

安全センター情報2014年1・2月号 通巻第412号
2014年1月15日発行 毎月1回15日発行
1979年12月28日第三種郵便物認可



2014 1・2

安全センター情報



特集● 職業性胆管がん事件

写真：SANYO-CYP社書類送検を受けた被害者の会記者会見



阪神・淡路から20年 東北へのメッセージ

震災とアスベストを考えるシンポジウム

◇基調講演「阪神淡路の復旧・復興工事とアスベスト飛散」

講師：中地 重晴氏（熊本学園大学・教授）

◇パルネディスカッション

パネラー：立命館大学／神戸大学／建築労働者／東日本大震災の被災地より

コーディネーター：加藤正文氏（神戸新聞社）

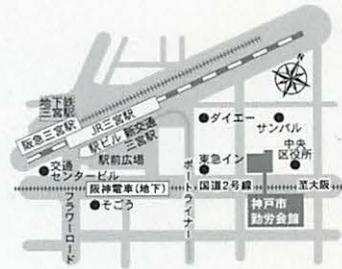
◇日時：2014年1月18日（土）

午後1時30分～4時

◇会場：神戸市勤労会館 多目的ホール

*JR・阪神・阪急三宮駅から徒歩5分

◇参加費：無料



私たちは、未曾有の被害を発生させた阪神・淡路と東日本の二つの大震災を経験しました。阪神・淡路大震災から20年を迎えようとしている今、改めて被災の経験を教訓化し、語り継ぐ課題は何かを考え合う必要があります。

特にアスベスト問題は、阪神・淡路大震災の復旧・復興工事に従事された5名の労働者が、アスベスト特有のガンである悪性胸膜中皮腫を発症したことが確認されており、今後の対策が重要になっています。シンポジウムでは、震災とアスベストをテーマに、被害の経験から今後の防災対策や健康対策について考え合います。ご参加をお願いします。

【ひょうご安全の日推進事業助成対象事業】

この事業は、「公益財団法人ひょうご震災記念21世紀研究機構」と「ひょうご安全の日推進県民会議」の助成を受けて実施しています。



◇主催：震災と労働を考える実行委員会

◇連絡先：神戸市中央区古湊通1-1-17-2F

NPO法人 ひょうご労働安全衛生センター内

TEL 078-382-2118/FAX 078-382-2124

特集/職業性胆管がん事件

**「きわめて悪質」SANYO社書類送検
同社17件のほか8件業務上認定
事件を踏まえて労働安全衛生法令も改正**

関西労働者安全センター 片岡明彦 … 2

胆管がん事件踏まえた化学物質管理検討会報告書 … 12

石綿健康被害補償・救済状況の検証

**周知事業で中皮腫救済増加
しかし「隙間ない救済」からは遠い**

検証なしの拠出金率引き下げ提案 … 32

炭じん爆発50年シンポに寄せて/韓国のじん肺補償制度の現況 … 57

欧州の職業病システム① … 61

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

ブラジルの裁判所がエターニットに賠償支払命令 … 82

健保と労災の適用関係の整理関係保険局長通達 … 84

ルポ「1か月」～ニュースにならなかった日々～⑥

いわき市平薄磯① … 88

各地の便り/世界から

長崎●別会社の労働者証言で中皮腫逆転認定 … 91

兵庫●10年超曝露認めるもプラークなしで棄却 … 93

神奈川●石炭じん肺裁判和解手続による賠償 … 94

東京●「下町木工所とクロム」でフィールドワーク … 95

兵庫●患者と家族の会ひょうご支部8周年の集い … 97

韓国●鉄道労働者の肺がん初の労災認定 … 98

「きわめて悪質」SANYO社書類送検 同社17件のほか8件業務上認定 事件を踏まえて化学物質管理対策も見直し

片岡明彦

関西労働者安全センター事務局次長

本誌2013年7月号で、職業性胆管がん事件の発端となったSANYO-CYP社の労災請求計17件が業務上認定されたこと、労働安全衛生法違反容疑で大阪労働局が強制捜査を行ったこと（4月2日）、一方、SANYO-CYP社の被害者の会が結成され会社との話し合いをはじめたこと（4月21日第1回）などを報告した。

その後、厚生労働省は、「印刷事業場で発生した胆管がんの業務上外に関する検討会」で請求事案の順次検討をすすめ第11回検討会（11月19日）までに、さらに8件を業務上と判断した。

9月26日、事件の重大性に鑑み大阪労働局は、SANYO-CYP社を書類送検した。SANYO-CYP胆管がん被害者の会は会社との話し合いを続けているが、会社側が示す「説明」「認識」は、被害者にとって評価できないものに止まっており、補償について合意に至っておらず、交渉は2014年にずれ込むことになった。

一方、職場の化学物質管理の制度的欠陥を衝くかたちで発生・発覚した今回の胆管がん事件。一定の問題意識のもとで厚生労働省は、「胆管がん問題を踏まえた化学物質管理のあり方に関する

専門家検討会」を8月に立ち上げ、10月29日付けで報告書をまとめた（本誌別項参照）。

労災請求・業務上判断の動向、SANYO-CYP社と被害者との話し合いの行く末、SANYO-CYP事件発覚以降の厚生労働省調査でも明らかになったきわめてずさんな職場実態が改善されたのか、SANYO-CYP事件の再発は防げるのか。

2014年も、胆管がん事件から目が離せない。

SANYO-CYP社書類送検

2013年4月2日、大阪労働局はSANYO-CYP社本店と大阪第二工場に対して搜索差し押さえを実施した。

9月26日、大阪労働局は労働安全衛生法違反の疑いで株式会社サンヨー・シー・ワイピー（SANYO-CYP社）と山村直恵（とくゆき）社長を書類送検した。会社と社長の罪が問われるのは、労働安全衛生法の両罰規定に基づく（同法第122条第1項）。

被疑事実は、

「被疑者株式会社サンヨー・シー・ワイピーは、本店及び大阪第二工場において、常時50人以上の

労働者を使用し、印刷業を営む事業者、被疑者A（山村社長）は同社の代表取締役で、業務全般を統括管理する者であるが、被疑者Aは同社の業務に関し、

第一 平成23年4月1日に常時50人以上の労働者を使用していたのであるから、少なくとも同日から14日以内に第1種衛生管理者免許若しくは衛生工学衛生管理者免許を有する者のほか法令の定める資格を有する者のうちから衛生管理者を選任しなければならなかったのに、これを怠り、以て、平成23年4月16日から平成24年4月15日に至るまで産業医を選任しなかった。

第二 平成23年4月1日に常時50人以上の労働者を使用していたのであるから、少なくとも同日から14日以内に法令で定める要件を備えた医師のうちから産業医を選任しなければならなかったのに、これを怠り、以て、平成23年4月16日から平成24年4月15日に至るまで衛生委員会を設けなかった。」

というもの。

適用された違反条文は次の三つ。

- 1) 労働安全衛生法第12条第1項（衛生管理者の選任義務）違反
労働安全衛生規則第7条第1項
同法第120条第1号（罰則）
同法第122条第1項（法人両罰）
- 2) 労働安全衛生法第13条第1項（産業医の選任義務）違反
労働安全衛生規則第13条第1項
同法第120条第1号（罰則）
同法第122条第1項（法人両罰）
- 3) 労働安全衛生法第18条第1項（衛生委員会の設置義務）違反
同法第120条第1号（罰則）
同法第122条第1項（法人両罰）

ちなみにこれらの適用法条項は次のとおり。

【衛生管理者関係】

労働安全衛生法

第12条 事業者は、政令で定める規模の事業場ごとに、都道府県労働局長の免許を受けた者その他厚生労働省令で定める資格を有する者のうちから、厚生労働省令で定めるところにより、当該事業場の区分に応じ、衛生管理者を選任し、その者に第10条第1項各号の業務（第25条の2第2項の規定により技術的事項を管理する者を選任した場合においては、同条第1項各号の措置に該当するものを除く。）のうち衛生に係る技術的事項を管理させなければならない。（以下略）

第10条（前略）

- 一 労働者の危険又は健康障害を防止するための措置に関すること。
- 二 労働者の安全又は衛生のための教育の実施に関すること。
- 三 健康診断の実施その他健康の保持増進のための措置に関すること。
- 四 労働災害の原因の調査及び再発防止対策に関すること。
- 五 前号に掲げるもののほか、労働災害を防止するため必要な業務で、厚生労働省令で定めるもの。（以下略）

労働安全衛生法施行令

第4条 法第12条第1項の政令で定める規模の事業場は、常時50人以上の労働者を使用する事業場とする。

労働安全衛生規則

第7条 法第12条第1項の規定による衛生管理者の選任は、次に定めるところにより行われなければならない。

- 一 衛生管理者を選任すべき事由が発生した日から14日以内に選任すること。
- 二 その事業場に専属の者を選任すること。ただし、2人以上の衛生管理者を選任する場合において、当該衛生管理者の中に第10条第3号に掲げる者がいるときは、当該者のうち1人については、この限りではない。
- 三 次に掲げる業種の区分に応じ、それぞれに掲げる者のうちから選任すること。
 - イ 農林畜水産業、鉱業、建設業、製造業(物

の加工業を含む。)、電気業、ガス業、水道業、熱供給業、運送業、自動車整備業、機械修理業、医療業及び清掃業第1種衛生管理者若しくは衛生工学衛生管理者免許を有する者又は第10条各号に掲げる者

ロ その他の業種第1種衛生管理者免許、第2種衛生管理者免許若しくは衛生工学衛生管理者免許を有する者又は第10条各号に掲げる者

四 次の表の上欄に掲げる事業場の規模に応じて、同表の下欄に掲げる数以上の衛生管理者を選任すること。

事業場の規模(常時使用する労働者数)	衛生管理者数
50人以上200人以下	1人
200人を超え500人以下	2人
500人を超え1000人以下	3人
1000人を超え2000人以下	4人
2000人を超え3000人以下	5人
3000人を超える場合	6人

(以下略)

第11条 衛生管理者は、少なくとも毎週一回作業場等を巡視し、設備、作業方法又は衛生状態に有害なおそれがあるときは、直ちに、労働者の健康障害を防止するため必要な措置を講じなければならない。

一 事業者は、衛生管理者に対し、衛生に関する措置をなし得る権限を与えなければならない。

【産業医関係】

労働安全衛生法

第13条 事業者は、政令で定める規模の事業場ごとに、厚生労働省令で定めるところにより、医師のうちから産業医を選任し、その者に労働者の健康管理その他の厚生労働省令で定める事項(以下「労働者の健康管理等」という。)を行わせなければならない。(中略)

3 産業医は、労働者の健康を確保するため必要があると認めるとき、事業者に対し、労働者の健康管理等について必要な勧告をすることができる。

4 事業者は、前項の勧告を受けたときは、これを尊重しなければならない。

労働安全衛生法施行令

第5条 法第13条第1項の政令で定める規模の事業場は、常時50人以上の労働者を使用する事業場とする。

労働安全衛生規則

第13条 法第13条第1項の規定による産業医の選任は、次に定めるところにより行わなければならない。

一 産業医に選任すべき事由が発生した日から14日以内に選任すること(以下略)

第14条 法第13条第1項の厚生労働省令で定める事項は、次の事項で医学に関する専門的知識を必要とするものとする。

一 健康診断及び面接指導等(法第66条の8第1項に規定する面接指導(以下「面接指導」という。))及び法第66条の9に規定する必要な措置をいう。)の実施並びにこれらの結果に基づく労働者の健康を保持するための措置に関すること。

二 作業環境の維持に関すること。

三 作業の管理に関すること。

四 前3号に掲げるもののほか、労働者の健康管理に関すること。

五 健康教育、健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るための措置に関すること。

六 衛生教育に関すること。

七 労働者の健康障害の原因の調査及び再発防止のための措置に関すること。(中略)

3 産業医は、第1項各号に掲げる事項について、総括安全衛生管理者に対して勧告し、又は衛生管理者に対して指導し、若しくは助言することができる。

4 事業者は、産業医が法第13条第3項の規定による勧告をしたこと又は前項の規定による勧告、指導若しくは助言をしたことを理由として、産業医に対し、解任その他不利益な取扱いをしないようにしなければならない。

第15条 産業医は、少なくとも毎月一回作業場等を巡視し、作業方法又は衛生状態に有害なおそれがあるときは、直ちに、労働者の健康障害を

防止するため必要な措置を講じなければならない。

- 2 事業者は、産業医に対し、前条第1項に規定する事項をなし得る権限を与えなければならない。

【衛生委員会関係】

労働安全衛生法

第18条 事業者は、政令で定める規模の事業場ごとに、次の事項を調査審議させ、事業者に対し意見を述べさせるため、衛生委員会を設けなければならない。

- 一 労働者の健康障害を防止するための基本となるべき対策に関すること。
- 二 労働者の健康の保持増進を図るための基本となるべき対策に関すること。
- 三 労働災害の原因及び再発防止対策で、衛生に係るものに関すること。

四 前3号に掲げるもののほか、労働者の健康障害の防止及び健康の保持増進に関する重要事項

- 2 衛生委員会の委員は、次の者をもつて構成する。ただし、第1号の者である委員は、一人とする。

一 総括安全衛生管理者又は総括安全衛生管理者以外の者で当該事業場においてその事業の実施を統括管理するもの若しくはこれに準ずる者のうちから事業者が指名した者

二 衛生管理者のうちから事業者が指名した者

三 産業医のうちから事業者が指名した者

四 当該事業場の労働者で、衛生に関し経験を有するものうちから事業者が指名した者

- 3 事業者は、当該事業場の労働者で、作業環境測定を実施している作業環境測定士であるものを衛生委員会の委員として指名することができる。

- 4 前条第3項から第5項までの規定は、衛生委員会について準用する。この場合において、同条第3項及び第4項中「第1号の委員」とあるのは、「第18条第2項第1号の者である委員」と読み替えるものとする。

第17条 (前略)

- 3 安全委員会の議長は、第1号の委員がなるも

のとする。

- 4 事業者は、第1号の委員以外の委員の半数については、当該事業場に労働者の過半数で組織する労働組合があるときにおいてはその労働組合、労働者の過半数で組織する労働組合がないときにおいては労働者の過半数を代表する者の推薦に基づき指名しなければならない。

- 5 前2項の規定は、当該事業場の労働者の過半数で組織する労働組合との間における労働協約に別段の定めがあるときは、その限度において適用しない。

第9条 法第18条第1項の政令で定める規模の事業場は、常時50人以上の労働者を使用する事業場とする。

【罰則】

労働安全衛生法

第120条 次のいずれかに該当する者は、50万円以下の罰金に処する。

- 一 (前略)、第12条第1項、第13条第1項、(中略)、第18条第1項、(後略)

【両罰規定】

労働安全衛生法

第122条 法人の代表者又は法人若しくは人の代理人、使用人その他の従業者が、その法人又は人の業務に関して、第116条、第117条、第119条又は第120条の違反行為をしたときは、行為者を罰するほか、その法人又は人に対しても、各本条の罰金刑を科する。

いずれも「2011年4月16日から2012年4月15日に至るまで云々」として、期間を明示しての容疑となっているが、これは、該当違反条文の公訴時効が3年であることを考慮したもの。

SANYO-CYP社は、2001年9月から従業員数が50人以上となったと説明しているので、2001年9月以降は「衛生管理者選任義務違反」「産業医選任義務違反」「衛生委員会設置義務違反」の状態となっていて、その「違反状態」が、昨年の5月に事件が発覚して労働局の指導により是正されるま

表1 SANYO-CYP社の胆管がん被害状況

番号	被害者(英字は故人)	生年	就業期間	発症年	死亡(年齢)等
1	A	1962	1985～1998	1996	2004(41歳)
2	B	1963?	80年代～1998	1997	1998(35?歳)在職死亡
3	C	1969	1988～1996	1999	2000(31歳)
4	D	1978	1996～2005	2003	2005(27歳)在職死亡
5	E	1969	1989～2006	2004	2006(37歳)在職死亡
6	F	1961	1988～1998	2006	2007(46歳)
7	①在職	1967	1994～	2007	
8	②	1969	1988～1999	2007	
9	G	1969	1994～2004	2009	2010(40歳)
10	H	1969	1989～2000	2009	2013/1/19(43歳)
11	③	1978	1997～2012	2010	
12	④在職	1971	1999～	2010	
13	I	1968	1992～	2012	2013/5(44歳)在職死亡
14	⑤在職	1974	1993～	2012	
15	⑥在職	1973	1999～	2012	
16	⑦	1981	2000～2006	2012	2012/11 手術(市大病院)
17	⑧	1978	1997～2003	2012	2013/1 手術(市大病院)

で継続していたのだった。

行政指導には直ちに促ったケースで書類送検に至ることは普通ない。

報道によれば、この点について大阪労働局監督課は「衛生管理体制が確立していれば被害の拡大を防ぐことができた」「多数の労働者が死亡している重大性を考慮し書類送検に至った」と述べたということだ。

しかし、SANYO-CYP社は「ずさんな衛生管理体制が被害を拡大させた」という認識を述べず「法律の知識が不足していて、(義務を)認識していなかった」などと述べていると伝えられている。SANYO-CYP社の真摯な反省姿勢は見えていない。

表1によると、SANYO-CYP社17名の胆管がん被害者のうち、14名が2003年以降に発症していて、とくに2003年、2004年と立て続けに在職者が発症、いずれも在職のまま死亡している。2001年9月以降の衛生管理体制の法的不備がなければ、被害の拡大を防止し得たとの大阪労働局の見解は妥当

な見解だ。退職者に対する対策をとっていたなら、早期発見できて亡くならないですんだ被害者がいた可能性も高い。

大阪労働局は、起訴を求める「嚴重処分」の意見をつけたという。

当然だろう。

起訴されて有罪となっても、社長と会社はわずかの罰金を払えばすんでしまう。なんとも納得できない話だ。

労働安全衛生法は厳罰化の導入を本気で考えないと、SANYO-CYP事件のようなことはまた起こってしまうだろう。

ただ、なぜこうしたことが見過ごされてしまったのか、SANYO-CYP社を管轄する大阪中央労働基準監督署はいったい何をしていたのか?

この点の検証がなされなくてよいのか、疑問は残されたままだ。

なにしろ、舞台となったSANYO-CYP社の本社工場ビル兼社長自宅は、大阪労働局の南500メートルの目と鼻の先にあるのだ。

胆管がんで書類送検

大阪労働局 印刷会社と社長

衛生法違反容疑

【大阪府】胆管がん患者の会が、印刷会社と社長を大阪労働局に書類送検した。胆管がんは発症後、早期発見が難しく、死亡率が高い。患者の会は、会社側が適切な安全対策を講じていなかったと主張している。会社側は「知識がなかった」と主張している。労働局は、衛生法違反容疑で書類送検した。会社側は、労働局の調査に協力しているが、被害者の会は、会社側の対応に不満を述べている。

胆管がん送検 被害防げたはず 従業員ら会社が進言無視

胆管がんは、早期発見が難しく、死亡率が高い。被害者の会は、会社側が適切な安全対策を講じていなかったと主張している。会社側は「知識がなかった」と主張している。労働局は、衛生法違反容疑で書類送検した。会社側は、労働局の調査に協力しているが、被害者の会は、会社側の対応に不満を述べている。



胆管がん患者の会の代表者。被害者の会は、会社側が適切な安全対策を講じていなかったと主張している。

2013年9月27日付朝日新聞(左) 毎日新聞(右)記事

2012年 5月17日 厚生労働省が、胆管がん患者の会から提供された資料に基づき、印刷会社と社長を大阪労働局に書類送検した。胆管がんは発症後、早期発見が難しく、死亡率が高い。被害者の会は、会社側が適切な安全対策を講じていなかったと主張している。会社側は「知識がなかった」と主張している。労働局は、衛生法違反容疑で書類送検した。会社側は、労働局の調査に協力しているが、被害者の会は、会社側の対応に不満を述べている。

元従業員「殺人に匹敵」

胆管がん社長ら書類送検

【大阪府】胆管がん患者の会が、印刷会社と社長を大阪労働局に書類送検した。胆管がんは発症後、早期発見が難しく、死亡率が高い。被害者の会は、会社側が適切な安全対策を講じていなかったと主張している。会社側は「知識がなかった」と主張している。労働局は、衛生法違反容疑で書類送検した。会社側は、労働局の調査に協力しているが、被害者の会は、会社側の対応に不満を述べている。



胆管がん患者の会の代表者。被害者の会は、会社側が適切な安全対策を講じていなかったと主張している。

「厳重処分」の意見つける

大阪労働局は、胆管がん患者の会から提供された資料に基づき、印刷会社と社長を大阪労働局に書類送検した。胆管がんは発症後、早期発見が難しく、死亡率が高い。被害者の会は、会社側が適切な安全対策を講じていなかったと主張している。会社側は「知識がなかった」と主張している。労働局は、衛生法違反容疑で書類送検した。会社側は、労働局の調査に協力しているが、被害者の会は、会社側の対応に不満を述べている。

労災認定全国で22人

胆管がん患者の会は、労災認定を求めてきた。大阪労働局は、労災認定を全国で22人に認定した。被害者の会は、労災認定を求めてきた。大阪労働局は、労災認定を全国で22人に認定した。被害者の会は、労災認定を求めてきた。大阪労働局は、労災認定を全国で22人に認定した。

責任を「値切る」会社

SANYO-CYP胆管がん被害者の会は書類送検を受けて9月26日に記者会見を開き、会社は17人が発症し9名が死亡したことの重大さを認識し、真摯に反省し、十分な補償責任を果たすべきだと訴えた(表紙写真・別掲新聞記事参照)。

被害者の会は4月21日から12月1日まで5回、会社と話し合いをもった。しかし、会社は、「知識がなかった」「胆管がんが発生するとは誰もわからなかった」などという言い訳を繰り返して、大阪労働局が指摘している被害の拡大責任さえ、きちんと認めようとはしていない。

例えば、1980年代後半からジクロロメタン(以下、

DCM)などの有機溶剤中毒防止規則対象物質を使用しながら一切の安全対策をとっていなかったことについて、「そうした物質を使っていたことを証明する資料がない」と開き直り、当時の従業員(胆管がん患者を含む)の証言を尊重しない態度をとり続けているなどしているため、被害者の会は会社への不信を募らせたまま現在に至っている。

胆管がんが発生することがわかっていなかったとしても、有機溶剤を使用するときに決められた普通の防護対策をしてさえいれば、このような悲惨な事件は起こることはなかった。

対策を完全に怠っていた責任はきわめて重大であることは明白なのだ。

そのことを認めたくないがために、有機溶剤中毒防止規則違反を犯しまくっていたことを認めたくな

いがために、DCMなどを使っていたことを事実として認めようとしないうちは明らかだろう。実に、姑息きわまりないといえる。

前述した2001年9月以降の衛生管理体制上の法的義務違反が、深刻な被害拡大の原因になったことについても、そのような評価を会社として受け入れようとしているとは思えない。

このような姑息な言い分、対応と連動して、「労災補償とは別に補償する」という会社の公言とは裏腹に、被害の完全な補償責任を果たすというレベルとかけ離れた補償案を提示するにとどまっているため、補償についての合意には全然至っていない。

被害者の会には、17名のうち14名の本人・遺族が参加している。話し合いは今後も続けられる。

25件業務上、12件業務外

厚生労働省は、所轄労働基準監督署に胆管がん請求事案のすべてを本省に「りん伺」させ、「印刷事業場で発生した胆管がんの業務上外に関する検討会」（以下、検討会）において個別事案の業務上外を判断してきた。

検討会は2012年9月6日に第1回を開催し、2013年3月14日第5回で「『印刷事業場で発生した胆管がんの業務上外に関する検討会』報告書 化学物質ばく露と胆管がん発症との因果関係について～大阪の印刷事業場の症例からの検討～」をまとめた(2013年5月号参照)。

検討会は報告書において、「胆管がんは、以下のとおり、DCM又は1,2-ジクロロプロパン(以下、1,2-DCP)に長期間、高濃度ばく露することにより発症し得ると医学的に推定できる」とした。

そして、この時点までに労災請求し、調査資料が整っていたSANYO-CYP社の16件について業務上との判断を示した。3月27日、厚生労働省からの「りん旨」への回答に基づき大阪中央労働基準監督署は、SANYO-CYP社16件について最初の支給決定を行った。

5月21日第6回、SANYO-CYP社の17人目の野内豊伸さんが業務上と判断された(2013年7月号

参照)。

6月13日第7回、宮城労働局管内の同一事業場の2名と愛知労働局管内の1名について業務上、1件を業務外と判断した。以後、報道機関に対して、業務上事案については所轄労働局と概要を、業務外については概要のみを公表するようになった(記者発表資料の内容がホームページに掲載されていないのはかなり問題あり)。厚生労働省資料、報道によると

<宮城・2名>

- ・洗浄業務に従事。40歳代と30歳代の男性(いずれも療養中)。
- ・150ppmを超える1,2-DCPにばく露(約16年間)。
- ・2012年7月10日付け「胆管がんに関する一斉点検結果の取りまとめ結果等について」(厚生労働省)には、次の記載がある。

「(作業場の状況) 労働者数は約30名。平成23年の東日本大震災により被災し、一時事業を中断していたが、場所を移して再開している。このため、震災前の作業状況を確認することが困難であるものの、事業場から入手した当時の建物に関する写真、配置図をもとに、関係労働者からの聞き取り等で当時の作業状況の把握に努めている。現在までに把握している情報は以下のとおり。

- ① 1日の洗浄時間が長時間に及ぶ者もいた。
- ② 地下室ではないが、普段は窓を閉めた状態で作業をしていた。
- ③ 手袋は支給されており、手袋を着用していた者とそうでない者がいた。

また、換気の状態についても、当時の建物が消滅しているため、確認が困難な状況にある。

(使用化学物質について)

事業場関係者から入手した溶剤の一覧から、平成8年から平成23年までの間に納入されていた溶剤の主成分として1,2-DCPが含まれていたことが判明している。また、ごく少量ではあるものの、平成7年から平成22年までのほぼすべての期間にわたりDCMの納入も確認されている。現時点では成分が判明していない溶剤も含まれて

「職業病だと知って」

胆管がん 労災認定の男性訴え

印刷所の労働者に胆管がんが多発している問題で、化学物質のシクロメタンだけを原因とする胆管がん患者としては初めて労働災害と認定された40代の男性（三重県在住）が26日、名古屋市内で記者会見した。男性は胆管がんが職業病と知ってほしい。知らずに苦しんでいる人は多い

印刷所の労働者に胆管がんが多発している問題で、化学物質のシクロメタンだけを原因とする胆管がん患者としては初めて労働災害と認定された40代の男性（三重県在住）が26日、名古屋市内で記者会見した。男性は胆管がんが職業病と知ってほしい。知らずに苦しんでいる人は多い

印刷所の労働者に胆管がんが多発している問題で、化学物質のシクロメタンだけを原因とする胆管がん患者としては初めて労働災害と認定された40代の男性（三重県在住）が26日、名古屋市内で記者会見した。男性は胆管がんが職業病と知ってほしい。知らずに苦しんでいる人は多い



印刷会社の業務で胆管がんを発症して労災認定され、記者会見とこれまでの苦勞を語る男性。名古屋市長昭和区で26日、佐々木順一撮影

2013年7月27日付け毎日新聞記事

おり、引き続き調査を行っている。」

〈愛知・1名〉

- ・洗浄業務に従事。40歳代の男性（療養中）。
- ・400ppmを超えるDCMにばく露（約12年間）。
- ・この男性については2012年8月29日付で名古屋西労働基準監督署に申請していた。名古屋労災職業病研究会などが支援したもので（2012年10月号参照）、DCMの単独ばく露だった。SANYO-CYP社の場合は「1,2-DCP単独ばく露」6名、「DCMと1,2-DCPの複合ばく露」11名だったことから、1,2-DCPが主原因とされていたが、この男性のケースは、DCMも胆管がん原因であったことを実例として示すことになった。なおこの印刷会社は既に廃業している「三晃印刷」（名古屋市）。

8月1日第8回、北海道労働局管内の男性1名が業務上と判断された。

報道によると、「1985年から約11年間印刷会社に勤務、1,2-DCPを洗浄剤として使用し、高濃度ばく露したことにより業務上と判断。ほかに6件を検討し、うち2件を業務外、4件を継続検討とした。業務外2件は、いずれも60代男性（1名死亡）で、うち1名は50年前に9か月間シンナーでの洗浄作業をしたが、シンナーによる胆管がん発症の知見がないと関連なし、とされた」という。

9月3日第9回、大阪労働局管内の1名が業務上と判断された。厚生労働省や報道によると、「死亡時30歳代の男性。1997年から2001年までの約4年間、洗浄業務に従事。1,2-DCPに高濃度（150ppm超）にばく露した」という。同時に業務外とされた3名は「死亡時60歳代の男性、印刷会社での洗浄業務で13年間ガソリンにばく露」「死亡時60歳代の男性、印刷会社で活版印刷業務（活字の組み込み）に従事、キシレンや灯油への少量ばく露を除いて化学物質への大量ばく露は認められなかった」「死亡時60歳代の女性、印刷会社で製版業務（版の傷の修正や汚れの除去）に従事、製版業務での化学物質の使用量が少なく、1,1,1-トリクロロエタンなどへの少量ばく露を除いて化学物質へのばく露はほとんど認められなかった」という。新たに検

討を行った福岡労働局管内の2件を含む5件（4事業場）については継続検討とされた。

10月1日第10回、福岡労働局管内の同一事業場の2件が業務上と判断された。厚生労働省や報道によると、「2名はいずれも40歳代男性で、請求時に1名は死亡、1名は療養中だった。印刷会社で洗浄業務に従事し、150ppmを超える1,2-DCPに、死亡した方は12年間、療養中の方は7年間ばく露した」という。同時に業務外とされた3名（3事業場）は「死亡時60歳代の女性、印刷会社で洗浄業務に従事し、ガソリンに約5年間ばく露した」「70歳代の療養中の男性、印刷会社で洗浄業務に従事、エチレングリコールに約3年間ばく露した」「死亡時60

特集/職業性胆管がん事件

歳代の男性、印刷会社で洗浄業務に従事、ガンリンに約23年間ばく露した」とのこと。

11月19日第11回、埼玉労働局管内の1件が業務上と判断された。厚生労働省や報道によると「療養中の40歳代男性、印刷会社（すでに廃業）で洗浄業務に従事、1996年から会社が廃業した2009年までの約13年間、1,2-DCPにばく露した」という。同時に業務外とされた3名（3事業場）は「死亡時70歳代の男性、印刷会社で洗浄業務に従事、トルエンを使用しておりDCMや1,2-DCPへのばく露はなかった」「死亡時50歳代の男性、印刷会社で洗浄業務に従事、ミネラルスピリットを使用しておりDCM、1,2-DCPへのばく露はなかった」「死亡時50歳代の男性、印刷会社で洗浄業務に従事、ガンリン、シンナー、ミネラルスピリットを使用しており、

DCM、1,2-DCPへのばく露はなかった」とのこと。また、印刷業以外で1件が業務外と判断された。「死亡時40歳代の男性、新聞小売業、化学物質の使用なし」とのこと。

2013年11月19日時点の胆管がんの労災補償状況は次の表2、3、4のとおり（厚生労働省）。

印刷業における請求件数は77件（うち請求時死亡50件）で、業務上25件（同11件）、業務外12（同10件）。

印刷業以外における請求件数は19件（同12件）で、業務上0件、業務外1件（同1件）。

検討会はほぼ1か月に1回開催されており（第12回は12月17日）、今後順次業務上外判断が行われていくことになり、認定の動向を注視していかなければならない。



表2 印刷業における胆管がんに関する労災補償状況

1 請求状況（平成25年10月末現在）

	請求件数	内 訳					
		20代	30代	40代	50代	60代	70代以上
請求件数	77 (50)	1 (1)	11 (5)	19 (8)	12 (10)	24 (18)	10 (8)
大阪の事業場	17 (7)	1 (1)	8 (3)	8 (3)			
宮城の事業場	2		1	1			
福岡の事業場	2 (1)			2 (1)			
その他	56 (42)		2 (2)	8 (4)	12 (10)	24 (18)	10 (8)

※()内は請求時の死亡者数(遺族による請求)で内数 ※年齢は労災請求時(死亡者については死亡時年齢)

※大阪、宮城、福岡の事業場以外では同一事業場で複数の労災請求はない。

2 検討会の状況（平成25年11月19日現在）

	決定件数	内 訳					
		20代	30代	40代	50代	60代	70代以上
業務上件数	25 (11)	1 (1)	10 (4)	13 (5)	1 (1)		
北海道局	1 (1)				1 (1)		
宮城局	2 (0)		1 (0)	1 (0)			
埼玉局	1 (0)			1 (0)			
愛知局	1 (0)			1 (0)			
大阪局	18 (9)	1 (1)	9 (4)	8 (4)			
福岡局	2 (1)			2 (1)			
業務外件数	12 (10)				2 (2)	7 (8)	3 (2)
合計	37 (21)	1 (1)	10 (4)	13 (5)	3 (3)	7 (8)	3 (2)

※()内は認定時の死亡者数(遺族による請求)で内数 ※年齢は労災認定時(死亡者については死亡時年齢)

表3 印刷業以外における胆管がんに関する労災補償状況

1 請求状況(平成25年10月末現在)

	請求件数	内 訳					
		20代	30代	40代	50代	60代	70代以上
請求件数	19 (12)		1 (1)	2 (1)	5 (5)	7 (3)	4 (2)

※()内は請求時の死亡者数(遺族による請求)で内数 ※年齢は労災請求時(死亡者については死亡時年齢)

2 検討会の状況(平成25年11月19日現在)

	決定件数	内 訳					
		20代	30代	40代	50代	60代	70代以上
業務上件数	0 (0)						
業務外件数	1 (1)			1 (1)			
合 計	1 (1)			1 (1)			

※()内は認定時の死亡者数(遺族による請求)で内数 ※年齢は労災認定時(死亡者については死亡時年齢)

※検討会で業務上外の結論を得た件数である。

表4 印刷業以外における胆管がんに関する労災請求状況(日本標準産業分類業種別請求状況)

大分類	中分類	小分類	細分類	
製造業	13	繊維工業 1	染色整理業 1 綿・スフ・麻織物機械染色業 1	
		輸送用機械器具製造業 2	鉄道車両・同部分品製造業 1 鉄道車両製造業 1	
			船舶製造・修理業、船舶機関製造業 1 船舶製造・修理業 1	
		化学工業 1	医薬品製造業 1 不明 1	
		なめし革・同製品・毛皮製造業 1	革製履物製造業 1 革製履物製造業 1	
		金属製品製造業 4	建設用・建築用金属製品製造業(製缶板金業を含む) 1 金属製サッシ・ドア製造業 1	
			金属被覆・彫刻業、熱処理業(ほうろう鉄器を除く) 1 電気めっき業(表面処理鋼材製造業を除く) 1	
			その他の金属製品製造業 1	金庫製造業 1
				他に分類されない金属製品製造業 1
		はん用機械器具製造業 1	その他のはん用機械器具製造業 1 玉軸受・ころ軸受製造業 1	
生産用機械器具製造業 1	基礎素材産業用機械製造業 1 化学機械・同装置製造業 1			
電子部品・デバイス・電子回路製造業 2	電子デバイス製造業 1 電子管製造業 1			
	電子部品製造業 1 音響部品・磁気ヘッド・小形モータ製造業 1			
生活関連サービス業、娯楽業 3	洗濯・理容・美容・浴場業 2	洗濯業 1 普通洗濯業 1		
		その他の公衆浴場業 1 その他の公衆浴場業 1		
卸売・小売業 2	その他の小売業 1	他に分類されないその他の生活関連サービス業 1 写真現像・焼付業 1		
		卸売業 1 書籍・文房具小売業 1 新聞小売業 1		
建設業 1	職別工事業(設備工事業を除く) 1	機械器具卸売業 1 その他の産業用機械器具卸売業 1		
		床・内装工事業 1 床工事業 1		

危険・有害化学物質にSDS・ラベル・リスクアセスメント義務

特別規則未規制対象物質対策強化で法令改正

2012年12月16日に大阪で開催した「シンポジウム 胆管がん多発事件はどうして起こったかー原因と対策を考えるー」を特集した本誌2013年4月号で、以下のように書いた。

「今回の事件が、法制度等の不十分だった過去に生じた曝露の結果であって、現状は心配ないと言えればよいのであるが、考えれば考えるほど、現在の状況のもとにおいてさえも、予防できると言い切れないところか、被害の発生を早期に把握することすらできないのではないかと懸念が強まるばかりである。必ずや、今回の教訓から、具体的な対策の改善を一步でも二歩でも引き出さなければならぬと、強く感じているところである。」

厚生労働省は、「胆管がん問題を踏まえた化学物質管理のあり方に関する専門家検討会」を2013年8月6日に参集し、3回の会議での検討を経て、10月29日に報告書を公表した(23頁に掲載)。

胆管がん事件と12次防契機

これについては、2013年6月10日の第72回労働政策審議会安全衛生分科会に提出された「第12次労働災害防止計画を踏まえた検討項目と論点」で「化学物質管理のあり方」として、以下のように

提起されたのが最初であった。

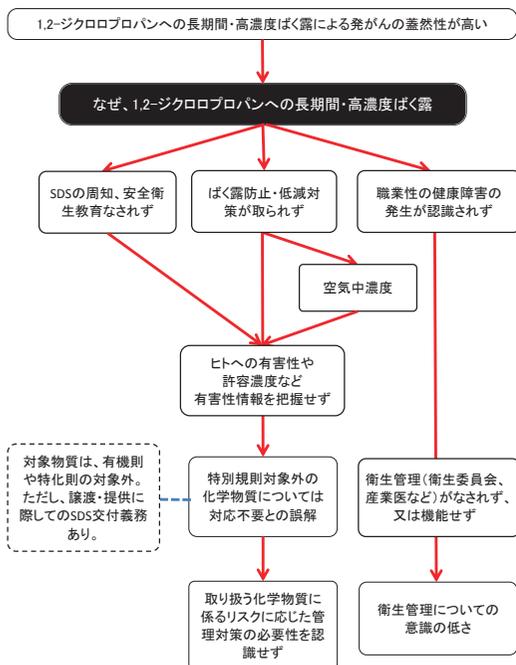
- ・印刷事業場における胆管がん問題の発生を踏まえ、法令により特別の規制がなされていないものを含め化学物質管理のあり方について見直す必要があるか。
- ・特に、個々の化学物質の有害性やばく露実態に応じて事業主が講ずべき対策のあり方について検討が必要ではないか。

2013年2月に公表された第12次労働災害防止計画では「化学物質による健康障害防止対策」として、「2017年までにGHS分類において危険有害性を有する全ての化学物質について、危険有害性の表示と安全データシート(SDS)の交付を行っている化学物質製造者の割合を80%以上とする」という目標が掲げられ、講ずべき施策が以下の3点にまとめられている(2013年5月号22-23頁)。

- ① 発がん性に着目した化学物質規制の加速
- ② リスクアセスメントの促進と危険有害性情報の適切な伝達・提供
- ③ 作業環境管理の徹底と改善

安全衛生分科会では第12次労働災害防止計画を踏まえた検討を開始していたところであり、この②関係の施策の具体化として提起されたものと考えてよい。

胆管がん事案に見られる化学物質管理上の課題



なお、①で「有害性が明らかになっていない化学物質について、発がん性に重点を置いて、有害性評価とその結果等に基づく必要な規制を迅速に行う仕組みを構築する」とされているので、こちらの進展についても、引き続き注目していく必要がある

6月27日の第73回安全衛生分科会には、以下のような「胆管がん事案等を契機とする化学物質管理のあり方(論点ペーパー)」が示された。

1. 特別規則の対象でない化学物質について、個々の化学物質の有害性やばく露実態に応じて、何らかの対策が講じられる必要があるのではないか。
2. 具体的には、事業者によるリスクの程度に応じた措置の促進、譲渡・提供者によるSDS交付の促進を図るべきではないか。
3. これらの検討に当たっては、関係業界や専門家の意見を聞く必要はないか。

これによって専門家検討会が参集されることになったわけだが、この日の議論では、「何を論ずるか

については幅が広くて、大きな対象に対して大きな規制がバサリと掛けられるのではないかという懸念を持つ」などの発言もみられた。

専門検討会での議論開始

8月6日に参集された専門家検討会の委員の構成は、専門家3名、業界(使用者)代表3名、労働組合代表2名(23-24頁に一覧)。開催要項は、以下のとおりであった。

「昨年以降、印刷事業場において洗浄作業等に従事する労働者の胆管がん発症が相次いで明らかになったことから、1,2-ジクロロプロパンについては、リスク評価結果に基づき法令改正を行うこととされた。

しかし、当該物質のほかにも労働安全衛生法に基づく特別規則の対象でない化学物質に起因する健康障害が発生し、管理の必要性が認識されていないことも懸念されることから、特別規則の対象でない化学物質を含む化学物質管理のあり方について、労働政策審議会安全衛生分科会において審議が行われ、その結果、その検討の必要性について了承されるとともに、具体的対策については学識経験者等の専門家による検討を行うこととされた。」

8月6日の第1回検討会に提出された「論点(第1回)」の内容は、以下のとおりであった。(一部説明的字句を省略)

1. 特別規則の対象でない化学物質を含む化学物質管理の原則について

- (1) 事業者は、特別規則のない対象でない化学物質についても、有害性やばく露実態(リスク)に応じて必要な措置を合理的に決定しなければならないが、その必要性が十分に認識されていないことも懸念されること、その講ずべき措置の考え方が明確にされるべきではないか。

例えば、欧米における化学物質管理やILO条約における化学物質管理のあり方も参考として別紙のようなものが考えられる。

- (2) 同様の考え方が、化学物質(の有害性)による

リスクアセスメントが不適切であったために発生した化学物質中毒等の例

※平成24年に発生した化学物質に起因する中毒等（本省報告のあったもの）67件のうち、SDS交付義務対象物質（労働安全衛生法第57条2）が起因であったものは47件であり、そのうち30件でリスクアセスメントが未実施又は不適切であった。
 ※特別規則の対象外化学物質に限定すると、SDS交付義務が起因物であったものは17件、そのうち12件でリスクアセスメントが未実施又は不適切であった。以下に事例を掲載する。

