事故や賃金不払事件を通じて明らかになるという実態がある。

H精機サービスという元請では、元請が全部決めているのに、形式上は個人外注契約・委託契約にしていた。元請が破産するなかで、実態は違法労働者派遣、労働者であると認めさせて、未払賃金全額を支払わせることができた。

グッドウイルも偽装請負を繰り返していたが、建設労働者の労災事故が発生するなかで、渋谷監督署から指摘を受け、業務改善命令が出された。

ホームページを見ると、「大工職人派遣」、「建設派遣」、「常用工派遣」などの営業案内が大手をふってまかり通っている。こういうものは氷山の一角だと思っており、それを明らかにしながら、建設現場にそういうことを許さない闘いをしていきたい。

最後に、山形県連の出稼ぎ大工・佐藤吉治さん

の労災を、労働者として最高裁に認めさせるという闘いを続けており、ご支援をお願いしたい。

● 日本の恥部・暗部…“外国人労働者問題”

中島浩一さん(全統一労働組合)

今回の雇用対策法改正は一口で言うと、外国人を雇用している使用者すべてに対して、その氏名、在留資格、在留期間等の個人情報をお届けしなければいけないという義務を、罰則付きで課す。厚労省に届け出られた情報が、法務省、警察の方にそのままわるという内容になっている。

外国人であるか否か、今回適用除外になっている特別永住者であるか否かをどうやって判断するのかについて、厚労省の担当者は、「外見で判断するんでしょうかね」などと言っている。人種差別撤廃条約に違反することはもちろん、日本社会に残る民族差別・ゼノフォビアを助長・固定するものとして断じて許してはいけないと取り組んできたが、残念ながら成立してしまっている。

もうひとつは外国人研修生・技能実習生の問題。今少なくとも15万人以上いると言われ、70%以上が中国から。彼/彼女らは、母国で100万円以上の保証金を取られて、日本に来て長時間、低賃金で働かされている。一般的に最初の1年が研修生で、2、3年目が技能実習生というかたちだが、協同組合が受入先になっている状態のなかでは、何らかの法令違反が行われていると見てほぼ間違いない。労働基準法、最低賃金法はもとより、ひどい場合にはセクシャルハラスメント、パスポートの取り上げ、強制貯金させられた上で通帳を管理される、文句を言えば即時、車に押し込められて空港に連れていかれ強制帰国という状態になっている。

いま2件の裁判をやっている。ひとつは、TMCというトヨタの下請の会社で、ベトナム人の女性たちが、トイレに行くとき1分当たり15円の罰金を給料からひかれていた。もうひとつは、長期にわたり60回以上の性的な関係を強要されて暴行を受けた事件。

外国人労働者、研修生、技能実習生が置かれている状態が、私たちの社会の労働基準、人権規範、人権意識を完全に壊してしまっている。壊された社会のなかで生きていることを考えれば、外国人

だけの問題ではないとわかっていただけたらと思う。

● ヌスラット・アリさん(全統一外国人労働者分会)

いまマイクを持っているが、前は持てなかった。(バン工場で働いた初日に)火傷をして、感覚もなくなり、いま労災の途中で。

会社は、火傷をしたとき病院に行きなさい、よくなったら職場に戻って下さい、それで何日かしたら「仕事をしなさい」と言われた。労働組合に頼んで間に入ってもらったら、「すぐ戻ってこい」とは言わなくなったが、今度は、「契約が終わっても働けないんじゃないか」などと言う。日本で労働組合に入っていることは、そんなに悪いことか？

治療の帰りに車が止まらずに足を踏みつけて逃げてしまうという事故に遭った。110に電話して警察を呼んだら、車のことは聞かずに、「国籍はどこですか」と聞かれた。また労働組合に頼んだら、警察官はすごい優しくなってしまった。本当に信じられない。肌、髪の色、何が悪いのか。外国人の問題ではなく、これは日本社会の問題だと思う。

● 労働行政の民営化—労基署・ハローワーク民営化で何が変わる？

森崎巖さん(全労働省労働組合書記長)

「労働ビッグバン」で6つの壁を打ち破れと言っているが、そのひとつに「官民の壁」がある。言っているのは、国が担っている労働行政の諸業務をバラバラにして、あるいはある程度まとめて民間企業に請け負わせろということ。労働行政の公共事業化と考えてよい。大変大きなビジネスチャンスであり、市場化テスト 50兆円市場などと言われている。

枠組みを説明すると、まず最初に、民間企業が「労働行政のこの仕事をやりたい」という要望を受け付ける。ここ数年間いろいろともう要望があがっているが、例えば、公共安定職業所のすべての業務—パソナ。公共安定職業所と職業訓練施設の原則すべての業務—東京リーガルマインド。再就職助成金の業務—グッドウイル。長期失業者の再就職支援—これもグッドウイル。再就職希望者の相談及び事務手続—これもグッドウイル。要す

るに、雇用の安定を図る行政を、国から人材ビジネス、派遣・請負の会社に請け負わせるという動きだ。

このように、すでに政府が受け付けて公表されている。その上で要望を踏まえて、市場化テスト—官民競争の枠組みで優劣をつけろということになっている。民間が勝った場合には、官は撤退、出ていけということになる。官が勝った場合には、たぶん、もう一回やろうかということになるのじゃないか。

すでに事態は結構進んでおり、例えば構造改革特区ということで、足立区が2003年から2006年まで職業紹介の官民競争の窓口をつくって、業務を実際にやっている。これは、足立ハローワークVSリクルート。それから市場化テストモデル事業ということで、求人開拓の仕事などを全国3か所で、官民競争の枠組みですでにやっていて、それぞれにすでに実績が出ている。お手元にお配りしている、「これでいいのか—拡がる『貧困』と『格差』」というリーフレットに、その実績をあげてある。

足立区がやった官民共同窓口の方式では、紹介して就職した件数でみると、ハローワーク4,654件、リクルートが60件。求人開拓の場合でも、(求人充足1人当たり)経費で見ると、国の場合13.2千円、民間の場合30.0千円とか47.2千円。求人開拓の場合でとくに気がつくのは、国の「正社員求人の割合」が56.5%とか68.7%に対して、民間ではぐっと下がっているのが特徴。これまでの実績では、官

が圧倒的に勝っている状況。でもよほど儲かるのかどうか知らないが、諮問会議の議論などでは、今度は東京の2か所の安定所で職業紹介事業でまたこれをやるということになっている。

こういうことをやっていてよいのか。例えば監督署で不払残業やサービス残業の摘発をやるが、ハローワークで相談者から聞いた情報などをもとに摘発するといったことが結構ある。けれども、これが民間企業が安定所をやっていたら一緒に摘発などできるだろうか。その民間会社が摘発の対象になる可能性だってあり得る。

民間開放だとか官民の壁だとか、耳にこちよい言葉にだまされずに、しっかりと本質を理解しなくてはいけないと思う。

この後、昨年以來、機会をとらえて宣伝、パフォーマンスを繰り広げてきた「労働歌劇(過激)団」?の、まだまだ至るところで、お騒がせするので参加者を募るアピール(残念ながら団長は欠席)。

最後に呼びかけ人の一人、棗一郎(弁護士/日本労働弁護団事務局次長)のまとめで締めくくり。「『労働ビッグバン』の本質、また、様々な分野でそれが先行的に実行されつつある事実をつかみ、怒りを新たにして、『労働ビッグバン』のような社会を絶対に許さない決意を新たにしたい」と訴えた。



脱格差と活力をもたらす労働市場へ ～労働法制の抜本的見直しを～

平成19年5月21日

規制改革会議 再チャレンジワーキンググループ 労働タスクフォース

全ての人々にやり直しの機会と希望を与え、格差や不平等を固定化させない社会をどのように実現するのか。再チャレンジを可能にする社会の実現には、労働者が学歴・性別・年齢等に関係なく個

人として正当に評価・処遇され、能力と努力に応じた事後のやり直しが何度でも可能となる、また、企業においても積極的に人材を活用できる労働法制の整備が不可欠である。

しかしながら、労働者保護の色彩が強い現在の労働法制は、逆に、企業の正規雇用を敬遠させ、派遣・請負等非正規雇用の増大、さらには、より保護の弱い非正規社員、なかでもパートタイム労働者等の雇用の増大につながっているとの指摘がある。解雇規制を中心として裁判例の積み重ねで厳しい要件が課され、社会情勢・経営環境の変化に伴って雇用と需要のミスマッチが起きた状況においても、人的資源の機動的な効率化・適正化を困難にし、同時に個々の労働者の再チャレンジを阻害している。労働者と企業とのマッチングには自ずと善し悪しがあり、社会全体での適材適所の人材配置を図っていくことが肝要である。生涯一企業で働くことを前提とした労働法制・社会保障制度等を抜本的に見直し、流動性の高い労働市場を構築して初めて、働き方を変えたいと思う個々人が、意欲や努力により働き方を変えることができる機会のある、全ての人々にとって再チャレンジが可能な社会となりうる。

労働市場における規制を、当事者の意思を最大限尊重する観点から見直し、誰にとっても自由で開かれた市場にすることこそが、格差の是正と労働者の保護を可能とし、同時に企業活動をも活性化することとなる。

一部に残存する神話のように、労働者の権利を強めれば、その労働者の保護が図られるという考え方は誤っている。不用意に最低賃金を引き上げることが、その賃金に見合う生産性を発揮できない労働者の失業をもたらし、そのような人々の生活をかえって困窮させることにつながる。過度に女性労働者の権利を強化すると、かえって最初から雇用を手控える結果となるなどの副作用を生じる可能性もある。正規社員の解雇を厳しく規制することは、非正規雇用へのシフトを企業に誘発し、労働者の地位を全体としてより脆弱なものとする結果を導く。一定期間派遣労働を継続したら雇用の申し込みを使用者に義務付けることは、正規雇用を増やすどころか、派遣労働者の期限前の派遣取り止めに誘発し、派遣労働者の地位を危うくする。長時間労働に問題があるからといって、画一的な労働時間上限規制を導入することは、脱法行為を誘発するのみなら

ず、自由な意思で適正で十分な対価給付を得て働く労働者の利益と、そのような労働によって生産効率を高めることができる使用者の利益の双方を増進する機会を無理やりに放棄させる。

真の労働者の保護は、「権利の強化」によるものではなく、むしろ、望まない契約を押し付けられることがなく、知ることのできない隠された事情のない契約を、自らの自由な意思で選び取れるようにする環境を整備すること、すなわち、労働契約に関する情報の非対称を解消することこそ、本質的な課題というべきである。市場の失敗としての情報の非対称に関する必要にして十分な介入の限度を超えて労働市場に対して法や判例が介入することには根拠がなく、画一的な数量規制、強行規定による自由な意思の合致による契約への介入など真に労働者の保護とならない規制を撤廃することこそ、労働市場の流動化、脱格差社会、生産性向上などのすべてに通じる根源的な政策課題なのである。

行政庁、労働法・労働経済研究者などには、このような意味でのごく初歩の公共政策に関する原理すら理解しない議論を開陳する向きも多い。当会議としては、理論的根拠のあいまいな議論で労働政策が決められることに対しては、重大な危惧を表明せざるを得ないと考えている。

既得権にとらわれず、あらゆる層の労働者のすべてに対して開かれた平等な労働市場を確立していくことこそ、再チャレンジを可能とする真の労働改革であろう。

また、判例の集積をそのまま立法化することを当然視したり、判例の動向とは異なる立法を行うことを忌避しようとしたりするなど、判例と立法との関係に関するこれまでの一部行政や研究者の捉え方にも問題が多い。

判例とは、所与の法令を前提にして、いわば法令自体の政策的当否に拘らず、現に存在する法令の条文の読み方を示したものにほかならない。立法に当たって重要であるのは、ある法令やその読み方の帰結としての判例、なかんずく最高裁判例などが、社会経済的に合理的な結果をもたらしているかどうか、を政策判断の観点から厳格に検証することである。

もともと所与の法令のみを前提とした政策判断の一つの解にすぎない判例が、政策判断として将来の法令のあり方を拘束してよいということにはならない。仮に過去の判例を検証した結果、そのような判例の集積が、労働者の保護をかえって損なっていたり、格差社会をかえって拡大していたり、経済社会の発展や豊かさの伸張を抑制していたりするような効果を生んでいる場合には、そのような結末を導いた判例による法解釈は、より望ましい経済社会の豊かさをもたらす、公正を実現できるように、立法によって改められるべきである。

立法によって最終的には決せられる政策を最終的に担保するのが、法令の現実への当てはめとしての司法判断であって、逆に、司法判断の集積たる判例が立法に当たって尊重されなければならないとする考え方は、日本国憲法の想定する三権分立の趣旨に反するものである。すなわち、政策形成とは、法解釈の帰結としての判例がもたらすさまざまな影響を考察し、そのような影響をより望ましいものに改善できるときには、そのような改善が少しでも図られるように、判例の前提となる法を改正する営みでもある。政策形成やその手段としての立法の責任を十分に果たすためには、判例が作り出した現状が政策的基準から見て望ましくない場合には、それ以上の判例への依存は断ち切り、迅速適切な立法により今後のより妥当な司法判断が導かれるよう措置されるべきである。

なお、労働法制の立法過程において、使用者側委員、労働側委員及有識者委員で構成する審議会での、利害当事者たる労使間における見解の隔たりは常に大きく、意見分布も埋まらぬままの検討により、結果は妥協の産物となりがちである。

このような観点を踏まえ、具体的には、以下に掲げる課題に取り組むことが急務である。

1 解雇権濫用法理の見直し

第一に解雇規制の見直しである。民法627条1項では、期間を定めない雇用契約は、労使双方から2週間の予告期間（昭和22年労働基準法20条により使用者からの場合は30日に延長）の下にいつ

でも解約申し入れできるとされてきた。しかし、その後の判例で、使用者からの解約申し入れ（すなわち解雇）は厳しく制限されてきた。1970年代に最高裁判決により、客観的に合理性を欠き、社会通念上相当と認められない場合は、解雇を権利濫用として無効とする解雇権濫用法理が確立し、平成15年に同法理は労働基準法18条の2として明定された。また、裁判例の多くは最近まで、特に整理解雇に関していわゆる整理解雇の4要件（すなわち人員削減の必要性、解雇回避措置、解雇対象者の選定方法、解雇に至る手続）を満たさない解雇を無効とする強行規定的解釈を行ってきた。さらに最高裁では、現在、有期雇用契約の更新拒絶、いわゆる雇い止めについて、「期間の定めのない契約と実質的に異ならないか、または雇用継続を期待できる状態に労働者を置いた場合には、解雇権濫用法理が類推される」としている。すなわち、解雇権や雇い止めは著しく制限されており、しかも、これらはいずれも、どういう理由と手続きの下で解雇あるいは雇い止めが有効となるのか、事前に予測することが困難である。

そこでまず、当事者の自由な意思を尊重した合意に基づき予測可能性が明らかになるように、法律によってこれを改めるべきである。さらに、雇用保険制度のより一層の整備及び転職市場の活性化の促進、また、労使それぞれが有する相手方に関する情報の質と量の格差を是正する対策、例えば、業務内容・給与・労働時間・昇進など処遇、人的資本投資に対する労使の負担基準に関する客観的細目を雇用契約の内容とすることを奨励することにより、判例頼みから脱却し、当事者の合致した意思を最大限尊重し、解雇権濫用法理を緩和する方向で検討を進めるべきである。

また、解雇の金銭的解決については、判例により人為的に作り出された一種の「解雇権を排除する強力かつ不明朗な規制」を無批判に与件とする議論であることから、そうした規制自体の不条理を直視し、その強さの範囲を見直すことが先決であることを前提として、引き続きその見直しとの関連で検討すべきであるが、その道程に至るなかで、試行的な導入を検討することも考えられる。

2 労働者派遣法の見直し

第二に、労働者派遣法の見直しである。労働者派遣法が施行されてから20年以上経過し、今や派遣という就業形態を選択して働く労働者の数も100万人を大きく上回るにいたっており(総務省統計局「労働力調査詳細結果」によれば、平成18年現在、128万人)、企業の派遣労働者活用に対するニーズは、もはや恒常化している。

確かに、派遣を正社員になるためのワン・ステップと考える者に対しては、次の就業機会への移行がスムーズにできるよう、派遣元としても紹介予定派遣や職業紹介の機能強化を図ることが望ましい。

しかし、同一の派遣先で派遣就業の継続を希望する者に対しては、その希望が叶えられるような仕組みが必要となる。ところが、例えば派遣労働者の派遣期間は、いわゆる26業務等以外においては、派遣＝「臨時的、一時的」な労働力需給調整システムとの考え方の下、平成15年の派遣法改正によっても、一定期間(長くても3年)に制限されおり、しかも同改正により、違反を防ぐ目的で、新たに派遣先に対し雇用申込み義務が課されることとなった。この結果、派遣先企業、派遣労働者ともに派遣就業の継続を望んでいる場合であっても、期間経過前に派遣が打ち切られる事態が頻発するようになってきている。

また、派遣と請負の事業区分に関する基準(いわゆる37号大臣告示)は、①請負事業主が自己の雇用する労働者の労働力を自ら直接利用すること、②請負事業主が業務を自己の業務として契約の相手方から独立して処理することの双方を確保する観点から、文字通り典型的・理念的な基準を定めたものに過ぎない。その結果、同告示制定の当初から現場の実情に適合していなかったし、また、当事者の意思を尊重するには遠く及ばない基準となっている。

したがって、労働者派遣法は、派遣労働を例外視することから、真に派遣労働者を保護し、派遣が有効活用されるための法律へ転換すべく、派遣期間の制限、派遣業種の限定を完全に撤廃すると

もに、紹介予定派遣の派遣可能期間を延長し需給調整機能を強化すべきである。あわせて、請負との区別も実情に適合したものにすべきである。

3 労働政策の立案について

第三に、労働政策の立案の在り方について検討を開始すべきである。現在の労働政策審議会は、政策決定の要の審議会であるにもかかわらず意見分布の固定化という弊害を持っている。労使代表は、決定権限を持たずに、その背後にある組織のメッセンジャーであることもないわけではなく、その場合には、同審議会の機能は、団体交渉にも及ばない。しかも、主として正社員を中心に組織化された労働組合の意見が、必ずしも、フリーター、派遣労働者等非正規労働者の再チャレンジの観点に立っている訳ではない。特定の利害関係は特定の行動をもたらすことに照らすと、使用者側委員、労働側委員といった利害団体の代表が調整を行う現行の政策決定の在り方を改め、利害当事者から広く、意見を聞きつつも、フェアな政策決定機関にその政策決定を委ねるべきである。

4 個別課題について

以上に挙げた課題に加え、労働分野における個別課題に関する考え方は、以下の通りである。

(1) 労働契約の在り方について

① 有期労働契約に対する制約の撤廃

有期労働契約は、一定の事業の完了に必要な期間を定めるもののほかは、3年(専門的知識等を有する労働者及び満60歳以上の労働者との間に締結される場合は5年)と定められている。

一方、今国会へ提出された労働契約法案においては、有期労働契約について「使用者は、期間の定めのある労働契約について、その労働契約により労働者を使用する目的に照らして、必要以上に短い期間を定めることにより、その労働契約を反復して更新することのないよう配慮しなければならない

