

安全センター情報2016年1・2月号 通巻第434号
2016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



2016 1・2

安全センター情報



特集 ● 石綿救済法から10年の救済状況検証

写真：公害被害職業病被害補償第3回シンポジウム

「公害・薬害・職業病 制度比較レポート第3集」CD版のご案内

公害薬害職業病補償研究会

2015年11月29日に開催した「公害薬害職業病 被害者補償・救済の改善を求めて 第3回シンポジウム ― 戦後70年 被害者補償・救済の現在」(明治大学・駿河台キャンパス)の会場で配布された資料CDを実費1000円(送料共)で希望者にお届けします。ご希望の方は、ゆうちょ銀行(郵便局)の郵便振替用紙に下記の加入者名・口座番号および備考欄に必要事項を記入し、CD1枚につき1000円を振り込んでください。送金手数料はご負担ください。

制度比較レポート第1集 [水俣病・サリドマイド・カネミ油症・大気汚染・アスベスト] (2009/5/30、印刷物) は在庫なし、以下でPDFを入手できます。

<http://www.einap.org/jec/committee/hoshoken/sympo151129.html>

制度比較レポート第2集 [原爆症・森永ひ素ミルク中毒・医薬品副作用被害/第1集各事例の追記] (2012/2/40、印刷物) は在庫あり。合わせてお申し込みいただけます。

郵便振替口座 加入者名 東京・水俣病を告発する会
口座番号 00110-6-95892

備考欄には、郵便番号・住所・電話番号・氏名・CDの希望枚数を記入してください。

(連絡先) 公害薬害職業病補償研究会

136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階

全国労働安全衛生センター連絡会議 気付

Tel : 03-3636-3882 Fax : 03-3636-3881

E-mail : joshrc@jca.apc.org

資料CDの概要は次の通りです：

主な内容 (括弧内は作成者名、各事例の次行以下は各報告末尾の主な資料)：

イタイイタイ病 (水谷敏彦)

認定基準、イタイイタイ病の賠償に関する誓約書、医療補償協定、

神通川流域カドミウム問題の全面解決に関する合意書

新潟水俣病 (萩野直路)

新潟水俣病補償協定書(第1次訴訟、第2次訴訟)、新潟県水俣病総合対策医療事業実施要綱

スモン (片平洌彦)

スモン和解確認書(抄)、スモン総合対策、スモン手帳(抄)

水俣病・追記2 (久保田好生・谷洋一・野澤淳史)

水俣病の認定に関する環境省の新通知、

胎児性・小児性水俣病患者に係る地域生活支援事業補助金交付要項

サリドマイド事件・追記2 (川俣修壽)

カネミ油症・追記2 (下田守)

カネミ油症患者に関する施策の総合的な推進に関する法律、同法に関する基本的な指針

大気汚染・追記2 (尾崎寛直)

アスベスト・追記2 (古谷杉郎)

原爆症(改訂版) (内藤雅義)

認定基準(内規)、原爆症認定に関する審査の方針、新しい審査の方針

森永ひ素ミルク中毒事件(改訂版) (塩田隆・平松正夫)

森永ミルク中毒被害者の恒久的救済に関する対策案、三者会談確認書、

40歳以降の被害者救済事業のあり方

医薬品副作用被害・追記 (栗原敦)

特集／石綿救済法から10年の救済状況検証

**石綿救済法施行から10年
「隙間ない救済」の実現はまだ**

中皮腫減少傾向、肺がん低位横ばい 2

新規3件の制度比較レポート

公害薬害職業病被害補償第3回シンポジウム 30

不法行為と被害者救済制度

シンポ記念講演／立命館大学名誉教授 淡路剛久 39

**職業病の報告：欧州5か国における
問題点とグッドプラクティス**

Eurogip 2015.2 46

**欧州の職場における暴力とハラス
メント：広がり、影響及び方針**

欧州生活労働条件改善財団 2015 60

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

欧州及び世界的な職業がんの根絶 74

ルポ「1カ月」～ニュースにならなかった日々～22

原発災害⑬ クビの嵐 82

各地の便り/世界から

全国等●2年目過労死等啓発月間各地でシンポ 86

愛知●設備工事会社中皮腫、遺族が会社と和解 87

兵庫●「働くガン患者の就労支援」のセミナー 88

東京●うつ病を以前の職場での事故原因と認定 89

広島・山口●患者と家族の会支部設立10年記念 90

厚労省●ストレスチェック実施プログラムを配布 90

韓国●病院・郵政労働者における労災職業病 91

石綿救済法施行から10年 「隙間ない救済」の実現はまだ 中皮腫減少傾向がみられ、肺がん低位横ばい

法施行10年かつ見直し期限

石綿健康被害救済法（以下「救済法」）は、2006年2月3日に成立、同年3月27日に施行されてから、10年目を迎えようとしている。

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、救済法である。

同法はその後、患者・家族と石綿対策全国連絡会議等の提起を受けた議員立法というかたちで、「隙間ない救済」を確実にするために、法制定時には3年間の時限措置とされていた、法施行前に死亡または労災時効成立していた事例に対する救済の請求期限を延長することを中心とした改正が、2008年及び2011年の二度にわたり行われている。2011年8月30日に施行された改正法は、「政府は、この法律の施行後5年以内に、新法の施行の状況について検討を加え、その結果に基づいて必

要な見直しを行うものとする」と規定している—すなわち今年2016年が見直しの期限である。

10年の節目、そして2011年改正法施行後5年の見直し期限を迎えて、「隙間なく迅速な救済」の実現状況を検証することはきわめて重要であろう。

被害の世界推計2倍、20万人以上

具体的検証作業に入る前に、指摘しておきたいことがある。アスベスト関連疾患はますます世界的に根絶が図られなければならないものとして認識され、それによる世界の死亡数について、この間、国際労働機関（ILO）、世界保健機関（WHO）、欧州連合（EU）などにより各々100,000、107,000、102,000—おおむね10万人という推計が示されてきた。

WHOの推計は、世界疾病負荷（GBD:Global Burden of Disease, Injuries and Risk Factors）1990調査の結果に基づいている。アスベスト職業曝露によるがん（中皮腫・肺がん）が、当初94,000と推計され、2004年に100,000に改訂されて、それに石綿肺7,000を加え107,000という推計である。2015年9月11日発行のランセット誌に、最新のGBD2013

年調査の最初の包括的分析結果が公表された。

これによると、アスベストがんによる死亡は世界で194,000人に上ると推計された。WHOはじめ諸国際機関が間もなく公式に、アスベスト関連疾患による死亡の推計を20万人以上に引き上げることは間違いない—これが国際的認識の発展である。

わが国については、2003年に、今後40年間に約10万人の男性胸膜中皮腫死亡と推計した村山武彦教授らの研究が有名であり、これが2004年のアスベスト原則禁止の引き金のひとつにもなった。

クボタ・ショック後、厚生労働科学研究で、2006-07年度「中皮腫発生に関わる職業性石綿ばく露の研究」で「中皮腫の疫学的解析」、2008-10年度「職業性石綿ばく露による肺・胸膜病変の経過観察と肺がん・中皮腫発生に関する研究」で「死亡数将来推計」が追加されている（担当者は千葉県がんセンター予防疫学研究部の三上春夫氏）。しかし、2010年度を最後に後続の研究は見受けられない。

2011年8月25日の参議院環境委員会で環境省環境保健部長は、中皮腫死亡は現状程度のまま2020～22年くらいまで続き、その後は徐々に減少するのではないかと推計されていると、上記研究の結果を紹介している。この推計は先行研究と比較するとかなり控えめな数字であり、2011-13年の全国高位推計は3,781と推計されたが、現実の死亡者数が4,068であったことからしても、見直しが必要なことは明らかであろう。環境省も、表1に記載されているように、「患者数将来推計は改めて行う」としながら、その内容も成果も公表していない。

アスベスト被害の現状把握と将来推計の努力を持続し、被害の補償・救済を優先課題として維持し続ける必要があることを、まず指摘しておきたい。

「隙間ない救済」の検証

「隙間ない救済」の実現状況の検証は、救済法が施行された当初からわれわれが必要性を訴えてきたことであるにもかかわらず、政府・関係省による努力はなされてこなかった。

検証作業に必要な死亡年別補償・救済データ自体、環境再生保全機構は当初から公表したものの、

厚生労働省が公表するようになったのは、労災認定等事業場名一覧表の公表を再開した2008年度以降のことである。

政府・関係省に代わって全国労働安全衛生センター連絡会議が独自に検証を行ってきた（安全センター情報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、2014年1・2月号、2015年1・2月号参照—今回が8回目である）。

被害者・家族らの要望に応じて議員立法によって実現した2008年の救済法改正によって、「関係行政機関の長が相互に密接な連携を図りながら協力」して調査等を行い「国民に対し石綿による健康被害の救済に必要な情報を十分かつ速やかに提供する」とした条文（第79条の2）が新設された。

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建議「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」として「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。

2013年9月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が、2014年9月公表の平成25年度版で、「各制度における中皮腫の認定等の状況（死亡年別）」という表が一枚追加された。これは、安全センター情報2014年1・2月号40頁の表5の、1995年以降の分とまったく同じデータである。2015年8月の平成25年度版も同じかたちなので、本稿の表4のデータが、平成26年度版で紹介されることになるだろう。

表が一枚示されているだけで、分析は一切なされておらず、また、本稿では表5として示した石綿肺

がんに関するデータも掲載されていないが、「隙間ない救済」の検証は、被害者救済制度とその運用の改善にこそ生かされなければならないことは、言うまでもない。

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、2015年9月3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～26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しての最低限と言える中皮腫の「2.0倍」と仮定する—現在ではそれ以上とするほうが有力になっているが、この点は別の機会に議論することにした。

- 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「石綿による疾病に関する労災保険給付などの請求・決定状況まとめ（速報値）」を公表するようになってきている（2015年は6月19日）。これは、請求・支給決定年度別データであり、「など」とされているのは、労災保険給付のほか、救済法に基づく特別遺族給付金（労災時効救済）、船員保険給付に関するデータも含んでいるからである。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、被害者・家族らの強い働きかけの結果、継続されている（2015年は12月16日）。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（特別遺族弔慰金等）。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」の平成26年度版によった（2015年8月24日公表）。

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、船員保険制度等の「業務に関連して石綿により健康被害を受けた方に対する補償制度」及び救済法に基づく労災時効救済制度（特別遺族給付金）のことである。本来は、これらの制度も検証作業に含めたいのだが、系統的なデータがい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。

中皮腫死亡は増加

わが国の中皮腫による死亡者数は2014年は1,376人で、2013年の1,410人よりわずかに減少しているが、増加が止まったとみることはできない。

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、2014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。

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)[編注:妥当とは言えない]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

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数字のまま示してある。

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・ショック前-2004年度までの27年間の累計労災認定件数が502件であったものが、2005年度は一年間で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543件、2012年度522件、2013年度528件、2014年度529件で、労災認定件数の2014年度末までの累計は6,220件となった。

労災保険以外では、2014年度末までの累計で、新法労災時効救済896件、船員保険74件。

新法生存中救済は累計4,796件であるが、労災等認定との重複1,133件(23.6%)を差し引くと、正味3,663件。新法死亡後救済(施行前)は、累計3,375件-重複分201件(6.0%)=正味3,174件。新法死亡後救済(未申請)は、累計531(平成25年版統計資料の累計では430)件-重複分45件(8.5%)=正味486件。新法合計では、累計8,702件-重複分

1,379件(15.8%)=正味7,323件である。

2013年度末時点までの補償・救済の総累計は、重複分を除いて14,513件になっている。

中皮腫救済に減少傾向

図1-2をみると、救済法が施行された2006年度の大きな峯以外に、2009年度と2012年度に小さな峯を描いているのがわかる。

これは、2008年度に環境省主導、2011年度に厚生労働省主導によって「周知事業」(地方自治体の保管する死亡小票で中皮腫で死亡された方へ抽出し、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)が実施されたことによるものである。「闘病中本人に対して」ではなく「死亡後遺族に対して」になってしまうわけではあるが、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して評価できる。

「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」と言っ

特集/石綿救済法から10年の救済状況検証

表2 中皮腫・石綿肺がんの決定年度別の補償・救済状況

中皮腫								
年度	死亡者数 (暦年)	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	543	11	6	498	64	75	1,197
2012	1,400	522	144	6	584	308	100	1,664
2013	1,410	528	7	8	516	32	104	1,195
2014	1,376	529	6	8	486	11	68	1,108
労災等重複					△1,133	△201	△45	△1,379
合計	22,706	6,220	896	74	3,663	3,174	486	14,513
救済率	100.0%	27.4%	3.9%	0.3%	16.1%	14.0%	2.1%	63.9%
分担率		42.9%	6.2%	0.5%	25.2%	21.9%	3.3%	100.0%
			49.5%			50.5%		
死亡年判明2014年以前			6,102	62	2,871	3,174	486	12,695
死亡年不明+生存等			1,014	12	792	0	0	1,818

石綿肺がん								
年度	死亡者数 (暦年)	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	401	23	3	92	2	20	541
2012	2,800	402	23	5	98	2	16	546
2013	2,820	382	14	3	111	2	42	554
2014	2,752	391	13	4	101	2	18	529
労災等重複					△271	△29	△20	△320
合計	45,412	4,835	535	59	771	118	128	6,446
救済率	100.0%	10.6%	1.2%	0.1%	1.7%	0.3%	0.3%	14.2%
分担率		75.0%	8.3%	0.9%	12.0%	1.8%	2.0%	100.0%
			84.2%			15.8%		
死亡年判明2014年以前			3,632	45	481	118	128	4,404
死亡年不明+生存等			1,738	14	290	0	0	2,042

できたが、不幸にして的中してしまっている。

補償・救済合計件数は、2012年度の1,664件から2013年度1,195件へと、469件28.2%も減少して、

2014年度も1,108件と、さらに87件7.3%減少してしまった。時効救済では、2012年度144件→2013年度7件（前年度のわずか5%）→2014年度6件、

合計(中皮腫・石綿肺がん)								
年度	死亡者数 (暦年)	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
2013	4,230	910	21	11	627	34	146	1,749
2014	4,128	920	19	12	587	13	86	1,637
労災等重複					△1,404	△230	△65	△1,699
合計	68,118	11,055	1,431	133	4,434	3,292	614	20,959
救済率	100.0%	16.2%	2.1%	0.2%	6.5%	4.8%	0.9%	30.8%
分担率		52.7%	6.8%	0.6%	21.2%	15.7%	2.9%	100.0%
			60.2%			39.8%		
死亡年判明2014年以前			9,734	107	3,352	3,292	614	17,099
死亡年不明+生存等			2,752	26	1,082	0	0	3,860

新法死亡後救済(施行前)でも、2012年度308件→2013年度32件(同前10.4%)→2014年度11件、と大激減である。しかも、環境再生保全機構によれば、新法死亡後救済(施行前)の2013年度32件のうち27件、2014年度11件のうち8件は、2011年度に「厚生労働省が行った周知事業によって請求されたと見られる件数」とされているのである。

「周知事業」は、効果が確認できていないにもかかわらず、2回行われただけで、継続して実施していく方針は、いまだどちらの省からも示されていない。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、周知事業の継続プログラムファの具体的な取り組みが必要である。

肺がん救済は低位横ばい

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401件、2012年度402件、2013年度382件、2014年度391件で、労災認定件数の2014年度末までの累計は4,835件となった。

労災保険以外では、2014年度末までの累計で、新法労災時効救済535件、船員保険59件。

新法生存中救済は累計1,042件であるが、労災等認定との重複271件(26.0%)を差し引くと、正味771件。新法死亡後救済(施行前)は、累計147件-重複分29件(19.7%)=正味118件。新法死亡後救済(未申請)は、累計148件-重複分20件(13.5%)=正味128件。新法合計では、累計1,337件-重複分320件(23.9%)=正味1,017件である。

年度別の補償・救済合計件数でみると、2014年度は前年度と比べて、労災保険がわずかに増加し、新法死亡後救済(未申請)や新法生存中救済等が減少して、補償・救済合計もやや減少(2013年度の554件から529件へ、15件4.5%の減少)。全体としては、横ばい状態と言えるかもしれないが、低下していく可能性もあり得そうである。

2014年度末時点までの補償・救済の総累計は、

図1-1 中皮腫：決定年度別の補償・救済状況

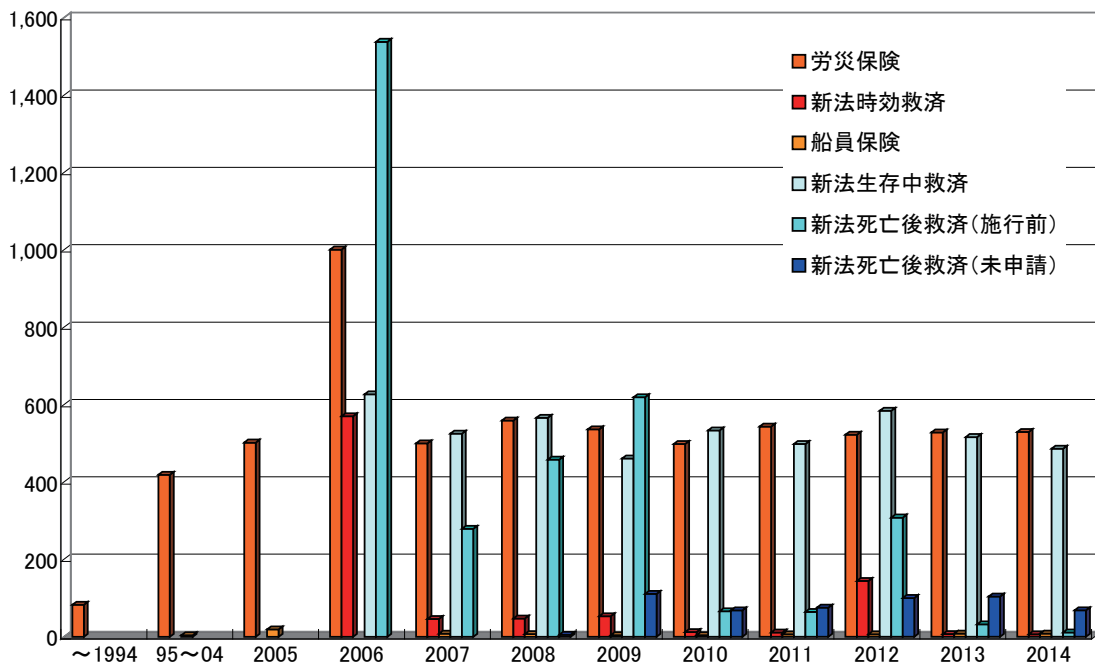


図1-2 中皮腫：決定年度別の補償・救済状況

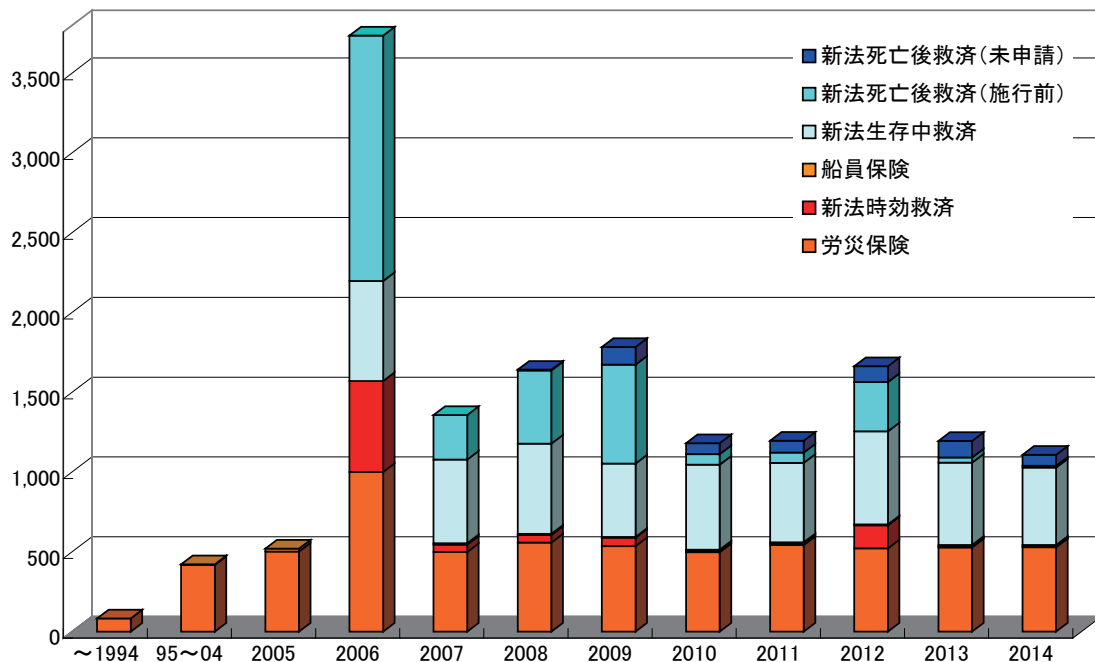


図2-1 石綿肺がん：決定年度別の補償・救済状況

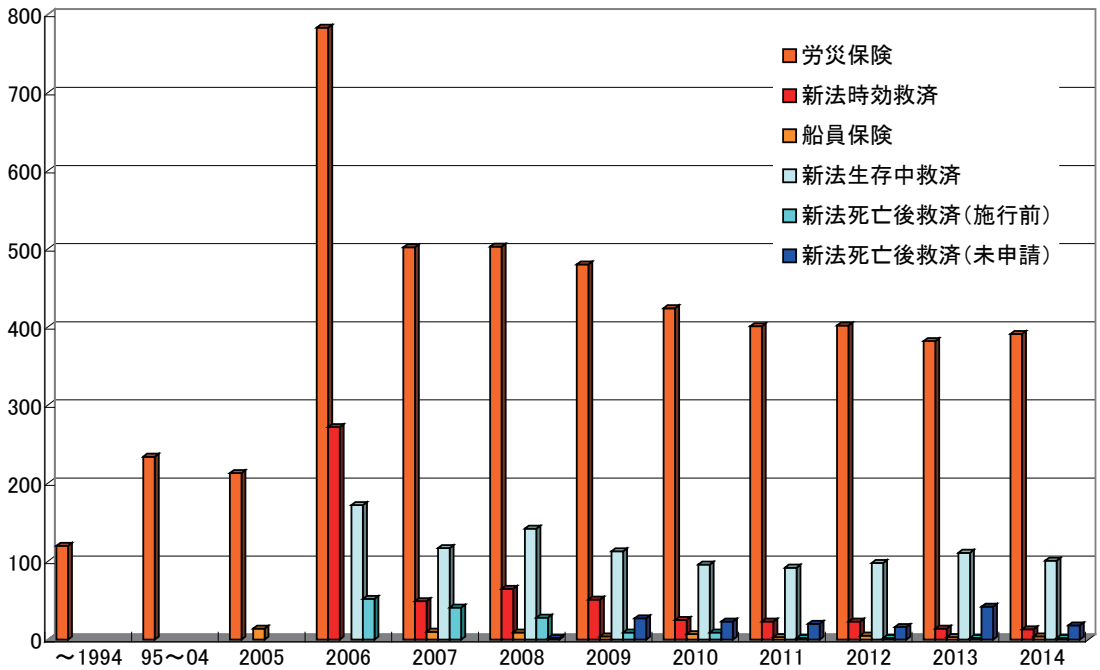
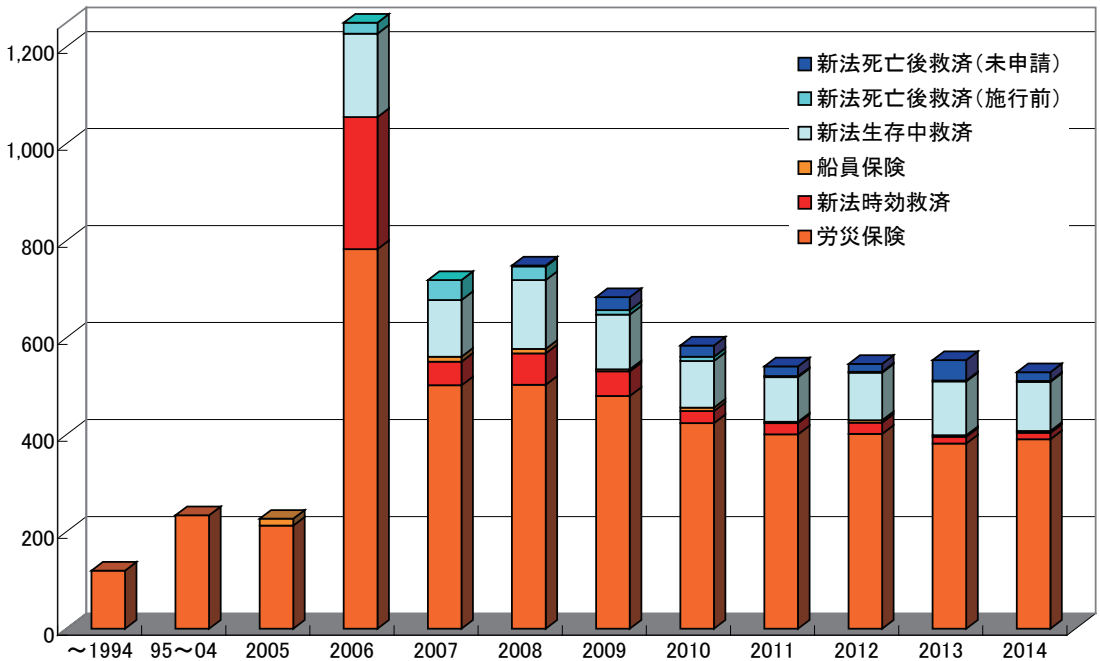


図2-2 石綿肺がん：決定年度別の補償・救済状況



特集/石綿救済法から10年の救済状況検証

表3 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

石綿肺						
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	75	0	7	6	1	89
2013	77	3	3	1	1	85
2014	78	0	2	0	0	80
労災等重複			△2	△3	0	△5
合計	298	13	19	33	2	365

びまん性胸膜肥厚							
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
2013	53	0	0	9	0	3	65
2014	50	1	1	6	0	1	59
労災等重複				△10	△1	△1	△12
合計	228	1	4	44	9	4	290

良性石綿胸水			
年度	労災保険	船員保険	補償・救済合計
2010	37	1	38
2011	42	0	42
2012	45	1	46
2013	44	0	44
2014	32	1	33
合計	200	3	40

重複分を除いて6,446件。中皮腫の総累計14,513件と比較するとその44.4%のレベルにとどまっている。2倍(200%)どころか、環境省が制度発足時に想定(表1参照)した1倍(100%)にも遠く及ばない状況が続いているという状況である。

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3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

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	1,461	67.5%	137	15.8%	1,598	52.7%
家庭内曝露	15	0.7%	87	10.0%	102	3.4%
立入・屋内環境曝露	47	2.2%	30	3.5%	77	2.5%
その他・不明	643	29.7%	613	70.7%	1,256	41.4%
計	2,166	100.0%	867	100.0%	3,033	100.0%
施行前弔慰金(新法死亡後救済(施行前))						
職業曝露	1,250	61.4%	167	19.1%	1,417	48.7%
家庭内曝露	5	0.2%	40	4.6%	45	1.5%
立入・屋内環境曝露	37	1.8%	23	2.6%	60	2.1%
その他・不明	745	36.6%	644	73.7%	1,389	47.7%
計	2,037	100.0%	874	100.0%	2,911	100.0%
合計						
職業曝露	2,711	64.5%	304	17.5%	3,015	50.7%
家庭内曝露	20	0.5%	127	7.3%	147	2.5%
立入・屋内環境曝露	84	2.0%	53	3.0%	137	2.3%
その他・不明	1,388	33.0%	1,257	72.2%	2,645	44.5%
計	4,203	100.0%	1,741	100.0%	5,944	100.0%

来、中皮腫・石綿肺がんだけでなく、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64.0(32.4～92.1)%

次に、「隙間ない救済」の検証である死亡年(年度ではなく暦年)別の補償・救済状況をみよう。表4は、2014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 asbestos 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、1981年までは補償・救済合計で1桁、1994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14.2%(=522/3,685

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	561	91.7%	22	52.4%	583	89.1%
家庭内曝露	2	0.3%	5	11.9%	7	1.1%
立入・屋内環境曝露	8	1.3%	0	0.0%	8	1.2%
その他・不明	41	6.7%	15	35.7%	56	8.6%
計	612	100.0%	42	100.0%	654	100.0%
施行前弔慰金(新法死亡後救済(施行前))						
職業曝露	96	92.3%	1	33.3%	97	90.7%
家庭内曝露	3	2.9%	1	33.3%	4	3.7%
立入・屋内環境曝露	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他・不明	5	4.8%	1	33.3%	6	5.6%
計	104	100.0%	3	100.0%	107	100.0%
合計						
職業曝露	657	91.8%	23	51.1%	680	89.4%
家庭内曝露	5	0.7%	6	13.3%	11	1.4%
立入・屋内環境曝露	8	1.1%	0	0.0%	8	1.1%
その他・不明	46	6.4%	16	35.6%	62	8.1%
計	716	100.0%	45	100.0%	761	100.0%

件)にとどまっている(この数字は、2009年度末時点では13.5%、2010年度末時点13.7%、2011年度末時点13.8%、2012年度末時点13.8%、2013年度末時点521件14.1%であった-2014年度中の増加は1件のみということである)。

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1995～2014年の20年間についてみると(図3も参照)、死亡者小計19,021件のうち、2014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5,853件、船員保険61件、新法生存中救済2,871件、新法死亡後救済(施行前)2,902件、新法死亡後救済(未申請)486件-合計12,173件で、救済率は12,173/19,021=64.0%(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%、2012年度末時点63.1%、2013年度末時点63.7%)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%、2011年度末時点90.9%、2012年度末時点92.1%、2011年度末時点92.1%)で、最低は1995年の32.4%(同前22.0%、23.0%、24.4%、31.8%、32.4%)と、死亡年別の救済率のばらつきは非常に大きい。

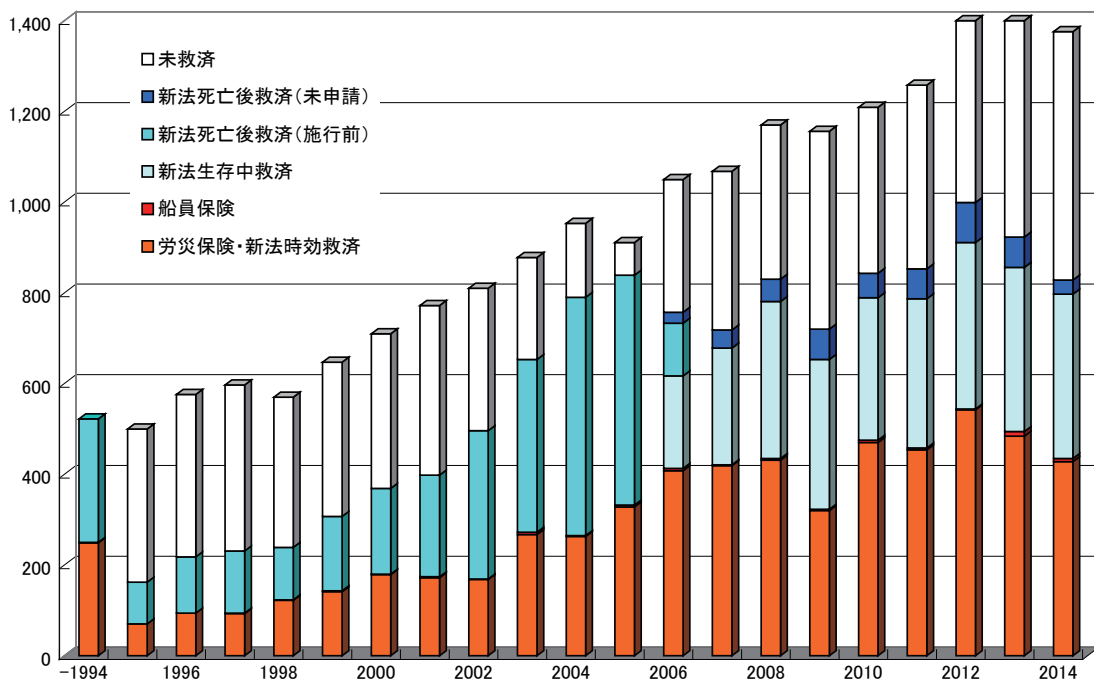
死亡者数が推計値である1994年以前も含めた

特集/石綿救済法から10年の救済状況検証

表4 中皮腫の死亡年別の補償・救済状況(2014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
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%		42		42	18.1%	86	37.1%	146
1994	256	52		52	20.3%		42		42	16.4%	94	36.7%	162
小計	3,685	249	1	250	6.8%		272		272	7.4%	522	14.2%	
1995	500	70		70	14.0%		92		92	18.4%	162	32.4%	338
1996	576	94		94	16.3%		124		124	21.5%	218	37.8%	358
1997	597	93	1	94	15.7%		137		137	22.9%	231	38.7%	366
1998	570	122	1	123	21.6%		116		116	20.4%	239	41.9%	331
1999	647	141	2	143	22.1%		164		164	25.3%	307	47.4%	340
2000	710	179	1	180	25.4%		189		189	26.6%	369	52.0%	341
2001	772	172	2	174	22.5%		224		224	29.0%	398	51.6%	374
2002	810	168	1	169	20.9%		327		327	40.4%	496	61.2%	314
2003	878	267	5	272	31.0%		381		381	43.4%	653	74.4%	225
2004	953	263	2	265	27.8%		525		525	55.1%	790	82.9%	163
2005	911	328	4	332	36.4%		507		507	55.7%	839	92.1%	72
2006	1,050	408	5	413	39.3%	204	116	24	344	32.8%	757	72.1%	293
2007	1,068	419	2	421	39.4%	257		40	297	27.8%	718	67.2%	350
2008	1,170	431	4	435	37.2%	346		49	395	33.8%	830	70.9%	340
2009	1,156	320	3	323	27.9%	330		67	397	34.3%	720	62.3%	436
2010	1,209	470	5	475	39.3%	314		54	368	30.4%	843	69.7%	366
2011	1,258	454	4	458	36.4%	329		66	395	31.4%	853	67.8%	405
2012	1,400	542	2	544	38.9%	367		88	455	32.5%	999	71.4%	401
2013	1,410	484	10	494	35.0%	362		67	429	30.4%	923	65.5%	487
2014	1,376	428	7	435	31.6%	362		31	393	28.6%	828	60.2%	548
小計	19,021	5,853	61	5,914	31.1%	2,871	2,902	486	6,259	32.9%	12,173	64.0%	6,848
合計	22,706	6,102	62	6,164	27.1%	2,871	3,174	486	6,531	28.8%	12,695	55.9%	10,011
2015		28		28					0		28		

図3 中皮腫：死亡年別の補償・救済状況(2014年度末時点)



2014年までの合計で見ると、救済率は55.9%(同前48.0%、46.6%、49.0%、54.0%、55.1%)という状況である。

死亡年別の救済率で、2010年69.7%、2011年67.8%、2012年71.4%、2013年65.5%、2014年60.2%。ちなみに、2010年度末時点での2010年51.9%、2011年度末時点での2011年49.3%、2012年度末時点での2012年63.1%、2013年度末時点での2013年59.9%である。2005年の92.1%をピークに、その後救済率に減少傾向が出はじめていないか懸念される。いずれにせよ、「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4の「合計」が表2の「2014年以前死亡」欄の数字であり、表2において「合計」と「2014年以前死亡」の差を「死亡年不明・生存等」欄に記載している。

労災の公害救済への紛れ込み

表2では、「分担率」として、2014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、両者がおおよそ半々となっている(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%、2013年度末時点では49.1%と50.9%、2014年度末時点では49.5%と50.5%へという経過である)。

死亡年別の状況で見ると、合計で労災補償等6,164件と公害等救済6,531件で48.6%と51.4%(同前46.5%と53.5%、46.0%と54.0%、47.5%と52.5%、47.9%と52.1%)。1995年以降では、労災補償等の占める割合で、2007年の58.6%から2004年の33.5%までのばらつきがある(この数字は表としては示していない)。

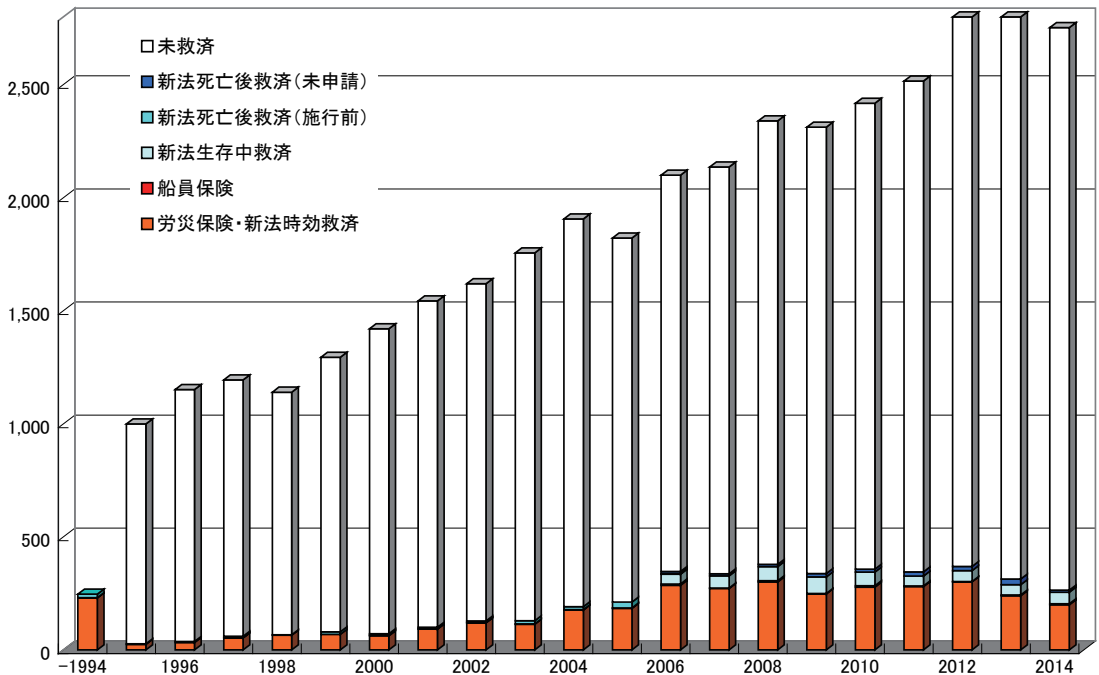
中皮腫の80%が職業曝露によるものというのが国際的な科学的コンセンサスであり、また、中皮腫

特集/石綿救済法から10年の救済状況検証

表5 石綿肺がんの死亡年別の補償・救済状況(2014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		
1965				0					0		0		
1966		1		1					0		0		
1967				0					0		1		
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	8		8	4.5%		1		1	0.6%	9	5.1%	167
1984	176	4		4	2.3%				0	0.0%	4	2.3%	172
1985	222	10		10	4.5%		1		1	0.5%	11	5.0%	211
1986	202	14		14	6.9%		1		1	0.5%	15	7.4%	187
1987	274	12		12	4.4%		0		0	0.0%	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%		6		6	1.8%	17	5.2%	309
1992	348	31	1	32	9.2%		2		2	0.6%	34	9.8%	314
1993	464	35		35	7.5%		1		1	0.2%	36	7.8%	428
1994	512	31		31	6.1%				0	0.0%	31	6.1%	481
小計	7,370	230	1	231	3.1%		16		16	0.2%	247	3.4%	
1995	1,000	25		25	2.5%		2		2	0.2%	27	2.7%	973
1996	1,152	33		33	2.9%		5		5	0.4%	38	3.3%	1,114
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	69		69	5.3%		11		11	0.9%	80	6.2%	1,214
2000	1,420	63	3	66	4.6%		6		6	0.4%	72	5.1%	1,348
2001	1,544	92	2	94	6.1%		7		7	0.5%	101	6.5%	1,443
2002	1,620	120	2	122	7.5%		6		6	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	177	1	178	9.3%		13		13	0.7%	191	10.0%	1,715
2005	1,822	184	2	186	10.2%		26		26	1.4%	212	11.6%	1,610
2006	2,100	286	6	292	13.9%	43	3	9	55	2.6%	347	16.5%	1,753
2007	2,136	272	2	274	12.8%	54		9	63	2.9%	337	15.8%	1,799
2008	2,340	301	5	306	13.1%	62		11	73	3.1%	379	16.2%	1,961
2009	2,312	248	2	250	10.8%	73		15	88	3.8%	338	14.6%	1,974
2010	2,418	278	6	284	11.7%	60		13	73	3.0%	357	14.8%	2,061
2011	2,516	280	3	283	11.2%	44		18	62	2.5%	345	13.7%	2,171
2012	2,800	302	1	303	10.8%	48		18	66	2.4%	369	13.2%	2,431
2013	2,820	240	3	243	8.6%	46		25	71	2.5%	314	11.1%	2,506
2014	2,752	200	4	204	7.4%	51		10	61	2.2%	265	9.6%	2,487
小計	38,042	3,402	44	3,446	9.1%	481	102	128	711	1.9%	4,157	10.9%	33,885
合計	45,412	3,632	45	3,677	8.1%	481	118	128	727	1.6%	4,404	9.7%	41,010
2015		10		10					0		10		