原因化学物質	業種	災害の概要
塩化ホスリル	有機工業製品製造業	染料の中間体製造ため、N,N-ジエチルアニリンに塩化ホスホリルを滴下していたところ、滴下ポンプ上部のホースが外れ、オキシ塩化リンを体全に被った。被災者は体全体に塩化ホスリルが付着していることに危険を感じ、水が張ってある浴槽に飛び込んだところ、塩化ホスリルと水が反応し、発生した塩化水素を吸引した。事業者は滴下ホースの劣化を把握しておらず、また、滴下ポンプの出力を最大にした時のホースの外れる可能性等について分析を行っていなかった。さらに、具体的な危険性等（水と反応して塩化水素を発生すること等）について、被災者に対し異動時の教育が実施されていなかった。
ジクロロメタン→第2種有機溶剤 種有機溶剤だが、有機溶剤業務に該当しない。	電気機器器具製造業	汎用モーターの端子キャップ等の油汚れを自動洗浄及び乾燥する設備で、有機溶剤等を洗浄槽に自動供給するポンプのスイッチが切られていたため、ヒーターが取り付けられた洗浄槽の中の有機溶剤等が暖められ、発生した蒸気を吸引した。被災者が実施していた作業は有機溶剤を直接扱う業務ではなかったため、蒸気槽の有機溶剤等の水位が異常に低下した際の危険性及び適切な処置が想定されていなかった。また、蒸気槽の有機溶剤液面が設定値よりも低下した場合は、ブザーが鳴るようになっていたが、機械設備の作動音にかき消されて、ブザーの音が聞こえなかった。
酸化カルシウム（生石灰）	パルプ製造業、特殊産業用機械製造業	生石灰を貯蔵するビン詰まりを解消しようと、石灰ビン下部に開口を設け、棒やスコップ等を用いて掻き出したが、詰まりがひどかったため、水で洗い流したところ、詰まった石灰が石灰ビン内で崩落し、開口部から熱水及び蒸気が噴出し、それを浴びた。当該作業は仮採用の作業であり、リスクアセスメントに基づく適切な作業手順が作成されていなかった。
2-インプロポキシフェニル-N-メチルカーバメート ジメチル-2,2-トリクロロ-1-ヒドロキエチルホスナート	動物の飼育若しくは畜産の事業又は養蚕の事業	鶏舎内の害虫駆除のための消毒薬の噴霧作業（約20分）の後に吐き気及びめまいを催した。上方の消毒作業を行う際に浴びた消毒薬が薄い保護具（衣）を透過して、皮膚に接触・吸されたもの。保護具は被災者個人の所有物であり、使用する消毒薬に対し、適切な保護具であるのか事前評価されておらず、適切な保護具の選定及び使用方法を含む作業手順書を作成していなかった。また、消毒薬の有害性について、農場長はラベル等を読み熟知していたが、労働者に伝えていなかった。

健康障害の防止についてのみならず、化学物質（の危険性）による爆発等の防止についても、明確にされるべきではないか。

- (3) 事業者は、作業の開始や変更の際して、講ずる措置を決定した場合には、その措置を講ずべき理由（know whyの観点）を含めて、労働者への周知・教育を行うべきではないか。

講ずべき措置の考え方(案)

【有害性について】

1. 事業者は、化学物質の製造・取扱において、労働者のばく露を防止し、又は可能な限り低減する。
2. ばく露防止・低減対策を講ずるに際しては、次に掲げる優先順位で講ずべき措置を検討

し、その検討の結果に基づき措置を決定する。

- ① 有害性に関する情報のない化学物質等の使用の中止、若しくは有害性に関する情報がある化学物質等のうち有害性が極力低いものへの代替
- ② 有害性が高い化学物質等の使用の中止、若しくは有害性のより低い化学物質等への代替
- ③ 化学反応のプロセス等の運転条件の変更、取り扱う化学物質等の形状の変更等による、ばく露の程度の軽減
- ④ 隔離室における遠隔操作、発散源を密閉する設備、局所排気装置の設置等の工学的対策

リン化アルミニウム	卸売業・小業 業	工場内の精米器内部に設置されていた錠剤の害虫防止剤を取り除く作業をしていたところ、気分が悪くなり嘔吐等の症状が認められた。事業者はリン化アルミニウムの毒性等を把握しておらず、適正な呼吸用保護具を使用させていなかった。
塩化ベンジル(メタクリル酸ジメルアミノエチル、アクリル酸ジメチルアミノエチル)	その他化学 製品製造業	反応槽の攪拌機停止及び異常発熱が確認されたことから、中央管理室からの遠隔操作により、反応槽に緊急冷却水を投入したところ、槽内の液温がさらに上昇し、槽上部のマンホールから塩化ベンジルと水が反応して発生した塩化水素ガスが噴出し、状況確認等を行っていた作業者がガスにばく露した。リスクアセスメントは実施していたが、異常反応を想定したものではなかった。また、異常時の避難救護等体制が確立されていなかった。
セレン	建築物設備 工事業	セレン精製工場のインゴット溶解装置の二重釜の点検作業において、内釜を外釜から外す際にハンマーで叩いた際、呼吸用保護具に亀裂が生じていた等のため、被災した粉じんを吸引した。リスクアセスメントは実施されていなかったが、直接の原因は保護具の管理が不適切であったことである。
フェニトロチオン、プロボキスル	畜産業	動物用医薬品である殺虫剤を水で希釈した消毒液を動力噴霧器で散布したいところ、吐き気・嘔吐の症状があった。防毒マスク、保護衣は未着用であった。事業者は、SDSを確認せず、何ら中毒予防措置を講じなかったもの。
トリエチルアミン	建設業	反応容器更新のため配管内の圧抜き及び液抜き作業を発注者の担当者と共に行った。発注者の担当から圧抜き終了の報告を受けてバルブを取り外したところ、圧抜きが不十分であったため、トリエチルアミン200ccが噴出、薬傷を負った。残圧等の処理に関する作業手順が十分に定められていなかった。
臭素	医薬品製造 業	ドラフトチャンバー内で臭素の入ったガラスアンプルをアンプルカッターで開封しようとしたところ、容器下部が割れ、飛散した臭素を吸い込み、又は浴びる等した。有害物にばく露した際の対応等の手順が定められておらず、保護具着用も個人判断に委ねられていた。
オゾン	飲料製造業	ミネラルウォーターの製造工程で、オゾン水によるペットボトル等の滅菌作業を行っていた労働者が急性オゾン中毒となった。SDSが未入手であり、オゾンガス排出のための換気装置がなく、不適切な呼吸用保護具(防じんマスク)を着用させるなど、適切にリスクが評価されていなかった。
キシレン、トルエン、メチルイソブチルケトン、シクロヘキサノン、ブチルセロソルブ	建設業	集合住宅建設工事においてピット内の防食剤(第2種有機溶剤含有)の塗布作業を行っていた労働者が死亡した。有機溶剤業務に対する安全対策が十分検討されておらず、換気は未実施、有機溶剤用防毒マスクは着用していたが吸収缶は20年前のものであった(破過の疑い)。

- ⑤ 保護具の備付け、及び上記の措置を講じて
も労働者に対する健康障害を生ずるおそれ
がある場合における保護具の使用
2. 危険有害性及びばく露の実態に応じた化学
物質管理のあり方について
- 特別規則の対象でない化学物質についても、
その有害性の評価を踏まえ、上記1の考え方
に基づく適切な措置が実施されるよう、リスクア
セスメントが必要となるものはないか。また、ほかにど
のような措置が考えられるか。
3. 表示・SDS交付等の危険有害性情報伝達の
促進等について
- (1) 労働者及びユーザー事業者への確実かつ
分かりやすい情報として、ラベルによる危険有害

- 性情報の提供が進められるべきではないか。
- (2) メーカー等からのSDS交付等による危険有害
性情報伝達を促進することが重要である。また、
ユーザー事業場における危険有害性情報の積
極的な入手(メーカー等への要求)も、併せて促
進することが必要である。これらの取組を促進
するために、どのような取組が考えられるか。

「胆管がん事案に見られる化学物質管理上の
課題」(13頁図)、「化学物質管理に関する海外の
規制との比較」、「リスクアセスメントの実施状況」、
「譲渡者によるSDSの交付状況」、「ユーザーにお
けるSDSの入手状況」、「リスクアセスメントが不適
切であったために発生した化学物質中毒等の例」

(別掲表)等の資料が用意されるとともに、論点3とのかかわりで、業界における支援策として、参考人として日本化学工業協会常務理事から「日本における化学物質の自主管理プログラム-GPS/JIPSの概要と現状」について報告された。

論点1-とくに(1)-については、国際的に確立した原則的考え方として、全員が総論賛成。ただし、参考人が、「講ずべき措置の考え方(案)」2-①の「有害性に関する情報のない化学物質等の使用の中止」は「妥当か疑問」という旨発言したことを含めて、具体的規制のあり方に業界から注文がつかもかもしれないと感じられた。

論点2は、全事業者を対象に努力義務とされているリスクアセスメントとそれに基づく措置について、一定の化学物質等について、罰則付き義務化にステップアップさせるという提案で、使用者側から規制強化を警戒する発言が多く、「一定の化学物質等」の対象の設定=限定が難しいのではという議論がなされつつも、納得できるものであればやぶさかではない=共通理解と整理された。

論点3については、文章もすっきりしないが、参考人に話させたことからわかるように、自主的取り組みの支援策だけしか想定していないようにも思われた。

総じて、一切の規制強化に反対して、教育・啓蒙の必要性のみを強調(さらに自主的取り組みに対する支援を要請)する化学業界に対して、厚生労働省が何らかの意味ある規制強化を実現できるかどうかという構図になっていると思われた。

熊谷准教授の意見書

この動きを受けて、胆管がん事件のきっかけ—大阪のSANYO-CYPの調査を手がけてきた産業医科大学産業保健学部安全衛生マネジメント学の熊谷信二准教授は、厚生労働大臣と検討会座長に宛てて、以下の意見書を提出した。

本年8月6日に、胆管がん問題を踏まえた化学物質管理のあり方に関する専門家検討会の第1回会議が開催されたところですが、大阪の校正印刷会

社の胆管がん多発の問題に取り組んだものとして、今後の化学物質管理に関する意見を以下に述べます。

1. 大阪の校正印刷会社の事例からの教訓

第1回検討会の資料5[13頁の図]の「職業性の健康障害の発生が認識されず」について

- ・大阪の校正印刷会社では、1996年に在職者1人が胆管癌となり、別の在職者1人が劇症肝炎になった。この時点で溶剤原因説を述べたものがいたが、社長が「証明できるんか」と強い口調で叱責している。これ以降、溶剤原因説を言える雰囲気なくなっている。
- ・在職中の従業員に絞っても、1996年、1997年、2003年、2004年および2007年には各1人が胆管癌を発症し、2010年には2人が発症しており、さらに2012年の問題発覚以降は3人が発症している。会社側は胆管癌という病名を把握したのは2003年としているが、2003年、2004年と続けて患者が出た段階で、溶剤の変更を模索しており、仕事が原因の可能性を認識していた。また、2010年までに在職者7人が胆管癌を発症しており、会社側は少なくともそのうち5人については胆管癌であることを把握していたが、2012年の問題発覚まで、行政当局に相談しなかった。
- ・2006年に在職者1人が健診で肝機能異常を指摘され、有機溶剤を使用しない部署に配置転換された。その後、 γ GTPが低下したため、医師は「肝機能異常の原因は有機溶剤」という趣旨の診断書を出した。その診断書は会社に提出されたが、何の対応もなされなかった。この社員は2012年に胆管癌と診断されている。

以上より、今回の事例では、職業性の健康障害の発生が認識されなかったのではなく、認識していたけれども、あるいは疑っていたけれども、適切な対応をしなかったとすることができる。したがって、仕事が原因と疑われる事例が発生した時には、事業主が労働基準監督署に届け出る義務を法的に定める必要がある。罰則付きにするべきであり、届け出なかったために被害が拡大した場合は、より重い刑罰とするべきである。

医療従事者による通報システムについて

2009年に胆管癌と診断された元従業員は、病院で「自分が以前に勤めていた会社に胆管癌患者が4人でており、溶剤が原因ではないか」と質問している。この時に、医療従事者が労働基準監督署に届けておれば、事態はより早く明らかになったと考えられる。医療従事者には個人情報を通報することに抵抗があると思われるので、法的に通報システムを確立するべきである。

使用する会社が自分の責任で安全を確認すべき

同社では1996年まではジクロロメタンが含まれる溶剤を使用していたが、それ以降、有機則に該当しない溶剤に変更している。有機則に該当しないものは低毒性であると判断したようであるが、その認識が間違っている。また会社側は、溶剤納入業者に安全なものを納入するように指示したと述べ、それで事足りると考えているようであるが、自分の会社の従業員に使用させるのであるから、自らが安全性を確認するべきである。この点に関しても事業主の責任であることを明確にする必要がある。

有機則などの特別規則対象外の化学物質による健康障害発生時の事業主責任について

労安法第22条で「事業者は次の健康障害を防止するため必要な措置を講じなければならない」と定められ、特別規則対象外の化学物質による健康障害を防止することが事業主に義務付けられているが、健康障害の予見可能性の有無にかかわらず、事業主に結果責任があることを明確に規定する必要がある。そうすることで、化学物質の安易な使用を防ぐことができる。

企業秘密の最小化

SDSやラベルの成分表示に関する企業秘密をどこまで制限するかが重要である。現状では、企業の判断に任されており、特に新しい化学物質が使用されていなくとも企業秘密と表示したり、あるいは化学分析すれば簡単に成分が判明する場合にも企業秘密と表示したりしていることがある。このような企業秘密の表示は認めるべきではない。また、健康被害が出ている場合には企業秘密を認

めるべきではない。

動物実験により発がん性が証明された物質について

ジクロロメタンおよび1,2-ジクロロプロパンは、1980年代には既に動物実験で発がん性があることが判明していた化学物質である。このような物質はヒトに発がん性があることが証明されなくても、「発がんの可能性あり」として法的規制を実施するべきである。

2. 第1回検討会の配布資料の「論点(第1回)」について

論点の1(1)

未規制物質の管理をどうしていくかが、胆管がん問題を繰り返さないためにもっとも重要な課題の1つである。その意味では、別紙「講ずべき措置の考え方(案)」に記載された考え方は極めて重要であるし、対策の優先順位も妥当なものと考える。特に、①の「有害性に関する情報のない化学物質等の使用の中止」はこれまでよりも進んだ考え方であり、未規制物質による健康障害を予防するための柱になる観点である。

論点の1(3)

「措置を講ずべき理由を含めて、労働者への周知・教育を行う」という点は、職場に安全文化を定着させ、労働者の安全衛生活動への参加を促す意味で非常に重要である。

論点2

現行の労安法では、リスクアセスメントは努力義務であるが、未規制物質による健康障害を防止するためにはリスクアセスメントの実施が不可欠であり、事業主に法的に義務付ける必要がある。

論点3

労働者に化学物質に関する情報を知らせる媒体としては、容器に添付するラベルがもっとも重要である。使用する際にいつでも見ることができるためである。したがって、すべての化学物質を対象としてラベル表示を義務化するべきである。

SDSについてもすべての化学物質を対象として義務化するべきである。また、販売会社は過去に販売した化学物質のSDSを長期間保存し、被害発生

情報があればいつでも提供できるようにしておくべきである。提供先は、販売先の事業主だけでなく、労働者あるいは元労働者から要請があれば提供するように義務付ける必要がある。さらにはホームページに掲載し、誰でも化学物質の成分と含有量を調べることができるようにすることが望ましい。

第二回検討会

第2回検討会は9月3日に開催され、以下の内容の「論点(第2回)」が示された(一部説明的字句を省略)。

1. 特別規則の対象でない化学物質を含む化学物質管理の原則について

事業者は、化学物質の危険性又は有害性、及び作業態様やばく露実態から、リスクに応じて必要な措置を合理的に決定しなければならないが、その講ずべき措置の考え方は、物質の性質や作業方法に基づくリスクの除去・低減を第一とし、さらに、残留リスクに対するリスク防止・低減措置が講じられるべきではないか。具体的には、別紙のようなものが考えられる。

別紙：講ずべき措置の考え方(案)

【有害性について】

1. 事業者は、化学物質の製造又は取扱において、次に掲げる措置により、労働者のばく露を防止し、又は可能な限り低減するとともに、健康障害の発生の可能性の度合の低減を図る。

- ① 有害性が明らかな化学物質であって、有害性が極力低いものへの代替
 - ② 化学反応のプロセス等の運転条件の変更、取り扱う化学物質等の形状の変更等による、ばく露の程度の軽減
2. 上記1の措置により、健康障害の発生の可能性を十分に低減できない場合には、次に掲げる優先順位で講ずべき措置を検討し、その検討の結果に基づき措置を決定する。
- ③ 隔離室における遠隔操作、発散源を密閉する設備、局所排気装置の設置等の工学的対策その他必要な措置による作業環境中の

化学物質等の濃度の抑制

- ④ 製造し、又は取り扱う化学物質等に対応する保護具の備付け、及び③の措置を講じても労働者に対する健康障害を生ずるおそれがある場合に、労働者に保護具を使用させること

【危険性について】

1. 事業者は、化学物質の製造又は取扱において、爆発等の発生を防止するとともに、次の措置により、負傷の発生の可能性の度合の低減を図る。

- ① 危険性が明らかな化学物質であって、危険性が極力低いものへの代替
 - ② 化学反応のプロセス等の運転条件の変更、取り扱う化学物質等の形状の変更等による、負傷が生ずる可能性の度合の軽減
2. 上記1の措置により、危険性による負傷の発生の可能性を十分に低減できない場合には、次に掲げる措置を検討し、その検討の結果に基づき措置を決定する。
- ③ 隔離室における遠隔操作、機械設備等の防爆構造化、安全装置の二重化等の工学的対策その他必要な措置

2. 危険有害性及びばく露の実態に応じた化学物質管理のあり方について

(1) 危険・有害性が明らかな(知見が確立している)化学物質について、化学物質を新規に採用する場合等に、リスクアセスメントを確実に実施させるため、義務とする必要があるのではないか。

その対象範囲についてどのように考えるべきか。例えば、危険・有害性が明らかな化学物質としてはどうか。その際、国による評価・認定のほか、国内外の権威ある機関における勧告も考えられるのではないか。危険・有害性に関する情報としてSDSが活用されるべきではないか。

(2) 事業者がリスクアセスメントを実施するに当たって、SDSの入手のほか、最低限必要なものは何か。例えば、化学物質の取扱いに慣れていない中小企業等が実施する場合には、簡易なリスクアセスメント・ツールであるコントロール・バンディングを活用することも考えられるのではないか。ほかにどのような方法が考えられるか。

3. 表示・SDS交付等の危険有害性情報伝達の促進等について

ラベル表示の対象物質を拡大すべきではないか。

その対象範囲についてどのように考えるべきか。例えば、ラベルについては、国際的にも化学物質の危険有害性情報の基本的な伝達ツールとして安全データシート(SDS)と一体的に運用されていることも踏まえ、我が国においても、SDSとラベルによる情報伝達が一体的になされるような方向で検討を行ってはどうか。

「講ずべき措置の考え方」から、「有害性に関する情報のない化学物質等の使用の中止」が消えてしまっているが、論点1のリスク対応の原則の義務化は、すんなり合意。論点2については、一定の義務化はやむを得ないとしながらも、その対象範囲や中小企業に対する猶予・支援の必要性、罰則をどうするか等が議論された。論点3のラベル表示のSDSとの一体的運用についても、特段の反論はなかった。

全国安全センターの要望書

この段階で9月8日、全国安全センターとして、以下の要望を提出した。

傘下団体である関西労働者安全センターが、大阪SANYO-CYP社の胆管がん被害者らからの相談を受けたことからこの問題が社会問題化するに至る経過を通じて、私たちはこの問題に大きな関心を払ってきました。今年4月にはSANYO-CYP社胆管がん被害者の会がつくられ、同社との話し合いが行われていますが、関西労働者安全センターは同会の事務局も務めています。

私たちは何よりも、このような事件を防止できなかっただけでなく、被害の拡大を防ぐこともできなかったという事実を重く受け止め、今回の事件を教訓にして、万全な予防策を講じたとは言えないまでも、一歩でも事態を改善させるために具体的にこのような措置を講じたことこそが、被害者・遺族

の皆様に対する責務だと考えています。

健康被害が相次ぐなかで労働者から溶剤の影響を疑う声が出されたにもかかわらず、「証明できるのか」と会社によって押さえつけられてしまったこと。会社によれば、納入業者からは「胆管がんになった事例など聞いたことがない、特別規則の対象ではないから健康診断を行う意味はない」、納入業者に紹介してもらった環境測定業者からは「特別規則の対象となる化学物質を含んでいないため、測定を行っても改善につながる結果は得られない」等と言われたとのこと。現在も会社は、「特別規則の対象となる化学物質を含む洗浄剤は一切使用していない」等と強調していること、などにはとりわけ留意すべきと考えます。

以上を踏まえて、胆管がん事件を踏まえた化学物質管理のあり方の検討に当たっての要望を述べます。

1. 特別規則の対象でない化学物質を含む化学物質管理の原則を、法令上明記することを支持するとともに、以下を要望します。

① 「論点(第1回)」の「講ずべき措置の考え方(案)」の①に示されていた「有害性に関する情報のない化学物質の使用の中止」が、「論点(第2回)」ではふれられていませんが、この趣旨はぜひとも法令上明記すべきです。

平成25年3月14日付け基発0314第1号「洗浄又は払拭の業務等における化学物質のばく露防止対策について」の2(4)(同通達を改正した平成25年8月27日付け基発03827第3号)で以下のように指示したことは、今回の事件を踏まえた新たな対応としてまさに適切なものと受けとめられています。これを、特別規則の対象でない化学物質を含む化学物質管理の原則として、法令上の基礎を提供することはきわめて重要です。

「化学物質の譲渡・提供に当たり労働安全衛生法第57条の2及び労働安全衛生規則第24条の15に基づくSDSの交付を受けることができない化学物質については、国内外で使用実績が少ないために研究が十分に行われず、危険有害性情報が不足している場合もあるため、洗

浄剤として使用するの望ましくないこと。やむを得ず洗浄又は拭拭の業務に使用させる場合は、危険有害性が高いものとみなし以下の措置(省略)を講ずること。

留意事項の改正通達(平成25年8月27日付け基安化発03827第1号)では、参考としてつけられた質疑応答集で以下のように補強しています。

「(規制情報の確認)のみに依存して代替化を進めると、使用実績が少なく有害性情報が十分収集されていない(安全性が確認されていない)化学物質を選定してしまうことがあります。また、安易に未規制物質への代替を進めて労働者の揮発性化学物質へのばく露が増大することがあってはなりません。」

- ② 「論点(第2回)」の「講ずべき措置の考え方(案)」では、2よりも1、④よりも③の措置を優先することは明示されていますが、やはり、②よりも①の措置を優先することも明記することが適切だと考えます。

化学物質リスクアセスメント指針(平成18年3月30日付け指針公示第2号)の「10 リスク低減措置の検討及び実施」では、②に相当するよりも①に相当するアの措置を優先することが明記されているところです。

- ③ 化学物質リスクアセスメント指針及びリスクアセスメント指針(平成18年3月30日付け指針公示第1号)の解説として示されている、「可能な限り高い優先順位の措置により、合理的に実現可能な程度に低いレベルにまで適切にリスクを低減する」という趣旨を法令上明記すべきです。
- ④ 「論点(第2回)」の「講ずべき措置の考え方(案)」では、「有害性について」と「危険性について」が別建てとなっており、これは労働安全衛生規則の第2編 安全基準及び第3編 衛生基準に各々規定することが想定されているのではないかと思料しているところです。しかし、リスクアセスメント指針の「10 リスク低減措置の検討及び実施」では、危険性又は有害性を区別せずにリスク低減措置の原則を明示しているところであり、こちらの方が望ましいと言えるかもしれません。
- ⑤ 「論点(第1回)」の1の(3)で指摘されていた

「事業者は、作業の開始や変更に際して、講ずる措置を決定した場合には、その措置を講ずべき理由(know whyの観点)を含めて、労働者に周知・教育を行うべきではないか」という考え方は重要であり、その趣旨を法令上明記すべきです。

以下の2の③、3の②も同じ趣旨です。

2. 労働安全衛生法第28条の2第1項に定められたリスクアセスメントの実施及びその結果に基づく措置の義務化を支持するとともに、以下を要望します。

① 今回、義務化の対象範囲を、SDSの交付対象となっている化学物質に限定せざるをえなかったとしても、すべての化学物質を対象とする方向性をもって取り組むこととすべきです。

② 義務化の対象範囲としての「化学物質を新規に採用する場合等」の「等」には、それ以外の労働安全衛生規則第24条の11に規定する時期、及び、「化学物質等による危険性又は有害性等に係る新たな知見を得たとき」、「定期的」、「職業病と疑われるものを含めて」労働災害が発生したとき等が含まれるべきです。

③ リスクアセスメントの実施体制における労働者(代表)の参加及び実施内容の労働者への周知を、法令上明記すべきです。

④ さらに、法第28条の2第1項ただし書きの「ただし、当該調査のうち、化学物質、化学物質を含有する製剤その他の物で労働者の危険又は健康障害を生ずるおそれのあるものに係るもの以外のものについては、製造業その他厚生労働省令で定める業種に属する事業者に限る」を削除する方向性をもって取り組まれることを要望します。

3. 労働安全衛生法第57条の表示義務の対象物質を法第57条の2の文書(SDS)の交付義務の対象物質と一致させるように拡大すること支持するとともに、以下を要望します。

① SDS交付義務の対象を、危険・有害性の有無にかかわらず、すべての化学物質を対象とする方向性をもって取り組むこととすべきです。

現状は、SDSが交付されていない場合、交付義務対象であるにもかかわらず違法に交付されていない場合、有害性情報があるにもかかわらず

ず努力義務にとどまるために交付されていない場合、有害性情報がないために交付されていない場合、のいずれであるのかにわかに判断しがたい状況です。危険・有害性情報が確認されていないのであれば、その旨を記載したSDSを交付すべきこととすれば、少なくともSDSが交付されない化学物質は職場に持ち込ませないという原則を確立することができます。

- ② 交付されたSDSの内容及びその情報に基づいて実施する措置の労働者への周知を、法令上明記すべきです。
4. 昨年7月10日の厚生労働省発表で「胆管がん事案を契機とした職場における今後の化学物質対策（平成25年度概算要求を検討中）」とされた「発がん性に重点を置いた化学物質の有害性評価の加速～既存化学物質評価10か年計画（CAP10）～」について、その内容を明らかにするとともに、効果的に推進するよう要望します。
5. 職業病と疑われる事例についての、事業者、労働者、産業医を含めた医師による届出制度の創設について検討を開始することを、要望します。

専門検討会報告書

第3回検討会は9月27日に開催され、報告書案が示された。23頁以下の公表された最終報告書とおおむね同じ内容であるが、3(2)ウは「混合物のラベル表示」とされていたものが、最終報告書では「GHSに準拠したラベル表示」に変更されている。

検討会の議論では、全般的に議長の小柴丈典・近畿大学教授は、規制強化に対する業界の反発を想定しつつ合意形成に苦心していたように見受けられた。また、城内博・日本大学教授が安全衛生分科会でも専門検討会でも、リスクアセスメントやSDS・ラベル表示等をすべての化学物質について義務付ける国際標準との食い違いに大きな懸念を表明するとともに、事業者が法違反しても労働者が自ら身を守る仕組み-具体的には危険有害性情報の共有と申告権の実質化-の必要性を力説していたことも特筆しておきたい。議論の全体像については、ぜひ厚生労働省ホームページの議事録等を確

認していただきたい。

報告書の最終とりまとめは座長に一任され、10月29日に最終報告書が公表され、議論は再び労働政策審議会安全衛生分科会に戻された。

審議会建議・法改正へ

既述のとおり、安全衛生分科会では第12次労働災害防止計画を踏まえた検討が行われていたが、10月29日の第76回安全衛生分科会に、上記報告書及び10月18日に公表された「労働安全衛生法における機械等の回収・改善命令制度のあり方等に関する検討会報告書」が報告されるとともに、以下の「安全衛生分科会報告に向けての議論のまとめの方向性(公益委員案)」が示された。

1 化学物質管理のあり方

(1) リスクアセスメントの実施

- 一定の危険有害性が確認されている化学物質（例えば安全データシート（SDS）の交付を義務づけている化学物質を検討）について、事業者が新規に採用する等の場合に、事業者に対してリスクアセスメントを実施させる方向で考える。
- 中小規模事業場で適切にリスクアセスメントが実施されるよう、国は支援を行うことが必要であり、その方策についてさらに検討を深める。

(2) ラベル表示の拡大

- 譲渡・提供する際に容器等にその危険有害性を記載したラベルを表示することを譲渡者、提供者に義務づけている化学物質の範囲を拡大する方向で考える（例えば安全データシート（SDS）の交付を義務づけている化学物質まで範囲を拡大することを検討）。

2 企業単位で安全・健康に対する意識変革を促進する仕組み

(1) 安全衛生水準の高い企業の評価・公表

- 企業の安全衛生水準を客観的に評価し、高い評価を得た企業を公表する仕組みを導入する。具体的な評価方法については、専門家等の意見を聴きつつ、業種別の状況や中小企業の状況も踏まえ、さらに検討を深める。

(2) 重篤な労働災害を繰り返す企業の改善方策

○法令等に違反し、一定期間内に、同じような重篤な労働災害を複数の事業場で繰り返して発生させた事業者に対して、企業全体で改善を図らせるための計画を作成するよう国が指示することができる方向で考える（事業者が計画の作成指示に従わない場合等、改善が見込まれない場合は、例えば企業名を公表することなども検討）。

3 欠陥のある機械等の回収・改善方策

○引き続き行政指導により回収・改善を促進することとし、回収・改善を促進するために必要がある場合は、公表するよう行政指導するとともに、必要に応じて国が公表に協力する等の取組を行い、今後の対策の進捗状況を踏まえ、引き続き検討する。

4 企業における安全管理体制の適正化

○安全管理者又は安全衛生推進者の選任が義務づけられていない業種において、安全管理体制の整備が促進されるよう、当面行政指導で対応し、対策の進捗状況を踏まえ、引き続き検討する。

○安全管理体制の整備促進を図るための支援策について、さらに検討を深める。

5 第三者に施設等を使用させる施設等管理者の安全衛生管理

○平成25年3月25日付けで厚生労働省が策定した「陸上貨物運送事業における荷役作業の安全対策ガイドライン」の周知・普及を図り、荷主等による取組を促進し、対策の進捗状況を踏まえ、引き続き検討する。

6 規制・届出等の見直し

○電気使用設備の定格容量が300kW以上の事業場において、建設物、機械等の設置、移転等を行う製造業等の事業者に対して、事前に届出を求めている労働安全衛生法第88条第1項を廃止する方向で考える。

7 職場におけるメンタルヘルス対策

○前回の建議に基づく法案の内容を踏まえつつ、労働者自身のストレスの状況についての気づきを促し、ストレスの状況を早期に把握して必要な

措置を講じることにより、労働者がメンタルヘルス不調となることを未然に防止するとともに、職場の改善につなげることで、職場のストレス要因を低減させることを目的として、新たな仕組みを設ける方向で考える。この際、次の点に留意する。

- ・ ストレスの状況の把握結果を、適切な措置につなげること。
- ・ 各事業場ですでに行われている取組を十分勘案すること。
- ・ 必要な対応を行う場合に労働者に不利益な扱いとならないよう配慮すること。

8 職場における受動喫煙防止対策

○前回の建議に基づく法案の内容を踏まえる。ただし、一部の事業場での取組が遅れている中で全面禁煙や空間分煙を事業者の義務とした場合、国が実施している現行の支援策がなくなり、その結果かえって取組が進まなくなるおそれがあるとの意見が出されたこと、前回の建議後に受動喫煙防止対策に取り組んでいる事業場が増加していることにも十分に留意する。

9 電動ファン付き呼吸用保護具の型式検定等の対象への追加

○前回の建議に基づく法案の内容とする。

さらに11月12日の第77回に「企業単位での改善を求める具体的な要件について（素案）」等も示されたうえで、11月26日の第78回安全衛生部会で「今後の労働安全衛生対策について（報告）（案）」が了承された。

2013年内にはそのままの内容で、審議会の建議として公表されると思われるが、12月10日現在まだなので全文は次号で紹介することとしたいが、「化学物質管理」の「対策の方向性」は以下のとおり。

ア 日本産業衛生学会等が許容濃度等を勧告するなど人に対する一定の危険性・有害性が明らかになっている化学物質（例えば、労働安全衛生法第57条の2に基づき安全データシート（SDS）の交付が譲渡者又は提供者に義務づけられている化学物質）を事業者が新規に採用する場合等において、事業者にリスクアセスメントを実施させることが適当である。

イ リスクアセスメントに基づく措置が適切かつ着実に実施されるようにするため、事業者が実施したリスクアセスメントの結果が労働者に周知されるようにするべきである。

ウ 国は、中小規模事業場においてリスクアセスメントが適切に実施されるよう、簡易なツールの開発・改善や相談・指導体制の整備など、十分な支援措置を講じるべきである。

エ 労働者が化学物質を取り扱うときに必要となる危険性・有害性や取扱上の注意事項が確実かつ分かりやすい形で伝わるよう、譲渡者又は提供者に対してラベルを表示することが義務づけられている化学物質の範囲を、日本産業衛生学会等が許容濃度等を勧告するなど人に対する一定の危険性・有害性が明らかになっている化学物質（例えば、労働安全衛生法第57条の2に基づき安全データシート（SDS）の交付が譲渡者又は提供者に義務づけられている化学物質）まで拡大することが適当である。その際、国際的な取扱いとの整合性に留意することが適当である。

オ ラベルの表示を義務づける化学物質の範囲を拡大した場合、多種類の化学物質を混ぜ合わせている混合物については、ラベルに表示すべき成分の種類が大幅に増加し、その結果、容器等に貼るラベルの絵表示を含む表示全般に

ついて縮尺が小さくなってしまい、労働者に危険性・有害性等の情報が伝わりにくくなる懸念される。このため、ラベルへの成分の表示については、安全データシート（SDS）にも全ての成分が記載されていることを踏まえて合理化することが適当である。

カ ラベルの表示を義務づける範囲を拡大するに際しては、ラベルの意味や読み方が労働者に正確に理解されるよう事業者において労働者に対する周知・教育を行うべきであるが、併せて国が周知・広報を行うべきである。

検討会報告書とこの内容のいずれを読んでも、具体的な法令改正がどのような内容になるかまだ十分にはわからないと言わざるを得ない。

とくに、リスク防止・低減措置の原則と優先順位を示す「講ずべき措置の考え方」は、安全衛生規則の改正として導入されるものと考えられるので、法改正の内容だけでなく、政省令改正の内容も重要である。

胆管がん事件を契機として、具体的に労働安全衛生法令の改正が行われることを歓迎しつつ、全国安全センター要望書で述べた趣旨が最大限生かされるよう、今後の法令改正の内容に注目していききたい。



胆管がん問題を踏まえた化学物質管理のあり方に関する専門家検討会報告書

平成25年10月

胆管がん問題を踏まえた化学物質管理のあり方に関する専門家検討会

【参集者名簿】

芦 辺 義 明 株式会社ヒキフネ取締役工場長
石 川 徹 全国繊維化学食品流通サービス

一般労働組合同盟常任執行委員
大 谷 成 輝 一般社団法人日本化学工業協会労働安全衛生部会長

城内 博 日本大学大学院理工学研究科
教授

平川 純二 日本化学エネルギー産業労働組
合連合会副会長

◎三柴 丈典 近畿大学法学部教授

宮川 宗之 独立行政法人労働安全衛生総
合研究所研究企画調整部首席研
究員

山口 忍 DIC株式会社レスポンシブルケア
部法規制担当課長

◎座長 (敬称略、50音順)

【検討会開催状況】

第1回 平成25年8月6日開催

第2回 平成25年9月3日開催

第3回 平成25年9月27日開催

1 はじめに

産業現場で使用される化学物質は6万種類(労働安全衛生法(以下「安衛法」という。)に基づく名称公表物質数)に及び、その数は増加の一途をたどっている。これら膨大な数の化学物質をいかに管理していくのか、法規制のあり方も含め、大きな課題となっている。

安衛法第22条では、原材料等による健康障害を防止するために、必要な措置を講じることを事業者が義務づけており、このうち有害性が確認されている化学物質を用いる業務であって、ばく露実態調査や動物試験の結果等から高いリスクが明らかになったものについては、特定化学物質障害予防規則等の特別規則の対象に定め、化学物質の有害性や作業態様に応じて具体的な措置を講じることを事業者が義務づけている。また、同条に基づき、労働安全衛生規則(以下「安衛則」という。)の衛生基準として、化学物質を特定しない形で、有害物を取り扱う場合等に代替物の使用、作業方法又は機械等の改善などの必要な措置を講じることや、ガス等を発散する屋内事業場においては発散源の密閉や局所排気装置の設置などの必要な措置を講じること等の一般的な健康障害防止措置を事

業者に義務付けている。さらに、安衛法第28条の2では、原材料等による健康障害を防止するために、リスクアセスメント及びその結果に基づくリスク低減措置を講ずることを事業者が努力義務として求めている。

このほか、特別規則の対象となっている化学物質を譲渡・提供する際には、容器等にラベル表示をすることを、また、これらの化学物質を含め、日本産業衛生学会等の専門機関によって許容濃度等が勧告されているなど一定の有害性が確認された化学物質を譲渡・提供する際には、安全データシート(SDS)を交付することを、それぞれ譲渡・提供者が義務付けている。(資料1[省略])

しかしながら、昨年以降、印刷事業場において洗浄作業等に従事する労働者の胆管がん発症が相次いで明らかとなった事案では、医学専門家等による検討の結果、洗浄剤に含まれていた1,2-ジクロロプロパン(特別規則の対象ではなかった化学物質)に長期間に亘り高濃度でばく露したことが原因で発症した蓋然性が高いと結論づけられ、当該印刷事業場では、この物質を採用した際にリスクアセスメントによる有害性の検討が適切に実施されていなかった。

また、この事案以外にも特別規則の対象でない化学物質に起因する健康障害等が発生しており、リスクアセスメントが未実施又は不適切であるために、事業者において管理の必要性が認識されていない事案が少なくない。

このため、特別規則の対象でない化学物質を含む化学物質管理のあり方について、労働政策審議会安全衛生分科会において審議が行われ、その結果、その検討の必要性について了承されるとともに、具体的対策については学識経験者等の専門家による検討を行うこととされた。

これを受け、厚生労働省労働基準局長の下に有識者の参集を求め、特別規則の対象でない化学物質を含む化学物質管理のあり方に関して検討を行ったものである。

2 背景

(1) 胆管がん問題の概要

平成24年3月に大阪府内にある印刷事業場の労働者等から、化学物質の使用により胆管がんを発症したとして労災請求があったことに端を発して、印刷事業場の労働者が胆管がんを発症した事例が相次いで明らかとなった。

厚生労働省においては、当該事案を受けて、同年6月、洗浄作業が行われている全国の印刷事業場（561事業場）を対象として立ち入り調査を実施するとともに、同年7月には全国約18,000事業場を対象とする通信調査を実施した。

また、同年9月から、医学専門家等で構成される検討会を開催して、胆管がんと業務との因果関係について検討した結果、その報告書が平成25年3月に取りまとめられ、大阪府の印刷事業場で発生した胆管がんについては、洗浄剤に含まれる1,2-ジクロロプロパンを長期間に渡り高濃度でばく露したことが原因で発症した蓋然性が高いとされた。この報告書を踏まえて、平成25年3月27日には16名の労災認定がなされ、その後、労災認定は適宜進められている。（資料2〔省略〕）

(2) 特別規則の対象でない化学物質による労働災害

胆管がん問題の原因物質と考えられる1,2-ジクロロプロパンは、特別規則の対象とはなっていないが、この事案では、努力義務となっているリスクアセスメントによる有害性の検討は適切に実施されておらず、事業者においてリスクが認識されていない。

また、この事案に限らず、化学物質に起因する労働災害のうち、急性中毒や爆発・火災等による負傷・疾病（平成15年から平成24年）の4割以上が、また、慢性障害による疾病（平成15年から平成23年）の約3割が、それぞれ特別規則の対象とはなっていない化学物質によるものとなっている。（資料3〔省略〕）

このように、特別規則の対象とはなっていないが、使用量や作業方法によっては、健康障害を起しうる化学物質があるが、それらには特別規則のよ

うに、個別の物質、業務ごと取るべき具体的な措置が法令上規定されているわけではなく、一般的な規定があり、かつリスクを事業者が把握する端緒となるリスクアセスメントも努力義務となっているものの、事業者がその必要性を認識しない場合には、現状では適切な措置の実施が十分担保されていない。

実際、これらの災害の中には、胆管がん事案と同じように、リスクアセスメントによる有害性の検討が適切に実施されておらず、事業者が使用する化学物質によるリスクを認識していない、化学物質の有害性に合った適切な保護具が選択されていない、作業手順が定められていないなど、事業者が講じるべき適切な措置が取られていなかったものも少なくない。

また、事業者だけでなく、実際に作業を行う労働者が使用する化学物質の危険性や有害性を認識していなかったため、適切に保護具を使用しないなど、適切なばく露防止措置が講じられなかったり、化学物質を混合した結果有害なガスが発生したりするなど、有害性情報や取扱い上の注意等が労働者に周知されていなかったために発生したと考えられる労働災害も見受けられる。（資料4〔省略〕）

こうしたことから、特別物質の対象となっていない化学物質についても、一定の危険性や有害性があるものについては、起こりうる労働災害を未然に防止するために、事業者及び労働者がその危険性や有害性を認識し、事業者がリスクに基づく必要な措置を検討・実施するような仕組みを設けることが課題となっている。

(3) 化学物質管理に関する海外の規制等との比較

我が国の安衛法関係法令における化学物質管理の体系は、リスクの高い業務等を特別規則に規制するような個別規制中心の規制体系であった。一方、欧州では、欧州指令（化学的因子からの労働者の保護に関する指令）において、事業者によるリスクアセスメント及びその結果に基づく措置を基本とする体系であり、米国労働安全衛生法では、リスクアセスメントに関する明示的規定はないが、インダストリアル・ハイジニスト等の専門家の判断に重き

が置かれているなど、事業者が自ら講ずべき措置を決定することが基本とされている。

また、欧米では、欧州規則（REACH規則、CLP規則）及び米国労働安全衛生法において、危険有害な化学物質を対象として、容器等へのラベル表示及びSDSの交付が義務とされている。我が国安衛法関係法令においても、容器等へのラベル表示及びSDSの交付が義務とされているが、対象となる化学物質は限られており、その他の化学物質については努力義務とされている。

ア リスクアセスメント等

(i) EUの規制

欧州指令（化学的因子からの労働者の保護に関する指令）第4条に、全ての化学物質を対象として、危険有害化学物質が作業場にあるか否かを特定しなければならないこと、もしある場合、その危険有害性及びばく露の程度等を考慮して、その危険有害化学物質により労働者に発生する安全衛生面のリスクを評価しなければならないことが定められている。

また、同指令第6条に、危険有害化学物質を、その使用条件下で、有害でないか又はより有害性が低い化学物質又はプロセスと置換すること、その活動の性質により、置換でリスクの除去ができない場合は、第4条で規定されるリスク評価等を考慮した上で、予防的措置の適用によりそのリスクが最も低減されるようにすること、その優先順位は、(a)適切な作業プロセス及び工学的管理手段の設計並びに適切な機器及び材料の使用、(b) リスク発生源に対するばく露管理（換気等）、(c) 適切な個人用保護具の使用とすることが定められている。

