

2009 9

安全センター情報



特集● 被害者補償・救済制度の比較

写真：公害・薬害・職業病被害者補償・救済制度シンポジウム

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

【第三報】

日時：2009年9月25日(金)13:30～26日(土)16:00

参加費：宿泊費込み10,000円（宿泊なしの場合はお問い合わせください。）

■第1日目：9月25日(金)

13:30～16:30 職場安全パトロール（民間製造工場の職場を予定）

13:30 尼崎労働者安全衛生センター事務所集合

〒660-0803 尼崎市長洲中通1-7-6 TEL/FAX 06-4950-6653

地図 <http://www.eonet.ne.jp/~amasafe/>

※サンダル等不可、機械に巻き込まれない衣服等

18:00～20:00 講演会「ストレスのかからない職場づくり—中高年を視野に入れて」

講師：三戸秀樹氏（関西福祉科学大学健康福祉学部学部長）

尼崎労働者安全衛生センター総会と併催され（最初に総会議事等があります）。

尼崎市立労働センター3階集会室

〒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_013.html

20:30～22:00 懇親会

会場 居酒屋「ごんべえ」の予定

宿泊：尼崎セントラルホテル

〒660-0862 尼崎市昭和南通4-18-23 TEL 06-6482-6180

地図 <http://www.hotel.gr.jp/access.php>

■第2日目：9月26日(土)

尼崎市立労働センター—前日の講演会場と同じ、第2日目の会場は終日ここです。

09:30～12:00 分科会（3つの会場に分かれます。）

① 心の健康（メンタルヘルス・ハラスメント）

② 派遣労働者の安全と健康

③ 筋骨格系疾患（福祉職場を中心に）

12:00～13:00 昼食休憩

昼食は各自でとっていただく予定です。

13:00～16:00 全体会

④ 各地の報告及び問題提起

⑤ 総会議事

※午後のプログラムを変更しました。

※賛助会員の皆様は、前月号同封の返信用葉書等で、8月末までにご出欠をお知らせください。

※宿泊の手配は事務局で一括して行いますので、独自に予約の必要はありません。

特集／被害者補償・救済制度の比較

被害者補償・救済制度の 比較から改善をめざして

全国安全センター事務局長 古谷杉郎 2

石綿被害地域住民団体 ネットワーク初の共同行動

健康影響検討会傍聴と環境省交渉 12

クボタ・ショックから4年 尼崎集会

ネットワーク強化へ 尼崎宣言 36

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

台湾：労災補償制度の不備に抗議行動 40

フィリピン：鉱山へのアスベスト廃棄物不法投棄 41

インド：NGOのアスベスト禁止要求を攻撃 42

韓国：9月から工業製品にアスベスト使用禁止 43

通達：当面の訴訟追行上の留意事項 44

各地の便り/世界から

MEDIS-DC●化学物質過敏症標準病名マスターに 51

神奈川●「銀だこ」店長のうつ病を労災認定 53

神奈川●サブコン労働者の脳内出血認める判決 54

岡山●特別加入による補償額減額行政訴訟に 56

愛知●ホンダ中皮腫労災裁判原告の意見陳述 58

JITCO●外国人研修生等の死亡過去最多 59

被害者補償・救済制度 比較から改善をめざして

公害・薬害・職業病事件一堂にシンポジウム

古谷杉郎

全国安全センター事務局長

5月30日、東京YMCAアジア青少年センターにおいて、「シンポジウム 公害・薬害・職業病 被害者補償・救済の改善を求めて」が開催され、被害者、支援者、研究者、学生、ジャーナリストら約百名が参加した。主催は、公害薬害職業病補償研究会と東京経済大学。後援に、日本環境会議及び全国公害弁護団連絡会議が名を連ねた。以下は、チラシからのシンポジウムの呼びかけである。

「大気汚染やカネミ油症などの公害や薬害、あるいは現場労働等の職業に従事する中で発病した疾病の結果、死亡したり、深刻な健康被害が引き起こされて日常生活に支障を来し、多大な医療費負担と仕事への悪影響と生活障害の三重苦で数多くの被害者は苦しんできました。ところが、そうした被害の総合的な補償・救済制度はわが国には存在しません。被害者運動の結果、各個の事例ごとに個別の補償・救済制度がつくられた経緯があり、それらは補償内容や補償水準、制度設計などかなりの違いがあり、相互に比較可能な共通の整理はなされてきませんでした。

今回のシンポジウムでは、各制度を共通の項目

に沿って整理し、補償の在り方を相互に比較研究するという初めての横断的な研究作業の成果を発表し、それぞれの制度においてどのような改善が必要か、また今後めざすべき被害者補償・救済制度のあり方について議論します。」

初めての制度相互比較作業

この作業は、2007年7月の最後の―第16回田尻賞表彰式に居合わせた水俣・カネミの関係者らから筆者も声をかけられて始まったものだった。水俣・カネミでいろいろな動きがあるので、めざすべき制度を検討するためにも、いまある補償・救済制度の比較をやってみようということだった。アスベスト被害について、労災補償と救済法の格差をどう解消させていくかという課題を抱え、国内だけでなく各国の制度の比較の必要性にも迫られてきた筆者としても渡りに舟とばかりに賛同した次第。

しかし、相互比較を可能にするための共通の言葉―比較項目づくりから始めなければならなかった。これには筆者らが各国の制度比較で経験し



シンポジウム 公害・薬害・職業病 被害者補償・救済の改善を求めて

てきたことが一定役に立ったと(勝手に)思っているのだが、制度・事件特有の言葉はもちろんのこと日本語からいって離れて、英語で外国人に説明することを考えた設問の立て方が有用だと感じている。とはいえ、比較項目づくりは簡単なことではなかったし、引き続き改善が求められている作業でもある

いずれにしても作業を開始してすぐに気づいたことは、このような相互比較のための共同作業が行われるのは、実は初めてのことでないかということ。比較フォーマットを検討し、一定のかたちでできたところで実際の制度について記述し、報告・討論して、有用性やさらなる改善を検討。活動家と研究者、学生らが一緒になって、そんな地道な作業をする—公害薬害職業病補償研究会と名づけられた一小さな集まりを10回ほど重ねて、水俣病、サリドマイド、カネミ油症、大気汚染、アスベスト(労災補償、公害救済、労災時効救済)—5事件7制度についての比較レポートができたところで、作業の成果を報告し、また、これが役に立つようであればさらに多くの方に作業に加わっていただこうと

いう趣旨で今回のシンポジウムは開催された。

幸い東京経済大学の助成を受けることができ、各比較レポートを収録した120頁の資料集も作成することができた。これはいずれ日本環境会議のウェブサイトから入手できるようになる予定である。

企業活動に伴う様々な被害

シンポジウムは、山下英俊氏(一橋大学)の司会で、筆者が研究会を代表して開会の挨拶を行った後、磯野弥生氏(東京経済大学現代法学部教授)に基調講演を行っていただいた。非常に参考になる総括的な問題提起であるので、要約して紹介したい。(文責・編集部)

企業活動は、これまで、生産過程、流通過程、消費過程、そして製品や製造工程で出た不要物の廃棄過程で、つまり企業活動のあらゆる過程において、人への健康被害をもたらしてきた。これらの被害をなくすことが最大の課題だが、同時に、これまでの累々とした被害者の救済が適切になされ

特集／被害者補償・救済制度の比較

ることもまた、規制と同様に重要な社会に課された課題である。

このシンポジウムでは、これまで、そのときどきの社会的要請に応じて制度設計され、運用されてきた救済制度がどのようになっているのかを、同一の基準を設定し、比較し、そしてよりよい救済制度をめざして、その課題を明らかにするということをめざしている。本論に入るに先立って、人の健康についての被害者救済制度についての総論的な議論をしておくことを、本報告の目的とする。

● 企業活動による健康被害

企業活動に伴う被害として、これまで、どのような事柄が社会的に問題視されてきたか。

第1に、古くから労働災害が社会問題として議論され、制度化されてきた。その労働災害ひとつとっても高所から墜落したとか、機会に指を挟まれたというものから、化学物質暴露による病気や過労による自殺といったものまで、多種多様である。

労働災害は労働契約から生ずる災害だが、購入した商品による健康被害としては森永ヒ素ミルク事件やカネミ油症などの食品公害などがある。医療行為が介在するが、製品による被害という意味では薬による被害が多発している。契約が介在しないものが公害で、工場の大気汚染や水汚染という製造過程、ディーゼル貨物車を中心とした排ガス汚染という流通過程、一般の自動車排ガスやエコキュート運転による低周波騒音という消費過程、そして廃棄物の焼却等による廃棄過程、とあらゆる場面で、公害被害が全国に及んでいる。

商品がもたらす被害は、少し観点を変えてみると、上のような例にとどまらない。例えば、瞬間湯沸かし器などのいわゆるPL法で議論されるべき欠陥商品によるさまざまな被害が発生している。自動車交通事故は加害者個人の違法性のみが問われるが、本来備えるべき安全性を備えているのか、という観点から議論する余地は少なからずあると考えられ、ある意味では欠陥商品問題でもあろう。

このように、わが国の経済生活が民間企業の活動を中心に構成されているので、企業活動がかかわる人の健康への被害は多種にわたる。



基調講演をする磯野弥生氏

● 国家政策・行政執行の失敗等による健康被害

ところで、公害被害とその外延に位置する被害をみると、第一義的には企業活動が被害の原因であるが、そこに行政が積極的に関与しているとみることができる場合が少なくない。水俣病不作為違法国家賠償訴訟最高裁判決では、規制の不備を違法としていて、その典型である。道路公害訴訟では公共事業の主体として国がその責任を問われ、予防接種訴訟は国の公衆衛生行政の失敗である。

公害被害とは異なる場面をみると、例えば防犯行政の失敗の結果である犯罪被害者、学校事故についても救済の必要性が認識され、制度ができている。このように国や自治体行政の失敗による被害も多い。

その全てを包括して救済のあり方を議論しようということではなく、ここでは、公害被害を中心としながら、そこからの一定の広がりをもその範囲としてみていく。とはいっても、ここでの範囲から外れている類型も、見方によっては、統一的に考えるべき側面があることについて、付言しておきたい。

裁判による救済と制度的救済

本論に入って、救済制度についてみていく。

● 裁判による救済

企業活動に伴う第三者の被害については、当事者の話し合いによる合意以外は、紛争解決とい

ういうことになり、制度的には裁判による救済が原則である。裁判による救済の特質をみておこう。

民法709条は、「故意又は過失によって他人の権利又は法律上保護される利益を侵害した者は、これによって生じた損害を賠償する責任を負う」としている。被害ということからみると、「権利または法律上保護される利益」が侵害された時に、賠償が行われる。健康被害は当然にその中に含まれるが、健康侵害に伴う損害すなわち被害の内容に対する解釈が、これまでの長い歴史のひとつである。

そして、その損害に対する賠償は、金銭で支払われる。賠償金は、慰謝料ともに、口頭弁論終結時の被害の状態から判断して、一時金として払われ、将来の賠償は認められない。大阪空港公害訴訟で提起したが、同最高裁判決で否定されて以降、現在まで認められてきていない。

原因者は、損害を与えた行為について過失と違法性が認められてはじめて、損害賠償責任を負うこととなる。

裁判は、このように因果関係、故意過失、違法性について立証していく必要があり、立証責任の分配がいわれても、膨大な時間と費用を要する。

● なぜ制度的救済か？

いったん原因者に賠償責任が認められても、裁判は個別解決であるので、被害者が多数いる場合には、原因者との交渉が成立しない場合には、原因が同じでも、被害者はそれぞれ損害賠償請求訴訟を提起しなければならない。水俣不作為訴訟最高裁判決がでて、認定基準が変えられない限り、裁判で損害賠償を獲得する以外ないということは、その現われである。

大規模裁判は、一種の代表者訴訟的な意味合いがあり、裁判原告以外の被害者に救済を広げるために、裁判外でも容易に救済を得られるような制度が指向された。他方で、原因者の側も、裁判コストを考慮すると、制度的救済をする方が結局コストとして安いと判断される場合が出てくる。さらに、国もまた、制度的救済を図る方が社会的な費用から妥当であるとみて、制度化をはかってきたのである。

制度的救済の原理の特色

そこで、制度に関するその原理の特色をみてみよう。

● 労働災害は予見される被害

労働者の働く権利として、労働契約内容として、健康を損なわれるようなことなく働くことが含まれる。災害がゼロとなることが望ましいが、労働災害が現実には多発する。そこで、使用者は利益を得る目的で労働者を雇用して事業活動を行っているのであるから、業務に起因するけがや病気については、過失を問うことなく、補償をすべきことが、労働基準法で定められ、それに基づいて、労働者災害補償保険法が制定された。雇用主は、かかる原理から労災保険への加入を義務づけられていて、労災補償責任が課されている。

労災保険は、このような原則が確実に履行されるために、国が管掌し、労災の認定事務も国が行う。様々な問題点をかかえつつも、労働基本権と労働契約を前提としていることから、他の救済制度からすると、もっとも充実した制度であるといえよう。

● 民間基金制度

この対局に位置する制度は、交通事故に関する保険制度である。同制度は、民間会社が行っている制度である。クルマ社会を維持するためには、被害補償がスムーズに行われることが求められ、また、当事者が国民個人で立場交換可能であるということがある。

公害や薬害に関しては、企業のための保険制度は考えられるが、被害者と加害者の立場交換可能性はないために、自動車事故の救済制度のようなものはない。

むしろ特徴的なのは、森永ヒ素ミルク事件における恒久救済のための法人である。被害者、原因企業、国の三者合意による、原因企業の出資による救済のための財団法人（ひかり協会）が設立され、現在同法人により救済が行われているという点である。同事件は、訴訟が提起されたが、財団法人の

設立によって和解が成立し、取り下げられている。

同制度は、「三者会談確認書」に基づいて、原因企業である森永乳業が賠償責任に基づいて出資して設立した法人であり、毎年度の運営資金も原因企業が出資している。

水俣病についてみると、その手続については、公害健康被害補償法に基づいているが、認定患者の補償に関しては補償協定による。もっとも、いわゆる「政治決着」による解決では、一時金と「医療手帳」「保険手帳」の交付による医療費の支給、「新医療手帳」制度という括弧付きではあるが民一民の方式とは異なる制度がある。

● 国が補償制度を定める意味

このような民間ベースの制度とは別に、国が法律によって、救済のための制度を設けている。

公害健康被害補償法が典型例である。その後、アスベストについて、石綿による健康被害の救済に関する法律が制定された。これらの制度づくりは、被害救済の放置が社会的非難の対象となったことが第一であると考えられるが、理論的には、国家の責任との関係を見ておくことが必要である。

予防接種被害のようなもっぱら国の事業責任が問われるような事例については、救済に関して法律で制度化し、賠償のための費用を拠出することは当然のことであるし、それ以外の手立てはないといえる。

それに対して、直接の原因者が民間企業である場合、すなわち本シンポジウムで取り上げる多くの事例では、本来被害者―加害者間での民間ベースの救済制度の構築での対応が基本である。ところが、水俣病不作為国家賠償訴訟最高裁判決で確認されたように、公害についてみると、被害の広がりが国の規制責任の懈怠の結果である。このことから、個別の被害者が個別に交渉をするまでもなく、救済制度の設置責任ともいえるべき責任があるといえる。すなわち、補償制度や一般社会で生活していくことを可能にする福祉事業制度の構築責任として考えることが重要である。もう少し敷衍するならば、第一次的な責任を負うべき原因者に責任を果たさせる義務と被害者の生活救済義

務である。PPP原則は、企業が責任を負うと共に、国にこの原則を具体化する制度構築責任を述べたものである。したがって、PPP原則を実施できなかった場合には、その失敗に対する救済の仕組みの構築の責任が課されると言うべきである。

自動車公害の場合には、これまでの下級審判決では道路管理者のみ賠償責任が認められてきた。この範囲での賠償責任に基づく救済制度の構築責任および賠償責任は当然に認められるといえる。同時に、東京判決で自動車メーカーについて「社会的責任」を認めたことで、救済制度構築にも新たな展開をもたらす。すでに、吉村良一・立命館大学大学院教授、除本理史・東京経済大学教授あるいは渡辺知行・成蹊大学大学院教授などが主張するように、かかる責任において、救済に関する応分の責任があると考えられる。

● 制度化の意義―何を制度化すべきか

個別の救済ではなく、認定制度を用いた制度化の意義として、次の点をあげておく。

① 被害者の積極的救済

被害と被害者が直ちに特定できれば、当事者間の賠償・補償契約によって行うことでよい。しかし、公害被害は、被害の広がりや健康被害の多様な現われこそが特徴である。この点こそが制度的救済を要求しているといえる。柔軟な認定基準と地域指定によって、被害者の救済が求められている。外延とでもいえる部分は、国の規制義務懈怠からくる費用負担があってよいだろう。

② 継続的被害に対する賠償

公害は、規制により改善されていく可能性も大きい。被害は次世代にまで続く可能性があり、これらについて研究と救済を可能にする仕組みを作ることができる。

③ 金銭賠償以外の救済

不法行為法では、損害賠償責任を金銭賠償とする。本来被害の救済は、原状回復であるべきである。とすれば、原状回復には、金銭賠償以外の多くの救済の仕組みが必要となる。

④ 賠償責任は認められないが関与している者の責任

もうひとつは、原因者の賠償責任の程度である。法的な損害賠償責任がある場合には、被害に対して相当の責任を負うべき者についても、費用負担責任を課すことができるということである。

考えられる課題

課題を列挙しておく、以下のとおりである。

① 契約に基づく民間基金制度は法律による制度創設に向かうべきか。そのさい、混合タイプの水俣病はどのように考えるべきか。

② 様々な補償を共通制度として仕組むことができるか。それとも、個別制度か。

その場合には、国の賠償責任が認められる場合と、認められない場合。とりわけ規制責任の懈怠がもたらしたことの違法をどのようなかたちで、救済法制と結びつけるか。

そして、判決で原因者の法的責任が認められている場合と、そうでない場合で、同じ制度で処理できるか。費用負担のあり方、救済の内容に関して、統一的な制度で処理する仕組みがありうるか。また、国以外の関与している者のあり方が大きく異なることも、費用負担者の範囲に関わって統一的な制度の構築の難点のひとつと考えられる。

③ 損害賠償は金銭主義をとるが、公害被害救済の原点は原状回復（健康を取り戻し、通常人の生活ができるようにし、失われた損害については金銭賠償をする）であり、原状回復が不可能な場合には、普通の生活が維持できるようにすることである。そのためには、個人への賠償だけでは不十分であり、医療制度、福祉制度が整う必要がある。国の責任の重要な側面だと考えるが、その点について、一般制度の構築はできないか。

④ さらに、制度化にあたって、別の議論をしておく必要がある。すなわち、PPPから損害賠償責任をとらせるとすれば、企業は破産に追い込まれている例が多いはずである。この観点からの原因者と国の役割の関係はどう考えるか。現在の水俣病救済のあり方が望ましいのか。

実際に比較してみた項目

シンポジウムの記録はいずれ東京経済大学から出版される予定であるが、簡単に内容を紹介しておこう。

基調講演に続いては、各事件の比較レポートをさらに要約した「主要項目比較表」（8-9頁に掲載）を用意して、以下のパネラー（各レポートの作成者でもある）で、尾崎寛直氏（東京経済大学）をコーディネーターにパネル・ディスカッションが行われた。

- ・ 谷洋一氏（水俣病被害者互助会）—水俣病
- ・ 川俣修壽氏（医療ジャーナリスト）—サリドマイド
- ・ 下田守（下関市立大学）—カネミ油症
- ・ 藤原寿和（カネミ油症被害者支援センター）
- ・ 除本理史（東京経済大学）—大気汚染
- ・ 古谷杉郎（石綿対策全国連絡会議）—アスベスト（労災、公害、時効救済）

第1部は「補償・救済制度の横断的な比較検討から見えてくるもの」と題して、以下の4つの論点について、各パネラーが順に紹介した。

- ① 制度の枠組み・経過
- ② 被害の全体像・認定をめぐる問題
- ③ とくに医療費以外の補償・救済の内容
- ④ 財源の問題等

制度の枠組みでは、労災保険法と石綿健康被害救済法（アスベスト）、公害健康被害補償法（大気汚染）、認定は公健法に基づき補償はチッソのとの協定による水俣病、補償協定によるサリドマイド、制度と言えるものがない？カネミ油症と磯野氏の包括提起を考えるのにも適した構成となった。後の議論で、薬害肝炎が特別立法になったことや、過去には、森永ヒ素ミルクとカネミ油症が契機となって食品被害者の救済制度が検討されたことがあったことなども話題になった。

被各項目では、まず、「認定」という言葉自体が、必ずしも共通の意味で用いられてはいないのだが、各事件とも独自の論争点や歴史的経過をかえて、横断的比較がしにくくなっているとも言える。パネルディスカッションでも踏み込む余裕がなかったのだが、比較レポートでは、申請/請求や審査の

特集／被害者補償・救済制度の比較

事例	水俣病（公健法認定と補償協定）	サリドマイド	カネミ油症
枠組み	公害健康被害補償法による認定、チッソとの協定に基づく補償。	補償協定による	法も協定もなく、（和解とカネミの一部負担以外には）制度としては何もない。
被害者を認定するシステム	法に基づき県知事が認定。診断書は考慮されず、県の検診データに基づき、1977「後天性水俣病判断条件」で認定審査会が判断（審査会は機能停止中）。	診断証拠、服用証明をもとに5つの判定基準に基づき判定を行うが、最終判断は最高權威のW・レントン教授を交えて行う。	法的根拠はなく、要綱に基づいて認定制度を運用。全国油症治療研究班の「油症患者診定委員会」が診断基準に基き「診定」、これを受けて知事が認定。
認定された被害者数	認定・補償協定2,269人、これと別に、政治決着10,353人（熊本・鹿児島両県）、新保健手帳1,9843人（同・08年末現在）。	裁判原告63人+原告を除く認定者数246人の計309人。	1,933人（生存1,376人、2009.3現在） 1969年7月の厚生省の集計では、届出者数14,627人のうち913人が認定。それ以降、厚生省は届出者等の集計を（発表）せず。
棄却・未処分等の未認定患者および未申請者	保留・棄却処分累計14,990件、うち1万人余は1995政治決着受諾。新たに認定申請中の患者が約6,300人。	サリドマイド剤回収後の推定被害者が約1,000人とされており、認定棄却は311人。	1988年度までの詳しい検診状況は不明。1989年度以降は毎年数十から百人余の未認定者が受診し、大部分が認定されず。推定被害者数は数千人以上。
医療給付・治療に関する給付	歯科を除く医療費全額をチッソが負担する。鍼灸治療費実費、マッサージ治療費（1回1000円、年25回25,000円以内）、温泉治療券（年間利用券）	なし	医療費の自己負担分をカネミ倉庫が支払い。
医療費以外の本人に対する給付（生活補償面）	あり。慰謝料および特別調整手当（年金）	あり。損害賠償金。賠償金額の一部を長期継続年金制度により運用もできる（年金加入は任意）。	カネミ倉庫が見舞金1人22万円を支払い、和解で1人500万円の債務を確認。カネカ（鐘淵化学）は1人300万円の見舞金を基準に和解。
遺族に対する給付	なし。ただし、葬祭料533,000円+香典100,000円は死因を問わず給付。	なし。ただし、年金加入の場合は、支給開始から60年以内は拠出金の残金が相続人に払い戻される。	なし。香典2万円のみのみ
その他の給付（通院費・介護費等を含む）	通院交通費270-600円、通院手当21,400-23,400円、入院手当23,400-33,500円、介護手当44,900円、おむつ手当、介護手当、胎児性患者就学援助費など。	なし	通院費を支給する場合もある。ただし、地域等によって差が大きい。
補償・給付の内容・区分	慰謝料1,600-1,800万円、年金6.7万から17万円（物価スライドあり、1973年は2-6万円）	A～Eランクにより、賠償金額が異なる（A 4,000万円、B 3,300万円、C 2,800万円、D 1,800万円、E 900万円）で、訴訟費用は全額被害者の被告持ち。症状は固定されているため、判定ランクの変更はない。	
財源の調達方法	全額をチッソが負担。ただし、返済能力がないとして、県債融資、銀行の債権放棄、国庫支出で約半分賄う。	サリドマイド剤の全市販企業の拠出+賠償金と年金の金利・物価上昇分の補填は国も折半。	カネミ倉庫は医療費の一部を中心に負担。カネカは和解の際に負担。
制度の成立年	公健法認定・補償協定1973年 政治決着1996年、新保健手帳2005年	1974年10月の和解時に協定	カネカとは1987年3月に和解
備考（近年の問題）	新たな申請者や第二世代等の裁判6件が継続。与野党の未認定患者救済法案が上程されるも与党の「分社化」「地域指定解除」に反発が集中。	厚労省は、2008年10月、被害者団体の賛否の中で、多発性骨髄腫の治療薬としてサリドマイド剤の使用を許可。	2007年6月に特例法が成立して仮払金返還問題は一応決着したが、他の多くの問題は未解決のまま放置。新認定患者が2008年5月に提訴。

