

安全センター情報2013年3月号 通巻第402号
2013年2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



2013 **3**

安全センター情報



特集● 3.11から2年の被ばく労働問題

写真：「被ばく労働を考えるネットワーク」設立集会



3・11 東日本大震災から2年が経ちます。被災地では復興に必要ながれき(災害廃棄物)の処理が急ピッチで進んでいます。昨年12月末現在、被災3県(岩手県、宮城県、福島県)沿岸37市町村では地震・津波の被害で約1,628万トンの災害廃棄物が発生。昨年12月末現在で全体の約44%に当たる715万トン(うち約85%が再利用)が処理されています(環境省発表)。

アスベスト(石綿)は発がん物質です。アスベストを吸うと30年～40年の潜伏期間を経て、中皮腫や肺がんなどの健康被害を発生させるおそれがあります。がれきや建物にはアスベスト(石綿)が含まれています。解体・撤去・運搬・処理の過程で飛散したアスベスト粉じんを労働者やボランティア、住民が気づかぬうちに吸い込む危険性があります。

昨年8月、阪神淡路大震災時にかれきの処理作業に2か月間従事した労働者が中皮腫を発症し、労災認定されました。東日本大震災の被災地でも、アスベストによる環境汚染や健康被害を予防するための取り組みが求められています。

アスベスト被害のない被災地の復興を実現するために、ともに考え、行動していきたいと思えます。ぜひご参加ください。

期日 3月20日(水・祝日)
開場 13:00 開始 13:30 終了 16:30
会場 仙台市市民活動サポートセンター
セミナーホール(6階)
(地下鉄広瀬通駅 西5番出口すぐ)
仙台市青葉区一番町四丁目1-3 TEL 022-212-3010
参加費 無料

<第1部 シンポジウム>

- 講演「被災地のがれき処理状況の現状と課題」
吉岡 敏明氏
(東北大学大学院環境科学研究科教授)
- 報告「被災地のアスベスト調査報告と対策の提言」
外山 尚紀
(東京労働安全衛生センター、労働衛生コンサルタント)
- 報告「被災地の健康影響調査報告」
広瀬 俊雄氏
(仙台錦町診療所・産業医学センター所長
日本労働安全衛生コンサルタント会宮城支部長)
- 報告「阪神淡路大震災の復旧作業における労働実態」
南 慎二郎氏
(立命館大学グローバルイノベーション研究機構研究員)
- パネルディスカッション
コーディネーター 中地 重晴氏
(熊本学園大学教授)

6. アピール
中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会

<第2部 体験ワークショップ>

- チェックしよう! がれきの中のアスベストの見分け方
- 試してみよう! アスベストから身を守る防じんマスクの着け方

<会場展示> 午前10時～午後4時
地震とアスベストから身を守るための学習パネルの展示
アスベストから身を守る防じんマスクの展示
アスベストが含まれるがれき、建材の展示

<アスベスト何でも電話相談>
午前10時～午後4時
電話番号 **090-1408-4136**
会場にも相談コーナーを設けています。
お気軽にご相談下さい。

<主催>

特定非営利活動法人
東京労働安全衛生センター
東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5F
TEL 03-3683-9765 FAX 03-3683-9766
<http://www.toshc.org/> center@toshc.org

<協力>

生活協同組合 あいコープみやぎ
中皮腫・じん肺・アスベストセンター
地震・石綿・マスク支援プロジェクト
宮城アスベストセンター
宮城石綿患者・家族の会

※この催しは独立行政法人環境再生保全機構地球環境基金の助成を受けて開催します。

アスベスト被害のない被災地の復興を

東日本大震災から2年、これからのアスベスト対策を考える集い in 仙台

3・11から2年の被ばく労働問題

被ばく労働問題に関する 関係省庁交渉の報告と課題

東京労働安全衛生センター事務局長 飯田勝泰 2

除染等実施事業者に対する監督指導状況 8

胃・食道・結腸がんと放射線の医学的知見 11

「被ばく労働ネットワーク」設立といわき行動 12

原発と労働者

原発で働く労働者の命を守る体制を

関西労働者安全センター事務局長 片岡明彦 19

アジアのアスベスト禁止

タイ遅くとも5年以内の禁止 香港6月、マレーシアも間近?

フィリピンも加えアジアの禁止は正念場

全国安全センター事務局長 古谷杉郎 24

インドにおける労働衛生運動の歴史 44

速報：石綿肺がん行政訴訟大阪高裁判決 44

各地の便り/世界から

岡山地裁●石綿肺療養中の自殺業務上と判決 52

岡山●第23回総会「原発被ばく労働支援局」設置 54

全国5か所●事業場名公表でホットラインを実施 57

神奈川●港湾労働者腰痛審査請求で逆転認定 58

滋賀●ペルー労働者2年半後の休業を補償請求 59

韓国●サムスンで2例目 韓国初の乳がんを認定 60

被ばく労働問題に関する 関係省庁交渉の報告と課題

飯田勝泰

東京労働安全衛生センター事務局長

はじめに

3・11東京電力福島第一原発事故から2年を迎えようとしている。前政権は、2011年12月16日、メルトダウンした原子炉内の温度を100度以下に保つステップ2の工程が完了し、冷温停止状態を達成したとして「事故収束」を宣言した。だが、この「宣言」をまともに受けとめた原発作業員など一人もいなかったに違いない。いまなお福島第一原発は、予断を許さない状態が続いている。

作業員は、放射線被ばくのリスクを負いながら、過酷な労働環境のなかで事故収束作業にあたっている。彼らの安全と労働なくして原発の事故収束はなく、30年～40年後の廃炉を達成することもできない。そのため、政府、東京電力、協力会社は、事故収束作業に従事する作業員の安全と健康の確保、労働条件の改善、雇用確保等に徹底して取り組まなければならない。

私たちは、2011年5月から昨年10月まで計8回にわたり、被ばく労働に関する関係省庁交渉に取り

組んできた。緊急作業の被ばく線量上限引き上げ問題、被ばく防護対策と安全衛生管理、放射線障害による労災補償と賠償問題、長期健康管理制度と健康管理手帳、除染作業と被ばく管理、下請会社の法令違反の是正など、多岐にわたる課題を取り上げて政府と交渉してきた。本誌では2011年12月号で、第1回～第4回までの交渉記録を報告している。

本号では、その後の第5回（2011年12月21日）、第6回（2012年3月9日）、第7回（同年7月6日）、第8回（同年10月11日）までの交渉内容を報告し、今後の課題を整理してみたい。

緊急作業の被ばく線量限度引き上げと 50mSv/年の例外措置

厚生労働省は、2011年11月1日電離則の特例省令を改正し、緊急作業の被ばく線量限度を250mSvから100mSvに戻し、11月1日以前の緊急作業従事者を適用除外とした。さらに、12月16日の事故収束宣言により、特例省令を廃止。緊急作業の被ばく限度を電離則第7条にある100mSv

に引き下げ（ただし、経過措置として高度な専門的知識を持つ東電社員約50名は4月30日まで）現在に至っている。

あらためてそこに至る経過を確認すると、2011年3月14日、厚生労働省は放射線審議会の諮問答申を受け、電離則の緊急作業時の線量限度を100mSvから一挙に150mSvへ引き上げた。4月28日には「緊急作業に従事した労働者のその後の緊急作業以外の放射線業務による被ばく線量に係る指導について」という通達を出し、福島第一原発の緊急作業従事者は、他の原発での放射線業務での被ばく限度が年50mSvを超えても、行政指導しないという例外措置をとっている。

私たちは第1回交渉から、この時の被ばく線量限度の引き上げと年50mSvを容認する4・28通達の妥当性を問うてきた。未曾有の原発災害に直面していたとはいえ、原発作業員の被ばく線量限度を一挙に250mSvとするには、相当な理由を要する。厚生労働省と経済産業省に対し当時、どのようなやり取りがあり、何を根拠にそのような決定を行ったのか、再三にわたり検証を要請してきた。

第5回、第6回交渉においても、この問題を取り上げ、説明を求めた。

経済産業省原子力安全・保安院（当時）は、当時、東電及び日立、東芝のプラントメーカーからの過剰な推計をもとに、50mSvを超える作業員が約1,600人、1,000mSvを超える者が約320人と試算した。今後1,000人～2,000名前後の熟練技術者が不足し、福島第一原発の処理及び全国の原子力発電所の運用に重大な支障を来すため、厚生労働省に対し、緊急作業従事者の線量限度を平時とは別枠にせよと迫ったのだ。経済産業省原子力安全・保安院の担当者の見解は、「当時、震災直後のあのような状況であれば、粗い検討に基づいた試算というのは致し方なかったと考えている」と、当時の判断を追認したものだ。

一方、厚生労働省労働衛生課は、「率直に言えば別枠派、合算派という言葉が適切かどうかという問題はありますが、当時、争いがあったのは事実。われわれは労働者保護の立場に立つから合算派。合算派はわれわれしかいなかった。ある意

味折衷的に5年で100mSvという最後の牙城を守りとおした」（第6回）との見解である。たしかに厚生労働省が労働者保護の立場から、線量の別枠を許さなかったことは評価に値する。だが実際に100mSv、50mSv超を被ばくした作業員は、想定された人員の3分の1程度に収まっていた。緊急作業に必要な作業や人員を十分に検討せず、線量限度を250mSvに引き上げたのが、妥当な判断と言えるのか。

さらに、厚生労働省はICRP（国際放射線防護委員会）の2007年勧告で示された緊急作業の定義に反し、本来緊急作業ではない作業も緊急作業としてしまった。4・28通達による50mSv/年の例外措置は、法令に反する被ばくを容認するものだった。担当者は「試算より少なかったが、いま全部50mSvを超えている人たちを外して安全を保てるかというのは別の話」と釈明するが、被ばく規制を所管する官庁とは思えない発言であった。

福島第一原発における作業人員計画

第7回交渉で、福島第一原発の事故収束と廃炉に向けて必要となる作業員の人数確保と育成に関する国の計画について尋ねた。経済産業省の担当者の説明によると、2011年12月の政府と東電合同で作成した廃炉に向けた中長期ロードマップ（2012年7月に改定）の中に、向こう5年間で実際にどのような作業が生じるか、ある程度わかる範囲内で必要な作業員数を見込んでいる。3・11以降、2011年12月16日のステップ2終了までに14,100人が入れ替わり作業に従事した。この数字を基準にして、今後5年間に必要な作業員を被ばく線量100mSv/5年間の制限を超えない範囲を前提で試算すると、一番多い年で2012年直近の11,700人になり、それ以降は少しずつ減っていく見込みとなる。現在の人数の範囲内で今後5年間の作業はまかなえるという。

一方、東京電力は2012年12月3日、「福島第一原子力発電所従事者の被ばく線量の全体概況」を発表している。それによれば、現在の状況として「①ステップ2以降、月平均線量は年20mSv相当

(月1.6mSv)を安定的に下回っており、平成24年第2四半期では月平均量は約1mSv。②大半の作業の被ばく線量は、線量限度を大きく余裕のある状態で解除しており、その後の放射線作業に従事可能。③第1四半期と第2四半期の線量状況からは、作業のローテーションに工夫している状況がうかがえる。④20mSv超で従事登録を解除した者のうち、50人中33人は福島第一原発以外の場所も含め雇用が維持されていることを確認」と発表している。

しかし、東電の楽観的な現状認識による試算を鵜呑みにはできない。下請労働者からは線量基準を超えれば解雇され、日給は8千円程度に落ち込んでいるという現場の声がきこえてくるなかで、今後も福島第一原発に作業員が安定して確保されるとは到底信じられない。

放射線障害の労災補償に関する情報提供

第5回交渉のなかで、厚生労働省に放射線被ばくによる健康障害とその労災認定基準、認定事例(白血病、悪性リンパ腫、多発性骨髄腫)などの資料を、すべての原発労働者に提供するよう要請した。

最初労災補償課は「原発労働者に仕事でケガや病気をしたときに労災補償制度が適用されることを知ってもらうことが一番重要」として、東電に対し安全衛生教育の場で労災保険制度のパンフを活用して周知するよう指導している」と回答した。放射線被ばくによる健康障害と労災補償に関する情報提供の必要性を十分認識していなかったようだ。

その後、厚生労働省は、「放射線被ばくによる疾病についての労災保険制度のお知らせ」というリーフレットを作成したようだ。「被ばくによって発症するおそれのある疾病として、皮膚潰瘍など皮膚障害、白内障、白血病、肺がん、皮膚がん、骨肉腫、甲状腺がん、多発性骨髄腫または非ホジキンリンパ腫 ※上記以外の疾病でも、放射線被ばくによるものとして労災補償の対象となることがあります」と、簡潔だが基本情報が得られる内容となっ

ている。

第6回交渉では、福島第一原発の緊急作業従事者に長期健康管理制度のための登録証を郵送するときに、一緒にリーフレットも同封して周知するとの回答が得られた。

長期的健康管理制度と健康管理手帳

2011年10月11日付けで、「東京電力福島第一原子力発電所における緊急作業従事者等の健康の増進のための指針」が策定された。緊急作業従事者の長期的健康管理のための取り組みとして、①健康診断の実施、②被ばく線量50mSvを超える者に1年1回、白内障の検査、100mSvを超える者に1年1回、がん検診等の実施、③保健指導の実施、④データベースの整備と登録証が交付される。また、50mSvを超えて被ばくした者には、特定緊急作業従事者等被ばく線量等記録手帳が交付される。

第5回、第6回交渉で厚生労働省に対し、対象を2011年12月15日までの緊急作業従事者に限定せず、すべての事故収束作業者に登録証を発行し、データベース登録と手帳を交付するよう要請した。とにかくまず、現在の制度を運用していくことからはじめたいとの回答だった。

第7回交渉の時点で、厚生労働省は、2012年1月から緊急作業従事者の約18,500人うち8,000人に対し登録証を送付し、3月から健康相談を開設していた。下請の非正規労働者にはまだ登録証は送られてこないとの指摘に対し、一人親方も含めて、労働者に確実に届くよう、登録された住所に書留で送付する。福島第一原発構内で働いていた労働者すべてが対象と回答した。

原子力施設の放射線業務従事者にも労働安全衛生法に基づく健康管理手帳を交付し、離職後の健康管理を行うよう要請した。第7回、第8回の交渉で議論したが、厚生労働省は検討すらせず、拒否回答だった。

労働衛生課の担当者は、「労働安全衛生法及び電離放射線障害防止規則により5年間100mSvの被ばく限度を超えないようにすることが事業主に

義務づけられている。放射線被ばくによる健康障害を防止するには、法令に基づく健康管理を徹底させることが重要。健康管理手帳の対象とするための具体的な改正の検討は行っていない」と回答した。

法令遵守は当然のことだ。石綿関連疾患やじん肺でも法令による防じん対策、ばく露防止対策を徹底すれば、健康リスクを抑えることができる。潜伏期間の長い石綿関連疾患や放射線被ばくによる晩発性障害のような疾病には、健康管理手帳制度による健康管理が相応しい。放射線業務従事者に健康管理手帳の交付を引き続き求めている。

晩発性障害の賠償基準の明確化

放射線被ばく労働による晩発性障害について、労災保険法で認定された事例などは、原子力損害賠償法においても因果関係を認めて賠償すべきである。

毎回、文部科学省とは、原子力損害賠償紛争審査会の中間指針に、疾病や線量基準などの労災認定基準を参考にした基準を設けるよう交渉を続けている。

中間指針には「原子力発電所作業員、自衛官、消防隊、警察官、または住民、その他の者が本件事故に係る放射線被ばくによる急性または晩発性の放射線等により傷害を負い、治療を要する程度に健康状態が悪化し、疾病にかかり、あるいは死亡したことにより生じた逸失利益、治療代、薬代、精神的損害等は賠償すべき損害と認められる」と規定されている。

これに、具体的な病名リストや被ばくの程度など加えて、賠償の対象となるものの目安を明確にすべきだ。

しかし、文部科学省は、労災保険法と原子力損害賠償法とは法体系が異なり、原子力損害賠償法において相当因果関係があるかどうかは、個別の状況のみで判断するとの答弁を繰り返すばかりだ。個々の事情により対応するという現在の方針を頑強に変えようとしていない。

除染作業における被ばく管理と労働契約問題

厚生労働省は、2012年1月から除染電離則を施行し、除染作業ガイドランによる放射線防護対策を指導している。除染電離則では、0.23 μ Sv/時～2.5 μ Sv/時の除染区域では、簡易な線量管理を認めている。原則として作業員一人ひとりに線量計を与え、個人の被ばく線量管理を徹底することを要請した。

厚生労働省が作成した除染作業員向けのリーフレットには、「受けた放射線量が小さい場合（100mSv未満）、がんなどになるかどうかは、はっきりとした医学的知見はありません。広島・長崎の原爆被ばく者の調査でも、100mSv未満の方には、がんの増加は認められていません」と記載されており、100mSvの被ばくは健康に影響しないという誤った認識を与えかねない。確率的影響は確定的影響とは異なり、線量の増加に比例して窓外の発生する確率が大きくなり、「しきい値」は存在しないという趣旨を記載し、被ばくを可能な限り少なくするよう強調すべきであると申し入れた。

ところで現在、除染作業における特殊勤務手当のピンはね問題がマスメディアで報じられるようになった。第8回交渉では環境省に対し、除染作業員がもらえる賃金は、共通仕様書にある積算労務単価17,000円と特殊勤務手当1万円が4時間以上働いた場合に作業員に支払われることを確認した。これを受け、福島で特殊勤務手当をピンはねされていた労働者が労働組合に相談し、下請け会社と交渉して手当の支払いをかちとった。

福島第一原発における下請会社の労働法令違反の根絶に向けて

2011年5月13日、厚生労働省は労働基準局長と職業安定局長の連名で、「東京電力などに労働契約の締結に当たっての労働条件等の適切な明示に関する要請書」を出している。この間、暴力団関係者の介入や不当なピンはねを内部告発が

相次ぎ、17歳の少年が書類を偽造して働いていたという事件も報道された。

第8回交渉で、労働基準監督官の臨検監督の強化、行政指導の実績、17歳の少年の事件の調査を要請したが、厚生労働省監督課の回答は一般論に終始した。

原発では偽装請負は当たり前になっていると言われる。建設業であれば、まがりなりにも建設業法により元方事業者の下請業者に対する責任は明確になっているが、プラント業や製造業ではそうした規定がない。福島第一原発の中の下請企業の中で、偽装請負の実態を労基署はどの程度把握しているのか。

監督課は、1次から4次までは2,000近く業者があり、地元の富岡労基署が福島労働局と連携して指導しているという。だが、原発の重層的な下請構造にメスを入れなければ、偽装請負の実態を把握できない。さらに下請会社での労働基準法15条（労働条件明示）、89条（就業規則）の是正指導件数、職業安定法や労働者派遣法の違反事案について質問したが、監督課、政策課の担当者は答えられなかった。

安全課からは、労働者死傷病報告書に基づき、2011年の休業4日未満が6人、休業4日以上が14人。このうち3人が死亡。死亡労働者のうち2人は津波が原因。2012年の10月時点で休業4日未満が5人、4日以上が5人と報告した。ただし、あくまで福島労働局からの情報でしかない。福島第一原発には、全国から業者が集まってきている。福島第一原発で起きている労働災害や職業病の実態を把握するには、全国から福島第一原発で発生した死傷病報告書の情報を集約する必要がある。次回までに検討するよう求めた。

被ばく線量を超過した場合の生活保障について

昨年12月、東京エネシスの下請会社の現場監督と作業員5名が警報付きポケット線量計（APD）に鉛のカバーを付けつけ、被ばく線量値を低くしようとした不正使用が発覚して、マスメディアも多く報

じた。APDの不正使用による被ばく隠しは許されない。だが、下請労働者のほとんどは、被ばく線量限度になれば解雇され、働けなくなる。そのため、できるだけ被ばくを少なくしようとする。線量オーバーで解雇され、何の補償もないとしたら、原子力損害として賠償されるのか

文部科学省の原子力損害賠償対策室の担当者の回答は、「補償されうと思われる」だった。

中間指針の3の8には、「就労不能に伴う損害」というのがあり、「対象区域内に住居又は勤務先がある勤労者は避難指示等により、あるいは、前記7の営業損害を被った事業者に雇用されていた勤労者が当該事業者の営業損害により、その就労が不当等となった場合には、かかる勤労者について給与等の減収分及び必要かつ合理的な範囲の追加的費用が賠償すべき損害と認められる」と書かれている。法規制上の線量以上になった人は、指針には書かれていない案件でも、相当因果関係があるものは、賠償の対象となり得ると明記されているという。つまり、線量超過した人についての補償・賠償は中間指針の3の8の就労不能という範囲に含まれるとの解釈を、文部科学省が示した。今後、東電に補償を求める場合の根拠になるかもしれない。

内部被ばく2mSv裾切り問題

東京電力では内部被ばくについて2mSvが「記録レベル」とされ、それ以下は記録されていない。この取り扱いについて、厚生労働省労働衛生課の説明によれば、3か月に1回測定は実施しており、1mSvでスクリーニングしてCPMのカウント数が超えていないか確認しているという。カウント数は捨てられてはいない。ただし、オフィシャルな記録上ゼロがつく。もともとICRPのパブリケーション75で記録レベル以下は除外するという原則がある。東電や多くの電力会社は2mSv。実際のスクリーニングレベルは1mSvで管理していると説明した。

しかし、ICRPの規定は、3・11のような事故を想定していない時点のものだ。3・11以後の福島第一原発の現状とはまるで違う。2mSvで裾切りするの

は問題ではないか。ICRPはあくまで勧告であり、それをどう使うかは国内で決める。法令上の根拠はない。ホールボディカウンター（WBC）による内部被ばく検査では、2mSv未満のデータを正確に記録するよう要求していく必要がある。

放射線委員会基本部会の 第2次中間報告と緊急作業

ICRPの2007年勧告の国内制度への取り入れについて、2011年1月に放射線審議会基本部会では、第2次中間報告をまとめている。第8回交渉では、中間報告で提言されている「緊急時被ばく状況に適用する線量の制限値の意味合い」や「緊急作業に従事する者の要件」について、今後どのように具体的に検討するのか、新たに放射線審議会を所管することになった原子力規制庁に説明を求めた。

規制庁によると、基本部会は放射線審議会の下部の委員会になっており、第2次中間報告を放射線審議会に報告するかたちになるという。最終的に放射線審議会ですとめるためには、審議会です1回議論が必要。ところが、規制庁発足で従来の委員が全員解任され、新たに放射線審議会委員を選定するとここから始めなければならない。原子力規制委員からも早くやるよう言われているので、至急開催するようにはしたいとしている。

放射線審議会基本部会の「国際放射線防護委員会（ICRP）2007年勧告（Pub.103）の国内制度等への取り入れについて－第二次中間報告－」（2011年1月）では「緊急作業に従事する者の要件」について次のように提言している。

緊急作業に従事する者は、原則として緊急作業に志願した放射線業務従事者に限り、その者の要件は、「当該作業で発生する可能性のある健康リスクを理解し、それを受け入れる者」とすべきである。また、緊急作業に従事する放射線業務従事者以外の防災業務関係者の要件は、「緊急作業に志願し、教育等をとおしてその作業で受ける可能性のある健康リスクを事前に理解した者であって、緊急対応の訓練を受けた者」とするべ

きである。

ところで、国会事故調査委員会の報告書（2012年7月5日）には「原発作業員の被ばく」の章がある。その章の3）「不十分な原発作業員への放射線防護教育と現場判断による放射線防護対策」（P.469）では、「東電は緊急作業にかかわる協力会社の作業員に対する教育が電離則の定める教育内容を十分に満たしていなかった」と指摘している。

さらに、「当該委員会が行ったアンケートによれば、平成23年（2011年）3月11日の地震発生後、福島第一原発内で従事していた作業員のアンケートに回答した東電社員の40%は、原子炉が危険な状態である又は可能性があるという説明を受けているのに対し、協力会社の従業員のほとんどは、原子炉の状態の説明を受けていないと回答している。」（p.470）と述べている。

前記の「緊急作業に従事する者の要件」と3・11福島第一原発事故の緊急作業の実態との落差に愕然とする。緊急作業に関する検討を早急に開始すべきであろう。

おわりに

2013年2月21日、第9回目の被ばく労働問題に関する関連省庁交渉行方。全国労働安全衛生センター連絡会議のほかには原子力資料情報室、ヒバク反対キャンペーン、原水爆禁止日本国民会議、アジア太平洋資料センター（PARC）、福島原発事故緊急会議被曝労働問題プロジェクトが交渉参加団体となっている。

福島第一原発の事故収束、廃炉をどう実現するのか、被ばく労働者の安全と健康、権利を守り、雇用と生活をどう保障させていくのか、放射線被ばくによる健康被害への対応はどうあるべきかなど、相互に議論を深め、具体的な政策課題にともに取り組んでいければと思う。