図4 石綿肺がん: 死亡年別の補償・救済状況 (2014年度末時点)



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がたいと考えている。(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、2015年6月3日に公表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18～25年度被認定者に関するばく露状況調査報告書」によると、別掲表(11頁参照)のとおり、曝露歴が「職業曝露」に分類されるものが、中皮腫の場合で50.7%(前年度も50.7%)にものぼることが明らかになっている。石綿肺がんの場合では89.4%である(前年度89.3%)。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、厚生労働省、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」。

請求人の同意が得られたものに限られるが、「機構から労災窓口への直接連絡」がはじまったということなので、チェックしていきたい。

肺がん救済率10.9(2.7~16.5)%

石綿肺がんの死亡年別の補償・救済状況は表5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3.4%(=247/7,370件、2009年度末時点で2.6%、2010年度末時点3.2%、2011年度末時点3.2%、2012年度末時点3.3%、2013年度末時点247件3.4%-2014年度には増加がなかった)である。

1995~2014年の20年間についてみると、死亡者小計38,042件のうち、2014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3,402件、船員保険44件、新法生存中救済481件、

新法死亡後救済(施行前)102件、新法死亡後救済(未申請)128件-合計4,157件で、救済率は4,157/38,042=10.9%(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%、2012年度末時点10.6%、2013年度末時点10.8%)という結果になった。

最も救済率の高いのは2006年の16.5%で、最低は1995年の2.7%、2007年以降についても減少傾向が見受けられる。

1994年以前も含めた2014年までの合計でみると、救済率は9.7%(同前7.8%、8.2%、8.2%、9.2%、9.5%)という状況である。

繰り返しになるが、石綿肺がんの補償・救済について、真剣に見直しを行うべきである。

肺がん/中皮腫の比率低いまま

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6では、決定年度別の中皮腫に対する石綿肺がんの比率を検証している。これをグラフ化したものが、図5である。また、図6は、表としては示していないが、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%、2013年度は72.3%、2014年度は73.9%であった。2006~2014年度平均では81.8%となっている。

労災時効救済では、2006年度47.7%、2007年度106.5%、2008年度138.3%へと上昇した後、2009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。2013年度は、中皮腫救済件数激減のなか

表6 肺がん：中皮腫の比率(決定年度別)

決定年度	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%
2013	72.3%	200.0%	21.5%	6.3%	40.4%	74.0%	23.8%	46.4%
2014	73.9%	216.7%	20.8%	18.2%	26.5%	75.5%	21.4%	47.7%
合計	81.8%	59.7%	21.7%	4.4%	27.9%	78.6%	15.4%	41.4%

図5 肺がん：中皮腫の比率の推移(決定年度別)

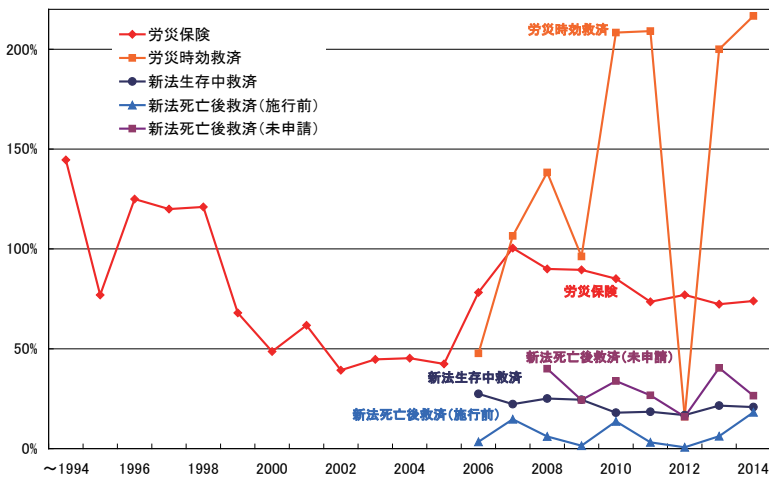
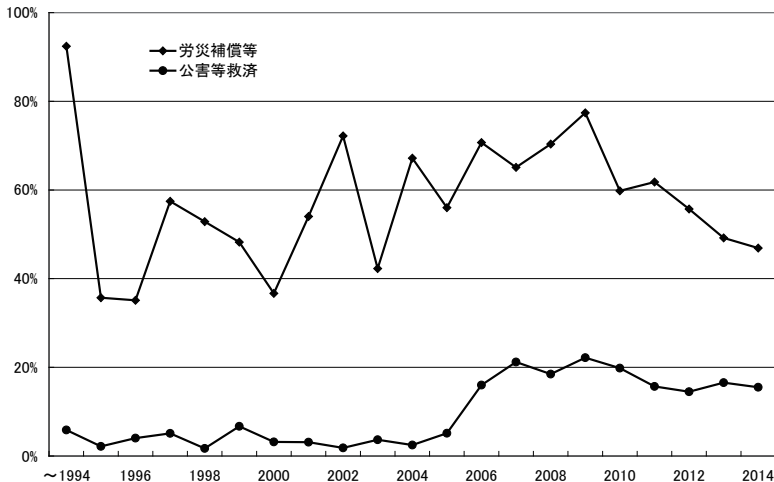


図6 肺がん：中皮腫の比率の推移(死亡年別)



で14件/7件と絶対数が極端に少ないなかでの200%。2014年度も同様に216.7% (13件/6件)であった。2006～2014年度平均では59.7%である。

これに対して、新法生存中救済では、2006～2014年度平均が21.7%、新法死亡後救済(施行前)では4.4%、新法死亡後救済(未申請)では27.9%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、低下してきていないか懸念される(図6)。

表6の「総合計」の「合計」欄でみれば、各制度合わせた全体としては41.4%になっていることが

図7 中皮腫の認定率の推移

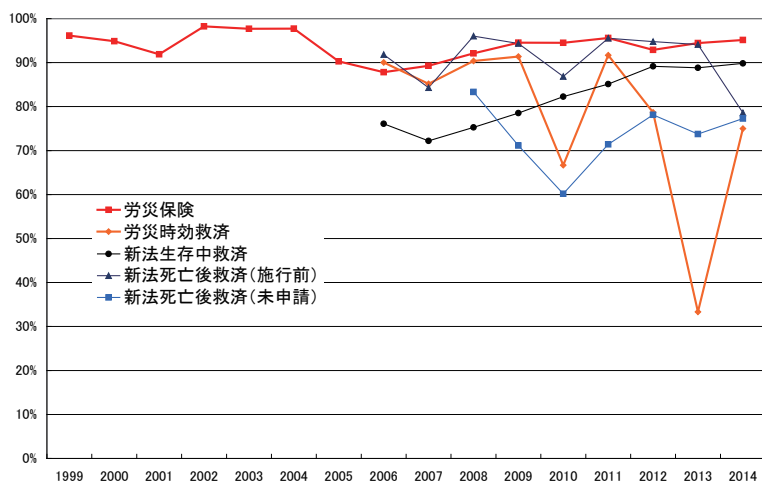
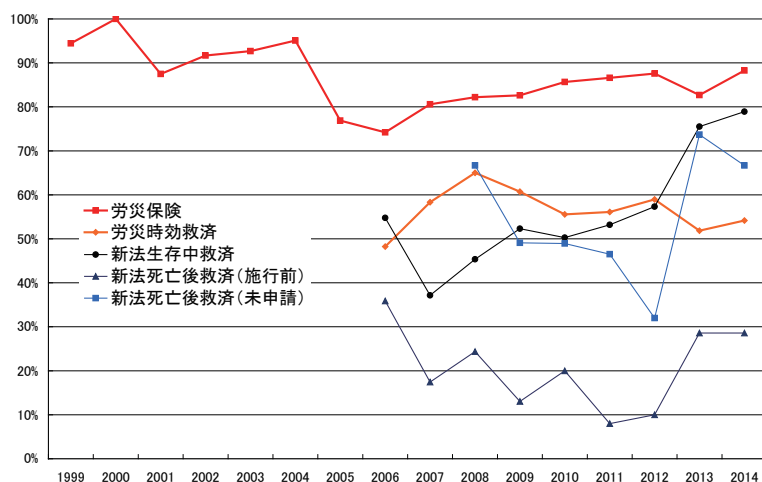


図8 石綿肺がんの認定率の推移



わかる。

認定率の検証

認定率についてもみておこう。表7及び図7に中皮腫、表8及び図8に石綿肺がん、また、表9に石綿肺、表10にびまん性胸膜肥厚、表11に良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けば、「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、2006～2014年度平均で、労災保険が92.4%でもっとも高く、新法死亡後救済(施行前) 92.3%、労災時効救済86.2%、新法生存中救済81.7%、新法死亡後救済(未申請) 72.0%と続いている。

一方、石綿肺がんの認定率は、2006～2014年度平均で、労災保険の82.2%がもっとも高く、新法死亡後救済(未申請) 54.0%、新法生存中救済53.3%、労災時効救済53.1%、新法死亡後救済(施行前) 22.0%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

表7 中皮腫の決定年度別の補償救済状況・認定率(合計は2007～2014年度分)

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*
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%
2013	593	528	31	94.5%		7	14	33.3%	586	516	49	16	88.8%
2014	561	529	27	95.1%		6	2	75.0%	583	486	35	20	89.8%
合計	5,438	5,216	430	92.4%		896	143	86.2%	6,138	4,799	510	567	81.7%

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*
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%
2013	27	32	0	2	94.1%	122	104	34	3	73.8%	1,187	149	88.8%
2014	11	11	0	3	78.6%	97	68	17	3	77.3%	1,100	107	91.1%
合計	3,644	3,375	53	227	92.3%	784	530	176	30	72.0%	14,816	2,136	87.4%

表8 石綿肺がんの決定年度別の補償救済状況・認定率(合計は2007～2014年度分)

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*
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%
2013	420	382	80	82.7%		14	13	51.9%	129	111	28	8	75.5%
2014	465	391	52	88.3%		13	11	54.2%	119	101	25	2	78.9%
合計	5,020	4,268	925	82.2%		535	473	53.1%	1,968	1,042	604	309	53.3%

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*
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%
2013	6	2	4	1	28.6%	53	42	10	5	73.7%	551	149	78.7%
2014	4	2	3	2	28.6%	31	18	9	0	66.7%	525	104	83.5%
合計	642	147	396	124	22.0%	276	148	104	22	54.0%	6,140	2,957	67.5%

特集/石綿救済法から10年の救済状況検証

表9 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		75				0	0		30	7	33	3	16.3%
2013		77				3	0	100.0%	28	3	17	0	15.0%
2014		78				0	0		26	2	27	0	6.9%
合計		298				13	0	100.0%	163	22	118	13	14.4%

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%
2013	1	1	2	0	33.3%	8	1	7	0	12.5%	37	5	26	0	16.1%
2014	4	0	2	0	0.0%	6	0	5	1	0.0%	36	2	34	1	5.4%
合計	56	36	15	4	65.5%	32	2	26	3	6.5%	251	60	159	20	25.1%

表10 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	44	35	11	76.1%		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%
2013	62	53	11	82.8%		0	0		33	9	27	1	24.3%
2014	44	50	8	86.2%		1	0	100.0%	22	6	23	1	20.0%
合計	256	228	58	79.7%		100.0%	0	100.0%	144	54	99	8	33.5%

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%
2013	0	0	0	0		6	3	8	0	27.3%	39	12	35	1	25.0%
2014	0	0	0	0		4	1	2	0	33.3%	26	7	25	1	21.2%
合計	15	10	8	1	52.6%	28	5	23	1	17.2%	187	69	130	10	33.0%

表11 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	37	37	0	100.0%	0	0
2011	28	42	2	95.5%	0	0
2012	41	45	0	100.0%	0	0
2013	40	44	0	100.0%	0	0
2014	26	32	1	97.0%	0	0
合計	172	200	3	98.5%	0	0

ある。

中皮腫の認定率と比較して、とりわけ新法救済に係る石綿肺がんの認定率が低いことは一目瞭然である。再三指摘していることだが、まず石綿肺がんの認定・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。

また、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

中皮腫：都道府県別の「救済率」

順位	都道府県	死亡者数	補償・救済合計	「救済率」
1	兵庫	1,730	1,528	88.3%
2	東京	1,538	1,350	87.8%
3	愛知	826	716	86.7%
4	大阪	1,867	1,602	85.8%
5	宮城	287	231	80.5%
	全国平均	19,021	13,665	71.82.3%
43	熊本	202	113	55.9%
44	三重	191	104	54.5%
45	鹿児島	245	127	51.8%
46	岩手	128	64	50.0%
47	沖縄	134	66	49.3%

石綿肺がん：都道府県別の「救済率」

順位	都道府県	死亡者数	補償・救済合計	「救済率」
1	岡山	800	296	37.0%
2	香川	346	98	28.3%
3	長崎	776	218	28.1%
4	東京	3,076	838	27.2%
5	山口	634	147	23.2%
	全国平均	38,042	6,000	15.8%
43	岩手	256	11	4.3%
44	鳥取	154	6	3.9%
45	鹿児島	490	17	3.5%
46	山梨	180	6	3.3%
47	秋田	218	7	3.2%

整わない」という理由で取り下げられた事例についての理由の公表・検証が求められる。

「速やかな救済」の実現状況

「隙間なく迅速な救済」のうちの「迅速な救済」に関しては、環境再生保全機構が公表しているデータ（22頁参照）しかないが、新法死亡後救済（施行前）については改善されておらず、新法生存中救済と新法死亡後救済（未申請）については改善傾向は認められるものの、「迅速な救済」とは言えない状況である標準処理期間の設定・公表と合わせて、大幅な短縮が必要である。

厚生労働省は、速やかに情報を公表すべきである。

大きな自治体間格差

都道府県別の「救済率」についてもみておこう。

分子については、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、労災補償件数は都道府県別データが入手可能な2003～2014年度の労災保険認定件数、2006～2013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、2008～2014年度の新法死亡後救済（未申請）件数の合計を用いた。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

めている。

1995～2002年度の労災保険認定件数については、都道府県別データが入手できないため含まれていない分過少評価になるが、その数は全国合計で、中皮腫206件、石綿肺がん138件である。一方で、時効救済・新法死亡後救済（施行前）には、1995～2002年死亡事例が多数含まれているため、都道府県別データが入手可能な1995～2014年の中皮腫死亡者数（表15）すべてを、分母とすることが適当であると判断した。

したがって、1995～2014年の中皮腫死亡者数に対する、2003～2014年度に各制度から補償・救済を受けた者の割合として「救済率」を示したものである（表16～17）。

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71.8%（2009年度末時点68.1%、2010年度末時点69.3%、2011年度末時点70.1%、2012年度末時点72.8%、2013年度末時点72.3%）であるが、最高の兵庫県88.3%から最低の沖縄県49.3%まで1.8倍（同前2.0倍、1.7倍、2.1倍、2.0倍、1.9倍）のばらつきがみられる。全国最高は、2012年度に一度東京に抜かれたものの、それ以外はずっと兵庫である。

石綿肺がんの「救済率」は、全国平均は15.8%（同前14.3%、14.9%、16.7%、15.5%、15.7%）であるが、最高の岡山県37.0%から最低の秋田県3.2%までの、中皮腫の場合よりもさらに大きな11.6倍（同前13.4倍、14.0倍、15.7倍、15.7倍、13.1倍）ものばらつ

新法救済認定等の処理期間の状況

新法生存中救済の申請についての処理期間の状況

	2006年度			2014年度		
	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から医学的判定申出までの平均日数
1回の医学的判定	173	123	84	116	69	25
追加資料が必要とされたもの		246	86		167	

新法死亡後救済(施行前)の申請についての処理期間の状況

	2006年度			2014年度		
	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から医学的判定申出までの平均日数
1回の医学的判定	257	231	231	333	215	93
追加資料が必要とされたもの		325	191		393	
医学的判定を経ないで機構で認定したもの	146		-	94		-

新法死亡後救済(施行前)の申請についての処理期間の状況

	2009年度			2014年度		
	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から医学的判定申出までの平均日数
1回の医学的判定	186	124	72	138	74	31
追加資料が必要とされたもの		239	72		196	

注1) 医学的判定とは、審査分科会等を経て判定小委員会で審議したものである。

注2) 取下げについては、処理日数の計算には含まれていない。

注3) 条件付不認定を受けた者から新たな資料の提出があり、審査の再開により認定等を行ったものは、平均処理日数の計算には含まれていない。

注4) 新資料の提出による再審査、及び原処分取消後の処分は除く。

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。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。

「隙間ない救済」実現はまだ

検証作業の結論は、「隙間ない救済」が実現されているというにはほど遠いと言わざるを得ない。中皮腫については、死亡数が増加しているにもかかわらず、補償・救済件数が低下しつつあるかもし

れないと懸念される状況にある。肺がんについては、補償・救済の絶対数のレベルがきわめて低いまま横ばい状態または低下するかもしれない。

幸い、被害者・家族らのイニシアティブによる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うことが出来る。

しかしながら、それをもってしても、現状のままでは「隙間ない救済」は実現できないであろうと予測せざるを得ない。あらためて「隙間ない救済」という目標の再確認と実現に向けた実効性のある諸施策の確立が求められていることを強調しておきたい。

表15 中皮腫死亡者数(都道府県別)

	死亡者数(※合計数は1995～2014年合計)																			合計
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		
北海道	26	34	26	31	38	50	43	55	40	51	34	49	57	56	67	74	62	65	907	
青森	5	4	2	2	4	7	7	5	4	10	7	6	5	8	2	9	6	8	110	
岩手	5		3	5	4	5	6	9	7	11	7	5	7	6	11	7	13	13	128	
宮城	9	4	6	14	10	12	15	18	13	7	13	16	19	23	23	39	24	11	287	
秋田	9	4	1	7	6	7	7	6	3	6	6	3	3	7	6	7	3	7	109	
山形	2	2	3	3	2	8	5	5	2	7	7	6	3	10	10	6	11	12	108	
福島	11	7	10	13	10	8	4	14	15	14	13	17	22	18	27	19	21	15	273	
茨城	10	10	4	10	14	21	15	14	14	20	15	20	22	18	19	18	17	18	302	
栃木	9	10	7	9	10	9	10	7	5	5	8	8	19	7	15	7	12	12	175	
群馬	10	3	5	12	9	10	14	10	10	15	10	11	12	16	9	9	14	11	196	
埼玉	21	23	33	39	41	37	36	48	38	39	62	57	51	59	60	89	68	61	913	
千葉	16	14	14	19	17	17	30	36	37	41	35	28	33	27	43	55	66	54	618	
東京	48	44	45	57	60	57	73	68	73	93	81	108	75	101	110	101	120	131	1,538	
神奈川	55	39	53	42	51	46	65	69	80	63	85	105	85	82	104	129	98	103	1,453	
新潟	5	9	6	12	17	12	21	19	16	21	19	15	12	21	20	23	28	25	321	
富山	9	6	14	12	7	11	12	8	13	12	12	18	18	13	14	17	20	17	248	
石川	5	5	9	11	7	4	7	4	8	4	8	9	12	8	11	13	10	14	157	
福井	2	4	3	2	2	5	5	8	4	2	5	6	9	8	3	3	8	9	92	
山梨	1	2	3	6	5	2	3	2	6	7	3	5	5	6	7	8	7	8	90	
長野	7	9	6	4	11	10	9	4	8	13	8	12	21	15	16	19	24	13	222	
岐阜	5	3	11	9	8	11	14	9	9	15	20	19	18	14	21	17	24	22	262	
静岡	12	12	16	22	20	18	24	29	31	35	20	27	27	36	20	28	39	40	490	
愛知	21	23	18	35	31	26	32	35	34	52	51	61	38	51	59	73	64	80	826	
三重	3	5	7	8	5	10	7	11	6	8	13	13	13	14	12	15	17	16	191	
滋賀	5	8	10	9	8	6	9	9	8	9	12	20	10	9	7	11	15	14	191	
京都	14	14	14	17	11	12	12	28	14	25	17	21	19	22	22	17	22	21	341	
大阪	63	58	67	69	87	93	79	99	87	103	103	110	108	121	119	131	127	144	1,867	
兵庫	52	55	61	70	70	68	75	75	90	102	98	105	106	122	117	134	140	107	1,730	
奈良	9	16	7	11	14	12	19	14	11	14	23	13	14	19	26	20	17	16	289	
和歌山	7	5	9	4	8	2	6	7	5	6	6	7	7	6	11	14	11	8	137	
鳥取	3	5	4		2	8	5	1	2	4	2	7	5	5	5	3	5	5	77	
鳥根	3	2	2	4	3	4	2	4	4	3	6	6	10	2	7	4	4	4	76	
岡山	14	17	8	10	19	25	26	19	17	23	22	23	25	25	23	24	24	26	400	
広島	25	29	28	22	32	31	24	48	39	41	35	45	41	47	46	50	53	57	731	
山口	9	8	11	11	14	14	14	16	13	21	16	19	28	14	20	17	24	20	317	
徳島	5	2	3	1	4	4	2	5	9	7	11	6	8	10	7	3	7	9	111	
香川	9	4	4	7	9	11	7	4	9	7	11	18	15	13	8	3	18	7	173	
愛媛	4	7	8	6	15	12	16	12	10	10	14	10	13	11	10	18	17	23	232	
高知	4	2	4	4	3	6	8	6	6	2	8	7	3	5	7	8	5	4	96	
福岡	29	20	33	35	33	44	33	34	39	37	42	44	71	63	52	58	50	65	818	
佐賀	4	5	9	7	6		11	8	9	12	11	10	4	9	4	6	5	7	135	
長崎	13	12	15	9	8	17	14	16	22	30	31	29	23	16	26	29	30	28	388	
熊本	8	4	10	5	8	3	10	16	8	4	16	13	11	16	12	16	17	11	202	
大分	3	4	9	4	8	3	8	12	6	8	11	9	13	12	11	13	10	11	167	
宮崎	2	6	8	7	7	8	8	9	7	6	13	6	6	9	6	9	9	1	133	
鹿児島	3	8	15	7	8	12	16	10	12	18	14	10	19	20	14	20	10	17	245	
沖縄	3	3	3	6	6	9	9	6	8	6	4	7	9	9	9	7	13	4	134	
不詳等				1		3	1	2		1		1	2				1	2	15	
合計	597	570	647	710	772	810	878	953	911	1,050	1,068	1,170	1,156	1,209	1,258	1,400	1,410	1,376	19,021	

特集/石綿救済法から10年の救済状況検証

表16-1 中皮腫の補償・救済状況(都道府県別)

	労災保険(小計は2003~2014年度分)										新法時効救済(小計は2006~2014年度分)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	小計	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	小計
北海道	34	25	27	40	29	41	28	31	327	1	1	2	1		12			49
青森	3	1	2	1	1		2	2	17									3
岩手		1	3	1		1	1	1	9	1								1
宮城	6	7	14	13	11	6	9	8	90			2			1			7
秋田	2		1	2	2	4		1	15									1
山形		3	3	1	3	4	2	4	23	1	1							5
福島	2	13	7	5	7	5	6	7	70		1		1				1	11
茨城	7	3	3	8	3	3	9	9	58	1	1					1		7
栃木	3	4	1	3	1	1	2		22		2							4
群馬	5	3	1	2	2	4		1	26						2			3
埼玉	18	16	17	14	20	17	24	19	187	2	2	1		1	5			25
千葉	16	11	13	9	11	14	16	5	126				1		3			13
東京	59	72	58	44	62	61	51	54	624	8	4	3			17	1	2	82
神奈川	40	41	29	40	33	45	33	46	447	3	3	4	1	1	17	1		78
新潟	6	5	8	6	14	7	6	6	95						4			14
富山	6	7	13	7	12	7	8	9	86		1	2						13
石川	7		3	4	3	5	6	3	38			1			5			8
福井	2	3	4	4			3	5	27						1	1		4
山梨		2	3		2		2	4	14						1			1
長野	2	8	4		4	9	4	7	55						1			6
岐阜	6	8	5	7	3	5	3	6	63		1	2			2			9
静岡	8	11	12	14	6	9	25	14	145	1		1		1	2			24
愛知	22	31	20	28	30	34	32	31	309	3	4	1	1		7		1	49
三重	3	4	5	3	2	4	3	5	38									3
滋賀	7	6	7	1	4	2	4	6	52	1			1		1			7
京都	7	8	6	2	9	7	13	12	79	1	1	1		2	5			21
大阪	51	52	60	58	60	69	54	64	710	6	5	2	1	1	18	3		106
兵庫	64	61	50	49	51	47	41	46	625	10	9	5	1	3	12		1	123
奈良	4	8	2	6	8	5	5	5	62									11
和歌山	2	3	1	2	4	2	2	1	26			3						7
鳥取		1		2	1	1	3		13									1
島根	2	3	2	3	5	1		1	21			1			1			4
岡山	11	25	14	7	15	11	13	13	153	1	2	2			2			24
広島	15	29	28	36	33	24	31	32	328	1	4	4	2		5		1	55
山口	11	12	10	5	14	15	11	8	124			4			5			28
徳島	4	3	3	1	4	2	2		28									2
香川	1	7	9	3	3	5	2	9	70		1				1			6
愛媛	7	6	8	6	7	5	11	5	81		1	1		1	2			7
高知	1	1	1	3	2	1		1	16			1						2
福岡	19	28	26	21	30	12	24	15	252	1	1	2	1		3			21
佐賀	3	1	2		2	3	3	2	27						1			3
長崎	23	14	23	17	18	11	15	15	184	2	1	2	1		3			25
熊本	1	3	5	5	3	5	4	2	34						1			2
大分	6	4	9	6	4	5	7	6	55	1	1	2		1	2			8
宮崎	3	4	5	2	1		2	1	25	1		1						2
鹿児島	1	1	4	4	4	3	3	5	37			2			1			6
沖縄			5	3	1		3	2	17			1			1			5
不詳等									2									0
合計	500	559	536	498	544	522	528	529	5,932	46	47	53	12	11	144	7	6	896

表16-2 中皮腫の補償・救済状況(都道府県別)

	新法生存(小計・重複は2006～2014年度分)										新法死亡後救済(施行前)(小計・重複は2006～2014年度分)									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	重複分	小計	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	重複分	
北海道	19	19	18	29	10	27	29	16	△57	128	8	17	29	4	3	20	1	1	△9	
青森	4		2	5	1	2	1	3	△4	18		2	6	1		4			△2	
岩手		3	3	2	2	4	2	8	△2	23		2	12	1		1	2	1	△1	
宮城	12	16	16	15	12	6	10	8	△33	70	2	8	19	5		1	5	1	△2	
秋田	2	2		4	1	2	2	2	△3	12	2	7	8	1			1		△1	
山形	2	3	6		1	7	3	3	△7	23		5	3			1			△1	
福島	4	8	4	9	3	8	5	6	△16	37	2	6	10	2	1	2	5		△1	
茨城	7	13	11	7	6	8	6	2	△15	62	7	16	3	1	1	3	1		△1	
栃木	2	6	5	2	4	5	7	1	△4	31	3	12	7		2	2	1		△3	
群馬	5	6	3	2	6	7	2	4	△5	39	21	12	8	1		2			△1	
埼玉	39	37	24	34	25	34	30	27	△77	210	11	18	40	2	3	18	2		△10	
千葉	17	16	19	21	24	28	22	14	△30	153	7	15	20	3	3	17			△5	
東京	54	47	32	41	44	41	41	34	△85	322	26	47	27	1	5	31	3	2	△19	
神奈川	36	40	28	40	30	38	28	30	△67	241	20	35	44	7	2	21	2		△15	
新潟	6	4	7	11	9	11	5	9	△21	53	4	12	5	1		4		1	△2	
富山	11	6	8	6	6	6	2	12	△25	37	2	12	5	2	1	7			△5	
石川	4		5	4	4	4	3	2	△8	21	2	3	12		1	2			△2	
福井	3	2	4	4	1	3	3	2	△4	19	1	1	6			2			0	
山梨	1	2	5	2	3	1	6	3	△4	21	2	3	4			2			△1	
長野	5	8	5	5	4	7	5	6	△11	38	2	4	11		2	3			△1	
岐阜	5	2	5	4	8	13	6	6	△9	52	1	12	24	2		2			△5	
静岡	14	14	9	15	11	10	11	6	△23	83	6	14	23		8	14	1		△2	
愛知	34	42	22	26	28	43	40	34	△71	217	11	14	26	2	1	7	2	1	△6	
三重	11	5	4	4	2	8	7	5	△15	34	3	4	4	1	1	2		1	△4	
滋賀	8	10	3	6	5	5	7	5	△13	44	5	8	10			3			△1	
京都	2	12	6	10	5	12	5	6	△16	56	10	3	20	1	2	7			△2	
大阪	55	58	54	61	62	60	68	87	△126	442	35	25	17	7	9	29	2	1	△25	
兵庫	54	64	57	56	68	75	59	63	△128	459	24	22	27	5	12	16	1		△27	
奈良	11	8	8	11	15	7	7	7	△16	68	10	3	1		1	7	1		△3	
和歌山	4	1	2	2	3	5	4	5	△7	22	1	11	5			1			△2	
鳥取	1	2			2	3	5	2	△2	17	2	1	7	1		3		1	0	
島根		5	2	2	4	2	1	2	△8	11		3	5	1					0	
岡山	9	8	10	9	8	8	4	2	△25	48	3	15	24	2		5			△2	
広島	8	17	10	9	5	12	8	7	△25	67	7	10	23	3		14			△11	
山口	9	13	5	6	9	13	6	9	△29	48	2	2	4	1		4			△4	
徳島	3		4	4	5	4	2	1	△11	15		6	4		2	2			0	
香川	4	1	6	2	2	1	5	3	△5	25	3	2	5			3			△5	
愛媛	3	4	3	2	4	3	3	4	△4	28	7	6	6	1	1	3			△2	
高知	2	5	1	3	2		1		△6	10	4	6	3			1			△2	
福岡	26	21	16	28	22	32	28	22	△54	166	9	11	33	3		15		1	△9	
佐賀	2	6	2	2	2	2		1	△6	16	3	1	5			3			△1	
長崎	5	3	7	9	10	4	3	6	△17	38		10	9			9			△1	
熊本	6	7	7	3	5	3	6	4	△8	36	1	3	14		2	4	1		0	
大分	4	3	4	3	4	1	5	1	△16	16	4	5	4			1			△1	
宮崎	5	6	1	2	5	3	4	3	△11	19	3	8	11	1		3	1		△1	
鹿児島	6	10	8	10	6	6	4	2	△18	43	1	5	12	2		5			△1	
沖縄	1	1		1			4		2	11	2	11	14	1	1	2			△2	
不詳等							1	1	12	14									0	
合計	525	566	461	533	498	584	516	486	△1,133	3,663	279	458	619	66	64	308	32	11	△201	

特集/石綿救済法から10年の救済状況検証

表16-3 中皮腫の補償・救済状況(都道府県別)(※救済率母数=1995~2014死亡者数合計=表15参照)

	新法死亡後救済(未申請)(小計・重複は2008~2014年分)										合計	救済率 母数※	救済率	年平均 死亡数	人口千人 2010国勢	10万人当 死亡数	対全国 平均比
	小計	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	重複分	小計							
北海道	131	1	5	3	5	7	4	3	0	28	663	907	73.1%	45.4	5,506	0.824	110.9%
青森	22				2	1			0	3	63	110	57.3%	5.5	1,373	0.401	53.9%
岩手	27				1		3		0	4	64	128	50.0%	6.4	1,330	0.481	64.8%
宮城	57		1		1	1	4	1	△1	7	231	287	80.5%	14.4	2,348	0.611	82.3%
秋田	35								0	1	64	109	58.7%	5.5	1,086	0.502	67.6%
山形	16		2	2		1			0	5	72	108	66.7%	5.4	1,169	0.462	62.2%
福島	42		2	2		1			△1	4	164	273	60.1%	13.7	2,029	0.673	90.6%
茨城	55		2	3	1			2	△1	7	189	302	62.6%	15.1	2,970	0.508	68.5%
栃木	36		3		1	3	4		△1	10	103	175	58.9%	8.8	2,008	0.436	58.7%
群馬	54		3		2		1	1	0	7	129	196	65.8%	9.8	2,008	0.488	65.7%
埼玉	173		3	2	6	7	4	2	△2	22	617	913	67.6%	45.7	7,195	0.634	85.4%
千葉	119		5	2	3	4	2	3	△2	17	428	618	69.3%	30.9	6,216	0.497	66.9%
東京	270	1	8	7	6	14	10	9	△3	52	1,350	1,538	87.8%	76.9	13,159	0.584	78.7%
神奈川	213		11	6	7	7	7	2	△3	37	1,016	1,453	69.9%	72.7	9,048	0.803	108.1%
新潟	54		2		3	1	2	2	△2	8	224	321	69.8%	16.1	2,374	0.676	91.0%
富山	45		2	1	1	1	1		0	6	187	248	75.4%	12.4	1,093	1.134	152.8%
石川	29			1		1		1	0	3	99	157	63.1%	7.9	1,170	0.671	90.3%
福井	15						1		△1	0	65	92	70.7%	4.6	806	0.571	76.8%
山梨	16			1	1	2	1		0	5	57	90	63.3%	4.5	863	0.521	70.2%
長野	30		2	2	1		3	1	0	9	138	222	62.2%	11.1	2,152	0.516	69.4%
岐阜	50		3	1	1	2	2		0	9	183	262	69.8%	13.1	2,081	0.630	84.8%
静岡	101	2	5	3		2	3	2	△1	16	369	490	75.3%	24.5	3,765	0.651	87.6%
愛知	115	1	6	4		8	4	7	△4	26	716	826	86.7%	41.3	7,411	0.557	75.0%
三重	25		2	1			1		0	4	104	191	54.5%	9.6	1,855	0.515	69.3%
滋賀	36		1		1	1	1		△1	3	142	191	74.3%	9.6	1,411	0.677	91.1%
京都	70		1	2	1		1	1	△1	5	231	341	67.7%	17.1	2,636	0.647	87.1%
大阪	293		11	6	9	11	12	6	△4	51	1,602	1,867	85.8%	93.4	8,865	1.053	141.8%
兵庫	298		2	5	6	7	5	5	△7	23	1,528	1,730	88.3%	86.5	5,588	1.548	208.4%
奈良	51		1		1	3		1	0	6	198	289	68.5%	14.5	1,401	1.031	138.9%
和歌山	28		3	2	1	1		4	△2	9	92	137	67.2%	6.9	1,002	0.684	92.0%
鳥取	19			1					0	1	51	77	66.2%	3.9	589	0.654	88.0%
島根	11		1	1		1			0	3	50	76	65.8%	3.8	717	0.530	71.4%
岡山	76		3		1	1	2		0	7	308	400	77.0%	20.0	1,945	1.028	138.5%
広島	88		3		2	1	5		△1	10	548	731	75.0%	36.6	2,861	1.278	172.0%
山口	33		1		1	1			0	3	236	317	74.4%	15.9	1,451	1.092	147.1%
徳島	19				1		2		0	3	67	111	60.4%	5.6	785	0.707	95.2%
香川	23		2	3	2				0	7	131	173	75.7%	8.7	996	0.868	116.9%
愛媛	31		1	1	1	1	2	2	△1	7	154	232	66.4%	11.6	1,431	0.811	109.1%
高知	24			1			2		0	3	55	96	57.3%	4.8	764	0.628	84.6%
福岡	114		6	2	5	6	6	7	△3	29	582	818	71.1%	40.9	5,072	0.806	108.6%
佐賀	27		2				1		0	3	76	135	56.3%	6.8	850	0.794	106.9%
長崎	44			2	1	1	1	2	0	7	298	388	76.8%	19.4	1,427	1.359	183.0%
熊本	34		2	1		1	3		0	7	113	202	55.9%	10.1	1,817	0.556	74.8%
大分	20							1	0	1	100	167	59.9%	8.4	1,197	0.698	93.9%
宮崎	34		3				1	2	△2	4	84	133	63.2%	6.7	1,135	0.586	78.9%
鹿児島	38		1			1	2		△1	3	127	245	51.8%	12.3	1,706	0.718	96.7%
沖縄	32						1		0	1	66	134	49.3%	6.7	1,393	0.481	64.8%
不詳等	1								0	0	17	15		0.8			
合計	3,174	5	111	68	75	100	104	68	△45	486	13,665	19,021	71.8%	951.1	128,054	0.743	100.0%

表17-1 石綿肺がんの補償・救済状況(都道府県別)

	労災保険(小計は2003~2014年度分)										新法時効救済(小計は2006~2014年度分)								
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	小計	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	小計	
北海道	19	34	17	15	15	24	23	23	214		1		3	1	2		1	13	
青森	2	3			2	3	2	1	15	1								2	
岩手		1	3				1	2	8									1	
宮城	9	3	1	5	6	6	4	5	48			1	1		1			8	
秋田	1	1	1		1		1		7									0	
山形	1	5	1	5	3	5	1	6	31	1								3	
福島	2	5	2	3	1	3	3	1	22					1				1	
茨城	3	5	2	3	1	2	4	3	33			1	1	1				6	
栃木			2	4	1	1	2	3	17	2								4	
群馬	2	2	3	3	1	1	1	2	16		1				1			3	
埼玉	16	18	16	11	6	15	17	11	132	1	4	1	1	2		1	2	18	
千葉	21	27	25	19	17	24	16	15	185	2			1	1	1			10	
東京	74	68	79	65	65	70	52	60	711	3	5	5	2	4	3	2	1	43	
神奈川	54	46	48	50	44	31	43	45	486	9	13	6	2	2	1	1	2	64	
新潟	12	12	9	3	3	7	3	5	80	2								10	
富山	12	5	6	3	7	5	3	2	46						1			4	
石川	2	1		3	1	3			12									0	
福井	2	1		2		1	2	2	14									0	
山梨			1	1	1				3			1						1	
長野	6	2	3	2	7		1	1	34			1		1				7	
岐阜	5	1	6	4	3	1	4	1	43	1								4	
静岡	10	11	7	9	5	3	4	6	77	1		1	1					4	
愛知	14	21	18	15	17	12	14	18	153		8	1		1	3	1	1	27	
三重	12	13	3	7	8	5	7	4	65									1	
滋賀	2	1	4	3	2	2	5	5	33			1		1	1			4	
京都	3	4	5	5	13	9	12	9	67		1						1	2	
大阪	48	37	37	36	23	20	23	27	381	4	6	5	4	3	2	1	1	55	
兵庫	34	54	45	27	28	37	24	27	372	4	10	7	1	2	3	2	1	65	
奈良	4	6	10	7	2	2	3	2	59	1	1					1		7	
和歌山	3	3	5	5	3	2		1	36									1	
鳥取	1						1	2	5									0	
島根	3	2	3	2	2		3	1	19			1				1		5	
岡山	22	20	26	28	20	28	29	22	259	2	2	1						10	
広島	17	24	19	19	21	22	19	22	211		1	5		1		1	1	27	
山口	10	13	15	10	14	11	6	13	118	2		1	2		1			8	
徳島	1		1	1	3	1			8									2	
香川	5	9	10	2	6	3	5	10	62		2	2						21	
愛媛	11	9	10	9	8	6	8	3	81	2	1	3						9	
高知	1		3		1	1			7				1					2	
福岡	15	13	11	21	10	16	19	7	140	1	3		4	1		1		20	
佐賀		2	1			2			12	1								7	
長崎	29	13	18	11	20	11	10	13	162	9	4	3		1				35	
熊本	6	2	2	1	7	1	2	3	29									1	
大分	3	3	4		1	3	1	1	20									1	
宮崎	3		1	1		1	1	2	11			1						1	
鹿児島						1	2	2	8			1						4	
沖縄	2	3		4		1	1	3	23		2	2	1		3	2	2	14	
不詳等					1				1									0	
合計	502	503	483	424	400	402	382	391	4,576	49	65	51	25	23	23	14	13	535	