事例	大気汚染	アスベスト(労災)	アスベスト(公害)
枠組み	公害健康被害補償法による	労働者災害補償保険法による	石綿健康被害救済法による
被害者を認定するシステム	法に基づき指定地域を管轄する自治体の長が認定。本人申請書類と戸籍抄本または住民票、検査実施機関の医師の診断書・報告書を合わせて提出。	法に基づき労働基準監督署長が決定。請求人、使用者、診療担当医等に対する調査、必要に応じ労災医員に意見を求めたり、厚生労働省と協議して決定。	法に基づき申請。申請人提出資料をもとに、環境大臣が中央環境審議会の意見を聴いて医学的判定、それを踏まえて環境再生保全機構が認定。
認定された被害者数	ピーク時には約11万人(1988年7月)であったが、その後新規認定の廃止とともに認定者数は減少し、2006年度末には47,193人。	中皮腫2,641人(時効救済済616人を含め3,357人)、肺がん1,938人(時効救済済321人を含め2,259人)、石綿肺は不明、良性石綿胸水31人、びまん性胸膜肥厚40人(2007年度末現在)。	中皮腫2,969人、肺がん382人(2007年度末現在)
棄却・未処分等の未認定患者および未申請者	法による申請棄却者数の詳細は不明。ただし、1988年3月以降、新規認定廃止により、未認定患者が大量に生み出され続けている。	不支給決定：中皮腫259人、肺がん465人、他は不明、取件数不明(2002～2007年度累計)	不認定：中皮腫370人、肺がん220人 取り下げ：中皮腫76人、肺がん101人(2006～2007年度累計)
医療給付・治療に関する給付	診察・治療・看護・移送等、対象疾病に関わる医療費全額がこの制度から現物給付(自己負担なし)。	療養補償給付として診察・治療・看護・移送等の医療費全額を現物給付(できない場合は現金給付可)。鍼灸マッサージも対象。	健康保険等を控除した自己負担分、通院費、介護費の実費補償なし。
医療費以外の本人に対する給付(生活補償面)	あり。障害補償費あるいは15歳未満の子どもに対する児童補償手当。	あり。休業補償給付(平均賃金の80%)、一定の場合、傷病補償年金(傷病等級により1級313日分～3級245日分)、障害補償給付(障害等級により1級313日分～7級131日分の年金または8級503日分～14級56日分の一時金)に移行。	あり。療養手当(一律月103,870円。入通院諸経費+介護手当の性格と説明されている)
遺族に対する給付	あり。遺族補償費または遺族補償一時金、葬祭料664,000円。ただし、いずれも公害病の死因への寄与率による。	あり。遺族補償給付(一律300万円+遺族の人数に応じて平均賃金153日分(1人)～245日分(4人以上)の年金または1,000日分の一時金)、+葬祭料(315,000円+平均賃金30日分または平均賃金60日分のいずれか高い方)	なし。葬祭料のみ。ただし、被害者本人が給付を受けられなかった遺族には特別遺族弔慰金(一律280万円の一時金)と葬祭料は199,000円。
その他の給付(通院費・介護費等を含む)	通院・入院に対する療養手当(ただし、通院・入院日数により各2ランクに分かれ、23,000-35,900円)。	療養補償給付として原則通院費の実費(移送に含まれる)。一定の場合は介護補償給付として月28,470～104,960円。労災就学等援護費、労災就労保育援護金など(温泉保養もあったが廃止)。	なし
補償・給付の内容・区分	障害補償費は1級～3級のランクにより、男女各年齢別平均賃金の80%の月額(132,500～359,600円)に、1.0.5.0.3を乗じる。遺族補償費・一時金は、上記賃金70%の月額(116,000～313,900円)に寄与率0.50, 75, 100%を乗じる。一時金になる場合は36か月分。	基本的に平均賃金ベースで、傷病・障害等級区分以外はなし	なし(一律定額)
財源の調達方法	全国の工場・事業場からの汚染負荷量賦課金が8割、自動車ユーザーの支払う自動車重量税からの引当金が2割。	事業主の労災保険料+国庫補助	一般拠出金(労災保険適用事業主+船舶所有者)、特別拠出金(4社-未公表)、国・都道府県拠出金
制度の成立年	1973年	1947年	2006年
備考(近年の問題)	未認定患者の救済のため、まずは自治体レベルでの医療費助成制度の構築とともに、自動車排ガス汚染に焦点を当て、費用負担を含め制度再構築の必要。	労災時効救済制度ができているが時限措置。公害救済に埋もれている労災事例大。被害者は増加し続けることが確実。	同じアスベスト被害で労災補償と格差大(対象疾病・救済内容)。公害多発地域の被害救済促進・健康管理体制確立。



ノーモア・ミナマタ訴訟原告団の吉海やエ子さん(右)と大石利生さん

あり方等、及び、①対象疾病、②医学要件(症度要件や鑑別要件も含めて)、③曝露要件、という比較項目を立ててみた。「病像」論は①②にまたがる問題であり、現実の被害者の「病像」から出発すべきことは様々な事件で指摘されており、また、概して認定においては、曝露要件をもっと重視すべきであるということも共通の課題のように思える。

「給付」の内容の比較も一筋縄ではいかない。いずれの事件も損害賠償裁判も争われているわけで、損害賠償額の算定基準—積極損害、消極損害、慰謝料等—に即して比較すべきなのかもしれないが、制度がつくられる過程で、いろいろな事情で損害賠償の算定からは乖離した性格付けや理屈付けがなされてしまっているのが実情である。

そこで筆者は、①医療給付、②医療費以外の本人に対する給付、③遺族に対する給付、④その他の給付、という区分の仕方がよいのではないかと考えている。これはシンポジウム終了後に整理した私見で、比較レポート集の比較項目では必ずしもこの考え方でつらぬかれてはいない。

①医療給付については、介護費用や通院費も含めて、医療費の実費補填として比較すべきであろう。名称が「療養手当」であっても、また、介護手当や通院費を加味等と性格付けされていたとしても、現実に必要な費用を補填するのでない場合には、②～④として比較した方がよさそうである。

②医療費以外の本人に対する給付については、研究会でも何度か議論が蒸し返され、比較レポートでも「生活補償」としたのだが、やはり、実費補填以外を、被害者本人に対するものと遺族に対



カネミ油症五島市の会事務局長の宿輪敏子さん

するものに区分するのがよいのではないかと思う。

主要部分をなす給付については、平均賃金ベースで算定される労災保険と一律定額の石綿救済法が言わば両極端で、他の制度では何らかのランク付けによって給付額が算定されている。

③遺族に対する給付は、労災保険以外の制度では、十分に考慮されてはいないと言えるだろう。

④その他の給付としては、例えば、就学援助等があげられる。8-9頁の比較表では、通院費もここに含めている。

被害者団体代表の発言

シンポでは、質問票も受け付けるため休憩を取った後、被害者団体の代表から発言をいただいた。

ノーモア・ミナマタ国家賠償等訴訟原告の吉海やエ子さんは、6月1日に公害総行動での環境大臣交渉のために用意した文章を紹介。「子どもの頃からひどいじめを受け、夫や家族とうまくいかず自殺を図ったことも何度もある。人生を取り戻したい。責任をきちっととてほしい」と訴えられた。

原告団団長で水俣病不知火患者会会長の大石利生さんも、「私たち患者は見かけではわからない症状を持っている。ケガをしても痛みがわからない。痛みも、味も、熱さもわかるからだにしてほしい。できないなら、それだけの補償をしてほしいということで約1,800人で裁判を提訴している」と発言した。

カネミ油症五島市の会事務局長の宿輪敏子さんは、「差別しかない油症を隠し、沈黙を守ってきたが、子や孫にも被害を出ていることを経験でわ



東京公害患者と家族の会事務局長の石川牧子さん

かっている。今日のシンポで、油症がいかに補償がないかわかったし、被害者を救う大きな力になる」。さらに、「治療法のあり方についてもぜひ提言してほしい」と要望された。

東京公害患者と家族の会事務局長の石川牧子さんは、「激甚な汚染や被害ではなくなっても、被害は確実にあって、患者はずっと苦しみ続けている。闘病と高額な医療費に追われていた患者が、『希望を持って自立して生きていこう』と考えられるために必要なのが救済・補償だと思う」と話された。

一層の共同作業訴える

次にパネルディスカッションの第2部「補償・救済制度の改善の方向性」で、会場から出された質問への応答の後に、たすき掛けにある事件の経験から他の事件に対して意見や提案を行うという趣向であったが、これは発言も大変だったが、内容を報告するのも簡単ではないので、くわしくはシンポジウムの報告書におまかせしたい。

加害企業の支払能力や企業存続の問題、複数・多数の企業等がかかわっている場合の負担や加害責任の問題、(第三者ではなく当事者としての)行政の責任の取らせ方、補償ではない(社会保障的)救済制度の問題、また、水俣病のときに金融機関の責任も議論されていた、等々の話題が取り上げられていたと思う。

結果的にシンポジウムとして、あるいは研究会として、「補償・救済制度の改善の方向性」について具体的な提起ができたわけではなく、今後の一層

の共同作業を訴えたにとどまる。また、様々な被害を網羅した包括的な補償・救済制度の必要性に合意したわけではないこともお断わりしておきたい。

被害者補償めぐる動き

シンポジウム会場では、「水俣病の緊急事態です!」と、「チッソ分社化」と「指定地域解除」を柱とした「水俣病最終解決特別措置法案」に反対する国会議員宛て要請書への協力が呼びかけられたが、その後、衆議院解散間際に修正案の可決・成立に至った急展開はご存知のとおり。

さらに、7月16-17日付け朝日新聞に(九州方面のみ)「現代のニセ患者発言」とも名づけられた環境省環境保健部長の発言が掲載されて、患者団体が謝罪訪問を要求するという事態も生じている(相思社ブログ: <http://soshisha.blog59.fc2.com/>)。

カネミ油症の地元のひとつ長崎新聞は、「油症がほかの公害事件などと比べても、救済面で著しく立ち遅れている状況があらためて浮かび上がった」シンポジウムを大きく報じた。シンポ前日に各地の患者らが厚生労働省に救済の要望書を提出し、「カネミ油症被害者の恒久救済に関する請願署名」が取り組まれている(カネミ油症被害者支援センター: <http://blogs.yahoo.co.jp/qzg07170>)。

日本環境会議は大気汚染被害者救済制度検討会を設置、3月29日に全国公害弁連とともにシンポジウム「新たな大気汚染公害被害者救済制度をめざして」を開催、11月の同会議尼崎大会で正式な提案を行うことにしている(<http://www.einap.org/jec/committee/kyusai/index.htm>)。

その他、アスベスト被害の補償・救済をめぐる動きは、本誌で報じているとおりであり、5月28日の原爆症認定集団訴訟に対する東京高裁判決に、国が上告を断念し、今後の動きが注目されるなど、被害者補償・救済をめぐるのは様々な新しい展開が出てきている。そういう意味でも今回のシンポジウムは、時宜にかなったものだったと言えるだろう。

研究会としては、他の制度についての比較レポートの追加も含めて、当分、作業を継続していく予定でいる。



石綿被害地域住民団体 ネットワーク初の共同行動

健康影響検討会傍聴と環境省交渉

被害地域住民団体の共同行動

6月17日に環境省は第17回石綿の健康影響に関する検討会を開催して、「平成20年度各種調査報告」の取りまとめを行い、6月29日に公表した。

これは、「石綿による健康被害の救済に関する法律案に対する附帯決議等を踏まえ、被害の実態把握を行うことにより、制度の施行に反映させるとともに、見直しに当たっての検討材料等とするため」に実施していると説明され、平成20年度は、「大阪府・尼崎市・鳥栖市・横浜市・羽島市・奈良県における石綿の健康リスク調査」及び「被認定者に関するばく露状況調査」の報告が行われた。

今回初めて、鳥栖を除く健康リスク調査が実施されている6地域の asbestos 被害地域住民団体の代表がそろって検討会を傍聴、翌日、国会議員立ち会いのもとに「石綿健康被害救済法見直しに関する要請」（10-11頁の囲み参照）を提出して環境省と交渉、締めくりに記者会見を行うという共同行動を行った。石綿対策全国連絡会議が3月28日の第21回総会で提起した「asbestos 被害地域住民ネットワーク」構想が実現したものである。

石綿健康被害救済法は、施行から5年以内（2011年3月27日まで）に「見直しを行なう」とこととされてお

り、「見直しに当たっての検討材料」とされる調査結果の内容は重要であるばかりでなく、タイムスケジュールを考えれば、検討会として見直しに向けた提言を行ってしかるべき時期であった。同検討会の経過を簡単におさらいしながら、6月17日の第17回検討会で何が議論されたかみていきたい。

尼崎は環境リスクの可能性あり

同検討会は、「一般環境経路による asbestos の健康影響に関する分析等を行うため」、クボタ・ショック直後の2005年7月26日に環境省が参集した。

平成17年度には「兵庫県における石綿の健康影響実態調査」を実施し、2006年5月8日に公表されたその報告では、「中皮腫死亡者と石綿取扱い施設の地理的分布の結果から、特に尼崎市においては、曝露経路が特定できない者が相対的に多いという特徴が示された。これは、昨年6月末以降の報道等による影響も考慮する必要があるが、この地域では石綿取扱い施設等が一般住宅に比較的近接して存在していたことも影響していた可能性がある」として、「より確度の高い疫学的調査等の実施に努めていくべきである」とした。

これを受けて、「平成18年度石綿曝露の疫学的解析調査（尼崎市）」が実施されたが、事務方が用



意した報告書案（2007年5月28日第10回検討会）では、「全国と比較して中皮腫死亡のSMR（標準化死亡比）値が高く、特に小田地区の女性を中心に、顕著に高い地区が確認された。ただし、今回の調査については、その設計上の制約が大きく、その結果は一般環境経路による発症リスクが高いことを直ちに示すものとはいえないことに留意が必要である」とされていた。さすがにはこれには委員から異議及び「否定できない」、「職業性以外の発症リスクが高いことを強く示唆する」等の修正案、さらには肺がんや全死因死亡のSMR分析等も含めて調査の継続・改善に関する提案等が続出。6月5日に公表された報告書では、「今後、さらに視点を変えた分析の可能性について検討することとし、今回の報告書は中間的とりまとめとした」ものの、中間報告としての前出の下線部分の記述は、「一般環境経路による発症リスクを示すものとはいえない」と、より否定的な表現に変えられてしまった。

2007年8月27日の第10回検討会に「尼崎市の疫学的解析調査に係る追加検討について」の文案が提案・議論されて、これを追加した最終報告書が公表された。結論部分は、「本調査の結果は、市全域、特に小田地区等において対象期間内に居住していた者について、労働現場との関連以外の曝露（その他の曝露）による発症リスクが高くなっ

ている可能性を示している」という記述になった。

対象期間とは、「尼崎市内の石綿取扱い施設が毒性の強い青石綿を使用し、かつ、工場外への石綿の飛散防止が十分には考慮されていなかったと推測される」、1955～1974年の20年間である。

近接して存在していた石綿取扱い施設との関係については、平成18年度調査報告書では新たな言及はなされていない。検討会の議論でも、発生源や因果関係を特定できる調査ではないと指摘されているものの、ではどのような調査を行えばよいのかという議論は行われていない。

中皮腫死亡調査は打ち切り

最終報告書には「参考」として、「肺がん等による死亡者数に関するSMRの検討」も示されたが、「平成18年度に実施した同様の手法により肺がん死亡者の曝露区分別SMRを算定しても、高い値となる可能性は低く、意味のある解析を行うことは困難である、との結論を得た」として、退けている。

第11回検討会でも、あらためてコホートを設定して追跡調査を行うべきだという意見も出されたものの、結果的に「今後の取組」は、別途「実施中の健康リスク調査への協力を積極的に呼びかけるなど、広く地域住民の方を対象とした継続的な健康

管理と石綿曝露による健康影響の実態把握に務めることとする」とされ、疫学調査は打ち切られた。

平成18年度には、大阪府・佐賀県でも「石綿の健康影響実態調査」が実施されたが、こちらの報告書では、「尼崎市のような、曝露経路が特定できなかった者が相対的に多い地域を見出すことはできなかった」、「中皮腫死亡者と石綿取扱い施設との地理的分布の結果から、大阪府、佐賀県ともに、曝露経路が特定できない者と石綿取扱い施設との関係を見出すことはできなかった」とされ、「今回までの調査で、一般環境を経由した石綿曝露による健康影響の可能性があった主要な地域における中皮腫死亡者の実態を確認することができた」。今後は、別途実施中の健康リスク調査等により、一般環境を経由した石綿曝露による健康影響に関する知見について、引き続き収集に努めていく必要がある」と締めくくられてしまった。

いずれも、転出者のフォローもできていない3年間分の限られた中皮腫死亡事例—尼崎市42（①16、②5、③10）、大阪府130（①93、②15、③22）、佐賀県20（①14、②3、③3）〔①職業曝露、②家庭内・立ち入り・屋内環境曝露、③その他＝曝露経路が特定できない〕—を対象とした調査であるが、「一般環境を経由した石綿曝露による中皮腫事例の可能性が指摘されている（②③がこれだけの数あるということだけでも重大である）」からこそ調査が行われているのにもかかわらず、調査設計がそうなっていないからという理由で、地域・集団としての発症リスクについて明言せず、また、個別事例の曝露源の解明もなされないまま、中皮腫死亡による「健康影響実態調査」は打ち切れ、「健康リスク調査」に代えられてしまったわけである。

検診で胸膜プラーク等把握へ

「健康リスク調査」は、「一般環境を経由した石綿曝露による健康被害の可能性があった地域において、石綿曝露の可能性があった方を対象として、問診、胸部X線検査、胸部CT検査等を実施し、石綿曝露の医学的所見である胸膜プラーク等の所見の有無と健康影響との関係に関する知

見を収集し、石綿曝露の地域的広がりや、石綿関連疾患の発症リスクに関する実態把握を行うもの」とされ、平成18年度から尼崎市、鳥栖市、大阪府泉南地域4市2町で実施され、平成19年度から大阪府河内長野市、横浜市、羽島市、奈良県が追加された。後述のように、6月17日の第17回検討会では、平成21年度は北九州市を新たに追加して従来どおりの「健康リスク調査」を継続するものの、平成22年度からは、調査設計を変更した「次期健康リスク調査」に移行する方針が示された。

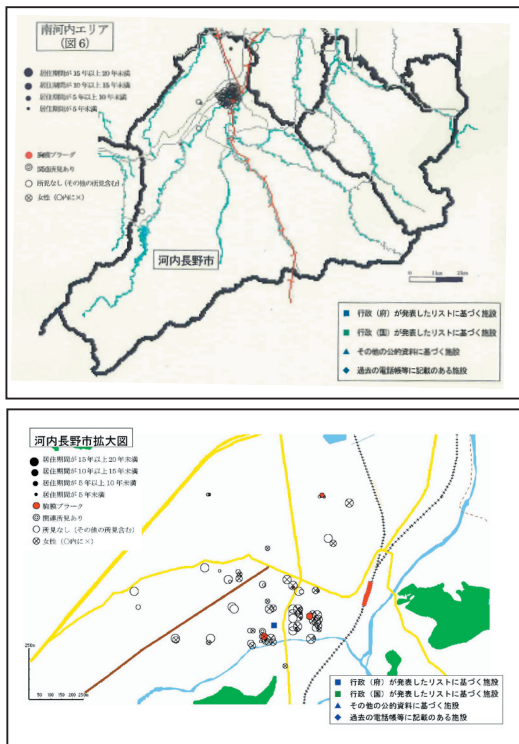
この調査では、①石綿曝露に関する医学的所見が認められる者のうち治療の必要がないと判断された者、及び、②石綿曝露に関する医学的所見が認められない者のうち治療の必要がないと判断された者を「経過観察」として、「年1回受診勧奨を行う」。また、石綿健康被害救済法等の制度の対象者となった者、及び、何らかの疾病で「医療の必要があると判断された者」についても「同意を得たうえで経過等の把握に務める」ものとされている。

公表された平成20年度各種調査報告の概要は27頁以下に紹介しているが、健康リスク調査の概略を示した集計表は平成20年度分のみ示されただけなので、30-31頁では、平成18・19年度分も含めた3年度分の集計表を掲げてあるが、胸膜プラークの有所見率が、曝露歴ありで20～47%、その他曝露で5～28%などの結果が得られている。

しかし疫学的解析はできない

しかし、ここでもまた、「本調査は、対象地域における自治体の広報等を通じて対象者を募集し、調査の主旨を理解した上で協力に同意いただいた者に対するものであり、石綿取扱い施設があった地域の方が多く受診する傾向にあることから、当該地域における石綿の曝露歴〔あるいは「石綿曝露の広がり」〕については把握できるものの、本調査結果をもって、調査対象地域全体の石綿曝露の実態を疫学的に解析できるものではないことに留意する必要がある」と釘を刺されることになる。

検討会の席上でも、「希望者を対象にした検診の結果だから、これが地域を代表している—この



地域の胸膜プラーク等の有所見率が高いとか、この地域とこの地域と比較してどちらが高いとかは言えない」といった発言が繰り返され、環境省もこの間そのように説明してきた。「一般環境を經由した石綿曝露による健康被害の可能性」は、「可能性」のままで解明されないということである。

ちなみに大阪府報告書では、泉南地域と河内長野市の2か所の調査でありながら、地域別の統計や分析は示されていない。また、河内長野市のプロット図は上図（平成20年度調査報告書）のように密集しすぎてかえって実態がわからない。平成19年度調査報告書が公表された時点で、河内長野アスベスト被害者とその家族の会らが市や大阪府に地域別統計や拡大プロット図を示すよう求めていたにもかかわらず、平成20年度も改められていなかった。そのため、後述の6月18日の環境省交渉で取り上げたのだが、環境省は「大阪府に要請してほしい」。大阪府は、「環境省からの委託調査なので指示に従うだけ」と言い続けており、環境省の責任での善処を強く求めた結果、環境省から

府に要請して府から下図及び河内長野分の統計データが届けられた。このような対応ぶりだが、この調査の特質を示していると言えるかもしれない。

「一定の不安解消」が主な成果？

第17回検討会には、「健康リスク調査の今後の進め方について(案)」が示された。同調査を「実態把握調査と地域検診を兼ねた調査事業」と位置づけ(直し?)たうえで、次のように記している。

《意義及び成果》

- 線維化所見、プラーク所見、びまん性胸膜肥厚、胸水貯留等の医学的所見の発生状況についてCT画像データを含め、定量的に把握・蓄積している。
- 地域の石綿関連疾患・所見に係る検診事業の役割を果たしており、自治体の保健事業として、地域住民の「一定の不安解消」につながっている。
- 地域専門委員会において読影を実施することにより、石綿関連所見に係る読影技術を有する医学専門家が育成されている。

《課題等》

(1) 調査としての側面

- 石綿関連疾患が発症まで長期間要すること、受診者の出入りがあること及び読影の精度の問題から医学的所見の経年変化の分析には至っていない。
- どのような方が、石綿関連疾患発症リスクが高いかについて、結論を得られていない。

(2) 検診としての側面

- 検診が石綿関連疾患の早期発見や死亡率低減の効果の検証が行われていない。
- 胸部CT検査については放射線ばく露によるリスクについて検討する必要がある。
- 検診の実施方法や受診者への保健指導等について標準的な指針が存在しない。

《今後の方向性》

- 前述の本調査の意義を踏まえると、実態調査の側面、検診事業の側面の両面で一定の役割を果たしてきたのではないかと考えられる。

次期健康リスク調査のイメージ（案）

平成22年度以降の調査では、検診としての意義は確保しつつ、調査・検診両側面の改善ができる調査設計に変更してはどうか。

対象者

- ①有所見者(胸膜プラーク所見の有る者)
- ②無所見者のうち、一定の要件(年齢、居住年数 等)に合致する者

毎年の継続した受診協力(5年間程度)、データ利用、医療機関への照会、将来(10年後、20年後 等)追跡調査を実施する可能性があること、等について同意を得る。

職業ばく露が明らかで石綿健康管理手帳が取得できる者は当該手帳制度の活用を推奨。

対象集団設定

有所見群(有胸膜プラーク者)

無所見群(プラークのない者)

他の検診等により胸膜プラークが確認された場合も考慮

一定要件を満たさない有所見者

一定の要件を満たす者を比較分析の対象とする。
(例)
・年齢(40歳以上)
・調査対象地域の居住年数(〇年以上)、等
※有所見群の分析対象者についてできる限り多くの方の協力を得る。

比較対照群として、ばく露がほとんどないと考えられる地域のデータを得られないか。

検診方法

(例) 毎年: 問診、胸部X線、胸部CT

(例) 毎年 : 問診、胸部X線
最終年: 加えて胸部CT

専門委員会による読影。要精密の場合は診断結果を把握(追跡調査の実施)

可能であれば過去の画像も収集

検診プロトコルは十分な検討が必要。

毎年の調査実施結果を集計・公表する。
調査期間(5年間程度)終了後、時系列、2群の比較等を解析・公表する。

次期健康リスク調査を実施しつつ、併せて他調査等の知見や情報を収集することにより、以下の課題の検討を進める。

- 課題
- ・石綿関連の所見は、どのように変化するか
 - ・有所見者は無所見者より、石綿関連疾患のリスクが高いか
 - ・毎年の検診により、石綿関連疾患の早期発見が期待できるか
 - ・検診を行うとした場合、その手法は、どのようなものが適当か

石綿関連疾患は、頻度が低い、進行が緩やか、画像診断の精度等の困難がある

- 一方、調査・検診の両側面において課題を有しているため、必要な設計の改良を図った上で、その後一定の期間(5年間程度)、調査を実施する方向で検討を進めるべきではないか。

《今後の調査の進め方》

- 平成21年度調査は、従来の6地域に北九州市を加え、計7地域で調査を実施する。
- 地域における住民検診を通じて実態を把握する調査方式は維持しつつ、調査・検診の両側面における課題を改善することを目的とし、調査内容を見直す。そのうえで、次期健康リスク調査を一定の期間(平成22年度より5年間程度)で実施する。

環境省は調査設計変更を提案

「次期健康リスク調査のイメージ(案)」として前頁の図も示され、「調査により確認すべき事項」として以下の4点があげられた。

- ①石綿関連の所見は、どのように変化するか。
- ②有所見者は無所見者より、石綿関連疾患のリスクが高いか。
- ③検診により、石綿関連疾患の早期発見は期待できるか。
- ④検診を行うこととした場合、その手法は、どのようなものが適当か。

有意な結果を得るために必要なサイズ以上の標本=すなわち一定数以上の有所見者群、無所見者群に、一定期間(5年間)毎年検診を受診してもらって標本データを得たいという提案である。有所見者群が、石綿曝露がほとんどないと考えられる地域の一般環境集団より中皮腫発症リスクが高いかを検討するためには、一般環境集団の標本データが必要なことも指摘されている。

「標本サイズの設定」についても説明された。まず、以下のように仮定する。

- ①中皮腫発症者を年間1,068人と設定。(2007年人口動態統計より推計)
- ②40歳以上の全国人口は約6,900万人。(2005年国勢調査より)
- ③プラークは40歳以上の全国人口の0.5~3%の

者が保有していると仮定。

- ④中皮腫患者は、プラーク有所見者と無所見者から1対1(50%:50%)で=毎年1,068人×50%=534人ずつ=発現すると仮定。

- ⑤5年間の調査期間において、プラーク有所見者群より2桁(10人以上)の者が中皮腫発症すると推計される標本サイズを確保することとしたい。

ちなみに③及び④の仮定は、確たるデータがないため、進行中の調査にかかわっている複数の?専門家からの聞き取り(すなわち専門家の印象?)に拠ったものと言う。ちなみに、③を前提とすれば、これまでの健康リスク調査受診者のプラーク有所見率は平均よりもきわめて高いと言える。

全国人口のプラーク有所見率が0.5%と設定した場合には、プラーク有所見者について1年間に中皮腫を発症する者の率は、

$$(1,068人 \times 50\%) / (6,900万人 \times 0.5\%) = 0.155\%$$

5年間だと、 $0.155\% \times 5年間 = 0.774\%$ で、⑤の条件を満たすために、必要なプラーク有所見者の標本サイズは、 $10人 \div 0.774\% = 1,293人$ 。

5年間で10%の(調査からの)脱落が発生すると仮定すると、初年度に確保すべき人数は1,422人。

全国人口のプラーク有所見率が3%と設定した場合には、同様の計算によって、初年度に確保すべき有プラーク所見者の人数は、8,529人となる。

プラーク無所見群、一般環境集団群についても同数の標本データを得られるようにしたいというのが、環境省の提案であった。

過去3年間の健康リスク調査受診者中のプラーク有所見者が延べ1,223人(「その他曝露」だけだと333人、いずれもかなりの重複あり)なのにそれだけの標本サイズを確保できるのかとか、必要な標本サイズはもっと少なくともよい、新規受診者が認められないなら自治体としては協力できない等々のやり取りがあったが、環境省は、「詳しいことは今後相談させていただきながら、平成22年度から実施していきたい」と応答した。

6年後に検診制度を判断?