い。」とされている。この趣旨は、使用目的に合致する限りにおいて絶対的に期間が短いとしてもそれを排除するものではなく、また当初から長期の雇用を予定しているにも拘らずあえて短期間に区切って契約を反復することを避けるべきことを述べるにすぎず、さらに、これは契約の効力そのものに対する規制としてではなく、使用者に対して法的拘束力なく配慮を促すにとどめて規定したものであることに留意しなければならない。

本来、有期労働契約を反復する必要があるか否かは、いかなる業種、業態のどのような使用者にとっても、事前に明確に予測することなど困難な場合がほとんどである。また、どれくらいの有期雇用期間が当事者双方にとって合理的であるかなどを、予め一律に法で決したり、雇用や経営上の判断に関して責任を持つわけでもない裁判所が事後的に決することなど、そもそも妥当性を欠く。

したがって、有期雇用契約については、新たな立法により、予め想定された期間を人為的に短く区切る場合を除いては、当事者の自由な意思の合致を踏まえて、業種、業態等を問わず、長短いかなる期間を定めても差し支えないこととしなければならない。現行の3年ないし5年の期間制限は本来撤廃すべきものである。

判例に見られるような一定期間更新を繰り返したり、使用者の継続雇用を期待させるかのような発言があったりするだけで、雇い止めを認めないこととするような不透明で合理性を欠く契約への司法の介入については、これを認めることがないよう立法によって措置すべきである。

期限付き雇用の労働者は、失業したり他の企業に雇用されるよりも期限更新を望んでおり、使用者は、正規雇用とするには躊躇があるが、能力等を見込んで期限更新は行いたいという場合に、現在では、判例法による雇い止めの禁止につながることを恐れて、むしろ短期間の更新の段階で雇い止めをあえて行うことが誘発されている。この状況は、当事者双方の真実の意思に反する結果をもたらしており、かえって労働者の保護を弱くし、不公正であるのみならず、日本の経済活力や労働生産性の向上を大きく損なっている。法や司法判断が人為

的に作り出した、誰の利益にもならない不合理な歪みは、政策判断に基づく端的な立法によって逐次適切に是正しなければならないのである。

なお、労働契約法案が成立したとしても、そこでいう「必要以上に短い期間」は、具体的に1年以下の期間で必要以上に短い期間の意味であることを明確にすべきである。

② 若者トライアル雇用の実施期間の延長

若者トライアル雇用について、原則3ヶ月になっている実施期間について、よりの確に労働者の潜在能力を判断することを可能とする観点から、同期間を延長すべきである。

(2) 派遣労働の在り方について

① 紹介予定派遣等の受入期間の延長

紹介予定派遣の場合、同一の派遣労働者について6ヶ月を超えて労働者を派遣することは禁止されているが、よりの確に派遣労働者の潜在能力を判断することを可能とする観点から、同期間を大幅に延長すべきである。

② 派遣禁止業務の解禁

法令により派遣事業が現在禁止されている港湾運送業務、建設業務、及び警備等の業務についても可能な限り、派遣事業を解禁すべきである。これまで港湾運送業務及び建設業務については、業務の特性(業務量の波動性、受注生産等)から、これらの業務を労働者派遣法の適用除外業務として、派遣事業を禁止している。近年、港湾労働法及び建設労働法の改正によって、港湾運送及び建設の各業務については、港湾労働者派遣事業又は建設業務労働者就業機会確保事業として、限定的に派遣事業が解禁されたところではあるが、これらを拡大する観点から見直すべきである。

また、警備業務については、請負形態により業務を処理することが警備業法上求められているところであるが、警備業の現状に即した業法とする観点から、労働者派遣法のみならず派遣を禁じている同業法をあわせて見直すべきである。

③ 紹介予定派遣以外の労働者派遣における事前面接の解禁

派遣先における不適合（ミスマッチ）から生じる中途解約等の問題の発生を未然に防止するために、紹介予定派遣以外の派遣においても事前面接を解禁すべきである。

(3) 賃金の在り方について

① 同一労働・同一賃金

「同一労働」であっても、企業により、また、同じ企業であっても時期により、その労働の必要性、したがって「価値」は異なるし、また、その労働者を雇用して得られる利益によっても、その価値は異なる。また、例えば、正規社員と非正規社員の同一労働に対する賃金が等しければ、労働市場において、より多くの非正規の働き手が求められることとなる。その際は、労働者も、使用者も、正規社員の賃金が非正規社員の賃金よりも安い場合にのみ、それを自然であると受け止めるであろう。したがって、内部市場（すなわち、一企業内）においても、外部市場（すなわち、企業の枠を超えて）においても、「同一労働・同一賃金」の原則を適用することは難しい。

特に外部市場においてこの原則を適用することは、要するに同質の「労働」に対する単価を、全国一律に一定価格にすることである。それでは、コストを削減し、付加価値を大きくするための企業の努力を、基本的には否定することとなる。また、外部市場でのこの原則の採用の実現は、全員加入の職種別の全国規模の労働組合があつて初めて可能になると考えられるが、現実的ではない。少なくとも外部市場における同一労働・同一賃金の原則は、統制経済に等しく、国はこのような規制をすべきではない。むしろ、転職市場を活性化して再チャレンジを支援するためには、外部市場における同一労働・同一賃金の原則によらずに、国は、例えば、確定拠出年金制度等における手続きの改善を図ること等により、雇用の流動化に対応した環境を整備すべきである。

② 職種別賃金

同一職種における同一労働であっても、現実面では、例えばパートタイム労働者のそれと、フルタイム労働者のそれでは、価値が異なる場合がある。例えば、パートタイム労働者の場合、1日の就業時間全体をカバーするために他のパートタイム労働者と組み合わせる手間、また、組み合わせたパートタイム労働者間での引き継ぎの手間等、煩雑な業務が発生することから、同価値と見ること現実的では無い。

また、今国会に提出されたパートタイム労働法改正案においても、通常の労働者と同視すべき短時間労働者以外については、賃金の決定については、「事業主は、通常の労働者との均衡を考慮しつつ、その雇用する短時間労働者の職務の内容若しくは成果、意欲、能力又は経験等を勘案し、その賃金を決定するよう努めるものとする。」としており、通常の労働者との均衡を考慮することに止めている。同一の職種であっても、担っている責任、負担は自ずと異なることから、国は、職種別賃金についても、同一労働・同一賃金を強いるような規制をすべきではない。

③ パートタイム労働法

通常の労働者と同視すべき短時間労働者の待遇について、通常の労働者との差別的扱いの一切禁止を定めるパートタイム労働法改正案が今国会へ提出されたところであるが、同法所定の「通常の労働者と同視すべき短時間労働者」であっても、通常の労働者との間には、賃金の決定方法等について、やはり大きな差異があるのが現状である。よって同法所定の対象をいたずらに拡大することには慎重であるべきである。

再チャレンジを可能とする労働市場を実現するための国の役割は、多様な働き方の枠組の提供とそれらに対する中立的な制度設計の構築であり、法律による過度の労働者保護でもなければ、数値目標による就業率向上策等でもない。労働分野においては、以上のような観点から、新しい時代にふさわしい労働市場システムの在り方について、今後3年間検討を進めていくこととする。

以上



石綿問題解決のための 日韓共同シンポジウム

労組、市民団体、研究者ら百名が参加

古谷杉郎

全国安全センター/石綿対策全国連絡会議事務局長

2007年5月18～19日の両日、韓国ソウル大学医科大学同窓会館「ハムチュン会館」において、「石綿（アスベスト）問題解決のための日韓共同シンポジウム」が開催された。

主催は、日本側が石綿対策全国連絡会議、韓国側は、最終的に以下のような体制となった。

- 主管**：源進労働環境健康研究所、労働健康連帯
- 主催**：健康権実現のための保健医療団体連合（健康社会のための薬師会、健康社会のための歯科医師会、労働健康連帯、人道主義実践医者協議会、真の医療実現青年韓医師会）、健康な労働の世の中、光州労働保健連帯、馬山昌原巨済産災追放運動連合、民主労働党段炳浩議員室、産業保健研究会、産業災害労働者協議会、源進労働環境健康研究所、全国民主労働組合総連盟、韓国労働安全保健研究所、環境運動連合、環境正義
- 後援**：源進職業病管理財団、環境財団

草の根レベルの石綿シンポ

全国安全センターが1993年10月23-24日にソウル

で初めて開催した「第1回労働と健康に関する日韓共同セミナー」（韓国側主催団体は労働と健康研究会、職業病研究所、源進職業病対策協議会—1994年1・2月号）で、すでにアスベスト問題を取り上げている。韓国におけるアスベスト研究の草分けペク・ナムウォン（白南源）ソウル大学保健大学院教授による「石綿取扱事業場労働者の石綿曝露実態」の報告等が行われているが、韓国では直前に、石綿による中皮腫の最初の労災認定事例があり、職業がんとしても初めての認定例と報じられたところだった。この日韓共同セミナーは、1995年7月第2回東京、1996年11月「日韓じん肺懇談会」（ソウル）とつながる日韓草の根交流の基礎を築いた。

また、大小「白」と並び称されるペク・トンミョン（白道明）現ソウル大学保健大学院教授に初めてお目にかかったのは2000年6月に最初の源進緑病院が九里市にオープンした際に開催された「韓日労働保険学術交流会」（2000年9月号）だったが、その後、同年9月の初めての世界アスベスト会議（GAC2000、ブラジル・オザスコ、2000年12月号）、2002年9月のアジア・アスベスト・シンポジウム（産業医大、2003年3月号）、2004年11月のGAC2004（2005年3月号）、昨年7月のアジア・アスベスト会議

[記者会見文] 政府は一日も早く石綿問題 解決のための総体的対策を整えよ

石綿は20世紀を通して全世界的に広範囲に使われた、許可された殺人道具だ。石綿はきわめて微量曝露し体に溜まっても、肺がんや中皮腫（胸膜悪性腫瘍）のような致命的な疾病を引き起こす。しかし1960年代から、この物質の危険性に対する科学的警告が響きわたったにもかかわらず、企業の貪欲は科学者の叫びに響をかませ、各国の政府は企業の懐柔と脅迫に屈した。ヨーロッパ連合は結局、2005年1月に石綿使用を全面禁止したが、それはあまりに遅れた対応だった。ヨーロッパの科学者たちの推定によると、今後20年間にヨーロッパのみで、毎年数万人以上が石綿によって命を失うものと予想されている。石綿は建築資材に広範囲に使われたので、このような被害は石綿鉱山や工場に勤めた労働者だけではなく、不特定多数の一般市民にまで及ぶというところに問題の深刻性がある。

このような状況は韓国も変わらない。韓国は1930年代中盤から1980年代中盤まで、全国にかけて石綿鉱山が開発され石綿を生産した。その後には、使用された石綿の全量を輸入した。石綿原料の輸入は1992年を起点に減少したが、石綿セメントや石綿繊維製品等、石綿含有製品の輸入は引き続き増加した。したがって最近まで一般建築物に広く石綿が使われた可能性が高い。

しかし、韓国政府の対応はあまりにも安易である。政府は、日本で2005年にいわゆる「クボタ・ショック」と呼ばれる石綿被害者集団発生が起きるや、とりあえず関連制度を整備しようとはしたが、まだ多くの部分が不足している。現在韓国で石綿は、生産・輸入禁止物質である。しかし、まだ一部の石綿含有製品は、代替品がないという理由で輸入が許容されている。政府は、このような製品も2009年までには輸入を禁止すると明らかにしているが、その日程を早めなければならない。殺人道具であることが明確な石綿含有製品の輸入禁止を、これ以上延ばす理由はない。

石綿含有建築物に対する管理及び建築物解体時の石綿管理等、既に使用された石綿曝露による被害を減らし、石綿を安全に廃棄する政策もやはり、安易な対応が続いている。学校、地下鉄、建築物改修補修過程等で、最近毎年これと関係した苦情が絶えていないにもかかわらず、政府は、これへの素早い対策を出すことができずにいる。現在、環境部、労働部、建設交通部、教育人的資源部などが業務調整をし、時間をむだに使っている。一日も早くこれに対する根本的対策が用意されなければならない。

石綿被害者たちへの補償対策は、より不誠実である。現在、石綿による疾病が発生した時、これに対する補償が行われる体系は労災保険しかない。ところがこれは労働者にだけ適用される補償

(タイ・バンコク、2006年12月号)と、アジアでのアスベスト問題の取り組みの前進のためにずっとパートナーを組んでいると言ってもよい間柄だ。白道明教授は他方で、ボランティアで源進労働環境健康研究所所長や労働健康連帯の共同代表の一人でもあり、東京労働安全衛生センターの元スタッフの鈴木明さんが労働健康連帯のスタッフをしているなども含めて、韓国との間には「特別な絆」がある。

今回の企画は、直接には昨年8月末に、源進研

究所のイム・サンヒョク(任詳赫)主任研究員らが、アスベストを含む地下鉄の労働安全衛生問題の調査で大阪を訪れ、関西労働者安全センターでクボタ・ショックのこと、安全センターや患者と家族の会等の取り組みに接したことがある。日本側からも、日韓シンポジウムのソウル開催を打診した。

実は、日本の動きにも触発されて、韓国政府も全面禁止の方針策定一前倒しを進め、労働部、環境部などが今後の施策に関する各種検討会を設置

体系だ。年をとり退職した労働者や労働者ではない一般市民が石綿による疾病にかかった時、これに対する補償を受ける道は損害賠償訴訟しかない。ところでこのような損害賠償訴訟は、被告を明確にしにくく、多くの困難を経験している。ほとんどの石綿生産工場や輸入会社が、現在破産した状態だからだ。そして、石綿による健康被害の特性上、曝露して以後30～40年経った後疾病が発病するため、労災保険による補償を受ける対象が非常に限定されるしかないというのが問題だ。したがって、これに対する対策も急いで整えられねばならない。韓国も近いうちに患者たちが幾何級数的に発生する可能性が多い。これに対する対策が用意されなければ、韓国も大きな社会混乱に陥るようになるであろう。これは近付く社会混乱を予防するという次元のみでなく、何らの理由なく病気がかかり死ぬことになる罪のない患者に対する正当な補償という次元でも、早く準備しなければならない。

あわせて重要なことは、現在急激に使用量が増えているアジアの石綿使用を全面禁止するための努力である。現在、中国、インド、タイなどの地域で、急激に石綿使用が増加している。韓国の企業は、これらの国で建設工事をたくさん行っている。よって韓国の企業は、これら国の建設工事で石綿を使ってはいけない。アジア民衆が韓国企業の貪欲の犠牲にされてはいけない。

去る20世紀を通し、始終企業の貪欲とその貪欲にくっついた各国の政府のせいで、石綿は許可された殺人の道具として全世界民衆たちを殺してきた。これは韓国も例外ではない。韓国は、石綿の有害性が既に立証された1990年代にも、石綿に対する規制を強化しなかった。その結果は悲劇として現われるようになった。韓国も日本など他の国と同じく、近いうちに石綿による死亡者が急増するようになるであろう。今や残った課題は明確である。すべての石綿使用を禁止しなければならない。そして、追加的な石綿曝露がないよう、石綿含有建築物と廃棄物管理を安全にしなければならない。あわせて、何の罪もなく死ぬことになった犠牲者たちに正当な補償をする体系を作らなければならない。それが、より大きい犠牲を阻むことができる唯一の方法であり、既に発生した犠牲者たちへの最小限の礼儀である。



2007年5月17日

健康権実現のための保健医療団体連合(健康社会のための薬師会、健康社会のための歯科医師会、労働健康連帯、人道主義実践医者協議会、真の医療実現青年韓医師会)、健康な労働の世の中、光州労働保健連帯、馬山昌原巨済産災追放運動連合、民主労働党段炳浩議員室、産業保健研究会、産業災害労働者協議会、源進労働環境健康研究所、全国民主労働組合総連盟、韓国労働安全保健研究所、環境運動連合、環境正義

し、源進研究所のスタッフからもメンバーになるなどの動きがある一方で、労働組合や市民団体の関心は一部を除いて高くはないという状況があった。

したがって、今回のシンポジウムに成果の発表を集めるというよりも、今後取り組みを担うべき諸団体をできる限り結集し、メディアの関心等も引き寄せながら、シンポジウムを起爆剤にすることがめざされたということだと思ふ。主催団体等に様々な団体の名前が連ねられているのは、努力の結果でもある。

白道明教授がドイツ滞在中であることはわかっており、当日だけ帰ってきてヨーロッパの最新の動向を報告してもらう予定だったが、帰国できなかつた。しかし、彼抜きでも準備も運営もできる実力を韓国の草の根が蓄えていることを証明した。

参加百名、五百頁の資料集

日本からは、患者と家族の会の8名を先頭に、安

石綿問題解決のための日韓共同シンポジウム



開会挨拶をする、左からヤン・ギルソン緑病院院長、カン・ムンデ労働健康連帯代表、キム・チヒ民主総副委員長

全センターや労働組合の代表など15名でツアーを組んだ関西代表団や9名の全建総連代表団をはじめ総勢43名が参加した。主催者は、日本参加者の方が多いのではと本気で心配していたのだが、全体の参加者は百名を超えた。

発表は韓国語と日本語で行われ、逐次/同時通訳がついた。通訳は、鈴木明さん、そして、1993年の日韓共同セミナー時には熊本大学留学中だった現蔚山(ウルサン)大学のキムヤンホ(金良昊)教授と奥様がかってでてくれた。シンポジウムの資料集は、日韓両国語で500頁近い部厚なものとなったが、この翻訳もお三方によるものである。この場を借りてあらためてお礼申し上げたい。

シンポジウム前日の5月17日には、ソウルプレスセンター内の環境財団レイチェルカーソンホールで記者会見が行われた。日本側からは、筆者と中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会副会長の古川和子さんが発言、関西労働者安全センターの片岡明彦さんが、クボタ・ショック以降のテレビ報道を要約したビデオを使いながら日本の状況を報告した。記者会見文を前頁の囲みで紹介した。

会場では写真展も開催

シンポジウム会場には、事前に送った解説文の韓国語訳をつけて、カメラマンの今井明さんの写真展も開催された。写真の掲示には、この間の4.28ワーカーズ・メモリアルデーで使っている脚立(6月号右上写真)が活躍した。休憩時間には、食い入るように写真を眺める韓国側参加者の姿がみられた。



韓国の石綿問題の概況を報告するチェ・サンジュン氏

家族の会のメンバーらは前日に東大門市場で布を仕入れ、「中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会」、「石綿問題は終わっていない」と大書し、全建総連ののぼり旗とともに、会場の壁を飾った。

シンポジウムは、両国代表の挨拶で開始された。挨拶に立った方々は、以下のとおりである。

[日本]天明佳臣(石綿対策全国連絡会議代表委員、全国安全センター議長)

[日本]宮本一(石綿対策全国連絡会議事務局次長、全国建設労働組合総連合労働対策部長)

[韓国]ヤン・ギルソン(梁吉承)(源進職業病管理財団理事/緑病院院長)

