

安全センター情報2012年5月号 通巻第393号
2012年4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



2012 5

安全センター情報



特集● 石綿疾病労災認定基準の見直し

写真：日韓石綿ワークショップ

第8回移住労働者と連帯する全国フォーラム・東海2011 記録報告集発行のご案内



全国フォーラム・東海2011の二日間を紙上に再現

- ・シンポジウム10ページ、分科会50ページ
- ・記念講演10ページ、被災地報告4ページ、意見交換2ページ
- ・交流会4ページ、その他

好評発売中！！

A4版 / 全107ページ / 一冊¥1,000円(送料無料)

☆ 申し込み・問い合わせ先 ☆

〒466-0815
名古屋市昭和区山手通5-33-1 杉浦医院4F

名古屋労災職業病研究会

TEL/FAX: 052-837-7420

E-mail : roushokuken@oregano.ocn.ne.jp



特集／石綿疾病労災認定基準の見直し

石綿肺がん認定基準改正 不十分・不透明な内容・手続

曝露要件重視への転換が課題

全国安全センター事務局長 古谷杉郎 2

石綿による疾病の認定基準(局長通達) 18

認定基準の運用等に関する補償課長通達 26

石綿疾病の認定基準に関する検討会報告書 27

韓国：石綿関連疾病認定基準論議現況 39

速報：石綿肺がん行政訴訟神戸地裁判決 43

救済法施行1年の韓国で 被害者の交流促進を確認

韓国でもすでに12件のアスベスト訴訟

全国安全センター事務局長 古谷杉郎 47

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

イタリアのアスベスト被害者の画期的な勝利 57

各地の便り

厚生労働省●特別遺族一時金の「隙間」を解決 60

環境省●架空検査結果事件の検証結果を公表 61

福岡・山口●石綿被害掘り起こして相談・交流会 62

韓国●石綿裁判：死因を知ったときから時効適用 62

石綿肺がん認定基準改正 不十分・不透明な内容・手続 曝露要件重視への転換が課題

古谷杉郎

全国安全センター事務局長

認定基準設定以前

「記録上確認できる石綿による肺がんに係る最初の労災認定事例は、昭和48年(1973年)である。これは、大阪労働基準局長よりん伺された労災請求事案に対し、『石綿肺結核兼肺がんによる死亡労働者の業務上外について』(昭和48年5月11日付け基収第2278号)により、労働基準法施行規則第35条第38号の包括的救済規定により、石綿配合作業に従事した労働者に発症した石綿肺がんについて業務上との判断を示している。

この後、大阪労働基準局長から2件の労災請求事案がりん伺されたのに対し、『石綿肺がんによる死亡労働者の業務上外について(回答)』(昭和50年7月5日付け基収第2302号)により、1件は業務上、1件は業務外との判断を示している。

後述する昭和53年(1978年)の認定基準の策定の前後に全国の労働基準監督署において労災認定された石綿肺がん事例を収集し、昭和54年(1979年)までに18件の石綿肺がんが労災認定されたことが記録上明らかになっている(年度別の労災認定件数については明らかなではない。)(2005

年8月26日「アスベスト問題に関する厚生労働省の過去の対応の検証」)

ちなみに本誌は、2001年に厚生労働省から情報提供された、1976年2件(大阪1・奈良1)、1977年0件、1978年3件(都道府県別不明)、1979年5件(大阪4・奈良1)であったことを示す資料をもっている。

昭和50年7月5日付け基収第2302号では、「業務上外の判断要旨」のなかの「基本的な考え方」として以下の基準をあげていた。

- (1) 石綿への曝露が大量であり、その開始から肺がん発生までの期間(曝露期間と潜伏期間の合計期間)が少なくとも10年以上とされている要件を満たすこと。
- (2) 原発性肺がんであるとの診断が確定していること。
- (3) 肺がん発生の促進因子として喫煙歴もあること(絶対的要件ではない。)

(1)については、IARCの1972年報告やILO専門家会議で「石綿粉じんと肺がんとの関連が医学的に明らかにされている」としたうえで、「これまで曝露開始後20年以上で肺がんの発生率が高くなると言われてきたが、上記に掲げた報告によれば、曝露開始後10年ないし14年でも期待値をかなりの

程度上回る発生をみているところから、10年が当面の認定基準の目安とすべきと考えられる」。

(3) については、「石綿曝露作業者においては紙巻たばこの喫煙は肺がん発生危険率を高める重要な因子となっていることが認められているところから、喫煙は石綿肺がんの労災認定上業務外とする要素とは取り扱うべきでないことが特徴である」と解説されている。

1978年労災認定基準設定

1978年の職業病リスト（労働基準法施行規則第35条別表第1の2）の改正により、「石綿にさらされる業務による肺がん又は中皮腫」が初めて明示され（第1の2第7号7）、昭和53年10月23日付け基発第584号「石綿曝露作業従事労働者に発生した疾病の業務上外の認定について」が策定された。

1978年労災認定基準の「肺がんの取扱い」は以下のとおりで、「最近の疫学調査結果から、石綿曝露量が大きくなる傾向が見られ、症例としては石綿曝露期間が概ね10年を超える労働者に発生したことが多い」等とした、1978年9月の「石綿による健康障害に関する専門家会議報告書」を受けたものだった。

「(1) 石綿肺合併肺がん(解説省略)

(2) 石綿肺の所見が無所見の者に発生した肺がん

(前略) 次のイ及びロのいずれの要件をも満たす場合には、労働基準法施行規則別表第1の2第7号7に該当する業務上の疾病として取り扱うこと。

イ 石綿曝露作業への従事期間が概ね10年以上の者に発生したものであること。

ロ 次の(イ)又は(ロ)に掲げる医学的所見が得られているものであること。

(イ) 吸気時における肺底部の持続性捻髪音、胸部エックス線写真による胸膜の肥厚斑影又はその石灰化像、かくたん中の石綿小体等の臨床所見

(ロ) 経気管支鏡的肺生検、開胸生検、剖検等に基づく肺のびまん性繊維増殖、胸膜の硝子性肥厚又は石灰沈着（結核性胸膜炎、外

傷等石綿曝露以外の原因による病変を除く。）、肺組織内の石綿繊維又は石綿小体等の病理学的所見

なお、上記(1)、(2)においては、石綿肺合併肺がん症例における石綿曝露開始から肺がん発生までの期間（以下「潜伏期間」という。）は、概ね10年ないし20年のものが多いとされているが、それよりも短い例も長い例も知られており、退職後に発生することも少なくないので十分留意すること。

(3) 上記(1)又は(2)に該当するもの以外の肺がん

(前略) 例えば、比較的短期間高濃度の石綿曝露を受ける作業又は一時的に高濃度の石綿曝露を間欠的に受ける作業（前記第1の1の(3)参照）に従事した労働者に肺がん発生がみられたこともあるので、かかる労働者に発生した肺がんについては、石綿曝露作業の内容、同従事歴、臨床所見、病理学的所見等を調査のうえ関係資料を添えて本省にりん伺すること。」

2003年労災認定基準改正

石綿原則禁止の方針確立に伴い、労災認定基準の見直しも行われ、2003年8月26日に「石綿曝露労働者に発生した疾病の認定基準に関する検討会報告書」がとりまとめられた（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/08/s0826-4.html>）。

ここでは、肺がん自体は独立した検討項目とはされていないが、「まとめ」として、「石綿曝露指標として重要な『胸膜プラーク』を、認定要件として独立させること」、「肺がんについては、石綿曝露作業への従事期間を除き、中皮腫の認定要件見直しに合わせて、整理すること」等があげられ、本文で「石綿肺、胸膜プラーク、石綿小体の三つが、医療機関において、比較的容易に得られ、かつ重要な石綿曝露の医学的所見である」と指摘されている。

これを受けて、平成15年9月19日付け基発第0919001号「石綿による疾病の認定基準について」が発出された（2003年10月号参照）。

2003年労災認定基準の「肺がん」の取扱いは以下のとおりである。

「(1) 石綿曝露労働者に発症した原発性肺がん

であって、次のア又はイに該当する場合には、別表第1の2第7号7に該当する業務上の疾病として取り扱うこと。

イ じん肺法に定める胸部エックス線写真の像が第1型以上である石綿肺の所見が得られていること。

ロ 次の(イ)又は(ロ)に掲げる医学的所見が得られ、かつ、石綿曝露作業への従事期間が10年以上あること。

(イ) 胸部エックス線検査、胸部CT検査、胸腔鏡検査、開胸手術又は剖検により、胸膜プラーク(胸膜肥厚班)が認められること。

(ロ) 肺組織内に石綿小体又は石綿繊維が認められること。

(2) 上記(1)のA及びイに該当しない原発性であって、次のA又はイに該当する事案は、本省に協議すること。

A 上記(1)のイの(A)又は(イ)に掲げる医学的所見が得られている事案

イ 石綿曝露作業への従事期間が10年以上である事案

また、同日付けで基労補発第0919001号「石綿による疾病の認定基準の運用上の留意点について」(2003年10月号参照)が発出されて、以下の点が示されている。

- ・「胸膜プラーク(胸膜肥厚班)」については、「過去(概ね15～40年前)の石綿曝露の指標として極めて重要であることから、これを独立した要件とし、その具体的確認方法を記載したものである。このうち、胸部CT検査の方が胸部エックス線検査よりも検出率は高く、胸壁軟部陰影や肋骨随伴陰影との鑑別も容易である。また、胸腔鏡検査、開胸手術又は剖検時に肉眼で観察することができるものである」。
- ・「石綿小体又は石綿繊維」については、『石綿肺の所見』及び『胸膜プラーク(胸膜肥厚班)』のいずれもが認められない場合において、石綿曝露歴を推定し得る重要な指標である。

2006年労災認定基準改正

2006年の石綿健康被害救済法の成立・施行に伴い、環境省と合同開催の「石綿による健康被害に係る医学的判断に関する検討会報告書」が2月7日に公表され(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/02/h0209-1.html>)、肺がんについては以下のような「まとめ」がされた。

- (1) 肺がんは喫煙をはじめとしてさまざまな原因が指摘されている中で、石綿を原因とするものとみなせるのは、肺がんの発症リスクを2倍以上に高める量の石綿曝露があった場合とするのが妥当である。
- (2) 肺がんの発症リスクを2倍以上にする石綿の曝露量は、累積石綿曝露量25本/ml×年以上と考えられる。
- (3) 肺がん発症リスクが2倍以上又は累積石綿曝露量が25本/ml×年以上を判断する曝露量の医学的指標としては、胸膜プラーク画像所見等による指標及び肺内石綿繊維数又は石綿小体数による指標があり、職業曝露歴に関連した指標としては、石綿肺の所見による指標及び石綿曝露作業従事期間等による指標がある。
- (4) 職業曝露歴が不明な場合の胸膜プラーク画像所見等を指標とする考え方については、胸部エックス線写真の像又はCT画像により明らかな胸膜プラークが認められ、かつ、じん肺法に定める胸部エックス線写真の像で第1型以上と同様の肺線維化所見があり、胸部CT画像においても肺線維化所見が認められた場合には、肺がんの発症リスクが2倍以上であると判断できる。
- (5) 肺内石綿繊維数又は石綿小体数による指標については、乾燥肺重量1g当たり石綿小体5,000本以上、又は石綿繊維200万本以上(5 μ m超。2 μ m超なら500万本以上)、気管支肺胞洗浄液(BALF)1ml当たり石綿小体5本以上が存在する場合には、25本/ml×年以上の累積曝露があったと判断できる。

なお、石綿小体、石綿繊維の計測に関する信頼性の高いデータを得るためには、一定の設備を備え、かつ、トレーニングを受けたスタッフのいる専門の施設で実施する必要がある。

(6) 石綿肺の所見による指標については、客観的

な石綿曝露作業従事歴がある者に石綿肺の所見が認められた場合には、肺がんリスクが2倍以上であると判断できる。

(7) 石綿曝露作業従事期間による指標については、胸膜プラーク等の石綿曝露所見が認められ、石綿曝露作業に概ね10年以上従事したことが確認された場合には、25本/ml×年以上の累積曝露があったとみなすことができる。なお、業種別の曝露量を採用することは困難であるが、特定化学物質等障害予防規則により作業環境測定記録が保存されている場合には、これも参考にするべきである。

(8) 石綿による肺がんは、その多くが曝露開始から発症までが30年から40年程度といった、潜伏期間の長い疾患である。

(9) 肺がんは、一般に予後の非常に悪い疾患である。

これを受けて、平成18年2月9日付け基発第0209001号「石綿による疾病の認定基準について」が発出された(2006年4月号)。2006年労災認定基準の「肺がん」の取り扱いとは以下のとおりである。

「(1) 石綿曝露労働者に発症した原発性肺がんであって、次のア又はイのいずれかに該当する場合には、別表第1の2第7号7に該当する業務上の疾病として取り扱うこと。

ア じん肺法に定める胸部エックス線写真の像が第1型以上である石綿肺の所見が得られていること。

イ 次の(ア)又は(イ)の医学的所見が得られ、かつ、石綿曝露作業への従事期間が10年以上あること。ただし、次の(イ)に掲げる医学的所見が得られたもののうち、肺内の石綿小体又は石綿繊維が一定量以上(乾燥肺重量1g当たり5000本以上の石綿小体若しくは200万本以上(5 μ m超。2 μ m超の場合は500万本以上)の石綿繊維又は気管支肺胞洗浄液1ml中5本以上の石綿小体)認められたものは、石綿曝露作業への従事期間が10年に満たなくとも、本要件を満たすものとして取り扱うこと。

(ア) 胸部エックス線検査、胸部CT検査等により、胸膜プラーク(胸膜肥厚斑)が認められる

こと。

(イ) 肺内に石綿小体又は石綿繊維が認められること。

(2) 石綿曝露作業への従事期間が10年に満たない事案であっても、上記(1)のイの(ア)又は(イ)に掲げる医学的所見が得られているものについては、本省に協議すること。」

基本的に、前述検討会報告書「まとめ」の(1)～(3)の基本的考え方を整理したうえで、(4)(5)が職業曝露歴が不明な場合の基準として、救済法環境省所管分についての判定基準になると同時に、労災認定基準中に「ただし書き」として導入されたというものである。(6)以下は、従来の労災認定基準の取り扱いを再確認したものである。

救済法厚生労働省所管分-労災時効救済については、平成18年3月17日付け基発第0317010号「特別遺族給付金に係る対象疾病の認定について」が示され、「疾病の特定については、特別遺族給付金の支給請求書に添付された死亡診断書等の記載事項証明書等の記載内容により判断すれば足りるものとする」ほかは、労災認定基準を「準用するものとする」とされた。

なお、2006年労災認定基準改正のときには、運用上の留意点等を示した補償課長(基労補)通達は示されていない。

2010年労災認定基準改正

2006年検討会報告書も含めて「石綿繊維」に関する「2 μ m超」は「1 μ m超」の間違いであり、平成22年12月10日付け基発1210第6号によって訂正されている。

同日付けの基労補発第1210第1号「石綿による疾病の認定基準の一部改正の背景等について」は、「改めて関係文献(ヘルシンキ国際会議のコンセンサスレポート(1997))の原文に当たったところ、同(2006年)報告書の記載が誤っていたことが確認されたことから、これを訂正するための認定基準改正が行われたものであること」。

「改正通達による改正の内容は、平成18年2月9日にさかのぼって適用されるものであるが、同日以

降、肺内の石綿繊維の計測結果等を理由として不支給決定した全ての事案について、本省において改めて精査したところ、 $1\mu\text{m}$ を超える石綿繊維の本数が500万本以上のものは確認されなかったことから、各局においては、肺内の石綿繊維を計測した事案であって、既に不支給決定を行った事案について、改めて石綿繊維の本数を確認することはないこと」としている。

2006年以降、肺がんの取り扱いについて、認定基準（局長通達）の改正が行われたのはこれだけである。

労災認定基準改正経過の特徴

以上の石綿肺がんに係る労災認定基準改正の経過は、内外の知見（の進展）等を踏まえながら、以下のような特徴をもってなされてきたと要約することができる。

- (1) 単一のオールマイティな基準がないことから、いずれかひとつの基準を満たせば業務上の疾病として取り扱うという選択肢を示すというアプローチをとりつつ、選択肢となる基準の改善・追加等を図ってきた（「または」を増やす）。
- (2) 基準は一般に曝露要件と医学要件の組み合わせとして設定されるが、曝露要件の指標として、①石綿曝露作業従事期間、医学要件の指標としては、原発性肺がんであること以外では、②肺がん以外の石綿関連疾患、③胸膜プラーク、④石綿小体・石綿繊維、に整理されてきた。
- (3) 曝露要件については、①石綿曝露作業従事期間が「（概ね）10年以上」という要件が、一貫して柱となる指標として維持されてきた一方で、それを含めて単独の（医学要件との組み合わせを要しない）基準は設定されてこなかった。
- (4) ②肺がん以外の石綿関連疾患については石綿肺のみがあげられ、「石綿曝露労働者に発症した石綿肺」ということのみで足り、①石綿曝露作業従事期間の数値基準は示されていない。石綿肺の診断において曝露要件は評価されているという理解である。
- (5) 石綿肺以外の医学要件が、③胸膜プラーク、

④石綿小体・石綿繊維に整理されたのは2003年労災認定基準においてであり、①石綿曝露作業従事期間が「10年以上」という要件と組み合わせで基準とされ、2006年労災認定基準においてもそのまま維持された。

- (6) 2006年労災認定基準において、救済法環境省所管分の認定基準となった④石綿小体・石綿繊維単独の基準（乾燥肺重量 1g 当たり石綿小体5,000本以上等）が導入され、曝露要件は石綿曝露労働者であったことだけで足りる（従事期間の年数基準なし）取り扱いとされた。
- (7) 「喫煙歴もあること」という要件はすぐになくなる一方で、外国の労災認定にみられる潜伏期間に関する要件は設定されてこなかった。

以上を確認した上で、あらためて現行労災認定基準の内容を整理すれば、以下のとおりである。（別掲の2010年12月に厚生労働省が作成した「石綿による疾病の認定基準リーフレット」も参照。）

- ① 石綿肺
- ② 石綿曝露作業従事歴10年+胸膜プラーク
- ③ 石綿曝露作業従事歴10年+石綿小体・石綿繊維
- ④ 石綿小体・石綿繊維（乾燥肺重量 1g 当たり5000本以上の石綿小体若しくは200万本以上（ $5\mu\text{m}$ 超。1（前述のとおり2を修正） μm 超の場合は500万本以上）の石綿繊維又は気管支肺胞洗浄液 1ml 中5本以上の石綿小体）
- ⑤ 石綿曝露作業従事歴が10年に満たず、②④の医学的所見が得られているものは本省協議

2007年補償課長通達

ところが、平成19年3月14日けで基労補発第0314001号「石綿による肺がん事案の事務処理について」という、「『乾燥肺重量 1g 当たり5000本以上』の基準に照らして、石綿小体数が明らかに少ない場合」に本省への照会を指示する、補償課長通達が発出された。

「認定基準では、石綿小体に関して、肺がんの発症リスクを2倍に高める石綿曝露量として『乾燥肺重量 1g 当たり5000本以上』が示されているが、

3 石綿による疾病の取扱い

(1) 石綿肺

石綿肺は、原則として都道府県労働局長によるじん肺管理区分(管理1～4)の決定がなされた後に、業務上の疾病が否かが判断されます。

① 石綿肺(注)

(注) 石綿によるじん肺症。
(注) 「じん肺管理区分が管理4」の場合に業務上の疾病として取り扱われます。

②

管理2、管理3又は管理4の石綿肺に合併した合併症(注)

(注) 「ア. 肺結核、イ. 結核性胸膜炎、ウ. 慢性気管支炎、エ. 慢性気管支拡張症、オ. 慢性気管支炎」をいいます。

(2) 肺がん

肺がんについては「原発性肺がん(転移性のがんではないという意味です)」であって、じん肺法に定める胸部エックス線写真の像が第1型以上である石綿肺所見が得られている場合や胸膜プラーク等の石綿にば露したことを示す医学的所見が認められ、かつ、石綿ばく露作業への従事期間が10年以上ある場合に、業務上の疾病として取り扱われます。

① 第1型以上の石綿肺

② 胸膜プラーク(胸膜肥厚斑)

石綿ばく露作業
10年以上

③ 石綿小体又は石綿繊維

石綿ばく露作業
10年以上

(注) ただし、③については、乾燥肺重量1g当たり5000本の石綿小体若しくは200万本以上(5μm超、1μm超の場合は500万本以上)の石綿繊維又は気管支肺動脈洗浄液1ml中5本以上の石綿小体が認められた場合は、石綿ばく露作業の従事期間が10年未満であっても、業務上の疾病として取り扱われます。

(3) 中皮腫

中皮腫については「中皮腫(胸膜、腹膜、心膜又は脊髄膜腫)」であって、じん肺法に定める胸部エックス線写真の像が第1型以上である石綿肺所見が得られている場合や、石綿ばく露作業従事期間が10年以上ある場合に、業務上の疾病として取り扱われます。

① 第1型以上の石綿肺

② 石綿ばく露作業1年以上

※中皮腫の認定に当たっては、病理組織検査記録等から中皮腫であるとの確定診断がなされていることが重要ですが、病理組織検査が行われていない場合には、臨床所見、臨床経過、臨床検査結果等から総合して判断されます。

綿小体数は5000本未満で足りることは論理的必然である。しかし、具体的な運用基準が示されない一方で、この課長通達で5000本を下回る場合には本省への照会を指示したために、「従事歴10年+石綿小体」基準は機能しなくなってしまった。

実際、岡山労災病院の岸本卓巳医師らによる、現実に労災認定された労災病院の患者152名についての調査結果では、

- ① 石綿肺の基準で認定されたもの-51名(33.6%)
- ② 従事歴10年+胸膜プラークの基準で認定されたもの-94名(61.8%)
- ④ 乾燥肺重量1g当たり5000本以上の石綿小体等の石綿小体・石綿繊維単独の基準で認定されたもの-7名(4.6%)

という結果であった。「従事歴10年+石綿小体・石綿繊維」基準で認定されたものがないこと、また、「従事歴10年+胸膜プラーク」基準で認定されたものが圧倒的に多いことを示している。

私たちの改善提案

労災認定の実績からもうひとつ言えることで、石綿肺がんをめぐる最大の課題と言えるのが、補償・救済ができていないということである。くわしくは2012年1・2月号の検証結果を参照していただきたいが、石綿疾病のなかでもっとも被害者数が多い一般に中皮腫被害者数の2倍と考えられている石綿肺がんが、中皮腫の場合と比較しても、圧倒的に補償・救済ができていない。

この事態を改善することを最大の目的として、また、改善のための重要な手段のひとつとして、労災認定基準及び救済法認定基準の見直しが行われなければならないことは当然のことだろう(と、少なくとも私たちはそう考えていた)。

私たちが要求してきたのは、現実的な提案として、主に以下の改善である。

- ① 前述の補償課長通達(2007年基労補発第0314001号)をただちに撤回すること。
- ② 「従事歴10年+石綿小体・石綿繊維」基準について、その運用基準を「乾燥肺重量1g当たり1000本以上の石綿小体」等と決めるなどして、

石綿曝露作業に10年以上従事した場合にも、肺がん発症リスク2倍と評価されていることから、この期間石綿曝露作業に従事した労働者の肺内には、『乾燥肺重量1g当たり5000本以上』と同水準の曝露量が想定されるところである。

したがって、石綿小体に係る資料が提出され、乾燥肺重量1g当たり5000本を下回る場合には、『乾燥肺重量1g当たり5000本以上』と同水準の曝露とみることができかどうか、という観点から、作業内容、頻度、曝露形態、石綿の種類、肺組織の採取部位等を勘案し、総合的に判断することが必要」というのがその理由である。

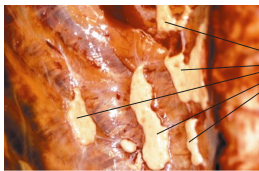
これは、労災認定基準改正の経過の特徴としてあげた(1)-そういう「想定」ができないからこそ、いずれかを満たせばよい複数の基準を設定するというアプローチと真っ向から対立するものである。

乾燥肺重量1g当たり5000本以上の石綿小体があれば石綿曝露作業への従事期間が10年に満たなくともよいという基準が追加されたのであるから、「従事歴10年+石綿小体」基準の場合の石

「石綿による疾病の認定基準に関する検討会」報告書（肺がん関係）のポイント

現在の基準				検討会の検討結果				
	医学的所見	石綿作業 従事期間	業務上外 の判断		医学的所見	石綿作業 従事期間	業務上外 の判断	備考
1	石綿肺所見	—	○	1	石綿肺所見	—	○	〈現行どおり〉
2	胸膜プラーク所見	10年以上	○	2	胸膜プラーク所見	10年以上	○	当面、現行を維持 ただし、石綿製品製造の業 務については、平成8年以 降の期間を原則1/2で評価
		10年未満	△ (個別検討)			10年未満	△(個別検討)	
3	石綿小体(5000本以上) または石綿繊維(5 μ m 超:200万本以上等)	—	○	3	広範囲の胸膜プラーク所見 ・エックス線写真で確認できる場合 ・CT画像で胸壁の1/4以上ある場合	1年以上	○	〈新たな基準〉
	上記の基準に達しない 場合	—	△ (個別検討)			1年未満	△(個別検討)	
				3	石綿小体(5000本以上)または 石綿繊維(5 μ m超:200万本以上 等)	1年以上	○	〈基準の明確化〉
						1年未満	△(個別検討)	
					石綿小体が1000本以上 5000本未満	—	△(個別検討)	〈基準の明確化〉
				4	びまん性胸膜肥厚 ※診断方法等や認定基準については、 当該疾病の報告書のポイントを参照	—	○	〈新たな基準〉
				5	医学的所見は不要	5年以上	○	〈新たな基準〉 次の3作業のいずれかに 従事 ・石綿紡織品製造作業 ・石綿セメント製品製造作業 ・石綿吹付け作業

胸膜プラークの肉眼像



胸膜プラーク

基準が機能するようにすること（合わせて、従事歴要件を緩和することが望ましいが、まずは機能するようにさせることが優先される）。

- ③ 「従事歴10年+胸膜プラーク」の基準から従事歴要件を削除、または少なくとも大幅に緩和すること。
- ④ 一定の業種・職種では、一定の従事歴のみでも認定できるようにすること。

検討会報告書と改正提案

石綿による疾病の認定基準に関する検討会では、2011年10月19日の第8回検討会から肺がんの認定要件が取り上げられ、2012年2月14日の第11回検討会でとりまとめ、同年2月21日に報告書が公表された。報告書本文を27頁に掲載。別掲の図は、同時に公表されたものである。

翌22日には早くも、認定基準案概要が示されて、意見募集—パブリックコメント手続が実施され

た。後述するように、3月16日に何の説明もなく=ひそかに認定基準案概要に修正がくわえられたにもかかわらず、予定された締め切りの3月22日で意見募集は打ち切られた。

