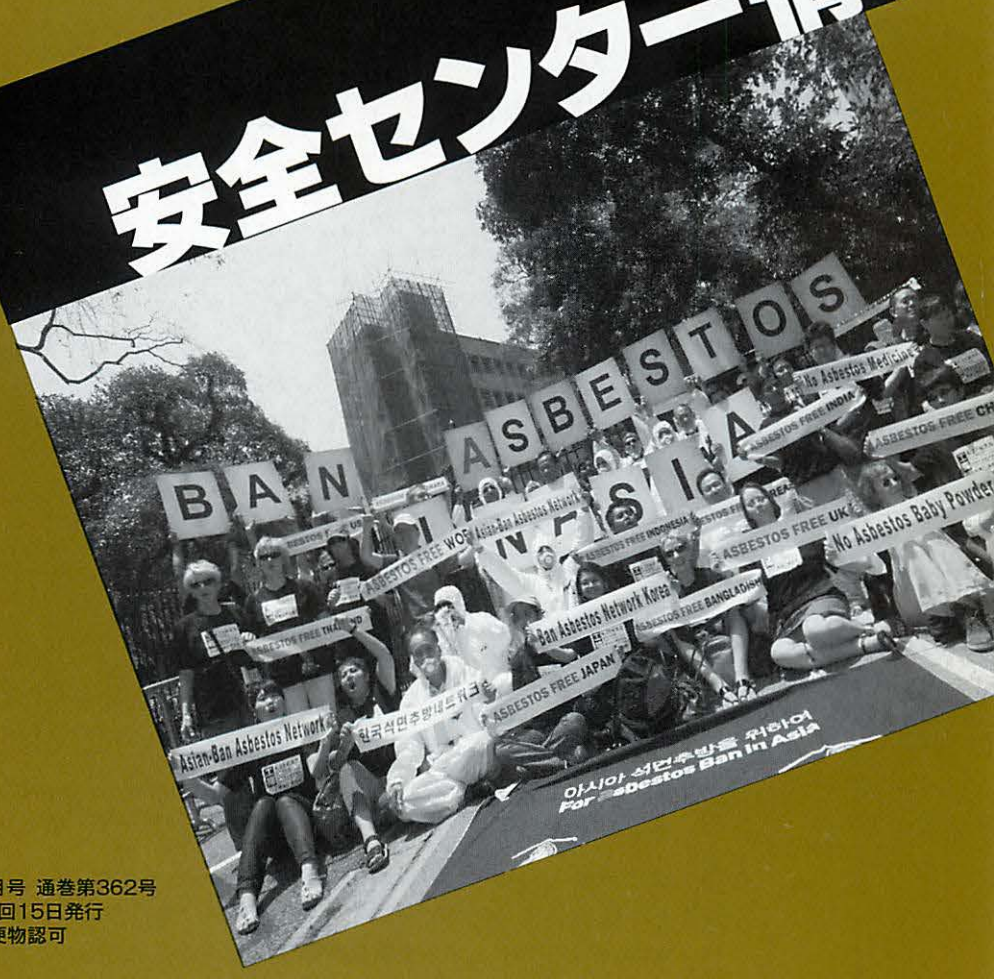
JOSHRC

2009 7

安全センター情報



安全センター情報2009年7月号 通巻第362号
2009年6月15日発行 毎月1回15日発行
1979年12月28日第三種郵便物認可

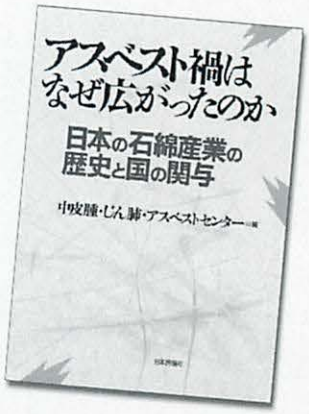
特集● AAC2009とA-BANの発足

写真：香港でのワーカーズ・メモリアルデーにA-BANが登場

隠された情報、今明らかに。あらためて問われる業界、国・行政の責任

アスベスト禍はなぜ広がったのか

日本の石綿産業の歴史と国の関与



中皮腫・じん肺・アスベストセンター●編

世界と日本の石綿産業の歴史を調べ、さらにそれへの国の関与を明らかにし、健康被害の拡大がなぜ防げなかったのかを問う。

CONTENTS

第1章　アスベストの使用の歴史
1.1 アスベストとは／1.2 既存製品へのアスベスト使用／1.3 世界のアスベスト鉱山／1.4 世界のアスベスト企業／1.5 世界のアスベスト業界団体／1.6 海外での技術開発、輸入、国産化の流れ

第2章　戦前におけるアスベスト産業の始まり
2.1 日本のアスベスト産業の形成／2.2 国家政策としてのアスベスト産業の推進／2.3 アスベスト産業の展開その①／2.4 アスベスト産業の展開その②／2.5 アスベスト産業の展開その③／2.6 戦前におけるアスベスト産業の意義と有害性の知見

第3章　日本のアスベスト鉱山開発の歴史
3.1 戦前の鉱山の状況／3.2 戦時中の鉱山開発／3.3 採掘と選鉱／3.4 各鉱山の状況／3.5 朝鮮のアスベスト鉱山／3.6 戦後の鉱山

第4章　国家統制——戦中・戦後におけるアスベスト使用の管理
4.1 アスベストと軍需／4.2 日中戦争以降／4.3 戦後の動き

第5章　1960年代までのアスベスト使用
——建築防火制度・吹付けアスベスト・石綿規格の歴史
5.1 日本のアスベスト産業：興隆の時代／5.2 アスベスト消費の全般的状況／5.3 各製品に関する状況／5.4 建築防火制度とアスベスト／5.5 吹付けアスベスト／5.6 石綿高圧セメント管／5.7 アスベストに関する規格の制定と関係者の関与／5.8 戦後1960年代までの通産省の石綿工業・石綿建材業界に対する関わり

第6章　商社とアスベスト
6.1 商社史概要／6.2 日本のアスベスト関連商社

第7章　アスベストによる健康被害の認識
7.1 アスベスト粉じんの特質とアスベスト関連疾患／7.2 有害性に関する知見の蓄積／7.3 発がん性に関する知見の広がり／7.4 関連する国際会議と三大企業の動き／7.5 日本における知見

第8章　国による規制とアスベスト産業の動向
8.1 1960年代までのアスベスト規制／8.2 発がん性に注目した規制の始まり／8.3 特化則による規制の不十分性／8.4 1970年代の業界不安定時代と規制に対するアスベスト業界の反応／8.5 行政に不作為の責任はあるか

第9章　アスベスト禍はなぜ広がったのか？
9.1 有害性の認識は生かされたか／9.2 国・産業界の関与／9.3 アスベスト製品のコスト／9.4 情報操作と情報格差の利用／9.5 おわりに

◆6月中旬刊／定価2,520円（税込）
◆A5判 ISBN978-4-535-58487-7

発行元　〒170-8474 東京都豊島区南大塚3-12-4
TEL：03-3987-8621　FAX：03-3987-8590
日本評論社
http://www.nippyo.co.jp/

ご注文は中皮腫・じん肺・アスベストセンター TEL 03-5627-6007／FAX 03-3683-9766

同センター第7回総会等：2009年7月18日（土）13：30から 亀戸西口駅ビル6階アトレホール
15：30から村山武彦氏による出版記念講演、17：00から懇親会（1,000円・要予約）

安全センター情報2009年7月号目次［全国労働安全衛生センター連絡会議　通巻第362号　2009年6月15日発行］

特集／AAC2009とA-BANの発足

AAC2009の香港開催とA-BANネットワークの発足

全国安全センター/石綿対策全国連 古谷杉郎 2

アスベスト全面禁止に向けた香港宣言 18
アジア・アスベスト禁止ネットワーク 20

石綿禁止台北宣言を採択 脳心・精神障害認定の比較

全国安全センター 古谷杉郎 22

審査請求で「逆転認定」増加 脳・心疾患の「認定率」微増

脳・心死亡事例では初めて50%超 34

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

世界銀行グループ「グッド・プラクティス・ノート」 42

各地の便り/世界から

神奈川●アスベスト相談事例（総会議案から） 54
岡山●医学的資料なくても石綿肺がん時効救済 56
東京●PC・FAX作業で腱鞘炎 A・Mさんの寄稿 57
神奈川●タクシー会社運行係のうつ病逆転認定 59
厚労省●心の健康問題 職場復帰手引きを改訂 59
韓国●死傷事故なしの精神障害認定する判決 60
韓国●石綿被害建設労働者検索キャンペーン 61

表紙写真／香港でのワーカーズ・メモリアルデーにA-BANが登場

AAC2009の香港開催とA-BANネットワークの発足

アジアの草の根のアスベスト運動に新展開

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

バンコクに次ぎ2回目のAAC

4月26-27日の両日、香港・沙田のリーガル・リバーサイド・ホテルにおいて、2009年アジア・アスベスト会議（AAC2009）が開催された。

アスベストの世界的禁止の実現を中心課題に据えた世界アスベスト会議（GAC）は、2000年ブラジル・オザスコ（2000年12月号参照）、2004年日本・東京（2005年3月号）と2回開催され、2006年には初めてのアジア・アスベスト会議（AAC2006、2006年12月号）がタイ・バンコクで開催されてきた。

2008年には、マンデラ政権になってアスベスト禁止と多国籍企業の責任追求に向けたランドマークともなったアスベスト・サミットから10周年ということもあり、南アフリカでの3回目のGAC2008開催が追求されたが、これは実現しなかった。

他方でAAC2008のベトナム開催も追求され実現しなかったものの、アジアの動向が一層焦点化しているということで、2009年にアジアでGACまたはAAC開催の可能性が探求された。

香港での開催が確実になったのは、2007年11月に石綿対策全国連絡会議（BANJAN）が横浜で開催した国際会議（2008年3月号）の後の関係者の話し合いだった。横浜会議は韓国・釜山勢の初登場の場でもあったが、並行して韓国での運動に弾みがつき、2008年7月に韓国石綿追放ネットワーク（BANKO）の正式発足とソウル・釜山での国際会議（2008年11月号）で、AAC2009香港開催だけでなく、アジア・アスベスト禁止ネットワーク（いくつかの英語名称が検討されたが、最終的に、A-BAN：Asian Ban Asbestos Networkに落着）を創設させることもアナウンスされるにいたった。

同じく7月、香港での『未来を奪う―アジアのアスベスト使用』中国語版の出版記者会見と地元主催者団体との打ち合わせ、8月、日・韓・インドネシア3国合同チームによるインドネシアの石綿紡織工場調査、9月、フィリピン・マニラでのANROAV（労災被災者の権利のためのアジアネットワーク）年次会議でのアスベスト・セッション（2009年1・2月号）、今

年3月、日韓チームによる台湾訪問（27頁参照）。さらに、香港・日本・韓国・インドほかと英米を結んでのスカイプ・ミーティング開催などを通じて、AAC2009開催とA-BAN発足の準備がすすめられた。

AAC2009は、アジア・モニター・リソースセンター（AMRC）、アスベスト禁止国際書記局（IBAS）、香港職工会連盟（HKCTU）、香港工業傷亡権益会（ARIAV）の共催、BWI（国際建設林業労連）、IMF（国際金属労連）、BANJAN、BANKOの後援で開催され、アジア太平洋（中国、日本、韓国、台湾、インドネシア、フィリピン、ベトナム、タイ、バングラデシュ、インド、スリランカ、パキスタン、オーストラリア）を中心に、ヨーロッパ（イギリス、フランス、ベルギー、オランダ、オーストリア、イタリア、アイルランド、スイス）、南北アメリカ（アメリカ、カナダ、ブラジル）も含め24か国から200名をこえる参加者があった。

GACでは荷が重すぎるということでAACになったのだったが、世界会議と称してもよいような顔ぶれだったと思う。日本からは25名、韓国からは13名の参加があった。

前夜祭でビデオ・メッセージ

会議前日の25日には、草の根運動関係者によるA-BAN設立準備の打ち合わせと歓迎ディナー が催された。

A-BAN設立準備打ち合わせ（次頁左上写真）は、参加者の早めの顔合わせと最終的に20頁で紹介するかたちになったA-BANに関する覚書の内容の骨子を確認しておいて、会議プログラム中の特別セッションでは可能な限り具体的な行動計画を議論するようにしたいという趣旨でもたれたもの。

後者では、GAC2004組織委員長でBANJAN代表委員のひとりでもある天明佳臣氏がご指名を受けて挨拶（次頁右上写真）の後、「日本のアスベスト被害者・家族からのメッセージ」と「インドのアスベスト時限爆弾」のビデオ上映（次頁左下写真）。日本のビデオは、関西労働者安全センターの片岡明彦さんが、英語・中国語・韓国語の字幕付きのDVDを百枚以上用意して参加者に進呈された。

続いてアメリカのAsbestos Disease Awareness Organization（ADAO）が3月にカリフォルニアで開催した第5回会議でインドのムンバイ労働安全衛生センター（OHSC）のPralhad Malvadkar（出席）とアフマダバード労働安全衛生協会（OHSA）のRagnath Manvar（欠席）に贈ることを決めた「インスピレーションを与えてくれたで賞（Tribute of Inspiration Award）」の贈呈、インドネシアの伝統芸能も披露された（右下写真）。後者の出演者はインドネシアから香港に働きにきている労働者たちで、その組織するNGOの協力によるもの。

ILO、WHO、ICOH代表も参加

会議初日、冒頭の開会式では、以下の8名から挨拶が行われた。

・李卓人（香港：香港職工会連盟（HKCTU）会長）―次頁左上写真
・Sanjiv Pandita（香港：アジア・モニター・リソースセンター（AMRC）ディレクター）
・陳錦康（香港：工業傷亡権益会（ARIAV）総幹事）
・Laurie Kazan-Allen（イギリス：アスベスト禁止国際書記局（IBAS）コーディネーター）
・Fiona Murie（国際建設・林業労連（BWI）安全衛生部長）
・小木和孝（国際労働衛生委員会（ICOH）会長）―次頁右上写真
・小川尚（世界保健機関（WHO）西太平洋地域事務局環境保健地域アドバイザー）―次頁左下写真
・川上剛（国際労機関（ILO）アジア太平洋総局上級労働安全衛生専門家）―次頁右下写真

香港は草の根の国際活動が盛んで、2005年12月のWTO閣僚会議開催時の国際キャンペーン等が有名だが、HKCTUの李卓人会長（立法会議員でもある）は、「AAC2009は、WTOのときよりも、かつて香港で開かれた国際会議でも最重要」と位置づけ、「香港だけでなく中国全体でのアスベスト全面禁止の実現が重要だ」と訴えた。

ILOの川上さんはAAC2006に続いての参加で、AAC2006のときは、WHOはIvan Ivanov氏、

ICOHはJorma Rantanen氏が参加している。GAC2004には国際機関からの参加はILO駐日代表だけだったが、2006年の国際機関における大進展（ILO総会決議とWHO政策文書）が事態を好転させ、それが継続していることは、草の根の運動にとっても追い風である。ICOHは、3月の南アフリカでの総会で会長が代わったばかりで、Rantanen氏に続いて小木氏のAACへの積極的関与は関係者から歓迎された。

香港での取り組みの進展

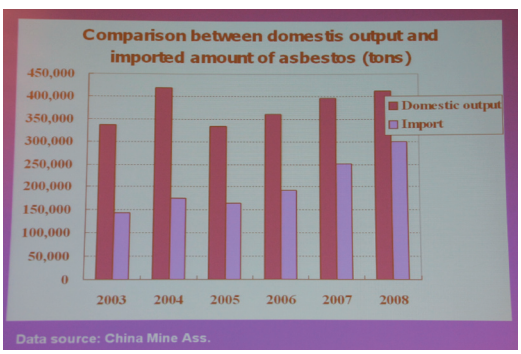
続いて2009年1月23日に石綿肺で亡くなられた労働者の遺族が紹介された。1960～80年に船舶修繕の機械工として働き、2006年に石綿肺発病、それから2年余りでの死だったという（享年78歳）。

香港のじん肺補償基金によると、（労災認定を受けた）生存中の石綿肺患者は12名で、そのうち10名はARIAVの会員―7名が造船所または船舶解輸業、3名が石綿含有建材の除去作業に従事―他は1名が認知症と診断されて老人ホーム入所中でもう1名は連絡がとれなくなっているとのこと。

ちなみに将軍澳、調景嶺というところでかつて船舶解輸が行われていたと聞いた。

香港では、1996年に大気汚染管理条例によって茶石綿と青石綿は禁止され、白石綿の輸入量は2005年165トン、2007年47トンではあるが、禁止されてはいない。ARIAVは石綿全面禁止を要求するキャンペーンを開始した。

1980年代に、公共賃貸住宅や分譲住宅が石綿含有建材を使って建てられた。屋根用波形スレートだけでなく、バルコニーや階段の格子パネルが石綿含有セメントで作られた（建築現場で材料をこねて、天日干しにして作ったと聞いた）。ARIAVは、香港の環境保護庁や房屋委員会（Housing Authority）に石綿含有建材使用建物の安全な除去を要求。典型的な事例として、近く取り壊される予定になっている牛頭角下邨（第2期）公共住宅を取り上げて、記者会見を行い、現地で「折石棉・損健康！促政府・監管安！」と書いた巨大バナーを吊るしてアピールしたりしているという。なお、会議終了後の時間帯にこの公共住宅を視察するオプショ



ンツアーも企画された。

またARIAVは、『石棉@香港』と題したリーフレットも作成して参加者に配布した。

アジアの全体状況の確認

この後、**全体会議①②**として、休憩を間にはさみながら以下の発表が行われた。**「アジアのアスベスト時限爆弾」**（①～③、左上写真）、**「アジアのアスベスト使用の有害な余波に取り組む」**（④～⑨、右上写真―発表しているのは筆者）というセッション名のもとで、この地域の置かれている全体状況を再確認しようというものであった。

中国の概況は2008年12月号31頁でも紹介しているが、中国の2008年のアスベスト生産と輸入はいずれも前年を上回っている（左下図）。

①2009年世界のアスベスト問題概況
Laurie Kazan-Allen（IBASコーディネーター）

②アスベスト災害―世界的生態学的視点
高橋謙（日本：産業医科大学教授）

③中国におけるアスベスト関連問題の現況
Xiaorong Wang（香港中文大学教授）

④アスベスト関連疾患を終わらせるためのILOのキャンペーン
川上剛（ILOアジア太平洋総局）

⑤アスベスト関連疾患根絶に向けて：WHOのアプローチ
小川尚（WHO西太平洋地域事務所）

⑥アジアにおけるアスベスト被災者のキャンペーン
古谷杉郎（日本：石綿対策全国連絡会議（BANJAN）事務局長）

⑦アスベストに対する世界の労働組合の取り組み
Fiona Murie（BWI安全衛生部長）

⑧アスベスト疾患被害者を支援するための新たなオーストラリア-アジア研究協力
Bruce Robinson（オーストラリア：全国アスベスト関連疾患センター（NCARD）ディレクター）

⑨国境を越えた訴訟：アメリカでの進展のアジアのアスベスト被災者に対する影響
Steven Kazan（アメリカ：Kazan MacClain法律事務所）

米破産財団へのアジアからの請求

午後は、3つの会場に分かれた。 言わば初心者向けの基礎セッションと、医学セッション、そして3つ目が、Steven Kazan弁護士（前頁左下写真）による、**特別セッション①「アメリカの破産財団へのアジアからの請求の可能性」**である。

最後の特別セッションは、すでにフィリピンや日本などでアメリカの弁護士がアスベスト被災者をリクルート（しようと）している状況があるなかで、アメリカの破産財団への請求はなにもアメリカの弁護士に頼まなくても、アジアの被災者団体や労働組合の名前でできるのだというノウハウを伝授するという趣旨でもたれたものだった。

日本の参加者の間ではまだ議論もできていないのだが、かえってオランダ、ベルギー、ブラジル等の参加者は真剣に検討しているようだった。

基礎コースで日本の経験紹介

ワークショップ①「アスベストに関する基礎的事実」では、以下の発表が行われた。（左下写真）

①アスベストについて

Fiona Murie（BWI安全衛生部長）

②建設労働者の粉じん予防：東京における草の根現場活動

飯田勝泰（日本：東京労働安全衛生センター事務局長）—左上写真

③カナダ自動車労組のアスベスト活動

Sari Sairanen（カナダ自動車労組（CAW）全国安全衛生部長）

④CFMEUのアスベストの危険性に関するトレーニング、労使協定、キャンペーン

Pat Preston（オーストラリア：CFMEU（建設・林野・鉱山・エネルギー労組））

⑤アスベスト退職労働者組合の挑戦

川本浩之（日本：神奈川労災職業病センター）—右上写真

飯田、川本ご両名は、アスベスト関係の国際会議では初登場。いずれの発表内容も、これからアスベスト問題に具体的に取り組もうという草の根活

動家にとって示唆に富むものだったと思う。私は聞いていないのだが、カナダCAWやオーストラリアCFMEUの経験発表も好評だった。

医学セッションで韓国鉱山調査も

ワークショップ②「医学セッション」では、以下の発表が行われた(前頁右下写真)。

①アスベスト関連疾患の病理学的診断
井内康輝(日本:広島大学教授)—左上写真

②ムンバイの元アスベスト労働者における石綿肺:有病率調査
Archana Kakade(インド:ムンバイ労働安全衛生センター(OHSC)労働衛生コンサルタント)—左下写真

③韓国におけるアスベスト汚染による環境影響:忠南道における近隣曝露による石綿肺の流行
Yeon-Soon Ahn(韓国:東国大学労働医学部教授)—右下写真

④日本の建設労働者におけるアスベスト関連肺がん—右上写真
久永直見(日本:愛知教育大学教授)

⑤中皮腫の診断及び治療に関する最新のデータ
Bruce Robinson(オーストラリア:全国アスベスト関連疾患センター(NCARD)ディレクター)

⑥ケース・スタディ:サイクロン・トレーシーの余波における石綿肺
Gregory Deleuil(オーストラリア・アスベスト疾患協会(ADSA)医学アドバイザー)

②のインドの発表は、ブレーキライニング等を製造したHindustan Composites社の元労働者の健康調査結果の報告。同社は2006年に閉鎖されたが、ムンバイOSHCは操業中の2004年に現役労働者、閉鎖後の2008年には元労働者を追跡して健診を実施した。後者では元労働者864名のリストが確認され、260名の検査を実施。胸部X線撮影が可能だった85名中石綿肺と診断されたのが46名(内4名は、2004年調査でも診断)。新規診断率は、2004年時の23%から49%に上昇していた。

③は、今年1月8日付け朝鮮日報が特ダネで報じた政府委託研究の結果だが、研究責任者のAhn教授の報告を聞いたのは筆者はこれが初めて。

忠清南道の4つの旧アスベスト鉱山周辺5か村の疫学調査結果である。CTを撮った95名（以前聞いた数字より増えている）中61名（64%）に石綿肺、87名（91.6%）に胸膜プラーク所見が確認された。元鉱山労働者では65.3%と92.6%、鉱山労働歴のない者でも62.2%と90.3%という高率である。

Ahn教授は、高所見率の理由を、①傍職業性家庭曝露、②傍職業性/近隣曝露によるものと説明し、③自然生成曝露も関与しているか?と疑っている。また、鉱山労働歴の有無によって違いが認められないことについては、近隣曝露濃度が高かったことと、子供時代にアスベストで遊んでいた習慣が関係しているのではないかと説明した。現在、環境部が、忠南に15あった旧アスベスト鉱山周辺住民1万人の疫学調査を実施している。

A-BAN構築の特別セッション

1日目の最後は2つに分かれた。**特別セッション②「アジア・アスベスト禁止ネットワーク（A-BAN）の構築」**と**ワークショップ③「アスベストの危険性を最小化する現実的検討」**である。

前者は、筆者（左上写真）とChoi Yeyong、Sanjiv Pandita、Madhumita Duttaがコーディネーターを務め、4人の事前打ち合わせでは、地域ブロックに分かれた小グループ・ディスカッションで行動計画のアイディアをたくさん出し合ってもらおうと考えていたのだが、若干思惑どおりには進行せず小グループの時間が十分とれなかたことは残念だったが（右上：中国、左下：東南アジア、右下：南アジア）、20頁に紹介する覚書文書が確認されて、A-BANを発足させていくことになった。

