

安全センター情報2018年1・2月号 通巻第456号
2018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



2018 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：アスベスト疾患患者と家族の会の省庁交渉

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

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

「労災職業病なんでも相談専用のフリーダイヤル:0210-631202」は、全国どこからでも無料で、最寄りの地域センターにつながります。

「情報公開推進局ウェブサイト: <http://www.joshrc.org/~open/>」では、ここでしか見られない情報を掲載しているほか、情報公開の取り組みのサポートも行っています。

安全 センター 情報

◎ 「安全センター情報」をご購読してください

月刊誌「安全センター情報」は、運動・行政・研究など各分野の最新情報の提供、動向の解説、問題提起や全国各地・世界の状況など、他では得られない情報を掲載しています。

例えば、2017年の特集のタイトルと特徴的な記事をあげてみれば、以下のとおりです。

- 2017年1・2月号 特集1/石綿健康被害補償・救済状況の検証 特集2/職業がんをなくそう
- 3月号 特集/アジア・世界のアスベスト禁止 2016 欧州における職業がんの立法と予防
- 4月号 特集/感情労働の現状と対策 筋骨格系障害職業病認定基準:欧州10か国調査
- 5月号 特集/原発事故から7年目の被ばく労働問題 「働き方改革実行計画」
- 6月号 特集/震災アスベストプロジェクト報告① 産業スパイが世界キャンペーンに潜入
- 7月号 特集/職業リスクによる疾病負担GBD2015 震災アスベストプロジェクト報告②
- 8月号 特集/脳・心臓疾患、精神障害の労災認定 イギリスの石綿被害と補償・救済
- 9月号 特集/日本の労働安全衛生 最新労災職業病統計・行政通達一覧
- 10月号 特集/患者と家族の会イギリス訪問団 イギリス石綿管理規則の施行後評価
- 11月号 特集1/BANJAN30周年記念国際集会 特集2/「過労死等ゼロ」緊急対策資料
- 12月号 特集/石綿疾患死亡世界負荷の推計 首都圏建設アスベスト訴訟判決

●購読会費(年間購読料):10,000円(年度単位(4月から翌年3月)、複数部数割引あり)

●読者になっていただけそうな個人・団体をご紹介下さい。見本誌をお届けします。

◎ 賛助会員になって活動を支えて下さい

全国安全センターの財政は、賛助会費と購読会費(購読料)、カンパで成り立っています。賛助会員には、私たちの活動の趣旨に賛同していただける個人・団体はどなたでもなることができ、賛助会費は年度単位で1口10,000円、1口以上何口でも結構です。賛助会員には、月刊誌「安全センター情報」をお届けしますので、あらためて購読会費を支払う必要はありません。

購読会費・賛助会費のお申し込みは、電話(03-3636-3882)・FAX(03-3636-3881)・Eメール(joshrc@jca.apc.org)で、氏名、送付先をご連絡のうえ、中央労働金庫亀戸支店(普)7535803、または、郵便払込口座00150-9-545940—名義はいずれも「全国安全センター」—にお振り込みください。

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

特集／石綿健康被害補償・救済状況の検証

2016年度救済件数増加するも 近年死亡の救済率減少懸念

救済への「紛れ込み」増加続く 2

低い認定割合、秘密と不公正

地方公務員の石綿関連疾患の補償状況

関西/神奈川 片岡明彦/鈴木江郎 34

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

- 豪・蘭：禁止後の違法アスベストをめぐる動き 42
- タルクパウダー訴訟－アスベスト汚染による危害 46
- 未禁止は違憲－ブラジルで画期的な最高裁判決 49
- トランプ政権下のアメリカにおけるアスベスト事情 53

- 施行後初のストレスチェック制度の実施状況 62
- 長時間労働疑われる事業場に対する監督結果 65
- 過労死：労働・社会面の調査研究事業報告書等 66
- 中皮腫患者の移送費に係る関係行政通達集 68
- その他の最近の行政通達 75

各地の便り

- 厚労省●中皮腫患者の通院費で新たな通達 81
- 北海道●中皮腫長距離通院費の不支給を撤回 82
- 全国●泉南型アスベスト国賠訴訟をめぐる進展 84
- 厚労省●定年退職後同一企業再雇用で新通達 85
- 長野●全国センター総会で黒鉛電極工場見学等 86
- 長野●現役JR労働者の中皮腫労基署が認定 87
- 鳥取●元国鉄労働者の石綿被害補償の問題点 91
- 福井●5回目の職業をなくそう集会を一日開催 93
- 新聞記事●中皮腫サポートキャラバン隊 94

2016年度救済件数増加するも 近年死亡の救済率減少懸念 救済への「紛れ込み」増加続く

「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」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、2017年1・2月号参照—今回が10回目になる）。

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



泉南アスベスト国賠訴訟最高裁判決3周年アスベスト被害全国ホットライン(2017.10.4 東京)

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。

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(当時中皮腫・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」のデータが示された(1995～2014年に死亡した者計221名)。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のだが、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。2017年10月10日に公表された平成28年度統計資料も前年度を踏襲(1995～2014年に死亡した者計44名)。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。

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

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

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。

- 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、2017年9月15日に厚生労働省政策統括官(統計・情報政策担当)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~28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、これは少なすぎる。本誌では、しばらく前まで国際的な科学的コンセンサスとされていた、中皮腫の「2.0倍」

と仮定してきた。後述のような国際的推計も入手可能になっているが、職業曝露に限った推計を用いても後述する「救済率」が著しく低くなってしまうことや、職業曝露以外を含めた推計が得られないこと等から、過少推計になることを承知しつつ、従来どおり中皮腫の「2.0倍」を使う。

- 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(2017年は6月27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(2017年は12月20日)。確定値には、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

表2 GBD2016データに基づいた石綿曝露による推計死亡数(世界/日本)

	世界					日本				
	1990	2000	2010	20116	増減	1990	2000	2010	2016	増減
職業石綿曝露計 [A~E]	146,844	172,309	203,738	222,321	151.4%	5,487	9,224	15,234	16,591	302.4%
中皮腫(職業曝露) [A]	15,206	18,559	24,107	27,612	181.6%	495	785	1,248	1,449	292.7%
肺がん(職業曝露) [B]	123,231	143,359	167,304	181,450	147.2%	4,788	8,091	13,445	14,529	303.5%
卵巣がん(職業曝露) [C]	3,845	4,754	5,719	6,022	156.6%	67	119	150	189	283.4%
喉頭がん(職業曝露) [D]	2,954	3,194	3,424	3,743	126.7%	52	68	95	105	200.3%
石綿肺(職業曝露) [E]	1,608	2,442	3,185	3,495	217.3%	85	161	295	320	374.2%
中皮腫(全:観察値) [F]	16,783	20,493	26,423	30,208	180.0%	540	835	1,303	1,580	279.1%
中皮腫(非職業曝露) [F-A]	1,578	1,934	2,317	2,596	164.6%	45	50	55	57	127.7%
職業曝露の比率 [A/F]	90.6%	90.6%	91.2%	91.4%	100.9%	91.8%	94.0%	95.8%	96.2%	104.9%
肺がん/中皮腫比率 [B/A]	8.10	7.72	6.94	6.57	81.1%	9.67	10.31	10.77	10.03	103.7%
石綿肺(全:観察値) [G]	1,609	2,442	3,186	3,495	217.3%	85	161	295	320	374.2%
石綿肺(非職業曝露) [G-E]	0	0	0	0	195.4%	0	0	0	0	-
職業曝露の比率 [E/G]	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
合計 [B+C+D+F+G]	148,422	174,243	206,055	224,918	151.5%	5,531	9,274	15,289	16,648	301.0%

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使う。

- 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28年度版によった(2017年10月10日公表)。

これには、平成21年度版から、「労災等」認定との重複分を含めたものと除いたものの二つのデータが示されるようになった。「労災等」とは、労働者災害補償保険制度、国家公務員災害補償制度、地方公務員災害補償制度、旧3公社(日本国有鉄道、日本専売公社、日本電信電話公社)の災害補償制度、船員保険制度等の「業務に関連して石綿により健康被害を受けた方に対する補償制度」及び救済法に基づく労災時効救済制度(特別遺族給付金)のことである。本来は、これらの制度も検証作業に含めたいのだが、前述のとおり、同「統計資料」には「救済の制度の認定を受けた後、他法令からの給付の

決定を受けた者」の死亡年別件数しか示しておらず、各制度を担当する機関からの情報も含めて、系統的なデータが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。

石綿関連疾患の推計

石綿関連疾患はますます世界的に根絶が図られなければならないものとして認識され、それによる世界の死亡数について、この間、国際労働機関(ILO)、世界保健機関(WHO)、欧州連合(EU)などにより各々100,000、107,000、102,000-おおむね10万人という推計が示されてきた。

WHOの推計は、世界疾病負荷(GBD:Global Burden of Disease, Injuries and Risk Factors)調査の結果に基づいている。職業石綿曝露によるがん(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。

近年、ランセット誌にGBD調査の最新データが公表・更新されるようになった(<http://www.thelancet.com/gbd>)。リスクファクター別GBD推計では、「石綿への職業曝露」も含まれている。また、新し

特集/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	1,214
2016	1,550	540	1	6	654	13	115	1,329
労災等重複					△1,371	△215	△64	△1,650
合計	25,760	7,300	905	79	4,652	3,182	663	16,781
救済率	100.0%	28.3%	3.5%	0.3%	18.1%	12.4%	2.6%	65.1%
分担率		43.5%	5.4%	0.5%	27.7%	19.0%	4.0%	100.0%
死亡年判明2016年以前			7,075	67	3,758	3,182	663	14,745
死亡年不明+生存等			1,130	12	894	0	0	2,036

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
2014	3,008	363	12	6	105	1	24	511
2016	3,100	386	10	7	103	2	29	537
労災等重複					△312	△30	△25	△367
合計	51,520	5,583	557	73	938	120	176	7,447
救済率	100.0%	10.8%	1.1%	0.1%	1.8%	0.2%	0.3%	14.5%
分担率		75.0%	7.5%	1.0%	12.6%	1.6%	2.4%	100.0%
死亡年判明2016年以前			4,201	52	610	120	176	5,159
死亡年不明+生存等			1,939	21	328	0	0	2,288

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
2016	4,650	926	11	13	757	15	144	1,866
労災等重複					△1,683	△245	△89	△2,017
合計	77,280	12,883	1,462	152	5,590	3,302	839	24,228
救済率	100.0%	16.7%	1.9%	0.2%	7.2%	4.3%	1.1%	31.4%
分担率		53.2%	6.0%	0.6%	23.1%	13.6%	3.5%	100.0%
				59.8%			40.2%	
死亡年判明2016年以前			11,276	119	4,368	3,302	839	19,904
死亡年不明+生存等			3,069	33	1,222	0	0	4,324

いランセット論文と同時に、GBD調査結果を視覚化した「GBD Compare」データベース (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>) も更新されるようになった。最新データは2017年9月16日に公表されたGBD2016である(この間のGBDデータの更新等について2017年12月号で紹介しているので参考にしていただきたい)。

GBD2016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。GBD2016では、職業石綿曝露による中皮腫、肺がん、卵巣がん、喉頭がん、石綿肺死亡数が推計されているとともに、中皮腫と石綿肺についてはその全数が職業以外の曝露も含めた石綿曝露によるものと考えられる。ここに示された中皮腫全数は人口動態統計による中皮腫死亡数と微妙に異なるがおおむね等しいのに対して、石綿肺がん死亡数を中皮腫の「2.0倍」とすることは、GBD推計と比較すると著しい過少推計になることがわかりいただけるだろう。

なお、GBD2016では、日本について都道府県別の推計も提供している。表19に「死亡数」、表20に「人口10万人当たり年齢標準化死亡比」を紹介し

ているので、参考にしていただきたい。

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、本誌は「増加が止まったとみることはできない」と指摘した。そのとおりに、2015年1,504人、2016年1,550人と増加している。中皮腫についての統計が入手できるようになった2005年の500人から3倍を上回っている。

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、2016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24,228件の認定のうち「重複分」2,017件(8.3%)が、「後に他制度の認定を受けた」ことになる(前頁表)。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」の事例は、この検証データに含まれていないことにも留意されたい。

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2年連続増加

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、2016年度540件で、労災認定件数の2016年度末までの累計は7,300件となった。

労災保険以外では、2016年度末までの累計で、新法労災時効救済905件、船員保険79件、労災保

険を含めて合計8,284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4,652件、新法死亡後救済（施行前）は正味3,182件、新法死亡後救済（未申請）は正味663件、新法合計では正味8,497件である。

2016年度末時点までの補償・救済の総累計は、重複分を除いて16,781件となっている。

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年度に小さな峯ができていのがわかる。

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に対し、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。

2015、16年度は連続して補償・救済合計が増加を示した。2016年度は、労災保険540件、新法時効救済1件、船員保険6件（以上合計547件）、新法生存中救済654件、新法死亡後救済（施行前）13件。新法死亡後救済（未申請）115件（以上合計782件）。総合計は1,329件。新法生存中救済と新法死亡後救済（未申請）の増加が、総合計で前年比115件(9.5%)増を牽引したかたちである。

「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グラムαの具体的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

図1-1 中皮腫：決定年度別の補償・救済状況

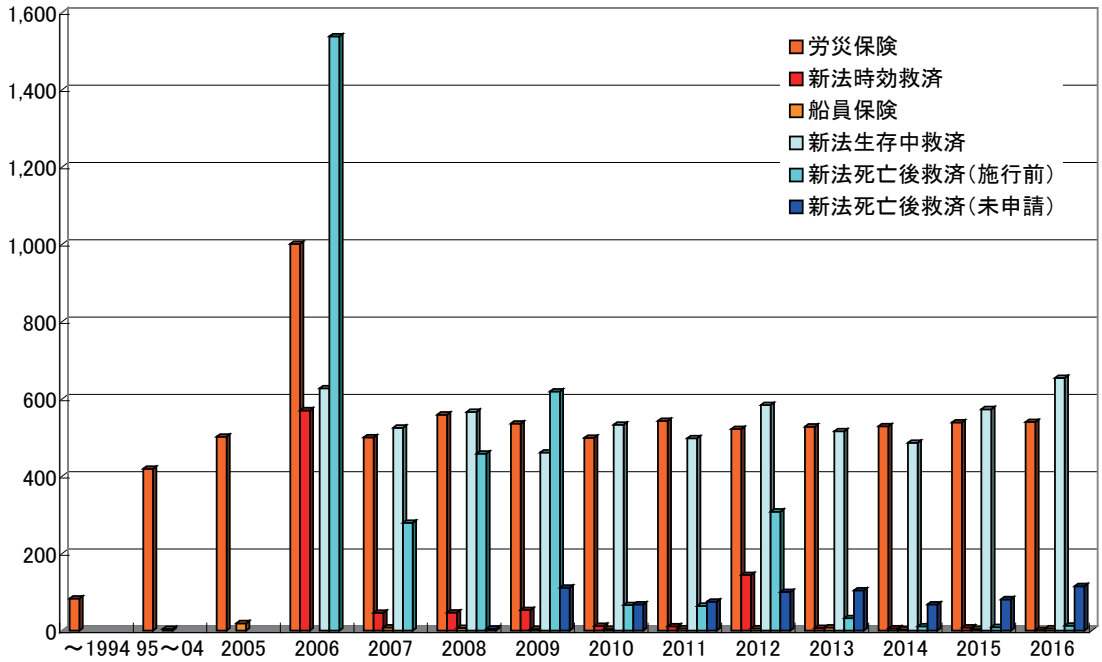
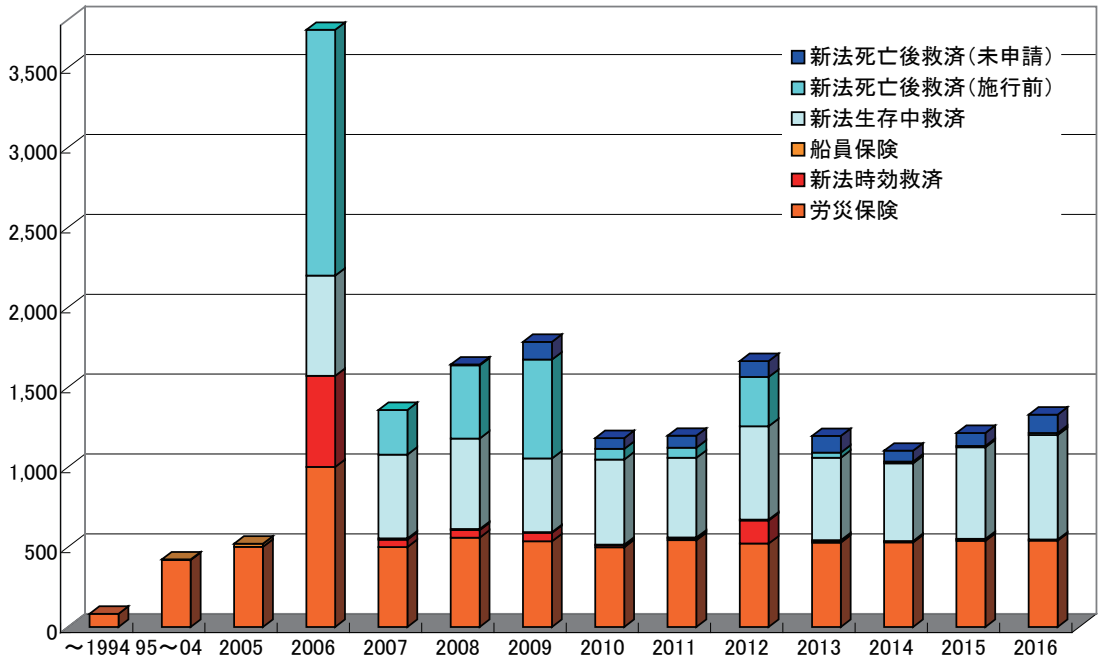


図1-2 中皮腫：決定年度別の補償・救済状況



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、2016年度386件で、労災認定件数の2016年度末までの累計は5,583件となった。

労災保険以外では、2016年度末までの累計で、新法労災時効救済557件、船員保険73件、労災保険を含めて合計6,213件。新法生存中救済は正味938件、新法死亡後救済(施行前)は正味120件、新法死亡後救済(未申請)は正味176件、新法合計では、正味1,234件である。

2016年度末時点までの補償・救済の総累計は、重複分を除いて7,447件。中皮腫の総累計16,781件と比較するとその44.4%のレベルにとどまっている。2倍(200%)どころか、環境省が制度発足時に想定した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。

2016年度は、労災保険386件、新法時効救済10件、船員保険7件(以上合計403件)、新法生存中救済103件、新法死亡後救済(施行前)2件、新法死亡後救済(未申請)29件(以上合計134件)。

石綿肺がんの補償・救済合計件数は、2014、15年度と2年連続減少した後、2016年度は537件で、対前年比26件(5.1%)の増加に転じたものの、増加傾向にあるとは言えない状況である。

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

まず何よりも「中皮腫と比較しても石綿肺がんの補償・救済が不十分」という認識を持ったうえで、石綿肺がんの認定・判定基準の内容と運用の大幅な改善、肺がん症例についてアスベスト曝露との関係についての医療現場に対する認識及び対応を抜本的・包括的に改善するようなアプローチ、中皮腫の場合の全死亡事例に対する周知事業に匹

敵するような周知事業の立案・実行等々、多様な対策をいまのうちに講じていくことが求められている。

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

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。

ただし、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。請求期限切れの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、

図2-1 石綿肺がん：決定年度別の補償・救済状況

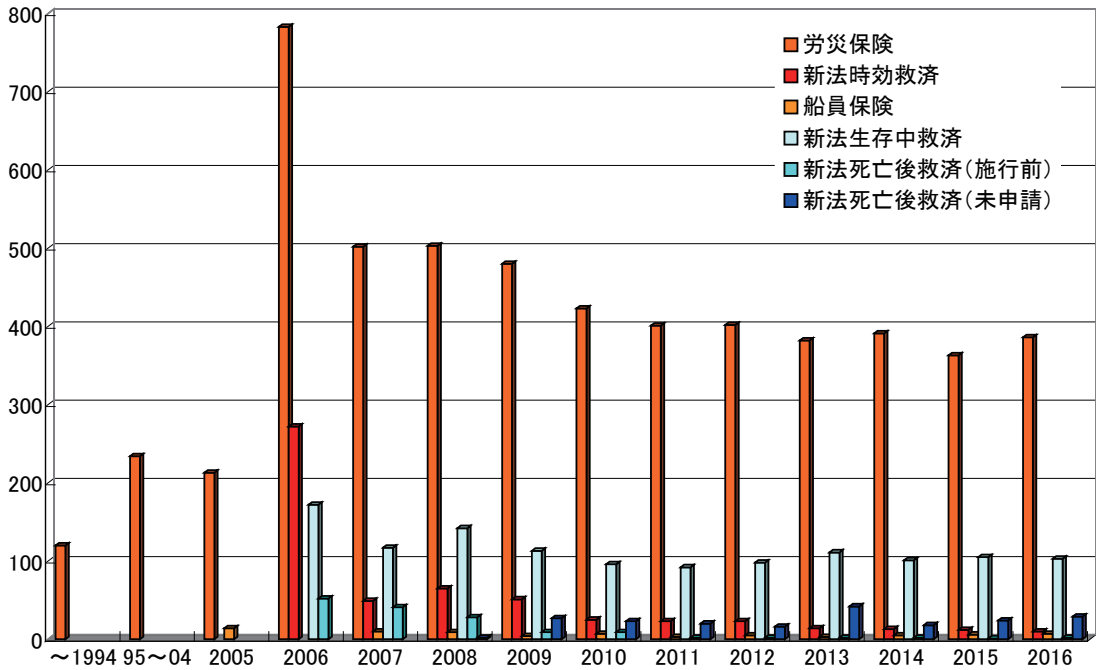


図2-2 石綿肺がん：決定年度別の補償・救済状況

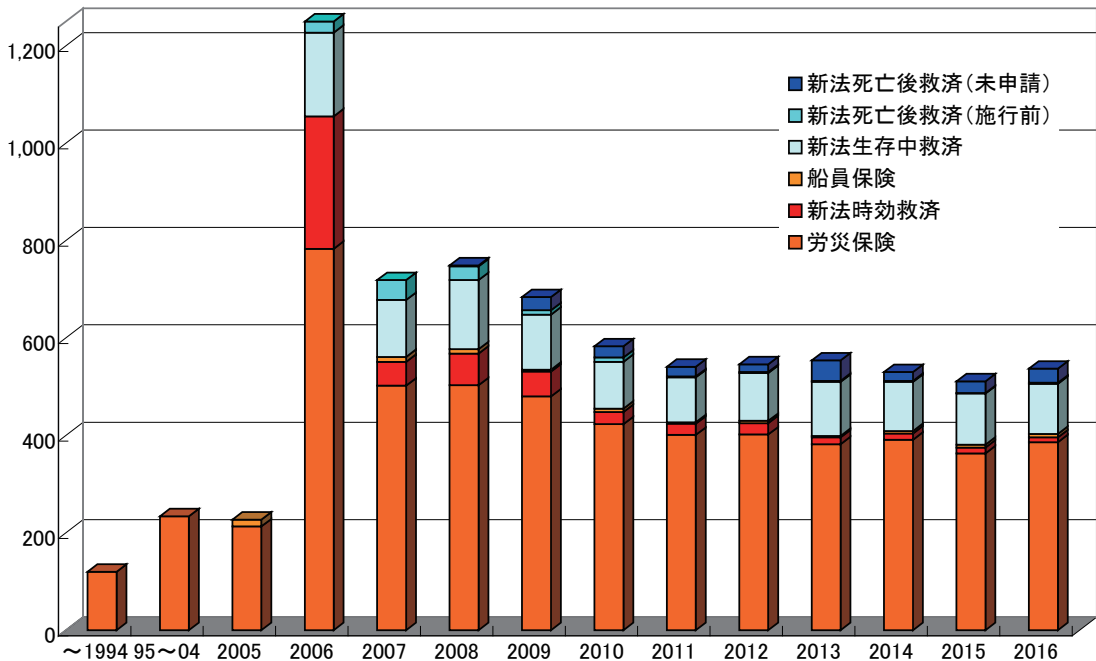


表4 石綿肺・びまん性胸膜肥厚・良性石綿胸水の決定年度別の補償・救済状況

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
2016	76	2	4	1	1	84
労災等重複			△1	△2	0	△3
合計	438	15	24	35	3	515

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
2016	35	0	0	20	0	2	57
労災等重複				△11	△1	△1	△13
合計	310	1	4	75	10	10	410

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
2016	20	0	20
合計	240	4	244

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64.4(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、2016年度末時点における中皮腫の死亡年別の補償・救済状況である。この表の新法救済には、労災等認定との重複分は含まれていない。

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

もっとも古い認定事例は、新法死亡後救済(施行前)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、1985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14.3%(=526/3,685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%、2015年度末時点522件14.2%であった-2014年度中の増加1件のみ、2015年度ゼロだったが、2016年度には4件増加があったということである)。

中皮腫死亡者数が推計ではなく人口動態統計により確認できる1995年以降(今回は2016年度

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	1,912	68.7%	176	16.4%	2,088	54.2%
家庭内曝露	22	0.8%	101	9.4%	123	3.2%
立入・屋内環境曝露	58	2.1%	31	2.9%	89	2.3%
その他・不明	791	28.4%	764	71.3%	1,555	40.3%
計	2,783	100.0%	1,072	100.0%	3,855	100.0%
施行前弔慰金(新法死亡後救済(施行前))						
職業曝露	1,249	61.3%	168	19.2%	1,417	48.6%
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	747	36.7%	645	73.6%	1,392	47.8%
計	2,037	100.0%	876	100.0%	2,913	100.0%
合計						
職業曝露	3,161	65.6%	344	17.7%	3,505	51.8%
家庭内曝露	27	0.6%	141	7.2%	168	2.5%
立入・屋内環境曝露	94	2.0%	54	2.8%	148	2.2%
その他・不明	1,538	31.9%	1,409	72.3%	2,947	43.5%
計	4,820	100.0%	1,948	100.0%	6,768	100.0%

までの22年間)についてみると(図3も参照)、死亡者小計22,075件のうち、2016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6,825件、船員保険66件、法生存中救済3,758件、新法死亡後救済(施行前)2,907件、新法死亡後救済(未申請)663件-合計14,219件で、救済率は14,219/22,075=64.4%(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%]、2015年度末時点64.0% [64.044%] -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た)という結果になった。

最も救済率の高いのは、2005年の92.1%(2009年度末時点89.1%、2010年度末時点90.1%、2011年度末時点90.9%、2012年度末時点92.1%、2013年度末時点92.1%、2014年度末時点92.1%、2015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%、32.2%)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2016年まで)でみると、救済率は57.2%(同前48.0%、46.6%、49.0%、54.0%、

被認定者に関するばく露状況調査結果：石綿肺がん

曝露分類	男性		女性		計	
医療費(新法生存中救済)・未申請弔慰金(新法死亡後救済(未申請))						
職業曝露	719	92.8%	23	46.0%	742	89.9%
家庭内曝露	2	0.3%	5	10.0%	7	0.8%
立入・屋内環境曝露	8	1.0%	0	0.0%	8	1.0%
その他・不明	46	5.9%	22	44.0%	68	8.2%
計	775	100.0%	50	100.0%	825	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	818	92.7%	24	45.3%	842	90.1%
家庭内曝露	5	0.6%	6	11.3%	11	1.2%
立入・屋内環境曝露	8	0.9%	0	0.0%	8	0.9%
その他・不明	51	5.8%	23	43.4%	74	7.9%
計	882	100.0%	53	100.0%	935	100.0%

55.1%、55.9%、56.5%)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、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「2016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

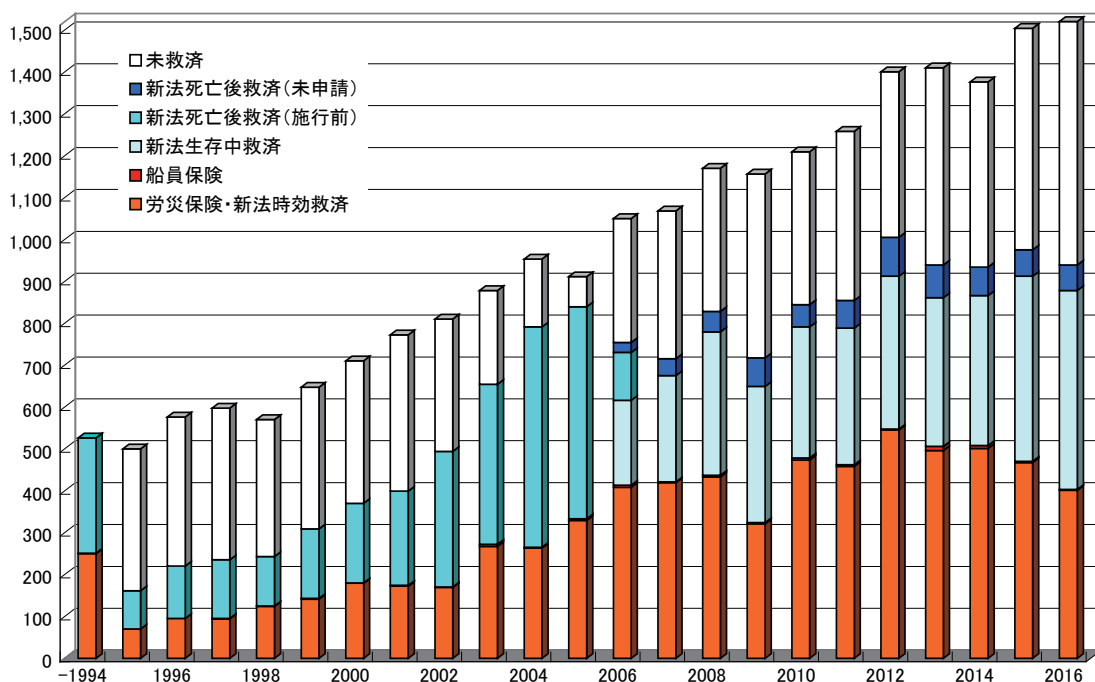
表3では、「分担率」として、2016年度末時点まで

特集/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(2016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
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	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%		10		10	9.9%	19	18.8%	82
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%		22		22	13.2%	35	21.0%	132
1991	163	26		26	16.0%		27		27	16.6%	53	32.5%	110
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%		275		275	7.5%	526	14.3%	
1995	500	70		70	14.0%		91		91	18.2%	161	32.2%	339
1996	576	95		95	16.5%		125		125	21.7%	220	38.2%	356
1997	597	94	1	95	15.9%		140		140	23.5%	235	39.4%	362
1998	570	124	1	125	21.9%		118		118	20.7%	243	42.6%	327
1999	647	141	2	143	22.1%		166		166	25.7%	309	47.8%	338
2000	710	179	1	180	25.4%		190		190	26.8%	370	52.1%	340
2001	772	172	2	174	22.5%		225		225	29.1%	399	51.7%	373
2002	810	169	1	170	21.0%		324		324	40.0%	494	61.0%	316
2003	878	267	5	272	31.0%		382		382	43.5%	654	74.5%	224
2004	953	263	2	265	27.8%		526		526	55.2%	791	83.0%	162
2005	911	329	4	333	36.6%		506		506	55.5%	839	92.1%	72
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	433	4	437	37.4%	342		49	391	33.4%	828	70.8%	342
2009	1,156	321	3	324	28.0%	325		68	393	34.0%	717	62.0%	439
2010	1,209	473	5	478	39.5%	313		53	366	30.3%	844	69.8%	365
2011	1,258	458	4	462	36.7%	326		66	392	31.2%	854	67.9%	404
2012	1,400	545	2	547	39.1%	365		93	458	32.7%	1005	71.8%	395
2013	1,410	496	10	506	35.9%	355		78	433	30.7%	939	66.6%	471
2014	1,376	501	7	508	36.9%	358		68	426	31.0%	934	67.9%	442
2015	1,504	467	3	470	31.3%	442		63	505	33.6%	975	64.8%	529
2016	1,550	401	2	403	26.0%	475		61	536	34.6%	939	60.6%	611
小計	22,075	6,825	66	6,891	31.2%	3,758	2,907	663	7,328	33.2%	14,219	64.4%	7,856
合計	25,760	7,075	67	7,142	27.7%	3,758	3,182	663	7,603	29.5%	14,745	57.2%	11,015
2017		18		18					0		18		

図3 中皮腫：死亡年別の補償・救済状況(2016年度末時点)



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%、2016年度末時点では49.4%と50.6%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%、2013、15年度45.4%…、低いほうで2009年33.2%、2010年37.3%である。

死亡年別の状況で計算してみると、合計で労災補償等7,160件と公害等救済7,603件で48.5%と

51.5%（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%、48.6%と51.4%）。

1995年以降、労災補償等の占める割合は、2007年の58.9%から2004年の33.5%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年以降はこれが逆転して2015年48.2%、2016年42.9%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。

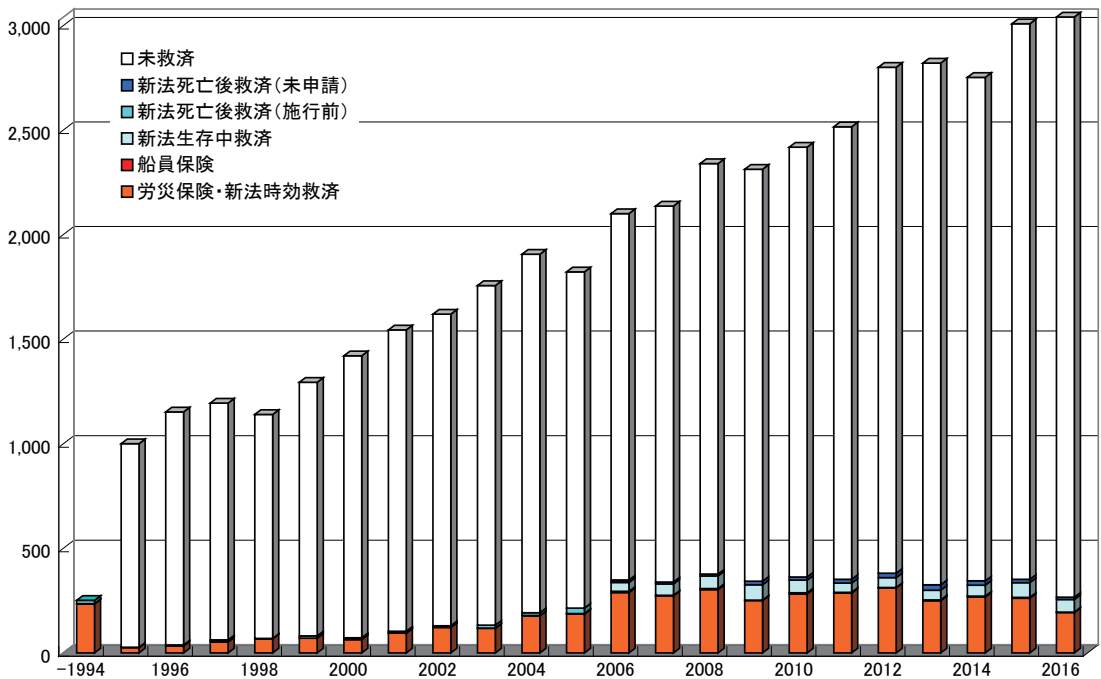
中皮腫の80%が職業曝露によるものというのが国際的な科学的コンセンサスであり、表2によれば世界91.4%、日本96.2%（ともに2016年）という数字が確認できる。また、中皮腫の公害等救済制度を実施している他の諸国において、公害等救済の割合が、フランスの実績で1~2割、スイスで4分の1、オランダ・イギリスでは3割程度と見込まれていることと比較しても、これは到底妥当とは言い難いと考えている。（この点では、環境省の制度発足時の推計

