

安全センター情報2017年1・2月号 通巻第445号
2017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



2017

1・2

安全センター情報



特集● 石綿健康被害補償・救済状況の検証

写真：全国安全センター第27回総会・泉南をめぐるツアー

人命よりも経済が優先される国

現代書館★新刊情報

戦前には、石綿の危険性がすでに認識されていた！
石綿問題を通して「止められない国・日本」を考える。

国家と石綿

ルポ・アスベスト被害者
「息ほしき人々」の闘い

【本書の特徴】

① 危険性の認識から全面禁止まで実に半世紀以上！

戦前には、研究者の間では既に石綿の危険性について認識されていた。しかし、日本で石綿使用の全面禁止が決まったのは2006年。石綿産業の発祥地・大阪泉南地域を舞台に人命に関わる重大な問題が半世紀以上も放置されてきた理由に迫り、「止められない国・日本」の宿痼を根本から照射する。

② 今なお石綿は生活圏に潜み、牙をむく危険がある

あまり報道されていないが、東日本大震災や熊本の震災でも、「震災瓦礫」に含まれる石綿の大量飛散が問題となっている。石綿禍に倒れた「息ほしき」人々の肉声を拾い、石綿公害の危険性に迫る。

③ 歴史から黙殺されていた人々が歴史を創ったドラマ

在日コリアン、同和地区の人々、へき地や離島出身者、炭鉱離職者ら貧しく仕事を選べなかった石綿被害者が弁護士や支援者らとともに集団訴訟に立ち上がり、歴史的な判決を勝ち取り、歴史を創った「群像の勝利」を描く。

定価 2700円＋税 四六判 上製 376頁
ISBN978-4-7684-5789-4

8年にも及ぶ綿密な取材が結実！「人の命を重くする」判決を
勝ち取るまでの日本民衆運動史に残る感動の記録！



永尾俊彦 著

1957年、東京都生まれ。毎日新聞記者を経て、現在、ルポライター。著書『貧困都政』（岩波書店）、『公共事業は変わるか』（岩波ブックレット）、『ルポ諺早の叫び』（岩波書店／石橋湛山記念早稲田ジャーナリズム大賞奨励賞受賞）、『干潟の民主主義』（現代書館／平和・協同ジャーナリスト基金奨励賞受賞）等。

帳合・番線印

現代書館

※お近くの書店にこのチラシをお持ちください。送料無料で取り寄せられます。
※代引き宅配をご希望の場合は書籍代＋送料 230円でお送りできます。
〒102-0072 東京都千代田区飯田橋 3-2-5 <http://www.gendaishokan.co.jp/>
TEL 03-3221-1321 FAX 03-3262-5906 Twitter @gendaishokan

国家と石綿

定価 2700円＋税
ISBN978-4-7684-5789-4

11月下旬発売！

ご担当

様

冊

特集1 石綿健康被害補償・救済状況の検証

救済率継続増加維持しつつ 「隙間なし」実現に改善が必要

救済への「紛れ込み」増加を懸念 2

◆座談会 大阪・泉南アスベスト国賠訴訟◆ 32

石綿健康被害救済小委員会報告書確定版 41

特集2 職業がんをなくそう

福井・膀胱がん事件契機に集会

第2回福井集会から2017年東京開催へ 48

「膀胱がんの業務上外に関する検討会」報告書 54

欧州・職業がん根絶キャンペーン

「中期的視点：すべての化学物質に関する単一のOSH指令」 65

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

スイス：非労災被害者を支援する基金を創設 75

伊：シュミットハイニーの容疑、過失致死罪に変更 76

英：アスベスト請求が学校に千万ポンドの打撃 77

米：EPAがTSCA最初のレビュー対象物質選定 78

ついにカナダがアスベスト禁止へ+関連情報 79

各地の便り/世界から

厚労省●過労死防止対策白書、成果はこれから 85

愛知●教師の石綿被害認めぬ名古屋地裁判決 87

埼玉●埼玉地裁、教師の中皮腫に初の勝訴判決 88

東京●第二次倉町腰痛労災裁判、控訴審へ 90

兵庫●長時間労働による急性大動脈解離認定 91

東京●「龍基金」から「ブラック企業と闘う望基金」 94

長野●松本で初めてのアスベスト相談会を開催 94

岐阜●フィリピン人技能実習生の過労死を認定 95

韓国●電磁波による電気工のがんの労災申請 96

救済率継続増加維持しつつ 「隙間なし」実現に改善が必要 救済への「紛れ込み」増加を懸念

「隙間ない救済」検証の変遷

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2月3日に成立、同年3月27日に施行されたのが、石綿健康被害救済法である。

「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かなか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。

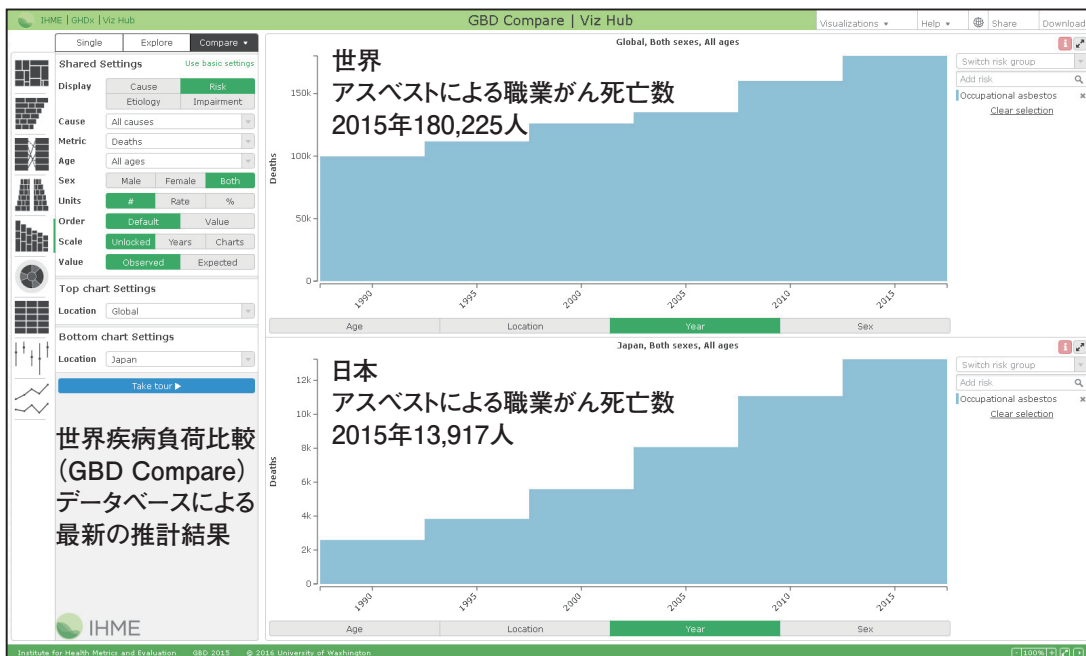
政府・関係省に代わって全国労働安全衛生センター連絡会議が独自に検証を行ってきた（安全センター情報2008年12月号、2010年1・2月号、2010年

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、2016年1・2月号参照—今回が9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。

実際には1年遅れて平成25年度版統計資料から「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、本誌が14頁表5で示しているものとまったく同じ作業を行ったデータであり、それが本誌から8か月程度遅れて公表されるかたちになったわけである。

昨（2016）年4月20日に開催された中央環境審議会石綿健康被害救済小委員会で配布された「石綿健康被害救済制度の施行状況について」の資料中の「（参考）労災保険制度との連携強化②（中皮腫死亡者の推計）」では、初めて「救済制度の認定を受けた後、元国鉄・アスベスト補償制度、国家公務員災害補償制度、地方公務員災害補償制度など他法令から給付の決定を受けた者」のデータが追加された（1995～2014年に死亡した者計42名）。これに対して、古川和子委員（中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会会長）が、それらの制度から給付決定を受けた者すべてのデータを入手して示すよう求めた結果、同年6月22日の第2回小委

員会には「前回頂いた御指摘事項に関する資料」のひとつとして、「国家公務員災害補償制度、地方公務員災害補償制度、元国鉄職員に対する業務災害補償制度等の対象となった者の合計」（同前221名）のデータが示された。加えると、全体の救済率が1%強引き上げられるという結果であった。

この作業を継続することが求められたが、2016年9月16日に環境再生保全機構が公表した平成27年度統計資料に含められた「各制度における中皮腫の認定等の状況（死亡年別）」は最初の小委員会資料のかたちのままで、「労災又は特別遺族給付金、船員保険制度以外にも、旧国鉄・アスベスト補償制度や国家公務員災害補償制度等において認定実績があるが、データの制約上、これらの件数は合計には含まれていない」としている。やればやれる作業をやらないと宣言しているように感じられる。

「隙間ない救済」の実現状況の検証は、以上のように、一進一退を繰り返してきている。

隙間なく救済されるべき対象

まず本誌が検証に用いたデータを確認しておく。

特集1/石綿健康被害補償・救済状況の検証

表2 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	「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)	患者数将来推計は改めて行う
全国の石綿肺がん患者数	中皮腫の1.0倍	- 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	肺がんの申請数は少ないため、医療機関への啓発等により引き続き取り組む
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	- 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	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

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、2016年9月8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～27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。

石綿による肺がん死亡者数については、表1では、中皮腫の「1.0倍」とされているが、本誌では、しばらく前に国際的な科学的コンセンサスととされていた、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、この点については後で少しふれる。

② 労災保険・労災時効救済・船員保険－厚生労働省はクボタ・ショックの後2006年から毎年6・7月頃に「石綿による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いる(2016年は6月28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(2016年は12月20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ている。

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27年度版によった(2016年9月16日

表2 GBDデータに基づいたアスベスト曝露による推計死亡数(世界／日本)

	世界				日本			
	1990	2000	2010	2015	1990	2000	2010	2015
職業曝露によるがん合計	99,801	126,098	160,187	180,225	2,591	5,589	11,077	13,251
①職業曝露による 中皮腫	11,676	14,070	19,188	22,822	232	526	1,106	1,437
②職業曝露による肺がん	86,281	110,011	138,493	154,601	2,348	5,043	9,939	11,773
③職業曝露による卵巣がん	940	1,068	1,292	1,397	7	13	19	25
④職業曝露による喉頭がん	904	949	1,214	1,405	4	7	13	16
中皮腫合計	18,214	21,368	27,849	32,373	426	820	1,476	1,869
⑤職業曝露を除いた中皮腫	6,538	7,298	8,661	9,551	194	294	370	432
職業曝露の占める割合	64.1%	65.8%	68.9%	70.5%	54.5%	64.1%	74.9%	76.9%
肺がん／中皮腫比率(職業曝露)	7.39	7.82	7.22	6.77	10.11	9.59	8.98	8.19
⑥石綿肺(合計)	1,578	2,362	3,231	3,597	27	79	205	234
合計(①+②+③+④+⑤+⑥)	107,916	135,757	172,080	193,374	2,812	5,962	11,652	13,917

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。前述の石綿健康被害救済小委員会がらみの動きのほかには、2016年に地方公務員災害補償基金がそのホームページ上に「石綿関連疾患に係る公務災害の受理・認定件数」及び「公務上死亡災害発生事例(石綿曝露による被災)」を掲載するようになったことが、最近の動きである。

世界のアスベスト死亡約20万

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、世界疾病負担(GBD:Global Burden of Disease, Injuries and Risk Factors)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。

最近、2015年9月11日発行のランセット誌にGBD 2013年調査の、さらに2016年10月8日にはGBD2015年調査の、最初の包括的分析結果が公表された。

これらによると、世界の発がん物質としてのアスベストへの曝露(アスベスト職業がん)による死亡として、GBD2013では194,252人(2013年)、GBD2015では180,225人(2015年)と推計されている。

疾病・リスク・地域等別の詳しいデータが「GBD Compare」データベース(<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>)で検索できるようになっており、GBD2013の推計について2016年7月号で詳しく紹介したところである。2頁の図の上段はこの世界、下段は日本について示した、GBD(2015)データベースの画面である。GBD2013から、発がん物質としてのアスベストへの曝露(アスベスト職業がん)としては、中皮腫、肺がんに加えて卵巣がん、喉頭がんも推計するようになっている。これらに加

特集1/石綿健康被害補償・救済状況の検証

表3 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	499	12	4	533	66	68	1,182
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	3	486	11	68	1,103
2015	1,504	539	8	4	573	9	81	1,211
労災等重複					△1,263	△215	△53	△1,531
合 計	24,210	6,760	904	73	4,106	3,169	559	15,571
救済率	100.0%	27.9%	3.7%	0.3%	17.0%	13.1%	2.3%	64.3%
分担率		43.4%	5.8%	0.5%	26.4%	20.4%	3.6%	100.0%
			49.7%		50.3%			
死亡年判明2015年以前			6,583	65	3,294	3,169	557	13,668
死亡年不明+生存等			1,081	8	812	0	2	1,903

石綿肺がん(「死亡者数」は中皮腫死亡者数の2倍と仮定)								
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	423	25	7	96	9	23	583
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	5	101	2	18	530
2015	3,008	363	12	6	105	1	24	511
労災等重複					△286	△30	△24	△340
合 計	48,420	5,197	547	66	861	118	148	6,937
救済率	100.0%	10.7%	1.1%	0.1%	1.8%	0.2%	0.3%	14.3%
分担率		74.9%	7.9%	1.0%	12.4%	1.7%	2.1%	100.0%
		83.8%			16.2%			
死亡年判明2015年以前			3,915	49	553	118	148	4,783
死亡年不明+生存等			1,829	17	308	0	0	2,154

えて、中皮腫の職業曝露によるとされたものを除いた部分、及び、職業曝露によるものの推計が示され

ていないのだが石綿肺のすべて、ともにアスベスト曝露によるものと考えることができる。それらすべ

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	8	587	13	86	1,633
2015	4,512	902	20	10	678	10	105	1,725
労災等重複					△1,549	△245	△77	△1,871
合 計	72,630	11,957	1,451	139	4,967	3,287	707	22,508
救済率	100.0%	16.5%	2.0%	0.2%	6.8%	4.5%	1.0%	31.0%
分担率	53.1%		6.4%	0.6%	22.1%	14.6%	3.1%	100.0%
			60.2%		39.8%			
死亡年判明2015年以前			10,498	114	3,847	3,287	705	18,451
死亡年不明+生存等			2,910	25	1,120	0	2	4,057

てについてのGBD2015による推計死亡数の世界と日本のデータをまとめたものが表2である。職業曝露以外のアスベスト曝露による肺がん、卵巣がん、喉頭がん死亡数は推計されていない。

世界のアスベストによる死亡は、現在約20万と推計されているといえることができる。しばらく前の約10万の2倍と推計されているわけである。

このような最新の推計を踏まれば、この検証において、「救済されるべき対象」として、肺がんは中皮腫の6.77倍（世界2015年）またはそれ以上とし、卵巣がん・膀胱がんも含めるべきであろう。しかし、後者については補償・救済の実績がなく、前者については補償・救済されている件数があまりにも少なく図4などでは見えなくなってしまうために、「一昔前に国際的コンセンサスとされていた2.0倍」として検証作業を行っていることをお断りしておく。

環境省は表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、現状行われていない。「隙間ない救済」実現状況の検証とアスベスト被害の将来推計は、車の両輪としてともに努力を継続する必要があることを強く指摘しておきたい。

中皮腫死亡は増加

わが国の中皮腫による死亡者数は、2014年にわずかに減少したが、前回「増加が止まったとみることはできない」と書いた。指摘したとおり、2015年は1,504人と増加。統計が入手できるようになった2005年の500人から3倍を上回るに至った。

表3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、「労災等重複」の欄に、2015年度末時点までに判明した労災等認定との重複（「救済認定を受けた後に労災保険など他の制度の認定を受けた」）件数を示した。

上表によれば、累計22,508件の認定のうち「重複分」1,871件(8.3%)が、「後に他制度の認定を受けた」ことになる。これは、結果的に内容も水準も相対的に上回る給付を受けられるようになることであるから、歓迎・促進すべきことである。

環境再生保全機構の統計資料では、「当年度」と「累計」について、この重複分を「含む」数字と「含まない」数字を示し、当年度以外の各年度別の数字は示されていない。本検証では、各年度版統計資料からとった「当年度」の「含む」数字を各年度の欄に示すとともに、最新年度版統計資料の「累計」の「含まない」数字を「合計」に示し、各年度欄の合計から「合計」欄を差し引いた数字を「重複分」として記載している。これが、統計資料に示された「累計」の「含まない」から「含む」を差し引いた数字と異なる場合があることを指摘しておきたい。

また、他制度による認定が労災保険、時効救済、船員保険以外の「元国鉄・アスベスト補償制度、国家公務員災害補償制度、地方公務員災害補償制度など」だったとすると、この検証データに含まれず、以前と比較して補償・救済件数の絶対数が減少する場合もあることに留意されたい。「重複」＝他制度による認定が増えることは歓迎すべきことなのだが、本検証においては、その結果として救済率が下がっている場合があるということである。

図1及び図2は、表3のデータをグラフ化したものである。両グラフでは、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。

中皮腫救済わずかに増加

中皮腫について言えば、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499件、2011年度543件、2012年度522件、2013年度528件、2014年度529件、2015年度539件で、労災認定件数の2015年度末までの累計は6,760件となった。

労災保険以外では、2015年度末までの累計で、新法労災時効救済904件、船員保険73件。新法生存中救済は（労災等重複分を除いた、以下同じ）正味4,106件。新法死亡後救済（施行前）は正味3,169件。新法死亡後救済（未申請）は正味559

件。新法合計では正味7,834件である。

2015年度末時点までの補償・救済の総累計は、重複分を除いて15,571件になっている。

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を抽出し、制度または労災等の給付を受けていない方に対し、制度を周知する事業）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。

中皮腫の補償・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。2015年度は1,214件で、106件9.6%増加に転じたが、予断は許さない。

「周知事業」は、効果が確認できているにもかかわらず、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セスの具体的な取り組みが必要である。

肺がん救済は2年連続減少

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423件、2011年度401件、2012年度402件、2013年度382件、2014年度391件、2015年度363件で、労災認定件数の2015年度末までの累計は5,197件となった。

図1-1 中皮腫：決定年度別の補償・救済状況

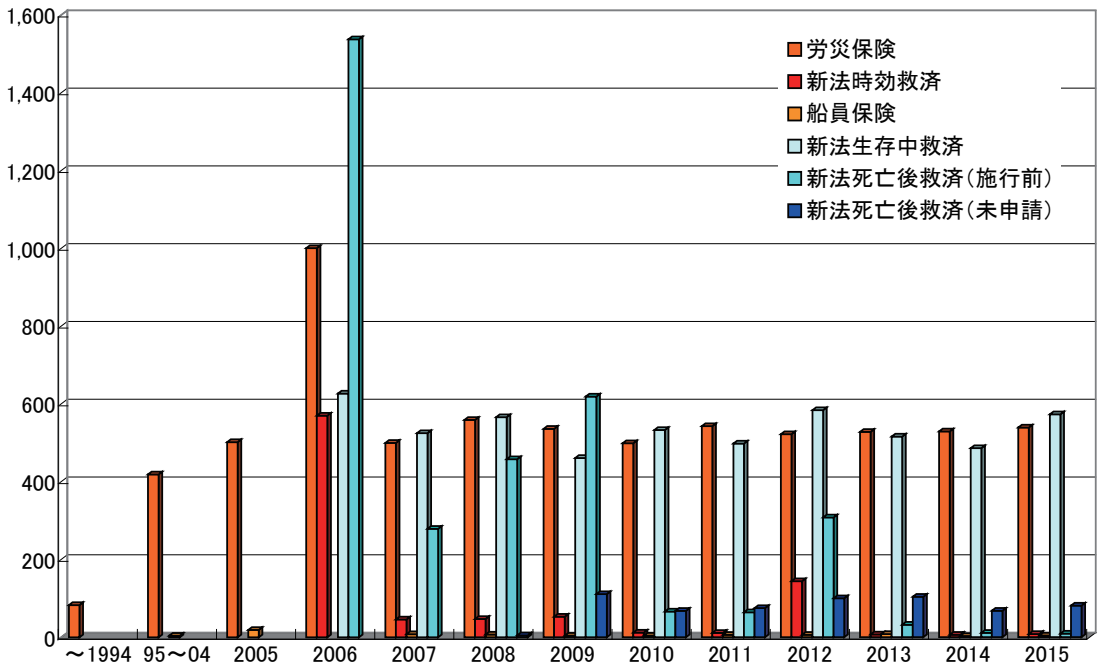
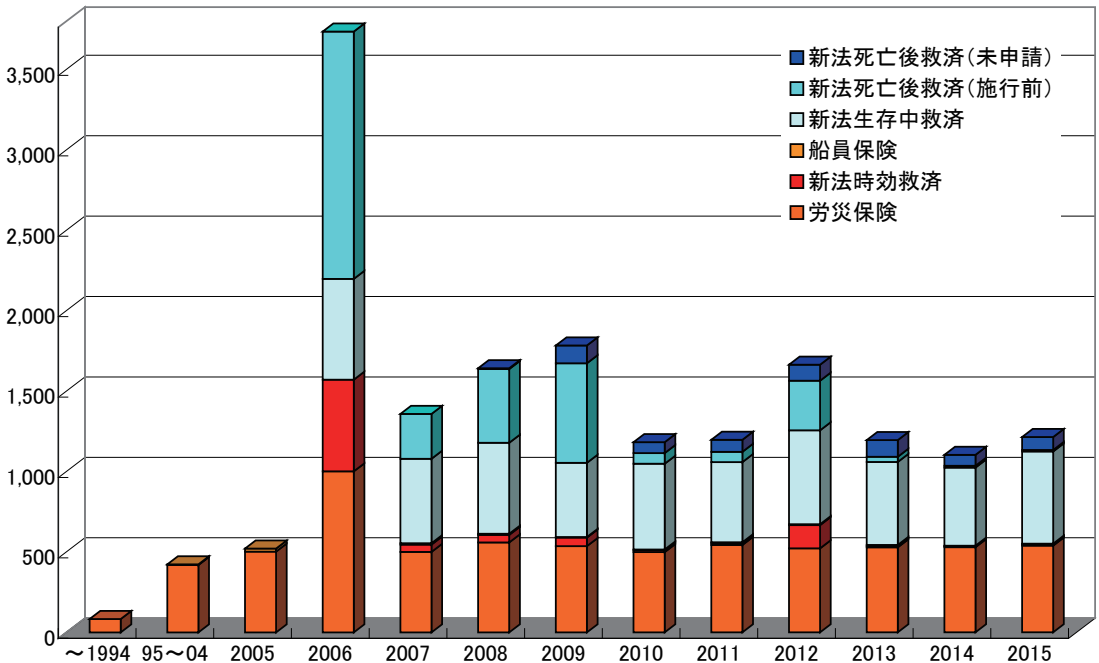


図1-2 中皮腫：決定年度別の補償・救済状況



労災保険以外では、2015年度末までの累計で、新法労災時効救済547件、船員保険66件。新法生存中救済は正味861件。新法死亡後救済（施行前）は正味118件。新法死亡後救済（未申請）は正味148件。新法合計では、正味1,127件である。

石綿肺がんの補償・救済合計件数は、2013年度の554件から2014年度530件へと、24件4.3%減少、2015年度も511件と、さらに19件3.6%、2年連続して減少してしまった。

2015年度末時点までの補償・救済の総累計は、重複分を除いて6,937件。中皮腫の総累計15,571件と比較するとその44.6%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した1倍（100%、表1参照）にも遠く及ばない状況が続いているという状況である。

認定率についても肺がんは中皮腫と比較して著しく低く、また、「取下げ」件数も多い。さらには、都道府県別の格差も大きいだけでなく、拡大傾向がみられる。こうした事態を一大事とらえて対策を講ずることが不可欠だと言わなければならない。

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

請求期限延長の効果は大

石綿健康被害救済法は、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、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（時効救済及び死亡後救済（施行前））の請求期限を延長するとともに、法施

行後に未申請のまま死亡した事例も死亡後救済の対象に追加する等の改正が、2008年及び2011年の二度にわたり行われた。この成果が表3と図1・2にはっきりと現われていることも指摘しておきたい。

労災時効救済は、2016年3月27日以降に死亡した事例には適用されないことになっている。したがって、死亡から5年経過すると労災保険も新法時効救済も請求できなくなる。新法死亡後救済（未申請）のほうは死亡から15年以内なら請求することができるが、給付の水準に著しい差がある。請求期限切れが生じてくる問題を知っている必要がある。

中皮腫・肺がん以外の疾病

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

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

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

また、労災時効救済については、制度発足以来、中皮腫・石綿肺がんだけでなく、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（32.2～92.1）%

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5は、2015年度末時点における中皮腫の死亡年別の補償・救済状況である。この表の新法救済には、労災等認定との重複分は含まれていない。

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

図2-1 石綿肺がん：決定年度別の補償・救済状況

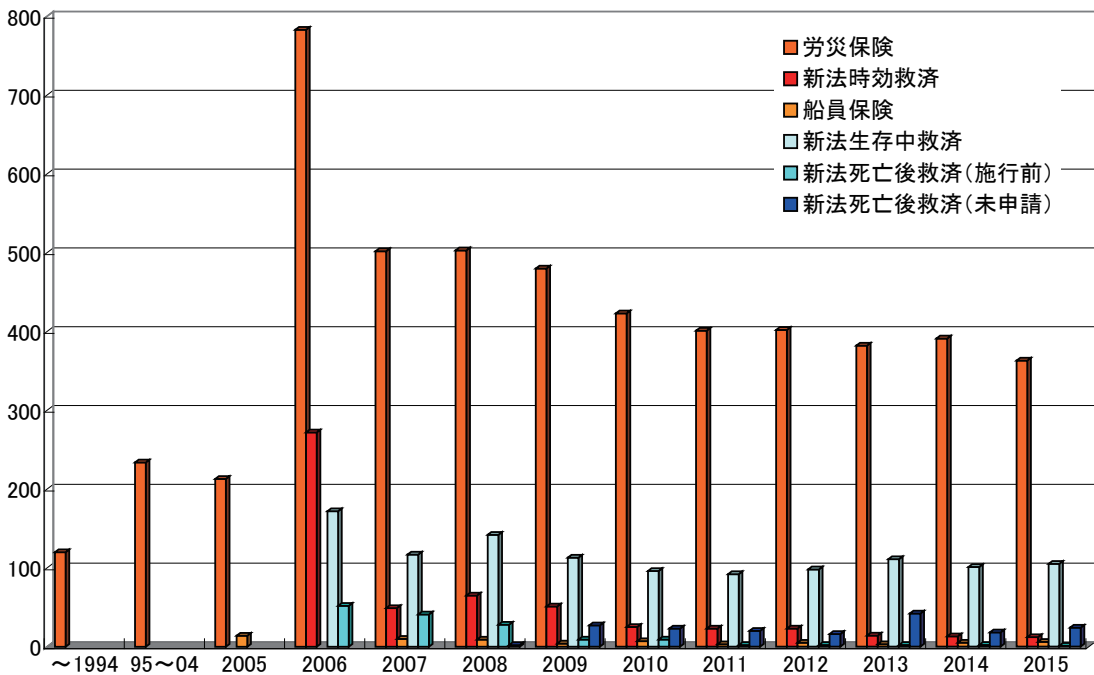
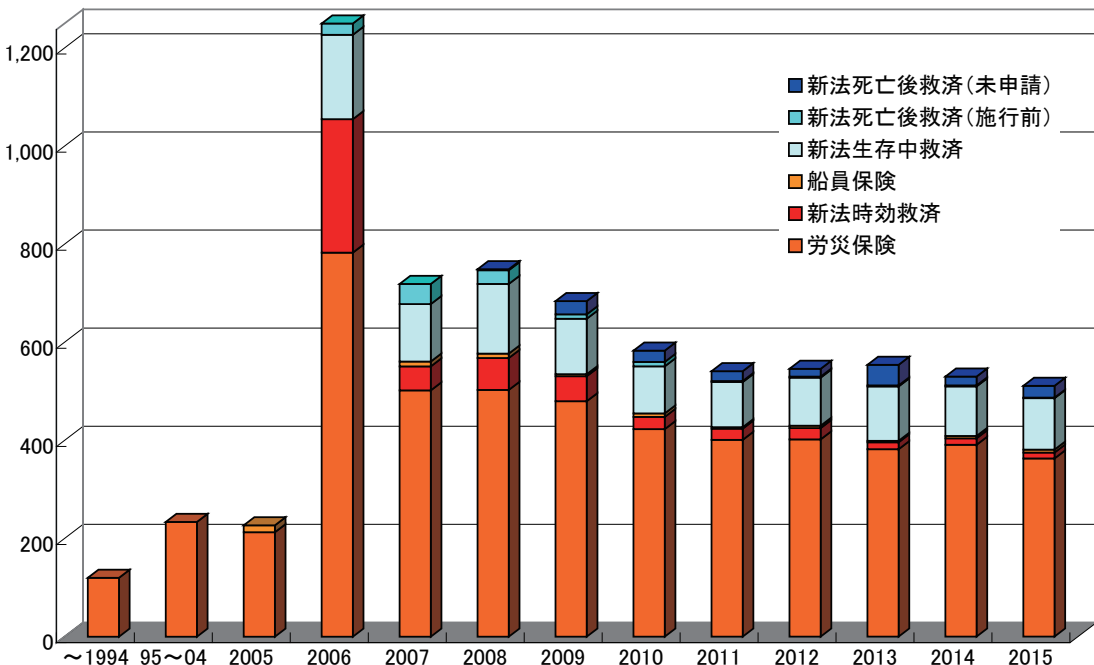


図2-2 石綿肺がん：決定年度別の補償・救済状況



特集1/石綿健康被害補償・救済状況の検証

表4 石綿肺・びまん性胸膜肥厚・良性石綿胸水の決定年度別の補償・救済状況

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
2015	64	0	0	0	0	64
労災等重複			△2	△3	0	△5
合 計	362	8	19	33	2	424

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
2015	47	0	0	12	1	4	64
労災等重複				△8	△1	△1	△10
合 計	240	1	3	58	10	8	320

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
2015	20	1	21
合 計	183	3	45

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、1986年までは補償・救済合計で1桁、1995年までは2桁台で、死亡者数に対する補償・救済合計件数の比率=救済率は、1994年以前の小計では14.2%(=522/3,685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%、2014年度末時点522件14.2%であった-2014年度中の増加は1件のみ、2015年度はゼロということである)。さすがに、この期間に死亡した事

例の新規補償・救済は難しくなっているようである。

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年以降(今回は2015年度までの21年間)についてみると(図3も参照)、死亡者小計20,525件のうち、2015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6,333件、船員保険64件、法生存中救済3,294件、新法死亡後救済(施行前)2,898件、新法死亡後救済(未申請)557件-合計13,145件で、救済率は $13,145/20,525=64.0\%$ [64.044%] (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%、2014年度末時点64.0% [63.998%]) という結果になった。1995年以降に死亡した事例の救済率は継続して増加してきたわけであるが、2015年度は小数点2桁以下で比較しなければ区別できないかろうじての増加にとどまってしまっている。

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%、2013

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	1,640	67.7%	153	16.0%	1,793	53.0%
家庭内曝露	18	0.7%	94	9.8%	112	3.3%
立入・屋内環境曝露	50	2.1%	31	3.2%	81	2.4%
その他・不明	716	29.5%	681	71.0%	1,397	41.3%
計	2,424	100.0%	959	100.0%	3,383	100.0%
施行前弔慰金(新法死亡後救済(施行前))						
職業曝露	1,248	61.4%	169	19.3%	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	36	1.8%	23	2.6%	59	2.0%
その他・不明	744	36.6%	644	73.5%	1,388	47.7%
計	2,033	100.0%	876	100.0%	2,909	100.0%
合計						
職業曝露	2,888	64.8%	322	17.5%	3,210	51.0%
家庭内曝露	23	0.5%	134	7.3%	157	2.5%
立入・屋内環境曝露	86	1.9%	54	2.9%	140	2.2%
その他・不明	1,460	32.8%	1,325	72.2%	2,785	44.3%
計	4,457	100.0%	1,835	100.0%	6,292	100.0%

年度末時点92.1%、2014年度末時点92.1%)で、最低は1995年の32.2%(同前22.0%、23.0%、24.4%、31.8%、32.4%、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年以前も含めた全期間合計(今回は2014年まで)で見ると、救済率は56.5%(同前48.0%、46.6%、49.0%、54.0%、55.1%、55.9%)という状況である。検証可能な全期間について、救済率の一貫増加を継続できていることを確認できるのは幸いではある。

しかし、前述のとおり、1994年以前の増加は止まっており、1995年以降の増加は2015年度については「かろうじて」と言わざるを得ない状況であった。死亡年別の救済率が2005年の92.1%をピーク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ず、改善させる対策が必要である。

2005年死亡について92.1%という達成済みの救済率を具体的目標に掲げて、他の死亡年について実現できていない理由を分析しながら、具体的かつ多面的な対策を講じていくこと。また、死亡年が古い事例の救済は増加しにくくなってきているものの、労災時効救済と死亡後救済(未申請)の役割はなお大きいことを確認して、救済期限切れという事態

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	630	92.5%	22	47.8%	652	89.7%
家庭内曝露	2	0.3%	5	10.9%	7	1.0%
立入・屋内環境曝露	7	1.0%	0	0.0%	7	1.0%
その他・不明	42	6.2%	19	41.3%	61	8.4%
計	681	100.0%	46	100.0%	727	100.0%
施行前弔慰金(新法死亡後救済(施行前))						
職業曝露	99	92.5%	1	33.3%	100	90.9%
家庭内曝露	3	2.8%	1	33.3%	4	3.6%
立入・屋内環境曝露	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他・不明	5	4.7%	1	33.3%	6	5.5%
計	107	100.0%	3	100.0%	110	100.0%
合計						
職業曝露	729	92.5%	23	46.9%	752	89.8%
家庭内曝露	5	0.6%	6	12.2%	11	1.3%
立入・屋内環境曝露	7	0.9%	0	0.0%	7	0.8%
その他・不明	47	6.0%	20	40.8%	67	8.0%
計	788	100.0%	49	100.0%	837	100.0%

が生じないようにすることが重要であると考え。

なお、表5の「合計」が表3の「2015年以前死亡」欄の数字であり、表3において「合計」と「2015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3では、「分担率」として、2015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%、2015年度末時点では49.7%と50.3%へという経過である)。

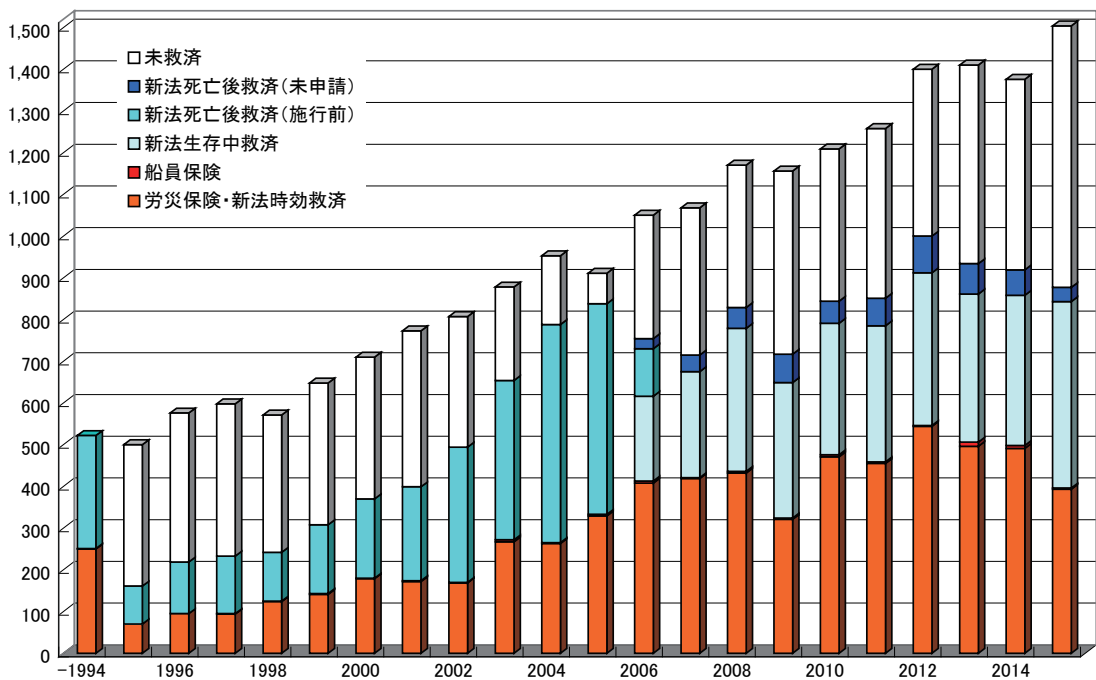
表3の補償・救済年度別データで各年度別状況を計算してみると、「労災等重複分」が差し引かれないので労災補償等の占める割合が相対的に低くなるのだが、高いほうで2014年48.8%、2011年度

特集1/石綿健康被害補償・救済状況の検証

表5 中皮腫の死亡年別の補償・救済状況(2015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
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%		27		27	18.1%	43	28.9%	106
1989	133	10		10	7.5%		23		23	17.3%	33	24.8%	100
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	250	1	251	6.8%		271		271	7.4%	522	14.2%	
1995	500	70		70	14.0%		91		91	18.2%	161	32.2%	339
1996	576	95		95	16.5%		124		124	21.5%	219	38.0%	357
1997	597	94	1	95	15.9%		138		137	22.9%	232	38.9%	365
1998	570	124	1	125	21.9%		117		116	20.4%	241	42.3%	329
1999	647	141	2	143	22.1%		165		164	25.3%	307	47.4%	340
2000	710	179	1	180	25.4%		190		190	26.8%	370	52.1%	340
2001	772	172	2	174	22.5%		225		224	29.0%	398	51.6%	374
2002	810	169	1	170	21.0%		324		327	40.4%	497	61.4%	313
2003	878	267	5	272	31.0%		382		382	43.5%	654	74.5%	224
2004	953	263	2	265	27.8%		523		523	54.9%	788	82.7%	165
2005	911	329	4	333	36.6%		505		505	55.4%	838	92.0%	73
2006	1,050	408	5	413	39.3%	203	114	24	341	32.5%	754	71.8%	296
2007	1,068	419	2	421	39.4%	254		40	294	27.5%	715	66.9%	353
2008	1,170	432	4	436	37.3%	343		50	393	33.6%	829	70.9%	341
2009	1,156	321	3	324	28.0%	325		68	393	34.0%	717	62.0%	439
2010	1,209	471	5	476	39.4%	315		53	368	30.4%	844	69.8%	365
2011	1,258	455	4	459	36.5%	326		66	392	31.2%	851	67.6%	407
2012	1,400	544	2	546	39.0%	366		88	454	32.4%	1000	71.4%	400
2013	1,410	496	10	506	35.9%	355		73	428	30.4%	934	66.2%	476
2014	1,376	491	7	498	36.2%	360		61	421	30.6%	919	66.8%	457
2015	1,504	393	3	396	26.3%	447		34	481	32.0%	877	58.3%	627
小計	20,525	6,333	64	6,397	31.2%	3,294	2,898	557	6,749	32.9%	13,145	64.0%	7,380
合計	24,210	6,583	65	6,648	27.5%	3,294	3,169	557	7,020	29.0%	13,667	56.5%	10,543
2016		26		26					0		26		

図3 中皮腫：死亡年別の補償・救済状況(2015年度末時点)



46.8%…、低いほうで2010年33.2%、2009年37.3%。

死亡年別の状況で計算してみると、合計で労災補償等6,647件と公害等救済7,020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%、48.6%と51.4%）。

1995年以降、労災補償等の占める割合は、2010年の56.4%から2004年の33.6%までのばらつきがあるものの、2005年以前は50%未満（1998年だけ除く）、2006年以降は50%超（2009年だけ除く）という傾向を確認できるのだが、2015年はこれが逆転して45.2%と大きく減少してしまっている。逆転傾向が持続・拡大しないよう監視していく必要がある。

中皮腫の80%が職業曝露によるものというのが国際的な科学的コンセンサスであり、表2によれば世界70.5%、日本76.9%（ともに2015年）という数字が確認できる。また、中皮腫の公害等救済制度を実施している他の諸国において、公害等救済の割合が、フランスの実績で1〜2割、スイスで4分の1、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えないと考えて