※被ばく労働問題に関する関連省庁交渉のご案内、要請事項等については、ブログでお知らせしています。 <http://ameblo.jp/joshrc/>

除染等業務を実施している事業者に対する監督指導の状況等について

2013年1月18日 厚生労働省発表

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002szf4.html>

福島県内で除染等業務を実施している事業者に対する監督指導の状況等を取りまとめました。

1 監督指導の状況(速報)

福島労働局では、除染等業務に従事する労働者の労働条件や安全衛生の確保を図るため、管下の労働基準監督署で、これまで242事業者(平成24年12月末日現在)に対して、監督指導を実施しました。

そのうち、108事業者に労働基準法や労働安全衛生法等の関係法令に違反が認められたことから(違反率45%)、是正指導を行いました。

- | | |
|------------|----------------|
| (1) 監督実施件数 | 242事業者 |
| (2) 違反事業者数 | 108事業者(違反率45%) |
| (3) 違反件数 | 219件 |

○主な違反内容

- | | |
|------------------------|-----|
| (1) 労働条件関係 | |
| 賃金等の労働条件の明示(労基法第15条関係) | 11件 |
| 賃金不払(労働基準法第24条) | 6件※ |
| 労働者名簿の作成(労基法第107条関係) | 7件 |
| 賃金台帳の作成(労基法第108条関係) | 7件 |
| (2) 安全衛生関係 | |
| 線量の測定(除染電離則第5条) | 8件 |
| 事前調査(除染電離則第7条) | 34件 |
| 退出者の汚染検査(除染電離則第14条) | 17件 |
| 持出し物品の汚染検査(除染電離則第15条) | 12件 |
| 保護具の使用(除染電離則第16条) | 9件 |

- | | |
|-----------------------|-----|
| 特別教育の実施(除染電離則第19条) | 14件 |
| 特殊健康診断の実施(除染電離則第20条) | 21件 |
| 放射線測定器の備付け(除染電離則第26条) | 8件 |

- ※・内部被ばく測定や特別教育に要した時間分の賃金が不払であったもの： 4件
・労使協定がないまま賃金控除したもの： 2件
(うち特殊健康診断の受診費用等が本人負担となっていたもの： 1件)
(注)速報として取りまとめたものであり、今後、更に整理する予定です。

2 除染等業務を実施している事業者に対する監督指導以外の取組

- (1) 特殊勤務手当(除染手当)について
- ① 昨年11月に、福島労働局長から、元請事業者(21社)に対して、除染手当を始め、賃金等の労働条件の書面明示等を確実に実施するよう、雇入通知書のひな形を示し、要請を行っています。
 - ② 同じく昨年11月に、環境省と連携し、監督指導の際には、福島労働局から福島環境再生事務所に情報提供する取組を始め、これまでに8件の情報提供を行いました。
(注)環境省発注の除染等業務では、下請を含め、すべての労働者について、労賃に加え、特殊勤務手当(除染手当)を支払うことが発

注条件となっています。

労働基準法では、労働契約上支払うこととされている賃金が不払いの場合には、労働基準法第24条違反（賃金の全額払い違反）で是正を指導することができます。

(2) 除染作業等の放射線障害防止対策について

- ① 「除染電離則」※の内容について、除染を実施する事業者に対する集団指導を実施しました。（平成24年6月から8月、計5回、500人）
※「東日本大震災により生じた放射性物質により汚染された土壤等を除染するための業務等に係る電離放射線障害防止規則」
- ② 除染事業者の作業指揮者等に対し、福島労働局が特別教育の学科科目についての講習を実施し、規則の内容の周知を図りました。（平成23年12月から平成24年2月、計9回、1,613人）
- ③ 「除染等業務従事者特別教育テキスト」、測定器の取扱等の特別教育の実技科目の実施を支援する動画及びQ&A集をインターネットホームページで公表するとともに、作業員向け、事業者向けのリーフレットを関係事業者に配布しました。

3 今後の監督指導等について

今後とも、除染等業務を実施している事業者に対する監督を行い、労働基準関係法令の違反を把握した場合には、関係事業者を厳しく是正指導していきます。

(参考)

除染電離則の概要について

- ① 除染等業務従事者の被ばく限度（第3条、第4条）
事業者は、除染等業務従事者（男性の場合）の受ける実効線量を5年間で100ミリシーベルト（mSv）かつ1年間で50mSvを超えないようにしなければなりません。（原発等の放射線業務の被ばくと合算）
- ② 線量の測定方法（第5条）
【外部被ばく線量】事業者は、平均空間線量

率が2.5マイクロシーベルト毎時を超えている場合は、全ての労働者に個人線量計を装着して測定しなければなりません。なお、2.5マイクロシーベルト毎時以下の場合は、代表者に線量計を着用させて測定する方法等も認められます。

【内部被ばく線量】事業者は、高濃度汚染土壤等（50万ベクレル毎キログラムを超える）を取扱い、かつ高濃度粉じん作業（10ミリグラム毎立方メートルを超える）を実施する場合は、ホールボディカウンタによる内部被ばく測定を行わなければなりません。その他の場合は、マスク表面のスクリーニング検査を実施します。

- ③ 線量の測定結果の記録等（第6条）
事業者は、測定した線量を、3ヶ月、1年、5年ごとの合計ごとに記録し、30年間保存しなければなりません。また、その線量を遅滞なく労働者に知らせなければなりません。
- ④ 事前調査（第7条）
事業者は、除染等業務を行うときは、あらかじめ除染作業場所の状況、空間線量率、放射能濃度等を調査して、その結果を記録し、労働者にもその概要を明示しなければなりません。
- ⑤ 退出者や持ち出し物品の汚染検査（第14条、第15条）
事業者は、作業場から除染等業務従事者が退出する際や物品を持ち出す際に、汚染検査を行い、汚染が認められる場合には、十分に洗身したり、物品を持ち出さないようにしなければなりません。
- ⑥ 保護具（第16条、第17条）
事業者は、高濃度汚染土壤等を取扱い、かつ高濃度粉じん作業を行う場合は、捕集効率95%以上のマスクとタイベックスーツなどを除染等業務従事者に着用させなければなりません。それ以外の場合は、捕集効率80%以上のマスクや、長袖の衣類の着用も認められます。
- ⑦ 喫煙等の禁止（第18条）
事業者は、原則として、作業場所で除染等業務従事者に喫煙・飲食をさせてはなりません。車内や外気から遮断された休憩場所等を設け、その場所でのみ喫煙・飲食をさせてください。や

むを得ず作業場所で喫煙・飲食をさせる場合には、作業中断後約20分を置き、風上となる場所で喫煙・飲食をすることも認められます。

⑧ 除染等業務に係る特別の教育(第19条)

事業者は、労働者を除染等業務に就かせるときは、電離放射線の生体に与える影響、被ばく線量の管理の方法に関する知識等について特別の教育を実施しなければなりません。(学科4時間、実技1時間30分)

⑨ 健康診断(第20条～第25条)

事業者は、除染等業務に常時従事する労働者に対して、雇入れ時、配置替え時、その後6か月に1回、定期的に、特別の健康診断を行わなければなりません。

特殊健康診断費用等の給与からの
天引きについて

- 賃金は全額を労働者に支払うことが原則ですが、法令に別段の定めがある場合や、労働者

の過半数代表者等と書面による協定を交わしている場合には賃金の一部を控除することが可能です(労働基準法24条)。

- 特殊健康診断の費用等、労働安全衛生法で事業者を実施が義務付けられている事項に関する費用は、当然、事業者がその費用を負担すべきものです。

- 労働基準法(昭和22年法律第49号)(抄)(賃金の支払)

第24条 賃金は、通貨で、直接労働者に、その全額を支払わなければならない。(略)また、法令に別段の定めがある場合又は当該事業場の労働者の過半数で組織する労働組合があるときはその労働組合、労働者の過半数で組織する労働組合がないときは労働者の過半数を代表する者との書面による協定がある場合においては、賃金の一部を控除して支払うことができる。

2 (略)



除染電離則の適用に関するQ&Aについて

除染電離則の適用でよくある質問は以下のとおりですのでご注意ください。

質問	回答
外部被ばく線量測定について、除染作業従事者全員が、線量計を装着して線量を測定し、その値を記録しなければならないのか。	平均空間線量率が2.5マイクロシーベルト毎時(年間5ミリシーベルト相当)を超えている場合には、除染等業務従事者のそれぞれに、個人線量計を着用させて測定しなければなりません。ただし、平均空間線量率が2.5マイクロシーベルト毎時以下の場合には、代表者に線量計を着用させて測定する方法や、空間線量率により被ばく線量を推定する方法によっても差し支えありません。この場合、代表者の線量等を個々の作業員の被ばく線量として記録することになります。
除染作業員全員が、ホールボディカウンター(WBC)による内部被ばく測定を受けなければならないのか。	内部被ばく線量は、高濃度汚染土壌等(50万ベクレル毎キログラム)を取扱い、かつ、高濃度粉じん作業(10ミリグラム毎立方メートル)を行う場合に、WBCによる測定が義務付けられています。その他の場合は、マスク表面のスクリーニング検査等によることが認められています。
除染作業員全員が、タイベックや、捕集効率95%以上の防じんマスクを使用しなければならないのか。	防じんマスクは、高濃度汚染土壌等(50万ベクレル毎キログラム)を取扱い、かつ、高濃度粉じん作業(10ミリグラム毎立方メートル)を行う場合に、タイベックを着用し、かつ、捕集効率95%以上の防じんマスクの使用が義務付けられています。その他の場合は、長袖の作業着と捕集効率80%以上の防じんマスクの使用が認められています。
作業期間中の累積被ばく線量の記録を、直ちに労働者に知らせなければならないのか。	事業者は、記録した線量を、遅滞なく、知らせなければなりません。専用の機械で読み取らなければならない測定器(ガラスバッジ等)の場合は、読み取りに要する期間(1ヶ月程度)の後に通知することも認められます。
作業現場での飲食や喫煙は全面的に禁止されているのか。	事業者は、原則として、作業場所で除染等業務従事者に喫煙・飲食をさせてはなりません。ただし、現場の状況により、外気が遮断できる場所を確保できない場合は、①高濃度の汚染土壌等が近くになく、②作業中断後約20分を置き、③作業場所の風上となる場所での喫煙・飲食は認められています。
作業後の汚染検査で汚染限度以下の物品を一般ゴミとして扱ってはいけないのか。	事業者は、作業場から除染等業務従事者が退出する際や物品を持ち出す際に、汚染検査を行い、汚染が認められる場合*には、十分に洗身したり、物品を持ち出さないようにしなければなりません。なお、この汚染限度を下回った物品は、自由に持ち出すことができます。 * 40Bq/cm(≒13,000cpm)を超える場合が該当します。

胃がん・食道がん・結腸がんと放射線被ばくに関する医学的知見の公表

～労災請求を受け、疫学調査報告を分析・検討して報告書を取りまとめ～

2012年9月28日 厚生労働省発表

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002koo1.html>

厚生労働省の「電離放射線障害の業務上外に関する検討会」（座長：独立行政法人放射線医学総合研究所 米倉義晴理事長）はこのたび、胃がん・食道がん・結腸がんと放射線被ばくとの関連について、現時点の医学的知見を報告書として取りまとめたので、公表します。

これは、放射線業務従事者に発症した胃がん・食道がん・結腸がんについて、平成21年12月と平成23年2月に計2件の労災請求があったことを受け、業務が原因かどうかを判断するために、疫学調査報告を分析・検討し、まとめたものです。報告書の概要と、当面の労災補償の考え方は以下のとおりです。

なお、この報告書は、現時点での医学的知見をまとめたもので、新たな労災請求事案については、それぞれ最新の医学的知見に基づいて判断します。厚生労働省では今後とも医学的知見の収集に努めていきます。

<検討会報告書の概要>

1 被ばく線量と胃がん・食道がん・結腸がんの発症リスクとの関係

- (1) 胃がん・食道がん・結腸がんに関する個別の文献では、各々のがんの発症リスクは、1Sv以上の被ばく線量から確認されたと報告するものがある。
- (2) より統計的に検出力の高い全固形がんに関する調査報告では、原子放射線の影響に関する国連科学委員会(UNSCEAR)は、被ばく

線量が100から200mSv以上において統計的に有意なリスクの上昇が認められるとしている。また、国際放射線防護委員会(ICRP)は、がんリスクの増加について、疫学的研究方法では100mSv未満でのリスクを明らかにすることは困難であるとしている。

2 潜伏期間(放射線被ばくからがん発症までの期間)

- ・胃がん、食道がん、結腸がんの個別の文献での最小潜伏期間は、(1)胃がん：10年、(2)食道がん：5年、(3)結腸がん：5年とされている。
- ・ICRPの勧告では、最小潜伏期間は5から10年程度。

3 放射線被ばく以外のリスクファクター

一般的に、がんの主な発症原因は生活習慣や慢性感染であり、年齢とともにリスクが高まるとされているが、各々のがんに関する代表的なリスクファクターは次のとおり。

- (1) 胃がん：ピロリ菌、喫煙
- (2) 食道がん：喫煙、飲酒
- (3) 結腸がん：飲酒、肥満

<当面の労災補償の考え方>

- 1 放射線業務従事者に発症した胃がん・食道がん・結腸がんの労災補償に当たっては、当面、検討会報告書に基づき、以下の3項目を総合的に判断する。

- (1) 被ばく線量

【13頁下に続く】



2012年11月9日、東京都江東区の亀戸文化センターで「被ばく労働を考えるネットワーク」設立集会が開催された。労働組合関係者や脱原発運動に取り組む市民など約300名が参加。福島第一原発事故の収束作業や除染作業に携わる被ばく労働者を支援していくための幅広い枠組み作りと運動展開を確認した。なお、当日の様子は同ネットのウェブサイトで見ることができる (<http://www.hibakurodo.net/>)。

集会は、飯田勝泰東京労働安全衛生センター事務局長の進行ではじまり、ネットワークの呼びかけ人の一人である写真家の樋口健二さん(次頁写真右)があいさつした。

「私は、40年前から原発被ばく労働者を取材し、写真を撮ってきました。昨年3月11日の事故以来、非常に関心が高まり、今日もこんなに多くの皆さんが集まっています。正直言ってこんな時代が来るとは思っていませんでした。私には『伝える力』しかありません。あとは運動を盛り上げてほしい。」

やはり呼びかけ人の一人である斎藤征二さん(次頁写真左)は次のように語る。

「私は配管工として原発の建設作業に従事しました。私が作業した美浜原発で放射能漏れ事故

があり、それがいい加減な形で葬り去られようとしたことを契機に、労働組合を結成しました。残念ながら4年でつぶされました。原発の被ばく労働に安全なんてありません。原発は止める、なくすしかない。」

また、呼びかけ人の一人ルポライター鎌田慧氏からは、「…本日結成される『被ばく労働を考えるネットワーク』は、原発関連労働者の生命と健康を守るための重要な統相と救済の組織となるでしょう。原発関連労働者への被ばく手帳の交付、休業補償、厚生年金などの制度の確立が必要です。危険労働を押しつけられている労働者の救済と失業対策は、ますます重要な闘いとなるでしょう。このネットワークの結成を喜び、かつ期待しています」とのメッセージが寄せられた。

福島県いわき市で活動する「全国一般いわき自由労働組合」の桂さんが、除染作業に従事した労働者に、危険手当が支払われていない問題が報告された。寄せられている相談によると、危険手当には100円～2,000円と幅がある。環境省からはなんと1万円が元請けのゼネコンに支払われている。直接雇用主である下請けの社長はそんなにもっていない、と言う。団体交渉の結果、危



険手当は1万円を支払うかたちにして、日当は最低賃金の5,500円、宿代と飯代も引かせてくれなどと言って、不利益変更した賃金規定まで持ち出す始末。労働基準監督署にも申告したが、あいまいな指導しかしない。

当該労働者からも訴えがあった。「私は日当1万円ということで2か月間働きました。実は危険手当1万円という話をきいて、そんなに危ない仕事だったのかと本当に驚きました。手当の金額の問題ではなく、それを業者が説明もせずピンハネするということが許せません。きちんと獲得するまで闘います」。

【11頁から続く】

胃がん・食道がん・結腸がんは、被ばく線量が100mSv以上から放射線被ばくがんとがん発症との関連がうかがわれ、被ばく線量の増加とともに、がん発症との関連が強まること。

(2) 潜伏期間

放射線被ばくからがん発症までの期間が、少なくとも5年以上であること。

(3) リスクファクター

放射線被ばく以外の要因についても考慮する必要があること。

2 判断に当たっては、上記検討会で個別事案ごとに検討する。

「電離放射線障害の業務上外に関する検討会」

参集者名簿

○：座長（五十音順）

神奈川県労働職業病センターの川本さんが、被ばく労働を考えるいくつかの問題提起と課題を報告した。まず、今までなぜ原発の被ばく労働が注目されなかったのかを、一人ひとりが考えてほしい。被ばく線量や推定される発症数と比較して、労災申請者数が非常に少ないのはなぜなのか。逆に、名前を出して闘った人たちは、やはり仕事に誇りを持っていたことを理解するべきだ。

課題のポイントとして、事故後のすさまじい被ばく線量と放射性物質が管理不能の状態できちんと散らされたこと、緊急作業の法的位置付けの曖昧さ、電力会社と雇用主の責任をめぐる法的問題などについて、簡単に解説した。

集会の最後に、呼びかけ人の一人である「全国日雇労働組合協議会」の中村光男さんが、いわき市に拠点を設ける構想への協力と呼びかけた。原発で働く労働者は宿舎も会社が提供しているために、職を失うと同時に住むところも失ってしまう。そうした労働者が泊まれる場所も兼ねた事務所をいわき市に作りたい。その他にもいろいろな立場の人がいろいろな形で、被ばく労働者を支援するための取組みを行うためのネットワークをめざしたいと訴えた。



氏名	所属・役職・専門
明石 真言	独立行政法人放射線医学総合研究所理事 放射線被ばく医療と生化学、血液学
草間 朋子	東京医療保健大学副学長 放射線防護学
祖父江 友孝	大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学講座環境医学教授 がん疫学
伴 信彦	東京医療保健大学東が丘看護学部教授 放射線影響・放射線防護
別所 正美	埼玉医科大学学長 血液内科学
○米倉 義晴	独立行政法人放射線医学総合研究所理事長 放射線医学

※報告書本文：<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002koo1.html>



「被ばく労働を考えるネットワーク」への参加・賛同を!!

■こんなことを、さまざまな人たちと一緒に取り組みたいと思います。

労働現場における被ばく問題に関する情報を共有し、意見交換を行う。

原発労働者および被ばく問題に直面する様々な労働者に対し、自主的な安全点検や労働相談などの支援を行う。

被ばく労働問題を通じ、福島とそれ以外の労働者の交流を行う。

政府・自治体・事業者・雇用業者に対する共同の取り組みを行う。

学習会やシンポジウムを開催し、被ばく労働問題の社会化を進める。

【賛同金送り先】

郵便振替口座:00170-3-433582

口座名:被ばく労働を考えるネットワーク (〇一九=ゼロイチキユウ 当座0433582)

郵便振替用紙に以下の記載をお願いします。

被ばく労働を考えるネットワークに賛同します。

賛同金口数(賛同費は一口、個人1,000円、団体3,000円です。カンパもぜひ!!)

お名前・所属(あれば)など/ご住所/メールアドレス

ひとことメッセージ:

▼3.11震災以降、福島第一原発では見通しの立たない収束作業が続けられており、被ばく労働問題は深刻です。不足する労働者は全国各地から集められていますが、安全対策も不十分なままです。とりわけ、非正規・下請け労働者の権利は守られていません。雇用関係や安全管理の曖昧な重層の下請構造は放置されたままです。下請け企業による被ばく線量隠しの実態も明らかになりました。事業者である東京電力、対策に当たっている政府に任せきりでは、労働者の安全と命を守ることができません。

▼さらに、原発事故で飛散した放射能により、下水処理場、清掃工場、港湾、運送、鉄道などの様々な労働現場で、労働者の被ばくが深刻な問題になっています。除染作業には、被災により生活が困窮している福島の人々が多く動員されています。しかし、線量の管理や装備の問題などの面で、住民の被ばくの拡大が懸念されています。すでに「全ての労働が被ばく労働である」と言える状況になっているのです。

▼今後、被ばくに関連した労働・健康問題が各地で多く起こることになるでしょう。5年、10年といった時間を経て、それが大きな社会問題になることも避けられません。今こそ、働く人びとの命と安全を守るための長期的な運動が、社会的に求められています。労働者のみならず、家族や地域住民に対する、生活・労働両面からの対応が必要です。

▼私たちは、被ばく労働の問題を広い視点からとらえなおし、情報を分析・共有し、福島現地の人びとや当該の人びとと協力しながら、現地での労働・生活相談、医療相談活動や、被ばく労働に関わる省庁交渉、対企業申し入れ、宣伝活動、学習会や交流集会など、さまざまな活動に取り組んでいきたいと準備しています。さまざまな分野で活動されている方、また専門的な分野で活動されている方の力を結集することが必要です。

▼こうした状況の中で、共同で取り組む連絡組織として、私たちは正式に「被ばく労働を考えるネットワーク」を設立して活動を開始します。

この問題に関心を寄せられる多くの方がたの、参加・賛同と協力を呼びかけます。

【連絡先】

被ばく労働を考えるネットワーク

<http://www.hibakurodo.net/>

〒111 東京都台東区日本堤1-25-11 山谷労働者福祉会館気付

電話:090-6477-9358(中村) e-mail:info@hibakurodo.net

いわきで講演会と労働相談会

村田三郎医師の講演 「原発労働者・地域住民の被ばくと健康管理」

2012年11月25日、福島県いわき市にて「被ばく労働を考えるネットワーク」主催による講演会&相談会が開催された。

今回の講演会&相談会は、福島第一原発事故の収束作業と除染作業において、除染作業の危険手当のピンハネ問題などの多重請負問題や不安定な雇用などの労働相談の観点から、そして線量計の鉛カバー問題などの放射線防護の安全衛生の観点から、現場で働く労働者に向けて開催した。全体で160人の参加で「被ばく労働」への関心の高さが感じられた。

労働相談には、現場で働く5名の作業員の方々が相談にいらした。除染作業における危険手当のピンハネ問題や健康診断や作業前の特別講習の未実施についての相談だった。今回のいわき市内での開催のように、作業現場に近い所で実施することで、現場の労働者の声に触れることのできた大きい意味のある「相談会」だった。

講演会は、阪南中央病院の村田三郎医師を講師として行った。村田医師は、広島・長崎の原爆被爆者の健康診断や診療、実態調査のほか、福島原発の下請労働者の実態調査など、労働者や住民の被ばく問題に長年関わってこられ、今回の原発事故以前から低線量被ばくによる放射線障害や内部被ばくの危険性を訴えてこられた。

村田医師は、原発事故による放射能汚染のなかでも、労働者の放射線被ばく問題について重点

的にお話しされた。この間、医師を含めいろいろな専門家が講演会を行ってきたが、筆者の経験から言うと、労働者の被ばく問題に焦点を絞って、ここまで詳しくかつ分かりやすくお話しされたのは村田医師が初めてだった。とても重要な講演会だったので、ここに詳しく紹介する（以下、講演会の村田医師のレジュメより）。

福島原発事故後の 労働者被ばくについて

福島第一原発事故の収束作業で、作業員の安全確保のルールや手順が崩壊的に緩和されている。通常、1日の作業で1ミリシーベルトを越す被ばくが見込まれる場合、元請け会社は、作業員の予想被ばく線量を記した作業計画書を労働基準監督署に届け出るが、それがないがしろになっている。その他、収束作業で被ばくした作業員3人は除染できず、体の絵とともに汚染部位が記載された「確認証」を東電から発行されただけで作業に復帰している等。

収束作業の作業員の総被ばく総量（11年3月11日～12年5月31日）では、東電社員と下請作業員あわせて22,224人が累計で263シーベルト（26万3千ミリシーベルト）を被ばくしている。これは内部被ばくの影響を厳しく評価していないBEIRⅦ（米科学アカデミーの電離放射線の生物学的影響の報告

Ⅶ)の報告から言っても「26人」が癌死亡する被ばく量である。また、悪質な被曝隠し(線量計の鉛カバーを持たずに被ばく作業)、被ばく線量が増えたとたん仕事に失ってしまう、弱い者への被ばくの押しつけ等の問題は根深い。

原子の火でできた電気の影で、闇に消されてきた被ばく労働者

原発作業での放射線障害で労災認定に取り組んだ岩佐嘉寿幸さんとの出会い、その取り組みから学んだこと。事実を否定する「大学医学部の科学の論理」=大学の科学とは何なのか? 原発=巨大科学技術の陰に原始的被ばく労働が横たわっている。「環境中への放射線・放射能漏れはない」=報道されない被ばく労働(労働内容を被ばく線量で計る)。

