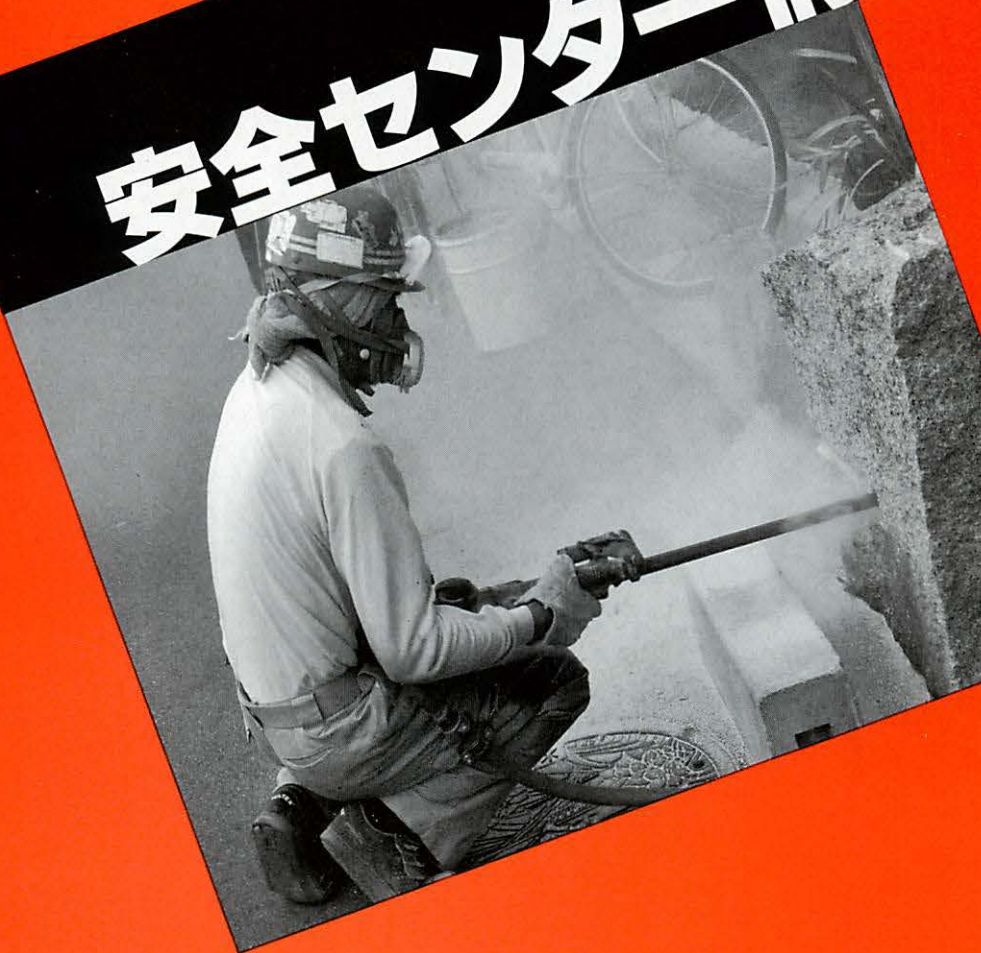


安全センター情報2010年1・2月号 通巻第368号  
2010年1月15日発行 毎月1回15日発行  
1979年12月28日第三種郵便物認可



2010 1・2

# 安全センター情報



特集● 石綿被害補償・救済状況の検証と課題

写真：削岩機でのはつり作業

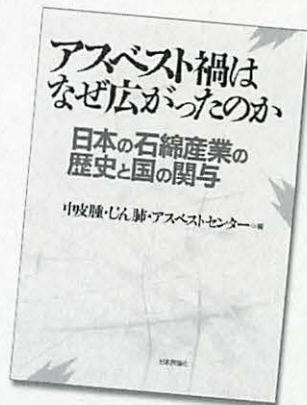
隠された情報、今明らかに。あらためて問われる業界、国・行政の責任

# アスベスト禍は なぜ広がったのか

## 日本の石綿産業の 歴史と国の関与

中皮腫・じん肺・アスベストセンター ● 編

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



### CONTENTS

#### 第1章 アスベストの使用の歴史

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

#### 第2章 戦前におけるアスベスト産業の始まり

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

#### 第3章 日本のアスベスト鉱山開発の歴史

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

#### 第4章 国家統制—戦中・戦後におけるアスベスト使用の管理

4.1 アスベストと軍需/4.2 日中戦争以降/4.3 戦後の動き

#### 第5章 1960年代までのアスベスト使用

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

る関わり

#### 第6章 商社とアスベスト

6.1 商社史概要/6.2 日本のアスベスト関連商社

#### 第7章 アスベストによる健康被害の認識

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

#### 第8章 国による規制とアスベスト産業の動向

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

#### 第9章 アスベスト禍はなぜ広がったのか？

9.1 有害性の認識は生かされたか/9.2 国・産業界の関与/9.3 アスベスト製品のコスト/9.4 情報操作と情報格差の利用/9.5 おわりに

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

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

ご注文は中皮腫・じん肺・アスベストセンター TEL 03-5627-6007/FAX 03-3683-9766  
同センター第7回総会等：2009年7月18日(土)13:30から 亀戸西口駅ビル6階アトレホール  
15:30から村山武彦氏による出版記念講演、17:00から懇親会(1,000円・要予約)

**特集／石綿被害補償・救済状況の検証と課題**

# 石綿被害補償・救済状況の 検証と見直しの課題

救済法等の見直しとアスベスト対策基本法の制定

全国安全センター／石綿対策全国連事務局長 古谷杉郎 …… 2

## 禁止に向けて着実な前進 禁止目標時期を設定

アジア：国際機関の技術的支援等も本格化

日本政府の海外協力も見直しが必要 …… 31

## インドでも石綿被害は現実 政府・産業界の否認に対抗

草の根ネットワークがアスベスト円卓会議 …… 50

## はつりじん肺損害賠償裁判提訴

関西センター：同時にフリーダイヤルも開設 …… 57

はつりじん肺の元請け建設企業責任 …… 62

はつりじん肺訴訟の原告に聞く …… 66

はつりじん肺損害賠償裁判訴状 …… 69

**各地の便り**

岡山●旧海軍工廠でのアスベスト被害を救済 …… 81

大阪●火災報知機設置作業での被害提訴 …… 81

兵庫●三井倉庫相手の損害賠償で勝訴判決 …… 83

関西●相変わらず困難な外国人の労災認定 …… 84

東京●外国人の労災問題等で関係省庁交渉 …… 87

東京●日系ペルー人の頸椎症業務外を取消し …… 89

# 石綿被害補償・救済状況の 検証と見直しの課題

## 救済法等の見直しとアスベスト対策基本法の制定

古谷杉郎

全国安全センター/石綿対策全国連絡会議事務局長

### 決定年度別の補償・救済状況

図1、2は、アスベストによる健康被害—中皮腫と石綿肺がんについて、決定年度別の補償・救済状況を示したものである(元データは表1を参照)。

中皮腫について言えば、最初の労災認定は1978年で、以降クボタショック前—2004年度までの27年間の累計労災認定件数が502件であったものが、2005年度は502件、2006年度は1,001件と、2年足らずのうちに4倍へと激増。2007年度500件、2008年度559件で、労災認定件数の合計は2008年度までで3,064件となった。

船員保険による災害補償認定は、2004年度以前4件であったものが、2008年度までの合計で38件に増加している。

加えて、2006年3月27日に施行された石綿健康被害救済法により、特別遺族給付金の支給決定を受けたもの(以下「労災時効救済」)が663件、医療費等の支給に係る認定を受けたもの(以下「新法生存中救済」)が2,280件、特別遺族弔意金等の支給に係る認定を受けたもの(以下「新法死

亡後救済」)が1,718件となっている。

2008年度までのこれらの補償・救済の総合計件数は7,763件で、2004年度以前の15倍以上に増加したことを確認できる。

一方、中皮腫に独自のコード(C43)がつけられた国際疾病分類第10版(ICD-10)が、1995年分の人口動態統計から採用されて、わが国における中皮腫死亡者数が確認できるようになった。これによると、1995～2008年の中皮腫死亡者数は11,212人である。表1に示した1994年以前の中皮腫死亡者数は、救済法設計時に環境省が行ったとされる推計(1979～2004年はICD-9の「163：胸膜のその他の悪性腫瘍」死亡者数、1968～1978年は38年前のアスベスト輸入量170トン当たり1名、1967年以前はゼロと推定)によっており、これを含めると1968～2008年の中皮腫推計死亡者数が14,897人となる。

補償・救済状況を検証するのに、以前は、これらが入手できるデータのすべてであったため、1968～2008年の推計死亡者数を分母にすれば、 $7,763 \div 14,897 = 52.1\%$ 、死亡件数の根拠がより確実な1995～2008年の中皮腫死亡者数を分母にすれ

図1 中皮腫：決定年度別の補償・救済状況

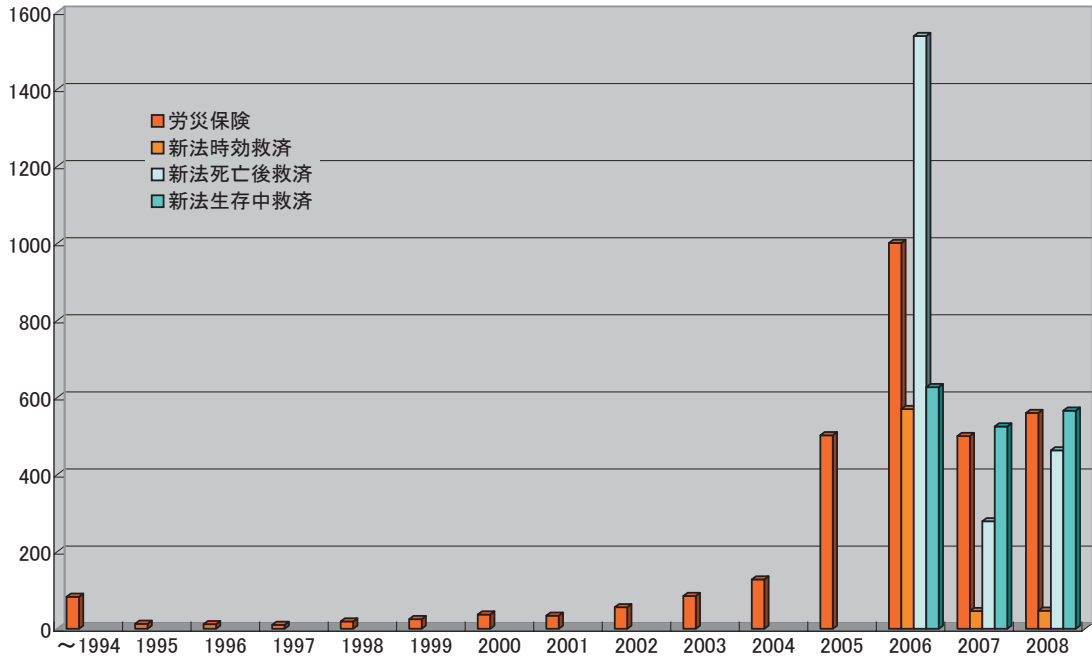
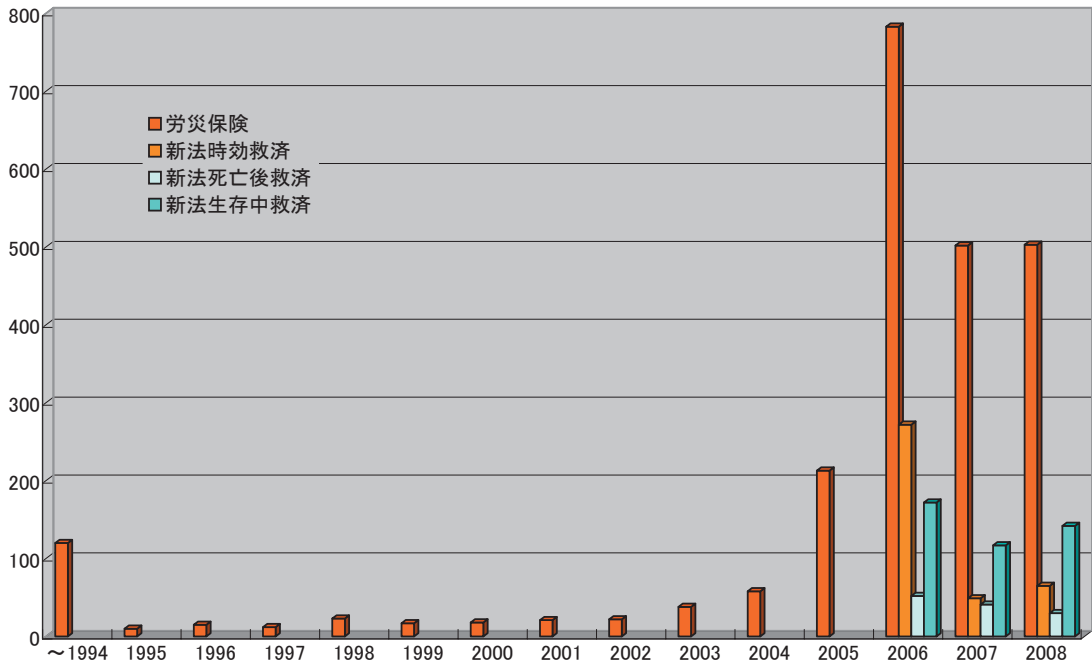


図2 石綿肺がん：決定年度別の補償・救済状況



## 特集/石綿被害補償・救済状況の検証と課題

表1 中皮腫・石綿肺がんの決定年度別の補償・救済状況(2008年度末時点)

中皮腫															
	～1994	～2004	2005	2006	2007	2008	合計	分担率		2008年 以前死亡	救済率 100.0%	死亡年 不明	救済率 100.0%	2009年 死亡	生存者
死亡者数	3,685	7,013	911	1,050	1,068	1,170	14,897								
労災保険	83	419	502	1,001	500	559	3,064	39.5%		2,273	15.3%	95	15.9%	18	678
船員保険		4		19	8	7	38	0.4%	48.5%	29	0.2%	3	0.2%	0	6
新法時効救済				570	46	47	663	8.5%		662	4.4%	1	4.4%	0	0
新法死亡後救済				1,538	279	463	2,280	29.4%	51.5%	2,275	15.3%	5	15.3%	0	0
新法生存中救済				627	525	566	1,718	22.1%		0		777	5.2%	0	941
認定・救済合計	83	423	502	3,755	1,358	1,635	7,763	100.0%	100.0%	5,239	35.2%	881	41.1%	18	1,625
石綿肺がん															
	～1994	～2004	2005	2006	2007	2008	合計	分担率		2008年 以前死亡	救済率 100.0%	死亡年 不明	救済率 100.0%	2009年 死亡	生存者
死亡者数	7,370	14,026	1,822	2,100	2,136	2,340	29,794								
労災保険	120	234	213	783	502	503	2,355	70.8%		1,319	4.4%	159	5.0%	6	871
船員保険				14	10	9	33	1.0%	83.4%	22	0.1%	0	0.1%	0	11
時効救済				272	49	65	386	11.6%		386	1.3%	0	1.3%	0	0
新法死亡後救済				52	41	30	123	3.7%	16.6%	121	0.4%	2	0.4%	0	0
新法生存中救済				172	117	142	431	13.0%		0		194	0.7%	0	237
認定・救済合計	120	234	213	1,293	719	740	3,328	100.0%	100.0%	1,848	6.2%	355	7.4%	6	1,119
合計(中皮腫・石綿肺がん)															
	～1994	～2004	2005	2006	2007	2008	合計	分担率		2008年 以前死亡	救済率 100.0%	死亡年 不明	救済率 100.0%	2009年 死亡	生存者
死亡者数	11,055	21,039	2,733	3,150	3,204	3,510	44,691								
労災保険	203	653	715	1,784	1,002	1,062	5,419	48.9%		3,592	8.0%	254	8.6%	24	1,549
船員保険		4		33	18	16	71	0.6%	59.0%	51	0.1%	3	0.1%	0	17
時効救済				842	95	112	1,049	9.5%		1,048	2.3%	1	2.3%	0	0
新法死亡後救済				1,590	320	493	2,403	21.7%	41.0%	2,396	5.4%	7	5.4%	0	0
新法生存中救済				799	642	708	2,149	19.4%		0		971	2.2%	0	1,178
認定・救済合計	203	657	715	5,048	2,077	2,391	11,091	100.0%	100.0%	7,087	15.9%	1,236	18.6%	24	2,744

ば、 $7,763 \div 11,212 = 69.2\%$ という計算をして、「救済率」の見当をつけるしかなかった。

石綿肺がんについては、記録上確認できる最初の労災認定は1973年とされるが、以降2004年度までの32年間の累計労災認定件数が354件(船員保険はゼロ)であったものが、2008年度までの合計で、労災保険2,355件、船員保険33件、労災時効救済386件、新法生存中救済431件、新法死亡後救済123件、合計3,328件と、2004年度以前の9.4倍に増加している。

石綿による肺がんは中皮腫の2倍と考えるのが専門家の国際的コンセンサスであることから、1968～2008年の推計死亡者数を分母にすれば、 $3,328 \div (14,897 \times 2) = 11.2\%$ 、1995～2008年の推計死亡者数を分母にすれば、 $3,328 \div (11,212 \times 2) = 14.9\%$ の「救済率」という計算になる。

中皮腫と石綿肺がんを合わせると、2004年度までの累計労災・船員保険認定件数が860件であったものが、2008年度までの補償・救済の総合計11,091件へと、2004年度以前の12.9倍への増加。2005～2008年度の4年間の補償・救済件数は2004年度以前の11.9倍という結果である。

### 死亡年別補償・救済状況の検証

より厳密な検証を可能にするために、死亡年別の補償・救済状況のデータの公表が求められてきた。いまだに必要な情報公表が実現されているとは言えないが、現時点で入手可能なデータに基づいて、検証を試みてみよう。

#### ● 検証対象期間・死亡者数

検証の対象期間は、ICD-10のC.43：中皮腫死亡件数データが把握できる1995～2008年の14年間とした。補償・救済されるべき分母としては、中皮腫はその死亡件数、石綿肺がんは中皮腫の2倍と仮定する。

### ● 労災保険

- ・2004年度以前認定分—厚生労働省の2008年12月17日公表データ
- ・2005～2007年度認定分—2008年12月17日公表の訂正版データ
- ・2008年度認定分—2009年6月29日公表データ  
死亡年不明及び生存者のデータが示されていないため、ここでは、2004年度以前認定者はすべて死亡したものと仮定し、かつ、「2005～2007年度新規認定件数」から、そのうち「2005～2007年度に遺族補償給付に係る支給決定を受けたものの件数」を差し引いた件数を2007年度末時点での「生存者」件数と仮定して、2007年度末時点での「死亡年不明」件数を求めた（中皮腫95件、石綿肺がん159件）。

なお、2009年6月29日公表の「石綿による肺がん・中皮腫の遺族補償給付及び特別遺族給付金に係る労働者の性別・疾病別・死亡年別一覧（平成20年度以前認定等分）」の死亡年数値には、ここで使った「労災保険」と「労災時効救済」の合計数よりも多いものがみられる（合計で中皮腫15件、石綿肺がん14件）が、理由は不明である。

### ● 船員保険

- ・2004年度以前認定分—厚生労働省の2008年12月17日公表データ
- ・2005～2007年度認定分—2008年10月31日公表データ
- ・2008年度認定分—2009年6月29日公表データ  
死亡年不明及び生存者のデータが示されていないため、上記労災保険についてと同じ方法で、2007年度末時点における「死亡年不明」件数を求めた（中皮腫3件、石綿肺がん0件）。

なお、船員保険については、2005・2006年度の合計及び2007年度の認定件数は、別途公表され

ている認定事業場（船舶所有者）情報から判明するものの、2005・2006年度の各年度別認定件数が不明である。

### ● 労災時効救済（特別遺族給付金等）

- ・2006年度認定分—厚生労働省の2008年12月17日公表の訂正版データ
- ・2007年度認定分—2008年6月12日公表の訂正版データ
- ・2008年度認定分—2009年6月29日公表データ  
2008年度認定分中皮腫の、死亡年別データの合計45件と「合計」欄記載の46件との差1件は、「死亡年不明」とした。

### ● 新法死亡後救済（特別遺族弔意金等）

- ・2006年度認定分—「平成18年度石綿健康被害救済制度運用に係る統計資料」
- ・2007年度認定分—「平成19年度石綿健康被害救済制度運用に係る統計資料」
- ・2008年度認定分—「平成20年度石綿健康被害救済制度運用に係る統計資料」  
2008年度に、それまでの①「施行前死亡者」に加えて、②「未申請死亡者」も新法死亡後救済（特別遺族弔意金等）の対象とする法改正がなされたことを受けて、「平成20年度石綿健康被害救済制度運用に係る統計資料」では①と②を分けて扱っているが、後者については死亡年別データが示されていないために「死亡年不明」とした。

### ● 新法生存中（医療費・療養手当等）

データの出典は新法死亡後救済（特別遺族弔意金等）と同じであるが、死亡年別データが示されていない。制度発足～2008年度累計の葬祭料支給決定件数 971件を、「中皮腫と肺がんの割合がおおよそ8：2」という環境再生保全機構の情報に基づいて、中皮腫 777件、石綿肺がん 194件と仮定し、各々三等分した数値を2006～2008年の各年死亡者の救済件数と仮定。合計認定件数から上記を差し引いたものを「生存者」件数とした。

### ● その他の補償等

アスベスト被害の補償・救済には、上記以外にも以下のような制度が関係しており、本来はそれらも含めないと完全な「隙間ない救済」の検証はできないが、系統的な死亡年別データが入手できないために、今回の検証には含めていない。国が責任をもって関連データをそろえるべきであろう。

- ・独立行政法人鉄道建設・運輸施設整備支援機構 国鉄清算事業管理部のウェブサイトによると、2009年10月1日現在における元国鉄職員に対するアスベストを起因とする業務災害等認定実績は、中皮腫122件、石綿肺がん85件、石綿肺31件、びまん性胸膜肥厚29件である。
- ・2009年10月23日付け静岡新聞掲載記事によると、地方公務員のアスベストにかかわる公務災害認定は同年9月までに全国で15件である。
- ・2009年10月15日の全国安全センターとの交渉時の厚生労働省社会・援護局援護課審査室の回答によると、2005年度以降のアスベスト被害に対する戦傷病者戦没者遺族等援護法の適用は14件。2004年度以前については、2005年11月21日付け社援企・社援援発第1121001号「石綿による疾病により死亡した準軍属等であった者の遺族等に対する戦傷病者戦没者遺族等援護法による対応について」のなかで、2件の事例が示されている。
- ・その他、国家公務員（国土交通省、水産庁、文部科学省、防衛省）や日本たばこ・旧専売公社等について、散発的な発表や情報がある。
- ・石綿健康被害救済法は第26条で健康保険法等以外の「他の法令による給付との調整」について規定し、同法施行令第7条は、29の法令を規定している。

### 中皮腫49.3% 肺がん8.2%

以上のような条件でそろえたデータによる、2008年度末時点におけるアスベスト被害の補償・救済状況の検証結果を表4～7及び図3～6に示した。

#### ● 中皮腫の救済率49.3% (20.0%～75.6%)

中皮腫については、1995～2008年の14年間の

死亡11,212件のうち、2008年度末までに労災保険給付を受けたものが2,239件、船員保険28件、労災時効救済459件、新法生存中救済777件、新法死亡後救済2,023件—合計5,526件で、救済率は $5,526 \div 11,212 = 49.3\%$ という結果になった（表4、図3参照）。

暦年別では、最低が1995年死亡事例の救済率20.0%から、最高が2005年死亡事例の救済率75.6%となっている。

表1の右側では、1994年以前の推計死亡数も含めた救済率を計算しているが、2008年末までの推計死亡総数14,897件のうち、補償・救済を受けたものは死亡年が判明している分（2008年以前死亡）5,239件と死亡年不明（ここでは新法生存中救済の葬祭料給付件数も死亡年不明として扱っている）881件の合計6,120件で、救済率は $6,120 \div 14,897 = 41.1\%$ という結果。表には示していないが、暦年別では、0.0%～37.9%に分布している。

#### ● 肺がんの救済率8.2% (2.5%～15.8%)

石綿肺がんについては、1995～2008年の14年間の推定死亡22,424件のうち、2008年度末までに労災保険給付を受けたものが1,256件、船員保険21件、労災時効救済213件、新法生存中救済194件、新法死亡後救済104件—合計1,828件で、救済率は $1,828 \div 22,424 = 8.2\%$ という結果になった（表6、図5参照）。

暦年別では、最低が1995年死亡事例の救済率2.5%から、最高が2006年死亡事例の救済率15.8%となっている。

肺がんについては、なんとも悲惨な状況と言わざるを得ない。

表1の右側では、1994年以前の推計死亡数も含めた救済率を計算しているが、2008年末までの推計死亡総数29,794件のうち、補償・救済を受けたものは死亡年が判明している分（2008年以前死亡）1,848件と死亡年不明（ここでは新法生存中救済の葬祭料給付件数も死亡年不明として扱っている）355件の合計2,203件で、救済率は $2,203 \div 29,794 = 7.4\%$ という結果。表には示していないが、暦年別では、0.0%～8.0%に分布している。



表2 中皮腫：都道府県別の「救済率」

順位	都道府県	死亡者数	補償・救済合計	「救済率」
1	兵庫	1,004	915	91.1%
2	東京	900	748	83.1%
3	大阪	1,117	855	76.5%
4	愛知	461	351	76.1%
5	山口	194	137	70.6%
	全国平均	11,212	7,436	66.3%
43	鹿児島	145	62	42.8%
44	山梨	49	19	38.8%
45	熊本	119	40	33.6%
46	沖縄	83	26	31.3%
47	岩手	148	18	25.4%

表3 石綿肺がん：都道府県別の「救済率」

順位	都道府県	死亡者数	補償・救済合計	「救済率」
1	岡山	506	129	25.5%
2	長崎	472	120	25.4%
3	香川	218	52	23.9%
4	東京	1,800	384	21.3%
5	新潟	384	71	18.5%
	全国平均	22,424	3,042	13.6%
43	山梨	98	3	3.1%
44	岩手	142	4	2.8%
45	秋田	152	4	2.6%
46	鹿児島	290	7	2.4%
47	高知	128	3	2.3%

## 自治体ごとのばらつきが大きい

都道府県別の「救済率」についてもみておこう。死亡年別の補償・救済件数が公表されていないため、分母には1995～2008年の中皮腫死亡者数を用い(表10参照)、石綿肺がんはその2倍とする。分子には、労災補償件数は都道府県別データが入手可能な2003～2008年度の労災保険認定件数及び2006～2008年度の労災時効救済、新法死亡後救済、新法生存中救済件数の合計を用いて「救済率」を計算した(詳しくは表11～12参照)。

表2・3に、中皮腫・石綿肺がんについて、全国平均とベスト5及びワースト5の都道府県を示した。

中皮腫の「救済率」は、全国平均は66.3%だが、最高の兵庫県91.1%～最低の岩手県25.4%まで、3.6倍のばらつきがみられる。

石綿肺がんの「救済率」は、全国平均は13.6%だが、最高の岡山県25.5%～最低の岩手県2.3%までのさらに大きく11.1倍ものばらつきがみられる。

これらの格差は、アスベスト被害とその補償・救済制度に対する周知・認識や、地方自治体をはじめとした関係者の取り組みのレベル等のばらつきを反映しているものと思われる。

## 達成目標を立て検証する仕組み

いずれにしろ、文字どおりの「隙間ない救済」が実現できていないことは明白である。

たまたま本稿執筆中の2009年12月16日に警察庁が、オウム真理教事件の遺族や被害者に国が給付金を支給する制度について、法施行後1年の状況を公表した。対象となる事件は1994から95年に発生したものが主であるが、捜査資料などから把握した被害者6,568人のうち、8割の5,259人が申請済みで、すでに7割にあたる4,624人に総額21億9,500万円を支給。申請を呼びかけたものの申請していない被害者が1,096人、住所不明の被害者が243人おり、2010年12月の申請期限までの申請を呼びかけているという。

アスベスト被害については、「隙間ない救済」が言われ、本稿で行っているような検証が可能であり、そのために必要な死亡年別の補償・救済データが公表されるようになったにもかかわらず、どこも補償・救済状況の検証を行おうとしてこなかったことが、そもそもの問題である。しかも、検証もなされないまま、新法死亡後救済と労災時効救済の請求期限は2009年3月26日までとされていた。幸い2008年の救済法の緊急の改正によって、請求権が失われる「隙間」はとりあえずふさぐことができたにもかかわらず、その後も行政は補償・救済状況の検証を行おうとしていない。

本来なら、救済率の達成目標を立てて、それが実現できたかどうかを検証し、検証の結果をその後の対策に活かすというのがあるべき姿であろう。行政の側からそのような努力が一切なされてこなかったことを踏まえれば、多制度にまたがる補償・救済制度を合わせた救済率の達成目標を立て

## 特集/石綿被害補償・救済状況の検証と課題

表4-1 中皮腫：死亡年別の補償・救済状況(2008年度末時点)

死亡年	~1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
死亡者数		500	576	597	570	647	710	772	810	878	953	911	1,050	1,068
労災保険	34	10	14	14	14	22	50	133	145	232	230	308	395	395
船員保険	1	0	0	1	1	2	1	2	1	5	2	4	5	2
時効救済	203	38	59	58	86	95	103	16	4	0	0	0	0	0
生存中救済														259 259
死亡後救済	252	52	74	92	73	117	118	159	228	283	354	377	96	0
救済等合計	490	100	147	165	174	236	272	310	378	520	586	689	755	656
救済率 %		20.0%	25.5%	27.6%	30.5%	36.5%	38.3%	40.2%	46.7%	59.2%	61.5%	75.6%	71.9%	61.4%
未救済件数		400	429	432	396	411	438	462	432	358	367	222	295	412

表5-1 中皮腫：死亡年別の補償・救済状況(補償・救済の時期別)

死亡年	~1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
死亡者数		500	576	597	570	647	710	772	810	878	953	911	1,050	1,068
請求期限内救済		2.0%	2.4%	2.5%	2.6%	3.7%	7.2%	17.5%	18.0%	27.0%	24.3%	34.2%	62.8%	61.4%
労災保険	34	10	14	14	14	22	50	133	145	232	230	308	395	395
船員保険	1	0	0	1	1	2	1	2	1	5	2	4	5	2
生存中救済													259	259
2006年度救済		13.8%	19.1%	18.4%	23.2%	25.2%	24.6%	15.5%	21.0%	20.5%	21.7%	26.3%	7.1%	0.0%
時効救済	180	30	47	45	78	84	96	10						
死亡後救済	177	39	63	65	54	79	79	110	170	180	207	240	75	
2007年度救済		1.8%	1.7%	3.5%	1.9%	3.9%	3.1%	3.6%	2.5%	3.3%	5.0%	5.0%	0.9%	0.0%
時効救済	12	4	5	5	3	8	5	4						
死亡後救済	35	5	5	16	8	17	17	24	20	29	48	46	9	
2008年度救済		2.4%	2.3%	3.2%	2.8%	3.7%	3.4%	3.5%	5.2%	8.4%	10.4%	10.0%	1.1%	0.0%
時効救済	11	4	7	8	5	3	2	2	4					
死亡後救済	40	8	6	11	11	21	22	25	38	74	99	91	12	0
合計救済率		20.0%	25.5%	27.6%	30.5%	36.5%	38.3%	40.2%	46.7%	59.2%	61.5%	75.6%	71.9%	61.4%
救済等合計	490	100	147	165	174	236	272	310	378	520	586	689	755	656

表4-2 (続き)

死亡年	2008	95-08	2009	不明	生存者	合計
死亡者数	1,170	11,212				
労災保険	277	2,239	18	95	678	3,064
船員保険	2	28	0	3	6	38
時効救済	0	459	0	1	0	663
生存中救済	259	777	0	0	941	1,718
死亡後救済	0	2,023	0	5	0	2,280
救済等合計	538	5,526	18	104	1,625	7,763
救済率 %	46.0%	49.3%				
未救済件数	632	5,686				

表5-2 (続き)

死亡年	2008	95-08	2009	不明	生存者	合計
死亡者数	1,170	11,212				
請求期限内救済	46.0%	27.1%				
労災保険	277	2,239	18	95	678	3,064
船員保険	2	28	0	3	6	38
生存中救済	259	777	0		941	1,718
2006年度救済	0.0%	15.6%				
時効救済		390		0		570
死亡後救済		1,361				1,538
2007年度救済	0.0%	2.5%				
時効救済		34		0		46
死亡後救済		244				279
2008年度救済	0.0%	4.0%				
時効救済		35		1		47
死亡後救済	0	418	0	5		463
合計救済率	46.0%	49.3%				
救済等合計	538	5,526	18	104	1,625	7,763

図3 中皮腫：死亡年別の補償・救済状況(2008年度末時点)

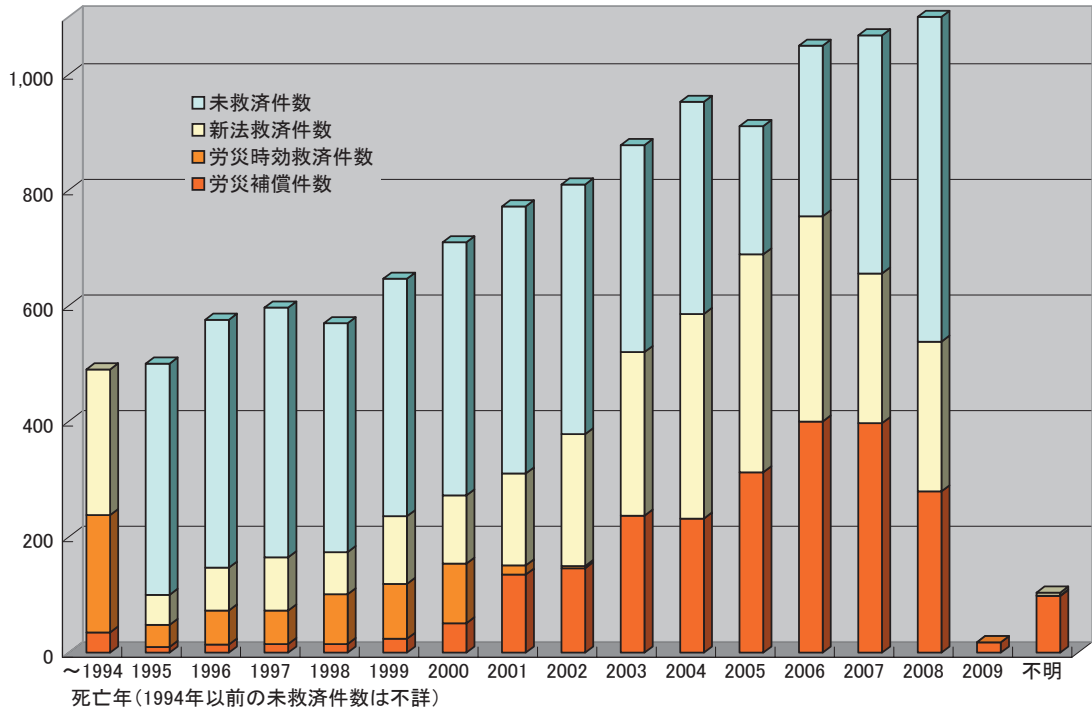
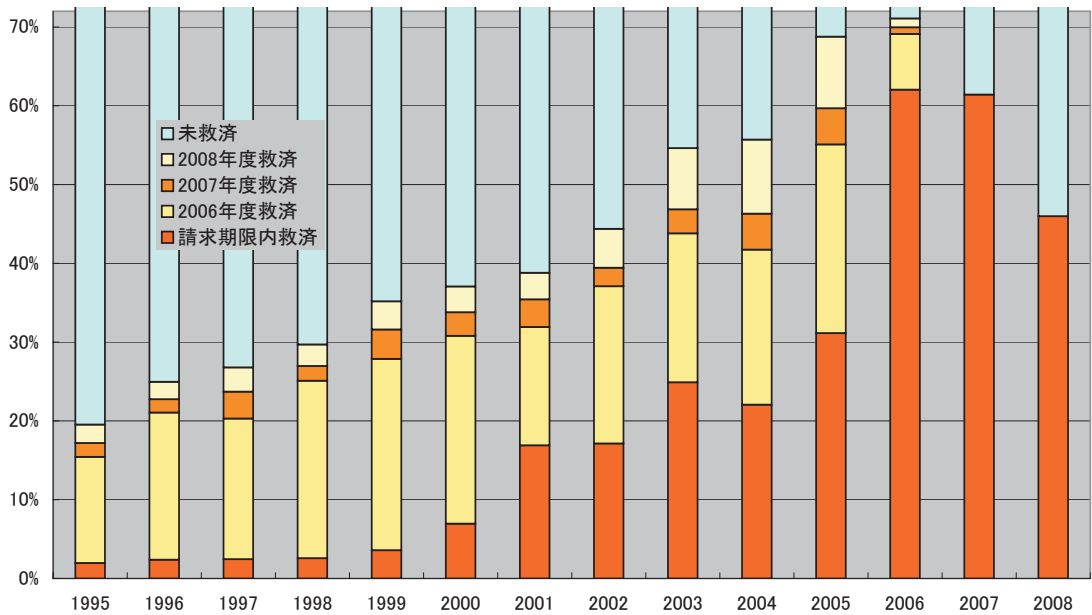


図4 中皮腫：死亡年別の補償・救済状況(補償・救済の時期別)



## 特集/石綿被害補償・救済状況の検証と課題

表6-1 石綿肺がん: 死亡年別の補償・救済状況(2008年度末時点)

死亡年	~1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
死亡者数		1,000	1,152	1,194	1,140	1,294	1,420	1,544	1,620	1,756	1,906	1,822	2,100	2,136
労災保険	23	5	2	14	13	14	15	70	104	92	153	160	259	235
船員保険	1	0	0	0	0	0	3	2	2	1	1	2	6	2
時効救済	173	18	26	32	43	47	36	7	3	1	0	0	0	0
生存中救済														65 65
死亡後救済	17	2	4	7	2	12	3	7	10	16	15	24	2	0
救済等合計	214	25	32	53	58	73	57	86	119	110	169	186	332	302
救済率 %		2.5%	2.8%	4.4%	5.1%	5.6%	4.0%	5.6%	7.3%	6.3%	8.9%	10.2%	15.8%	14.1%
未救済件数		975	1,120	1,141	1,082	1,221	1,363	1,458	1,501	1,646	1,737	1,636	1,768	1,834

表7-1 石綿肺がん: 死亡年別の補償・救済状況(補償・救済の時期別)

死亡年	~1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
死亡者数		1,000	1,152	1,194	1,140	1,294	1,420	1,544	1,620	1,756	1,906	1,822	2,100	2,136
請求期限内救済		0.5%	0.2%	1.2%	1.1%	1.1%	1.3%	4.7%	6.5%	5.3%	8.1%	8.9%	15.7%	14.1%
労災保険	23	5	2	14	13	14	15	70	104	92	153	160	259	235
船員保険	1	0	0	0	0	0	3	2	2	1	1	2	6	2
生存中救済													65	65
2006年度救済		1.3%	1.2%	2.3%	3.1%	3.2%	2.0%	0.3%	0.1%	0.4%	0.4%	0.8%	0.0%	0.0%
時効救済		13	13	26	33	35	28	2						
死亡後救済		0	1	2	2	6	1	3	2	7	7	15	1	
2007年度救済		0.5%	1.0%	0.5%	0.4%	0.5%	0.2%	0.1%	0.2%	0.3%	0.3%	0.3%	0.0%	0.0%
時効救済		4	8	2	5	5	2	1						
死亡後救済		1	3	4	0	2	1	1	4	6	5	5	1	
2008年度救済		0.2%	0.4%	0.4%	0.4%	0.9%	0.5%	0.5%	0.4%	0.2%	0.2%	0.2%	0.0%	0.0%
時効救済		1	5	4	5	7	6	4	3	1				
死亡後救済		1	0	1	0	4	1	3	4	3	3	4	0	0
合計救済率		2.5%	2.8%	4.4%	5.1%	5.6%	4.0%	5.6%	7.3%	6.2%	8.9%	10.2%	15.8%	14.1%
救済等合計	214	25	32	53	58	73	57	86	119	110	169	186	332	302

表6-2 (続き)

死亡年	2008	95-08	2009	不明	生存者	合計
死亡者数	2,340	22,424				
労災保険	160	1,296	6	159	871	2,355
船員保険	2	21	0	0	11	33
時効救済	0	213	0	0		386
生存中救済	64	194	0	0	237	431
死亡後救済	0	104	0	2	0	123
救済等合計	226	1,828	6	161	1,119	3,328
救済率 %	9.7%	8.2%				
未救済件数	2,178	20,596				

表7-2 (続き)

死亡年	2008	95-08	2009	不明	生存者	合計
死亡者数	2,340	22,424				
請求期限内救済	9.7%	6.7%				
労災保険	160	1,296	6	159	871	2,355
船員保険	2	21	0	0	11	33
生存中救済	65	194	0	0	237	431
2006年度救済	0.0%	0.9%				
時効救済		150		0		272
死亡後救済		47				52
2007年度救済	0.0%	0.3%				
時効救済		27		0		49
死亡後救済		33				41
2008年度救済	0.0%	0.3%				
時効救済		35		0		65
死亡後救済		0	24			30
合計救済率	9.7%	8.1%				
救済等合計	226	1,828	6	161	1,119	3,328

図5 石綿肺がん：死亡年別の補償・救済状況(2008年度末時点)

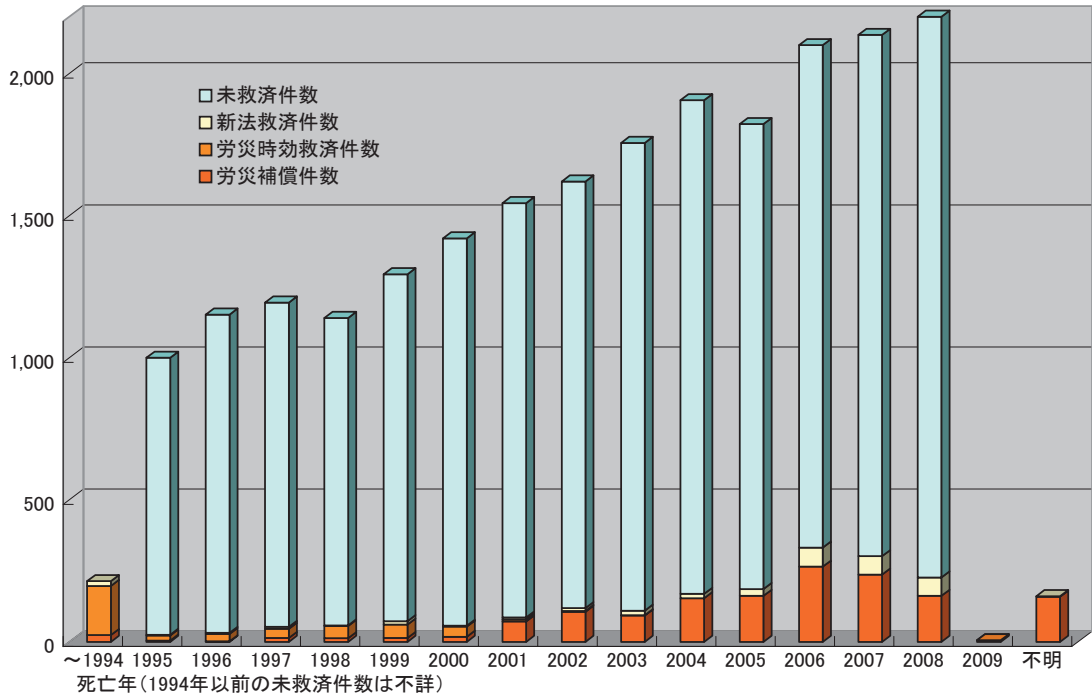
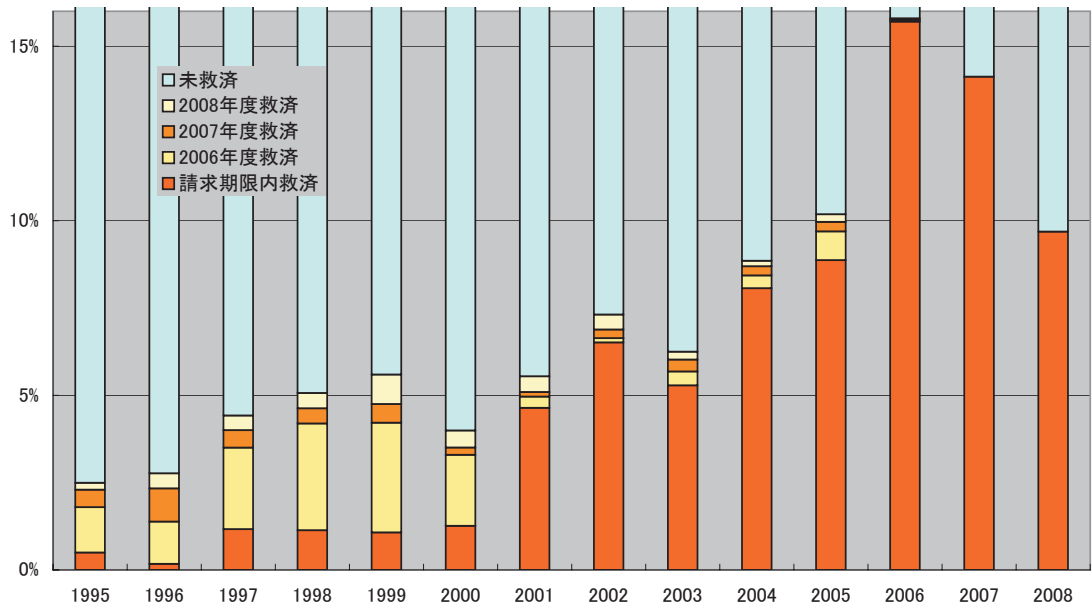