そもそも何を目的とした調査なのか?環境省の口

石綿被害地域住民団体の共同行動

問1 被認定者本人について、中皮腫または肺がんの診断のきっかけとなったもの（1つに○）

回答	中皮腫	肺がん	不明	計
自覚症状があったため医師の診察を受けたところ指摘された。	115	20	4	139
健康診断を受診して指摘された。	52	32	5	89
他の病気で治療中に指摘された。	76	20	1	97
その他	17	1	1	19
合計	260	73	11	344

問2 中皮腫または肺がんの診断のきっかけとなった所見を指摘された健康診断（1つに○）

回答	中皮腫	肺がん	不明	計
市町村の肺がん検診	18	13	2	33
職場での定期健康診断	27	10	2	39
人間ドック	13	3	1	17
石綿作業従事者の健康管理手帳による検診	1	1	0	2
環境省の石綿健康リスク調査による検診	0	1	0	1
石綿取扱い企業による周辺住民への検診	0	1	0	1
その他	20	12	0	32
合計	79	41	5	125

頭の説明では、職業曝露の労働者には健康管理手帳による無料検診制度があるが、環境曝露の住民等に制度が必要かどうか、必要だとしたらどのような制度が適当かを確認するためだという。

毎年検診を行うことによって早期発見や死亡率減少につながるか等の科学的エビデンスがないと、正当性がないのだと強調し、労働安全衛生法による健康管理手帳制度はエビデンスなしでやっていると言っているのに等しい口ぶりであった。

継続的な検診制度ないし健康管理制度の確立を求める自治体からの声は強い。しかし、長期的健康管理制度の意義を理解していると思われるものから、「不安解消」が必要な間は検診サービスを続けたいだけのものまで温度差は大きく、調査という名目だろうが、予算措置だろうが、ともかく環境省に費用を負担してもらいたいという思いに支配されているように思われる。また、環境省も、そうした事情も見越したうえで、「健康管理制度」という言葉を使わないようにしている節も見受けられる。

いずれにしろ、平成22年度から5年かけて—いまから6年後—平成27（2015）年に、（胸膜ブランク有所見者だけを対象とした？）検診制度が必要か

どうかを判断するという提案なのだから、2011年までに行われるべき石綿健康被害救済法見直しに向けた検討材料の提出なり提言をなすべき検討会の任務を放棄させる提案と言うべきであろう。

被認定者の曝露状況調査

なお、同検討会の調査としては、平成19年度から、環境省請負調査として環境再生保全機構が、石綿健康被害救済法に基づき、指定疾病である中皮腫・肺がんと認定された者（被認定者）について、職歴、居住歴、生活歴に関する情報を収集し、曝露実態を把握・分類し、解析することによって、被認定者の全国的な分布状況を把握する「被認定者に関する曝露状況調査」も実施されている。

平成20年度報告の概要を29頁に示したが、こちらは平成19年度調査分のみではなく、19・20年度調査の累積集計も合わせて示している。

これは、申請・請求者に任意で提出してもらったアンケートの結果であるが、被認定者におけるアンケート回答率は84.7%と高い。調査報告では、年齢別、曝露分類別、職業分類別、産業分類別、



住所別、昭和20年～平成元年の健康リスク調査関連地域における曝露分類別居住歴が集計されている。

集計結果でもっとも気になるのは、曝露分類別で「職業曝露（直接職歴及び間接職歴）」に分類されるものが58.4%も占めていることである。「この分類の中には労災やその他補償に申請中の者及び認定された者が含まれている」という説明が加えられているものの、それらのフォローアップも、また、労災補償や時効救済等を受ける資格がある者が埋もれていないか等のチェックはいまだになされていない。放置しておくとも再び、労災補償等を受けられることに気付いたときには、時効により請求する権利が失われていたという事態が生じかねない。

今回は、「次期健康リスク調査」とも関連して（だと思うが）、現況届けの様式送付時に「被認定者の申請前の健康診断等の受診状況に関するアンケート」が実施・報告された（前頁表参照）。

また、この環境省請負調査には、「被認定者に関する医学的所見等の解析」も含まれており、こちらの報告は示されていないが、同意が得られた事例について、データベース化等してまとめて還元し

ていく予定であると報告された。

環境省に要請書を提出

第17回検討会開催の翌18日、各地の被害地域住民団体代表らは、参議院議員会館内の会議室で環境省に対する要請行動を行った。アスベスト被害地域住民ネットワークの各団体代表として参加された方は、以下のとおりである（敬称略）。

- ・飯田浩（中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会尼崎支部）
- ・澤田慎一郎（泉南阪南地域の石綿被害と市民の会）[国倍訴訟を勝たせる会]
- ・森本啓二（河内長野アスベスト被害者とその家族の会）
- ・山本直子（中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会奈良支部）
- ・林三統（アスベストに関する地域住民の会（岐阜羽島））
- ・高橋玉江（旧朝日石綿住民被害者の会（横浜鶴見））

ほかに、中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の

2009年6月18日

環境大臣 齊藤鉄夫殿

石綿健康被害救済法見直しに関する要請

アスベスト被害地域住民ネットワーク

代表 飯田浩(尼崎)、柚岡一禎(泉南)

中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会尼崎支部

泉南地域の石綿被害と市民の会

河内長野アスベスト被害者とその家族の会

中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会奈良支部

アスベストに関する地域住民の会(岐阜羽島)

旧朝日石綿住民被害者の会(横浜鶴見)

連絡先: 136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階

石綿対策全国連絡会議 事務局長 古谷杉郎

TEL03-3636-3882、FAX03-3636-3881、banjan@auwakwak.com

6月17日に第17回アスベストの健康影響に関する検討会が開催され、昨年度各種調査結果が報告されました。石綿健康被害救済法は、施行から5年以内(2011年3月27日まで)に「見直しを行なう」こととされており、貴職は国会答弁等において、同検討会の各種調査はこの見直しの基礎となるものであることを明らかにしています。

そこで、同検討会の健康リスク調査が行なわれている地域の、アスベスト被害者とその家族、地

会や石綿対策全国連絡会議加盟団体の代表ら10数名が参加した。

環境省からは、原徳壽環境保健部長と石綿健康被害対策室から泉陽子室長以下3名。

岡崎トミ子参議院議員、小川勝也参議院議員(民主党)、吉井英勝衆議院議員(共産党)、瀧上貞雄参議院議員(社民党)が立ち会った。

要請文は別掲囲みのとおりで、6団体の代表が自己紹介をした後、ネットワーク共同代表のひとり飯田浩さんから原部長に手渡された(前頁写真)。

施行5年時点の見直しは行う

原部長は、前日の検討会にふれ、「皆様方がお住まいの6地域で健康リスク調査をしてきて、今日の新聞にも出ているように、胸膜プラークを持って

いる方がたしかにたくさんおられることは事実として出ている。しかし、この調査の設計が地域全般の発生状況をつかむものになっていないので、その数をどのように考えるのかは難しい。プラークは石綿曝露を受けたことの証拠になるのだから、そういう方の健康管理をどうしていくか真剣に考えていく必要があると考えている。そのため昨日もこれからの調査の進め方を議論していただいた。

また、指定疾病の拡大についても別の—石綿による健康被害に係る医学的事項に関する検討会で検討してもらっているとしながら、「進行が早く治療法がない中皮腫(早期に見つければ助けることができるのか?)と進行がゆっくりな石綿肺と各々の疾患の特性に合わせた健康管理あるいは救済のあり方について検討していきたい。

「救済法については、通常よりも急いで作ったた

域住民として、以下の要請をいたします。

1. 調査地域においてアスベスト被害及び/またはアスベスト曝露の医学的所見が高率に認められることの(考えられる)原因を明確にしてください。
2. 調査地域を含めたアスベスト被害地域を「地域指定」等することによって、①関係住民の長期的健康管理体制を確立し、②アスベストによる健康被害の救済を促進できるように、石綿健康被害救済法を見直してください。
3. 2の①については、(アスベスト曝露の可能性が推定される)過去の一定時期に当該地域に居住・通学・通勤等した者が、継続的に自己負担なしに健康管理を受けられる制度を、導入してください。この対象には、職業曝露であっても労働安全衛生法による健康管理制度の適用をうけない人を含めてください
4. 2の②については、(アスベスト曝露の可能性が推定される)過去の一定時期に当該地域に居住・通学・通勤等したという事実に基づいて、中皮腫以外のアスベスト関連疾患の認定を容易にする制度を、導入してください。
5. 2の②と合わせて、石綿肺とその合併症をはじめとして、アスベスト曝露によって起こる可能性のあることの明らかな疾病をすべて指定疾病に追加すること等によって、「門前払い」という最悪の事態を解消してください。
6. 石綿健康被害救済法の給付の水準・内容を、患者・家族の生活や就学等の実情を踏まえて見直してください。
7. 救済率の達成目標を立てて、救済状況を検証する仕組みをつくり、達成できるまでは請求権を奪わないようにしてください。
8. 石綿健康被害救済法見直しのプロセスに私たちが参加できるようにしてください。



めに、昨年議員立法というかたちで手直しをさせていただいた。施行後5年の見直し時点に向けて両検討会等でその内容については真剣に考えていきたい。ただ、救済法と労災は性格が違う点があるので、当然なかなか同一にはできない。見直しにあたっては、現場で皆様がどのように感じ、考えられているのかは真剣に受け止めていきたい」。

下線部分の言いまわしなどを含めて、非常に含みのある発言だったと感じている。

しかし見直しの検討はこれから？

次に泉室長から、要請事項に対し、ひととおりの回答がなされた(以下丸数字は要請項目に対応)。

- ①リスク調査は希望者対象で、この値が地域全体を代表しているのか、地域と地域を比較してどう

なのか等の評価は難しい。今後、リスク調査を充実させて一般環境経由の曝露、被害の可能性のある地域について、より詳しく実態をつかんでいきたい。(②には③及び④で回答)。

- ③労働曝露一濃い曝露を受けた人については制度があるが、一般住民一比較的低濃度の曝露と考えられる人については、検診を行うことによってはたして中皮腫や肺がんの死亡率を減らす効果が期待できるのか、エビデンスが国内はもとより海外にもない。一方で検査による被曝等のデメリットもあるので、メリット・デメリットを考慮してそれをやるべきかどうか、まだ科学的に整理されていないと専門家からは聞いている。そのため来年度以降の健康リスク調査を充実させることによりこうした課題をしっかりと検討していきたい。今後中味を詰め、予算要求もしていく。

- ④肺がんは吸った量が多いほどなる確率が高く、喫煙という大きな要因もあるので、肺がんリスクを2倍以上に高める量の石綿曝露を受けたと思われることを条件にしているが、地域における汚染農奴がこれに該当するものであったという知見がいまのところない。
- ⑤現在検討会を設けて医学的観点からの検討を行っているところで、現時点でこうしますとは答えられないが、救済制度の趣旨と疾病の特質を十分考えて検討を進めていきたい。
- ⑥救済制度のそもそもの発足のときに、どこで曝露したかわからないのに重大な疾病になり、きわめて予後が悪く短期間に亡くなってしまうという、石綿健康被害の特殊性に基づいて、まずは本人に安心して医療を受けていただくということからスタートしたために現行の内容になっている。個々の患者の状況等様々だと思うが、個々の事情に応じて水準や内容をという趣旨ではないものと考えている。
- ⑦昨年議員立法で法改正していただき、支給対象の拡大等図っており、より多くの方が救済される状況になっていると考えている。また、環境省と環境再生保全機構では昨年度、各保健所が持っている死亡小票を活用して中皮腫で亡くなったと思われる方の遺族を捜し出して、制度を周知する事業を行ったところ。今後とも救済制度について普及・啓発・周知を図り、請求期限前に救済されるようにしていきたい。
- ⑧今回の機会を含めて皆さま方から話を伺うのは大変貴重だと思っている。今後見直し規定に基づいて、救済法の施行状況について具体的な検討を行う段階に入っていくことになると思うが、そのときにも被害者、遺族、被害を受けた住民の方々から意見を伺うような、あるいは意見交換させていただく機会などを設けていきたい。

前日の検討会で出された来年度から5年間の調査は、法施行後5年の見直し期限には間に合わないわけで、期限内に見直しに向けて具体的に検討していることがあるか確認したところ、①昨年の救済法改正（これは私たちの提起によって行われた

もの）、②指定疾病の見直し作業（これも昨年の法改正の付随事項で、しかも政令改正であって法の見直しではない）があげられただけで、⑧の回答のように本当に見直しの検討はこれから、「もう少しした段階で何らかの組織を作って検討していくというのが通例のやり方」であるらしい。

われわれの感覚ではあまりに遅すぎると思うし、再来年に向けて法律を改正する意欲はない＝なかったというのが実態ではなかったか。そういう意味で、今回の要請は本気で見直しの検討を迫る絶妙なタイミングであった。要請書に掲げられた提案内容も、当然検討の対象に含められるべきである。

因果関係解明の意思なし？

やり取りは最初に、尼崎からの、「クボタでは、死亡・療養中を含めた労働者のアスベスト被害が150人を超え、工場周辺被害者はついに200名を超えた。環境省の調査データでも尼崎が突出している。昨日も今日も、『環境被害の可能性はある』とか、『わからない』と言ってばかりだが、あなたたちがこれはクボタが有力な原因であるとみているのかどうか聞かせてほしい」と質問からはじまった。

しかし、環境省は、「環境省としてはできるだけ実態を明らかにしていきたいという基本姿勢で取り組んでいる」、「しかし、多種多様、まさに広範に過去使われ、潜伏期間が長い等の関係にも留意しなければならない—単一企業に特定できない」、調査は「改善」、「充実」、「規模を拡大してより実態が把握できるかたちにさせていきたい」等々と繰り返すのみで、質問にまともに答えようとしな

「いい加減にしてほしい、実態把握云々ではなく、クボタが有力な原因と考えているのかと聞いている。もし本当にまだわからないと考えているのなら、あと何と何の調査が必要なのかはつきり言ってほしい」、「環境省・国が国民の健康を守ることに失敗したからいまの事態があるということを認識しないと表面的に取り繕う議論にしかならない」、「データが出そろうまで待ってくれ」と言い続け、データが出たときには誰もいなくなったなどというために行政があるのではないだろう。いまあるデータで十分に

判断できるはず」等々の批判が相次いだ。

整理すると、現在実施している健康リスク調査は、環境被害が発生しているかどうか、被害が多いのかどうかの確認も、ましてや原因の解明もできない設計になっているというのが環境省の説明。しかも、提案された来年度からの新たな調査も、説明されている内容ではやはりどちらの確認も解明もできない設計である—この事実の確認を求めたのに対してまともに回答しなかったが、専門家の意見を待つまでもなく明らかである。ということは、環境省として、そのような意思がなかったし、今もないと理解するしかないだろう。

救済改善と健康管理制度が必要

以上のやり取りに大部分の時間が費やされてしまったのだが、各地域の代表から話された内容も簡単に紹介しておきたい。尼崎からは、どんなに補償を受けられたとしても自分では使えない、亡くなった後に残った家族が安心して生きられるようにしてほしいというのが切実な要求であり、見直しではこの課題は避けて通れないと強調された。

泉南からは、聞けば聞くほど実態把握ができる調査をやっている、やろうとしているとは思えない。一度患者さんと少しの時間でも生活を一緒に過ごしてみしてほしい。石綿肺を指定疾病に含めるのは当然だし、医学的に検討しているというが、もっと社会的な条件も加えた検討が必要と訴えた。

「河内長野の石綿工場は海軍の指定工場で国の命令で石綿を使っていた。弟が中皮腫で亡くなったが、自分たちも身体の中に時限爆弾をかかえているようなもの、もっと被害者の声を聞いてほしい」。河内長野からは、前述の大阪府報告書の地域別統計、拡大プロット図の問題も指摘された。

岐阜羽島からは、自治会が協力し熊谷信二・大阪府公衆衛生研究所生活環境部長によって昨年10月にまとめられた「ニチアス羽島工場の周辺住民における石綿関連疾患に関する疫学調査報告」を紹介しながら、肺がんが認定されない現状の改善が要望された。

奈良からは、「王寺町はニチアス、斑鳩町は竜田

工業があるだけで他に石綿取扱工場はなく、とくに竜田工業に隣接した十数戸の自治会ではほぼ全員にプラークがあり、中皮腫も出ている状況。何が原因なのか皆知りたくて調査に協力してきたが、もう待てない。会社はいまだに環境曝露がないと言い、中皮腫になった被害者が自分を責めながら亡くなっている現状は許せない。不安をかかえている住民に何ができるのかを本気で考えてほしい」。

横浜鶴見からは、「誰もが会社が原因と考えているのに、環境省は明言しない。会社がそのことを悪用している。夫も、手術もしたのに治らないのはおかしいと言っていたが、原因は解明してほしい」。

患者と家族の会からは、がんばって救済法三周年集会に参加した中皮腫の患者さんが、「10万円ですぐ生活するのか、兄弟に助けってもらって食べている。生活できる給付が必要」と切実に訴えたことを紹介し、「いま生きて頑張っている人を助けてほしい」と見直しの必要性を訴えた。

最後に、法施行後5年以内の見直しにきちんと本腰を入れて取り組んでほしいとあらためて要請し、また、立ち会った国会議員から出された課題や今後の見直し作業への決意も表明された。

泉室長が、「住民の方々から直接お話を伺う機会は記憶している限り初めて。皆様の関心事がどこにあるかもよく理解した。過去のことで曝露状況も十分わからないなかで実態把握するためにどうしたらよいかということを私たちもいろいろ考えていまできることをやっているということだが、いただいた意見も踏まえて、また制度全体についても、今後も意見交換もさせていただきながら進めていきたい」と述べて、意見交換は終了した。

意見交換後に記者会見

その後、同じ会場で記者会見が行われた。

当然のことながら、環境省の調査について、「正直言って被害者を見捨てているんじゃないか」(尼崎)、「患者や住民が求めているものとはほど遠いことがわかって情けない思い」(奈良)、「被害者の立場にたったものでない」(河内長野)、「(前述の独自の)肺がん疫学調査を踏まえてニチアスに申し入れ

をしたが拒否。『ただ、国の結果によっては、市と協議して善処する』などと言っている」(岐阜羽島)、「調査をする以上は原因を明らかにする必要がある」(横浜鶴見)、「環境省は時間稼ぎをしていると痛切に感じた(患者と家族の会)」、「なぜ必要にえられるような調査をしないのか理解できない。理解できるとしたら(騒がれなくなるまで)やり過ぎたいということだけじゃないか」(尼崎)、「被害者救済にどうつながっていくのかまったく見えてこず、何の目的で調査をやっているのか理解できない」(泉南)等々、厳しい批判が出された。

肝心の見直しに向けては、石綿肺を含めた救済の改善(泉南)、健康管理体制の確立(奈良)が強調され、「肺がんであきらめている人が多いと思うので救済の改善と健康管理の確立の両方が重要」(横浜鶴見)等の発言もあった。

また、「地域住民の代表と会ったのは初めてだと聞いて、これでは私たちの意見は制度に吸い上げられないというのが実感」(横浜鶴見)、「ネットワークとして同様な課題を抱えて頑張っている地域の皆さんと一緒に環境省と話す機会を持てたことがよかった」(奈良)、「各被害地域の住民が団結して責任を果たせる制度に変えさせていくために全力をあげていきたい」(尼崎)と決意表明された。

出席した記者の感想にもあったが、前日の検討会のことはほとんどのメディアが報じたものの、ここで取り上げられたような課題を指摘したものは少なかった(一般的に地元地方紙・地方面の方が敏感)なかでの共同行動によって、環境省と国会だけでなく、メディアにも、法施行後5年見直しに向けた検討の必要性がアピールできたと考えている。

住民の石綿に関する健康管理

ところで、あらためて「石綿の健康影響に関する検討会」が参集された当時に立ち戻って経過を整理しておきたい。検討会参集の5か月後—2005年12月27日にまとめられた関係閣僚会合の「アスベスト問題に係る総合対策」が「一般環境経路によるアスベスト曝露による健康リスクが高いと考えられる地域について、周辺住民に対する健康被害に

関する実態調査を実施する」としているのが、この研究会の作業をさすわけであるが、その経過はこれまでみてきたとおりである。

「総合対策」はまた、『石綿に関する健康管理等専門家会議』において検討し、その結果を活用して、一般住民等の健康管理の促進を図る」ともいっている

「石綿に関する健康管理等専門家会議」は、厚生労働省が2005年8月4日に参集したもので、環境省もオブザーバー参加し、同年8月31日に一度だけ環境省・健康影響検討会との合同会議も開催したうえで、2006年2月に「住民の石綿に関する健康管理のあり方について」報告書をまとめている。

「総合対策」で示されたふたつの公約がどう果たされているのかという観点から、国・環境省・厚生労働省は、ふたつの検討会の作業も含めてこの間の施策を再検証して、救済法5年後の見直しを含めた「アスベスト問題に係る総合対策」の見直しを行わなければならない時期にきている。

厚労省・健康管理等専門家会議報告書は、とくに公表された「報告書の概要」のまとめ方が適切とは言えないこともあって注意が必要だが、その提言は、以下のように整理することができる。

- ① 罹患率が相当に低い(石綿曝露がない、またはほとんどない)と考えられる集団(一般住民)に対する石綿検診の一律実施は、現時点で積極的に支持する理由は見いだされない。検査を実施する場合には、例えば、50歳以上の者や喫煙者などといったリスクの高い者に限定すべきと考えられる。
- ② 聞き取り調査により石綿曝露があると判断された(住民の)場合には、所見がみられなくとも継続的な検査受診が望ましく、経過観察の頻度は当面は原則年1回とし、今後知見が集積した時点で手法等の再検討を行うことが望まれる。
- ③ 石綿の曝露の可能性が高いと考えられる地域や集団に対しては、疫学調査を実施し、本当にその地域・集団のリスクが高いのかどうか評価を実施するとともに、有所見率等のエビデンスの集積を行い今後の健康管理に資することが重要と考えられる。

④ 報告書はまた、「地域及び事業場において実施されている住民調査について」もふれ、「いずれの検診も、その結果は科学的に解析し、評価検討すべきである。一般論として、疾病の発見率が0.02-0.04%に達しない場合は、その検査を検診として実施する意義がないと言われていることを考慮し、実施した検診の結果を慎重に検討すべきである」との指摘もしている。

胸膜プラーク有所見者の健康管理

しかし、「総合対策」の言う「結果を活用して、一般住民等の健康管理の促進を図る」主体がどこなのか定かではなく、厚労省・健康管理等専門家会議によるこれらの提言のフォローアップは行われていない。環境省・健康影響検討会に厚労省専門家会議の報告書や手引きが資料として提出されたことも、検討された形跡もないのであるが、現在の状況は、この報告書の内容が、「現時点で住民に石綿健診を実施する有効性等に関するエビデンスはない」と、歪曲されたかたちで現在の環境省の思考を呪縛し、あるいは環境省が意図的に歪曲・悪用しているのではないかと懸念されるのである。

労働安全衛生法に基づく石綿の健康管理手帳の交付要件のひとつは、「両肺野における不整形陰影、又は石綿による胸膜肥厚(石綿によるびまん性胸膜肥厚又は胸膜プラーク)があること」。これは1995年12月に労働省の検討会が取りまとめた「健康管理手帳交付対象業務等検討結果報告」に基づくものであるが、2007年3月の中央労働災害防止協会「石綿業務に従事した離職者の健康管理についての報告書」も、「現行のように胸部所見に着目することは、それらが石綿曝露の客観的指標であり、肺がん等の発症リスクを高める所見となることから、今後も当該所見を健康管理手帳の交付要件とすることは妥当である」としている。

中災防2007年報告書はさらに、「画像上胸部所見がない者であっても、一定のリスクがあると考えられる者に対して、健康管理手帳が交付されるような新たな要件を加えるべきである」として、肺がんリスクを2倍以上に高めると考えられる石綿曝露

作業への10年以上、石綿吹付け作業や石綿紡織業等の高濃度曝露と考えられる作業については1年以上の従事期間を交付要件とすることを提言し、健康管理手帳制度はそうように改訂された。

ここまでは、「石綿等を製造し、又は取り扱う業務」(直接業務)に従事した者であることが前提とされたが、職業性間接曝露も対象とすることが課題とされ、2008年3月に中央労働災害防止協会「職業性間接ばく露者に係る健康管理についての報告書」が取りまとめられ、周辺業務(直接業務に伴い石綿の粉じんを発散する場所における業務)も対象に加え、「疫学的知見がないため、従事期間のみをもって交付することは難しい」。このため、「石綿に曝露したことを示す客観的な指標である」前出の胸部所見を交付要件とすることが適当であると提言されて、この改訂もすでに実施されている。