特集/石綿救済法から10年の救済状況検証

表17-2 石綿肺がんの補償・救済状況(都道府県別)

	新法生存(小計・重複は2006～2014年度分)										新法死亡後救済(施行前)(小計・重複は2006～2014年度分)								
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	重複分	小計	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	重複分
北海道	5	8	4	3	7	4	5	6	△18	31	1			1					△1
青森	2	1						2	△1	4			2						△1
岩手								1	0	1	1								△1
宮城	4	6	4	2	3	5	3	5	△13	25									0
秋田									0	0									0
山形		1		1			1	1	△3	3	1								△1
福島		1		3	2	1		1	△3	5									0
茨城	1	3	1	3	4	1	3	2	△1	19			1						0
栃木	1	2	3			1			△1	8	1	1							0
群馬	1	1	4	1	1	1	1	1	△2	11									0
埼玉	4	11	8	5	7	2	6	2	△15	41	3	6		1		1			△4
千葉	5	6	7	6	4	8	12	5	△8	53	2		1						0
東京	13	9	7	9	8	2	11	12	△13	69	3	1				1			0
神奈川	8	11	11	1	3	3	9	4	△15	43	6	1	1						0
新潟	2	5	1	1	2	1	2	2	△9	9		1							0
富山		1						2	△1	2	2	1							△2
石川	1		1	2		1			△3	2									0
福井	2	1	1	1					0	6									0
山梨	1	1	1	1					△1	2									△1
長野	1	1	1	3		4	1		△3	10				1					0
岐阜				1	1	2	6	2	△2	14									0
静岡	4	3	3	2	3	3	2	1	△4	21		1							0
愛知	1	6	4	2	5	4	9	3	△9	27			2						0
三重	1	1		2	1			1	0	6				1					0
滋賀	1	2	1	2	2	2		1	△2	12	1								0
京都	1		3	2	2	1	3	4	△9	8	1								0
大阪	12	16	13	14	12	4	1	6	△30	76	10	7		2	1		1	1	△9
兵庫	13	15	8	9	7	17	3	14	△30	73	3	3	2	1				1	△4
奈良	2	1	3	2			2	3	0	19		1		1					0
和歌山	1	2	2		2	1		1	△2	10									0
鳥取									0	0		1							△2
島根	1		1				1		△2	2		1							0
岡山	7		4	2		6	3	1	△8	18									0
広島	1	7	3	1	2	4	1	2	△6	25		2							△1
山口	6	3		2		4	7	1	△9	17		1							0
徳島	1					1	2		△1	3									0
香川	1	2	2	1	1	2	3	2	△5	13									0
愛媛	1		1			1	2	2	△1	6	2								0
高知				2	1	1			△1	3							1		0
福岡	5	7	7	8	4	3	4	6	△24	30	2								△1
佐賀			1			2			△3	1									0
長崎	3	3	1	1	5	2	1	2	△5	16				1					0
熊本	1	4	1		2	1	3	3	△2	17									0
大分		1	1						△1	1	1				1				△2
宮崎	2		1	1	1			1	△6	1									1
鹿児島						3	1	1	△2	3	1								△1
沖縄	1						1		0	2									1
不詳等									3	3									0
合計	117	142	113	96	92	98	111	101	△271	771	41	28	9	9	2	2	2	2	△29

表17-3 石綿肺がんの補償・救済状況(都道府県別)(※救済率母数=1995~2014死亡者数合計=中皮腫の2倍)

	小計	新法死亡後救済(未申請)(小計・重複は2008~2014年度分)									合計	救済率 母数※	救済率	年平均 死亡数	人口千人 2010国勢	10万人当 死亡数	対全国 平均比
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	重複分	小計							
北海道	3		1	1		2	1	2	△2	5	266	1,814	14.7%	90.7	5,506	1,647	110.9%
青森	1								0	0	22	220	10.0%	11.0	1,373	0.801	53.9%
岩手	0		1	1					△1	1	11	256	4.3%	12.8	1,330	0.962	64.8%
宮城	1							1	0	1	83	574	14.5%	28.7	2,348	1,222	82.3%
秋田	0								0	0	7	218	3.2%	10.9	1,086	1,004	67.6%
山形	1		1	1		1			0	3	41	216	19.0%	10.8	1,169	0.924	62.2%
福島	2		1		1				△1	1	31	546	5.7%	27.3	2,029	1,345	90.6%
茨城	1		1	2	1		1		△1	4	63	604	10.4%	30.2	2,970	1,017	68.5%
栃木	2				1		1		0	2	33	350	9.4%	17.5	2,008	0.872	58.7%
群馬	1		3						△1	2	33	392	8.4%	19.6	2,008	0.976	65.7%
埼玉	13		1	1	2		2	1	0	7	211	1,826	11.6%	91.3	7,195	1,269	85.4%
千葉	6		1	3		1		1	△2	4	258	1,236	20.9%	61.8	6,216	0.994	66.9%
東京	5		5		2	1	1	2	△1	10	838	3,076	27.2%	153.8	13,159	1,169	78.7%
神奈川	13					1	4	1	△1	5	611	2,906	21.0%	145.3	9,048	1,606	108.1%
新潟	2						1		0	1	102	642	15.9%	32.1	2,374	1,352	91.0%
富山	3	1							0	1	56	496	11.3%	24.8	1,093	2,269	152.8%
石川	0				1				△1	0	14	314	4.5%	15.7	1,170	1,342	90.3%
福井	0								0	0	20	184	10.9%	9.2	806	1,141	76.8%
山梨	0								0	0	6	180	3.3%	9.0	863	1,043	70.2%
長野	1			1					0	1	53	444	11.9%	22.2	2,152	1,032	69.4%
岐阜	0				1			2	0	3	64	524	12.2%	26.2	2,081	1,259	84.8%
静岡	2			1			1		0	2	106	980	10.8%	49.0	3,765	1,301	87.6%
愛知	4	1		1	1	1		1	0	5	216	1,652	13.1%	82.6	7,411	1,115	75.0%
三重	1								0	0	73	382	19.1%	19.1	1,855	1,030	69.3%
滋賀	1							1	0	1	51	382	13.4%	19.1	1,411	1,354	91.1%
京都	1								0	0	78	682	11.4%	34.1	2,636	1,294	87.1%
大阪	20		4	3	2	2	7	3	△4	17	549	3,734	14.7%	186.7	8,865	2,106	141.8%
兵庫	10		2			1	4		0	7	527	3,460	15.2%	173.0	5,588	3,096	208.4%
奈良	3				1		1		0	2	90	578	15.6%	28.9	1,401	2,063	138.9%
和歌山	0						1		0	1	48	274	17.5%	13.7	1,002	1,367	92.0%
鳥取	1								0	0	6	154	3.9%	7.7	589	1,307	88.0%
島根	1								0	0	27	152	17.8%	7.6	717	1,060	71.4%
岡山	1				3	1	4	1	△1	8	296	800	37.0%	40.0	1,945	2,057	138.5%
広島	4		1	1		3	2		△2	5	272	1,462	18.6%	73.1	2,861	2,555	172.0%
山口	3						1		0	1	147	634	23.2%	31.7	1,451	2,185	147.1%
徳島	0			1			1		0	2	15	222	6.8%	11.1	785	1,414	95.2%
香川	0		1		1				0	2	98	346	28.3%	17.3	996	1,737	116.9%
愛媛	2						1		0	1	99	464	21.3%	23.2	1,431	1,621	109.1%
高知	1			1					0	1	14	192	7.3%	9.6	764	1,257	84.6%
福岡	3		1	1	1	1	4	1	0	9	202	1,636	12.3%	81.8	5,072	1,613	108.6%
佐賀	0						1		0	1	21	270	7.8%	13.5	850	1,588	106.9%
長崎	2			2		1			0	3	218	776	28.1%	38.8	1,427	2,719	183.0%
熊本	0		2	1	2				△1	4	51	404	12.6%	20.2	1,817	1,112	74.8%
大分	1		1				1	1	△1	2	25	334	7.5%	16.7	1,197	1,395	93.9%
宮崎	1								0	0	14	266	5.3%	13.3	1,135	1,172	78.9%
鹿児島	0			1			1		0	2	17	490	3.5%	24.5	1,706	1,436	96.7%
沖縄	1						1		0	1	41	268	15.3%	13.4	1,393	0.962	64.8%
不詳等	0								0	0	4	30		1.5			
合計	118	2	27	23	20	16	42	18	△20	128	6,000	38,042	15.8%	1,902.1	128,054	1,485	100.0%

タイタイ病、新潟水俣病 薬害スモンの新規3報告

公害薬害職業病被害補償第3回シンポジウム

制度比較レポート集

公害薬害職業病補償研究会(代表:古谷杉郎・全国安全センター事務局長)主催、日本環境会議(JEC)の後援による、「戦後70年 被害者補償・救済の現在—公害薬害職業病 被害者補償・救済の改善を求めて 第3回シンポジウム」が、11月29日、東京・明治大学で開催された。

田尻宗昭記念基金の最後(第16回・2007年)の田尻賞がチッソ水俣病関西訴訟原告団長の川上敏行さんらに贈られた表彰式の際に、水俣病、カネミ油症、アスベスト、職業病の関係者の間で、様々な被害者補償・救済制度を横断的に比較研究してみようというアイデアが生まれた。

そのためには、相互比較を可能にするための共通の言葉—比較項目づくりから始めなければならなかった。各制度・事件特有の言葉はもちろんのこと、日本語からもいったん離れて、法制度や社会・文化・政治的背景の異なる海外との比較も念頭において、かなり詳細な比較フォーマットを作成。一定のかたちでできたところで、実際の制度について記述

し、報告・討論をして、さらなる改善を検討。

活動家と研究者、学生らが一緒になって、そんな地道な作業をする—公害薬害職業病補償研究会と名付けられた—小さな集まりを10回ほど重ねて、①水俣病(公害健康被害補償法認定と1973年補償協定、1995年政治決着についても付記)、②サリドマイド、③カネミ油症、④大気汚染、⑤アスベスト(労災補償、労災時効救済、公害救済の3制度別)—5事件7制度についての制度比較レポートができたところで、117頁の制度比較レポート第1集としてまとめ、2009年5月30日に第1回シンポジウムを開催した(2009年9月号参照)。第1回シンポジウムで配布された、①~⑤の5事件7制度の主要項目比較一覧表を36~37頁で紹介する(当時の内容のままであることを留意)。制度比較レポート第1集は現在、日本環境会議のウェブサイトからPDF版をダウンロードできるようになっている。

www.einap.org/jec/committee/hoshoken/

研究会はその後も活動を続け、2012年2月4日に第2回シンポジウムを開催し、101頁の制度比較レポート第2集も発行した(2012年7月号参照)。第2集には、⑥原爆症、⑦森永ひ素ミルク事件、⑧医薬

品副作用被害の新規3事件のレポート、及び第1集収録事件について、2009年の水俣病特別措置法や2011年の石綿健康被害救済法改正も含め、その後の経緯や制度上の変更等に関する追記も収録された。シンポジウムでは、⑨薬害エイズについても報告されており、当日配布された、⑥～⑨の新規4事件の主要項目比較一覧表を34～35頁で紹介する(同前)。第2集(冊子)は、1,000円で頒布されている。

そして今回の第3回シンポジウムに向けては、制度比較レポート第3集が、PDF版を収録したCDというかたちで作成された。新規収録事件は、⑩イタイイタイ病、⑪新潟水俣病(公害健康被害補償法、1995年政治決着、2009年特別措置法、新潟県独自福祉手当)、⑫スモン、の3事件。当日配布された、⑩～⑫の新規3事件の主要項目比較一覧表を32～33頁で紹介する(同前)。なお、第3集には、原爆症と森永ひ素ミルク事件については比較レポートの改訂版、その他の事件についての追記または追記2も収められている(2012・13年のアスベスト認定・判定基準改訂、2012年のカネミ油症患者施策推進法、2013年の原爆症「新しい審査の方針」改訂、2014年の水俣病認定に関する環境省新通知を含む。熊本の胎児性・小児性水俣病患者等に係る地域生活支援事業に関する情報も追加)。今回は、印刷物ではなくCDということで、資料もかなり含めることができたため、215頁になっている。第3集CDも、1,000円で頒布されており、第2集(冊子)も含めて、全国安全センターで受け付けているので、ご希望の方はご連絡いただきたい。

基調講演と事件報告

第3回シンポジウムは、制度比較レポート集の編集を担当した下田守・下関市立大学名誉教授と、主要項目比較一覧表をまとめていただいた尾崎寛直・東京経済大学准教授の司会で進行した。

■基調講演

今回は、淡路剛久・立命館大学教授(環境法)から、「公害被害等被害者への補償はどうあるべきか

—不法行為訴訟と被害者救済制度」と題して、基調講演をしていただいた。

きわめて示唆に富む問題提起が盛りだくさんの内容であり、当時追配布された資料を38頁以下で紹介させていただいた。

その後、新規各事件について制度比較レポート執筆担当者から報告していただいた後、質疑及びおもに32～33頁の主要項目比較一覧表を活用しながらパネルディスカッションが行われた。

■イタイイタイ病

報告者は、イタイイタイ病弁護団から2015年2月まで事務局長を務めていた水谷敏彦弁護士。

患者・家族、さらには農業被害(鉱害)団体らが結集し、裁判勝訴を梃子に三井金属鉱業と直接交渉を行い、①被害救済、②土壤復元、③公害発生源対策を三本柱に掲げて各々に関する誓約書や協定を締結させ、補償内容・水準の見直しや履行の監視を積み重ねながら、2013年12月17日には「神通川流域カドミウム問題の全面解決に関する合意」を取り交わすに至っている。

それだけでなく、公害認定の不服審査請求にも精力的に取り組んできたという報告が印象的だった。しかし、イタイイタイ病の先駆症状であるカドミウム腎症について、被害者団体はこれを公害病に指定するよう長年にわたり環境省に働きかけてきたが奏功せず、「全面解決合意」では、60万円の健康管理一時金を支給する支援制度がつくられた。裁判ができないかという議論も重ねたものの、踏み切ることができず、苦渋の選択・決断という面もあったことも紹介していただいた。

■新潟水俣病

報告者は、木戸病院に勤務しながら、新潟水俣病三次訴訟を支援する会の事務局を担っている萩野直路さん。行政棄却処分取消・認定義務付け訴訟にもかかわっている。

何度か東京での研究会にも参加していただき、公害健康被害補償法、1995年政治決着、2009年特別措置法、新潟県独自福祉手当等の異なる補償・救済制度の内容と適用の実態、また、熊本水俣

公害薬害職業病被害補償第3回シンポジウム

事例	イタイイタイ病	スモン
枠組み	公害健康被害の補償等に関する法律(1973.10.5公布、1974.9.1施行)及び訴訟後に取り交わされた「イタイイタイ病の賠償に関する誓約書」(1972.8.10)、「医療補償協定」(1973.7.19、1978.7.29改定、1986.10.1改定)、「神通川流域カドミウム問題の全面解決に関する合意書」(2013.12.17)による。	「スモン和解確認書」(1979.9)及び医薬品副作用被害救済基金法並びに薬事法改正(1979.9成立)による。ただしこの法律の名称は現在、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(医薬品医療機器等法、2014.11施行)。また、難病対策要綱(1972)および難病の患者に対する医療等に関する法律(2014.5制定)、障害者総合支援法(2012.6成立)による。
被害者を認定するシステム	公害健康被害補償法に基づく認定申請後、富山県の認定審査会の判断をもとに知事が認定を行う。審査に先立って行政検査(骨軟化症所見がX線写真等で判定できない場合に骨を削り取って病理学的な検査を行うこと)を経ることもある。認定基準は、環境省(庁)の「イタイイタイ病の認定について」(1972.6公害保健課長通知)、「イタイイタイ病の認定における骨軟化症の判定等について」(1993.4保健業務課長通知)、「公健法に係る処理基準について」(2001.5環境保健部長通知)による。	臨床診断は神経内科専門医による「鑑定医師団」が行う(訴訟において裁判所から依頼があれば鑑定に付すという流れ)。キノホルムの服用の有無等の情報調査は厚生省特定疾患スモン調査研究班によって行われたと考えられる。診断基準は存在するが、認定基準という形では公表されていない。現在は、被害者本人・家族が医療機関を通じて独立行政法人・医薬品医療機器総合機構(PMDA、2003年以前は厚生労働省)に申請を行う。PMDAが原因企業及び国から委託を受け、健康管理手当等を支払う。
認定された被害者数	200名(2015年11月現在、生存者数5名) 要観察者と判定された者は410名(ただし実数は339名、生存者数5名)	6,491人(2015年1月末現在)
棄却・未処分等の未認定患者及び未申請者	棄却者の正確な数は不明。イタイイタイ病に発展する可能性があり観察を要するとされた「要観察者」は339名	スモン患者の疑いを含めると11,127人
医療給付・治療に関する給付	医療費全額の現物給付	医療費の自己負担分の現物給付(金銭給付の場合もある)。医療の対象はとくに限定なし
医療費以外の本人に対する給付(生活補償面)	あり 慰謝料(一時金) 医療介護手当(月額):認定患者86,000円、要観察者56,000円 特別介護手当(月額):90,000円(寝たきり患者)	あり 賠償一時金 健康管理手当(月額42,700円)及び介護費用(これらは賠償金の一部という理解)
遺族に対する給付	認定時にすでに死亡した認定患者に対しては、遺族が補償請求権を相続承継する	遺族弔慰金(一時金100万円)
その他の給付(通院費・介護費等を含む)	介護手当(金銭給付)、通院費の実費、温泉療養費(認定患者・要観察者とも月額90,000円)。葬祭料はなし	介護費用(月額):重症者48,130円、超重症者92,800円、超々重症者154,400円 (はりきゅう・マッサージ治療の施術費を補助(月7回まで)) 葬祭料206,000円 その他、難病特別対策推進事業の一環として訪問指導(診療)、訪問相談などが実施
補償・給付の内容・区分	慰謝料は以下の区分による 認定患者:死者1,000万円、生存患者800万円 要観察者:一時金100万円、死亡時に100万円追加	一時金は、I度(軽症)1,000万円、II度(中等症)1,700万円、III度(重症)2,500万円
財源の調達方法	全額を三井金属鉱業が負担	被告製薬企業3社と国が負担。一時金は企業が3分の2、国が3分の1を負担。健康管理手当は企業負担。介護費用は重症者は国、超重症・超々重症者は企業が負担
制度の成立年	1972～1973年及び2013年	1979年
備考(近年の問題)	2013年の全面解決合意により、原因企業が運営主体となる「神通川流域住民健康管理支援制度」が創設され、「カドミウム腎症患者」(腎機能への一定以上の影響が確認された者)には一時金60万円が支給されることになった。	キノホルムの製造販売中止により、新規被害者の発生はない。過去の損害は訴訟における和解の中で考慮済みとし、申請等の効果は波及しないものとしている。

事例	新潟水俣病	新潟水俣病(水俣病認定以外の国の制度)
枠組み	公害健康被害の補償等に関する法律(1973.10.5公布, 1974.9.1施行)及び第1次訴訟後の新潟水俣病補償協定書(1973.6.21)による。	B-水俣病総合対策医療事業(1992年~1996年):水俣病総合対策実施要領(環境庁, 1996.1.12公布)による。 C-水俣病総合対策医療事業(再開・保健手帳)(2005年~2010年):「今後の水俣病対策について」(環境省, 2005.4.7)による。 D-水俣病被害者の救済及び水俣病問題の解決に関する特別措置法(水俣病特措法2009.7.15公布)による(2010年~)。
被害者を認定するシステム	公害健康被害補償法に基づく認定申請後,「後天性水俣病の判断条件について」(1977.7環境保健部長通知)および「小児水俣病の判断条件」(1981.7環境保健部長通知),「公害健康被害の補償等に関する法律に基づく水俣病の認定における総合的検討について」(2014.3.7環境保健部長通知)をもとに,新潟県または新潟市が認定審査会での審査に基づき水俣病の認否を決定する。	B, C, D-総合対策医療事業(医療手帳・保健手帳),水俣病特措法(被害者手帳)に基づく申請後,医師による判定委員会が各手帳の交付要件に該当するかどうかについて判定を行う。
認定された被害者数	704名(2015.9.30現在,生存者数171名) (取下げ327件)	B, C-医療手帳交付者総数799名(死亡した一時金受給者を含む),旧保健手帳交付者総数35名,新保健手帳交付者総数459名(うち4名はH22.5以降の申請で被害者手帳を交付) D-一時金等対象該当者数1,811名,療養費対象該当者数114名
棄却・未処分等の未認定患者及び未申請者	棄却件数1,382件(2015.9.30現在)	B, C-非該当173名 D-非該当者数77名
医療給付・治療に関する給付	医療費全額の現物給付(歯科を除くすべての治療)	特定症候に関連して療養を受けた時の自己負担分全額(保険適用分の給付,妊娠・出産,歯科及び交通事故等他人の加害による疾病等に係る医療を除く)
医療費以外の本人に対する給付(生活補償面)	あり 一時補償金 継続補償金(年金,物価スライドにより現在は年額140万8,100円)	あり 一時金(保健手帳及び被害者手帳の一時金非該当者を除く)
遺族に対する給付	認定時にすでに死亡した認定患者の遺族に一時補償金1500万円	手帳所持者と同等の所見があったと確認できた故人について,申請に応じて遺族に一時金を支給
その他の給付(通院費・介護費等を含む)	介護保険の利用者負担分の給付,医療手当(月額):通院1日1,000円,2~7日4,000円,8日以上5,000円,入院2~7日5,000円,8~14日6,000円,15日以上7,000円,温泉療養は一人年12回程度(1泊),自己負担1回1,575円,葬祭料はなし	介護保険を利用した場合,要介護認定者に月5,000円,要支援認定者に月1,500円が昭和電工から支給。 Bは療養手当(月額):通院17,200円(70歳未満),21,200円(70歳以上),入院23,500円あり,Cはなし,Dは一時金対象者のみ療養手当(月額):通院12,900円(70歳未満),15,900円(70歳以上),入院17,700円,共通してはり・きゅう施術費,温泉療養費(合わせて月7500円まで),葬祭料はなし
補償・給付の内容・区分	一時金は,一般認定患者1,000万円,重症患者1,500万円,重症化または(水俣病による)死亡の場合,500万円を追加支給	B-一時金260万円 D-一時金210万円
財源の調達方法	全額を昭和電工が負担	一時金及び介護保険利用者への負担軽減の手当は昭和電工が負担,療養費等は行政措置として国・県の負担
制度の成立年	1973年	B-1996年, C-1996年及び2005年, D-2010年
備考(近年の問題)	2014年から審査会の冒頭に患者を水俣病と診断した医師などが意見を述べるような参考人制度が設けられた。2013年の最高裁判決を受けて環境省は新通知を出したが,公健法の水俣病認定を求める裁判が今も続いている。	1996年及び2010年の二つの政治決着による救済策(いずれも期間限定)から漏れた患者が新たな裁判を起し,今なお裁判が続いている。

公害薬害職業病被害補償第3回シンポジウム

事例	原爆症	森永ひ素ミルク中毒
枠組み	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（被爆者援護法）による	「三者会談確認書」による
被害者を認定するシステム	疾病・障害認定審査会の原子爆弾被爆者医療分科会（医療分科会）の意見を聞き、厚労大臣が認定。従来、放射線影響に関する疫学調査結果が原爆症認定に反映したが、2008年の「新しい審査の方針」発表以降、対象疾病の「積極認定」の方向。	飲用者認定を希望する者が都道府県に申請し、そこを經由してひかり協会に提出される。その後ひかり協会が設置する認定委員会において審査を行い、その結果を受けてひかり協会理事長が決定する。手続きは、厚生労働省通知「森永ひ素ミルク飲用者の認定に係る事務要領」による。
認定された被害者数	現在も生存の被爆者手帳所持者は約219,410人で、うち医療特別手当受給者（原爆症認定者）は7,197人（2011年3月末時点）。	推定被害者数（2011年）13,430人（内訳：患者名簿登載者12,368人、飲用認定被害者1,062人） 事件当時に厚生省が作成した患者名簿に登載されなかった「未確認飲用者」は、認定申請し審査の結果認定されなければ救済事業を受けることができない。飲用者として認定されると患者名簿登載の被害者と同様に救済事業適用の対象となる。
棄却・未処分等の未認定患者及び未申請者	「新しい審査の方針」直後は棄却が控えられていたが、再び増加。2010年度は7,795人の申請者中、4,178人が棄却、2,328人が保留。	2011年9月までに、認定申請者数累計1,928人。うち1,062人が認定、532人が保留、303人が棄却、31人が取下げ・未処分。
医療給付・治療に関する給付	認定疾病に関しては全額国庫負担。一般疾病に関しては保険診療の自己負担分が国庫負担（指定医療機関での受診においては両者の区別はしない）	検診費、医療費（保険診療による自己負担分の給付）、健康管理費。保険内の治療に関しては、多様な疾病態様から、因果関係を問わず全て給付対象。
医療費以外の本人に対する給付（生活補償面）	あり 健康維持費名目の手当（下記） 介護手当の支給介護保険の医療系サービスは、被爆者手帳により1割の自己負担なし。福祉系サービスについても都道府県が措置すれば国が補助（自己負担なし）。	あり ひかり手当、自立奨励金（作業所や訓練所等の使用料、敷金・家賃の補助等）、後見等援助費、介護福祉利用費（障害者自立支援法のサービス利用補助）、就職奨励金（月額20,000円）、職場定着奨励金など。基本的には公的制度の活用を優先し、不足額をひかり協会が支給。
遺族に対する給付	なし（戦争被害拡大防止の観点から） ただし、葬祭料201,000円。また、葬祭料対象となる前に、親族に原爆死没者がいた被爆者に対して、特別葬祭給付金100,000円（きわめて特殊な制度）。	なし ただし、救済事業対象者でひかり協会設立以降に死亡した被害者遺族に、葬祭料350,000円＋香典50,000円支給。
その他の給付（通院費・介護費等を含む）	入院時の食費負担について国庫補助。 都道府県レベルで、独自に交通費の支給や被爆二世に対する医療費負担を実施する例もあり。	医療付随費（通院にかかった交通費）、 通院に伴うガイドヘルパーの交通費、入院付添い費、歯科差額、入院時食事療養費、部屋代差額、入院雑費、漢方・鍼灸・あんま等の自己負担分、など。
補償・給付の内容・区分	指定疾病の要医療性、原爆放射線の起因性等に応じて、以下の区分のいずれかの支給。 医療特別手当（月額136,890円）、特別手当（同50,550円） 健康管理手当（同33,670円）、保健手当（同10,880円） なお、原子爆弾小頭症に認定されると、医療特別手当に月額47,110円加算。	症度に応じて1～3級の区分あり ひかり手当：（障害基礎年金非受給の場合）月額1級70,000円、2級6,000円、3級28,100円 補足介護費：月額1級40,000円、2級30,000円、3級20,000円 継続介護費：介護の必要度に応じて月額50,220～83,700円
財源の調達方法	全額国庫負担。加害者であるアメリカの負担はない。	全額を森永乳業が負担。
制度の成立年	原爆医療法（1957年）、原爆被爆者特別措置法（1968年）、両者を一本化した被爆者援護法（1994年）	三者会談確認書（1973年12月締結）
備考（近年の問題）	3号被爆者に関して、被爆者認定をめぐる訴訟が継続。また、在外被爆者の医療費支給問題が残る。給付に関しては、原爆症認定の起因性区分をなくし、症度による区分に改善を求める運動が続く。	今後高齢化に伴って、後見人・保健師・訪問看護師・福祉サービスなどの公的制度の活用とともに、協会職員・相談員、さらに守る会の被害者仲間による生活の見守り体制など、地域での複層的なネットワークの構築の必要性。

事例	医薬品副作用被害	薬害エイズ(*暫定)
枠組み	医薬品副作用被害救済基金法及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構法による	和解条項および確認書による(具体的な金銭給付の支払に関しては「覚書」及び「協定書」に記載)
被害者を認定するシステム	本制度の運用主体の医薬品医療機器総合機構(PMDA)に申請し、PMDA健康被害救済部調査課(2005年度新設)が調査を行い、症例経過や調査表を作成し、厚生労働大臣に判定を申し出る。薬事・食品衛生審議会に設置されている副作用・感染等被害判定第一、第二部会が審査。認定基準として公表されたものはない。	訴訟提起ののち和解手続
認定された被害者数	薬事法で定める副作用報告の数は3万件程度あるが、実際にはその数を大きく上回る副作用被害者がいる。2010年度までの救済制度の認定者累計は7,639人(8,863件)。	発生時の血友病患者等5,000のうち約4割の2,000人が感染した。
棄却・未処分等の未認定患者及び未申請者	1980～2010年度までに、申請者9,722人(11,402件)のうち、7,639人が認定、棄却が1,387人、42人が取下げ、保留・未処分は不明。	実数は不明。差別を恐れて提訴をためらった者も少なくないと思われる
医療給付・治療に関する給付	医療費は保険診療による自己負担分の給付(基本的に保険適用の治療のみ)。	血友病の公費助成。 AIDS発症者は障害者認定により障害者の医療給付。
医療費以外の本人に対する給付(生活補償面)	あり 障害年金あるいは障害児養育年金 介護費・介護加算はなし	あり 「健康管理手当」として、感染者に対しては月額35,300～51,300円 発症者に対しては月額15万円
遺族に対する給付	死亡者が家計支持者の場合は遺族年金、それ以外は遺族一時金の支給。 遺族年金：年額2,370,000円(10年限度。ただし被害者が障害年金を受けた場合はその期間を控除) 遺族一時金：7,110,000円 葬祭料：201,000円	個別給付はなし
その他の給付(通院費・介護費等を含む)	医療手当：月額33,700～35,700円(通院日数、入院日数による)	なし
補償・給付の内容・区分	1級、2級の区分 障害年金：1級年額2,709,600円 2級同2,167,200円 障害児養育年金： 1級年額847,200円 2級同678,000円	一時金として、感染者及び発症者一人あたり4,500万円(死亡者も含む)
財源の調達方法	製薬企業の拠出(一般拠出、年間出荷額の0.35/1,000に相当する額)による基金。また、実際に支給される金額の1/4に相当する金額が、付加拠出として原因薬の製造企業に課せられる。	国と製薬会社の負担割合は4:6(一時金と発症者に対する健康管理手当の場合)。感染者に対する健康管理手当は国が全額負担
制度の成立年	医薬品副作用被害救済基金法(1979年) 独立行政法人医薬品医療機器総合機構法(2002年)	確認書・協定書(1996年3月締結)
備考(近年の問題)	死亡については、副作用報告件数に対して請求件数が1割に満たない(制度の認知度の低さ)。また、受給者の実態調査および保健福祉事業の具体化が長年放置されてきた問題がある。	新規提訴はないものとして事実上終了

公害薬害職業病被害補償第3回シンポジウム

事例	水俣病(公健法認定と補償協定)	サリドマイド	カネミ油症
枠組み	公害健康被害補償法による認定、チソとの協定に基づく補償。	補償協定による	法も協定もなく、(和解とカネミの一部負担以外には)制度としては何もない。
被害者を認定するシステム	法に基づき県知事が認定。診断書は考慮されず、県の検診データに基づき、1977「後天性水俣病判断条件」で認定審査会が判断(審査会は機能停止中)。	診断証拠、服用証明をもとに5つの判定基準に基づき判定を行うが、最終判断は最高権威のW・レントン教授を交えて行う。	法的根拠はなく、要綱に基づいて認定制度を運用。全国油症治療研究班の「油症患者診定委員会」が診断基準に基き「診定」、これを受けて知事が認定。
認定された被害者数	認定・補償協定2,269人、これと別に、政治決着10,353人(熊本・鹿児島両県)、新保健手帳1,9843人(同・2008年末現在)。	裁判原告63人+原告を除く認定者数246人の計309人。	1,933人(生存1,376人、2009.3現在)1969年7月の厚生省の集計では、届出者数14,627人のうち913人が認定..それ以降、厚生省は届出者等の集計を(発表)せず。
棄却・未処分等の未認定患者及び未申請者	保留・棄却処分累計14,990件。うち1万人余は1995政治決着受諾。新たに認定申請中の患者が約6,300人。	サリドマイド剤回収後の推定被害者が約1,000人とされており、認定棄却は311人。	1988年度までの詳しい検診状況は不明。1989年度以降は毎年数十から百人余の未認定者が受診し、大部分が認定されず。推定被害者数は数千人以上。
医療給付・治療に関する給付	歯科を除く医療費全額をチソが負担する。鍼灸治療費実費、マッサージ治療費(1回1000円、年25回25,000円以内)、温泉治療券(年間利用券)	なし	医療費の自己負担分をカネミ倉庫が支払い。
医療費以外の本人に対する給付(生活補償面)	あり 慰謝料および特別調整手当(年金)	あり 損害賠償金。賠償金額の一部を長期継続年金制度により運用もできる(年金加入は任意)。	カネミ倉庫が見舞金1人22万円を支払い、和解で1人500万円の債務を確認。カネカ(鐘淵化学)は1人300万円の見舞金を基準に和解。
遺族に対する給付	なし ただし、祭料533,000円+香典100,000円は死因を問わず給付。	なし ただし、年金加入の場合は、支給開始から60年以内は拠出金の残金が相続人に払い戻される。	なし 香典2万円のみ
その他の給付(通院費・介護費等を含む)	通院交通費270～600円、 通院手当21,400～23,400円、 入院手当23,400～33,500円、 介護手当44,900円、おむつ手当、介添手当、胎児性患者就学援助費など。	なし	通院費を支給する場合もある。ただし、地域等によって差が大きい。
補償・給付の内容・区分	慰謝料1,600～1,800万円、年金6.7万から17万円(物価スライドあり、1973年は2.6万円)	A～Eランクにより、賠償金額が異なる(A 4,000万円、B 3,300万円、C 2,800万円、D 1,800万円、E 900万円で、訴訟費用は全額加害者の被告持ち)。症状は固定されているため、判定ランクの変更はない。	
財源の調達方法	全額をチソが負担。ただし、返済能力がないとして、県債融資、銀行の債権放棄、国庫支出で約半分賄う。	サリドマイド剤の全市販企業の拠出+賠償金と年金の金利・物価上昇分の補填は国も折半。	カネミ倉庫は医療費の一部を中心に負担。カネカは和解の際に負担。
制度の成立年	公健法認定・補償協定1973年 政治決着1996年、新保健手帳2005年	1974年10月の和解時に協定	カネカとは1987年3月に和解
備考(近年の問題)	新たな申請者や第二世代等の裁判6件が継続。与野党の未認定患者救済法案が上程されるも与党の「分社化」「地域指定解除」に反発が集中。	厚労省は、2008年10月、被害者団体の賛否の中で、多発性骨髄腫の治療薬としてサリドマイド剤の使用を許可。	2007年6月に特例法が成立して仮払金返還問題は一応決着したが、他の多くの問題は未解決のまま放置。新認定患者が2008年5月に提訴。

事例	大気汚染	アスベスト(労災)	アスベスト(公害)
枠組み	公害健康被害補償法による	労働者災害補償保険法による	石綿健康被害救済法による
被害者を認定するシステム	法に基づき指定地域を管轄する自治体の長が認定。本人申請書類と戸籍抄本または住民票、検査実施機関の医師の診断書・報告書を合わせて提出。	法に基づき労働基準監督署長が決定。請求人、使用者、診療担当医等に対する調査、必要に応じ労災医員に意見を求めたり、厚生労働省と協議して決定。	法に基づき申請。申請人提出資料をもとに、環境大臣が中央環境審議会の意見を聴いて医学的判定、それを踏まえて環境再生保全機構が認定。
認定された被害者数	ピーク時には約11万人(1988年7月)であったが、その後新規認定の廃止とともに認定者数は減少し、2006年度末には47,193人。	中皮腫2,641人(時効救済616人を含め3,357人)、肺がん1,938人(時効救済321人を含め2,259人)、石綿肺は不明、良性石綿胸水31人、びまん性胸膜肥厚40人(2007年度末現在)。	中皮腫2,969人、肺がん382人(2007年度末現在)
棄却・未処分等の未認定患者及び未申請者	法による申請棄却者数の詳細は不明。ただし、1988年3月以降、新規認定廃止により、未認定患者が大量に生み出され続けている。	不支給決定：中皮腫259人、肺がん465人、他は不明、取下线数不明(2002～2007年度累計)	不認定：中皮腫370人、肺がん220人取り下げ：中皮腫76人、肺がん101人(2006～2007年度累計)
医療給付・治療に関する給付	診察・治療・看護・移送等対象疾病に関わる医療費全額がこの制度から現物給付(自己負担なし)。	療養補償給付として診察・治療・看護・移送等の医療費全額を現物給付(できない場合は現金給付可)。鍼灸マッサージも対象。	健康保険等を控除した自己負担分、通院費、介護費の実費補償なし。
医療費以外の本人に対する給付(生活補償面)	あり 障害補償費あるいは15歳未満の子どもに対する児童補償手当。	あり 休業補償給付(平均賃金の80%)。一定の場合、傷病補償年金(傷病等級により1級313日分～3級245日分)、障害補償給付(障害等級により1級313日分～7級131日分の年金または8級503日分～14級56日分の一時金)に移行。	あり 療養手当(一月月103,870円。入院諸経費+介護手当の性格と説明されている)
遺族に対する給付	あり 遺族補償費または遺族補償一時金、葬祭料664,000円。ただし、いずれも公害病の死因への寄与率による。	あり 遺族補償給付(一律300万円+遺族の人数に応じて平均賃金153日分(1人)～245日分(4人以上)の年金または1,000日分の一時金)、+葬祭料(315,000円+平均賃金30日分または平均賃金60日分のいずれか高い方)	なし 葬祭料のみ。ただし、被害者本人が給付を受けられなかった遺族には特別遺族弔慰金(一律280万円の一時金)と葬祭料(199,000円)。
その他の給付(通院費・介護費等を含む)	通院・入院に対する療養手当(ただし、通院・入院日数により各2ランクに分かれ、23,000～35,900円)。	療養補償給付として原則通院費の実費(移送に含まれる)、一定の場合は介護補償給付として月28,470～104,960円、労災就学等援護費、労災就労保育援護金など(温泉保養もあったが廃止)。	なし
補償・給付の内容・区分	障害補償費は1級～3級のランクにより、男女各年齢別平均賃金の80%の月額(132,500～359,600円)に、1.05、0.3を乗じる。遺族補償費・一時金は、上記賃金70%の月額(116,000～313,900円)に寄与率0.50,75,100%を乗じる。一時金になる場合は36か月分。	基本的に平均賃金ベースで、傷病・障害等級区分以外はなし	なし(一律定額)
財源の調達方法	全国の工場・事業場からの汚染負荷量賦課金が8割、自動車ユーザーの支払う自動車重量税からの引当金が2割。	事業主の労災保険料+国庫補助	一般拠出金(労災保険適用事業主+船舶所有者)、特別拠出金(4社-未公表)、国・都道府県拠出金
制度の成立年	1973年	1947年	2006年
備考(近年の問題)	未認定患者の救済のため、まずは自治体レベルでの医療費助成制度の構築とともに、自動車排ガス汚染に焦点を当て、費用負担を含め制度再構築の必要。	労災時効救済制度ができているが時限措置、公害救済に埋もれている労災事例大、被害者は増加し続けることが確実。	同じアスベスト被害で労災補償と格差大(対象疾病・救済内容)。公害多発地域の被害救済促進・健康管理体制確立。

病に対する制度との共通性と相違などについて、緻密かつ非常にわかりやすく整理していただいた。

新潟では、1973年までは90%が認定されていた。それが1977年判断条件によってわずか5%にまで落とされた。現在の水俣病事件の最大の問題点は、医学的根拠のない認定基準が環境省によっていまだに維持され、それを口実に患者が分断され、正当な補償を得ていないことにある。そのため、半世紀を経てもいままなお裁判が続いている。国の誤りを浮き彫りにして、公健法による認定=正当な補償への道を開きたいと話した。