図6 石綿肺がん：死亡年別の補償・救済状況(補償・救済の時期別)



て、それを検証する仕組みを法的に確保する必要があると考える。厚生労働省と環境省がその作業の中心にならなければならないことは言うまでもない。

オウム真理教事件の場合と同様、申請等できることを知っても辞退するものもあるかもしれない。そうであれば、オウム給付金で達成される水準を参考にして、救済率の達成目標を立てることも考えられるのではなかろうか。

また、1995～2008年の死亡者数を分母に用いながら、兵庫県で中皮腫の「救済率」91.1%という高い水準を達成できていることも参考にすべきである。どのような事情によってこれが実現できているかを学び、全国的対策に役立てるべきであろう。

### 生存中・死亡後別の検証は不可

全国の1995～2008年の死亡年別の補償・救済状況に戻って、補償・救済の時期別の状況を検証しておこう(表5・7及び図4・6参照)。

被害者が生存中に補償を受けることができた労災補償件数がわかれば、「生存中救済」の実現状況を検証することが可能であるが、必要なデータが公表されていないため、現時点ではできない。

中皮腫は、「発症後の2年生存率が30パーセント、発症後の余命は中央値15か月と、非常に予後の悪い疾患である」(環境省の逐条解説)。しかし、闘病中の被害者本人を救済することが強調されながら、被害者の生存中に給付がなされていると言いはれ、努力目標とすべき標準処理期間すらいまだに定められていない状況にある。

一方、諸外国で参考になりそうな対応として、

- ① 電話・メール等による請求の受け付け
- ② 数日以内に調査員を派遣して聴取
- ③ 数週間以内の給付決定

と定め、または運用している例などがみられる。

少なくとも行政手続法に規定された標準処理期間を速やかに定めるのは当然のことであり、とりわけ中皮腫については、可能な限り被害者が生存中に補償・救済を受けられるようにする方策を講じる必要がある。

そのなかには、補償・救済の促進、関連情報の収集・分析等と結合した、「公的な中皮腫登録制度」を創設することも含まれるべきである。

### 補償・救済時期別状況の検証

#### ● 「請求期限内救済」だけでは限界

ここでは、労災補償(労災保険・船員保険)及び新法生存中救済のことを「請求期限内救済」としてくつた。労災保険の場合は、死亡から5年以内に請求を行えば給付を受けることができるが、新法生存中救済の場合は、被害者本人が生存中に認定申請を行わなければ救済を受けられないと、条件は異なっているが、この両者が補償・救済の原則であって、労災時効救済及び新法死亡後救済は例外とされてきたことから、労災補償と新法生存中救済を「請求期限内救済」としたものである。

中皮腫については、1995～2008年に死亡したもののうち「請求期限内救済」を受けられたものは27.1%で、暦年別では、最低の1995年死亡の20.0%年から、最高が2006年死亡の62.8%となっている(表5及び図4参照)。

石綿肺がんについては、1995～2008年に死亡したもののうち「請求期限内救済」を受けられたものは6.7%で、暦年別では、最低の1996年死亡の0.2%から、最高が2006年死亡の15.8%となっている(表7及び図5参照)。

「請求期限内」の救済率を高めるための対策が強化されなければならないことは当然ではあるが、現実には、限界があることを示していると言えよう。

#### ● 「請求期限外救済」の役割は重要

「請求期限内救済」以外の救済(「請求期限外救済」)は、労災時効救済及び新法死亡後救済である。表5・7及び図4・6では、救済がなされた年度別の件数を、各々、「2006年度救済」、「2007年度救済」、「2008年度救済」として示してある。

これらの図表から、「請求期限外救済」が補償・救済の重要な部分を占めていることだけでなく、初年度=2006年度の件数が相対的に大きいことは

**石綿(アスベスト)健康被害者のご遺族のみなさま**

特別遺族給付金の請求期限まで残り**1年**です。

**お早めにお手続きください。**

平成13年3月26日以前に石綿による疾病で死亡された労働者のご遺族で、追加による労災保険給付を受けられる毎年の給付、または特別遺族給付金が支給されますが、請求期限は**平成21年3月27日**までです。

特別遺族給付金は、労働者本人が死亡した日以後に発生した労災保険給付金に比べて、給付額が低く、給付回数も限られています。給付開始の時期が遅れば、給付も遅く、給付回数も減ります。給付開始の時期が遅れば、給付も遅く、給付回数も減ります。

この年の請求手続きなどのご確認について、**顧客の都道府県労働局長または労働基準監督官までお問い合わせください。**

2008.3.28 <http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/sekimen/pamph/080328.html>

石綿による健康被害の救済に関する法律(以下「石綿救済法」といいます)による特別遺族給付金や労災給付金を請求される場合または労災保険法による遺族補償給付等を請求される場合には特に以下の事項にご注意ください。

**特別遺族給付金の請求について**

- ★平成13年3月26日以前に死亡した労働者
- 労働者本人が死亡した日以後に発生した労災保険給付金に比べて、給付額が低く、給付回数も限られています。
- 労働者本人が死亡した日以後に発生した労災保険給付金に比べて、給付額が低く、給付回数も限られています。
- 労働者本人が死亡した日以後に発生した労災保険給付金に比べて、給付額が低く、給付回数も限られています。
- 労働者本人が死亡した日以後に発生した労災保険給付金に比べて、給付額が低く、給付回数も限られています。

**労災保険給付金の請求について**

- ★平成13年3月26日以前に死亡した労働者
- 労働者本人が死亡した日以後に発生した労災保険給付金に比べて、給付額が低く、給付回数も限られています。
- 労働者本人が死亡した日以後に発生した労災保険給付金に比べて、給付額が低く、給付回数も限られています。
- 労働者本人が死亡した日以後に発生した労災保険給付金に比べて、給付額が低く、給付回数も限られています。
- 労働者本人が死亡した日以後に発生した労災保険給付金に比べて、給付額が低く、給付回数も限られています。

**その他**

- ★労災給付(健康増進生活改善費から給付)との同時請求について
- 労働者本人が死亡した日以後に発生した労災保険給付金に比べて、給付額が低く、給付回数も限られています。
- 労働者本人が死亡した日以後に発生した労災保険給付金に比べて、給付額が低く、給付回数も限られています。
- 労働者本人が死亡した日以後に発生した労災保険給付金に比べて、給付額が低く、給付回数も限られています。
- 労働者本人が死亡した日以後に発生した労災保険給付金に比べて、給付額が低く、給付回数も限られています。

請求期限内の手続を呼びかける厚生労働省のリーフレット

**石綿(アスベスト)健康被害者及びご遺族の方へ**

**お早めに申請は**

法律により医療費等の支給が受けられます。

石綿(アスベスト)による健康被害救済給付の申請・請求期限についてお知らせします。

**特別遺族給付金・特別給付金について**

進行(平成13年3月27日以前)に申請又は石綿(アスベスト)による労働者に起因して死亡された労働者は、特別遺族給付金・特別給付金の請求を受けることができます。請求できる期間は、**平成21年3月27日**までです。

**労災給付金について**

進行(平成13年3月27日以前)に申請又は石綿(アスベスト)による労働者に起因して死亡された労働者は、特別遺族給付金・特別給付金の請求を受けることができます。請求できる期間は、**平成21年3月27日**までです。

**請求期限を過ぎた場合**

請求期限を過ぎた場合は、請求を受けることができません。請求期限を過ぎた場合は、請求を受けることができません。請求期限を過ぎた場合は、請求を受けることができません。

0120-389-931

324 [http://www.cga.go.jp/whn\\_news/000912.html](http://www.cga.go.jp/whn_news/000912.html)

請求期限内の手続を呼びかける環境再生保全機構のリーフレット

当然としても、2007、2008年度の救済もかなりの件数があることがわかる。

しかし、当初の救済法では、労災時効救済は2001年3月26日以前に死亡した事例、新法死亡後救済は2006年3月26日以前に死亡した事例が対象とされ、いずれも請求期限は2009年3月26日までとされていた。「請求期限外救済件数」はすべて、今回の検証結果で打ち止めとなるはずだった。

### ● 法施行前死亡事例への個別周知事業

2008年度は請求できる最後の年度ということで厚生労働省、環境省・環境再生保全機構とも請求期限内の手続を呼びかけた(別掲参照)。

加えて環境省・環境再生保全機構は地方自治体と協力して、2008年6月から2009年3月まで、人口動態調査の死亡小票を活用した周知事業を実施し、2009年4月21日にその結果を公表している。

各都道府県、保健所設置市または特別区において、所管の保健所に保管されている死亡小票から、救済法施行日(2006年3月27日)より前に死亡し、かつ死因として中皮腫の記載があるものを抽出して、そこから新法死亡後救済請求済み、労災保険、労災時効救済、国鉄清算事業管理部の業務災害認定者を除き、支給対象となる可能性のある遺族の有無や住所を調べて該当者に救済制度を知らせる通知を送付した。

保健所に保管されている死亡小票から抽出された中皮腫死亡者は2,969件、うち請求済み等で周知が不要なものの1,357件、該当する遺族が判明

し、通知を送付したものが1,390件であったという。

その効果としては、通知が送付された1,390件のうち、2008年度中に新法死亡後救済を受けたとみられるものが285件という結果。把握可能なすべての事例に周知を行ったということをもって、請求期限の打ち切りを合理化するのが当初の筋書きであったと思われるが、2008年法改正がなければ、周知事業の効果はこれだけで終わっていた。

### ● 2008年請求期限延長で効果拡大

幸い2008年法改正によって、施行前死亡者に係る新法死亡後救済の請求期限が、2009年3月26日で打ち切れずに延長された。

2008年度末時点において、前述の通知を受けながら未申請の件数は、 $1,390 - 285 = 1,105$ 件である。この死亡年別内訳は示されていないのだが、表5から、2008年度末時点における1995年～2006年3月26日までに死亡した中皮腫の未救済件数を4,421件と推計することができる(2006年は未救済件数の4分の1を計上)ので、 $1,105 \div 4,421 = 25.0\%$ に周知がなされ、残る75%の $4,421 - 1,105 = 3,316$ 件には周知はなされていないということになる。

2009年10月31日の時点で、周知事業に基づいて2009年度に新法死亡後救済を請求して認定されたとみられるものが、514件と公表されている。

1995年～2006年3月26日までの合計死亡8,187件(2006年は死亡件数の4分の1を計上)を分母とすれば、2008年度末までの補償・救済合計3,766件(この時点での救済率46.0%)に、2009年度10月末

までの新法死亡後救済514件を加えると4,280件で救済率はすでに52.2%になっており、周知を受けた1,105件すべてが請求・認定されることになれば4,871件で救済率は59.5%になる可能性がある。

1995～2008年の合計死亡11,212件を分母とすれば、2008年度末までの補償・救済合計5,526件(救済率49.3%)に、514件を加えると6,040件で救済率はすでに53.9%になっており、1,105件すべてが請求・認定されることになれば6,631件で救済率は59.1%になる可能性があるということである。

### ● 2008年度個別周知事業の限界

しかし、施行前死亡の中皮腫の未救済事例のかなりの部分が未周知のまま残されている。石綿対策全国連等が要求してきたように、もっと早い段階で個別周知事業を行っていれば、周知件数も、また結果としての救済率も増加したはずであり、不十分な周知にとどまった責任は行政にある。

また、労災時効救済等の他の制度との連携も不十分で、それらへの効果を検証する仕組みもない。中皮腫だけが対象で、肺がん事例の掘り起こしはできていないなどの不十分さも残されている。

一方で、表1から2008年度の中皮腫の新法死亡後救済件数は463件であり、周知事業によるもの285件と後述の救済対象拡大によるもの5件を除いて、周知事業によらない救済が173件あった。また、関係団体等が様々な機会をとらえて継続的に行っている電話相談等の機会にも、施行前死亡に係る相談も引き続き寄せられて、救済につながっている事実があることは重要である。

### ● 2008年救済対象拡大の効果

2008年法改正では、新法死亡後救済と労災時効救済の請求期限が2012年3月26日までに延長されただけでなく、各々の救済対象も拡大された。

すなわち、労災時効救済では、2001年3月27日から2006年3月26日までの間に死亡した事例にまで対象が拡大され(請求期限は2012年3月26日まで)、新法死亡後救済の対象は2006年3月27日以後に死亡した事例(「未申請死亡者」)にも拡大されて、この場合の請求期限は死亡から5年とされた。

2008年改正法の施行日は同年12月1日であったが、救済対象が拡大されたことの効果として、2008年度中に、2002～2003年に死亡した事例に係る労災時効救済が4件、「未申請死亡者」に係る新法死亡後救済が中皮腫5件、石綿肺がん2件であった(前述のとおり、この分について死亡年別件数が公表されていないことは問題である)。今後、この法改正の効果はますます拡大するだろう。

### ● 個別周知の継続等

中皮腫と診断された把握可能なすべての事例(ただし施行前死亡のみ)に周知したからと言ってすべきこと、できることが終わったわけではない。

救済対象の拡大に伴い、中皮腫と診断されて施行後に死亡した未救済事例への個別周知を継続すべきであり、その際は、労災時効救済等の他の制度と十分に連携しながら、各制度及び全体的な効果を検証できるようにする必要がある。

公害健康被害補償不服審査会が不認定処分取り消しの裁決をした事例の中には、死亡診断書で「中皮腫」と記載されていなかった事例も含まれている。このような正しく診断されていない中皮腫や石綿肺がん等の中皮腫以外の石綿関連疾患を掘り起こす努力が求められているのである。

労災時効救済・施行前死亡者に係る新法死亡後救済の延長された請求期限も2012年3月26日までである。労災補償・未申請死亡者に新法死亡後救済は、もっとも早い2006年3月27日死亡事例が死亡から5年後の2011年3月26日に請求権が失われ、一切の救済の道が閉ざされることになる。

2008年法改正はすでに大きな効果を証明しているわけだが、これは、行政による検証や見直し作業によってなされたものではなく、被害者団体等による強い要望と政治のイニシアティブによって実現したものであった。そのような経過も踏まえて、当分の間一少なくとも補償・救済状況の十分な検証が行われるまでは、請求権を失われるという事態が生じないようにしなければならないと考える。

## 労災/公害等の比率の検証



平成19・20年度被認定者に関するばく露状況調査  
平成21年6月 石綿の健康影響に関する検討会

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）

		疾病	男性	女性	計
被認定者	医療費	中皮腫	875	288	1,163
		肺がん	268	10	278
		合計	1,143	298	1,441
	弔慰金	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	中皮腫	684	227	911
		肺がん	205	9	214
		合計	889	236	1,125
	弔慰金	中皮腫	1,198	430	1,628
		肺がん	82	2	84
		合計	1,280	432	1,712

表1では、「分担率」として、補償・救済件数全体に占める各制度による補償・救済件数の割合も示している。

労災補償（労災保険+船員保険）+労災時効救済を「労災補償等」、新法生存中救済+新法死亡後救済を「公害等救済」とくると、中皮腫では、両者がおおよそ半々（48.5%と51.5%）。石綿肺がんでは、83.4%と16.6%という結果である。

中皮腫の80%が職業曝露というのが専門家の国際的コンセンサスで、また、中皮腫の「公害等救済」制度を実施している他の諸国において、「公害等救済」の割合が、フランスの実績で1割前後、オランダ・イギリスでは3割程度と見込まれていることと比較しても、これは到底妥当とは言い難い。

一方で、環境省の石綿の健康影響に関する検討会が2009年6月にまとめた「被認定者に関するばく露状況調査報告」（環境再生保全機構に委託して行っているアンケート調査）は、曝露歴が「職業曝露」に分類されるものが58.4%にものぼることを明らかにしている（別掲表参照）。当然のことながら、このなかには「労災補償等」を受ける資格のあるものが「紛れ込んでいる」のではないかと懸念されるのであるが、そのような事例の有無やどれくらいあるか、調査されたことはない。

そのような事例は、すでに救済給付を受けてい

曝露分類集計

	曝露分類	男性	女性	計	構成割合
医療費 グループ	職業曝露	695	45	740	65.7%
	家庭内曝露	11	24	35	3.1%
	立入・屋内環境曝露	20	20	40	3.6%
	その他・不明	163	147	310	27.6%
	計	889	236	1,125	100%
弔慰金 グループ	職業曝露	837	79	916	53.6%
	家庭内曝露	7	28	35	2.0%
	立入・屋内環境曝露	14	10	24	1.4%
	その他・不明	422	315	737	43.0%
	計	1,280	432	1,712	100%

	曝露分類	総人数	割合%
医療費 グループ 弔慰金 グループ 合計	職業曝露	1,656	58.4%
	家庭内曝露	70	2.5%
	立入・屋内環境曝露	64	2.1%
	その他・不明	1,047	36.9%
	計	2,837	100.0%

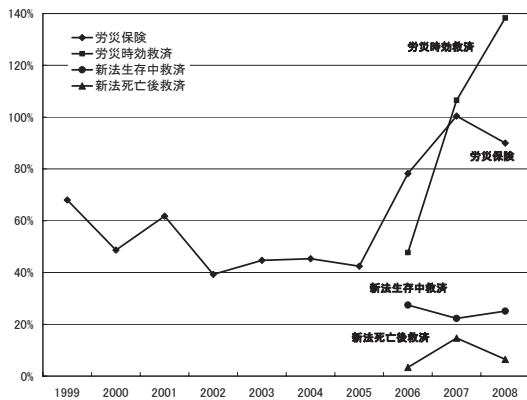
たととしても、いまからでも「労災補償等」の請求をすることは可能である。しかし、この問題を放置しておく、救済給付よりも格段に水準・内容ともに高い「労災補償等」を受ける資格・権利があるとわかったときには請求権が失われていたというトラブルが再燃することは必至である。

「労災補償等」のチランを渡すなどして一般的に周知していたとしても、具体的に個別事例に即して権利があることを知らされていなかったとしたら、はたして「正しい請求をしなかった者が悪い」と突き放すことができるだろうか。当事者や世論は、低水準・内容の救済給付で「ごまかされていた」と受け止めるのに違いない（後述の「十分なデータがないことについて認定申請者等に責任を帰すのは酷」という公害健康被害補償不服審査会の指摘にも留意されたい）。

また、「労災補償等」を受ける資格のあるものの「紛れ込み」を放置しておくことは、「公害等救済」を目的とした石綿健康被害救済基金から支払うべきではない支出がノーチェックで放置されているということでもある。それが給付対象の最大58.4%にものぼるかもしれないという状態を放置しておくようなことは、到底許されるべきことではない。

「関係行政機関の長は相互に密接な連携を図りながら協力」（2008年の救済法改正で新設され

図7 肺がん：中皮腫の比率の推移（決定年度別）



た「事業所の調査等」に係る条文の文言)して、この問題の現状を把握し、事態を改善するための対策を確立すべきである。「紛れ込み」を防止するための法的措置を確保するとともに、この問題に対処するためにも、請求権が失われるという事態は回避される必要がある。

### 肺がん：中皮腫の比率の検証

既述のとおり、石綿肺がんは中皮腫の2倍と考えるのが、専門家の国際的コンセンサス。この点が、実際の補償・救済ではどうなっているのかをみたのが、表8及び図7である。

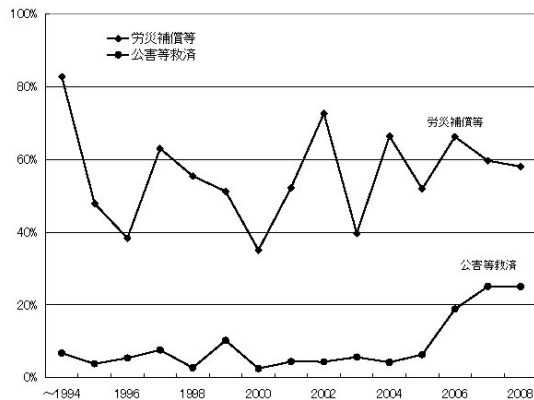
決定年度別でみると、労災保険では、肺がん補償件数の中皮腫補償件数に対する比率は、2002～2005年度に40%前後だったものが、2006年度78.2%、2007年度100.4%と上昇し、2008年度はやや減少して90.0%。2006～2008年度平均では86.8%となっている。

労災時効救済では、2006年度47.7%、2007年度106.5%、2008年度138.3%へと上昇。2006～2008年度平均では58.2%である。

これに対して、新法生存中救済では、2006～2008年度平均が25.1%、新法死亡後救済では、同じく5.4%と著しく低い水準である。

図8では、死亡年別の状況を見てみた。元データは表4-1及び表6-1を参照していただきたいが、これによっても、「労災補償等」(労災保険+船員保

図8 肺がん：中皮腫の比率の推移（死亡年別）



険+労災時効救済)と、「公害等救済」(新法生存中救済+新法死亡後救済)との間に、大きな格差があることが確認できる。

「労災補償等」でも、中皮腫の2倍と考えられている石綿肺がんの半分も救済できておらず、「公害等救済」ではさらに悲惨な状況ということである。

### 認定率の検証

次に、「認定率」についても検証しておく(表8及び図9参照)。請求件数を分母とすることも可能であるが、ここではより正確に、当該年度における総決定件数に対する補償・救済件数を用いた。具体的には、「労災補償等」では、支給決定件数/(支給決定件数+不支給決定件数)、「公害等救済」では、認定件数/(認定件数+不認定件数+取下げ件数)を計算している。

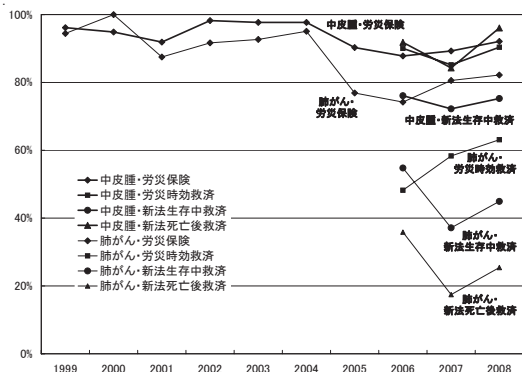
「公害等救済」の「取下げ」は、「主な理由：労災保険等支給、医学的資料が整わない」と注記されているが、まったく性質の異なる理由なのであるから、各々の理由ごとのデータを示すべきである。「労災保険等支給」が理由であれば結構なことだが、「(求められた)医学的資料が整わない」場合、それでも処分を求めていれば、「不認定」とされたと考えられる。不認定件数を減らす目的であろうが、自主的な「取下げ」を誘導させられ、事実上断念させられている実態が少なくないと推測されるため、総決定件数として分母に含めたものである。

表8 中皮腫・石綿肺がんの決定年度別の認定率・比率等

	労災保険													合計	06-08	労災時効救済				
	年度	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	合計	06-08			年度	2006	2007	2008	合計
中皮腫	請求				61	77	149	1,082	831	537	627	2,927	2,060	中皮腫	請求					
	支給	25	37	34	56	85	128	502	1,001	500	559	5,102	3,848		支給	570	46	47	663	
	不支給	1	2	3	1	2	3	54	139	60	48	313	247		不支給	63	8	5	76	
	認定率	96.2%	94.9%	91.9%	98.2%	97.7%	97.7%	90.3%	87.8%	89.3%	92.1%	90.3%	89.3%		認定率	90.0%	85.2%	90.4%	89.7%	
肺がん	請求				34	39	61	701	877	591	643		2,111	肺がん	請求					
	支給	17	18	21	22	38	58	213	783	502	503	2,175	1,788		支給	272	49	65	386	
	不支給	1	0	3	2	3	3	64	272	121	109	578	502		不支給	292	35	35	362	
	認定率	94.4%	100.0%	87.5%	91.7%	92.7%	95.1%	76.9%	74.2%	80.6%	82.2%	79.0%	78.1%		認定率	48.2%	58.3%	65.0%	51.6%	
合計	請求	44	47	53	95	116	210	1,783	1,708	1,128	1,270		4,106	合計	請求					
	支給	42	55	55	78	123	186	715	1,784	1,002	1,062	5,102	3,848		支給	842	95	112	1,049	
	不支給	2	2	6	3	5	6	118	411	181	157	891	749		不支給	355	43	40	438	
	認定率	95.5%	96.5%	90.2%	96.3%	96.1%	96.9%	85.8%	81.3%	84.7%	87.1%	85.1%	83.7%		認定率	70.3%	68.8%	73.7%	70.5%	
肺がん/中皮腫	68.0%	48.6%	61.8%	39.3%	44.7%	45.3%	42.4%	78.2%	100.4%	90.0%	74.3%	86.8%	肺がん/中皮腫	47.7%	106.5%	138.3%	58.2%			

	新法生存中救済						新法死亡後救済						合計				
	年度	2006	2007	2008	合計		年度	2006	2007	2008	合計		年度	2006	2007	2008	合計
中皮腫	請求	1,155	771	688	2,614	中皮腫	請求	1,799	250	943	2,992	中皮腫	請求				
	認定	627	525	566	1,718		認定	1,538	279	463	2,280		認定	3,736	1,350	1,635	6,721
	不認定	76	105	71	252		不認定	14	23	4	41		不認定	292	196	128	616
	取下げ	121	97	115	333		取下げ	123	29	16	168		取下げ	244	126	131	501
	認定率	76.1%	72.2%	75.3%	74.6%		認定率	91.8%	84.3%	95.9%	91.6%		認定率	92.8%	87.3%	92.7%	85.7%
肺がん	請求	519	269	270	1,058	肺がん	請求	358	87	121	566	肺がん	請求				
	認定	172	117	142	431		認定	52	41	30	123		認定	1,279	709	740	2,728
	不認定	77	125	106	308		不認定	36	169	77	282		不認定	677	450	327	1,454
	取下げ	65	73	68	206		取下げ	57	25	11	93		取下げ	122	98	79	299
	認定率	54.8%	37.1%	44.9%	45.6%		認定率	35.9%	17.4%	25.4%	24.7%		認定率	65.4%	61.2%	69.4%	60.9%
合計	請求	1,674	1,040	958	3,672	合計	請求	2,157	337	1,064	3,558	合計	請求				
	認定	799	642	708	2,149		認定	1,590	320	493	2,403		認定	5,015	2,059	2,375	9,449
	不認定	153	230	177	560		不認定	50	192	81	323		不認定	969	646	455	2,070
	取下げ	186	170	183	539		取下げ	180	54	27	261		取下げ	366	224	210	800
	認定率	70.2%	61.6%	66.3%	66.2%		認定率	87.4%	56.5%	82.0%	80.4%		認定率	79.0%	70.3%	78.1%	76.7%
肺がん/中皮腫	27.4%	22.3%	25.1%	25.1%	肺がん/中皮腫	3.4%	14.7%	6.5%	5.4%	肺がん/中皮腫	34.2%	52.5%	45.3%	40.6%			

図9 中皮腫・石綿肺がんの認定率の推移



中皮腫の認定率は、2006～2008年度平均で、新法死亡後救済が91.6%でもっとも高く、労災時

効救済89.7%、労災保険89.3%、新法生存中救済74.6%と続く。

とりわけ中皮腫の診断がつけられているにもかかわらず不支給・不認定とされた事例、「医学的資料が整わない」という理由で取り下げられた事例について、その理由の公表・検証が求められる。

石綿肺がんの認定率は、労災保険では、2004年度まで80%超だったものが、2005年度以降下がっている。それでも、2006～2008年度平均で、労災保険の78.1%がもっとも高く、労災時効救済51.6%、新法生存中救済45.6%、新法死亡後救済24.7%という順で、かなりの差がついている。「公害等救済」では取下げ件数もかなりの比率ある。このような格差の理由及び不支給・不認定、取下げ

理由を検証することが必要である。

### 不服審査請求の状況

不服審査に関しては、2009年12月21日までに、公害健康被害補償不服審査会においてすでに11件、中皮腫に係る不認定処分取り消しの裁決が出されており(表9参照)、それらの裁決では明確に、「確定的に中皮腫と判断できる場合以外はすべて『中皮腫と判定=認定できない』という処分につながると、迅速に石綿による健康被害を救済しようとする法の趣旨・目的にそぐわない」として、確定診断に至らなくても、中皮腫の可能性があり、積極的な反証がない事例を救済している。「十分なデータがないことについて認定申請者等に責任を帰すのは酷」という正鵠を得た判断も示されている。

また、同審査会が、処分の理由として、「提出された資料を総合的に判断した結果、中皮腫でない」と判定されたため」という単に判定の結論だけの記述=開示では、認定申請者等の理解を得るに到底足りるものではなく、処分の理由の提示を求める行政手続法第8条の要請を満たさないばかりか、救済法の趣旨にもとる、また、医学的判定の根拠は何か、小委員会・審査分科会でどのような議論が行われたのかという原処分の正否の核心にかかわることについて進んで弁明しようとしないうという対応は「遺憾」などという、「付言」ないし「見解」を繰り返し表明していることも重大な問題である。

2009年3月19日には、公害健康被害補償不服審査会として初めての肺がん不認定処分を取り消す裁決が出された。裁決の結論部分は、「本件においては、医学的には石綿起因性の肺がんであると確定診断することはできない。しかし、請求人の述べる【5文字分墨塗り】の暴露歴に加えて同人には胸膜ブランクが認められ、同人が石綿による健康被害を受けたことが疑いないのであるから、石綿による健康被害を救済しようとする法の趣旨に鑑みれば、本件のように石綿起因性の肺がんである可能性を否定できない場合には、法第2条第1項に規定する指定疾病である肺がんにかかったとの認定をすべきものとする」と考へる。(本件について

表9 新法救済：審査請求処理状況

	指定疾病	審査請求件数	取下げ件数	裁決件数				未処理件数
				却下	取消	棄却	計	
新法生存中救済	中皮腫	31	4		7	9	16	11
	肺がん	10		2		5	7	3
	その他	5				2	2	3
	計	46	4	2	7	16	25	17
新法死亡後救済	中皮腫	13	1		3	7	10	2
	肺がん	17			1	13	14	3
	その他	6				2	2	4
	計	36	1		4	22	26	8
合計		82	5	2	11	38	51	26

は、墨塗り部分には職業曝露歴があったのではないかと推測され、そうであれば、「労災補償等」を受けられる事例であるかどうか判断してはしなかった—「縦割り行政」の弊害が不服審査制度にも及んでいるとしたら、解決されるべき課題である。)

審査会のメッセージはわかりやすく、①判断基準を満たしていないからとすぐ切り捨てるのではなく、「可能性を否定できないもの」を極力救済する、その際、②認定申請者に過大な立証責任を負わせない、③本人申告の曝露歴や胸膜ブランク所見を評価する、ということであろう。このような指摘は判定基準の見直しに活かして、同様の事例で、不認定処分であきらめたり、不服審査の同じ手間を繰り返さなければならないことがないようにしなければならない。

### 補償・救済の現状のイメージ

以上みてきたことをもとにして、アスベストによる健康被害の補償・救済の現状のイメージを図示したものが、次頁上の図である。

一応、1995～2008年の中皮腫死亡者に係る状況を念頭に、全体の49.3%が補償・救済され、「労災補償等」(図では「労災補償」と「新法救済」と「公害等救済」(図では「新法救済」)がおおよそ半々で分担している状況をあらわしている。

既述のとおり、職業曝露によるものが全体の80%という国際的コンセンサスや「公害等救済」制度をもっている諸外国の推定等をもとに、全体の70%が「労災補償等」でカバーされるべき対象であると仮

## 補償・救済の現状のイメージ①



中皮腫1995～2008年死亡者を参考に作図

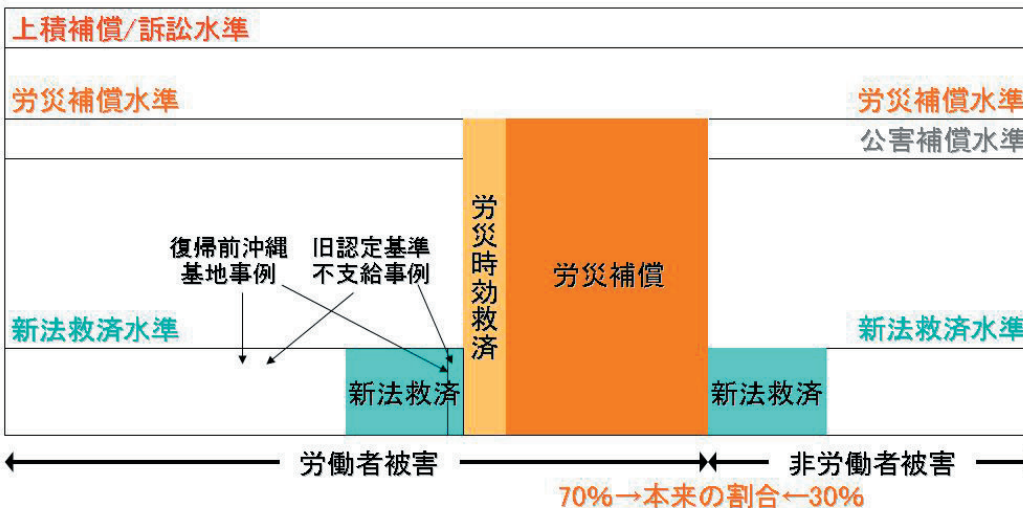
1995～2008年の中皮腫死亡総数 11,212人

労災補償件数 2,267件(20.2%) + 労災時効救済件数 459件(4.1%) = 24.2%

新法(生存中 777件[推計] + 死亡後 2,023件)救済件数 2,800件(25.0%)

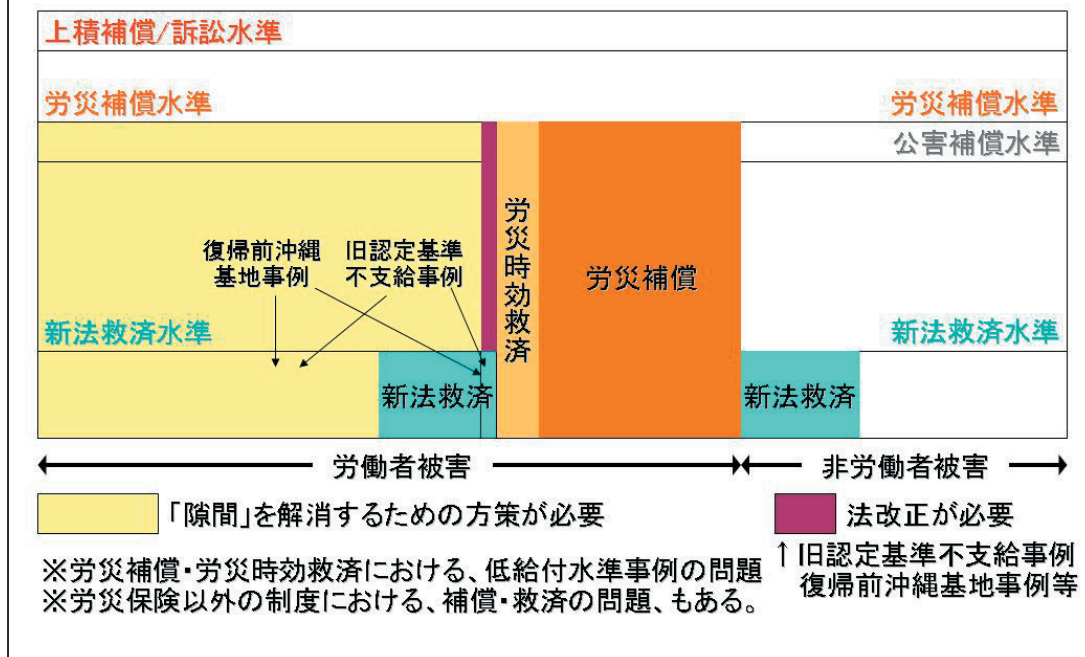
補償・救済総件数 = 49.3%

## 補償・救済の現状のイメージ②



職業曝露が80%という国際的コンセンサスから、労働者被害が70%と仮定。  
 新法救済事例のかなりの部分(半数程度?)は、労災補償・労災時効救済を受ける資格のある事例、及び、「旧認定基準不支給事例」等が含まれているものと考えられる。

## 補償・救済の見直し：労災補償等関係



定して、配置し直したのが前頁下の図である。

左側から70%が「労災補償等」により、右側から30%が「公害等救済（新法救済）」によって、本来カバーされなければならない部分である。

現在「新法救済」を受けているもののおおよそ半分が、「労災補償等」を受ける資格があるものであると仮定した。

以下、この図も手がかりにしなが、アスベストによる健康被害の補償・救済見直しの課題を整理してみた。

### 労災補償等の課題

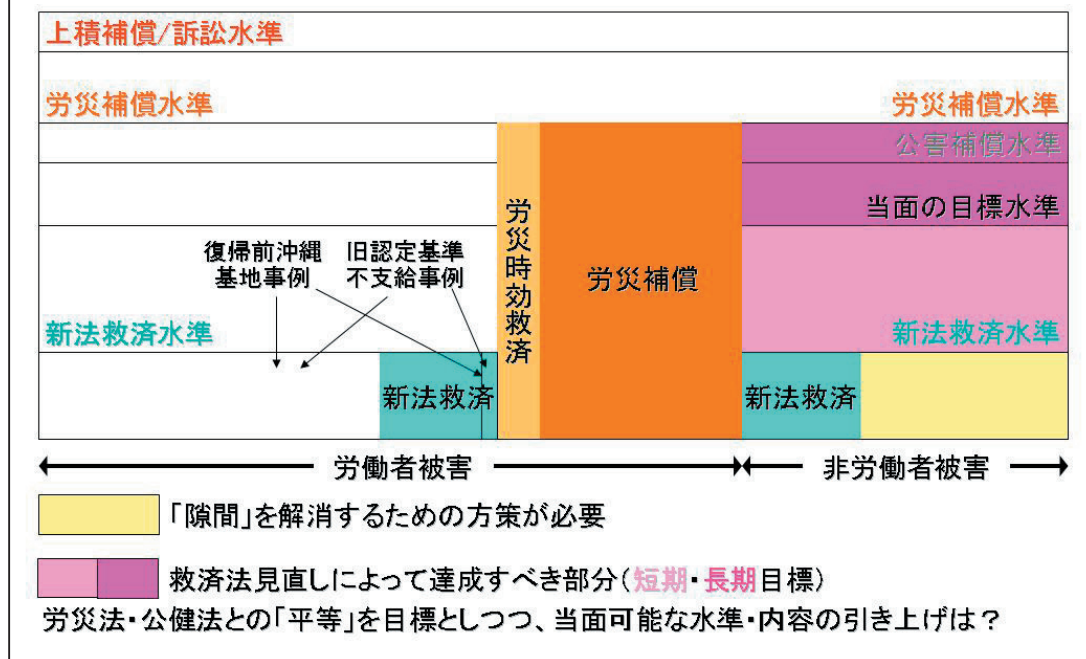
図の左側から70%をカバーする「労災補償等」の課題は、以下のとおりである。（別掲図参照）

- ① 残された「隙間」— 補償・救済を受けられていない「隙間」を解消する方策を講じる。
- ② 残された「隙間」— 「新法救済」に紛れ込んでしまっている事例が確実に「労災補償等」を受

けられるようにする方策を講じる。

- ③ 残された「隙間」— 施政権返還前沖縄の米軍基地内等曝露によるアスベスト被害を労災保険及び労災時効救済の対象とする。（図中の「復帰前沖縄基地事例」）
- ④ 残された「隙間」— 古い労災認定基準に基づく不支給処分が確定してしまった事案も労災時効救済の対象とする。（図中の「旧認定基準不支給事例」）
- ⑤ 上記のためにも、労災時効及び労災時効救済の請求期限を、当分の間一少なくとも補償・救済状況の十分な検証が行われるまでは、撤廃、ないし、労災時効救済の救済対象の再拡大及び請求期限の再延長をする。
- ⑥ 労災遺族補償給付が労災時効救済（特別遺族給付金）額に満たない、及び、労災休業補償給付月額が新法救済法の「療養手当」額に満たない事例に対して、差額を救済法に基づいて給付する仕組みをつくる。

## 補償・救済の見直し：新法救済関係



- ⑦ 「標準処理期間」を具体的に設定するとともに、とりわけ中皮腫の労災保険認定については、可能な限り被害者が生存中に救済を受けられるようにする方策を講じる。
- ⑧ 健康管理手帳制度など、補償・救済以外のアスベスト健康被害対策の改善

### ● 肺がん労災認定の改善

法令改正事項ではないが、もっとも緊急性のある課題のひとつとして、労災保険で石綿肺がんを補償できていない状況に対処する課題がある。

- ・ 現行労災認定基準(2006年基発第0209001号)と矛盾した内容の労災補償課長通達(2007年基労補発第0314001号)を速やかに撤廃する。
- ・ 現行労災認定基準の「10年以上の石綿曝露作業従事歴+石綿小体または石綿繊維」要件が機能できるようにする。例えば、石綿小体1,000本以上(それのみで「職業曝露が強く疑われる」とされるレベル)+10年以上の曝露歴があれば

ばOKとし、さらに、曝露した石綿がクリソタイル主体である場合やすでに同一事業場でアスベスト関連疾患が労災認定されている場合等には1,000本未満でもOKというように運用を改善することが考えられる。

- ・ アスベスト曝露が相対的に高かったことの明確な吹き付け・石綿製品製造、建設・造船業などの場合、及び、すでに同一事業場でアスベスト関連疾患が労災認定されている場合等については、「石綿小体または石綿繊維」要件なしに、一定の石綿曝露作業従事歴で認定できるように認定基準を改正する。

### ● 労災補償等関連情報のさらなる公表

- ・ 2008年救済法改正で厚生労働省に対しても一層の情報開示を促す条文(第79条の2)が新設されたにもかかわらず、クボタショック以来の認定事業場情報公表をいやいや継続しているのが実態であり、改善が必要である。また、現在

公表されている情報の他にも、例えば、石綿肺認定関連や健康管理手帳交付関連の事業場情報等が公表可能なはずである。

### 新法救済関係の課題

図の右側から30%をカバーすべき「公害等救済（新法救済）」の課題は、以下のとおりである。（前頁の図参照）

- ① 残された「隙間」― 救済対象となる指定疾病を「労災並み」に拡大する。
- ② 残された「隙間」― 補償・救済を受けられていない「隙間」を解消する方策を講じる。
- ③ 残された「隙間」― 「新法救済」に紛れ込んでしまっている事例が確実に「労災補償等」を受けられるようにする方策を講じる。
- ④ 上記のためにも、新法死亡後救済（施行前死亡・未申請死亡）の請求期限を、当分の間― 少なくとも補償・救済状況の十分な検証が行われるまでは、撤廃ないし再延長する。
- ⑤ 救済給付の内容・水準等を、「労災並み」に少しでも近づけることをめざして改善する。
- ⑥ 労働安全衛生法に基づく健康管理手帳制度の対象にならない者を対象とした健康管理制度を創設する。当面、胸膜プラークや非療養石綿肺の有所見者等、及び、現行の「健康リスク調査」の対象者を移行させることが考えられる。
- ⑦ 判定基準の見直し（自営業者については労災認定基準準拠、その他についても曝露情報を最大限入手・活用することなど）
- ⑧ 「標準処理期間」を具体的に設定するとともに、とりわけ中皮腫の新法生存中救済については、可能な限り被害者が生存中に救済を受けられるようにする方策を講じる。