(ii) 米国の規制

米国労働安全衛生法に基づく基準として、1910.1000 (a) ~ (d) に、許容濃度未満に管理しなければならないこと、1900.1000 (e) に、その達成のために、管理的又は工学的対策を最初に決定し、可能であれば改善すること、当該措置で達成できない場合は、保護具その他の措置により労働者の有害物へのばく露を許容濃度未満とすること、これらの措置はインダストリアル・ハイジニスト等の専門家によ

り承認されたものとするが定められている。

(iii) 日本の規制

安衛法第28条の2第1項に、原材料等に起因する危険性又は有害性等を調査し、その結果に基づいて法令の措置を講ずるほか、必要な措置を講ずるよう努めなければならないことが定められている。また、同条第2項に基づく指針において、リスク低減措置を検討・実施する優先順位として、(a) 危険有害性が高い化学物質の使用の中止又は危険有害性のより低い物への代替、(b) 化学反応のプロセス等の運転条件の変更等による負傷が生ずる可能性又はばく露の程度の低減、(c) 機械設備等の防爆構造化等の工学的対策又は局所排気装置の設置等の衛生工学的対策、(d) マニュアルの整備等の管理的対策、(e) 個人用保護具の使用が示されている。

イ ラベル表示等

(i) EUの規制

CLP規則（化学品の分類、表示、包装に関する規則）第17条に、有害性として分類された物質又は混合物は、危険有害性等の表示をしなければならないことが定められている。また、REACH規則（化学品の登録、評価、認可及び制限に関する規則）第31条に、物質又は混合物の提供者は、すべての危険有害物を対象として、SDSを提供しなければならないことが定められている。

(ii) 米国の規制

米国労働安全衛生法に基づく危険有害性周知基準1910.1200 (f) (1) に、化学品製造業者、輸入業者又は流通業者は、職場外部に搬出される有害化学品の各容器にラベルを表示しなければならないことが定められている。また、化学品の製造者又は輸入者に対し、同基準1910.1200 (g) (1) に、自身が製造又は輸入する各有害化学品について、SDSを取得又は作成しなければならないことが、同基準1910.1200 (b) (1) に、ラベル表示及びSDS等を通じて、すべての使用者に有害化学品に関する情報を提供することが定められている。

(iii) 日本の規制

安衛法第57条に、政令に定める化学物質（約

100物質)を容器等に入れて譲渡又は提供する者に対して、容器等に表示しなければならないことが、同法第57条の2に、政令に定める化学物質(上記約100物質を含み640物質)を譲渡又は提供する者に対して、SDSを交付しなければならないことが、それぞれ定められている。また、安衛則第24条の14及び第24条の15に、上記の表示又はSDSの交付が義務となっている化学物質以外のすべての危険有害な化学物質を対象に、譲渡又は提供する者に対して、容器等への表示及びSDSの交付を努力義務として定めている。

3 化学物質管理のあり方

(1) 危険有害性及びばく露の実態に応じた化学物質管理のあり方について

ア 危険有害性が明らかな化学物質の製造・取扱いにおけるリスクアセスメント

2(2)のとおり、特別規則の対象でない化学物質の製造又は取扱いにおいて、リスクアセスメントが未実施又は不適切であることで、事業者がリスクを認識できず、適切な措置を取らずに労働災害が発生していること、国はリスク評価の結果に応じて所要の規制を行っているが、膨大な数の化学物質すべてについて国がリスク評価を行うことは現実的ではないことも踏まえ、事業者が自らリスクアセスメントを実施することにより、適切なリスク低減措置が講じられるようにするべきである。

具体的には、一定の危険有害性が確認されている化学物質については、何らリスク低減措置が講じられない場合、労働者に危険又は健康障害を生ずる可能性が明らかであることから、リスクアセスメント及びその結果に基づく措置が確実に実施されるよう制度を見直す必要がある。

なお、制度の見直しに当たっては、事業者がリスクアセスメントを実施するためには、化学物質の危険性や有害性に関する情報を入手することが必要不可欠であることから、安全データシート(SDS)など、情報伝達の仕組みと合わせて検討することが重要である。この考え方を踏まえれば、一定の

危険有害性が確認されている化学物質としては、例えば国のリスク評価等を経て特別規則の対象となっている化学物質や、日本産業衛生学会又はACGIHが許容濃度等を勧告する化学物質等が考えられる。

また、リスクアセスメントの結果及び講ずることとしたリスク低減措置については、これが適切に実施されるためにも労働者の理解が不可欠であることから、労働者に周知されるべきである。

【参考】

安衛法第57条の2に基づく文書(SDS)の通知制度は、特別規則の対象物質(一部除く。)のほか、日本産業衛生学会又はACGIHが許容濃度等を勧告する化学物質、国連危険物輸送勧告に定める危険物(危険の数値範囲及び有害性のあるもの)が対象となっている。(資料6[省略])

なお、リスクアセスメントを実施するには化学物質の危険有害性情報が必要であるが、SDSにより危険有害性情報を入手することが一般的である。

イ 中小企業におけるリスクアセスメントの実施

制度の見直しに当たっては、リスクアセスメントが着実に実施されるよう、化学物質に関する専門的な知識を有していない中小企業においても、無理なく実施できる仕組みを整えることが必要である。

リスクの見積りには、負傷又は疾病の重篤度及びそれらの発生の可能性の度合を、相対的に尺度化する等の方法によりリスクを見積もる方法、又は、許容濃度とばく露濃度とを比較する方法(ばく露濃度が許容濃度を下回っていれば許容できるリスクと判断できる。)等がある。前者については、簡易なリスクアセスメント・ツールとしてコントロール・バンディングがあり、その活用を促進することが必要である(資料7[省略])。また、後者については、検知管により簡易にばく露濃度を測定することや、化学物質の取扱い量と気積からばく露濃度を計算により推定することも考えられる。

なお、コントロール・バンディングについては、化学物質に関する専門的な知識を有していない中小

企業においても使いやすいものとなるよう入力方法等について改良するとともに、リスク低減措置として出力される対策が、最も優先的に検討すべき対策のみとなっているところを、中小企業でも実施可能な複数の対策が選択肢として示されるようにする等の改良も必要である。

また、例えば、チェックリスト方式など、簡易なリスクアセスメント・ツールについて、今後開発をしていくことも必要である。

そのほか、コントロール・バンディングの使い方等リスクアセスメントに関する事項についての相談窓口（コールセンター）の設置や、専門家を派遣してのリスクアセスメントの実施指導など、中小企業におけるリスクアセスメントの実施を支援する対策も求められる。

(2) 表示・SDS交付等の危険有害性情報伝達の促進等について

ア ラベル表示による危険有害性情報伝達の促進

化学物質管理の原点は、その化学物質の危険有害性情報を把握することであり、これは、事業者にとってのみならず、労働者にとっても化学物質を適切に取り扱うため必要不可欠なものである。有害性情報や取扱い上の注意等が労働者に周知されていなかったために労働災害に至った事案があることは上記2に述べたとおりである。したがって、労働者が化学物質を取り扱うときに必要となる危険有害性や取扱上の注意事項に関する最小限の情報を、確実かつ分かりやすく伝達するためのツールとして、より適切と考えられる容器等へのラベル表示の対象を拡大していく必要がある。

また、国際的にも、労働者へ職場で取り扱う化学物質の危険有害性情報を伝達することは原則とされており、ラベル表示は化学物質の危険有害性情報の基本的な伝達ツールとして運用されている。

これらを踏まえ、我が国においても、特別規則の対象となっている物質などに対象が限定されているラベル表示の対象物質を拡大し、より広く危険有害性情報が認識され、伝達されるようにするべきで

ある。拡大の範囲としては、一定の危険有害性が確認されている化学物質についてはより確実な情報伝達が求められることから、例えば国のリスク評価等を経て特別規則の対象となっている化学物質や、日本産業衛生学会又はACGIHが許容濃度等を勧告する化学物質等を対象とすることが考えられる。

イ GHSラベルに関する教育

ラベル表示による労働災害防止対策が効果的なものとなるためには、ラベルの意味や読み方について労働者が理解できるようにすることが不可欠であること、化学物質の分類・表示についてはGHSが事実上の国際標準であることも踏まえ、GHSラベルの普及・教育が推進されるべきである。

安衛法第59条の雇入れ時等の教育は、安衛則第35条第1号に「原材料等の危険性又は有害性」を教育しなければならない事項としているが、GHSラベルに関する事項も含まれるべきである。

ウ GHSに準拠したラベル表示

GHS国連勧告においては、混合物については、混合物としての危険有害性を表示するとされている。安衛法においては、これを原則としつつも、困難な場合には、代替措置として、成分ごとの危険有害性を表示することも認められているが、混合物のラベル表示についてGHS国連勧告の原則が徹底されるべきである。

なお、GHS国連勧告においては、ラベルに急性毒性等の有害性に関与するすべての成分の化学的特定名を記載することとした上で、専ら作業場での使用に供するものについては、ラベルではなくSDSに記載することも認められていることも踏まえ、ラベル中の成分表示については、危険有害性及び取扱上の注意事項を労働者に注意喚起するとのラベル表示の趣旨から、不要ではないか、SDSも交付されるのであれば詳細な情報はSDSにより確認可能なのではないかなど等の意見があった。

(3) 特別規則の対象でない化学物質を含む化学物質管理の原則について

ア 健康障害防止

事業者は、化学物質を製造し又は取り扱う業務に労働者を従事させる場合には、化学物質による健康障害を防止するため、その有害性や作業態様に起因するリスクに応じて必要な措置を合理的に決定しなければならない。

また、化学物質へのばく露防止は、より根本的なレベルでリスクを低減するものとするのがより望ましいことから、その講ずべき措置の考え方は、化学物質の性質や作業方法に基づくリスクの除去・低減を第一とし、さらに、残留リスクに対するリスク低減措置が講じられるものとする。当該リスク低減措置においては、局所排気装置の設置等の工学的対策を優先することが適当である。

具体的には、以下のようなものが考えられる。

【講ずべき措置の考え方】

- 1) 事業者は、化学物質の製造又は取扱いにおいて、次に掲げる措置により、労働者のばく露を防止し、又は可能な限り低減するとともに、健康障害の発生の可能性の度合の低減を図る。
 - ① 有害性の有無や程度が判明している化学物質の中から使用実態に合わせて有害性が極力低いものへの代替
 - ② 化学反応のプロセス等の運転条件の変更、取り扱う化学物質等の形状の変更等による、ばく露の程度の低減
 - 2) 上記1)の措置により、健康障害の発生の可能性を十分に低減できない場合には、次に掲げる優先順位で講ずべき措置を検討し、その検討の結果に基づき措置を決定する。
 - ③ 隔離室における遠隔操作、発散源を密閉する設備、局所排気装置の設置等の工学的対策その他必要な措置による作業環境中の化学物質等の濃度の抑制
 - ④ 製造し、又は取り扱う化学物質等に対応する保護具の備付け、及び③の措置を講じても労働者に対する健康障害を生ずるおそれがある場合に、労働者に保護具を使用させること
- (※)1)の措置として、①及び②のいずれか又は

組合せとして事業場において可能なものを検討し、当該措置により許容可能なリスク以下に管理できない場合には、2)の措置を検討する。2)の措置の検討に当たっては、③の工学的対策(として事業場において可能なもの)を優先する。

各段階では、検討の結果、当該事業場では可能な措置のない場合もあり得るが、検討の段階そのものを省略することはできない。

なお、事業場において可能な措置の判断(どこまで検討すべきか)については、作業態様等から事業者が決定する。

【参考】

安衛則には、事業者には、有害原因の除去のため代替物の使用等必要な措置を講ずること(第576条)、ガス等の発散の抑制等のため局所排気装置の設置等必要な措置を講ずること(第577条)、保護具の備付け(第593条等)を義務付けるとともに、労働者に、事業者に命じられたときの保護具の使用を義務付けている。

イ 危険防止

化学物質に起因する爆発・火災等による危険を防止するためにも、その危険性や作業態様に起因するリスクに応じて必要な措置を合理的に決定しなければならないことは、健康障害防止の場合と同様である。

【講ずべき措置の考え方】

- 1) 事業者は、化学物質の製造又は取扱いにおいて、爆発等の発生を防止するとともに、次に掲げる措置により、危険性による負傷の発生の可能性の度合の低減を図る。
 - ① 危険性の有無や程度が判明している化学物質の中から使用実態に合わせて危険性が極力低いものへの代替
 - ② 化学反応のプロセス等の運転条件の変更、取り扱う化学物質等の形状の変更等による、負傷が生ずる可能性の度合の低減
- 2) 上記1)の措置により、危険性による負傷の発生の可能性を十分に低減できない場合に

は、次に掲げる措置を検討し、その検討の結果に基づき措置を決定する。

- ③ 隔離室における遠隔操作、機械設備等の防爆構造化、安全装置の二重化等の工学的対策その他必要な措置

【参考】

労働安全衛生法施行令別表第1には、爆発性の物等として一定要件を満たす物質を指定しており、安衛則に、危険物の製造・取扱いにおける火気その他点火源の近接、加熱、衝撃等の防止（第256条）、作業指揮者の選任（第257条）、通風、換気、除じん等による爆発・火災の防止（第261条）、化学設備（危険物等を製造し・取り扱う設備）に対する規定（第286条から第278条まで）が定められている。

ウ 労働者教育

事業者の講ずる措置が適切に講じられるためには、化学物質の危険有害性やリスク低減措置に対する労働者の理解が不可欠であることから、事業者が作業の開始や変更に際して講ずる措置を決定した場合には、その措置を講ずべき理由（know whyの観点）を含めて、労働者に教育がなされるべきである。

【参考】

安衛法第59条には、労働者を雇い入れ、又は作業内容を変更したときの教育について定められており、安衛則第35条に、その教育すべき事項として、原材料等の危険性又は有害性及びこれらの取扱い方法、保護具の性能及びこれらの取扱い方法、疾病の原因及び予防等が定められている。

参考

用語集

ACGIH…「American Conference of Governmental Industrial Hygienists, Inc.」（1938年創立）は、政府機関にインダストリアル・ハイジニストとして従事していること等を正会員の入会資格とする社団法人であり（政府機関ではない）、

活動の一環として、化学物質の許容濃度について勧告値を公表している。

CLP規則…「Regulation on Classification, Labeling and Packaging of substances and mixtures（物質及び混合物の分類、表示及び包装に関する欧州議会及び理事会規則）」は、物質及び混合物の危険有害性の分類に関する基準、上市（流通）される物質及び混合物の表示（ラベル表示の記載事項等）及び包装（包装材は内容物が漏出しないような設計・材料とすべきこと等）に関する基準を定めるとともに、欧州域内で上市する物質及び混合物について、危険有害性等の表示をしなければならないことを定めている。

GHS…2003年7月、国連経済社会理事会において、「化学品の分類及び表示に関する世界調査システム（The Globally Harmonized System of Classification and Labelling of Chemicals）」（GHS）実施促進のための決議が採択された。

GHSの基本となる国連GHS文書において、統一的な化学品の危険有害性に係る分類、SDSやラベル表示の記載事項が定められている。

HCS…「Hazard Communication Standard（危険有害性周知基準）」は、OSHA（米国労働安全衛生法）に基づく基準で、製造、輸入される化学品の危険有害性の評価及び情報提供、ラベルやSDSの記載事項等を定めている。

IARC…「International Agency for Research on Cancer（国際がん研究機関）」は、世界保健機関（WHO）の外部組織であり、化学物質等の人に対する発がんの強さを評価、公表している。

なお、発がん性の強さは、「グループ1：発がん性がある」「グループ2A：恐らく発がん性がある」「グループ2B：発がん性の恐れがある」「グループ3：発がん性を分類できない」「グループ4：恐らく発がん性はない」と分類される。

OSHA…「Occupational Safety and Health Act（労働安全衛生法）」。

詳細規定は、「OSHA Standard（労働安全衛生規則）」に定められ、化学物質に係る規制としては、許容濃度未満の管理を基本とし、石綿

等の特に有害性の高い物質については個別の規定を定めている。

REACH規則…「Registration, Evaluation, Authorization and Restriction of Chemicals (化学品の登録、評価、認可及び制限に関する応手議会及び理事会規則)」は、欧州における化学物質の総合的な登録(届出)、評価、認可、制限に係る制度である。

欧州域内で化学物質を製造・輸入する事業者に対し、当該化学物質の製造・使用に関する情報、危険有害性情報等を欧州化学庁(ECHA:European Chemicals Agency)あて登録(届出)することを義務づけるとともに、ECHAによる有害性等の評価、特に有害性の高いことが懸念される化学物質に係る認可(原則として上市禁止とした上で、用途ごとに製造、使用等を許可)や、制限(人や環境に悪影響を及ぼすリスクがある場合に、製造、使用等について制限)を定めている。

SDS…「安全データシート(Safety Data Sheet)」。

化学物質の危険有害性や取扱上の注意事項等を記載した文書。

労働安全衛生法第57条の2に640物質を対象として、化学物質の譲渡提供時に交付することを義務づけている。また、労働安全衛生規則第24条の15に、GHS分類により危険有害性を有するすべての化学物質(法第57条の2の対象640物質を除く。)を対象とし、化学物質の譲渡提供時に交付することが努力義務とされている。

TSCA…「Toxic Substances Control Act (有害物質規制法)」。

新規化学物質を製造する事業者に対し、当該化学物質の製造・使用に関する情報、危険有害性情報等を環境保護庁(EPA:Environmental Protection Agency)に届出することを義務づけるとともに、EPAによる有害性等の評価、リスクが懸念される化学物質に対する製造、使用等の制限又は禁止などについて定めている。

インダストリアル・ハイジニスト…「Industrial Hygienist (産業衛生専門家)」は、産業衛生(労働者のばく露評価及び工学的措置等)に関する専

門家。米国産業衛生会議(American Board of Industrial Hygiene)による認定インダストリアル・ハイジニストがある。(国家資格ではない。)

化学的因子からの労働者の保護に関する指令…「Commission Directive 1998/24/EC of 7 April 1998 on the protection of the health and safety of workers from the risks related to chemical agents at work(作業中の労働者の安全及び健康の改善を促進するための施策の導入に関する1998年6月12日付け理事会指令)」。

労働者を化学物質による安全及び健康に対するリスクから保護するための最低限の要件を規定することを目的として、欧州委員会が職業ばく露限度指針値を提案すること(指針値は別の指令で設定)のほか、事業者の講ずべき措置として、リスクアセスメント及びリスクの除去・低減措置、労働者教育、健康診断の実施について定めている。

産衛学会…「公益社団法人日本産業衛生学会」(1929年設立)は、産業医学の進歩を図ることを目的とする学会であり、活動の一環として、化学物質のばく露限界(許容濃度)について勧告値を公表している。

リスクアセスメント…(化学物質等により発生する)負傷又は疾病の重篤度とその発生の可能性の度合(リスク)を見積もること。

リスクアセスメントの結果を踏まえ講ずるリスク低減措置は、①危険性又は有害性の高い化学物質等の使用の中止、代替化、②化学反応プロセス等の運転条件の変更、化学物質等の形状の変更等、③工学的対策・衛生工学的対策(設備の防爆構造化、局所排気装置等)、④管理的対策(マニュアルの整備、立入禁止措置、ばく露管理等)、⑤個人用保護具の使用の順に検討し、実施する。

労働安全衛生法第28条の2に、化学物質に係る危険性又は有害性等を調査すること、その結果に基づき、法令の規定による措置を講ずるほか、労働者の危険又は健康障害を防止するため必要な措置を講ずることが努力義務と



周知事業で中皮腫救済増加 しかし「隙間ない救済」には遠い 検証なしの拠出金率引き下げ提案

「隙間ない救済」の検証

石綿健康被害の補償・救済状況の最新の-2012年度末時点における-検証結果をお届けする。

2005年夏のクボタ・ショックに対応するためのアスベスト問題に関する関係閣僚会合は、同年12月27日の第5回会合でまとめた「総合対策」で、「石綿による健康被害者の間に隙間を生じないように迅速かつ安定した救済制度を実現」するとした。このために翌2006年に制定されたのが、石綿健康被害救済法である。環境省による同法の逐条解説でも、「被害者を隙間なく迅速に救済するための制度」である旨が明記されている。

にもかかわらず、これまで、政府・関係省庁による「隙間ない救済」の実現状況を検証する試みはなされてこなかった。代わって本誌が独自に検証を行ってきた(2008年12月号、2010年1・2月号、2010年11月号、2012年1・2月号、2013年1・2月号参照)。

ようやく、2011年6月2日に環境大臣に答申された中央環境審議会の「今後の石綿健康被害救済の在り方について」が、「労災保険制度との連携強

化」のなかで「労災保険制度との連携強化に関しては、石綿健康被害救済制度、労災保険制度等における認定者と中皮腫死亡者との関係等の情報についても、認定状況とともに、定期的に公表していくことが重要である」と指摘した。

2012年12月5日に開催された同審議会の第11回石綿健康被害救済小委員会に参考資料として提出された「二次答申の対応状況」では、上記指摘に対して、「環境再生保全機構が毎年度公表している『石綿健康被害救済制度運用に係る統計資料』の平成24年度版から、労災保険制度等における認定者数の情報も含めて掲載することを検討中」と報告された。

しかし、2013年9月27日に同機構が公表した平成24年度版統計資料には、そのような情報は掲載されなかった。

にもかかわらず、環境省は同年10月31日に、石綿健康被害救済法により一般事業主が負担する一般拠出金の率(賃金総額に乗じて拠出金額を計算)を、現行の千分の0.05から千分の0.02に引き下げる改定案を示して意見の募集(パブリックコメント手続)を行った(募集期間は12月2日まで)。

表1 環境省：対象患者数の推計方法(制度発足当時) 2010.5.21 第7回石綿健康被害救済小委員会参考資料

	制度発足時の推計方法	根拠	評価等
全国の中皮腫患者数	<ul style="list-style-type: none"> 「石綿の使用量170トンにつき1名の中皮腫患者が発生する」と仮定 潜伏期間を38年[編注:36年後発病+2年後死亡]と仮定 	Tossavainen氏の論文(2004)(米英独等11か国(日本を含まない)の70年代早期の石綿使用量(単年)と95年以降の中皮腫罹患・死亡者数(単年)のデータを分析し使用量170トンに中皮腫1名との推計をしたもの)	<ul style="list-style-type: none"> 患者数将来推計は改めて行う
全国的石綿肺がん患者数	中皮腫の1.0倍	<ul style="list-style-type: none"> 諸外国の職業曝露者に関する報告(1～2倍)や労災制度の認定実績(0.7倍)を参考とした 職業曝露以外の者では職業曝露者より肺がん/中皮腫の比は低いと想定されたが、救済制度における曝露状況別の対象割合が不明であったため、仮に1.0としたもの 	<ul style="list-style-type: none"> 肺がんの申請数は少ないため、医療機関への啓発等に引き続き取り組む
労災と石綿救済法の対象者の割合	中皮腫、肺がんとも5割ずつ	<ul style="list-style-type: none"> イギリスの業務災害障害給付においては、中皮腫による全死亡者の約5割が対象となっている 肺がんについては資料がなかったため、仮に5割とした 	<ul style="list-style-type: none"> 救済法中皮腫被認定者の約半数が職業曝露以外の者であり、職業曝露以外の者は職業曝露者より肺がん/中皮腫の比が低いとみられる。このため、肺がんについては、救済制度の割合は5割より小さいと考えられる

環境省は、同法施行後5年の「見直しにより、当面の救済給付の支給に要する費用をおおむね予測できるようになったことから、今般、石綿健康被害救済制度の安定的な運営を前提とした上で石綿健康被害救済基金の収支の均衡を図ること」が改定の目的であると説明している。

もともとの目的とされていた石綿による健康被害の「隙間ない救済」を検証することもなしにこのような提案を行うこと自体、言語道断と言わざるを得ない。「隙間ない救済」の公約が風化されようとしていることに警鐘を乱打したい。

隙間なく救済されるべき対象

まず、検証に用いたデータを確認しておく。

- ① 死亡者数-検証作業における分母にあたる補償・救済されるべき被害者数については、中皮腫はすべてが「隙間なく」補償・救済されるものであるが、罹患者数のデータが得られないため、死亡者数を用いる。具体的には、2013年9月5日に厚生労働省が発表した、「都道府県(21大都市再掲)別にみた中皮腫による死亡数の年次推

移(平成7年～24年)人口動態統計(確定数)より)、及び、平成6(1994)年以前については、環境省が制度発足当時に行った推計方法(表1参照-これは、2010年5月21日の第7回石綿健康被害救済小委員会ではじめて公表されたものである)にしたがった。

表1の「評価等」で、中皮腫の「患者数将来推計は改めて行う」とされているが、環境省はこれもさぼったままである。また、石綿による肺がん死亡者数については、表1の「制度発足時の推計方法」では中皮腫の「1.0倍」とされているが、本誌では、国際的な科学的コンセンサスと言える中皮腫の「2.0倍」と仮定する。

- ② 労災保険・労災時効救済・船員保険-厚生労働省はクボタ・ショックの後2006年から毎年6・7月頃に「石綿による健康被害に係る給付の請求・決定状況(速報値)」を公表するようになっていく(2013年は6月25日)。これは、請求・支給決定年度別データである。

一方、年末に上記の確定値及び「石綿ばく露作業による労災認定等事業場一覧表」を公表することもなんとか定着している。この前者には、死

亡年別データが含まれる。船員保険の支給決定年度別データは、労災認定等事業場とともに参考として公表されている船舶所有者一覧表記載の当年度船員保険法支給決定件数合計の値を用いた。

- ③ 新法救済-石綿健康被害救済法による療養者に対する救済(医療費・療養費手当等=新法生存中救済)、同法による法施行前死亡者及び未申請死亡者に対する救済(特別遺族用慰金等)。環境再生保全機構が毎年公表している「石綿健康被害救済制度運用に係る統計資料」によった。
- これには、平成21年度版から、「労災等認定」との重複分を含めたものと除いたものの二つのデータが示されるようになった。「労災等」とは、「労働者災害補償(「保険」の間違いだらう)制度、国家公務員災害補償制度、地方公務員災害補償制度、旧3公社(日本国有鉄道、日本専売公社、日本電信電話公社)の災害補償制度、船員保険制度等。法に基づく特別遺族給付金の支給も労災等を含む」とされている。本来は、これらの制度も検証作業に含めたいのだが、系統的なデータがまだ入手できないために、断念せざるを得ない状況が続いている。

中皮腫死が最多更新

わが国の中皮腫による死亡者数は2012年には1,400人となり、増加を続けている(表2)。11月3日付け毎日新聞は「中皮腫死が最多更新 増加幅も最悪」と一面トップで報じた(別掲記事)。

表2に、中皮腫、石綿肺がん及び両者の合計の決定年度別の補償・救済状況を示した。

新法(生存中・施行前死亡・未申請死亡)救済件数については、各年度の欄には、労災等認定との重複分を含めた認定件数を掲げ、「重複分」の欄に、2012年度末時点までに判明した労災等認定との重複(「労災等でも認定された」)件数を示した。

また、表3に、中皮腫・肺がんについて労災等認定との重複分の年度推移も示している。なお、中皮腫の新法死亡後救済(未申請)の重複分だけ、表2では24件、表3では23件と食い違いがみられる。

図1及び図2は、表2のデータをグラフ化したものである。グラフでは、新法救済の労災等重複分を差し引かないまま示してある。

中皮腫について言えば、図表には示されていないが労災認定第1号は1978年で、以降クボタシヨツ



中皮腫死が最多更新

昨年1400人増加幅も最悪

毎日新聞(11月3日)は「中皮腫死が最多更新 増加幅も最悪」と一面トップで報じた。中皮腫による死亡者数は、2012年に1,400人に達した。増加幅も、前年(1,100人)を上回り、過去最大の増加幅となった。

中皮腫は、肺がんの一種で、胸膜に発生する。労災認定された中皮腫患者は、2012年度末時点で1,400人に達した。増加幅も、前年(1,100人)を上回り、過去最大の増加幅となった。毎日新聞は「中皮腫死が最多更新 増加幅も最悪」と一面トップで報じた。中皮腫による死亡者数は、2012年に1,400人に達した。増加幅も、前年(1,100人)を上回り、過去最大の増加幅となった。

ク前-2004年度までの27年間の累計労災認定件数が502件であったものが、2005年度は一年間で502件、2006年度は1,001件と、2年足らずのうちに4倍へと激増。以降、2007年度500件、2008年度559件、2009年度536件、2010年度498件、2011年度544件、2012年度522件で、労災認定件数の2012年度末までの累計は5,164件となった。

労災保険以外では、2012年度末までの累計で、船員保険58件、新法労災時効救済883件。

新法生存中救済は累計3,794件であるが、労災等認定との重複879件(23.2%)を差し引くと、正味2,915件。新法死亡後救済(施行前)は、累計3,332件-重複分191件(5.7%)=正味3,141件。新法死亡後救済(未申請)は、累計359(平成24年版統計資料の累計では358)件-重複分24件(6.7%、同前23件)=正味335件。新法合計では、累計7,485件-重複分1,094件(14.6%)=正味6,391件である。

2012年度末時点までの補償・救済の総累計は、重複分を除いて12,496件になっている。

周知事業で救済件数増加

表2 中皮腫・石綿肺がんの決定年度別の補償・救済状況(2012年度末時点)

中皮腫								
年/年度	死亡者数	労災保険	新法時効救済	船員保険	新法生存中救済	新法死亡後救済 (施行前)	新法死亡後救済 (未申請)	補償・救済合計
～1994推計	3,685	83						83
1995～2004	7,013	419		4				423
2005	911	502						502
2006	1,050	1,001	570	19	627	1,538		3,755
2007	1,068	500	46	8	525	279		1,358
2008	1,170	559	47	7	566	458	5	1,642
2009	1,156	536	53	4	461	619	111	1,784
2010	1,209	498	12	4	533	66	68	1,181
2011	1,258	544	11	6	498	64	75	1,198
2012	1,400	522	144	6	584	308	100	1,664
労災等重複					△879	△191	△24	△1,094
合計	19,920	5,164	883	58	2,915	3,141	335	12,496
救済率	100.0%	25.9%	4.4%	0.3%	14.6%	15.8%	1.7%	62.7%
分担率		41.3%	7.1%	0.5%	23.3%	25.1%	2.7%	100.0%
				48.9%			51.1%	
死亡年判明2012年以前			5,064	45	2,179	3,141	335	10,764
死亡年不明+生存等			983	13	736	0	0	1,732

石綿肺がん								
年/年度	死亡者数	労災保険	新法時効救済	船員保険	新法生存中救済	新法死亡後救済 (施行前)	新法死亡後救済 (未申請)	補償・救済合計
～1994推計	7,370	120						120
1995～2004	14,026	234						234
2005	1,822	213						213
2006	2,100	783	272	14	172	52		1,293
2007	2,136	502	49	10	117	41		719
2008	2,340	503	65	9	142	28	2	749
2009	2,312	480	51	4	113	9	27	684
2010	2,418	424	25	7	96	9	23	584
2011	2,516	400	23	3	92	2	20	540
2012	2,800	402	23	5	98	2	16	546
労災等重複					△216	△24	△17	△257
合計	39,840	4,061	508	52	614	119	71	5,425
救済率	100.0%	10.2%	1.3%	0.1%	1.5%	0.3%	0.2%	13.6%
分担率		74.9%	9.4%	1.0%	11.3%	2.2%	1.3%	100.0%
				85.2%			14.8%	
死亡年判明2012年以前			3,063	37	389	119	71	3,679
死亡年不明+生存等			1,506	15	225	0	0	1,746

目立つのは、2012年度における新法死亡後救済(施行前)及び新法時効救済の増加である。

厚生労働省は2013年6月25日のマスコミ発表のなかで、「平成24年度分の取りまとめの結果、特別遺族給付金の請求件数は178件(前年度比38件、27.1%の増)、支給決定件数は166件(同127件、

325.6%の増)と大幅な増加が見られました。これは、中皮腫で亡くなった方のご遺族に特別遺族給付金制度の案内文を送付したことなどにより、中皮腫の請求件数・支給決定件数が伸びたことによるものです」と説明している。

環境再生保全機構も9月27日のマスコミ発表の

石綿健康被害補償・救済状況の検証

合計(中皮腫・石綿肺がん)								
年/年度	死亡者数	労災保険	新法時効救済	船員保険	新法生存中救済	新法死亡後救済 (施行前)	新法死亡後救済 (未申請)	補償・救済合計
～1994推計	11,055	203						203
1995～2004	21,039	653		4				657
2005	2,733	715						715
2006	3,150	1,784	842	33	799	1,590		5,048
2007	3,204	1,002	95	18	642	320		2,077
2008	3,510	1,062	112	16	708	486	7	2,391
2009	3,468	1,016	104	8	574	628	138	2,468
2010	3,627	922	37	11	629	75	91	1,765
2011	3,774	944	34	9	590	66	95	1,738
2012	4,200	924	167	11	682	310	116	2,210
労災等重複					△1,095	△215	△41	△1,351
合計	59,760	9,225	1,391	110	3,529	3,260	406	17,921
救済率	100.0%	15.4%	2.3%	0.2%	5.9%	5.5%	0.7%	30.0%
分担率		51.5%	7.8%	0.6%	19.7%	18.2%	2.3%	100.0%
				59.9%			40.1%	
死亡年判明2012年以前			8127	82	2,568	3,260	406	14,443
死亡年不明+生存等			2,489	28	961	0	0	3,478

表3 新法救済における労災等重複分(「労災等でも認定」)

年度	中皮腫			合計	石綿肺がん			合計
	新法生存中救済	新法死亡後救済 (施行前)	新法死亡後救済 (未申請)		新法生存中救済	新法死亡後救済 (施行前)	新法死亡後救済 (未申請)	
2006～2009	496	172	3	671	135	21	4	160
2010	117	6	9	132	30	1	6	37
2011	120	5	7	132	23	2	3	28
2012	146	8	4	158	28	0	4	32
合計	879	191	23	1,093	216	24	17	257

なかで、以下のように解説している。

「2008年度の施行前死亡者に係る特別遺族弔慰金等請求の受付件数が多い理由は、機構が当該年度に実施した、地方自治体の保管する死亡小票で法施行前に中皮腫で死亡された方を抽出し、制度または労災等の給付を受けていない方に対し、制度を周知する事業によるものと考えられる。

また、2011、2012年度の施行前死亡者に係る特別遺族弔慰金等請求の受付件数が前年度に対して増加しているのは、2011年度に、厚生労働省が環境省及び機構と協力して、法務局などに保管されている死亡届を基に、平成7年から平成17年までに中皮腫で死亡された方の情報を収集し、これらの方のうち労災等の給付を受けていない方に対して、労災保険制度の周知に併せて救済制度の

周知を行ったことによるものと考えられる」。

闘病中本人にでなく死亡後遺族に対してになってしまふわけではあるが、すべての救済対象事案に補償・救済制度を周知することは、「隙間ない救済」実現をめざした具体的努力のひとつと評価できる。しかし、2008年度に環境省主導、2011年度に厚生労働省主導で行われただけで、継続して実施していく方針はいまだどちらからも示されていない。

周知事業がなかったら、中皮腫死亡が増加し続けているにもかかわらず、補償・救済件数は減少していたのではないかという懸念は大きい。

2011年の石綿健康被害救済法改正により、労災時効救済及び新法死亡後救済の請求期限・救済対象が大幅に延長・拡大されたとはいえ、これは非常に気にかかる問題であり、周知事業の継続プ

図1-1 中皮腫：決定年度別の補償・救済状況(2012年度末時点)

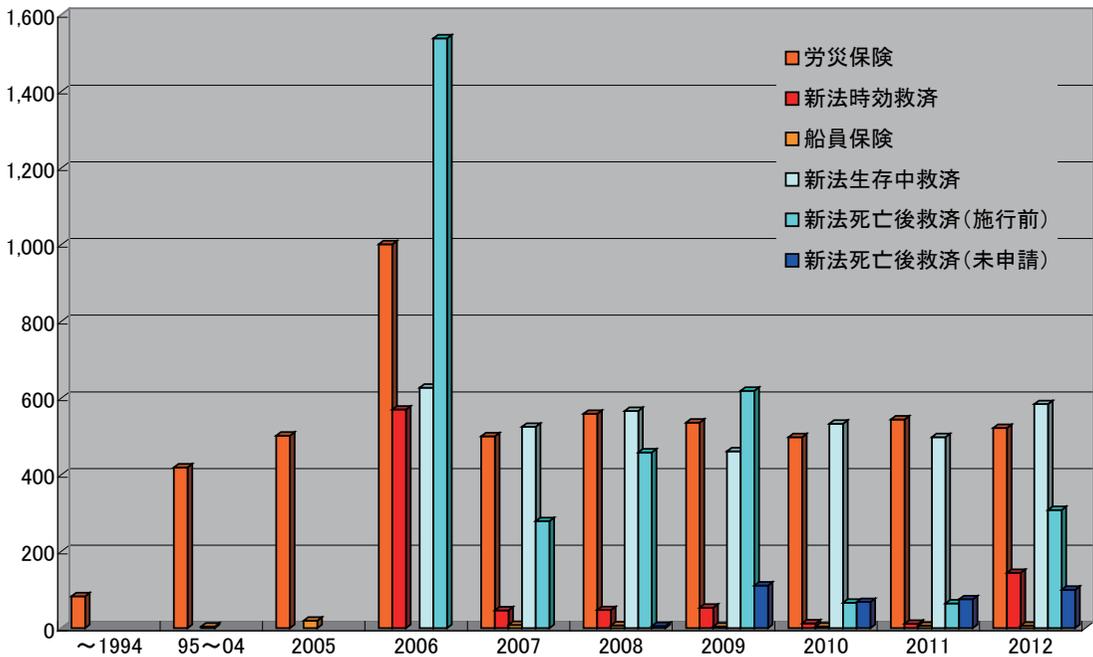
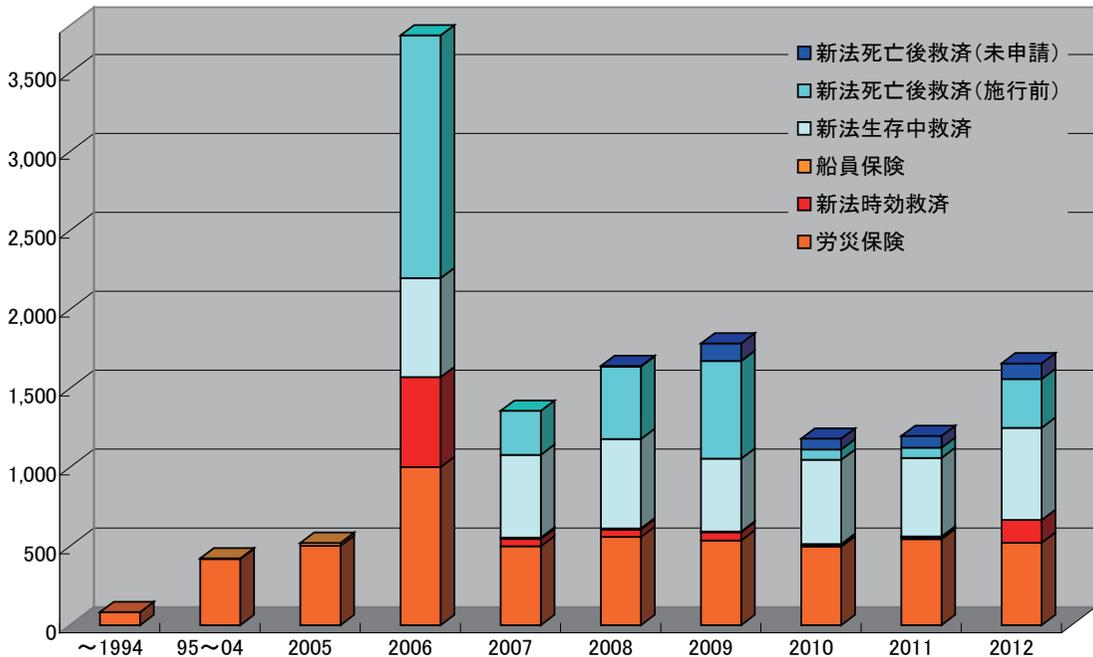


図1-2 中皮腫：決定年度別の補償・救済状況(2012年度末時点)



石綿健康被害補償・救済状況の検証

図2-1 石綿肺がん：決定年度別の補償・救済状況(2012年度末時点)

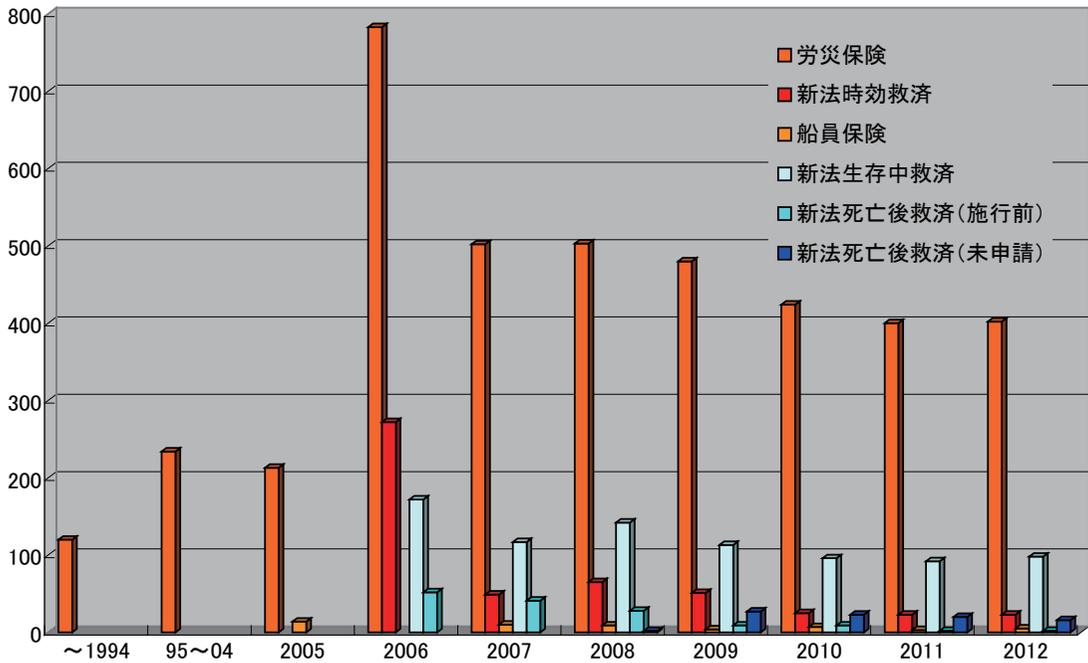


図2-2 石綿肺がん：決定年度別の補償・救済状況(2012年度末時点)