■スモン

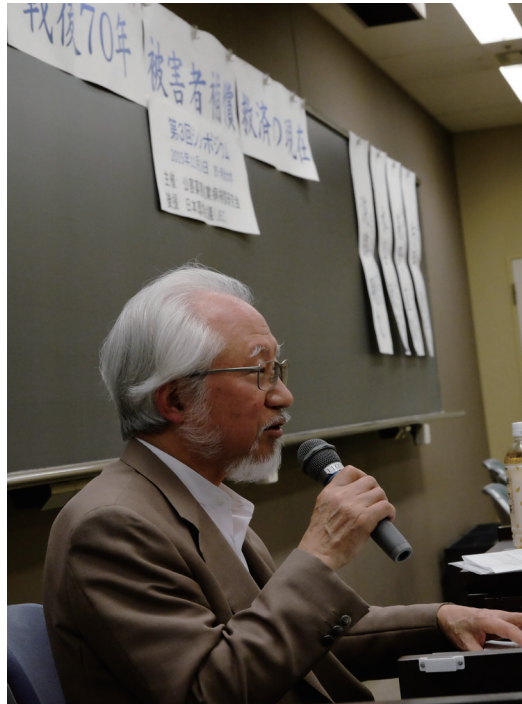
報告者は、健和会 臨床・社会薬学研究所所長の片平洸彦さん。東京大学大学院の社会医学教室にいたときに薬害スモン被害者実態調査に参加したのがきっかけで薬害問題の調査研究を中心に、研究・教育の道を進んでこられたという。現在も薬害オンブズパーソン会議副代表等も務めながら、HPVワクチン被害問題等に取り組んでいる。

薬害スモンについては多くの出版物等も発行されているが、あらためてその補償制度について聞くと、重症例の多い難病として介護・日常生活支援面での対応が他の事例と比較して議論されてきたようにも感じられる。

相互理解・比較から改善へ

介護に関する補償・救済は、主要項目比較一覧表でも、今回の新規報告3事件のいずれについても何らかの対応が記述されている。比較的成立時期の古い制度については、介護保険が導入されて以降の変化も含めて、実態と必要な対応をあらためて整理する必要があるのではないかと感じた。

パネル・ディスカッションでは、介護だけでなく、補償・救済の枠組みや認定システム、認定・未認定の実態、財源負担等について、3事件にかかる制度の実情を再確認または補足してもらいながら、補償・救済制度によってかなりの相違があることに気づかせ、その背景となった事情や、他制度のアドバンテージを活用する可能性等に思いをめぐらせる



機会を提供してくれたと思う。

報告・議論を聞いたうえで、のしめくくりの発言のなかで淡路氏は、研究会が今後の補償・救済制度のあり方について何らかの提言を発信するよう求められた。これは、研究会としてはたえず意識しつつも、非常に困難な課題ではある。

少なくともこれまでの作業を通じて、多くの事件がいまなお補償・救済制度改善の課題を抱え、現実にもそのための努力が継続されていること、制度比較レポートが各制度のよりよい相互理解に一定貢献することができ、そこからある具体的制度を改善するための実践的な手がかりを引き出すことができること、は確認できていると思う。また、第1～3集にまとめられた制度比較レポート集は、様々な角度からの比較研究の基礎資料として、今後とも活用できる。

今後、統一フォーマットを活用してさらに他の制度についても制度比較レポートを作成されることも期待したい。

また、他力本願ながら意欲的な若手研究者などが現われることも期待しつつ、研究会としてで



公害薬害等被害者への 補償はどうあるべきか？

不法行為と被害者救済制度

淡路剛久

立命館大学名誉教授／環境法

はじめに—本報告の趣旨

1. 戦後70年の間、公害薬害職業病による深刻な大規模被害は数多く引き起こされてきた。しかし、被害者に賠償や補償がなされた場合でも、本日このシンポジウムを主催された公害薬害職業病補償研究会がまとめられた資料にあるとおり、被害者に対する賠償や補償の水準には大きな差がある。尾崎寛直教授は、論文「横断的比較による水俣病の補償システムの検証」(環境と公害44巻4号16頁以下)において、おおむね次のように指摘されている。水俣病、大気汚染、カネミ油症、スモン、サリドマイド、アスベストなど、戦後経験した数多くの公害・薬害等の事件の被害者は、加害企業との補償協定の締結や国による新たな立法措置などの方法で、それぞれ別建ての補償システムを構築してきたが(それ自体はやむを得ないとされる)、その結果、一時金(慰謝料)、障害補償費(年金)、療養手当、遺族補償金、葬祭費などの有無や給付の水準に大きな差異がある。その原因として、判決の結果や交渉による力関係の影響もあるが、他分野の高水準の補償水準を目安にしなかったり、十分に検証しなかったことも要因になっている。そこで、本研

究会では、各補償システムの中身について具体的に踏み込み、比較が可能なように、15分類88項目にわたる検討を進めてきた、と。このような検討は、重要かつ基本的な情報を提供する研究として高く評価されるべきものである。

2. ところで、公害・薬害等の被害発生事件が補償にたどり着くまでには、被害の発生があり、被害の賠償や補償を求める被害者からの要求行動と加害者側からのその応答をめぐる紛争の発生があり、紛争解決手段の過程があり、解決としての(アウトプットしての)賠償や補償等に行き着く。このような視点から言うと、本研究会の検討は、アウトプットの比較を行うアウトプット・アプローチといえよう。

3. これに対して、尾崎教授が、「判決の結果や交渉による力関係の影響もあるが」と示唆されるように、アウトプットを導いた紛争解決の手段・方式ないし過程を検討する紛争解決方式アプローチも有用であろう(ディスピュート・レゾリューション・アプローチ)。

この意味での紛争解決方式については、いくつかの視点からアプローチすることが可能であるが、ここでは、被害者の権利保護という視点および被害事件の抑止という視点に留意しつつ、まず、I. 従来の被害補償システムとして、I-1. 法

の権利を基礎としない解決と、I-2. 不法行為制度に基づく法的権利を基礎とする解決に大別して述べ、次いで、II. 将来の被害補償システムのあり方として、II-1. 不法行為を前提としない被害補償制度と、II-2. 不法行為を前提とする制度改革訴訟について、述べてみたい。

I. 従来の被害補償システム

1-法的権利を基礎としない解決

1. 被害補償システムのあり方が問われるような大規模な被害事件は、明治期には、とりわけ公害によって引き起こされた。明治時代の日本の近代化による工業化・産業化にともなって発生したものであり、鉱山鉱害がその中心であったが、被害を防止するための効果的な法規制は存在しなかった。しかし、被害は確実に発生し、紛争が各地で発生したが、裁判による権利と義務の関係として解決されることはまれであり（法によらない解決-「非法的解決」）、被害が発生すると、加害企業への陳情や行政の介入による示談などにより被害者に対してわずかの金銭が支払われるか、あるいは、被害者が実力行使をした場合には、警察力の介入と被害者の逮捕などにより被害者の権利が抑圧されたまま、紛争が終息させられることが多かった（以上については、淡路1973年3頁以下）。
2. 戦前の典型的な例は足尾鉍毒事件である。直接的な紛争としては1880年前後頃から1914年頃まで続いたが、被害者農民の鉍害防止と補償支払の要求は受け入れられることなく、各被害地域の地方行政が仲裁者として間に入って成立した被害者に対する若干の金銭の支払いを内容とする示談、直接請願行動をして官権と衝突した被害者に対する刑事訴追事件（川俣事件）、そして、松木村（足尾の上流の谷にあった村）と谷中村（足尾から下の渡良瀬川の下流にあった村）という二つの村の消滅という犠牲を払って終息させられたが、公害は終わらないまま戦後に至った。

3. また、戦後の例は1970年頃までの水俣病事件であった。水俣病事件では、1950年代の後半に被害が顕在化し、漁民や水俣病被害者と原因者チツとの紛争が始まったが、1959年に施行された水質二法は水俣湾に適用されることなく、1959年に、熊本県知事が水俣病被害者の救済の訴えにより不知火海漁業紛争調停委員会を通して調停に乗り出して見舞金契約が結ばれた。しかし、その内容は後に裁判所によって、民法90条の公序良俗に反して無効と判断されるような一方的に加害者に有利なものであった。また、1970年には水俣病補償処理委員会（当時の厚生大臣によって設置されたアド・ホックな紛争処理機関）によるあっせんにより補償が行われたが、それは被害者の権利を基礎としない低額補償-後に判決によって認められた賠償額のおおよそ3分の1-であり、結局紛争はその後の裁判による決着を待たなければならなかった。
4. 以上のような被害者の法的な権利を前提としない紛争解決の状況は、戦前から戦後の1960年代から1970年代の始め頃まで、基本的に続いたといえる。そのアウトプットは、低額ないし無補償と、被害事件の繰り返し（足尾鉍毒事件では、1958年の源五郎沢堆積場の決壊による鉍毒事件の再発、水俣病事件では新潟水俣病の発生）であった。法的権利に基づかない交渉は、結局のところ、当事者間の力関係に依存するから、その時代における強者である企業側に有利な解決となった。このような事例においては、被害者は通常困窮しており、低額補償の救済措置を飲まざるを得ないことになる。このような事態は、現在においてもしばしば起こることである。

また、行政や立法者が紛争に関与することもある。しかし、立法による被害者救済法の制定という立法的解決がなされた場合にも、権利に基づかない被害者救済制度は救済条件が狭く限定され、低額補償にとどまるのが通例であった。水俣病被害者救済特別措置法（略称）による水俣病被害者の救済、石綿健康被害救済法（略称）によるアスベスト被害者救済がその例である。
5. しかし、他方で、196、70年代頃から、大規模

被害事件は、法的権利をめぐる紛争となるようになった。四大公害訴訟などの公害訴訟、スモン訴訟などの薬害訴訟等を契機として、法的な権利義務の争いとなり、司法判決や、訴訟上あるいは判決後の和解を通じて解決されるようになったのである。さらに、被害者の権利を立法により確立させる領域もあらわれた。いくつかの領域における無過失責任法の制定、不法行為上の損害賠償の権利を基礎とする被害者救済制度の創設である。

2-不法行為制度に基づく法的権利を基礎とする解決

1. 1960年代以降、大規模被害をめぐる紛争は法律的な権利と義務の争いの問題として裁判上解決されることが多くなった(法による解決という意味で、「合法的」解決と名づけた。淡路1973年10頁以下、淡路2004年28頁以下、淡路2009年6頁以下)。そのきっかけをつくり、日本の大規模被害紛争の歴史を大きく転換させたのは四大公害訴訟である。

1960年代の日本社会、とりわけ公害が引き起こされた地域社会において、訴訟を救済の手段とすることはほとんど考えられなかったことであったが、四大公害訴訟の先陣を切った新潟水俣病訴訟においては、弁護士被害地域での救済活動、弁護団の結成、世論への訴えとマスコミの報道、支援者の支援といった、一種の社会運動により、訴訟が可能となった。新潟水俣病訴訟に続く公害訴訟においても、司法解決への道は多かれ少なかれ同様の経過をたどっている。当時の訴訟・運動の特徴を端的に表現すれば、①集団的被害と集団訴訟、②弁護士個人あるいは事務所を超えた弁護団による訴訟(「弁護団訴訟」などと呼ばれている)、③訴訟活動を中心とした被害者と弁護士による社会運動であったことである。

2. この時期の訴訟と運動は、被害者救済の法理(不法行為の要件としての過失論、因果関係論、共同不法行為論、損害論など)を司法上権利として確立させ(成熟しつつあった市民社会の現実に適合しない古い法理論を解釈によって

適合させる「権利充足の法理論」によるか、権利の枠を拡大させる「権利拡大の法理論」によったが—たとえば、熊本水俣病事件の過失論を例にとると、原告側が主張した「汚悪水」論は権利拡大の法理論であり、判決がとった「予見可能性を前提とした結果回避義務」論は権利充足の法理論である—この時期においては、現実には、「権利充足の法理論」を確立させることが大きな課題であった)、さらに、勝訴判決後の権利拡張的な和解、たとえば、熊本水俣病訴訟判決後の和解協定により訴訟外の被害者に判決内容を適用させるとか、スモン訴訟判決後の和解により恒久被害者対策を認めさせるなどにより、権利拡大の救済内容を定着させた場合もあった。

また、権利を基礎づける立法的解決や、権利を基礎とする被害者救済立法も創設されるようになった。無過失責任立法(大気汚染防止法、水質汚濁防止法、原子力損害賠償法など)が前者の例であり、公害健康被害補償法など被害者救済法が後者の例である。

3. 以上述べたように、現代の法化社会においては、大規模被害の紛争解決は法的権利に基づく解決であり、その基礎になるものとして中核に位置するのが不法行為制度である。ということは、アウトプットとしての損害賠償や補償が認められるかどうかの相違、そうして認められた場合にその額の水準の相違を導く重要な要因のひとつは、不法行為制度だということになる。また、いくつかの領域での多様な被害者救済制度は、不法行為の成否との関係で立案されてきた。不法行為法上の権利に基づく救済制度による補償はそれなりの水準となるが、権利に基づかない救済制度の補償は低水準にとどまりがちである(特別の政策的理由がある場合には、高い水準の補償がないわけではない—予防接種救済制度は、社会防衛のための特別の犠牲の代償として、また、犯罪被害者救済制度は刑事司法に対する国民の信頼を確保する代償として、比較的に高い水準の補償)。

そこで、不法行為制度をめぐって二つの方向性が出てくる。一つは、被害者救済のすき間を

埋めて被害者救済を拡充するために、将来、不法行為制度に替えて社会保険制度と損害賠償制度を合体した総合的な被害者救済制度を立法化しようとする方向であり、もう一つは、不法行為制度のもとで被害者の権利を確立しその基礎に基づき普遍化のために制度改革をしようとする方向である。

II. 将来の被害補償システムのあり方

1-不法行為を前提としない総合的被害補償制度の提案

1. 不法行為制度に代えて、事故による身体傷害につき総合的被害補償制度を法制化したのは、ニュージーランドの事故補償制度である。同制度を研究されている浅井尚子教授による制度紹介の文献（加藤雅信編1989年41頁以下（浅井）、浅井2002年59頁以下）によれば、同法の制定は1972年、74年から施行されたが、その後、何度も改正がなされている。

同法制定の背景にあったのは、当時、ニュージーランドでは、労災制度が不備であったこと、交通事故賠償が過失責任のもとで強制保険化されているに過ぎなかったことであったが、これらを一挙に解決するとともに、新たな理念、すなわち「事故による身体傷害」の被害者救済を「共同体の責任」として包括的な社会保険により、すべての市民に対する保護を行う、とするものであった。救済の方法は、事故の予防、社会復帰の援助、補償の三本柱であり、財源的には、就労者補償基金（使用者からの賦課金）、自動車事故補償基金（自動車の所有者、運転免許保持者からの賦課金）、補足補償基金（一般租税収入から）によって構成され、事故補償公団によって運営されるものとされた。他方、この制度が適用される身体傷害事故については、不法行為損害賠償制度は廃止された。

その後、1975年改正法により「事故による身体傷害」が厳格に定義され、82年改正法では定義が拡大され、認定も容易にされた。92年の改正

では、共同体の責任とともに自己責任も一部取り入れられた。「事故による身体傷害」については、自動車事故傷害、業務傷害・業務上の晩発性傷害・疾病または感染（晩発性の職業病）に加えて、医療傷害が取り入れられたが、それは医療事故と医療過誤とに分けられ、医療過誤にはネグリジェンス訴訟が取り入れられた。その後、民営化の流れが進み、1998年改正により、保護と給付は広く平等のまま継続したが、業務上傷害についての使用者口座は民間の保険会社に運用が委ねられることになったが、2000年事故保険法の制定により、使用者口座の民営化は撤回され、事故補償公団が、すべての業務上、業務外傷害の事故保険の単独の給付者となった。

以上のように、政府の交代により本制度の運営は変化しており、その後の変化については不詳であるが、「事故による身体傷害」のすべての被害者が事故補償制度によって補償される仕組みは継続している。

なお、この補償制度は、オーストラリアでも、事故被害のほか疾病も含めて法案化された（1974年）が、政権の交代などにより実現されなかった（副田隆重「オーストラリア連邦補償法案とその後の展開」前掲加藤雅信編1989年257頁以下）。

2. 先に述べたように、わが国においては、大規模被害事故の被害救済システムは不法行為制度が中心であり、そのほかにも多様な被害救済システムがあり、不法行為被害者の救済はそれらの複合体によってなされている。これに対して、現行制度にはさまざまな問題点があるとし、ニュージーランド制度を参考としつつ、不法行為から社会保障的救済制度としての総合的被害補償制度の提案がなされている（加藤雅信編1989年）。

指摘されている問題点は、おおむね次のとおりである。第1に、被害救済のための特別の制度化—不法行為特別法の制定ないし特別な社会保障的救済—が行われていない分野では実効的な救済が行われておらず（制度間に谷間がある）、制度化が行われている分野でも、必ずしも実効的な救済が行われているわけではないこと、第2に、救済範囲が広げられると責任を負う

可能性を有する者の消極的行動が目立ちはじめたこと(たとえば、萎縮診療)、第3に、第2のような問題を裁判官が意識するようになると社会的負の対応をおそれて、個別事件において損害賠償を認めないという判断が導かれることがあること、第4に、多数の個別的救済システムが並立していることに伴う問題であり、①制度間の谷間に落ち込んだ人々には救済がなく、②被害者保護にアンバランスがあり、③多数の制度の間の求償などの難しい調整問題が生じること、第5に、損害賠償の支払い方法について、不法行為システムでは一括払いが原則であるが、定期金払いが望ましい場合があること、などである。

そうして、本提案は、社会保険制度と損害賠償制度を合体した単一の総合的身被害の救済システムを設立する必要があるとする。従来の社会保険料の拠出者、不法行為特別法の原資拠出者に拠出を求めると同時に、定型的集团的に危険な行為をし、現在任意責任保険によってカバーされている領域—製造物責任、医療過誤等—にも保険料相当の拠出を求め、被害を被った者に対しては、等質な給付をしていくべきとする。そうして、ある者が不法行為を行った場合には、被害者はこの総合救済システムから給付を受け、このシステムが加害者に求償を行って原資にあてるよう、提案する。そうして、このシステムがカバーする領域では、故意の事例を除き、不法行為制度は廃止されるものとしている。

3. この総合的身被害救済制度の提案に対しては、次のような批判や疑問が提示されていることが指摘されている(吉村良一『不法行為法』(第4版、有斐閣、2010年23頁)。わが国のように事故が多発する国においては、多大な費用を要し、結果として給付水準の低下につながるのではないかと、不法行為責任の廃止は責任の希薄化につながるのではないかと、悪質な不法行為者に対して制度からの求償で十分か、被害者が自らのイニシアティブで権利の救済をはかる途が閉ざされることに問題はないか、等である。

また、不法行為制度を再評価する立場からの理論的アプローチとして、正義の視点を強調し

権利論を中核とする法理論の提示や、他方、不法行為の制度目的の一つとして加害行為の抑止・制裁を位置づけ、その点からも不法行為制度の再評価を唱える立場が主張されてきた(この点については、潮見佳男『不法行為法I』(第2版、信山社、2009年、22頁以下)。

4. 法政策上ないし立法的議論は別として、不法行為法と被害者救済制度をめぐる日本の現状では、当面あるいは暫くは、ニュージーランド型のような人身事故総合的身被害救済制度を立案し立法化する可能性も、不法行為制度を廃止する可能性もないであろう。そうだとすると、今後の現実の方向は、不法行為制度を活用し、訴訟によって権利を確立し、それを基礎として権利の普遍化をはかる制度改革訴訟を進めることによって人身事故被害者の権利救済の拡大・拡充をはかる必要がある、ということになろう。そして実際に、そのような動きは、判決後の和解という手段によってすでにはじまっているのである。

2-不法行為を前提とする制度改革訴訟—判決後の和解事例から

1. 大規模被害事件が訴訟となった場合に、必ずしも事件が判決により終局的解決に至るとは限らない。この点、権利の確立、普遍化そして制度改革との関係で注目されるのは、判決後の和解である(淡路2004年30頁以下より)。

公害事件に焦点を合わせよう。公害訴訟の提起が珍しいことでなくなった1980年代以降、大型の公害訴訟が、裁判所によって判決が言い渡された後に和解によって終了する例がきわめて多くみられるようになった。それらの和解事例を、得られた判決と比較した場合の和解のタイプには、次の四つがあるように思われる。すなわち、—

第1は、和解前の判決で実質的に原告の請求が認められなかったために、原告が上訴し、訴訟を続けながら和解を申し出て、実質的に請求の内容が原告の請求との比較において不満足にしか認められなかった場合である。

第2は、和解前の判決で実質的に原告の請求が認められなかったために、原告が上訴あるい

は訴訟を続けながら和解を申し出て、実質的に請求の内容を実現した場合である。

第3は、判決で原告の請求が実質的に一応認められたが上訴し、あるいは相手方から上訴され、結局和解して判決内容をおおむね確定させた場合である。

第4は、判決により原告の請求が実質的に認められたが、判決後に和解して判決内容よりも有利に原告の請求を認めさせた場合である。

なぜ、判決によって事件が最終的に終了せず、和解によって終了したのだろうか。一般的に言えば、現代の法化社会の状況の中では、訴訟となった紛争が判決によって終了するか和解によって終了するかは当事者の意思によるから、最近の大型の公害訴訟が和解によって最終的に終了したことは、当事者の合理的行動が和解による解決を選択した結果だといえよう。ただ、それならば、それぞれの場合に、当事者をして和解で終了させた合理的選択の要因が何であったかが問われてよいであろう。おそらく、大型の公害事件では、訴訟の長期化と原告の高齢化が、原告側で和解による解決を選ばせた共通の要因となっていると思われるが、さらに、個別的要因もあろう。以下、若干の例を述べてみよう。

第1または第2のタイプの例として、土呂久公害訴訟をあげることができる。この事件は、一審判決を、二審判決－福岡高裁宮崎支部昭和63年9月30日判決が大幅に減額したのに対し、最高裁においてこれを是正させる(破棄させる)ことなく、和解によって終了したことや、操業することのなかった鉱業権者(鉱業権の承継人)が過去の損害について責任を負うかどうか争われ、一審判決、二審判決がこれを肯定したのに対して、そのような法理論を最高裁で確定させることなく、和解によって終了した点をとらえれば、第1のタイプとみることができる。しかし、一審判決後、原告は認容賠償額につき仮執行をしており、二審判決が賠償額を減額したのを、上告中の最高裁で和解し、仮執行による返還額を見舞金として返還しないようにした点では、第2のタイプとみられることもできよう。

本件訴訟が和解により終了した理由の最大の要因は、訴訟の長期化(提訴から和解による解決までに15年かかっている)と被害者・原告の死亡(原告患者41人のうち23人が死亡)あるいは高齢化である。しかし、法律的論点について、最高裁における勝訴の可能性の程度が考慮されたかもしれない(難しい論点を含んでいた)。

第2のタイプの和解の例としては、たとえば、大阪国際空港公害事件に関する最高裁判決後の和解をあげることができる。この訴訟は、損害賠償請求については、原審判決－大阪高裁昭和50年11月27日判決の主要な部分が最高裁判決－最判昭和56年12月16日によって維持されたが、差止請求(夜9時以降の夜間飛行の禁止)については、請求が却下されおり、和解による解決は法的な権利にもとづく解決の面からは難しい状況があった。しかし、訴訟外の運動を含めた広範な空港騒音に対する反公害運動により、すでにそれ以前に夜間飛行の禁止が実施されており(国内線については1975年12月から、国際線については1976年7月から)、和解がこのような措置を維持させることができれば、訴訟としての紛争は終了する要素があったといえる。実際に、夜間飛行の禁止はすでに社会的に定着しており、空港の運営もその前提で実施されていたから、最高裁判決を契機にそれを覆すことは困難であったと考えられるし、さらにいえば、この点について空港管理者が抱えていた問題は、関西新国際空港の開港と大阪国際空港の存続であったであろうから、夜間飛行の禁止はすでに許容範囲の中にあつたと考えられる。

第3のタイプの和解の例としては、千葉川鉄訴訟一審判決－千葉地裁昭和63年11月17日判決－後の和解をあげることができる。同訴訟は、一審判決後、和解を望む原告側に対して、被告企業がこれに同意したことにより終了したが、被告企業が和解に同意したのは、地球環境保全の時代に訴訟を続けて企業イメージを悪くするよりは、和解により訴訟を早期に終了させた方がよい、との企業側の方針の転換があつたものと推測される。

4. 以上において、第2、第3、第4のタイプの和解は、多かれ少なかれ原告の請求を満たすものとなっているが、その中で、第4のタイプの和解は、既存の法の枠を超える解決（「超法型」の解決と名づけた）として、注目すべき特徴がある。

この種の超法型の解決は四大公害訴訟直後の時代にもみられた。たとえば、水俣病第一次判決後の協定、イタイイタイ病判決後の協定がそれである。水俣病判決後の協定では、訴訟に加わらなかった被害者が公害健康被害補償法上の患者認定をされた場合には、判決並の一時金の賠償が支払われることなどが協定上明記された。イタイイタイ病判決後の協定では、住民側に立ち入り調査が約束され、公害対策を進める上で大きな役割を果たしてきた。西淀川、川崎、倉敷、名古屋南部などの大型の大気汚染訴訟では、判決後の和解により地域再生のための解決金が支払われており、その点については超法型の解決が得られている。尼崎大気汚染訴訟事件は、損害賠償については判決を待つことなく同様の解決が得られ、差止請求については認容判決（一部認容）を踏まえて、訴訟後の和解交渉により、現行法の枠を超えた措置（大型車規制のための道路調査、道路のバリアフリー化など）が導かれた（淡路『「制度改革訴訟」と権利の実現』Law and Practice, 第5号（2011年）145頁以下、淡路2012年29頁以下）。

薬害訴訟でも、サリドマイド被害事件、スモン事件、HIV事件などは、訴訟による判決と和解とが、被害者の権利の確立と拡大、普遍化を実現した。

5. 戦後70年、きわめて多くの大規模人身被害事件が繰り返し引き起こされてきたが、遺憾ながら、すべての被害者に高い水準の救済を実現し、事故の抑止を効果的にはかる包括的な法的手段は創設されてこなかった。今後とも、このような状況は続くのではないだろうか。そうだとすると、人身傷害事故被害者の救済は、法的権利に基づく特別な救済制度が創設されている領域を除くと、不法行為法による権利の確立、判決後の和解などの権利拡充運動、普遍化のための制

度改革を通して、拡充、拡大していくという途を辿らざるを得ないことになる。それは、不法行為制度による加害の抑止機能を働かせるという点では、積極的意義をもつといえよう。

以上のように考えると、戦後50年、60年を経過してなお解決していない新潟水俣病被害者、熊本水俣病被害者の救済問題を権利の問題として解決することはきわめて重要である。戦後日本の公害の原点だからである。また、戦後65年を経過して発生させてしまった福島原発事故被害者の救済問題は、新たに、わが国における不法行為損害賠償のあり方を根本から問うものとなった。この新たな挑戦に対して、原陪審の水準を超え、被害者の権利を実現するためには、従来型の権利法益のみならず、包括的生活利益という新たな権利侵害に対する司法判決による保護が必須の条件であり、それを踏まえて原陪審の中間指針による損害賠償基準導を超克していくことが必須と思われる。

そのためには、四大公害訴訟の時代に示されたような、被害者、弁護士、研究者による権利運動と世論の強い支持が必要とされる。本シンポジウムがそのような機会のひとつなることを期待して、基調報告としたい。



引用文献

- 淡路 1973年「公害紛争の解決方式と実態」金沢良雄編『註釈公害法体系』（日本評論社）
- 淡路 2004年「公害紛争の司法的解決と公害紛争処理制度による解決」立教法学65号
- 淡路 2009年「被害者救済から権利拡大へー弁護士による社会運動としての『制度改革訴訟』」法律時報81巻8号（2009年7月号）
- 淡路 2012年「権利の普遍化・制度改革のための公害環境訴訟」淡路・寺西俊一・吉村良一・大久保規子編『公害環境訴訟の新たな展開ー権利救済から政策形成へ』（日本評論社）
- 加藤雅信編 1989年『損害賠償から社会保障へ』（三省堂、1989年）
- 浅井尚子 2002年「ニュージーランド事故補償制度の30年」ジュリスト1102号

職業病の報告：欧州5か国における問題点とグッドプラクティス

Eurogip 2015.2

主な参照機関の用語集

ASK - Arbejdsskadestyrelsen (デンマーク)：全国産業災害委員会、デンマークの職業病保険機関。

ASL - Azienda Sanitaria Locale (イタリア)：イタリアの地域ヘルスケア・システムの地方レベルの実施形態である組織。公衆衛生、環境、労働衛生、鉱夫の保護等、幅広い社会・健康責任を負っている。

BG - Berufsgenossenschaft (ドイツ)：ドイツの労働災害職業病保険機関。

CPAM - Caisses primaires d'assurance maladie (フランス)：フランス全体に行き渡った社会保障機関で、一般的社会保障体制(工業、商業、サービス)の対象となる賃金労働者の健康領域及び労働災害・職業病補償を所管している。

Mutuas de Accidentes de trabajo (スペイン)：スペインの業務上リスク保険機関で、その他の福祉給付にも責任を有する。

INAIL - Istituto Nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (イタリア)：イタリアの労働災害保険機関。

INSS - Instituto Nacional de la Seguridad Social (スペイン)：スペインの国立社会保障研究所。

はじめに

職業病とは、(予防目的ではなく)保険目的のためにつくられた法的概念である。その定義は、医学的基準ではなく、法的基準に相当する。それゆ

え職業病保険システムは、社会的及び政治的妥協を反映している。

かかるシステムは、ほとんどの欧州諸国に存在している。それは、国によって、他の保険組織とは別の組織や異なる財源、労災被災者への特別の給付など異なるものの、多かれ少なかれ特別の保険組織のかたちをとっている。

また、この特別の保険は必ずしもよく知られているとは限らない。被災者、彼らの医師や使用者から報告されないために、適切な保険組織に労働関連疾患として登録されないものは数えきれないほど多い。

この過少報告の現象は、広範囲に及び、多かれ少なかれ深刻であるように思われる。それは、当局や労働組合、専門家によって多かれ少なかれ精力的に、遺憾の意が表明されている。とりわけ、2012年の欧州における職業病の発見と認定に関するEUROGIP会議での欧州委員会の職業病に関する勧告2003/670/ECの評価に関する欧州委員会の報告や、2002年の労働災害職業病保険欧州フォーラムによる報告のなかで言及されている。

また、報告収集のための効率的なシステムの意味合いは、二つの観点において重要である。

- ・被災者のために：職業リスク保険システムから提供される給付は、一般的に病気または障害/死亡に支払われるものよりも有利(かつより適切)である。さらに、効果的な警戒は、早い段階での職業病の発見につながり、遅れずに治療を受けるのに役立つ。

・リスク予防の優先順位付けのために：職業病の信頼できる計測は、当局がリスク予防努力のねらいを定め、問題がもっとも大きい領域に焦点をあてるために必要なツールである。

実施されるべき解決策の種類の見定めにつなげる、過少報告の主要な原因については、問題になっているすべての国でよく知られ、また言及もされており、(リスクへの曝露時期と疾病の症状との間の長い潜伏期間、あるいは職業外要因の相互作用による)一定の疾病の労働起因性を確認することの技術的困難、診断にあたる医療関係者の職業病に関する知識の不足、それだけでなく(職を失うおそれ等)被災者が自らの疾病の労働関連性を認めることへの相対的利害に関連した他の理由などもある。

こうした観察に基づいてEUROGIPは、いくつかの欧州諸国における過少報告の現実に関する調査を実施し、この現象に対処すべく設計されたグッドプラクティスを確認した。

本調査で検討した国は、ドイツ、デンマーク、スペイン、フランス及びイタリアである。これら5つの欧州諸国は、多様ではあるが成熟した保険モデルであることから選ばれた。これらのうち4か国は、職業病の過少報告の問題に関心を示し、-量的及び質的双方の-情報が入手可能である。最後に、これらは相対的に詳しい保険統計が入手可能な国でもあり、それは疾病範疇ごとの発生率の分析を可能にしている。

本調査は、国の法令に照らして、その労働関連性の認定及び該当する場合には被災者の補償の資格のある疾病の過少報告に関するものであること断っておくべきであろう。

ここでの目的は、各国における労働衛生問題の規模についての政府の認識が良いか悪いかを検討することではない。しかし、本調査が保険の観点から行われるものであるとはいえ、労働に関連した原因があると疑われる疾病について、一定の関係者(医療専門家)に課された義務的な報告手続について議論する。これらの手続は、保険の配慮とは独立して労働関連疾病の存在を経験的に評価することを目的としたものであるが、二つの種類の

手続はしばしば関連している。

また、保険システムの「気前の良さ」や報告事例の多かれ少なかれ迅速に認定する傾向を判定することも、われわれの目的ではない。それが報告される量に影響をもっている場合には、保険オプション(認定され得る疾病、認定基準、補償額)に言及するが、過少認定や過少補償を議論することは目的ではない。

本調査は、対象となった5か国における職業病報告の概観、及びうち4か国における過少報告の問題の焦点、の二つの主要なアプローチを中心に構成されている。第1部は、報告手続について説明し、第2部は、(2011年についての)報告及び認定された職業病に関する統計の比較を示す。第3部は、各国がかかえるシステムの欠点の評価及び収集に役立つことが確認された解決策にあてられる。

要約

この職業病に関する新しい報告書でEUROGIPは、ドイツ、デンマーク、スペイン、フランス及びイタリアの5つの欧州諸国における職業病の報告の問題を検討する。これら諸国は、多様な保険モデルの代表として選ばれた。これらはまた、相対的に詳しい保険統計が入手可能な国でもあり、それは疾病範疇ごとの発生率の分析を可能にしている。

そのうち(ドイツを除く)4か国は、職業病の過少報告の問題に関心を示している。それゆえ、そこでは-量的及び質的双方の-情報が入手可能である。

第1部は、これら諸国における職業病の報告手続の主要な特徴を概述する。認定請求の仕組みには、多数の関係者に開かれた手続-これが一般的であるが-またはひとつの関係者だけのいずれかという、二つの基本アプローチが存在している。

これに続いて、統計、及び、筋骨格系障害(MSDs)、難聴、皮膚疾患及びがんの4種類の疾病についての報告及び認定に関するデータの分析が示される。この第3の部分でEUROGIPは、職業病の過少報告に関して作成された国の報告及びこの現象に対処するためのグッドプラクティスについて検討する。

報告、または疾病の労働関連性の認定請求に

関して、最小の国と最大の国、すなわち2011年について、デンマークの被保険者10万人当たり681件の認定請求、フランスの619件、イタリアの220件及びドイツの174件(スペインの数字は入手できず)と、1~4の違いが指摘される。

多かれ少なかれ開かれた認定請求手続の性質との間にはおそらく直接関連があるものの、他方で後者は、保険システムについての医師や一般の人々の認識と明らかに関連している。疾病の労働関連性が認められることの魅力も、(健康または障害保険の枠内におけるよりも気前のよい)支払われる給付及び事例が表面化する可能性について明らかな役割を果たしている。

調査対象となった5か国において、同じ疾病(MSDs、難聴、皮膚疾患及びがん)が最大数の報告のなかに含まれているが、量には差がある。フランスではMSDsが明らかに圧倒的であるのに対して、ドイツとデンマークでは一定のバランスが指摘できる。したがって、ドイツとフランスでは、MSDsが被保険者10万人当たり各々25件及び492件に達するという、1~20の違いがある。

また、認定件数についても国の間に大きな差があり、2011年に被保険者10万人当たり377件が認定されているフランスと、スペイン(129件)がもっとも多くの職業病を認定している国のリストのトップであるという、MSDsの圧倒的シェアによってこれは説明することができる。

がんに関しては、デンマーク、イタリア及びドイツでは、同様の割合で認定している(被保険者10万人当たり5~6件の認定)。フランスは、それら諸国の2倍高い認定率(11件)、報告レベルではイタリアと同等(イタリア14件、フランス13件)であるが、ドイツ(20件)及びデンマーク(23件)よりは低い。これは主に、認定及び報告されるアスベスト関連気管支肺がんの数のためである。

本報告の第3部でEUROGIPは、デンマーク、スペイン、フランス及びイタリアにおける職業病過少報告に対する闘いを検討する。ドイツではこの現象がとるに足らないものと考えられているのに対して、これら諸国では、著しい数の職業病が報告されていないことが事実上認められている。デンマークでは、

(1990年、1996年及び2007年の)3つの調査が、とりわけアスベストによる胸膜中皮腫及び木材粉じんに関連した鼻腔及び副鼻腔の腺がんについて、この現象の定量化を可能にしている。これらの疾病の過少報告は、明らかに2件に1件に関係しており(2012年)、労働省に委任された職業病の過少報告に関する作業委員会による報告によれば、報告事例の全体数は年間1,000~2,000件の間と推計されている。

スペインでは、これは保険にとっては附帯現象(過少報告は20%を超えないと推計されている)であるが、労働組合にとってはそうではない(ISTASは2008年の報告書で平均的割合は80%と主張している)。

フランスで、「業務傷病」部門から「保健」部門に対して払い戻す分を評価する作業委員会が、過少報告がMSDsについて毎年約20,000件、皮膚疾患と難聴の双方について約10,000件に関係していると推計した。

イタリアでは、(中皮腫と副鼻腔腫瘍を除く)がんの過少報告が90%と推計されている。

こうした所見に直面して、これら諸国は、過少報告の現象に立ち向かうイニシアティブを開発してきた。本報告で紹介する事例は、その独創性及び記録化の側面だけでなく、実施された評価から選ばれている。

デンマークでは、イニシアティブには、がん登録及び保険者ASKのコンピュータ・ファイルをクロスチェックすることが含まれている。このシステムを実施してから、認定請求数の50%増加が指摘された。

フランスでは、ある地域における実験が、健康保険組織のデータを活用して、膀胱の労働関連がんに侵された者について積極的な調査を行うことを目的にしている。このプログラムの開始から18か月から2年の間に認定請求数が4.6倍増加し、職業病としての認定件数も増加した。

イタリアでは、病院内で診断及び治療されている事例をもとに、労働関連肺がんの事例を調査するために、(プレシア州の)ある病院によって開始されたイニシアティブがある。国レベルでは23%なのに対して、この実験州における認定率は38%に増加した。

スペインでは、SISVELソフトウェア・プログラムが、現在ソフトウェアに組み込まれている75範疇のひとつに相当する診断を受けた患者に直面した場合に、医師が警報を受けることができるようにしている。

1 欧州5か国における職業病の報告手続

調査対象諸国(ドイツ、デンマーク、スペイン、フランス及びイタリア)における過少報告の問題及び保険組織に登録される発生率統計に対するその影響をよりよく理解するためには、これら5か国に存在している認定請求の手続について簡単に説明する必要がある。

ここでの目的は、疾病の労働関連性が認定され、現行法令によって提供される給付を保険組織から得るために、請求がなされる国の手続を説明することである。

労働関連疾患が疑われる事例を報告する手続と、疫学的目的の手続が並行して存在している場合には、この義務に言及される。

1.1 ドイツ

認定請求の手続は、医師、使用者、被災者及び社会保険組織(健康保険基金、老齢保険組織、職業紹介機関)と、多くの関係者に開かれている。これは、医師及び使用者については(職業が疑われる事例において)義務ですらある。医師は、結果にかかわらず、報告ごとに、報酬として20ユーロを保険組織から受け取る。

報告は、当該企業をカバーする災害保険組織(Berufsgenossenschaft, BG)または当該公務員がカバーされる公共部門災害保険基金(Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand)に送らなければならない。

現実には、医師が大部分の報告を行い、社会組織(約20%)、被災者(約10%)及び使用者(約3%)が続いている。

報告は、書面のかたちまたは電子的のいずれかによって行うことができる。2002年8月1日以降、災害保険組織への職業病の報告に関する命令が、報告をオンラインで提出及びインターネット経由で直

接送ることを認めている。

法令はまた、すべてのBGについて、報告の型式及び内容を齊一に規定している。最後に、報告の型式は大きく簡略化され、記入すべき欄の数は減らされている。

1.2 デンマーク

デンマークでは、誰でも、労働関連の原因を疑われる疾病の事例を報告することができる。実際に、職業病としての認定請求の大部分は、医療専門家、とくに家庭医によってなされている。次第に、病院部門からの請求が増えている。