### 労災・公害等にまたがる課題

補償・救済及び健康管理制度を中心に、アスベストによる健康被害対策は、複数の行政機関・制度にまたがる課題である。既存アスベスト対策がさらに多くの行政機関・制度にまたがるのと比較す

れば、健康被害対策は基本的に厚生労働省と環境省、労災保険法と石綿健康被害救済法が中核になると考えられるが、全体に網をかける―アンブレラ機能がどうしても必要とされる課題がある。

- ① 多制度にまたがる補償・救済の目標を設定し、達成状況を検証する仕組みをつくる。
- ② 残された「隙間」― 補償・救済を受けられていない「隙間」を解消する方策を講じる際に、関係行政機関等が連携・協力し合う。中皮腫死亡事例に対する個別周知事業は、厚生労働省と環境省共同事業として、継続すべきである。
- ③ 「新法救済」に紛れ込んでしまっている事例が確実に「労災補償等」を受けられるようにする方策も、共同でを講じられるべきである
- ④ 請求期限・時効問題に統一的に対応する。当分の間― 少なくとも補償・救済状況の十分な検証が行われるまでは、撤廃ないし再延長等する。
- ⑤ 対象疾病や認定基準等の補償・救済に共通する基本的考え方について、整合性を確保＝一元化する仕組みをつくる。
- ⑥ 救済法で労働者以外の者に対する健康管理制度を創設するとともに、労働安全衛生法の健康管理制度との整合性を確保し、両者を有機的に結合できるような仕組みをつくる。
- ⑦ 「公的な中皮腫登録制度」を創設する。
- ⑧ 疫学調査等
- ・ 前政権下で厚生労働省は、日本産業衛生学会によるクボタ旧尼崎疫学調査実施の申し入れを「石綿とがんの因果関係は既知」のことだからという理由で拒否しているが、クボタ旧神崎工場+αで、労働者、労働者の家族、地域住民の各集団別の疫学調査を実施する（環境省の「健康リスク調査」は健康管理制度に移行）。
- ・ 省庁縦割りでない、また、メンバー選定を官僚まかせにしない調査研究を検討する必要がある。
- ・ 各省によるアスベスト関係調査研究委託状況等の洗い出し・見直しも（各省単独でも）必要。
- ⑧ 一元化した審議会・検討会等
- ⑨ その他



## アスベスト対策基本法

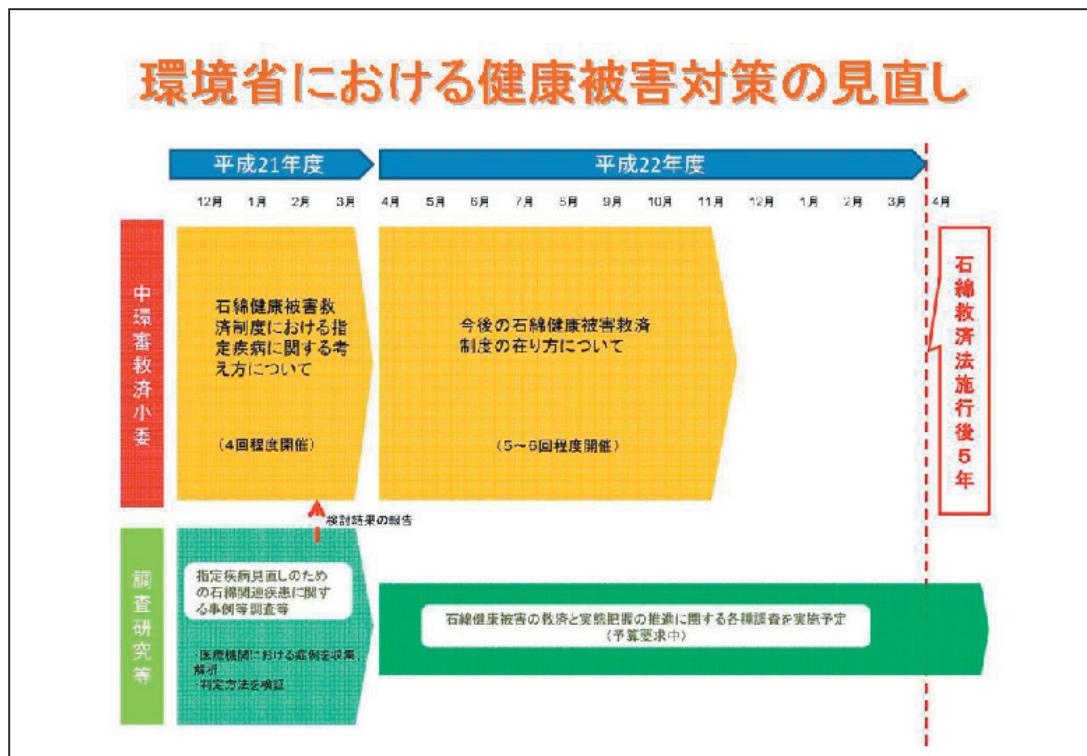
最後にあらためて、アスベスト対策基本法制定の必要性を強調しておきたい。

アスベスト対策基本法は、より多くの行政機関・制度にまたがる、①既存アスベスト対策を中心としながら、既述の②アスベスト健康被害対策、③アスベスト全面禁止対策、④「政府の過去の対応」の再検証、⑤海外移転の阻止及び国際協力等をカバーすることが考えられる。

既存アスベスト対策の骨子として、以下のようなことが考えられる。既存の関係法令だけでなく、国土交通省で検討されている、シップリサイクル条約国内法、建築物のアスベスト対策の促進をめざす新法等のあり方にも関連しており、ここに挙げたことを基本法と個別法へ振り分けるかについても検討する必要がある。

- ・ノンアスベスト社会の実現等という目標を明確にするとともに、総合的・戦略的な方針・体制等を確立する。
- ・国、地方公共団体、事業者等の責務を明らかにするとともに、様々なレベルで国民の積極的関与を促進・確保する。
- ・関係法令・行政機関等の役割分担を全体構想のなかで明確に位置づけ、整合性・効率性・連携等を確保するとともに、「隙間」をなくしていく努力をする。
- ・共通する技術的基盤の整合性を確保する。
  - －アスベスト及びアスベスト含有製品(石綿等)等の定義
  - －石綿等の調査・分析・測定方法等
  - －石綿等除去作業等の技術的指針等
- ・必要とされる濃度基準等の整合性のある設定を確保する。
- ・全ての既存石綿等が、速やかにその存在が把握され、適切に管理されながら、可能な限り早い時期に安全に除去・廃棄等されるべきであるという一般原則を確立する。
- ・以下による優先順位付け等を考慮した対策を促進する。

- －施工・製造年等(調査・把握に際しては有効かもしれない)
- －有害性(青・茶石綿含有製品)
- －飛散性(吹き付け、保温材・断熱材・耐火被覆板等/劣化の状況等)
- －規模・利用状況等(不特定多数の利用の有無・頻度)
- ・建築物・工作物、船舶に使用されている石綿等を重点かつ筆頭に、可能な対象(使用されているもの/特定の石綿製品等)から順次、優先順位付けその他の区分等も考慮しながら、以下のライフサイクル別ロードマップを策定する。
- ・ロードマップ策定にあたっては、環境省「2025年頃における望ましい社会像を見据えた戦略目標」との連携も考慮する。
- ・必要に応じて一定の区分ごとに、期限を定めて、石綿等の使用の有無を調査・把握するとともに、把握された石綿等の表示・届出、台帳の整備等を確保する。
- ・調査の結果把握された石綿等について、いつ(までに)どのように除去・廃棄するか、また、それまでの間どのように適正に管理するかの考え方を示すとともに、除去・廃棄等計画・管理計画の作成等を確保する。
- ・一定の対象に対する調査及び除去等に対する資格制度及び第三者監督制度を導入(できるように)する。
- ・一定の対策に対する補助制度を導入(できるように)する。
- ・石綿障害予防規則、大気汚染防止法、建設リサイクル法、シップリサイクル条約国内法、建築物のアスベスト対策促進法等の整合性を確保する措置を講じる。
- ・廃棄物処理法、建設リサイクル法、シップリサイクル条約国内法(関連条項があれば)の見直し及び整合性を確保する措置を講じる。
- ・各行政機関の履行確保措置・監督等の連携・効率化を図る。
- ・関連情報(過去の製品、吹き付け箇所等々)の一元化・国民への公表を確保する措置を講じる。
- ・ライフサイクルの全段階における関係者間のリ



スク・コミュニケーションの確保のため、及び曝露事故等が生じた場合の措置を講じる。

- ・石綿含有一般消費財の輸入・製造・販売事業者等による回収及び適正な処理を確保する措置を講じる。
- ・汚染された鉱山・土壌等の対策を検討する。
- ・石綿対策（関係関係）会議及び石綿対策審議会
- ・その他

### 課題の実現に向けて

石綿健康被害救済法は、施行5年以内（2011年3月27日まで）に必要な見直しを行うこととされている（附則第6条）。

環境省では、中央環境審議会に石綿健康被害救済小委員会を設置して、11月27日から救済対象疾病の追加について、また、来年度から制度全体の見直しについて検討する予定である。法改

正が必要な場合には、2011年頭の通常国会提出が見込まれている。（別掲図参照）

したがって、この環境省の見直し作業に、既述の諸課題を反映させる努力が必要である。

厚生労働省では、2009年10月13日の第1回政策委員会で斎藤勁衆議院議員から提起された施政権返還前沖縄での職業曝露問題について、担当部署が内々の検討をしていることは、同年10月15日の全国安全センターの厚生労働省交渉で確認している。厚生労働省にも環境省と足並みをそろえた見直し=法改正等を行うよう迫っていきたい。

そこで両省にまたがるアスベスト健康被害対策の諸課題実現に向けての道が開けてくるだろう。

アスベスト対策基本法の制定は、さらに多省庁にまたがってくる。すべての実現の目標時期をそろえて進められればベストではあるが、実現の可能性や目標時期の設定如何によっては、調整も必要になるだろう。いずれにしろ、今年がアスベスト対策の見直しにとって重要な年になることは間違いない。

表10 中皮腫死亡者数(都道府県別)

	死亡者数														
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	合計
北海道	23	26	26	34	26	31	38	50	43	55	40	51	34	49	526
青森	4	5	5	4	2	2	4	7	7	5	4	10	7	6	72
岩手	1	3	5		3	5	4	5	6	9	7	11	7	5	71
宮城	3	8	9	4	6	14	10	12	15	18	13	7	13	16	148
秋田	5	6	9	4	1	7	6	7	7	6	3	6	6	3	76
山形	2	2	2	2	3	3	2	8	5	5	2	7	7	6	56
福島	6	9	11	7	10	13	10	8	4	14	15	14	13	17	151
茨城	14	9	10	10	4	10	14	21	15	14	14	20	15	20	190
栃木	2	4	9	10	7	9	10	9	10	7	5	5	8	8	103
群馬	3	3	10	3	5	12	9	10	14	10	10	15	10	11	125
埼玉	27	24	21	23	33	39	41	37	36	48	38	39	62	57	525
千葉	17	19	16	14	14	19	17	17	30	36	37	41	35	28	340
東京	37	56	48	44	45	57	60	57	73	68	73	93	81	108	900
神奈川	38	61	55	39	53	42	51	46	65	69	80	63	85	105	852
新潟	15	5	5	9	6	12	17	12	21	19	16	21	19	15	192
富山	4	11	9	6	14	12	7	11	12	8	13	12	12	18	149
石川	4	4	5	5	9	11	7	4	7	4	8	4	8	9	89
福井	3	1	2	4	3	2	2	5	5	8	4	2	5	6	52
山梨	2	2	1	2	3	6	5	2	3	2	6	7	3	5	49
長野	4	9	7	9	6	4	11	10	9	4	8	13	8	12	114
岐阜	4	9	5	3	11	9	8	11	14	9	9	15	20	19	146
静岡	17	17	12	12	16	22	20	18	24	29	31	35	20	27	300
愛知	19	23	21	23	18	35	31	26	32	35	34	52	51	61	461
三重	3	5	3	5	7	8	5	10	7	11	6	8	13	13	104
滋賀	4	8	5	8	10	9	8	6	9	9	8	9	12	20	125
京都	7	12	14	14	14	17	11	12	12	28	14	25	17	21	218
大阪	48	51	63	58	67	69	87	93	79	99	87	103	103	110	1,117
兵庫	37	46	52	55	61	70	70	68	75	75	90	102	98	105	1,004
奈良	8	6	9	16	7	11	14	12	19	14	11	14	23	13	177
和歌山	7	1	7	5	9	4	8	2	6	7	5	6	6	7	80
鳥取	3	3	3	5	4		2	8	5	1	2	4	2	7	49
島根	1	1	3	2	2	4	3	4	2	4	4	3	6	6	45
岡山	10	20	14	17	8	10	19	25	26	19	17	23	22	23	253
広島	16	22	25	29	28	22	32	31	24	48	39	41	35	45	437
山口	17	11	9	8	11	11	14	14	14	16	13	21	16	19	194
徳島	4	4	5	2	3	1	4	4	2	5	9	7	11	6	67
香川	4	5	9	4	4	7	9	11	7	4	9	7	11	18	109
愛媛	7	9	4	7	8	6	15	12	16	12	10	10	14	10	140
高知	2	2	4	2	4	4	3	6	8	6	6	2	8	7	64
福岡	22	14	29	20	33	35	33	44	33	34	39	37	42	44	459
佐賀	4	4	4	5	9	7	6		11	8	9	12	11	10	100
長崎	12	8	13	12	15	9	8	17	14	16	22	30	31	29	236
熊本	6	8	8	4	10	5	8	3	10	16	8	4	16	13	119
大分	6	6	3	4	9	4	8	3	8	12	6	8	11	9	97
宮崎	4	2	2	6	8	7	7	8	8	9	7	6	13	6	93
鹿児島	5	7	3	8	15	7	8	12	16	10	12	18	14	10	145
沖縄	8	5	3	3	3	6	6	9	9	6	8	6	4	7	83
不詳等	1					1		3	1	2		1		1	10
合計	500	576	597	570	647	710	772	810	878	953	911	1,050	1,068	1,170	11,212

## 特集/石綿被害補償・救済状況の検証と課題

表11-1 中皮腫の補償・救済状況(都道府県別)

	労災補償							新法時効救済				新法死亡後救済			
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	小計	2006	2007	2008	小計	2006	2007	2008	小計
北海道	1	8	18	45	34	25	131	32	1	1	34	57	8	18	83
青森			1	4	3	1	9	3			3	11		2	13
岩手				1		1	2		1		1	9		2	11
宮城		2	2	12	6	7	29	4			4	18	2	8	28
秋田				3	2		5	1			1	17	2	7	26
山形			2	1		3	6	3	1	1	5	8		5	13
福島		1	6	11	2	13	33	8		1	9	15	2	6	23
茨城	1	1	3	8	7	3	23	4	1	1	6	24	7	16	47
栃木	1		4	2	3	4	14	2		2	4	12	3	12	27
群馬				8	5	3	16	1			1	11	21	12	44
埼玉	4	2	8	28	18	16	76	14	2	2	18	89	11	18	118
千葉		4	10	17	16	11	58	9			9	59	7	15	81
東京	7	4	35	117	59	72	294	47	8	4	59	147	26	48	221
神奈川	9	15	41	75	40	41	221	48	3	3	54	97	20	35	152
新潟	2	1	13	21	6	5	48	10			10	29	4	12	45
富山	1		2	14	6	7	30	10		1	11	21	2	12	35
石川			2	5	7		14	2			2	11	2	3	16
福井			1	5	2	3	11	2			2	5	1	1	7
山梨			1			2	3				0	6	2	3	11
長野		1	3	13	2	8	27	5			5	9	2	4	15
岐阜		3	5	12	6	8	34	4		1	5	14	1	12	27
静岡	1	5	15	25	8	11	65	19	1		20	37	6	16	59
愛知		5	26	50	22	31	134	32	3	4	39	57	11	15	83
三重			3	6	3	4	16	3			3	13	3	4	20
滋賀			3	12	7	6	28	4	1		5	11	5	8	24
京都			4	11	7	8	30	11	1	1	13	29	10	3	42
大阪	5	20	91	126	51	52	345	70	6	5	81	193	35	25	253
兵庫	18	19	80	99	64	61	341	82	10	9	101	218	24	22	264
奈良	1	3	7	8	4	8	31	11			11	31	10	3	44
和歌山		2	3	4	2	3	14	4			4	12	1	11	24
鳥取		1	2	2		1	6	1			1	4	2	1	7
島根		1		3	2	3	9	2			2	2		3	5
岡山	9	5	8	22	11	25	80	17	1	2	20	29	3	15	47
広島	9	10	23	58	15	29	144	38	1	4	43	42	7	10	59
山口	1	3	12	22	11	12	61	19			19	24	2	2	28
徳島			3	6	4	3	16	2			2	5		6	11
香川		3	14	14	1	7	39	4		1	5	15	3	2	20
愛媛	3	2	7	14	7	6	39	2		1	3	9	7	6	22
高知			3	3	1	1	8	1			1	12	4	6	22
福岡	7	3	20	47	19	28	124	13	1	1	15	51	9	11	71
佐賀	2	1	2	6	3	1	15	2			2	16	3	1	20
長崎			18	30	23	14	85	16	2	1	19	17		10	27
熊本	1	1		4	1	3	10	1			1	9	1	3	13
大分		1		7	6	4	18	1	1	1	3	7	4	5	16
宮崎		1		6	3	4	14		1		1	8	3	8	19
鹿児島			1	11	1	1	14	3			3	14	1	5	20
沖縄				3			3	3			3	3	2	11	16
不詳等	2						2				0	1			1
合計	85	128	502	1,001	500	559	2,775	570	46	47	663	1,538	279	463	2,280

表11-2 中皮腫の補償・救済状況(都道府県別)

	新法生存中救済				合計	救済率
	2006	2007	2008	小計		
北海道	18	19	19	56	304	57.8%
青森	4	4		8	33	45.8%
岩手	1		3	4	18	25.4%
宮城	8	12	16	36	97	65.5%
秋田		2	2	4	36	47.4%
山形	5	2	3	10	34	60.7%
福島	6	4	8	18	83	55.0%
茨城	17	7	13	37	113	59.5%
栃木	3	2	6	11	56	54.4%
群馬	9	5	6	20	81	64.8%
埼玉	37	39	37	113	325	61.9%
千葉	22	17	16	55	203	59.7%
東京	73	54	47	174	748	83.1%
神奈川	38	36	40	114	541	63.5%
新潟	12	6	4	22	125	65.1%
富山	5	11	6	22	98	65.8%
石川	3	4		7	39	43.8%
福井	1	3	2	6	26	50.0%
山梨	2	1	2	5	19	38.8%
長野	4	5	8	17	64	56.1%
岐阜	12	5	2	19	85	58.2%
静岡	16	14	14	44	188	62.7%
愛知	19	34	42	95	351	76.1%
三重	3	11	5	19	58	55.8%
滋賀	8	8	10	26	83	66.4%
京都	14	2	12	28	113	51.8%
大阪	63	55	58	176	855	76.5%
兵庫	91	54	64	209	915	91.1%
奈良	10	11	8	29	115	65.0%
和歌山	3	4	1	8	50	62.5%
鳥取	4	1	2	7	21	42.9%
島根	1		5	6	22	48.9%
岡山	15	9	8	32	179	70.8%
広島	16	8	17	41	287	65.7%
山口	7	9	13	29	137	70.6%
徳島	3	3		6	35	52.2%
香川	6	4	1	11	75	68.8%
愛媛	6	3	4	13	77	55.0%
高知	2	2	5	9	40	62.5%
福岡	25	26	21	72	282	61.4%
佐賀	5	2	6	13	50	50.0%
長崎	8	5	3	16	147	62.3%
熊本	3	6	7	16	40	33.6%
大分	7	4	3	14	51	52.6%
宮崎	1	5	6	12	46	49.5%
鹿児島	9	6	10	25	62	42.8%
沖縄	2	1	1	4	26	31.3%
不詳等				0	3	
合計	627	525	566	1,718	7,436	66.3%

表12-1 石綿肺がんの補償・救済状況(都道府県別)

	労災補償						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
北海道	1		6	37	19	34	
青森				2	2	3	
岩手				1		1	
宮城			3	6	9	3	
秋田				2	1	1	
山形			2	2	1	5	
福島				2	2	5	
茨城	1	1	2	6	3	5	
栃木			1	3			
群馬			1		2	2	
埼玉		4	3	15	16	18	
千葉	1		1	19	21	27	
東京	9	14	29	126	74	68	
神奈川	8	9	23	85	54	46	
新潟			7	19	12	12	
富山				3	12	5	
石川				2	2	1	
福井			1	3	2	1	
山梨							
長野		1	2	9	6	2	
岐阜	2	2	5	9	5	1	
静岡		1	5	16	10	11	
愛知	2	1	2	19	14	21	
三重			1	5	12	13	
滋賀	1			8	2	1	
京都				7	3	4	
大阪	2	6	38	84	48	37	
兵庫	4	1	19	72	34	54	
奈良		4	6	13	4	6	
和歌山		1	2	11	3	3	
鳥取				1	1		
島根				3	3	2	
岡山	3	5	17	42	22	20	
広島		1	7	40	17	24	
山口			9	17	10	13	
徳島				1	1		
香川	2		2	8	5	9	
愛媛		2	3	12	11	9	
高知				1	1		
福岡	1	4	6	17	15	13	
佐賀		1	3	3		2	
長崎	1		6	30	29	13	
熊本				5	6	2	
大分				4	3	3	
宮崎				2	3		
鹿児島				3			
沖縄			1	8	2	3	
不詳等							
合計	38	58	213	783	502	503	

## 特集/石綿被害補償・救済状況の検証と課題

表12-2 石綿肺がんの補償・救済状況(都道府県別)

	新法時効救済					新法死亡後救済					新法生存中救済					合計	救済率
	小計	2006	2007	2008	小計	2006	2007	2008	小計	2006	2007	2008	小計				
北海道	97	5		1	6	2	1	1	4	7	5	8	20	127	12.1%		
青森	7	1	1		2				0		2	1	3	12	8.3%		
岩手	2	1			1		1		1				0	4	2.8%		
宮城	21	5			5	1			1	6	4	6	16	43	14.5%		
秋田	4				0				0				0	4	2.6%		
山形	10	2	1		3	1	1		2	2		1	3	18	16.1%		
福島	9				0	2			2			1	1	12	4.0%		
茨城	18	3			3				0	2	1	3	6	27	7.1%		
栃木	4	2	2		4		1	1	2	2	1	2	5	15	7.3%		
群馬	5	1		1	2	1			1	2	1	1	4	12	4.8%		
埼玉	56	6	1	4	11	6	3	6	15	11	4	11	26	108	10.3%		
千葉	69	5	2		7	3	2		5	8	5	6	19	100	14.7%		
東京	320	18	3	5	26		3	2	5	11	13	9	33	384	21.3%		
神奈川	225	28	9	13	50	5	6	1	12	8	8	11	27	314	18.4%		
新潟	50	8	2		10	1		1	2	2	2	5	9	71	18.5%		
富山	20	3			3	2	2	2	6			1	1	30	10.1%		
石川	5				0				0		1		1	6	3.4%		
福井	7				0				0	1	2	1	4	11	10.6%		
山梨	0				0	1			1		1	1	2	3	3.1%		
長野	20	5			5				0	2	1	1	4	29	12.7%		
岐阜	24	3	1		4				0	4			4	32	11.0%		
静岡	43	1	1		2	1		3	4	4	4	3	11	60	10.0%		
愛知	59	12		8	20	2		2	4	2	1	6	9	92	10.0%		
三重	31	1			1				0		1	1	2	34	16.3%		
滋賀	12	1			1		1		1	3	1	2	6	20	8.0%		
京都	14			1	1		1		1	1	1		2	18	4.1%		
大阪	215	29	4	6	39	7	10	7	24	28	12	16	56	334	15.0%		
兵庫	184	35	4	10	49	4	3	3	10	17	13	15	45	288	14.3%		
奈良	33	4	1	1	6	1		1	2	6	2	1	9	50	14.1%		
和歌山	20	1			1				0	3	1	2	6	27	16.9%		
鳥取	2				0	2		1	3				0	5	5.1%		
島根	8	3			3			1	1	1	1		2	14	15.6%		
岡山	109	5	2	2	9	1			1	3	7		10	129	25.5%		
広島	89	18		1	19	3		2	5	10	1	7	18	131	15.0%		
山口	49	2	2		4	2		1	3	3	6	3	12	68	17.5%		
徳島	2	2			2				0		1		1	5	3.7%		
香川	26	17		2	19				0	4	1	2	7	52	23.9%		
愛媛	37	3	2	1	6		2		2		1		1	46	16.4%		
高知	2	1			1				0				0	3	2.3%		
福岡	56	10	1	3	14	2	2		4	10	5	7	22	96	10.5%		
佐賀	9	6	1		7				0	1			1	17	8.5%		
長崎	79	18	9	4	31	1			1	3	3	3	9	120	25.4%		
熊本	13	1			1				0	4	1	4	9	23	9.7%		
大分	10	1			1	1	1		2			1	1	14	7.2%		
宮崎	5				0				0	1	2		3	8	4.3%		
鹿児島	3	3			3		1		1				0	7	2.4%		
沖縄	14	2		2	4				0		1		1	19	11.4%		
不詳等	0				0				0				0	0	0		
合計	2,097	272	49	65	386	52	41	35	128	172	117	142	431	3,042	13.6%		

表13-1 中皮腫・石綿肺がん(合計)の補償・救済状況(都道府県別)

	労災補償																													
	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02		
北海道														1								1					1	2	5	
青森																														
岩手																											1			
宮城																														
秋田																														
山形																														
福島																														
茨城											1				1			1	1	1				1	1			1	2	
栃木																										1				
群馬																1														
埼玉								1	1	1				1	1	1		1	2	2	2		1	1	1	2		4	2	
千葉											1													2	1					
東京						1			1	2	1	1	1	1	3	3		2	2	4	4	4	2	2	1	3	3	3	7	
神奈川									1	3	3	2	4	5	2	4	3	3	2	4	11	8	7	9	12	7	7	12		
新潟							2																						1	
富山																														
石川																														
福井																												1		
山梨																														
長野										1		1		1		1										2	1		1	
岐阜							1			1	1									1	1	1	1	2	2	1		2		
静岡											1			1			2	1							2	1				
愛知												1		1	1			1			1				1	1	2	1		
三重																					1								1	
滋賀											1																			
京都																											1		1	
大阪		1			4	1		2	1		1	1	2				4	2	2	1		2	2	4	6	8	1	5		
兵庫											2	4	1	1	2	5	4	5	2	1	6	3	2	11	7	10	13	17		
奈良		1			1		1						1		1	1			1	1	1	1	2	1			3	2		
和歌山																														
鳥取																														
島根																														
岡山																		1			1	2		3	4	5	5	5		
広島														1		1		1	4	4	2	2		3		2	3	2		
山口															1					1				1		1		2		
徳島																					1									
香川										1				1			1					1				2	5	3		
愛媛															1					2		1								
高知																														
福岡								1		1	1	1				1	1	1	1				1	2	2	1	3	1		
佐賀																					1								1	
長崎										1		1			2				1			1		3	1		1	4		
熊本																														
大分																			1		1			1		1				
宮崎																														
鹿児島																														
沖縄																														
不詳等	8			4							-1						2										3	1	1	
合計	8	2	0	4	5	1	2	7	4	7	11	14	10	10	19	16	18	23	21	21	23	27	22	42	42	55	55	78		
中皮腫	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	4	9	2	3	10	6	8	14	10	12	13	12	10	19	25	37	34	56		
肺がん	8	2	0	3	5	1	2	7	4	3	7	5	8	7	9	10	10	9	11	9	10	15	12	23	17	18	21	22		
合計	8	2	0	4	5	1	2	7	4	7	11	14	10	10	19	16	18	23	21	21	23	27	22	42	42	55	55	78		

## 特集/石綿被害補償・救済状況の検証と課題

表13-2 中皮腫・石綿肺がん(合計)の補償・救済状況(都道府県別)

						新法時効救済				新法救済(死亡)				新法救済(生存)				合計	
03	04	05	06	07	小計	06	07	08	小計	06	07	08	小計	06	07	08	小計		
2	8	24	82	53	179	37	1	2	40	59	9	19	87	25	24	27	76	441	北海道
		1	6	5	12	4	1		5	11		2	13	4	6	1	11	45	青森
			2		3	1	1		2	9	1	2	12	1		3	4	23	岩手
	2	5	18	15	40	9			9	19	2	8	29	14	16	22	52	140	宮城
			5	3	8	1			1	17	2	7	26		2	2	4	40	秋田
		4	3	1	8	5	2	1	8	9	1	5	15	7	2	4	13	52	山形
	1	6	13	4	24	8		1	9	17	2	6	25	6	4	9	19	95	福島
2	2	5	14	10	43	7	1	1	9	24	7	16	47	19	8	16	43	150	茨城
1		5	5	3	15	4	2	2	8	12	4	13	29	5	3	8	16	72	栃木
		1	8	7	17	2		1	3	12	21	12	45	11	6	7	24	94	群馬
4	6	11	43	34	122	20	3	6	29	95	14	24	133	48	43	48	139	457	埼玉
1	4	11	36	37	93	14	2		16	62	9	15	86	30	22	22	74	307	千葉
16	18	64	243	133	521	65	11	9	85	147	29	50	226	84	67	56	207	1,179	東京
17	24	64	160	94	461	76	12	16	104	102	26	36	164	46	44	51	141	957	神奈川
2	1	20	40	18	84	18	2		20	30	4	13	47	14	8	9	31	199	新潟
1		2	17	18	38	13		1	14	23	4	14	41	5	11	7	23	128	富山
		2	7	9	18	2			2	11	2	3	16	3	5		8	45	石川
		2	8	4	15	2			2	5	1	1	7	2	5	3	10	38	福井
		1			1				0	7	2	3	12	2	2	3	7	22	山梨
	2	5	22	8	45	10			10	9	2	4	15	6	6	9	21	101	長野
2	5	10	21	11	63	7	1	1	9	14	1	12	27	16	5	2	23	131	岐阜
1	6	20	41	18	94	20	2		22	38	6	19	63	20	18	17	55	256	静岡
2	6	28	69	36	151	44	3	12	59	59	11	17	87	21	35	48	104	453	愛知
		4	11	15	32	4			4	13	3	4	20	3	12	6	21	94	三重
1		3	20	9	34	5	1		6	11	6	8	25	11	9	12	32	104	滋賀
		4	18	10	34	11	1	2	14	29	11	3	43	15	3	12	30	133	京都
7	26	129	210	99	521	99	10	11	120	200	45	32	277	91	67	74	232	1,239	大阪
22	20	99	171	98	506	117	14	19	150	222	27	25	274	108	67	79	254	1,299	兵庫
1	7	13	21	8	69	15	1	1	17	32	10	4	46	16	13	9	38	184	奈良
	3	5	15	5	28	5			5	12	1	11	24	6	5	3	14	77	和歌山
	1	2	3	1	7	1			1	6	2	2	10	4	1	2	7	26	鳥取
	1		6	5	12	5			5	2		4	6	2	1	5	8	36	島根
12	10	25	64	33	170	22	3	4	29	30	3	15	48	18	16	8	42	334	岡山
9	11	30	98	32	205	56	1	5	62	45	7	12	64	26	9	24	59	443	広島
1	3	21	39	21	91	21	2		23	26	2	3	31	10	15	16	41	211	山口
		3	7	5	16	4			4	5		6	11	3	4		7	41	徳島
2	3	16	22	6	63	21		3	24	15	3	2	20	10	5	3	18	141	香川
3	4	10	26	18	65	5	2	2	9	9	9	6	24	6	4	4	14	127	愛媛
		3	4	2	9	2			2	12	4	6	22	2	2	5	9	43	高知
8	7	26	64	34	157	23	2	4	29	53	11	11	75	35	31	28	94	396	福岡
2	2	5	9	3	23	8	1		9	16	3	1	20	6	2	6	14	69	佐賀
1		24	60	52	152	34	11	5	50	18		10	28	11	8	6	25	282	長崎
1	1		9	7	18	2			2	9	1	3	13	7	7	11	25	63	熊本
	1		11	9	25	2	1	1	4	8	5	5	18	7	4	4	15	69	大分
	1		8	6	15		1		1	8	3	8	19	2	7	6	15	54	宮崎
		1	14	1	16	6			6	14	2	5	21	9	6	10	25	69	鹿児島
		1	11	2	14	5		2	7	3	2	11	16	2	2	1	5	45	沖縄
2					20				0	1			1				0	21	不詳等
123	186	715	1,784	1,002	4,357	842	95	112	1,049	1,590	320	498	2,408	799	642	708	2,149	11,025	合計
85	128	502	1,001	500	2,505	570	46	47	663	1,538	279	463	2,280	627	525	566	1,718	7,725	中皮腫
38	58	213	783	502	1,852	272	49	65	386	52	41	35	128	172	117	142	431	3,300	肺がん
123	186	715	1,784	1,002	4,357	842	95	112	1,049	1,590	320	498	2,408	799	642	708	2,149	11,025	合計



# 禁止に向け着実な前進 禁止目標時期を設定

## 国際機関の技術的支援等も本格化 日本政府の海外協力も見直しが必要

### 2009年に進展

2009年末に、以下のふたつのアスベスト問題を取り上げたアジア・レベルの国際会議に参加する機会を得た。

- ・12月1～4日に厚生労働省（担当は労働基準局安全衛生部国際室）が委託し、中央労働災害防止協会が主催した、国際労働安全衛生ワークショップ「アスベスト予防対策と反アスベストの取り組み（prevention measures of asbestos and anti-asbestos activities）」。ミャンマーを除くASEAN加盟9か国と中国、韓国の政府関係者らが参加。（オブザーバー参加）
- ・12月21～23日にタイ・バンコクで開催されたアジア・アスベスト・イニシアティブ（AAI）第2回国際セミナー。2008年10月に産業医科大学で開催された第1回セミナー（2008年12月号参照）に続くもので、産業医大（日本学術振興会の研究費）と

タイ保健局疾病管理局の主催で、国際労働機関（ILO）と世界保健機関（WHO）が協賛。アジア15か国から研究者・政府関係者らが参加。（「NPOの役割」について報告）

今号では、両会議及びこの間のA-BAN等を通じて得られた情報をもとに、アジアにおけるアスベスト問題の最新状況を整理しておきたい。

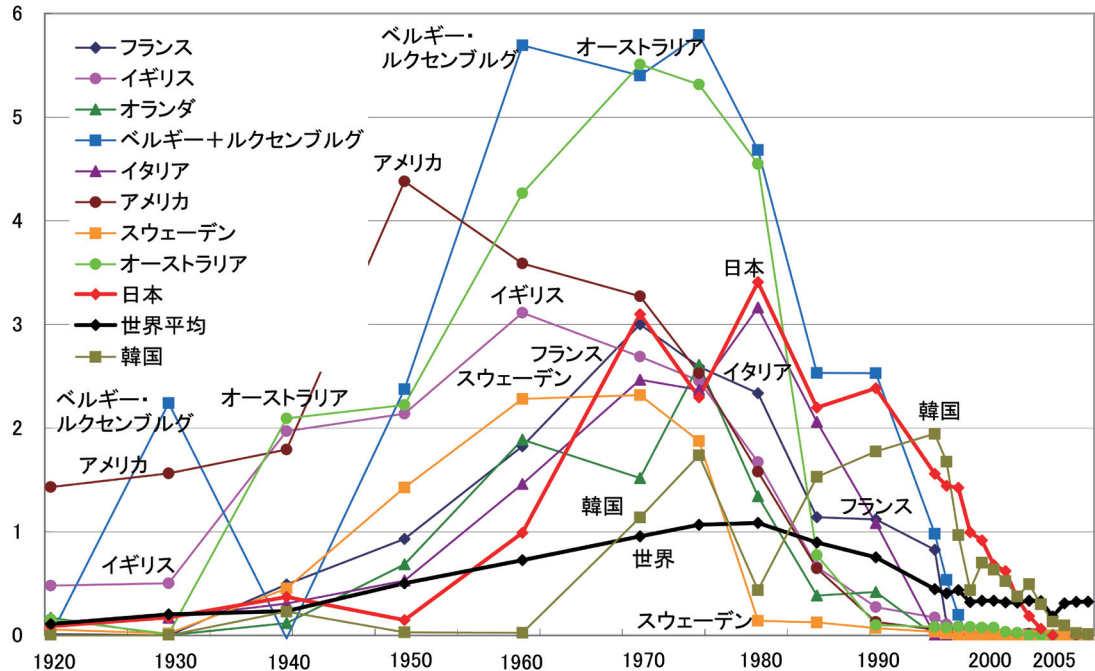
概略的に言えば、日本、韓国、シンガポール、台湾及びブルネイが、何らかのかたちでアスベストの原則禁止を達成しつつあるとともに、いくつかの諸国—タイ、マレーシア、フィリピン、ベトナム、ラオスが、何らかの手段によってアスベスト禁止を達成する目標時期を設定しつつあるということを確認できた。しかも、それらの諸国の多くにおいて、2009年という年が重要な前進の年であった。

2009年4月には、香港で開催されたアジア・アスベスト会議（AAC2009）において、アジア・アスベスト禁止ネットワーク（A-BAN）が設立された。また、AAIのような専門家によるイニシアティブに加えて、

## アジアにおけるアスベスト禁止に向けた動向

欧米・日本・韓国の人口一人当たりアスベスト消費量の推移

人口一人当たり推定アスベスト消費量:KG



国際労働機関 (ILO)、世界保健機関 (WHO) 等の国際機関も、この地域におけるアスベスト問題での国際協力に本腰を入れ始めている。

厚生労働省のワークショップは、結果的にタイミングよくそれらの進展を確認する機会のひとつを与えてくれることになったが、日本政府・各省による国際協力も、場当たりの・各省縦割りに終わらせず、現時点での地域と各国のニーズに対応し、また、NGO、研究者等によって積み重ねられてきたイニシアティブを促進するものとして、一層強化される必要があると感じている。

### 欧米と日本の状況

まずは、別掲の図をみていただきたい。人口一人当たりのアスベスト消費量を示したもので、アメリカ連邦地質調査所 (USGS) の入手可能な最新データに基づいている。これをみれば、いわゆる先進工業国が、20世紀に世界平均をはるかに上回

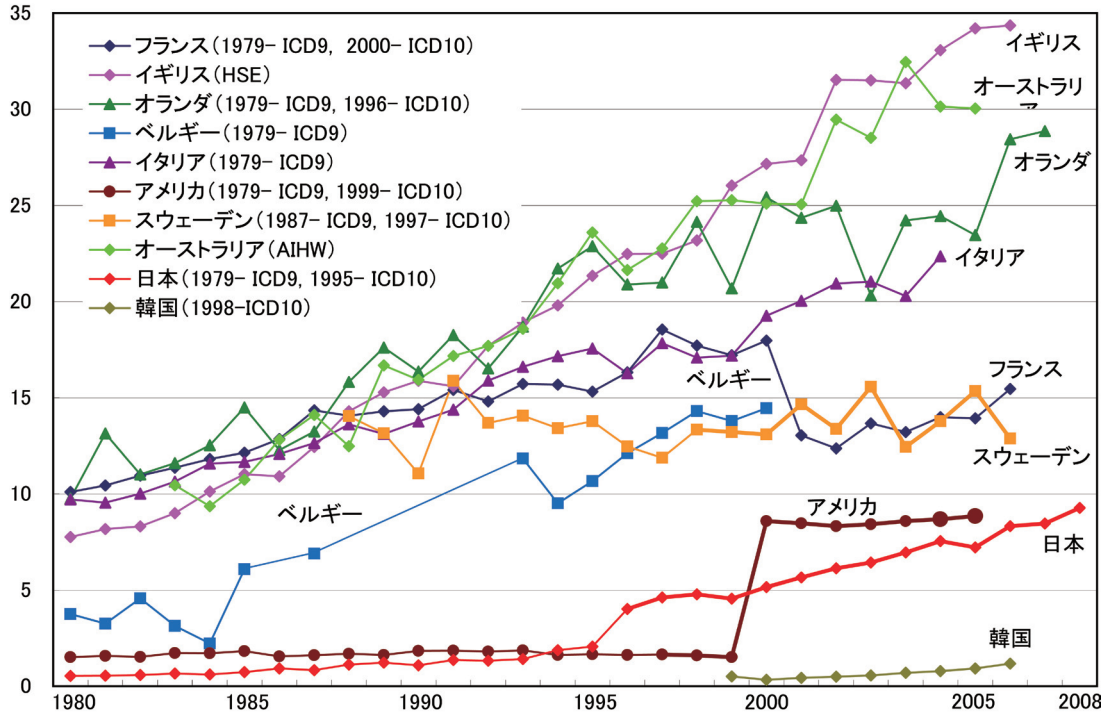
る石棉消費国であったことは一目瞭然である。日本は、欧米諸国に比べて、本格的な石棉の産業利用の開始も遅れたものの、使用を中止するのも遅れた。実際に使用しないようになったのが、スウェーデンなど北欧諸国よりも四半世紀遅く、他の欧米諸国からも10~15年ほど遅れたことは一目でわかる。

このことが、アスベスト疾患流行の遅れに反映するであろうことは容易に想像できるが、次頁の図は、同じ諸国について、人口百万人当たりの中皮腫死亡者数を示したもので、予想を裏づけている。

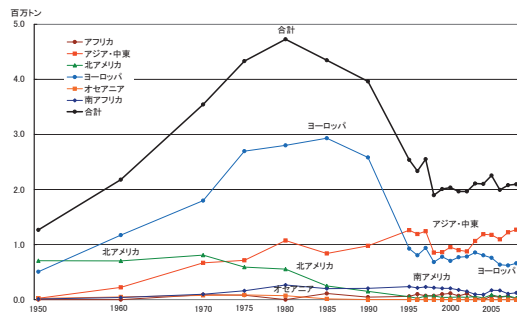
中皮腫の発症・死亡状況をできる限り正確に把握・監視すること自体が各国共通の課題となっている。そのための努力のひとつとして中皮腫登録制度を整備することがあり、イギリス (安全衛生庁 (HSE)) とオーストラリア (健康福祉研究所 (AIHW)) については、それに基づくデータを使っている。他の諸国については、WHOの死亡データベースからデータをとったが、WHOの国際疾病分類では、中

## 欧米・日本・韓国の人口百万人当たり中皮腫死亡者数の推移

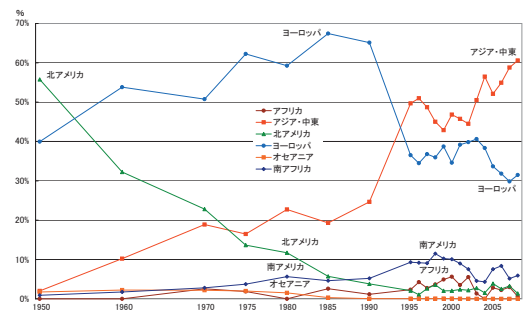
百万人当たり死亡



大陸別のアスベスト消費量 1950-2008 ①



大陸別のアスベスト消費量 1950-2008 ②



皮膚腫に独立したコードが与えられたのは、第10版 (ICD-10) からなので、ICD-9が適用されている年については、「胸膜の悪性腫瘍」の数字を使っている。これらの数字が中皮腫死亡の実態をどれだけ正確に反映できているかは定かではなく、アメリカが1998年から1999年に激変しているのはコード分類の変更によるものである。