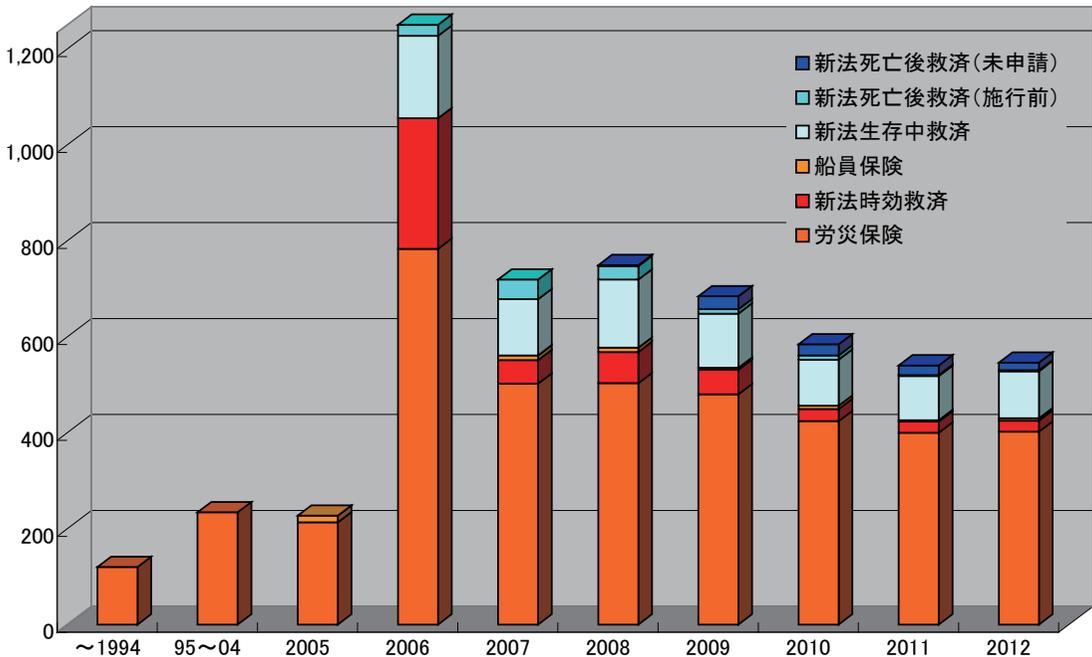


表4 石綿肺・びまん性胸膜肥厚・良性石綿胸水の決定年度別の補償・救済状況(2012年度末時点)

石綿肺						
年/年度	労災保険	新法時効救済	新法生存中救済	新法死亡後救済(施行前)	新法死亡後救済(未申請)	補償・救済合計
2010		5	5	24	0	34
2011	68	5	4	5	0	82
2012	74	0	7	6	1	88
労災等重複			0	△2	0	△2
合計	142	10	16	33	1	202

びまん性胸膜肥厚							
年/年度	労災保険	新法時効救済	船員保険	新法生存中救済	新法死亡後救済(施行前)	新法死亡後救済(未申請)	補償・救済合計
2010	35	0	1	9	7	0	52
2011	51	0	1	16	2	0	70
2012	39	0	1	14	1	1	56
労災等重複				0	0	0	0
合計	125	0	3	39	10	1	178

良性石綿胸水			
年/年度	労災保険	船員保険	補償・救済合計
2010	37	1	38
2011	42		42
2012	45	1	46
合計	124	2	126

ラスアルファの具体的取り組みが必要である。

肺がん救済にも多少は影響

石綿肺がんの労災認定第1号は1973年とされ、以降クボタショック前-2004年度までの27年間の累計労災認定件数が354件であったものが、2005年度は213件、2006年度は783件と、中皮腫同様に激増した。以降、2007年度502件、2008年度503件、2009年度480件、2010年度424件、2011年度400件、2012年度402件で、労災認定件数の2012年度末までの累計は4,061件となった。

労災保険以外では、2012年度末までの累計で、船員保険52件、新法労災時効救済508件。

新法生存中救済は累計830件であるが、労災等認定との重複216件(26.0%)を差し引くと、正味614件。新法死亡後救済(施行前)は、累計143件-重複分24件(16.8%)=正味119件。新法死亡後救済(未申請)は、累計88件-重複分17件(19.3%)=正味71件。新法合計では、累計1,061件-重複分

257件(24.2%)=正味804件である。

決定年度別の補償・救済の合計件数だけでなく、労災保険、労災時効救済及び新法生存中救済の各件数についても、2009、2010、2011年度と3年連続して減少していたのが、2012年度はわずかに持ち直した。中皮腫死亡事例に対する周知事業が多少は影響したのかもしれない。

2012年度末時点までの補償・救済の総累計は、重複分を除いて5,425件。中皮腫の総累計12,496件と比較するとその43.4%にとどまり、2011年度末時点での44.6%よりも下回った。専門家の国際的コンセンサスである2倍(200%)どころか、環境省が制度発足時に想定した1倍(100%)にも遠く及ばない状況が続いているのである。

本検証作業で後述するように、中皮腫に対する肺がんの比率は、死亡年別推移でも低下してきており、認定率についても肺がんは中皮腫と比較して著しく低く、また、「取下げ」件数も多い。さらには、都道府県別の格差も大きいだけでなく、拡大傾向がみられる。

こうした事態を一大事とらえて対策を講ずることが不可欠だと言わなければならない。

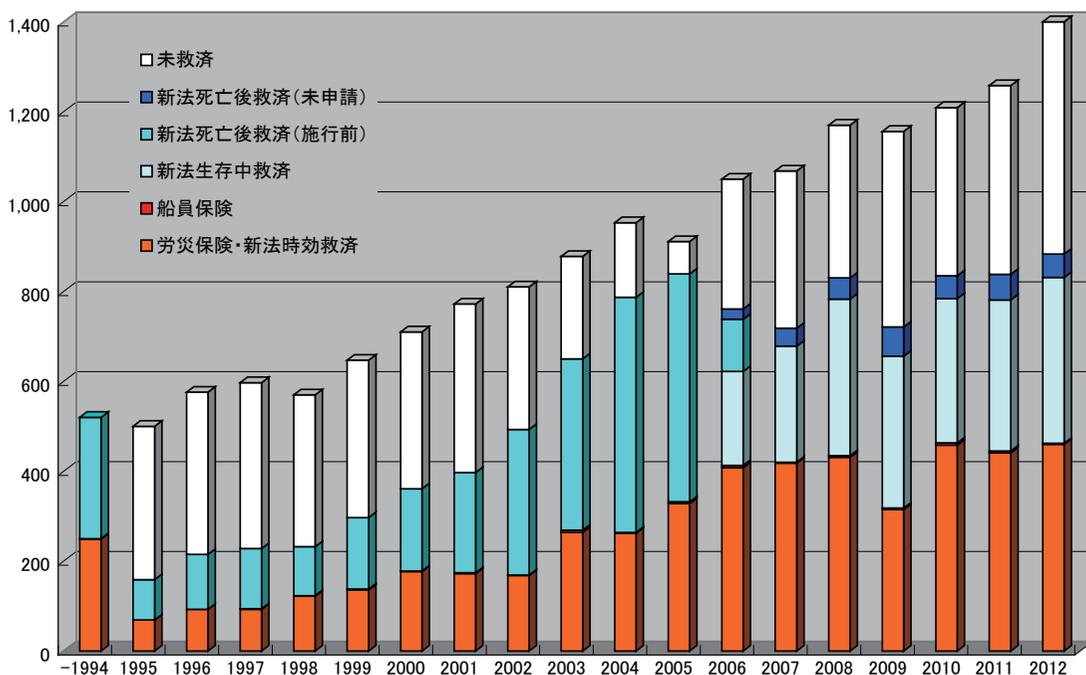
まず何よりも「中皮腫と比較しても石綿肺がんの補償・救済が不十分」という認識を持ったうえで、石綿肺がんの認定・判定基準の内容と運用の大幅な改善、肺がん症例についてアスベスト曝露との関係

石綿健康被害補償・救済状況の検証

表5 中皮腫の死亡年別の補償・救済状況(2012年度末時点)

死亡年	死亡者数	労災保険・新法時効救済	船員保険	労災等合計	救済率	新法生存中救済	新法死亡後救済(施行前)	新法死亡後救済(未申請)	新法救済合計	救済率	補償・救済合計	救済率	未救済
1963													
1964													
1965													
1966													
1967													
1968	67				0.0%					0.0%		0.0%	67
1969	68				0.0%					0.0%		0.0%	68
1970	64				0.0%					0.0%		0.0%	64
1971	95				0.0%					0.0%		0.0%	95
1972	134				0.0%					0.0%		0.0%	134
1973	138				0.0%		2		2	1.4%	2	1.4%	136
1974	168	1		1	0.6%		2		2	1.2%	3	1.8%	165
1975	258	1		1	0.4%				0	0.0%	1	0.4%	257
1976	176				0.0%		2		2	1.1%	2	1.1%	174
1977	260				0.0%				0	0.0%	0	0.0%	260
1978	184	1		1	0.5%		3		3	1.6%	4	2.2%	180
1979	62	3		3	4.8%		1		1	1.6%	4	6.5%	58
1980	64	3		3	4.7%		2		2	3.1%	5	7.8%	59
1981	70	3		3	4.3%		2		2	2.9%	5	7.1%	65
1982	79	4		4	5.1%		9		9	11.4%	13	16.5%	66
1983	88	3		3	3.4%		5		5	5.7%	8	9.1%	80
1984	88	6	1	7	8.0%		4		4	4.5%	11	12.5%	77
1985	111	6		6	5.4%		5		5	4.5%	11	9.9%	100
1986	101	9		9	8.9%		9		9	8.9%	18	17.8%	83
1987	137	10		10	7.3%		17		17	12.4%	27	19.7%	110
1988	149	16		16	10.7%		28		28	18.8%	44	29.5%	105
1989	133	9		9	6.8%		23		23	17.3%	32	24.1%	101
1990	167	13		13	7.8%		21		21	12.6%	34	20.4%	133
1991	163	26		26	16.0%		25		25	15.3%	51	31.3%	112
1992	174	39		39	22.4%		28		28	16.1%	67	38.5%	107
1993	232	44		44	19.0%		41		41	17.7%	85	36.6%	147
1994	256	52		52	20.3%		41		41	16.0%	93	36.3%	163
小計	3,685	249	1	250	6.8%		270		270	7.3%	520	14.1%	3,165
1995	500	69		69	13.8%		90		90	18.0%	159	31.8%	341
1996	576	93		93	16.1%		122		122	21.2%	215	37.3%	361
1997	597	93	1	94	15.7%		134		134	22.4%	228	38.2%	369
1998	570	122	1	123	21.6%		109		109	19.1%	232	40.7%	338
1999	647	136	2	138	21.3%		159		159	24.6%	297	45.9%	350
2000	710	177	1	178	25.1%		183		183	25.8%	361	50.8%	349
2001	772	172	2	174	22.5%		223		223	28.9%	397	51.4%	375
2002	810	168	1	169	20.9%		324		324	40.0%	493	60.9%	317
2003	878	264	5	269	30.6%		381		381	43.4%	650	74.0%	228
2004	953	262	2	264	27.7%		523		523	54.9%	787	82.6%	166
2005	911	328	4	332	36.4%		507		507	55.7%	839	92.1%	72
2006	1,050	408	5	413	39.3%	209	116	23	348	33.1%	761	72.5%	289
2007	1,068	418	2	420	39.3%	258		40	298	27.9%	718	67.2%	350
2008	1,170	431	4	435	37.2%	348		47	395	33.8%	830	70.9%	340
2009	1,156	315	3	318	27.5%	338		65	403	34.9%	721	62.4%	435
2010	1,209	458	5	463	38.3%	321		51	372	30.8%	835	69.1%	374
2011	1,258	441	4	445	35.4%	336		57	393	31.2%	838	66.6%	420
2012	1,400	460	2	462	33.0%	369		52	421	30.1%	883	63.1%	517
小計	16,235	4,815	44	4,859	29.9%	2,179	2,871	335	5,385	33.2%	10,244	63.1%	5,991
合計	19,920	5,064	45	5,109	25.6%	2,179	3,141	335	5,655	28.4%	10,764	54.0%	9,156
2013		16		16					0		16		

図3 中皮腫：死亡年別の補償・救済状況(2012年度末時点)



についての医療現場に対する認識及び対応を抜本的・包括的に改善するようなアプローチ、中皮腫の場合の全死亡事例に対する周知事業に匹敵するような周知事業の立案・実行等々、多様な対策をいまのうちに講じていくことが求められている。

とりわけ、石綿肺がんの認定・判定基準が、「隙間ない救済」を実現できるものになっていないことは、本誌が繰り返し指摘してきたことである。

中皮腫・肺がん以外の疾病

表4は、石綿肺、びまん性胸膜肥厚、良性石綿胸水の決定年度別の補償・救済状況である。

新法救済では、2010年7月1日から、著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺及び著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚が新たに指定疾病に追加されたが、労災保険・労災時効救済の対象になっている良性石綿はまだ対象とされていない。

労災時効救済では、良性石綿は対象とされていないものの、これまで請求・認定件数とも0である。

また、労災時効救済については、制度発足以来、中皮腫・石綿肺がんでなく、石綿肺・びまん性胸膜肥厚についてもデータが公表されてきたが、労災保険について、びまん性胸膜肥厚・良性石綿胸水のデータが公表されるようになったのは、2009年12月3日の公表からのことである。

中皮腫救済率63.1(31.8~92.1)%

次にいよいよ検証作業の本番である死亡年(年度ではなく暦年)別の補償・救済状況をみよう。表5は、2012年度末時点における中皮腫の死亡年別の補償・救済状況である。この表の新法救済には、労災等認定との重複分は含まれていない。

前述のとおり、補償・救済の対象(分母)となる死亡者数は、1995年以降は人口動態統計により、1968~1994年以前は推計値。1929年以前のアスベスト輸入量のデータがないために、(その38年後の)1967年以前の死亡者数は推計されていない。

もっとも古い認定事例は、新法死亡後救済(施

石綿健康被害補償・救済状況の検証

被認定者に関するばく露状況調査結果：中皮腫

曝露分類	男性		女性		計	
医療費(新法生存中救済)・未申請弔慰金(新法死亡後救済(未申請))						
職業曝露	1,057	67.5%	102	16.4%	1,159	53.0%
家庭内曝露	15	1.0%	63	10.1%	78	3.6%
立入・屋内環境曝露	35	2.2%	26	4.2%	61	2.8%
その他・不明	460	29.3%	430	69.3%	890	40.6%
計	1,567	100.0%	621	100.0%	2,186	100.0%
施行前弔慰金(新法死亡後救済(施行前))						
職業曝露	1,142	61.6%	149	19.1%	1,291	49.0%
家庭内曝露	5	0.3%	38	4.9%	43	1.6%
立入・屋内環境曝露	36	1.9%	23	2.9%	59	2.2%
その他・不明	672	36.2%	571	73.1%	1,243	47.2%
計	1,855	100.0%	781	100.0%	2,636	100.0%
合計						
職業曝露	2,199	64.3%	251	17.9%	2,450	50.8%
家庭内曝露	20	0.6%	101	7.2%	121	2.5%
立入・屋内環境曝露	71	2.1%	49	3.5%	120	2.5%
その他・不明	1,132	33.0%	1,001	71.4%	2,133	44.2%
計	3,422	100.0%	1,402	100.0%	4,824	100.0%

被認定者に関するばく露状況調査結果：石綿肺がん

曝露分類	男性		女性		計	
医療費(新法生存中救済)・未申請弔慰金(新法死亡後救済(未申請))						
職業曝露	414	91.6%	16	64.0%	430	90.1%
家庭内曝露	2	0.4%	4	16.0%	6	1.3%
立入・屋内環境曝露	7	1.5%	0	0.0%	7	1.5%
その他・不明	29	6.5%	5	20.0%	34	7.1%
計	452	100.0%	25	100.0%	477	100.0%
施行前弔慰金(新法死亡後救済(施行前))						
職業曝露	95	92.2%	1	33.3%	96	90.6%
家庭内曝露	3	2.9%	1	33.3%	4	3.8%
立入・屋内環境曝露	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他・不明	5	4.9%	1	33.3%	6	5.8%
計	103	100.0%	3	100.0%	106	100.0%
合計						
職業曝露	509	91.7%	17	60.7%	526	90.2%
家庭内曝露	5	0.9%	5	17.9%	10	1.7%
立入・屋内環境曝露	7	1.3%	0	0.0%	7	1.2%
その他・不明	34	6.1%	6	21.4%	40	6.9%
計	555	100.0%	28	100.0%	583	100.0%

行前)の1973年死亡であり、新法労災時効救済で1974年死亡事例がみられる。しかし、1986年までは補償・救済合計で1桁、1995年までは2桁台で、死亡者数に対する補償・救済合計件数の比率=救済率は、1994年以前の小計では14.1%(=520/3,685件)にとどまっている(この数字は、2009年度末時点では252件で13.5%、2010年度末時点258件13.7%、2011年度末時点260件13.8%であった)。

中皮腫死亡者数が推計ではなく、人口動態統計により確認できる1995～2012年の18年間についてみると(図3も参照)、死亡者小計16,235件のうち、2012年度末までに労災保険給付・新法労災時効救済を受けたものが4,815件、船員保険44件、新法生存中救済2,179件、新法死亡後救済(施行前)2,871件、新法死亡後救済(未申請)335件-合計10,244件で、救済率は10,244/16,235=63.1%(2009年度末時点での1995～2009年の救済率56.5%、同様に、2010年度末時点57.3%、2011年度末時点57.7%)という結果になった。

最も救済率の高いのは2005年の92.1%(2009年度末時点89.1%、2010年度末時点90.1%、2010年度末時点90.9%)で、最低は1995年の31.8%(同前22.0%、23.0%、24.4%)と、死亡年別の救済率のばらつきは非常に大きい。

死亡者数が推計値である1994年以前も含めた2012年までの合計でみると、救済率は54.0%(同前48.0%、46.6%、49.0%)という状況である。

死亡年別の救済率で、2010年69.1%、2011年66.6%、2012年63.1%と、減少傾向がみられている(なお、2010年度末時点での2010年51.9%、2011年度末時点での2011年49.3%)。

周知事業による中皮腫救済件数増加の結果、死亡年別救済率も全般的に増加したが、「隙間ない救済」の実現からは遠いと言わざるを得ない。

なお、表5の「合計」が表2の「2012年以前死亡」欄の数字であり、表2において「合計」と「2012年以前死亡」の差を「死亡年不明・生存等」欄に記載している。

労災事案の公害救済への紛れ込み

表2では、「分担率」として、2012年度末時点までに補償・救済を受けた総件数に対する、各制度による補償・救済件数が占める割合を示している。

労災補償(労災保険+船員保険)+労災時効救済を「労災補償等」、新法生存中救済+新法死亡後救済(施行前)+新法死亡後救済(未申請)を「公害等救済」として各々くると、中皮腫では、両

者がおおそ半々となっている（ただし、2011年度末時点での49.4%と50.6%から、2012年度末時点では48.8%と51.2%へと後者がうまわる傾向が広がりつつあるのではないかという懸念はある）。

死亡年別の状況でみると、合計で労災補償等5,109件と公害等救済5,655件で47.5%と52.5%（同前46.5%と53.5%、46.0%と54.0%）。1995年以降では、労災補償等の占める割合で、2007年の58.5%から2004年の33.5%までのばらつきがある。

中皮腫の80%が職業曝露によるものというのが国際的の科学的コンセンサスであり、また、中皮腫の公害等救済制度を実施している他の諸国において、公害等救済の割合が、フランスの実績で1～2割、オランダ・イギリスでは3割程度と見込まれていることと比較しても、これは到底妥当とは言い難いと考えている。（この点では、環境省の制度発足時の推計方法「労災と救済法の対象者の割合が5割ずつ」（表1参照）にも問題がある。）

一方で、2013年9月9日に報告された環境再生保全機構の「石綿健康被害救済制度における平成18～24年度被認定者に関するばく露状況調査報告書」によると、前頁別掲表のとおり、曝露歴が「職業曝露」に分類されるものが50.8%（前年度50.4%）にもものぼることが明らかになっている。このなかには労災補償等を受ける資格のあるものが「紛れ込んでいる」ことが強く疑われるのであるが、そのような事例の有無やどれくらいあるのか、調査されたことはない。

そのような事例は、すでに救済給付を受けていたとしても、労災補償等の請求をすることは可能である。これまで「労災認定等との重複分」と言ってきたのは、まさにそのような事例のことである。

この問題を放置しておくことはできないと訴えてきたが、2011年6月の中央環境審議会答申「今後の石綿健康被害救済の在り方について」は、「労災保険制度との連携強化」のなかで次のように指摘している。

「現在、石綿健康被害救済制度と労災保険制度間では、制度対象者が適切に申請を行えるよう、環境再生保全機構（以下「機構」という。）及び労働基準監督署相互の窓口にて、両制度のパンフレット

を置く等制度の周知に努めている。

しかしながら、本来労災保険制度に申請すべき者が、労災保険制度の存在や自分が労災保険制度に申請できることを知らない、あるいは知ってはいるが労災保険窓口への申請を躊躇し、機構の方に申請する事案がいまだあることから、作業従事歴のある申請者等については、申請者本人に労災保険制度について説明し申請を促すのみならず、個人情報取扱いに留意しつつ、機構から労災保険窓口へ直接連絡することを検討するべきである。」

2012年12月5日に開催された同審議会の第11回石綿健康被害救済小委員会に参考資料として提出された「二次答申の対応状況」では、以下のよう

に書かれている。「救済制度の申請時に実施しているアンケート調査をもとに、申請者が作業従事歴を有している可能性がある場合、環境再生保全機構から申請者本人に労災保険制度について説明し、申請を勧奨している。また、制度の円滑な案内に資するよう、厚労省、環境再生保全機構で合同のリーフレット、ポスターを作成、配布済み」。

本来はやはり、制度的な措置が講じられるべき問題であると考えている。

肺がん救済率10.6(2.5～16.3)%

石綿肺がんの死亡年別の補償・救済状況は表6のとおりであり、グラフ化したものが図4である。

既述のとおり、救済の対象（分母）となるべき死亡者数は、中皮腫死亡者数の2倍と仮定した。

アスベスト輸入量のデータがないために推計していない1967年以前の死亡事例でも認定されているものがあり、もっとも古い認定事例は、新法労災時効救済の1963年死亡、新法死亡後救済（施行前）では1974年死亡事例がみられる。

しかし、救済率は、中皮腫の場合と比較しても、悲惨としかいいようのない実績である。仮に、制度発足当時に環境省が行った推計方法－肺がん死亡は中皮腫の1倍と仮定－にしたがうと、救済率は2倍になるが、それでもなお低い。

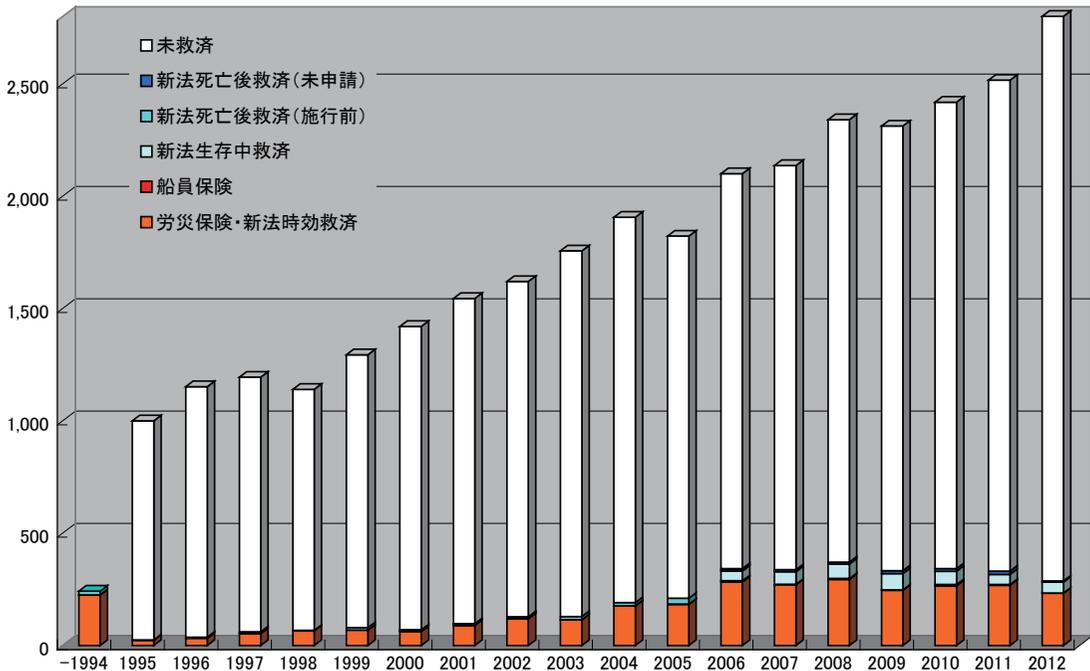
救済率は、1994年以前の小計では3.3%（=242/

石綿健康被害補償・救済状況の検証

表6 石綿肺がんの死亡年別の補償・救済状況(2011年度末時点)

死亡年	死亡者数	労災保険・新法時効救済	船員保険	労災等合計	救済率	新法生存中救済	新法死亡後救済(施行前)	新法死亡後救済(未申請)	新法救済合計	救済率	補償・救済合計	救済率	未救済
1963		1		1					0		1		
1964				0					0		0		
1965				0					0		0		
1966		1		1					0		1		
1967				0					0		0		
1968	134			0	0.0%				0	0.0%	0	0.0%	134
1969	136	1		1	0.7%				0	0.0%	1	0.7%	135
1970	128			0	0.0%				0	0.0%	0	0.0%	128
1971	190			0	0.0%				0	0.0%	0	0.0%	190
1972	267	1		1	0.4%				0	0.0%	1	0.4%	266
1973	277			0	0.0%				0	0.0%	0	0.0%	277
1974	335	2		2	0.6%		1		1	0.3%	3	0.9%	332
1975	515			0	0.0%				0	0.0%	0	0.0%	515
1976	352	2		2	0.6%				0	0.0%	2	0.6%	350
1977	519	3		3	0.6%				0	0.0%	3	0.6%	516
1978	369			0	0.0%				0	0.0%	0	0.0%	369
1979	124	3		3	2.4%				0	0.0%	3	2.4%	121
1980	128	4		4	3.1%				0	0.0%	4	3.1%	124
1981	140	6		6	4.3%				0	0.0%	6	4.3%	134
1982	158	3		3	1.9%				0	0.0%	3	1.9%	155
1983	176	7		7	4.0%		1		1	0.6%	8	4.5%	168
1984	176	4		4	2.3%				0	0.0%	4	2.3%	172
1985	222	9		9	4.1%		1		1	0.5%	10	4.5%	212
1986	202	14		14	6.9%		1		1	0.5%	15	7.4%	187
1987	274	11		11	4.0%		1		1	0.4%	12	4.4%	262
1988	298	13		13	4.4%		1		1	0.3%	14	4.7%	284
1989	266	13		13	4.9%		2		2	0.8%	15	5.6%	251
1990	334	21		21	6.3%				0	0.0%	21	6.3%	313
1991	326	11		11	3.4%		5		5	1.5%	16	4.9%	310
1992	348	29	1	30	8.6%		2		2	0.6%	32	9.2%	316
1993	464	35		35	7.5%		2		2	0.4%	37	8.0%	427
1994	512	30		30	5.9%				0	0.0%	30	5.9%	482
小計	7,370	224	1	225	3.1%		17		17	0.2%	242	3.3%	7,128
1995	1,000	23		23	2.3%		2		2	0.2%	25	2.5%	975
1996	1,152	32		32	2.8%		5		5	0.4%	37	3.2%	1,115
1997	1,194	53	1	54	4.5%		7		7	0.6%	61	5.1%	1,133
1998	1,140	65		65	5.7%		2		2	0.2%	67	5.9%	1,073
1999	1,294	68		68	5.3%		11		11	0.9%	79	6.1%	1,215
2000	1,420	62	3	65	4.6%		5		5	0.4%	70	4.9%	1,350
2001	1,544	89	2	91	5.9%		6		6	0.4%	97	6.3%	1,447
2002	1,620	119	2	121	7.5%		7		7	0.4%	128	7.9%	1,492
2003	1,756	114	1	115	6.5%		14		14	0.8%	129	7.3%	1,627
2004	1,906	176	1	177	9.3%		14		14	0.7%	191	10.0%	1,715
2005	1,822	182	2	184	10.1%		26		26	1.4%	210	11.5%	1,612
2006	2,100	282	6	288	13.7%	43	3	8	54	2.6%	342	16.3%	1,758
2007	2,136	270	2	272	12.7%	56		9	65	3.0%	337	15.8%	1,799
2008	2,340	294	4	298	12.7%	64		9	73	3.1%	371	15.9%	1,969
2009	2,312	245	2	247	10.7%	73		13	86	3.7%	333	14.4%	1,979
2010	2,418	265	6	271	11.2%	59		12	71	2.9%	342	14.1%	2,076
2011	2,516	268	3	271	10.8%	45		15	60	2.4%	331	13.2%	2,185
2012	2,800	232	1	233	8.3%	49		5	54	1.9%	287	10.3%	2,513
小計	32,470	2,839	36	2,875	8.9%	389	102	71	562	1.7%	3,437	10.6%	29,033
合計	39,840	3,063	37	3,100	7.8%	389	119	71	579	1.5%	3,679	9.2%	36,163
2013		9		9					0		9		

図4 石綿肺がん: 死亡年別の補償・救済状況 (2011年度末時点)



7,370件、2009年度末時点では218件で2.6%、2010年度末時点234件3.2%、2011年度末時点234件3.2%)である。

1995～2012年の18年間についてみると、死亡者小計32,470件のうち、2012年度末までに労災保険給付・新法労災時効救済を受けたものが2,839件、船員保険36件、新法生存中救済389件、新法死亡後救済(施行前)102件、新法死亡後救済(未申請)71件—合計3,437件で、救済率は3,437/32,470=10.6%(2009年度末時点での1995～2009年の救済率9.3%、2010年度末時点9.6%、2011年度末時点9.7%)という結果になった。

最も救済率の高いのは2006年の16.3%で、最低は1995年の2.5%と、ばらつきがある。

1994年以前も含めた合計でみると、救済率は9.2%(同前7.8%、8.2%、8.2%)という状況である。

繰り返しになるが、被害は拡大していると考えられるのに、石綿肺がんの補償・救済については、件数にも救済率にもすでに減少傾向がみられるということは、ゆゆしき事態ではないだろうか。

肺がん/中皮腫の比率低下

以上の状況は、中皮腫と比較しても、石綿肺がんが著しく補償・救済できておらず、各制度間の相対的な比較においては、労災補償等がいくらかましに救済できているということを示している。このことを、別のデータからもみてみよう。

表7では、決定年度別の認定率及び中皮腫に対する石綿肺がんの比率を検証している。後者の比率をグラフ化したものが、図5である。また、図6は、表7には示していないが、死亡年別の中皮腫に対する石綿肺がんの比率を示している。

決定年度別でみると、労災保険では、肺がん補償件数の中皮腫補償件数に対する比率は、2002～2005年度に40%前後だったものが、2006年度78.2%、2007年度100.4%と上昇した後、2008年度90.0%、2009年度89.6%、2010年度85.1%、2011年度73.5%と低下し、2012年度は77.0%であった。2006～2012年度平均では84.0%となっている。

石綿健康被害補償・救済状況の検証

表7 肺がん：中皮腫の比率

年度	労災保険	労災時効救済	新法生存中救済	新法死亡後救済(施行前)	新法死亡後救済(未申請)	労災補償等小計	公害等救済小計	総合計
2006	78.2%	47.7%	27.4%	3.4%		67.2%	10.3%	34.2%
2007	100.4%	106.5%	22.3%	14.7%		100.9%	19.7%	52.5%
2008	90.0%	138.3%	25.1%	6.1%	40.0%	93.7%	16.7%	45.3%
2009	89.6%	96.2%	24.5%	1.5%	24.3%	90.2%	12.5%	38.2%
2010	85.1%	208.3%	18.0%	13.6%	33.8%	88.0%	19.2%	49.0%
2011	73.5%	209.1%	18.5%	3.1%	26.7%	76.2%	17.9%	45.1%
2012	77.0%	16.0%	16.8%	0.6%	16.0%	63.8%	11.7%	32.6%
合計	84.0%	57.5%	21.9%	4.3%	24.6%	79.4%	14.2%	40.4%

図5 肺がん：中皮腫の比率の推移(決定年度別)

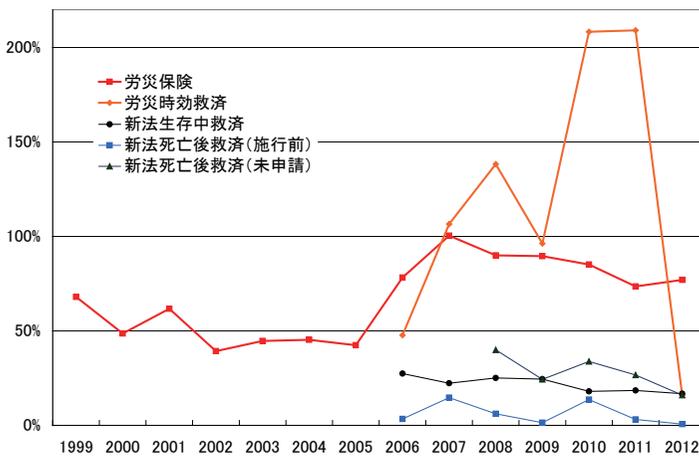
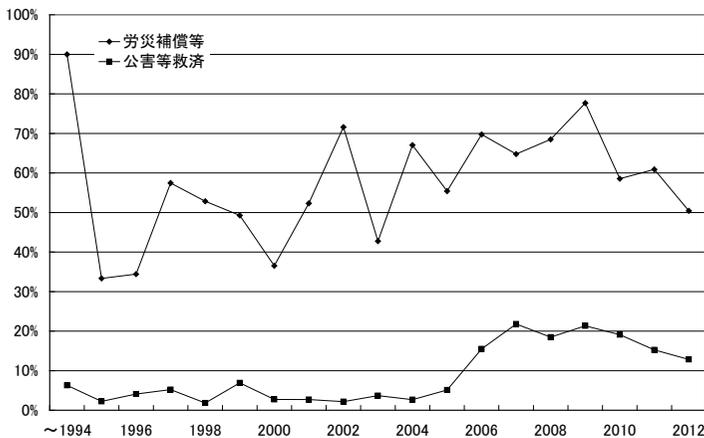


図6 肺がん：中皮腫の比率の推移(死亡年別)



年度96.2%、2010年度208.3% (25/12件)、2011年度209.1% (23/11件)、2012年度は中皮腫救済件数の増加のあおりを受けてわずか16.0%になってしまった。2006～2012年度平均では57.5%である。

これに対して、新法生存中救済では、2006～2012年度平均が21.9%、新法死亡後救済(施行前)では4.3%、新法死亡後救済(未申請)では24.6%と著しく低い水準である。やはり、2012年度は中皮腫救済件数の増加のあおりを受けている。

死亡年別推移でも、労災補償等と公害等救済との間で大きな格差があることが確認できるだけでなく、労災補償等、公害等救済ともに、低下してきているように思われる(図6)。

表7の「総合計」の「合計」欄で見れば、各制度合わせた全体としては40.4%になっていることがわかる。

認定率の検証

労災時効救済では、2006年度47.7%、2007年度106.5%、2008年度138.3%へと上昇した後、2009

年度表8及び図7に中皮腫、表9及び図8に石綿肺がん、また、表10には石綿肺・びまん性胸膜肥厚、良

認定率についてもみておこ

表8 中皮腫の決定年度別の補償救済状況・認定率

年度	労災保険				労災時効救済				新法生存中救済				
	請求	支給	不支給	認定率	請求	支給	不支給	認定率	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*
2006	831	1,001	139	87.8%		570	63	90.0%	1,155	627	76	121	76.1%
2007	537	500	60	89.3%		46	8	85.2%	771	525	105	97	72.2%
2008	627	559	48	92.1%		47	5	90.4%	688	566	71	115	75.3%
2009	571	536	31	94.5%		53	5	91.4%	589	461	54	72	78.5%
2010	552	498	29	94.5%		12	6	66.7%	613	533	49	66	82.3%
2011	579	544	25	95.6%		11	1	91.7%	551	498	52	35	85.1%
2012	587	522	40	92.9%		144	39	78.7%	603	584	47	24	89.2%
合計	4,284	4,160	372	91.8%		883	127	87.4%	4,969	3,794	430	530	79.8%

年度	新法死亡後救済(施行前)					新法死亡後救済(未申請)					合計		
	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*	認定	不認定	認定率*
2006	1,799	1,538	14	123	91.8%						3,736	536	87.5%
2007	250	279	23	29	84.3%						1,350	322	80.7%
2008	858	458	4	15	96.0%	85	5	0	1	83.3%	1,635	259	86.3%
2009	243	619	7	30	94.4%	140	111	35	10	71.2%	1,780	244	87.9%
2010	71	66	3	7	86.8%	109	68	41	4	60.2%	1,177	205	85.2%
2011	181	64	0	3	95.5%	97	75	22	8	71.4%	1,192	146	89.1%
2012	203	308	2	15	94.8%	134	100	27	1	78.1%	1,658	195	89.5%
合計	3,606	3,332	53	222	92.4%	565	358	125	24	70.6%	12,527	1,883	86.9%

表9 石綿肺がんの決定年度別の補償救済状況・認定率

年度	労災保険				労災時効救済				新法生存中救済				
	請求	支給	不支給	認定率	請求	支給	不支給	認定率	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*
2006	877	783	272	74.2%		272	292	48.2%	519	172	77	65	54.8%
2007	591	502	121	80.6%		49	35	58.3%	269	117	125	73	37.1%
2008	643	503	109	82.2%		65	35	65.0%	270	142	102	69	45.4%
2009	540	480	101	82.6%		51	33	60.7%	191	113	71	32	52.3%
2010	509	424	71	85.7%		25	20	55.6%	172	96	70	25	50.3%
2011	480	400	62	86.6%		23	18	56.1%	159	92	58	23	53.2%
2012	495	402	57	87.6%		23	16	59.0%	141	98	61	12	57.3%
合計	4,135	3,494	793	81.5%		508	449	53.1%	1,720	830	552	299	49.4%

年度	新法死亡後救済(施行前)					新法死亡後救済(未申請)					合計		
	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*	認定	不認定	認定率*
2006	358	52	36	57	35.9%						1,279	799	61.5%
2007	87	41	169	25	17.4%						709	548	56.4%
2008	87	28	77	10	24.3%	34	2	0	1	66.7%	740	403	64.7%
2009	28	9	42	18	13.0%	40	27	25	3	49.1%	680	325	67.7%
2010	33	9	34	2	20.0%	46	23	18	6	48.9%	577	246	70.1%
2011	23	2	17	6	8.0%	34	20	20	3	46.5%	537	207	72.2%
2012	16	2	15	3	10.0%	38	16	12	22	32.0%	541	198	73.2%
合計	632	143	389	121	21.9%	192	88	85	17	46.3%	5,063	2,705	65.2%

性石綿胸水について入手可能なデータを示した。

請求件数を分母とすることも可能であるが、より正確に、当該年度における総決定件数に対する補償・救済件数を用いた。具体的には、労災補償等

では、支給決定件数/(支給決定件数+不支給決定件数)、公害等救済では、認定件数/(認定件数+不認定件数+取下げ件数)を計算した。

公害等救済の「取下げ」は「主な理由: 労災等

図7 中皮腫の認定率の推移

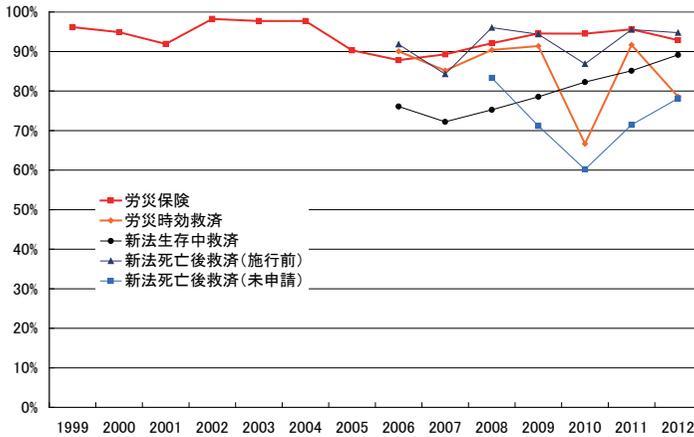
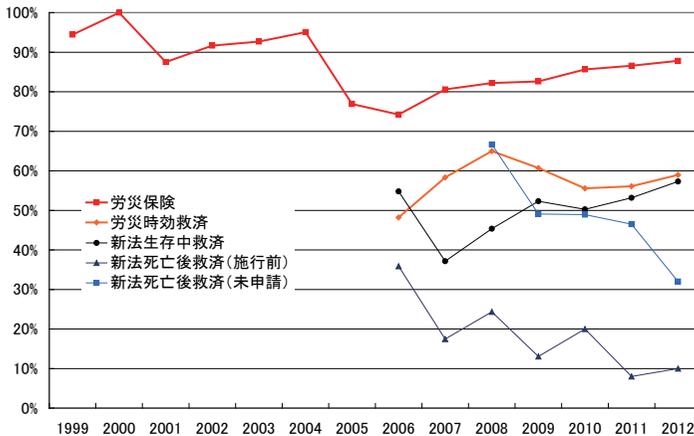


図8 石綿肺がんの認定率の推移



支給、医学的資料が整わない」と注記されているが、挙げられた二つの理由はまったく性質の異なるものであり、各々の理由ごとのデータを示すべきである。「労災等支給」が理由であれば結構なことだが、「(求められた)医学的資料が整わない」場合、それでも処分を求めていれば、「不認定」とされたと考えられる。不認定件数を減らす目的であろうが、自主的な「取下げ」を誘導させられ、事実上断念させられている可能性を排除できないため、総決定件数として分母に含めたものである。

中皮腫の認定率は、2006～2012年度平均で、新法死亡後救済(施行前)が92.4%でもっとも高

く、労災保険91.8%、労災時効救済87.4%、新法生存中救済79.8%、新法死亡後救済(未申請)70.6%と続いている。

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

一方、石綿肺がんの認定率は、2006～2012年度平均で、労災保険の81.5%がもっとも高く、労災時効救済53.1%、新法生存中救済49.4%、新法死亡後救済(未申請)46.3%、新法死亡後救済(施行前)21.9%という順で、かなりの差がついている。また、公害等救済では取下げ件数もかなりの比率ある。

これも再三指摘していることだが、まず何よりも石綿肺がんの認定・判定基準とその運用の大幅な改善が求められる。合わせて、医療現場に対するより包括的なアプローチも切実に求められている。

自治体格差も拡大傾向

都道府県別の「救済率」についてもみておこう。

都道府県別の死亡年別の補償・救済件数が公表されていないため、分母には1995～2012年の中皮腫死亡者数を用い(表13)、石綿肺がん死亡者数はその2倍と仮定する。分子には、労災補償件数は都道府県別データが入手可能な2003～2012年度の労災保険認定件数、2006～2012年度の労災時効救済、新法生存中救済、新法死亡後救済(施行前)、及び、2008～2012年度の新法死亡後救済(未申請)件数の合計を用いて「救済率」を計