1976年以来、これは、医師及び歯科医師の法的義務にさえなっており、診断を行ってから9日以内に報告しなければならない。病院及び診療所においては、この報告を行うのは、部門を管理する医師または歯科医師の義務である。この義務は、2010年7月1日から、専門医に拡張された。これには、年を経るごとにますます厳しくなっている制裁措置が伴っている(罰金または2年未満の禁固)。

職業病の事例を報告した医師は、合計201デンマーク・クローネ、すなわち約27ユーロ(2014年9月の為替レートに基づく)を受け取る。

報告する場合に、被災者の同意は必要としないが、被災者は、手続の別の段階において保険組織による自らの事例の調査に反対することができる。

2010年7月1日以来、ESSシステム(Elektronisk anmeldelse af Erhvervssygdomme)経由の職業病の電子的報告が義務化されている。電子的チャンネルは、報告の質を高め、補償手続における関係書類の加工時間を削減している。被災者及び海外で設立されたデンマークの使用者については、書類による報告も引き続き可能である。

2011年に、報告の70%が電子的になされ、報告の15%だけが、なお医師からの書面によるものであった。

医師から報告が来た場合、被災者はこの認定請求の受領、及びそれに続く調査について知らされる。彼らは、その事例において、自らの関係書類が統計的に「承認なしの提出」に分類される場合には、反対することができる。

職業病の報告：欧州5か国における問題点とグッドプラクティス

2011年に、878件のそうした拒否があり、報告の約5%であった。それらは、主として精神疾患（274件）、皮膚疾患（155件）、難聴（161件）及びがん（85件）に関するものだった。

職業病の報告は、同時に二つの異なる組織に送られる。

- ・ 全国労働災害委員会（Arbejdsskadestyrelsen、ASK）、報告が認定請求となる組織であり、ASKは職業病の事例の認定及び被災者の補償について判断を下す。
- ・ 労働監督（Arbejdstilsynetまたはデンマーク労働環境機関－WEA）、報告された職業病の登録を維持する。

いくつかの場合では、これら二つの組織によって公表される職業病の報告に関する統計が異なっている。これは、ASK保険組織は、事例の調査期間中に当該被災者についてみつかった他の疾患もカウントしているという事実によって説明できる。

職業病による一時的障害に対する給付は（税金を財源とする）健康保険組織によって支払われるものの、（その部分について、永久的障害及び/または稼得能力の喪失の事例で、また一定の医療費用をカバーするのに、役割を果たす）ASKは、支給される給付の種類にかかわらず、完全に報告されたすべての事例をカバーする。

1.3 スペイン

スペインでは、一方で職業病報告のシステム、他方でその統計的登録が、2007年に全面的に改訂された。

2007年より前は、職業病を疑われる事例を自ら選んだ保険組織－Mutuasまたは全国社会保障研究所[INSS]－に報告するのは、主として使用者だった。家庭医にもそうした権限が与えられており、その場合には保険者が使用者にこれを報告した。

個々の職業病が疑われた事例については、労働監督官が当該企業を訪問した。それゆえ、業務上の傷害として事例を報告することは、完全に使用者の利益のためであった（その場合、監督官は災害が重大または致命的な場合に訪問した）。

国レベルの職業病の登録に関しては、統計の作

成、（Mutuas及び企業から）雇用社会保障省への情報のフィードバックのためのいくつかのチャンネルの存在、及びコンピュータ化された管理システムの不在が、供給される統計が信頼できないことを意味していた。

2007年に、新たな規則が職業病の分野を改革して、新たな職業病リストが採用され、報告関係者が変更され、電子的登録システムが確立された。

それ以来、労働者、労働者が居住者として所属するヘルスケアセンターの家庭医、当該企業をカバーする職業リスク予防部門の産業医、あるいは使用者自身が、職業病の疑われる事例を保険組織（MutuasまたはINSS）に報告することができる。

いまでは全国保健サービスまたはリスク予防部門の医師に、労働関連疾患の可能性のある事例を報告する義務が課せられている。

労働監督官はもはや企業を系統的に訪問せず、重大、致命的または再発疾病の場合のみ、または労働者または労働組合の要求があった場合に訪問する。

Mutuas（98%の企業の保険者）は、報告された事例を調査して、5日以内に決定を与える。疾病の原因がリスト化された疾病（一般社会保障法（LGSS）第116条）に関連する因子または物質への当該労働者の曝露であるかどうかは自動的である。

詳細な調査（さらなる検討）が必要とされた場合には、検討期間を6か月、更新可能、延長することができる。現実には、90%の事例について5日以内に決定が与えられている。

2007年以来、雇用社会保障省は、（保険者としての）Mutuas及びINSSから電子的にCEPROSS（Comunicación de Enfermedades Profesionales, Seguridad Social）を経由して送信される職業病認定事例という単一の情報の流れに基づいて、全国職業病統計を作成している。このシステムの創設には、送信された情報の分類のための広範囲の作業を必要とした。

この統計的登録システムは、3つの範疇の情報を提案する。

- ・ 当年中に厳密に言って認定された職業病事例（partes comunicados）

- ・ (2010年に創設された16の範疇のリストをカバーしたPANOTRATSSを用いた) 労働によって引き起こされ、または増悪させられた非外傷性疾病の事例
- ・ 永久的であるが、労働不能ではない損害に対する(一時金支払いによる) 補償を提供する決定、換言すれば身体的危害補償支給の事例

職業病登録のためのスペインのシステムの複雑さは、スペインの統計がきわめて比較可能性があることを意味している。保険者(Mutuas及びINSS)に届いた認定制空の数に関しては統計がない。しかし、20あるMutuasの各々は、様々な種類の請求者による報告を計算しているが、実際にはそれらの数字を公表していない。

CEPROSS及びPANOTRATSSシステムは、認定事例に関して比較的信頼できる統計をもつことを可能にしている。

Mutuas/INSSから省に送信された厳密に言った職業病(partes comunicados)のいくらか(2011年に約7%)は、その後却下されて、「一般的」疾病または業務上傷害に再分類されている。認定された職業病に関する情報のすべて(変数:地理、被災者の性別、年齢及び活動部門、疾病の種類、等)は、それにもかかわらずpartes comunicados全体をもとに示されている。

1.4 フランス

被災者がカバーされる健康保険組織に認定請求手続きを起こすのは、被災者自身である。

請求は、被災者が選んだ医師による確認された疾病を記述した診断書とともに、所定の報告書を送ることによってなされる。請求は、休業の開始または疾病の診断から15日以内に送らなければならない。認定請求の送付に、電子的手続は存在していない。

CPAMはそれから、行政的及び医学的調査を開始するとともに、使用者、産業医及び労働監督官に知らせる。

フランスの被用者向け全国健康保険基金は(CNAMTS)は、認定請求に関する数字をもっていて(対象となった参照年、すなわち2011年に121,410

件)、後述する本報告で使われる統計は2011年の取扱件数に対応するが、これは、結果的に認定されるかどうか当該年中に調査された事例だけをとどめるために、保留された(初回診断書「CMI」が添付されていない)認定請求は除かれる。

この認定請求手続とは別に、医師は、自らの意見として労働関連性があるすべての疾病を報告することを義務づけられている(フランスの社会保障法第L.461-6条)。健康監視の目的で作成されるこれらの報告は、当該労働者が働く企業が委任した地域労働監督医師に送付されなければならない。

これは法的義務であるが、医師が労働関連性の疾病を報告することはまれである。数少ない事例が大部分は産業医から報告され、とりわけ不十分な組織化及び権限集中のために、これまでその一部が処理されてきただけである。

1.5 イタリア

INAIL (Istituto Nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro)に対して、職業病としての認定の公式な請求をしなければならないのは、使用者である。

被災者から提出された職業病の初回診断書を受け取ってから5日以内に、使用者は、このための様式に記入して、それを電子的にINAILのウェブサイトで、または(被保険者の居住地に応じた)所轄のINAIL地方事務所に郵送しなければならない。電子的システムは、農業労働者、家事労働者及び臨時労働者を除いて、すべての労働者向けに、2010年以降存在している。使用者による報告不履行または不正報告に対する規定された罰則は、労働者の全国ID番号提示不履行に対して129ユーロ、及び、報告不履行または遅れた、不正確または不十分な報告に対して1,290~7,745ユーロの罰金である。

この前に、疾病を診断した医師(一般医または産業医)は、被災者に初回診断書を提出するとともに、被災者の最初の診察から10日以内にINAILに診断書を送付しなければならない。

イタリアでは、とりわけリスト外疾病の認定請求の場合、しかしそのような場合以外でも、被災者がそ

のpatronato経由で労働組合の援助を受けることが多いことを指摘しておかなければならない。

この保険タイプの義務に加えて、医師は、所轄のASLのリスク予防部門、州労働局（労働監督官）及び地方自治体（検察官）に事例を報告することを求められている。

（2010年にISPESL-Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoroを引き継いだ組織としてここで役割を果たす）INAILは、（ASL組織経由で）地方と連携して、この報告データを疫学及びリスク予防監視の目的で活用する。データは、MALPROF監視システム（イタリアの20の地方のうち14における労働関連疾病）、がん登録（地方ごと、中皮腫について2000年以降、副鼻腔がんについて2006年以降）、様々な登録を作成するために用いられる。

結論

報告手続の調査結果は、認定請求の仕組みについて、二つの異なる基本アプローチがあることを示している。

調査対象となった5か国中3か国では、手続が様々な関係者に開かれている。大部分の報告は、患者の職業との関係を疑ったすべての疾病を報告することを法的に求められている医師によってなされており、この義務はしばしば象徴的な報酬を伴っている。これは、大部分の欧州諸国の選択である（ドイツ、デンマーク、スペインだけでなく、オーストリア、ルクセンブルグ及びフィンランド）。

いくつかの諸国（フランスとイタリアだけでなく、スウェーデン及びスイス）は、手続のイニシアティブを（イタリア及びスイスでは使用者を経由して）ただ被災者次第に委ねている。

後述する報告された統計の詳しい分析は、報告の源は、職業リスク保険組織によって確認された認定請求件数に必ずしも影響を及ぼしていない要因であることを示している。

いかなる場合でも、疾病の労働関連性の発見において、医師が鍵となる役割を果たしていることを無視することはできない。それが、第3部でみる職業病の過少報告に立ち向かうイニシアティブの大

部分のターゲットが医師であることの原因である。

また、いくつかの諸国で、当局が、電子的報告システムの確立によって手続を促進しようとしていることが明らかであるように思われる（ドイツ、デンマーク及びイタリア）。この傾向はひろがりつつある。

報告システムと用いられるツールが基礎を置いているアプローチの如何にかかわらず、それらシステムは、それらが批判や改善の試みのターゲットになっていることから、大部分の国において最適に機能してはいないことは明らかだと思われる。

2 職業病の報告及び認定件数に関する統計及び分析

ここでは、保険統計、すなわち職業病としての認定請求及び認定件数に関する統計を示す。

報告のレベルと過少報告の現象との関係に関する諸国間の統計的比較から結論を導き出そうとする際には、非常に慎重でなければならない。第一に、これは国の統計が非常に多様な保険の選択を部分的に反映しているからであるが、それだけでなく、職業病報告のレベルに対する、各国の労働条件の質及び予防措置の影響を分離及び測定することが不可能だからでもある。

とられるべき方法論の用心に関しては、付録1に、各国の生のデータ（付録2以下）とともに概述している。

各国を相互に比較するために、被保険者数にかかわらず、本報告本文では、発生率のデータは、被保険者10万人当たりの比率というかたちで表わしている。換言すれば、統計を作成する保険組織に登録された件数を、数字がすべての国で必ずしも同じ範疇の労働者をカバーしているのではないことに留意しつつ（付録の方法論ノート参照）、当該組織により当該年に被保された母集団と対比する。

2.1 認定請求

各国の観察された報告のレベルを国際的科学文献（疫学研究）からとった推計に基づく期待されるレベルと比較することは不可能であるとしても、この分析から教訓を引き出し、いくらかの推測を行う

ために、各国を相互に比較することは可能である。

ひとつの注意として、(われわれが報告とも呼ぶべき) 認定請求とは、被災者またはその法的受益者に給付を受ける資格を与えるために、疾病の労働関連性を認定するための、保険組織に対して行う手続である。

2.1.1 観察

報告件数に関する主要な違い

認定請求件数が最低のドイツと、最高のデンマークとの間の1対ほぼ4という比率を確認することができる。

フランスはおおよそデンマークと同じランクで、被保険者10万人当たり619件の報告であるのに対して、イタリアはこれら2か国のヘディング及びランキングよりも3倍報告件数が少ない。

より数多くの諸国を対象とした2006年のEUROGIPの報告書は、ベルギーとフィンランドが被保険者10万人当たりの報告件数が約220件(すなわちイタリアと同程度)、ポルトガル、オーストリア及びスイスについての比率は約100件の報告であることを示している。

同報告書の数字及び現在入手可能な数字に基づく、これら諸国のランク付けはいままおほぼ同じである。

スペインに関しては、認定請求に関する数字は入手できない。それでも、認定事例の率である190件を超える率を挿入することができる。

認定請求手続の多かれ少なかれ開かれた性質はおそらく影響がない

保険組織に対する認定請求のための手続(第1部参照)によって、報告は、いずれかの単一の者(フランスでは被災者、イタリアでは被災者の要求に基づいて使用者)、または多くの関係者(ドイツ、デンマーク及びスペイン)の責任であり、後者の場合、実際に報告の大部分に責任を負っているのは医療専門家である。

手続を多くの関係者に開いているという事実が、認識の不十分さやかかる手続を課されることに対する恐れをより少なくして、より多数の報告に有利に

働くアドバンテージであるかどうか、問うのは妥当なことであろう。

しかし、報告件数と手続の種類との間の関連性はどうか存在していない。同じく開かれた報告手続を提供し、医師が重要な担い手となっている2つの国(ドイツとデンマーク)は、報告の規模の根本的に最低の端にランクしている。単一の者に限定された手続をもつ2か国については、フランスはイタリアよりもほぼ3倍高い率を示している。

前述のEUROGIP報告書は、11か国というより数多い事例に基づいて、関連性のないことを確認しており、2006年に調査対象のなかで率が最低だったルクセンブルグ、ポルトガル及びオーストリアは、中程度の率を示すベルギー及びフィンランドと同様に、同じ種類の手続をもってはいない。

事例管理システムの宣伝の影響の可能性

職業病保険システムが医師や一般の人々によく知られているほど、認定請求件数が増加することは疑いない。デンマークの例がこれをよく証明している。一般の人々向けの情報を作成し、過去数十年間優先課題として職業病の過少報告に立ち向かった(第3部参照)この国は、欧州すべての国のなかで最大の率を報告している。

逆の議論が必ずしも当たっているとは限らない。ドイツの低い率は、(ドイツにおける主要な請求者である)医療従事者の認識不足によって説明することはできない。この国及び他のいくつかの国では、メディアが職業病問題に対する関心は増大しており、一定の疾病について特別のキャンペーンが定期的に取り組みされている。

それゆえ、報告率による各国の分類には他の要因が寄与していると推測される。

被災者へのアプローチの魅力の明らかな影響

二つの補完的な関係において、魅力を考慮することができる。特別の保健組織から給付を受けることができれば、被災者にとってその疾病の労働関連性が認定されることは利益になるだろう。

被災者にとっての相対的魅力を評価するためには、各国における健康・障害保険システムを考慮に入れなければならない。欧州のどこでも、業務上の

傷害・疾病に支給される給付は、健康・障害保険によって支払われるものよりも一般的により有利であることはよく知られている。

たんに対象とする諸国で実施されている職業病補償システムと計算された報告率だけに基づいて、この要因の報告数に対する影響を概括的に評価することは困難である。

しかし、(永久的障害給付よりも現物給付及び一時的障害給付のほうが各国間の格差が少ないことから)、被災者が罹患している疾病の種類、彼らが結果的にたんに生理学的損害をこうむっているだけか、稼働能力も喪失しているか、見込まれる永久障害の程度に応じて、彼らの補償獲得に対する関心は左右されることが想定されるかもしれない。

疾病の労働関連性が認定される可能性に関する請求者の知識によっても、魅力を理解することができるかもしれない。

その場合、保険組織が報告された疾病を認定する傾向についての請求者の感じ方が、報告数に影響を与えることは否定できない。考慮される要因は、当該国で実施されている職業病リストの内容が第一であるが、リストに関連した推定力、疾病各事例の調査に用いられる認定基準もある。疾病別の分析のなかで、筋骨格系障害 (MSDs) の報告数と認定数に対して、これら認定の要因が疑う余地のない影響を与えていると見るべきであろう。いくつかの諸国におけるMSDsの職業病のなかでの数的重要性を踏まえれば、それらは当該諸国における全体的報告及び/または認定レベルに大きな影響をもっている。

2.1.2 報告の疾病別分類

調査した様々な国で、同じ主要な疾病 (MSDs、難聴、皮膚疾患、がん) がみられるが、その量は多様である。

ドイツとデンマークは、疾病範疇の間で報告の分布は相対的にバランスがとれている。しかし、ドイツについて皮膚疾患の優勢 (被保険者10万人当たり61件の報告、対してMSDs、難聴及びがんについては約25件)、デンマークについて他のすべての疾

病に対するMSDsの優勢を指摘することができる。イタリアとフランスは、各々2/3と4/5という、報告におけるMSDsの高い割合によって特徴づけられる。これら2か国について、皮膚疾患は報告合計数との関連でほとんどなし(1%)、他の種類の疾病の割合も、ドイツやイタリアにおけるよりも少ない。

筋骨格系障害 (MSDs)

MSDsは、もっとも対照的な状況を示す疾病の範疇である。2011年に、被保険者10万人当たりの率がドイツの25件の報告からフランスの492件までの範囲に及び、両国間では1対20の違いを示している。イタリアとデンマークの率は138件と262件で、中間的位置にある。

また、報告数は知られていないものの、MSDsの認定率が129件あり、そこから必然的に高い報告率を推測することのできる、スペインの位置にふれることもできる。

量は様々であるものの、MSDsは、調査対象5か国中4か国において、疾病のなかで優にランクNo.1である。

「保険」の影響がドイツとフランスの極端な位置を説明することは疑いない。ドイツではMSDsに関する二つのリストの内容だけでなく、推定がないこと、対照的に、フランスではこの推定力があることが、各々報告に対して制止的及び誘因的影響を与えている。

例えば、ドイツはきわめてわずかなMSDsしか認定していない (2011年に被保険者10万人当たり3件)のに対して、フランスではこの範疇の疾病はもっとも多く認定されている (426件の職業病認定のうち377件)。

しかし、デンマークにおけるMSD報告と認定件数の比較に示されるように、「保険」影響は各国のポジションを無条件に説明するものではないことを強調しておかなければならない。デンマークは2011年にMSDsの報告率が高かった (被保険者10万人当たり262件、フランスの492件よりはるかに低い)、イタリアやドイツの率よりはるかに高い)。しかし、デンマークは認定件数が最小の国のひとつである。

デンマークで膨大な数のMSD報告があるとすれば、主として労働関連性の可能性のある事例を発見するデンマークのシステムの能力のゆえであり、医師への効果的な情報の提供及び医師に課されたすべての疑われる事例を保険組織に報告する義務のためのものであるかもしれない。

難聴

難聴(すなわち聴力喪失)は、調査対象とされた5か国においてもっとも頻繁な疾病のひとつである。

主として労働者に影響を及ぼし、治らないものの、労働を妨げるものではないこの病気は、補聴器によって簡単に矯正されるものではない。職を失わないようにするために、被災者は引退するまで、労働関連難聴としての認定請求をするのを待つことが多いように思われる。

被保険者10万人当たりの報告率は、フランス、ドイツ及びイタリアで同じ程度である(各々13件、28件及び29件)。デンマークは82件という率で突出している。デンマークは、難聴がもっとも多く認定されている疾病である国でもある。しかし、いくつかの欧州諸国で採用されている認定基準の比較アプローチは、他国よりもデンマークで難聴事例が容易に認定されているわけではないことを示している(たしかに聴力不足に関する重度基準はないが、不足が両側性であり、かつリスク曝露の5年以上継続がなければならない)。デンマークでは、多数の認定請求件数があるために、認定件数も多いというところかもしれない。

また、この病気に対して提供される金銭的給付が、他の国におけるよりも相対的に有利であることも、報告件数に影響を与えている可能性もある。

皮膚疾患

ここでも、調査対象国のなかでもっとも率が高いのはデンマークであり(被保険者10万人当たり99件の報告)、ドイツがそれに続く(61件の報告)。フランスとイタリアは低く、各々5件と3件という率である。これらの疾病の認定統計は、報告統計を反映している。

ドイツでは、皮膚疾患が、職業リスク保険者であるDGUVにとって予防の優先対象のひとつであり、

これが長年の間あてはまっていることを指摘しておくべきだろう。2005年に認定された職業病の3分の1以上が皮膚疾患であり、それらの経済的費用は12.5億ユーロと推計された。

皮膚疾患の予防は、2008~2012年の合同予防戦略のなかの3つの優先課題のひとつであった(Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie-GDA)。

2007年にDGUVは、「あなたの皮膚、あなたの人生でもっとも重要な2m²」をスローガンに、前例のない規模のキャンペーンを開始した。2年間実施されたこのイニシアティブは、健康保険組織と連携して実施され、毎日の生活と労働の文脈の双方において、非常に幅広い一般の人々に到達することを目的とした。多くの組織が、このキャンペーンに加わった(die Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie, der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte, der Verband Deutscher Sicherheitsingenieure等)。

このキャンペーンはメディアに大きな影響を与え(2008年ヘルスメディア賞及び制度的キャンペーンについて2007年ポリテックアワード受賞)、皮膚疾患に対する関心を高めるとともに、予防の必要性に対する人々の注意を恒久的に引き上げることができた。

またあきらかに、職業病として報告することにインセンティブを与える効果があった。それゆえ、皮膚疾患の認定請求は、2006年から2011年に65%増加した。

がん

職業がんは、MSDs、皮膚疾患及び難聴よりも統計的に多くはないが、その深刻さと労働関連原因の発見の困難さがそれを優先課題として扱うことを正当化する疾病である。

報告率はフランとイタリアで同等である(被保険者10万人当たり13~14件の間)。ドイツとデンマークはわかずかに高く、各々20件と23件という率である。

2010年のEUROGIPの欧州における職業がんに関する調査は、国の職業病リストはがんに関して一様であり、重篤な疾病に対して保険組織から支

払われる給付に大きな違いがないことを示しており、したがってデンマークの相対的高率についての説明は疑いなく、この国が何年も前からかかる疾病を系統的に発見するようにしているということである（第3部参照）。

率はさておいて、がんは、それらが大きいに過少報告されていることにほとんどの国が同意している唯一の職業病である。すべての国で共有されている主な説明は、リスクへの曝露と症状の発現との間の長い潜伏期間（20～40年）及びその多因子性である。これらの要因は、医師が労働活動（または被災者が引退している場合は過去の活動）との関連性を確立するのを困難にしている。

2.2 認定件数

2.2.1 観察

本調査は、職業病の過少報告、すなわち労働関連原因の可能性のあるすべての疾病事例を保険システムが収集する能力のなさ、に関するものである。様々な保険システムの「寛大さ」、最大の数の疾病を認定する、またはもっとも気前のよい給付を提供する能力を判断しようとするものではない。

しかし、認定統計を比較することなしに、調査対象諸国における報告統計を検討することは単純にすぎる。認定の規則と慣行（認定され得る職業病のリスト、認定条件、調査の種類など）または補償に関する規則でさえ、報告される疑われる事例の数に影響を及ぼす可能性がある。換言すれば、請求者の行動は、手続が首尾よくいく可能性や当該疾病の労働関連性認定により示される給付の可能性に応じて変わる可能性があるかもしれない。

ここで国の職業病リストも、保険組織によって適用される認定のための法的基準も、拘束的な「欧州」共同体規則の対象となっていることに留意していただきたい。たしかに、付録に欧州職業病リスト（草案、さらに一般的用語による）を含んだ2003年9月19日の欧州委員会勧告があるが、これは指示的価値しかもっていない。国のリストの内容、各リストに関連する推定の法的効力、及び、調査中に適用され、認定がそれに基づく、医学的、行政的及び

曝露の基準は、それゆえもっぱら国の保険の選択に基づいている。

現在、一定の範疇の疾病（とりわけがん）についていくらかの均一性はあるものの、これらのリストや基準は国によって著しく多様である。

しかし、各国の報告レベルと認定レベルの間の関係を系統的に行うことは避けなければならない。前者に対する後者の関係はいくつかの疾病について確立することができるだけで、また、必ずしもすべての国に当てはまるものではないということを理解する必要がある。

多くの報告を登録する国が必ずしも多くの職業病を認定するわけではない

認定件数に関して、フランスは、被保険者10万人当たり認定が426件という率で、他の4か国よりはるかに高く、スペインがそれに次いでいる（率192件）。調査対象国のなかでもっとも多い数の報告を登録している国であるデンマークは、認定件数について3位にランクされるだけである。

イタリアとドイツは、ランキングの底にあり、これは報告件数についてもあてはまる。

2006年についての統計を示したEUROGIPの2009年の報告書は、最大の割合の職業病を認定している国のランキングは、5年以上多かれ少なかれ同じままであることを示している。

すべての種類の疾病を合わせると、認定率（すなわち報告数の割合としての認定数）は、国によって大きく異なっている。デンマークで22%、イタリアで40%、ドイツで49%（公式に認定されていない疾病も考慮に入れた場合、公式に認定されたものだけだと26%）及びフランスで69%である。

主としてMSDsによる、国ごとの主な違い

ほとんどの疾病を認定しているフランスと、認定が最低のドイツとイタリアの間には、1対5の違いがある。これには二つの説明があり、各国における認定請求の規模と種類だけでなく、各国で優勢な保険に関連した要因も関係している。

全認定事例におけるMSDsの優勢なシェアが、フランスとスペインを、もっとも多い疾病を認定している国にさせている。この範疇の疾病がなければ、ス

ペインはランキングの最下位であり、フランスはデンマークの次であったろう。

2.2.2 疾病別認定事例の分類

論理的に、認定請求に関して、MSDs、難聴、皮膚疾患という同じ主要な疾病、及び、相対的に小さな割合でがんがみられる。

フランス、イタリア及びスペインは、認定件数におけるMSDsの大きな、または非常に大きな割合によって特徴づけられる（腰痛を含め、イタリアとスペインで約3分の2、フランスではほぼ90%）。

認定請求件数の場合と同じように、ドイツとデンマークは、疾病の様々な範疇におけるバランスのとれた認定件数の割合をもっている。皮膚疾患が、もっとも多く認定される疾患のなかの第1位である。

MSDs

「筋骨格系障害」(MSDs)は、一連の筋、腱、神経及び脊柱に影響を及ぼす運動器官の変性炎症性をさす一般的な用語である。保険組織によって認定され得る疾病に関しては、「MSDs」という用語は、国によって非常に異なる現実をカバーする。

(腰痛を含む) MSDsは、調査対象諸国において非常に異なる割合で認定されており、2011年にドイツで被保険者10万人当たり3件、デンマークで33件、イタリアで57件、スペインで129件及びフランスで377件である。

いまのところ、各MSDについて認定の条件の比較、及び、そうした条件の各国における報告と認定件数に対する影響の評価を可能にする欧州調査は存在していない。

しかし、多数のMSDsがすべての国の職業病リストに掲載されているものの、多かれ少なかれ一般的な用語で、また多かれ少なかれ制限的なタイトルであることがわかっている。

フランスでは厳密に言えば、MSDsは、職業病表57(労働における一定の行動及び姿勢により生じる関節周囲の状態)、69(一定の機械、器具及び手持ちの物により伝達される振動及び衝撃)、79(半月板の慢性損傷)により、及び腰痛は表97(身体全体に伝達される低周波及び中波の振動)及び98(重

量物の手作業)によってカバーされている。フランスのすべての職業病表の場合と同じように、認定基準は、医学的基準または曝露の状態であろうとなかろうと、比較的厳密なカタチでそこに掲載されている。現在、それらの条件が満たされれば、当該疾病はほぼ自動的に保険組織によって認定される。このフランスの表に含まれている業務起因性の推定は、基準が満たされていることを条件に、当該疾病が生来多因子性疾病であったとしても、程度にかかわらずこの非職業起因の部分は認定の肯定的決定に影響を及ぼさないという程度に、MSDsの場合、被災者にとってきわめて有利である。

報告されるMSDs及び認定されるMSDsについてのフランスの非常に高い率は疑いなく、こうした要因の結果である。

ドイツでは、職業病リストは約10の一般的タイトルからなり、MSDsに対応するのは、2009年7月1日に登録された膝関節症だけで、厳密な認定基準を含んでいる。他のすべてのMSDsについては、認定請求は、科学的知見の状況に基づいてケース・バイケースに調査される。リスト登録による労働関連性の推定はなく、多因子の側面は、疾病と労働活動の間の医学的関連を調べる際に吟味される。

さらに、MSDsに相当する疾病の半数について、公式の認定、すなわち適切な場合被災者が補償を受けられるようにする認定は、当該労働者がその労働を中断することによって決まっていることを理解すべきである。当該疾病の労働関連性は認められたものの、その重度はそのような労働中断を必要としない場合には、当該事例は非公式に認定される、換言すれば、保険組織は個人的労働安全衛生給付のみを提供する。

認定請求の約10%しか肯定的決定につながっていないことから、調査の種類及びMSDsについての非常に厳しい認定条件は疑いなく、調査事例を高い率で却下する理由である。また、数少ない認定件数は、認定請求を促進していない(被保険者10万人当たり17件の請求)。

最後に、ドイツで年金を提供する資格を与えるのに必要な20%の永久障害率という閾値も、報告にインセンティブを与える要因になっていない。

難聴

難聴の認定のレベルは調査対象4か国で同様であり、フランスで被保険者当たり認定6件、スペインとイタリアで13件、及びドイツで15件である。平均よりも3倍多く認定しているデンマークは、例外である。

難聴の認定のための基準は、すべての諸国で同様であり、それは多かれ少なかれ同等なこの疾病の認定率に反映されている（デンマークの40%とドイツの50%の間）。デンマークにおける難聴の大量の認定は、おそらくこれがこの疾病の認定請求件数の登録が最大の国でもあるという事実によって説明できる（被保険者10万人当たり82件の請求、対してフランス13件、ドイツ28件、イタリア29件）。

皮膚疾患

皮膚疾患は、フランス、イタリア及びスペインでは、報告も認定も多くない（被保険者10万人当たりイタリアの2件からスペインの7件の幅の認定率）。しかし、他の諸国では大量に認定されており、ドイツでは被保険者10万人当たり47件、デンマークでは52件である。

ドイツの率は、保険組織により労働活動との関連性が認定された皮膚疾患のすべての事例をカバー、すなわち、労働者がリスク曝露のためその労働活動の中断を必要とするほど重度でないために、個人の治療及び予防給付だけが提供される事例を含んでいる。こうした「非公式認定」事例を除いて、被災者が補償を受け取る事例だけにすれば、この率は被保険者10万人当たり1件に下がる。これは、被災者にとって皮膚疾患の報告を促進するドイツの補償システムの魅力ではないことを示唆しており、（ドイツでは報告するのが主として医師であることから）この種の疾病の労働関連性の可能性に関する医師の高い理解のほうが促進しているようである。

その他諸国については、皮膚疾患があまりに多様で、様々な病因により引き起こされることから、認定の条件を比較することは現実的に不可能である。

がん

がんは、デンマーク、イタリア及びドイツでは、同様の割合で認定されている（被保険者10万人当たり

5～6件の認定）。

フランスは、報告のレベルについてはイタリアと同等（14件、フランス13件）でドイツ（20件）やデンマーク（23件）よりは低いが、認定率はそれら諸国よりも2倍高い（11件）。

スペインについての報告統計はわからないが、他の諸国と比較してきわめて低い認定率によって際立っているが（2011年に被保険者1,500万人以上の国として75件の認定、すなわち0.24という率）、それを説明する法的特徴を示唆することができない。調査対象となった他の国より人口がはるかに多いなかで、スペインにおける職業がんの過少報告については疑いようがない。

分析した5か国についての統計的分類構造の違いは、職業がんとしての報告及び認定の比較分析を著しく困難にしている。

それにもかかわらず利用可能なデータに基づく推計によれば、中皮腫及び膀胱がんはドイツ、デンマーク、フランス及びイタリアで、おおよそ同様の割合で報告されているとすることができる。デンマークを除いて、同じことが鼻腔がんについても言える。デンマークでは、中皮腫とともに鼻腔がんは、組織的な発見及び報告が行われており、他の諸国よりも多く報告されている。

フランスの職業がんの認定で第1位を占めているのは、アスベスト関連気管支肺がんである。この疾病は、いくつかの国で、職業がん報告の過半数に達している（ドイツで50%、フランスで60%）。しかし、肯定的な決定は、同様の報告レベルの他の諸国よりも、フランスにおいてははるかに多い。フランスでは認定率が被保険者10万人当たり6.7件の認定、対してドイツでは2件、イタリアでは1.2件である。

これはおそらく、この疾病の認定の条件が他の諸国におけるよりも概して開かれているという事実によって説明できる。フランスの職業病リストは、10年間のアスベスト曝露を要件としているが、曝露の程度についての基準は課していない。ドイツでは、アスベスト関連気管支肺がんは、石綿肺または他の胸膜疾患を合併しているか、さもなければ、証明された労働現場における少なくとも25繊維・年の累積量のアスベスト粉じん曝露によるものである場合

にのみ、認定され得る。2009年以来、この疾病はまた、アスベストと多環芳香族炭化水素の共同作用によるものである場合にも認定されている。

結論

職業リスクへの曝露レベルがドイツ、デンマーク、スペイン、フランス及びイタリアで同様であると仮定すれば、論理的に職業病の報告率も同じ程度でなければならぬ。しかし、これは当てはまらない。

グラフは、デンマークが他の諸国よりもはるかに多く登録していることを示している。

認定率はデンマークでは他の諸国でよりも低いことから、補償が適用可能な場合、請求者に認定手続の請求を促進するかどうかは、(単純に) 認定の可能性ではないようにみえる。

デンマークにおける高い報告レベルは、全体としてのシステムの高率性の結果である可能性が高い。

- ・ 手続のイニシアティブは主として、疾病と職業の間の関連性を確立する十分な知識をもつ者である、医師に委ねられている。
- ・ 医師には、報告するインセンティブ(金銭的ではあるが法的インセンティブではない) が与えられている。
- ・ 電子的手続が促進され、当局は過少報告に対する闘いに優先度を与えており、それはとくに職業がん発見のための前向きなシステムの創設や、この課題に関する調査や報告というかたちをとっている。

さらにこの国が、難聴と皮膚疾患という、調査された4つのもっとも多い職業病の範疇のうちの2つの認定について、第1位にランクされる国であるということも指摘できる。保険要因(すなわち保険者によって支払われる補償の可能性)が著しく請求をフィルターにかけている場合を除き-これは多因子疾病(MSDs、がん)に当てはまる-この多数の認定件数は多数の報告の結果であると推測することができる。

グラフ[省略]に基づく観察の結果、次に気づくのは、フランスに関することである。この国は、他の諸国よりもよりよく認定している(すなわち認定率の

高い) 疾病について(他の諸国と比較して) よいまたは相対的によい報告レベルをもっている。MSDsについては、多数の報告はおそらく、認定件数が多いことの結果である。調査段階における疾病と労働活動の関連性についてケース・バイ・ケースでの調査が多数の却下につながっているドイツやデンマークなどの諸国とは違って、フランスの職業病リストに備わっている起因性の強力な推定の存在が、多因子疾病の認定を大いに促進していることに留意すべきである。

難聴と皮膚疾患については、フランスにおける認定率は他の諸国よりも低くはないものの、比較的わずかな報告しかない。

ドイツは、その一部として、MSD報告のレベルがきわめて低いことによって特徴づけられる。MSDsの認定及び調査手続に関する法的条件の現状のなかで、この範疇の疾病がドイツの労働安全衛生保険システムによってより多く認定されるとは思われない。

また、この場合において過少報告を口にするのは適当ではない。(よい)ドイツの率は、(ドイツにおける主要な報告者である) 医師が、他の範疇の疾病の労働関連性の可能性を発見する十分な能力があることを示しており、この国は難聴報告(イタリアとともに)、皮膚疾患及びがんについて第2位にランクしている。MSDsについては、医師が保険者による事例の却下を予想して、手続を開始しないと決めているように思われる。

イタリアは、その一部として、ランキングの中/最低にあり、INAAILが受け取る報告におけるMSDsの優勢によって特徴づけられる。MSDsの報告件数は、とりわけ2008年にそれらが職業病リストに含まれて以来、指数的に増加している。

保険組織に対する報告に関するデータがないことから、スペインの率について結論を導き出すことは困難である。しかし、スペインが職業がんの著しい過少報告に直面していることは疑いなく、職業病発見のための革新的な地方における実験(第3部参照)でさえも、立ち向かうのに効果がないように思われる。

(図を省略、続く)



欧州の職場における暴力とハラスメント：広がり、影響及び方針

欧州生活労働条件改善財団 2015

公的諸措置：法令及び予防方針

マッピングした加盟諸国の労働における暴力及びハラスメントに対処する方針は、問題が、定義を含めた適切な法的枠組みの確立から、保護の諸形態や予防方針の設計までの範囲に及ぶことから、複雑である。

予防方針は、3つの主要な基準に沿って設定される。

- ・ 法的枠組みの存在、予防措置の促進及び労働者・使用者における注意喚起による心理社会的リスク一般の予防における使用者の特別な役割の包含
- ・ 介入とその内容の範囲
- ・ それらの確立及び実施の双方に積極的に貢献する関係者—単独でまたは二者・三者社会対話を通じて役割を果たす、政府機関、社会パートナー及びNGO

政府機関と社会パートナーの間で調整された、法的枠組み及び予防方針の複合分析から、いくつかの戦略的パターンを確認することができる。「労働法における組織的及び心理社会的リスクの分析」は、法的枠組みの重要性を概述している。労働における暴力及びハラスメントを扱う特別の法令の不在は、それらを証明することの困難性のゆえに、裁判及び労働不能を申請する際の双方において、請求人が成功する可能性に否定的な影響を及ぼす。さらに、同じ特別法令の不在が、予防方針が効果的に実施されるチャンスを低下さ

せるかもしれない。国の安全衛生法、労働法及び刑法は、暴力及びハラスメントを予防及び対処するための職場における介入の詳細を示すことなしに、心理的健康及び人間の尊厳を守る一般的规定だけを提供していることが多い。さらに、Lerouge (2013) が指摘するように、法的枠組みが不明確な場合には、それが裁判官の法律の解釈及び一般法の具体的事例への適用を提供することから、国レベルにおいて、判例法が重要な役割をもっている。

本節は、最初に、主な規制の特徴及び国の管理構造に基づいて、暴力及びハラスメントに対処する国の予防戦略をマッピングする。それから、とりわけEU、国及び企業レベルにおける社会対話を通じた、方針の設計及び実施に対する社会対話の貢献について記述する。また、企業及び部門双方のレベルにおけるガイドライン及び行動の特別のレビューも示す。

一般及び職場関係法令における最近の変更

暴力及びハラスメントを扱った2008年以降の法令上の変更は、その領域によってグループ分けすることができる。

- ・ フランス、ギリシャ及びイタリアにおける一般法令の変更
- ・ ベルギー、ブルガリア、クロアチア、デンマーク、アイルランド、スロベニア、スペイン及びイギリスにおける職場関係法令の変更
- ・ フィンランド及びノルウェーにおける一般及び職場関係法令双方に影響を与える変更

これらの変更は、暴力及びハラスメントに関する法制化に対する各国のアプローチに応じて、刑法、差別法、労働法または労働安全衛生法においてなされた。大部分の国は、刑法、差別法、均等待遇関連法令に暴力及びハラスメントを含めており(例えばドイツ)、いくつかは雇用法に含め(フランス)、他は特別の労働安全衛生法令を通じてこの問題に取り組んでいる(ベルギー)。反差別法令がより関連があるものになりつつあり、EUの均等待遇指令を基礎にして暴力及びハラスメントを扱っている。課題の対象範囲は国によって異なっている。いくつかの国がきわめて一般的に言及している一方で、他は予防措置と使用者の責任に関する特別の規定を含んでいる。ますます、いくつかの国では、労働安全衛生法令が、リスクアセスメントに関する一般的規定の一部として心理社会的リスクに言及している(例えばオランダ)。