今回、データをアップデートしてみて一番感じたことは、被害の先進国において中皮腫死亡がいまもなお増加し続けているということである。後から同じ道をたどっていると考えられている日本で、いつピークに達するか本当のところはまだわからないと言うほかないだろう。

他のアジア諸国が、欧米諸国や日本と同じ失敗

## アジアにおけるアスベスト禁止に向けた動向

2008年のアスベスト消費量上位10か国

①	中国	565,419トン	27.0%
②	ロシア	359,973トン	17.2%
③	インド	348,538トン	16.6%
④	カザフスタン	185,625トン	8.9%
⑤	ブラジル	98,641トン	4.7%
⑥	インドネシア	78,037トン	3.7%
⑦	タイ	69,291トン	3.3%
⑧	ウクライナ	64,330トン	3.1%
⑨	スリランカ	58,109トン	2.8%
⑩	ベトナム	49,998トン	2.4%
	世界合計	2,095,387トン	100.0%

を繰り返す必要はないどころか、繰り返してはならないということが、アジアのアスベスト問題を考えるうえでの出発点である。

なお、以下で示すアジア各国の2007年までのアスベスト消費量のデータの出典も、USGSである。

## アジア全体の状況

次に、アジア全体の状況をみておこう。

前頁左下図は、大陸別のアスベスト消費量の推移である。アジアは中東との合計で示されているが、世界消費量のなかでその占める位置が大きく増大していることがわかる。

前頁右下図は、世界消費量に占める割合で表示したもので、事態が一層明らかになる。アジア・中東の世界合計に占める割合は増大し続け、いまや60%を超えるまでに至っているのである。

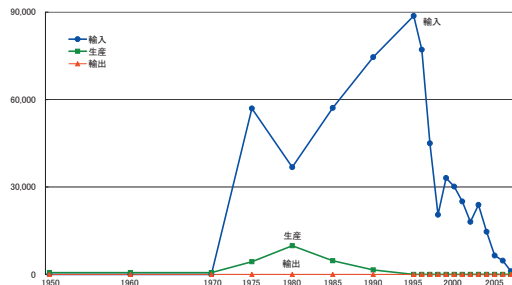
アジアの動向が、アスベストの世界的禁止の実現の鍵を握っていると言って過言ではない。

左図では、2008年時点での、アスベスト消費量の世界上位10か国を掲げた。10か国のうち、中国、インド、インドネシア、タイ、スリランカ、ベトナムと、アジア諸国が6か国を占め、それらの合計使用量だけで世界消費量の55.8%を占めている。

## 韓国 Korea

韓国では、産業安全衛生法によって、2000年以降、クロシドライト・アモサイトの輸入等が禁止され、

韓国におけるアスベスト消費量 1950-2008



2003年以降、クリソタイルを除くすべての種類のアスベストの輸入等が禁止。日本のクボタ・ショックの影響も受けて2007年に、アスベスト含有製品の段階的禁止計画が開始された。以下は、その後のアスベスト禁止の経過である。

2007年—石綿セメント製品、自動車用石綿摩擦製品

2008年—含有するアスベストが0.1重量%を超える製品（以下「禁止除外製品」までに記載のものは除く）、石綿押出成型セメント板（6か月猶予）

2009年—石綿ガスケット、自動車用を除く石綿摩擦製品

禁止除外製品（代替品が開発されるまでの間）

- ・潜水艦及びミサイル用石綿ガスケット製品
- ・ミサイル用石綿断熱製品
- ・化学工業設備用として100℃以上の温度の腐食性流体を扱う部分に使われる直径1,400mm以上の石綿ジョイントシートガスケット
- ・化学工業設備用に使われる直径2,300mm以上の石綿ジョイントシートガスケット

韓国におけるアスベスト消費量の推移は、右図のとおり。なお、多くの韓国、その他の国の関係者が、アスベスト含有製品の輸入状況も問題にしているが（情報の入手可能性—関税統計の整備・信頼性に加えて、関税コード分類の問題もある）、日本では、この点の検証はいまだに不十分である。

職業曝露限界は、日本より早く、また日本より厳しく、2002年から0.1f/ccとされている。また、1990年以降、クリソタイルの製造・使用には許可が必要とされ、2003年以降は、アスベスト含有建築物等の解体・除去にも許可が必要となっている。

韓国「石綿危害からの国民健康保護のための石綿管理総合対策」参考資料

	2007年対策	2009年対策
参加部庁	5部(教育科学技術部、国防部、国土部、環境部、労働部)	10部3庁(企画財政部、教科部、国防部、国土部、行政安全部、農食品部、福祉部、知識經濟部、環境部、労働部)(山林庁、関税庁、食薬庁)
期間及び予算	2007～2010(4年)、603億ウォン	2009～2013(5年)、1,545.75億ウォン
推進課題	5分野19推進課題	5分野18中課題55推進課題
	石綿源泉遮断 ・石綿および石綿含有製品	石綿源泉遮断 ・石綿および石綿含有製品 ・タルク等石綿含有可能物質
	建築物管理 ・実態調査および石綿地図作成 ・多衆利用施設モニタリングおよび石綿管理基準強化	建築物管理 ・石綿地図作成義務化 ・建築物石綿管理基準整備 ・石綿情報DB化および統合管理
	石綿解体・除去作業管理 ・石綿解体・除去作業基準具体化 ・建築物撤去・抹消届出時、石綿調査結果書提出 ・大気環境中の石綿基準設定推進	石綿解体・除去作業管理 ・建築物撤去・抹消届出時、石綿調査結果書提出 ・作業場周辺石綿排出基準設定および負圧機認証制導入検討
	石綿管理インフラ拡充 ・石綿調査機関指定制、石綿解体・除去専門業登録制	石綿管理インフラ拡充 ・調査者・分析者等資格制度導入 ・監理制導入 ・まず石綿除去、後に建築物撤去制度化
	廃石綿管理 ・廃石綿分類及びおよび処理基準強化	廃石綿管理 ・廃石綿発生追跡のための情報共有 ・農漁村スレート撤去支援講究
	石綿健康被害調査・監視	石綿健康被害調査・監視・救済
法令制定		「石綿安全管理法」制定推進 「石綿被害救済法」制定推進

この解体・除去の許可件数が、2004年8件→2005年115件→2006年749件→2007年1,933件→2008年11,114件、2009年は8月6日までで13,384件へと激増する一方で、監督機構等の不備が問題となったことなどから、2009年8月7日付で労働部告示「石綿調査及び制度管理規定」が制定された。正確さを期して、鈴木明さんに訳してもらった、同日付け韓国産業安全保健公団による「新しい石綿関連制度の主な内容」は、以下のとおりである。

① 石綿調査制度

一定基準以上の建築物または設備を撤去・解体しようとする者は、指定石綿調査機関を通じ石綿調査を行った後、その結果を記録・保存しなければならない。

② 石綿解体・除去作業

石綿調査結果、石綿が一定含有量及び面積以上の場合、労働部長官に登録した専門石綿解体・除去業者を通じて作業しなければならない、石綿解体・除去業者は作業前に作業について届け出なければならない、作業時には作業基準を遵守しなければならない。

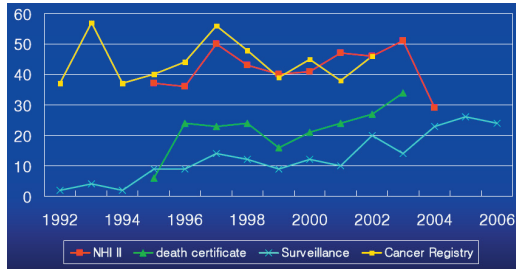
③ 石綿濃度基準の遵守

石綿解体・除去業者は、作業が完了した後、該当作業場の空気中の石綿濃度を基準(0.01f/cc)以下になるようにしなければならない、その証明資料を管轄地方労働官署に提出しなければならない。

④ 石綿調査機関及び解体・除去業者の教育  
・石綿調査機関指定及び解体・除去業者登録人員基準の「労働部長官が定める教育」

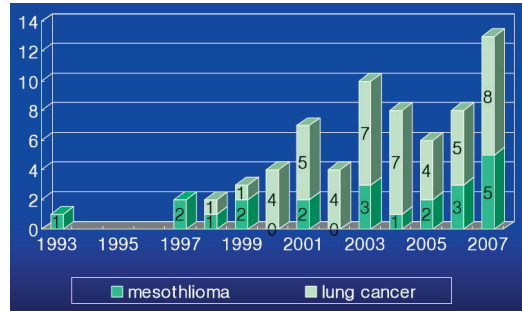
## アジアにおけるアスベスト禁止に向けた動向

韓国における中皮腫件数



OSHRI, KOSHA, AAI 2008

韓国における中皮腫・石綿肺がんの労災補償件数



OSHRI, KOSHA, AAI 2008

- ・ 石綿調査者過程：18時間、石綿解体・除去管理者過程：18時間

また、今後の課題として、以下のようなことが検討されているという。

- ・ 調査・分析機関のレベルを維持するための毎年の精度管理（編注：すでに体制はできている）
- ・ 解体等機関の信頼性を確保するための評価基準の策定

・ 解体等に係る合理的な標準単価の改善・普及  
 以上は労働部関係の動きだが、環境部関係でも、「石綿健康被害救済法」、及び、アスベスト・マップ（地図）・アスベスト・フリー建物の認証等を含めた「石綿安全管理法」の制定が、政府による「総合対策」の一環として掲げられ、政府各部署間や地方自治体等との連携強化等も、具体的に計画されている（住民による違法作業の監視グループ等も含まれている模様）。

「石綿健康被害救済法」は、2009年末に国会の環境労働委員会で法案が採択されるところまでいっており、近い将来に別途紹介することができるだろう。「石綿安全管理法」の方は、わが国で「アスベスト対策基本法」として議論している内容も盛り込むことが期待されている。

2009年、年頭からアスベスト廃鉱山周辺の健康被害が問題になり、毎月のように新たな問題がメディアをにぎあわすような状況のなかで、政府として2007年に策定した「石綿対策総合対策」を、同年7月に見直している。2009年7月10日に政府関係部署が合同で発表した「石綿危害からの国民健康保護のための石綿管理総合対策」に、参考資料としてつけられた比較表を前頁に掲載した。

なお、中皮腫についてはいくつかの情報源—健康保険、死亡証明、悪性中皮腫調査システム、がん登録等—があり、中皮腫・石綿肺がんの労災補償件数も確認できるが、いずれ（前者では死亡証明と悪性中皮腫調査システムのデータ、死亡証明のデータによれば、人口百万人当たり死亡率は2006年で1.17である—33頁の図参照）もじわじわと増加してきているようである（別掲図参照）。

労災認定基準の見直しも進められていると伝えられている。

## シンガポール Singapore

シンガポールにおけるアスベスト禁止の経過は、次のとおりである。

1988年—国家開発省建設局（現建築建設庁）により、建物へのアスベスト使用禁止

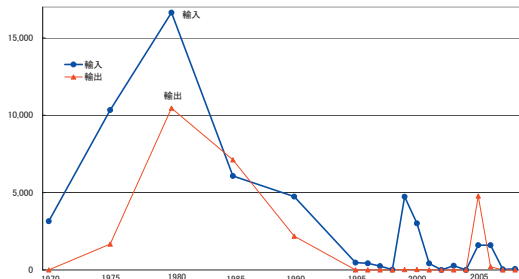
1989年—環境庁所管（NEA）の汚染法（現環境保護・管理法（EPMA））のもとで原料アスベストの輸入禁止

EPMAとその付随法令のもとで、クリソタイル含有アスベスト製品を除くアスベスト含有製品の輸入・使用に有害物質ライセンスを義務づけ  
 請負人または使用者に作業開始前にアスベストの存在を確認し、労働省にアスベスト関連作業の届出を義務づける工場（アスベスト）法の改正

1996年—アスベスト含有ブレーキまたはクラッチ・ライニングを使用した車両の輸入・使用の禁止

2008年—クリソタイル含有アスベスト製品（建材を除く）は認可（ライセンス）による規制のもとに置

シンガポールにおけるアスベスト消費量 1970-2008



かれる。

シンガポールでは日本よりも早く、原料アスベスト及び建材へのアスベスト等が禁止され、アスベスト製品製造業者は国内に存在していない。

しかし、ごくわずかではあってもアスベストを含有するクロス、ガスケット、グローブ等の輸入が残っているために、シンガポールの人たちは「全面禁止」が達成できているとは言わないが、「原則禁止」はすでに実現されていると言ってよいだろう。なお、USGSのデータ(左図参照)によると、禁止後も原料アスベストの輸入が記録されている年もある。

アスベスト関連作業(ほとんど解体・除去)の届出件数は、1999年1桁→2005年91件→2008年207件(全件について監督がなされ、6件で工場(アスベスト)規則違反で罰金が課せられた)へと増加してきており、解体・除去作業での曝露を最小限にすることが必要と強調されている(許容曝露限界(PEL)は、0.1f/ccである)。

そこで、労働省が、以下を主な内容とする「国家アスベスト管理計画(NACP)」を開始している。

① 法的要求事項及びその執行の強化

- ・アスベスト規制の見直し
- ・アスベスト除去業者に対する規制の強化

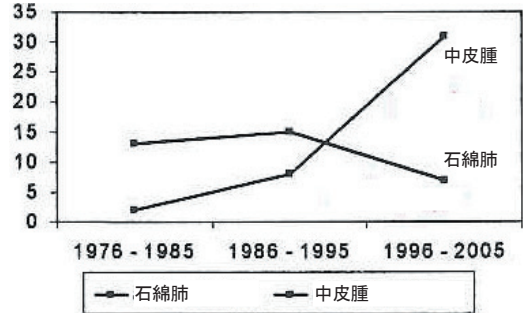
② キャパシティ・ビルディング

- ・アスベスト除去専門家に対するトレーニングの向上
- ・アスベスト含有物の存在をみきわめるアスベスト調査における能力の構築

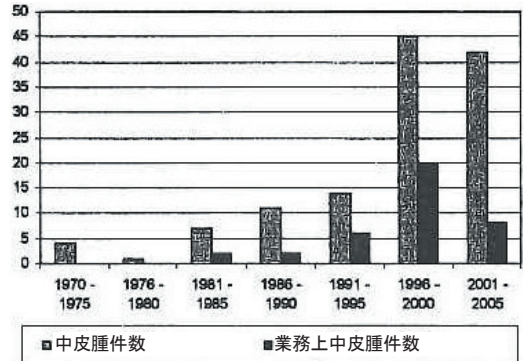
③ 関係者の参加とアウトリーチ

- ・関係者とのセミナー・対話集会の実施
- ・関係政府機関と業界団体との間の強力なパー

シンガポールにおける業務上石綿肺・中皮腫 1976-2005



シンガポールにおける中皮腫件数 1970-2005



MOM, 2009

トナーシップの構築

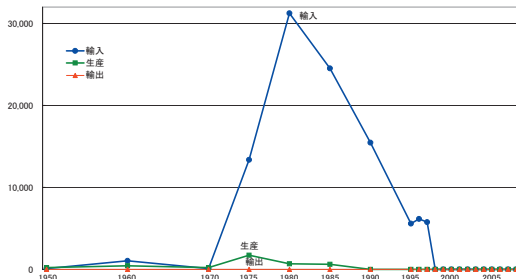
アスベスト関連疾患については、1970～2005年の間に、中皮腫がシンガポールがん登録によると124件(右上図、そのうち労働省により業務上の中皮腫と確認された(労災補償を受けたというわけではないらしい)ものが41件—右下図)、石綿肺が35件(右下図、労働省による)[この間、微妙に数字の異なる報告を目にしている]。人口百万人当たりの中皮腫死亡数は3人に迫りつつあるようだ。

シンガポールの労災補償制度の仕組みがよくわからないのだが、2005年1月から2009年8月までの間に労災補償を受けたものが中皮腫1件、補償を受けられないものを対象とする? 労働省所管の労働者基金の給付を受けたものが中皮腫1件、石綿肺はどちらもゼロと報告されている。

台湾 Taiwan

## アジアにおけるアスベスト禁止に向けた動向

台湾におけるアスベスト消費量 1950-2008



2009年12月のどちらの会議にも台湾からの参加はなかったのだが、アスベスト禁止が進んでいる国のひとつとして、ここで取り上げておこう。以下は、環境保護署(EPA、有害化学物質管理法)によるアスベスト禁止の経過である。

1989年—アスベストを有害化学物質に指定し、新たに設置される飲料水道管への使用禁止

1991年—飲料水道管配管部品への使用禁止(使用中の水道管・配管部品は使用不可能になるまでは使うことができる)

1996年—①研究・教育用、②合成樹脂等、③板・管・セメント、④防火・断熱・保温材、⑤ベルト・布・紐・ワッシャー、⑥フィルター・アスファルト充填剤、⑦プレーキライニング、⑧建材のフィルター・ベルト継目充填剤、⑨防錆塗料、9種類の許容される用途を指定

1997年—クロシドライト・アモサイトの輸入・使用等の禁止

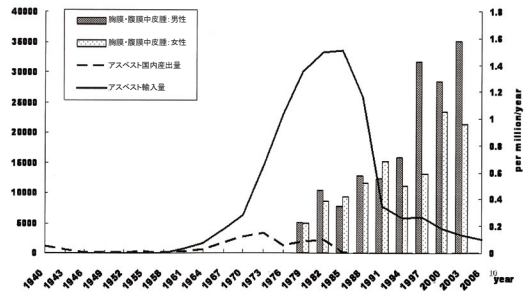
1998年—許容用途の拡大(10種類目に繊維セメント板)

2005年—板・管・セメント、繊維セメント板への使用禁止(2008年から実施とされていたが、変更がなかったどうかは未確認)

2009年—合成樹脂、防火材等への使用禁止

いまま使用が許可されているのは、研究・教育用を除けば、建築物の継目充填剤、プレーキライニング等ではないかと思われる。EPAは、将来的には国際水準—全面禁止という方向性も持っているようだが、山岳・丘陵が多く大型バスが多数使用されているなかでプレーキライニングの禁止は困難という考えもあると伝えられている。管理濃度は現

台湾における中皮腫の年齢標準化発症率 1979-2005



Lee, et al, 2009

在1f/ccであるが、引き下げを準備中とのこと。

USGSによる消費量は左図のとおりであるが、実際のピークは1987年の39,735トンで、2007年にも1,935トンと伝えられている。

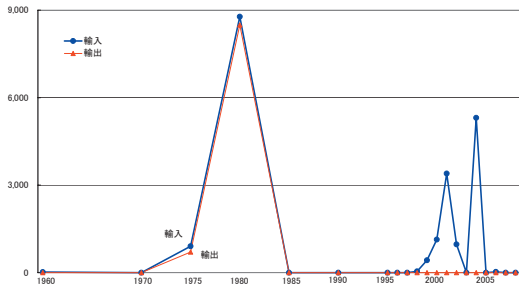
右図は、昨年Lung Cancer誌に掲載された、Lukas Jyuhn-Hsiam Leeら「台湾における悪性中皮腫のインパクト：ポピュレーション・ベースのがん登録データの27年間のレビュー」で紹介されたもの。台湾における胸膜・腹膜中皮腫の診断年齢・男女別の年齢標準化発症率(人口百万人当たり)を示している。1979～2005年の27年間に組織病理学的に確定診断された中皮腫が423件(図はこの部分のみ)、組織病理学的証明のない胸膜・腹膜腫瘍がそれ以外に242件と報告されている。

これに対して、中皮腫の労災補償第1号は2007年である。高雄市の造船所で26年間働き、退職から7年後の2006年11月に呼吸困難や胸痛を覚え、体重も急速に減少。中皮腫として診断されて間もなく死亡した。高雄市職業病認定委員会が職業病として造船所の補償責任を認定して190万円支払うよう求めたと報じられている。

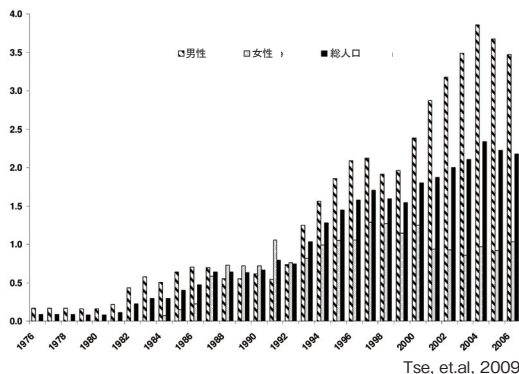
この件を新聞記事で読んだ女性も、労災被害者団体の支援を得て労災申請に取り組んだ。彼女の夫は基隆市の造船所で28年間働き、退職後、2007年7月に風邪の症状で受診したことから中皮腫と診断され、10月に亡くなった。この件も業務上疾病と認定されたが、退職金をもらっているからという理由で、補償給付は一切受けられなかった。台湾の労働基準法が、退職金と労災補償の相殺を規定しているため、この規定の見直し



香港におけるアスベスト消費量 1960-2008



香港における中皮腫の年齢標準化発症率 1975-2006



Tse, et.al, 2009

課題になっている。

なお、石綿肺の労災認定件数が、2005年0件、2006年4件、2007年2件、2008年6件と伝えられている。

## 香港 Hong Kong

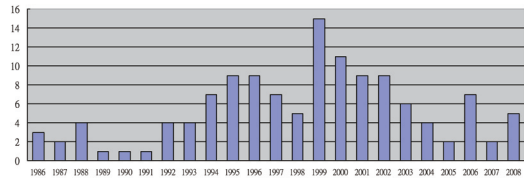
香港では、1996年にクロシドライト・アモサイトが、環境保護局（EPD）により禁止されているものの、他の種類のアスベストは禁止されていない。

USGSによる原料アスベストの消費量データは左上図のとおりである。1950年代以降の経済発展のなかで、主に造船・建設業で使用されたという。2000年前後に突出部分がある理由は定かではないが、実態的には新たな使用はなくなりつつあるのではないかと考えられる。

管理濃度は、4時間加重平均で、クリソタイルのみの場合0.5f/cc、他のアスベストの場合0.2f/cc。

左下図は、Environental Health Perspect-

香港における石綿肺の労災補償件数 1986-2008



ivesのオンライン版に2009年10月に掲載されたばかりの、Lap Ah Tseら「過去の管理されないアスベスト使用の悲惨な遺産である香港における中皮腫の流行は現在か将来か？」からのもので、香港における中皮腫の診断年別・男女別の年齢標準化発症率（人口百万人当たり）を示している。男性の中皮腫の増加傾向が一目瞭然である。絶対数では、1983～2005年の23年間に180件（男性122件、女性58件、がん登録による）と報告された。

香港では、被害者らによるキャンペーンの結果、2008年4月のじん肺（補償）条例改正によって、初めて中皮腫が労災補償を受けられるようになった。以降、すでに2桁の補償件数があると聞いている。

右上図は、香港における1986～2008年の石綿肺の労災補償件数で、合計で120件である。

## ブルネイ Brunei

ブルネイ・ダルサラームでは、1994年に保健省が、アスベスト含有製品取り扱いのためのガイドラインを策定。政府関係者によると、同時期に開発省が、すべてのアスベスト製品を禁止する行政規則（administrative rules—法令ではない）を導入したという。内務省労働局、保健省医療保健局環境保健部のどちらの担当者も、「何年も前にアスベストは禁止している」と言っている。

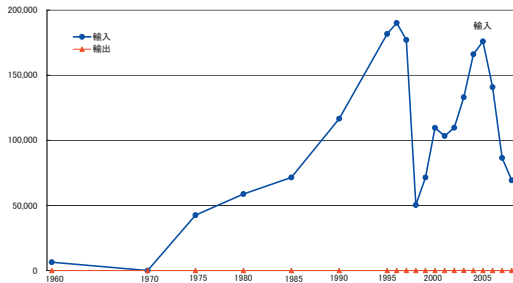
USGSの原料アスベスト消費量データでは、2001年に1トンという記録が現われているだけである。しかし、後述のカンボジア等と同様、アスベスト含有製品等の実態を調査する必要があるだろう。

中皮腫事例は稀れであり、最後に報告されたのは5年前、アスベスト曝露歴不明のパイロットの事例だったという。石綿肺の報告事例はないとのこと。

しかし一方で、アスベストに関連する法令、統計、

## アジアにおけるアスベスト禁止に向けた動向

タイにおけるアスベスト消費量 1960-2008



報告システムや人的資源を欠き、また、労働者や一般の知識や理解がないことも事実である。労働局の担当者は、日本などからの情報・訓練等の支援を希望した。

### タイ Thailand

タイでは、産業省の有害物質法によって、クロシドライトが1995年、アモサイトが2001年、アンソフィライト・トレモライト・アクチノライトが2009年(1月)に、各々禁止されているが、クリソタイルはまだ使用され続けている。2006年の時点で、アスベスト屋根材・セメント製品製造工場が28(労働者数3,738人)、ブレーキ・クラッチ工場が20(1,179人)、合計48工場に4,917人が働いているという。

USGSによる原料アスベストの消費量データは、左図のとおりである。

労働保護法の改正が予定されており、現在5f/ccの許容曝露限界は引き下げられる予定である。

2006年7月にバンコクで開催されたアジア・アスベスト会議(AAC2006)の後、関係行政機関—保健省、産業省、労働省、財務省が主要なアスベスト製品製造業者に呼びかけて協議を行い、その場でアスベストの自主的段階的禁止に向けた5年間(2007-2012年)の準備計画が提案された。

労働安全衛生促進協会も「フリー・アスベスト増進」計画に関するキャンペーンを開始し、2009年の全国及び4地域の安全週間会場では同計画の展示ブースを設け、ウェブサイト(www.oshthai.org、タイ語)での情報提供等も行っているという。

各行政機関もキャンペーンを展開し、公衆衛生

タイにおける自主的段階的禁止計画のフォローアップ

業種	工場数	代替化計画数	%	自主的段階的禁止計画の準備状況	%
ブレーキ・ライニング	13	8	61.5	8	61.5
アスベスト・タイル、高圧管	12	9	75.0	0	0.0
接着剤	1	1	100.0	1	100.0
合計	26	18	69.2	9	34.6

省疾病管理局労働・環境疾患部では、ILOの支援も受けて、「アスベスト関連疾患予防・管理のための国家戦略・行動計画」を促進している。



WHOからの支援を受けて2009年には、労働衛生サービス提供者の強化と労働者・一般の人々の関心の増強を目的とした、「アスベスト関連疾患の予防・管理のための連合の構築に向けた関係者の支援・意思の動員」と名づけられたプロジェクトも実施された。

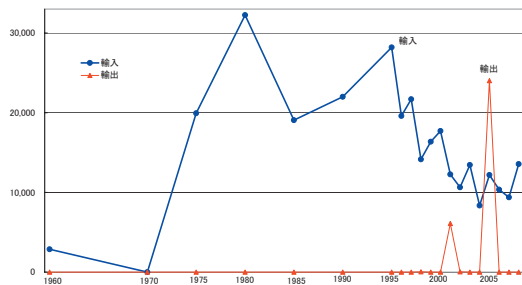
じん肺・アスベスト関連疾患の診断を改善するためのトレーニングや、労働者の健康調査、病院中皮腫調査、アスベスト使用工場の監督・情報提供等の取り組みも進められている。

財務省では、代替化促進のために、アスベスト製品の輸入関税を高め、代替品の関税を引き下げることも検討中。また、2008年には、アスベスト含有製品に警告ラベル(右下図)を義務づける消費者保護法の改正が提案され、2009年9月に、消費者保護庁により成立した。2009年11月に開催された消費者基金の会合では、2010年に、アスベスト含有製品禁止に向けた作業計画を策定することが話し合われたという。NGOがアスベスト禁止に向けて関わり始めたと報告された。

右上図は、自主的段階的禁止計画のフォローアップ状況を示している。確実な進展はみられるものの、アスベスト・セメント製品業者の達成準備率が0%ということ、2012年までの自主的禁止達成はまだ難しそうではある。

タイでは、第1号の石綿肺事例について、AAC

マレーシアにおけるアスベスト消費量 1960-2008



2006年に診断が確認され、中皮腫が2007年に続いた。後者の事例は、屋根材製造工場にエンジニアとして24年間働き、1985年に退職した後、2007年8月に症状が出た。同年11月に中皮腫と診断されたが、2008年1月に死亡している。すでに他にも被害者が出ているのではないかと予測され、掘り起こしの努力が求められている。

## マレーシア Malaysia

マレーシアでは、1967年の工場・機械法に基づく1986年の工場・機械（アスベスト加工）規則によって、クロシドライトについては製造工程への使用が禁止されている。また、1989年の規則で、許容曝露限界は8時間加重平均で1f/ccとされている。

USGSによる原料アスベストの消費量データは左図のとおり。2008年を除くと、輸入量にはゆるやかな減少傾向がみられているようだ。アスベスト使用工場数も漸次減少し、現時点では8工場、労働者数2,136人という報告があった。

人的資源省労働安全衛生部（DOSH）の担当者は、これをマレーシア使用者協会（MEF）と頻繁に消費量を効果的に減少させる戦略について話し合ってきた成果と紹介したが、マレーシアでは労働組合や市民団体のキャンペーンも展開されてきた。マレーシア医師会にも支援されたペナン消費者協会（CAP）の取り組みは、2004年11月に東京で開かれた世界アスベスト会議（GAC2004）でも報告され、2009年4月に香港で開かれたアジア・アスベスト会議（AAC2009）ではマレーシア労働組合会議（MTUC）が報告を行っている。CAPのキャン

ペーンについては安全センター情報2001年8月号でも紹介しており、また、MTUCは近年、2010年までのアスベスト禁止を求めた署名活動を展開している。消費量の減少は、このような様々な関係者の取り組みが反映しているものと思われる。なお、1986年に制定された工場・機械（アスベスト）加工規則の議論が起こった1984年に、南太平洋アスベスト協会が設立されたという話も伝えられている。

2009年11月にDOSHは、関係業界と2日間の対話の場をもって、以下の提案が議論されたという。

- ・屋根材製造業者は、アスベスト禁止を5年間猶予するよう求めた。
- ・ブレーキ・ライニング/パッド製造業者は、迅速なアスベスト使用の中止に積極的（代替品はアラミッド・ファイバー）
- ・製造業者たちは、2015年までにアスベストを全面禁止することに同意している（DOSH、関税局（CUSTOM）、標準工業研究所（SIRIM）、工業開発庁（MIDA）、国際通商産業省（MIDI）等の政府機関間の連携）

中皮腫については、全国がん登録によると、2003～2005年に1件と、2006年に2件。一方、保健省の労働衛生病院報告によると、業務上と疑われる呼吸器疾患件数が、1999年11,087件、2000年11,078件、2001年10,060件、2002年8,294件、2003年7,769件の合計48,288件。このうち、40件がじん肺、胸水（pleural effusion）及び胸膜プラークを伴う石綿肺が各1件と報告されている（最大は喘息の48,861件で、97%を占めている）。

マレーシアでも、被害の掘り起こしが必要である。

## フィリピン Philippines

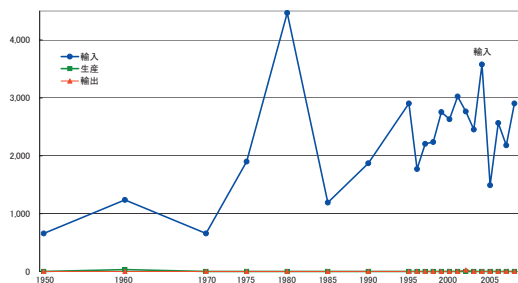
フィリピンでは、1990年の危険物質と有害・放射性廃棄物法（RA6969）に基づく環境天然資源省令（DAO2000-02）として、アスベストに対する化学物質管理令（CCO）が、2002年に公布された。

これによって、以下が禁止された。

- ・クロシドライト・アモサイト
- ・すべての種類のアスベストの吹き付け
- ・新たなアスベストの用途

## アジアにおけるアスベスト禁止に向けた動向

フィリピンにおけるアスベスト消費量 1950-2008



- ・玩具、その他の低密度製品へのすべての種類のアスベストの新たな使用

また、アスベスト含有物・高密度製品の使用は、厳密に以下に制限されると明定された。

- ・耐火服、屋根用フェルト・同関連製品、アスベスト・セメント屋根材、アスベスト・セメント平板、摩擦材、高温紡織製品、ガasket、機械パッキン材、高品位電気（絶縁）紙、バッテリー・セパレーター、その他の高密度製品

同令によって義務づけられた登録を行っている企業数80社、曝露労働者数は、アスベスト製品製造で約5千人、建設関連、輸送、保管等で~3万人と報告されている。同令によって、職業曝露限界も、8時間加重平均で0.2f/ccと定められた。

これ以前には、米海軍基地元労働者らによるスービック・アスベスト被害者協会(SAVA)の取り組み等があり、GAC2004でも報告された。2005年7月には、フィリピン・アスベスト禁止ネットワーク(P-BAN)が結成されたが、その後のP-BANとしての取り組みは残念ながら活発ではない。

しかし、とくに労働組合が中心になって熱心なキャンペーンを継続しており、フィリピン労移動組合会議(TUCP)はそのウェブサイト上にアスベスト・キャンペーン専用コーナーを設置している。政府の関係部署に精力的に働きかけるとともに、SAVAやP-BAN、独自にアスベスト禁止法案を追求してきた国会議員等とも連携をつくってきた。2009年3月には、「アスベスト禁止キャンペーンに関する全国労働組合フォーラム」も結成されている。

そのような中で、天然資源環境省(DENR)、労働省(DOLE)、保健省(DOH)は2008年に、全面

禁止の目標時期を2018年に設定する、アスベストに関するコード・オブ・プラクティス草案をまとめた。2010~2018年に、毎年の医学的サーベイランス・労働現場監督を厳密に実施、2018年までの全面禁止の基礎となるべきデータを収集することとされている。

また、2009年末からは、「アスベスト関連疾患根絶のための国家計画(NPEAD)」に関する政府関係部署間・政労使等による本格的な議論も始まっている。

同じく2009年末に、すでに提出されていた3本の法案を統合したアスベスト禁止法案が、上院で第一読会を通過した。2010年5月に行われる予定の総選挙の影響を受ける面もあるが、法案が成立する可能性は十分にありそうだ。同法案は、禁止までに4年間の猶予期間を設定しており、成立すれば禁止の目標時期は、2014ないし2015年までに繰り上げられることになると思われる。

労災補償データベースによると、石綿肺について、1997年3件、1998年5件、1999年3件、2000年6件、2001年1件、2002年0件、2003年1件、アスベスト関連胸膜疾患が2002年に1件と伝えられているが、補償を受けた件数ということではなさそうだ。

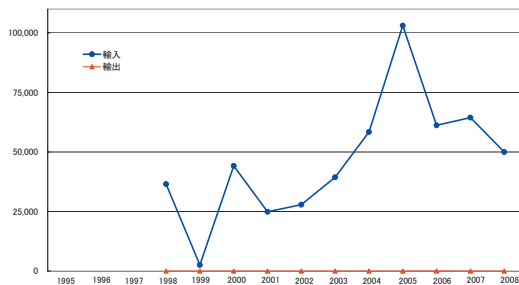
フィリピン肺疾患センター(Lung Center)によるアスベスト・スクリーニング・プログラムでは、さらに多数のアスベスト疾患が疑われる診断事例数を報告されている。

## ベトナム Viet Nam

ベトナムでは、1998年に建設省(MOC)と科学技術環境省(MOSTE)が、アンフィボール系アスベストの開発・生産・輸入を禁止する、省間通達No.1529/1998/TTLB/BKHCMNT-BXDを発行した。

その後、2001年8月に首相が、2004年から建材製品へのアスベスト使用を禁止する決定No.115/2001/QD-TTgを発出したものの、業界等からの抵抗があつて、実行できなかった。これを修正した決定No.133/2004/QD-TTgで承認された2010年までの建材産業開発計画は、「すべてのアスベスト屋根材企業は、環境・公衆衛生基準を厳格に遵守しなけ

ベトナムにおけるアスベスト消費量 1998-2008



ればならない」と述べているという。

最近の数字として、42のアスベスト・セメント工場に、約1万人の労働者が働いている。半数近くが、2000年以降に建設された民間企業である。なお、職業曝露限界は、0.1f/ccに引き下げられている。

北部にアスベスト鉱山があり、閉山と聞いていたが、いまも（アスベストを含有する）蛇紋石の採石を行っている鉱山が3か所あるようだ。（蛇紋石層からの採石・砂利採取等の問題は、日本、その他諸国でも検証されなければならない問題である。）

USGSによる原料アスベスト消費量データは、左図のとおりである。

2008年にソウルで開催された第18回世界労働安全衛生会議やAAI第1回セミナーでは、保健省の担当者から、短期的—2007～2010年に、使用量の大幅削減・曝露者数の管理、注意喚起、代替化に向けた漸進的措置を図り、長期的—2011～2020年には段階的使用禁止を実現することを目標にした、「アスベスト関連疾患根絶のための国家計画(NPEAD)」が紹介された。

アスベスト業界からこれに対する反発もあったと耳にしているのだが、2009年末の両会議では、直接NPEADへの言及はなかった。しかし、後述のケース・コントロール・スタディをはじめ、アスベスト分析の専門家の養成やセメント工場・蛇紋石鉱山での測定、アスベスト曝露労働者の登録・健康管理体制の検討やアスベスト・リスクに関する教育・訓練の充実などの、この1年間の進展が報告された。

1976～2009年に報告されたじん肺17,500件のうち、石綿肺は7件だけであったという。2005～2008年の全国死亡報告によると、毎年平均約150件の

カンボジアにおけるアスベスト含有製品の輸入

Material	Unit	2005	2006	2007	2008	2009(1 <sup>st</sup> Semester)
Roof sheet	ton	7,313	10,840	14,550	16,534	5,145
Paint	ton	2,808	1,761	4,594	5,059	1,257
Heat isolation material	ton	275	80	69	17	N/A
Gypsum board	ton	1,702	2,042	2,186	13,139	13,736
Friction material	ton	2,155	1,950	2,200	650	1,823
Other Asbestos containing material	ton	3	18	0.2	44	39
Asbestos textile	ton	N/A	0.5	0.7	6	N/A
<b>Total of use</b>	<b>ton</b>	<b>14,258</b>	<b>16,693</b>	<b>23,601</b>	<b>35,450</b>	<b>22,001</b>

MOLVT, AAI2009

中皮腫が報告されている。これは、2008年のAAI第1回国際セミナーで紹介され、驚きをもって迎えられた。すでに、5つの病院でケース・コントロール・スタディが着手され、報告事例の診断の確認も行われており、中皮腫と確定診断できる件数はかなり減りそうな模様だが、それでもすでに一定数の中皮腫の発症をみていることのインパクトは大きい。

## ラオス Lao PDR

USGSの原料アスベスト消費量データには、ラオス人民共和国の記録は現われてこない。

一方で、いずれの種類のアスベスト・アスベスト含有製品も禁止されていない。しかし、現実にはアスベスト含有製品が使用されていることは事実であって、後述のカンボジアと同様である。中国、タイ、ベトナムといった近隣諸国から輸入されている。

現在、商工省が、アスベストに関する規則を起草中であり、2010年に完了して、承認される予定である。2015～2020年を目標に、アスベストの輸入を禁止することが決定されていると報告された。

アスベスト関連疾患に関するデータも、ないと報告されている。ラオスの労災補償制度及び補償状況に関しては、報告がない。

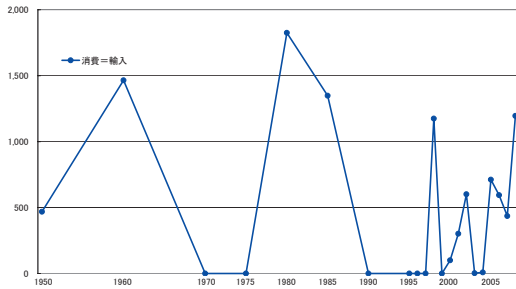
## カンボジア Cambodia

カンボジアについても、USGSの原料アスベスト消費量データには現われてこない。

右図は、労働・職業訓練省、保健省の担当者らが2009年末の両会議のために作成したもので、

## アジアにおけるアスベスト禁止に向けた動向

ビルマ/ミャンマーにおけるアスベスト消費量 1950-2008



「アスベスト含有製品の輸入量」としているが、「アスベスト含有の可能性のある製品」ということのようにだ。主に、タイ、カンボジアから輸入されている。輸入や国内生産量等に関するデータはないとのこと。

しかし、表にあるような、アスベストを含有した屋根材、塗料、断熱材、石膏ボード、摩擦材、他の建材や紡織製品が出回っていることは事実であり、耐火用石綿布、アスベスト・セメント・ボードを製造している工場も存在している。

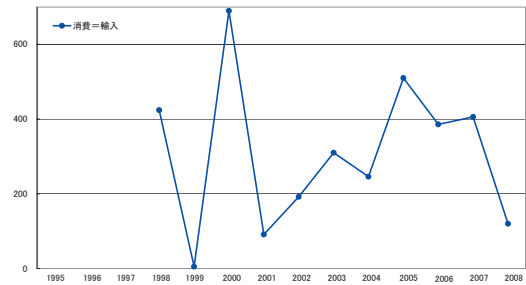
いずれの種類のアスベストも禁止されていないが、クロシドライト・アモサイトが使用されているかどうかは確認できていない。

アスベスト関連疾患に関するデータもない。労災補償制度自体が、労働災害のみを対象に(職業病は含まれていない)、2008年11月に開始されたばかりである。

AAI第2回国際セミナーでは、2009年9月にプノンペンで開催されたANROAV(労災被災者の権利のためのアジア・ネットワーク)年次会議でのアスベスト・トレーニングが、アスベストに関する初めての取り組みとして紹介された。また、12月のふたつの会議も、関係者がこの問題に目を向ける動機付けを与えたようだ。

ちょうど2009~2013年を対象期間とする初めての労働安全衛生マスタープランが開始されたところであり、このなかでアスベスト対策に関する方針、規則・ガイドラインの開発、キャパシティー・ビルディング、労働安全衛生監督の強化、政労使三者協力を通じたアスベストの危険性に対する注意喚起、信頼できるデータの入手等に取り組んでいきたいと報告されている。

モンゴルにおけるアスベスト消費量 1998-2008



## ミャンマー Myanmar

2009年12月の両会議とも、ミャンマーからの参加はなく、これまでも同国のアスベスト状況に関する報告は聞いたことがない。

USGSのデータによる、ビルマ/ミャンマーの原料アスベストの消費量の推移は、左図のとおりであり、近年、増加傾向にあるのではないかと懸念される。

## モンゴル Mongolia

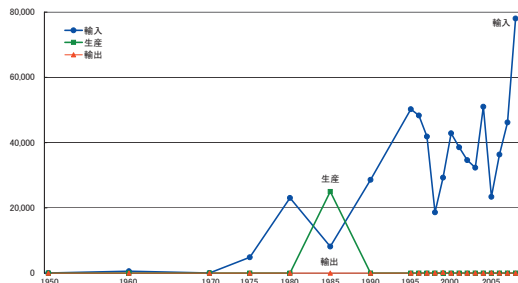
USGSデータによる、原料アスベストの消費量の推移は、右上図のとおりである。

これまで、禁止措置はもちろんのこと、アスベストに関する法的規制はなかった。

過去40年間に報告された8,900件の職業病のうち、62%—5,527件が粉じんによる慢性気管支炎及びじん肺(無煙炭じん肺47.6%、珪肺47.9%)であったが、これまでにアスベスト関連疾患の報告はないとのこと。

2009年8月にWHOの技術的支援を受けて、保

インドネシアにおけるアスベスト消費量 1998-2008



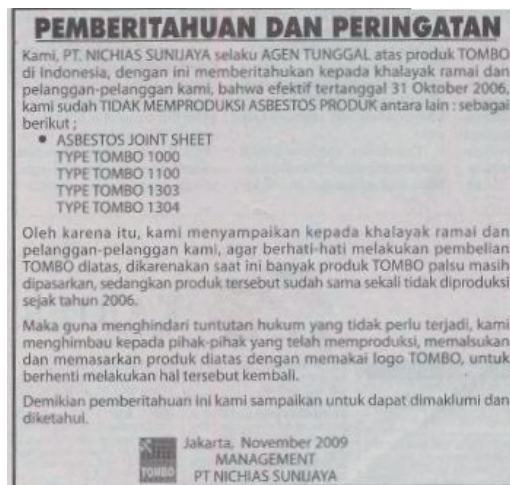
保健省(MOH)、社会福祉労働省(MSWL)、監督機関、モンゴル健康科学大学公衆衛生大学院(HSU M-SPH)によって、アスベスト曝露状況を評価するベースライン・スタディが実施されたが、4月の労働安全衛生専門家によるワークショップ、10月のアスベスト問題を含めた労働衛生プロフィールに関する全国セミナー、労働者・使用者向けリーフレットの作成(前頁右下図)等、2009年から取り組みが始まったと言ってよさそうだ。保健省の担当者からは、今後の課題として、以下があげられた。(禁止の目標時期はまだ掲げられていない。)