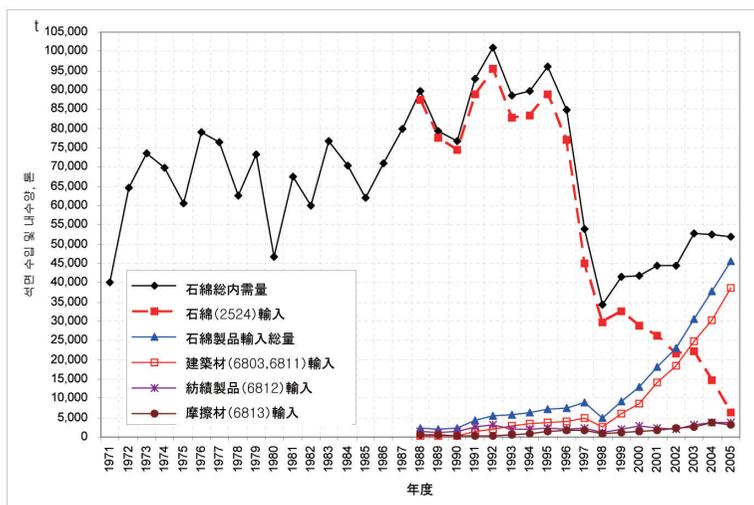
[韓国]カン・ムンデ(労働健康連帯代表、弁護士)

[韓国]キム・チヒ(全国民主労働組合総連盟副委員長)

韓国における石綿禁止

続く「第1セッション：日韓両国の石綿問題の実

韓国の石綿総内需量の推移



今回の行政予告案は、今(2007)年1月から石綿が1%以上含有された屋根・天井・壁または床材用(建築用)石綿セメント製品及び自動車用石綿摩擦製品の使用を禁止し、2008年から押出成形セメント板を禁止するとしてに続き、全面禁止時期を繰り上げて基準を大幅に強化したものである。

石綿を0.1%以上含有する製品に対する全面禁止は、日本が昨年緊急に適用したものと等しい水準として現行より10倍強化されたも

ので、全面禁止時期も当初予想の2009年より1年繰り上げられた。

労働部は、石綿の全面禁止時期を最大限繰り上げるという立場を重ねて明らかにしてきており、そのために業界懇談会等を通じて意見を集約してきた。行政予告案はまだ経経など利害関係者との調整を残しているが、関係省庁、学界、労使団体が参加する産業安全保健政策審議会も通過しているだけに、内容は大きく変わらないと予想される。一方、労働部は、今回の禁止措置が効果的に施行されるよう関連部署と協力案を論議する計画である。」

チェ・サンジュン氏は、韓国における経過と現状、課題を整理した。使用実態は以下のとおりである。

- ① 1980年代中盤以降、石綿生産は中止される
- ② 1992年に最大使用量(約10万トン)
- ③ 1996年以降、急激に使用量減少
1997年、青石綿、茶石綿の使用等禁止
- ④ 1996年以降、石綿自体の輸入は減少したが、石綿製品の輸入は増加(別掲図参照)
- ⑤ 輸入された石綿製品のほとんどが建築資材

目録把握や免許制度も検討

これに対して、現在、韓国政府が進めようとしている政策には以下のようなものがある。

態および問題解決のための運動状況」では、以下の発表が行われた。以下、韓国側の発表を中心に紹介していきたい。

「日本における石綿問題の経過と課題」

[日本]古谷杉郎(石綿対策全国連絡会議事務局長)

「韓国の石綿使用実態と政策」

[韓国]チェ・サンジュン(崔相俊)(源進労働環境健康研究所責任研究員)

韓国政府も日本にならって、アスベスト禁止を進めている。4月2日の以下の発表(立法予告)が最新の方針である。

「2008年から、含有量0.1%以上のすべての石綿製品が全面禁止される予定である。労働部はこのような内容を骨子とする『石綿含有製品の製造・輸入・譲渡・提供または使用禁止に関する告示』を、2日立法予告し、20日までの意見集約に入った。改正案によると、2008年1月から含有される石綿の量が0.1%を超えるすべての製品について製造・輸入・譲渡・提供・使用が全面禁止される。ただし、自動車用を除いた石綿摩擦製品と石綿ガスケットについては2009年1月1日からこの条項が適用され、潜水艦及びミサイル用石綿ガスケットとミサイル用石綿断熱製品については代替品が開発されるまで適用が留保される。

① 石綿含有製品の目録把握

- ・ 労働部：事業場内流通の石綿製品目録把握の試み
- ・ 環境部：生活用品のうち石綿含有製品目録把握の試み

② 石綿製造・使用・輸入の完全禁止化推進(2009年目標→前倒し)

③ 石綿調査及び分析、解体等、専門人材の拡充(免許制度)

④ 石綿健康管理手帳交付要件緩和検討

⑤ 公共の建物内の石綿分布確認及び管理の必要性確認

現実には、すでに許可制とされている解体・除去作業も十分守られていない実態が問題だとのことではあるが、掲げられている課題は日本よりも先を行っているといつてよい内容である。別表にある大衆利用施設内空気管理法、学校保健法で室内石綿濃度基準を示していることも興味深い。0.01本/cc=10本/リットル(日本の大気汚染防止法による石綿工場敷地境界基準と同じ)はあまりに高すぎるので、早急な見直しが必要だろう。

「今後の課題」として、以下の点があげられた。

- ① 現在の建築物に分布している石綿の安全管理
- ② 過去の石綿曝露者に対する石綿疾患早期発見と治療方法
- ③ より安全な石綿解体及び廃棄方法
- ④ 職業的、非職業的の石綿曝露による疾患者の国家補償体系

ソウル地下鉄の石綿問題

第2セッション：石綿廃棄政策の現況と問題点

「石綿対策へのNGOの試み」

[日本] 外山尚紀(東京労働安全衛生センター、作業環境測定士)

石綿関連部署別業務現況

区分	主要業務	関係法令	所管部署
輸入・製造・使用	輸入・製造・使用等の許可	産業安全保健法	労働部
	自動車登録制(石綿使用制動装置装着自動車)	自動車管理法	建設交通部
	有害性物質の指定及び管理	有害化学物質管理法	環境部
建築物利用	大衆利用施設の空気質管理	大衆利用施設等の室内空気質管理法	環境部
	体育施設安全・衛生基準	体育施設の設置・利用に関する法律	文化観光部
	学校の環境衛生管理	学校保健法	教育人的資源部
建築物除去	建築物解体・撤去	建築法	建設交通部
	石綿含有建築物の解体・撤去等の許可	産業安全保健法	労働部
廃石綿管理	廃棄物の分類及び処理	廃棄物管理法	環境部

「労働組合が進める労働者主導の石綿対策」

[日本] 渡邊守光(全建総連東京都連労働安全衛生対策委員長)

「安全で快適な地下鉄づくり推進委員会」

[韓国] イム・サンヒョク(任祥赫)(同委員会執行委員長、源進労働環境健康研究所)

韓国側の発表は、韓国でこの間もつとも問題になってきたアスベスト問題の現場であるソウル・メトロ(地下鉄)に関する取り組みである。

ソウル地下鉄労働者のアスベスト疾患は2000年に最初の事例があるが(肺がん—2001年4月号参照)、2005年にも、電機関連の維持・補修業務に12年間従事した36歳の男性が肺がんで亡くなった。この事例に関して、韓国産業安全公団職業病研究センターが疫学調査答申で「石綿、ディーゼルエンジン燃焼多核芳香族炭化水素、ラドン等の肺がん発がん物質に複合的に曝露し発生した可能性が高い」としたこと、にもかかわらず、政府や地下鉄公社が後続措置を講じないことから、2006年1月に、公共連盟等の労働組合、環境運動連合、労働健康連帯、源進研究所等で「安全で快適な地下鉄作り推進委員会」を「結成した。

討論会を開くなど地下環境問題への関心を喚起し、3月には労働部安全保健局長と地下鉄問題を解決することに合意したものの、まったく推進されなかった。2006年11月に、ソウル地下鉄17駅舎のプラットホームに吹き付け形態で石綿含有物質



イム・サンヒョク氏(上)と今年2月の記者会見(下)



ソウル地下鉄の報告をするチェ・ハクスさん

地下鉄労働者の肺がん事例

発生	患者	職種	状態	取り扱い作業
2001	ユン某	駅務職	肺がん死亡	内部工事中の地下駅勤務
2003	ビョン某	設備職	肺がん死亡	換気ダクト石綿ガスカート交換
2005	オ某	電気職	肺がん死亡	地下駅、トンネル等で作業
2006	バク某	役務職	肺がん手術	リフォーム中の地下駅舎勤務
2006	カン某	常務職	肺がん手術	長期間地下トンネル運転

が塗布されたことを労働組合が発見。青石綿と茶石綿も検出され、石綿含有率は最大80%だった。推進委員会はあらためて労働部に問題提起したが、労働部はソウル・メトロの問題だと退けたため、2007年2月、地下鉄石綿問題を記者発表。国内すべてのテレビ、ラジオ、日刊新聞が主要ニュースとしてこれを報道するに至った。

労働部はあわてて地下鉄石綿実務タスクフォースを設置したが、ソウル・メトロは3月に記者会見して「地下鉄の石綿は問題にならないレベルだ」として、労働部の対策にも協力しない状況だという。

イム・サンヒョク氏は、「石綿についての本格的な社会的問題提起」、「専門家と労働組合、環境団体連帯のモデル」となったなどの成果とともに、「地下鉄を利用する市民を主体に押し出せなかった」ことなどを弱点としてあげ、また、韓国における石綿含有製品及び設備の除去・廃棄の課題を整理した。

地下鉄労働者の石綿曝露

「第3セッション：石綿被害証言大会」は盛りだくさんで、予定時刻を大幅に超過した。まずは、「建設」+「鉄道」という組み合わせで、以下の発表。

「建設労働者の中で広がるアスベスト健康被害！」
[日本] 高木史雄（全建総連労対部中央執行委員、東京土建労働対策部長）

「鉄道労働者を含む兵庫県における石綿被害」

[日本] 西山和宏（ひょうご労働安全衛生センター）

「石綿をはじめとする職業病の死角地帯に放置されている建設労働者」

[韓国] チェ・ミョンソン（建設産業連盟労働安全保健局長）

「地下鉄石綿と労働者の曝露実態」

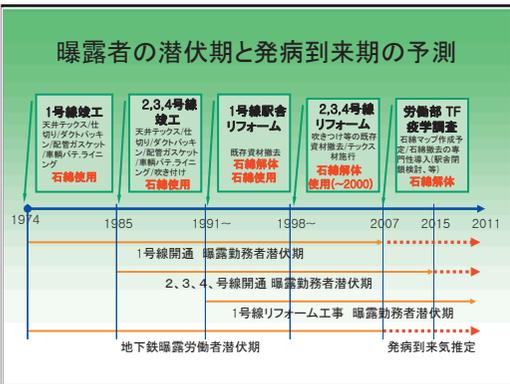
[韓国] チェ・ハクス（崔学淳）（公共連盟ソウル地下鉄労組駅務産業安全部長）

順番は逆になるが、ソウル・メトロの話が続きたい。ソウルの地下鉄は、1974年に1号線が竣工し、1984～85年に2、3、4号線が竣工。各々、建築仕上げ材、換気・電気設備、電車部品に石綿が使用され、1993年からの駅舎リフォームでは、石綿資材を

石綿問題解決のための日韓共同シンポジウム



建設連盟のチェ・ミョンソンさん



建設労働者の肺がん事例

韓国の建設労組は、IFBWW (現BWI) の一員としてGAC2004に、また、2005年12月の香港でのワークショップ「アジアにおけるWTOと労働者の闘い：将来に向けたわれわれの戦略」にも、国際部長のイ・ジンスクさんを派遣していて、筆者とは顔見知り。しかし、韓国国内で石綿問題への具体的取り組みが活発に進んでいるわけではない。今回も、シンポジウムとは別に、日本の全建総連代表団との活動の交流をしたいとの要望が出され、2日目の終了後に交流会も行われた。

チェ・ミョンソンさんは、建設労働者の労災職業病問題の取り組みを紹介した後に、2001年に地下鉄現場の石綿曝露が社会問題化したとき (最初の肺がん認定)、建設連盟は声明を発表し、建設現場での石綿使用禁止、設備、撤去等石綿に長期間曝露してきた建設労働者職業病検診特別対策樹立を要求したと報告。当時、労働部は、石綿使用が予想される建築物に対する調査を行うと発表したが、実行されなかった。また、地下鉄曝露と関連して、地下鉄建設工事に従事した者に被害が出ていないか、地下鉄広報ビラ貼りなどをしたが、掘り起こすことはできなかったという。

2004年、連盟傘下のプラント協議会所属の労組幹部を対象に石綿等職業病関連教育を進め、プラント各単位労組の保温職種等を対象に石綿を教育を実施。2005年、全南東部慶南西部建設労組の2つの現場で、すでに禁止されている石綿が使

撤去除去後、再び石綿資材で再施工されたという。2002年からようやく駅舎リフォームに基礎的な石綿解体除去工法を導入、2004年からは労働部の許可を得た後の解体除去作業となっているが、現場監督が専門家でなく、許可事項も守られていない現状だ。車両パテの石綿含有を知らないまま、無防備で数十年間除去作業が行われてきた実態もある。チェさんはたくさん写真を見せた。

また、潜伏期間を考えると、地下鉄労働者の石綿関連疾患の発病時期の到来はこれからだとも指摘。労働部タスクフォースによる、石綿マップの作成や駅務、技術、車両、乗務各職種の労働者4千人対象の疫学調査等が予定されているが、これらを確実に実施させ、また、労組幹部や労安活動家の石綿教育で専門家化、専門家や市民団体と連帯してモニタリング活動を実施、曝露者に対する健康管理対策の確立等も要求していくとした。

ヨス、イ・ジェビン建設労働者の石綿肺がん労災認定し、 建設労働者石綿総合対策を樹立せよ

今日、2007日韓石綿シンポジウムに参加した韓国と日本の団体は、韓国政府にヨス地域建設労組イ・ジェビン労働者の石綿肺がん労災認定と建設労働者石綿総合対策樹立を強く求めるものである。

音なき殺人道具である石綿により、全世界的で毎年9万名が死亡している。石綿消費において世界10位の韓国の場合、85%近くが建設現場で使用され、2006年建設現場に対する実態調査においては、調査対象の90%で石綿建築材が確認されたことがある。実際建築現場だけではなく、地下鉄現場、造船業現場で、石綿に一番直接的に曝露しているのが建設労働者だ。しかしこの間、重層請負構造の中、建設労働者は石綿に対する何らの情報なしに、石綿シートを掛けて寝たり、何らの保護具なしに働いてきた。また日雇い雇用という短期雇用構造のなか、健康診断を含めた諸般の労働保護制度から疎外されてきた。

ヨス産業団地で約17年間仕事をして来た鳶職イ・ジェビン労働者(50歳)の場合も、足場を設置し解体する過程で、石綿が含まれている保温材等の粉じん現場で、使い捨てマスクひとつなく仕事をしてきた。また、いわゆるプラント現場のシャットダウン(定期保全工事)期間には、機械撤去及び配管パイプライン撤去作業を主にしながら、パイプに残っている保温材などをそのまま吸い込むように被って仕事をしてきた。このような過程でついに、2006年肺がん3期Aという青天の霹靂のような判定を受けることになったのである。しかし疫学調査過程で、ヨス産業団地で2004年まで石綿関連製品が使われたことが確認されたにもかかわらず、韓国政府は労災申請1年余り経つが、イ・ジェビン労働者の労災を認めていない。雇用記録、作業記録などが残っておらず、業務との関連性が弱いというのが、その主な理由だ。韓国政府が石綿に関する労災認定において、このような態度を続けるのであれば、石綿の85%以上が使われた建設現場で労災認定を受けることができる建設労働者が、果してどれだけのいるのか?これは石綿使用を勧奨しながら、もう一方では作業環境測定、健康診断、石綿管理手帳発給など、全ての分野において建設現場と建設労働者を放置してきた政府の二重三重の無責任さを完全に度外視する行いである。

私たちは、対外的にはILO国際石綿協約批准などを大々的に広報しながら、実際の石綿による肺がん発生建設労働者の労災認定に顔を背ける、韓国政府の二重性を強く糾弾するものである。イ・ジェビン労働者への労災認定の可否は、韓国政府が公布している石綿に関する総合対策樹立の実質的な意志を計れるバロメーターだ。韓国政府はイ・ジェビン建設労働者の労災を直ちに認め、最も深刻に石綿に曝露している建設労働者の石綿関連総合対策を樹立せよ。

2005年日本では、クボタ・ショック以後大々的な石綿に関する市民社会団体の闘いが展開された。2007日韓石綿共同シンポジウム参加団体と構成員は、イ・ジェビン労働者の労災が認められないのであれば、国内、国際的な連帯闘争を展開することを厳粛に宣言するものである。

用されていたことが発覚。労組が現場で溶接シート、ガスカートなどの試料を採取して、分析した結果、石綿を検出。現場で石綿追放闘争を展開し、石綿使用を根絶させた。

そして2006年3月、麗水(ヨス)地域建設労組鳶

職のイ・ジェビン組合員の肺がんが発生し、6月に石綿による職業病として労災申請を行った。イ・ジェビン氏は足場の枠組みを設置・解体する過程でアスベストを含む保温材の粉じんを浴びたが、現場では使い捨てマスクもせずに働いた。プラント現場の

石綿問題解決のための日韓共同シンポジウム



シンポジウム後5月29日、プラント建設労働組合協議会は、勤労福祉公団ヨス支社占拠座り込みに入りました

整備期間には、主に機械の撤去と配管パイプライン撤去作業を行っていたが、パイプに残る保温材などを直接吸うような状態で働いてきた。2004年までは、石綿建設資材の納品が行われていたことも確認された。産業安全保健研究院の疫学調査評価も出ながら、勤労福祉公団は十分な曝露が確認できないとして、決定を渋っている。

ヨス地域建設労組は、今年3月以降、毎週勤労福祉公団ヨス支社を相手に闘争を展開し、4月4日には民主労総主催で3千人余りが集会を開催したと報告した。2日目の最後の討論で、シンポジウムの名前でこの肺がんの労災認定を求める声明を出そうという提案があり、前頁の文章がつけられた。

造船被害ほぼ毎年確認

続いて、「造船」、「米軍基地」、「教員」をめぐる以下の報告が行われた。

「三菱長崎造船所におけるじん肺・石綿問題の取り組み」

【日本】塚原繁次(三菱長崎造船じん肺患者会)

「造船業の石綿使用実態」

【韓国】コ・ヨンチョル(高龍喆)(全国金属労組光州全南支部労働安全保健部長)

「日本における米軍基地労働者のアスベスト被害」

【日本】西田隆重(神奈川労災職業病センター事務局長)

「教師の悪性中皮腫」



金属労組のコ・ヨンチョルさん

造船労働者の石綿疾患発生事例

診断年度	発生がん	年齢	推定原因	業種	その他
1996	悪性中皮腫		石綿	造船業船室木繕装	
1997	悪性中皮腫		石綿	造船業保温作業	D造船
1997	肺がん	62	石綿	造船業船室保温作業	H重工業
1999	肺がん	46	石綿	造船業	D造船
2000	肺がん	56	石綿	造船業 船舶修理	
2002	肺がん	55	石綿	造船業溶接作業	D造船下請
2003	肺がん	68	石綿	船舶解体作業	
2003	肺がん	54	石綿	造船業溶接作業	D造船下請
2004	肺がん	47	石綿	船舶関連部品 石綿断熱材取扱	
2004	肺がん		石綿	造船業船室繕装	HJ重工業
2006	悪性中皮腫	52	石綿	造船所建築作業 船室繕装、溶接	HL重工業

【日本】名取雄司(中皮腫・じん肺・アスベストセンター所長)