特集/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(2016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			
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	4		4	2.5%				0	0.0%	4	2.5%	154	
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	12		12	5.4%		1		1	0.5%	13	5.9%	209	
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	234	1	235	3.2%		16		16	0.2%	251	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%		8		8	0.7%	62	5.2%	1,132	
1998	1,140	67		67	5.9%		2		2	0.2%	69	6.1%	1,071	
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	94	2	96	6.2%		7		7	0.5%	103	6.7%	1,441	
2002	1,620	121	2	123	7.6%		6		6	0.4%	129	8.0%	1,491	
2003	1,756	117	1	118	6.7%		14		14	0.8%	132	7.5%	1,624	
2004	1,906	177	1	178	9.3%		14		14	0.7%	192	10.1%	1,714	
2005	1,822	186	2	188	10.3%		26		26	1.4%	214	11.7%	1,608	
2006	2,100	288	6	294	14.0%	42	3	10	55	2.6%	349	16.6%	1,751	
2007	2,136	273	2	275	12.9%	54			9	63	2.9%	338	15.8%	1,798
2008	2,340	302	5	307	13.1%	61			9	70	3.0%	377	16.1%	1,963
2009	2,312	250	2	252	10.9%	73			17	90	3.9%	342	14.8%	1,970
2010	2,418	281	6	287	11.9%	60			16	76	3.1%	363	15.0%	2,055
2011	2,516	286	3	289	11.5%	44			19	63	2.5%	352	14.0%	2,164
2012	2,800	311	1	312	11.1%	48			21	69	2.5%	381	13.6%	2,419
2013	2,820	249	4	253	9.0%	46			26	72	2.6%	325	11.5%	2,495
2014	2,752	267	4	271	9.8%	52			21	73	2.7%	344	12.5%	2,408
2015	3,008	261	4	265	8.8%	70			17	87	2.9%	352	11.7%	2,656
2016	3,100	193	2	195	6.3%	60			11	71	2.3%	266	8.6%	2,834
小計	44,150	3,967	51	4,018	9.1%	610	104	176	890	2.0%	4,908	11.1%	39,242	
合計	51,520	4,201	52	4,253	8.3%	610	120	176	906	1.8%	5,159	10.0%	46,363	
2017		12		12					0		12			

図4 石綿肺がん: 死亡年別の補償・救済状況 (2016年度末時点)



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18～28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51.8%(前年度51.0%)にも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90.1%である(前年度89.8%)。このなかには労災補償等を受ける資格のあるものが「紛れ込んでいる」ことが強く疑われるのであるが、そのような事例の有無やどれくらいあるのか、調査されたことはない。

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

この問題を放置しておくことはできないと訴えてきたが、2011年6月の中央環境審議会答申「今後の石綿健康被害救済の在り方について」は、「労災

保険制度との連携強化」のなかで、次のように指摘している。

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

しかしながら、本来労災保険制度に申請すべき者が、労災保険制度の存在や自分が労災保険制度に申請できることを知らない、あるいは知ってはいるが労災保険窓口への申請を躊躇し、機構の方に申請する事案がまだまだあることから、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、個人情報取り扱いに留意しつつ、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。

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%
2016	71.5%	1000.0%	15.7%	15.4%	25.2%	73.2%	17.1%	40.1%
合計	79.7%	61.5%	21.4%	4.4%	32.9%	77.4%	16.0%	42.6%

「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。

肺がん救済率11.1(2.7～16.6)%

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年以前の合計では3.4%(=251/

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%、2015年度末時点247件3.4%)。

1995～2016年の22年間についてみると、死亡者小計44,150件のうち、2016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3,967件、船員保険51件、新法生存中救済610件、新法死亡後救済（施行前）104件、新法死亡後救済（未申請）176件－合計4,908件で、救済率は4,908/44,150=11.1%（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%、2015年度末時点11.0%）という結果になった。

最も救済率の高いのは2006年の16.6%で、最低は1995年の2.7%、2007年以降についてもおおむね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10.0%（同前7.8%、8.2%、8.2%、9.2%、9.5%、9.7%、9.9%）という状況である。

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

図5 肺がん：中皮腫の比率の推移(決定年度別)

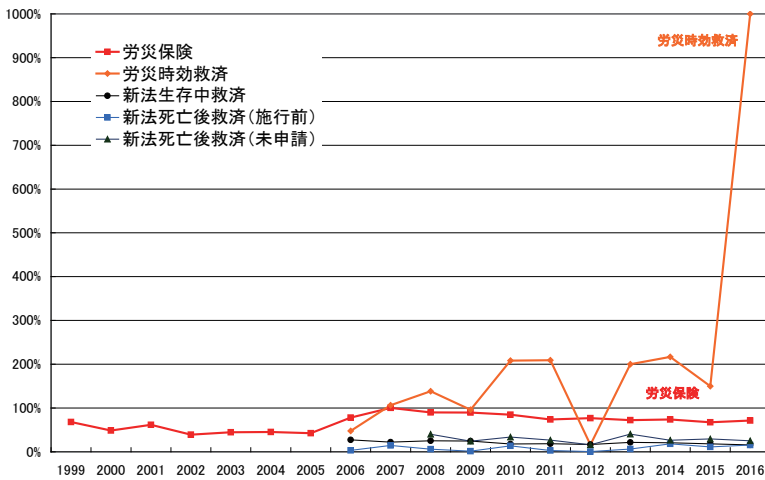
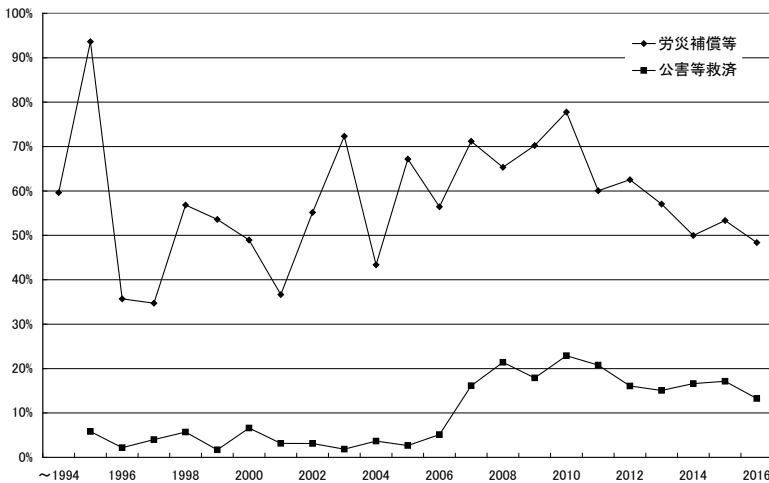


図6 肺がん：中皮腫の比率の推移(死亡年別)



～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%、2016年度は71.5%であった。2006～2016年度平均では78.7%となっている。

労災時効救済では、2006年度47.7%、2007年度106.5%、2008年度138.3%へと上昇した後、2009年度96.2%、2010年度208.3% (25/12件)、2011年度209.1% (23/11件)、2012年度は中皮腫救済件数の増加のあおりを受けてわずか16.0%になってしまった。2013年度は、中皮腫救済件数激減のなかで14件/7で200%、2014年度216.7% (13件/6件)、2015年度150.0% (12件/8件)、2016年度は10件/1件で1,000.0%という

結果であった。2006～2016年度平均では61.5%である。

人が著しく補償・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

結果であった。2006～2016年度平均では61.5%である。

これに対して、新法生存中救済では、2006～2016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32.9%と著しく低い水準である。

表7の「総合計」の「合計」欄で見れば、各制度合わせた全体では42.6%になっていることがわかる。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)。

図7 中皮腫の認定率の推移

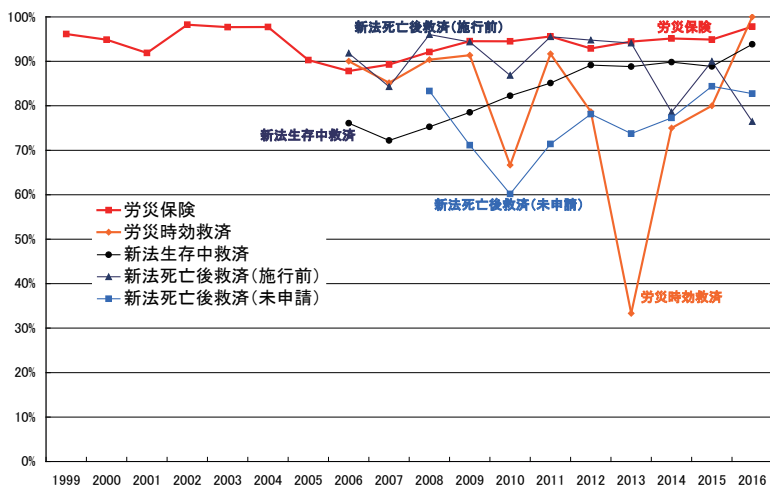
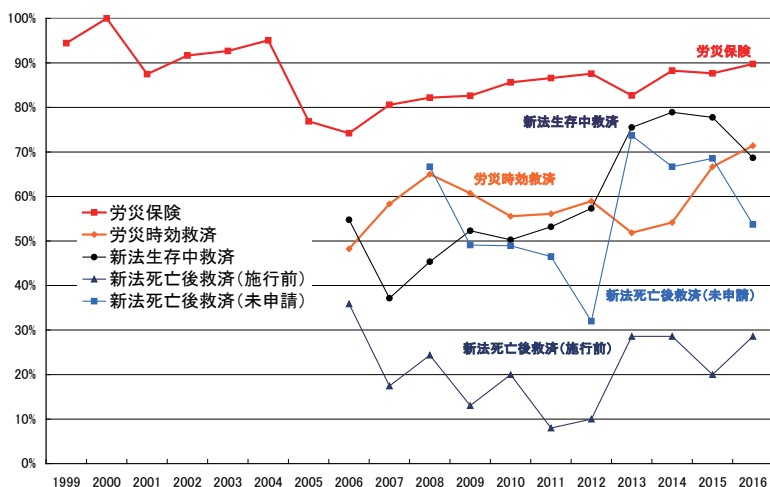


図8 石綿肺がんの認定率の推移



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、それでも処分を求めていれば、「不認定」とされたと考えられる。不認定件数を減らす目的であろうが、自主的な「取下げ」を誘導させられ、事実上断念させられている可能性を排除できないため、総決定件数として分母に含めたものである。「労災等支給」を理由とした「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、2006～2016年度平均で、労災保険が93.0%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)71.4%と続いている。図7でも確認できるように、2016年度、労災時効救済は認定率100%だが、認定件数は1件のみである。

一方、石綿肺がんの認定率は、2006～2016年度平均で、労災保険の83.1%がもっとも高く、新法死亡後救済(未申請) 59.5%、新法生存中救済54.7%、

表8 中皮腫の決定年度別の補償救済状況・認定率(合計は2006～2016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*
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%
2016	595	540	12	97.8%		1	0	100.0%	654	654	34	9	93.8%
合計	6,611	6,296	471	93.0%		905	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*
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%
2016	15	13	0	4	76.5%	141	115	24	0	82.7%	1,323	83	94.1%
合計	3,656	3,397	53	232	92.3%	1,031	611	211	34	71.4%	16,583	2,293	87.9%

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2006～2016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*
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%
2016	427	386	44	89.8%		10	4	71.4%	129	103	40	7	68.7%
合計	5,861	5,016	1,020	83.1%		557	483	53.6%	2,098	1,148	627	322	54.7%

年度	新法死亡後救済(施行前)					新法死亡後救済(未申請)					合計		
	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*	請求	認定	不認定	取下げ	認定率*	認定	不認定	認定率*
2009	28	9	42	18	13.0%	40	27	25	3	49.1%	680	325	67.7%
2010	33	9	34	2	20.0%	46	23	18	6	48.9%	576	246	70.1%
2011	23	2	17	6	8.0%	34	20	20	3	46.5%	538	207	72.2%
2012	16	2	15	3	10.0%	38	16	12	22	32.0%	541	198	73.2%
2013	6	2	4	1	28.6%	53	42	10	5	73.7%	551	149	78.7%
2014	4	2	3	2	28.6%	31	18	9	0	66.7%	525	104	83.5%
2015	5	1	4	0	20.0%	35	24	10	1	68.6%	505	102	83.2%
2016	5	2	5	0	28.6%	42	29	22	3	53.7%	530	125	80.9%
合計	652	148	400	124	22.0%	353	201	114	23	59.5%	7,070	3,113	69.4%

特集/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2010～2016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*
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%
2016		76				2	0		32	4	23	3	13.3%
合計		438				15	0	100.0%	229	22	143	17	12.1%

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*
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%
2016	3	1	1	1	33.3%	7	1	6	0	14.3%	42	6	30	4	15.0%
合計	57	37	16	6	62.7%	48	3	35	3	7.3%	334	62	194	26	22.0%

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2010～2016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*
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%
2016	57	35	4	89.7%		0	0		39	20	36	1	35.1%
合計	358	310	81	79.3%		100.0%	0	100.0%	223	68	116	11	34.9%

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*
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%
2016	0	0	0	0		4	2	5	0	28.6%	43	22	41	1	34.4%
合計	16	11	8	1	55.0%	38	11	32	1	25.0%	277	90	156	13	34.7%

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2010～2016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
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
2016	30	20	2	90.9%	0	0
合計	228	240	5	98.0%	0	0

労災時効救済53.6%、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

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			2016年度		
	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から医学的判定申出までの平均日数
1回の医学的判定	173	123	84	98	64	28
追加資料が必要とされたもの		246	86		154	

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			2016年度		
	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から医学的判定申出までの平均日数
1回の医学的判定	257	231	231	257	221	134
追加資料が必要とされたもの		325	191		278	
医学的判定を経ないで機構で認定したもの	146	-	-	32	-	-

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			2016年度		
	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から医学的判定申出までの平均日数
1回の医学的判定	186	124	72	132	85	43
追加資料が必要とされたもの		239	72		185	

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

注2) 取下げについては、処理日数の計算には含まれていない。

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

注4) 新資料の提出による再審査、及び原処分取消後の処分は除く。

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ることか、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事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。

「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(表13)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。

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2003～2016年度の労災保険認定件数、2006～2016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、2008～2016年度の新法死

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	1,796	1,595	88.8%
2	兵庫	1,998	1,736	86.9%
3	大阪	2,207	1,888	85.5%
4	愛知	994	840	84.5%
5	富山	278	218	78.4%
	全国平均	22,075	16,414	74.4%
43	三重	227	130	57.3%
44	熊本	235	131	55.7%
45	岩手	152	79	52.0%
46	鹿児島	281	145	51.6%
47	沖縄	149	69	46.3%

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	908	330	36.3%
2	長崎	900	251	27.9%
3	香川	420	117	27.3%
4	東京	3,592	967	26.9%
5	山口	738	171	23.2%
	全国平均	44,150	7,115	16.1%
43	岩手	304	14	4.6%
44	山梨	192	8	4.2%
45	鳥取	172	7	4.1%
46	鹿児島	562	22	3.9%
47	秋田	246	9	3.7%

亡後救済（未申請）件数の合計を用いた。新法救済では、各年度の「労災等認定との重複分」も含めた認定件数を合算したうえで、当該期間の累計の重複件数を減じて、「機構のみ認定」件数を求めている。

1995～2002年度の労災保険認定件数については、都道府県別データが入手できないため含まれていない分過少評価になるが、その数は全国合計で、中皮腫206件、石綿肺がん138件である。一方で、時効救済・新法死亡後救済（施行前）には、1995～2002年死亡事例が多数含まれているため、都道府県別データが入手可能な1995～2016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、1995～2016年の中皮腫死亡者数に対する、2003～2016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。

中皮腫の「救済率」は、全国平均は74.4%（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%、2015年度末時点74.1%）であるが、最高の東京都88.8%から最低の沖縄県46.3%まで1.9倍（同前2.0倍、1.7倍、2.1倍、2.0倍、1.9倍、1.8倍、1.7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36.3%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9.8倍（同前13.4倍、14.0倍、15.7倍、15.7倍、13.1倍、11.6倍、10.0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。

前述したとおり、GBD2016推計による都道府県別の各疾病による「死亡数」（表19）、「人口10万人当たり年齢標準化死亡比」（表20）も紹介しているので、参考にさせていただきたい。

「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。



表16 中皮腫死亡者数(都道府県別)

	死亡者数(※合計数は1995～2016年合計)																	合計	
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		2016
北海道	26	31	38	50	43	55	40	51	34	49	57	56	67	74	62	65	67	86	1,060
青森	2	2	4	7	7	5	4	10	7	6	5	8	2	9	6	8	7	6	123
岩手	3	5	4	5	6	9	7	11	7	5	7	6	11	7	13	13	13	11	152
宮城	6	14	10	12	15	18	13	7	13	16	19	23	23	39	24	11	25	31	343
秋田	1	7	6	7	7	6	3	6	6	3	3	7	6	7	3	7	5	9	123
山形	3	3	2	8	5	5	2	7	7	6	3	10	10	6	11	12	10	5	123
福島	10	13	10	8	4	14	15	14	13	17	22	18	27	19	21	15	19	27	319
茨城	4	10	14	21	15	14	14	20	15	20	22	18	19	18	17	18	29	29	360
栃木	7	9	10	9	10	7	5	5	8	8	19	7	15	7	12	12	8	14	197
群馬	5	12	9	10	14	10	15	10	11	12	16	9	9	14	11	13	17	226	
埼玉	33	39	41	37	36	48	38	39	62	57	51	59	60	89	68	61	81	94	1,088
千葉	14	19	17	17	30	36	37	41	35	28	33	27	43	55	66	54	63	60	741
東京	45	57	60	57	73	68	73	93	81	108	75	101	110	101	120	131	128	130	1,796
神奈川	53	42	51	46	65	69	80	63	85	105	85	82	104	129	98	103	96	88	1,637
新潟	6	12	17	12	21	19	16	21	19	15	12	21	20	23	28	25	19	28	368
富山	14	12	7	11	12	8	13	12	12	18	18	13	14	17	20	17	14	16	278
石川	9	11	7	4	7	4	8	4	8	9	12	8	11	13	10	14	13	8	178
福井	3	2	2	5	5	8	4	2	5	6	9	8	3	3	8	9	9	12	113
山梨	3	6	5	2	3	2	6	7	3	5	5	6	7	8	7	8	5	1	96
長野	6	4	11	10	9	4	8	13	8	12	21	15	16	19	24	13	11	16	249
岐阜	11	9	8	11	14	9	9	15	20	19	18	14	21	17	24	22	18	25	305
静岡	16	22	20	18	24	29	31	35	20	27	27	36	20	28	39	40	45	36	571
愛知	18	35	31	26	32	35	34	52	51	61	38	51	59	73	64	80	87	81	994
三重	7	8	5	10	7	11	6	8	13	13	13	14	12	15	17	16	21	15	227
滋賀	10	9	8	6	9	9	8	9	12	20	10	9	7	11	15	14	11	20	222
京都	14	17	11	12	12	28	14	25	17	21	19	22	22	17	22	21	25	25	391
大阪	67	69	87	93	79	99	87	103	103	110	108	121	119	131	127	144	171	169	2,207
兵庫	61	70	70	68	75	75	90	102	98	105	106	122	117	134	140	107	130	138	1,998
奈良	7	11	14	12	19	14	11	14	23	13	14	19	26	20	17	16	20	18	327
和歌山	9	4	8	2	6	7	5	6	6	7	7	6	11	14	11	8	13	6	156
鳥取	4		2	8	5	1	2	4	2	7	5	5	5	3	5	5	4	5	86
島根	2	4	3	4	2	4	4	3	6	6	10	2	7	4	4	4	11	3	90
岡山	8	10	19	25	26	19	17	23	22	23	25	25	23	24	24	26	20	34	454
広島	28	22	32	31	24	48	39	41	35	45	41	47	46	50	53	57	49	49	829
山口	11	11	14	14	14	16	13	21	16	19	28	14	20	17	24	20	25	27	369
徳島	3	1	4	4	2	5	9	7	11	6	8	10	7	3	7	9	5	7	123
香川	4	7	9	11	7	4	9	7	11	18	15	13	8	3	18	7	14	27	214
愛媛	8	6	15	12	16	12	10	10	14	10	13	11	10	18	17	23	18	17	267
高知	4	4	3	6	8	6	6	2	8	7	3	5	7	8	5	4	8	7	111
福岡	33	35	33	44	33	34	39	37	42	44	71	63	52	58	50	65	57	65	940
佐賀	9	7	6		11	8	9	12	11	10	4	9	4	6	5	7	10	7	152
長崎	15	9	8	17	14	16	22	30	31	29	23	16	26	29	30	28	38	24	450
熊本	10	5	8	3	10	16	8	4	16	13	11	16	12	16	17	11	20	13	235
大分	9	4	8	3	8	12	6	8	11	9	13	12	11	13	10	11	13	12	192
宮崎	8	7	7	8	8	9	7	6	13	6	6	9	6	9	9	1	7	8	148
鹿児島	15	7	8	12	16	10	12	18	14	10	19	20	14	20	10	17	17	19	281
沖縄	3	6	6	9	9	6	8	6	4	7	9	9	9	7	13	4	10	5	149
不詳等		1		3	1	2		1		1	2				1	2	2		17
合計	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	1,550	22,075

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2003~2016年度分)										新法時効救済(小計は2006~2016年度分)							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	小計	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	小計
北海道	27	40	29	41	28	31	43	42	412	2	1		12			1		50
青森	2	1	1		2	2	4	3	24							1		4
岩手	3	1		1	1	1	2	3	14									1
宮城	14	13	11	6	9	8	7	13	110	2			1					7
秋田	1	2	2	4		1	2	2	19									1
山形	3	1	3	4	2	4	2	3	28									5
福島	7	5	7	5	6	7	9	6	85		1				1			11
茨城	3	8	3	3	9	9	5	8	71					1				7
栃木	1	3	1	1	2		3	1	26									4
群馬	1	2	2	4		1	2	3	31				2					3
埼玉	17	14	20	17	24	19	11	15	213	1		1	5					25
千葉	13	9	11	14	16	5	14	6	146		1		3					13
東京	58	44	62	61	51	54	69	55	748	3			17	1	2			82
神奈川	29	40	33	45	33	46	33	39	519	4	1	1	17	1		3		81
新潟	8	6	14	7	6	6	11	9	115				4					14
富山	13	7	12	7	8	9	7	5	98	2								13
石川	3	4	3	5	6	3	5	3	46	1			5					8
福井	4	4			3	5	3	2	32				1	1				4
山梨	3		2		2	4	2	1	17				1					1
長野	4		4	9	4	7	2	4	61				1					6
岐阜	5	7	3	5	3	6	11	4	78	2			2					9
静岡	12	14	6	9	25	14	15	13	173	1		1	2					24
愛知	20	28	30	34	32	31	35	32	376	1	1		7		1		1	50
三重	5	3	2	4	3	5	3	4	45									3
滋賀	7	1	4	2	4	6	3	6	61		1		1					7
京都	6	2	9	7	13	12	5	9	93	1		2	5					21
大阪	60	58	60	69	54	64	63	65	838	2	1	1	18	3		1		107
兵庫	50	49	51	47	41	46	42	44	711	5	1	3	12		1			123
奈良	2	6	8	5	5	5	3	4	69									11
和歌山	1	2	4	2	2	1	4	2	32	3								7
鳥取		2	1	1	3		1	1	15									1
島根	2	3	5	1		1		3	24	1			1					4
岡山	14	7	15	11	13	13	10	15	178	2			2					24
広島	28	36	33	24	31	32	21	28	378	4	2		5		1			55
山口	10	5	14	15	11	8	10	11	145	4			5					28
徳島	3	1	4	2	2		2	1	31									2
香川	9	3	3	5	2	9	5	6	81				1					6
愛媛	8	6	7	5	11	5	8	9	98	1		1	2			1		8
高知	1	3	2	1		1	1	3	20	1								2
福岡	26	21	30	12	24	15	27	23	302	2	1		3					21
佐賀	2		2	3	3	2	2	4	33				1					3
長崎	23	17	18	11	15	15	17	17	218	2	1		3			1		26
熊本	5	5	3	5	4	2	6	5	45				1					2
大分	9	6	4	5	7	6	4	2	61	2		1	2					8
宮崎	5	2	1		2	1	1	2	28	1								2
鹿児島	4	4	4	3	3	5	3	3	43	2			1					6
沖縄	5	3	1		3	2	1	1	19	1			1					5
不詳等									2									0
合計	536	498	544	522	528	529	539	540	7,012	53	12	11	144	7	6	8	1	905

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2006～2016年度分)										新法死亡後救済(施行前)(小計・重複は2006～2016年度分)									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	重複分	小計	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	重複分	
北海道	18	29	10	27	29	16	20	28	△67	166	29	4	3	20	1	1			△12	
青森	2	5	1	2	1	3	6	5	△7	26	6	1		4					△2	
岩手	3	2	2	4	2	8	5	4	△5	29	12	1		1	2	1			△1	
宮城	16	15	12	6	10	8	9	10	△40	82	19	5		1	5	1			△3	
秋田		4	1	2	2	2	3	2	△4	16	8	1		1					△2	
山形	6		1	7	3	3	2	3	△11	24	3			1					△1	
福島	4	9	3	8	5	6	2	6	△18	43	10	2	1	2	5		1		△1	
茨城	11	7	6	8	6	2	14	10	△18	83	3	1	1	3	1			2	△1	
栃木	5	2	4	5	7	1	5	9	△6	43	7		2	2	1				△3	
群馬	3	2	6	7	2	4	6	4	△6	48	8	1		2					△1	
埼玉	24	34	25	34	30	27	33	38	△86	272	40	2	3	18	2		1	2	△10	
千葉	19	21	24	28	22	14	27	21	△35	196	20	3	3	17				1	△5	
東京	32	41	44	41	41	34	58	47	△91	421	27	1	5	31	3	2	1	1	△19	
神奈川	28	40	30	38	28	30	28	42	△83	295	44	7	2	21	2		2	1	△16	
新潟	7	11	9	11	5	9	9	10	△25	68	5	1		4		1			△3	
富山	8	6	6	6	2	12	8	11	△27	54	5	2	1	7					△5	
石川	5	4	4	4	3	2	3	5	△10	27	12		1	2					△2	
福井	4	4	1	3	3	2	2	5	△4	26	6			2					0	
山梨	5	2	3	1	6	3	5	3	△6	27	4			2					△1	
長野	5	5	4	7	5	6	1	14	△15	49	11		2	3					△1	
岐阜	5	4	8	13	6	6	6	12	△11	68	24	2		2					△5	
静岡	9	15	11	10	11	6	11	19	△27	109	23		8	14	1				△3	
愛知	22	26	28	43	40	34	33	35	△92	264	26	2	1	7	2	1			△6	
三重	4	4	2	8	7	5	7	10	△16	50	4	1	1	2		1			△4	
滋賀	3	6	5	5	7	5	3	13	△15	58	10			3					△2	
京都	6	10	5	12	5	6	8	19	△20	79	20	1	2	7					△2	
大阪	54	61	62	60	68	87	86	84	△160	578	17	7	9	29	2	1		2	△25	
兵庫	57	56	68	75	59	63	71	60	△149	569	27	5	12	16	1		2	1	△29	
奈良	8	11	15	7	7	7	10	12	△16	90	1		1	7	1				△4	
和歌山	2	2	3	5	4	5	2	2	△6	27	5			1					△2	
鳥取			2	3	5	2		1	△2	18	7	1		3		1		1	0	
島根	2	2	4	2	1	2	2	2	△9	14	5	1							0	
岡山	10	9	8	8	4	2	9	11	△27	66	24	2		5					△2	
広島	10	9	5	12	8	7	6	15	△29	84	23	3		14				1	△12	
山口	5	6	9	13	6	9	4	7	△33	55	4	1		4					△3	
徳島	4	4	5	4	2	1	2	2	△11	19	4		2	2					0	
香川	6	2	2	1	5	3	10	5	△5	40	5			3					△5	
愛媛	3	2	4	3	3	4	8	6	△9	37	6	1	1	3					△3	
高知	1	3	2		1		4	3	△6	17	3			1					△2	
福岡	16	28	22	32	28	22	20	26	△64	202	33	3		15		1	1	1	△9	
佐賀	2	2	2	2		1	2	6	△9	21	5			3					△1	
長崎	7	9	10	4	3	6	5	8	△25	43	9			9			1		△2	
熊本	7	3	5	3	6	4	4	2	△8	42	14		2	4	1				0	
大分	4	3	4	1	5	1	2	5	△20	19	4			1					△1	
宮崎	1	2	5	3	4	3	2	3	△13	22	11	1		3	1				△1	
鹿児島	8	10	6	6	4	2	7	9	△22	55	12	2		5					△1	
沖縄		1			4		1		0	10	14	1	1	2					△2	
不詳等					1	1	2		△3	1									0	
合計	461	533	498	584	516	486	573	654	△1,371	4,652	619	66	64	308	32	11	9	13	△215	

特集/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=1995~2016死亡者数合計)

	新法死亡後救済(未申請)(小計・重複は2008~2016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	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	重複分	小計								
北海道	128	3	5	7	4	3	3	4	0	35	791	74.6%	11	48.2	5,506	0.875	111.7%	
青森	22		2	1				1	0	4	80	65.0%	28	5.6	1,373	0.407	52.0%	
岩手	27		1		3			2	3	△1	8	79	52.0%	45	6.9	1,330	0.519	66.3%
宮城	56		1	1	4	1		1	△1	8	263	76.7%	7	15.6	2,348	0.664	84.7%	
秋田	34					1			0	1	71	57.7%	41	5.6	1,086	0.515	65.7%	
山形	16	2		1			1		0	6	79	64.2%	30	5.6	1,169	0.478	61.0%	
福島	43	2		1				1	△1	5	187	58.6%	39	14.5	2,029	0.715	91.2%	
茨城	57	3	1			2	3	4	△1	14	232	64.4%	29	16.4	2,970	0.551	70.3%	
栃木	36		1	3	4			1	△1	11	120	60.9%	37	9.0	2,008	0.446	56.9%	
群馬	54		2		1	1	2		0	9	145	64.2%	31	10.3	2,008	0.512	65.3%	
埼玉	176	2	6	7	4	2	4	7	△2	33	719	66.1%	26	49.5	7,195	0.687	87.7%	
千葉	120	2	3	4	2	3	6	5	△3	27	502	67.7%	24	33.7	6,216	0.542	69.2%	
東京	272	7	6	14	10	9	9	15	△7	72	1,595	88.8%	1	81.6	13,159	0.620	79.2%	
神奈川	215	6	7	7	7	2	2	9	△5	46	1,156	70.6%	18	74.4	9,048	0.822	105.0%	
新潟	53		3	1	2	2	2	3	△2	13	263	71.5%	16	16.7	2,374	0.705	89.9%	
富山	45	1	1	1	1		1	1	0	8	218	78.4%	5	12.6	1,093	1.156	147.5%	
石川	29	1		1		1			△1	2	112	62.9%	32	8.1	1,170	0.692	88.3%	
福井	15				1				△1	0	77	68.1%	23	5.1	806	0.637	81.3%	
山梨	16	1	1	2	1		1		0	6	67	69.8%	19	4.4	863	0.506	64.5%	
長野	30	2	1		3	1		1	△1	9	155	62.2%	33	11.3	2,152	0.526	67.1%	
岐阜	50	1	1	2	2			3	0	12	217	71.1%	17	13.9	2,081	0.666	85.0%	
静岡	100	3		2	3	2	5	4	△1	25	431	75.5%	8	26.0	3,765	0.689	88.0%	
愛知	115	4		8	4	7	5	5	△5	35	840	84.5%	4	45.2	7,411	0.610	77.8%	
三重	25	1			1		2	1	0	7	130	57.3%	43	10.3	1,855	0.556	71.0%	
滋賀	35		1	1	1		1		△1	4	165	74.3%	12	10.1	1,411	0.715	91.3%	
京都	70	2	1		1	1	1	1	△1	7	270	69.1%	21	17.8	2,636	0.674	86.0%	
大阪	295	6	9	11	12	6	5	14	△4	70	1,888	85.5%	3	100.3	8,865	1.132	144.4%	
兵庫	299	5	6	7	5	5	4	11	△11	34	1,736	86.9%	2	90.8	5,588	1.625	207.4%	
奈良	50		1	3		1			0	6	226	69.1%	20	14.9	1,401	1.061	135.4%	
和歌山	28	2	1	1		4		1	△2	10	104	66.7%	25	7.1	1,002	0.708	90.3%	
鳥取	20	1					1		0	2	56	65.1%	27	3.9	589	0.664	84.7%	
島根	11	1		1					0	3	56	62.2%	34	4.1	717	0.571	72.8%	
岡山	76		1	1	2		2	3	△1	11	355	78.2%	6	20.6	1,945	1.061	135.4%	
広島	88		2	1	5			2	△2	11	616	74.3%	13	37.7	2,861	1.317	168.1%	
山口	34		1	1			2	3	△1	7	269	72.9%	14	16.8	1,451	1.156	147.5%	
徳島	19		1		2			3	△1	5	76	61.8%	35	5.6	785	0.712	90.9%	
香川	23	3	2				1	3	0	11	161	75.2%	10	9.7	996	0.977	124.6%	
愛媛	30	1	1	1	2	2	1	2	△1	10	183	68.5%	22	12.1	1,431	0.848	108.2%	
高知	24	1			2				0	3	66	59.5%	38	5.0	764	0.660	84.3%	
福岡	116	2	5	6	6	7	9	2	△3	40	681	72.4%	15	42.7	5,072	0.842	107.5%	
佐賀	27				1		1		0	4	88	57.9%	40	6.9	850	0.813	103.7%	
長崎	44	2	1	1	1	2		1	0	8	339	75.3%	9	20.5	1,427	1.433	182.9%	
熊本	34	1		1	3		1		0	8	131	55.7%	44	10.7	1,817	0.588	75.0%	
大分	20					1	1		0	2	110	57.3%	42	8.7	1,197	0.729	93.0%	
宮崎	34				1	2	1		△2	5	91	61.5%	36	6.7	1,135	0.593	75.6%	
鹿児島	38			1	2				△1	3	145	51.6%	46	12.8	1,706	0.749	95.5%	
沖縄	32				1		2		0	3	69	46.3%	47	6.8	1,393	0.486	62.0%	
不詳等	1								0	0	4			0.8				
合計	3,182	68	75	100	104	68	81	115	△64	663	16,414	74.4%		1,003.4	128,054	0.784	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2003~2016年度分)										新法時効救済(小計は2006~2016年度分)							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	小計	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	小計
北海道	17	15	15	24	23	23	25	37	276		3	1	2		1			13
青森			2	3	2	1	1	2	18									2
岩手	3				1	2	1	1	10									1
宮城	1	5	6	6	4	5	9	14	71	1	1		1			1		9
秋田	1		1		1				7									0
山形	1	5	3	5	1	6	1	2	34									3
福島	2	3	1	3	3	1	3	3	28			1						1
茨城	2	3	1	2	4	3	2	3	38	1	1	1						6
栃木	2	4	1	1	2	3	1	2	20									4
群馬	3	3	1	1	1	2	1	1	18				1					3
埼玉	16	11	6	15	17	11	12	21	165	1	1	2		1	2	1	4	23
千葉	25	19	17	24	16	15	12	10	207		1	1	1					10
東京	79	65	65	70	52	60	52	53	816	5	2	4	3	2	1	1	1	45
神奈川	48	50	44	31	43	45	30	33	549	6	2	2	1	1	2	1		65
新潟	9	3	3	7	3	5	4	9	93							1		11
富山	6	3	7	5	3	2	5	4	55				1					4
石川		3	1	3			3	1	16									0
福井		2		1	2	2	1	1	16									0
山梨	1	1	1						4	1								1
長野	3	2	7		1	1	3	3	40	1		1						7
岐阜	6	4	3	1	4	1	2	3	48									4
静岡	7	9	5	3	4	6	3	8	88	1	1					1		5
愛知	18	15	17	12	14	18	18	19	190	1		1	3	1	1			27
三重	3	7	8	5	7	4	5	2	72								1	2
滋賀	4	3	2	2	5	5	5	1	39	1		1	1					4
京都	5	5	13	9	12	9	8	5	80						1			2
大阪	37	36	23	20	23	27	17	24	422	5	4	3	2	1	1	3	2	60
兵庫	45	27	28	37	24	27	33	24	429	7	1	2	3	2	1	1		66
奈良	10	7	2	2	3	2	3	2	64					1				7
和歌山	5	5	3	2		1	4	4	44							1		2
鳥取					1	2	1		6									0
島根	3	2	2		3	1		2	21	1				1				5
岡山	26	28	20	28	29	22	11	17	287	1								10
広島	19	19	21	22	19	22	27	26	263	5		1		1	1			27
山口	15	10	14	11	6	13	10	7	135	1	2		1					8
徳島	1	1	3	1				1	9									2
香川	10	2	6	3	5	10	9	6	77	2						1		22
愛媛	10	9	8	6	8	3	5	6	92	3							1	10
高知	3		1	1				3	10		1							2
福岡	11	21	10	16	19	7	12	10	162		4	1		1				20
佐賀	1			2			1		13									7
長崎	18	11	20	11	10	13	15	13	190	3		1						35
熊本	2	1	7	1	2	3	2	2	33								1	2
大分	4		1	3	1	1	2		22									1
宮崎	1	1		1	1	2	1	1	13	1								1
鹿児島				1	2	2			8	1								4
沖縄		4		1	1	3	1	1	25	2	1		3	2	2			14
不詳等			1						1									0
合計	483	424	400	402	382	391	363	386	5,324	51	25	23	23	14	13	12	10	557