- ・アスベスト使用を減少させるための法的環境の整備(全国労働安全衛生計画の第4次改定にこの問題を含める、労働安全衛生法令の見直し)
- ・ILO第162号アスベスト条約批准の準備
- ・アスベスト・プロフィールの策定とアスベストの健康影響評価に関する研究
- ・すべてのレベルの関係者、医師、監督官、業界、一般の人々の注意喚起
- ・他の諸国の経験に学び、キャパシティ・ビルディングを図る国際セミナーの開催
- ・アスベスト関連疾患サーベイランスの改善
- ・アスベストを含めた有害廃棄物管理の改善

## インドネシア Indonesia

インドネシアでは、1985年のアスベストの安全使用に関する労働大臣規則No. Per-03/Men/1985によって、クロシドライトは禁止されているが、クリソタイルは今なお増加傾向がみられている。

USGSデータによる、原料アスベストの消費量の



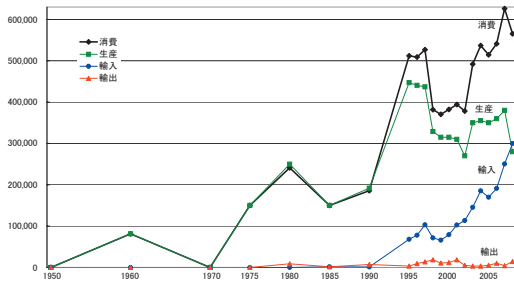
推移は、左図のとおりである。

禁止に向けた動きがまったくないわけではなく、GAC2004の翌年に貿易省、工業省、環境省、保健省、労働省の担当者によるラウンドテーブルもたれたりもしているが認識の一致に至っていない状況がある。一方で、2006年2月には、ファイバー・セメント製造業協会(FICMA)、インドネシア大学公衆衛生学部とカナダ大使館、クリソタイル研究所の主催で、クリソタイルの安全使用を宣伝する国際科学シンポジウムが開催されるなど(右上図)、国内外のアスベスト業界の働きかけも強大である。

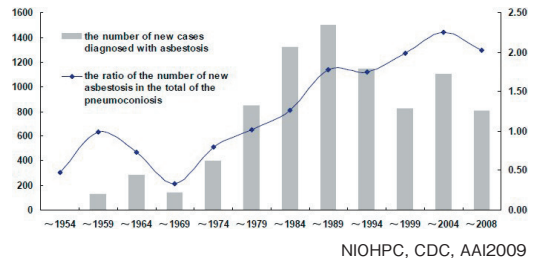
2004年12月にアチェを襲った津波や2006年5月のジョグジャカルタの地震の際には、救援物資として大量のアスベスト建材が送られたり、アスベスト建材の必要性をキャンペーンする機会に使われたりもしたが、アチェでは2007年11月に、政財界の腐

## アジアにおけるアスベスト禁止に向けた動向

中国におけるアスベスト消費量 1950-2008



中国における石綿肺の新規診断件数及びじん肺合計件数に対する割合 1949-2008



NIOHPC, CDC, AAI2009

敗とアスベストの危険性に気づかされた住民たちがアスベスト建材でできた家屋を破壊するといった事態も生じていると伝えられている。

日本→韓国→インドネシアへというアスベスト紡織業の国際移転といまも稼働しているインドネシアにおける労働者・住民の健康影響を追跡する3か国関係者の協力等の取り組みもきっかけとなって、労働組合・環境団体等により、2010年秋の設立をめざしたインドネシア・アスベスト禁止ネットワークの準備も進められているところであり、今後の進展に注目していただきたい。

なお、前頁右下図は、ニチアスの海外主要グループ会社のひとつであるP.T. NICHIAS SUNI JAYA社が、2009年11月2日付けのインドネシアの新聞に掲載した広告であるが、同社は2006年10月31日以降アスベスト製品は生産しておらず、トンボのロゴの付いた製品が出回っているとしたら海賊品であると注意を促している。

### 中国 China

中国におけるアスベスト規制の経過は、次のとおりとされている。

1996年—いくつかの環境保護問題に関する国务院決定が、手作りのアスベスト製品生産を含む、在来の方法による製造の禁止、閉鎖または中止を指摘

2002年—経済貿易委員会が、クロシドライトの使用禁止を規定

2003年—自動車の摩擦材へのアスベストの使用禁止 (GB12876—自動化ディーゼル発電セット

の一般的技術要件)

2005年—商務部が税務総局、環境保護総局とともに、アンフィボール系アスベストを含めた輸入・輸出禁止貨物リストを公布

2007年—国家発展・改革委員会が、関係産業政策・行政規則の改善、環境保護の改善、個人防護の強化等を含めた、クリソタイトの安全かつ合理的な利用のための6つの指示を提案

2008年—工業情報化部が、クリソタイトの生産、流通、利用のための行政規則を起草、現在、審議中(2010年の予定)

2009年—国务院General Officeが、国家労働衛生計画(2009~2015)を発行—炭坑夫じん肺、珪肺、石綿肺等の予防・治療を強調

2010年—国家安全生産監督管理局、衛生部、労働・社会保障部、全国総工会が、アスベストを含む粉じん及び高度毒性化学物質を管理するための特別規則を検討中で、2010年中に完了する予定

なお、職業曝露限界は、2007年に、8時間加重平均で0.8f/ccに引き下げられている。

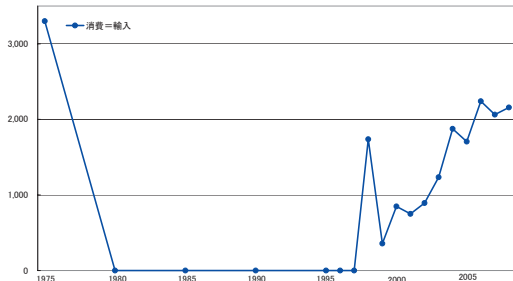
USGSデータによる、原料アスベストの消費量の推移は、左図のとおりである。

中国における職業病の状況については、これまでも様々なデータを紹介してきたが、中国疾病管理予防センター(CDC)国立労働衛生中毒管理研究所が、1949年以降の、中国における新規石綿肺診断件数、及び、じん肺合計件数に対する新規石綿肺件数の割合を図にして報告してくれたので、紹介しておく(右図)。

言うまでもなく、中国の状況はきわめて深刻であ



北朝鮮におけるアスベスト消費量 1975-2008



る。禁止されたと言っても、現実問題として、現在でもなおアスベスト含有自動車用摩擦材が売られていることなどはしばしば指摘されている。

アスベスト禁止を求める声がなかなか目にみえるかたちにならないなかで、禁止の目標設定もたてられていない状況が続いている。

## 北朝鮮 North Korea

朝鮮民主主義人民共和国におけるアスベスト状況については、2009年末のふたつの会議だけでなく、これまでに報告を聞いたことがない。

USGSデータによる、原料アスベストの消費量の推移は、次頁左図のとおりである。

## 南アジア South Asia

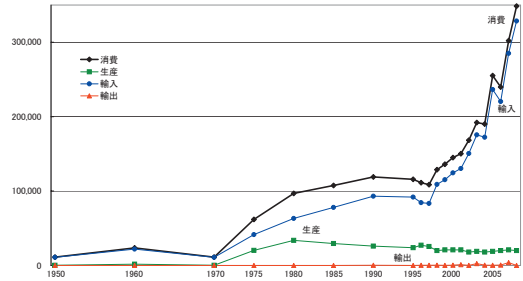
南アジア諸国も、2009年末のふたつの会議には参加がなかった。

ここでは、インド、スリランカ、バングラデシュ、パキスタンについて、USGSデータによる、原料アスベストの消費量の推移のみを示しておく。非常に気になるのは、これら諸国において共通して増加傾向がうかがえることである。いまだ、禁止の目標時期を設定した国があるとも聞かえてきていない。

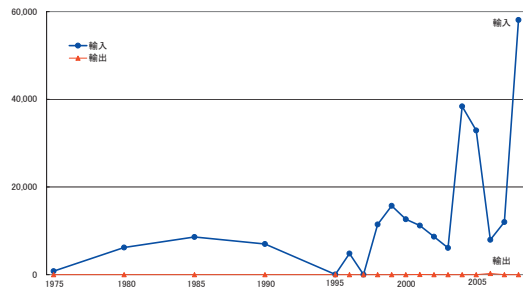
## 国際機関

遅ればせながら2006年以降、国際機関が以下のようなイニシアティブを発揮してきたことは既報のとおりであり、アジアでのアスベスト禁止に向けた取

インドにおけるアスベスト消費量 1950-2008



スリランカにおけるアスベスト消費量 1975-2008



り組みにとって重要な追い風になっている。

2006年—ILO総会「アスベストに関する決議」

2006年—WHO「アスベスト関連疾患の根絶」に関する政策文書

2007年—ILO/WHO「アスベスト関連疾患根絶に向けた国家計画策定のためのアウトライン」

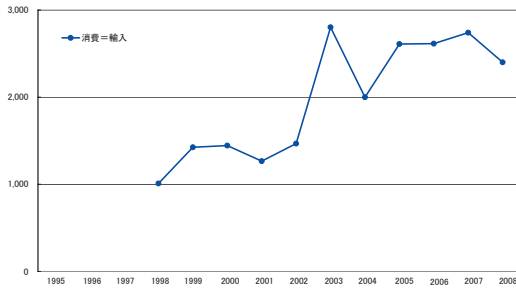
2006年—国際社会保障協会 (ISSA)「アスベスト：世界規模での禁止に向けて」(2004年に予防特別委員会が採択した北京・アスベストに関する宣言も収録)

2009年—世界銀行グループ・グッド・プラクティス・ノート「アスベスト：労働・公衆衛生問題」

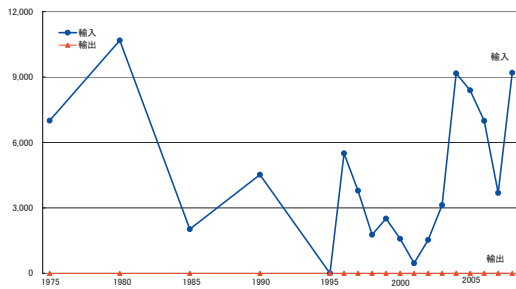
タイ、ベトナム、フィリピンで取り組まれている「アスベスト関連疾患根絶のための国家計画 (NPEAD)」は、2007年のILO/WHOアウトラインが策定を呼びかけたものである。シンガポールの国家アスベスト管理計画 (NACP)、さらには韓国の「アスベスト管理総合対策」、日本のアスベスト問題に関する関係閣僚会合による「アスベスト問題に係る総合対策」(2005年12月27日)も同様の脈絡に位置づけることも不可能ではないかもかもしれない(ただし、

## アジアにおけるアスベスト禁止に向けた動向

バングラデシュにおけるアスベスト消費量 1998-2008



パキスタンにおけるアスベスト消費量 1975-2008



日韓はNPEADの構成要素を満たしていない。また、日韓を比較すると、日本の総合計画がその実施状況の検証も、必要な見直し・改定も行われていないことが、重大な欠陥として明らかになってくる。

AAI第2回国際セミナーでは、2010～2012年のWHOプロジェクトとして、以下が紹介された（アジア関係に限る）。

- ・ タイ、インドネシア、スリランカにおける優先的産業発がん物質の健全管理（国際的化学品管理のための戦略的アプローチ（SAICM—持続可能な開発に関する世界首脳会議（WSSD）における合意「化学物質が、人の健康と環境にもたらす悪影響を最小化する方法で使用、生産されることを2020年までに達成する」の実現を目標に、科学的なリスク評価に基づくリスク削減、情報の収集と提供、能力構築と技術協力などを進めることを定めた、国際的な合意文書）
  - 優先課題の設定
  - 予防的介入—技術的、規制的、経済的
  - 国家計画
- ・ アジア太平洋地域におけるアスベストに焦点を

当てた産業化学物質の健全管理（ロッテルダム条約事務局）

—各国政府のクリソタイル・アスベストに関する注意喚起

—2か国における国家計画

—リスク・アセスメント及びリスク・アセスメント・ツールキット

—アドボカシー・マテリアル

・ ベトナムにおけるNPEAD（日本政府）

また、WHO協力センター(CC)によるプロジェクトとして、以下が紹介された。

・ 中皮腫サーベイランス—韓国

・ アスベスト関連疾患に関する国家戦略計画—タイ

・ リスク・アセスメントのインフラストラクチャー—韓国

WHO西太平洋地域事務所からは、地震、津波、台風等の被害後のクリーンアップにおけるアスベストによるリスクを最小化させるための諸ガイドライン等についても紹介され、AAIセミナーに続けて開催されたWHO-CCの地域会議では、2011～2015年を対象期間とする労働衛生の取り組みの地域的枠組みのなかにもアスベスト問題を位置づける議論が行われている。

ILOによる取り組みと支援としては、以下が紹介された。

・ 各国が包括的なNPEADを策定するよう促進

・ アスベスト関連疾患の予防のための国の能力及びILOレントゲン写真区分を活用したアスベスト関連疾患早期予防のための医師のトレーニングの強化（インド、インドネシア、マレーシア、タイ、ベトナム）

・ 日本（福井大学・日下幸則教授らのイニシアティブによる）AIR Pneumoプロジェクトによる国の認証システムの策定

・ 代替品及びより安全な技術への移行に関する知識の共有

・ 技術協力プロジェクト（インドネシア、スリランカ、タイ）

・ 国際機関間協力（ILO、WHO、UNEP（国連環境計画）、IPCS（国際化学物質安全性計画）、

## 地域レベルでの取り組みへの国際機関の参加

	ILO	WHO
GAC2004 (東京)	○	
AAC2006 (バンコク)	○	○
2007 WHO/ILO OSH会議 (クアラルンプール、アスベスト関連疾患根絶に関する1日のセッション)	○	○
2008 第18回世界労働安全衛生会議 (ソウル、ISSA、ILO、BWI主催のアスベスト・シンポジウム等)	○	○
2008 アジアにおけるアスベストの除去・移転に関する国際シンポジウム (ソウル・釜山、BANKO結成)	○	○
AAI 2008第1回国際セミナー (北九州)	○	○
AAC2009 (香港)	○	○
AAI 2009第2回国際セミナー (バンコク)	○	○

ISSA、UNITAR(国連訓練調査研究所))

ILO東アジア地域事務所からも、具体的な活動経験が紹介されている。

AAIではまた、マレーシアの国連大学グローバル・ヘルス国際研究所の代表も初めて参加して、WHO等によって普及されている、「疾病負荷 (burden of disease)」評価のアスベスト関連疾患への適用の可能性についても議論された。ぜひ継続的に研究し、アジアと世界に成果を還元してもらいたい課題である。

AAIプロジェクトは2010年度が最終年度。今年のセミナーも期待される一方で、プロジェクト終了後の専門家・政府関係者を中心としたネットワークの維持・発展もぜひ期待したいところである。

WHO、ILOの地域事務所は、AAI、AAC2006 (バンコク)、AAC2009 (香港) 等を、自らも積極的に参加したこの地域における重要な取り組みとして報告している。2004年11月に東京・早稲田大学で開催された世界アスベスト会議 (GAC2004) 以降にアジアで開催された主なアスベスト・イベントと、それらへのILO、WHOの参加状況を、左図に示した。薄い網がかかったものが、日本の石綿対策全国連絡会議をはじめNGOが主導ないし重要な役割を果たしたもの。AAIは、産業医科大学の高橋謙教授ら研究者のイニシアティブによるものである。アジアでNGOや研究者らが積み重ねてきた努力に、国際機関も積極的に加わろうとしてきたこ

## アジア各国におけるアスベスト禁止に向けた動き

日本	2004年原則禁止 (労働安全衛生法)
韓国	2007年原則禁止 (産業安全保健法)
シンガポール	1989年原料禁止 (汚染法)
台湾	2008年建材禁止 (有害化学物質管理法)
ブルネイ	1994年原則禁止 (行政指導?)
タイ	2012年禁止目標 (2007年、自主的対応)
マレーシア	2015年禁止目標 (2009年、自主的対応)
フィリピン	2018年禁止目標 (2008年、自主的対応)、禁止法が成立すれば前倒し (2014/15年?)
ベトナム	2020年禁止目標 (2007年、自主的対応)
ラオス	2020年禁止目標 (2010年、規則?)
カンボジア	検討開始
モンゴル	検討開始
インドネシア	禁止方針未確立
中国	禁止方針未確立

とを示している。

残念ながら、2009年末の厚生労働省・中央労働災害防止協会のワークショップに国際機関からの参加はなかった。また、環境省は、2007年11月から「アジア諸国における石綿対策技術支援検討会」なるものを開催し、2009年1月20-21日には「アジア諸国における石綿対策に関するワークショップ」を開催したが、国際機関からの参加はなかったばかりか、このときは石綿対策全国連絡会議からの参加の希望も拒絶している。

日本政府・各省の国際協力のあり方についても、見直しが必要な時期にきていると思われる。

## アジア各国のまとめ

右図に、アジア各国におけるアスベスト禁止に向けた動きをまとめた。

- ① すでに禁止を実現しつつある国
- ② 禁止の目標時期を設定しつつある国
- ③ 検討を開始したと思われる国
- ④ まだ禁止方針を確立できていない国

に整理することができそうである。

また、いずれの諸国においても、アスベスト被害の掘り起こしと補償等の問題、既存アスベスト対策の問題等は、継続して取り組んでいかなければならない共通の課題である。



# インドでも石綿被害は現実 政府・産業界の否認に対抗

## 草の根ネットワークがアスベスト円卓会議

2009年12月21日、インド・ニューデリーで、OEHNI（インド労働・環境衛生ネットワーク）による、「インドにおけるアスベスト使用に関連する諸問題に関する円卓会議」が開催された。前後にニューデリーやグジャラートで他のイベントも催され、日本から早稲田大学の村山武彦教授が参加している。Madhumita Duttaから、円卓会議のサマリーが届けられているので、紹介する。

### 開会：Mr Mohit Gupta (OEHNIコーディネーター)

OEHNI（インド労働・環境衛生ネットワーク）とその目的、活動、メンバーを紹介して、Mohitは、インドにおけるアスベストの使用継続に関連した主な問題点、労働条件、労働者とその家族に対する健康影響などの概要を説明した。

### 基調報告：Dr Qamar Rehman (退官した科学者)

Dr Rehmanは、世界におけるアスベスト使用の起原と歴史、すべての種類のアスベスト繊維の発がん性を裏付ける反論の余地のない科学について説明した。また、アスベストはガソリンや煤煙等の化学物質に付着して、吸入した場合の毒性を増し、疾病（がん）の発現を加速するとも説明した。彼女は、ラージャスターンのアスベスト（トレモライト）精製工場で働く女性たちが、きわめて高度な曝露のなかで、5年以内の曝露で中皮腫を発症し、7年以内に死亡している事例を挙げた。さらに、すべての種類のアスベストが遺伝毒性を引き起こすと指摘。アスベスト関連疾患のバイオマーカーが存在していないことを付け加えながら、すべての種類

のアスベストが引き起こす様々な疾病について説明した。疾病は、職歴、レントゲン写真、肺機能検査、アスベスト小体の形成、血清マーカー等によって発見できる可能性がある。

彼女は、産業毒物学研究所(ITRC)がアスベスト精製所で実施した調査の結果わかった主な点を強調した。

- ・ 合計労働者数：308名
  - ・ 診断結果：21%に石綿肺を確認
  - ・ 疾病の進展：62%が5年未満の曝露
  - ・ 繊維濃度：2~18f/cc (調査実施時)
- 労働組合が組織された工場
- ・ 繊維濃度：1.45~2.66f/cc
  - ・ 診断結果：26%の労働者が石綿肺に罹患
  - ・ 疾病の進展：疾病発現までに25~40年

Dr Rehmanは、空になったアスベスト袋の清掃で1日20~30ルピー支払われるという、有害な労働条件で働く女性労働者のスライドを示した。この調査実施後、彼女はインド政府に対して（未組織部門における）アスベスト禁止を勧告し、中央汚染管理委員会の元事務局メンバーと（現在連邦環境森林保護大臣である）Mr Jairam Rameshから、

アスベスト段階的に禁止する措置がとられるだろうと保証された。しかし、現在まで、そのような措置は政府によってとられていない。

Dr Rehmanは、ナノテクノロジーによって引き起こされるであろう次世代のハザードを強調して、彼女の発言を終えた。

## セッション① 現場からの報告

座長：Sanjiv Pandita(香港・AMRC)

発表者を紹介する前に、Sanjivは、この会合をもつに至った背景を説明した。彼は、この会議は何よりも、アスベスト曝露がインドの労働者にもたらしている危害の証拠を寄せ集め、それをインド政府関係省の代表たちに示すためのものであると指摘。アスベストがインドの労働者とその家族たちを殺していることをインド政府が否認してきたことから、労働組合や労働衛生グループによって行われた自主的な調査結果や労働者の証言を政府に示すことが重要である。これによってインド政府が、労働者の補償とリハビリテーション、アスベスト禁止のための措置をとり、利益のために何百万もの人々の生命を危険にさらしている犯罪活動の責任を企業にとらせることを願っていると話した。

発表者：Vijay(アンドラプラデシュ州カッター)

Vijayは、アンドラプラデシュ州カッター地区のPulivendalah - Bramhampallにあるクリソタイル鉱山について話した。現在、Parvathy鉱山、Vinayaka鉱山、(元アンドラプラデシュ州首相の兄弟が所有する) Reddy鉱山、の3つの鉱山が操業しており、5つの企業が採掘を賃借してきた。すべて地下鉱山である。Reddy鉱山は、地下4層にまで達している。雇用している地元の人は38人だけで、残りはオリッサ州またはマブーブナガル、アーディラーバード近隣地区からの出稼ぎ労働者である。Vijayは、労働者たちに話しかけるのは非常に困難だと言った。ある元立法議会議員(MLA)が所有するParvathy鉱山は、約280人の労働者を雇用していたが、いまは閉山している。労働者たちとその所在についての情報は入手できない。

Vijayはこれまでに、労働者が居住する6つほどの村で(5つの操業中/閉山した鉱山の)約480人の労働者とコンタクトをとることができた。そのうち15人ががんと診断され、3人はすでに死亡、他は治療中である。被害者たちには、25,000ルピーの補償金が与えられた。Vijayはこの問題を元首相に持ちだし、元首相はそれら労働者にウランウム鉱山での仕事を約束した(しかし、これまでに仕事を与えられた者はいない)。Vijayは、アンドラプラデシュにおける有力な政治家とアスベスト採掘産業との結び付きをきわめて簡潔に明らかにした。

発表者：Ravindra Mohite(ムンバイ・ガートコパール・Hindustan Composites Limited元労働者)、Pralhad Malwadkar(ムンバイ労働安全衛生センター(OSHC))

Raviは、Hindustan Composites Limited(HCL)で1974年から工場が閉鎖された2004年までの間の工場の中での経験を語った。HCLはイギリスに本拠をもつアスベスト・メジャーTurner and Newellによって設立され、同社はその後、株をインドの子会社に売却した。Raviは、彼と同僚たちがいかにアスベストの危険性を知らなかったか、何の防護手段もなしにアスベスト繊維を扱っていたかを話した。主にカナダ、南アフリカ、ジンバブエ、ブラジルから輸入されたアスベストで、ブレーキ・ライナー、摩擦材、紡織品を製造した。輸入されたアスベスト袋に印刷された警告や危険性情報のほとんどは英語で、安全や袋を開封するときにとられるべき用心について労働者に教えてくれる者はいなかった。Krantikari Kamgar Union(KKU=労働組合)がOSHCと協力して工場の門の前でヘルス・キャンプ(自主的集団健診の取り組み)を行ったときに、労働者はアスベストの危険性とその自らの健康に対する影響についてはじめて知らされた。

Pralhadは、2004年にOSHCとKKUがメディカル・キャンプを組織し、41件の石綿肺の確定診断を行ったことを報告した。それらのうち、36人の労働者が健康被害についての補償を請求するために労働コミッショナーのところに行った。2008年に648人の労働者について調査が開始され、そのな

## インドにおけるアスベスト被害

かに2004年にすでに診断を受けた労働者も再評価のために含められた。現在、合計864人の労働者が調べられているところである。一人の医師と一人の研究者によって、この調査ははじめられた。2008年4～6月の間に、260人の労働者が調査対象となって、PFT検査が実施され、170人がレントゲン写真を撮った。45人が石綿肺と確定された。その後、530人が調査対象となった。92件の石綿肺の確定診断がなされた。現在まで、133件の石綿肺の確定診断事例がみつき、肺がんが2件、喉頭がんが1件あった。また、罹患労働者に対する補償を求めて、イギリスのT&N基金への請求も行われている。

**発表者：Raghunath Manwar**(グジャラート州アマダバード労働安全衛生協会(OHSA))

Raghunathは、Torrent電力会社(前Ahmedabad Electricity Company)とGujarat Composites Ltd(前Shri Digvijay Cements)の労働者における石綿肺の事例を報告した。彼は、1986年にAECにおける石綿肺事例をはじめて診断したDr Clarke(AECのメディカル・オフィサー)について話した。1996年に2件—MangabhaiとKisan Goplani—の事例の補償を求める訴状が高等裁判所に提出された。しかし、2008年までこの訴訟において何も起こらず、そのときまでにさらに14事例が石綿肺と確定されていた。(アスベストを扱う)保温作業の大部分は、契約労働者によって行われる。それらの労働者は、政府と裁判所の無為のために絶望的な状況に置かれ、身体を衰弱させる病気がそれに輪をかけている。Raghunathは、労働者の赤貧と疾病に直面して、法廷外和解に引き込まれざるを得ず、14人の労働者に合計270万ルピーが支払われた。石綿肺と確定診断された、AEC労働者(タイル工)の妻たちの二次曝露の事例もある。

Gujarat Compositesでは、2003～2004年に医学的検査を受けた109人の労働者から、66件の石綿肺の確定診断事例がみつかった。最高裁判所からそれら労働者への補償を得ようという計画があったが、被用者州保険(ESI=労災保険制



度)に基づく補償に関する最終証明機関として国立労働衛生研究所(NIOH)を正当と認める、1996年の最高裁判決のために、これらの事例は現在、NIOHに照会されなければならない。労働者は、証明を受けるために直接NIOHにアプローチすることができない。それは、工場監督官、使用者または(その工場に組合をもっている)労働組合によって行われなければならない。上記の誰もNIOHにアプローチしたがないために、なおさら問題を複雑にし、労働者がNIOHによる証明を受けるためのRaghunathにより行われた要請は、同機関によって却下された。そうしている間に、Digvijay Cementsの元労働者、MurugeshenとKonndapaniは亡くなってしまった。ChinnapanとNandalalは、石綿肺と診断された。その間にも、この工場は、操業し続け、ロシア、カナダ、カザフスタンからクリソタイルを輸入し続けている。工場の労働者の大部分は、契約労働者である。

Raghunathは、情報公開法に基づく請求によって、グジャラートがん研究所に39件の中皮腫が記録されているという情報を同研究所から入手した。しかし、患者の詳細は明らかになっていない。グジャラート州には、アスベスト製品を製造する工場が21(おそらくはそれ以上)、それらを使用する事業所、とくに化学産業は数百も存在しているにもかかわらず、工場監督官の記録には、たった7つのアスベスト製品製造工場しかない。グジャラートは、化学産業の中心地なのである。Raghunathは、企業の名前や所有者が頻繁に変わるために、責を負うべき企業をつかまえるのが非常に困難であると言って、発言を終えた。問題の企業は、アメリカに

本拠を置くJohn Mansvilleによってはじめられた。

**発表者：Rana Sengupta、Sanjeet Purohit**弁護士、**Hira Lal** (ラジャスタン・鉱山労働者保護キャンペーン(MLPC))

Ranaは、ラジャスタンにおけるアスベスト鉱山に関する諸問題に取り組んだごく最近の鉱山労働者保護キャンペーン(MLPC)の経験を報告した。彼は、ラジャスタンにおける工業の概況を説明—鉱山労働に300万人の労働者が就業し、その90%以上が最下層民(dalits)や少数部族(tribals)である。MLPCは、ウダイプルのJhadol地区で鉱山労働者の問題に取り組んでいる。アスベスト鉱山に関する情報や労働者数を入手するのに、情報公開法を活用してきた。情報を入手するのは骨の折れる仕事だった。かつてアスベスト採掘に従事していた村落の名前のリストを手に入れるために、村会(村の自治組織)のリーダーたちを活用するという革新的な方法がとられた(同地域のアスベスト鉱山の大部分がすでに閉鎖されているため)。すべての元労働者とその家族たちが医学的検査を受けられるよう、SDMに要請した。しかし、ある労働者が死ぬまでは、何もなされなかった。最近、別の労働者が亡くなった。現在、県長官がNIOHに対して、同研究所によってこれまでに診断されたすべての労働者—126人に関する報告を求めている。さらに、被害者団体の組織化、鉱山の土地改良、状況がさらに一層悪いベアーワルへの取り組みの拡大、等が取り組まれている。

Purohitは、1986年7月9日にインド政府は、アスベスト鉱山の再開及び新たな貸借を禁止したと述べた。ラジャスタンでいままも操業中なのは8鉱山である。2003年8月27日、インド鉱山局は、インド政府の禁止に関する報告書を発表し、アンドラプラデシュでは禁止を取り消し、ラジャスタンでは禁止を維持すべきであると勧告した。ラジャスタン政府はインド政府に対して、禁止を棚上げにするよう働きかけている。

Hira Lalは、この鉱物が労働者を殺す可能性があることを知らずに、過去10年間、アスベスト労働者と一緒に働いてきた。Upretaでは、2~3種類

のグレードのアスベスト繊維が採掘される。5つの大規模鉱山と40のピット鉱山があり、各々30~40人の労働者が働いている。これらの鉱山の所有者はビールワラに住んでおり、2003~2009年の間に、17人のアスベスト労働者が死んでいる。

## セッション② 国内・国際的シナリオ (政治的/経済的)

座長：Dr Arthur Frank

発表者を歓迎して、アメリカ・ドレクセル大学のDr Frankは、インドでアスベスト疾患がビジブルでない理由のいくばくかは、インドの公衆衛生システムがアスベスト関連疾患を記録していないことだと述べた。彼は、インドは、すでに世界的に入手可能なアスベスト代替品を必要としていると言った。

**発表者：Krishnendu Mukherjee** (ゴア、弁護士)

Krishnenduは、ムンバイの元T&N工場(現HCL)と、ムンバイHCLのインド人労働者が現在請求を行っているイギリスに本拠を置くT&N基金について、簡単に説明した。T&Nは、19世紀末に操業を開始した。1930年代にはアスベストの健康影響について知っていたが、1960年代まではイングランドにおいてさえそれに対する措置を講じなかった。国外での操業(大部分は製品の販売で、その後製造)は、1930年代あたりから、主に南アフリカ、ローデシア(スワジランド)、インド(Muhund、カルカッタ)で開始した。インドでは、主に製品の販売からはじまり、やがてマハラシュトラに製造工場を設置した。

1975年にT&Nのある担当者がインド子会社を訪れ、粉じんレベルがきわめて高いと言った。1990年代後半に、Federal Mogul (FM) がT&Nを買収した。FMは、FMの(補償)責任額を40億ドルと見積もったが、それはあまりにも低すぎた。後にFMも破産し、元T&N工場全体のイギリス人及び外国人労働者に対する補償支払いのために基金が創設された。基金は、アメリカ及びイギリスで運営されている。南アフリカ、スワジランド、インドにおけるT&Nの元工場の被害者の補償をかちとるために、Cape請求が起こされた。基金は、労働者と、

## インドにおけるアスベスト被害

T&N元工場周辺に暮らす地域住民、双方からの請求を処理している。しかし、基金の主張する合計総額は、労働者が訴訟によって得られる可能性のある金額よりも少ない。

彼は、近い将来、インドの労働者がカナダのアスベスト鉱山企業に対して訴訟を提起する可能性にふれた。

彼はまた、どれくらいのアスベストが実際にこの国にやってきて、どれくらいのアスベスト製品が輸出されているのか監視することに関する、インド政府の一部の明らかな過失を強調した。彼は、商務省が運営する「先進的ライセンス制度」について話した。この制度のもとで同省は、誰が、どこからアスベストを輸入し、どれだけの関税を支払ったか等のデータを把握していることになっている。しかし、同省に対する情報公開請求の結果、同機関がこの制度に基づく企業について入手可能なそのようなデータをもっていないことが明らかになった。

Krishnenduは、バーゼル条約やロッテルダム条約等、インドも関係している、「事前の情報提供に基づく同意」の原則に基づいた様々な国際条約とインドの法律について話した。しかし、インドは、化学省が与えた同意に基づいて、アスベストの輸入に同意しているのである。

**発表者：Dr George Karimundackal (タタ記念病院、胸部外科医)**

「中皮腫一人に気付かれないようにふるまっている」という演題で、タタ記念病院 (TMH) のDr George Karimundackalは、1985～2008年に彼の病院が発見・治療した127件の中皮腫・肺癌事例を発表した。彼は、大部分の事例が末期になってやってきたと語った。彼の病院は、毎年5～6件のアスベスト疾患を受け入れ、肺癌全体の1%が不治のアスベスト疾患である中皮腫だと断定した。注目すべきことは、TMHにおけるデータ収集方法のまずさをほのめかしながら、36例のうちアスベスト曝露歴があったのは3例のみだった。

彼は、アスベスト曝露と、きわめて稀ながんの種類で診断・治療の非常に困難な中皮腫との間には、狭量な因果関係があると話した。



TMHにおける診断事例は、以下のとおり。

- 127例 (1985～2008年)
- 116例の胸膜中皮腫
- 11例の腹膜中皮腫
- 男性：91例、女性：36例
- 40～50歳の年齢層が50%

彼は、過去5年間にTMHは多数の肺癌を受け入れたが、中皮腫は5～6件来ただけだったと言った。たいていこの疾患は気付かれていない。三次病院であるTMHに、労働者やその家族がたどりつき、利用するのは非常に困難だとも述べた。きわめて複雑かつ痛みを伴う（肺の半分を切除された場合）、手術費用自体労働者の手が届かない—外科手術15～20万ルピー、化学療法1サイクル当たり7万ルピー。そのうえ7%の人々が厳しい外科手術のために命を落とす。いったん中皮腫にかかったら、生き延びることはきわめて困難である。2003～2008年の間に、外科手術ができたのは、36例のうち4例だけだった。そのうちの1例は、チャッティスガル州ビラスプルからきた55歳の女性で、TMHに来るまでは肺癌と診断されていた。もう1例は、ターナーからきた51歳の事務労働者だった。

Dr Georgeは、訓練を受けた細胞学者にとってさえ、肺癌と中皮腫を鑑別することがいかに困難であるかを強調した。彼は、データ不足、中皮腫登録の欠如、中皮腫事例を正しく診断・治療することのできる病院がきわめて少ないこと、を話した。

彼は、今後とるべき課題として、以下を挙げた。

- アスベスト禁止
- 中皮腫登録
- 職歴登録
- 疾病を疑う高指標



・ 献身的な学際的ノウハウ

発表者：Dr Iqbal(ラクナウ・IITR)

Dr Iqbalは、検討する必要がある多数のアスベスト曝露源があると話した。彼は、アスベストに汚染されており、人口の多くの部分、とりわけ子供や女性が曝露する重要な曝露源として、タルク(パウダー)を指摘した。タルクは、様々な産業で原料として使われている。

インドには、タルクを原料にした多数の化粧品がある。中国がタルクの最大の生産国。韓国では最近、中国製タルク・パウダーを使用した47の会社が、高度のアスベスト汚染のために、その製品を市場から回収しなければならなくなった。

発表者：Dr Paek(韓国・ソウル大学)

ソウル大学のDr Domyung Paekは、韓国は2007年にアスベスト禁止を決定し2009年から実行されたこと、また、アスベスト被害救済法制定が進められていることを知らせた。

発表者：Dr Murayama(日本・早稲田大学)

早稲田大学のDr Murayamaは、日本におけるアスベスト被害の状況、また、アジアにおけるアスベスト産業の国際移転について論じた。

発表者：Dr Barry Castleman(アメリカ)

アスベストの医学的・法律的諸問題の権威であるDr Barry Castlemanは、インドがアスベスト代替品を採用するよう助言し、世界銀行グループのグッド・プラクティス・ノート、WHOによる各国のアスベスト疾患根絶への支援、クリソタイルを含むすべての種類のアスベストの禁止を呼びかけた2006年のILO決議に言及した。彼はまた、全米保健機構(PAHO)のアスベスト疾患マップについて知らせた。

## セッション③ 国内のシナリオ 一問題点と関心事

座長：Jagdish Patel

招待した政府関係部署からの参加はなかった。

発表者：Dr Y L Tekhre(国家人権委員会(NHRC))

国家人権委員会(NHRC)では、じん肺問題を深刻な問題として議論している。アスベストも同様の問題である。彼は、NHRCの3つの柱—生命、事由、尊厳について話した。アスベストは直接生命にかかわってくる。

これまでにNHRCに、アスベスト関連疾患に関連した申し立てがなされたことはない。NHRCは、地球的視野で考え、地域で活動することを信条とするプラットフォームである。彼は、NHRCによる行動がとられるように、アスベスト関連疾患に関連した申し立てをNHRCに起こすよう人々を促した。

発表者：Gopal Krishna

上院議会(Rajya Sabha)に提出された2009年白アスベスト(使用及び輸入)禁止法案の可能性、常勤で雇われるべきすべての労働者を追求した中央汚染管理委員会(CPCB)の調査、プラットフォームからアスベスト屋根材を撤去しようとする鉄道省の取り組み、が注目された。国内での消費だけが問題でなく、インドはブータン等の他国にアスベスト製品を輸出している。

## セッション④ まとめ

発表者：Madhumita Dutta

Madhumitaは、この日議論された主な問題点を強調した。

- ・ データ及び報告の欠如；意図的なデータ/情報の隠蔽
- ・ アスベスト鉱山/精製場/工場/エンド・プロデューサー/ユーザー/廃棄物処理等に従事する労働者数のリアルな推計の欠如
- ・ 不透明/役に立っていない機関—NIOH
- ・ 現在までにESIによる補償件数51件、ESIの矛盾した情報
- ・ 自主的調査によってグジャラート、マハラシュトラ、ラジャスタンでの疾患の流行を確認

## インドにおけるアスベスト被害

- ・タタ記念病院：127例の中皮腫（1985～2005年）、グジャラート・がん登録：39例、がん登録：55例
- ・産業界—政府の結び付き/プロパガンダ
- ・国内政治に根ざす
- ・5か年計画/輸入関税/包括輸入許可制(OGL)における財政的インセンティブ
- ・非ライセンス
- ・法の希薄化—もはや「有害物質」ではない、緩い曝露限界—2f/cc
- ・科学的欺瞞：NIOH、IBM、CPCB
- ・インドの国際的恥：ILO第162号アスベスト条約、PIC条約
- ・大部分の労働者が未組織部門、契約労働者、日雇い、出稼ぎ労働者
- ・居場所を突き止め確認することが困難
- ・医学的診断の諸問題、職歴の確立
- ・補償請求の諸問題—責任を負うべき者、固定した使用者がいない
- ・冗長な労働法
- ・法人格の否認：責任を負うべき企業をつかまえることの困難

発表者：Sreedhar Ramamurthi：閉会挨拶

Sreedharは、この日明らかにされた証拠の大きさを思い起こさせ、また、とりわけ将来の万能薬と謳われているナノ・テクノロジー、今後の課題についてProf Rehmanが指摘してくれたことに感謝した。彼は、環境に大きな危害をもたらす可能性があるのに、今日偉大な解決策と見なされているコールベッドメタンや地下石炭ガス化など、同様の環境問題を指摘した。

彼はまた、問題の大きさを否認し続けている国、ESI、工場監督機関の無関心を強調した。また、労働条件、被害者の職業病、ハザード及び自己に関する政府部内及び外部双方のデータベースを整備する必要性を指摘した。

化学大臣の一家の利害と、この場に参加して、人々の見解が政策樹立に反映されるように当局がよりよい代表を努める必要性を表明することができないことを彼が弁解していることを伝えた。Sreedharは、労働者の関心事が注目され、補償されるために、ネットワークの努力を継続する必要性を強調した。



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労災認定・補償問題等々での相談、③「労働安全衛生学校」の開催や講師の派遣など学習会・トレーニングへの協力、④働く者の立場で調査・研究・政策提言、⑤世界の労働安全衛生団体との交流などさまざまな取り組みを行っています。

「安全センター情報」は、運動・行政・研究等各分野の最新情報の提供、動向の解説、問題提起や全国各地・世界各国の状況など、他では得られない情報を満載しています。

- 購読会費：1部年額10,000円（複数割引あり）
- 見本誌を請求してください。

# 安全センター情報

中央労働金庫亀戸支店「(普)7535803」または郵便払込口座「00150-9-545940」  
名義はいつでも「全国安全センター」をご利用ください。

# はつり(斫り)じん肺損害賠償裁判を提訴

大阪●同時にフリーダイヤル開設 0120-824681 (ハツリジンパイ)

建設現場でのはつり(斫り)工事で発生した著しい粉じんを浴び、粉じん防護対策と健康管理対策がきわめて不十分なことが原因でじん肺を発症したとして、元はつり労働者15名が鹿島、大成建設、竹中工務店などゼネコン等32社を相手取って損害賠償を求める裁判を、大阪地方裁判所に2009年12月21日提訴した。

原告は、岡山義昭(原告団長)、村上武徳、福本隆一、徳田輝顕、矢野寛、山田裕二、植田勇、小橋川三郎、伊良皆正吉、浜川邦宏、新垣実、末吉茂正、安里正秀、知念清二郎、金城武次(順不同、敬称略)の15名。弁護団は、浦功弁護団長(関西労働者安全センター運営協議会議長)、位田浩事務局長、以下18名である。

原告はいずれも、長年はつり・解体作業に従事し、2000年以降にじん肺管理区分決定を受け、労災認定され、現在、労災療養中であり、当安全センター会員で全国じん肺患者同盟大阪中央支部にも所属している。

当安全センターがかかわった認定患者だけでもすでに100名近い。うち現在までに15名の方が亡くなっている。

はつり労働に地域性がないこと、じん肺被害が潜在していることは石綿問題にもみられるように未だ根深いことなどから、全国的には多数の被害が救済されずに放置されているとみられる。

そこで、そうした被害を掘り起こし、じん肺を引き起こした企業責任を明らかにし、はつり現場などの建設現場でのさらなる被害の防止と幅広い補償を実現するため、原告団、弁護団、当安全センターで協議・意志一致の上、本件訴訟に踏み切ることにしたものである。

粉じん作業によるじん肺被害については、非常



2009年12月21日 提訴の記者会見での原告ら

に古くから知られてきた。近くは、戦後すぐに特別法制定の大運動がおこり、1955年に硅肺等特別保護法、1960年にじん肺法が制定されている。

じん肺被害の損害賠償責任を企業(近年は国にも)に求めるじん肺訴訟は、1970年代から多数提起されてきた。

原告となったのは、主に、炭鉱、鉱山、トンネル、工場の労働者と家族であった。

当事者、各弁護団の多大な努力の成果として、企業責任が明確にされ、補償水準も定着し、和解で勝利解決するケースが多くを占めるようになった。

また、規制監督権限をもつ国の責任については、筑豊じん肺訴訟最高裁判決(1989.11.24)、全国トンネルじん肺根絶訴訟東京地裁判決(2006.7.7)等が認定するまでになった(トンネル訴訟については、国と和解合意成立(2007.6.18))。

当センターのじん肺に対するこれまでの取り組みは、じん肺被災者から相談を受けて、労災認定、損害賠償請求などを進めることを主としてきた。その中で、当センターとしては、大阪トンネルじん肺訴訟(原告5名。1991.8.2大阪地裁提訴、1995.5和