(職場だけでなく)一般的側面からの、暴力及びハラスメントを扱う法令の変更に関しては、2010年にフランスでセクシャル・ハラスメントの幅広い定義が導入された。ギリシャの法律3896/2010は、立証責任を、被害者から被疑者に転換した。イタリアの法律38/2009がストーキング罪(反復的かつ偏執的ないじめ及びハラスメント)を導入する一方で、イタリアの法律119/2013は、しばしばストーキング犯罪の終点としての、女性の殺人を扱っている。このイタリアの法令の職場に対する影響はまだ明らかではないが、2005年にイタリアの裁判所は全国労災保険制度(INAIL)の心理社会的リスクの予防を目的にした2003年ガイドラインを無効にしている。

様々な種類の法令における職場を扱った法令上の変更に戻ると、突っ込んだ[in-depth]改訂と付加的な[incremental]改訂に区分することができる。付加的な改訂に関しては、医師及び教師に対する身体的暴力を刑事罰の対象とした、ベルギー刑法の2013年の改訂も含めることができる。しかし、この改訂は、法的補償についてはいかなる規定も導入していない。クロアチア、アイルランド及びスペインは、労働におけるハラスメントの定義を導入した。例えば、2012年のアイルランドの命令は、法的義務を負わせることなしに、職場のセクシャル・

ハラスメントの定義を、この問題に対処する適切な手続があらかじめ利用可能になっているようにするとともに、その再発を防止するための予防に関するガイドラインと統合した。最後に、2010年にデンマークで労働環境活動組織に関する新たな法律が通過した後に、2011年の行政命令は、「労働は、それがセクシャル・ハラスメントを含めた嫌がらせによる精神的または身体的健康にリスクを生じさせないようにするやり方でなされなければならない」と明記し、それゆえ労働における暴力及びハラスメントに具体的な言及を導入した。

スロベニアでは、改訂はより突っ込んだものであった。2008年の刑法の改訂は、職場における嫌がらせ、他の者に屈辱またはおそれを引き起こす、セクシャル・ハラスメント、心理的暴力、いじめまたは不均等取り扱いは、最高2年間の禁固刑の対象になり得るように規制した。2011年の労働安全衛生法は、より具体的に、労働における労働者の尊厳の防護のための使用者の責任及び尊厳のための条項を規定した。最後に、2013年の雇用関係法の改訂は、法的定義を与えることによって、労働における暴力及びハラスメントを禁止している。

イギリスでは、2010年の均等法の第三者からの攻撃への拡張が、過去に2度以上起こっていて、使用者がその行為を気づいており、再発防止のために適切な措置をとっていなかった場合に、第三者によるハラスメントについて使用者に責任があるようにすることによって、アプローチの実質的な変更を導入した。この法律は2013年に取り消された。

最後に、2014年9月にベルギーで、暴力及びハラスメントをより一般的な心理社会的リスクの枠組みに組み入れる新たな法令が施行された。使用者は、暴力及びハラスメントをまさに他の何らかの労働者の健康に対する心理社会的リスクと同じように理解しなければならない。新たな法令の枠組みは、心理社会的リスクのカウンセラーを導入し、秘密カウンセラーに5日間の必須の訓練を義務づけ、「モラル・ハラスメント」の定義を拡張している。何らかの虐待的攻撃を報告した労働者は、使用者が適切な措置をとらない限り調査を実施し、報復を防ぐためのよりよい措置を提供し、補償の権利を設

定しなければならないこととされている、予防カウンセラーによる迅速な対応を受けることができる。

フィンランドとノルウェーは、一般及び職場レベル双方における法令の変更を組み合わせた。フィンランドでは、補償の権利が第三者による攻撃に拡張され、2002年フィンランド労働安全衛生法に、職場におけるハラスメントまたは他の不適切な行為に気づいた場合に使用者に対策をとることを義務づける特別の「労働におけるハラスメント」の章が追加された。

公的予防方針、関係者及び 欧州における取り組み

本節では、暴力及びハラスメントに関係する国の法的枠組み及び方針の策定に関与する関係者に応じて、各国を分類する。各国における方針策定の全体的評価は、大部分の国が、政府と社会パートナー間のハイレベルなコーディネーションを伴った長期的、系統的な予防方針を欠いていることを示している。

Lerouge (2013) が指摘するように、国の法令は、自国の一般及び労働安全衛生枠組み及び規制加入にしたがって、それらの行為を規制している。加盟国は、3つの主要グループに入れることができる。

- ・労働における暴力及びハラスメントの法的定義をもたないが、労働環境における予防に強い焦点を置く諸国(スカンジナビア諸国、エストニア及びオランダ)
- ・少なくともいくつかの労働における暴力及びハラスメントの法的定義をもち(ベルギー、フランス、アイルランド、イタリア、ルクセンブルグ、マルタ、ポーランド、ポルトガル、スロベニア及びスペイン)、予防方針は主として一般的な労働安全衛生規定に依拠している(アイルランドとベルギー以外) 諸国
- ・何らかの特別な法的定義または一般法令によって与えられる暴力及びハラスメントには依拠せず(他のすべての諸国)、代わりに予防方針について一般的な労働安全衛生規定に依拠している諸国

囲み2 スウェーデン：ハラスメントは個人の尊厳の侵害に等しい

スウェーデンでは、ハラスメントは一般法令のなかで定義されている。ハラスメントとみなされる行為については、個人の尊厳を侵害していることが必要である。これは、加盟諸国のなかでみられるもっとも幅広い定義である。

1993年スウェーデン労働環境規則及び差別法(2008:567)は、すべての関係する使用者は以下をしなければならないと定めている。

- ・あらゆる一とりわけ-性別、民族及び宗教に関連したハラスメントが職場で許容されないと使用者が言明する方針をもつ
- ・ハラスメントの定義及びハラスメントまたはハラスする行為の実例を含んだ行動計画をもつ。計画はまた、ハラスメントが起きてしまった場合に使用者から期待されている内容を明確に示さなければならない。また、標的となった者が頼るべき者、出来事を調査する者の責任及び同僚をハラスする者に対するなされる可能性のある内容も含まなければならない。
- ・ハラスメントに関係するルールや法令及びハラスメントを予防する方法について管理者を訓練する

スウェーデンの労働環境庁(WEA)は、暴力・ハラスメントと労働環境に関係した問題を深刻にとらえ、この領域に関係した報告書を継続的に発行している。2012年にWEAは、心理社会的リスクアセスメントの問題についての監督を400回以上行っている。

労働安全衛生または労働環境法令だけを考慮した場合には、職場における政府の介入は、3つのラインに沿って動いている。

一般的な心理社会的リスクの予防:これは、ストレスを生じさせる可能性の原因のなかで暴力及びハラスメントを考えることによってなされる。これは、

表7 関係者のコーディネーションと使用者の義務によってグループ分けした方針

	一般的義務	特別の義務
分散型	BG, CZ, LV, SK, HR	
弱いコーディネーション	AT, CY, HU, IT, LU, PL	
公的機関のみ	EE, EL, LT, PT, RO	
政府-社会パートナーの統合	DE, ES, MT, SI	BE, DK, FR, NL, SE
政府及び三者関係者	UK*	FI, NO, UK*

注:* 2010-2013年のみ。アイルランドは特別または一般的義務のどちらにも合致しないため表に含めていない。

出典:各国の情報源、Leroge「EU-OSHA報告書 職場暴力及びハラスメント:欧州の状況」(2013)

国の法令及び労働安全衛生機関が特別の措置をとらない限りは、デフォルトの選択肢である(オーストリア、ドイツ、ルクセンブルグ、イギリス及び南部・東部の全諸国におけるように)。

使用者の取り組みを促進する義務的でない諸措置の促進:この一例は、義務的でない勧告として機能する、アイルランドの安全衛生庁(HSA)が策定した実施基準である。

(一般的なリスク防止をこえる)介入を行う使用者に対する法的義務:2010年のデンマークの労働環境法は、「労働は、それがセクシャル・ハラスメントを含めた嫌がらせによる精神的または身体的健康にリスクを生じさせないようにするやり方でなされなければならない」と明記している。この義務は、監視、助言、ガイドラインや勧告の発行、監督権限、ひいてはそれらの実行の確保に関する、労働安全衛生機関の強力な役割によって補足される。スカンジナビア諸国、ベルギー、フランス及びオランダでは、各国における国の労働環境機関が、研究者が使っている定義を用いることによって、予防を監視及び監督している。

社会関係者(公的機関、社会パートナー及び市民団体)の間のパートナーシップの確立は、効果的な予防戦略実施の一部である。幅広いパートナーシップは、虐待的行為、その原因及び結果に対する共通の理解の確立を目標とした審議過程の一部である。パートナーシップのネットワークの規模は、予防措置を首尾よく実行するうえでの重要な指標のひとつである。

予防方針のガバナンスについて、5つの国レベルのパターンを確認することができる(表7)。

分散型の取り組み:(主として企業レベルで)社会パートナーによって、社会対話及び/または一方の側によって、様々なイニシアティブが実施される。これは、ブルガリア、クロアチア、チェコ共和国、ラトビア及びスロバキアの場合である。これらの諸国では、イニシアティブの促進及び訓練・注意喚起のためのリソースの提供を通じて、社会パートナーと政府にこの問題に焦点を置き続けさせることによって、NGOが重要な役割を果たしている。

調整の弱い予防方針:調整役は、国(オーストリア、キプロス、ハンガリー)または地方レベル(イタリア)いずれかの公的機関、または、ルクセンブルグにおけるように部門間の社会パートナーであり得る。ルクセンブルグでは、Mobbing Asblという協会が、暴力及びハラスメントに関する情報及び社会パートナーの取り組みを支援するガイドラインを普及するうえで、きわめて重要な役割を果たしている。ポーランドでは、社会パートナーの共同グループが、反嫌がらせ手続を策定した。オーストリアとイタリアで、企業レベルでグッド・プラクティスを促進することによって、公的機関が主に取り組んでいることを指摘しておく。

公的イニシアティブのみ:政府の諸機関、通常は労働監督機関が、暴力及びハラスメントに取り組むためにガイドラインを発行する。これは、エストニア、ギリシャ、リトアニア、ポルトガル及びルーマニアの場合である。

社会パートナーに統合及び補完される政府のイニシアティブ:これは、多部門レベルにおける二者による予防イニシアティブ(ベルギー、デンマーク、フランス及びオランダ)、いくつかの部門における社

欧州における暴力とハラスメント

表8 公的予防方針の種類

方針の種類	国
断片的予防(初期段階の戦略を含む)	BG, CY, CZ, EL, HR, LV, RO
非系統的予防方針	AT, DE, EE, ES, FR, HU, IT, LT, MT, PL, PT, SI, SK
長期的系統的予防方針	BE, DK, FI, IE, NL, NO, SE

出典:各国の情報源

会対話による(スロベニア、スペイン及びスウェーデン)、または社会パートナーの一方の側による(アイルランド)かたちをとり得る。

社会パートナーと調整のとれた政府のイニシアティブ:(これは他の市民団体も関わる場合もある)。これは、「労働における尊厳パートナーシップ:世界最大の反いじめプロジェクト」に要約されているようにイギリスの場合であり、「職場暴力及びハラスメントの予防」に要約されている安全衛生庁(HSE)、斡旋・調停・仲裁機関(ACAS)と社会パートナーの共同イニシアティブである。フィンランドとノルウェーでは、暴力及びハラスメントに対処する系統的な努力を補強する、「三者プラス」パートナーシップの確立によって、NGOも共同行動をとるのに加わっている。ドイツでは、政府機関の運営方法のゆえに、政府と社会パートナーの間に高度のコーディネーションが存在している。社会保障機関によるガイドラインの発行は二者による選択肢のひとつであり、「共同労働安全衛生戦略」(GDA)は、ドイツ政府、連邦の各州、及びほとんどが二者の基礎のうえにつくられている災害保険機関が共同で支援している。

表7は、労働における暴力及びハラスメントを予防する一般的または特別の義務と、予防方針の設計及び実施に関係者が寄与する仕方を組み合わせたものである。

関係者間のコーディネーションが弱い諸国では、法令及び関係する義務は、一般的になる傾向がある。反対に、法的枠組みが明示的に暴力及びハラスメントを扱っている諸国では、使用者に暴力及びハラスメントに関連する予防措置を実施する明確な義務が課せられている。この文脈において、一連の介入の計画に市民団体が重要な役割を果たしている場合が多い。政府の取り組みが二者

社会パートナーによって補完されているグループでは、労働安全衛生に関する使用者のまさに一般的な義務、労働環境または心理社会的リスク予防の一部としての暴力及びハラスメントに対処する特別の特別の義務、またはアイルランドのように公的機関の勧告に基づくアプローチがあるかもしれない。最後に、イギリスは、使用者に特別の義務を課した2010年均等法後に特別のパターンを示したが、これは2013年に労働安全衛生に関する国の簡素化戦略によって撤回された。

各国は、3つの主要なカテゴリーにグループ分けすることができる(表8)。

断片的予防活動:これは、取り組みが分散したレベルで実施され、予防方針がセクシャル・ハラスメントだけを扱っている国に関連している(キプロスとギリシャなど)。

非系統的予防方針:国レベルでのコーディネーションは確立されているものの、具体的に職場レベルで暴力及びハラスメントに対処する予防措置を講じる、または、それらを明確に心理社会的リスクのなかに含める義務は存在していない。方針は主として二次的予防と情報流布を扱っている。このグループは多種多様であり、リトアニアやポーランドのように、予防方針が初期の段階にある加盟国から、アイルランドやイギリスのように、それらが完全に確立された国にまでわたっている。

長期的系統的予防方針:これは、法的義務が具体的に暴力及びハラスメントに焦点を当て、一次予防と二次予防の両方を組み合わせられたかたちで扱う広範囲に及ぶ取り組みと結びついている場合である(ベルギー、オランダ及びスカンジナビア諸国など)。一次レベルの介入は、リスクを低減することによって、様々な職業ハザードへの曝露を予防するという性質と目的からして、前向きである。ハラスメン

トに関しては、一次レベルの介入は、このリスクを最小化することである。二次レベルの介入は、有害な労働環境ファクターに対する個々人の反応を修正することを目的とする。ハラスメントの場合には、これはまた、ハラスメント状況の進展や激化をスローダウンさせ、個々人の疾病または労働単位がより深刻化するのを予防することを意味するかもしれない。最後に、三次レベルの介入は、心理社会的リスクへの慢性曝露に伴う健康への有害な影響を低減または最小化するという性質と目的からして、後ろ向きである。

長期的系統的予防方針をもつ加盟国は、予防のための特別のガイドラインとオリエンテーションを提供することによって、労働における暴力及びハラスメントに関連した各々の具体的な問題に対処することを目的に、様々なレベルにおける幅広い範囲の介入を活用している。

長期的系統的予防方針をもつ国のひとつであるデンマークでは、労働環境機関(WEA)が、「2012年嫌がらせ及びハラスメントに関するガイドライン」を策定している。このガイドラインは、労働者間及び労働者と経営者間の嫌がらせ及びハラスメントを対象にしている。それは、例えば、衝突解決[conflict resolution]を用いるとともに、労働における受容できるふるまいのための明確なルールをもつことによる嫌がらせ及びハラスメントの予防方法を記述している。最後に、ガイドラインはまた、嫌がらせやハラスメントが発生した場合にすることを説明している。暴力は、労働災害のひとつとみなされ、WEAの「2011年労働関連暴力に関するガイドライン」は、依頼人または顧客による(労働者または経営者間ではなく)身体的及び精神的ハラスメントを対象としている。このガイドラインは、労働関連暴力の概念を定義し、労働関連暴力のリスクが高いと特徴づけられる職業を列挙し、また、暴力に対する健康と関連した反応及び企業が暴力エピソードを予防及びフォローアップする方法を概述している。WEAガイドラインは、規則を根拠にしているが、義務的なものではない。またデンマークでは、政府が、暴力及びハラスメントによる労働障害のリスクの高い部門を対象にした、予防パッケージを開始

した。2013年に労働条件改善・労働市場保持基金が、高齢者介護及び入居施設における暴力を予防するための新たなパッケージを開始した。パッケージに参加した企業は、コンサルタントから助言を受けることができるとともに、暴力を予防する計画を策定しなければならない。

2008年にフランス-非系統的方針アプローチの国の一例-は、モラル・ハラスメントを予防する特別の法的義務を使用者に導入するために、労働法を改訂した。ASBに対処する公的予防方針は、使用者と安全衛生労働条件委員会(CHSCT)双方の利益について上述した「労働におけるハラスメントまたは暴力の結果に関するINRS報告書」のような情報の提供、及び、「2011~2013年国家計画」で定義されたように、女性に対する暴力に焦点を置いている。職場における一次予防の促進に社会パートナーを含める、確固としたネットワークが存在するという証拠はない。むしろ、Lerouge(2013)が指摘するように、法的定義の導入は、訴訟事例を増加させている。

断片的介入を用いている国の一例であるチェコ共和国では、Work and Relations NGOが、嫌がらせ、いじめ、内部告発及びボッシングに焦点を当てている。この課題に関する情報を普及するために、このNGOは、労働における嫌がらせを経験した人々にビデオ・インタビューを実施して、それをオンライン上に置いている。同様に、いじめの被害者または目撃者、及び自らの事業場でいじめを予防したいと思っている経営者らのために、online consultancy Bullying at Work-Mobbing-Free Companyが設立された。この協会は、手引きを発行、レクチャーを開催、及び企業における事例研究を実施している。保健サービス部門の社会パートナーは、社会対話を通じた、保健・社会サービスにおける職場の武力の予防を目的にした、欧州社会基金(ESF)の資金提供を受けた、プロジェクトを2010年から2012年の間共同で実施した。2012年以降、Norway Grantsに支援され、チェコ共和国使用者協会連合(UZS)と保健・社会福祉労働組合(OSZSP)及び保健・社会福祉を提供する事業部門のノルウェー・パートナーによって現実化された、

欧州における暴力とハラスメント

表9 取り組みのレベルと規制パターン別社会パートナーの取り組み

	三者(社会パートナーと政府)	二者(社会パートナー)	使用者	労働者
部門横断	FI, NO, UK	AT, BE, DK, FR, LV, PL	IE	IE, IT, NO
部門		AT, BG, CY, CZ, ES, LU, SE		BG, FI, NL, SE, SI

出典:各国の情報源

ブラハにおける第三者による暴力の予防に関するフォローアッププロジェクトが行われた。

社会パートナーのイニシアティブ

上述した「2007年労働におけるハラスメント及び暴力に関する自主的枠組み協定」は、欧州の社会パートナーたち、ETUC/CES、BUSINESSEUROPE、UEAPME及びCEEPによって締結されたものである。これは、いくつかの国では、国レベルにおける社会パートナーの取り組みと政府の予防方針の双方にとってのターニングポイントになった。社会パートナーによってまとめられた「2011年枠組み協定実施報告書」で説明されているように、協定は、既存の国及びEUの法令のよりひろい枠組みに適合している（例えば、被差別指令や労働安全衛生指令）。多くの国で、実施措置は、既存の法令の評価、さらにいくつかの国では、枠組み協定に沿った既存法令の微調整に焦点を置いた。それゆえ、暴力及びハラスメントに関する関心を高め、数多くの部門及び国における取り組みをイニシエートしたことによって、協定は有用であることを証明した。

2010年にEUレベルの使用者及び労働組合組織は、「労働における第三者による暴力及びハラスメントへの対処を支援する多部門ガイドライン」を締結した。このガイドラインは、サイバーいじめなど新たなかたちの暴力及びハラスメントを含めて、問題を低減、予防及び緩和するために、使用者、労働者とその代表または労働組合がとることのできる現実的な諸措置を示している。

部門レベルでは2013年6月に、海事部門の欧州の社会パートナー—欧州運輸労働者連合(ETF)と欧州船舶所有者協会連合(ECSA)—が、海事産業のなかで、職場におけるハラスメント及びいじめ行為を根絶することを目的としたプロジェクトを開始した。最初に、彼らはガイドライン、ビデオ及び関

連教習書を含めた訓練ツールキットを最新のものにした。ビデオ「ハラスメントといじめに『No』と言おう」には、サイバーいじめのような新たな種類の暴力及びハラスメントを含める一方で、ガイドラインはハラスメントやいじめの事象を確認する方法及び事例を解決する、公式・非公式の手段を実施する方法に関する情報を提供している。プロジェクトにはまた、普及活動や24/7ヘルプライン[電話相談]の開設も含まれている。

国レベルでは、社会パートナーの貢献は様々なかたちをとることができる—規制用語で言えば、社会対話を通じた現実的貢献を提供する、政府の方針に影響を及ぼす、また幅広い取り組みを行うことによって。ガイドラインとキャンペーンがもっとも多く用いられるツールであり、これらの問題に対する認識及びスキルの改善を目的とする。部門レベルにおけるパイロット介入も実施されている。いくつかの事例では、社会パートナーは、労働者のための支援サービスを開発し、国レベルのネットワークを生み出している。これらの取り組みは、規制パターンと介入のレベルを組み合わせ、表9のようにグループ分けすることができる。

最近の三者による取り組み

2010年から2011年の間、フィンランドでは、社会パートナーと政府の広いネットワークが、全国規模の訓練ツアーを主催するとともに、「望まれるよいふるまい—容認できない不適切なふるまい」と呼ばれるリーフレットを発行した。

ビジネス・企業・規制改革省(BERR)の資金援助を受けて、労働組合UNITEによって推進された、イギリスの「尊厳と労働パートナーシップ」には、HSE、ACAS、TUC及びBERRの代表が参加している。このパートナーシップは、個々人の尊重が事業場内で働くすべての者の行いの必須の一部とみなされ

る文化を確立するよう、労働者代表と使用者を促進するものである。それは、職場いじめまたはハラスメントの被害者のために助言と手引きを提供するとともに、すべての関係者の協力によって使用者の実施基準を策定する。

最近の二者による、国及び部門レベルの 取り組み

欧州枠組み協定の結果のひとつとして、フランスの社会パートナーは、2010年3月に「労働におけるハラスメントに関する全国協定」を締結し、それは同年7月に労働省によって拡張された。それゆえこれは、フランスの全企業に適用されている。労働組合と使用者は、労働におけるハラスメント及び暴力は容認されないことを、使用者がその労働者に知らせなければならぬことに合意した。使用者はまた、一連の適切な予防措置を策定しなければならない。これらの措置には、ハラスメントの訴えの適切なフォローアップ、秘密の尊重、関係者全員の見方と意見を考慮に入れる、冤罪に対する制裁、職場外の第三者の意見入手の可能性及び調停の機会が含まれる。使用者は、訴えを取り扱い、適切な対応を監視することに責任があり、労働者またはその代表と協議することを求められる。

2012年に、ベルギーの全国雇用評議会は、暴力及びハラスメントの予防に関する法令を評価した。社会パートナーは、既存の法令を基礎にした具体的達成可能な方針を勧告した。彼らは、予防アドバイザーを雇うことによる予防の重要性、労働におけるハラスメント及び嫌がらせの事例に対する秘密のカウンセラーを通じた非公式審議の重要性を強調した。具体的な手続は、申し立てられた事例についてだけでなく、具体的な予防的（非公式）取り組みにおいても必要である。人々は、暴力及びハラスメントを認識しなければならず、問題を理解し、早い段階で事象を警告しなければならない。

ポーランドでは、社会パートナーは2013年に、常設二者委員会を確立することによって、労働におけるストレスに関する交渉を新たな段階に押し上げた。チームによって達成された重要な成果のひとつは、使用者と労働組合が企業レベルで対応するた

めの助言を受ける、反嫌がらせ手続のモデルの策定である。

ルクセンブルグでは、銀行部門の社会パートナーが2013年9月に、2009年の産業横断労働協約に置き換わる、モラル・ハラスメントに関する協定を締結した。これは、モラル・ハラスメントを定義し、予防のためのルールを設定し、モラル・ハラスメントが企業内で容認されないという宣言の採択を求めるとともに、労働者の認識を高め、予防と防護に関する訓練を実施し、問題を扱うための当局との「協議パートナー」を指名する措置を導入させることによって、使用者の予防義務を概述している。最後に、使用者はまた、協定に示された参考基準の枠内で「被害者が利用できる手段と手続」を定義しなければならず、モラル・ハラスメント行為の加害者には処罰が課せられるかもしれない。協定はまた、被害者に心理学者の支援を含めた無料の助言を匿名で提供する、カウンセリング団体金融部門労働衛生協会（ASTF）を創設した。しかし、部門レベルでのイニシアティブは、保健福祉及び運輸部門でより多くなされている。

ブルガリアでは、運輸部門の2012～2014年労働協約に、「職場における暴力に対する保護と男女平等」に関する特別の章が含まれて、ソフィア都市交通システムで働く女性に対する暴力及びハラスメントに対処する共同行動によって補足される、容認しないアプローチのなかで、暴力及びハラスメントを予防する使用者と労働組合の共同の取り組みについての条項に焦点を置いている。

最近の社会パートナーによるガイドライン、 キャンペーン及びサポート

2010年にオーストリアの社会パートナーは、2007年枠組み協定実施の一環として、共同パンフレット「職場におけるハラスメント及び暴力：予防の手段」を発行した。保健・社会福祉部門の使用者団体と労働組合のネットワークであるMOBnetは、専用のウェブサイト上で職場いじめ及びハラスメントの予防及び介入の方法に関する情報を提供して、職場におけるいじめ及びハラスメントに対して行動をとるよう呼びかけた。

欧州における暴力とハラスメント

アイルランドでは、産業使用者連合 (IBEC) が、2013年に改訂された雇用法のガイドラインを通じて、会員に対して職場におけるいじめ、ハラスメント及びセクシャル・ハラスメントに関して助言をしている。このガイドラインは以下を扱っている。

- ・法の立場の確認及びいじめ、ハラスメント及びセクシャル・ハラスメントの定義
- ・いじめ及びハラスメント行為を見分ける方法
- ・職場のいじめ、ハラスメント及びセクシャル・ハラスメントに関する実施基準

アイルランド労働組合会議 (ICTU) は、以下のために2010年に、労働におけるストレス、いじめ及び暴力に関する諮問委員会を組織している。

- ・職場のいじめ、ストレス及び暴力に関する予防措置と現行の法的枠組み、リスクアセスメント及び実施基準を評価する。
- ・職場の手續における弱点を確認する。
- ・法的枠組み、実施基準及び紛争解決手續に対する改善を提案する。
- ・職場におけるいじめ及び暴力及び職場ストレスに関連したの事象に対して労働組合が介入または対応するためにとることのできる具体的な諸措置を確認する。

スペインでは2011年に、労働者総同盟 (UGT) がこの問題の専門家と一緒に、職場における精神的及び身体的暴力衝突を内部でまたは独立して解決するための手續を示した、全国労働安全衛生研究所 (INSHT) 向けの予防覚書891及び982を作成した。

ノルウェーでは、ノルウェー労働組合総同盟 (LO) が、「労働者代表に何ができるか?」と題した、いじめ及びハラスメントに関する情報パンフレットを準備した。

スウェーデンでは、2010年以降の社会パートナーのイニシアティブは異なる焦点をもった。多くの労働組合は、脅迫や暴力よりも、同僚の間または労働者と管理者の間のいじめまたはハラスメントにより焦点を置いた。ひとつの例は、公共労働者交渉評議会 (OFR) によって発行されたハンドブック「ASBに対処する方法: いじめられ、ハラスされ、無視されたら—あなたはどうすべきか?」である。もうひとつの例

は、スウェーデン労働組合総同盟によって発行されたハンドブック「職場でいじめを受けたら」である。

デンマークでは、デンマーク部門別二者労働環境評議会が、暴力及びハラスメントを含めた、労働環境問題に関する資料を、継続的に作成及び配布している。これらのイニシアティブには、暴力に関する職場ミーティングや嫌がらせ及び他の種類の暴力やハラスメントに関する様々な出版物が含まれる。

運輸及び保健部門における取り組み

暴力及びハラスメントを予防及び対処しようとする取り組みは、労働者間及び労働者と依頼人や顧客との間双方の人間関係が企業にとって重要な役割を果たしている部門に、集中しているように思われる。そのようなものとして、多くの事例が運輸及び保健部門で見出される。

運輸部門では、オーストリアの労働組合Vida (運輸、社会、個人及び民間サービスをカバー) は、「共に職場における暴力に立ち向かおう」プロジェクトを立ち上げた。それは、あらゆる種類の暴力及びハラスメントを扱い、この問題に対する認識を高めることを目的とし、毎日労働者が受けている緊張を説明している。それは調査 (付録表A.1のAT1) 及び企業の法的状況に関する情報、ベストプラクティス及び労働者や労働評議会の経験の事例を載せた専用のウェブサイトを含んでいる。

スペインでは、労働者総同盟 (UGT) と労働者委員会連合 (CCOO) が、旅客輸送企業の連合体 (Asinta)、バス輸送業界の全国団体 (Fenebus) と共同で2010年に、「スペインバス運転者の労働における暴力予防協約」を発行した。

チェコ共和国の保健部門では、社会パートナー間の共同プロジェクトが、欧州社会基金の支援によって促進された。2010年から2012年の間は、社会対話を通じた同部門における職場における暴力の予防を目的とした。また、調査も実施された (付録表A.1のCZ2)。2012年以降プロジェクトは、Norway Grantsの支援を受け、チェコ共和国使用者協会連合 (UZS) と保健社会福祉労働組合 (OSZSP) 及び保健社会福祉部門におけるノル

ウェーのパートナーによって現実化された、プラハにおける第三者による暴力の予防プロジェクトに引き継がれている。

保健部門では、ブルガリア、フィンランド、オランダ及びスロベニアで、労働組合は単独のプロジェクトも開始している。スロベニアでは、ヘルスケア労働組合、SOS協会及びスロベニア看護・助産サービス協議会とのパートナーシップが、労働におけるハラスメントまたは暴力の被害者に支援と情報を提供するとともに、暴力をなくし、行動をとることをめざした共同プロジェクト「職場で暴力を経験した人のための支援電話」を用意した。自由労働組合連合も、スロベニア健康保険協会の共同資金提供によって、2013年に開始し2014年11月に終了した、「よりよい労働安全衛生のための労働者安全代表トレーニング」プロジェクトを実施した。このプロジェクトは、労働者の労働衛生を強化するとともに、選出された労働者安全代表をもつ労働者の数を増やすことを目的とした。労働組合はすでに労働者安全代表のE-ネットワークを確立して、彼らの専門的トレーニングを提供しようとしている。

「2013年職場のいじめ及びハラスメントに関する国際セミナー」によれば、管理者と安全衛生代表の双方を対象としたトレーニング及び反いじめ方針とガイドラインの実施が、職場のいじめに対処するために欧州の職場でもっとも多く用いられている戦略のようである。しかし、そうした介入の有効性を検証した調査はわずかしかない。例えば、全従業員に対する強制的なトレーニングを含めた、幅広い非容認アプローチの一部として、方針が用いられた場合のいじめの低減について、いくらかの証拠が確認されている。また、うまく設計され、調整がなされた反いじめ方針は有効であり得るが、反対に、利用者や他のサービス提供者から隔離したなかでひとつの部署によって設計された方針は、まったく効果がない可能性があることも示唆されている。

職場における手続と措置

本節では、EU-OSHAによって行われたESENER調査に基づいて、暴力及びハラスメントに対処するために企業において実施されている手続に関す

る知見を示す。それから、それらを国の方針の文脈との関連付けをこころみる。

2009年に開始されたEU-OSHAのESENER調査は、労働者10人超の—すなわち、2007年枠組み協定によって、秘密のカウンセラーの存在、紛争解決及び第三者による暴力、いじめ、ハラスメントに対処する手順の確立が見込まれる—使用者における企業レベルでの予防方針に関する比較枠組みを提供することによって、ユーロファウンドのEWCS調査を補完するものである。

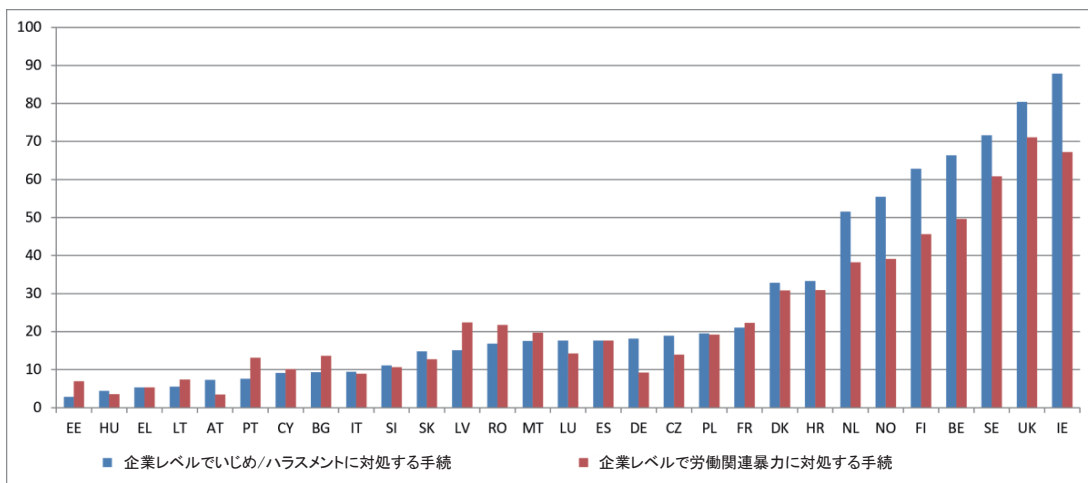
同調査は、企業レベルにおいて、手続の存在と企業の規模の間に正の関係があることがわかり、ブルガリア（いじめ/ハラスメント及び暴力の双方）、リトアニア（いじめ/ハラスメント）及びポーランド（暴力）を除いて、大きな企業ほど存在する割合が高かった。

また、EU27か国において、30%の事業場が、労働におけるいじめ及びハラスメントに対処する手続が整えられていた。スκανジナビア諸国とベルギーで、企業内の手続がもっとも多く、南部及び東部諸国とオーストラ、ドイツなどのいくつかの大陸諸国ではみられる割合が少なかった。暴力に対処する手続は、職場におけるいじめ及びハラスメントに対処する手続よりも、相対的にいきわたっていない。

いじめ及びハラスメントに対処する手続は、民間部門よりも、公共部門においてよりひろくいきわたっている。これは、手続を有する企業の割合がよい諸国と企業内の手続の普及が低い諸国の双方においてみられた。民間部門についてみると、一般に製造部門よりもサービス部門において、手続をもつ企業が多い。

ESENERの結果を法令上の措置と公的方針の関係について分析すると、長期的戦略をもっているすべての国が、労働関連暴力及びいじめに対処する手続をもつ企業の率が高い。これは、フィンランド、アイルランド、オランダ、ノルウェー及びスウェーデンにあてはまる。一方、小零細企業の数が相対的に多いことから、デンマークはEU平均値よりすこし高いだけである。したがって、長期的系統的方针は、企業レベルで手続が実施される可能性を高める傾向がある。

図9 いじめ/ハラスメント及び労働関連暴力に対処する手続を持つ企業の割合(%)



出典:2009年ESENER

ESENERによれば、労働者のための秘密カウンセリングは、EUの全事業場の25%に存在し、紛争解決手続は28%が確立していた。それらは2007年枠組み協定を実施しており、標的とされた者が勝訴する機会がきわめて低い場合の訴訟に代わる管理を整えることから、両者は関連している。紛争解決手続についてブルガリアとチェコ共和国、及び、両者についてマルタ、ポーランド、ポルトガル、ルーマニアを除いて、一般的に両者は、企業の規模が大きくなるにつれてよりひろくいきわたっている。

EU諸国のなかには大きな多様性が存在しており、それは公的予防方針にしたがってグループ分けすることによって、よりうまく協調することができる。

予防戦略がまだ初期の段階にある諸国のなかでは、ブルガリア、キプロス及びルーマニアが、秘密カウンセリングと紛争解決手続の双方について、EU平均よりも高い数字を示しており、暴力及びハラスメントに対する二次予防に注意を払っている使用者の集団を強調している。長期的系統的予防方針をもつ諸国は、(デンマークのように) 零細企業のひろがり、または、ユーロファンド報告書「小零細企業における社会対話」が概述するように、小零細企業にいきわたった労働者代表などの機能的に同等な代替の確立のいずれかの理由によって、いくらかの違いを示している。オランダの紛争解決手続

の存在の低さは、労働者代表の存在はEU平均程度であるにもかかわらず、企業レベルにおける社会パートナーの活動が相対的に限られていることを概述した、国内専門家の知見と一致している。

認識と社会文化的特性の影響

問題をめぐる公的議論と政治討論は、その認識のレベルを示している。議論と討論はまた、具体的問題に関する認識を高める可能性をもっている。興味深いことに、ハラスメント及び暴力は、スカンジナビア諸国、フランス、ベルギー及びオランダを除いて、大多数の国で主要な公的議論や政治討論の一部にはなっていない。

認識はまた、暴力及びハラスメントの報告のレベルにも影響を与えている。人々が問題とその原因と結果に関するより多くの情報をもつほど、暴力またはハラスメント行為である事象を報告する可能性が大きい。強力な社会文化的態度、固定観念及び圧力は、暴力及びハラスメントのレベルに、肯定的及び否定的双方の影響を与える。例えば、暴力行為を非難し、被害者をその社会的、政治的、経済的及び文化的背景にかかわらず支援することは、報告のレベルの向上につながる。他方で、暴力行為を容認及び隠蔽することは、後述するよう

表10 国の予防方針のコーディネーションの種類別暴力及びハラスメントに対処する企業内手続

	EU平均未満	EU平均以上
初期段階の取り組み	BG, CY, CZ, EL, LV, RO	HR
非系統的方針	AT, DE, FR, EE, ES, HU, IT, LT, MT, PL, PT, SI, SK	BE, UK
長期的系統的方針		DK, FI, IE, NL, NO, SE

出典：各国の情報源、ESENER 2009

表11 国の予防方針の種類別職場における紛争解決及び秘密カウンセラー

	秘密カウンセラー		紛争解決手続	
	EU平均未満	EU平均以上	EU平均未満	EU平均以上
断片的取り組み	EL, HR	BG, CY, LV, RO	CZ, EL, HR, LV	BG, CY, RO
非系統的方針	EE, ES, HU, IT, SI, SK	AT, DE, FR, LT, MT, PL, PT, UK	AT, EE, ES, DE, FR, HU, IT, LT, MT, PL, PT, SI, SK	UK
長期的系統的方針	BE, DK, FI, IE, NL, NO, SE	DK, NL, NO	BE, FI, IE, SE	

出典：各国の情報源、ESENER 2009

な様々な理由から、報告レベルの低下をもたらす。

暴力及びハラスメントの認識とそのレベル

労働における暴力及びハラスメントの原因と結果についての認識は、加盟諸国のなかで大いに異なっている。南部及び東部欧州諸国では認識がきわめて低く、スカンジナビア諸国、オランダ及びイギリスでは高い傾向にある。認識が高いまたは低いと分類した基準は以下に基づいている。

- ・ 社会における問題に関する情報と知識（例えば、専門的レビュー、メディア）
- ・ 一般的社会文化的容認のレベル
- ・ キャンペーン、社会パートナーの協定やイニシアティブ、多くの関係者による取り組み及び立法（公的措置に関する節を参照）

事象に対する情報不足と限られた知識は、キプロス、マルタ及びポルトガルなどの南部欧州諸国とエストニア、ハンガリー及びリトアニアなどの東部欧州諸国において、認識のレベルが低い理由としてもっとも多くあげられる理由である。しかしこれら諸国のなかで、ブルガリアに示されるように、労働者と経営者が原因と結果について考えはじめ、とりわけ極度の身体的暴力や傷害の事例、及び保健、公共交通、金融及び小売など、第三者にもっとも曝露

する職業において取り組みを開始している。これら諸国の労働者は、暴力及びハラスメントを予防及び対処する使用者の責任について、限られた認識しかない、または認識がないことを示している。