すなわち、職業曝露の労働者(被用者)については、直接業務か周辺業務かを問わず、胸膜プラーク等の有所見者は健康管理手帳制度の対象とするという基本的方向になっているわけである。

ちなみに2003年8月の「石綿ばく露労働者に発生した疾病の認定基準に関する検討会」報告書は、「わが国では胸膜プラークは石綿曝露によってのみ発生すると考えてよい」と指摘している。

何よりも、ほかならぬ住民の健康管理に関する、前述の厚労省・健康管理等専門家会議2006年報告書自体、胸膜プラーク有所見者が提言②の経過観察の対象となることは当然としたうえで、胸膜プラーク有所見者のみに限定するのではなく、「所見がみられなくとも石綿曝露があると判断される者」を対象とする必要性を強調しているのである。

さらに付言すれば、中災防2007年報告書は、健康管理手帳による離職者の健康管理の目的として、「当然のことながら、石綿関連疾患による健康障害の早期発見、早期治療が重要」としつつ、「特に肺がんについては早期発見・早期治療が期待される」と整理し、また、2006年2月の「石綿による健康被害に係る医学的判断に関する検討会」報告書によれば、「胸膜プラークの存在が、肺がんリスクを2倍に高める指標となる」との確固たる知見はこれまでのところ得られていない——「これまでの疫学

調査では1.3倍～3.7倍と幅がある」ものの、「画像上の胸膜プラークがある場合は肺がんの発症リスクが高まると言える」とされているところである。

このようにみれば、職業曝露の自営業者はもちろんのこと、家庭内曝露や環境曝露等、曝露形態を問わず、少なくとも胸膜プラーク有所見者に何らかの健康管理制度を提供するのに、新たな科学的エビデンスが必要ないことは明らかである。

にもかかわらず、環境省が健康影響検討会にした提案は、胸膜プラーク有所見者に検診制度が有効・必要かどうかを、中皮腫の発症リスクに焦点を合わせて、平成22年度から5年かけてエビデンスを得るというのであるから、的外れもはなはだし。中災防2007年報告書が、「胸膜プラーク等の有所見者のその後の経過等を把握する必要がある」等の課題を指摘しており、肺がんリスク等をどれだけ高めるか等を追跡することは重要ではあるが、それは職業曝露・非職業曝露を問わない共通した課題なのであって、それなしには住民の健康管理制度の設計ができないという問題ではない。

無所見曝露者の健康管理

問題は、「胸膜プラーク所見のない石綿曝露(が疑われる)者」についてで、厚労省・健康管理等専門家会議2006年報告書では、提言③の疫学調査等が実施されて、所見がみられなくとも石綿曝露があると判断されることから経過観察の対象とされるべき地域や集団が特定され、また、経過観察＝健康管理が見直されることが想定されていたはずであるが、そうっていないことが問題なのである。

とはいえ、「地域・集団のリスクが高いのかどうかの評価」も、尼崎市については、環境省・健康影響検討会の「平成18年度石綿曝露の疫学的解析調査」によって、中皮腫死亡率が有意に高い＝発症リスクが高いことは確認済みと言ってよい。また、同報告書は、「石綿取扱事業場周辺住民や石綿取扱労働者の同居家族に対する胸部エックス線検査を実施し、問題のあるところから遠いところを対照集団として比較し、有所見率が有意に高いかどうかを検討することが考えられる」と具体的に提案

していたわけであるが、胸膜プラーク等の有所見率の高さは「健康リスク調査」によって明らかと言ってもよいだろう。他の研究者による疫学調査や自治体独自の調査を含めて既存の情報を最大限活用して確認できることを考えるべきである。

いずれにしても、適切な疫学調査を実施してこなかったことのツケを被害者・住民が払わせられるようなことがあってはならず、これから疫学調査を実施して、その結果を待ってから健康管理制度を設計するのではなく、いまできる最善の策が検討・実施されなければならない。

石綿による健康被害がきわめて長期に及ぶものであることが明らかになかなかで、いつまで継続されるのかも不確かな「調査」や「検診」ではなく、長期的な健康管理制度を確立することが望まれている——これは地元住民らの声であるだけでなく、地元自治体も要望してきたことである。

そのために、石綿健康被害救済法のなかに健康管理制度を位置付け、財政的裏付けも確保して、同法施行後5年の見直しの検討の中でこれを実現しようというのが、アスベスト以外地域住民ネットワークや石綿対策全国連絡会議の提案の柱のひとつなのである。

健康管理制度の対象としては、職業曝露の自営業者を含めた胸膜プラーク有所見者、及び、健康リスク調査対象住民等が考えられる。

いずれにしる疫学調査は必要

経過観察の頻度は、現行の健康リスク調査と同様に、また、厚労省・健康管理等専門家会議2006年報告書の提言②にも従って、(労働安全衛生法による健康管理手帳制度の経過観察の頻度が年2回であるのに対して)当面原則年1回とし、「今後知見が集積した時点で手法等の再検討を行うこと」とする。必要であればさらに、中災防2007年報告書のように、40歳未満の者に胸部CT撮影を実施する際には、放射線被曝のリスクについて説明を行い、胸部CTの必要性が放射線被曝の不利を上回ると判断される場合に実施するなどの「留意事項」をつけることも考えられよう。

現行の健康リスク調査の「調査」及び「検診」としての側面はともに新たな健康管理制度のもとに包含できるものと考えられる。

他方で、環境省が提案した「来年度からの次期健康リスク調査」は、厚労省・健康管理等専門家会議2006年報告書の提言③の疫学調査や中災防2007年報告書が掲げる課題等も考慮しながら、抜本的に見直されるべきである。どのようなかたちであろうと、アスベスト公害の発生している地域において、①それがなぜなのか原因を明らかにすること、②今後の進展を含めた被害の実態（地域的広がり、健康被害の種類（特に中皮腫以外の様々な疾病）、曝露形態（職業曝露・労働者集団も忘れずに一・家庭内曝露・環境曝露）別状況、影響の継続期間等）を徹底的に継続解明すること等を目的とした調査は実施されなければならない。

救済の促進、給付内容・水準の改善

石綿健康被害救済法施行後5年の見直しにおいて検討されなければならない他の柱は、隙間ない救済の促進と給付水準・内容の改善である。

「調査」が、（中皮腫以外の）救済の促進につながっていないことも大きな不満になっていることは、前述の6月18日の環境省交渉の報告からもおわかりになるだろう。胸膜プラーク等の医学的所見があることや一定の地域に一定の時期に居住・通学・

通勤等したという事実から、アスベストに曝露した可能性を積極的に類推して、とくに肺がんの救済の促進につなげることが求められている。

現在進められている検討の結果、石綿肺が指定疾病に追加されれば、何らかのかたちで医学的判定のなかに曝露要件が持ち込まれることが想定される。そうなれば当然、肺がんについても、曝露状況を一切判定の要素から除外している現状を見直すべきであろう。

給付水準・内容の改善についても、環境省交渉のなかでも強い要望が出されているところである。

施行後5年見直しを本気で検討することを迫るとともに、見直しの課題を提起することが、3月の石綿対策全国連絡会議の救済法三周年行動に続く、6月17-18日のアスベスト被害地域住民ネットワークとしての初めての共同行動の目的であり、その目的は果たすことができたと考えている。

その後も、健康リスク調査報告等をめぐる各地元自治体等とのやりとりが行われ、また、別掲記事（36頁参照）のように、6月27日の「クボタ・ショック」から4年 アスベスト被害の救済と根絶をめざす尼崎集会」に再び各地の代表が集まったり、大阪・泉南アスベスト国家賠償訴訟への支援など、ネットワークの各団体の交流・連携もすすんでいる。

総選挙後が、救済法見直しに向けた、いよいよ本格的な取り組みの舞台となる。



石綿の健康影響に関する各種調査の報告について

平成21年6月29日 環境省（環境保健部石綿健康被害対策室）

平成21年6月17日（水）に第17回「石綿の健康影響に関する検討会」が開催され、平成20年度に実施された、「大阪府・尼崎市・鳥栖市・横浜市・羽島市・奈良県における石綿の健康リスク調査報告」及び「被認定者に関するばく露状況調査報告」が取りまとめられました。

1 調査の目的

環境省では、石綿による健康被害の救済に関する法律案に対する附帯決議等を踏まえ、被害の実態把握を行うことにより、制度の施行に反映させるとともに、見直し

石綿被害地域住民団体の共同行動

に当たっての検討材料等とするため、石綿の健康影響に関する各種調査を実施しています。

2 実施体制

調査は、「石綿の健康影響に関する検討会」(座長：内山巖雄 京都大学名誉教授)による評価・検討・助言をいただきつつ、計画・実施されています。平成21年6月17日に開催された第17回検討会において、平成20年度に実施された調査結果について以下のとおり取りまとめられました。

3 調査の概要

- (1) 石綿の健康リスク調査(大阪府泉南地域等・尼崎市・鳥栖市・横浜市鶴見区・羽島市・奈良県の計6地域※)

1) 調査事項

一般環境を経由した石綿ばく露による健康被害の可能性があった6地域において、平成20年度に問診、胸部X線、胸部CT検査を実施(対象者は、石綿ばく露の可能性があったと申し出て調査への参加を希望された方)。石綿のばく露歴や石綿関連疾患の健康リスクに関する実態を把握。

※平成18年度～大阪府泉南地域等・尼崎市・鳥栖市
平成19年度～横浜市鶴見区・羽島市・奈良県

- 2) 結果概要(付表1[30～32頁の表参照、ただし平成18・19年度分のデータも示してある])

○調査対象となった受診者数は、6地域合計で2,262人であり、このうち平成20年度の新規受診者は872人(39%)、平成19年度以前の調査を受診した者は1,390人(61%)でした。

○2,262人のうち、労働現場等と関連しているばく露歴が確認できる者(直接職歴、間接職歴、家庭内ばく露、立入・屋内環境ばく露のいずれかの区分に該当する者)は1,250人(55%)でした。労働現場等と関連しているばく露歴が確認できない者(直接職歴、間接職歴、家庭内ばく露、立入・屋内環境ばく露のいずれの区分にも該当しない者)は1,012人(45%)であり、これらの者はいずれの地域においても一定以上いました。

○石綿ばく露特有の所見である胸膜ブランクが見られた者は、労働現場等と関連しているばく露歴が見られた者1,250人のうち388人(31%)であり、労働現場等と関連したばく露が確認できなかった者1,012人のうち160人(16%)でした。これらの割合は、羽島市、大阪府泉南地域等、尼崎市で比較的高くなっていました。

また、胸膜ブランクが見られた者は平成19年度以

前から受診している者で28%(389人/1390人)、平成20年度からの新規受診者で18%(159人/872人)でした。

○肺線維化所見である胸膜下曲線様陰影や肺野間質影が見られた者は、労働現場等と関連したばく露歴が確認できる者1,250人のうち実人数で64人(5%)、労働現場等と関連しているばく露歴が確認できない者1,012人のうち実人数で34人(3%)でした。これらの割合は、尼崎市、奈良県、大阪府泉南地域等において比較的多数見られました。

○年齢が高くなるとともに、胸膜ブランク、肺線維化とも有所見者割合が高くなる傾向が見られました。

- (2) 被認定者に関するばく露状況調査

1) 調査事項

救済法に基づく平成19年度の被認定者(医療費対象者642人、施行前死亡者(弔慰金)320人計962人)を対象として、過去の職歴や居住歴を集計して全国的な石綿ばく露の状況を把握する調査を行いました。

平成18～19年度の被認定者(医療費対象者1,441人、施行前死亡者(弔慰金)1,910人計3,351人)の累計データについても整理しました。

2) 結果概要(付表2[33頁の表参照])

○平成19年度の被認定者について、ばく露分類別集計を行った結果、医療費グループと弔慰金グループとも職業ばく露の可能性のある者の割合が医療費グループで約7割、弔慰金グループで約6割を占めました。

※この分類の中には労災やその他の補償に申請中の者及び認定された者が含まれています。

○被認定者の所属した事業所の産業について、産業分類別集計を行った結果、医療費グループと弔慰金グループとも製造業、建設業の従事者が多く見られました。

○平成19年度の被認定者について、被認定者の昭和20年～平成元年の間の最長居住地について住所別集計を行った結果、医療費グループと弔慰金グループともに被認定者が最も多かったのは都道府県別で大阪府であり、市区町村別では大阪市でした。平成18～19年度の累計では、被認定者が最も多かったのは都道府県別で兵庫県であり、市区町村別では尼崎市でした。

○平成18～19年度の「その他ばく露・不明」に分類される被認定者について、同様の住所別集計を行った結果、医療費グループと弔慰金グループともに被認定者が最も多かったのは都道府県別で兵庫県であり、市区町村別では尼崎市でした。

資料一覧

大阪府・尼崎市・鳥栖市・横浜市・羽島市・奈良県における石綿の健康リスク調査報告の概要(16頁)
大阪府における石綿の健康リスク調査報告書(35頁)
尼崎市における石綿の健康リスク調査報告書(54頁)
鳥栖市における石綿の健康リスク調査報告書(32頁)
横浜市における石綿の健康リスク調査報告書(16頁)
羽島市における石綿の健康リスク調査報告書(22頁)
奈良県における石綿の健康リスク調査報告の概要(13頁)
被認定者に関するばく露状況調査報告の概要(13頁)
被認定者に関するばく露状況調査報告書(107頁)

※<http://www.env.go.jp/press/press.php?serial=11291>

被認定者に関するばく露状況調査報告の概要

平成21年6月 石綿の健康影響に関する検討会

1 はじめに

石綿による健康被害の救済に関する法律(以下「救済法」という。)の施行にあたっては、衆参両議院における法律案の附帯決議(救済法附則第6条)において、「石綿による健康被害の実態について十分に調査・把握し、本制度の施行に反映させるよう努めること」とされている。

独立行政法人環境再生保全機構(以下「機構」という。)は、石綿による健康被害の救済・給付を行うための認定を行っている。機構は認定の申請・請求受付時に居住地や職歴に関する任意のアンケートを実施しており、多くの回答を得ている。

環境省では機構に委託し、当該アンケートを活用し被認定者の過去の職歴や居住歴を集計して全国的な石綿ばく露の状況を把握する調査を実施した。

今般、平成20年度の調査結果について、以下のとおり取りまとめた。

2 調査概要

調査対象は、救済法に基づき日本国内において石綿を吸入することによって指定疾病にかかった旨の認定を受けた者及び当該指定疾病に起因して死亡した者と認められた者(以下「被認定者等」とする)である。改正救済法施行(平成20年12月1日)以前の被認定者等は指定疾病にかかった旨の認定を受けた者(以下「医療費グループ」とする)及び指定疾病に起因して施行日

前に死亡した者と認められた者(以下「弔慰金グループ」とする)の2群に分けられる。

集計対象とした情報は、申請・請求に関する情報(年齢、性別、認定の種別(中皮腫・肺がんの別、医療費・弔慰金の別)等)、及び任意のアンケートにより収集した情報(居住歴、職歴、石綿取扱作業歴等)である。

アンケート実施の際、「個人を特定できないように集計した上で公表することがある」旨を文章で提示し、これに了解をいただいた方から回答を得た。本調査は、環境省環境保健部に設置された「疫学研究に関する審査検討会」の承認を平成20年12月2日に得ている。

なお、本調査の実施にあたっては、機構に石綿による健康被害に係る専門家からなる作業部会を設け、その助言を受けた。

(1) 被認定者等のリストの作成

平成18年3月27日から平成20年3月31日までに認定を受けた被認定者等のリストを作成し、申請・請求に関する情報のうち、性別、年齢(申請時又は死亡時)、認定の種別(中皮腫・肺がんの別(申請書記載ベース)、医療費・弔慰金の別)等を転記した。

さらに、アンケートにより収集した情報(居住歴、職歴、石綿取扱作業歴等)を追加して集計用データを作成した。

なお、平成18年3月27日から平成19年3月31日までに認定を受けた被認定者等については、「平成19年度被認定者に関する医学的所見等の解析及びばく露状況調査業務」で作成、集計したリストを利用した。

(2) ばく露歴の分類

被認定者等のうちアンケート回答者について、環境省実施の「一般環境経路による石綿ばく露健康リスク調査」(以下、「環境省石綿健康リスク調査」とする)の石綿ばく露分類を参照して以下の4つに分類した。

(ア) 直接石綿を取り扱っていた職歴がある者又は直接ではないが職場で石綿ばく露した可能性のある職歴がある者。(以下、「職業ばく露」と略す)

(イ) 家族に石綿ばく露の明らかな職歴がある者が作業具を家庭内に持ち帰ることなどによる石綿ばく露の可能性のある者。(以下、「家庭内ばく露」と略す)

(ウ) 職域以外で石綿取扱い施設に立ち入り等により、石綿ばく露の可能性が考えられる者。居住室内や事務室等に吹き付け石綿が使用されており、屋内環境で石綿ばく露の可能性のある者。(以下、「立入・屋内環境ばく露」と略す)

(エ) (ア)～(ウ)に該当せず、ばく露の可能性が特定できない者。(居住地や学校・職場等の周辺に石綿取扱い施設がある場合も含む。)(以下、「その他・不明」と略す)

回答内容により(ア)～(エ)の複数に該当する場合は、

石綿被害地域住民団体の共同行動

平成18～20年度健康リスク調査(ばく露歴と医学的所見の集計表 概略版)

		大阪府 ^{※5}			尼崎市			鳥栖市		
		計	ばく露歴あり	その他ばく露	計	ばく露歴あり	その他ばく露	計	ばく露歴あり	その他ばく露
平成20 (2008) 年度	受診者数	458	316	142	379	202	177	196	138	58
	所見あり ^{※1}	152	126	26	139	81	58	35	29	9
		33%	40%	18%	37%	40%	33%	18%	21%	10%
	胸膜プラークあり (再掲)	129	110	19	103	60	43	34	28	6
		28%	35%	13%	27%	30%	24%	17%	20%	10%
	肺線維化あり (再掲)	23	22	1	31	15	16	2	1	1
		5%	7%	1%	8%	7%	9%	1%	1%	2%
	肺線維化及び胸膜 プラークあり(再掲)	18	17	1	11	6	5	1	0	1
平成19 (2007) 年度	受診者数(合計)	438	295	143	269	141	128	192	146	46
	所見あり	309	207	102	150	84	66	74	64	10
		71%	70%	71%	56%	60%	52%	39%	44%	22%
	胸膜プラークあり (再掲)	136	116	20	80	48	32	32	29	3
		31%	39%	14%	30%	34%	25%	17%	20%	7%
	肺線維化あり (再掲)	29	27	2	28	16	12	8	6	2
平成18 (2006) 年度	受診者数(合計)	309	242	67	107	67	40	151	114	37
	所見あり	168	142	26	63	40	23	58	50	8
		54%	58.7%	39%	59%	60%	58%	38%	44%	22%
	胸膜プラークあり (再掲)	130	114	16	32	21	11	26	24	2
		42%	47%	24%	30%	31%	28%	17%	21%	5%

※1 所見ありは、胸水貯留、胸膜プラーク、びまん性胸膜肥厚、胸膜腫瘍、胸膜下曲線様陰影、肺野間質影、円形無気肺、肺野の腫瘍状陰影、リンパ節の腫大(重複を含む)の所見(疑いを含む)が見られる者 石綿関連所見ではない「その他の所見」は含まない。

※2 1,193名中598名は、その他の所見(石綿関連疾患と無関係な所見)のみ見られた。

※3 685名中283名は、その他の所見(石綿関連疾患と無関係な所見)のみ見られた。

※4 508名中315名は、その他の所見(石綿関連疾患と無関係な所見)のみ見られた。

※5 平成18(2006)年度は泉南地域のみ

上位の方1つに最終分類した。(ア)～(ウ)に該当しない場合は(エ)に分類した。

(3) 集計

被認定者等について、認定の種別及び性別、年齢(申請時又は死亡時)の集計を行った。さらにアンケート回答者については、ばく露歴および職歴、居住歴の集計を行った。

各項目につき、平成19年度の被認定者分及びこれを含む平成18-19年度の累計被認定者分の2種類の集計を行った。

3 調査の結果

(1) 被認定者等について

平成19年度の被認定者等は、医療費グループ642人、弔慰金グループ320人で合計962人であった。疾病別の内訳は中皮腫811人、肺がん151人であり中皮腫での被認定者等が8割以上を占めた。性別の内訳は男性784人、女性178人であり、男女比はおおよそ4:1であった。被認定者等のうち、アンケート回答者の内訳は医療費グループ500人、弔慰金グループ288人であった。アンケート回答率は81.9%であった。

平成18-19年度の累計被認定者等は、医療費グループ1,441人、弔慰金グループ1,910人で合計3,351人であった。疾病別の内訳は中皮腫2,980人、肺がん371人

横浜市			羽島市			奈良県			計		
計	ばく露 歴あり	その他 ばく露	計	ばく露 歴あり	その他 ばく露	計	ばく露 歴あり	その他 ばく露	計	ばく露 歴あり	その他 ばく露
358	173	185	350	168	182	521	253	268	2,262	1,250	1,012
65	51	14	117	70	47	158	92	66	666	449	217
18%	29%	8%	33%	42%	26%	30%	36%	25%	29%	36%	21%
65	51	14	115	68	47	102	71	31	548	388	160
18%	29%	8%	33%	40%	26%	20%	28%	12%	24%	31%	16%
5	5	0	3	2	1	34	19	15	98	64	34
1%	3%	0%	1%	1%	1%	7%	8%	6%	4%	5%	3%
5	5	0	2	1	1	17	14	3	54	43	11
260	105	155	297	136	161	358	188	170	1,814	1,011	803
165	77	88	198	95	103	297	158	139	1,193 ^{*2}	685 ^{*3}	508 ^{*4}
63%	73%	57%	67%	70%	64%	83%	84%	82%	66%	68%	63%
44	32	12	97	56	41	98	62	36	487	343	144
17%	30%	8%	33%	41%	25%	27%	33%	21%	27%	34%	18%
3	2	1	1	0	1	34	18	16	103	69	34
1%	2%	1%	0%	0%	1%	9%	10%	9%	6%	7%	4%
									567	423	144
									289	232	57
									51%	55%	40%
									188	159	29
									33%	38%	20%

○パーセンテージは受診者数(合計)を分母として算出

○「ばく露歴あり」は、労働現場等と関連するばく露歴が確認できる者(直接職歴、間接職歴、家庭内ばく露、立入・屋内環境ばく露のいずれかの区分に該当する者)

○「その他ばく露」は、労働現場等と関連するばく露歴が確認できない者(直接職歴、間接職歴、家庭内ばく露、立入・屋内環境ばく露のいずれの区分にも該当しない者)

○肺線維化ありは、胸膜下曲線様陰影又は肺野間質影が見られたもの。

であり、中皮腫での被認定者等が9割弱を占めた。性別の内訳は男性2,577人、女性774人であり、男女比はおおよそ3：1であった。被認定者等のうち、アンケート回答者の内訳は医療費グループ1,125人、弔慰金グループ1,712人で合計2,837人であった。アンケート回答率は84.7%であった。

(2) 年齢別集計について

平成19年度の被認定者等について、医療費グループの平均申請時年齢は67.0歳であった。弔慰金グループの平均死亡時年齢は65.7歳であった。どちらも60歳以上の割合が7割以上を占めた。

平成18-19年度の累計被認定者等について、医療費

グループの平均申請時年齢は66.8歳であった。弔慰金グループの平均死亡時年齢は66.1歳であった。どちらも60歳以上の割合が7割以上を占めた。

(3) ばく露分類別集計について

被認定者等のうちアンケート回答者を2(2)に記載の通り、(ア)職業ばく露、(イ)家庭内ばく露、(ウ)立入・屋内環境ばく露、(エ)その他・不明の4つに分類した。

<平成19年度の被認定者等の集計結果>

医療費グループ500人中、(ア)352人(70.4%)、(イ)5人(1.0%)、(ウ)18人(3.6%)、(エ)125人(25.0%)であった。弔慰金グループ288人中、(ア)178人(61.8%)、(イ)2人(0.7%)、(ウ)6人(2.1%)、(エ)102人(35.4%)であっ

石綿被害地域住民団体の共同行動

胸膜プラークありの者のばく露歴の集計表

	年度	人数計	所見あり	胸膜プラークあり					
				小計	直接職歴	間接職歴	家庭内ばく露	立ち入り等	その他
大阪府	2008	458	152	129	85	9	11	5	19
	2007	438	309	136	90	11	11	4	20
	2006	309	168	130	90	12	10	2	16
尼崎市	2008	379	139	103	28	21	4	7	43
	2007	269	150	80	27	11	4	6	32
	2006	107	63	32	13	6	1	1	11
鳥栖市	2008	196	35	34	18	7	3	0	6
	2007	192	74	32	21	4	4	0	3
	2006	151	58	26	20	2	2	0	2
横浜市	2008	358	65	65	31	9	1	10	14
	2007	260	165	44	19	5	0	8	12
羽島市	2008	350	117	115	21	14	23	10	47
	2007	397	198	97	17	11	18	10	41
奈良県	2008	521	158	102	31	11	23	6	31
	2007	358	297	98	24	10	23	5	36

た。医療費グループ、弔慰金グループとも職業によるばく露の可能性のある(ア)が最も多く、医療費グループで70.4%、弔慰金グループで61.8%を占めた。次いで多かったのは、(ア)～(ウ)に該当せずばく露の可能性が特定できなかった(エ)で、医療費グループで25.0%、弔慰金グループで35.4%を占めた。(エ)の男女比は医療費グループと弔慰金グループともおよそ1:1であった。

<平成18-19年度の累計被認定者等の集計結果>

医療費グループ1,125人中、(ア)740人(65.7%)、(イ)35人(3.1%)、(ウ)40人(3.6%)、(エ)310人(27.6%)であった。弔慰金グループ1,712人中、(ア)916人(53.6%)、(イ)35人(2.0%)、(ウ)24人(1.4%)、(エ)737人(43.0%)であった。医療費グループ、弔慰金グループとも職業によるばく露の可能性のある(ア)が最も多く、医療費グループで65.7%、弔慰金グループで53.6%を占めた。次いで多かったのは、(ア)～(ウ)に該当せずばく露の可能性が特定できなかった(エ)で、医療費