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、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18〜26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（13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51.0%（前年度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89.8%である（前年度89.4%）。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。

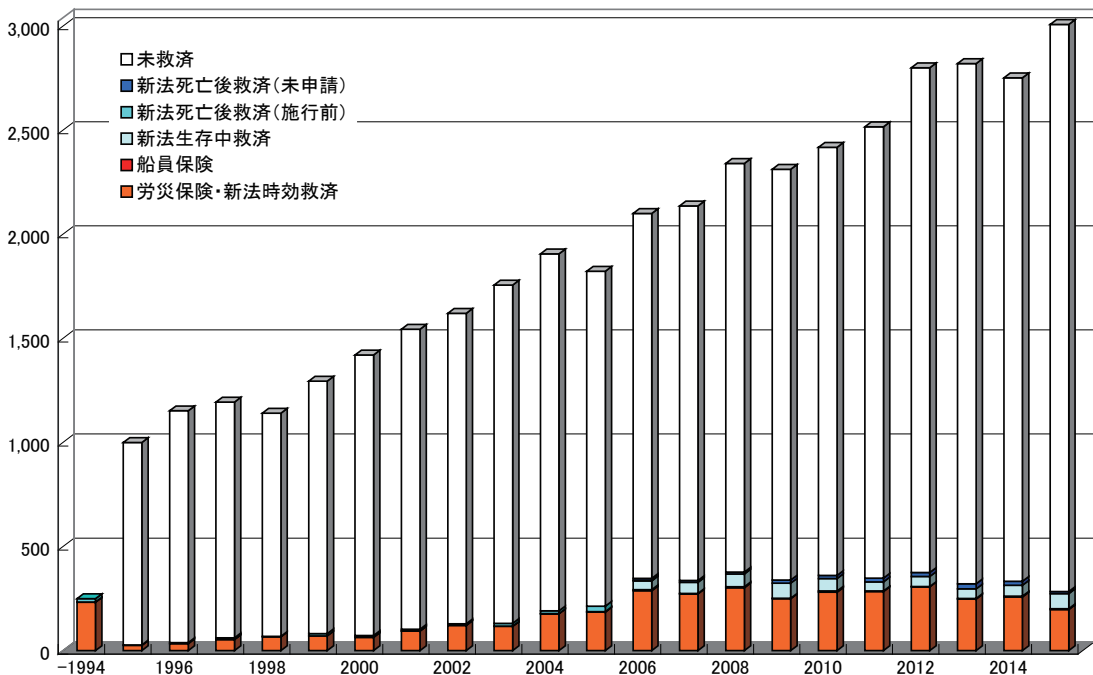
この問題を放置しておくことはできないと訴えてきたが、2011年6月の中央環境審議会答申「今後の

特集1/石綿健康被害補償・救済状況の検証

表6 石綿肺がんの死亡年別の補償・救済状況(2015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		
1966		1		1					0		1		
1967				0					0		0		
1968	134			0	0.0%				0	0.0%	0	0.0%	134
1969	136	1		1	0.7%				0	0.0%	1	0.7%	135
1970	128			0	0.0%				0	0.0%	0	0.0%	128
1971	190			0	0.0%				0	0.0%	0	0.0%	190
1972	267	1		1	0.4%				0	0.0%	1	0.4%	266
1973	277			0	0.0%				0	0.0%	0	0.0%	277
1974	335	2		2	0.6%		1		1	0.3%	3	0.9%	332
1975	515			0	0.0%				0	0.0%	0	0.0%	515
1976	352	2		2	0.6%				0	0.0%	2	0.6%	350
1977	519	3		3	0.6%				0	0.0%	3	0.6%	516
1978	369			0	0.0%				0	0.0%	0	0.0%	369
1979	124	3		3	2.4%				0	0.0%	3	2.4%	121
1980	128	4		4	3.1%				0	0.0%	4	3.1%	124
1981	140	6		6	4.3%				0	0.0%	6	4.3%	134
1982	158	3		3	1.9%				0	0.0%	3	1.9%	155
1983	176	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	11		11	5.0%		1		1	0.5%	12	5.4%	210
1986	202	14		14	6.9%		1		1	0.5%	15	7.4%	187
1987	274	12		12	4.4%				0	0.0%	12	4.4%	262
1988	298	13		13	4.4%		1		1	0.3%	14	4.7%	284
1989	266	14		14	5.3%		2		2	0.8%	16	6.0%	250
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	232	1	233	3.2%		16		16	0.2%	249	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	66		66	5.8%		2		2	0.2%	68	6.0%	1,072
1999	1,294	70		70	5.4%		11		11	0.9%	81	6.3%	1,213
2000	1,420	63	3	66	4.6%		6		6	0.4%	72	5.1%	1,348
2001	1,544	93	2	95	6.2%		7		7	0.5%	102	6.6%	1,442
2002	1,620	121	2	123	7.6%		6		6	0.4%	129	8.0%	1,491
2003	1,756	116	1	117	6.7%		14		14	0.8%	131	7.5%	1,625
2004	1,906	177	1	178	9.3%		13		13	0.7%	191	10.0%	1,715
2005	1,822	185	2	187	10.3%		26		26	1.4%	213	11.7%	1,609
2006	2,100	287	6	293	14.0%	42	3	9	54	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	302	5	307	13.1%	61		9	70	3.0%	377	16.1%	1,963
2009	2,312	249	2	251	10.9%	73		15	88	3.8%	339	14.7%	1,973
2010	2,418	280	6	286	11.8%	60		15	75	3.1%	361	14.9%	2,057
2011	2,516	283	3	286	11.4%	44		18	62	2.5%	348	13.8%	2,168
2012	2,800	307	1	308	11.0%	48		19	67	2.4%	375	13.4%	2,425
2013	2,820	247	3	250	8.9%	46		25	71	2.5%	321	11.4%	2,499
2014	2,752	257	4	261	9.5%	53		19	72	2.6%	333	12.1%	2,419
2015	3,008	197	4	201	6.7%	72		10	82	2.7%	283	9.4%	2,725
小計	41,050	3,683	48	3,731	9.1%	553	102	148	803	2.0%	4,534	11.0%	36,516
合計	48,420	3,915	49	3,964	8.2%	553	118	148	819	1.7%	4,783	9.9%	43,639
2016		4		4					0		4		

図4 石綿肺がん: 死亡年別の補償・救済状況(2015年度末時点)



石綿健康被害救済の在り方について」は、「労災保険制度との連携強化」のなかで、次のように指摘している。

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

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

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

に書かれている。

「救済制度の申請時に実施しているアンケート調査をもとに、申請者が作業従事歴を有している可能性がある場合、環境再生保全機構から申請者本人に労災保険制度について説明し、申請を勧奨している。また、制度の円滑な案内に資するよう、厚生労働省、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」がはじまっているので、チェックしていきたい。

肺がん救済率9.9(2.7～16.5)%

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

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

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

表7 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	84.8%	208.3%	18.0%	13.6%	33.8%	87.7%	19.2%	48.9%
2011	73.8%	209.1%	18.5%	3.1%	26.7%	76.5%	17.9%	45.2%
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%
2015	67.3%	150.0%	18.3%	11.1%	29.6%	68.6%	19.6%	41.7%
合計	80.4%	60.5%	21.4%	4.4%	28.2%	77.7%	15.7%	41.5%

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%（＝249/7,370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年度末時点247件3.4%）である。

1995～2015年の21年間についてみると、死亡者小計41,050件のうち、2015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3,683件、船員保険48件、新法生存中救済553件、新法死亡後救済（施行前）102件、新法死亡後救済（未申請）148件－合計4,534件で、救済率は4,534/41,050＝11.0%（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%、2014年度末時点10.9%）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2015年までの合計でみる

と、救済率は9.9%（同前7.8%、8.2%、8.2%、9.2%、9.5%、9.7%）という状況である。

石綿肺がんについても、中皮腫と同様、救済率がわずかではあっても一貫して増加し続けているという事実を確認できることは幸いである。しかし、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7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84.8%、2011年度73.8%と低下し、2012年度は77.0%、2013年度は72.3%、2014年度は73.9%、2015年度は67.3%であった。2006～2014年度平均では80.4%となっている。

図5 肺がん：中皮腫の比率の推移(決定年度別)

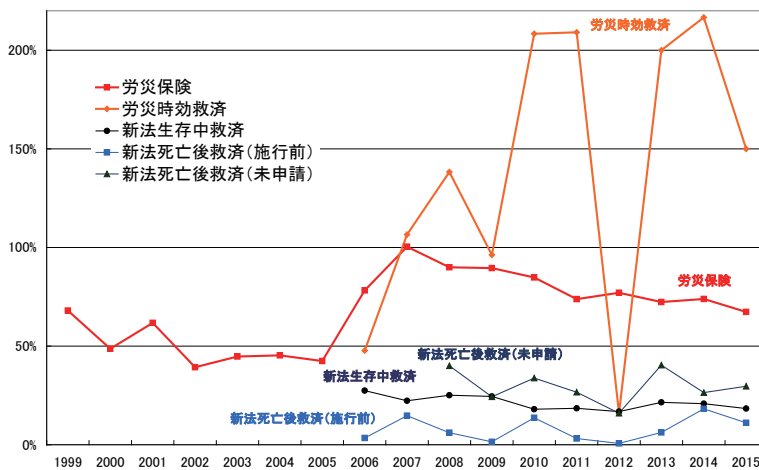
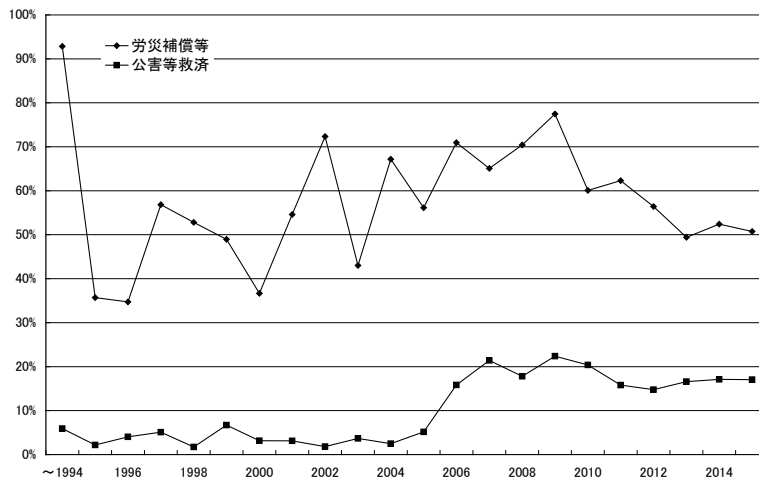


図6 肺がん：中皮腫の比率の推移(死亡年別)



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で14件/7件と絶対数が極端に少ないなかでの200%、2014年度216.7% (13件/6件)、2015年度150.0% (12件/8件) であった。2006～2015年度平均では60.5%である。

これに対して、新法生存中救済では、2006～2015

年度平均が21.4%、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28.2%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。

死亡年別推移でみて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(図6)。

表7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41.5%になっていることがわかる。

認定率の検証

認定率についてもみておこう。表8及び図7に中皮腫、表9及び図8に石綿肺がん、また、表10に石綿肺、表11にびまん性胸膜肥厚、表12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、

図7 中皮腫の認定率の推移

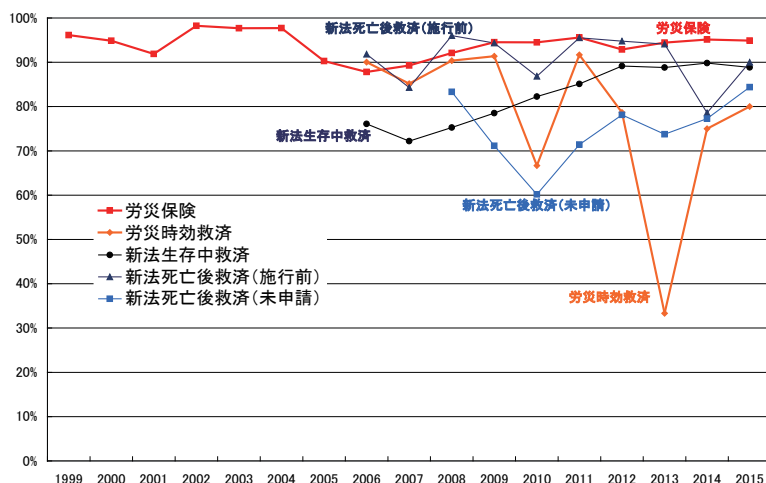
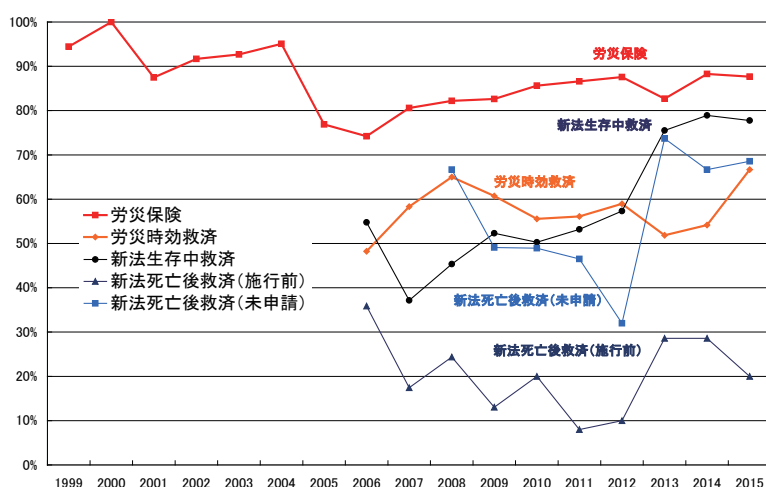


図8 石綿肺がんの認定率の推移



それでも処分を求めている、「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。「労災等支給」を理由した「取下げ」を除外することができれば、認定率はその分高くなる。

中皮腫の認定率は、2006～2015年度平均で、労災保険が92.6%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82.4%、新法死亡後救済(未申請) 73.4%と続いている。

図7でも確認できるように、2015年度に認定率が減少する傾向は認められていない。

一方、石綿肺がんの認定率は、2006～2015年度平均で、労災保険の82.6%がもっとも高く、新法死亡後救済(未申請)55.7%、新法生存中救済54.9%、労災時効救済53.3%、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。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。

図8で確認できるように、非常に問題の多い認定・判定基準であるにもかかわらず、改悪面と改善面の相殺効果等があったのか、石綿肺がん全体としての認定率に明らかな減少傾向は認められないことは幸いである。改善対策が講じられれば、ストレートに救済数及び救済率の改善につながることが期待できるだろう。

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。

表8 中皮腫の決定年度別の補償救済状況・認定率(合計は2006～2015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*
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	499	29	94.5%		12	6	66.7%	613	533	49	66	82.3%
2011	579	543	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%
2015	578	539	29	94.9%		8	2	80.0%	654	573	41	31	88.8%
合計	6,016	5,756	459	92.6%		904	145	86.2%	6,792	5,374	549	598	82.4%

年度	新法死亡後救済(施行前)					新法死亡後救済(未申請)					合 計		
	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*	認定	不認定	認定率*
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%	1,178	205	85.2%
2011	181	64	0	3	95.5%	97	75	22	8	71.4%	1,191	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%
2015	12	9	0	1	90.0%	106	81	11	4	84.4%	1,210	119	91.0%
合計	3,656	3,384	53	228	92.3%	890	611	187	34	73.4%	16,029	2,253	87.7%

表9 石綿肺がんの決定年度別の補償救済状況・認定率(合計は2006～2015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*
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	423	71	85.6%		25	20	55.6%	172	96	70	25	50.3%
2011	480	401	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%
2015	414	363	51	87.7%		12	6	66.7%	130	105	24	6	77.8%
合計	5,434	4,630	976	82.6%		547	479	53.3%	2,098	1,148	627	315	54.9%

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*
2008	28	77	10	24.3%	34	2	0	1	66.7%	740	403	64.7%	56.4%
2009	9	42	18	13.0%	40	27	25	3	49.1%	680	325	67.7%	64.7%
2010	9	34	2	20.0%	46	23	18	6	48.9%	576	246	70.1%	67.7%
2011	2	17	6	8.0%	34	20	20	3	46.5%	538	207	72.2%	70.1%
2012	2	15	3	10.0%	38	16	12	22	32.0%	541	198	73.2%	72.2%
2013	2	4	1	28.6%	53	42	10	5	73.7%	551	149	78.7%	73.2%
2014	2	3	2	28.6%	31	18	9	0	66.7%	525	104	83.5%	78.7%
2015	1	4	0	20.0%	35	24	10	1	68.6%	505	102	83.2%	83.5%
合計	148	400	124	22.0%	311	172	114	23	55.7%	6,645	3,058	68.5%	67.5%

特集1/石綿健康被害補償・救済状況の検証

表10 石綿肺の決定年度別の補償救済状況・認定率(合計は2010～2015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*
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%
2015		64				0	0		34	0	25	1	0.0%
合計		362				13	0	100.0%	197	22	143	14	12.3%

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*
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%
2015	2	0	1	1	0.0%	9	0	3	0	0.0%	45	0	29	2	0.0%
合計	57	36	16	5	63.2%	41	2	29	3	5.9%	295	60	188	22	22.2%

表11 びまん性胸膜肥厚の決定年度別の補償救済状況・認定率(合計は2010～2015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*
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%
2015	45	47	19	71.2%		0	0		40	12	19	2	36.4%
合計	301	275	77	78.1%		100.0%	0	100.0%	184	68	116	10	35.1%

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*
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%
2015	0	1	0	0	100.0%	6	4	4	0	50.0%	46	17	23	2	40.5%
合計	16	11	8	1	55.0%	34	9	27	1	24.3%	234	88	151	12	35.1%

表12 良性石綿胸水の決定年度別の補償救済状況・認定率(合計は2010～2015年度分)

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
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
2015	26	20	0	100.0%	0	0
合計	198	220	3	98.7%	0	0

「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(23頁表13参照)しかないが、改善傾向は認められるものの、「迅速な救済」が実現できている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。

表13 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			2015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	
1回の医学的判定	173	123	84	106	67	32
追加資料が必要とされたもの		246	86		175	

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			2015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	
1回の医学的判定	257	231	231	229	193	113
追加資料が必要とされたもの		325	191		256	
医学的判定を経ないで機構で認定したもの	146	—	—	40	—	—

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			2015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	
1回の医学的判定	186	124	72	125	84	45
追加資料が必要とされたもの		239	72		179	

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めていない。

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めていない。

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。

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2003～2015年度の労災保険認定件数、2006～2015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、2008～2015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めら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1995～2015年の中皮腫死亡者数(表16)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、1995～2015年の中皮腫死亡者数に対する、2003～2015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17～18)。

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、表14・15のとおり。

表14 中皮腫：都道府県別の「救済率」

順位	都道府県	死亡者数	補償・救済合計	「救済率」
1	東京	1,666	1,476	88.6%
2	兵庫	1,860	1,627	87.5%
3	愛知	913	776	85.0%
4	大阪	2,038	1,732	85.0%
5	香川	187	147	78.6%
	全国平均	20,525	15,210	74.1%
43	熊本	222	123	55.4%
44	三重	212	113	53.3%
45	鹿児島	262	137	52.3%
46	岩手	141	72	51.1%
47	沖縄	144	45	52.3%

中皮腫の「救済率」は、全国平均は74.1%（2009年度末時点69.1%、2010年度末時点70.6%、2011年度末時点71.8%、2012年度末時点74.8%、2013年度末時点74.8%、2014年度末時点74.4%）であるが、最高の東京都88.6%から最低の沖縄県52.3%まで1.7倍（同前2.0倍、1.7倍、2.1倍、2.0倍、1.9倍、1.8倍）のばらつきがみられる。全国最高は、2012年度と2015年度に東京に抜かれた以外は、ずっと兵庫であった。

石綿肺がんの「救済率」は、全国平均は16.1%（同前14.4%、15.1%、17.0%、15.8%、16.0%、16.1%）であるが、最高の岡山県36.9%から最低の山梨県3.7%までの、中皮腫の場合よりもさらに大きな10.0倍（同前13.4倍、14.0倍、15.7倍、15.7倍、13.1倍、11.6倍）ものばらつきがみられる。

この格差は、あまりにも大きすぎると感じられる。これは、アスベスト被害とその補償・救済制度に対

表15 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	840	310	36.9%
2	香川	374	109	29.1%
3	長崎	852	237	27.8%
4	東京	3,332	903	27.1%
5	山口	684	161	23.5%
	全国平均	41,050	6,612	16.1%
43	岩手	282	13	4.6%
44	鳥取	162	7	4.3%
45	秋田	228	9	3.9%
46	鹿児島	524	20	3.8%
47	山梨	190	7	3.7%

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。

救済率が一貫して増加し続けていることを確認できたのは幸いとはいえ、抜本的な改善対策が必要である。労災補償等の資格のあるものの公害等救済への「紛れ込み」の増加も懸念される。

あらためて「隙間ない救済」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。



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=69

地図上で確認できるGoogle Map版も優れもの

<https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=zjG9TsDLI66E.k8aUua9XU22Y>

<https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=zjG9TsDLI66E.kaHdnVqU6XvE>

厚生労働省の公表した「石綿ばく露作業による労災認定等事業場一覧」情報を、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。ご活用ください。感想やご意見、ご提案等も歓迎いたします。

表16 中皮腫死亡者数(都道府県別)

	死亡者数(※合計数は1995～2015年合計)																			
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	合計	
北海道	34	26	31	38	50	43	55	40	51	34	49	57	56	67	74	62	65	67	974	
青 森	4	2	2	4	7	7	5	4	10	7	6	5	8	2	9	6	8	7	117	
岩 手		3	5	4	5	6	9	7	11	7	5	7	6	11	7	13	13	13	141	
宮 城	4	6	14	10	12	15	18	13	7	13	16	19	23	23	39	24	11	25	312	
秋 田	4	1	7	6	7	7	6	3	6	6	3	3	7	6	7	3	7	5	114	
山 形	2	3	3	2	8	5	5	2	7	7	6	3	10	10	6	11	12	10	118	
福 島	7	10	13	10	8	4	14	15	14	13	17	22	18	27	19	21	15	19	292	
茨 城	10	4	10	14	21	15	14	14	20	15	20	22	18	19	18	17	18	29	331	
栃 木	10	7	9	10	9	10	7	5	5	8	8	19	7	15	7	12	12	8	183	
群 馬	3	5	12	9	10	14	10	10	15	10	11	12	16	9	9	14	11	13	209	
埼 玉	23	33	39	41	37	36	48	38	39	62	57	51	59	60	89	68	61	81	994	
千 葉	14	14	19	17	17	30	36	37	41	35	28	33	27	43	55	66	54	63	681	
東 京	44	45	57	60	57	73	68	73	93	81	108	75	101	110	101	120	131	128	1,666	
神奈川	39	53	42	51	46	65	69	80	63	85	105	85	82	104	129	98	103	96	1,549	
新 潟	9	6	12	17	12	21	19	16	21	19	15	12	21	20	23	28	25	19	340	
富 山	6	14	12	7	11	12	8	13	12	12	18	18	13	14	17	20	17	14	262	
石 川	5	9	11	7	4	7	4	8	4	8	9	12	8	11	13	10	14	13	170	
福 井	4	3	2	2	5	5	8	4	2	5	6	9	8	3	3	8	9	9	101	
山 梨	2	3	6	5	2	3	2	6	7	3	5	5	6	7	8	7	8	5	95	
長 野	9	6	4	11	10	9	4	8	13	8	12	21	15	16	19	24	13	11	233	
岐 阜	3	11	9	8	11	14	9	9	15	20	19	18	14	21	17	24	22	18	280	
静 岡	12	16	22	20	18	24	29	31	35	20	27	27	36	20	28	39	40	45	535	
愛 知	23	18	35	31	26	32	35	34	52	51	61	38	51	59	73	64	80	87	913	
三 重	5	7	8	5	10	7	11	6	8	13	13	13	14	12	15	17	16	21	212	
滋 賀	8	10	9	8	6	9	9	8	9	12	20	10	9	7	11	15	14	11	202	
京 都	14	14	17	11	12	12	28	14	25	17	21	19	22	22	17	22	21	25	366	
大 阪	58	67	69	87	93	79	99	87	103	103	110	108	121	119	131	127	144	171	2,038	
兵 庫	55	61	70	70	68	75	75	90	102	98	105	106	122	117	134	140	107	130	1,860	
奈 良	16	7	11	14	12	19	14	11	14	23	13	14	19	26	20	17	16	20	309	
和歌山	5	9	4	8	2	6	7	5	6	6	7	7	6	11	14	11	8	13	150	
鳥 取	5	4		2	8	5	1	2	4	2	7	5	5	5	3	5	5	4	81	
鳥 根	2	2	4	3	4	2	4	4	3	6	6	10	2	7	4	4	4	11	87	
岡 山	17	8	10	19	25	26	19	17	23	22	23	25	25	23	24	24	26	20	420	
広 島	29	28	22	32	31	24	48	39	41	35	45	41	47	46	50	53	57	49	780	
山 口	8	11	11	14	14	14	16	13	21	16	19	28	14	20	17	24	20	25	342	
徳 島	2	3	1	4	4	2	5	9	7	11	6	8	10	7	3	7	9	5	116	
香 川	4	4	7	9	11	7	4	9	7	11	18	15	13	8	3	18	7	14	187	
愛 媛	7	8	6	15	12	16	12	10	10	14	10	13	11	10	18	17	23	18	250	
高 知	2	4	4	3	6	8	6	6	2	8	7	3	5	7	8	5	4	8	104	
福 岡	20	33	35	33	44	33	34	39	37	42	44	71	63	52	58	50	65	57	875	
佐 賀	5	9	7	6		11	8	9	12	11	10	4	9	4	6	5	7	10	145	
長 崎	12	15	9	8	17	14	16	22	30	31	29	23	16	26	29	30	28	38	426	
熊 本	4	10	5	8	3	10	16	8	4	16	13	11	16	12	16	17	11	20	222	
大 分	4	9	4	8	3	8	12	6	8	11	9	13	12	11	13	10	11	13	180	
宮 崎	6	8	7	7	8	8	9	7	6	13	6	6	9	6	9	9	1	7	140	
鹿児島	8	15	7	8	12	16	10	12	18	14	10	19	20	14	20	10	17	17	262	
沖 縄	3	3	6	6	9	9	6	8	6	4	7	9	9	9	7	13	4	10	144	
不詳等			1		3	1	2		1		1	2				1	2	2	17	
合 計	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	1,504	20,525	

特集1/石綿健康被害補償・救済状況の検証

表17-1 中皮腫の補償・救済状況(都道府県別)

	労災保険（小計は2003～2015年度分）										新法時効救済（小計は2006～2015年度分）									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	小計	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	小計		
北海道	25	27	40	29	41	28	31	43	370	1	2	1		12			1	50		
青 森	1	2	1	1		2	2	4	21								1	4		
岩 手	1	3	1		1	1	1	2	11									1		
宮 城	7	14	13	11	6	9	8	7	97		2			1				7		
秋 田		1	2	2	4		1	2	17									1		
山 形	3	3	1	3	4	2	4	2	25	1								5		
福 島	13	7	5	7	5	6	7	9	79	1		1				1		11		
茨 城	3	3	8	3	3	9	9	5	63	1					1			7		
栃 木	4	1	3	1	1	2		3	25	2								4		
群 馬	3	1	2	2	4		1	2	28					2				3		
埼 玉	16	17	14	20	17	24	19	11	198	2	1		1	5				25		
千 葉	11	13	9	11	14	16	5	14	140			1		3				13		
東 京	72	58	44	62	61	51	54	69	693	4	3			17	1	2		82		
神奈川	41	29	40	33	45	33	46	33	480	3	4	1	1	17	1		3	81		
新 潟	5	8	6	14	7	6	6	11	106					4				14		
富 山	7	13	7	12	7	8	9	7	93	1	2							13		
石 川		3	4	3	5	6	3	5	43		1			5				8		
福 井	3	4	4			3	5	3	30					1	1			4		
山 梨	2	3		2		2	4	2	16					1				1		
長 野	8	4		4	9	4	7	2	57					1				6		
岐 阜	8	5	7	3	5	3	6	11	74	1	2			2				9		
静 岡	11	12	14	6	9	25	14	15	160		1		1	2				24		
愛 知	31	20	28	30	34	32	31	35	344	4	1	1		7		1		49		
三 重	4	5	3	2	4	3	5	3	41									3		
滋 賀	6	7	1	4	2	4	6	3	55			1		1				7		
京 都	8	6	2	9	7	13	12	5	84	1	1		2	5				21		
大 阪	52	60	58	60	69	54	64	63	773	5	2	1	1	18	3		1	107		
兵 庫	61	50	49	51	47	41	46	42	667	9	5	1	3	12		1		123		
奈 良	8	2	6	8	5	5	5	3	65									11		
和歌山	3	1	2	4	2	2	1	4	30		3							7		
鳥 取	1		2	1	1	3		1	14									1		
島 根	3	2	3	5	1		1		21		1			1				4		
岡 山	25	14	7	15	11	13	13	10	163	2	2			2				24		
広 島	29	28	36	33	24	31	32	21	350	4	4	2		5		1		55		
山 口	12	10	5	14	15	11	8	10	134		4			5				28		
徳 島	3	3	1	4	2	2		2	30									2		
香 川	7	9	3	3	5	2	9	5	75	1				1				6		
愛 媛	6	8	6	7	5	11	5	8	89	1	1		1	2			1	8		
高 知	1	1	3	2	1		1	1	17		1							2		
福 岡	28	26	21	30	12	24	15	27	279	1	2	1		3				21		
佐 賀	1	2		2	3	3	2	2	29					1				3		
長 崎	14	23	17	18	11	15	15	17	201	1	2	1		3			1	26		
熊 本	3	5	5	3	5	4	2	6	40					1				2		
大 分	4	9	6	4	5	7	6	4	59	1	2		1	2				8		
宮 崎	4	5	2	1		2	1	1	26		1							2		
鹿児島	1	4	4	4	3	3	5	3	40		2			1				6		
沖 縄		5	3	1		3	2	1	18		1			1				5		
不詳等									2									0		
合 計	559	536	498	544	522	528	529	539	6,472	47	53	12	11	144	7	6	8	904		

表17-2 中皮腫の補償・救済状況(都道府県別)

	新法生存(小計・重複は2006～2015年度分)										新法死亡後救済(施行前)(小計・重複は2006～2015年度分)									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	重複分	小計	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	重複分	
北海道	19	18	29	10	27	29	16	20	△59	146	17	29	4	3	20	1	1		△12	
青 森		2	5	1	2	1	3	6	△6	22	2	6	1		4				△2	
岩 手	3	3	2	2	4	2	8	5	△3	27	2	12	1		1	2	1		△1	
宮 城	16	16	15	12	6	10	8	9	△34	78	8	19	5		1	5	1		△3	
秋 田	2		4	1	2	2	2	3	△3	15	7	8	1			1			△2	
山 形	3	6		1	7	3	3	2	△9	23	5	3			1				△1	
福 島	8	4	9	3	8	5	6	2	△18	37	6	10	2	1	2	5		1	△1	
茨 城	13	11	7	6	8	6	2	14	△15	76	16	3	1	1	3	1			△1	
栃 木	6	5	2	4	5	7	1	5	△4	36	12	7		2	2	1			△3	
群 馬	6	3	2	6	7	2	4	6	△6	44	12	8	1		2				△1	
埼 玉	37	24	34	25	34	30	27	33	△82	238	18	40	2	3	18	2		1	△10	
千 葉	16	19	21	24	28	22	14	27	△35	175	15	20	3	3	17				△5	
東 京	47	32	41	44	41	41	34	58	△93	372	47	27	1	5	31	3	2	1	△19	
神奈川	40	28	40	30	38	28	30	28	△76	260	35	44	7	2	21	2		2	△16	
新 潟	4	7	11	9	11	5	9	9	△23	60	12	5	1		4		1		△3	
富 山	6	8	6	6	6	2	12	8	△26	44	12	5	2	1	7				△5	
石 川		5	4	4	4	3	2	3	△9	23	3	12		1	2				△2	
福 井	2	4	4	1	3	3	2	2	△4	21	1	6			2				0	
山 梨	2	5	2	3	1	6	3	5	△5	25	3	4			2				△1	
長 野	8	5	5	4	7	5	6	1	△13	37	4	11		2	3				△1	
岐 阜	2	5	4	8	13	6	6	6	△10	57	12	24	2		2				△5	
静 岡	14	9	15	11	10	11	6	11	△23	94	14	23		8	14	1			△3	
愛 知	42	22	26	28	43	40	34	33	△84	237	14	26	2	1	7	2	1		△6	
三 重	5	4	4	2	8	7	5	7	△18	38	4	4	1	1	2		1		△4	
滋 賀	10	3	6	5	5	7	5	3	△13	47	8	10			3				△2	
京 都	12	6	10	5	12	5	6	8	△18	62	3	20	1	2	7				△2	
大 阪	58	54	61	62	60	68	87	86	△151	503	25	17	7	9	29	2	1		△25	
兵 庫	64	57	56	68	75	59	63	71	△145	513	22	27	5	12	16	1		2	△29	
奈 良	8	8	11	15	7	7	7	10	△16	78	3	1		1	7	1			△4	
和歌山	1	2	2	3	5	4	5	2	△7	24	11	5			1				△2	
鳥 取	2			2	3	5	2		△2	17	1	7	1		3		1		0	
島 根	5	2	2	4	2	1	2	2	△9	12	3	5	1						0	
岡 山	8	10	9	8	8	4	2	9	△28	54	15	24	2		5				△2	
広 島	17	10	9	5	12	8	7	6	△27	71	10	23	3		14				△11	
山 口	13	5	6	9	13	6	9	4	△33	48	2	4	1		4				△4	
徳 島		4	4	5	4	2	1	2	△11	17	6	4		2	2				0	
香 川	1	6	2	2	1	5	3	10	△5	35	2	5			3				△5	
愛 媛	4	3	2	4	3	3	4	8	△5	35	6	6	1	1	3				△3	
高 知	5	1	3	2		1		4	△6	14	6	3			1				△2	
福 岡	21	16	28	22	32	28	22	20	△61	179	11	33	3		15		1	1	△9	
佐 賀	6	2	2	2	2		1	2	△6	18	1	5			3				△1	
長 崎	3	7	9	10	4	3	6	5	△19	41	10	9			9			1	△2	
熊 本	7	7	3	5	3	6	4	4	△9	39	3	14		2	4	1			0	
大 分	3	4	3	4	1	5	1	2	△18	16	5	4			1				△1	
宮 崎	6	1	2	5	3	4	3	2	△12	20	8	11	1		3	1			△1	
鹿児島	10	8	10	6	6	4	2	7	△18	50	5	12	2		5				△1	
沖 縄	1		1			4		1	2	12	11	14	1	1	2				△2	
不詳等						1	1	2	12	16									0	
合 計	566	461	533	498	584	516	486	573	△1,263	4,106	458	619	66	64	308	32	11	9	△215	

特集1/石綿健康被害補償・救済状況の検証

表17-3 中皮腫の補償・救済状況(都道府県別)(※救済率母数=1995～2015死亡者数合計)

	新法死亡後救済(未申請)(小計・重複は2008～2015年分)										合計	救済率	順位	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	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	重複分	小計							
北海道	128	5	3	5	7	4	3	3	0	31	725	74.4%	11	46.4	5,506	0.842	110.4%
青 森	22			2	1				0	3	72	61.5%	33	5.6	1,373	0.406	53.2%
岩 手	27			1		3		2	0	6	72	51.1%	46	6.7	1,330	0.505	66.1%
宮 城	56	1		1	1	4	1		△1	7	245	78.5%	6	14.9	2,348	0.633	82.9%
秋 田	34						1		0	1	68	59.6%	36	5.4	1,086	0.500	65.5%
山 形	16	2	2		1			1	0	6	75	63.6%	30	5.6	1,169	0.481	63.0%
福 島	43	2	2		1				△1	4	174	59.6%	37	13.9	2,029	0.685	89.8%
茨 城	55	2	3	1			2	3	△1	10	211	63.7%	29	15.8	2,970	0.531	69.5%
栃 木	36	3		1	3	4			△1	10	111	60.7%	35	8.7	2,008	0.434	56.9%
群 馬	54	3		2		1	1	2	0	9	138	66.0%	26	10.0	2,008	0.496	64.9%
埼 玉	174	3	2	6	7	4	2	4	△2	26	661	66.5%	24	47.3	7,195	0.658	86.2%
千 葉	119	5	2	3	4	2	3	6	△3	22	469	68.9%	20	32.4	6,216	0.522	68.4%
東 京	271	8	7	6	14	10	9	9	△6	58	1,476	88.6%	1	79.3	13,159	0.603	79.0%
神奈川	214	11	6	7	7	7	2	2	△3	39	1,074	69.3%	18	73.8	9,048	0.815	106.8%
新 潟	53	2		3	1	2	2	2	△2	10	243	71.5%	16	16.2	2,374	0.682	89.4%
富 山	45	2	1	1	1	1		1	0	7	202	77.1%	8	12.5	1,093	1.141	149.6%
石 川	29		1		1		1		△1	2	105	61.8%	32	8.1	1,170	0.692	90.7%
福 井	15					1			△1	0	70	69.3%	19	4.8	806	0.597	78.2%
山 梨	16		1	1	2	1		1	0	6	64	67.4%	23	4.5	863	0.524	68.7%
長 野	30	2	2	1		3	1		△1	8	138	59.2%	38	11.1	2,152	0.516	67.5%
岐 阜	50	3	1	1	2	2			0	9	199	71.1%	17	13.3	2,081	0.641	83.9%
静 岡	100	5	3		2	3	2	5	△1	21	399	74.6%	10	25.5	3,765	0.677	88.7%
愛 知	115	6	4		8	4	7	5	△4	31	776	85.0%	3	43.5	7,411	0.587	76.9%
三 重	25	2	1			1		2	0	6	113	53.3%	44	10.1	1,855	0.544	71.3%
滋 賀	35	1		1	1	1		1	△1	4	148	73.3%	13	9.6	1,411	0.682	89.3%
京 都	70	1	2	1		1	1	1	△1	6	243	66.4%	25	17.4	2,636	0.661	86.6%
大 阪	293	11	6	9	11	12	6	5	△4	56	1,732	85.0%	4	97.0	8,865	1.095	143.4%
兵 庫	298	2	5	6	7	5	5	4	△8	26	1,627	87.5%	2	88.6	5,588	1.585	207.7%
奈 良	50	1		1	3		1		0	6	210	68.0%	22	14.7	1,401	1.050	137.6%
和歌山	28	3	2	1	1		4		△2	9	98	65.3%	28	7.1	1,002	0.713	93.4%
鳥 取	19		1					1	0	2	53	65.4%	27	3.9	589	0.655	85.8%
島 根	11	1	1		1				0	3	51	58.6%	39	4.1	717	0.578	75.7%
岡 山	76	3		1	1	2		2	△1	8	325	77.4%	7	20.0	1,945	1.028	134.7%
広 島	88	3		2	1	5			△1	10	574	73.6%	12	37.1	2,861	1.298	170.1%
山 口	33	1		1	1			2	0	5	248	72.5%	14	16.3	1,451	1.122	147.1%
徳 島	19			1		2			0	3	71	61.2%	34	5.5	785	0.704	92.2%
香 川	23	2	3	2				1	0	8	147	78.6%	5	8.9	996	0.894	117.1%
愛 媛	30	1	1	1	1	2	2	1	△1	8	170	68.0%	21	11.9	1,431	0.832	109.0%
高 知	24		1			2			0	3	60	57.7%	41	5.0	764	0.648	84.9%
福 岡	115	6	2	5	6	6	7	9	△3	38	632	72.2%	15	41.7	5,072	0.822	107.6%
佐 賀	27	2				1		1	0	4	81	55.9%	42	6.9	850	0.812	106.4%
長 崎	44		2	1	1	1	2		0	7	319	74.9%	9	20.3	1,427	1.422	186.2%
熊 本	34	2	1		1	3		1	0	8	123	55.4%	43	10.6	1,817	0.582	76.2%
大 分	20						1	1	0	2	105	58.3%	40	8.6	1,197	0.716	93.8%
宮 崎	34	3				1	2	1	△2	5	87	62.1%	31	6.7	1,135	0.587	77.0%
鹿児島	38	1			1	2			△1	3	137	52.3%	45	12.5	1,706	0.731	95.8%
沖 縄	32					1		2	0	3	70	48.6%	47	6.9	1,393	0.492	64.5%
不詳等	1								0	0	19			0.8			
合 計	3,169	111	68	75	100	104	68	81	△53	559	15,210	74.1%	1	977.4	128,054	0.763	100.0%