政府・科学者が一体となって、事故影響に関する過小評価と事故対策。事物には補償しても人には補償しない(大泉さんの裁判から)。「放射線の影響はないが、不安を解消するために行う検診」に対して、長期的影響を視野に入れた検診が必要だ。被ばく労働者は分散され、長期的観察体制が無いことなど。

昨年までの原発作業員の被ばく実績では、実に90%以上が下請労働者に放射線被ばくが集中している。

原発作業員 蓄積する被ばく量 不安との戦い

年間50ミリシーベルトの線量限度を超えた人数が1,000人以上いる(12年6月現在)ことに注意が必要。事故直後は熟練した正社員が高被ばく作業に従事(関連会社の社員も動員された)。年間20ミリシーベルト以上被ばくした正社員が多く(35%)、これ以上高線量区域で働かせられない。協力社員という名の下請労働者が多く従事し、被ばく線量も増加している。

差別される被ばく管理。放射線量を管理する線量計が足りず、180人が線量計を持たずに作業

したこともあった。「これまでにどれだけ放射線を浴びたのかわからない」と不安を訴える。

劣悪な職場環境。食事は朝が乾パンと野菜ジュース、夜が缶詰めと非常食のご飯。作業の合間に床で雑魚寝。

測定できない内部被ばく。福島第一原発には内部被ばく量を計測するホールボディカウンターと呼ばれる機器もあったが被災して使えず、検査車両で代替している状態。

強要される被ばく。線量限度の1年50ミリシーベルト、5年で100ミリシーベルトが、今回の事故後250ミリシーベルトに引き上げられた。さらに、ICRPでは緊急時は救急隊員など総被ばく線量500~1,000ミリシーベルト以内に抑えれば良いと勧告。そして福島第一原発事故の収束作業での被ばくを別枠、最大350ミリシーベルトへ。被ばく線量を超えても原発で働けるよう被ばく限度を上げるように使用者ならびに電力総連が要請。

無視される内部被ばく。緊急作業従事者7,800人のうち内部被ばくを測定した人はわずかに1,400人に過ぎない。

多重下請け構造で働く 原発被ばく労働者

日本の商業用原発の労働者のうち、電力会社の社員は1万人弱なのに対し、下請労働者は7万5千人(09年度、原子力安全・保安院)。福島第一原発でも1,100名強の東電社員に対して下請労働者は9千人を超える(同)。

元請け会社こそ、原子炉建設を担った日立製作所や東芝、電設工事の関電工など名だたる大企業だが、「実際に作業員を送り込んでいるのは7次、8次下請け会社であることもザラ」(関係者)だとされる。しかし原発作業のような危険業務を、多重下請けで担うことができるのだろうか。多重下請けは管理責任が不明確となり、労災発生につながりやすいとされる。東電は彼らの作業現場での高い放射線量を事前に把握しながらも、注意喚起を怠っていた。また、本来必須であるはずの放射線量の管理責任者も、当初は不在だった。

なぜ原発で働く人の賃金は安いのか

日給は9千円から1万1千円。これは福島第一原発で事故が起きる前の地元のハローワークの求人から。「福島原発：仕事内容は原子力発電所内の定期検査・機械・電気・鍛冶溶接及び足場作業」。求人欄を見て見ると「学歴不問、年齢不問、応募資格不問、スキル経験不問」とすべて「不問」。

下請け労働の構図を見てみると、まず東電の下に元請会社がある。元請会社は東証一部上場の大企業が並んでいる。ただ実際、原発に労働者を送り込んでいるのは1次～8次の下請けの会社。求人票に掲載されている会社はほとんどが社員数人の零細企業。原発で作業する上で特殊な能力があるわけではなく、ごく普通の人たちが作業している。

元請会社の下には8次下請けまで存在していた。元請会社が行っていたことは偽装請負(契約上は業務請負であるのに、実際には人材派遣になっている状態)で、限りなく違法行為に近い。今回の事故収束作業に係わった作業員の身元(行方)不明者が140名以上いるのは、このような多重請負構造があるから。

賃金のピンハネ問題も多重請負に原因。危険手当の支給をしていない実態が明らかに。除染作業者の汚染の危険性の程度に応じて危険手当が支給されるはずだが、支給されていなかった。請求すると総額は変更せずに「危険手当込みの支給だ」と言い換える。

除染作業という新たな被ばく労働

原発敷地外での被ばく。放射性汚染物質の自然の流出と移動。道路へ、溝へ、河川へ、地下水へ、ゴミ焼却施設での濃縮。除染作業による被ばく。従事する人は被災した住民も多い。もとの生活に戻りたい気持ちと、生活手段・仕事を奪われたため、二重の被ばくをする危険性を承知で、被ばく労働を受け入れざるを得ない実態がある。これは事故発生の責任と補償責任を曖昧にすることにつ

ながる可能性がある。

危険手当が支払われていない、被ばく軽減の防護服の着用がなされていない、被ばく管理・健康管理が不徹底など、除染労働では問題が山積みしている。

原発労働者の被ばく実態調査

日本原子力施設で働く労働者の疫学調査結果によれば、調査の追跡期間が増えるにつれて原発労働者の死亡率が増えてきた。最近の調査では、全ガン死亡率が一般人口を有意に上回った。

下請被ばく労働者の実態調査から。原爆被爆者の数に匹敵する原発の被ばく労働者数。被ばく要員としての下請け労働者、不十分な安全教育と被ばくの管理(被ばくの重層構造)。健康実態は、原爆被爆者と極めて類似していた。「ぶらぶら病」症状が40歳代から50歳代の労働者に多い。働けない労働者、健康補償のない労働実態、隠ぺいされる健康被害(労災隠し・病名隠し)。被ばく者自身が名乗り出られない構造がある。被ばく・健康手帳の交付なし、本人にも知らせない中央登録センター。

放射線管理手帳制度

手帳制度は、全国統一様式の放射線管理手帳(放管手帳)を用いて、原子力発電所等の原子力施設に立ち入る者の被ばく前歴を迅速、かつ的確に把握すること及び原子力施設の管理区域内作業の従事に際して必要な放射線管理情報を原子力事業者等に伝達することを目的とする。事業者は放管手帳の記入内容等を本人に提示し、間違い等のないことを確認する。

放管手帳は本人の所有物になるが、業務中は、被ばく線量の記入など必要な放射線管理情報を最新、かつ適切な状態に保つため、事業者が預かり保管管理する。

なお事業者は、手帳所持者が退職等で事業所を離れる時には、本人に放管手帳を返却する。再度、他の事業所で放射線業務に就く場合には、

作業員本人がこの放管手帳を提示し、必要な手続きを行う(中央登録センターHPより)。

福島原発事故後、50ミリシーベルト以上の被ばく労働者に放管手帳を交付して、離職後もがん検診を実施することになった。

非常に困難な放射線被ばくによる 労災認定の現状

労災認定が可能となった条件。被ばく線量の記録があること。作業所が存在すること。病気と被ばくとの関連を思いついたこと。診断書を書く医師がいたこと。これまでに放射線被ばくが原因として労災認定された事例はわずか10数例しかない。

長尾さんの労災認定事例(多発性骨髄腫)。多発性骨髄腫は従来は放射線作業に関連する業務上疾病として認定されたことはなかった。長尾さんの5年間の総被ばく線量は70ミリシーベルトで、年間平均は16.47ミリシーベルト。これは白血病の年平均被ばく線量の基準(5ミリシーベルト)の3倍以上の量であった。認定基準の「慢性被ばくにおける相当量」を機械的に適用するのではなく、白血病に関する業務上認定基準に則って判断するのが妥当。

喜友名さんの労災認定事例(悪性リンパ腫)。喜友名さんは、他の労働者と比較して、短期間に非常に多くの被ばく線量を受けている。総被ばく線量は6年4か月間で99.76ミリシーベルト、年間平均で15.76ミリシーベルト。悪性リンパ腫を白血病との類縁疾患(一連の疾患)、骨髄のガンであると考えると、喜友名さんの総被ばく線量は外部被ばく線量だけを見ても従来の認定基準に適合する。

嶋橋さんの労災認定事例(慢性骨髄性白血病)。嶋橋さんの総被ばく線量は8年10か月で50.63ミリシーベルト。「5ミリシーベルト×従事年数」の労災基準を超えており労災認定された。会社(中部電力)は因果関係を否定。また会社は「嶋橋さんの死に関して異議を述べず、一切の請求をしない」ことを条件に弔慰金を支払っていた。

被ばく労働者の健康管理の原則=「健康管理

手帳」を交付し、生涯にわたり健康管理をするべきである

「無用な放射線被ばくはできるだけ避ける」「避けることのできない放射線被ばくは、被ばく線量をできるだけ低くする(=ALARA)」の放射線防護の原則的立場をとるべき。

被ばく労働者に関して、長期間の追跡が必要であり、健康管理手帳の交付、国・東電の責任で、健康管理と被ばく線量の低減、管理が必要。

情報の公開と明示。被ばく線量の確認と管理、被ばく歴の記載と確認。すべての被ばく労働者に健康管理手帳の交付と健康診断。被ばくは下請労働者に集中している=被ばく要員として使い捨てられる。手帳には放射線の危険性や労災の例示疾患などを明記すべき。

被ばくとの関係を否定できない疾患が出現した時の責任を明確にして、国・東電の責任のもとに補償を行うこと。

核・原子力との共存はできない 被ばくしないためには止めるしかない

放射線被ばくの後障害(確率的影響)は40~50年以上に及ぶ可能性がある=原爆被爆者の経験から。救済・補償の判断は、専門家のみで行ってはならない。被害者も参画するべきである。加害者が判断することは、被害の過小評価につながる。

放射線被ばくに安全な値はない。許容線量(線量限度)とは、被ばくさせることができる我慢線量である。被ばくは少なければ少ないほど良い。原発事故での被ばくは無用な被ばくである。

放射線による急性障害が「直ちに影響が現れないレベルでの被ばく」の場合でも、晩発性障害(ガン、白血病などの悪性腫瘍、また非ガン疾病)が増加する。

被ばくと被害は社会的弱者に集中する。差別と切り捨ての構造がある(原発立地場所・下請労働者・住民)。核・原子力との共存はできない。被ばくをしないためにはこれらを止めるしかない。



原発と労働者

原発で働く労働者の命を守る体制を

片岡明彦

関西労働者安全センター事務局長

はじめに

今日の講演のテーマは「原発と労働者」ですが、皆さんのなかで、原発で働いていた労働者にお会いになったことがある方はいらっしゃいますか。私もほとんどありません。なのにこんな話をしろというのは間違っていると思いますが(笑)。

2011年3月11日に福島第一原子力発電所で事故が起きました。そして、非常に過酷な労働を強いられた労働者はたくさんいます。

そこに至るまでには、日本に原子力発電所が作られて以降の非常に長い歴史があります。初期にはかなり劣悪な労働条件の中で、病気になったり亡くなったりした方が何人もいらっしゃる、ということは事実だと思いますが、その「墓標」はどこにあるのか、それは誰だったのかについてわからない。そういう状況です。

今日は、私が関わった原発労働者のことを皆さんにお伝えして、3.11の後に考えたことを少しお話ししたいと思います。

岩佐訴訟のこと

私が最初に出会ったのは岩佐嘉寿幸さんという方です。岩佐さんが後に放射線皮膚炎と診断される被曝事故に遭ったのは、1971年、41年前です。その後、労災請求し、原子力損害賠償法に基づいて日本原子力発電株式会社を相手に損害賠償裁判も起こしました。岩佐訴訟といって、日本で初めて原発での被曝労働の被害を訴えた、当時は非常に有名な裁判です。

岩佐さんは当時、水道管工事会社に勤めていて、1971年5月に日本原電敦賀発電所で、不断水穿工事中に被曝しました。原発内で働き、膝に放射線を浴びたと言われるのは、たった一日です。その後、難治性の皮膚炎になり、体調も悪くなり、仕事を続けられなくなりました(1973年8月休職)。そして、1973年8月に大阪大学附属病院で受診し、「放射線皮膚炎と二次性リンパ浮腫」と診断されました。

岩佐さんは当時、大阪市港区に住んでいて、私も家に行ったことがあります。いわば「浪速のしたたかなおっさん」で、労働組合など何もないなかで、なんとかしてやろうと、日本原電を相手にいろいろ交渉をしたけれども結局だめで、当時はじまっていた日本初の原発訴訟である伊方原発訴訟(1973年8月提訴)に関係ある方に話を持って行って、損



入廷する岩佐嘉寿幸さん

原発の壁

1970年代というのは、労働運動が盛んな時期で、関西労働者安全センターも1973年にできました。当時の労働基準監督署に対する労災の認定闘争なども、200人くらい労働者が集まって監督署と団交するというような状態だったようです。労災認定基準がいまのようにいい時代ではないなかで、関西労働者安全センターでは、脳・心臓疾患の労災をほぼ全部認定させていました。

ですから、岩佐訴訟、労災申請について、先輩たちはたぶん「こんなもん一発や」「軽い、軽い」とか言ってやっていたのですが、いまから考えると、原発の問題というのは労基署で200人、300人集めてなんとかなるような、そういうレベルの問題ではなかったのではないかと思います。そのくらいガードが固くて、岩佐訴訟は、その壁を超えられなかったということです。

29歳で亡くなった嶋橋伸之さん

その後、嶋橋伸之さんという方の遺族が、労災認定をかちとるということがありました。嶋橋さんは高校卒業後、協立プラントコンストラクトという中部プラントの下請けに入社し、中部電力浜岡原発で放射線管理の仕事をしていました。そして、1991年に慢性骨髄性白血病で亡くなりました。29歳でした。

1993年に遺族が労災請求し、1994年に支給が決定しました。この人の事件は『知られざる原発被曝労働—ある青年の死を追って』（岩波ブックレットNo.390、藤田祐幸著、1996年）という本になっています。

長尾光明さんのこと

次にお話しするのは、私がお会いした原発労働者の二人のうちのひとり、長尾光明さんです。岩佐さんは労災認定されませんでした。長尾さんは認定されました（2002年労災請求、2004年支給

害賠償裁判、労災請求することになったのです。

1974年4月に損害賠償裁判を起こし、翌年の1975年3月に敦賀労働基準監督署に労災請求しました。その年の10月に労災不支給決定がされ、労災審査官審査請求しましたが、1976年10月に棄却され、12月に労働保険審査会再審査請求をしました。

損害賠償裁判は、1981年3月に大阪地裁で敗訴しました。私が関西労働者安全センターの仕事に就いたのは1985年ですので、この大阪地裁判決の4年後です。学生時代から岩佐さんの裁判に関わり、ニュースの作成などを手伝っていたので、安全センターに入ってから訴訟の仕事もしていました。

大阪高裁に控訴しましたが、1987年11月に敗訴し、最高裁でも上告棄却されました（1991年12月）。労災の労働保険審査会でも、1994年6月に再審査請求が棄却されました。

最終的に2000年10月11日、岩佐さんは失意の中でお亡くなりになりました。77歳でした。



長尾光明さん(1981年12月、福島第一原発2号機ドライウエル内定検工事)

決定)。

長尾さんは、岩佐さんみたいに一回だけ原発に行った人ではなくて、プラント労働者として1977年から1882年にかけて4年3か月、主に福島第一原発で働いていた、本格的な原発労働者でした。

長尾さんは、1973年に石川島プラント建設(IPC)に48歳で入社します。その後、会社から「(原発に)行ってくれないか」と言われ、「俺は怖いから嫌や」と何回も断ったけれども、「そう言わんと行ってくれ」と言われて、行ってしまったということです。

長尾さんは、行った時の手帳を全部残していました。原発に入った時間や何ミリレム(REM=放射性粒子の吸収線量)といったことが書かれていました。「給料ごまかされたいかん」と、働いていたことを記録するために書いていたそうです。給料をごまかされないとわかってからは全然書いてないんですけど、とてもきっちりした人で、白血球の数値など、検診記録も書いてありました。

長尾さんは、1998年に多発性骨髄腫を発病しま

した。病院で医師に「俺は原子力に行っていたからこういう病気になったんじゃないかと思う」と放射線管理手帳を持って行って話したそうですが、長尾さんが言うには、「先生、全然聞いてくれなかった」そうです。

その後、首を骨折したときに兵庫医大の放射線科に行き、その教授に同じように話して「調べてくれ」と手帳を渡したそうです。一年くらいそのままになっていたようですが、その教授が阪南中央病院の村田三郎先生に電話してきたのです。ご存知の方は多いと思いますが、村田先生は放射線科の医師で、長年、原爆被爆者の医療・労働者被曝・低線量被曝の問題に長く関わってこられた先生です。

兵庫医大の教授から電話を受けた村田先生は、驚いて私のところに電話をしてくれました。「片岡くん、これ、なんとか労災にならないか」と。多発性骨髄腫を発生して数年経ったときでした。

それで、長尾さんにすぐお会いして、2002年11月に富岡労働基準監督署に労災請求しました。

多発性骨髄腫で労災認定

長尾さんは主に福島第一原発で働いていましたが、他に中電の浜岡原発や敦賀の新型転換炉ふげんなどでも働いたことがあります。4年3か月の被曝量が約70ミリシーベルトでした。

白血病の労災認定基準は年間平均で5ミリシーベルトですから、その基準はクリアしていましたが、長尾さんは多発性骨髄腫でした。皆さん、多発性骨髄腫と白血病の違いがわかりますか。私は全然わからなかったです。村田先生たちが調べると、多発性骨髄腫と放射線被曝というのは関係があるという医学論文がありましたので、これを出しました。

私にとっては、岩佐訴訟のリベンジ、「今度は勝つぞ」という思いがありました。白血病ではなく多発性骨髄腫だから難しいのでは、とも言われましたが、村田先生はじめ岩佐訴訟からのかかわりをもつ多くの方の支援を得て、労災認定をかちとることができました(2004年1月)。

損害賠償は認められず

2002年に長尾光明さんの労災認定を取った後、次は東京電力相手に損害賠償を求める、ここまでやって勝ちだということですから（2004年10月提訴）、労災認定と損害賠償は因果関係の考え方が違うということで、最高裁までいきましたけれども、損害賠償は認められませんでした（2010年2月最高裁判決）。

労災認定をされていて、因果関係も明らかなのに、なぜ原子力損害賠償法の損害賠償が認められないのか。原子力損害賠償法というのは特殊な法律で、因果関係さえあれば、故意、過失の部分は問わない法律で、認められるはずなのになぜなのか。

弁護士の解説によれば、民事損害賠償の立証の水準と労災の立証の水準は格差があるので、損害賠償を認めるまでの因果関係の立証には至らなかった、ということです。わかりますか。私は全然わかりません。原発問題に詳しい新聞記者に「片岡さん、それが原子力ですよ」と言われ、歯ざりした記憶があります。

長尾さんは、東京地裁の判決（2008年5月）の前に亡くなりました（2007年12月）。せめてもの救いは、裁判に負けたことを長尾さんは知らずに天国に行ったということです。

健康ないがしろの原子力労働

実は長尾さんは、最後に宿題を出して亡くなりました。長尾さんは、原発で働いて多発性骨髄腫になったのですが、最後は多発性骨髄腫ではなく、肺がんで亡くなったのです。

はじめに言いましたが、長尾さんは原発に行くまで30年くらいプラント労働者をしていました。石綿（アスベスト）です。主治医にレントゲンとCTを出してもらって、石綿に突き当たるかもしれないからちゃんと調べてくれと言って、一年くらい待って労災申請し、石綿肺がんと認定されました。

長尾さんは、放射線被曝で多発性骨髄腫にな

り、石綿で肺がんになり、そして亡くなっていったというわけです。

つまり、原子力労働の現場というのは、石綿の現場であり、放射線の現場であり、建設労働の現場だということです。建設労働現場の特色は多重下請構造で、非常に封建的な世界です。その大きな特徴は、労災隠しの横行です。建設現場で、労災隠しのない現場はありません。

ですから、原子力発電所の現場で、放射線被曝の現実が隠されてきたのも合わせて考えていかなければならないことは、健康そのものが非常にないがしろにされてきた現場だということです。

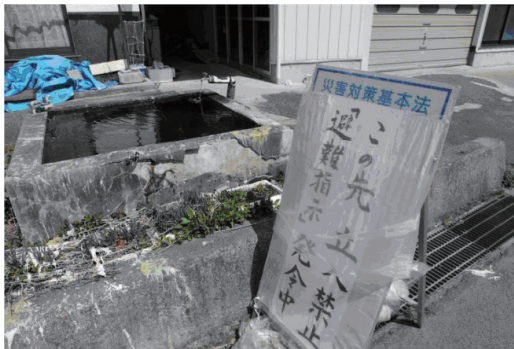
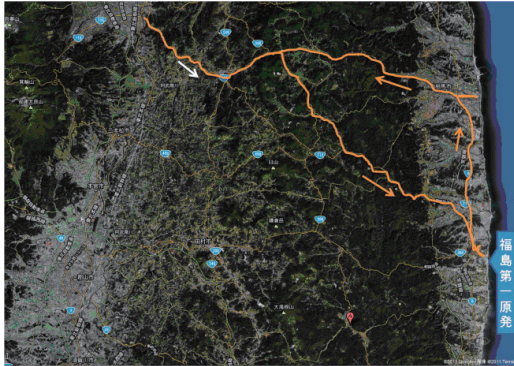
そして、3.11の福島原発の事故が起こるわけです。つまり、いま言ったような話が、3.11の後はその規模が一挙に拡大し、緊急性、必要性、重要性ということで隠されて、そのしわ寄せが現場労働者に押し付けられているということです。そして、働いている人たちは、権利主張ができないで、事故収集作業に当たらなければいけないということが予測されたわけですが、まさに、その懸念が現実として続いてきたのが、この事故収拾の現場だということです。

3.11後の福島

3.11の後、やはり自分の目で確かめたいと思って、事故から1か月後にレンタカーを借りて福島に行きました。一緒に行ったのは、韓国から来たイ・サンホンさん（慶州環境運動連合事務局長）、チェ・エヨンさん（環境保健市民センターBANKO事務局長）、鈴木明さん（労働健康連帯）、そして日本からは、村山武彦さん（早稲田大学）、井部正之さん（環境ジャーナリスト）、私です。

1日目は東京からいわき市、福島市の飯坂温泉まで行きました。2日目は川内村、郡山市。3日目は福島市から飯館村、浪江町、双葉町、南相馬市、飯館村、福島市。4日目は花見山公園、あずま総合体育館。5日目は福島市、いわき市を回って東京に帰ってきました。

まわりながら頭をよぎるのは、福島第一原発で働いていた長尾さんのことでした。これらの写真は、



上: 3日目の行程
下: 福島県浪江町長泥



上: 福島県双葉町、福島第一原発北方の津波被害地
下: 福島県いわき市波立海岸の畳看板

忘れてはいけないと思って時々見ます（当日は多くの写真を紹介していただきましたが、一部のみを別掲）。

福島をまわるうち「やっぱり東電に行って一言でも言わないとだめだ」という気持ちになり、東京に帰った翌日、東電本社に行き、東京の仲間と一緒にささやかながら抗議行動を行いました。

住んでいるところを追われるということがどういことなのか、私たちは考えないといけない。原発を稼働しないと日本が立ち行かなくなるとか言っていますが、そんなことを言っている場合ではないと思います。

原発労働者の支援体制を

その後、全国労働安全衛生センター連絡会議では、原発で働く労働者を支援する体制をなんとか組まないといけないという議論をして、原子力関連労働者支援局を作りました。廃炉作業、除染

作業など、原子力関連の現場で働く人はこれからも増え続けていくし、その命を守る作業は誰かがやらないといけないということで、継続的な相談活動からやっていこうということではじめています。

現場で働いていた人、退職者の組織化ということについては、みんな一致しています。この根底にあるのは、住友ゴムを退職した労働者がアスベストによる健康被害を受けた被災者・遺族を組織し、会社に対して団体交渉を申し入れた件があります。会社は団体交渉を拒否し、兵庫県労働員会もそれを可としたのですが、地裁・高裁・最高裁と団体交渉権を認めたのです。これが非常に大きいです。後で何かあったときに、組合作って頑張れる、まちがいなく有効な武器になります。

今日お集まりの皆さんにも、そういう活動をご理解いただき支えていただければと思います。これからどうぞよろしくお願いいたします。



※2012年6月9日、ひょうご労働安全衛生センター第7回通常総会の記念講演をまとめたもの。

タイ遅くとも5年以内禁止の見込み 香港6月、マレーシア年内決定？ フィリピンも加えアジアの禁止は正念場

古谷杉郎

全国安全センター事務局長

AAC2006が出発点

タイのアスベスト消費量は、2008年世界第7位、2009年第5位、2010年第7位、2011年第7位と、この間常にトップ10の一角を占めている。

筆者は、労災被害者の権利のためのアジア・ネットワーク（ANROAV）を通じて、タイ労働環境関連疾患被害者ネットワーク（WEPT）等の草の根団体と知り合い、アスベスト問題の重要性を訴えてきた。WEPTは、綿肺の女性被害者らの運動からはじまった団体で、経験も豊富だが、現実には目に被害者が見えないなかでは、なかなか草の根団体によるアスベストの取り組みは難しかった。

2004年世界アスベスト東京会議（GAC2004）にアジアからは各国におけるアスベスト問題の取り組みに当面直接にもっとも貢献してくれそうな人物に参加してもらえよう心がけたつもりだが、タイからは、2002年9月に産業医大で開かれたアジア・アスベスト・シンポジウムで知り合った公衆衛生省のDr.