韓国の造船労働者の石綿関連疾患は、別掲のとおり、1996～2006年までに確認されただけで11人いるとのこと。1996年の悪性中皮腫第一号を契機に、韓国産業安全公団は、1997年に全国10大造船所を対象に、石綿使用実態調査を実施。当時、金属連盟造船分科としても、①全組員を対象に石綿の危険性教育実施、②造船所の石綿使用実態把握及び使用禁止要請、③石綿関連疾患(呼吸困難、頭痛、吐き気、胸痛等)が疑われる者が発生した場合精密診断要求、④政府に石綿関連実態調査要求などの共同対応を行った。

しかし、関心も取り組みも必ずしも十分に継続されてきたとは言えない。コさんが紹介した具体例。
1990年: 頭痛、痰、吐き気、胸痛等の症状発生
1991年: 事業場定期健診で胸部疾患C判定
1991年: 退社後、労働部に検診要請→無回答
1992年: 某病院1週間入院検査→正常判定
1993年: 8つの病院で検査→胃腸障害への薬物



バンポ公住3団地(2005.11、上)と住民の記者会見(下)

療法

- 1996年：労働部に2次検診申請—1年以上放置
- 1997年2月：労働部（勤労福祉公団推薦）病院検査—正常
- 1997年7月：ソウル大学病院総合検診—石綿肺確定診断
- 1998年：死亡

コさんは、これを、「政府（労働部）が病気を育てた例」だと非難した。今回の報告に当たって、石綿を取り扱ったことのある労働者の証言を集めたところ、「冬季の夜間作業時、石綿シートを掛けて寝た」、「当時石綿の危険性について教育を受けたことは一回もなかった」、「保温、断熱（石綿）作業をする労働者はほとんど下請所属」、「1984年以前には保護具（マスク）を支給しなかった」等々。

石綿使用実態調査はずさん、石綿教育は未実施のまま、石綿取扱労働者の多くが下請所属という状況のなかで、石綿関連疾患の本格化を迎えるに当たって労働組合の取り組みを強化する必要性を痛感したと発表した。

「米軍基地」、「教員」も韓国側のカウンター報告をみつけることは可能と韓日双方でトライしたが、今回は間に合わなかった。学校関連では後述の市



江南瑞草環境運動連合のキム・ヨンランさん

民の立場からの取り組みが報告されている。

市民の取り組みの先駆け

しめくりは、以下の方々の発表だった。

「工場周辺住民の被害の実態について—クボタショック2005.6以降～現在」

[日本] 片岡明彦（関西労働者安全センター事務局次長）

「患者と家族の会報告」

[日本] 古川和子（中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会副会長）

[日本] 中村寛寛（中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会関西）

「韓国住民の石綿被害」

[韓国] キム・ヨンラン（金英蘭）（江南西草環境運動連合事務局長）

「プサン地域石綿製造工場被害労働者」

[韓国] ハ・イスク+夫

キム・ヨンランさんの発表は、韓国における市民の石綿問題への取り組みの先駆けの報告。

2005年11月に、バンポ住宅公団3団地で、授業中の中学校のすぐ隣で重機による5階建て66棟の撤去再建築工事が開始された（写真左上）。環境運動連合と父兄たちは、石綿含有の有無を確認しないまま不法撤去に入った施工会社を阻止。住民らによる「共同監視団」がつくれ、撤去の全過程へのモニタリングが実施された。また、再建築に3年かかる予定のなかで、「工事中止仮処分」を申請し、裁判所は子供たちが学習している午前9時

石綿問題解決のための日韓共同シンポジウム



ソウル地下鉄公社への抗議キャンペーン(2006.6)



プサンから参加の石綿肺患者ハイスクさん

から午後4時までの学校周辺の工事を中断するという新しい判例をつかった。同時に、学校施設の中に石綿がたくさん含まれており、特別な管理が必要だという事実を明らかにした。

これらは、いずれも韓国で初めて、まさに先駆的な取り組みであったが、学校の石綿の把握と管理、安全な解体・除去対策、再開発・再建築家庭での学習環境阻害防止対策等々、全国的に状況はあまり変わっていない現実があると指摘した。

キムさんたちの環境運動連合はまた、1日30万人が利用するというソウル地下鉄が石綿に汚染され、十分な対策なしに撤去工事が行われていることも重視して、「安全で快適な地下鉄作り推進委員会」にも積極的に参加している。

キムさんは、「石綿のように潜伏期の長い有害物質は、『今すぐ有害だという証拠を捜しにくい』を、『害がない証拠』と見誤ってはいけぬ。石綿は環境において予防の重要性を知らせてくれる。子供たちを開発という美名の下での犠牲にせず、健康に育つようにすることが今日の私たちの役目」としめくくった。彼女は、7月24-25日に東京で開催される「環境被害救済に関する日中韓ワークショップ」で来日される予定である。

日韓の被害者・家族の初顔合わせ

釜山(プサン)からはるばる参加されたハ・イスクさんは、中皮腫患者である。第一化学という会社で2年あまり働いた。日本から石綿織物を輸入、加工して日本に再輸出していたという。ご一緒に参加

されたお連れ合いも、妹さんも同じ会社で働いた。

日韓のアスベスト被害者・家族が初めて顔を合わせることができたことは、今回のシンポジウムの最大の成果であることは間違いない。第1セッション終了後の休憩時間中に、会場の一角で急遽、日韓の被害者・家族がメディアの共同取材を受け付けるということにもなった。表紙の写真はそのときのもの。6月8日付けソウル新聞の記事を紹介しよう。

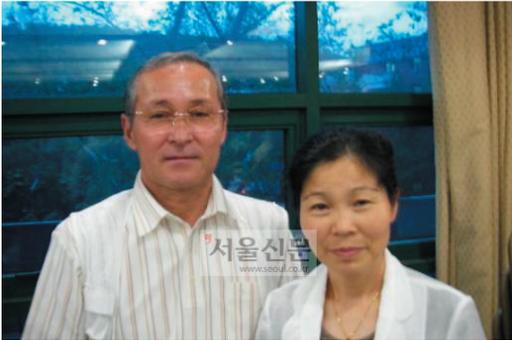
× × ×

「韓国と日本の労働・環境団体は、先月18～19日ソウル大病院で『石綿問題解決のための日韓共同シンポジウム』を開いた。石綿専門家、環境運動家、職業病専門医、死亡者家族等、100名余りが参加したこの行事で断然注目を受けた彼らは、悪性中皮腫と闘っている韓国と日本の二人の被害者だった。

● 「肺炎だと思ったのに…」

窓の外は雨が降った。ハイスクさん(54歳)は『天気が悪いと咳がもっとひどくなって話がまともにできない』と、かろうじて話し始めた。ハさんは韓国最大の石綿工場だった釜山蓮山洞の第一化学に、1971年5月から2年4か月間通った。最近集団被害の兆しが見えているまさにその工場だった。現在は『第一E&S』に名前が変わり、工場も梁山に移された。1992年からは石綿製品を生産していない。

ハさんと同僚たちは、布でできた一般マスクだけつけたまま、石綿の粉がもうもうと舞う工場で働いた。石綿粒子は毛髪の太さの5000分の1程度なので、空気中の粉じんを99.97%以上排出する特殊マ



ソウル新聞が掲載したハイスクさんと中村實寛さんの写真



家族の会の報告をする古川和子さん

スクを着用しなければ役立たない。

5年前ハさんは、急に咳がひどくなり保健所を訪れた。保健所では肺炎である可能性が高いと言った。いくら薬を飲んでも良くならず、大きい病院に行ったが、医者には『なぜしきりに肺が固まるのか分からない』と首を横に振った。ハさんは1995年に石綿肺（じん肺）で死亡した妹を思い浮かべた。妹も同じ工場に通った。ハさんは医者には『石綿工場に通ってこのようになったのではないかと尋ねたが、『あなたが何が分かる』と非難だけが返ってきた。肺病患者という周りの蔑視を我慢して耐えてきたハさんは、結局、2005年に悪性中皮腫の診断を受けた。幸い職業病と認められ労災処理された。しかし完治にならないという事実、一日一日挫折しながら生きていく。同じ工場に通ったハさんの夫も心配だ。夫のハジェボクさん（56歳）は『死んで行く妻を見るのも辛く、私がいつこのひどい病気にかかるかも知れず辛い』と涙を拭いた。

●「韓国は深刻さを分らずにいるようだ」

38年間建築現場で働いた中村實寛さん（59歳）も、苦しく息を吐いた。大工として、現場監督官として、何でもなく働いた中村さんは2003年2月に『死刑宣告』を受けた。

息をすることができないくらいひどい胸の痛みで病院を訪れたら、胸膜に悪性中皮腫ができたという診断が出た。医者には『せいぜい2か月程度の命』と言った。中村さんは死ぬ覚悟で、その年の5月手術台に上がり、右側胸膜を取り出した。15時間の長い手術が幸い成功し、生命を今まで延ばすこと

ができた。中村さんは『手術がいくら良くても、完治にならないという事実にもう一度絶望した』と言い、『死ぬまで石綿の危険性を知らせることをやりがいと考え、生きている』と語った。

中村さんは、このところアスベスト被害者家族の会で熱心に活動しているが、階段をまともに上り下りすることができないほどに心臓が弱くなった。

中村さんは『日本は石綿のため大きいしかを病んで危険をよく知っているが、韓国は相変わらず深刻さを分かっていないようだ』とし、『許可された殺人道具である石綿製品を無責任に生産した業者や、その危険性を統制できなかった政府の責任が大きい』と言った。続けて『日本のように大きい被害にあう前に、韓国はあらかじめ石綿が含まれた建築物と製品をしっかりと処理し、大災難を避けていけたらと思います』と付け加えた。

日本との関係や「最近集団被害の兆しが見えている」という記述も気を引くが（ハさん以外にも1970年代に勤務した労働者で、1993年（韓国初の認定例）と2006年に中皮腫死亡例が出ているとのこと）、今後の韓国からの情報に注目していきたい。関西労働者安全センターの片岡明彦さんが、クボタ・ショックが突きつけたアスベスト公害の重大さを伝えようと、日本の患者・家族を代表して、古川和子さんと中村實寛さんが伝えようとしたことの重みも、時がたつほどに浸透していくに違いないと信じている。

ここでは、同じソウル新聞の記事からもうひとつの話を紹介しておきたい。記事にある鉾山の話は知っており、何年も前に白道明教授と現地調査の話

をしたこともあるのだが、被害の実状の一端が報じられたのはおそらく初めてのことでなかろうか。今回のシンポジウムの効果のひとつと考えている。

日本海発の鉾山で拡がる被害

「6月4日、[ソウルから]西海岸高速道路を2時間ほど走って到着した忠南洪城郡徳政村は、典型的な韓国の農村だった。40歳以下の若者を見つけるのが難しく、庭にはたまにお年寄りの姿だけ見えた。低めの裏山が村をゆったりと抱え込み、田には青々と苗がふくらはぎの高さに育っていた。

異邦人を喜んで迎えてくれるお年寄りたちは、口々に『石綿の恐怖』に押しさえ付けられていた。今は70余りの所帯しか残らない徳政村が日帝時代にアジア最大規模の石綿鉾山だったという事実を知る人は多くない。徴用で引っ張られてきた朝鮮人を含め1000人余りの労働者が石綿原石を掘り、運んだ記憶は、もう何人かの住民の頭の中に残っているだけだ。彼らが伝える石綿鉾山の記憶は、平和な村の姿と全く対照的だった。

3代目としてこの村に住んでいるイ・ジョンソクさん(79歳)は、廣川石綿鉾山の50年余りの歴史を二つの目で見てきた。自らも12歳の時から30年間鉾山で働いたというイさんは、『雪の花が咲いたように石の粉と石綿の粉が松に白く積もっていた』と回想した。『石綿原石を見ると極細い白い線がある。それが石綿だよ。それを抜き出そうと石を砕いたわけ。その時はマスクみたいなものがあるか。そのままほこりを全部吸うんだ。』

健康診断どころか、ろくな保身策もなかった。『手当てをもらう日に豚肉何キロか買って食べるんだ。のどに溜まったほこりを洗うんだと…。』

● 日帝時代アジア最大石綿鉾山 …1000人余り働いて

8.15 [光復節—日帝からの解放記念日] 以後鉾山が外地人に売られて、廣川石綿鉾山の規模は小さくなり始めた。1983年廢鉾直前には勤労者数が100人余りに過ぎなかった。しかし曝露後潜伏期が長い石綿の特性のため、鉾山と住民被害の

相関関係はまだ公式に明かされなかった。

全家族が鉾山で働いたというホン・スンピョさん(48)は、家族のほとんどがその寿命をまっとうできずに死亡した。ホンさんの父親3兄弟が皆鉾山で働いたが、父親のホン・ジョンソンさんは1970年51歳で死亡し、伯父のホン・ガブスさんは10年後に66歳で世を去った。叔父のホン・スボクさん(74歳)は兄弟の中で唯一に生きているが、関節炎がひどい。ホンさんの叔母と叔母の夫も鉾山で働き、30代の若さで肺病で早死にした。ホンさんの兄は17歳の時、抗が崩れて命を失った。ホンさんは『その時は病院も行くことができないお年寄りたちほとんどが、病名も分からず亡くなった』と話した。咳が激しく、長い間病んでいた記憶だけ残っている。

● 「マスクなしに石綿粉じんそのまま吸い込み」

町内会館で会った自治会長のイ・ジョミンさん(64歳)は、村出身の被害者をほとんど憶えていた。自治会長の口からは人々の名前が終わることなく流れ出た。『家長が死んで、残った家族たちが外に行った人も多くて…全部言おうと思ったら、きりが無い。シン兄弟も二人とも肺病で死に、カンさんお父さん、キムさんお父さん…皆還暦祝いも出来ずに死んだから、若死にの葬儀が多かった』。自治会長自身も母親を(死亡当時57歳)を肺がんで失った。

今はソウルに住むイ・ソクドンさん(66歳)の父親も、鉾山生活15年が死と帰ってきたケースだ。1967年にイさんの父は51歳の年で死亡した。当時の診断は肺結核だったが、イさんは石綿による肺がんであると信じている。『タバコも吸ったが、なにせ石綿のほこりをたくさん吸いました。亡くなる3~4年前まで鉾山で働いたからです。正確な病名が分からないから、心外な結核薬だけ飲んだんです』。父の友達も同じだった。『周りに還暦を越えられず亡くなった方々が多いです。昔には肺結核が多かったが、徳政村は周辺の村に比べてずっとひどかったです。今思えばそれがすべて石綿のためですね。』

● 隣近の淡山里の住民のうち 肺疾患死亡者おらず対照的

国立洪城医療院の診療記録でも徳政村の深

石綿問題解決のための日韓共同シンポジウム



キム・ヒョンニール・カトリック大学教授



イ・サンウン労働健康連帯政策局長

(2) 低濃度曝露の発がん性、白石綿の肺がん発生能力の解明。

③ 肺内石綿小体・繊維：基準値の再検討。

④ 測定サービス：人体試料中の石綿・非石綿繊維の濃度とサイズを測定できる機能を増やす。

村山教授は、環境省の「石綿による健康被害の救済に係る事業主負担に関する検討会」の場に表示された資料等から、日本における中皮腫死亡の地域的状況やその産業立地との関連を分析するとともに、国や企業の対応や被害責任について問題提起を行った。

石綿疾患規模は縮小歪曲されている

キム教授は、まず、韓国における中皮腫発生規模を推定することが可能な資料の種類と各資料に現われている状況を以下のように概説した。

- ① 監視体系資料—2006年度までの総累計194件、2001年以降年間平均20件
- ② 死亡資料—2000年以降年間平均約24件の報告(統計庁)
- ③ がん登録資料—1998～2002年に年間平均43例、現在は中止(韓国中央がん登録)
- ④ 健康保険資料—2000年以降年間平均165件発生
- ⑤ 労災療養認定資料—2005年までに、石綿による肺がん45件、悪性中皮腫4件を認定

とくに④については、臨床的診断の明確性、病理学的診断の可否、請求コードと実際の診断名の違い等の限界はあるものの、実際の規模について

推定することが可能だということ、また、以下の問題点があることを指摘した。

- ・石綿による疾患規模が縮小歪曲されている。
 - ・本人の疾患が石綿によることを知らない。
 - ・悪性中皮腫や肺がんは致命率が高い疾患で、ほとんど亡くなるケースが多く、過去の石綿曝露実態を明らかにするのが難しい。
 - ・肺がんの場合、関連性を立証するのがより難しい。
 - ・環境的曝露は補償がなされない。
- また、「補償問題解決のための前提」として、
- ・石綿による疾病の実際規模を把握するための国家レベルの積極的な調査作業着手、今後の発生規模予測
 - ・石綿の危険性についての一般大衆との危険疎通
 - ・ハイリスク集団の予防、疾病初期発見システム構築
 - ・予防優先の原則(曝露管理徹底)
 - ・石綿曝露に関連し国家、事業主の責任性をはっきりとすること

をあげたうえで、「石綿による被害補償!」として、以下を指摘した。

- ・悪性中皮腫は原因調査なく国家的賠償
 - 石綿の健康危険が知られた以後にも、国家事業に石綿を使用し、石綿に対する規制に消極的だった
 - 悪性中皮腫はほとんど(80～90%)石綿によってのみ発生すると知られている
- ・肺がんは曝露可能作業に従事し潜在期が満

ちたら労災保険で補償（石綿関連性の推定は、潜在期が5年以内：suspicious（疑わしい）/possible（可能性あり）、5～10年：possible/probable（確からしい）、10年以上：probable/definite（確か）—環境曝露の場合も同じ）

キム教授は、日本の肺がんの石綿繊維・小体等に係る基準は、臨床現場の実状からいっても適用できるものではないと述べている。

日韓・アジアの連帯の必要性

最後は、「第5セッション：アジア石綿問題の解決のための日韓両国の役割」。

「アジア石綿問題の現状と対策活動」

〔日本〕古谷杉郎（石綿対策全国連絡会議事務局長）

「石綿対応活動の意味と重要性」

〔韓国〕イ・サンユン（李相潤）（労働健康連帯政策局長）

韓国側が包括的な問題提起を用意してくれたため、筆者は、若干の情報・データと、日本、アジア、世界における当面の取り組みの予定を紹介した。

イ・サンユン氏は、内外の経験を整理しながら、「変化は闘いから」、「石綿問題はまだ進行中」、「解決のための国際的な運動を」等と述べ、「石綿対策運動の意味」を以下のように整理した。

- ・ 真実を隠したまま利潤のみを追求する非倫理的企業への抵抗運動
- ・ 企業の利益のためには自明な科学的真実すら無視し、民衆の健康を協商対象として扱う各国政府の二重性に対する暴露運動
- ・ グローバル企業とそれを庇護する国際機関及び各国政府に抗した国際的オルタナティブ・グローバル連帯運動
- ・ 労働、環境、健康運動等、多様な主体の連帯運動

シンポジウムは、総括的な全体討論の後、以下の方々との閉会挨拶で締めくくっていただいた。

〔日本〕斎藤竜太（労働者住民医療機関連絡会議議長、医師）

〔韓国〕パク・ヒョンソ（朴賢緒）（源進職業病管理

財団理事長）

後日談をもうひとつ紹介して、報告を終了する。

「民主労総は〔6月〕13日午前、ソウル永登浦区の民主労総会議室で『労働災害労働者被害証言大会』を開き、政府の労災予防対策作り及び産業災害保険法の全面改革を促した。