特集/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2006～2016年度分)										新法死亡後救済(施行前)(小計・重複は2006～2016年度分)									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	重複分	小計	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	重複分	
北海道	4	3	7	4	5	6	2	6	△19	38		1							△1	
青森					2		1	1	△1	5	2								△1	
岩手						1	1	1	△1	2									△1	
宮城	4	2	3	5	3	5	5	5	△20	28							1		△1	
秋田							2		0	2									0	
山形		1			1	1	2	1	△2	7									△1	
福島		3	2	1		1			△3	5									0	
茨城	1	3	4	1	3	2			△1	19	1								0	
栃木	3			1			3	1	△1	12									0	
群馬	4	1	1	1	1	1			△2	11									0	
埼玉	8	5	7	2	6	2	4	3	△16	47		1		1					△4	
千葉	7	6	4	8	12	5	11	9	△8	73	1								0	
東京	7	9	8	2	11	12	9	12	△18	85				1					0	
神奈川	11	1	3	3	9	4	4	5	△15	52	1								0	
新潟	1	1	2	1	2	2		2	△9	11									0	
富山						2			△1	2									△2	
石川	1	2		1					△3	2									0	
福井	1	1							0	6									0	
山梨		1						1	△1	3									△1	
長野	1	3		4	1		2	1	△3	13		1							0	
岐阜		1	1	2	6	2	2	3	△2	19									0	
静岡	3	2	3	3	2	1	1	3	△6	23									0	
愛知	4	2	5	4	9	3	4	7	△11	36	2								0	
三重		2	1			1	1		△1	6		1							0	
滋賀	1	2	2	2		1		1	△3	12									0	
京都	3	2	2	1	3	4	2	3	△10	12									0	
大阪	13	14	12	4	1	6	6	1	△34	79		2	1		1	1			△9	
兵庫	8	9	7	17	3	14	5	10	△34	84	2	1				1			△4	
奈良	3	2			2	3	5	2	0	26		1							0	
和歌山	2		2	1		1		1	△3	10									0	
鳥取									0	0									△2	
島根	1				1				△2	2									0	
岡山	4	2		6	3	1	3	2	△9	22									0	
広島	3	1	2	4	1	2	6	2	△7	32									△1	
山口		2		4	7	1	4	3	△10	23									0	
徳島				1	2		1	1	△1	5									0	
香川	2	1	1	2	3	2	1	2	△5	16									0	
愛媛	1			1	2	2	2	2	△2	9									0	
高知		2	1	1					△1	3					1				0	
福岡	7	8	4	3	4	6	3	5	△24	38								1	△1	
佐賀	1			2			1	1	△4	2									0	
長崎	1	1	5	2	1	2	1	2	△5	19		1							0	
熊本	1		2	1	3	3	6		△4	21								1	0	
大分	1							1	△1	2			1						△2	
宮崎	1	1	1			1	2	1	△7	3									1	
鹿児島				3	1	1	3	2	△2	8									△1	
沖縄					1			1	0	3									1	
不詳等									0	0									0	
合計	113	96	92	98	111	101	105	103	△312	938	9	9	2	2	2	2	1	2	△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=1995~2016 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2008~2016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	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	重複分	小計							
北海道	3	1		2	1	2		1	△3	5	335	15.8%	16	96.4	5,506	1,750	111.7%
青森	1								0	0	26	10.6%	30	11.2	1,373	0,814	52.0%
岩手	0	1							△1	1	14	4.6%	43	13.8	1,330	1,039	66.3%
宮城	1					1	2	1	△1	3	112	16.3%	13	31.2	2,348	1,328	84.7%
秋田	0								0	0	9	3.7%	47	11.2	1,086	1,030	65.7%
山形	1	1		1					0	3	48	19.5%	10	11.2	1,169	0,957	61.0%
福島	2		1					1	△1	2	38	6.0%	41	29.0	2,029	1,429	91.2%
茨城	1	2	1		1		1		△2	4	68	9.4%	34	32.7	2,970	1,102	70.3%
栃木	2		1		1			1	0	3	41	10.4%	32	17.9	2,008	0,892	56.9%
群馬	1						1		△1	3	36	8.0%	35	20.5	2,008	1,023	65.3%
埼玉	13	1	2		2	1	2	3	0	12	260	11.9%	28	98.9	7,195	1,375	87.7%
千葉	6	3		1		1		4	△2	8	304	20.5%	8	67.4	6,216	1,084	69.2%
東京	5		2	1	1	2	3	3	△1	16	967	26.9%	4	163.3	13,159	1,241	79.2%
神奈川	13			1	4	1	2	1	△1	8	687	21.0%	7	148.8	9,048	1,645	105.0%
新潟	2				1		2		0	3	120	16.3%	14	33.5	2,374	1,409	89.9%
富山	3								0	1	65	11.7%	29	25.3	1,093	2,312	147.5%
石川	0		1						△1	0	18	5.1%	42	16.2	1,170	1,383	88.3%
福井	0								0	0	22	9.7%	33	10.3	806	1,275	81.3%
山梨	0								0	0	8	4.2%	44	8.7	863	1,011	64.5%
長野	1	1							0	1	62	12.4%	25	22.6	2,152	1,052	67.1%
岐阜	0		1			2			0	3	74	12.1%	27	27.7	2,081	1,332	85.0%
静岡	2	1			1				△1	1	119	10.4%	31	51.9	3,765	1,379	88.0%
愛知	4	1	1	1		1	1	3	0	9	266	13.4%	21	90.4	7,411	1,219	77.8%
三重	1								0	0	81	17.8%	12	20.6	1,855	1,112	71.0%
滋賀	1					1	1		0	2	58	13.1%	23	20.2	1,411	1,430	91.3%
京都	1								0	0	95	12.1%	26	35.5	2,636	1,348	86.0%
大阪	20	3	2	2	7	3	1	1	△5	18	599	13.6%	20	200.6	8,865	2,263	144.4%
兵庫	10			1	4		3	2	0	12	601	15.0%	18	181.6	5,588	3,250	207.4%
奈良	3		1		1				0	2	102	15.6%	17	29.7	1,401	2,122	135.4%
和歌山	0				1				0	1	57	18.3%	11	14.2	1,002	1,415	90.3%
鳥取	1								0	0	7	4.1%	45	7.8	589	1,327	84.7%
島根	1								0	0	29	16.1%	15	8.2	717	1,141	72.8%
岡山	1		3	1	4	1	1	1	△1	10	330	36.3%	1	41.3	1,945	2,122	135.4%
広島	4	1		3	2			1	△2	6	332	20.0%	9	75.4	2,861	2,634	168.1%
山口	3				1			1	0	2	171	23.2%	5	33.5	1,451	2,312	147.5%
徳島	0	1			1				0	2	18	7.3%	38	11.2	785	1,424	90.9%
香川	0		1						0	2	117	27.3%	3	19.5	996	1,953	124.6%
愛媛	2				1		1	2	0	4	117	21.9%	6	24.3	1,431	1,696	108.2%
高知	1	1							0	1	17	7.7%	36	10.1	764	1,321	84.3%
福岡	4	1	1	1	4	1	1	2	0	12	236	12.6%	24	85.5	5,072	1,685	107.5%
佐賀	0				1				0	1	23	7.6%	37	13.8	850	1,626	103.7%
長崎	2	2		1			2		0	5	251	27.9%	2	40.9	1,427	2,867	182.9%
熊本	1	1	2					1	△1	5	62	13.2%	22	21.4	1,817	1,176	75.0%
大分	1				1	1			△1	2	28	7.3%	39	17.5	1,197	1,458	93.0%
宮崎	1								0	0	18	6.1%	40	13.5	1,135	1,185	75.6%
鹿児島	0	1			1				0	2	22	3.9%	46	25.5	1,706	1,497	95.5%
沖縄	1				1				0	1	44	14.8%	19	13.5	1,393	0,972	62.0%
不詳等	0								0	0	1			1.5			
合計	120	23	20	16	42	18	24	29	△25	176	7,115	16.1%		2,006.8	128,054	1,567	100.0%

特集/石綿健康被害補償・救済状況の検証

表19 日本:都道府県別2016年石綿関連疾患死亡GBD2016推計(死亡数)

順位	都道府県	合計	アスベストへの職業曝露						中皮腫 (観察値)	職業性 割合	肺がん/ 中皮腫	石綿肺 (観察値)	H 順位	人口動態統計中 皮腫死亡/比較					
			小計	中皮腫	肺がん	卵巣がん	喉頭がん	石綿肺						B/A	F	B/A	G	H	H-F
5	北海道	856	853	67	743	10	5	29	69	96.3%	11.16	29	5	86	17				
35	青森	136	135	10	121	2	1	1	11	94.5%	12.13	1	35	6	△5				
36	岩手	133	132	10	116	2	1	3	11	94.8%	11.20	3	36	11	0				
20	宮城	257	256	22	226	3	1	3	23	95.7%	10.10	3	19	31	8				
42	秋田	111	111	9	97	2	1	2	10	95.1%	10.68	2	41	9	△1				
39	山形	116	115	9	103	1	1	2	9	94.6%	11.98	2	38	5	△4				
21	福島	248	247	20	218	3	2	4	21	95.9%	10.67	4	21	27	6				
15	茨城	287	286	24	252	3	2	4	25	94.9%	10.45	4	15	29	4				
30	栃木	174	173	14	153	2	1	3	15	94.3%	10.95	3	30	14	△1				
28	群馬	182	181	15	159	2	1	4	16	94.7%	10.35	4	27	17	1				
6	埼玉	851	848	79	738	10	5	15	83	96.0%	9.32	15	6	94	11				
9	千葉	621	618	55	544	8	4	7	58	95.2%	9.81	7	9	60	2				
2	東京	1,297	1,291	116	1,129	18	9	19	122	95.2%	9.70	19	2	130	8				
4	神奈川	1,181	1,177	115	1,022	14	8	18	119	96.4%	8.92	18	4	88	△31				
14	新潟	291	290	23	257	3	2	5	24	95.7%	11.20	5	14	28	4				
29	富山	181	181	17	157	2	1	3	17	97.2%	9.28	3	29	16	△1				
34	石川	142	142	11	125	1	1	3	12	95.8%	11.05	3	34	8	△4				
43	福井	91	91	7	81	1	1	2	7	95.3%	12.06	2	43	12	5				
46	山梨	79	79	7	69	1	0	1	7	95.0%	9.81	1	46	1	△6				
27	長野	185	184	17	157	3	1	5	18	95.0%	9.00	5	28	16	△2				
18	岐阜	268	267	21	235	3	1	6	22	95.9%	11.11	6	16	25	3				
11	静岡	425	423	37	372	5	3	7	38	95.7%	10.13	7	11	36	△2				
7	愛知	825	822	67	730	7	5	13	70	95.5%	10.89	13	7	81	11				
23	三重	205	204	15	183	2	1	3	16	95.0%	12.10	3	23	15	△1				
25	滋賀	198	197	14	177	2	1	3	15	96.0%	12.22	3	25	20	5				
12	京都	324	323	25	289	3	2	5	26	95.7%	11.72	5	12	25	△1				
1	大阪	1,631	1,627	143	1,422	19	10	33	147	97.2%	9.92	33	1	169	22				
3	兵庫	1,265	1,262	131	1,094	16	8	13	133	98.0%	8.38	13	3	138	5				
16	奈良	285	285	23	252	3	2	4	24	97.3%	10.85	4	17	18	△6				
32	和歌山	158	158	11	142	1	1	2	11	96.2%	13.03	2	32	6	△5				
47	鳥取	77	76	6	68	1	0	1	6	95.9%	11.51	1	47	5	△1				
45	島根	88	88	6	79	1	1	2	7	95.4%	12.48	2	44	3	△4				
13	岡山	317	316	27	275	3	2	9	28	97.0%	10.10	9	13	34	6				
10	広島	494	493	49	426	4	3	9	50	97.4%	8.68	9	10	49	△1				
19	山口	260	260	22	229	2	2	4	23	97.2%	10.39	4	20	27	4				
38	徳島	121	121	9	108	1	1	3	9	96.2%	12.51	3	39	7	△2				
31	香川	166	165	13	147	2	1	3	13	96.7%	11.60	3	31	27	14				
24	愛媛	201	200	16	175	2	1	5	17	96.3%	10.66	5	24	17	△0				
44	高知	89	89	7	77	1	1	3	8	95.8%	10.45	3	45	7	△1				
8	福岡	636	634	56	550	7	4	17	58	96.2%	9.81	17	8	65	7				
40	佐賀	115	115	10	100	2	1	3	10	96.3%	10.33	3	40	7	△3				
17	長崎	285	285	25	243	3	2	11	26	97.5%	9.55	11	18	24	△2				
26	熊本	187	186	15	159	2	1	9	16	95.2%	10.53	9	26	13	△3				
33	大分	153	152	12	129	1	1	10	12	95.8%	10.79	10	33	12	△0				
37	宮崎	126	126	11	108	1	1	5	11	95.7%	10.01	5	37	8	△3				
22	鹿児島	214	213	17	188	2	1	4	18	95.9%	10.89	4	22	19	1				
41	沖縄	114	114	11	101	1	1	0	11	94.7%	9.40	0	42	5	△6				
	合計	16,648	16,591	1,449	14,529	189	105	320	1,506	96.2%	10.03	320		1,550	44				

表20 日本：都道府県別2016年GBD2016推計(人口10万人当たり年齢標準化死亡比)

順位	都道府県	合計 B+C+D+F+G	アスベストへの職業曝露						中皮腫 (観察値) F	石綿肺 (観察値) G	H 順位	国内統計			
			小計 A+B+C+D+E	中皮腫 A	肺がん B	卵巣がん C	喉頭がん D	石綿肺 E				粗死亡 比(H)	比較 H-G	中皮腫 死亡	2015年 人口(千人)
12	北海道	4.94	4.91	0.47	4.18	0.06	0.03	0.16	0.51	0.16	8	1.53	1.02	86	5,628
40	青森	3.07	3.04	0.28	2.68	0.03	0.02	0.03	0.31	0.03	43	0.42	0.11	6	1,437
44	岩手	2.82	2.79	0.28	2.40	0.04	0.02	0.06	0.31	0.06	35	0.79	0.48	11	1,385
30	宮城	3.65	3.62	0.39	3.12	0.04	0.02	0.04	0.42	0.04	13	1.31	0.89	31	2,360
45	秋田	2.67	2.64	0.28	2.26	0.04	0.02	0.04	0.31	0.04	36	0.79	0.48	9	1,146
46	山形	2.63	2.60	0.25	2.26	0.03	0.01	0.04	0.28	0.04	44	0.41	0.13	5	1,216
27	福島	3.73	3.69	0.39	3.18	0.04	0.02	0.07	0.42	0.07	14	1.29	0.87	27	2,091
35	茨城	3.41	3.38	0.34	2.93	0.04	0.02	0.05	0.37	0.05	26	0.97	0.60	29	2,975
39	栃木	3.13	3.10	0.30	2.69	0.03	0.02	0.06	0.33	0.06	39	0.69	0.37	14	2,017
41	群馬	3.05	3.02	0.31	2.59	0.03	0.02	0.07	0.34	0.07	31	0.84	0.50	17	2,024
13	埼玉	4.76	4.73	0.48	4.07	0.06	0.03	0.08	0.52	0.08	12	1.33	0.82	94	7,054
25	千葉	3.82	3.79	0.38	3.29	0.05	0.02	0.04	0.41	0.04	25	0.99	0.58	60	6,056
23	東京	3.97	3.94	0.41	3.39	0.05	0.03	0.06	0.44	0.06	22	1.03	0.59	130	12,577
9	神奈川	5.10	5.07	0.56	4.34	0.06	0.04	0.08	0.59	0.08	23	1.00	0.41	88	8,792
31	新潟	3.63	3.60	0.36	3.11	0.03	0.02	0.07	0.40	0.07	19	1.15	0.76	28	2,431
11	富山	5.07	5.04	0.59	4.28	0.05	0.04	0.08	0.62	0.08	11	1.44	0.82	16	1,112
22	石川	4.08	4.05	0.40	3.51	0.04	0.02	0.08	0.43	0.08	41	0.68	0.25	8	1,174
34	福井	3.41	3.38	0.31	2.95	0.03	0.02	0.06	0.34	0.06	9	1.46	1.12	12	822
43	山梨	2.91	2.88	0.32	2.46	0.03	0.02	0.04	0.35	0.04	47	0.11	△0.24	1	885
47	長野	2.42	2.39	0.29	1.98	0.04	0.01	0.07	0.32	0.07	37	0.73	0.41	16	2,196
20	岐阜	4.19	4.16	0.40	3.59	0.05	0.02	0.10	0.43	0.10	17	1.19	0.76	25	2,107
26	静岡	3.74	3.71	0.39	3.20	0.04	0.02	0.06	0.42	0.06	27	0.95	0.53	36	3,792
16	愛知	4.51	4.48	0.41	3.92	0.04	0.03	0.07	0.45	0.07	20	1.12	0.67	81	7,255
33	三重	3.57	3.54	0.32	3.12	0.04	0.02	0.05	0.35	0.05	34	0.80	0.45	15	1,867
6	滋賀	5.24	5.21	0.45	4.60	0.04	0.03	0.08	0.48	0.08	10	1.45	0.97	20	1,380
18	京都	4.41	4.38	0.40	3.85	0.04	0.02	0.06	0.43	0.06	28	0.94	0.51	25	2,648
2	大阪	6.96	6.93	0.70	5.97	0.08	0.04	0.14	0.73	0.14	3	1.92	1.19	169	8,817
1	兵庫	8.02	7.98	0.97	6.78	0.10	0.05	0.08	1.00	0.08	2	2.47	1.47	138	5,591
3	奈良	6.84	6.81	0.66	5.93	0.08	0.04	0.10	0.69	0.10	16	1.27	0.57	18	1,421
14	和歌山	4.69	4.66	0.40	4.12	0.04	0.03	0.07	0.43	0.07	42	0.58	0.15	6	1,036
24	鳥取	3.88	3.84	0.38	3.35	0.05	0.02	0.04	0.41	0.04	32	0.82	0.41	5	607
36	島根	3.31	3.28	0.31	2.86	0.03	0.02	0.06	0.34	0.06	45	0.40	0.06	3	742
7	岡山	5.21	5.18	0.56	4.40	0.04	0.03	0.14	0.59	0.14	5	1.74	1.15	34	1,957
4	広島	5.98	5.94	0.71	5.03	0.05	0.04	0.11	0.75	0.11	6	1.70	0.96	49	2,877
8	山口	5.19	5.16	0.56	4.45	0.04	0.03	0.08	0.59	0.08	4	1.81	1.22	27	1,493
15	徳島	4.51	4.48	0.41	3.90	0.04	0.03	0.10	0.44	0.10	30	0.86	0.42	7	810
10	香川	5.10	5.07	0.50	4.41	0.05	0.03	0.09	0.53	0.09	1	2.67	2.14	27	1,012
21	愛媛	4.19	4.15	0.44	3.54	0.05	0.02	0.11	0.47	0.11	18	1.16	0.69	17	1,468
38	高知	3.22	3.19	0.35	2.69	0.03	0.02	0.10	0.38	0.10	29	0.88	0.50	7	796
17	福岡	4.45	4.42	0.48	3.76	0.05	0.03	0.11	0.51	0.11	15	1.29	0.78	65	5,050
19	佐賀	4.27	4.24	0.45	3.60	0.05	0.02	0.12	0.48	0.12	33	0.81	0.33	7	866
5	長崎	5.96	5.93	0.68	4.91	0.06	0.04	0.23	0.72	0.23	7	1.62	0.90	24	1,479
42	熊本	2.95	2.92	0.31	2.42	0.03	0.02	0.15	0.34	0.15	38	0.71	0.36	13	1,842
28	大分	3.72	3.69	0.37	3.03	0.03	0.02	0.24	0.40	0.24	24	0.99	0.59	12	1,210
37	宮崎	3.30	3.27	0.36	2.73	0.03	0.02	0.13	0.39	0.13	40	0.69	0.30	8	1,153
29	鹿児島	3.65	3.62	0.39	3.09	0.04	0.02	0.08	0.42	0.08	21	1.08	0.67	19	1,753
32	沖縄	3.63	3.59	0.41	3.12	0.03	0.02	0.01	0.44	0.01	46	0.37	△0.07	5	1,362
	合計	4.53	4.50	0.47	3.86	0.05	0.03	0.09	0.50	0.09		1.21	0.71	1,550	127,769

低い認定割合、秘密と不公正 地方公務員の石綿関連疾患の補償状況

片岡明彦／鈴木江郎

関西労働者安全センター／神奈川労災職業病センター

地方公務員の石綿関連疾患認定の状況が悪い。民間労働者をカバーする労災保険と比較して、情報公開度が格段に低く閉鎖的で、実態がよく見えない状態にされていることが、状況の改善を阻んでいる大きな原因になっているとみられる。

地方公務員災害補償基金が公表あるいは情報公開した資料を、厚生労働省による労災保険における石綿疾患認定に係る公開情報と比べてみると、①基金は認定事業場名を公表していない、②認定の可否（公務上外）判断を事実上行っている「（基金）本部専門医」の氏名、所属が公表されていない、③各疾患の認定割合が労災保険に比較してきわめて低い、ことが判明した。

これらのことから、筆者らは、「基金は、きわめて閉鎖的運用の下、氏名不詳の医師の判断を利用して、厳しい認定制限を行っている疑いが濃厚である」と考える。

基金は石綿労災認定に関して、少なくとも厚生労働省並みの情報を公表するとともに、被害者団体、支援団体との話し合いに応じるべきである。

基金の公表資料

適用労働者数約5,500万人とされる民間労働者をカバーする労災保険法は、厚生労働省が所管し運用している。一方、地方公務員約2,70万人の労

災補償（公務災害補償）は、地方公務員災害補償法により、補償実施は地方公務員災害補償基金が担う。基金のホームページ公表資料「石綿関連疾病に係る公務災害の申請・認定件数」（<http://www.chikousai.jp/gyoumu/sekimen/sekimen.php>）に、項目別計を筆者らが加えたものが表1。

基金がホームページに公表している事例は、平成24年度から27年度までの4年度分の一部しかない。筆者らが基金本部に問い合わせたところ、「公務上死亡災害の発生日況」とは、毎年、基金本部が作成して、各都道府県、政令市支部に配付している内部資料との説明であった。情報公開請求をしなければ開示しない、ということであったため、鈴木が開示請求して過去分を情報公開請求し入手した。その開示資料の「石綿ばく露による被災」事例のすべてを抜粋して作成したのが表2になる。

筆者らが報道資料などとの突合をしたところ、2事例について誤りがあることがわかったので基金本部に連絡した。その結果、現在までに、基金本部がホームページ掲載資料等について修正を実施したとのことである（表2の備考欄参照）。

中皮腫と肺がん 低すぎる認定割合

また、基金の認定割合が労災保険に比べて非

常に低い水準に留まっていることを示したのが表3である。

基金の中皮腫の認定割合（2015年度まで）は42.4%であるのに対し、労災保険の認定割合（2011年度から2015年度）は94.6%である。さらに基金の教職員（義務教育学校職員、義務教育学校職員以外の教職員）では認定16%と非常に少ない。しかも、認定4件のうち3件は、はじめの原処分段階で公務外とされたが、審査請求で認められたケースである（北海道、滋賀、大阪、2014年6月号特集記事参照。残り1件については原処分認定かどうか不明）。

基金の肺がんの認定割合も24.1%しかないが、労災保険は86.5%と基金よりずっと高い認定割合を示している。中皮腫、肺がんともなぜこうも基金と労災保険の認定割合に開きがあるのか。これで両制度は公平な運用だと言えるのか。

また、表1と表2を注意深く比較すると、事例として紹介されている件数は、全体の一部にすぎないことがわかる。筆者らが数えたところ、中皮腫認定の半分、肺がんは30%弱しか掲載されていなかった。

重大な「ミス」も

北海道苫小牧市の教員の中皮腫の「概要」の記載に間違いがあった。修正前は、「長年にわたって小学校の増改築に従事していたため、アスベストによる悪性胸膜中皮腫を発症した」。基金本部に対する筆者らの指摘後、「増改築を行っていた複数の小学校に勤務していたため、アスベストによる悪性胸膜中皮腫を発症した」と修正された。つまり、「増改築による間接曝露による中皮腫発症」という大事な事実が「隠されていた」のだ。

認定事業場名が非公表

基金の認定事例についての個別情報については、①非公表資料の「公務上死亡災害の状況」に、②「石綿暴露による被災事例」の一部が選択されて、③簡単な事例タイトルのもと、団体区分、職員の区分、死亡年齢（○歳代）、災害発生年月、傷病名、概要、安全・衛生対策の項目が、過去4年分が閲覧でき、情報公開請求すれば過去分を読む

ことができる。

厚生労働省（労災保険）の場合は、①認定事業場名、②事業場の別（建設業、建設業以外）、③労働局、④労働基準監督署、⑤事業場所在地、⑥石綿ばく露作業状況、⑦石綿取り扱い期間、⑧公表時の石綿取り扱い状況などが、原則公表されており、過去公表分はホームページに掲載されていて、エクセルやPDFファイルでダウンロードできるようになっている。

つまり、基金は石綿疾患の情報公開について「実施していない」に等しい。認定事業場名をはじめ、被災労働者と家族、同僚、離職者、住民への情報開示としては明らかに時代遅れのままとされており、厚生労働省の情報開示と同様の水準の情報公開が実施されなくてはならない。

正体不明の「本部専門医」

基金は、石綿疾患については、各支部の判断をさせず、資料をすべて本部に上げさせて、本部で公務上外の認定判断を行っている。

これまでの認定事例に関する諸資料から明らかかなことは、本部の上外判断において、「本部専門医」の判断が重視される（あるいは、すべて）ということである。労災保険制度における、いわゆる「労災医員」（局医）、「労災協力医」と同じような位置づけとなっているが、明確に違うことは、基金の「本部専門医」の氏名等が一切公表されていないし、情報公開請求をしても不開示とされることである。

基金の公務上外認定にあたっては、認定理由が文書で示される。あるいは、審査請求段階においても、基金側の医学的意見として「本部専門医」という氏名不詳者の意見がすべて引用されている。

しかるに、この者が誰であるか一切が明らかにされていないのである。秘密にする基金も問題だが、そういう本部専門医を引き受けていると思われる者も同様に問題であることは明白だ。

氏名不詳であることをいいことに、根拠不明のことを書き散らしている「本部専門医」が存在していると、筆者らはみている。筆者らは現在、基金に本部専門医の名簿を情報公開請求している。基金

特集/石綿健康被害補償・救済状況の検証

表1 石綿関連疾患に係る公務災害の請求・認定件数(地方公務員災害補償基金)

石綿関連疾患に係る公務災害の受理・認定件数	2005年度以前		2006年度		2007年度		2008年度		2009年度		2010年度		2011年度		2012年度		
	請求	認定	請求	認定	請求	認定	請求	認定	請求	認定	請求	認定	請求	認定	請求	認定	
電気・ガス・水道事業職員	中皮腫	2	1	6		4		3	6	1	3	3		5	4	3	
	肺がん			4		2		2	1	1	1	1	1				1
	石綿肺	2															
	その他									1				1			
	合計	4	1	10		6		5	7	3	4	4	1	6	4	3	1
義務教育学校職員、義務教育学校職員以外の教職員	中皮腫	4		4		2		3			5	1	3	1	1		
	肺がん			1													
	石綿肺																
	その他			1													
	合計	4		6		2		3			5	1	3	1	1		
消防職員	中皮腫	2		2				2		1		1		1	1	1	1
	肺がん	1		1													
	石綿肺																
	その他																
	合計	3		3				2		1		1		1	1	1	1
上記以外の職員	中皮腫	3		10		9	1	6	3	1	5	3	2	2	2	4	
	肺がん	1		3		2					2	1	1				1
	石綿肺	2			1			1		1	1			1			
	その他	1	1	2		1		1			1			1			
	合計	7	1	15	1	12	1	8	3	2	7	5	3	5	2	4	1
合計	18	2	34	1	20	1	18	10	6	11	15	5	15	8	9	3	

※ 「受理」、当該年度内に該当事案を受理した件数である。「認定」は、当該年度内に「公務上」とした件数で、当該年度以前に受理したものと審査請求等の結果、公務上とされたものを含む。

※ 再発、追加の認定に係るものは、当初の認定に係るもののみ集計している。

	2005年度以前		2006年度		2007年度		2008年度		2009年度		2010年度		2011年度		2012年度	
	請求	認定	請求	認定	請求	認定	請求	認定	請求	認定	請求	認定	請求	認定	請求	認定
中皮腫	11	1	22		15	1	14	9	3	8	12	3	11	8	9	1
肺がん	2		9		4		2	1	1	1	3	1	1			2
石綿肺	4			1			1		1	1		1	1			
その他	1	1	3		1		1		1	1			2			
合計	18	2	34	1	20	1	18	10	6	11	15	5	15	8	9	3

表2 「公務上死亡災害の状況」の「石綿曝露による被災」事例

(凡例) ※情報のない項目は空白

番号－認定年度－事例番号－傷病名

事例タイトル

団体区分－職員の区分

死亡年齢－災害発生日月

概要：

備考：

1－2007－ 悪性胸膜中皮腫

30年以上前に石綿耐火被覆鉄骨柱の耐火性能試験に従事しており、悪性胸膜中皮腫により死亡する

－係長

80歳代－

2－2008－2008-29－悪性胸膜中皮腫

石綿管敷設工事の担当者が悪性胸膜中皮腫で死亡する

都道府県－電気・ガス・水道事業職員

70歳代－平成3年3月

概要：昭和27年から水道局に勤務し主に石綿管の敷設作業に携わっていた。この作業は石綿セメント管を含む水道管の配管及び撤去作業における工事の現場監督業務であり、長年従事していたため、管の切断・成形作業に伴い発生する石綿粉じんをばく露した可能性が

2013年度以前		2014年度		2015年度		合計		認定/受理
請求	認定	請求	認定	請求	認定	請求	認定	
1	4	1	3	1	2	30	23	76.7%
				3	1	13	5	38.5%
				1		3		0.0%
						2		0.0%
1	4	1	3	5	3	48	28	58.3%
1	2	1		1		25	4	16.0%
						1		0.0%
								-
						1		0.0%
1	2	1		1		27	4	14.8%
	1			2		12	3	25.0%
		1				3		0.0%
								-
								-
	1	1		2		15	3	20.0%
4	2	5	4	4	1	51	20	39.2%
2		1			1	12	2	16.7%
1						6	3	50.0%
		1	1			7	3	42.9%
7	2	7	5	4	2	76	28	36.8%
9	9	10	8	12	5	166	63	38.0%

2013年度以前		2014年度		2015年度		合計		認定/受理
請求	認定	請求	認定	請求	認定	請求	認定	
6	9	7	7	8	3	118	50	42.4%
2		2		3	2	29	7	24.1%
1				1		9	3	33.3%
		1	1			10	3	30.0%
9	9	10	8	12	5	166	63	38.0%

表3 「公務上死亡災害の状況」の「石綿曝露による被災」事例

表3	中皮腫			石綿肺がん		
	受理/決定	認定	割合	受理/決定	認定	割合
基金：2015年度まで	118件	50件	42.4%	29件	7件	24.1%
(うち教職員)	25件	4件	16.0%	1件	0件	0%
労災保険：2011年度～2015年度	2,813件	2,661件	94.6%	2,241件	1,939件	86.5%

高く、石綿労災基準に相当するものと認定された。

3-2008-2008-30-右肺悪性胸膜中皮腫
吹付材から飛散した石綿にばく露し右肺悪性胸膜中皮腫で死亡する

本部に問い合わせたところ、いわく「名簿は非公開にしているので、出しませんよ」ということであったが、あえて請求を行った。

ちなみに厚生労働省は、労災医員・労災協力医の名簿は一部不開示ながら氏名等を情報公開請求に対して開示している。

認定基準は同じなのに

基金は、労災保険と同一の石綿疾患認定基準を採用している。にもかかわらず、きわめて閉鎖的、秘密主義的な運用を行っている。それを氏名不詳の基金専門医が支えている。

不透明な制度は不公正の温床になるということが常識ではないだろうか。筆者らは、基金の石綿疾患補償状況の低すぎる認定割合が、これを如実に示していると考ええる。

厚生労働省も含めて、石綿疾患の労災補償認定行政に関与している「専門家」は、多くはない特定の医師たちだということはわかっている。数年来、行政に協力しているこの「専門家」たちが、労災とされなかった被害者がやむにやまれず労災認定を求めて訴え出た法廷に、労災を否定するための行政側の「専門家」として登場し、不合理な「意見書」を乱発する醜態をさらしている。筆者らは、石綿被害者を苛むこうした御用学者たちを決して許すことはできない。氏名不詳「本部専門医」もそうした類いではないかと疑っている。



都道府県-電気・ガス・水道事業職員

50歳代-平成13年6月

概要：昭和42年から水道局に勤務し主に処理場の監視や点検業務に携わっていた。当時の処理場では、アスベストを含有した配管等のパッキン類の交換作業に従

事しており、当該作業時にはアスベストのを直接素手で触っていたため、ばく露する危険性は非常に高い。また、処理場の送風機室や脱水機室などの天井や壁にはアスベスト含有の建材が使用されており、表面の劣化等で室内には有害な浮遊石綿が発生していた状態であることが推認され、職務従事状況及び勤務環境等から判断すると石綿基準に相当するものであったと認められた。

4-2008-2008-31-胸膜中皮腫

清掃車修理業務で部品の一部に使用されていた石綿に曝露する

市町村等-清掃事業職員

80歳代-平成16年7月

概要：退職までの13年間にわたり従事した清掃車修理業務において、プレーキライニングに使用されていた石綿にばく露したことから中皮腫を発症し死亡する。

備考：安全・衛生対策-1 作業時における保護具着用の徹底を指導し周知した。2 部品を代替品に変更するとともに、作業場の建て替えの際には換気等の作業環境を改善した。3 自動車整備担当者には、退職まで石綿健康診断を年2回実施することとした。4 石綿に関する講演会を実施した。