既存アスベスト対策の取り組み

ワークショップ③「アスベストの危険性を最小化する現実的検討」では、以下の発表が行われた。

①ケース・スタディ：災害後の復旧とアスベスト問題

Dave Hodgkin（インドネシア：ベンチマーク・コンサルティング・環境ハウス・避難シェルターコンサルタント）

②ケース・スタディ：アスベスト汚染土壌改善に関

するアイルランド電力供給理事会の経験
Patrick Colman（アイルランド電力供給理事会（ESB））

③アスベストの危険性を管理する全体的アプローチ
Andy Oberta（アメリカ：環境コンサルタント、ASTM（米国材料試験協会）インターナショナルアスベスト管理特別グループ委員長）

④アスベスト除去への科学の適用技術：道徳的責任から曝露と補修費用の最小化へ
Heinz Kropiunik（オーストリア：AETAS Zivil-techniker GmbH）

⑤中国におけるアスベスト・フリー屋根材の開発
Lin Zhen（中国：ElkemMaterials）

⑥ベトナムにおけるノン・アスベスト波形セメント板のための技術と設備
Nguyen Dinh Kien（ベトナム科学技術院機械学研究所）

8か国から各国報告

2日目最初は、**全体会議③「各国報告」**で、以下の報告が行われた。

①インド—Madhumita Dutta（インド：The Other Media企業責任デスク（CAD））—左上写真

②バングラデシュ—Saki Rizwana（バングラデシュ労働安全衛生環境財団（OSHEF）議長）【ビザ取得が間に合わず欠席】

③スリランカ—Hemantha Wickramatillake（スリランカ労使関係省国立労働安全衛生研究所ディレクター）—右上写真

④フィリピン—Gerared Seno（フィリピン労働組合会議-関連労働組合（ALU-TUCP）全国副議長）—左下写真

⑤パキスタン—Noor Jehan（ペシャワール大学環境科学部教授）—次頁左上写真

⑥インドネシア—Muthamad Darisman（Sedane労働情報センター）—次頁右上写真

⑦香港—Trevor Sun（香港工人健康中心（WHC））—次頁左下写真

⑧マレーシア—Matdiah Mohd（マレーシア労働組合会議（MTUC）労働安全衛生対策会議）—次

頁右下写真

それぞれ興味深かったが、今後の行動計画にからんでいくつか簡単に紹介しておこう。

Madhuは、波型スレートがインドの「貧しい」女性たちの建材になっていると指摘。早期禁止の実現と並行して、現に曝露している人々を守る取り組みの重要性を訴えた。

フィリピンでは3月5日に、7つの労働組合ナショナルセンター（AFW、APL、FFW、LMLC、POLU、TUCP、TUPAS）と3つのGUF（国際産業別労働組合組織―BWI、ITF、?）がアスベスト禁止キャンペーンに関するフィリピン全国労働組合フォーラムを結成。3年以内の禁止法制定を最優先課題に、キャンペーンを強化しつつある（前頁右下写真）。

インドネシアでは、韓国・釜山から機械が移転されたチビノン（ジャカルタから車まで南に約1時間のところ）にあるアスベスト紡織企業トリグラハ社（前PT Jeil Fajar）を昨年8月末に日韓合同調査団が訪れ、インドネシア国立労働安全衛生研究所（NIOSH）や現地活動家も巻き込んで調査を実施したことが大きな引き金となった。

労働NGOであるLIPS、SPN、KASBI等は、労働組合や環境NGO（WALHI等）と協力しながら、7月にもワークショップを開催し、アスベスト禁止ネットワーク、さらには全国的な労働安全衛生（OSH）ネットワークの構築をめざしている。

香港では、ARIAVの報告にもあったように、2008年4月にじん肺補償令の改正によって中皮腫に対する労災補償を実現してアスベスト被害者の救済に弾みがつくとともに、全面禁止の実現、老朽ビルのアスベスト除去の問題等へと取り組みがひろがっている。

マレーシアの発表者は、自身は空港の労働者で組織している労働組合の代表だとのこと。ナショナルセンターの労働安全衛生対策会議が、アスベスト禁止を掲げ、様々な対策の確立に向けて取り組んでいることは大きな力である。

香港の石綿肺被害者らが登壇

続いては、**全体会議④「アスベスト被災者のニーズに対応する」**で、以下の発表が行われた。

①ニューサウスウェールズにおけるアスベスト疾患の補償
John O'Meally（オーストラリア：ニューサウスウェールズ粉じん疾患裁判所裁判官）
②日本のアスベスト被害者・家族の取り組み
吉崎和美（日本：中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会）―左上写真
③韓国のアスベスト被害者・家族の取り組み
Park Young-Koo（韓国石綿被害者家族会）―右上写真
④韓国におけるベビーパウダー・アスベストショック
Ahn Jong-Joo（韓国石綿追放ネットワーク（BANKO）アドバイザー）―左下写真
⑤香港のアスベスト被害者たちの証言―次頁左上写真
進行：工業傷亡権益会（ARIAV）

アジアのアスベスト被害者・家族を代表して、日本、韓国、香港の代表が発言。

吉崎さんには、2006年バンコク、2008年サンパウロに続いて登場していただき、フロアから古川和子さんも発言された（右下写真）。釜山のPark Young-Kooさんは、2008年2月に来日されている。

香港からは全員石綿肺患者の、造船所で修繕作業等に50年以上従事した86歳の鄧さん、船員として船のエンジンルーム等で働いた81歳の陳さん、波型スレート板の据付や解体に従事した67歳の黎さん、公共住宅のレンガ壁やアスベスト含有装飾の解体・除去等に30年間従事した62歳の梁さんが登壇して、自らの体験を語った。

なお、韓国のAhn Jong-Joo氏は、ジャーナリストとして1983年に韓国で初めてアスベスト問題を紹介する本を書き、2008年にあらためて『石綿―静かな殺人者』という本を上梓している（筆者とLaurie、Barryの推薦文も裏表紙に掲載）。

アジアへのアスベスト産業の移転

午後は、2つのワークショップに分かれた。**ワークショップ④「アジアへのアスベスト産業の移転」**では以下の発表が行われたが、筆者はほとんど聞けていない。②は、各国報告のインドネシアについて既述した、昨年8月末の現地調査関連である。

①アジアにおけるアスベスト産業の国際貿易のケースレポート

村山武彦(日本:早稲田大学教授)―右上写真

②共同ケース・スタディ:日本・韓国・インドネシアにおける紡織工場曝露調査

Kang Dong-Mug(韓国:釜山大学石綿関連疾患研究センター教授)

Zulmiar Yanri(インドネシア:国立労働安全衛生研究所(NIOSH)前ディレクター)

Dewi Rahayu(インドネシア:国立労働安全衛生研究所(NIOSH))

Muthamad Darisman(Sedane労働情報センター)

Choi Yeyong(韓国石綿追放ネットワーク(BANKO)執行委員長)

③オーストラリア多国籍企業に対するアスベスト訴訟:ジェームズ・ハーディ社の経験

Maria McGarvie(オーストラリア:Slater & Gordon法律事務所)

④ブラジルのアスベストのアジアへの輸出

Fernanda Giannasi(ブラジル:ラテンアメリカ・アスベスト禁止市民ネットワーク・コーディネター、ブラジル・アスベスト曝露者協会(ABREA)創設メンバー)

造船、船舶解轍・鉄道

ワークショップ⑤「造船所、船舶解撤産業及び鉄道」では、以下の発表が行われた。

①インドにおける出稼ぎ船舶解撤労働者の組織化:ユニークな経験

Sudershan Rao Sarde(インド:国際金属労連(IMF)南アジア地域事務所ディレクター)―左下写真

②台湾の造船所におけるアスベストへの職業曝露による悪性中皮腫事例

Chang Jung-Lung(台湾工作傷害受害人協会(TAVOI))―右下写真

③ヨーロッパとアジアにおける造船労働者の中皮腫

Claudio Bianchi(イタリア対がん協会環境がん研究センター)

④アスベストと鉄道車輌:アスベスト汚染鉄道車

輌をスクラップしない方法のケース・スタディ

Heinz Kropiunik（オーストリア：AETAS Zivil-techniker GmbH）

IMFは2006年に、インドの船舶解輸労働者の労働・社会経済状態を調査した結果をまとめて公表している（http://www.imfmetal.org/files/06042810465779/Shipbreaking_survey.pdf）。①の報告は、その後の経過も含めた報告であった。アラン海岸の船舶解輸労働者を組織している労働組合からも2名が参加した。2007年9月の最高裁判決や2009年3月のストライキなど、労働組合とNGOのパートナーシップが一定の成果を上げていると報告された。

台湾の船舶解輸労働者の中皮腫事例の報告については、別稿（22頁）で紹介したい。

世界的ネットワークの一部として

続いて、**全体会議⑤「世界的アスベスト禁止ネットワークの構築」**は、以下のように、南北アメリカ、ヨーロッパ、アジアを網羅し、アジア以外の報告はすべてこれからのアジアでの草の根運動に役立つようにと、具体的ノウハウや経験の紹介を盛り込んだ充実したものだったと思う。

①南アメリカにおける社会運動

Fernanda Giannasi（ブラジル：ラテンアメリカ・アスベスト禁止市民ネットワーク・コーディネター、ブラジル・アスベスト曝露者協会（ABREA）創設メンバー）―左上写真

②アスベストに関するヨーロッパの取り組み

Annie Thebaud-Mony（フランス：国立保健医学研究所（INSERM）研究ディレクター）―右上写真

③韓国におけるアスベスト禁止の取り組み

Choi Yeyong（韓国石綿追放ネットワーク（BANKO）執行委員長）―左下写真

④北アメリカにおける草の根アスベスト被害者団体の建設

Linda Reinstein（アメリカ：アスベスト・アウエアネス・オーガニゼーション（ADAO）ディレクター/共同創設者）―右下写真

⑤アジアにおける草の根の取り組みの強化と草

の根ネットワークの構築

Sanjiv Pandita（香港：アジア・モニター・リソースセンター（AMRC）ディレクター）―左下写真

⑥国際的プロトコール：ロッテルダム条約、世界銀行

Barry Castleman（アメリカ：環境コンサルタント）［34頁掲載の資料も参照］

香港宣言とA-BAN発足

会議の締めくくりは、**全体会議⑥「今後に向けて：まとめ及び閉会セッション」**。

まず、**「すべての種類のアスベストの全面禁止に向けた香港宣言」**（18～19頁囲み参照）が、Elizabeth Tang（香港：香港職工会連盟（HKCTU）副議長、右上写真）から朗読・提案され、満場の拍手で確認された。

続いて、**アジア・アスベスト禁止ネットワーク（A-BAN）の旗揚げ**が宣言され、その場に参加・確定していた共同代表、コーディネーターが壇上に上がって紹介された。最終的に確認された文書を参照していただきたいが、次頁左上写真の立っているのが共同代表とコーディネーターで、左側から、Sanjiv Pandita、村山武彦、Paek Domyung、筆者、Madhumita Dutta、Choi Yeyongの各氏である。Apolinar TolentinoとAnup Srivastavaも会議には参加していたが、マニラでのBWIの別の行動のためにこの時点では会場を離れていた。

続いて**表彰式**として**IBAS奨励金**が、香港ARIAVの陳錦康からインドネシアSedane労働情報センターのMuthamad Darismanに、また、Laurie Kazan-Allenからムンバイ労働安全衛生センターのPralhad Malvadkarに各々贈られた。

また、**2009年Henri Pezerat記念賞**が、Annie Thebaud-MonyからPaek Domyung（韓国：ソウル大学保健大学院教授）に贈られた。

Annieの御連れ合いであるHenri Pezeratは、フランスの毒物学者としてアスベスト産業の「管理使用」キャンペーンの欺瞞と敢然と闘い、1993年ミラノ、1994年サンパウロでの国際会議と国際的なアスベスト禁止運動の創始者のひとりと言える役割を果たし、今年2月に亡くなられた。（左上に、2005

年7月にパリでお会いしたときのHenri、Annie夫妻の写真―左の若い女性はPaul Jobin氏のお連れ合いで彼らの結婚式の時の写真である)。

Annieは、GAC2000、GAC2004に韓国から参加し、BANKO設立をリードしたProf. PaekはHenriの志を引き継いでくれるのにふさわしい科学者だと言ってHenri賞を贈呈した。

さらに、マーシーサード・アスベスト被災者支援グループ(イギリス)のJohn Flanaganから香港組織委員会と韓国石綿被害者家族会のPark Young-Koo氏にTシャツが贈られ、国際金属労連(IMF)南アジア地域事務所ディレクターのSudershan Rao Sardeからは、IMF本部書記長から託されたAAC2009参加者への連帯のメッセージが披露された。

次にSanjivから会議を裏方で支えてくれたAMRCや香港の他の労働組合・NGOのスタッフが紹介されたが、Sanjivも指摘したように圧倒的に女性パワーに支えられた会議だった。

最後に、Apo Leong(香港:アジア・モニター・リソースセンター(AMRC)前ディレクター―前頁右下写真)が閉会挨拶。アジアでの草の根の取り組みの発展はもちろんのこと、香港だけでなく、中国全体におけるアスベスト全面禁止、被害者の掘り起こしとエンパワーメントが課題だとまとめた。

右上写真は、表彰されたPaek、Park両氏を囲んだ韓国からの参加者のスナップ。左下はインドネシア勢(このほかにNIOSHからも多数参加している)、右下は日本勢ほかのスナップ。

会議終了後、希望者には、近く取り壊される予定になっている牛頭角下邨(第2期)公共住宅訪問ツアーも用意され、さらに要望に応じて、移動バスをビクトリア・ピークにまで向かわせてくれた。

なお、会議の発表内容等は、AAC2009のウエブサイトに今後掲載される予定なので、参照していただきたい(http://www.anroav.org/)。

ワーカーズ・メモリアルデー

翌28日は、**インターナショナル・ワーカーズ・メモリアルデー**。AAC2009の参加者は、中環(セントラル)のChater Gardenで、AMRC、HKCTU、ARI

AVが共催したメモリアル・セレモニーに参加するよう呼びかけられた。

「4.28 工傷記念日」と書かれた舞台の前には続々とARIAV会員の労災被災者・家族や支援者らがそろいの黒Tシャツを着て集合。息子を労働災害で亡くした母親の訴えや各団体のアピール、音楽などの後、全員でダイ・イン、建立を要求している「香港工傷死難者記念碑」の模型に献花をした後、香港特別行政区政府に向けてデモ行進。

掲げられた要求は、以下のとおりであった。

1. 労働保険（失業）制度に通勤を含めること。
2. 労働安全衛生基準の改善。違反使用者に厳格な罰則。労働者を殺すのをやめろ！
3. 現行の労災被災者補償制度の見直しと改善
4. 労災被災者の法的権利を守るために、訴訟救助手続における資産調査の免除
5. すべての種類の労働に関連した傷害、疾病、死亡を扱う中央労災補償制度の確立
7. 労働災害・職業病によって傷つけられ、殺された労働者に敬意を表するための、インターナショナル・ワーカーズ・メモリアルデーの認知とモニュメントの建立
8. 香港におけるアスベストの禁止

右上・左下写真のように、「石綿禁止」の行進幕も登場した。政府庁舎前では、香港部隊の行動の後に、AAC2009の海外参加者を中心にパフォーマンスも行われた（右下写真）。ちなみに後者ののプラカード、ステッカーや防護服等はすべて韓国勢が持ち込んだものであった。

A-BANの活動スタート

若干AAC2009以後のA-BANの動きも紹介しておこう。

6月に入ってコーディネーターのスカイプ会議を開催し、Eメール・グループもスタートした。英語でのやり取りになるが、参加を希望される方は、2009aban@gmail.comに連絡していただきたい。

当面ウエブサイトは、http://www.anroav.org/を借用。A-BAN SkyDriveも設置して、基本資料や各国情報の蓄積・共有を進めていきたいと考えている（http://cid-e9639af14c47f9da.

すべての種類のアスベストの全面禁止に向けた香港宣言

2009年4月27日

2009年アジア・アスベスト会議（AAC）は、アジア・モニター・リソースセンター（AMRC）、アスベスト禁止国際書記局（IBAS）、香港職工会連盟（HKCTU）、香港工業傷亡権益会（ARIAV）の共催、日本石綿対策全国連絡会議（BANJAN）、韓国石綿禁止ネットワーク（BANKO）、国際建設林業労連（BWI）、国際金属労連（IMF）及び労災被災者の権利のためのアジアネットワーク（ANROAV）の後援によって開催された。国際労働機関（ILO）、世界保健機関（WHO）、国際労働衛生委員会（ICOH）の代表もこの会議に加わった。会議には、アジア太平洋、ヨーロッパ、南北アメリカの24か国から200名以上が参加した。

すべての種類のアスベストの使用を中止し、アスベスト関連疾患を予防する必要性についての認識は、アジア全体で急速に高まっている。これらの目的を達成し、被災者・家族に公正な補償を実現するための草の根の取り組みが広がっている。近年、アスベスト被災者団体の立ち上がりが、この地域ですでにアスベストを禁止しているただ2か国である日本と韓国で、大きな成果を獲得してきた。これらの団体は、様々な社会パートナーと協力して、全国的なアスベスト被害の流行の事実を浮き彫りにさせ、アスベスト問題に対する人々の関心を高め、広範囲にわたる社会的・政治的・科学的諸問題に対処するよう政府に働きかけている。

こうした進展にもかかわらず、アスベストは、アジア地域で今なお大量に使われ続けている。アスベスト生産国―カナダ、ロシア、ブラジル―に先導されたアスベスト利害関係者による強引なキャンペーンが、労働者や地域社会の人々が有害な曝露にさらされるという犠牲のもとに、産業界の利益を増やしてきた。増大する職業がん流行の最大の原因であるアスベストは、公衆衛生にも重大な脅威を引き起こしている。アスベスト被災者の大きな部分が、受けられるべき医療や補償を受けていない。まさに、産業界の利益の対価を払っているのは、被災者なのである。アスベスト産業は、ある種のアスベストは「管理された状態」のもとで安全に使用することができると主張する、悪名高いプロパガンダをひろめ続けている。唯一の「アスベストの安全な使用」は、アスベストを使用しないことである。安全なノン・アスベスト代替品が存在しており、使用されるべきである。

アスベストの使用と、アスベストが禁止されている日本や韓国などの産業化諸国から産業的に開発途上の諸国に対するアスベストの危険性の輸出を止めるために、アスベスト被災者団体、労働組合、使用者団体、研究者、法律家、関連する諸機関や草の根団体の連携した努力が必要である。アジア全体を通じて、草の根の人々にアスベストの危険性についての情報を広め、適切な診断のための基盤を確立し、より安全な代替品の使用を促進することが急務である。

skydrive.live.com/home.aspx）。

もっとも重視しているのが、各国・地域レベルにネットワークを広げ、様々なイニシアティブを促進していくことである。

例えば、発表こそなかったものの、労災被災者の支援等に取り組む中国本土の6つのNGOからも代表が参加しており、フォローアップ・ミーティングも開催されている。早速にも「石綿と健康」という情報コーナーをそのホームページ上に開設した団体もある（http://ohrc.net.cn/）。

台湾では、AAC2009直後に別稿で紹介するようなイニシアティブがみられ、労災被災者団体等に

状況の深刻さとアジアにおけるアスベストの使用継続により生ずる脅威のレベルを理解して、AAC参加者は各国政府、世界保健機関、国際労働機関、国際労働衛生委員会、その他の国際機関や他団体に対して、以下のことを強く求める。

1）すべての種類のアスベスト、及び、採掘、製造または他の活動を含めたアスベストに関わるすべてのプロセスの速やかな全面禁止を採用すること。
2）より安全な代替品に優先順位を与え、より安全な技術への論理的な移行を実行すること。移行の間において、労働者と地域社会の繊維への曝露を予防しなければならない。
3）アスベスト除去作業が行われる場合に適切な手法が用いられることを確保すること。それまでの間は、労働者や地域社会に既存アスベストによって生じる可能性のある危険性を警告するために、アスベストに汚染された建物等のすべてに表示をする仕組みを実行すること。
4）被災者が正確な診断を受け、適切な時期に医療やリハビリテーションを受けることができるようにするため、診断のための基盤を確立すること。
5）中皮腫を含めたアスベスト関連疾患の「治療法」を開発する努力をすること。
6）公正な補償を支払うことによって、アスベスト関連疾患の被災者に金銭的原状回復を行うこと。
7）新興産業化諸国へのアスベスト製品の移転に関与した企業に、移転元及び移転先国において刑事的責任を課すこと。
8）ILO第162号条約を批准し、期限を区切って、アスベスト関連疾患根絶に向けた国の計画（NPEAD)を策定すること。
9）アスベスト問題の重要性に対する関心を高めようとするアジアのアスベスト被災者団体の努力を最大するために、彼らのきわめて重要な活動を強化する援助及び支援を提供すること。

参加者はまた、悪名高いアスベスト研究所がその非道徳なプロパガンダを続けられるようにするための資金提供と、開発途上諸国の人々に危害を及ぼしているアスベスト疾患の輸出促進を継続するという、カナダ政府の途方もない誤った行いに愕然とさせられた。

アジアにおける連携した取り組みの緊急の必要性を理解して、本会議において新たな団体：アジア・アスベスト禁止ネットワーク（A-BAN)が設立された。A-BANの創設は、アスベスト被災者への正義を獲得し、この地域におけるアスベスト禁止を実現するためのアジア・キャンペーンにおける画期的な出来事である。主として16のアジア・太平洋諸国からのアスベスト被災者団体、労働組合、環境団体などから構成されるこのネットワークは、アジアにおける草の根のアスベスト運動の強化に向けて取り組んでいく。

SHC

よる取り組みも進みそうである。

インドネシアでも、地元NGO等によるアスベスト禁止ネットワークに向けた取り組みと韓日チームによる合同調査のフォローアップがドッキングしそうだ。

ANROAVの会議が9月にカンボジアで開催される予定なので、それまでにやれることとそこでまた議論することと整理していきたいと考えている。

無理に背伸びすることはできなくても、A-BANが発足したことは、アジアでの草の根の取り組みとアジアと世界との連帯の一層の進展に貢献できるものと確信している。

SHC

アジア・アスベスト禁止ネットワーク

1. はじめに

この文書は、2009年4月25-28日に香港で開催されたアジア・アスベスト会議（AAC2009）において議論及び同意され、それによってアジア・アスベスト禁止ネットワーク（A-BAN）が発足した。

2. 組 織

アジア・アスベスト禁止ネットワーク（A-BAN）は、共通の課題達成に向けてともに取り組むことに同意する組織及び個人のネットワークである。会費は無料であることから、国際機関、慈善団体や各国の資金源から寄付を募る資金調達の取り組みが求められる。

3. 体 制

【共同代表】
ペク・トミョン（韓国：ソウル大学保健大学院教授）
村山武彦（日本：早稲田大学教授）
アポ・ラン（香港：アジア・モニター・リソースセンター（AMRC））
ジャグディシュ・パテル（インド：民衆トレーニング研究センター（PTRC））
アポリナー・トレンティーノ（国際建設・林業労連（BWI）アジア太平洋事務所）
【コーディネーター】
古谷杉郎（日本：石綿対策全国連絡会議（BANJAN））
【副コーディネター】
チェ・イェヨン（韓国：石綿禁止ネットワーク（BANKO））
サンジ・パンディタ（香港：アジア・モニター・リソースセンター（AMRC））
マドゥミタ・ドゥッタ（インド：ジ・アザー・メディア企業責任デスク）
アヌップ・スリバスタバ（BWI南アジア事務所OSHプロジェクト・オフィサー）
【アドバイザー】
ローリー・カザンアレン（アスベスト禁止国際書記局（IBAS））
バリー・キャッスルマン（アメリカ：環境コンサルタント）
フィオーナ・ムーリー（BWI本部労働安全衛生部長）
パット・プレストン（建築・木材・建築資材一般労働組合インターナショナル（UITBB））
【連絡先】
Eメール：2009aban@gmail.com
URL：開設予定（当面、http://www.anroav.org/）

4. 目 的

A-BANの全体的目標の糸口はその名称のなかにあり、具体的な目標は以下のとおりである。
・アジアにおける可能な限り迅速なアスベスト全面禁止の促進
・アジア諸国における隠れたアスベスト関連疾患の流行を明らかにすること

・アジアの社会生産基盤の広範囲にわたるアスベスト汚染を明らかにすること
・アスベスト産業の海外移転の阻止
・全てのアスベスト被災者・家族及び影響を被った地域社会に対する正義の実現
・アジア・世界におけるアスベストのない社会の実現

