

安全センター情報2010年7月号 通巻第373号
2010年6月15日発行 毎月1回15日発行
1979年12月28日第三種郵便物認可



2010 7

安全センター情報



特集● 泉南アスベスト国賠訴訟大阪地裁判決

写真：泉南アスベスト国賠訴訟の大阪地裁判決

全国労働安全衛生センター連絡会議 第21回総会は 10.30-31 松山開催

【第一報】

全国安全センターの第21回総会は、2010年10月30日(土)午後～31日(日)夕方まで、愛媛県松山市内で開催いたします。

分科会等の内容の詳細を企画中です。ご意見・ご提案を歓迎します。参加型の企画・運営が私たちのモットーです。

日時：2010年10月30日(土)午後～31日(日)午後

会場：愛媛県民文化会館

〒790-0843 愛媛県松山市道後町2-5-1 TEL 089-923-5111

http://www.ecf.or.jp/m_facilities/service.html

宿泊：道後温泉にぎたつ会館

〒790-0858 愛媛県松山市道後姫塚118-2 TEL 089-941-3939

<http://www.islands.ne.jp/nigitatsu/>

参加費：宿泊費込み13,000円の予定

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

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

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

「情報公開推進局ウェブサイト：<http://www.joshrc.org/~open/>」

では、ここでしか見られない情報を掲載しているほか、情報公開の取り組みのサポートも行っています。

- 購読会費(年間購読料)：10,000円(年度単位4月から翌年3月)、複数部数割引あり)
- 読者になっていただけそうな個人・団体をご紹介下さい。見本誌をお届けします。

全国労働安全衛生センター連絡会議

〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階

PHONE(03)3636-3882 FAX(03)3636-3881

安全
センター
情報

セン

特集／泉南石綿国賠訴訟大阪地裁判決

**国の責任認めたと大阪地裁判決と
控訴断念・解決求めた東京行動**

泉南被害の解決を対策見直しの出発点に! 2

**脳・心、精神とも認定率減少
就業携帯別データ初公表**

中分類の上位15業種・職種も公表 15

**自殺・うつ病対策PTが報告
職場メンタルヘルス対策検討会開始**

全国安全センター対策局が申し入れ 22

厚生労働省：職場における受動喫煙防止
対策に関する検討会報告書 38

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

マレーシアで4.28にアスベスト・ワークショップ 45

台湾：世界的石綿禁止台北宣言に160名が署名 46

香港：宅地開発業者の違法な解体作業 47

各地の便り

滋賀●小学校教師の中皮腫を公務災害認定 49

地方公務員●クボタショック以降の石綿被害21人 51

東京・大阪●教員自殺に相次ぐ公務災害認定 53

東京●外国人労働者総行動と関係省庁交渉 53

東京●ビルマ人労働者の腰痛に業務外決定 56

東京●アスベスト工場跡地の土壌汚染問題 58

国の責任認めた大阪地裁判決と 控訴断念・解決求めた東京行動

泉南被害の解決をアスベスト対策見直しの出発点に！

原告勝訴の大阪地裁判決

5月19日、大阪地方裁判所は、泉南アスベスト国賠訴訟第一陣原告（被害者数26名、うち死亡者11名）のうち、23名の被害者について国の責任を認め、総額4億3505万円の支配を命じる原告勝訴の判決を言い渡した。

判決の概要は、以下のとおりである（裁判所作成の「理由の要領」。より詳しくは、11頁の「要旨」を参照していただきたい）。

1 石綿関連疾患についての医学的または疫学的知見の集積時期並びに被告が石綿紛じんばく露による被害の実態及びそれへの対策の必要性を認識した時期

(1) 石綿関連疾患に関する医学的支は疫学的知見は、石綿肺については昭和34年に、肺がん及び中皮腫については昭和47年に、おおむね集積された。そして、被告は、それぞれの時期において、石綿粉じんの職業ばく露（長期又は多量のばく露）を防止する措置を講ずる必要性を認識したものとすべきである。

(2) 戦前の保険院（助川）調査の結果は、初めて石綿紛じんにより石綿肺が起こる可能性を示したデータとしての意義があったものの、医学的又は疫学的知見としては仮説に止まり、その後の検証を待たなければならないものであった。

2 昭和35年の時点における石綿肺防止のための被告の省令制定権限不行使の違法性の有無

労働大臣には、昭和35年の旧じん肺法成立までに、局所排気装置の設置を中心とする石綿紛じんの抑制措置を使用者に義務付けることが強く求められていた。

しかし、労働大臣は、この時点において、かかる省令を制定せず（あるいは旧安衛則を改正せず）、その後、昭和46年に旧特化則において局所排気装置の設置を義務付けるまで、局所排気装置等の設置の義務付けをしなかった。そのため、全国的に石綿粉じんの抑制が進まず、石綿産業の急成長のもとで石綿粉じんばく露による被害の拡大を招いたというべきである。

そうすると、労働大臣が、旧じん肺法制定までに、省令を制定・改正して、上記措置を具体



5月19日判決当日、法廷に向かう泉南アスベスト国賠訴訟原告団

的に義務付ける規定を置かなかったのは、旧労基法の趣旨、目的や当該権限の性質に照らし、その不行使が許容される限度を逸脱して著しく合理性を欠くもので違法であったというべきである。

3 昭和47年の時点における被告の省令制定権限不行使の違法性の有無

昭和47年に定められた特化則においては、石綿を取り扱う屋内作業場について、定期的に、石綿粉じん濃度を測定し、記録を保存することが義務付けられたが、石綿粉じんばく露によって肺がんや中皮腫に罹患することが医学的又は疫学的に明らかになった時期であったから、測定結果の報告及び改善措置を義務付けることも必要であった。しかし、これらの措置を義務付けなかったためであり、このことは、許容される限度を逸脱して著しく合理性を欠くもので違法であったというべきである。

4 省令制定権限不行使の違法と石綿粉じんばく露による損害との間の因果関係

(1) 被告の省令制定権限不行使の違法と、昭和35年以降の時期において石綿粉じんばく露し

石綿関連疾患に罹患した労働者である原告ら又はその被相続人ら(後記(2)、(3)、(4)の原告らを除く。)の損害との間には、相当因果関係がある。

(2) 被告の違法が認められる昭和35年までに石綿事業所の勤務を終え、同年以降に石綿粉じんばく露したことを認めることのできない原告1名については、その請求は理由がない。

(2) 石綿工場の労働者の家族である原告1名については、現在の重篤な呼吸障害の原因が石綿粉じんばく露によるものであると認めることはできない(父親の損害賠償請求権の相続分については一部理由がある)。

(3) 石綿工場の近隣で農業を営んでいた住民1名については、旧労基法及び安衛法によって保護される地位にない上に、同人の健康被害が石綿粉じんばく露によって生じたものと認めることもできない。

5 損害

(1) 慰謝料額の算定は、じん肺法が定める管理区分に応じてすることとする。肺がん、中皮腫及び著しい肺機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚

は、管理区分の管理4と同等のものとする。

管理2で合併症なし	1000万円
管理2で合併症あり	1200万円
管理3で合併症なし	1500万円
管理3で合併症あり	1700万円
管理4、肺がん、中皮腹又は びまん性胸膜肥厚	2000万円
石綿関連疾患による死亡	2500万円

(2) 損害賠償額の修正要素

ア 被告は、仮に賠償義務があるとしても、使用者等のそれに比して相対的に低い割合に限定されるべきである旨主張するが、採用することができない。

イ 原告らの一部は、労災保険給付等を受領しているが、原告らの請求方式に照らし、このことを損害賠償額の算定につき斟酌すべき事由とはしない。

ウ 喫煙が肺がん発症のリスクを相当程度高めているという事情を考慮し、喫煙歴のある肺がん患者の損害賠償額を定めるについては、損害賠償額の10%を一律に減額することとする。

エ 使用者（ないし事業者）でもあり、労働者でもあった者については、使用者として石綿紛じんにはばく露した期間等を考慮して損害賠償額を減額する。

原告・弁護団らの声明

これに対して、原告団・弁護団、泉南地域の石綿被害と市民の会、大阪泉南地域のアスベスト国賠訴訟を勝たせる会は連名で、以下の「声明」を発表した。

1 本日、大阪地方裁判所第22民事部は、全国に先駆けてアスベスト被害に対する国の不作為責任（規制権限不行使）を正面から追及した大阪・泉南アスベスト国家賠償請求訴訟（第一陣。被害者26名。）において、国の責任を認め、国に対して総額4億3505万円の支払いを命じる原告勝訴の判決を言い渡した。

2 本判決は、まず、国の不作為について、国がアスベストの危険性を昭和34年から知っていな

がら、昭和35年において「局所排気装置の設置を義務付けなかったこと」及び昭和47年に「石綿粉じん濃度の測定結果の報告及び改善措置を義務付けなかったこと」は違法であると認定して、国の不作為責任を認めた。また、判決は、国の責任は、使用者らと共同不法行為の関係にあるとして、一次責任があると判示した。さらに、判決は、「石綿による健康被害が慢性疾患でかつ不可逆的で重篤化する」という被害の重大性を認め、アスベスト被害を償うに相当な損害賠償を命じた。その一方で、判決は、近隣ばく露による被害について、不当にもその因果関係を否定した。

3 本判決は、何よりも、アスベスト被害について、国の責任を初めて認めた画期的判決である。

泉南アスベスト被害は、70年以上も前から深刻な被害発生が確認されていたわが国のアスベスト被害の原点であり、本判決は、かかるアスベスト被害について国の責任を断罪した。このことは、泉南アスベスト被害の早期救済はもとより、すべてのアスベスト被害について、国の責任の明確化と被害者救済のあり方の抜本的な見直しを迫り、これ以上のアスベスト被害を発生させない万全な規制や対策の強化を求めるものである。

本判決は、同じくアスベスト被害について国の責任を追及している首都圏建設アスベスト訴訟等にも大きな励ましとなるものである。

さらに、本判決は、アスベスト被害が広範囲に広がっているアジア諸国にも、アスベスト使用の危険性について重大な警告を発するものであり、重要な国際的意義も有している。

しかしながら、近隣ばく露による深刻な健康被害を認めなかったことは、見過ごすことのできない不十分な点であると言わざるを得ない。

4 泉南アスベスト被害の救済は急務である。「生きているうちに救済を！」は原告ら被害者すべての共通の願いであり、「被害の原点を救済の出発点に！」は広範な世論である。

私たちは、国が、本判決を真摯に受け止め、自らの責任を認めて原告ら被害者に謝罪し、控



5月19日 判決報告集会(大阪)

訴を断念して正当な賠償金を支払うこと、そして、泉南アスベスト被害者全員の救済システムづくりなどを内容とする泉南アスベスト被害の早期解決に応じることを強く要求するものである。

判決当時の大阪・東京行動

この日は、雨模様にもかかわらず、全国各地から支援団体や個人がかけつけて裁判所前を埋め尽くした。時間が来ると、「ウイシャルオーバーカム」の歌声に送られながら、原告団が法廷に向かった。

酸素ボンベを付け無理を押し参加し、しばしばせきこんで苦しむ原告には看護士の付き添いが認められた。酸素ボンベのシューシューという音だけが響く法廷で、「被告は…金員を支払え」という裁判長の第一声に、「勝った」と、どよめきが広がった。原告勝訴の一報を伝えるために記者の一部が外にかけ出す。「勝訴」、「国の責任を認める」と書かれた垂れ幕をもって裁判所の中から水しぶきを

を上げて走りだした弁護団を迎えて、固唾をのんで待ち受けていた支援者からも万歳の嵐が沸き起こった。

原告・弁護団の代表で記者会見に臨んだ後の「判決報告集会」も興奮に包まれた中での開催。集会終了後、上京団の第一陣はただちに東京に向かった。

一方、東京でも参議院議員会館において判決報告集会が開かれ、国会議員36名（本人出席15名、秘書出席21名）をはじめ百名が参加するなかで、判決の第一報が報告された。

5月20日の各紙朝刊は大々的に判決の内容や原告らの声を伝え、朝日新聞の社説は、「鳩山政権はまず国として石綿被害を拡大させた責任を認め、被害者に謝罪すべきである。そして控訴せずに、被害者対策に乗り出した方がよい」。「石綿の被害は過去のことではない。この判決を、対策の遅れを取り戻すきっかけとして生かしたい」と書いた。

特集/泉南アスベスト国賠訴訟大阪地裁判決



5月20日 厚生労働省・環境省へ個人請願行動

国の反応としては、判決を聞いた鳩山首相は、「命を大切にする政府としてはしっかりと対応を考える必要がある」と首相官邸で記者団に語った。平野官房長官は、「国の主張が相当部分に認められていない」としたうえで、「控訴も含め、関係省庁で検討していく」と述べたなどと伝えられた。

原告団らの上京行動開始

5月20日午前、上京した原告・弁護団らを中心に約1300名が厚生労働省前に集まり、早期解決を求める個人請願行動を行った(写真左)。

午後は、社会文化会館において、「大阪・泉南アスベスト被害の早期全面解決を求める大集会」に900名以上が参加した(写真右)。辻恵・民主党副幹事長、佐藤茂樹・公明党大阪府本部代表、山内徳信・社民党参議院議員、吉井英勝・共産党アスベスト対策チーム責任者代理が来賓挨拶、国に控訴断念などを求める集会宣言を採択した。

翌21日には、環境省の石綿健康被害救済小委員会が開催された。この日は、今後の救済制度のあり方に関する議論を行っていく上での検討課題を整理すべく、中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会の古嶋右春さんと飯田浩さん、全建総連・宮本一労働対策部長、尼崎市健康福祉局・鈴木啓史参与からのヒアリングが行われ、途中で中座せざるを得なかったが、泉南の原告らも多数傍聴した。

小委員会では、委員長に促されて環境省事務方が大阪地裁判決の概略を報告。古谷杉郎委員(石綿対策全国連絡会議事務局長)は、「判決は、



5月20日 早期全面解決を求める大集会(東京)

非労働者曝露の原告2名について、アスベストによる病気/健康被害/損害を認めず、入口で排除した。普通ならば、その余は判断するまでもなしとしてもよいところを、たしかに中途半端な言及はあるが、環境省としては、環境行政の責任はまだ十分検討されてはいないと謙虚に受け止めてほしい」と要望した。

浅野直人小委員長(福岡大学法学部教授)も、「多分控訴などはないだろうと信じておりますけれど」と切り出して、「指摘された点については、裁判所からお墨付きをもらったというような理解をしているわけではないと思う」と発言している。

なお、原告団らは、小委員会を中座して厚生労働省におもむき、同省労働基準局総務課調査官らに面会して、控訴を断念し、早期全面解決に応じるよう求めた要請書を手渡した。

解決要求テントを設置

原告団は週末を除き、2日交替での上京行動。弁護団や勝たせる会のメンバーは、週末以外は基本的に東京に残留というかたちで、東京行動が続けられた。「生まれて初めて新幹線に乗り、生まれて初めて東京に出てきた」という方も少なくない。

そういう原告の、厚生労働省前、首相官邸前、国会前での必死の訴えに多くの人々が聞き入り、6月1日までに14号を数えた「泉南アスベスト被害救済 国会通信」の受け取りも非常によかった。

24日には、民主党アスベスト対策推進議員連盟の役員がそろって細川厚生労働副大臣に面会し、



5月25日 厚生労働省一周デモ行進で先頭に立つ原告

「最大限、控訴しないよう前向きに検討してほしい」等と申し入れた。

25日には、民主党大阪府連合会も、民主党本部に控訴しないで早期解決を求める要請。地元の泉南市と阪南市も26日、それぞれの市長と市議会議長の連名で、判決を受け入れて控訴しないよう求める要望書を、厚生労働大臣と環境大臣宛てに送付している。

26日には、正午をはさみ、原告10名と弁護士11名、勝たせる会3名に首都圏建設アスベスト訴訟原告団やじん肺、公害関係団体等約500名が参加して、厚生労働省に訴える大行動と同省をぐるりと一周するデモ行進が行われた(写真左)。

そして26日夕方、厚生労働者向かい側に「解決要求テント」を設置して、不退転の決意を表明した。設置後さっそく、国会議員も含めて多くの方が激励に訪れた(写真右、工藤仁美衆議院議員)。26～27日、あけて31日の夜には、若手弁護士団と勝たせる会のメンバーらがテントに泊り込んだ。

27日には、夜中11時半まで厚生労働省前で訴え続けたところ、遅くまで残業していた職員たちが手をふって激励してくれたという。

28日には、橋下大阪府知事が厚労大臣、環境大臣あてに、「今回の判決を契機に、早期に大阪泉南アスベスト被害を抜本的に解決されること」等とした要望を提出した。

控訴断念報道と関係閣僚会議

28日付けの日本経済新聞朝刊は、「国、石綿訴



5月26日「解決要求テント」を設置、国会議員も激励に

訟控訴せず 関係閣僚きょう調整」と特ダネで報じた。夕刊各紙とテレビがこの報道を追ったが、この日朝の閣議前に開かれた関係閣僚会議の結果は、「いろいろな意見が出ましたが、結論は出ませんでした。私も一定の考えを持って発言いたしました。私も一定の考えを持って発言いたしましたが、まだ、協議事項であり政府全体の議論の中なので、私の考え方というのは今の段階で申し上げるべきではないと思います」(長妻厚生労働大臣の閣議後記者会見)ということであった。

小沢環境大臣は、「長妻大臣が『控訴は断念したい』という発言でありましたが、その主な理由は、今回の泉南の裁判については、他の事例と分けて考えることができるということでございまして、そういった意味では、そういった発言を受けて私からは『長妻大臣の考えを支持をしたい』という発言をいたしました。私の理由は2つ申し上げまして、1つは、今回の泉南の事案、少なくとも厚労省事案は屋内案件でありまして、そういった意味では他の事案に波及する可能性が無いと考えられること。それからもう1つは、環境省の立場から言いますと、いわゆる、原因企業が、この泉南地域ではすでに消滅をしているといった時に、被害者、患者の皆さん方を救うのは政治しか無いではないのですかという発言をいたしましたのでございます」。「千葉さん[法務大臣]は、法務省の事務方から説明があって、全体像の、全体への影響、特に初めての判決でありますので、アスベストに関しては、そういったことの影響というのを考える必要がある、と。こういう意見でした。仙谷[国家戦略担当]大臣は、要するに最終弁論からいわゆる判決に至るまでの期

間がどれぐらいかと聞いた上で、約半年という中で、対応がいま目の前にそういう資料を出されて2日までに決めてくれというもおかしいじゃないかと。もうすこし事前に、いろいろな対応ぶりというのがなきゃおかしい、と。そんなことがあって月曜日にもう1回という話になりました。菅さん〔財務大臣〕も同じ旨の話を言っていました」と発言している。

弁護団総会で首相等宛て要望書

29日には、泉南で原告団総会が開催された。この日の議論の結果に基づいて、原告団・弁護団として、首相及び厚生労働、環境、法務、財務、国家戦略担当の各大臣宛ての要望書を確認した。鳩山首相宛て要望書の内容は、以下のとおりである。

1 要請の趣旨

2010年5月19日に言い渡された大阪・泉南アスベスト国家賠償訴訟の判決を真摯に受け止め、控訴断念を決断されることを心より要請します。

2 要請の理由

2010年5月19日、大阪地方裁判所は、大阪・泉南アスベスト国家賠償訴訟について、国が規制権限行使を怠ったことを明確に認める判決を下しました。私たち原告はこの判決により被害者救済への貴重な光が与えられた思いでした。この判決に励まされて、20日からは病苦をおして上京し、厚生労働大臣をはじめ政府のみなさんに「控訴断念」を連日訴え続けてきました。

5月28日の各紙の報道によれば、関係閣僚会合において、長妻厚生大臣、小沢環境大臣からは、この判決を受け入れ、控訴を断念したいとの意向が表明されたとのことです。私たちは、この報道を見て、再度救済への大きな光を与えられた思いです。

ところが、他の閣僚からは、直ちに決めることはできないなどの慎重論が出されたとのことです。結論は次回閣僚会議に持ち越されたとのことです。そして、最終判断は、鳩山総理大臣において行われると聞いております。

本件を直接担当されておられる厚生労働省、環境



5月29日 原告団総会(泉南、「国会通信」から)

省の大臣自らが、判決結果を真摯に受け止め、控訴断念の意向を表明され、やっと救済の光が見えてきたにもかかわらず、「控訴断念」の結論が先送りにされたことは、誠に残念でなりません。

このたびの判決に至るまでに、既に無念の死を遂げた原告も多く、生存している原告らも高齢化と重篤化に苦しんでいます。司法により国の責任が認められた以上、被害者救済を行うことは、「いのちを大切にする」「いのちを守る」鳩山政権の責務であり、一日たりとも先延ばしにすることは許されません。

これまでの長きにわたる原告らの苦しみに思いをいたし、これ以上、被害者らの苦しみを引き延ばさないでください。控訴断念を訴える原告らの血を吐くような思いを真摯に受け止めてください。原告らの長い辛苦に終止符を打つべく、総理大臣として控訴断念の最終決断をしていただくよう心より要請いたします。

国の控訴決定に抗議



6月1日 不当控訴に抗議する村松昭夫弁護士団主任弁護士



解決要求テントに泊り続けた勝たせる会の澤田慎一郎さん

31日の月曜日に再び上京した原告団らは、さっそく要望省を首相官邸と各省に届けるとともに、「解決要求テント」を再開した。

ところが、この日深夜に原告らは「控訴決定」を知らされる結果になった。

新聞報道によれば、同日夜に再度関係閣僚会議が開かれ、厚生労働大臣が「控訴を断念すべき」と主張、環境大臣も同調したものの、他の閣僚の同意を得られず、最終的に首相から一任された国家戦略担当大臣に判断を任せるかたちで控訴が決まったという。翌日に控訴手続がとられた。

これに対して原告団・弁護団は6月1日、以下の「国の不当控訴に抗議する声明」を発表した。

- 1 国は、5月19日に言い渡された大阪・泉南アスベスト国賠訴訟の判決に対し、被害者の声を一度も聞くことなく、控訴する旨を明らかにした。
- 2 主務官庁である厚生労働省・環境省は、原告被害者らの切実な被害の訴えを受け止め、早くに控訴断念を表明し、また、鳩山政権は、「いのちを守る」ことを公約に掲げていた。
にもかかわらず、今回の控訴は、原告被害者らのこうした期待と信頼を大きく裏切るものであり、絶対に容認することはできない。さらに、「控訴断念・早期解決」の広範な世論にも真っ向から反するものであり、極めて不当である。
- 3 判決は、4年間に及ぶ慎重審理の結果、アスベスト被害における国の責任を明確に断罪する初めての判断を示した。本来であれば、国は、この司法判断を謙虚にかつ真摯に受け止め、早期に被害者救済に踏み出すべきであった。

ところが、国は、この司法判断を踏みにじり、いたずらに被害者の苦しみを引き延ばして、国民のいのちと健康を守る責務を放棄している。

4 私たちは、広範な世論と共に、控訴断念にあと一步のところまで迫った。原告団・弁護団は、引き続き、画期的な一審判決や、厚生労働省・環境省の控訴断念の判断、さらには温かく大きな支援の声に励まされ、原告らの命あるうちの救済を実現するため、一刻も早い政治による解決を求めて全力を尽くす決意である。

控訴後の関係閣僚の発言

6月1日の閣議後の関係閣僚の記者会見の内容を紹介しておこう。

仙谷国家戦略担当大臣—「私の方から、アスベスト訴訟の控訴について、昨夜の段階で、法務省に控訴手続をとるようにという指示をしたという報告と、今、政府相手の訴訟が私の知る限り件数で1万8,000件ぐらいあり、本省・法務省扱いが約2,000件弱ありますが、その中で政治的、社会的な対応が必要な訴訟があるのかどうなのか、その日程管理等を含めた進行管理が、各省の大臣官房でどのようになされているのか、なされていないのか、早急に調べて官房長官まで御報告いただきたいとお願いいたしました」。

長妻厚生労働大臣—「判決の中で、国の責任というのは概ね3つのカテゴリーで認められていると思いますが、それについて明確にしなくてはならない論点があるというようなことがありまして、色々