グループで27.6%、弔慰金グループで43.0%を占めた。(エ)の男女比は医療費グループでおよそ1:1であり、弔慰金グループでおよそ4:3であった。

(4) 職業分類別集計について

アンケート回答者について、日本標準職業分類を用いて職業別分類を行った。分類はアンケート中の「職種」への回答等に基づいて行った。

<平成19年度の被認定者等の集計結果>

医療費グループ500人中、職業歴に関する有効回答者は465人であった。有効回答者について複数の職業を重複して集計した結果、職業従事者数は延べ769人であり、1人あたり平均1.7の職業があった。大分類では製造・製作作業230人、採掘・建設・労務作業183人、事務従事者105人が上位であった。

弔慰金グループ288人中、職業歴に関する有効回答者は246人であった。有効回答者について複数の職業を重複して集計した結果、職業従事者数は延べ404人であり、1人あたり平均1.6の職業があった。大分類では製造・製作作業130人、採掘・建設・労務作業85人、事務従事者56人が上位であった。

<平成18-19年度の累計被認定者等の集計結果>

医療費グループ1,125人中、職業歴に関する有効回答者は1,027人であった。有効回答者について複数の職業を重複して集計した結果、職業従事者数は延べ1,888人であり、1人あたり平均1.8の職業があった。大分類では製造・製作作業595人、採掘・建設・労務作業447人、事務従事者286人が上位であった。

弔慰金グループ1,712人中、職業歴に関する有効回答者は1,330人であった。有効回答者について複数の職業を重複して集計した結果、職業従事者数は延べ2,408人であり、1人あたり平均1.8の職業があった。大分類では製造・製作作業646人、採掘・建設・労務作業525人、事務従事者371人が上位であった。

平成19・20年度被認定者に関するばく露状況調査

対象:

平成18年度から平成19年度に認定された被認定者
3,351人（平成18年度 2,389人、平成19年度 962人）

累計被認定者とアンケート回答者

		疾病	男性	女性	計
被認定者	医療費 グループ	中皮腫	875	288	1,163
		肺がん	268	10	278
		合計	1,143	298	1,441
	弔慰金 グループ	中皮腫	1,343	474	1,817
		肺がん	91	2	93
		合計	1,434	476	1,910
うち アンケート 回答者	医療費 グループ	中皮腫	684	227	911
		肺がん	205	9	214
		合計	889	236	1,125
	弔慰金 グループ	中皮腫	1,198	430	1,628
		肺がん	82	2	84
		合計	1,280	432	1,712

ばく露分類別集計

	ばく露分類	男性	女性	計	構成割合
医療費 グループ	ア	695	45	740	65.7%
	イ	11	24	35	3.1%
	ウ	20	20	40	3.6%
	エ	163	147	310	27.6%
	計	889	236	1,125	100%
弔慰金 グループ	ア	837	79	916	53.6%
	イ	7	28	35	2.0%
	ウ	14	10	24	1.4%
	エ	422	315	737	43.0%
	計	1,280	432	1,712	100%

	ばく露分類	総人数	割合 %
医療費 グループ	ア	1,656	58.4%
	イ	70	2.5%
弔慰金 グループ	ウ	64	2.1%
	エ	1,047	36.9%
合計	計	2,837	100.0%

ばく露分類は以下の通り

ア: 職業ばく露(直接職歴及び間接職歴)

イ: 家庭内ばく露

ウ: 立入・屋内環境ばく露

エ: その他・不明

産業別分類(重複あり)

上位3位までの産業

		男性	女性	計
医療費 グループ	製造業	635	162	797
	建設業	439	25	464
	卸売・小売業	99	37	136
弔慰金 グループ	製造業	711	205	916
	建設業	479	29	508
	卸売・小売業	141	67	208

昭和20～平成元年の最長居住地

上位5位までの都道府県

		男性	女性	計
医療費 グループ	兵庫県	103	44	147
	東京都	85	31	116
	大阪府	91	25	116
	神奈川県	37	13	50
	福岡県	40	10	50
	全国合計	817	224	1,041
弔慰金 グループ	兵庫県	153	93	246
	大阪府	161	50	211
	東京都	111	34	145
	神奈川県	70	31	101
	北海道	52	17	69
	全国合計	1,207	425	1,632

昭和20～平成元年の最長居住地

上位5位までの市区町村

		男性	女性	計
医療費 グループ	兵庫県尼崎市	55	32	87
	大阪府大阪市	46	14	60
	神奈川県横浜市	20	8	28
	福岡県北九州市	11	5	16
	北海道札幌市	10	4	14
	兵庫県神戸市	11	3	14
	全国合計	817	224	1,041
弔慰金 グループ	兵庫県尼崎市	70	61	131
	大阪府大阪市	70	22	92
	神奈川県横浜市	39	16	55
	兵庫県神戸市	31	10	41
	愛知県名古屋市	13	6	19
	全国合計	1,207	425	1,632

石綿被害地域住民団体の共同行動

職業分類別集計は就労人数の母数が多いほど被認定者数が多くなるため、参考として昭和40年職業分類別就労人口との比較を検討した結果、「I-3 採掘・建設・労務作業者」は他の職業と比較して就労人口に対する被認定者数の割合が高いという結果が得られた。

(5) 産業分類別集計について

アンケート回答者について、日本標準産業分類を用いて産業別分類を行った。分類はアンケート中の「所属した事業所(企業)名」への回答等に基づいて行った。

<平成19年度の被認定者等の集計結果>

医療費グループ500人中、所属した事業所(企業)の産業に関する有効回答者は469人であった。有効回答者について複数の産業に分類した結果、産業従事者数は延べ797人であり、1人あたり平均1.7の産業に分類された。大分類では製造業307人、建設業213人、運輸業63人が上位であった。

弔慰金グループ288人中、所属した事業所(企業)の産業に関する有効回答者は252人であった。有効回答者について複数の産業に分類した結果、産業従事者数は延べ419人であり、1人あたり平均1.7の産業に分類された。大分類では製造業169人、建設業92人、サービス業31人が上位であった。

<平成18-19年度の累計被認定者等の集計結果>

医療費グループ1,125人中、所属した事業所(企業)の産業に関する有効回答者は1,023人であった。有効回答者について複数の産業に分類した結果、産業従事者数は延べ1,968人であり、1人あたり平均1.9の産業に分類された。大分類では製造業797人、建設業464人、卸売・小売業136人が上位であった。

弔慰金グループ1,712人中、所属した事業所(企業)に関する有効回答者は1,372人であった。有効回答者について複数の産業に分類した結果、産業従事者数は延べ2,565人であり、1人あたり平均1.9の産業に分類された。大分類では製造業916人、建設業508人、卸売・小売業208人が上位であった。

産業分類別集計は就労人数の母数が多いほど被認定者数が多くなるため、参考として昭和40年産業分類別就労人口との比較を検討した結果、「E 建設業」は他の産業と比較して就労人口に対する被認定者数の割合が高いという結果が得られた。

(6) 住所別集計について

アンケート回答者について、昭和20年～平成元年の日本国内の居住歴を対象として、その中で最も長く居住した住所(以下「最長居住地」とする)の集計を行った。なお、市区町村区分は平成18年度の市区町村コードを用いた。

<平成19年度の被認定者の集計結果>

医療費グループ500人中、居住歴に関する有効回答者は458人であった。都道府県別分類で最も多かったのは大阪府54人であり、次いで東京都52人、兵庫県48人、福岡県26人、神奈川県23人であった。市区町村別分類で最も多かったのは大阪市24人であり、次いで尼崎市22人、横浜市14人、北九州市9人、札幌市8人であった。

弔慰金グループ288人中、居住歴に関する有効回答者は269人であった。都道府県別分類で最も多かったのは大阪府41人であり、次いで東京都27人、兵庫県26人、神奈川県19人、群馬県17人であった。市区町村別分類で最も多かったのは大阪市13人であり、次いで横浜市11人、堺市8人、尼崎市8人、神戸市7人であった。

<平成18-19年度の累計被認定者等の集計結果>

医療費グループ1,125人中、居住歴に関する有効回答者は1,041人であった。都道府県別分類で最も多かったのは兵庫県147人であり、次いで東京都116人、大阪府116人、神奈川県50人、福岡県50人であった。市区町村別分類で最も多かったのは尼崎市87人であり、次いで大阪市60人、横浜市28人、北九州市16人、札幌市14人、神戸市14人であった。

医療費グループの(エ)分類310人中、居住歴に関する有効回答は294人であった。都道府県別分類で最も多かったのは兵庫県71人であり、次いで大阪府43人、東京都35人であった。市区町村別分類で最も多かったのは尼崎市55人であり、次いで大阪市21人、横浜市10人であった。

弔慰金グループ1,712人中、居住歴に関する有効回答者は1,632人であった。都道府県別分類で最も多かったのは兵庫県246人であり、次いで大阪府211人、東京都145人、神奈川県101人、北海道69人であった。市区町村別分類で最も多かったのは尼崎市131人であり、次いで大阪市92人、横浜市55人、神戸市41人、名古屋市19人であった。

弔慰金グループの(エ)分類737人中、居住歴に関する有効回答者は668人であった。都道府県別分類で最も多かったのは兵庫県162人であり、次いで大阪府87人、東京都64人であった。市区町村別分類で最も多かったのは尼崎市107人であり、次いで大阪市37人、横浜市と神戸市で17人であった。

(7) 環境省石綿健康リスク調査関連地域におけるばく露分類別居住歴集計について

アンケート回答者について、昭和20年～平成元年の期間に環境省石綿健康リスク調査関連地域に1度以上居住歴がある者の集計を行った。ここでは環境省石綿健康リスク調査関連地域を、神奈川県横浜市鶴見区、岐阜県羽島市、大阪府泉南地域等、兵庫県尼崎市、奈

良県王寺町及び斑鳩町、佐賀県鳥栖市の6地域とした。なお、大阪府泉南地域等は泉南地域（岸和田市・貝塚市・泉佐野市・泉南市・阪南市・熊取町・田尻町・岬町）及び河内長野市を指す。期間中に複数の地域に居住歴がある場合には重複して集計した。

<平成19年度の被認定者等の集計結果>

アンケート回答者788人中、対象期間中にリスク調査関連地域に居住歴があった者は延べ88人であった。延べ人数は横浜市鶴見区9人、岐阜県羽島市0人、大阪府泉南地域等19人、兵庫県尼崎市54人、奈良県王寺町・斑鳩町5人、佐賀県鳥栖市1人であった。

アンケート回答者の（エ）分類227人中、対象期間中にリスク調査関連地域に居住歴があった者は延べ47人であった。延べ人数は横浜市鶴見区3人、岐阜県羽島市0人、大阪府泉南地域等7人、兵庫県尼崎市34人、奈良県王寺町・斑鳩町3人、佐賀県鳥栖市0人であった。

<平成18-19年度の累計被認定者等の集計結果>

アンケート回答者2,837人中、対象期間中にリスク調査関連地域に居住歴があった者は延べ427人であった。延べ人数は横浜市鶴見区33人、岐阜県羽島市8人、大阪府泉南地域等59人、兵庫県尼崎市306人、奈良県王寺町・斑鳩町18人、佐賀県鳥栖市3人であった。

アンケート回答者の（エ）分類1,047人中、対象期間中にリスク調査関連地域に居住歴があった者は延べ280人であった。延べ人数は横浜市鶴見区12人、岐阜県羽島市7人、大阪府泉南地域等24人、兵庫県尼崎市223人、奈良県王寺町・斑鳩町13人、佐賀県鳥栖市1人であった。

4 考 察

本調査は救済法の被認定者等を対象として、ばく露の状況を整理した調査である。本調査は申請・請求時に任意で回答をいただいたアンケートの記載を基に集計しているため、回答が不十分あるいは不明のため過去の職歴や居住歴が分類できないなど、ばく露状況を把握する上で、調査設計上限界があることに留意する必要がある。

平成19年度の被認定者等についてばく露分類別集計を行った結果、医療費グループ、弔慰金グループとも（ア）の職業ばく露が最も多く、医療費グループで70.4%、弔慰金グループで61.8%を占めた。次いで分類（エ）のその他・不明が医療費グループで25.0%、弔慰金グループで35.4%を占めた。また、平成18-19年度の被認定者等についてばく露分類別集計を行った結果、医療費グループ、弔慰金グループとも分類（ア）の職業ばく露が最も多く、医療費グループで65.7%、弔慰金グループで53.6%を占めた。次いで分類（エ）のその他・不明が医療

費グループで27.6%、弔慰金グループで43.0%を占めた。

（ア）分類の中には労災やその他の補償に申請中の者及び認定された者が含まれている。また、（エ）の中には回答が不明・不十分なためばく露歴の分類が困難であった者が含まれていることに留意する必要がある。本アンケートでは、弔慰金被認定者の過去のばく露状況について遺族が回答しているため、ばく露の可能性が特定できない者が多かったと考えられる。

職業分類別集計を行った結果、被認定者等が従事した事の多い職業として、製造・製作作業、採掘・建設・労務作業、事務従事者などが挙げられた。本調査の集計方法は就労人数の母数が多い職業分類ほど被認定者数が多くなる点を考慮する必要がある。

産業分類別集計を行った結果、被認定者等が従事した事の多い産業として、製造業、建設業などが挙げられた。本調査の集計方法は就労人数の母数が多い産業分類ほど被認定者数が多くなる点を考慮する必要がある。

本調査では、被認定者についてどの時期にどの程度の石綿ばく露があったかを詳細に把握することは調査設計上困難であるため、住所別集計については、昭和20年～平成元年の最長居住歴を集計することにより、日本全国における被認定者等が多く居住していた地域を把握した。平成19年度の被認定者については、医療費グループと弔慰金グループともに最も多かったのは、都道府県別で大阪府であり、市区町村別で大阪市であった。平成18-19年度の被認定者については、医療費グループと弔慰金グループともに、最も多かったのは都道府県別で兵庫県であり、市区町村別で尼崎市であった。

（エ）分類について同様に集計した結果、平成18-19年度の被認定者については医療費グループと弔慰金グループともに、最も多かったのは都道府県別で兵庫県であり、市区町村別で尼崎市であった。

環境省石綿健康リスク調査関連地域に居住歴がある被認定者等についてばく露分類別集計を行った。平成18-19年度の被認定者等について、居住歴の延べ人数の最も多い地域は兵庫県尼崎市であった。尼崎市においては、居住歴のある者306人のうち、ばく露分類（エ）のその他・不明の者が223人（72.9%）であり、全国平均36.9%より高く、「その他ばく露・不明」に分類される者の割合が大きく、また、全国の「その他ばく露・不明」1,047人のうち21.3%を占めた。

本調査は平成19年度末までの被認定者等3,351人を対象として解析を行った。平成20年度末までの被認定者等は合計4,552人であり、今後も調査を継続して行い、被認定者等のばく露状況を把握していく必要がある。



クボタ・ショックから4年 尼崎集会 ネットワーク強化へ 尼崎宣言

すでに被害は住民201人、労働者151人に

6月27日、尼崎市・小田公民館で、「クボタ・ショックから4年 アスベスト被害の救済と根絶をめざす尼崎集会」が開催され、約170名が参加した。

クボタ尼崎における被害状況

集会では、クボタの「旧神崎工場周辺石綿疾病患者・家族に対する救済金」請求の窓口となっている尼崎労働者安全センターから、6月27日時点での最新状況が紹介された。

別掲表のとおり、請求件数は201件と、200件を上回った（支払い済み182件、未払い19件）。請求の窓口がクボタではなく被害者側に一本化されているため、周辺被害の全体像が隠されることなく、また、不明朗な事態の発生を防止している。

ちなみに環境再生保全機構の「被認定者に関する曝露状況調査」では、「最長居住歴」が尼崎市であった者が218件（医療費グループ87件、弔意金グループ131件）で、その内ばく露分類が「(エ) その他・不明」が162件（55件、107件）。（30頁参照）

当面の最大の課題は、書類提出から長期にわたってクボタに拒否されている1.5km～2kmの被害に救済金支払いを認めさせることである。

別掲表には、3月31日時点での、クボタ（元）労働者の被害—労災申請に関するデータも掲載した。こちらは全事業所についての状況であるが、合計162件のうち旧神崎工場関係が151件（93.2%）であることは判明している。また、151件のうち中皮腫は68件（45.0%）で、中皮腫以外の肺がん・石綿

肺等が半数以上を占めていることもわかっている。

これと比べると、周辺住民被害では、肺がんは3件（①2004年死亡の71歳の女性、②2008年死亡の74歳の女性、③2009年死亡の83歳の男性、①は救済法不認定でクボタ未払い、②③は救済法認定・クボタも支払い済み）だけで、それ以外は中皮腫の事例であるから、周辺住民で肺がんの救済が進んでいないこともうかがえてくる。

尼崎市東部の狭い範囲で、数えられるだけですでに工場内外を合わせて352件のアスベスト被害者が発生しているわけで、同センターの飯田浩事務局長は、これを「緩慢なる惨劇」と表現した。

このような被害者と家族の犠牲が凝縮された情報は、一日も早く補償・救済の改善と健康管理体制の確立、被害の根絶のためにこそ生かされなければならないはずである。

ネットワークを強化 尼崎宣言

集会は、この間の犠牲者に対する黙祷と、患者と家族の会の中村寛会長、尼崎市副市長の挨拶ではじまり、最初にクボタを告発した3人の中皮腫被害者のおひとり早川義一さんと1.5kmの範囲外という理由でクボタが救済金支払いを拒んでい

る被害者のご遺族・青野いずみさんが発言。早川さんは、「明日のことなど考えられない。いまこの1秒を一生懸命生きることで必死。無念のなかに亡くなった土井さん、前田さん、ふたりの思いを背負い問題を訴えていきたい。私たち皆の悲

クボタ旧神崎工場周辺住民被害と労働者被害 ①

死亡年 労働者 は年度	クボタ旧神崎工場周辺住民被害―「救済金」書類提出者 (下線=未払いの19件を含む, 2009.6.15現在)			労働者被害 クボタ全事業所 申請中を含む 2009.3.31現在
	総数	男性(括弧内は年齢)	女性(括弧内は年齢)	石綿疾患(中皮腫)
1976				1 (0)
1977				
1978	1	1(28)		1 (0)
1979	1	1(41)		1 (0)
1980				
1981				
1982				
1983				1 (0)
1984				
1985				2 (1)
1986	1	1(27)		1 (1)
1987	1		1(26)	3 (2)
1988	1	1(61)		2 (2)
1989	3	2(33, 41)	1(41)	2 (0)
1990	1	1(37)		2 (1)
1991	1		1(59)	8 (5)
1992	2	1(73)	1(42)	6 (4)
1993	3	1(58)	2(65, 73)	4 (2)
1994	1		1(68)	4 (4)
1995	6	1(46)	5(49, 54, 58, 66, 70)	4 (3)
1996	5	2(70, <u>80</u>)	3(63, 63, 69)	4 (3)
1997	8	7(40, 45, <u>46</u> , 56, 66, 71, 72)	1(80)	4 (0)
1998	4	3(47, 50, 56)	1(51)	8 (2)
1999	6	3(42, 44, 45)	3(<u>56</u> , 60, 67)	6 (3)
2000	8	2(47, 58)	6(43, 51, 71, 73, <u>83</u> , 87)	5 (2)
2001	9	3(53, 54, 67)	6(41, <u>52</u> , 64, 64, 69, 76)	7 (4)
2002	9	4(39, 69, 72, 73)	5(56, <u>73</u> , 77, 80, 88)	6 (5)
2003	6	4(51, 53, 71, 80)	2(55, 59)	9 (5)
2004	20	12(53, 54, 57, 59, 60, 63, 63, 68, 70, 71, 76, <u>80</u>)	8(48, 53, 60, <u>69</u> , <u>71</u> , 73, 77, 81)	14 (5)
2005	17	12(45, 48, 49, 53, 55, 55, 60, 63, 68, 72, 74, <u>75</u>)	5(57, 66, 77, 77, 78)	11 (4)
2006	20	11(49, 53, 54, 56, 57, 63, 66, 70, 73, 77, 83)	9(58, 63, 66, 67, 67, 73, 74, <u>75</u> , 92)	10 (4)
2007	18	8(49, 57, 60, 66, 69, 74, 75, 87)	10(53, 54, 59, 62, 65, 70, 74, <u>74</u> , 77, 86)	11 (3)
2008	22	10(50, <u>50</u> , 55, <u>58</u> , <u>62</u> , 64, 65, <u>79</u> , 81, 87)	12(56, 59, 60, 60, 61, 64, 72, 73, 74, 78, 80, <u>82</u>)	7 (3)
2009	5	4(58, 59, 60, 67)	1(60)	
療養中	22	11(44, 56, 57, <u>59</u> , 61, 62, 68, 68, 76, 81, <u>82</u>)	11(50, 52, 55, <u>55</u> , 57, <u>58</u> , 58, 67, 70, 71, 76)	21 (1)
合計	201	106	95	162 (69)
旧神崎工場労働者の内数(死亡は134(67))→				151 (68)

石綿被害地域住民団体の共同行動

クボタ旧神崎工場周辺住民被害と労働者被害 ②

年齢	クボタ旧神崎工場周辺住民被害―「救済金」書類提出者 (未払いの19件を含む, 2009.6.15現在)						労働者被害―クボタ全事業所 (申請中を含む, 2009.3.31現在)		
	死亡			療養中			死亡	療養中	合計
	男性	女性	合計	男性	女性	合計	(括弧内は中皮腫の内数)		
～39	5	1	6	0	0	0	0 (0)	(0)	0 (0)
40～44	5	4	9	1	0	1	0 (0)	(0)	0 (0)
45～49	11	2	13	0	0	0	5 (2)	(0)	5 (2)
50～54	12	7	19	0	2	2	9 (6)	(0)	9 (6)
55～59	15	11	26	3	5	8	19 (14)	(0)	19 (14)
60～64	11	13	24	2	0	2	28 (15)	(0)	28 (15)
65～69	10	12	22	2	1	3	34 (17)	3 (1)	37 (18)
70～74	14	15	29	0	2	2	22 (8)	12 (0)	34 (8)
75～79	5	9	14	1	1	2	18 (4)	5 (0)	23 (4)
80～	7	10	17	2	0	2	6 (2)	1 (0)	7 (2)
合計	95	84	179	11	11	22	141 (68)	21 (1)	162 (69)
旧神崎工場労働者の内数→							134 (67)	17 (1)	151 (68)



願で悲願であるノンアスベストの世の中を早く実現したいです」と発言(左写真)。

青野さんは、「なぜクボタは1.5kmまでなのか?どこにその線引きはあるのですか。500m離れていただけて同じ空気なのに補償されない、とてもくやしいです。あの場所に生まれていなければいま元気に生きているかもしれない。無念でなりません。いま一度スタートラインに立って前向きに私たちを見捨てないでください」と訴えられた(右写真)。

飯田浩事務局長からは、前述の被害状況及びこの1年間の活動の報告。柚岡一禎さんから泉南から参加の5名の発言の後、尼崎市が行っているアスベスト対策(健康相談、健康診断、救済制度の窓口等)の報告も行われた。



続いて、中皮腫で闘病を続ける矢木龍八さん(次頁左写真)によるサクソ演奏と、壽文寿師匠(同前右)による落語も参加者を楽しませてくれた。

続いて、河内長野・森本さん、岐阜羽島・林さん、奈良・山本さん、泉南・澤田さん、患者と家族の会・古川副会長、石綿全国連・古谷事務局長が登壇して、関西労働者安全センター・片岡さんの進行で、6月17-18日のアスベスト被害地域住民ネットワークとしての初めての共同行動及び各地の状況の報告と課題の提起が行われた。

さらに、中皮腫・じん肺・アスベストセンター所長の名取雄司医師による、アスベスト関連疾患の治療をめぐる国際的な最新状況の紹介と、新刊されてばかりの日本評論社『アスベスト禍はなぜ広がっ

2009年アスベスト被害とたたかう尼崎宣言

2005年6月30日、クボタ旧神崎工場周辺被害者3名は、クボタの石綿による中皮腫発症と、そしてクボタからの見舞金を受け取ったことを明らかにし、アスベスト公害の存在を世に知らせた。これ以降、アスベスト被害追及の声が全国に広がった。

増え続ける周辺被害者と研究者との協力によってクボタ周辺地域における被害の実体も明らかになってきた。そして、中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会尼崎支部はクボタと交渉を進め、2006年4月「救済金」制度について合意に達し、今日まで支援団体と共に200名を超える被害者救済に取り組んでいる。

2006年3月に、石綿健康被害救済法は多くの反対の声を無視して泥縄的に制定されたが、私たち被害者や支援団体の運動によって昨年6月には緊急改正案を成立させることができた。しかし、未だ石綿肺が適用されないことや、公害健康被害補償法や労災保険法と比較して給付額に大きな差があるなどの深刻な問題を残している。

労災認定事業所情報や労災保険法・石綿救済法による救済実体に関する情報の公開も未だ部分的なものにとどまっており、クボタ・ショックから4年、課題は山積みしている。

本日の「アスベスト被害の救済と根絶をめざす尼崎集会」を期に私たちは、被害多発地域住民のネットワークを強化して、被害の原因と責任を本当に明らかにする疫学調査の継続・深化と情報の公開を強く要求すると共に、すべての被害者に対する格差なき公正な救済を実現し、国と企業によるアスベスト問題の幕引きを許さない活動を強化する。

そのためにさまざまな団体との連携を強化して、すべてのアスベスト被害者と手を結び、アジアと世界に及ぶ理不尽なアスベスト問題と対峙し活動していくことをここに宣言する。

2009年6月27日

“クボタ・ショック”から4年 アスベスト被害の救済と根絶をめざす尼崎集会参加者一同



たのかー日本の石綿産業の歴史と国の関与』の編集を通じてわかったこと、感じたことが話されたほか、クボタ旧神崎工場にアスベストを運搬した元日通労働者5名の遺族が日通とクボタを訴えた裁判や兵庫でのアスベスト肺がん労災の行政訴訟