5-2009-2009-26-胸膜中皮腫

建築物の営繕工事監理業務において石綿粉じんにはばく露する

市町村等-その他の職員

60歳代-平成19年8月

概要：昭和38年7月から平成5年3月まで在職していた元職員が胸膜中皮腫により死亡する。在職中に、昭和39年頃から同51年頃までにわたり建築物の営繕工事の工事監理業務に従事しており、アスベスト含有材料の切断による粉じんが立ち込める作業現場での施行方法の確認・打ち合わせ中に、飛散したアスベストを吸引したと考えられる。さらに工事監理業務のために1工事で概ね週2回、1日当たり平均2時間程度、工事現場に滞在していたことを踏まえ、こうした工事監理業務時に石綿粉じんに曝露する蓋然性が高かったものと推認され、職務状況及び勤務環境等から判断して石綿労災基準に相当するものであったと認められた。

備考：安全・衛生対策-1 所管する公共施設を調査し、全箇所成分分析及び対応措置を完了した。2 アスベストの取扱については、環境庁大気保全局大気規制課長通知「建築物の改修・解体に伴うアスベストによる大気汚染防止について」等を遵守し、適切に措置している。3 現在使用されている吹付けロックウールにはアスベストは混入されていない。

6-2009-2009-27-悪性胸膜中皮腫

電気設備配線工事の工事監理業務において石綿粉じんにはばく露する

市町村等-その他の職員

40歳代-平成15年6月

概要：昭和53年4月から平成15年12月まで在職していた職員が悪性胸膜中皮腫により死亡する。在職中に、昭和53年頃から同60年頃までにわたり公共施設の新築工事等にかかる電気設備工事の設計及び工事監理業務に従事しており、アスベスト含有建材の切断による粉じんが飛散していたとされる作業現場環境で、工事の進捗状況の確認・電気設備の敷設状況の確認等をほぼ毎日数時間程度行っている間に、飛散したアスベストを吸引したことが考えられる。こうした職務状況及び勤務環境等から総合的に判断して石綿粉じんにはばく露した蓋然性が高かったものと認められ、石綿労災認定基準に相当するものであったと認められた。

7-2009-2009-28-悪性中皮腫

配水管の漏水修繕業務において石綿粉じんに曝露する

市町村等-その他の職員

60歳代-平成18年8月

概要：昭和47年7月から平成16年3月まで在職していた元職員が悪性中皮腫により死亡する。在職中に、昭和56年4月から同57年3月までにわたり配水管の漏水修繕工事、緊急事故対応の補助業務及び水道施設の点検業務に従事しており、1週間に0~2回で年間20回程度、石綿セメント管の配水管の漏水現場においてエンジンカッターで石綿管を切断する作業を行っていた。当該作業の際には、防塵マスクを着用しておらず、また、切断作業中は狭い掘削穴の中に石綿が充満しており、飛散した石綿を近距離で直接吸引するような状態であったと認められることから、当該作業を通じて相当程度石綿にはばく露していたものと認められた。

8-2009-2009-29-肉腫型悪性胸膜中皮腫

配水管の敷設業務において石綿粉じんにはばく露する

市町村等-電気・ガス・水道事業職員

80歳代-平成21年2月

概要：昭和30年4月から昭和58年4月まで在職していた元職員が肉腫型悪性胸膜中皮腫により死亡する。在職中に、昭和33年2月から同41年7月までにわたり配水管の切断・接続等、配水管の敷設に関わるすべての作業に従事しており、作業量は、昭和30年代前半は1日に石綿管2から3本、同30年代後半は1日5から6本であった。また、作業場所の状況については、深さ約1メートル50cm、

幅約1メートルの穴の中ですべて作業を行っており、石綿管を切断すると粉じんが巻き起こり、穴全体が粉じんでは覆われる状況であったとされている。こうした職務状況及び職務環境から判断して石綿労災基準に相当するものであったと認められた。

9-2010-2010-14-悪性胸膜中皮腫

水道管の修繕工事において石綿粉じんに曝露する

市町村等-その他の職員

70歳代-平成20年3月

概要：昭和38年1月から平成6年3月まで在職していた元職員が悪性胸膜中皮腫により死亡する。在職中の昭和53年7月から同58年3月までの間、業務において石綿水道管の修繕を行った。水道管の破裂は月2～3回と多い状況の中、防塵マスクの着用なしに、エンジンカッターで、石綿管の切断作業を行っていた。こうした職務状況及び職務環境から判断して石綿労災認定基準に相当するものであったと認められた。

10-2010-2010-15-悪性胸膜中皮腫

体育館の天井・側面に吹き付けられた石綿粉じんに曝露する

都道府県-義務教育学校職員

50歳代-平成13年10月

概要：昭和43年4月から在職していた職員が悪性胸膜中皮腫により死亡する。昭和48年4月から同51年3月まで勤務していた小学校の体育館の天井・側面に石綿が吹き付けられ、体育教員であった被災職員の勤務状況から判断して、石綿曝露作業に相当する業務に従事していたと認められた。

11-2011-2011-13-悪性胸膜中皮腫

水道施設の配水管漏水作業及び作業の監督時に石綿曝露

市町村等-その他の職員

70歳代-平成22年6月

概要：昭和34年から平成4年までの間、水道部において水道施設の維持修繕業務で配水管漏水作業及び作業の指導監督を行い、石綿に曝露し発症した。

備考：安全・衛生対策-毎年地域を2ブロックに分けて担当者会議を開催しており、その中で所属に対して注意喚起等を行っている。

12-2011-2011-14-悪性胸膜中皮腫

水道課にて石綿管切断等に従事したことによる石綿曝露

市町村等-電気・ガス・水道事業職員

70歳代-平成22年11月

概要：水道課において昭和30年～昭和54年頃まで石綿管切断等に従事したため中皮腫を発症した。

13-2011-2011-15-悪性胸膜中皮腫

水道課にて石綿管切断等に従事したことによる石綿曝露

市町村等-電気・ガス・水道事業職員

60歳代-平成20年12月

概要：過去に行った水道管の石綿製品切断等の加工作業により、悪性胸膜中皮腫を発症した。

備考：安全・衛生対策-水道管の石綿製品の取扱いを停止し、これまでの従事者には公費で健康診断を受診させている。

14-2011-2011-16-悪性胸膜中皮腫(上皮型)

水道課にて漏水調査や破損の修理に従事したことによる石綿曝露

市町村等-電気・ガス・水道事業職員

60歳代-平成23年8月

概要：昭和43年から昭和59年まで、水道課で漏水調査や破損部分の修理を年平均5件から10件行っていた際、石綿曝露により悪性胸膜中皮腫(上皮型)を発症した。

15-2011-2011-17-悪性胸膜中皮腫

建物の調査・設計・工事管理に従事したことによる石綿曝露

市町村等-その他の職員

70歳代-平成19年7月

概要：昭和28年の採用時より、建築物の調査・設計・工事管理の業務に従事し、学校の講堂や体育館の天井裏に多用されていたアスベストが解体作業の立ち会いの際に飛散したことにより被災した。平成18年1月より体調を崩し、同年11月に「悪性胸膜中皮腫」と診断され、平成19年7月に同傷病により死亡した。

16-2012-2012-09-肺癌

自動車整備業務に従事したことによる石綿曝露

都道府県-その他の職員

60歳代-平成21年2月

概要：清掃事業所で35年間、清掃車輛の整備に従事し、石綿を含み粉塵に曝露したため、肺癌を発症した。

備考：訂正履歴-清掃事業所で35年間、清掃車輛の整備に従事し、石綿を含み粉塵に曝露したため、悪性胸膜中皮腫を発症した。→肺癌を発症した。

17-2012-2012-10-悪性胸膜中皮腫

家屋破壊活動等に従事したことによる石綿曝露

市町村等-消防職員

50歳代-平成20年8月

概要：消防職員として火災防ぎょ出動時の家屋破壊活動、消防学校のボイラー点検業務、阪神・淡路大震災の救助活動等で石綿に曝露し、悪性胸膜中皮腫を発症した。

備考：安全・衛生対策-健康診断の実施及び防塵マスクの配付を行った。

18-2012-2012-11-右原発性肺癌

水道課にて石綿管切断等に従事したことによる石綿曝露

市町村等-電気・ガス・水道事業職員

70歳代-平成19年9月

概要：昭和47年から平成4年まで石綿を使用した水道管の切断等の業務に従事していたため、右原発性肺癌を発症した。

備考：安全・衛生対策-希望者に対して定期健康診断時に石綿健診を実施。

19-2013-2013-10-悪性胸膜中皮腫

配水管修繕業務に従事したことによる石綿曝露

都道府県-電気・ガス・水道事業職員

60歳代-平成23年11月

概要：昭和46年から昭和57年まで水道技師として石綿セメント管を含む配水管修繕業務に従事していたため、悪性胸膜中皮腫を発症した。

20-2013-2013-11-左胸膜肉腫型中皮腫

石綿管切断作業に従事したことによる石綿曝露

市町村等-電気・ガス・水道事業職員

70歳代-平成22年5月

概要：昭和32年から平成8年までの間、水道局において石綿管切断作業等に従事していたことにより、左胸膜肉腫型中皮腫を発症した。

備考：安全・衛生対策-平成15年度までに石綿水道管を铸铁管に布設替している。かつて石綿管布設等の業務に従事し、現に使用している職員については、石綿健康診断を実施している。既に退職した職員については、健康管理手帳による健康診断の周知等を行っている。

21-2013-2013-12-悪性胸膜中皮腫

庁舎解体作業の立ち会い業務等に従事したことによる石綿曝露

市町村等-消防職員

60歳代-平成21年12月

概要：昭和44年より市消防局において、消火・救助活動業務、石綿が使用された消防学校庁舎における教官業務、消防庁舎の解体作業等への立ち会い業務等に従事していたことにより、悪性胸膜中皮腫を発症した。

備考：安全・衛生対策-消防活動及び検査・査察時に必要に応じて、防じんマスク等の保護具を着用している。

22-2013-2013-13-悪性胸膜中皮腫

建物の増改築による石綿ばく露

都道府県-義務教育学校職員

60歳代-平成14年11月

概要：増改築を行っていた複数の小学校に勤務していたため、アスベストによる悪性胸膜中皮腫を発症した

備考：訂正履歴-(指摘前)長年にわたって小学校の増改築に従事していたため、アスベストによる悪性胸膜中皮腫を発症した。(指摘後)増改築を行っていた複数の小学校に勤務していたため、アスベストによる悪性胸膜中皮腫を発症した。

23-2014-2014-08-悪性胸膜中皮腫

石綿管の修繕及び取替作業に従事したことによる石綿曝露

市町村等-電気・ガス・水道事業職員

60歳代-昭和62年5月

概要：石綿管の修繕及び取替作業に従事し、石綿粉じんを吸い込んだことにより、悪性胸膜中皮腫を発症した。

24-2014-2014-09-びまん性胸膜中皮腫

水道管切断等の水道工事に従事したことによる石綿曝露

都道府県-その他の職員

50歳代-平成9年9月

概要：昭和38年4月から昭和49年3月まで及び昭和51年4月から昭和60年12月までの間、水道管の切断等の水道工事に従事したことにより、びまん性胸膜中皮腫を発症した。

備考：安全・衛生対策-石綿セメント管の切断等の作業を行うときは、防じんマスクを使用し、石綿粉じんの発散を防止するため、周りを囲ったり湿潤状態にするよう指導している。

25-2014-2014-10-びまん性胸膜肥厚

環境工場破碎棟内の清掃作業に従事したことによる石綿曝露

市町村等-清掃事業職員

70歳代-平成19年11月

概要：環境工場破砕棟内の清掃作業に従事し、石綿を含む粉じんを吸い込んだことにより、びまん性胸膜肥厚を発症した。

備考：安全・衛生対策－職員が被災した建物は既になく、他の市有施設の石綿についてはすべて対処済みである。また、同署で同様の業務に従事した職員については、退職者も含めて特殊健康診断を実施している。

26－2014－2014－11－胸膜中皮腫

水道管の維持補修業務に従事したことによる石綿曝露

都道府県－その他の職員

80歳代－平成24年10月

概要：昭和39年から昭和63年までの間、石綿管を含む水道管の維持補修業務に従事していたことにより、退職後に胸膜中皮腫を発症した。

27－2015－2015－16－悪性胸膜中皮腫(肉腫型)

水道管の切断作業に従事したことによる石綿曝露

市町村等－電気・ガス・水道事業職員

70歳代－平成26年8月

概要：カッターで水道管を切断し、粉じんを吸い込みながら作業を行っていたため、悪性胸膜中皮腫を発症した。

備考：安全・衛生対策－事例紹介により同様の災害の未然防止に努める。

28－2015－2015－17－左悪性胸膜中皮腫

水道管の修繕作業に従事したことによる石綿曝露

市町村等－その他の職員

70歳代－平成27年3月

概要：被災職員は、簡易水道の石綿管の修繕作業に従事していたが、当時は石綿の発がん性を知らず、マスク等装着せずに作業していたため、左悪性胸膜中皮腫を発症した。

備考：安全・衛生対策－健康診断を実施している。

石綿対策全国連絡会議

2017年11月15日発行

アスベスト対策情報 No.45

◎レイチェル・リジュンリム賞

◎石綿対策全国連絡会議第29回総会議案

◎首都圏建設アスベスト訴訟判決

2017年10月24日横浜地裁判決要旨

原告団・弁護士・統一本部「声明」

2017年10月27日東京高裁判決要旨

原告団・弁護士・統一本部「声明」

海外の団体による裁判所に対する共同書簡

アスベスト・公害・薬害・労災等被害者共同アピール

弁護士アピール

◎全国連結成30周年記念国際集会

アジア・世界の日も早いアスベスト禁止めざして

◎(平成29年9月改定)環境省環境保健部石綿健康被害対策室

石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査計画書

石綿対策全国連絡会議にぜひ御入会下さい

石綿対策全国連絡会議にぜひ御入会下さい。年間会費は、団体会員の中央単産が10,000円、その他団体が5,000円、個人会員が2,000円となっています(各「アスベスト対策情報」1部の代金を含む)。

中央労働金庫田町支店(普)9207561 / 郵便振替口座 00110-2-48167

名義はいつでも「石綿対策全国連絡会議」(振り仮名はセキメンタイサクゼンコクレンラクカイギとして下さい。)



アスベスト対策情報

発行 石綿対策全国連絡会議 No.45 2017年11月15日
〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-12ビル5F
全国安全センター内 TEL. 03-3636-3882 FAX 03-3636-3881

石綿対策全国連絡会議

も く じ

◎レイチェル・リジュンリム賞	1
◎石綿対策全国連絡会議第29回総会議案	2
◎首都圏建設アスベスト訴訟判決	
2017年10月24日 横浜地裁判決要旨	14
原告団・弁護士・統一本部「声明」	18
2017年10月27日 東京高裁判決要旨	20
原告団・弁護士・統一本部「声明」	25
海外の団体による裁判所に対する共同書簡	28
アスベスト・公害・薬害・労災等被害者共同アピール	30
弁護士アピール	31
◎全国連結成30周年記念国際集会	
アジア・世界の日も早いアスベスト禁止めざして	35
◎(平成29年9月改定)環境省環境保健部石綿健康被害対策室	
石綿ばく露者の健康管理に係る試行調査計画書	51

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



豪：上院委員会が違法輸入問題で中間報告

Senate Economics References Committee, Australia, 2017.11.22

オーストラリア上院経済参考委員会
不適合建材 中間報告：アスベストの脅威からの
オーストラリアの人々の保護

勧告1

2.49 オーストラリア政府間評議会を通じて、オーストラリア政府が、アスベストの違法輸入に対処する連邦及び州の法令を強化するための調整のとれた一貫性のある全政府アプローチを追求することを、委員会は勧告する。

勧告2

2.50 アスベスト安全根絶機関が、次のアスベスト管理・認識のための全国戦略計画を策定するとともに、それ以外の機能、現在の機能及び本報告の勧告のなかで示された新たな機能を実行できるように、オーストラリア政府が同機関に適切に資金提供することを、委員会は勧告する。

勧告3

2.62 移民国境警備省及びオーストラリア国境警備隊が、関係者社による貢献を強化及び定式化することを目的として、その産業協議手続の外部レビューを行うことを、委員会は勧告する。理

想的にはそれは、最前線において違法なアスベスト輸入によって不利な影響を受ける者との定期的な公式の会合を通じてなされるべきである。

勧告4

2.87 オーストラリア政府が、ロッテルダム条約付録Ⅲへのクリソタイル・アスベストのリスト掲載を強力に促進し続けるとともに、これを達成するために必要であればその投票ルールの変更を支持することを、委員会は勧告する。

勧告5

2.88 オーストラリア政府が2019年のロッテルダム条約で付録Ⅲへのクリソタイル・アスベストのリスト掲載に成功しなかった場合、オーストラリア政府が、付録Ⅲへのリスト搭載と同等な輸入情報開示の要求事項をもった二国間または多国間アスベスト条約の追求を考慮することを、委員会は勧告する。

勧告6

2.89 オーストラリア政府が、他国との自由貿易協定の定期的見直しのなかで、アスベスト含有物質に関する規定をそのレビューに含めることを、委員会は勧告する。

勧告7

2.90 オーストラリア政府が、国際的なアスベスト禁止に対してその支援を継続するとともに、アジア太平洋地域におけるアスベストのリスクに対する認識向上を促進することを、委員会は勧告する。

勧告8

3.26 オーストラリア政府が、建設業における幅広い職業に対して義務的なアスベスト認識訓練を求めるとともに、この目的のために全国的に認証された訓練に対して適切に資金を提供することを、委員会は勧告する。

勧告9

3.37 移민국境警備省及びオーストラリア国境警備隊が、アスベスト含有物質に関するリスクと責任及び他の国で使用されているアスベスト含有物質の定義に関する、すべての輸入者に対する包括的教育キャンペーンを開発及び実施するメリットについて検討することを、委員会は勧告する。

勧告10

3.38 アスベスト安全根絶機関が、アスベストの違法輸入に関する情報にアクセスするための、サプライチェーン全体の参加者のためのシングルポイントを提供する総合ウェブサイトを開発することを、委員会は勧告する。

勧告11

3.64 オーストラリア政府が、アスベストの違法輸入を効果的に監視及び予防するために必要なオーストラリア国境警備隊のスタッフ資源をレビューすることを、委員会は勧告する。

勧告12

3.65 オーストラリア政府が、違法なアスベスト輸入を管理するために、オーストラリア国境警備隊が特別の部門をもつことのメリットについて検討することを、委員会は勧告する。

勧告13

3.87 オーストラリア政府が、抜け穴をふさぐとともに、アスベストを輸入する事業者や個人に対する有罪判決を獲得する検察官の能力を改善することを目的に、現行のアスベスト輸入違反を執行する課題に対処するために、1901年関税法

(及び他の関係法令)をレビューすることを、委員会は勧告する。

勧告14

3.88 オーストラリア政府が、違法なアスベスト輸入事例の起訴を優先事項とすることを、委員会は勧告する。

勧告15

3.89 オーストラリア政府が、それを増加する観点からオーストラリアの輸入禁止違反に対する罰金額をレビューすることを、委員会は勧告する。

勧告16

4.19 輸入者がアスベストを含有するリスクが高いとみなされている商品を輸入しようとする場合、オーストラリア政府が使用者に対して、商品の輸入の前に、試料採取及びNATA [オーストラリア試験所認証機関] (または相互認証協定の署名国である他の国のNATAと同等の試験機関)により認証された機関による分析の実施を求めることを、委員会は勧告する。

勧告17

4.20 政府が、輸入前のアスベストに関する試験についての欧州連合の規則及び手順を調査するとともに、それを採用することが利益になり、オーストラリアの要求事項を強化するかどうか判定することを、委員会は勧告する。

勧告18

4.36 オーストラリア政府が、アスベスト含有物質の輸入及び使用の予防のために、デューデリジェンスシステムが実施されているようにするために、ハイリスク製品の調達者に追加的な義務的要求事項を課すことを検討することを、委員会は勧告する。

勧告19

4.40 他の州及び特別地域が、クイーンズランド州の2017年建物及び建設法 (不適合建材-責任の鎖その他の事項)改正法と同様の法律を通過させることを、委員会は勧告する。

勧告20

4.60 連邦、州及び特別地域の政府が、(作業を行う労働者が直面しそうな危険性を検討したうえでそうすることが安全な場合には) 違法に輸入

されたアスベストの除去及び/または廃棄を求めるとともに、輸入者にそのようなアスベストの除去及び/または廃棄の費用の責任をもたせるために、全国的に一貫性のある法的義務の開発に協力することを、委員会は勧告する。

勧告21

4.64 オーストラリア政府が、その責任に照らして建材のなかのアスベスト含有物質に関する、連邦安全長官の役割をレビュー及び明確化することを、委員会は勧告する。

勧告22

4.73 法令の変更が必要かもしれないことに留意しつつ、オーストラリア競争・消費者委員会が、強制リコールに重大な問題及びリスクが伴わない限り、アスベストが消費者用製品にみつかった場合に強制リコールを実施することを、委員会は勧告する。

勧告23

4.74 オーストラリア競争・消費者委員会が、アスベストを含有する製品に気づき、その後当該製品の義務的リコールの発令を決定した場合、その決定の30日以内にオーストラリア競争・消費者委員会が理由の説明を公表することを、委員会は勧告する。

勧告24

4.75 オーストラリア政府が、リスクが存在する場合の一般への情報提供、その後の事件の監視及び報告集約の双方に関して、消費者用製品の

なかのアスベスト含有物質についての、オーストラリア競争・消費者委員会への一般への報告をレビューすることを、委員会は勧告する。

勧告25

4.83 オーストラリア政府が、全国的公的なアスベスト登録を確立することを、委員会は勧告する。

勧告26

4.84 オーストラリア政府が、輸入者及び供給者に、潜在的アスベスト含有物質のための義務的リコール保険をもつことを求めることのメリットについて検討することを、委員会は勧告する。

※https://www.apb.gov.au/Parliamentary_Business/Committees/Senate/Economics/Non-conforming45th/Interim_report_asbestos

報告書は、106頁に及ぶ分厚なものであるが、「勧告」部分のみを紹介した。この上院委員会報告に至った背景事情については、2016年12月号を参照されたい。次のような記述もある。

2.11 オーストラリア当局によって、アスベストを含有する商品は様々な国からの出荷のなかでみつかる。それには、中国、ドイツ、インドネシア、イタリア、日本、ニュージーランド、シンガポール、南アフリカ、台湾、オランダ、イギリス、アメリカ合衆国、ベトナムが含まれる。

2.12 移民国境警備省は、上記のリストは出荷国を示しているものであって、必ずしも製造国ではないと指摘している。



オランダのEurogritアスベスト汚染騒動

The Dutch Eurogrit asbestos disaster, 2017.10.20

2017年10月5日、オランダ企業Eurogrit BV (Sibelcoとしても知られている) はその顧客に対して、主要製品である吹き付け[サンドブラスター]用砂が過去3か月間、アスベストに汚染されていたと知らせた。同社は製品のリコールを発表した。それ以来、大騒動になっている。

少なくとも約140社がEurogritを使用しており、それよりかなり多いかもしれない。そのすべてがオランダ労働監督局から、アスベストについて適切に調査され、安全と宣言されるまで、汚染されている可能性のある作業場所をすべて閉鎖するよう指示を受けた。現実問題としてこれは、多くの企業が店を閉

じて、賃金を全額支払ったまま労働者を家に帰り、また、建物や工場、敷地の汚染を引き起こし、納期の遅れを引き起こしたことに対する甚大な補償、それに続く契約違反金等に直面することを意味した。示された3か月という期間も不確かだった。

何が汚染を引き起こしたのか? Eurogritは、石炭火力発電所で燃焼された石炭の残渣でつくり、研磨用ペレット状に成型されており、壁をきれいにしたり、工場のオープンの錆を取り除くために、高速で吹き付けられる。私は、この製品のマネージャー Jeroen Keswiellに、なぜ品質管理部が製品にアスベストが存在していることをすぐみつけなかったのかと尋ねた。「そこにあるはずがないから、チェックしていなかった」と彼は言った。これは、Eurogrit BVが自ら所有する鉱山で石炭を掘っており、その一部は—世界のアスベストのホットスポットである—ウクライナにあるという事実にもかかわらずである。ロシアとともに、ウクライナはアスベストの生産・輸出国である。しかし、石炭層にアスベスト鉱脈が走っているかもしれない明らかな地質学的リスクに(明らかに) Eurogrit BVは気づかなかったのである(もちろん、まさに同じ道でアスベストに汚染されたタルク・パウダーに関するアメリカの訴訟事例をただちに思い出す人もいるだろう)。

業界団体OnderhoudNLの指導によって、多くの企業は汚染された作業場所を分析し、作業条件の注意深いシミュレーションを実施した。当初の結果は、製品のアスベスト汚染は最小、法的基準値の範囲内であって、健康に対する実質的リスクは引き起こさないというもので、大きな安心感を与えた。

その一方で、労働監督局は同様の実験を行って、10月末までに最初の公式な結果を発表する意向を表明した。企業に対しては、最大の(かつもっとも高額な)リスク等級の要件に基づいて速やかに分析・清掃するか、または何もしないで同局からの今後の指示を待つか、どちらか選ぶよう助言した。使用及び保管されたEurogritは、今後指示があるまで、アスベスト廃棄物として取り扱われるべき—特別の免許のもとでしか輸送できないことを意味する。または、袋かサイロに入れてその場に残すしかない。オランダでこの種の吹き付け用砂を供給しているのはEurogrit BVだけである。

労働者の健康が深刻にとらえられたことは称賛するが、同時に、オランダ政府の事実調査と



方針決定が遅いことには驚いた。
※<https://www.linkedin.com/pulse/dutch-eurogrit-asbestos-disaster-mr-dr-yvonne-waterman/>

Eurogrit: 推計1.6~2億ユーロの損害、さらに増加

Eurogrit: estimated damages at 160-200 million euro's and rising, 2017.11.5

オランダにおけるアスベストに汚染された吹き付け用砂Eurogritスキャンダルで、先週いくつかの進展があった。第一に、オランダ労働局が専門調査機関TNOの予備的報告に基づいて指示を出した。この指示は二重構造になっている。まず、未使用のEurogritはその生産者Eurogrit BVによって回収・除去される。これはその製品リコールに沿ったものである。次に、既使用のEurogritはアスベスト除去の最低の条件(「リスク等級I」)のもとで除去することができる。これは、労働監督局がより高く

費用のかかるリスク等級を指定するのではとおそれていた多くの企業にとっては大きな救済である。

Eurogrit (a.k.a. Excellent Grit) の製品リコールの理由は、2015年5月以降この吹き付け用砂がアスベスト汚染を含んでいた可能性があるということである。簡単に要約すると、労働監督局が求める条件は以下のとおりである(指示の原文は以下を参照: <https://www.inspectieszw.nl/onderwerpen/asbesthoudend-staalgrit/nieuws/2017/10/31/opruimen-verontreinigd->

straalgrit-kan-onder-strengere-voorwaarden)。

- ・吹き付け用砂の除去は、リスク等級Iのアスベスト除去規則にしたがって行われなければならない。それには、2日前までの労働監督局への通知、労働者に対するあらゆる危険性の通知及び指示、使い捨てのタイベック作業着、P3マスク、二重袋等の使用が含まれる。
- ・必要な場合には除去のプロセス全体を通じて、粉じんを予防するための吹き付け用砂の徹底した湿潤化
- ・HEPAフィルター付き工業用真空掃除機または吸引車によって除去する。
- ・吸引が可能でない状況の場合には、砂を注意深くシャベルですくって清掃することによって除去しなければならない(オランダ労働監督局は実際に「清掃」と書いており、TNOによる予備的助言によれば、これについて明確に「ほうき」に言及している)。
- ・当該箇所はぬらした布で清掃し、その布はアスベスト汚染物として廃棄されなければならない。
- ・すべての砂が除去されたかどうか目視によってチェックする。

さらに注意深い換気も示されているように思われる。最初のTNO報告書の確定版は、11月10日に発表されると告知されている。これは、Eurogrit問題が知られるようになってからちょうど1か月後である。労働者が被った健康リスクに関する、TNOによる別の報告書は年末までにまとめられるものと予測されている。

第二に、不動産及び工業用地の維持管理専門業界の団体であるKoninklijke OnderhoudNLの求めによるWaterman Legal Consultancyからの指示にしたがって、Admanstarsが様々なシナリオのもとにおける汚染レベルに関する報告書を発表した。この報告書はふたつの重要なことを明らかにした。まず、保管されているEurogritの袋の存在自体は、アスベスト繊維の飛散との関係では無視できること。次に、過去にEurogritが吹き付けられた換気の良いまたは開かれた場所で見出されるアスベスト繊維はきわめて低いレベルであるということ。しかし、とりわけ2015年5月以降の(日常的)曝露についての、密閉された場所で労働者が曝露したレベルとそれが引き起こすリスクについては疑問が残る。これに対する回答は、TNOの報告を待たなければならない。

Koninklijke OnderhoudNLディレクターのOkke Spruijtは全国テレビで、Eurogritによるオランダの企業の損害の最初の推計は1.6~2億ユーロであると発表した。それらの多くは、ベルギーのコングロマリットSibelcoの一部であるEurogrit BVに賠償を求めることになるだろう。

産業界の貴族家系とみなされているベルギーのEmsens家は、Sibelco及び世界中の多くのEternit企業のも最終所有者であるEtex双方の主要な株主である。



※<https://www.linkedin.com/pulse/eurogrit-estimated-damages-160-200-million-euros-rising-waterman/>

タルクパウダー訴訟:アスベスト汚染タルクによる危害

USA, Mesothelioma.com, 2016.11.22

最近とりわけ新たな文書が、多数の訴訟の被告になっているジョンソン・エンド・ジョンソン社が最初からその製品中の毒物汚染に気づいていた可能性があることを暴露してから、タルクパウダー訴訟がホットピックになっている。裁判文書は、同社が何

十年もそのタルクが汚染されていることを知っていたにもかかわらず、心配する消費者に対して常にその製品がアスベストに汚染されていることは決してないと安心させるよう明確に指示していたことを明かした。

しかし、ジョンソン・エンド・ジョンソンだけが、アスベスト汚染を知らながら製品を市場に流通させて、消費者を危険にさらした企業なのではない。コルゲート・パーモリーブ社のカシミヤブーケ・タルクパウダーやウイットカー・クラーク・エンド・ダニエルズ社のデザートフラワーなど他の製品も、消費者がその製品を使用して何十年もたった後に中皮腫と診断されて、タルクパウダー訴訟の対象になっている。

●アスベストに汚染されたタルクパウダー

タルクパウダーは、ベビーパウダーや石鹸からより工業的な潤滑剤やセラミックまで、幅広い製品に長年使用されてきた。タルクは、その水分吸収性から広く使われてきた粘土鉱物である。ルーズなパウダー形状における、この鉱物の水分や臭気を低減する能力は、個人用衛生製品においてこの製品をとりわけ有用にしてきた。

長年にわたってある種のがんとその関連性に関するいくつかの調査研究はあったものの、自然のままタルクはむしろ安全であるとみなされてきた。しかし、主要な安全上の関心は、アスベスト、とりわけトレモライトに汚染されたタルクである。それらが化学的に同様であることから、これらの鉱物はしばしば自然界の鉱脈のなかで混ざりあい、それらを分離することは困難である。

タルクは合衆国及び世界中で採掘されており、採掘プロセスの一部として労働者は、この鉱物を抽出するために石をドリル掘削、発破または破碎するかもしれない。タルクを採掘するにしたがって、汚染された鉱山は致死的なトレモライト繊維を飛散させ、鉱夫だけでなく、最終的にこの鉱物を使用したタルク製品の消費者をリスクにさらしている可能性がある。

1973年にFDA [食品医薬品局] は、すべてのタルクはアスベストフリーであることを保証するために検査されなければならないと具体的に述べた新たな基準を策定し、それはいまでも有効な法律である。最近の訴訟のなかで明かされた文書のなかでジョンソン・エンド・ジョンソンは、その製品中にアスベストがみつかったことはない検査の長い歴史と、その製品は常にアスベストフリーであったことを確信してい

ると述べた。

同社はまた、アスベストの痕跡がなかったとする、1972年中のタルク検査結果を示した文書も提供した。しかし、専門家は、たとえ検査を行い、アスベストがないことを示したとしても、それらの検査の正確さと精密さは現在行われている検査ほど信頼できるものではないと指摘してきた。さらに、訴訟のなかでジョンソン・エンド・ジョンソンに対する反証として使われた、1973年の報告書は、同社のバーモント州におけるタルク鉱山のある調査において、同社のスタッフが微量の2種類のアスベストを確認したことを示している。

より信頼できる検査をともなったより最近の調査でさえ必ずしも全体像を示しているわけではない。2012年にFDAは、過去数年間に採取した数ダースの化粧品用製品における汚染の可能性の評価に関する情報を発表した。同局は、4社のボディパウダーやファウンデーション等の製品を検査することができ、アスベストはみつからなかったと述べた。しかし、わずかな企業しか参加していないことから、この結果はたんに参考情報に分類されるべきであって、確定的なものではない。

たとえ少量のタルク中の微量のアスベストであっても、人々に深刻なリスクを引き起こし得るのであって、安全とみなされる曝露量は存在しない。消費者用製品中のアスベストのリスクに確実性がないこと、及び、ベビーパウダーや玩具、クレオンのなかのアスベストがみつまっているという証拠は、消費者の安全にさらに関心を高めている。

●中皮腫とタルクパウダー訴訟

汚染されたタルクパウダーとがん発症リスクとの間の関連性は何十年も前から知られている。その製品に対する多数のタルクパウダー訴訟のなかの初期の被告の一人である、ジョンソン・エンド・ジョンソンに対する最近の訴訟において、文書は同社が消費者の安全に対するあからさまな無視を明らかにした。同社は、汚染された製品を使用した結果のひとつとして卵巣がんを発症した女性について、数千の訴訟に直面しているが、同社及び同様の製品をもつ会社は中皮腫と結びついた同様の訴訟に



も直面している。

過去数年間、彼らは多くのタルクパウダー訴訟において卵巣がんに関して責任があるとされてきた。より最近では8月に同社は、ベビーパウダーを何十年も使用した後に卵巣がんを発症したカリフォルニアのある女性について4.17億ドルの評決に直面した。アスベストについてほど多くの訴訟はまだないものの、中皮腫その他のアスベスト関連疾患についての、症状が現れるまで50年以上もの潜伏期間は、将来さらに多くの訴訟がありうることを暗示している。

直近では、ジョンソン・エンド・ジョンソンは、そのベビーパウダーを40年近く使用したために中皮腫を発症したと主張するカリフォルニアの住人ティナ・ハーフォードに係るアスベスト・タルクパウダー訴訟に直面した。これは、同社にとって具体的に中皮腫が関係した最初の訴訟だった。今月はじめ、陪審団はジョンソン・エンド・ジョンソンを支持する評決を下したが、彼女の弁護士は声明のなかで、ひとつの評決が同社が無実であることを意味するわけではなく、陪審は彼らに責任ありとするようになるだろうと言った。

他の会社も中皮腫被害者による同様の訴訟に直面している。コルゲート・パーモリーブは、中皮腫生存者マリー・ライアンズが起こした訴訟に直面している。ライアンズは、彼女がカシミアブーケットパウダーを数十年間使用したことが少なくとも部分的には彼女の診断に対して合理的であるとする証拠を提出した。裁判所は、審理を進めるのに十分な証拠があると判断した。

ここしばらくの間、中皮腫被害者は自らの法的権利を行使し、同様の事例で勝利してきた。2015年にコルゲート・パーモリーブは責任ありとされ、カリフォルニアの住人ユディト・ウィンケルに1,300億ドルの賠償を裁定された。彼女は裁判所に対して、1970年代を通じたカシミアブーケットの使用がその後の中皮腫の診断につながったという十分な証拠を提出した。ウィッター・クラーク・エンド・ダニエルズもまた、そのデザートフワフワやクラブマン・パウダーなどのタルクパウダー製品に対する訴訟に直面し、2015年と2016年に各々700万ドルと1,800万ドルの評決を受けた。