な意見はありましたが控訴という結論に至ったわけです」。「内閣全体で議論をして、非常に解決が急がれる問題であると思います。ただ、論点を詰めなければ、日本中に多くのアスベスト被害の方がいらっしゃいますので、この地域に限らず全体の中でどう対応して行くのかという大きな問題もあります。その意味では、論点を明確化するというのを含めて控訴するということですので、我々としてはアスベストの問題は、今後とも取り組むべき大きな課題だという認識は持っております」。

小沢環境大臣—「(高裁和解の道を考える余地も残したほうが良いというお考えかと問われて) 今回の大阪の訴訟に関してはですね、一つは屋内という話、それからもう一点は、いわゆる、原因企業が全く消滅してしまっている。そういった中で、本当に大変辛い立場の患者さん、被害者の皆さん達が居るということで有りますので、そこは他の訴訟とは区別をして対応出来るのではないかと、こう思っておりましたので、それを主張して参りましたし、そういった皆さんへの対応というのは、政治しかやる場所が無いんだらうという気持ちには依然として変わりはありません」。

「(今後のアスベストの救済策全体の見直しということも表明されていたと思うかと問われて)それはそれですね、基本的には副大臣級で実務のところを詰めたかと思っていたのですが、昨日ああいふ形で仙谷大臣が引取りましたので、それをどういふふうに合体させていくか、改めて協議が必要だといふふうに思います。私としては、今回は控訴は断念して、一回ここで区切りをとってですね、副大臣級検討チームで全体像の対応策を考えるという話が、私のスケジュール感だったのですけれども、そこは変わっていくんじゃないかなといふふうに思います」。

千葉法務大臣—「この訴訟については、御承知のとおり、原告の皆さんが大変厳しい状況でございます。苦しんでおられるということも十分に承知をしています。その点については、これは最終的に政府全体として方向性を協議させていただいたということですので、共通の認識だと申し上げることができると思います。ただ、アスベスト問題に

ついて、やはり全体として今後どのような対応をしていくのか、そしてまたどのようにして解決、救済を図っていくのかということを考えたときに、論点の整理とか法的に今回の訴訟で示されているところだけを基準にすることができるのかどうかということもありますので、決して何か法的に細かい手続きが云々だから控訴するというのではなくして、むしろ今後の全体的なアスベスト訴訟に対する対応、あるいは救済策というものを何とかトータルな形で図っていくことが必要なのではないかと、そういう意味で、今回の判決の判断基準だけで今決めてしまっているのかという観点で、控訴させていただいたということですので、これからの訴訟と政策的あるいは政府としてのいろいろな対応を早急に議論していくということが大事だと思っています」。

早期解決・対策前進に向けて

これらの発言から、今後の展開を一定程度予想することも可能かもしれない。

いずれにしろ、泉南の原告団らが、解決への確信とたたかい続ける決意を固めて帰っていったことは疑いない。勝訴原告と敗訴原告が分断されずに支え合い、原告と弁護団、勝たせる会等の支援らとの間の信頼関係が明らかに一層かたくなって、激励に訪れた人々に非常によい雰囲気を与えていたことは誰もが認めるところだろう。本人たちが口々に、「自分たちが鍛えられ、成長した」と話していたことも印象的であった。

控訴断念・早期全面解決、さらにはアスベスト対策の抜本見直しに向けて奔走していただいた政務三役や民主党アスベスト対策推進議連をはじめとした国会議員の方々、原告らの東京行動を支えた多くの皆さんにも心から敬意を表したい。

ことはたんに泉南、たんなるアスベスト対策を超えて、政治のあり方をめぐるたたかひの重要な結節点になっていたと感じている。その点では、控訴断念を実現できなかったことは、今後の様々な施策にあたって一定の困難を生じさせるかもしれないし、そのことは重く受け止める必要がある。

しかし同時に、泉南アスベスト被害の早期全面

解決と、様々なアスベスト対策をこれを契機に前進させようという関係者の意思とそのための準備が着実に前進したことも事実である。

むしろ、これからが正念場という決意を固めて、取り組みをすすめていきたい。



泉南アスベスト国賠訴訟・大阪地裁判決 判決の要旨

1 石綿関連疾患についての医学的又は疫学的知見の集積時期並びに被告が石綿粉じんばく露による被害の実態及びそれへの対策の必要性を認識した時期

(1) 石綿関連疾患に関する医学的又は疫学的知見は、石綿肺については昭和34年に、肺がん及び中皮腫については昭和47年に、おおむね集積された。そして、被告は、それぞれの時期において、石綿肺、肺がん及び中皮腫が、石綿粉じんの長期又は多量のばく露によって生ずるものであることを認識するに至ったのであるから、かかる石綿粉じんの職業ばく露（長期又は多量のばく露）を防止する措置を講ずる必要性を認識したものであるべきである。

(2) 戦前の保険院（助川）調査の結果は、初めて石綿粉じんにより石綿肺が起こる可能性を示したデータとしての意義があったものの、医学的又は疫学的知見としては仮説にとどまり、その後の検証を待たなければならぬものであった。したがって、昭和22年に医学的知見が確立していたという原告らの主張は採用することができない。

2 昭和35年の時点における石綿肺防止のための被告の省令制定権限不行使の違法性の有無

(1) 労働大臣は、石綿肺の医学的又は疫学的知見が昭和34年におおむね集積され、石綿粉じんの職業ばく露（長期又は多量のばく露）が石綿肺の原因であること、及び現に相当重大な石綿

肺被害が発生していることを認識するに至ったのであるから、石綿肺の被害の防止策を総合的に講ずる必要性を認識していたといえることができる。したがって、石綿粉じんばく露被害を含むじん肺対策のために旧じん肺法が成立した昭和35年までに、石綿粉じんばく露防止策（発生源対策ないし飛散対策）を策定することが強く求められていたといえることができる。殊に、石綿粉じんばく露による健康被害が、慢性疾患でありかつ不可逆的で重篤化するという特質を有することに照らすと、その対策は喫緊の重要課題であったといえるべきである。他方、使用者としては、上記措置を講ずるために人的、物的、経済的負担を負うことにはなるが、労働大臣としては、それを理由に石綿粉じんにさらされる労働者の健康や生命の安全をないがしろにすることはできないといえるべきである。

(2) 他方で、石綿粉じんばく露防止策の中核である局所排気装置を設置する技術的基盤はあり、粉じんの測定機器も存在し、測定方法や粉じん濃度の評価指標（恕限度）を設定することも可能であったのであるから、旧労基法が粉じん等による危害防止や労働者の健康保持等のために講ずべき措置の基準等を省令に委任した趣旨に照らし、労働大臣には、昭和35年の旧じん肺法成立までに、局所排気装置の設置を中心とする石綿粉じんの抑制措置を使用者に義務付けることが強く求められていた。そして、そのような内容の省令を制定しておけば、その

後の石綿肺罹患の危険性を相当程度低下させること、あるいはその後生じた被害の拡大を相当程度回避し得たものと推認することができる。

- (3) しかるに、労働大臣は、この時点において、かかる省令を制定せず(あるいは旧安衛則を改正せず)、その後、昭和46年に旧特化則において粉じんが発散する屋内作業場について当該発散源に局所排気装置の設置を義務付けるまで、局所排気装置等の設置の義務付けを行わなかった。そのため、全国的に石綿粉じんの抑制が進まず、石綿産業の急成長のもとで石綿粉じんばく露による被害の拡大を招いたというべきである。そうすると、労働大臣が、旧じん肺法制定時までに、省令を制定・改正して、上記措置を具体的に義務付ける規定を置かなかつたのは、旧安衛則の制定・改正権限を定める旧労基法の趣旨、目的や当該権限の性質に照らし、その不行使が許容される限度を逸脱して著しく合理性を欠くもので違法であったというべきである。

3 昭和47年の時点における被告の省令制定権限不行使の違法性の有無

- (1) 前記のとおり、石綿粉じんばく露と肺がん及び中皮腫の発症との間に関連性があるという医学的又は疫学的知見(ただし、中皮腫が低濃度ばく露によっても発症するとする点は除く。)は、昭和47年におおむね集積された。また、粉じん測定機器としてメンブランフィルター法も実用化され、一般の事業場において日常的に、石綿粉じんのみの濃度を測定することが可能になった。

- (2) 特化則においては、石綿を製造し、又は取り扱う屋内作業場について、6か月以内ごとに1回、定期的に、石綿粉じん濃度を測定し、記録を保存することが義務付けられたが(36条1項)、石綿粉じんばく露によって肺がんや中皮腫に罹患することが医学的又は疫学的に明らかになった時期であったから、石綿粉じん被害を予防するため、また、その後の労働安全行政に活用するために、上記測定が実行されることを担保する措置として、測定結果の報告及び改善措置を義務

務付けることが必要であり、また、そのような報告義務、改善義務を課することにさほどの障害があったとは認めがたい。そうすると、これらの措置を義務付けなかったことは、許容される限度を逸脱して著しく合理性を欠くもので違法であったというべきである。

4 環境関係法における規制監督権限の不行使及び立法不作為を理由とする国家賠償責任の有無(争点2)

石綿粉じんによる健康被害の問題が労働者だけでなく、広く一般環境上の問題としてとらえるべきであるとする医学的ないし疫学的な知見が、平成元年までの間に集積されていたことを認めるに足りる証拠はないから、被告に、環境関係法における規制監督権限不行使及び立法不作為の違法があったとはいえない。

5 毒劇法における規制監督権限の不行使を理由とする国家賠償責任の有無(争点3)

毒劇法における「毒物又は劇物」は、急性毒性を発現する物質を予定したものであるが、石綿は「毒物又は劇物」の範ちゅうに含まれるものではなく、これを政令によって劇物と定めて規制の対象とすることは、法律による委任の範囲を超えるものであって許されない。したがって、国賠法上違法とはいえない。

6 情報提供権限不行使ないし情報提供義務違反を理由とする国家賠償責任の有無(争点4)

規制権限の行使とその規制に関する情報提供とは、行政権限の行使においては不可分の関係にある。本件では、前記のとおり、昭和35年ないし昭和47年において、労働関係法における被告の省令制定権限の不行使が著しく合理性を欠くものであったというべきであるから、その関係で、被告には、国民に対する石綿被害ないし危険性に関する適切な情報提供についてもやはりこれを怠ったものといわざるを得ない。ただし、これは、上記の省令制定権限不行使の違法の一要素として評価すべきものと解する。

7 省令制定権限不行使の違法と石綿粉じんばく露による損害との間の因果関係(争点5)

(1) 被告の省令制定権限不行使の違法と、昭和35年以降の時期において石綿粉じんばく露し右綿関連疾患に罹患した労働者である原告ら又はその被相続人ら(後記(2)、(3)の原告らを除く。)の損害との間には、相当因果関係がある。なお、昭和35年から昭和47年までの時点では、石綿粉じんばく露と肺がん、中皮腫及びびまん性胸膜肥厚の発症との間に関連性があるという医学的又は疫学的知見は集積されておらず、また、昭和47年以降も、石綿粉じんばく露とびまん性胸膜肥厚との間に関連性があるという医学的又は疫学的知見が集積されていたと認めるに足りる証拠はない。しかし、いずれの疾病も石綿粉じんの職業ばく露、すなわち長期又は多量のばく露によって生ずるものであり、量-反応関係にあって、その粉じんばく露防止対策は、ばく露抑制という点で共通であるから、その対策に対応する被告の被害に関する予見の内容も、職業ばく露(長期又は多量のばく露)による健康被害というもので足りるのであり、病名、病態のそれぞれについて予見するには及ばないと解すべきであるから、各疾病が昭和35年以降の石綿粉じんばく露により生じたと認められる場合には、被告の省令制定権限不行使を理由とする違法と、これらの疾病との間の相当因果関係は肯定すべきものと解する。

(2) 被告の違法が認められる昭和35年までに石綿事業所の勤務を終え、同年以降に石綿粉じんばく露したことを認めることのできない原告1名については、その請求は理由がない。

(3) 石綿工場の労働者の家族である原告1名については、慢性肺疾患であるびまん性胸膜肥厚又は石綿肺等の所見を認めることができず、現在の重篤な呼吸障害の原因が石綿粉じんばく露によるものであると認めることはできない(父親の損害賠償請求権の相続分については一部理由がある。)

また、石綿工場の近隣で農業を営んでいた住民1名については、旧労基法及び安衛法に

よって保護される地位にない上に、同人の健康被害が石綿粉じんばく露によって生じたものと認めることもできない。したがって、同人の相続人である原告2名の請求はいずれも理由がない。

8 損害(争点6)

(1) 請求の方式の適否及び損害額の算定方法

ア 包括一律請求について

本件のように、石綿粉じんばく露による被害が相当広範な範囲に発生し、被害者、さらには訴訟当事者が多数に及ぶ訴訟においては、1人1人の損害(積極損害、逸失利益等の消極損害)を個々に積み上げていく方式では、立証が困難である上に煩瑣であり、審理が長期化して紛争の解決が甚だしく遅延することとなるおそれ大きい。また、原告らは、石綿工場での石綿粉じんへのばく露という共通の原因により、石綿肺、肺がん、中皮腫又はびまん性胸膜肥厚という石綿関連疾患に罹患したものであり、被害内容をある程度類型化することが可能である。そこで、当裁判所は、認定した原告らあるいはその被相続人らの被害について、類型別に慰謝料として一律評価をした上で、個別の減額事由の有無を考慮することとする。

イ 石綿関連疾患による精神的苦痛及びその金銭評価

石綿肺、肺がん・中皮腫及びびまん性胸膜肥厚という石綿関連疾患に罹患した者は、息切れ等の症状に始まり、肺機能障害等の重篤化に伴い、仕事を断念せざるを得ず、また、家族の援助・看護がなければ日常生活を送ることができず、酸素吸入を必要とするに至るのであり、甚大な肉体的苦痛とともに精神的苦痛を被るようになる。また、石綿関連疾患が不可逆的な進行性の疾患であることに精神的衝撃を受けるだけでなく、周囲の親族等の罹患者が次々と悲惨な最期を遂げていく状況を目の当たりにして、更に将来に強い不安を抱き、また、家族にかける精神的、経済的、肉体的負担に対する深い負い目にもさいなまれている。

このような石綿関連疾患の罹患者の被る精

神的苦痛を金銭評価するにあたっては、同疾患によって受ける精神的苦痛がおおむね、石綿肺等の疾患の亢進具合に相関すると考えられるから、じん肺法が定める管理区分に応じて基準慰謝料額を定めるのが相当と解する。なお、上記石綿関連疾患への罹患による精神的苦痛は、現実に療養を必要とする段階にならなくても、石綿関連疾患全体の進行性、不可逆性といった特質に照らせば、将来の不安自体であっても軽度のものとはいえないから、石綿肺が管理区分2で合併症がない場合であっても相応の慰謝料額を認めるのが相当である。

肺がん、中皮腫及び著しい肺機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚は、じん肺において、著しい肺機能の障害があると認められる場合である管理4と同等のものと認められる。

以上の各事情にかんがみると、前記7(1)記載の原告らあるいは被相続人らについて、基準慰謝料額を以下のとおりとするのが相当である。

管理2で合併症なし	1000万円
管理2で合併症あり	1200万円
管理3で合併症なし	1500万円
管理3で合併症あり	1700万円
管理4、肺がん、中皮腫又は びまん性胸膜肥厚	2000万円
石綿関連疾患による死亡	2500万円

(2) 損害賠償額の修正要素

ア 被告の賠償責任の鐘因

被告は、仮に、本件において、被告が損害賠償責任を負うとしても、被告の責任は、当該石綿作業場を経営する企業が当該労働者に対して安全配慮義務違反に基づく損害賠償責任を負うことを前提として初めて認められる、二次的、補充的な責任にとどまるとして、賠償義務は、使用者等のそれに比して相対的に低い割合に限定されるべきである旨主張する。

しかし、被告と使用者らとの責任は、いわゆる共同不法行為(民法719条)の関係にあるというべきであるから、被告の責任の範囲を減縮する

には、同法719条1項後段を適用するか、類推適用して、被告の責任の範囲を減縮すべき事情を立証すべきであると解する。しかるに、被告の責任の範囲を減縮すべき具体的事情を認めるべき的確な証拠はない。したがって、被告の上記主張は採用することができない。

イ 慰謝料額を減額すべき個別的事由

(ア) 原告らの一部は、労災保険給付等を受領しているが、原告らの請求は、生存する者と死亡した者のそれぞれにつき、その被害全てを総体として把握し、それに対する慰謝料及び弁護士費用について一律の額の請求をするものであり、慰謝料以外の財産上の請求はしないというものである。そして、上記の受給分は、法律的には本件の損害の填補となるものではない。したがって、上記の受給分があるからといって、このことを慰謝料額の算定につき斟酌すべき事由とするのは相当でない。

(イ) 喫煙が肺がん発症のリスクを相当程度高めているという事情を考慮すると、被告に肺がんによる損害の全部を賠償させるのは公平を失するといふべきであるから、喫煙歴のある肺がん患者の損害賠償額を定めるについては、民法722条2項の類推適用により喫煙歴のあることをしん酌するのが相当である。ただし、喫煙量及び喫煙期間と肺がん発症との具体的な相関性までは認めることができないので、減額は、控えめに、かつ、一律にするのが相当であり、損害額の10%を減額することとする。

(ウ) 使用者らであった原告らについて

使用者(ないし事業者)として石綿粉じんばく露により健康被害を被ったことについて、被告に対し省令制定権限の不行使を理由とする国家賠償請求をすることはできないといふべきであるが、労働者としても石綿粉じんばく露した者については、その限りで、被告に対し上記を理由とする国家賠償請求をすることができる。この場合には、使用者として石綿粉じんばく露した期間等を考慮して損害賠償額を定める(減額する)こととする。



脳・心、精神とも認定率減少 就業形態別データ初公表

中分類の上位15業種・職種も公表

厚生労働省は2009年6月14日に、2009年度分の「脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況」を公表した (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000006kgm.html>)。同省自身が指摘する2009年度の特徴は、以下のとおりである。

■ 脳・心臓疾患(「過労死等」事案)

- ① 請求件数は767件であり、前年度に比べ122件(13.7%)減少。
- ② 支給決定件数は293件であり、前年度に比べ84件(22.3%)減少。
- ③ 業種別では請求件数、支給決定件数ともに「運輸業、郵便業」に分類される「道路貨物運送業」が最も多い。
- ④ 職種別では請求件数、支給決定件数ともに「運輸・通信従事者」に分類される「自動車運転者」が最も多い。
- ⑤ 年齢別では請求件数は50～59歳、支給決定件数は40～49歳が最も多い。

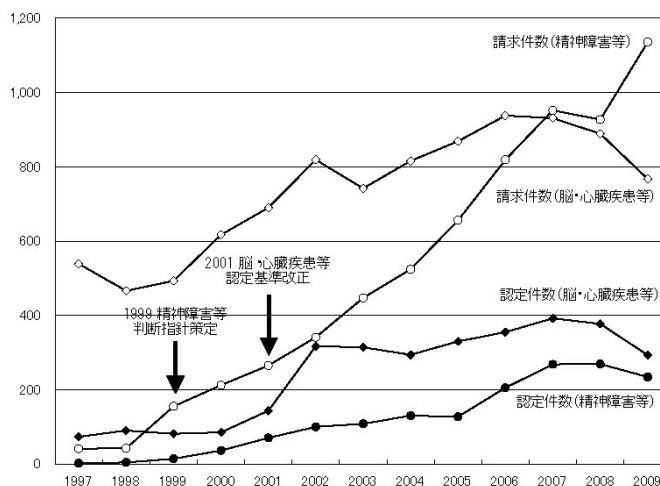
■ 精神障害等の労災補償状況

- ① 請求件数は1,136件であり、前年

度に比べ209件(22.5%)増加。

- ② 支給決定件数は234件であり、前年度に比べ35件(13.0%)減少。
- ③ 業種別では請求件数は「医療、福祉」に分類される「社会保険・社会福祉・介護事業」、支給決定件数は「建設業」に分類される「総合工事業」が最も多い。
- ④ 職種別では請求件数は「事務従事者」に分

図1 脳・心臓疾患及び精神障害等の労災補償状況



脳・心臓疾患、精神障害等の労災補償状況

表1 脳・心臓疾患の労災補償状況①

年度	脳血管疾患						虚血性心疾患等						合計					
	請求件数		認定件数		認定率①		請求件数		認定件数		認定率①		請求件数		認定件数		認定率①	
	内9号		内9号		9号		内9号		内9号		9号		内9号		内9号		9号	
1987	351		42	18	12.0%		148		7	3	4.7%		499		45	21	9.0%	
1988	480		61	14	12.7%		196		20	15	10.2%		676		76	29	11.2%	
1989	538		96	19	17.8%		239		14	11	5.9%		777		107	30	13.8%	
1990	436		77	21	17.7%		161		15	12	9.3%		597		89	33	14.9%	
1991	404		78	24	19.3%		151		15	10	9.9%		555		88	34	15.9%	
1992	328		66	11	20.1%		130		8	7	6.2%		458		73	18	15.9%	
1993	277		59	19	21.3%		103		13	12	12.6%		380		71	31	18.7%	
1994	289		80	23	27.7%		116		12	9	10.3%		405		89	32	22.0%	
1995	403		102	43	25.3%		155		38	33	24.5%		558		135	76	24.2%	
1996	415		87	49	21.0%		163		29	29	17.8%		578		116	78	20.1%	
1997	399	349	88	46	22.1%	13.2%	195	190	31	27	15.9%	14.2%	594	539	115	73	19.4%	13.5%
1998	358	309	90	47	25.1%	15.2%	163	157	44	43	27.0%	27.4%	521	466	133	90	25.5%	19.3%
1999	390	316	95	49	24.4%	15.5%	178	177	37	32	20.8%	18.1%	568	493	127	81	22.4%	16.4%
2000	509	448	96	48	18.9%	10.7%	176	169	41	37	23.3%	21.9%	685	617	133	85	19.4%	13.8%
2001	509	452	150	96	29.5%	21.2%	241	238	49	47	20.3%	19.7%	750	690	197	143	26.3%	20.7%
2002		541	246	202		37.3%		278	120	115		41.4%		819	361	317		38.7%
2003			234	193					119	119				742	353	314		42.3%
2004			198	174					124	122				816	320	294		36.0%
2005			224	210					125	120				869	344	330		38.0%
2006		634	243	225		35.5%		304	133	130		42.8%		938	373	355		37.8%
2007		642	278	263		41.0%		289	131	129		44.6%		931	409	392		42.1%
2008		585	262	249		42.6%		304	131	128		42.1%		889	393	377		42.4%
2009		501		180		35.9%		266		113		42.5%		767		293		38.2%

類される「一般事務従事者」、支給決定件数は「販売従事者」に分類される「商品販売従事者」が最も多い。

⑤ 年齢別では請求件数、支給決定件数ともに30～39歳が最も多い。

図2 脳・心臓疾患及び精神障害等の認定率の推移

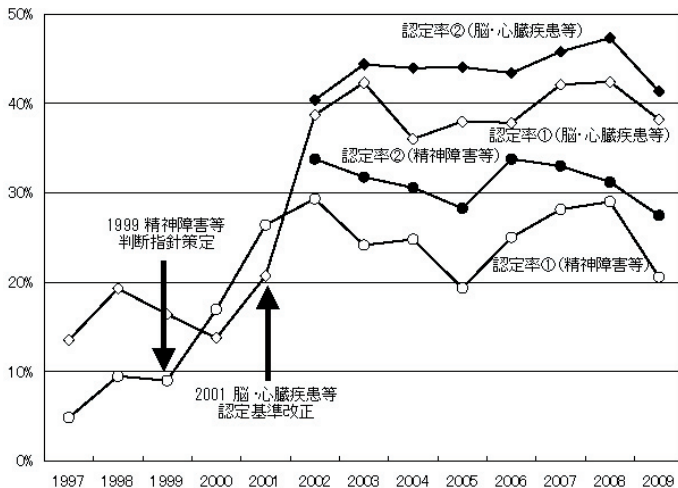


図1でおわりのとおり、精神障害等の請求件数が上昇したほかは、脳・心臓疾患の請求件数及び両者の認定件数、すべて減少している。

4年目になるが、ふたつの「認定率」についても、図2に示した。厚生労働省も2007年度分から、「認定率」を示すようになったが、これは認定率②の方である。

認定率① = 認定(支給決定)件数 / 請求件数

認定率② = 認定(支給決定)件数 / 決定件数(支給決定件数 + 不支給決定件数)