この日証言にたった前バス運転手パク・ハンヨンさん（42歳）は、『2003年6月26日、車から下りたところ倒れてけがをした後、2か月間労災治療をしていた最中、会社から『待機せよ、電話するまで会社に来るな』という返事を受けた後、1か月半後会社は解職を通知した』と話した。

パクさんはまた、『病院が仕事ができると診断したにもかかわらず、会社は障害があるという理由で復職させられないと主張した』とし、『復職のためにしんどく争う過程で、会社の代表と裁判所関係者が親戚関係であることが分かった』と暴露した。

引き続き証言を言った建設労働者イ・ジェビンさん（49歳）は、1989年から日雇いとび職（足場枠を設置、解体する作業）として勤めるなか、昨年1月に肺がん診断を受けた。

イさんは『先月18日、産業安全保健研究院の疫学調査で、『約16年間保温材解体及び清掃作業をしながら石綿曝露によって肺がんリスクが増加している』という評価にもかかわらず、勤労福祉公団は石綿曝露を評価に値する客観的資料がないとし、労災を認めなかった』と主張した。

民主労総はこの日、地下鉄駅員として券売所、プラットフォームなどで勤務したユン某さんが、地下鉄2号線蚕室駅-ロッテワールド地下駅通路連結工事中、石綿曝露によって肺がんが発生したという最高裁判所の判決〔資料として42頁で紹介〕を引用し、石綿の有害性による疾病が労働災害の範囲に入らなければならないと主張した。

民主労総は続けて、『ただ一生懸命働いた罪でけがをして死ぬ血なまぐさい労働現場を直視し、これ以上悔しくけがをして死ぬ事件の発生する事がないよう努力する』としながら、『6月臨時国会で処理が確実視される産業災害補償保険法改訂法律案に被災労働者の痛みが伝わるように』と約束した。』



ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



アスベスト禁止法案は上院通過の見込み

アメリカ：上院環境公共事業委員会が公聴会，2007.6.12

6年間のいらだたしい失敗と死亡者数の増加の後、上院議員パティ・マリーは火曜日(6月12日)に、発がん物質アスベストの販売及び使用を禁止する法案は今年通過するだろうと楽観していると語った。

「6年間と多数の人々の死の後に、われわれが今なお委員会にこうして座っていることは、私にとってショッキングなことだ。過去6年間よりも、今年はより大きな期待を持っている」と、マリーは、彼女の法案が焦点となった上院環境公共事業委員会の公聴会の後に話した。

この委員会の委員長であるバーバラ・ボクサー上院議員(民主党・カリフォルニア)は、マリーの法案の共同提案者であり、その通過に向けて後押しするための最初の門番として委員長としての立場を使っている。

「われわれは、アスベストへの曝露を終わらせるために、可能なあらゆる合理的な手段を取らなければならぬ」と、ボクサーは言う。

「私たちの父母、兄弟がアスベストによって死んでいっているのを目の前にして、死者の数が増加し続けるのを許す根拠は存在しない。われわれは、今日行動を起こすのに十分なほどアスベストについ

て知っている」と彼女は述べた。

民主党のリーダーたちからの確固とした支持を受けて、マリーは、共和党のキーパーソンであるジョージア選出のジョニー・イサクソンとの、法案を前に進ませるのを妨げてきた最後に残った問題点に関する交渉が最終段階に来ていると報告した。彼女は、最大の残された課題は、塩素の化学生成にアスベストを使用している製造業者をどのように取り扱うかということであると言う。

「イサクソン上院議員はきわめて協力的であり、この産業におけるアスベストの輸入を禁止する必要があるという点では一致している」とマリーは言った。

「ここからマリー-イサクソン法案をものにするのを期待している」と、彼女は委員会にほめめかしながら語った。

アスベストはよく知られた発がん物質であり、この物質の禁止を支持している関係団体のひとつである環境作業グループ(EWG)によれば、推定毎年1万の人々を殺している。

不燃性の「驚異の繊維」とあがめられて、アスベストは今なお、自動車のブレーキシューから屋根タイ

ルや断熱材まで、3千種類以上の製品に使用されている。しかしそれは、致死的な呼吸器疾患やがんを引き起こすことを示してきた。

EWGはその2005年の調査で、ワシントン州は、過去20年間のアスベスト関連の死亡者数が2,311人で全米第8位にランクされることを確認した。さらに、ワシントンの4つの郡は、アメリカで最も高いアスベスト死亡率を有している。キング郡が死亡者数595人の全米第4位で首位にたち、キットサブが第24位、ピアス第28位、スノーホーミッシュ第52位と続く。

こうした数字や、アスベストへのいかなる曝露であっても危険であるという連邦保健当局の警告にも関わらず、約2,500トンのアスベストが毎年、この国に輸入されている。

マリーの法案は、とりわけ、この法案が法律になってから2年以内に製品中のアスベストの完全な禁止を要求する。イサクソン及び他の協和党員に対する譲歩のなかで、法案は塩素産業に、アスベストをフェーズアウトするために、環境保護庁(EPA)によって新たな規則が策定されてから3年間(の猶予)を与えることになろう。

法案はまた、アスベスト関連がんの原因及び治療の研究のために5千万ドルの連邦資金を提供し、連邦政府に対して、一般の人々にアスベストのリスクについて教育するためのより積極的なキャンペーンを行うことを要求する。

マリー及び他のアスベスト禁止支持者は、高価

でない—かつ安全な—代替品は、現在この繊維を使用しているほとんどの製品に対して容易に入手できると指摘する。

彼女はまた、EPAが1989年に限定的禁止を提案したものの、1991年に連邦控訴裁判所が同規則を覆してしまったことを指摘する。

アスベストは、ヨーロッパ及び南アメリカの多くの国で禁止されている。

「この法案を必要ないという者に対して、私はひとつの質問を投げかけたい。わが政府が最終的に正しいことを行い、アスベストを禁止するまでに、これ以上何人のアメリカ人が死ななければならないのか?」、とマリーは委員会に問いかけた。

多くのアメリカ人と同様に、マリーはアスベストは禁止されているものと思い込んでいたが、広範な用途に残っていることを知って啞然とさせられた。

長年にわたってアスベストのほごりに覆われてきた、スポーケンから160マイルのところにある小さな鉱山の町、モンタナ州リビーにおける経験を学んでから、彼女の関与は深まっていった。

シアトル・ポストインテリジェンサー紙が記録にとどめたその曝露は、結果的に200人の人々を殺し、EPAに、町全体を公衆衛生非常措置のもとに置き、スーパーファンド地域に指定させるに至った。

このことが、マリーに、2002年に彼女の最初のアスベスト法案の提出を駆り立てた。



2007年6月13日 Seattle Post-Intelligencer

6月12日の公聴会では、パティ・マリーほか数人の上院議員の陳述の後、政府の専門家(国立労働安全衛生研究所(NIOSH)のデビッド・ワイズマン博士、環境保護庁(EPA)のオープリー・ミラー博士、カリフォルニアEPAのメラニー・マーティ博士)のパネルが持たれた。次のパネルは、リチャード・リーメン博士、デビッド・ヴァイル博士、アン・ワイリー博士、リンダ・レインスタインとバリー・キャッスルマン博士。

争点は、塩素製造プラントの石綿隔膜とアスベストに汚染された鉱物の取り扱い。前者では一人の上院議員が、工程は湿式だから曝露はないのに、なぜ禁止するのかと主張。鉱物学者であるワイリー博士と2005年以前にはアスベストに関する論文

を発表したこともない移植医であるヴァイル博士は、アスベスト様の「切片」は有害ではないと主張した。

※<http://epw.senate.gov/80/public/index.cfm?FuseAction=Hearings>

Hearing&Hearing_ID=01b2074a-802a-23ad-4795-cdaafce6a2d4

バリーからの私信によると、今月中に合意が成立し、7月中に法案策定、8月の休会の後に上院での投票という運びになると想定。上院を通過すれば、下院での通過はもっと容易で、上院で通過を阻止するための大きな論争がなければ、ブッシュ政権も拒否権を発動しないだろう。今年中に禁止が実現できるものと期待しているとのこと。

4月第1週を「全国アスベスト注意喚起週間」に

アメリカ: 上院の決議, 2007.3.30

2007年3月30日、アスベスト被災者の声として献身的に活動している、アスベスト疾患注意喚起機構(ADAO:アスベスト・ディーズ・アウエアネス・オーガニゼーション)は、合衆国上院が、4月第1週を「全国アスベスト注意喚起週間」に指定したことを歓迎する。とりわけ、ADAOは、マックス・パウカス上院議員(民主党・モンタナ)とこの決議S.RES.108の共同提案者及び主要な支持者であるジョン・コーニン上院議員(民主党・テキサス)、リチャード・ダービン上院議員(民主党・イリノイ)、ダイアナ・ファインスタイン上院議員(民主党・カリフォルニア)、エドワード・ケネディ上院議員(民主党・マサチューセッツ)、パトリック・レーヒー上院議員(民主党・バーモント)、パティ・マリー上院議員(民主党・ワシントン)、ハリー・リード上院議員(民主党・ネバダ)の、この重要な立法府における勝利に導いたリーダーシップを称賛する。

「この指定は、合衆国におけるアスベスト含有製品の長期間続いた管理されない普及及び使用によって創り出された国家的悲劇に対する認識を持続させる」と、元公衆衛生局副長官でADAO科学諮問委員会共同代表のリチャード・リーメン博士は語る。

「もっとも破壊的なアスベスト関連疾患は中皮腫であるにしても、アスベスト曝露と喫煙との相互作用

用から生じるより多数の肺がん、同様に起こる可能性のある胃腸、喉頭、腎臓などの多くのその他のがんのことも忘れてはならない。また、石綿肺は、アスベストに何年にもわたって曝露した者に影響を与え続けている」と、ドレクセル大学環境・労働衛生部長でADAO科学諮問委員会共同代表のアーサー・フランク博士は述べる。

「ADAOは合衆国上院及び民主・共和両党のこの重要な決議の共同提案者の、この予防可能な公衆衛生危機に対処してきた継続的リーダーシップを称賛する」と、ADAO事務局長のリンダ・レインスタインは言う。「とりわけADAOは、公衆衛生局長官に対して、人々にアスベスト曝露が健康に有害なことを警告し、教育するよう促す修正を[この決議に]含めたことに対して、上院を称賛する」。

全国アスベスト注意喚起週間を記念して、ADAOは、3月31日と4月1日の両日、フィラデルフィアのドレクセル大学公衆衛生学部において、第3回年次会議及び追想式を開催する。

※ADAOは、アスベスト被災者とその家族らによって2004年に設立された。ADAOは、アスベスト被災者の権利が公正に代表され、また擁護されるために、団結した声を提供している。

<http://www.asbestosdiseaseawareness.org>

もう弁解はいらない:アスベストを禁止するとき

カナダ:がん協会への働きかけの呼びかけ, 2007.6.11

カナダ人は、控えめで弁解まがしいという定評がある。われわれの態度は世界的によく知られているため、モンティ・パイソンサーカスのエリック・アイドル

は最近、「カナダの国家の最初の歌詞『オー、カナダ』は、実際には『オー、ソーリー(すみません)』と歌われる」と皮肉っている。

面白いが、必ずしも真実ではない。オー、カナダ、われらが家、故国は、アスベストの採掘及び輸出を促進し続けている。アスベスト禁止カナダ(BAC)によれば、「カナダのアスベスト貿易は自国と海外で致死的な大被害をもたらし、また、今後も多年にわたってそうし続けるだろう。この不必要な人命の喪失は、容認できないことである」。BACは、これには、カナダで採掘され、輸出される白石綿、クリソタイルも含まれるという。問題なのは、これは新しいニュースではないということで、われわれは1920年代はじめからアスベストの危険性について知っていたのである。

しかし、アスベストは、とりわけケベックでは雇用を意味し、そこではアスベストの禁止が、この産業により直接または間接的に雇われている4千人の労働者の職を奪うことを意味している。皮肉にも、これらの労働者の多くが、アスベスト曝露による致死的ながんである中皮腫の前線のなかにいる。このトレードオフは、合理的、公正あるいは人道にかなっているとは思えない。それなのに、われわれはこの致死的な物質の世界最大の輸出国のひとつであり続けているのである。

アスベストがんの流行と題したジョセフ・ラドゥーの論文 (Environmental Health Perspectives, 2004)によれば、「アスベストがんの流行は、アスベストが世界中で禁止され、曝露に終止符がうたれるまでに10万人の命を奪うかもしれない。多くの開発途上国において、もっとも影響を受ける年齢集団のなかで、中皮腫はすべての死亡の1%を占めることになるかもしれない。また、中皮腫に加えて、すべての肺がんの5-7%がアスベストへの職業曝露によるものである可能性がある」。

もう十分である。6月22日、カナダがん協会(CCS)はアスベスト禁止の呼びかけを検討するために集まる。CCSは間違いなく、カナダにおけるもっとも強力な対がんロビー団体である。CCSの有罪宣告がついに政府の注意を引きつけ、アスベストの致死的な生産及び輸出を中止させるかもしれないということは、重大かつ必死の希望である。

結果的に、活動家や労働組合、保健団体はカナダの人々に、その静かな弁解を脇に置いて、声を

あげるよう求めている。可及的速やかにCCSに対して、手紙、Eメール、電話で、この致死的な物質の禁止を呼びかけるよう働きかけてほしい。

「なぜ気になければならないのか?」と活動家のジャネット・マクニールは問いかける。「なぜなら、アスベストはたちが悪く、また、工場労働者、教師、学生、労働者の家族、アスベスト断熱材が使われている家に住む家族、北米先住民族のコミュニティ、あらゆる階層の人々に影響を与える一言い換えれば、アスベストはすべての者に影響を及ぼすあたりだからである。そしてカナダは、健康や環境保護がわれわれ自身のもっているものよりも未発達な開発途上諸国にそれを輸出しているのである。多くの国々がすでにアスベストを禁止している。カナダはとくに禁止してしかなるべきなのである」。

これ以上言う必要はない。今回は、弁解は許されない。もはやユニークなカナダ人、態度をはっきりさせないでいることはできない。われわれは、痛いほど時間がかかり、恐ろしい割合の死を広めている。

死亡率が低下してきている他のがんとは異なり、中皮腫の診断は概して死の宣告とみなされる。イギリスがん協会によれば、「症状が現われて、医師にかかるまでに、この疾病は非常に多くの場合進行してしまっている。ごくわずかな人しか早期に診断されないことから、中皮腫の初期段階についての5年生存率の信頼できる統計は存在しない。一般的に、中皮腫と診断された人のうちの、わずか10人に1人(10%)が診断から3年から生存し、20人に1人(5%)だけが5年間生存するだろう」。

悲惨な事実は、この疾病がほとんど完全に予防可能だということである。

おしゃべりは十分だ。行動のときである。ペンをとって、生命を救おう。

※アスベスト禁止カナダ(BAC)

<http://www.bacanada.org>



2007年6月11日 Owens Sound Sun Times

編注: 以下も参照していただきたい。

<http://www.oag-bvg.gc.ca/>

domino/petitions.nsf/viewe1.0/

OCC36386E608C43085257272006CB70B

ソウル地下鉄労働者肺がんの最高裁判決

韓国:大法院判決, 2007.6.13

20年間喫煙をしても、発がん物質である石綿に曝露される地下鉄駅舎で駅員として働き肺がんが死亡したら、業務上災害と見なければならぬという最高裁判所の判決が出た。

大法院2部は、肺がんが死亡した地下鉄駅員ユン某さんの妻が勤労福祉公団を相手に起こした訴訟で、ユンさんの死亡を業務上災害と判決した原審を確定した。

裁判府は判決文で、『ユンさんが20年間、一日3分の2箱のタバコを吸っており、ユンさんに発病した肺がんの種類が喫煙と関連性がなくはない』としながらも、『ユンさんが勤める当時地下鉄2号線蚕室駅工事による石綿の曝露程度等を総合すれば、石綿がひとつの原因となり肺がんが発病したか、悪化したと見える』と判決した。

裁判府は、ユンさんの働いた蚕室駅は石綿の有害性がよく知られていなかった1980年代に竣工されたソウル地下鉄2号線駅舎の中のひとつで、2001年から2年間実施された実態調査結果、駅事務室と券売所、換気室などに石綿が相当量含まれたものと分かったと明らかにした。

裁判府は続けて、石綿は一度曝露すれば以後再び曝露する事がなくても、長期間の潜伏期を経て肺がんなど致命的な疾病を引き起こすと付け加えた。

遊園地連結通路工事が進められた1987年、蚕室駅駅員として働いたユンさんが肺がん診断を受け、2003年に死亡するや、ユンさんの妻は石綿に曝露して肺がんにかかったと勤労福祉公団に業務上災害として認めるよう要求したが、公団側が拒否し、訴訟を起こした。

※<http://www.cbs.co.kr/Nocut/Show.asp?IDX=538391>

× × ×

大法院 第2部 判決

事件—2005ド517 療養不承認処分取消
原告、被上告人—故ユン・ウォンマンの訴訟継承人
担当弁護士—イ・ギョンウ、キム・ジャンシク、
クォン・ヨンスク

被告、上告人—勤労福祉公団

原審判決—ソウル高等法院2004.12.10.宣告

2003ヌ21956判決

判決宣告—2007.6.1

主文

上告を棄却する。

上告費用は被告が負担する。

理由

上告理由について見る。

旧産業災害補償保険法(2007.4.11.法律第8373号で全文改正される前のもの)第4条1号でいう「業務上災害」というのは、勤労者が業務遂行中その業務に起因し発生した災害をいうものゆえ、業務と災害発生の間に相当因果関係があらねばならず、この場合勤労者の業務と疾病の間の因果関係に関しては、これを主張する側が立証しなければならないが、その因果関係は必ずしも医学的、自然科学的に明白に立証せねばならぬものではなく、様々な事情を考慮するとき業務と疾病の間に相当因果関係があると推断される場合にも、立証があると見なければならぬ(大法院1997.2.28.宣告96ヌ14883判決、大法院2005.11.10.宣告2005ド8009判決、大法院2006.3.9.宣告2005ド13841判決等参照)。

原審判決理由を記録に照らして見ると、次のとお

りの事実が認められる。

故ユン・ウォンマン(1960.4.15生まれ)は、1985年7月ソウル・メトロ(2005年10月会社名を変える前にはソウル特別市地下鉄公社)に運輸事務職で入社し、駅務員として主に地下にある駅社内の券売所、改札所、プラットホームで乗車券販売、時々の改札所の状態確認、故障時の初動措置、不正乗車取締り、利用秩序啓発、列車・旅客の監視、事故予防、線路状態確認等の業務を遂行し、2001年3月肺がんのうち非小細胞肺がんの一種である腺がん診断を受け、その後2003年1月29日に死亡した。

故人が1985年7月1日から1989年8月4日まで24時間2交替形態で勤務したソウル地下鉄2号線蚕室駅には、1987年5月18日から1988年7月30日まで付近に建築中だった遊園施設ロッテワールドの地下1階入口と地下駅舎通路を連結するため既存の出入口1箇所を地下道に代替し、既存の停車場換気口1箇所を移設し、既存の出入口通路幅を9mから14mに拡大し、駅務室と券売所を移転する等の工事が進められた。