この間、2月23日に東京地裁、3月22日に神戸地裁で、まさに石綿肺がんの労災認定基準の内容とその運用のあり方が問われた行政訴訟について、国側敗訴の判決が下された（両判決の判断部分を4月号47頁及び本号43頁に紹介している）。これらの判決期日はすでに指定されていたのであるから、厚生労働省及び検討会は、判決を待って労災認定基準改正作業に生かすべきか検討することもできたはずであるが、そうしなかった。

厚生労働省は3月29日に、認定基準を改正・公表するとともに、パブリックコメント手続の結果も公表した。認定基準と運用上の留意事項を示した補償課長通達を18頁に掲載した。

今回の認定基準改正は、その経過及び内容にも多くの問題をはらむものであり、以下、主な点

についてみていきたい。

石綿小体優位になっていないか

検討会報告書は、4頁に紹介した2006年検討会報告書「まとめ」の(1)(2)は維持すると明記し、また、選択肢となる基準の追加を提案している。

しかし、(びまん性胸膜肥厚以外の)新たな基準を追加することの理由付け、また、「従事歴10年+胸膜プラーク」基準を維持する妥当性の理由付けにおいてすら、その基準を満たす事例がおおむね「石綿小体数5000本」基準も満たしているデータを示して根拠としていることに、大きな違和感と危惧を感じざるを得ない。

肺がん発症リスクを2倍以上に高める、あるいは、累積石綿曝露量25本/ml×年以上に相当する曝露があったことを直接検出できるデータが得られない場合であって、それでもなお認定基準を改善するために、他の代替基準を活用するというアプローチを否定するものではないが、「石綿小体数5000本」基準を他の基準よりも上位に位置付ける、あるいは、肺がん発症リスクを2倍以上に高める量の累積石綿曝露を受けたものには「石綿小体数5000本」が「想定される」と想定するのであれば、基本的な考え方レベルでの大改悪と言わざるを得ない。

少なくとも、このようなアプローチをとった場合には、発症リスクを2倍以上高めることを根拠として設定した場合よりも、より厳しい＝認定の幅を狭める基準となる可能性があることは、論理的に否定できない。

以上について報告書の立場は明らかではない。

クリソタイルの取り扱い・評価

クリソタイルが石綿小体を形成しにくいことは、検討会報告書も認めている。したがって、「石綿小体数5000本」基準も満たすことになるからとして設定された新たな基準が、クリソタイルを主体とした曝露による肺がんを補償できない可能性が高いことにも留意すべきである。

石綿小体だけでなく石綿繊維についても、クリソタイル繊維はクリアランス率が高いため、角閃石族石綿繊維と同じように肺内に蓄積することはないことも、検討会報告書にも記述されている。

実務的に、石綿の種類の同定を画一的に求めることによって認定の幅を狭めることにならないようにするという観点から、認定基準において、石綿小体・石綿繊維指標の適用を角閃石族石綿に限定しない取り扱いとすることには、同意できる。

しかし、クリソタイルに関しては石綿小体・石綿繊維が必ずしも累積曝露量の良い指標とならないことは認定基準に明記して、強調しておく必要がある。このことをわきまえていれば、「石綿小体数5000本」基準を他の基準よりも上位に位置付けたり、オールマイティな基準であるかのごとく取り扱う過ちを防ぐことにもなる。

なお、「クリソタイルの肺がん発症リスクは、角閃石族石綿と比べて1/10以下の低いものと考えられる」とする指摘は、本誌が2011年10月号で紹介しているオランダ健康評議会の報告書が、「発肺がん能力における角閃石族石綿とクリソタイルの明らかな違いが、質の低い研究によってうみだされた可能性があることも示唆された」と指摘していることなどをふまえれば妥当なものではなく、さらに慎重な検討が必要である。

基準の明確化ではなく改悪

8頁の図「報告書(肺がん関係)のポイント」を見ていただきたい。「現在の基準」のなかに「従事期間10年+石綿小体・石綿繊維」基準が見当たらず、かわって「(石綿小体・石綿繊維が)上記の基準に合致しない場合」があり、「検討会の検討結果」では「石綿小体が1000本以上5000本未満」とされて、いずれも従事期間にかかわらず(－)、「△(個別検討)」とされ、これを「＜基準の明確化＞」と称している。

報告書では、「これまでと同様、石綿小体数が5000本未満であることをもって直ちに業務外とせず、職業曝露が疑われるレベルである乾燥肺重量1g当たり1000本以上である事案については、本

省の検討会で個別に審査する方法を継続するの
が妥当である」とされている。

2007年課長通達による運用の実態を念頭に置
いているのかもしれないが、同課長通達が出され
た後も労災認定基準（局長通達）は変更されてお
らず、2010年に厚生労働省が作成した「石綿によ
る疾病の認定基準リーフレット」（6頁図）でも「従
事歴10年+石綿小体・石綿繊維」が明示されてい
ることに照らして、明らかに「虚偽の記述」である。

2007年課長通達が出された経過と内容、そのも
とでの認定の実態等を明らかにしたうえで、2006
年労災認定基準に変更を加えるのであれば、はっ
きりとそう提案すべきであり、このようなごまかしは
許されない。

変更と言わず<基準の明確化>と言ってみても、
「従事歴10年+石綿小体・石綿繊維」基準をなく
して、「石綿小体が1000本以上5000本未満」の場
合には本省協議による個別検討という新しい基準
を設定するという提案にほかならず、これは改悪
であり反対である。そうではなく、2007年課長通
達をただちに撤回するとともに、「乾燥肺重量1g当
たり1000本以上の石綿小体等と決めるなど、基準
が機能するようにする（合わせて、従事歴要件を
緩和することが望ましい）」べきであった。

東京・神戸地裁判決を無視

とりわけ前月号で紹介した2012年2月23日付け東
京地裁判決（平成21年（行ウ）第337号休業補償
給付不支給処分取消事件）、及び、本号43頁で紹介
する3月22日付け神戸地裁判（平成21年（行ウ）
第1号休業補償給付不支給処分取消事件）がい
ずれも、2007年課長通達の合理性を明確に否定
するとともに、「従事歴10年+石綿小体・石綿繊維」
基準を肯定していることの意義は重要である。東
京地裁判決では、「事務処理規程の趣旨の通達
で、それまでの認定基準の重要な変更を行うこと
の是非」についても言及しているのである。

東京地裁判決はもう一歩踏み込んで、従事歴
10年に加えて「当該労働者の肺組織内に職業上
の石綿曝露の可能性が高いとされる程度の石綿

小体又は石綿繊維の存在が認められる医学的所
見が得られれば、肺がんが業務上の疾病として認
めるのが相当」として、具体的にはまさに私たちが
提案してきたように、「乾燥肺重量1g当たり1000本
以上の石綿小体、10万本以上（5 μ 超。1 μ 超の場
合は100万本以上）の石綿繊維、気管支肺胞洗浄
液の1ml当たり1本以上の石綿小体のうちのい
ずれかの所見が認められる場合」という運用の基準
を示したのである。

さらに、東京地裁判決は、とりわけクリソタイル主
体の曝露においては、石綿小体が1000本以下で
あるからと言って職業曝露の可能性を直ちに否定
できるものではないとも指摘。神戸地裁判決は、
石綿小体数が1000本未満の原告について、総合
判断で業務起因性を認めているのである。

厚生労働省は少なくとも、検討会に両地裁判決
を報告して、報告書の内容を見直す必要性がな
いか検討を求めるべきであった。しかし、厚生労
働省はそうせずに、両事件とも控訴して、「予定ど
おり」の認定基準改訂を「強行」した。

ふたつの司法判断が肯定した「従事歴10年+
石綿小体・石綿繊維」基準をなくして、明確に合
理性が否定された2007年課長通達の取り扱いを
新たに認定基準のなかに持ち込んだわけである。
結果的に、2007年課長通達は廃止されている。

こうした経緯は、厚生労働省及び検討会の信
頼性、手続の妥当性を著しく損う汚点である。

石綿小体計測をめぐる経過

なお、2003年労災認定基準では石綿小体・石綿
繊維の数値等の運用の基準は示されなかったが、
2003年検討会報告書は、

- ① まず一般的なものとして「光学顕微鏡による
肺組織標本（染色切片）中の石綿小体の検出」
- ② 次いで「位相差顕微鏡による肺内—乾燥肺
重量1g当たりの石綿小体数の計測」（ただし、
「石綿肺が認められるような、比較的高濃度の
石綿曝露を受けた例においては、石綿小体を病
理切片標本中に確認できることが多いが、それよ
り低濃度の石綿曝露レベルの正確な評価を組

織切片標本中の石綿小体の検出・計数によって行うのは困難である」等ともされている。）

③ 最後に「一般的ではないが、分析透過電子顕微鏡を用いて石綿小体と石綿繊維の両方を検出・定量する方法がある。また、剖検肺、切除肺以外にも、経気管支肺生検（TBLB）、喀痰、肺洗浄液（BALF）を用いた検出法もある」として参考資料を示していた。

2006年検討会報告書では、もっぱら石綿小体・石綿繊維単独基準設定のために、乾燥肺重量1g当たりの石綿小体・石綿繊維数、気管支肺胞洗浄液（BALF）1ml当たり石綿小体数が取り上げられ、「従事歴10年+石綿小体・石綿繊維」基準の取り扱いについては何らふれられていない。

2006年労災認定基準に「肺内石綿小体計測値を採用したことを受けて、翌平成18年度厚生労働省委託研究『石綿による疾病に係る臨床・病理・疫学等に関する調査研究』（主任研究者：森永謙二）の研究の一部として、石綿小体計測の精度管理が行われるとともに、平成19年度と同調査研究においては、石綿小体として計測するものと計測しないものを写真化する作業を行い、調査研究報告書とは別に『石綿小体計測マニュアル』として取りまとめ、（独）労働者健康福祉機構から印刷・出版…計測・研修・精度管理事業の経過－省略…平成21～22年度には、我が国では経験例が余り多くなかった気管支肺胞洗浄液（BALF）中の石綿小体計測について、環境省委託業務として『気管支肺胞洗浄液を用いた石綿小体計測技術の確立に関する調査業務』（代表研究者：神山宣彦）が行われ、『石綿小体計測マニュアル』（平成20年3月）に記載されたBALF中の石綿小体の計測方法をより一層充実した内容に改訂…以上の精度管理事業や気管支肺胞洗浄液に係る調査業務の成果を受けて…この『石綿小体計測マニュアル（第2版）』は、環境再生保全機構と労働者健康福祉機構の共同で出版」された（<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001x419-att/2r9852000001x8lq.pdf>）。

また、平成21年7月28日付け基労補発第0728第1号「石綿確定診断等事業の実施について」及び

同日付けで留意事項を示した職業病認定対策室長事務連絡も出されるという経過があった。

新たな2012年労災認定基準では、乾燥肺重量1g当たりの石綿小体の数については、この「石綿小体計測マニュアル（第2版）」に示された方法により計測されたものを用いることと特定され、補償課長通達で、当該方法による計測ができないときは、その対応について本省に照会することとされている。

病理標本中石綿小体の取り扱い

以上の経過を踏まえてみても、「『従事歴10年+石綿小体・石綿繊維』基準について、その運用基準を『乾燥肺重量1g当たり1000本以上の石綿小体』等と決めるなど、基準が機能するようにすること（合わせて、従事歴要件を緩和することが望ましい）」としてきた、私たちの提案を変更する必要がある事情は見いだせない。

ただ、2003年検討会報告書で、「光学顕微鏡による肺組織標本（染色切片）中の石綿小体検出」について、「一般に、組織切片標本の1cm²あたり1本以上の石綿小体を検出されれば、職業的曝露の指標とされる」とされていること、改正案に「従事歴10年+石綿小体」基準をなくすことが含まれていたことから、「従事歴10年+石綿小体」基準を維持するとともに、「乾燥肺重量1g当たり1000本以上の石綿小体等」だけでなく、「組織切片標本中に石綿小体を検出される場合」にも適用することを提案しておく必要があると考えられた。

また、2012年2月14日の第11回「石綿による疾病の認定基準に関する検討会」において、この場合には、「だいたい1cm²あたり0.5本で乾燥肺重量1g当たり5000本くらいに換算できる」等と議論されていることを踏まえれば（議事録は3月26日に公表されている）、後者の場合には、石綿曝露作業への従事期間要件は、10年ではなく原則1年とすることがより望ましいとも考えられた。

意見募集中に改正案を追加

石綿による疾病の認定基準（肺がん関係）の改正のポイント

改正前の基準				改正後の基準				
	医学的所見	石綿作業 従事期間	業務上外 の判断		医学的所見	石綿作業 従事期間	業務上外 の判断	備考
1	石綿肺所見	—	○	1	石綿肺所見	—	○	〈現行どおり〉
2	胸膜プラーク所見または石綿小体・石綿繊維	10年以上 10年未満	○ △（個別検討）	2	胸膜プラーク所見	10年以上 10年未満	○ △（個別検討）	当面、現行を維持 ただし、石綿製品製造の業務については、平成8年以降の期間を原則1/2で評価
3	乾燥肺中の石綿小体（5000本以上）または石綿繊維（5μm超・200万本以上等）	—	○	3	広範囲の胸膜プラーク所見 ・エックス線写真で確認できる場合 ・CT画像で胸壁の1/4以上ある場合	1年以上 1年未満	○ △（個別検討）	〈新たな基準〉
	上記の基準に達しない場合	—	△（個別検討）		①乾燥肺重量1g当たり5000本以上の石綿小体 ②乾燥肺重量1g当たり200万本以上の石綿繊維（5μm超） ③乾燥肺重量1g当たり500万本以上の石綿繊維（1μm超） ④気管支肺胞洗浄液1ml中5本以上の石綿小体 ⑤肺組織切片中の石綿小体又は石綿繊維	1年以上 1年未満	○ △（個別検討）	〈基準の明確化〉
					乾燥肺中の石綿小体が1000本以上5000本未満	—	△（個別検討）	〈基準の明確化〉
				4	びまん性胸膜肥厚 ※診断方法等や認定基準については、当該疾病の報告書のポイントを参照	—	○	〈新たな基準〉
				5	医学的所見は不要	5年以上	○	〈新たな基準〉 次の3作業のいずれかに従事 ・石綿紡織品製造作業 ・石綿セメント製品製造作業 ・石綿吹付け作業

正しい改正前の基準の3（本誌）

3	乾燥肺中の石綿小体または石綿繊維（右表の3の①～④の場合）	—	○
	肺内に石綿小体または石綿繊維（上記の場合を除く）	10年以上 10年未満	○ △（個別検討）

3月14日に石綿対策全国連絡会議がパブリックコメントに提出した意見書のなかでこの点を提起したところ、3月16日に厚生労働省はひそかに、認定基準案概要に変更を加えた。

「乾燥肺重量1g当たり石綿小体5000本以上等＋従事歴1年」基準について、「※肺組織切片に石綿小体が認められる場合を含む。」という一文を追加したのである。

厚生労働省は、「現行の取り扱いと同様のものであるため、意見募集の対象とは考えていなかったが、問い合わせがあったため念のため追記した」などと言っている。検討会報告書の11頁（34頁右段※印の部分）で、そういう現行の取り扱いを確認されているとも言っているようだが、どう読んでみてもそのような記述にはなっていない。

「石綿小体計測をめぐる経過」で詳述したように、「乾燥肺重量1g当たり石綿小体5000本以上等（＋従事歴1年）」基準が新設された2006年の検討会報告・労災認定基準及び関連するいかなる文書に

も、「肺組織切片に石綿小体が認められる場合」の取り扱いにふれたものはない。2003年検討会報告書が言及しており、これが「現行の取り扱い」として存続していたとしても、それは「従事歴10年＋石綿小体・石綿繊維」基準の取り扱いである。

したがって、これは新たな基準を追加する提案であって、「現行の取り扱いを念のため追記」したものなどでは決してない。はっきりとそう提案すべきものであって、ここでも、厚生労働省及び検討会の信頼性、手続の妥当性を損なっている。

パブリックコメントの意見募集の案内に、認定基準案概要に変更が加えられた事実もその理由も記載されず、また、石綿全国連を含めて変更前に意見を提出した者に対し何の連絡もなされていない。

結果的に、2012年労災認定基準では、「肺組織切片中の石綿小体または石綿繊維＋従事歴1年」という新たな基準が追加された。

図は、8頁の「検討会報告書のポイント」に、この修正を加えた「認定基準改正のポイント」である。

10年+プラーク「当面現行を維持」

検討会の開催中にもっとも大きな問題となったのは、一定の要件を満たした胸膜プラーク所見のみで認める新基準を設ける代わりに、「従事歴10年+胸膜プラーク」基準をなくすという検討がなされていたことである。

前述のとおり、「従事歴10年+胸膜プラーク」で労災認定されるものが圧倒的に多い実情のもとで、このような改訂が行われれば、大改悪となるおそれがありすぎる。漏れ伝わってきているところでは、労災時効救済の対象・請求期限の延長等の救済法の改正がなされた2011年夏の国会で、提案・採択には至らなかった自民党が用意していた附帯決議案に、肺がんの認定基準についての「石綿曝露作業への従事期間が10年以上あること」の要件を撤廃することという項目があったことを受けたものという話があるが、にわかに信じがたい。

そもそも、附帯決議案は、「従事歴10年+胸膜プラーク」基準を「胸膜プラーク」のみで認めるように改善・拡大するという趣旨であって、石綿曝露の状況を労災認定に生かすことを否定するものではなく、これ自体は検討に値することである。現行の胸膜プラークの取り扱いを一切変更することなく、従事歴要件を撤廃（ないし緩和）すればよい。

従事歴10年要件を外すためと称して、胸膜プラークの要件を現行の取り扱いよりも格段に狭めたうえで、「従事歴10年+胸膜プラーク」基準をなくす検討をするというのは筋違いである。

危機感をもった患者と家族の会をはじめ多くの関係者が働きかけた結果、2012年1月24日の第10回検討会で名取雄司・アスベストセンター所長のヒアリングが実施されるとともに、海老原勇・職業性疾患・疫学リサーチセンター所長の意見書、10名の医師の連名意見書が提出されるに至るとともに（http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/copy_of_2r9852000001x419.html）、連名意見書にはその後さらに全国から459名の医師が賛同するにいたった。結果的に、「従事歴10年+胸膜プラーク」基準は「当面、現行を維持」されることになった。

維持されたとは言っても、「これまで胸部CT等の画像では確認されないが、手術時等において肉眼で確認されたものも含むものとされている」（検討会報告書）という取り扱いが改悪されては元も子もないので、労災認定基準に明記させること、及びその運用をチェックしていくことが重要と考えられた。

石綿全国連はじめ関係者が、パブリックコメント意見でその旨を指摘したが、2012年労災認定基準には反映されていない。パブリックコメントの「御意見に関する考え方」では、次のように言っている

「手術、胸腔鏡または剖検（解剖）の場合は一般的に侵襲性を伴うものとなるため、それを認定基準に明記することは望ましくないと考えています。

しかしながら、胸腔鏡検査、手術または剖検により胸膜プラークの所見が認められ、かつ、石綿曝露作業従事期間が10年以上ある場合にも業務上と取り扱われることを周知していきたいと考えています」。

「周知」と言いながら、補償課長通達にも明記されていないので、引き続き注意が必要である。

また、検討会報告書では、前掲の引用に続けて、「（…ものとされている）ところ…今後、肉眼的にしか見えない胸膜プラークと画像で認められる胸膜プラークを同一に扱うべきかどうかについてもさらに検討する必要があると考える」としていることから、今後の検討についても注視していく必要がある。

「胸膜プラーク」単独基準の追加

もうひとつの結果として、「従事歴10年+胸膜プラーク」と並んで、「胸膜プラーク」単独基準（正確には「胸膜プラーク+従事歴1年」基準）が追加されることになった。

具体的には、次のいずれかの要件を満たすものという基準である。

- ① 胸部正面エックス線写真により胸膜プラークと判断できる明らかな陰影が認められ、かつ、CT画像によって当該陰影が胸膜プラークとして確認されるもの
- ② 胸部CT画像で胸膜プラークを認め、左右いずれか一側の胸部CT画像上、胸膜プラークが最も広範囲に抽出されたスライスで、その広がりが

が胸壁内側の1/4以上のもの

この基準は、環境省の請負業務である「平成22年度病理組織標本における石綿小体計測及び胸腔鏡所見の評価に関する調査業務報告書」が主要な根拠となっている。

環境省では、中央環境審議会石綿健康被害救済小委員会における救済法見直しの検討のなかで、肺がんの認定基準の見直しの必要性も指摘されていた。筆者も委員の一人として、労災認定基準とその考え方も活用しながら曝露に関する情報を救済に生かすよう求めてきたところである。

正直に言って環境省は曝露情報の活用に積極的とは言い難い。それ以外の認定基準改善の手段として、胸膜プラークの活用を検討していたのではないかと。そこに、前述した厚生労働省サイドのよくわけのわからない動きが重なったのではないかと想像してみたりしている。

いずれにせよ、前述したとおり、「石綿小体数5000本」基準を満たすことを根拠にして設定されているために、より厳しい＝認定の幅を狭める基準となっている可能性が大きい。運用の実態、妥当性等を検証していく必要がある。

規制効果による曝露評価

留意点のひとつは、「2006年以降の従事期間は原則として1/2として評価し、それによって要件に満たない場合は当分の間、本省で個別に確認する」とこととされている点である。

この取り扱いは、「従事歴10年+胸膜プラーク」基準だけでなく、新たに追加される石綿セメント製品製造等3作業に係る「従事歴5年」基準についても適用される。

2006年検討会報告書は、「現在石綿肺がんとして労災認定されている患者のほとんどが、昭和50年（1975年）以前に最初の曝露を受けた者であるが、規制が行われるようになって作業環境中の石綿の濃度は低下してきており、確実に職場環境が改善されてきていると言えることから、今後、わが国においてもドイツのような「職業別、作業別及び年代別に曝露濃度の程度を数値化した」データ

ベースの構築が望まれる」と指摘していた。

また、情報公開で入手した資料によれば、少なくとも2006年に開催された監察官会議、臨時全国労災補償課長会議で配布されている「石綿による疾病事案の事務処理に関する質疑応答集」に、「年代により石綿曝露の程度に違いはあるのか（労災・特別遺族）」という設問があり、1975年頃前後の違いとともに、「石綿製品製造業においては、平成7年にクロシドライト、アモサイトの使用禁止、平成15年のクリソタイルの原則使用禁止を受け、それ以降の製品には石綿が使用されることはなくなっていること」なども「参考にされたい」としていた。

しかし、労災認定基準に「従事期間を1/2として評価」というような取り扱いが導入されるのは、今回が初めてである。

2012年検討会報告書ではさらに、「古い建築物の解体作業や配管断熱材の除去作業、また、古い船舶の修理作業については、石綿製品の製造や使用が全面的に禁止された現在でも行われていることを考慮すると、当面は現行の取扱いを存続することが望まれる」、それ以外の「作業については…当面の間現行の取扱いを存続するが、その曝露状況等を検証し、今後の参考とすることが必要である」等もしている。

どのような取り扱いが妥当か、また、適切な運用ができるかどうかについては、慎重な検討が必要であると思われる。

非定常作業の曝露評価

もうひとつの留意点は、検討会において、非定常作業等については同様に従事期間を「1/2等として評価」すべきではないか、という議論が行われていることである。

これも情報公開で入手したもので、平成18年6月6日付けで基労補発第0606001号補償課長通達「石綿による疾病の業務上外の認定のための調査実施要領について」が示されているが、ここでは以下のような記述がある。

「認定基準でいうところの石綿曝露作業に係る従事期間は、継続的に石綿曝露作業に従事する

ことを想定しており、臨時的に石綿曝露作業に従事していた場合や、作業環境測定結果からみて、曝露濃度が良好に抑制されていた場合など、単に従事期間の長短だけで判断すべきでない」と認められる特別な事情があるときは、その旨記載するとともに、石綿曝露作業の評価について本省に照会すること」。

今回は、これを認定基準に導入することは提案されていないが、現行の事実上の取り扱いになっていることは間違いなさだろう。認定基準（局長通達）に明示することなしに、課長通達でこのような取り扱いを指示することはやめるべきである。

本省協議指示は減らすべき

2012年労災認定基準では、以下の肺がん事例について、本省協議を求め、「本省で個別に検討する」としている（肺がん以外の疾病で本省協議を求める事例も特定している）。

- ・ 潜伏期間10年未満
- ・ 胸膜プラーク+従事歴10年未満
- ・ 石綿小体1000～5000本等未満
- ・ 石綿小体5000本以上等+従事歴1年未満
- ・ 広範囲の胸膜プラーク+従事歴1年未満
- ・ 石綿セメント製品製造等3作業従事歴5年未満

これを、「本省での個別協議により認定される余地を残しているもの」と肯定的にとらえるならば、石綿曝露作業従事年数が10年以上あるものの、石綿小体数が1000本未満等の場合を、本省協議の対象としていないことは問題であろう。神戸地裁判決が、総合的に判断して業務起因性を認めた事例のような場合である。

他方、この間の他の職業病に係る労災認定基準改正が「迅速化」等を目的に一律に本省協議を求めるのではなく、労働基準監督署長において決定できる余地を可能な限り拡大することを共通の課題としているなかで、石綿疾病の労災認定基準だけが逆行していると言わざるを得ない状況になっていることが大きな問題である。

従事歴、胸膜プラーク、石綿小体、石綿繊維のいずれかの要件を満たしながら、いずれの基準も

満たさない場合や潜伏期間10年未満の場合、肺がん以外の石綿疾病について一律本省協議を求めている場合等々のすべてについて、石綿全国連は意見書で以下のような提案を行った。

「作業内容、頻度、曝露形態、石綿の種類、同一事業所における過去の石綿疾病の労災認定状況（石綿健康被害救済法に基づく特別遺族給付支給事例を及び事業主が異なる下請事業場等の労働者の事例を含む）等の入手可能な情報から判断できるものについては業務上の疾病として取り扱うことができ、業務上の疾病と判断できないものについては本省と協議するものとする」旨を認定基準に明記すること。

認定基準及び現場での運用の改善を引き続き求めていきたい。

同一職場の認定例の積極評価

曝露要件の指標は、一般的な曝露作業従事期間に限られるものではなく、今回の石綿セメント製品製造等3作業についての「5年」基準のように特定の曝露作業の種類に着目したり、ヘルシンキ・クライテリアのように高・中・低濃度曝露を分類してみたり、さらには累積石綿曝露量が25本/ml×年程度と判断できるかどうか個別に検討することも含めて、多様なアプローチが可能である。

認定基準の改善は、この面でも、知恵を出し合うべきであると考えている。

情報公開で入手したものであるが、平成18年6月6日付け基労補発第0606002号補償課長通達「石綿による疾病の業務上外の認定のための調査実施要領について（特別遺族給付金関係）」は、以下のように指示している。

「(オ) 医学的所見[胸膜プラーク、石綿小体・石綿繊維]が確認できない場合であっても、次のa又はbのいずれかに該当する場合には、本省に照会すること。

- a 被災労働者が雇用されている同一の事業場において、石綿曝露作業に従事した内容及び時期とが同一であると判断できる同僚労働者等（事業主が異なる下請事業場等の労働者を含