5. 活 動

A-BANのメンバーは運営スタッフと連携して以下の活動に取り組む。
・アスベストに関連した諸問題に関する情報及び各国の経験の共有
・アジア地域レベル及び多国間におけるキャンペーン及び調査研究の調整
・共同の取り組みを発展させるための関係者との継続的関係の構築
・アスベストに関する草の根のイニシアティブの創出及び支援
・労働運動、医療従事者、学会等々における国際協力者の拡大

6. 計 画

6-1 情報及び経験の共有
・A-BANのEメール・グループ及びウエブサイトの開設
・情報のギャップを埋めるための利用可能なアスベスト情報の調査及び各種資料等の作成
・活動の計画及び進展を議論するための定期的/随時の（スカイプ）会議
・（仮想及び現実の）会議/イベントの開催
6-2 アジア地域レベル及び多国間におけるキャンペーン及び調査研究の調整
キャンペーン
・（例えばニチアスなどの）主要な汚染者に対するキャンペーン
・アスベスト産業が広める誤報・虚報に対するキャンペーン
・（船舶を含む）有害廃棄物の移転に対するキャンペーン
調査研究
・現在/過去の鉱山・工場などの汚染源のマッピング
・2008年8月にインドネシアのアスベスト紡織工場において韓国・日本・インドネシア3国の合同チームによって行われたプロジェクトのような多国間・学際的調査研究
6-3 共同の取り組み
・アスベスト被害者グループ、労働組合、環境団体、安全衛生団体、医学専門家等に間におけるプロジェクトの促進
・労災被災者の権利のためのアジア・ネットワーク（ANROAV）、国際建設林産労連（BWI）の地域ネットワークなどとの良好な関係の構築
6-4 アスベストに関する草の根のイニシアティブの創出及び支援/国際的連携
・インドネシア、中国、インド、その他諸国において、可能な人的及び財政的資源をみつけだして、ワークショップやトレーニング、注意喚起プログラム、診断と被災者の掘り起こし、被災者の社会的正義のための法的支援などを含めたアウトリーチ・プログラムの策定
・国際的ネットワークの強化、WHOやILO等のような国際機関に対するA-BANの役割や働きかけの確立

石綿禁止台北宣言を採択
脳心・精神障害認定の比較
国立台湾大学での国際会議

古谷杉郎
全国安全センター事務局長

台仏の主催でNGOも招聘

5月14～15日、台北の国立台湾大学病院国際会議センターにおいて、「産業リスク、労働と公衆衛生：社会科学と疫学による学際的分析に関する国際会議」が開催された。台湾大学公衆衛生学院（NTU-CPH）とフランス現代中国研究センター（CEFC）台北事務所の共催で、行政院国家科学委員会ほかが協賛。フランス側の実質的中心が、パリ・ディドロ大学助教授で、CFEC台北事務所の訪問研究員であるポール・ジョバン氏（次頁左写真）であったため、参加を要請されるとともに、日韓からの報告者について相談を受けたもの（http://homepage.ntu.edu.tw/~ntuihc/ilph_index.htm）。

会議は、「職業・環境がん」と「過労死・ストレス」の2つのテーマに焦点をあてた。また、ポールの強い勧めによって、労災被災者支援団体（TAVOI：台湾工作傷害受害人協会）や労働組合、環境団体に参加を呼びかけたことも、台湾でのこの種の学術会議としては画期的なことだったと思われる。

職業・環境がんのプログラム

1日目の開会式の後の「職業・環境がん」に関するプログラムは、以下のとおり。

パネル1：職業がん

①フランスにおける職業・環境がん

アニー・テボモニ（フランス国立保健医学研究所（INSERM）研究員、パリ第13大学教授）

②GISCOP：パリ郊外における職業がんの監視・認定のための先行型研究

アニークレア・ブリサッチャー（パリ第13大学研究員）、シルビー・プラテル（パリ第13大学博士課程）

③台湾における職業・環境がん：認定からリスクアセスメント、予防まで

王榮德（NTU-CPH労働医学・産業衛生研究所教授）

④PVC労働者の肝がん

鄭尊仁（NTU-CPH労働医学・産業衛生研究所教授）

パネル2：地域社会と職業・環境病研究

⑤セベソ（イタリア）におけるダイオキシン汚染の社会学的分析：危機にさらされた労働者・住民

ローラ・セントメリー（ポルトガル国立コインブラ大学研究員）

⑥台湾における職業・環境病の社会政治学的分析

林宜平（国立陽明大学科学技術社会学研究所助教授）

⑦半導体産業における健康研究

陳保中（NTU-CPH労働医学・産業衛生研究所教授）

⑧PCBs・PCDFsへの高度曝露の人体への長期的健康影響

郭育良（NTU-CPH労働医学・産業衛生研究所教授）

パネル3：アスベスト関連疾患：世界的負荷と国レベルの対応

⑨世界的アスベストの流行：アスベスト関連疾患と歴史的アスベスト消費との生態学的関係

林若婷（NTU-CPH労働医学・産業衛生研究所博士課程）

⑩日本におけるアスベスト関連がんの空間的マッピング

村山武彦（日本早稲田大学教授）

⑪台湾における悪性中皮腫の影響：がん登録データの27年間のレビュー

李俊賢（NTU病院環境労働医学部医師）

⑫アスベストへの日本の対応の過去と現在

古谷杉郎（日本全国労働安全衛生センター連絡会議）

台湾における職業がん

他の報告も興味深かったが、ここでは台湾における職業・環境がんについて、簡単に紹介したい。③の王榮德教授（右写真）は、台湾側の総責任者で、台湾の労働衛生学界の重鎮。いくつかの実例を示しながら、職業病（がん）診断の考え方を紹介したが、台湾の職業がんの概括報告でもあった。

最初は、18か月原子力発電所で働き47歳で脳腫瘍（星状細胞腫）を発症した男性の事例。得られている知見（がん細胞の増殖期間等）に照らして、放射線曝露したとしても発症までの期間が短すぎるため、職業性とは診断できなかったとした。

2番目は、胸膜生検によって確定診断された、68歳の男性中皮腫患者の事例。職場―配管工として造船所に勤務―を訪れて調べたところ、ボイラーの断熱材やガスケット・フランジ等にアスベストが使われていたことを確認、20年以上のアスベスト曝露が推定された。潜伏期間も満たし、他の原因も排除できたことから、職業性と診断した。

3番目は、パラコート（除草剤）労働者の皮膚がんの事例。皮膚がんの要因としてパラコート製造におけるビピリジルが知られており、現場ではビピリジルへの高濃度曝露が確認され、疫学調査の結果、有意な皮膚障害の発症も認められた。職業性と診断され、防護措置もとられるようになったという。

4番目は、新聞印刷労働者の鼻咽頭がんの事例。疫学調査や作業環境評価が行われたものの

国立台湾大学での国際会議

因果関係は確定しなかったということだったと思うが、この件は、労働組合（中国時報産業総工会）からも聞いたことがある（2007年6月号7頁参照）

5番目は、ポリ塩化ビニル（PVC）製造労働者の肝細胞がん。VC曝露と血管肉腫との関連を指摘する論文はあったが、肝細胞がんについてはなかったため、解明を求められて行った疫学調査の概要が示された。前号で紹介した厚生労働省検討会の、「塩化ビニルモノマー（VCM）曝露と肝細胞がんとの因果関係」でも、台湾のデータが頻繁に引用されている。

最後にリスクアセスメントと予防についても、アスベストを取り上げて話された。王教授らは1999年に「台湾のアスベスト関連工場近隣住民の肺がん・中皮腫のリスクアセスメント」という論文を書いており（Archives of Environmental Health, Vol.54, No.3)、当時41あったアスベスト工場の600m以内に住む約2万人におけるアスベストへの環境曝露による過剰発がんを肺がん5～8、中皮腫1未満と推計するとともに、紡織工場がもっとも危険と警告した。また、肺がん等による推定余命損失（EYLL）や生活の質（QUL）損失についても論じた。

④の鄭尊仁教授（左上写真）は、肝がん発症におけるVCM曝露とB･C型肝炎の相乗効果、肝線維症についてはVCM曝露とB型肝炎が各々独立したリスクファクター、VCM曝露は白血病とも関連、等の最新のデータを紹介した。PVC生産量が減少していないなかで、示された健康影響の意味は重大であると思われた。

⑦の陳保中教授（右上写真）は、これまでのところ台湾の半導体産業では過剰発がんリスクを示したデータはないが、これはヘルシー･ワーカー･エフェクトによるものかもしれないと指摘しつつ、以下のこと等を示唆する研究結果を示した。

- フォトリソグラフィーにおけるエチレングリコールエーテル（EGEs）曝露が、妊娠期間や月経周期の延長、さらには不妊と関連
- 妊娠間近の有機溶剤曝露が子供の発がんリスクを高め、父親の曝露が子供の死亡率や先天性奇形による死亡と関連
- 妊娠間近の塩素化有機溶剤曝露が子供のがん、とりわけ白血病と関連している

彼は、事業主の協力が得られず半導体産業の調査が困難であることも指摘した。

台湾における環境がん

⑥の林宜平助教授（前頁左下写真）は、台湾における環境がんの問題を概括してくれた。

台湾で最大の事件は、本紙でも何度か紹介したことのある、アメリカ資本の旧RCA桃園工場の地下水汚染による様々ながんの多発。これまでに行われた労働者・住民の健康調査は首尾一貫した証拠を示せていないものの、新たなオーナーが汚染された工場跡地の再開発しようとしていることの問題や国内外での被災者団体（RCA員工自救会）等による社会運動も紹介された。

また、産業化のなかで様々な汚染源により多種類の重金属等に汚染された、台湾中部の彰化の農地の問題も取り上げられた。

⑧の郭育良教授（前頁右下写真）は、日本のカネミ油症と比較される、PCBs、PCDFsに汚染されたライスオイルによる健康被害の長期にわたる追跡結果を、最新データを示して紹介した。郭教授は、2007年9月の「ダイオキシン国際NGOフォーラム in 東京」でも報告をしている。

台湾における中皮腫

⑨の林若婷氏（右写真の右側、写真は後述の台北宣言提案時のもの）は、ランセット誌Vol.369（2007年）に掲載された、「アスベスト関連疾患と歴史的アスベスト消費との生態学的関連：国際的

	合計 (N=387)	男性 (N=232)	女性 (N=155)
診断時年齢 (中央値, 範囲)	57.9±15.3 (60, 11-97)	58.3±15.1 (61, 18-97)	57.3±15.6 (60, 11-89)
生存期間の中央値（月）	9.0	7.6	13.5
推定余命損失 (95%CI)	14.2 (12.8-15.7)	14.8 (13.1-16.6)	13.7 (11.2-16.2)

分析」の筆頭著者。当時指導教官だった産業医科大学の高橋謙教授やNTU-CPHの詹長權教授らとともに筆者も共著者に名を連ねさせていただいている。同論文やその後の高橋教授らとの共同研究の進展について報告した。

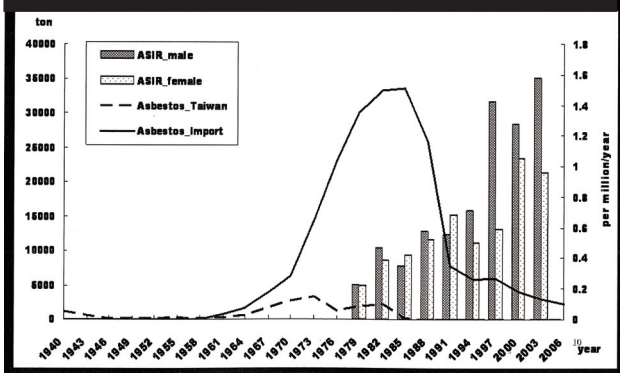
⑪の李俊賢医師（右写真）の報告で、筆者は初めて台湾におけるアスベスト被害の概要を知ることができたと言ってよい。

台湾は国際疾病分類のICD-10が未適用のため、死亡原因分類で中皮腫に独立したコードが与えられていない。一方、台湾のがん登録は、1979年に創設され、50床以上の全病院から新たに診断された悪性腫瘍が報告される。このデータから、1979～2005年の27年間に、組織病理学的に確定診断された悪性中皮腫を抽出したところ総計423件であったと報告された。他に、組織病理学的証明のない胸膜･腹膜腫瘍が242件あったとのこと。

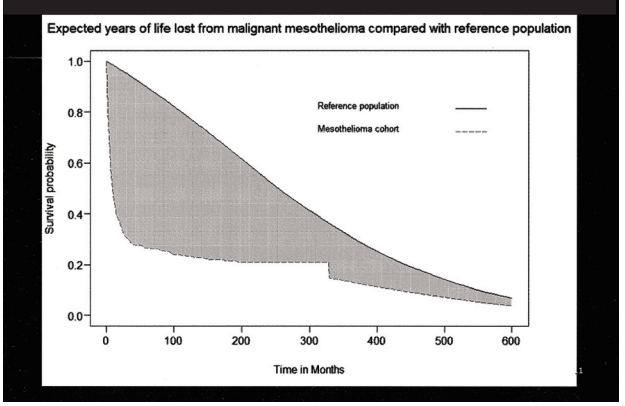
胸膜及び腹膜の中皮腫が387件で、全体（423件）の91%。別掲表のとおり、男性が232件、女性155件で、男女比はおよそ6：4となっている。次頁左上図が、男女別の100万人当たり年発症率（棒グラフ）とアスベストの国内生産量（点線グラフ）、輸入量（実線グラフ）を重ねて示したものである。

国立台湾大学での国際会議

台湾のアスベスト輸入、国内生産、1979～2005年の胸膜・腹膜中皮腫の年齢標準化発症率



推定余命損失（EYLL）＝14.2生存年



悪性間皮腫小檔案
症狀 咳嗽、呼吸急促、胸腔疼痛
病因 80%與常年暴露在石綿工作環境有關
病程 病程變化快速，一旦發病，肺部組織發現石綿體，病情可能急速惡化
其他 日本兩年前已將此病列為通案性職業災害，一旦發現患者罹因職業災害，補償金提高10倍
資料來源：高市衛生局長何啟功

長期暴露石綿環境 死後獲賠首例

惡性間皮瘤潛伏30年

男性癌亡 職災給190萬

生存期間の中央値が9.0月（男性7.6月、女性13.5月）、推定余命損失（EYLL）は14.2生存年（男性14.8生存年、女性13.7生存年）であった。参照人口と中皮腫コホートのEYLLを対比させたのが左下図である。

李医師は、台湾における中皮腫の発症率の相対的低さの理由として、過小評価や誤診の可能性を指摘。がん登録にばく露歴データが含まれていないため、潜伏期間も計算できなかった、また、男女差についても検討が必要とした。

中皮腫の労災認定事例

話は会議から外れるが、右図は、台湾で初めての中皮腫労災認定事例を伝える新聞記事である（2007年11月10日付け蘋果報）。

高雄市の造船所で26年間働いた男性が、1999年に退職してから7年後の2006年11月に呼吸困難や胸痛を覚え、体重も急速に減少。悪性中皮腫と診断されて間もなく死亡。高雄市職業病認定委員会が調査した結果、職業病として造船所の補償責任を認定して190万元余を支払うよう求めたと報じている。これが、台湾での中皮腫労災認定第1号であった。

この新聞記事を読んだある女性が、基隆市役所に相談に訪れた。彼女の夫は、1968年に台湾国際造船公司基隆廠に修飾し、1996年に退職するまで28年間、ボイラーや配管の仕事に従事。

2007年7月に風邪で受診したところ、肺水腫を発見され、翌月大病院で腹膜中皮腫と診断されて、10月に亡くなっていたのである。

基隆市はTAVOI(台湾工作傷害受害人協会)を紹介。TAVOIは元の職場を訪問、前任班長や安全衛生課長の聴取も行って、アスベスト曝露の事実を確認。この件も労災認定された。

ちなみに、台湾では、石綿肺の労災認定件数が2005年0件、2006年4件、2007年2件、2008年6件という状況で、退職後に発症した職業病が認定されるのは(炭坑夫の?)じん肺の事例だけであったとのことである。

TAVOIは現在、建設(装飾)労働者の喉頭がん、舌がんの事例なども支援している。また、会議のある参加者は、放射線医をしている妹にたまたま電話をしたら中皮腫と診断された事例があったという話を聞かされたと言っていた。アスベスト疾患流行の兆しは確実にあるように思われる。

3月の台湾アスベスト調査

実は、韓国で、日本から機械や技術を移転したアスベスト紡織工場や日本が第2次世界大戦中に開発したアスベスト鉱山での被害が明らかになるなかで、同じ事情をかかえる台湾の状況が非常に気になった。そこで5月を待たずに、韓国のペク・トミョン、チェ・イェヨン両氏と日本から村山武彦、片岡明彦、外山尚紀、井部正之の各氏と筆者で3月12-16日に台湾を訪問した。

13日午前中TAVOI事務所に、台湾環境行動網協会、緑色陣線協会、全球緑人台湾の友、台湾緑の党等の環境活動家にも集まってもらいワークショップを開催(左上写真)。このときに、香港からAAC2009の招待が届きながらも、「アスベスト問題でたいした活動実績がない」と代表派遣を渋っていたTAVOIを、基隆の中皮腫労災認定支援の経験を報告するように説得したという経緯もあった。

午後はNTU-CPHを訪問して、王榮德教授らと懇談(右上写真)。夜に特急電車でアスベスト鉱山のあった東部の花蓮に移動して、翌日鉱山跡地を訪問(左下写真)。その夜には飛行機の最終便で高雄に移動。日本から進出したアスベスト紡織工

世界的アスベスト禁止に向けた台北宣言

2009年5月15日

世界的なアスベスト疾患の流行を踏まえて、すべての者の健康・福祉に対するアスベスト曝露のリスクを受けない権利を確保する必要がある。「産業リスク、労働・公衆衛生：社会科学・疫学による学際的分析」国際会議に参加した6か国からの200名の参加者は、世界中の労働者・一般住民の健康を確保するために、アスベストの生産、製造及び使用の禁止が必要であることを議論し、はっきり理解した。以下に署名した参加者は、以下の点に関する行動の緊急の必要性に同意した。

1. すべての諸国は、クリソタイルを含むすべての種類のアスベストを含有する製品の貿易、輸入、生産、製造及び使用を速やかに禁止すべきである。
2. すべての諸国は、有利に働く輸入税率や予防原則を踏まえた競争力のある技術への助成金などを含め、アスベスト代替品の使用を促進する政策を採用すべきである。
3. すべての諸国は、アスベスト関連疾患の早期診断、治療、社会的・医学的リハビリテーションの能力を強化し、現在及び/または過去のアスベスト曝露者の調査、報告及び登録のためのプロトコルを確立し、適切なヘルスケア、アスベスト関連疾患被害者に対する補償とエンパワーメントを確保し、また、アスベスト含有製品及び廃棄物の管理にきわめて厳格なルールを採用・適用すべきである。
4. 世界的アスベスト禁止を達成するために、献身と能力、資源をともなった強力な公共部門が、アスベスト被害者とその家族、学術団体、環境団体、労働組合、安全衛生専門家及び国際機関と連携（及び/または強力)する必要がある。
5. すべての諸国と国際機関は、アスベストの健康影響を監視し、世界的アスベスト禁止のプロセスを評価するためのネットワークを確立すべきである。SHC

The Taipei Declaration for a Global Asbestos Ban
May 15, 2009

In light of the global asbestos epidemic, it is necessary to ensure that everyone has the right to be free from the risk of asbestos exposure for health and well-being. More than 200 participants from six countries attended the International Conference on Industrial Risks, Labor and Public Health: An Interdisciplinary Analysis by Social Sciences and Epidemiology in Taipei. The participants have discussed and realized that a ban on the production, manufacture and use of asbestos is necessary to ensure the health of workers and the general public around the world. The following signatory participants were in agreement about the urgent need for action on the following points:

1. All countries should immediately ban the trade, import, production, manufacture, and use of products containing all types of asbestos, including chrysotile.
2. All countries should adopt policies encouraging the use of asbestos substitutes including favorable import tax schedules and subsidies for competitive technologies under the precautionary principle.
3. All countries should strengthen capacities for early diagnosis, treatment, social and medical rehabilitation of asbestos-related diseases; establish protocols for the surveillance, reporting and registering of people with past and/or current exposures to asbestos; ensure proper health care, compensation, and empowerment for the victims of asbestos-related diseases; adopt and apply very strict rules in the management of asbestos containing products and wastes.
4. To achieve a global asbestos ban, a strong public sector with commitment, capability, and resources is required to partner (and/or collaborate) with asbestos victims and their families, academia, environmental activists, trade unionists, health and safety specialists, and international agencies.
5. All countries and international agencies should establish national and global networks to monitor the health impact of asbestos and to evaluate the process of the global asbestos ban.

全球禁用石綿台北宣言
二〇〇九年五月十五日

有鑒於全球各地石綿相關疾病的流行，有必要採取一些措施來確保全世界每個人都能免於石綿暴露風險，並享有維持健康和福址之權利。在台灣台北舉辦之「工業風險、勞動與公共衛生：社會科學與流行病學的跨領域分析國際學術研討會」中，兩百多位來自六個國家的與會者共同參與討論下，認為為了保障勞工與全民的健康，必須全面禁止石綿生產、製造和使用。本宣言簽署者提出以下五項刻不容緩的行動建議：

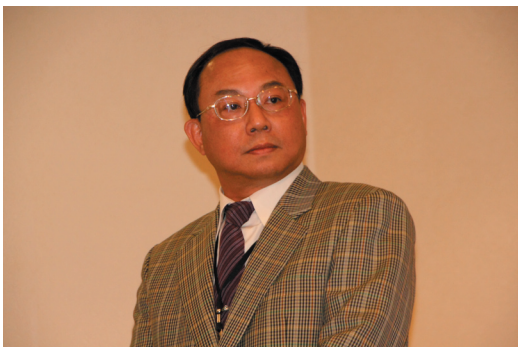
一、所有國家應該立刻全面禁止石綿及任何含有石綿的物品之貿易、進出口、生產、製造、加工及使用。
二、所有國家應該基於預警原則，採取包含減稅與補助等方式之安全替代品使用的政策。
三、所有國家應該：強化石綿相關疾病早期診斷、治療、與社會與醫療復健的能力；建立過去曾經和現在正在受石綿暴露者之監控、通報及登錄系統；確保石綿受害者獲得適當的健康照護、補償與充權；採用更嚴謹的法令來管理任何含有石綿物品與廢棄品。
四、為了達到全球禁用石綿的目標，需要政府做出強而有力的承諾、提供充分資源，並與石綿受害者及家屬、學術團體、環保團體、工會團體、安全衛生專家與國際組織建立伙伴關係共同來努力達到此目標。
五、所有國家與國際組織應該建立全國性與全球的網絡來監控石綿造成之健康衝擊與評估石綿禁用的狀況。

Annie Thébaud-Mony INSERM・法國國立健康醫學研究所	Laura Centemeri University of Coimbra, Portugal・葡萄牙科英布拉大學	Murayama Takehiko・村山武彦 Waseda University・日本早稻田大學	Wan-Yu Yeh・葉婉榆 National Taiwan University・國立臺灣大學
Anne-Claire Brisacier University of Paris 13・國立巴黎第13大學	Yi-Ping Lin・林宜平 National Yang-Ming University・國立陽明大學	Jyuhn-Hsiarn Lee・李俊賢 National Taiwan University Hospital・台大醫院	Shih-Hsiang Luo・羅士翔 Taipei City Hospital・台北市立聯合醫院
Sylvie Platel University of Paris 13・國立巴黎第13大學	Pau-Chung Chen・陳保中 National Taiwan University・國立臺灣大學	Sugio Furuya・古谷杉郎 JOSHRC・日本全国労働安全衛生中心	Feng-Jen Tsai・蔡奉真 National Taiwan University・國立臺灣大學
Jung-Der Wang・王榮德 National Taiwan University・國立臺灣大學	Yue-Liang Guo・郭育良 National Taiwan University・國立臺灣大學	Uehata Tetsunojo・上畑鉄之丞 National Institute of Public Health・日本國立公衆衛生研究所	Katerine Lippel University of Ottawa・加拿大渥太華大學
Tsun-Jen Cheng・鄭尊仁 National Taiwan University・國立臺灣大學	Ro-Ting Lin・林若婷 National Taiwan University・國立臺灣大學	Paul Jobin・彭保羅 University of Paris Diderot・國立巴黎狄德羅大學	Yawen Cheng・鄭雅文 National Taiwan University・國立臺灣大學
Chang-Chuan Chan・詹長權 National Taiwan University・國立臺灣大學	Frank Muyard・梅豪方 CEFC・法國現代中國研究中心	Saou-Hsing Liou・劉紹興 NHRI・國家衛生研究院	How-Ran Guo・郭浩然 National Cheng Kung University・國立成功大學