の原告の報告なども行われた。

最後に、「被害多発地域住民のネットワークを強化」する等とうたった、「2009年アスベスト被害とたたかう尼崎宣言」(別掲囲み)を採択して閉



ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



労働問題委員会の労災補償政策に抗議行動

2009.7.9 台湾・工作傷害受害人協会(TAVOI)

昨日(2009年7月9日)、数十人の労働者や労災被災者の家族らが、行政院労働問題委員会(CLA)の建物前に集まり、委員会の不適切な労災補償政策に抗議を行った。[次頁写真参照]

抗議行動のリーダーのひとり、台湾工作傷害受害人協会(TAVOI)の黄小陵秘書長は、労働災害が発生した場合に被災労働者に与えられる補償がその者の年金支払額から控除されるべきではないと言った。

同協会によると、造船会社で働いた退職労働者の李さんは、アスベスト繊維に長期間曝露させられた結果、中皮腫を発症した。

李さんの家族は、その病気が仕事によるものだったという確認を得るのに1年間待たされたが、CLAからは、労働災害補償と労働年金が相殺されるという通知を受けただけであった。

同協会は、家族らが委員会の前で抗議を行うのに同行した。

「これはとても不当だ」と李さんの息子は話した。「私は働く仲間たちを代表して、委員会の[労働法令の]解釈は不合理であると抗議したい」。

労働基準法第59条は、「使用者は、労働災害

のために負傷し、疾病にかかり、障害を負い、または死亡した労働者に補償を支払わなければならない。しかし、労働保険法または他の適用される法令の規定のもとで、使用者がすでに補償として支払った総額については、免除され得る[may be exempted]」と規定している。

協会は、労働年金は[賃金の]後払いの一形態であり、労働関連災害に対する補償として計算されるべきではないと主張し、委員会に同法の改正を求めた。

これに応じて、労働基準部の陳慧敏課長は、労働者が自分の病気に気付かなかったというこの事例は、退職からずっと後まで彼の仕事と関係があったと話した。

委員会は、この病気が適切な補償を受ける彼の権利を無効にしたことを認め、この問題に関する学者や専門家を集めて法令の改正方法を議論するだろう、と陳は述べた。



※2009年7月号26-27頁で紹介した件である。

<http://www.taipeitimes.com/News/taiwan/archives/2009/07/10/2003448259>



鉱山へのアスベスト廃棄物不法投棄

フィリピン・ベンゲット州, 2009.6.2

2009年6月2日 フィリピン・ベンゲット州—フィリピンの鉱山会社が、アスベスト汚染物がみつかったことを受けて、改善を命じられた。

Lepanto Consolidated Mining Corporation (LCMC)は、同国最大の金生産者のひとつである。同社は、違法かつひそかにアスベスト廃棄物及び建設廃材を投棄したと申し立てられた。

マンカヤン市長Manalo B. Galutenは市議会と協力して、レパント社に、Sitio Sapidとして知られる地域で行われた有害物投棄の責任を取らせる決議案を可決した。

Galutenは、有害廃棄物管理の専門家を伴って、自ら投棄現場を訪れた。両者は除去におけるガイドラインの順守を確保するため立ち会ったのだが、抽出を行うためにレパント社に雇われた労働者は居合わせなかった。市長から召喚されてようやくレパント社の住宅管理人Magellan Bagayaoが

現場に姿を見せた。

決議は、LCMCが2年以上前にトラック6台分をこえるアスベスト汚染物を投棄したと非難している。検査の結果、汚染土壌を含むこれらの物質が10%のアモサイト含有していることがわかった。粉状アスベストに生成するアモサイトは、吸入すると、中皮腫とよばれる稀だが襲性の強いがんを引き起こすことが知られている。

自然に生成する鉱物ではあるが、きわめて危険なアスベストへの曝露を予防するために、採掘あるいは他の方法で攪乱される場合には、適切な安全対策が取られなければならない。柔軟で強力な耐火断熱添加剤として、長い間建材に使用されてきたアスベストは、健康ハザードとしてひろく非難され、中皮腫その他の致死的疾患と関連づけられてきた。

LCMCは、Clearway Technology Corporat-

ionと呼ばれる企業に、アスベスト廃棄物の回収及び廃棄を下請けに出したが、同社の従業員たちは、アスベスト汚染物を手作業で1トンの袋に詰め直す作業にあてられた。市長は、安全な取り扱い措置が講じられていないことを知って、レバント社に労働者がそのような手順を中止するよう命じた。

レバント社の担当者は、この問題における過失を否認したが、市長は、彼らが物質の毒性を知っていた証拠に、同社は廃棄物を埋めるために長距離旅行をした事実を指摘した。

市長はさらに、LCMCが今後有害廃棄物処理基準を厳格に順守するよう命じた。同社は、廃棄物の不適切な取り扱いについて、行政法上及び刑法上の責任に直面している。

※<http://www.asbestos.net/news/cleanup-of-philippines-asbestos-dump-ordered.html>

フィリピンの友人からのフォローアップ情報

コルディエラ行政区環境管理局（EMB-CAR）の公害防止責任者は、鉱山が雇った会社が除去

作業を完了させたと語った。EMBは、危険物質及び公害防止を担当する政府機関である。[除去]会社の代表はEMBに対して、最後の廃棄物の運搬が2009年6月30日に行われたと通告した。

マニラの南のカビテ州に処分場をもつ廃棄物処分会社Cleanway Technology Corporation (www.cleanway.com.ph)が除去作業を行った。Cleanway社は、廃棄物をベンゲットから処分場まで運搬するために、運送許可を二度得ている。最初の許可は250トン、二度目の許可は50トンを対象とした。

EMBは、人員不足のために、除去プロセスのすべての間一人も代表が立ち会わなかったことを認めた。会社はEMBに対して、報告事項の一部としてこの除去作業に関する報告を提出するだろう。EMBは現時点ではそれを持っていない。

マンカヤン市長の息子は、アスベスト廃棄物は同市から運び去られたと確認した。廃棄物が投棄された地元の人々は、レバント社を告発することを望んでいるが、もはや関心をもつ者がいないため、市長はアドバイスを求めている。



NGOのアスベスト禁止要求を攻撃

インド・ハイデラバード, 2009.6.19

2009年6月19日 インド・ハイデラバード—鉄鋼産業とアスベスト禁止を運動している世界のNGOを攻撃して、アスベスト生産業者は金曜日[6月15日]に、今後2年間に60万トンまで生産能力を拡張するために25億ルピーを投資する計画を進めると発表した。

アスベスト・メーカーの頂点にいる団体であるアスベスト・セメント製品製造業協会（ACPM）は、鉄鋼産業と世界のNGOは、その資金源は知られていないが、インドで建材が深刻な健康ハザードを生み出していると言って、その間違ったアスベストに対する攻撃を爆発させていると非難した。

業界関係者はまたいかなる場所においてもこの

ようなロビー活動と闘うことを決意し、「西側のスポンサーが指図する」のを許さないことを決定した。

「ライバル業界はアスベスト・セメント製品の品質に張り合うことはできない。このため彼らは、様々なNGOから資金提供を受けて、健康ハザードの見地からアスベスト業界のイメージを中傷しようとしている」、とACPM事務局長A K Sethiは述べた。

クリソタイル（白石綿）でつくられたインドのアスベスト屋根材は全く安全であり、この国の人々は長年そのような建物に住んできた、と彼は付け加えた。

「鉄鋼業者の反対にもかかわらずわれわれは成長し続けるだろうし、今後2年間に約60万トンの生産能力を加えるだろう…通常10万トンのライン1

本を設置するのに3～4億ルピーかかる」、と Sethiは言っている。



※<http://www.thehindubusinessline.com/blnus/03191907.htm>

9月から工業生産品に石綿使用禁止

韓国・知識經濟部技術標準院, 2009.6.2

〔韓国〕政府は9月から、すべての工業製品について石綿使用を実質的に禁止することにした。去る4月、ゴム風船、自転車ブレーキパッド等、一部工業製品に、肺がんを引き起こす石綿が検出されたためだ。

知識經濟部技術標準院は、このような内容の「工業生産品に対する石綿安全管理基準」を整え、9月から施行すると[6月]29日明らかにした。

基準によると、9月からは子ども用品や風船、ブレーキパッド等、使用中に粉が飛び皮膚に付く製品については、石綿使用が全面禁止される。それ以外の製品についても、石綿含有量は0.1%以下に制限する。

知経部は、ペイント、壁紙等、原料段階でタルクを使用する場合には、事前にタルク内に入っている石綿が1%以下という公認認証書を受けるようにした。

※http://news.chosun.com/site/data/html_dir/2009/06/29/2009062901878.html?srchCol=news&srchUrl=news4

アスベスト:韓国で200万トン使用、被害者推定15万人

2009.7.11, 韓国

環境部は今後30年間に韓国で15万人に達するアスベスト(石綿)の被害者が発生するとみられると発表した。

同部が韓国アスベスト管理協会に依頼して調査したところ、これまでに韓国ではアスベストが200万トン使われたという。日本やフランスなど海外で

のアスベスト被害と比較すると、アスベストによる被害者は▲悪性中皮腫400人▲肺がん400人▲胸膜疾患4,000人など、毎年平均で5,000人ほど発生し、今後30年間で延べ15万人近い被害者が発生するという。

海外の研究結果によると、アスベスト使用量170トン当たり一人の悪性中皮腫患者が発生しているが、韓国でのアスベスト使用量が200万トンであることを考えると、約1万2,000人の悪性中皮腫患者が発生するとみられる。さらに悪性中皮腫患者が一人発生したときの肺がん、アスベスト肺、胸膜疾患などにかかった患者数の割合を調べて、ほかの病気の発生患者数を推定した。

環境部生活環境課のチョン・ジョンソン課長は、「アスベストは30～40年の潜伏期間を経た後、発病している。韓国は1970年代からアスベストを使い始めたため、2010年から被害者が増える予想され、45年ごろピークに達するだろう」と語った。

韓国で2006年までに悪性中皮腫による死者は337人に上り、増加傾向を見せている。特に6月には、忠清南道洪城郡や保寧市でアスベスト鉱山近くの住民らの集団被害が公式に確認された。

相次ぐアスベスト被害に対して政府は同日、韓昇洙(ハン・スンス)首相主催の国家政策調整会議を開き、「アスベスト管理総合対策」を策定した。政府はアスベスト管理のため、「アスベスト安全管理法」(仮称)を制定し、同法が国会で成立すれば被害者や遺族に対して日本での補償事例(一人当たり約3000万ウォン=約215万円)を参考



※<http://www.chosunonline.com/news/20090711000042>

通達：当面の訴訟追行に当たって留意すべき事項

事務連絡
平成20年4月10日

都道府県労働局
労働基準部労災補償課長殿
厚生労働省労働基準局労災補償部補償課
労災保険審理室長

当面の訴訟追行に当たって留意すべき事項について

訴訟事務的的確な実施については、従来から、あらゆる機会を捉えて指示してきたところであるが、最近の訴訟動向をみると、特に脳・心臓疾患事案及び精神障害等事案において、国側に厳しい判決内容が少なくない状況にある。このような状況の中、行政庁としては、これら判決内容の分析・検証等を踏まえ、法務当局の訴訟指揮の下、これまで以上に的確な訴訟追行を行う必要がある。

ついては、労災行政事件訴訟の追行に当たっては、下記に示すところに十分留意の上、的確に対処することとされたい。

記

1 訴訟動向の分析

(1) 労災行政事件訴訟の現状等

脳・心臓疾患に係る認定基準及び精神障害等に係る判断指針の策定以降、当該事案に係る請求件数及び不支給決定件数が増大していること、平成17年4月に改正行政事件訴訟法が施行され、出訴期間の延長、提訴できる管轄裁判所が拡大されたことなどもあり、大幅な増加傾向にある労災行政事件訴訟の約半数以上を占める脳・心臓疾患事案及び精神障害等事案、特にここ数年急激な増加を示している精神障害等事案についての的確な訴訟追行を行うことが喫緊の大きな課題であると考えられる。

(2) 脳・心臓疾患事案の判決の動向

平成13年12月の脳・心臓疾患の認定基準の策定以降、本認定基準の考え方を踏まえて判断されたと考えられる判決は、本年1月31日現在、59事案であり、そのうち敗訴判決は24事案である。

ア 敗訴判決の分析

(ア) 疾患別

脳疾患に係る敗訴判決は11事案であり、心疾患に

係る敗訴判決は13事案（死因の特定が不明なものもあり内訳はまとめているが、急性心筋梗塞等のいわゆる突然死といわれるような急性の心疾患がほとんどである。）となっている。

(イ) 基礎疾患、重篤なリスクファクターの有無別

- ① 脳疾患事案のうち、くも膜下出血7事案のすべてに最大のリスクファクターとされている高血圧症は認められていない。また、基礎疾患等が認められる4事案においても、業務の過重性があったとして敗訴している。
- ② 心疾患事案では、基礎疾患等がない5事案はもとより、高脂血症、高血圧症、喫煙等を複数有している事案や動脈硬化症、心室肥大等を有している事案など基礎疾患等が認められた8事案についても、業務の過重性があったとして敗訴している。

(ウ) 認定基準への当てはめ別

長期間における過重負荷を評価している20事案のうち9事案は、認定基準の労働時間要件のみで過重性が認められた。また、11事案については、労働時間とそれ以外の負荷要因を総合的に評価して業務の過重性が認められた。

イ 事案分析からみた問題点

以上のことから、基礎疾患及びリスクファクターが認められない事案において多く敗訴していることなどを踏まえると、疾病の発症機序が裁判官の心証形成に大きな影響を及ぼしていることが考えられるところであり、①脳・心臓疾患、特にくも膜下出血、突然死といわれる急性の心疾患に代表される特段の基礎疾患及びリスクファクターが認められない事案への対応、②基礎疾患等は認められるものの、発症直前も支障なく業務に従事していた事案への対応が大きな問題であると認められる。

さらに、上記アの(ウ)「認定基準への当てはめ別」の分析からは、特に労働時間の事実認定の重要性が認められるところであり、的確な労働時間の特定が極めて重要である。

(3) 精神障害等事案の判決の動向

平成11年9月の判断指針の策定以降に出された判決は、本年1月31日現在、22事案であり、そのうち敗訴判決は14事案である。

ア 敗訴判決の分析

(ア) 最近の判決については、敗訴判決においても、「ストレス脆弱性」理論の評価、判断基準の枠組みなどについて、一定して国の主張を踏まえたものとなっている。また、判断指針についても、その考え方・枠組みについては一定の評価がなされている。

(イ) 敗訴判決を分析すると、被災者の業務が過重であったことを前提として、出来事の心理的負荷が強度

であったと事実認定・評価している。

イ 勝訴判決の分析

勝訴事案を分析すると、前提としていずれも業務の過重性が否定されており、①業務以外の心理的負荷が認められるもの2事案（さいたま署長事件及び相生署長事件）、②個体側要因が認められるもの3事案（三田署長事件、さいたま署長事件及び大阪西署長事件）、③双方認められるもの1事案（さいたま署長事件）、④双方認められないもの3事案（帯広署長事件、札幌東署長事件及び名古屋東署長事件）となっている。

ウ 事案分析からみた問題点

以上のことから、当然のことではあるが、勝訴事案についてはすべて業務の過重性が否定されていることを踏まえ、業務の過重性の有無が「ストレス-脆弱性」理論に基づく業務起因性の判断を左右するものと考えられることから、被災者の業務の過重性についての主張・立証が大きな問題であると認められる。

さらに、証拠上、何らかの業務以外の心理的負荷、個体側要因が認められる事案にあっては、これらが明らかに存在していることの立証を的確に行うことが極めて重要である。

2 脳・心臓疾患事案に係る主張・立証について

上記1の（2）の判決の動向に加え、最近の判決の動向等には最高裁平成18年3月3日第二小法廷差戻し判決（別紙参照）が大きな影響を与えていることを踏まえ、今後の脳・心臓疾患事案に係る主張・立証に当たっては、特に次の事項に留意すること。

（1）基礎疾患の状況及び疾病の発症機序から自然的経過によって発症し得るものであったこと

ア 労災行政事件訴訟においては、業務と疾病との間の相当因果関係の有無が問題となっていることから、その相当因果関係を直接左右する疾病の発症機序が重要視される。もちろん相当因果関係の有無は、業務の過重性と疾病の発症機序との相関関係で決まるものであることから、疾病の発症機序のみをもって決定付けられるものではないが、疾病の発症機序が裁判官の心証形成に大きな影響を及ぼすことは、上記1からも明らかである。

イ このため、主張・立証の力点は、基礎疾患等の内容・程度に置き、その自然的経過によって発症し得るものであったことを立証すべきであること。

疾病の発症機序を明らかにすることにより、業務と疾病との相当因果関係が否定されることを強調すべきであること。事案によっては疾病の発症機序が必ず

しも明らかでない場合もあるが、その場合においても、発症機序の可能性について医学的検討を行うとともに、業務以外に起因して発症したと考えられる根拠を示す必要があること。

具体的には、①健康診断の結果、健康保険等による受診歴等の医証により、発症前の健康状態を明らかにすること、②早い段階で専門医の意見を聴き、必要な医学的知見を得て、死因や疾病の発症機序を明らかにすること、③該当する医学文献を収集すること、④これらを踏まえ専門医に鑑定を依頼することなどをもって立証を尽くすこと。

（2）認定基準が合理的な医学的知見に基づくものであること、及び合理的な医学的知見に照らして業務の過重性が認められないこと

ア 認定基準は、行政上の判断指針にすぎず、法規範性を有するものではないことを踏まえ、訴訟においては、認定基準が合理的な医学的知見に基づくものであり、業務の過重性は、合理的な医学的知見に照らして判断されるべきであることを説得力を持って論証することが重要である。

このため、認定基準が依拠する専門検討会報告書の医学的知見が合理的であることを改めて主張するとともに、同報告書の医学的知見に照らして、業務の過重性が認められないことについての立証を尽くすこと。

イ また、業務の過重性の判断については、認定基準も、労働時間のみならず、勤務形態、作業環境等の負荷要因を十分に検討すべきことを定めていることから、不規則な勤務又は交替制勤務で作業環境についても負荷要因として判断しなければならない業務等については、事案ごとに負荷要因を適切かつ十分に考慮し、業務の過重性が認められないことについての主張・立証を尽くすこと。

3 精神障害等事案に係る主張・立証について

前記1の（3）の判決の動向等を踏まえ、今後の精神障害等事案の主張・立証に当たっては、特に次の事項に留意すること。

（1）「ストレス-脆弱性」理論が合理的であること

「ストレス-脆弱性」理論の合理性については、最近の判決において、敗訴判決も含め、一定して認められているものの、判決の結論からみると、真に裁判官に理解されているとはいえない状況にある。

いうまでもなく、精神障害等事案については、「ストレ

通達：当面の訴訟追行に当たって留意すべき事項

スー脆弱性」理論の合理性を強調する効果的な主張・立証の方法は欠かせないものであり、専門検討会報告書が依拠するこの医学的知見の合理性について裁判官に正しく理解されるためには、この医学的知見が学会等で広く認められており、高度に信頼性を有するものであることを、より具体的な証拠をもって主張・立証することが極めて重要である。

このため、「ストレス脆弱性」理論の合理性に係る主張に当たっては、東京高裁平成16年9月30日判決及びその一審の東京地裁平成15年2月12日判決(いわゆるローレルバンク事件、平成19年10月10日最高裁確定)が、国側の主張を受け入れ、正当に判示しているのを、当該判示を引用するとともに、医学文献(大熊輝雄(編)現代臨床精神医学、改訂第9版、金原出版ほか)、他の訴訟において提出した医学意見書はもとより、日本産業精神保健学会「精神疾患と業務関連性に関する検討委員会」が公表した「過労自殺を巡る精神医学上の問題に係る見解」を証拠として提出し、分かりやすい丁寧な主張・立証を行うこと。

(2) 被災者の業務内容に過重性が認められないこと

前記1の(3)の事案分析のとおり、勝訴事案については、いずれも業務の過重性が否定されていることを踏まえると、業務の過重性の有無が「ストレス脆弱性」理論に基づく業務起因性の判断を左右するものと考えられることから、被災者の業務に過重性が認められないことを明らかにすることが極めて重要である。

このため、原告が主張するところの被災者に心理的負荷をもたらしたとする業務上の出来事に係る事実関係について主張・立証することは当然であるが、その前提として、被災者が従事していた業務が質的かつ量的にみて、同種労働者と比較しても過重ではなく、業務に内在する危険はなかったことの主張・立証を行うこと。

具体的には、提訴段階において、保有しているすべての関係証拠の内容を十分に把握・精査し、さらに必要に応じ補充調査等を行った上で、被災者が従事していた業務の内容、就労状況等の詳細、同種労働者の就労状況等について事実関係を明らかにし、被災者の能力と被災者が従事していた業務の困難度、同種労働者との比較等からして、被災者の業務は通常業務の範ちゅうであり何ら過重性は認められないことについての主張・立証を尽くすこと。

(3) 被災者には精神障害を発病しやすい個体側要因(素因)が強く認められること

裁判官が「ストレス脆弱性」理論を正しく理解していないと懸念される大きな要因として、被災者の脆弱性

を示す証拠が存在しないということが考えられる。

しかしながら、被災者に発病した精神障害については、被災者の業務が過重でなく、客観的な心理的負荷も強度といえないのであれば、被災者の個体側要因(素因)としての反応性・脆弱性の強さによるものとすることが今日の精神医学的知見に照らして合理的であるから、被災者には元来その個体側要因(素因)であるうつ病等に親和的な性格等が明らかに認められ、医学的にみて被災者の精神障害の発病は本人の病前の性格が大きく関係していると裁判官が心証を形成するように主張・立証すること。

具体的には、職場の関係者、家族、友人等からの聴取等により、被災者が職場及び職場外の、いつ、どのような場面で、どのようなストレス(出来事)に、どのように反応したかを取りまとめ、これらの事実を基に、被災者の病前性格を明らかにするとともに、医学意見書をもって被災者の病前の性格が精神障害疾患にどう影響したかを分かりやすく説明・立証すること。

(4) 「心理的負荷評価表」の「具体的出来事」への当てはめが合理的であること

敗訴判決の中には、一つの出来事を複数の出来事と評価して心理的負荷を判断している例がみられるなど、判断指針における「具体的出来事」の内容・評価の方法について必ずしも十分な理解が得られていないものが認められる。

このため、被災者の心理的負荷の「具体的出来事」への当てはめ・評価については、裁判官に対し、専門検討会報告書の医学的知見等に基づき、「心理的負荷評価表」に該当する「具体的出来事」はどのようなことを想定しているのか、その心理的負荷の評価はどのように行われるのかを明らかにした上で、それが合理的であることについて分かりやすく説明・立証すること。

4 訴訟追行に当たっての留意事項

訴訟の追行に当たっては、認定基準及び判断指針が依拠する専門検討会報告書の医学的知見について十分に理解し、また、これらの医学的知見に基づく認定基準及び判断指針の考え方を把握・整理した上で対応することはもちろんのこと、特に次の事項に留意すること。

(1) 労災補償課長の訴訟指揮

訴訟事務は、労働基準監督署長(以下「原処分庁」という。)が不支給とした処分について、当該処分が適法であったことを裁判の場において明らかにするために行うものである。労災補償課長は、労災補償行政におけ

る訴訟事務の位置付け及び自らが果たすべき役割を十分に認識した上で、第一線を指揮する責任者として、訴訟追行においても自ら積極的に指揮すること。

(2) 訴訟追行体制等についての配慮・指示等

提訴時における再調査の実施、その後の訴訟追行に当たっては、労災補償課と労働基準監督署との役割分担を明示するとともに、新規提訴事件が増加し、担当訟務官又は監察官への過度の負担を軽減する必要がある局等においては、訴訟を迫行する体制の整備に十分配慮すること。

(3) 提訴時における対応

ア 関係証拠の内容把握・精査及び応訴方針の作成

提訴事件については、原処分庁等国側が収集したすべての関係証拠の内容を十分に把握・精査した上で、訴訟追行に係る問題点を洗い出し、問題点への対応策、主張・立証の方向性等を盛り込んだ具体的な応訴方針を作成すること。

なお、これにより作成した応訴方針については、平成・17年3月30日付け事務連絡「労災保険に係る訴訟に関する応訴方針等について」に基づき、当室と協議することとしているので、協議資料の作成等事前の準備を十分に行った上で協議に臨むこと。

イ 応訴方針に基づく再調査の実施

上記アにより作成した応訴方針に基づき確かな主張・立証を行うためには、すべての関係証拠を精査した結果を踏まえ、再調査を実施することが極めて重要であることから、再調査すべき事項、実施スケジュール、実施者及び役割分担等を明確にした実施計画を作成し、的確に再調査を実施すること。

ウ 訴訟段階における証拠の収集

提訴時において原処分庁等が収集した関係証拠を把握・精査した上で、訴外会社と接触することなどにより、新たな証拠の収集に努めること。特に、労災行政事件訴訟以外の訴外会社に対する損害賠償請求等の民事訴訟の有無を確認し、民事訴訟が確認された場合には、直ちに、裁判所に対し送付嘱託を行い、記録一式を入手すること。

エ 医学意見書の作成を依頼する医師（専門医）の開拓・確保、及び分かりやすい医学意見書の作成等

(ア) 疾病の機序、業務と疾病発症との関係、業務以外の要因と疾病との関係等医学的な事項について、分かりやすく丁寧な主張・立証を行うためには、医学意見書の作成を依頼する医師の確保が極めて重要であることを改めて認識し、日ごろから労災医員、労災協力医のみならず、大学病院の医師等、各対象疾患に

対応した専門医の開拓・確保に取り組むこと。そのため、大学、医師会、産業保健推進センター等から情報を入手し、対象疾患ごとに専門医のリストを作成すること。

また、該当事件に係る医学意見書の作成を依頼した医師については、その後も情報提供を行うなど、行政との関係を絶やすことのないよう努めること。

(イ) 医学意見書の作成を依頼するに当たっては、当該事件に係る対象疾患に対応した専門分野を十分に確認した上で、当該専門分野における医師を選定すること。また、複雑・難解な医学的説明については、裁判官の理解を十分に得るために、できるだけ分かりやすい意見書となるよう、作成を依頼すること。