表18-1 石綿肺がんの補償・救済状況(都道府県別)

	労災保険(小計は2003～2015年度分)									新法時効救済(小計は2006～2015年度分)									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	小計	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	小計	
北海道	34	17	15	15	24	23	23	25	239	1		3	1	2		1		13	
青 森	3			2	3	2	1	1	16									2	
岩 手	1	3				1	2	1	9									1	
宮 城	3	1	5	6	6	4	5	9	57		1	1		1			1	9	
秋 田	1	1		1		1			7									0	
山 形	5	1	5	3	5	1	6	1	32									3	
福 島	5	2	3	1	3	3	1	3	25				1					1	
茨 城	5	2	3	1	2	4	3	2	35		1	1	1					6	
栃 木		2	4	1	1	2	3	1	18									4	
群 馬	2	3	3	1	1	1	2	1	17	1				1				3	
埼 玉	18	16	11	6	15	17	11	12	144	4	1	1	2		1	2	1	19	
千 葉	27	25	19	17	24	16	15	12	197			1	1	1				10	
東 京	68	79	65	65	70	52	60	52	763	5	5	2	4	3	2	1	1	44	
神奈川	46	48	50	44	31	43	45	30	516	13	6	2	2	1	1	2	1	65	
新 潟	12	9	3	3	7	3	5	4	84								1	11	
富 山	5	6	3	7	5	3	2	5	51					1				4	
石 川	1		3	1	3			3	15									0	
福 井	1		2		1	2	2	1	15									0	
山 梨		1	1	1				1	4		1							1	
長 野	2	3	2	7		1	1	3	37		1		1					7	
岐 阜	1	6	4	3	1	4	1	2	45									4	
静 岡	11	7	9	5	3	4	6	3	80		1	1					1	5	
愛 知	21	18	15	17	12	14	18	18	171	8	1		1	3	1	1		27	
三 重	13	3	7	8	5	7	4	5	70									1	
滋 賀	1	4	3	2	2	5	5	5	38		1		1	1				4	
京 都	4	5	5	13	9	12	9	8	75	1						1		2	
大 阪	37	37	36	23	20	23	27	17	398	6	5	4	3	2	1	1	3	58	
兵 庫	54	45	27	28	37	24	27	33	405	10	7	1	2	3	2	1	1	66	
奈 良	6	10	7	2	2	3	2	3	62	1					1			7	
和歌山	3	5	5	3	2		1	4	40								1	2	
鳥 取						1	2	1	6									0	
島 根	2	3	2	2		3	1		19		1				1			5	
岡 山	20	26	28	20	28	29	22	11	270	2	1							10	
広 島	24	19	19	21	22	19	22	27	237	1	5		1		1	1		27	
山 口	13	15	10	14	11	6	13	10	128		1	2		1				8	
徳 島		1	1	3	1			1	9									2	
香 川	9	10	2	6	3	5	10	9	71	2	2						1	22	
愛 媛	9	10	9	8	6	8	3	5	86	1	3							9	
高 知		3		1	1				7			1						2	
福 岡	13	11	21	10	16	19	7	12	152	3		4	1		1			20	
佐 賀	2	1			2			1	13									7	
長 崎	13	18	11	20	11	10	13	15	177	4	3		1					35	
熊 本	2	2	1	7	1	2	3	2	31									1	
大 分	3	4		1	3	1	1	2	22									1	
宮 崎		1	1		1	1	2	1	12		1							1	
鹿児島					1	2	2		8		1							4	
沖 縄	3		4		1	1	3	1	24	2	2	1		3	2	2		14	
不詳等				1					1									0	
合 計	503	483	424	400	402	382	391	363	4,938	65	51	25	23	23	14	13	12	547	

特集1/石綿健康被害補償・救済状況の検証

表18-2 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2006～2015年度分)											新法死亡後救済(施行前)(小計・重複は2006～2015年度分)									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	重複分	小計	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	重複分		
北海道	8	4	3	7	4	5	6	2	△19	32			1						△1		
青森	1					2		1	△1	5		2							△1		
岩手							1	1	0	2									△1		
宮城	6	4	2	3	5	3	5	5	△15	28								1	△1		
秋田								2	0	2									0		
山形	1		1			1	1	2	△2	6									△1		
福島	1		3	2	1		1		△3	5									0		
茨城	3	1	3	4	1	3	2		△1	19		1							0		
栃木	2	3			1			3	△1	11	1								0		
群馬	1	4	1	1	1	1	1		△2	11									0		
埼玉	11	8	5	7	2	6	2	4	△15	45	6		1		1				△4		
千葉	6	7	6	4	8	12	5	11	△8	64		1							0		
東京	9	7	9	8	2	11	12	9	△13	78	1				1				0		
神奈川	11	11	1	3	3	9	4	4	△16	46	1	1							0		
新潟	5	1	1	2	1	2	2		△9	9	1								0		
富山	1						2		△1	2	1								△2		
石川		1	2		1				△3	2									0		
福井	1	1	1						0	6									0		
山梨	1		1						△1	2									△1		
長野	1	1	3		4	1		2	△3	12			1						0		
岐阜			1	1	2	6	2	2	△2	16									0		
静岡	3	3	2	3	3	2	1	1	△4	22	1								0		
愛知	6	4	2	5	4	9	3	4	△9	31		2							0		
三重	1		2	1			1	1	△1	6			1						0		
滋賀	2	1	2	2	2		1		△2	12									0		
京都		3	2	2	1	3	4	2	△11	8									0		
大阪	16	13	14	12	4	1	6	6	△32	80	7		2	1		1	1		△9		
兵庫	15	8	9	7	17	3	14	5	△33	75	3	2	1				1		△4		
奈良	1	3	2			2	3	5	0	24	1		1						0		
和歌山	2	2		2	1		1		△2	10									0		
鳥取									0	0	1								△2		
島根		1				1			△2	2	1								0		
岡山		4	2		6	3	1	3	△9	20									0		
広島	7	3	1	2	4	1	2	6	△7	30	2								△1		
山口	3		2		4	7	1	4	△9	21	1								0		
徳島					1	2		1	△1	4									0		
香川	2	2	1	1	2	3	2	1	△5	14									0		
愛媛		1			1	2	2	2	△2	7									0		
高知			2	1	1				△1	3						1			0		
福岡	7	7	8	4	3	4	6	3	△25	32									△1		
佐賀		1			2			1	△4	1									0		
長崎	3	1	1	5	2	1	2	1	△4	18			1						0		
熊本	4	1		2	1	3	3	6	△2	23									0		
大分	1	1							△1	1				1					△2		
宮崎		1	1	1			1	2	△6	3									1		
鹿児島					3	1	1	3	△2	6									△1		
沖縄						1			0	2									1		
不詳等									3	3									0		
合計	142	113	96	92	98	111	101	105	△286	861	28	9	9	2	2	2	2	1	△30		

表18-3 石綿肺がんの補償・救済状況(都道府県別) (※救済率母数=1995～2015死亡者数合計=中皮腫の2倍)

	新法死亡後救済(未申請) (小計・重複は2008～2015年度分)										合計	救済率	順位	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	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	重複分	小計							
北海道	3	1	1		2	1	2		△2	5	292	15.0%	19	92.8	5,506	1,685	110.4%
青 森	1								0	0	24	10.3%	32	11.1	1,373	0.812	53.2%
岩 手	0	1	1						△1	1	13	4.6%	43	13.4	1,330	1.010	66.1%
宮 城	1						1	2	△1	2	97	15.5%	16	29.7	2,348	1,266	82.9%
秋 田	0								0	0	9	3.9%	45	10.9	1,086	1,000	65.5%
山 形	1	1	1		1				0	3	45	19.1%	10	11.2	1,169	0.961	63.0%
福 島	2	1		1					△1	1	34	5.8%	41	27.8	2,029	1,371	89.8%
茨 城	1	1	2	1		1		1	△2	4	65	9.8%	34	31.5	2,970	1,061	69.5%
栃 木	2			1		1			0	2	37	10.1%	33	17.4	2,008	0.868	56.9%
群 馬	1	3						1	△1	3	35	8.4%	35	19.9	2,008	0.991	64.9%
埼 玉	13	1	1	2		2	1	2	0	9	230	11.6%	28	94.7	7,195	1,316	86.2%
千 葉	6	1	3		1		1		△2	4	281	20.6%	8	64.9	6,216	1,043	68.4%
東 京	5	5		2	1	1	2	3	△1	13	903	27.1%	4	158.7	13,159	1,206	79.0%
神奈川	13				1	4	1	2	△1	7	647	20.9%	7	147.5	9,048	1,630	106.8%
新 潟	2					1		2	0	3	109	16.0%	13	32.4	2,374	1,364	89.4%
富 山	3								0	1	61	11.6%	29	25.0	1,093	2,283	149.6%
石 川	0			1					△1	0	17	5.0%	42	16.2	1,170	1,384	90.7%
福 井	0								0	0	21	10.4%	30	9.6	806	1,193	78.2%
山 梨	0								0	0	7	3.7%	47	9.0	863	1,048	68.7%
長 野	1		1						0	1	58	12.4%	24	22.2	2,152	1,031	67.5%
岐 阜	0			1			2		0	3	68	12.1%	26	26.7	2,081	1,281	83.9%
静 岡	2		1			1			△1	1	110	10.3%	31	51.0	3,765	1,353	88.7%
愛 知	4		1	1	1		1	1	0	6	239	13.1%	23	87.0	7,411	1,173	76.9%
三 重	1								0	0	78	18.4%	11	20.2	1,855	1,088	71.3%
滋 賀	1						1	1	0	2	57	14.1%	20	19.2	1,411	1,363	89.3%
京 都	1								0	0	86	11.7%	27	34.9	2,636	1,322	86.6%
大 阪	20	4	3	2	2	7	3	1	△5	17	573	14.1%	21	194.1	8,865	2,189	143.4%
兵 庫	10	2			1	4		3	0	10	566	15.2%	18	177.1	5,588	3,170	207.7%
奈 良	3			1		1			0	2	98	15.9%	14	29.4	1,401	2,101	137.6%
和歌山	0					1			0	1	53	17.7%	12	14.3	1,002	1,426	93.4%
鳥 取	1								0	0	7	4.3%	44	7.7	589	1,310	85.8%
鳥 根	1								0	0	27	15.5%	17	8.3	717	1,156	75.7%
岡 山	1			3	1	4	1	1	△1	9	310	36.9%	1	40.0	1,945	2,057	134.7%
広 島	4	1	1		3	2			△2	5	303	19.4%	9	74.3	2,861	2,596	170.1%
山 口	3					1			0	1	161	23.5%	5	32.6	1,451	2,245	147.1%
徳 島	0		1			1			0	2	17	7.3%	38	11.0	785	1,407	92.2%
香 川	0	1		1					0	2	109	29.1%	2	17.8	996	1,788	117.1%
愛 媛	2					1		1	0	2	106	21.2%	6	23.8	1,431	1,664	109.0%
高 知	1		1						0	1	14	6.7%	39	9.9	764	1,296	84.9%
福 岡	3	1	1	1	1	4	1	1	0	10	217	12.4%	25	83.3	5,072	1,643	107.6%
佐 賀	0					1			0	1	22	7.6%	36	13.8	850	1,625	106.4%
長 崎	2		2		1			2	0	5	237	27.8%	3	40.6	1,427	2,843	186.2%
熊 本	0	2	1	2					△1	4	59	13.3%	22	21.1	1,817	1,164	76.2%
大 分	1	1				1	1		△1	2	27	7.5%	37	17.1	1,197	1,432	93.8%
宮 崎	1								0	0	17	6.1%	40	13.3	1,135	1,175	77.0%
鹿児島	0		1			1			0	2	20	3.8%	46	25.0	1,706	1,463	95.8%
沖 縄	1					1			0	1	42	14.6%	15	13.7	1,393	0.985	64.5%
不詳等	0								0	0	4			1.6			
合 計	118	27	23	20	16	42	18	24	△24	148	6,612	16.1%		1,954.8	128,054	1,527	100.0%

◆座談会 大阪・泉南アスベスト国賠訴訟◆ ～9年間の闘いを振り返って～

全国労働安全衛生センター連絡会議は、泉南アスベストの会、大阪アスベスト弁護団の協力を得て2016年11月19-20日に第27回総会を開催。19日には、「日本のアスベスト問題の原点・泉南をめぐるツアー」を実施した後、半田みどり弁護士による「泉南地域の石綿産業の歴史と被害の実態」のレクチャー、続けて「座談会 大阪・泉南アスベスト国賠訴訟」が行われた。以下は、座談会の記録である。

警告鳴らし続けた故梶本医師

梶本逸夫：梶本政治の長男の逸夫です。皆さんのお手元に資料を配布しました。2006年5月26日、提訴がされたときの下地記者の記事です。

親父は旧制岸和田中学を飛び級で卒業し、阪大医学部をフランス語で受けたらしいです。「岸校一の秀才」と言われたそうで、たしかに勉強家でした。大正2年に堺で生まれ戦争に2回とられていまして、自分の頭を活かして、結核を化学療法で治したいということで勉強していました。研究も中途半端のまま戦争から戻りましたが、アメリカの研究者がストレプトマイシンを開発していて、アメリカに2回負けたと言っていました。そういう無念さをもっていました。

40歳になって泉南で開業しました。それまではおふくろの内職で暮らしており、家には一銭も入れませんでした。正直申しまして、私と親父との接触はあまりにも少ない。思い出としては、ヘルメットですね。独特の格好で往診に行っていました。それでスーパーカブに乗って、木箱に大きな往診の鞆とかを入れてました。往診が専門でした。アスベスト工場に毎日のように行っていました。泉南石綿の碑の隣に梶本アスベストがありますが、並びに自宅兼診療所もあり、そこを拠点に毎日往診していました。「アスベストは危ない」。行くたびに危ないと、経営者に

言っていました。招かれざる客と言うか。40年間「石綿が危ない」と、亡くなるまで危ないと言い続けていました。瀬良先生らが行った石綿被害の調査にも協力しており、当時、阪大では泉南でアスベスト被害が多いことを当然知っていたと思います。

お手元にもうひとつ資料をお配りしてあります。梶本メモです。自分の感じたことをほとんど毎日書いていました。子供の頃はこのガリ版刷りを手伝うのが私の仕事でした。コピー機ができると毎日それでやっていましたが、これを行政やマスコミ、学会など多方面に送っていました。何万枚と送っても全然反応がなかったようですが、それでもめげずに最後まで続けていました。亡くなる前、最後のメモが1993年11月16日で、この翌年に亡くなりました。80歳でした。

彼はアスベストのみならず、あらゆる公害、原子炉の問題なんかにも関心を持っていました。幼心に覚えているのは、水曜日は必ず阪大に行っていたことです。たまに私も連れて行ってもらいました。その途中に一度、国鉄阪和線の和泉砂川駅で、親父がなかなかの紳士の方と喧嘩になった挙げ句、「イシワタキチがいい!」と言われた記憶があります。石綿工場の経営者だったんだらうと思います。恰幅のいい人でした。

2回も戦争にとられて、無事、日本に帰れたと。生きて帰れたので、かなりの使命感を持っていたようです。



泉南アスベストの闘いの特徴

伊藤明子弁護士：裁判や運動の経過は後で詳しく振り返りますので、最初に泉南アスベストの闘いの特徴を確認しておきます。

ひとつは、国の責任を問う裁判ということです。公害やじん肺、薬害など国賠訴訟はいろいろありますが、国だけを相手にした裁判はめずらしいと思います。調べれば調べるほど、泉南では国こそが加害者であることが明らかになりました。それがだんだん腹に落ち、「国は、知ってた！できた！でも、やらなかった！」の合言葉と共に運動が広がりました。国とは何か、行政の役割って何なんだろうと。

もうひとつの特徴は、もともと組合や患者会のような団体・組織がない中で、幅広くいろんな方々の支援を得ながら運動してきた点です。2005年のクボタショックのあと、地元の有志が集まり、柚岡一禎さんや林治さんらを中心に「泉南地域の石綿被害と市民の会」がつくられました。裁判を始めてから、1陣地裁の結審・判決を見越して2008年に「大阪泉南地域のアスベスト国家賠償訴訟を勝たせる会」をつくり、公害、じん肺、アスベスト被害や労働組合、消費者団体等々ここに来ていただいている皆さんも含め、全国の本当に多くの方に支えられながらやってきました。研究者や専門家も含めて自主的に応援して下さる方も多く、とくに1陣高裁判決が出

てからは、命と健康を守る普遍的な運動として広がった気がします。

この他、判決の度に政治による早期解決を求めてきたことも特徴的だと思います。この5回の判決行動が厚生労働大臣の謝罪につながりました。どうせ最高裁判決待ちだと思って司法にお任せしていたら、謝罪はおろか最高裁も危うかったかもしれません。それと、1陣、2陣が相互に連動して一緒にやってきた、みんなで最高裁判決、解決を勝ち取ったということが一番強調しておきたいことです。

岡田陽子：1陣原告の岡田です。両親と私が被害者です。両親が石綿工場で働いており、私は幼い時に母に連れられて石綿工場に行きました。父は肺がんで亡くなっており、石綿肺の母と私が原告になりました。母は裁判の途中で亡くなりました。

中村千恵子：支援者の中村です。2009年から関わっています。絵手紙を描いて応援しています。

山田哲也：2陣原告です。父は29年間石綿工場で働きました。腹膜中皮腫で亡くなりました。

松島加奈：1陣原告です。夫が石綿肺で裁判中に亡くなりました。私自身も30年間石綿工場で働き、ブランクがあります。

武村絹代：1陣原告です。母が石綿肺で、2陣高裁判決の当日亡くなりました。

満田ヨリ子：1陣原告の満田です。夫が石綿肺と肺結核で17年間の闘いの末亡くなり、遺族原告になりました。



左から梶本逸夫さん、伊藤明子弁護士、岡田陽子さん

クボタショックから1陣提訴

伊藤：2005年にクボタショックが起り、11月に泉南で相談会を開催しました。100人くらい相談者が訪れ、これはえらいことやと。このとき初めて診断を受けたり、労災申請できることが分かった方もたくさんいました。この年に最後の栄屋石綿も廃業しました。国の責任を明らかにして被害を救済しようということで、市民の会と弁護士団で相談し、原告候補に声をかけました。1陣の最初の原告8人のうちの1人である岡田さんに、提訴の時の思いを聞いてみたいと思います。

岡田：私の父は労災申請してからもなかなか認められず、亡くなってからようやく認定されました。母も、昭和62（1987）年から苦しいと言っていました。労災が認められたのはクボタショックの後でした。認められたときは労働基準監督署の職員に「大学出の僕らより高い年金もらうやな」と嫌みを言われました。親の労災申請をするたびに、家族である私が発病した場合はどうなるのかと聞きましたが、うるさいなあ、ちゃっちゃと帰ってという感じでした。行政の手違いとか、対応の悪さとかでいろいろ苦しんできましたので、クボタショック後、連日のようにアスベスト問題が報道されても、シラッと覚めた目で見ていました。そんなときに国相手の裁判の話聞き、参加することを決めました。

松島：10代から働いていて、思春期の頃からまわりが石綿でバタバタ倒れていきました。このまま

この仕事してたら長生きできひんと直感していたので、早くやめようやめようと思ってましたけど、食べていかなあかんのでなかなかやめられませんでした。梶本さんのお父さんと同じで、やめるやめると、1人で頑張って言ってみても誰も聞いてくれないんです、世の中の人。裁判が始まったとき原告自体は少なかったけど、大勢の仲間があったし、市民の会もあって、何か大きな力が動いてるような感じがして、皆さんについていってみようという気持ちで参加しました。

初めての（1陣地裁）判決

伊藤：2006年5月26日に1陣訴訟を提訴し、裁判所には当初から早期審理を求めましたが、一審だけで4年かかりました。この手の集団訴訟では代表の原告数名が被害立証することが多いんですが、泉南では原則全員が証言しました。それがすごく裁判官に伝わったのではないかと思います。2008年5月には首都圏建設アスベスト訴訟が起こされ、以降、泉南の闘いと連動していきます。2009年からは署名活動も始め、この年9月に2陣訴訟を提訴しました。後から考えると2陣を起こして本当に良かったですね。2009年11月の結審前には、水俣病や筑豊じん肺、有明訴訟の弁護士である馬奈木昭雄弁護士を招いて、ズバリ「国に勝つためには何が必要か」講演していただきました。「私たちは絶対に負けない。なぜなら勝つまで闘うからだ」というお話と、最高裁で勝っても墓には布団をかけられない、



左から中村千恵子さん、山田哲也さん、松島加奈さん

「命あるうちの解決」が何よりも重要というお話、どちらも後々身に染みて実感することになります。結審後も毎週、裁判所前や駅前で宣伝行動をしました。解決の舞台は東京だということで、判決前から院内集会や議員まわりなどもしました。まだ古い議員会館でした。

こうして2010年5月19日、初めての判決（1陣地裁判決）が出ました。国の全部責任が認められるなど画期的でしたが、家族曝露・近隣曝露は認められませんでした。このときの感想を聞かせてください。

満田：簡単に勝訴できるんだなあ、ホントにそう思って（笑）。自分の人生の中で、国に勝ったということは天にも昇る感動で。これでもう終わったと、ホントに甘い考えでしたけど（笑）、ああ、夫の無念をこれで果たせると思いました。今年13回忌を迎えますが、梶本先生に会っていたらどうなっていたのだろうかと、ずっとそれを思ってます。骨と皮だけになって悲惨な死を迎えたので。梶本先生を夫に会わせなかったです。

伊藤：1陣地裁判決時点で3人が亡くなっていました。早く解決してほしいと、控訴断念を求めて2週間の判決行動をしました。集会やデモなど本当に多くの人に集まってもらって。初めて上京する高齢の原告や病気の原告も、次々マイクを握って厚労省や議員会館、首相官邸前で訴えました。公害被害者総行動の皆さんに協力いただいて日比谷公園に「早期解決要求テント」を張って泊まり込んだりもしました。当時、「いのちを大切にする政治」を掲げた民党政権で、初めての大型国賠訴訟の判

決でした。5月28日、長妻厚生労働大臣が控訴断念を表明。田舎の名も無き球児がいきなり甲子園の決勝戦に行ったようなものだったと思います。ところが、土壇場で仙谷国家戦略担当大臣に一任されて6月1日に控訴されてしまいました。直後の6月4日、鳩山総理大臣は普天間問題で辞職しました。

満田さんが、首相官邸前でマイクを握って「鳩山さーん、あなたの顔はもう見たくありません」と呼び掛けていたのが忘れられません。

武村：ちょっと違います。「仙谷さーん、あなたの顔なんか見たくありません。もうテレビに出ないでください」と言っていたんです。名言でした。

伊藤：そうでしたか。よもや泉南アスベスト問題が国家戦略の対象とは思わず、仙谷さんはノーマークでした。だが、「一応控訴はするが、控訴審で和解もあり得る」というコメントだったこともあり、控訴審での早期解決を本気で追求しました。控訴審が始まる前に高裁に3回も和解勧告を上申し、大阪市内で集会を開いたり、東京行動も続けました。

こうして2010年11月の控訴審第1回期日で原告側が正式に早期和解を申し入れ、翌2011年1月の期日で裁判所から国側に和解が打診されましたが、国は和解のテーブルに着くことすら拒否しました。三浦裁判長は、「わかりました。ベストを尽くします」と言って審理が続くことになりました。今度こそ、家族曝露・近隣曝露も認めさせようということで、2011年4月には現場検証も行いました。控訴審で勝ったら枝野官房長官と面談する予定も決まっていた。あんな判決が出るとも知らずに、7月には



左から武村絹代さん、満田ヨリ子さん、座談会前にレクチャーをしていただいた半田みどり弁護士

建設アスベスト大阪訴訟も起こしました。

それで8月25日に出た1陣高裁判決が、皆さんご存じの悪魔の判決でした。当日の朝、武村さんはお母さんが亡くなりました。

悪魔の1陣高裁判決

武村：4時28分に母は亡くなったんですけど、その20分前に電話が鳴り響いて「えっ、まさか」と。「お母さん危ないからすぐ来て」という言葉を聞きながら私の頭によぎったのは、「えっ、今日は判決の日やのに。どうしたらええんやろ、なんでこんな日やねん」と、まずそういう思いでした。病院に駆けつけましたが間に合いませんでした、友引だったので1日ずらすことになり、私は母を弟たちに託して裁判所に行くことにしました。どうしても裁判官を見て、自分の耳で判決を聞いたかったものですから、悲しい気持ちもありましたが、行きました。ところが判決は最低で、悪魔の判決と言われていますが、本当に耳を疑いました。これほど人の命を軽視する判決はあるのかと。もう、泣けて、泣けて。悔しくて仕方がありませんでした。私たちは、アスベストの被害を知らない皆さんにも訴えて、訴えて、自分の言葉で被害を訴え続けてきましたが、三浦さんにはまったく通じなかった。泉南まで来たのはパフォーマンスだったことが、信じられない、今でも腹立たしい。しかしながら、この判決があったからこそ、私たちは強くなったと思います。次に進めたいです。

伊藤：何でこんな判決になってん、弁護士、何

やっとなんと、原告さんらの間で話になりましたか？
言いにくいかもしれへんけど、聞いてみます。

満田：帰りのバスの中でね、来るときは99%勝利すると聞いていたから、まさかの判決で。もうみんなうちひしがれて、言いたい放題言ってたような気がします（笑）。でもね、その晩から弁護士さんたちがあらゆる資料を徹底的に洗い直して、有無を言わず隙間のない資料で2陣の判決に臨んでくれて。2陣がいてくれて、最高裁まで行って、厚生労働大臣まで面会できたということで、私たちはすごいことやったんだなという誇りでいっぱいです。これもみんな支えて下さった皆さん、強い弁護団のお陰です、ありがとうございました。

伊藤：最後までまとめてくれてありがとうございます、まだ半分くらいなんです（笑）。弁護団も油断していたのは事実で、手を抜いていたわけではありませんでしたが、反省するしかありませんでした。三浦裁判長はこの年の8月5日が定年退官でした。長い裁判官人生を辞める前には良い判決を置き土産にするだろう、普通は悪い判決は書かないだろうと。別の事件で被害者救済の判決を書いているという話を聞いていたこともありました。でも、後から考えると、遺影の持ち込みや傍聴券の管理も強権的でしたし、公正に判断する人かどうかを見抜けなかったのは本当に不徳の致すところでした。

判決直後の報告集会で、中村さんは花束の絵に「負けてたまるか 不当判決」と書かれましたね。後々までホントにこの気持ちでみんな頑張りました。中村さん、この絵に何て書こうか、いつどうやっ

で決めたんですか。

中村: 私は外で判決を待っていたんですが、奥村弁護士が走ってきて、無表情な、いつもと全然違う顔で。パッと「不当判決」と掲げたときに、何とも言えないものを感じまして。絵は家で描いていたんですが、判決後の集会に行ったら浮かんだのが、こんな負けてたまるか、と。その時のみんなの雰囲気を感じて書いたのがそれなんです。

伊藤: 負けましたが、すぐに東京に行きました。原告全員が上告して、全国の1,035人の弁護士が代理人になってくれました。「命より『産業優先』なのか」とか、マスコミもこぞって1陣高裁判決を批判しました。こんな判決絶対に許せない、本当の怒りというか、本当の闘いになったのはこの時からだったと思います。上告にあたって約300万円の印紙を貼らないといけませんが、それを猶予してもらう訴訟救助という手続がありまして、その判断は判決を出した裁判体が行います。通常はいろいろな資料が必要なんですが、1陣高裁の後任の田中裁判長、当日判決を読んだ人ですが、すぐ全員に訴訟救助を出してくれました。他の裁判官から見てもこの判決はおかしいと思ったんじゃないでしょうか。

2陣地裁判決、国の責任再び

7か月後に2陣の地裁判決が出て、1陣地裁判決よりは後退しましたが、国の責任が再び認められたのは大きかったと思います。判決前の原告団総会で、川崎さんが「公務員が上のものに逆らえるわけない。自分も公務員やったからよくわかる。裁判官かて公務員や、俺は絶対負けと思う」と。「何を弱気なこと言うてるの。勝ちたい、勝ちたい思わずにどうするの」と女性陣からさんざん怒られまして。最後は「運を天にまかせましょう」と、何となく暢気な南さんの発言で爆笑して終わりましたが。こうした中で迎えた2陣地裁判決でした。

山田: 私は提訴したのが1陣高裁判決の少し前でした。そもそも裁判する気なんて全然なかったんです。自分の中ではアスベストのことはクローズしてまして、父のことは全て終わっていたんです。ただ、母親も罹患していて、あるとき、胸が痛いと言い出し

まして。これは大変やと思って、市民の会に連絡したら、すぐに原告になってと勧められて裁判を始めました。私の担当はあの奥村弁護士なんですが、旗出して出てきたとき、あの顔をみたときに、ああ、これは絶対に不当なんや、これを覆すためには勝つしかない、勝つためには何したらええんやということ意識も変わって。僕なんか財力もないし、ようしゃべらんし、1陣の怖いお姉さん方がいっぱいいてはるし(笑)、小さくなるしかなかったんです。そういった中で何ができるか考えたんですが、自分にできるのは、もめることなくみんな仲良くしていく、支援の人も含めて。そういった気持ちでやってまいりました。その結果が2陣地裁の勝訴判決につながっただけかなと。

伊藤: 2陣地裁判決のときも、とにかく早く解決してほしいと上京して判決行動をしました。1陣地裁判決よりも後退しているので、この判決を前提に解決を求めることは苦渋の決断でもありましたが、国が早々に控訴し、結局、1陣高裁対2陣高裁ということになりました。1陣高裁のあの判決の後、これは泉南だけの問題じゃないということで支援の輪がどんどん広がって、マンガにしてくれたり、原監督が映画をつくってくれて大阪市内で上映会をしたり。また、解決の舞台は東京だということで、東京での行動も充実させていきました。1陣高裁判決の結審から判決までは勝たせる会事務局長の伊藤泰司さんに東京に常駐してもらって。1陣は最高裁に行っていましたので、並行して最高裁要請も1~2か月に1回、合計17回やりました。その度に原告も大阪に東京に出掛けていって被害を訴えたら、本当にこの頃は大変でしたね。で、もう1回署名もしようと。署名は1陣地裁で36万筆、1陣高裁で17万筆、最高裁で27万筆、1人で1,000とか2,000とか集める原告もいて。でも頑張っただけに、署名はもう嫌や、効果あるんやろか、自己満足じゃないかと言った議論も何度かありました。

岡田: ご近所で署名をお願いしたら、するにはするけど私だけねと。あまりいい感触ではなかったので、それからご近所はやめてお祭りとか催し物にあちこち出かけていきました。そこで無理なの分かって、警備中の警察官にもお願いしました。完

全に無視されましたけど。快くしてくれる人もたくさんいましたし、頑張りによって励ましてくれる人もいましたけど、何回もやったかな、原発事故のあとに、「今は放射線や。アスベストはもう終わっている」と。そんな中で、建設の組合はじめいろんな団体の方がたくさん送ってくれるのはホント嬉しかったです。自分は集めるの嫌でした。でも、頑張りました。

松島：署名をお願いしたら、国賠いうのは税金で払えということなんや、あんたらがやってることは、次世代に借金を残すことになるんやと嫌み言われたことがありました。そうかと思たら、厚生労働省前で写真パネルを見ながら泉南の説明した後に「ジュースでも買って」言うて1,000円カンパしてくれた人もいました。いろんな人がいます。

一番充実した2陣高裁判決

伊藤：2陣高裁では、最初から裁判所に地裁判決が昭和46年以降の違法を認めなかった点、慰謝料が低すぎないかという点に関心があると言われました。普通なら原告勝訴のメッセージでしたが、弁護士は絶対に油断はしないと。これでもかというくらい証拠を積み上げていきました。2012年12月に建設訴訟の東京地裁判決で防じんマスクの違法が認められたのも大きかったと思います。まさに泉南と建設が連動して前進していきました。そして迎えた2013年12月25日、一番充実した判決でした。今、泉南型の国賠和解が全国で90件くらいありますが、和解基準2分の1は、この2陣高裁判決がベースになっています。

山田：ホッとしました。この時は私なりにがんばった感がありましたが、何よりも皆さんが非常に喜んでくれたのがすごく嬉しくて。それやったらもっとやっというやないかということで、この頃からどんどん前に出て行くようになりました。自分では何にもできないけど、まわりのみんながやらせ上手とかいうか。それに乗っかって、みんなと喜びを分かち合うとか、そんな感じでやってきました。

伊藤：判決は年末の12月25日でしたが、寒い中すぐ上京して、とにかく上告するなど早期解決を訴えました。この前年から自民党政権になっていて、

議員も入れ替わっていたのでイチから議員まわりもしました。地元でも泉南市・阪南市の市長・議長から上告断念の要請を出してもらいました。そんな中、1月6日年明け初めの厚生労働省前での集会に原告がいつまで経っても現われないということがありましたね。

中村：今日は来られてませんが柚岡さんが、新幹線の中で、もっと動かすためには内閣総理大臣に建白書を届けなあかんということで。集会に間に合うかなと思ったんですけど、官邸前へ行ってから集会行ったらええんやと。ところが、行ってからすったもんだして、原監督のカメラも回っている中で守衛さんとやりあって、ほんとに大変やったんです。そのうちに伊藤弁護士から電話が掛かりまして、すぐ来てください、どこに居るんですか、みんな待ってますと。柚岡さんに言うて「ほっとけ」みたいなことで、私は板挟みになって。最後の頃になって、急いでタクシーで駆けつけました。満田さんと藤本さんとやったかな。それで集会にちょっとだけ参加できました。

満田：新幹線の中で柚岡さんが官邸前で直訴するのはどうや、みんなの意見はどうやと。私は、弁護士さんに内緒でするんですか、弁護士さん怒らせたら大変ではありませんかとだめる方だったんですが。何でもやったらええんや、勝つためには、という人もいて。

伊藤：善し悪しありますが、泉南の運動は弁護士団主導でした。もちろんいろいろ議論しながらですが。柚岡さんは、このとき、建白書を直接持っていくことを事前に言うて弁護士団に止められると思ったそうです。弁護士団としては決して止めなかったと思いますが、原告のための集会で、いろんな人に来てもらっているのに、当の原告が無断で誰も来ない、連絡もつかないとはどういうことだと、後でものすごい喧嘩しました(笑)。実はこのとき、原告がとにかく早く解決したい、そのためにできることを何でもやりたいということで、弁護士団から提案したこと以外のことを実際にやった、ということがとても嬉しかったし、ある意味では原告の声をすくい切れてなかったという反省もありました。それがこの後の運動に結びついていくことになります。

柚岡さんの話が出たので、今日は居ないけどここ

でちょっと聞いてみましょう。柚岡さんは裁判所で国の代理人に大声で怒鳴ってトラブルになったり、議員懇談会でおたくの地元議員はボンクラだと言ったり、問題もたくさんありましたが(笑)、ただ彼がいないとこの裁判、始まりませんでした。いろんな愚痴を聞いてくれたりもしたんじゃないかと思いますが、原告の中でどんな存在でしたか(爆笑)。

松島: 告げ口されたらかなわんけど(笑)。たしかに立派な方だと思います。とはいうものの、厚生労働省の方と話してもけんか腰ですねん、名刺出せへん言うて怒ったり、話が進まん、一方通行やか言うて。柚岡さんにしたら歯がゆかったと思うけど、私らにしたら敷居の高いところですし、学問もないし、言葉も知らないし。でも、喧嘩はしたくないという気持ち。話は聞いてもらいたい。私たちの苦しみ、実際の家族がどんな生活してるか、どうして働いて、なぜ苦しんでいるか、この事実を聞きとってほしいという思いで行ってるのに、柚岡さんは頭越しですねん。だから私は言いました。「柚岡さん、もうやめてください。ここで喧嘩しに来たん違います、話を聞いてもらいに来たんです。喧嘩するんやったら出て行って下さい。」と。厚労省の人も「あの方入れるんやったらもう面会しません、入れへんのやったら会います」と。伊藤泰司さんが交渉しているときもハラハラもんでした。まあ、でもお陰さんでした。

伊藤: たしかに強く言わないといけない場面もあって、その役割を柚岡さんがやってくれたという側面もありました。柚岡さんは衝突やめ事を好むところがあって、弁護団とは意見が合わないこともしょっちゅうあったんですが、最後は原告・被害者のためという一点で一致して一緒にやってこれました。

最高裁判決から和解

さて、国は1陣と2陣の判決内容が違いすぎるという理由で上告し、1陣も2陣も最高裁に掛かることになりました。大阪で裁判が続いている時とは違い、どうやったら裁判官に原告の声を聞いてもらえるか、何ができるかと、焦りもありました。そんな中で、5月の半ばから3週間、毎日厚労大臣に面会を求め

ようということで、原告被害者・支援者・弁護団が代わる代わる上京して「田村(厚生労働大臣)はん泉南原告に会うてんか」行動もしました。澤田さんからは、そんなことしても無意味じゃないか、弁護団が原告を疲弊させているだけじゃないかと随分批判も受け激論にもなりました。けど、これは、建白書事件を経て、とてもじっとしておれない、やれることは何でもしたいという原告の思いの中から出てきた運動でした。結果的に7月に最高裁から弁論を開くという連絡がありました。

満田: 裁判官に訴えの手紙を出したのも良かったと思います。

伊藤: 2014年9月4日に最高裁弁論、10月9日に最高裁判決がありました。東日本大震災以降、1陣高裁判決だけでなく、建設アスベストの横浜判決とかイレッサの判決など、司法の逆流のような動きがありましたので不安もありました。そういう中で、命や健康は何よりも尊重されることを再確認した最高裁判決の意味は大きかったです。

岡田: 私と南さんは最高裁の判決前に弁護士さんに呼び出されまして、2人は敗訴が確定したと。そのときは興奮しまして、どこも当たるところないんで弁護士さんに当たったと思います。でも、結果はわかっているけど、判決、聞きに行ったんです。しんどかったのは、ダメでもみんなと一緒にここで判決を聞いたかったなと。なんで2人は別なんかと。すごい嫌でした。呼び出された段階で南さんに電話して、あかんかったみたいやなど。

伊藤: お2人と除斥期間が経過している原告については上告が受理されませんでした。受理はされたけど昭和46年以降に就労の人も上告棄却されました。でも、1陣・2陣が一体となって、判決で認められなかった人も含めて、みんなで勝ち取った最高裁判決でした。

山田: 言うまでもなく、気持ちひとつでやってきた結果です。門前払いでしたけど南さんも上京されて。私が気を付けて行って来てねとメールを送ったら、どないかならへんやろか、と返信が来ました。原告ってそういうもので、何を言われても、当日何か起こるかもしれへん、勝ってるかもしれへんと、そういう気持ちで活動してました。一番思ってたのは、今ま

で何遍も勝ってるのに、国は謝りもせずまだまだやるんや、弱い者いじめするんやと。それで最後最高裁で勝った瞬間、やっとこさ尻尾をつかまえたぞー、とことん追い込んだるぞーという気持ちになりました。

伊藤：最高裁で勝ったけど、それでもなかなか大臣に会えなかったんですよね。もう文句無いでしょうと思いましたが。厚生労働大臣に早く出てきて謝罪するように要請しましたが、ようやく10月15日になって初めて石綿対策室長と会えました。それでも確定したのは2陣だけで1陣はまだ裁判が続いている、建設訴訟にも影響があるということで原告に会わないと。一方で国は賠償金を早く払いたいからと言って、夜間休日にまで連絡してくる。国会議員に要請してもらったり、マスコミがこぞって社説に書いたり、国会質問もたくさんやってもらう中で、ようやく21日に厚労大臣が謝罪の方針を固めました。10月27日に厚労大臣が大臣室で謝罪し、その年末ギリギリの12月26日に1陣訴訟が和解、翌2015年1月18日に大臣が泉南まで来て謝罪しました。その後、原告被害者と地元の支援者で「泉南アスベストの会」を結成しました。