場の所在地を確認するなどして（前頁右下写真）、新幹線で西部の台中に行きここでも台湾資本の元アスベスト工場を訪問、夜台北に戻り、翌16日帰国と、実質2日間で台湾を一周する強行軍を行った。

ポールが日程や移動のアレンジに協力してくれたうえに、全日程を同行して通訳もしてくれた。15日の高雄・台中にはTAVOIのメンバーも同行し、その後も元労働者の追跡も検討してくれている。

A-BAN発足を念頭に置いた台湾の草の根団体のオルグも兼ねていたと言ってよいかもしれない。



世界的禁止に向けた台北宣言

さて話を会議に戻すと、王榮德教授は冒頭から、「今回の会議で、世界的アスベスト禁止に向けた台北宣言を採択したい」と提案。

会議の最後に案文が提案されて採択。参加者は宣言への署名を呼びかけられた。前頁の図は署名がされた原本の1枚目の写しで、2枚目は省略したが、TAVOIの代表らも署名している。

ポールがフランス語、筆者が日本語訳を提供して、現在、英語、中国語、フランス語、日本語の4か国語版ができており、NTU-CPHもこの台北宣言の生かし方を検討しており、TAVOIも基隆の中皮腫認定の記者会見と合わせて電話相談ホットラインを開設することなどを検討していると聞いている。

過労死・ストレスのプログラム

2日目の開会式の後の「過労死・ストレス」に関するプログラムは、以下のとおり。

パネル4：労働組織とストレス

①日本における過労死・過労自殺
上畑鉄之丞（日本国立公衆衛生院名誉教授、過労死・自死相談センター）

②過労死と筋骨格系障害：過労あるいは悪労？フランスと日本におけるトヨタの事例
ポール・ジョバン（パリ・ディドロ大学助教授、CFEC台北事務所訪問研究員）

③労働の弾力化と労働衛生：台湾の経験
葉婉棆（NTU-CPH労働医学・産業衛生研究所助教授）—左上写真

④夜勤は若年女性に心臓ストレスを造成し、回復を遅延させる
羅士翔（台北市立総合病院医師）—右上写真

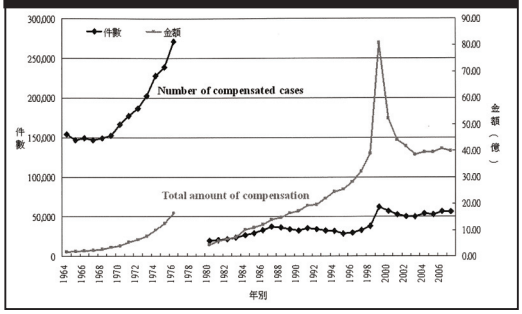
⑤法律専門家における職業ストレスの健康影響
蔡奉真（NTU-CPH労働医学・産業衛生研究所博士課程）—左下写真

⑥韓国における職業性脳心血管疾患と死亡
元鍾旭（韓国延世大学医学部教授）

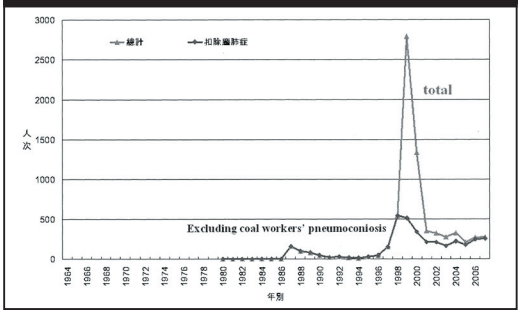
⑦カナダにおける法律、政策及び労働衛生
カテリーヌ・リペル（カナダ・オタワ大学、カナダ労

国立台湾大学での国際会議

台湾の労働災害補償件数（疾病を含む）
1964～2007



台湾の職業病補償件数
1964～2007

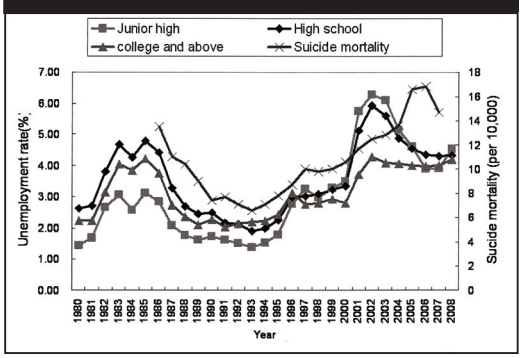


台湾の職業病補償統計

年	難聴	腰痛症	炭坑夫じん肺	筋骨格系障害	その他	合計
2002	14	77	111	64	46	322
2003	4	44	116	61	34	278
2004	6	53	105	85	56	328
2005	3	47	37	64	32	213
2006	0	61	18	87	32	267
2007	5	86	16	98	8	275
2008	2	109	18	182	13	387

「その他」から漏れているのもあり、足しても合計とあわない。

台湾の失業率と自殺死亡率



働安全衛生法研究講座教授）

⑧日本における労働関連ストレス、疾病・死亡の補償システム

古谷杉郎（日本全国労働安全衛生センター連絡会議）

⑨台湾における労働関連災害・疾病 ： 傾向と政策の関係

鄭雅文（NTU-CPH保健政策･管理研究所助教授）―前頁右下写真

台湾の労災･職業病補償状況

⑨鄭雅文助教授の示したデータによって、台湾における労災職業病の補償状況を見ておきたい。

左上図は、職業病も含めた労災補償件数と補償金額の年次推移。1977～1979年の3年間の数字を欠いているが、民主化以前の状況と、なぜ民主化後に件数が10分の1レベルから始まっているのかについての理由は、本当にわからないのだという（民主下以前は件数に比べて補償金額が著しく低い。1999･2000年の金額の突出は、炭坑夫じん肺の影響であろうと思われる）。

労働者千人当たり全労災件数は、日本（2004年）2.5＜台湾（2008年）6.83、＜韓国（2006年）7.69。死亡災害は、日本0.010＜台湾0.076＜韓国0.114。職業病は、台湾0.044＜日本0.2＜韓国0.876。

右上図は、職業病の補償件数で、1999･2000年の数字が突出しているのは炭坑夫じん肺によるもので、TAVOI等によるキャンペーンの結果が反映している。 補償された主な職業病の内訳と合計数は左下表のとおりである。

鄭雅文助教授は、台湾の労災補償システムの主な問題点として、以下をあげている。

・全労働者がカバーされていない（労災保険法の対象～90%、労働基準法の対象～80%、労働安全衛生法の対象～65%）

韓国の脳・心血管疾患の認定率　2005-2007

	請求合計	認定	非認定	認定率
狭心症	349　(3.7)	106	243	30.4
急性心筋梗塞	1,422　(15.0)	480	942	33.8
くも膜下出血	1,226　(12.9)	840	386	68.5
頭蓋内出血	3,383　(35.6)	2,416	967	71.4
脳梗塞	2,971　(31.3)	639	2,332	21.5
高血圧性脳疾患	12　(0.1)	4	8	33.3
解離性大動脈瘤	128　(1.3)	53	75	41.4
合計	9,491 (100.0)	4,538	4,953	47.8
脳出血を除く合計	4,882　(51.4)	1,282	3,600	26.3

・労災保険が一般的な労働保険のパッケージの一部になっている
・労働監督がうまく執行されていない、職場のハザーズに関するデータの欠如、多くの労働災害が未報告
・多くの被災労働者が医療費には健康保険（1995～、カバー率97%）を使っている
・医師が無関心、職業病を診断しようとしない
・低い保険料と低い補償給付

彼女はまた、NTUの労働衛生サービスセンターを受診した被災労働者を対象にしたインタビュー調査の結果も紹介した。

台湾の過労死・精神障害認定

2003年の年間労働時間数の国際比較では、最長は香港で、インド、台湾、フィリピン、メキシコ、韓国、タイ、インドネシア、マレーシア、シンガポールが後に続き、トップ10のうち9がアジア（日本は18位）。

本誌でも紹介しているように、台湾でも過労死が社会問題になっており（左は紹介された新聞記事）、2004年4月にはTAVOIが、「国際過労症検討会」を開催している（2004年12月号参照）。

2004年に、日本の2001年基準をそっくりそのまま引き写して脳・心臓疾患の労災認定基準がつくられ、これまでに20数件だか労災認定されたと聞いた（10数件だったかもしれない）。

前頁右下図は、台湾の失業率（中学、高校、大学卒別）及び自殺死亡率の推移を示している。いずれも1990年代前半から上昇していることがわかる。年齢別には、15～24歳と55～64歳の年齢層の自殺死亡率が高くなっている。貧困率も増大しているというデータも示された。

自殺や精神障害の労災認定もホットトピックとなっており、実はごく近々に精神障害の労災認定基準を策定することが既定方針となっており、3月の日本の判断指針（職場における心理的負荷表）の見直しもよく知っていて、同検討会の委員を招いたワークショップを間もなく開催すると聞いた。

PTSDを対象とすることは確実だが、うつ病を対象に含めるかどうかなどが焦点となっている模様である。参加していた行政院衛生署（厚生省）副署長や研究者、TAVOIからも、精神障害の労災認定についてはいろいろと聞かれた。

韓国の過労死・精神障害認定

これらの点では、韓国の最新情報も⑥の元鍾旭教授（次頁左上写真）から聞くことができた。

韓国の脳・心臓疾患の労災認定件数が依然高い水準にあることは、2008年9月号32頁でも紹介しているとおりである。2005～2007年の疾病別の認定・非認定件数、認定率が別掲のように示された。脳出血―くも膜下出血と頭蓋内出血の認定率が70%前後と、他と比べて圧倒的に高い。

この理由は、労災認定基準に、「労働時間中に労働現場で発症した頭蓋内出血またはくも膜下出血」という要件が含まれていたことによる。

国立台湾大学での国際会議

しかし、2008年7月に職業病の認定基準の全般的見直しが行われ、この要件は削除されてしまったとのこと。同時に、狭心症と高血圧性脳疾患も対象疾病から外された。元教授は、「この改訂で認定件数は大幅に減るだろう」と話した。

以下は、改定後の認定基準を、韓国の鈴木明氏に韓国語から直接日本語に翻訳してもらった。

施行令別表3　業務上疾病に対する具体的な認定基準（第34条第3項関連）

1.　脳血管疾患または心臓疾患

ア.　勤労者が次のいずれかに該当する原因で頭蓋内出血、くも膜下出血、脳梗塞、心筋梗塞、解離性大動脈瘤が発病した場合には業務上疾病とみなす。ただし、その疾病が自然発生的に悪化し発病した場合には、業務上疾病とみなさない。

1）　業務と関連した突発的で予測困難な程度の緊張・興奮・恐怖・驚き等と、急激な業務環境の変化により著しい生理的変化が起きた場合

2）　業務の量・時間・強度・責任および業務環境の変化等により発病前の短期間、業務上負担が増加し、脳血管または心臓血管の正常な機能に著しい影響を与える肉体的・精神的な過労を誘発した場合

3）　業務の量・時間・強度・責任および業務環境の変化等による慢性的な加重な業務で、脳血管または心臓血管の正常な機能に著しい影響を与える肉体的・精神的な過労を誘発した場合

イ.　アに列挙されない脳血管疾患または心臓疾患の場合には、その疾病の誘発または悪化が業務と相当な因果関係があることが時間的・医学的に明白であれば、業務上疾病とみなす。

ウ.　アおよびイによる業務上疾病の是非の決定に必要な事項は、労働部長官が別途告示する。

労働部告示　第2008-43号

ア.　発病前24時間以内に、業務と関連した突発的で予測困難な事件の発生と、急激な業務環境の変化により、脳血管または心臓血管の病変等が、その自然経過を超え急激で著しく悪化した場合をいう。

イ.　発病前1週間以内の業務量や業務時間が日常業務より30%以上増加するか、業務強度・責任および業務環境等が一般人が適応困難な程度に変わった場合をいう。

ウ.　発病前3か月以上連続で、日常的な業務に比べ過重な肉体的・精神的負担を発生させたと認める業務的要因が、客観的に確認される状態をいう。

エ.「短期間の業務上負担」および「慢性的に過重な業務」を判断するときには、次の事項を総合的に考慮して判断する。

1)　平素の業務時間や強度

2)　固定夜間勤務。循環交代勤務、長時間運転勤務等、特殊勤務形態

3)　勤労者自らの業務調整、適応時間、睡眠時間確保可能の有無

4)　発病前、勤労者の健康と身体条件に変化があったかどうか

認定基準の1-ア-3)=告示のウは、今回の改訂によって追加された要件で、他は変更されていない。元教授も認定基準見直し検討のメンバーであり、彼は以下の提案をしたが、受け入れられなかったとのことである。

・**短期的過重労働**：過去1週間における労働時間≧60時間

・**長期的過重労働**：過去3か月間の期間の週平均労働時間≧60時間

なお、元教授によれば、精神障害については、PTSDについては韓国でも認定される場合がある（60頁記事も参照）、労災被災者が打ち切りをおそれて後になってPTSDを訴えるケースが問題になっている、認定基準設定も議論されたが、使用者側の反対もあり、まとまらなかったとのことである。

おわりに

他にも紹介したいことは多いが、紙面と根気が尽きてきた。例えば、別掲写真はポールが紹介したフランスの筋骨格系障害予防のパンフレットで、なかなか訴える力があると思うのだがいかがだろう。

前出のプログラムの後には、約2時間かけて、詹長權(NTU-CPH労働医学・産業衛生研究所教授（前頁右上写真）の進行でディスカッションも行われて、様々な話題が取り上げられた。

上畑鉄之丞氏（前頁左下写真）は、RCA事件など、「はじめて知った、もっと日本の研究者にも知らせなくては」と話されていたし、日本・韓国・台湾の過労死・精神障害の労災認定に関する国際会議を相談しようかという話も出た。村山氏（前頁右下写真）のGIS情報を活用したアプローチに、台湾の研究者は大いに関心を示していた。

台湾の40歳代前半の、とくに女性の研究者たちが、ジェンダーへの強い関心を含めて、社会問題に非常にポジティブだと感じたことについては、ポールはちょうど民主化のときに学生だった世代と解説したが、同じことが韓国にも当てはまりそうで、比較すると日本は寂しい感じがした。

審査請求で「逆転認定」増加
脳・心疾患の「認定率」微増
脳・心死亡事例では初めて50%超

厚生労働省は2009年6月8日に、2008年度分の「脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況」を公表した（http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/06/h0608-1.html）。同省自身が指摘する2008年度の特徴は、以下のとおりである。

■ 脳・心臓疾患

① 請求件数は889件であり、前年度に比べ42件（4.5%）減少。
② 支給決定件数は377件であり、前年度に比べ15件（3.8%）増加。
③ 業種別では請求件数、支給決定件数ともに「運輸業」が最も多い。
④ 職種別では請求件数、支給決定件数ともに「運輸・通信従事者」が最も多い。
⑤ 年齢別では請求件数、支給決定件数ともに50～59歳が最も多い。

■ 精神障害等の労災補償状況

① 請求件数は927件であり、前年度に比べ25件（2.6%）減少。
② 支給決定件数は269件であり、前年度に比べ1件（0.4%）増加。
③ 業種別では請求件数、支給決定件数ともに「製造業」が最も多い。
④ 職種別では請求件数は「事務労働者」がもっとも多く、一方、支給決定件数は「専門的・技術的職業従事者」が最も多い。
⑤ 年齢別では請求件数は、支給決定件数ともに30～39歳が最も多い。

図1でおわかりのとおり、脳・心臓疾患、精神障

図1 脳・心臓疾患及び精神障害等の労災補償状況

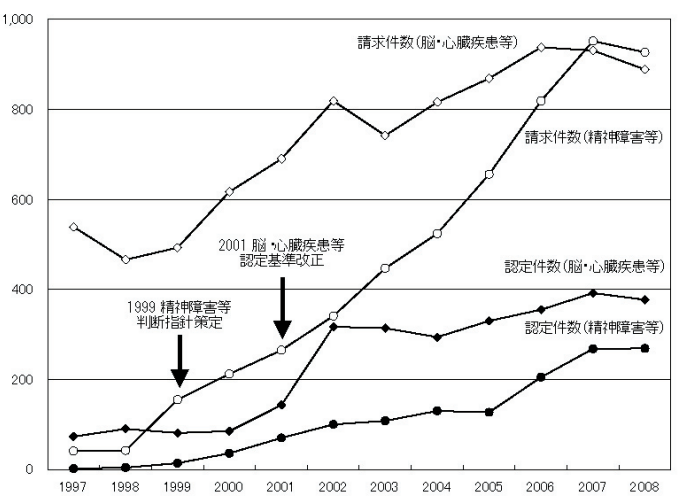


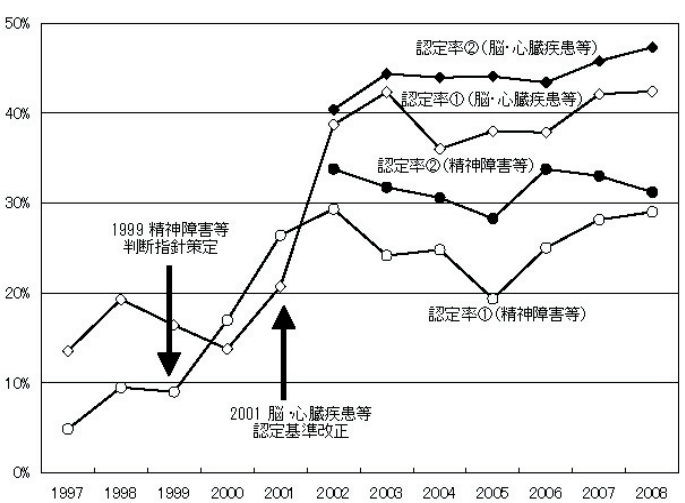
表1 脳・心臓疾患の労災補償状況①

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	243	225		35.5%		304	133	130		42.8%		938	373	355		37.8%
2007		642	278	263		41.0%		289	131	129		44.6%		931	409	392		42.1%
2008		585		249		42.6%		304		128		42.1%		889		377		42.4%

害等ともに、請求件数、認定件数とも、すべて減少か延び止まった。この間増加傾向がめざましかった精神障害等の請求件数も初めて減少している。

2007年7月号、2008年9月号に続いて、ふたつの「認定率」についても、図2に示した。厚生労働省も2007年度分から、「認定率」を示すようになったが、これは認定率②の方である。

図2 脳・心臓疾患及び精神障害等の認定率の推移



認定率①＝認定（支給決定）件数/請求件数

認定率②＝認定（支給決定）件数/決定件数（支給決定件数＋不支給決定件数）

下がり気味だった脳・心臓疾患の認定率②が2年連続して増加に転じたものの、逆に、精神障害等の認定率②は2年連続減少してしまったという結果である。脳・心臓疾患の死亡事例の認定率は、初めて50%を超えた（表1②）。一方、脳血管疾患と虚血性心疾患等の内訳は、都道府県別データの中で

しか公表されなくなってしまっているが、前者の認定率①は増加、後者の認定率①は減少という結果である（表1①）。

いずれにせよ、脳・心臓疾患、精神障害等の認定率は、依然として低い状況が続いていると言わざるを得ない。

厚生労働省が毎年この時期に前年の労災補償状況を公表するようになっていることは歓迎するものの、公表内容には操作が加えられている。表1及び表2の空欄は、データが未公表であることを示している。

表3及び表4の認定事例の分析についても、2002年度分までは、「性別」及び「疾患別」データも公表されていたのに、2003年度分から公表されなくなってしまったままである。

逆に、2006年度分から、都道府県別のデータが公表されるようになっているが、これもかつて1997～1999年度分の脳・心臓疾患計について、請求・認定・未処理件数が公表されたことがあったが、その後公表されなくなってしまっていたもの。

本誌では、2000年度分（2002年9月号26頁）以降、脳血管疾患と虚血性心疾患等の区分別の認定件数データを提供しているが、請求件数または（不支給）決定件数のデータがなくては認定率は計算できなかった。

2006～2008年度の3年分の都道府県別（脳血管疾患と虚血性心疾患等、精神障害等の区分別）認定件数及び請求件数が入手可能になったので、都道府県別の認定率①を計算してみたところ（表5参照）、都道府県別のばらつきが非常に大きい。精神障害等については、現場の実感からすると、地方労災医員の影響が多いのではないかとも思われるが、時間外労働時間数のウエイトが大きい脳・心臓疾患でも同様にばらついている。

厚生労働省はまた、昨年初めて、2007年度分についての「1か月平均の時間外労働時間数別認定件数」を公表したが、今回2008年度分についても公表を継続した（次頁参照）。

表1　脳・心臓疾患の労災補償状況②

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%
2007	931	856	392	464	45.8%	42.1%	318	316	142	174	44.9%	44.7%
2008	889	797	377	420	47.3%	42.4%	304	313	158	155	50.5%	52.0%

表2　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	認定率②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	(124)	100	(43)	196	(81)	29.3%	33.8%	34.7%
2003	447	(122)	340	(113)	108	(40)	232	(73)	24.2%	31.8%	35.4%
2004	524	(121)	425	(135)	130	(45)	295	(90)	24.8%	30.6%	33.3%
2005	656	(147)	449	(106)	127	(42)	322	(64)	19.4%	28.3%	39.6%
2006	819	(176)	607	(156)	205	(66)	402	(90)	25.0%	33.8%	42.3%
2007	952	(164)	812	(178)	268	(81)	544	(97)	28.2%	33.0%	45.5%
2008	927	(148)	862	(161)	269	(66)	593	(95)	29.0%	31.2%	41.0%

脳・心臓疾患で「長期間の過重業務」により支給決定された事案（1か月平均の時間外労働時間数別）

区分＼年度	平成19年度	うち死亡	平成20年度	うち死亡
45時間未満	0	0	1	0
45時間以上～60時間未満	0	0	1	1
60時間以上～80時間未満	28	16	21	10
80時間以上～100時間未満	135	54	131	62
100時間以上～120時間未満	91	25	103	41
120時間以上～140時間未満	39	12	49	22
140時間以上～160時間未満	34	15	31	11
160時間以上	35	7	24	6
合計	362	129	361	153
（参考）支給決定件数	392	142	377	158

注　本表の合計件数と支給決定件数との差は、認定要件のうち、「異常な出来事」又は「短期間の過重業務」により支給決定された事案の件数である。

精神障害等で支給決定された事案（1か月平均の時間外労働時間数別）

区分＼年度	平成19年度	うち自殺（未遂を含む）	平成20年度	うち自殺（未遂を含む）
20時間未満	72	5	69	7
20時間以上～40時間未満	20	7	9	4
40時間以上～60時間未満	11	8	10	4
60時間以上～80時間未満	17	9	15	7
80時間以上～100時間未満	27	11	22	8
100時間以上～120時間未満	39	20	31	15
120時間以上～140時間未満	17	4	24	7
140時間以上～160時間未満	12	4	10	4
160時間以上	16	9	20	5
合計	231	77	210	61
（参考）支給決定件数	268	81	269	66

注　本表の合計件数と支給決定件数との差は、PTSD又は出来事による心理的負荷の程度が特に過重な場合など、労働時間の長さをみるまでもなく支給決定された事案等の件数である。

脳血管疾患及び虚血性心疾患等（「過労死」等事案）の審査請求事案の取消決定等による支給決定状況

区分＼年度		平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度
脳・心臓疾患	支給決定件数	4	4	4	8	16
	うち死亡	4	3	3	5	8

注1　本表は、労働基準法施行規則別表第1の2第9号の「業務に起因することの明らかな疾病」に係る脳血管疾患及び虚血性心疾患等（「過労死」等事案）について集計したものである。
2 支給決定件数は、審査請求事案の取消決定等による支給決定件数について集計したものである。
3 支給決定件数は、表1−1［本稿の他の表］における支給決定件数に含めていない。
4 「うち死亡」の件数は、当初の労災請求時における死亡の件数である。

精神障害等の審査請求事案の取消決定等による支給決定状況

区分＼年度		平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度
精神障害等	支給決定件数	1	5	10	15	22
	うち死亡	1	4	8	10	11