む)が、石綿による疾病を発症し、労災認定を受けている場合

b 被災労働者が従事していた石綿曝露作業が、相当高濃度のもの(石綿製品の製造工程における作業、断熱若しくは保温のための被覆又はその補修作業、石綿の吹付け作業、石綿が吹き付けられた建築物、工作物等の解体、破碎等の作業等をいう)であると認められる場合」

この取り扱い、労災保険給付関係の調査実施要領には記載がなく、特別遺族給付金関係についても今後どうなるかは定かではない。

しかし、これは、曝露状況を多面的に把握して認定基準を改善する具体策のひとつと言え、とりわけ、「同一事業所における過去の石綿疾病の労災認定状況(石綿健康被害救済法に基づく特別遺族給付金支給事例を含む)」を活用することは有用であると考えられる。神戸地裁判決が業務起因性を認めた事例も、これに当てはまる。

曝露要件重視の必要性

石綿曝露作業従事期間単独の基準—石綿製品製造作業、石綿セメント製品製造作業または石綿吹付け作業への従事期間が5年以上ある場合—が追加されたことは、改善である。

しかし、検討会報告書も指摘しているように、ヘルシンキ国際会議のコンセンサスレポート(1997)では、25本/ml×年程度の累積曝露となるためには、高濃度曝露(例えば、石綿製品製造、石綿吹付け、石綿物質断熱作業、古い建物の解体)1年、中濃度曝露(例えば、造船作業、建設作業)5～10年であるとしていることに照らせば、5年は長すぎる。

石綿全国連は等は、ここで高濃度曝露として例示されたすべての作業を対象にして、1年とすることを提案したが、受け入れられなかった。

「石綿小体数5000本」基準を満たすことを根拠にして設定したがために、より厳しい＝認定の幅を狭める基準となった実例と言えるのではないか。

ヘルシンキ・クライテリアは、とりわけクリソタイルについて、石綿小体・石綿繊維分析よりも石綿曝露歴の聴取の方が肺がんリスクの適切な指標となる

と指摘している。曝露状況を最大限に重視した認定基準の改善は、私たちが求める最重要課題であり、「従事歴10年+医学所見」基準の維持・改善(10年の緩和)や「一定の業種・職種では、一定の従事歴のみでも認定できるようにすること」を提案してきたのも、まさにその趣旨である。

東京地裁・神戸地裁判決も、石綿曝露作業従事年数10年の重みを大いに尊重しながら、個別事例に沿った判断を下していることが特徴である。

今回の提案は正反対の道を進んでいるのではないかと危惧される。現行労災認定基準は、5頁に示したように、「石綿肺」基準と並んで「従事歴10年+医学所見」基準が示され、「石綿小体・石綿繊維単独」基準は後者の「ただし書き」として示されている。

しかし、改正提案では、曝露要件は、複数の選択肢のうちの「従事歴10年+胸膜プラーク」及び「従事歴5年」基準のなかでふれられるのみで、前者は「当面維持」されるが今後はわからず、さらに今後、規制の効果や非定常作業についてなど、従事年数の評価を低めていく可能性もあるということであれば、曝露要件がどんどん軽視される方向性にあると言わざるを得ないのではなからうか。

そのような方向に向かわせないためにも、「従事歴10年+胸膜プラーク」基準を維持、「従事歴10年+石綿小体・石綿繊維」基準を維持・機能するようにするとともに、両者及び「従事歴単独」基準の改善等を図っていくことが重要と考えるのである。

補償・救済状況改善へ総合対策

検討会を傍聴し、また報告書を読んでもっとも重大だと感じるのは、厚生労働省事務方にも検討会委員にも、(中皮腫と比べてみても)石綿肺がんの補償・救済ができていない、不十分であるという認識が薄いと思わざるを得ないことである。

少なくとも、救済法の設計にあたって、石綿肺がん患者数を中皮腫の1.0倍、労災と救済法の対象者の割合を5割ずつと推計した環境省の方が(2010年11月号4頁参照)、まだこの認識をもっているように思われる。

パブリックコメントの「御意見に関する考え方」で厚生労働省は、「肺がんの認定率は約85%で過小とは考えていません」としているが、補償件数が少ないかどうかということについては答えていない。

そのような認識があれば、認定基準の改悪につながるような発想が出てくるはずはなく、また、少しでも認定の拡大につながるための改善を図るという方向性が出てくるはずである。

検討会報告書では、「微小石綿肺」について、本省検討会での個別事案の検討に際して参考的所見として活用できるのではないかとしているが、これなどもぜひ監督署レベルで判断可能な認定

基準とできるよう、積極的な検討を望みたい。

また、補償・救済状況の改善のためには、認定基準とその運用の改善だけでなく、医療関係者に対する周知・教育等を含めた幅広い対策が講じられることも期待したい。

なお、検討会報告書が、Henderson (2011) の最新の著書が「ヘルシンキ・クライテリアの修正案として提案している」とする部分の全文(囲み)、及びつい最近入手した2010年12月に韓国労働部がまとめた石綿関連疾病労災認定基準の改正案(43頁)を、参考として以下に紹介しておく。



Henderson (2011) から 因果関係判定のための修正基準のセット

- ・ 大量の累積石綿曝露のマーカーとしても、争いのないまたは大多数による臨床-放射線学的または組織学的な石綿肺の診断、または
- ・ 同時期に、同期間、同様の作業を行った、同じ作業場所の他の労働者における石綿肺の発生、または
- ・ 例えばビル建設業や断熱作業など、エンドユーザーとしての石綿への混合繊維曝露について、25繊維-年以上の累積石綿曝露の争いのないまたは大多数による推定。角閃石族(アモサイトまたはクロシドライト) 単独曝露について20繊維-年の累積曝露、紡織労働者について25繊維-年の累積曝露。もっとも顕著なのはカナダのクリスタイル鉱山労働者と碎石労働者及び摩擦材製品曝露である、クリソタイル単独曝露について200繊維-年、または
- ・ 造船、発電所、鉄道、工場において石綿含有製品を据え付け及び除去する者を含め、石綿紡織労働者、石綿断熱労働者、及びとりわけ密閉されまたは換気の悪い作業場所で行われるときの—そのような作業にもっとも近いものについて、1975年以前に少なくと

も5年の石綿曝露歴、または1975年以降の5~10年間、または、不断または頻回の石綿断熱材の吹き付けをとまなう作業について1年間。カナダの鉱山労働者/碎石労働者及び摩擦材製造労働者は、この評価から除外した。または

- ・ 一度も喫煙者だったことのない者または肺がん診断の30年以上前に喫煙をやめた者について、5繊維-年の累積曝露、または、前項に示した作業期間の3分の1に相当する曝露、または
- ・ エンドユーザーとしての混合繊維曝露について、同じ検査機関(同じ長さの繊維)で、石綿肺症例における95%CI下限以上での5パーセンタイル値の石綿小体または非被覆角閃石族繊維の濃度。ピュアな角閃石族繊維曝露については、25繊維-年に相当するのに、より大きな濃度が必要となる。非被覆繊維の計測は、角閃石族石綿についてのみ適用することができる。クリアランス率が早いために、クリソタイルは、角閃石族石綿と同じ程度には肺組織内に蓄積せず、したがってクリソタイル単独曝露については、繊維計測を用いるべきではなく、代わりに職業歴を用いるべきである。
- ・ かつ、10年間の最低潜伏期間



基発0329第2号
平成24年3月29日
都道府県労働局殿
厚生労働省労働基準局長

石綿による疾病の 認定基準について

石綿による疾病の認定基準については、平成18年2月9日付け基発第0209001号(以下「平成18年通達」という。)により指示してきたところであるが、今般、「石綿による疾病の認定基準に関する検討会」の検討結果を踏まえ、下記のとおり認定基準を改正したので、今後は本認定基準に基づき業務上外を判断されたい。

なお、本通達の施行に伴い、平成18年通達及び平成18年3月17日付け基発第0317010号「特別遺族給付金に係る対象疾病の認定について」は廃止する。

記

第1 石綿による疾病と石綿ばく露作業

1 石綿による疾病

石綿との関連が明らかな疾病としては、次のものがある。

- (1) 石綿肺
- (2) 肺がん
- (3) 中皮腫
- (4) 良性石綿胸水
- (5) びまん性胸膜肥厚

2 石綿ばく露作業

石綿ばく露作業とは、次に掲げる作業をいう。

- (1) 石綿鉱山又はその附属施設において行う石綿を含有する鉱石又は岩石の採掘、搬出又は粉碎その他石綿の精製に関連する作業
- (2) 倉庫内等における石綿原料等の袋詰め又は

運搬作業

- (3) 次のアからオまでに掲げる石綿製品の製造工程における作業

ア 石綿糸、石綿布等の石綿紡織製品

イ 石綿セメント又はこれを原料として製造される石綿スレート、石綿高圧管、石綿円筒等のセメント製品

ウ ボイラーの被覆、船舶用隔壁のライニング、内燃機関のジョイントシーリング、ガスケット（パッキング）等に用いられる耐熱性石綿製品

エ 自動車、捲揚機等のブレーキライニング等の耐摩耗性石綿製品

オ 電気絶縁性、保温性、耐酸性等の性質を有する石綿紙、石綿フェルト等の石綿製品（電線絶縁紙、保温材、耐酸建材等に用いられている。）又は電解隔膜、タイル、プラスター等の充填剤、塗料等の石綿を含有する製品

- (4) 石綿の吹付け作業

- (5) 耐熱性の石綿製品を用いて行う断熱若しくは保温のための被覆又はその補修作業

- (6) 石綿製品の切断等の加工作業

- (7) 石綿製品が被覆材又は建材として用いられている建物、その附属施設等の補修又は解体作業

- (8) 石綿製品が用いられている船舶又は車両の補修又は解体作業

- (9) 石綿を不純物として含有する鉱物（タルク（滑石）等）等の取扱い作業

- (10) (1)から(9)までに掲げるもののほか、これらの作業と同程度以上に石綿粉じんのばく露を受ける作業

- (11) (1)から(10)までの作業の周辺等において、間接的なばく露を受ける作業

第2 認定要件

1 石綿肺（石綿肺合併症を含む。）

石綿ばく露作業（第1の2の(1)から(11)までに掲げる作業をいう。以下同じ。）に従事しているか又は従事したことのある労働者（労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）第33条に規定す

る特別加入者を含む。以下「石綿ばく露労働者」という。)に発生した疾病であって、じん肺法(昭和35年法律第30号)第4条第2項に規定するじん肺管理区分が管理4に該当する石綿肺又は石綿肺に合併したじん肺法施行規則(昭和35年労働省令第6号)第1条第1号から第5号までに掲げる疾病(じん肺管理区分が管理4の者に合併した場合も含む。)は、労働基準法施行規則(昭和22年厚生省令第23号)別表第1の2(以下「別表第1の2」という。)第5号に該当する業務上の疾病として取り扱うこと。

2 肺がん

石綿ばく露労働者に発症した原発性肺がんであって、次の(1)から(6)までのいずれかに該当するものは、最初の石綿ばく露作業(労働者として従事したものに限らない。)を開始したときから10年未満で発症したものを除き、別表第1の2第7号7に該当する業務上の疾病として取り扱うこと。

(1) 石綿肺の所見が得られていること(じん肺法に定める胸部エックス線写真の像が第1型以上であるものに限る。以下同じ。))。

(2) 胸部エックス線検査、胸部CT検査等により、胸膜プラークが認められ、かつ、石綿ばく露作業への従事期間(石綿ばく露労働者としての従事期間に限る。以下同じ。)が10年以上あること。ただし、第1の2の(3)の作業に係る従事期間の算定において、平成8年以降の従事期間は、実際の従事期間の1/2とする。

(3) 次のアからエまでのいずれかの所見が得られ、かつ、石綿ばく露作業への従事期間が1年以上あること。

ア 乾燥肺重量1g当たり5,000本以上の石綿小体

イ 乾燥肺重量1g当たり200万本以上の石綿繊維(5 μ m超)

ウ 乾燥肺重量1g当たり500万本以上の石綿繊維(1 μ m超)

エ 気管支肺胞洗浄液1ml中5本以上の石綿小体

オ 肺組織切片中の石綿小体又は石綿繊維

(4) 次のア又はイのいずれかの所見が得られ、かつ、石綿ばく露作業の従事期間が1年以上あること。

ア 胸部正面エックス線写真により胸膜プラークと判断できる明らかな陰影が認められ、かつ、胸部CT画像により当該陰影が胸膜プラークとして確認されるもの。

胸膜プラークと判断できる明らかな陰影とは、次の(ア)又は(イ)のいずれかに該当する場合をいう。

(ア) 両側又は片側の横隔膜に、太い線状又は斑状の石灰化陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの。

(イ) 両側側胸壁の第6から第10肋骨内側に、石灰化の有無を問わず非対称性の限局性胸膜肥厚陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの。

イ 胸部CT画像で胸膜プラークを認め、左右いずれか一侧の胸部CT画像上、胸膜プラークが最も広範囲に描出されたスライスで、その広がりが胸壁内側の1/4以上のもの。

(5) 第1の2の石綿ばく露作業のうち、(3)のア、イ若しくは(4)のいずれかの作業への従事期間又はそれらを合算した従事期間が5年以上あること。ただし、従事期間の算定において、平成8年以降の従事期間は、実際の従事期間の1/2とする。

(6) 第2の4の要件を満たすびまん性胸膜肥厚を発症している者に併発したもの。

3 中皮腫

石綿ばく露労働者に発症した胸膜、腹膜、心膜又は精巣鞘膜の中皮腫であって、次の(1)又は(2)に該当するものは、最初の石綿ばく露作業(労働者として従事したものに限らない。)を開始したときから10年未満で発症したものを除き、別表第1の2第7号7に該当する業務上の疾病として取り扱うこと。

(1) 石綿肺の所見が得られていること。

(2) 石綿ばく露作業の従事期間が1年以上あること。

4 びまん性胸膜肥厚

石綿ばく露労働者に発症したびまん性胸膜肥厚であって、次の(1)から(3)までのいずれの要件にも該当する場合には、別表第1の2第4号7に該当する業務上の疾病として取り扱うこと。

(1) 胸部CT画像上、肥厚の広がり、片側にのみ肥厚がある場合は側胸壁の1/2以上、両側に肥厚がある場合は側胸壁の1/4以上あるものであること。

(2) 著しい呼吸機能障害を伴うこと。

この著しい呼吸機能障害とは、次のア又はイに該当する場合をいうものであること。

ア パーセント肺活量(%VC)が60%未満である場合

イ パーセント肺活量(%VC)が60%以上80%未満であって、次の(ア)又は(イ)に該当する場合

(ア) 1秒率が70%未満であり、かつ、パーセント1秒量が50%未満である場合

(イ) 動脈血酸素分圧(PaO₂)が60Torr以下である場合又は肺泡気動脈血酸素分圧較差(AaDO₂)が別表の限界値を超える場合

(3) 石綿ばく露作業への従事期間が3年以上あること。

第3 認定に当たっての留意事項

1 肺がん関係

(1) 第2の2の(3)のアからウまでに示す乾燥肺重量1g当たりの石綿小体の数については、標準的な方法(現時点においては独立行政法人労働者健康福祉機構・同環境再生保全機構発行の「石綿小体計測マニュアル(第2版)」に示された方法)により計測されたものをを用いること。

(2) 第2の2の(3)のオに示す「肺組織切片中の石綿小体又は石綿繊維」の所見とは、通常、プレバート上に作成された肺組織の薄切り試料の中に石綿小体又は石綿繊維が光学顕微鏡で確認された場合をいうものであること。

(3) 第2の2の(4)のアにおける「胸膜プラークと判断できる明らかな陰影」の所見については、

別添1(「胸部正面エックス線写真により胸膜プラークと判断できる明らかな陰影」に係る画像例及び読影における留意点等)の内容に則して判断されるべきものであること。

2 中皮腫関係

中皮腫は診断が困難な疾病であるため、臨床所見、臨床検査結果だけではなく、病理組織検査結果に基づく確定診断がなされることが重要である。確定診断に当たっては、肺がん、その他のがん、結核性胸膜炎、その他の炎症性胸水などとの鑑別が必要となる。

このため、中皮腫の業務上外の判断に当たっては、病理組織検査記録等も収集の上、確定診断がなされているかを必ず確認すること。

なお、病理組織検査が行われていない事案については、改めて病理組織検査に基づく確定診断が行われるようにし、それが実施できないものであるときは、体液腔細胞診、臨床検査結果(腫瘍マーカーを含む。)、画像所見、臨床経過、他疾患との鑑別を踏まえて診断が行われるようにすること。

3 びまん性胸膜肥厚関係

(1) びまん性胸膜肥厚は、胸郭の臓側胸膜に炎症があり、それが壁側胸膜に波及し、両者が癒着している病態のうち、石綿ばく露を原因として生じたものをいうが、びまん性胸膜肥厚の診断は、別添2(「びまん性胸膜肥厚」の診断方法)の内容に則して行われるべきものであること。

(2) びまん性胸膜肥厚と同様の病態、すなわち胸郭の臓側胸膜に炎症があり、それが壁側胸膜に波及し、両者が癒着している病態は、臨床、以下に示すような石綿による疾病以外の肺疾患等に伴いよくみられるものであることから、びまん性胸膜肥厚の業務上外の判断に当たっては、その診断根拠となった臨床所見、臨床経過、臨床検査結果等の資料を収集し、石綿ばく露を原因として生じたものとの診断が適切になされていることを確認すること。

ア 感染症(細菌性膿胸、結核性胸膜炎)

- イ 膠原病（リウマチ性胸膜炎ほか）
- ウ 薬剤性線維性胸膜炎
- エ 放射線治療（後）
- オ 外傷性血胸
- カ 冠動脈バイパス術等の開胸術（後）
- キ 尿毒症性胸膜炎
- ク 悪性腫瘍

(3) びまん性胸膜肥厚について、著しい呼吸機能障害を伴うものであるか否かを判定する際に、「パーセント肺活量(%VC)」「並びに」「1秒率」、「パーセント1秒量」、「動脈血酸素分圧(PaO₂)」及び「肺泡気動脈血酸素分圧較差(AaDO₂)」(以下「1秒率等」という。)の各指標を用いる意義は、それぞれ次のとおりであること。

ア パーセント肺活量(%VC)

パーセント肺活量(%VC)は、肺活量の正常予測値に対する実測値の割合(%)で示される指標である。

びまん性胸膜肥厚による呼吸機能障害は、通常、拘束性換気障害を呈するものであることから、拘束性換気障害の程度を評価する指標としてこれを用いる。

なお、肺活量の正常予測値は、2001年に日本呼吸器学会が提案した次の予測式により算出する(次のイの予測式も同様である。)

[予測式]

男性: $0.045 \times \text{身長(cm)} - 0.023 \times \text{年齢} - 2.258 (\text{L})$

女性: $0.032 \times \text{身長(cm)} - 0.018 \times \text{年齢} - 1.178 (\text{L})$

イ 1秒率等

1秒率は、努力肺活量に対する1秒間の呼出量(1秒量)の割合(%)で示される指標であり、また、パーセント1秒量は、1秒量の正常予測値に対する実測値の割合(%)で示される指標である。

現段階では、びまん性胸膜肥厚による呼吸機能障害について、拘束性換気障害に閉塞性換気障害が合併することがあり得ることも否定できないことから、閉塞性換気障害の程度を評価する指標としてこれらを用いる。

[予測式]

男性: $0.036 \times \text{身長(cm)} - 0.028 \times \text{年齢} - 1.178 (\text{L})$

女性: $0.022 \times \text{身長(cm)} - 0.022 \times \text{年齢} - 0.005 (\text{L})$

さらに、動脈血酸素分圧(PaO₂)は、低酸素血症の程度を示す指標であり、肺泡気動脈血酸素分圧較差(AaDO₂)は、ガス交換障害の程度を示す指標であり、びまん性胸膜肥厚による呼吸機能障害の程度を判定するための補完的な指標として用いる。

4 特別遺族給付金に係る対象疾病の認定について

石綿による健康被害の救済に関する法律（平成18年法律第4号）に基づく特別遺族給付金の認定における疾病の特定及び死亡の原因の判断については、上記2及び3にかかわらず、特別遺族給付金の支給請求書に添付された死亡診断書等の記載事項証明書等の記載内容により判断すれば足りるものであること。

ただし、死亡の原因の判断については、石綿肺（石綿肺合併症を含む。）、中皮腫、肺がん及びびまん性胸膜肥厚に限るものであること。

5 本省協議

以下の事案については、関係資料を添えて本省に協議すること。

(1) 肺がん

ア 最初の石綿ばく露作業を開始したときから10年未満で発症したもの（第2の2のいずれかの要件に該当するものに限る。）。イ 第2の2の(2)において、胸膜プラークは認められるものの、石綿ばく露作業への従事期間が10年に満たないもの（ただし書きが適用された結果、算定した従事期間が10年に満たないものを含む。）。ウ 乾燥肺重量1g当たり1,000本以上5,000本未満又は気管支肺胞洗浄液1ml中1本以上5本未満の石綿小体が認められるもの。

エ 第2の2の(3)又は(4)のいずれかの所見は得られているが、石綿ばく露作業への従事期間が1年に満たないもの。

オ 第2の2の(5)のただし書きが適用された結果、

算定した従事期間が5年に満たないもの。

(2) 中皮腫

ア 胸膜、腹膜、心膜又は精巣鞘膜以外の中皮腫と診断されたもの。

イ 第2の3の(1)又は(2)に該当するが、最初の石綿ばく露作業を開始したときから10年未満で発症したもの。

ウ 第2の3の(1)及び(2)のいずれにも該当しないもの。

(3) 良性石綿胸水

全事案

(4) びまん性胸膜肥厚

第2の4の(1)及び(2)の要件に該当するが、(3)の要件に該当しないもの。

(5) その他の疾病

第2で認定要件を定めていない疾病で、石綿により発症したものとして請求があったもの。

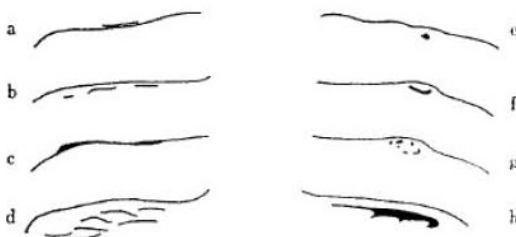
別添1

「胸部正面エックス線写真により 胸膜ブランクと判断できる明らかな陰影」に係る 画像例及び読影における留意点等

1 「胸部正面エックス線写真により胸膜ブランクと判断できる明らかな陰影」に係る画像例

(1) 「(ア)両側又は片側の横隔膜に、太い線状ないし斑状の石灰化陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないこと。」に係るもの—図1及び写真1、2

図1 典型的な種々の横隔膜部石灰化像
(Fletcherら, 1970⁽¹⁾)

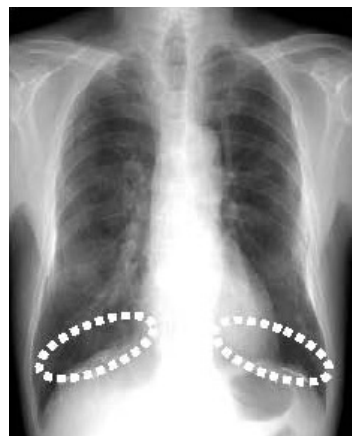


肺動脈血酸素分圧較差 (AaDO₂) 限界値

年齢(歳)	限界値(Torr)	年齢(歳)	限界値(Torr)
21	28.21	51	34.51
22	28.42	52	34.72
23	28.63	53	34.93
24	28.84	54	35.14
25	29.05	55	35.35
26	29.26	56	35.56
27	29.47	57	35.77
28	29.68	58	35.98
29	29.89	59	36.19
30	30.10	60	36.40
31	30.31	61	36.61
32	30.52	62	36.82
33	30.73	63	37.03
34	30.94	64	37.24
35	31.15	65	37.45
36	31.36	66	37.66
37	31.57	67	37.87
38	31.78	68	38.08
39	31.99	69	38.29
40	32.20	70	38.50
41	32.41	71	38.71
42	32.62	72	38.92
43	32.83	73	39.13
44	33.04	74	39.34
45	33.25	75	39.55
46	33.46	76	39.76
47	33.67	77	39.97
48	33.88	78	40.18
49	34.09	79	40.39
50	34.30	80	40.60

注) AaDO₂が各年齢の限界値を超える場合に著しい呼吸機能障害があると判定する。

参考写真1 典型的石灰化胸膜ブランクの一例



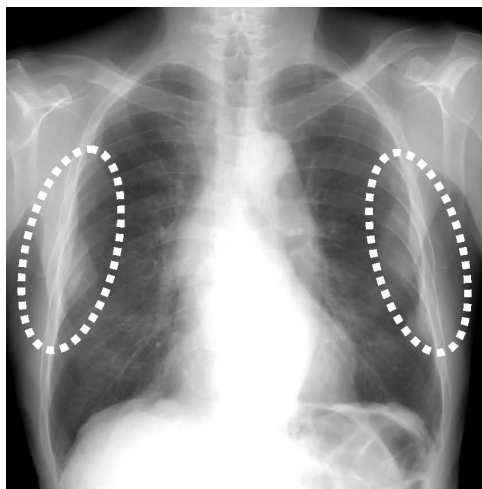
両側横隔膜に太い線状の石灰化陰影が認められ、肋横角は消失していない。

参考写真2 写真1の右拡大図



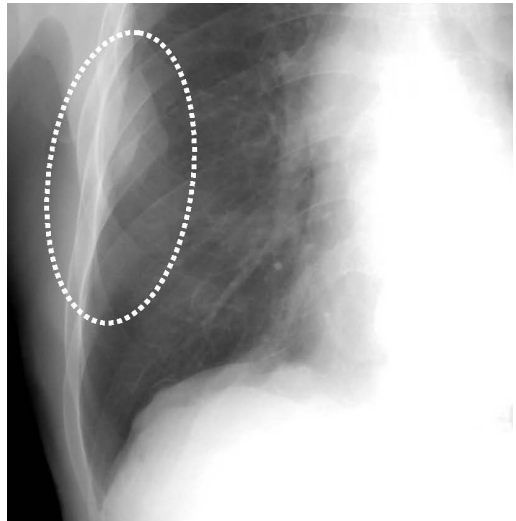
- (2) 「(イ)両側側胸壁の第6～10肋骨内側に、石灰化又は非石灰化、非対称性の限局性肥厚陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないこと。」に係るもの-写真3、4