Somkiat Siriruttanaprukを招いた。

そこから2006年7月に初めてのアジア・アスベスト会議（AAC2006）が、タイ公衆衛生省疾病管理局と労働省労働保護福祉局、同省社会保障室の共催でバンコクで開催されることになった（ILO、WHO、IBASが共催、筆者も事実上主催者側一員として関与、2006年12月号参照、26頁右写真）。

この会議では、会議議長の労働環境疾病課長Dr. Kamjad Ramakul、国際労働衛生委員会（ICOH）議長Dr. Jorma Rantanen、アスベスト禁止国際書記局（IBAS）コーディネーターLaurie Kazan-Allenが署名して、「アスベスト及びアスベスト関連疾患の根絶に関するバンコク宣言」が採択された。約300人の参加者のうちタイからは政府関係と研究者、一部民間企業関係で、在野からの参加がなかったことが残念だったが、AAC2006は、タイにおけるアスベスト禁止運動の事実上の出発点になった。

AAC2006のフォローアップとして、公衆衛生省、労働省、財務省と主要なアスベスト製品製造業者



A-BAN/T-BANA/バンコク・アスベスト会議(2012年11月20日)

等で協議が行われ、2012年までの5年間で最終的にアスベスト禁止をめざす、自主的な国家戦略計画を確認（国家労働衛生環境評議会による全国アスベスト・ワークショップ）。各行政機関や労働安全衛生促進協会（SHAWPAT）などを通じた使用者団体等による、様々な取り組みが行われ、ILOやWHOも積極的に協力してきた。1995年にはクロシドライト（青石綿）、2001年にアモサイト（茶石綿）が禁止されていたが、2009年にはトリモライト、アクチノライト、アンソフィライトが禁止された。

2008年10月のアジア・アスベスト・イニシアティブ（AAI）第1回国際セミナー（産業医大）で、Dr. Somkiatらから動きを聞いてはいたものの、アジア・アスベスト禁止ネットワーク（A-BAN）を立ち上げた2009年4月のアジア・アスベスト会議（AAC2009）には各国の草の根団体の代表を集めたいと考えながら、タイからの参加を確保できなかった。

2009年12月にバンコクで開催された第2回AAI国際セミナーのときにSomkiatから、「タイのアスベスト禁止運動もついに草の根グループを獲得

した」と言って、チュラロンコン大学薬学部教授のDr. Vithaya Kulsomboonを紹介された。Dr. Vithayaは、消費者運動の代表として、重要な国家機関の委員等も歴任し、アスベスト問題に取り組むことを柱のひとつにした健康消費者保護プログラム（HCPP）を立ち上げたところだった。

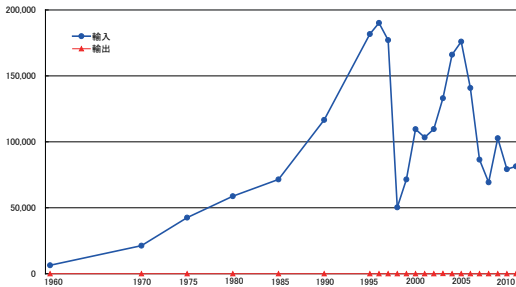
2009年10月14日に国家経済社会顧問評議会（NESAC）の消費者保護委員会でアスベスト問題に関する最初のパブリック・ヒアリングが行われ、NESACは11月16日に首相に対してアスベスト禁止を勧告する決議を採択した。

11月26日のNESACの2回目のパブリック・ヒアリングで、消費者財団（FFC）等が、政府に対してすべてのアスベスト製品の輸入3か月以内、販売1年以内を禁止することなどが議論され、消費者保護委員会（CPB）は、アスベスト含有製品に3cm×3cmの警告ラベルを義務付ける規則を発行した（120日後の2010年3月に発効）。

第2回AAI国際セミナーでは、直前の上記のような進展が報告されたのだが、このときは

アジアにおけるアスベスト禁止

タイにおけるアスベスト消費量 1960-2011



Dr. Vithayaとゆっくり話をする機会を持ってなかった。しかし、2010年11月に福岡で開催された第3回AAI国際セミナーでプリンス・オブ・ソククラ大学Dr. Pitchaya Phakthongsukの発表「タイにおける反アスベストキャンペーンの教訓」を聞いたときには驚いた。できあがったばかりのIBASによるAAC2009の報告書のタイ語版とおぼしき写真が大写しにされたのである。続いて、「“Ban Asbestos” campaign in Thailand」という署名サイトも立ち上げられていること等も紹介された。

彼女によると、AAC2006当時のタイにおけるアスベスト禁止キャンペーンの主要プレーヤーは、公衆衛生省（政府の一部）とタイ労働医学協会（OMAT-研究者グループ）で、労働者の職業病に焦点をあてただけでは社会全体の関心を集めるにいたらず、2008年にはアスベスト業界から、「クリソタイルは発がん物質ではない」「タイには（アスベストによる）中皮腫の事例はない」等々の反撃を受けた。

2009年になって、労働医学医師・看護師、産業衛生士らでつくる労働衛生安全環境連合(OHS)、さらには健康消費者保護プログラム(HCPP)がキャンペーンに加わったことにより、前述のような進展が得られた（消費者運動は、70以上の州に、20年以上の歴史をもつ強力なネットワークだという）。

しかし、アスベスト業界は警告ラベル表示の義務化に強硬に抗議、3月に規則が発効すると、これを違法と行政裁判所に訴えたという。さらに8月には、国際的に有名なアスベスト擁護学者を招いてプレス・セミナーを行うなど巻き返しにやっきになっている一方で、消費者財団(FFC)は8月に逆に警



告ラベルの順守状況の監督の実施や関係当局への働きかけを強化、12月に開催される全国保健総会(NHC)でアスベスト問題が焦点になる予定だと報告された。

AAC2006の英語レポートなどインターネットで入手できる情報もタイ語に翻訳して紹介しているとのことで、早速、Vithaya、PitchayaをA-BANのメーリング・リストに加えるとともに、これ以降、タイの状況について、リアルタイムで情報交換・議論できるようになったのだった。

2010年NHA決議

2010年11月25日に、OCPB、FFC、HCPPの3団体が、警告ラベル表示の監視や製造業者にアスベスト製品の製造をやめさせ、輸入禁止を実現するよう協力していくという「覚書」に署名。

12月17日、第3回全国保健総会(NHC)が第5決議「タイ社会をアスベスト・フリーにする措置」を採択した(2011年6月号参照、次頁左写真)。付属文書「『タイ社会をアスベスト・フリーにする』戦略」は、「2012年までにタイは、すべての種類のアスベスト及びすべてのアスベスト含油製品の輸入、生産及び流通を廃止する」という目標を明示し、①法的措置を通じた使用廃止・危害予防戦略、②代替物質使用促進戦略、③広報活動展開戦略、④サーベイランスモニタリングシステム開発戦略として、関係諸機関・団体等が取り組むべき諸課題を列挙して、2年以内(2012年末まで)にそれぞれの課題を完了しなければならないとされた。

産業省が2011年1、2月に関係者を集めた会議



を招集するというので、A-BANはコーディネーターとしての筆者の名前で2月3日に、産業大臣及びNESAC、NHC、OCPB、FCC、HCPPに宛てて、NESACとNHCの決定、3団体の覚書というユニシアティブに敬意を表し、産業大臣にそれらの提案を尊重するよう勧告するとともに、最近の国際的な動きを伝えた書簡を送った。

2月25日、首相を委員長とする国家保健委員会(NHC)が、NHCの決議を承認して内閣に送った(右写真)。

この間、タイの大手アスベスト屋根材製造メーカー4社のうち、すでに2007年にアスベスト使用を中止していたSCG(サイアム・セメント・グループ)に続いて、Mahaphantが使用中止に踏みきったものの、Oran VanichとDiamond Roofing Tileは使用し続けている。禁止に強硬に反対しているのはOran Vanichで、タイにはクリソタイル情報センターというプロパガンダ組織も存在している。彼らは、またもや外国の御用学者を呼んで記者会見、新聞広告、あるいはアスベスト禁止運動は代替品業界、アメリカの弁護士やIBASから金をもらっているカイライだなどの中傷等々。また、Dr. Vithayaを中傷・非難する手紙をチュラロンコン大学の学長や学部長、政府関係者に送り付けるなど、なりふりかまわぬやり方で巻き返しを図ってきた。

対抗策を相談されて思い出したのが、AAC2006の直前にもアスベスト業界が外国の御用学者を呼び、その主張が2006年5月14日付けのザ・ネーション紙などで報じられたときのこと。そのときは、ILOバンコク事務所の労働安全衛生上級専門家・川上剛氏とマヒドン大学医学部長Dr. Chalermchai



Chaikittiporn氏が連名で、正確な科学的証拠とアスベスト禁止に向かう世界の状況を知らせる投書をして、2006年5月25日付け同紙に掲載された。

今回は、ちょうどバンコクで第20回アジア労働衛生会議が開催された機会をとらえて、3月11日に「タイの研究者によるアスベスト禁止に向けたマネジメント」に関する記者会見が設定され、小木和孝・ICOH議長、高橋謙・産業医大教授ら海外参加者も同席して、タイの研究者らによるアスベスト禁止に向けた努力を擁護・支援した。

4月12日には内閣もNHC決議を承認、具体的計画を策定する担当として産業大臣を指名した。その後、7月3日の総選挙の結果、政権は交代した。

産業省の姿勢は、政権交代にかかわらず消極的。決議には、「至急2011年中に、原料としてのアスベスト(クリソタイル)の使用を第4種有害物質として管理する」という課題もあげられていたが、産業省の有害製品委員会は8月に、クリソタイルは当面第3種に維持されると発表。代替品に関するさらなる調査と産業界が代替品を採用するのに時間が必要、とした。

2012年T-BAN設立

2011年11月14-15日にインド・ジャイプルで開催したA-BAN2011会議に初めてVithayaらが参加する予定だったが、洪水のため参加できず。

12月13-14日にクアラルンプールにおいて、マレーシア労働組合会議(MTUC)と国際建設林業労連(BWI)が「アスベスト関連疾患根絶のための国家計画(NPEAD)」会議を開催。筆者も呼ばれ

アジアにおけるアスベスト禁止



だが、タイからVithayaを招きたいのでA-BANに協力と財政支援をとの要請があり、応じた。この会議には、労働省労働安全衛生局（DOSH）、労働省社会保障機関（SOCSCO）等政府機関の代表のほか、マレーシア経営者連盟（MEF）、ペナン消費者協会（CAP）、大学研究者らも参加して熱心な議論が行われた（2012年3月号参照）。その場で、MTUC、CAPや研究者の間で、アスベスト禁止マレーシア（BAM）というネットワークをつくらうという合意もできあがった。Vithayaはこれに大いに刺激され、直後から、Vithaya、筆者及びBWIの間で、バンコクでの会議開催の話が進められた。

わずか2か月足らず後の2012年2月17日、バンコクで「タイにおけるNPEAD」会議が開催された（2012年4月号参照）。海外ゲストとして、ILOバンコク事務所のDr. Park Jung-Keum、BWIアジア太平洋事務所のAdam Kaminski及び筆者—これはマレーシアNPEAD会議とまったく同じ顔ぶれ。NHC事務局、NESAC、OCPB、労働省労働保護福祉局等からは、関係政府機関の動向が報告された（産業省は招へいたしもの不参加）。

さらに、タイ労働環境関連疾患被害者ネットワーク（WEPT）、タイ労働者連帯委員会（TLSC）、消費者財団（FFC）・消費者団体連合代表による「草の根運動の役割」のセッションも持たれて、これまでキャンペーンを担ってきた労働衛生安全環境連合（OHS）等の研究者、健康消費者保護プログラム（HCPP）にこれらの草の根団体も加わって、「タイ・アスベスト禁止ネットワーク（T-BAN）」が設立された。おそらく他の社会課題を含めても、タイにおけるネットワーキングの画期的な出来事と言ってよい



のではないかと思う（左写真）。

5年の段階的禁止か？

T-BAN設立は、直ちにタイにおけるアスベスト禁止キャンペーンに大きな弾みをつけた。

19年前にケーダー玩具工場大火災事故の起こった5月10日は国の労働安全の日と定められているが、この記念日に合わせて、「ノーモア19年の安全無視、労働災害ノー、アスベスト曝露ノー」と題したパブリック・ヒアリングが開催された（右写真）。

メディアの関心も高められたようだ。地元紙で大きく報じられていることが英字紙では伝えられないのはアジアでよくあることだが、タイの英字紙でもアスベスト問題が取り上げられるようになった。

5月2日付けのバンコク・ポスト紙は、「アスベストの擁護者」というタイトルで、ロシアのアスベスト鉱山事業者は「タイの人々は教育を受ける必要がある。アスベストには悪いものと良いものがあり、クリソタイルは安全」、「WHOやILOは、クリソタイルは記載されるべきで、禁止されるべきではないという立場だ」等と主張していると伝えた。タイのOran Vanich社が「クリソタイルを禁止するのは、（IARCが有害性を確認している）塩漬け魚を禁止するのと同じことだ」と言っていることも紹介している。

Oran社は、表側に「つまようじはアスベストよりも危険」、裏側に「クリソタイルだけが身体の中で消化され、蓄積しない。世界の人口の85%がいまもそれを使用している。WHOはそれが代替品よりも安全だと証明している。アメリカはつまようじの方が危険だと認めている。GOODそれとも



CHEAP」と印刷されたTシャツを、禁止反対キャンペーンに使いはじめた。

WHOバンコク事務所は5月24日にわざわざホテルで記者会見を開いて、「アスベストに関するWHOの立場」を発表した。5月28日付けのバンコク・ポスト紙は、「メーカーはアスベストは安全だという誤った主張をしているとWHOが言明」と報じた。

同時に同紙は「すべてのアスベスト使用は世界中で中止されるべきだというWHO・ILOの勧告を、あなたは支持しますか?」というアンケート調査を実施した。5月30日の締め切りまでに13,704件の投票があり、支持する 92.3%、支持しない 7.6%、わからない 0.1%という結果であった。

7月5日付けバンコク・ポスト紙は、「5年間の漸進的アスベスト禁止示唆」という見出しを掲げた。禁止の具体的計画策定を担当する産業省がスコタイ・タマティラット公開大学に委託調査の結果が、9月に産業省に提出される前に、産業界の関係者約200人の前で発表されたというものであり、「ビニルタイルと平板スレートは3年以内、他の製品（屋根タイル、高圧水道管、自動車用ブレーキ・クラッチ）は5年以内の、段階的禁止」が提案されたという。Oran Vanichがこれにも反対していることと合わせて、以下のようなタイ工業連盟Payungsak Chartsutthipol会長の発言も紹介されている。

「5年前にタイ工業連盟の屋根産業クラブは5年以内にアスベスト使用を中止することを決定しており、それはデッドラインが2012年であることを意味していると述べた。世界全体がその使用を禁止しており、ほんのわずかな製造業者が抵抗しているからといってそのデッドラインをさらに遅らせる必要はな

い」。AAC2006以来の関係者の努力がよく反映された発言だと思う。

T-BANは、NHA決議どおりに、2012年末までに禁止を実現するよう、働きかけを強化した。

8月17日には、国家経済社会顧問評議会（NESAC）本部で、T-BAN各団体やノン・アスベスト企業の代表らが集まった会議が開かれている。会議では、NESACクオリティオブライフ・公衆衛生・消費者保護委員会委員長のDr. Supree Wongdeepromが産業省の代表に、禁止が遅れている理由について質問したが、説明はなされなかったという。Vithayaを含むNESACメンバーらは直前に台湾を訪問。台湾がアスベスト屋根タイルを2013年2月から禁止するという決定に勇気づけられた。

9月4日にカナダ・ケベックで総選挙が実施され、前政権が地下アスベスト鉱山再開発計画に供与したローンの撤回を公約したケベック党が勝利した。10月半ばまでには、新政権が公約どおりローンを撤回したことが確認された。禁止に強硬に反対していたOran Vanichは、関係会社を通じてこの計画に1,400万ドルを投資していたが、鉱山再開発計画はなくなり、巨額の投資は無駄になった。

しかし、委託調査結果が正式に提出される予定と言われた9月が過ぎても、産業省からは何の発表もなかった。

10月15日、T-BANの代表は首相府省を訪れ、NHA決議とそれを承認した閣議決定の実行を求める首相宛ての手紙を、Prasit Chaiwirattana副長官に手渡した（左写真）。

10月23日、T-BANは、「ノーモア・アスベスト、2012年末までのアスベスト禁止の閣議決定遵守」

アジアにおけるアスベスト禁止



を訴える記者会見。

11月14日、T-BANの代表は、新しい産業大臣 Prasert Boonchaisukに直接面会して、要望を伝えた(前頁右写真)。

A-BAN2012

T-BANの設立を受けて、A-BAN2012会議の11月バンコク開催が提起され、上述のような急展開のなかで準備が進められた。結果的に、11月19日にA-BAN戦略会議、20日にタイの参加者に主眼を置いたバンコク・アスベスト会議、そして、バンコクのカナダ大使館前でのデモンストレーションという企画になった。2009年に設立されて以来、これまでのA-BAN会議はANROAV会議の前に同じ会場で開催されてきたので、A-BAN独自で会計を含めた実務をすべて取り仕切るのは、コーディネーターとしての筆者にとってきわめて過大な負担になった。しかし、T-BANの英語での連絡担当者の確保を含めた様々な協力と、AMRCに現地での旅費等清算事務担当者を出してもらい、BWIが21日の屋外行動に関する調整・運営等に責任を持ってきて、というなかで何とか乗り切ることができた。

11月19日のA-BAN2012会議は、①各国キャンペーンのアップデート(タイ、香港、インド、イラン、インドネシア、マレーシア、フィリピン、中国、韓国、日本、オーストラリア労働組合の国際協力機関APHEDAからベトナム、ラオスでの取り組みを報告していただき、筆者が台湾情勢を紹介)、②輸出国の状況-カナダ(Kathleen Ruff)、ブラジル(Laurie Kazan-Allen)、ロシア(筆者)、③アスベスト訴訟(ト



リノ判決と韓国等の状況)、④A-BAN戦略討議と行動計画、が主な内容だった(左写真)。

午前中に記者会見を行い、「2012年アジア・アスベスト禁止ネットワーク・バンコク宣言—一国での禁止をすべての国の禁止に(One Ban for All)」を、A-BAN/T-BAN及び各参加団体の連名で発表、各メディアが取り上げてくれた。

会議にはタイ・海外から各々40名弱参加したが、この日午後、産業省が方針策定前の「最後のヒアリング」を開催することになったため、タイの参加者の多くはそちらに向かい、主だったメンバーとは夕食時に再合流した。ヒアリングにはWEPTのメンバー約30名もおしかけて、結局傍聴を認められたとのこと。前出の産業省が委託した調査結果も報告されたが、発言した5つの大学の研究者はいずれも、クリソタイルの危険性を認め、他の発言者も含めてさらなる調査ではなく、禁止の必要性を訴えた。産業省から、いつ、どのような報告を内閣に行うのかについての説明はなかったとのことである。

バンコク・アスベスト会議

20日のバンコク・アスベスト会議には、海外組とタイから百名近い参加があった(次頁左写真)。

Vithayalによる会議の簡単な紹介の後、首相府副長官Dr. Prasit Chaiwirattanaと国家保健委員会(NHC)のDr. Narongsak Angkasuwaplaが挨拶。Prasit副長官は、自身が医師としてアスベスト問題を真剣に受け止めており、禁止をプッシュすると言明。公衆衛生省OBのDr. Narongsakは、迅速禁止の政治的決断が必要だと述べた。続い



て、被害者代表としてJung Ji Yol（韓国の石綿高山地域・忠南から参加の石綿肺患者）、A-BAN共同代表のひとり韓国のDr. Paek Domyung、IBASのLaurie Kazan-Allenが挨拶。

最初のセッションは「禁止に向かうアジア」— チュラロンコン大学医学部教授（労働医学）Dr Pornchai Sithisarankulの司会で、WHOタイ代表のDr. Brenton Burkholder、タイ公衆衛生省疾病管理局労働環境疾病課のDr. Plernpit Suwanampai、BWI南アジア事務のAnup Srivastaba、IBASのLaurieが発表した。

続いてA-BANが担当した「アジアにおけるアスベスト禁止キャンペーン— 来たるべき禁止とネットワーク構築の重要性」。筆者がアジアの現状の概略を紹介した後、もっとも間近な禁止が見込まれる香港、マレーシア、タイからの報告。Kathleenがついにアスベスト生産中止にいたったカナダの経過を紹介。BANKOのChoi Yeyongから前日のA-BAN2012会議における討論と今後の活動方針を報告した後、会場を交えて議論が行われた。タイからも、Dr. Wantanee Pantuprasitが、T-BANのネットワークの経験を話した。

昼食の後は、Dr. Somkiatが「タイ政府関係部局のアスベスト禁止に対する立場」を紹介し、タイ消費者財団(FFC)のSaree Ongsomwangが「ASEANにおける消費者運動」について報告。続いてT-BANを構成する各グループごとにこの日に向けて議論してきた今後の行動計画についての報告で、労働組合グループはBWIタイのBuddhi Netprawat、被害者グループはWEPTのSomboon Srikhamdokaе、消費者グループは

消費者団体連合のWaewdao、研究者グループはSomkiatから。Somboonからは、前日午後の産業省のヒアリングに対する行動も、写真とともに報告された。最後に、Vithayaが会議全体のまとめと閉会を行った。

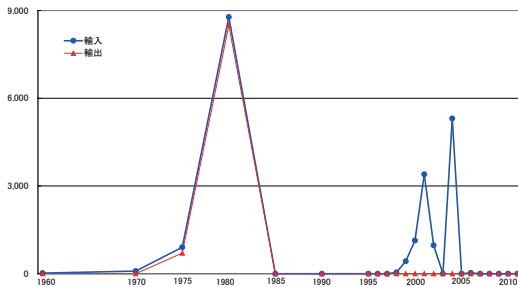
Sareeの報告は、9月4-5日にバンコクで開催された東南アジア消費者評議会（SEACC—ブルネイ、インドネシア、マレーシア、フィリピン、タイ、シンガポール、ベトナムの消費者団体で構成）による地域フォーラム「われらの運命を危険にさらすな：ASEAN社会における消費者保護強化の必要性」における議論の紹介だった。フォーラムで採択された「ASEAN社会における消費者保護のためのバンコク宣言」は、次のように述べている。

「5）ASEANに危険・有害な製品が存在していることを自覚して、われわれは、危険・有害な製品から消費者を守るための調和化された基準及び措置を持つことを提案する。ASEANの一国がある種の危険・有害な製品をすでに禁止した場合には、ASEAN諸国を危険・有害な製品のダンピング場所にさせないために、ASEAN10か国の残る諸国は自動的に同じ製品を禁止すべきである。われわれはASEAN諸国に対して、アスベスト及びシンガポール・マレーシアですでに禁止されているビスフェノールA（BPA）を速やかに禁止するよう求める」—SEACCは加盟団体に各国における危険・有害製品規制情報の継続的提供を求め、すでに実行されているという。前述したA-BAN/T-BANバンコク宣言の「One Ban for All」は、この考え方をあらわしたものである。

タイFFCによるリードと「One Ban for All」の考

アジアにおけるアスベスト禁止

香港におけるアスベスト消費量 1960-2011



え方が、アジア各国におけるアスベスト禁止を促進させることが大いに期待される。

カナダ大使館前行動

バンコク・アスベスト会議は14時すぎに終了。休憩の後、労働組合、被害者、消費者グループと海外参加者を中心に、バンコク市内のカナダ大使館に向かった。

デモンストレーションは、各団体が用意したプラカードや横断幕等に加えて、BANKOが韓国から持参したグッズも駆使して、人々やメディアの注目を集めた(前頁右写真)。

Paek Domyungとタイ労働者連帯委員会(TLSC)会長でTEAMという労働組合の委員長でもあるChalee Loysoongが代表して大使館に入り、バンコク宣言を渡すとともに、①カナダ政府は、クリソタイルを含めたすべての種類のアスベストが発がん物質であり、禁止されるべきであることを受け入れるのか、②ロッテルダム条約のPICリストにクリソタイルを含めることを認めているのか、回答を届けようカナダ政府に伝えることを要請した。