皆さん、9年間振り返って最後にひとことずつお願いします。

9年間を振り返って

松島：ここまでこれたのは、本当に全国の皆さんの支援のお陰やと思えます。ただ、残念なのは、周りですでに多くの友人・知人が亡くなって。私たちは石綿の怖さを分かって国に訴えることができたけど、それをまったく知らないまま、両手両足の指の数では足りないほど亡くなっております。その方たちのことを思うと悔しいというかやるせない。1人では闘えないけど、皆さんの力でここまでこれた。やっぱり、闘うというか、言わないかんねやと。間違ってることは間違ってる、自分ひとりと言うても通じないけど、皆さんの力で言えば、必ず壁はぶち破ることができるんやな、ということを感じさせていただきました。本当に全国の皆さんに感謝しております。

岡田：9年間を通して辛かったのは、裁判の途中で母親に死なれたことです。うちは家庭内で練引き

されてる状態で。母親は、ごめんねって言うのが口癖になってました。裁判の結果、国の責任が認められたことは、母親に聞かせてあげたかったです。

中村：私は途中からですけど、絵手紙を描きながら、心が原告さんと同じところにいったのではないかと。打ち込んでやれてすごく幸せでした。最後の「会うてんか行動」、私は6日間東京に行きましたが、あれが原告・支援者中心になってやりまくったのが勝ちにつながったのではないかと考えてます。

山田：最後に謝罪を受けたわけですが、泉南にはもっともっと被害がありました。これから本当の意味で謝罪をさせるまで頑張っていけないといけない、というのが今の気持ちです。

武村：泉南の闘いをおして本当に多くの人に支援をいただきました。今はその恩返し、御礼の気持ちで他の裁判の支援にまわっています。公害や建設アスベストの被害者の皆さんとお話して、国というのは残酷だな、ということをつくづく思いました。大臣が泉南に来て謝罪はしましたけど、私は受け入れませんでした。私はあのときはホント腹が立ってたんです。なんなんこいつと。頭を下げるならもっと早くにせえよというのが本当の思いでした。何回も何回も早く会わせて下さいとお願いして、その度に苦い思いして。最後の最後は全員被害者が死ねば会うんかと。自分が何を言ったのか覚えてないほど汚い言葉で言ったこともありました。その後で、やっと大臣が謝罪することになりましたが、私は全然嬉しくも何ともなくて、ああ、謝罪するんかぐらいで。最高裁勝利の時は本当に嬉しかったけど、その後の悔しい思いは忘れません。これから自分が元気の限り支援を続けていきます。

満田：人前に出るのが本当に苦手な私だったんですけど、原告として、自分たちが先に立たないと、後に続く支援者の方、弁護団はどうすることもできないと。そういう気持ちであっち行き、こっち行き、東京、大阪中を駆けめぐり、すごいことをやってきました。お陰さまで無事に私たちの裁判は終わりましたが、まだまだいろんな被害者がいます。皆さんのお陰で助けられましたので、その万分の一でもお返ししたいと思っています。これからもどうぞよろしく


石綿健康被害救済制度の施行状況 及び今後の方向性について

平成28年12月

中央環境審議会環境保健部会
石綿健康被害救済小委員会

I. はじめに

石綿による健康被害の救済に関する法律(平成18年法律第4号。以下「法」という。)については、平成23年8月の法改正の際、法の一部改正法の附則に「政府は、この法律の施行後五年以内に、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。」との条項が規定された。

今般、平成28年8月に改正法の施行から5年が経過することを踏まえ、法に基づく石綿健康被害救済制度(以下「現行制度」という。)の施行状況について改めて評価・検討を行い、その結果に基づいて必要な見直しを検討するため、平成28年1月に中央環境審議会環境保健部会に「石綿健康被害救済小委員会」が設置された。

本小委員会では、平成28年4月から、患者・家族の団体や専門家からのヒアリングも含め、現行制度の施行状況について審議を行った。

本報告書は、本小委員会でのこれまでの議論を踏まえ、現行制度の施行状況を評価・検討して指摘された論点及び今後の方向性について整理したものである。

II. 石綿健康被害救済制度の施行状況 及び今後の方向性について

1. 制度の基本的考え方・救済給付

(1) 現行制度の施行状況

石綿による健康被害は、本来は原因者が被害者にその損害を賠償すべき責任を負うものであるが、発症までの潜伏期間が非常に長期であること、また極めて広範な分野で利用されていたことから、特定の場所における石綿の飛散と個別の健康被害に係る因果関係を立証することが極めて難しく、原因者を特定して民事上の損害賠償を請求することが困難である一方、発症した場合は重篤な疾病であるとの特殊性がある。現行制度は、こうした石綿による健康被害の特殊性に鑑み、国が民事の損害賠償とは別の行政的な救済措置を講ずることとしたものであり、個別的因果関係を問わず、社会全体で石綿による健康被害者の経済的負担の軽減を図るべく制度化されたものである。

現行制度の給付内容は、こうした制度の性格を踏まえ、損害項目を積み上げて厳密に填補する補償ではなく見舞金的なものであり、その具体的な制度設計に際しては、医薬品副作用被害救済制度を参考としつつ、その給付内容のうち、補償的色彩の強い、逸失利益を考慮した生活保障的な給付項目である障害年金(障害児養育年金)及び遺族年金(遺族一時金)は採用されておらず、日本国内において石綿を吸入することにより指定疾病にかかった旨の認定を受けた者(以下「被認定者」という。)に対し、医療費(自己負担分)、療養手当(103,870円/月)及び葬祭料(199,000円)が支給されている。また、日本国内において石綿を吸入することにより指定疾病にかかり、当該指定疾病に起因して現行制度の施行日前に死亡した者(施行前死亡者)及び日本国内において石綿を吸入することにより指定疾病にかかり、当該指定疾病に

関し認定の申請をしないで当該指定疾病に起因して現行制度の施行日以後に死亡した者（未申請死亡者）の遺族に対しては、国が特別に弔意を表明し、特別遺族弔慰金（2,800,000円）及び特別葬祭料（199,000円）（以下「特別遺族弔慰金等」という。）が支給されている。なお、被認定者が指定疾病で死亡した場合でも、実際に支給された医療費及び療養手当の合計額が特別遺族弔慰金の額に満たないときは、その差額分が救済給付調整金として当該被認定者の遺族に対して支給されている。

また、現行制度の給付水準は、制度の性格を踏まえ、類似の制度との均衡を考慮しながら設定されている。このうち、療養手当については、入通院に伴う諸経費という要素に加え、介護手当的な要素が含まれている。入通院に伴う諸経費の要素については、療養に伴う交通費や生活品等のための諸経費が、医薬品副作用被害救済制度や原子爆弾被爆者に対する援護制度に準拠して定められている。介護手当的な要素については、中皮腫や肺がんといった石綿による疾病が、予後の悪い重篤なものであることに鑑み、近親者等による付添や介助用具に必要な手当が、原子爆弾被爆者に対する援護制度の介護手当（中度）に準拠して定められている。なお、疾病の予後の悪さを特に考慮し、給付は一月当たりの最高額を定めた上で実際に要した介護費用相当額の実費について行うのではなく、定型化された定額の給付が被認定者に対して一律に行なわれている。

救済給付については、これまで、平成20年及び平成23年の法改正により、医療費及び療養手当の支給対象期間の拡大、未申請死亡者の救済、並びに特別遺族弔慰金等の請求期限の延長が図られてきている。こうした中、現行制度において、累計で11,561件（平成28年10月末現在）が救済給付の対象となっている。また、被認定者に対して独立行政法人環境再生保全機構が実施した制度利用に関するアンケート（以下「制度利用アンケート」という。）の平成27年度の結果によれば、現行制度の満足度について「とても満足」「満足」との回答が53.7%であるのに対し、「不満」「とても不満」との回答が10.0%（なお、「どちらともいえない」との回答

が33.5%、「無回答など」が2.9%）であり、また、療養手当の支給額について「妥当だと思う」との回答が28.1%であるのに対し、「妥当とはいえない」との回答が7.1%（なお、「わからない／どちらともいえない」との回答が60.9%、「不明回答・無回答」が3.9%）となっている。

（2）指摘された論点及び今後の方向性

本小委員会の審議においては、ヒアリングの中で、特に中皮腫については、予後の悪さに加え、肉体的にも精神的にも大きな苦痛を伴う上、介護や通院に伴う費用が多額となる場合があることや特に若年で発症すると家族の生活に不安を抱える場合があること、また、他の制度と比べて給付に差異があることが疑問である等の意見が出されたことを踏まえ、健康被害や療養の程度（介護等の実態）に見合ったものとなるよう療養手当の増額を検討すべきではないかとの意見や、石綿による被害は健康被害者のみならずその家族にも波及すると捉えて遺族年金・一時金のような遺族に対する給付を検討すべきではないかとの意見があった一方で、現行制度は補償制度や原因者負担という考え方とは異なるものであり、社会全体による迅速な救済という現行制度の基本的な枠組みを維持して安定的な制度運営を図るべきであり、その中で最大限の救済を図るとの観点から検討すべきではないかとの意見があった。また、来年度以降の費用負担のバランスを考慮する必要があるのではないかと意見もあった。さらに、一つの考え方として、民事上の損害賠償を踏まえた制度でも社会全体による負担の制度でもない総体としての原因者と被害者との関係を踏まえた原因者負担があり得るとの意見や、長期的な検討課題として、諸外国の補償制度も参考にした検討が必要ではないかとの意見があった一方で、仮に補償制度を新たに構築するのであれば、補償制度とする理論的根拠と、それを踏まえた、他法に基づく制度との調整、費用負担者、対象者、対象疾病とその判断基準等の多岐にわたる論点について再度の検討が必要となるほか、現行制度をゼロベースで見直すこととなり、その場合、現在の基金はそのまま補償に充当することはできず、より厳密な因果関係が求められるため対

象が縮小する方向となり得るとの意見があった。

この点については、制度の基本的考え方の検討に当たっては、健康被害の救済という視点はもとより、制度の性格や費用負担者の在り方の視点も含めることが必要である。こうした視点から見れば、①現行制度について、平成23年6月の中央環境審議会「今後の石綿健康被害救済制度の在り方について」（二次答申）（以下「二次答申」という。）にあるとおり、事業主の労働基準法上の災害補償責任を担保する労働者災害補償保険制度（以下「労災制度」という。）や医薬品等の製造販売業者の社会的責任に基づく医薬品副作用被害救済制度のような保険（的）制度、民事責任を踏まえた公害健康被害補償制度、国家補償的精神に基づく予防接種健康被害救済制度と同様の性格とすることは困難であるといえる点について、現時点においてこの点を変えるべき事情はないこと、②一方で、現行制度の基本的考え方に基づき個別的因果関係を問わず石綿健康被害の迅速な救済が図られていることから、今回の審議では現行制度の基本的考え方を変える状況にあるとは結論されなかった。また、その上で、救済給付については、前述のとおり療養手当の増額等を求める意見が出されている一方で、制度の基本的考え方や類似の制度との均衡を考慮して設定されており、制度利用アンケートによれば、現行制度や療養手当について不満と回答した者の割合は必ずしも高くないとの結果がある。しかしながら、制度利用アンケートでは、「どちらともいえない」「わからない」との回答も一定程度存在する上、介護等の実態の詳細については必ずしも把握できていないとの指摘があり、被認定者の介護等について実態調査を行うべきである。

今後とも制度を取り巻く事情の変化を注視しつつ、当面は、費用負担に関する意見も聴きながら、個別的因果関係を問わず社会全体で石綿による健康被害者の経済的負担の軽減を図るとの現行制度の基本的考え方に基づいて制度の安定的かつ着実な運営を図ることにより、石綿による健康被害の迅速な救済を更に促進すべきである。

2. 指定疾病

（1）現行制度の施行状況

現行制度の指定疾病は、石綿を吸入することにより発生する疾病であって、民事責任を離れた迅速な救済を図るべき特殊性が見られる重篤な疾病を対象としている。こうした考え方に基づき、制度開始当初は石綿による「中皮腫」及び「肺がん」が指定疾病とされ、平成22年の政令改正により、石綿による「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」が指定疾病に追加された。

指定疾病であることの医学的判定について、特に石綿による肺がんについては、喫煙をはじめとして様々な原因があり、石綿を吸入したことによるものであるか否かについての判定は必ずしも容易ではない。このため、現行制度における肺がんの医学的判定については、原発性肺がんであって、肺がんの発症リスクを2倍に高める量の石綿ばく露があったとみなされる場合に、石綿によるものと判定することとしている。具体的には、25本/ml×年程度のばく露があった場合とするのが国際的なコンセンサスとしても認められているところであり、ばく露歴を厳密に求めることなく、これに該当する医学的所見に基づき肺がんの判定が行われている。平成25年6月には、肺がんの発症リスクを2倍に高める量の石綿ばく露があったとみなされる場合に該当する医学的所見として、広範囲の胸膜プラーク所見及び肺組織切片中の石綿小体が追加された。その後も、胸膜プラークやびまん性胸膜肥厚と肺がんの発症リスクとの関係や、肺がん申請者の石綿ばく露作業従事歴についての知見の収集が図られている。

（2）指摘された論点及び今後の方向性

本小委員会の審議においては、ヒアリングでの意見を踏まえて良性石綿胸水や石綿肺合併症を指定疾病に追加すべきではないかとの意見があった一方で、現行制度は重篤な疾病を対象とするものであるとの意見があった。また、良性石綿胸水については重篤な疾病を対象とする現行制度では指定疾病とされていないが、そのうち、被包化された胸水貯留がある症例については、例えば、石綿ばく露を示す所見があり、かつ、著しい呼吸機能障

害が認められる場合に石綿による「著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚」とするなどの取扱いを検討すべきではないかとの意見があった一方で、具体的な基準等については更なる研究が必要との意見があった。

この点については、現行制度が重篤な疾病を対象とするものであることを踏まえ、症状が様々である良性石綿胸水及び石綿肺合併症を一律に対象とすることは困難であるが(なお、石綿肺については、合併症の有無にかかわらず、著しい呼吸機能障害を伴う重篤な病態について既に指定疾病とされている)、今後、良性石綿胸水のうち被包化された胸水貯留が認められる症例について、石綿による「著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚」として取り扱うことができるかどうかについて、現行の指定疾病の取扱いとの均衡を踏まえつつ、その具体的な医学的判定基準も含めて検討を行い、必要な知見が整った場合には救済対象とすることが望ましい。

また、石綿による肺がんの医学的判定について、ヒアリングでも意見があったとおり、労災制度においては作業従事歴が一つの指標となっていることや、現行制度においても石綿肺及びびまん性胸膜肥厚の判定に当たり作業従事歴が考慮されていることを踏まえ、現行制度の肺がんの判定に当たっても作業従事歴を指標の一つとして採用すべきではないかとの意見があった一方で、作業従事歴を指標として採用することは現行制度の趣旨及び客観性の観点から困難ではないかとの意見や、現行の肺がんの医学的判定基準は必ずしも厳しいものとは言えないのではないかとの意見があった。さらに、肺がん発症に対する石綿と喫煙の関係など更なる医学的知見の収集が必要ではないかとの意見があった。

この点については、現行制度では、肺がんの発症リスクを2倍に高める量の石綿ばく露があったとみなされる場合に石綿によるものと判定することとしており(すなわち、石綿によるものである蓋然性は50%)、また、例えば、これに相当する肺内石綿小体の量については、今もなお国際的なコンセンサスが得られている科学的知見として幅のある値(乾燥

肺重量1グラム当たり5,000本～15,000本)である中でその最少本数を採用しているほか、肺がんの発症リスクを2倍に高める量の石綿ばく露に相当する医学的所見が確認されれば石綿ばく露歴を問わずに石綿によるものと判定することとしており、現行制度における肺がんの医学的判定基準は、科学的根拠に基づきつつ、個別的因果関係を問わず迅速な救済を図るとの制度趣旨に照らして設定されている。このような中、作業従事歴を指標として採用することについては、①作業従事歴により労務起因性を判定する労災制度とは異なり、現行制度が個々の原因者の特定が困難であるという特殊性に着目し、民事上の賠償責任とは離れて社会全体で石綿健康被害の迅速な救済を図ることを目的とする制度趣旨であること、②肺がんについては、医学的所見により相当程度の鑑別が可能である石綿肺及びびまん性胸膜肥厚の場合と異なり、肺がんであるとの医学的所見だけでは様々な原因の中から石綿によるものであることを判定することができず、作業従事歴を指標として石綿によるものであると判定しようとするとその厳密な精査が必要となること、現行制度の性格上、作業従事歴を確認するために必要となる客観的資料が乏しいことから、調査体制を整備したとしても、作業従事歴を厳密かつ迅速に精査することには限界があること、③肺がんについては、石綿肺及びびまん性胸膜肥厚と異なり、肺がんであるとの医学的所見と組み合わせることにより石綿によるものであることを判定可能な指標としての医学的所見(肺内石綿小体の量等)が国際的なコンセンサスに基づき得られていること、④石綿による肺がんについては作業従事歴との関係も含め知見が十分に得られていないことから、今回の審議では作業従事歴を指標として採用すべきとは結論されなかった。しかしながら、肺がん申請者における石綿ばく露作業従事歴等に関する調査を含め、石綿による肺がんについて引き続き知見の収集に努めるべきである。また、作業従事歴等については、医療機関における肺がんの診断の際に、石綿による肺がんの特徴的な医学的所見を確認するための情報として活用され、本制度の申請につながるよう一層の周知を図るべきである。

3. 制度運用

(1) 現行制度の施行状況

二次答申においては、現行制度の運用の強化・改善として、労災制度との連携強化、認定に係る対応の迅速化、制度の周知、医療機関等への情報の提供を行うべきとの指摘がされた。

これを受け、労災制度との連携強化を図るため、石綿ばく露作業従事歴があると申告した申請者等に関する厚生労働省への情報提供や、現行制度や労災制度等の対象となった中皮腫死亡者数の集計等の取組が実施されている。

また、認定に係る対応の迅速化のため、医学的判定の考え方について医療機関等に周知するほか、申請者の同意を得て医学的資料を医療機関から直接取り寄せる等の取組が実施されている。こうした取組を実施する中、平成18年度から27年度にかけて、療養者に係る平均処理日数は173日から106日まで短縮されている。

さらに、制度を広く周知し、また医療機関等への情報の提供を行うため、一般向けの広報活動や医療機関向けの情報提供が実施されている。加えて、平成25年度からは、石綿による肺がんの医学的判定のための肺内石綿繊維の計測（以下「繊維計測」という。）について、可能な限り迅速に実施することができるよう、透過型電子顕微鏡等の整備、人材育成、計測精度を確保するためのマニュアルの作成等の体制整備が実施されている。

(2) 指摘された論点及び今後の方向性

本小委員会の審議においては、中皮腫死亡者のうち現行制度や労災制度等を利用していない者が依然として一定程度存在すると考えられること、また中皮腫に限らず現行制度等の存在が医療現場において完全には浸透していない可能性も考えられることから、医師（特に呼吸器系の医師）や医師以外の医療関係者に対し、更なる制度の周知をすべきではないかとの意見があった。この点については、一般向けの広報活動を継続しつつ、医療現場において現行制度への申請を勧奨できるよう、呼吸器に関連する学会、看護師や医療ソーシャルワーカーの団体を始めとする医療関係団体、がん

診療連携拠点病院等の相談支援センターに対して現行制度や医学的知見の周知を図るべきである。特に、石綿による肺がんについては重点的に医療現場への周知を図るべきである。

また、ヒアリングでの意見を踏まえ、中皮腫と診断された者が療養に専念できるよう療養や制度等に関する総合的なフォローアップを行うことが必要であり、その際には医療関係団体や患者・家族の団体を含めた関係者の協力を得て行うことが必要ではないかとの意見や、専門医のリストを作るべきではないかとの意見があった。この点については、これら様々な関係者の協力を得て、専門医療機関のリスト、現行制度や地域の医療・介護・福祉サービス、緩和医療等に関する総合的な情報を提供すること等を検討すべきである。

さらに、繊維計測について、精度管理を継続して行いつつ、更なる迅速化を図るべきではないかとの意見があった。この点については、繊維計測の体制整備を引き続き実施することにより、精度管理を徹底しつつ計測の迅速化を図るべきである。

加えて、申請に係る負担軽減のため申請書類の合理化等を行うべきではないかとの意見があった。この点については、申請書類の電子入力化等を行うとともに、申請に当たっての課題を踏まえて申請窓口である保健所職員への研修を強化すべきである。

4. 健康管理

(1) 現行制度の施行状況

石綿ばく露者の中・長期的な健康管理の在り方を検討するための知見の収集を目的として、平成18年度から平成26年度にかけて「石綿の健康リスク調査」（以下「リスク調査」という。）が実施され、平成28年3月には9年間の調査結果の評価が行われ、健康管理による不安減少等のメリットや検査に伴う放射線被ばくといったデメリット等の健康管理の在り方を検討するための一定の知見が得られた。

また、平成27年度からは、実施主体、既存検診（肺がん検診等）との連携方法、対象者・対象地域の考え方、検査頻度、事業に要する費用等の課

題等について調査・検討を行うため、「石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査」（以下「試行調査」という。）が実施されている。

(2) 指摘された論点及び今後の方向性

本小委員会の審議においては、石綿疾患の患者を専門外来・専門窓口につなぐ支援や、震災から数十年経過後の住民の健康不安への対応が必要ではないかとの意見があった。また、兵庫県が実施している住民の健康管理の支援のための「健康管理手帳」のような取組を実施すべきではないかとの意見があった一方、健康管理の今後の在り方の検討に当たっては、リスク調査で得られた健康管理のメリット・デメリット等の知見を踏まえつつ、現在実施されている試行調査を、対象地域を拡大しつつ、しっかりと評価すべきではないかとの意見があった。加えて、将来的には、検討等に必要予算について基金の運用益を活用することも一案ではないかとの意見があった。この点については、石綿ばく露による健康不安に対応するため、試行調査を地方自治体の協力を得て対象地域の拡大に努めながら継続し、その調査結果について適切な時期に評価を行った上で、その評価を踏まえつつ、兵庫県での取組事例等も参考にしながら、実施主体や費用負担の在り方も含め、効果的・効率的な健康管理の在り方について引き続き検討していくべきである。

また、試行調査において、保健指導を適切に実施するため、専門知識に関する研修の場を設けるべきではないか、その際、石綿による健康被害は高齢の方に多く見られるとの実態を踏まえると高齢の方にもしっかり情報が伝わるよう考慮が必要ではないかとの意見があった。この点については、試行調査において、高齢の方への分かりやすさに配慮しつつ、保健指導に関するマニュアルの作成や研修会の更なる充実を図るべきである。また、試行調査において、保健指導を適切に実施するため、専門知識に関する研修の場を設けるべきではないか、その際、石綿による健康被害は高齢の方に多く見られるとの実態を踏まえると高齢の方にもしっかり情報が伝わるよう考慮が必要ではないかとの意見があった。この点については、試行調査において、

高齢の方への分かりやすさに配慮しつつ、保健指導に関するマニュアルの作成や研修会の更なる充実を図るべきである。

5. 調査研究

(1) 現行制度の施行状況

二次答申における中皮腫の診断・治療に関する調査研究を推進すべきとの指摘を受け、平成25年度から、現行制度で認定を受けた中皮腫症例に係る医学的情報のデータベースへの登録¹（以下「中皮腫登録」という。）が行われ、平成27年度から環境省ホームページにおいて情報が公開されている。また、厚生労働省、関連する学会や病院協会、保健所に対して周知がされている。

また、中皮腫の診断法の向上等のための各種の医学的解析調査等や厚生労働省において中皮腫の遺伝子治療薬等に関する研究の支援が実施されている。

(2) 指摘された論点及び今後の方向性

本小委員会の審議においては、現行制度で認定を受けた中皮腫患者の医学的情報の登録を継続し、そこで得られた知見を活用して診断法等に関する情報を医療従事者等に情報提供すべきではないかとの意見があった。この点については、中皮腫登録を継続して現行制度で認定を受けた中皮腫患者の症例の集積を行いつつ、医療機関での中皮腫の診断精度の向上に資する情報を提供できるよう検討すべきである。

また、がん登録推進法に基づくがん登録制度²において登録された中皮腫の統計データを分析すれば治療に関する一定の知見が得られるのではないかとの意見があった。この点については、今後、医療機関での治療方針に資する情報の提供に向けて、当該がん登録制

度の趣旨や内容を踏まえた活用方法について、関係省庁と連携して検討すべきである。

加えて、今後とも、関係省庁と連携して石綿による疾病に関する医学的知見の収集に努めるとともに、その成果を広く情報提供することを含めて現行制度に係る様々な主体・関係者と情報共有を図るべきである。

Ⅲ. おわりに

現行制度については、これまでのところ、現行制度の基本的考え方に基づいて、適時適切な見直しが行われ、また、認定の迅速化や制度の周知等の運用の強化・改善等が図られてきており、安定した制度運営が行われている。一方で、現行制度の評

価・検討の中でいくつかの論点も指摘されたことから、それぞれの論点について今後の方向性を提示した。

今後、こうした方向性に沿って必要な調査や措置が可及的速やかに講じられ、5年以内に制度全体の施行状況の評価・検討を改めて行うことが必要である。



中央環境審議会環境保健部会石綿健康被害救済小委員会の報告書の取りまとめについて

2016年12月16日 環境省発表

平成28年4月から開催された中央環境審議会環境保健部会石綿健康被害救済小委員会の報告書（「石綿健康被害救済制度の施行状況及び今後の方向性について」）が取りまとめられましたので、本報告書案に対して実施した意見の募集（パブリックコメント）の結果及び意見に対する考え方と併せて公表します。

1. 背景

石綿による健康被害の救済に関する法律（平成18年法律第4号。以下「法」という。）については、平成23年8月の法改正の際、法の一部改正法の附則に「政府は、この法律の施行後五年以内に、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。」との条項が規定されました。

平成28年8月に改正法の施行から5年が経過することを踏まえ、法に基づく石綿健康被害救済制度（以下「現行制度」という。）の施行状況について改めて評価・検討を行い、その結果に基づいて必要な見直しを検討するため、平成28年1月に中央環境審議会環境保健部会に「石綿健康被害救済小委員会」が設置されました。

本小委員会では、平成28年4月から同年9月まで、患者・家族の団体や専門家からのヒアリングも含め、現行制度の施行状況について審議が行われ、「石綿健康被害救済制度の施行状況及び今後の方向性について（案）」[2016年11月号19頁

参照]が取りまとめられました。

その後、平成28年9月20日から同年10月19日までの間、本案について意見の募集（パブリックコメント）を実施した上で、今般、最終的な報告書として取りまとめられたものです。

2. 取りまとめられた報告書

「別紙1」のとおり。[前掲]

3. 意見募集の概要

(1) 意見の募集対象

「石綿健康被害救済制度の施行状況及び今後の方向性について（案）」

(2) 意見の募集期間

平成28年9月20日～同年10月19日※必着

(3) 資料の入手方法

① 電子政府の総合窓口

<http://search.e-gov.go.jp/servlet/Public>

② 窓口での配布

(4) 意見の提出方法

インターネット(<http://search.e-gov.go.jp/servlet/Public>)、郵送又はFAX

4. 意見募集の結果及び意見に対する考え方

(1) 提出者数：253主体

(2) 意見数：のべ1,037件（同一意見を整理した結果70件）

(3) 意見の概要及び意見に対する考え方：

「別紙2」のとおり。[省略]

※<http://www.env.go.jp/press/103339.html>



職業がんをなくそう集会 福井・膀胱がん事件契機

第2回福井集会から2017年東京開催へ

2016年10月15-16日、福井県三国社会福祉センターで「第2回職業がんをなくそう集会in福井」が開催され、48人が参加した。

「日本では、毎年30万人以上ががんで亡くなっていますが、職業がんはその5%（1.5万人）程度と言われています。しかし、そのほとんどが職業がんとして認知されておらず、原因の特定や予防活動もごく限られたものになっているのが実態です。

昨年、福井県で芳香族アミン類への曝露により労働者に膀胱がんが多発する事案が発生し、そこでは長年にわたり労働者が発がん情報を知らされないまま化学物質に曝露され続けていました。日本では、危険有害情報を知らされないまま、様々な化学物質に曝露されてしまっている労働者がたくさんいます。

職業がんをなくそう集会は、本年6月大阪で始まり、今回2回目です。隠れている職業がんの実態とその予防方法を学び、現場の実態を報告しあうなか、学習と交流を深めていきましょう。」（呼びかけ）

大阪の校正印刷会社から発覚した職業性胆管がん事件を体験した私たちにとって、福井で職業性膀胱がんの多発という事態が繰り返されたことは、まさに他人事ではありませんでした。

第1回大阪集会には関西の安全センター関係者のみの参加だったが、泊まり込みで現場実態の交流を中心とした第2回福井集会には、東京、神奈

川、名古屋、関西、兵庫の安全センターの代表らが参加し、自ら体験した職業がん・化学物質による健康障害の事例を報告を含めて積極的に参加させていただいた。

集会では、福井の当事者－化学一般関西地方本部三星化学工業支部書記長の田中康博さん（次頁写真）から、現場報告が行われた。

三星化学工業からの報告

【悲しい現実】その1 責任をとらない管理職

三星化学工業（株）福井工場では現在までに、現職5人と退職者2人が膀胱がんを発症しました。全社的には他工場での現職1人と退職者1人を合わせ9人の発症となっています。全国的には20人です。私も、昨年12月初めに経尿道手術をしました。福井工場では5人目でした。

私たちは今年1月24日に組合を結成し、まずはこれ以上の罹患者と曝露者を出さないための作業環境改善や安全衛生教育の実施、そして、劣悪な労働条件改善のために日々、苦勞しながら取り組んでいます。

しかしながら、従業員39名中組合員は6名（内膀胱がん発症者は3名）であり、また、膀胱がんの手術をしても同じ現場で普通に同じ作業をしていることもあるからか、未だにがんの怖さや、何故膀胱が

んが多発したのかという原因・メカニズムを知ろうともしないし、むしろ避けている同僚がほとんどです。いまさら転職することもできないからというのかもしれませんが、私としては、会社にしがみつくんじゃなくて、命にしがみついてほしいのです。がんの発症は膀胱だけとは限りません。他臓器に発症する可能性もありますし、まだ発症していない方は命が救われたのだから。そうでなければ、膀胱がんを発症した人がうかばれません。隙間風が吹いていてとても寒い工場になってしまいました。

こんな事件が起きてても何故、多くの同僚は目が覚めないのか。やはりそれは、曝露しても必ず発症するものでもなく、「自分は大丈夫かも知れない」という期待を持ってしまうし、また、潜伏期間が20年前後とかなりの長い年数であることが災いしています。さらに、未だ労災として認定されていないからです。まだ業務上の罹患となっていないからです。したがって、管理職による過去の違法な職務命令や管理責任を追求できないために、誰も責任をとっていません。また、職務部門上の上司で私たち罹患組合員に謝罪した方は未だに誰一人いません。

まったく反省していないからいまでも、労働衛生上の間違った（曝露してしまう）職務命令を平気で指示してくるので、毎日毎日がとても大変です。今の三星化学工業（株）福井工場の現状は、悲しいけれども以上のとおりです。

【悲しい現実】その2 未だ過ちを認めない経営者

昨年12月7日午前には私は、福井労働基準監督署へ労災申請用紙をもらいに行きました。その時、監督署の方々は酷く動揺されていました。会社からは、「12月3日に福井労働局に福井工場での膀胱がん多発を相談した」と聞いていたのですが、どうも労働局から監督署へ連絡が行ってなかったようです。何故なのかいまま疑問です。監督署は同日午後、最初の立ち入り調査を行いました。

会社は、厚生労働省が昨年12月18日に、福井工場を取り扱っているO（オルト）-トルイジンを含む芳香族アミン5種について全国的に取り扱い上の注意喚起を発表してもなお、12月21日までO-トルイジンを含む全ての製造を続けました。22日からは、報道



関係者からの問い合わせがひどくなり、仕事どころではなくなくなり自宅待機となりました。

今年1月4日から再びO-トルイジンを含むすべての製造を開始しようとしたのですが、化学一般関西地方本部の人的対応の要請もあり、O-トルイジンの製造はとりやめました。

昨年12月14日、労災申請書の事業主証明を会社に求めましたが、因果関係を否定し証明を拒否されました。私は12月24日、事業主証明なき労災申請を病院に提出しました。現在福井工場関係では7人中7人が労災申請しています。

今年1月15日、東京にて泉谷代表取締役社長以下何人かの方々に、化学一般関西地方本部大阪合同支部として話し合いと今後の対応についての要請を行いました。社長は業務上の疾病であることを認めませんでした。また、同日午後、厚生労働大臣に早期の労災認定と芳香族アミンの特化則化を要請しました。

1月20日・21日の両日、独立行政法人労働安全衛生総合研究所（以下「安衛研」という）が原因調査のためにO-トルイジンの製造を4日間（1月18～21日）行わせ、気中濃度等を測定しました。この人体実験の結果、多くの同僚がO-トルイジンに曝露し、尿からは高い値のO-トルイジンが検出されました。

安衛研は3月18日、先の調査の暫定結果として「O-トルイジンの皮膚からの生体への取込みがあった」と公表しました。会社は同日、報道機関に対して文書による「コメント」を届けました。その内容を見ますと、なんとなく、一応業務上との因果関係



を認めたような文言となっていました。

その後の4月中旬ころ、社長以下数名が各罹患者宅を訪問して口頭および文書にて謝罪を行いました。しかし今日に至っても、補償についての話は一切ありません。また、組合として5月に労働協約（案）を会社に提出し、「この労働協約は、二度と会社が過ちを犯さないようにするためのセーフティーネットである」旨申し入れましたが、結びたくないとの回答でした。

【悲しい現実】その3 救いの手 組合に救われた命

三星化学工業（株）の操業開始は1955年埼玉県越谷市の工場からです。本社は東京都板橋区にあり、福島県相馬市にも工場があります。福井工場の操業は1989年です。全従業員数は本社・3工場あわせ約180人です。

福井工場で扱う原料は、O-トルイジンとアニリンを中心にしてすべて芳香族アミンですが、この、O-トルイジンをはじめとする芳香族アミンに関する「安全データシート」（SDS）が職場に配置されたのは、わずか5年前でした。配置されたSDSは不十分な記載内容でしたが、私たちはこのとき初めて、O-トルイジンが他の芳香族アミンの中でも特に発がん性があることを、またそれが膀胱にであることを知りました。ただし、SDSが職場に配置されたものの、このSDSに基づく安全衛生教育はまったくなく、組合からの指摘を受けて今年の2月に初めて行われました。それも終業後にです。以後、終業後に30分間を月2回行っています。

つまり、発がん性についての説明がそれまで一切なかったということです。私たちは、取り扱っている化学物質の発がん性をまったく知らされないままに、長年、毎日曝露してきたのです。そして、5年前からは、とくにO-トルイジンの工程上のいくつかの作業について、改善や変更・中止を幾度となく訴えてきました。しかし、発がん性を何度指摘しても無視されてきました。

このような職場環境の中で膀胱がんが多発したわけですが、膀胱がん発症者が3人目の時（平成27年9月末）に、O-トルイジンをはじめとする芳香族アミンの発がん性や専門的知見と今後の対応等を「化学一般関西地方本部」に相談しました。それから今日まで、学習会や厚生労働省交渉、また、会社との交渉や労災申請の援護等の支援をいただけてきました。そして、今年1月24日、化学一般関西地方本部三星化学工業支部を結成しました。

私たちは、今回の、膀胱がん多発という辛くてとても悲しい事件から多くのことを学びました。労働組合がなければ、職場環境や全ての労働条件の問題で根本的な解決をはかることはできないことを知りました。職場の仲間たちの命と健康、そして全ての労働条件の改善・充実をはかり、安全・安心の職場をつくるために、いま、大変な毎日をおくっています。

今回、特に大切なことは何かといえば、それは、三星化学工業の労働者は組合に命を救われたということです。膀胱がん検査も強化され、6人目の発症者は早期発見で助かりました。このことは、三

星化学工業以外で同じ物質を取り扱う事業所の現職・退職者の方においても言えることであると信じています。

三星化学工業でいえば、まだ発症していない方もその時は早期発見できるでしょうし、これからは、曝露対策も進みます。組合があるからです。

希望の灯り 職業がんをなくそうの願い

昨年12月私（私たち）が、三星化学工業（株）福井工場で起きた膀胱がん多発問題を職業がんであると公にできた、立ち上がった勇気の源はどこにあったか。それは、「石橋良信さんの職業がんを労災認定させる長年の闘い」があったからです。私（私たち）は、この石橋さんの闘いから希望の灯りをいただきました。この、石橋さんの闘いがあったから、私（私たち）は、声をあげることができました。

石橋さんの闘いは、直接的には労災認定の闘いですが真の目的は、「職業がんをなくす」ための闘いであったと私は思います。闘いは今年2月に最高裁にて敗訴しましたが、故石橋さんと御家族の願いである「これ以上職業がんが苦しむ人を生み出さないでほしい」という切願を、希望の灯りをいただいた私（私たち）が引き継がなければならないと思います。ただ、石橋さんの14年間の闘いに係わってこられた多くの先輩方と石橋さんのことを鑑みたとき、私（私たち）はとても不肖でありますので足がどうしても前に出にくいことがあります、なんとか克服していきたいと思っていますのでよろしくお願いいたします。

様々な職業がんの取り組み

田中さんの報告に出てくる「石橋さん」は、1965年にダイトケミックス株式会社（当時：（株）大東化学工業所）に入社し、染料製造業務に従事して、ガス・粉じんが蔓延する劣悪な労働環境の下、発がん性化学物質を含む様々な化学物質に曝露され、1989年に膀胱がんを発症した。これは芳香族アミンによる職業がんとして労災認定され、3回の摘出手術を受けた。さらに10年後の2001年口腔がんを発症し、職場の労働者に様々ながんが多発多重し

ていたため、この口腔がんも職業がんであるとして労災申請したが、2005年に亡くなられた。

しかし、北大阪労働基準監督署は翌年、不支給決定。審査請求、再審査請求も棄却され、2009年に大阪地裁に不支給処分取り消しを求める行政訴訟を提起。2012年大阪地裁判決、2014年大阪高裁判決とも請求を棄却し、最高裁に上告したものの、2016年2月4日に上告不受理と決定された。

2009年に化学一般関西地方本部、同ダイトケミックス支部を中心につくられた石橋良信さんの職業がんを労災認定させる会の取り組みに触発されながら、田中さんや三星化学工業支部に「職業がんをなくす」願いが引き継がれたということである。

第1回職業がんをなくそう大阪集会は、この認定させる会の第8回総会とそれを引き継ぐ職業がんをなくす患者と家族の会結成総会として、2016年5月16日に開催された。

この集会では、「現在取り組まれている職業がんに関する認定闘争や対策等」として、三星化学工業を発端とした膀胱がん事案のほかに、以下が紹介されている。

○ 大阪府の化成品製造工場では、ビスクロロメチルエーテル、ベンジジン、 β -ナフチルアミン、ジアニシジンなどの取り扱いがあり、肺がん、膀胱がんが多発している。肺や膀胱以外の臓器についても様々な部位で発がんがあり、全がんにおいて統計学的に有意に発がんしている。当該企業と労組はその後様々な労働安全衛生活動に取り組み、早期発見のための特殊検診体制を確立し、発がん者の補償を協定しているほか、製造前に安全性を検証するリスクアセスメントを実施したり、SDSを見やすくまとめるなど優れた取り組みがみられる。

○ 和歌山県の染料中間体製造工場では、ジアニシジンの取り扱いがあり、在職者1名に膀胱がんが発生した。当該企業と労組は早期発見のための特殊検診に腫瘍マーカーを取り入れるなど進んだ取り組みをしているが、その後退職者1名に膀胱がんが発生している。

○ 深夜勤交替職場では、男性で前立腺がん、女性で乳がんが有意に発生することがわかって

いる。医療、介護福祉、交通、運送、その他サービス業など様々な業界に内在している課題である。

○ 新日鉄住金コークス肺がん事件：昭和32年当時コークス工場で日々タール蒸気に曝露されていた労働者が肺がんを発症し、平成21年に亡くなった。本年4月14日小倉地裁判決では、コークス炉でタール蒸気に曝露しそれによって肺がんを発症したことは認めたが、その曝露による健康被害を予見し回避すべき責任があったかという点では、コークス炉と肺がん発症との関係は予見しえなかったとして企業責任を認めなかった。

○ 和歌山県で建築関係の監督する立場で働いていた労働者が上顎がんを発症して亡くなった。Wood Dust曝露による上顎がんはIARCグループ1（ヒトに対する発がん性が認められる）に分類されているが、国内では報告事例がない。これは発生していないのではなく、埋もれている職業がんであることが懸念される。現在、労災申請中。