その工事過程で蚕室駅の該当部分の天井と床、壁が一部解体され、換気室の一部が撤去され、換気室の中にあつた換気ダクトが解体されながら、ダクト継ぎ目にあるガスケットを取り外す仕事が行われた。ところで上記蚕室駅舎は、韓国に石綿の有害性がよく知られていない1980年から1983年の間に竣工したソウル地下鉄2号線の駅舎の中のひとつとして、職員が使用する駅務室、券売所等の床材に石綿が1%含まれた塩化ビニールアースタイルが使用され、換気ダクト継ぎ目のガスケットにも相当量の石綿が含まれており(2001年、2002年にソウル地下鉄駅舎のうち冷房工事が進行中だった駅舎を含め標本抽出された駅舎について石綿等有害物質実態調査が行われたが、その結果換気ダクト継ぎ目のガスケットにある繊維状物質の90%以上が石綿で、そのガスケットから少なくとも10~15%、多くは30~40%の白石綿が検出されたという結果が出た。このような調査結果に照らして見ると、上記工事当時の蚕室駅舎に使われた換気ダクト継ぎ目のガスケットも同じ程度の石綿が含まれていたものと推断される)、上記のとおり床材と換気ダ

クト継ぎ目のガスケット解体等の作業が成され、工事過程で石綿の有害性に留意し石綿飛散防止対策を立て、それに沿った作業をしなかったなら、その過程で相当量の石綿が飛散した可能性が濃厚だが、上記のように床材とガスケット解体作業ときに石綿飛散防止対策を立てて作業したという資料を見出せず、当時韓国の石綿有害性の認識程度を見ると、このような対策を立てて作業したと思えない。

石綿は直径が0.02~0.03 μm でとても細かい結晶を持つ繊維模様の珪酸化合物として、一度曝露すれば再び曝露することがなくとも長期間の潜伏期を経て肺がん、石綿肺、中皮腫等、致命的な疾病を誘発しうる。

故人は約20年間一日に平均3分の2箱のタバコを吸い、一方故人の肺がんである腺がんは肺がんのうち比較的喫煙と関連性が少ないが、まったく無くは無い(個人と同じく一日に10~19本のタバコを吸う男性の場合、非喫煙者に比べ肺がんに罹る確率が、扁平上皮細胞がんは12.2倍、小細胞がんは5.6倍、腺がんは2.7倍高いという研究結果がある)。

このように認められる故人の業務内容、蚕室駅勤務当時の蚕室駅舎通路連結工事当時の石綿曝露程度、石綿の有害性と肺がんと連関性等を総合すれば、故人が1987年から1988年まで工事が進行した蚕室駅に勤務しながら石綿に曝露し、そのように曝露した石綿が一原因となり故人の肺がんが発病したか、自然的な進行結果以上に悪化したと推断される。

したがって、同じ趣旨で原審がこの事件の傷病を業務上災害と見たのは正当であり、そこに上告理由として主張するような採証法則違反や業務上災害の業務起因性に関する法理誤解等の誤りはない。

よって上告を棄却し、上告費用は被訴者が負担するものとし、関与大法官の一致した意見として主文のとおり判決する。



裁判長大法官 キム・ヌンファン/大法官
キム・ヨンダム/主審大法官 パク・シファン
/大法官 パク・イルファン

アスベスト基金、2007年4月1日よりスタート

ベルギー・アスベスト被害者協会, 2007.6

長年の闘いのすえ、ついにアスベスト被害者を対象とした補償制度がベルギーで制定された。われわれの眼から見ればいまだ不十分とはいえ、ベルギー・アスベスト被害者協会 (ABEVA) が称賛し、満足できる大きな一歩であることは間違いない。われわれは今後も、この基金を改善し、適用範囲がすべての被災者に拡大されるべく努力を継続する。以下は、主たる給付の暫定的な要約である。

1. 適用範囲

新しい規制の現状では、アスベスト基金に申請できるのは、以下の規定に該当する人々である。

- ベルギーにおいてアスベストのリスクに曝露した既往歴を有し、悪性中皮腫または石綿肺（両肺のびらん性胸膜肥厚を含む）に罹患している。
- 被災者の死後、上記の該当者の権利を有する者。配偶者、法的同居人（相互援助契約を結んでいること）、被災者が支払う扶養定期金を受給している別居中の配偶者または離婚した元配偶者、18歳までか児童手当給付年限内の要扶養の子どもがこれに該当する。

2. 補償

2.1 被災者本人

- 悪性中皮腫：月額1,500ユーロ [1ユーロ=166円で換算すると249,000円、以下同じ]
- 石綿肺：月額身体障害比率1%あたり7.5ユーロ [1,245円]。ただし、すでに賠償を得ている場合（職業病基金 (FOD) または障害補償) 例えば、身体不能50%=月額375ユーロ [62,350円]。その他の人の場合は労働不能1%あたり15ユーロ [2,490円] (非常にまれ)
- この額は、したがって他のすべての補償に累積

され、課税を免除される

2.2 受給権利者

- 悪性中皮腫で死亡した被災者:配偶者に対しては30,000ユーロ [498万円]、児童給付の受給資格のある子ども一人あたり25,000ユーロ [415万円]
- 石綿肺で死亡した被災者:上記の該当する受給権者に対してそれぞれ15,000ユーロ [249万円]、12,500ユーロ [207万5千円]
- これらの額は、一時金として支払われ、税金を免除される。
- 給付は請求月から行われる。

3. 手続

3.1. 2007年4月1日より前にすでに認定され補償を受けている場合

- 悪性中皮腫によりFODまたは公的部門で補償給付をすでに受けている人は、今回発足するアスベスト基金に対して新たな請求を行う必要はない。これに該当する人は、自動的にこのアスベスト基金から給付を受ける。
- FODまたは公的部門で石綿肺によりすでに給付を受けている場合にも、同じ規則が適用される。ただし、これは認定が2001年1月1日以降である場合に限る。その他の石綿肺被災者、すなわち2001年1月1日より前に認定された被災者は、アスベスト基金に対して請求を行わなければならない。

3.2 法律発効時点 (4月1日) で悪性中皮腫と石綿肺に罹患しているが、FODその他の公共部門のその他の基金から補償を受けていない人は、アスベスト基金に請求しなければならない。

3.3 2007年4月1日後に医師からこれらの疾病に罹患していると診断された人は、請求しなければならぬ。

注意事項：

- 提出された請求は、職業性疾患であるかどうかを明示していない場合でも、自動的に適切な基金（アスベスト基金か職業病基金）に振り分けられる。
- 請求は、アスベスト基金またはFODのいずれかの基金に設置されている所定の書式にしたがって行うこと。また電話、インターネット、郵便によっても請求できる。指示にしたがい、援助を求める

ことが望ましい。

- 請求は、毎月の1日、10日、20日のいずれかに行うこと。またこれにより、補償給付開始が変わることはない。

3.4 2007年4月1日以降に認定または死亡した人の受給権者

- 原則として、被災者が死亡した場合、アスベスト基金は、事務所から、国民登録を通じて受給権者を把握し、受給権者に連絡する。
- しかし、受給権者は、いずれにせよ基金に申し出ることができる。これがやはりより確実である。
- 受給権者は、記入すべき書式を配布される。



以下の申込用紙については、表紙裏面及び59頁記事を参照してください。

頸肩腕障害などの上肢障害認定マニュアル 申し込み用紙

お名前（ふりがな）	団体名など
ご住所	電話番号
	FAX 番号
	E-mail
申込み冊数	冊

FAX 申し込み先：03-3636-2372

- E-mail でお申し込みの場合は、上記内容を記入して、roujui ren@bi.wakwak.com までお送りください。
- 発送は7月初旬になります。
- 代金は、振替用紙を同封いたしますので、受け取り後、お振り込みください。
- 送料は無料です。
- 5冊以上まとめてご購入の方は、1割引させていただきます。

医師意見書の本人開示 意見をめぐる論争は当然

労災文書に係る情報公開審査会答申

諮問庁：厚生労働大臣

諮問日：平成18年9月8日（平成18年（行個）諮問第34号）

答申日：平成19年3月26日（平成18年度（行個）答申第50号）

事件名：特定病院が立川労働基準監督署労災課に提出した本人に係る意見書等の一部開示決定に関する件

答申書

第1 審査会の結論

東京労災病院が平成17年4月18日に立川労働基準監督署労災課に提出した意見書及び添付書類に記載された保有個人情報（以下「本件対象保有個人情報」という。）につき、その一部を不開示とした決定について、諮問庁が不開示とすべきとしている部分については、医師の印影及び署名以外の部分を開示すべきである。

第2 審査請求人の主張

1 審査請求の趣旨

本件審査請求の趣旨は、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律（以下「法」という。）12条の規定に基づく開示請求に対し、平成17年8月5日付け東労発総個開第17-7号により東京

労働局長（以下「処分庁」という。）が行った本件対象保有個人情報の一部開示決定（以下「原処分」という。）について、その取消しを求めるというものである。

2 審査請求の理由

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

部分開示の書類を見たところ、審査請求人の診断の結果についての情報が多く不開示になっていると推察されるような消し込みがある。開示決定通知書にある「特定の個人を識別することができる情報が記載されており…」については理解できるが、医師の診断による患者（審査請求人）の症状は、「審査請求人の個人情報」であり、「第三者」には当たらないと考えている。ついては、第三者の個人情報のみ消し込んだ意見書を再度提出頂きたい。

また、同通知にある「労働基準行政機関の行う事務に関する情報であって開示することにより、当該事務の性質上、当該事務の適正な執行に支障を及ぼすおそれがある情報が記載されており」とあるが、どのような支障があるのか説明頂きたい。

本請求による開示の趣旨は「審査請求人の検査結果」を知ることであり、第三者に関する情報を知りうるために開示請求をしているものではないこ

とを改めて認識頂きたい。

第3 諮問庁の説明の要旨

1 本件審査請求の経緯

本件審査請求は、審査請求人である開示請求者が平成17年6月3日付け（同月6日付け受理）で行った「東京労災病院が平成17年4月18日に立川労働基準監督署労災課に提出した意見書及び添付書類」の開示請求に対し、処分庁が平成17年8月5日付け東労発総個開第17-7号により行った原処分を不服として、平成17年8月20日付け（同月24日付け受理）をもって提起されたものである。

2 諮問庁としての考え方

本件審査請求に係る保有個人情報開示請求に関し、原処分についてはこれを変更し、別表の「不開示部分」欄に掲げる情報については不開示を維持し、当該情報以外の情報については開示すべきものとする。

3 理由

(1) 対象保有個人情報について

本件対象保有個人情報は、立川労働基準監督署長が、審査請求人の労災請求（障害補償給付支給請求）に関し、審査請求人の後遺障害の程度を評価するために東京労災病院のA医師に意見を照会し、同医師から提出を受けた同医師作成の「脳損傷又はせき髄損傷による障害の状態に関する意見書」（以下「対象文書1」という。）、対象文書1に添付された同病院B医師作成の「回答」（以下「対象文書2」という。）及び対象文書1に添付された同病院C医師作成の「A先生御机下」（以下「対象文書3」という。）に記載された保有個人情報である。

(2) 対象文書1に係る不開示情報該当性について

ア 法14条2号

対象文書1に記載された情報のうち、同文書を作成した医師の記名及び印影については、開示請求者以外の特定個人（第三者）を識別すること

ができる情報であり、また、当該医師の所属診療科についても、同文書に記載のある病院名と照合することにより、開示請求者以外の特定個人（第三者）を識別することができる情報に該当すると考えられる。したがって、これらの情報については、法14条2号の不開示情報に該当するものである。

また、同文書に記載された情報のうち、「高次脳機能障害 ※3」の欄の記述及び「その他の身体の障害の状態」と書かれた欄の記述は、労災請求人である審査請求人の主訴や検査結果等を踏まえた、審査請求人の後遺障害の程度に関する医師の医学的判断内容や意見が記載されたものであるが、仮にこのような労災認定のため聴取した医師の意見が開示されるとすると、当該医師が、意見内容について「意に沿わない」「納得がいかない」とする労災請求人のいわれのない誹謗や中傷の対象となることが懸念される。このような誹謗・中傷に関しては、最近においても労災認定に際し、意見を聴取した労災医員である医師の元へ、当該意見内容を把握した労災請求人を支援する団体などから、当該医師や意見を非難する文書が提出される等の事態が生じているところであり、その発生が充分想定し得る現実的な問題であると言える。

この場合、上記の取扱いにより医師の記名や印影を開示しないとしても、労災請求人とすれば、意見を記載した医師を容易に特定し得ることは十分に想定されるところである。したがって、これらの情報についても、法14条2号の不開示情報に該当する。

イ 法14条7号

対象文書1に記載された情報のうち、同文書を作成した医師の記名及び印影、当該医師の所属診療科及び審査請求人の後遺障害の程度に関する医師の意見に関する記述については、仮にこのような情報が開示されたとすると、当該医師が、上記アでも説明した誹謗や中傷に対する懸念等から心理的に大きな影響を受け、労災請求人の傷病等についての直截的な意見を記載することを躊躇しやすくなるなど、結果、公正な労災認定を実施していく上で必要不可欠な率直かつ確かな医学的意見の収集が困難となる事態が発生することが想定される。したがって、これらの情報については、

開示することにより労働基準監督署における労災認定事務の適正な遂行に支障を及ぼすおそれがあるものであり、法14条7号の不開示情報にも該当する。

(3) 対象文書2に係る不開示情報該当性について

ア 法14条2号

対象文書2に記載された情報のうち、同文書を作成したB医師の署名及び当該文書の提出先であるA医師の姓については、開示請求者以外の特定個人(第三者)を識別することができる情報であり、また、同文書を作成したB医師の所属診療科に関する記述についても、対象文書1の病院名との照合によって、記述の診療科名が東京労災病院の診療科であることは容易に推定を行い得るものであり、結果、対象文書1の医師の所属診療科に関する記述と同様に開示請求者以外の特定個人(第三者)を識別することができる情報に該当すると考えられる。

したがって、これらの情報についても、法14条2号の不開示情報に該当する。

また、同文書に記載された情報のうち、各種検査等に関する記述で別表の対象文書2の「不開示部分」欄に記載したものは、当該検査結果等を踏まえた上での審査請求人の後遺障害の程度に関する医師の意見が記載されたものであり、上記(2)アと同じ理由により、法14条2号の不開示情報に該当する。

イ 法14条7号

対象文書2に記載された情報のうち、上記アで法14条2号の不開示情報に該当するとしたものについては、上記(2)イと同じ理由により、法14条7号の不開示情報にも該当する。

ウ 原処分で不開示とされた情報のうち開示すべきもの

対象文書2に記載された情報のうち、各種検査等に関する記述で別表の対象文書2の「不開示部分」欄に記載したものを以外については、当該文書を作成した医師の意見ではなく、これら医師の意見や判断が介在しない審査請求人の主訴の内容や検査数値等の記録であり、上記ア及びイのよ

うな記述内容をめぐる問題が発生する懸念が認められないことから、不開示情報には該当せず、開示を行うことが妥当である。

(4) 対象文書3に係る不開示情報該当性について

ア 法14条2号

対象文書3に記載された情報のうち、同文書を作成したC医師の記名及び印影、当該文書の提出先であるA医師の姓、同文書を作成したC医師の所属診療科に関する記述については、上記(2)アと同じ理由により、法14条2号の不開示情報に該当する。

また、同文書に記載された情報のうち、「総合意見」という記載の下の記述に関しては、審査請求人の後遺障害の程度に関する医師の意見が記載されたものであり、上記(2)アと同じ理由により、法14条2号の不開示情報に該当する。

イ 法14条7号

対象文書3に記載された情報のうち、上記アで法14条2号の不開示情報に該当するとしたものについては、上記(2)イと同じ理由により、法14条7号の不開示情報にも該当する。

4 審査請求人の主張に対する反証

- (1) 審査請求人は、医師の診断による患者の症状は、患者の個人情報であり、第三者の情報には当たらないと考えているので第三者の個人情報のみ消し込んだ意見書を提出してほしい、また、原処分の通知にある労働基準行政機関の行う事務の適正な執行に及ぼす支障とはどのようなものか説明してほしい旨主張しているが、原処分により既に開示されている部分及び上記3(3)ウにより開示すべきとした部分以外の情報が、法14条2号及び7号の不開示情報に該当することは上記3において説明したとおりである。
- (2) 審査請求人は、自己の傷病の状態(検査結果)等を知るために開示請求をしているのであって、第三者に関する情報を知るために開示請求をしているものではない旨を主張している。しかるに、労災認定に係る書類の開示請求は当該労災認定の結果に対する不平や不満を契機と

して行われるケースが多く、仮に書類が開示された場合には、当該労災認定の重要な判断要素となった医師の意見に対して、開示請求者が不満を抱き、上記3理由で述べた問題が発生することは十分に想定されるところであり、この場合、個人情報を開示する側としては、個々の開示請求事案について、開示請求者の開示請求に係る思惑や事情等を把握し、問題発生の危険度を完全に予測することは不可能である。

(3) また、仮に労災認定に当たって医師が述べた意見が開示されることが前提となった場合、現実に医師に対する誹謗や中傷等の問題が発生するまでもなく、このような問題への憂慮・懸念等から、労災請求人の傷病の状態等に関し、医師が公正で直截的な意見を述べることをちゅうちょする、あるいは意見を述べることを拒むといった事態が頻繁に発生することが想定されるところである。

労働基準監督署における労災認定の事務処理については、傷病名の特定に始まり、その発生原因や傷病の状態・後遺障害の程度等に関して、医師の意見を聴取することが非常に多く、これら医師の意見は、公正かつ適正な業務上外の判断や後遺障害の認定等に必要不可欠なものとなっている。このような労災認定における医学的意見の聴取の重要性をかんがみした場合、速やかな意見の提供が阻害され、迅速で的確な労災認定に支障が及ぶおそれのある情報の開示は絶対に回避すべきという観点から、その開示に当たっては特に慎重な配慮、取扱いが必要である。

5 結論

以上のとおり、本件対象保有個人情報のうち、別表の「不開示部分」欄に掲げる情報については、法14条2号及び7号に該当することから、原処分のとおり、不開示を維持すべきものであり、当該情報以外の情報については、開示することが妥当であると考えらる。

第4 調査審議の経過

当審査会は、本件諮問事件について、以下のとおり、調査審議を行った。

- ① 平成18年9月8日—諮問の受理
- ② 同日—諮問庁から理由説明書を収受
- ③ 同年12月12日—本件対象保有個人情報の見分及び審議
- ④ 平成19年3月22日—審議

第5 審査会の判断の理由

1 本件対象保有個人情報について

本件開示請求は、東京労災病院が平成17年4月18日に立川労働基準監督署労災課に提出した意見書及び添付書類に記載された保有個人情報の開示を求めるものである。

処分庁は、対象文書1から対象文書3までの文書に記載された情報を本件対象保有個人情報として特定し、法14条2号及び7号の不開示情報に該当することを理由に、その一部を不開示とし、諮問庁は、別表の「不開示部分」欄に掲げる情報以外の情報については開示すべきとしているが、同欄に掲げる情報については、不開示を維持すべきとしているので、本件対象保有個人情報を見分した結果も踏まえ、その不開示情報該当性について検討する。

2 不開示情報該当性について

(1) 本件対象保有個人情報全体の法14条2号本文該当性について

本件対象保有個人情報は、対象文書1から対象文書3までのいずれの文書においても、それぞれ当該文書を作成した医師の氏名、署名による氏名等が記載されている上、当該医師の意見等が記述されたものであるから、対象文書1から対象文書3までに記載された保有個人情報は、いずれも、全体として、法14条2号本文に規定する開示請求者以外の個人に関する情報であって、特定の個人を識別することができるものに該当する。