参考写真3 側胸部にみられる非石灰化胸膜プラーク例



両側側胸壁の第6～10肋骨内側に、石灰化又は非石灰化、非対称性の限局性肥厚陰影が認められ、肋横角の消失を伴わない。

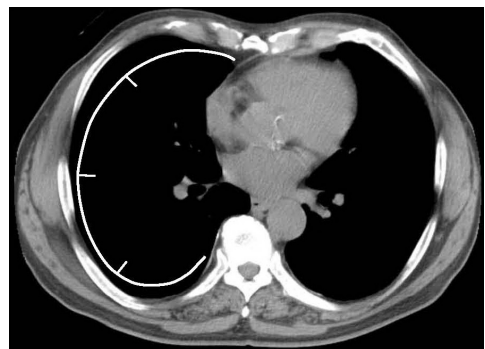
参考写真4 写真3の右拡大図



2 胸部CT画像における胸膜プラークの広がりに関する計測方法

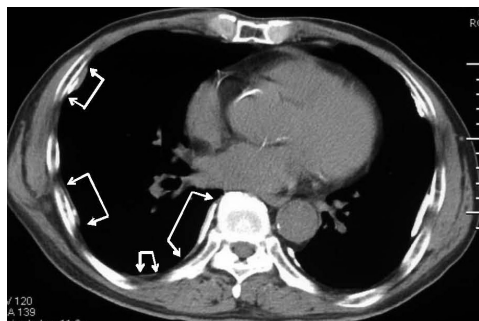
胸部CT画像での胸膜プラークの広がりとは、左右いずれか一侧の胸部CT画像において最も広範囲に胸膜プラークが描出されたスライスを選択し、胸壁内側の長さを4等分し、胸膜プラークの広がりが1/4以上であるか否かを計測する。一侧胸壁の範囲は、腹側は胸骨縁から背側は肋骨起始部に至るまでの胸壁内側とする(写真5)。胸膜プラークが複数ある場合(同一スライスで縦隔胸膜に認められる胸膜プラークを含む。)は、各胸膜プラークの範囲を合計する(写真6)。

参考写真5 胸膜プラークのCT画像における胸壁内側の広がり測定法



胸壁内側の長さの4等分を示す。

参考写真6 CT画像における胸膜プラークの
広がりの実測例



胸膜プラークの広がりが、同一スライスの胸壁内側の長さの1/4以上か否かを計測する。この例では、4個の胸膜プラーク(写真中に図示)を合計した範囲は1/4以上と判断される。

3 胸部画像の撮像条件及び胸膜プラークの読影における留意点

(1) 胸部正面エックス線写真及び胸部CTの撮像条件について

胸部正面エックス線写真は、じん肺健康診断における撮影条件(じん肺診査ハンドブック)に基づいて適切な条件のもとに撮影されたもので読影に供されるべきである。DR写真、CR写真については、「じん肺健康診断及びじん肺管理区分の決定におけるDR(FPD)写真及びCR写真の取扱い等について」の一部改正について(基安労発1216第1号、平成22年12月16日)(2)及び「じん肺健康診断及びじん肺管理区分の決定におけるDR(FPD)写真及びCR写真の取扱い等について」の一部改正について(基安労発0926第3号、平成23年9月26日)(3)に基づいて撮像されたものであること。

胸部CTは、背臥位又は腹臥位で深吸気位にて撮像する。画像は、できれば5mm幅、5mm間隔が望ましい。機種にもよるが、おおむね肺野条件(window level-600~-700HU、window幅1,000~2,000HU)と縦隔条件(window level 0~50HU、window幅300~500HU)の範囲内で、使用する機器に応じた条件で表示する。胸膜プラークが疑われる場合には、可能な限り高分解能CT(HRCT)を行うのが望ましい。なお、早期の石綿肺の検出には腹臥位がよい。

(2) 胸膜プラーク読影における留意点

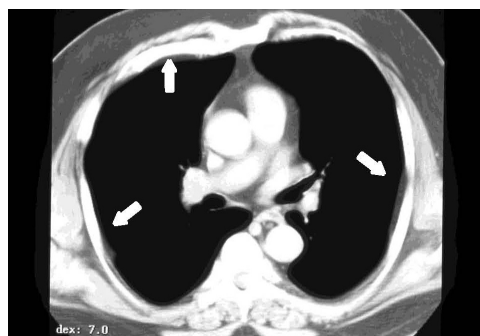
胸膜プラークは、石綿ばく露に起因する壁側胸膜の線維性組織の増生からなる変化で、限局性の平板状隆起を示す。通常は両側に多発するが、肺尖部や肋横角部近辺にはみられない。

胸部正面エックス線写真で肋横角の消失がある場合には、結核性胸膜炎や膿胸などの胸膜疾患の後遺症の可能性もある。このため、肋横角の消失がある側では胸膜プラークの有無についての診断は行わない。

胸部正面エックス線写真での側胸壁内側の胸膜肥厚所見については、胸筋による陰影、胸膜下脂肪組織による陰影、肋骨随伴陰影(肋間筋、脂肪組織)との鑑別が必要である。これらは、両側で左右対称性の陰影として描出される場合が多い(清水ら、1983(4))。また、古い肋骨折後の化骨像や胸壁腫瘍などが胸膜プラークと混同される場合がある。胸膜プラークによる側胸壁内側の胸膜肥厚は、限局性で左右の形状は非対称性であり、内部に石灰化を伴う場合もある。

胸部CT画像上の胸膜プラークは、壁側胸膜の限局性肥厚を示す所見である。縦隔条件で肥厚の境界部が明らかで、かつ、肥厚部分の陰影濃度(CT値)が胸筋と比べて同等又はそれ以上であることが確認できるものとする。また、縦隔条件ばかりでなく肺野条件も用いて肺野の変化に伴う胸膜の肥厚でないことを確認する。胸膜プラークと紛らわしい脂肪や肋間静脈の肥厚像を例示する(写真7、8)。

参考写真7 胸膜プラークと見誤りやすい
ものの一例(脂肪)



参考写真8 胸膜プラークと見誤り
やすいものの一例(肋間静脈)



別添2

「びまん性胸膜肥厚」の診断方法

「びまん性胸膜肥厚」の診断は、画像による以外に有効なものはなく、専ら胸部エックス線写真、胸部CT画像の読影によることとなる。石綿ばく露以外の原因による疾患との鑑別がなされ、かつ石綿の職業ばく露歴が認められることを前提に以下の画像診断を行うことが適当である。

1 胸部エックス線写真による診断

びまん性胸膜肥厚の診断に関し、レントゲン学的にさまざまな定義が試みられているが、国際的に統一されたものではなく、2000年のILO国際じん肺標準フィルムによるびまん性胸膜肥厚の定義は、厚さが3mm以上としている。しかし、厚さや広がりだけで、びまん性胸膜肥厚と、胸膜外脂肪組織との鑑別ができないのも事実である。また、融合した胸膜プラークとの鑑別もできない。

他方、肋横角(costophrenic angle)の消失(obliteration)をびまん性胸膜肥厚の所見とした場合には、肋横角消失を伴わない非常に稀なびまん性胸膜肥厚例が除外されるが、読影者間のばらつきが極めて小さくなるという意味で有用である。胸部CT画像所見に基づく精査を踏まえた結果においても、肋横角の消失による定義の方が一定の厚みと広がりによる定義よりも信頼性が高いとされており、胸部エックス線写真上の定義としては、肋横角の消失の方が最

近では重要視されている。

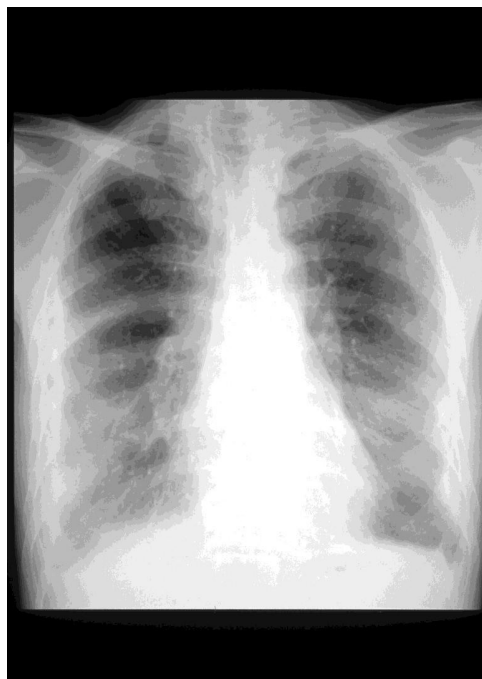
ただし、胸部エックス線写真では、びまん性胸膜肥厚が十分に疑われるものでありながら肋横角の消失が認められない症例や胸膜外脂肪組織や融合した胸膜プラークとの鑑別が必要な症例もあることから、胸部CT画像による診断を併せて行うべきである。

2 胸部CT画像

多くの研究報告によれば、胸部エックス線写真と比べて、胸部CT画像は胸膜プラークやびまん性胸膜肥厚の所見、さらには軽度の肺線維化の所見を検出し、胸膜外脂肪との鑑別にはるかに有用であることは明らかである。我が国でのCT機器の普及を考慮すると、胸部エックス線写真による診断と胸部CT画像による診断を併せて評価するべきである。

なお、胸部CT画像による診断においては、胸膜がびまん性に肥厚している状態を確認するとともに、胸膜プラークの有無のチェックも重要である。

○(参考画像)びまん性胸膜肥厚の胸部エックス線写真及び胸部CT画像例





基労補発0329第1号
平成24年3月29日
都道府県労働局長労働基準部長殿
厚生労働省労働基準局
労災補償部補償課長

石綿による疾病の認定基準の 運用等について

石綿による疾病の認定基準（以下「認定基準」という。）については、本日付け基労補発0329第2号「石綿による疾病の認定基準について」をもって改正されたが、この事務処理に当たっては、下記の事項に留意されたい。

記

1 石綿小体の計測について

認定基準の記の第3の1の(1)では、乾燥肺における石綿小体の計測方法を特定しているが、当該方法による計測ができないときは、その対応について本省に照会すること。

2 認定基準の周知等について

(1) 認定基準の周知

認定基準の別添として示された医学的事項も含め、医師等の関係者に対して認定基準の内容の周知に努めること。

なお、周知用リーフレット等については、別途作

成の上、送付する予定である。

(2) 研修の実施

地方労災医員を対象とした研修を実施する予定としているが、詳細については別途通知する。

3 調査中の事案等の取扱いについて

認定基準発出日において調査中の事案及び審査請求中の事案は、改正後の認定基準に基づいて決定すること。

また、認定基準発出日において係争中の訴訟事案のうち、改正後の認定基準に基づいて判断した場合に、訴訟進行上の問題が生じる可能性のある事件については、当課労災保険審理室に協議すること。

4 本省報告

認定基準の記の第2の2の(5)に掲げる作業に従事した事案については、平成18年6月6日付け基労補発第0606002号の調査実施要領を改訂するまでの間、請求があった時点で当課職業病認定対策室に報告すること。

5 通達の改廃等

- (1) 平成19年3月14日付け基労補発第0314001号「石綿による肺がん事案の事務処理について」は廃止する。
- (2) 平成22年7月1日付け基労補発0701第1号「「特別遺族給付金に係る対象疾病の認定について」の一部改正に係る運用に関し留意すべき事項について」については、所要の読み替えを行い、引き続き運用すること。

※この基労補通達は、認定基準改正公表の時点ではホームページに掲載されていないが、おつてリーフレット等とともに、以下の「労働基準情報：業務上疾病の認定等」のページに掲載されることになるものと思われる。

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/gyomu.html>

石綿による疾病の認定基準に関する検討会報告書

平成24年2月

石綿による疾病の認定基準に関する検討会

石綿による疾病の認定基準に関する検討会参集者名簿

(五十音順 敬称略 ◎座長)

<氏名> <所属>

審 良 正 則 (独) 国立病院機構近畿中央胸部疾患センター放射線科部長(放射線)

岸 本 卓 巳 (独) 労働者健康福祉機構岡山労災病院副院長(臨床)

神 山 宣 彦 東洋大学大学院経済研究科客員教授(労働衛生工学)

篠 原 也 寸 志 (独) 労働安全衛生総合研究所環境計測管理研究グループ上席研究員(肺内繊維計測)

廣 島 健 三 東京女子医科大学八千代医療センター教授(病理)

三 浦 溥 太 郎 横須賀市立うわまち病院副院長(臨床)

宮 本 顕 二 国立大学法人北海道大学大学院保健科学研究院教授(臨床)

◎森 永 謙 二 厚生労働省中央労災医員(疫学)

由 佐 俊 和 (独) 労働者健康福祉機構千葉労災病院副院長(臨床)

開催状況

第1回	平成22年5月26日
第2回	平成22年6月22日
第3回	平成22年8月3日
第4回	平成22年10月6日
第5回	平成22年12月8日
第6回	平成23年4月28日
第7回	平成23年6月24日
第8回	平成23年10月19日
第9回	平成23年12月6日
第10回	平成24年1月24日
第11回	平成24年2月14日

第1部 肺がん関係

1 はじめに

石綿による疾病の認定に関する検討は、前回、石綿による健康被害の問題が大きな社会的問題となり、多くの国民が不安を抱え、新たな救済制度を早急に創設する必要があるという社会情勢の中で、平成17年11月に急遽検討会が立ち上げられ、肺がんを含めた石綿に関連する疾病全般について行われ、平成18年2月に報告書⁽¹⁾(以下「平成18年報告書」という。)として取りまとめられた。

前回の検討では、厚生労働省と環境省合同の事務局の下、石綿関連工場周辺での環境ばく露

による健康障害の救済に関する事項に主眼が置かれ、また、時間的な制約もあり、肺がんの労災認定基準については、ヘルシンキ国際会議のコンセンサスレポート(1997)(以下「ヘルシンキ・クライテリア」という。)等を参考にしつつ、基本的な考え方を整理したものであった。

その後、ヘルシンキ・クライテリアの内容に批判的なもの(Gibbsら, 2007⁽²⁾、Attanoos, 2008⁽³⁾)も含め、多くの医学文献が報告されている状況を踏まえ、今回、石綿による肺がんに関する重要な知見を収集し、様々な観点から検討した結果、以下のように取りまとめたのでここに報告する。

2 石綿ばく露と肺がん発症との因果関係

肺がんについては、石綿に特異的な疾患である中皮腫と異なり、様々な要因があることが知られている。中でも喫煙は、肺がんの最大要因であり、世界保健機関(WHO)の「世界がん報告 WORLD CANCER REPORT(2003)」⁽⁴⁾は、男性の肺がんの80%以上は喫煙によって発症すると述べている。「世界がん報告 WORLD CANCER REPORT(2008)」⁽⁵⁾でも、肺がんの80%以上は喫煙で説明できるが、先進国での5～10%は職業因子であり、なかでも石綿と燃焼時に発生するヒューム(combustion fumes)が重要であると述べている。Albergら(2003)⁽⁶⁾は、アメリカの男性肺がんの90%は能動喫煙であり、職場の発がん物質へのばく露はおおよそ9～15%であると述べている。肺がんの発生要因における石綿の割合について、定まった見解はないものの、喫煙に次いで石綿が多いと思われる。Albinら(1999)⁽⁷⁾は、ヨーロッパの肺がんの10～20%が石綿によるものと推測している。他方、Darntonら(2006)⁽⁸⁾は、イギリスの1980～2000年の男性肺がんの2～3%が石綿関連であろうと推測している。

また、数多くの信頼できる疫学調査から、肺がんの相対リスクと石綿への累積ばく露量との間には、累積ばく露量が増えれば発症リスクが上がるという量-反応関係があることも明らかにされており、これらの知見を否定する有力な見解は見当たらない。

3 肺がん発症の原因が石綿ばく露とみなす考え方

平成18年報告書は、寄与危険度割合の考え方に基づき、イギリス雇用年金省の機関であるIIAC(労働傷害諮問会)の見解等を踏まえつつ、石綿のばく露による肺がんの発症リスク(相対リスク)が2倍以上ある場合に、石綿に起因するものとみなす考え方を採用している。

IIACの報告書「石綿関連疾患(2005)」⁽⁹⁾は、2倍のリスクについて以下のように述べている。

“疾患は職業によって起こるものとは限らず、職業を原因として発生した場合に、職場において危険要因にばく露されていない人に発現したものと区別できない疾患もある。このような場合、蓋然性の均衡(balance of the probability)に基づき、その原因を職業であると判断できるかどうかは、疫学的な証拠が、特定の職業における作業や特定の職業ばく露を伴う作業によって、その疾患の発現リスクが2倍以上になっていることを示しているかどうかで決まる。非ばく露群において通常起こりうる50の症例に対し、危険要因へのばく露からのリスクが2倍になるとすれば、その人口群が危険要因にばく露された場合、さらに50の症例が発生するという事実に基づくものである。すなわち、ばく露群において発生した100のすべての事例中、50は危険要因へのばく露の影響として起こったものであり、残りの50はばく露がなくてもその疾患を発現したと考えられることになる。したがって、ばく露群において発生した個々の事例では、危険要因へのばく露によって疾患が発現した可能性が50%、ばく露に遭わなくても発現した可能性が50%ということになる。”

今回、最新の文献や諸外国の動向を精査したが、肺がん発症の原因が石綿ばく露によるものとする考え方として、肺がんの発症リスク2倍を基準とする考え方に否定的な見解を示す文献や、それ以外の考え方を明確に取り入れている国はみられなかった。

そのため、石綿のばく露による肺がんの発症リスク(相対リスク)が2倍以上ある場合に石綿に起因

するものとみなす考え方については、今後も維持することが妥当であると考える。

4 肺がん発症原因を石綿ばく露とするための累積ばく露量

平成18年報告書は、肺がんの発症リスクが2倍となる累積石綿ばく露量について、Hendersonらの報告に基づき、石綿繊維25～100本/ml×年の累積石綿ばく露量がこれに相当し、その最小値である25本/ml×年とするのが妥当であるとしている。

今回、発症リスクが2倍になる累積石綿ばく露量について、最近の文献を改めて精査したところ、オーストラリア職業医学会（Australian Faculty of Occupational Medicine）の職業がん作業部会（2003）⁽¹⁰⁾は、石綿の種類によって発症リスクが2倍になる累積ばく露量は異なるとして、角閃石族石綿のみのばく露の場合は21本/ml×年、クリソタイルのみのばく露の場合は43本/ml×年、角閃石族石綿とクリソタイルの混合ばく露の場合は21本/ml×年と報告している。

また、ヘルシンキ・クライテリアのまとめに参加していたHendersonら（2011）⁽¹¹⁾の最新の著書では、相対リスクが2倍となる累積ばく露量として、角閃石族石綿（クロシドライト及びアモサイト）のみのばく露の場合は20本/ml×年、石綿紡織業の場合は25本/ml×年、クリソタイルのみのばく露の場合（とりわけカナダのクリソタイル鉱山採石及び粉碎作業と摩擦材製造作業）は200本/ml×年、角閃石族石綿とクリソタイルのエンド・ユーザーの混合ばく露の場合は25本/ml×年以上、をヘルシンキ・クライテリアの修正案として提案している。

英国政府主任科学顧問会議（Government Chief Scientific Adviser meeting）⁽¹²⁾でも、角閃石族石綿とクリソタイルでは、中皮腫ほどではないとしても、肺がんの発症リスクに差があると報告している。

しかしながら、諸外国においては、肺がんの発症リスクを判断するに当たり、石綿の種類ごとに区分して発症リスクが2倍となる累積ばく露量の基準を個別に設定している国は見当たらない。その理

由は、角閃石族石綿とクリソタイルの混合ばく露があるために、この場合には従事した作業からばく露した石綿の種類を特定することが困難であるという事情によるものと考えられる。日本においてもそのような事情は同様であることや、クリソタイルのみのばく露については、発症リスクが2倍になる累積ばく露量に関する見解に大きな幅があることから、現時点においては、これまでと同様に、角閃石族石綿とクリソタイルを区別することなく、25本/ml×年を肺がんの発症リスクが2倍になる累積ばく露量とみなすのが妥当である。

なお、累積石綿ばく露量が4本/ml×年の肺がんの発症リスクは1.90であったとするGustavssonら（2002）⁽¹³⁾の論文は、症例対照研究であり、Hendersonら（2004）⁽¹⁴⁾は、この種の疫学調査（症例対照研究）では、ばく露濃度の推定について、特に低濃度ばく露の場合には固有の大きな精度上の問題があることを指摘している。実際、この症例対照研究の個人ばく露の推定方法は、4段階のばく露レベルに分類し、職種からばく露の蓋然性を0.20, 0.50, 0.85としてばく露期間に当時の職場の環境測定濃度を乗じて繊維×年を計算しているものであり、Hodgsonら（2000）⁽¹⁵⁾、Bermanら（2008）⁽¹⁶⁾がレビューし、評価しているコホート調査での個人推定ばく露量（繊維/ml×年）とは異なるものであり、同列に評価をすることはできない。

5 発症リスクが2倍になるばく露量に相当する指標

肺がんの発症リスクが2倍になる石綿累積ばく露量に相当する指標としては、石綿肺所見、胸膜プラーク所見、肺内石綿繊維数、石綿作業ばく露従事期間が想定され、それぞれ次のように考えられる。

（1）石綿肺所見の指標

平成18年報告書は、Roggliらの報告、Wilkinsonの報告及び日本の石綿肺認定患者を対象とした疫学調査の結果に基づく報告から、石綿ばく露作業従事歴のある者の石綿肺（じん肺法上の第1型以上）は、肺がん発症リスクを2倍以上に高める所見であるとしている。

最新の文献の検証においても、Hendersonら(2011)⁽¹¹⁾は、石綿肺は重症度に応じて肺がん発症リスクを2～5倍以上上昇させるとしており、他方、当該考え方を否定するような知見は得られていないことから、石綿ばく露作業従事歴のある者の石綿肺(じん肺法上の第1型以上)は、肺がん発症リスクを2倍以上に高める所見であるとする考え方は、今後においても維持するのが妥当である。

(2) 胸膜プラーク所見の指標

限局性胸膜肥厚あるいは胸膜肥厚斑は、多くは石綿ばく露によって発生するものであるが、結核性胸膜炎、胸壁結核、外傷等によって生じることもある。このため、平成18年報告書では、限局性胸膜肥厚あるいは胸膜肥厚斑のうち、石綿によるものについてのみ、胸膜プラークの呼称を用いている。

平成18年報告書では、胸膜プラークは低濃度のばく露でも発生するとし、画像上の胸膜プラークがある人の肺がんの発症リスクは、これまでの疫学調査では1.3倍～3.7倍と幅があり、調査対象集団が最も大きいHillerdalのコホート調査の結果では、胸部エックス線写真で石綿肺はないが胸膜プラークがある場合の肺がんの発症リスクは1.4倍であったことから、胸膜プラークが認められることのみをもって、肺がん発症リスクが2倍になる石綿ばく露があったとはいえないとしている。

今回、胸膜プラークと石綿ばく露量との関係についての研究報告を検証したところ、廣島、由佐ら(2011)⁽¹⁷⁾が行った胸膜プラークと石綿小体濃度の関係についての症例研究においては、胸部正面エックス線写真により胸膜プラークと判断できる明らかな陰影が認められた事例(161例中32例)については、その87%(28例)が石綿小体数5,000本以上であったと報告している。また、左右いずれか一侧の胸部CT画像上、胸膜プラークが最も広範囲に描出されたスライスで、胸膜プラークの範囲が胸壁内側の1/4以上の事例(168例中55例)については、その73%(40例)が石綿小体数5,000本以上であったと報告している。

また、Parisら(2009)⁽¹⁸⁾は、過去に石綿ばく露作業に従事した者5,545人を対象にHRCTで胸膜プ

ラークを調べた結果、胸膜プラーク有所見率とばく露開始からの期間及び胸膜プラーク有所見率と石綿累積ばく露量との間にそれぞれ個別に相関関係が認められたと報告している。

これらの結果は、画像上の胸膜プラークの所見やその範囲と石綿ばく露量との間の相関関係の存在を示している。本検討会は、最近の胸部CTを用いたこれらの調査結果を重視して、以下の①又は②の要件を満たすものは、肺がん発症リスクが2倍になる石綿ばく露があったものとみなして差し支えないものとする。

- ① 胸部正面エックス線写真により胸膜プラークと判断できる明らかな陰影が認められ、かつ、CT画像によって当該陰影が胸膜プラークとして確認されるもの
- ② 胸部CT画像で胸膜プラークを認め、左右いずれか一侧の胸部CT画像上、胸膜プラークが最も広範囲に描出されたスライスで、その広がりが胸壁内側の1/4以上のもの

この「胸部正面エックス線写真により胸膜プラークと判断できる明らかな陰影」とは、廣島、由佐らの症例研究における読影基準をそのまま採用し、次の(ア)又は(イ)のいずれかの場合をいうものとする。

(ア) 両側又は片側の横隔膜に、太い線状ないし斑状の石灰化陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないこと

(イ) 両側側胸壁の第6～10肋骨内側に、石灰化又は非石灰化、非対称性の限局性胸膜肥厚陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないこと

(ア)及び(イ)に係る画像例等、胸部画像の撮影条件及び胸膜プラークの読影に関しては、本報告書肺がん関係の末尾に添付した「『胸膜プラークと判断できる明らかな陰影』に係る画像例及び読影における留意点等」[省略]を参照のこと。

なお、労災補償の対象と判断するためには、労働者としての石綿ばく露作業従事歴が1年以上あるとの要件を付加すべきである。この場合、石綿ばく露作業従事年数が1年に満たないときは、職業ばく露以外の要因についても検討が必要である。

(3) 肺内石綿繊維数等の指標

ヘルシンキ・クライテリアは、肺がんの発症リスクを2倍にする所見として、

- ① 乾燥肺重量1g当たりの石綿小体5,000～15,000本
- ② 気管支肺胞洗浄液 (BALF) 1ml中の石綿小体5～15本
- ③ 乾燥肺重量1g当たりの角閃石族石綿繊維200万本 (5 μ m超) 又は500万本 (1 μ m超)

を示している。

平成18年報告書は、石綿小体数について、ヘルシンキ・クライテリアの乾燥肺重量1g当たり5,000本から15,000本までという幅のある値のうち最少本数を採用し、乾燥肺重量1g当たり5,000本以上、気管支肺胞洗浄液中5本以上が妥当であるとしている。また、石綿繊維数については、ヘルシンキ・クライテリアの数値をそのまま全ての石綿繊維に採用し、実際の繊維数の評価に際しては、繊維の種類別かつ繊維長別 (5 μ m超、1 μ m超) の全ての石綿繊維の計測値を採用してきた。

ヘルシンキ・クライテリアでは、クリソタイル繊維についてはクリアランス率が高いため、角閃石族石綿繊維と同じように肺内に蓄積することはないとして、上記③の繊維数は、角閃石族石綿についてのみ適用するものとされ、また、石綿小体数については、角閃石族石綿とクリソタイルを区別するものではないが、クリソタイルについては、石綿小体を形成しにくい性質を有するとされている。ただし、1997年のヘルシンキ国際会議抄録集 (Tossavainen, 1997⁽¹⁹⁾) では、これまでに繊維計測を行った調査をレビューした結果、一般住民にもクリソタイルが一定量検出されていることから、肺がんの発症リスクを2倍にする肺組織内の停留繊維数は、乾燥肺重量1g当たり200万本 (5 μ m超) の角閃石族石綿繊維又は500万本 (1 μ m超) の石綿繊維 (注：角閃石族石綿繊維ではない) と述べている。

こうした中、肺内の石綿繊維数や石綿小体数を指標とする要件に関して、平成18年報告書は、角閃石族石綿とクリソタイルを特段区別していない。

今回、改めて角閃石族石綿とクリソタイルは区

別して取り扱うべきであるかを検討した。

まず、クリソタイルのクリアランスの程度に関しては、それを定量的に解析した文献は見当たらない。それは、特殊な条件を満たす事例、すなわちクリソタイルと角閃石族石綿と同時にばく露しており、かつ、クリソタイルと角閃石族石綿の量比がわかっている事例においてしかこれを行うことはできないためであるが、この条件を満たす世界的にも数少ない調査研究 (Kohyamaら, 1991⁽²⁰⁾) に基づき試算した結果、ばく露から40年で肺内クリソタイルは1/2～1/5に減少することとなる。