第2回福井集会では、ダイトーケミックス支部からのまとまった取り組みの報告、及び、職業性胆管がん事件（関西労働者安全センター）、保土谷化学工業ベンジジンによる膀胱がん・左腎臓尿管がん損害賠償請求（神奈川労災職業病センター）、接着剤製造ジクロロメタン曝露による胆管がん労災申請（同前）、金属部品洗浄トリクロロエチレン曝露による腸管囊腫様気腫症の労災認定（ひょうご労働安全衛生センター）、ヨーグルト容器滅菌工程での過酸化水素による気管支喘息、自転車製造工場でのノルマルヘキサンによる多発性神経炎各労災認定（東京労働安全衛生センター）、トンネルじん肺訴訟等（福井農村労組）が報告されたほか、小グループに分かれての現場実態や取り組みの交流も行われた。

また、第1回大阪集会では毛利一平医師（ひらの亀戸ひまわり診療所所長）による「日本における職業がんの実態」、第2回福井集会では伊藤秀明准教授（福井大学医学部泌尿器科）による「職業がんとしての膀胱がん」の記念講演のほか、石橋職業がん裁判等を担った池田直樹、中筋利郎弁護

士らも両集会に参加して記念講演や討論のまとめ等でも活躍されている。

泊まり込みの交流は参加者に大きな交流と切磋琢磨の機会を与えてくれた。2017年はじめには第3回職業がんをなくそう集会の東京開催を実現させることが確認された。

資料：職業がんをなくす患者と家族の会会則

1. 職業がんをなくす患者と家族の会（以下、会と称す）の設立背景と目的

日本においては、職業がんとその原因についての認知及びその発見が十分にされておらず、予防対策と補償が不十分な実態がある。それゆえに、過去に経験があった職業がんと同様な事案が再発したり、あらたに発生している職業がんが埋もれてしまうことによって被害が拡大しているケースが見られる。

本来職業がんは、その原因に対して適切な予防対策を講じればなくすことができるものであることを考えれば、国の職業がん対策の施策やその取り組みが不十分であると言わざるを得ない。

私たちは、そのような不十分さによって職業がん罹患した者及びその家族、あるいは有害化学物質への曝露を受けてしまった者たちが集まり、専門家や支援者とともに本会を設立した。本会は、国、業界その他への働きかけを継続的に行い、埋もれている職業がんの掘り起こしや労災認定に取り組んでいる者への支援をし、広く知らせていく活動を通じて、職業がんをなくすことをめざすものである。

2. 事業の内容

- 1) 国及び業界団体等に対し職業がん対策を推進させる働きかけ（予防活動の重視、疫学調査の実施など）
- 2) 埋もれている職業がんの掘り起こしや労災認定の支援などに関する活動
- 3) 職業がんに関する広報活動（シンポジウム、学習会、交流会の実施や出版、会報の発行など）

3. 本会の構成

本会は、以下の会員（個人及び団体）で構成される。

[→64頁下に続く]

膀胱がん7人労災認定

福井の工場 化学物質扱う業務

福井労働基準監督署は21日、発がん性物質「オルト・トルイジン」を扱う三星化学工業(東京)の福井工場(福井市)で働いて、膀胱がんを発症した男性7人について労災を認定した。専門家による厚生労働省の検討会が、工場での業務が発症の有力な原因となった可能性が高いと判断した。厚生労働省によると、オルト・トルイジンによる健康被害での労災認定は初めて。

7人は、同工場で化学製品の製造を担当していた40〜70代の従業員と元従業員。厚生労働省の調査によると、7人はオルト・トルイジンに素手で触ったり、夏場に半袖で業務をしたりしていた。皮膚から体内に取り込まれたと推察されるという。業務期間は5人が10年以上、2人が10年未満だった。

従業員に膀胱がんの発症が相次いだことから、厚生労働省が昨年大同工場の調査を開始。今年6月に医学や労働衛生工学などの専門家6人で構成する検討会を作り、オルト・トルイジンと発症の因果関係について調べていた。

検討会はこの日まとめた報告書で、オルト・トルイジンにさらされる業務に

満の場合は、作業内容や発症時の年齢などを総合的に勘案する必要があるとした。

そのうえで、検討会は7人の作業状況を検討。いずれも業務と発症の間に因果関係がある可能性が高いと認めた。

オルト・トルイジン

染料や顔料、接着剤などの原料に使われる化学物質。世界保健機関(WHO)の傘下の「国際がん研究機関」(IARC)が「ヒトに対して発がん性がある」と分類している。今年の11月に労働安全衛生法の「特定化学物質」に指定され、来月1日から洗浄設備や保護着の充実などが事業者の義務づけられる。

危険知らず 直接触る

「ようやく被害が認められた。労災認定された田中康博さん57歳」福井県坂井市井市は感慨深げに語った。



「職業がんをなくす患者と家族の会」の会合で語る田中康博さん=10月、福井県坂井市

も、特にオルト・トルイジンの使用量が多かった。会社側からは有害性について聞かされず、田中さんらはオルト・トルイジンが含まれた有機溶剤でゴム手袋を洗った、直接触っていた。

2014年2月、ベテラン従業員が膀胱がんを患ったことが判明。退職者や同僚も発症した。「職場で膀胱がんが多発している」。田中さんは15年9月、個人で加入していた大阪の労働組合に相談。約2カ月後、田中さんも膀胱がんと診断され、同年12月に同僚らとともに労災を申請した。厚生労働省の調査で膀胱がんの発

のたび、膀胱がんとオルト・トルイジンとの関連について、現時点での医学的知見を報告書として取りまとめましたので、公表します。

今回の報告書は、福井県内の化学工場において、オルト・トルイジンを取り扱う業務に従事していた労働者に発症した膀胱がんの労災請求(7件)があったことを受け、業務が原因かどうかを判断するために、国際的な報告や疫学調査結果などを分析・検討し、まとめたものです。

報告書の結論は、次のとおりです。(報告書の概

2016年12月21日厚生労働省報道発表

膀胱がんとオルト・トルイジンのばく露に関する医学的知見を公表します ～労災請求を受け、国際的な報告や疫学調査結果を分析・検討して報告書を取りまとめ～

厚生労働省の「芳香族アミン取扱事業場で発生した膀胱がんの業務上外に関する検討会」(座長:柳澤裕之 東京慈恵会医科大学 教授)は、こ

要は、別添のとおりです)

オルトートルイジンのばく露と膀胱がんの発症リスクとの関連性について、

○ばく露業務に10年以上従事した労働者に発症した膀胱がんは、潜伏期間が10年以上認められる場合、その業務が有力な原因となって発症した可能性が高いものと考える。

○ばく露業務への従事期間または潜伏期間が10年に満たない場合は、作業内容、ばく露状況、発症時の年齢、既往歴の有無などを勘案して、業務と膀胱がんとの関連性を検討する。

今回の報告書を受けて厚生労働省では、この検討の契機となった化学工場を管轄する福井労働局に対し、年内に労災請求事案の決定を行うよう指示します。また、オルトートルイジンを取り扱う事業場に対する労災請求手続きなどの周知を実施していきます。

※<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000146649.html>



今後の対応

【労災請求事案の決定手続き等】

○事業場を管轄する福井労働局に対し、検討結果報告書に基づき速やかに事務処理を行い、年内に決定を行うよう指示。

○オルトートルイジンのばく露により膀胱がんを発症したとして労災請求がなされた事案について、今後も本検討会において業務と膀胱がんの関連性を検討。

○オルトートルイジンを取り扱う事業場に対する労災請求手続き等の周知を実施。

【化学物質の管理等】

○オルトートルイジンを平成28年11月に特定化学物質に指定(11月政省令公布、平成29年1月施行)。

○特定化学物質のうち、経皮吸収による健康障害のおそれのある物質等について、保護具の着用や身体が汚染されたときの洗浄を義務づけ(11月省令公布、平成29年1月施行)。

○今後、この法令等に基づく指導を実施。



「芳香族アミン取扱事業場で発生した膀胱がんの業務上外に関する検討会」報告書

膀胱がんとオルトートルイジンのばく露に関する医学的知見

平成28年12月

検討会参集者名簿(五十音順)

氏名	役職等
額川 晋	東京慈恵会医科大学附属病院泌尿器科主任教授診療部長
小川 修	京都大学医学研究科泌尿器科学教授
白石 寛明	国立研究開発法人国立環境研究所環境リスク・健康研究センターフェロー
角田 正史	北里大学医学部准教授
名古屋 俊士	早稲田大学理工学術院名

誉教授(※第1回検討会)

村田 克 早稲田大学理工学術院創造理工学部准教授(※第2回検討会以降)

(座長)柳津 裕之 東京慈恵会医科大学医学部環境保健医学講座教授

(オブザーバー)

甲田 茂樹 独立行政法人労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所所長代理

検討会開催状況

- 第1回検討会 平成28年6月22日
- 第2回検討会 平成28年9月28日
- 第3回検討会 平成28年10月17日
- 第4回検討会 平成28年11月30日
- 第5回検討会 平成28年12月20日

第1 検討会の目的

平成28年1月15日、福井労働局管内の染料・顔料の中間体を製造する化学工場（以下「本件事業場」という。）において、オルト・トルイジン等の化学物質を取り扱う業務に従事していた労働者から、使用した化学物質が原因で膀胱がんを発症したとして労災請求がなされた。

業務上疾病を列挙した労働基準法施行規則別表第1の2の第7号及び第10号に基づく告示においては、個別のがん原性物質又はがん原性工程における業務による膀胱がんを含む尿路系腫瘍が具体的に列挙されているが、本件事業場の労働者が取り扱っていたオルト・トルイジン等の化学物質による尿路系腫瘍は列挙されておらず、また、過去にも当該化学物質による膀胱がんを業務上疾病として認定した事例はなく、労働者が従事していた業務と膀胱がんとの因果関係は明らかになっていない。

このため、医学、化学、労働衛生工学の専門家から成る本検討会において、労働者が従事していた業務と膀胱がんとの因果関係について、専門的な見地から検討を行ったものである。

第2 膀胱がんに関する医学的知見

1 膀胱がんについて

膀胱は骨盤内にある臓器で、腎臓で作られた尿が尿管を経由して運ばれた後に、一時的に貯留する一種の袋の役割を持っている。膀胱を含め、腎盂、尿管、一部の尿道の内側は尿路上皮（移行上皮）という粘膜に覆われている。膀胱がんは、尿路上皮のがん化によって引き起こされる。膀胱がんの90%以上が移行上皮がんであり、まれに扁平上皮がんや腺がんがみられる。

(1) 病理学的・組織学的特徴

膀胱がんは画像診断や経尿道的膀胱腫瘍切除術（TURBT）による確定診断により、筋層非浸潤性がん、筋層浸潤性がん、転移性がんに大別される。

ア 筋層非浸潤性がん

膀胱筋層には浸潤していないがんであり、表在性がんと上皮内がんが含まれる。表在性がんの多くは浸潤しないが、放置しておくとう進行して浸潤したり、転移を来すものもある。上皮内がんは、膀胱の内腔に突出せず、粘膜のみががん化した状態をいう。

イ 筋層浸潤性がん

膀胱の筋層に浸潤したがんである。このがんは膀胱壁を貫いて、壁外の組織への浸潤、リンパ節や肺や骨への転移の危険性がある。

ウ 転移性がん

原発巣の膀胱がんが、他臓器に転移した状態をいう。膀胱がんが転移しやすい臓器は、リンパ節、肺、骨、肝臓などがある。

(2) 膀胱がんの危険因子

膀胱がん発症の危険因子として、喫煙、職業性発がん物質へのばく露、飲料水中のヒ素、フェナセチン（鎮痛剤）やシクロフォスファド（抗がん剤）などの特定の医薬品、放射線照射などが挙げられる。

中でも喫煙は最も重要な危険因子であり、男性の膀胱がんの50%、女性の膀胱がんの30%に関与しているとされ、喫煙者は非喫煙者に比較して膀胱がんの発症リスクが約4倍高いとされている。タバコに関連した発がん物質として60種類以上の物質が指摘されているが、中でもタバコの煙に含まれる芳香族アミンの一種や活性酸素種が膀胱発がんに影響を与えていると考えられる。

(3) 好発年齢及び罹患・死亡状況

年齢別にみた膀胱がんの罹患率は、男女とも60歳代から増加し、40歳未満の若年での罹患率は低い。また、女性よりも男性が膀胱がんの罹患率が高く、女性の約4倍となっている。

国立がん研究センターがん対策情報センターが公表しているがん統計によると、平成24年に膀胱がん（上皮内がんを含まない。）の診断を受けた者の推計値は20,574人であり、年齢別にみると、60歳

以上が18,909人で、全体の92%を占めている。公表年の10年前の平成14年に膀胱がん（上皮内がんを含まない。）の診断を受けた者の推計値は15,914人であり、国内の罹患者数は増加傾向にある。

人口動態統計調査（厚生労働省）によれば、平成27年の膀胱がん（膀胱の悪性新腫瘍）の死亡者数は8,130人であり、悪性新生物による死亡者のおよそ2.2%を占めている。

（4）職業性の膀胱がんの臨床病理学的特徴

職業性の発がん物質へのばく露から実際の膀胱がん発症までは、約20年の潜伏期間があると考えられている。ベンジジン等の発がん性のある芳香族アミン類によって生じる膀胱がんの臨床病理学的特徴としては、①若年発生の傾向があること、②悪性度が高く、浸潤性の傾向があること、③上部尿路の再発リスクが高いことなどが指摘されている。

発がん物質とそれによって惹起される遺伝子変異の特徴との関連に関する研究は進んでいるが、オルトトルイジンを含む芳香族アミンによる特徴的な遺伝子変異はいまのところ報告されていない。

第3 膀胱がんの有害因子の考察

1 有害因子

本件事業場における労働者の膀胱がんの発症を受けて、厚生労働省の依頼により実施した独立行政法人労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所（以下「労働安全衛生総合研究所」という。）の調査によると、本件事業場は、アニリン、オルトトルイジン、2,4-キシリジン、オルトアニシジン、オルトクロロアニリン、パラトルイジンの6種類の芳香族アミンを原料に溶媒として有機溶剤を加え、ジケテンを滴下しながら染料・顔料の中間体を製造しており、6種類の芳香族アミンのうち、オルトトルイジン、アニリン、2,4-キシリジンの使用量が多かったとしている。

また、6種類の芳香族アミンの中で、IARC（国際がん研究機関：International Agency for Research on Cancer）が膀胱がんを引き起こすとして、ヒトに対する発がん性を認めている化学物質はオルト-

トルイジンのみであり、IARCは2012年にオルトトルイジンの発がん性分類をグループ1（ヒトに対して発がん性がある：carcinogenic）と評価している。その他の5物質に関するIARCの発がん性分類は、オルトアニシジンがグループ2B（ヒトに対する発がん性が疑われる：possibly）、2,4-キシリジン及びアニリンがグループ3（ヒトに対する発がん性について分類することができない：not classifiable）であり、パラトルイジンとオルトクロロアニリンについては発がん性の評価をしていない。また、本件事業場が取り扱っている化学物質のうち、芳香族アミン以外の化学物質について、IARCがヒトに対する発がん性を認めているものはない。

以上から、本検討会においては、オルトトルイジン、アニリン、2,4-キシリジンの使用量が多いこと、IARCの発がん性分類がグループ1と評価されている化学物質はオルトトルイジンのみであることから、オルトトルイジンのばく露と膀胱がん発症との関連性について検討することとする。

2 ばく露形態

前述の労働安全衛生総合研究所の調査結果報告書によると、作業環境測定時（平成28年1月）のガス状オルトトルイジンの平均値は $12.6\mu\text{g}/\text{m}^3$ （0.003ppm）であり、この数値は日本産業衛生学会の許容濃度1ppm、ACGIH（米国産業衛生専門家会議：American Conference of Governmental Industrial Hygienists）のTLV-TWA（時間加重平均の許容濃度）2ppm、OSHA（米国労働安全衛生庁：Occupational Safety and Health Administration）のPEL（許容ばく露限度）5ppmを下回っていた。

また、災害調査において実施されたガス状オルトトルイジンの個人ばく露測定とオルトトルイジンの尿中代謝物の測定から、高濃度ばく露が疑われる作業と個人ばく露の程度との間に合理的な関連性は認められなかったとしている。

一方で、尿中代謝物が高値を示した労働者は、終業後に作業で使用していた手袋を蒸留有機溶剤で洗浄していたことから、労働者のゴム手袋に付着していたオルトトルイジンの総量と尿中代謝物の関係を確認したところ、相関傾向が得られたと

しており、オルトトルイジンの経皮ばく露による生体への取り込みが示唆されたところである。

なお、同報告書では、有機溶剤に係る特殊健康診断結果や保護具の着用状況から、過去において、経気道ばく露によるオルトトルイジンの生体への取り込みがあった可能性を示唆している。

第4 オルトトルイジンのばく露と膀胱がん発症との関連性について

1 オルトトルイジンのばく露と膀胱がん発症との関連性に係る検討項目

本検討会では、オルトトルイジンのばく露と膀胱がんとの関連性について、現時点における膀胱がんの発がんメカニズムに関する知見を整理した上で、オルトトルイジンのばく露による膀胱がんの発症リスクをばく露期間、潜伏期間の観点から検討することとした。

これらの医学的知見の整理及び発症リスクの検討に当たっては、海外文献のレビューにより行った。検討対象とした海外文献は、2012(平成24)年にIARCがオルトトルイジンの発がん性分類を2A(ヒトに対しておそらく発がん性がある: probably)から1に分類換えを行った際のモノグラフ及び根拠となった文献のほか、PubMed(米国国立医学図書館内の国立生物科学情報センターが作成するデータベース統合検索システム)により、検索条件“bladder cancer(膀胱がん) o-toluidine(オルトトルイジン)”OR“urinary cancer(尿路系がん) o-toluidine(オルトトルイジン)”で検索した。

2 オルトトルイジンによる膀胱がんの発がんメカニズムについて

(1) 研究報告

オルトトルイジンによる膀胱がんの発がんメカニズムについては、多くの種類の酵素による代謝活性化が関与しているものと考えられており、IARCモノグラフ(2012)では、オルトトルイジンの代謝について、完全には解明されていないとしている。このため、オルトトルイジンの代謝経路の解明には、今後の研究が待たれるところであるが、本検討会の文献検討結果は以下のとおりである。

ア ヒトの膀胱内のオルトトルイジン付加体を測

定したBohmら(2011)は、膀胱がん患者の腫瘍サンプルからオルトトルイジン由来のDNA付加体が高率で検出されたとしている。

イ ラットに投与されたオルト、メタ、及びパラトルイジンの代謝を観察したCheeverら(1980)は、メタトルイジン、パラトルイジンに比べて、オルトトルイジンの尿中濃度が最も高かったとしている。

ウ Zenserら(2002)は、化学的にオルトトルイジンのアミノ基と類似したアミノ基を有するN-アセチルベンジジンによる膀胱がんのイニシエーションを報告している。

これによると、N-アセチルベンジジンは肝臓でN-グルクロン酸抱合を受け、N-アセチルベンジジン-N'-グルクロニドを形成する。N-アセチルベンジジン-N'-グルクロニドは腎臓でろ過され、膀胱腔内の尿に蓄積される。尿中のN-アセチルベンジジン-N'-グルクロニドは、酸に不安定であり、酸性の尿中でN-セチルベンジジンに再度変換される。膀胱上皮には、プロスタグランジンHシンターゼ(PHS)が比較的多く、PHSの活性化により、DNA付加体であるN'-(3'-モノホスホデオキシグアシン-8-イル)-N-アセチルベンジジンを形成させ、これがDNA付加体を形成し、最終的に腫瘍発生に寄与するとしている。

エ Englishら(2012)は、オルトトルイジンによる膀胱がんの発がんの機序を代謝酵素シトクロムP450(CYP)の働きに着目して報告している。

これによると、体内に取り込まれたオルトトルイジンは肝臓内のCYPの触媒により、N-ヒドロキシーオルトトルイジンを形成し、N-ヒドロキシーオルトトルイジンは腎臓でろ過され、膀胱腔内の尿に蓄積される。N-アセチル転移酵素(NAT1)は膀胱内でN-ヒドロキシーオルトトルイジンのO-アセチル化を触媒して、N-アセトキシオルトトルイジンを形成する。N-アセトキシオルトトルイジンの活性化により生成された求電子性のニトレンウムイオンがDNAに結合し、DNAを損傷する。

一方、CYPの分子種であるCYP2E1は、オルトトルイジンの芳香環水酸化に関与し、4-アミ

ノーメタークレゾールを形成する。4-アミノメタークレゾールは、N-アセチル転移酵素 (NAT2) の触媒によりアセチル化され、N-アセチル-4-アミノメタークレゾールを形成する。4-アミノメタークレゾールとN-アセチル-4-アミノメタークレゾールは硫酸抱合体及びグルクロン酸抱合体として尿中に排泄されるが、抱合されなかったN-アセチル-4-アミノメタークレゾールは、酸化を受けやすく反応性のキノンイミン誘導体を形成し、これが酸化還元サイクルを経て活性酸素を生成するとしている。

(2) まとめ

以上のことから、体内に取り込まれたオルト-トルイジンは、肝臓内の酵素によって代謝生成物を形成する。オルト-トルイジン及び代謝生成物は、腎臓で過剰され、膀胱内の尿中に高濃度に蓄積する。尿中のオルト-トルイジン及び代謝生成物は、膀胱内の酵素により活性化されDNA付加体を形成し、DNA損傷を引き起こす結果、発がんを誘導すると考えられる。

また、オルト-トルイジンの代謝生成物とそのキノンイミン誘導体の酸化還元サイクルにより生成される活性酸素は、DNAを損傷し、発がんを助長すると考えられる。

3 オルト-トルイジンのばく露と膀胱がんの発症リスクの関係

(1) 研究報告

ア Wardら(1991)は、米国ニューヨーク州の化学工場の労働者1,749人を対象に後ろ向きコホート研究を実施した。対照集団はニューヨーク市を除くニューヨーク州の一般住民である。

このコホート研究によると、オルト-トルイジンとアニリンのばく露が明らかな群の膀胱がんのSIR(標準化罹患比)は6.48(90%信頼区間=3.04-12.2)としている。ばく露が明らかな群をばく露期間別に分析すると、5年未満では膀胱がんの発症はなく、5年以上10年未満で1人が発症、SIRは8.8(90%信頼区間=0.45-41.7)、10年以上で6人が発症、SIRは27.2(90%信頼区間=11.08-53.7)、トレンド検定は $P<0.01$ で有意であったとしている。

また、オルト-トルイジンとアニリンのばく露が明らかな群を、ばく露作業に雇用された時からの期間別に分析すると、10年未満では膀胱がんの発症はなく、10年以上20年未満で1人が発症、SIRは2.03(90%信頼区間=0.10-9.64)、20年以上で6人が発症、SIRは16.4(90%信頼区間=7.13-32.3)としている。

イ Wardら(1991)のコホート研究について、対象労働者数を追加し、再解析を実施したCarreonら(2014)では、ばく露が明らかな群をばく露期間別に分析し、5年未満のSIRは1.98(95%信頼区間=0.80-4.08)、5年以上10年未満のSIRは4.52(95%信頼区間=0.93-13.2)、10年以上のSIRは6.24(95%信頼区間=3.63-9.99)としている。

また、ばく露が明らかな群に最初に雇用された時からの期間別に分析すると、10年未満のSIRは1.74(95%信頼区間=0.04-9.68)、10年以上20年未満のSIRは3.41(95%信頼区間=0.93-8.72)、20年以上30年未満のSIRは4.75(95%信頼区間=2.17-9.02)、30年以上のSIRは3.97(95%信頼区間=2.11-6.79)である。

同様にWardら(1991)のコホート研究の公表後、同一工場で新たに膀胱がんの診断を受けた労働者を対象に同研究のフォローアップを実施したMarkowitzら(2004)の報告では、確実にばく露した群の11例の膀胱がん症例のうち、最も短いばく露期間の症例は2年であり、2例の症例が認められた。

ウ Rubinoら(1982)は、イタリア北部の染色工場に1922年から1970年の間に雇用されたベンジン、 α -ナフチルアミン、 β -ナフチルアミン、オルト-トルイジンなどの芳香族アミンを取り扱う労働者919名を対象にした後ろ向きコホート研究を実施した。対照集団はイタリア全国の人口から予想される死亡例数である。

このコホート研究では、労働者全体の膀胱がんの死亡は36例で、観察値/期待値は29.27($P<0.001$)であった。同じく膀胱がん死亡例を最初のばく露からの期間別に評価すると、10年まではなし、11年以上20年以下で8例、観察値/期待値は21.62($P<0.001$)、21年以上で28例、観察

値/期待値は36.84 ($P<0.001$)であった。また、労働者全体のばく露期間別では、10年以下で8例、観察値/期待値は12.50 ($P<0.001$)、11年以上20年以下で13例、観察値/期待値は34.21 ($P<0.001$)、21年以上で15例、観察値/期待値は71.43 ($P<0.001$)であった。

表9〔省略〕は、膀胱がん死亡(36例)をばく露カテゴリー別に区分けし、リスク評価を行ったものである。このうち、カテゴリーGはオルトートルイジンと4,4'-メチレンビス(2-メチルアニリン)を原料にフクシン及びサフランインTを製造する工程であり、膀胱がん死亡は5例、観察値/期待値は62.50 ($P<0.001$)であった。労働者全体に係る膀胱がん死亡の観察値/期待値は29.27 ($P<0.001$)であるが、労働者全体の膀胱がん死亡には既知のがん原性物質であるベンジジンや β -ナフチルアミンを取り扱う労働者が含まれている。

以上を踏まえると、カテゴリーGはオルトートルイジンと4,4'-メチレンビス(2-メチルアニリン)の複合ばく露であるが、このカテゴリーの膀胱がん死亡の観察値/期待値の62.50 ($P<0.001$)は、オルトートルイジンのばく露が膀胱がんの発症に寄与していることを示唆するものと考えられる。

カテゴリーGの膀胱がん死亡の5例について、ばく露期間は12年から33年(平均22.0年)、潜伏期間は12年から40年(平均27.4年)となっている。

エ Sorahanら(2000)は、ウェールズ北部の化学工場の男性労働者2,160人を対象に、オルトートルイジン取扱作業従事年数(0年、1年以上5年未満、5年以上)によって、膀胱がんの死亡、罹患等を検討した。対照集団は、イングランド及びウェールズの一般人口である。

対照集団を100としたときの工場労働者全体の膀胱がんのSMR(標準化死亡比)は141(95%信頼区間=82-225)で有意差はなかった。同様に膀胱がんの罹患率のSRR(標準化リスク比)は107(95%信頼区間=65-168)で有意差はなかった。

オルトートルイジン取扱作業に従事する労働者の膀胱がん死亡は3人(従事年数が1年から4年で2人、5年以上で1人)で、期待値は0.2であり、

対照集団を100としたとき、SMRは1,589で有意であった。

オルトートルイジン取扱作業に従事する労働者の膀胱がんの死亡のRR(リスク比)は、従事年数が1年から4年で4.44(95%信頼区間=0.76-25.79)、5年以上で5.48(95%信頼区間=0.51-59.14)であり、有意差はないが、トレンド検定は $P=0.08$ であった。

また、オルトートルイジン取扱作業に従事する労働者の膀胱がん罹患のRRは、従事年数が1年から4年で6.73(95%信頼区間=1.59-28.41)、5年以上で7.65(95%信頼区間=1.03-56.87)であり、それぞれ有意に高く、トレンド検定でも $P=0.002$ であった。

(2) まとめ

ア 後ろ向きコホート研究におけるオルトートルイジンのばく露と膀胱がんの発症

Rubinoら(1982)の後ろ向きコホート研究では、既知の発がん物質であるベンジジンや β -ナフチルアミンの取扱作業に従事する労働者を含む労働者全体の膀胱がん死亡の観察値/期待値が29.27 ($P<0.001$)であったが、オルトートルイジンの取扱作業に従事する労働者における膀胱がん死亡の観察値/期待値は62.50 ($P<0.001$)であった。

このことから、オルトートルイジンのばく露は膀胱がん発症の有力な原因と考えられる。

イ ばく露期間

Wardら(1991)の後ろ向きコホート研究によれば、オルトートルイジンのばく露と膀胱がんの発症リスクについて、ばく露期間10年以上で有意差が認められる。

Carreonら(2014)は、ばく露期間5年以上10年未満ではSIRを4.52(95%信頼区間=0.93-13.2)としており、これは統計的に有意には至っていないものの、オルトートルイジンの5年以上10年未満のばく露が膀胱がんの発症に関与していることが示唆された。

また、5年未満で膀胱がんを発症している事例(最短2年)も報告されているが、5年未満のばく露期間で膀胱がんの発症リスクを増加させるこ

とを示唆する研究報告はなかった。

ウ 潜伏期間

Wardら(1991)、Carreonら(2014)の後ろ向きコホート研究では、オルトートルイジンのばく露開始から膀胱がんの発症までの潜伏期間について、20年以上で有意差を認めている。

Rubinoら(1982)によれば、オルトートルイジンの取扱作業に従事する労働者の膀胱がん死亡例の平均潜伏期間を27.4年としているが、その範囲は12年から40年としている。死亡例5例のうち2例については、潜伏期間が12年であった。

また、Carreonら(2014)においても、ばく露開始後10年から20年の発症例が報告されている。

したがって、少なくともオルトートルイジンのばく露開始から10年以上経過した後、膀胱がんを発症するものと考えられる。

4 喫煙の影響

Wardら(1991)らの後ろ向きコホート研究では、対象集団の喫煙率は43.4%であり、米国の一般集団と大きく事離れた数字ではないとして、オルトートルイジンのばく露による膀胱がんの発症リスクについて、喫煙による影響を排除することなく評価している。

喫煙は膀胱がんのリスクファクターの一つであることは間違いないが、オルトートルイジンと喫煙の影響を分けて、リスク評価するとは困難である。

第5 結論

オルトートルイジンのばく露による膀胱がんは、労働基準法施行規則別表第1の2の列举疾病に掲げられておらず、過去にもオルトートルイジンによる膀胱がんを業務上疾病として認定した事例はない。このため、本検討会では、オルトートルイジンを対象として発がんのメカニズム、ばく露と発症リスクの関係について文献検討を行った結果、以下のとおり取りまとめ、膀胱がんはオルトートルイジンの長期間のばく露により発症し得るとの結論に達した。

(1) 発がんのメカニズム

体内に取り込まれたオルトートルイジンは、肝臓内のCYPにより代謝生成物を形成する。オルトートルイジン及びその代謝生成物は、血液によって腎臓に運ばれた後、ろ過され膀胱の尿中に蓄積する。

尿中のオルトートルイジンとその代謝生成物は、それぞれ膀胱内のPHSによる活性化、NAT1によるO-アセチル化を経る活性化によりDNA付加体を形成し、これがDNAを損傷し、膀胱がんを発症させるものと考えられる。また、活性酸素はDNAを損傷し、膀胱がんの発症を助長するものと考えられる。

(2) オルトートルイジンのばく露と膀胱がんの発症リスク

後ろ向きコホート研究によると、オルトートルイジンにばく露した労働者において、膀胱がんの発症が有意に増加していることから、オルトートルイジンのばく露は膀胱がんの発症の有力な原因の一つと認められる。

ばく露期間別に膀胱がんの発症リスクをみると、10年以上のばく露で有意差が認められた。5年以上10年未満のばく露では、統計的に有意に至っていないが、膀胱がんの発症に関与していることが示唆された。5年未満のばく露での膀胱がん症例も報告されているが、症例数も少なく、研究対象も偏っていることから、発症リスクを増加させることを示唆する研究報告は認められなかった。

潜伏期間をみると、オルトートルイジンのばく露開始から膀胱がんの発症までの潜伏期間については、20年以上で有意に増加するとの報告が多いが、ばく露開始後10年以上20年未満の発症例の報告も認められた。少なくともオルトートルイジンのばく露開始から10年以上経過した後、膀胱がんは発症するものと考えられる。

これらのことから、オルトートルイジンのばく露業務に10年以上従事した労働者で、ばく露開始後10年以上経過して発症した膀胱がんについては、業務が相対的に有力な原因となって発症した蓋然性が高いと考えられる。また、オルトートルイジンのばく露業務への従事期間又は膀胱がん発症までの潜伏期間が10年に満たない場合は、作業内容、ばく露状況、発症時の年齢、既往歴の有無などを総合的に勘案して、業務と膀胱がんとの関連性を検討する必要がある。

[図表、参考、文献等省略]

※<http://www.mhlw.go.jp/file/04->

Houdouhappyou-11402000-



欧州における労働組合の 職業がん根絶キャンペーン 指令改訂・自主的行動計画等

最近とりわけ欧州の労働組合が、職業がんに対する注意喚起及び根絶のためのキャンペーンに力を入れている。2016年のいくつかのニュースとともに紹介したい。

2016年5月12日 ETUI 職業がんに関する欧州立法の改正： わずかな前進

5月11日に欧州委員会は、職業がんの予防に関する指令の改訂案を採択した。これは、13の物質について拘束力のある職業曝露限界（OEL）を採用することを提案している。以前の指令は、3物質について提供するだけであった。ETUI[欧州労働組合研究所]は、10年以上も引き延ばした末、欧州委員会がついに職場における発がん物質に対するその立法の強化を決定した事実を歓迎する。しかし、提案は十分と言うには程遠いと考えている。

ETUI研究院ローラン・フォーゲルによれば、「肯定的な点は、この立法プロセスがいまや公にされ、この最初の提案を修正することが可能になることである」。その内容は最小限のものにとどまっている。指令の条文で改善されたものはない。OELに関する付録が大きく修正されただけである。しかし、13の発がん物質しか扱っておらず、オランダの[EU]議長任期の要求と比較してあまりにも少なすぎる。

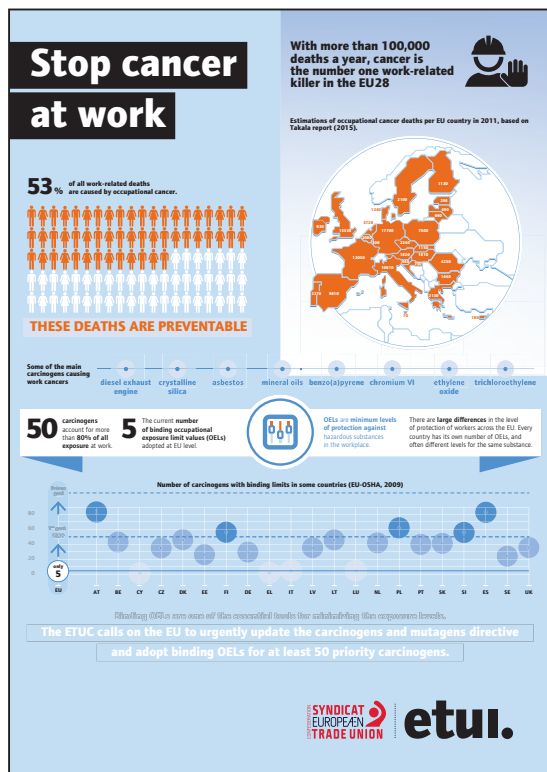
2016年最初の6か月について欧州連合の議長国であるオランダ政府は、50のOEL導入を要求している。一方、ETUCとしては、OELの対象となるべき71の物質または手順のリストを用意している。

[欧州]委員会は、2016年末に他に12のOELが立法提案の対象になるだろうと発表している。それ以上のイニシアティブについては確約していない。

一定数の物質についての提案内容に関しては、多くの加盟国において採用されているものよりもはるかに高い。もっとも特徴的な例は、呼吸器系の疾病及びがんを引き起こす物質である、結晶性シリカである。デンマーク、フィンランド及びスペインが、アメリカ合衆国と同じく、立法メートル当たり50マイクログラムのOELを課しているにもかかわらず、委員会では100マイクログラムを提案している。欧州基準は、欧州連合内でこれに曝露している500万人労働者を保護するのに十分でない。

欧州建設林産労連も、木材粉じん及びシリカについての提案された限界値は予防に十分でないと考えている。同労連は委員会に対して、とりわけディーゼル排ガス及び人造鉱物繊維について、はるかに厳しい限界値を提案するよう求めている。

ボールはいまや欧州議会及び閣僚理事会の場に移っている。彼らは、がんのリスクからの労働者保護を強化するために、委員会の提案を修正することができる。彼らはとりわけ、指令の適用範囲を、委員会によって作成された提案からは漏れている、



A VOLUNTARY ACTION SCHEME ON RAISING AWARENESS AND EXCHANGING GOOD PRACTICES TO DEAL WITH RISKS ARISING FROM OCCUPATIONAL EXPOSURE TO CARCINOGENS

Whereas exposure to carcinogens at the workplace can lead to very serious health damage.

Whereas the signatories underline the need to prevent or reduce exposure to carcinogens at the workplace.

Whereas governments, European Commission, social partners, businesses, economic sectors, research institutes and other organisations have knowledge of awareness raising activities and good practices that prevent or reduce exposure to carcinogens at the workplace.

The signatories of this Covenant stress the importance of promoting awareness raising as well as the development and exchange of good practices that prevent or reduce exposure to carcinogens at the workplace.

The signatories commit themselves to promoting awareness raising as well as the exchange of best practices, by, inter alia, calling upon stakeholders in their networks to participate actively in the exchange of good practices.

This Covenant remains valid until 31 December 2019.
Signed at 25 May 2016, Amsterdam, the Netherlands.