## はつりじん肺損害賠償訴訟を提訴

解)に取り組んだ経緯がある。

こうしたじん肺訴訟の歴史を念頭におくとき、今回提訴したはつりじん肺訴訟は、これまで取り組まれたことがなかった、都市の建設現場で発生した(発生している)じん肺被害の責任を、初めて正面から問う集団訴訟となる。

ある意味、「最後のじん肺訴訟」と呼べるかもしれない取り組みである。

### 加害者「免罪構造」の打破を

はつりじん肺は被害に対する責任という観点でみた場合、これまで取り組まれてきたじん肺訴訟に比較すると困難な点があった。

じん肺は長年の粉じん曝露によって発症してくる。原因は、企業が粉じん対策を怠ったことにある。しかし、発症後、原因となった企業の粉じん対策の不備にさかのぼろうとすると、加害企業の特定と時間の壁が立ちはだかることになる。

トンネル工事では、トンネル工事現場を転々としたため、それぞれの現場と元請企業を特定することで、被害責任の立証がなされていくが相当の手間ひまが要求される。

同様の立証作業が、はつり・解体工事によるじん肺被害にも要求されるとすると、その手間ひまはトンネル工事よりもさらに多くの困難が伴うことは想像に難くない。

まさに、このことが、建設現場でのじん肺被害に対する補償要求を阻み、社会的告発を妨げてきた原因のひとつだった。

鉱山、炭鉱でも、その点の困難はあるが、建設現場で比較的短期に現場を移動していくはつり労働者(あるいは、一般の建設労働者にとっても)の困難さとはおそらく比較にならないだろう。

建設現場は、労災隠しがいまだに横行する現場である。建設現場では、元請ゼネコンの権力は絶対であり、下請企業、労働者が逆らうことはほとんどできない。労働組合組織はほとんど皆無である。じん肺に関して、事業主証明をスムーズに行う建設会社はまったくの少数派であって、理由をつけて、じん肺患者との関わり合いを避けようとする会社が圧倒的に多い。

はつりじん肺は、典型的なじん肺被害である。石綿曝露の影響がみられる患者も少なくないが、主体は古典的なじん肺である珪肺である。いわゆる、珪肺は岩石に多く含まれる結晶性シリカ(石英、ケイ酸粉じん)が原因物質だ。はつり労働者は、作業の性質上、このケイ酸粉じんを含む濃厚な鉱物性粉じんに曝露したためにじん肺を発症する危険性が非常に高い。

例えば、トンネルじん肺を発生させたのは、大手ゼネコンをはじめとした建設会社である。

はつりじん肺を発生させたのも、同じ建設会社である。

だとすれば、まったく同種の原因で起こった、明確なはつりじん肺被害について、これらの会社が、従来概念に基づく立証の困難性の壁によって守られ、まるで責任が問われないということでは著しく社会正義に反する。

そもそも、「粉じん作業あり、粉じん対策ないところ」にじん肺あり。トンネル工事、はつり工事でじん肺を多発させてしまった責任は、建設会社、これとなれ合った労働行政(多くの天下りが大手建設会社に就職している)の怠慢にあることは、誰の目にも明らかだろう。

建設現場の封建的重層構造によって、加害企業の「犯罪」が隠されながら、多数のじん肺被害者が最小限の労災補償給付によって泣き寝入りを強いられている現実がある。労災認定を受けられない被害者はさらに多い。

建設会社に正当な補償を行わせ、労働者の人権尊重を第一においた、建設現場での粉じん対策等安全衛生対策の徹底を実現させていく。

これが、はつりじん肺裁判の目的である。

### 隣人のじん肺被害

もちろん、はつり労働者のじん肺だけが、建設現場のじん肺被害ではない。

ただ、明らかに重症じん肺が多発している職種としては突出している。建設現場でのじん肺被害をある意味で象徴している。

しかし、当安全センターがはつりじん肺多発の実態にたどりついたのは、恥ずかしながら、この10

# 「じん肺」認定が増加

## 粉じんで肺機能低下 昨年未までに5人

労災  
「じん肺被害」  
「補償なく大変だった」  
支援の重要性強調

【大阪】じん肺被害者が増加していることが、大阪府労働安全衛生センターの調査で明らかになった。昨年未までに5人が、粉じんによる肺機能低下で労災認定された。被害者の中には、認定後も十分な補償が得られず、生活に苦しんでいる者が多いという。支援の重要性が強調されている。

大阪府労働安全衛生センターは、今年7月1日現在、じん肺被害者1,000人以上を調査している。そのうち、昨年未までに5人が、粉じんによる肺機能低下で労災認定された。被害者の中には、認定後も十分な補償が得られず、生活に苦しんでいる者が多いという。支援の重要性が強調されている。

2005年10月5日付け琉球新報



2004年4月に管理4相当で認定された故伊良皆徳助氏(中央)

Nさんの場合、最終粉じん職場の建設会社が証明を拒否、直接雇用主のはつり親方に対しては、一次下請のトビ工事業者が「出入り差し止めだ!」と圧力をかけ、Nさんはずいぶんいやな思いをしなければならなかった。

また、当センターへの相談者の中では沖縄県出身者(粟国島など)が多く、沖縄でも沖縄労働安全衛生センターと協力して被害者の掘り起こしを進めた。

2005年6月クボタショック以降は、アスベスト被害の顕在化が著しく、はつりじん肺問題は相対的に目立たなくなったが、被害者の相談は続いた。

現在までに労災認定に至った元はつり労働者(死亡を含む)は93名(うち認定時すでに死亡が3名)。認定後に死亡した方は12名である。ほとんどが、大阪市内からの相談であり、全国的に見ると、はつり労働者の被害が多数潜在化しているとみられる。

相談に来た方々の話では、すでにじん肺らしい病気になったり、死亡しながら救済されていない方が存在しているのは確実で、当センターにしても「遅れた」取り組みの感が強い。

はつり労働者以外のじん肺被害も、建設現場では一般的である。

とくにクボタショック以降、石綿肺、石綿肺がん、中皮腫などの建設現場でのアスベスト被害がクローズアップされているが、それと平行して、あるいは、より古くからの問題として、石綿肺を含む建設じん肺の裾野がはつりじん肺の周りに広くひろがっ

年間のことである。

はつりじん肺患者が相談に訪れるようになったのは、1998年10月に実施した「じん肺・肺がん・アスベスト被害ホットライン」に、40代後半の元労働者が来所して以降である。

そのときの本誌記事(1998年10月号)から。

40歳代男性Mさん(ハツリ作業): 約30年ハツリ作業に従事。大震災復興工事中に結核を発症し8か月間入院療養した。このとき会社から解雇された。その後結核は治ったが納得いかないままだった。結核については合併症であり労災保険の適用があるが、残念ながらすでに時効で請求権が消滅していた。センターに来所してもらい制度の説明をし、じん肺健診の後管理区分申請を行った。もっと早く制度を教えてほしかったと憤慨されていた。(Mさんの検診は故・山下五郎先生がされ、管理2と決定された。)

このあと、Mさんの知人のNさん(ハツリ作業歴37年)が相談に来られた。Nさんは1999年4月に「管理3口」(続発性気管支炎: 要療養)とのじん肺管理区分決定を受け、7月に北大阪署が労災認定された。その後つづく一連のはつりじん肺労災認定者の第1号である。

## はつりじん肺損害賠償訴訟を提訴

ているのである。

マスコミをはじめ、じん肺被害といえば、鉱山、炭鉱、トンネルと、多くは地方の、過去の問題という認識がおおかたではないだろうか。

しかし、現実とは違う。

街のど真ん中でじん肺になり、救済されないまま医者にかかっているじん肺患者は、想像以上に多いことを広く社会に（一般、医療機関、労働行政、マスコミの方々に）明らかにしていくことも、はつりじん肺裁判の目的である。

### 労働行政の責任と動向

じん肺問題を取り扱う労働行政は、粉じん対策と健康管理対策を行う「安全衛生」部門と労災補償対策を行う「労災補償」部門に分かれていて、普通に、いわゆる縦割り行政である。

はつりじん肺多発の可能性をいつから行政が知ることができたかといえば、これは、ずっと昔からである。建設現場でブレーカーなどの動力工具、古くはノミとハンマーのコンクリートを破碎すれば、多量の粉じんが舞い上がることは、現場を見ればわかることだ。

「そのような作業に対して具体的に対策をとれと言われなかったから」と、もし建設会社が反論するならば、じん肺を発生させたことに加重する二重の「犯罪」だろう。そして、労働基準法などに定められた労働者保護を使命とする労働行政は、建設会社がじん肺を発生させることを防ぐことができなかったのであるから、これまた「共犯」という呼び名にふさわしい。

今回の裁判では、建設会社の責任を追及していくのだが、労働行政、つまり政府の責任というものもしっかり見据えていかなければならない。

大阪労働局は、「第7次粉じん障害防止総合対策」(2008年度から2012年度までの5か年)の中の重点事項の第1項目に、「建設業のはつり・解体作業」を掲げている。すなわち

### 大阪局第7次粉じん障害防止総合対策

(前略)

大阪局においては、建設業のはつり・解体作業、鋳物業等の鋳込み等作業における、じん肺新規有所見労働者の発生が多く、アーク溶接作業及び金属等の研ま作業においても依然として、じん肺新規有所見労働者が発生しており、アーク溶接作業においては、いまだ粉じんの有害性及びその対策の必要性についての認識不足がみられること、また、ずい道等建設工事においては、当該建設工事における粉じん障害防止対策を強化するため、粉じん則等が改正され平成20年3月に施行されたこと、離職時又は離職後にじん肺所見が認められる労働者の健康管理を引き続き推進する必要があること等から、次の事項を重点とする。

- 1) 建設業のはつり・解体作業に係る粉じん障害防止対策
- 2) 鋳物業等の鋳込み等作業に係る粉じん障害防止対策
- 3) アーク溶接作業に係る粉じん障害防止対策
- 4) 金属等の研ま作業に係る粉じん障害防止対策
- 5) ずい道等建設工事における粉じん障害防止対策
- 6) 離職後の健康管理  
(後略)  
(別添)

### 粉じん障害を防止するため事業者が重点的に講ずべき措置

#### 第1 趣旨

事業者は、粉じんにさらされる労働者の健康障害を防止するため、粉じん障害防止規則(昭和54年労働省令第18号。以下「粉じん則」という。)及びじん肺法(昭和35年法律第30号)の各規定に定める措置を講じなければならない。

本「粉じん障害を防止するため事業者が重点的に講ずべき措置」は、これら事業者が講じなければならない措置のうち今後5年間に於いて事業者が特に実施すべき事項及び当該事項の実施を推進するために必要な措置をとりまとめたものである。

なお、大阪局においては、建設業のはつり・解体作業、鋳物業等の鋳込み等作業における、じん

肺新規有所見労働者の発生が多く、アーク溶接作業及び金属等の研ま作業についても依然として、じん肺新規有所見労働者が発生しており、アーク溶接作業については、いまだ粉じんの有害性及びその対策の必要性の認識不足がみられること、また、ずい道等建設工事においては、当該建設工事における粉じん障害防止対策を強化するため、粉じん則等が改正され平成20年3月に施行されたこと、離職時又は離職後にじん肺所見が認められる労働者の健康管理を引き続き推進する必要があること等から、第7次粉じん障害防止総合対策においては、「建設業のはつり・解体作業」、「鋳物業等の鋳込み等作業」、「アーク溶接作業」、「金属等の研ま作業」、「ずい道等建設工事」及び「離職後の健康管理」を重点事項として、これら事項において事業者が重点的に講ずべき措置について記述している。

## 第2 具体的実施事項

### 1 建設業のはつり・解体作業に係る粉じん障害防止対策

#### (1) 粉じん発生源に対する措置の徹底等

事業者は、建設現場の屋内作業場ではつり・解体作業（以下「はつり等作業」という。）については、粉じん則第5条に基づき、全体換気装置による換気の実施又はこれと同等以上の措置を講じること。

また、通風が不十分な屋内作業場において、手持式又は可搬式動力工具を用いて行う、はつり等作業については、局所排気装置の設置等により粉じん発散の抑制に努めるものとする。

なお、粉じん則第7条第2項の「臨時的粉じん作業を行う場合等の適用除外」に該当する場合においても上記の措置を講じるよう努めること。

さらに、屋外作業場においても、動力を用いるはつり等作業については、湿潤化等、粉じん発散の抑制に努めること。

#### (2) 呼吸用保護具の着用の徹底及び適正な着用の推進

##### ア 保護具着用管理責任者の選任

作業場ごとに、「保護具着用管理責任者」を、衛生管理者、安全衛生推進者等労働衛生に関す

る知識、経験等を有する者から選任すること。

##### イ 呼吸用保護具の適正な選択、使用及び保守管理の推進

平成17年2月7日付け基発第0207006号「防じんマスクの選択、使用等について」に基づき、「保護具着用管理責任者」に対し、次の適正な選択、使用及び保守管理を行わせること。

1. 呼吸用保護具の適正な選択、使用、顔面への密着性の確認等に関する指導
2. 呼吸用保護具の保守管理及び廃棄
3. 呼吸用保護具のフィルタの交換の基準を定め、フィルタの交換日等を記録する台帳を整備すること等フィルタの交換の管理

#### (3) 健康管理対策の推進

##### ア じん肺健康診断の実施の徹底

事業者は、じん肺法に基づき、じん肺健康診断を実施し、毎年じん肺健康管理実施状況報告を提出すること。また、事業者は、じん肺健康診断の結果に応じて、当該事業場における労働者の実情等を勘案しつつ、粉じん曝露の低減措置又は粉じん作業以外の作業への転換措置を行うこと。

##### イ じん肺有所見労働者に対する健康管理教育等の推進

事業者は、じん肺有所見労働者のじん肺の増悪の防止を図るため、産業医等による継続的な保健指導を実施するとともに、「じん肺有所見者に対する健康管理教育のためのガイドライン」に基づく健康管理教育を推進すること。

さらに、じん肺有所見労働者は、肺がんの発生リスクが高まり、喫煙が加わると更に発生リスクが上昇すること、一方、禁煙により発生リスクの低下が期待できることから、事業者は、じん肺有所見労働者に対する肺がんに関する検査（胸部らせんCT検査及び喀痰細胞診）の実施及びじん肺有所見労働者に対する積極的な禁煙の働きかけを行うこと。

#### (4) 元方事業者の講ずべき措置の実施の徹底等

元方事業者は、関係請負人が行う教育に対する指導及び援助、清掃作業日の統一、関係請負人に対する技術上の指導等を行うこと。

## はつりじん肺損害賠償訴訟を提訴

「はつり・解体作業」が第1重点項目になっている理由は、「じん肺新規有所見労働者の発生が多」い、ことだとしている。じん肺法に基づくじん肺健康診断における新規有所見者が多いということを示している。その背景には、劣悪な作業環境のほか、事業者の健診実施率の向上、あるいは、有所見率が元々高い離職者からのじん肺管理区分申請（随時申請）の増加、といった要因があるのか、ないのかは定かではないが、要するに、労働局が把握する、「はつり・解体作業」労働者のじん肺有所見者数が、最近増加していることは間違いないであろう。

ここに掲げられた対策は、わかりやすいものばかりだ。

この対策が昔から徹底されていれば、はつりじん肺の発生は未然に防止できたのである。

大阪局と同様に各地方労働局では、本省の計画を基礎に各地方の実情を反映させた「第7次粉じん障害防止総合対策」を策定している。本省の計画には、「はつり・解体作業」の文字はない。

地方局では例えば、東京局では第4重点項目に「はつり・解体作業」が掲げられているが、神奈川

局は未指定、愛知局は未指定、兵庫局は未指定である。

事業者の行うじん肺健康診断や随時申請における新規有所見者の数が、重点項目にするかどうかの目安とされているために、被害の掘り起こしが比較的行われている局では重点項目化されているとみてもいいのではないだろうか。

はつりじん肺の多発は、作業の性質上、大阪や東京の地域的な出来事であるとは考えられない。潜在している実態が、労働行政の対応動向にも反映しているとみられる。

### 被害掘り起こしのために

提訴に合わせて、

相談フリーダイヤル 0120-824681開設した。

裁判を通して、はつりじん肺、建設じん肺被害の重大性を訴え、追加提訴も含め、患者・家族からの相談に応じて被害を掘り起こし、救済と予防対策を前進させていきたい。

皆さんの一層のご支援とご協力を訴えま



す。

(関西労働者安全センター事務局)

## はつり工のじん肺訴訟と元請け建設業者の責任

### 「はつり」とじん肺

はつりは、「斫」（シャク・きりおとす）で、はつり作業とは、建築工事の現場で、コンクリートを削ったり、切ったり、壊したり、穴を開けたりする作業のことで、人間の手で行われる作業の範囲を言います。また、この仕事に従事する労働者を「はつり工」と呼びます。

塵肺（じんはい、じんばい）は、粉塵や微粒子を長期間吸引した結果、肺の細胞にそれらが蓄積することによって起きる肺疾患（病気）の総称で、じん肺法（1960年）は、「粉塵を吸入することによって肺に生じた繊維増殖性変化を主体とする疾病」と

定義しています。症状としては、咳、痰、息切れ、呼吸困難、動悸を起し、その原因となる粉塵には、ケイ酸、金属粉、石綿（アスベスト）、有機塵があり、鉱山や炭鉱、陶磁器製造業、石切業、鋳物業、トンネル工事、アスベストを用いる建築や建造物の解体など、粉塵の多い環境に従事する職業に見られる職業性疾患であることが多く、人類最古の職業病とも言われています。

### はつり工のじん肺を産み出す建設業の構造

工事の現場で、コンクリートを削ったり、切ったり、壊したり、穴を開けたりするはつり工に、じん肺患者が大量に発生していることは、公然の事実であ



りました。これを許してきたのは、建設業の構造です。

### 1. 建設業の重層下請け構造（カントクさんはすぐエライ）

はつり工が働く建設業は、建設元請け大企業の下に、数十社が下請け、孫請け、ひ孫請けという形で請負契約を結んで作業するという、重層下請け構造になっています。

工事費が何十億という大型の作業所でも、元請け会社の工事監督をする10人程度の職員がいて、その約10数倍の実際に働く「職人」と呼ばれる労働者がいて、毎日の工事が進められています。

建設現場では、「監督」と「職人」という「身分」関係ができていて、監督職員と職人が直接対話をするといった場面はほとんど見られません。現場では「カントクさんはすぐエライ」のです。実際に現場の施設の設置・管理をし、作業指示をするのは監督職員の仕事です。身分関係のために建築現場では、『参加型の安全管理』などといった民主的な管理は考えづらい構造になっています。

全ての現場で、どういう訳か外に向かって掲げられている「安全第一」の看板が、職人さんにはとてもまぶしくて、よく見えないのです。

### 2. 都会にある粉塵職場と、じん肺患者

今までじん肺の補償を求める闘いが、炭坑や鉱山、トンネルで発生した災害をめぐって行われてきたために、じん肺はどこかの山の中の、人々の日常の暮らしとは関係のない、泥まみれで埃だらけの現場で起こっているものと考えられてきたのではないのでしょうか。

建築工事の現場でのはつり作業は、建築現場であれば必ず必要な作業で、日本中にあるあらゆる建物は、ひとつ残らずはつり工のお世話になっています。あなたが住んでいる家もコンクリートが使われていれば、必ずはつり工の世話になっているのです。都会のありとあらゆる場所に粉じん職場があって、じん肺患者が発生しているのです。実に、都会型の粉じん職場で発生しているじん肺患者であると言うことができます。

### 3. はつり工は現場の嫌われ者（目標管理：はつり費用ゼロ）

「バリバリバリ」「ダッダッダッ」。

現場でコンクリートをはつっている音が聞こえてきます。はつり工が一所懸命に仕事をしています。

「だれや！はつり屋を呼んだのは？」所長さんをご立腹です。

コンクリートを削ったり、切ったり、壊したり、穴を開けたりする作業は、ほとんどの場合何らかの手違いから生じます。コンクリートを流し込む型枠が弱くて壁が膨らんだり、窓や壁の位置を間違えたり、コンクリートがキチンと打設されていなかったり、床が高すぎたり…。原因はいろいろですが、はつり作業というのは、ほとんど何かの手違いを修正する仕事です。

コンクリートをはつれば「はつりガラ」が出ます。はつり工の費用、ガラの片付け費用、手違い箇所での修正費用と、あってはならない費用がたくさん掛かります。

ところが、現場の予算に、「はつり費」はありません。もともと手違いから発生する費用は、予算には組み込まれていないのです。

「バリバリバリ」「ダッダッダッ」は、お金の羽が生えて飛んでいく羽音なのです。だから、現場で監督職員がいつもお世話になっているはつり工は、現場の嫌われ者、できるだけ顔を見たくない職人さんです。

監督職員は、「ZD運動」や「目標管理」をやらされます。『はつりゼロ』は多くの監督職員が掲げる管理目標です。ところが神ならぬ身に『はつりゼロ』は不可能です。そこで『はつりゼロ』は、『はつり費用ゼロ』に変わります。

そのためには、①はつり工の費用、ガラの片付け費用、手違いの修正の費用を、手違いの原因を作った下請け業者に負担させ、元請けは費用負担をしない方法。すなわち、元請けははつり作業を直接発注するが、その費用は原因を作った業者から『引き去る』というかたちで回収します。そして、②はつり作業に掛かる費用をゼロに近づけること。すなわち作業単価を引き下げ、粉じんの発生

## はつりじん肺損害賠償訴訟を提訴

防止や作業用の足場など、安全に掛かる費用を節約します。

①が、はつり工が働いた現場を特定するという作業で重大な支障になりました。また、②が、じん肺の大量発生の直接的な原因になったことは言うまでもないでしょう。

### 4. 毎日行く現場が違う労働者・はつり工(お日さん西々の労働者)

はつり作業のほとんどは何らかの手違いの修正ですから、はつり作業がある日は決まっています。なにがしかの手違いでコンクリートをはつらなければならぬ時に、はつり工が現場に呼ばれます。毎日の打ち合わせで、明日はつり作業が必要なことが分かると、元請けは一次下請け業者のところに、「明日、はつり工を○人寄こしてくれ」と電話を入れ、一次下請け業者がはつりの親方(多くは二次・三次の下請け業者です)のところに、「明日○○現場に、○人行ってくれ」と注文をします。したがって、多くのはつり工は、毎日、どこか分からない現場に、日々派遣されるかたちで働いています。現場に着いて、建物を見て、「○○建設の現場か～」といったこともよくあります。

実はこれが、はつり工のじん肺が今まで問題にならなかった最大の原因なのです。

はつり工にとって、今日働いた現場が、どんな建物を建てていて、今日の自分の作業がこの建物の建設にどんな意味があるのか、と言ったことからまったく疎外されています。ただ言われたとおりに穴を開け、壁をはつればいいのです。お日さんが西に行けば、今日の仕事は終わりです。これが労働者の労働からの疎外であり、この疎外が、いつ、どこの現場に行ってもどんな作業をしたかをはつり工がよく憶えていない理由になっています。

### 5. じん肺予防は「ビールと蒟蒻(こんにゃく)」

埃・粉じんが身体に悪いくらい、だれでも分かっています。埃が立っているところでは思わず手で埃を払う動作をし、「コホッコホッ」と咳をして埃を飛ばそうとします。埃の中で働いているはつり工もちろん、このことは知っています。昔はだれ

言うことなく、口の周りにタオルを巻いて作業をしていました。

はつり工の先輩たちは、後輩のはつり工に、「肺の病気になりたくなかったら、蒟蒻を食べてビールで洗い流せ」という指導をしました。

今回の調査の中での『笑えない笑い話』です。全員がそのように信じていたかどうかは別にして、全員がそのように先輩から言われた経験がありました。

じん肺という病気についての基礎的な知識すら与えられていなかった、与えていなかったという、何よりの証拠です。

### 今まではつり工のじん肺が問題にならなかったのはなぜか?

それにもかかわらず、今まで建設現場のはつり工がじん肺の補償を求めるといったかたちでの問題にならなかったのはなぜでしょうか?

今まで提起されたじん肺訴訟は、炭坑・鉱山でのじん肺と、トンネルのじん肺でした。

ひとつは、鉱山もトンネルも粉じん職場であることは想像するに難しくありません。建築現場の仮囲いの外から見て、ここが粉じん職場で、ここで多くのはつり工がじん肺に罹っているというのは、少し想像しにくいかもしれませんが、そのことが社会問題化することを遅らせたということもあるでしょう。

もうひとつは、加害と被害の立証の難しさです。

現行法体系では、被害者が加害者に対してその損害の補償を求めようとするれば、被害の事実、被害の程度、被害の予見可能性、被害の回避可能性などなどについて、加害者側に故意または過失があったことを、被害者側が立証しなければなりません。ここに立ちはだかったのが、上に書いた建設業の特殊性です。

鉱山の場合であれば、多くの労働者は鉱山で働く労働者を派遣する会社に就職し、ある程度長期間をその会社で雇われていますから、あの鉱山で、いつからいつまでを、どのような環境で働いていたのかが比較的分かりやすいのです。

トンネルも似ていると言えるでしょう。トンネルの掘削をする労働者はその多くが専門工で、一生の



はつりじん肺損害賠償訴訟提訴後 原告・支援者ら

間に10本から15本のトンネルを掘ります。トンネル工事を請け負う元請け業者は約30社、発注者も大体は鉄道か道路関係者です。それでも加害責任を認めさせるのに大変な困難がありました。

交通事故なら、例えば、「今年の8月1日15時25分頃、大阪市北区の梅田新道の交差点で信号待ちをしていたら、後から来たA氏が運転する車に追突され、入院1か月、通院3か月の怪我をした」といった証明もできます。

しかし、建設のはつり工のケースを考えると、その10倍、20倍、いや天文学的な倍数の困難が目に見えていました。

「30年前の1979年11月13日、大阪市中央区にある〇〇建設が施工した〇〇ビルの改修工事の現場に行って、朝9時から夕方5時まで壁を3つ撤去した。その時にマスクは支給されず、散水も認められなかった。その翌日、11月13日は、大阪市北区にある〇〇建設が施工した〇〇ビルの新築工事の現場に行って、朝9時から夕方5時まで地下の壁をはつった。その時にマスクは支給されず、散水もしてくれなかった」ということを延々と30年間分も証明できるはずがないからです。

これが、今まではつり工のじん肺被害がわかっていながら問題にできなかった最大の理由です。加害と被害の関係が果たして立証できるか? という大きな壁があったのです。

その壁を作っている一因が、前に書いた建設業の構造の問題です。

建設業の重層構造、すなわち元請けとはつり工の距離が遠いということは、自分が働いたことの証明になる「自分が、いつ、どこの現場に行って、現場の元請け業者は〇〇会社で、そこには怖い〇某監督と、優しい△某監督がいて、作業指示をしたのは優しい方の△某監督だった」と言った記憶がほとんどないのです。

はつり作業の多くは、なにがしかの手違いから発生します。『はつりゼロ』のために、はつりの費用は原因を作った業者から『引き去り』ます。その結果、元請け業者からも、いつ、どこどこを、だれがはつったかという『記録』がなくなります。

そして、嫌われ者のはつり費用は削減され、安全管理も疎かにされます。

疎外された労働は、労働の意味を失ない、記憶を失いやすい状況を作ります。

元請け業者やはつり工自身の安全・健康に関する意識が低かったことも、被害を拡大させた要因でしょう。

### 裁判提訴の意味

今回はつり工のじん肺被害に対する損害賠償訴訟を提起したのは、まず第1に、このような被害が未だに補償されずにいることを世間に訴え、今回原告になれなかった多くの被害者に、今後この闘いに参加してもらいたいと訴えたいからです。

第2に、被害と加害の立証をどこまで求められるのかという、訴訟の原則に対する問題提起です。

## はつりじん肺損害賠償訴訟を提訴

はつり工は20年、30年とはつり作業に従事してきました。行った作業現場はいずれも名のある元請け会社です。被害は労働災害と認められ、国からは一定の補償を受けています。『加害の事実』と『被害の事実』は明確です。

ただ、「30年前の〇月〇日、某所にある〇〇建設の工事現場に行って、地下の壁をはつたが、その時にマスクは支給されず、散水もしてくれなかった」という事実を、証拠をもって立証するのが難しいのです。

闘いは裁判の場に移されました。裁判所は、『加害の事実』と『被害の事実』が明確なこの事件で、被害者にどこまでの立証を求めるのでしょうか？ という問題を提起したいのです。

第3に、建設業の責任です。トンネルじん肺訴訟では、大手の建設元請け会社が責任を取って和解に応じました。その反省はなかったのでしょうか？ かつて繁栄をきわめた建設業の陰の部分が労働災害です。はつり工のじん肺問題は、建設業が業界全体としてはつり工を『共同で雇用』した結果生じたものであり、業界全体で責任をとらなければな

らないという性質の災害です。建設業界がこの裁判において、あまりにいきすぎた挙証責任を求めることは、『みんなで加害者になれば、だれも責任をとらなくて良い』という不正義を実践することになるでしょう。建設業全体の責任を問う裁判です。

第4に、はつり工のじん肺に対する補償システムの構築です。建設業の雇用構造の根幹は『労働者は使うが、雇用しない』です。これが請負です。労働者派遣法ができたときに私の所属する全港湾建設支部は『この法律は、全国・全産業を、建設業にしようとする法律だ』と言い、この『稀代の悪法』の成立を阻止しようと呼びかけました。『労働者は使うが、雇用しない』とは、労災補償を含む一切の『雇用責任をとらない』ということです。この裁判が、建設業がこれまで我が国で最も多くの労働災害を発生させてきた業界として、被災労働者の救済システムを構築するための議論を始める契機になってくれることを、建設業界で人生の大半を送ったOBとして願うものです。



(中村猛)

## はつりじん肺訴訟の原告に聞く

原告団長：岡山義昭さん

プロフィール：1952年8月生まれ。じん肺管理区分：管理3口。宮里土建、大松土建、玉寄組にてはつり作業に従事。

—今はどんなことをしていますか。

普段は別に何もしてないな。

センターに行ったり病院に行くくらいかな。

—郷里は高知でしたね。

この前雪が降ったらしいし、もう帰れないけど、普段は毎月帰ってる。畑もやってるしね。こないだ納骨堂つくったやろ。

—ご家族は？

兄貴が高知におるよ。

—じん肺になったのは？

9年くらいになるかな。

—調子が悪いと気が付いたのは？

手続したのは48歳だったから…45歳を過ぎてからだったかな、明らかに階段の上り下りがしんどいというのはな。たしかにきつかったね。普通の道はどうってことはないんだけど、上がりがえらいねん。いっぺん病院にいつてみようか、ということ。

●はつり作業について

—はつりの作業をはじめたのは？

大阪に出てからいろんな仕事をして、最終的にはつりに入ったのは、20歳くらいだったと思うわ。



岡山義昭さん

—はつりに誘ったのは？

いつも行く、アグニの人でね、食堂をやった人があるのよ。そこでご飯を食べてね。「仕事が暇や、どないしようかな」と言ったら、「同郷の人が宮里土建というのをやっている」と紹介してもらっていったんよ。それが始まりやねん。

はじめは、はつりなんていうのはイヤや、イヤやでしょうがなかったんや。ようこんな仕事するな、と思っとったもんな。

—どうしてですか？

機材が30キロくらいあるやろ？それを1日使うんやからな。そりゃえらいで。ほこりも飛びおるしな。イヤやな～って見とったわ。

—印象的な現場は？

みんな一緒や。現場入ったら、どうのこうの言うよりも。一番いやなのは、さかばつりやな。ソイルや天井を落とすのに。まともにはほこりをくろうからね。

—じん肺は知っていましたか？

始めたころは、じん肺なんて病気も知らなかったな。

—周りにじん肺の人はいましたか？

いやいや……。そりゃ、聞いたことはあるけど、当時は何とも思わなかったからな。

## ●仕事の様子

—はつりを始めたころの仕事の仕方は？

手ばつりもたまにはあったけど、ミニチップーがあったから、手ばつりはいらんようになっていた。

—その頃のマスクは使っていましたか？

いや、その当時は、マスクはしてなかったはずや。手ぬぐいを巻いていた。

—マスクをし始めたのはいつですか？

個人的にしている人、いない人いたけど。昔のマスクなんか、食器洗うスポンジの下の柔らかいところ、それをうすく重ねたようなね、ほこりなんか入り放題よ。

ほこりを吸うとるから、鼻も真っ白よ。口の周りも。何も無いよりええか、という感じやね。

マスクをするのも「せえ」と言われたからではなくて、苦しいからね、それで自分でするようになったよ。

—応援の仕事とは？

仕事がないときに、「来いや」、と声をかけてくれるんや。所属している組は一人くらいかけてもええからね。他にも職人がいるし。仕事があっても2、3日でなくなるくらいなら、終わるまで応援の仕事に行くわな。肩書きは宮里土建の職人やけど。

—所属している組が忙しくなったらどうするんです？

他にも職人がいるし、足りなかつたら隣のはつり屋があるやろ。手だけ呼びよる。

—何歳くらいから仕事に慣れてきましたか？

いや～、何歳になってもいかんね。奥が深いね、仕事というのは。

—この仕事のポイントは？

やっぱり早さやな。杭なんかでも、上から切り始めて、同じように杭を何本もはつりでしょ。どないしても段差も出る。はよ切ったらね、これで終わりとなっていれば早く帰れる。マンションなんかは何か所も切っているから。最後の方になったらやり仕舞いやね、もう。これやったら午前中にまでに終わるな、昼前に終わるな、というのが分かってくる。若いうちはわからんからね。

はつりというのはだいたい一番最初よ。なんにしてもね。改造工事でもはつりがいらんことに

## はつりじん肺損害賠償訴訟を提訴

は他の業者が入られへんからね。

—はつりの稼ぎはどうでしたか？

親方はもうかるわな。まあ、働いてなんぼやからな。昔は請負もようけあったけど。今はもうないで。だいぶ単価下げられているみたいやで、話聞いたら。職人の単価も落ちて落ちてね、だいぶ下げられとるって。現場もとる人は終わるまで仕事があるけど、来年の2月までない人もいるって。

—最後に裁判への意気込みを

意気込みいうても、やるしかないやろ。

村上武徳さん

プロフィール：佐賀県出身。じん肺管理区分3口。昭和38年に大阪に出てきて58歳まで加藤組などではつり作業に従事。

—はつり作業を始めたきっかけは？

しばらく遊びたいなあ〜と思って、友達が田舎で親方やとってね、もうやめたけど。一緒に大阪へ行こうと誘われて行ったんだが、最初は2、3年のつもりだったのに30年経ってしまった。田舎にも帰れやせんしな、もう。

●はつり作業について

—最初は手ばつりだったのすか？

うん。機械が入りだしたのは3、4年してからだったかな。私は石屋をしていたから、ノミを焼くのがうまかった。みんな、「焼いてくれ」と持ってきた。今の若い人はノミ焼きをする人はおらんと思えますよ。今は業者に出しているから。

—ノミ(ブレーカーの先のノミ)の使用量はどのくらいですか？

使うときは…ようけ使うな。使わないときは2、3本。減らさんように辛抱して先が丸んまるになるまで使ったもんだ。

—印象に残っている現場

ようけあるな。印象深いといえはやっぱし、えらい目した現場やろな…。まあ、日刊オフセット。加藤組に入って、最初に職長として行ったところだから。私は土日にかけて作業しなければならいけど、競馬中継の邪魔で「うるさい」と言われた。



村上武徳さん

あれはあれでかなわんかったな。

それから西館と東館とあってね、東館の方は増築、増築で。東館の方は日刊スポーツも刷ったけど、聖教新聞とか、大日本印刷なんかもあって。

竹中の監督さんが言うもったけど、三原市からきとったのがあった。2、3か月で何十万持って帰ったって。

—一番作業で大変だったことは？

みんなしんどかった…。そうやね、やっぱりブレーカーじゃないですか。30キロくらいあるかな。あれで、壁をはつるのがしんどかったな。それとか、チッパーで天井をはつる。あれはえらかったな。一日やったら顔がコンクリート負けしてただれおった。

—コンクリート負け？

手でもあるぞ。これ。手なんか真っ白け。電車なんかに乗ったらこうして隠さないかん。冬はそうでもないけど、夏は特に。風呂に入ってもなかなかとれない。

—裁判に向けての意気込みを

向こうの弁護士さんがどない言うか…。それによって、こっち、答えるだけでね。まあ、勝てんとは思わんけどさ。絶対に。



# はつりじん肺損害賠償裁判訴状

2009年12月21日

その清算を求めるものである。

大阪地方裁判所御中

## 請求の趣旨

- 1～15（省略—15名の原告各々の関係する被告及び損害賠償請求金額）  
16 訴訟費用は被告らの負担とする  
との判決並びに仮執行宣言を求める。

## 請求の原因

(はじめに)

本件訴訟は、じん肺訴訟である。

じん肺は、粉じんに基因する肺の病変であって終生治癒することがなく、死にいたるまで悪化していく疾患である。じん肺の病変の進展にともなって、気管支炎等の合併症に罹患するほか、肺結核、肺がんなど致死的な呼吸器系疾病を併発する。このようなじん肺は、古くから「よろけ」などと呼ばれ、不治の病と恐れられてきた。

原告らはいずれも、被告らの施工する土木建設工事現場において、はつり作業に従事してきた。土木建設工事現場においては、コンクリート等を打設する際に型枠からはみ出したり型枠が膨らんだりして、予定していない形状となる場合がある。また、出来上がったコンクリート壁や土間に、穴や溝、あるいは開口部を設ける必要がでてくる場合もある。はつり作業は、そのような場合に、各種の振動工具を使用してコンクリートを削ったり破壊したりする作業をいうが、はつり作業においてはきわめて大量の粉じんが発生する。原告らは、はつり作業により発生・飛散した粉じんに曝露し、じん肺に罹患した。

はつり作業は、必ずしも工事計画段階では工程に組み込まれず、コンクリートをはつる必要が生じたときに行われることが多く、同一現場で長期間にわたることは少ない。被告らは、はつり作業が短期間の作業にすぎないことから、長年にわたって、はつり労働者の身体・健康の安全を著しく軽視してきた。

本件訴訟は、粉じん作業の危険性を認識しながら安全対策をおこたり、一方で労働者をじん肺に罹患させ、他方でその犠牲の上に繁栄の基礎を築いた被告らに、

## 第1 当事者

### 1 原告ら

原告らは、いずれも別表1〔省略〕記載のとおりじん肺管理区分決定を受けている者であるが、別表2-1ないし15〔省略〕記載の各時期・場所において、被告らとの実質的な使用従属関係の下、被告らの事業場ではつり作業に従事してきた。原告らが従事したはつり作業はいずれも、当該作業に従事する労働者がじん肺にかかるおそれがある粉じん作業にあたる（じん肺法2条1項3号・3項、じん肺法施行規則第2条及び別表）。

### 2 被告ら

被告らは、前記1のとおり、じん肺対策を要すべきはつり作業を含む各種建設工事を被告らの本支店もしくは営業所（出張所）の業務として行っていた。被告らは、これらの作業現場において、被告らの本支店もしくは営業所（出張所）の従業員らが実質的に指揮監督して、原告らを粉じん作業であるはつり作業に従事させていた。

## 第2 はつり作業について

### 1 はつり作業

新築、改造、解体または土木などの工事現場では、コンクリート、アスファルトまたは岩盤等を削ったり、切断したり、破碎したり、穿孔するなどの作業が行われる。これらの作業は、一般に「はつり作業」または「はつり」と言われる。このようなはつり作業を行う労働者は、「はつり工」と呼ばれる。

### 2 はつり作業の典型例

#### (1) 新築工事現場

新築工事の現場においては、次のようなはつり作業が行われる。

##### ① 杭頭(くいとう) はつり

大規模な構造物を建築する際には、構造物の荷重を地盤で支持するために、基礎杭を地中に打ち込むこ

## はつりじん肺損害賠償訴訟を提訴

とが必要となる。既成のコンクリート杭を地中に打ち込んで基礎杭とする場合には、打ち込んだコンクリート杭の杭頭部を所定の高さに切り揃える作業が行われる。また、現場で地面を掘削して鉄筋籠を地中に入れ、生コンクリートを流し込んで基礎杭（現場造成杭）とする場合には、コンクリート強度が弱い杭頭部を小割りして撤去する作業が行われる。このように、コンクリート杭頭の高さを切り揃えまたは小割りして撤去する作業は、「杭頭はつり（杭はつり）」と呼ばれる。「杭切り」ということもある。用いられる主な工具は、コンクリートカッター、コンクリートブレーカー、チッパーである。

### ② 土間及び床のはつり

土間、床またはスラブ等について、躯体のコンクリートが所定より高く施工されている場合には、所定の高さまで躯体のコンクリートを削り取る作業が必要となる。この削り取り作業に用いられる主な工具は、コンクリートカッター、チッパー、ケレンである。

### ③ 壁はつり、壁抜き、目地切り等

躯体のコンクリート壁が図面どおりに出来ていない場合等には、図面に合わせて不要なコンクリート壁部分を切削するなどの作業が必要となる。例えば、コンクリート壁に窓枠や扉などの鋼製建具を取り付けるには、コンクリート壁の開口部分は図面どおりの大きさをなければならないが、コンクリート壁の開口部分が図面よりも小さければ、壁を削って開口部分を大きくしなければならない。また、コンクリートの側圧で壁の型枠が膨らんだり歪んだりしている場合には、コンクリート壁の膨らみや歪みを削らなければならない。これらの作業は「壁はつり」と呼ばれる。

設計変更等により、窓が予定されていなかったコンクリート壁に新しく窓を設ける場合には、壁の一部を破碎して開口部分を設けなければならない。この作業は「壁抜き」と呼ばれる。

コンクリートが収縮したときにはコンクリート壁面に収縮クラック（ひび割れ）が発生するが、この収縮クラックの発生箇所を集中させるべく、あらかじめコンクリート外壁に目地棒を入れて誘発目地を設けておく作業が行われる。この作業において、目地棒の入れ忘れがあれば、コンクリートカッターで目地を切る「目地切り」が行われる。また、コンクリート打設後に目地棒がコンクリートに埋まって除去できないような場合には、コンクリートを削って目地棒を除去する「目地棒ばつり」が行われる。

これらの壁はつり、壁抜き、目地切り等の作業に用いられる主な工具は、コンクリートカッター、コンクリートブレーカー、チッパーである。

### ④ ケレンはつり

躯体の各階コンクリートの打設時に型枠の隙間等から

はみ出たノロ（セメント等を溶かしたペースト）が土間、床またはスラブに固着することがある。このような場合には、床仕上げの作業の前に、固着したノロ等を除去しなければならない。このように土間、床またはスラブ等に固着したノロ等を削る作業は、「ケレンはつり」と呼ばれる。

土間等のケレンはつりに用いられる主な工具は、ケレン、カップリングである。

### ⑤ 化粧ばつり

「化粧ばつり」とは、コンクリートの表面を削って凹凸の化粧面に仕上げる作業である。

化粧ばつりに用いられる主な工具は、コンクリートカッター、ミニチッパー、ビシャンノミである。

## (2) 改造(改修、改装)工事現場

従前の建物の躯体をそのまま用いつつ内装や外装を変更する改造工事においては、躯体の間仕切りコンクリート壁やコンクリートブロック壁を破碎して撤去する作業、窓や扉を新設するためにコンクリート壁の一部を破碎して開口部分を設ける作業、クレー等設備機材の改修に伴うコンクリート壁への穴開け作業、電気スイッチの設置のためにコンクリート壁にスイッチボックスを開ける作業、床や壁の既存のタイルや石張り等の除去・切削などの作業、屋上のアスファルト防水層を保護するコンクリートの切削・除去作業などが行われる。

改造工事現場でののはつり作業に用いられる主な工具は、コンクリートカッター、コンクリートブレーカー、チッパー、ケレンなどである。

## (3) 解体工事現場

解体工事の現場では、次のようなはつり作業が行われる。

### ① スラブ等の穿孔

建物解体工事の初期段階において、解体用の圧碎機が建物の床スラブ等をさみやすくするために、スラブ等を穿孔・破碎してあらかじめ圧碎機の先端が挟むための開口部を開ける作業が行われる。