他方、クリソタイルの肺がん発症リスクは、角閃石族石綿と比較して低いとする報告が多数なされ、Hodgsonら (2000)⁽¹⁵⁾ は1/10～1/50であるとし、Bermanら (2008)⁽¹⁶⁾ は1/6～1/60であるとし、英国政府主任科学顧問会議 (2011)⁽¹²⁾ では1/10程度であるとしている。これらの報告を踏まえると、クリソタイルの肺がん発症リスクは、角閃石族石綿と比べて1/10以下の低いものと考えられる。そうすると、クリソタイルについては、クリアランスの影響が最大に現れたとしても、肺がん発症リスクの低さを考慮すれば、角閃石族石綿以上の肺内石綿繊維数がなければ発症リスク2倍のばく露量に至らないという結果が導き出されることとなる。

これらを総合的に勘案し、クリソタイルについて角閃石族石綿と同じ基準で評価する現行の労災認定基準は、石綿ばく露労働者の幅広い救済という観点を考慮しているものであると判断する。

ただし、石綿小体は、肺の各葉での分布が異なる可能性やクリソタイル繊維では形成されにくいという特性、さらには石綿小体数計測の方法等を考慮する必要があることから、これまでと同様、石綿小体数が5,000本未満であることをもって直ちに業務外とせず、職業ばく露が疑われるレベルである乾燥肺重量1g当たり1,000本以上ある事案については、本省の検討会で個別に審査する方法を継続するのが妥当である。

なお、上記 (2) と同様に、労災補償の対象と判断するためには、労働者としての石綿ばく露作業従事歴が1年以上あるとの要件を付加すべきである。この場合、石綿ばく露作業従事年数が1年に

満たないときは、職業ばく露以外の要因についても検討が必要である。

また、石綿小体数の基準としている値は、標準的な方法により計測された結果を前提とするものであり、日本では、独立行政法人労働者健康福祉機構、同環境再生保全機構が発行する「石綿小体計測マニュアル(第2版)」⁽²¹⁾に示された方法がこれに当たることから、それ以外の方法により計測されたものについては、改めてマニュアルに示された方法に基づいて計測をし直すことにより認定の公平性が確保されると考える。

(4) 石綿ばく露作業従事期間の指標

石綿ばく露作業従事期間のみで肺がん発症リスク2倍と判断するためには、ドイツのBK-Report 1/2007 (2007)⁽²²⁾で示されているように、年代別の作業ごとのばく露濃度のデータが必要となるが、日本にはそのようなデータが存在せず、また、ドイツとは作業年代及び作業方法や作業環境等が全く同じとは限らないことから、ドイツのデータをそのまま採用することはできない。このため、平成18年報告書では従事期間のみの基準の設定は見送られたものである。

今回、平成18年2月9日から平成22年11月30日までに決定した石綿による肺がんの全事案3,030件のデータを収集・分析し、石綿ばく露作業従事期間のみで肺がん発症リスク2倍となる基準が設定できるかを検討した。

収集したデータのうち、石綿小体計測が行われた事例について、労働者が従事していた作業の種類ごとに分類の上、各事例の石綿小体数が5,000本に到達する期間^{*1}を推定して比較したところ、「石綿糸、石綿布等の石綿紡織製品製造作業」の従事者9例のうち8例が5,000本到達期間4.13年以下、「石綿セメント又はこれを原料として製造される石綿スレート、石綿高圧管、石綿円筒等のセメント製品の製造工程における作業」の従事者6例のうち5例が5,000本到達期間3.44年以下、「石綿の吹付け作業」の従事者9例はすべてが5,000本到達期間7.34年以下であり、そのうち8例は3.13年以下という結果を得た。

この結果から、以上の3つの作業に従事した者

については、その期間が5年程度あることが確実である場合には、発症リスクが2倍以上となる石綿ばく露があったものとみなすことに合理性があると考ええる。

一方、それ以外の作業の従事者については、石綿小体数が5,000本に到達する期間に大きな差が認められ、作業内容や従事頻度により累積ばく露量が大きく異なることが改めて示唆されており、石綿ばく露作業従事期間によって累積ばく露量を推定することは、現在までに日本で得られた知見からは適当ではない。

上記の3作業以外については、さらに事例が集積された時点で、再検証の必要があると考える。

ところで、従事期間の要件のみにより認定する場合、その従事時期が問題となる。このため、イギリスでは、1975年以前の時期であれば5年以上の従事期間を要件としているが、1975年以降の時期であれば10年以上の従事期間としている(DWP, 2005⁽⁹⁾)。また、ベルギーでは、1985年以前の時期に従事した場合に限り10年以上の従事期間という要件としている(FMP, 2004⁽²³⁾)。また、ドイツでは、一部の作業では石綿ばく露濃度が年代別に示され、従事時期別にそれが当てはめられて累積ばく露量が算出されている(BK-Report 1/2007, 2007⁽²²⁾)。石綿紡織製造作業の石綿濃度(90パーセントイル値^{*2})は、1980年にはピーク時の約1/26、1990年には同じく1/111に、石綿セメント製品製造作業では、1980年にはピーク時の約1/181、1990年には同じく1/666に、一般的な建築作業(閉めきった空間での穴あけ、切断など)では、1980年にはピーク時の約1/1.7、1990年には同じく1/75に低下するデータを示し、これに基づき評価している。

日本がドイツのデータと同様の状況ではないにしても、石綿に対する規制が逐次強化されてきた中で、原料としての石綿や石綿含有製品を取り扱う職場における作業環境の改善も図られてきており、石綿吹付け作業が行われていた昭和50年以前の時期における石綿ばく露と、最近の時期における石綿ばく露とを従事期間が同じということだけで同様に評価することは、著しく合理性を欠くものと言わざるを得ない。

また、今後は石綿濃度が低下している時期に作業に従事した事案が増加してくることを踏まえ、従事時期によって石綿ばく露の評価を変える手法を採用することは必要なことと考える。

日本においては、昭和46（1971）年に旧特定化学物質等障害予防規則において、屋内作業での局所排気装置の設置が義務付けられ、その性能を担保する要件として、抑制濃度を5繊維/cm³とすることとされたほか、昭和50（1975）年に石綿吹付け作業が原則禁止され、昭和63（1988）年には作業場内のほとんどの場所で石綿粉じん濃度の基準値である管理濃度を2繊維/cm³以下とすることとされた。また、平成元（1989）年には大気汚染防止法の改正で石綿が特定粉じんに定められ、境界敷地領域での石綿濃度が10繊維/Lに規制された。実際、Higashiら（1994⁽²⁴⁾、2001⁽²⁵⁾）は、日本石綿協会加盟110社の石綿製品製造工場における職場大気中の石綿の作業環境測定濃度の幾何平均値は、幾つかの石綿紡織事業場を除くと、平成4（1992）年以降全ての事業場で1繊維/cm³を下回り、これは個人ばく露での0.3繊維/cm³以下に相当すると報告している。

さらに、平成7（1995）年にはクロシドライト及び一部の石綿含有建材に使われていたアモサイトの製造・使用等が禁止されたほか、保護具、作業衣等の着用が義務化される等、規制が強化された。

石綿の使用状況としては、日本の石綿の輸入量がピーク時の約半分になったのが平成8（1996）年であり、また、この頃には、石綿含有建材に使用される石綿の量がピーク時の少なくとも半分以下に低下している。

これらの状況を考慮すれば、遅くとも平成8年以降の石綿ばく露作業従事期間については、原則としてそれ以前の時期における従事期間の半分として評価して従事期間を算定することが妥当である。

ただし、従事期間を半分で評価した結果、5年の年数に達しない事案については、慎重を期するため、当分の間、本省で確認するのが望ましい。

※1 各事案について石綿小体計測数を当該作業の従事年数で割った単位年当たりの石綿小体数から算出。例：石綿小体計測数10,000本、

作業従事年数20年の場合、単位年当たり石綿小体数は10,000本/20年で500本、したがって、5,000本到達年数は10年となる。

※2 測定値のうちの小さい方から数えて90%に当たる値。

(5) 胸膜プラーク+石綿ばく露作業従事期間10年の指標

前述のとおり、平成18年報告書は、胸膜プラークがあることだけで、肺がんの発症リスクが2倍になる石綿ばく露があったとはいえないとしている。

他方、石綿ばく露作業従事期間については、概ね10年以上のばく露期間があったとしても、石綿作業の内容、頻度、程度によっては必ずしも肺がんの発症リスク2倍を満たすとは限らないことから、おおむね10年以上の石綿ばく露期間のみをもって判断指標とするのではなく、肺がんの発症リスク2倍を満たす要件としては、胸膜プラーク等の医学的所見と併せて評価することが必要であるとしている。

現在の認定基準は、この平成18年報告書と昭和53年から続く運用※を踏まえ、医学的所見と石綿ばく露作業従事期間を組み合わせで設けられている。

今回、この要件の今日的な妥当性を検証するため、平成18年2月9日から平成22年11月30日までに決定した石綿による肺がん事案3,030件のうち、「胸膜プラーク+石綿ばく露作業従事期間10年以上」の要件を満たし、かつ、石綿小体数が明らかになっている130件を分析したところ、石綿小体数5,000本以上のものが94件（72.3%）、5,000本未満のものが36件（27.7%）という結果を得た。

したがって、この要件は、概ね肺がんのリスクを2倍に高める累積石綿ばく露量の指標として、現時点では一定の評価ができるものと考えられる。

しかしながら、先に石綿ばく露作業従事期間の指標のところでも述べたように、日本においても作業環境における石綿濃度は明らかに低下しており、今後は石綿濃度が低下している時期に作業に従事した事案が増加してくることを考えれば、「胸膜プラーク+石綿ばく露作業従事期間10年以上」の要件における従事期間についても、従事

時期によって石綿ばく露の評価を変える手法を同様に採用すべきである。したがって、平成8年以降の石綿製品製造作業従事者の石綿ばく露作業従事期間については、原則としてそれ以前の時期における従事期間の半分として評価し算定することが妥当と思われる。この場合においても、従事期間を半分で評価した結果、10年の年数に達しない事案については、慎重を期するため、当分の間、本省で確認するのが望ましい。

ただし、古い建築物の解体作業や配管断熱材の除去作業、また、古い船舶の修理作業については、石綿製品の製造や使用が全面的に禁止された現在でも行われていることを考慮すると、当面は現行の取扱いを存続することが望まれる。

また、石綿製品製造作業、古い建築物の解体作業や配管断熱材の除去作業、船舶の修理作業以外の作業については、平成7年に石綿製品の切断等の作業についても保護具、作業衣等の使用が義務化されたこと、平成16年10月には建材等への石綿（クリソタイル）の使用が禁止されたこと、平成17年7月石綿障害予防規則の施行によりばく露防止措置が強化されたこと等の状況も踏まえ、平成17年以降における作業期間は、当面の間現行の取扱いを存続するが、そのばく露状況等を検証し、今後の参考とすることが必要である。

なお、「胸膜プラーク+石綿ばく露作業従事期間10年以上」の要件における胸膜プラークについては、これまで胸部CT等の画像では確認されないが、手術時等において肉眼で確認されたものも含むものとされているところ、廣島、由佐ら（2011）⁽²⁶⁾の報告では、左右いずれか一侧の胸部CT画像上、胸膜プラークが最も広範囲に描出されたスライスで、胸膜プラークの範囲が胸壁内側の1/4以上に認められたものは、ほとんどの例で石綿小体が1,000本/g（乾燥肺重量）以上（中央値は5,626本/g（乾燥肺重量））であったのに対し、肉眼的に胸膜プラークが確認された61例のうち25例では胸部CT画像で胸膜プラークを検出できず、それらの石綿小体の中央値は612本/g（乾燥肺重量）であったことから、今後、肉眼的にしか見えない胸膜プラークと画像で認められる胸膜プラークを同一に

扱うべきかどうかについてもさらに検討する必要があると考える。

※日本で最初に石綿による肺がんの認定基準を検討したのは、昭和51年6月に設置された「石綿による健康障害に関する専門家会議（座長 国立療養所近畿中央病院長（当時）瀬良好澄氏）」であり、そこでの検討結果がとりまとめられた報告書⁽²⁷⁾（以下「昭和53年報告書」という）をもとに、昭和53年10月23日「石綿ばく露作業従事労働者に発生した疾病の業務上外の認定について」（基発第584号）が示された。

昭和53年報告書は、当時の石綿ばく露産業別の疫学調査（当然1977年以前のもの）をレビューし、潜伏期間、量－反応関係、喫煙との関係、石綿の種類別と肺がん発生についても検討を行った。対象とした石綿産業は、①石綿紡織産業、②断熱作業、③石綿鉱石採掘作業、④石綿製品製造作業、⑤ブレーキライニング製造作業である。そのまとめでは「最近の疫学調査から、石綿ばく露量が大きくなるにつれて肺がん発生の超過危険が大きくなる傾向がみられ、症例としては石綿ばく露期間がおおむね10年を超える労働者に発生したことが多い」と記載している。そして通達では、石綿へのばく露の医学的所見として、胸膜プラーク陰影（当時の報告書では胸膜の肥厚斑影又は石灰化影）が胸部エックス線写真で認められること、あるいは経気管支鏡的肺生検、開胸生検、剖検等に基づく胸膜の硝子性肥厚又は石灰沈着（結核性胸膜炎、外傷等石綿ばく露以外の原因による病変を除く）、もしくは喀痰中石綿小体、肺組織内の石綿線維又は石綿小体等の病理学的所見を挙げている。

（注：石綿小体の病理学的所見とは、昭和53年報告書で述べられている、通常の肺組織切片において石綿小体が光学顕微鏡で認められることを指す。）

6 その他検討した事項

（1）びまん性胸膜肥厚に併発した肺がんについて

ヘルシンキ・クライテリアでは、両側性のびまん性胸膜肥厚は、中等度又は高度のばく露が原因であることがあるため、肺がんの原因特定の観点から考慮すべきであるとし、ドイツとベルギーにおいては、両側性のびまん性胸膜肥厚を単独の認定要件としている(BK-Report 1/2007, 2007⁽²²⁾、FMP, 2004⁽²³⁾)。他方、イギリスにおいては、びまん性胸膜肥厚は信頼できない指標であるとして、単独の要件から除外している(DWP, 2005⁽⁹⁾)。

今回、改めてびまん性胸膜肥厚患者の累積石綿ばく露量に関しての文献を検索した。

Gibbsら(1991)⁽²⁸⁾は、石綿ばく露歴のあるびまん性胸膜肥厚の症例13例について石綿繊維濃度の計測をした結果、総石綿繊維数は328～32,722万本/gであったが、13例中12例が500万本/gを上回っていたことを報告している。これ以外に報告はみられなかった。

石綿ばく露によるびまん性胸膜肥厚のばく露程度についての定まった知見は今のところ得られていないが、上記の報告を重視し、これを覆するような重要な新しい知見が出現するまでは、びまん性胸膜肥厚を発症して労災保険給付を受けた者が原発性の肺がんを併発した場合には、当該肺がんについても石綿ばく露によるものとみなすことが望まれる。

(2) 潜伏期間について

これまで、「胸膜プラーク+石綿ばく露作業従事期間10年以上」の要件においては、最初のばく露から肺がん発症までの潜伏期間として、少なくともヘルシンキ・クライテリアに示されている石綿ばく露開始からの期間としての10年間は担保されていた。

しかしながら、今後は特定作業への従事期間5年の要件や胸部エックス線写真等の画像所見のみの要件で認定する場合もでてくるため、最初の石綿ばく露から肺がん発症まで少なくとも10年以上の期間が経過していることという潜伏期間の要件を改めて付加する必要があるものと考ええる。

なお、潜伏期間を最低10年とするのは、これまでの知見を踏まえても妥当なものである。

併せて、現行の認定基準上潜伏期間についての規定がない中皮腫についても、肺がんと同様に、

最初の石綿ばく露から中皮腫発症まで少なくとも10年以上の期間が経過していることという潜伏期間の要件を付加すべきと考える。

(3) 微小石綿肺について

ドイツにおいては、微小石綿肺を認定要件の一つに掲げている(BK-Report 1/2007, 2007⁽²²⁾)。が、微小石綿肺の所見と肺がんの発症リスクに関しては有力な文献等は見当たらないこと、微小石綿肺の診断の機会は現状では非常に稀であることから、直ちに認定要件に加える必要はないと考える。

ただし、石綿によると考えられる肺組織の..かな繊維化が認められる事案は、一定の石綿ばく露があったこと示唆するものであり、病理診断に基づき微小石綿肺の所見が確認できるものについては、本省の検討会における個別の事案の検討に際し、それを参考的な所見として活用できるのではないかと考える。

7 おわりに

石綿による肺がんに関しては、定見が確立されていないと考えられる事項がみられることから、今後とも最新の医学的知見の収集を行うとともに、本省への事案の集積と分析に努め、認定基準の見直しに関する検討を適宜行う必要がある。

また、医学的所見の確認に関し、胸膜プラークを石綿肺と診断したり、脂肪や肋間静脈等の肥厚像を胸膜プラークの所見と見誤るなど、胸膜プラーク等の診断が的確に行われていない事例がみられる。このため、医師に対する一層の研修が重要と考える。

なお、石綿ばく露作業については、石綿の全面禁止によって石綿ばく露の機会はほとんどなくなっているものの、解体作業等今なお実施せざるを得ない作業も残されており、それらに従事する労働者の健康障害の防止には万全を尽くし、更なる健康被害が発生しないことを切に望む。

8 文献リスト[省略]

※報告書全文は、<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000235cj.html>

第2部

びまん性胸膜肥厚関係

1 はじめに

びまん性胸膜肥厚は、1966年にElms⁽¹⁾が、胸膜肥厚pleural thickeningを胸膜ブランクpleural plaqueと、びまん性胸膜肥厚diffuse pleural thickeningとを峻別したことから、疾患の概念が理解されやすくなり、今では石綿肺を伴わないびまん性胸膜肥厚は石綿関連疾患のひとつとして確立している疾病である。

このびまん性胸膜肥厚については、平成15年8月に公表された検討会報告書（以下「平成15年報告書」という。）において、良性石綿胸水とともに、初めて労災補償の対象となる疾病として明記されたが、このときは認定要件を示さず、すべての事案について専門家による個別検討によって業務上外を判断するものとされた。その後、平成18年2月に公表された検討会報告書（以下「平成18年報告書」という。）において、イギリスの補償基準を参考として肥厚の広がりや厚さを含めた要件が示され、これを参考に現在の認定基準が策定されている。

しかしながら、イギリスの補償基準では肥厚の広がりや厚さの基準は2006年に撤廃され、現在は別の基準が設定されている。

石綿ばく露によるびまん性胸膜肥厚は、石綿関連疾患のひとつとして確立している疾病ではあるものの、画像での所見の“胸膜肥厚”と、疾患としての“びまん性胸膜肥厚”が、医療の現場においてしばしば混同されるといった実態も見受けられている（石綿ばく露によって生じる非腫瘍性胸膜疾患には、壁側胸膜に生じる限局性の胸膜肥厚と、臓側胸膜がびまん性に肥厚する（実際は、壁側胸膜の肥厚も一緒に伴う）びまん性胸膜肥厚とに大別され、前者を平成15年の検討会以降、胸膜ブランクと呼んでいる。）。

このような状況を踏まえ、今回、びまん性胸膜肥厚に関する医学文献を幅広く収集し、疫学、画像診断、呼吸機能及び石綿小体・繊維計測に分類・

整理してレビューを行った上で、改めて石綿によるびまん性胸膜肥厚に係る認定要件の検討を行うとともに、医療関係者においてびまん性胸膜肥厚の診断等が適切に行われるよう医学情報を整理し、以下のとおり取りまとめたのでここに報告する。

なお、巻末に今回行った文献レビューの結果を添付する。〔省略〕

2 びまん性胸膜肥厚の診断の要件

(1) 「びまん性胸膜肥厚」の定義

胸郭の臓側胸膜に炎症があり、それが壁側胸膜に波及し、両者が癒着している病態は、臨床上、石綿関連疾患以外の肺疾患に伴いよくみられるものである（長期間の結核性胸膜炎や膿胸の後遺症、リウマチや自己免疫疾患、種々の薬剤によって生じることはよく知られている。）。

しかし、臨床の場においてこのような病態をすべて「びまん性胸膜肥厚」と診断することはない。

「びまん性胸膜肥厚」を独立した疾患ととらえて診断するのは、それが石綿ばく露を原因として生じた場合についてのみであり、それ以外の原因によるものは、同様の病態を示すものであっても、「びまん性胸膜肥厚」と診断しない。

○ 石綿ばく露以外に、臓側胸膜と壁側胸膜が癒着して肥厚する病態を引き起こす原因の主なものとしては、以下のものが挙げられる。

- ・ 感染症（細菌性膿胸、結核性胸膜炎）
- ・ 膠原病（リウマチ性胸膜炎ほか）
- ・ 薬剤性線維性胸膜炎
- ・ 放射線治療（後）
- ・ 外傷性血胸
- ・ 冠動脈バイパス術等の開胸術（後）
- ・ 尿毒症性胸膜炎
- ・ 悪性腫瘍

(2) 「びまん性胸膜肥厚」の治療

「びまん性胸膜肥厚」の特徴は、臓側胸膜と壁側胸膜が癒着することにより、胸膜に運動制限が生じ、拘束性換気障害を呈することである。ただし、初期の段階では、無症状か軽い労作時呼吸困難を呈するのみであり、特段治療の適応がない。

しかし、病状が進行し、著しい呼吸機能障害を

呈するようになれば、酸素療法を必要とする状態となり、療養補償の対象となる。

(3) 「びまん性胸膜肥厚」の診断

「びまん性胸膜肥厚」の診断は、画像による以外に有効なものではなく、専ら胸部エックス線写真、胸部CT画像の読影によることとなる。上記(1)の石綿ばく露以外の原因によるものとの鑑別がなされ、かつ石綿の職業ばく露歴が認められることを前提に以下の画像診断を行うことが適当である。

① 胸部エックス線写真による診断

びまん性胸膜肥厚の診断に関し、レントゲン学的にさまざまな定義が試みられているが、国際的に統一されたものではなく、2000年のILO国際じん肺標準フィルムによるびまん性胸膜肥厚の定義は、厚さが3mm以上としている。しかし、厚さや広がりだけで、びまん性胸膜肥厚と、胸膜外脂肪組織との鑑別ができないのも事実である。また、融合した胸膜プラークとの鑑別もできない。

他方、肋横角(costophrenic angle)の消失(obliteration)をびまん性胸膜肥厚の所見とした場合には、肋横角消失を伴わない非常に稀なびまん性胸膜肥厚例が除外されるが、読影者間のばらつきが極めて小さくなるという意味で有用である。胸部CT画像所見に基づく精査を踏まえた結果においても、肋横角の消失による定義の方が一定の厚みと広がりによる定義よりも信頼性が高いとされており、胸部エックス線写真上の定義としては、肋横角の消失の方が最近では重要視されている。

ただし、胸部エックス線写真では、びまん性胸膜肥厚が十分に疑われるものでありながら肋横角の消失が認められない症例や胸膜外脂肪組織や融合した胸膜プラークとの鑑別が必要な症例もあることから、胸部CT画像による診断を併せて行うべきである。

② 胸部CT画像

多くの研究報告によれば、胸部エックス線写真と比べて、胸部CT画像は胸膜プラークやびまん性胸膜肥厚の所見、さらには軽度の肺線維化の所見を検出し、胸膜外脂肪との鑑別にはるかに有用であることは明らかである。イギリスにおいては、CT機器の普及状況等が考慮されて胸部CT画

像による診断要件が示されなかったものと考えられるが、我が国でのCT機器の普及を考慮すると、胸部エックス線写真による診断と胸部CT画像による診断を併せて評価するべきである。

なお、胸部CT画像による診断においては、胸膜がびまん性に肥厚している状態を確認するとともに、胸膜プラークの有無のチェックも重要である。
※びまん性胸膜肥厚の胸部エックス線写真及び胸部CT画像例については、後掲の写真を参照のこと。

(4) 胸水が持続貯留し被包化された症例の診断について

びまん性胸膜肥厚の少なくとも1/3から1/2は良性石綿胸水後に発症したものであることが種々の疫学調査で報告されている。逆に良性石綿胸水の側から観察した場合、多くの場合は数ヶ月以内に胸膜癒着を残さずに自然消失するものもあれば、肋横角が消失し、びまん性胸膜肥厚を来す例や、少量の胸水が残存したままの例がある。また、稀にはあるが、胸水が持続貯留し被包化され、肺の再膨張が不可能となり、呼吸機能の低下を来す場合がある。

このような、胸水が貯留した状態のまま著しい呼吸機能障害を来すような症例については、Parkes(1994)の“Occupational Lung Disorders, Third edition”⁽²⁾やMorgan & Seaton(1995)の“Occupational Lung Diseases, Third edition”⁽³⁾といった、世界的なじん肺の教科書には記載がなく、Light(2007)の“Pleural Diseases, Fifth edition”⁽⁴⁾やCraighead & Gibbs(2008)の“Asbestos and Its Diseases”⁽⁵⁾にも記載はない。それ以外の文献でもそのような病態の診断名として、良性石綿胸水とするかびまん性胸膜肥厚とするかに関して記述したものは、調べた範囲ではみられず、確立した見解は未だ得られていないものとする。

3 びまん性胸膜肥厚の労災認定の要件

労災補償の対象となるびまん性胸膜肥厚とは、上記1の(1)による鑑別や(3)の画像診断によりびまん性胸膜肥厚と診断されているもののうち、以下の判断要件を満たすものとするべきである。

(1) 石綿ばく露量に関する要件

びまん性胸膜肥厚の有所見率と石綿のばく露濃度や累積ばく露量との関係についての調査研究の結果をまとめると、低濃度ばく露では有所見率は低いこと、胸膜プラークとの比較では有所見者の累積ばく露量は高く、石綿肺との比較では累積ばく露量が低いということが言え、有所見者の累積ばく露量としては、両者の中間であろうと考えられる。今回収集した文献によれば、有所見率は累積ばく露量と相関関係にあるとするものもみられたが、これについては未だ定見は得られていないものとする。

また、業務上のばく露によるもののみならずに必要なばく露期間の考え方としては、平成15年報告書及びそれを踏まえた平成18年報告書の内容、すなわち「概ね3年以上の職業による石綿ばく露年数が目安になると考える。」を変更すべき知見は得られていないことから、現時点においてこれを変更すべき理由は認められない。

この「概ね3年以上」の3年については、推定累積ばく露量が、ある一定のレベルに達することを意味するものではなく、あくまでも把握した過去の症例のうち、ばく露期間が最も短かったものを目安として引用したものであることに留意する必要がある、この要件を満たさない場合には、再度石綿ばく露歴を確認する等、慎重に対応することが必要である。