Gertrud Breindl
European Commission
Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities

Kris de Meester
BUSINESSEUROPE
President

Christa Sedlitzschek
European Union
Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities

ESTHER LYNCH
SYNDICAT EUROPEEN TRADE UNION
President

Marcelis Boereboom
European Union
Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities

職場における重大なリスクの構成要素である生殖毒性に拡張することができる。

最初2002年に発表された、発がん物質及び変異原性物質に対する労働者の曝露に関する指令の改訂は、委員会自身によって長い間棚上げにされてきた。その「よりよい規制」キャンペーンの一環として、委員会は、企業にとっての「負担」に言及して、がんからの労働者の保護を改善することを拒否した。

欧州議会、多くの加盟国、公衆衛生学界や労働組合によって集中的に批判がなされたことが、この麻痺状態を問題にするのを可能にした。労働によって引き起こされたがんの結果として毎年10万以上の人々が死亡しているという事実が、この[批判の]集中を説明している。

※<http://www.etui.org/Topics/Health-Safety/News/Revision-of-European-legislation-on-occupational-cancers-only-a-small-step-forward>

2016年5月31日 ETUI 発がん物質に関する 新たなEUロードマップ

2016年5月25日、欧州労連（ETUC）を含む6つの組織が、新しい「発がん物質に関するロードマップ」に関する協定に署名するためにアムステルダムに集まった。この自主的な行動計画は、職場における発がん物質への曝露のリスクに関する注意の喚起及びグッドプラクティスの共有を目的としたものである。協定の署名者によって策定されたこのロードマップは、EU議長国としてのオランダによって開催された、労働関連がんに関する会議の場で採択された。ETUC連合書記エスター・リンチが、4人のETUI（欧州労働組合研究所）研究者とともに、議論に参加した。

行動計画は、2019年にはじまるオーストリアの[EU]議長任期まで続く。今後3年間に展開され

るいくつかの行動は、限界値に関する情報及びリスクの評価・管理の方法を使用者に提供することを目的にしたものになるだろう。別の目標は、とりわけ中小規模企業（SMEs）において発がん物質への曝露のリスクについて使用者及び労働者の注意を喚起するとともに、すでにこの領域において存在しているグッドプラクティスのより広範かつ効率的な共有を実現することである。

会議のキースピーカーの一人であるユッカ・タカラ氏は、ETUIの最近の出版物のなかで、職業がんは毎年EUにおいて、労働災害による死亡数の20倍高い、10万を超す死亡を引き起こしていると推計している[2016年1・2月号74頁参照]。

※<http://www.etui.org/en/Topics/Health-Safety/News/A-new-EU-Roadmap-on-carcinogens>

自主的合意計画

発がん物質への職業曝露から生じるリスクに対処するための注意の喚起及びグッドプラクティスの共有に関する自主的行動計画

職場における発がん物質への曝露が、きわめて重篤な健康被害につながりうることに鑑み、

署名者が職場における発がん物質への曝露を予防または低減する必要性を強調することに鑑み、

政府、欧州委員会、社会パートナー、経営者、経済部門、研究機関及びその他の組織が、注意喚起活動及び職場における発がん物質への曝露を予防または低減するグッドプラクティスの知識をもっていることに鑑み、

本協定の署名者は、職場における発がん物質への曝露を予防または低減するグッドプラクティスの開拓及び共有はもちろん、注意喚起を促進することの重要性を強調し、

署名者は、とりわけそのネットワークの関係者にグッドプラクティスの共有に積極的に参加するよう呼びかけることによって、ベストプラクティスの共有はもちろん、注意の喚起を促進することを確約する。

本協定は、2019年12月31日まで有効である。

オランダ・アムステルダムで2016年5月25日に署名

※<https://www.etuc.org/documents/etuc-signs-covenant-dealing-risks-occupational-exposure-cancer-causing-substances#>.
WETv9ID_qHs[前頁右図参照]

国際会議・出版物

アムステルダムで開催された「労働関連がんの予防 発がん物質に関する会議」は、特設のウェブサイトが設けられている。

※<http://www.magazine-on-the-spot.nl/pwrc/index.html>

この2016年5月には、関係する出版物も相次いだ。欧州労働組合研究所（ETUI）は、「職場におけるがんリスク：より良い規制、より強力な保護」を出版。今回、同書から「中期的視点：すべての化学物質に関する単一のOSH指令」を紹介する。

※<http://www.etui.org/Publications2/Working-Papers/Cancer-risks-in-the-workplace-better-regulation-stronger-protection>

EU議長国を務めるオランダの国立公衆衛生環境研究所も、「欧州連合における労働関連がん：規模、影響及び今後の予防のためのオプション」「欧州における新たな及び現出しつつあるリスクを見つげ出すための早期警戒システム」を相次いで出版した。

※http://www.rivm.nl/en/Documents_and_publications/Scientific/Reports/2016/mei

2016年10月10日 ETUI 労働におけるがんに関する 新たなウェブサイト

10月10日から、発がん物質への労働者の曝露の問題に関心をもつ人々は、www.roadmaponcarnogens.euで有用な情報や資源を見出すことができる。このウェブサイトは、2016年（オランダ）及び2018年（オーストリア）のEU議長国、欧州委員

会、欧州労働安全衛生機関及び欧州の社会パートナー（欧州労連（ETUI）及びBusinessEurope [欧州経営者連盟]）による共同イニシアティブである欧州「発がん物質に関するロードマップ」の一部として開発された。

「これは、グッドプラクティスに関する情報の共有を促進するとともに、発がん物質への曝露を低減させることの重要性の注意を喚起する活動を奨励するものである」と、開設者らはプレスリリースのなかで述べている。

「発がん物質に関するロードマップ」キャンペーンは、EU議長国としてのオランダと欧州連合によって開催されたアムステルダムにおける会議を受けて、2016年5月に開始された。それは、労働者、労働組合、労働監督官、企業その他の関係者の間で、発がん物質への曝露及びそれを根絶または少なくとも低減させるために行われていることに関する知識の改善を目的とした、自主的な行動計画である。

ETUCに「ロードマップ」キャンペーンへの参加のための科学的支援を提供しているETUIは、欧州・各国の労働組合及びその研究サービスに、発がん物質への労働者の曝露及びこの問題に取り組む労働組合のキャンペーンに関する情報とともに、新たなウェブサイトのリソースマテリアルを提供するよう促している。

毎年、欧州で10万以上の人々が、職場における発がん物質への曝露の結果として死亡している。

2016年5月に[欧州]委員会は、発がん物質及び変異原性物質に関する指令（2004/37/EC）改訂の提案を提出した。とりわけ、それは、13の優先的化学因子に対する曝露を低減するための、新たな職業曝露限界値の追加または既存の値の変更を提案している。吸入性結晶性シリカ、(6価)クロム化合物、硬材粉じん及びヒドラジンなど、13の因子のいくつかはきわめて多くの労働者に関係している。

ETUCは、委員会がついに発がん物質に対する立法の強化を決定したことを歓迎した。

調査研究結果は、労働者が、委員会が提案した指令案でカバーされるよりもはるかに幅広い発がん物質に曝露していることを示している。ETUIによって最近出版された研究*では、ドイツの専門家が、拘束力のある職業曝露限界値の採用を勧告する、71の発がん物質または発がん物質のグループを確認している。

※[http://www.etui.org/Topics/Health-](http://www.etui.org/Topics/Health-Safety/News/New-website-on-carcinogens-at-work)

[Safety/News/New-website-on-carcinogens-at-work](http://www.etui.org/Topics/Health-Safety/News/New-website-on-carcinogens-at-work)

*「労働者の曝露について拘束力のある限界の対象とすべき発がん物質」

<http://www.etui.org/Publications2/Reports/Carcinogens-that-should-be-subject-to-binding-limits-on-workers-exposure>



【→52頁から続く】

- ①患者及びその家族、②曝露者及びその家族、③専門家、④支援者

4. 本会の運営

本会の運営は、年1回の総会で決定し、議決内容を世話人会が執行する。

4-1. 総会は、年1回開催し、以下を報告し採決する。

- 1) 総括及び決算 2) 方針及び予算 3) 世話人の選出 4) 会則の改廃など

4-2. 世話人会は、年4回開催し、以下のように運営する。

1) 世話人会の構成

- ①代表1名、②副代表(代表代行)若干名、③事

務局長1名、④世話人(会計担当及び会計監査を含む)複数名

2) 世話人会の役割

- ① 総会の議決内容に関する事業の運営を円滑に行うこと

- ② 会費の運用を正確に行うこと

- ③ 会の運営に関する広報を円滑に行うこと

4-3. 本会は、会員の会費及びカンパで運営される。

4-4. 事務局を化学一般関西地方本部（大阪府大阪市浪速区難波3-17-9）に置く。

【会則履歴】 2016年6月11日制定



『職場におけるがんリスク:よりよい規制、より強力な防護』
(2016.5 欧州労働組合研究所)

中期的視点:すべての化学物質 に関する単一のOSH指令

Henning Wriedt

Beratungs- und Informationsstelle Arbeit & Gesundheit, Hamburg

1. はじめに

EUの労働者は、特別のEU労働安全衛生(OSH)指令である2004年発がん物質及び変異原性物質指令(CMD、指令2004/37/EC)により、発がん性物質から保護されている。これはもとは、1998年EU化学的因子指令(CAD、指令98/24/EC)より前に施行された、1990年発がん物質指令(指令90/394/EEC)を基礎にしたものである。CMDはまた部分的には、職業がん条約(C139)と職業がん勧告(R147)の1974年の国際労働機関(ILO)のふたつの取り決めを基礎にしたものでもある。

多くの[EU]加盟諸国は、CMD及びCAD指令を単一の規則として国内法に転換しており、そのこと自体が両者を併合するための主張であるかもしれない。しかし、より重要なことは、CMDがもたらした効果であり、なぜならそれがとりわけ発がん物質を相対的に有害性の低いものによって代替するという方向と曝露低減の度合いを施行したからである。また、別の問題は、CMDがいまなお科学的知見の最新の状態に遅れずについていけているかどうかということである。

こうした関心は、以下のような観察によって示すことができる。

– CMDについてより多くの義務的職業曝露限界(BOELs)を策定しようという最近の試みのな

かで、曝露レベル低減において進展がきわめて遅々としたものであることが明らかになっている。このような努力は、当局による執行にかかっているが、それが足りないことが多いのである。

- CMDの基本的義務のひとつであり、EU加盟国の当局はそれを要求する権利をもっているにもかかわらず、発がん物質及び変異原性物質への労働者の曝露の性質、程度及び期間に関する一貫性のある使用者のデータが現在入手できていない。データの欠如は、職業がんに関する科学的調査研究を妨げているだけでなく、規制の発達をも制限している。
- 吸入性リスクに関するOSH規則は常に皮膚曝露[経皮曝露]よりも重要とみられてきたにもかかわらず、職場には皮膚を通じて吸収される多くの化学物質があり、それはこの問題がより多くの注意を払う必要があることを示唆している。
- CMDの根底にある職業曝露限界(OEL)という概念は、1990年代半ばにオランダ及び2008年にドイツで導入されたリスクに基づく限界値を考慮に入れていないことから時代遅れである。しかも、過去25年間にたった3つの発がん物質—ベンゼン、硬材及び塩化ビニル・モノマー—toしかBOELsが与えられていない。
- 最近の発がん物質についてBOELsを追加するための草案作成は、CMDのなかにBOELsを設定する方法が確立されていないという憂慮すべ

き事実を明らかにしている。

- CMDの対象範囲が、REACH規則の高懸念物質 (SVHCs) の対象範囲と矛盾している。流通しているすべての発がん物質及び変異原性物質は、CMDの対象であると同時にREACH第57条によってSVHCsである資格がある。職場で使用される、生殖に対する有毒な影響をもつ物質 (生殖毒性物質) または「同等の懸念」のある物質もまた、REACHのもとでSVHCsとして適格であるが、CMDの対象範囲には含まれていない。CMDの対象範囲を生殖毒性物質に拡張するために10年前に開始された規制努力には進展がみられていない。
- 例えば、REACHの認可 (REACH VII章) 及び制限 (VIII章) のプロセスのもとで労働者の健康が問題になる場合など、REACHとOSH規則の間には潜在的オーバーラップが存在する。最近の1-メチル-2-ピロリドン (NMP) に関する制限の提案が、両者の間の矛盾を明らかにした。ふたつの規制プロセスが相互に干渉するのを防ぐための解決策が必要である。これは仮定の問題ではなく、皮膚を通じて吸収されるNMPは、労働において使用される生殖毒性溶剤なのである。REACHのもとで提案される制限は、とくに妊娠中の女性と胎児を保護するための規制措置の導入をねらいとしたものだが、いまのところかかる労働安全衛生問題に向けられたものではない。
- CAD及びCMDにおけるBOELsは、実行可能性要素と健康的考慮の双方を反映することが想定されている。言い換えれば、BOELsは、健康的側面に加えて、技術的及び社会経済的考慮を両方含むように設計されるということである。しかし、限界値を導き出すにあたって、こうした考慮を実際にどのように適用するかについて詳述した細目はない。それに対して、REACH規則のなかには、社会経済的分析に関する手引きが存在している。

こうした観察は、EUの有害物質に関するOSH指針は、現代化され、また、REACH規則と整合させる必要があることを示している。

以下の章では、いかにして化学物質に関する統

合されたOSH指令とともにこれを達成できるか説明する。これは、より問題のある部分を改訂または修正すると同時に、ふたつの現行の指令のよい部分を維持することになるだろう。

2. アプローチ

化学物質に関する統合された、単一のOSH指令は、ゼロから書き直すべきものではない。むしろ、改訂は、出発点として役に立つかもしれない、欧州中から [加盟諸国] のアプローチを考慮に入れるべきである。そのようなひとつの例は、CAD及びCMD両者をドイツ法に転換するのに使われたドイツ有害物質令である。

2.1 ドイツ有害物質令

職場における発がん物質の使用に関する規制を定めた1986年ドイツ有害物質令は、EUの1990年発がん物質指令 (90/394/EEC) を考慮に入れて導入された。同令は、化学的因子指令 (98/24/EC) の諸規定を取り入れた際に徹底的に見直された。この2004年の改訂は、CADの対象範囲にあるすべての化学物質についての一般的義務、及び-CMDのなかで定められているように-発がん物質及び変異原性物質についての追加的義務を設定したものであった。

生殖毒性物質を対象とするようにCMDを拡張することに関する議論が、世紀の変わり目以来行われた。このときにドイツは、生殖毒性物質を含めるように発がん物質及び変異原性物質に関する規制をひろげた。大部分の生殖毒性物質は、生殖毒性についての影響閾値をもっている。そうしたなかで、仮に曝露が健康に基づくOELより低い場合には、同令の発がん、変異原性及び生殖毒性 (CMR) 物質に関する節は、使用者の義務を非CMR物質についての義務の範囲内に収めている。

代替化義務は、このただし書きによる影響は受けない。それは、影響閾値の存在に関わりなく、すべてのCMR物質に対して適用される。これらの物質に関する重大な懸念とは、曝露の最小化よりも、代替化または密閉系内での使用がより安全な解決策

とみなされることを意味している。

生殖毒性物質を対象とするようにしたCMDについてのドイツの拡張のひとつの結果は、その値が影響閾値よりも低いか、既存のOELsをチェックすることであった。それから、OELsをまだもっていない関連のある生殖毒性物質についてOELsを導き出した。このアプローチに対して10年間使用者から苦情がないことは、それが現実性のある解決策であることを示唆している。

2.2 化学物質に関する単一のOSH指令の概要

2.2.1 構造

ドイツ有害物質令を適用した経験は、現行のCAD及びCMDを化学物質に関する単一のOSH指令に転換する努力の手助けになりうる。単一の指令は、現行のCADの構造を基礎にすることができよう。CADにおける義務を超えるすべてのCMD義務を含めた、高懸念物質に関する節ももつことになるだろう（詳しくは以下の2.2.3節参照）。

新しい指令は、本質的安全を確立するためのふたつの義務を維持する。すなわち、代替化義務及び技術的に可能な場合は密閉系内で使用する義務である。残りの追加的義務は、一定の諸条件のもとにおける化学物質の使用については、適用されないこととされるだろう。

- － 健康に基づくOELが存在していること
- － 職場における曝露が当該OELより低いこと
- － 別の物質への同時曝露によって生じる影響が考慮されていること
- － 皮膚表記のある物質（物質が皮膚を通じて吸収されうると書いてある場合）で、かつ、使用が反復または長期の皮膚接触につながる可能性のある手作業を含まない場合

CAD及びCMD両方の現行の内容のたんなる統合に加えて、REACH規則自体の一定の側面とその結果もまた単一のOSH指令のなかで活用することができる。主な具体例は、登録プロセスで生み出された情報、SVHCsの概念、及び認可プロセスだろう。

2.2.2 対象範囲

単一のOSH指令の対象範囲は、現行のCAD及びCMDと同一であるべきである。したがって、流通している物質、作業活動を通じて生成される物質（いわゆるプロセス生成物質）、及びアスベストなど、もはや製造または流通されていない製品または労働環境に含まれる物質（「遺産物質」）を対象とすべきである。それに対してREACH規則は、流通している物質だけに限定されている。

単一のOSH指令の対象範囲のほうが全体的に幅広いことにかかわりなく、REACH規則を単一のOSH指令のSVHCに関する節のひな型にすべきである。対象範囲は、REACH規則第57条に整合させることによって拡張されるべきであり、したがって両者の相違は解消され、新たな相乗効果を生み出す。

それはまた、カテゴリー1A及び1Bの生殖毒性物質も、それらがREACH第59条に基づくSVHC候補リストに入っているか否かにかかわらず、単一のOSH指令のSVHCの節に含めるべきことを意味している。CMR 1Aまたは1Bとして分類されていないが、同等の懸念のある物質は、現行CMDの付録Iと同様の独立した付録に含めることができる—しかし、労働者の健康に対する懸念に関連して同じREACH候補リストに追加された後のみにである。この最後の条件は、そうした懸念はOSH立法の対象範囲外であることから、労働者の健康ではなく消費者の健康または環境の側面に基づいたSVHCsを含めるのを避けるために必要である。

2.2.3 管理措置

2.2.1節では、CADを超えたCMDにもとづく特別の義務に言及している。それには以下が含まれる。

- － 代替化、密閉系の利用または曝露の最小化による、曝露からの保護の段階的アプローチ
 - － 要求に基づいた、所轄当局に対する曝露及び関連する諸問題に関する情報の提供
 - － 訓練、情報提供及び労働者参加
 - － 雇用の間及び後双方の健康監視
 - － 曝露労働者及び彼らの健康監視の記録の保存
- 曝露からの保護に関する段階的アプローチの3つの要素は、CMDの内容が最初に確立された

1980年代半ば以来、労働者の曝露を改善してきた。REACHのもとで登録された化学物質に関する情報を集めた、ECHA [欧州化学品庁] のウェブサイト (<http://echa.europa.eu/information-on-chemicals/registered-substances>) は、ドイツが1980年代にそれらにOELsを与えているにもかかわらず、いくつかの発がん物質が完全には登録されていないことを示している。それらが欧州市場になぜ現われていないのかは明らかでないが、部分的には代替化プロセスが首尾よくいっているからかもしれない。別の可能性のある説明は、製造の移転やEU外の場所での使用、または市場や技術の変化による使用の段階的中止である。技術に基づくOELsをもつ他の発がん物質が、中間物としてのみの使用だけ、または密閉系など厳格な管理条件下での使用のために登録されている。言い換えれば、曝露は完全になくなったか、または著しく低減しているはずだということである。

2.2.4 曝露の最小化及び行動計画

産業をまたがった信頼できる曝露情報がないことは、第3段階の曝露の最小化を評価することが困難であることを意味している。非常に少ないものの、データはいくつかの部門における曝露レベルの低下を示している。しかし、それを産業全体に外挿することはできない。曝露の最小化に関する特別の規制戦略の欠如と多くのEU加盟国における執行の不安定なレベルの双方を踏まえれば、いくつかの部門ではおそらく発がん物質への曝露低減に関する進展は少ない。オランダとドイツは、追加的なツールを導入することによって、この懸念に対処してきた。すなわち、曝露レベルをさらに低減するために計画している、どのように、いつまでに、どの程度にに関する使用者の意図を記述しなければならないものとされる行動計画である。この行動計画は、リスクアセスメントの報告文書に対する付録のかたちをとる。これは労働者代表や労働監督官が、使用者の曝露低減に関する順守状況を監視できるようにする。リスクアセスメントの一部としてこのような行動計画を提供する義務を、単一のOSH指令のSVHCのセクションのなかで明記すべきである。

2.2.5 皮膚曝露及び摂取

皮膚を通じて吸収されうる物質については、一定の使用条件が、とりわけ反復または長期の皮膚接触に関して、呼吸曝露[経気道曝露]よりもリスクの高い皮膚曝露につながる場合がある。こうした物質は、使用者のリスクアセスメントのためにかぎとなる情報を提供する皮膚表記が付けられている。

皮膚表記は通常、専門委員会によって評価された物質について、とりわけOELを設定することになった場合に、利用可能である。この情報は、CLP規則のもとでの分類の一部にもなっていないければ、REACH登録物質のデータベースのなかで簡単に入手できるようにはなっていない。

有害物質との皮膚接触は、とくに建設、手工芸、病院作業、清掃、メンテナンス及び修理作業等の手動作業と関係している。手動作業は、有害物質のリスクアセスメントがとりわけ課題になっている中小企業でよりひろくいきわたっている。したがって皮膚曝露からの防護に関する特別の手引きについて、新たなOSH指令は使用者、とりわけ中小企業に、彼らがその義務を順守するのを助ける適切な支援を提供しなければならない。そのような手引のひとつの例として、ドイツの皮膚接触によるリスクに関する技術規則がある(以下で電子的に入手可能: <http://www.baua.de/en/Topics-from-A-to-Z/Hazardous-Substances/TRGS/TRGS-401.html>)

皮膚吸収は、身体がこのルートを通じてもっとも深刻な発がん物質及び生殖毒性物質を取り入れる可能性があることから、多くのSVHCsに関係している。

2.2.6 EU加盟国による情報の編集

現行のCMDはEU加盟国当局に、使用者に情報提供を求めることができるようにしている。しかし、この可能性を活用できるようにした国はないことから、単一のOSH指令は加盟国の委員会に対する報告義務を追加して、当局にSVHCsについての曝露データを収集させるようにすべきである。この情報は、ふたつの目的に役立つだろう。第1に、とりわけ曝露レベルの高い部門または使用を確認するの

を助け、ふりかえってねらいを定めた支援及び執行措置を開始できるようにする。第2に、曝露低減における進展を浮き彫りにして、それによって必要な場合に証拠に基づいた改訂につなげることができる。

影響閾値のあるSVHCsに関しては、目的は、曝露レベルを限界値より低く維持することである。健康に基づくOELが存在し、かつ職場における曝露が当該OELよりも低い場合には、当該物質は曝露低減に関する行動計画に含めるべき義務から除外されるべきである。このような使用はまた、追加的負担を制限するために加盟国による報告義務から除外されるべきである。

2.3 SVHCsとリスク管理手段

この文書では発がん物質に限定して焦点をあてていることから、以下の節では、様々な種類の発がん物質及びその他のSVHCsについてより詳しく検討し、それらのリスクを管理する適切な手段を提案する。これには、OELs、REACH規則のもとで見込まれる使用の認可メカニズム、特定の職務及び使用に関する手引きのような手段が含まれる。個々の曝露状況に対する最良の手段は、少なくとも部分的には、関係するSVHCsの特性に依存している。

2.3.1 SVHCs

SVHCsの3つの種類については、上述の2.2.2節で扱った。市場にある物質、プロセス生成物質及び遺産物質である。年1トン超製造または輸入されるCMR物質（クラス1Aまたは1B）は、市場に置かれる前に、REACHのもとで登録されなければならない。この規則は規制機関に、労働者代表に職場のCMRsが合法的に市場に置かれたものかチェックさせると同時に、その製造量に応じてCMRsに対する今後の行動の優先順位付けをできるようにしている。

化学的視点からは、SVHCsは、個別物質または混合物として存在しうる。混合物の例には、石油及び石炭ストリーム物質、いくつかのプロセス生成物質がある（より詳しくは以下の2.4.4節参照）。

SVHCsは、毒物学的視点から、影響閾値（それより低ければ当該物質が否定的な健康影響を引き

起こさない値）をもつかもかもしれない。現在の科学的意見は、生殖毒性物質は、それらが同時に発がん性をもたないかぎり、影響閾値をもっているとしている。それに対して、影響閾値をもたないことは、それより低ければ否定的な健康影響が生じないという曝露閾値が確認されていないことを意味している。現在の科学的意見は、大部分の発がん物質は影響閾値をもたないことを示唆している。

しかし、このような定義は、はばひろい科学的複雑性を考慮に入れていない。科学的意見は、現状での知識を基礎にしておき、それを用いた規則は潜在的な科学的不確実性の影響を受けているだろう。それらはまた、利益集団が規制プロセスに及ぼす影響によっても作用されているだろう。

2.3.2 影響閾値のあるSVHCs

こうした条件は、われわれが科学的意見を詳しく吟味しているからこそ留意すべきものである。欧州委員会の職業曝露限界専門委員会（SCOEL）は現在、発がん物質を4つのカテゴリーのひとつに割りふろうと試みている。すなわち、閾値なし、状況不明、実用閾値〔practical threshold〕及び真の閾値である。ドイツの発がん物質に関する曝露－リスク関係（ERRs）を検討している専門委員会は、同様の路線をとっているが、微妙な差異がある。「実用閾値」の代わりに、「非直線の曝露－リスク関係」を使っているのである。このカテゴリーの発がん物質については、閾値は想定されていない。一定の濃度値より下ではゆっくりとリスクを上昇させるだけで、それより上でははるかに急こう配に増加させる。したがって、結果として生じるERRは直線的ではなく、ホッケー用スティックのかたちをとる。

これらふたつの専門機関が、多くの発がん物質について異なる割り振りをしている。SCOELは、いくつかの発がん物質は真のまたは実用的な閾値のいずれかをもつと言うが、ドイツの委員会はそれを支持していない。これには、カドミウム化合物、セラミックファイバー、ニッケル化合物及びトリクロロエチレンが含まれる。それに対して、ドイツの委員会は、カドミウム化合物とセラミックファイバーについては直線的EERを、ニッケル化合物とトリクロロエチレン

については非直線的ERRを想定している。

ふたつの委員会は、少なくとも3つの物質、すなわちホルムアルデヒド、酸化プロピレン及びナフタリン（ナフタリンはいまもC2として分類されており、そのためCMDの対象範囲外である）については、発がん性の閾値が存在していることに合意している。ドイツの委員会はこれまでに、閾値のない24の発がん物質または発がん物質のグループを確認している。それらのうちの18については直線的ERRが導き出され、2については非直線的ERR、残りの4についてはERRが得られていない。それに対して、5つの発がん物質についてのみ、閾値が割り当てられ、健康に基づくOELsが導き出された。これらのうち、2つ（ホルムアルデヒド、イソプレン）については閾値があるとされたのに対して、他の3つ（ベリリウム、酸化ブチレン、酸化プロピレン）についてはOELにおける過剰がんリスクは、それ以上の曝露低減が意味のあるリスク低減につながらないであろうほど著しく小さいとみなされた（すなわち、OELにおいてまたはそれ以下で40年間の曝露に対して4:100,000の過剰がんリスク）。

2.4 リスク管理手段

2.4.1 OELs

一般的事項

OELsは、呼吸曝露リスクアセスメントのためのツールとして、ふたつの主要な機能を果たす。

1. 管理措置設計にあたって最低でも達成されるべき防護レベルを決定する。
2. 管理措置の有効性及び必要な場合にはそれらの改善を評価するための尺度となる。

CAD（おのおの指示的及び義務的の双方、またはIOELs及びBOELs）、CMD（義務的、BOELs）及びREACH規則（いわゆる無影響レベルまたはDNELs）のなかで、様々な種類のOELsが定められている。

OELは、それが設定された物質の健康有害性に応じて違ったふうに設定されうる。OELは、短期曝露に対して、典型的には15分間の平均値として（いくつかの物質については、まったくそれを超えてはならない天井値として）設定することもできる。

あるいは、長期曝露に対して、典型的にはシフト全体すなわち8時間の平均値として設定することもできる。いくつかの物質については、長期及び短期双方のOELsが導き出され、EU加盟国はデフォルトでは短期曝露は長期OELを8倍した値を超えてはならないとしてきた。しかし、OELは有害な長期健康影響に参照するものであるから、ほとんどの場合は8時間OELに関係している。

皮膚曝露についてのいくつかのOELsに科学的及び規制関心があるかもしれないが、職場における皮膚曝露を監視する適切な手段を欠いていることから、これが常に現実的とは限らないことを意味している。

SVHCsについてのOELs

科学的観点から、SVHCsについてOELsを設定する明らかな方法は存在している。影響閾値のあるSVHCsについては、選択する手段は健康に基づく影響閾値よりも低いOELである。

大部分の発がん物質のような、影響閾値のないSVHCsについては、リスクに基づくOELが好ましい選択肢かもしれない。これは、物質に関わらずに、個々のOELが基礎とすべき過剰がんリスクに対する一般的リスク値の導入、及びそれを上回った場合の規制上の結果について合意に達することができると仮定するものである。OELを上回った場合の明らかな行動のひとつは、呼吸用保護具（EPE）の義務的使用である。それに対して、順守できていることは、曝露を最小化し、最小化のプロセスにおける今後の手順に関する行動計画を策定するという一般的義務に影響を与えるものではない。

しかし、進行方法は規制的文脈からは複雑であり、現在ある諸手段の採用を必要としている。健康に基づくOELsを設定するのにSCOELの方法論の大きな変更は必要でないものの、加盟国はもはやSCOELによって導き出されたものよりも高い値を設定することを許されるべきではない。言い換えれば、健康に基づく値は義務的であるべきだが、現行のBOELsとは違って、技術的または社会経済的要因は考慮されるべきではない。

閾値のないSVHCsのプロトタイプのように、現在

の状況は不十分であることから、いずれにせよ閾値のない発がん物質について、BOELsのための新たな方法論が必要である。上に掲げた概略のもとにおける挑戦的であるが明らかな進行方法は、リスクに基づくOELsを含めているオランダやドイツのもののような、新しいアプローチであろう。

この規制アプローチは、技術的実行可能性または社会経済的考慮を用いて設定されるBOELsの余地は残さない。そのような問題は、代わりにREACH規則の認可メカニズムによって対処されるべきである。プロセス生成された結晶性シリカなどREACHの対象範囲外の発がん物質については、それに対応する規制メカニズムが設定されるべきである。より詳しくは、以下の2.4.3節で概述する。

2.4.2 必要とされるOELsの数

たとえばECHAウェブサイト (<http://echa.europa.eu/information-on-chemicals/cl-inventory-database>) 上の届出及び登録された物質 (C&Lリスト) に関する分類及び表示に関する情報が、かかる物質の莫大なリストとともに矛盾する内容を示唆していたとしても、大部分の関係するCMR物質についてOELsを設定することが可能でなければならない。

しかし、C&Lインベントリーによる情報は、そのまま受け止められるべきではない。ヒ素、カドミウム、(六価)クロム化合物、コバルト及びニッケルなど、様々な発がん性金属とそれらの化合物など、一定の物質グループでは、単一のOELがすべての化合物を対象とするのに十分であろう。それに対して、C&Lインベントリーに登録された発がん物質の大部分を占める石炭及び石油関連製品については、OELは役に立たず、別のアプローチが必要だろう (以下の2.4.5節参照)。残りの発がん物質または物質のグループのうち、約40は、労働者の曝露を生じさせるかもしれない使用の完全な登録を含めてREACHのもとで登録されている。別の25は、中間使用のみについて、または、CMDが密閉系内での使用に言及している方法に相当する厳格に管理された状況下での使用について、登録されている。

同様に、関連のある生殖毒性物質をカバーす

るのに必要なOELsの数を推定することができる。ここでも、2つの物質のグループ、鉛化合物とホウ酸誘導体について、単一のOELが十分であるかもしれない。数多くの物質が発がん物質 (クラス1A/1B) としても分類され、それゆえ再度検討する必要はない。残りの物質または物質のグループのうち、約30は完全なREACH登録があり、別の約10は中間使用のみについて登録されている。

リスト上の8つの生殖毒性物質が現在、EUレベルでのOELsをもっているか、またはSCOELによって提案されている。SCOELはいまも別の2つについての勧告について作業中である。ドイツの健康に基づくOELsのリストのなかのさらに4つの生殖毒性物質に対してOELが導き出されている。ドイツのMAC委員会は別の4つの生殖毒性物質に対してOELを勧告している。言い換えれば、もっとも関連のある生殖毒性物質の大部分について、健康に基づくOELsまたはその提案が利用できるということである。しかし、専門委員会が胎児がOELsまたは勧告されたOELsの半分のもので保護される確実性はないことを警告しているように、これは条件付きとされなければならない。

REACHのもとで登録されているCMRsまたはCMRsのグループのみが、それらの年製造または輸入量が1トンを超えるものとして欧州において関係のあるものとみなされるべきである。完全な登録があるものについてのみ、至急OELが検討されるべきである。

2.4.3 SHVCsの登録

技術的または社会経済的実行可能性と関わりなく、健康及びリスクに基づくBOELs導入の結果として、重要な影響があるだろう。いくつかのSVHCsについては、個々のBOELを満たさない一定の使用がある一方で、同じSVHCの別の使用ではそのBOELが順守され、または、別のSVHCsのまったく同じまたは同様の使用がそれらの個々のBOELsを遵守できているかもしれない。

同じレベルの技術的実行可能性の管理措置が適用されることをふまえれば、同じ物質の異なる使用が異なる曝露レベルを生じさせるというこの状況

は、現在の技術に基づくOELsのもとでは調整することはできない。これらのOELsは、物質の異なる使用を区別していない。代わりに、結果として生じるBOELは、使用のスペクトラム全体にわたって最大の曝露を生じさせる使用を基礎にする可能性がもっとも高い。その他のすべての使用については、相対的に低い曝露レベルがすでに達成されているにもかかわらず、そのBOELが適用されるだろう。

このような状況におけるよりよい規制アプローチは、REACH規則の認可メカニズムを用いることかもしれない。そのメカニズムは、同じ物質の異なる使用を区別できるようにするだろう。また、代替化、密閉系の使用及び曝露の最小化に関する企業レベルの努力の監視も促進するだろう。特別の認可条件（REACH規則第60条参照）は、労働監督官だけでなく労働者とその代表が使用者のそれらの条件の遵守を詳しく監視できるようにして、行動計画（上記2.2.4参照）に対しても同様の目的を果たすことができるだろう。

OELの種類及びその値の遵守に応じて様々なシナリオを確立することができる。

- － 健康に基づくOELがある物質について、当該OELより低い曝露の使用のリスクは「適切に管理されている」ものとされるべきである。したがって、このような使用は認可メカニズムから除外されるべきである。
- － リスクに基づくOELがある物質について、当該OELより低い曝露の使用は、適用されている労働安全衛生措置がグッドプラクティスに該当し、かつ行動計画が曝露低減のための今後の措置を明記している場合には、長期の認可を与えられるべきである。
- － 健康に基づくまたはリスクに基づくOELがある物質について、当該OELを上回る曝露の使用は、適用されている労働安全衛生措置がグッドプラクティスに該当し、かつ行動計画が曝露低減のための今後の措置を明記している場合には、短期の認可のみが与えられるべきである。加えて、追加的休憩と回復時間が提供されることを伴って、労働者によってRPEが使用されなければならない。

反復及び長期の皮膚接触につながる場合には、皮膚を通じて吸収される可能性のある物質を手で取り扱い使用に対して、同様のアプローチがとられるべきである。こうした使用もまた、認可メカニズムを通過させるべきである。それによって手で扱う作業に対する労働安全衛生措置ベストプラクティスに該当し、かつ皮膚接触を低減または完全に回避するための今後の措置が行動計画に明記されている場合にのみ認可が与えられるべきである。加えて、追加的休憩が日常ベースで与えられることを伴って、労働者によって個人用保護具、とりわけ保護手袋が着用されなければならない。保護手袋の長期使用が皮膚を傷つけることがないようにするために、手袋を着用しない十分に長い作業局面も見込まれるべきである。

ここに概述したアプローチ、すなわち技術に基づくBOELsの健康に基づくまたはリスクに基づくものへの置き換えプラス認可メカニズムは、（過去には発がん物質に対して不十分にしか機能しなかった）SVHCsに対する曝露を低減する義務を順守するための圧力を増すだろう。

しかし、ひとつの留保条件を指摘しておかなければならない。REACHの最初の認可プロセスの間に、代替化の解決策の経済的実行可能性の評価に関して論争があった。技術に基づくBOELsを上記したように置き換える認可メカニズムを検討する前に、こうした論争を解決する必要がある。

2.4.4 プロセス生成SVHCs

2.3.1節で述べたように、プロセス生成物質の規制は重要な点で異なっている。ディーゼルエンジン排気（DEE）、シリカ粉じんや硬材粉じんのように、それらのいくつかは、他のOELsをもつ物質と同じやり方で対処されている。他は、多くの労働者が曝露する可能性のある混合物としてみられる。それには、芳香族炭化水素とそれらのニトロ誘導体（PAHs）、使用済み鉱物油、ポリ塩化ジベンゾダイオキシン及びフラン（ダイオキシン類）やN-ニトロソアミンが類含まれる。

それらの成分の可変的構成や発がん性の違いのために、第2グループのプロセス生成物質につい

ては、状況が一層複雑である。これらのグループのいくつかの個別物質－たとえばベンゾ(a)ピレンやN-ニトロソジメチルアミン－についてはOELsが導き出されているものの、これらのグループの各々全体についてはOELsはない。各グループにおける個々の物質のERRsや量－反応曲線の違いを考えれば、これは驚くべきことではない。結果として起こる効果は、混合物の組成や含まれる個々の物質の割合によってさまざまである。組成は、それが生成されるプロセスの性質だけでなく、主要なプロセス・パラメーター（温度、基本物質の組成や特定の化合物の存在）によって異なる。したがって、主要な成分を決定するため、また混合物のプロキシとしてはあまり使われまいだろう。

科学的観点からは、いかなるOELの決定も、特定の混合物における各々の割合を把握するために個々の成分を確認することから開始しなければならない。その後、当該特定の混合物のERR（または量－影響曲線）を、成分間のいかなる潜在的相互作用も考慮せずに計算することはできるかもしれない。しかし、混合物のなかの個々の物質の大部分についてはERR（または量－影響曲線）がまだ決められていないことから、このアプローチは現実には実行可能でない。また、成分の数が多いことを踏まえれば、予想できる将来に決められる可能性は大いにありそうにない。

曝露リスクが呼吸によるよりも皮膚を通じたものである物質の場合には、さらに複雑な状況がある。皮膚曝露アセスメントに関する特別の解決策が、これら4つのグループについて開発されなければならない。これはまた、上述した石油及び石炭ストリーム物質にも適用される。それらは、様々な程度にPAHsまたは他の発がん物質を含んでおり、また、皮膚曝露も重要なリスクである。

言い換えれば、OELsなどのもっぱら科学的証拠に基づいたアセスメント・ツールは、かかる複雑な混合物に対しては選択肢ではないということである。したがって別のアプローチが必要である。

2.4.5 手引き

そのようなアプローチは、根底にあるプロセスの

運用条件ともしっかりも有効な管理措置の選択の双方を改善するための手引きからなるかもしれない。また、プロセスの間に生成される曝露のためのより実用的なアセスメント・ツールによって補完されるかもしれない。このアセスメント・ツールは、十分なデータが入手できるその種の混合物の代表的物質（例えば、PAHsにとってのベンゾピ(a)レン、または、N-ニトロソアミン類にとってのN-ニトロソジメチルアミン）のERR（または量－影響曲線）によって科学的に情報提供されなければならない。しかし、また、個々の成分の寄与を合算するための、重み因子に関する科学的に情報提供された合意に基づいたものでなければならない。

運用条件及び管理措置に関する勧告に関する手引きは、規制プロセスの長さを減らすのに役立つ非義務的なものでなければならない。一層の法制的重みを与えるために、単一のOSH指令のなかで委員会はそのような手引を発行することを義務付けられなければならない。いかなる手引きも、ビルバオの欧州労働安全衛生機関のウェブサイト上でのグッドプラクティスの促進によって補完される。

一定の加盟国でいくつかのプロセスに関して、この手引きがすでに利用可能である。イギリスは、コークス炉排気に関する運用手引きと金属加工油を使った機械加工に関するCOSH H必携をもっている。ドイツは、PAHs及びN-ニトロソアミン類に関わるプロセスに関する技術規則をもつ。EULレベルでの手引きは、加盟国レベルにおける既存の手引きを基礎に構築することによって、リソースの最善の活用ができるようにすべきである。

2.4.6 遺産SVHCs

アスベストのような一定の物質の制限は、今日の職場にそれらが存在することを阻んではおらず、また、認可は、認可されたものをこえた職務からそれらを除外してもいい。制限または認可より前の、一定のSVHCsの過去の使用は、工業用地、建物から機械、車両や家庭用器具まで、あらゆる種類の物体や製品のなかにそれらがいまも存在していることを意味している。こうした物体や製品が関わる多くの職務－メンテナンスや修理、解体、またはリ

サイクルのような一は、予測できる将来にわたって、アスベスト、発がん性のグラスファイバー、PAHs、鉛または他の重金属顔料などの「遺産物質」への曝露を意味するだろう。

これらの物質に対するOELsは異なる職務に関連するリスクの評価に役立つとはいえず、多くのこれら職務の手動的性質はやはり、とりわけ遺産物質が関連する濃度で存在する場合には、ハイリスクを生じさせるだろう。これまでの節で述べたように、かかる職務のための特別の手引きが、補完的規制ツールとして同様に必要と思われる。

3. まとめ

化学物質についての統合された単一のOSH指令は、はじめにで概述した規制の欠点や不足に大いに対処することができる。一定の義務の執行も相対的に容易に行うことができるだろう。

かかる統合された指令の主要な側面は以下のとおりである。

- － 現行のCMDの対象範囲をREACHのもとでのSVHCsの対象範囲と整合させるよう拡張する
- － 義務的な曝露の最小化とともに、SVHCsの使用に対して、リスクアセスメントの一部として行動計画を導入する
- － 加盟国による委員会に対するSVHC曝露レベル

に関する定期的監視及び報告の義務を導入する

- － リスクアセスメントのなかで皮膚曝露により強力な焦点をあてる
- － 一定のプロセスや職務、とりわけ遺産物質が関わるかまたは複雑なプロセス生成物質を生み出すものについての非義務的な手引きを発効することを委員会に義務付ける
- － 技術に基づいたOELsを捨てるとともに、必要な場合には、健康に基づくまたはリスクに基づくOELsによって置き換える
- － とりわけ発がん性に関する異なる作用機序の存在を認めることにより、CMDを科学的知見の最新状況に適合させる

統合された指令は、職場においてもっとも関係するSVHCsについての追加的OELsを優先課題とすることによって、著しく改善されるだろう。関係するECHAデータベースの初期調査は、処理しやすい数を示唆している。多様な成分組成をもつ、PATHs、ダイオキシン及びN-ニトロソアミンなど一定のプロセス生成発がん物質のための特別のアセスメント・ツールについて追加的必要性が確認された。さらに、複雑な混合物の関わる職務のため、及び皮膚曝露からの保護に関する、特別の手引きが必要である。