表10 石綿肺の決定年度別の補償救済状況・認定率

年度	労災保険				労災時効救済				新法生存中救済				
	請求	支給	不支給	認定率	請求	支給	不支給	認定率	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*
2010						5	0	100.0%	43	5	5	1	45.5%
2011		68				5	0	100.0%	36	4	38	9	7.8%
2012		74				0	0		30	7	33	3	16.3%
合計		142				10	0	100.0%	109	16	76	13	15.2%

年度	新法死亡後救済(施行前)					新法死亡後救済(未申請)					新法救済合計				
	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*
2010	34	24	3	1	85.7%	2	0	0	0		79	29	8	2	74.4%
2011	10	5	3	2	50.0%	7	0	7	2	0.0%	53	9	48	13	12.9%
2012	7	6	6	1	46.2%	9	1	7	0	12.5%	46	14	46	4	21.9%
合計	50	35	11	4	70.0%	18	1	14	2	5.9%	178	52	102	19	30.1%

表11 びまん性胸膜肥厚の決定年度別の補償救済状況・認定率

年度	労災保険				労災時効救済				新法生存中救済				
	請求	支給	不支給	認定率	請求	支給	不支給	認定率	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*
2010	34	31	13	70.5%		0	0		31	9	6	1	56.3%
2011	57	51	17	75.0%		0	0		29	16	19	3	42.1%
2012	49	39	11	78.0%		0	0		29	14	24	2	35.0%
合計	140	121	41	74.7%		0	0		89	39	49	6	41.5%

年度	新法死亡後救済(施行前)					新法死亡後救済(未申請)					新法救済合計				
	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*
2010	14	7	2	0	77.8%	4	0	0	0		49	16	8	1	64.0%
2011	1	2	5	0	28.6%	7	0	5	0	0.0%	37	18	29	3	36.0%
2012	0	1	1	1	33.3%	7	1	8	1	10.0%	36	16	33	4	30.2%
合計	16	10	8	1	52.6%	18	1	13	1	6.7%	122	50	70	8	39.1%

表12 良性石綿胸水の決定年度別の補償救済状況・

年度	労災保険				労災時効救済	
	請求	支給	不支給	認定率	支給	不支給
2010	29	24	1	96.0%	0	0
2011	28	42	2	95.5%	0	0
2012	41	45	0	100.0%	0	0
合計	98	111	3	97.4%	0	0

算した。新法救済では、各年度の「労災等認定との重複分」も含めた認定件数を合算したうえで、当該期間の累計の重複件数を減じて、「機構のみ認定」件数を求めた(表14～15)。

中皮腫・石綿肺がんについて、全国平均とベスト5及びワースト5の都道府県は、次頁別掲表のとおり。

中皮腫の「救済率」は、全国平均は72.8%(2009年度末時点68.1%、2010年度末時点69.3%、2011年度末時点70.1%)であるが、最高の東京都90.7%

から最低の岩手県45.1%まで2.0倍(同前2.0倍、1.7倍、2.1倍)のばらつきがみられる。全国最高はこれまでずっと兵庫だったものが、東京に抜かれた。

石綿肺がんの「救済率」は、全国平均は15.5%(同前14.3%、14.9%、16.7%)であるが、最高の岡山県34.6%から最低の鳥取県2.2%までの、中皮腫の場合よりもさらに大きな15.7倍(同前13.4倍、14.0倍、15.7倍)ものばらつきがみられる。

この格差は、あまりにも大きすぎると感じられる。しかも、拡大傾向がみられるように思われる。これは、アスベスト被害とその補償・救済制度に対する周知・認識や、地方自治体をはじめとした関係者の取り組みのレベル等のばらつきを反映しているものと考えられるが、いまのうちに実効性のある対策を講じておかないと、自治体別格差がますます拡大していくことが懸念される。

中皮腫：都道府県別の「救済率」

順位	都道府県	死亡者数	補償・救済合計	「救済率」
1	東京	1,287	1,167	90.7%
2	兵庫	1,483	1,341	90.4%
3	愛知	682	585	85.8%
4	大阪	1,596	1,346	84.3%
5	岡山	350	280	80.0%
	全国平均	16,235	11,812	72.8%
43	熊本	174	96	55.2%
44	三重	158	85	53.8%
45	鹿児島	218	116	53.2%
46	沖縄	117	54	46.2%
47	岩手	102	46	45.1%

石綿肺がん：都道府県別の「救済率」

順位	都道府県	死亡者数	補償・救済合計	「救済率」
1	岡山	700	242	34.6%
2	長崎	660	194	29.4%
3	東京	2,574	697	27.1%
4	香川	296	78	26.4%
5	山口	546	123	22.5%
	全国平均	32,470	5,048	15.5%
43	宮崎	246	11	4.5%
44	岩手	504	7	3.4%
45	秋田	198	6	3.0%
46	鹿児島	436	11	2.5%
47	鳥取	134	3	2.2%

「隙間ない救済」目標を放棄？

検証作業の結論は、周知事業の結果2012年度には中皮腫の救済件数の増加がみられたものの、「隙間ない救済」が実現されているというにはほど遠い、ということである。

これは、補償・救済を合わせた全体に対してだけでなく、厚生労働省所管の労災補償等（労災保険・船員保険・新法時効救済）、及び、環境省所管の公害等救済（新法生存中救済・新法死亡後救済（施行前）・新法死亡後救済（未申請））のいずれに対しても、あてはまる。

表1に示した環境省の「制度発足時の推計方法」に基づけば、中皮腫死亡者の全て、及び、中皮腫死亡者数と同数（「1.0倍」）の石綿肺がん死亡者が、ともに「5割ずつ」労災補償等と公害等救済の給付対象になることが想定され、それを賄えるように拠出金率等が算定されたわけである。

環境再生保全機構に設けられた石綿健康被害救済基金に資金が残されているのは、「余った」とか「取り過ぎた」ものなどでは決してなく、「隙間ない救済」のために必要と推計された給付の支払いを実行できていない＝未救済のまま放置されているものが残されているということにはほかならない。

当初の石綿健康被害救済法の規定に従えば、多くの事例について給付の請求期限が失われていたわけであるが、幸い二度の法改正を通じて、労災時効救済及び新法死亡後救済の請求期限が

2022（平成34）年3月27日までに延長されるなどの措置が講じられている。

これは、「隙間ない救済」の実現という法制定の趣旨をあくまで堅持するという立場からなされた法改正であったといえることができる。

同法施行後5年の「見直しにより、当面の救済給付の支給に要する費用をおおむね予測できるようになったことから、今般、石綿健康被害救済制度の安定的な運営を前提とした上で石綿健康被害救済基金の収支の均衡を図る」ために一般拠出金の率を、現行の千分の0.05から千分の0.02に引き下げるとする提案には、給付対象の新たな推計も示されていない。法制定・改正の趣旨に逆行した、「隙間ない救済」の実現という目標を放棄することに等しいのではないかと懸念されている。

石綿対策全国連絡会議は、環境省のパブリックコメント手続に対して、以下の意見を提出した。

「アスベスト問題については、『隙間ない救済』の真の実現、救済の内容・水準の見直し、治療法の改善や公的な中皮腫登録制度の創設、健康管理体制の確立、アスベストのない環境/社会をめざした総合対策などいまだ取り組まなければならない課題が山積みであり、石綿健康被害救済法の担う役割や 国の責任も 含めた費用負担のあり方も検討しなければなりません、そのような検討なしに、また中央環境審議会における検討も経ずに、一般拠出金率の引き下げを行うことには反対です」。

中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会等も引き下げ反対の意見を提出している。



表13 中皮腫死亡者数(都道府県別)

	死亡者数																			合計
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		
北海道	23	26	26	34	26	31	38	50	43	55	40	51	34	49	57	56	67	74	780	
青森	4	5	5	4	2	2	4	7	7	5	4	10	7	6	5	8	2	9	96	
岩手	1	3	5		3	5	4	5	6	9	7	11	7	5	7	6	11	7	102	
宮城	3	8	9	4	6	14	10	12	15	18	13	7	13	16	19	23	23	39	252	
秋田	5	6	9	4	1	7	6	7	7	6	3	6	6	3	3	7	6	7	99	
山形	2	2	2	2	3	3	2	8	5	5	2	7	7	6	3	10	10	6	85	
福島	6	9	11	7	10	13	10	8	4	14	15	14	13	17	22	18	27	19	237	
茨城	14	9	10	10	4	10	14	21	15	14	14	20	15	20	22	18	19	18	267	
栃木	2	4	9	10	7	9	10	9	10	7	5	5	8	8	19	7	15	7	151	
群馬	3	3	10	3	5	12	9	10	14	10	10	15	10	11	12	16	9	9	171	
埼玉	27	24	21	23	33	39	41	37	36	48	38	39	62	57	51	59	60	89	784	
千葉	17	19	16	14	14	19	17	17	30	36	37	41	35	28	33	27	43	55	498	
東京	37	56	48	44	45	57	60	57	73	68	73	93	81	108	75	101	110	101	1,287	
神奈川	38	61	55	39	53	42	51	46	65	69	80	63	85	105	85	82	104	129	1,252	
新潟	15	5	5	9	6	12	17	12	21	19	16	21	19	15	12	21	20	23	268	
富山	4	11	9	6	14	12	7	11	12	8	13	12	12	18	18	13	14	17	211	
石川	4	4	5	5	9	11	7	4	7	4	8	4	8	9	12	8	11	13	133	
福井	3	1	2	4	3	2	2	5	5	8	4	2	5	6	9	8	3	3	75	
山梨	2	2	1	2	3	6	5	2	3	2	6	7	3	5	5	6	7	8	75	
長野	4	9	7	9	6	4	11	10	9	4	8	13	8	12	21	15	16	19	185	
岐阜	4	9	5	3	11	9	8	11	14	9	9	15	20	19	18	14	21	17	216	
静岡	17	17	12	12	16	22	20	18	24	29	31	35	20	27	27	36	20	28	411	
愛知	19	23	21	23	18	35	31	26	32	35	34	52	51	61	38	51	59	73	682	
三重	3	5	3	5	7	8	5	10	7	11	6	8	13	13	13	14	12	15	158	
滋賀	4	8	5	8	10	9	8	6	9	9	8	9	12	20	10	9	7	11	162	
京都	7	12	14	14	14	17	11	12	12	28	14	25	17	21	19	22	22	17	298	
大阪	48	51	63	58	67	69	87	93	79	99	87	103	103	110	108	121	119	131	1,596	
兵庫	37	46	52	55	61	70	70	68	75	75	90	102	98	105	106	122	117	134	1,483	
奈良	8	6	9	16	7	11	14	12	19	14	11	14	23	13	14	19	26	20	256	
和歌山	7	1	7	5	9	4	8	2	6	7	5	6	6	7	7	6	11	14	118	
鳥取	3	3	3	5	4		2	8	5	1	2	4	2	7	5	5	5	3	67	
島根	1	1	3	2	2	4	3	4	2	4	4	3	6	6	10	2	7	4	68	
岡山	10	20	14	17	8	10	19	25	26	19	17	23	22	23	25	25	23	24	350	
広島	16	22	25	29	28	22	32	31	24	48	39	41	35	45	41	47	46	50	621	
山口	17	11	9	8	11	11	14	14	14	16	13	21	16	19	28	14	20	17	273	
徳島	4	4	5	2	3	1	4	4	2	5	9	7	11	6	8	10	7	3	95	
香川	4	5	9	4	4	7	9	11	7	4	9	7	11	18	15	13	8	3	148	
愛媛	7	9	4	7	8	6	15	12	16	12	10	10	14	10	13	11	10	18	192	
高知	2	2	4	2	4	4	3	6	8	6	6	2	8	7	3	5	7	8	87	
福岡	22	14	29	20	33	35	33	44	33	34	39	37	42	44	71	63	52	58	703	
佐賀	4	4	4	5	9	7	6		11	8	9	12	11	10	4	9	4	6	123	
長崎	12	8	13	12	15	9	8	17	14	16	22	30	31	29	23	16	26	29	330	
熊本	6	8	8	4	10	5	8	3	10	16	8	4	16	13	11	16	12	16	174	
大分	6	6	3	4	9	4	8	3	8	12	6	8	11	9	13	12	11	13	146	
宮崎	4	2	2	6	8	7	7	8	8	9	7	6	13	6	6	9	6	9	123	
鹿児島	5	7	3	8	15	7	8	12	16	10	12	18	14	10	19	20	14	20	218	
沖縄	8	5	3	3	3	6	6	9	9	6	8	6	4	7	9	9	9	7	117	
不詳等	1					1		3	1	2		1		1	2				12	
合計	500	576	597	570	647	710	772	810	878	953	911	1,050	1,068	1,170	1,156	1,209	1,258	1,400	16,235	

石綿健康被害補償・救済状況の検証

表14-1 中皮腫の補償・救済状況(都道府県別)

	労災保険												新法時効救済						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	小計	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	小計
北海道	1	8	18	45	34	25	27	40	29	41	268	32	1	1	2	1		12	49
青森			1	4	3	1	2	1	1		13	3							3
岩手				1		1	3	1		1	7		1						1
宮城		2	2	12	6	7	14	13	11	6	73	4			2			1	7
秋田				3	2		1	2	2	4	14	1							1
山形			2	1		3	3	1	3	4	17	3	1	1					5
福島		1	6	11	2	13	7	5	7	5	57	8		1		1			10
茨城	1	1	3	8	7	3	3	8	3	3	40	4	1	1					6
栃木	1		4	2	3	4	1	3	1	1	20	2		2					4
群馬				8	5	3	1	2	2	4	25	1						2	3
埼玉	4	2	8	28	18	16	17	14	20	17	144	14	2	2	1		1	5	25
千葉		4	10	17	16	11	13	9	11	14	105	9				1		3	13
東京	7	4	35	117	59	72	58	44	62	61	519	47	8	4	3			17	79
神奈川	9	15	41	75	40	41	29	40	33	45	368	48	3	3	4	1	1	17	77
新潟	2	1	13	21	6	5	8	6	14	7	83	10						4	14
富山	1		2	14	6	7	13	7	12	7	69	10		1	2				13
石川			2	5	7		3	4	3	5	29	2			1			5	8
福井			1	5	2	3	4	4			19	2						1	3
山梨			1		2	3			2		8							1	1
長野		1	3	13	2	8	4		4	9	44	5						1	6
岐阜		3	5	12	6	8	5	7	3	5	54	4		1	2			2	9
静岡	1	5	15	25	8	11	12	14	6	9	106	19	1		1		1	2	24
愛知		5	26	50	22	31	20	28	30	34	246	32	3	4	1	1		7	48
三重			3	6	3	4	5	3	2	4	30	3							3
滋賀			3	12	7	6	7	1	4	2	42	4	1			1		1	7
京都			4	11	7	8	6	2	9	7	54	11	1	1	1		2	5	21
大阪	5	20	91	126	51	52	60	58	60	69	592	70	6	5	2	1	1	18	103
兵庫	18	19	80	99	64	61	50	49	51	47	538	82	10	9	5	1	3	12	122
奈良	1	3	7	8	4	8	2	6	8	5	52	11							11
和歌山		2	3	4	2	3	1	2	4	2	23	4			3				7
鳥取		1	2	2		1		2	1	1	10	1							1
島根		1		3	2	3	2	3	5	1	20	2			1			1	4
岡山	9	5	8	22	11	25	14	7	15	11	127	17	1	2	2			2	24
広島	9	10	23	58	15	29	28	36	33	24	265	38	1	4	4	2		5	54
山口	1	3	12	22	11	12	10	5	14	15	105	19			4			5	28
徳島			3	6	4	3	3	1	4	2	26	2							2
香川		3	14	14	1	7	9	3	3	5	59	4		1				1	6
愛媛	3	2	7	14	7	6	8	6	7	5	65	2		1	1		1	2	7
高知			3	3	1	1	1	3	2	1	15	1			1				2
福岡	7	3	20	47	19	28	26	21	30	12	213	13	1	1	2	1		3	21
佐賀	2	1	2	6	3	1	2		2	3	22	2						1	3
長崎			18	30	23	14	23	17	18	11	154	16	2	1	2	1		3	25
熊本	1	1		4	1	3	5	5	3	5	28	1						1	2
大分		1		7	6	4	9	6	4	5	42	1	1	1	2		1	2	8
宮崎		1		6	3	4	5	2	1		22		1		1				2
鹿児島			1	11	1	1	4	4	4	3	29	3			2			1	6
沖縄				3			5	3	1		12	3			1			1	5
不詳等	2										2								0
合計	85	128	502	1,001	500	559	536	498	544	522	4,875	570	46	47	53	12	11	144	883

表14-2 中皮腫の補償・救済状況(都道府県別)

	新法生存中救済										新法死亡後救済(施行前)										2008
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	重複分	小計	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	重複分	小計			
北海道	18	19	19	18	29	10	27	-43	97	57	8	17	29	4	3	20	-8	130	1		
青森	4	4		2	5	1	2	-4	14	11		2	6	1		4	-2	22			
岩手	1		3	3	2	2	4	-2	13	9		2	12	1		1	-1	24			
宮城	8	12	16	16	15	12	6	-26	59	18	2	8	19	5		1	-1	52			
秋田		2	2		4	1	2	-3	8	17	2	7	8	1			-1	34			
山形	5	2	3	6		1	7	-4	20	8		5	3			1	-1	16			
福島	6	4	8	4	9	3	8	-10	32	15	2	6	10	2	1	2	-1	37			
茨城	17	7	13	11	7	6	8	-12	57	24	7	16	3	1	1	3	-1	54			
栃木	3	2	6	5	2	4	5	-6	21	12	3	12	7		2	2	-3	35			
群馬	9	5	6	3	2	6	7	-6	32	11	21	12	8	1		2	-1	54			
埼玉	37	39	37	24	34	25	34	-64	166	89	11	18	40	2	3	18	-9	172			
千葉	22	17	16	19	21	24	28	-23	124	59	7	15	20	3	3	17	-5	119			
東京	73	54	47	32	41	44	41	-63	269	147	26	47	27	1	5	31	-18	266	1		
神奈川	38	36	40	28	40	30	38	-51	199	97	20	35	44	7	2	21	-15	211			
新潟	12	6	4	7	11	9	11	-17	43	29	4	12	5	1		4	-2	53			
富山	5	11	6	8	6	6	6	-17	31	21	2	12	5	2	1	7	-5	45			
石川	3	4		5	4	4	4	-7	17	11	2	3	12		1	2	-2	29			
福井	1	3	2	4	4	1	3	-3	15	5	1	1	6			2	0	15			
山梨	2	1	2	5	2	3	1	-3	13	6	2	3	4			2	-1	16			
長野	4	5	8	5	5	4	7	-10	28	9	2	4	11		2	3	-1	30			
岐阜	12	5	2	5	4	8	13	-7	42	14	1	12	24	2		2	-4	51			
静岡	16	14	14	9	15	11	10	-17	72	37	6	14	23		8	14	-2	100	2		
愛知	19	34	42	22	26	28	43	-53	161	57	11	14	26	2	1	7	-6	112	1		
三重	3	11	5	4	4	2	8	-12	25	13	3	4	4	1	1	2	-4	24			
滋賀	8	8	10	3	6	5	5	-9	36	11	5	8	10			3	-1	36			
京都	14	2	12	6	10	5	12	-15	46	29	10	3	20	1	2	7	-2	70			
大阪	63	55	58	54	61	62	60	-88	325	193	35	25	17	7	9	29	-23	292			
兵庫	91	54	64	57	56	68	75	-98	367	218	24	22	27	5	12	16	-26	298			
奈良	10	11	8	8	11	15	7	-12	58	31	10	3	1		1	7	-3	50			
和歌山	3	4	1	2	2	3	5	-5	15	12	1	11	5			1	-2	28			
鳥取	4	1	2			2	3	-1	11	4	2	1	7	1		3	0	18			
島根	1		5	2	2	4	2	-7	9	2		3	5	1			0	11			
岡山	15	9	8	10	9	8	8	-19	48	29	3	15	24	2		5	-2	76			
広島	16	8	17	10	9	5	12	-18	59	42	7	10	23	3		14	-10	89			
山口	7	9	13	5	6	9	13	-21	41	24	2	2	4	1		4	-4	33			
徳島	3	3		4	4	5	4	-9	14	5		6	4		2	2	0	19			
香川	6	4	1	6	2	2	1	-5	17	15	3	2	5			3	-5	23			
愛媛	6	3	4	3	2	4	3	-3	22	9	7	6	6	1	1	3	-2	31			
高知	2	2	5	1	3	2		-6	9	12	4	6	3			1	-2	24			
福岡	25	26	21	16	28	22	32	-38	132	51	9	11	33	3		15	-8	114			
佐賀	5	2	6	2	2	2	2	-5	16	16	3	1	5			3	-1	27			
長崎	8	5	3	7	9	10	4	-16	30	17		10	9			9	-1	44			
熊本	3	6	7	7	3	5	3	-5	29	9	1	3	14		2	4	0	33			
大分	7	4	3	4	3	4	1	-12	14	7	4	5	4			1	-1	20			
宮崎	1	5	6	1	2	5	3	-10	13	8	3	8	11	1		3	-1	33			
鹿児島	9	6	10	8	10	6	6	-14	41	14	1	5	12	2		5	-1	38			
沖縄	2	1	1		1			0	5	3	2	11	14	1	1	2	-2	32			
不詳等								0	0	1							0	1			
合計	627	525	566	461	533	498	584	-879	2,915	1,538	279	458	619	66	64	308	-191	3,141	5		

石綿健康被害補償・救済状況の検証

表15-1 石綿肺がんの補償・救済状況(都道府県別)

	新法死亡後救済(未申請)						合計	救済率
	2009	2010	2011	2012	重複分	小計		
北海道	5	3	5	7	0	21	565	72.4%
青森			2	1	0	3	55	57.3%
岩手			1		0	1	46	45.1%
宮城	1		1	1	0	3	194	77.0%
秋田					0	0	57	57.6%
山形	2	2		1	0	5	63	74.1%
福島	2	2		1	0	5	141	59.5%
茨城	2	3	1		-1	5	162	60.7%
栃木	3		1	3	-1	6	86	57.0%
群馬	3		2		0	5	119	69.6%
埼玉	3	2	6	7	0	18	525	67.0%
千葉	5	2	3	4	-2	12	373	74.9%
東京	8	7	6	14	-2	34	1,167	90.7%
神奈川	11	6	7	7	-2	29	884	70.6%
新潟	2		3	1	-1	5	198	73.9%
富山	2	1	1	1	0	5	163	77.3%
石川		1		1	0	2	85	63.9%
福井					0	0	52	69.3%
山梨		1	1	2	0	4	42	56.0%
長野	2	2	1		0	5	113	61.1%
岐阜	3	1	1	2	0	7	163	75.5%
静岡	5	3		2	-1	11	313	76.2%
愛知	6	4		8	-1	18	585	85.8%
三重	2	1			0	3	85	53.8%
滋賀	1		1	1	0	3	124	76.5%
京都	1	2	1		-1	3	194	65.1%
大阪	11	6	9	11	-3	34	1,346	84.3%
兵庫	2	5	6	7	-4	16	1,341	90.4%
奈良	1		1	3	0	5	176	68.8%
和歌山	3	2	1	1	-1	6	79	66.9%
鳥取		1			0	1	41	61.2%
島根	1	1		1	0	3	47	69.1%
岡山	3		1	1	0	5	280	80.0%
広島	3		2	1	0	6	473	76.2%
山口	1		1	1	0	3	210	76.9%
徳島			1		0	1	62	65.3%
香川	2	3	2		0	7	112	75.7%
愛媛	1	1	1	1	-1	3	128	66.7%
高知		1			0	1	51	58.6%
福岡	6	2	5	6	-2	17	497	70.7%
佐賀	2				0	2	70	56.9%
長崎		2	1	1	0	4	257	77.9%
熊本	2	1		1	0	4	96	55.2%
大分					0	0	84	57.5%
宮崎	3				-1	2	72	58.5%
鹿児島	1			1	0	2	116	53.2%
沖縄					0	0	54	46.2%
不詳等					0	0	3	
合計	111	68	75	100	-24	335	11,814	72.8%

	労災保険									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
北海道	1			6	37	19	34	17	15	
青森					2	2	3			
岩手					1		1	3		
宮城				3	6	9	3	1	5	
秋田					2	1	1	1		
山形				2	2	1	5	1	5	
福島					2	2	5	2	3	
茨城	1	1		2	6	3	5	2	3	
栃木				1	3			2	4	
群馬					1		2	3	3	
埼玉			4	3	15	16	18	16	11	
千葉	1			1	19	21	27	25	19	
東京	9	14		29	126	74	68	79	65	
神奈川	8	9		23	85	54	46	48	50	
新潟				7	19	12	12	9	3	
富山					3	12	5	6	3	
石川					2	2	1		3	
福井				1	3	2	1		2	
山梨								1	1	
長野		1		2	9	6	2	3	2	
岐阜	2	2		5	9	5	1	6	4	
静岡		1		5	16	10	11	7	9	
愛知	2	1		2	19	14	21	18	15	
三重				1	5	12	13	3	7	
滋賀	1				8	2	1	4	3	
京都					7	3	4	5	5	
大阪	2	6		38	84	48	37	37	36	
兵庫	4	1		19	72	34	54	45	27	
奈良		4		6	13	4	6	10	7	
和歌山		1		2	11	3	3	5	5	
鳥取					1	1				
島根					3	3	2	3	2	
岡山	3	5		17	42	22	20	26	28	
広島		1		7	40	17	24	19	19	
山口				9	17	10	13	15	10	
徳島					1	1		1	1	
香川	2			2	8	5	9	10	2	
愛媛		2		3	12	11	9	10	9	
高知					1	1		3		
福岡	1	4		6	17	15	13	11	21	
佐賀		1		3	3		2	1		
長崎	1			6	30	29	13	18	11	
熊本					5	6	2	2	1	
大分					4	3	3	4		
宮崎					2	3		1	1	
鹿児島					3					
沖縄				1	8	2	3		4	
不詳等										
合計	38	58		213	783	502	503	483	424	

表15-2 石綿肺がんの補償・救済状況(都道府県別)

				新法時効救済								新法生存中救済								重複分
	2011	2012	小計	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	小計	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		
北海道	15	24	168	5		1		3	1	2	12	7	5	8	4	3	7	4	-13	
青森	2	3	12	1	1						2		2	1					-1	
岩手			5	1							1								0	
宮城	6	6	39	5			1	1		1	8	6	4	6	4	2	3	5	-11	
秋田	1		6								0								0	
山形	3	5	24	2	1						3	2		1		1			-2	
福島	1	3	18						1		1			1		3	2	1	-2	
茨城	1	2	26	3			1	1	1		6	2	1	3	1	3	4	1	-1	
栃木	1	1	12	2	2						4	2	1	2	3			1	-1	
群馬	1	1	13	1		1				1	3	2	1	1	4	1	1	1	0	
埼玉	6	15	104	6	1	4	1	1	2		15	11	4	11	8	5	7	2	-13	
千葉	17	24	154	5	2			1	1	1	10	8	5	6	7	6	4	8	-6	
東京	65	70	599	18	3	5	5	2	4	3	40	11	13	9	7	9	8	2	-14	
神奈川	44	31	398	28	9	13	6	2	2	1	61	8	8	11	11	1	3	3	-10	
新潟	3	7	72	8	2						10	2	2	5	1	1	2	1	-6	
富山	7	5	41	3						1	4			1					0	
石川	1	3	12								0		1		1	2		1	-2	
福井		1	10								0	1	2	1	1	1			0	
山梨	1		3				1				1		1	1	1	1			-1	
長野	7		32	5			1		1		7	2	1	1	1	3		4	-3	
岐阜	3	1	38	3	1						4	4				1	1	2	-2	
静岡	5	3	67	1	1		1	1			4	4	4	3	3	2	3	3	-4	
愛知	17	12	121	12		8	1		1	3	25	2	1	6	4	2	5	4	-4	
三重	8	5	54	1							1		1	1		2	1		0	
滋賀	2	2	23	1			1		1	1	4	3	1	2	1	2	2	2	-3	
京都	13	9	46			1					1	1	1		3	2	2	1	-4	
大阪	23	20	331	29	4	6	5	4	3	2	53	28	12	16	13	14	12	4	-27	
兵庫	28	37	321	35	4	10	7	1	2	3	62	17	13	15	8	9	7	17	-27	
奈良	2	2	54	4	1	1					6	6	2	1	3	2			0	
和歌山	3	2	35	1							1	3	1	2	2		2	1	-2	
鳥取			2								0								0	
島根	2		15	3			1				4	1	1		1				-1	
岡山	20	28	211	5	2	2	1				10	3	7		4	2		6	-5	
広島	21	22	170	18		1	5		1		25	10	1	7	3	1	2	4	-6	
山口	14	11	99	2	2		1	2		1	8	3	6	3		2		4	-5	
徳島	3	1	8	2							2		1					1	-1	
香川	6	3	47	17		2	2				21	4	1	2	2	1	1	2	-5	
愛媛	8	6	70	3	2	1	3				9		1		1			1	0	
高知	1	1	7	1				1			2					2	1	1	0	
福岡	10	16	114	10	1	3		4	1		19	10	5	7	7	8	4	3	-20	
佐賀		2	12	6	1						7	1			1			2	-2	
長崎	20	11	139	18	9	4	3		1		35	3	3	3	1	1	5	2	-3	
熊本	7	1	24	1							1	4	1	4	1		2	1	-2	
大分	1	3	18	1							1			1	1				-1	
宮崎		1	8				1				1	1	2		1	1	1		-5	
鹿児島		1	4	3			1				4							3	-1	
沖縄		1	19	2		2	2	1		3	10		1						0	
不詳等	1		1								0								0	
合計	400	402	3,806	272	49	65	51	25	23	23	508	172	117	142	113	96	92	98	-216	

石綿健康被害補償・救済状況の検証

表15-3 石綿肺がんの補償・救済状況(都道府県別)

	新法死亡後救済(施行前)										新法死亡後救済(未申請)							合計	救済率
	小計	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	重複分	小計	2008	2009	2010	2011	2012	重複分	小計		
北海道	25	2	1	1		1			-1	4		1	1		2	-2	2	211	13.5%
青森	2				2				-1	1						0	0	17	8.9%
岩手	0		1						-1	0		1	1			-1	1	7	3.4%
宮城	19	1							0	1						0	0	67	13.3%
秋田	0								0	0						0	0	6	3.0%
山形	2	1	1						-1	1		1	1		1	0	3	33	19.4%
福島	5	2							0	2		1		1		-1	1	27	5.7%
茨城	14				1				0	1		1	2	1		-1	3	50	9.4%
栃木	8		1	1					0	2				1		0	1	27	8.9%
群馬	11	1							0	1		3				-1	2	30	8.8%
埼玉	35	6	3	6		1		1	-4	13		1	1	2		0	4	171	10.9%
千葉	38	3	2		1				0	6		1	3		1	-1	4	212	21.3%
東京	45		3	2				1	0	6		5		2	1	-1	7	697	27.1%
神奈川	35	5	6	1	1				0	13					1	0	1	508	20.3%
新潟	8	1		1					0	2						0	0	92	17.2%
富山	1	2	2	2					-3	3	1					0	1	50	11.8%
石川	3								0	0				1		-1	0	15	5.6%
福井	6								0	0						0	0	16	10.7%
山梨	2	1							0	1						0	0	7	4.7%
長野	9					1			0	1			1			0	1	50	13.5%
岐阜	6								0	0				1		0	1	49	11.3%
静岡	18	1		3					-2	2			1			0	1	92	11.2%
愛知	20	2		2	2				-2	4	1		1	1	1	0	4	174	12.8%
三重	5					1			0	1						0	0	61	19.3%
滋賀	10		1						0	1						0	0	38	11.7%
京都	6		1						0	1						0	0	54	9.1%
大阪	72	7	10	7		2	1		-7	20		4	3	2	2	-3	8	484	15.2%
兵庫	59	4	3	3	2	1			-4	9		2			1	0	3	454	15.3%
奈良	14	1		1		1			0	3					1	0	1	78	15.2%
和歌山	9								0	0						0	0	45	19.1%
鳥取	0	2		1					-2	1						0	0	3	2.2%
島根	2			1					0	1						0	0	22	16.2%
岡山	17	1							0	1				3	1	-1	3	242	34.6%
広島	22	3		2					-1	4		1	1		3	-2	3	224	18.0%
山口	13	2		1					0	3						0	0	123	22.5%
徳島	1								0	0			1			0	1	12	6.3%
香川	8								0	0		1		1		0	2	78	26.4%
愛媛	3		2						0	2						0	0	84	21.9%
高知	4								0	0			1			0	1	14	8.0%
福岡	24	2	2						-1	3		1	1	1	1	0	4	164	11.7%
佐賀	2								0	0						0	0	21	8.5%
長崎	15	1				1			0	2			2		1	0	3	194	29.4%
熊本	11								0	0		2	1	2		-1	4	40	11.5%
大分	1	1	1				1		-2	1		1				-1	0	21	7.2%
宮崎	1								1	1						0	0	11	4.5%
鹿児島	2		1						-1	0			1			0	1	11	2.5%
沖縄	1								1	1						0	0	31	13.2%
不詳等	0								0	0						0	0	1	
合計	614	52	41	35	9	9	2	2	-31	119	2	27	23	20	16	-17	71	5,047	15.5%

炭じん爆発50年シンポジウムに寄せて

鈴木明
ソウル在住

2013年11月9日、九州大学医学部百年講堂会議室において、三池CO研究会の主催によるシンポジウム「原田正純追悼 炭じん爆発50年 三池、水俣…そして福島～専門家の責任とは何か」が開催された。これにソウル在住の鈴木明さんが、メッセージ及び「韓国のじん肺補償制度の現況と課題」と題した報告を寄せてくれた。鈴木さんと主催者の了承を得て、紹介させていただきます。

三池炭じん爆発から50年の節目に、未だ終わっていない、そして事件の教訓を生かすべき三池、水俣、福島を取り上げるシンポジウムの開催に連帯すると共に、長年、事件を風化させることなく問題の共有化をアジアに発信してこられた三池CO研究会の取り組みに敬意を表します。

わたしが存じ上げる三池CO研究会と韓国との交流は、3次CO研究会の時期になりますが、その中でも印象深いのは、CO研究会の韓国炭鉱地域現地調査の実施です。2005年に行われた調査には、美奈川成章、大原俊秀、大住和尙といった現在も活発に活動されている諸氏とともに、昨年お亡くなりになった原田正純先生も参加されました。

調査団は韓国の炭鉱地帯・太白(テベク)地域を訪れ、大韓石炭公社・長省(チャンソン)鉱業所[写真]、労災未認定じん肺患者宅、廃鉱後の地域対策として立てられたカジノを調査しました。

1980年代後半から斜陽化が進んだ韓国の石炭産業ですが、長省鉱業所を含め現在5つの炭鉱で208万トンが生産されています。調査団はその長省鉱業所の縦鉱900mを地底へ下り、切羽まで見学しました。採炭作業は行われていませんでしたが、切

羽まで行って帰ってくるだけで、私たちの顔は煤け、痰には炭じんが混ざっており、炭鉱労働の過酷さを垣間見ました。

また、廃鉱地域の経済活性化のため観光産業を育成する目的で、廃鉱地域開発支援に関する特別法により設立された「江原(カンウォン)ランド」は、唯一、内国人が利用できるカジノとして建設されました。賭博中毒者の発生問題は、地元住民のカジノへの出入りを、月1回に制限していました。

そして残されたじん肺患者の問題です。日本であれば「続発性気管支炎」の合併症で労災補償を得ることができる症状でも、重度化しないと要療養と認めない韓国の労災運用の中で、労災と認められないじん肺患者は「在宅じん肺被災者」と呼ばれています。これは労災のじん肺患者が病院に入院し、療養・休業補償を受けることと対比した呼称です。これら労災未認定じん肺患者は、粉じん職歴1年以上の労働者に交付される健康管理手帳を用いて1年に一度、障害等級の見直しの機会が与えられますが、それ以外の補償はないといつてよい状態でした。

調査団は、在宅じん肺被災者を支援する組織

の案内で、労災未認定じん肺患者の家を訪問しました。この支援組織ですが、現在、(社)全国じん肺災害者協会として、じん肺患者の権利擁護の活動をしています。私たちは、二部屋程度の平屋作りの老夫婦の家を訪れました。被害者の自宅を訪問するというのは、原田正純先生が水俣病の取り組み以来、大切にされてこられた活動です。呼吸器系の疾患のため病院通いが欠かせないが、田舎なので交通の便が悪く、タクシーに乗るしかない。その交通費も大変だが、病院代も自己負担であると説明を受けました。おじいさんの検診記録は、じん肺管理区分は「1種」、レントゲンは「1型」、肺機能「F0」と、一番軽いじん肺に相当するものでした。このような、じん肺による疾患の療養を行っているが労災と認定されていない被災者の救済をどうするのか、この課題と格闘する韓国のじん肺被災者たちと調査団は交流しました。

そして翌2006年、福岡で行われたCO研究会の日中韓のシンポジウムに、テベク地域からじん肺被災者、支援者が参加するという交流に続いています。

2010年10月21日、労使政の協議と合意をもって労災保険法の改正が施行され、じん肺管理区分1種以上の被災者についてはすべて、じん肺補償年金が支給されることになりました。この制度改正は、それまでの合併症等の認定基準により労災と認め

られたじん肺患者に、療養補償、休業補償（傷病補償年金）を支給してきたものを廃止し、健康状態の悪化が疾病の悪化につながることから、生活栄養手当の性格をもつ補償給付を支給することになったものです。

韓国のじん肺補償体系は、日本の1978年じん肺法改正をそのまま取り入れ制度化しました。1985年の韓国じん肺法は、合併症の5つも日本のものと同じでした。補償給付の内容も同じです。そこから、大きな転換が行われました。ここに「専門家」として制度設計に寄与した研究者の努力を挙げることができます。政府主催の公聴会では、既得権益に固執する労災認定患者から卵を投げられるという悲しい思いもしました。しかし、より多くのじん肺被災者の救済と合理的な補償をかかげ、日本式の補償制度から決別しました。

現行のじん肺補償年金制度についても、改正すべき指摘が出されています。ここにおいても、当事者の発言とともに、専門家の発言が重要な役割を果たすでしょう。

一番困難な人に寄り添われたのが、原田正純先生でした。また、三池CO研究会のみなさんでもあります。わたしたちはそこに、専門家のあるべき姿を求めていると思います。

シンポジウムでの活発な議論に期待します。



韓国のじん肺補償制度の現況と課題

2010年11月21日に施行された労災保険法のじん肺被災者に対する改正は、それまでの障害補償給付、休業補償給付、傷病補償年金、遺族補償給付を廃止し、年金（じん肺補償年金及びじん肺遺族年金）に一本化するものであった。

1. 制度改善の背景

じん肺被災者への補償は、他の業務上災害と同じく運用されてきた。一般的にじん肺被災者は障

害等級決定を受け、等級による「障害一時金」の支給を受ける。合併症等、療養の対象とならないじん肺被災者はそれが補償のすべてであり、一定期間の経過後、生計が困難になるケースが多かったが放置されてきた。そこで韓国で言う「在宅じん肺患者」=労災未認定のじん肺被災者の生存時の安定した生活を補償するため、年金制度等を進めた。

2007年11月から2008年10月の労使政、専門家による「じん肺制度改善協議会」及び国会の論議を

＜労災保険受給者におけるじん肺受給者の現況＞

勤労福祉公団療養部(保険給付額単位:百万ウォン)

年度	保険給付額			受給者数		
	保険給付総額	じん肺	じん肺比率	受給者総数	じん肺	じん肺比率
2008年	3,421,885	288,519	8.4%	240,520人	12,607人	5.2%
2009年	3,463,141	292,945	8.5%	252,035人	12,452人	4.9%
2010年	3,523,735	287,424	8.2%	253,279人	16,083人	6.4%
2011年	3,625,397	339,958	9.4%	278,585人	17,869人	6.4%
2012年	3,851,287	345,290	9.0%	244,002人	18,196人	7.5%

を経て、2010年11月21日より施行。

2. 新たなじん肺補償年金制度の内容

- (1) 療養補償:療養中のじん肺被災者については、療養補償を同じく支給。
- (2) じん肺補償年金:療養期間中の休業補償(傷病補償年金)に替え、基礎年金と障害等級に該当する給付を合わせたじん肺補償年金を支給。
 - ① 基礎年金:最低賃金(365日分)の60%(2013年、71万ウォン/月)
 - ② じん肺障害年金は既存の7段階から3段階に単純化して支給(1~3級:平均賃金の月11日分、5~7級:月6日分、9~13級:月2日分)。
- (3) 療養していないじん肺被災者についても同じく、基礎年金と障害給付を合わせたじん肺補償年金を支給。
- (4) 生計を一にする遺族について、じん肺遺族年金を支給。

既存受給者の保護:制度改善前に障害・遺族年金受給者、療養・休業補償受給者、傷病補償年金受給者に対する措置は以下のとおり。

- (1) 改正法施行以前の療養(再療養)受給者は療養終了まで休業補償を支給。
- (2) 制度改善の以前から療養していたじん肺患者が死亡した場合、遺族補償(年金・一時金)支給。
- (3) 制度改善の以前から療養していたじん肺患者が治療終了後、障害等級決定を受けた場合、傷害補償(年金・一時金)支給(障害一時金の受領者はじん肺補償年金の基礎年金を追加

支給)。

3. 韓国におけるじん肺の判断

あらためてここで、韓国におけるじん肺の判断基準について整理する。

- (1) じん肺病型の判定:胸部直接撮影X線を判読し決定。じん肺病型分類は、ILOのじん肺放射線映像の国際分類規定に従い、疑症(0/1)、第1型(1/0、1/1、1/2)、第2型(2/1、2/2、2/3)、第3型(3/2、3/3、3/+)、第4型(ABC)に区分。
- (2) 心肺機能程度の判定:肺機能検査を通じ決定。軽微な障害(F1/2)、軽度障害(F1)、中等度障害(F2)、高度障害(F3)に判定。
- (3) じん肺管理区分の判定基準:別掲表のとおり。
- (4) じん肺障害等級:じん肺病型と心肺機能程度を合わせて決定し、7段階(1、3、5、7、9、11、13級)に区分。別掲表のとおり。

4. 労災補償の対象、療養認定基準

- (1) じん肺病型が第1型以上の場合
 - ① 活動性肺結核、胸膜炎、気胸、気管支炎、気管支拡張症、肺気腫(心肺機能が軽度障害以上の場合にのみ該当)、肺性心、非定型ミコバクテリアの感染と確認された場合。
 - ② じん肺により高度の心肺機能障害(F3)と確認された場合。
 - ③ じん肺の病型が第4型で、大陰影の面積の合計が右肺上側の1/2を超える場合。
 - ④ 鉱業の粉じん作業従事経歴があるじん肺勤労者に原発性肺がんが発生した場合。