オ 労災法務専門員及び労災医員の活用

(ア) 提訴段階での応訴方針の策定等における活用

提訴段階から、労災法務専門員（以下「法務専門員」という。）及び労災医員に対して、訴状、決定書及び裁決書等の関係資料により、当該事件の内容・問題点等について説明・相談を行い、応訴方針や再調査の実実施計画の策定等に当たって助言を得ること。

(イ) 準備書面の作成等における活用

法務専門員は訴訟の専門家であることから、準備書面を作成する前の相談はもとより、作成した準備書面の内容等についても助言を得ること。また、準備書面の医学的説明に係る記述内容等については、労災医員から助言を得ること。

(ウ) 医学意見書の作成における労災医員の活用

労災医員に医学意見書の作成を依頼することはもとより、労災医員の紹介等により新たな専門医を確保するなど、医学意見書の作成に当たって労災医員を十分に活用すること。

(エ) 敗訴判決の検討における活用

敗訴判決を受けた場合における判決内容の検討に当たっては、法務専門員及び労災医員の意見を十分に聴取すること。また、控訴する場合には、控訴理由書の作成、新たな医学意見書の作成等について十分な協力を得ること。

カ 法務局との連携

行政事件は、法務局の指揮に基づき、具体的に訴訟を迫行するものであることから、提訴された場合には、早い段階から法務当局と連携を密にし、問題意識の共有を図る必要がある。

(ア) 提訴段階における法務局部付検事及び選任弁護士に対する説明

法務局部付検事及び選任弁護士に対しては、提訴事件における応訴方針等について当室と協議した後、直ちに訴訟追行に係る問題点、問題点への対応

通達：当面の訴訟追行に当たって留意すべき事項

策、主張・立証の方向性等について十分に説明するとともに、行政庁が判断の根拠としている関係法令、認定基準等の関係通達及び医学的知見である専門検討会報告書の内容等について、関係資料等をもって説明し、十分な理解を求めること。

(イ) 関係資料等情報の提供

法務局部付検事及び選任弁護士に対しては、脳・心臓疾患の認定基準、精神障害等の判断指針における専門検討会報告書はもとより、訟務資料、医学的主張・医学文献集等の関係資料について手交し、説明するなど、十分な情報の提供に努めること。

(ウ) 勉強会等の実施

特に当該事件の対象疾患に係る発症機序、基礎疾患、危険因子等医学的事項については、十分に理解を深めることが極めて重要である。よって、医学意見書を依頼している医師等医学専門家からレクチャーを受ける場を設けるなど、必要に応じて勉強会等を実施すること。

キ 監督担当部署等との連携

提訴段階において、原処分事実認定、特に労働時間に関し精査を必要とする事案、あるいは労働者性を争点としている事案等については、監督担当部署から過去の監督歴の情報、労働者性の考え方、解釈等の見解を得るなど、訴訟追行において監督担当部署と十分な連携を図ること。また、医学意見書の確保、医学文献の入手等に当たっては、安全衛生担当部署が有する大学、あるいは医療機関、関係団体等の情報等を十分に活用すること。

ク 判決対応

(ア) 判決前の対応

敗訴の可能性を否定し得ない事案については、判決予定日が確定した段階から、改めて当該事件に係るすべての関係証拠を検証し、想定される判決の事実認定、評価等を整理した上で、控訴の可能性について十分に検討しておくこと。

検討の結果、控訴の可能性があると判断される場合には、控訴審における主張・立証め方向性、新たな供述、医学意見の確保等控訴審に向けた具体的な準備事項等についてあらかじめまとめておくこと。

(イ) 判決時及び判決確定時の対応

当該事件の影響度、報道機関の関心度に応じ、労災補償課長は、労災補償課内はもとより、労働基準部内における報道機関からの取材対応に係る態勢について事前に準備を整えるとともに、取材時において、担当職員を指揮し、適切に対応すること。

なお、判決確定後労災保険給付の支給決定を行う場合にあっては、給付基礎日額を算定するため、必

要に応じ事前に監督担当部署とも協議し、迅速に支給手続に移行できるよう準備を整えておくこと。

別紙

最高裁判平成18年3月3日第二小法廷判決
(判例時報1928号149ページ・バレーボール事件)

1 事案の概要

本件被災労働者Aは、町の教育委員会の職員で、同委員会共催のバレーボール大会に公務として参加した際に、急性心筋こうそくを発症して死亡した。被災労働者Aは、死亡当時44歳であったが、36歳の時に心筋こうそくの診断を受け、その後約2年間、心臓の冠動脈の病変のため、休職、入院や手術を繰り返していた。しかしながら、それ以降の約5年間は、力仕事を避けていたものの通常の勤務をしていた。

上記の死亡について、本件被災労働者Aの子が地方公務員災害補償法に基づいて遺族補償の請求をしたが、業務起因性が否定されて公務外認定がされたことから、その取消しを求めたのが本件事案である。

2 判決要旨

本判決は、本件被災労働者Aが、急性心筋こうそくを発症する前の約5年間は通常の勤務をし、狭心症症状等を起こした記録がなかったことなどに照らすと、「本件においては、Aの心臓疾患は、確たる発症因子がなくてもその自然の経過により心筋こうそくを発症させる寸前にまでは増悪していなかったと認める余地があるというべきである。」と判示した。

一方、バレーボールのスパイク等の運動強度は、通常歩行の数倍に達し、「その一時的な運動強度は相当高いものであるというのであるから、他に心筋こうそくの確たる発症因子のあったことがうかがわれない本件においては、バレーボールの試合に出場したことによる身体的負荷は、Aの心臓疾患をその自然の経過を超えて増悪させる要因となり得たものというべきである。」と判示した。

その上で、本判決は、「そうすると、Aの心臓疾患が、確たる発症因子がなくてもその自然の経過により心筋こうそくを発症させる寸前にまでは増悪していなかったと認められる場合には、Aはバレーボールの試合に出場したことにより心臓疾患をその自然の経過を超えて増悪させ心筋こうそくを発症して死亡したものとみるのが相当であって、Aの死亡の原因となった心筋こうそくの発症とバレーボールの試合に出場したこととの間に相当因果関係の存在を肯定することができることになるのである。」と判示し、原判決を破棄し、本件を原審に差し戻した。
(参考：平成19年12月26日 福岡高裁差戻し審判決地公災側敗訴確定)



…神障害関係訴訟事件判決の判断枠組み等…(よとめ)

平成 20 年 1 月 31 日現在

事 件	ストレス脆弱性理論の評価	業務起因性の判断	危険性の判断基準	判断指針の評価・当てはめ	業務外・個体側要因
1. 豊田署長事件 <確定> 名古屋高裁 H15.7.8 判決 敗訴 名古屋地裁 H13.6.18 判決 敗訴	合理的であるとしている。	うつ病の発症・増悪との間の相当因果関係	本人が置かれた立場や状況を充分斟酌して出来事のもつ意味合いを把握した上で、ストレスの強度を客観的に見地から評価	一定の合理性があることが認められるものの、この基準のみをもって判断するのが相当であるとまではいえない。	・業務外の要因はさほど強度ではない。 ・うつ病親和的性格
2. 三田署長事件 <確定> 最高裁 H19.10.9 決定 東京高裁 H16.9.30 判決 勝訴 東京地裁 H15.2.12 判決 勝訴	広く受け入れられているとしている。	精神障害の発症との業務起因性のみならず、業務外の原因により発症した精神障害の発症後の増悪についても業務起因性を認めるもの。	社会通念上、客観的にみて	判断指針に照らしても、業務起因性は認められない。	・業務外要因は認められない。 ・うつ病親和的性格
3. 土浦署長事件 <確定> 水戸地裁 H17.2.22 判決 敗訴	説示なし。	精神疾患の発症との間の相当因果関係	新人外科医として	判断指針の見解に沿って検討	・業務外要因は認められない。 ・メラニコリー親和型性格
4. 帯広署長事件 <確定> 釧路地裁 H17.5.24 判決 勝訴	説示なし。	精神障害の発症との間の相当因果関係	社会通念上客観的にみて	判断指針の心理的負担評価表に当てはめている。	・業務外要因、個体側要因認められない。
5. 玉野署長事件 <確定> 岡山地裁 H17.7.12 判決 敗訴	合理的であると認められる。	うつ病の発症・増悪との間の相当因果関係	本人が置かれた立場や状況を充分斟酌して出来事のもつ意味合いを把握した上で、ストレスの強度を客観的に見地から評価	合理性があることは否定できないが、幅のある判断をなすべき	・業務外要因は認められない。 ・2回のうつ病既往症 ・メラニコリー親和型性格
6. 八女署長事件 <確定> 福岡高裁 H19.5.7 判決 敗訴 福岡地裁 H18.4.12 判決 敗訴	説示なし。	精神障害との発症・増悪との間の相当因果関係	同種労働者、すなわち職場、職種、年齢及び経験等が類似する者で、通常業務を遂行できる者を基準として	一定の合理性があることが認められるが、精神障害の業務起因性を判断するための資料の一つにすぎない。	・業務外の要因は認められない。 ・過剰な反応という個体側要因があったとは認めることはできない。
7. 名古屋南署長事件 <確定> 名古屋高裁 H19.10.31 判決 敗訴 名古屋地裁 H18.5.17 判決 敗訴	合理的であると認められる。	精神疾患の発症との間の相当因果関係	何らかの要因を有しながらも、特段の職務の軽減を要せず、当該労働者と同種の業務に従事し遂行することができる程度の心身の健康状態を有する労働者を基準として	一定の合理性があるものの、現在において未だ十全なものとはいえない。 判断指針の見解に沿って検討している。	・業務外の要因は認められない。 うつ病親和的性格
事 件	ストレス脆弱性理論の評価	業務起因性の判断	危険性の判断基準	判断指針の評価・当てはめ	業務外・個体側要因
8. 加古川署長事件 <確定> 東京地裁 H18.9.4 判決 敗訴	広く受け入れられていると認められている。	精神障害の発症との間の相当因果関係	通常の人なら	説示なし。	・業務外、個体側要因は認められない。
9. 真田署長事件 <確定> 東京地裁 H18.11.27 判決 敗訴	広く受け入れられていると認められている。	精神障害の発症との間の相当因果関係	入社後6か月にして初めて担当の取引先を与えられた平均的な営業担当者を基準として	判断指針に照らしても、強度もとするのが相当。	・業務外、個体側要因は認められない。
10. さいたま署長事件 <上告中> 東京高裁 H19.10.11 判決 勝訴 さいたま地裁 H18.11.29 判決 敗訴	合理的であると認められる。	精神疾患の発症との業務起因性のみならず、業務外の原因により発症した精神障害の発症後の増悪についても業務起因性を認めるもの。	平均的労働者、すなわち、何らかの要因を有しながらも、当該労働者と性のみならず、業務外の原因により発症した精神障害の発症後の増悪についても業務起因性を認めるもの。	原判決では「指針は、精神障害の業務起因性を判断するための資料の一つに過ぎない。」旨の説示があったが、高裁判決では削除。	・排取引の失敗が発症の原因 ・トラブル対応の不適応等は、被災者の脆弱性・反応性を示す事情
11. 札幌東署長事件 <確定> 札幌高裁 H19.10.19 判決 勝訴 札幌地裁 H19.3.14 判決 勝訴	広く受け入れられている。	精神障害の発症との業務起因性のみならず、業務外の原因により発症した精神障害の発症後の増悪についても業務起因性を認めるもの。	通常人を基準として	判断指針に照らしても、業務起因性は認められない。	・業務外、個体側要因は認められない。
12. 新宿署長事件 <確定> 東京地裁 H19.3.14 判決 敗訴	「ストレス脆弱性」理論によるのが相当。	精神障害の発症・増悪との間の相当因果関係	個々の労働者が置かれた個別的・具体的状況を前提としつつ、社会通念に照らして	判断指針の心理的負担評価表に当てはめている。	・業務外要因は強度 1 程度。 ・被災者の個体側要因として問題となる性格傾向の脆弱性は、有力な原因になったものとは認め難い。
13. 大阪西署長事件 <控訴中> 大阪地裁 H19.5.23 判決 勝訴	広く受け入れられている。	精神障害の発症との間の相当因果関係	客観的にみて、通常の勤務に就くことが期待されている平均的な労働者を基準にして	判断指針の見解に沿って検討している。	・業務外要因は特に認められない ・身体表現性障害ないし神経症の既往症あり
14. 八王子署長事件 <確定> 東京地裁 H19.5.24 判決 敗訴	広く支持されていると認められている。	精神疾患の発症・増悪との間の相当因果関係	通常の勤務に就くことが期待されている平均的な労働者を基準として	判断指針に照らしても、業務起因性は認められる。	業務外、個体側要因は認められない。
15. 福岡中央署長事件 <確定> 福岡地裁 H19.6.27 判決 敗訴	広く受け入れられている。	精神障害の発症との間の相当因果関係	当該労働者と同種の労働者、すなわち職場、職種、年齢及び経験等が類似する者で、通常業務を遂行できる者を基準として	一定の合理性があると認められるものの、精神障害を判断するための資料の一つに止まる。	業務外、個体側要因は認められない。

通達：当面の訴訟追行に当たって留意すべき事項

事 件	ストレス脆弱性理論の評価	業務起因性の判断	危険性の判断基準	判断指針の評価・当てはめ	業務外・個体側要因
16. 相生署長事件 <確定> 神戸地裁 H19.10.2 判決 勝訴	この理論も、現在のところ、一般論を提示できるにとどまる。	精神障害(発症)との間の相当因果関係	客観的にみて	判断の枠組みには、相応の医学的根拠があるものとして尊重すべきである。	・配偶者の健康問題等業務外の強い心理的負荷が大きな原因となっている疑いがぬぐえない ・個体側要因は認められない。
17. 静岡署長事件 <確定> 東京地裁 H19.10.15 判決 敗訴	広く受け入れられていると認められている。	精神障害の発症との間の相当因果関係	一般人を基準として、社会通念上、客観的にみて、	判断指針の心理的負荷評価表に当てはめている。	業務外、個体側要因は認められない。
18. 奈良署長事件 <確定> 大阪地裁 H19.11.12 判決 敗訴	広く受け入れられていると認められる。	精神障害の発症との間の相当因果関係	社会通念上、客観的にみて	判断指針によっても、「強」であったといえることができる。	業務外、個体側要因は認められない。
19. 札幌中央署長事件<控訴中> 札幌地裁 H19.11.30 判決 敗訴	有力な知見といえ、不合理であると認められる証拠もない。	繰り返す精神障害の発症についての業務起因性		業務上の精神障害が治癒した後、再び精神障害が発症した場合について、業務起因性を判断する判断指針の手法は、合理的とはいえない。	業務外、個体側要因は認められない。
20. 札幌東署長事件 <確定> 札幌地裁 H19.12.14 判決 勝訴	有力な知見といえ、不合理であると認められる証拠もない。	精神疾患の発症・増悪との間の相当因果関係	同種労働者の中でその性格傾向が最も脆弱な者(ただし、同種労働者の性格傾向の多様性として通常想定される範囲の者)を指す	一定の合理性があるといえる。	個体側要因が認められる。
21. 中央署長事件 <確定> 東京地裁 H20.1.17 判決 敗訴	広く支持されていると認められる。	精神障害の発症との間の相当因果関係	平均的労働者を基準として、	合理性を有するものとして参考となる。	業務外、個体側要因は認められない。
22. 名古屋署長事件 <確定> 東京地裁 H20.1.21 判決 勝訴	広く支持されていると認められる。	精神疾患の発症・増悪との間の相当因果関係	社会通念上、客観的にみて	判断指針の見解に沿って検討している。	業務外、個体側要因は認められない。

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。

「情報公開推進局ウェブサイト：<http://www.joshrc.org/~open/>」では、ここでしか見られない情報を掲載しているほか、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

安全
センター
情報

セン

10月1日から標準病名マスターに MEDIS-DC●化学物質過敏症が登録

6月12日付け毎日新聞に「「化学物質過敏症」に健保 10月から病名登録 70万人救済に道」という記事が掲載されました。

内容のあらましは、

“電子カルテシステムや電子化診療報酬請求書（レセプト）で使われる病名リストに、「化学物質過敏症（CS）」が新たに登録されることが11日分かった。10月1日付で厚生労働省と経済産業省の外郭団体・財団法人医療情報システム開発センター（MEDIS-DC、東京都文京区）が改訂を予定している。国が公式にCSの存在を認めるのは初めて。健康保険で扱われる病名はこのリストに連動しており、改訂されれば、自己負担が原則だったCS治療に健保が適用されるため、推定約70万人とされる患者救済の大きな一歩となる。”

というものです。

このニュースの背景と意味について、解説します。

■病名リストに収載決定の経緯

これまで、患者団体や支援団体は長い間、化学物質過敏症を病名として正式に認めてほしいと要望し続けてきました。

本年5月12日、患者団体のシックハウス連絡会（代表 市川信

子さん）の呼びかけで、当会を含む5団体が厚生労働省と話し合いを持ちました。その際、「化学物質過敏症を保険適用病名と指定し認めてほしい」という要望に対して、厚労省は「それでは、標準病名マスターに追加要望を医療情報システム開発センターのウェブサイトから出してほしい」と言いました。これまで、何度も要望してきましたが、そのような方法があることを教えてはくれませんでした。

それを聞いて、シックハウス連絡会等が要望を書き込んだところ、6月1日に「検討の結果、化学物質過敏症を、次回10/1リリースのバージョン2.81で採択予定になりました」との回答が送られてきました。

■標準病名マスターとは何か

標準病名マスターとは、“ICD 10対応電子カルテ用標準病名マスター”のことで、ICD10という国際的な疾病分類に応じて日本で作られている病名分類です。

ICDとは、「疾病及び関連保健問題の国際統計分類：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems」のことであり、ICD-10はその10回目の修

正版です。疾病/死因の国際的な統計を目的としてWHOが定めた分類で22章からなっており、これをもとに各国がそれぞれ展開することになっており、日本では標準病名マスターが当てられています。（詳しくは当会の下記ウェブページ（シックスクールとCS/海外MCS）『WHO ICD-10 1999 第2.2.4項：広く行きわたった不特定の労働関連疾病』参照のこと。）

“シックハウス症候群”は2002年に標準病名マスターに病名が登録されましたが、病名検索をすると、病名管理番号20084310、ICD10コード T529など并表示されます。“化学物質過敏症”も、10月1日公表の改定で、このような番号、コードが振り当てられることになります。

標準病名マスターの改定は年4回行われ、6月1日更新のバージョン2.80では、56病名の追加・4病名削除などの変更があり、病名総数は86,607などとなっています。改定を検討するのは、傷病名マスター作業委員会・標準病名マスター作業班で、2007年度の委員数は17人（厚労省からの依頼を受けて日本医学会が監修）。同マスターのウェブサイトのFAQ欄には、「原則毎月要望のあった病名について収載の可否を検討している。判断の難しいケースでは、各学会に意見を求めている」と記載されています。

<http://www2.medis.or.jp/stdcd/byomei/index.html>

■国際的にはどうか

『ICD-10の第2.2.4項：広く行きたった不特定の労働関連疾病』には、当会ウェブページで紹介したとおり、化学物質過敏症に関連する以下の文言が載っています。

“新たな未確定の労働関連健康問題が生じている。そのような状態は通常、様々な症状と疾病が混ざっている（例えば、シックビルディング症候群、多種化学物質過敏症、電気的アレルギー/sick-building syndrome, multiple chemical sensitivity, electricity allergy）。よく定義された診断基準を設定し、病因を結論付けるための十分な経験と知識を得るまでには時間がかかる。それにも関わらず、そのような新たな問題を特定し、とにかく分類することは、監視とその他の目的のために非常に重要である。ICD-10の一般原則によれば、観察される最も重大な疾病又は症状を一次的診断として、観察される他のすべての疾病又は症状を二次的診断として、コード化するよう試みるべきである”。

つまり、シックビルディング症候群（日本ではシックハウス症候群）、多種化学物質過敏症（MCS 日本では化学物質過敏症と呼ばれることが多い）、電気的アレルギー（日本では電磁波過敏症）などの新たな疾病が出てきているから、それらについても分類してコードを与えなさい、そのことが重要ですよと言っているのです。

日本では2002年に、シックハウス症候群が分類されてコードがつけられましたが、化学物質過

敏症については、われわれの度重なる要望にも関わらず、コードが与えられてきませんでした。

ドイツでは、ICD-10のドイツ版であるICD-10GMにおいて、MCSは2000年に、コードT78.4（第19章 損傷、中毒およびその他の外因の影響－有害作用、他に分類されないもの－外因のその他及び詳細不明の作用－アレルギー、詳細不明）に登録されています。しかし、障害ガイドラインの中に身体表現性障害（心身障害）であるとの表現があったために、患者さんたちはこれまで苦しんできましたが、2008年11月に削除されることが決まったことです。（当会ウェブサイト/シックススクールとCS/海外MCSを参照のこと）

■保険適用されるようになるか

毎日新聞の記事見出しでは、“「化学物質過敏症」に健保”とあり、これまで健康保険が一部しか利かなくて高額であった化学物質過敏症の診療に、健康保険が利くようになると理解する読者がほとんどだと思います。

そこで、厚労省に確認したところ、厚労省はこれまでとおり、「保険は診療行為に対して適用されるもので、病名に対して適用されるものではない。これまでも、マスターに載っていない病名を書いてよかった」と繰り返しましたが、何かメリットはないのかとの質問に、「保険請求の際に、マスターに載っている病名やコードを正式に書ける」と言うにとどまりました。

厚労省の公式な見解は以上のようなものですが、2002年にシックハウス症候群が収載された後、一部診療に保険が利くようになったとのことですので、実際には保険が利く診療行為が徐々に増えることは期待できそうです。

■病名マスター収載の意義は

保険適用についての効果は未だはつきりしませんが、化学物質過敏症が病名収載されることが及ぼすその他の意義について考えてみたいと思います。

まず、これまで「いわゆる化学物質過敏症」などと「いわゆる」付きで公的文書等に書かれてきましたが、収載後は正式な病名になるので、「いわゆる」は付かなくなるはずです。

本年1月に出された「シックハウス症候群に対する相談とマニュアル」（ピコ通信127号、126号参照）でも、「いわゆる化学物質過敏症」と呼んで、その存在そのものに疑問符をつける扱いでした。今後は「シックハウス症候群に対する相談とマニュアル」と同様に、「化学物質過敏症に対する相談とマニュアル」を作成してもらう、これまでは厚労省科研費による研究はおしなべてシックハウス症候群名でしたが、これからは化学物質過敏症名の研究も進めてもらう、シックハウス症候群患者に限られていた公営住宅への避難入居についても求めていく等々、可能性は広がることが考えられます。

何と言っても、家族や地域社

会、職場などで、「気のせい」と言われ続けてきた患者さんたちにとって、正式な病名がある病気なのですから、胸を張って理解や対策を求めることが可能になります。

ともかく、化学物質過敏症対策前進への足がかりになる、大きな一歩であることは間違いないありません。



安間節子
化学物質問題研究会
『ピコ通信』第130号から転載
※10月31日に東京・ECOとしま
(豊島区生活産業プラザ)8F
多目的ホールで、病名登録を
記念し今後の展望を探るシン
ポジウムも開催される予定。
<http://www.ne.jp/asahi/kagaku/pico/>

「銀だこ」店長のうつ病認定 神奈川●典型的な名ばかり管理職

たこ焼きチェーン店「銀だこ」の店長をしていたHさんの「うつ病」について、横浜南労働基準監督署が業務上と認定した。経過と業務上決定の理由、会社とのやりとり等について報告する。

発症までの経過

2003年4月、Hさんは、銀だこを経営するホットランドに入社した。店によって若干異なるが、だいたい朝10時に開店し、夜21時に閉店する。はじめの半年間は見習いだったが、その後、副店長となり、2004年3月には店長として働くようになった。店長は当然開店前に出社するし、閉店後の片づけや事務作業などを終えてから帰宅することになる。事実上、労働時間は管理されており、労務管理上の権限は限られている。役職手当があるものの、残業代は全くつかない。典型的

な「名ばかり管理職」だ。

「優れた」店長だったHさんは、リニューアル・オープンする店や新店舗など、次から次へと大変な店に配属される。休日もきちんと取れない状況で、朝起きあがるものつらい状態になったため、2005年1月に退社する。

インターネットなどで調べるうちに、どうも「うつ病」の症状だと考えて、クリニックを受診。やはり「うつ状態」と診断され、しばらく通院する。このときは、まもなく良くなった。

2005年7月、ホットランドに再就職。試用期間中であるにもかかわらず、11月には店長になる。2006年6月には、横浜市内のL店の店長となった。ホットランドはタコ焼き専門店を展開するチェーン店であるが、たこ焼き以外の商品も同時に販売することを企画し、路面店で目立つなど

の理由から、L店に白羽の矢が立った。Hさんは、人手不足を理由に反対したが、「名ばかり店長」の意見は尊重されなかった。改装中の2007年7月は他の店舗を手伝い、8月10日のリニューアル・オープン直前に2日間休みが取れたが、オープン後1か月間は1日しか休めない状態。しかも深夜までの長時間勤務が続いた。

このころから、眠れないなどの症状が出ていた。春の健康診断で、消化器系の病気の精密検査を勧められており、9月初めに入院することになった。幸い、消化器には問題はなかったが、退院後も眠れない、朝はどうしても起きられない、出勤できない状態になる。10月に「うつ病」の診断を受け、現在も休業を余儀なくされている。

残業代を支払わせる

2008年1月、マクドナルドの名ばかり店長に残業代支払いを命じる判決が言い渡された。それをみてHさんは、自分も同じであると確信を深め、2月に会社に残業代支払いと、労災申請の協力を求める文書を送付した。会社とは話し合いを2回行ったところ、残業代については全くのゼロ回答。あくまでも管理職であるので払わないとのことであった。

個人の力量に限界があると考えたHさんは、インターネットなどで調べて、神奈川労災職業病センターに相談をした。あわせて、横浜南労働基準監督署に労働基準法違反で申告もした。