二日間に盛りだくさんの内容が込められた行動だったが、タイのメディアの関心を高めることを含めて、めざした目的は大いに達成することができたと思う。

本稿執筆時点でいまだにタイ産業省・政府からは発表がなされていないが、遅くとも5年以内のアスベスト禁止が決定されるものと願っている。トップ10常連国であるタイのこの動きが、アジア・世界に対して大きな影響をもつことは間違いない。



香港：6月禁止の見込み

香港は、アメリカ連邦地質調査所(USGS)のデータによると、2008年以来原料アスベストの輸入はゼロが続いている。

2011年4月20日の立法会環境事務委員会に環境保護署が、2012年末までに実施する予定で、空気汚染管制条例(APCO)を改正する「すべての種類のアスベスト禁止の提案」を行った(2011年6月号参照)。

提案に関する関係者との協議を踏まえて、環境保護署は2011年1月19日の立法会環境事務委員会に、「改訂提案」を提出した(2012年3月号参照)。
①中医薬条例のもとで登録された中医薬、②「輸送中」の物品(輸入及び移動に限定)を除き、アスベスト、アスベストを入れて作られ、またはアスベストを含有した物品の輸入、移動、販売、供給及び新たな使用禁止するという提案である。

「目標は2012年末に法案の立法会の承認を迫る」とされていたが、新たな選挙制度のもとで初めての行政長官の選挙が3月25日にあり7月1日に行政長官が交代、9月9日には立法會議員選挙という政治日程の影響で、ずれこんでいる。

香港工業傷亡權益会(ARIAV)や労働組合等で作る香港禁止石棉連盟(ノーモア・アスベスト・イン香港連合)はこの間、①立法によるすべての種類のアスベストの使用の可及的速やかな禁止、②香港におけるすべてのアスベスト貿易の禁止、③すべての種類のアスベストの輸入及び移動の禁止、④解体業者へのアスベスト解体計画の報



告、詳細の記録及び特定された安全な方法によるアスベスト解体の義務付け、⑤政府によるアスベストを含んだすべての建築物の登録及び公表、⑥労働者に対するアスベストの損傷状況の周知の強化、等を要求してきた。

環境保護署、立法会等をフォローアップしてきた彼らによると、工場及び工業経営（石綿）規則の一部改正を含めた改正法案は現立法年度中に仕上げられ、2013年6月の成立が見込まれているという。

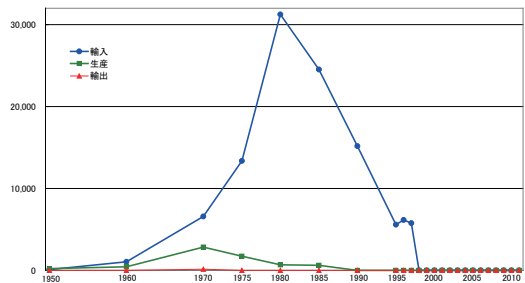
ARIAVが設立されたのは1981年。香港では、1988年頃から公共建築物のアスベストが社会問題として取り上げられ、1990年代に香港禁止石綿連盟が設立されたものの、1996年のAPCO改正によるクロシドライト・アモサイトの禁止、1997年の工場及び工業経営（石綿）規則制定をピークにして、小休止状態が続いていたと言ってよいだろう。それが、一方で香港における中皮腫の顕在化と、他方でA-BANを立ち上げたAAC2009香港開催によって、香港禁止石綿連盟も再活性化。驚くべき速さで、禁止を実現させようとしている（前頁右写真：2010年環境保護署署長を「指名手配?」。左写真：2011年禁止提案協議の会合で要求書提出）。

台湾：屋根板2月禁止

USGSデータによると、台湾の原料アスベスト輸入は1998年以来ゼロであるが、カナダ政府の資料では、2010年にもカナダから約2千トンのクリソタイルを輸入していることがわかっている。

台湾では、環境保護署が所管する毒性化学物質管理法によって、1989年以来、アスベストの禁止

台湾におけるアスベスト消費量 1950-2011



規制が徐々に拡大されてきた。クロシドライト・アモサイトの禁止は1997年である。

環境保護署が、全面禁止の達成をめざすタイムテーブルを初めて明らかにしたのは、2010年7月26日のこと。背景としては、2005年のクボタ・ショックに端を発した日本の状況に加え、2009年5月に国立台湾大学で開催された国際会議で「世界的アスベスト禁止に向けた台北宣言」を発するなど（2009年7月号参照）、とくに研究者による積極的な働きかけが大きいと考えられている（研究者がリードした点は、タイの状況に似ている）。

この時点では、禁止の予定は以下のとおりとされた。

- ・2015年7月1日－建設シーリング材
- ・2020年7月1日－屋根タイル、プレーキ・ライニング、押出セメント複合中空板

2011年5月27日の公聴会では、これが以下のよう改訂された（2012年3月号参照）。

- ・2012年7月1日－押出セメント複合中空板、建設シーリング材

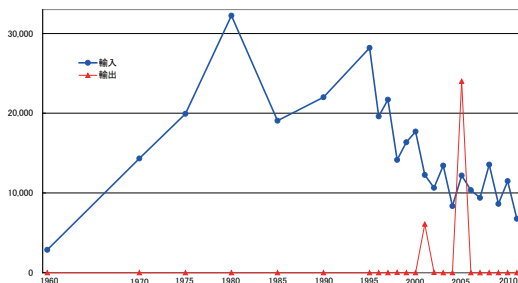
- ・2018年7月1日－屋根タイル、プレーキ・ライニング
- さらに、2012年2月2日の発表では、7月1日から押出セメント複合中空板、建設シーリング材へのアスベスト禁止が予定どおり実行されることを確認するとともに、以下のように改訂された（2012年3月号参照）。

- ・2013年2月1日－屋根タイル
- ・2018年7月1日－プレーキ・ライニング

アスベスト屋根タイル（スレート）が、今年2月1日から禁止されることになったことが、タイNESACのメンバーらを勇気づけたことは、前述のとおりである。

アジアにおけるアスベスト禁止

マレーシアにおけるアスベスト消費量 1960-2011



台湾の関係者の努力が継続されれば、2018年7月1日の全面禁止達成目標時期も必ずや前倒しされるものと信じている。

マレーシア：早い時期

マレーシアのアスベスト輸入量は、1980年代の3万トン台をピークに、ジグザグしながらも減少傾向を示しているように思われる。2011年は6,761トン。

労働省が所管する1999年労働安全衛生（物質の禁止）令によって、クロシドライトは禁止されている。

ペナン消費者協会（CAP）やマレーシア労働組合会議（MTUC）による取り組みに、マレーシア医師会や労働衛生専門家らがそれを支持し、クアラルンプールにアジア太平洋事務所を置くBWIもMTUCに協力。そのようななかで政府－担当しているのは労働省労働安全衛生局（DOSH）－も2015年というアスベスト禁止の実現目標時期を掲げ、DOSHのウェブサイトにはかなり前から「アスベスト禁止の提案」が掲載されている。アスベスト関係企業には禁止反対や長期の猶予期間を求めるものもあるものの、経営者連盟（MEF）も政府の2015年禁止方針を支持（ただし、関係企業の同意を得る努力を要望）している。

すぐにでも禁止を導入できそうな状況にありながら、実現に至っていない。既報のとおり、MTUC/BWIは2011年12月13-14日に、DOSHほか関係政府機関やMEF、WHO、A-BAN（筆者）等を招いて、「アスベスト関連疾患根絶のための国家計画（NP EAD）」会議を開催、この場でMTUCとCAPらがアスベスト禁止マレーシア（BAM）をつくり働きかけ



を強化していくことに合意した（2012年3月号参照）。

2012年10月19-20日バンコクでのA-BAN/T-BAN会議には、MTUCとCAPの代表がそろって参加。まだBAMなりM-BANを正式に発足させたわけではないが、情報交換や議論は継続しているという。

CAPのDr. Jayabalan Thambyappalによれば、すでに関係者の意見はを聞く協議会合は二度開かれ、最初の草案は改訂されて再提出されており、省令なので国会審議の必要はなく、実質的にはDOSH局長が承認さえすれば、いつでも発行できる状態にあるという。彼は、それを2013年の早い時期と見込んでいるという。

改正の内容は、3年以内の段階的禁止で、以下のとおりとされている。

- ① 労働現場でのあらゆる工程/用途における原料のアスベスト使用の即時禁止
- ② 原料アスベストの輸入の禁止
- ③ 半製品及び最終製品のかたちでのアスベスト物質の使用の禁止

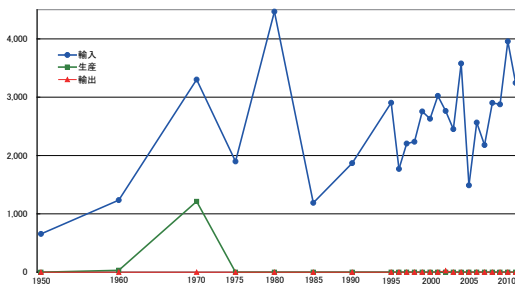
新たな知らせを心待ちにしているところである。

フィリピン：もう一押し

フィリピンのアスベスト消費量の推移は次頁左図のとおり。絶対量は相対的に少ないものの、着実に減少しているとは言いがたい。

2008年に、天然資源環境省（DENR）、労働省（DOLE）、保健省（DOH）が、全面禁止の目標時期を2018年に設定する、アスベストに関するコード・オブ・プラクティス最終草案をまとめているが、自主的な努力のみでは不十分と、合同労働組合-フィリ

フィリピンにおけるアスベスト消費量 1950-2011



ピン労働組合会議 (ALU-TUCP)らによるアスベスト禁止キャンペーンが展開されてきた (右写真は、2012年11月12日にケソン市労働安全衛生センター開催されたワークショップ)。

2009年にアスベスト疾患根絶国家計画 (NPEAD) 策定を政府が受け入れ、幅広い政府関係機関、元米海軍スービック基地元労働者のアスベスト被害等に対応しているフィリピン肺疾患センター、フィリピンがん協会、労働組合、アスベスト廃棄物業者、フィリピン・アスベスト産業協会 (ACIP) 等によって構成されるNPEAD会議が10回ほど開催され、2011年中に、ナショナル・アスベスト・プロフィールを作成するための責任分担などが確認された。しかし、作業に対する財政的支援の欠如、アスベスト業界の非協力・データ提供拒否等によって、研究者らによって熱心に進められている分野もあるものの、全体としてはややデッドロックに乗り上げてしまっている状況だという。

他方でアスベスト禁止法の制定もめざされている。TUCP及びAKBAYANパーティ・リスト代表の下院議員が各々提出していた法案を統合した法案が第3読会を待っているところ。上院でもカウンター法案が審理中であるが、まだ、確たる見通しは立っていないようだ。法案は3年以内の段階的禁止の実現を求めている。

A-BAN2011会議でALUの担当者から、初めて中皮腫事例に遭遇していると打ち明けられていたが、11月6-8日に韓国・釜山で開催された第5回AAI国際セミナーで、フィリピン肺疾患センターで2000～2012年の間に11件の中皮腫事例が確認されていると初めて報告された。



DOLEの職業病補償規則では、1996年8月1日に「10. じん肺」とは別に「30. 石棉肺」が新設され、2012年9月27日にこれが以下のように改定された (同時に、31. 過敏性肺炎、32. 綿肺を追加)。

「30. アスベスト関連疾患

- (a) 石棉肺
- (b) 良性アスベスト関連胸膜疾患
- (c) アスベスト関連悪性腫瘍
 - i. 肺がん
 - ii. 中皮腫

社会保障システム (SSS) は、1997～2000年に15件の元スービック基地労働者の事例を認定 (4件はスクリーニング・プログラムで肺がんと診断、6件には死亡給付支給)、2000～2012年に11件の元スービック基地労働者でない事例を認定 (9件は中皮腫、2件は慢性閉塞性肺疾患を伴う胸膜疾患) している。2006～2012年に、SSSが不支給とした3件について、労災補償委員会 (ECC) に不服申し立てがなされて逆転認定された。1件は中皮腫、2件はともに元スービック基地労働者の胸膜肥厚/拘束性肺疾患であったという。

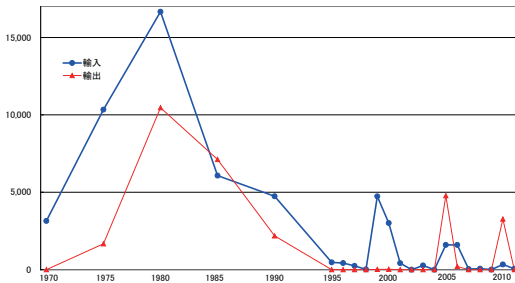
フィリピンは、禁止に近づいているものの、もうひとつブレークスルーを必要としていると感じており、アスベスト関連疾患の顕在化やタイ・マレーシアでの動きがそれをもたらす可能性も期待されている。

シンガポール

筆者は、今年のタイ、マレーシア、フィリピンの状況が、アジアにおけるアスベスト禁止の流れを大きく左右するに違いないし、うまくいけばドミノ効果の

アジアにおけるアスベスト禁止

シンガポールにおけるアスベスト消費量 1970-2011



ようなものも期待できると予測している。

台湾の2018年全面禁止目標時期を前倒しさせ、シンガポールの全面禁止を促すのではないかと。

シンガポールは、1988年に建築へのアスベスト使用、1989年に原料アスベストの使用、1996年にはアスベストを含有したプレーキまたはクラッチ・ライニングをつけた車両の輸入・使用が禁止されてほぼ全面禁止といってよい状況にあるが、アスベストを含有したジョイントシート、ガスケット等の輸入・使用はいままも合法で、わずかに存在しているという。

国家アスベスト管理計画も策定され、AAIの初期には政府・関係者らが参加して、全面禁止早期実現への意欲を示していたが、その後、アスベスト全面禁止が優先課題ではなくなってしまうのではないかとと思われる。A-BAN関係でも、シンガポールにパートナーをつくらせていない。

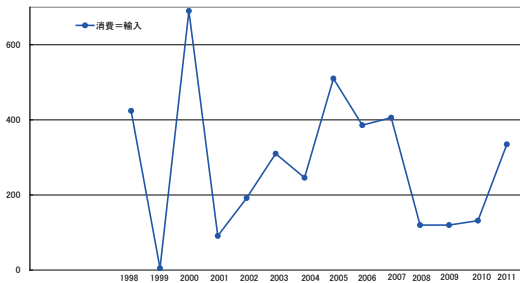
刺激要因さえあれば、シンガポールのアスベスト全面禁止導入は困難ではないと考えられる。

モンゴル

また、比較的アスベスト消費量が多くなく、アスベスト産業の政治的発言力が強くない諸国をアスベスト禁止に踏み切らせる効果も期待したい。

モンゴルでは、2009年にWHOの支援で保健省、社会福祉労働省、保健科学大学等によりベースライン調査が行われ、翌2010年にはすべての種類のアスベストを禁止する政府のResolution No.192が発行されたものの、少なくともクリソタイルについては2011年にキャンセルされてしまった。直接的には発電所の操業に支障を来すということだったよう

モンゴルにおけるアスベスト消費量 1998-2011



だが、決定・発行があまり早すぎたことと、社会の理解、また、ロシアと中国というアスベスト大国にはさまれ、マーケットで原料アスベストを気軽に入手できるという実態とのギャップも影響していたようだ。

しかし、研究者らによる努力は継続されており、2012年にはWHOと韓国政府の支援のもとで、「ナショナル・アスベスト・プロファイル」が策定されている。アスベスト関連疾患を正確に診断するための努力も続いていて、2012年7月に、火力発電所の保守労働者として30年間働いた52歳の女性について、初めて石綿肺の診断が確認されている。

他のアジア諸国のアスベスト禁止は、間違いなく追い風になる。

カンボジア

USGSデータには、カンボジア・ラオスのアスベスト輸入量等は現われてこない。

2009年9月にA-BAN/ANROAVはカンボジア・プノンペンで年次会議を開催した。同年12月の第2回AAIセミナー(バンコク)、日本の厚生労働省・中災防が東京で開催した国際OSHワークショップ等で、カンボジア労働・職業訓練省の代表は、この会議を同国で初めてのアスベスト問題の取り組みとして紹介している。

タイ等からアスベスト含有建材が輸入されていることを自覚しており、国の保健・労働政策等を確立する努力のなかに、アスベストを位置づけようという意思はあるように思われる。

カンボジアの建設労働組合が、2009年のA-BAN/ANROAV会議と、2010年12月にベトナム・ハノイ



で、オーストラリア労働組合の国際協力機関APHE DAがベトナム国立労働保護研究所(NILP)をパートナーに実施した「アスベスト疾患予防プロジェクト」の報告と他のメコン諸国に広げるための会議(筆者も参加)に参加しているのを、在野からの取り組みにも期待したい。

ラオス

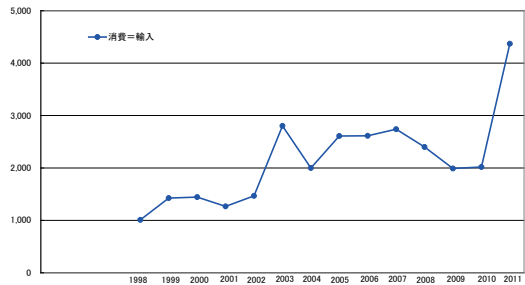
2009年12月の二つの国際会議、2010年12月のAPHEDA/NILP会議には、ラオスからも代表が参加している。後者に参加したラオス労働組合連盟(LFTU)は、実態調査とともに、政府、使用者、国会等に対して働きかけを開始した(左写真は、アスベスト工場での労働者の集まり、右は工場内)。

2012年に有害物質規則によって、クロシドライトとアモサイトは禁止された。アスベスト輸入量は、2009年5,040トン、2010年9,000トン、全国10の屋根タイル工場で使用されていることが把握された。

日本の環境省の委託事業である「アジア諸国における石綿対策技術支援検討会」が2011年2月に工業商業省を窓口、ビエンチャンで「現地講演活動」を行っているが、第5回AAIセミナーに参加した保健省の代表は、そのことも肯定的に紹介していた。同研究会は、2012年2月には、プノンペン市環境局を窓口と同じことを行っているのだが、それに誰かが参加したはずのカンボジア保健省の代表からは、何もふれられなかった。

バングラほか

バングラデシュにおけるアスベスト消費量 1998-2011



右図は、バングラデシュ。チッタゴンの海岸での船舶解撤からでてくるアスベストはここには反映されていないが、一定リサイクルされていることは周知の事実である。2011年の急増がどのような理由によるものかはわからない。しかし、絶対量は相対的に少ない水準である。

船舶解撤作業におけるアスベスト曝露は社会問題として取り上げられているし、バングラデシュ労働安全衛生環境財団(BOSHEF)が、労働組合とともに労働者への組織化やレーニングに取り組んだり、2011年には「バングラデシュにおけるアスベスト時限爆弾：フィールド・アセスメント報告」を発表するなどの蓄積もある。

残念ながら政府内部に積極的な動きがあるとの情報はない。BOSHEFからは、A-BAN会議をダッカで開催できないかと勧められているのだが、もう一押し刺激があれば、事態は変わるかもしれない。

次頁左図は、ミャンマーのアスベスト消費量を示したものであるが、ミャンマーにおけるアスベスト状況について聞く機会はこれまでなかった。

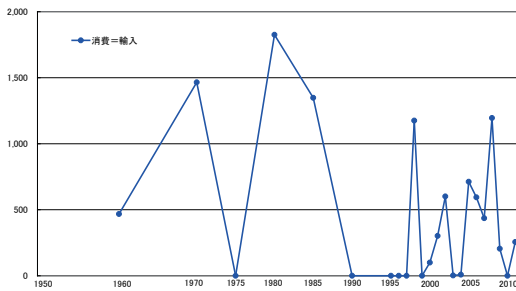
ミャンマーでは労働安全衛生法案について議論されているということであり、アスベスト問題に注意を喚起する機会はあるはずである。

ブルネイ・ダルサラームは、2009年12月の二つの国際会議でしか話を聞いたことがないが、1994年に保健省がアスベスト含有製品取り扱いのためのガイドラインを策定、同時期に開発省がすべてのアスベスト製品を禁止する行政規則(法令ではないとのこと)を導入したとのことであったが、実態も含めて、その後のフォローアップはなされていないと思う。

他にもいくつか国名をあげることができよう。これ

アジアにおけるアスベスト禁止

ミャンマーにおけるアスベスト消費量 1950-2011



ら諸国は、アスベスト消費量が少ない—だからこそアスベスト産業の介入も少ないと予測されるのだが—から禁止しても影響は小さいかもしれないが、タイ、マレーシア、フィリピンに続いて数多くの諸国が禁止に踏み切れば、アジアにおける「潮流」ということができるだろう。「確固とした流れ」を形成したうえで、残る「手ごわい諸国」をひとつずつ崩していくという道筋が描けるのではないかと考えるのである。

ベトナム

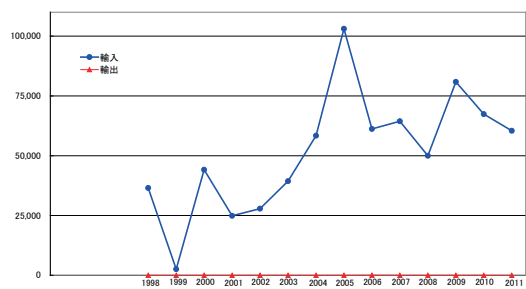
他の国とも共通しているが、ベトナムでも、労働省、保健省、科学技術環境省は禁止賛成、産業省、建設省が反対という構図であった。それでも2007年に、2020年までに段階的禁止をめざすアスベスト関連疾患根絶のための行動計画がつけられた。WHO・ILOや日本、オーストラリアなどが積極的な国際協力を推進して、「優等生」とみなされてきた。

その取り組みの中心のひとりであった保健環境管理庁次長が、政府の責任ある立場で、2012年11月21-22日にウクライナ・キエフで開催されたクリソタイル擁護派勢ぞろいの国際会議に参加したことは、関係者から言わば「裏切り」と受け止められている。

11月6-8日に韓国・釜山で開催されたAAI第5回国際セミナーでは、ベトナムから彼女を含めて5本もの発表があった。しかし、段階的禁止の進展に関する報告はなく、「ベトナムで中皮腫事例が確認されているもののアスベスト曝露と関連した事例はない」ということが強調された。

2010年に4つの病院で中皮腫と診断された事例が46件あったが、曝露歴なしが40件、アスベスト・セ

ベトナムにおけるアスベスト消費量 1998-2011



メント屋根のある家に住んでいたものが5件、蛇紋石鉱山近隣住民が1件。そのうち「日本の専門家によって中皮腫の診断が確認されたもの」が8件で、内訳は事務員1名、パン製造1名、航空燃料給油・バイク修理1名、農業3名、家事2名で「アスベスト曝露と関係するものはなかった」というものである。もちろん、日本の専門家が「アスベスト曝露と関係するものはない」などと判断した事実はないのだが、聞きようによっては、お墨付きを得ているともとられかねない。

実は、別のハノイ医科大学の研究者が、全国死亡統計によると2005-06年に282件の中皮腫が報告されており、男性/女性の比が1.04と他の国よりも少ないことは、居住環境において男女双方がアスベストに曝露している可能性を示唆していると発表したのだが、前出の彼女は「アスベスト曝露との関係は確認されていない」とこれにかみついた。

保健省あるいはベトナム政府全体の姿勢が後退しているのかどうか、注視していく必要がある。

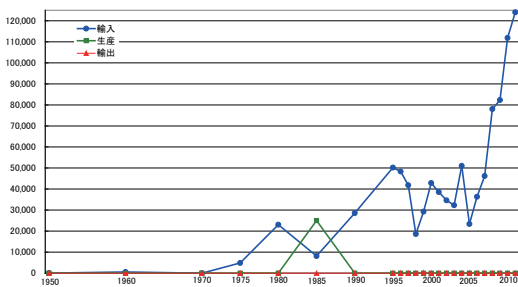
アジアのアスベスト消費大国は、中国、インド、インドネシア、それにタイ、ベトナム、スリランカが続き、これら諸国は世界トップ10の常連でもある。

インドネシア

アジアの三大アスベスト消費国のひとつ、インドネシアのアスベスト消費量は増加し続けており、国レベルでの禁止に向けた新たな具体的動きは見えていない(クロシドライトは1985年に禁止)。