注1　本表は、労働基準法施行規則別表第1の2第9号の「業務に起因することの明らかな疾病」に係る精神障害等について集計したものである。
2 支給決定件数は、審査請求事案の取消決定等による支給決定件数について集計したものである。
3 支給決定件数は、表2−1［本稿の他の表］における支給決定件数に含めていない。
4 「うち自殺」の件数は、当初の労災請求時における自殺の件数である。

精神障害等で、時間外労働時間数が少なくても認定されている事案と、昨年2月に出された「上司の『いじめ』による精神障害等の業務上外の認定」通達（基労補発第0206001号）との関連なども気になるところである。

さらに今回初めて、「審査請求事案の取消決定等による支給決定状況」も公表された（別掲参照）。とくに精神障害等で、審査請求によって「逆転認定」される件数が増加していることが一億瞭然で、これも判断指針の見直しをすすめる背景のひとつになったであろうことが推察されるが、脳・心臓疾患の「逆転認定」が2008年度に3倍に増加していることも注目される。

本来、行政の恣意まかせではなく、状況の把握と予防対策への活用等を目的とした系統的な分析及び公表が確保されるべきである。また、アスベスト関連疾患の場合と同様に、労災認定事業場名を公表させていくことも重要である。

なお、2008年度分の発議・発送文書台帳の情報開示から、「精神障害等による業務上の疾病が発生した事業場に対する指導の実施について」指示していることも判明した（2009年3月30日付け基発第0330023号）。これによる指導の内容等についても今後、公表を求めていきたいと考えている。

2009年4月26日付けで行われた「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」の見直し=「職場における心理的負荷評価表」の見直し（5月号参照）も、低迷する認定率を打開するための決め手とはなりそうもないが、現場でのフォローは強化していきたい。

表3 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	8	11	45	314
2004			3	64	29	71		48	3	5	3	10	13	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
2007			3	74	50	101		65	1	9	15	6	21	47	392
2008			2	48	42	99		62	2	5	15	11	39	52	377
合計			25	508	314	700	1	494	33	52	76			726	2,929

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%
2007	71	18.1%	51	13.0%	33	8.4%	43	11.0%	29	7.4%	93	23.7%	57	14.5%	15	3.8%	392	100.0%
2008	59	15.6%	51	13.5%	42	11.1%	41	10.9%	40	10.6%	98	26.0%	39	10.3%	7	1.9%	377	100.0%
合計	427	14.6%	540	18.4%	369	12.6%	253	8.6%	195	6.7%	662	22.6%	358	12.2%	125	4.3%	2,929	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	
1996	7	9.0%	11	14.1%	21	26.9%	31	39.7%	8	10.3%	78	100.0%
1997	2	2.7%	14	19.2%	23	31.5%	27	37.0%	7	9.6%	73	100.0%
1998	5	5.6%	13	14.4%	32	35.6%	37	41.1%	3	3.3%	90	100.0%
1999	4	4.9%	12	14.8%	23	28.4%	33	40.7%	9	11.1%	81	100.0%
2000	4	4.7%	17	20.0%	28	32.9%	30	35.3%	6	7.1%	85	100.0%
2001	8	5.6%	33	23.1%	38	26.6%	49	34.3%	15	10.5%	143	100.0%
2002	19	6.0%	49	15.5%	90	28.4%	128	40.4%	31	9.8%	317	100.0%
2003	13	4.1%	52	16.6%	83	26.4%	132	42.0%	34	10.8%	314	100.0%
2004	16	5.4%	48	16.3%	78	26.5%	121	41.2%	31	10.5%	294	100.0%
2005	15	4.5%	49	14.8%	95	28.8%	143	43.3%	28	8.5%	330	100.0%
2006	11	3.1%	64	18.0%	104	29.3%	141	39.7%	35	9.9%	355	100.0%
2007	16	4.1%	54	13.8%	115	29.3%	163	41.6%	44	11.2%	392	100.0%
2008	8	2.1%	62	16.4%	116	30.8%	142	37.7%	49	13.0%	377	100.0%
合計	128	4.4%	478	16.5%	846	29.3%	1,177	40.7%	300	10.4%	2,929	100.0%

4 生死別

年度	生存		死亡		合計	
1996	42	53.8%	36	46.2%	78	100.0%
1997	26	35.6%	47	64.4%	73	100.0%
1998	41	45.6%	49	54.4%	90	100.0%
1999	33	40.7%	48	59.3%	81	100.0%
2000	40	47.1%	45	52.9%	85	100.0%
2001	85	59.4%	58	40.6%	143	100.0%
2002	157	49.5%	160	50.5%	317	100.0%
2003	156	49.7%	158	50.3%	314	100.0%
2004	144	49.0%	150	51.0%	294	100.0%
2005	173	52.4%	157	47.6%	330	100.0%
2006	208	58.6%	147	41.4%	355	100.0%
2007	250	70.4%	142	40.0%	355	100.0%
2008	219	58.1%	158	41.9%	377	100.0%
合計	1,574	54.4%	1,355	46.9%	2,929	100.0%

表4 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
2007			0	59	33	24		41	13	8	26	11	6	47	268
2008			3	50	22	23		48	11	12	26	17	14	43	269
合計			9	271	153	129	3	179	56	38	142			347	1,327

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	
1999	4	28.6%	3	21.4%	0	0.0%	1	7.1%	1	7.1%	1	7.1%	4	28.6%	0	0.0%	14	100.0%
2000	12	33.3%	10	27.8%	2	5.6%	4	11.1%	1	2.8%	0	0.0%	3	8.3%	4	11.1%	36	100.0%
2001	16	22.9%	15	21.4%	11	15.7%	8	11.4%	4	5.7%	5	7.1%	8	11.4%	3	4.3%	70	100.0%
2002	21	21.0%	18	18.0%	19	19.0%	4	4.0%	13	13.0%	9	9.0%	11	11.0%	5	5.0%	100	100.0%
2003	29	26.9%	14	13.0%	9	8.3%	10	9.3%	12	11.1%	8	7.4%	24	22.2%	2	1.9%	108	100.0%
2004	43	33.1%	9	6.9%	14	10.8%	16	12.3%	11	8.5%	12	9.2%	24	18.5%	1	0.8%	130	100.0%
2005	40	31.5%	14	11.0%	17	13.4%	10	7.9%	13	10.2%	12	9.4%	20	15.7%	1	0.8%	127	100.0%
2006	60	29.3%	24	11.7%	34	16.6%	14	6.8%	17	8.3%	16	7.8%	33	16.1%	7	3.4%	205	100.0%
2007	75	28.0%	18	6.7%	53	19.8%	29	10.8%	10	3.7%	22	8.2%	60	22.4%	1	0.4%	268	100.0%
2008	69	25.7%	22	8.2%	45	16.7%	33	12.3%	27	10.0%	20	7.4%	51	19.0%	2	0.7%	269	100.0%
合計	369	27.8%	147	11.1%	204	15.4%	129	9.7%	109	8.2%	105	7.9%	238	17.9%	26	2.0%	1,327	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	
1999	4	28.6%	3	21.4%	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%	4	11.1%	36	100.0%
2001	24	34.3%	20	28.6%	11	15.7%	11	15.7%	4	5.7%	70	100.0%
2002	25	25.0%	25	25.0%	23	23.0%	20	20.0%	7	7.0%	100	100.0%
2003	25	23.1%	40	37.0%	21	19.4%	19	17.6%	3	2.8%	108	100.0%
2004	26	20.0%	53	40.8%	31	23.8%	16	12.3%	4	3.1%	130	100.0%
2005	37	29.1%	39	30.7%	25	19.7%	20	15.7%	6	4.7%	127	100.0%
2006	39	19.0%	83	40.5%	36	17.6%	33	16.1%	14	6.8%	205	100.0%
2007	67	25.0%	100	37.3%	61	22.8%	31	11.6%	9	3.4%	268	100.0%
2008	71	26.4%	74	27.5%	69	25.7%	43	16.0%	12	4.5%	269	100.0%
合計	325	41.1%	445	56.3%	291	36.8%	202	25.6%	64	8.1%	1,327	100.0%

4 自殺事例

年度	合計		自殺		自殺以外		合計	
1999	14	100.0%	11	78.6%	3	21.4%	14	100.0%
2000	36	100.0%	19	52.8%	17	47.2%	36	100.0%
2001	70	100.0%	31	44.3%	39	55.7%	70	100.0%
2002	100	100.0%	43	43.0%	57	57.0%	100	100.0%
2003	108	100.0%	40	37.0%	68	63.0%	108	100.0%
2004	130	100.0%	45	34.6%	85	65.4%	130	100.0%
2005	127	100.0%	42	33.1%	85	66.9%	127	100.0%
2006	205	100.0%	66	32.2%	139	67.8%	205	100.0%
2007	268	100.0%	81	30.2%	187	69.8%	268	100.0%
2008	269	100.0%	66	24.5%	203	75.5%	269	100.0%
合計	1,327	100.0%	444	33.5%	883	66.5%	1,327	100.0%

また、これも情報開示によって、「脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の業務起因性の判断のための調査様式の改正について」（2009年3月4日付け基労補発第0304001号）通達が発せられていることも判明したので、開示を請求している。

認定基準・判断指針の内容及び運用を抜本的に見直すことと合わせて、実効性のある脳・心臓疾患、精神障害等の予防対策を確立することが切実にのぞまれている。

表5 都道府県別の労災補償状況①

	脳血管疾患									虚血性心疾患等								
	2006年度		2007年度		2008年度		合計			2006年度		2007年度		2008年度		合計		
	請求	認定	請求	認定	請求	認定	請求	認定	認定率①	請求	認定	請求	認定	請求	認定	請求	認定	認定率①
北海道	25	8	24	13	17	8	66	29	43.9%	10	7	11	4	10	2	31	13	41.9%
青　森	2	3	4	1	1	0	7	4	57.1%	1	0	1	1	3	0	5	1	20.0%
岩　手	0	3	1	0	4	2	5	5	100.0%	1	1	1	0	0	0	2	1	50.0%
宮　城	12	1	8	2	12	6	32	9	28.1%	4	3	4	3	10	2	18	8	44.4%
秋　田	0	0	2	0	2	2	4	2	50.0%	0	1	2	1	1	2	3	4	133.3%
山　形	3	1	1	1	1	1	5	3	60.0%	2	0	0	2	1	1	3	3	100.0%
福　島	9	4	8	1	9	1	26	6	23.1%	4	1	4	1	2	1	10	3	30.0%
茨　城	12	2	8	6	16	8	36	16	44.4%	7	2	5	3	5	3	17	8	47.1%
栃　木	5	4	2	0	6	6	13	10	76.9%	1	0	2	3	0	0	3	3	100.0%
群　馬	3	7	5	3	6	1	14	11	78.6%	5	1	10	4	5	4	20	9	45.0%
埼　玉	33	12	30	12	22	5	85	29	34.1%	19	7	15	4	18	8	52	19	36.5%
千　葉	33	8	20	13	25	7	78	28	35.9%	10	3	9	3	8	6	27	12	44.4%
東　京	106	36	103	41	104	50	313	127	40.6%	43	18	38	19	44	23	125	60	48.0%
神奈川	34	19	48	22	54	18	136	59	43.4%	21	10	28	9	28	14	77	33	42.9%
新　潟	4	2	8	6	4	3	16	11	68.8%	1	2	2	2	3	1	6	5	83.3%
富　山	4	5	4	0	1	2	9	7	77.8%	1	0	1	1	3	0	5	1	20.0%
石　川	3	1	4	2	2	2	9	5	55.6%	2	2	0	0	0	0	2	2	100.0%
福　井	1	2	1	0	2	1	4	3	75.0%	0	1	0	0	2	0	2	1	50.0%
山　梨	2	0	2	0	3	1	7	1	14.3%	2	4	2	0	4	3	8	7	87.5%
長　野	4	4	7	1	11	5	22	10	45.5%	5	3	0	1	6	0	11	4	36.4%
岐　阜	5	2	5	1	5	1	15	4	26.7%	2	0	3	2	7	1	12	3	25.0%
静　岡	11	4	10	10	8	4	29	18	62.1%	7	1	6	3	8	3	21	7	33.3%
愛　知	27	9	32	8	25	10	84	27	32.1%	19	5	14	7	11	10	44	22	50.0%
三　重	5	0	8	2	8	2	21	4	19.0%	4	3	6	0	2	1	12	4	33.3%
滋　賀	13	3	8	7	6	3	27	13	48.1%	7	2	8	4	5	3	20	9	45.0%
京　都	21	9	20	10	22	4	63	23	36.5%	11	3	11	5	9	2	31	10	32.3%
大　阪	83	23	88	32	67	28	238	83	34.9%	30	15	37	14	38	10	105	39	37.1%
兵　庫	29	11	30	8	29	7	88	26	29.5%	13	7	12	7	12	7	37	21	56.8%
奈　良	10	2	7	2	6	2	23	6	26.1%	4	0	3	2	5	1	12	3	25.0%
和歌山	14	4	3	1	4	1	21	6	28.6%	4	1	5	1	4	1	13	3	23.1%
鳥　取	1	0	2	1	1	2	4	3	75.0%	1	1	0	1	0	0	1	2	200.0%
島　根	1	0	3	0	1	1	5	1	20.0%	0	0	2	0	1	1	3	1	33.3%
岡　山	5	3	8	3	5	4	18	10	55.6%	5	2	7	1	2	1	14	4	28.6%
広　島	22	3	17	11	22	14	61	28	45.9%	10	4	3	4	6	3	19	11	57.9%
山　口	5	1	6	3	3	2	14	6	42.9%	7	3	4	3	3	1	14	7	50.0%
徳　島	5	1	4	2	4	1	13	4	30.8%	2		4	0	1	1	7	1	14.3%
香　川	6	3	1	4	4	2	11	9	81.8%	2	1		1	0	1	2	3	150.0%
愛　媛	7	2	8	2	0	1	15	5	33.3%	1	2	3	0	1	2	5	4	80.0%
高　知	9	2	10	1	5	6	24	9	37.5%	2	1	2	1	1	0	5	2	40.0%
福　岡	16	9	22	10	18	7	56	26	46.4%	11	4	10	5	11	4	32	13	40.6%
佐　賀	4	2	1	1	5	2	10	5	50.0%	2	0	0	0	5	2	7	2	28.6%
長　崎	6	1	13	6	7	3	26	10	38.5%	3	0	4	2	4	0	11	2	18.2%
熊　本	11	4	15	4	6	4	32	12	37.5%	6	2	4	2	4	1	14	5	35.7%
大　分	8	2	6	4	7	2	21	8	38.1%	6	1	1	2	3	0	10	3	30.0%
宮　崎	4	0	6	2	5	1	15	3	20.0%		2	2	0	3	0	5	2	40.0%
鹿児島	8	0	9	2	2	3	19	5	26.3%	2	3	1	0	4	2	7	5	71.4%
沖　縄	3	3	10	2	8	3	21	8	38.1%	4	1	2	1	1	0	7	2	28.6%
合　計	634	225	642	263	585	249	1,861	737	39.6%	304	130	289	129	304	128	897	387	43.1%

表5 都道府県別の労災補償状況②

	脳血管疾患及び虚血性心疾患等									精神障害等								
	2006年度		2007年度		2008年度		合計			2006年度		2007年度		2008年度		合計		
	請求	認定	請求	認定	請求	認定	請求	認定	認定率①	請求	認定	請求	認定	請求	認定	請求	認定	認定率①
北海道	35	15	35	17	27	10	97	42	43.3%	35	10	51	10	36	17	122	37	30.3%
青森	3	3	5	2	4	0	12	5	41.7%	1	1	2	0	4	1	7	2	28.6%
岩手	1	4	2	0	4	2	7	6	85.7%	1	1	3	3	2	2	6	6	100.0%
宮城	16	4	12	5	22	8	50	17	34.0%	17	1	18	6	16	7	51	14	27.5%
秋田	0	1	4	1	3	4	7	6	85.7%	9	0	7	2	6	2	22	4	18.2%
山形	5	1	1	3	2	2	8	6	75.0%	3	0	9	4	8	6	20	10	50.0%
福島	13	5	12	2	11	2	36	9	25.0%	11	2	13	4	14	4	38	10	26.3%
茨城	19	4	13	9	21	11	53	24	45.3%	11	3	20	2	14	6	45	11	24.4%
栃木	6	4	4	3	6	6	16	13	81.3%	7	2	5	5	8	3	20	10	50.0%
群馬	8	8	15	7	11	5	34	20	58.8%	4	5	11	5	7	4	22	14	63.6%
埼玉	52	19	45	16	40	13	137	48	35.0%	27	6	18	12	36	0	81	18	22.2%
千葉	43	11	29	16	33	13	105	40	38.1%	31	3	32	10	33	16	96	29	30.2%
東京	149	54	141	60	148	73	438	187	42.7%	167	33	177	50	158	40	502	123	24.5%
神奈川	55	29	76	31	82	32	213	92	43.2%	61	26	74	26	76	18	211	70	33.2%
新潟	5	4	10	8	7	4	22	16	72.7%	15	4	20	1	9	10	44	15	34.1%
富山	5	5	5	1	4	2	14	8	57.1%	0	0	9	0	2	1	11	1	9.1%
石川	5	3	4	2	2	2	11	7	63.6%	5	4	9	3	4	1	18	8	44.4%
福井	1	3	1	0	4	1	6	4	66.7%	11	4	5	5	6	2	22	11	50.0%
山梨	4	4	4	0	7	4	15	8	53.3%	2	1	9	1	1	0	12	2	16.7%
長野	9	7	7	2	17	5	33	14	42.4%	8	4	7	2	9	2	24	8	33.3%
岐阜	7	2	8	3	12	2	27	7	25.9%	9	1	9	4	12	3	30	8	26.7%
静岡	18	5	16	13	16	7	50	25	50.0%	10	1	8	4	19	7	37	12	32.4%
愛知	46	14	46	15	36	20	128	49	38.3%	36	7	46	6	60	10	142	23	16.2%
三重	9	3	14	2	10	3	33	8	24.2%	13	2	13	0	13	3	39	5	12.8%
滋賀	20	5	16	11	11	6	47	22	46.8%	13	7	14	8	10	4	37	19	51.4%
京都	32	12	31	15	31	6	94	33	35.1%	36	6	37	12	39	10	112	28	25.0%
大阪	113	38	125	46	105	38	343	122	35.6%	97	22	109	23	105	22	311	67	21.5%
兵庫	42	18	42	15	41	14	125	47	37.6%	34	8	41	11	34	13	109	32	29.4%
奈良	14	2	10	4	11	3	35	9	25.7%	4	0	5	2	10	5	19	7	36.8%
和歌山	18	5	8	2	8	2	34	9	26.5%	10	0	6	0	8	4	24	4	16.7%
鳥取	2	1	2	2	1	2	5	5	100.0%	3	3	0	0	2	0	5	3	60.0%
島根	1	0	5	0	2	2	8	2	25.0%	2	1	2	0	0	1	4	2	50.0%
岡山	10	5	15	4	7	5	32	14	43.8%	10	2	16	2	13	2	39	6	15.4%
広島	32	7	20	15	28	17	80	39	48.8%	13	4	16	2	24	11	53	17	32.1%
山口	12	4	10	6	6	3	28	13	46.4%	6	1	7	4	3	1	16	6	37.5%
徳島	7	1	8	2	5	2	20	5	25.0%	3	1	3	0	4	3	10	4	40.0%
香川	8	4	1	5	4	3	13	12	92.3%	7	1	3	4	2	3	12	8	66.7%
愛媛	8	4	11	2	1	3	20	9	45.0%	7	1	14	1	6	3	27	5	18.5%
高知	11	3	12	2	6	6	29	11	37.9%	4	1	7	0	4	0	15	1	6.7%
福岡	27	13	32	15	29	11	88	39	44.3%	19	8	34	10	36	4	89	22	24.7%
佐賀	6	2	1	1	10	4	17	7	41.2%	8	1	5	3	8	2	21	6	28.6%
長崎	9	1	17	8	11	3	37	12	32.4%	13	1	9	2	7	3	29	6	20.7%
熊本	17	6	19	6	10	5	46	17	37.0%	13	8	19	9	12	4	44	21	47.7%
大分	14	3	7	6	10	2	31	11	35.5%	6	1	6	2	7	1	19	4	21.1%
宮崎	4	2	8	2	8	1	20	5	25.0%	6	1	10	4	20	5	36	10	27.8%
鹿児島	10	3	10	2	6	5	26	10	38.5%	6	4	8	1	9	1	23	6	26.1%
沖縄	7	4	12	3	9	3	28	10	35.7%	5	2	6	3	11	2	22	7	31.8%
合計	938	355	931	392	889	377	2,758	1,124	40.8%	819	205	952	268	927	269	2,698	742	27.5%

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

世界銀行グループ「グッド・プラクティス・ノート」

Asbestos: Occupational and Community Health Issues, 2009.5

1. 要　約

このグッド・プラクティス・ノートの目的は、アスベストへの職業曝露に関連した健康リスクへの関心を高め、それらのリスクを最小化するための入手可能な国際的なグッド・プラクティスに関する情報源のリストを提供し、また、市場にある利用可能な代替製品のいくつかに関する概観を示すことである。アスベスト含有物質（ACM）をハザードとして扱う必要性は、もはや議論の対象ではなく、ひろく認められた事実である。

世界銀行グループ（WBG）が融資その他の手段を通じて援助するプロジェクトにおいて一般的に容認できるとみなされるアスベストに関するプラクティスは、WBGの一般的環境・安全衛生（EHS）ガイドライン[1]のなかで扱われている。このグッド・プラクティス・ノートは、WBG EHSガイドラインのなかの手引きの背景情報を提供するものである。

グッド・プラクティスは、新たな建築や改築においてACMの使用を避けることによって、また、据え付けられたアスベスト含有物質に遭遇した場合には、それらの影響を軽減するための国際的に認められた基準及びベスト・プラクティス(付録3に示されるような)を用いることによって、ACMに付随する健康リスクを最小化するためのものである。 全ての場合において、当銀行は、世界銀行の資金提供の借り主その他のクライアントが、実行可能な限り常に代替物質を使用するものと期待している。

ACMは、災害救助のための建築を含めて、新たな建築においては回避されなければならない。損傷したインフラの改築、解体及び除去においては、アスベスト・ハザーズを把握して、廃棄技術及び最終処分［end-of-life］場所を含めたリスクマネジメント計画を採用しなければならない。

2. アスベストと健康リスク

2.1 アスベストとは何か、なぜその使用に関心をもつのか?