じん肺管理区分の判定基準

じん肺管理区分	判定基準
第1種	胸部X線写真の像が第1型で、じん肺による著しい肺機能の障害がないと認められる者
第2種	胸部X線写真の像が第2型で、じん肺による著しい肺機能の障害がないと認められる者
第3種	次の各号のいずれかがひとつに該当する者のうち、じん肺による著しい肺機能の障害がないと認められる者 1. 胸部X線写真の像が第3型の者 2. 胸部X線写真の像が第4型で、大陰影の大きさが片側肺野の3分の1未満の者
第4種	1. 胸部X線写真の像が第4型で、大陰影の大きさが片側肺野の3分の1以上の者 2. 胸部X線写真の像が第1型・第2型・第3型または第4型(大陰影の大きさが片側肺野の3分の1未満の場合に限る)で、じん肺による著しい肺機能の障害があると認められる者

じん肺障害等級

じん肺病型	心肺機能	F0(正常)	F1/2	F1	F2	F3
	第1型(1/0、1/1、1/2)		13級	11級	7級	3級
第2型(2/1、2/2、2/3)		11級	11級	7級	3級	1級
第3型(3/2、3/3、3/+)		11級	9級	7級	3級	1級
第4型(4A、4B、4C)		11級	9級	5級	3級	1級

(2) じん肺疑症(0/1)に活動性肺結核が合併した場合。→この場合の給付は、療養給付と付添看護費のみである。2010年11月20日以前は、療養給付とともに療養期間の休業給付も支給されたが、法改正で廃止される。2013年7月の労災保険法施行令改正で、長期の粉じん作業による慢性閉塞性肺疾患を業務上疾病とし、じん肺疑症と判定を受けたじん肺被災者への救済を図っている。

5. 課題

2010年の法改正から3年が経とうとしている。現行制度の課題として、(社)全国じん肺災害者協会の法改正要求の主要な3点を紹介する。これらの指摘については、全国民主労働組合総連盟も同様の立場である。

(1) 全国3,270人の疑症対象者をじん肺管理区分第1種に上方調整せよ。

2010年の法改正以前は、疑症で合併症の結核で療養すれば休業補償を受けて来たり、疑症で合併症の肺がんで死亡すれば遺族補償と葬祭料の支給を受けたが、法改正後はなんらの

支援もない状態である。よって疑症対象者全員を管理区分1種と認定し、補償体系に含めよ。

(2) 肺炎を速やかに合併症に含めよ。

じん肺患者は免疫力が低下しており、風邪をひいても肺炎に悪化しやすく、非療養じん肺被災者において最も多い死亡疾患である。日本に比べ韓国は、続発性気管支炎が悪化しないと要療養と認めないため、その認定範囲が5%にしかない。

(3) じん肺補償年金制度の現実化。最低賃金70%に引き上げ調整せよ。

2010年法改正以前の療養患者は、平均賃金の70%を支給されたが、その後の療養患者は最低賃金の60%の支給を受けている。もし平均賃金を適用できないとすれば、最低賃金の100%を支給されねばならず、非療養じん肺被災者は平均賃金を適用されないとしても、少なくとも最低賃金の70%は支給されねばならない。また、基礎年金を受けている者がじん肺合併症がなく死亡した場合、配偶者に基礎年金(70万9千ウォン)は引き継がれなければならない。

以上 

欧州の職業病システム

2013年3月 欧州委員会の報告書



とりわけ職業病の欧州リスト及び関連する諸側面のデータ収集に関する 委員会勧告2003/670/ECに関連した、EU加盟諸国及びEFTA/EEA諸国 における職業病システムに関する現状に関する報告書

Report on the current situation in relation to occupational diseases' systems in EU Member States and EFTA/EEA countries, in particular relative to Commission Recommendation 2003/670/EC concerning the European Schedule of Occupational Diseases and gathering of data on relevant related aspects

1. はじめに

1.1 前書き

これは、とりわけ職業病の欧州リスト及び関連する諸側面のデータ収集に関する委員会勧告2003/670/ECに関連して、EU加盟諸国及びEFTA/EEA諸国における職業病システムに関する現状をレビューするプロジェクトの報告書である。

共同体戦略(2007年2月21日の通知COM(2007)62最終版「労働における質及び生産性の改善:労働安全衛生に関する2007-2012年共同体戦略」)は、委員会に勧告の評価を具体的に委任しており、これがプロジェクトが提供することである。

プロジェクトは、3つのステージからなる。

- ・ 国の専門家らに対するテンプレート及び指示の開発はもちろん、文献レビューを含めた、準備ステージ
- ・ データ収集及び国の専門家らの報告の組織
- ・ 詳細な分析、ワークショップ、統合及び報告

プロジェクトは、参加諸国をまたがる諸アプローチの多様性及び一貫性の双方を明らかにする、膨大な価値のある情報を生成したことを指摘しておく

なければならない。作業の中心は、その多くがバランスのとれた現状についての記述を与えてくれた、各国報告であった。しかし報告は、例えば、職業病と職業病方針及び関係諸団体の代表の参加に関する情報の入手可能性により、対象の広さ及び詳細さにおいて多様であった。その結果のひとつは、いくつかの諸国ではここで報告できたよりも多くの取り組みがなされている一方で、他の諸国ではいくつかの重要な問題を明らかにすることが困難である。

そうした問題のより詳しい取り扱いは、本章に続く部分で示されている。

1.2 職業病の負荷

職業ファクターは、疾病の世界負荷に重要な役割を果たしている。労働関連疾病率及び死亡率は、労働者とその家族の苦しみや困難に帰結するだけでなく、生産性の損失と医療福祉サービスの利用の増加を通じて社会に対する総体的費用も追加する。

労働安全衛生に関する2007-2012年共同体戦略は、以下のように結論づけている。「労働災害職業病は、公共及び民間の社会保障システムに対す

る莫大な金銭的負担を表しており、共同体及び国の諸方針の策定に関して欧州連合に関わる主要な関係者間の協力はもちろん、統合され、調整のとれた戦略的対応を必要としている。

国際労働機関 (ILO) は、労働災害職業病の総費用を国民総生産 (GNP) の4%と推計した。

EU内におけるある調査は、労働関連健康障害の費用を1,450億ユーロと推計している。この推計は、いくつかの根拠のない仮定に基づいたものであるが、全体としてのEUにおける職業病の費用の幅に一定の考えを提供してくれる (<http://osha.europa.eu/en/publications/outlook/new-and-emerging-risks-in-occupational-safety-and-health-annexes>)。

様々な諸国で、社会の費用は、国民総生産の2~4%と推計されている。もっとも多い致死的な労働関連疾患グループは、がん (25%)、循環器疾患 (21%)、伝染性疾患 (28%) である (Hamalainenら、2011)。

労働関連疾患及び職業病の定義

ILOの背景

労働関連疾患と職業病の概念は常に論議的になってきた。1987年に労働衛生に関するILO/WHO合同専門委員会は、認められた職業病だけでなく、労働環境や労働のパフォーマンスがいくつかの原因因子のひとつとして著しく寄与している他の障害をも表すのに、労働関連疾患という用語が適切かもしれないという提案を示した (1989年労働衛生に関するILO/WHO合同専門委員会)。ある職業曝露と特定の疾病との間に因果関係が存在することが明らかなる場合には、当該疾病は通常医学的及び法律的の両方で職業性とみなされ、そのように定義されるかもしれない。職業または労働条件と何らかのかたちで関係がありうる、幅広い疾病が存在している。他方、本来職業性で、一般にひとつの原因因子と関連し、相対的に確認が容易な伝統的な疾病も存在している。一方、職業との強力または具体的な結びつきなしに、多くの可能性のある原因因子をもつ、たくさんの種類の障害が存在している。これら多くの多原因疾患は、一定の条件のも

とでのみ労働関連性であるかもしれない。

労働と疾病との間の関係は、1993年にILOによって以下のように記述されている。

職業病—職業と具体的または強力な関係があり、一般的にひとつだけの原因因子をもち、そのように認定される

労働関連疾患—多原因因子をもち、かかる疾病の発症には他のリスク因子とともに労働環境中の因子が役割を果たしている可能性があり、複雑な原因論をもつ

労働力人口に影響を与える疾病—労働との因果関係はないが、健康に対する職業ハザードによって増悪される可能性がある

職業病の定義には、二つの主要な要素が示されている。

- ・特定の労働環境及び/または活動と特定の疾病結果との間の曝露—結果関係
- ・これらの疾病が関係する人の集団において発生し、他の人口集団の平均罹患率よりも罹患率が高い

曝露—結果関係は、臨床的及び病理学的データを通じて明確に確立されなければならない。職業的背景の知識及び職務分析が不可欠である。また、特定の職業病とそれに対応する特定の職業における活動との曝露—結果関係の判定には、疫学的データが有用である。

EUの文脈

EUの文脈においては、公衆衛生及び労働安全衛生に関する共同体統計に関する2008年12月16日の欧州議会及び委員会規則 (EC) 1338/2008のなかで、職業病統計に対するアプローチが設定されている (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:354:0070:0081:EN:PDF>)。

定義は付録Vのなかにある。

「職業病の事例は、職業病の認定に責任をもつ国の機関によって認定された事例と定義される。データは、職業病事象及び職業病による死亡について収集されなければならない。

労働関連健康障害及び疾患は、労働条件に

よって引き起こされ、増悪され、または共同で引き起こされる可能性のある健康障害及び疾患である。労働関連健康障害及び疾患の事例は、必ずしも当局による認定に言及する必要はなく、関連するデータは、欧州健康インタビュー調査 (EHIS) その他の社会調査などの既存の人口調査から収集されるべきである」。

職業病の定義は、職業病勧告のなかで認められた各国の方針に関連した、加盟国の主権を反映したものである。しかし、勧告は同規則よりも前に導入されたことから、勧告は規則に言及していない。共同体統計規則が、何らかの職業病勧告の採択によって明確に支持され、将来の職業病統計の基礎を形成することは重要である。

1.3 勧告2003/670/EC

この段階で、勧告は通常ではないハイブリッドであることを指摘しておくべきだろう。第1条の勧告の詳細は職業病の補償に集中する傾向があるとはいうものの、勧告の理由を説明した「前文」は、ほとんど職業病の予防に集中している。補償問題及び社会保障規定はより一般的には、ACSHの責任の範囲内でも、共同体戦略でもふれられていない。社会保障及び労働安全衛生問題は、別の議決体系の課題である。にもかかわらず、補償及び予防の問題の間には無視できない相乗作用が存在し、勧告が両方の領域を扱うことは重要である。もうひとつ勧告の通常でない側面は、予防との関連で、それらが共同体の予防に対するアプローチの基礎を形成しているにもかかわらず、枠組み指令にも、そのもとでつくられたいかなる指令にも言及していないことであり、予防のメインストリームとより強力かつより明確な結びつきを確立するために、何らかの勧告の改訂が必要である。

勧告第1条は、多数のトピックスを取り上げており、それらが各国からの報告の構造を与え、このプロジェクト報告書の基礎を形成した。

1. 認定

補償に責任があり、また、予防措置の対象となる職業病に関連した国の法令または行政規定のなかに、欧州リスト(付録I)を導入する。

2. 補償

国の法律等に、(付録Iに掲載されていない)当該病気がその原因及び性質が職業性であることが証明できる場合(とりわけ付録IIに掲載されている場合)職業病に関する補償についての労働者の権利を導入する。

3. 予防

欧州労働安全衛生機関を通じた情報、経験及びグッド・プラクティスの交換はもちろん、付録Iの職業病についての(すべての関係者を巻き込んだ効果的な予防措置)を策定及び改善する。

4. 目標設定

認定される職業性疾患(とりわけ付録Iに含まれるもの)の率の低減のための量的目標を策定する。

5. 記録及び報告

原因因子、医学的診断及び患者の性別に関する情報を利用できるようにするために、職業病(付録I)のすべての事例が(統計的に)記録及び報告されるようにする。

6. 疫学

疑われる疾患(付録II)その他の職業的性質の疾患の疫学に関する情報システムを導入する。

7. 調査研究

職業活動と関連のある病気(とりわけ付録IIの病気)及び労働に関連した心理社会的性質の障害に関する調査研究を促進する。

8. 診断

職業病の診断のための委員会の通知を考慮に入れつつ、国のリストに含まれた職業病の診断を助ける文書が広く普及されるようにする。

9. 統計

とりわけ欧州労働安全衛生機関の情報ネットワークを通じて、国のレベルで認定された職業病に関する統計的及び疫学的データを提供する。

10. 注意喚起

とりわけ知識及び診断の改善を通じて医療スタッフにおける注意を喚起することによって、職業病の予防における国の医療システムの積極的な役割を促進する。

第2条は、加盟国が、EUリスト(付録I)をそのまま採用するのではなく、むしろ「実施されている国の

法律または慣行にしたがって、個々の職業病の認定についての基準を自ら決定すべき」ことを説明している。これは、EUリストは、すべての加盟国において同じリスクを予防しようと意図しているが、すべての加盟国で同じやり方でそれをしようとしているのではないということの意味している。また、個々の加盟国は、付録IIにはまだないものの、同様の基準を満たす疾病—とりわけ付録IIIに掲載されるものを認定することをできるようにし、それらを国のリストに含めるべきことを勧告されている。

付録Iは、108疾病からなり、その原因因子（グループ1、4、5：化学物質曝露、病原菌及び寄生虫への曝露、物理的曝露）または影響を受ける器官（グループ2、3：皮膚、気道、その大部分は原因物質に関連したものである）にしたがって、5つのグループに区分されている

付録IIは、さらなる48疾病からなり、付録Iと同様に5つのグループに区分され、その大部分（36）は化学物質曝露による原因に言及している

1.4 EUの文脈

枠組み指令89/391/EEC

枠組み指令は、安全に対するのと同じだけ、労働における衛生に対して適用され、指令の中核をなす「予防の一般原則」は、安全に対するのと同じように、職業病の管理と関連がある。枠組み指令はいまや20歳であるが、それは社会要因及び労働環境、及び健康監視の重要性を強調している。そのアプローチが時のテストを経た文書である。

枠組み指令が発効して以来、アスベスト、生物学的因子、化学因子（及び関連した職業曝露限界値（IOELV）指令）、及び騒音や振動などの物理的因子を扱ったものなど、他の衛生関連及び疾病関連指令が後に続いた。化学物質によって引き起こされる多数の職業病に関しては、勧告2003/670に付属するリストよりも、正しく予防原則に焦点が当てられたIOELVのリストのほうに載っている。

労働安全衛生に関する共同体戦略

共同体戦略（2007年2月21日の通知COM（2007）62最終版「労働における質及び生産性の改善：労働

安全衛生に関する2007-2012年共同体戦略」）のなかで、委員会は、職業病の重要性に対するその認識をあらためて強調し、この分野における取り組みを継続する意思を表明した。委員会は、職業病の欧州リストを扱った勧告に対してとられた諸措置を評価することを指示した。委員会は、労働災害職業病がいまなお欧州の労働者及び使用者双方にとっての大きな負担であると結論づけた。また、労働災害職業病の予防及び低減が、様々な諸国、部門、企業及び労働者集団ごとに不均衡なままであると指摘した。さらに、筋骨格系障害（腰痛、関節障害や反復緊張傷害）や心理社会的ストレスによって引き起こされる健康障害を含め、ある種の職場健康障害が増加している一方で、労働生活における変化が新たな職業リスクにつながっている。労働災害や労働関連健康障害がすべての関係者に同等にかかるわけではないうえに、改善のための多くの余地がなおある。2007-2012年戦略は、EUにおける労働災害職業病の持続的低減を目的に掲げた。欧州及び国レベルにおける一連の取り組みが、この目的を支持した。それらは以下をカバーしている。

1. グッド・プラクティスの共有、注意喚起キャンペーン、よりよい情報及びトレーニングなどの強制的ではない手段を通じた、既存の法令の改善と簡素化及びその現実的実行の強化
2. 個々の加盟国の具体的状況に適合した国の戦略の定義及び実行。これらの戦略は、もっとも影響を受ける部門に焦点を定め、労働災害職業病を低減する国の目標に合致すべきである。
3. 労働安全衛生を他の国及び欧州の方針分野（教育、公衆衛生、調査研究）のなかでメインストリームにするとともに、新たな相乗作用を見出すこと
4. 一層の調査研究、知識の共有及び結果の現実的適用を通じた、潜在的な新たなリスクのよりよい把握及び評価

EU議会の決議

最近の雇用社会問題委員会による欧州戦略2007-2012年の中間レビューに関する欧州議会決

議の動議(A7-0409/2011)は、化学物質リスク、職業がんの予防及び生殖能力の保護に関するEU方針の強化を求めている。また、電磁場から生ずるリスクからの労働者の保護のための迅速な立法も求めている。

統計データの収集に焦点をあてて、それは性別の職業病統計、及び筋骨格系障害と労働関連ストレスに関するデータの重要性を強調している。また、EU-OSHAに対して、がんに対する曝露に関する国の指標を集め、とりわけ影響を受けやすい集団のばく露に関する知見をレビューすることも求めている。

勧告は、職業病の領域における性差の問題にふれている。長い間、職業病は主として男性の問題とみなされてきた。性差の観点のフィルターを通じて、健康に対する労働の影響に関する一連の国及び欧州のデータを検討したETUIの調査は、この領域における差別の規模を強調し、方針決定者と研究者の双方にとって有益な洞察を提供している。性差の問題は、労働関連生殖ハザードに関するだけではない。<http://www.etui.org/Publications2/Reports/Women-and-occupational-diseases-in-the-European-Union>

PROGRESSプログラム

EU社会アジェンダは、雇用、社会問題及び機会均等の分野における様々な目標を策定している。PROGRESSプログラムは、より多くのよりよい仕事を創設し、より結束性のある社会を建設する、加盟国の努力を支援するものである。その核となる関心事のひとつは、労働安全衛生及び労働と家庭生活の調和を含む、労働環境及び労働条件の改善である。

達成された進展にもかかわらず、なお、なされなければならなかったことが多くある。例えば、直近の労働条件に関する欧州調査の結果は、多数の労働者がいまなお自らの仕事は彼らの健康や安全を脅かしていると考えている。さらに、いくつかの範疇の労働者は、いまなお職業リスクに過剰曝露している(若年労働者、雇用が不安定な労働者、高齢及び移住労働者)。一定の部門はいまもとりわけ危険

である(建設/土木、農業、漁業、運輸、医療及び社会サービス)。加えて、職業ハザードの性質が、イノベーション、新たなリスクファクターの出現(例えば労働における暴力)及び労働パターンの変化(一層細分化された労働生活パターン)の結果として、変わりつつある。

珪肺や中皮腫のように平均余命に大きなインパクトをもつ疾病は、世界規模で予防及び被災者とその家族に対する集団補償の引き金の役割を果たしてきた。1962年以降、EU加盟諸国は、職業病の欧州リストを考慮に入れるよう期待されてきた。欧州委員会は長年この分野で—とりわけ—予防措置の奨励、及び、補償請求が首尾よくいくような国の枠組みの促進に取り組んでいる。

1.5 職業病に関する情報通知、診断のガイド

合意された職業病診断の診断基準は、臨床的判定の一貫性の確保に役立つとともに、個々の事例の管理及び職業曝露集団における予防に貢献するだろう。欧州委員会(EC)は、1962年に最初の職業病リストを作成した。様々な国の他の機関や団体も、独自の職業病リストをもっているが、そのような疾病の認定に関する手引きは容易に利用できる状況にはない。このニーズを満たすために、ECは1963年に「欧州職業病リストに登録された疾病に関する医学的事項」と題した文書を作成した。これは、1964年にEU専門家のワーキング・グループによって更新され、「職業病の診断に関する情報通知」が発行された。この1994年文書の改訂が10年後に委託された。現在の文書「職業病の診断のための基準」は、新たなEU専門家ワーキング・グループの努力の結果である。グループには、1994年文書にかかわった者や様々なEU諸国からの新たなメンバーを含んでいた。また、労働者及び使用者を代表するオブザーバーも招かれた。個々の事例に適用可能な諸システム及び/または単一のシステムによる補償についての労働者の権利に、グループの結論がもつかもつかい含意は、グループに委託された権限外とみなされた。

職業病の診断は、予防、医療、及び職場での取り組み、企業、労働者代表及び被災者とその治療

を担当する医師と密接な関わりをもつ。この更新された文書は、臨床医、労働衛生実務者、衛生士、科学者、社会パートナー、国の機関、及び、職業病の診断に責任をもつ及び/または関心のある他の保健専門家のための、ガイド及び情報源として意図されたものである。この文書が利用できるようになって以降に現われた新たな情報も考慮に入れられ、定期的にレビューされるべきである。

本文書は、欧州職業病リストの付録IIに掲載された疾病に関する情報を含み、それらがリストに掲載されている順序で示されている。

1.6 プロジェクトの目的

ここに報告されるプロジェクトは、こうした方針分野すべての様々な要素を含んでいる。調査は、EU加盟国及びEFTA(欧州自由貿易連合)/EEA(欧州経済領域) 諸国における、職業病システムに関連した現状を評価することを目的にしている。調査の主な目的は、以下のとおりである。

- ・ 勧告2003/607/EC、その付録及び関連文書(診断基準手引き)が職業病の問題に取り組む国のシステムを奨励していることに対する程度を記述する。
- ・ 様々な関係者(政府、社会パートナー、学術団体)の役割及び適用される基準と手続を含め、国のリストへの職業病の包含についての加盟各国の意思決定のプロセスを明らかにする。
- ・ 国の関係者(例えば、社会パートナー、社会保険、疫学及び統計学の専門家)の意見及び提案を吟味する。これらの評価は、EUシステム(勧告)の内容や構造、実施、現行の国のシステムやその実施、等々と関係しているかもしれない。
- ・ (「国」の情報が十分に利用でき、妥当であることを条件に)費用対効果に関する分析を含め、職業病の予防における「グッド・プラクティス」を記述する。
- ・ 現在EUによって実施されている「職業病システム」を発展することのできる方法に関する一連の選択肢及び理由を提示及び議論する。

最初の4つの目的に対するプロジェクトの結果のレビューは第8章で、5つ目の目的に対しては第9章

で示される。変更の提案は、報告全体を通して指摘され、それらは、もっとも重要な勧告のリストで締めくくる第9章の第2部に要約されている。

1.7 方法論及び情報源

プロジェクトは、3つのステージからなる。

- ・ 国の専門家らに対するテンプレート及び指示の開発はもちろん、文献レビューを含めた、準備ステージ
 - ・ データ収集及び国の専門家らの報告の組織
 - ・ 詳細な分析、ワークショップ、統合及び報告
- 諸国にまたがって利用可能な文書資料はもちろん、組織的及び法的構造が多様であることに照らして、データの収集及び分析は様々な情報源に基づいた。
- a. 机上調査、文献レビュー(インターネットを含む)等、比較可能な情報源またはEU機関情報源(例えば、EU-OSHA)から。
 - b. GVGによってコーディネートされ、国の専門家らから提供された、文献及びインタビューに基づく各国報告
 - c. 文書調査、Eメール(または電話)連絡、国際機関(ILO、WHO、ISSA)専門家、職業病分野の専門家ネットワーク、社会パートナーの団体の専門家及び他の関係者の代表に対するインタビュー
 - d. 会議への参加(例えば、Modernetネットワーク主催による「新たな職業病の追跡」(2011年4月、アムステルダム))

準備段階

準備段階にはまず、職業病方針の「最先端」に関する状況、及び本調査の対象となったEUその他の諸国における進展の概観につながる、最新の文献レビューが含まれた。また、関係者の見解や取り組みの記述、及び国際機関(ILO、WHO、ISSA)の計画、EUレベルにおける社会パートナー団体及び他の比較可能な情報源も含まれた。

この段階はまた、明確な概念的枠組みの綿密な仕上げ、ツールの開発(説明及び報告用テンプレート)及び専門家のネットワークの構築等からも

なった。

各国報告

調査のはじめから、対象とされた諸国における職業病のシステム及び状況の確かな絵を得るには、多くの情報源からの情報が必要なことは明らかであった。多くのEU諸国において、職業病及び関連する方針に関する文書資料は主として自国言語で入手可能であって、関係した機関のスタッフは必ずしも常に英語（またはフランス語またはドイツ語）に堪能であったわけではないことが指摘された。結果的に、調査の一部は、入手可能な文献を収集し、使いたるインタビューを行った、独立的な国の専門家によって行われた。専門家らによって提出された各国報告は、調査チームが提供したガイドラインにしたがい、また、多数の情報源を用いてつくられた「作業文書」に構築された。

- ・ 国の文書資料、方針文書、ガイドライン等々、公式及び「グレー文書」の双方、国及び当該国に言及する限り国際機関（例えば、Euro、ILO、欧州機関）からの双方
- ・ 監視システムからの統計及びデータ、基礎となるデータ（費用/効果及びその他）を含め、職業病予防に関する（潜在的）グッド・プラクティスに関する出版物
- ・ 文書資料が不完全、または一般的な意見及び立場の洞察が求められた点についての、電話または対面インタビュー及びEメール通信

国の専門家らは、(ガイドライン及び各国報告用テンプレートにしたがって)分析、評価、結論及び関連する付属文書、及び、用いたデータ源/情報の概観を含めた、各国報告(草案)を準備した。プロジェクト・チームは、品質管理の任務を行い、報告草案の構造、内容及び編集的側面に関してフィードバックを提供した。追加的データ収集や改訂が必要な場合もあった。

分析

31か国における様々な側面のよりよい概観を入手するという目的に対して、各国報告が容認されるやいなや、比較表が準備された。それは、勧告の

10のトピックスすべてを網羅し、調査者/筆者が結果を分析して、本報告書に含められた諸章を準備するうえでの基本的材料となった。分析には以下が含まれた。

- ・ EC勧告の10の課題に関連した現在のポジションの比較分析
- ・ 以下のような、厳選されたトピックスについての特別的分析
 - ・ 包含の基準、認知の手続及び職業病の国のリストへの包含の意思決定プロセス、疑われる職業病の役割、等
 - ・ EU勧告、国の職業病リスト及び国の職業病方針分野における優先課題についての関係者の評価
 - ・ (入手できる場合は)費用/効果の面も含めた、職業病の予防に関するグッド・プラクティス
 - ・ 職場における新たに現出しつつあるリスクに与えられる優先度
 - ・ EU勧告のトピックスとの関連で、職業病における今後の発展に関する可能性のある意見の分析

概観比較の最初の所見は、最終報告書の著述に関わった調査者はもちろん、EC、EU-OSHA、その他機関からの専門家も含めたワークショップで提示された。ワークショップはまた、勧告の10のトピックスにおける今後の取り組みに関する意見の草案を付けた(各国報告及び文献レビューに基づいて準備された)文書の討議にも時間をあてた。

調査の限界

幅広い各国報告のガイドライン及びリサーチ・チームからのフィードバックにもかかわらず、国の専門家らによって提供された各国報告は、その広さと深さに関して多様であったことを指摘しておかなければならない。この多様性に影響を及ぼした多くの要因には、以下のようなものがある。

- ・ 職業病に関する調査研究の取り組み
- ・ 職業病及び職業病方針に関する情報の入手可能性(例えば、過少報告または予防におけるグッド・プラクティスに関して)
- ・ 関係団体の代表の自らの立場及び評価につい

て話すことに対するオープンさ及び意欲

こうした多様性の結果のひとつは、いくつかの国ではここに報告できるよりも多くの取り組みがあると同時に、他の国について収集された情報はいくらかバランスを欠いているかもしれない。

国の報告者の選択は、この分野における独立的専門家にねらいを定めたものの、これは常に可能だったわけではなく、国の専門家のポジションがいくらかの「情報バイアス」につながっているかもしれない。いくつかの国では、国の専門家は、労働監督機関または職業病の補償を扱う機関に所属しており、それが彼らの見解に影響を与えているかもしれない。

1.8 報告書の構造

調査の背景、目的及び方法論について、第1章で述べられる。

第2章では、勧告の10のトピックスにおける主な進展の概観が示される。

第3章では、職業病の国のリストへの包含についての意思決定プロセスについて述べられる。

国の職業病リストの内容についての分析が、第4章に示される。

第5章では、勧告の10の課題における関係者の見解が述べられる。

第6章は、職業病予防分野における多くのグッド・プラクティスについて記述する。

第7章では、新たな労働関連ハザードの問題及び潜在的な新たな労働関連疾患の把握が扱われる。

第8章は、勧告の分析及び本調査の結論を示す。

第9章では、職業病システムの進化のための選択肢について述べられ、方針の勧告が要約される。

付録では、付録を含む各国報告、比較表、文献レビュー、質問用紙、プロジェクトに参加した専門家のリスト、及びいくつかの他の関連プロジェクト文書が提供される。

[第2～7章は今回省略、おつて紹介したい。]

8. プロジェクトの目的： 分析結果の統合及び結論

8.1 はじめに:新たな労働世界における職業病

職業病は、職場の健康ハザードへの曝露によって引き起こされる健康問題である。典型的には、粉じん、ガス、ヒューム、騒音、振動、有害物質、異常な温度及び圧力、過重な労働負荷、労働におけるストレス、などに起因する。

その2007年2月21日付け通知COM (2007) 62最終版「労働における質及び生産性の改善:2007-2012年労働安全衛生に関する共同体戦略」(以後、現行戦略と言う)のなかで、委員会は、労働関連健康障害に伴う諸問題の経済的費用がEUにおける経済成長を妨げず、企業の競争力に影響を及ぼすことのないようにするための効果的な労働安全衛生方針の重要性を認めている。委員会は、労働災害・職業病はいまなおヨーロッパにおける労働者及び使用者双方に対する重い負担であると結論づけている。また、労災職業病の予防及び低減における進展は、国、部門、企業及び労働者の範疇によって不均衡なままでも指摘している。

結果的に、加盟諸国の当局及び使用者の観点におけるいかなる経済的配慮に関わりなく、職業病及び労働関連健康障害の長期的負荷を低減することを目的とした諸措置が必要である。

欧州委員会は、予防措置を奨励し、首尾よい補償請求を許す国の枠組みを促進するために、長年にわたって職業病の分野で取り組んできた。勧告670/2003/EC (以後、勧告と言う)は、それらの問題のいくつかにふれている。

革新や技術進歩が職場のハザードやリスクの数を増大させるかもしれないことから、それが「新たな」職業病または労働関連健康障害の原因になるかもしれないものとして、それらの諸問題に対処する必要がある。

8.2 プロジェクトの目的

委員会の現行戦略はまた、勧告に応じてとられた諸措置を評価することも意図していると述べてい

る。この目的が、ここで報告されたプロジェクトの基礎である。プロジェクトの主要目的は以下のとおり。

1. 勧告2003/607/EC、その付録及び関連文書（診断基準手引き）が職業病の問題に取り組む国のシステムを奨励していることに対する程度を記述する。
2. 様々な関係者（政府、社会パートナー、学術団体）の役割及び適用される基準と手続を含め、国のリストへの職業病の包含についての加盟各国の意思決定のプロセスを明らかにする。
3. 国の関係者（例えば、社会パートナー、社会保険、疫学及び統計学の専門家）の意見及び提案を吟味する。これらの評価は、EUシステム（勧告）の内容や構造、実施、現行の国のシステムやその実施、等々と関係しているかもしれない。
4. （「国」の情報が十分に利用でき、妥当であることを条件に）費用対効果に関する分析を含め、職業病の予防における「グッド・プラクティス」を記述する。
5. 現在EUによって実施されている「職業病システム」を発展することのできる方法に関する一連の選択肢及び理由を提示及び議論する。

これらの目的を満たすために収集された情報は、机上調査、（資料及び関係者へのインタビューに基づく）国の専門家によって提供された報告、国際機関（ILO、WHO、ISSA）及びEU機関（例えば、EU-OSHA）からの資料に基づいている。方針、行動及び勧告の諸論点に関する情報の入手可能性における幅広い国間の多様性は、各国について完全な概観を提供することはできないということである。しかし、大部分の国について、勧告の実施の現在のパターンの適切な描写を得ることができた。目的に関連してわかったことはここに示され、さらなる内容及び分析は本章の付録に示されるが、それは現行の勧告に対するひとつの批判である。

8.3 目的1：2003年以降各国はどのように職業病に取り組んできたか

最初の目的に対する導入として、認定、補償、予防、目標設定、報告及び記録、疫学、調査研究、診断、統計及び注意喚起という、勧告が対象とした領

域における進展を概略する。詳細は、第2章及び各国報告のなかに示されている。

主な所見 認定

20か国中26か国が、認定及び補償を目的とした職業病のリストをもっている。2003年以降、（5か国を例外として）すべての国のリストの内容について変更があった。12か国においては、変更には新たな職業病リストの採用が含まれた。5か国は、（構造及び内容の双方において）自国のリストを欧州リストに沿ったものとするか、または、欧州リストを直接自国の法令に置き換えた。新たに認知された職業病には、主として、アスベスト粉じん起因する疾病、筋骨格系障害及びがんがある。また、多くの国が、すでに自国のリストに含まれていた疾病の認定基準を改訂している。

補償

23か国は、労働災害職業病に対する特別な給付をもっている。スウェーデンを除き、特別な補償システムをもたない諸国では、障害及び死亡は関連する障害または年金保険規定でカバーされるものの、労働能力の一時的損失は一般的な健康保険体制によってカバーされる。

少数（12）の国において、補償システムに変更があったが、変更は限られた性質のもので、給付のレベル（例えば、課税、計算方法）や提供内容の変更（支援、リハビリテーション）、運営上の問題を扱ったものであった。

予防

大多数（29か国中19）の国が、勧告の付録IIに掲げられた、職業病を引き起こす可能性のあるリスクを予防するための方針を確立している。

23か国は、リスク予防の優先課題を設定しており、主として筋骨格系障害に焦点をあてたものである。その他の優先課題としては、有害物質への曝露、騒音、呼吸アレルギー及びアスベスト曝露、及び皮膚疾患がある。とりわけ心理社会的リスク（ストレス、バーンアウト、いじめ/嫌がらせ、暴力、等）や

ナテクノロジーにねらいを定めた、新たなリスクの予防もまた、多くの国で明確にふれられている。予防方針はまた、個人用保護具の適切な使用や中小企業のリスク予防方針の確立の援助など、幅広い、部門をこえたアプローチにも含まれている。

目標設定

認定疾病率の低減を目的とした数値目標の確立に対する対応は、国によって異なっている。目標設定は職業病方針の確立に役立つと報告した国もあるものの、目標設定は職業病の過少報告（及びそれゆえ過少認定）に立ち向かう必要性を妨げるとした国もある。いくつかの諸国では、予防キャンペーンはまず職業病と疑われるものの届出の増加につながるかもしれないことが指摘された。代わりに、特定のリスクに曝露する者の数の低減などの「先行目標」や、特定の職業病による欠勤率の低減などの「二次目標」を設定している国もあった。数量化されているか否かにかかわらず、そうした目標でカバーされる主な職業病またはリスクは、筋骨格系障害、有害物質及び騒音である。大部分の国はまた、多くの職業病についての長い潜伏期間は短期的な目標設定になじまず、正確な統計が疾病低減の進展を監視するために不可欠であると指摘した。

職業病の記録及び報告

記録システムには大きな相違があり、社会保障によって管理される認定及び補償のための請求に基づくものと、独立したシステムに基づくものの、二つの主な範疇に分類される。大部分の国が前者のシステムを用い、他の諸国は後者の範疇に入るが、多くの国では両方のタイプのいくつかの登録が存在している。

ほとんどすべての国が、職業病の過少報告の問題と苦闘している。指摘された原因としては、知識の欠如、医師（とりわけ一般医）の間の情報及び動機付け、システムの官僚制、給付の規模、産業医の独立性の欠如を引き起こす使用者からの圧力、報告した結果としての雇用に対する労働者の恐れ、がある。また、国における未申告の労働の規模は、報告システムの適用性及び利用に大きな影響を及

ぼす。

報告の質を改善するための措置には、労働関連性である可能性のある個々の疾病事例を報告したことについて、一般医に対する料金の支払いが含まれるかもしれない。医師を対象にした注意喚起及び情報イニシアティブが役立つかもしれない。また、オンライン報告手続を整備することも報告を促進するかもしれない。しかし、労働関連性である可能性のあるあらゆる疾病を報告する義務を怠った医師に対する罰金を計画するという、強制的性格の措置も4か国から報告された。

疫学

労働関連健康リスクに関する疫学データについては、多様なソースがある。疑われる及び認定された職業病に関する標準化されたデータ、他の社会保障ソース（健康、退職、失業保険）による標準化されたデータ、職場関連スクリーニング及び身体検査によるデータ、曝露アセスメント、職場関連一般調査及び特定の疫学調査などである。

9か国は、職場関連健康リスクに関する疫学的データの潜在的ソース全体を活用しているように思われる。しかし、29か国のおよそ半数では、付録IIに掲載された職業病または他の職業性の疾病の疫学に関する情報またはデータの収集について、現在システムが存在していない。

調査研究

調査研究の優先課題は、当該国において十分な調査研究インフラが整備されていて、各国報告の著者に十分に知られている場合にのみ、確認することができた。これはすべての国にはあてはまらなかった。12か国については明確な調査研究の優先課題は示されず、他の諸国のほとんどについて、実際の調査研究が優先課題とみなされているか、調査研究の優先課題が特定の調査研究機関についての計画の策定によって決定されているか、各国報告からは明確ではなかった。

大部分の国では、労働安全衛生調査研究を促進または調整するための国の計画は存在していないように思われる。少なくとも7か国では、筋骨格系

障害、皮膚炎及び心理社会的諸問題が優先順位付けされた調査研究領域である。3か国だけが優先課題として、職場予防及び労働安全衛生提供の効果及び効率に関する調査研究に言及した。23か国において、心理社会的性質の労働関連健康障害に関する調査研究が、2003年以降に新たに着手または増強された。また、約半数の国で、現出しつつある、または新たな職業病リスクの分野で調査研究が実施されており、また、ナノ粒子に付随する潜在的リスクがもっとも多く言及された。

診断

勧告は、加盟諸国に、診断に対する援助がひろくいきわたるよう求めている。これは、質のよい診断ツールの支援及びスキルの改善を意味している。多くの諸国で、職業病の診断を助ける主要なツールは保険機関によってもたらされており、ハンドブック、ガイドライン及びプロトコルが含まれる。これらのツールは、職業病を認定する国のシステムの変更を反映するために、定期的に見直されている。

保険関連診断ツールに加えて、または代わりに、職業医学会または様々な医学分野の科学専門家団体、保健または社会問題省等、他の組織もそのようなツールの提供者になり得るし、多くの諸国で「職業病に関する情報通知」が直接用いられるか、または国のガイドラインを知らせるのを助け、また、かなりの諸国が他の欧州諸国のノウハウ及び経験を活用している。

統計

過少報告の問題を反映して、職業病に関する統計は、様々な弱点を示している。統計の信頼性は、加盟諸国によって著しく多様である。主な問題としては、概念の相違（認定件数または報告件数）、報告慣行の相違による職業病の過少報告、国のリスト及び認定基準の内容（スペシフィケーション、またはそうでない、または曝露強度を含め）などの認定システムの相違がある。国の経済活動の性格（農業、工業、サービス）もまた、報告及び認定される職業病の数及び累計に影響を及ぼす可能性がある。

（医療システムにおける）注意喚起

2003～2010年の間に、大部分の国が注意喚起の取り組みを実施（20か国）、または計画（2か国）した。労働安全衛生専門家のトレーニング、一次医療提供者に対する追加的資格の提供、及び職業病に関する実際の手引きの発行が、もっとも多く言及された取り組みであった。国レベルでの注意喚起キャンペーンが、5か国で実施されていた。

目的Iに関する結論

様々な加盟国の職業病システムに対する勧告の影響を直接的に測定するのは困難であることを強調しておくことは重要である。所見は、とりわけ最近欧州連合に加盟した諸国において、職業病の分野における偉大な欧州の活力を示している。職業病の予防、登録及び補償のシステムが長期間存在している諸国では、観察された変化は水準の継続的改善につながったが、共通の欧州システムに収束しているわけではない。

第一に、2003年以降、以下のように結論付けることができる。

- ・多くの諸国において、勧告のいくつかのトピック、すなわち「認定」、「予防」、「記録及び報告」に関して、取り組みが行われた。
- ・それよりも程度は少ないが、「診断」、「注意喚起」及び「目標設定」に関しても取り組みがなされた。目標設定という考えは普遍的に支持されたわけではなく、過少報告が主要な障害になっているものと考えられる。
- ・相対的にわずかな取り組みまたは変更しか指摘されなかったトピックは、給付の調整や調査研究のインフラなどの国のアプローチによるもので、「補償」、「疫学」及び「調査研究」であった。

第二に、いくつかの「新たな」EU加盟国がEUリストを自国のシステムの改革のために活用したことが報告され、それら諸国の多くにとって、勧告の付録I及びIIの職業病リストは有用な参考ツールであることが証明された。

第三に、筋骨格系障害及び心理社会的労働関連疾患の認定及び予防に関して、多くの諸国及びEUレベルで非常に多くの取り組みがなされた。

8.4 目的2: 国のリストへの職業病の

包含のための意思決定

この節では、参加29か国のリストへの職業病の包含のための意思決定プロセスを扱う（完全なレビューについては第2及び3章参照）。オランダ、アイスランド及びスウェーデンは、国の職業病リストをもっていない。スウェーデンでは、職業病の疑いのある個々の事例は、一般的基準に基づいて判定される。オランダ及びアイスランド（及び、リストをもっているが、特別の職業病補償システムのない他の4か国）では、職業病は、労災補償システムによって認定及び補償はされず、障害及び死亡は関連する年金保険規定によってカバーされるものの、健康保険体制の対象になる。

結論

認定プロセスの目的は、疾病と労働関連影響との因果関係の承認または拒絶であり、医学的、技術的、行政的及び法的諸側面の複雑性のために困難にされている。考慮すべき多数の要因がある。

- ・ 認定プロセスを開始のイニシアティブをとる、または科学的または幅広い委員会または評議会を関与させるのは、通常は政府の責任であるが、いくつかの国では個人がプロセスを開始することができる。
- ・ 一部の諸国を除けば、プロセスを管理、及び、単数/複数の疾病の国のリストへの承認について決定には、政府が責任をもっている。
- ・ 大部分の国で、科学的委員会または助言者が意見を求められる。
- ・ すべての国で、社会パートナーは意見を求められる。

国による主な相違は、プロセスの性格に関連したものである。いくつかの諸国（例えばドイツ）では、主要な側面は、法的基準が現実の科学的知見に見合っているかをめぐる科学的議論、及びその後の社会パートナーや政党との協議であるように思われる。いくつかの諸国（例えばフランス）では、主要な側面は、科学的助言に基づいた、社会パートナーと政府の間の政治的議論のようである。

いくつかの国のリストは、何十年も前に導入され

て長い歴史をもっており、また、いくつかのリストでは、疾病は因果関係の確実性において相違がある。各国報告で提供された情報は、すべての参加国にまたがる因果関係の一貫した定義が存在していないことを示している。2倍のリスクが因果関係の存在に付随している国もあれば、いくつかの状況において因果関係としてそれよりも低い寄与リスクを容認している国もある。