スラブ等の穿孔・破碎作業に用いられる主な工具は、コンクリートカッター、コンクリートブレーカー、チッパーである。

### ② 出窓、庇、ベランダ等の先行除去

躯体の解体に先行して、解体建物の外部に養生足場を組みやすくし、あるいは壁を内側に倒す際の建物のバランスを維持する等のために、建物の出窓、庇、ベランダ等を解体前に除去しておく作業が行われることがある。この場合には、出窓、庇、ベランダ等のコンクリート部分を切断し、あるいは破碎する。

これらの切断、破碎に用いられる主な工具は、コンクリートカッター、コンクリートブレーカー、チッパーである。

### ③ コンクリート壁や基礎等の解体



鉄筋コンクリートのビルを解体する場合、通常は圧砕機等の重機を用いてコンクリート壁やスラブ、梁、柱、基礎等を解体するが、近隣住民への騒音防止等のために重機を用いることができない場合には、コンクリートカッター、コンクリートブレーカー、チッパーを用いたはつり作業によって、コンクリート壁やスラブ、梁、柱、基礎等を順次解体していく。

#### (4) 土木工事現場

##### ① 擁壁に水抜き穴を空ける

コンクリート擁壁に水抜き穴等を開ける場合や水抜き穴等に詰まったコンクリート等を除去する場合には、コンクリート擁壁をさく岩機やブレーカーで穿孔・破碎して水抜き穴等を貫通させる作業が行われる。

##### ② 溝切り

マスコンクリート（ダムや橋梁などで大塊状に施工されるコンクリート）や土間コンクリート（土間の上に直接、平面的に打たれるコンクリート）等に切り込みを入れ、コンクリートを削り取って溝を作る作業である。

溝切り作業に用いられる主な工具は、コンクリートカッター、コンクリートブレーカー、チッパーである。

#### 3 はつり作業による粉じんの発生

(1) はつり作業では、コンクリートカッター、チッパー、コンクリートブレーカー、ケレン、さく岩機、カップリング等の動力工具が用いられる。これらの動力工具によってコンクリート等を削り、切断し、破碎し、穿孔する際には、振動や騒音とともに、極めて多量の粉じんが発生する。

各工具の使用による粉じん発生のしくみは、次のとおりである。

##### (2) コンクリートカッターと粉じんの発生

コンクリートカッターは、コンプレッサーにより発生させた圧縮空気、または電力により、ダイヤモンドホイールとよばれる円形の回転刃を毎分数千回回転させてコンクリート面を切断する工具である。

ダイヤモンドホイールがコンクリート面を切断する際には、極めて多量の粉じんが発生する。

##### (3) チッパーと粉じんの発生

チッパーは、コンプレッサーにより発生させた圧縮空気、または電力により、機材の先端に取り付けられたチゼルとよばれる錐鋼（ノミ）をコンクリート面に対して高速ピストン運動で打撃させて、コンクリートを破碎する工具である。

チゼルがピストン運動によりコンクリートを破碎する際には、極めて多量の粉じんが発生する。

##### (4) コンクリートブレーカーと粉じんの発生

コンクリートブレーカーも、コンプレッサーにより発生さ

せた圧縮空気により、機材の先端に取り付けられたチゼルをコンクリート面に対して高速ピストン運動で打撃させて、コンクリートを破碎する工具である。コンクリートブレーカーは、いわばチッパーが大型化したものである。

チッパーと同様、チゼルがピストン運動によりコンクリートを破碎する際には、極めて多量の粉じんが発生する。

##### (5) ケレンと粉じんの発生

ケレンとは、コンプレッサーにより発生させた圧縮空気、または電力により、機材の先端に取り付けられたへら形のチゼルをコンクリート面に対して高速ピストン運動で打撃させて、コンクリート面を切削する工具である。

へら型チゼルがピストン運動によりコンクリート面を破碎する際には、極めて多量の粉じんが発生する。

##### (6) さく岩機と粉じんの発生

さく岩機とは、硬質の六角形等の断面の鋼棒の先端を加工して刃をつけた錐鋼（ノミ）をコンクリート擁壁や岩盤等に当て、コンプレッサーにより発生させた圧縮空気により高速ピストン運動をするハンマーでロッドに打撃を与え、同時にノミを少しずつ回転させて、コンクリート擁壁や岩盤を粉碎する工具である。擁壁や岩盤の粉碎により発生した微細粉じんは、ビットの先端に送られる空気によって後方（作業者側）に排出される。

ビットの打撃によりコンクリートや岩盤等が粉碎される際には、極めて多量の粉じんが発生する。

##### (7) カップリングと粉じんの発生

カップリングとは、コンプレッサーにより発生させた圧縮空気、または電力により、グラインダと呼ばれる動力部分に取り付けられたダイヤモンドカップと呼ばれる円形の機材を高速で回転させてコンクリート面を研磨する工具である。

ダイヤモンドカップがコンクリート面を研磨する際には、極めて多量の粉じんが発生する。

### 第3 じん肺について

#### 1 じん肺とは

(1) じん肺は、レントゲン写真に特異な像を呈する不可逆的な病変を起こす肺疾患であって、「粉じんを吸入することによって肺に生じた線維増殖性変化を主体とする疾病」である（じん肺法第2条1項1号）。

(2) じん肺の最大の特徴のひとつは、粉じんを吸入しなくなっても進行することである。もうひとつの特徴は、病変が不可逆的であり、元の健康な組織に戻ることはな

## はつりじん肺損害賠償訴訟を提訴

いことである。しかも、現代の医学では、出来上がった線維を消去する(治療する)方法はない。じん肺は、ひとたび罹患してしまうと、たとえそれ以降粉じんを吸入しなかったとしても、病状が進行する可能性があり、かつ、さまざまな合併症を併発する危険が高い。にもかかわらず、治療する方法がなく、放置すれば命にかかわるほど重篤化するという恐ろしい病気である。それゆえ、じん肺は、予防することがきわめて重要な疾患となっている。

### 2 じん肺法における区分及びじん肺と密接な関係のある合併症

(1) じん肺法において、エックス線写真像の区分及びじん肺管理区分が以下のように分類されている。

#### ア エックス線写真像の区分

第1型 両肺野にじん肺による粒状影又は不正形陰影が少数あり、かつ、大陰影がないと認められるもの。

第2型 両肺野にじん肺による粒状影又は不正形陰影が多数あり、かつ、大陰影がないと認められるもの。

第3型 両肺野にじん肺による粒状影又は不正形陰影が極めて多数あり、かつ大陰影がないと認められるもの。

第4型 大陰影があると認められるもの。

#### イ じん肺管理区分

管理1 じん肺の所見がないと認められるもの。

管理2 エックス線写真の像が第1型で、じん肺による著しい肺機能の障害がないと認められるもの。

管理3イ エックス線写真の像が第2型で、じん肺による著しい肺機能の障害がないと認められるもの。

ロ エックス線写真の像が第3型又は第4型(大陰影の大きさが一側の肺野の3分の1以下のものに限る。)で、じん肺による著しい肺機能の障害がないと認められるもの。

管理4 (1) エックス線写真の像が第4型(大陰影の大きさが一側の肺野の3分の1以上を超えるものに限る。)と認められるもの。

(2) エックス線写真の像が第1型、第2型、第3型又は第4型(大陰影の大きさが一側の肺野の3分の1以下のものに限る。)で、じん肺による著しい肺機能の障害があると認められるもの。

(2) じん肺と密接な関係のある合併症は以下の6つである。

#### ① 肺結核

じん肺の合併症のうちで最も頻度が高く重篤でもある。じん肺にかかっている者はそうでない者に比べて肺結核にかかりやすく、かつ治療しにくい。

#### ② 結核性胸膜炎

肺結核の病巣がある場合のみならず病巣が明らかに認められない場合にも結核菌による胸膜炎(従来は「肋膜炎」とも呼ばれていた)が起こりやすい。発熱や胸痛等の症状がある。

#### ③ 続発性気管支炎

じん肺の病変の一つに気道の慢性炎症性変化があり、じん肺にかかっている者ではそうでない者に比べて慢性的なせきとたんが出やすいことが知られており、このような慢性炎症性変化に細菌感染等が加わると起こる。

#### ④ 続発性気管支拡張症

じん肺のある者では、じん肺の病変に伴って気管支拡張が起こりやすい。このような変化に細菌感染等が加わると起こる。

#### ⑤ 続発性気胸

肺と胸郭との間に何らかの原因で空気が入ると肺が縮んで「気胸」という状態が起こる。じん肺の病変により気胸が起こることが多い。

#### ⑥ 原発性肺がん

肺、気管、気管支の上皮細胞から発生する悪性腫瘍でじん肺にかかっている者はそうでない者に比べて原発性肺がんにかかりやすい。

### 3 じん肺に関する医学的知見

(1) じん肺は、古くから「よろけ」等の名で恐れられてきた疾病であり、昭和始め頃までは、日本のじん肺研究においては、一般的にはもつばら金属鉱山におけるけい肺が問題視されていた。

戦後の1950年代に入り、けい肺の研究が多数積み重ねられ、じん肺の発生機序、病理、病像等がかなり詳細に解明され、炭坑におけるけい肺患者も多数報告されるにつれて、研究対象の枠も次第に拡大されてきた。また、粉じん対策についての工学的知見も時代の進展に伴い発展してきた。

さらに、1960(昭和35)年頃には、けい肺及びじん肺につき、発症の原因、病理、病像等のほか、症状の重篤性及びその対策の必要性や緊急性についても明確かつ詳細に知られるようになり、じん肺法の制定に至った。

(2) じん肺の発症機序は、以下のとおりである。

まず、吸入された粉じんの一部は気管支に付着し、気管支粘膜の繊毛の働きで体外に排出されるが、肺

胞内に達した粉じんは肺胞腔内に蓄積され、肺の組織に入り込む。そして、粉じんを取り除くために粉じんを摂取した細胞が死んだりすることなどにより肺胞及びその周辺部の線維が増殖し、固い結節ができる。肺が固くなるこのような線維増殖性変化とともに、肺胞や細気管支がふくらんでしまう気腫性変化や気管支の慢性炎症性変化も生じる。

また、この結節は、吸じん量が増加する程大きさも数も増えていく。結節が増大するということは、その領域の肺胞壁が閉塞することであり、大きな気管支や血管を狭窄したり閉塞したりする。これらの変化が進行するとガス交換（肺胞内での空気中の酸素と血液中の炭酸ガスの交換）を行うことができなくなっていく、「息切れ」や「動悸」等の症状が現れる。さらに、じん肺が進展すると肺機能の障害も進行し、遂には心臓の活動にまで影響を与える「肺性心」という状態になることがある。また、前述のような種々の合併症にかかりやすくなり、合併症によってさらに肺の働きの弱くなる。

- (3) このように、じん肺は、粉じんの吸入に伴い、じん肺結節、血管や気管支の狭窄・閉塞、肺性心等の病変の全部または一部が、順次又は同時的に発症し、進展する疾患であり、粉じん巣、肺気腫、これらに伴う血管変化は不可逆性であるという特徴を有する。

## 第4 工学的粉じん対策について

### 1 工学的粉じん対策

#### (1) 1960（昭和35）年以前の粉じん対策

ア 鯉沼弗吾は、1938（昭和13）年発行の「職業病と工業中毒」において、けい肺の予防対策として次のような方法を示している。

湿式作業—湿式掘さく

空気の加湿

不適者の除外（上気道の不健康、結核等）

健康診断（レントゲン写真撮影）により軽症者を早期に見出し、作業転換を行う。

イ 1953（昭和28）年に日本産業衛生協会から発行された「珪肺」は、けい肺問題に関する当時の知見を総合したものであるが、この中では、防じん対策を次のように分類している。

- ① 粉じんの原因を除くこと。
- ② 粉じんの空気中への拡散を防止すること。  
隔離、操作への包囲、給湿、局所排気装置
- ③ 労働者への防じん対策  
防じんマスク、作業時間の調整、作業強度の軽減

#### ④ 予防対策としての労働者の管理

### (2) 局所排気と換気

#### ア 局所排気と換気の発達

1947（昭和22）年に制定された労働基準法に基づく労働安全衛生規則においては、「ガス、蒸気又は粉じんが発散する作業場においては、作業場内空気その含有濃度が有害な程度にならないように、局所における吸引排出又は機械若しくは装置の密閉その他新鮮な空気による換気等適当な措置を講じなければならない。」と規定され、有害物質の濃度低減のための措置として、機械や装置の密閉と並んで局所排気と換気の実施が挙げられていた。

1955（昭和30）年、労働省は、局所排気装置の設計基準に関する研究に着手した。この研究の成果は、1957（昭和32）年、労働省労働基準局労働衛生課監修、日本保安用品協会発行の「労働環境の改善とその技術—局所排気装置による—」として出版された。これが我が国における最初の局所排気および換気に関するまとまった技術書である。

1960（昭和35）年以後は、労働省の強力な指導もあり、局所排気および換気が作業環境改善対策の主流を占めることになる。特に、1964（昭和39）年～1965（昭和40）年にかけて、労働省のじん肺審議会粉じん抑制技術専門部会の行なった検討結果に基づいて、1966（昭和41）年に「局所排気装置の標準設計と保守管理（基本編）」が出版されたのを契機に、有害物質を取り扱う事業場において、局所排気装置が急速に普及し始めた。

1979（昭和54）年に施行された粉じん障害予防規則では、粉じん抑制の技術的対策として、特定粉じん発生源については密閉の設備、湿潤化の設備と並んで局所排気装置の設置が、また、特定以外の粉じん作業を行なう作業場については全体換気装置による換気の実施が規定されている。

#### イ 希釈換気による粉じん濃度の低減

発生源から発散した高濃度の粉じんは、空気中に拡散して次第に低濃度になっていく。一般に換気と呼ばれるのは、作業場の外から新鮮な外気を取り入れ汚れた空気と混合させることによって作業場の平均濃度を低下させようとするもので、希釈換気とも呼ばれている。粉じん障害予防規則では、屋内作業場については全体換気、坑内作業場については換気（全体換気または局部換気）の実施が規定されている。

### (3) 粉じん濃度測定法

#### ア 初期における測定技術

日本において、じん肺予防の立場から作業場の空気中の粉じんの濃度が測定された最初の記録は1934

## はつりじん肺損害賠償訴訟を提訴

(昭和9)年のこととされているが、粉じんの測定が一般的に行われるようになったのは、労研式じん埃計が公表された1935(昭和10)年以降のことである。

労研式じん埃計は、素焼の給湿筒の中で被験空気に十分水蒸気を供給した後、幅0.1ミリ、長さ1センチのスリットを通して、被験空気をカバーガラス上に急激に吹きつけることにより、カバーガラス上に粉じんを衝突附着させるものであり、カバーガラス上に捕集された粒子を顕微鏡で計数することにより粉じん濃度を測定するというものであった。

### イ 1945(昭和20)年以降における測定方法の開発

戦後の混乱期を過ぎて技術の復興に伴い、さらには1947(昭和22)年の労働基準法の施行が契機となって、昭和20年代以降、粉じんの測定方法の研究・開発が行われるようになった。

1950(昭和25)年頃から1965(昭和40)年頃までに開発された粉じん測定器のうち、じん肺の予防に関連して利用されたものの概要は以下のとおりである。

#### (ア) 電気集じん器

作業現場での粉じん測定にも使用できる電気集じん器は、1953(昭和28)年に開発された。この装置は、電子管を用いた高圧発生部と小型の吸引ファンと一体となっている集じん部からなる。集じん部は、直径2.5センチの金属円筒の内側に密着するようなセルロイド筒を重ね、中心に細いタングステン線が張られるようになっていて、金属筒を陰極、タングステン線を陽極として直流高電圧をかけて、集じん器内にコロナ放電を発生させ、試料空気を吸引し、粉じんをセルロイド筒に附着させるものであり、セルロイド筒を取り外して秤量することによって、捕集した粉じん量を求め、質量濃度を求めることができるというものであった。

#### (イ) 労研ろ紙じん埃計

労研ろ紙じん埃計は、1954(昭和29)年に開発された。

この装置は、内容200ミリリットルのピストンポンプを手動で10回作動し、ろ紙を通して2リットルの試料空気を吸引し、ろ紙上に直径1センチのスポットとして粉じんを捕集するというものである。そして、特別に設計された専用の吸光設計により粉じんを捕集する前のろ紙を対照として、スポットの吸光度を測定する。吸光度は粉じんの量が一定なら粒子数濃度又は質量濃度に比例するため、吸光度を相対濃度と考えることができるというものであった。

#### (ウ) デジタル粉じん計

デジタル粉じん計は1963(昭和38)年に開発された(P-1型)が、それ以降も順次改良が加えられ、粉じんの相対濃度測定器としては最も多く利用されてきた。

そのしくみは、簡単にいうと、粉じん粒子の光散乱の強さを測定しようというものである。光電子増倍管の陰極に入射した光の量に比例して放射された電子は、光電子増倍管の中で増幅され陽極に到達する。ネオン管には電流が流れていないから、陽極に電子が到達することによって、コンデンサーの電位は低下する。コンデンサーの電位が低下すると、ネオン管の両端間の電位は上昇し、放電電圧にまで到達すると、ネオン管は放電してコンデンサーの充電を開始するが、コンデンサーの電位が上昇してネオン管にかかっている電圧が放電持続電圧より低くなると再びネオン管は放電を停止する。ネオン管が放電する際に抵抗の両端間にパルスを生ずる。このパルスの発生頻度は、光電流、したがって陰極に入射した光の量に比例するから、単位時間に発生するパルスの数を数えることによって、散乱光の強さを測定することができる。

このようなデジタル粉じん計による濃度測定は、ろ紙粉じん計よりさらに容易であって、スイッチ操作によって計数表示される任意の計数時間の間のパルス数を読み取り、1分間当たりの計数値を求めれば相対濃度表示が得られるというものである。

### (4) 保護具

#### ア 研究開発の足取り

1890(明治23)年に坪井次郎が執筆した「塵埃吸引病」という論文の中で、病気を予防する方法として、第一に給湿を挙げ、第二に換気、特に人工換気を薦め、第三は工場に起臥しないが良いとし、第四はレスベラートル(注：防じんマスク)を用いることを挙げた。

1916(大正5)年、稲葉良太郎は「実用鉱業衛生学」の中で「排塵装置を缺く工場に在ては職工に呼吸仮面(注：防じんマスク)及保安眼鏡を着用せしむるを可とす、但し仮面は視界を遮蔽することなく且呼吸容易にして仮面の内湿潤せず使用者の好て着用すべきものならざるべからず」と述べた。

1937(昭和12)年に大西清治は「作業環境衛生」の中で、諸外国における防じんマスクについての概要を論述し、防じんマスクとして具備しなければならない諸条件などを列挙している。

#### イ 防じんマスクの規格・検定

##### (ア) 背景

1947(昭和22)年に労働基準法に基づく労働安全衛生規則が施行された。この中で、マスクや眼鏡などの保護具の使用が義務づけられているが、保護具の具体的な内容に関する規定はなかった。

労働基準法と前後して工業標準化法が制定され、酸素呼吸器、可燃性ガス検定器などに引き続き、防じんマスクもJIS化しようということになり、1949(昭和24)

年労働衛生保護具協会に防じんマスクのJIS原案作成が委託された。

1950（昭和25）年JIS制定の発表と同日付けで、労働省告示により防じんマスクの国家検定が実施されることになり、労働大臣が定める防じんマスクの規格に従って国家検定を行い、この検定に合格した防じんマスクのろ過材に証標を、面体に標章を付けるようにした。

#### （イ）規格・検定

##### ① 防じんマスクの規格制定（JIS制定・1950（昭和25）年）

JIS作成のための審議過程において、「遊離けい酸の含有率は厳密に測定できないし、簡単に数量的に表わせない」ということから、単にろじん能力などの性能面から区分することになり、使用区分は労働省が通達により定めた。

JISが制定された1950（昭和25）年、労働省は労働省告示により「労働衛生保護具のうち防じんマスクの規格」および労働省令により「労働衛生保護具検定規則」を公布した。しかし労働省には国家検定を実施することのできる施設が無かった。そこで、財団法人労働科学研究所に委託して検定が開始された。ろじん能力は、透過してきた沈降性炭酸カルシウムを電気集塵器で集めて重量法で算出し、判定を行なう方法が採られた。

このようにして国家検定が実施され、約1年後の1951（昭和26）年には、合格した防じんマスクは20種類となった。

##### ② 規格の改正

1950（昭和25）年の規格制定後、メーカーの技術の進歩や防じんマスクの研究の進歩に伴って、1955（昭和30）年以降、数度にわたり、防じんマスクの規格の改正が行なわれている。

## 2 じん肺関連規制の法規の内容

### （1）粉じん作業に関する法令

#### ア 労働基準法（以下「旧労基法」という）の制定（1947年4月）

旧労基法は、1947（昭和22）年4月7日法律第49号として公布されたところ、粉じん作業に係る規定は、概ね次のとおりである。

使用者は、機械、器具その他の設備、原料若しくは材料又はガス、蒸気、粉じん等による危害を防止するために、必要な措置を講じなければならない（同法42条）、使用者が講ずべき措置の基準は、命令で定める（同法45条）、同法42条の規定に違反して使用者が必要な措置を怠ったときは、6か月以下の懲役又は5000

円以下の罰金に処す（同法119条1号）。

#### イ 労働安全衛生規則（以下「旧安衛則」という）の制定（1947年10月）

1947（昭和22）年10月、旧労基法42条、43条、44条及び45条に基づき、旧安衛則が制定されたが、粉じん作業に係る規定は、概ね次のとおりである。

使用者は、粉じんを発散する等衛生上有害な作業場においては、その原因を除去するため、作業又は施設の改善に努め（同規則172条）、屋内作業場において、換気等の措置を講じ（同規則173条）、坑内の著しい粉じん飛散作業場における注水等の粉じん防止措置を講じ（同規則175条）、粉じん発散作業場における立入を禁止し（同規則179条1項4号）、同作業場における呼吸用保護具等の備付け（同規則181条）、労働者の人数と同数以上の呼吸用保護具等を備え、常時有効かつ清潔に保持しなければならない（同規則184条）。労働者は呼吸用保護具等を使用しなければならない（同規則185条）。また、坑内作業においては、通気施設を設けなければならない（同規則194条1項）、毎月2回以上通気量を測定しなければならない（同条2項）、粉じんを発散する作業場（坑内等特殊の事由がある場合を除く。）においては、作業場外に休憩の設備及び適当な食事の場所を設けなければならない（同規則205条、220条）。

#### ウ 旧安衛則の改正（1949年11月、1966年12月）

1949（昭和24）年11月、旧安衛則が改正され、使用者に対し、労働大臣が規格を定める労働衛生保護具についての検定が義務付けられた（同規則183条の2）。

また、1966（昭和41）年12月28日に、坑内等で自然換気が不十分な場所で換気対策が行われなかった場合に内燃機関の使用を禁止する旨の規定が追加された（同規則173条の2）。

#### エ 労働衛生保護具検定規則の制定（労働省令第32号）

1950（昭和25）年12月、労働衛生保護具検定規則が制定され、旧安衛則183条の2の規定による労働衛生保護具の規格についての検定の細則が定められる（同規則1条）とともに、労基法45条及び労働衛生保護具検定規則2条に基づき、防じんマスクの規格が定められた（1950年12月労働省告示第19号）。

また、1951（昭和26）年1月16日付け基発24号により、粉じんの種類ごと、作業場における空気中の粉じんの数量に応じて、使用すべきマスクの種別を通達し、その後、防じんマスクの規格について、技術進歩に伴い、6回（1955年、1962年、1972年、1983年、1988年、2000年）にわたり改正を行っている。

## はつりじん肺損害賠償訴訟を提訴

また、防じんマスクの選択・使用については、(1) 1962(昭和37)年7月24日付け基発第751号において、粉じんの種類が「鉱物性粉じん」で「坑内において、岩石又は岩状鉱物を掘削する場所における作業」については特級(粉じん捕集効率99%以上、1972(昭和47)年9月以降は99.5%に改正)又は1級(粉じん捕集効率95%以上)の防じんマスクとすること、(2) 1980(昭和55)年11月28日付け基発第655号において、粉じんの種類が「土石、岩石、鉱物、金属又は炭素の粉じん(ヒュームを除く。)」で「粉じん則別表第三に掲げる作業」については特級(粉じん捕集効率99.5%以上)、1級(粉じん捕集効率95%以上)若しくは2級(粉じん捕集効率85%以上)の防じんマスクとすること、「粉じん則別表第一に掲げる粉じん作業のうち、特定粉じん作業及び別表第三に掲げる作業以外の作業」については特級、1級若しくは2級の防じんマスク又は簡易防じんマスクの基準を満たす簡易防じんマスク(「簡易防じんマスク」が「使い捨て防じんマスク」として規格に追加されたのは1988(昭和63)年の規格改正以降)とすることの通達が発出された。さらに、(3) 1984(昭和59)年1月30日付け基発第48号において、「環境中の粉じんの発散状況、作業時のばく露の危険性の程度等を考慮し、労働者に高濃度ばく露をもたらすおそれがあると認められるときは、できる限り、粉じん捕集効率が高く、かつ、排気弁の動的漏れ率が低いものを選ぶこと」と指示し、「第1 防じんマスクの選択に当たっての留意点」として、「着用者自身の顔に合った形状及び寸法の面体を有するものを選ぶこと。このため、事業者は、面体の接顔部の形状及び寸法の異なるものを複数準備し、次に示すような手順で各着用者についての密着性の良否を確認させた上、当該着用者に適したものを選定し、使用させること。イ 作業時に着用する場合と同じように防じんマスクを着用する。ロ 防じんマスクの面体を顔面に押しつけないように注意して、吸気口をふさぐ。ハ 息を吸って、面体の接顔部から空気が面体内に漏れ込まないかどうかを確認する。」「第2 防じんマスクの使用に当たっての留意点」として、「1 事業者は、衛生管理者、作業主任者等のうちから労働衛生に関する知識、経験等を有する者を、各作業場ごとに防じんマスクを管理する責任者として指名し、防じんマスクの適正な着用、取扱い方法等について必要な指導を行わせると共に、防じんマスクの適正な保守管理に当たらせること。2 事業者は、防じんマスクの適正な装着方法、使用方法等について、労働者に十分な教育・訓練を行うこと。」と指示し、(4) 1996(平成8)年8月6日付け基発第505号において、「作業の内容、強度を考慮し、防じん

マスクの重量、吸排気抵抗等が当該作業に適したものを選ぶこと」を示し、「防じんマスクの面体を顔面に押しつけないように、フィットチェッカー等を用いて吸気口をふさぐ」方法で行う必要があると指示している。

### オ 労働安全衛生法(以下「安衛法」という)の制定(1972年6月)

安衛法は、1972(昭和47)年法律第57号として制定・公布された(この法律の制定に伴い、旧労基法42条は「労働者の安全及び衛生に関しては、労働安全衛生法の定めるところによる」と改正され、同法の43条から55条までが削除された)。

安衛法の粉じん作業に係る規定は次のとおりである。

事業者は、原材料、ガス、蒸気、粉じん、酸素欠乏空気、病原体等による健康障害を防止するため必要な措置を講じなければならない(安衛法22条1号)、同規定に基づき事業者が講ずべき措置は、労働省令で定める(同法27条1項)。事業者がこの規定に違反して必要な措置を講じない場合には、6か月以下の懲役又は50万円以下の罰金に処する(同法119条1号)。

### カ 労働安全衛生規則(以下「安衛則」という)の制定(1972年9月)

1972(昭和47)年9月、安衛法22条1号、27条1項等に基づき、安衛則が制定された。

安衛則の粉じん作業に係る規定は、(1) 有害原因の除去義務(安衛則576条)、(2) 自然換気が不十分な坑内における内燃機関の原則禁止(安衛則578条)、(3) 屋内作業場において換気等の措置を講ずべき義務(安衛則577条)、(4) 屋外又は坑内において粉じん防止措置を講ずべき義務(安衛則582条)、(5) 立入禁止義務(安衛則585条1項5号)、(6) 呼吸用保護具等の備付け及び有効・清潔保持義務(安衛則593条及び596条)、(7) 保護具等の使用義務(安衛則597条)、(8) 坑内作業場における通気設備の設置義務(安衛則602条)、(9) 坑内作業場における通気量の測定義務(安衛則603条)、(10) 休憩設備の作業場外設置義務(安衛則614条)、(11) 食堂の作業場外設置義務(安衛則629条)である。

### キ 粉じん障害防止規則(以下「粉じん則」という)の制定(1979年4月)

1979(昭和54)年4月、じん肺防止対策を強化するため、安衛法22条1号、26条、27条1項等に基づき、鉱山以外の産業に対する粉じん規制を行う粉じん則が制定され、常時粉じん作業が行われる屋内作業場についての作業環境測定(同規則25条、26条)、呼吸用保護具の使用(同規則27条)等が定められた。

同規則の概要は、(1) 設備面の規制として、粉じん

作業に労働者を従事させるときは休憩設備の設置を義務付け(同規則23条)、特定粉じん作業(粉じん作業のうち、作業の態様、粉じん発散の程度からみて、一定の発散源対策をとり得るものをいう。)を行う場合には、その粉じん発生源を密閉する設備、湿潤化の設備、局所排気装置の設置等を義務付け(同規則4条)、屋内又は坑内において特定粉じん作業以外の粉じん作業を行う場合には、全体換気装置又は換気装置による換気の実施を義務付け(同規則6条)、(2)設備以外の規制として、常時特定粉じん作業に従事する労働者に対する特別教育(粉じんの発散防止及び作業場の換気の方法・作業場の管理・呼吸用保護具の使用の方法・粉じんに係る疾病及び健康管理・関係法令)の実施(同規則22条)、常時特定粉じん作業を行う屋内作業場についての作業環境測定の実施(同規則25条、26条)、粉じん作業を行う屋内作業場についての清掃の実施(同規則24条)等を義務付け、(3)呼吸用保護具の使用としては、粉じんの曝露が多く、かつ、作業環境の改善が困難である作業や臨時的粉じん作業等には、防じんマスク等の有効な呼吸用保護具の使用を義務付けた(同規則27条)。

同規則には、1988(昭和63)年9月1日、第26条の2ないし4(常時特定粉じん作業を行う屋内作業場についての測定結果の評価・評価の結果に基づく措置)の規定が追加された(労働省令第26号)。

## (2) じん肺に関する法令

### ア けい肺及び外傷性せき髄障害に関する特別保護法(以下「けい特法」という)の制定

けい特法(昭和30年法律第91号)は、1955(昭和30)年7月29日公布され、これに伴う関係命令の制定、改正が行われて、その施行に必要な法的措置を完了した後、同年9月1日から施行された。

けい特法は、(1)けい肺の症度区分(同法2条2項)、(2)作業転換制度(同法8条)、(3)作業転換給付並びに療養給付及び休業給付の延長措置(同法10条ないし12条)等を定めた。

### イ けい肺及び外傷性せき髄障害の療養等に関する臨時措置法(以下「けい措置法」という)の制定

けい措置法(昭和33年法律第143号)は、1958(昭和33)年5月7日に公布され、関係命令の制定と相まって同年6月1日から施行された。

けい措置法は、けい特法に基づく療養給付の延長(同法1条)及び傷病手当の給付(同法2条)、1959(昭和34)年12月31日限りの政府のけい特法の改正に関する法律案提出義務(同法13条)等を定めた。

### ウ じん肺法(昭和35年法律第30号。以下「旧じん肺法」という)の制定

旧じん肺法は、1960(昭和35)年3月31日に成立し、同年4月1日から施行された。その際、参議院において、「政府は、じん肺法の実施に当たっては、特に予防対策に重点をおき、労働衛生全般について適切なる指導を行うべきである。」との附帯決議を付することが提案され、全会一致でこれが採択された。

旧じん肺法の概要は、次のとおりである。

#### (ア) じん肺の定義(同法2条1項1号)

旧じん肺法では、じん肺の定義を鉱物性粉じんを吸入することによって生じたじん肺及びこれと肺結核を合併した病気をいうとした。

#### (イ) 粉じん作業(同法2条1項2号)

旧じん肺法では、粉じん作業とは、その作業に従事することにより当該労働者がじん肺にかかるおそれがあると認められる作業をいうものであるとした。

粉じん作業の範囲については、労働省令で定めるものとされたところ(同条2項)、昭和35年労働省令第6号により、じん肺法施行規則が定められ、粉じん作業の範囲は、同規則「別表第1各号に掲げる作業のいずれかに該当するものであって、別表第2に掲げる作業に該当するもの以外のものとする」とされた。

なお、はつり作業は、同規則別表第1第3号の「岩石又は鉱物をさい断し、のみ仕上げし、つる仕上げし、たたき仕上げし、又は動力により研まする場所における作業」又は同第8号の「屋内の、土石、岩石又は鉱物を動力により破碎し、又は粉碎する場所における作業」に該当するところ、同規則別表第2第4号、同第11号に該当するものではなく、旧じん肺法の定める粉じん作業に該当するものである。

#### (ウ) 管理区分等(同法4条)

旧じん肺法では、エックス線写真像を粒状影と異常線状影に基づき四型に、じん肺健康診断結果(肺結核の合併症・心肺機能の成績)に基づき管理区分を四型に分類した。

#### (エ) じん肺の予防(同法5条、6条)

使用者及び粉じん作業に従事する労働者は、労基法及び鉱山保安法の規定によるほか、粉じんの発散の抑制、保護具の使用その他について適切な措置を講ずるよう努めなければならない(同法5条)として、使用者及び労働者の努力義務を定めるとともに、使用者は、労基法及び鉱山保安法の規定によるほか、常時粉じん作業に従事する労働者に対して、じん肺に関する予防及び健康管理のために必要な教育を行わなければならないこととした(同法6条)。

#### (オ) 健康診断(同法7ないし9条)

使用者は、粉じん作業に従事する労働者に対し、就業時診断、定期診断及び定期外診断を行わな

## はつりじん肺損害賠償訴訟を提訴

ればならないとした。

### (カ) 作業転換の勧奨(同法21条1項)

じん肺管理区分が管理3イである労働者について、都道府県労働基準局長は、事業者による作業の転換を勧奨することができるものとした。

### (キ) 作業の転換(同法21条2項)

作業の転換の勧奨を受けた者及びじん肺管理区分が管理3ロである労働者について、事業者は、その者を粉じん作業以外の作業に転換させるように努めなければならないものとした。

## エ 旧じん肺法の改正

旧じん肺法は、1977(昭和52)年6月9日、改正された(昭和52年法律第76号。以下「改正じん肺法」という)。上記改正の主な内容は、次のとおりである。

### (ア) じん肺の定義(じん肺法2条1項1号)

旧じん肺法においては、「鉱物性粉じん」と限定していたが、「鉱物性」の字句を削り、単に「粉じん」とした。

### (イ) 合併症

従来、合併症としては、肺結核だけが規定されていたが、結核性胸膜炎、続発性気管支炎、続発性気管支拡張症、続発性気胸とその範囲を拡大した。

### (ウ) 管理区分

改正じん肺法では、管理区分を管理一、管理二、管理三イ、管理三ロ、管理四の五区分とした。

### (エ) 離職時健康診断の義務の導入(同法9条の2)

### (オ) 事業者の責務(同法20条の2)

健康管理のための措置の一般的通則として、事業者は、じん肺健康診断の結果、労働者の健康保持のため必要があると認めるときは、当該労働者の実情を考慮して就業上適切な措置を講ずるよう努めるとともに、適切な保健指導を受けることができるための配慮をするよう努めなければならないものとした。

### (カ) 粉じんにさらされる程度の低減措置(同法20条の3)

じん肺管理区分が管理2又は管理3イである労働者について、事業者は、粉じんにさらされる程度を低減させるため、就業場所の変更、粉じん作業従事時間の短縮、その他適切な措置を講ずるよう努めなければならないものとした。

### (キ) 作業転換の指示(同法21条4項)

じん肺管理区分が管理3ロである労働者について、都道府県労働基準局長は、地方じん肺診査医の意見をもとに、必要に応じて、事業者によるその者を作業転換させることを指示できるものとした。

### (ク) 作業転換のための教育訓練(同法22条の2)

作業転換の円滑な推進を図るため、事業者は、じ

ん肺管理区分が管理3である労働者を作業転換させるために必要があるときは、その者に対して、必要な教育訓練を行うように努めなければならないものとした。

## 第5 被告らの予見可能性について

上記第3において述べたとおり、じん肺に関する医学的知見によれば、遅くとも1960(昭和35)年頃までには、けい肺及びじん肺につき、発症の原因が粉じん作業に存することのほか、症状の重大性及びその対策の必要性、緊急性についても明確かつ詳細に知られるようになっていた。それに加えて、上記第4において述べたとおり、原告らはつり労働者が従事していたはつり作業は、旧じん肺法の定める「粉じん作業」に該当し、使用者には、同法所定のじん肺の予防のための措置をとるべきことが定められていたことに鑑みれば、いかに遅くとも同法が制定・施行された1960(昭和35)年頃までには、はつり作業に従事する労働者がじん肺に罹患する危険があることは予見が可能であった。

したがって、被告らには、遅くとも1960(昭和35)年の段階で、原告らはつり労働者がじん肺に罹患することにつき予見可能性があったというべきである。

## 第6 被告らの責任原因について

### 1 被告ら元請企業の下請企業労働者に対する安全配慮義務

- (1) 安全配慮義務は、ある法律関係に基づき特別な社会的接触の関係に入った当事者間において、当該法律関係の付随義務として当事者の一方また双方が相手方に対して信義則上負う義務であり、必ずしも直接の雇用契約関係を必要とせず、事実上雇用契約に類似する使用従属の関係が存する場合には、元請企業が下請企業労働者に対して安全配慮義務を負う。
- (2) 本件においては、①下請企業労働者がはつり作業を行うについて、元請企業から、場所、設備(足場やゴンドラ等)等の提供を受けていたこと、②下請企業労働者が元請企業から、作業期間や工程等について指示されていたこと、③下請企業労働者が元請企業の現場監督や担当者などから直接の指揮命令を受けていたこと、④特に具体的にどの部分をどのようにはつりかなどの指示は元請企業の現場監督や担当者からなされていたこと、⑤はつり作業現場の見回りや監視は元請企業の現場監督や担当者によってなされていたこと、⑥下請企業は零細企業であり、現場における労働者の安全管理も含めた管理全般を行いうるの



は実質的には元請企業だけであったこと、すなわち、元請企業が指揮監督権限を行使して災害の発生を防止しうる地位にあったこと、⑦工事現場を支配・管理していたのは元請企業であり、元請企業の現場監督や担当者の了解なく勝手に現場に水を撒いたり、換気をしたりできなかったこと、⑧その他、遠方の現場の場合は元請企業が宿泊先を用意するなどしていたこと等の事情があった。

これらの事情からすれば、元請企業である被告らと下請企業労働者である原告らとの間には、事実上雇用契約に類似する使用従属の関係が存するといえることができる。

これに加え、元請企業においては労働災害の防止のために下請企業ないし下請企業労働者が労働安全衛生法令に違反しないよう必要な指導を行わなければならないこと等(労働安全衛生法29条～30条の3)からすると、被告らは原告らに対して安全配慮義務を負っていたといえるべきである。

## 2 被告らが原告ら労働者に対し負う安全配慮義務の具体的内容

上記第5で述べたとおり、遅くとも1960(昭和35)年の段階で、被告らは、はつり作業に従事する労働者について、粉じん吸入によるじん肺に罹患することについて予見可能性を有し、工学的粉じん対策についての一般的な知見も有していたものである。

したがって、本件においても、被告らは、原告ら労働者を上記じん肺発生の危険性のあるはつり作業に従事させていたものであるから、信義則上、各時期において実践可能な最高の工学的水準に基づいて、作業環境に応じ、下記のじん肺防止対策を取り、原告ら労働者がじん肺に罹患し又は増悪させることがないように周到にその安全を配慮すべき義務があったものである。

### (1) 粉じん発生・飛散の防止措置をとるべき注意義務

#### ア 作業時の注水

原告ら労働者をさく孔作業に従事させる場合においては、作業時の発じんを抑制するために、原告ら労働者に湿式さく岩機を使用させ、かつ、それが十分機能を發揮しうるように作業場所に十分な水を確保するとともに、湿式さく岩機本来の使用法を用いるよう、労働者に注意指導すべき注意義務がある。

また、被告らは、原告ら労働者をさく孔作業以外のはつり作業に従事させる場合においては、ブレーカー、チップパー、カッター等の小型工具を使用する際に、作業時の発じんを抑制するために、作業場所に十分な水を確保するとともに、はつり作業を行う際には、適宜注水を行いながら作業するよう、原告ら労働者に注意指導すべき注

意義務がある。

#### イ 適切な換気設備の設置

屋内におけるはつり作業においては、粉じんの希釈、排除のために、局所排気装置、集じん機を適切に設置するとともに、これらの排気装置、集じん機本来の使用法を用いるよう、労働者に注意指導すべき注意義務がある。

なお、前述したように、屋内作業場において換気等の措置を講ずべきことは1947(昭和22)年制定の旧安衛則173条、1972(昭和47)年制定の安衛則577条において定められているとともに、全体換気装置による換気の実施又はそれと同等以上の措置を講じなければならないことは、1979(昭和54)年制定の粉じん則第6条によって、使用者に明確に義務付けられているところである。

### (2) 粉じん測定を行い、気中粉じん濃度の管理を行うべき注意義務

作業場所における許容粉じん量に関する適切な評価基準を設けた上、作業場所において、定期的に、粉じん計等の機器を用い、日常的に気中粉じん濃度を的確に把握し(作業環境測定)、基準値を超える場合には作業を一時中断する等の措置をとる注意義務を負う。

なお、前述したように、常時粉じん作業を行う屋内作業場においては、測定結果の評価・評価の結果に基づく措置をとるべきことが、粉じん則26条の2ないし4において、使用者に明確に義務付けられている。

### (3) 粉じん吸入防止措置をとるべき注意義務

#### ア 呼吸用保護具の使用

有効かつ装着するに適した最適の防じんマスク、送気マスク(エアラインマスク)等の呼吸用保護具やそのフィルター等の交換部品を随時支給した上、これらの呼吸用保護具の着用の意義・目的を徹底的に教育するとともに、適切な使用法を用いるよう、労働者に注意指導すべき義務を負う。

なお、前述したように、粉じん発散作業現場においては、呼吸用保護具を備え付け、労働者の人数と同数以上の呼吸用保護具を設置し、有効かつ清潔に保持しなければならないことは、旧安衛則181条、184条並びに安衛則593条及び596条において、使用者に明確に義務付けられているところである。また、屋内におけるはつり作業は、「呼吸用保護具を使用すべき作業」を規定した粉じん則別表第3の第4号、第7号に該当するものであるから、使用者が労働者に呼吸用保護具を使用させなければならないことは、同規則第27条によって、使用者に明確に義務付けられている。

#### イ 休憩時間の確保と清浄な休憩設備の設置

休憩時間を十分確保するとともに、粉じんから遮断された清浄な空気の場合に休憩設備を設置した上、適切

## はつりじん肺損害賠償訴訟を提訴

な時期に休憩をとるよう、労働者に注意指導すべき義務を負う。

なお、前述したように、粉じんを発生する作業場においては、作業場以外に休憩の設備を設けなければならないことは、旧安衛則205条、安衛則614条において、使用者に明確に義務付けられているところである。また、粉じん作業を行う作業場以外の場所に休憩設備を設置しなければならないこと等は、粉じん則第23条によっても、使用者に明確に義務付けられている。

### (4) じん肺教育等を行う注意義務

労働者自身にじん肺発生のメカニズム、有害性、危険性を認識し、じん肺の予防措置やじん肺に罹患した場合に適切な処置を自ら主体的に行う意識を高揚させるため、労働者に対し、定期的・計画的に安全衛生教育を実施すべき注意義務を負う。

### (5) 健康診断の受診確認を行う注意義務

労働者を労働させるにあたって、(旧)じん肺法に基づく健康診断を受けていること及びその診断結果を確認した上、労働者のじん肺の罹患の有無及び程度に応じて、作業を適切に振り分けるべき注意義務を負う。

なお、少なくとも、所属はつり会社がその労働者に対して、就業時診断、定期診断、定期外診断を受けさせるべき義務を負っていることは、(旧)じん肺法7条ないし9条により明確である。