アスベストは、自然界に生成する繊維状ケイ酸塩鉱物の一グループである。 耐火性、電気絶縁性断熱性、化学的安定性・保温性、高引張性など

囲み1：アスベスト及びアスベスト製品の使用禁止

アスベストの商業利用の世界的禁止は、国際建設林業労連（IFBWW）、国際金属労連（IMF）、国際労連、フランス政府、著名な学術団体であるラマッチーニ協会によって強く訴えられている。欧州連合の全加盟国と世界の40以上の諸国（付録1参照）がすでにクリソタイルを含めたすべての種類のアスベストを禁止している[7]。2006年7月、ILO総会は、「すべての種類のアスベスト及びアスベスト含有物質の根絶を促進」する決議を採択した。

・Landrigan PJ, Soffritti M.「ラマッチーニ協会は国際的なアスベスト禁止を求める」. Am. J. Ind. Med. 47: 471-474 (2005).
・アスベスト禁止国際書記局（IBAS)は、国レベルのアスベスト禁止の経過を追っている。http://ibassecretariat.org./lka_alpha_asb_ban_280704.php
・国際労働機関総会「アスベストに関する決議」。Provisional Record, International Labor Conference, Ninety-fifth Session, Geneva, 2006, Item 299, pp. 20/47-48.
・世界保健機関：http://www.who.int/occupational_health/publications/asbestosrelateddiseases.pdf

のすぐれた特性によって、いったんは多くの産業・家庭用品の生産にひろく使用された。しかし、今日では、アスベストは様々な疾病やがんの原因と認識され、吸入した場合には健康ハザードであるとみなされている[2]。ILOは、過去数十年間にわたって、世界で10万人の死がアスベスト曝露に起因するものであったと推計しており[3]、WHOは、アスベストへの職業曝露によって世界で年に9万の人々が亡くなっていると述べている[4]。

現在生産されているアスベスト[5] 繊維の90%以上がクリソタイルであり、アスベスト・セメント（A-C）平形スレートや波形型スレート、A-Cパイプ、A-C貯水タンクなどのA-C建材に使用されている。今もなおアスベストを含有して製造されている他の製品には、車両用ブレーキやクラッチパッド、屋根材、ガスケットなどがある。今日ではアスベスト・セメント建材以外の建材にアスベストが使用されることはほとんどないが、古い建物では、飛散しやすい表面形状の物質、サーマルシステムの断熱材、非飛散性の床材、その他の用途のかたちで今もなおみられる。これらの物質のメインテナンスや除去には、特別の注意を必要とする。

アスベスト曝露に付随する健康リスクがいまでは広く認識されていることから、世界の保健・労働者機関、研究機関やいくつかの政府はすでにアスベストの商業利用の禁止を制定しており（囲み1参照）、また、国際条約[6]を通じてアスベストに曝露する労働者とその家族、地域社会の健康を守るための国の基準の執行を主張している。

2.2 アスベスト含有製品と関係した健康問題

アスベスト粉じんを吸入することによる健康ハザーズには、肺の瘢痕化疾患のひとつである石綿肺と様々な種類のがん（肺がん及び胸膜・腹膜の中皮腫など）などがある[8]。これらの疾患は通常、最初のアスベスト曝露から数十年たった後に起こる。アスベスト曝露の指標腫瘍である中皮腫は、労働者の衣服に付着した粉じんから労働者の家族にも起こり、また、アスベスト大気汚染源の近隣住民にも起こる[9]。いくつかの動物実験研究は、すべての種類のアスベストへのたった数時間の高度吸入曝露ががんを引き起こすことを示している[10]。A-C製品の切断やブレーキシューの研磨に動力工具が用いられる場合には、きわめて高レベルの大気中アスベストが記録されている。もっとも一般的な種類であるクリソタイル・アスベストに関して、

発がんリスクがないことを示す曝露の閾値は存在しない。建材は、建設産業で働く労働者の数が多いこと、管理措置を設定することが困難であること、いずれ変更や修理、廃棄が必要となる既存物質によって引き起こされる脅威が継続していることから、特別の関心の的である[11]。建築物に含まれるA-C物質の改築や修理も、建設作業を危険にさらす可能性がある。商業用アスベストを使ってつくられた製品による問題に加えて、アスベストはまた、石、タルク、バーミキュライト、鉄鉱石、その他の鉱物の鉱脈の汚染物質としても生成する。このことは、避難場所における労働者や住民にとって、また場合によっては、そうした物質が使われた消費者要請品の生産や使用において、健康ハザーズを生ずる可能性がある。アスベストが吸入した場合に発がん性があるということが知られていたとしても、「攻撃」水を導くアスベスト・セメント管に関して管用基準が発刊されているにもかかわらず[13]、飲料水を通じて接種した場合に発がん性があるということは知られていない[12]。

産業衛生の観点からは、アスベストは、それが採掘されたときから処分場や未許可の廃棄場所に戻るまでの、曝露の連鎖を生み出す。連鎖の各々の環において、職業曝露と環境曝露が共存している。鉱山の労働者は、原石を抽出している間に繊維に曝露し、彼らの家族は、作業衣に付着して家に持ち帰られた繊維を吸入する。精製所や工場の労働者は繊維を加工して、製品を製造し、彼らの家族もまた二次的に曝露する。鉱山、精製所、工場周辺の地域社会は、それらの廃棄物で汚染され、子供たちは、残滓の山の上や汚染された校庭で遊ぶ。繊維や製品の輸送は、道路や線路を汚染する[14]。ACMを据付、修理、除去する職人は、その仕事のなかで曝露し、その場に居合わせた者も適切な管理措置のないまま曝露する。これらの連鎖のいずれかの段階から出されたアスベスト廃棄物は、廃棄物を扱う労働者ばかりでなく、不十分な覆土や侵食管理のために繊維が大気中に飛散する場合には、周囲の住民も曝露させる。最後には、廃棄物の流れからACMを取り除き、また適切に廃棄する手段を欠いていることから、廃棄された物質が取り出されたり、再利用された場合に同じサイクルが繰り返されることもしばしばある[15]。

2.3 アスベスト船医の利用の増大

1990年代に減少した後に、アスベスト繊維の使用が世界的に増加しつつあるという証拠がある。ある最近の研究[16]は、2000年から2004年に、10か国でトン数で59%増加したことを示している。

3. アスベストを扱うための国際条約・基準

3.1 国際条約

国際労働機関（ILO）は、1986年に、「アスベストへの職業曝露による健康ハザーズの予防と管理、及び労働者の防護」のための国レベルの法令を促進するために、アスベスト条約（C162）を制定した[17]。同条約は、対象と定義、一般原則、防護・予防措置、労働環境の監視、労働衛生などの、ベスト・プラクティスの諸側面を概述している。2008年3月4日までに、31か国が同条約を批准し[18]、そのうち17か国がすでにアスベストを禁止している。

ILOアスベスト条約のいくつかの要求事項は、以下のとおりである。

- 使用者は作業衣を支給しなければならない
- 帰宅途中や自宅持ち帰り衣服からの繊維悲惨を防止するための二重着替室及び洗浄施設
- 自ら及び家族に対する健康ハザーズについての労働者のトレーニング
- 定期的な労働者の医学的検査
- 定期的な労働環境監視、記録は30年間保存
- 労働者を防護し、適切な廃棄物処理を提供するための、解体作業開始前の作業計画の策定
- 重大な健康への危害の存在を感じる合理的な理由のあった労働者の職場離脱に「報復及び懲戒措置」がとられてはならない

ACMを扱い、調達する際の基準を検討することは、ほとんどのプロジェクトにとって共通のことである。いくつかの基本的事項の概略を、付録5に示している。

3.2 国際基準及び国の規則

ACMを扱うための基準や規則が、非政府組織や政府機関によって発行されている。付録3が、国際機関（WHO、ISO、ASTMなど）、国の政府（イギリス、アメリカ、カナダ、南アフリカなど）を含めた、いくつかの情報源のリストを示している。これらの情報源は、マニュアルから個別基準にまでわたり、また、調査、把握、検査、メインテナンス、改築、修理、除去及び廃棄を含め、様々な作業のガイドラインをカバーしている。これらの基準や規則のなかで論じられているいくつかの主要事項は、以下のとおりである。

- **職業ハザーズの規模**：健康リスクは、単にACMの特性の機能であるだけでなく、行われれる作業や用いられる管理措置の種類も反映している。A-C製品は、例えば断熱材よりも本来リスクが少ないようにみえるかもしれないが、大気監視の結果は、乾燥した状態でのA-Cシートの動力ノコギリを用いた切断は、湿ったずぶぬれの断熱材を誤って廃棄するよりも、はるかに大量の繊維を待機中に飛散させることを示している。A-C製品の性質と行われれる作業や繊維やは破片の飛散を管理するために用いられる管理措置との関係は、（ASTM E2394及びHSG 189/2で論じられているように[19]）重要である。
- **大気中繊維への曝露の管理**：アスベスト繊維は主として吸入によるハザードであることから、基準や規則の基本的目的は、労働者その他が吸入する大気中のアスベスト繊維濃度を管理することである。多くの国々で、ACMと接触する職務を持つる労働者を対象とした濃度基準が設定されているが、それらはアスベスト疾患のリスクを完全に根絶することを意味しているのではなく、それを低減させるだけである。建物や施設の入居者や地域社会など、労働者以外の個々人を対象とした濃度基準は、きわめて若い者や老人、身体に障害のある者などを考慮して、労働者を対象とするものよりも低くされている。
- **大気中アスベストへの曝露の測定**：曝露基準の順守は、付録3で示されるように、労働者の呼吸域または影響を受ける個人が占める場所の大気を採取し光学または電子顕微鏡で分析することによって証明される。除去手順は、アスベスト除去後に建物を再利用することができるかどうかも決定する。
- **適切な廃棄**：ACMの適切な廃棄は、地域社会と環境を守るだめだけではなく、除去された物質を取り出したり、再利用するのを防止するためにも重要である。ACMは、破砕した容器から生ずる可能性のある大気や水質の汚染が起こらないようにするやり方で処分場が運営されるようにするために、漏れない容器に入れて運搬されなければならない。同様の要求事項が、鉱山、精製所、アスベスト繊維が加工され、製品が製造された工場などの所在地の改善にも適用される（付録3のEPA NESHAP規則を参照）。
- **廃棄物の国境を越えた移動**：アスベスト廃棄物（粉じん及び繊維）は、有害廃棄物の国境を越えた移動及び廃棄の管理に関するバーゼル条約のもとで有害廃棄物とみなされている。バーゼル条約は、そのような廃棄物の国境を越える移動に対して、事前の情報提供に基づく同意手続の活用を課している。同意なしになされた輸送は違法である。関係者は、有害廃棄物が環境に安全なやり方で廃棄されるのを確保をしなければならない（ESM。その発生の瞬間から保管、輸送、処理、取り出し、再利用、回収及び最終処分に至るまで、強力な管理が適用されなければならない[20]。
- **アスベスト製品の把握**：A-C製品には、屋根材、貯水タンク、圧力、上下水道管に利用される平形スレートや波形スレートも含まれる。いくつかの諸国では、アスベストは今もなお壁材、産業用耐熱手袋・衣服、ブレーキ・クラッチ等の摩擦材、車両用ガスケットに使用されている[21]。アスベスト含有断熱材や断熱･音響減衰のための吹き付けアスベストは、1970年代を通じて幅広く使用され、ボイラーや断熱被服パイプが関わるプロジェクトでは探究されなければならない。1980年以前の断熱材は、分析の結果検出されなかったのでない限り、アスベストを含有しているものと

推定するべきである。アスベストの存在を確認するためのバルク試料向け顕微鏡手法は産業化諸国ではひろく利用可能であり、高価ではないが、開発途上諸国では利用可能性が相対的に少ない。開発途上諸国では、サンプルを分析のために郵送しなければならないかもしれないし、あるいは国内で分析機関のためのトレーニングが利用可能かもしれない。

・**トレーニング**：いかなる能力であっても―検査、メインテナンス、除去または分析機関いずれに関わるものかに関係なく、ACMを扱うためのトレーニングの重要性を強調しすぎることはあり得ない。トレーニングの期間やコースの内容は、個々人が行なっている作業の種類によって決まる。分析機関及び個々の分析者の精度管理や熟達度試験もまた重要である。

4. アスベスト含有物質の代替品

4.1 市場の成長

すべての種類のアスベスト製品のより安全な代替品が、益々入手可能になっている(付録4参照)。これらには、地元の植物繊維や人工繊維の組み合わせを用いた繊維セメント製品や同じ効果を果たす他の製品が含まれる[22]。WHOは、積極的に代替品の評価に関わっている[23]。

4.2 費用及び性能の問題

ポリビニルアルコール（PVA）あるいはセルロースを結合したポリプロピレンを使った繊維セメント屋根板は、現在ではA-C板を製造するのよりも10-15%費用がかかる。新しい製品であるポリプロピレン−セルロース−セメント屋根材は、A-C屋根材製造よりも約12%高い費用でつくられ、より高い抗衝撃性を持っている。このような製品に代表される全体的建築費用の増加は、据付/メインテナンス/改築における特別の衛生措置を回避でき、建設労働者や入居者への持続的ハザードを伴わないこと、廃棄物除去や廃棄の費用を低減することによってある程度相殺される。マイクロコンクリートタイルは、A-Cよりも製造費用が安く、地元で利用可能な小請負業者や原材料で建築現場近くの簡単な作業場でつくることができ、輸送費用も安くする。A-Cパイプと比較して、鉄パイプは、相対的に少ない困難や破損で輸送・据付することができ、より大きな圧縮負荷を持ち、より長持ちする。

5. アスベスト健康リスクに対する世界銀行グループのアプローチ

WBG EHSガイドラインは、一般的及び産業別野路例やグッド・インターナショナル・インダストリー・プラクティス（GIIP）[24]を含んだ技術的参考文書である。WBGのひとつまたは複数のメンバーが、あるプロジェクトに関わる場合に、各々の方針や基準により求められるものとして、EHSガイドラインが適用される。

WBGのEHSガイドライン[25]は、ACMは新たな建築や建設において、あるいは改築・修復活動における新たな物質として回避されなければならないと明記している。ACMを伴う既存施設は、ACMの所在位置、状態（例えば、飛散している状態か、繊維を飛散する可能性があるか）、状態を監視する手続、損傷を回避するためのACM所在位置にアクセスする手続、損傷を避け曝露を防止するために当該物質に接触する可能性のあるスタッフのトレーニングを明確に確認する、アスベスト管理計画を策定しなければならない。計画は、維持及びメインテナンス活動に関わるすべての者が入手できるようにしなければならない。建築物に存在するアスベストの修理または除去及び廃棄は、特別のトレーニングを受けた者[26]によってのみ、国の要求事項、または、国独自の要求事項を持っていない場合には国際的に認知された手続[27]にしたがって、行なわれなければならない。廃止された場所も、アスベスト曝露のリスクを生じさせる可能性があり、除去または解体前に、アスベスト断熱材や建築物の構成要素を把握及び安全に除去する特別のトレーニングを受けた者を活用することによってリスクを回避しなければならない[28]。

付録1　アスベストをすでに禁止している諸国

1. アルゼンチン、2. オーストラリア、3. オーストリア、4. ベルギー、5. ブルガリア、6. チリ、7. キプロス、8. チェコ共和国、9. デンマーク、10. エジプト、11. エストニア、12. フィンランド、13. フランス、14. ガボン、15. ドイツ、16. ギリシャ、17. ホンジュラス、18. ハンガリー、19. アイスランド、20. アイルランド、21. イタリア、22. 日本、23. ヨルダン、24. クウェート、25. ラトビア、26. リトアニア、27. ルクセンブルグ、28. マルタ、29. オランダ、30. ノルウェー、31. ポーランド、32. ポルトガル、33. 韓国、34. ルーマニア、35. サウジアラビア、36. セーシェル、37. スロバキア、38. スロベニア、39. 南アフリカ、40. スペイン、41. スウェーデン、42. スイス、43. イギリス、44. ウルグアイ

付録3　アスベスト基準・規則の情報源のリスト

このリストは、すべてを網羅したものではなく、入手可能な情報のサンプルである。

國際基準

WHOの方針・ガイドライン（www.who.org）

・www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_and_Documents_prevention_guidelines.pdf（p. 70）

・www.searo.who.int/en/Section23/Section1108/Section1835/Section1864_8658.htm

国際標準化機構（ISO）（www.iso.org）

・ISO 10312（1995）：屋外大気―アスベスト繊維の判定方法―直接変換透過電子顕微鏡法.［ASTM D6281と同等の方法］

・ISO 13794（1999）：屋外大気―アスベスト繊維の判定方法―間接変換透過電子顕微鏡法.

・ISO/FDIS 16000-7：屋内大気―第7部：浮遊アスベスト繊維濃度の定量のためのサンプリング戦略.

・ISO 8672：空気質―位相差顕微鏡法による浮遊無機質繊維濃度数の判定―メンブランフィルター法（1993）［AIA RTM1と同等の方法］

有害廃棄物の国境を越える移動及びその処分の規制に関するバーゼル条約

・バーゼル条約事務局（www.basel.int）

国際労働機関（www.ilo.org）

・Chemical Safety Card, ICSC 0014: www.ilo.org/public/english/protection/safework/cis/products/icsc/dtasht/_icsc00/icsc0014.

付録2　世界銀行グループのアスベスト参考文献

方針手引き	参考文献
ACMは、新たな建築において、または改築・修復における新たな物質として回避されなければならない。 ・既存建築物：ACM調査及び管理計画が必要 ・ACMの廃棄は、特別な訓練を受けた者のみによって、ホスト国の要求事項、またはそれが存在しない場合には国際的に認知された手続にしたがって行なわれなければならない	手引き ： 一般的環境安全衛生ガイドライン、2007年4月、34頁及び71頁
プロジェクトの要求事項のくつかの事例 ・問題の程度を確認するためのリスクアセスメント、アスベスト曝露を除去するための調査、管理計画、訓練を受けた者による除去、ACMの禁止、アスベストの取扱、除去、運送、廃棄のための手順	・Ukraine -Equal Access to Quality Education（Project ID PO77738） ・KH- Health Sector Support（Project ID: P070542） ・ID- Health Workforce and Services（Project. ID: P073772） ・Changchun, China -TBK Shili Auto Parts Co.,（IFC, 2005）

htm

欧州連合（europa.eu.int/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexapi!prod!CELEXnumdoc&lg=EN&numdoc=32003L0018&model=guichett）

・労働におけるアスベストへの曝露に関連したリスクからの労働者の防護に関する理事会指令83/477/EECを改正する指令2003/18/EC.（2003.3）.労働者防護、トレーニング及び医学的サーベイランス、アスベスト含有物質の検査、アスベスト作業の届出、大気サンプリング、位相差顕微鏡で測定される0.1f/cm^3（8時間時間加重平均）の曝露限界.

国レベルの基準

ASTMインターナショナル（www.astm.org）

・アスベスト管理マニュアル：調査、除去及び管理. 第2版（2005.3）. 著者：Andrew F. Oberta, MPH, CIH. E2356, E2394及びE1368をアスベスト管理計画に役立てる方法を詳しく論じている.

・E2356 建築物のアスベスト調査の包括的調査のための標準手法. 2004.7. ACM管理のためのベースライン調査をカバーし、除去かメインテナンスかの判定を行い、優先順位付けをするためのアセスメント手順を含む. ASTM E2356は、ベースライン調査におけるACMの長期的管理のための、及び、除去プロジェクトの計画・仕様書準備のための情報を提供する. ACMと疑われるものの標準タイプのバルク・サンプルを採取するのに必要な詳しい手順及び機器（主に通常のハードウエア装置）を含んでいる. 物質がアスベスト含有と確認されれば、そのままにしていくことができるかどうかを判定するために、評価が行われる。飛散性及び非飛散性物質全ての現状及び飛散可能性の定量的評価は、除去の優先順位を一覧表にし、グラフ化して示すことができる. 定量的評価に基づいて、除去の予算見積もりを策定することができる.

・E2394 据付済みアスベスト・セメント製品のメインテナンス、修復及び修理のための標準手法（2004.10）. 物質、危険な作業、必要な予防措置及びインフラの要求事項を既述し、付録に詳しい手順が示される. 新たな建築や修復に、アスベスト・セメント製品を据え付けることを意図したものではない.

・E1368 アスベスト除去プロジェクトの目視検査のための標準手法（2005.5）. 最終検査大気サンプリングをパスする見通しを高めるための、除去プログラムの管理アプローチを提供する. 準備、除去及び検査の手順及び基準を記述する.

・E2308 建築物のアスベストの限定的スクリーン検査のため標準ガイド（2005）. 現実の不動産取り引きを進めるために必要な最低限の情報を提供する.

・D6281 透過電子顕微鏡（TEM）直接変換法により判定する屋外・屋内大気中の浮遊アスベスト濃度の標準検査法. 大気サンプル・フィルター上でアスベストをノン・アスベストから識別し、位相差顕微鏡によるよりも小さく細い繊維を同定・定量するための方法

・D7201: 位相差顕微鏡（オプションとして透過電子顕微鏡を併用）による、労働現場における、アスベスト繊維を含めた浮遊繊維をサンプリング及び計数するための手法

・Combines methodology of NIOSH 7400 and 7402

オーストラリア（www.ascc.gov.au/ascc/AboutUs/Publications/NationalStandards/ListofNationalCodesofPractice.htm）

・アスベストの安全な除去 第2版［NOHSC: 2002（2005）］

・労働現場におけるアスベスト管理のための実施基準［NOHSC：2018（2005）］

イギリス安全衛生庁（HSE）（http://www.hse.gov.uk/asbestos/index.htm）

・アスベスト規則（http://www.opsi.gov.uk/si/si2006/20062739.htm）

・アスベスト必携（http://www.hse.gov.uk/asbestos/essentials/index.htm）. 管理者の職務、手法及び機器に関するセクションを含む.

主な出版物：

・建築物のアスベスト対策 INDG289 08/01 C600. アスベスト・ハザーズ及び予防措置に関する概観（16頁）
・MDHS100 アスベスト含有物質の調査、サンプリング及びアセスメント（2001）. アスベスト含有物質やサンプリング及び評価手法についての多数のイラストや事例を含む. MDHS100は、バルク・サンプリングの技法や機器、製品の種類、損傷の程度、表面処理及びアスベスト繊維の種類に応じた数値アルゴリズムを用いたACMの調査・評価の編成において、ASTMと完全に互換性がある. この文書は、建築物でみつかる典型的ACMの多数の写真を含んでいる.
・HSG189/2 アスベスト・セメン対策（1999）. アスベスト・セメント製品、及び、管理された作業と未管理作業における繊維濃度を含め、修理及び除去の方法を記述している.
・アスベスト作業管理規則（2002). 施設内におけるアスベストによるあらゆるリスクを把握及び管理するための、非居住用施設のメインテナンス及び/または修理に責任を有する者に対する要求事項を含めた、アスベスト曝露の予防のための要求事項

国立建築科学研究所（http://www.nibs.org/pubsasb.html）
・ガイダンス・マニュアル ： アスベスト維持管理作業手順, 第2版（1996). アスベスト・セメント製品を含めた飛散性及び非飛散性ACMに関する小規模作業のための手順を含む.
・Asbestos Abatement and Management in Buildings: Model Guide Specification. Third Edition（1996). プロジェクトの設計・調査及び適用されるアメリカの規制、及び仕様書フォーマットにおける除去作業のための除去請負業者の要求事項を含む.

オーストリア規格協会（http://www.on-norm.at/index_e.html）
ONORM M 9406, 結合のゆるいアスベスト含有製品の取扱い, 01 08 2001. 飛散性アスベスト含有物質の状況及び繊維飛散の可能性を評価するための手順及びアルゴリズムを含む.

国際クリソタイル協会（www.chrysotile.com）.
［この組織はアスベスト産業を代表するものであることに留意されたい］
・推奨される技法 No. 1（RTM1), 光学顕微鏡による労働現場の浮遊アスベスト繊維濃度判定のための参照方法（メンブランフィルター法）. アスベストを他の繊維から識別することはできない、大気サンプリングフィルター上の繊維を計測する位相差顕微鏡を用いた方法
・推奨される技法 No. 2（RTM2）浮遊アスベスト繊維及び他の無機質繊維を判定するための、走査型電子顕微鏡を用いた方法. 位相差顕微鏡よりも小さな繊維を同定し、アスベスト繊維の種類を識別できる方法.