これらの訴訟の結果にかかわらず、そうした会社にとっては、アスベストに汚染されたタルクまたは他の製品を無頓着に販売に責任を負うべきであるということが重要である。部分的にでもそうした製品の使用によりそれらの診断に直面した消費者は、自らの権利を理解して、そうした企業に責任を負わせる必要がある。願わくば今後、そうした企業が、自らの行動が引き起こした深刻な影響を認め、消費者に対するさらなる危害を予防するために積極的な変化をなすことを期待したい。



※<https://www.mesothelioma.com/blog/authors/jackie/talcum-powder-lawsuits-how-asbestos-contaminated-talc-harms-people.htm>

※2017年末から年明け、クレア (Claire) の子供用メーキャップ商品等のアスベスト汚染が大騒ぎになり、ららアメリカから世界にひろがりつつある。

ブラジルにおけるアスベストの分裂

USA, Mesothelioma.com, 2017.11.7

世界第3位の白石綿生産国であるブラジルにおけるアスベスト使用に関する立法が、2017年8月24日の最高裁による判断が分かれた決定の対象であった。最高裁は、サンパウロ州のアスベストを禁止する権利を支持したものの、投票権のある9人の裁判官のうち多数が国レベルの禁止を支持したにもかかわらず、1票足らずに、アスベストの使用を認めた連邦法(9,055/1995)を違憲と宣言することができなかった。アスベストの商業利用を認めている連邦政府の方針とは対照的に、サンパウロ及び他の9つの州は、アスベストに対して正反対の立場を取り、その使用を禁止してきた。他の禁止州は、リオデジャネイロ、リオグランデスル、ベルナンブーコ、マトグロッソ、サンタカタリーナ、パラ、マラニョン、アマゾンで、これら10州の人口は1億3,048万人、ブラジル全人口の64%を占めている。リオグランデスル、ベルナンブーコ、リオデジャネイロの各州及びサンパウロ市における禁止の合法性も同裁判所によって検討されており、われわれの知っている限りでは、これらの禁止に対する決定はペンディングされている。

最高裁によって審理されている裁判には、全国工業労働者連盟がサンパウロの禁止に対して起こしたもの、及び、全国労働弁護士協会と全国労働裁判官協会が連邦アスベスト法に対して起こしたものが含まれている。これらの裁判の中心的論点は、連邦政府がブラジル市民の健康と福利を守る憲法上の義務を果たしていないなかで、そうする権利が他の政治的主体に移譲されるかどうかということである。8月24日に下された決定からは、そうであることは明らかであるように思われる。

2012年8月に最高裁は、アスベストによって引き起こされる労働衛生上及び公衆衛生上の危険につ

いて、独立的なアスベスト専門家と産業界のスポークスマン双方から提出された意見を聞いた。不幸なことに、アスベストによって引き起こされている社会的不正義と環境による人種差別を終焉させることを支持する科学的及び医学的証言の優秀さにもかかわらず、2012年10月31日に裁判所が会合をもった際に評決はなされなかった。

5年近い2017年8月10日まで先送りされて、同日の午後にディアスト・フォリ裁判官は、ベルナンブーコ、リオグランデスル及びサンパウロ州、サンパウロ市のアスベスト禁止を支持する決定を下した。彼の決定の発表を受けて、審理は1週間延期された。

8月17日に連邦最高裁判官ローザ・ウエバーは、クリソタイル・アスベストの商業的及び工業的利用を許している連邦法9,055/1995は違憲であると表明した。同裁判官の立場は明快ではなかった。

「科学的知見は、アスベストの健康及び環境に対する有害性を確認することを可能にしている… [アスベストの使用は] 国際労働機関の第139号 [発がん物質] 及び第162号 [アスベスト] 条約やバーゼル条約など、ブラジルが行ってきた国際公約に一致していない…」

ウエバーの表明に対してあるオブザーバーは、彼女の立場は「健康の憲法上の価値」を支持するものであると書いた。再び、審理は1週間延期された。


2017年8月24日、裁判所は再開した。利害の対立のために11人の最高裁判官のうち2人—ディアスト・フォリとルイス・ロベルト・バローゾ—が、連邦政府のアスベスト政策の合憲性に関する投票を禁じられ、この問題は残りの9人の裁判官によって決定されることになった。連邦法が違憲であると宣言するためには、最低6票確保しなければならない。

その日、ジルマール・メンデス、アレクサンドル・デ・モ

ラエス、ルイス・フクスとマルコ・アウレーリオは、疑わしい産業界の調査研究とごまかしの経済的主張を引用して、連邦政府のアスベスト方針を支持した。そのすべてがアスベスト使用をやめることが人々を守る唯一の道であることを認めている、労働衛生及び公衆衛生を守る任務を負った国際諸機関の立場を無視して、これらの裁判官は経済的主張を優先し、アスベスト使用の人々に与える影響を無視したのであった。

8月17日にローザ・ウェバー裁判官が示した先例を踏まえて、エドソン・ファチンとリカルド・レヴァンドフスキーは、アスベストの発がん性を認めて、連邦の方針は憲法に反していると宣言した。ウェバーに対する8月24日の支持は、ジョゼ・セルソ・デ・メロ・フィリオ裁判官とカルメン・ルチア・アントゥネス・ロシャス裁判長からも与えられ、連邦政府のアスベストの「管理使用」方針に反対する5対4の勝利をもたらした。残念なことに、憲法上の変更に影響を及ぼすには、同裁判所の11人の裁判官から6票の評決が達成されなければならない（この事件では9人の裁判官しか投票権がなかった）。

今後数週間、数か月のうちに、ブラジルやその

他の場所で、アスベスト使用の継続に死に物狂いの既得権者によるヘビー級のロビー活動を伴って、今回の裁判所の決定の意味合いをめぐって多くの法律的及び政治的議論が行われるだろう。それは疑う余地がないが、この最高裁判決は、アスベストに対する国の取り組みに対する公けの支持を強化している。ブラジリアの政府がそうした挑戦を先送りできるか否か、何がなされるかにかかわらず、サンパウロ州の法律が合憲と裁定された事実は、その他の州及びブラジル連邦区も同様の禁止を採択することができることを意味している。いずれにせよ、ブラジルにおいてアスベストの採掘、使用、輸送及び輸出は禁止されることになるだろう。これは、有害な法律と企業の利益を公衆衛生よりも優先する現状維持に挑戦するためにそのノウハウと時間、資源を捧げてきた、ブラジル・アスベスト曝露者協会（ABREA）とその法的助言者、諸団体の偉大な勝利である。禁止の呼びかけはアスベストを生産・使用し続けている諸国に広がっていくだろう 。

※<http://ibasecretariat.org/lka-brazils-asbestos-divide.php>

アスベスト帝国の失墜

The Fall of Asbestos Empire, IBAS, 2017.9.17

「否認、歪曲、攪乱」の上に建てられたアスベストの砂上の楼閣は崩壊しつつある。人体曝露の有害な影響を明らかにする証拠の一層の増加と人々を守る取り組みの世界中における進展にともない、近年についての暫定データが消費量の劇的な減少を示すとともに、アスベストをめぐる闘いの前線からの報告は自国市場においてさえアスベスト産業の影響力と力に対する警告を示している。（中略）

サンパウロ州のアスベスト禁止の合憲性を支持した8月24日の最高裁決定の悪夢のなかで株価の下落をみたことから、ブラジルで唯一のアスベスト鉱山の所有者であるエターニトSAの経営陣と株主は何

を考えなければならないか憂慮する声がある。この歴史的な評決に直面して、エターニトSAとその子会社がブラジルでのアスベスト戦争に負けたことに疑いの余地はない。しかし、アスベスト産業の失墜は一夜にして起こったわけではない。今世紀の間にビジネス上のライバルがアスベスト・フリー技術に転換し、アスベスト被害者の声がますます高まるなかで、国のアスベスト方針における産業界の優越が閉ざされてきた。アスベスト産業に資金援助された労働組合のひとつである全国アスベスト労働者委員会（CNTA）や、ブラジルのアスベスト事業者の協会であるブラジル・アスベスト研究所（IBC）のスタッフが、

同国のアスベスト部門への支持を示すための海外旅行を満喫していた栄光の日々は、もはやない。かつては世論を操縦し、政府当局者に影響を与え、世界市場キャンペーンを支援するためにふるまわれたアスベスト産業の気前の良さは泡と消え、産業界の旅の道連れだった者たちは、かつての使用者や支払担当者から見捨てられた。最近の上院における公聴会の場で、CNTAのあるスポークスマンは、昨(2016)年に200人の労働者が解雇され、アスベスト繊維の生産は2015年以降50%減少したと述べた。採掘量の減少と包括的アスベスト禁止の可能性を

考えれば、ブラジルのアスベスト産業に対する司法、政治、人々の支持が失墜することは驚くべきことではない。最近の進展について、元労働監督官でブラジル・アスベスト曝露者協会の創始者の一人であるフェルナンダ・ジアナーシは以下のように語っている。

「カナダとブラジルにおけるアスベスト産業の終焉と両国の目前に迫った禁止を踏まえれば、アスベスト産業は専制独裁国でしか生き残れないだろう」。



※<http://ibasecretariat.org/lka-the-fall-of-the-asbestos-empire.php>

エターニトはもはやブラジルでアスベストを使用しない

Brazil Monitor, 2017.11.28

エターニトは、その製品へのアスベスト使用をめぐる長年に及ぶ裁判論争の後、2019年以降はいかなる製品の製造にももはや原料アスベストを使用しないだろう。同社の繊維セメント板全体の生産は、合成原料ポリプロピレンを使って開始されることになる。「われわれは、市場がもはやアスベスト製品の消費を望んでいないことを理解している」と同社会長Luis Augusto Barbosaは語った。

エターニトは、繊維セメントの登録商標である。

「エターニト」の名前はしばしば繊維セメントの総称として使われていが、実際には、現在はベルギー企業エテックス (EternitGmbHの親会社) が所有する、繊維セメントのブランドの商標である。繊維は建材、主として屋根及びファサード製品に用いられている。(省略)



※<http://www.brazilmonitor.com/index.php/2017/11/28/eternit-will-no-longer-use-abestos-in-brazil/>

ブラジル最高裁がアスベスト使用を禁止

UOL Host, 2017.11.30

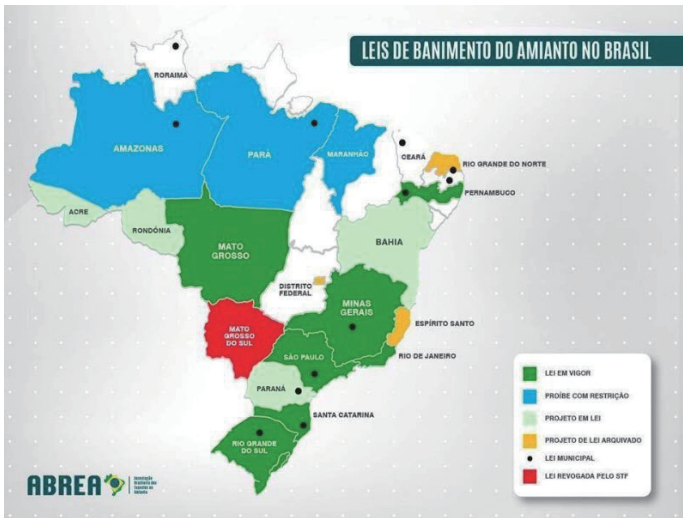
水曜日(11月29日)の7対2の投票によって、ブラジル連邦最高裁 (STF) は、ブラジルにおけるアスベストの生産、商業化及び使用を禁止した。この物質は現在屋根板やタンクの生産に使用されているが、衛生団体はその発がん物質としてのリスクを指摘している。

裁判官らは、国内における物質の輸出を規制す

るとともに、「管理された」やりかたでアスベストの利用を許している連邦法9.055/90を違憲であると宣告した。裁判官らは、リデデジャネイロ州における法律が関係した事件を分析したのだが、その禁止は国全体に対して有効である。

事件の報告者ローザ・ウェバーはアスベスト使用反対に投票し、6人の同僚に支持された。彼らの解

アスベスト禁止をめぐる世界の動き



「凡例」の上から、緑=禁止を施行中
青=限定付きの禁止
黄緑=禁止を計画中
橙=禁止計画を放棄
赤=以前の最高裁判決により禁止撤回

積は、アスベストの使用に安全なレベルはなく、したがって禁止されるべきだというものである。アレクサンドル・デ・モラエスとマルコ・アウレリオはこの物質の使用継続賛成に投票した。

8月に連邦最高裁は、州法によって命じられているサンパウロ州におけるアスベスト禁止を維持することを支持した投票を行った。その時点で裁判官らはすでに、アスベストの資産及び商業化は違憲であると判定した。しかし、連邦法を変更させるには6票が必要であり、このときには必要数に達しなかった。

アスベスト産業は、ブラジルで生産されているアスベストの種類は高いレベルで安全に埋め込まれていると主張した。アスベストは安全性を欠くことからすでに世界60か国以上で禁止されて

いるが、ブラジルでは屋根材の大部分の生産に使用が続いている。



※<http://www1.folha.uol.com.br/internacional/en/business/2017/11/1939473-brazilian-supreme-court-bans-use-of-asbestos-in-brazil.shtml>

判決はエターニトのアスベスト事業を中止に追い込む

Brazil Monitor, 201712.5

エターニト社は火曜日(12月5日)株主に対して、連邦最高裁(STF)の決定に直面して、その子会社SAMA(採掘)及びPrecon Goiás(アスベスト・セメントタイル製造)の活動をこの問題に関するさらなる決定まで中止すると発表した。

11月29日にSTFは同国におけるクリソタイル・アスベスト(白石綿)の採取、商業化及び流通を許した1995年の連邦法の条文を違憲であると宣告した。

同社は、アスベスト・セメントタイルを製造するその他の工場は、マナウスの工場で生産される合成繊維ポリプロピレンのみで通常どおり操業を続けると

している。

その声明のなかでエターニトは、常に地域社会とその従業員に約束してきたように、この部門に関係する規範や法律にしたがって、安全のベストプラクティス、環境への配慮の枠内で行動するという約束を再確認した。

1週間前に同社は、来年末までにセメントタイル生産のアスベストの使用を中止すると発表した。

※<http://www.brazilmonitor.com/index.php/2017/12/05/court-decision-made-eternit-paralyze-asbestos-activities-in-brazil/>

8人の上院議員がアスベスト禁止法案を提案

USA, Mesothelioma.com, 2017.11.7

先週 [2017年11月2日]、8人の民主党上院議員グループが、アメリカ合衆国においてアスベストを禁止する新しい法案を提出した。同法案は、アラン・レインスタイン・アスベスト禁止法と呼ばれている。これは、過去20年間以上に連邦議会に提出された、6度目の同様の法案である。

「2017年の現在でもなおアスベストが合衆国で許されているのはとんでもないことだ」と、同法案共同提出者のひとりジェフ・マークリー（民主党-オレゴン）は言う。マークリーはさらに、アスベストを「公衆衛生の脅威」と呼んで、合衆国がこの危険な発がん物質を完全に禁止している他の先進国に追いつくよう求めた。

別の法案共同提出者であるモンタナ選出の民主党議員ジョン・テスターは、アスベストが何百人もの命を奪っているリビーのような街でみられる問題に焦点をあてた。EPAは現在でも、リビーのバーミキュライト鉱山及び周辺地域の汚染された土壌その他の物質の除染作業を行っている。

他の法案共同提出者たちは、コリー・ブーカー（民主党-ニュージャージー）、ディック・ダービン（民主党-イリノイ）、ダイアン・フェインスタイン（民主党-カリフォルニア）、エドワード・マーキー（民主党-マサチューセッツ）、バーニー・サンダース（無所属-バーモント）及びシェルダン・ホワイトハウス（民主党-ロードアイランド）である。

おそらく法案共同提出者になった者よりも注目されるのは、共同提出者になることを選ばなかった者である。とりわけ、地元と全国で人々にアスベスト曝露の危険性について訴えてきた、テスター上院議員の同僚である、ステイブ・デインズ（民主党-モンタナ）を欠いていることである。

今年はじめ、デインズ上院議員は、4月1～8日を

全国アスベスト啓蒙週間に指定するのに、テスター上院議員に加わった。そのときデインズ上院議員は、「われわれは、それを防ぐためにアスベストとその恐るべき影響について十分教育できたことも、また、リビーの仲間たちにわれわれの支援があることを知らせるようにはできなかったこともない」と言った。

しかし、春の彼の言葉にもかかわらず、デインズ上院議員は、少なくとも現時点では、アスベストを禁止するためのこのもっとも新しい法案を支持するのを拒んでいる。代わりに、このモンタナ選出の上院議員は、全面禁止の実施を必ずしもとまわらない、現在進行中の規制見直し作業への支持を表明した。

法案を通過させ、最終的にはトランプ大統領に届けるためには、デインズのような上院議員の支持が必要だろう。トランプのところにとどり着いたとしても、アスベストに関する大統領の過去の発言を考えれば、彼は拒否権を発動するだろう。

そうなったら法案提出者らは、全面禁止のための努力への支持を明らかにしていない、デインズその他共和党の上院議員たちを説得する必要がある。大統領の拒否権を覆す圧倒的多数を結集するために、彼らが十分な数の共和党議員を説得できるかどうかは現時点ではわからない。

とはいえ、法案は提出された。昨年オバマ大統領が署名して成立したローテンバーク法によって求められている化学物質レビューからEPAが逃げ腰になっていることから、この物質を禁止するためのこのような他の努力を前進させ続ける必要がある。



※<https://www.mesothelioma.com/news/2017/11/eight-senators-introduce-bill-to-ban-asbestos.htm>

EPAアスベストを含め化学物質のレビューを制限

USA, Mesothelioma.com, 2017.11.2

トランプ政権は、国中の家屋、事務所や工場における、アスベスト、難燃剤、その他の毒物など、使われていない、ハイリスクの化学物質の法律で義務付けられたレビューを制限しようとしている。


一般の人々に使用されている化学物質とその曝露状況を調査するというバラク・オバマ前政権の提案を前進させる代わりに、環境保護庁は製造及び流通がいまも行われている毒物のみをレビューしようとしている。

毎年数百トン輸入されているアスベストはレビューされるだろうが、1970年から2016年の間に合衆国に入った890万トンのアスベスト含有製品はされないだろう。

この決定は、規制を必要とする物質は1%超アスベストを含有していなければならないとした、1994

年の労働安全衛生庁の調査に主に基づいている。しかし、公衆衛生専門家らは、この数字は恣意的だと言っている。

「世の中にはたくさんのアスベストがいまなお存在している」と、デトロイトのウエイン州立大学内科教授のマイケル・ハーブは言う。「いまなお合法であり、致命的であり、今後何十年も問題であり続けるだろう」。

ハーブはまた、保温工組合の医学アドバイザーでもあり、中皮腫がんなどの巣巣関連疾患を診断・治療するために医師によって現在使われている基準を策定するのを助けた。(省略) 

※<https://www.mesothelioma.com/news/2017/11/epa-limiting-reviews-of-chemicals-including-asbestos.htm>

EPAの評価は禁止に対する強力な支持と反対を示す

USA, Mesothelioma.com, 2016.9.28

環境保護庁(EPA)は、アスベストを含めた10の有害化学物質を調査する数年間の長さのプロセスの真ただ中にある。1年前にEPAは、フランク・ローテンベルグ法の通過によって、公衆衛生に対して不必要に危険なリスクを引き起こしている可能性のある化学物質を評価するとともに、行動を取り得る権限をついに与えられた。

以来、この夏の初期調査文書の発表によって、その調査の状況がいくらかわかるようになった。この調査文書は評価プロセスにおける最初のステップにすぎず、EPAは今後ハザード・曝露評価に進み、その後リスクの徳性評価及び判定が行われる

ことになろう。調査文書の発表の前にEPAは、調査をめぐる意見や関心事を一般の人々が表明するための意見聴取期間を設けた。調査文書が発表されたことから、9月19日まで再度意見表明できるようになり、今後も評価は続くことから意見表明の機会は今度設けられるだろう。

この意見表明期間を通じてアスベスト調査は、EPAにこの鉱物の一定の用途をその評価において基本的に無視するよう求める、いまもアスベストに依存している産業からの様々な嘆願はもちろん、より厳格な規制や最終的禁止に対する支持を見出した。

アスベスト禁止に対する支持

いくつかの重要な産業の個人と組織は、EPAのアスベスト調査に対する支持を表明するとともに、この有害物の最終的な禁止につながるであろう徹底的調査を希望する意見を述べた。

アスベスト専門家

受付一覧表にある意見の多くは、国中のアスベスト専門家によるものだった。アスベスト監督者、管理者、除去専門家やこの分野の他の者らは、この有害物に対する自らの懸念を表明した。アスベストの除去や廃棄が彼らの生計手段であるにしても、意見の多くはEPAに対して、こうした専門家や彼らの顧客がしばしば直面するアスベストの遺産的使用を考慮するよう求めた。

彼らの多数意見は、効果を高めるために多くの個人が署名したひとつの基本文書のなかで述べられている。その顧客に対する懸念に関して、資格をもった専門家らは、「リスク評価の基準のひとつとしての致命的なアスベスト繊維の飛散とともに、建物の中にある床、天井、壁、保温材や耐火材を毎日人々が『使用』していることが認識されるべきである。こうした物質の『使用』は設置のときだけ終わらない。こうした物質の多くについて、『使用』は設置の時点からはじまるだけである」と書いている。

アスベスト専門家らは、彼らが「こうした遺産物質がすっかり建物からなくなる日が来るのを待っている」と結んでいる。彼らは、アスベストを禁止するためになされている努力を称賛するとともに、新たな製品が1%までのアスベストを含有することを許している1%ルールをEPAが捨てることも希望している。

消防士

国際消防士協会 (IAFF) も、アスベストの遺産的使用に対する関心を表明した。この組織は、国中の30万人のフルタイム消防士と救急医療隊員を代表しており、全員が何千もの古い建物や家屋に残されているアスベストについて心配している。アスベストは何十年もこれら建物の耐火手段として使用され、保温材や床材から屋根材まであらゆる種類のアスベスト含有物質が含まれる。

アスベスト専門家の懸念と同様に、IAFFは、こうした有害な環境による一般の人々と消防士自身の双方についての関心を述べている。アスベスト製品は火災自体によって容易に損傷されるか、または、火災が広がった場所を確認するために壁や天井を打ち破る行動によって破壊される可能性があり、それらは消防士の曝露のリスクを増大させる。その意見の締めくりにIAFFは、「消防士のアスベスト曝露はほとんど日常的に生じている。われわれのメンバーを守るためには、EPAがわれわれの麦生を理解し、アスベストが一般の人々と緊急対応者に及ぼすリスクを徹底的に評価することが不可欠である」と言っている。これは、遺産的使用を明確に調査の側面のひとつにすべきだということを意味している。

環境・衛生団体

様々な環境・衛生組織も、調査に対する支持を表明するとともに、遺産的使用の調査の必要性を指摘する、共同意見及び個別意見に加わった。

アメリカ公衆衛生協会 (APHA) の労働安全衛生部門は、EPAに禁止のためにその権限を発揮するよう求める意見を提出した。APHAはEPAに対して、EPAの文書で言及されている「使用の状況」には労働者及び一般の人々に対する予測できるリスクと予測できないリスクの双方を含めるべきであることから、アスベストの現在の使用と遺産的使用双方の詳しい分析を行うよう求めた。APHAは、以前の使用はもちろん現在の使用もすべて危険であり、過去多くの場合にほとんど安全かつ適切に管理されてこなかったと述べている。APHAは、EPAが、この物質に汚染されていることが知られているタルクのような製品を含め、アスベストの完全な禁止を促進するよう求めている。

他の組織もその意見のなかで同様の勧告をしている。Safer Chemicals Healthy Families、Earthjustice、環境衛生戦略センターや世界中の多くの組織が、その名前を加え、この有害物の禁止を支持するだろう。

禁止に対する反対

もちろん、受付一覧表にある意見のすべてが禁

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

止、またはアスベストのより厳格な規制についてさえ賛成なわけではない。概して、そうした組織または個人は、そのプロセスのためにいまなおアスベストの輸入に依存している、化学産業からのものである。

塩素研究所は、塩素アルカリ産業で働く世界中の190のメンバーをもつ組織である。同産業のメンバーを代表して、彼らの意見は、合衆国で44の大きな塩素生産工場の約23%でアスベストが使用されているが、その使用を安全にする安全基準が実施されていると説明した。この組織はさらに、いかにアスベストを安全に取り扱うかに関する産業のガイドラインをつけて、5年ごとに最新のパンフレットを発行していると説明した。

結論として彼らは、「塩素アルカリ産業は、塩素生産プロセス内におけるアスベストの安全使用の証明済みの記録を有している。塩素研究所のメンバーは、現在実施されている効果的管理とともに、塩素アルカリ産業のアスベスト使用の科学的根拠のあるリスク評価は、この使用が労働者に対して不合理な健康リスクをもたらしていないことを示している」と書いている。

よく知られた化学会社E. I. DuPont de Nemours and CompanyからスピノフしたChemours Companyも、EPAに「代替物質が利用可能でない」アスベスト・ガスケットの必要性を認識するよう求めた。同社は、繊維が飛散性になるのを許していない、合成ゴムの複合物に封入された80%未満のクリソタイル・アスベスト繊維を含有するガスケットをつくるために、中国からアスベストシートを輸入していると説明した。Chemoursは、過去数年間にわたりアスベスト使用を積極的に減らしており、労働者を守るために実施されているアスベスト管理計画をもってると述べた。そのため同社は、少なくともこのような状況のなかでは、アスベストは禁止されるべきではないと提案した。

接着剤封止材評議会など他の同様な組織もEPAに、禁止または何らかのさらなる規制に関して、一定の用途または状況を基本的に無視するよう求めた。

行動

アスベスト調査についての意見表明期間は9月19日に終了したが、EPAに対してあなたの禁止に対する支持を示す方法はまだまだたくさんある。多くの意見はアスベストに対してとられるべき厳格かつ迅速な行動に対する支持を示しているものの、さらなる規制に反対し、化学プロセスにおいてはなお許されるべき、また、遺産的使用は危険ではないと説得する者もなお多くいる。これまでの研究は、アスベストの危険性と過去の広範な使用によりいかに多くの命が危険にさらされているか証明してきた。

アスベストを合法的なままに維持するために闘っているこうした企業に反対する立場を明確にするかどうかは、われわれすべて次第である。評価は継続することから、意見を表明する機会是一般の人々に再び開かれるであろうし、われわれはすべて明確に意見を表明し、危険性についてさらに注目を集めさせ、切望される禁止を積極的に支持することができる。その間にも、自らのソーシャルメディア上の存在を通じて人々を教育するとともに、注意を喚起し、署名に協力し、地元選出の国会議員に話すことによって支援することができる。評価は、合衆国が過去数十年でもっとも禁止に近づいていることであり、われわれはEPAがアスベスト禁止に対する幅広い支持を理解するとともに、アスベストが危険である理由の説明を追加できるように支援する



※<https://www.mesothelioma.com/blog/authors/emily/epas-asbestos-evaluation-shows-strong-support-for-and-against-a-ban.htm>

12月7日のEPA公聴会では、バリー・キャッスルマン、リンダ・レインスタインらも証言。ブラジル連邦最高裁の判決が、アメリカにおける禁止を促進することを期待したい。

EPAのアスベスト・リスク評価の最初の検証

USA, Mesothelioma.com, 2017.6.27

昨年6月、反アスベスト活動家らは、この有害物質の将来の禁止への道を開くようにみえたフランク・ローテンバーク法の通過を喜んだ。喜びは、数か月後に環境保護庁（EPA）が最初の10のレビュー対象物質を決定し、そこにアスベストが含まれていたときまで続いた。

興奮させた発表から6か月後、EPAは10の化学物質全てのリスク評価についての調査文書を発表して、その調査の一端を垣間見せた、この文書には、これらの化学物質の使用状況と引き起こしている危険性、及びEPAが今後曝露とリスクを評価する方法のための分析計画についての初期調査を含んでいた。

この初期調査は数年かかる調査のほんのはじめに過ぎないとはいえ、この文書は、今日のアスベスト使用についていくらかの洞察を与えるとともに、次のステップがこの有害物の禁止につながる希望も与えている。

合衆国におけるアスベスト使用

多くの人が、その古い使用に関してアスベストの危険を考えている。それは建設においてきわめて広く使用され、古い家屋や建物、いくらかの古い消費者向け製品にさえ残っている。これらの遺産的使用と廃棄は、評価は化学物質の現在及び合理的に予見できる使用に焦点をあてるべきだとEPAが考えていることから、その評価において考慮されなかった。EPAはまた、鉱山がもはや使用されていないことから、モンタナ州リビーのアスベストに汚染されたバーミキュライトの事例も除外した。

クリソタイルは、合衆国で使用されたほぼすべての種類のアスベストであり、今日でもそうである。2002年以降合衆国ではアスベストは採掘されていないとはいえ、いまなお毎年大量に輸入されてい

る。文書によれば、2016年だけで、主としてブラジルから、340トン（749,572ポンド）の原料アスベストが輸入されている。

文書はまた、輸入されるアスベストのすべてが現在塩素アルカリ産業で使用されていることを指摘している。産業の代表はEPAに対して、今日3つの企業が半透性隔膜の生産に原料アスベストを使用している15の工場を操業していると報告した。文書は、これらの工場におけるプロセスをさらに評価するEPAの計画にふれている。典型的な工場はどこでも毎年5～25トンのアスベストを使用しているものと推計されている。

よく知られたこれら隔膜へのアスベストの使用に加えて、EPAは、化学産業全体におけるシートガスケットへのアスベストの知られた使用も含めている。EPAはまた、安全データシートや他の情報源から指摘された、「使用の証拠」が示された製品についても調査する予定である。そうした製品には以下がある。

- ・工業摩擦製品
- ・車両用摩擦製品
- ・改造用ブレーキ
- ・接着剤及び封止材
- ・屋根用コーティング
- ・その他のガスケット及び充填剤

EPAはまた、連邦地質調査所（USGS）は合衆国に輸入されていると指摘してきたアスベスト含有が疑われる製品について調査する計画にもふれている。これらの「合理的に予見される使用」製品には、建材や紡織品が含まれる。

アスベストの取り扱い

アスベストを適切に除去及び廃棄することは、潜在的曝露を回避するためにきわめて重要である。

しかし、もしアスベストがすでに損傷され、または飛散性であるとしたら、その取り扱いにあたってさらなる予防措置が必要である。諸施設は、飛散性アスベストについてのみ、飛散状況または他の廃棄物管理を有害物質飛散登録 (TRI) プログラムに対して報告しなければならない。

2015年にTRIプログラムは、36施設によって管理された約2,560万ポンドの飛散性アスベスト廃棄物を記録している。このアスベスト廃棄物のうち875ポンドはリサイクルされ、188,000ポンドは処理され、残りの2,540万ポンドは環境中に飛散された。アスベストの圧倒的多数は廃棄物処理場に廃棄され、314ポンドの廃棄物は煙突経路または逃散的大気飛散によって大気中に飛散された。

現場及び現場外での飛散性アスベストの廃棄量は過去数年間のうちに著しく増加した。2009年には880万ポンドのアスベスト廃棄物が記録されただけだった。2012年までに、1,600万ポンドの管理されたアスベスト廃棄物へと、その量は2倍近くになった。さらに、2015年までに、2,500万トンの廃棄されたアスベストへと再び増加した。

アスベスト曝露のリスク

アスベストを扱うかまたは使用しているこれらの産業に加えて、EPAはアスベストがどのようにアスベストが一般の人々に影響を与えているかについてふれている。文書は、大気中のアスベストのレベルは多くの要因によって多様であり得るが、一般的に都市は地方よりも10倍アスベスト濃度が高いと指摘している。EPAは、アスベスト曝露リスクを、職業、消費者及び一般の人々の3つのカテゴリーに分けた。EPAは、アスベスト吸入はカテゴリーにかかわらず、最大の脅威であると指摘した。職業曝露は、アスベストを直接取り扱う者、及び、EPAが「非使用」労働者と表現した、より傍観者であって、製品を積み込んだり、または機械のメンテナンスなどの作業を通じて知らずにこの物質に接触する者に起こりうる。

文書は、一般の人々は、空気中に飛散した固形廃棄物はもちろん、飲料水または廃水を通じてアスベストに曝露しようと述べている。自然生成アスベ

トは空気中に飛散、または飲料水や土壌を汚染して、消費者をより曝露リスクにさらすようにしうる。製造、加工及び廃棄場所近くに住む者も、より高い曝露リスクにさらされうる。

EPAはまた、中皮腫が、とりわけ85歳以上の年齢において、増加していることも指摘している。文書は、35～64歳の者での事例の減少にもふれているが、55歳未満の者ではアスベスト曝露が現在も進行中であると考えている。EPAは、人の健康に対するこれらの危険性だけでなく、水質など環境に対するその影響についても検討を続ける予定である。

次のステップ

EPAは、10の化学物質の調査に今後まだ多くの作業がある。今回その調査文書を発表して、次のステップは、化学物質が引き起こしている毒性及び健康問題、使用状況のもとでの曝露の強度及び頻度を確認するための、ハザード曝露評価であろう。

これらの評価の後、EPAは、リスクの特性評価、基本的にすべての知見の分析、及びリスクの判定を行う。そのリスク判定において、EPAは、当該化学物質が今日使用されている状況下で、公衆衛生及び環境衛生に非合理的なリスクを生じさせているかどうかを判定する。もしそうであれば、彼らは2年以内にリスクを緩和するための計画を決定しなければならない。

しかし、新政権のもとで、EPAの将来はむしろ不明瞭である。トランプ大統領は当初、過去10年間で最低の運営予算をもたらし、多くの重要なプログラムを中止させる、約31%の予算削減を提案した。

私たちは、地元選出の国会議員に接触することによって、この重要な仕事の継続を支持することができる。ローテンバーグ法のもとで行われている作業のもとで、過去何十年のうちに合衆国がアスベスト禁止の可能性にもっとも近づいている。

※<https://www.mesothelioma.com/blog/authors/emily/a-first-look-into-the-epas-risk-evaluation-of-asbestos.htm>※<https://www.mesothelioma.com/news/2017/11/eight-senators-introduce-bill-to-ban-asbestos.htm>

トランプ大統領任期中のアスベストとその危険性

USA, Mesothelioma.com, 2016.9.28

(前略) 中皮腫がん連合の関心は、大統領候補がめったに話題にすることのない、中皮腫とアスベスト曝露に対する認識を広めることにある。

しかし、トランプはアスベストについて発言してきた。他の話題について彼が行ってきた発言と同じように、彼は自らがアスベスト曝露の現実の危険性に無知であることを証明してきた。さらに、アスベスト産業とこの有害な物質の「禁止よりもむしろ」使用の拡大に対する彼の支持は、トランプが大統領になったら、彼のアスベスト関連施策はかえって不必要な死の増大につながる可能性を示している。

トランプは、過去にアスベストについて何と言ってきたのか? 以下はいくつかの例である。

トランプはアスベストは「ギャングの陰謀」だと考えている

アスベストとがんの間の明らかな関係を示す100年以上にわたる医学的・科学的研究は忘れなさい。アスベスト曝露の安全なレベルは存在しないという合衆国環境保護庁 (EPA) の言明は忘れなさい。中皮腫と診断されたことを知ってその生活を破壊される毎年何千もの人々のことは忘れなさい。

トランプはもっと分別がある。あるいはそう主張している。

1997年にトランプは「敗者復活 (Art of the Comeback)」という題名の本を出版している。その自己を美化するエゴイスティックな作業のなかに埋め込んで、トランプは次のように書いている。