しかし、2010年10月に設立されたインドネシア・アスベスト禁止ネットワーク(Ina-BAN)によるキャン

インドネシアにおけるアスベスト消費量 1950-2011



ペーンは拡大している。西ジャワの労働安全衛生 NGO (LION)、環境団体 (WALHI) 等を中心にはじまった取り組みは、2011年には赤十字協会をまきこんで、15の高校の生徒によるポスター・コンテストなどが実施された(2012年3月号)。

昨年は「Asbestos Hazard Alert Campaign 2012」が取り組まれた。7月15日の「カー・フリー・デー(CFD)」にバンドンのCFDゾーン(歩行者天国)で、チラシやステッカーを配布(左下写真)。7月18日には、ジャカルタのカナダ大使館前で抗議行動。これが警察に妨害されるや、2日後にはバンドンの州庁舎前でもデモンストレーション(右上写真)。9月16日にはバンドンでCFDゾーンをこえて日曜朝市にも宣伝活動を拡大。これらは地元メディアによく取り上げられていて、ジャカルタ、ジョグジャカルタのCFDに拡大することが検討されているという。

チビンンという町には、日本→韓国→インドネシアへと移転されたアスベスト紡織工場が操業している。2007年から三国の関係者が協力して現地調査が行われてきた。一昨年、5名の労働者のCT検査等を現地で手配することができ、検査結果等



が韓国にも送られて、3名の女性が早期の石綿肺と診断された。2012年9月2日には、患者・支援者と社会保障局 (Jamsostek) 幹部との話し合いの場が設定された(右下写真)。同局の対応は比較的ポジティブだったという。インドネシアでは国全体でまだ労災認定された職業病の事例はないなかで、今後の進展が注目される。

Ina-BANは、診断が確定された患者の早期認定を求めているが、一方で、これらの取り組みを通じてジョグジャカルタのアジア医学生行動 (AMSA) との協力関係ができたことも成果と聞いている。

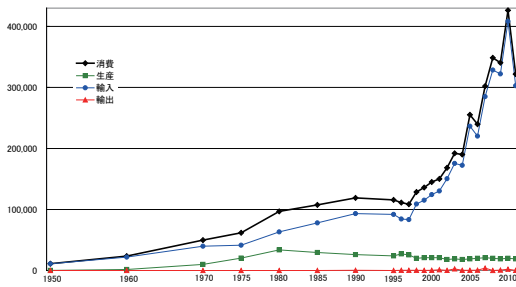
2012年末、アメリカ産業医学ジャーナルに韓国アジア環境保健市民センターのChoi Yeyongらによる「危害の貿易-アジアにおけるアスベスト産業移転事例の研究」という論文が掲載された。この間の韓国・インドネシア・日本合同調査の経過と上記5名の労働者の診断結果等も報告されている。

インド

インドのアスベスト消費量は、USGSデータによる

アジアにおけるアスベスト禁止

インドにおけるアスベスト消費量 1950-2011



と2011年は減少している。その理由はわかっていないが、この間、いくつか気になる動きがあった。

第1は、2011年6月20-24日に開催されたロッテルダム条約の第5回締約国会議（COP5）において、インド政府代表が突然、「合意の精神」に則ってクリソタイルのPICリスト搭載に賛成すると表明し、その後反対諸国との調整役も引き受けたことである。結果的に土壇場でカナダが強硬に反対したため合意に至らなかったが、誰も予想しなかったインド政府の方針転換であった。

第2に、2011年9月19-20日にデリーで開催された第5回雇用及び社会政策に関するインド-EUセミナーにインド政府が提出した「『労働安全衛生』に関するコンセプト・ペーパー」と題した文書のなかに以下の記述があったことである。「インド政府は、クリソタイル・アスベストへの一次及び二次曝露から労働者及び一般公衆を防護するために、インドにおいてクリソタイル・アスベストの採掘及び使用の禁止を検討している」。

第3に、2012年10月8日付けThe Naval Diplomatが「インドの航空母艦の挑戦」というタイトルで

下のように報じたこと。「インド当局は、健康影響のためにだいたい前から使われなくなったアスベストを使用するというロシアの提案を拒絶した。代わりに、ボイラーは、アメリカの戦艦の蒸気機関で標準とされてきた、耐火煉瓦でライニングされた」。バレンツ海での高速試航で不調になったインド海軍の空母Admiral Gorshkovのボイラーの修理をめぐるもので、ロシアのメディアが騒ぎ立てたらしい。最終的には、インド海軍が、クリソタイル不使用は修理を請け負った業者の考えであって海軍の決定ではないと、クリソタイル断熱材の使用を認めてしまったようだ。

第4に、インド労働省が、2億ルピーの予算をつけて、石綿肺の把握・根絶及び管理に関する5年間の国家プログラムを開始することを決定したこと。NGOや労働組合によるキャンペーンと対策を求める裁判所の決定を踏まえたものであるが、内容はまだ決まっていないということである。

2011年11月にA-BAN/ANROEVの会議がインド・ジャイプルで開催された後も、アスベスト被害者、アスベスト工場周辺住民、労働安全衛生団



体、労働組合等による草の根の取り組みは進展している。

2012年12月3-4日、グジャラート州バローダで、民衆トレーニング・リサーチセンター（PTRC）設立20周年を記念して「インドにおける労働衛生運動」と題したイベントが開催され、A-BANの経験を報告するため、筆者も招かれた。

この機会に前日、アーメダバードを訪問。OEHNIのMohitもデリーから合流して、労働安全衛生協会（OSHA）のRagnathらの案内で、まずは州火力発電所を見て（前頁左下）、そこで働いていたアスベスト被害者2名の自宅を訪ねた（前頁右上下）。ここでは23名のアスベスト被害者が確認され、約10名が労災認定及びアメリカのジョンズ・マンビル基金に補償請求を行っている。

別のアスベスト・セメント製品製造工場を視察。2千名が2交替で働いているこの工場の周辺には、製品である波形スレートでつくった家に労働者の家族が数百名が暮らす集住地が数か所ある。そのうちのひとつに寄って、ここでも被害者の話を聞いた（左上下）。その後、OSHAの事務所や他の

活動家に会ったりした後、バローダに向かった。

バローダでは、2日午前中にMaharaja Sayajirao 大学社会保障学部の大ホールで2百名が参加して、PTRC設立20周年の記念行事（右上）。午後から翌日にかけて会場を市内ホテルに移して、インド各地の労働安全衛生団体、労働組合等の代表と医師、弁護士らによる会議が開催された（右下）。2006年にインド労働環境衛生ネットワーク（OEHNI）ができ、これまで多くの関係者と会ってきたつもりだったが、初めて話を聞いた活動・団体も多く、興味深かった。会議のために用意された「インドにおける労働衛生運動」というサマリーを翻訳して44頁に紹介しておく。

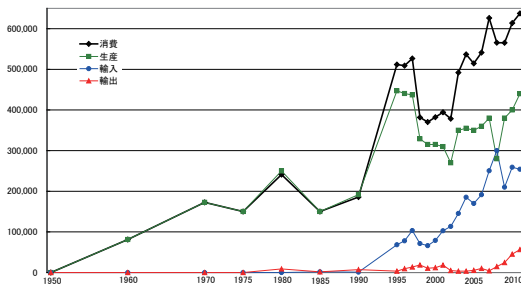
中国

中国のアスベスト事情について、本誌もそれなりの情報をお伝えしているが、総体として巨大なブラックボックスであることは変わっていない。

それでもANROEV中国ネットワーク等のNGOによる、アスベスト企業の実態調査や被害者発掘

アジアにおけるアスベスト禁止

中国におけるアスベスト消費量 1950-2011



の取り組みはすすめられている。A-BAN2012会議では、四川省のアスベスト被害者の事例や北京で建設労働者の実態調査・教育の取り組みがはじまったことなどが報告された。

昨年、国際労働環境衛生ジャーナル18巻3号に香港・中文大学の研究者らによる「中国におけるアスベスト及び関連疾患の最新レビュー」という論文が掲載されている。ここでは、過去10年間の中国におけるアスベスト規制の経過を以下のように紹介している。

2002年 職業曝露限界2から0.8f/mlに改訂(GBZ2-2002)

2003年 自動車用摩擦材へのアスベスト使用禁止

2005年 角閃石系アスベストの輸出入の全面禁止

2007年 保健省が「アスベスト加工における業務上の危険の管理及び予防のための基準」と題した新規則を発行(GBZ/T 193-2007)

2008-2010年 オリンピック及び2010年アジア大会に向けた建築プロジェクトにおけるアスベスト禁止

2011年 2011年6月1日、建設用サイディング及び壁材へのアスベストの使用を禁止する新たな工業規格が施行。この禁止は中国の国家標準の一部である(GB50574-2010)。

しかし、2012年8月にはオーストラリアで、中国から輸入された自動車にアスベストを含有したブレーキ等が使用されていることが発覚して、大きなコール騒ぎになるなど、規制の順守状況にも問題はありそうだ。



アスベストの負担の推計

なお、2012年11月6-8日に韓国・釜山で開催されたAAI第5回国際セミナーでは、国連大学グローバル・ヘルス研究所(UNU-IIGH)のSyed Mohamed Aljunid氏による「アスベスト関連疾患の経済的負担—グローバル・パースペクティブ」、及び、イギリス・スターリング大学のAndrew Watterson氏(右写真)による「ヨーロッパにおけるアスベスト関連疾患の経済的費用—ファースト・ステップ」という二つの報告が行われたことが注目される。

前者は、マレーシアのデータをもとに、アスベスト消費1USD当たり、アスベスト関連疾患のために3USDの費用が発生しているという推計結果を示した。後者は、欧州諸国のデータをもとに、アスベスト関連疾患の医療費、年金、訴訟費用、賃金喪失等を積み上げて、各国別にかかる費用を算出するという試み。これは、WHO欧州事務所によるプロジェクトで、筆者は、昨年夏ロシア・ボルゴグラードで同事務所のKim Rokho氏から少し話を聞いていた。余談であるが、Watterson氏には、1999年9月にイギリス・エジンバラで開催された第7回ヨーロッパ・ワクハザーズ会議で初めてお目にかかり、翌2000年1月にプライベートで来日された際に、lay epidemiology(素人疫学)—参加型疫学のことを中心にお話を聞いたことがある(2000年3月号)。

いずれにせよ、アスベストを使用し続けることがもたらす長期的経済的負担が示されることは、禁止及びその後の対策を促進すると思われる。

経済的負担ではなく、障害調整生命年(DALY)



や潜在的損失生命年（PYLL）等という指標を用いた「アスベスト関連疾患のグローバルな疾病負担」という発表も産業医大の高橋謙教授によって行われている。「世界疾病負担」については、WHOのウェブサイトに2004年調査に基づいた様々な資料等が掲載されている。2012年12月15日付けのランセット誌に、2010年世界疾病調査（GBD2010）の最初の報告が発表された。今後、疾病負担という観点からもアスベスト関連疾患の与える影響が深化されることも期待されている。

ナショナル・プロフィール

AAI-5のもうひとつの大きな特徴は、各国の参加者にILO/WHOのアスベスト関連疾患根絶国家計画策定（NPEAD）のためのアウトライン（2007年12月号参照）の巻末に示された18項目のすべてを埋めるかたちで各国の「国のアスベスト・プロフィール（National Asbestos Pro-file）をまとめるよう求めたこと。プロフィールは、NPEAD策定のための出発点・基本情報であり、その定期的な後進によって計画の進捗をフォローアップするものと位置づけられている。

筆者は産業医大チームと協力して日本のプロフィールを書いたが、ほかにバングラデシュ、中国、インド、インドネシア、韓国、モンゴル、フィリピン、タイ、ベトナムからプロフィールが提出された。さらに他の国からの提出も求めながら、それらをまとめた報

告書が発行される予定であり、楽しみにしている。

筆者は、昨年のAAI-4はインド・ジャイプルでのA-BAN/ANROEV2012と重なってしまったため参加できなかったが、今年は「アジアにアスベストを輸出している諸国の状況」について発表した。前号で報告した内容のダイジェスト版である。

AAI-5の各発表は、以下で見ることができる。

<http://www.krcard.org/>

後援者としてWHOの西太平洋地域事務所（WPRO）、南東アジア地域事務所（SEARO）の関係者らが参加していることも意識して、欧州地域環境保健関係閣僚会議による2010年のパルマ宣言、南米メルコスル関係諸国保健大臣によるアスベストに関する宣言のように、アジア地域でも、NPEAD策定ないしアスベスト禁止の目標時期を明記した、同様のレベルでの宣言なりができないかと訴えた。WHO関係者からは逆に、各国の関係閣僚・行政機関にぜひ働きかけてくれと言われたのだが、第1回が2007年8月タイ・バンコク、第2回が2010年7月韓国・済州島で開催された、環境と保健に関する閣僚級地域フォーラムの第3回が今年開催されるはずである。

AAI-4とAAI-5は韓国環境省がスポンサーとなり釜山で開催されたが、AAI-6は日韓以外の可能性を追求、AAI-7は福岡開催が予定されている。

A-BAN2013の準備の議論もはじまったところである。2013年はアジアのアスベスト禁止に向けて重要な年になることは間違いない。



インドにおける労働衛生運動の歴史

インドの労働運動は1世紀以降の歴史があるが、労働衛生運動の歴史は30年を少しこすくらいである。Narayan Meghaji Lokhandeと彼の仲間たちによってつくられたボンベイ工場労働者協会は1880年代に紡織工場で週休を要求している。週休を労働衛生問題ととらえれば、その運動は1世紀以上の歴史があることになる。最初の労働組合は1920年に結成され、労働組合法は1926年に成立した。労働組合は多くの労働者の権利に重要な役割を果たしたが、様々な理由から労働現場をより健康的にしたり、職業病被害者を確認して彼らが正義を得ることについては主要な役割を果たすことができなかった。その意味で、組織された系統的な努力は、1980年代初期にPRIA（アジア参加型調査研究協会）によってはじめられた。個々の労働者、被害者あるいは労働組合はローカルなレベルで闘争を行ったかもしれないが、その目的は限定的で十分に記録されず、「運動」と呼ぶことはできなかったろう。Dunu RoyとImrana Quadeerは、「労働、富と健康：インドにおける労働者の健康の社会学」というタイトルの「社会学者」向けの優れた論文を書いている。

●PRIAの貢献

PRIAは、いくつかの社会調査を実施または支援し、ヒンディー語と英語で報告を出版し、また、集会やワークショップを組織した。とりわけ「Ghatak Dhool（ヒンディー語）」は1984年10月、ボパール事件の数か月前に出版された。この小冊子は、マディヤプラデシュ州Mandsaurの石筆工場労働者の珪肺の問題を記述している。その後PRIAは、労働衛生問題に関するいくつかの重要な出版物を発行している。1984年にボパール事件が起こり、彼らの取り組みを大きく後押しし、必要性を明らかにし、それまでであったものを無効にし

た。Vijay Kanhereがそうした流れの背後にあった。彼は、その組織化の能力とともに、多くの若者たちをこの取り組みに引き入れるとともに、根気強く彼らの能力を高め、育てた。彼の後継者として、Dr.Murali, Harsh Jaitly, Sanjiv Pandita, Pralhad Malvadkar, Jagdish Patelが重要である。PRIAは現在では、通信教育を運営している以外は、長く労働衛生に関する取り組みをやめているが、いままもCIS（ILOの各国における国際労働安全衛生情報センター）である。

●労働安全衛生に関する出版物・論文

インド工科大学（IIT）出身の優れた化学技術者であるDunu Royは、環境計画と労働衛生に関心をもち、マディヤプラデシュ州のShahdolで働きはじめた。1970年から1980年にかけて働いた。彼は、製紙工場、苛性ソーダ工場、麻工場の労働者たちと水銀曝露の問題に取り組み、何冊かの一般向けの本を出版した。フリー・ジャーナリストのV.T. Padmanabhanは、Gwaliorのレーヨン工場における悲惨な状況を記録した。そこでは、よく知られた神経毒性化学物質である二硫化炭素に労働者が曝露し、多くの者が麻痺を起していた。この工場では、別の有毒物質が心臓麻痺を引き起こしていた。PUCLは、この報告を1983年に出版した。デリーを本拠にした作家Mukul Sharmaは、デリー周辺のWazirpurのステンレス製家具工場における不安全な労働条件が深刻な事故を起こしていることの報告を準備した。Delhi General Mazdur Frontがこの報告を1989年に出版した。ボンベイのLok Vigyan Sanghantanaは、1983年にヒンディー語の綿肺に関する詳細な小冊子を出版した。1987年にBGIA（ボパール情報・行動ネットワーク）は、ヒンディー語とウルドゥー語で綿肺に関する小冊子を出版した。ダーンバードのJan Chetnaはパロー

ダのSAHAJとともに、Kala Fefdaというタイトルのヒンディー語の炭鉱夫じん肺に関する一般向けの本を出版した（1988年）。これらはすべて、現出している労働状況に社会の関心をひきつけようとするすばらしい努力であった。しかし、それらは継続されなかつただけでなく、労働者が団結して闘争を続け、その暮らしにプラスの変化をもたらす助けにもならなかつた。そうした努力は、閉じられたドアの裏側の状況や貧しい人々についての理解に役立ったが、出版だけではそれを運動と呼ぶわけにはいかない。ここで指摘しておくべき重要なことは、これらの出版物で全国または地方の労働組合によるものはなかつたということである。労働組合チャッティースガル解放戦線の創設者である故Shankar Guha Niyogiは、チャッティースガル州のDalli Rajhara鉱山町にいたことに言及しておく必要がある。彼は、労働者のためにShaheed病院を設立した。筆者は彼の職業病に対する活動については、いまもよく知らない。Dr.Murali、Dr.VeenaとVijayは、障害等級評価についての本を用意し、いくつかのグループはこの本を使って障害を評価した。VijayはPRIAのために職業病に関する何冊かの本も準備した。Lokmanya医学財団研究センターの行った作業をもとにして、Pune全国安全評議会は1983年に、ヒンディー語と英語で手の傷害の予防に関する一般向けの小冊子を出版した。

Lokmanya医学財団研究センターは1980年代に、塩素その他の化学物質に曝露した患者の事例も発表した。当時AnkaleshwarのJayaben病院に所属していたDr. Haresh Shahも、治療をした化学物質に曝露した患者の事例を記録している。工業地帯の病院は、非常に豊富な経験をもっていたが、それらは記録されないままだった。彼らは、職業病の記録と報告、科学的データの創出に大きな貢献をすることもできたのである。

●労働安全衛生に関する訴訟

別のかたちの活動は、労働衛生に関連する問題で公益訴訟（public interest litigation）を提起することであった。アーメダバードの消費者教育研究センターは、ニュー・サイエンティスト誌にアーメダ

バードのアスベスト・セメント工場及びインドの他のアスベスト作業場における状況に関する論文が掲載されたことを受けて、1986年にアスベスト曝露から労働者を保護するためにインド最高裁に公益訴訟を起こした。最高裁は1995年に、規則や条件を設定する判決を下した。裁判所は、被害者への補償に関する命令を下した。それらがどのように守られたのか、労働者のアスベスト曝露防護にどれだけ成功したのか、誰も知らない。アーメダバードのLok Adhikar Sanghは、グジャラート高等裁判所に、瑪瑙労働者の窮状に関する公益訴訟を提起した。そのような訴訟の事例をいくつも挙げることができる。これらの努力は運動に一定程度役だったが、いずれも被害者や曝露労働者によって起こされたものでも、支援されたものでもなかつた。やはり、フォローアップする仕組みをもたない請願だけでは、論理的帰結としてそれ自体では運動と言うことはできない。人々が労働安全衛生に積極的であるということは、法律を活用するというではない。人々はあらゆるレベルの裁判所で活用し、請求を起こすが、それは幅広い取り組みの一部なのであって、補償請求を提訴することだけに限定したのではないのである。PRASARは2006年にインド最高裁に珪肺に関して公益訴訟を提起し、後にShipi Kendraが共同請願者として加わった。PTRCは、ESI法及びECA法[どちらも労災補償に関する法律]に基づく訴訟請求にきわめて積極的である。グジャラート高裁にいくつもの請求を起こし、いくつかの事例では、PTRCが行った作業をもとに高裁がSuo-Moto petition（独自請求）を提起している。OSHAもグジャラート高裁に、労働安全衛生や法執行の怠慢の問題を提起している。いくつかのグループはもっぱら労働安全衛生問題に取り組む一方で、他の問題にも取り組んでいるものもある。

●地域草の根OSHグループの役割

Vijayは、多くの地方グループの設立と、彼らが知識や資源を得るのを援助した。労働安全衛生センター（OSHC）は、ボンベイの地方グループとして、彼自らが設立したものである。Jagdish Patelはバローダで1986年にVSS Mandalを設立した。

インドにおける労働衛生運動の歴史

Sanjiv Panditaは香港のアジア・モニター・リソースセンター(AMRC)に加わり、アジアにおける労働安全衛生運動の強化を援助している。

その設立以来、VSS Mandalは、地元の労働安全衛生に関する闘争を支援し、なかでも重要なものに、パローダにおけるガラス工場労働者の闘い、クロム工場の労働組合の闘い、アーメダバードの発電所労働者の闘い、珪肺等に対するセラミック労働者の取り組み、紡織労働者の綿肺に関する闘いがある。VSSMはまた、アーメダバードの労働安全衛生協会(OSHA)、アーメダバードのKamdar Swasthya Suraksha Mandalの設立を援助した。OSHAは、発電所労働者、その後アスベスト・セメント工場労働者と取り組みを行っている。KSSMは、当初綿肺について紡織労働者と、後には下水労働者やマンホール労働者と取り組みを行っている。不幸なことに、運動はグジャラート州とマハラシュトラ州を越えてはひろがらなかった。Nagarik Manchaは、西ベンガル州の古いグループで、職業病被害者がESICから補償を獲得するために活動している。最近、諸グループがデリーやラジャスタン、ジャカルハンドやマディヤプラデシュで集まりをもつようになった。

ここに記述したグループの大部分は、労働者自身によって設立され、汚染された労働現場における自らの直接の体験を活用している。活力の源は、自らが体験したかもしれないおそろしい経験に基づく闘争を維持することである。最近10年間に設立されたグループ-デリーのPRASAR、ラジャスタンのMLPC、ジャカルハンドのOSHAJ、マディヤプラデシュのShipi Kendraは、各々の地域で労働者として働いたことのない活動家によって牽引されている。これらすべてのグループが、憲法に基づいた方法で、きわめて参加型、法的、創造的及び平和的に闘争を指導している。それらの多くは組織化された部門で活動しているが、非組織化部門に切り込んでいるものもある。

●主要な課題

補償-ESI法に基づくESCIからの補償、ECA法に基づく使用者または保険者からの補償、また

は憲法の条項(生活する権利)に基づき責任のある国の考慮からの補償を要求すること-はいまも戦略の核心であり続けている。元アスベスト労働者らは、多国籍企業がその破産責任に基づいて設立した基金に対して補償を請求している。

いずれの補償を請求するためにも、被害者は、自らが法律に記載された職業病に罹患している旨の医学専門家による証明を必要とする。このために医学専門家をまきこむことは、活動のもっとも重要な部分のひとつである。各グループは、診断を得るための各々独自の戦略をもっている。スタッフまたはボランティアとして、グループのなかに医師がいるところもある。医学校と積極的に協力し合っているところもある。また、この種のサービスを定期的に提供してくれる者がいないところもある。多くの場合、グループは様々な種類のじん肺-主に珪肺と石綿肺-の被害者とともに活動している。これらの疾病の場合には、診断のためにX線写真が不可欠である。グループは、意見書を書くことのできる地元の医師をみつけることができず、ムンバイまたはコルカタの少数のボランティアに頼らざるを得ない。医師は、障害の程度についても評価することを求められる。

肺疾患については、肺機能検査が重要な指標のひとつである。肺機能検査は、訓練を受けたパラメディカルによって行うことができる。OHSCとPTRCはスパイロメーターを購入した。OSHAとPTRCは、ILOの標準X線写真集をもっている。両者は、騒音に曝露した労働者に実施してオーディオグラムを得るためのオーディオメーターも持っている。OSHCは、この機器を使って数百人の労働者がNIHLに補償を請求するのを助けることができたし、診断キャンプ(現地検診)を組織するのを助けるために、国内の様々な場所に出かけている。

グループは、皮膚炎、職業性喘息、クロム毒性(鼻中隔穿孔、肝硬変、喘息等)、NIHL、珪肺、石綿肺、その他の補償請求に成功してきた。にもかかわらず、成功した請求の件数は、想定される被害者の数と比較すれば少ない。非組織化部門については、グループは、全国人権委員会に申し立てをした。委員会はいくつかの申し立てに対して