アメリカ国立労働安全衛生研究所（NIOSH）（www.cdc.gov/niosh/topics/asbestos）
・アスベストに関する労働安全衛生ガイドライン（www.cdc.gov/niosh/pdfs/0041.pdf）
・職業曝露を予防するための勧告（www.cdc.gov/niosh/topics/asbestos/#prevention）
・Method 7400, Asbestos and other fibers by PCM（1994). 長さ5μm超、アスペクト比3：1超のすべての繊維を計測する、AIA RTM1と同等の、位相差顕微鏡法
・Method 7402 Asbestos by TEM（1994). 長さ5μm超、直径0.25μmアスペクト比3：1超のアスベスト繊維を確認・計測する、透過型電子顕微鏡を用いた方法

アメリカ環境保護庁（EPA）（www.epa.gov/asbestos）
・情報には、建築物、学校、及び自動車産業におけるアスベスト含有物の管理が含まれる. 検査、バルク・サンプル、飛散性ACBMのアセスメント、対策（除去、封じ込め、囲い込み）、管理、メインテナンス、清掃大気サンプリングが含まれる.
・有害大気汚染物質の全国放出基準：Subpart M - Asbestos. 40 CFR Part 61.（1990). 規則には、飛散性及び比飛散性アスベスト含有物質の定義、ACMを含んだ建物及び施設の改築及び解体の届出事項、目に見える飛散を防止するための作業手順、認可された廃棄場へACM

及び廃棄物の廃棄、廃棄場の運営及び閉鎖.
・20T-2003 既存アスベストの管理：アスベスト含有物質の維持管理のためのビル所有者ガイド“Green book”(1990)
・維持管理(O&M)労働者のトレーニング、O&Mの種類の理解、O&M作業の作業手順及び予防措置を含めた、O&Mプログラムの編成をカバーする手引き文書.
・EPA-600/R-93/116 バルク建材におけるアスベストの判定方法(1993)バルク建材におけるアスベスト繊維の同定及び定量のための偏光顕微鏡、重量測定、X線回折及び透過型電子顕微鏡法. 物質がアスベストを含有していることの判定は、通常偏光顕微鏡を持ち板、バルスク・サンプルの分析によって行われる. 記述された分析手順及び分析を行うための機器は、学術的または商業的分析機関でみられるものと同じだが、バルク・サンプルにおけるアスベスト繊維を同定及び定量するための特別のトレーニング、及び品質管理と熟達度試験プログラムが必要となる.
・バルク建材におけるアスベスト繊維の同定及び定量のための偏光顕微鏡、重量測定、X線回折及び透過型電子顕微鏡法

アメリカ労働安全衛生庁(労働省)

(www.osha.gov/SLTC/asbestos) / (www.osha.gov/SLTC/asbestos/standards.html)
・アスベストへの職業曝露(建設業基準) 29 CFR 1926. 1101. (1994)フルシフトに対する0.1f/cc(8時間時間加重平均)の許容曝露限界及び30分1.0f/mlの短時間曝露限界、PEL(許容曝露限界)順守のための使用者による曝露監視、飛散性及び比飛散性ACMに関する作業手順、呼吸保護、労働者の除染及び衛生施設、従業員及び従業員の他の使用者の届出、医学的サーベイランス、記録保存及びトレーニング.
・OSHA Method ID 160 大気中アスベスト(1994). NIOSH 7400と同等の偏光顕微鏡法

オンタリオ労働省(カナダ)

付録4　アスベスト含有製品のいくつかの代替品

アスベスト製品	代替製品
アスベスト・セメント 波形屋根材	合成繊維(ポリビニルアルコール、ポリプロピレン)及び植物/セルロース繊維(針葉樹クラフトパルプ、竹、サイザル麻、藤の削りくず、タバコの茎など)、場合によってシリカ・フューム、フライアッシュ、または籾殻灰も使った繊維セメント屋根材 マイクロコンクリート(パリー)タイル、亜鉛めっき金属スレート、陶磁器タイル、アスファルト中の植物繊維、被覆金属タイル(ハーベイタイル)、アルミニウム屋根タイル(デキラタイル)、押出uPVC屋根シート、再生ポリプロピレン及び高密度ポリエチレン及び砕石(ワールドルーフ)、プラスチック被覆アルミニウム、プラスチック被覆亜鉛めっき鉄板
アスベスト・セメント 平板(天井材、ファサード、パーティション)	植物/セルロース繊維(上記参照)、紙くずを使った繊維セメント、場合によって合成繊維、石膏天井板(BJP石膏)、ポリストレン天井材・天井じゃばら・パーティション、ポリスチレン構造壁へのファサードの適用(プラスター被覆)、アルミニウム外装材(アルカボンド)、煉瓦、プラスターボードまたはケイ酸カルシウムボード仕上げの亜鉛めっきフレーム、ラスターボードまたはケイ酸カルシウムボード仕上げの軟材フレーム
アスベスト・セメント・パイプ	高圧：鋳鉄及びダクタイル鋳鉄パイプ、高密度ポリエチレン・パイプ、ポリ塩化ビニルパイプ、鋼鉄補強コンクリートパイプ(大型)、ガラス補強ポリエステルパイプ 低圧：セルロース・セメントパイプ、セルロース/PVA繊維セメントパイプ、陶器製パイプ、ガラス補強ポリエステルパイプ、鋼鉄補強コンクリートパイプ(大型径ドレナージ)
アスベスト・セメント 貯水タンク	セルロース・セメント、ポリエチレン、ファイバーガラス、鉄鋼、亜鉛めっき鉄板、PVA-セルロース繊維セメント
アスベスト・セメント雨樋、オープンドレイン(鉱業)	亜鉛めっき鉄板、アルミニウム、ハンドモールド・セルロース・セメント、PVC

（www.e-laws.gov.on.ca/DBLaws/Source/Regs/English/2005/R05278_e.htm）

・Ontario regulation 278/05 指定物質―建設プロジェクトに関する及び建物及び修理作業におけるアスベスト(2005). 同規則は、呼吸用保護具及び作業手順、アスベスト検査、飛散性及び比飛散性アスベストの管理、進捗状況の文書による届出、アスベストのバルク・サンプリング及び分析、グローブバッグの要求事項及び手順、負圧囲い、清掃大気分析要求事項（偏光顕微鏡法により0.01 f/cc）をカバーしている.

ブリティッシュ・コロンビアWorkSafe（カナダ）（www2.worksafebc.com/publications/OHSRegulation/Part6.asp）

・Part 6 特定物質に対する要求事項：アスベスト. 同規則は、アスベスト含有物質の把握、ノン・アスベスト物質との代替、労働者のトレーニング、曝露監視、作業区画の隔離及びベンチレーション、作業手順、除染、呼吸用保護具及び保護衣をカバーする.

南アフリカ共和国労働省（www.acts.co.za/ohs/index.htm - type 'asbestos' in search box）

・労働安全衛生法, 1993; アスベスト規則, 2001. 同規則は、届出、曝露のアセスメント及び管理、0.2f/ccの職業曝露限界―偏光顕微鏡法測定による4時間TWA［時間加重平均］、トレーニング、大気監視、医学的サーベイランス、非被用者の曝露、呼吸余保護具、個人防護機器及び施設、アスベスト・セメント板を含むアスベスト建材及び関連製品、廃棄をカバーする.

付録5　既存構造物におけるアスベストを扱う際の検討事項

A. 代替品の評価

1. プロジェクトが、以下の据付、交換、メインテナンスまたは解体を含むかどうかを判定する。
・屋根材、サイディング、配管またはウォールボード
・配管の断熱材、ボイラー、配管
・石膏または耐火材
・弾力性床材
・その他アスベストを含有する可能性のある物
2. 新たな建築または修復に関して、アスベスト含有物質（ACM）の使用が予想された場合には、ノン・アスベスト物質及びそれらの入手可能性に関する情報を提供する。新たな建築に対しては、ACMの代替品を使った場合の（原料輸入の必要性の検討も含めて)―当初及び運営コスト、雇用、品質、推定耐用寿命、その他の要素に関する―プロジェクト全体に対する予想される相違を判定する。
3. 多くの場合、ACMがいじるべき既存インフラの一部であることが推定できる。アスベストを含有しているか調べるために既存物質のサンプルを分析する必要がある場合には、それがいかに、どこでアレンジできるかに関する情報を提供する。
4. 既存インフラにおけるACMの存在が推定または確認され、それらをいじることが避けられないと思われれば、適用される法令にしたがって、建築活動の監督において以下の要求事項を組み入れる。

B. 法令の枠組みの理解

1. ACMが存在する場合には、労働者及び環境曝露を管理するためのホスト国の法令及び組み入れられ得る国際的義務（例えば、ILO、バーゼル条約）をレビューする。ACMをメインテイン及び除去する契約業者及び労働者の適性を確立、測定及び強化する方法を判定する。
2. 当局によるライセンス及び許可が必要かどうかを判定する。
3. 汚染、再取り出し及び再利用の可能性を最小化するための、除去されたACMの廃棄方法を判定する。
4. ACMの除去、修理、及び廃棄に関わる監督において、以下の要求事項を組み入れる。

C. 検討事項及びアスベスト関連作業に関係する可能性のある運営上の要求事項

1. 契約業者の条件

・契約業者が、労働者及び監督者のトレーニング、適切な機器及び想定される作業範囲のための必需品の所持（またはアクセス手段）、及び以前の作業における法令遵守の記録を含め、アスベストに関するインターナショナル・グッド・プラクティス・スタンダードを遵守する経験及び能力を有していることを示すことを要求する。

2. 作業に関する技術的要求事項関連

・ACMの除去、修理及び廃棄が、労働者及び地域社会の曝露を最小化するやり方で行なわれなければならないことを要求し、また、選ばれた契約業者に、作業を行なう前に、技術的に許容できる計画を策定及び提出することを要求する。

・以下を含みまた以下に限定されない、具体的な現場及びプロジェクトのために用意された計画及び仕様書の中に作業を詳しく記述する。

—除去が行なわれる内部空間の陰圧にした囲い内への封じ込め

—プラスチックシートによる床、その他の表面の保護

—労働者及び機器のための除染施設の建設

—湿式手法を用いたACMの除去及び不浸透性容器への同物質の速やかな置換

—特別の掃除機による最終清掃及び囲いと除染した施設の分解

—除去されたACM及び汚染された物質の認可された処分場[29]への廃棄

—ACMを除去する契約業者から独立した主体による、作業進行途中の検査と大気監視及び終了のための最終大気分析

・計画及び仕様書には、特別の種類のACM、建物または施設の経常や特性に応じたその他の要求事項及び作業に影響を及ぼすその他の要因が列挙されなければならない。適用される規制や合意基準が具体的に列挙されなければならない。

3. 契約条項関連[30]

・選ばれた契約業者に、アスベストを扱うそのスタッフに、呼吸用保護具及び使い捨て衣服を含めた、適切な保護を提供することを要求する。

・選ばれた契約業者に、技術的要求事項に示された適用される規制にしたがって、除去及び廃棄を関係当局に届け出、また、検査や調査の全期間中に置いて関係機関の代表に完全に協力することを要求する。

4. トレーニング及び能力構築関係

・地元の契約業者が、既存構造物においてACMを扱う際の適切な防護措置について学び、及び遵守するのを確実にするために、産業衛生の技能を有した専門家を雇い入れるべきかどうかを判定する。

参考文献

1. http://www.ifc.org/ifcext/enviro.nsf/AttachmentsByTitle/gui_EHSGuidelines2007_GeneralEHS/$FILE/Final+-+General+EHS+Guidelines.pdf（71、91、94頁）
2. http://www.who.int/occupational_health/publications/draft.WHO.policy.paper.on.asbestos.related.diseases.pdf
Stayner L, et al., "Exposure-Response Analysis of Risk of Respiratory Disease Associated with Occupational Exposure to Chrysotile Asbestos." Occupational Environmental Medicine. 54: 646-652 (1997)も参照されたい。
3. http://www.ilo.org/wow/Articles/lang--en/WCMS_081341
4. http://www.who.int/occupational_health/publications/asbestosrelateddiseases.pdf
5. Castleman, B. Asbestos: Medical and Legal Aspects 5th Ed. New York: Aspen, 2005, 894 ppで定義されるアスベスト
6. ILO第162号アスベスト条約（http:www.ilo.org/ilolex or http://www.itcilo.it/actrav/osh_es/m%F3dulos/legis/c162.htm参照）
7. http://www.who.int/occupational_health/publications/asbestosrelateddiseases.pdf.。理事会指令83/477/EECを修正する欧州理事会・議会指令2003/18/EC及び指令99/77/EC
8. http://www.euro.who.int/document/aiq/6_2_asbestos.pdf
9. "Asbestos." World Health Organization IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans/ Overall Evaluations of Carcinogenicity: An Updating of IARC Monographs 1 to 42, Suppl. 7. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1987, pp. 106-116.
10. Wagner JC, Berry G, Skidmore JW, Timbrell V. "The Effects of the Inhalation of Asbestos in Rats." Br. J. Cancer 29: 252-269 (1974).
11. International Program on Chemical Safety, "Conclusions and Recommendations for

Protection of Human Health," Chrysotile Asbestos, Environmental Health Criteria 203. Geneva: World Health Organization, 1998, p. 144.

12 http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/a68673_guidelines_3.pdf

13. http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/a68673_tech_aspects_4.pdf

14. Jones, Robert "Living in the Shadow of the Asbestos Hills (The Need for Risk Based Cleanup Strategies for Environmental Asbestos Contamination in South Africa)." Environmental Exposure, Crisis Preparedness and Risk Communication, Global Asbestos Congress, Tokyo, Japan, November 19 - 21, 2004. http://park3.wakwak.com/~gac2004/en/index_abstract_e.html. See also Oberta, AF "Case Study: An Asbestos Cement Plant in Israel -- Contamination, Clean-up and Dismantling." Hellenic Asbestos Conference, Athens, Greece, October 29 - 31, 2002. http://www.ibas.btinternet.co.uk/Frames/f_lka_hellen_asb_conf_rep.htm

15. Boer, A.M., L.A. Daal, J.L.A. de Groot, J.G. Cuperus "The Combination of the Mechanical Separator and the Extraction Cleaner Can Process the Complete Asbestos-containing Waste-stream and Make it Suitable for Reuse." European Conference on Asbestos Risks and Management, Rome, Italy, December 4 -6, 2006. http://venus.unive.it/fall/menu/Boer.pdf

16. R. Virta, US Geological Survey, 2007.

17. www.ilo.org/ilolex

18. http://www.ilo.org/ilolex/english/convdisp1.htm

19. 付録3参照

20. バーゼル条約事務局参照 http://www.basel.int/

21. In 2004, Russia, China, India, Kazakhstan, Thailand, and Ukraine together accounted for about three-quarters of world asbestos consumption. Other major consumers of asbestos are Iran, Brazil, Vietnam, and Indonesia.

22. 7. The U.K. Health and Safety Executive commissioned a report that concluded that the main replacement fibrous materials for asbestos in fiber-cement products and brakes are less hazardous than chrysotile asbestos. See Harrison PTC, et al. "Comparative Hazards of Chrysotile Asbestos and Its Substitutes: A European Perspective." Envir. Health Persp. 107: 607-611 (1999). http://www.ehponline.org/members/1999/107p607-611harrison/harrison-full.html

23. http://www.who.int/ipcs/assessment/asbestos/en/

24. Defined as the exercise of professional skill, diligence, prudence, and foresight that would be reasonably expected from skilled and experienced professionals engaged in the same type of undertaking under the same or similar circumstances globally. The circumstances that skilled and experienced professionals may find when evaluating the range of pollution prevention and control techniques available to a project may include, but are not limited to, varying levels of environmental degradation and environmental assimilative capacity as well as varying levels of financial and technical feasibility

25. http://www.ifc.org/ifcext/enviro.nsf/AttachmentsByTitle/gui_EHSGuidelines2007_GeneralEHS/$FILE/Final+-+General+EHS+Guidelines.pdf (pp. 71, 91, 94)

26. Training of specialized personnel and the maintenance and removal methods applied should be equivalent to those required under applicable regulations in the United States and Europe (examples of North American training standards are available at: http://www.osha.gov/SLTC/asbestos/training.html)

27. Examples include the ASTM International E1368 - Standard Practice for Visual Inspection of Asbestos Abatement Projects; E2356 - Standard Practice for Comprehensive Building Asbestos Surveys; and E2394 - Standard Practice for Maintenance, Renovation and Repair of Installed Asbestos Cement Products.

28. http://www.ifc.org/ifcext/enviro.nsf/AttachmentsByTitle/gui_EHSGuidelines2007_GeneralEHS/$FILE/Final+-+General+EHS+Guidelines.pdf (pp. 71, 91, 94)

29. Alternative guidance for circumstances where approved landfills are not available for disposal of hazardous substances, such as asbestos, guidance is provided in the EHS General Guideline, reference above as well as in the Guideline on Waste Management Facilities. http://www.ifc.org/ifcext/sustainability.nsf/AttachmentsByTitle/gui_EHSGuidelines2007_WasteManagement/$FILE/Final+-+Waste+Management+Facilities.pdf

30. Standard contract clauses for asbestos work exist but are too extensive for this short note. To view an example, the U.S. National Institute of Building Sciences "Asbestos Abatement and Management in Buildings: Model Guide Specification" has a complete set – in copyright form – and the clauses and instructions for using them fill a two-inch binder.

※原文入手先：http://siteresources.worldbank.org/EXTPOPS/Resources/AsbestosGuidanceNoteFinal.pdf

最近のアスベスト相談事例

神奈川●労災職業病センター総会議案から

●造船

沖縄から旧日本鋼管鶴見造船所（現JFEエンジニアリング）に働きに来て、中皮腫で亡くなられたTさんの兄で遺族のJさんが労災申請を行った。 鶴見造船所の艤装工作部で働いた期間がわずか8か月なので本省協議扱いとなっている。

Yさんは、30年～40年前に10年間くらい、大阪にあった中手造船メーカー名村造船所で働いて、アスベストに曝露した。2003年夏に体調を崩し、2005年に中皮腫と診断された。療養中に労災認定はされたものの、2008年4月、闘病生活の末に亡くなられた。 会社から何の話もないことに失望したご遺族が、アスベストユニオンに相談。 現在団体交渉中である。

●旧国鉄・JR

旧国鉄八王子機関区で蒸気機関車に使われているアスベストの断熱材の解体や取り付け作業をしたKさんは、退職後しばらくしてからセキやタンに苦しみ、2007年7月、じん肺基金による「アスベストホットライン」に相談を寄せた。その後、港町診療所にて石綿肺と診断され、石綿健康管理手帳、じん肺管理区分申請をし、手帳交付と「じん肺管理区分2」の決定を受けた。その後合併症の診断が出され、2008年4月、独立行政法人鉄道建設・運輸施設整備支援機構に業務災害申請。 同年10月1日業務上と決定された。長い間、「肺気腫」と診断されており、あらめて専門医療機関との連携の必要性を痛感させられた。また同僚の証明について、国労神奈川地区本部の協力があり、詳しく聞き取ることができた。 同職種の掘り起こしも必要である。

旧国鉄の新鶴見貨車区などで、貨車の修繕に携わってアスベスト粉じんに曝露したOさんは、2007年11月肺がんと診断された。 主治医に業務災害の申請を勧められたが、当時の同僚も亡くなっており、申請をあきらめていた。 翌2008年2月23日にOさんは亡くなったが、ご遺族から国労神奈川地区本部に相談が寄せられた。 神奈川労災職業病センターも協力して、2008年7月7日業務災害申請。 同年10月1日業務上決定。旧国鉄・JR裁判の和解交渉と並行して、早期業務災害認定を要求した結果、迅速な決定となった。

旧国鉄大井工場の鉄工職場に長らく勤めていたSさんは、退職後から息苦しさを感じていた。2008年1月在宅酸素療法を開始。 精密検査を受けようとしていた同年7月、自発呼吸ができなくなり、入院したが容態が悪化し同月末に亡くなられた。2008年12月末に行われた「鉄道アスベスト被害ホットライン」を見て、ご遺族の息子さんが相談を寄せ、センターも協力して、国労神奈川地区本部が業務災害申請準備をしている。

肺がんなどで3度も手術した元国鉄マン（旧大井工場勤務）のNさんに、業務災害の認定が下った。それまでは石綿所見がないとされて認定されなかったものの、今回の手術前に「胸膜プラーク有り」との診断を受けて健康管理手帳を取得していたことが決め手になったのである。

●旧朝日石綿（現エー・アンド・エー・マテリアル）

沖縄の石垣島から出稼ぎに出て、旧朝日石綿横浜工場（A&AM）で働き、22年前に肺がんで亡くなられたKさんの労災が認定された。当初、「石綿所見なし」で認定が危ぶまれていたものの、本省協議扱いで高濃度曝露であることと、同一職場に石綿労災認定された同僚労働者がいることを理由に認定されたもの。

旧朝日石綿横浜工場（A&AM）の元女性事務員で中皮腫で亡くなられたHさんの労災が認定となった。3か月という従事期間しかないにもかかわらず労災が認められたのはやはりA&AMが高濃度の石綿工場だったためである。

●自治体

学校給食の調理員として働いていたIさんは、2004年悪性胸膜中皮腫を発症し、翌2005年公務災害を申請したが、2007年5月14日付け公務外との決定を受けた。2007年7月10日を審査請求をしたが、惜しくもIさんは2007年8月28日に亡くなられた。2008年3月公開審理が行われ、同年12月棄却決定。再審査請求中。

横浜市水道局で石綿セメント管の修理や監督業務に従事し、石綿肺で療養中のHさんは「石綿セメント管の切断作業は本人の主たる業務でない」「石綿肺が検査による石綿小体が検出されるなどの確定診断がされていない」ということを理由に公務外決定とされ、さらに不服審査請求も棄却されてしまった。しかし、Hさんは、このような基金側の理由は石綿疾患のことをよく知らない医師や担当者が勝手につくった理屈と再審査請求し、争っている。全水道労組の基金本部要請後、東水労に所属していた水道職員2名の中皮腫が公務上認定されたこともあり、再審査請求の結果が待たれる。

米海軍横須賀基地で働き、その後横須賀市の清掃部に働いたMさんは、悪性胸膜中皮腫で2004年7月16日に亡くなった。どちらも自動車修理という同じ職種で働いていた。横須賀労働基準監督署に2006年1月労災申請。同年9月横須賀署の労災課長より、医学的には業務上と判断をしたが、最終における石綿曝露調査において、横須賀市清掃部の作業が米海軍基地と全く同じ作業であることが明らかになり、業務災害申請を勧めたことと、その決定が出るまで労災申請の決定処分を保留するという判断をした。2007年3月公務災害申請し、速やかな決定の要請を自治労神奈川県本部と共に地方公務員災害基金神奈川県支部に行った。ようやく2009年1月29日付けで公務災害と認定された。現在補償支払いに向けての手続き中である。

●自動車

Hさんは、40年前に、約2年間、本田技研工業の自動車を修理・整備していた関連会社ホンダ・エス・エフで働いていた。その後はレストランを経営するなど、アスベストには全く曝露する可能性のない仕事をしていたが、2007年3月に胸膜中皮腫を発症し、現在も療養中。労災認定されたものの、自らのことはもちろんのこと、元同僚の健康が気がかりでもあり、アスベストユニオンに加入して、本田技研工業に話し合いを求めた。本田は団体交渉を拒否し、弁護士間交渉でも不誠実な対応に終始したため、2009年3月に、約9,600万円の損害賠償を求める裁判を東京地裁に提訴した。

自動車部品の販売の営業として働いていたGさんは、主に倉庫で部品の取り揃えをしていた。会社の自社ビルの上に建増しした倉庫には吹き付けアスベストがあり、増改築した時の製品整理で、2か月間集中で倉庫内での作業をしたり、通常の作業での倉庫の出入りが頻繁だったことから、柱などに吹き付けてあるアスベストの接触などで、アスベスト粉じんに曝露。2008年1月悪性胸膜中皮腫と診断された。同月右胸膜肺の全摘出手術を受け、東京都三田労働基準監督署に労災申請をしていたが、同年8月亡くなられた。労災申請は遺族が引き継ぎ、同年9月遺族補償申請。同年11月に業務上決定となった。監督署の立ち入り調査が早急に入り、倉庫の吹き付けアスベスト除去の指導が入ったことが業務上の決め手となった。

●建設

ベニヤなど合板の開発、工場長を務めたMさんは、悪性胸膜中皮腫となり、亡くなられた。死亡後遺族からセンターに相談、元同僚の証言などから、合板の開発でアスベストを使っていたり、工場長時代にアスベスト建材を基にした合板製作工程の監督などをしていたことからアスベストに曝露したことがわかった。2007年6月に遺族補償申請。翌2008年4月、千葉労働基準監督署より業務上と認定された。

神奈川建設ユニオンの組合員である大工のMさんは、肺がんを発症し、現在も療養中である。建材や吹き付け材などのアスベスト曝露は間違いないのだが、医学的所見が見られないという理由で、労災は不支給になってしまった。審査請求に際して、センターとしても意見書を提出し、署名運動も取り組まれたが、審査官は不当にも棄却。再審査請求と併せて、行政訴訟

を準備中である。

●沖縄

元基地従業員で肺がんで亡くなったYさんは、長年のボイラーの修理作業という石綿曝露作業に従事したにもかかわらず、医学的な石綿所見が確認できないことのみを理由として不支給決定された。審査請求に続き、再審査請求も棄却されてしまった。ご遺族である妻のTさんは、この無念の思いをマスコミを通してでも訴えていきたいと記録集をまとめておられる。

●出稼ぎ

山形県から川崎の石油コンビナートに働きにきていたSさんの悪性胸膜中皮腫が8月14日川崎南労基署より労災認定された。10年近く通年出稼ぎで配管工として働き、2006年7月に75歳で亡くなった。県立新庄病院での死亡診断書の中皮腫という病名が、その後いったん否定されたが、癌研究所石川雄一医師の病理診断により再度中皮腫と確認され、認定にこぎつけることができた。

●その他

日本バルカーの下請けとして不二サッシの工場などで吹き付けアスベストの工事に従事し、肺がんで亡くなったAさんの労災が一人親方として特別加入していたことが判明し、労災認定になった。遺族で長男のKさんは、障害者の弟に年金が支給されようになったことは喜べるものの、元請けのバルカーに対しては責任を追及して「ガツンといってやりたい」と言っておられる。