脳・心臓疾患、精神障害等どちらについても、認定率①及び認定率②のいずれもが減少してしまっただけという結果である。

脳・心臓疾患を合わせた死亡事例の認定率(①②とも)が、2008年度に初めて50%を超えたが、2009年度は再び50%を割ってしまっている(表1②参照)。

精神障害等の自殺事例の認定率②のみが、2008年度よりも上昇して、2007年度の水準に近づいた(表2)。

なお、表1及び表2の空欄は、データが未公表であることを示している。虫食い状態になっているのは、年によって公表されるデータが異なっているからである。

表3及び表5には、業種別、職種別、年齢別、生死/自殺別のデータを示した(「生死別」は最近公表されなくなっているが、合計数から

「死亡」、「自殺」を差し引いて編集部で作表しているもの)。2002年度分までは、性別及び疾患別のデータも公表されていたのだが、2003年度分から公表されなくなってしまうまでである。

代わって、今年度初めて、上位15位までの中分類による業種及び職種のデータが示されたので、支給決定件数について、表4及び表6として示した。

中分類の業種でいうと、道路貨物運送業、道路

表1 脳・心臓疾患の労災補償状況②

年度	脳血管疾患及び虚血性心疾患等(9号)					脳血管疾患及び虚血性心疾患等(9号)内死亡						
	請求 件数	決定件数			認定率 ②	認定率 ①	請求 件数	決定件数			認定率 ②	認定率 ①
		合計	支給	不支給				合計	支給	不支給		
2002	819	785	317	468	40.4%	38.7%	355	379	160	219	42.2%	45.1%
2003	742	708	314	394	44.4%	42.3%	319	344	158	186	45.9%	49.5%
2004	816	669	294	375	43.9%	36.0%	335	316	150	166	47.5%	44.8%
2005	869	749	330	419	44.1%	38.0%	336	328	157	171	47.9%	46.7%
2006	938	818	355	463	43.4%	37.8%	315	303	147	156	48.5%	46.7%
2007	931	856	392	464	45.8%	42.1%	318	316	142	174	44.9%	44.7%
2008	889	797	377	420	47.3%	42.4%	304	313	158	155	50.5%	52.0%
2009	767	709	293	416	41.3%	38.2%	237	253	106	147	41.9%	44.7%

表2 精神障害等の労災補償状況

年度	精神障害等										
	請求件数		決定件数		認定件数		不支給決定件数		認定率	認定率	認定率
		内自殺		内自殺		内自殺		内自殺	①	②	②自殺
1987	1	(1)			1	(0)			100%		
1988	8	(4)			0	(0)			0.0%		
1989	2	(2)			1	(1)			50.0%		
1990	3	(1)			1	(1)			33.3%		
1991	2	(0)			0	(0)			0.0%		
1992	2	(1)			2	(0)			100%		
1993	7	(3)			0	(0)			0.0%		
1994	13	(5)			0	(0)			0.0%		
1995	13	(10)			1	(1)			7.7%		
1996	18	(11)			2	(1)			11.1%		
1997	41	(30)			2	(2)			4.9%		
1998	42	(29)			4	(3)			9.5%		
1999	155	(93)			14	(11)			9.0%		
2000	212	(100)			36	(19)			17.0%		
2001	265	(92)			70	(31)			26.4%		
2002	341	(112)	296	(124)	100	(43)	196	(81)	29.3%	33.8%	34.7%
2003	447	(122)	340	(113)	108	(40)	232	(73)	24.2%	31.8%	35.4%
2004	524	(121)	425	(135)	130	(45)	295	(90)	24.8%	30.6%	33.3%
2005	656	(147)	449	(106)	127	(42)	322	(64)	19.4%	28.3%	39.6%
2006	819	(176)	607	(156)	205	(66)	402	(90)	25.0%	33.8%	42.3%
2007	952	(164)	812	(178)	268	(81)	544	(97)	28.2%	33.0%	45.5%
2008	927	(148)	862	(161)	269	(66)	593	(95)	29.0%	31.2%	41.0%
2009	1,136	(157)	852	(140)	234	(63)	618	(77)	20.6%	27.5%	45.0%

旅客運送業、総合工事業、飲食店、その他の小売業、専門サービス業(他に分類されないもの)、食料品製造業、社会保険・社会福祉・介護事業の8業種が、脳・心臓疾患及び精神障害等のいずれにおいても上位15業種に名を連ねている。

同様に中分類の職種では、自動車運転者、一般事務従事者、会社・団体等管理者、その他の管理的職業従事者、営業・販売事務従事者、情報処理技術者、建築・土木・測量従事者、機械・電気

脳・心臓疾患、精神障害等の労災補償状況

表3 脳・心臓疾患の認定事例の分析

1 業種別

年度	林業	漁業	鉱業	製造業	建設業	運輸業	電気・ガス・水道・熱供給業	卸売・小売業	金融・保険業	教育・学習支援業	医療・福祉	情報通信業	飲食店、宿泊業	上記以外の事業	合計
1996	1	2	0	11	10	15	1	6	1	4	1			26	78
1997	1	0	1	12	10	12	0	6	2	1	2			26	73
1998	1	0	0	16	9	13	0	14	1	2	5			29	90
1999	0	0	0	19	5	11	0	9	2	1	4			30	81
2000	0	0	0	24	10	14	0	8	2	0	1			26	85
2001	0	0	0	34	12	28	0	23	2	3	5			36	143
2002	0	1	1	57	33	72	0	60	4	4	4			81	317
2003			5	50	32	82	0	62	6	5	8	8	11	45	314
2004			3	64	29	71		48	3	5	3	10	13	45	294
2005			4	60	35	85		57	3	5	4	5	22	50	330
2006			0	39	37	97		74	4	8	9	8	19	60	355
2007			3	74	50	101		65	1	9	15	6	21	47	392
2008			2	48	42	99		62	2	5	15	11	39	52	377
2009			1	32	30	85		46	2	2	9	9	21	56	293
合計			26	540	344	785	1	540	35	54	85			812	3,222

注) 業種については、おおむね「日本産業分類」により分類しているとされる。

2 職種別

年度	専門技術職	管理職	事務職	販売職	サービス	運輸・通信業	技能職	その他	合計
1996	3 3.8%	17 21.8%	19 24.4%	2 2.6%	1 1.3%	13 16.7%	12 15.4%	11 14.1%	78 100.0%
1997	10 13.7%	27 37.0%	14 19.2%	1 1.4%	0 0.0%	9 12.3%	10 13.7%	2 2.7%	73 100.0%
1998	10 11.1%	26 28.9%	21 23.3%	3 3.3%	3 3.3%	7 7.8%	18 20.0%	2 2.2%	90 100.0%
1999	12 14.8%	20 24.7%	15 18.5%	5 6.2%	2 2.5%	12 14.8%	8 9.9%	7 8.6%	81 100.0%
2000	15 17.6%	20 23.5%	16 18.8%	3 3.5%	3 3.5%	12 14.1%	6 7.1%	10 11.8%	85 100.0%
2001	25 17.5%	26 18.2%	18 12.6%	5 3.5%	6 4.2%	30 21.0%	20 14.0%	13 9.1%	143 100.0%
2002	41 12.9%	71 22.4%	57 18.0%	20 6.3%	17 5.4%	62 19.6%	34 10.7%	15 4.7%	317 100.0%
2003	40 12.7%	63 20.1%	32 10.2%	29 9.2%	19 9.2%	80 25.5%	34 10.8%	7 2.2%	314 100.0%
2004	53 18.0%	53 18.0%	20 6.8%	26 8.8%	27 5.8%	74 25.2%	42 14.3%	9 3.1%	294 100.0%
2005	44 13.3%	62 18.8%	33 10.0%	38 11.5%	23 7.0%	82 24.8%	34 10.3%	14 4.2%	330 100.0%
2006	44 12.4%	53 14.9%	49 13.8%	37 10.4%	25 7.0%	90 25.4%	44 12.4%	13 3.7%	355 100.0%
2007	71 18.1%	51 13.0%	33 8.4%	43 11.0%	29 7.4%	93 23.7%	57 14.5%	15 3.8%	392 100.0%
2008	59 15.6%	51 13.5%	42 11.1%	41 10.9%	40 10.6%	98 26.0%	39 10.3%	7 1.9%	377 100.0%
2009	36 12.3%	30 10.2%	37 12.6%	37 12.6%	26 8.9%	85 29.0%	35 11.9%	7 2.4%	293 100.0%
合計	463 14.4%	570 17.7%	406 12.6%	290 9.0%	221 6.9%	747 23.2%	393 12.2%	132 4.1%	3,222 100.0%

注) 職種については、おおむね「日本標準職業分類」により分類し、1~7以外の業職種をその他としている。

専門技術職とは、情報処理技術者(プログラマー等)医師、教員などであり、技能職とは、重機オペレーターや大工などである。

技術者、社会福祉専門職業従事者、接客・給仕職業従事者の10職種が、脳・心臓疾患及び精神障害等のいずれにおいても上位15業種に名を連ねている。

また、2007年度分から、「1か月平均の時間外労働時間数別認定件数」が公表されており、表7及び表9に示した。

表中の「その他」は、脳・心臓疾患の場合は、「認定要件のうち、『異常な出来事』又は『短期間の加

重業務』により支給決定された事案」、精神障害等の場合は、「出来事による心理的負荷が極度であると認められる事案等、時間外労働時間数に関係なく業務上と判断した事案」の件数である。

一方で、「審査請求事案の取消決定等による認定件数」が、2004~2008年度分について示され、脳・心臓疾患、精神障害等とも審査請求等による「逆転認定」が増加傾向にあることが注目されていたのだが、今回は公表されていない。

3 年齢別

4 生死別

年度	29歳以下		30～39歳		40～49歳		50～59歳		60歳以上		合計	生存		死亡	合計			
1996	7	9.0%	11	14.1%	21	26.9%	31	39.7%	8	10.3%	78	100.0%	42	53.8%	36	46.2%	78	100.0%
1997	2	2.7%	14	19.2%	23	31.5%	27	37.0%	7	9.6%	73	100.0%	26	35.6%	47	64.4%	73	100.0%
1998	5	5.6%	13	14.4%	32	35.6%	37	41.1%	3	3.3%	90	100.0%	41	45.6%	49	54.4%	90	100.0%
1999	4	4.9%	12	14.8%	23	28.4%	33	40.7%	9	11.1%	81	100.0%	33	40.7%	48	59.3%	81	100.0%
2000	4	4.7%	17	20.0%	28	32.9%	30	35.3%	6	7.1%	85	100.0%	40	47.1%	45	52.9%	85	100.0%
2001	8	5.6%	33	23.1%	38	26.6%	49	34.3%	15	10.5%	143	100.0%	85	59.4%	58	40.6%	143	100.0%
2002	19	6.0%	49	15.5%	90	28.4%	128	40.4%	31	9.8%	317	100.0%	157	49.5%	160	50.5%	317	100.0%
2003	13	4.1%	52	16.6%	83	26.4%	132	42.0%	34	10.8%	314	100.0%	156	49.7%	158	50.3%	314	100.0%
2004	16	5.4%	48	16.3%	78	26.5%	121	41.2%	31	10.5%	294	100.0%	144	49.0%	150	51.0%	294	100.0%
2005	15	4.5%	49	14.8%	95	28.8%	143	43.3%	28	8.5%	330	100.0%	173	52.4%	157	47.6%	330	100.0%
2006	11	3.1%	64	18.0%	104	29.3%	141	39.7%	35	9.9%	355	100.0%	208	58.6%	147	41.4%	355	100.0%
2007	16	4.1%	54	13.8%	115	29.3%	163	41.6%	44	11.2%	392	100.0%	250	70.4%	142	40.0%	392	100.0%
2008	8	2.1%	62	16.4%	116	30.8%	142	37.7%	49	13.0%	377	100.0%	219	58.1%	158	41.9%	377	100.0%
2009	11	3.8%	57	19.5%	90	30.7%	87	29.7%	48	16.4%	293	100.0%	187	63.8%	106	36.2%	293	100.0%
合計	139	4.3%	535	16.6%	936	29.1%	1,264	39.2%	348	10.8%	3,222	100.0%	1,761	54.7%	1,461	45.3%	3,222	100.0%

表4-1 脳・心臓疾患の支給決定件数の多い業種
(中分類、上位15業種、2009年度)

	業種(大分類)	業種(中分類)	件数
1	運輸業、郵便業	道路貨物運送業	65
2	運輸業、郵便業	道路旅客運送業	19
3	建設業	総合工事業	18
3	宿泊業、飲食サービス業	飲食店	18
5	サービス業 (他に分類されないもの)	その他の事業サービス業	13
6	卸売・小売業	機械器具小売業	10
6	卸売・小売業	その他の小売業	10
6	学術研究、専門・ 技術サービス業	専門サービス業 (他に分類されないもの)	10
9	卸売・小売業	飲食料品卸売業	8
9	卸売・小売業	飲食料品小売業	8
11	建設業	職別工事業 (設備工事業を除く)	6
11	建設業	設備工事業	6
11	情報通信業	情報サービス業	6
11	生活関連サービス業、娯楽業	娯楽業	6
14	製造業	食料品製造業	5
14	医療、福祉	社会保険・社会福祉・ 介護事業	5

表4-2 脳・心臓疾患の支給決定件数の多い職種
(中分類、上位15職種、2009年度)

	職種(大分類)	職種(中分類)	件数
1	運輸・通信従事者	自動車運転者	84
2	販売従事者	商品販売従事者	33
3	事務作業	一般事務従事者	25
4	管理的職業従事者	会社・団体等管理職員	17
5	サービス職業従事者	飲食物調理従事者	10
6	管理的職業従事者	その他の管理的 職業従事者	9
6	事務作業	営業・販売事務従事者	9
8	専門的・技術的職業従事者	情報処理技術者	7
8	専門的・技術的職業従事者	建築・土木・測量技術者	7
8	専門的・技術的職業従事者	機械・電気技術者	7
8	サービス職業従事者	その他のサービス 職業従事者	7
8	生産工程・労務作業(1-3 採 掘・建設・労務作業)	建設作業(建設躯体工 事作業を除く)	7
13	専門的・技術的職業従事者	社会福祉専門職業 従事者	6
14	サービス職業従事者	接客・給仕職業従事者	5
14	保安職業従事者	その他の保安職業 従事者	5

代わりにというわけでもないだろうが、今回初めて、「就業形態別決定及び支給決定件数」が示されたので、表8及び表10に示してある(表の「注」は、18頁の下に記載)。

都道府県別の請求、決定、支給決定件数も公表されているが、示していない。発表内容自体は、以下で入手することができる。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/>

2r9852000006kgm.html

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



脳・心臓疾患、精神障害等の労災補償状況

表5 精神障害等の認定事例の分析

1 業種別

年度	林業	漁業	鉱業	製造業	建設業	運輸業	電気・ガス・水道・熱供給業	卸売・小売業	金融・保険業	教育・学習支援業	医療・福祉	情報通信業	飲食店・宿泊業	上記以外の事業	合計
1999	0	0	0	2	6	1	0	1	0	0	0			4	14
2000	0	1	0	5	10	2	0	5	2	0	5			6	36
2001	0	0	1	16	8	6	1	9	2	1	11			15	70
2002	0	1	0	15	13	18	2	8	7	4	3			29	100
2003			1	27	10	9	0	11	3	3	11	9	7	17	108
2004			0	33	20	11		20	4	1	20	1	6	14	130
2005			0	26	12	15		16	9	2	13	10	6	18	127
2006			2	38	19	20		20	5	7	27	13	10	44	205
2007			0	59	33	24		41	13	8	26	11	6	47	268
2008			3	50	22	23		48	11	12	26	17	14	43	269
2009			2	43	26	23		36	10	4	21	12	15	42	234
合計			11	314	179	152	3	215	66	42	163			416	1,561

注) 業種については、おおむね「日本産業分類」により分類しているとされる。

2 職種別

年度	専門技術職	管理職	事務職	販売職	サービス	運輸・通信業	技能職	その他	合計
1999	4 28.6%	3 21.4%	0 0.0%	1 7.1%	1 7.1%	1 7.1%	4 28.6%	0 0.0%	14 100.0%
2000	12 33.3%	10 27.8%	2 5.6%	4 11.1%	1 2.8%	0 0.0%	3 8.3%	4 11.1%	36 100.0%
2001	16 22.9%	15 21.4%	11 15.7%	8 11.4%	4 5.7%	5 7.1%	8 11.4%	3 4.3%	70 100.0%
2002	21 21.0%	18 18.0%	19 19.0%	4 4.0%	13 13.0%	9 9.0%	11 11.0%	5 5.0%	100 100.0%
2003	29 26.9%	14 13.0%	9 8.3%	10 9.3%	12 11.1%	8 7.4%	24 22.2%	2 1.9%	108 100.0%
2004	43 33.1%	9 6.9%	14 10.8%	16 12.3%	11 8.5%	12 9.2%	24 18.5%	1 0.8%	130 100.0%
2005	40 31.5%	14 11.0%	17 13.4%	10 7.9%	13 10.2%	12 9.4%	20 15.7%	1 0.8%	127 100.0%
2006	60 29.3%	24 11.7%	34 16.6%	14 6.8%	17 8.3%	16 7.8%	33 16.1%	7 3.4%	205 100.0%
2007	75 28.0%	18 6.7%	53 19.8%	29 10.8%	10 3.7%	22 8.2%	60 22.4%	1 0.4%	268 100.0%
2008	69 25.7%	22 8.2%	45 16.7%	33 12.3%	27 10.0%	20 7.4%	51 19.0%	2 0.7%	269 100.0%
2009	65 27.8%	22 9.4%	40 17.1%	32 13.7%	14 6.0%	16 6.8%	44 18.8%	1 0.4%	234 100.0%
合計	434 27.8%	169 10.8%	244 15.6%	161 10.3%	123 7.9%	121 7.8%	282 18.1%	27 1.7%	1,561 100.0%

注) 職種については、おおむね「日本標準職業分類」により分類し、1~7以外の業職種をその他としている。

専門技術職とは、情報処理技術者(プログラマー等)医師、教員などであり、技能職とは、重機オペレーターや大工などである。

3 年齢別

年度	29歳以下	30~39歳	40~49歳	50~59歳	60歳以上	合計	自殺	自殺以外	合計
1999	4 28.6%	3 21.4%	3 21.4%	3 21.4%	1 7.1%	14 100.0%	11 78.6%	3 21.4%	14 100.0%
2000	7 19.4%	8 22.2%	11 30.6%	6 16.7%	4 11.1%	36 100.0%	19 52.8%	17 47.2%	36 100.0%
2001	24 34.3%	20 28.6%	11 15.7%	11 15.7%	4 5.7%	70 100.0%	31 44.3%	39 55.7%	70 100.0%
2002	25 25.0%	25 25.0%	23 23.0%	20 20.0%	7 7.0%	100 100.0%	43 43.0%	57 57.0%	100 100.0%
2003	25 23.1%	40 37.0%	21 19.4%	19 17.6%	3 2.8%	108 100.0%	40 37.0%	68 63.0%	108 100.0%
2004	26 20.0%	53 40.8%	31 23.8%	16 12.3%	4 3.1%	130 100.0%	45 34.6%	85 65.4%	130 100.0%
2005	37 29.1%	39 30.7%	25 19.7%	20 15.7%	6 4.7%	127 100.0%	42 33.1%	85 66.9%	127 100.0%
2006	39 19.0%	83 40.5%	36 17.6%	33 16.1%	14 6.8%	205 100.0%	66 32.2%	139 67.8%	205 100.0%
2007	67 25.0%	100 37.3%	61 22.8%	31 11.6%	9 3.4%	268 100.0%	81 30.2%	187 69.8%	268 100.0%
2008	71 26.4%	74 27.5%	69 25.7%	43 16.0%	12 4.5%	269 100.0%	66 24.5%	203 75.5%	269 100.0%
2009	56 23.9%	75 32.1%	57 24.4%	38 16.2%	8 3.4%	234 100.0%	63 26.9%	171 73.1%	234 100.0%
合計	381 24.4%	520 33.3%	348 22.3%	240 15.4%	72 4.6%	1,561 100.0%	507 32.5%	1,054 67.5%	1,561 100.0%

次頁表8及び10の注 雇用形態の区分は以下のとおりである。

- 1 正規職員・従業員—一般職員又は正社員などと呼ばれているフルタイムで雇用されている労働者。
- 2 契約社員—専門的職種に従事させることを目的に雇用され、雇用期間の定めのある労働者。

3 派遣労働者—労働者派遣法に基づく労働者派遣事業所に雇用され、そこから派遣されて働いている労働者。

4 パート・アルバイト—就業の時間や日数に関係なく、勤め先で「パートタイマー」、「アルバイト」又はそれらに近い名称で呼ばれている労働者。

表6-1 精神障害等の支給決定件数の多い業種
(中分類、上位15業種、2009年度)

	業種(大分類)	業種(中分類)	件数
1	建設業	総合工事業	15
2	運輸業、郵便業	道路貨物運送業	13
3	情報通信業	情報サービス業	11
3	医療、福祉	医療業	11
5	宿泊業、飲食サービス業	飲食店	10
5	医療、福祉	社会保険・社会福祉・介護事業	10
7	建設業	設備工事業	8
7	卸売・小売業	その他の小売業	8
9	運輸業、郵便業	道路旅客運送業	7
9	卸売・小売業	各種商品小売業	7
9	金融・保険業	保険業(保健媒介代理業、保健サービス業を含む)	7
9	学術研究、専門・技術サービス業	専門サービス業(他に分類されないもの)	7
13	製造業	食料品製造業	6
13	製造業	電気機械器具製造業	6
13	製造業	輸送用機械器具製造業	6

表6-2 精神障害等の支給決定件数の多い職種
(中分類、上位15職種、2009年度)

	職種(大分類)	職種(中分類)	件数
1	販売従事者	商品販売従事者	27
2	事務作業者	一般事務従事者	25
3	運輸・通信従事者	自動車運転者	14
4	専門的・技術的職業従事者	情報処理技術者	13
5	専門的・技術的職業従事者	建築・土木・測量技術者	10
5	管理的職業従事者	会社・団体等管理職者	10
5	管理的職業従事者	その他の管理的職業従事者	10
8	専門的・技術的職業従事者	社会福祉専門職業従事者	9
8	専門的・技術的職業従事者	機械・電気技術者	9
8	専門的・技術的職業従事者	その他の専門的職業従事者	9
11	事務作業者	営業・販売事務従事者	8
12	専門的・技術的職業従事者	保健師、授産師、看護師	7
12	サービス職業従事者	接客・給仕職業従事者	7
14	販売従事者	販売類似職業従事者	5
14	生産工程・労務作業者(I-3採掘・建設・労務作業者)	食料品製造作業者(精穀・製粉・調味食品製造作業者を除く)	5

表7 脳・心臓疾患で「長期間の過重業務」により支給決定された事案
(1か月平均の時間外労働時間数別)

区分	年度	平成19年度		平成20年度		平成21年度	
		うち死亡	うち死亡	うち死亡	うち死亡		
45時間未満	0	0	1	0	0	0	
45時間以上～60時間未満	0	0	1	1	1	0	
60時間以上～80時間未満	28	16	21	10	17	11	
80時間以上～100時間未満	135	54	131	62	119	44	
100時間以上～120時間未満	91	25	103	41	76	20	
120時間以上～140時間未満	39	12	49	22	30	15	
140時間以上～160時間未満	34	15	31	11	19	6	
160時間以上	35	7	24	6	18	6	
その他	30	13	16	5	13	4	
合計	362	129	361	153	293	106	

表9 精神障害等で支給決定された事案
(1か月平均の時間外労働時間数別)

区分	年度	平成19年度		平成20年度		平成21年度	
		うち自殺(未遂を含む)	うち自殺(未遂を含む)	うち自殺(未遂を含む)	うち自殺(未遂を含む)		
20時間未満	72	5	69	7	16	3	
20時間以上～40時間未満	20	7	9	4	6	0	
40時間以上～60時間未満	11	8	10	4	5	2	
60時間以上～80時間未満	17	9	15	7	8	2	
80時間以上～100時間未満	27	11	22	8	12	3	
100時間以上～120時間未満	39	20	31	15	24	13	
120時間以上～140時間未満	17	4	24	7	20	10	
140時間以上～160時間未満	12	4	10	4	11	2	
160時間以上	16	9	20	5	9	4	
その他	37	4	59	5	123	24	
合計	231	77	210	61	234	63	

表8 脳・心臓疾患の就業形態別決定及び支給決定件数一覧

区分	年度	決定件数		支給決定件数	
		うち死亡	うち死亡	うち死亡	うち死亡
正規職員・従業員	577	220	270	104	
契約社員	22	7	1	0	
派遣労働者	8	1	2	0	
パート・アルバイト	48	14	8	1	
その他(特別加入者等)	54	11	12	1	
合計	709	253	293	106	

表10 精神障害等の就業形態別決定及び支給決定件数一覧

区分	年度	決定件数		支給決定件数	
		うち死亡	うち死亡	うち死亡	うち死亡
正規職員・従業員	731	133	207	60	
契約社員	30	0	0	0	
派遣労働者	30	4	4	2	
パート・アルバイト	54	0	15	0	
その他(特別加入者等)	7	2	2	1	
合計	852	139	234	63	

自殺・うつ病等対策PTが報告 定期健診項目で不調者把握?