(2) 本件対象保有個人情報の不開示部分の法14条2号ただし書該当性等について

ア 医師の所属診療科並びに氏名、署名による氏名及び印影について当審査会において本件対象保有個人情報を見分したところ、対象文書1の不開示部分には、当該文書を作成した医師の所属診療科並びに氏名及び印影が記載されている。また、対象文書2の不開示部分には、当該文書を作成した医師の所属診療科及び署名による氏名並びに当該文書の提出先である対象文書1を作成した医師の所属診療科及び姓が記載されている。さらに、対象文書3の不開示部分には、当該文書を作成した医師の所属診療科並びに氏名及び印影並びに当該文書の提出先である対象文書1を作成した医師の姓が記載されている。

当審査会において本件対象保有個人情報を見分したところ、当該医師は審査請求人と直接対面し、審査請求人の主訴も聞いた上で、診断や検査を行っているものと認められ、このような状況を踏まえれば、当該医師が誰であるかは既に審査請求人は知っているものと認められ、対象文書1の不開示部分のうち当該文書を作成した医師の所属診療科及び氏名、対象文書2の不開示部分のうち当該文書の提出先である対象文書1を作成した医師の所属診療科及び姓並びに対象文書3の不開示部分のうち当該文書を作成した医師の所属診療科及び氏名並びに当該文書の提出先である対象文書1を作成した医師の姓は、法14条2号ただし書イに規定する、法令の規定により又は慣行として開示請求者が知ることができ、又は知ることが予定されている情報に該当すると認められる。

他方、対象文書1及び対象文書3を作成した医師の印影並びに対象文書2を作成した医師の署名について検討すると、これらは、立川労働基準監督署長からの照会に関して作成した意見書等の真正を証明するために、押印又は署名されたものであり、また、印影については、当審査会において見分したところ、その形状から、当該医師の個人印であると認められる。このような状況を踏まえれば、対象文書1及び対象文書3を作成した医師の印影並びに対象文書2を作成

した医師の署名が開示請求者が知ることが予定されたものであるとは認められない。したがって、当該印影及び署名は、同号ただし書イに該当するとは認められず、また、医師は独立行政法人の職員ではあるが、当該印影及び署名そのものが職務遂行の内容に係る部分であるとは認められないことから、同号ただし書ハに該当するとは認められず、また、同号ただし書ロに該当する事情も認められない。

なお、当該部分は、開示請求者以外の特定の個人を識別することができることとなる記述の部分に該当すると認められ、法15条2項に規定する部分開示は適用できず、不開示が妥当である。

イ 医師の所属診療科並びに氏名、署名による氏名及び印影以外の不開示部分について

医師の所属診療科並びに氏名、署名による氏名及び印影以外の不開示部分については、各文書それぞれ、労災請求人である審査請求人の主訴や検査結果等を踏まえた、審査請求人の後遺障害の程度に関する医師の医学的判断内容や意見が記載されているものと認められる。

これらの部分については、当該医師はいずれも独立行政法人の職員であり、当該部分は、当該独立行政法人の職員としての職務遂行に係る情報であると認められ、また、当該職務遂行の内容に係る部分であると認められるので、法14条2号ただし書ハに規定する情報に該当すると認められる。

(3) 本件対象保有個人情報の不開示部分の法14条7号該当性について

諮問庁は、不開示部分全体について、当該部分が開示されるとすると、文書を作成した医師が、意見内容について「意に沿わない」「納得がいかない」とする労災請求人のいわれのない誹謗や中傷の対象となることが懸念され、この懸念等から心理的に大きな影響を受け、労災請求人の傷病等についての直截的な意見を記載することをちゅうちょするなど、公正な労災認定を実施していく上で必要不可欠な率直かつ的確な医学的意見の収集が困難となる事態が発生することが想定され、労

働基準監督署における労災認定事務の適正な遂行に支障を及ぼすおそれがあるものであり、法14条7号の不開示情報に該当すると説明している。

しかしながら、上記(2)アのとおり、医師は審査請求人と直接対面し、審査請求人の主訴も聞いた上で、診断や検査を行っているものと認められ、このような状況を踏まえれば、診察内容から、当該部分に記載された医師の意見等の概略は、既に審査請求人も把握しているものと考えられる。

さらに、医学的に困難な判断を伴う労災保険に係る事案等について監督署長から意見照会を受けた医師が意見を述べ、それが開示された場合に、審査請求人の意見がそれと対立し、当該医師と審査請求人の間で論争となることは十分に考えられるところである。しかし、当該医師に対し、その意見をめぐり論争の域を超えて、審査請求人から、不法、不当な誹謗、中傷等が加えられることが当然に予想されるものではない(万一そのような行為が行われたときは直ちにこれを排除する措置が講じられるべきことは当然である。)

以上のことからすると、当該部分を開示しても、文書を作成した医師に対してその意見をめぐり論争の域を超えて不法、不当な誹謗、中傷等が加えられるおそれがあるとは認め難いと言うべきであり、したがって、当該医師が労災請求人の傷病等についての直截的な意見を記載することをちゅうちょするおそれがあるとは認め難く、当該部分を開示することにより、労災認定事務の適正な遂行に支障を及ぼすおそれがあるとは認められず、当該部分は、法14条7号に規定する不開示情報には該当せず、開示すべきである。

3 本件一部開示決定の妥当性

以上のことから、本件対象保有個人情報につき、その一部を法14条2号及び7号に該当するとし不開示とした決定について、諮問庁がなお不開示とすべきとしている部分については、医師の印影及び署名は、同条2号に該当すると認められるので、不開示としたことは妥当であるが、その余の部分は同条2号及び7号のいずれにも該当するとは認められず、開示すべきであると判断した。

(第3部会)

委員・大熊まさよ、委員・北沢義博、委員・高橋滋

別表

文書	不開示部分
対象文書1	① 「高次脳機能障害※3」の欄の記述 ② 「その他の身体の障害の状態」と書かれた欄の記述 ③ 文書作成者であるA医師の所属診療科 ④ 同医師の記名及び印影
対象文書2	文書左側部分 ① 同文書の提出先であるA医師の所属診療科及び姓並びにB医師の所属診療科 ② 「知能検査」の1行目から3行目、6行目の3列目から13行目 ③ 「記憶力検査」の1行目から4行目 ④ 「内田クレペリン」の「全平均51.0、前期平均45.0、後期平均57.0でした。」以外の部分 ⑤ 「ベントン資格記銘検査」の「正確数9、誤謬数2でした。」以外の部分 ⑥ 「MMPI」の4行目「おおむね50～70点に治まっており、」以外の部分 ⑦ [SDS]の「得点=40点です。」以外の部分 ⑧ 「SRQ・D」の「得点=3点です。」以外の部分 文書右側部分 ① 12行目から15行目まで ② 文書作成者であるB医師の署名
対象文書3	① 同文書の提出先であるA医師の姓、C医師の所属診療科に関する記述 ② 「総合意見」の記述 ③ 文書作成者であるC医師の所属診療科 ④ 同医師の記名及び印影



指曲がり症5件目の勝訴判決

大阪●労基署も労災認定、基金の対応は？

変形性手指関節症（いわゆる指曲がり症）を発症した兵庫県三田市の給食調理員Tさんが、地方公務員災害補償基金兵庫支部に公務災害として申請したところ公務外とされ、基金支部審査会さらに本部審査会でも審査請求を棄却されたため、基金を相手取って公務外認定処分の取り消しを求めた裁判で、神戸地裁は5月8日、原処分を取り消すTさん勝訴の判決を言い渡し、期限までに基金は控訴せず確定した。地公災基金を被告とする同種の訴訟では、これで5件目の勝訴判決となった。

一方、Tさんと同じ職場の非常勤調理員4名が労災請求をしていた件では、3月29日付で伊丹労働基準監督署は、全員について業務上疾病として療養補償給付を行う決定を行った。つまり、民間労働者についての労災保険制度を管掌する労基署でも同様な判断が示されたわけで、基金の採用する認定基準の違法性、その認定基準を変更しようとする基金の不当性があらためて浮き彫りになった。

また、大阪市調理員が公務外とされ大阪市支部審査会へ審査請求中の件での意見陳述があり、大阪市学給労と関西労働

者安全センターは、以上の経過を踏まえた早急な原処分取消を主張したところである。

基金は不当な基準を即時撤廃し、給食調理員の指曲がり症を幅広く認定するべきだし、各自治体当局は調理職場環境の改善に一層努力するべきである。

● 病院、センターで24年

Tさんは、1973年（33歳）から三田市民病院で14年間、1987年から学校給食センターで退職する1999年まで12年間、合計26年間給食調理員として働いた。

1993年頃から、はじめ右手小指第一関節、その後両手の他の指に変形、しびれ、痛みが出て整形外科にかかるようになり、1997年1月、田島隆興医師に変形性手指関節症と診断された。

給食調理業務が原因だとして1997年3月に基金に公災申請するも公務外とされ、最終的に2005年1月に基金本部審査会が再審査請求を棄却したため、同年神戸地裁に公災認定を求めて提訴した。

● 認定基準の撤回しかない！

給食調理業務は多くの手指負担業務を含んでおり、その過度の作業負担が手指の関節に持続

的な炎症を生じさせ、破壊と変形をきたす。給食調理員に指曲がり症が多発するというのはわかりやすい話だ。職業的な手指負担のある他の職種でも発症が報告されている。現在までに労災保険制度において業務上疾病として認められた例もあり（プロイラー工場での解体作業、回路基板加工業者）めずらしいことでは全くなくなっている。

しかし、過去の整形外科の世界では「年齢によるもの」として作業要因を認めない考えが根柢なく信じられていて、多くの労災認定事例を経た今日でもその傾向は否めない。

さて、給食調理員の指曲がり症に対する自治労の取り組みは1988年から全国闘争として展開され、今日に至る。これまで、100名を超える公災認定をかちとってきたが、一方で、それをを超える人が公務外とされた。公務外とされた原因は、基金の設定した「認定基準」による機械的線引きにある。以下は、1993年の第一次一斉申請に対する公務上外判断を基金が行ったときに基金が示した「考え方」である。

（前提）

1 医学的に明らかに手指の変形性手指関節症であると認められること。

（単独校）※学校単独で調理室を持つ場合

2 単独校にあつては、採用から確定診断までの調理業務従事年数（以下「経験年数」という。）が10年を、各年度の1人



牛乳瓶の詰め替え作業

1日当たり調理食数（以下「平均調理食数」という。）の合計（以下「総調理食数」という。）が2,000食をそれぞれ超え、かつ、総調理食数を経験年数で除して得た数値（以下「総平均調理食数」という。）が200を超えること。ただし、調理業務に従事した施設と同程度の規模の施設に比べて平均調理食数が少ない場合を除く。

3 前項にかかわらず、単独校について経験年数が10年を超え、総調理食数が2,000食を超える場合において、総平均調理食数が、200以下である者については、採用から確定診断までに次の要件のいずれかを満たすこと。

(1) 調理業務に従事した各年度において、平均調理食数が200を超える年度が相当数あること。ただし、調理業務に従事した施設と同程度の規模の施設に比べて平均調理食数

が少ない場合を除く。

(2) 調理業務に従事した施設と同程度の規模の施設に比べ、平均調理食数が著しく多い年度が相当数あること。

(3) 作業施設・作業環境等について、著しい公務過重の状況が認められる年度が相当数あること。

(給食センター)

4 給食センターにあっては、経験年数が10年を超え、総調理食数が2,000食を超えるとともに、次の要件のいずれかを満たすこと。

(1) 調理業務に従事した施設と同程度の規模の施設に比べ、平均調理食数が著しく多い年度が相当数あること。

(2) 作業施設・作業環境等について、著しい公務過重の状況が認められる年度が相当数あること。

大雑把に言えば、認定するの

は「経験年数10年超かつ総調理食数2,000食超であって、各年度の調理食数が全国平均を相当数の年度で上回っていること」ということができる。つまり、業務量が平均程度の場合には認定しないというものである。

多くの公務外認定のうち裁判に訴えたのは、今回のTさんを含めて次の5件で、すべて原告勝訴で確定している。(①原告、②職場、③地裁・判決日、④高裁・判決日)

- 1 ①豊中市調理員2名、②給食センター、③大阪地裁 2001年4月25日
- 2 ①堺市調理員3名、②単独校、③大阪地裁 2001年5月23日、④大阪高裁 2003年2月27日
- 3 ①安来市調理員1名、②単独校、③松江地裁 2003年2月10日
- 4 ①宝塚市調理員1名、②単独校、③神戸地裁 2004年6月17日
- 5 ①三田市調理員1名、②病院、給食センター、③神戸地裁 2007年5月8日

各判決は、基本的にははじめの大阪地裁判決で示された論理構成で一貫している。すなわち、給食調理員における指曲がり症の多発状況に立脚して基金の認定基準を否定し、公務外認定処分を取り消した。

今回の三田市事件の判決は、結論部分で、以下のように述べている。

「被告は、変形性手指関節症

が給食調理業務に起因するというためには、従事していた給食調理業務が、平均的な給食調理員の業務よりも著しく過剰であることが必要であると主張し、平均的な業務量の負荷があるだけでは、変形性手指関節症が給食調理業務に起因したと認めることはできないとする。

この見解は、著しく過剰な給食調理業務だけが変形性手指関節症を発症させる危険を内在するのであり、平均的給食調理業務はそのような危険が内在しないと考えることができれば首肯できるものであるが、そう考える根拠は乏しいといわざるを得ない。特に認定事実5の疫学調査の結果は、平均的な給食調理業務にも変形性手指関節症を発症させる危険が内在していることを強く示唆するものであり、被告の主張は、疫学調査の結果を無視しようとするもので相当ではない。」

基金は、今回も控訴を断念した。もはや、認定基準の撤回しかあり得ない。

● 伊丹労基署の攻防

三田市職はTさんの訴訟と平行して、同じ職場の非常勤4名について昨年6月、田島医師の業務上疾病であるとの診断に基づいて伊丹労基署に労災請求を行った。ところが、伊丹署は主治医意見を疑問に思ったか、あるいは、覆すためか、4名に対して関西労災病院整形外科への受診を指示してきた。

誰がみても真実はひとつであるとの認識から、4名がこのいわ

ゆる対診に応じたところ関西労災病院整形外科医師は真面目に診察、検査を行うのではなく、4名に対して「これは年齢が原因である」と患者を愚弄する発言を行ったというのである。

このことで伊丹署及び伊丹署が医学的鑑定意見を得ようとしている関西労災病院の指曲がり症に対する認識、知識が、きわめてレベルの低いことが明確になったため、三田市職では伊丹署に対して交渉を申し入れた。

交渉では、三田市職担当者、4名本人が関西労災病院医師の発言、態度に強く抗議するとともに、同行した当センターからは、これまでの労災保険制度における指曲がり症の労災認定事例や地方公務員の地公災基金制度における公災認定状況について資料を示して説明した。労災認定事例は、宮崎署が認定したプロイラー工場作業員、尼崎署が認定した特養ホーム調理員、北大阪労基署が業務外としたが大阪労災審査官が原処分を取り消して業務上とした回路基板加工労働者の各ケースだった。あとの2例については田島隆興医師の診断をもとに当センターも協力して取り組んだものだ。

とくに、過去4件の行政訴訟がすべて原告勝訴で確定していることを強調し、4名と同職場のTさんの裁判が結審し近く判決が出る予定でまず勝訴するはずだ、ところで「あなたたちはこうしたことを知っているのか? どうするつもりか?」と労災課長以下に判断を迫った。

伊丹署の面々にとっては、これらの情報は全く寝耳に水、三田市事件の判決に近いことも知らなかったはずである。彼らの対応にありありと現われていた。

この時点ですでに関西労災病院医師からは業務外の「医学的」意見をとっていることもまた明かな労災課長らの口ぶりだったので、交渉後、伊丹署がどう取り扱うのかは実際、予断を許さない状況にあったが、年度末直前、業務上疾病として支給決定を行うという結末となった。

伊丹署はある意味「賢明」であった。三田市職と4名が労基署に来てくれたおかげで大恥をかくのを最後の最後で免れたのだ。

ただ、認定にあたって伊丹署が伝えてきた「認定理由」には、「4名の変形性手指関節症は給食調理業務で発症したのではなく、年齢によって発症したものであるが給食作業によりそれを悪くしたもの、という点で認定した」とあり、まことに往生際の悪いことこの上なく、三田市職では、伊丹署の姿勢を正すべく交渉を予定している。

● 大阪市支部審査会の攻防

5月21日、大阪市学校給食調理員Iさんに対する公務外認定取消を求めた審査請求の口頭意見陳述が行われ、当センターは代理人として大阪市学給労とともに参加し、三田市事件判決までのすべてを踏まえて、即時に原処分を取り消すよう審査会委員に要求した。

Iさんは、1974年から今日まで

学校給食調理員として大阪市立の小学校、養護学校に勤務してきた。長年の作業負担から指曲がり症を発症し公災申請したが、認定基準によって「食数不足」として不当な公務外認定を受けた。意見陳述では認定基準による不当な判断であることを指摘するとともに、養護学校が少人数、多クラスのために食缶などの数が多くなり負担もより過重になっている点など具体的な手指負担要因について主張した。

基金の職務怠慢そのものの公務外判断を、審査会がまたしても漫然と追認するのか、その明らかな誤りを正せるのか、が注目されている。

指曲がり症について基金は、でたらめな認定基準による誤った公務外認定のみならず、障害認定における言語道断な取り扱いを続けている。指曲がり症については、障害認定基準を無視して不当に低い等級にしか認定していないのだ。

基金、支部審査会、本部審査会、すべてのレベルでの早急な「正常化」が必要だ。指曲がり症における事態は全く馬鹿げているとした言いようがない。当センターは被災者、関係労組とともに積極的に指曲がり症問題に取り組んでいく決意である。



(関西労働者安全センター)

大の原因企業であることは間違いないだろう。

ところが、にもかかわらずニチアスは、被害者と社会に対して誠実に対応しようとはしていない。隠せることはできるだけ隠し、被害者からの補償要求には応じるが、個別交渉だけに対応し、合意の存在、内容のすべてを秘密にすることを被害者側に強制している。

社内と下請会社の労災上積み補償制度の内容を秘密にし、ニチアス本体と下請・子会社の上積補償に大幅な格差をつけている、

離職被害者が加入した労働組合との団交を拒否している。

周辺住民への「救済金」制度を作りながら、周辺被害については責任を認めず謝罪もしていない。「救済金」制度の内容を秘密にしなが、支援団体との交

「金で被害者を黙らせる」

ニチアス●最大の加害企業の責任追求

● クボタ・ショックなければ闇の中

ニチアス(旧 日本アスベスト)は文字どおり日本の石綿産業を代表する企業である。工場、工事、下請、子会社で多数の石綿被害者を出し、工場周辺での被害も明らかになってきた。ただし、わかったのは2005年6月のクボタ・ショック後。クボタ・ショックがなければ、おそらくすべて闇の中に葬られていた。

ニチアス本社の公表によれば、中皮腫、肺癌、じん肺・合併症による死亡者は214名。工場周辺での新法認定者は6名である。

クボタとともに最大の石綿被害を出しているニチアス。ニチアスが生産した石綿製品を使用した分まで考えると、日本の石綿被害の最

工場周辺石綿新法認定者

(ニチアスによる→救済金支払者?)