いくつかの加盟国では、リストへの新たな職業病を含めるのにどちらの基準が用いられているか明らかでない。しかし、イギリスでは、常設の科学的委員会が、その基準及びレビューを発行しており、それがリストからの職業病の削除につながったこともある。勧告のリストについては、重要な基準は発行されていないことを指摘しておくことは意味がある。

いくつかの国では新たな認定基準（職業基準または曝露基準のどちらか）が追加されるかもしれない。まれな因果関係が国のリストでカバーされない場合、多くの国は、当該疾病もまた職業性とみなし、またそれゆえ補償の資格があるとみなすことのできる特定の基準のもとで、そのような個々の事例の確認を認めている。

意思決定の結果: 国及びEUのリスト

この節は、国及びEUのリストの分析を取り上げる（幅広い概観については第4章参照）。

国のリストは、国の法的システムの構成要素であることに留意されたい。国のリストのハーモナイゼーションの可能性は、それら様々な法的システムの特徴（例えば、使用者の責任または労働者の補償の扱い方）に左右される。

結論

国のリスト・システムのタイプに基づいて、4つの国の区分が確認された。

- ・ 職業病補償システムをもたず、したがって国のリスト、特別の職業病補償がなく、使用者による補償のみがある2か国 (IS, NL)
- ・ 国のリストがなく、非常にオープンな補償システムをもつ1か国 (SE)
- ・ 国のリストと補完的条項をもつ混合システム、及

び/または、使用者責任を通じた補償のある13か国

- ・細部ではいくらか違いはあるものの、補完的条項は報告されてない、国のリストをもつ限定システムをもつ13か国

いくつかの「新」加盟諸国は新しい自国のリストの性格の大きな変化を報告しているものの、それらはすべてEUリストと類似のものと報告しており、EUリストが新加盟国がこの分野でEU加盟国の条件を満たす努力をするのに役立っているようである。12の加盟国では、国のリスト及び/または職業病システム法令が大幅に更新され、他の10か国では、リストの一部が変更され、及び/または、新たな職業病が追加された。5つの参加国では、関連する変更はなされていないが、それら諸国の大部分で、変更が議論されている。リストをもつすべての諸国において、新しい職業病を追加する傾向がある。イギリスだけは、もはや関連がないという理由で、いくつかの職業病が削除された。

8.5 目的3: 国の関係者の立場

この目的は、国の関係者（例えば、社会パートナー、社会保険協会、疫学及び統計学の専門家）の意見及び提案に関するものである。彼らの評価は、EU勧告の内容、構造及び実施、及び現行の国のシステムとそれらの実施関連したものかもしれない。第5章で、この問題に関する所見の詳細を示してある。

多くの諸国で、広範囲の関係者の話を聞いたが、すべての団体が勧告の多様なすべての側面に関して見解を表明したわけではないことを指摘しておく必要がある。

主な所見

EUリスト

関係者は様々な意見をもっている。多くの者が、欧州リストは彼ら独自のリストの策定に積極的な影響力をもっている、またはもっていたと指摘したが、（同じ国または別の国で）影響はなかったとする者もいた。少数の国で欧州リストの存在をまったく知らない関係者がいた。社会パートナーは一般的

に、欧州リストがより拘束力をもつべきかという点に関して異なる考えをもっており、労働組合の代表といくらかの他の関係者は、職業病の国のリストのより大きな標準化に賛成である。国の政府はだいたい、現状を支持している。いくらかの関係者は、義務的な共通の基盤が、職業病に罹患した移住労働者の問題に対処するうえで非常に役立つと指摘している。

これらの見解は主として、予防システムというよりも、補償システムの基礎を形成するEUリストという文脈で表明されていることを強調しておくべきである。

国のリスト

多くの国で、概して関係者はリストが今日の労働世界の現実によりよく適合し、定期的に更新されることを望んでいるものの、職業病の国のリストの内容に関しては比較的コンセンサスが存在している。いくらかの関係者-主として労働組合-は、精神疾患や脊椎障害、筋骨格系障害、いくつかのがんなど、「新しい」職業病が登録されることを望んでいる。

補償

大多数の国において、職業病の補償システムに関して、関係者の間で比較的コンセンサスが存在しているように思われる。しかし、いくつかの見解の相違も述べられ、それらは国によって様々であった。これには、多要因状態の取り扱いや、心理社会的及び精神疾患が含まれる。

多くの使用者の代表は、心理社会的及び精神疾患についての職業起因性の推定ではなく、個別事例鑑定システムに向かうべきと考えている。いくつかの国では、労働組合が、一定の職業病の被災者が補償を得るのは現実的に困難であると批判している。関係者の間の議論のその他の問題には、金銭的問題（インフレ指標にリンクした給付など）、管理的問題（職業病被災者の解雇の防止）、請求処理時間の短縮、及び、事例の認定についてのより透明な手続が含まれる。

記録及び報告

自国で実施されている職業病報告の手続について意見を表明した関係者は相対的に少なかった。他方、多くの者がまた職業病の過少報告について理解している。大部分の国の関係者は、産業医、専門家及び開業医の一層の訓練、労働者及び医療サービス（とりわけ病院）へのよりよい情報など、過少報告の問題に対する「従来型」の解決策を提案している。いくつかの国の関係者は、報告システムの簡素化、及び/または、オンライン報告の導入を望んでいる。産業医または労働衛生サービスの役割を、一層実効的にさせることができる。

職業病の予防

関係者からは、数多くの方針改革の提案がなされた。それらは、5つの範疇に要約することができる。

- ・ 職業病予防における優先課題の変更（例えば、筋骨格系障害、職業性喘息、または新たな職業病により焦点をあてる）
- ・ 職業病予防に関する情報及びコミュニケーションの確立及び改善（例えば、全国情報キャンペーンまたは労働者に対するリスクに関するトレーニングの活用）
- ・ 社会パートナー、労働監督官、（職業）医療、及びリハビリテーション・サービスなど、主要な関係者間のよりよいコーディネーションの確立
- ・ 例えば、中小企業や自営業者をよりうまく巻き込む、予防促進のための使用者への金銭的インセンティブの導入による、予防アプローチの採用
- ・ トレーニングなどの重要な問題を含め労働衛生サービス及び医師の役割の強化、及び、使用者からの制裁の恐れなしに職務を行えるようにするための法的保護

予防のための目標設定

いくつかの国の関係者は、過少報告その他の要因が職業病予防目標の妥当性を損なうかもしれないが、予防目標の設定は関連があることに同意する。10か国では関係者は、職業病予防に関する国レベルの目標設定に同意している。社会パートナーとの参加的アプローチを通じて目標が設定されたのは3か国だけであった（BE、DK、UK）。

多くの国は、数値目標を志向していない。スウェーデンの使用者は、固定目標よりも野心をもっており、スイスの労働組合は質的目標の方を好んでいる。ノルウェーの労働監督官は現在、目標設定を監視及び評価できるようにするためのデータの信頼性の改善に取り組んでいる。過去数年間にわたってイギリスは、数量目標から、多くの先行指標を含む数々の「行先目標」に移行してきた。

結論

報告の様々な側面に関する関係者の認識のレベルは、課題によって著しく異なっている。彼らは、だいたい自国の職業病の認定システム（国のリストがある場合）及び補償システムについてはよく知っている。関係者はまた、自国における職業病に関する国の予防方針についてよく知っている場合も多い。これは、不十分にしか文書化されないことも多い、職業病の報告及び記録システムなどのより技術的な側面にはあてはまらない。様々な関係者は同じ程度に関わっているわけではないが、それでも自国における職業病の過少報告の問題を理解することはできる。

（新たな職業病の）認定、リストの標準化、給付のレベル、予防、及び職業病の多要因性に関しては、社会パートナーは異なる意見をもつことが多い。いくつかの例外を除き、労働組合の代表は使用者の代表よりも、（より法的拘束性のある）EU規模の職業病リストをもった、より調和化されたEU規模のアプローチに大きな支持を与えているようである。

8.6 目的4：職業病の予防における

「グッド・プラクティス」

この目的は、職業病の予防におけるグッド・プラクティスの描写を求めている。この節は、各国報告のなかで示されたアプローチまたはプロジェクト、及び欧州労働安全衛生機関（EU-OSHA）によって文書化された事例の双方に基づいて、「グッド・プラクティス」への一般的アプローチを記述し、特定の事例を提供する。勧告は加盟国に対して、予防的諸措置を確立及び改善するとともに、（具体的に）EU-OSHAを通じて「ベスト・プラクティス」に関する情

報を交流することを求めている。「グッド・プラクティス」と「ベスト・プラクティス」は必ずしも同じではないが、このプロジェクトの目的のためには両者を同じように扱った。第6章でこの課題の完全な描写を示している。

EU-OSHAは、労働安全衛生システム、法令、文化、言語及び経験の違いのために、「グッド・プラクティス」の定義が国によって異なっていることを理解しており、この多様性は各国報告のなかに示されている。EU-OSHAのガイドもまた、グッド・プラクティスの解決に必要と考えられる定義について記述している。

- ・ 確認された危害の原因から生ずる、労働者または企業によって影響を受ける他の者に危害を加える可能性全体の低減
- ・ 一般的及び健康、安全及び効率の促進に効果的な労働条件の改善
- ・ 労働者に対する危害のリスクの持続的及び特定可能な低減の実現

各国報告のなかで示された事例の選択は、例えば、部門、リスク、介入またはツール、及び適用された結果について、非常に不均質であった。グッド・プラクティスの多くの事例は、双方の社会パートナーの参加の賜物であった。一般的特徴として、大部分の事例は費用を節約したものとして報告されたが、費用/効果の面に関する情報はほとんどの例で含まれていなかった。

結論

分析された具体例から、またEU-OSHAの経験も考慮すると、各国の労働者にもっとも大きな負荷を引き起こす職業リスクに対してグッド・プラクティスを実施する何らかのプランと結びつけた一層の努力がなされるべきである。「グッド・プラクティス」の実例が現われはじめたのがようやく最近であるにもかかわらず、すでに大きなインパクトをもっている、伝統的ではない職業病領域に対して注意が払われるべきである(例えば、いじめ、ハラスメント、バーンアウトなどの心理社会的現象に焦点をあてる)。加えて、加盟諸国は、既存のガイドラインやデザインのうち自らのグッド・プラクティス解決策を確立し、EU-OSHA

が幅広い国際的関連性をもつ可能性のある実例を確認し、様々な職業病の課題に対する現実的解決策を伝達できるようにするために、それらを同機関に提供するようにすべきである。最後に、職業病予防の最新のプラクティスを普及する努力に一層の重要性が与えられ、例えば専門のウェブサイトをつくることによって、強化されるべきである。

労働及び労働条件における持続的変化は、新たな職業健康リスク及び新たな職業病の可能性を生じさせている。したがって、EU規模での職業病管理のいくつかの側面を管理する方法に関するアプローチの変更の可能性を検討する前に、まず今後の課題、とりわけ(それらが新たな労働関連または職業病をもたらすかもしれないことから)新たなリスクの進展を検討しなければならない。

8.7 目的5: 選択肢

この目的は、最後の章、第9章で扱われる。

8.8 新たな労働関連ハザード

このトピックは目的として示されていなかったが、勧告全体の今後及び付録I及び付録IIとの関連性にとって重要であることから、プロジェクトの一環として検討することが合意された。第7章が、新たな労働関連疾患、それらを確認する方法、参加国における優先課題及び職業病方針の提案にあてられている。新たな労働関連疾患には、以下が含まれるかもしれない。

- ・ 労働及び労働条件の変更による新たな疾病
- ・ 既知の要因に由来する新たなリスク
- ・ 両親の職業病曝露の子供に対する影響

結論

新たな職業健康リスクを発見するためには、既知の職業病を監視するために用いられる様々な手段を必要とする。手段の選択は、潜在的原因との因果関係の性質、重度及び強度など、当該健康問題の性質によって決まる。単一の手法を使って新たな職業健康リスクを発見することは可能ではなく、いくつかの補完的手法が必要である。主なツールとしては、以下がある。

- a. 事例監視アプローチ-労働災害から分析及び学ぶことと同様で、いまや労働安全衛生マネジメントの共通のプラクティスである。
- b. 疫学調査及び健康監視-健康影響と職業データとの「記録連動」によって促進される、首尾よく設計された疫学調査は、きわめて価値がありうる。潜在的にリスクな曝露を伴う労働者の健康監視はもうひとつの手法であり、ナノ労働者の健康監視は、この領域における早期警戒システムとしての役割を果たすかもしれない。

国際レベルでの主要な取り組みはWHOによって行われており(例えば、「労働衛生における新たな流行」「疾病の世界負荷プログラム」)、また、2009-2013年EU-OSHA戦略のなかに含まれている。各国報告のなかで、調査研究の優先課題に関する情報は、いくつかの国はナノ安全に焦点を当てていることを示しており、調査研究が行われている他の新たなリスクには、労働関連心理社会的障害、バイオリスク、筋骨格系障害、電磁/テラヘルツ放射線が含まれる。調査研究は、新たな労働関連健康リスクを確認及び対処する積極的なアプローチを必要とする。国際協力、調整された取り組み及び情報交換を促進することのできる労働衛生警戒センターとして、EU-OSHAを強化すべきである。

付録 勧告批判 (省略)

9 職業病方針におけるEUの介入確立に向けた選択肢及び新たな勧告に向けた提案

9.1 EU戦略に向けた可能性のある選択肢はじめに

職業病の予防及び補償に関するEU及び国の方針を改善する必要性はますます強まっている。この4つの主な理由は、以下のとおりである。

- ・ 大部分の部門及びすべての国における生産プロセス及び労働条件に影響を及ぼし、新たな労働関連リスクを生じさせるかもしれない、技術開発の進展の継続
- ・ アウトソーシングと外注化はいまや、現代の企業

の避けられない要素である。これは世界的に、きわめて競争的な市場で操業している相対的に小さい企業へのリスクの集中につながるかもしれない。不幸なことに、こうした状況のもとで、費用の削減は容易に、職場における健康の保護及び予防の欠如と同義になるかもしれない(それが必要ではなかったとしても)。また、労働条件の頻繁な変更及びしばしば高い離職率は、予防活動を放棄し、健康監視を非常に困難にするかもしれない。結果として、職業病は、これに該当する労働者集団のなかでより生じそうではあるものの、未発見のまま残される可能性が高い。

- ・ EU内での国境を越えたサービス提供の自由、及び、就業中労働者と移住労働者の双方において生じるほとんどEU規模の労働力の移動は、現行勧告が想定している状況以上に、職業病の認定及び把握におけるより強力なEUの介入を必要としている。職業病を引き起こすかもしれない曝露は、母国以外の国で生じるかもしれない。職業病の多くの場合の潜伏期間を考えると、職業病の一層顕著なリスクが未発見のまま存在しているかもしれない。また、発見されたとしても、曝露が生じた国と補償を決定しなければならない国がひとつだけでも、また、同一でもないかもしれないことから、立証責任に関連したさらなる問題があるかもしれない。
- ・ 多くの活動はわずかな費用で改善させることができるとはいえ、いくつかの産業活動は、職業病を回避するため予防に多額の投資を必要とするかもしれない。いくつかの加盟国及び産業における執行、予防措置、届出及び補償の欠如は、非局在化に向けた魅力的な活動場所を示しているかもしれない。委員会にとっては、加盟国に、予防だけでなく職業病の発見及び補償によりよく取り組むよう促進することを通じて、かかる日和見慣行を阻止するためのレベルを確認することが重要であろう。さもなければ、かかる日和見戦略は、全体としての欧州連合における(複数の)職業病の数の増加につながるかもしれない。こうした進展は、EUが重要な役割を果たし続けるかもしれない、警戒及び監視の一層の必要性を

支持している。それがないよりもEUにイニシアティブがあった方が、加盟諸国は自国のシステムの改善により進展を示しそうである。このように幅広い要請に照らして、本報告書は、勧告をより妥当かつ効果的にするための、変更についての多数の具体的な提案を確認している。提案は、本報告書の全体を通じて示されており、本章の最後にひとまとめにして要約している。最後の節9.3は、プロジェクトが「トップ10」のもっとも重要な変更提案と考えるものピックアップしている。

最初に、現行勧告の将来に関連した5つの一般的選択肢について検討する。

選択肢

選択肢1：現状維持

最初の選択肢は、現行の勧告に何の変更もしないことである。これは、しかし、EU内における、職業病の把握及び補償はもちろん予防を促進する機会を失することになろう。社会的側面から、EU全体において職業病の把握及び補償における進展は、成長しつつある現実である自由なEU労働市場に不可欠な補完物である。現行勧告を変更しないことは、国際労働市場によって構成される挑戦を取り上げる必要性に対処せずに、自国のシステムを改善するよう加盟国を奨励すること以外には大志が届かないことを意味するだろう。また、現行勧告のなかで確認された重要な特定された諸問題や変更の必要性に対処しないということでもある。

選択肢2：厳選されたイニシアティブによる改善の促進

第2の選択肢は、刺激的かつ革新的な勧告と欧州委員会、Eurostat及びEU-OSHAに対する選択的な報告義務の組み合わせを通じて、すべての加盟国における職業病の認定及び把握を漸次改善することである。職業病の認定は、加盟国に共通の基準の採用を奨励することのできる重要な領域である。特定の曝露要因と特定の職業病との間の因果関係が、いくつかの加盟国では認められて他の諸国では認められないという理由はない。これはまた、いくつかの加盟諸国で、発見能力及び報

告手続の無能さによる、職業病の系統的な過少報告につながるかもしれない。この第2の選択肢は、自由な労働市場における職業病被災者の保護のニーズを満たすことと、加盟諸国が社会保障問題で主権を放棄するのに抵抗することの間の妥協である。

選択肢3：ハーモナイゼーションの追求

第3の選択肢は、すべての加盟国における同じアプローチにつながる、職業病補償システム及び職業病リストを設定する加盟国の義務を導入することによって、系統的にハーモナイゼーションをめざすことである。しかし、社会保障規定は、加盟諸国にまたがって著しく異なっている。被災者の補償が比較可能な場合であってさえ、職業病補償システムに直接及び間接に関連した制度の内容全体の複雑さは、ハーモナイゼーションを不可能にする。さらに、加盟諸国が社会規則の領域における主権を放棄することに対する政治的支持は（まだ）少ないと思われる。

選択肢4：より強力な法的文書による勧告の置き換え

この選択肢も、プロジェクト及びワークショップで議論された。しかし、各国報告のなかで提供され、また他の情報源からの情報は、現在、いくつかの加盟国における政治的雰囲気及び優先課題は、実施に対する支援、能力構築等も必要とするであろう、より強力なツール（例えば指令）を支持しないだろう。より強力な法的文書へと進む試みにおけるもうひとつの要因は、社会保障問題をカバーする指令に全会一致の支持を得る必要があることである。

選択肢5：勧告の廃止

この選択肢もプロジェクトによって検討され、各加盟国は対象となっている課題に対して独自の国のアプローチをもっていることから、そうすることは可能であろう。しかし、本調査は、困難、障害及び各国間の多様性にも関わらず、勧告が全体として支持されていることを明らかにした。とりわけもっとも新

しい加盟諸国が、勧告及び付録が自国のシステムの開発に役立ったと報告している。

プロジェクトの見解は、選択肢2が、もっとも現実的かつ勧告の今後の発展に向けてもっとも積極的な選択肢だということである。われわれは、本報告書のなかでなされた提案は、勧告を現在の成功及び関係の上に構築することのできるよりダイナミックな文書に転換することができ、現在存在するよりも成熟したシステムのなかでコーディネーション及び効率性を改善し、長期的には職業病の率の低減につなげることができると信じている。

9.2 勧告の変更に向けた具体的提案

本章における勧告に対する示唆/提案は、第2条で公式化された加盟国の主権を取り上げるものではない。「加盟国は、施行されている国の法律または慣行にしたがって、個々の職業病の認定のための基準を自ら定めなければならない」。

提案の多くが、加盟国が委員会からの焦点を絞った質問に回答を与えることを求められることを示唆しているが、そうするなかで、加盟国に同じ質問をたずねる年中儀礼にすることは避けなければならない。そうではなく一層効率的かつ効果的なものにするを目的に、加盟国から自国のシステムの弱点と機会の掘り下げた分析を求める方針を採用すべきである。こうした情報収集の提案は、この問題に関する現在の委員会の方針と整合性がとられなければならないことは理解されている。

1. 認定

加盟国は現在、勧告の付録IIに掲載されたすべての疾病を自国のリストに含めることは要求されていない。加盟国が、届出及び補償を目的とした自国のリストに一定の疾病を含めていない理由を委員会に報告することを義務付けられること、が提案される。首尾一貫性の観点から、例えば、職業がんを引き起こす同一の物質への同一の曝露について、あるの種類のがんがひとつの加盟国で認定されるのに、他の加盟国では別の種類が認定され、また別の国ではいずれも認定されないというのは不合理であると思われる。このような場合、加盟国に同

一の認定基準の採用を強いるという観点では必ずしもなく、職業病の認定に関する国の意思決定プロセスについての情報を交換するという立場から、その理由を確認すること、が委員会にとって必要と思われる。

付録I及びIIというかたちでの二つのリストという原則は維持されるべきである。リストは、定期的に更新されるべきである。加盟国は委員会に対して、自国のリストへの包含を提案する、新たなリスクファクター、労働条件及び関連する疾病について通知するとともに、そうしようとしている理由を説明すべきである。

認定基準設定に関連するこれら及び他の課題のために、職業曝露限界に関する科学委員会(SCOEL)と同じ原則に基づいて加盟諸国の代表からなる、(おそらく職業病に関する科学委員会(SCOD)として指定される) 専門家グループが創設されるべきである。さらに、このやり方で収集された基準文書は、加盟諸国間でのよりよい比較をできるようにする報告システムを、EUROSTATがステップ・バイ・ステップに開発する基礎となるかもしれない。

2. 補償

現行勧告は、二つの問題にふれているように思われる。

- ・非職業曝露集団にも現われることの多い(しかしなお職業曝露集団の発症率の方が高い) 疾病の職業起因性の認定
- ・職業病を引き起こすことが疑われる因子から職業病を引き起こすことが完全に認められている因子への分類の変換(付録IからIIへの移行)

各加盟国がこれら双方の問題にどのように対処しているかに関する目録を委員会が作成すること、が提案される。ここでもまた、加盟国の報告義務が、可能な最善の方法である。

補償に関連した課題は、職業病被災者のリハビリテーション及び復帰である。ここでも、経験及び「グッド・プラクティス」の一層の交流が非常に有用であり、勧告はこの領域を含めるよう拡張されるべきである。

3. 予防

現行勧告は、「予防の一般原則」や枠組み指令 89/391/ECで設定されている幅広い予防戦略、関連する個々の労働安全衛生指令に何らふれることもなく、付録I (IIを含めてもいない)に掲載されている職業病のリスクを低減するための具体的な予防戦略を求めている(だけである)。将来の勧告のための主な原則構成に関して、勧告を社会保障または補償及び方針の側面に限定するという主張もなされている。枠組み指令及び関連指令の実施を強化することによって、すべての種類の職業リスク及び職業病または労働関連疾患の予防が達成されるべきである。

4. 目標設定

勧告のこの領域は、本調査が示したように、問題を引き起こしている。まず何よりも、予防のインパクトは一般的に、職業病の認定件数のレベルによっては測定することはできない。いくつかの諸国でのよりよい予防のためのキャンペーンは、届け出られ及び/または認定される職業病の件数の増加につながっている。増加は、定量化された国の目標が公式化されていることに照らして、予防方針の失敗の証拠と安易にみなされる可能性がある。職業病の低減に関して、目標設定の代わりに、疾病のリスクが存在するすべての部門または職場ごとに、詳細な予防の戦略及び措置が公式化されるべきである。

しかしながら、いくつかの国は、取り組みの促進の助けとしての一般的目標の価値を認めるとともに、進展を監視する手段として、「先行」または「前駆」指標または「方向性目標」に関連した目標を開発している。

勧告を再検討するなかでの目標設定は、むしろ職業病被災者の発見/把握の改善に関連したものにすべきである(「疾病第一アプローチ」)。それらが起こりえる限りそうした疾病を発見できるようにする医学的監視の効果的な構造を開発することが不可欠である。これは一般的なリスク・アセスメント原則を補完するものであり、それゆえ労働関連疾患をタイムリーに発見できるようにする医学的監視システムの有効性が、新たな勧告のなかで扱われ

なければならない。

5. 記録及び報告

加盟国によって報告の精度には劇的な相違が存在している。経済活動の種類を考慮に入れながら、自国の報告システムのおおまかな評価を行うことは、すべての加盟国にとって重要である。加盟国は、自国のシステムの弱点及び強さを詳細に分析し、把握された弱点の改善の可能性を確認するために、この課題を実行するとともに、欧州委員会に対して報告するよう求められるべきである。

記録及び報告システムが可能な限り多くの職業病をカバーするようにするためには、直接または間接を問わず労働者にも報告者に対しても、報告しないようにという圧力がかけられないようにすることが、もっとも重要である。この可能性のある現象の評価は、ここで提案される評価の一部をなすべきである。

職業病のよりよい報告のためには、多情報源アプローチが採用されるべきである。産業医だけでなく—例えば—医学専門家や労働者も、把握及び報告の追加的な情報源かもしれない。この側面で利用できるグッド・プラクティスが、委員会によって追跡され、奨励されるべきである。

新たな勧告は、補償の権利を保障するために、合理的に実現可能な限り具体的な方法で、個人々の補償の権利に影響を及ぼす可能性のある何らかの関連性のある情報を国境を越えて交換する義務を含むべきである。最後に、Eurostatは、職業病の届出の基準を提供すべきである。これはEurostatが、同じ診断/曝露基準が用いられた統計を開発することができるようにする。

6.及び7. 疫学及び調査研究

国内及び国をまたがる職業病に関する調査研究の全体を改善するために、EU加盟諸国は、進行中及び完結済みの疫学調査をEUレベルにおける機関に知らせるべきである。すべての関心をもつ者が自ら及び進行中の疫学調査を知ることのできるデータベースが創設されるべきである。

付録I及び付録IIに掲載した疾病に関連した調

査研究の結果は、系統的に収集され、例えば先に提案されたような専門家グループによって分析されるべきである。

最後に、EUレベルで、様々な調査研究プログラムは、職業病に関連した問題に一層考慮を払うべきである。ナノマテリアルに関連した労働者の健康リスク及び労働時間スケジュールのホルモン関連がんへのインパクトの評価などの現出しつつある課題は、集中的な調査研究キャパシティの必要なトピックスである。

8. 診断

職業病の診断に用いられる通知は、診断ツールの利用可能性を考慮に入れつつ、系統的に更新されるべきである。委員会に対して自国の基準文書を届け出る加盟国の義務(上述)は、通知の更新のために非常に価値のある材料を提供するかもしれない。

こうしたツールは、曝露状況及び診断法を記述することに焦点を当て、それによって職業起因の可能性のある疾病に直面するすべての医学専門家ばかりでなく、リスクな労働状況を警告されるかもしれない者や予防措置をとるインセンティブを与えられるかもしれない者など、プロセスに関わるその他の者にも向けたガイドとなる。

さらに、曝露歴を記録する必要性がある。これは、曝露期間後の診断を容易にするだけでなく、予防のためのツールになるかもしれない。少なくとも既知または疑われる曝露について、個々人の医学記録のなかに個々人の職場ファイルを保存する一般義務について検討されるべきである。

加盟国は、職業病の認定及び補償につながる可能性のある曝露歴を文書化できるようにする、労働者の曝露歴を確認する自国の方法を、委員会に知らせよう求められるべきである。さらに、「職業病に関する情報通知-診断ガイド」を活用する系統的なトレーニングが、産業医のカリキュラムに含められるべきである。

9. 統計

職業病分野におけるEUROSTATとEU-OSHA

の間の任務分担はもちろん、EUROSTATが勧告のこの領域に含められるべきである。

加盟国は、他の加盟国が自国の統計を提出する方法に一層注意を喚起させられるべきである。ここでもまた、委員会は、より多くの加盟国から職業病に関するより関連性のある統計を促進する手段として、各加盟国から職業病に関する最低限のデータのセットを受け取るためのイニシアティブを発揮すべきである。

10. 注意喚起

われわれの調査は、限られた数の国でしか、勧告のこの要素が適用されていないことを示している。それゆえ、職業病の発見を改善するために、一般医の積極的な役割が促進されるべきである。これはとりわけ、専門の労働衛生医または他の監視システムによる定期的検査を一度も受けたことのない、またはいまや受けていない労働者に関連している。トレーニングには、職業病が起こる可能性のある状況及びその診断に関する知識を含めるべきである。

9.3 もっとも重要な提案:「トップ10」

1. 付録を含めた現行勧告は、維持されるべきであるが、過去9年間の経験及び現在の諸問題に適応すべきである。2003年以降、多くの経験が得られ、情報へのアクセスビリティも大きく改善した。
2. 付録I及びIIのリストは、技術及び労働条件の変化、新たに現われつつある職業ハザード等に照らして引き続き関連性がありかつ適切であるように見直されるべきである。勧告は定期的に更新されるべきである。新たな疾病をEUリストに含めるさいの基準が発行されるとともに、加盟諸国におけるその実施が促進及び奨励されるべきである。
3. 勧告は、補償及び補償と予防の関連に焦点を当てるべきである。枠組み指令及び関連指令が予防のためのもっとも重要な法律文書であることがより明確にされるべきである。補償のための認定に関する不確実性が、効果的な予防の努力

を妨げてはならない。

4. 加盟諸国の補償システム間の相違は、補償問題のハーモナイゼーションは現実的でなさそうではあるが、診断、補償のルール及びシステムに関する情報交換は価値があるといったものである。加盟国は委員会に対して、相似性及び相違性に関するより大きな理解を得られるようにするために、とりわけ認定に関する自国の方針及び慣行について、職業病に関する自国のアプローチに関する幅広い情報を提供すべきである。加盟国は委員会に対して、EUリストにある職業病を自国のリストに採用していない理由を提供しなければならず、また、自国のリストに新たな疾病を追加する決定についての証拠を提供しなければならない。その通常の報告アプローチのなかで、委員会及びEU-OSHAによって、情報収集が構造化されるべきである。
5. 加盟諸国にまたがった意思決定の一層の首尾一貫性は、職業病に関する科学委員会 (SCOD) の創設によって支援されるであろうし、それはまた勧告の大部分の他の側面に対しても一層のコーディネーションにつながり、もたらすことができるだろう。効率性の観点からは、かかるグループが関連するILO及びWHO諸グループと緊密に協力することが重要である。中皮腫、交代勤務と乳がん及びPTSDなど、因果関係の確実性の範囲に関わる少数の優先課題に関する診断アプローチをテストすることもよいだろう。
6. 職業病の優先課題及び方針に関して、EC、EU-OSHA、Eurofound、Eurostat、ACSH、SLICその他関係機関間により緊密な協力があるべきである。協力は、ILOやWHO、MODERNETのような機関またはグループ、加盟国における保険協会など他の組織にも拡張されるべきである。それらすべてのグループは、情報交換及び注意喚起に貢献することができる。SCODによってよりよい協力が促進できるだろう。
7. 予防のイニシアティブ及び取り組みの効果を評価する能力は、職業病統計の改善に依拠している。完全に比較可能な統計を入手することは達成できそうにないが、勧告は、公衆衛生及

び労働安全衛生についての統計に関するEU規則を明確に支持すべきである。Eurostatはこの分野におけるその努力の継続を、加盟諸国はEurostatに対する支援の継続を奨励されるべきである。

8. 勧告は、グッド・プラクティスをより一層強調するために修文されるべきである。グッド・プラクティスは、加盟諸国において記録され、また、EU-OSHAのデータベースに収集されるべきことを示している。職業病に関連したグッド・プラクティスのコミュニケーションは重要であり、すべての関係者は、この役割についてEU-OSHAを支援すべきである。EU-OSHAは、国の方針から職場の改善まで、あらゆる種類のグッド・プラクティスを調査すべきである。
9. 委員会またはSCODは、職業病の定義はどのように構造化されるかを検討し、定義が危害因子と曝露レベルとの間の因果関係を含むようなポジションに向かうべきである。多原因疾患または疾病を記述できる最善の方法、及び、概念的にそれらを補償システムに含められる方法を明確にするのに役立つように、加盟諸国間の情報交換に、特別の配慮が払われるべきである。
10. 委員会またはSCODは、例えば新たなリスクに対するアプローチを含め幅広い諸問題を改善し、健康専門家のより活動的かつ情報に基づいた役割を促進するためにEUにまたがって必要な取り組み、及び、国境を越えた補償の問題に対処する方法を検討すべきである。



※原文入手先

http://www.astrin.nl/media/uploads/files/Report_-_Occupational_diseases3.pdf
Report on the current situation in relation to occupational diseases' systems in EU Member States and EFTA/EEA countries, in particular relative to Commission Recommendation 2003/670/EC concerning the European Schedule of Occupational Diseases and gathering of data on relevant related aspects

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



ブラジルの裁判所がエターニットに補償支払い命令

International Ban Asbestos Secretariat, 2013.8.28

先週、サンパウロ州の第9労働裁判所の裁判官 Raquel Gabbai de Oliveiraは、エターニットSAは、1939年から1993年まで操業したサンパウロにおけるその主要アスベスト・セメント工場の元労働者の健康管理費用を支払わなければならないと判示した。ブラジルの労働公共大臣が起こした集団的精神的損害（アメリカにおける懲罰損害に相当）に対する過去最大の集団訴訟である、この一般民事訴訟に対する評決は、エターニットのラテンアメリカ最大のアスベスト・セメント工場であったオザスコ工場における、危険なアスベストへの職場曝露に同社が責任を負っていることを認めた。健康管理費用の総額は無限大のように思われ、まったく援助の資格があるかもしれない約8,000名の労働者から提出される請求の件数に左右される。また、裁判所は会社に、集団的精神的損害について10億レアル（～4億2千万USDル）支払うよう命じた。

この工場に雇用された数百名の人々が、石綿肺、中皮腫、アスベスト関連肺がん罹患している。ブラジル・アスベスト曝露者協会（ABREA）の Eliezer Joao de Souza 会長は、その一人であり、この判決に対して以下のようにコメントした。

「集団訴訟が請求されてから1週間未満というこのように早く決定が出されたことに驚いている。同時に、今回ついに正義が行われることを期待して興奮している。この決定のなかで強調すべき重要な点のひとつは、ABREAの17年以上に及ぶハードワークの価値を認めたことである。ABREAは傷つきやすく、保護を受けていないアスベスト曝露者を組織しており、この判決はもっぱらわれわれのメンバーに適用される。エターニットと法廷外協定に署名したエターニット労働者は対象としていない。彼らは、われわれの組織の集団的力を信じず、一方的な協約に同意してしまった。裁判所がこの事例の価値を認めたことに満足している。そうすることによって、アスベスト被害者の不可視状態を終わらせ、誠実なブラジル市民としての憲法上の権利を認めたのである。」

労働公共省のウェブサイト上の声明によれば、この決定は、いまやすでに会社から健康管理を受けていないオザスコ工場のすべての元エターニット労働者に、医学的、栄養学的及び心理学的治療、物理療法及び薬物治療の費用を含め、生涯にわたる医学的管理が提供されなければならない

ことを明記している。裁判所は、労働者に健康管理及び支援を提供しているFundacentro、病院や診療所などの公共機関に金銭が配分されなければならないことを明記している。会社が従わなかった場合には、労働者一人当たり50.000レアル（～20.000USDドル）の罰金が課される。

この民事手続のニュースが最初に公表されたとき、エターニットの株価は最大4.3%下落した。裁判所によって健康管理の提供を命じられたというブルームバーグのウェブサイトの記事は、10億レアル（～4億2千万USDドル）失われたかもしれない。今日のエターニットSAの市場価格は853.8レアル（3億5900万USDドル）である。

労働公共大臣による提訴は、イタリアで操業したエターニットの多国籍企業に対する事件の調査に10年以上費やしたイタリアの検察官のパイオニア

的仕事に触発されたものであった。2012年2月に下された画期的判決の中で、トリノ裁判所は、スイスとベルギーのエターニット・グループの経営者は、エターニット・アスベスト・セメント工場が操業していたイタリアの町における死に責任があるとした。今回の件が控訴される疑いはわずかに残るものの、ブラジルにおける趨勢が転換したことは確かなようにみえる。サンパウロ裁判所の判決は、ABREAのスローガン「アスベストは殺す (Amianto Mata!)」という否定しがたい真実の現われである。ブラジルにおける「アスベストの管理使用」の違憲性に関する最高裁判所の決定を待たされている間に、この真実を心に刻んでおくことはよいことだろう。



※<http://ibasecretariat.org/lka-brazilian-court-eternit-to-pay.php>

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

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

「労災職業病なんでも相談専用のフリーダイヤル：0120-631202」は、全国どこからでも無料で、最寄りの地域センターにつながります。

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

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

- 購読会費（年間購読料）：10,000円（年度単位（4月から翌年3月）、複数部数割引あり）
- 読者になっていただけそうな個人・団体をご紹介下さい。見本誌をお届けします。
- 中央労働金庫亀戸支店〔普〕7535803〕
郵便払込講座「00150-9-545940」
名義はいずれも「全国安全センター」

全国労働安全衛生センター連絡会議
〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階
PHONE (03) 3636-3882 FAX (03) 3636-3881

安全センター情報

健保と労災の適用関係の整理関係通達

シルバー人材センター会員の請負契約による就業中の負傷が、業務上の事由によるものとして健康保険からの給付が認定されない問題が生じたことを契機に、厚生労働省内に「健康保険と労災保険の適用関係の整理プロジェクトチーム」が設置され、2012年10月29日に取りまとめが行われた。それを踏まえて健康保険法が改正されたが、2013年5月号6-7頁で報告しているように、全国安全センターの厚生労働省交渉でも様々な問題点が指摘されている。本号では、保険局長の関係通達を紹介する。

保発0531第1号
平成25年5月31日
全国健康保険協会理事長殿
厚生労働省保険局長

健康保険法等の一部を改正する法律等の施行について

健康保険法等の一部を改正する法律（平成25年法律第26号。以下「改正法」という。）、健康保険法等の一部を改正する法律の施行に伴う関係政令の整備等に関する政令（平成25年政令第164号。以下「改正政令」という。）及び健康保険法等の一部を改正する法律の施行に伴う健康保険法施行規則等の一部を改正する省令（平成25年厚生労働省令第75号。以下「改正省令」という。）が本日公布され、一部の内容を除き、同日から施行することとされたところであるが、これらの改正の趣旨及び主な内容は下記のとおりであるので、その運用に当たっては十分に留意の上、遺憾なきを期されたい。

なお、このほか、第二の第1の一、二及び第三の第1に関する改正事項その他改正法、改正政令、改正省令の施行については、追って通知などをする予定である。

また、貴協会におかれては、平成24年7月に制定された「保険者機能強化アクションプラン（第2期）」

等に基づき、後発医薬品の全国的な使用促進をはじめ、レセプト点検、保健事業（特定健康診査、特定保健指導）の推進等により、更なる医療費の適正化を推進し、財政の安定化に向けて努力されたい。

記

第一 改正の趣旨

医療保険制度の安定的運営を図るため、全国健康保険協会に対する国庫補助割合に係る特例及び後期高齢者支援金の負担方法に係る特例をそれぞれ平成26年度まで2年間延長する等の所要の措置を講ずるものであること。

第二 改正法の主な内容

第1 健康保険法（大正11年法律第70号。以下「健康保険法」という。）の一部改正（改正法第1条関係）

一 健康保険の保険給付に関する事項（健康保険法第1条及び第53条の2関係）

健康保険の被保険者又は被扶養者の業務上の負傷について、労働者災害補償保険の給付対象とならない場合は、法人の役員としての業務（被保険者の数が5人未満である適用事業所に使用される法人の役員としての業務であって厚生労働省令で定めるものを除く。）に起因する疾病、負傷又は死亡を除き、健康保険の給付対象とすること。

二～四 [省略]

第2～第5 [省略]

第6 施行期日等

改正法は、公布の日から施行することとしたこと。ただし、第1の一は、平成25年10月1日から施行することとしたこと。

なお、第1の一の施行に当たっては、健康保険法による保険給付で、平成25年10月1日より前に発生した事故に起因する業務上の事由による疾病、負傷又は死亡に関するものについては、なお従前の例によるものとしたこと。

第三～第四 [省略]

事務連絡
平成25年8月14日
全国健康保険協会御中
厚生労働省保険局保険課

健康保険法の第1条(目的規定)等の改正に関するQ&Aについて

健康保険制度の運営につきましては、平素より格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、健康保険法等の一部を改正する法律(平成25年法律第26号)等については、先般、「健康保険法等の一部を改正する法律等の施行について」(平成25年5月31日保発0531第1号厚生労働省保険局長通知)を発出したところですが、そのうち、平成25年10月1日から施行される健康保険法の第1条(目的規定)等の改正(健康保険と労災保険の適用関係の整理)に係る事務の実施に当たり、別添の通りQ&Aを作成いたしましたのでお送りします。運用に当たって、十分に留意の上、適切にご対応いただくようお願い申し上げます。

<健康保険法第1条(目的規定)等の改正にかかる基本的事項>

【質問1】

健康保険法等の一部を改正する法律(平成25年法律第26号)により、健康保険法の第1条(目的規定)の改正が行われたが、その改正趣旨はどのようなものか。

(回答)

○現行では、被保険者が副業として行う請負業務

中に負傷した場合や、被扶養者が請負業務やインターンシップ中に負傷した場合など、健康保険と労災保険のどちらの給付も受けられないケースがある。

○今回の改正趣旨は、こうしたケースに適切に対応するため、広く医療を保障する観点から、労災保険の給付が受けられない場合には、原則として健康保険の給付が受けられることとするものである。

【質問2】

新設された健康保険法第53条の2において、被保険者又はその被扶養者が法人の役員である場合に、その法人の役員としての業務に起因する負傷等が保険給付の対象外とされているが、その趣旨及び「法人の役員として業務」とは何を指すのか。

(回答)

(趣旨について)

○今回の改正においては、原則として労災保険からの給付が受けられない場合は健康保険の給付を受けられることとした。ただし、法人の役員の業務上の負傷については、使用者側の責めに帰すべきものであるため、労使折半の健康保険から保険給付を行うことは適当でないと考えられる。

○このため、被保険者等(※)が法人の役員である場合に、その法人の役員としての業務に起因する負傷等については、原則として保険給付の対象外とすることとした。

※被保険者のほか、被扶養者も含む。

(法人の役員としての業務について)

○「法人の役員としての業務」とは、法人の役員がその法人のために行う業務全般を指し、特段その業務範囲を限定的に解釈するものではない。

(労災保険の特別加入について)

○なお、中小事業主等(※)については、労災保険に特別加入することによって、業務上に起因する負傷等に対し、労災保険の給付を受けられる場合がある。

※以下に定める数の労働者を常時使用する法人の代表者および役員など。

健保と労災の適用関係の整理関係通達

- ・ 金融業、保険業、不動産業、小売業：50人以下
- ・ 卸売業、サービス業：100人以下
- ・ その他の業種：300人以下

【質問3】

健康保険法第53条の2において、「法人の役員としての業務」のうち、「被保険者の数が5人未満である適用事業所に使用される法人の役員としての業務で厚生労働省令で定めるもの」が除外されているが、その趣旨はどのようなものか。また「厚生労働省令で定めるもの」とは具体的に何か。