メンタルヘルス対策局が申し入れ 職場メンタルヘルス対策検討会立ち上げ

厚生労働省は5月28日、自殺・うつ病等対策プロジェクトチームのとりまとめを発表した。厚生労働省がこの問題に省内の垣根を超えて取り組もうとしていることは大いに評価も期待もしたい。

しかし、この検討の過程で、「労働者の健康診断の項目にうつ病を加えることが可能かどうか、来年度の法改正も含めて検討していく」と報じられたことは気になった。そこで、全国安全センター・メンタルヘルス・ハラスメント対策局では、われわれの懸念をまとめて、4月28日付けで厚生労働省に後継のような要請書を送った。何らかの懸念をもったのはわれわれだけではなかったようで、4月27日に共同通信が以下のような記事を配信している。

「政府の自殺予防策が『うつの早期発見』と『精神科受診』に偏重し、精神科医による向精神薬の過剰投与が逆に自殺を招いているとして、自殺問題や精神保健医療に携わる市民団体が27日、厚生労働省に対策の見直しを求める陳情をした。

陳情人の一人で、仙台市を中心に遺族からの相談に応じている「全国自死遺族連絡会」世話人

の田中幸子さんによると、2006年7月から1016人の自殺者遺族に聞き取りをし701人(69%)が精神科による投薬治療中に自殺したことが分かったという。

田中さんは、医療機関は向精神薬を処方しなければ赤字になる構造があると指摘。これを改善せずに精神科受診率向上を求める自殺対策では『自殺が減るわけがない』と述べ、うつを招く社会的要因の除去に力を入れるべきだと求めた。」

厚生労働省は、プロジェクトチームのとりまとめを受けて5月31日に、「職場におけるメンタルヘルス対策検討会」を立ち上げた。検討項目・内容は、以下のとおりとされている。

(1) 労働者のメンタルヘルス不調の把握方法について

労働安全衛生法に基づく定期健康診断において、労働者が不利益を被らないよう配慮しつつ、効果的にメンタルヘルス不調者を把握する方法について検討する。

(2) 把握後適切に対応するための実施基盤の整

備について

メンタルヘルス不調者の把握後、事業者による労働時間の短縮、作業転換、職場復帰等の対応が適切に行われるよう、メンタルヘルスの専門家と産業医を有する外部機関の活用、産業医の選任義務のない中小規模事業場における医師の確保に関する制度等について検討する。また、外部機関の質を確保するための措置についても検討する。

特に、メンタルヘルス不調者の把握及び対応においては、実施基盤の整備が必要であることから、これらについて十分な検討を行う。

(3) その他

地域と職域との連携の強化等について検討する。

第2回検討会は6月7日開催とテンポの速い進められ方になりそうで、社会的関心の高さを反映して傍聴者も多い。メンタルヘルス・ハラスメント対策局のメンバーも、これをしっかりフォローしながら、必要に応じて申し入れ等を行う予定でいる。

検討会のメンバーは、以下のとおりである。

- ◎相澤 好治 北里大学医学部長
五十嵐千代 東京工科大学産業保健実践研究センター長
石井 正三 社団法人日本医師会常任理事
石井 妙子 太田・石井法律事務所弁護士
市川 佳子 日本労働組合総連合会総合労働局雇用法制対策局局长
岡田 邦夫 大阪ガス株式会社人事部健康開発センター統括産業医
生越 照幸 四方・生越法律事務所弁護士
川上 憲人 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野教授
北村 尚人 三菱重工工業株式会社人事部健康管理センター主席衛生部員
椎葉 倫代 新日鉄ソリューションズ株式会社人事部健康・厚生グループシニアマネージャー保健師
下光 輝一 東京医科大学主任教授
中野 義和 株式会社ギャラクシイ管理部長
三柴 丈典 近畿大学法学部准教授

堀江 正知 産業医科大学産業生態科学研究所所長

(敬称略、五十音順、◎座長)

4.28 厚生労働省への申し入れ

貴職の日ごろのご活躍に敬意を表します。

新聞報道や本省担当者(労働衛生課)に確認したところ、大臣が自殺やうつ病対策として、企業の健診にうつ病をはじめとする精神疾患の項目を入れるという考え方を示され、法改正も含めて検討に入ったとのこと。私たちは、企業がメンタルヘルス対策に取り組むことは歓迎すべきことであり、またその必要性を従来から強く求めてきました。

1 精神疾患と安全衛生法の定期健診はなじまない

企業健診のスタッフに精神科医を加えて、精神疾患に関するどのような検査が可能だとお考えなのでしょうか。あるいは現行の企業健診における問診で、自覚症状の訴えを聞くことで、何が可能だとお考えなのでしょうか。厚生省の労働者健康状況調査においても、強い不安、悩み、ストレスを感じている労働者は、すでに1983年に50%を超え、1997年以降は60%に達し、2007年もほぼ60%です。私たちが調査した事業所では、70%に達したところもありました。重要なのは、このような状況にどう対応してゆけばよいかです。

そもそも精神医学における異常・正常判定の難しさについて、野村総一郎教授(防衛医大)は次のように述べられています。「精神科にあっては、異常・正常の判定は何にも優る最大の関心事ではない。つまり精神医療の究極の目的は、『医学の方法によって心の悩みをいかに解決するか』であって、第一線の現場では案外『正常か異常か』がいまいなまま、事が進められる場合すらある。『正常か異常か』が意識されるのは、あくまでも『診断』が治療上役立つ場合、疾患の病因を解明する研究的な視点や、精神医学の知識が司法に必要となる場合などである」。

また、多くの大企業では、名称についてさまざまな工夫がなされながら、メンタルヘルスの相談窓口を設置していますが、私たちの知る限り、十分な成果を上げているところは少ないようです。例えば、神奈川労災職業病センターに寄せられるメンタルヘルス相談の大企業労働者の占める割合が、他疾病と比べても、非常に多い実態があります。もしも十分な成果を上げられている事例があるのであれば、ぜひ厚生労働省で情報収集して、広く周知して下さるようお願いしたいところです。精神疾患の検査の義務付けよりも、企業にとってはるかに有用な資料になると考えます。

2 個人の健診よりも職場の労働条件対策の義務付けを

私たちは、企業の労使が共同でメンタルヘルス対策に取り組むことの必要性を強く求めてきました。働く人たちの間で激増し、問題になっているうつ病は、従来その中心的疾患とされた大うつ病ではなく、いわゆる現代型とされる葛藤型うつ病（笠原・木村分類）や、ストレス性反応性うつ病です。それらの背景には、金融不況や経営悪化によるリストラ、人減らし、賃金カットなど、働く人たちの直撃し、厳しくなる一方の労働条件があります。

そこで、厚生労働省が既に公表している「メンタルストレス対策における基本的考え方」や、「事業所における労働者の健康づくりのための指針」に基づく安全衛生活動を、企業に義務付ける必要があると考えます。

「メンタルストレス対策における基本的考え方」の原典は海外の研究者のものであり、すでに多くの国で安全衛生対策として取り入れられています。それは、1次予防（職場ストレス要因の把握・予防対策）、2次予防（早期発見・早期対応）、3次予防（職場復帰・再発予防）の3つの枠組みからなっています。そして、先進的な国や地域の安全衛生活動では、1次予防に力点が置かれるようになっていきます。日本における先進的な企業の安全衛生活動の方向性も同じです。現代型のうつ病は薬剤が効きにくく、いったん発病すると長期化する傾向があるからです。

この予防の分類の重要な点は、活動対象の違いにあります。1次予防は、職場環境、技術、作業編成の改善であって、職場全体への目配りが必要になります。それに対して、2、3次予防の対象は個々の働く人です。いずれをとっても労使の取り組みが重要であることは言うまでもありません。

私たちが相談を受けるのは、仕事が原因となっているものが多く、労災請求するために精神科医に協力を求めることもあります。専門家に任せないかたちで、職場として2次予防につながる取り組みも広がりつつあります。ところが残念ながら、精神科医の意見のみに依存した結果、1次予防や3次予防に進まずに、病人探しから選別排除の方向に向かう傾向が非常に強いのです。中途半端な健康診断は、労働者への差別や雇用を脅かす恐れすらあります。

3 現状を克服するために

あらためて強調したいのは、現行の厚生労働省のメンタルヘルス対策の通達類を、事業所労使の手で実行されていけば、状況改善の方向性は明らかになるはずだということです。通達の内容に法的拘束力を持たせて、強力な行政指導が必要です。

例えば、3次予防として、少なくとも労災認定された労働者については、労働基準法19条の解雇制限に基づく休業中の身分保障のみならず、リハビリ就労や職場復帰後の労働条件整備を義務付けるような法改正が望まれます。それが1次予防として、当該職場全体の改善にもつながるはず。あるいは、産業保健推進センター内に設置された「メンタルヘルス対策支援センター」の相談活動や事業所訪問活動が実効性を上げることを期待するものです。

今回の大臣の発言は、「自殺・うつ病対策プロジェクトチーム」での議論を元に行っているようです。今回の健診項目の件も、その中間報告に盛り込まれるとのこと。上記プロジェクトチームでの議論は十分承知していませんが、職場の取り組みとしては健診ではなく、むしろ上記のような視点からの「自殺・うつ病対策」となることを強く要請致します。



誰もが安心して生きられる、 温かい社会づくりを目指して ～厚生労働省における自殺・うつ病等への対策～

平成22年5月28日

厚生労働省 自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム

はじめに

我が国の自殺者数が平成21年に32,845人となり、平成10年以来12年連続で3万人を超える深刻な事態となっている。先進7か国の中では、我が国の自殺率は最も高く、15歳から34歳までの若い世代の死因で自殺がトップなのは我が国のみである。

現政権では、昨年11月に『自殺対策100日プラン』を、本年2月に『いのちを守る自殺対策緊急プラン』をまとめ、3月を「自殺対策強化月間」として睡眠キャンペーンを中心とする取組を集中的に行ってきた。

先頃警察庁から公表された4月の自殺者数（暫定値）は2,493人と、前年同期比18.7%減少し、政権交代後の昨年9月から本年4月までの8か月では自殺者数が前年同期比で6.9%減少している。これが「自殺対策強化月間」などをはじめとする取組の直接の効果であるかどうかは慎重な検証が必要ではあるものの、「いのちを守る」という強いメッセージが一定の効果を上げていると考えられる。今後とも、強い気持ちを持って、「生きる支援」として自殺対策を推進していくことが必要である。

自殺に至るには平均4つの要因が背景にあると言われ、警察庁統計でも自殺の原因として健康問

題、経済・生活問題、勤務問題等の割合が高くなっている。自殺対策はもとより厚生労働省の取組のみで完結するものではなく、多重債務者への対応、学校における心の健康づくり推進体制の整備など、内閣府を中心として政府全体で取り組むものであるが、厚生労働省は、医療、福祉、労働、年金など、一人の人間の一生をトータルに支える責務を有しており、自殺対策を行う上で果たすべき役割は重い。

厚生労働省では、本年1月に本プロジェクトチームを立ち上げ、3回に渡る有識者の方々からのヒアリング、意見交換を含めて計5回会合を行ってきた。また、この間、3月30日に「自殺対策強化のための基礎資料」の公表を行ったほか、4月9日のナショナルミニマム研究会において生活保護受給者の自殺者数についての資料を公表した。

また、英国で行われたように、我が国においても、自殺やうつ病が社会経済に与える影響を数量化することは、対策を強化していく上で重要であり、現在検討を進めているところである。

これらを踏まえ、今後、厚生労働省が自殺対策に取り組む指針として、本プロジェクトチームのとりまとめを行う。

I 自殺の実態等

自殺・うつ病等対策PTのとりまとめ

内閣府及び厚生労働省は、今後の自殺対策の推進に資するため、警察庁から提供を受けた平成21年の自殺統計データ(暫定値)や人口動態統計の詳細な分析を行い、本年3月30日、「自殺対策強化のための基礎資料」を公表した。また、4月9日には、生活保護受給者の自殺者数の調査結果を公表した。あわせて、雇用保険受給中の自殺について調査を行い、民間団体が行っている自殺実態調査に関する分析結果の報告も受けた。これらの実態分析の結果から導き出すことができる以下の視点を踏まえ、II以降の今後の対策につなげていくこととする。

- 地域や時期によって、自殺者の数や属性(年代、職業等)は大きく異なっている。そのため自殺対策も、自殺の地域的/時節的な特徴があるという前提で、その変化を迅速に捉えながら実施する必要があり、そのための体制作りが急務となっている。
- 無職男性の自殺死亡率は極めて高く、35歳から54歳までの年齢階級では、有職者の約5倍となっており、無職者対策、とりわけ支援につながるためのゲートキーパー機能(自殺のサインに気付き、見守りや助言を行い、相談支援につなぐ役割)の充実が必要である。
- 近年、有職者全般、特に一部の業種や職種において自殺死亡率が高まっており(農林漁業職・サービス職では以前から自殺死亡率が高かったが、平成10年代にさらに上昇。専門・技術職、管理職では平成10年代に入り急激に上昇)、職場における対策の充実が必要である。
- 配偶者と離別した無職者の自殺死亡率は多くの年齢階級で最も高く、35歳から54歳までの年齢階級では、離別した男性無職者の自殺死亡率は有配偶の男性有職者の約20倍となっており、地域から孤立している方へのアプローチ手段の充実が必要である。
- 月別でみると3月の自殺が最も多く、3~6月にかけてが年間の自殺者数を引き上げている。また、曜日別でみると月曜日が最も多く、土曜日が最も少ない。さらに、月×曜日別でみると、3月の月曜日が最も多く、12月の土曜日が最も少ない。

3月に自殺が多くなる職業は、「被雇用者・勤め人」と「自営業者家族従事者」。また、「主婦等」は4~5月に、「失業者・年金・雇用保険等生活者」は5~6月に自殺が多くなる。

健康問題による自殺は冬場(1~2月、11~12月)に相対的に少なく、経済・生活問題による自殺は年度末~新年度に相対的に多い。

3月の自殺対策強化月間にとどまることなく、夏場から秋にかけても対策を継続していくことが重要であることが分かる。

- 生活保護受給者の自殺死亡率は全体の自殺死亡率よりも高く(※)、被保護者数に占める精神疾患及び精神障害を有する方の割合は全人口に占める精神疾患患者の割合よりも高い。生活保護受給者に対する精神面での支援体制の強化が必要であることが分かる。

(※)生活保護受給者の自殺死亡率については、平成22年1月に全国の自治体に依頼し、福祉事務所から都道府県本庁を通じて報告があったものを集計したもの。

- 職業等の属性によって、自殺に至る経路や要因は異なる。例えば「被雇用者・勤め人」は、配置転換や転職等による「職場環境の変化」がきっかけとなって自殺に追い込まれるケースが多い。失業者は、「失業→生活苦→多重債務→うつ→自殺」といった経路をたどるケースが多い。各地域で対策に取り組む際は、そうした実態を踏まえて必要な連携を図っていく必要がある。
- なお、雇用保険受給中の自殺についての調査結果をみると、離職日から死亡日までの期間についてはばらつきがあり、傾向は特に見られなかった。また、例えば、雇用保険の所定給付日数が330日の方のうち、離職日から90日以内に死亡した方が過半数を超えるなど、雇用保険の給付状況と死亡との関係も当該調査からは見受けられなかった。画一的でなく個々人の状況に応じたタイミングで自殺防止のための支援が必要と考えられる。

今回のPTでは、内閣府及び厚生労働省が連携して分析を行い、より詳細な実態が明らかとなった。今後とも、内閣府と密接な連携をとり、また、

調査研究の有効な活用に加え、民間団体による優れた調査等も活用しながら自殺の実態の一層の把握に努め、対策の充実につなげていく。

＜プロジェクトチームでの意見＞

- 徹底した実態解明に基づく戦略的な対策の立案が急務。(第1回清水氏)
- 正確な調査に基づく対策作りが必要。(第2回大野氏)
- 実態調査・研究の深化とそのための支援が必要。(第2回河西氏)

II 今後の対策について

人口動態統計調査の分析結果等から明らかとなった自殺の実態や、ヒアリングにおける様々な意見を踏まえ、今後、厚生労働分野においては、以下の五本柱に沿った重点的な対策を講ずることとする。

＜今後の自殺防止のための 厚生労働省の対策五本柱＞

- 柱1 普及啓発の重点的実施
～当事者の気持ちに寄り添ったメッセージを発信する～
- 柱2 ゲートキーパー機能の充実と地域連携体制の構築
～悩みのある人を、早急に必要支援につなぐ～
- 柱3 職場におけるメンタルヘルス対策・職場復帰支援の充実
～一人一人を大切にする職場づくりを進める～
- 柱4 アウトリーチ(訪問支援)の充実
～一人一人の身近な生活の場に支援を届ける～
- 柱5 精神保健医療改革の推進
～質の高い医療提供体制づくりを進める～

柱1 普及啓発の重点的実施

～当事者の気持ちに寄り添った
メッセージを発信する～

自殺は、3月だけではなく夏場から秋にかけても引き続き多い状況が続く。3月の自殺対策強化月間にとどまることなく、今後も「いのちを守る」というメッセージを発信し続ける。

その際、うつ病等にかかっても「支えられている」という安心感を持ってもらえるよう、支援施策が一目で分かるような工夫をする。また、自治体が自殺対策に取り組みやすい環境を整えていく。

(1) 睡眠キャンペーンの継続的実施

本年3月の自殺対策強化月間において行った主に中高年男性向けの睡眠キャンペーンを継続して実施し、「不眠が2週間以上続く場合は、うつのサインかも。かかりつけのお医者さんへ」といった分かりやすいメッセージの発信を続ける。

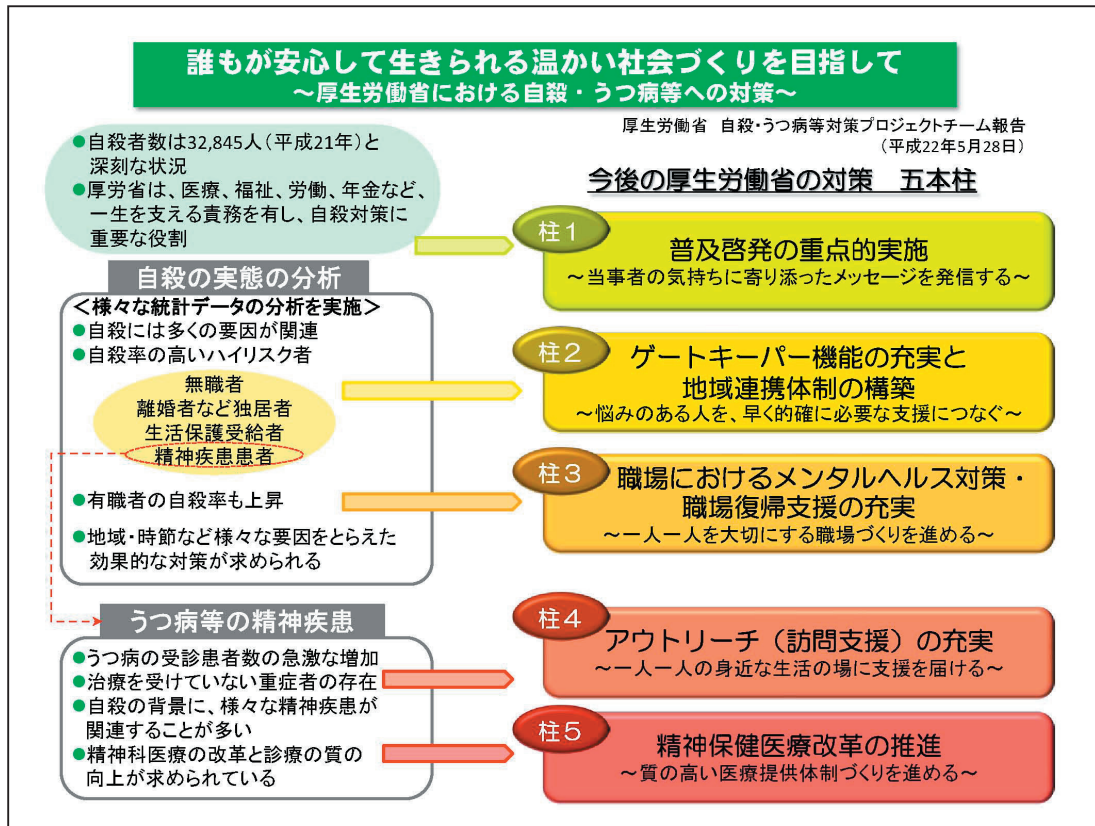
(2) 当事者が相談しやすくなるようなメッセージの発信

例えば、「死にたいと思うことは誰にだってある。だから話そう」「全国に、あなたをサポートする窓口があります」といったような、相談する上での心理的な敷居を下げる工夫をしたメッセージを発信する。

(3) うつ病を含めた精神疾患に関するウェブサイトの開発

平成21年度に厚生労働省ホームページに開設した「心の健康」のページを充実し、うつ病を含めた精神疾患に関する正しい情報や、利用できる医療・福祉・労働・年金等に関する各種情報を、それぞれのニーズに応じて的確かつ簡単に検索できるようにする。うつ病等の方々が、支援策にたどり着きやすい環境を整える。

その際、特に、精神疾患が発病しやすい時期に当たる10代、20代の若者とそれに深く関わる家族等について、重点的な対象として位置付けて、普及啓発を実施する。



また、併せて、中高年の自殺との関係が示唆されているアルコール問題について、リーフレットの配布等を通じた普及啓発を強化する。

さらに、各地域の精神科や心療内科の情報や連絡先が、とりわけ深夜等の緊急時でも、簡単に見つけられるようにする。

＜プロジェクトチームでの意見＞

- うつ病に関する普及啓発を適切に行うべき。
(第3回坂元氏)

(4) 「生きる支援」の総合検索サイトの拡充

民間団体による、様々な分野の生きる支援や相談機関に関する情報をウェブ上で簡単に総合的に検索できる環境を整備・拡充する取組の支援を図る。

＜プロジェクトチームでの意見＞

- 「生きる支援」の総合検索サイトの拡充を

図るべき。(第1回清水氏)

(5) 都道府県等に対する効果的な自殺対策の周知

自殺対策は、一律の対策ではなく地域の実情に応じた対策の立案が必要であるのに対し、どのような対策に効果があるのか分からず取組が進みにくい自治体もある。「地域自殺対策緊急強化基金」を活用して、都道府県等が地域の自殺の実態を踏まえたより効果的な自殺対策を実施できるよう、毎月警察庁から提供される市区町村単位の自殺者統計を分析したデータやこれまでの調査研究の成果の周知・普及を図る。

＜プロジェクトチームでの意見＞

- 地域における複合的な自殺対策が必要。
(第2回大野氏)
- すでに効果を上げている自殺対策を普及

誰もが安心して生きられる温かい社会づくりを目指して
～厚生労働省における自殺・うつ病等への対策～

厚生労働省
自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム報告
(平成22年5月28日)

柱1 普及啓発の重点的実施
～当事者の気持ちに寄り添ったメッセージを発信する～

- 睡眠キャンペーンの継続的実施
- 当事者が相談しやすくなるようなメッセージの発信
- うつ病を含めた精神疾患に関するウェブサイトの開発
- 「生きる支援」の総合検索サイトの拡充
- 都道府県等に対する効果的な自殺対策の周知
- ハローワークにおける失業者への情報提供方法の充実