「私は、アスベストに反対する運動はギャングに率いられていると考えている。なぜなら、アスベストの除去を行っているのはギャングと関連した会社が多いからだ。大きな圧力が政治家にかけられ、いつものごとく政治家はそれに屈している。何百万台ものトラックに荷積みされたこの驚くべき不燃物

質は特別の『廃棄場所』に持ち込まれ、安全ということになっているが、耐火性能でアスベストに匹敵することはできない物質によってアスベストが代替されている」。

加えて、トランプはさらに、設置されてしまえばアスベストは「100%安全」とまで言う。壊されなければアスベストが相対的にいづらか危険性が少ないことは事実だとしても、いかなるレベルの明日べすと出会っても将来病気を引き起こす可能性がある。労働安全衛生庁 (OSHA) は、耐火材に使用されたアスベストは「実際の火災の場合のように」攪乱されれば、容易に大気中に飛散することを示してきた。

長い物語を要約すれば、アスベストの危険性を支持する医学的・科学的証拠は明らかである。そこには陰謀は存在しないし、トランプのような不動産開発業者にたんに腹いせをさせる以上の望みはない。アスベストは人を殺すし、そのような死は嘘であり、ギャングの陰謀の一部だと主張することは、この有害物質のために現実の人々が日々感じている痛みや苦しみを無視するものである。

ツインタワーがアスベストがなかったために倒壊したとトランプは言う

9月11日の惨劇は、私たちの社会に将来長くつきまとうだろう。15年経っても、われわれは攻撃、とりわけマンハッタンの世界貿易センタータワーに対する攻撃の持続する健康影響について、なお学び続けている。

ツインタワーが倒壊した構造的理由はよく確立されている。ハイジャックされた2機の飛行機がタワーに突入したとき、建物は構造的に脆弱になり、ついには崩壊した。続いて、衝撃で生じ、衝突時にまき散らされたジェット燃料によって増幅された火災が、建物の鉄骨構造の支柱を脆弱にして、ついには両

方の建物の崩壊につながった。

こうした説明は、アメリカ土木工学会の構造技術研究所(SEI/ASCE)、連邦危機管理庁(FEMA)や全国標準技術局(NIST)を含めた、多くの個人/機関によって与えられてきた。各々の報告は詳細な部分でいくらか違いがあるかもしれないが、飛行機の衝突による構造的損害と火災の激しさの双方が世界貿易センタータワー崩壊の原因になったことにはすべてが同意している。

トランプは別の考えをもっている。彼は、アスベストがなかったことが建物の崩壊を引き起こしたと考えている。

この奇抜な意見は、2015年にはじめて公けに口にされた。トランプは上院国土安全保障・政府問題委員会ですべてのようにつづったのである。

「ニューヨーク市にはたくさんのアスベスト・ビルがある。また、アスベストについては多くの議論がある。私が言いたいのは、世界貿易センターにアスベストがあったら燃え尽きることはなかったろうと、多くの人が言うだろうということ。消失しなかったろうと、わかりますか? 多くの人々はアスベストは、私の業界の多くの人々はアスベストはかつてつくられた中でもっとも偉大な耐火物質であると考えている。また、私はアスベストといま使われている新しい物質との比較テストをみたことがあるが、コンテストにさえならなかったと伝えることができる。重量級のチャンピオン対軽量級の高校生のようなものだ。それなのに、その優れた知恵で、あなたがたはアスベストは有害な物質であって、除去しなければならぬと言ってきた」。

2012年にトランプはあるツイートで、「驚くほど強力な耐火性のあるアスベストを除去及び役に立たないものがいもので代替していなければ、世界貿易センターが燃え尽きることはなかった」と書いて、その証言を倍増させた。

ツインタワーの構造的崩壊に対するトランプの素人評価には、主に3つの問題がある。

まず第一に、とわーは燃え尽きたのではない。崩壊したのである。崩壊は民間航空機のビルへの衝突の影響によってただちに引き起こされたわけではないが、その影響は、構造支柱を全体的に脆弱化

させ、結果に確実に重大な影響を与えた。政府と独立的科学者双方による分析は、ビルへの飛行機衝突が引き起こした多重の損害が、ビルの構造が自重に対処する能力の転換をもたらしたことを示している。

第二に、ツインタワーにアスベストがなかったという主張は正確ではない。この超高層ビルは1968年から1972年にかけて建設され、その間に約400トンのアスベストがビルに使用された。いくらかの除去は行われたものの、相当量のアスベストがなおビルに含まれていた証拠がある。とりわけ、EPAによるある調査は、ツインタワーが崩壊する間に生じた粉じんの約4%をアスベストが占めていたことを示している。

第三に、火災が世界貿易センター構造支柱の脆弱化に寄与したとしても、より多くのアスベストがあれば脆弱化の防止により役に立ったという保証はない。NIST、FEMA、その他による報告は、飛行機の影響が耐火材を払い落とし、通常であれば至らなかったであろう場所にまで火災が広がるのを許したと指摘している。耐火材がアスベストまたは他の物質でつくられていたかにかかわらず、飛行機の影響が耐火材周辺に火が広がることを許したものと考えられる。

トランプはアスベスト被害者に対する補償を制限することを望んでいる

既知の発がん物質として、アスベストは可能な限りきわめて限定された状況でのみ使用されるべき有害な物質である。しかし、アスベストと中皮腫との関係が判明した後であってさえ、多くの企業がこの致命的有害物を使用し続け、それによって、自らの労働者、顧客、その製品に接触したその他の者を汚染した。

結果的に、いくつかの企業は、アスベスト使用継続におけるその過失について責任を認めざるを得なかった。中皮腫その他のアスベスト関連疾患被害者に対してそこから補償を支払うことを求められる、アスベスト信託基金の設立を裁判所によって強いられた企業もある。信託基金を設立していなくても、和解することを選んだり、中皮腫患者やその家

族に裁定額を支払うよう強いられた企業もある。

トランプは、その労働者、顧客、その他をアスベストに曝露させた企業が、このようなかたちで責任を負わされるべきではないと考えている。「不法行為法改革」と呼ばれる幅広い制度の支持者として、トランプはアスベスト被害者がその治療費、収入の損失、診断に伴うその他の費用を受けられる乱用を制限することを望んでいる。

こうした立場を考えれば、トランプがアスベストの危険性を理解していないことは明らかである。また、現実の個人々に与えているアスベストの影響も理

解していない。または、これらのことを理解しているとしたら、彼はたんに気にしていないだけである。

ひとつのことが確実そうに思われる。トランプがホワイトハウスに入ったら、アスベスト禁止がすぐに通過することはなさそうである。2016年のはじめのローテンバーグ化学物質安全法の通過に対する興奮を踏まえれば、この時点におけるわれわれの前進の中断は壊滅的であろう。

※<https://www.mesothelioma.com/blog/authors/staff/asbestos-and-the-dangers-of-a-trump-presidency.htm>



2025年まで中皮腫事例は増加すると予測される

USA, Mesothelioma.com, 2017.7.20

新しい報告は、悪性中皮腫事例は2025年まで増加し続けると予測されることを示している。悪性胸膜中皮腫がもっとも多く増大し、全中皮腫事例の70%を占める一方で、悪性腹膜中皮腫は事例の15~20%を占める。

中皮腫がん数の増加に伴い、治療費総額も同様に増加するだろう。手術、化学療法や放射線療法は、悪性中皮腫カテゴリーとともに増加するだろう。より具体的には、廃切除術、原料手術や大網切除術が増加するものと予測される。手術によって、患者の平均余命も大きく伸びると予測される。

化学療法を通じた放射線は、腫瘍の大きさを縮小するのに役立つ、多くの企業が中皮腫その他のがんに対する放射線治療を改善する治療技術を研究・開発している。研究の別の領域は、durvalumab, tazemetostat, tremelimumab, nintedanib, ADI-PEG 20やHSV 1716などの免疫治療薬を含む新たな実験的薬剤に焦点を置いている。

中皮腫発症率の増加に伴い—それ自体が大気汚染や人口年齢の増加と結びついているかもしれないが—治療の総量の増加とともに中皮腫に対する治療費が増加しそうである。先進的な治療の選

択肢や新しい治療法も増加するだろう。

国際的にみれば、北アメリカ、ヨーロッパ、アジア太平洋、ラテンアメリカ、中東、アフリカは、悪性中皮腫の事例が増加しているもっとも多い地域である。北アメリカが事例数の多さでリードし、ヨーロッパがそれに続いている。アジア太平洋は、中皮腫事例の数の増加がはじまりつつあり、発展し続けている地域であることから今後より多くが見込まれている。

合衆国では、毎年約3,000人が中皮腫と診断されている。約2,500人が中皮腫のために死亡している。1999年から2015年の間に45,000人をこす人々が中皮腫によって亡くなった。

1973年から2013年の中皮腫の生存率は変化がないままで、5年以上生存するのは約7~9%の患者だけである。診断時の平均年齢は男性で75歳、女性で72歳である。

今回の調査によれば、発症と症状との間の長い潜伏期間、効果的な治療の欠如、調査率の低さが、中皮腫の生存率における主要な要因である。しかし、先進的な治療、医療基盤開発や政府支出増加の要求の増大は、人々が診断後により長く生きることができるようにしてきた。



ストレスチェック制度の実施状況を 施行後はじめて公表します

～ストレスチェックを活用して働きやすい職場づくりを～

2017年7月26日 厚生労働省発表

厚生労働省では、このたび、全国の事業場から労働基準監督署に報告のあった、労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度*の実施状況についてはじめて取りまとめましたので、公表します。ストレスチェック制度の実施が義務付けられている事業場（常時50人以上の労働者を使用する事業場）については、実施結果を所轄の労働基準監督署に報告する必要があります。この報告を取りまとめた結果、平成29年6月末時点で、8割を超える事業場がストレスチェック制度を実施済みであることが分かりました（詳細は別添）。

※ストレスチェック制度とは、職場におけるメンタルヘルス不調を未然に防止することを目的に、常時50人以上の労働者を使用する事業場に対し、平成27年12月から年1回のストレスチェックとその結果に基づく面接指導などの実施を義務付けているもの。

ストレスチェックをきっかけに、働く方一人ひとりが自らのストレスの状況に気づきセルフケアなどの対処をするとともに、事業者は、長時間労働の改善や職場内のコミュニケーションのあり方などを含めた職場環境の見直しを行い、働きやすい職場づくりを進めることが重要です。

厚生労働省としては、労働局・労働基準監督署において、ストレスチェック制度の実施徹底を指導するとともに、小規模事業場を含めたメンタルヘルス対策を推進するため、ポータルサイト「こころの耳」を通じた企業の取組事例の提供、産業保健総合支援センターによる教育・研修の実施、企業の取組に対する助成金といった各種支援事業の充実を図っていきます。

【ストレスチェック制度の実施状況(概要)】

- ・ ストレスチェック制度の実施義務対象事業場のうち、82.9%の事業場がストレスチェック制度を実施。
- ・ ストレスチェック実施事業場の労働者のうち、ストレスチェックを受けた労働者の割合は78.0%。
- ・ ストレスチェックを受けた労働者のうち、医師による面接指導を受けた労働者の割合は0.6%。
- ・ ストレスチェックを実施した事業場のうち、78.3%の事業場が集団分析を実施。

別添 ストレスチェック制度の実施状況 [63～64頁参照]

参考1 ストレスチェック制度の概要 [省略]

参考2 各種支援事業

- (1) ポータルサイト「こころの耳」 [省略] (<https://kokoro.mhlw.go.jp/>)
- (2) 産業保健総合支援センター [省略] (<https://www.johas.go.jp/shisetsu/tabid/578/Default.aspx>)
- (3) 産業保健関係助成金 [省略] (<https://www.johas.go.jp/sangyouhoken/tabid/1151/Default.aspx>)
- (4) 厚生労働省版ストレスチェック実施プログラム [省略] (<https://stresscheck.mhlw.go.jp/>)

※<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000172107.html>

ストレスチェック制度の実施状況

※厚生労働省労働衛生課調べ(平成29年7月)

1 ストレスチェック制度の実施状況

- 平成29年6月末現在(以下、同じ)、ストレスチェック制度の実施が義務付けられた事業場のうち、所轄の労働基準監督署に実施報告書の提出があった事業場^{※1}は約83%。

表1 ストレスチェック制度の実施状況

事業場規模	50～99人	100～299人	300～999人	1000人以上	計
ストレスチェック制度を実施した事業場の割合	78.9%	86.0%	93.0%	99.5%	82.9%

※1 ストレスチェックの実施が義務付けられている事業場は、ストレスチェックの実施結果に関する報告書を所轄の労働基準監督署に提出する義務がある。報告書の提出時期は、各事業場の事業年度の終了後など、事業場ごとに設定して差し支えないこととしている。

表2 ストレスチェック制度の実施状況(主な業種別)

事業場規模	製造業	建設業	運輸交通業	貨物取扱業	商業	
ストレスチェック制度を実施した事業場の割合	86.0%	81.1%	80.9%	76.6%	79.9%	
	金融・広告業	通信業	教育・研究業	保健・衛生業	接客娯楽業	清掃・と畜業
	93.2%	92.0%	86.2%	83.7%	68.2%	67.0%

〈以下2～5は、実施報告書の提出があった事業場における実施状況〉

2 ストレスチェックの受検状況

- 在籍労働者のうち、ストレスチェックを受けた労働者は約8割。

表3 ストレスチェックの受検状況

事業場規模	50～99人	100～299人	300～999人	1000人以上	計
ストレスチェックを受けた労働者の割合	77.0%	78.3%	79.1%	77.1%	78.0%

3 ストレスチェック実施者^{※2}の選任状況

- 約6割の事業場で、事業場内の産業医等がストレスチェック実施者として関与している。

表4 ストレスチェック実施者の選任状況(事業場の割合)

事業場規模	50～99人	100～299人	300～999人	1000人以上	計
事業場内の産業医等	55.8%	58.3%	67.5%	81.3%	58.2%
①事業場選任の産業医	47.9%	49.1%	56.1%	70.8%	49.4%
②事業場所属の医師(①以外の医師に限る)、保健師、看護師または精神保健福祉士	7.9%	9.2%	11.4%	10.5%	8.8%
外部委託先の医師、保健師、看護師または精神保健福祉士	44.2%	41.7%	32.5%	18.7%	41.8%

※2 ストレスチェック実施者は、ストレスチェックの調査票の選定や調査票に基づくストレスの程度の評価方法、高ストレス者の選定基準の決定について、事業者に対して専門的な見地から意見を述べるとともに、ストレスチェックの結果に基づき、当該労働者が医師による面接指導を受ける必要があるか否かを確認するなどの役割がある。ストレスチェック実施者は、医師、保健師、一定の研修を受けた看護師・精神保健福祉士から選任する必要がある。

4 医師による面接指導の実施状況

(1) 医師による面接指導を受けた労働者の状況

- ・ ストレスチェックを受けた労働者のうち、医師による面接指導を受けた労働者^{※3}は0.6%。

表5 医師による面接指導を受けた労働者の状況

事業場規模	50～99人	100～299人	300～999人	1000人以上	計
医師による面接指導を受けた労働者の割合	0.8%	0.7%	0.6%	0.5%	0.6%

※3 事業者は、ストレスチェックの結果、高ストレス者として選定された者であって、医師による面接指導を受ける必要があるとストレスチェック実施者が認めた者のうち、労働者から申出があった者について、医師による面接指導を実施しなければならない。

(2) 医師による面接指導を実施した事業場の状況

- ・ ストレスチェックを実施した事業場のうち、医師による面接指導を実施した事業場は約3割。
- ・ 医師による面接指導を実施した事業場のうち、約8割の事業場で、事業場選任の産業医が面接指導を担当した。

表6 医師による面接指導の実施状況

事業場規模	50～99人	100～299人	300～999人	1000人以上	計
医師による面接指導を実施した事業場の割合	22.6%	36.9%	61.0%	85.0%	32.7%

表7 面接指導実施者の選任状況(事業場の割合)

事業場規模	50～99人	100～299人	300～999人	1000人以上	計
①事業場選任の産業医	79.3%	78.7%	79.5%	81.1%	79.1%
②事業場所属の医師(①以外の医師に限る)	4.7%	5.9%	6.9%	8.8%	5.8%
③外部委託先の医師	16.0%	15.4%	13.6%	10.1%	15.1%

5 集団分析^{※4}の実施状況

- ・ ストレスチェックを実施した事業場のうち、集団分析を実施した事業場は約8割。

表8 集団分析の実施状況

事業場規模	50～99人	100～299人	300～999人	1000人以上	計
集団分析を実施した事業場の割合	76.2%	79.7%	83.6%	84.8%	78.3%

※4 集団分析とは、ストレスチェックの結果を職場や部署単位で集計・分析し、職場ごとのストレスの状況を把握すること。集団分析の結果を、業務内容や労働時間など他の情報と併せて評価し、職場環境改善に取り組むことが事業者の努力義務となっている。

働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」に新コンテンツ「ポジティブ・シェアリング」を追加しました
～疲れやストレスと前向きにつきあうコツを紹介します～

2017年9月27日 厚生労働省発表

厚生労働省では、10月1日から始まる全国労働衛生週間に先立ち、本日、働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」に、新しいコンテンツ「ポジティブ・シェアリング～やってみよう・教えよう疲れやストレスと前向きにつきあうコツ～」を追加しました。[<https://kokoro.mhlw.go.jp/ps/>]

※<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000178660.html>

長時間労働が疑われる事業場に対する 監督指導結果を公表します

2017年7月26日 厚生労働省発表

厚生労働省では、このたび、平成28年4月から平成29年3月までに、長時間労働が疑われる23,915事業場に対して実施した、労働基準監督署による監督指導の実施結果を取りまとめましたので、公表します。

この監督指導は、月80時間を超える時間外・休日労働が行われた疑いのある事業場や、長時間労働による過労死等に関する労災請求があった事業場を対象としています。

対象となった23,915事業場のうち、10,272事業場(43.0%)で違法な時間外労働を確認したため、是正・改善に向けた指導を行いました。なお、このうち実際に月80時間を超える時間外・休日労働が認められた事業場は、7,890事業場(76.8%)でした。

厚生労働省では、今後も月80時間を超える時間外・休日労働が疑われる事業場などに対する監督指導の徹底をはじめ、長時間労働の是正に向けた取組みを積極的に行っていきます。

【平成28年4月から平成29年3月までの監督指導結果のポイント】

- (1) 監督指導の実施事業場： 23,915事業場
このうち、15,790事業場(全体の66.0%)で労働基準関係法令違反あり。
- (2) 主な違反内容〔(1)のうち、法令違反があり、是正勧告書を交付した事業場〕
- ① 違法な時間外労働があったもの： 10,272事業場(43.0%)
 - うち、時間外・休日労働の実績が最も長い労働者の時間数が月80時間を超えるもの： 7,890事業場(76.8%)
 - うち、月100時間を超えるもの： 5,559事業場(54.1%)
 - うち、月150時間を超えるもの： 1,168事業場(11.4%)
 - うち、月200時間を超えるもの： 236事業場(2.3%)
 - ② 賃金不払残業があったもの： 1,478事業場(6.2%)
 - うち、時間外・休日労働の実績が最も長い労働者の時間数が月80時間を超えるもの： 909事業場(61.5%)
 - ③ 過重労働による健康障害防止措置が未実施のもの： 2,355事業場(9.8%)
- (3) 主な健康障害防止に係る指導の状況〔(1)のうち、健康障害防止のため指導票を交付した事業場〕
- ① 過重労働による健康障害防止措置が不十分なため改善を指導したもの： 20,515事業場(85.8%)
 - うち、時間外・休日労働を月80時間※以内に削減するよう指導したもの： 14,012事業場(68.3%)
 - ② 労働時間の把握が不適正なため指導したもの： 2,963事業場(12.4%)
 - うち、時間外・休日労働の実績が最も長い労働者の時間数が月80時間を超えるもの： 1,313事業場(44.3%)
- ※脳・心臓疾患の発症前1か月間におおむね100時間または発症前2か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いとの医学的知見があるため。

【別添1】平成28年4月から平成29年3月までに実施した監督指導結果〔省略〕

【別添2】監督指導事例〔省略〕

【参考資料】労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン〔省略〕

※<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000172536.html>

平成28年度「過労死等に関する実態把握のための労働・社会面の調査研究事業報告書」を公表します

2017年8月10日 厚生労働省発表

厚生労働省では、このたび、平成28年度「過労死等に関する実態把握のための労働・社会面の調査研究事業」の報告書を取りまとめましたので、公表します。（※委託事業。委託先：みずほ情報総研株式会社）

この調査研究は、「過労死等の防止のための対策に関する大綱」（平成27年7月24日閣議決定、以下「大綱」という）において、過労死等の発生要因は明らかでない部分が少なくないため、実態解明のための調査研究が早急に行われることが重要であるとされていることから、平成27年度より実施しているものです。

また、大綱では、過労死等の全体像を明らかにするためには、雇用労働者のみならず法人役員・自営業者も調査を行う必要があることや、自動車運転従事者、教職員、IT産業、外食産業、医療など、過労死等が多く発生しているとの指摘がある職種・業種について、より掘り下げた調査研究を行うことが必要であるとされています。こうしたことから、平成28年度は、自動車運転従事者、外食産業、法人役員、自営業者についてアンケート調査を実施し、あわせて平成27年度の委託事業で実施した労働者に対するアンケート調査について、再集計・分析を実施しました。今回の調査研究結果のポイントは下記のとおりです（概要は別添参照）。

厚生労働省では、今回の調査結果等について、今後とりまとめ予定の「平成28年度我が国における過労死等の概要及び政府が過労死等の防止のために講じた施策の状況」に反映させていく予定です。

＜平成28年度調査研究結果のポイント＞※調査方法、期間、有効回収件数等は別添参照。

I 平成27年度調査結果の再集計・分析

- ・「労働時間を正確に把握すること」及び「残業手当を全額支給すること」が、「残業時間の減少」、「年次有給休暇の取得日数の増加」、「メンタルヘルスの状態の良好化」に資することが示唆される。
- ・『残業時間を0時間に近づける』ことが「年次有給休暇の取得日数の増加」、「メンタルヘルスの状態の良好化」に、また、残業を行う場合に『所属長が残業を承認する』ことが、「残業時間の減少」、「メンタルヘルスの状態の良好化」に資することが示唆される。
- ・『最長の週の残業時間が30時間以上であること』、『ハラスメントがある職場』は、「メンタルヘルスの状態の悪化」を招く傾向にあるが、『裁量をもって仕事を進めることができる』、『仕事に誇りややりがいを感じる』または『適当な仕事量である』職場環境を構築することは、「メンタルヘルスの状態の良好化」に資することが示唆される。

II 企業・労働者調査

○自動車運転従事者(バス、タクシー、トラック)に係る調査結果

- ・企業調査、労働者調査ともに所定外労働が発生する主な理由はほぼ同じで、「バス」では「仕事の特性上、所定外でないとできない仕事があるため」、「人員が足りないため」が多く、「タクシー」では「人員が足りないため」、「予定外の仕事が発生的に発生するため」が多く、「トラック」では「取引先の都合で手待ち時間が発生するため」、「仕事の特性上、所定外でないとできない仕事があるため」が多かった。
- ・労働者調査において、業務関連のストレスや悩みの内容をみると、「バス運転者」では「長時間労働の多さ」、「タクシー運転者」では「売上・業績等」、「トラック運転者」では「仕事での精神的な緊張・ストレス」がそれぞれ最も多かった。

○外食産業に係る調査結果

- ・企業調査、労働者調査ともに所定外労働が発生する主な理由はほぼ同じで、「スーパーバイザー等(※)」では「人員が足りないため」、「予定外の仕事が突発的に発生するため」が多く、「店長」では「人員が足りないため」、「欠勤した他の従業員の埋め合わせが必要なため」が多く、「店舗従業員」では「人員が足りないため」、「業務の繁忙の差が激しいため」が多かった。

※スーパーバイザー等とは、スーパーバイザー・エリアマネージャー(複数の店舗を担当し、売上やレイアウト、在庫管理等の店舗運営について支援・指導を行う者)のことをいう。

- ・労働者調査において、業務関連のストレスや悩みの内容をみると、「スーパーバイザー等」と「店長」では、「売上げ業績等」、「店舗従業員」では、「仕事での精神的な緊張・ストレス」がそれぞれ最も多かった。

Ⅲ 自営業者・法人役員調査結果

- ・労働時間が長くなると、疲労蓄積度(仕事による負担度)が高い者や、ストレスを感じている者の割合が高くなる。
- ・休日における息抜き・趣味活動・家族の団らん等の時間が足りていると感じている者については疲労蓄積度(仕事による負担度)が低くなる傾向であり、労働時間が長い者であっても、自分のペースで仕事ができる者については、疲労蓄積度(仕事による負担度)が低くなる傾向にある。

※<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000174205.html>

「平成29年版過労死等防止対策白書」を公表します

2017年10月6日 厚生労働省発表

政府は、本日、過労死等防止対策推進法に基づき、「平成28年度我が国における過労死等の概要及び政府が過労死等の防止のために講じた施策の状況」(以下、「過労死等防止対策白書」)を閣議決定しました。

「過労死等防止対策白書」は、過労死等防止対策推進法の第6条に基づき、国会に毎年報告を行う年次報告書です。2回目となる今回の白書のポイントは以下のとおりです。厚生労働省では、「過労死をゼロにし、健康で充実して働き続けることのできる社会」の実現に向け、引き続き過労死等防止対策に取り組んでいきます。

「過労死等」とは…業務における過重な負荷による脳血管疾患もしくは心臓疾患を原因とする死亡、もしくは業務における強い心理的負荷による精神障害を原因とする自殺による死亡またはこれらの脳血管疾患、心臓疾患、精神障害をいう。

「過労死等防止対策白書」のポイント

1. 「労働時間を正確に把握すること」が「残業時間の減少」に繋がるとする分析や、過労死等が多く発生していると指摘のある自動車運転従事者や外食産業を重点業種とする分析など、企業における過労死等防止対策の推進に参考となる調査研究結果を報告。
2. 「『過労死等ゼロ』緊急対策」(平成28年12月26日「長時間労働削減推進本部」決定)や「働き方改革実行計画」(平成29年3月28日「働き方改革実現会議」決定)など、昨年度の取組を中心とした施策の状況について詳細に記載。
3. 過労死等防止対策に取り組む企業、民間団体、国、地方公共団体の活動をコラムとして紹介。

※<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000179592.html>

事務連絡
平成29年10月31日
都道府県労働局
労働基準部労災補償課長殿
厚生労働省労働基準局
補償課長補佐(医療福祉担当)

中皮腫の診療のための通院費の 支給に当たって留意すべき 事項の徹底について

移送のうち通院（以下「通院費」という。）の取扱いについては、傷病に関わらず平成20年10月30日付け基発第1030001号「「移送の取扱いについて」の一部改正について」（以下「平成20年局長通達」という。）により定められた支給要件を満たす場合に支給しているところであるが、特に中皮腫の診療のための通院費の支給に当たっては、平成21年1月20日付け補償課長補佐（医療福祉担当）事務連絡（以下「平成21年事務連絡」という。）により、その取扱いについて留意するよう指示しているところである。

中皮腫の診療のための通院費の支給に当たっては、全国的に住居地等の近くに専門的な診療に当たることのできる医療機関の設置数が確保できていない実状を鑑みて、中皮腫に係る専門的医療機関の分布状況を踏まえた通院の実態等を考慮し、下記に留意の上、引き続き適正な給付に遺漏なきを期されたい。

記

- 1 「当該通院が当該傷病労働者を診察した医師の紹介等に基づく通院であることが確認できたとき」は、平成20年局長通達の記の1(3)の口及びハの「診療に適した労災指定医療機関等」に該当するものとして取り扱うこと。
- 2 上記1の「医師の紹介等に基づく通院」とは、当該通院が専門的な診療の必要性が認められるものであり、その判断に当たっては、当該傷病労働者の診察を行った医師の意見等を尊重すること。
- 3 上記1及び2を踏まえ、平成21年事務連絡の

内容を改めて管下労働基準監督署に周知徹底すること。

- 4 すべての事案について、決定前に必ず本省に連絡を行うこととし、本省からの連絡後に決定を行うこと。

なお、必要に応じて調査復命書、診療費請求内訳書、その他参考となる資料の提出を依頼することがあること。

事務連絡
平成21年1月20日
都道府県労働局長
労働基準部労災補償課長殿
厚生労働省労働基準局労災補償部
補償課長補佐(医療福祉担当)

中皮腫の診療のための通院費の支給 に当たって留意すべき事項について

標記の支給については、全国的に住居地等の近くに専門的な診療に当たることのできる医療機関の設置数が確保できていないという実状を踏まえ、平成17年10月31日付け基発第1031001号「中皮腫の診療のための通院費の支給について」（以下「平成17年補償課長通達」という。）において、その取扱いを定めていたところである。

今般、平成20年10月30日付け基発第1030001号「「移送の取扱いについて」の一部改正について」（以下「平成20年局長通達」という。）において、通院費の支給対象範囲を見直したことにより、平成17年補償課長通達に定める中皮腫の診療のための通院費の支給についても、平成20年局長通達で対応し得ることから、平成17年補償課長通達を廃止したものであり、平成20年11月1日以降に生じた中皮腫の診療のための通院費についても、従来の取扱いどおり支給されるものであることに留意されたい。

なお、平成17年補償課長通達においては、傷病労働者の住居地又は勤務地の所在する区域（全国を7つに分割した区域）外への通院については、

本省に協議を行うこととされていたが、今回の改正に伴い、本省への協議が不要となったことにも、併せて留意されたい。

基発第1030001号
平成20年10月30日
都道府県労働局長殿
厚生労働省労働基準局長

「移送の取扱いについて」の 一部改正について

移送の取扱いについては、昭和37年9月18日付け基発第951号「移送の取扱いについて」（最終改正昭和48年2月1日付け基発第48号。以下「移送の取扱いについて」という。）により行っているところであるが、今般、移送のうち通院（以下「通院費」という。）の取扱いについて、傷病労働者の通院事情を踏まえ、下記2のとおり一部改正し、本年11月1日以降に生じた移送から適用することとしたので、その取扱いに遺漏なきを期されたい。

記

第1 通院費の取扱いの改正の趣旨

通院費については、傷病労働者の住居地又は勤務先からおおよそ4キロメートルの範囲内にある当該傷病の診療に適した労災病院又は労災指定医療機関への通院を基本として支給してきたところであるが、医療の専門化・高度化や交通の利便性の高まり等により、傷病労働者の通院事情が大きく変化していることから、通院費の支給対象の範囲を見直すものである。

第2 「移送の取扱いについて」の記の1(3)を、次のように改める。

「(3) 通院

イ 傷病労働者の住居地又は勤務地と同一の市町村（特別区を含む。以下同じ。）内に存在する当該傷病の診療に適した労災病院又は労災指定医療機関（以下「労災指定医療機関

等」という。）への通院（傷病労働者の住居地又は勤務地から片道2キロメートル以上の通院に限る。）。

ロ 傷病労働者の住居地若しくは勤務地と同一の市町村内に当該傷病の診療に適した労災指定医療機関等が存在しない場合、又は交通事情等の状況から傷病労働者の住居地若しくは勤務地と同一の市町村に隣接する市町村内の当該傷病の診療に適した労災指定医療機関等への通院の方が利便性が高いと認められる場合における傷病労働者の住居地若しくは勤務地と同一の市町村に隣接する市町村内にある当該傷病の診療に適した労災指定医療機関等への通院（傷病労働者の住居地又は勤務地から片道2キロメートル以上の通院に限る。）。

ハ 傷病労働者の住居地又は勤務地と同一の市町村内及び傷病労働者の住居地又は勤務地と同一の市町村に隣接する市町村内に当該傷病の診療に適した労災指定医療機関等が存在しない場合における最寄りの当該傷病の診療に適した労災指定医療機関等への通院（傷病労働者の住居地又は勤務地から片道2キロメートル以上の通院に限る。）。

ニ 傷病労働者の住居地又は勤務地から片道2キロメートル未満の通院であっても、傷病労働者の傷病の症状の状態からみて、交通機関を利用しなければ通院することが著しく困難であると認められる場合における当該傷病の診療に適した労災指定医療機関等への通院。

ホ 労働基準監督署長が診療を受けることを勧告した労災指定医療機関等への通院。」

基発補発第1030001号
平成20年10月30日
都道府県労働局労働基準部長殿
厚生労働省労働基準局
労災補償部補償課長

移送のうち通院を取り扱うに当たって 留意すべき事項について

「移送の取扱いについて」(昭和37年9月18日付け基発第951号。以下「局長通達」という。)の一部改正については、平成20年10月30日付け基発第1030001号により指示されたところであるが、移送のうち通院(以下「通院費」という。)を取り扱うに当たって留意すべき事項について、下記のとおり定めたので、事務処理に遺漏なきを期されたい。

記

第1 支給対象の通院

1 診療に適した労災指定医療機関等

局長通達の記の1(3)ロ及びハの「診療に適した労災指定医療機関等」については、原則として、標榜している診療科目により、判断して差し支えないこと。

ただし、傷病の程度若しくは種類又は必要とされる医療の内容によっては、標榜している診療科目を有する医療機関においても適切な診療を実施することが可能とは限らないことから、診療機器の整備状況、専門的知識・経験を有する医師等の有無等を考慮し、当該傷病に関し適切な診療を実施できる体制が確保されているかを判断すること。

2 隣接する市町村

傷病労働者の住居地又は勤務地によっては、交通事情等の状況から、同一の市町村(特別区を含む。以下同じ。)よりも、隣接する市町村内の診療に適した労災指定医療機関等への通院の方が利便性が高いと判断できる場合があることから、局長通達の記の1(3)ロにおいて、傷病労働者の通院の実態を踏まえ、傷病労働者の住居地又は勤務地と同一市町村内に診療に適した労災指定医療機関等があっても、隣接する市町村内の診療に適した労災指定医療機関等への通院を通院費の支給対象としたものである。

3 最寄りの当該傷病の診療に適した労災指定医療機関等

局長通達の記の1(3)ハの「最寄りの当該傷病の診療に適した労災指定医療機関等」については、原則として、傷病労働者が通院に要する距離により判断すること。

ただし、山間地等交通の便が著しく悪い地域に

おいては、交通事情等の状況を踏まえ、当該地域の通院の実情等を考慮し、必要があると認められる場合は、傷病労働者が通院に要する距離にかかわらず、診療に適した労災指定医療機関等への通院を通院費の支給対象として差し支えない。

4 通院期間中に新たな労災指定医療機関等が開設された場合の取扱い

傷病労働者の住居地又は勤務地と同一市町村内に診療に適した労災指定医療機関等が存在していなかったため、同一市町村以外の診療に適した労災指定医療機関等に通院していたが、通院期間中に、同一市町村内に新たに診療に適した労災指定医療機関等が開設された場合は、原則として新たに開設された当該労災指定医療機関等への通院を通院費の支給対象とすること。

ただし、当該傷病労働者の症状の程度、診療経過、今後の診療方針、診療見込み等を考慮して、従来から通院している労災指定医療機関等への通院が妥当であると認められる場合は、当該通院を通院費の支給対象として差し支えない。

5 傷病労働者が通院期間中に転居等をした場合の取扱い

住居地と同一市町村内の診療に適した労災指定医療機関等に通院していた傷病労働者が、他の市町村に転居するなどの事情により、新たな住居地と同一市町村内に診療に適した労災指定医療機関等が存在することとなった場合、原則として新たな住居地と同一の市町村内に存在する当該労災指定医療機関等への通院を通院費の支給対象とすること。

ただし、当該傷病労働者の症状の程度、診療経過、今後の診療方針、診療見込み等を考慮して、従来から通院している労災指定医療機関等への通院が妥当であると認められる場合は、当該通院を通院費の支給対象として差し支えない。

6 傷病労働者が退院した場合の取扱い

傷病労働者の住居地又は勤務地と同一市町村以外の診療に適した労災指定医療機関等に入院していた者の退院後の通院については、原則として住居地又は勤務地と同一の市町村内に存在する診療に適した労災指定医療機関等への通院