虐待的行為に対する社会的制裁の不足はおそらく、社会的認識の不足についてのもっともいさわった指標である。多くの労働心理学者が、容認または無関心を鍵となるファクターとみなしている。いくつかの諸国、とりわけブルガリア、チェコ共和国及びスロベニアなどの資本主義に移行してきた諸国においては、これは、（とりわけ介護作業における第三者による）かかる行為はまさに職務または労働環境の一部であるとする感覚と結びついている。容認と無関心は、いくつかの南部諸国（ギリシャ、イタリア、マルタ、ポルトガル）及びいくつかの東部諸国（ブルガリア、クロアチア、チェコ共和国、ハンガリー、リトアニア、スロベニア）でもっとも多く報告されている。このような容認は、キプロス、エストニア及びリトアニアの情報源が報告しているように、偏見や固定観念に基づいている場合が多い。この加害者に対する制裁の不足の一連の結果は、加盟諸国でひろく報告されている、影響を受けた労働者に対する二次被害であり、大部分がいくつかの南部及び東部加盟国（イタリア、マルタ、ポルトガル及びブルガリア、

クロアチア、スロバキア)に集中している。

他方で、こうした行為に対する容認は、労働における適切、公正、尊重及びディーセントな処遇に対する労働者の期待が高い、フィンランドとスウェーデンでは非常に低い。何らかの不適切な行為を報告する数値は、労働文化の異なる他の諸国と比較して低いかもしれない。この社会的態度は、ノルディック諸国が高いレベルの暴力及びハラスメントを示す主要な理由として、しばしば報告されている。しかし、結論は、各国における認識のレベルは、暴力及びハラスメントのひろがりの違いを完全に説明できそうにはないことを示すだろう。

最後に、この事象が政策決定者や社会パートナーの高い優先課題になっている諸国は、ほとんどが北部欧州諸国(ベルギー、デンマーク、フィンランド、オランダ、ノルウェー、スウェーデン及びイギリス)である。

調査を通じた暴力及びハラスメントの報告は、職場で労働者が暴力及びハラスメントの影響を受けているか否かによって左右される。しかし、様々な情報源は、報告のレベルはまた、上述した国の認識におけるレベル、この問題がタブーとみなされているか否か、また、例えば上司と部下の間の力の不均衡のような、他の社会文化的特性の影響も受けている。

暴力及びハラスメントはタブーの対象であるという感じ方は、それが性別に対する偏見や固定観念(エストニアとリトアニアでも、しかしとりわけキプロスで報告されている)によって増強される、ブルガリア、キプロス、チェコ共和国及びポルトガルなど、いくつかの南部及び東部欧州諸国でいさわたっている。しかし、これはまた、デンマークやフィンランドなど、一般的認識が高く、方針決定者がこの問題を高い優先課題に維持している諸国にもあてはまる。

社会文化的態度と暴力及びハラスメントのレベル

上述したように、国における暴力及びハラスメントのレベルは、何が職場における暴力的行為とみなされるかという認識の程度に左右される。また、例えば何がある者にとって侮辱であるかの容認の程

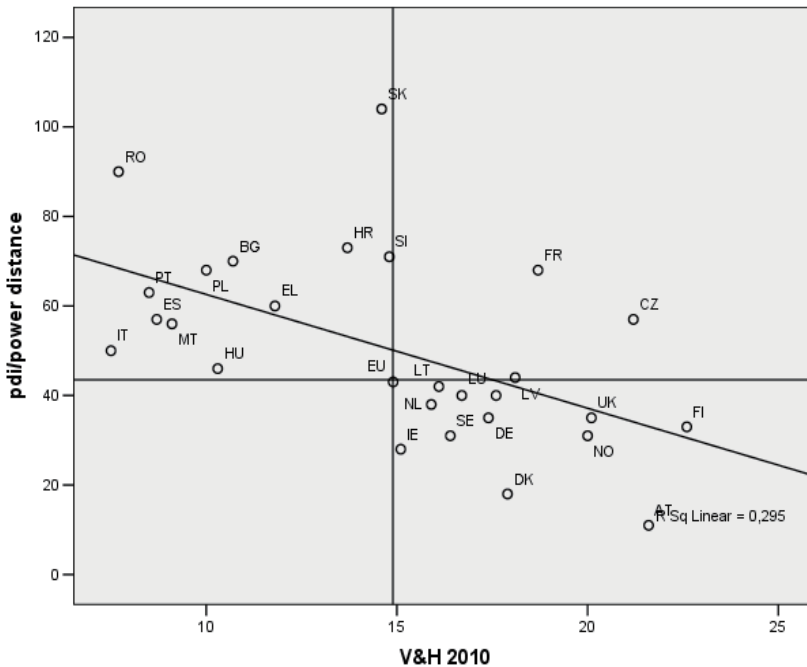
度など、社会文化的態度の違いによって、諸国におけるひろがりのレベルの違いを説明する論者もいる。

- ・エストニア及びリトアニアでは、被害者の個人生活における自己充足や人の邪魔になることへの恐れが、労働環境との関係の特徴づけている。
- ・クロアチア、イタリア及びマルタなどいくつかの地中海諸国では、企業または団体において日常的に衝突があり、いくつかの衝突的行為が容認されている一方で、ギリシャとリトアニアでは、労働における関係の自然な側面であるとみなされている。
- ・家族主義や、クロアチアにおける家父長的文化などの地方の閉鎖的寡頭制の影響を受けた地方レベルの管理形式、イタリアの場合についてGiorgi (2008) が述べているような個人主義-男性的文化の普及などの-社会文化的ファクターは、他の社会的文脈のなかでは虐待的とみなされるであろう行為を社会が容認する原因になっている。

社会文化的側面は、フィンランドとオランダで問題になっている。フィンランドでは、言葉と用語の意味や不適切な行為の知覚の社会文化的違いが、同様の労働状況を共有する諸国との関係での違いを部分的に説明できるかもしれない。オランダで職場暴力を説明するいくつかの社会文化的ファクター-個人主義、自己表現や自己実現-は、多くの他のEU諸国と比較する場合に重視されている。

国の文化を比較するHofstede (1991) の指標、とりわけ彼の「権力距離」または同等に「高いレベルの権力の非対称」という考え方を根拠にすることによって、文化的及び社会的理由と呼ぶことによって、このような問題を提起する論者もいる(彼らはサンプルの代表性を考慮しないことも多いとはいえ、Giorgi, 2008参照)。権力距離は、相対的に力の弱い社会のメンバーが、権力が不平等に分配されることを容認及び予期する程度を示す。高度の権力距離を示す社会の人々は、そのなかですべての者に位置づけられ、さらなる正当化を必要としない階層的順序を受け入れ、それゆえに不正な行為を容認する。権力距離の低い社会では、人々は、権

図10 ASBと権力距離



注:PDIのEU平均は重み付けされていない
 出典:Hofstedeセンターウェブサイト、EWCS

力の分配の平等化に務め、権力の不平等について正当化を求め、個人の尊厳の一層の尊重を要求する。

イタリアとリトアニアにおけるいじめの自己報告されたレベルと「実際」のレベルの大きな不一致を説明するのに高い権力距離があげられる一方で、フィンランドの情報源は、低い権力距離と適切、公正、尊重及びディーセントな処遇に対する労働者の高い期待が、容認の敷居値を低く維持していると言う。同様の理由について、デンマークでは、フラットな組織と低い権力距離のゆえに、加害者が上司よりも同僚であることのほうが多い。Hofstedeのウェブサイト上で入手可能な国別の指標及びEWCS2010のASBの総合指標を用いて、図11は、暴力的行為と権力距離の間の負の関係を示している。自己評価ASBがEU平均より低いすべての諸国が、EU平均よりも高い権力距離を報告しているのに対して、平均より低い権力距離のすべての国が、EU平均よりも高いASBを報告している。チェ

コ共和国とフランスだけが、両方指標について平均より高く報告しており、それゆえ緊張した状況を概述している。

かかる関係性の説明力は無視できないが(暴力の約30%)、労働に関連した社会文化的特異性や組織的ファクターの両方に関して、他の説明ファクターの余地も残っている(図10)。さらに、高い報告がASBに対する低い容認によるものかという疑問や、それらのeffective occurrencesにおけるギャップはいまだ解決されていない。この不確実

性は、加盟諸国におけるより系統的かつ大規模な調査を必要としている。

(続く) 

付録2:国コード

- | | |
|-----------|------------|
| AT:オーストリア | BE:ベルギー |
| BG:ブルガリア | CY:キプロス |
| CZ:チェコ共和国 | DE:ドイツ |
| DK:デンマーク | EE:エストニア |
| EL:ギリシャ | ES:スペイン |
| FI:フィンランド | FR:フランス |
| HR:クロアチア | HU:ハンガリー |
| IE:アイルランド | IT:イタリア |
| LT:リトアニア | LU:ルクセンブルグ |
| LV:ラトビア | MT:マルタ |
| NL:オランダ | NO:ノルウェー |
| PL:ポーランド | PT:ポルトガル |
| RO:ルーマニア | SE:スウェーデン |
| SI:スロベニア | SK:スロバキア |
| UK:イギリス | |

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



欧州及び世界的な職業がんの根絶

Jukka Takala, ETUI Working Paper, 2015.10

要約

主要な労働関連健康リスクを防止し、行動のための解決策を確認することを明確な優先課題とする必要がある。EUその他の産業化諸国における死亡数を踏まえれば、明らかに労働におけるがんは最大の脅威である。この深刻ではあるが、予防可能な疾病は、大部分の国で急速に労働現場における最大の殺人者になりつつある。われわれは、職業がんを根絶するという、より野心的な目標をもつことができるし、もつべきである。これは、とりわけ労働関連がんを引き起こす、または寄与することが知られている、発がん因子、物質及び付随するプロセス、アレンジメントや仕事への曝露を漸進的減低によって達成されるべきである。このためには、結果を生むことが示されている、新たな証拠に基づいた方針及び慣行を確認及び普及するための、幅広い欧州及び国際的協力を必要としている。

はじめに

がんの流行は、世界中で重要な公衆衛生上の関心事である。がんに関する社会的不平等の中

心的決定因子としての労働条件の役割に対する認識が高まっている。25年前に欧州連合は、労働関連がんの労働現場における予防を改善するために、その最初の国際的指令を採択した。多くの関係者にとって、新たな知見や現出しつつあるリスクに対する立法や方針を採用すべきときである。

この検討結果報告書は、欧州及び世界的な職業がんの根絶という、明確な目標をもったより強力な方針のための論点を示すものである。確立された曝露に基づいて計算された、一貫性のある負荷の推計を示す。効果的な予防の基本原則を示すとともに、様々な関係者による系統的な取り組みを求める。職業がんは根絶することができ、予防は多くの労働者の生命を救い、欧州市民の公衆衛生に大きな貢献をすると考える。

職業がんについてわかっていることの要約

諸報告にみる一致しない推計

WHO/IARCによれば、世界でがんは毎年820万人を殺し、毎年1,400万件の新たながんが見つかる。2035年までに、死亡率は78%、発症率

は70%増加するだろう。EU28か国では、2013年に131.4万のがん死亡と予測された。がんは多因子疾病であり、修正が困難な原因因子もあるものの、労働によって引き起こされるがんは、疾病につながる曝露を低減または根絶することによって予防できることは明らかである。実際、これらのがんは対処するのがもっとも容易であり、「このようなリスクはたいてい低減または根絶さえすることもでき」、もちろん倫理的に[別の]選択肢は存在していない。

国際労働機関(ILO)は、世界で毎年、労働災害によるものの2倍、666,000件の死亡が職業がんによって引き起こされていると推計している。欧州連合(EU28か国)では、労働災害による数字の20倍、毎年102,500件の死亡が生じている。

EUを含めた高所得諸国(WHO分類)において、がんが最大の殺人者であることは疑いない。肺がんは、全職業がんの54~75%を占めている。最良の推計によれば、疫学研究は、職業曝露が、全がんの5.3~8.4%、男性では全肺がん死の17~29%を引き起こしていることを示している。アスベストは今日、肺がんの55~85%を占め、他のがんやアスベスト関連疾患を引き起こしているが、これは過去に予防することができたものである。EU28か国における102,500件の職業がん死亡のうち、アスベストは毎年、30,000件(古い推計)~47,000件(本文書に基づく)の間を占め、その数字はいまも上昇している。平均余命の延長及び伝染病や傷害など他の死亡の原因の漸減のために、がん及び職業がんの死亡率が増大している。労働曝露は、肺がんなど、致死率の高いがんを引き起こす。もっとも重要な10の職業発がん因子は、全職業がん死亡の85%を占めている。

労働におけるがん、職業がんの負荷とは?

DollとPetolは1981年に、全がん死亡の4%及び肺がん死亡の12.5%は労働によって引き起こされたものと推計した。これらは、現在の知見及びIARCにより確認される発がん因子の数の漸増からして過少推計であった。男性において全肺がんの約17~29%は職業曝露によるものであり、肺がんは職業がんの54~75%を占めている。

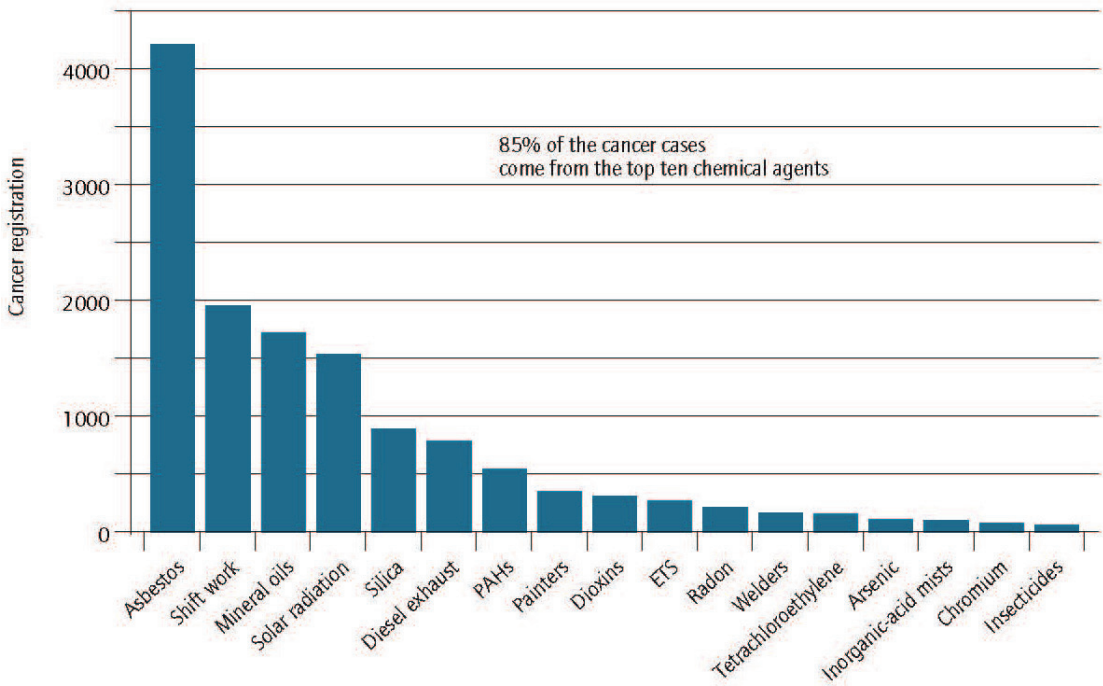
ILOによって発表された最新の国際データは、2010年及び2011年のデータに基づいて、毎年約666,000件の労働関連がんが生じていることを示している。2008年のデータからは、世界で610,000件の職業がん死亡という推計が得られる。これら二つの数字のセットは一貫しているが、アメリカにある、WHO報告(WHOはデータを保証していないが)を含めた国際的データを収集している保健指標評価研究所(IHME)は、毎年労働災害によって引き起こされる死亡159,000件に対して、選択された発がん因子により引き起こされた労働関連死亡304,000件を示している。ILOは、致命的労働災害について毎年353,000件という別の推計ももっている。

また、IHMEとランセットの出版物は、西欧において毎年20,660人が職業性発がん因子によって殺されていると報告しているが、この数字は、イギリスだけで毎年8,010件の職業がんによる死亡と推計した、最近BJC[英国がん雑誌]に発表されたイギリスの研究と調和させるのが困難である。フランスの大統領フランソワ・オランドは、「労働関連がんは、毎年少なくとも14,000人に影響を与えている。(フランスで)200万人が定期的に発がん化学物質に曝露している」と言って、行動計画を開始した。ILOの方法論に基づいた、EU推計に関する別のセットは、2008年にEU15か国及びEU27か国で年間各82,000件及び95,000件の致命的職業がんがあったとしている。

欧州における職業がん

ILOの世界推計及びWHO分類での高所得諸国-北米のアメリカとカナダ、大部分の欧州連合諸国、日本、オーストラリア、ニュージーランド及びシンガポールを含む一に対応した寄与割合は、2011年のWHO死亡率データに基づき悪性新生物(職業がん)による死亡が212,000件に達した。2014年の労働安全衛生に関するギリシャ議長国任期中会議のために作成された最近の報告のなかでは、このEUのシェアは102,500件の死亡であった。2014年8月のILO-ISSA世界会議の場で発表された最新のデータは、WHO及びILOによる2010年及び2011年

図4 もっとも多い発がん因子とイギリスにおける労働での曝露



のデータに基づいてEU28か国におけるこの推計を確認している。

ILOによる職業がんに関する以前の世界推計は、労働に関連した世界の死亡の32%はがんに関連したものであると確認した。しかし、職業がんは、非常に急速にグローバル化しつつあり、多くの産業化しつつある諸国で全労働関連死亡における職業がん死亡の割合が高所得諸国のそれに近づいている。例えばEUでは、職業がん死亡はすでに全労働関連死亡の53%であり、57%からの割合の小さな減少は循環器疾患のシェアがわずかに増加したためである。様々ながんの種類による、標準化発症率(SIR)、相対危険度(RR)及び結果的に寄与割合、罹患率及び死亡率は、ノルディック諸国のがん登録を用いた1,500万の人々と45年のフォローアップ期間を対象とした調査に示されるように、ばらつきが大きい。

102,500件の職業がん死亡のEU加盟国別のおおよその内訳を表1[省略]に示す。この推計は、各加盟国における曝露レベル推計のばらつきを考慮

せずに、欧州レベルのデータに基づいている。より正確な推計のためには、しかし、詳しい曝露データ及び新たなEU CAREXデータベースが必要であろう。それらは現在のところ入手できない。様々な機関による推計方法の調和化を図り、そうした問題を解決する緊急の必要性がある。しかし、経験は、われわれは職業発がん因子、変異原性及び生殖毒性物質について研究すればするほど、否定的影響の推計は高くなりそうである。さらなる調査研究の必要性は、何もしないことの言い訳に使われてはならない。今日解決策をたてれば、死亡及び生年損失の大部分またはすべてを根絶できるのである。

職業性発がん因子、プロセス及び職業への曝露

国際がん研究機関(IARC)によって、既知またはおそらくヒトに対して発がん性、各々グループ1及び2aに分類された179因子(化学物質または曝露状況)が存在している。別に、ヒトに対して発がん性の可能性がある、グループ2bに分類された285因

子もある。これらの因子の大部分は労働において見つかった、または、環境タバコ煙のように労働現場に存在している。例えばディーゼルエンジン排ガスなどのリストへの最近の追加によって示されるように、その他の物質、因子やプロセスも発がん因子であるという指摘も存在している。また、内分泌かく乱物質がホルモン関連がんに関与している可能性もある。性差要因もさらに調査研究されるべきである。IARCの発がん因子分類リストは継続的にレビューされ、予防原則が適用される必要がある。

こうした因子から労働者を守るために、根絶及び管理の手順のヒエラルキーが存在しており、原則として職業がんは完全に予防可能である。しかし、労働関連がんの事例はいまなお生じ続けている。フィンランドにおける職業原因に帰すことのできるがん死亡の割合は8.3%（男性では13.2%）であり、イギリスでは5.3%（男性では8%）で、8,010件のがん死亡及び14,000件近くのがん事例に等しい。現在の職業関連がんの推計は、何年も前の有害因子への曝露の結果生じているが、有害物質は労働現場にいまなおみられ、将来の疾病のリスクをもたらしている。シリカやディーゼルエンジン排ガスなど、いくつもの物質はプロセスで生じるもので、異なるかたちで規制され続けている一方で、交替労働など、他のことは相対的に新しいリスクで、労働現場でよりよく管理される必要があり、労働安全衛生ルールのもとで規制されている。

職業曝露の包括的な実態を入手するために、フィンランドやカナダ、EUなど、多くの国と地域で、がん曝露登録（CAREX）や職業曝露マトリックス（JEM）が開発されてきた。

曝露を推計するひとつの方法は、オーストラリアの労働曝露調査のように、ある地理的領域における労働年齢の男女無作為な集団にインタビューを行うことによって、発がん因子への職業曝露の現在の割合を調べることである。イギリスで実施されているもののように、産業曝露の定期的な全国調査を、入手可能な情報に役立つように追加することもできる。加えて、曝露の経時的傾向に関する情報は、国内及び各国間の管理計画の有効性に関するわれわれの理解の改善に役立つ。ノルディッ

ク諸国における調査のように、生涯曝露及び職業による関連がんの計測は、個人データが困難である限り重要であろう。住民対象症例対照研究及び職業別自己調査と関連づけた、全国または産業規模の曝露データも、追加できるかもしれない。

EU CAREX（発がん因子曝露データベース）に基づき、職業性発がん因子はEUの5人の労働者に1人に影響を及ぼしている、または、被雇用者の23%が発がん因子に曝露していると言える。カナダの最近の調査によれば、対応する数字は43%、オーストラリアでは37.6%であった。低いレベル、低い疾病リスクで曝露している大部分の労働者も、全体的な疾病負荷に寄与しているだろう。曝露は、疾病リスクに釣り合った措置によって管理されなければならない。それゆえ、疾病にもっとも寄与する領域に明確に目標を定め、優先的行動を必要とする場所を決定するために、有害物質に曝露する労働者の割合及び曝露のレベルやパターンが曝露者のなかでどのように異なるかを知ることが重要である。ケベックは、労働における発がん因子を確認するために、実践的な出版物を発行した。

アスベスト曝露が最大の殺人者

アスベスト関連疾患の過少推計の可能性

アスベスト関連の死亡数に関して、数年前にWHOは107,000件の推計を与えた一方で、ILO及びEUは各々毎年100,000件及び112,000件の死亡と推計した。これらはおおむね一致しているというものの、最新の調査研究に基づいて、IHMEの数字ではアスベスト起因肺がんの数が過少推計されてきたと指摘されている。アスベスト曝露の代用として中皮腫を用いて、McCormackらは、使用されたアスベストの種類によって、中皮腫との関連で肺がんの数は、中皮腫事例の2から10倍の間、中央値は中皮腫死亡1件について6.1件の肺がんであることを示した。

各国—例えばフィンランド—では、中皮腫とアスベストによる肺がんとの比は、アンソフィライト・アスベストのゆえに、約1:4と推計されてきた。2001年における点推定値は、42件の労働関連中皮腫及び59件

の全中皮腫であった。肺がんを含め、約210万の労働力人口のうちの839件の全労働関連死亡のなかで、208件の肺がん死亡と42件の中腫腫、合計250件の死亡－他のがん部位は含まれていない－がアスベストによるものであった。しかし、2010年にフィンランドで登録された数は、中皮腫91件であった。フィンランドにおける全職業がん死亡の推計値をイギリスと比較すると、フィンランドの労働人口はイギリスよりも若干10%少ない。2005年のイギリスについてのRushtonの推計は、全アスベスト関連職業がんについて4,216件、そのうち1,937件の中皮腫、及び合計で8,010件の職業がん死亡があった。中皮腫は補償されうるものとしてはるかに一般的に認められているのに対して、アスベストによる肺がんは、多原因及び労働関連寄与割合（AG）の相対的低さのゆえに、うまく－またはしばしばまったく－登録または補償されていない。国の補償慣行においては、原因因子の要求されるレベルは、相対危険度RR=2.0に相当する、全原因の50%超であることが多い。さらに、疾病負荷を個人ごとに区別することはしばしば非常に困難である。

過去用いられてきた中皮腫と労働関連肺がんの間の比率は1:1であった。例えば、Rushtonは、2004年にイギリスでアスベストによって引き起こされた1,937件の中皮腫と2,223件のアスベスト関連肺がんの登録及び死亡があり、それらの数は増え続けていると推計した。肺がんの数が－そうであると明らかになったように－まったくもっと多かったら、アスベストによる肺がんの推計だけで、IHMEの可視化により示された世界疾病・傷害負荷で報告された発がん因子によって引き起こされたものの数字をはるかに超える。肺がん、中皮腫及び喉頭、卵巣、おそらくは結腸直腸がんなどその他のがんを引き起こすアスベスト曝露の包括的な状況を、CAREX曝露推計や職業曝露マトリックスを用いて適切に調査すべきである。

しかし、これは現実的にはすべての国ですぐに行うことはできない。アスベスト曝露の合理的な代用は、国または地域で使用されたアスベストのトン当たりアスベスト消費量であろう。アスベスト消費は、ほとんどの国で驚くほど似ており、約3分の2のア

スベストは、屋根、壁材や水道管などのアスベスト・セメント製品に使用された。残りのアスベストは、ブレーキパッドや断熱材、ガスケットその他に使用された。国際比較は、平均して、ある国で使用されたアスベスト170トンについて1件の中皮腫を引き起こすことを示している。

中皮腫についてと同様に、トン当たりアスベスト消費量とアスベスト関連肺がん死亡（ARLC）との関係に関する上述と同じような代用を用いると、アスベスト関連肺がんについての相対危険度RR=2.3、寄与割合AF=男性について13.8%、女性について2.2%に基づいた推計では、中皮腫とARLCの間の比は1:3.5（上述のデータに基づき1:3.5254）で、McCormackらによる平均1:6.1よりなお低い。結果的に、アスベスト消費量48トンごとに1件のARLC死亡を引き起こすことになる。

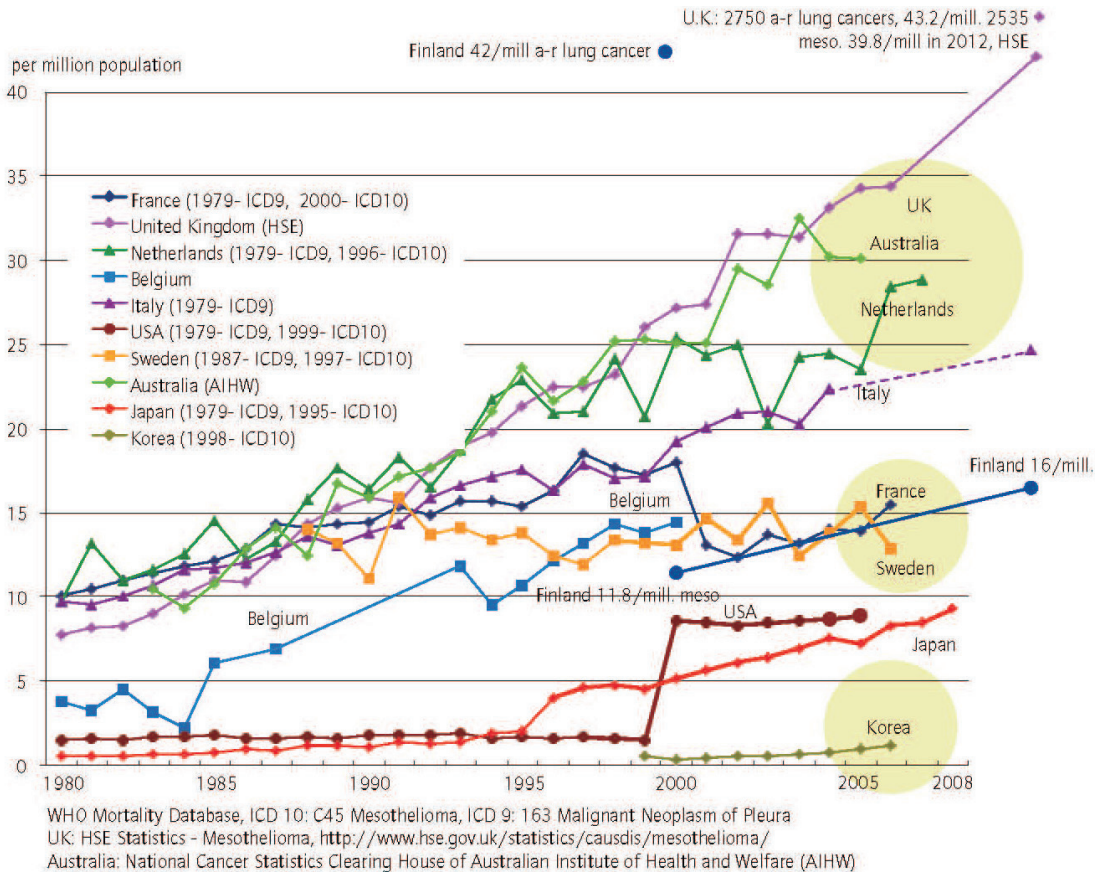
日本の産業医科大学の高橋謙教授チームによってまとめられたWHOの未調整〔年齢調整されていない〕死亡率CMRに関する最新のデータは、未調整死亡率CMR、中央値推定が世界的に中皮腫について百万人当たり8.0件であることを示した。しかし、欧州連合加盟国EU28か国についてのCMRは、27加盟国をもとにして（WHOデータではギリシャのデータが抜けている）、人口百万人当たり18.50件の死亡である。この数字を用いることは、EU全体の人口－2010年に5億10万人－の外挿のゆえに、過大推計と過少推計の両方をもたらす可能性がある。諸国を、①中皮腫率と人口について最新の具体的CMRによる高中皮腫国（イギリス、オランダ及びイギリス）と、②平均的な中皮腫CMRのその他の諸国の二つのグループに分割すれば、結果は十分に信頼できるものになるだろう。

世界的には、（平均的な中皮腫率の日本を除く、図5参照）アジア諸国のように、相対的に低い中皮腫率のひとつまたはそれ以上のグループを加えることができるだろう。

結果的に、

- － 各国で報告された中皮腫の実数を用いて、イギリス(2,423)、オランダ(481)、イタリア(1,402)において4,306件の中皮腫合計死亡、及び
- － EU28か国の人口5億10万人とEU27か国の平

図5 中皮腫と関連したアスベスト関連がんの死亡率及び提案するグループ分け



Sources: Figure elaborated by Sugio Furuya, additions by Takala and Goh 2014. The last figure for Italy is taken from Takahashi et al.

均率人口百万人当たり16.6件 (492,118,400人のEU27か国の人口のなかから8,191件の死亡、WHOデータではギリシャが抜けているが、5億10万人のEUデータには含まれる)に基づいて、残りのEU28か国において6,062件の中皮腫死亡で、合計してEU28か国において10,368件の中皮腫死亡となろう。最新の2013年の世界疾病負荷調査が33,700件の死亡と推計したのに対して、世界の中皮腫死亡は31,000件~39,000件の範囲内と推計された。

二つのグループについてのアスベスト関連肺がん死亡は、
 - イギリス、オランダ、イタリアにおいて15,180件のア

スベスト関連肺がん死亡、
 - 残りのEU28か国において21,371件のアスベスト関連肺がん死亡で、合計して
 - 2010年にEU28か国において36,551件のアスベスト関連肺がん死亡である。

二つの死亡を合わせた数は、アスベストによって引き起こされた肺がんの中皮腫による死亡が合計46,919件になる。これにはなお、喉頭、卵巣、おそらくは胃、結腸直腸、咽頭など、その他のアスベストによって引き起こされる労働関連がんは含まれていない。過去にイギリスで用いられた中皮腫とARLCとの間の伝統的に低い未調整死亡の比率では、EU28か国におけるアスベスト関連肺がんの中皮腫

による死亡は合計26,000件という結果になったであろう。その他のがんや石綿肺が、アスベストによって引き起こされた死亡者数に加わることになる。

問題を生じさせているのは過去における曝露だけでは無いということに留意しなければならない。とりわけアスベストは、将来数十年にわたって欧州の労働生活のなかに存在し続け、適正な規制措置、既存の構造物や装置、機器の管理及び除去作業を必要としている。

図5において、フィンランド及びイギリス(安全衛生庁による数字)におけるアスベスト関連肺がんについては、RR=2.3、AF=男性13.8%、女性2.2%を用いている。

報告、方針及び慣行

- (i) 職業がんを根絶するために、世界及びすべての地域において、労働による曝露の適切な程度かつ継続的な低減を促進及び唱導する必要がある。
- (ii) 世界から天然痘を根絶するWHOモデル、既存の「アスベスト関連疾患根絶」及び「珪肺根絶」のための計画を踏まえて、「職業がん根絶」に関する国際計画を立ち上げるべきである。
- (iii) 専門家団体を含めILO、WHO、すべての関係する組織と連携すべきではあるが、EUはそのような計画に向けて中心的促進者にならない。これは、許可及び制限のプロセスにおいて、発がん性、変異原性及び生殖毒性物質の代替化を促進するREACHプログラムの完全実施によって行うことができる。また、労働者保護法令の見直し、拘束力のある職業曝露限界の設定、及び、前出図4に列挙した、結晶性シリカ、ディーゼル排ガスや木材粉じんなど、特定の発がん因子への曝露に関連した[法令]執行の確保を勧告することもできる。欧州連合は、化学製品の重要な世界的生産者として重要な役割を負っている。EUはまた、相対的に強力な規制権限をもち、職業がんを根絶するための方針モデルを設定することができる。発がん因子への曝露及び労働関連がんに関する欧州リスク観測所報

告書のなかで包括的な一連の結論及び勧告が示されている。

当面の目標及び方法

予測される否定的結果に関する信頼できるデータはもちろん、問題の規模、曝露のレベル及び曝露労働者数に関する統合された科学的証拠の提示様々な種類の状況、文化、国、部門及び労働現場の規模に対して適応可能な、証拠に基づいた解決策に関する勧告の提供

高い影響力をもった雑誌へのよく準備された報告及び論文の掲載を通じた知見の共有

労働関連がんの根絶に関して影響を及ぼすよう欧州の諸機関及び欧州加盟国を動員し、ILOと現在確立されつつあるその労働安全衛生基幹[Flagship]プログラム及びWHOとその協力センターのネットワークを通じ、IARCのこの領域における努力を支持し、各国の関係者を通じた世界的行動を動員して、徐々にこの取り組みを拡大する。

方法

- (i) 国際的な機関、協会、研究所及び研究者を含め、信頼できる情報源から出発して、開かれた透明な協力連携を確立する。
- (ii) 労働関連がんを根絶するための調査研究及び取り組みのための基金その他の財源を設立する。
- (iii) 不一致または相反する情報はもちろん、科学的に確認され、一般に受け入れられた鍵となる証拠を確認する。
- (iv) この問題に関連したひろく受け入れられた論文、報告及び科学的証拠を批判的にレビュー、編纂及び作成する。
- (v) 信頼できる機関、メディア、出版物及び容易にアクセスできる権威ある情報源を通じて、容易に理解できかつ説得力のあるやりかたで、知見を普及、宣伝及び促進する。最近の労働安全衛生協会(IOSH)イギリスに本拠を置く世界的ネットワークの「NO TIME TO LOSE」キャンペーンは、このようなプログラムの卓越した事例で

ある。

- (vi) 世界的なアスベスト禁止。その他の発がん性、変異原性及び生殖毒性物質を根本的に制限し、危険なプロセスを中止し、職務を修正する。既存の建物、構造物及び機器のアスベストを厳密に管理及び規制する。
- (vii) プログラムを採用及び支持するようILO、WHO及びEUとその加盟諸国を説得するために、世界的及び地域的ネットワークを活用する。

次のステップ

この協力連携の提案は、以下のために関係者を結集することを意図したものである。

- (i) 発がん性、変異原性及び生殖毒性物質及び因子の確認及び曝露の根絶、及び関連する労働プロセスの修正を通じて、労働におけるがんを根絶するための、地域-例えば委EU内-における行動を含めた、国際行動計画を確立する。
- (ii) すべての関係者と協力し、また、とりわけ労働者と使用者及び彼らの組織を巻き込んで、同様の国家計画を作成するためにILO、WHO及びEU加盟国を動員する。
- (iii) 過去のILO/WHOプログラムと同じモデルを用いて、ILOとWHOがプログラムに参加するよう説得する。
- (iv) 欧州労働安全衛生機関及び欧州委員会は、EU内におけるかかる取り組みを協力して支援すべきである。
- (v) 職業がん及び曝露を提言・根絶する方法に関する論文、手引き及び報告を起草する。組織の個々の研究者に頼るよりも、貢献するための協力者のネットワークを確立すべきである。
- (vi) いったん合理的な知見が得られたら、今後の取り組みのための十分な重みづけが与えられるようにするために、信頼できる調査研究団体、当局及び機関による裏打ちが必要である。これには、重要な研究所、政府機関、労働者と労働組合を含むその組織、使用者組織、部門別産業団体、国際的及び地域的プレーヤー、環境NGO、及び、ICOH、IOHA、AIHA、ISSA、IOSH、IALI、ラマッチーニ協会などの協会が含まれる。

- (vii) 成果物の起草及び/またはピアレビューに参加するために、フォーカスポイント、関心をもつ団体及び専門家のグループが必要である。関心をもつ関係者がそのようなネットワークのメンバーを確認するかもしれない。

労働におけるゼロ・がんへのに向けた結論

- (i) アスベスト曝露は、発がん因子に関して過去の不十分かつ遅い決定がいかに深刻な流行を生み出すかを示す実例である。アスベストがすでに禁止されている国においてさせ、大きな割合の労働者がいまなお発がん因子に曝露していることから、今後より一層野心的な目標が必要である。
- (ii) EUは、化学品の生産、労働者保護及び環境問題に関連したものなど、いくつかの連結された領域における立法権限をもっていることから、ユニークな機会をもっている。
- (iii) 国際協力は、時間の遅れを回避するのに大いに役立つことができる。「ゼロ・労働関連がん」に向けた野心的なプログラムを促進しようと望むのであれば、EU、WHO、ILO、その他の機関間の協力連携が不可欠である。開発国から開発途上国へのリスクの輸出を回避することもきわめて重要である。



Dr. Jukka Takalaは、シンガポール労働省の上級コンサルタント、ICOH-CIST会長である。

Eunice Yong、高橋謙、Kurt Straif、Lesley Rushton、古谷杉郎、John Cherrie、Rob Aitken、Midori Courtice、Laurent Vogel、Michel Hery、その他多くの方から本文書への貢献を受けた。

[図5は、クボタ・ショック後に全国安全センター・古谷杉郎事務局長が作成した図に、Jukka Takala氏がいくつかの情報を追加したもの。]

発行：ETUI(欧州労働組合研究所)

※<https://www.etui.org/Publications2/Working-Papers/Eliminating-occupational-cancer-in-Europe-and-globally>

原発災害⑬クビの嵐

柚岡明彦

福島市内の避難所になっている「あづま総合体育館」で2011年4月19日、南相馬市小高区から避難中の遠藤和弘さん(36)から話を聞いた。遠藤さんの自宅も工場も小高区内にあり、3・11のときは工場内にいた。

携帯電話や車の電子機器チップを水晶体から製造する工場だった。有毒物質も扱っているその工場の床と天井が崩れてきて機械も止まった。クリーンルームも使えなくなった。その時点で仕事は中断となり、自宅待機となった。翌日の3月12日、東京電力福島第一原発の事故の影響で南相馬市は大混乱におちいり、遠藤さんら住民は避難者となってちりぢりばらばらとなった。

工場の同僚と携帯電話や携帯メールで今後どうなるのだろうと連絡を取りあった。会社からは「3月いっぱい自宅待機」と言われていた。しかし遠藤さんも同僚もうすうす気づいていた。おそらく、いや、間違いなく、解雇だろうと。もしかしたらほかの系列の工場に異動ということもあるかもしれないが、遠藤さんら勤め人は何百人もいる。技術者は大丈夫だろう。でも、我々一般の作業員はだめだろう……。

遠藤さんはこの時、正社員だった。高校を卒業後の20歳の時に派遣社員として来たのがこの工場だった。約1年間の勤務で働きが認められて正社員に登用された。勤続16年だからベテランの域に入っていた。

まずは契約と派遣から切った

2011年当時、正社員は遠藤さんをいれて250人から260人いた。契約社員や派遣社員をあわせると計300人が工場に勤めていた。しかし業績の悪化が続いていたため、この年の2月末で契約社員と派遣社員がいっせいに切られた。「そして売上げを伸ばしていこう、という時に震災でした」