柱2 ゲートキーパー機能の充実と
地域連携体制の構築
～悩みのある人を、早く的確に必要な支援につなぐ～

- ＜うつ病等の精神疾患にかかっている方を対象に＞
- 都道府県・市町村における精神保健体制の充実
 - かかりつけ医と精神科医の地域連携の強化
- ＜主として、求職中の方を対象に＞
- ハローワーク職員の相談支援力の向上
 - 都道府県等が行う心の健康相談等へのハローワークの協力
 - 求職者のストレスチェック及びメール相談事業の実施
 - 生活福祉・就労支援協議会の活用
- ＜主として、一人暮らしの方を対象に＞
- 地域における孤立防止等のための支援
- ＜生活保護を受給している方を対象に＞
- 生活保護受給者への相談・支援体制の強化

柱3 職場におけるメンタルヘルス対策・
職場復帰支援の充実
～一人一人を大切にす職場づくりを進める～

- 管理職に対する教育の促進
- 職場のメンタルヘルス対策に関する情報提供の充実
- 職場におけるメンタルヘルス不調者の把握及び対応
- メンタルヘルス不調者に適切に対応出来る産業保健スタッフの養成
- 長時間労働の抑制等に向けた働き方の見直しの促進
- 配置転換後等のハイリスク期における取組の強化
- 職場環境に関するモニタリングの実施
- 労災申請に対する支給決定手続きの迅速化
- うつ病等による休職者の職場復帰のための支援の実施
- 地域・職域の連携の推進

柱4 アウトリーチ（訪問支援）の充実
～一人一人の身近な生活の場を支援を届ける～

- 精神疾患の未治療・治療中断者等へのアウトリーチの充実

柱5 精神保健医療改革の推進
～質の高い医療提供体制づくりを進める～

- 「認知行動療法」の普及等のうつ病対策の充実
- 自殺未遂者に対する医療体制の強化
- 治療を中断した患者へのフォロー体制の確立
- 精神保健医療改革の方向性の具体化

自殺・精神疾患の社会的経済的コストの推計を行う

し活用すべき。(第2回河西氏)

- 自殺対策には自治体間で温度差がある。地域の自殺対策の充実が必要(第3回坂元氏)
- 地域レベルでの啓発活動は自殺予防に有効。(第3回本橋氏)
- 一律の対策でなく地域の実情に応じた対策の立案が必要。(第3回本橋氏)
- 心といのちを考える会の活動紹介。市民手作りによる喫茶店等を常設し、若者や高齢者が気軽に悩みを相談できる場を作るべき。(第4回袴田氏)
- 白浜レスキューネットワークの活動紹介。自殺企図者については、社会復帰ができるまでの衣食住、時間、お金が必要。(第4回藤藪氏)

(6) ハローワークにおける失業者への情報提供方法の充実

失業後、時期を追って変化する失業者の心理状況にあわせた情報の提供を図る。特に、再就職が決まらないストレスから就職意欲が大きく低下した段階や経済的困窮、あるいは雇用保険の受給終了に伴い支援情報とのつながりが希薄になること等から失業者が孤立に陥らないように、地域の様々な相談機関の連絡先や関係制度等をまとめたリーフレット等を住居と生活にお困りの方に対する相談窓口で配付するなど、必要な対象者に対する的確な周知を図る。

＜プロジェクトチームでの意見＞

- 失業者への情報提供のあり方を工夫すべき。(第2回清水氏)

柱2 ゲートキーパー機能の充実と 地域連携体制の構築 ～悩みのある人を、早急に 必要な支援につなぐ～

実態分析等から分かったハイリスクの方々(例えば、うつ病等にかかっている、無職である、配偶者と離別し一人暮らしである)ができる限り早く必要な支援につながるよう、その方の置かれている状況に応じて、きめ細かなゲートキーパー機能の充実を図る。

また、ゲートキーパーを通じて、ハイリスクの方々が行政の然るべき窓口や地域の様々な相談機関に、迅速かつ的確につながっていけるよう、相談機関同士の地域連携体制を構築する。

その際、自ら相談に出向くことができない方々もいることから、アウトリーチ(訪問支援)の視点も重要である。

<うつ病等の精神疾患に かかっている方を対象に>

(1) 都道府県・市町村における精神保健体制の充実

都道府県におけるうつ病等の精神疾患への対応強化や、市町村における自殺担当部局の設置などに向け、都道府県及び市町村における精神保健・自殺対策の一層の推進を図るため保健師等の人員・体制の充実を検討する。

<プロジェクトチームでの意見>

- 自殺対策には自治体間で温度差がある。
地域の自殺対策の充実が必要(第3回坂元氏)

(2) かかりつけ医と精神科医との地域連携の強化

「富士モデル」のような、睡眠キャンペーンの受け皿となる「かかりつけ医と精神科医」との連携を各地域で強化する。不眠を訴えて受診したうつ病等の方々が、確実に精神科につながるような紹

介システムを構築する。

<プロジェクトチームでの意見>

- ハイリスク者を確実に精神科医療につなぐ仕組みが必要。(第2回清水氏)

<主として、求職中の方を対象に>

(3) ハローワーク職員の相談支援力の向上

ハローワーク職員への職業相談技能の研修において実施しているメンタルヘルスに関する研修やキャリア・コンサルティング研修等の内容の充実、工夫を行うこと等により、職員一人ひとりの相談支援力の向上を図る。これにより、求職者の言動からうつのサインを読み取り、適切な対応ができるようにする。

(4) 都道府県等が行う心の健康相談等へのハローワークの協力

都道府県等が地域自殺対策緊急強化事業等により、求職者に対し心の健康相談等を行う場合に、ハローワークにおいて、相談場所の提供、求職者に対する周知等の協力を引き続き実施する。

(5) 求職者のストレスチェック及びメール相談事業の実施

ハローワークに来所する求職者自らがストレスチェックを行い、高いストレスがある場合に、メールで相談を行う「求職者のストレスチェック及びメール相談事業」の周知の強化を図ること等により、高いストレスを持つ求職者の専門的支援機関への誘導等を引き続き実施する。

(6) 生活福祉・就労支援協議会の活用

住居・生活支援アドバイザーがハローワークにおける住居と生活にお困りの方に対する総合相談窓口として機能し、心の健康や多重債務等に関する地域の相談機関や関係制度と円滑に連携を図れるように、生活福祉・就労支援協議会の活用を図る。

<主として、一人暮らしの方を対象に>

(7) 地域における孤立防止等のための支援

地域において見守り等を通じて一人暮らし世帯等のニーズを把握し支援に取り組むためのモデル事業（「安心生活創造事業」）を引き続き実施し、地域住民と行政の協働による地域づくりのノウハウについて一定の標準化を行い全国に普及する。

<生活保護を受給している方を対象に>

(8) 生活保護受給者への相談・支援体制の強化

福祉事務所における精神保健福祉士等の専門家の配置の充実、救護施設への精神保健福祉士の配置等による機能強化等を通じた、精神疾患を有する生活保護受給者への相談・支援体制の充実について、検討する。

自治体と協議し、地域で活動する保健師等との連携を強化する。

柱3 職場におけるメンタルヘルス対策 ・職場復帰支援の充実

～一人一人を大切に作る職場づくりを進める～

近年、有職者全般の自殺死亡率が高まっているとの実態分析を踏まえ、職場におけるメンタルヘルス対策及びうつ病等による休職者の職場復帰の支援の充実を図ることが急務である。

(1) 管理職に対する教育の促進

日常的に部下と接している職場の管理職は、部下のメンタルヘルス不調の早期発見、早期対応や、職場のストレス要因の把握や改善に重要な役割を持つことから、中小規模事業場等の職場の管理職に対する教育を促進する。

<プロジェクトチームでの意見>

- 中小企業の労働者へのメンタルヘルスケアが必要。(第2回河西氏)

(2) 職場のメンタルヘルス対策に関する情報提供の充実

中小規模事業場の担当者等、職場のメンタルヘルス対策を実施する者が、メンタルヘルスに関する様々な知識を容易に習得することができるようにするため、メンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」にeラーニングの機能を付加する等、内容の充実を図る。

<プロジェクトチームでの意見>

- 中小企業の労働者へのメンタルヘルスケアが必要。(第2回河西氏)

(3) 職場におけるメンタルヘルス不調者の把握及び対応

労働安全衛生法に基づく定期健康診断において、労働者が不利益を被らないよう配慮しつつ、効果的にメンタルヘルス不調者を把握する方法について検討する。

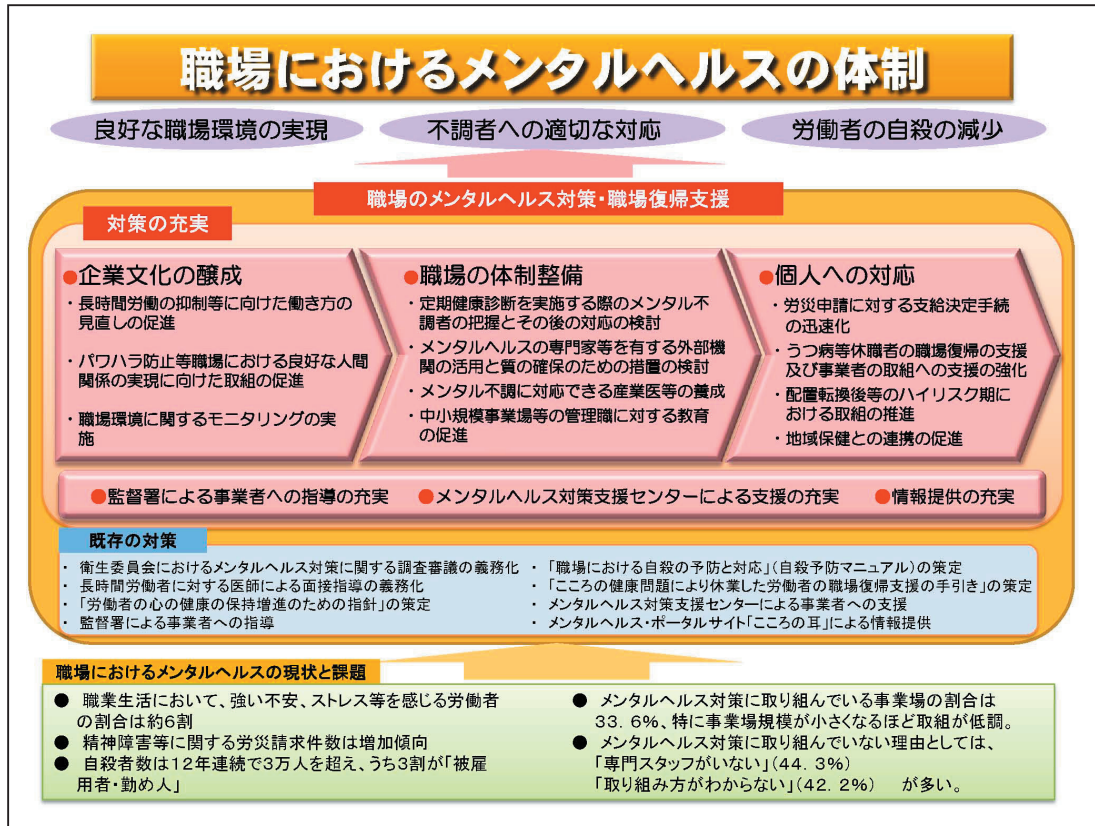
また、メンタルヘルス不調者の把握後、事業者による労働時間の短縮、作業転換、休業、職場復帰等の対応が適切に行われるよう、メンタルヘルスの専門家と産業医を有する外部機関の活用、産業医の選任義務のない中小規模事業場における医師の確保に関する制度等について検討する。また、外部機関の質を確保するための措置についても検討する。特に、メンタルヘルス不調者の把握及び対応においては、実施基盤の整備が必要であることから、これらについて十分な検討を行う。

<プロジェクトチームでの意見>

- 中小企業の社員へのメンタルヘルスケアが必要。(第2回河西氏)
- 定期健康診断項目の追加検討が必要。(第2回清水氏)
- 定期健康診断におけるメンタルヘルス不調の把握に当たっては、労働者が不利益を被らないようにすることが必要。(第3回生越氏)

(4) メンタルヘルス不調者に適切に対応できる産業保健スタッフの養成

メンタルヘルス不調者への対応が適切に行われるよう、産業医、中小規模事業場において対応する医師等に対するメンタルヘルスに関する研修



を実施する。

＜プロジェクトチームでの意見＞

- 中小企業の社員へのメンタルヘルスケアが必要。(第2回河西氏)
- 定期健康診断項目の追加検討が必要。(第2回清水氏)
- 定期健康診断におけるメンタルヘルス不調の把握に当たっては、労働者が不利益を被らないようにすることが必要。(第3回生越氏)
- 産業保健師はうつ病・自殺予防対策に有効。(第4回五十嵐氏)

(5) 長時間労働の抑制等に向けた働き方の見直しの促進

今後の景気回復期も含め、長時間労働を抑制し、年次有給休暇の取得促進を図るため、労働

時間等の設定改善に向けた環境整備を推進する。

また、パワハラの防止等職場における良好な人間関係の実現に向けた労使の取組を支援する。

＜プロジェクトチームでの意見＞

- 過重労働対策の強化が必要。(第3回生越氏)

(6) 配置転換後等のハイリスク期における取組の強化

民間団体が行っている自殺の実態調査から、配置転換や転職等による「職場環境の変化」がきっかけとなってうつになり自殺する人が少なくないことが分かっている。そうした実態を踏まえて、配置転換後等のハイリスク期におけるメンタルヘルスに関する取組を強化し、問題が悪化する前に支援へとつなげる。

失業者への総合的な支援体制

求職活動の円滑化

求職者の心の健康状態の改善

失業者の自殺の減少

ハローワークにおける求職者の専門的支援機関への誘導機能の強化

●求職者のストレスチェック及びメール相談事業の周知の強化

- ・ハローワークに来所する求職者自らがストレスチェックを行い、高いストレスがある場合に、メールで専門のカウンセラーに相談を行うことができる事業の周知の強化

●都道府県等が行う心の健康相談等へのハローワークの協力

- ・地域自殺対策緊急強化事業等による地方公共団体の取組みへの協力として、ハローワークにおいて、求職者への取組みの周知を行い、保健師等による心の健康相談（巡回相談）を実施

●失業者の孤立防止のための情報提供方法の充実

- ・ハローワークにおける地域の各種相談機関の連絡先等をとりまとめたリーフレットの配付等

●ハローワーク職員の相談支援力の向上

- ・メンタルヘルスに関する職員研修の充実等による職員の相談支援力の向上

●生活福祉・就労支援協議会の活用

- ・住居・生活支援アドバイザーが地域の相談機関等と円滑な連携を図り、総合相談窓口として機能するように、生活福祉・就労支援協議会を活用

失業者の心の健康確保に係る課題等

- 無職者の自殺死亡率は全体の自殺死亡率よりも高い。（35～54歳の年齢階級の男性では、有職者の約5倍）
- 自殺に至る失業者は、「失業→生活苦→多重債務→うつ→自殺」といった経路をたどるケースが多い。
- 求職者の中には、求職活動に不利になると考え、心の悩みを打ち明けることに強い抵抗感を持つ者が少なくない。

<プロジェクトチームでの意見>

- 労働者が自殺に至る経緯を踏まえた対策が必要。（第1回清水氏）

(7) 職場環境に関するモニタリングの実施

デンマークの「労働環境法」を参考にしながら、事業場の労働環境評価についてのガイドラインを策定し、労働者の健康を守るという観点で、心理社会的職場環境についてモニタリングを行う。（例えば、まずは「月80時間以上の時間外労働を許容している事業場」や「過重な労働等による業務上の疾病を発症させた事業場」等についてサンプル調査を行う。）

また、環境保全への取組のように、心理社会的職場環境を整えることが企業イメージの向上につながるよう優れた取組を行っている事業場の公表等を実施する。

<プロジェクトチームでの意見>

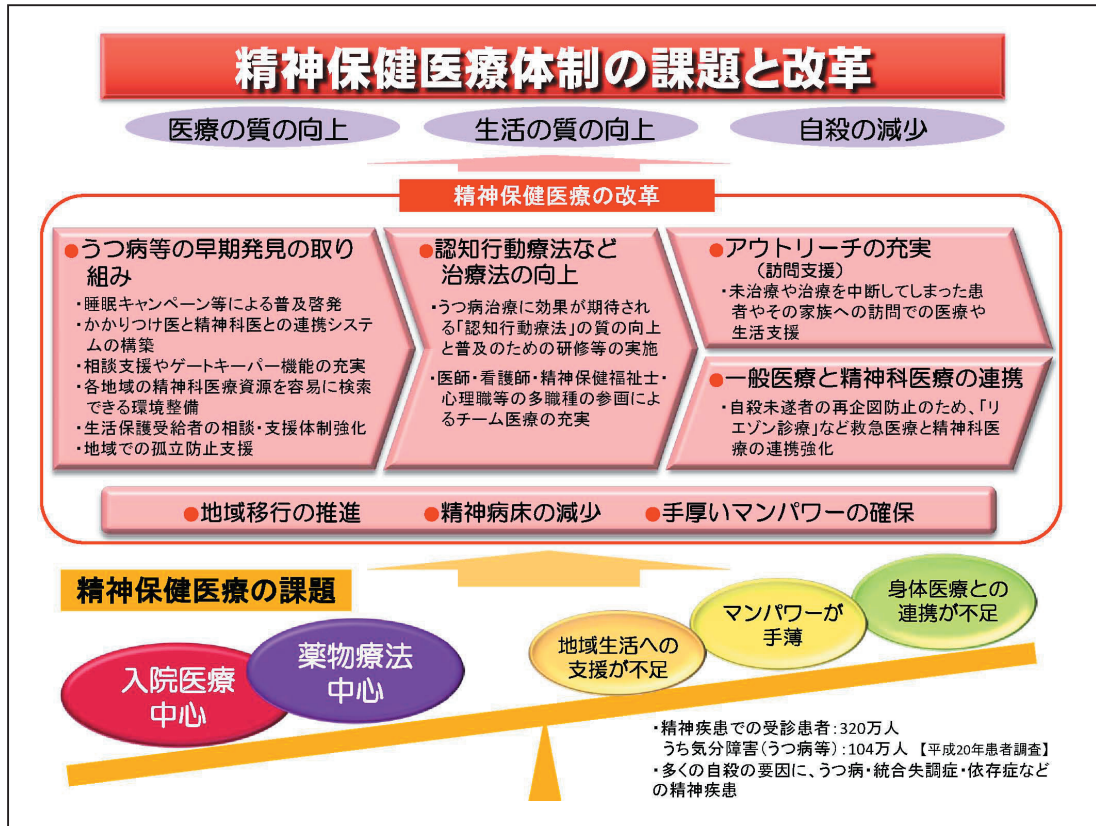
- 労働者個人へのメンタルヘルス対策と併せて、デンマークのように労働者の職場環境へのモニタリングも必要。（第4回清水氏）

(8) 労災申請に対する支給決定手続の迅速化

業務上のストレスによりうつ病等を発症した労働者が的確な治療及び円滑な職場復帰等に向けた支援を受けられるよう労災申請に対する、支給決定手続の迅速化を進める。

(9) うつ病等による休職者の職場復帰のための支援の実施

全国の地域障害者職業センターにおいてうつ病等による休職者の職場復帰支援を引き続き実施し、休職者本人、事業主、主治医の3者の合意のもと、生活リズムの立直し、体調の自己管理・ストレ



ス対処等適応力の向上、職場の受入体制の整備に関する助言等を行い、うつ病等による休職者の円滑な職場復帰を支援する。

このほか、医療機関と職場の十分な連携の下、休業者の回復状況に的確に対応した職場復帰支援プランの策定、実施等の取組を広く普及するため、事業者の取組に対する支援を行う。

＜プロジェクトチームでの意見＞

- 生活支援、就労支援、治療支援など精神障害者への地域での手厚い支援が必要。(第2回大野氏)
- ストレスフルな職場からの離脱可能性や、職場復帰のための十分な療養機会を確保すべき。(第3回生越氏)

(10) 地域・職域の連携の推進

休職や離職をした方に対し継続的に相談支援

を提供できるよう、中小民間企業等を対象とした相談支援や地域づくり、人材育成など、地域（市町村・保健所・病院及び診療所の医師等）と職域との連携の強化等について検討する。

＜プロジェクトチームでの意見＞

- 産業保健師と地域保健師が連携して、ハイリスク者へのケアを行うべき。(第4回五十嵐氏)

柱4 アウトリーチ(訪問支援)の充実

～一人一人の身近な生活の場に支援を届ける～

精神疾患を持ちながら治療に至っていない、あるいは、治療を中断している患者等に対し、身近な生活の場に医療・生活支援等の必要な支援を

届けていくこと（アウトリーチ）が重要である。

このため、「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」を活用した都道府県等の積極的な取組を促すとともに、平成23年度以降に向け、民間事業者の参画も得つつアウトリーチ（訪問支援）機能を充実するための具体的枠組みについて検討する。

<プロジェクトチームでの意見>

- 地域への積極的アウトリーチが必要。（第2回大野氏）
- アウトリーチによって必要なサービスを国民に届ける。（第2回岡崎氏）
- 家族を積極的に支援すべき。（第2回岡崎氏）
- 自殺企図後治療を中断した方への対応としてアウトリーチを導入することが検討課題のひとつ。（第3回坂元氏）

柱5 精神保健医療改革の推進

～質の高い医療提供体制づくりを進める～

自殺対策の推進に当たっては、うつ病等の精神疾患を抱えた方が適切な医療を受けられる体制を整備することが必要不可欠であり、精神保健医療改革の推進は自殺対策にとって極めて重要である。

(1) 「認知行動療法」の普及等のうつ病対策の充実

うつ病の診断・治療技術の向上や標準化を図るため、うつ病に有効性が示されている認知行動療法について、新たに研修を実施すること等を通じてその普及を図る。

また、うつ病の早期発見を促進するため、「かかりつけ医うつ病対応力向上研修事業」の対象として、新たに小児科医等を追加し、子どもの心の問題に対応できる医師の養成を図る。

<プロジェクトチームでの意見>

- うつ病の診断・治療の質の向上を図るべき。（第2回大野氏）

- かかりつけ医うつ病対応力向上研修の参加率を高めることが必要。（第3回坂元氏）
- 適切なうつ病診療を行える精神科医の養成などうつ病診療の質の向上を図るべき。（第3回坂元氏）

(2) 自殺未遂者に対する医療体制の強化

救命救急センターにおける精神科医によるリエゾン診療の普及や、いわゆる総合病院精神科の機能強化等を通じて、精神医療と身体医療の双方を必要とする自殺未遂者等への医療体制の充実・普及を図る。

<プロジェクトチームでの意見>

- 一般医療と精神医療の連携（総合病院におけるリエゾンの充実）が必要。（第2回河西氏）

(3) 治療を中断した患者へのフォロー体制の確立

精神科や心療内科への通院をやめた患者の中には、症状が悪化して通院できなくなった人も少なくないのが現状であるが、そうした人たちへのフォローはほとんどなされていない。治療を中断した患者が自宅で孤立してしまうことのないように、関係機関が連携してフォローできる体制を確立する。

(4) 精神保健医療改革の方向性の具体化

入院医療を中心とする現在の精神医療体制の構造を転換し、柱4の地域におけるアウトリーチ（訪問支援）機能の充実に加え、入院患者・精神病床の減少を通じた手厚いマンパワーの確保・医療の質の向上、医師・看護師・精神保健福祉士・心理職等の多職種の参画によるチーム医療の推進等の精神保健医療改革の方向性を具体化する。

<プロジェクトチームでの意見>

- 生活支援、就労支援、治療支援など精神障害者への地域での手厚い支援が必要。（第2回大野氏）
- 心理職を含むチーム医療を推進すべき。（第2回岡崎氏）
- 病床数の削減、地域医療の充実、診療所

の質の向上など精神医療のあり方が課題。
(第2回河西氏)

- 適切なうつ病診療を行える精神科医の養成などうつ病診療の質の向上を図るべき。
(第3回坂元氏)

IV 自殺・精神疾患の 社会経済的コスト

英国では、精神疾患によるコストの包括的な推計が行われ、保健医療政策に活用されている。我が国においても、自殺やうつ病が社会経済に与える影響を数量化することは、対策を強化する上で重要である。現在、自殺・うつ病等の社会経済的コストの推計を検討しているところであり、まとめ次第公表したい。