を通院費の支給対象とすること。

ただし、診療又は検査等のために、入院していた労災指定医療機関等への通院が特に必要と認められる場合は、入院していた労災指定医療機関等への通院を通院費の支給対象として差し支えない。

なお、上記支給に当たっては、主治医等の意見を踏まえ、同一労災指定医療機関等の下での療養の必要性等を判断すること。

第2 非労災指定医療機関等に係る通院費の取扱いについて

非労災指定医療機関及び柔道整復師、はり師、きゅう師、あん摩・マッサージ・指圧師の施術所に係る通院費についても、労災指定医療機関等に係る通院費に準じて取り扱うものとする。

第3 施行期日

本通達は平成20年11月1日から施行することとし、昭和59年11月20日付け補償課長事務連絡第32号「通院費の取扱いについて」及び平成17年10月31日付け基労補発第1031001号「中皮腫の診療のための通院費の支給について」は、平成20年10月31日をもって廃止する。

基労補発第1031001号
平成17年10月31日
都道府県労働局労働基準部長殿
厚生労働省労働基準局
労災補償部補償課長

中皮腫の診療のための 通院費の支給について

移送費に係る取扱いについては、昭和37年9月18日付け基発第951号（改正昭和48年2月1日付け基発第48号）（以下「通達」という。）及び昭和59年11月20日付け補償課長事務連絡第32号（以下「事務連絡」という。）により実施しているところであるが、石綿による疾患、特に中皮腫については、診

療に当たる専門医や医療機関数の拡充に努めているものの、現状においては、未だ、全国的に居住地等の近くに専門的な診療に当たることのできる医療機関の設置数が確保できていないという実状にある。

このような実状に鑑みて、中皮腫の診療のための通院費の支給については、当分の間、特に下記のとおり取扱うこととしたので、遺憾のないようされたい。

記

1 通院費の支給要件の運用について

通院費の支給要件を示した通達記1の(3)のイ及びロについては、中皮腫の診療のための通院について以下のとおり運用する。

(1) 中皮腫にり患した労働者が通院した医療機関については、事務連絡記の1の(2)に掲げる事項を勘案のうえ、初めての通院でない場合は、当該通院が当該傷病労働者を診察した医師の紹介等に基づく通院であることが確認できたときに「当該傷病の診療に適した指定医療機関」に該当するものとして取扱うこと。

(2) 「4キロメートルをこえる通院」の範囲については、これまで事務連絡記の1の(3)の⑥において「起点の所在する市町村若しくは特別区（東京23区のそれぞれの区をいう。以下同じ。）、文はこれに隣接する市町村若しくは特別区の範囲を限度とすること。」としてきたところであるが、今般、中皮腫に係る専門的医療機関の分布状況を踏まえた通院の実態等を考慮し、その範囲を拡大するために「起点の所在する区域（別表に掲げる全国を7つに分割した区域）の範囲を限度とすること」としたこと。

なお、起点が所在する区域外への通院については、当該区域の住民の通院慣行、当該区域の交通事情等に基づき、個別に判断するものであること。

2 本省への協議について

上記1の(2)のなお書きの通院に該当する事案その他判断に当たり疑義のある事案については、本省に協議のうえ決定を行うこと。

なお、協議に際しては次の文書を添付すること。

中皮腫移送費関係行政通達

- (1) 調査復命書
- (2) 診療費請求内訳書
- (3) その他判断の参考となる資料

別表

区域-管轄都道府県

北海道-北海道

東北-青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島

関東甲信越-茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、山梨、長野

東海・北陸-富山、石川、福井、岐阜、静岡、愛知、三重

近畿-滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山

中国・四国-鳥取、島根、岡山、広島、山口、徳島、香川、愛媛、高知

九州・沖縄-福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄

平成17年10月31日付け事務連絡
都道府県労働局労働基準部
労災補償課長殿

厚生労働省労働基準局労災補償部
補償課長補佐(医療福祉担当)

「中皮腫の診療のための通院費の支給について」の運用について

標記については、平成17年10月31日付け基労補発第1031001号をもって通知されたところでありますが、中皮腫に罹患した労働者に係る通院の状況について情報を収集し、今後の参考としたいので、当分の間、本省協議事案以外の事案についても、決定後速やかに請求書、決議書及び調査復命書の写を補償課医事係まで送付していただきますようお願いいたします。

また、移送費の調査・決定処理に当たっては通達、事務連絡によることはもとより、以下の点にも留意して処理を行うようお願いします。

- ① 通院した事実については、レセプト等により突合等確認を行うこと。
- ② 初めての通院については、昭和59年11月20日

付け補償課長事務連絡第32号記の1の(2)によるほか、必要に応じて、レセプトによる診療内容及び地方労災医員、地方じん肺診査医等の意見も参考にして判断すること。

- ③ 通院を行っている過程において、主治医より一時的に検査等のため他の医療機関を受診するよう指示を受けた場合の医療機関への通院に要する費用は従来どおり、昭和37年9月18日付け基発第951号(改正昭和48年2月1日付け基発第48号)記の1の(3)通院ではなく(2)転医等に伴う移送として取扱うものであること。

事務連絡第32号
昭和59年11月20日
都道府県労働基準局
厚生労働省労働基準局
労災補償部補償課長

移送の取扱いについて

標記については、昭和48年2月1日付け基発第48号通達(以下「通達」という。)により実施しているところであるが、一部斉一性を欠く取扱いがみられ種々問題が生じてきている実態にかんがみ、今後、下記により取扱いの統一を図ることとしたので、これらの趣旨等を十分に理解のうえ、通達の運用に遺憾のないよう配慮されたい。

なお、非指定医療機関、柔道整復師等に係る通院費についてもこの取扱いに準ずるものであるので念のため申し添える。

記

1. 通達記1の(3)のイ「傷病労働者の住居地又は勤務地からおおよそ4キロメートルの範囲内にある当該傷病に適した指定医療機関であって交通機関の利用距離(住居地と勤務地との間は除く。)が片道2キロメートルを超える通院」の考え方について

- (1) 「おおよそ4キロメートルの範囲内」を判断するに当たっては、近年の住宅地の開発及び交通機関の発達等に伴い、特に都市地域への転医

又は通院が見受けられること等もあり、単に4キロメートルという数字のみに主られることなく、傷病労働者の住居地又は勤務地（以下「起点」という。）における地域住民の通院の慣行、交通事情等をも考慮すること。

(2) 「当該傷病に適した指定医療機関」（以下「診療指定医」という。）かどうかを判断するに当たっては、単に内科、外科等の標模している診療科目にとらわれることなく、診療機器・設備内容等傷病労働者の診療に支障を来たさない体制が確保されているか等を勘案すること。

(3) 具体的な取扱例を示せば以下のとおりである。

① 起点からおおよそ4キロメートルの範囲内に診療指定医はあるが、4キロメートルを超える最寄りの診療指定医への通院の方がより交通の便がよく、通常そこへ通院することが妥当であると判断できる場合には、当該通院費を支給して差し支えないこと。

② 起点からおおよそ4キロメートルの範囲内に診療指定医がなかったため、4キロメートルを超える最寄りの診療指定医へ通院していたが、その後4キロメートル以内の地域に新たに診療指定医が設置された場合には、原則として新たに設置された診療指定医への通院が通院費の支給対象となるものであること。

しかしながら、新たに設置された診療指定医の実情、当該傷病労働者の症状、診療経過・今後の診療方針・診療見込み等を考慮し、従来から通院している診療指定医への通院が妥当であると認められる場合には、その通院に係る通院費を支給して差し支えないこと。

（例えば、新たに設置された指定医療機関が診療指定医であったとしても間もなく治ゆが見込まれる者の場合にあっては、従来から通院していた診療指定医までの通院費。）

③ 起点からおおよそ4キロメートルの範囲内の診療指定医へ通院していた者が、転居等の事情により、当該診療指定医への通院が4キロメートルを超えることとなった場合については、前記2の取扱いに準ずるものであること。

④ 起点から4キロメートルを超える地域の診療指定医に入院していた者が退院後、起点からおおよそ4キロメートルの範囲内に診療指定医があるにもかかわらず、入院していた診療指定医へ通院する場合は、当該傷病労働者の主治医等の意見をも勘案し、必要と認められる場合には、当分の間の診療のための通院、又は月1回程度の検査、経過観察等のための通院については、その通院費を支給して差し支えないこと。

なお、「当分の間」の判断に当たっては、主治医等の意見、症状、療養上の必要性、その他の状況等を考慮すること。また、「検査、経過観察等」については、必要最少限のものであること。

⑤ 山間僻地における通院費の取扱いについては、指定医療機関が少ないこと、交通の便が悪いこと等の事情があるため、特に当該地域の通院の実情、指定医療機関の受入れ体制等を考慮し、必要に応じその通院に係る通院費を支給して差し支えないこと。

⑤ なお、上記①から⑤までの4キロメートルを超える通院の範囲については、原則として、起点の所在する市町村若しくは特別区（東京23区のそれぞれの区をいう。以下同じ。）、又はこれに隣接する市町村若しくは特別区の範囲を限度とすること。

2. その他

(1) 4キロメートルを超える通院費の支給に当たっては従来どおりその理由等を明らかにしておくこと。

(2) 非指定医療機関への通院に係る取扱いについても上記に準ずるものであるが、療養（補償）給付は、労災病院、指定医療機関の行う療養の給付を原則とするものであることに留意すること。

3. 実施時期等

この取扱いは、昭和59年12月1日以降に支給事由の生じたものについて適用するものであること。

なお、昭和59年11月30日現在支給している者で、引き続き支給することとなる者のうち、当初支給する際に当たって特別な事情があった者については、本内かんの趣旨等を十分に説明し、今後適正な給付が図られるよう特段の配慮をすること。

昭和37年9月18日付け基発第951号
改正昭和48年2月1日付け基発第48号
都道府県労働基準局長殿
厚生労働省労働基準局

移送の取扱いについて

労災保険法第13条第1項第6号に掲げる標記については、従来その取扱が各局まちまちになっているものが少ない実情にかんがみ、今般、従前の通達等を総合的に検討して下記のとおり取扱うこととしたので、自今この通達によって運用されたい。

なお、柔道整復師等にかかわる移送の取扱いについても、これに準ずるものであるから念のため申し添える。

おって、従前の通達のうち、別表〔省略〕に掲げる通達以外の通達は廃止する。

記

1. 移送の範囲

(1) 災害現場等から医療機関への移送

災害現場から医療機関への傷病労働者の移送及び療養中の傷病労働者に入院の必要が生じ、自宅等から医療機関に収容するための移送。

(2) 転医等に伴う移送

イ 労働基準監督署長の勧告による転医（転地療養又は帰郷療養を含む。以下同じ。）又は、傷病労働者の診療を行なっている医師の指示による転医又は対診のための移送

ロ 傷病労働者の診療を行なっている医師の指示による退院に必要な移送。

(3) 通院（注 昭48.2.1基発第48号）

イ 傷病労働者の居住地又は勤務先からおおよそ4キロメートルの範囲内にある当該傷病の診療に適した指定医療機関へ通院する場合で、あって交通機関の利用距離（居住地と勤務地との間は除く。）が片道2キロメートルをこえる通院。

ただし、当該傷病の症状の程度よりみて交通

機関を使用しなければ通院することがいちぢるしく困難で、あると認められる者についてはこの限りでない。

ロ 傷病労働者の居住地又は勤務先からおおよそ4キロメートルの範囲内に当該傷病の診療に適した指定医療機関がないために4キロメートルをこえる最寄りの指定医療機関への通院。

ハ 労働基準監督署長が診療を受けることを勧告した医療機関への通院。

2 費用の範囲

移送費として支給する費用は、当該労働者の傷病の状況等からみて、一般に必要と認められるもので傷病労働者が現実に支出する費用とすること。

なお、傷病労働者の移送に従事する者の日当は次により算定すること。

(1) 付添看護人の日当は、当該地域において一般に看護人の日当として支払われている料金を基準として計算した額を限度とすること。

(2) 傷病労働者と同一事業所に勤務する労働者が移送に従事した場合の日当は、当該労働者の通常の労働日の賃金を基準として計算した額を限度とすること。

(3) 傷病労働者の配偶者及び、二親等内の血族が移送に従事する場合には、当該親族にかかわる費用のうち、日当は支給しないこと。

3. 費用の請求

(1) 労災保険法施行規則第9条第3項の移送に要した費用の額を証明する書類は、原則として領収書によること。

なお、国鉄又はバス運賃等で療養補償費請求書「⑪ 療養の内容」欄の診療実日数によって、その費用を算定できるものについては、前記の書類の添付を必要としないこと。

(2) 傷病労働者の診療を行なっている医師の指示による転医又は対診の場合には療養補償費請求書「⑩ 傷病の経過の概要」欄にその指示を行なった旨の記載を受けるように指導す



都道府県労働局
労働基準部長殿

基補発0626第1号
平成29年6月26日

厚生労働省労働基準局補償課長

定年退職後同一企業に再雇用された 労働者が再雇用後に石綿関連疾患等 の遅発性疾病を発症した場合の 給付基礎日額の算定について

労働者災害補償保険法第8条に基づく給付基礎日額のうち、業務上疾病に係る給付基礎日額の算定に当たっては、昭和50年9月23日付け基発第556号「業務上疾病にかかった労働者に係る平均賃金の算定について」等により指示されているところであり、労働者がその疾病の発生のおそれのある作業に従事した最後の事業場（以下「最終ばく露事業場」という。）を離職している場合には、労働者がその疾病の発生のおそれがある作業に従事した最後の事業場を離職した日（賃金の締切日がある場合は直前の賃金締切日）以前3か月間に支払われた賃金により算定した金額を基礎とし、算定事由発生日までの賃金水準の上昇を考慮して当該労働者の平均賃金を算定することとされている。

このうち、定年退職後同一企業に再雇用された後に石綿関連疾患等の遅発性疾病を発症した場合の給付基礎日額の算定に当たっては、最終ばく露事業場を離職した日がどの時点か、個々の事案に即して判断しているところである。これに関し、平成28年7月20日労働保険審査会裁決において、定年退職後再雇用されているものの、役職や勤務日数、賃金額、業務内容等の変更により、定年退職を契機として、一旦会社を離職し、その後、新たな会社と従前とは異なった内容の労働契約を締結して、会社に改めて再雇用されたものとみるのが相当として、定年退職時を最終ばく露事業場を離職した日と判断されたところである。

このため、労働保険審査会の裁決で示された、定年退職後同一企業に再雇用された後に石綿関

連疾患等の遅発性疾病を発症した場合の給付基礎日額の決定については、当面の間、本省で個別に判断することとするので、現在調査中のものも含め、該当事案を把握次第、本省に報告すること。

(参考)

平成28年7月20日労働保険審査会裁決 (定年退職後に契約社員として再雇用された 労働者の給付基礎日額)について

1 事案の概要

被災者は、昭和44年に入社し、アスベストバッキンの加工業務等に従事し、平成24年7月に定年退職となり、同年8月から平成25年6月まで契約社員として勤務していたが、退職後の同年9月に「悪性胸膜中皮腫」と診断された。

労働基準監督署長は、当該疾病の発症が業務上によるものとして休業補償給付の支給決定を行い、給付基礎日額を契約社員の時の賃金を基に算定したところ、被災者は当該給付基礎日額を不服としたもの。

2 裁決の概要

- (1) 定年退職後、請求人は、正社員から契約社員へと変更されるとともに、役職も解かれている。
- (2) また、請求人の給与明細書などに記入された就労実態をみると、1日の労働時間に変更は認められないものの、1か月当たりの勤務日数は正社員当時20日前後であったものが、契約社員となってからは15日となり、時間外労働や休日労働にも従事していない。
- (3) さらに、給与面においては、正社員当時は基本給のほか無資格手当等多くの手当は支給されていたが、契約社員になると、基本給と通勤手当が支給されているにすぎず、基本給についても324,500円から100,000円へと大幅に変更されている。
- (4) なお、請求人は契約社員となってからは、石綿にばく露される作業には従事していない。
- (5) このように、正社員であった時と契約社員であった時とでは、就労実態大きく異なっていることからすると、請求人は、定年退職を契機として、一旦会社を離職し、その後、新たな会社と従前とは異なった内容の労働契約を締結して、会社に改めて再雇用されたものとみるのが相当である。
- (6) そうすると、審査会としては、請求人は、定年退職時において、最終ばく露事業場を離職したものと



基安発1024第1号
平成29年10月24日
都道府県労働局長殿
厚生労働省労働基準局
安全衛生部長

粉状物質の有害性情報の伝達による 健康障害防止のための取組について

厚生労働省では、平成29年2月21日付けで取りまとめた「化学物質のリスク評価に係る企画検討会報告書」を踏まえ、労働安全衛生法（昭和47年法律第57号。以下「法」という。）第57条等に基づく表示・通知の対象物質の追加等を行うとともに、表示・通知義務の対象とならない粉状の4物質をはじめとした粉状物質の管理について検討してきたところである。

有害性が低い粉状物質であっても、長期間にわたって多量に吸入すれば、肺障害の原因となり得るものであるが、粉じん障害防止規則（昭和54年労働省令第18号。以下「粉じん則」という。）の対象となっている粉じんの取扱い作業等については健康障害防止措置の履行が求められていることに比して、このような粉状物質自体の吸入による肺障害に対する危険性の認識は十分とはいえず、場合によってはばく露防止対策が不十分となるおそれがある。

また、国内においても、化学工場において高分子化合物を主成分とする粉状物質に高濃度でばく露した労働者に、肺の繊維化や間質性肺炎など様々な肺疾患が生じている事案が見られるところである。

こうした状況を踏まえ、表示・通知義務の対象とならない物質であっても、譲渡提供の際にラベル表示や安全データシート（以下「SDS」という。）の交付により粉状物質の有害性情報が事業場の衛生管理者や労働者等に的確に伝達されるよう、別紙のとおり「粉状物質の有害性情報の伝達による健康障害防止のための取組」を定めたので、関係事業者等に対し本取組の周知徹底を図り、粉状物質

による健康障害の防止対策を推進されたい。

あわせて、別添〔省略〕により関係事業者団体等の長に対して傘下会員事業者への周知等を要請したので了知されたい。

別紙

粉状物質の有害性情報の伝達による 健康障害防止のための取組

1 趣旨

化学物質のうち有害性が低いものであっても、粉状物質の微粒子を長期間にわたって多量に吸入すれば、肺障害の原因となり得るものであるため、このような粉状物質自体の吸入による肺障害に対する危険性の認識を徹底し、必要な対策が講じられるようにすることを目的とする。

2 対象物質

本取組は、法第57条及び第57条の2に基づく表示・通知義務の対象とならないもののうち、特筆すべき毒性（遺伝毒性、感作性、皮膚腐食性等）が認められず有害性が低いとされる化学物質の無機物、有機物であって、粉状で取り扱われるものを対象とする。これには、今回の表示・通知対象物質の追加等の検討が行われた酸化マグネシウム、滑石（タルク）、ポリ塩化ビニル、綿じん、非晶質シリカのほか、プラスチック微粉末、穀物粉、木材粉じん等が含まれる。

なお、粉じん則の対象となる鉱物性粉じんには人工物も含まれるとされている¹ため、タルク、酸化マグネシウム、非晶質シリカについては、粉じん則に則って作業環境測定、ばく露防止措置、健康診断等を実施する必要があるので、関係事業者において措置状況について確認する必要があること。

3 粉状物質の有害性

粉状物質の一般的な有害性として、多量に吸入した場合に肺内に蓄積することによって、肺の繊維化及びこれによる咳、痰、息切れ、呼吸困難、肺機能の低下、間質性肺炎、気胸等の肺障害（じん肺の諸症状）を引き起こすことが知られている。

日本産業衛生学会や米国産業衛生専門家会議では、特定された化学物質に対する許容濃度とは別に、特定されていないある種の物質に対する許容濃度を定めている。具体的には次のとおりである。

① 日本産業衛生学会許容濃度

その他の無機および有機粉じん(第3種粉じん)	
吸入性粉じん	2mg/m ³
総粉じん	8mg/m ³

② 米国産業衛生専門家会議(ACGIH)

不溶性又は難溶性粒子状物質で他に特段の指定がないもの	
レスピラブル粒子 ²	3mg/m ³
インハラブル粒子 ³	10mg/m ³

- 1 鉱物の定義について：鉱さい、活性白土、コンクリート、セメント、フライアッシュ、クリンカー、ガラス、人工研磨剤(アルミナ、炭化ケイ素等)、耐火物、重質炭酸カルシウム(石灰石の着色部分を除去し、微細粉末としたもの)、化学石こう等の人工物は、鉱物に該当する(昭和54年7月11日付基発第342号)
- 2 肺胞まで到達する吸入性の粉じん。4μm50%カットの分粒特性を有するサンプラーで捕集された粉じんをいう。
- 3 気道に沈着して有害作用を発揮する吸引性の粉じん。100μm50%カットの分粒特性を有するサンプラーで捕集された粉じんをいう。

ガイドラインとして下記の粒子に適用される。

- ・適用されるTLV(Threshold Limit Value、許容ばく露限界値)がないこと。
- ・水に溶けない又はほとんど溶けないこと。
- ・毒性が低いこと。(細胞毒性、遺伝毒性その他肺組織に対する化学活性がない、電離放射性でない、免疫感作性でない、肺への過負荷による炎症や物理的な作用以外の毒性影響がない。)

このように、有害性が低い物質であっても粉状の異物を多量に吸入することで肺に異物が蓄積し、肺障害を起こすことは専門家には知られた事実であるが、一般には規制対象外の物質についてあたかも管理が不要であるかのように誤解されている可能性があり、改めて高濃度ばく露を防止すること

の必要性について、事業者及び労働者の理解を促進することが必要である。

4 粉状物質の危険有害性等の情報提供について

本取組の対象となる粉状物質は、各事業者が収集する危険有害性情報に基づき労働安全衛生規則第24条の14及び第24条の15の対象となり得るものであり、これらを譲渡し、又は提供する場合は、相手方にSDSの交付等を的確に行うよう努めること。なお、SDSの作成方法はJIS Z 7252及びJIS Z 7253によるが、当該粉状物質を多量に吸入した場合の肺障害等の健康影響について、予防原則に則り積極的にSDSに記載し、提供先の事業者の情報提供を行うとともに、ばく露防止等の取扱い上の注意事項を記載すること。

また、SDSの交付等を受けた事業者にあつては、化学物質等の危険性又は有害性等の表示又は通知等の促進に関する指針(平成24年厚生労働省告示第133号)第5条の規定に基づき、通知された事項を作業場に掲示する等により労働者に周知すること。

なお、タルク、酸化マグネシウム、非晶質シリカのSDSについては、「15 適用法令」の項目に、粉じん則の適用があることを確実に記載するほか、吸入した場合の肺障害等の健康影響について記載すること。

5 ばく露防止対策の推進について

粉状物質の取扱い作業における労働者の健康障害を防止するため、粉じん則の適用がある場合には当該措置を徹底するとともに、粉じん則の適用がない場合には事業者は次に掲げるばく露防止対策に取り組むこと。

(1) 作業環境中の粉状物質の濃度の測定等

粉状物質を取り扱う作業場においては、法令上の作業環境測定義務の対象外の物質であっても、事業場における化学物質管理の一環として、粉状物質の作業環境中の濃度を測定し、法第28条の2に基づくリスクアセスメントを行うこと。また、作業方法や取扱設備、換気設備等に変更があった時や

長期にわたり測定を行っていない時にも測定するよう努めること。

空気中の粉状物質の濃度測定については、作業環境測定基準及び作業環境評価基準に準じて行うことが望ましいが、測定はリスクアセスメントの一環として行うものであり、パーティクルカウンター等の簡易測定法も利用可能であること。

(2) 測定結果に基づく措置

粉状物質の取扱い作業における当面の作業環境の改善の目標としての濃度基準（以下「目標濃度」という。）は、吸入性粉じんで $2\text{mg}/\text{m}^3$ とする。なお、目標濃度は自主管理のための目安であり、作業環境評価基準に基づく管理濃度とは性質が異なるので留意すること。

事業者は、目標濃度を超える測定濃度となった作業場については、速やかに(3)以降に示すばく露防止のための必要な措置を講じ、目標濃度以下になるよう努めること。

(3) 作業環境管理

ア 発散防止措置

労働者が粉状物質にばく露することを防止するため、(1)の測定結果を踏まえ、次に掲げる各措置の必要性を調査し、必要と判断される場合には当該措置を講ずるよう努めること。

① 粉じんの発散源を密閉又は隔離する設備の設置

例)発散源となる設備・装置全体をカバーで覆う
発散源近傍での作業を無人化・機械化する
発散源の周りにビニールカーテンを設置する

② 局所排気装置、プッシュプル型換気装置の設置

例)作業方法等に合わせ、局所排気装置を選定し、有効に稼働させる
局所排気装置の吸引風速を点検・維持する
粉じんが飛散しないよう、開口面に接するホッパー、シューターの形状を変更する

③ 湿潤な状態に保つ設備の設置

例)水、オイル、溶媒等を使用して、可能な限り湿式での作業方法に変更する

④ 集じん・排気装置の管理

例)集じん・排気装置のフィルターの目詰まりによ

る集じん性能の低下を防止するため、フィルターの定期的な交換を徹底する

集じん・排気装置のパッキンの取付け等の不具合による漏洩を防止するため、使用開始前の取付け状態を確認する

ダンパーの開閉度合、換気風量と負圧を確認し、必要な風速が出ていることを確認する

(4) 作業管理

事業場において、粉状物質の取扱い作業を指揮する者に、以下の事項を実施させること。

(ア)労働者が当該物質にばく露されないような作業位置、作業姿勢又は作業方法の選択

(イ)作業手順書の作成と周知徹底

(ウ)当該物質にばく露される時間の短縮

(エ)保護具の使用の徹底（呼吸用保護具のほか、必要に応じて保護眼鏡を使用する）

(オ)日常的な清掃作業の実施

(5) 呼吸用保護具の使用等

ア 作業環境中の粉状物質の濃度の測定の結果が目標濃度を超えている場合にあつては、粉状物質の取扱い作業に従事する労働者に、有効な呼吸用保護具（防じんマスク又は電動ファン付呼吸用保護具）を着用させるものとする。なお、これらについては型式検定に合格し標章の付されたものを使用すること。

イ 呼吸用保護具の選定に当たっては、(1)の測定結果に基づき、各作業場の状況に応じた適切な指定防護係数（JIS T 8150に定めるもの）の呼吸用保護具を選定すること。

ウ 非定常作業及び緊急時における使用も考慮し、適切な呼吸用保護具を必要な数量備え、有効かつ清潔に保持すること。

エ 防じんマスクを使用するに際しては、フィットチェッカー等を用いて面体と顔面の密着性の確認を行うことにより適切な面体を選ぶとともに、装着の都度、当該確認を行うことが有効である。

6 健康管理について

粉状物質の取扱い作業に従事する労働者について、一般健康診断のうち胸部X線検査の結果を確認し、じん肺に関する異常所見が認められる場

合には、医師の意見を聴き、必要に応じて作業転換を行うなど、健康管理を徹底すること。

さらに、有所見者については医師の判断により精密検査を行い、異常の早期発見・早期治療につなげる必要がある。なお、精密検査においては、医師の判断によりCT検査（必要に応じHRCTによる検査）等を行うことが望ましい。

7 労働衛生教育について

粉状物質を取り扱う作業に従事する労働者に対し、当該物質の危険有害性情報の伝達と、吸入等による健康障害防止のためのばく露防止措置について、当該作業に従事させる際及びその後定期的に労働衛生教育を行うこと。

8 行政への情報提供について

粉状物質の取扱い作業に従事する複数の労働者に肺障害が生じるなど、業務との関連が疑われる事案を把握した場合には、健康障害の拡大を防止する観点からも所轄の労働基準監督署等へ速やかに情報提供するよう努めること。

また、労働基準監督署等においては、さらなる情報の収集や本省への情報提供等について迅速に対応すること。



基安化発1207第2号
平成29年12月7日

都道府県労働局労働基準部
健康主務課長殿

厚生労働省労働基準局
安全衛生部化学物質対策課長

工業製品等における石綿含有製品等の把握の徹底について

平成28年12月2日付け基安化発1202第1号「鉄道車両等における石綿含有製品等の把握の徹底について」(以下「平成28年12月通知」という。)により、鉄道車両の全ての部品、塗料等について石綿含有の有無を確認すること等について、鉄道事業

製造業や鉄道業などの皆様へ

機械設備の石綿含有部品を把握していますか？

石綿含有部品を交換・廃棄などする際は、「石綿障害予防規則」に基づき、労働者に対する『石綿ばく露防止措置』が必要です。

- ▶ 石綿（アスベスト）は平成18年9月1日に使用などが禁止されました。ただし、禁止日時点で機械に組み込まれていた石綿含有部品などは、引き続き使用されている間に限り禁止が除外されるため、現在でも存在しています。
- ▶ そうした石綿含有部品を交換・廃棄などする際は、労働者に対して「石綿障害予防規則」に基づく『石綿ばく露防止措置』を講じる必要がありますが、部品に石綿が含有されていることが把握されておらず、適切な措置が講じられなかった事例が散見されています。
- ▶ ホリーフレットでは、石綿含有部品の把握漏れをなくするための5つの対策をあげ、実際に発生した事例(対策が不十分であった例)を紹介します。把握の徹底をお願いします。
※掲載している事例は、「鉄道車両等における石綿含有製品等の把握の徹底について」(平成28年12月2日基安化発1202第1号)による指導や、事業者からの問い合わせより、鉄道事業者が把握したものです。

1 石綿に関する情報を、部署間で共有してください。

機械設備の石綿に関する情報が一部の部門にとどまると、解体や改造などを行う他部門において石綿含有部品の把握・確認漏れが生じます。それにより、必要な措置が講じられずまま解体などの作業が行われるおそれがありますので、必要な部署の全てで情報を共有するよう徹底してください。

事例①	機械設備について定期点検部門では石綿の含有を把握していたが、その他の部門でその情報を把握していなかった。
事例②	機械設備について設備部門では石綿の含有を把握していたが、解体業者に発注する部門でその情報を把握していなかった。

者への要請及び報告を指示したところであるが、鉄道事業者から受けた報告を精査したところ、別紙のような事例が認められた。

については、平成28年12月通知に基づき全ての部品等の確認の徹底を図ることに加え、管内の鉄道事業者本社に関係リーフレットを送付する等を通じ、下記事項の周知徹底を図られたい。

また、鉄道業に限らず、製造業をはじめ、禁止前から使用されている石綿製品が事業場内にあると考えられる事業場に対しても、関係リーフレットを活用する等により、下記を参考に必要な周知・指導を行われたい。

なお、別添 [省略] の通り関係団体あて要請しているのので了知されたい。

記

1 部署間での共有 (別紙事案1,2関係)

鉄道車両や機械設備の石綿含有の有無に関する情報が一部の部門に留まると、解体、改造等を行う他部門において石綿含有情報の把握・確認漏れ等が生じ、必要な措置が講じられずまま解体等の作業が行われるおそれがある。

そのため、石綿含有の有無に関する情報は、社内の必要なすべての部署で共有するよう徹底する

こと。

2 対象作業の把握漏れ防止(別紙事案3関係)

石綿を含有する鉄道車両や機械設備については、解体のほか、改造等の作業においても労働者の石綿ばく露防止のため必要な措置を講じることが義務づけられている。

そのため、石綿含有のおそれのある部品を扱う全ての作業において、石綿含有の有無を確認して行うよう徹底すること。

3 譲渡時の情報伝達の徹底(別紙事案4関係)

石綿含有部品を使用する鉄道車両や機械設備の譲渡先において部品交換作業・廃棄処分等の際に労働者のばく露防止を適切に講じられるためには、鉄道車両や機械設備等における石綿の含有の有無を把握することが必要である。

そのため、譲渡・提供者は、石綿含有部品を使用する鉄道車両や機械設備等の譲渡に当たっては、石綿の含有の有無(不明である旨含む。以下同じ。)を伝達するとともに、譲渡・提供を受ける側は、石綿含有の有無について譲渡・提供元に対して確認すること。

4 石綿含有情報の整理(別紙事案5関係)

鉄道車両や機械設備には様々な箇所に石綿含有部品が使用されている。

そのため、社内で共有する情報や処理業者等に伝達する石綿含有部品の情報について漏れがないよう徹底すること。

5 全ての部品等の石綿含有の確認(別紙事案6～9関係)

鉄道車両の全ての部品、塗料等について石綿の含有について、引き続き、関係メーカーの協力を得て、確認を進めること。

別紙

石綿含有を把握・確認していたが、一部の場合に把握・確認漏れがあった事案

1 定期点検部門では石綿の含有を把握してい

たが、その他の部門でその情報を把握していなかった。

- 2 車両部門では石綿の含有を把握していたが、解体業者に発注する部門でその情報を把握していなかった。
- 3 鉄道車両の解体時には石綿含有の有無を確認していたが、車体改造時には石綿含有の有無を確認していなかった。
- 4 鉄道車両の譲渡を受けた際に、石綿含有の情報について通知を受けていなかったため、石綿含有の可能性について気づかなかった。
- 5 石綿含有情報を車体と台車に分けて管理しており、車体の石綿情報は処分業者に伝達していたが、台車の石綿情報の伝達を徹底できていなかった。

全ての部品等について確認ができていなかった事案

- 6 平成18年の石綿含有製品の製造等が禁止になった当時、部品メーカーに対して、石綿含有部品を包括的に確認するよう依頼したが、行政指導を契機に改めて部品ごとに確認を依頼した結果、部品メーカーの連絡内容に漏れがあることが分かった。
- 7 台車のスリ板には石綿が含有するものがあることが広く知られているため、社内で「スリ板」と呼称していた部品は調査していたが、スリ板の一類型又は類似品である心皿ブッシュや台車軸箱支持装置案内子について調査を行ってなかった。
- 8 一般的に石綿含有の可能性が知られている「スリ板」や、心皿ブッシュについて石綿含有の有無を確認していなかった。
- 9 防音壁について、製造企業の仕様書では「ノンアスベスト」と記載されていたが、実際には石綿が含まれていた。経緯は明確でないが、製造当時は禁止されていない「クリソタイル」が含まれていた。

※事案1,2,7,9は、平成28年12月2日付け基安化発1202第1号の要請書例の別紙に掲載の事案。

※事例9は、鉄道車両ではなく、防音壁。

中皮腫通院費で新通達

厚労省●クボタショック以来の経過

クボタ・ショックが起きたとき、当時の尾辻秀久厚生労働大臣が2005年10月18日の記者会見で、次のように表明した。

「交通費について言いますと、労災の一般的な交通費の出し方というのは、『最寄りの病院に行ってくださいね』ということになっております。ただ、一般の疾病でしたら『最寄りの病院に行ってくださいね』でいいんですが、こと中皮腫になりますと『最寄りの病院に行ってください』というわけにはいきません。そのことを患者さん方は言うておられており、常識的な範囲で患者さん方の納得なされる病院に行っていたらとというのが一番良いと思っておりますから、最寄りの病院という解釈を中皮腫に限ってはそのようにしたいと思っております、これは直ちにやります。直ちに交通費を払うとかたちにいたします。」

大臣のこの発言を受け、同年10月31日に「中皮腫の診療のための通院費の支給について」（厚生労働省労働基準局補償課長通達）と事務連絡が出された。そこでは通院費を支給する範囲について、全国を7つの区域に分割し、区域内を限度とした。なお、区域外への通院につ

いては、本省に協議して個別に判断するとされた。

その後、2008年10月30日、中皮腫に限らず移送費の取り扱いが改正された。従来は「傷病労働者の住居地又は勤務地からおおよそ4kmの範囲内にある当該傷病の診療に適した指定医療機関へ通院する場合であって交通機関の利用距離が片道2kmをこえる通院」などについて支給するとされていた（昭和37年9月18日付基発第951号等）。