第3回

職業がんをなくそう集会 in 東京(予定)

昨年、福井県で芳香族アミン類への曝露により労働者に膀胱がんが多発する事案が発生しました。当該現場では長年に渡り労働者が発がん情報を知らされないまま化学物質に曝露され続けており、危険有害情報を知らされないまま、様々な化学物質に曝露されてしまっている労働者がたくさんいることがあらためて浮き彫りになりました。

職業がんをなくそう集会は、2016年6月大阪で始まり、同年10月福井で2回目が開催され、今回が3回目です。隠れている職業がんとその予防方法を学び、現場の実態を報告し合う中、学習と交流を深めて行きましょう。

【日時】2017年2月19日(日)午後1時～5時

【場所】品川区中小企業センター大会議室(JR・東急「大井町駅」徒歩10分)

【参加費】1,000円

【主催】職業がんをなくす患者と家族の会 (<https://ocupcanc.grupo.jp/>)

【連絡先】化学一般関西地方本部(TEL 06-6647-3481)

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



スイス：被害者を支援するための基金創設

Swissinfo.ch, 2016.12.19

スイスで、労災保険の対象にならないアスベスト関連疾患被害者に支援を提供するために、1億スイス・フラン[114億円]の基金が創設される。基金を2025年まで運営するために、建設産業と保健業者が自主的に資金を提供する。

スイスでは、発がん物質であるアスベスト繊維を吸入した結果として、毎年約120人の人々が悪性腫瘍に罹患している。これらの被害者の4分の1は、その疾病が労働関連のものではない、または自営業者であったために、労災保険に対して請求することができない。

アスベストを含有した建物の近隣に住んでいたことが原因になって、人々が病気になる場合もある。

政治家、労働組合、業界団体とアスベスト被害者支援組織によるラウンドテーブルが、2006年より後に病気になった被害者を金銭的に支援するという解決策を考え出した。基金に対して約3千万スイス・フランがすでに約束されている。

アラン・ベルセ保健大臣と前閣僚のモーリッツ・ロイエンベルガー[元大統領、ともにスイス社会民主党]が、月曜日に基金の創設を発表した。ベルセはそれを、スイスの産業の歴史における「悲しい一

章」を終わらせるための「よい歩み寄り」による解決策と呼んだ。ロイエンベルガーは、「建設保険業者が基金に参加するのを拒絶したことに失望した」と語った。

労働組合は、基金の創設を歓迎しているものの、2025年にそれが使い果たされた後もさらなる基金が必要になるだろうと警告した。彼らはまた、開始に加わらなかった保険業者や産業界に、その「社会的責任」を受け入れるよう求めた。

アスベストは、スイスで1960年代、70年代に建設産業によって一般に使用されたが、その健康リスクが明らかになった1989年に禁止された。

アスベスト被害者に、精神的支援を含めたケアサービスを提供する、基金を運営するための民間の財団が設立されることになる。アスベスト関連疾患で死亡した者の家族には、一時金の支払いがなされる。[仮に年間死亡120件の4分の1=30件×19年(2007~2025年)=570件で144億円を均等に割ると、1件当たり2千万円になる。]



※http://www.swissinfo.ch/eng/compromise-solution_asbestos-fund-set-up-to-support-victims/42775842

シュミットハイニーの容疑、非故意過失致死罪殺に変更

Turin Preliminary Hearing Magistrate (GUP), 2016.11.29

11月29日、エターニト・アスベスト訴訟の一部としてスイスの企業家ステファン・シュミットハイニーに対する容疑が、殺人罪から故意ではない過失致死罪に変更された。2012年に彼は、1970年代及び80年代の、現在は使われていないエターニトのイタリアの工場における過失について有罪とされ、18年の懲役刑を宣告されたが、2014年11月にイタリアの最高裁判所は当該事件は時間切れになっているという立場から判決を覆した。

憲法裁判所は6月に、シュミットハイニーが所有していた4つのエターニト・セメント工場における258人の労働者の死に関する、彼に対する多重殺人罪についてゴーサインを出した。

木曜日にトリノの裁判官は、約100件は消滅時効に達していると判定し、他の件はレッジョネレミア、ベルチェリ及びナポリの検察官事務所に移送されるべきと命令した。ナポリでは2件しか残っておらず、それらに対する裁判は6月4日に開始されることになるだろう。シュミットハイニーの被告側弁護士 Astolfo Di Amato がこれを「大勝利」と呼ぶ一方で、原告側を代表する弁護士のひとり、Sergio Bonetto 弁護士は、事件を別の3つの検察官事務所に移送することは、「死の原因とその責任の所在を突き止めるまで」の時間を著しく長くすることになると指摘した。

※http://www.ansa.it/english/news/2016/11/29/schmidheiny-charges-changed-to-involuntary-manslaughter_bf8e2a4d-1335-48e0-b6a8-e15ac140e46c.html

アスベスト被害者家族協会 (AFEVA) プレスリリース

カサーレ・モンフェラートとキャパニョロのアスベスト被害者家族協会 (AFEVA)、労働組合 CGIL、CISL、

UIL は、いわゆるエターニト再審に対する本日のトリノの予審判事の判定に関して以下の声明を発表したい。

われわれはこの結果のために2年間待たされたのであり、多大な努力がわれわれに何も残さなかった気持ちのすべてを言葉で表すことはできない。聴聞と論争、議論、そして(回避できたはずの)憲法裁判所の決定のために1年間待たされ、さらなる議論、会議室での6時間…そして、それを終わらせようと望んでいないようにみえた判事たち…はエターニト再審をイタリア中に分断してしまった。

そうしたことが、この決定にわれわれがまったく不満な理由である。なによりも、被告のふるまいが当惑させられるほど故意であったにもかかわらず、罪状が過失致死罪に引き下げられたからである。最初の裁判におけるすべての調査や証言が明らかに証明していた(しかし、不幸なことに今回調査した判事にはそうではなかった)。自らの研究センターのおかげでステファン・シュミットハイニーは、アスベストが引き起こす死に気づいていたが、いつものごとく続いていた。利益の名において、このエターニトの所有者は、何百、何千の人々の死を「必要なコスト」として扱った。法律や司法の習わしいかにかかわらず、これは故意の殺人である。

その次の、しかしそれに劣らない理由は、消滅時効の意味合いである。いくらかは最初の裁判にさえ含まれていなかった、正義を待ち望んでいた数百の事例が押し流されてしまった。何度かわからないほど繰り返し、われわれは、正式な罪状が宣告されたあとであってさえ、被害者は一切考慮されずに、犯罪者を守る消滅時効に関する法律の不条理な(少なくともそう言うべき)結末に対処しなければならないでいる。

希望は、いくつかの裁判所でなされつつある決

定を共有することによって、被告シュミットハイニーがその引き起こした「あまりにも多い」死から、逆説的に利益を得ることを不可能にする、真実への到達が早まり、簡単になることである。最近のイブレアの（オリベッティ）事件は、相対的に少数の被害者に対して、いかにイタリアの裁判所がよりよい、合理的により素早い決定を行うことができるかを示した。しばらくの間、多くのエターニト再審がイタリアの司法制度にとっての新たな試験になるだろう。

結論として、AFEVAと労働組合が2014年の最高裁判決の後にその努力を2倍にしたとしたら、今後さらに多くの起訴があることを考えれば、われわれは努力を少なくとも4倍に高めなければならない。

それらの裁判が、不幸なことにカサーレとその周辺地域を破壊する新しい中皮腫事例に正義を与えないとわかっていたとしても、われわれはそうしているし、そうするつもりである。

それは長い道のりになるだろうし、不幸なことに今日からは多くの方向に分岐していくことになる。われわれの希望（と約束）は、そうした分岐させられてしまった事件のすべてが今後の満足のいく判決によって統合されることである。



AFEVA会長 Giuliana Busto

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

アスベスト請求がイギリスの学校に千万ポンドの打撃

BBC News, 2016.12.2

イングランドの地方自治体（Councils）は、学校建物のアスベストによって疾病にかかった人々に対する補償として、少なくとも1,000万ポンド支払っていた。

BBCニュースが入手した数字は、過去32年間に地方自治体は、元教師、学校職員及び生徒による請求に和解した額を示している。

全国教員組合は、学校時代のアスベスト曝露によって、毎年300人の成人が亡くなっていると言う。

政府は、学校建物の改善に230億ポンド投資しているとしている。

しかし、キャンペイナーらは、学校におけるアスベストの存在は生徒の生命をリスクにさらし続けていると警告する。

「私の母は死に直面しながら、まさに怒りとともに、彼女が在職中に教えた900人の子供たちの心配をしていた。母がこの致命的な物質に曝露していたとしたら、どれだけの子供たちも曝露したのか？」

情報公開法を使ってBBCヨークシャーは、イングランドの135地方自治体から、アスベストが存在していることが判明している地方自治体が運営する学校が少なくとも12,600あるという数字を入手した。

多くの学校がアカデミーになり、この数字に含まれていないことから、アスベストを含む実際の学校の数はさらに多そうだ。

2000年より前に建てられたすべての学校建物は何らかのかたちのアスベストを含んでいる可能性がある、ひろく受けいれられている。

過去5年間に、地方当局は、この物質への潜在的曝露によって人々が危険にさらされた、99件の重大なアスベスト飛散事例も記録している。

アスベストは、自然に生成される鉱物で、その耐火性や保温性のゆえに建材として一般的に使用された。

この物質の全面禁止は、イギリスでは1999年に導入された。

攪乱されない状態のままであれば、この物質は人間にリスクをもたらさない。

しかし、誰かがアスベスト繊維を吸入したとしたら、石綿肺や中皮腫という肺のがんの一種などの深刻な病気を引き起こす可能性がある。

中皮腫は毎年約5,000の人々を殺している。診断されるときまでには、それは常に致命的である。

シェフィールドのデニス・ローは、妻のスーザンを64歳で中皮腫のために亡くした。

「彼女の人生の最後は恐ろしいものだった。全身に潰瘍と赤い斑点ができた。」

「20年間、妻は補助教員及び学校給食係だったが、働いていたことが原因で死ななければならないいわれはなかった。」

BBCによる調査はまた、イングランドにおいて、学校におけるアスベストの存在を監視する統一されたアプローチが存在していないことを曝露した。

回答したうち、13の地方自治体が、管轄内のどの学校がこの危険な物質を含有しているかについての情報をもっていないとした。

また、10の地方自治体は、和解したアスベスト請求に関する情報の公表を拒否した。これは、被害者への補償に1,000万ポンド以上を支払われたと思われることを意味している。

「学校にアスベストがあることを知っている教師や両親はごくわずかであることから、これは時を刻んでいる時限爆弾である。最低限われわれがなすべきことは、この情報を彼らに確実に届けることである」と学校アスベスト・グループの議長である、レイ

チェル・リーブス下院議員は言う。

先月BBCに対してジャスティン・グリーンニング教育大臣は、最近の政府によるレビュー「学校におけるアスベスト管理-2015年6月号参照」は学校に対して、生徒と職員の安全を守る最新の助言を提供していると語った。

「圧倒的な数の事例でわれわれは学校からアスベストを除去しているが、いくつかの事例については、物質をそのままにしておいたほうがよいと専門家が言っている。レビューが行ったことは、この問題を前進させるための取り組み方法及びわれわれが焦点をあてている問題について明瞭な青写真を与えたことである」とグリーンニングは言う。

教育省のスポークスマンは付け加える。「学校における生徒や職員の健康と安全は必須—だからこそ2021年までに学校建物に230億ポンド投資しようとしているのである」。

「これは、アスベストが安全に管理されること、及び学校建物における送料が時とともに減り続けることの確保に役立つだろう。」

※<http://www.bbc.com/news/uk-england-38167560>



EPAが新TSCA立法下でのレビューの最初の化学物質を指定

Environmental Protection Agency, USA, 2016.11.29

本日[11月29日]、EPA[環境保護庁]は、TSCA[有害物質規制法]改訂のもとで人間の健康と環境に対する潜在的风险を評価する、最初の10の化学物質を発表する。

「新しい法律のもとで、われわれはいまや市場にあるすべての化学物質の安全審査を要求する権限を持っている」と化学品安全汚染予防事務所のジム・ジョーンズ所長補佐は言う。「われわれは、公衆衛生と環境をよりよく保護する約束を果たすだろうと公約することができる」。

評価される最初の10の化学物質は

1,4-ジオキサン

1-プロモプロパン

アスベスト

四塩化炭素

環状脂肪族臭素クラスター

塩化メチレン

N-メチルピロリドン

ピグメントバイオレット29

テトラクロロエチレン、ペルククロエチレンとしても知られる

トリクロロエチレン

フランクRローゼンバーク21世紀に向けた化

学品安全法によって改正された有害物質規制法 (TSCA) はEPAに、このリストを2016年12月19日までに発行するよう求めている。これらの化学物質は、高いハザード及び曝露についての潜在力及び他の考慮事項に基づいて選択された90の化学物質のリストである、EPA2014年TSCA作業計画から引き出された。

このリストが連邦広報に公表された場合、3年以内にこれらの化学物質についてリスク評価を完了する法定期限の引き金をひくことになる。この評価では、当該化学物質が人間の健康と環境に不合理なリスクを示すかどうかを判定する。ある化学物質が不合理なリスクを示すと判定された場合、EPAは2年以内にそのリスクを緩和しなければならない。

新たに改訂された法律のもとで、EPAは6か月

以内に、各化学物質について環境影響評価書を公表しなければならない。これには、ハザード(ズ)、(諸) 曝露、使用状況、及び評価のためにEPAが検討を計画する潜在的に曝露しているまたは影響を受けやすい(諸) 人口集団を含める。

評価のためのさらなる化学物質が指定され、作業計画の残りの化学物質すべてがその潜在的なハザード及び曝露について審査されることになるだろう。TSCAは、EPAが個々のリスク評価を完了するつど、EPAは別のを開始するよう求めている。2019年末まで、EPAは、いかなる時点においても少なくとも20の化学物質のリスク評価を進行し



ていなければならない。
※<https://www.epa.gov/newsreleases/epa-names-first-chemicals-review-under-new-tsc-legislation>

「公衆衛生の勝利」のなかでカナダはアスベスト禁止へ

The Globe and Mails, Canada, 2016.12.15

カナダは2018年までにアスベストの使用を禁止する、連邦政府は木曜日 [12月15日] に発表した。この長く待ち望まれたカナダの人々の安全衛生の保護を目的とした措置は、結果的にアスベスト関連疾患の率の低減に役立つだろうと期待される。

「アスベストに関して、科学は…きわめて明確である」とジェーン・フィルポット保健大臣は記者会見場で述べた。「カナダの次世代を守るためにわれわれはいま行動を起こす」。

彼女及び他の3人の－科学、環境及び公共調達－大臣は、木曜日の朝、オタワ病院がんセンターで共同記者会見を行った。「政府全体」によるアプローチは、アスベスト及びアスベスト含有製品が2018年までに禁止されることを意味している。

この決定は、カナダがこのよく知られた発がん物質をすでに禁止している他の50以上の国と同列に並ばせるもので、保健専門家、労働組合、反アスベスト・ロビー団体や家族をアスベスト疾患で亡くした

者たちによる数十年間にわたるロビー活動の後に来たものである。

ボイラー製造者だった父をこの夏に中皮腫のために亡くしたミッシェル・コートは、父はこの決定を喜んでいるだろうと語った。

「私の父は中皮腫との闘いに負けたが、彼の遺志は他に誰も息をするのにあえがなければならないこのようなかたちで亡くなる者がないようにすることだった。それは私がかつて見たなかで最悪のことだった」と彼女は涙ながらに言った。「ついにすべてのカナダ人とカナダの労働者がアスベストの危険のない未来をもつと聞いて、父はわくわくしているだろう」。

カナダは長い間、そのアスベストに対するアプローチが先進諸国と一致せず、この物質が引き起こす健康リスクの証拠が積み重ねられているにもかかわらず、州と連邦両方の政府は長年、カナダのアスベスト採掘産業を忠実に支援してきた。

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

「今日は公衆衛生の勝利であるだけでなく、真実の勝利でもある。なぜなら、真実が長い間無視されてきたからだ」とカナダ対がん協会公共問題担当副会長ガブリエル・ミラーは、インタビューの中で述べた。

「禁止が意味することは、すべてのアスベストが致死的ながんを引き起こし、安全な種類はないことをわれわれが認めたということ。また、カナダにおけるアスベストに対するわれわれのアプローチを決めていた否認と遅滞を終わらせることは、この物質の傷跡を癒すための最初のステップである」。

彼は、過去10年間にカナダで「少なくとも」1万の人々がアスベスト曝露により命を失っており、「彼らに対して、いまや今日語られたことを現実の行動に変える責任がある」と述べた。

新たなアスベスト戦略には、その他の措置も含まれている。連邦政府は、アスベストの管理方法を評価するために情報を収集して、建材やプレーキパッドなどのアスベスト含有製品の「製造、使用、輸入及び輸出」を禁止する新たな規則を策定すると述べた。

職務中のアスベスト曝露のリスクを「徹底的」に制限するための労働安全衛生ルールを導入する。カナダ政府が所有または貸与するアスベストを含有する建物の現行のリストを拡張する。新築や改修におけるアスベスト使用を禁止するために、州と協力して建築基準を変更する。また、アスベストの健康影響に関する注意を喚起することも目標にする。

国際舞台では、連邦政府は、国際条約のひとつであるロッテルダム条約の来年の締約国会議前に、アスベストの有害物質としてのリスト搭載に関する「その立場を見直す」計画である。長年、カナダはそのようなリスト搭載に反対してきた。

政府は、2018年までに禁止を導入する努力において保健、労働、貿易及び商業部門と協力し合うと語った。規制手続には、禁止を実施する前に、州、地域、地域社会、産業界、科学者や保健専門家などの関係者との協議も含まれると言う。

今回の発表は、以前の連邦政府によって軽視されてきた、アスベスト曝露の健康影響やリスクに対する関心の長年の高まりの後に来たものである。

先週、本紙は、アスベストがカナダにおける職場死亡の原因の首位にあり続けており、1996年以降認定された職場死亡請求数が5,614件に達していることを示す新たな年間統計を報じた。

世界保健機関は、すべての種類のアスベストが石綿肺はもちろん、肺がん、中皮腫及びその他のがんを引き起こすと言っている。これらの疾患を根絶するためのもっとも有効な道はアスベストの使用をやめることだとしている。

職業がん研究センターによれば、カナダでは毎年2千以上の人々が中皮腫や肺がんなどのアスベスト関連疾患と診断されている。

5月にジャスティン・トルドー首相は、アスベストの労働者に対する影響は「それが提供するかもしれないあらゆる利益をはるかに上回る」と指摘して、彼の政府が禁止に「向かって進む」と表明した。

カナダ労働会議のハッサン・ユスフ会長は、アスベスト使用の中止は生命を救うと語る。

「これは公衆衛生のための勝利であるだけでなく、この国全体の労働安全衛生のための勝利でもある」と彼は指摘した。



※https://beta.theglobeandmail.com/news/national/canada-to-ban-asbestos-use-by-2018/article33331224/?ref=http://www.theglobeandmail.com&click=sf_globe&service=mobile

数字で見るアスベスト

The Globe and Mail, Canada, 2016.12.15

2,300：中皮腫・肺がんを含めアスベスト関連がんを毎年診断されるカナダ人の推計数（職業がん研究センター）

580：中皮腫-ほぼもっぱらアスベスト曝露によってのみ起こる致死的ながん-の2013年における新規件数、20年前の2倍以上の数字（カナダ統計局）

8,300億ドル：2015年にカナダに入ってきたアスベスト関連輸入の価額、その合計の約半分はプレーキパッド・ライニングにおけるもの（カナダ統計局）

1780年代～2011年：カナダがアスベストを採掘した期間。1947年までカナダは、世界第1位のアスベ

スト生産国であり、世界供給量の3分の2を採掘・製錬していた。カナダのアスベスト輸出に起因する海外における死亡数はわかっていない。

152,000: 職場でアスベストに曝露しているカナダ人の推計数。これには、貿易関係者、建設労働者、機械工及び造船工が含まれる(CAREX)

1億2,500万: 現在世界で職場でアスベストに曝露している人々の推定数。職業がんによる死亡の約半数が、アスベストによって引き起こされていると

考えられている(世界保健機関)

50+: ドイツ、イギリス、オーストラリア、日本、アイスランド、ニュージーランドを含め、すでにアスベストを禁止している世界の国々の数

注: カナダの人口は約3,616万人で日本の約4分の1



※<http://www.theglobeandmail.com/news/national/asbestos-by-the-numbers/article33331241/>

カナダの労働組合は連邦政府のアスベスト禁止を歓迎

Canadian Labour Congress, 2016.12.14

カナダ労働会議(CLC)は、連邦政府がアスベストの製造、輸入、輸出及び使用を禁止するという今日の発表を歓迎する。

「われわれは皆、呼吸するのが容易になる」、とハッサン・ユスフCLC会長は語った。「これは、疑いなく、将来の世代の声明を救う、よい公衆衛生政策である」。

「カナダの労働組合は、被害者の遺族や保健活動家とともに数十年間、この禁止のために懸命に取り組んできた。われわれは、これが労働者の安全衛生保護を強化するとともに、すべての者にとって職場と公共の場所を安全にするものであることを知っている」とユスフは言う。

今年、カナダの労働組合は、メーデーにパワフルなビデオ [<https://www.youtube.com/watch?v=m8eEjUNJnf4>]を発表するとともに、10月には禁止の必要性に関心を高めるためにウエスト・エドモント・モールで人のところをとらえるホログラフィを使ったイベントを実施 [<https://www.youtube.com/watch?v=545ow3wO0HE>] して、アスベスト禁止を勝ち取るための努力を倍加させた。

毎年2,000人を超すカナダの人々が、中皮腫や肺がんなど、アスベスト曝露によって引き起こされる疾病によって亡くなっている。専門家は、とりわけ、建設、自動車整備、造船、貿易請負や廃棄物管理

などの産業において、15,000人のカナダ人がアスベストに曝露していると推計している。

「これらの疾病はないが潜伏期間をもつことから、危険性は終わっていないが、これは終わりのはじまりだ」とユスフは言う。いまや、州や地域が、連邦政府が示したのと同じリーダーシップを発揮し、アスベストのある場所の確認、廃棄や救済に関する規則の調和化、包括的な保健対応の確保に迅速に動く必要がある。

ユスフはまた、保留地の家屋の高いレベルの飛散性アスベストに対処するために、先住民と協力し合う必要性を強調した。

「われわれは、アスベストを含有したバーミキュライト保温材で充填された先住民家屋に住む者を含め、カナダに住むすべての者がアスベストから保護されるのを確保しなければならない」と彼は言う。

「連邦政府の今週の発表は、より安全で健康的な職場のための人々による長年にわたるアドボカシーと精力的取り組みの結果である。今日、そうした人々とともに私は祝い、カナダの次世代にアスベストによる痛みや苦しみのない、よりよい未来を与えられることについて彼らに感謝する」とユスフは語った。

※<http://canadianlabour.ca/news/news-archive/canada%E2%80%99s-unions-celebrate-federal-asbestos-ban>

ケベック州アスベスト―禁止計画の目覚めの中でその名称を再考する町

The Globe and Mail, Canada, 201612.16

カナダ人と世界の大部分にとって、「アスベスト」という言葉は、汚染と緩慢な痛々しい死と同義語である。

アスベスト繊維を禁止するという今週のオタワ[連邦政府]の発表は、事実上その生産と言葉を地図から拭い去る象徴的なジェスチャーである、町の名称変更に関するアスベスト[町]における議論を再燃させた。

「経済を改善するために、私は、名称変更を含め、あらゆる提案を検討する用意がある」とアスベスト町長ユーク・グリマールは、金曜日にインタビューの中で答えた。「人々はそのことを話し合っている。私はそれを無視はしない」。

この動きは、町の歴史、アイデンティティ、存在そのものにねじ込まれた製品に対する不和を象徴している。何十年にもわたって、新しい家屋や新しい車、ホッケー・リーグ、アリーナや学校を贈ってきた恩恵であった。今日、住民は、彼らの町の元「奇跡の繊維」が致死的な疾病と結びついているということを受け入れることを学んでいる。

今週のオタワの発表は、彼らの父や祖父、曾祖父らが人生を捧げたものの最後の否定のように感じられた。

「『禁止』という言葉―それはかなり荒っぽい。次の段階は存在しない。おしまいだ」と、閉鎖されたジェフリー鉱山の大きく開いた口からちょうど通りの反対側にある運送会社トランスポートATDの30歳の社長ジスラン・テシエは語る。彼の会社は、オーナーたちが会社名に問題があるから「アスベスト」をやめると決断するまでトランスポート・アスベスト・イースタン社と呼ばれていた、トランスポート・イースタン社の事務所を引き継いだ。

テシエ氏は、会社の積荷書類に書かれたアスベストという名前によく対応しないアメリカの通関業

者にどう対処したらよいか、運転手たちと相談した。「アメリカ人はアスベストに神経質だ」とテシエ氏は言う。

彼は今週の発表を知ってはいたものの、棺に最後の釘が打ち込まれるような響きにうんざりしている。「禁止が実施されているのでない限り、そこには常にかすかな希望がある」と、地元の商工会議所の副会長でもあるテシエ氏は言う。「[アスベストは]われわれの人生だった。われわれの遺産だ。いまやわれわれは嘆きを開始しなければならない」。

ケベックの鉱山と労働者は、アスベストの歴史の中心にあったのであり、彼らの運勢はこの繊維とともに浮き沈みしてきた。一度はカナダは、保温材としてまたその耐火性を誇ったこの魔法の鉱物の世界生産を支配した。1970年代にその疾病との関連性が表われ始めたとき、町は、この産業の徐々に失速していく衰退に直面した。ケベックにおける採掘は、2011年に中止された。

ケベックの元アスベスト地域は、マグネシウムを抽出するために行われるアスベスト残渣の採掘及び加工は影響を受けないだろうという、今週のオタワの言質に希望を見出した。アスベストやセツフォード・マインズなどの町は、ボタ山に囲まれている。

「われわれはこれに安心した」とグリマール氏は述べた。「私は過去のことをくよくよ考えない。未来にに向かって進んでいるのだ」。

ダニク・ペルランも未来を見ている。数年前に、州政府の5千万ドルの多様化基金[閉山後の地域経済再生化基金]から無利子ローンの援助を受けて、ペルラン氏とアスベスト町の二人の友人は、ムーラン7と呼ばれる地ビール醸造所を始めた。そのパブは、閉鎖された鉱山のリサイクル・アイテムで飾られ、そのビールはロール・ブラン(白い黄金)やミナー(鉱夫、今年のワールド・ビール・アワードの金メダル

を受賞した)などの名前で町のルーツを連想させるものである。今秋、3人は、純度を試験済みの古いジェフリー・鉱山の地下の井戸水を使ってシエル・オヴェールー大まかな意味でオープン・ピットと名付けたビールを売り出した。

「アスベストは終わった、産業は死んだ」と、町の名称を変更する時だと考えている40歳のベルラン氏は語る。「われわれは過去を捨てはしないが、別のものに変えることはできる。肉のパッケージのうえに『アスベスト』とスタンプされていても誰も理解しない。アメリカではアスベストはがんを意味している。死を意味している。名前としてウイナーではない」。

長い間アスベスト歴史学会の長であったピエレット・ソローにとっては、そうではない。77歳のソロー女史は、少女の頃、雪のようなアスベスト粉じんに覆われていた自宅の場面で目覚めたことを覚えている。ベランダを歩けば足跡が残った。しかし、安全対策は厳重化され、彼女は、アスベストは安全に採掘することができると主張する地域住民の一人である。彼女は、政治家はアスベストをいじめていると信じている。

「それは巨人との闘いのようなもの。私たちはダビデで、彼らアスベストを中傷する人々にはゴリアテ。私は今週深い悲しみを感じている。彼らは私たちに『お前たちはいまも毒物だ』と言っているよう

なものだ」。彼女にとっては町の名称の変更は問題にならない。「それは私たちが何者であるかという、私たちの歴史の一部。彼らがそれは人々を死なせていると言ったとしても、アスベストは私たちにとって生活の源だった」。

1949年にあまり知られていなかったピエール・トルドーという名前の知識人が、ケベック州の歴史の分岐点となったストライキ中に、労働者の権利のために戦うためにやってきて、名をなした。トルドー氏は、労働者たちと一緒にデモ行進し、激しい演説を行った。約67年後、彼の息子ジャスティン・トルドー首相が、町の物語のひとつの章を決定的に閉じつつある。

政府は、長年にわたる労働組合や保健専門家によるロビー活動、そしてアスベストの危険性についての反論の寄りのない証拠に基づいて決定を下した。アスベストの人々も同じ証拠を聞いている。しかし、アスベストがカナダの地平線から消えるなかで、彼らは、自らの町の名称もそれとともに死ぬのにふさわしいかどうか悩まなければならない状態に取り残されている。



※<http://www.theglobeandmail.com/news/national/ottawas-asbestos-ban-leaves-quebec-town-pondering-its-name/article33357787/>

国際的アスベスト・ロビー団体がケベックを去る

RightonCanada, 201612.20

国際アスベスト協会は、1997年にケベックで設立された。2005年にそれは「アスベスト」という言葉を避けるために、国際クリソタイル協会(ICA)に改称した。ICAは世界のアスベスト産業の利益を代表して活動し、アスベストを生産及び輸入する諸団体によって財政的に支えられている。

ICA会長、長い間ケベックのアスベスト事業者であったジャン・マーク・ルブロンは、いまやカナダ政府はアスベストを禁止すると発表したと言い、ケベックの

ICA本部事務所は海外に移るだろうと予測した。

カナダ政府がアスベストを禁止するとしたら、「それはアスベストの終焉だ」とルブロンは語った。

「クリソタイル・アスベストは安全に使用することができる」と、ルブロンはアスベストをマッシュルームと比較しながら言う。「いくつかのマッシュルームは致死死的である」とルブロンは、ケベックの新聞La Presseのインタビューに対して表明した。「だからと言って、そのすべてを禁止しなければならないの

か?」

ルブロンによれば、クリソタイル・アスベストはマッシュルームのようなものである。ICAのあらゆる立場は、最新の科学的知見に基づいているとルブロンは言う。

ロシア、カザフスタンとブラジル—3つの主要なアスベスト輸出国—は、ICAの理事会に各々2人ずつアスベスト産業の代表をもっている。インド、メキシコ、アメリカとケベックが各1名ずつ。ICAの資金の大部分は、合わせて世界のアスベスト輸出の80%超を占めるロシアとカザフスタンからきているようだ。

ルブロンは何人かのICA理事から、ICAが介入して、カナダ政府がアスベストを禁止しないように説得したらどうかと打診された。La Presseのインタビューのなかでルブロンは、「完全に外国の利害関係者によって財政的に支えられている団体にとって、それは適切なことではないと話した」と述べた。

ルブロンはまた、コンサルティング・サービスとアスベスト利害関係者の国際的リプレゼンテーションを提供している、Polyserという会社の所有者かつディレクターでもある。PolyserとICAは、ルブロンが何十年も働き、いまは閉鎖されているLABクリソタイル鉱山の所在地である、ケベック・セッドフォードマインズにある同じ事務所の外で活動している。

ICAの年間予算は「100万ドルに満たない」とルブロンは言う。彼が会長を務める利益目的の会社であるPolyserが、彼が会長を務める非営利団体であるICAに、そのサービスについて請求書を送っている。

2016年12月20日にICAのウェブサイトに掲載された記事—ICA会長が情報を正す—は、La Presseの記者マーク・シボドーのルブロンに対するインタビューの英語翻訳になっている。

国際アスベスト協会は、1996年にフランスがクリソタイル・アスベストの禁止を導入して、もはや国際的アスベスト・ロビーに友好的な場所ではなくなった後、1997年にフランスからケベックに移った。

今度はカナダがアスベストを禁止しようとしており、残された国際アスベスト協会はどこに我が家を見つけるだろう?

ロシアまたはカザフスタンは、少なくなっているア

スベストに友好的な場所のなかで、アスベスト・ロビー団体を歓迎しそうである。

世界中で、アスベストを販売し、その危険性を否認してきたアスベスト・ロビーの何十年にもわたるキャンペーンによって、重大な危害を被り、また愛する人を亡くした者たちは、アスベスト・ロビーがその扉に影響に閉ざすことを強いられ、アスベストが世界中で禁止される日を心待ちにしている。

※<http://www.righttoncanada.ca/?p=3880>

木曜日のアスベスト禁止発表の主な約束

CBC News, Canada, 2016.12.15

- ・2018年までのアスベスト禁止の約束を実行するために関係政府機関が協力する。
- ・政府はカナダ環境保護法 (CEPA) に基づく新しい規則を策定する。
- ・職務でアスベストに接触する人々のリスクを徹底的に制限するために、新しい労働安全衛生ルールが予測される。
- ・一定の建材やブレークパッドなどのアスベスト含有建材の輸入を禁止するための新しい取り組みを実施する。
- ・公共事業・調達局が所有または貸与するアスベストを含んだ建物の現在のオンライン・リストを、同物質を有するすべての連邦建物を含めるように拡張する。
- ・カナダ全体にまたがって新築・改修プロジェクトにおけるアスベスト使用を禁止するために国家建築基準を変更する。
- ・(アスベストの有害物リストへの搭載を支持する150以上の国の国際条約である) ロッテルダム条約の来年の会議前に、アスベストの有害物質としてのリスト搭載に関するカナダの立場を見直す。
- ・カナダはまた、肺がんその他アスベスト関連疾患流行の予防に役立てるために、アスベストの健康影響に関する注意を喚起していくことを約束する。



※<http://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/asbestos-sidebar-key-points-announcement-1.3895912>

初の過労死防止対策白書

厚生労働省●成果が分かるのはまだ先

2016年10月、厚生労働省は「過労死等防止対策白書」（以下「過労死白書」）を公表した。過労死等防止対策推進法（以下「過労死防止法」）の第6条に基づいた国会への年次報告書である。法の施行後、初めての報告書であり、マスコミも取り上げて報道した。電通の新入社員の女性が過労自殺で労災認定を受けたという発表もあり、過労死についての関心は高まり、11月からの過労死等防止啓発月間に厚生労働省が主催する「過労死等防止対策推進シンポジウム」の参加者も増加した。

過労死防止法の制定から様々な取り組みが進められている。まだまだ制度の枠組みを作ろうとしている段階の取り組みも多い。過労死白書は、過労死防止法施行以降の取り組み状況の報告書である。

初めての過労死白書は、「第1章 過労死等の現状」、「第2章 過労死等防止対策推進法の制定」、「第3章 過労死等の防止のための対策に関する大綱の策定」、「第4章 過労死等の防止のための対策の実施状況」からなる。

厚生労働省は、過労死白書のポイントとして、①過労死等防止

対策推進法に基づく初の白書、②過労死等防止対策推進法が制定に至るまでの経緯などについて記載、③過労死等の実態を解明するための調査研究（労働者の労働時間だけでなく、生活時間の状況などの労働・社会面からみた調査や、労災認定事案のデータベース構築など）など、平成27年に行われた過労死等防止対策の取組について記載、④過労死等防止対策に取り組む民間団体の活動をコラムとして紹介、の4点をあげている。第2章、3章はこれまでの経緯説明であるが、過労死防止法制定の運動の中心を担った「全国過労死を考える家族の会」の活動についても当事者の書いた文章をコラムとして掲載してきちんと紹介している。第4章は、過労死防止対策の実施状況についての報告である。

年間総労働時間2,000時間？

過労死白書に報告されている「過労死等の現状」は、以下のとおりである。

気になる労働時間について、年間総労働時間の推移表が掲載されている。労働者1人当たりの年間労働時間は、2015年は1,734時間で、この数字はパートタ

イム労働者を含んでいる。次に示された一般労働者とパートタイム労働者に分けて示した年間労働時間の表では、2015年一般労働者は2,026時間で、この6年あまり変わらず高止まりの状態である。パート労働者は1,068時間で、2012年の1,105時間からやや下がってきている。しかし、パート労働者の比率は上がり続けており、2015年は30.5%である。これは20年前の1996年の比率15.0%の2倍である。

過労死白書のこれらの表では労働時間数は多くない印象を受けるが、上記のようにパート労働者を含んだ数字なので、フルタイム労働者のみで計算すれば時間数はもっと多いはずであり、また調査には出てこない不払い残業の時間を考えるとさらに増えるだろう。

また、週35時間以上働く就業者について、月末1週間の就業時間が60時間以上の就業者の割合を性・年齢層別に示した表も掲載されており、女性では年齢別に大きな差はないが、男性では30歳代、40歳代に多いことがわかる。

年次有給休暇の取得率については昨年度47.6%と半分弱で、取得日数は8.8日である。付与日数は少しずつ増加しているが、取得日数はほとんど変わっていない。

正社員のうち週の労働時間別に年有給休暇の取得率を示した表では、週40時間以下では100%取得した割合が27.1%、0%が9.3%であるが、週の労働時間

が増えると取得の割合は少なくなり、60時間以上の労働者では27.7%が有給休暇をまったく取っていない。

次にメンタルヘルス対策状況で紹介されている、2013年の調査で仕事や職業生活に強い不安、悩み、ストレスを感じる労働者の割合は52.3%である。その内容では、「仕事の質・量」が65.3%と最も多く、次に「仕事の失敗、責任の発生」36.6%、3番目は「対人関係（セクハラ・パワハラを含む）」33.7%である。

メンタルヘルスケアに取り組んでいる事業所の割合は60.7%で、2013年に13%も増加し、取り組みが急速に進んでいることが分かる。取り組みの内容は、「労働者への教育研修等」が一番多く、「事業所内での相談体制の整備」、「管理監督者への教育研修等」となっている。また、厚生労働省の総合労働相談コーナーで受け付けた民事上の個別労働紛争相談件数において、「いじめ・嫌がらせ」の件数が最多となっている。

就業者の脳血管疾患、心臓疾患等による死亡者数は、5年ごとに実施される人口動態職業・産業別統計によると2010年は、30,353人である。70歳以上が半数をしめる。そこで60歳未満の就業者について産業別死亡数を見ると、「製造業」、「建設業」、「卸売業・小売業」、「運輸業・郵便業」の順に多い。職種では、「専門的・技術的職業従事者」、「サービス職業従事者」、「生産工程従事者」、「事務従事者」、

「販売従事者」の順に多い。

自殺者は2015年に24,025人で「被雇用者・勤め人」は6,782人だった。うち勤務問題が原因・動機のひとつと推定される自殺者数は、2,159人で、内訳の詳細は、「仕事疲れ」675人、「職場の人間関係」447人、「仕事の失敗」388人、「職場環境の変化」275人の順に多かった。

次に過労死白書では、2015年度の過労死等にかかる労災補償状況について掲載しているが、2016年6月に発表されたものを紹介している。これについての解説はすでに本誌8月号に掲載したので、ここでは省略する。ただ、脳・心臓疾患に関して言えば、死亡事案の認定件数がなぜか減少したこと、そして、脳・心臓疾患も精神障害の事案も、とにかく認定件数が少ない。

また、2015年の国家公務員の公務災害として協議された件数、認定件数は、脳・心臓疾患が7件で認定1件、精神疾患は23件、認定9件である。9件の負荷の内訳をみると、3件が「異常な出来事への遭遇」、3件が「セクシュアルハラスメント」、2件が「仕事の量」で残り1件は「仕事の内容」だった。地方公務員は2014年度の脳・心臓疾患の受理件数29件、認定21件、精神疾患の受理件数49件、認定37件である。脳・心臓疾患で認定された事案の職種は、義務教育学校職員が6件、警察職員が4件、義務教育以外の教育職員2人。うち13人が月の時間外80時間以上の長時間労働だった。精神疾患の

認定件数は、消防職員6人、義務教育学校職員5人、義務教育以外の教育職員4人、警察職員3人の順である。負荷の内訳は、「住民との公務上での関係」10人、「対人関係等の職場環境」9人、「仕事の量」7人、「異常な出来事への遭遇」6人、「仕事の内容」3人などとなっている。労働時間数では12人が月80時間以上の時間外労働をしていた。

長時間労働と疾患の研究も…

第4章は、過労死等防止のための対策の実施状況について掲載している。啓発活動についてはこれまでも紹介したが、調査研究等についてはまだあまり結果が出ていないため、知らされていないかった。過労死白書では、①過労死等事案の分析、②疫学研究等、③過労死等の労働・社会分野の調査・分析、④結果の発信の実施状況について報告している。