Hさんが名ばかり管理職であ

ることは間違いないのだが、実際の労働時間のことは労災の業務上外にも影響が大きいので、よこはまシティユニオンに加入して、会社に資料などを求めることにした。

会社は、労災請求については全面的に協力するとしたものの、残業代については、労働基準監督署の是正勧告が出たにもかかわらず、あくまでも解決金として支払うのならよいという回答に固執した。確かに厳密な記録は存在しないのだが、少なくともHさんが就労時に作成した「出退勤明細レポート」で明らかな労働時間は労使で合意できたので、その分を賃金として、残りを解決金という形で支払うことで合意に達した。

うつ病の労災認定

2009年2月、「うつ病」について業務上と決定された。その理由については、個人情報保護法による開示請求で確認した。やはり、新装開店による「仕事の量や質の変化」(心理的負荷の強度は「Ⅱ」)に加えて、その後も深夜に及ぶ月100時間を超える長時間労働が続いたことが「とくに過重」と評価されて、総合評価が「強」となった。ちなみに2005年の「うつ状態」については、まもなく復帰し、通常に就労しているので「寛解していた」と判断された。

ユニオンは、団体交渉で、職業病についての損害賠償請求をしている。会社は、100%業務が原因とは考えられない、予見可能性がなかったなどの理由で

謝罪も拒んでいる。

Hさんの体調に配慮しながらも、きちんとした解決に向けて取

り組みを強化したい。

(神奈川労災職業病センター)



サブコンの過酷な労働実態 神奈川●脳内出血業務上と認める判決

裁判官らが現われて座り、判決を読む。「被告…」から始まった。勝訴だ。思わずガッツポーズをする。ふと後ろを見ると、顔見知りの労働局の職員が残念そうにうつむくのが見えた。

2月26日、横浜地方裁判所は、河野さんの脳出血について、相模原労働基準監督署の労災不支給処分を取り消して、業務上の判決を言い渡した。そして国は控訴を断念し、判決が確定した。労災相談の仕事を始めて20年近いが、今までで「最もうれしい」瞬間であった。

河野さんの相談は、通院していた病院のケースワーカーの、「こういうのは労災にならないのですか」という素朴な疑問に始まる。実は、その前にお連れ合いは一度監督署に相談したが、「請負はダメですよ」と言われ、申請を断念しかけた。私自身は、「ぜひ相談にきてください」と伝えた。そして、お連れ合いのお話を聞けば聞くほど、「絶対に労災だ。労災にしなければ」と決意した。しかしながら、力不足で結局、裁判になった。相談に来られた頃は小学校1年生だった娘さんは、

すでに中学2年生。「最もうれしい」けれども、それは実は「最もくやしい」経過にも原因がある。

「こんなのは絶対に労災ですよ」、「労働基準監督署の計算なんていいかげんだ」としか言わない私とは異なり、弁護士として、一人で労働基準監督署の職員らよりもはるかに緻密に労働時間を計算し、きちんと証拠を積み上げて勝利判決を勝ち取った代理人の小宮弁護士に報告をお願いした。なお、会社に対しても、小宮弁護士のご協力で損害賠償請求を行う予定である。

(神奈川労災職業病センター
川本浩之)

河野さんは、業務用電化製品の訪問修理・メンテナンス業務に従事するサブカスタマエンジニア(サブコン)として、会社の人件費削減のため、社員としてではなく、会社との間で「業務委託契約」を結ばされていました。サブコンは、顧客に対する迅速な対応の名の下、担当地域ごとに一人ずつ24時間拘束され働いていました。会社は、サブコンを専属的に働かせながらも社員とし

ては処遇していませんでしたので、完全歩合制で、労働時間管理は一切行わず、健康診断も受けさせず、経済面でも健康面でもサブコンの「自己責任」は徹底されていました。

河野さんは1995年に入社して7年目の2001年、過労のため脳内出血で倒れ(当時55歳)、以降、半身麻痺等の後遺症が残って働けない状態にあります。

本事案では、労働時間の管理・記録が全くない場合に、実労働時間をどうみるかという問題がありました。本件のような形式上「業務委託」とされていた場合のほか、「請負」とされている場合や、非正規社員、正社員の場合でも労働時間管理が全く行われていない同様の事案は多くあります。

本件では幸い、修理日報等の資料が残っていましたので、労基署もそれを利用して河野さんの実労働時間の再現を試みたわけですが、労基署の調査・推計結果は、それ相当の手間をかけた計算作業を経た割には、不当に短く算出された「修理所要時間」「移動所要時間」「事務作業所要時間」の機械的な「足し算」のみにとどまり、繁忙期の平日において午後早い時間に終業・帰宅となるといような不自然極まりない自らの推計結果を何ら見直すこともありませんでした。労基署には、休日まろくにとれず24時間拘束で働かされていたサブコンの労働実態への理解が欠如していたと言わざるをえません。

本判決は、労基署が出した推

計結果へ「上積み」して河野さんの実労働時間を算出するにあたり、労基署が全く考慮していなかった日々の各作業時間を算入し、その結果、発症前3か月で月130時間、6か月平均月108時間の時間外労働があったと認定しました。そして裁判所の推計結果によれば、河野さんの終業・帰宅時間(妻の証言)ともおおむね符合する上、実際は推計以上の実労働時間があったものとうかがわれる、としました。裁判所がかかる判断に至った前提としては、河野さんの家族および元同僚のサブコンの人たちが口をそろえて日々訪問修理に追われるサブコンの過酷な労働実態を証言したことから、裁判所も、労基署の推計は過小すぎ、河野さんの労働実態を反映していないものとみたのだと思います。

この点、労基署の調査においても、河野さんの家族や同僚サブコンの聴取書などを見れば、労基署推計結果の見直しをはかるとともに河野さんの業務過重性を評価することも十分可能であって、労災支給決定できたのではないかと思うと、被災から本判決までうかがわれる8年も待たされた河野さんと家族のみなさんの苦労や不安を思い、悔しさは未だ薄れません。

労災支給の有無だけでその人の人生の幸せが決定されるとは考えたくない反面、やはり労災支給の有無で本人と家族の人生が大きく左右されるのは紛れもない事実です。労基署には、一人の労働者の人生の重さ、そし

て責任の重さを感じてほしいと強く思った事件です。

(神奈川総合法律事務所
弁護士 小宮鈴子)

＜家族の証言より抜粋＞

三洋でサブコンとして働くようになってから、夫の生活は激変しました。

係長の下での研修を終え、一人で現場を回るようになってから、夫は5キロ以上やせました。そのころ家族写真を見た友人が、げっそりとやせた夫の外見に、「だんなさん、大丈夫なの?」とひどく驚いて心配されたことをよく覚えています。

しかし、仕事の帰りが遅い、休日が少ないというのも、大変なのはこの最初の時期だけで、この仕事に慣れればもう少しラクに仕事を回して行けるのだろうと、夫も私も思っていました。

ところが、夫がサブコンの仕事自体にやっと慣れてきた頃、会社は「24時間体制」を売りにするようになり、サブコン二人でペアを組んで相手が休みの日には自分の担当エリアのほか相手の担当地域もフォローするという体制を組むようになってから、夫の忙しさは加速していきました。

毎日、仕事に追われてあちこち訪問するようになり、「完了率」(完了するまでの訪問回数でみた率)は悪くなる一方で、忙しくなった分、売り上げ(収入)が上がるとはいいいがたい状況でした。「忙しくなるばかりで割に合わない…」と夫はよく言っていました。

サブコンの仕事の大変さにつ

いては、その仕事の内容なども含めて、夫が倒れる前より夫から話を聞いていましたので、家族としてもその苦労を理解し、協力しているつもりでした。また、現実には、夫が朝早くから起きて、出社前から伝票整理などの事務作業に取りかかり、決まった時間に出社して、帰宅時間も遅かったということは妻である私自身よくわかっています。

夫が帰宅するのは、倒れる前のいわゆる繁忙期には、深夜作業に行っている日をのぞき、21～23時頃でした。日によってばらつきはありましたが、倒れた年の7月中の帰宅は22～23時になることが多く、8月に入っても相変わらずで23時頃になるのも珍しくありませんでした。夫が「今年は家族旅行には行けない」「9月は休みがとれないから協力してほしい」と言うのもっともだと思わざるを得ないような状況で、家族としては協力したいと思いつつ夫の健康が心配になりました。

帰宅時の夫は、仕事で疲れ果ててくたくたになっていました。家の玄関を開けた瞬間、体中の緊張が一気にほどけたようになっている様子がよくわかりました。サブコンの仕事はそれ自体、肉体労働ですし、対面や電話で直接お客さんとやりとりするサービス業の側面もあります。また、帰宅するまでの運転業務による緊張と肉体的負担もあったと思います。

夫は、用意してあった夕飯もそこそこに、また、お風呂に入る元気もなく、顔と手足だけ洗って布

団に倒れこんで就寝してしまうこともよくありました。

サブコンは、お客さんと直接、接する仕事ですので、作業着のジャケットの下にはYシャツ（夏場はTシャツ）、ネクタイ（夏場以外）を着用しているのですが、シャツに汗染みができることなどは当たり前で、夏場はTシャツの背中のところには汗で塩がふいている状態でした。屋外での作業や移動中の長時間運転もあるからなのでしょう、本人の顔も鼻から額にかけてひどく日焼けしていて、腕や首もTシャツの形にくっきり焼けていました。

夫が倒れた当時、会社は24時間体制をとっていて、また深夜作業が当番制ではなく、あくまでもその地域担当の者が行くということになっていましたので、各サブコンが24時間、常に待機状態にありました。本社や客先から急遽、連絡が入ったような場合には、その日の帰宅・就寝後であろうとも起きて出かけて行きました。そして帰宅が午前3～5時になろうとも、翌朝は通常通り出勤し、普段通りの仕事をこなしていました。いつ、仕事に呼ばれるかわ

からない状態に常に置かれているというのは、たとえ自宅に帰っていても、布団の中に入っている、心から休める状態ではなかったと思います。実際、夫は、「何時までやればよい、という仕事のシメがないのがきつい」とよくこぼしていました。

前の会社に勤めていたときは毎年、健康診断も受けていましたし、有休もとれましたが、三洋に入ってからサブコンという立場上、しんどいからといって仕事を断ったり休んだりできる立場にはありませんでした。社員の方であれば、営業所は土日は閉めていましたし（サブコンの人たちは鍵を開けて入っていました）、夜間対応なども本社のほうのセンターがやっていたので、その間は休めたかと思いますが、サブコンは会社の24時間体制、年中無休に対応するために働いていた状態でした。

過酷な労働で倒れた夫について労災と認めてもらうことは、夫が一生懸命仕事をしてきたのを近くで見て知っている家族の何よりの心からの願いで



特別加入による補償額激減

岡山●処分取消求め行政訴訟を提起

労災保険制度は、労働者が病気や怪我に遭った時に被る損失を補填するために設けられ

たもので、労働者は強制加入となっている。また、労働者でなくとも、零細企業の社長や一人親

方などについても、任意加入で労災保険に特別に加入することができるようになっていいる。その保険料は、給付基礎日額にに応じ定められている。

Aさん(倉敷市)の遺族は、2007年4月、石綿による肺がんであると労災認定されたものの、労災保険に特別加入していたがために、未加入よりも低額の支給額が決定された。そこで、国を相手に現行法制度の矛盾の解消を訴え、支給額に関する決定処分取り消しを求め、6月23日、岡山地裁に提訴した。

Aさん(倉敷市)は、1955年から1977年まで約21年間、山陽断熱において石綿を用いた保温断熱工事に従事し、その後、1977年に保温会社を設立し、1996年までの約19年間、事業主として保温断熱工事に従事してきた。Aさんが労災保険の特別加入者であった期間は、その内のわずか5年9か月間だった。

Aさんは、石綿に曝露したことにより、2002年に肺がんと診断され、2003年2月に肺がんによって亡くなられた。当時、66歳だった。山陽断熱において、断熱工事に従事した労働者に労災認定されるなどの被害が広がるなかで、Aさんの遺族(以下、原告)は、2006年12月に倉敷労働基準監督署に労災申請を行い、2007年4月に労災認定された。

しかし、倉敷監督署は、原告への補償額を日額3,500円(遺族補償年金の支給年額は約59万円)と決定したのだった。

特別加入制度と労働者期間

が混在する場合について、明示的な通達がない(例外的にじん肺のみは通達、事務連絡あり)。そのため、石綿による疾病において、石綿肺を発症していなければ、最後に石綿に曝露した事業場の平均賃金が採用されることとなっており、最終曝露職場での保険関係が特別加入であれば、特別加入の給付日額によって給付額が決定されることになる。

そのため、「特別加入していなければ、より高い給付基礎日額になっていたはず」の事案が多数発生し、全国で争いになっているのである。原告の場合も、特別加入していなければ、労働者の期間の平均賃金を基に給付額が決定され、今回の給付額の約2倍になった。

原告は、2007年6月に審査請求を行ったが、審査官は、2007年11月に審査請求を棄却した。しかし、その決定書では、審査官に助言する参与の意見として「現行制度上、本件のような事案の認定を行うに当たり、労働者としての期間を有する事業主等について、特別加入している事業主等と特別加入していない事業主等とで適用される保険関係や給付基礎日額が異なるなど、矛盾が生じることになるため、早急に取り扱いを整備するべきである」と付言し、速やかに新たな通達を出すよう求めた。

その後、原告は、2008年1月に再審査請求を行った。公開審理の場では、「特別加入期間のほう石綿曝露が軽微であった事を示す資料を」と求められ、Aさ

んが使用していたニチアス製品のデータを提出した。しかし、同年12月24日付けで再審査請求は棄却された。そのため、処分の取り消しを求め、今回の訴訟に及んだしだい。

アスベスト被害者の救済のために、2006年3月に石綿新法が制定されたが、原告が労災時効である2008年2月を迎えるのを待ち、特別遺族年金の請求を行っていれば年間で270万円(月22.5万円)の補償を受けることができた。

また、労災保険の給付においては、給付基礎日額の最低保障額が決められおり、算定した給付基礎日額がその額に満たないときは、最低保障額を給付基礎日額として適用になるとされている。Aさんが特別加入していなければ、労働者としての最後の時期の賃金水準をもとに平均賃金が算定される。すると、その額は3,500円をはるかに上回るはず。これではあまりにも不合理である。現行の制度がいかにも矛盾を含んでいるかは、こうした点からも明らかである。

提訴後の会見で原告は、「自分と同じようなケースの人達が大勢いると思うので、不公平なく保険を受け取れるようにしてほしい」と訴えていた。今回の提訴は、労働者の期間を有する事業主の石綿曝露について、現行法制度上の問題点を争うこととなり、同種のケースで泣き寝入りされている方が多くいると思われるなかで、石綿被害者の公平な救済に大きな影響を与える裁判

となる。

早速、第1回期日が9月10日午前10時から岡山地裁で行われる

ことが決定した。ご支援をお願いします。



(ひょうご労働安全衛生センター)

羽根さん 石綿労災裁判意見陳述

愛知●ホンダは因果関係も争う姿勢

本田技研工業の子会社で、自動車修理・整備などの作業に携わりアスベストにばく露したために中皮腫になった、羽根英成さんの損賠賠償裁判の第1回口頭弁論が、5月25日に東京地方裁判所で開かれた。羽根さんは現在、入院治療中なのだが、外出許可を取って、京都から駆けつけ意見陳述した。

本田技研工業は答弁書で、因果関係などすべての論点について争う姿勢である。一日も早い解決を望むアスベスト被害者の思いを踏みにじる許しがたい態度である。次回までに原告側からは出せる証拠はできるだけ提出し、被告も保留している認否を全て行うことを決めて終了した。

アスベストユニオン
書記長 川本浩之

羽根英成さんの意見陳述

絶妙のタイミングと、沢山の方々のお力添えと、奇跡の連続で一命をとりとめ、今、こうしてこのような最高の環境の中で、自分の思いを述べさせて頂けますことを、喜び、感謝申し上げ、生きていて、良かったと思っています。

余命1年と宣告された命を、今なお支え続けて下さっている方々のお力で今の私が存在しているのです、生まれ変わった気持ちで、残された時間をいかに大切に、有意義に社会的にも貢献できるかが今後の課題である、と思っています。

2年前、ある日突然表面化した大変重い病気、それまでは健康だけが取り柄のような自分が全く信じられない思いでした。地元の病院でのレントゲンと、CT検査の結果アスベスト曝露を指摘され、検査するにも手術が必要となるため、条件を満たした150キロ離れた長良医療センターという病院を紹介され、即座に入院し、詳しい検査の結果、願ってもむなく悪性胸膜中皮腫という一種の癌、このまま放置していると余命1年と、家族共々告げられ、大変な衝撃を受けました。そして過去にアスベストを吸った記憶がないか尋ねられました。治療に半年位はかかるが、今なら手術ができ、抗がん剤と特殊な放射線治療の三点セットをすれば、軽作業位なら出来、延命できる可能性があると言われ、

IMRTという特種な放射線治療設備が整い、経験豊富な医師とスタッフが揃った、さらに180キロ離れた京都大学付属病院を紹介されました。家族や周りの方々と相談のうえ、遠く離れていて大変なのを覚悟の上、そこで治療していただくことに決め、本日に至っています。が、今年に入り、再発の疑いがあり、現在入院し、抗がん剤による治療を受けているところです。

この病気はとても長い潜伏期間があり、自覚症状が殆どなく、広がるのが早いため、発見されるのが遅れ、思うような治療ができず数ヶ月の闘病の末、まだまだこれからという年齢なのに無念の思いで亡くなる方を目の当たりにし、悔しく、残念に思い、涙を流してきました。今現在も限定された治療しかできず、短い余命を告げられながら、闘病されている方もいらっしゃいます。手術を受けられても大変大きな手術なので、ダメージも大きく、さらに今後半年におよぶ、辛い抗がん剤治療、放射線治療を何があっても乗り越えなければならない方もみえます。経験しないと解りませんが、悩みをかかえながらの闘病生活は、いずれも本当に不安で、孤独で、辛く、苦しく、命掛けで、克服するのは、本人も家族も支えて下さる方々もすごく辛く、大変なことなのです。

おかげさまで労災が認定されたため、医療費の負担は無く、休業補償という形で補償もいただいています。算定の根拠が19歳当時の給料がベース

となるため、本音を言えば充分とは言えない額です。それより、仕事ができなくなったマイナスは大きく、細かいところでは、家族の介護の際の宿泊費、長距離での交通費等の経済的な負担は大きく、身体が自由が効かないベッドの中で心配は大きなストレスとなりました。出会った方の中には、せっかく労災認定されながら、経済的な理由から治療を拒否された方もみえます。今頃どうしておられるのか、安否が気遣われます。このように長い闘病生活では、経済的な不安が大きいとストレスとなり、治療効果も良い結果が出ないと思います。経済的な安定も大切な要素です。

この病気でホスピスに入院後3日目の4月9日に57歳で亡くなった方は、最後は、「呼吸が苦しくて吸うことができない」「苦しくて諦めた。もういい」と言っていました。最終的にストローで吸うほどしか呼吸ができなくなると、何かに書いてあったのを思い出します。この病気はこれから発症する方が増え、今現在、年に4～5千人の方が亡くなっているらしいのですが、20年後には年に2万5千人の方が亡くなるだろうと、合計で亡くなる方は40万人に達するだろうとの予想もあるほどです。これは、中皮腫に限られた話で、アスベストに起因する肺がんの方は含まれていません。両方合わせると、沢山の方が発病し亡くなれることと思われまふ。アスベスト禍はまだ終わっていません。むしろ、これから始まるというても過言ではありません。

私がこの病気になり何もわからず途方にくれたとき、暖かく手を差し延べて下さった支援団体の方々、弁護士の先生方、アスベスト被害の実態を解明された先人達のお力添えでここまで来ることができました。

加害企業様におかれましては、過去にアスベストを使用し、それを扱わせ人体や環境に悪影響を与えた深刻さや重大さを充分認識していただき、今掲げている、地球に優しい環境問題に取り組まれている理念のもと、

過去の人体や環境に与えた重大な過失を認め、今後増えると予測される被害者のためにも、数点に及ぶお願いをお聞き届け下さり、辛い目に合い、苦しんでいる、被害者の救済に迅速に、誠意をもってご尽力下さいますようお願い申し上げます。

最後に、このように、罪も無いのに苦しんでいる被害者の救済のために、正しい司法のご裁定を切望申し上げ陳述いたします。ありがとうございました。



研修生等の死亡が過去最多

JITCO●外国人研修生・技能実習生

■脳心疾患死が2分の1

この6月、政府の外郭団体である（財）国際研修協力機構（JITCO）は、2008年度中の外国人研修生・技能実習生の死亡者が34名に達し、過去最多となったと発表した。

死亡原因では作業中の事故が5件、最も多いのは脳・心臓疾患で16件で、心筋梗塞や不整脈の心疾患による突然死が二分の一を占めている。JITCOでは、「研修生・技能実習生は大部分20代・30代ですが、この年代の日本人の心臓死の発生割合と正確な比較はできませんが、ほぼ日本人の倍の発生率となっています」とコメントしている。

過去1992年から2008年度ま

での死亡者数の合計が218件もあり、もっとも多い脳・心臓疾患による死亡が全体の3分の1にもなっている。

公表された34名の死亡内容の概要から死亡者の痛ましが伝わってくる。

こうした研修生・実習生の死亡実態について、先日、研修生弁護士連絡会議が厚生労働省に質問書を提出し、どのように国として実態を調査し、指導しているのか回答を求めた。

■JITCO任せでいいのか

6月22日、厚労省能力開発課の担当者と研修生弁護士の関係者との交渉に参加した。厚労省担当者は、「研修・実習先の受入れ機関で不正行為や劣悪な労

各地の便り

働実態があれば、JITCOの相談員が巡回指導を行い、また都道府県の労働局、地域の労働基準監督署が法令違反があれば行政指導を行っている」と回答した。しかし、JITCOには個別の受け入れ事業者に対する強い指導権限はなく、労基署も当事者の相談や申告、労災請求がなければ動かない。

「研修・実習」とは名ばかりで、「時給300円」の最賃以下で働かされ、パスポートの取り上げ、強制貯金、タコ部屋での寮生活を強いられている実態が社会的に明らかになっている。アジア諸国からの研修生・実習生は送り出し国の機関に高額の保証金を支払っており、強制帰国を恐れて権利主張できない状況に置かれている。山梨県甲府市のテクノクリーン事件のように、中国人女性の実習生が待遇改善を要求すれば暴力的に強制帰国させる事件が地方で頻発している。こうした受け入れ事業主が労働安全衛生を遵守し、健康配慮につとめるはずはない。

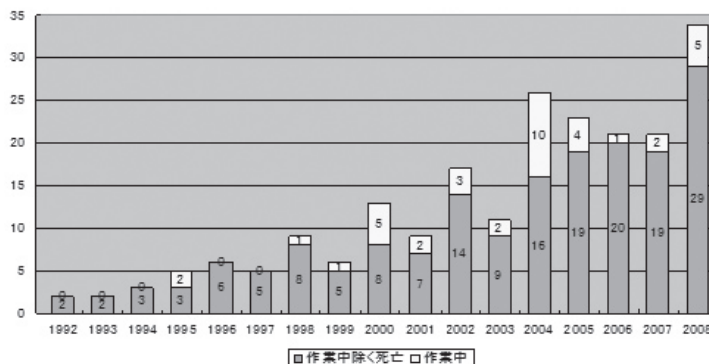
2008年度の研修生・実習生の死亡者が34名で過去最高となったのはこうした実態が背景要因にあることを容易に指摘できるはず。厚労省は対応をJITCO任せにすることは許されない。

「時給300円」でアジアの若者たちを過労死に追い込む研修・実習生制度。まやかしの「国際協力」を何としても廃止しなければならない。



<http://www.jitco.or.jp/>
(東京労働安全衛生センター)

死亡者経年変化



	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	計
死亡全体	2	2	3	5	6	5	9	6	13	9	17	11	26	23	21	21	34	213
作業中	0	0	0	2	0	0	1	1	5	2	3	2	10	4	1	2	5	38
震災・火災											2						1	3
(漁船)							1		4	1	2	1	4	1			1	15
自転車											2	1	5	4	4		3	19
他の交通事故			2	2	1	1		1	2	1	3		1	3		2	1	20
脳・心疾患	1	2			3	1	4	2	5	2	4	3	6	5	7	6	16	67
自殺					1	3	2	1		2	3	2	1	1	2	1	1	20

中国人実習生(20代・男)

事業主にトラクターを運転することを告げずに当日作業場にある畑(借地で家より8km)に向かった。事業主宅と畑の間の道を探したところ、近くの堤防でトラクターが横転し、同実習生がトラクターの下敷きになって死亡していた。

中国人研修生(20代・男)

午前7時20分出勤になっても上段の研修生が起きてこない。その研修生の身体をゆすったところ、呼吸をしておらず、死亡していた。致死的不整脈との診断である(心臓死)。

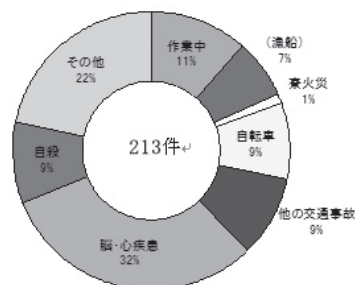
ベトナム人研修生(20代・男)

早朝、激しい頭痛を訴え、企業の担当者が救急車を要請したが救急車の到着前に意識を失い、心臓も停止していた。クモ膜下出血6日後死亡(脳疾患)。

中国人実習生(20代・男)

早朝、漏電により2階事務室より出火、3階が寄宿舎となっていたが、3階に寝ていた実習生等が火災に気づくのが遅れ、避難用縄はしごで非難しようとしたが、地上に着く前に落下し、1名が頭部を強打して死亡、研修生・実習生8名が重軽傷(寮火災事故・労災)。

原因別死亡者数



【▲ JITCO のホームページから】

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.joshrc.org/> <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 サンコーボ豊岡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)251-1174 |
| 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 始良郡加治木町本町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9月号(通巻第364号) 2009年8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
Japan Occupational Safety and Health Resource Center
5F, 7-10-1 Kameido, Koto-ku, Tokyo, Japan
TEL: 3636-3882 Fax +81-3-3636-3881
URL: <http://www.joshrc.org/>

JOSHRC
 情報2009年9月号(通巻第364号) 2009
 1979年12月28日第三種郵便物認可
 0071 東京都江東区亀戸7-10-1Zビル5階 全国労働安全衛生
 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.joshrc.org/