<プロジェクトチームでの意見>

- こころの健康を国としての政策的最優先課題として位置付け政策を確立すべき。(第2回岡崎氏)

おわりに

我々が本来目指すべきは「自殺に追い込まれる人がいない社会」の実現である。その第一歩として、「自殺総合対策大綱」(平成19年6月8日閣議決定)での数値目標(平成28年までに自殺死亡率を平成17年比20%減少する)を達成するためには、毎年、年間の自殺者数を約1,000人ずつ減少させていかなければならない。

本プロジェクトとしては、厚生労働省を挙げて取組を進めていく推進力とするため今回のとりまとめを行ったが、大綱の目標を達成し、「自殺に追い込まれる人がいない社会」を目指していくためには、「生きる支援」として自殺対策を継続的に行っていくことが重要である。ひとりでも多くの「いのちを守る」ことができるよう、本とりまとめの対策を実行していくとともに、今後も、その実施状況や効果等を把握しながら、必要な自殺対策について不断の検討を進めていく。



(参考) 厚生労働省自殺・うつ病 対策プロジェクトチーム

主査	障害保健福祉部長
副主査	安全衛生部長
幹事	精神・障害保健課長労働衛生課長
メンバー	健康局 職業安定局 社会・援護局 政策統括官 独立行政法人国立精神・神経センター 清水康之 内閣府参与

<開催状況> 平成22年

第1回 1月21日(木)

議題 自殺・うつ病対策に資するために実施すべき方策について

第2回 2月23日(火) 外部有識者よりヒアリング

- ・大野裕氏(慶應大学)「調査・研究のデータに基づく自殺・うつ病対策」
- ・岡崎祐士氏(松沢病院長)(WHO、EU、英国の取り組み事例)
- ・河西千秋氏(横浜市立大学)「様々な自殺対策活動の現場から」

第3回 3月3日(水) 外部有識者よりヒアリング

- ・坂元薫氏(東京女子医大精神科)「地域と職域で取り組むうつ病対策ー自殺予防への提言ー」
- ・本橋豊(内閣府参与・秋田大医学部長)「自殺対策の課題地域の実情からの考察」
- ・生越照幸氏(弁護士)「職域における自殺・うつ病等の対策について」

第4回 3月11日(木) 外部有識者よりヒアリング

- ・袴田俊英氏(心といのちを考える会)
- ・五十嵐千代氏(富士電機リテイルシステムズ)「産業保健師からみた自殺・うつ病対策」
- ・藤藪庸一氏(白浜レスキューネットワーク理事長)

第5回 5月28日(金)

議題 自殺・うつ病等対策プロジェクトチームとりまとめ等について

保保発0521第1号
保国発0521第2号
保高発0521第1号
平成22年5月21日

健康保険組合理事長
全国健康保険協合理事長
都道府県国民健康保険主管課(部)長
殿都道府県後期高齢者医療主管課(部)長
都道府県後期高齢者医療広域連合事務局長殿
厚生労働省保険局保険課長
厚生労働省保険局国民健康保険課長
厚生労働省保険局高齢者医療課長

自殺未遂による傷病に係る 保険給付等について

健康保険法(大正11年法律第70号)、船員保険法(昭和14年法律第73号)、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)及び高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)では、故意に給付事由を生じさせた場合は、その給付事由についての保険給付等を行わないことと規定していますが、自殺未遂による傷病について、その傷病の発生が精神疾患等に起因するものと認められる場合は、「故意」に給付事由を生じさせたことに当たらず、保険給付等の対象としております。

今般、この取扱いについて改めて周知しますので、適切に対応していただくとともに、都道府県国民健康保険主管課(部)におかれましては、管内の保険者等に対して、都道府県後期高齢者医療主管課(部)におかれましては、管内の市町村後期高齢者医療主管課(部)に対して、周知をお願いいたします。

(参考)「法第六十条ノ適用範囲ニ関スル件(昭和13年2月10日社庶第131号)」

(参考)

法第六十条ノ適用範囲ニ関スル件

昭和十三年二月一〇日社庶第一三一号
滋賀県知事あて保険院社会保険局長通知
昭和十三年一月二十八日付健給第二四二号ヲ以テ
伺出相成候標記ノ件右ハ精神異常ニ依リ自殺ヲ企テタル
モノト認ムル場合ニ於テハ法第六十条ニ所謂故意ニ
該当セス從テ保険給付ハ為スヘキモノニ有之

健康保険法第六十条ノ適用範囲ニ関スル件

昭和十三年一月二八日健給第二四二号
保険院社会保険局長あて滋賀県知事照会
被保険者旧臘某日午後一時頃自転車ニテ市内疾走
中挙動不審者トシテ警察官ノ取調ヲ受ケタルモ何等容
疑ノ点ナク釈放サレタルニ矢庭ニ逃走シ附近ノ自動車
修繕工場床下ニ逃込ミ鑄物用破片ニテ前頸部ニ傷付
ケ横舌骨下端甲状軟骨上部ニ於テ皮膚並頸部諸筋ヲ
約一六センチノ長サニ切り深サ気管ハ全部開放食道ノ
一部ヲ損傷出血甚タシク直チニ赤滋賀支部病院ニ収
容サレ入院承認ヲ申請シ来リタルヲ以テ所轄署ニ付テ
実情調査候処直接原因ト認メラルヘキ事由ナク平素小
心者ナルヲ以テ発作的精神異常ニ依リ自殺ヲ企テタル
モノト認ムル旨回答有之如斯場合ニ於テハ法第六十条
ニ所謂故意ニ事故ヲ生セシメタルモノニシテ保険給付
ハ為スヘカラサルモノシテ処置可然モノト思料致候得
共事案少シク異例ニ属シ且ツ昭和二年十一月十二日保
理第三六九二号東京モスリン紡績株式会社宛回答ノ
次第モ有之聊カ疑義相生シ候条何分ノ御指示相煩度
此段及伺候也
(別紙参照)

保険給付ニ関スル件

昭和二年一〇月二〇日社会局保険部長あて
東京モスリン紡績株式会社労務課照会
拝啓 御繁忙中甚タ恐縮ニ有之候ヘトモ左記ノ件ニ
関シ何分ノ御回答ニ与リ度及御依頼候

一 健康保険法第六十条ニ「被保険者又ハ被保険者
タリシ者自己ノ故意ノ犯罪行為ニ因リ又ハ故意ニ事
故ヲ生セシメタルトキハ保険給付ヲ為サス」ト有之候
処過般貴部通達ニヨルキハ自殺ニ対シテハ保険給
付ヲ為ササル旨承知仕り候処該趣旨ハ右条文中「故
意ニ事故ヲ生セシメタル云々」ノ法理的解釈ニ基クモ
ノニ有之候故故意ニ結果ヲ認識スルテフ意ニ考フル
トキハ精神病其ノ他ノ為必スシモ其ノ動機原因ニ就
テハ故意ナラスシテ自殺ノ結果ヲ生スル場合モ有之
候察セラレ候(以下省略)

保険給付ニ関スル件

昭和二年一〇月二〇日保理第三六九二号
ノ内東京モスリン紡績株式会社労務課あて
社会局保険部長通知
昭和二年十月二十日付御問合ノ件右ハ行為(結果ヲ
含ム)ニ対スル認識能力ナキ者ニ就テハ「故意」ノ問題
ヲ生セス從テテスル者ノ自殺ノ場合ハ故意ニ事故
ヲ生セシメタルモノト謂フヲ得サルモノトス



職場における受動喫煙防止対策に関する検討会報告書

平成22年5月26日

職場における受動喫煙防止対策に関する検討会

厚生労働省発表

職場における受動喫煙防止対策については、平成4年以降、労働安全衛生法に定められた快適職場形成の一環として進めてきたところですが、その後、健康増進法が平成15年に施行され、平成17年2月に「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効するなど、受動喫煙を取り巻く環境は変化してきました。また、職場における受動喫煙に対する労働者の意識も高まりつつあるところです。

このような環境変化を踏まえ、今後の職場における受動喫煙防止対策の在り方について、平成21年7月より、有識者による「職場における受動喫煙防止対策に関する検討会」（座長：相澤好治 北里大学医学部長）を8回にわたって開催し、所要の検討を行いました。

今般、本検討会の報告書が別添のとおり取りまとめられましたので、公表します。なお、本報告書のポイントについては、次のとおりです。

1 今後の職場における受動喫煙防止対策の基本的方向

- ・ 快適職場形成という観点ではなく、労働者の健康障害防止という観点から取り組むことが必要。
- ・ 労働安全衛生法において、受動喫煙防止対策を規定することが必要。

2 受動喫煙防止措置に係る責務のあり方

- ・ 労働者の健康障害防止という観点から対策に取り組むことが必要であることから、事業者の努力義務ではなく、義務とすべき。

3 具体的措置

- ・ 一般の事務所や工場においては、全面禁煙又は喫煙室の設置による空間分煙とすることが必要。
- ・ 顧客の喫煙により全面禁煙や空間分煙が困難な場合（飲食店等）であっても、換気等による有害物質濃度の低減、保護具の着用等の措置により、可能な限り労働者の受動喫煙の機会を低減させることが必要。

4 事業者に対する支援

- ・ 事業場の取組を促進するため、技術的支援及び財政的支援を行うことが必要。

5 今後の課題

- ・ 現状では直ちに禁煙とすることが困難な場合においても、国民のコンセンサスを得つつ、社会全体としての取組を計画的に進めていくことが必要。

厚生労働省においては、本報告書の内容等を踏まえ、今後、制度改正について労働政策審議会での議論を開始することとしています。

1 はじめに

職場における受動喫煙防止対策については、平成4年以降、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）に定められた快適職場形成の一環として進めてきており、一定の成果も見られるところである。

しかしその後、健康増進法（平成14年法律第103号）が平成15年に施行され、平成17年2月に「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」（以下「たばこ規制枠組条約」という。）が発効するなど、受動喫煙を取り巻く環境は変化している。また、受動喫煙の有害性に関する知識の普及や健康志向の強まりなどから、職場における受動喫煙に対する労働者の意識も高まりつつある。

このような環境変化を踏まえ、今後の職場における受動喫煙防止対策の在り方について、検討を行ったものである。

2 職場における受動喫煙防止対策に係る国内外の動き

(1) 我が国における受動喫煙防止対策

技術革新の進展などに伴う労働態様の変化等により、職場において疲労やストレスを感じる者の割合が増加してきたことから、仕事による疲労やストレスを感じることの少ない、働きやすい職場環境の形成を促進するため、平成4年5月に労働安全衛生法が改正され、事業者は、事業場における安全衛生水準の向上を図るため、快適な職場環境を形成するように努めることとされた。これにより、同年7月に「事業者が講ずべき快適な職場環境の形成のための措置に関する指針」（平成4年労働省告示第59号）が公表され、作業環境のうち空気環境を快適な状態に維持管理するための措置の一つとして「作業場内に喫煙場所を指定する等の喫煙対策を講ずること」が明記された。さらに、同指針において定められた職場における喫煙対策が適切に実施されるよう、平成8年2月に「職場にお

ける喫煙対策のためのガイドライン」が策定され、労働者の受動喫煙を防止するために事業者が講ずべき基本的な事項が示された。

平成15年5月には、健康増進法が施行され、同法第25条において、学校、病院、事務所、飲食店等多数の者が利用する施設の管理者は、これらの施設を利用する者の受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるよう努めることとされた。

このような動きを背景として、職場における受動喫煙防止対策の一層の充実を図るため、同月に「職場における喫煙対策のためのガイドライン」が改正され、事業者が事業場全体を常に禁煙とするか、一定の要件を満たす喫煙室（以下単に「喫煙室」という。）等でのみ喫煙を認めそれ以外の場所を禁煙とすることが望ましいものとされた。

また、本年2月には、健康局において、我が国の受動喫煙防止対策について基本的考え方を整理するとともに、今後の対策の方向性を示した「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会報告書」が取りまとめられたことを踏まえ、健康増進法第25条に規定された受動喫煙防止対策の基本的な方向性について、「多数の者が利用する公共的な空間については、原則として全面禁煙であるべき」とする健康局長通知が発出された。

(2) 職場における受動喫煙の現状と課題

職場における受動喫煙の現状は、平成19年の労働者健康状況調査によると、何らかの喫煙対策に取り組んでいる事業場は全体の76%と、平成9年の同調査の48%、14年の59%より大きく増加しているなど一定の受動喫煙防止対策の進展が認められる。

しかしながら、具体的な受動喫煙防止対策の取組の内容を見ると、最も有効な措置である「事業所全体を禁煙」又は一定の有効な措置である「喫煙室を設け、それ以外を禁煙」を講じていない事業場の割合は、全事業場の54%である。特に規模の小さい事業場においては受動喫煙防止対策の取組が進んでいない。ただし、事務所全体を禁煙にしている割合は、規模の小さい事業場の方が規模の大きい事業場よりも多い（平成19年労

働者健康状況調査より算出)。

学校、病院、都道府県庁等がほぼ100%全面禁煙又は空間分煙の措置が講じられていること(学校における受動喫煙防止対策実施状況調査(平成17年)、医療施設調査(平成20年))と比較すると、職場における受動喫煙防止対策の取組は遅れていると言わざるをえない。その理由としては、「事業場内の合意が得られない」、「喫煙室を設けるスペースがない」、「どのように取り組めばよいかわからない」が上位を占めている(平成19年度中央労働災害防止協会調べ)。

一方、労働者においては、職場における受動喫煙に関する意識が高まってきている。職場における喫煙対策として望むことがある労働者が全体で92%にも上る(平成19年労働者健康状況調査)ほか、職場での受動喫煙により健康被害を被ったとする労働者が損害賠償を求めた訴訟で、医師の診断書を示して配慮を申し出たにもかかわらず、事業者が特段の措置を講ずることなく、放置していたことが安全配慮義務に違反するとして、その一部が認められた事例等職場における受動喫煙が原因で健康を損なったとして事業者を訴えるものも出てきている。

以上のことから、職場における受動喫煙防止対策の現状は十分なものとはいえず、労働者からは一層の対策の充実が求められている状況である。

(3) 国際的動向

世界保健機関(WHO)は、たばこの消費等が健康に及ぼす悪影響から現在及び将来の世代を保護することを目的とし、受動喫煙防止を始めとした、たばこの規制に関して定めたたばこ規制枠組条約を策定した。我が国は平成16年に批准し、同条約は平成17年に発効した。

たばこ規制枠組条約の批准や、受動喫煙による健康影響に関する科学的認識を背景に、欧州や米国等の連邦制の国における州を始めとした諸外国において、屋内の公共の空間や職場等における受動喫煙を防止するため、法律等による規制が進められている。例えば、英国においては、衛生法(2007年)により、レストランやバーを含めた

屋内の公共の場、職場及び公共交通機関において喫煙禁止となっている。

3 受動喫煙の有害性に係る認識

受動喫煙による健康影響については、たばこ規制枠組条約第8条において、「たばこの煙にさらされることが死亡、疾病及び障害を引き起こすことが科学的証拠により明白に証明されている」旨、規定されているほか、国際がん研究機関(IARC)の発がん性分類においても、受動喫煙はグループ1(ヒトに対する発がん性が認められる)に位置付けられている。

「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会報告書」においては、国際機関や米英を始めとする諸外国における公的な総括報告に基づき、職場に関連すると考えられるものについて、以下のような報告を行っている。

- ① 受動喫煙は、ヒトに対して発がん性がある化学物質や有害大気汚染物質へのばく露である。
- ② 受動喫煙の煙中には、ニコチンや一酸化炭素など様々な有害化学物質が含まれており、特にヒトへの発がん性がある化学物質であるベンゾピレン、ニトロソアミン等も含まれている。
- ③ 受動喫煙によって、血管内皮細胞の障害や血栓形成促進の作用が認められ、冠状動脈疾患の原因となる。
- ④ 受動喫煙によって、急性の循環器への悪影響がある。

職場における受動喫煙防止対策を進めるに当たっても、当該報告書に掲げた健康影響を前提とすることが適当であると考えられる。

4 今後の職場における受動喫煙防止対策

(1) 基本的方向

有害性の認識、国際動向等の受動喫煙を取り巻く環境が変化していることを踏まえると、今後は、快適職場形成という観点ではなく、労働者の健康障害防止という観点から対策に取り組むことが必

要である。

さらに、職場は労働者が選択することが容易でなく、しかも一定の時間拘束されること、事業者には、「労働契約に伴い、労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう、必要な配慮をするものとする。」(労働契約法(平成19年法律第128号)第5条)という安全配慮義務があることを考慮に入れると、事業者の責任において措置を講ずる必要があることから、労働安全衛生法において、労働者の健康障害防止に着目した受動喫煙防止対策を規定することが必要である。

(2) たばこ特有の事情

職場におけるたばこ煙の場合は、製造現場等で取り扱われる化学物質と異なり、喫煙する者が発生源となる。発生源が当該事業場の労働者であれば、事業者が全面禁煙(建物や車両内全体を常に禁煙とすることをいう。以下同じ。)や空間分煙(喫煙室でのみ喫煙を認め喫煙室以外の場所を禁煙とすることをいう。以下同じ。)に関し、事業場の中でルールを定めて取組を進めることが可能であると考えられる。しかし、現時点においては、当該事業場において提供されるサービスを利用する顧客に対して禁煙等とすることを事業者に一律に求めることは困難である。特に飲食店等の場合は、喫煙区域が店舗内(職場内)に存在することも多いことから、労働者のたばこ煙へのばく露を完全には防ぐことができない場合がある。

5 具体的措置

(1) 一般の事務所、工場等における措置

受動喫煙を防止するには、たばこ煙にばく露しない対策を講ずる必要があるが、その方法としては、全面禁煙又は空間分煙とすることが必要である。

このうち、空間分煙については、喫煙室の設置が必要となるが、平成14年6月に分煙効果判定基準策定検討会において取りまとめられた「分煙効

果判定基準」では、受動喫煙防止の観点から、当該喫煙室が満たすべき基準として、喫煙室内の浮遊粉じん濃度及び一酸化炭素濃度と、喫煙室と喫煙室以外の場所との境界の浮遊粉じん濃度と風速が規定されている。このため、「一定の要件を満たす」かは本基準に沿って判断することが適当であると考えられる。

また、喫煙室から喫煙室以外の場所に向かってたばこ煙が漏れないようにするための効果的な方法は、喫煙室の開口部の広さなどに依りて異なると考えられることから、事業場での具体的な好事例を参考に措置を講ずることが有効である。

(2) 顧客が喫煙するため、(1)の措置が困難な職場における措置

飲食店、ホテル・旅館等の宿泊施設等の場所においても、顧客にサービスを提供する労働者の受動喫煙防止という観点からは(1)に掲げた措置(食事の提供等のサービスを行わない喫煙専用室の設置を含む。)をとることが必要である。

このような場所においては、顧客がたばこ煙の発生源になり得るが、本検討会で行ったヒアリングの結果によれば、経営に当たって顧客の喫煙ニーズが重要視される場合があり、現時点においては、顧客に対して禁煙等とすることを一律に事業者に求めることは困難である。

しかし、その場合においても、事業場の状況に応じ、事業場に占める喫煙区域の割合を少なくし、当該喫煙区域からのたばこ煙の漏れを防ぐとともに、当該喫煙区域における換気等による有害物質濃度の低減、適当な場合は保護具の着用等の措置により、可能な限り労働者の受動喫煙の機会を低減させることが必要である。

また、それぞれの事業場においては、措置の効果を評価することが重要であることから、それが行えるように、換気量や何らかの濃度基準等の設定を検討することが必要である。この際、事業場の負担を軽減する観点から、効果の評価方法は簡便なものとするよう留意することが望ましい。

これら換気等の措置を講じた上で、更なる上乘せの対策メニューとしては、ばく露時間を短縮す

るための禁煙タイムの導入、人員配置に係るローテーションの導入等が考えられる。

(3) その他の対策

事業場における受動喫煙防止対策の取組は、組織的・継続的に行うことが重要であることから、事業場内で行う受動喫煙防止対策の取組について、これを検討する組織や責任者を明確にするなど、体制を整備することが必要である。その際、労働衛生スタッフの参画や連携を図る他、既存の衛生委員会等の活用を行うことが考えられる。

受動喫煙防止対策の取組を確実に実施するためには、喫煙区域又は禁煙区域を明確に示すことが重要であることから、区域分けの表示等を行い、労働者等に周知することが必要である。

受動喫煙防止対策の取組を円滑かつ継続的に実施するためには、事業者及び労働者双方が対策の必要性を理解することが不可欠である。このため、事業者及び労働者に対して、受動喫煙による健康影響について教育を行うことが重要である。

なお、建物内を全面禁煙にする事業場については、屋外に喫煙所等を設置することが考えられるが、その場合には、たばこ煙が屋内に流入しないことや付近を通る労働者がたばこ煙にばく露しないよう配慮することが必要である。

(4) 受動喫煙防止措置に係る責務の在り方

上記(1)から(3)までの措置をとることにより、労働者の受動喫煙の機会を低減させることは、快適職場形成という観点ではなく、労働者の健康障害防止という観点から対策に取り組むことが必要であることから、事業者の努力義務ではなく、義務とすべきである。また、このような対策を徹底させるには、当該事業場の労働者が受動喫煙による健康影響及び受動喫煙防止対策の重要性を理解した上で、これら労働者が、当該措置に関する事業者の指示に従うべきことは言うまでもない。

6 事業者に対する支援

2(2)に記載したように、受動喫煙防止対策の取組が進んでいない理由として「どのように取り組めばよいかわからない」というものもあることから、事業場の取組を促進するために、全面禁煙を含めた受動喫煙防止対策の取組に関して把握された好事例の情報提供も含めた技術的支援を行うことが必要である。

特に、5(2)の職場において、喫煙専用室の設置など労働者の受動喫煙防止に有効な対策を講ずる中小企業に対しては、経済的な負担にも配慮し、財政的支援を行うことが望まれる。

7 留意事項

事業者が、新たな制度に基づいた受動喫煙防止対策の取組を進めるに当たっては、一定の準備が必要となることが予想されることから、関係する事業者等に対して十分に周知を行うことが必要である。

また、事業者がテナントとして貸ビルに入居している場合は、テナントとして入居している事業者は自社エリアで受動喫煙防止対策の取組を実施しているが、当該貸ビルの管理者は共用部であるロビーや廊下を禁煙としていない場合や、貸ビルに入居する事業者が、自社エリアで有効な受動喫煙防止対策の取組を実施するに当たって、当該貸ビルに障壁や換気装置などの設備の設置が必要となる場合なども想定されることから、事業者がその事業場における受動喫煙防止対策の取組を進めるには、建築物貸与者の協力も必要である。

8 今後の課題

顧客が喫煙するため、現状では直ちに労働者が勤務する場所を禁煙とすることが困難な場合においても、将来的には全面禁煙又は空間分煙による受動喫煙防止対策の導入について、国民のコンセンサスを得つつ、社会全体としての取組を計画的に進めていくことが必要である。飲食店及び宿泊業に関して、関係する業界団体の協力を得て行ったアンケート調査によると、飲食店では主

として酒を提供する店、宿泊業ではバーのような場所では受動喫煙防止対策を講じていないところが多かったものの、主として食事を提供するような店等では、全面禁煙や空間分煙を行っている割合が3割から半数程度あったことは注目に値する。今後も、適宜このような店等を含め、職場における受動喫煙防止対策の取組の進捗状況を確認し、その結果を踏まえて対策を進めていく必要がある。

職場における受動喫煙防止対策の取組を進めるに当たっては、広く国民一般に対し、たばこ煙の有害性等に関する一層の周知が必要であり、その際、喫煙による健康影響についても併せて周知することも考えられる。研究機関等により、調査研究の結果を踏まえて、有害性についてわかりやすい説明がなされることを期待したい。

さらに、受動喫煙防止対策を実効性を持って持続的に推進するため、地域保健の関係機関との連携が必要である。

別添1 職場における喫煙対策の実態[省略]

別添2 諸外国の職場における受動喫煙防止に係る規制の概要[44頁参照]

別添3 [44頁参照]