独立行政法人労働安全衛生総合研究所に設置された過労死等調査研究センターにおいて、2015年3月までの5年間の脳・心臓疾患と精神障害の労災認定事案の調査資料を分析する。2015年は事案のデータベースを構築、認定の多い職種・業種等の特性を始め、時間外・休日労働の協定及び運用状況、休暇・休息の取得状況、出張の頻度等労働時間以外の業務の過重性、また、発症後の職場の事後対応状況について事案資料の情報から解析作業を行っている。今年より認定されなかった事案に

ついても、分析を行う。

他に、脳・心臓疾患事案が多い運輸業についての研究、自殺事案の解析も他の機関と連携しながら進めている。

調査研究以外には、疫学研究なども行う。①職域コホート研究、②職場環境改善対策、③実験研究に取り組む。②の職場環境改善施策では、実際に職場で対策を実施して効果を検証する予定で、協力を得られる職場の選定を進めている。③実験研究では、「長時間労働と循環器疾患のメカニズムの解明」「労働者の体力を簡便に測定するための指標開発」に取り組むこととしている。

啓発についてはすでにご存じのとおり、11月を「過労死等防止啓発月間」とし、「過労死防止対策推進シンポジウム」を各地域で開催、啓発ポスター、リーフレットの配布、大学・高等学校での啓発授業の実施、セミナーの開催などが行われた。

企業や業界団体へは「働き方の見直し」や有給休暇取得促進を行い、「働き方・休み方改善ポータルサイト」を開設して、先進的な取り組み事例の紹介や「働き方・休み方改善指標」の自己診断機能を提供している。

あとは、メンタルヘルス対策、パワーハラスメント対策として以前からの取り組みのストレスチェック制度や「職場のパワーハラスメントの予防・解決のための提言」からの対策導入のための取り組みを紹介している。

相談体制の整備としては、2014年9月1日から平日夜間及び

土日に相談を受け付ける「労働条件相談はっとライン」を設置。産業保健スタッフへの研修、労働衛生・人事労務関係者への研修を実施した。

というふうには過労死白書では、これまでの取り組みがまとめられた。まだまだ始まったばかりであり、結果がでるのはこれからのものも多い。

当センターも過労死防止大阪センターを通して、厚生労働省と協力しての「過労死防止対策推進シンポジウム」開催や、2016年9月から始まった学校への過労死防止啓発授業の取り組みなどに関わっているが、まだまだ試行

錯誤しながら進めている。成果が出るのはまだ先であろう。

また「大綱」で取り組むとされていたが、具体的にはどのようなことが行われるかよく分かっていなかった調査研究について概要が示されたが、研究・分析中で結果が待たれる。

過労死白書は、「過労死問題」に取り組む国の姿勢、どのようなことを実施したのか、これから何に取り組むのかがわかるので、ぜひ一読してほしい。



※[http://www.mhlw.](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000138529.html)

[go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000138529.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000138529.html)

(関西労働者安全センター)

教師の石綿被害認めず

愛知●宇田川裁判に名古屋地裁判決

愛知淑徳学園で中学・高校の国語教師だった宇田川暁さん(さとるさん、当時64歳)が中皮腫と肺がんで死亡したのは、学校でのアスベスト曝露が原因だったとして、妻の宇田川かほるさんが労災を認めなかった国の処分の取り消しを求めた訴訟で、名古屋地方裁判所(寺本昌広裁判長)は2016年11月16日、アスベスト労災を認めない不当判決を言い渡した。判決が言い渡された後、傍聴席からは怒声が飛び、原告席のかほるさんは口を覆い鳴咽していた。

本訴訟は2011年7月15日に提

訴され、同年9月21日の第1回口頭弁論から2016年6月27日の結審までに29回の審理が行われた。裁判の中で原告と代理人弁護士は、暁さんは、学園内の施設にあった吹き付けアスベストや生徒の増加に合わせて行われていた学校校舎・施設の増改築工事でのアスベスト含有建材の加工等により、アスベスト粉じんが飛散していた環境で教員として仕事をしているときにアスベストに曝露したと主張してきたが、今回の判決で裁判所が暁さんのアスベスト曝露期間と認定したのは、1963年4月から11月まで、8か月間

の中学校舎新築工事期間にとどまった。中学校舎新築工事は1962年7月にはじまったが、1963年4月から暁さんが担任した2年5組のクラスルームがこの工事中の校舎の2階にあったことと、教員室や調整室も1階に配置されていたことから暁さんの行動範囲がこの新築中学校舎内で、なおかつ、新築工事中の中学校舎の床の一部にアスベスト含有建材が使用されていたことから、裁判所は暁さんが工事中にアスベスト含有建材から飛散したアスベストに曝露した可能性があることを認めた。

とを認めた。

しかし、中皮腫の労災認定基準の曝露要件「石綿曝露作業の従事期間が1年以上あること」には該当しないと結論付け、請求を棄却した。

かほるさんは控訴審を闘う決意を固めており、先日、多くのアスベスト訴訟の経験があるアスベスト訴訟関西弁護士団の位田浩、村上昌弘、竹藪豊の各弁護士に控訴審を担当していただくことを依頼した。皆さまの熱烈なご支援をお願いいたします。



(名古屋労災職業病研究会)

誌などの資料が一切残されていないことだった。そんな中、延子さんは同僚教師たちや教え子たちからの、「故四條昇さんが8年間勤務していた喜沢小学校の階段天井にアスベストが露出していた」という証言をまとめ公務災害申請を行った。しかし、2012年1月に地方公務員災害補償基金埼玉支部が公務外と決定し、2013年8月には支部審査会が審査請求を棄却、2014年に本部審査会に再審査請求をしたものの、同年4月、公務上の災害と認めずとの決定を受け、訴訟が起こされた。

故四條昇さんの公務災害が認められなかった理由は、地方公務員災害補償基金埼玉支部長が「喜沢小学校の階段天井にアスベストが使用されていたとする客観的な資料は確認できない」とし、故四條昇さんには石綿曝露がなかったと判断したからだった。妻の延子さんはこの頃の心情を「まるで(記録が)あるなら探して持てこいと言わんばかりの冷たい理由で公務外とされました。生懸命働いて、教え子思っていた夫の無念を考えると、厚い行政の壁が岩盤のようにそびえ立ち、行く手を阻んでいるように感じました」と以前述べていた。

今回の判決でさいたま地裁は弁護士団が主張してきた、①戸田市共産党議員団が1987年8月16日に発行した地域政治新聞「民主戸田」に、喜沢小の階段の上に施工されていた石綿含有建材を除去する工事を完了させる見込みである旨であることを戸田

教師の中皮腫初の勝訴判決

埼玉●公務災害不認定取り消し訴訟

2007年5月1日に心臓中皮腫で亡くなられた埼玉県戸田市の小学校教諭、故四條昇さん(当時54歳)の公務災害を認めない地方公務員災害補償基金の処分取り消しを求めて、2014年7月、四條さんの妻の延子さんがさいたま地方裁判所に訴訟を提起した。この裁判の判決の言い渡しは7月20日に行われ、志田原信三裁判長は、「(故四條昇さんが)喜沢小学校(戸田市)に勤務中、かなり長期間にわたって、日常的に階段室の天井に施工されていた建材に含有されていた石綿に曝露していたことが認められる」として、故四條昇さんの中皮腫発症による死亡を公務

上の災害と認めた。

この判決は、公立学校教員のアスベスト被告について、全国で初めて公務上の災害であると判決において認めたもので、教員や学校職員等のアスベスト被害の適切な救済に向け、大きな意義があるといえる。過去において、学校施設には吹き付けアスベストやアスベストを含有する多くの建材が使用された。判決直後、裁判所前に集まった支援者らに延子さんは「これで少しは他のアスベストの訴訟に貢献できたかな」と語りかけた。

この訴訟の提訴前、公務災害申請時の問題は、戸田市にはアスベスト除去工事記録や学校日

市教育委員会に取材した記事が掲載されていることと、②1987年12月8日発行の戸田市教職員組合の機関紙「つつみね」に、戸田市教育委員会が組合の学校アスベスト問題に関する同年11月の要望事項に対し、喜沢小の一部に石綿含有建材が使用されていたが、すでに除去したとの回答をしたとの内容の記事が掲載されたことは、③1987年12月4日から同月21日まで開催された戸田市議会定例会における菅野栄議員の一般質問において、同議員が「戸田市においては、喜沢小の一部に使用していたアスベスト建材を夏休み中に除去したと伺っている」と発言し、これに対し、戸田市建設部長が議員の発言内容を否定する趣旨の答弁をしていないことから、菅野議員の発言と「民主戸田」及び「つつみね」の記事は十分に信用することができると判断した。また、④喜沢小校舎新築設計図上の3階から4階への階段裏部分の「プラスターリ」の記載は、喜沢小が建設された時と同時期に建てられた新曽北小学校階段室の天井の「プラスターリ」の部分からクリソタイル（白石綿）が検出されている記録が残っている事実から、喜沢小の「プラスターリ」もアスベスト含有建材であると認められた。さらに、⑤前述の「民主戸田」、「つつみね」の記事に加え、1987年に喜沢小の校舎塗装工事を受注した（株）鈴木塗装工業が、同工事はアスベスト改修工事又は石綿の除去作業が含まれる工事で

あったかどうかとの支部審査会の照会に対し、施工したのは内装塗り替え工事であったとの認識を示す回答をしており、喜沢小の玄関入り口にある、1987年8月に（株）鈴木塗装工業が施行した工事の竣工を記念するプレートに「喜沢小学校校舎外壁塗装等工事」と工事名が記載されているが、鈴木塗装工業が施行した工事が外壁塗装工事に限られないことがうかがわれることから、1987年に喜沢小で行われた工事は、内装塗り替え工事を含むものであったと認めた。

これらの事実から、さいたま地裁は1987年当時、喜沢小の階段室の天井にはアスベストを含む建材が施工されており、戸田市は周年8月までにこのことを把握したことから、（株）鈴木塗装工業に発注して、同年の夏休み期間中にその改修工事を行ったことから、故四條昇さんの勤務していた喜沢小の階段室天井にアスベストが存在していたと結論付けた。

合わせて裁判所は、⑥1987年当時の喜沢小の階段室の状況は、生徒のいだすら等によって、階段裏に施工されていた建材が剥がれて、階段の床の上に剥がれ落ちた建材が落下して汚れていたという事実を喜沢小を視察した市議会議員が市議会に指摘していることから、階段室の天井に施工されていた建材に含有されていたアスベストが飛散していた蓋然性が高いとしたうえで、⑦故四條昇さんが喜沢小に勤務していた1980年4月から

1988年3月までの間に、職員室と担任クラス教室間の移動や、担任クラスの清掃場所として階段室が割り当てられた年度には、生徒指導の一環として生徒と共に階段室の清掃活動を行ったことから、長期間にわたって石綿に曝露したのが相当と認めた。

四條訴訟を担当した筒玉学校アスベスト被害対策弁護団は7月20日の判決後に今回の判決に対する声明を発表し、その中で、「本判決は、階段室天井に仕上げ材としてのアスベストが存在したことを直接示す証拠はないとしたものの、アスベスト仕上げ材が存在したことを推認させる複数の書証及び証言を採用し、これらの証拠により、喜沢小にアスベストが存在したと認定した。（中略）相当期間、日常的に石綿曝露したことがあれば、必ずしも詳細な曝露態様・濃度の立証まで必要とせずに、公務災害であると認定している点においても、先例的な意義は大きいと言える」と述べている。

南雲芳夫弁護団長は判決後、裁判所に集まった支援者を前に「今日、裁判所は喜沢小にアスベストがあり、飛散していて、人が一人亡くなったことを認定しました。文部省は何をしていたのか。アスベストを吸って、人が亡くなったことを証明するためになんでこんなにも苦勞をしなければならないのでしょうか。子供たちも四條先生と共にアスベストを吸っています。原告がここまでやらなければならないようなずさんな（アスベストの）管理を行い、原因を作っ

た人たちに真剣な反省を求め
る」とコメントした。

許せないことに、被告の地方
公務員災害補償基金は8月3日

付けで、今回の判決を不服として
控訴した。訴訟の舞台は 
東京高等裁判所に移る。

(名古屋労災職業病研究会)

第2次倉町腰痛裁判、控訴審へ 東京●監督署は率直に誤りを認めよ

日本航空のパイロットだった
倉町さんの腰痛裁判について、
こ2016年7月15日、東京地方裁
判所が不当判決を言い渡し、現
在、控訴審に係争中である。

最も基本的な争点は、倉町さ
んの腰痛治療について、いつま
で労災保険で支給するべきかだ
である。当然のことながら労災保
険給付に期間制限などなく、きち
んと治るまで支給される。現在
に至る経過は長く複雑であるが、
ここでは、労働基準監督署が繰
り返してきた誤った不支給決定
こそが問題の根源であり、それ
を追認した裁判所の偏見に絞っ
て、報告する。

厚生省が繰り返した誤り

倉町さんが腰痛になったのは
2004年10月6日、緊急脱出訓練
に参加したときのこと。飛行機に
乗ったことのある人なら、必ずビ
デオで流されるのでご存知だと思
うが、滑り台のようなもので滑
る、あれである。少々転んでけ
がをしようがとにかく機外に早く
出るためのもので、見るからに安
全ではない。実際、訓練で足を

捻挫したり骨折する例も多いとい
う。倉町さんも、着地時に腰に負
荷がかかり、その時は痛みをこら
えつつ訓練を継続した。帰宅後、
安静にしていたがよくなるので
10月8日に近くの医者にかかっ
て「腰痛症」などと診断された。
なかなかよくなるので11月に
大きな病院に行って、「腰痛椎間
板ヘルニア」と診断され、手術を
受けた。

このような腰痛の経過はさわめ
てよくあるものであり、倉町さんは
11月には労災の手続をした。労
災になるのが当然のことである。
だから多くの被災者はセンターに
相談になど来ない。ところが、蒲
田労働基準監督署は、2005年4
月7日に不支給決定した。簡単
に言えば、緊急脱出訓練は腰痛
になるようなものではないという
理由。すべての誤りはここにはじ
まる。倉町さんはただちに審査
請求したが、東京労働局労災保
険審査官は2015年11月に棄却。
再審査請求の結果、労働保険
審査会がようやく2008年4月に、
労働基準監督署の不支給処分
を取り消した。なぜ、単純な災害

性腰痛の認定に3年以上もかか
るのか！

これで話は終わらない。厚生
労働省のひどさは続く。倉町さん
は、時効にならないように、2006
年10月に、2004年11月から2006
年8月末までの休業補償を労災
請求した。蒲田労働基準監督
署は再審査請求中なので当たり
前のように、2007年3月に、東京
労働局労災保険審査官も2008
年2月に棄却している。労働保険
審査会も、既に決定を取り消した
部分を除いて、8月に棄却した。
要するに当初1か月弱だけ労災
と認めるが、それ以降は認めな
いというひどい判断であった。

やむなく倉町さんは、東京地
方裁判所に行政訴訟を起こし
た。その結果、東京地裁は2010
年12月に倉町さんの主張を認め
て、監督署の不支給処分を取り
消した。このような当然の決定を
勝ち取るまでに事故から6年を要
したのだ。ちなみに、倉町さんは
すでに2008年10月には職場復
帰のための手続に入った。いず
れせよ、ようやく労働基準監督署
は2011年5月に、2004年11月から
2007年7月20日までの休業補償
を支給した。

その決定をうけた倉町さんは、
2011年7月に、未請求だった2007
年7月21日から2009年2月までの
休業補償を請求した。ところが、
驚いたことに蒲田労働基準監督
署は、2012年1月末に、不支給決
定。不服審査請求も再審査請求
も棄却されたため、倉町さんは、
2013年12月、2度目の裁判提訴
を余儀なくされたのである。

あらためて経過を振り返れば分かるとおり、そもそも初めから労災認定をしていれば、倉町さんは何ら問題なく治療に専念することができたし、監督署も何年も前の健康状態や医学的な見解を調査する必要もなかったはずだ。

結論ありきの地裁判決

裁判では、倉町さんの休業補償は当然支給されるべきだとし、倉町さんが労組の指導を受けて詳細に付けていた自覚症状の記録や、医学的な証人も立て闘った。ところが裁判所は、監督署の不支給処分を正当化すべく、証拠をつまみぐいするかたちで不当な判決を言い渡した。詳しくは代理人が詳細な控訴理由書にまとめているが、ここでは、典型的なものだけ紹介する。

さすがに裁判所は、倉町さんの腰痛が症状固定後に少しずつ強くなっていったこと自体は否定できない。保存療法や運動療法を否定的に捉えつつ、医学的な治療効果はなく、自然に治っていったものだから労災は支給しなくてもよいというのだ。

例えば、判決文の中で、原告側の医学的証人が、症状固定の1～2年後に自覚症状が改善する例もあると言ったとしている。これはさきわめて不正確な解釈である。実は証人尋問で、裁判所が医学的証人に対し、症状固定になった患者さんが「一般論」として1～2年後に症状が改善することがあるかと尋ねたので、証人は「あり得ます」と答えただけ

である。具体的には、その後のやりとりの中で、証人は、倉町さんについては、手術の半年後で症状固定としたのは妥当ではない、もう少しとみていく必要があると思っている、とはっきり述べている。その証言は一切無視である。

さらにひどいのは、腰痛患者、被災労働者への偏見である。既に述べたとおり、倉町さんは労災をもらいながら治療を続けていたのではない。同期の仲間は機長になっていく、自分も一日も早くパイロットに戻りたい、そうした思いから労災が認められない中でも、2度の手術に挑戦し、自らも運動療法を行う中で、やっと職場復帰の手续までたどり着いたのだ。ところが、判決で裁判所は、「職場復帰の時期を探ることを

選択したものと認められる」としている。

仕事に戻れないことに焦って、自ら治療を打ち切るのならまだ分かる。実際そういう労働者も少なくない。それで症状が悪化して、相談に来る人もいる。労災にもなっていないのに、職場復帰の時期を「探って」何のメリットがあるのか！裁判所の労災患者に対する偏見以外の何者でもない。

控訴審にご注目を！

このような判決は絶対に許してはならない。10月31日、東京高等裁判所第825号法廷で控訴審の第1回口頭弁論が開かれる。多くの皆さんの支援と



(神奈川労災職業病センター)

長時間労働による急性大動脈解離 兵庫●労働保険審査会で不支給処分取消

IT関連会社に勤務するNさんは、プロジェクトマネージャー兼技術職として転籍して間もないグループ会社で、長時間労働により急性大動脈解離を発症し、労災保険療養補償給付及び休業補償給付を請求した。

Nさん(当時39歳)はグループ会社の人材公募に応募し転籍が決まり、2013年10月から新しい職場でプロジェクトマネージャーとして働くことになった。8つのプロジェクトを取りまとめ、各チーム

の開発メンバーの進捗管理をするのが主な役割だった。当初は2年後に転籍をする予定で新しい職場へ出向というかたちで働きはじめたが、転籍先の部長から「給料は上がるので早く転籍して来てほしい」と早期転籍を打診されたため、合意のもと6か月後に転籍することになった。転籍後直属の上司から「マネージャー職は間接要員であり実際の売上に直接貢献していない」と言われ、Nさん自身もアプリケー

ション(ソフト)を顧客先へ導入する技術者としてシステム開発を兼任することを命じられ、仕事量が2013年12月から徐々に増えはじめていった。

Nさんが担当していたプロジェクトはコスト削減のため予算がひっ迫しており、人員は非常にぎりぎりで作業が行われていた。

そのような状況下で1名の休職者が発生し、その後退職。さらには納期直前に顧客へ納品するシステムにトラブルが発生したため、顧客へのクレーム対応に加え、退職者の分の仕事をこなさなければならなくなり、年末以降仕事量が増大し睡眠時間は3時間ほどしか取れないという過激な状況に追い込まれていった。業務時間中は顧客のクレーム対応とシステムトラブルによる対策会議に時間が費やされ、業務時間内に処理しきれないシステムの検証作業やプロジェクトの予算管理や見積書の作成、全メンバーの勤怠管理等の事務作業などを自宅に持ち帰って行わなければならなくなり、“サビ残”と呼ばれるサービス残業を強いられるようになっていった。

深夜に帰宅後もNさんは自宅で仕事をしなければならず、疾病発症前1か月間における時間外労働は152時間を越えていた。睡眠時間は3時間程度の状態が続く中、ついには2014年2月に自宅で急性大動脈解離を発症して倒れ大学病院へ救急搬送された。20時間に及ぶ手術の末、Nさんは奇跡的にも後遺症が残存することなく一命をとりと

めた。

しかしながら、人工血管と人工弁に置換し障害者手帳1級という障害等級に該当する障害が残った。

Nさんは、発症した急性大動脈解離は長時間労働の末発症したものであり、業務起因性が認められるものであるとして、大阪中央労働基準監督署へ療養補償給付と休業補償給付の支給申請を行った。

労基署は時間外労働時間数の判断について、「平成26年2月8日以外の日の持ち帰り残業については請求人から上司への依頼、業務命令も特段にない。つまり、請求人自身も上司に業務命令を申し込み、その承諾を受ける必要がない程度のもものと認識していたと考えるのが妥当あり、事業主の支配下にある自宅での労働時間とは認められない」とし、時間外労働時間数に算入しなかった。勤務時間数の算定においてもNさんが会社に労働時間を過少に修正申告主している「勤務状況報告書」にはば間違いはないと判断。

発症1か月前における時間外労働時間は72時間24分と推計し、「80時間を超える時間外労働が認められないことから業務と発症の関連性は低い」と評価し不支給とした。監督署の調査段階ではNさんが会社に提出した勤務状況報告書は36協定に抵触しないよう自ら終業時刻を修正し勤務時間を過少申告していたものであることの実事確認、調査するまでには至らなかった。

Nさんはこれを不服とし、審査請求へ臨んだ。審査請求においてNさんは「持ち帰り残業は業務の繁忙によって必然だったものであり、上司による黙示の指示があったこと」、また、「勤務状況報告書の勤務時間数は36協定に抵触しないよう終業時刻をを修正し休憩時間を増大させることで労働時間を過小にしたもので実態と大きく解離している」と主張した。

これに対し、審査官は休憩時間については「事業所関係者の申述から休憩時間は問題なく取れていた」とし、休憩時間を過大に申告して労働時間を過小にしていたというNさんの主張は認められず、また、持ち帰り残業についても「明らかに事業場からの業務指示があったと認められるもの(10時間程度)」についてのみ、労働時間としてではなく、負荷要因のひとつとして評価を行う」とし、時間外労働時間数には算入しなかった。

勤務時間については本人によって修正申告されたと認められ、入出退勤記録は客観的なデータとして打刻末端記録が存在することから打刻末端から始業、終業時刻を採用するとした。そして発症前1か月における時間外労働時間が78時間34分であったと推計。

しかし、「業務と発症との関連性が強い100時間には至っておらず、仮にリモートアクセス作業時間(会社のサーバーに遠隔操作してアクセスすること)を労働時間として評価したとしても、発

症前1か月における時間外労働時間は100時間には至っていないものと認められる」として、棄却した。

Nさんは請求代理人と共に再審査請求に臨み、「監督署段階で休憩時間を過大にして勤務時間を過少申告していた事実を確認しておらず算定された時間外労働時間には誤りがあること」「持ち帰り残業は上司からの黙示の指示があり時間外労働時間とみなされるべきであること」「打刻端末に記録された始業終業時刻が唯一動かざる客観的な入退勤記録であり、そこから勤務実態を把握するべきである」ことを証拠資料として積み重ね、審査会において主張した。

Nさんの急性大動脈解離発症について労働保険審査会はNさんの持ち帰り残業について「会社が業務指示のあった作業時間として10時間を認めており、当審査会においてはこれに加え7時間は業務に従事していたもの」と判断。しかしながらこの持ち帰り残業については、「行政実務上、必ずしも事業主の指揮命令下に置かれているとは言えないことから、直ちに業務負荷として評価することは適切ではなく、当審査会においても業務の過重性の評価に当たっては、負荷要因のひとつとして評価する」とし、時間外労働時間には算入しなかった。休憩時間については、Nさんの主張がほぼ全面的に認められ、最終的にはNさんの発症1か月前の時間外労働時間は92時間18分であったと推計した。

疾病発症は業務上の事由によるものと認め、「監督署長が請求人に対してなした療養補償給付及び休業補償給付を支給しない旨の処分は失当であり、取消しを免れない」と裁決した。

自宅で倒れてから2年半経過してようやく勝ち取った2016年9月の裁決だった。

大阪中央労働基準監督署調査官によるNさんへの聴取は、画一的な事務処理を優先し時間外労働時間の正確な把握に努めておらず、怠慢であり大きな問題である。監督署段階でNさんの入山退勤記録は会社へ報告する勤務状況報告書は表示されず、始業終業時刻は自らが修正できる仕組みであったこと、また休憩時間についても36協定に抵触しないよう取ってもいない休憩時間を報告していたことを正確に聞き取り調査していればNさんの事案は監督署段階で迅速に認められて然るべきものだった。時間外労働時間数の算定について会社に存在する“残業抑止の実態”にメスを入れ正確な労働時間の実態を把握する調査官の調査スキルの向上が必須であると考え。長時間労働の是正を目指し労働基準監督官の増員を行うことも急務な課題だが、それ以上に調査かん一人ひとりの調査スキル向上に取り組むとが最優先される課題であると考え。

職場にはびこる長時間労働は以下、職場の「人」にまつわる内在化した4つの問題が具現化し人為的に発生していると含

る。①残業の自己申告制が過重労働を生み出す機能と化している。②上司から残業抑止の直接的指示や暗黙のプレッシャーをかけられ休休憩時間をまともに取りえずに労働を余儀なくされており、そのような風潮が会社社会体に蔓延している。③上司が適切な労務管理を行わず現場を漫然に放置している。④パワハラとも言えるハラスメント行為が横行している。上記に挙げた職場で発生している人為的な問題に対して徹底的な洗い出しを行い事業所へ切り込んでいく、ブラック企業へは継続した監視を行っていく、これらのことに真剣に取り組むことで長時間労働による過労死や脳・心臓血管の疾病の撲滅に向かう第一歩になると考える。働く者の健康なくしては健康経営などありえない。また、それと併せて働く者同士の信頼関係のうえに働きやすい職場環境は培われていくことを忘れてはならない。上司であれ、部下であれ、職場の共同体として互いを認め合いそれぞれの役割から職責を果たし足っていく、現場でやっていいことやってはいけないことを判断する力を各人が養っていく、これらが相まって上司や部下、同僚との円滑なコミュニケーションが図られ健全な職場が培われていくと考える。

これからも当センターとして引き続き長時間労働による労働災害をなくす取り組みを積極



的にやっていく。

(ひょうご労働安全衛生センター)

中野祥子

「龍基金」10回目最後の表彰 東京●「ブラック企業と闘う望基金」発足

2016年7月、「過労死をなくそう! 龍基金」は今年で最後になる中島富雄賞の授賞式を開催した。この賞は、12年前、スカイラークでの長時間労働の末亡くなった中島富雄さんの遺族が、全労協全国一般東京東部労組とともに労災認定と裁判闘争を闘い勝ち取った補償金の一部を「龍基金」として、毎年その年に過労死問題で貢献した個人や団体を表彰するもの。

最後になる今年は、あの渡辺美樹が経営する居酒屋チェーン「ワタミ」で働いてわずか2か月で過労自死した長女の問題で「ワタミ」と闘った両親森祐子さんと森豪さんを表彰した。森夫妻の長女美菜さん(26歳)は、「ワタミ」に就職し居酒屋に勤務し、早朝にまで及ぶ長時間労働、休日「研修」がありレポート作成も強制されるなか、入社してわずか2か月で自らの命を絶った。両親は労災認定を勝ち取り、さらに裁判闘争を闘って昨年12月に画期的な内容で勝利的な「和解」を果たした(闘いの経過については、「検証ワタミ過労自殺」岩波書店に詳しい)。受賞した森祐子さんは、「…孤立無援の中で立ち上がり、2012年の中島賞の受賞を機に支援の輪が広がり闘う

ことができた。裁判で『ワタミ』の実態を広く知らせることができ、娘の名誉は回復できた」と話された。森夫妻は、損害賠償金の一部を使って、ブラック企業と闘う労働者を応援する「ブラック企業と闘う望基金」を発足させた。

授賞式の第2部として、パネルディスカッション「ワタミ過労死解決とブラック企業との闘い」が行われた。パネラーは、森夫妻、玉木一成さん(ワタミ過労死裁判弁護団長)、中津誠さん(「検証ワタミ過労自殺」著者、東京新聞記者)、寺西笑子さん(全国過労死を考える家族の会代表)。玉木弁護士は、裁判の意義として、ワタミの渡辺美樹ら役員個人も含め法的責任を認めさせ「懲罰的慰謝料」をとれたこと、再発防止策として、労基署の是正勧告を全従業員に周知させるなどを挙げ、今後の闘いに生かすと述

べた。

中澤さんは、過労死のない社会を作るためには制度として労働時間の上限規制が必要、労働組合が大きなキーポイントと述べた。寺西さんは、過労死防止全国センターの活動を紹介し、大阪労働局や連合・全労連・全労協も巻き込みながらの取り組みを報告し、ブラック企業で働いている人には勇気をもって相談してほしいとアピールした。

印象に残った発言があった。集会の最後に突然指名された中島富雄さんの息子さんが、戸惑いながら「過労死という言葉は嫌いだ。過労殺人か何か別な言葉が…」と話された。「過労死」という周語では、「労働者が勝手に長時間労働をして過労で倒れた」という意味も含まれ、「事業主が長時間労働を強制して死なせた」という意味合いが薄いということを息子さんは怒りの中で痛烈に感じているのである。

あらためて過労死をなくすには現場の闘い、労働者・労働組合の闘いが重要であることを痛感した集会だった。

(東京労働安全衛生センター
代表理事 平野敏夫)

松本で初のアスベスト相談会 長野●ユニオンサポートセンターも参加

2016年9月3日、長野県アスベスト対策センター準備会などによ

る第3回アスベスト(石綿)被害相談会・ホットラインが、初めて松

本市で開催された。この相談会は「NPOじん肺・アスベスト被災者救済基金」の助成を受けた新聞広告による取組みで、「中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会」、「石綿対策全国連絡会議」及び「NPOユニオンサポートセンター」の3団体の共催により行われたもの。

これまで長野市で2回相談会が行われたが、長野県中南信地域の被災者からの相談の掘り起しもかねて松本市で実施した。会場は、NPOユニオンサポートセンター相談室をメインに、午前10時から午後4時まで面談と電話による相談を受付けた。

専任相談員は、「名古屋労災職業病研究会」及び「NPO神奈川労災職業病センター」のスタッフが担当し、現地の相談員も研修をかねて同席して対応した。

当日は面談2件、電話相談6件で計8件の相談があった。内2件は、隣家の駐車場のアスベスト材や自宅の壁の断熱材などへの不安やその対応についての相談だった。面談2件を含む6件は職業暴露に関する相談だった。開催にあたって、8月23日に市役所の記者クラブで記者会見を行った記事が地方紙に掲載された効果で、長野市方面からの相談が2件あった。

高卒後、入社した職場で吹付け材の生産に従事し、中皮腫で治療中の方、25年から30年前に下請けで、エアコンの取付け作業や自営で300件以上のセントラルヒーティングの設置作業をやってきた方、会社でアスベスト材を

扱う仕事に5年間従事し、現在、健康管理手帳の交付を受けている方、夫が仕事で、20歳から40年間、建築現場で吹付け作業に立ち会っていたので今後の不安を訴える方、建築の自営業を親子で続けてきた結果、胸膜プラークの疑いのある方、若い頃から自営で大工の仕事を続けてきて、胸膜プラークの疑いのある方からの相談があり、それぞれ今後の対応などについてアドバイスするとともに、具体的に、労災申請手続きについて対応してい

く相談や「じん肺」の専門機関を紹介して所見を見守る相談など継続事業も複数あり、引続き支援が求められている。相談会には自身が胸膜肥厚の長野県建設労連の前執行委員長も見えられた。

今後は、長野市と松本市を相談窓口の拠点として、長野県アスベスト被害相談会・ホットラインを一層拡大していきたいのである。

(NPO法人ユニオンサポートセンター 引地強一)

フィリピン人実習生の過労死 岐阜●鋳造会社で100時間超長時間労働

岐阜県各務原市内の鋳造会社で技能実習生として働いていたフィリピン国籍のジョーイ・トクナンさん＝当時（27）＝が死亡したのは、長時間労働が原因だったとして、岐阜労働基準監督署が、ジョーイさんの過労死を認定していたことが分かった。

実習生の権利保護に取り組む「外国人技能実習生権利ネットワーク」（東京都）によると、実習生の過労死認定は、茨城県潮来市で死亡した中国人実習生が2010年に認められた例に続き、全国で2例目。

岐阜労基署によると、ジョーイさんは2011年8月に来日し、金属の切断や金属の型に薬品を塗る作業を担当。2014年4月、従業

員寮で心疾患のために死亡した。亡くなる前の3カ月間に毎月96～115時間の時間外労働をしていた。

厚生労働省は発症前2～6か月間に、1か月あたりの時間外労働が80時間を超える場合には、業務と心疾患発症の関連が強いとしている。ジョーイさんの死亡を受けて岐阜労基署は昨年3月、勤務先の会社と経営者を、ジョーイさんを含む実習生3人に違法な長時間労働をさせた労働基準法違反容疑で摘発。ジョーイさんが過労死した可能性が高いとして、フィリピンにいる遺族に労災申請を促していた。

(2016年10月17日 中日新聞)

電磁波によるがん等労災申請

韓国●行政訴訟での公団側敗訴率高い

■「数十年間電磁波に曝露」電気労働者が集団労災申請

京畿道で電気工員として働くYさん(58歳)は2011年4月に脳腫瘍の手術を受けた。右の耳が聞こえず、口が曲がる麻痺症状で、病院で脳に7cmの巨大な腫瘍があるという事実を確認して茫然自失となった。病院は「仕事と関連があるかも」と話した。

1991年から電気工員の仕事を始めたYさんは、無停電工法が導入された90年代の初期から活線作業だけををした。20年近く、2万2900ボルトの活きた電線に触ってきたことになる。

彼は「活線は、ゴム手袋をはめても全身の毛が熱くなるような感じがする」。「電子機器からの電磁波も良くないのに、活線の電磁波のせいで悪い病気に罹ったようで、腹が立つ」と自分と同じ病気に罹った同僚の電気工員労働者17人と一緒に、勤労福祉公団に労災の申請をした。

数十年間、高圧電線を手で触り、がんや脳心血管関係疾患に罹った電気労働者18人が、勤労福祉公団に集団で労災療養費を申請した。建設労組が今年2月から3か月間の実態調査で確認した、がん・脳心血管関係疾患、甲状腺疾患79人の内の第1次申請となる。これらは脳腫瘍(2人)、鼻腔がん(1人)、甲状腺がん(3人)、大腸がん(1人)、食道がん(1人)、胃がん(3人)、心筋梗塞(2人)、脳梗塞(2人)、脳出血(1人)、膝の関節炎(1人)、首の捻挫・胸椎骨折(1人)を病んでいる。労組は活線から出る電磁波によって発病したと見ている。

労組のソク・ウォンヒ電気分科委員長は「最近韓電が直接活線工法を廃止すると発表したのが、すでに数十年間電磁波に曝露した電気労働者の問題が解決されたわけではない」。「電気労働者の労災申請は、職業性疾患のすべての組合員が適切な措置を受けるまで行う計画」と話した。

労組はこの日、朝鮮大病院・職業環境医学科に依頼した電気労働者の血液検査の結果も発表。5月から6月、組合員1,096人を対象に血液検査とアンケート調査で、甲状腺ホルモン数値の異常者(79人)、慢性甲状腺炎(橋本病)が疑われる者(71人)が見付かった。赤血球・白血球・血小板の数値が正常範囲より低い「汎血球減少症」1人と、免疫力と関係のある絶対リンパ球数が5千個以上確認された組合員が10人いた。高血圧と糖尿患者は201人だった。イ・チョルガブ朝鮮大病院職業環境医学科教授は「このような基礎疾患を持つ組合員が活線作業といった高度な緊張状態で業務を行えば、脳心血管関係疾患が発生する確率が高い」と話した。

この1年間に筋骨格系疾患で病院で治療を受けた組合員は728人(64.2%)。電気労働者は20～30kgの道具をぶら下げ、16mの高さの電柱に重量物を引き上げ、電線を引っ張る作業を繰り返し、筋骨格系疾患に苦しめられる。

労組はこの日韓電に「電気工員の安全作業と健康管理のための共同委員会」の構成を要求した。



2016年7月1日

毎日労働ニュース

全国安全センター情報公開推進局

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

いじめ・メンタルヘルス労働者支援センター(IMC)

<http://ijimental.web.fc2.com/>

<http://ijimemakenai.blog84.fc2.com/> <http://d.hatena.ne.jp/yokito5656/>

全国労働安全衛生センター連絡会議

〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階

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

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

- | | |
|---|---|
| 北海道 ● NPO法人 北海道勤労者安全衛生センター
〒060-0004 札幌市中央区北4条西12丁目 ほくろビル4階 | E-mail safety@rengo-hokkaido.gr.jp
TEL (011) 272-8855 / FAX (011) 272-8880 |
| 東京 ● NPO法人 東京労働安全衛生センター
〒136-0071 江東区亀戸7-10-1 Zビル5階 | E-mail center@toshc.org
TEL (03) 3683-9765 / FAX (03) 3683-9766 |
| 東京 ● 三多摩労働安全衛生センター
〒185-0021 国分寺市南町2-6-7 丸山会館2-5 | TEL (042) 324-1024 / FAX (042) 324-1024 |
| 東京 ● 三多摩労災職業病研究会
〒185-0012 国分寺市本町4-12-14 三多摩医療生協会館内 | TEL (042) 324-1922 / FAX (042) 325-2663 |
| 神奈川 ● 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 アンビシャス梅垣ビル1F | E-mail kyotama@mbbox.kyoto-net.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 hirosima-raec@leaf.ocn.ne.jp
TEL (082) 264-4110 / FAX (082) 264-4123 |
| 鳥取 ● 鳥取県労働安全衛生センター
〒680-0814 鳥取市南町505 自治労会館内 | TEL (0857) 22-6110 / FAX (0857) 37-0090 |
| 徳島 ● NPO法人 徳島労働安全衛生センター
〒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 |
| 愛媛 ● NPO法人 愛媛労働安全衛生センター
〒770-0942 徳島市昭和町3-35-1 徳島県労働福祉会館内 | E-mail info@tokushima.jtuc-rengo.jp
TEL (088) 623-6362 / FAX (088) 655-4113 |
| 高知 ● NPO法人 高知県労働安全衛生センター
〒793-0051 西条市安知生138-5 | E-mail npo_eoshc@yahoo.co.jp
TEL (0897) 47-0307 / FAX (0897) 47-0307 |
| 熊本 ● 熊本県労働安全衛生センター
〒780-0011 高知市薊野北町3-2-28 | TEL (088) 845-3953 / FAX (088) 845-3953 |
| 大分 ● NPO法人 大分県勤労者安全衛生センター
〒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 |
| 宮崎 ● 旧松尾鉱山被害者の会
〒870-1133 大分市宮崎953-1 (大分協和病院3階) | E-mail OITAOSHC@elf.coara.or.jp
TEL (097) 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
〒883-0021 日向市財光寺283番地25 | E-mail aanhyuga@mnet.ne.jp
TEL (0982) 53-9400 / FAX (0982) 53-3404 |
| 沖縄 ● 沖縄労働安全衛生センター
〒899-5215 始良郡加治木町本町403有明ビル2F | E-mail aunion@po.synapse.ne.jp
TEL (0995) 63-1700 / FAX (0995) 63-1701 |
| 自治体 ● 自治労安全衛生対策室
〒902-0061 那覇市古島1-14-6 | TEL (098) 882-3990 / FAX (098) 882-3990 |
| | E-mail sh-net@ubcnet.or.jp
TEL (03) 3239-9470 / FAX (03) 3264-1432 |



安全センター情報 2017年1・2月号(通巻第445号) 2017年1月15日発行(毎月1回15日発行)
1979年12月28日第三種郵便物認可 1,600円
〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1Zビル5階 全国労働安全衛生センター連絡会議
TEL(03)3636-3882 FAX(03)3636-3881

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