なお、潜伏期間に関する要件については、石綿の初回ばく露からびまん性胸膜肥厚発症までの平均潜伏期間の多くが30年を超え、少なくとも20年以上と考えるのが妥当であると思われるが、現時点において、潜伏期間を要件として確立できるまでの医学的知見は得られていないため、設定しないことが適当である。

(2) 呼吸機能障害に関する要件

びまん性胸膜肥厚では、胸郭の臓側胸膜と壁側胸膜が癒着するために、呼吸運動に伴う肺の動きが制限される。その結果、全肺気量(TLC)、肺活量(VC)、努力肺活量(FVC)の減少が引き起こされ、拘束性換気障害を呈することとなる。

この拘束性換気障害の程度は、胸膜病変の程度と相関するとされており、胸膜病変の程度が軽

度である初期においては、拘束性換気障害の程度も軽度にとどまり、無症状か軽い労作時呼吸困難を呈するのみであることが多い。

しかしながら、胸膜肥厚が進展すると慢性呼吸不全状態となり、在宅酸素療法の適応となって継続的な治療を要することとなる。

今回、びまん性胸膜肥厚に係る文献を整理した結果、慢性呼吸不全を来すびまん性胸膜肥厚を労災補償の対象とするという考え方について変更を要する知見は認められなかった。この具体的な要件として、現行の認定基準においては、「著しい呼吸機能障害を伴うもの」とし、当該著しい呼吸機能障害の程度についてパーセント肺活量等の値を掲げているが、これらの値についての報告書(平成22年6月別添〔省略〕)の内容を変更すべき知見も認められなかった。

ただし、これらの値は、石綿ばく露を原因としないう一部の閉塞性換気障害による呼吸機能障害も包含することとなる。呼吸機能障害が拘束性換気障害を原因とすることを画像でも確認する意味で、片側にのみ肥厚がある場合は側胸壁の1/2以上、両側に肥厚がある場合は側胸壁の1/4以上という、現行の拡がりの要件は残すべきである。

なお、以上のことから、石綿によるびまん性胸膜肥厚を有する労働者又は石綿健康管理手帳所持者に対して行う健康診断においては、呼吸機能障害の程度を把握するため、必要に応じて呼吸機能検査も実施することができるようになることが望ましい。

(3) その他

胸水が持続貯留し被包化された症例については、良性石綿胸水又はびまん性胸膜肥厚のいずれの診断名であっても、著しい呼吸機能障害を呈するものは労災補償の対象とするのが望ましい。

4 おわりに

本報告書が、石綿関連疾患としてのびまん性胸膜肥厚についての理解の一助となり、的確な診断と労災補償が実施されることを期待する。

なお、胸水が持続、被包化された症例の知見は十分には得られているとは言えず、今後とも症例の集積と解析に努める必要があると考える。

韓国:石綿関連疾病認定基準論議現況

2010.12

韓国労働部 雇用労働部 産災保険課

I 推進背景

- ☐ 石綿関連疾患の業務上疾病認定基準は、1999年10月7日に改定された産災保険法施行規則に初めて明文化された後、具体的な認定基準の変更なく、現在に至る。
- ☐ 公団内部規定で石綿関連疾患業務処理指針(2008.3.4)を整え、施行中であるが、石綿関連疾患についてじん肺判定手続を準用しており、別途の基準に改善する必要。

II この間の論議経過

- ☐ 石綿関連疾患制度改善推進計画(案)樹立(公団、2009.1.13)
- ☐ 石綿関連専門家会議実施

区分	会議日	主要論議内容
第1回	2009年2月2日	主要争点事項 *石綿関連職業病項目、各疾病別認定要件及び診断方法、補償基準
第2回	2009年2月27日	画像医学及び臨床的認定基準試案検討 *石綿肺は3等級に分類、障害等級は画像医学的判断と心肺機能を混合
第3回	2009年3月17日	画像医学的判断基準、悪性中皮腫・肺がんの認定基準
第4回	2009年4月7日	画像医学的判断基準及びCRP点数の画像医学的指標、石綿疾患の臨床的・放射線学的・生理学的点数体系検討 *石綿疾患認定基準への合意、障害基準はCRP点数とAMA方式を組み合わせ
第5回	2009年5月6日	石綿肺の認定基準、障害等級基準、療養基準を各自整理発表後討論
第6回	2009年6月2日	公団が提示した石綿関連制度改善(案)について討論
第7回	2009年6月16日	公団修正(案)討論及び合意

III 専門家論議経過

1 業務上疾病認定基準

A. 石綿肺

石綿に曝露する業務に1年以上従事した経歴がある勤労者に、高解像コンピューター断層撮影による画像医学的所見が、次のいずれかひとつに該当する場合として、曝露後10年以上の期間が経過後発症した「石綿肺」は業務上疾病とみなす。

1. 石綿肺による肺腺維化所見がある場合
2. 2以上の肺野それぞれ胸膜下結節影、胸膜下線状影または肺実質内帯状像が観察される場合

韓国の石綿疾病労災認定基準改正案

イ. 悪性中皮腫

石綿に曝露する業務に従事した経歴がある勤労者に、胸膜、腹膜、心膜または鞘膜に悪性中皮腫が現われ、次のいずれかひとつに該当する場合、業務上疾病とみなす。

1. 石綿肺または石綿によるものと認められる胸膜変化が伴った場合
2. 石綿肺または石綿によるものと認められる胸膜変化がない場合には、曝露の量、曝露の期間、曝露後発症までの期間等を総合的に考慮し、石綿による疾病と認められれば、含める

ウ. 原発性肺がん

石綿に曝露する業務に従事した経歴がある勤労者に、次のいずれかひとつに該当する場合として、曝露後10年以上の期間が経過後発生した「肺がん」は、業務上疾病とみなす。曝露後発症までの期間が10年未満の場合には、曝露の量、曝露の期間、曝露後発症までの期間等を考慮し、石綿による疾病と認められれば、含める。

1. 石綿肺または石綿によるものと認められる胸膜変化が伴った場合
2. 乾燥肺重量1g当たり5000本以上の石綿小体、1 μ m以上の長さ・500万本以上の石綿繊維、5 μ m以上の長さ・200万本以上の石綿繊維、気管支肺胞洗浄液（BAL）で1ml当たり5本の石綿小体がある場合
3. 累積曝露量が10f/cc年以上の場合
4. 累積曝露量を確認できない場合として、次のいずれかひとつに該当すると認められる場合

曝露群	区分	細部曝露職業	石綿曝露最小経歴
1次曝露群	石綿を原料として製品を生産する産業	石綿繊維製造、石綿紡績業、ガasket製造、研磨剤製造、建築資材製造、自動車部品製造、耐火断熱材製造、スレート製造業	1年
2次曝露群	職務活動の中で石綿含有製品を取り扱う産業	建設業及び建物解体業、電気製品製造、船舶建造及び修理、鉄鋼業、自動車整備・製造、鉄道車両整備	5年
3次曝露群	石綿含有製品を生産過程で使用する産業	金属製品製造、接着剤、機械製造、プラスチック製品製造、絶縁材製造、航空機部品製造	10年

エ. 胸膜肥厚

石綿に曝露する業務に1年以上従事した経歴がある勤労者に、コンピューター断層撮影による画像医学的所見が、次のいずれかがひとつに該当する場合として、曝露後10年以上の期間が経過後発生した「びまん性胸膜肥厚」は、業務上疾病と見なす。曝露後発症までの期間が10年未満の場合には、曝露の量、曝露の期間、曝露後発症までの期間等を考慮し、石綿による疾病と認められれば、含める。

1. 3mm以上の厚さの肥厚が、片側胸壁の50%以上を犯した所見がある場合
2. 3mm以上の厚さの肥厚が、両側胸壁の合計25%を超えた所見がある場合

2 療養対象

(1) 石綿肺の所見がある者の肺機能が極度障害（A4）に該当する次の場合

検査種目	努力製肺活量（FVC）	1秒間努力肺活量（FEV1）	肺拡散能力（DLco）	最大酸素摂取量（VO2max）
測定値	正常予測値の50%未満	正常予測値の45%未満	正常予測値の45%未満	15ml/（kg・min）未満または4.3METs未満

(2) 悪性中皮腫または原発性肺がんと診断された者で、石綿による業務上疾病認定基準に該当する場合

3 障害等級基準

ア. 石綿肺の画像医学的基準

○コンピューター断層撮影(CT)による画像医学的所見により以下のとおり区分

病型	判定基準
初期型(L1)	1. 肺繊維化所見が1肺野で、病変が最も重い切片の侵犯程度が外側1/3未満の場合 2. 2以上の肺野でそれぞれ胸膜下結節、胸膜下線状陰影または肺実質内帯状像が観察される場合
発展型(L2)	1. 肺繊維化所見が1肺野で侵犯程度が外側1/3以上の場合 2. 肺繊維化所見が2以上の肺野で侵犯程度がそれぞれ外側の1/3未満の場合 3. 蜂巣肺の侵犯程度が1肺野で外側1/3未満の場合
末期型(L3)	1. 肺繊維化所見が2以上の肺野で侵犯程度がそれぞれ外側1/3以上の場合 2. 蜂巣肺の侵犯程度が1以上の肺野で外側1/3以上の場合

イ. 石綿肺の肺機能基準

○努力性肺活量(FVC)、1秒量(FEV1)、肺拡散能力(DLco)、最大酸素摂取量(VO2max)のいずれかひとつの検査結果により以下のとおり区分

段階	努力製肺活量(FVC)	1秒間努力肺活量(FEV1)	肺拡散能力(DLco)	最大酸素摂取量(VO2max)
軽微障害(A1)	正常予測値の70%以上80%未満	正常予測値の65%以上80%未満	正常予測値の65%以上75%未満	22以上26未満ml/(kg・min)または6.3以上7.1未満METs
軽度障害(A2)	正常予測値の60%以上70%未満	正常予測値の55%以上65%未満	正常予測値の55%以上65%未満	18以上22未満ml/(kg・min)または5.1以上6.3未満METs
高度障害(A3)	正常予測値の50%以上60%未満	正常予測値の45%以上55%未満	正常予測値の45%以上55%未満	15以上18未満ml/(kg・min)または4.3以上5.1未満METs
極度障害(A4)	正常予測値の50%未満	正常予測値の45%未満	正常予測値の45%未満	15ml/(kg・min)未満または4.3METs未満

ウ. 石綿関連障害等級基準

等級	障害等級基準
第3級	石綿肺の画像医学的病型が発展型(L2)以上で、同時に肺機能に高度障害(A3)が残る者
第5級	石綿肺の画像医学的病型が初期型(L1)で、同時に肺機能に高度障害(A3)が残る者
第7級	石綿肺の画像医学的病型が発展型(L2)以上で、同時に肺機能に軽度障害(A2)が残る者
第9級	石綿肺の画像医学的病型が初期型(L1)で、同時に肺機能に軽度障害(A2)が残る者
第11級	石綿肺の画像医学的病型が発展型(L2)以上で、同時に肺機能に軽微障害(A1)が残る者
第13級	石綿肺の画像医学的病型が初期型(L1)で同時に肺機能に軽度障害(A2)が残る者、または石綿による胸膜肥厚の所見があり、肺機能に軽微障害(A1)以上の障害が残る者

エ. 石綿関連疾患の療養及び障害等級組合せ表

肺機能	病型	初期型(L1)	発展型(L2)	末期型(L3)
軽微障害(A1)		13級	11級	11級
軽度障害(A2)		9級	7級	7級
高度障害(A3)		5級	3級	3級
極度障害(A4)		療養	療養	療養

*石綿による胸膜肥厚の所見があり、肺機能に軽微障害(A1)以上の障害が残る者：障害13級

4 判定手続

ア. 石綿関連疾患についての療養給付の申請

- 石綿関連疾患で療養を受けようとする者は、次の各号の書類を添付し、公団に療養給付の申請をしなければならない
 - ・事業主が証明する石綿曝露作業従事経歴確認書（ただし、事業の休業や廃業等で事業主の証明を受けられない場合には、公団が定める書類）
 - ・その診断に使用された画像医学資料（コンピューター断層撮影資料）
 - ・石綿関連疾患に関する医学的所見書または診断書
- 精密診断を受けた者は、次の各号の区分による日から2年が過ぎた後、再び療養給付の申請を行える。ただし、精密診断医療機関から心肺機能の高度障害等で応急精密診断が必要との医学的所見があれば、1年が過ぎない場合にも申請
 - ・療養給付を受けた者は、その療養が終了した日
 - ・障害給付を受けた者や保険給付の支給対象にならない者は、従前の精密診断が終了した日

イ. 精密診断医療機関

- 「国民健康保険法」第40条第2項による総合専門療養機関
- 韓国産災医療院所属医療機関

ウ. 精密診断実施及び結果通知

- 石綿に関する療養給付申請を受けたら、精密診断医療機関に精密診断を依頼
 - ・精密診断対象者は、住民登録証、印鑑及び証明写真を持って指定された日時に精密診断医療機関で精密診断実施
 - ・やむを得ない場合、あらかじめ公団と協議して日程を変更
- 精密診断医療機関は、精密診断が終わった日から5日以内に次の資料を添付し、その結果を公団に通知
 - ・石綿関連疾患に対する診断書や所見書及び保険給付に関する意見書
 - ・検査に使用された画像医学的資料（コンピューター断層撮影資料）
 - ・肺機能検査結果資料
- 精密診断担当医師は公団の要求があれば精密診断結果についての意見を提示さなければならない

エ. 石綿審査会議

- 石綿関連疾患に罹患したか否かと、それによる療養の必要性及び障害程度を審査するため、公団に石綿審査会議を設置（表省略-5～10人の画像医学専門医、呼吸器内科専門医、産業医学または産業衛生学専門医委員で構成）

オ. 業務上疾病の可否判定及び保険給付決定

- 公団は精密診断結果を受けたら遅滞なく石綿関連疾患に罹患したかの可否と、それによる療養の必要性及び障害程度を判定
- 判定結果により遅滞なく申請人に通知
 - ・療養対象は産災保険医療機関のなかで療養を受けるようにし、障害等級支給対象者は障害等級請求するよう通知

カ. 精密診断方法及び費用

- 精密診断は対象勤労者を診断医療機関に入院するようにして実施
- 精密診断費用・費用の請求・審査及び支給決定は、診療費請求等に関する事項を準用

キ. 検査基準

- 石綿関連疾患に罹患したのかとその進行程度判定のための検査基準及び性能条件は次のとおり
 - ・画像医学的検査基準（省略）
 - ・肺活量検査器の測定機能範囲等性能条件（省略）
 - ・一酸化炭素拡散能検査（DLco）器の測定可能範囲及び性能条件（省略）

翻訳：鈴木明（韓国・労働健康連帯）

速報:石綿肺がん行政訴訟神戸地裁判決

2012年3月22日

平成21年(行ウ)第1号 休業補償給付不支給事件

第6 争点に対する当裁判所の判断

1 争点1(業務起因性の判断基準)について

(1) 業務起因性に関する考え方

ア 労災保険法に基づく保険給付は、労働者の業務上の負傷又は疾病について行われるところ、労働者が業務に起因して負傷又は疾病を生じた場合とは、業務と負傷又は疾病との間に相当因果関係があることが必要であり(最高裁昭和50年(行ツ)111号同51年11月12日第二小法廷判決・集民119号189頁参照)、上記相当因果関係があるというためには、当該災害の発生が業務に内在する危険が現実化したことによるものとみることができることを要すると解すべきである(最高裁平成6年(行ツ)第24号同8年1月23日第三小法廷判決・集民178号83頁、最高裁平成4年(行ツ)第70号同8年3月5日第三小法廷判決・集民178号621頁各参照)。

イ そして、前記前提事実のとおりヘルシンキ基準及び平成18年報告書等の知見に照らせば、石綿ばく露作業に従事した労働者に発生した原発性肺がんに関する業務起因性は、肺がん発症のリスクを2倍以上に高める石綿ばく露の有無によって判断するのが相当であるというべきである。

(2) ヘルシンキ基準及び行政上の認定基準の内容の理解

ア 前記前提事実のとおり、ヘルシンキ基準は、肺がん発症リスクを2倍以上に高める石綿ばく露に関する指標として、「1年の高濃度ばく露、5から10年の中濃度ばく露」という石綿ばく露作業従事期間を位置づけている。

イ (ア) 行政上の認定基準のうち、昭和53年認定基準は「石綿ばく露作業への従事期間が概ね10年以上」であることを石綿肺がんの業務起因性の判断基準として定めている。

(イ) 平成15年認定基準及び平成18年認定基準は、「①肺内に石綿小体又は石綿繊維の医学的所見が得られ、②石綿ばく露作業への従事期間が10年以上あること」を定めているが、平成18年認定基準が前提

とした平成18年報告書は、ヘルシンキ基準や諸外国での取扱いを踏まえて、原則として、概ね10年以上の石綿ばく露作業期間を肺がんリスクが2倍以上に高める指標とみなすことが妥当であるとしていることに照らせば、平成18年認定基準は、上記要件を満たすものが、上記指標に相当するものと認めたものと解することができる。

そして、平成18年認定基準は、①について、石綿小体又は石綿繊維が認められれば足りるとし、具体的な数値を要求していない。また、②についても、ヘルシンキ基準では、高濃度ばく露や中等度ばく露といった業種別、職種別で異なるばく露期間を定めているが、平成18年報告書は、日本では、業種等別のばく露濃度が明らかではなく、同じ業種や職種であっても、作業内容や頻度によってばく露の程度に差があることを理由に、ヘルシンキ基準の上記業種等別のばく露期間を日本においてそのまま採用することができないとして、肺がんリスクを2倍以上に高める指標としてのばく露期間を「石綿ばく露作業に原則10年以上」としており、これを踏まえて平成18年認定基準が策定されたことにかんがみると、上記②の「石綿ばく露作業」とは、業種や職種、作業内容や頻度、石綿濃度を問わないものと解される。

(ウ) これに対し、平成19年認定基準は、石綿ばく露作業に10年以上従事した場合であっても、乾燥肺1g当たりの石綿小体数が5000本以下の場合には、ばく露期間に加えて、上記石綿小体数と同水準のばく露とみることができるかという観点から、作業内容や頻度、ばく露形態等を総合判断する必要があるとして、平成18年認定基準より、業務起因性の認定要件を厳格化しているものと認められる。

なお、この点につき、被告は、平成19年認定基準は、平成18年認定基準の解釈基準を示したものにすぎないと主張するが、被告も自認するように、平成18年認定基準の定める本件要件の内容は、文言上、10年ばく露要件を満たし、かつ、石綿小体が存在する場合には、石綿小体の数を問わず、業務起因性が認められるとする表現となっている上、実質的にも、前記(イ)判示のとおり、その内容において、石綿小体及び石綿繊維数については、存在が認められれば足り、具体的な数は問題としないものと理解できるから、上記被

告の主張を採用することはできない。

(3) 当裁判所が採用する認定基準

ア 前記(1)のとおり、石綿ばく露作業に従事した労働者に発生した肺がんに関する業務起因性は、肺がん発症のリスクを2倍以上に高める石綿ばく露の有無によって判断すべきであると解されるが、ヘルシンキ基準及び平成18年報告書に照らして検討すると、上記リスクを2倍以上に高める石綿ばく露の指標として、石綿ばく露作業に10年以上従事した場合については、石綿ばく露があったことの所見として肺組織内に石綿小体又は石綿繊維が存在すれば足り、その数量については要件としない、平成18年認定基準の定める本件要件によることとするのが相当である。

イ これに対し、被告は、上記のような基準によると、10年ばく露要件を満たし、かつ、乾燥肺重量1g当たりの石綿小体が5000本を下回る事案について、平成18年認定基準の定める本件要件を形式的に適用した場合には、肺がんの発症リスクが2倍以上とは認められない事案について業務起因性を認めることとなりかねないと主張するのでこの点について検討する。

(ア) 平成18年認定基準の前提となった平成18年報告書は、石綿繊維25本/ml×年の累積ばく露量を肺がんリスクが2倍以上となる指標とした上で、これに相当する指標として、「石綿肺」や「乾燥肺1g当たり5000本以上の石綿小体数」、又は「ばく露期間(胸膜プラーク等の石綿ばく露所見が認められ、原則として概ね10年以上従事したこと)」を別個独立の判断指標と位置付け、ばく露期間を指標とする場合に要求する胸膜プラーク等は、あくまで石綿ばく露の事実があったことを裏付ける所見であると解している。また、平成18年報告書が前提としているヘルシンキ基準も、肺がん発症リスクが2倍となる指標として、前記前提事実のとおり、石綿繊維25本/ml×年の累積ばく露量、石綿小体数、石綿繊維数、ばく露期間をそれぞれ別個独立の指標と位置づけている。

そうすると、平成19年認定基準が、石綿肺がんの業務起因性の認定要件として、「10年のばく露期間及び石綿ばく露所見としての石綿小体等の医学的所見の存在」に加えて、一定数の石綿小体を要求することは、ヘルシンキ基準及び平成18年報告書の理解に反するものというべきである。

(イ) また、平成18年報告書を作成した本件検討会において、森永謙二座長(以下「森永座長」という。)は、石綿繊維又はBALFによって石綿小体数を調べることは一番最後の手段であると述べ、他方で、10年の職業歴や胸膜プラークがなく、情報が少ない場合に石綿小体数のみで労災認定をした事例は少ないとの発

言にも同調しており(乙54・5頁、6頁)、このような森永座長の発言や本件検討会の議論の経過を踏まえると、「乾燥肺1g当たり5000本以上の石綿小体数」基準とは、本件要件の文言どおり、ばく露期間が10年に満たない場合に業務起因性を認めるための救済規定として定められたものであると解するのが相当である。

したがって、10年以上の石綿ばく露作業従事歴のある者について、石綿小体等の数量を判断要件に加えた結果、救済範囲を狭めることとなる内容の平成19年認定基準は、平成18年報告書の趣旨に反するものと認められる。

(ウ) さらに、石綿小体については、これが5000本未満であっても業務起因性が認められた事例は多数存在し(甲21、甲22、甲25、甲48)、単に石綿小体数のみで職業性を判断することは困難であるとも考えられており(甲25)、特に、クリソタイルばく露の場合は、前記前提事実及び前記1(4)イ認定のとおり、クリソタイルが石綿小体を形成し難く、稀にしか確認されないという特性からすれば、累積ばく露量に比し、肺内の石綿小体濃度が高くないことも予想されることであるし、クリソタイルばく露の場合には、石綿小体がヘルシンキ基準を下回る場合も多いとして、今後、石綿のばく露×年という産業医学的手法の普及が必要であるとする見解も存在している(甲24)。

したがって、これらの諸事情を考慮すると、少なくとも、クリソタイルばく露において、石綿小体数を基準として、業務起因性可認定範囲を限定することに合理性は認められないというべきである。

ウ したがって、平成19年認定基準の内容には合理性があるとは認められないから、これに基づいて石綿肺がんの業務起因性を判断することは相当でないというべきである。

3 争点2(亡Kの石綿ばく露状況)について

(1) 亡Kの石綿ばく露状況及びばく露年数

ア 被告は、亡Kが石綿ばく露作業に従事したとする、A証人の供述及び意見はいまいであってこれによって亡Kの作業実態を認定することはできず、他にこれを裏付ける客観的な資料は存在しないから、原告が主張する亡Kの石綿ばく露状況及び年数を認めることはできないと主張する。

イ しかし、石綿関連疾患については、石綿ばく露開始時期から発症まで非常に長い潜伏期間があることは公知の事実であり、平成18年報告書でも、石綿肺がんの場合、その潜伏期間は、従来から「20年以上の潜伏期間を経て発症すると報告されてきた。最近の我が国での報告では、Kishimotoら(2003)は造船

業や建設業を中心とした70例の石綿肺がんの潜伏期間は15～60年(中央値43年)、濱田ら(1996)の石綿加工業者の石綿肺がん22例のそれは平均31.8年で、石綿ばく露開始から40年以上経過して発生する事例もあると報告している。、以上のように、石綿による肺がんは、その多くがばく露開始から発症までが30年から40年程度といった、潜伏期間の長い疾患であるといえる。」とされているところである(甲17・15頁)。

そうすると、このように、石綿ばく露から石綿肺がんの発症までに極めて長い時間が経過する場合があることからすれば、客観的な資料が散逸することは当然に生じ得るから、石綿ばく露作業に従事した状況及びその年数等の事実関係については、客観的資料のみならず他の証拠についても十分な検討を行うのが相当である。

ウ そこで検討するに、亡Kが勤務していた検数協会が提出した亡Kの勤務状況に関する意見書も、亡Kが「アスベスト貨物の検数作業に従事したことは、当時の職務(本船従事者)から推測されますが、その作業に間違いなく携わったことを、正確に証明する書類等が現在では一切保存されていないこと」を理由として、亡Kが「アスベスト作業に従事していた証明が出来ない」としているにとどまり(乙19)、上記の内容に照らせば、亡Kが石綿ばく露作業に従事していたことが否定されるものではなく、むしろ、一定程度の石綿ばく露作業に従事していたことを裏付けるものといえる。

そして、前記1(3)認定の亡Kの作業実態は、Aの主観的な認識及び記憶に基づくものであるが、亡Kの同僚であったA自らが経験した石綿ばく露作業状況を踏まえた具体的根拠に基づくものであり、石綿貨物の輸入統計(乙40の2)や亡Kの同僚であるMからの聴取内容(乙16)とも整合し、その内容も合理的なものといえるから、これによって亡Kの石綿ばく露状況及び年数等を認定することは相当であるというべきであり、他方で、本件記録上、他に、亡Kの作業実態に関する前記認定を左右する証拠はない。

したがって、亡Kは、少なくとも昭和36年6月から昭和55年までの間(ただし、庶務係に所属した昭和41年1月から同年11月までの間を除く。)、10年以上にわたり、サイド検数員又は主席補助検数員として、石綿貨物を取り扱う海上検数作業に従事し、石綿ばく露を受けていたものと認められる。

(2) 業務起因性について

そこで、本件疾病の発症及びこれによる亡Kの死亡が、亡Kが従事した石綿ばく露作業に起因するか否かについて以下検討する。

ア 石綿ばく露作業該当性について

前記1(2)エ認定のとおり、亡Kは、サイド検数員又は主席補助検数員として、在来船における荷役作業の開始から終了までの間、空气中に石綿が飛散している船倉内において、荷役作業員や荷粉屋のすぐ近くで検数作業を行っており、作業の一環として、貨物のマーク等を確認するために自ら石綿の入った荷袋の表面を軍手をはめた手で触ることもあったことも考慮すると、亡Kが従事した検数作業は、少なくとも、平成18年認定基準が定める「石綿ばく露作業」のうち、「倉庫内等における石綿原料等の袋詰め又は運搬作業」の「周辺等において間接的なばく露を受ける作業」に該当するものと認められる。

イ 本件要件該当性について

そして、前記(1)のとおり、亡Kは、10年以上にわたって上記検数作業に従事しており、かつ、亡Kの肺内からは、乾燥肺1g当たり741本の石綿小体が認められている。

さらに、前記前提事実のとおり、亡Kには喫煙歴や肺がんの家族歴はないから、本件疾病の発症の要因が、亡Kの遺伝的要因であると認めることはできず、他に、本件記録上、石綿ばく露以外の要因が、本件疾病の発症に寄与したことを認めるに足りる証拠はない。