(回答)

(趣旨について)

○平成15年7月1日以降、厚生労働省保険局通知（平成15年7月1日保発0701001号・庁発070101号等）において、「被保険者が5人未満である適用事業所に所属する法人の代表者等であって、一般の従業員と著しく異なるような業務に従事している者」については、その者の業務遂行の過程において業務に起因して生じた傷病に関しても、健康保険の保険給付の対象（傷病手当金を除く）としてきたところである。今回の改正においても、その趣旨を踏まえ、被保険者が5人未満である適用事業所に使用される法人の役員については、その事業の実態を踏まえ、傷病手当金を含めて健康保険の保険給付の対象としたものである。

(厚生労働省令で定めるものについて)

○厚生労働省令では、健康保険の給付対象となる業務を「当該法人における従業員（同条に規定する法人の役員以外の者をいう。）が従事する業務と同一であると認められるもの」（厚生労働省令第52条の2）としている。したがって、役員の業務内容が当該法人における従業員が従事する業務と同一であると認められない場合には健康保険の給付対象とならない。

【質問4】

「被保険者の数が5人未満である適用事業所に使用される法人の役員」についての取扱いの法制化に伴い、これまでの取扱いを示してきた「法人の代表者等に対する健康保険の保険給付について」

（平成15年7月1日保発0701001号・庁発0701001号等 ※平成16年3月30日保発0330001号等により一部改正）はどうなるのか。

(回答)

○上記通知については廃止される。よって、被保険者が5人未満である適用事業所に使用される法人の役員が業務遂行の過程において業務に起因して生じた傷病について、傷病手当金は支給しないこととしていたが、この取扱いも廃止され、傷病手当金も保険給付の対象となる。

【質問5】

本改正はいつから適用されるのか。

(回答)

○平成25年10月1日以降に発生した事故に起因する業務上の事由による負傷等について適用される。

<その他事務取扱等について>

【質問6】

被保険者またはその被扶養者において、業務災害・通勤災害と疑われる事例で健康保険の被保険者証を使用し、または現金給付の申請等が行われた場合、健康保険の保険者は、まずは労災保険への請求を促し、健康保険の給付を留保することができるか。

(回答)

○労災保険法における業務災害については健康保険の給付の対象外であり、また、労災保険法における通勤災害については労災保険からの給付が優先されるため、まずは労災保険の請求を促し、健康保険の給付を留保することができる。

○ただし、保険者において、健康保険の給付を留保するに当たっては、関係する医療機関等に連絡を行うなど、十分な配慮を行うこと。

【質問7】

労災保険における審査の結果、業務外であることを理由に不支給となった場合は、原則として健康保険の給付対象となるが、その労災保険の審査結果について、健康保険の保険者はどのような方法で確認することになるのか。

(回答)

○労災保険の不支給決定通知は請求人本人に対してのみ送付されることから、健康保険の保険者は被保険者又は被扶養者からその結果を確認することとなる。このため、保険者は一定期間経過後(※)に被保険者等に対して連絡を行うなど、十分な配慮を行うこと。

※労災保険における負傷の場合の標準的な審査期間：1ヶ月程度
労災保険における疾病の場合の標準的な審査期間：6～8ヶ月程度(ただし、事案により調査に時間がかかる場合がある。)

○なお、健康保険の保険者においては、保険給付の時効期間(2年間)を考慮し、労災保険給付の請求が行われている場合であっても、健康保険給付の申請が可能であることを被保険者等に対して周知するなどの十分な配慮を行うこと。

※労災保険の請求が行われている場合の健康保険給付申請の取扱いについては、「労災保険給付の請求が行われている場合の健康保険の給付申請の取扱いについて(平成24年6月20日厚生労働省保険局保険課事務連絡)」を参照されたい。

【質問8】

健康保険の保険者においては、どのような事案について「業務災害・通勤災害であることが疑われる」として、被保険者等に対して労災保険への請求を勧奨すべきか。

(回答)

○「業務災害・通勤災害であることが疑われる」事案とは、次のような事案である。

- ・健康保険の被保険者(法人の役員※1を除く)が、工作中・通勤※2中に負傷した事案
- ・健康保険の被扶養者が、短時間正社員、パート・アルバイト等の労働者として就労しており、かつ、工作中・通勤中に負傷した事案
- ・健康保険の被保険者(法人の役員※1を除く)が、疾病にかかり、その原因が仕事にあると思われる事案
- ・契約形態等に関わらず(請負、法人の役員、ボランティア、インターン等)、労働が他人の指

揮監督下において行われ※3、報酬が一定時間労務を提供していることの対価と判断される場合に、その工作中・通勤中に負傷した事案又は疾病にかかりその原因が仕事にあると思われる事案

※1 工場長、部長等を兼務している役員の場合は、労働者と認められることがある(業務災害・通勤災害になることがある)。

※2 「通勤」とは、原則として、労働者が、就業に関し、①住居と就業の場所との間の往復②就業の場所から他の就業の場所への移動③単身赴任先住居と帰省先住居との間の移動を、合理的な経路及び方法により行うことをいう。

なお、その経路を逸脱し、又はその移動を中断した場合には、逸脱・中断及びそれ以後の移動は、一定の場合を除き「通勤」に該当しない。

※3 仕事の依頼等に対する諾否の自由がなく、業務の内容及び遂行方法について具体的な指揮命令を受け、勤務場所、勤務時間が指定・管理されているなど

【質問9】

業務災害・通勤災害と思われる事案について、労災保険を請求し、その審査が行われている間、患者の医療費の負担はどうなるのか。

(回答)

○労災保険指定医療機関で診療を受けるかどうかによって扱いが異なる。

<労災保険指定医療機関において 診療を受けた場合>

労災保険指定医療機関で業務災害・通勤災害として療養の給付(現物給付)を受けた場合、患者に医療費の負担は生じない。

<労災保険指定医療機関以外において 診療を受けた場合>

患者は医療費全額を一旦支払った上で、労災保険に請求することになる。



いわき市平薄磯①

柚岡明彦



男の子の写真
＝福島県いわき市平薄磯で撮影

薄磯という集落は、茨城県の北部と接する福島県いわき市の沿岸部にある。わたしが訪ねたのは2011年4月2日だった。約2週間前の3月18日夜に福島県入りして主に県の北部と中部の避難所をぐるぐる回って人々の話に耳を傾けていた。ふと、県南部はどうなっているのだろうと思った。

路地を抜け、土砂崩れ防止コンクリートで塗り固められた急斜面の前に看板がふたつ。ひとつは「豊間漁港 沼ノ内地区 漁港管理者 福島県」とあり、大漁旗をなびかせている船の絵が添えられている。もうひとつは「塩屋埼灯台 美空ひばりゆかりの『雲雀乃苑』 薄磯海水浴場」と書かれていて、200円先を示す赤い矢印がついている。看板を横目に小さくならかな坂道を下りた。

息をのんだ。

言葉をうしなった。

向こう側に、太平洋の白波が寄せては引いてい

る。視線を落とすと、惨状が飛びこんできた。たしかに、瓦屋根の大きめの民家はいくつかぼつぼつと残っているし、工場のような建物もつぶれてはいない。ただ、それ以外がめっちゃくちゃなのだ。民家の木材とひしゃげた車とおそらく海岸から流されてきた砂とがこね回されて、あたり一面にばらまかれている。集落の入り口も壊れた車が横向きになってふさいでいる。津波によるものなのだろうとは思った。一方で、津波はこれほどまでに人々の営みを破壊し尽くすものなのかとも思った。

そんなことを考えつつ集落に入ると、すぐに「何しに来たんだ。お前はNHKか」という怒声をあびせかけられて、我に返った。自宅の前でがれきを片付けていた男性だった。「ここには記者が誰も来ないんだ。みんな原発のことや相馬の方の話ばかりしかしない。後は出ないんだ。このことはちっとも取材しねえ。もう受診料は払わなねえよ」と言うのだっ



薄磯集落の全景(左)広がる廃墟の向こう側に塩屋崎灯台がみえる(右)
いずれも福島県いわき市平薄磯で撮影

た。わたしはNHKの記者ではないこと、しかし、ほかの地域での取材に追われて今日までこの集落に来ることができなかったことをわびた。ひとりで福島県全域を回ることも、ひとりで被災者全員に会うことも物理的に不可能なことだ。ただ、どんなに懸命に取材をしているつもりでも、それはあくまでも取材する側の都合であって、被災者には何の関係もないことだ。ただただわびるしかなかった。



あの日、2011年3月11日。230世帯がひとつの家族のように寄り添って過ごすのどかな集落を津波が襲った。

115人が亡くなった集落を歩いた。

2階建て集合住宅の1階部分は、窓や戸が打ち抜かれている。その前には、コンクリート製の電柱やタンクや車や折れた木が、砂と泥と一緒に山となっている。

なんとか外形だけは残った民家の中もめちゃくちゃだ。

かまぼこ工場の外枠は、津波の後に火災でもあったのだろうか、黒く焼け焦げている。工場の前には車が3台。1台はひっくり返っていて、もう1台は横倒しになっていて、赤い車はドアの扉が引きはがされている。どれもほこぼこだ。

「薄磯公民館」という石碑が建っている。しかし周りに公民館らしき建物はない。

集落内でひときわ目立つ3階建ての建物はいわき市立豊間中学校だった。ここもまったく廃墟のようだ。校舎の壁に「祝 第40回 東北中学校バレーボール大会 出場 会場 秋田市立体育館」。同

校の男子バレーボール部の出場を喜んでいる。

ところどころにかごが置いてあって、中をのぞくと男の子や女の子の砂だらけになった写真が入っている。家族が必死に捜したのだろう。

瀟洒ないわき信用組合塩屋崎支店の建物も、傾いてはいないものの1階部分はタイルの壁が粉々に壊されていた。その前に看板が建てられている。「いわき沖の渡航の安全を見守る塩屋崎(ママ)灯台をモチーフとした、当支店も無残な姿と化してしまいましたが、我々は、地域を照らし、地域の安全を見守る灯台として、塩屋崎支店の早期再建をお約束します」

もともとはこの薄磯の集落は、北洋サケ・マス船団に乗り込む海の男たちが集まった半農半漁のムラだった。住民の話によると、200カイリ規制で漁業が不振におちいったが、住民は生活の糧をやはり海に求めた。おもに関東からの海水浴客を相手に民宿をつくり、漁師が沖合で取ったヒラメ、スズキ、タイ、イナダを供した。冬のアンコウ鍋も名物だった。集落内には大小5軒の水産加工場もあった。

廃墟となった集落のはずれ、南側の絶壁の上に白亜の塩屋崎灯台がある。海面からの高さ73mにある灯火は約40m。先まで照らすことができたという。1899(明治32)年12月に完成。当時はれんが造りだった。1938(昭和13)年の福島県北方沖地震で灯器やレンズが大破し、灯塔にも多数の亀裂が入ったため取り壊された。1940(昭和15)年に鉄筋コンクリート製となって復活したが、太平洋戦争中には米軍機の標的とされて再び大きな被害を受けてしまう。1950(昭和25)年に修復。松竹映画「喜



びも悲しみも幾歳月(1957年、木下恵介監督)は、この灯台長の妻の手記がもとになった。



鈴木政貴さん(33)の自宅は海沿いにあった。父博さん(67)、母タイ子さん(61)、妻、長男、長女美空ちゃん(4)の6人で暮らしていた。

3月11日、鈴木さんは、自宅から自転車で2～3分の集落内にあるかまぼこ工場で働いていた。工場の2階でだて巻きを作るすだれの手入れをしていた。携帯電話の地震警報が鳴り、「何だ」。その瞬間、おそらく1分も過ぎないうちに強烈な揺れに襲われた。すぐに工場の1階に下りた。工場の外の家は軒並み崩れ落ちていて、大きな地割れも起きていた。自転車で飛び乗って自宅へ向かった。

仏壇・食器棚・冷蔵庫と、立っている物すべてが倒れていた。なぜかテレビとパソコンだけは元の位置にあった。倒壊を免れた自宅の近くにタイ子さん、長男、美空ちゃんの3人がいた。2人の子どもが「怖かった」と泣きながら駆け寄ってきた。鈴木さんは「大丈夫だよ」と声をかけた。父と妻は外出中だったが、母、子ども2人の無事に安心し、鈴木さんはかまぼこ工場に戻ることにした。

鈴木さんが勤め先に戻ったのは消防団員だったからだ。団の班長でもある工場の同僚にこれからの活動の指示を仰ごうと思った。班長の姿が見えなかったため、鈴木さんは再び自転車で自宅に戻った。タイ子さん、長男、美空ちゃんの3人の姿が

見えないことで「無事に避難したんだな」と安心し、また工場に戻った。

自宅からかまぼこ工場へ向かう途中、自転車からふと海を見た。波が汚れていた。それでも津波のことは全く頭になかった。工場で班長と落ち合い、「広報はどうしよう」と話していた時、波が防波堤を越えたのが見えた。

無我夢中で駆けあがった工場の3階から見た光景

ゴゴゴゴという地鳴りのよう

な——あるいは木造の家同士がこすれ合う音だったかも知れない——音とともに、集落の家すべてがいっせいに内陸側へと横滑りしていた。「あり得ない景色だった」。押しつぶされていく家の屋根の上から「助けて」という声が聞こえた。その声に向かって助けに走る住民の姿が見えた。声は地鳴りのような音にすぐにかき消された。

集落のがれきから水がはけたのは夕方になってからだった。

その日は一気に真っ暗になった。

夜、雪が降った。

集落の近くにあるゴルフ場へ避難した鈴木さんは、翌日の3月12日、タイ子さん、長男、美空ちゃんの3人が身を寄せているはずの豊間小学校へ向かったが、いなかった。近所の人が「神社の裏に避難しているよ」と連れていってくれた。そこには長男がいなかった。近所の人によると、一度は避難したタイ子さんは、夜は冷えるだろうからと、美空ちゃんをおぶって自宅へ衣類を取りに戻ったという。

津波の直前に自宅へ戻る途中、自転車をこいでいる鈴木さんの視界のなかに、見慣れた車が自宅の方向に走っていくのが見えた。「実はあれは父かも知れないという車を見かけていたんです」。建築会社で働いていた父博さんも地震の直後、「ちょうど仕事が終わったからなのか、地震で家のことが心配になったのか分からないけれど」、勤務先を車で飛びだして自宅に向かっていた。(この頁つづく)

別会社の労働者証言で逆転認定

長崎●厚生労働省申し入れ後間もなく

三菱重工長崎造船所の孫請けである川口親方の下で約2年間船内作業に従事し、中皮腫を発症した東尾守人さんが労災認定を求めた審査請求において、長崎労働基準監督署の不支給処分を取り消し、労災と認める決定がなされた。

審査官は、同時期に三菱長崎造船所内で働いていた別会社の労働者の証言を重視し、労災であると判断した。雇用関係を証明する資料が得にくい下請け・孫請け労働者にとって、今回の審査官の判断は救済の拡大につながると思われる。

東尾守人さんは、1957年から69年までの間の約2年間、三菱重工長崎造船所の構内下請けである丸菱商会の下請の川口親方という個人事業主のもと、船内作業に従事した。2010年に長崎大学病院にて悪性胸膜中皮腫との診断を受け、長崎労基署に労災申請の相談を行ったが、最終曝露職場の所轄は東京・品川労基署であるとの指導が行われた。そこで、品川労基署に労災申請を行ったのだが、2011年10月に「石綿曝露作業が認められない」との理由で不支給処分が通知された。

その年の11月、厚生労働省の

石綿労災認定事業所名の公開が行われ、アスベストセンターと全国安全センターは、東京・名古屋・大阪でアスベスト健康被害ホットラインを開設した。その際に、大阪の相談電話に東尾さんの娘さんが電話をかけられ、電話を受けた患者と家族の会会長の古川和子さんとの出会いが生まれた。そこで、三菱長崎造船じん肺患者会の塚原繁次さんの協力を得ながら、三菱長崎造船所における石綿曝露実態に関して調査不備があるとして、長崎労基署への労災申請を行った。にもかかわらず、「石綿曝露作業に従事したもとは認められない」との理由で、再び不支給処分が通知された。

長崎労基署への申請にあたり、三菱重工長崎造船所内で東尾さんを見かけたというHさんの存在を担当官に伝えた。Hさんは幼い頃、東尾さんの家の近くに住んでおり、学校を卒業後に三菱長崎重工の下請け会社で働いていた時期があった。Hさんは、造船所内で東尾さんを見かけたことが何度かあり、その際に「挨拶をしたり、会話をした」と証言してくれた。また、Hさんは造船所内で撮影した写真や、下請け会社の賃金袋と一緒に入って

いた新しく建造した船の写真、当時使用していたバスの回数券を保管されていた。

長崎労基署の聞き取りの際に、Hさんはこうした資料を示したが、担当官はそうした資料をまったく採用しなかった。長崎労基署の判断は、川口親方の存在を確認することができないことと、請求人以外に石綿曝露作業に従事したことを裏付ける客観的根拠がないとの理由で、不支給と決定したのだった。

審査請求にあたり、Hさんが保管されていた資料を新たな証拠として提出した。また、川口親方が住んでいた近隣の方からの証言を得て、川口親方の存在と三菱長崎造船所に人を連れて働きに行っていた事実を明らかにした。そして、川口親方に誘われ、東尾さんと一緒に造船所で働いていた方のご遺族の証言も証拠として提出した。さらに、塚原さんたちの協力により、丸菱商会で働きすでに労災認定されている方の証言を得ることもできた。

そうした結果、審査官は10月9日付けで「処分を取り消す」との決定を行った。

審査官は、川口親方の存在を認めただけで、Hさんの証言や川口親方のもとで一緒に働いていた方のご遺族の証言を採用し、労災であるとの判断を行ったのだった。

こうした資料は、長崎労基署の段階で証拠を採用することができたのであり、調査の不備が審査官により明らかとなった。ともあれ、同じ会社で働いていた方で

10年超曝露認めるもプラークなし

兵庫●石綿肺がん行政訴訟で棄却判決

アスベストにより肺がんを発症したとして労災申請を行ったものの、労働基準監督署が労災と認めなかったため、労災不支給処分の取り消しを求め争っていた訴訟の判決が、11月5日に神戸地裁で言い渡された。

今回の裁判は、アスベスト特有の肺内変化である胸膜プラークの有無を、司法がどのように評価するのか大いに注目されていたが、工藤涼二裁判長は「胸膜プラークを認めることはできない」との理由で、請求を棄却した。

造船所において約23年間に渡り溶接作業や船内での組立作業に従事してきた丸本佐開さんは、2003年3月2日に肺がんで亡くなられた。ご遺族は、生前に本人さんから聞いた作業状況から、死亡の原因は石綿ではないかと考え、2005年11月に神戸東労働基準監督署に遺族補償年金の支給を請求した。

神戸東労基署は2006年3月に不支給処分を決定したが、その理由は「被災者に発症した肺がんは、石綿曝露を示す医学的根拠に乏しく、またじん肺所見も認められない」ということ。つまり、画像上で「石綿曝露を示す胸膜プラークがない」ということだった。その後、不服を申し立てたが兵

庫労働者災害補償保険審査官は2006年12月に請求を棄却し、再審再請求についても労働保険審査会は2008年4月に請求を棄却した。

石綿による肺がんの認定基準（2006年2月基準）は、①石綿肺、②胸膜プラーク+石綿曝露作業10年以上、③石綿小体又は石綿繊維+石綿曝露作業10年以上、④10年未満であっても胸膜プラーク又は一定量以上の石綿小体（5,000本以上）・石綿繊維（1 μ m500万本以上、5 μ m200万本以上）が認められるものは本省協議、となっていた。

世界の医学界においては、「石綿肺がんは中皮腫の2倍」とのコンセンサスが確立している。しかし、日本では労災として認められている人数は中皮腫より少ないという傾向が続いている。データから考えると、石綿肺がんについては約7人に1人しか労災認定されておらず、私たちはその大きな原因として認定基準のハードルの高さにあると考えている。労災の認定基準に示されている「胸膜プラークが認められること」という点においても、読影する医師により大きな幅があるからである。

丸本事案は、再審査請求が棄

却された後、東京・芝病院の藤井医師にレントゲン・CTフィルムを読影していただいたところ、「胸膜プラークあり」の所見をいただき、ご遺族が不支給処分の取り消しを求め提訴することとなった。

2008年10月10日、ご遺族は神戸東監督署の不支給処分の取り消しを求め、神戸地裁へ提訴した。丸本さんの提訴を契機として、英さん・北村さん・藤田さんと石綿肺がん不支給処分取り消し訴訟が続くこととなった。その意味で、石綿肺がん訴訟の先駆けとなる裁判だった。

この裁判は、神戸東労基署の不支給処分の取り消しを求めるものだが、石綿肺がんの認定のあり方、認定基準や、胸膜プラークの読影について争うこととなった。そうした意味においても、石綿肺がんの患者・家族の方々の救済に大きな影響を与える裁判だった。

今回の判決は、争点を①石綿肺がんの認定基準（2006年2月基準）の合理性、②丸本さんの石綿ばく露作業への従事歴、③肺内に胸膜プラークが認められるか否かの3点とし、判断が行われた。

まず、①の認定基準について、10年曝露及び医学的所見とする認定基準は、医学的知見に基づくものであり合理性があると判断した。

争点の②について裁判所は原告の主張のすべて認め、「曝露濃度は低いものであったと認められるが」「曝露を受ける作業に約26年間従事したと認められる」

と判断した。

ところが、③については、鑑定人の中野医師(兵庫医大)の「信用性を疑わせる事情は認められない」として、丸本さんの「肺内に胸膜プラークがあるとは認められない」と判断したのだった。

そして、10年曝露要件は満たすものの、胸膜プラークが認められないため、業務起因性を認めることはできないとし、請求を棄却した。

胸膜プラークは画像での診断が難しく、画像に写っていない場合でも手術や解剖において確認

されることもある。そのため、石綿に曝露する作業内容を重視し認定するようにと訴えていたわけだが、裁判長は「国の基準は合理性が認められる」「胸膜プラークはない」と結論付けた。

原告の丸本さんは、「泣き寝入りしている被害者のためにも控訴する」と決意を語り、11月19日に控訴した。石綿肺がんの被災者の救済に向け、争いの場は大阪へと移りましたが、引き続きご支援をお願いしたい。



(ひょうご労働安全衛生センター)

本田技研工業を相手にアスベスト裁判を闘った弁護団の一人である飯田学史弁護士に依頼し、一緒にNさんのご自宅にうかがった。酸素吸入をしながら生活されているじん肺患者さんの姿を見るのは本当に辛い。Nさんは、長年にわたる労働基準監督署からの通知などの書類をきちんと保管されている。Nさんが働いていた鉱山会社はすでになくなっており、相手は国だけとなる。すぐ和解になると予想されたが、若干の時間と手間のかかる裁判手続の説明をさせてもらった。

東京地裁に提訴したところ、口頭弁論はすぐに終わり、和解に向けた進行協議となった。国からはたくさんの人たちがやってきた。つまり、経済産業省、法務省、厚生労働省の各々の担当者が裁判所に来るのだ。そして、進行協議の最終盤になって、「役所の中で決裁するが、どことどの決裁が必要なのか今すぐにはわからないので少し時間がほしい」と言う。たしかかに税金を預かる立場としては仕方がないかもしれないが、チラシまで作っているのだから、もう少し段取りよ良くできないのかなと思う。

チラシにあるとおり、最高裁で国の責任が明確となったのは1994年4月のこと。その後現在に至るまで、北海道や福岡などで訴訟が続き、1,500人のじん肺患者と和解している。チラシが作られたのは2011年11月。多くの炭鉱は北海道や九州にあったが、閉山後はたくさんの方々が首都圏や関西にやってきたはずだ。

石炭じん肺裁判が和解 神奈川●国がNさんに800万円を支払う

14年前にセンターに相談され、じん肺で労災認定され、神奈川県大和市の十条通り医院などでずっと治療してきたNさんが、昨年秋、国を相手取って損害賠償裁判を起こした。7月末に、国が約800万円を支払うことで和解が成立した。解決に至る経過と今後の課題を報告する。

埼玉県から横浜の港町診療所に通院していたじん肺患者さんが、埼玉労働局で、あるチラシを入手した(経済産業省・原子力安全・保安院石炭保安室「石炭じん肺訴訟の和解手続による賠償金のお支払いについて」)。それによると、炭鉱で働いてじん肺になった患者は、国と企業を

相手取る損害賠償裁判を起こすと、国は和解に応じて、全体の3分の1の賠償金が支払われることになるという。

センター会員のNさんは、北海道の炭鉱で働いたことが原因でじん肺になった。県内遠方から十条通り医院に通っていたが、症状が悪化してからは家の近くの医療機関で治療を続けてこられた。センターにいつもカンパを寄せてくださり、時にはニュースの内容について鋭い質問をいただくこともあった。残念ながら最近はお会いする機会がなかったが、このチラシに基づいて訴訟を起こしてはどうかとお勧めしたところ、やってみようということになった。

Nさんも多くの炭鉱離職者の一人にすぎない。賠償はおろか、じん肺の労災認定すら受けていない人もいよう。

飯田弁護士が事務局となり、「首都圏石炭じん肺弁護団」が結成された。Nさんの解決とあわせて、炭鉱労働者のじん肺相談を呼びかける内容で新聞記者にレクチャーしたところ、各紙が報道してくれて、すぐに10数件の相

談が寄せられた。じん肺管理区分申請や訴訟の準備に入っているケースもある。

労働局のじん肺管理区分の決定時には、粉じん職歴を確認しているのだから、厚生労働省は、石炭鉱山の事業場で働いたじん肺患者全員に、チラシ一枚を送ることぐらいできるはずだ。全労働局で実行してもらいたい。

(神奈川労災職業病センター)

「下町の木工所見学とクロム公害」

東京●2013サマーフィールドワーク

8月9日と10日、東京労働安全衛生センターのサマーフィールドワークが行われ、16名が参加した。桜美林大学、東京工科大学、東京理科大学から学生が多く参加。本年のテーマは、「東京下町の工場と、クロム公害の現場を歩く」と題し、4セッションで行われた。

1日目午前には清水建設株式会社東京木工場を、アクションチェックリストをもって見学した。午後は、外国人労働者との交流。2日目は午前、江東区東大島のクロム工場跡地を見学し、下水溝のクロム濃度を測定した。午後は、東日本大震災のアスベスト問題を学習した。

清水建設東京木工場は、1884年に江東区木場に作られた、日本の伝統的な木工建築技術を受け継いでいる工場である。労働者は約70名だが、いずれも建

築技術のプロフェッショナルで、技能グランプリや技能五輪全国大会で優秀な成績をかちとった人たちがたくさんいる。担当者の島田さんに木工場の展示場やビデオを見せていただき、現場を案内していただいた。工場は築後数十年たっているが、自然の光を天井や窓から十分に取り入れて明るさを確保していた。場内の通路もはっきりとした線がひかれていて、配置されている加工機械の前で、余裕をもって作業を行っていた。

木工技術者の特技を活かして、収納棚、小物入れなどいろいろなものを自前で作っていた。「安全を心がけるポスター」や「後工程に配慮して品質管理をしようという標語」など、清水建設や木工場に即した標語が貼られていたことに感心した。

工場見学から戻ってのグループワークでは、三班に分かれて工場見学で学んだ良い点と改善点について話し合った。グループ発表では、良い点として、手作りで収納棚などを作っている、木工教室を開催する等社会貢献している、安全のための心がけなど自社作のポスターや標語を掲示している、明るい作業空間などがあげられた。改善点は、床の段差をなくす、作業場所に椅子などを置いておく、塗装場の整理整頓などがあげられた。

午後3時からは日本で働く移住労働者の問題を学ぶセッションが行われた。移住労働者と連帯する全国ネットワークの大曲由紀子さんが、「草の根ネットワークの力と私たちが作る多民族多文化共生社会」というテーマで問題提起を行った。

その後、毎週金曜日に当センターで行っている外国人労働者のための生活労働相談「ネットワークKameido」に集まる仲間との交流会が持たれた。

「いつか本国に帰りたいですか?」という質問に対して、ブラジル人二世の方が、「ブラジルに帰れば日本人だと言われ、日本にいれば外国人だと言われる、私にとって祖国とは何なのかと思う」と発言され、日本で住み働いている外国人が抱えている住みにくさ、働きにくさを改めて実感した。

「フィールドワークに来られている若い世代の方々から、日本を変えてほしい。日本はすでに多民族多文化共生社会になっているのだから、それにふさわしい社会



システムを作っていきましょう」との励ましを、集まった外国人の皆さんからいただき、若い世代の責任を実感したひとときだった。夕方には、全員でサンドイッチパーティーを行い、和やかなひとときを過ごした。

2日目は、六価クロム公害のセッションを行った。センターから2kmほどしか離れていない江戸川区小松川には戦前から日本化学工業というクロム精錬工場があった。クロムは、メッキなど工業製品製造に不可欠の物質だが、人間に対して発がん性がある。日本化学工業では、クロム精錬工場 で働いていた多くの人たちに、鼻中隔穿孔といって鼻の中に穴があく症状が見られた。また、肺がんをはじめとする様々な臓器にがんが発病して、多くの労働者が労災になった。

また、1970年代になって工場が閉鎖された跡地やクロムを埋めた土地から高濃度の六価クロムが出ていることがわかり、この対策が大問題となった。結局、東

京都と日本化学は、六価クロムの銹さいを中和させて安定させてから、大きな穴を掘ってビニルシートで隔離した中に保管する方法をとることとし、その上を公園にした。ところが、安定させて隔離したはずの六価クロムがもれだしていることがわかり、またもや大きな問題となった。一度漏れ出したクロムは、完全に安定して隔離することができず、本年も高濃度の六価クロムが漏れ出していることがわかっている。

この問題に地域で取り組んでいる江東区議会議員の中村まさ子さんと、日本化学で働き自らの鼻にも鼻中隔穿孔がある彦田威男さんにお話を聞きした。

そして、現地から採取した排水のクロム濃度を試験紙で測定し(写真参照)、その後現地調査を行った。

暑い盛りだったが、クロム試験紙を排水溝にたらしながらクロム濃度を測定したところ、環境基準の数百倍の濃度が検出されるところもあり、その場所の横にはマン

ションがたっていた。参加者は一様に事の重大さに驚き、今後も行政に対して行動を起こしていきたい、という中村さんの熱意に感銘した。

現在福島でも放射線について、大規模な汚染が大地と海に起こっていることを思い、有害物質の管理と処理が人間にとって困難であることや、それを知りつつも使っては災害を起こす国と企業の行動を、深く考えさせられたセッションだった。

午後のセッションは、東日本大震災で倒壊した建築物のアスベストについて、東京労働安全衛生センターの活動を、飯田事務局長が報告した。会場には、アスベスト建材や、アスベストに罹患した労働者の肺の標本も展示され、身のまわりにあるアスベストもたらす被害を実感した。

最後に参加者一同で記念写真を取り、2日間のフィールドワークを終えた。

感想では、「ふだん知らなかったいろいろな職業病や化学物質の話を知ってよかった」「日本の伝統的な木工建築技術を踏襲してがんばっている工場に入れてよかった」「外国人の日本での労働と生活がはじめてわかった」などの評価とともに、「あまりにもたくさん課題がつめこみすぎて、消化不良」との声も聞かれた。

東京労働安全衛生センターは、いただいた皆様の声をもとにして、来年も楽しいフィールドワークを企画したいと思う。



(東京労働安全衛生センター)

神戸で設立8周年の集い

兵庫●患者と家族の会ひようご支部



中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会ひようご支部が設立8周年を迎え、10月14日に神戸市勤労会館多目的ホールにて8周年の集いが開かれました。マスコミ報道を見られた一般の方々が多く80名以上の参加者でした。

神戸大大学院生の奥堀亜紀子さんから「震災とアスベスト—東日本大震災から3年を迎えた被災地の今」について報告がありました。神戸大学倫理創成プロジェクトのメンバーは、昨年6月に石巻、今年8月には石巻・女川・南三陸の被災地を訪れアスベスト被害の調査をされています。震災直後に、瞬く間に津波が迫る様子を1分刻みの写真で示されリアルな状況を目のあたりにしました。あまりにも現実離れした状況を、現実として受け入れられないほどの悲惨な体験をされた被災者の中には、計算や文字が書けなく

なった方もおられると話され胸が痛くなりました。被災地では目の前の復興や日常生活を取り戻すことに追われて、何十年もの潜伏期間のあるアスベスト飛散までは考えが及ばない方が多いように思うと話されました。

直木賞作家の藤本義一さんが昨年10月に中皮腫で亡くなられてから1年になろうとしています。家族会会員の長女の中田有子さんは、中皮腫発症の経緯を会長の古川さんと一緒に調査されています。大阪堺市の自宅近くには、石綿関連の事業所が数か所もあり、石綿を運搬した麻袋をカーペットの裏地に仕立て直す工場があったこともわかりました。

藤本さんは脚本も多く書かれた大学時代には宝塚映画製作所に出入りされていました。今回、その美術スタッフの方と出会い、「舞台セットをばらす時には真っ

白な埃が舞っていた」と話されたそうです。この方も中皮腫で治療中とのことです。

その後は西宮にお住まいを移されました。1995年の阪神淡路大震災の時には、被災地で震災孤児を救おうと走り回っておられました。倒壊現場も回られており、そのときに石綿含有の粉じんを吸われたかもしれません。

私たちが知らないご家庭での父としての顔を紹介しながらユーモアを交えて話されました。闘病の話に及ぶと時折涙ぐまれ、「特別な病気だと思っていたが、恩師も中皮腫だったことがわかり驚いています。よく調べてみると身の回りに石綿が存在している。多くの人に關心を持っていただきたい」と締めくくられました。

家族会会員の溝口幸子さんのピアノ演奏が参加者を勇気づけました。希望を持って生きて行ってほしい。また、これからの子どもたちのためにもノンアスベストの世界を築いていかないといけないとの思いを込めて演奏された「kibounohikari」と「so wonderful world」は、ご自身の作曲です。最後には会場80人全員で合唱して心をひとつにした会となりました。

一般の方々が多く来られ、孤独に一人で闘病を送られている方もおられます。心強い、相談出来るところがなかったと声が寄せられました。より一層、世間に認知される活動をする会にし



ていかなくならないと。 (アスベスト患者と家族の会 伊藤郁子)

進む職業がんの労災申請・認定

韓国●鉄道労働者の肺がんに初の認定

■列車検収で肺がんになった鉄道労働者、初の労災認定

勤労福祉公団は、鉄道公社で25年間『統一号』と『木槿号、セマウル号』の検収業務を行い、昨年3月に原発性肺がんと診断されたヤン・某（57歳）氏が、同年9月に提出した産業災害補償保険療養手当・休業手当の申請に、労災認定の決定を出した。鉄道公社で働いて、石綿・ディーゼルエンジンの燃焼物質によって肺がんになった労働者が労災を認められたのは今回が初めて。

ヤン氏は1985年に鉄道庁に入社し、18年間『統一号』と『木槿号、セマウル号』に乗車し、発電室・機関室・客車内の各種機器を点検・修理する乗務検収に従事した。2005年に鉄道庁が鉄道公社に変わって、同年4月から2011年までセマウル号の事業検収（車庫に入庫した列車の検収）を行った。

2011年12月末から原因不明の咳が続いたヤン氏は、昨年3月に肺がんの確定診断を受け左肺の切除手術を受けた。

2013年7月2日
毎日労働ニュース

■パナリム・サムスン出身がん患者10人の集団労災申請/死

でいく労働者に立証を要求するな

7月23日、半導体労働者の健康と人権守りパナリムが職業病被害者の労災認定のために、勤労福祉公団に5回目の集団労災申請を行った。サムスン半導体出身の労働者8人と、サムスンLCD出身の労働者2人で、疾病で分類すると、乳がん4人・脳腫瘍1人・絨毛上皮がんと難妊（不妊）1人・甲状腺がん1人・肺がん1人・白血病2人である。うち9人が女性ですべて20代と30代でがんを発病、男性労働者1人は50歳で白血病が発病し、昨年8月亡くなった。

2007年に故ファン・ユミ氏の白血病による死亡が知らされて始まった半導体電子産業労働者の集団労災申請は、今回が5回目、いままでに39人が労災を申請している。

2013年7月24日
毎日労働ニュース

※パナリムは9月25日に、民主社会のための弁護士会（民弁）とともに、国連人権理事会の人権擁護者特別報告官、危険物質または有害廃棄物特別報告官、健康権特別報告官にサムスン電子の職業病被害を陳情した。

特別報告官は人権侵害の事

例が受け付けられれば、陳情書の内容の真偽を把握するために事実関係に関する政府の意見書を求める。事案によっては特別報告官名義で公開声明を発表して、憂慮を表明したり、是正を求める。事案が重大だと判断されれば特別報告官が現地を訪問することもある。

■金属労組、6次職業性がん集団労災申請18人/累計147人、23人に認定

職業性がんを業務上災害と認定するように要求して集団労災申請を進めている金属労組が、8月21日に6回目の集団労災申請を勤労福祉公団に届け出た。今回労災申請を行った労働者は18人で、現代車と起亜車支部の組合員がそれぞれ9人ずつ参加した。

労組は2011年4月から職業性がんの集団労災申請を行っているが、この日の6次申請で147人の労働者が参加することになった。

労組が5次申請まで行った結果、23人が勤労福祉公団から労災承認を受け、69人は不承認とされた。4人には棄却の決定が出され、31人には安全保健公団の疫学調査と勤労福祉公団の災害調査がわれている。返還されたのは2人である。

労組によれば労災申請の後、最終決定までに1年以上もかかった事件が33件にもなる。現在の処理中の31件の中でも10件が疫学調査に1年以上かかっている。

2013年7月24日

毎日労働ニュース 

（翻訳：中村猛）

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 E-mail safety@rengo-hokkaido.gr.jp
〒060-0004 札幌市中央区北4条西12丁目 ほくろビル4階 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 E-mail center@toshc.org
〒136-0071 江東区亀戸7-10-1 Zビル5階 TEL (03)3683-9765 / FAX (03)3683-9766
- 東京 ● 三多摩労働安全衛生センター
〒185-0021 国分寺市南町2-6-7 丸山会館2-5 TEL (042)324-1024 / FAX (042)324-1024
- 東京 ● 三多摩労災職業病研究会
〒185-0012 国分寺市本町4-12-14 三多摩医療生協会館内 TEL (042)324-1922 / FAX (042)325-2663
- 神奈川 ● NPO法人 神奈川労災職業病センター E-mail k-oshc@jca.apc.org
〒230-0062 横浜市鶴見区豊岡町20-9 サンコーボ豊岡505 TEL (045)573-4289 / FAX (045)575-1948
- 群馬 ● ぐんま労働安全衛生センター E-mail qm3c-sry@asahi-net.or.jp
〒370-0045 高崎市東町58-3 グランドキャニオン1F 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 E-mail KFR00474@nifty.com
〒950-2026 新潟市西区小針南台3-16 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 E-mail roushokuken@be.to
〒466-0815 名古屋市昭和区山手通5-33-1 TEL (052)837-7420 / FAX (052)837-7420
- 三重 ● みえ労災職業病センター E-mail QYY02435@nifty.ne.jp
〒514-0003 津市桜橋3丁目444番地 日新ビル TEL (059)228-7977 / FAX (059)225-4402
- 京都 ● 京都労働安全衛生連絡会議 E-mail kyotama@mbox.kyoto-inet.or.jp
〒601-8015 京都市南区東九条御霊町64-1 アンビジャス梅垣ビル1F TEL (075)691-6191 / FAX (075)691-6145
- 大阪 ● 関西労働者安全センター E-mail koshc2000@yahoo.co.jp
〒540-0026 大阪市中央区内本町1-2-11 ウタカビル201 TEL (06)6943-1527 / FAX (06)6942-0278
- 兵庫 ● 尼崎労働者安全衛生センター E-mail a4p8bv@bma.biglobe.ne.jp
〒660-0802 尼崎市長洲中通1-7-6 TEL (06)4950-6653 / FAX (06)4950-6653
- 兵庫 ● 関西労災職業病研究会
〒660-0803 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 E-mail npo-hoshc@amail.plala.or.jp
〒650-0026 神戸市中央区古湊通1-1-17 西浦ビル2階 TEL (078)382-2118 / FAX (078)382-2124
- 岡山 ● おかやま労働安全衛生センター E-mail oka2012ro-an@mx41.tiki.ne.jp
〒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 TEL (086)232-3741 / FAX (086)232-3714
- 広島 ● 広島労働安全衛生センター E-mail hirosshima-raec@leaf.ocn.ne.jp
〒732-0825 広島市南区金屋町8-20 カナヤビル201号 TEL (082)264-4110 / FAX (082)264-4123
- 鳥取 ● 鳥取県労働安全衛生センター
〒680-0814 鳥取市南町505 自治労会館内 TEL (0857)22-6110 / FAX (0857)37-0090
- 徳島 ● NPO法人 徳島労働安全衛生センター E-mail info@tokushima.jtuc-rengo.jp
〒770-0942 徳島市昭和町3-35-1 徳島県労働福祉会館内 TEL (088)623-6362 / FAX (088)655-4113
- 愛媛 ● NPO法人 愛媛労働安全衛生センター E-mail npo_eoshc@yahoo.co.jp
〒793-0051 西条市安知生138-5 TEL (0897)47-0307 / FAX (0897)47-0307
- 高知 ● NPO法人 高知県労働安全衛生センター
〒780-0011 高知市藪野北町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 ● NPO法人 大分県勤労者安全衛生センター E-mail OITAOSHC@elf.coara.or.jp
〒870-1133 大分市宮崎953-1(大分協和病院3階) TEL (097)567-5177 / FAX (097)568-2317
- 宮崎 ● 旧松尾鉱山被害者の会 E-mail aanhyuga@mnet.ne.jp
〒883-0021 日向市財光寺283番地25 TEL (0982)53-9400 / FAX (0982)53-3404
- 鹿児島 ● 鹿児島労働安全衛生センター準備会 E-mail aunion@po.synapse.ne.jp
〒899-5215 始良郡加治木町本町403有明ビル2F TEL (0995)63-1700 / FAX (0995)63-1701
- 沖縄 ● 沖縄労働安全衛生センター
〒902-0061 那覇市古島1-14-6 TEL (098)882-3990 / FAX (098)882-3990
- 自治体 ● 自治労安全衛生対策室 E-mail sh-net@ubcnet.or.jp
〒102-0085 千代田区六番町1 自治労会館3階 TEL (03)3239-9470 / FAX (03)3264-1432



安全センター情報 2014年1・2月号 (通巻第412号) 2014年1月15日発行 (毎月1回15日発行)
1979年12月28日第三種郵便物認可 1,600円
〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1Zビル5階 全国労働安全衛生センター連絡会議
TEL (03)3636-3882 FAX (03)3636-3881

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