別添4

職場における受動喫煙防止対策に関する検討会開催状況

第1回 平成21年7月9日開催

議題：1. 職場における受動喫煙防止対策の現状及び問題点について

第2回 平成21年9月30日開催

議題：1. 労働安全衛生法体系に関連しての論点について

第3回 平成21年11月9日開催

議題：1. 第1回・第2回検討会における主な意見及びまとめについて

2. 関係団体等からの意見聴取について

第4回 平成21年11月25日開催

議題：1. 関係団体等からの意見聴取について

(1) 飲食業界

(2) 宿泊業界

第5回 平成21年12月14日開催

議題：1. 関係団体等からの意見聴取について

(1) 公共交通機関

(2) 事業者代表

第6回 平成22年1月14日開催

議題：1. 関係団体等からの意見聴取について

(1) たばこ業界

第7回 平成22年2月15日開催

議題：1. 検討会報告書骨子(案)について

第8回 平成22年4月28日開催

議題：1. 検討会報告書(案)について

別添5

職場における受動喫煙防止対策に関する検討会委員名簿

氏名	所属
◎相澤 好治	北里大学医学部長
漆原 肇	日本労働組合総連合会総合労働局雇用法制対策局部長
鍵 直樹	国立保健医療科学院都市環境室長
沢田 純一	(株)三越日本橋本店業務推進部営業人事担当課長
武田 繁夫	三菱化学(株)人事部健康支援センターグループマネージャー
土肥誠太郎	三井化学(株)本社健康管理室長統括産業医
内藤 恵	慶應義塾大学法学部教授
中原富美子	(株)富士通ソーシャルサイエンスラボラトリ主任
福島 葉子	日本サービス・流通労働組合連合政策局部長
三柴 丈典	近畿大学法学部准教授
望月友美子	国立がんセンター研究所たばこ政策研究プロジェクトリーダー

(敬称略、50音順)

◎：座長

職場における受動喫煙防止対策検討会報告書

諸外国の職場における受動喫煙防止に係る規制の概要

国	規制の概要
ドイツ	連邦非喫煙者保護法(2007年) 連邦の施設、公共交通機関の建物内及びその他完全に囲まれている場所では喫煙は禁止。ただし、完全な分煙が採られれば喫煙可能な場所を設けることができる。 職場に関する命令(2007年改正) 使用者は非喫煙者がたばこの煙による健康被害をこうむることがないように必要な措置を講じなければならない。必要があれば、職場の全部若しくは一部に限定して喫煙禁止を定めなければならない。ただし、飲食店等接客業の使用者は事業の性質や労働の種類に照らして可能な限りで保護措置をとる義務を負う。
フランス	公衆衛生法典(2007年改正) 多数の者が共用する場所(企業、レストラン、公共交通機関等)においては、換気型の喫煙室を除き、喫煙は禁止される。
アメリカ	連邦レベルの法令は存在しない
(州レベル)	カリフォルニア州 労働法典(2007年)により職場の閉ざされた空間内において、使用者は故意に喫煙を許可してはならず、また、何人も喫煙をしてはならないと規制している。一般的なレストラン、バーでの喫煙は不可(ただし、一定の要件を満たす喫煙室等については除外されている)。 ニューヨーク州 空気清浄法(2003年)により、職場、レストラン・バー等の飲食店、公共交通機関等では喫煙禁止(喫煙室の設置そのものが禁止されていると解釈されている)。ただし、会員制のクラブ、一部のシガーバーやレストランの屋外席の一部を除く。 ワシントン州 空気清浄法(2005年)により、職場(公、私)及び公共の空間において原則完全禁煙。このうち、民間の職場のみ分煙を認める。また、産業安全衛生法に基づく職場喫煙環境規則により職場における喫煙を禁止(2つの法令により職場での喫煙は事実上禁止されている)。
イギリス	国レベルの法令は存在しない
(地域レベル)	イングランド 衛生法(2007年)により、レストラン・バーを含めた屋内の公共の場、職場及び公共交通機関において喫煙禁止。
カナダ	非喫煙者健康法(1985年)公共の場と連邦政府の職場を喫煙禁止。ただし、一定の要件を満たす喫煙室等の設置は認めている。
(州レベル)	ユーコン準州を除く全州 民間の職場について喫煙禁止(主に完全分煙)を法制化。

(注) 下線は労働衛生法であり、それ以外は公衆衛生法である。

出典：受動喫煙の健康への影響及び防止対策に関する調査研究委員会報告書(平成19年度中央労働災害防止協会)

たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約(抄)

第八条 たばこの煙にさらされることからの保護

- 1 締約国は、たばこの煙にさらされることが死亡、疾病及び障害を引き起こすことが科学的証拠により明白に証明されていることを認識する。
- 2 締約国は、屋内の職場、公共の輸送機関、屋内の公共の場所及び適当な場合には他の公共の場所におけるたばこの煙にさらされることからの保護を定める効果的な立法上、執行上、行政上又は他の措置を国内法によって決定された既存の国の権限の範囲内で採択し及び実施し、並びに権限のある他の当局による当該措置の採択及び実施を積極的に促進する。

たばこの煙にさらされることからの保護に関するガイドライン(概要)

(本ガイドラインは、平成19年6月30日～7月6日に開催された「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」第2回締約国会合において、コンセンサスで採択された。)

- 100%禁煙以外の措置(換気、喫煙区域の使用)は、不完全である。
- すべての屋内の職場、屋内の公共の場及び公共交通機関は禁煙とすべきである。
- たばこの煙にさらされることから保護するための立法措置は、責任及び罰則を盛り込むべきである。

出典：<http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/jouyaku/071107-1.html>

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



マレーシアで4.28にアスベスト・ワークショップ

BWI and MTUC, 2010.4.28

4月28日の国際労働者記念日にマレーシアでは、マレーシア労働組合総同盟 (MTUC) と国際建設林産労連 (BWI) が共同で、BWIが現在継続中のアスベスト禁止世界キャンペーンの一環として、「労働組合は仕事を安全にする」というテーマでワークショップを開催した。MTUC傘下の各労働組合、アスベスト産業を代表する使用者団体、研究者、保健省、労働安全衛生局、アジア・アスベスト禁止ネットワーク (A-BAN) の代表ら60名以上が、このプログラムに参加した。

会場での発言でMTUC会長Syed Shahir bin Syed Mohamadは、「MTUCは、労働者の生命を直接深刻に脅かすアスベストを含めた、すべての種類の有害物質を職場からなくすよう要求してきた」と述べた。BWIのアスベスト禁止キャンペーンを簡単に紹介して、BWIアジア太平洋地域委員会のメンバーMohd Khalid Atanは、「BWIは、毎年10万件近い死の原因となっているアスベストに関して、加盟組織が注意喚起キャンペーンを立ち上げるのを支援し、また、政府その他の関係者にアスベスト禁止に向かうよう働きかけている」と述べた。

「アスベストの危険性」に関するパネルディスカッションに割り当てられた最初のセッションは、労働衛生医学の教授Dr. Krishna Gopal Rampalを座長に、保健省のDr. Riadz、国立労働安全衛生研究所 (NIOSH) のBro. Encik Fadzil Bin Osman、BWIアジア太平洋事務所担当部長Apolinar Tolentino、MTUCのMohd Khalid Atan、A-BANのSanjiv Panditaがパネラーをつとめた。

各々の発表は、アスベスト—その生産と消費、疾病、アスベスト曝露の影響に関する医学的介入に焦点をあてたものだった。マレーシアにおけるアスベスト消費は減少しつつあるものの、今なおマレーシアの工場の多くがアスベスト屋根材を使用している。A-BANのSanjiv Panditaは、被害者や社会的コストに関する各国の草の根の経験を紹介した。Apolinar Tolentinoは、アスベスト生産者のネットワークがアスベストの安全使用を促進する攻撃的なキャンペーンを行っていると警告した。彼は、いかなる種類のアスベストも有害であり、安全に使用する方法はないと強調した。

アスベスト使用工場の使用者代表は、死亡や被

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

害者の明確な証拠があるまで、またない限りは、アスベストを禁止するのは賢明ではないと主張した。われわれ全員が禁止に向かうならば、アスベストに代わることでできる他の代替品はあるはずだ。反論したパネリストは、医学的専門知識や検査の具体的プロセスを欠いているなかでは、長期間たってから現われる影響としての被害者を示すことは困難だと主張した。

「アスベスト使用の全面禁止実現のための取り組み」に関する第2セッションのパネルディスカッションは、MTUC事務局長のBro. Rajasekaranが座長を務めた。労働安全衛生局の代表Tn. Hj. Anuar bin Mokhtarは、マレーシア政府はマレーシアにおけるアスベスト使用の禁止を大いに支持しているが、すべての関係者が全面禁止に向けて協力していけるようにするために、実行可能な勧告をともなった幅広い調査研究が必要だと語った。Apolinar Tolentinoは、アスベストの世界的禁止に関するBWIの戦略と行動計画を説明した。このセッションの最後には、以下の点が浮き彫りにされた。

a. マレーシアの企業は、アスベスト材をマレーシアの建設関連の規則のもとで使用されている。

しかし、アスベスト使用の様々な形態を確認し、戦略的計画を策定し、アスベスト全面禁止の社会的影響を評価するために、深い詳細な調査が実施されるべきである。

- b. マレーシアの企業は、労働安全衛生問題に関する自主的規制のもとにおかれている。アスベスト禁止に関する方向性がまだ明快に示されていないなかで、マレーシア政府は、宣言された2015年という期限に間に合う積極的な役割を果たす必要がある。
- c. 2015年までのアスベスト全面禁止という目標を達成するための、段階的取り組みが早急に策定されるべきである。
- d. BWIとMTUCはその他の関係者やネットワークとともに、マレーシアにおいてアスベストを禁止するために手を携えて取り組む。
- e. アスベスト根絶のための国家計画に焦点をあてるために、ILOとWHOを招待することになるだろう。
- f. すべての機関、関係者は、アスベストの全面禁止に向けて、協調して取り組まなければならない。



台湾：世界的禁止台北宣言に160名が署名

EPICOH-MEDICHEM 2010, 2010.4.22

2010年4月21-25日台北で、「グローバルゼーションとニューテクノロジーのもとにおける労働衛生」をテーマに、EPICOH-MEDICHEM 2010（2010年国際産業保健疫学会議-化学工業労働衛生国際会議）が開催された。アイスランドの火山噴火の影響で欧州10か国44名が参加できなかったというものの、35か国から582名の研究者が参加した（<http://www.epicohmedichem2010.tw/>）。

16の全体会議セッションには、「アスベスト曝露と中皮腫：最新の中皮腫診断法」、「アスベスト疾患の疫学：アジア地域と世界における現状と今後」、



「フランスと日本における珪肺及びアスベスト関連

疾患の学際的アプローチ」が含まれ、別のセッションではアスベスト曝露と卵巣がんの関係も報告されている。

さらに4月22日には、昨年5月15日に台湾大学で開催された国際会議で確認された「世界的アスベ

スト禁止に向けた台北宣言」(2009年7月号28頁参照)に、18か国160名の研究者が署名して世界的アスベスト禁止の必要性を訴え、このことは多くの地元メディアによって報道された。



香港：宅地開発業者の違法な解体作業

No More Asbestos in Hong Kong Alliance, 2010.4

中国が明日アスベストを禁止したとしても、国のインフラに含まれた何百万トンものアスベストの存在によって引き起こされる大きな問題は残される。アスベストの大量使用が人々の日常生活にどのような影響を及ぼすかの古典的实例を、香港新界の馬屎埔村に見ることができる。ここでは、「いたるところにアスベストが存在している」。

この村におけるアスベストへの危険な曝露状況は、アスベストの危険性に取り組む香港の7つの市民・労働団体の連合体である香港石綿禁止連盟が実施した調査によって明らかにされた。

同連合の目的のひとつは、「すべての種類のアスベストの輸入・使用を禁止し、アスベストが関係するすべての解体作業を厳格に規制するよう政府に働きかける」ことである。

今年はじめに連合は、宅地開発業者であるHenderson Land Development Company Limitedが、馬屎埔のアスベスト含有建材の屋根を持つ多数の家屋を、香港の安全基準をまったく無視して解体していることに気づいた。

地元の男性Kwan Hon-kwaiはジャーナリストに対して、Henderson社の請負業者が100軒もの家を金属の棒を使って解体しているのを見たと話した。Kwanは、「彼らは、アスベスト屋根をたたき割って、破片を投げ下ろしていた。いくつかは現場に残っている」と報告した。5万平方フィートの借地を引き渡すようにという手紙をHenderson社から受け取った小作農のAu Lau-kunは、この開発業者の不安全な作業のやり方は、人々を村から追い

出すためのキャンペーンの一環だと考えている。

工場・工業命令のもとで労働部は、アスベスト含有建築物の解体は、防護衣・マスクの着用、専門的機器の使用、アスベスト含有破片の安全な廃棄などの条件のもとで行わなければならないと義務づけている。請負業者が開発予定地を片付けるのに、安全衛生手順はまったくとられなかった。Henderson社のスポークスマンは、2008～9年に馬屎埔で同社のために家屋を解体したこの請負業者は、「三回にわたる解体作業のなかでアスベストはみつからなかったという確認書を提出している」と語った。

村人によれば、馬屎埔には約200の家屋があるが、半分が完全にまたは部分的に解体される。直接状況を確認し、地元の人々と話し合うために、同盟のメンバーが村を訪れた。

同盟による現地訪問はメディアの関心を引き寄せ、結果、テレビや新聞のレポーターが調査チームに同行した。

瓦礫のなかにアスベストが存在していることを確認するために、連合のメンバーは、廃棄物の試料を持ち帰って分析した。

分析の結果、すべての試料にアスベストが含まれていることがわかった。2010年4月16日、環境保護部は、村に捨てられた建材の破片のなかにアスベストが存在していたことを確認した。不幸なことに、捨てられた建材の危険な中味に気づいていなかった地元の住民は、垣根の修繕や作物の灌漑水路の建設などにそれを使っていた。

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

馬屎埔の状況から憂慮されるように、近隣のいくつかの地域の大規模開発プロジェクトが、より多くの建設労働者や地元住民の生命を脅かす可能性がある。同盟メンバーのMak Tak-chingは、香港北部の何千もの古い家屋や小屋にアスベストが存在していると報告している。香港石綿禁止

連盟は、政府が、アスベストの使用をやめ、アスベスト含有建築物の無秩序な解体の結果のような進行中の諸問題に取り組むという提案を実行するよう、多大な努力を続けている。

※http://ibasecretariat.org/lka_china_asb_chall.php



今回の基金審査会裁決では、古澤先生が体育館で長時間勤務し、その体育館の天井等に吹き付けられていたアスベストが劣化し、アスベスト粉じんが発生したことにより、25年後に中皮腫を発症した業務起因性を認めたものである。

そもそも教職員の中皮腫については、他にアスベスト曝露の機会がないこと、勤務学校にアスベストがあったことをもって、業務起因性を認めるべきである。このような認定基準を早急に採らなければ、学校以外に曝露経験のない多くの教職員の補償が行われなくなってしまう。また、この先には多くのアスベスト起因の肺がん教職員の補償問題も残されている。学校アスベストネットワークでは、この古澤氏の認定に力を得、すべての学校でのアスベスト被害者の補償を求めて運動をしていきたい



と考えている。

(学区アスベストネットワーク
永倉冬史)

基金支部審査会裁決書の結論部分の要旨は以下のとおり。

被災職員の勤務環境下における石綿曝露の可能性については、被災職員が勤務した学校及びその周辺施設で石綿が使用されていたのはA小学校の体育館及び音楽室のみであったとされていることから、同校の体育館及び音楽室における被災職員の勤務状況等について検討することとする。なお、請求人に

よれば、被災職員の住居及びその周辺施設において石綿の使用はなかったとされている。

まず、A小学校体育館における使用状況等について検討すると、任命権者の聞き取り結果によれば、体育館は児童や教諭のみならず、PTA・地域住民・企業等のバレーボールやスポーツ少年団も体育館を利用していたとされていることから、当時体育館は授業での使用以外にも広く地域活動等でも使用されていたことが認められる。また、同僚教諭等からは、天井が低いためよく天井にボールが当たり、さらさらしたもの散っていたとの証言がなされ、市教育委員会学校教育課長の証言によれば、体育館の天井にはボールの当たった跡がいくつも認められたとされている。これらの証言からすると、石綿が吹き付けられていた体育館の天井には相当高い頻度でボール等が当たっていたものと考えられる。

なお、吹き付けられた石綿の飛散の可能性については、東洋大学神山宣彦教授によれば、「施工後の新しい時期でも空気の流れによっては石綿が飛散しやすい状態にある。その上、ボール等がぶつかればかなりの石綿飛散が生じる」とされている。

以上のように、体育館の使用頻度が高かったこと、その際に天井にはボール等が頻繁に当たっていたこと及び施工後間もない吹き付け石綿であってもボール等が当たれば石綿は飛散することからすれば、当時の体育

館内には相当程度の石綿が飛散していたものと考えられる。

次に、体育館の清掃及び換気状況については、任命権者によれば、毎日児童がモップで清掃し、その際は天候や風通しの状況を考慮し、換気に努めていたとされているが、その一方で当時の児童からは新しい体育館の割にはほこりが舞うことが多かったとの証言がなされていることから、体育館の清掃及び換気が十分に行われていたと認めることは困難である。また、東洋大学神山宣彦教授によれば「床に落ちたほこりは再飛散の危険性も高い」、「モップで清浄な水で頻繁に洗うなどしてモップに付いた微細な石綿を再飛散させないように清掃することは、大変難しかったと想像できる」とされており、一度床に落ちた石綿は十分な換気及び清掃がなされていない環境下で再飛散していたものと考えられる。

被災職員の体育館における滞在状況については、被災職員は体育担当の教師であったことから、授業等により相当の時間は体育館に滞在していたものと考えられ、また、当時の児童によれば、被災職員に会いたいと思ったら体育館に行けば大抵出会えたこととされ、行事で体育館のフロアにイスを並べたりするときは若い被災職員が指揮をしていたとされている。この点については、当時被災職員は、採用6年目の比較的若い教諭であり、体育館における行事の準備等を率先して行っていたことが十

分推認できるものである。さらに、昭和48年11月に発生した校舎火災により、数か月間、体育館が職員室として使用され、その間、被災職員は宿直勤務も行っていたことを併せ考えれば、被災職員が石綿の飛散する体育館に長時間滞在していたものと推認することができる。

以上のことから、被災職員は、3年間勤務したA小学校の体育館において、石綿曝露作業に相当する業務に従事していたと認めることが相当である。

なお、A小学校音楽室での勤務については、被災職員は、昭

和49年度に石綿が吹き付けられていた音楽室の隣の教室で勤務していたことは認められるものの、音楽室における石綿の飛散状況は明らかではなく、また、任命権者によれば、当時は音楽は女性教諭、体育は男性教諭が担当することが多かったとされていることから、被災職員が長時間音楽室で勤務していたとする事実も認められない。

以上のことから、本件疾病は被災職員がA小学校体育館における勤務を通じて石綿に曝露したことにより発症したものと認められる。



定作業がはじまってからも、地方公務員はアスベスト曝露作業が主たる作業ではないから原則公務外という姿勢が強くみられるありさまであった。別掲表でも、公務外決定が公務上決定の3倍となっており、救済率は約26%。中皮腫と肺がんの内訳が不明であるが、1・2月号17頁に掲げた図と比べてみていただきたい。

この間、アスベストセンターや東京労働安全衛生センター、全水道等が国会議員の協力も得て様々な働きかけてきたこともあって、ようやく「労災並み」が実現しはじめてきたところと言えそうである。

次頁の表をみれば、21件の認定事例の内訳は、水道9件、清掃と運輸が各1件、その他10件となっている。その他では、石綿含有建材が加工される中の工事監理業務が3件ある。

地方公務員の場合、石綿が吹き付けられていた建物内等でアスベストに曝露したケースが多いと考えられ、表の最下欄の石綿が吹き付けられたボイラー機械室での作業や、前の記事の教師の事例が認定されるようになってきたことは注目される。

地方公務員の石綿被害21件

地方公務員●認定状況が初めて明らかに

4月22日に民主党の吉川重・玉置公良両議員が、総務省自治行政局公務員部安全厚生推進室と地方公務員災害補償基金の担当者をよび、地方公務員のアスベスト健康被害の公務災害認定促進を促した。

そのなかで、初めて、クボタショック以降の同基金による公務災害認定の状況が、別掲表のとおり、明らかにされた。

これまで、個別認定事例の報道等の他は、2009年10月23日付け静岡新聞が、同年9月までの公務災害認定事例が全国で15件と報じられるなどの、断片的な情報しかなかった。基金には、

自ら状況を公表しようという姿勢がまったくなかった。

そもそも、クボタショック以降それなりの請求件数の増加があったにもかかわらず、相談にのってもらえる専門医を探すのに1年以上もかけていた。ようやく認

石綿関連疾患の処理状況(平成22年3月31日現在)

処理年度	公務上	公務外	計	取消件数※
平成18年度以前	3	12	15	4
平成19年度	0	27	27	1
平成20年度	9	15	24	1
平成21年度	9	7	16	0
計	21	61	82	6

※は支部審査会及び審査会が処分を取消し、公務上となった事案数。

各地の便り

○公務上とした石綿関連疾病の認定状況

○平成18年度以降に処理したもの

(平成22年3月31日現在)

	支部名	職種区分	石綿ばく露の状況等		認定傷病名
		分類	ばく露の状況	従事年数	
①	東京都	その他	・石綿耐火被覆鉄柱の耐火性能試験	7年	中皮腫
②	東京都	水道	・下水処理施設で機械設備等の点検や監視業務 ・石綿含有の配管等のパッキン類の交換作業	24年	中皮腫
③	東京都	水道	・水道管の配管及び撤去工事の現場工事監督	19年	中皮腫
④	神奈川県	清掃	・清楚部の所有する車両の溶接・板金作業 ・整備工場の清掃 ・整備工場内で、整備士が車両のブレーキ等(石綿使用)の整備作業を実施	13年	中皮腫
⑤	山梨県	水道	・石綿水道管の切断	25年	中皮腫
⑥	京都府	水道	・石綿水道管の切断	20年	中皮腫
⑦	兵庫県	水道	・石綿管を含む水道管工事に伴う監督業務	10年	中皮腫
⑧	大阪市	運輸	・電車車両の集電装置(石綿使用)の交換業務 ・電車車両の制御装置(石綿使用)の交換業務 ・電車車両の制御装置遮断機の補修業務	4年半	中皮腫
⑨	広島市	水道	・石綿水道管の切断	7年	肺カルチノイド 肺線維症
⑩	広島市	その他	・石綿含有建材が加工される中での工事監理業務 ・吹付け石綿の施工状況の確認	10年	中皮腫
⑪	岡山県	その他	・石綿含有建材が加工される中での工事監理業務 ・吹付け石綿の施工状況の確認	12年	中皮腫
⑫	群馬県	その他	・石綿温水管の補修工事 ・石綿温水管の配管作業に係る現場監理等	30年	石綿肺
⑬	浜松市	その他	・石綿含有建材が加工される中での電気設備配線工事監理業務	7年	中皮腫
⑭	東京都	その他	・焼却灰の処理等 ・主にごみの焼却作業に従事	5年	びまん性 胸膜肥厚
⑮	広島県	水道	・石綿水道管の切断	8年	中皮腫
⑯	岡山県	水道	・石綿水道管の切断	29年	中皮腫
⑰	大分県	その他	・石綿が使用されていた焼却場内での作業	10年	中皮腫
⑱	仙台市	その他	・焼却炉等の整備による、石綿を含むグランドパッキンの切断 ・ごみピット内での作業	19年	石綿肺
⑲	名古屋市	その他	・ごみの収集作業	14年	中皮腫

○その他

①	静岡県	水道	・石綿水道管の切断	不明	中皮腫
②	大阪府	その他	・石綿が吹き付けられていたボイラー機械室での作業	15年	石綿肺

①は平成17年度以前に認定されたもの。

②は平成18年度に支部限りで認定されたもの。

教員自殺相次ぐ公務災害認定

東京・大阪●審査会や裁判で原処分撤回

2006年6月に新任2か月で自殺した東京都新宿区立小学校の女性教員について、地方公務員災害補償基金東京都支部審査会が、公務災害と認めた。

2006年4月に着任直後に2年の担任を任されたが、翌月下旬には複数の保護者から苦情を受けて対応に追われたり、校長から「保護者の信頼を失っている」と言われたりした。同校は各学年1クラスの小規模校で参考にすべき同学年の担任もおらず、前年度のクラス担任は異動し、引き継ぎは30分だけだった。審査会は学校側の支援が不十分で強度の精神的ストレスが重なったと判断した。

代理人の川人弁護士は、「新任教員の自殺が公務災害と認められたのはめずらしい」と評価。請求人である父親は「信頼しあえる同僚との関係があれば悲劇は起きなかった。若い先生を支えるシステムをつくってほしい」と訴えた。(3月6日付け各紙)

大阪府堺市の市立中学校の女性教諭(当時51歳)が、うつ病になって自殺したのは、荒れた学校現場で過酷な勤務を強いられたためとして、夫が公務外とした地方公務員災害補償基金の処分取り消しを求めた訴訟

で、大阪地裁が公務上と認める判決を言い渡した。

校内暴力によるストレス自殺を認める判決は異例という。女性教諭は1976年に大阪府教委に採用され、1996年からこの中学に勤務していたが、1997年6月にうつ病と診断され、11月に入院して休職。通院治療中の1998年10月に自殺した。

この中学ではチャイムが鳴っても教室に入らない生徒が多く、注意しても「死ね」「殺すぞ」などの暴言が帰ってくるのが日常茶

飯事。教師への暴力も1997年4月～11月、6人に対し計20件。自殺した女性教諭も生徒を注意して腹部を殴られたりした。問題解決は個々の教員任せで、学校側からの支援がなかった。(3月30日付け各紙)

長時間労働による過労自殺ではなく、具体的なストレスを率直に認めた点で、評価できるが、そもそも上記の件は、基金支部が公務上と認めなかったものを審査会や裁判にまで訴えてようやく認められたもの。おそらく公務災害申請に至らない、公務外であきらめざるを得ないケースもたくさんあると思われる。官民共通の厳しい職場の現状を変えてゆく取り組みの必要性を



(神奈川労災職業病センター
川本浩之)

春の外国人労働者総行動

東京●外国人労働者問題関係省庁との交渉

1993年から外国人労働者のための春闘として始まった春の一日行動は、今年で17年目を迎える。東京労働安全衛生センターは、生活と権利のための外国人労働者総行動実行委員会の発足当時から外国人労働者の労災や安全と健康問題に取り組んできた。毎年春には、外国人労働者の雇用保障と権利確立を求める集会やデモを行い、

政府との交渉を行っている

3月7日には、「奏でよう! 移住労働者の声を! あつまれ! 日比谷へ! マーチ・イン・マーチ2010」が開催された。この日は朝から冷たい雨の降る一日となったが、午後、日比谷小音楽堂には、韓国、フィリピン、バレー、セネガル、アイヌ、沖縄、中国、ブラジルと、多様な国、民族の歌と演奏が繰りひろげられた。各国参加者が

各地の便り

母国語で代わる代わるパートを担当し、「Weare the World」を大合唱した。外国人労働者たちの熱いエネルギーに包まれた会場は、大いに盛り上がりみせた。

3月8日午前9時から衆議院第二議員会館で、外国人労働者問題の関係省庁との交渉を行った。午前の第1部の労働問題では、①移住労働者全般、②外国人講師問題、③偽装請負、派遣法問題について、午後の第2部では出入国管理・外国人住民台帳について、第3部では研修・技能実習制度について交渉した。

省庁からは、内閣府、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、警察庁の関係部署の担当者が出席。また、民主党の相原久美子参議院議員、工藤仁美衆議院議員、郡和子衆議院議員、稲見哲男衆議院議員が同席した。

1. ハローワークで国籍を聞かれる?!