したがって、亡Kは、石綿ばく露作業に10年以上に従事しており、その肺組織内に石綿小体の存在が認められるから、本件疾病の発症について、平成18年認定基準による本件要件を充足するものと認めるのが相当である。

ウ これに対し、被告は、①検数業務は、直接ばく露作業と同程度の石綿ばく露作業ではなく、直接ばく露作業と比較して、石綿ばく露の頻度が相当低いこと、②乾燥肺1g当たりの石綿小体数が1000本未満の場合は職業ばく露を受けた可能性は低いとされていることから、業務起因性は認められないと主張する。

しかし、①については、平成18年認定基準が、間接ばく露作業を「石綿ばく露作業」として明示的に挙げている上、前記2(2)認定のとおり、同基準は、「石綿ばく露作業」の認定において、当該作業の頻度やばく露形態を問わないこととしているのは前記判示のとおりである。(なお、間接ばく露については、石綿関連工場に勤務していた従業員が自宅に持ち帰った作業着やマスクを通じて、従業員の妻や子が、石綿に特異的な疾患である中皮腫で死亡した例も報告されている(甲8・49頁)。)

また、②については、前記1(4)認定によれば、一般的には、石綿小体数が1000本未満の場合は一般人レベルの石綿ばく露レベルであると評価することができ、前記2のとおり、石綿小体数は、業務起因性の

判断基準ではなく、また、仮に、石綿小体数を判断基準において考慮するとしても、上記評価は、クリソタイルばく露では妥当しないと解されているところ、前記1(1)及び(2)認定によれば、昭和48年神戸港の石綿輸入量のうち、クリソタイルのみを産出するカナダヤソ連からの輸入量が約7割を占め、亡Kがカナダ船ヤソ連船の検数作業に多数回にわたって従事していたことからすると、亡Kがばく露した石綿の相当数は、クリソタイルであった事実が推認されるから、亡Kの石綿ばく露は、主としてクリソタイルばく露であり、そのばく露レベルについて、上記評価は妥当しないというべきである。

したがって、被告の各主張は失当である。

4 まとめ

以上のとおり、亡Kの本件疾病の発症及びこれによる死亡は、亡Kが10年以上にわたって石綿ばく露作業に従事したことによる、業務に起因するものと認められるから、これを業務外の疾病とした本件処分は違法であり、取消しを免れない。

第7 結論

よって、原告の請求は理由があるから、これを認容することとして、主文のとおり判決する。

神戸地方裁判所民事第6部
裁判長裁判官 矢尾 和子
裁判官 金子 隆雄
裁判官 村井美喜子

高陽市住民の抗議行動に参加

ソウルの西北にある高陽市に、7千世帯約2万人のウィ・シティ（高層マンション群）が建設され、生徒数約980人の小学校が開設された。

その小学校の裏手にセメント工場、さらにその裏には建設廃棄物処分場があり、そこでは再生碎石がつくられている。

ソウル大学保健大学院とアジア環境保健市民センターの調査で、周辺地域で採取した8つの試料から9～18%のクリソタイル、アモサイトを検出。

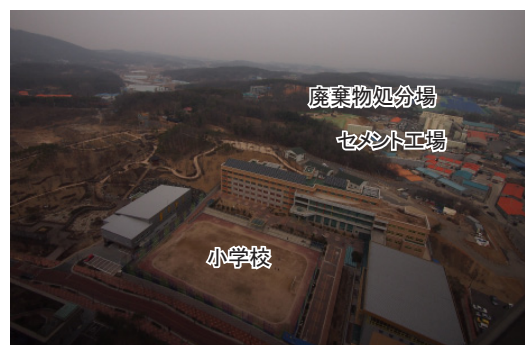
さらに、風下方向にある近くのキョンダル村住民の間に、過去10年間に21件のがん（うち15件が肺がん）が発生していることも明らかになった。

昨年夏以来、こうした事実がメディアで報じられる中で、市の環境センターが大気測定を実施したが、とくに何も検出されず、原因不明とされたまま。

小学校では、当初300名くらいの児童が登校拒否、現在も約100名がマンション内で自主授業を行うなどして休校を続けている。市は、どここの学校に通うかは自由という姿勢をとっているという。

住民たちは、セメント工場と建設廃棄物処分場の移転、それまで別の学校に通うためのスクールバスの手配などを要求している。

3月22日に住民たちが、小学校脇で抗議行動を行うというので参加した。チョン・ジヨル、チェ・エヨ



ンとともに、古川和子さんも頼まれてあいさつ。地元メディアの取材も受けた。

下の写真は、小学校にいちばん近いマンションの屋上にあがらせてもらって、上から見た小学校とセメント工場、建設廃棄物処分場である。

救済法施行1年の韓国で 被害者の交流促進を確認 韓国でもすでに12件のアスベスト訴訟

古谷杉郎

全国安全センター事務局長

日韓石綿被害者・家族の交流

日本に続いて石綿被害救済法（2010年4月号に全文日本語訳）が2011年1月1日に施行されてから1年余の2012年3月20-22日、韓国・ソウル大学保健大学院で日韓石綿被害者交流及び制度改善のためのワークショップ（日韓石綿ワークショップ）が開催された。日本の中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会の会長代行の古川和子さん、片岡明彦さん、中村猛さんとともに4名で参加した。

今回取り上げられた主な内容は、以下のとおり。

- ① 被害者運動の経験交流とその促進
- ② アスベスト訴訟
- ③ 救済制度・状況の比較検証
- ④ その他のアスベスト対策
- ⑤ アジア・世界での取り組み

最終日には、ソウル近郊の高陽市における住民の抗議行動に参加した。

日韓のアスベスト被害者が初めて出会ったのは、2007年5月18-19日に同じソウル大学で開催された石綿問題解決のための日韓共同シンポジウム

（2007年7月号）。日本からは、患者と家族の会の8名ほか15名が参加したが、この場に、韓国の石綿紡織工場のメッカである釜山にある、韓国最大の石綿工場だった第一化学の元労働者の女性石綿肺患者とそのお連れ合いが参加した。

以来、日本と韓国、また他の諸国も舞台に、日韓の患者・家族の顔を合わせた交流が積み重ねられてきた。韓国の石綿被害者運動は、以下の3つのグループとそのネットワークからなっているのが現状である。

- ① 釜山地域（石綿紡織）グループ
- ② 忠南地域（元石綿鉦山地域）グループ
- ③ 中皮腫患者グループ

今回、①からパク・ヨンク、シン・ヒュンテ、②からチョン・ジヨル、チョン・スクホン、③からチェ・ヒョンシクさんの5名が集まってくださった。パク・ヨンク、チョン・ジヨル、チェ・ヒョンシクさんのお三方が、韓国被害者・家族全国ネットワークの共同代表である。

今回のワークショップは、日本の患者と家族の会会長だった中村實寛さん（2011年11月25日死亡・中皮腫）、韓国の女性公害中皮腫患者イ・ジョンリムさん（2011年12月20日死亡）をお互いに追悼する



左から、チェ、シン、パク、チョン・ジヨル、チョン・スクホンさん



3月20日の日韓石綿ワークショップの様様

ことからはじまった。

釜山：石綿被害者・家族の会

本誌は、これまでの韓国の石綿被害者・家族との交流をおりにふれて紹介しており、詳しくは各記事を参考にしていただきたい。

釜山の石綿被害は、日韓共同シンポジウム後の2007年7月に釜山文化放送（MBC）が、石綿紡織工場周辺住民の中皮腫発症率が11.6倍高いと報じて、日本のクボタ・ショックと同じような事態になった（2007年10月号）。筆者らは、同年11月10-11日に釜山で開催された大韓産業医学会のシンポジウム「韓国のアスベスト曝露の実態と対策」に参加した際に初めてパク・ヨングさんにお目にかかり（2008年1・2月号）、釜山では、その直後に初めて被害者・家族の会の準備会合がもたれた。2008年1月の第2回準備会合には古川和子さんが招かれ、2月には釜山の被害者2名（パク・ヨングさんとイ・テギョンさん）ら総勢15名の韓国代表団が来日して、王寺、泉南、尼崎、東京をまわり、3月にはソウルを訪れた筆者が、釜山から上京した7名らとともに韓国政府に対する要請行動に参加した（2008年5月号）。

2008年7月3日に韓国石綿追放ネットワーク（BANKO）が結成された際には、パク・ヨングさんが共同代表のひとりになっている（2008年11月号）。BANKO結成を兼ねた国際会議には、日本から26名が参加している。

2008年に労働者・住民被害者による、第一化

学、韓国政府、ニチアスを相手取った損害賠償裁判が提訴（2009年1・2月号）されて以来、古川、片岡さんらはほとんどの審理を傍聴するとともに、原告側に協力してきている。

なお、2010年3月27日の石綿健康被害救済法四周年行動には、釜山から2名の女性石綿肺被害者パク・ジョンヒさんとイ・ヨンスンさんが会参加している（2010年5月号）。

釜山の石綿被害者・家族の会の会員は現在184名で、2か月に一度集まりをもっている。全員が第一化学の元労働者。確認されている死亡者数は38名。なぜか第一化学以外の工場の被害者にまだ出会えていないという。後述するように、会員の裁判や環境被害の裁判も支援し、地元の環境・労働団体等による支援対策会議もつくられている。

釜山大学に韓国石綿関連疾患研究センター（KRCARD、<http://www.krcard.org/>）がつくられていて、連携を保っている。

忠南：元石綿鉦山地域の被害

忠清南道の旧石綿鉦山地域における被害の問題は、2009年1月5日付けの朝鮮日報が一面で報じたことが、大きな社会問題化の契機となった（2009年4月号）。

同年1月20日にソウルで石綿特別法制定要求国民運動発足集会和「石綿公害と市民の健康」石綿特別法制定のための国会討論会が開催され



中皮腫100問100答をもつ古川和子さん



被害者代表と環境大臣の面談(2011.12.15)

ることになり、筆者も参加した。関西からは片岡さんらが、1月16日に釜山大学病院で開催された韓国石綿関連疾患研究センター（KRCARD）開設記念式典、それに続いたBANKOの忠南現地オルグ団（20日のソウルでの行動に住民約50名がバス2台に乗って参加）に参加して、ソウルに合流した（2009年4月号）。現在は、封鎖されているが、当時は、石綿鉾山跡に立ち入ることができた。

筆者がチョン・ジオルさんに初めてお会いしたのもこのときのソウルであるが、2010年10月にインドネシア・バンドンで開催されたA-BAN会議に、中皮腫患者イ・ジョンリムさんとともに参加されていて、おふたりとは夜遅くまで（こちらはふたりの体調を心配しながらも）たくさん話げできた。

2010年10月には、韓国環境保健市民センターの設立を契機に、古川さんと泉南の岡田陽子さん、松島加奈さんらが韓国を訪問して、忠南現地にも出かけている（2011年1・2月号）。

忠南では、チョン・ジオルさんらが自動車地域をまわって患者・家族らの相談に奔走している。先月は患者を7人発見、2人は中皮腫で亡くなったという。肺がんの方も増えているが後述のとおり、なかなか救済できていないとのこと。

2009～10年に行われた調査では、忠南地域の14の旧石綿鉾山の1km以内の住民9,048名のうち4,979名を調査した結果、259名（5.2%）に胸膜プラーク、205名（4.1%）に石綿肺所見が認められている（1～2kmでは各々2.6%と1.6%）。

牙山市の順天郷大学に順天郷石綿関連疾患

環境保健センター（SCH-CARD、<http://www.schcard.org/>）がつくられている。

中皮腫患者の孤立を防ぐ

2009年1月の釜山→忠南→ソウルの行動には、ソウル在住の中皮腫患者チェ・ヒョンシクさんも参加した。また、これが韓国の3つのグループが全国ネットワークとして取り組んだ最初の共同行動だった。

筆者はソウルではじめてお目にかかり、その晩活タコの踊り食いに舌を鳴らしながら、お話をうかがった。チェ・ヒョンシクさんには、2009年3月27日の石綿健康被害救済法三周年行動に参加していただいた（2009年6月号）。

チェさんは、韓国石綿被害救済法により認定を受けた最初の中皮腫患者になった。

筆者が知っているもうひとりの中皮腫患者イ・ジョンリムさんについては、2010年3月号に書いた。

韓国における中皮腫罹患率の情報源としては、死亡統計、がん登録、健康保険研究所などがあるが、各々数字が異なっていることが知られている。韓国病理学会により2000年からはじめられた韓国悪性中皮腫サーベイランス・システム（KMMS）によるデータは以下のとおりであるが、実際に中皮腫の診断を受けている事例はさらに多い。

KMMSによる韓国における中皮腫件数

年	2005	2006	2007	2008	2009	2010
報告数	40	34	98	58	65	63

救済法施行一年の韓国で日韓石綿ワークショップ

各調査システムの実施機関や釜山・忠南のふたつの石綿関連疾患センター（CARD）は、中皮腫患者・家族に闘病の大変さを相談できる人としてチェ・ヒョンシクさんを紹介している。昨年は月に5～6件、今月は2件電話があったという。

釜山のKRCARDが作成した中皮腫100問100答の本には、第一化学元労働者の集合写真と並んでチェさんと古川さんが一緒に写った写真が載っている（前頁左写真）。

患者さんが次々と亡くなっていくなかで、患者・家族の運動をどうやってつづけていくかは、チェさんにとってもまわりの皆にとっても重要な課題である。

被害者代表が環境大臣と面会

2011年12月15日に、全国ネットワーク3つのグループの代表は、初めて環境部長官（環境大臣）と面会した（全頁右写真）。

このときに被害者側が出した要望に基づいて、救済法の療養手当の支給に毎月手続が必要だったのが、年1回5月に出せばよいことになった。対象疾病の拡大については、漢陽大学に委託した研究が6月末にまとまる予定なので、それをふまえて検討。中皮腫患者の憩いの場について、つくるということで進行中、などいくつか肯定的な返答もあったと報告された。

忠南では、環境大臣との面会の後に、それまで非常に厳しかった肺がんについて、4件が認定されたという。

救済法一年の実績の概要

さて、公表されている韓国石綿被害救済法の最初の1年間の実績をみてみよう。2012年1・2月号で紹介した日本の状況と比較していただきたい。

表1が、判定結果を示したものである。結果的に、中皮腫279件、肺がん22件、石綿肺158件、合計459件が認定されている。2012年は、2月26日受付分までで、中皮腫101件、肺がん14件、石綿肺26件、合計141件の認定と報告された。

表2は、認定率。中皮腫91.5%、肺がん40.0%、

韓国における石綿疾患の労災認定件数

年	2005	2006	2007	2008	2009	2010	合計
療養者	1	1	4	3	18	8	35
死亡者	10	7	11	11	12	8	59
合計	11	8	15	14	30	16	94
肺がん	10	3	10	10	6		39
中皮腫	2	5	6	8	11		32
その他	1	2	5	3	14		25
合計	13	10	21	21	31		96

石綿肺61.7%という結果である。2012年2月26日受付分まででみると、中皮腫85.0%、肺がん43.4%、石綿肺64.1%になっていると報告された。

中皮腫は診断されていれば原則として認定されるので認定率が高いのに対して、肺がん、石綿肺の認定率が低いことは、日本と同様である。

表3をみると、459件の認定の地域別内訳は、忠南156件（34.0%）、京畿道80件（17.4%）、ソウル68件（14.8%）、釜山33件（7.2%）で、これら合計337件で73.4%を占めている。

中皮腫では合計279件中、京畿道69件（24.7%）、ソウル57件（20.4%）、釜山26件（9.3%）、忠南23件（8.2%）、仁川20件（7.2%）で、これら合計195件で69.9%を占めるという状況である。

気になるのは労災補償件数との比較である。最近のものとしては、多少数字の異なる別掲のふたつのデータがあるが、いずれも2011年の数字はわかっていない。いずれにせよ、日本と同様—おそらく日本以上に、本来は労災認定を受けられるものがかかり救済法認定に「紛れ込んで」しまっているのではないかと危惧されるところである。とくに忠南地域の状況が気になるという懸念を伝えた。

日韓石綿救済制度の問題点

韓国では、救済法の初年度予算として、1300件の認定（石綿被害認定500件、特別遺族認定800件）と想定して179億ウォン計上されていたものの、実績として、救済給付としての支給には24億2000万ウォン（13.5%）しか使われず、それに近い額の23億ウォン（12.8%）が運用費として使われたうえ、131

表1 石綿被害判定委員会開催結果(累計)(2011年12月7日受付分まで 単位:件)

疾病種類	認定種類	計	判定結果			非対象等****
			認定	不認定	保留***	
計	計	668	459	157	16	36
	石綿被害認定	391	249	113	3	26
	特別遺族認定	277	210	44	13	10
原発性悪性中皮腫	小計	335	279	26	12	18
	石綿被害認定	95	82	2	0	11
	特別遺族認定	240	197	24	12	7
原発性肺がん	小計	63	22	33	2	6
	石綿被害認定	34	12	16	1	5
	特別遺族認定	29	10	17	1	1
石綿肺	小計	270	158	98	2	12
	石綿被害認定	262	155	95	2	10
	特別遺族認定	8	3	3	0	2

* 石綿被害認定:申請者が療養中

** 特別遺族認定:申請者が死亡者遺族

*** 保留:正確な医学的判定のため審議を次回に延期

**** 非対象等:「産業災害補償保険法」等、他法の適用対象

第3回審査委員会(2011.6.1)で石綿被害認定の悪性中皮腫不認定1件、第5回審査委員会(2011.8.31)で石綿被害認定の原発性肺がん不認定1件が取り消され認定処理されている

表2 疾病種類別認定率(%)

区分	判定結果認定率(累計)				平均	
	石綿被害認定		特別遺族認定			
原発性悪性中皮腫	97.60%	(82/84)	89.10%	(197/221)	91.50%	(279/305)
原発性肺がん	42.90%	(12/28)	37.00%	(10/27)	40.00%	(22/55)
石綿肺(1級～3級)	62.00%	(155/250)	50.00%	(3/6)	61.70%	(158/256)

認定率=認定件数/(認定件数+不認定件数)、留保件数除外

億8000万ウォン(73.6%)が未使用となった初年度の状況が、被害者救済制度のあり方として問題だとメディアで取り上げられた。

表6にみられるように、それでも環境省が年末に申請を促進した結果でもあった。環境省によると、救済法施行前の中皮腫死亡事例として750件みつけ、救済制度の連絡をしたが、130件しか申請しなかったのだという。2012年2月26日受付分までの中皮腫に係る特別遺族認定の累計は288件となっている。

韓国の関係者からは、韓国の救済法の問題点

として、根本的なところでは、①補償ではなく救済-救済のレベルが低い、②とりわけ石綿企業の責任が反映されていない(財政負担)、③被害者側の負担(手続や立証責任)が過大、④制度運営への被害者の参加がない(判定委員会には企業代表の弁護士が入っている-被害者代表の弁護士もいる)、⑤すべての石綿関連疾患を対象にする、等があげられた。おおかた日本側の問題意識と共通している。

日韓の制度上の大きな違いは、日本にある労災時効救済(特別遺族弔慰金)制度が韓国ではつく

救済法施行一年の韓国で日韓石綿ワークショップ

表3 石綿被害(特別遺族)認定者自治体別現況(単位:件)

市・道	計	石綿被害認定						特別遺族認定					
		小計	悪性 中皮腫	肺がん	石綿肺			小計	悪性 中皮腫	肺がん	石綿肺		
					1級	2級	3級				1級	2級	3級
計	459	249	82	12	155			210	197	10	3		
					27	54	74				3	0	0
ソウル特別市	68	26	16	1	9			42	41	0	1		
					2	2	5				1	0	0
釜山広域市	33	11	7	2	2			22	18	3	1		
					2	0	0				1	0	0
テグ広域市	9	6	5	0	1			3	3	0	0		
					1	0	0				0	0	0
仁川広域市	22	6	4	0	2			16	16	0	0		
					1	1	0				0	0	0
大田広域市	16	5	3	1	1			11	11	0	0		
					1	0	0				0	0	0
光州広域市	7	2	1	0	1			5	5	0	0		
					0	0	1				0	0	0
ウルサン広域市	6	3	2	0	1			3	2	1	0		
					1	0	0				0	0	0
京畿道	80	32	21	2	9			48	48	0	0		
					3	3	3				0	0	0
江原道	6	2	1	0	1			4	4	0	0		
					0	0	1				0	0	0
忠清北道	16	8	4	0	4			8	7	0	1		
					1	1	2				1	0	0
忠清南道	156	137	8	5	124			19	15	4	0		
					15	47	62				0	0	0
全羅北道	8	3	3	0	0			5	4	1	0		
					0	0	0				0	0	0
全羅南道	10	2	2	0	0			8	7	1	0		
					0	0	0				0	0	0
慶尚北道	10	2	2	0	0			8	8	0	0		
					0	0	0				0	0	0
慶尚南道	10	4	3	1	0			6	6	0	0		
					0	0	0				0	0	0
済州特別自治島	2	0	0	0	0			2	2	0	0		
					0	0	0				0	0	0

表4 石綿被害認定・特別遺族認定申請受付現況(累計)(2011年12月31日現在)

月 区分	計	悪性中皮腫	原発性肺がん	石綿肺	
計	総計	782	425	73	284
		100.00%	54.30%	9.30%	36.30%
	石綿被害認定申請*	412	100	37	275
		52.70%	24.30%	9.00%	66.70%
	特別遺族認定申請**	370	325	36	9
		47.30%	87.80%	9.70%	2.40%
2010年12月 (事前受付)***	小 計	41	29	5	7
	石綿被害認定申請	28	18	3	7
	特別遺族認定申請	13	11	2	0
2011年 1月	小 計	132	31	8	93
	石綿被害認定申請	113	17	6	90
	特別遺族認定申請	19	14	2	3
2月	小 計	51	14	5	32
	石綿被害認定申請	40	7	2	31
	特別遺族認定申請	11	7	3	1
3月	小 計	60	17	7	36
	石綿被害認定申請	47	8	6	33
	特別遺族認定申請	13	9	1	3
4月	小 計	48	12	5	31
	石綿被害認定申請	42	8	4	30
	特別遺族認定申請	6	4	1	1
5月	小 計	24	7	2	15
	石綿被害認定申請	17	2	0	15
	特別遺族認定申請	7	5	2	0
6月	小 計	20	4	3	13
	石綿被害認定申請	17	2	2	13
	特別遺族認定申請	3	2	1	0
7月	小 計	29	9	1	19
	石綿被害認定申請	27	7	1	19
	特別遺族認定申請	2	2	0	0
8月	小 計	11	4	3	4
	石綿被害認定申請	7	2	1	4
	特別遺族認定申請	4	2	2	0
9月	小 計	16	7	1	8
	石綿被害認定申請	15	6	1	8
	特別遺族認定申請	1	1	0	0
10月	小 計	28	20	4	4
	石綿被害認定申請	15	9	2	4
	特別遺族認定申請	13	11	2	0
11月	小 計	182	162	17	3
	石綿被害認定申請	15	8	4	3
	特別遺族認定申請	167	154	13	0
12月	小 計	140	109	12	19
	石綿被害認定申請	29	6	5	18
	特別遺族認定申請	111	103	7	1

* 石綿被害認定:申請者が療養中

** 特別遺族認定:申請者が死亡者遺族

*** 事前受付期間:2010年12月7日~12月31日

表5 年齢・性別申請現況累計(2011年12月31日現在)

年齢		性別	総計	石綿被害認定申請				特別遺族認定申請			
				小計	悪性 中皮腫	原発性 肺がん	石綿肺	小計	悪性 中皮腫	原発性 肺がん	石綿肺
計	782	男	570	287	65	32	190	283	245	30	8
		女	212	125	35	5	85	87	80	6	1
20代	1	男	1	1	1	0	0	0	0	0	0
		女	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30代	22	男	12	1	1	0	0	11	11	0	0
		女	10	3	3	0	0	7	6	0	1
40代	46	男	30	4	2	1	1	26	25	1	0
		女	16	6	6	0	0	10	9	1	0
50代	131	男	107	41	20	6	15	66	59	6	1
		女	24	11	9	1	1	13	12	1	0
60代	219	男	161	80	25	5	50	81	71	8	2
		女	58	32	10	0	22	26	24	2	0
70代	277	男	204	120	12	16	92	84	68	13	3
		女	73	47	5	3	39	26	25	1	0
80代	78	男	51	37	4	4	29	14	10	2	2
		女	27	23	2	0	21	4	3	1	0
90代	8	男	4	3	0	0	3	1	1	0	0
		女	4	3	0	1	2	1	1	0	0

平均年齢：石綿被害認定申請 69.5歳、特別遺族認定申請 63.2歳

60代以上の年齢層が582人で全体の74.4%

男女別では、男性570人72.9%、女性212人27.1%

られていないのに対して、韓国では環境曝露被害者に対する石綿健康手帳制度がつくられている。

韓国側からは、その石綿健康手帳も過去の曝露しか対象としていないので、現在及び将来の曝露も対象とするとともに、それによる将来の被害に対してがん保険を適用するなど、新たな曝露を予防するための対策が必要だと話された。

石綿関連疾患の認定基準

各々の石綿関連疾患の認定基準とその運用をめぐる、とくに日本で労災認定基準改訂が行われようとしていること、及び、両国とも認定が進んでいないことから、とくに石綿肺がんの取り扱いについて、意見が交換された。

韓国の現行の労災認定基準は、以下のとおりである（2008年7月1日韓国大統領令第20875号—産業災害補償法施行令全部改正令）。

- ① 石綿肺を伴う場合
- ② 胸膜肥厚、硝子性肥厚、斑性石灰化、石綿小体または石綿繊維を伴うか、発見される場合
- ③ ①または②に該当しないが、石綿に10年以上曝露した場合。ただし、曝露期間が10年未満の場合にも喫煙期間、石綿に曝露した期間、曝露後発症までの期間等を考慮し、石綿による疾病と認められれば含める

救済法の認定基準は、以下のとおり。

- ① 石綿肺の病型が進行型または初期型と判定された場合
- ② 判定委員会が石綿が原因であると認める胸

表6 市道別申請現況累計(2011年12月31日現在)

市・道	総計	石綿被害認定申請				特別遺族認定申請			
		小計	悪性中皮腫	原発性肺がん	石綿肺	小計	悪性中皮腫	原発性肺がん	石綿肺
計	782	412	100	37	275	370	325	36	9
ソウル特別市	112	38	17	4	17	74	70	3	1
釜山広域市	44	13	7	4	2	31	22	8	1
テグ広域市	15	8	5	2	1	7	7	0	0
仁川広域市	31	8	5	0	3	23	23	0	0
大田広域市	22	10	5	2	3	12	12	0	0
光州広域市	12	3	1	0	2	9	9	0	0
ウルサン広域市	10	3	2	0	1	7	5	2	0
京畿道	123	45	28	5	12	78	76	2	0
江原道	11	3	1	1	1	8	7	1	0
忠清北道	28	17	6	0	11	11	10	0	1
忠清南道	292	245	10	15	220	47	29	12	6
全羅北道	16	4	3	1	0	12	8	4	0
全羅南道	21	7	4	1	2	14	13	1	0
慶尚北道	25	3	2	1	0	22	19	3	0
慶尚南道	17	5	4	1	0	12	12	0	0
済州特別自治島	3	0	0	0	0	3	3	0	0