## 第7 各論

原告らは、それぞれ別表2「所属はつり会社」欄記載の下請企業に所属していた際、同表「時期」欄の項に同表「現場名又は現場所在地」欄記載の各現場において、おおむね同表「延べ日数」欄記載の期間、同表「作業内容」欄記載のはつり作業に従事した。

同表「被告」欄記載の被告らは、原告らとの間において、同表「元請に対する使用従属関係の存在を基礎付ける事実」欄記載の事実等が存在し(同欄に○印をしている)、原告らに対し、上記第6の安全配慮義務を負っていたものである。

ところが、被告らが同表「安全配慮義務違反の事実」欄記載のとおり安全配慮義務を怠った(同欄に×印をしている)ため、原告らは大量の粉じんに曝露したものである。その結果、原告らはいずれもじん肺に罹患し、別表1(じん肺管理区分決定一覧表)のとおりじん肺管理区分の決定を受けた。

## 第8 因果関係について

原告らは、各別表2-1ないし15〔省略〕のとおり、複数

の被告らの工事現場において、はつり作業に従事し、粉じんに曝露したものである。

原告らのじん肺罹患は、これらの粉じん曝露が競合して原因となっているものであるから、被告らは、連帯して、損害賠償責任を負うべきである(民法719条の類推適用)。

## 第9 損害

1 原告らはじん肺に罹患し、続発性気管支炎を併発した。じん肺に罹患した者は、一見すると、通常人と変わらぬ健康状態に見える。しかし、前記のとおり肺に器質的疾患があるために、日常的に呼吸困難(息切れ)に苛まれる。肺のガス交換機能が低下しているため、激しい運動は到底できず、通常の運動でも少し継続すれば息切れが生じるのである。そのため、階段や坂を上るときなどは途中で息が苦しくなり、たびたび休止しなくてはならないなど、日常生活も大きく制約されている。さらに、じん肺の病状が悪化すると、酸素吸入が不可欠となり、酸素ボンベを常時携帯していなければならない。

また、普通の感冒(風邪)にかかっただけでも、咳が止まらなくなって、せき込んで呼吸困難におちいつたりする。そのため、日常的な健康管理が非常に大切なものとなり、原告らは必要以上の健康上の注意を余儀なくされることになった。

しかも、じん肺そのものは進行性の疾患であるから、原告らは、じん肺に起因する死の恐れや肺がんなど常に致死的な疾患へと悪化するかもしれないという恐怖心に苛まれ、じん肺罹患それ自身が重大な精神的苦痛となっている。

2 原告らはいずれもじん肺に罹患し、上記1のような各症状に苛まれている状況にある。じん肺罹患による原告らの肉体的・精神的苦痛はきわめて甚大であり、それを慰謝すべき金額に換算することは非常に困難であるが、あえて算定すれば、金3000万円を下ることは決してない。

また、原告らは、本件訴訟遂行のために弁護士に委任したが、被告らに負担させるべき弁護士費用としては、金300万円が相当である。

## 第10 結語

よって、原告らは、各原告に対応する被告らに対し、各自、3300万円の損害賠償を求め、本訴に及んだものである。

以上 

## 旧海軍工廠で石綿被害

### 岡山●戦傷病者援護法で救済

岡山県真庭市にお住まいのCさんとその娘さんから相談を受けたのは、1997年の夏前だった。Cさんのご主人は、2004年頃から体調を崩し、岡山労災病院を受診したところ「良性石綿胸水」と診断された。

ところが、Cさんのご主人は、若い頃から畳職人一筋に働いてこられ、石綿との接触で思い当たるのは、戦争中の軍事工場だけだった。労働基準監督署にも相談に行かれたが、「労災として扱えない」と対応され途方にくれていた時に、市役所への相談を通じ、戦傷病者戦没遺族等援護法に基づく救済の道があることがわかった。

2006年11月、入院中の病院に市役所の職員が訪ねて来て、申請手続についての説明があり、常々治療費のことを心配されていたCさんのご主人は、大変喜ばれたそうである。しかし、その翌日、体調が急に悪化して亡くなられた。

申請の手続を行ったものの、あれやこれやの資料提出を求められ、ひょうご労働安全衛生センターに相談があった。

Cさんのご主人は、戦争中の昭和17年～19年まで、呉に置かれていた広海軍工廠の造機部

鑄造工場で仕上げ班に所属し、石綿を用いて鑄物作業に従事されていた。この事実も、お近くにお住まいの方で、Cさんのご主人と一緒に呉海軍工廠に行かれていた方お二人がご健在であったため判明したものだ。Cさんのご主人が83歳なので、同僚の方が見つかること事態が奇跡といえる。

入院中の診断書には、「良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚、慢性呼吸不全」と記載されており、軍事工場での石綿作業も明らかなのだが、なかなか決定が行われなかった。そこで、2009年10月の全国安全センターの厚生労働省交渉に際し、「請求から決定に至るまで長期の調査時間を要する事案がある」との項

目を入れてもらった。

交渉において社会労働局援護課審査室の担当者は、「平成16年以前について、受給者がどれぐらいいるか把握できていない。平成17年以降については、生存されている方の障害年金の可決裁定が4件、遺族給付金の可決裁定が5件、ご遺族の一時金としての弔慰金が5件、決定している」、「過去の裁定例もほとんどないことから、労災分野の専門家のご意見も聞きながら、迅速な審査に努めていきたい」、との回答であった。

厚生労働省との交渉後の11月10日付けで可決裁定が行われ、11月中旬にご遺族に通知が届いた。

ご遺族のCさんは、「闘病中の夫の苦しむ姿を見ており、結果をすぐに位牌に報告した」と喜ばれていた。それにしても、請求から決定がでるまでに3年とは、あまりにも長すぎる。同じ厚労省であっても、労災部門以外には「迅速な救済」という考えは存在しないのであろうか。

## 火災報知機設置作業被害

### 大阪●損害賠償を求めて大阪地裁へ提訴

火災報知機の設置や点検作業に従事し、天井裏等で吹き付けアスベストに曝露し、2005年に石綿肺がんを発症し、翌年54歳で亡くなったAさん(姫路市)。

12月9日、Aさんの遺族が、勤務先の関西ホーチキエンジニアリングを相手に、約6,400万円を求める損害賠償訴訟を、大阪地裁に起こした。

## 各地の便り

Aさんが勤務していた関西ホーチキエンジニアリングは、東証一部上場の「ホーチキ」の関連会社で、関西地域を基盤に火災報知機の設置・点検を行う会社。Aさんは、1984年10月から2005年11月まで、火災報知機を設置する現場工事作業や、調整試験、保守点検等の作業に従事してきた。

2005年10月、Aさんは足の痛みを感じ近院を受診したところ、大腿骨に腫瘍が見つかり手術を受けた。ところがその後、検査を行う中で、肺がんが見つかり、肺がん原発の大腿部骨転移性骨腫瘍であることが判明したのだった。

職場復帰に向けて治療を続けていたが、会社の対応は酷いものだった。「お見舞い」に来た社長は、ガムをクチャクチャ噛みながら、ベッドのAさんに向かって繰り返し退職勧奨を行った。あまりの執拗さに、ご家族が「帰ってください」と言ったほどだった。

ご家族を思いながら、そして職場復帰を思いながら、Aさん

は2006年3月に亡くなられた。54歳だった。

クボタショック以降のマスコミ報道を見ながらAさんは、「自分もアスベストが舞う天井裏で仕事をしていた」と家族に話していた。ご遺族がその言葉を思い出し、労災申請を行い、2007年1月に大阪西労働基準監督署は、「原発性肺ガン、プラークあり」との判断で業務上災害であるとの認定を行った。

労災申請においても、会社は全く協力せず、事業主証明についても協力をしなかった。その理由は、「当社として石綿曝露の事実関係を把握できません。」というもの。しかし、Aさんに火災報知機の設置作業を教えた先輩のBさんが、詳しく作業内容を話してくれたことにより、Aさんの石綿曝露の状況が詳細につかめた。

火災報知機は、建物の天井だけでなく、高さが50cm以上ある天井裏にも設置しなければならないと決められている。こうした建物の多くは鉄骨作りとなっ

ており、天井裏には耐火のために鉄骨に吹き付けられたアスベストがむき出しの状態となっていた。また、天井裏は、吹き付けアスベストが床面に落ちており、天井裏に入ると、床面に落ちている粉じんが飛散し、投光器を照らすと粉塵のために先が見えない状態であったそうだ。

火災報知機の設置や点検の作業は、そのような天井裏に入り込んで行うこととなる。天井裏は人が立って歩くには低すぎる場合が多く、はいつくばるような体勢で移動することがあったこと。鉄骨に沿って張られた配線を探すため、吹き付けアスベストを手で掻き落とすことがあったこと。さらに、調整試験や保守点検の作業の際にも天井裏に入り込まざるを得ないことなどが明らかとなった。

Aさんの死亡が労災認定された後、会社は1,000万円の補償の提案を行った。しかし、ご遺族がその金額の根拠について説明を求めたところ、会社は、「Aさんの死亡と業務との関連性が

夫は、家族のため会社のため朝早くから夜遅くまで真面目に一生懸命働きました。忙しい時には、一か月まったく休みが無いこともありました。作業服が汗とほこりでベトベトに汚れていた時もありました。汗でベトベトになり、それが乾いて白く塩がふいた作業服もありました。

そんな夫に会社は、闘病中も亡くなってからも、それは常識ない対応でした。労災申請の手続も一切協力なしでした。同僚のBさんが石綿健康管理手帳を申請するときも、会社は

事業主の証明をしませんでした。Bさんは、胸膜プラークがあり、不安を抱えて過ごされています。

今後、私たち家族のような辛い悲しい思いをする人達が出ないように、また、会社が安全対策を考え、従業員の健康対策への全面的協力が得られるようお願い、今回の提訴に至りました。皆様のご支援をよろしく願います。



森川泰美

ない」として、先に提案した補償額についても撤回すると回答してきたのだった。

闘病中も、そして亡くなった後も、会社の常識ない対応に対して、Aさんのご遺族は謝罪と償いを求め提訴を決意した。弁護士は、関西アスベスト訴訟弁護団の七堂先生、位田先生、三上先生、向井先生。

クボタショック以降、アスベスト被害者が勤めていた勤務先に対し損害賠償を求め裁判で争うケースは増えている。今回の事例は、被告が直接アスベスト製

品を製造する会社ではないという点が特徴で、全国でも初めてのケースになると思われる。とはいえ、Aさんの様に、建築関連の仕事に従事されている方、特に電気工事関連の労働者においては、アスベスト含有建材等から発散したアスベスト粉じんに曝露し、石綿関連疾病を発症する方が多く、この裁判の行方はそうした方々の補償問題に大きく影響すると思われる。

ご支援をお願いします。



(ひょうご労働安全衛生センター)

年で、安全配慮義務を生じる」と主張。

判決は、中本さんが継続的に石綿粉じんに曝露していた。中皮腫は低濃度でも発症する。発がん性の知識がなくても、健康・生命に重大な損害を被る危険性についての認識で足りる。遅くとも昭和35年のじん肺法制定で予見できた。防じんマスクなどの吸引用保護具さらには保護衣、保護手袋等を支給し、危険性について安全教育を行う義務があった。安全配慮義務違反と中皮腫を発症したこととの間に相当因果関係があると認められる。不法行為上の過失においては、使用者は労働者の健康を損なわないように配慮すべきとした不法行為上の注意義務違反も認められると言いつ渡した。

裁判での審議は、多くの陳述、証言も得られ、原告の優勢に推移した。そのことで当時の作業実態が浮き彫りにされた。港湾における初めての司法判断は原告の勝訴であったが、会社は、判決当日に控訴した。

遺族の長男文明さんは、「企業の抵抗で2年10か月が経ってしまった。早速墓前に報告したい」と語ったが、父有年さんの兄弟縁者は皆まだ80代でご存命と言っておられる。いかにアスベストにより死期を早められたかということだ。

この判決が、港湾でのアスベスト被害の補償に大きな一ページを開いたことに間違いはない。さらに救済活動を進めたい。

(ひょうご労働安全衛生センター)

## 港湾の石綿被害補償に光 兵庫●三井倉庫相手の損害賠償で勝訴判決

中本有年さんが中皮腫で死亡(77歳)したのは、会社が安全対策を怠ったためとして、三井倉庫に対し損害賠償を求めた訴訟の判決公判が11月20日に神戸地裁で開かれた。榎村裁判長は、原告の訴えを認め計約3,300万円の支払いを命じた。

中本さんが1951年から77年にかけて、港湾で荷揚げされた貨物の運搬でトラクターの運転業務を行い、その時に荷役したであろうアスベストを吸引して中皮腫を発症したのは、危険性を知らながら会社が安全対策をとらなかったことが原因と遺族が訴えた。アスベスト新法による特別遺族年金をすでに受給している。

会社は、「石綿はごくわずかしかり取り扱わなかった」「トラクター運転手は曝露する機会が少ない」「神戸港で石綿の危険性が顕在化したのは昭和56年で中皮腫の発症は予見不可能だった」などと主張。

原告は、「トラクター運転手は直接石綿に触れる機会は少ないが、破れた袋などからの飛散は荷役労働者と等しく被曝している」「運搬中に落ちることがあれば拾わざるをえない」「倉庫内にもトラクターごと乗り入れ、堆積した石綿粉じんが飛散していた」「業務以外での中皮腫の発症は考えられない」「予見可能性の対象はじん肺法制定の昭和35

# 相変わらず困難な労災認定

## 関西●外国人労働者の最近の相談事例

外国人労働者からの相談も以前より少なくなったが、より困難な事例が入るようになってきている。

1990年代のように労災にあって働けなくなったとたんクビ、というような事例はなくなったが、それでもやはり労災保険の手続を行わず、被災者に何のケアもしない、長期休業を理由に解雇するという事例はある。また、過重な業務による腰痛、頸肩腕症候群といった職業病になり、しかし事業主が労災からと認定は難しいからと言って手続しなかったり、請求しても労働基準監督署のいい加減な調査で不支給にされたりという相談もある。労災請求できないまま1年2年が経過してしまっていることもある。

関西労働者安全センターの外国人労働者からの労働災害相談の事例をいくつか紹介する。

### ● 事故から1年半後の請求

ペルー女性労働者のAさんは、首や肩の痛みで1年半ほど苦しんでいた。通訳者からの紹介で当センターに相談にくるまで、痛みを我慢して働き、ひどくなって何日か休んではまた働きということを繰り返していた。その時点での本人の希望はふたつ。労災保険の休業補償請求と肩

の痛みの有効な治療。しかし、そんな当たり前の希望をかなえるのが外国人労働者にとって大変難しい。

実は、Aさんは右肩関節挫傷として、2006年12月から療養費の支給を受けていた。会社は療養費の請求書を病院に出したものの、当初に休んだ2週間ほどの休業補償については有給休暇をあて、それ以降に再度痛みがひどくなって休業した場合は、何の補償もしていなかった。相談に来たときも休業中であつたが、無給でAさんは困っていた。

では、療養で認定されているので休業補償を請求すればすぐに出るのでは、ということでもなかった。というのは、事故からすでに1年半が経過し、その間、ずっと継続して休業していたわけではなく、何か月も働いては、2週間くらい休みというようなことを繰り返していたためだ。休業補償を請求すれば、労働基準監督署は、現在の休業が1年半前の事故によるものかどうか必ず調査を行う。この1年半の療養で傷病は軽快するものと考えられるために休業と事故との因果関係が否定され、これまで調査されなかったために支給されてきた療養費も打ち切りされる可

能性もある。

そこで、まずは1年半後の今でも病名は挫傷なのか、病状の把握に動いた。ところが、最初に面談した主治医は、本人と言葉の壁であまりコミュニケーションが取れないため、単に本人が治療に来れば、痛み止めやシップを処方するだけという対応しかしていなかったことが分かった。

そこで、別の医師を受診してもらい、そこからまた肩関節の専門医に紹介されて、最終的に、「右肩関節周囲炎—右肩インピンジメント症候群」という病名がついた。痛みが生じたきっかけは事故である可能性が高いが、その後あまり休まずに働いていたために慢性化して、痛みが1年半も続いているということではないかと思うが、仕事による使い痛みもあるかもしれないしその区別は難しいと医師は言った。また、本人は最初の主治医が信頼できずに、専門医による治療を強く望んでいたのも、その病院に転院して治療することにした。

それと同時に、本人からこれまでの療養の状況と仕事の内容を聞き取っていった。Aさんはこれまでの不満を話せる相手をやっと得られたためか、スペイン語で何時間もいろいろなことを話したので、これもまた大変な作業となった。幸い本人が作業内容や出勤状況を書き込んでいた作業日報のほとんどのコピーを持っていたので、これが出勤状況を知るのと、本人の記憶をたどるのに非常に役立った。

Aさんの仕事は、製品である

ボルトの検査・選別だったのだが、小さなボルトを一つひとつ指で触ったり押したりして、ゴム部品がきちんと接着されているか、きずやゆがみがないかを確認することだった。仕事の多いときは、1時間に1,000個ものボルトを扱い、それも同じ作業を何時間も行き、上肢に負荷がかかる作業だった。選別されたボルトを入れたペール缶、約60キロを動かすという仕事もあった。

Aさんに話を聞くと、療養費を労災請求する前にも事故があり、実はそのときから腕が痛かったのだが、その事故のときはすぐに病院に行っておらず、会社もまったく記録していなかったの、事故があったかどうかを確認できなかった。

2006年12月の事故後、翌年1月半ばまで休んだ後は、痛みは残っているものの、週に2回理学療法を受けに病院へ通いながら仕事を続けていた。ところが、2007年秋ごろから仕事量が増え、痛みが耐え難くひどくなった。右手はほとんど使えず、家事もあまりできなくて夕食を外食にしていたということだ。痛くてたまらなくなると数日休むのだが、解雇を恐れてすぐ仕事に戻るということを繰り返していた。2月には職場を出たところで、痛みのために失神して救急車で運ばれた。さすがにこのときは、会社は有給休暇を与えたのだが、その後も痛みを耐えて働き続けた。

明らかに労災で痛めていたものが、業務で悪化したと思われる、細かい経過と業務内容について

て申立書にまとめて労働基準監督署に提出した。

その後、調査に約7か月もかかったが、無事労災認定された。治療も転院して半年ほどは少し良くなっては再度悪化したりを繰り返していたが、今年春ごろからストレッチなど運動の効果が少しずつ出てきたようである。しかし、長期にわたって負担をかけてきたので、治るのにも相当な時間が必要である。

事業主が最初の時点で休業補償の手続きも行い、きちんと療養をさせておけば、ここまで悪化することはなかったかもしれない。Aさんは労災保険で休業補償がでることを長い間知らずにいた。また、知ったときにもどうやって実現すればいいのかわからなかった。手続きを怠った事業主の責任は重い。

### ● 労災手続逃げる派遣会社

同じ職場で起こった2件の労災ケースを紹介しよう。

尼崎市にある派遣会社で、堺市の亜鉛メッキ工場に外国人労働者を派遣していた。

ペルー男性Bさんは、めっき作業で使用するチェーンを肩に担いで運んでいるときに、垂れ下がっていたチェーンの先が床に置いてあったH鋼に引っかかったために、急に上半身を後ろに引っ張られるかたちになり、腰を負傷した。腰椎椎間板ヘルニアと診断されて休業したのだが、派遣元は労災の手続を取ってくれなかった。Bさんが当センターに相談に来てすぐに派遣会社

に連絡を取り、労災請求に協力するよう要請した。

担当者はになぜ労災請求していないのか聞くと、担当者はBさんは前から腰が悪いのだと言う。それで申請しても労災にならないと思って申請していないのだと。本人に確認すると、働き始めて腰が痛むようになったので、一度病院行きレントゲンを取っていた。腰痛と言われたがそれほどひどくはなく、4日ほど家で療養した後仕事に戻り、普通に働いていたと言う。派遣会社には、判断するのは労働基準監督署なので、とにかく申請に協力するよう話し、センターで書類作成を手伝うこととなった。本人の聞き取りをして詳しい申立書を作り、申請して2か月ほどで無事支給決定が下りた。

話が少しややこしかったのは、Bさんは事故の後、休業中に交通事故にあつて右膝を負傷していた。そのため自動車保険の手続も加わり、多少手続に手間取ったが、最終的に労災保険の休業補償優先で、自動車保険から労災で出ない40%分の補償を補填してもらい、本人は額面120%を受け取ることができ、自動車保険側も補償額が少なくて得をしたかたちだった。1年療養して症状固定となり、障害等級は14級となった。

そのころもう1件、労組から相談が持ち込まれた。1年前の労働災害で左膝を痛め、痛みがひどくて働けないが、労災保険を請求していないという。ペルー人のCさんは、一旦帰国して手

術も受けたのによならず、お金も底を尽きて、労組では生活保護の手続も始めようとしていた。聞いてみると、Bさんと同じ派遣会社、派遣先であった。

なぜ労災手続を取っていないのか、さっそく派遣会社に連絡すると、Bさんのときと同じ担当者が、「Cさんは前から膝が悪くて、尼崎労働基準監督署で話したときにも、それなら労災は無理ですね、ということになったんですよ」と説明した。Bさんのときもそう言って、労災請求していなかった。今回も労災請求するので協力を要請すると、それには協力するというので、こちらで準備をはじめた。

しかし、聞き取りを始めてみると、事故から時間が経過したため、労災の発生日など日付についての本人の記憶があいまいになっていた。それを除けば、事故の内容など細かい記憶ははっきりしていた。Cさんが働いていたのは、派遣先、亜鉛メッキ工場の仕上がった製品の積み込みを行う部署で、同僚が壊れた台車を別の台車にチェーンでつなぎ牽引しようとしたときに、チェーンが重みに耐えられずにちぎれ、はねた先が横にいたCさんの左膝に当たったというものだった。

日付を特定するため、事故の翌日に行った堺市の病院へ行った。カルテの記載では1年半ほど前の2008年2月で、Bさんの事故の1か月ほど前だった。事故の翌日の病院受診には、派遣会社の担当者も通訳を兼ねて同行していたのだが、「本人がこうい

う事故があったと言うのでそれを医師に説明しただけで、工場からは事故のことは聞いていないので、わからない」と言う。

カルテで病名が「左膝内障」ということ、事故の日付、それ以後の受診日、事故前の受診歴などが確認できた。また、お金がなくて滞っていた治療についても、その病院で再開することになった。他にもかかっていた病院があったので、そちらにも受診歴や事故前の病歴について問い合わせ、なんとか経過が明らかになっていった。

Cさんは、事故の後は数日休んだだけで、痛みをがまんしながら働いていて、病院にもそれほど行っていなかった。5月に仕事が減ったため外国人労働者10人ほどが解雇されたときにCさんも解雇され、失業給付を受給した後、就職のための面接を受けても膝が痛いということで落とされて仕事がきまらず、ペルーで治療しようと帰国した。

ペルーで内視鏡術を受けたあと、再度日本で働こうと来日したのだが、時間経過とともになくなるだろうと考えていた膝の痛みが一向に良ならず、そのために就職できなかった。

治療を再開した病院で、再度内視鏡を入れて原因を探るとともに手術することとなった。ペルーでの手術では半月板にメスを入れなかったため分からなかったのだが、今回切ってみて半月板の内部に亀裂が生じていたことが分かった。その部分を切除し、Cさんは今は快方に向

かっている。

記憶を掘り起こすのに苦労した申立書も無事完成し、2009年10月に労災請求した。いま調査が進行中である。

このBさんCさんの話では、とにかく、この工場では小さな事故が多いということであった。そして、ほとんど労災請求はされていない。派遣会社の態度も基本的には労災申請したくない、外部のものに言われれば仕方なくやるというもので、BさんCさんのように明らかな労働災害の労災申請を速やかに行わず、本人たちに相当な不利益を与えていることは許しがたい。

### ● 過重な水産加工作業

中国人技能実習生からの労災相談もあった。

堺市のすしチェーン店の工場水産加工の技能実習生をしている中国人女性2人から、やはり労災の休業補償を請求したいという相談があった。Dさんは頸肩腕症候群、Eさんは左肩甲骨周囲炎で休業していた。2人は通っている堺市の日本語教室で外国人支援団体のRINKを教えてもらい、センターとつながったのだ。

工場では、サラダやムースをつくるためになべをかき回したり、半分凍ったほたてなどを切ったりといったとにかく上肢をよく使う作業が無数にあり、それを若くてよく働く研修生・実習生たちがすばやく数をこなしていた実態があった。彼女たちの他の日本人労働者というのは高齢のパート



労働者ばかりで、実習生たちのサポートの雑用にまわり、とにかく作業の早い実習生たちに仕事が集中することになったのだ。

2人は自分で会社に労災保険の手続きをしてもらえよう話し、会社もすぐに手続きを始めた。ただ上肢障害ということですから労災認定されるか心配された。とくにDさんは、上肢の痛みが出はじめたのがまだ研修生のときで、認定基準で判断する発症前の6か月のうち実習生の期間が4か月ほどになるということを堺労働基準監督署に相談に行ったときに言われたことで、非常に心配だった。また、2人とも病気はよくなり、休業したまま技能実習が終わってしまい、労災保険の結果が出る前に帰国することになってしまいそうなことも、不安材料であった。できれば、日本にいるうちに労災認定を受けてから帰国したかった。

さっそく負荷のかかった仕事内容の聞き取り作業を行ったが、2人とも熱心に日本語学校で学んでおり、日本語の読み書きができたので、自分で申立書を書き上げた。さっそく堺労働基準監督署に持って行き、1日でも早く認定するよう要請した。

Dさん認定については、堺監督署は病院のカルテにあった問診で、研修生のときから痛みがあったとした記載から発症時期を研修生の時として、不支給にしかけたのだが、Dさんの場合、研修生から実習生になったときに明らかに労働時間が増えており、また初診日も実習生になって

からであったので、これを発症日とするべきとして交渉し、実習期間が終わり帰国するぎりぎりに無事労災認定となった。2人とも労災認定を受けて、現在は中国で継続療養中である。

2人の話では、その工場の研修・実習生の多くが腕の痛みを訴えており、今回の労災申請があつて会社側は同一作業を長時間させないようにするなど、作業のやり方の見直しを行ったということである。

労災認定後、休業を始めてからの社会保険料や寮費の支払いについてどうするかという話もあったのだが、会社は比較的良心的な対応で、休業をはじめた時点で退社扱いにして保険料の徴収額を減らしたが、受け入れ機関の方が悪質で、帰国直前に労災保険の補償のほかに要求させないように誓約書にサインをさせたり、労災補償の振込口座のカードを預かったりした。

2008年の外国人研修生・技能実習生の死亡者は34人。そのうち作業中の事故死は5人であるが、脳・心臓疾患は16人。

1992年からの死者数は213人、そのうち作業中は38人に対して脳・心臓疾患は67人というデータがある。つまり、死因の一番は脳・心臓疾患なのである。しかも、研修・実習生は20～30代の若者。やはり彼らがこの明らかな労働力搾取の制度のもと、酷使されているということを示すデータではないだろうか。

研修・実習生の多くは、労働基準法以下の労働条件のもと、長時間労働を強いられている。企業に労働安全衛生面での配慮などほとんど期待できない。外国人労働者に関して厚生労働省は、「外国人労働者の雇用管理の改善等に関して事業主が適切に対処するための指針」を出している。しかし言うまでもなく、この指針が守られている職場というはほとんどなく、厚生労働省が指針の実施・監督指導などの対策をとっているようには思われない。不況で労働条件はますます悪化し、雇用継続も厳しい状況の中、厚生労働省は対策を強化するべきである。

(関西労働者安全センター)

## 移住連が関係省庁と交渉

### 東京●労災問題も含め多様な課題取り上げ

2009年11月16日、17日の両日にわたり衆議院第2議員会館で移住労働者と連帯する全国ネットワークの省庁交渉が行われ、

東京労働安全衛生センターも参加した。初日の課題は、「入国・収容と在留管理」(法務省、総務省、警察庁)、「医療」(厚生労

働省、法務省、総務省)、「女性」(内閣官房、内閣府、厚生労働省、法務省、経済産業省、警察庁)、「教育」(文部科学省)、翌日は、「研修・技能実習制度」(内閣官房、法務省、外務省、厚生労働省、農林水産省、経済産業省、国土交通省、警察庁)、「労働問題」(内閣官房、厚生労働省、法務省、文部科学省、警察庁)について交渉した。

### ■在留特別許可の新ガイドラインの運用

今年、埼玉県に住むフィリピン人の親子が親が在留資格がないため中学生の子をおいて帰国せざるを得なかった事件が大きく報道された。

2009年7月、法務省入国管理局は外国人の在留特別許可に係る新ガイドラインを公表している。これが発表されたときに、「単身者の場合、日本での在留が20年以上、家族の場合10年以上の在留で学校に通う子と同居している場合等」に在留特別許可を認めるかのような報道がなされたが、新ガイドラインが公表されて以降、不法入国案件での不許可事例が続いている。

移住連では在留特別許可の運用の透明性を高めるために、ガイドラインではなく一定の基準をつくるよう要請した。

法務省は、「長ければ悪質というわけではなく、あくまで個々の事情に即して判断している。これまでと運用の方針を変えたわけではなく透明性を図るため事例をホームページに掲載した」

と答弁した。難民を支援するNGO関係者からは、難民認定の一時申請が却下され、裁判を準備しながら異議申し立て中だった外国人が強制退去させられた事案をあげ、より厳しくなっている運用に対し改善を要請した。

### ■新たに創設される「技能実習」

外国人研修・技能実習制度に関して、人権や労働権をはじめ、あまりにひどい制度実施をふまえ、政権交代前の先の通常国会で新たな在留資格「技能実習」が創設されることになった。

交渉では、入管法の改定にもなう法務省令案や技能実習に係わる指針案について、法務省から次の点を確認した

- ① 技能実習1年目は職種の限定がないものの同一作業の反復は認められない
- ② 賃金は日本人が従事する場合の報酬と同等額以上とする
- ③ 保証金や違約金等は一切認められない
- ④ 意に反して旅券や外国人登録証明書、銀行通帳等を預かっている場合は不正行為に該当する
- ⑤ 労働条件を母国語で明示した雇用契約書の作成と本人の署名を義務付ける
- ⑥ 監理団体が行う「講習」は座学でなければならない
- ⑦ 事前研修・事前講習は正規の教育機関(省令の要件を満たすもの)でなければならない。日本語学校はダメ。
- ⑧ 帰国費用については監理

団体、実習実施機関が全額負担する

- ⑨ 安全衛生管理指導について、例えばプレス機械に安全装置(両手押しボタン方式や光線方式)を設置する義務を怠っているような受入れ機関は不適格として受け入れ停止となる

この中で問題と思われるのは①。最初1年間の技能実習は職種が限定されないため、あらゆる職種が可能となる。「同一作業の反復は認めない」となっているとしても、実際は無限定に拡大する危険性がある。そうなれば外国人実習生をどんな職種でも使える便利な働き手にしかねない。この点を法務省に質したが明快な答弁はなかった。今後、詰めていかなければならない課題である。

### ■研修生・実習生の過労死

2008年度の外国人研修生、実習生の脳・血管疾患による死亡者が34名に達し、過去最多となった(2009年9月号参照)。

厚労省にこの実態をどう受けとめるかと問いただした。能力開発課の担当者は、「JITCOに上がってくる数字をまとめたもの。すべて分らない。労災認定されているのかJITCOに判断できない」と述べ、実態把握すらしていない。海外の死亡遺族が誰の助けも借りずに労災請求の手続きをとることは事実上不可能である。そんなことは百も承知の上でこのショッキングな事実を等閑視する彼らの感覚には度し難いものがある。

## ■民間任せの自治体の外国人漁業実習

福井市では漁業実習生を受け入れている。漁業実習は地方自治体のみ第一次受け入れ機関になり、経費の2分の1を負担することになっている。しかし実際は、自治体側にそうしたノウハウはなく、民間機関に業務委託している。福井市の支援団体が名古屋入国管理局と交渉したところ、「漁業研修については市町村が全ての受け入れ機関の業務をできるとは考えておらず、ほとんどの自治体で業務委託があって当然と認識している」と述べたとされている。それが事実なら、漁業研修制度は最初から民間任せが前提になってしまう。法務省は、非実務研修の委託は否定しなかったが、福井市の事案について明快な回答を避けた。ちなみに2006年度から現在まで毎年300人以上の漁業研修生が受け入れられ実習生に移行している。

そのほか、実習先の会社役員から暴行を受けた女性の中国人実習生が、警察の捜査で逆に被疑者扱いにされひどい外傷後ストレス障害となった事例、架空の研修実施予定表をデッチ上げられたあげく不当解雇された中国人実習生らが会社と協同組合、国際研修協力機構(JITCO)の三者に損害賠償請求の裁判を福井地裁に起こした事例を紹介し、相変わらずひど過ぎる研修・実習制度の実態を明らかにした。

## ■労災療養中の収容、品川駅での職務質問

超過滞在の外国人が労災で療養中にもかかわらず、摘発されれば入管施設に収容されてしまう。近年法務省入管局は、「全件収容主義」を徹底し、全て収容したうえで「仮放免手続きを取れ」という対応をとっている。被災者救済を優先すべきである。

また入管局は、在留期限が切れた外国人に出頭申告を勧めており、自ら出頭すれば入管施設に収容せず帰国させている。ところが、東京入国局の最寄の品川駅の構内では、私服警官が頻繁に外国人に職務質問を行い、在留資格がなければ片っ端から逮捕する状況が続いている。ただちに職質をやめるよう警察庁に申し入れたが、「適正な職務の執行に努める」という回答を繰り返すばかりだった。

## ■派遣・偽装請負問題

神奈川シティユニオンからは、日系ラテンアメリカ労働者の多くはコントラティスタ(ブローカー)経由で自動車、電機、食品などの大手企業や下請け製造工場で働いており、労災、解雇、労基法違反、違法派遣・偽装請負が多発・横行していることを指摘し、製造業への派遣禁止を含めた法改正と現場での監督指導の徹底強化を求めた。

とくにこの年末には製造業派遣禁止を見込んだ駆け込みの契約打ち切りが懸念される。

3年を超えて派遣を受け入れている派遣先企業に直接雇用の申し込み義務を指導すること、短期の有期契約の繰り返しを止めさせ、過去に有期雇用の更新が繰り返されている場合は、たとえ雇用期間の終了時に雇用契約が打ち切られても、公共職業安定所は安易に期間満了と認定せず、雇止め(解雇)かどうか精査して認定することなど



## 頸椎症の業務外決定取り消し

### 東京●日系ペルー労働者審査請求で

日系ペルー労働者のTさんは、1994年2月、東京都江東区に所在する派遣会社への雇入れ以来、13年にわたって同区にある佐川急便の配送センターで夜勤専門のオペレーター、荷捌き作業員として働いてきた。

2007年3月頃から生じた頸の付け根の違和感と痛みが、次第に腕全体へと広がり、強い痛みに変化し、就労困難となった。頸椎症と診断され、労災補償を亀戸労働基準監督署に請求したが、昨年4月業務外とされた。

## 各地の便り

亀戸署は、Tさんの「頸椎症」に関し、配送センターの資料では、労働者個人の作業量が把握できず、同種の労働者に比べてのTさんの作業の過重性が確認できないとし、局医も「頸椎症は加齢による退行変性に伴う現象」と業務との因果関係を否定。Tさんはこれを不服として審査請求を行い、東京労働安全衛生センターがサポートを行った。

1994年2月雇入れ以来、Tさんは、夜勤専門の日系ペルー労働者が多く働く佐川の配送センターで13年間、週6日19:00～翌7:00の12時間勤務に従事。

発症当時、配送センターのオペレーター作業員だったTさんは、他の17名と交替で、主にオペレーターのブースでのキーボード作業と手を使っての荷仕分け作業を行っていた。18人のオペレーターたちは1日に3回ほど持ち場を交替するが、ベテランのTさんは大抵19:00～22:00頃までテンキーを打ち、一番荷物の集中する22:00～翌3:00前後まで手仕分けを行ない、それでも仕事が終わらないので朝7:00まで、再度オペレーターか荷の選別を続けるという毎日だった。

オペレーターはブースのなかで椅子に座りひざほどの高さで流れてくるローラーの上の荷物の番号を読みとり右手でキーボードを打ち込む作業である。ローラーを流れてくる荷物の大きさ、高さ、配送番号の貼られた位置はみな違うので上下左右に頸を動かし、送り状の番号を探す動作を繰り返す。

1時間のオペレーター打ち込み件数は3,500程度が限度とも言われ、単純計算でも1分間に58個の荷番号を読み取るというハードな作業である。仕分けは作業机で「アラコ」と呼ばれる段ボール箱いっぱい詰まった様々な重量・大きさの荷物を人の手と目で配送先を示す数字ごとに選り分け、段ボールに入れて1階へのコンベアに乗せる。この作業は、選り分け項目も多く、また、荷を詰めているうちにひとつの段ボールが40、50kgほどにまでなることもしばしばで、これをコンベアまで運ぶのも容易ではない。きつい仕事である。

今回の取り消し決定は、運輸流通上の構造とTさんの申立等に着目し、会社に存在する一時間毎の取り扱い荷数記録から、Tさんたちの働く夜勤帯、とりわけ19時から23時頃に生じる荷の取扱い量の大幅増加が、個人業務量は確認できないまでも、Tさんが過重な業務量に従事したという意味で高度の蓋然性があると認めた。

さらに、残業月88時間、年間1,056時間という恒常的長時間労働、連続作業、他律的作業ペースなどが頸椎症発症の要因となったことを認定。亀戸署が上記の諸要件について調査した形跡がないことなどに言及

して、その業務外決定を「失当」とした。

Tさんは、亀戸署の調査過程で「現場は夜の時間に見に行きたい」と要請し続けた。昼夜の作業動作は同じでも、業務量には著しい差があり、夜勤帯の実際を見てもらわなければ理解してもらえないという切実な思いからだった。しかし署は、「作業内容は昼間見ても十分」と、頑として夜の事業所に立ち入らず、夜勤の実態を把握する努力をしなかった。認定要件上の項目をきちんと吟味せず、不当な業務外決定を行ったのである。その結果、Tさんは一年半に渡って労災審査官の審査を待たなければならなかった。

佐川急便の東京・千葉地域の配送センターで発生した夜勤専門の日系ペルー人労働者の上肢障害の認定は、Tさんのケースで4例目を数える。日本人がいやがる過酷な労働に長年従事し、完治困難な職業病になった外国人被災者の存在を、亀戸署は深刻に受け止めるべきである。

センターは引き続き、被災者が多発する現場実態を正確に把握し、佐川急便への作業改善を促す行政指導を亀戸署に



強く求めていく。  
(東京労働安全衛生センター)

労災職業病なんでも無料電話相談

フリーダイヤル：0210-631202

全国安全センター情報公開推進局ホームページ

<http://www.joshrc.org/~open/>

## 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  
〒136-0071 江東区亀戸7-10-1 Zビル5階 E-mail center@toshc.org  
TEL(03)3683-9765 / FAX(03)3683-9766
- 東 京 ● 三多摩労働安全衛生センター  
〒185-0021 国分寺市南町2-6-7 丸山会館2-5 TEL(042)324-1024 / FAX(042)324-1024
- 東 京 ● 三多摩労災職業病研究会  
〒185-0012 国分寺市本町4-12-14 三多摩医療生協会館内 TEL(042)324-1922 / FAX(042)325-2663
- 神奈川 ● 社団法人 神奈川労災職業病センター  
〒230-0062 横浜市鶴見区豊岡町20-9 サンコーポ豊岡505 E-mail k-oshc@jca.apc.org  
TEL(045)573-4289 / FAX(045)575-1948
- 群 馬 ● ぐんま労働安全衛生センター  
〒370-0846 高崎市下和田町5-2-14 E-mail qm3c-sry@asahi-net.or.jp  
TEL(027)322-4545 / FAX(027)322-4540
- 新 潟 ● 財団法人 新潟県安全衛生センター  
〒950-2026 新潟市西区小針南台3-16 E-mail KFR00474@nifty.com  
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  
〒466-0815 名古屋市昭和区山手通5-33-1 E-mail roushokuken@be.to  
TEL(052)837-7420 / FAX(052)837-7420
- 三 重 ● 三重安全センター準備会  
〒514-0003 津市桜橋3丁目444 ユニオンみえ内 E-mail QYY02435@nifty.ne.jp  
TEL(059)225-4088 / FAX(059)225-4402
- 京 都 ● 京都労働安全衛生連絡会議  
〒601-8015 京都市南区東九条御霊町64-1 アンビヤス梅垣ビル1F E-mail kyotama@mbox.kyoto-inet.or.jp  
TEL(075)691-6191 / FAX(075)691-6145
- 大 阪 ● 関西労働者安全センター  
〒540-0026 大阪市中央区内本町1-2-13 ばんらいビル602 E-mail koshc2000@yahoo.co.jp  
TEL(06)6943-1527 / FAX(06)6942-0278
- 兵 庫 ● 尼崎労働者安全衛生センター  
〒660-0803 尼崎市長洲中通1-7-6 E-mail a4p8bv@bma.biglobe.ne.jp  
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  
〒651-0096 神戸市中央区雲井通1-1-1 212号 E-mail hyogounion@rouge.plala.or.jp  
TEL(078)251-1172 / FAX(078)251-1174
- 広 島 ● 広島労働安全衛生センター  
〒732-0825 広島市南区金屋町8-20 カナヤビル201号 E-mail hirosima-raec@leaf.ocn.ne.jp  
TEL(082)264-4110 / FAX(082)264-4123
- 鳥 取 ● 鳥取県労働安全衛生センター  
〒680-0814 鳥取市南町505 自治労会館内 TEL(0857)22-6110 / FAX(0857)37-0090
- 徳 島 ● NPO法人 徳島労働安全衛生センター  
〒770-0942 徳島市昭和町3-35-1 徳島県労働福祉会館内 E-mail rengo-tokushima@mva.biglobe.ne.jp  
TEL(088)623-6362 / FAX(088)655-4113
- 愛 媛 ● NPO法人 愛媛労働安全衛生センター  
〒792-0003 新居浜市新田町1-8-15 E-mail npo\_eoshc@yahoo.co.jp  
TEL(0897)34-0900 / FAX(0897)34-5667
- 愛 媛 ● えひめ社会文化会館労災職業病相談室  
〒790-0066 松山市宮田町8-6 TEL(089)931-8001 / FAX(089)941-6079
- 高 知 ● 財団法人 高知県労働安全衛生センター  
〒780-0011 高知市薊野北町3-2-28 TEL(088)845-3953 / FAX(088)845-3953
- 熊 本 ● 熊本県労働安全衛生センター  
〒861-2105 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レークタウンクリニック E-mail awatemon@eagle.ocn.ne.jp  
TEL(096)360-1991 / FAX(096)368-6177
- 大 分 ● 社団法人 大分県勤労者安全衛生センター  
〒870-1133 大分市宮崎953-1 大分協和病院3階 E-mail OITAOSHC@elf.coara.or.jp  
TEL(097)567-5177 / FAX(097)503-9833
- 宮 崎 ● 旧松尾鉱山被害者の会  
〒883-0021 日向市財光寺283-211 長江団地1-14 E-mail aanhyuga@mnet.ne.jp  
TEL(0982)53-9400 / FAX(0982)53-3404
- 鹿 児 島 ● 鹿児島労働安全衛生センター準備会  
〒899-5215 始良郡加治木町本町403 有明ビル2F E-mail aunion@po.synapse.ne.jp  
TEL(0995)63-1700 / FAX(0995)63-1701
- 沖 縄 ● 沖縄労働安全衛生センター  
〒900-0036 那覇市西3-8-14 TEL(098)866-8906 / FAX(098)866-8955
- 自治体 ● 自治体労働安全衛生研究会  
〒102-0085 千代田区六番町1 自治労会館3階 E-mail sh-net@ubcnet.or.jp  
TEL(03)3239-9470 / FAX(03)3264-1432

SHRC JOSHRC



安全センター情報 2010年1・2月号(通巻第368号) 2010年1月15日発行(毎月1回15日発行)  
1979年12月28日第三種郵便物認可 800円  
〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1Zビル5階 全国労働安全衛生センター連絡会議  
TEL(03)3636-3882 FAX(03)3636-3881

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