勧告を出した。ラジャスタンのグループは勧告をフォローアップして、被害者を組合に組織し、組合は委員会の勧告を実行するよう政府に圧力をかけるプロテストを組織した。結果的にラジャスタン州政府は、珪肺で夫を亡くした21人の妻たちに各々30万ルピーを支払った。2010年11月12日の別の請求では、委員会はグジャラート州政府に対して、珪肺で死亡した238人の遺族に30万ルピーを支払うよう勧告した。グジャラート州政府は、この勧告をいまだ実行していない。

グループ全体で限界をカバーし、全体の能力を最大限活用して、いくつかのアドボカシーでも成功をおさめている。PTRCは、ESISといくつかのプログラムを組織した。PTRCは市民団体から、労働安全衛生に関するレクチャーを求められている。注意喚起については、VSSMが最初に、また後にPTRCも、様々な展示イベントを行ってきた。1988年にはニューズレターの発行を開始し、それはいまでも続いている。SALAMATIは、インドにおけるこの種の唯一の労働安全衛生情報誌である。情報の普及はこの情報誌を通じて行われている。これらのグループは、しばしば社会調査を実施し、報告書を発行している。これまでに数百人の労働者をトレーニングしてきた。被害者とその家族のケア、サポート及びリハビリテーションは、これらのグループがまだ大々的には踏み込めていない領域である。

●ネットワークング

AMRCからの提案を受けて、ネットワークングの必要性について議論するために、PTRCが2006年1月30/31日にデリーでの会合を呼びかけた。その結果、インド労働環境衛生ネットワーク(OEHNI)が設立された。その後2年間休止状態であったが、AMRCの要請を受けてデリーのエンビロニクス・トラストが2009年4月に再度会合を呼びかけ、ネットワークを活性化することが決定された。今度はいまより、OEHNIはいまやインドにおける労働安全衛生グループの活動的なネットワークになっている。ネットワークに部分的にしか関わっていないものや、まだ参加していないものもある一方で、新たにメンバーに加わった団体もある。文科的及び政治的

相違は常に存在するが、われわれはギャップを縮めるために最善の努力をしている。OEHNIと各メンバーは、労働・環境被害者の権利のためのアジア・ネットワーク(ANROEV)のメンバーである。個々の団体は他の全国的及び国際的ネットワークのメンバーでもある。Jan Swasthya Abhiyanは、社会的関心をもつ衛生専門家と活動家のネットワークである。PTRCは、双方のネットワークに活動的である。PTRCはまた児童権ネットワークや食品安全ネットワークにも参加している。他の労働安全衛生グループも様々なネットワークに参加している。

1990年にPRIAは、粉じん関連肺疾患に関する全国キャンペーンを開始し、労働安全衛生に積極的なグループはこれに加わった。キャンペーンはグジャラートその他の地域で成功した。多くの紡織労働者が綿肺の補償請求をすることができた。キャンペーンは2年間継続され、その後様々な理由からなくなった。それ以来、過去20年間、全国的キャンペーンは行われていない。キャンペーンを始めることのできる多くの課題が存在している。

グループは、共通の関心のある分野に関する全国キャンペーンを決定することができる。いくつかの重要な課題は以下に掲げるとおり。このリストは徹底的なものではなく、拡張することができる。

- ① 珪肺罹患被害者に関する全国人権委員会の勧告
 - ② 職業病に関する信頼できないデータ
 - ③ 工場法、鉱山法やBCOW法のもとの不十分な職業病の届出
 - ④ ESIサービス:医学判定委員会、障害評価及び補償の開始時期
 - ⑤ ILO第155号条約の批准
 - ⑥ 乞う情報及びESI法の改正。工場法付表II、ESI法付表III及びECA法の見直し。労働組合やNGOが違反を告訴できるようにする。
 - ⑦ 予防に関する現行法の執行:週末労働局
- 本文書は、運動の過去及び現在、今後の大きな課題に関する簡単な紹介である。運動は、浮き沈み、成功と失敗の経験をもってきた。



2012年11月4日 Jagdish Patel

速報：石綿肺がん行政訴訟大阪高裁判決

2013年2月12日

平成24年(行コ)第73号 療養補償給付等不支給
処分取消請求控訴事件 (原審・神戸地方裁判所
平成21年(行ウ)第1号[2012年5月号参照])

主 文

- 1 本件控訴を棄却する。
- 2 控訴費用は控訴人[国]の負担とする。

事実及び理由

第1 控訴の趣旨

- 1 原判決を取り消す。
- 2 被控訴人の請求をいずれも棄却する。
- 3 訴訟費用は、第1、2審とも被控訴人の負担とする。

第2 被控訴人の請求

神戸東労働基準監督署長が被控訴人に対し平成18年7月10日付けでした労働者災害補償保険法に基づく療養補償給付、休業補償給付、遺族補償給付及び葬祭料を支給しないとの各処分を取り消す。

第3 事案の概要

- 1 本件は、被控訴人が、夫である亡K(以下「亡K」という。)が肺腺がんにより死亡したのは業務に起因するものであるとして、労働者災害補償保険法(以下「労災保険法」という。)に基づく療養補償給付、休業補償給付、遺族補償給付及び葬祭料を支給とした平成18年7月10日付けの神戸東労働基準監督署長の各処分(以下、併せて「本件処分」という。)の取消しを求めた抗告訴訟である。

原判決は、被控訴人の請求をいずれも認容したため、控訴人がこれを不服として控訴した。

- 2 前提事実、争点及び争点に関する当事者の主張は、次のとおり訂正、付加し、後記3に当審における控訴人の主張を付加するほかは、原判決「事実及び理由」の第3ないし第5(原判決3頁8行目から31頁25行目まで)に記載のとおりであるから、これを引用する。

- (1) 原判決6頁23行目の「乾燥肺組織重量(以下「乾燥肺」という。)」を「乾燥肺重量」に改める。
- (2) 同7頁末行の「及び」を「又は」に改める。
- (3) 同13頁7行目及び9行目の各「乾燥肺」の次にいずれも「重量」を加える。
- (4) 同26頁3行目の「カナダから貨物船」を「カナダからの貨物船」に改める。
- (5) 同26頁8行目の「海上検数員」を「サイド検数員(海上検数員)」に改める。

- 3 当審における控訴人の主張

- (1) 争点(1)について

原判決は、肺がん発症と業務上の石綿ばく露との間の業務起因性を肯定するためには、肺がん発症の相対危険度を2倍以上に高めるような累積石綿ばく露を要することを前提とした上(控訴人においても、この前提には異論がない。)、肺がん発症の相対危険度を2倍以上に高める累積石綿ばく露があったことを認定する基準として、①石綿ばく露作業従事期間が10年以上であり、かつ、②肺組織内に石綿小体又は石綿繊維が存在すること(その数量は問わない。)という基準を定立し(この基準を以下「原判決基準」という。)、原判決基準に基づき、Kの肺がんの発症につき業務起因性を肯定した。しかしながら、次のとおり、原判決基準は誤りであり、肺がん発症の相対危険度を2倍以上に高め

る累積石棉ばく露があったことを認定するためには、平成19年認定基準が示すとおり、①石棉ばく露作業従事期間が10年以上であり、かつ、②乾燥肺重量1g当たり5000本以上の石棉小体が存在するという基準によるべきである。

ア 諸外国においても、一般に、肺がん発症が業務上の石棉ばく露に起因するか否かを判断するに当たっては、従事した作業内容を考慮して、これに伴う石棉のばく露濃度の程度が問題とされているところ、我が国では、業種別・職業別の石棉ばく露の濃度の程度が明らかではない上、同じ業種・職種でも作業内容やその頻度によって石棉ばく露の濃度の程度に差があり、被災者が従事した業種・職種のみから高濃度ばく露あるいは中濃度ばく露があったと評価することはできない。そのため、我が国において、石棉ばく露作業従事期間を殊更に重視し、これのみを指標として、相対危険度を2倍以上に高める累積石棉ばく露があったと認定することは相当ではなく、肺がん発症の危険度を2倍以上とする累積石棉ばく露量に相当する医学的所見を要するとするのが相当である。

そして、肺がん発症の相対危険度を2倍以上に高める石棉ばく露量の指標は25本/ml×年以上の累積石棉ばく露量とされること、これに相当する医学的所見としては、乾燥肺重量1g当たりの石棉小体数を基準とする場合、5000本ないし1万5000本と考えられており、5000本は最低限度のレベルである。

なお、石棉の種類がクリソタイルであつたとしても、クリソタイルの肺がん発症リスク、他の種類の石棉と比較して、10分の1程度の低いものであることを踏まえれば、クリソタイルの排出速度が他の種類の石棉に比べて上回っていることを考慮に入れても、石棉小体数5000本以上を基準とすることには十分な合理性が認められる。

イ 原判決基準は、平成18年認定基準の定める要件(本件要件)中の「肺内に石棉小体又は石棉繊維が認められること」という要件を「肺内に石棉小体又は石棉繊維が認められれば足り、その量的数値は問題としない。」という趣旨であ

ると理解して定立されたものであるが、この要件は、そのような趣旨のものではない。

平成18年認定基準が前提としている平成15年認定基準は、①石棉ばく露作業への従事期間が10年以上であり、かつ、②肺組織内に石棉小体又は石棉繊維が認められる場合には、別表7号7の業務上疾病として取り扱うと定めているところ、この「肺組織内に石棉小体又は石棉繊維が認められること」とは「肺組織切片測定方式によって、肺組織切片標本に石棉小体又は繊維組織が認められること」を意味している。なお、平成15年認定基準においては、乾燥肺重量1g当たりの石棉小体若しくは石棉繊維又は気管支肺胞洗浄液中の石棉小体を位相差顕微鏡によって測定する方法(乾燥肺測定方式)が、平成15年当時普及していなかったため、この方式によることは想定されていなかったが、肺組織切片測定方式によって、肺組織中に1本でも石棉小体が検出される場合を乾燥肺測定方式で測定した場合に換算すると、石棉小体1万本ないし2万本が認められることに相当する。

平成18年認定基準の「肺内に石棉小体又は石棉繊維が認められること」という要件は、平成15年認定基準の「肺組織切片測定方式によって、肺組織切片標本に石棉小体又は繊維組織が認められること」に、新たに「乾燥肺測定方式によって、肺組織あるいは気管支肺胞洗浄液から一定量の石棉小体等が計測されること」を加えたものであるところ、乾燥肺測定方式では、前記のとおり、肺組織中に1本でも石棉小体が検出される場合を乾燥肺測定方式で測定した場合に換算すると、石棉小体1万本ないし2万本が認められることに相当することや、肺がん発症の危険度を2倍以上とする累積石棉ばく露量に相当する医学的所見は、乾燥肺重量1g当たりの石棉小体が最低5000本認められることであると考えられていることに鑑みると、平成18年認定基準は、肺がん発症の相対危険度を2倍以上に高める累積石棉ばく露があったことを認定するためには、乾燥肺測定方式による場合、乾燥肺重量1g当たり5000本以上の石棉小体が

認められることを必要としていると理解すべきである。

ウ 平成19年認定基準は、平成18年認定基準についての上記理解を明確化したものである。

(2) 争点(2)について

ア 亡Kの乾燥肺重量1g当たりの石綿小体数は741本であり(この値は、一般住民に乾燥肺測定方式で認められる石綿小体数と同程度の値である。)、また、胸膜プラークの所見もなかったのであるから、亡Kには、肺がん発症の相対危険度2倍と認められるような医学的所見は存在しない。

イ 亡Kが従事した検数作業の業務内容は、石綿そのものや石綿製品に直接触れたり、石綿入りの貨物を運搬するものではないこと、亡Kが検数作業を行った貨物のうち石綿の入った貨物は一部にすぎず、この貨物に接近する機会・時間も業務時間全体のうちごく限られた時間にすぎなかったことなどからすると、亡Kは、その業務従事中、石綿にばく露した機会がある程度あったとしても、低濃度の石綿ばく露しか受けていなかったといえる。このことは、亡Kの乾燥肺重量1g当たりの石綿小体数が、職業ばく露の可能性が低い一般住民と同程度である741本であったという客観的所見とも整合する。

第4 当裁判所の判断

当裁判所も、被控訴人の請求はいずれも理由があるものと判断する。その理由は、次のとおり訂正し、後記2に当審における控訴人の主張に対する判断を付加するほかは、原判決「事実及び理由」の第6の1ないし4(原判決32頁1行目から50頁8行目まで)に記載のとおりであるから、これを引用する。

- (1) 原判決32頁8行目の「19頁」を「21頁」に改める。
- (2) 同33頁10行目の「引き掛かける」を「引き掛ける」に改める。
- (3) 同34頁14行目の「1980年代」を「1980年(昭和55年)代」に改める。

2 当審における控訴人の主張に対する判断

(1) 当審における控訴人の主張(1)について

本件検討会がその検討結果を報告した平成18年報告書の内容は、前提事実6(4)イ(原判決12頁3行目から14頁2行目まで)記載のとおりであり、これによると、「肺がんの発症リスクを2倍に高める石綿ばく露量の指標としては、石綿繊維25本/ml×年の累積ばく露量がこれに該当し、これを示す医学的所見としては、①石綿肺(第1型以上)、②乾燥肺重量1g当たり石綿小体5000本以上、③BALF(経気管支肺胞洗浄液)1ml中石綿小体5本以上、又は④乾燥肺重量1g当たり石綿繊維200万本以上(5 μ m超)とするのが妥当と考える。」「職業ばく露とみなすために必要なばく露期間に関しては、諸外国での取扱いを踏まえ、胸膜プラーク等の石綿ばく露所見が認められ、原則として石綿ばく露作業に概ね10年以上従事したことをもって肺がんリスクを2倍に高める指標とみなすことは妥当である。」とされている。そして、この検討結果を踏まえて発出された平成18年通達中の平成18年認定基準においては、「次の①又は②の医学的所見が得られ、かつ、石綿ばく露作業への従事期間が10年以上あること。ただし、次の②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、石綿ばく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。①胸部工クックス線検査、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。②肺内に石綿小体又は石綿繊維が認められること。」という要件に該当する場合には、別表7号7の業務上疾病として取り扱うこととされている(前提事実6(5)イ(ア))。

平成18年報告書の前記内容からすると、平成18年報告書は、原則として石綿ばく露作業に概ね10年以上従事したことを、胸膜プラーク等

の石綿ばく露所見が認められる限り、石綿繊維25本/ml×年の累積ばく露量を示す医学的所見が存在する場合と並んで、肺がんリスクを2倍に高める指標とみなすことは妥当であるとしているのであって、石綿繊維25本/ml×年の累積ばく露量を示す医学的所見がない場合には、石綿ばく露作業に概ね10年以上従事したとしても、これを肺がんリスクを2倍に高める指標とみなさないとするものでないことは明らかである。そして、平成18年報告書の内容を踏まえた平成18年基準が、石綿ばく露作業への従事期間が10年以上あることに加えて要求している医学的所見が「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」又は「肺内に石綿小体又は石綿繊維が認められること」であることからすると、平成18年基準は、平成18年報告書で必要とされた「胸膜プラーク等の石綿ばく露所見」として、明示的に示されていた胸膜プラークの外に、「肺内に石綿小体又は石綿繊維が認められること」もこれに該当することを明らかにしたといえるのであって、平成18年基準が、平成18年報告書において、原則として石綿ばく露作業に概ね10年以上従事したことを肺がんリスクを2倍に高める指標とみなすための要件として必要とされていなかった25本/ml×年の累積ばく露量を示す医学的所見の存在を、その要件として付け加えたことと理解することは到底できない。このことは、25本/ml×年の累積ばく露量を示す医学的所見が認められれば、石綿ばく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とする旨を規定している平成18年認定基準の前記ただし書からも十分窺い知ることができる。

以上によると、平成18年認定基準の定める要件（本件要件）中の「肺内に石綿小体又は石綿繊維が認められること」という要件は、「肺内に石綿小体又は石綿繊維が認められれば足り、その量的数値は問題としない。」という趣旨であると理解すべきであり、このような理解の下に定立された原判決基準は相当である。上記理解

が誤りであることを前提とする控訴人の主張は採用できない。

なお、平成19年認定基準では、「石綿ばく露作業に10年以上従事した場合にも、石綿小体に係る資料が提出され、乾燥肺事量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」と同水準のばく露とみることができるか、という観点から、作業内容、頻度、ばく露形態、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である。」とされているが（前提事実6（6））、これは平成18年認定基準を上記趣旨であると理解する限り、平成18年認定基準とは異なる運用基準を示したものであるとみざるを得ない。そして、この運用基準が、平成18年通達が発出された後に新たに得られた医学的知見に基づき示されたものでないことは、控訴人において、平成19年認定基準は、平成18年認定基準についての理解を明確化したものであると主張するだけで、そのような医学的知見について何らの主張、立証をしていないことからして、明らかであるから、本件検討会の検討結果を踏まえて発出された平成18年通達中の平成18年認定基準とは異なる運用基準を示した平成19年認定基準に合理性があるとは認め難い。

(2) 当審における控訴人の主張(2)について

控訴人のこの点に関する主張は、原審における主張の繰り返しに過ぎない。争点(2)に関する当裁判所の事実認定及び判断は、既に原判決を引用して説示したとおりである。

第5 結論

以上によると、被控訴人の請求は理由があるから認容すべきであり、これと同旨の原判決は相当である。

よって、本件控訴は理由がないから棄却することとして、主文のとおり判決する。



大阪高等裁判所第12民事部
裁判長裁判官 谷口幸博
裁判官 一谷好文
裁判官 秋本昌彦

石綿肺療養中の自殺で判決

岡山地裁●厚生労働省は控訴せず

岡山地裁は、2012年9月26日、管理区分4相当で最重症の石綿肺で療養中の男性Aさんが自殺した事案について、妻の労災保険遺族補償給付・葬祭料の請求を不支給とした倉敷労働基準監督署長の決定を取り消す判決を言い渡した。厚生労働省は控訴せず、判決が確定した。

今回の判決は、じん肺療養中の自殺に対する業務上外を判断する際の厚労省の認定基準に誤りがあることを示した。

じん肺自殺の業務上外に関する取り扱いの全体像は明らかにされていない。しかし、今回の判決を含めて、近年、じん肺自殺不支給事案が不服審査手続や裁判で取り消される事案が続いている。厚労省はじん肺療養中の自殺の取り扱いについて、根本的に見直すべきだ。

Aさんのケースについて、労基署がAさんの死亡を業務外とした理由は、「自殺の原因である『うつ病』と診断される前の6か月間に特段の心理的負荷がなかった」ということだった。

自殺の原因となった「精神障害の発症前の6か月間の強い心理的負荷の有無」を認定要件としている。

労基署は現行の労災認定基

準に「忠実に」判断した。しかし、裁判所は、事実在即して、労災認定相当と判断し、不支給決定処分は取り消した。

判決は、ただ、現行の認定基準の妥当性について言及していない。それを奇貨として、厚労省は控訴しなかったとみられる。理由は明らかにされていないが、控訴しなかった理由について内部的な事務連絡が流されている可能性がある（判決は現行の認定基準と抵触しない、という内容だと推測される）。ただし、その内容は情報公開請求をしなければ明らかにならないだろう。

Aさんの療養経過は、次のようなものだった。

1961年8月、石綿吹き付け施工会社に入社し、青石綿含有石綿の吹付け作業に従事。

1987年8月、ごく軽度の石綿肺と診断。呼吸困難度I。咳のみ。

1994年2月、元同僚（じん肺管理区分3、合併症あり）が死亡。

1996年11月、元同僚が腹膜中皮腫で死亡。Aさんはお見舞いのあと、妻に「痩せてしまって悲惨だ」「哀れで見てもらえない」「自分もいずれこうなるので、その時は人には見られたくないし、人には言わないでくれ」「悲惨すぎて見舞いにも行けない」

などと話す。

1997年5月、元同僚が肺がんで死亡。

2002年6月、じん肺管理区分「管理3イ、PR2」続発性気管支炎が合併、要療養。労災認定され、補償給付を受け始める。Aさんは「いよいよ来たか」「アスベストで入院したら大体1年半でおわりだ」と話す。自宅で、うろろする、思いこむ、沈みこむといった状態になり、眠れない、後頭部が熱いなどと話す。

同年7月、A心療内科受診。自律神経失調症、うつ状態、不眠症などの診断。

同年10月、B病院精神科受診。うつ病と診断。

同年12月～2005年12月、B病院精神科での受診を継続。症状は一時期を除き非常に安定していた。B病院精神科では「青石綿、アスベストを使ってた。じん肺で労災の認定をされている」「悪性中皮腫」「鉄骨にアスベストを被覆させる。現場ですってしまおう」「それもおかしくなった原因ですナ」「石綿肺は別の病院にいつてる。1か月に1回。中皮腫がでたらあぶない」「アスベストのじん肺がいつどうなるか。それが心配。30年ほど前に現場で管理、断熱材、吸着材。みんな50くらいで亡くなってしまった」「アスベストの方で労災で認定患者になっている。肺が少ししぼんでいるが、日常生活にはそれほど支障がない。仲間はみんな54、55歳で亡くなった。発症したら1年くらいらしい。肺活量は落としちゃいかんというい

ろ言われてる。」と述べていた。

2007年1月、呼吸困難度Ⅳ。%肺活量が35.1パーセントへ増悪。管理区分4相当と診断。月末に元上司が肺がんで死亡。Aさんは訃報を聞き、非常に落ち込んだ。考え込むような時間がさらに多くなり、妻が何か話しかけないと話さないような状態に。

2月中旬～末、38度の高熱が出ると共に、深呼吸や咳嗽の際、左下葉部に疼痛が出現したため入院し、肺炎及び続発性気胸と診断。精神科で、「肺炎して。退院して3日目くらいです。10日ほど入院していた。いろいろ考えてしまっしんどい…。気分が滅入る。この間も上司が肺がんで…」と述べた。

4月中旬、38度の高熱と在宅酸素療法導入のため、B病院に緊急入院。入院中、妻に何度か「喉を切開するなら逝かせてくれ」などと述べた。被害者の友人が石綿肺でB病院に入院していたことから見舞いに行ったところ、友人は、ベッドの上に座っているだけでも、「ゼーゼー」と辛そうに息をしていた。友人は、息が苦しいため1回の食事に40分かかってしまうと話した後、自分の状態に悲しくなったのか、言葉に詰まって、眼に涙を溜めて泣きそうになった。

2007年5月、精神科でAさんは「酸素がいるんで入院しとった。こうなるのはわかっていたけど。首のうしろがバーツとなって、前みたいなことになって。行動できる範囲が少なくて、精神的に弱い」と述べた。

5月中旬、自殺。

労基署の判断は「うつ病を発症した2007年7月頃の直前6か月の間には、石綿肺及び合併症で労災認定されることがあったが、労災認定基準上の強い心的負荷には該当しないから、そのうつ病は業務上ではなく、それ以後も急激な石綿肺の悪化なく推移している中での自殺であるので、これも業務上とは認められない」として不支給としたのだった。

しかし、経過にみるとおり、Aさんは石綿肺の重症化に応じて、精神症状が変化、悪化している。この点を裁判所は次のように判断して、不支給処分を取り消した。

「このような、平成2年から10年以上の期間にわたり続く咳や痰の症状や、次第に悪化していく息切れなどの症状は、Aに、心的負荷を与え続け、かつその心的負荷は次第に大きくなっていったものといえることができる。また、石綿肺は、根治療法がなく、慢性的な苦しみを与え続け、最終的には死に至る危険の高い疾病であるが、Aは、そのことを悲惨な姿で死んでいった同僚らの姿を通じて認識せざるを得ない状況にあり、石綿肺の病状が悪化していく度に、一生続くであろう苦しみや死に対する恐怖を強く感じていたといえるべきである。被告は、本件精神障害発病前6か月の間に、石綿肺の重症化等の変化がみられないことを重視しているが、上記のとおり、継続するだけでなく次第に

悪化していく石綿肺の病状や、石綿肺が与える死への恐怖等に鑑みれば、石綿肺の短期間での顕著な重症化等がないことをもって、石綿肺の病状等による心理的負荷が強度のものではなかったということとはできない。

以上のことに加えて、じん肺を始めとする慢性呼吸器疾患の患者が精神障害を発病することについての研究報告等が存在することなどをも考慮すれば、石綿肺の病状等によるAの心理的負荷は、社会通念上、客観的にみて本件精神障害を発病させる程度に過重であったといえるべきである。そして、Aには、石綿肺による病状以外の心理的負荷や個体側の脆弱性、遺伝素因など他に発病因子となり得るような事情が証拠上明らかにはうかがわれないことからすれば、本件精神障害の発病と石綿肺の病状等との間、ひいては本件精神障害の発病と石綿肺発病の原因である業務との間に相当因果関係を認めることができる。

さらに、Aに発病した本件精神障害は、一般的に強い自殺念慮を伴うICD-10のF33に分類される精神障害であると認められることから(甲11)、Aは、本件精神障害により、正常の認識、行動選択能力が著しく阻害され、又は自殺行為を思いとどまる精神的抑制力が著しく阻害されていた状態で自殺したと推定でき、本件精神障害が原因となって死亡したと認めることができる。