膜斑がある場合

- ③ 次のいずれかひとつに該当する石綿小体または石綿繊維がある場合
- a 乾燥肺重量1g当たり石綿小体が5000本以上ある場合
 - b 乾燥肺重量1g当たり長さ1 μ 以上の石綿繊維が500万本以上ある場合
 - c 乾燥肺重量1g当たり長さ5 μ 以上の石綿繊維が200万本以上ある場合
 - d 気管支肺胞洗浄液1ml当たり石綿小体が5本以上ある場合

救済法の認定基準は、日本のものにほぼ準拠しているが、②の胸膜プラーク所見ありで認める基準は、日本にはない被害者に有利な基準である。ちなみに、中皮腫についても、組織病理学的検査ができない場合に限っては、臨床的判断と画像医学的判断によって中皮腫と診断される場合も認められるものとしている。

労災認定基準の方は、日本の2006年労災認定

基準を参考にしていると思われるが、運用の実態はよくわからない。

しかし、討論のなかで、2010年末に労働部が労災認定基準改正案をまとめているのだが、使用者側の反対などがあってまだ実施されていないということが紹介された。ワークショップ後にこれを入手し、今回日本語訳を39頁に紹介した。最小曝露歴1年、5年、10年で認定できる作業を列举したり、胸膜プラーク所見などの「石綿によると認められる胸膜病変」があればよし、ヘルシンキ・クライテリアの累積石綿曝露量25f/cc年よりも低い15f/cc年を設定するなど、画期的な内容になっている。

討論では、日韓とも、また労災・救済法どちらの認定に関しても、厳密な医学的基準ではなく、曝露状況を重視した認定とさせていくことが重要だという認識で一致している。

韓国におけるアスベスト訴訟

救済法施行一年の韓国で日韓石綿ワークショップ

韓国におけるアスベスト訴訟

事例	訴訟年度	被害者	病名	原告	被告	訴訟の種類	労災の可否	現状
①	2005	1名	中皮腫	遺族	会社	民事	労災○	解決(大邱)
②	2007	1名(死亡)	中皮腫	本人+遺族	会社	民事	労災○	解決
③	2007	1名(死亡)	石綿肺	遺族	会社	民事	労災×	2審勝訴,最高裁
④	2007	4名	石綿肺	本人+遺族	会社	民事	労災○	解決(大邱)
⑤	2007	1名(生存)	石綿肺	本人	会社	民事	労災○	解決
⑥	2007	3名(死亡)	石綿肺1, 肺がん2	遺族	会社+国	労災(時効)	労災×	一審係争中
⑦	2008	12名	石綿肺	本人+家族	会社+国+ニチアス	民事	労災○	一審係争中
⑧	2008	2名(死亡)	中皮腫2	遺族	会社+国+ニチアス	民事	救済法認定	一審係争中
⑨	2009	4名(死亡)	石綿肺2, 肺がん2	遺族	会社+国+ニチアス	民事	2名○, 2名×	一審係争中
⑩	2009	1名(生存)	石綿肺	本人	会社+国+ニチアス	民事	労災○	一審係争中
⑪	2010	7名	石綿肺	本人	会社+国+ニチアス	民事	労災○	一審係争中
⑫	2012	2名(生存)	中皮腫2	本人	会社+国+ニチアス	民事	労災○	一審係争中

今回、韓国におけるアスベスト訴訟の状況を確認することができた。

別表にまとめてあるが、ここで会社とは、すべて釜山の第一化学のことである。韓国側にとってもはじめての整理で、その場の参加者の情報で確認できたことだけをまとめ、それをまた日本側が整理したものなので、厳密なものではないことに注意。

①は韓国初のアスベスト訴訟で、中皮腫で死亡したウォン・チョンスンさんの夫のアン・ジョンジュさんらが、会社を相手取って大邱地裁に提訴。1億8000万ウォンの損害賠償を認める勝訴判決、高裁でも勝って解決したが、被害者は訴訟中に死亡。

②④⑤も、勝訴判決を受けて解決したもので、④も大邱の裁判所で地裁・高裁で勝訴したものと思われる。③⑤⑥は釜山の裁判所。

③は、石綿肺で1995年に死亡したハ・ギョンセンさんの件で、夫のパク・ヨンクさんらが2007年11月に再診断を要請して石綿肺と明らかにされた。釜山地方裁判所は、死亡から10年の消滅時効を理由に損害賠償を認めなかったが、2012年2月に釜山高等裁判所は、時効は2007年11月から進行するとして、1億6300万ウォン余の損害賠償を認めた。会社側が上告して、最高裁で係争中。

ハ・ギョンセンさんの件は、肺がんで死亡した他

の2名の件とともに、時効を理由に労災を認めないことについても争われている(⑥)。4月25日に判決が予定されていると聞いた。

パク・ヨンクさん自身の石綿肺については、6000万ウォンの損害賠償を認めた釜山地裁判決を受けて解決している(⑤)。

⑦の労働者の集団訴訟以降、会社と韓国政府に日本のニチアスを被告に加えるようになった。いずれも釜山地裁で係争中。⑧はこれまでのところ唯一の住民=公害被害者の事例で、どちらも救済法による認定を受けている。

⑦⑧は2月23日に判決言い渡しの予定と聞いていたが、⑦の労働者の石綿肺について、裁判所が労働能力喪失率を一律に45%とみなす考え方を示したことに被告側が反発。ソウルの大学病院での再鑑定を要求していて日程は確定していないが、⑦については、3月29日に結審、5月3日に判決期日が指定されたと連絡があった。

⑨の事例では、2人は労災認定されているものの、2人は時効のために認定されていないとのこと。

ふれられなかったことが多い(46頁も参照)。いずれにしろ、今後も日韓の交流は継続されていく。6月30日にクボタショックから7年尼崎集会に韓国から参加していただくことも確認された。

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



イタリアのアスベスト被害者の画期的な勝利

Eternit and the Great Asbestos Trial

2012年2月13日、ジョゼッペ・カザルボレ [Giuseppe Casalbore] 裁判長は、最大のアスベスト訴訟のなかで明かされた判決言い渡しのなかで、2,768人の名前を読み上げた。名前を上げられた人々はすべて、エターニト企業グループに属する会社の重役、ステファン・シュミードヘニー [Stephan Schmidheiny] 被告とジャン・ルイ・ド・カルティエ・ド・マルシェン [Jean-Louis de Cartier de Marchienne] 被告のせいで、彼らまたは彼らの愛する人が被ったアスベスト損害について補償が認められた。

3人の裁判官は、第一法廷にいた弁護士、被害者、自治体やメディアの代表らのほとんどがそうしたように、判決を読み上げるのにかかった3時間立ったままであった。厳粛かつ威厳のある時間であり、演壇の上の壁には、「法律はすべての者に平等である (La Legge E Uguale Per Tutti)」という約束の表明が刻まれていた。

前の週にトリノで満員の聴衆を前にアスベスト・スキャンダル劇を演じたイタリアの女優 Laura Curino は、カザルボレ裁判長が「各人の名前」に「平等な重みと尊厳を与えた」ことに敬意と称賛を表明した。

第一法廷は、後ろの方に押しこめられたテレビ・

リポーターと撮影クルーの群れで収容能力一杯だった。右側は、アスベスト被害者と被害者の家族たちで占められた列で、その隣は、エターニトのアスベスト・セメント工場の操業によって汚染された1ダース以上のイタリアの地方自治体の代表たちだった。

被害者と家族たちの大部分は、別の満員の法廷に収容された。カザレ・モンフェラート [Casale Monferatto] から、成り行きを目撃するために、23台のバスでトリノまで旅をしてきたのである。3つの法廷に1,300人以上の人々がいたと信じられている。

フランス、ベルギー、スイス、イタリア、アメリカからの代表には、第二法廷でフランス語と英語への同時通訳が提供された。トリノ刑事裁判所が通訳を提供したのは初めてのことで、通訳がインターネット上で生中継された (http://www.livestream.com/greenbox_/video?clipId=pla_0c7ba848-010d-4338-9afe-e6f75fa45c5d) 事実は、この事件に対する世界的関心の高さを反映したものであった。

訴訟手続は、午前9時30分に、裁判官が法廷に入廷して開始された。最初の数分は、手続き上の側面にとられ、その後、判決言い渡しは午後1時

15分に開始されると発表された。午後の法廷開始から数分間で、待ちぼうけは終わった。英語通訳者が、「イタリア国民の名前において、トリノ刑事裁判所は、被告人シュミードヘニー及びカルティエに有罪を宣告する」という言葉を発したことによって、われわれは被害者たちの正義を求める30年間のキャンペーンが成功したことを知った。両被告は、16年の懲役刑の宣告を受けた。この結果を評して、アスベスト被害者家族協会は次のように語った。

「イタリアのエターニト工場があった、とくにカザレ・モンフェラートとキャパニョロ[Cavagnolo]で、殺され、虐殺された何千人もの労働者や住民に正義が与えられることによって、(われわれは)この判決が歴史上のターニングポイントになると信じている」。

被告らは、永久的な環境災害を引き起こしたこと、及び、結果として何千人ものイタリア人のアスベスト関連疾患による死を引き起こした安全規則の順守を怠ったことについて、有罪と宣告された。総額35,000ユーロから60,000ユーロが個人に対して認められ、より大きな額が地域、団体、イタリア機関に認められた。

- ・ ピエモンテ地域 2,000万ユーロ
- ・ アレッサンドリア地域 500万ユーロ
- ・ カザレ・モンフェラート地域社会 2,500万ユーロ
- ・ アスベスト被害者家族協会 10万ユーロ
- ・ アスベスト死亡者家族教会 10万ユーロ
- ・ イタリア労働総同盟(CGIL) 10万ユーロ
- ・ イタリア労働災害補償機関(INAIL) 1,500万ユーロ
- ・ 民主医療協会 7万ユーロ

合わせて、刑事裁判所が課した罰金は、およそ9,000万ユーロに達すると考えられている。法廷にいた者の間の共通した意見は、被告も被告と並んで「共同で及び各々に責任がある」と名指された会社らも、すぐに小切手を切ることはないだろうというものだった。

ステファン・シュミードヘニーの法律チームは、判決言い渡し開始から数時間のうちに声明を発した。「判決はステファン・シュミードヘニーの弁護士らに

とってまったく理解できないので、次の高等機関への上訴を予定している」。シュミードヘニーの弁護士Astolfo Di Amatoはジャーナリストに語った。

「多国籍企業の主要な株主が、末端の個々の工場で起きることに責任があるという原理を、われわれがイタリアで確認すれば、もはや誰もイタリアに投資することはできなくなるから、この判決は危険である」。

この訴訟は、トリノの検事ラッファエレ・グアリニエロ[Guariniello]によって開拓され、彼はこの事件、関係する犯罪や犯人の背景の捜査に10年を費やした。イギリスやアメリカのような国におけるアスベスト訴訟とは違って、アスベスト被害者はいかなる弁護士費用や法廷費用も支払う必要がなく、それらは検事事務所が負担する。2月13日の手続きが終了すると、グアリニエロには成功を祈る人々やメディア関係者が殺到した。明らかに判決に満足しながら、彼は言った。「今日われわれは、正義は行われることができ、また、行わなければならないという夢を見る権利がある」。グアリニエロはすでに、2009年以降にアスベスト関連疾患により死亡した数百人のイタリア人に関わる、エターニト第二陣についての作業を開始している。

画期的な判決が下された翌日、私はロンドンに戻る途中にスイスの上空を飛んだ。飛行機の窓から山の頂の雪をみながら、スイス・アルプスは、ステファン・シュミードヘニーの何千万ユーロがイタリア当局に到達するのを防ぐのに十分なほど高いだろうかと考えた。

グアリニエロ検事と彼のチームが示した粘り強さと能力をふまえれば、心配しすぎる必要はないだろう。

※<http://ibasecretariat.org/lka-landmark-victory-italian-asbestos-victims.php>

トリノ判決の解説

何千人ものイタリア人のアスベストによる死への関与について、ステファン・シュミードヘニーとジャン・ルイ・ド・カルティエ・ド・マルシェン両被告に有罪を宣告した、2012年3月13日午後のトリノ判決の後、128



頁にのぼる判決について多くの質問が寄せられている。

同事件でいくらかのイタリアのアスベスト被害者の代理人を務めたSergio Bonetto弁護士が、いくつかの重要な疑問に答えてくれた。被告は刑事法廷によって認められた損害賠償を速やかに支払わなければならないに関しては、Bonettoは「形式的には彼らは支払わなければならない。[しかし]彼らが支払わなかったとしても、それはただちに刑事法廷の責任とはならない」と言う。民事関係者は、民事法廷に命令の迅速な執行を獲得するために介入を求めることができるが、イタリア国内に所有している資産がない場合には、法廷は前にすすめる直接の手段をもたない。その場合、イタリアの民事法廷は、ベルギー及びスイスの民事法廷に頼らなければならない。これが結果的にどうなるか。彼は、「まったくわからない」と答えた。

この判決の今後の民事手続及び今後の訴訟の時間的尺度に対する影響に関する質問に答えて、Bonettoは「民事手続に対する刑事判決の影響については、判決は決定的なものである。それは、高等裁判所及び最高裁判所を含めた3つのレベルの最後には、すなわち何年か後にはという意味である」と答えた。しかし彼は、今回の判決は存在していたハザードに関してきわめて明確であり、原告に、彼らの疾病がまったく同じハザードに起因するものであると主張できるようにすることによって、民事手続を「形式的に可能」なものにする」と指摘した。Bonetto弁護士の見解によれば判決の重要性は、他者を危険にさらすことは法律の無

視として常に犯罪行為となる、という明確なメッセージを送ったことである。被告が何も支払わないとすれば、高等裁判所が下級審よりも高い刑罰を課す可能性は大いにありうる。

その間に、歴史的な訴訟の一部となったカザレ・モンフェラートその他の町のアスベスト被害者の動員は、2月14日のカザレにおけるラウンドテーブルと記者会見、2日後のアスベスト被害者家族協会のメンバー500人以上が参加した大会と続いた。エターニトのアスベストに汚染されたもうひとつの町キャバニョロで2月22日に開催された大会は、被害者の正義を求め、汚染された町を除染し、アスベスト関連疾患の医学的調査を実施する努力を継続することを確認した。

※<http://ibasecretariat.org/lka-clarification-turin-judgment.php>

さらなる情報源

この事件を伝えるウェブサイト「被告席のアスベスト(Asbestos in the dock)」が開設されている。

※<http://asbestosinthedock.ning.com/>

判決日に合わせて、「Eternit and the Great Asbestos Trial」という94頁の本が出版されている。石綿対策全国連絡会議も共同出版者に名を連らねており、前号で紹介したベルギーの裁判の報告もこの本に掲載されたものである。以下でPDF版をダウンロードすることができる。

※<http://ibasecretariat.org/eternit-great-asbestos-trial-toc.htm>



救済法一時金の「隙間」解決

厚生労働省●施行通達の解釈を見直し

昨年石綿対策全国連絡会議が「先送りすることのできない解決の必要な最低限の課題」として掲げながら（2011年10月号参照）、解決が年を越してしまったものがひとつあったが、それもようやく解決することができた。

平成24年年3月16日付けで、基発0316第6号「石綿による健康被害の救済に関する法律の規定による特別遺族一時金の支給対象の見直し等について」が発出されたのである。

これは、救済法の施行通達（平成18年3月17日付け基発第0317003号）の一部を改正して、特別遺族一時金の支給対象に「特別遺族年金の受給権者がその請求前に石綿救済法第61条第1項各号に該当するに至りその権利が消滅した場合であって、他に特別遺族年金を受けることができる遺族がないとき」を加えるというものである。

救済法による労災時効救済＝特別遺族給付金は、年金の支給が原則で、一時金は以下の場合に支給されることになっている。

- ① 年金を受けることができる遺族（年金受給権者）がいる場合には特別遺族年金を支給
- ② 年金受給権者がいない場合には他の遺族に1,200万円

の特別遺族一時金を支給

- ③ 年金としてすでに支給した総額が1,200万円に満たずに年金受給権者がいなくなった場合には他の遺族にその差額の特別遺族一時金を支給

①②③によって、隙間なく遺族に最低でも1,200万円の「特別遺族給付金」が支給されるという趣旨である。労災保険にも同様の規定があり、1,200万円を給付基礎日額の1,000日分に置き換えれば、そのまま労災保険の場合の取り扱いになる。

問題は、年金受給権者がいたのだけれど、請求を行わないまま死亡してしまった場合の、他の遺族に対する一時金支給の取り扱いである。実際に、夫を石綿による健康被害で亡くした妻が、請求を行わないまま死亡してしまった後に、子（死亡労働者の収入によって生計を維持していたのではない等の理由で年金受給権者に該当しない）が特別遺族一時金を請求した事例に対して、労働基準監督署が不支給と決定した事例がある。

年金受給権者がいたのだから上記の①②に該当せず、年金としてすでに支給された額（既支給年金額）が存在しないから

③にも該当しない、というのが理由とされている。

労災保険法の場合にはさらに、未請求の保険給付の支給も他の遺族が請求することができると規定され、未請求年金額も③の既支給年金額に含まれる。しかし、救済法ではこの取り扱いについては労災保険法を準用しないと、明確に排除している。

労災保険法に基づく遺族補償給付の受給権は遺族の請求がなくとも発生するのに対して、特別遺族給付金の受給権は、「その請求に基づき」発生する＝請求がなければ受給権は発生しないからであると説明されている。「補償」と「救済」の違いだということである。

法律論はともかく、このような「隙間」が生じてしまうことは、救済法制定の趣旨に反することであり、解決が必要だという認識は、各政党関係者に理解していただき、解決の道を探ってきた。

ところが、具体的事例について、2011年10月12日付けで労働保険審査会が、前述の③による一時金の請求には、「年金受給権が確定していることが条件になっていると判断すべきである」として、妻が生前に年金の請求をしていないことから、受給権がそもそも発生しておらず、③には該当しないこととなり、したがって請求人である子は一時金受給権者には該当しないと判断せざるを得ないとして、不支給決定を妥当＝取り消すべき理由はないとする裁決を出してしまった。

当該事件の請求人は、行政

訴訟を提起しないと、不支給処分が確定してしまうことになる。

念のため裁判の準備もしてもらう一方で、厚生労働省に対して迅速な解決をあらためて求め続けてきた。

とくに工藤仁美衆議院議員が、国会で解決をせかす質問をしていただいたこともあって、3月17日の通達発出になったものがある。頭の痛くなるような法律論にふりまわされてきたが、ふたを

開けてみれば、法律を修正することなく、そのように解釈するという通達を一本出すだけで解決することができた。この解決方法も、私たちが主張してきたことである。

昨年8月末の救済法改正に当たって、すべての政党から最低限の課題の解決に賛同していただき、すべて解決することができたことにあらためて感謝したい。



明のための調査を実施することとし、併せて類似の誤記載が過去の不服審査請求事例の弁明書にみられないか確認作業を進めました。今般、それぞれについて、以下の通り結果をとりまとめましたのでご報告いたします。

原因究明のための調査として、弁明書作成に関わった当時の環境省職員に対して文書による回答を求めた結果、1, 弁明書の原案作成段階で単純な誤記載が生じたこと、及び2, 弁明書決裁段階における誤記載の有無等の確認作業が不十分であったことの2点が原因と考えられました。

併行して実施した、類似の誤記載が過去の不服審査請求事例の弁明書にみられないかの確認作業については、不服審査請求事案116件中、確認すべき事案83件に関し、複数の職員によって二重に確認作業を実施しましたが、類似の誤記載はありませんでした。

今後、弁明書への誤記載の再発防止策として、弁明書を作成する担当技官を2名へ増員し、二重確認を行うこととしました。さらに、こうした環境省における確認作業の後、環境再生保全機構においても実施された検査項目の記載等、事実関係の再確認を行う体制としました。

今回、以上に報告しましたような環境省の不手際によって、審査請求人はもとより、不服審査会等の関係の皆様にも大変なご迷惑をおかけいたしましたことを深くお詫び申し上げます。

架空検査事件の検証結果公表

環境省●弁明書作成者の誤記載が原因

2011年12月号で「環境省が架空の検査結果で棄却」と紹介した事件に関する、「公害健康被害補償不服審査会による原処分取り消し裁決における指摘事項への対応について（お知らせ）」環境省が、2月27日に公表した。概要は以下のとおり。詳細は、以下で入手できる。

※<http://www.env.go.jp/press/press.php?serial=14894>

公害健康被害補償不服審査会（以下「不服審査会」という）において、石綿健康被害救済制度に関する審査請求の1件について原処分の取り消しの裁決がなされ、平成23年10月13日に公表されました。原処分取り消しの理由は「中皮腫との病理組織学的な鑑別が、未だ適切に尽くされていない」、（弁明書におい

て）「架空の検査結果を含むなど不適切な行為が処分庁側に認められた」ということでした。

まず、「中皮腫との病理組織学的な鑑別が、未だ適切に尽くされていない」との指摘は、特定の検査項目が未実施であったことを踏まえたものですが、この指摘に沿って、今後、検査項目を追加実施し、その結果も踏まえて再審査を行うこととしています。

次に、（弁明書において）「架空の検査結果を含むなど不適切な行為が処分庁側に認められた」との指摘は、弁明書作成者の誤記載によるものであり、医学的判定自体は適切に行われたと考えます。

この弁明書における誤記載は重大であり、二度と繰り返してはならないことから、その原因究

今後とも石綿による健康被害を受けた皆様の迅速な救済がなされるよう、制度の適切な運用に努

めるとともに、信用の回復を目指して参ります。



死因を知ったときから時効適用

韓国●石綿肺被害者の損害賠償請求

会社の誤りにより労働者が病気になる死亡したなら、損害賠償請求権の消滅時効は、当該労働者や遺族が正確な死因を知ったときから適用されるという判決が出た。

釜山高裁民事5部(キム・ヨンサン部長判事)は、石綿肺で死亡したAさんの夫と子どもが、過去J社を相手に起こした損害賠償請求訴訟で、原告の請求を棄却した原審を破棄し、原告一部勝訴の判決をしたと6日明らかにした。

裁判部は、被告が原告に1億6千300万ウォンあまりと利子を支給せよと判決した。裁判部は、「Aさんが1995年10月に死亡し、訴訟は2007年12月に提起され、被告の不法行為による損害賠償請求権は消滅時効(10年)が過ぎた」としながらも、「被告の保護義務違反等の債務不履行による賠償請求時効は、完成されなかった」と明らかにした。

裁判部は、「被告の債務不履行による賠償請求時効は、Aさんが死亡したときでなく、死亡原因が被告の責任であるということを知りえたとき(2007年11月)から進む」と判示した。

1973～78年に石綿製品を生産したJ社で勤務したAさんは、

肺疾患(間質性肺疾患)を患い、1995年10月に亡くなり、Aさんの正確な死因は、2007年11月にAさんの夫が要請した再診断を通じて石綿肺と明らかにされた。

これによりAさんの夫らは「会社が防塵施設や装備をまともに提供しなかった」とし、2007年12月にJ社を相手に訴訟を提起した。しかし一審の裁判部は、Aさんについての損害賠償請求権は消滅時効が過ぎたという理由で、棄却した。



石綿被害のさらなる掘り起こし

福岡・山口●患者と家族の会と相談・交流会

各地域の安全センターでは、中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会、アスベストセンター等と協力して、アスベスト被害のさらなる掘り起こしと患者と家族の会の拡大・強化のための取り組みをすすめている。

2011年12月11日には、山口県宇部市内で、アスベスト健康被害相談会と交流会を実施。前回2010年冬の相談会には、地元企業出身の石綿健康管理手帳所持者が数人來られたこともあり、取り組みの継続が求められていた。

交流会には、4人の患者さんと6人のご家族・遺族が参加。患者と家族の会広島支部では、支部の集まりのうち3回に1回くらいは山口で開く予定にしている。

2012年1月28-29日には、福岡市で5回目になる相談会と患者と家族の集いが開催された。

両日とも相談者の来訪が絶えることなく、電話も鳴り続けて、約30件の相談があった。事前に相談窓口用の電話番号をマスコミに公表したこともあって、事前の問い合わせもあった。

内容も対応が急がれる案件が多く、相談者はみな、どこに相談していいのかわからず、困惑しておられる姿があった。集いには、現在闘病中の患者さんもお夫妻で参加してくださった方もいた。

何でも相談することができ、お互いに励まし合える患者と家族の集まりが近く・地元にあることの重要性を強調しすぎることはない。



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/> <http://ameblo.jp/joshrc/>

- | | |
|--|--|
| 北海道 ● NPO法人 北海道勤労者安全衛生センター
〒060-0004 札幌市中央区北4条西12丁目 ほくろビル4階 | E-mail safety@rengo-hokkaido.gr.jp
TEL (011) 272-8855 / FAX (011) 272-8880 |
| 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 サンコーボ豊岡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
〒370-0045 高崎市東町58-3 グランドキャニオン1F | E-mail qm3c-sry@asahi-net.or.jp
TEL (027) 322-4545 / FAX (027) 322-4540 |
| 新潟 ● 一般財団法人 ささえあいコープ新潟
〒950-2026 新潟市西区小針南台3-16 | E-mail KFR00474@nifty.com
TEL (025) 265-5446 / FAX (025) 230-6680 |
| 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 ● みえ労災職業病センター
〒514-0003 津市桜橋3丁目44番地 日新ビル | E-mail QYY02435@nifty.ne.jp
TEL (059) 228-7977 / 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 アンビシャス梅垣ビル1F | E-mail kyotama@mbx.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
〒660-0802 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
〒660-0803 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 ● 関西労災職業病研究会
〒660-0803 尼崎市長洲本通1-16-17 阪神医療生協気付 | TEL (06) 6488-9952 / FAX (06) 6488-2762 |
| 岡山 ● おかやま労働安全衛生センター
〒700-0905 岡山市北区春日町5-6 岡山市勤労者福祉センター内 | E-mail oka2012ro-an@mx41.tiki.ne.jp
TEL (086) 232-3741 / FAX (086) 232-3714 |
| 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 info@tokushima.jtuc-rengo.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
〒793-0051 西条市安知生138-5 | E-mail npo_eoshc@yahoo.co.jp
TEL (0897) 47-0307 / FAX (0897) 47-0307 |
| 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
〒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) 568-2317 / FAX (097) 568-2317 |
| 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
〒902-0061 那覇市古島1-14-6 | TEL (098) 882-3990 / FAX (098) 882-3990 |
| 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 |

JOSHRC
 情報2012年5月号(通巻第393号) 2012年5月号
 1979年12月28日第三種郵便物認可
 0071 東京都江東区亀戸7-10-1Zビル5階 全国労働安全衛生
 TEL(03)3636-3882 FAX(03)3636-3881
 JOSHRC: Japan Occupational Safety and Health Resource Center
 Z Bldg., 5F, 7-10-1 Kameido, Koto-ku, Tokyo, Japan
 Phone +81-3-3636-3882 Fax +81-3-3636-3881
 E-mail: joshrc@jca.apc.org URL: <http://www.jca.apc.org/joshrc/>