4月になって結果がはっきりした。やはり解雇だった。最初は携帯電話にかかってきて告げられた。その後、南相馬市の北西に接する伊達市にある

実家に、正式な解雇通知が送られてきた。これで遠藤さんは毎月70～80時間の残業代とあわせて月40万円の収入を失った。

生活保護の申請を考えている

南相馬市小高区にある家は地震や津波の影響は無かったが、放射能があつて戻れない。「原発さえ無ければいつでも戻れるのですが、戻ったところで仕事はありませんし」

伊達市梁川町の実家は山の造成地に建っていたこともあって、裏の崖が崩れて家の中に土砂が流れ込み、屋根も押しつぶされて半壊状態だから、もう住めない。

それで遠藤さんはあづま総合体育館に来ているのだった。専業主婦の妻は具合が悪くなったため自分の実家に帰った。

こうして仕事も住むところも何もかも失った避難中の遠藤さんは、生活保護を申請することを考えていた。「(解雇された悔しさは)ありますけれど、戻れるならば戻りたいですが、会社も『厳しい』と言っていましたし。東京にも工場があるんですが、合併やら人員削減やらの話を震災前から聞いていましたし」。再雇用は絶望的なのだという。

地震と津波は天災だが……

「こういう機会に介護の資格を取ってはどうかと奥さんに言われていますが、あと、住む場所ですよ。いつかは仕事をしないと生活が成り立たないですけど、まずは住む場所ですよ」

「柳川の実家は農業をしていたんですが、もう今年は農業はできないだろうと。風評被害で。やればやるほど赤字になる、作物を出荷するのも時間がかかる」と説明を受けています」

「まずは原発を早く収めてもらわないと話になりません。もう仕事が無くなり、お金もないって言う人はたくさんいますので。早くて元にお金が入ってくるようになって欲しいですね。そんなところですね、今のところは。地震と津波は天災だから仕方がないけれど、原発ですね」



三春町の夜の滝桜

遠藤さんはそんなことを語った。



翌日の2011年4月20日、今度は福島県の南を訪ねることになった。福島市にあるハローワーク福島前での取材で気づいたクビの嵐は、南ではどうなっているのかを知りたかったからだ。

向かったのは三春町だ。今回の原発事故で原発作業員やその家族らが大量身を寄せている田村市と、経済規模で県都・福島市を上回る郡山市に挟まれるようにしてある小さな町。爆発事故を起こして大量の放射能をまき散らした東京電力福島第一原発からちょうど西にあり、半径約50^キ圏の線が町内を走っている。

三春の滝桜

国道288号を北福島のタクシーでゆく。運転手の角田賢三さん(53)がつぶやく。「本来は今の時期、このへんは観光バスですごい渋滞なんですけれどね」。町には、淡墨桜(岐阜県本巣市)、神代桜(山梨県北杜市)とならんで日本の三大桜と称される三春滝桜がある。推定樹齢1000年。滝のようにひろがる枝から滝のように桜の花びらが散り舞うまさに滝桜。毎年4月が見ごろだ。東日本大震災で震度5強の揺れに襲われたが、エドヒガンザクラの樹木に被害はなかったようだ。無事に開花し、私の訪問から2日後が満開の予定だった。まさに今は、本来ならば全国から観光客が殺到している最高潮の時期である。町の観光協会によると、例年30万人

がこのときは5分の1に減りそうだという。

三春町の桜はそれだけじゃないんですよ、と角田さんは続けた。「ここは寺ごとに、町中に、すばらしい桜がいっぱいあるんです」「でも今の時期、全く客が入ってこないんですよ」と悔しがった。角田さんはシングルパパだ。1年前に車内にはりだした自己紹介文にこう書いてある。「温泉・旅行・野球・スキーが大好きです。☆一緒に人生の旅をする方募集集中!ただし当方5歳の男子付き

です」。なかなかちゃめつけのある人だ。その子どもは小学校にあがったばかりだという。「孫みたいなんですよ。1人で育てているのでだっ子になっちゃって」と苦笑いした。その笑いのなかには、このまま水揚げ上がったりがつづく自分の生活も子育てにも相当な支障がありますという心配がにじみで



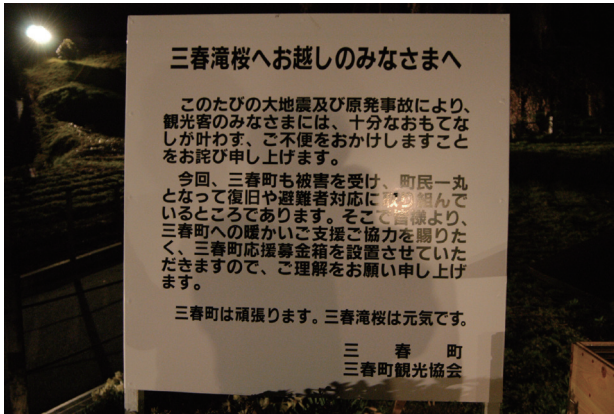
避難所となっている三春町の体育館避難所を訪ねた。福島市の体育館避難所とくらべてここはやはりこぢんまりとしている。しかし1階のフロアにも2階の階段席にも寝泊まりする人の布団が敷き詰められているのは同じだ。

ちょうどハローワークの書類を見つめている人がいた。富岡町から非難してきた先崎啓成さん(50)だった。

先崎さんはホテルマンだった。勤め先のビジネスホテルは東京電力福島第一原発がある大熊町にあり、倒壊は免れたが存続不可能だという。原因はもちろん原発である。

「必要なのは仕事です!自分の都合で辞めたわけではなく会社が存続できない!3月25日に会社からの説明があるので東京に来られる人は来てくれ!我々は雇われる側なので何も言えません!」

声をかけると先崎さんは憤りを一気にぶちまけ始めた。約1カ月前、今後についての説明があるからとホテルの運営会社がある東京に呼び出されたとい



滝桜の案内看板(左)と滝桜いき観光バスの時刻表(右)



う。被災者を呼び出しておいて、かつ、宣告された結論は事実上のクビだった。そのことへの怒りをどうしようもないほどに抑えきれず、さらにやるせなさも上乘せされている原因は先崎さんの「身分」だった。

ホテルマンへの道

先崎さんが生まれ育った富岡町は「東電で成り立っている」ところだった。町民の多くが東電の原発関連の仕事に就いていた。「だから無人駅なのに立派な道路があるんです。私自身は原発に対して何となくの『嫌』を感じていましたが、雇用や生活を考えればやむを得ないですよね。原発反対派は東電と関係が無くても仕事ができる人でしょうね」

先崎さんは町外に出ることを選んだ。高校を卒業後、東京で1年間の浪人生活。専門学校に2年間通った。第1希望の旅行会社への就職はかなわず、第2希望のホテルマンに東京でなった。最初の7年間はベルボーイとフロント係。そのつぎに経理部門を15年間。東京のホテルで計22年間はたらいだ。

しかし経理部門の激務に体調を壊して退職した。横須賀市で3年間はたらき、離婚を機に富岡町に戻ってきた。隣町の大熊町にある今のビジネスホテルで働き始めたのは2008年5月。最初はパートで、ほどなくして準社員——先崎さんによると、正社員よりも下の扱いだがパートのちょっと上の待遇だという——になった。

立地の場所からも宿泊客は東京電力関係の人が多かった。長い人は1年間も宿泊し、ここから原発移設へ通った。数カ月の滞在はごく普通にあっ

た。「1年間も泊まる人とは、つまり1年間毎日顔を合わせ続ける関係ですよね。そこに親近感がわくんです。そうすると客の顔色で何を捜しているのか、どんなことに困っているのかが分かるようになります。そうすると何か手伝いをしたくなります。まあビジネスホテルなのでそこまでなくても構わないんですが。接客が性格にあっているんでしょうね。ホテルマンというのは接客が全てですね。来てから帰るまで客がいかに満足するかが勝負ですよ」

3・11の夜勤

3・11の日は夜勤につく予定だった。富岡町の自宅で仮眠中に「尋常ではない揺れ」があった。さいわい自宅は壊れはしなかったがタンスが倒れて窓ガラスも割れた。すぐにホテルに電話した。誰も出ない。町内にあるJR夜ノ森駅へ電車が動いているかどうかを見に行こうと思って自宅を出た。道路のあちこちが陥没していた。「とんでもないことが起こったんだ」と改めて思った。駅に着いたが当然電車は動いていなかった。それでも先崎さんは「ホテルにどうしても行かないといけない」と考えてタクシーに乗った。

こうして3・11の夜勤が始まった。地震でぐちゃぐちゃになったホテル内を片付けようにも、それどころではないぐちゃぐちゃぶりだった。厚さ10センチはある窓ガラスも割れていた。パソコンはつながらず、事務所もレストランも原形をとどめていなかった。あらゆるものが散乱していた。「客を接遇する状態ではありませんでした」

当時、72人が宿泊していて満室だった。宿泊客をロビーやレストランに避難させ、部屋からかき集めた毛布を配った。自室での宿泊を希望する客に対しては、真っ暗なホテルの中を懐中電灯で先導して非常階段を上り下りした。それと割れた窓ガラスの目張り作業も。先崎さんから従業員は毛布をひざに掛けて待機し、余震が起こる度に巡回に追われた。「お客さんの生命が第一ですから」。3・11の夜はそんなふうの仕事に追われた。

翌3月12日の朝が来た。宿泊客の多くは東京から来た人たちであり、とにかく早く東京に戻らないといけないというので次々と出ていった。先崎さんは、残っていた約20人の客と一緒に歩いて大熊町役場に向かった。そこからバスに乗って三春町へ避難した。最初は三春中学校の体育館に、約1カ月後の4月13日に今いる三春町の体育館に移った。持ってきたものといえば、ズボン1着・靴下・靴・シャツ1枚・セーター・ジャンパー。あとはノートだけしか入っていない小さなバッグ。「あとは何にも無しです。次の日に帰る予定でしたから」

正社員と準社員

先崎さんは3・11をホテルマンとして必死に対応したが、避難生活中に東京に呼び出されて受けた説明は悲しかった。

まず、大熊町のビジネスホテルについて会社側の説明は「ホテルをやるつもりはない。客にも荷物はあきらめてもらう」だった。ホテルには宿泊客の荷物が数多く残されていた。それを回収・返却することなくホテルは閉鎖するということだった。「それでいいのかと思いましたが」

次に、先崎さん自身の身の振り方だ。ホテルの運営会社は各地に関連会社を持っているため、先崎さんはそこへ出向させてくれないかと求めた。「会社で仕事を斡旋してください」とお願いした

先崎さんに、「できる限りのことはします。しかしできないこともあります」というのが会社の答えだった。そして震災から1カ月以上すぎた4月20日になっても斡旋はない。

「準社員の立場の人には冷たいんだなと思いましたが。それで自分でハローワークで探しはじめています。いまはいかんせん避難所にいるので、仮設住宅に申し込んで住む場所を確保してそれから本格的に活動するつもりです」

怒りを一気に吐き出したあと、身を寄せている三春町の体育館で先崎さんは私にポソポソとつぶやいた。

「しかし……もう自分の立場から考えるとあきらめています。私は正社員じゃないし、年齢的にも厳しいでしょうし。会社から切られても仕方がないと思っています。私の上司のフロントマネージャーは契約社員でした。私より若い44歳でした。私よりは将来性があるだろうし、会社への貢献度も高い人だったんです。その人も震災時のゴタゴタから逃げずに対応した人でした。そうした人は会社の財産のはずですよ。それなのに会社はその人もスパッと切ったんです。私だけならばともかく、なぜ彼まで？せめて出向あつかいはできなかったのでしょうか」

先崎さんは再び「スパッとですよ」と言った。同時に手のひらを横滑りさせて無念の思いを表現した。そして続けた。

「ひとり、30歳前の正社員がいました。2年前にレストラン係として入社したんです。どうしようもないやつでしたよ。レストラン係なのに声が小さい。リーダーシップがない。ミスも多い。そのミスを隠す。そんな感じでした。それなのに正社員ということで次の働き先を用意してもらったんです。この差は大きいよなと……。それが現実ですから……」

先崎さんにとって残された唯一の財産は、かばんの中のノートだという。避難生活が始まってから日々の出費を抑えようと支出額をノートに記すようになった。さらにこのノートには、ホテルマンとして日々気づいた「仕事のノウハウ」もメモしてある。「自分の教科書なんです」と言った先崎さんだが、このノートが役立つ日はもう来ないだろうと感じて



2年目の過労死等啓発月間 全国等●29会場でシンポ、ソウルで講演会も

2015年11月は、2年目を迎えた「過労死等防止啓発月間」。

7月にまとめられた「過労死等の防止のための対策に関する大綱」（2015年10月号参照）に基づき、厚生労働省は「民間団体が取り組むシンポジウムを支援して開催」するなどした。

シンポジウムは全国29会場で開催され、特設ウェブサイトによる申し込みの受付等は民間受託業者（㈱プロセスユニーク）によって行われた。

<https://www.p-unique.co.jp/karoushiboushisympo/>

厚生労働省は、長時間労働削減推進本部（大臣が本部長）の指示の下、2015年1月から、1か月当たり100時間を超える残業が行われたとされる事業場や、長時間労働による過労死などに関する労災請求があったすべての事業場を対象とする、長時間労働が疑われる事業場に対する監督指導を実施。9月29日の発表によると、半年で3,602事業場に対して上述の監督指導を実施。4～6月実施の2,362事業場のうち、約63%に当たる1,479事業場で違法な時間外労働を確認したため、是正勧告を行った等としている。

11月を「過重労働解消キャン

ペーン」を実施する月とも位置付けて、「過重労働解消相談ダイヤル」（11月7日に8労働局で対応）やセミナー（委託事業）を実施。11月24日の結果発表によると、相談ダイヤルには488件の相談が寄せられた。また、2014年9月1日から委託事業（NTTマーケティングアクト社が受託と伝えられている）として、水曜を除く平日夜と土日の日中に対応している「労働条件相談ホットライン」に、4月1日から11月7日までの約7か月間に16,788件の相談があったとしている。寄せられた相談のうち、労働基準関係法令上、問題があると認められるケースについては、労働基準監督署に情報提供を行い、監督指導を実施するなど、必要な対応を行うとしている。

労働行政でも事業委託が拡大されるなかで、「お役所的対応の悪さ」が、解消されるところか、継続・拡大されたり、新たな問題を生じさせていないか監視が必要であろう。また、シンポジウムに全国過労死を考える家族の会等が関わっていることで期待される面と、「お役所的対応」とのせめぎ合いで大変な苦労が予想されるなかで、幅広い関係者が関心と注目を寄せ続けることが重要であると思われる。実際、2年目にし

てすでに使用者側の関与は、昨年と比較してかなり低下しているのではないかと懸念される。

一方で、2014年11月1日に（独）労働安全衛生総合研究所に「過労死等調査研究センター」が設置され、大綱では、同センター等において、「過労死等に係る労災認定事案、公務災害認定事案を集約し、その分析を行う。また、過重労働と関連すると思われる労働災害等の事案についても収集を進める」等とされている。同センターのウェブサイトでは、2015年度からの研究テーマとしてすでに、「中小企業における過重労働・メンタルヘルス対策の現状と課題について」「過労死等の実態解明を防止対策に関する総合的な労働安全衛生研究」のふたつが紹介されている。

<http://www.jniosh.go.jp/groups/overwork.html>

9月19日には、韓国の労働環境健康研究所、ソウル地方弁護士会人権委員会、民主社会のための弁護士会労働委員会の主催で「日本の過労死防止法の制定に関する講演会」が開催されて、過労死防止全国センター/過労死防止学会代表幹事の森岡孝二氏、家族の会の寺西実子共同代表、岩城穰弁護士が参加。森岡氏から、2016年第2回目の過労死防止学会に韓国からの参加が提案されたという。

その第2回過労死防止学会は、大阪開催の方向性が確認されていて、1月中にも日程・会場が確定する予定である。

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



設備工事会社の仕事で中皮腫 愛知●遺族が会社との直接交渉で和解

藤本良一さんは工業高校卒業後、1966年4月から1991年12月まで、東京に本社のある大手設備工事会社の名古屋支店で、団地等の空調設備や水道設備工事現場の監督として働き、鉄骨にアスベストを吹き付けている環境で作業をしたり、空調配管、断熱、保温、ボイラー関係の工事で石綿を含有する製品を加工したりして、アスベストに曝露した。

その後転職し、設計事務所では人材管理の仕事をしていた2013年10月25日、出勤途中で突然息が苦しくなり、歩くのも困難になって、職場近くの東京通信病院に駆け込んだ。検査の結果、悪性胸膜中皮腫と診断され、単身赴任先の東京から名古屋に戻り療養を始めたが、2014年1月12日、わずか80日余の療養の後、帰らぬ人となった。57歳だった。

良一さんのお連れ合いの不二子さんがアスベストユニオンに加入し、ユニオンが不二子組合員や息子さんとともに大手設備工事会社と交渉した結果、会社が遺族に3,500万円の和解金を支払うことで解決した。7月に名古屋で合意文書の調印が行われ、調印後、会社は良一さんのお墓にお参りした。

私が、普段仕事をしている名

古屋市八事の近所に住む藤本不二子さんから最初に相談を受けたのは2014年4月。内容は、「名古屋市立大学病院に入院していた夫が1月に悪性胸膜中皮腫のため亡くなった。若いときに建築物の空調設備等を施工する大手設備工事会社の現場監督をしていたので、そのときにアスベストを吸ったのだと思い、労災申請をしたが、会社から事業主証明をもらえず、すでに退職していた先輩に夫の仕事について労働基準監督署に話をしてもらった。労災が認められるかとても不安」というものだった。不二子さんも良一さんと同じ会社の元従業員で、事務員をしていて知り合い結婚したという。

ほどなく5月に労災認定されたが、不二子さんの悲しみは深く、良一さんの話をするときは、いつでも涙ぐんでおられた。昨年、やはり中皮腫で私立学校教師だった夫を亡くした方が労災認定を求めて国を相手に闘っている裁判に、不二子さんが傍聴に来られた。私が、裁判所の待合室で不二子さんに、アスベストユニオンに加入して会社と交渉してはどうかと思い切って尋ねたところ、不二子さんはユニオンに加入し、会社と交渉することを決断し

た。そこで、さっそく要求書を作成し、会社に団体交渉を申し込んだ。

1回目の団体交渉は、2015年2月23日に東京弁護士会館で行われた。会社側は総務部長と弁護士が出席。ユニオン側は川本書記長、不二子組合員と息子さん、執行委員の私が出席。息子さんは東京で働いており、団体交渉に駆けつけてくれた。

当初、会社側弁護士が、「当方には違法性がないので損害賠償金をお支払する義務はありません」とけんもほろろの対応。アスベスト労災についてよく理解していないのがわかった。これに対し、川本書記長が最近のアスベスト労災の損害賠償裁判の判例などを踏まえて反論。不二子組合員は、「夫を返してほしい。夫は会社のために全身真っ白になって働いていた。私も事務員として夫と同じ会社に勤めていたので現場の様子は知っている」と訴えた。また、夫の療養中に会社が労災保険請求書の在籍証明を拒むなど非協力的だったことについて「会社のために働いて病気になったのになぜ証明してくれなかったのか」と激しく抗議した。総務部長が「このことは上層部に伝える」ということで団交は終了。

2回目の団体交渉は、4月1日に東京弁護士会館で行われた。会社は前回と態度を変え、現場で使用されていた保温材やパッキンの一部にアスベストが含まれていたことを認め、良一さんの職業病発症と労災保険請求手続

に協力しなかったことに対して謝罪して、損害賠償金2,500万円を支払うことを申し出た。不二子組合員が、労災保険請求用紙に会社が証明をしなかったことを激しく問い詰めると、総務部長は「申し訳なかった」と言うのみ。川本書記長が、逸失利益を踏まえて損害賠償を再検討するよう申し入れ、会社側が再検討することになった。

その後半月ほどして会社からファックスには、労災請求手続時に不快な思いをさせたことへの謝罪や、損害賠償金3,500万円を正式な稟議を経たうえで提示

したいと考えているとあった。また、これまでのアスベスト労災認定者は1名で、すでに死亡していること、良一さんの元同僚や退職者に対しては、OB会を通じてアスベスト健康被害情報を提供することなどが記されていた。

良一さんのケースが早く解決したのは、不二子組合員が堂々と自身の主張を会社側に伝え、息子さんも団交に参加し、家族全員で取り組んだことが大きかったと思う。

(アスベストユニオン執行委員・名古屋労災職業病研究会

成田博厚)



月も入院することは稀であり、入院保障の期間よりも通院保障の期間が長い保険に加入することが重要であることを語られた。

渡邊ひろみさんの講演の部では、まず、ガンは昭和56年から日本人の死因の1位で、平成22年に約80万例が新たにガンと診断され、平成25年にガンのために年間約36万人が亡くなっているが、すべてのガンの5年生存率は平均で58.6%であり、現在ではガンは長く付き合っていく「慢性疾患」となっていることが説明された。

近年では若年・中年層でもガン患者が増えてきているが、病気を抱える労働者の約92%が就労継続を希望し、未就労者でも約70%が就労を希望している状況が紹介され、治療と仕事の両立に対するニーズが非常に高いことがうかがえた。

また、平成25年に行われた労働者が治療と仕事を両立する上で必要だと感じる支援に関するアンケートでは、第1位が体調や治療の状況に応じた柔軟な勤務形態(47.8%)、第2位が治療通院目的の休暇・休業制度(45.2%)、第3位が休暇等の制度が利用しやすい風土の育成となっており、社内での制度・運用・配慮の一体的な取り組みが必要であることを説明された。しかし、現状では正規雇用者の14%、非正規雇用者の25%が病気に伴い退職しており、正規雇用者の51%、非正規雇用者の44%しか治療と仕事の両立ができておらず、改善が必要であると説明された。

働くガン患者は、①検査・入院・

「働くガン患者の就労支援」

兵庫●労働安全衛生セミナーを開催

9月11日、神戸市勤労会館において、NPO法人ひょうご労働安全衛生センターの第4回労働安全衛生セミナーを開催した。特定社会保険労務士の渡邊ひろみさんから「働くガン患者の就労支援について」をテーマに講演が行われ、35名の方々にご参加いただいた。

講演に先立ち、ろっこう医療生活協同組合の看護師の田上美紀さんから「働くガン患者」としての体験談を語っていただいた。田上さんは看護師長という責任のある立場であり半年を超える休業であったが、治療前に綿密な仕事の引き継ぎを行い、治療

中も職場復帰に向けて現場の職員と連絡を取り合うなど職場の協力を得ていた。円滑に治療に入り無理のない職場復帰を実現するには職場の理解が不可欠であることを述べられた。

また、休職中に健保組合から傷病手当金が支給されたものの、給与の3分の2の額でしかなく社会保険料も負担しなければならぬため、収入が従前の約半分になってしまうので経済的な負担が大きいことを挙げられた。加えて、これまでの医療保険では入院保障を手厚くしている場合が多いが、手術後は1週間から10日ほどで退院するケースが多く、何か

手術後の後遺症の業務への影響、②手術後の治療スケジュールと業務の調整の難しさ、③経済的負担（治療費の負担、働き続けなければならない経済的な必要性（家計やローンの返済等））、④社内の偏見（普通に働くのは無理、通院のための早退や休業に対する同僚の理解がない）という4つの困難に直面していることを挙げられた。

これら支援方法について、①及び②については、職場への伝え方・治療計画と制度の確認・職場での人間関係の把握と配慮の引き出し方等についての助言が重要になること、③については、公的制度（年金制度・健康保険・介護保険・雇用保険）、民間制度（生命保険・がん保険・簡易保険・住宅ローン・貯蓄）についての詳細な情報提供、④については、社内の配慮が不可欠であるものの紛争解決援助制度の利用、退職に関する支援が必要となる場合がある旨の説明がなされた。

平成18年にがん対策基本法が成立し、現在では平成28年度までの5年間を対象としたがん対策基本推進計画が策定されている。そのなかで、重点的に取り組むべき課題として、「働く世代や小児へのがん対策の充実」が挙げられており、平成25年度から厚生労働省によるがん患者の就労に関する総合支援事業として、全国各地にがん診療連携拠点病院（相談支援センター）が置かれ、仕事と治療の両立の仕方、仕事復帰の時期、仕事の復帰に向けた準備、職場への伝え

方、関係機関の紹介などについて、就労の専門家である社会保険労務士・産業カウンセラー・キャリアコンサルタントなどに相談できる窓口が設けられていることが紹介された。また、ハローワークにおいてもがん治療の拠点病院との連携の下で、長期にわたる治療等のために離職を余儀なくされた求職者等に対する個々の希望や治療状況を踏まえた就職支援が実施されていることも紹介された。

最後に、働くがん患者の就労支援においては、①情報の整理、②問題の明確化、③使える制度の確認、④具体的な解決方法の検討、という支援の流れが必要なので、自分自身や家族ががん患者となった場合には、一人や家族だけで悩むのではなく、会社の上司、人事部、産業保険スタッフ、その他の公的機関などに対して相談することが重要



（ひょうご労働安全衛生センター）

仕事中的事故によるうつ病

東京●以前の職場での事故で労災認定

精神障害の労災認定では、被災者がどのような出来事を経験し、そのストレスによっていつ精神障害を発症したのかが重要なポイントとなる。

労災で重傷を負った被災者から、「重度の病気やケガ」をしてうつ病を発症したとして労災申請したところ認められなかったという相談が、東京労働安全衛生センターに寄せられた。

被災者から話を聞くと、うつ病は労災で足を大ケガする前から治療しており、発症時期をたどっていくと、前の職場で起きた仕事のトラブルにたどりついた。

Aさん（男性、現在45歳）は、古紙回収の会社に勤務し、パッカー車を運転して古紙や段ボールを回収、運搬する仕事をして

いた。2010年の1月、取引先の現場でパッカー車の後部に段ボールを詰めようとして足で押し込んだところ、回転プレートに右足が巻き込まれ、右第3～5指切断という大ケガを負ってしまった。業務中の災害のため労災保険で療養、休業を続け、12級の後遺障害が残った。障害認定後も右足に強い痛みが続いていたため、麻酔科を受診。「幻肢痛、局所疼痛症候群I型」の治療として、腹部に神経刺激装置を埋め込み、痛みを緩和する手術を受けるとなった。幸いこの治療も再発として認定され、2012年3月、障害等級が併合8級に認定された。

Aさんは、足の大ケガをした直後からうつ状態で心療内科に

通っていたが、会社と復職をめぐる対立し、解雇されてしまった。仕事を失ったことで精神的にも追い詰められ、うつ病が悪化し、入院治療するようになった。そこで足の大ケガが原因でうつ病が増悪したとして労災請求したところ、認定されなかった。労働基準監督署は、診療記録からAさんはそれ以前からうつ病を患っており、今回の労災の大ケガはうつ病の増悪要因には当たらないと判断したのだ。

Aさんは、2008年に別の運送会社で仕事中に人身事故を起こして退職していた。その頃から抑うつ状態になり、心療内科にかかっていた。人身事故を起こしたことへの自責の念と、業務上の責

任を問われて退職せざるを得なかったことがきっかけになったと思われた。

そうならばと、今度は当時の運送会社を管轄する労基署に労災を請求してみることにした。一旦業務外とされた事案だが、労基署は、Aさんのうつ病が「業務に関連し重大な人身事故、重大事故を起こした」ことによる強度のストレスで発症したと判断し、労災認定した。

Aさんは昨年来、職業リハビリセンターで復職に向けて準備を整えてきた。今年、会社との労災の民事賠償の裁判も和解が成立。新しい仕事もみつかって、いまは運転手として働いている。

(東京労働安全衛生センター)

10月17日、広島・山口支部設立10年の総会・記念講演会を広島弁護士会館において開催しました。総会は古川会長の挨拶ではじまり、世話人による2014年度の活動・会計報告、2015年度の活動・会計計画、役員人事等の承認を得て、終了しました。

記念講演では、写真家の今井明氏による「患者と家族の会とアスベスト問題の過去・現在・未来」について、古川会長による「アスベストの被害に向き合って」の題で講演があり、アスベスト問題をテーマに、アスベスト被害者と患者の会の設立からの歩みや問題を取り組まれた両氏が写真やパワーポイントで解説をされました。

「先輩方の歩まれた努力で現在の私たちがいることを忘れてはいけない」と強く思いました。参加者は30名あまりでしたがほとんど顔見知りであり、和気あいあいのある会で親睦を深めました。

次の10年に向けての活動は現状把握をしながら会員の皆さんと問題点について話し合いを行い、先輩支部の経験を参考にし、また、新たな活力を得て支部カラーが出るように進めて行きます。

(患者と家族の会の会報から)

患者と家族の会支部10周年

広島・山口●広島で記念講演会を開催

中皮腫・アスベスト疾患・患者と増加の会広島・山口支部は2005年9月29日、広島市西区三篠公民館にて女性6名と男性の患者2名の会員が広島・山口県から集まり、広島支部設立総会を開催して歩み始めました。世話人に選出された笠原さんは、当初から8年にわたり、家族的な雰囲気のある会としてまとめられ、運営をされて来られました。現在はその意志を引継ぎ運営しています。

2015年10月末現在、広島・山口支部は、広島県内では患者5

名・家族7名・賛助会員1名・賛助2団体で、山口県内では患者17名・家族8名であり、両県での会員数は40名を有する会に成長をしています。

ストレスチェック実施プログラム

厚労省●改正法施行に向け配布を開始

【厚生労働省】事業者向けに「厚生労働省版ストレスチェック実施

プログラム」の配布を開始します

労働安全衛生法に基づき、1年に1回、労働者数50人以上の事業者がストレスチェックと面接指導を義務付けることなどを内容とする「ストレスチェック制度」が、本年12月1日から施行されます。そのため、厚生労働省では、平成27年11月24日より、事業者がストレスチェック制度を円滑に導入・実施していただけるよう、ストレスチェックの受検、結果の出力等を簡便に実施できるプログラムを無料配布します。

今後も、厚生労働省では、事業者がストレスチェック制度を適切に導入し運営していくための支援・周知に取り組んでいきます。
【配布開始】平成27年11月24日
【配布方法】下記URLにリンクされるサイトにてダウンロードにより配布

厚生労働省ホームページ「ストレスチェック等の職場におけるメンタルヘルス対策・過重労働対策等」
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/>

＜注意喚起：平成27年11月24日～平成27年11月30日までプログラムをダウンロードされた方へ＞

※11月24日（火）から公開しているストレスチェック実施プログラムの簡易版（23項目）の質問に、一部記載誤りが見つかりました。

記載誤りが見つかったのは11月30日（月）で、早急に修正したプログラムに差し替えました。お手数をおかけして大変申し訳ございませんが、11月24日（火）～11月30日（月）までにプログラムをダ

ウンロードされた方につきましては、再度修正後のプログラムのダウンロードをお願いいたします。

（プログラムの記載誤りの内容）

簡易版の23項目の質問項目のうち、「STEP2 最近1カ月の状態について」の質問の9が、正しくは「気分が晴れない」であるものが、誤って「物事に集中できない」になっていました。

「厚生労働省版ストレスチェック実施プログラム」の機能

1 労働者が画面でストレスチェックを受けることができる機能

*職業性ストレス簡易調査票の57項目によるものと、より簡易な23項目によるものの2パターンを利用可能

*紙の調査票で実施しデータ

化されたものをインポートすることも可能

2 労働者の受検の有無を把握する機能

3 労働者が入力した情報に基づき、あらかじめ設定した判定基準により、自動的に高ストレス者を判定する機能

4 個人のストレスチェック結果を出力する機能

5 あらかじめ設定した集団ごとに、ストレスチェック結果を集計・分析（仕事のストレス判定図の作成）する機能

6 集団ごとの集計・分析結果を出力する機能

7 労働基準監督署へ報告する情報を表示する機能



※<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000104425.html>

病院労働者の筋骨格系障害

韓国●郵政労働者は長時間労働で労災多発

病院労働者、3人に1人は不眠症・筋骨格系疾患に苦しむ

病院労働者の職業性災害発生件数が、最近急激に増加していることが明らかになった。

保健医療労組が8月20日に発表した「2015年病院労働者の健康と労働安全実態」によれば、最近3年（2012～2014年）間で年平均863件の職業性災害が発生した。以前の11年（2004～2014年）間の年平均発生件数

299件の2.8倍に達する数値だ。

実際に多くの病院労働者が筋骨格系疾患や睡眠障害を訴えた。労組が組合員1万8,629人を対象に業務上疾病発生の有無を尋ねたところ、29.1%が筋骨格系疾患を経験したと答えた。27.7%は睡眠障害を体験。打撲傷や骨折（16.8%）がそれに続いた。その他にも感染症や結核、うつ病、職業性がんもあった。健康状態に影響を与える睡眠の質も

百点基準で39.6点であった。

これに対する措置や補償は不十分だった。調査参加組合員の20.8%が「病院で業務上災害が発生したとき、十分な措置と補償がされなかった」と答えた。最初から措置と補償がなされなかったという応答も12.3%にもなった。十分に満足する補償と措置がされたという応答は3.1%にとどまった。

労組は「病院労働者が健康でなければ、患者に良い医療サービスを提供することができない」として、「患者尊重・職員尊重・労働尊重の病院作り運動によって、健康な労働環境を確保する」とした。

郵政労働者の事故の原因は長時間労働

国会・未来創造科学放送通信委員会のムン・ビョンホ・新政政治民主連合議員が郵政本部から提出させた、郵政職・集配員の災害率と死亡率の内訳によれば、2010年から2014年までに郵政職公務員1,308人、集配員1,546人が業務上災害に遭った。郵政職公務員に含まれている集配員の人員を勘案すれば、5年間に1801人が災害に遭ったこと

になる。同じ期間に郵政職公務員24人、集配員26人が事故で亡くなった。郵政職公務員では事故よりも心臓まひ・脳出血などの疾患で亡くなったケースが多かった。集配員は同期間に交通事故で13人が死亡し、疾患による死亡事例(9人)よりも多いことがわかった。

ソン所長は、郵政業務従事者の労災頻度が高い理由として、長時間労働を挙げた。韓国労働研究院が2013年7月から11月までに職員5,237人を対象にアンケート調査と深層面接を実施した結果、郵政労働者は法定労働時間より2.2時間多い11.03時間働いていることが明らかになった。回答者のうち47.2%が「1か月に3週以上は12時間以上の延長労働をする」と答えた。筋肉痛を経験した回答者は89.2%、腰痛を経験した回答者は24.2%に達し、長時間労働による疲労度が高く現われた。

ソン所長は「郵政労働者が長時間労働と過度な業務に苦しめられる問題を解決するためには、人員を補充しなければならない」と主張した。郵政本部は郵便の物量と売上額が減るとすぐに人員削減を実施した。2012年

に46億5千通だった郵便の物量は、昨年42億8千通に減少した。昨年、郵政本部は郵便事業部門で349億ウォンの純損失を記録した。郵政本部は情報通信の発達によって下落傾向が続くと予想して、リストラを実施した。

昨年、郵政本部は正規職職員1,019人を削減した。OECDの主要国対比の郵政人員比較資料によれば、郵政本部の人員は絶対不足の状態だ。ドイツは郵政従事者1人当りに国民195人、オーストラリアは1人当りに724人を担当するのに対して、わが国は1人当り1,163人を担当する。このような状況で郵政本部がリストラを実施し、郵政労働者の業務量が急激に増えた。

ムン・ビョンホ議員は「長時間労働は労災につながり、個人と家庭に致命的な被害を与える」とし、「郵政本部はリストラで経営効率を図るよりも、すべての労働者の人間らしい暮らしを保障しなければならない」と強調した。ソン所長は「朴槿恵政府が雇用率70%達成という目標を実現するためには、労働時間を減らし、新規雇用を増やさなければならない」と主張した。

(翻訳: 中村猛)



いますぐチェック!

石綿ばく露作業による労災認定等事業場データベース

http://joshrc.info/?page_id=70

全国安全センターと患者と家族の会で、事業場名、作業内容、所在地などのキーワードで検索できるデータベースにしました(2014年12月17日スタート)。2015年12月16日に厚生労働省の公表した「平成26年度石綿ばく露作業による労災認定等事業場一覧」情報も追加した最新版。ご活用ください。

全国労働安全衛生センター連絡会議

〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階

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

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

- 北海道 ● NPO法人 北海道勤労者安全衛生センター
〒060-0004 札幌市中央区北4条西12丁目ほろろビル4階 E-mail safety@rengo-hokkaido.gr.jp
TEL (011) 272-8855 / FAX (011) 272-8880
- 東京 ● NPO法人 東京労働安全衛生センター
〒136-0071 江東区亀戸7-10-1 Zビル5階 E-mail center@toshc.org
TEL (03) 3683-9765 / FAX (03) 3683-9766
- 東京 ● 三多摩労働安全衛生センター
〒185-0021 国分寺市南町2-6-7 丸山会館2-5 TEL (042) 324-1024 / FAX (042) 324-1024
- 東京 ● 三多摩労災職業病研究会
〒185-0012 国分寺市本町4-12-14 三多摩医療生協会館内 TEL (042) 324-1922 / FAX (042) 325-2663
- 神奈川 ● NPO法人 神奈川労災職業病センター
〒230-0062 横浜市鶴見区豊岡町20-9 サンコーポ豊岡505 E-mail k-oshc@jca.apc.org
TEL (045) 573-4289 / FAX (045) 575-1948
- 群馬 ● ぐんま労働安全衛生センター
〒370-0045 高崎市東町58-3 グランドキャニオン1F E-mail qm3c-sry@asahi-net.or.jp
TEL (027) 322-4545 / FAX (027) 322-4540
- 長野 ● NPO法人 ユニオンサポートセンター
〒390-0811 松本市中央4-7-22 松本市勤労会館内1階 E-mail ape03602@go.tvm.ne.jp
TEL (0263) 39-0021 / FAX (0263) 33-6000
- 新潟 ● 一般財団法人 ささえあいコープ新潟
〒950-2026 新潟市西区小針南台3-16 E-mail KFR00474@nifty.com
TEL (025) 265-5446 / FAX (025) 230-6680
- 愛知 ● 名古屋労災職業病研究会
〒466-0815 名古屋市昭和区山手通5-33-1 E-mail roushokuken@be.to
TEL (052) 837-7420 / FAX (052) 837-7420
- 三重 ● みえ労災職業病センター
〒514-0003 津市桜橋3丁目444番地 日新ビル E-mail QYY02435@nifty.ne.jp
TEL (059) 228-7977 / FAX (059) 225-4402
- 京都 ● 京都労働安全衛生連絡会議
〒601-8015 京都市南区東九条御霊町64-1 アンビジャス梅垣ビル1F E-mail kyotama@mbox.kyoto-inet.or.jp
TEL (075) 691-6191 / FAX (075) 691-6145
- 大阪 ● 関西労働者安全センター
〒540-0026 大阪市中央区内本町1-2-11 ウタカビル201 E-mail koshc2000@yahoo.co.jp
TEL (06) 6943-1527 / FAX (06) 6942-0278
- 兵庫 ● 尼崎労働者安全衛生センター
〒660-0802 尼崎市長洲中通1-7-6 E-mail a4p8bv@bma.biglobe.ne.jp
TEL (06) 4950-6653 / FAX (06) 4950-6653
- 兵庫 ● 関西労災職業病研究会
〒660-0803 尼崎市長洲本通1-16-17 阪神医療生協気付 TEL (06) 6488-9952 / FAX (06) 6488-2762
- 兵庫 ● ひょうご労働安全衛生センター
〒650-0026 神戸市中央区古湊通1-2-5 DAIEIビル3階 E-mail npo-hoshc@amail.plala.or.jp
TEL (078) 382-2118 / FAX (078) 382-2124
- 岡山 ● おかやま労働安全衛生センター
〒700-0905 岡山市北区春日町5-6 岡山市勤労者福祉センター内 E-mail oka2012ro-an@mx41.tiki.ne.jp
TEL (086) 232-3741 / FAX (086) 232-3714
- 広島 ● 広島労働安全衛生センター
〒732-0825 広島市南区金屋町8-20 カナヤビル201号 E-mail hirosshima-raec@leaf.ocn.ne.jp
TEL (082) 264-4110 / FAX (082) 264-4123
- 鳥取 ● 鳥取県労働安全衛生センター
〒680-0814 鳥取市南町505 自治労会館内 TEL (0857) 22-6110 / FAX (0857) 37-0090
〒682-0803 倉吉市見田町317 種部ビル2階 労安センターとっとり / FAX (0858) 23-0155
- 徳島 ● NPO法人 徳島労働安全衛生センター
E-mail info@tokushimajtuc-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 高知市薮野北町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
- 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