したがって、本件精神障害と業務との間の相当因果関係に

否定し、Aの自殺による死亡を業務上の死亡には当たらないとした本件処分は違法であるから、取り消されるべきである。」

「発症前6か月間の強い心的負荷」にこだわる認定基準を事実上、明確に否定した判決内容だったが、厚労省は控訴しなかったのであるから、認定基準の内容、運用を是正するべきは当然だろう。

じん肺、石綿肺療養中の自殺のケースで、判決や裁決で不支給処分取り消しとされた事案はほかにもある。

Aさんの件で再審査請求での裁決の直前、じん肺管理区分「管理3イ」から「管理4」に悪化する中でうつ病を発症、自殺した男性の死亡について業務外とする大野労基署長の不支給決定処分を取り消す判決が福井地裁で言い渡された(平成18年(行ウ)第9号 2009年9月9日判決)。この件は、厚労省が控訴せず確定した。

福井地裁判決は、「業務上疾病であるじん肺により療養中の者が精神障害を発症して自殺した場合における自殺の業務起因性」について、

「ア じん肺は、粉じん作業に内在した危険が現実化した疾病であるから、業務上疾病であるじん肺の病状やそれに伴う療養による心理的負荷は、業務により生じた心理的負荷と評価することが相当である。

イ したがって、業務上疾病であるじん肺により療養中の者に発症した精神障害について

は、上記(1)に則り、ストレス(じん肺の病状やその療養による心理的負荷を含む業務による心理的負荷と業務以外の心理的負荷)と個体側の反応性、脆弱性を総合考慮し、じん肺の病状やその療養による心理的負荷を含む業務による心理的負荷が、社会通念上、精神障害を発症させる程度に過重であるといえる場合には、当該精神障害の業務起因性を肯定するのが相当である。

ウ なお、被告は、精神障害の発症前おおむね6か月間において、じん肺の病状が急変し、極度の苦痛を伴った場合など、じん肺の病状による心理的負荷が極度のものに準ずる程度のものと認められることを要すると主張するが、後記認定事実(1)記載のとおり、ア)じん肺の病変は一般に不可逆性のものであり、その進行は緩やかである、イ)じん肺自体又はその合併症により死亡することがある、ウ)呼吸困難、せき及びたんの自覚症状があるというじん肺の特徴等に鑑みると、精神障害の発症前おおむね6か月間において病

状の急変や極度の苦痛発生がないことをもって業務起因性を否定するのは相当ではなく、上記イ記載のとおり判断するのが相当である。

エ そして、業務上疾病であるじん肺により精神障害に罹患している者が自殺した場合については、上記(2)の判断基準に則り、当該自殺の業務起因性を判断するのが相当である」として、じん肺療養中の自殺については、精神障害の認定基準の「発症前6か月」に注目して業務上外を判断することは妥当ではないとの判断を示した。

また、労働保険審査会は、2008年8月に、石綿肺療養中の自殺について不支給処分を取り消すと裁決している。

とくに、福井地裁判決と今回の岡山地裁判決に対して、厚労省が控訴しないという対応をしていること、判決内容は事実上、認定基準の改訂を要求していることを踏まえれば、厚労省は、早急にじん肺療養中の自殺の労災認定の取り扱いを改め



(関西労働者安全センター)

「原発被ばく労働者支援局」設置 岡山●全国安全センター第23回総会

2012年10月27日～28日にかけて、全国安全センターの第23回

総会が岡山市で開催された。おかやま労働安全衛生センターは



2012年4月に設立されたばかりだが、全国から約120名の参加者を受け入れ、幅広いテーマでの議論を準備していただいた。

◇オープニング・基調講演

オープニングの基調講演では、まず過労死弁護団全国連絡会議の代表幹事・松丸正弁護士から「過労死裁判を通して見えてくる労働現場の課題」について報告があった。松丸氏は1980年代から過労死問題に取り組んで来られ、最初にタクシー運転手の認定を勝ち取ったときから「これは特殊な問題ではなく、間違いなく一般的な労働者全体の問題だ」と思うに至り、専門の弁護士になったと自身のことを語られた。当初は40～50代の働き盛りが倒れる、というイメージだった過労死・過労自殺は、松丸氏が例に挙げただけでも「24歳居酒屋店員」「24歳電通社員」など、職種や年齢に関わらず広がってきている。松丸氏は、2011年に精神疾患の認定基準が「指針」から「基準」に変わり、精度は高まったと評価

しつつも、根本的な構造つまり大企業の長時間労働やそれを法的に許容する厚労省の姿勢は何も変わっていないと厳しく指摘した。

続いて関西労働者安全センターの片岡明彦事務局次長が「胆管がん問題」について講演した。片岡氏は問題の発端となった校正印刷会社SANYO-CYP社での胆管がん被害者遺族との出会いから話された。印刷は期日の厳しい業務である。そのため、機械等の洗浄の現場では「より、よく落ちる溶液」が求められる。しかしながら数十万種と言われる有機溶剤の中で治験が済み、取り扱い危険と定められているものはあまりにも少数である。片岡氏は「熊谷信二・産業医科大学准教授が治験した有機溶剤はおそらく日本で初めて分かったものだ」と話された。そして「40代で顔がまっ黄色になって亡くなるひどい状態」の危険な有機溶剤を、防護マスクもせず大量に使用している労働現場の実態を紹介しながら「これはまさしく『第2のアスベスト問題』になる可能性が高

い」と指摘し、今後も整理・分析と予防対策、被害者への補償問題などに取り組んでいかなければならないと語った。

◇第1分科会ーアスベスト

第1分科会は、「アスベスト」をテーマに開催された。前半は、アスベスト問題を取りまく諸課題についての報告が行われた。まず、川崎医科大学の大槻教授より、「珪酸・アスベストの免疫影響」と題して、アスベスト繊維によるヒトの免疫系への影響を調査することにより、アスベスト曝露による発がん過程の解明が研究されていることが報告された。続いて、東京安全センターの外山氏より、「既存石綿と大気汚染防止法改正」と題して、大気汚染防止法の改正と、石綿の含有を見分ける建築物調査者の公的資格制度の創設が進められていることなどが報告された。

また、ひょうごセンターの神田理事長から「阪神淡路大震災とアスベスト」をテーマに震災アスベストによる労災認定が続いていること、患者と家族の会の古川会長からは「タルクに混入したアスベスト問題」と題して、看護師のアスベスト曝露と労災認定についての報告があった。

後半は、石綿肺がんの認定基準改正の検証が行われた。最初に、アスベストセンターの斉藤氏より、今年の3月に改正となった「石綿肺がん労災認定基準の改正点」について説明が行われた。続いて、アスベスト訴訟関西弁護団の位田弁護士より、「石綿肺が

ん不支給取消訴訟の現状」と題して、7件の訴訟のポイントと争点について報告が行われた。中皮腫・じん肺・アスベストセンターの名取所長からは、石綿肺がんの労災認定基準の改正による労基署・労働局・局医の変化と、確定診断委員会への委託が増加している点について報告が行われた。

その後、新認定基準の各署における運用実態について意見交換が行われ、ひょうごセンターの西山事務局長からは6件の案件について報告が行われた。また、神奈川センターの西田事務局長からは、綾瀬小学校での石綿飛散事故に関わる住民訴訟について報告が行われた。分科会の内容は盛り沢山であったが、約100分の時間しかなく、十分消化しきれなかったのが残念であった。

◇第2分科会－メンタルヘルス

はじめに、関西労働者安全センターの田島氏から「メンタルヘルス・ハラスメント対策局」の取り組みの報告があった。続いてIMCの千葉氏から、円卓会議についての報告があり、ワーキンググループの配布資料に裁判判例が含まれていたため、「人間関係の問題」の検討を法律や判例から追うのは愚の骨頂として「意見並びに要請書」を出したことや、「提言」への評価が報告された。また提言に対するカウンターレポートとして「いじめを起こさせない職場が必要でありチェックリストではなく肌感覚で気づくことができる職場環境・雰囲気づくりが必要」「いじめが起きてしまっても会社

や職場、労働組合が自力で解決したという自信が信頼を呼び、経験が会社の財産である」などと発表したことが報告された。

その後、職場復帰の取り組み事例報告が郵政産業ユニオン岡山支部からあった。郵便局の現場で過重な要求などから精神疾患を発症し、やむを得ず一旦休業をした後、配置転換を求めたうえで職場復帰をした事例が報告された。しかし、会社が十分な配慮をせず、原因となった上司のいる職場での勤務の可能性があるエリア社員での復帰であり、早急に支援体制づくりを取り組むということであった。

続いて、精神疾患認定基準改正の検証として、改正点の解説が神奈川労災職業病センターの川本氏から行われた。一番のポイントは迅速化で、これまでは3人の医者が集まり決めていたが、労基署で決められるものは決められるようになった。一番変わったのは長時間労働、今までは具体的な数値がなく、あいまいな中でやっていたが、はっきり数値化して「とにかく早くできるものは早くやろう」と言うのが今回の改正ということであった。また、認定の分析でいじめとトラブルが区別され、いじめの申告がトラブルとして認定されないケースが多くなっている。また退職強要が低く評価されているとの指摘があった。

最後に北海道勤労者安全衛生センターの松浦氏から、改正前に業務外と認定された事例が新認定基準で長時間労働が認められて業務上と認定されたケース

の報告があった。

第2分科会は報告が、量・内容ともに豊富なものであった。レジュメが用意されていたが、時間内で行うために掘り下げた内容まで行かずに要点をきいてしまったので報告になった印象があり残念であった。時間もなかったが質問などが少なかったのも消化不良の影響だろうか。それぞれ、大事な問題であり、討論ができる時間であればよかったのではないかな。

◇2日目は全国センター総会

2日目の総会は、地元・おかやま労働安全衛生センターの足田事務局長より、安全センターの結成と現在の取り組みの報告が行われた。その中で、アスベスト吹き付け作業に従事し、石綿肺と診断しながら自死された事案が不認定となり、再審査でも認定されなかったが、岡山地裁において9月26日に労災不認定処分の取り消しを命じるとの判決を勝ち取った報告がなされた。

次に、おかやま安全センターの顧問である津田敏秀氏（岡山大学院教授）から、放射線暴露による人体影響について報告が行われた。放射線物質による健康影響に関して、日本では100msv以下では健康に悪影響が無いとされているが、国際放射線防護委員会では被ばく限度は年間1msvとなっている。福島原発の事故処理は事実と異なる前提で進められており、今後トラブルを増加させるのではないかと問題提起された。同じく顧問の奥津晋弁護士からは「クラレ・山陽断熱石綿

損賠事件」「三井造船石綿損賠事件」などの裁判の進行について解説をしていただいた。また、韓国・源進労働環境健康研究所のイム・サンヒョクさん所長から「韓国の労働災害の現在と研究所」の紹介もしてもらった。

その後、振動病の行政訴訟の動きに関して、高知の勤労クリニック・近藤真一医師より報告があり、主治医の診断書、意見書に対する監督署の医員のチェック体制、また審査制度の在り方について問題があり、鑑別診断では問診の必要性・職場・現場の情報が大事であるとされた。

被ばく労働に関して全国センターとして厚労省交渉を行ってきた経緯を踏まえ「原発被ばく労働者支援局」を立ち上げることが確認された。福島における原発爆発事故の事故処理という、劣悪な労働環境、徐々に悪化し



ている労働条件下で働く原発労働者の労働環境・健康管理・労災補償等について、地域ユニオン・学者・マスコミ等のネットワークを形成し、今後は正確な情報の収集と開示、学習等の運動に関与して行くこととなる。また、例年行われている全国一斉ホットラインは、本年度はテーマを決めず、大事な事例があれば緊急に、足並みを揃えて行うこととした。



発表数字は、いまだに補償されていない被害者が多数存在することを示している。2011年度労災認定者数は、肺がん362名、中皮腫522名、石綿肺65名、良性石綿胸水41名、びまん性胸膜肥厚47名となっており、合計で1,037名である。救済法による認定者数は、肺がん23名、中皮腫10名、石綿肺5名となっており、合計で38名であった。

今年から、肺がんと中皮腫などだけでなく、石綿肺についても公表されることになった。しかし、労災認定されているのは一部で、多くの石綿肺・じん肺は、別の呼吸器疾患とされがちである。

また、厚労省の発表数字からは、石綿肺がんについては補償されていない被害者が多数存在することが浮かび上がっている。世界の医学界では、石綿肺がんの患者数は中皮腫の患者数の2倍というのが共通した考え方となっている。ここ数年の労災認定件数をみると、中皮腫と肺がんの認定者数はほぼ同数で推移し、この3年間は肺がんの認定者数が中皮腫の認定者数よりも

事業場名公表でホットライン

全国5か所●2日間で186件の相談

2012年11月28日、厚生労働省は2011年度に石綿による労災認定を受けた労働者が所属していた事業場名等を公表した。2005年のクボタ・ショックの直後に第1回目の公表を行い、その後も全国センターや患者と家族の会の強い要望により毎年公表されるようになった。

今回の分を含め、これまでで延

べ7,555事業場が公表されたこととなる。今回公表されたのは936事業場で、そのうち新規に公表された事業場は427であった。事業所名や作業状況を見ると、いかに多くの業種で石綿が使用されてきたかがわかる。

2005年6月のクボタ・ショック前と比較すれば、今日の労災認定状況は改善しているものの、厚労省

少なくなっている。2011年度の認定者数をみると、本来救済されるべき石綿肺がんの被害者のうち、補償を受けている方は、わずか3分1ということがかる。

中皮腫・じん肺・アスベストセンターと全国安全センター、そしてアスベスト疾患・患者と家族の会は、厚労省の事業場名の公表に合わせ、アスベスト被害ホットラインを全国5か所で開設した。相談件数は全国で186件、内訳は北海道20件、東京62件、名古屋34件、大阪65件、四国5件という結果である。

当センターは関西センターと一緒に、西日本全域(四国を除く)からの相談に対応した。西日本新

聞と南日本新聞がホットラインの取り組みを紹介したこともあり、福岡・鹿児島を中心に九州からの相談が多かったことが特徴である。

また、石綿工場で働き、その敷地内で暮らした一家から「父・長男・次男・長女の夫が死亡。長女もプラークがある」との驚く相談も寄せられた。現在、寄せられた相談は、各センターで連携を取りながら、救済に向けた対応を始めている。泣き寝入りや被害隠しをさせないため、そして埋もれている石綿肺がんの救済に向け、引き続き相談体制を強める必要がある。



(ひょうご労働安全衛生センター)

で鶴見労基署が労災不支給決定をした。

港湾労働者の腰痛については、「業務上腰痛の認定基準等について」(昭和51年10月16日基発第750号)に基づき、重量物を取扱い、腰部に過度の負担のかかる作業とされてきた。しかし近年のコンテナ化を背景に、「加齢による骨変化の程度を明らかに超えるもの」かどうかという医学的診断のみで業務上外を判断する傾向が顕著になっている。腰部に過度の負担のかかる作業を、それによる骨変化かどうかの医学的診断を切り離して業務上外を判断することは、腰痛の認定基準の解釈としても妥当であるとは言えない。

また、地方労災医員は、労災医員規定によると「労働者の負傷、疾病等に係る診断、治療等に関し学識経験を有する医師」というが、先の医員は地方労災医員名簿に2009年4月より掲載されており、経験が浅いことがわかった。しかも鶴見労基署では、10年以上前に港湾労働者の腰痛認定が1件あっただけで、取り扱い経験がほとんどないこともわかった。港湾労働について専門知識も経験もない地方労災医員に意見書を依頼した鶴見労基署の対応も不適切である。センターは、狩野さんとともに労災保険審査官と交渉し、港湾労働に専門的知識を有する地方労災医員に意見を求めるよう要請した。

一方、狩野さんは、当初通院していた病院の主治医に、港湾

港湾労働者の腰痛逆転認定 神奈川●「加齢による骨変化」で不支給

2012年9月24日、労災不支給を不服として審査請求していた狩野悦彦さんの腰痛に対し、神奈川労働局労災保険審査官は、不支給処分を取り消す旨を決定した。

狩野さんは、湘南企業(株)(港湾荷役取扱業)に1968年3月に入社。2011年8月に退社するまで、山下埠頭や大黒埠頭等で約40年にわたり港湾荷役作業に従事した。2002年8月に息ができないくらい腰と背中が痛くなり3か月入院した。会社から健康保険でかかるよう言われたた

め労災請求せず、その後も腰の痛みは続いたが、健康保険で通院治療を続けた。

2011年7月、港町診療所への転医をきっかけに、鶴見労働基準監督署に労災請求した。港町診療所の大脇医師は、「加齢による変形の程度を明らかに超える」と診断したが、当初通院していた病院の主治医は「明らかな加齢性の骨変化」と判断。鶴見労基署が依頼した地方労災医員も「通常に加齢による骨変化の程度を超える状態ではない」と判断し、2012年3月21日付

労働の重筋肉労働に長年耐え頑張ってきたことをあらためて説明した。主治医は、安易に「加齢」と考えたことを認め、あらためて「通常に加齢より骨変化が強くみられる」と再意見した。

今回の労災保険審査官による労災不支給取り消しの決定書を見ると、地方労災医員かつ神奈川労働局の職業病相談員である専門医が「腰椎の骨棘著名であり、下部胸椎も含め(通常の)年齢以上であり、職歴も作業歴も非災害性腰痛の基準を満たしている」という意見を述べていた。ここから、同審査官がセンターの要請を受け入れ「職業性疾病の認定に長年にわたり携わっており、港湾荷役に従事する労働者の非災害性腰痛の診断についても造脂の深い専門医」であるこの医師の意見を最終的に採用し、不支給決定取り消し決定を下した。

センターは、毎年恒例の労基

署交渉で、「港湾病被災者の業務上外決定については主治医の意見を尊重するとともに、港湾労働の特殊性に配慮して骨変形の程度のみにとらわれず、筋・筋膜等軟部組織の損傷も含め総合的に判断すること。主治医と局医の意見が異なる場合には再度主治医に意見を求める」よう要請している。今後は、狩野さんの事例を踏まえ、「局医の意見を求める場合は港湾労働について造脂の深い地方労災医員に依頼すること。専門医を養成するための研修などを積極的に行うこと」も加えて要請しようと思う。

狩野さんは「あきらめなくてよかった」と、感想を漏らしている。センターも狩野さんの不屈の精神に学び、港湾労働者がこれまで勝ち取ってきた労災認定を受ける権利を守り、さらに一歩ずつ前進させていきたい。

(神奈川労災職業病センター)

みのみであったので、打ち身程度と考えられて、2日ほど休んだだけで就労を続けた。その後も膝の痛みは続き、労災保険が適用されていたので治療は継続していた。

しかし、あるときから担当するラインのスピードが速められたため、仕事が忙しくなり、膝の痛みがひどくなって働けなくなり、仕事を休みはじめた。そのときすでに労災事故から2年半がたっていた。普通は通院治療で時間の経過とともに疾病が軽快すると考えられるところ、悪化したとして休業補償を請求するので、当然労働基準監督署からは調査があることになる。幸いCさんは、休業する半年前に田島診療所に転院し、三橋先生の治療を受けていた。

Cさんのケースは、休業直前の仕事について詳しい申立書を作成し、管轄の京都下労働基準監督署(派遣会社が京都であったので)に休業補償を請求した。監督署からの症状照会にも三橋先生が適切な意見を返答してくださり、3か月ほどかかったが休業補償が支給された。

Cさんのように、当初労災で病院にかかったが休業せずに就労を続けて症状が悪化してから、休業補償を請求することになったケースはこのところ多い。前に相談があった別のペルー女性のケースは事故から2年間の間、痛みがひどくなるとは数日痛みを繰り返してずっと就労しており、休業を認めさせるためにかなりの時間を要した。また、派遣

2年半後の休業を補償請求

滋賀●ペルー女性労働者の転倒事故

外国人労働者の単純労働災害が様々な要因で困難な相談ケースとなることがある。外国人労働者では、派遣労働者であること、言葉の問題があり、すべてが雇用主任せになりがちであること、労災制度などの補償制度に疎く自分ではアクセスしに

くいことなどが、すんなり労災補償を受けられない原因となっているようだ。

ペルー人女性労働者のCさんは、滋賀県の製麺工場で就労中、床の油ですべって転んで左膝を床で強打して負傷した。しかし、骨折などの所見がなく痛

会社などがすぐに病院を受診させても健康保険を使って自己負担分を会社が支払うことで対応し、休業が長引いたり仕事で悪化させたために後から労災保険を適用させることになったケースも多い。すんなり最初から労災を適用したり、しっかり休業させたりしていれば、怪我もはやく治ったかもしれないし、労災請求にかかる手間も簡単で済んだはずである。初診の病院で診断

を確認し、今の症状と比べて医師の意見を聞いたりという作業が不可欠となる。また、本人から外国語で聞き取りを行い、それを日本語にして申立書を作成したりで、大変な手間である。

制度があっても本人請求の制度でありながら、実際は事業主に手続してもらえない外国人労働者ではトラブルはつ



きない。
(関西労働者安全センター)

診断され、治療を受けたががん細胞が骨と肝臓に転移し、2012年3月ついに亡くなった。これについて「半導体労働者の健康と人権を守る」(パノリム)は、同月6日に公団に葬儀費と遺族給与を請求した。

パノリムによれば、ソウル疾病判定委は「故人が半導体工場で働いた当時、有害物質の曝露を定量化しにくい状況で、有機溶剤・放射線の曝露が認められる」として「曝露時期が早いほどがんの発病率が高い点と、交代勤務による乳がんの発病率が高いという報告などの根拠を複合的に判断する時、故人の乳がんの発病は半導体事業場での勤務と相当な因果関係がある」と判定した。公団関係者は「今月14日、故人の遺族に遺族給与が支給された」と話した。

パノリムの関係者は「2012年4月に、サムスン半導体の再生不良性貧血の被害者キム・ジスク氏が労災承認を受けたのに続き、2例目の労災承認が決定された」として、「サムスンの主張と異なり、サムスン半導体の職業病被害は明白な事実で、半導体工場の有害な環境が再度確認された結果」と評価した。

2012年12月17日
毎日労働ニュース

初の乳がん事例労災認定

韓国●サムスン半導体2例目の労災認定

■サムスン半導体の乳がん死亡者に労災認定／4月の再生不良性貧血に続いて2例目、乳がん承認は国内初

サムスン半導体の器興工場に勤めて退職した後、2012年3月に乳がんで亡くなったキム・某(当時36歳)氏が産業災害と認められた。わが国で乳がんが労災と認められた最初の事例である。サムスン半導体の職業病被害者の中では、2番目に労災承認を受けた。

勤労福祉公団は12月16日に

「ソウル業務上疾病判定委が3日に会議を行い、故人の乳がん発病が以前の半導体の事業場での勤務と相当な因果関係があると判定した」とし、「産業災害補償保険の遺族給与と葬儀費などを支給することにした」と明らかにした。

キム・某氏は19歳だった95年にサムスン半導体器興工場に入社し、4年9か月間、半導体生産インプラント工程で働いた。2000年に退社したキム氏は結婚後の2009年8月に乳がん3期と

全国安全センター情報公開推進局ホームページ

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

全国安全センター情報公開推進局ブログ

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

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://joshrc.info/> <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 サンコーポ豊岡505
E-mail k-oshc@jca.apc.org
TEL (045) 573-4289 / FAX (045) 575-1948
- 群馬 ● ぐんま労働安全衛生センター
〒370-0045 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444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 アンビジャス梅垣ビル1F
E-mail kyotama@mbox.kyoto-inet.or.jp
TEL (075) 691-6191 / FAX (075) 691-6145
- 大阪 ● 関西労働者安全センター
〒540-0026 大阪市中央区内本町1-2-11 ウタカビル201
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 ● ひょうご労働安全衛生センター
〒650-0026 神戸市中央区古湊通1-1-17 西浦ビル2階
E-mail npo-hoshc@amail.plala.or.jp
TEL (078) 382-2118 / FAX (078) 382-2124
- 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 hirosshima-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 秋津レークタウンクリニック
TEL (096) 360-1991 / FAX (096) 368-6177
- 大分 ● 社団法人 大分県勤労者安全衛生センター
〒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 ● 旧松尾鉾山被害者の会
〒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 JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC
SHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC
SHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC
SHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC
SHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC
SHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC
SHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC
SHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC
SHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC
SHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC JOSHRC



安全センター情報2013年3月号(通巻第402号)2013年2月15日発行(毎月1回15日発行)
1979年12月28日第三種郵便物認可 800円
〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1Zビル5階 全国労働安全衛生センター連絡会議
TEL(03)3636-3882 FAX(03)3636-3881

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