川崎で長年配管の仕事をしていたHさんは、郷里の福岡県に戻ってから、数年間呼吸器疾患に苦しんでいた。お連れ合いも、労働基準監督署などに相談してきたが、会社がなくなってしまったこともあり、あまり要領を得ない。ホットラインを契機に手続きをアドバイスしたところ、良性石綿胸水で労災請求することになった。本省りん伺などで若干時間がかかったが、2008年の夏に、ようやく労災認定された。

川崎の化学石油プラント工場のオペレーターとして働いていたMさんは、2008年1月肺がんと診断された。事業主証明が難航したが、2009年3月、川崎南労働基準監督署に労災申請したが、4月にMさんは亡くなられた。遺族補償申請準備中。

2005年9月に悪性胸膜中皮腫で亡くなられたSさんは、ご家族からの相談から、職歴からみても、公務員の時代のアスベスト曝露が濃厚となった。公務災害申請準備中。

放電加工の開発に携わっているTさんは2009年2月、悪性胸膜中皮腫と診断され右胸膜肺の全摘出手術を受けた。現在職歴確認中である。

（神奈川労災職業病センター）

医学的資料なくても時効救済

岡山●アスベスト裁判支援する会も結成

岡山の造船所で約20年間に渡り配管工として働いたAさんは、19850年に肺がんで亡くなられた。死亡当時59歳だった。

アスベストが社会問題化し、2006年3月に石綿被害者救済法が制定された際に、造船所で働いていた時の同僚が、Aさんのご家族に「救済法」への申請手続きをすすめた。そこでAさんのご家族は、入院していた病院を次々と訪れたが、20年以上の前のことなので、どの病院にもカルテもレントゲンフイルムも残っていなかった。それでもAさんは、同僚の方々の話を頼りに、2008年1月に岡山労働基準監督署へ石綿新法による申請を行った。

岡山労基署の調査では、Aさんが約20年間にわたり石綿に曝露する作業に従事していたことが確認されたが、診療録などの資料は保存年限経過のため全て廃棄されていることも確認された。こうした場合の対応について、厚労省の「石綿による疾病事案の事務処理に関する質疑応答集」には、以下のように記載されている。

「医療機関に診療録等の医証が全くない場合は、石綿にば

く露したことを示す医学的所見の存在が確認できないことから、不支給決定を行うことになる。

なお、過去に同一事業場で、同一時期に同一作業に従事した同僚労働者が労災認定されている場合や、相当高濃度の石綿ばく露作業が認められる場合には、本省あて相談されたい。」

そこで、岡山労基署は、Aさんが働いていた事業所において過去に多くの労働者が労災法及び救済法により認定されているため、本省あてに協議依頼を行った。その結果、「石綿ばく露作業時期及び作業内容から判断すると高度の石綿曝露を受けたものと認められ業務上と判断されたい」との回答があり、2008年8月に特別遺族一時金の支給が決定した。

石綿救済法の特別遺族年金（一時金）は、亡くなられて既に5年が経過し、労災保険での時効を迎えてしまった方が対象となる。しかし、亡くなられて5年が経過すると、病院がカルテやフイルムを保存しておく必要がなくなり、医学的資料が廃棄されてしまう（最近ではマイクロフイルムで保存する医療機関が増えている）。そのため、「医学的資料がないから」との理由で、救済されない方が続出していた。

今回のように、医学的資料が全くなく、しかも20年以上も前の肺がんが、同一事業場での労災認定事例や石綿曝露作業の内容に基づき認定される事例は極めて稀である。全国の労基署において、同じような対応を願いたいものだ。

× × ×

5月21日、岡山国際交流センターにおいて、「岡山・アスベスト裁判を支援する会」の結成総会が開催された。会が発足するきっかけとなったのは、2009年1月23日にクラレの各工場（岡山・倉敷・玉島・西条）において熱絶縁作業に従事した山陽断熱の元従業員・遺族が、工事を発注したクラレと山陽断熱に対して、総額1億4,300万円の損害賠償を求める訴えを岡山地裁に行ったこと。

この間、岡山県においてアスベスト被害者の救済や支援を行ってきた団体や個人が話し合いを重ね、クラレ・山陽断熱アスベスト損賠裁判を支援するとともに、今後増えることが予想される岡山におけるアスベスト裁判を支援し、被害者の掘り起こしと労災認定に向けた支援を行うため、「会」を結成する運びとなった。

結成総会では、会の目的として「じん肺や肺がん・中皮腫などに苦しむ患者と家族、そして遺族が、正当な補償を受けるために活動を行う」ことが確認された。また、当面の活動として、裁判の傍聴や裁判の勝利に向けた活動を行うとともに、アスベストによる被害者の掘り起こしや労災認定に向けた支援を行うことが確認された。

総会では、クラレ・山陽断熱アスベスト損賠裁判の弁護団の一人である奥津亘弁護士より、この裁判の意義について次のような話がされた。

「クラレは、人造絹糸の製造会社として大原孫三郎によって設立された。しかし、今では下請労働者の労働災害に目をつぶる会社になっている。企業は利益のためには何でもする。便利なもの、儲けのあるものを追及していくが、そこには危険が伴うことがある。その危険性を取り除くことが、会社の社会的責任である。遺族の無念さを引き継ぐために、会社の安全配慮義務を問う」。

（ひょうご労働安全衛生センター）

PC・FAX作業で腱鞘炎

東京●A・Mさんからの寄稿

2007年1月末より食品卸の会社で勤務しています。主な仕事はFAXやメールで届いた発注書を専用の受発注システムへ入力し、倉庫への出荷指示を作成・送付することですが、倉庫への締め切りが午前11時と時間の制限があります。普通に入力すると約2時間かかる作業ですが、会社の出社時間が午前10時・

担当は私1人で、納期確認等を行なっていると実際の入力時間は約40分と入力スピードが求められる状態でした。

その後、取引先が増えて作業自体が数倍に増加。お昼休みもとれず、ほぼ毎日深夜までサービス残業をして仕事をこなしていましたが、食事がとれずにフラフラの状態が数か月。もうひとり事務員を雇ってくれるように上司に訴えました。

2007年10月から新たにひとり人員が増え受発注を2人で行なうはずでしたが、システムを入れ替えることになり、結局私はシステムマスタ入力、新人が受発注とそれぞれひとりで作業をせざるを得なくなりました。

2007年10月入社の新人は入社3か月後の2008年1月に、私は2008年6月に腱鞘炎を発症、労災申請しました。

まず右手中指付け根にガングリオン、その後右手首、そして右手をかばって左手でパソコンマウスを使用していたところ、左手首と腱鞘炎部位が広がっていきました。

2008年8月、受発注担当2人が共に発症したことで入力作業が困難のため、午前中のみパートを雇用してほしいと上司にお願いしたところ、パートの給料分の売上を取ってくるか、または会社にいる意味がないので仕事を続けるかどうか考えろとの事実上退職勧告を言われるようになり、労働相談情報センターとそこで紹介していただいた東京労働安全衛生センターに相談したのが労災申請に真剣に取り組むきっかけになりました。

毎月、労働基準監督署に、いつ頃、審査が始まるのかを聞きに行き、作業量をまとめた書類も提出しましたが、いつも窓口で「審査中です」の一言を言われるだけで帰ってくる状態が2008年12月まで、申請してから約半年続きました。

12月、東京労働安全衛生センターにその旨を相談し、「一度そちらに伺うので、状況の説明をして欲しい」との電話を労働基準監督署にしてもらったところ、次の日には早速先方労災担当者から説明をしに伺いたいとの連絡がありました。仕事の都合で年始ならと返事をすると「なんとか書類だけでも受け取って下さい」と翌日会社に書類を持参してこられました。その後は迅速に審査が進み、2009年2月労災認定されました。

正直、個人で労災申請するときちんと対応してもらえないのだろうかとの疑念が湧くほどの対応の違いでした。

私は労働基準監督署へ作業量を説明する書類を出した方が良いということや、パソコン作業中の正しい姿勢すら知らなかったので、専門の方に相談することの大切さをあらためて感じています。

残業して頑張って働いているのにそれが原因で体を痛め、治療にお金も時間も取られて何の為に働くのかが分からなくなっている方も多いと思いますが、悩むよりもまず誰かに相談することを実体験からお勧めします。自分と違う視点で考えてくれる人がいることで冷静になり、私は勢いで退職をすることを考えなおすことができました。

今回、東京労働安全センターの飯田様には大変お世話になりました。ありがとうございました。

※写真は、アームレストを使う改善で、手首の負担が軽減されました。それ以前は、キーボード、マウスの作業いずれも、手首が浮いてしまっていました。

（「安全と健康」4月号転載）

審査会で逆転 異例の迅速判断

神奈川●タクシー会社の運行係のうつ病

タクシー会社に勤務するKさんは、会社の勧めもあり、運転手から運行係になり、無線配車や車・乗務員管理等の業務に従事した。仮眠もままならない夜勤も含めた長時間労働のうえ、2004年10月に先輩が辞め、年長者ということで営業所のリーダー的存在に。業務量は増え、右翼関係者のクレーム処理、翌年には関連会社との無線統合などが原因で、うつ病を発症した。1年余りの休業を余儀なくされたが、症状は改善せず、休職期間満了で解雇された。

労働センターの紹介により、Kさんのお連れ合いが神奈川労災職業病センターに相談に来られた。そして、労災申請すると同時に湘南ユニオンに加入することになった。

Kさんは会社に解雇撤回を求めたが、会社は拒否。そして厚木労働基準監督署は、不当にも2007年9月に不支給決定。2008年2月に労災保険審査官も審査請求を棄却。先輩が辞めたこと、130時間を超える時間外労働、クレーム処理、無線の統合、ひとつだけ取っても業務上になってもおかしくないのに、労基署も審査官も「大したものではない」と決めつけた。

なかなか症状が良くならない夫、乳児を含む子供二人を抱えたお連れ合いの苦労は並大抵のものではなく、裁判を起こそうにも、経済的にも精神的にも困難なことは明らかだった。

今年1月、労働保険審査会の公開審理が開かれ、初めてKさん本人が自分の言葉で、いかに大変な仕事であったかを語った。それまでは体調が良くないので文書でのみ提出してきたのだ。やはり、自ら語る言葉には説得力がある。業務上になる可能性もあるかもしれないと考えた。しかし、裁決までには早くても半年、通常は1年以上かかる。

2月に労働保険審査会から代理人である私に書類が届いた。「Kさんの件か。あまりにも早いし薄いな。またいい加減な理由で棄却かな」と思いながら書類を見ると、労働基準監督署の決定を取り消すとの記述があった。やった！業務上だ！

本当に良かったと思う一方、理由を読んで怒りも覚えた。先輩が辞めて仕事量が大きくなった、それが強度で言うと「Ⅱ」に当たり、さらにその後も恒常的な長時間労働が続いたのでⅢになる。総合的に評価してストレスは「強」と考えられるので業務上だという。これらの事実関係は、監督署段階からわかっていたこと。なぜ、もっと早く適切に業務上と判断できないのだ。監督署や局医（労災医員）、審査官は本当に許し難い。

会社に対して、湘南ユニオンが団体交渉で解雇撤回と損害賠償を求めている。早速、解雇は撤回されたようである。

（神奈川労災職業病センター）

心の健康問題 職場復帰支援

厚労省●事業場向けマニュアルを改訂

2009.3.29 厚生労働省発表「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」の改訂について

メンタルヘルス不調により休業した労働者に対する職場復帰支援については、事業場向けマニュアルとして、平成16年に作成された「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」（以下、「手引き」という。）の活用を周知してきましたが、今般、別添のとおり手引きが

改訂されましたので、お知らせします。[別添は省略]

なお、改訂版における主な改正点は下記のとおりです。

1　休業前の段階

円滑な職場復帰を行うためには、職場復帰支援プログラムの策定や関連規程の整備等により、休業の開始から通常業務への復帰までの流れを明確にすることが重要であることから、これらを基本的考え方として示したこと。

策定された職場復帰支援プログラム等については、労働者、管理監督者等に周知すること。

2　病気休業開始及び休業中の段階

休業中の労働者が不安に感じていることに関して十分な情報提供や相談対応を行うこと。

職場復帰支援に関する事業場外資源や地域にある公的制度等を利用する方法もあることから、これらについての情報を提供することも考えられること。

3　職場復帰の決定までの段階

主治医による職場復帰の判断は、職場で求められる業務遂行能力まで回復しているか否かの判断とは限らないこと。

より円滑な職場復帰を図る観点から、主治医に対し、あらかじめ職場で必要とされる業務遂行能力の内容や勤務制度等に関する情報提供を行うこと。

職場復帰前に「試し出勤制度」を導入する場合は、その人事労務管理上の位置づけ等について事業場であらかじめルールを定めておくこと。

4　職場復帰後の段階

心の健康問題を抱えている労働者への対応はケースごとに柔軟に行う必要があることを踏まえ、主治医との連携を図ること。

職場復帰した労働者や当該者を支援する管理監督者、同僚労働者のストレス軽減を図るため、職場環境等の改善や、職場復帰支援への理解を高めるために教育研修を行うこと。

http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei28/index.html

直前死傷事故なしでも業務上

韓国●機関士の恐慌性障害認めた判決

死傷事故経験ない機関士の恐慌性障害も「業務上災害」
ソウル行政裁判所「地下鉄運行への不安と緊張感が疾病誘発」

死傷事故を経験していない地下鉄機関士の恐慌性障害も業務上災害に該当するという、異例の判決が出た。今までは、地下鉄の運行中に人を轢いたり怪我をさせて精神疾患を発生したケースに限って、労災と認定された。今回の判決が、地下鉄を始めとした軌道事業場の機関士にまで広がるか注目される。

ソウル行政裁判所は、キム某（52歳）さんが「地下鉄機関士に発令を受けた後、緊張感のため恐慌性障害が発生した」とし、勤労福祉公団を相手に起こした療養不認定処分取り消し訴訟で、このように判決した。恐慌性障害は精神疾患の一種で、特別な理由なく前触れなく現われる極度の不安症状を言う。極度の恐怖心を感じ、心臓が破裂するように早く打ったり、胸苦しく、息が詰まる症状を伴う。

キムさんは、2003年3月にソウル地下鉄公社（現ソウルメトロ）の機関士に転職して働いていたところ、4年すぎた2007年3月に運行途中極度の恐怖感を感じた。胸が早鳴り、息詰まり、列車運行を続けるのが困難になって、すぐ救急室に送られた。その年の5月、キムさんは恐慌性障害の診断を受けた。勤労福祉公団に労災療養を申請したが、拒否された。公団は「業務との連関性より個人的脆弱性により恐慌性障害を抱えることになった」と不認定した。

裁判部はしかし、「健康だったキムさんがパニック発作の症状を見せたのは、機関士に転職した以後」だとし、「高速運行に対する不安感と、正確な時間に出発と停車を繰り返さなければならない緊張感と、運行遅延によ

る経緯書提出、乗客の抗議とマスコミ報道およびこれによる間責性の教育などで、持続的に肉体的疲労と精神的・心理的ストレスを経たものと見られる」と明らかにした。

裁判部はまた、キムさんが発病による配置転換で機関士業務を行わない以降に恐慌性障害が症状がかなり好転した点、キムさんと同じ業務を遂行している地下鉄機関士のうち相当数が恐慌性障害を訴えている点などに照らし、「業務上災害に該当する」と判じた。

裁判部は「キムさんの性格や遺伝的・生物学的要因の中には恐慌性障害の発病原因が内在していたものと推定できる」としながらも、「キムさんが機関士に転職した以後に経た肉体的過労と精神的ストレスが直接的な発病原因ではないとしても、過労とストレスによる恐慌性障害が誘発されたか、自然の進行経過以上に悪化したと推断できる」と付け加えた。

一方、2007年、カトリック大病院産業医学科が、ソウル都市鉄道の機関士836人に対する特殊健康診断を実施した結果によると、機関士5人のうち1人が、ひとつ以上の精神疾患をかかえていることが現われた。恐慌性障害を抱える機関士の割合が、一般人より7倍も高いことが調査された。

2009.5.20 毎日労働ニュース
キム・ミヨン記者

石綿被害建設労働者の検索

韓国●全国キャンペーンを開始

「石綿被害の建設労働者を探します」/「補償事例が一件もなく」/13団体がキャンペーン推進

全国民主労働組合総連盟・建設産業連盟と労働安全保健教育センターなど13団体が集まった「建設労働者石綿被害キャンペーン推進委員会」は、4月28日午後、ソウルのテピョン路の旧・三星本館の前で記者会見を行い、「石綿被害の建設労働者検索キャンペーン」を行うことを明らかにした。石綿被害キャンペーン推進委は、「これまで建設労働者が、石綿による肺疾患で労働災害補償を受けた事例は一件もない」として、「石綿に曝露して苦しんでいる労働者たちは、自分の病気が職業病なのかも知らず、何の支援も補償もなく、自分で費用を負担しているのが実情」と主張した。

悪性中皮腫と肺がんを誘発する一級発がん物質である石綿は、2003年までに65万トンが韓国で使われた。とくに1970～80年代の建設現場で、耐火・被覆材として石綿製品が使用され、当時の作業場と最近行われている撤去現場で、建設労働者が石綿に曝露しているものと推定される。外国の統計値を分析すれば、一般的に石綿170トン当たり中皮腫による死亡者が1人の割合で発生する。これを勘案すれば、これから韓国で4～5千人が悪性中皮腫で亡くなると予想されるということである。

イム・サンヒョク労働健康環境研究所長は、「日本では、2006年に石綿による中皮腫と肺がんで各々486人と361人が労働災害補償を受けるなど、外国では建設労働者に対する石綿労災認定が活発である」として「大企業の事業場に比べて、日雇いが大部分である建設労働者は、石綿被害の救済手続きから疎外されている」と話した。

石綿被害キャンペーン推進委はソウル、アンサン、テグ、プサンなど、全国の建築工事現場で石綿被害労働者を探すキャンペーンを行う予定である。これとともに、産業医学専門医と弁護士、労務士などで諮問団を構成し、石綿被害予防と補償体系に関する研究調査活動を展開することにした。石綿疾患が疑われる建設労働者は建設労組の石綿ホットライン（02-841-0293）に連絡すれば、無料の健康診断を経て、労災補償申請手続きの案内を受けることができる。

2009.4.28 ハンギョレ新聞

全国労働安全衛生センター連絡会議

第20回総会は 9.25-26 尼崎開催

【第一報】

全国安全センターの第20回総会は、尼崎労働者安全衛生センターのご協力により、2008年9月25日(金)午後～26日(土)夕方まで、尼崎市内で開催いたします。

記念講演、昨年に続き分科会、職場安全パトロール等々、企画中です。ご意見・ご提案を歓迎します。講師の話を一方的に聞くだけではない、参加型の企画・運営が私たちのモットーです。

日時：2009年9月25日(金)午後～26日(土)午後

会場：尼崎市労働福祉会館(予定)

〒660-0892 尼崎市東難波町4-18-32　TEL 06-6481-4561

地図 http://www.city.amagasaki.hyogo.jp/map/institution/05_014.html

宿泊：尼崎セントラルホテル(予定)

〒660-0862 尼崎市昭和南通4-30　TEL 06-6411-1010

地図 http://www.hotel.gr.jp/access.php

参加費：宿泊費込み10,000円の予定

安全センター情報

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

①最新情報満載の月刊誌「安全センター情報」を発行しているほか、②労働災害・職業病等の被災者やその家族からの相談に対応、③安全・健康な職場づくりのための現場の取り組みの支援、④学習会やトレーニングの開催や講師の派遣等、⑤働く者の立場にたった調査・研究・提言、⑥関係諸分野の専門家等のネットワーキング、⑦草の根国際交流の促進、などさまざまな取り組みを行っています。いつでもお気軽にご相談、お問い合わせください。

「労災職業病なんでも相談専用のフリーダイヤル：0210-631202」は、全国どこからでも無料で、最寄りの地域センターにつながります。

「情報公開推進局ウエブサイト：http://www.joshrc.org/~open/」では、ここでしか見られない情報を満載しているほか、情報公開の取り組みのサポートも行っています。

●購読会費(年間購読料)：10,000円(年度単位(4月から翌年3月)、複数部数割引あり)

●読者になっていただけそうな個人・団体をご紹介下さい。見本誌をお届けします。

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

全国労働安全衛生センター連絡会議

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

東　京	● NPO法人 東京労働安全衛生センター	E-mail center@toshc.org
	〒136-0071 江東区亀戸7-10-1 Zビル5階	TEL(03)3683-9765 /FAX(03)3683-9766
東　京	● 三多摩労働安全衛生センター	
	〒185-0021 国分寺市南町2-6-7 丸山会館2-5	TEL(042)324-1024 /FAX(042)324-1024
東　京	● 三多摩労災職業病研究会	
	〒185-0012 国分寺市本町4-12-14 三多摩医療生協会館内	TEL(042)324-1922 /FAX(042)325-2663
神奈川	● 社団法人 神奈川労災職業病センター	E-mail k-oshc@jca.apc.org
	〒230-0062 横浜市鶴見区豊岡町20-9 サンコーポ豊岡505	TEL(045)573-4289 /FAX(045)575-1948
群　馬	● ぐんま労働安全衛生センター	E-mail qm3c-sry@asahi-net.or.jp
	〒370-0846 高崎市下和田町5-2-14	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	E-mail KFR00474@nifty.com
	〒950-2026 新潟市西区小針南台3-16	TEL(025)265-5446 /FAX(025)265-5446
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	E-mail roushokuken@be.to
	〒466-0815 名古屋市昭和区山手通5-33-1	TEL(052)837-7420 /FAX(052)837-7420
三　重	● 三重安全センター準備会	E-mail QYY02435@nifty.ne.jp
	〒514-0003 津市桜橋3丁目444 ユニオンみえ内	TEL(059)225-4088 /FAX(059)225-4402
京　都	● 京都労働安全衛生連絡会議	E-mail kyotama@mbox.kyoto-inet.or.jp
	〒601-8015 京都市南区東九条御霊町64-1 アンビシャス梅垣ビル1F	TEL(075)691-6191 /FAX(075)691-6145
大　阪	● 関西労働者安全センター	E-mail koshc2000@yahoo.co.jp
	〒540-0026 大阪市中央区内本町1-2-13 ばんらいビル602	TEL(06)6943-1527 /FAX(06)6942-0278
兵　庫	● 尼崎労働者安全衛生センター	E-mail a4p8bv@bma.biglobe.ne.jp
	〒660-0803尼崎市長洲中通1-7-6	TEL(06)4950-6653 /FAX(06)4950-6653
兵　庫	● 関西労災職業病研究会	
	〒660-0802 尼崎市長洲本通1-16-17 阪神医療生協気付	TEL(06)6488-9952 /FAX(06)6488-2762
兵　庫	● ひょうご労働安全衛生センター	E-mail a-union@triton.ocn.ne.jp
	〒651-0096 神戸市中央区雲井通1-1-1 212号	TEL(078)251-1172 /FAX(078)251-1172
広　島	● 広島労働安全衛生センター	E-mail hiroshima-raec@leaf.ocn.ne.jp
	〒732-0825 広島市南区金屋町8-20 カナヤビル201号	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	E-mail rengo-tokushima@mva.biglobe.ne.jp
	〒770-0942 徳島市昭和町3-35-1 徳島県労働福祉会館内	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	E-mail npo_eoshc@yahoo.co.jp
	〒792-0003 新居浜市新田町1-8-15	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	E-mail awatemon@eagle.ocn.ne.jp
	〒861-2105 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レークタウンクリニック	TEL(096)360-1991 /FAX(096)368-6177
大　分	● 社団法人 大分県勤労者安全衛生センター	E-mail OITAOSHC@elf.coara.or.jp
	〒870-1133 大分市宮崎953-1(大分協和病院3階)	TEL(097)567-5177 /FAX(097)503-9833
宮　崎	● 旧松尾鉱山被害者の会	E-mail aanhyuga@mnet.ne.jp
	〒883-0021 日向市財光寺283-211 長江団地1-14	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	E-mail aunion@po.synapse.ne.jp
	〒899-5215 姶良郡加治木町本町403有明ビル2F	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	E-mail sh-net@ubcnet.or.jp
	〒102-0085 千代田区六番町1 自治労会館3階	TEL(03)3239-9470 /FAX(03)3264-1432

安全センター情報2009年7月号(通巻第362号) 2009年6月15日発行(毎月1回15日発行)
1979年12月28日第三種郵便物認可　800円
〒136-0071東京都江東区亀戸7-10-1Zビル5階 全国労働安全衛生センター連絡会議
TEL(03)3636-3882　FAX(03)3636-3881

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