	中皮腫	肺がん	計
死亡	3	0	3
療養中	1	2	3

ニチアスの石綿疾患・じん肺死亡数、住民健診結果

1976年～2007年3月の労災保険、石綿新法で認定された死亡数

事業所名	中皮腫 死亡	肺がん・ 合併症 死亡	死亡 計	企業の住民健診 有所見者(要経過観察) /受診者 05.7~判明分
鶴見工場	4	12	16	
王寺工場	13	32	45	21/110
羽島工場	12	22	34	49+38/468+250
袋井工場	2	4	6	6/349
結城工場	0	0	0	
工事他	17	16	33	
子会社計	8	2	10	44/175(竜田工業)
合計	56	88	144	158/1352
じん肺死亡	ニチアス、工事他、子会社		70	



ニチアス、竜田工業の石綿製品製造期間

工場名	操業年	青石綿	茶	白
鶴見	1939	64～71	39～82	39～95
王寺	1937	63～71	37～87	37～04
羽島	1943	48～71	43～91	48～03
袋井	1964	70～71	64～92	67～92
結城	1974		74～92	74～92
竜田工業	1943	51～70		66～01

渉では本人がいても同席者に委任状を要求する。

被害を発生させた責任を認めない、できるだけ補償額を節約するために被害者との直接交渉はせず、意のままに動く悪質な弁護士を交渉に当たらせている。

すべてを秘密に処理してきたクボタ・ショック以前に形成された「金を払って被害者を黙らせる」方針を、現在も継続しているというわけである。

いま、全造船、アスベストユニオン、被害者・住民団体は、ニチアスの傲慢な姿勢、手法を変えさせるべく取り組んでいる。石綿被害の責任を認めない国、これと裏表の関係にある日本一の石綿企業ニチアスとの闘いである。

● ニチアス王寺、竜田工業

クボタ・ショック後の2005年7月17日、斑鳩町にある子会社竜田工業が地元住民説明会を開き「従業員の中から多くの被害者を出してしまったが、近隣への被害は考えられない」と説明したが、直後に近隣に中皮腫死亡者がいることが報道された。現在までに竜田工業周辺の中皮腫

死亡者は、私たちが知るだけで4名、すべて女性である。

元従業員、周辺住民の健診をニチアスが無料で実施してきた結果、昨年5月段階で、周辺住民における胸膜プラークなどの有所見者は竜田工業44名、王寺工場21名を数え、元従業員の有所見者は竜田工業51名、王寺工場286名にのぼっている。

王寺町、斑鳩町の石綿取扱工場は、ニチアス、竜田工業しかない。しかし、信じられないことに、周辺被害の責任と原因を、いまに至るもニチアスは明確にしない。

こうしたなか、昨年4月にクボタが救済金制度を公表した直後の5月はじめ、ニチアスは一方的に「救済金」制度を制定したと発表、ただ、水準はクボタを大きく下回る内容で、竜田工業はさらにこれを下回るものだった。

こうしたニチアスの汚いやり方への怒りを直接の契機として、中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会奈良支部が結成された。5月21日である。

奈良支部は動きのなかった奈良県、斑鳩町に対して申し入れを

行い実態調査を要求、企業には公開説明会を要求してきた。県はようやく中皮腫疫学調査などを行うことになったが、企業は公開の場に出てこようとはしていない。

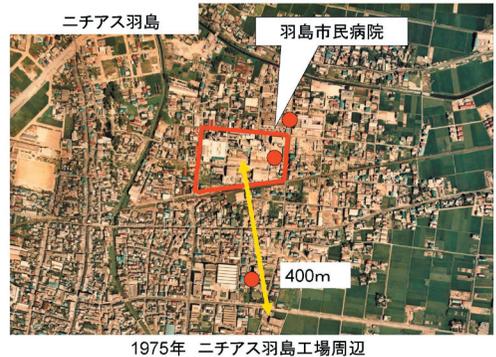
住民を上回る規模で顕在化したのが元労働者の被害だったが、城下町の両町ではなかなか表だった動きは起こっていなかった。ところが奈良支部設立の集いに参加した元従業員で健診で有所見とされた方が数名いた。

この方々の意見を出発点として全造船関東地協・早川寛事務局長などに相談の結果、9月17日に全造船ニチアス・関連企業退職者分会が結成された。

9月20日に王寺工場に団交申し入れを行い、対応に出た佐藤工場長から交渉に応じる方向で考えたいという発言もあり誠意ある対応を期待したが、その後、ニチアスは札付きの弁護士を代理人に立て、労働組合との団交を拒否してきた。

今年3月26日には、ニチアス本社への抗議行動が取り組まれたが(写真左)、ニチアスの対応に変化がないため、やむなく、4月5日、奈良県労働委員会に不当労

ニチアス羽島工場 石綿別使用量



働行為救済申し立てを行い、まもなく審査がはじまろうとしている。

● ニチアス羽島

岐阜県羽島市のニチアス羽島工場では、周辺住民健診によって87名の有所見者が確認されている。

クボタ・ショック後の秋に当初の健診で有所見者とされた方たちが「アスベストに関する地域住民の会」を結成し、今日までに活動を続けている。健診地域の拡大を実現、中皮腫など被害者の支援も行っている。患者と家族の会奈良支部は当初から住民の会と連絡をとり、情報交換をはじめ様々な面で協力を進めている。

ニチアス各工場、竜田工業の石綿取扱期間は、別表のとおりである。羽島工場の石綿別取扱量は、ニチアスによれば次のとおりで、茶石綿の使用が特徴的といえる。

住民健診での有所見者は、奈良県を上回っているが、これは、工場周辺の居住状況などによるものかもしれない。

羽島工場周辺では私たちの知る限りで、中皮腫死亡3名、療

養中2名が確認されている。至近距離にある羽島市民病院に在職した元看護師が中皮腫を発症していることがマスコミ報道されている。

周囲への石綿飛散は、周辺住民に多数の有所見者が確認されていることから明らかであり、中皮腫の原因は羽島工場からの石綿しか考えられない。

王寺、斑鳩、羽島でニチアスの石綿被害の責任を問う取り組

みが進んでおり、元労働者、住民、元住民と異なる立場の被害者が連携し、ニチアスに対していくことが重要になるなかで、安全センターもその役割を果たしていきたいと考えている。

そして、原因企業や地域を超えたすべての被害者の連帯が石綿問題の今後にとって、最も重要な課題なのである。



(関西労働者安全センター)

親会社社員と同一の補償 神奈川●子会社労働者の石綿肺がん

故宇佐美興郎さんは、若い頃、日本リンペット工事(すでに解散)で約6年間、石綿吹き付け作業に従事した。その後はアスベスト曝露の考えられない職場で定年まで勤め、2004年に64歳で肺がんで亡くなられた。

2年後のクボタ・ショック報道をきっかけに、妻の紀子さんはアスベストセンターに相談。専門医に

レントゲン写真を診てもらい、夫が「明らかな石綿肺」であったことを知って、労災申請を行い、2006年9月に業務上認定された。

紀子さんは、よこはまシティユニオンに加入し、リンペットの親会社である日本バルカー工業(本社:新宿区、石綿製品製造)と団体交渉を開始。当初、会社は、リンペットとバルカーは別法人であ

り、バルカーに法的責任はないと主張した。

しかし、リンベツ本社はバルカー社内であり、リンベツを作ったのも廃業させたのもバルカーであり、しかも、バルカーは社員だった被災者には相当額の補償を行っていた。粘り強く交渉した結果、バルカーは宇佐美さんに謝罪し、社員と同一の補償を行うなどの内容で、5月31日に



(神奈川労災職業病センター)

◆宇佐美紀子さん

会社は、バルカーとリンベツはまったく違う会社だと言いましたが、夫は「バルカーの工事に勤めていた」という認識でした。よい解決となり、故人にはっきりと報告できることが嬉しいです。ユニオンに感謝しています。今までの心のつかえが取れました。こういう思いをしましたので、これからもアスベストのことは忘れられません。落ち着いたら他の方のアスベスト裁判も傍聴したいと思っています。

ほんの2、3日は仕事の楽な倉庫に行かされたが、間もなくいつもの忙しい場所に戻された。労災にしてほしいと会社に頼んだところ、「労災にはしない。治療が必要なら会社で払う」と言われたので、1週間に一度鍼灸を受けた。

1か月もすると会社は、鍼灸の治療費の領収書を持っていても支払いをしなくなりました。肩が痛いまま仕事も休まず、治療費もかさみ困ってしまったAさんは、年明けにあらためて「労災にしてほしい」と会社に要望し、東京労働安全衛生センターに相談に来た。このときAさんの肩の状態は、捻挫の段階で十分に療養できないまま負担の大きい仕事を継続してきたがために、左肩部分に広く炎症が起り、治りづらくなってしまっていた。

センターとのやりとりで会社は、「うちは労災を使ったことはない。いつも会社が治療費を出して面倒をみている。治療費は払うのだから労災に出さなくてもよいではないか」と、妙な威張り方をして労災申請の手続をいやがった。しかし、治療費は出しても会社は休業した場合の補償までは出してはくれない。Aさんが安心して休むことができず、症状を悪化させてしまうことにもつながる。会社には法律に則って被災労働者の希望に協力するよう求め、最終的に渋々ながらも協力を得ることができた。2月、Aさんは左肩捻挫、左肩関節周囲炎で亀戸労働基準監督署に療養補償請求し、4月業務上と認定された。

(東京労働安全衛生センター)

ペルー人労働者の肩捻挫 東京●「労災は使ったことない」と言う会社

日系ペルー人労働者のAさんは、宅急便会社の倉庫で夜7時から翌朝7時まで、ベルトコンベアで流れてくる荷物を仕分けする作業を行っている。Aさんは、膝下丈のラインの前に立って、正面のラインの右から左に荷物が流れてくるなかから決められた番号の付いた荷物を選び出し、自分の左側に仕分けする。荷物の形状は段ボールのもの、木箱のもの、重さもごく軽いものから、50kg以上といった重たい物もめずらしくない。

昨年10月、職場に出勤し、コンベア前で荷物の仕分け作業をはじめた。仕事を始めて5時間余りした深夜0時30分頃、1.5m×1m×1mくらい重そうな木箱が流れてきた。Aさんは、箱を縛っている二重のナイロンのヒモに左手

で握って、箱を自分の左側へ引き寄せようとした。ところがそのとき下のローラーの滑りが悪く、ナイロンヒモが下から引っ張られるような具合になり、Aさんは、ヒモに滑り込ませた左手の指を締め付けられたままベルトの流れる左へと腕ごと・肩ごと、引きずられてしまった。姿勢が大きく崩れたAさんの左肩にぎりぎりとお激痛が走った。とっさに足で箱を蹴飛ばし、必死に左手を抜き取ったものの、左肩の痛みはやまなかった。

朝になり会社に相談すると、病院に行きなさいと言われたので、亀戸ひまわり診療所に受診し整形外科にかかった。Aさんは「左肩捻挫」と診断され、仕事の負担を減すように医師にアドバイスを受けた。会社に伝えると、

「頸肩腕障害などの上肢障害認定マニュアル」発刊

産業衛生学会頸肩腕障害研究会●「定義・診断基準・病像」提案

労住医連と全国安全センターの共同作業として、長く取り組んできた、頸肩腕障害認定マニュアルが、この7月にようやく出版にこぎつけることになりました。上肢作業に従事する労働者、医療機関関係者、衛生管理者、ソーシャルワーカーなど頸肩腕障害にかかわる皆さんが本書を活用され、頸肩腕障害の解決の取り組みに生かされることを期待します。

頸肩腕障害は、わが国の多くの職場で多発している、上肢の使いすぎを原因として発症する筋骨格系の職業性疾患です。罹患した労働者は、その補償や治療・予防において多大な困難に直面しています。

本書の出版の目的は、職場で頸肩腕障害に罹患した働く人が訪れる全ての医療機関において、簡単にその発症要因を明らかにし、労災認定申請を行い、安心して治療できる補償を得るとともに、職場に発症要因を明示することにより、企業に頸肩腕障害の発症リスクを知らせて職場の改善を促し、再発および新たな発症を予防することを実現するためです。これまでの多くの経験から、医師が診断書や労災申請書により職場における頸肩腕障害の発症要因を企業に対して明確に示すことにより、職場の改善は目に見えて進展してきています。

私たちが取り扱った事例では、労災申請を行うことにより8割以上の職場で、改善が進んでいます。いくつかの例を挙げると、労災申請により、養護学校での頸肩腕障害の特別検診の開始、トイレ、段差の改善や椅子の改善が取り組まれました。両替で頸肩腕障害の起きた銀行では自動両替機の導入、作業量の規制が行われました。その他、コピー職場における一連続作業の規制と休憩時間の導入。手話通訳職場での課全体での手話の取り組みで個人への負担集中の軽減対策。キーパンチ

作業での1時間に15分の休憩の導入。介護施設や調理場での人間工学的対策の進展など、多くの改善をもたらしてきました。

このように、労災申請は、働く人の治療や休業補償を得ると同時に職場の改善を促進する大きな力になります。全国のどのような医療機関においても労災申請を容易に行えるように、本書では従来の頸肩腕障害の本とは異なる構成を取っています。医療機関で頸肩腕障害の患者が訪れた時に、医師が最も悩むのは、労災申請手続きの方法、監督署から意見を求められた時の意見書の作成要領、診断根拠となる過去の同一作業での発症事例の調査などです。申請手続きについても医療機関の事務担当者が容易に対応できるように分かりやすく示しています。意見書の作成要領については、実際に労災認定された事例の医師の意見書例を簡単な事例から詳細なものまで、段階を分けて示しました。

また、労働基準監督署では、過去に同一作業の認定例があると、容易に認定が行われます。したがって、過去の認定事例は、意見書の作成や業務起因性を判断する場合に最も重要な情報になります。しかし、このような頸肩腕障害の認定例について、監督署は、未公開にしておき、監督署間でも情報のやり取りがないという状況にあります。そのため、本書では、これまで私たちの関連医療機関で扱った頸肩腕障害の全ての認定事例、120例について、認定時期、認定監督署名、傷病名、作業の概要について表示し、申請を行った該当監督署から、同一作業の認定事例を扱った監督署に容易に問い合わせることができるような構成にしています。

また、その意見書などの詳細については、巻末の事務局に全てがファイルされており、必要な場合いつでも取り寄せができるようにしてあります。

全ての医療機関での頸肩腕障害の労災申請が容易に行われることにより、職場で発生した頸肩腕障害の職場で解決される道を開き、職場を安全で安心して働けるように改善する動きを促進することが本書の目的です。頸肩腕障害は、リスク要因を明確に指摘し、それに対する職場対策により100%解決される問題です。

全ての医師が働く人に向き合った時に、常に疾病と職業との関連に関心を持ち、企業に対して、診断書の中に業務起因性を明確に記載することは、企業に対策を促す強い影響力を持っています。是非この点を心に留めて診察を行っていただきたいと思います。本書が、多くの医療機関や関係者に活用され、わが国の職場の改善が促進され、頸肩腕障害の解決の一助になれば幸いです。

× × ×

4月25日に、大阪国際会議場で研究会が行われた。研究会では、2004年4月以降、拡大世話人会を組織し、頸肩腕障害の定義・診断基準・病像等に関する検討を重ね、2006年12月14日に新しい2007年版の「頸肩腕障害の定義・診断基準・病像に関する」提案を行った。この日の研究会では、この提案の経緯と詳細が報告され、質疑が行われた。

1970年代に日本産業衛生学会頸肩腕症候群委員会によって、その概念が定義と病像分類として要約されたが、その後30年間の変化が改定の理由となった。

- ① 欧米豪諸国でも80年代後半以降、頸肩腕障害と同様な障害の多発が契機となって、研究や取組みが急速に進展した。
- ② 産業現場での筋骨格系の障害は包括的に作業関連筋骨格系障害 (Work-related musculoskeletal disorders) として把握されるようになった。
- ③ 病態解明の研究も進み、病理プロセスのモデルが提唱されてきた。
- ④ 組み立てライン、保母、介護職、顕微鏡作業など打鍵作業にとどまらない多様な職種に従来の定義や病像が適合していないこと。
- ⑤ 異なる医師・研究者間における診断基準の均質性が保証され難い。

などが指摘され、現在までの研究成果を取り入れながら、分かりやすく、臨床や疫学で使用しやすい頸肩腕障害の定義と病像に改定された。新しい、定義、診断基準の要約は以下のとおりです(詳細は、「頸肩腕障害などの上肢障害認定マニュアル」に掲載されています)。

1) **定義**：「頸肩腕障害は、作業態様に関わる負荷が上肢系筋骨格系組織に作用することにより生ずる機能的または器質的障害である」と定義された。

2) 頸肩腕障害の一般病型の診断基準

(1) 症状

後頭部、頸部、肩甲帯、上背部、上腕、前腕、手指などの筋のこり・だるさ、痛み、前腕・手指等のしびれ、などの症状がある。

(2) 所見

頸部、肩甲帯、上肢、上背部などに、圧痛、軽打痛、筋硬結、筋緊張亢進がある。

(3) 時間的関連

症状・所見と、作業実施・作業負荷の変化との間に時間的関連性がある。

(4) 作業の関与

作業の上肢系における、反復動作・力の発揮・偏った姿勢(肢位)・拘束された姿勢(肢位)などの態様を有する作業の関与により発症もしくは症状が増悪したと判断されるなどである。

研究会では、今回の報告書は、これまでのわが国や欧米での頸肩腕障害の研究成果を反映したものであり、従来の定義や病像に比して、使いやすいものになったと評価する意見が多かった。

今後に残された課題としては、①頸肩腕障害の予防のための職場改善対策の点で具体的な提言がなく不十分であること、②慢性化した難治事例についての治療法への提言がないこと、が指摘された。これを受けて、今後研究会においてチェックリストなどの作成を通じて、人間工学的な改善対策について検討することや、鍼治療を含めた頸肩腕障害の難治例の治療についても検討することが提案された。今後の本研究会の成果が期待される。

友和クリニック(広島) 宇土博

- 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 ● 三多摩労働職業病研究会
〒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 アンビュス梅垣ビル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 hirosima-raec@leaf.ocn.ne.jp
TEL (082) 264-4110 / FAX (082) 264-4123
- 鳥 取 ● 鳥取県労働安全衛生センター
〒680-0814 鳥取市南町505 自治労会館内 TEL (0857) 22-6110 / FAX (0857) 37-0090
- 徳 島 ● NPO法人 徳島労働安全衛生センター
〒770-0942 徳島市昭和町3-35-1 徳島県労働福祉会館内 E-mail rengo-tokushima@mva.biglobe.ne.jp
TEL (088) 623-6362 / FAX (088) 655-4113
- 愛 媛 ● NPO法人 愛媛労働安全衛生センター
〒792-0003 新居浜市新田町1-8-15 E-mail npo eoshc@yahoo.co.jp
TEL (0897) 34-0900 / FAX (0897) 34-5667
- 愛 媛 ● えひめ社会文化会館労災職業病相談室
〒790-0066 松山市宮田町8-6 TEL (089) 931-8001 / FAX (089) 941-6079
- 高 知 ● 財団法人 高知県労働安全衛生センター
〒780-0011 高知市薊野北町3-2-28 TEL (088) 845-3953 / FAX (088) 845-3953
- 熊 本 ● 熊本県労働安全衛生センター
〒861-2105 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レークタウンクニック 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 ● 旧松尾鉦山被害者の会
〒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