雇用対策法が改善され、事業主に外国人労働者の雇用状況を報告する義務が課せられた。「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」は、被雇用者が「外国人」かどうかの判断するにあたり、「通常の注意力」をもって行うように指示している。この表現は、「人種、皮膚の色、門地又は民族的若しくは種族的種族的出身に基づくあらゆる区別、除外、制約又は優先を意味する」人種差別を禁じた人種差別撤廃条約に抵触



しているのではないかと指摘したが、厚労省と外務省は、「それには当たらない」と回答した。しかし、参加した外国人からは、「ハローワークに求職に行くと必ず国籍を聞かれる。国籍を伝えると求人会社から面接を拒否される」という訴えがあった。厚労省は、「ハローワークで求人事業主に国籍を伝えることはないはず。指導を徹底する」と回答した。

2. 雇用状況の情報が法務省に提供

外国人雇用状況報告制度により、厚労省から法務省への情報提供が行われている。法務省入管局は、「雇用対策法第29条により、厚労省から氏名、国籍、在留資格などの情報を文書でもらっている」と回答。厚労省は、「被雇用者に関する全情報を提供しているわけではなく、必要性、理由を判断しながらやっている」と回答した。法務省では、出入国管理局にある外国人個人情報と厚労省から提供された情報とを照合しチェックしているようだ。外国人の個人情報は

法務省、厚労省双方から管理されるシステムになっている。

3. 海外の子どもにも子ども手当支給

2010年4月から支給予定される子ども手当は、外国籍者にも適用される。厚労省は、現在国会で審議中としながら、日本に在住する外国人の子どもに住所要件はないため、養育関係にある子どもには手当は支給されると回答した。

4. 法務省が健康保険証提示の記載を削除

今年4月から入管局では、外国人の在留資格の変更、在留期間の更新許可にあたり、社会保険の加入状況を把握するため、健康保険証の提示を求めることになっている。しかし、意図的に社会保険に加入させていない雇用者側にも責任がある。法務省は、「社会保険の加入促進を意図したもので、健康保険証がないと許可しないわけではない」と釈明。「誤解を招きやすいので、その部分はホームページ上からも削除した」と回答した。



5. 外国人語学教員の社会保険加入問題

外国人の社会保険加入を怠っている最大の外国人雇用事業所は語学学校である。イオス、ベルリッツ、ECCなど大手外国語学校では、外国人教員を社会保険に加入させていない。交渉のたびに厚労省に改善指導を求めてきた。所定時間が「おおむね4分の3」以上であれば社会保険に加入させなければならない。契約時間が29.5時間の常勤教員でも、講義の合間の準備時間をいければ社会保険の加入要件を満たすはず。語学学校は意図的に常勤職員の勤務時間を減らし、社会保険適用を逃れている。交渉に参加した外国人教員は、「多くの語学学校では教員の就労時間を30時間未満にして社会保険から脱退させている」と訴えた。厚労省は、「雇用契約書、就業規則から適否を判断している」と回答し、語学学校への指導の必要性を認めなかった。

6. 偽装請負・違法派遣

ラテンアメリカ出身の外国人労働者の多くは、電機、自動車、食品などの工場で働いている。そのほとんどが間接雇用。しかも偽装請負や労働法を守らない派遣会社が多く、2004年に製造業派遣が解禁されてからは派遣会社の過当競争もあり、低賃金・長時間労働、労災、不安定雇用にさらされている。

厚労省に対し、最低限、労働法令違反を摘発し、事業主に指導するよう全ての労働局、労基署、公共職業安定所、社会保険事務所に周知徹底するよう要請した。

7. 偽装請負と派遣労働の期間を通算

同じ事業所で同じ仕事を偽装請負と派遣にまたがっては働いている外国人労働者は少なくない。派遣法40条4の規定によれば、派遣受入れ期間の制限のある業務（製造業派遣は2007年3月から最長3年）の場合、派遣受入れ期間の制限への抵触日以降も、派遣労働者を使用とする場合は、派遣先は、抵触日の前日までに、派遣労働に対し雇

用契約の申込みをしなければならない。違反した場合は、国が派遣先に対し指導、勧告を行い、企業名を公表する。厚労省は、「偽装請負期間が派遣と見なされれば派遣受入期間として通算される」と回答した。

派遣先が直接雇用しても、雇用条件は短期の有期雇用がほとんど。結局、期間満了で雇止めになる場合が多く、派遣労働者の雇用が不安定であることに変わりがない。

8. 外国人を解雇し雇用調整助成金を受ける企業

雇用調整助成金を受けながら、外国人労働者を整理解雇した企業がある。神奈川県のある企業では、日系ブラジル人労働者だけが解雇された。この企業は雇調金を受けていた。雇調金制度は、「景気の変動、産業構造の変化その他の経済上の理由により事業活動の縮小を余儀なくされ、休業等（休業及び教育訓練）又は出向を行った事業主に対して、休業手当、賃金又は出向労働者に係る賃金負担額の一部を助成するもので、失業の予防を目的とする」もの。雇調金を受けながら、非正規外国人労働者の解雇は許されるのか。厚労省は、「要請の趣旨はよくわかるが、雇調金は事業主に解雇を止めることを要件にしていない」と回答した。それでは非正規労働者の雇用確保には何の役にも立たない。制度の改善が必要である。

（東京労働安全衛生センター）

ビルマ人女性の腰痛に業務外 東京●ランチタイムホール業務で腰痛・下肢痛

ビルマ人のTさん（57歳）は、2007年の夏頃から、腰に痛みを感じるようになった。

1988年、母国ビルマ（現在のミャンマー）での民主化運動高揚のなか、学生だったTさんは、アウンサンスーチー女史を支持し、民主化運動のデモなどに参加。その後、軍事クーデターによって成立した軍事政権は徹底的に民主化運動を弾圧したため、Tさんは、政府の弾圧から逃れて1991年、観光ビザで来日した。

来日以来、日本語の勉強をしながら生活のために仕事しなければならなかったTさんは、同じビルマ人の夫とともに難民申請の結果を待ちながら、パートの働き口を見つけては懸命に働いた。

2007年3月からは、夜は居酒屋をしている飲食店で、週6日、ランチタイム（10時から15時）のホール係として働きはじめた。Tさんは、朝10時に出勤し、11時から開始のランチの店内の準備をほぼ一人で行っていた。

11時に開店すると、レジの前に立ち、接客がはじまる。客を席に案内し、お茶を出し、注文をとる。注文をキッチンにいる店長に伝え、店長が配膳セットしてくれたものを客まで運ぶ。食事を終えた客の料金清算をし、テー

ブルの後かたづけをするのもTさんの仕事だった。店は11時開店直後から、満席の状態が14時くらいまで続く。席がすべて埋まる状態のときのお客さんは30人余りの数で、ときどき店長もホールに料理を運ぶことは手伝ってくれたが、それ以外はほとんどTさん一人でごなさなければならなかった。14時半にはランチを終了。ランチの売り上げは、いつも1日9～10万ほどにもなった。11時～14時半までの3時間半の営業時間の間で、100～120名の接客を、Tさんは黙々と毎日繰り返した。

夏頃、Tさんは腰痛を感じるようになった。それでもつらい立ち歩きの仕事が続いていたが、やがて右の膝、そして左の膝に痛みが現われた。11月にひまわり診療所を受診。翌年4月には、歩行が自力では困難で松葉杖が必要な状態にまで至り、東京労働安全衛生センターに相談に来られた。

Tさんに概ね10m×10mとホールの面積を想定してもらい、3時間のランチの間にTさんの接客

のためのどのくらいの距離を歩くのかを計算したところ、概算で7km余にも及んだ。

また、小柄なTさんが、右手に盆を持ち下を覗きながら店の段差を繰り返し踏み越えたり、後かたづけのために上半身を傾斜させるなどのときの作業様態から腰、下肢への負担を訴えて労災申請を行った。厚生労働省の職業性疾病の認定基準では、いわゆる疲労性の上肢障害にこそ不十分ながら認定基準があるが、下肢について上肢と同様の症状を訴える対象疾病には言及がない。Tさんのケースについては主治医と相談し、上肢障害の認定基準に照らしてその腰・下肢への労働負荷を訴えたが、残念ながら中央労働基準監督署は業務外とした。

Tさん夫妻は難民認定されず、現在は一年ごとの特定活動という在留資格で滞日生活を送っている。

母国の軍事政権の弾圧を逃れて日本にきたTさん。性格も穏和で、勉強熱心。日本語もとても上手で、働くことをいとわない彼女が、生活困窮のなかで、いまなによりつらいと思うのは、膝の痛みで思うように働けないことである。センターは、今後もTさんの療養と生活のために何ができるかを一緒に考えてい



ければと思う。
（東京労働安全衛生センター）

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/>

石綿工場跡地の土壌汚染

東京●リスクコミュニケーションが不可欠

昨年10月27日、東京都大田区の奈須利江区議、ジャーナリストI氏、東京新聞の記者と、大森南にある旧ミヤデラ石綿製品製造工場跡地近隣住民と私とで、大田区施設管理課へ出向き、区の説明を受けた。この区からの説明会には、奈須議員の呼びかけで、他に3人の区議会議員及び秘書が2人出席し、熱心にこの経過について耳を傾けていた。

旧ミヤデラ石綿製品製造工場跡地は、現在大田区の所有地で、区はこの土地のほぼ3分の1を区の出張所に、残り3分の2を民間の工場誘致用地に転用する計画をたてた。ところが、このミヤデラ跡地にはとんでもない埋蔵物があつた。大量の繊維状の石綿や石綿成形板のかげらなどが36m×100mの長方形の土地の隅々にまで埋まっていたことが判明したのである。区は、この工場跡地のボーリング調査を行っていた。そもそもこの土地は、ミヤデラ工場から製紙会社に売られ、その後区に転売された。区が購入した際に、土壌からフッ素が検出され、一部の土壌が入れ替えられた経緯があつた。そのような経過から、念のために区はボーリング調査を行ったと説明している。

ボーリング調査は、土地を10mごとに縦横に行われた。特にアスベスト繊維が大量に検出された南東の隅は5mから3mの間隔でボーリング調査が行われた。ボーリング測定点は52点に及んでいる。このほとんどの地点からアスベスト繊維が出た。アスベストが出なかったのは52点中4点にすぎない。その4点も、以前にフッ素の土壌入れ替えを行った地点と重なり、アスベストはほぼ全域にあつたと考えられる。アスベスト繊維が埋まっていた深さは、地表から0.23mから1.65mと均一ではなかつた。

この土壌置換工事についての近隣住民向け説明会は、6月及び7月に開かれた。早くからアスベストセンターは、奈須議員からの相談を受け、区の説明会に参加出席し、区への協力を申し出、十分なリスクコミュニケーションのもとに安全な工事が行われるように要請してきた。この説明会で、いくつかの問題点が洗い出された。

そのひとつは、このような土壌汚染がなぜ起こったのかの原因究明である。区はミヤデラの役員からのヒヤリングを行っているが、この点は十分に解明されていない。旧ミヤデラ工場周辺住

民の中皮腫被害や胸膜プラーク所見者が確認されていることから、この調査は重要である。また、この工場は東京労災病院のすぐ隣接した土地にあつた。東京労災病院の古い記録に、ミヤデラのアスベスト粉じん職場調査があつてもおかしくはない。住民の方から当時の話をうかがうと、工場からは粉じんがもうもうと立ち上がっていたことや、地元の家業者が閑散期にミヤデラ工場で働いていたという証言があつた。東京労災病院や大田区などが連携し、ミヤデラの十分なヒヤリング調査が被害者の掘り起こしと補償問題につながると考えられる。説明会で、なぜアスベストがこの土地の土壌中にあると考えるのか、と問う住民の質問に環境保全課長は、土壌中のアスベストはミヤデラ工場から必ずしも出たものではなく、空中に飛散・浮遊していたアスベストが沈積したものと考えていると答えた。このような非常識な認識では、被害者の補償は心もとない。

また、土壌置換工事そのものについての問題点も議論された。土壌中のアスベストについての法律上の規制は、石綿障害予防規則にしても、大気汚染防止法にしても、東京都の環境確保条例にしても存在しない。土壌中のアスベストの飛散性をどのように評価するかで除去工事や廃棄物の収集運搬に大きな違いが出てくる。区はアスベストが大量に検出された土地の一部にテントを設置し、内部を養

各地の便り

生し負圧工事を行うと主張した。住民は、土地の全面をテントで覆うことを求めたが、入れられなかった。

区は、リスクコミュニケーションを十分に形成しないまま、除去工事を見切りではじめた。その準備工事で、業者は土壤搬出用のトラックのタイヤ洗浄機を設置する際に、何の防じん対策のないままに、汚染された土壤を一部掘削してしまった。業者は、アスベスト防じん対策を理解しないままに工事がはじまったこと、区はそれまでの説明会での議論の内容を工事現場で実現できなかったこと、区の指導管理体制は機能していなかったことが判明した。

これが、冒頭の昨年10月27日の大田区施設管理課での区の説明会の内容である。

この日、周辺住民、大田区議会議員有志、アスベストセンター連名で、大田区へ「大森南四丁目出張所・産業支援施設予定地における飛散防止策を講じずアスベスト土壤処理が行われた件にかかわる要望」を提出した。内容は

- 1 なぜこのような事態になったか原因を明らかにすること。
- 2 今後、アスベストを飛散させることがないように安全策を講じること。また、その安全策について具体的に明らかにすること。

であった。

この件は東京新聞等で発表され、これを受け、区は土壤置換工事を一時中断した。区は、



これ以後、第三者のアスベスト工事のコンサルタントを工事現場に常駐させ、工事の監視・土壤除去の確認を委嘱した。しかし、この結果工事は再開されたものの、予想を上回るアスベスト汚染土壤が大量に出土し、廃棄にかかる費用が予算を大幅に上回ることが判明し、工事は再度中断した。大田区は4億円を超える予算をこの工事に当てたが、工事は途中で破綻し、いまだ大量のアスベストを土壤に残したまま工事は取りやめになった。現段階での変更された計画は、土地全体をアスファルトで覆い自転車公園にするとの案があがっているという。この案は、工事が始まる前の住民説明会で住民が望んでいたものである。

この4億円を超える土壤置換工事は、事前の十分な調査とリスクコミュニケーションが十分に行われることなく見切り発車し、

中途半端にアスベストを残したままにアスファルトで覆われた。行政による、まったく不十分な計画による税金の無駄遣いである。

リスクコミュニケーションの重要性をまたここで確認できる。行政は必ずしもアスベスト問題を理解していないし、クボタ直後のアスベストに関する認識を共有してもない。これは絶えず住民やNPOなどが声を上げつづけなければならないことを意味する。また、土壤中のアスベスト問題は、大田区以外にも各地で報告されている。今年3月埼玉県を相手に、近隣住民は、アスベスト汚染された土壤の除去工事の安全を確保するための、工事差し止めを求める仮処分申請を埼玉地裁に提起した。この件も、重要な教訓を残している。次回に経緯を報告したい。

(中皮腫・じん肺・アスベストセンター
事務局長 永倉冬史)

全国労働安全衛生センター連絡会議

〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階

TEL(03)3636-3882 FAX(03)3636-3881 E-mail: joshrc@jca.apc.org

URL: <http://www.joshrc.org/> <http://www.joshrc.org/~open/>

- 東京 ● NPO法人 東京労働安全衛生センター E-mail center@toshc.org
〒136-0071 江東区亀戸7-10-1 Zビル5階 TEL(03)3683-9765 /FAX(03)3683-9766
- 東京 ● 三多摩労働安全衛生センター
〒185-0021 国分寺市南町2-6-7 丸山会館2-5 TEL(042)324-1024 /FAX(042)324-1024
- 東京 ● 三多摩労災職業病研究会
〒185-0012 国分寺市本町4-12-14 三多摩医療生協会館内 TEL(042)324-1922 /FAX(042)325-2663
- 神奈川 ● 社団法人 神奈川労災職業病センター E-mail k-oshc@jca.apc.org
〒230-0062 横浜市鶴見区豊岡町20-9 サンコーポ豊岡505 TEL(045)573-4289 /FAX(045)575-1948
- 群馬 ● ぐんま労働安全衛生センター E-mail qm3c-sry@asahi-net.or.jp
〒370-0846 高崎市下和田町5-2-14 TEL(027)322-4545 /FAX(027)322-4540
- 新潟 ● 財団法人 新潟県安全衛生センター E-mail KFR00474@nifty.com
〒950-2026 新潟市西区小針南台3-16 TEL(025)265-5446 /FAX(025)265-5446
- 静岡 ● 清水地域勤労者協議会
〒424-0812 静岡市清水小芝町2-8 TEL(0543)66-6888 /FAX(0543)66-6889
- 愛知 ● 名古屋労災職業病研究会 E-mail roushokuken@be.to
〒466-0815 名古屋市昭和区山手通5-33-1 TEL(052)837-7420 /FAX(052)837-7420
- 三重 ● 三重安全センター準備会 E-mail QYY02435@nifty.ne.jp
〒514-0003 津市桜橋3丁目444 ユニオンみえ内 TEL(059)225-4088 /FAX(059)225-4402
- 京都 ● 京都労働安全衛生連絡会議 E-mail kyotama@mbox.kyoto-inet.or.jp
〒601-8015 京都市南区東九条御堂町64-1 アンビシャス梅垣ビル1F TEL(075)691-6191 /FAX(075)691-6145
- 大阪 ● 関西労働者安全センター E-mail koshc2000@yahoo.co.jp
〒540-0026 大阪市中央区内本町1-2-13 ばんらいビル602 TEL(06)6943-1527 /FAX(06)6942-0278
- 兵庫 ● 尼崎労働者安全衛生センター E-mail a4p8bv@bma.biglobe.ne.jp
〒660-0803 尼崎市長洲中通1-7-6 TEL(06)4950-6653 /FAX(06)4950-6653
- 兵庫 ● 関西労災職業病研究会
〒660-0802 尼崎市長洲本通1-16-17 阪神医療生協気付 TEL(06)6488-9952 /FAX(06)6488-2762
- 兵庫 ● ひょうご労働安全衛生センター E-mail hyogounion@rouge.plala.or.jp
〒650-0026 神戸市中央区古湊通1-1-17 西浦ビル2階 TEL(078)382-2118 /FAX(078)382-2124
- 広島 ● 広島労働安全衛生センター E-mail hirosima-raec@leaf.ocn.ne.jp
〒732-0825 広島市南区金屋町8-20 カナヤビル201号 TEL(082)264-4110 /FAX(082)264-4123
- 鳥取 ● 鳥取県労働安全衛生センター
〒680-0814 鳥取市南町505 自治労会館内 TEL(0857)22-6110 /FAX(0857)37-0090
- 徳島 ● NPO法人 徳島労働安全衛生センター E-mail rengo-tokushima@mva.biglobe.ne.jp
〒770-0942 徳島市昭和町3-35-1 徳島県労働福祉会館内 TEL(088)623-6362 /FAX(088)655-4113
- 愛媛 ● NPO法人 愛媛労働安全衛生センター E-mail npo_eoshc@yahoo.co.jp
〒792-0003 新居浜市新田町1-8-15 TEL(0897)34-0900 /FAX(0897)34-5667
- 愛媛 ● えひめ社会文化会館労災職業病相談室
〒790-0066 松山市宮田町8-6 TEL(089)931-8001 /FAX(089)941-6079
- 高知 ● 財団法人 高知県労働安全衛生センター
〒780-0011 高知市薊野北町3-2-28 TEL(088)845-3953 /FAX(088)845-3953
- 熊本 ● 熊本県労働安全衛生センター E-mail awatemon@eagle.ocn.ne.jp
〒861-2105 熊本市秋津町秋田3441-20 秋津レークタウンクリニック TEL(096)360-1991 /FAX(096)368-6177
- 大分 ● 社団法人 大分県勤労者安全衛生センター E-mail OITAOSHC@elf.coara.or.jp
〒870-1133 大分市宮崎953-1 大分協和病院3階) TEL(097)567-5177 /FAX(097)503-9833
- 宮崎 ● 旧松尾鉦山被害者の会 E-mail aanhyuga@mnnet.ne.jp
〒883-0021 日向市財光寺283-211 長江団地1-14 TEL(0982)53-9400 /FAX(0982)53-3404
- 鹿児島 ● 鹿児島労働安全衛生センター準備会 E-mail aunion@po.synapse.ne.jp
〒899-5215 始良郡加治木町本町403 有明ビル2F TEL(0995)63-1700 /FAX(0995)63-1701
- 沖縄 ● 沖縄労働安全衛生センター
〒900-0036 那覇市西3-8-14 TEL(098)866-8906 /FAX(098)866-8955
- 自治体 ● 自治体労働安全衛生研究会 E-mail sh-net@ubcnet.or.jp
〒102-0085 千代田区六番町1 自治労会館3階 TEL(03)3239-9470 /FAX(03)3264-1432