いわゆる4km制限である。これが2008年労働基準局長通達（平成20年10月30日付け基発第1030001号）により、「傷病労働者の住居地又は勤務地と同一の市町村内に存在する当該傷病の診療に適した労災病院又は労災指定医療機関への通院」などに拡大されたのである。

ところが、上記中皮腫に関する補償課長通達が廃止されてしまったので、アスベスト疾患患者と家族の会は阿部知子衆院議員とともに厚生労働省と交渉した。その結果、2009年1月20日に事務連絡が出され、そこに中皮腫の診療のための通院費についても、従来の取り扱いどおり支給されること、区域（全国を7つに分割した区域）外への通院につ

いては、本省への協議が不要となったことが規定された。

その当時、補償課の担当官は中皮腫通院費の支給範囲について「All Japan。区域をこえても、本省協議は不要。垣根を取った。治療が必要ならば、区域をこえての診療に適した通院の費用を認める」と話した（2009年1月15日阿部事務所）。

しかし、2015年に区域外への通院費が相次いで不支給にされた。患者と家族の会では厚生労働省との交渉（田島一成衆院議員の設定）などで、たびたび問題にしたがらちが明かかなかった。

2017年6月9日の衆院厚生労働委員会で、堀内照文衆議院議員が次のように質問した。

「尾辻大臣の会見もあり、最初の平成17年-2005年の通達は、今ありましたように、平成20年、新しい通達で廃止はされたんですが、その内容が否定されたわけではありません。それは新しい通達でも対応できるからということでありまして、中皮腫については従前どおりしっかり取り扱いなさいということ、あらためて、実は、2009年-平成21年に事務連絡を發出しております。それが資料の次の頁であります。今も答弁いただいたように、中皮腫についてはやはり距離ではないんだということで、きちんと対応しなさいということなんだと思います。

ところが、各地で、遠方の医療機関にかかった場合、中皮腫の通院費が認められない事例というのが見受けられます。神奈川県の方が、県内の医療機関から

紹介状を出してもらって、山口県の医療機関を受診し、手術をしました。ところが、労基署の判断は、自宅のある神奈川から山口まで通院しなければならない医学的合理性は認められないと、一部不支給になっております。

…あらためて、この21年の事務連絡で強調している中身というのを、通達を出すなり周知すべきだと思うんですが、いかがでしょうか。」

これを受け、2017年10月31日に「中皮腫の診療のための通院費の支給に当たって留意すべき事項の徹底について」と題する事務連絡が出された。そこに「中皮腫の診療のための通院費の支給に当たっては、全国的に住居地等の近くに専門的な診療に当たることのできる医療機関の設置数が確保できていない実状を鑑みて、中皮腫に係る専門的医療機関の分布状況を踏まえた通院の実態等を考慮」すべきことが記され、「すべての事案について、決定前に必ず本省に連絡を行うこととし、本省からの連絡後に決定を行うこと」とされた。

他方、公務災害における中皮腫の通院費について2017年2月16日、衆院総務委員会では近藤昭一衆院議員が質問した。人事院・総務省ともに「医学上または社会通念上必要かつ相当であると認める場合」支給されるとした。世界で最多の胸膜中皮腫例を手術している米国の病院で診療経験のある外科医が、国立山口宇部医療センターで手術を行っていることを近藤議員が取り

上げたところ、総務省は中皮腫の特殊性や「先生御指摘の事情」も考慮して判断されると答弁した。

さらに、労災以外の石綿救済給付の患者に対しても、中皮腫

の通院費が支給されるべきである。



(斎藤洋太郎)

※68～74頁にこれまでの労災関連通達を紹介したので、参考にさせていただきたい。

長距離通院費不支給撤回

北海道●新通達の運用監視が必要

2016年12月に厚生労働省の石綿労災認定事業場公開にあわせたホットラインで、北海道の2人の胸膜中皮腫患者から相談があった。ひとりは、年明けすぐに兵庫県の病院へ手術のために通院をする予定でいた。もう一人は、診断がされたばかりで主治医から片肺全摘出の手術を薦められているということで、今後の治療について相談があった。後者については、手術をするならばすぐに山口宇部医療センターの岡部和倫医師に相談した方がよい、どこで手術をするかは自分で決めたらよいからということで案内した。岡部医師と連絡を取った患者は、すぐに宇部医療センターで手術をすることを決めた。

2017年1月下旬には入院し、2月には無事に手術を終えた。6月上旬に退院し、北海道に戻ってきてすぐに自宅から宇部医療センターまでの往復分の移送費を請求した。なお、この時点で本人の労災認定はされていた。

当時、本人が提出した意見書には、初期に受診した医療機関の医師から「『この病気は難しい。手術も簡単ではない』と言われ、そのような中でもツテがあるということで〇〇大学病院を紹介されましたが、不安は消えませんでした」と心情が吐露され、宇部医療センターへの通院は「命を預けるという意味では当然の判断だった」と述べられている。

9月に入り、移送費の請求に対して札幌東労働基準監督署から不支給通知が届いた。その理由には、「主治医の紹介に基づいて通院した医療機関ではなく、あなたの判断によって通院した医療機関への移送費であるため不支給です」と書かれていた。請求金額にして約9万円となる。この少しあと、同じように北海道から宇部医療センターに通院した別の胸膜中皮腫患者の移送費の請求についても同監督署から不支給の通知が届いた。

一方で、冒頭に紹介した兵庫県の病院へ通院した患者には、

5月の段階で約20万円(2往復分)にのぼる宿泊費も含めた移送費の支給が札幌中央労働基準監督署で決まっていた。この患者の請求に対する支給が決まった主な理由として、紹介状に基づく通院であったこと、兵庫の病院の担当医が通院の必要性について意見を述べていたことの二点があげられる。なお参考までに記せば、この患者も請求時の意見書で、「主治医から『手術しないわけではないが症例が少ないために、手術を強く勧めることはできない』との説明を受け、経験のある医療機関として〇〇病院を紹介されました。当初、あまりにも遠方でしたので、道内で他に病院はないのかを尋ねましたところ、道内では同じような経験の病院しかないとのことでした。主治医の丁寧な説明を聞き、『命に関わる問題』だと認識して〇〇病院での手術を選択しました。万が一の事態を避けるための最善の選択でした」と述べている。

不支給となった患者について、宇部医療センターの担当医は、「日本国内には、悪性胸膜中皮腫の適切な外科治療が可能な病院は極めて少なく、宇部医療センターのレベルが日本一とされています。近年は、世界一とも言われています」、「山口宇部医療センターでは、最近の上皮型悪性胸膜中皮腫26例に対する『胸膜外肺全摘術』を含む集学的治療の5年生存率が62%です。治療成績が著しく改善していて、5年生存率：62%は世界一

の可能性が高いです」と監督署の照会に対して意見を述べている。しかし、あくまでも主治医の紹介を得ないで自己の判断で遠方の医療機関へ通院したものであるという理由で不支給と決定された。

この理由からすると、移送費が支給されるか否かは、主治医の胸膜中皮腫外科治療についての理解の深さを問わず、紹介状を書いてくれるかどうかの運・不運が決定的な条件になってしまふ。通院した医療機関は違うが、同じ北海道内の中皮腫患者にこのようなかたちでの不平等な扱いがされることに対しての違和感は強かったし、何よりこのような理由で不支給の通知を受けた本人が非常に憤っていた。同じ北海道内で不当な扱いをされていると考えている旨を伝え、すぐに審査請求の手続をした。


ところが10月中旬になって、本人のもとに監督署の担当者から、移送費を支給する旨の連絡が入った。突然のことだったので驚いたが、背景には、この数年間に患者と家族の会が地道に取り組んできた厚生労働省への陳情が大きく影響していると考えている。10月31日に「中皮腫の診療のための通院費の支給に当たって留意すべき事項の徹底について」の事務連絡が厚生労働省からも出されているので、時期は前後するが、これに対応をしたものだと思う。本稿執筆段階で調査結果復命書を請求中であるので、明確な理由は現在確認中である。

ここ数年、遠方通院に関して全国的に移送費の不支給事案が出ていた。新たな事務連絡とあわせて、北海道で支給が続いたことを皮切りに、中皮腫患者にとっての当たり前の権利でもあり、2005年に当時の尾辻厚生労働大臣が会見で発言した「常識的な範囲で患者さん方の納得なざる病院に行っていただく」という考えの趣旨が、すべての労災認定患者の移送費支給に反映されることを期待している。

現在でも、それまで聞いたことがない病名を宣告されて、何か最善の治療はないかとセカンドオピニオンも含めて遠方への通院をする患者と家族は少なくない。労災の受給者に限定せず、救済給付の受給者にも療養給付とは別枠で交通費が支給されるのが、中皮腫患者のおかれた現状を鑑みた場合の平等な扱いではないかと思う。

本稿で紹介した患者以外に北海道から宇部医療センターに時期を同じくして通院した50代女性の胸膜中皮腫患者がいる。仕事と石綿ばく露の関連性が掴めず、救済制度では認定されているが労災請求には至っていない。彼女は北海道内の病院で手術の日程が決まっていたが、岡部医師に相談後すぐに宇部医療センターでの手術を決めた。経済的なゆとりがそれほどあったわけではないと想像するが、その他の状況も含めて思い切った判断だったと思う。人によっては、遠方への交通費など10万円前後の支出が難しく納得する医療機

関での手術を断念している方もいると想像する。今後も支給実績を積み重ねて、患者一人ひとり

が納得した治療に向き合えるよう支援していきたい。
(澤田慎一郎)

泉南型国賠訴訟をめぐる進展 全国●個別周知、ホットライン、厚労省要請

2017年10月上旬に厚生労働省は、2014年10月9日の泉南アスベスト訴訟最高裁判決に基づいて国と和解の可能性のある被害者本人や遺族に対して個別通知を開始した。実施に至るまでの経過については、本誌2016年8月号でも触れているのでご確認いただきたい。

厚生労働省の10月2日付けの発表によれば、①石綿工場と考えられる事業場であり、かつ、石綿ばく露作業を国の責任期間内に行っていた可能性のある事業場において、石綿関連疾患による労災支給決定された方のうち国の責任期間内に石綿ばく露作業に従事していた可能性のある1,356人、②じん肺管理区分決定者のうち石綿によるじん肺管理区分決定者であり、石綿工場と考えられる事業場で、かつ、石綿ばく露作業を国の責任期間内に行っていた可能性のある事業場において、「じん肺管理区分決定(管理2~4)」を受けた方(ただし、上記1に含まれる方114人を除く) 958人の合計2,314人に対して、新たに作成したリーフレットを順次送付するとされた。

このうち、①の該当者で連絡先の確認が取れている756人に先行して通知がなされた。中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会では、各地の弁護士と協力して全国ホットラインを10月4-5日に6地域(北海道、東京、大阪、岡山、広島、佐賀)で実施した。2日間で約550件の相談、その後数日間の相談も含めると約600件にのぼった。

これらの結果を受けて、各地で対象と思われる被害者の労災認定に関する調査結果復命書の開示手続きも続々とほじまっている。しかし、何らの労災保険給付も受けていない被害者の相続人(例えば、被災者の妻が労災遺族年金を1,000日分以上受給したのち死亡し、その後、労災給付の対象となっていない子どもなどの相続人に通知が届いた場合など)に対して、相続人自身の個人情報ではないとして個人情報開示請求を認めないなどの対応をするケースなどが出てきた。

患者と家族の会と各地弁護士は11月22日に、①相続人に対する文書の開示、②相続人に対する調査結果復命書及びその添

付資料目録(目次)と被害者本人の陳述書(聴取書)を情報提供として速やかに開示すること、③被害者がじん肺管理区分決定者である場合も被害者ないし相続人に対して粉じん作業従事歴申立書などの当該被害者の就労状況把握のために必要な資料を情報提供として速やかに開示すること、の三点を実施するよう、厚生労働省に対して緊急に要請した。

12月中旬には、個別周知の②に該当する819人に対して周知がなされた。ところが、12月13日付け毎日新聞(大阪夕刊版)によれば、泉南訴訟最高裁判決後から2016年10月の個別周知実施までの約3年間に、法律上の除斥期間を経過して賠償の請求権を失った被害者が全国で少なくとも54人いることがわかった。今後、最高裁判決後に除斥となった被害者への対応は関係弁護士とも協議して、何らかの対応を求めていくのかも議論していく必要がある。

さらに12月15日には患者と家族の会と各地弁護士との連名で、肺がんの療養者について国が遅延損害金の起算点を労災認定日からであると主張している事案が複数件出ていることに関して、最高裁判決に従って「確定診断日」として和解手続を進めていくよう要請を行った。肺がんについては、発病時には肺がんの原因とアスベストの関連性について自覚的でない被害者もいる。場合によっては発病から1年以上経過して労災の請求に

至ることもあり、和解に至るまで慰謝料に対して発生する5パーセント/年の遅延損害金は決して無視できない金額となる。この問題も引き続き要請を続け、最高裁判決に基づく公正な対応を国がしていくよう求めていきたい。

12月21日と22日には、例年実施している厚生労働省の石綿労災認定事業場の発表にあわせて実施したホットラインでも全国で約200件の相談が寄せられており、この中には和解の可能性のある被害者もいた。個別の周知

後、それを受け取った被害者らの提訴が12月12日以降、大阪や神戸を筆頭に岐阜・静岡・佐賀・埼玉・北海道などで提訴が続々とされている。石綿製造工場に守衛として勤務して被害を受けた者の和解も協議されているなど、単純に石綿製造業だけではなく、局所排気装置の設置で被害を防ぐことができたのかという論点で業種・職種がどこまで広がってくるのかも注視して



いく必要がある。

(澤田慎一郎)

た。裁決の概要は、75頁の(1)～(6)に示されたとおりである。

ほかにも同様の事案があると考えられ、2017年6月9日の衆院厚生労働委員会で堀内照文衆議院議員がこの問題も取り上げた。労働基準局長と堀内議員のやり取りを引用する。

「○山越政府参考人 御指摘をいただきました労働保険審査会の裁決でございますけれども、これは、御指摘もございましたように、個別事案の実態を把握した上で、定年退職を契機として、一旦会社を離職し、その後、新たに会社と従前とは異なった内容の労働契約を締結して、会社に改めて再雇用されたものと見るのが相当として、継続勤務ではないと判断したものと受けとめております。

したがいまして、今後におきましては、定年退職後に再雇用された労働者の業務上疾病に係る給付基礎日額の算定でございますけれども、労働保険審査会の裁決などを踏まえまして、個別の事案につきまして適正に判断をしまいたいと思います。

○堀内(照)委員 今、労働保険審査会の裁決を踏まえてと言っていました。

この裁決が出た後にも、各労基署ですとか地方の審査官の決定なんかを見ますと、単に同じ職場で働いているからということで継続とみなされているという場合がかなりあるわけなんです。そのうちのひとつで、こういう文言もありました。その理由に、じん肺については作業転換の特例が

給付基礎日額問題一部改善

厚労省●定年退職後同一企業に再雇用

労災認定されても、給付基礎日額が低額だという問題がある。そのひとつの類型が、石綿を曝露した会社に定年まで勤めあげ、再雇用してから石綿疾病を発症するというものである。

従来の取り扱いは、定年退職後の再雇用も「継続勤務」と解釈し、再雇用時の平均賃金にするというものである。*

2016年4月12日に労働保険審査会の審理が行われた、茨木労働基準監督署の事案の概要は、次のとおりである。

被災者は、1969年に入社し、アスベストパッキングの加工業務等に従事し、2012年7月に定年退職となり、同年8月から2013年6月まで契約社員として勤務していた

が、退職後の同年9月に悪性胸膜中皮腫と診断された。

監督署長は、当該疾病の発症が業務上によるものとして休業補償給付の支給決定を行い、給付基礎日額を契約社員の時々の賃金をもとに算定したところ、被災者は当該給付基礎日額を不服としたものである。

上記審理では、仮に定年前に発症した場合、また、被災者が再雇用しなかった場合、はたまた、傍系会社に再就職した場合に定年時の相当額になったと考えられ、このような偶然の事由によって労災の日額に大差が生じるのはおかしいなどと主張した。

その結果、2016年7月20日に原処分を取り消す裁決が出され

施行規則により定められているが、石綿に関しては特別な規定も通達も存在しないというものであります。

今、労働保険審査会の裁決を踏まえてと言っていました。その内容を本当に徹底していく上でも、そういう内容を踏まえた取り扱いについて、通達なり周知徹底が必要だと思わんですが、いかがですか。」

これを受け、2017年6月26日に「定年退職後同一企業に再雇用された労働者が再雇用後に石綿関連疾患等の遅発性疾患を発症した場合の給付基礎日額の算定について」と題する通達が出された（基補発0626第1号-75頁参照）。この通達では、かかる場合の日額の決定については「当面の間、本省で個別に判断することとするので、現在調査中のものも含め、該当事案を把握次第、本省に報告すること」とされている。

アスベスト疾患患者と家族の会としては、再雇用の低額だけでなく、労災特別加入の低額、石綿に曝露した事業場を若年時に離職した場合の低額も問題にしている。特別加入については、2009年8月6日付けの「労働者としての石綿ばく露期間のある特別加入者の給付基礎日額の取扱について」で一部是正されているものの、このたびの再雇用低額の是正を含め、過去決定分への遡及適用がない。

石綿疾病の被災者を迅速に救済するため、最終曝露事業場で以て平均賃金を算定してきた

が、杓子定規であってはならず、また本来労災法の迅速かつ「公正」な救済が必要である。低額問題の抜本的な解決、過去に低額にされた患者と家族（遺族）の救済のため、引き続き運動する。

* 労働基準法上、定年退職から再雇用にまたがって、有休の発生や平均賃金の算定が問

題になる場合、労働者の権利を保護するため、1970年1月22日付けの基収第4464号通達や1988年3月14日付けの基発第150号通達により（労働基準法解釈総覧102頁、432頁）、定年前後を「継続勤務」と解釈している。



（斎藤洋太郎）

全国安全センター長野総会

長野●黒鉛電極工場見学、盛り沢山の内容

10月28-29日にかけて、全国労働安全衛生センター連絡会議の第28回総会が、長野県大町市の立山プリンスホテルを会場に開催された。1日目は、昭和電工大町工場の見学からはじまった。工場内の会議室において、会社概要について説明を受けた。大町工場は、アルミニウムの精錬工場として昭和8年に設立され、翌9年に日本で初めて工業生産に成功した歴史を持ち、現在では黒鉛電極を主力に生産を行っている。世界の粗鋼生産の約3割は鉄スクラップを溶かして再生する電気炉鋼で、鉄を溶かすために電極から放電されるアークを利用する。高温に耐えられる電極が、大町工場で生産している黒鉛電極である。世界最大の黒鉛電極は、直径32インチで重量2.5トンにもなり、工場の入り口に飾られていた。また、電極の生産に大量の電気が必要な

ため、自家発電用に3つの発電所を備えており、発電所の見学もさせていただいた。初めての経験であった（記念写真別掲）。

その後、ホテルに戻り、地元団体からの3本の報告に学んだ。1本目は長野県アスベスト対策センター準備会の鶴飼代表から長野県全体の取り組みを、2本目はNPO法人ユニオンサポートセンターの荒井事務局長より相談業務を中心とした取り組みについて、3本目は昭和電工ユニオンの大塚さんから職場の安全衛生活動について報告を受けた。

2日目は、国鉄からJRにかけて長野工場勤務し、悪性胸膜中皮腫を発症し労災申請中の小林信五さんの特別報告からはじまった。小林さんは、JR長野総合車両センター在職時にアスベストに曝露したとして労災申請を進めていたが、JR長野支社は事業主証明を拒否。現在、所属する



国労長野地本を中心に支援を受け、「私が労災認定を勝ち取ることで、不幸にも2人目、3人目の発症があってもすぐに労災認定されるようにしたい」と訴えられた（小林さんの訴えを別途掲載）。

次に、「働き方改革・労働時間規制をめぐって」と題して、神奈川労災職業病センターの川本浩之さんより問題提起があった。マスコミにも大きく取り上げられた、三菱電機におけるパワハラ・長時間労働問題を中心に、労働組合として取り組みの重要性が訴えられた。他にも、改正された労災不服審査制度の活用方法につ

いての議論、韓国からのゲストとして招いた鈴木明さんから「韓国における労働安全衛生運動」についての特別報告、福島原発被ばく労災損害賠償訴訟を取り組む「あらかぶさんを支える会」の報告、議論がはじまっている「石綿飛散防止対策調査検討会」についての報告があった。いつもながらに盛り沢山の内容であった。

10月末には珍しい台風の接近となったため、二日間とも雨模様となり、紅葉に接することができなかったのが心残りであった。（ひょうご労働安全衛生センター）

現役JR労働者の中皮腫

長野●JRの消極的対応を新聞報道

小林信五さんの報告「今思うことーそれは突然やってきた。5月18日、JR会社の健診セン

ターから自宅に電話があり、自宅に帰る途中に寄ってほしいとのこと。健診センターによると「レント

ゲンの写真を見ると、左肺に水があるので至急精密検査を受けるように」と言われ、写真と紹介状を渡される。市民病院へ予約し受診する。

再度のレントゲン撮影、血液検査、問診。医師から「どこかで強く肺をぶつけたということは？」石綿作業従事者の旨も伝える。CT画像撮影、胸水の一部を抜いて成分検査。初診から40日後、中皮腫が疑われるとの診断。7月26日生体検査のための手術入院8月7日まで。結果は、「悪性胸膜中皮腫」…なんで自分が…たしかに石綿を扱ってきた。

中皮腫になるのは、取り扱い年数が何十年という経験年数の長い人。退職された先輩（70歳代）の方々が発病するものと思っていた。扱った年数など関係なく発病してしまった。なんということだ！

左胸に3か所、肺の中にもあるとのこと。市民病院でも、中皮腫の患者の扱い数は少ないため医師の経験値が低い。セカンドオピニオンを勧められ、受けるため8月4日兵庫医科大へ行く。開口一番「10年は生きたい」と医師に訴えるが返答なし。医師からは中皮腫とはどういう病気かから始まり、現状だと手術は可能であるとのこと。手術の内容は胸膜全摘出と肺の表面膜全摘出＝肺を残す手術により心筋梗塞や肺炎などのデメリットが少なくなるが、手術は大きなものとなる。延命率は44か月で50%である。手術前段で3回の抗がん剤治療により腫瘍を小さくする、というもの

であった。病院でもらった中皮腫のパンフには、石綿従事者で中皮腫になった場合は労災扱いとなると書いてあった。その後、車両所支部で自分の状態を支部役員に伝える。神奈川労災職業病センターの池田さんに相談したらどうだろうかということですぐに相談の電話をする。「現職なのだし、JRになっても扱っていたのだから労災だよ」と言われる。

歯の治療をしていたのでかかりつけの医師に抗がん剤治療の旨を伝え、抗がん剤の副作用により歯周病の歯から菌が入り込んで最終的には死に至るとのことです3本抜歯する。

自分の将来の予定が崩れていく。次男はまだ大学1年生だ。学費のこと。仕送りのこと。家のローンのこと。どうするんだ!とあえなく家のローンは自分が死ねば払わなくてもいいようになっていく。次男の件については労災認定になれば補償金が出るので何とかなるだろう。いろいろ考えてしまう!

池田さんのアドバイスもあり労災申請をすることを家族に告げる。そして班・分会・東北信支部・車両所支部・地本の理解をいただき、8月15日地本において本人・妻・息子、地本委員長、地本副委員長、新幹線東信駅分会長らと神奈川労災職業病センターの池田さんを交えて労災認定に向けての打ち合わせ、5号用紙(医療費無負担)7号用紙(休業保障)8号用紙(医療機関への通院のための交通費)以上の書類の作成。後からOBのMさんにも参加いただき、本人の職歴を確認す

る。最終被曝は、ばね作業で平成8年頃となる。JRでの被曝だ!

翌8月16日朝日勤で出勤し、支部委員長(明けで残っていた)と二人で駅長に労災申請の書類7号・8号を提出する。労災保険番号をもらうが証明はできないとのこと。窓口担当の助役より、「事業団のHさんに電話してほしい」とのこと。なぜ事業団に電話しなくてはならないのか? その説明すらもない。助役は支社から言われたことをただ伝えるだけなのだ。自分は今JR社員であり、JRになっても石綿の間接被曝があったし、現在も多くの建屋の上の方には石綿=アスベストは粉じんと一緒に蓄積されている。

8月22日1回目の抗がん剤治療。副作用は思った以上のものがあつた。ほとんど食事ができない。一番ひどい時はおかゆ一口だけ=食べたくない。極度のだるさ。いつまでこのような状況が続くのか分からない。具合の悪さのそこが分からないことによる不安。こんな思いをなぜ自分が受けなければならないのか!もうどうなってもいいという投げやりな気持ち。そうした自分の状況に対して何もできない家族の苦しみ。そのことを分かっているながら家族(妻)に八つ当たりをしている自分がある。自暴自棄となる。どうせ死ぬのだからと。

9月6日、地本副委員長、地本書記長、喜多県労組会議事務局長、長野県アスベスト対策センター準備会・信州大学名誉教授で代表の鶴飼氏、神奈川労災職業病センターの池田さんと本

人の参加で、地本において長野労基署への労災申請について打ち合わせを行い、午後労基署に労災申請に行く。7号・8号書類の提出。(池田さんより市民病院に要請いただき、病院の証明印付き)あらかじめ池田さんと労基署と打ち合わせがされていたため、スムーズな対応がなされ、長野労基署からは補償係長が担当となる。7号・8号を受け取っていただき、最後に補償係長から「お大事にされてください」と心遣いをいただいた。

9月8日、本人職歴申立書の作成と同僚証明の打ち合わせを車両所支部で行う。多くの仲間が前向きに協力してくれるありがたいことである。

9月10日、佐久平駅より駅長と助役が見舞いに来た。地本から支社に強く要請した結果だ。通勤定期の扱い=1か月以上使用しない場合は払い戻しとのこと。モニター券9月末まで保管。事業団うんぬんの話はされなかったが、本日の試験はどうしますか?と言われる。

この間、分会・支部役員・地本役員の方々多くの仲間が病院や自宅に見舞いに来ていただいた。本当にあらがたく感謝の気持ちでいっぱいである。

9月12日、2回目の抗がん剤治療。前回より副作用を抑制する薬がひとつ増えた。少しは期待できるかな?しかし見事に期待は裏切られた。前回同様食事がほとんどできない。極度のだるさ。前回より期間は2日ほど短かったが、症状は変わらない。2度と味

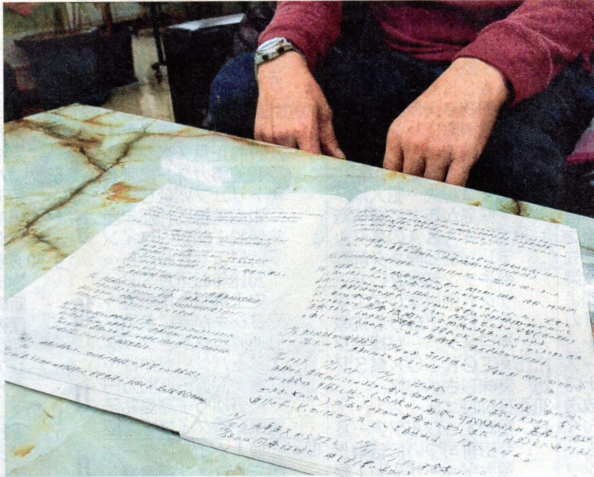
長野総合車両センターの石綿被害

JR、労災認定に消極的

支援団体指摘 事業主証明せず

長野総合車両センター（旧長野工場、長野市西和田）でのアスベスト（石綿）被害で労災認定を受けた小林信五さん（57）の労災申請を巡り、JR東日本長野支社は小林さんの職歴を証明する事業主証明をせず、旧国鉄職員向けの「業務災害」認定を受けるよう促していた。小林さんは同僚に職歴を証明してもらった形で労災申請にこぎ着けたが、支援団体は、労災認定に消極的なJRの姿勢が、民営化後も続く石綿被害の実態を見えにくくしているを指摘している。

【1面参照】



中皮腫と診断された後、小林さんが書き始めた手記。「自分がいた証拠を何か残しておきたい」と闘病生活や労災手続きの経過などをつづっている＝長野市

旧国鉄の業務災害補償、民間事業者の労災に当たる「業務災害」を補償する旧国鉄独自の制度で、分割民営化後は鉄道建設・運輸施設整備支援機構（鉄道・運輸機構）が事業を引き継いだ。石綿被害については、労災補償制度に準じて、石綿特有の疾病の中皮腫や肺がんなどを対象に各種補償金を支給する。ただ、長野労基署によると、休業補償や死亡した場合の遺族補償は、旧国鉄当時の賃金水準に基づいて支給されるため、支給額に差が出る可能性がある。

小林さんは5月18日、石綿を取り扱う業務に従事した人が対象の特殊健診で左肺に水があることが分かり、精密検査が必要とされた。再検査では悪性胸膜中皮腫と診断された。8月、労災申請の手続きのため書類を同支社側に提出。支社側は「業務災害を認定せず。鉄道・運輸機構に連絡してほしい」とするだけだったという。9月に国鉄労働組合長野地方本部などの協力で長野労基署に労災申請し、民営化後の労災認定が少な



車両の整備や検査などを行っているJR東日本長野支社の長野総合車両センター＝長野市

い背景には、JR側が石綿を含む備品を減らすなど対策を進めていることもあるが、石綿対策全国連絡会議（東京）の古谷杉郎事務局長は「JR側の協力が得られず労災申請をあきらめた人がいる可能性がある」と指摘する。

業務災害か労災かの判断について、厚生労働省は「従事した期間の長短は関係ない」との見解だ。このため小林さんを支援したNPO法人「神奈川県労働職業病センター」（横浜市）の池田理恵常務理事は「JRは被害を旧国鉄の問題にしよつとしている」と批判する。

なぜ、労災認定を促さなかったのか。同支社は取材に「個人のプライバシーに関わる問題には答えられない」としている。

小林さんは11月、兵庫県内の病院で手術を受け、胸膜と肺臓を全て摘出した。抗がん剤の副作用で食欲がないが、職場復帰を目指して治療を続けている。「石綿被害は命に関わる問題。同じような例があつてほしい」。同僚のために経験をノートにつづる一方、JR側に真摯な対応と対策の徹底を求めている。

（中村 正起）

わいたくないが、3回目が残っている。いやだなあ。

9月22日頃支社勤務課から「7号8号用紙取りに来てほしい」と勤務課長から夜8時ごろ勤務中の書記長に電話があった。長野労基署が長野支社に提出した7号8号の会社証明について本社から証明するな!と強い指導がされたとのこと。翌日、勤務課長が地本に用紙を持ってきたそうだ。支社に提出したのは長野労基署。書類を返すのであれば労基署でなければならない。筋違いも甚だしい。怒りを通り越して笑ってしまった。どこまで人を馬鹿にすればいいのだろうか?

9月27日、ようやく職歴申立書が池田さんや弁護士さん、大船のOBさんとの打ち合わせにより出来上がり、9月29日に長野労基署に提出に行く。約2時間にわたり聞き取り調査が行われた。その間常に監督官は私の体調を気にかけてくれた。ありがたい。聞き取り終わり、監督官から、JRの対応が話された。「JR会社は7社と事業団との覚え書があると言い続けている。覚え書は法的拘束力がない。小林さんの場合は発病しているのだから、また、会社は私の最終職歴はJRであると認めているのになぜ証明しないのかわからない」と怒りを見せていた。そして、監督官に妻と池田さんが来ていることを告げると会いたいと言い「5号用紙を医療機関に提出してもいい」とのこと。「何か言われたら、私の名前を告げていただいても良い」と言われる。

10月3日、3回目の抗がん剤治療2回目と同様通院での治療だが、医療費については、労災扱いとなるとの見通しのため、負担なしとなる。医療費負担がなくなるのは、非常に助かる。抗がん剤も1回の負担が9万円なので助かる。

副作用だが、翌日から出てきた。まずめまいだ。だるさも出た。少しずつ増していく。10月7日、地本大会に参加。何とか自分の気持ちを訴える。仲間の顔見たらうれしくて、なみだがでてきた。翌日から、いつものように食事ができない。痛みもある。今回は、長い10日ほど続いた。その間にPET撮影。CT撮影。17日医師からの説明。結果は、抗がん剤治療を始める前と総体的に変化はないとのこと。3回の抗がん剤治療の効果が出ている。中皮腫は月単位で進行するが、その兆候が出ていない。

池田さんが私の作業をしていた作業場を実際に見てみたいとのことで10月14日の鉄道の日の車両所開放に来ていただき、私とMさん、委員長で案内をした。見ることで多くのことが分かっていただけたようである。

10月19日には長野支社から10月分賃金明細書が届く。立て替え金の振込用紙も同封されていた。そういうものはすっかりしているなあと感じた。

10月23日、妻の用事で長野駅近くに行ったので、長野労基署に6号用紙をもらいに行く。担当係官から「最終職歴の年数に食い違い(本人平成8年とJR平成

元年)生じているので同僚証明の提出を言われる。

その後、長野地区事務センターに、傷病手当の申請用紙をもらいに行くこと係員から「小林さんの話は聞いている。労災なので切り替えになるので申請用紙はいらない。佐久平駅の助役さんにはそのように連絡してある」とのこと。再度佐久平駅と支社に係員が連絡をする。駅からは助役から今の様態を聞かれ、10月分の明細書の話がされた。支社は勤務課に確認し、運輸機構のS氏に連絡を取るとすぐにでも業務災害の手続がされると副課長から係員に話がされ、私に説明された。不明な点があれば説明すること。池田さんにすぐに連絡。運輸機構にはしなくても良いとのこと。書記長にも連絡し、再度診断書を出すことで対応していくことを確認。JR会社も私の扱いに苦慮しているようだ。JRは早く労災扱いすればいいだけなのに。また、立て替え金の分割返済ができないか確認をお願いもする。担当者から「できない」との連絡があった。事務センターの係員から「自分も透析の治療を受け、腎臓の臓器移植を経験した。小林さんはどうしてそんなに明るいのか教えてほしい」といわれた。「知っている人に会うとうれしくなる。生きる元気をもらえる」と「これは俺だけかもしれないよ」も説明する。

10月31日、11月1日と兵庫医科大学病院にて検査を行うこととなる。

私の現状についてアスベスト

を扱ったことのある多くの仲間
知ってほしいし支えてほしい。そ
して、万が一私のように発病した
らいろいろやらなければならない
ので、今のうちに職歴書を作って
ほしい。私が労災認定を取り組
み勝ち取ることで、不幸にも2人
目、3人目となってもすぐに労災認
定されるようにしなければなら
ない。そのためにも、私は頑張る。
病気の進行は早いということで
説明を受けている。生命のある
限り闘い必ず勝利します。犠牲
者を作りたくありません。私だけ
でいいです。

最後に、私一人の力では限界
があります。多くの仲間の力が
必要です。これからも支援をお
願ひします。

※小林さんは年内に労災認定
を受けることができ、12月31日
付け信濃毎日新聞が一面で
その事実を報じた。また、社会
面に大きく「JR 労災認定に消
極的-支援団体指摘 事業主
証明せず」とも報じられた(88
頁参照)。

同紙は12月8日には「工場のほ
こりに石綿 長野のJR東車
両センター」として、以下のよ
うに報じた。この関連で発出さ
れたのが、79頁に紹介した厚
生労働省通達「工業製品等
における石綿含有製品等の
把握の徹底について」である。

JR東日本長野支社(長野市)
の長野総合車両センター(同市
西和田)で10月から11月かけ、
工場2棟でアスベスト(石綿)を含
む綿ぼこりなどが相次いで見つ

かり、一時操業を停止していたこ
とが7日、分かった。工場内の大
気検査で問題は確認されていな
いといい、同支社は清掃作業な
どを行い、操業を再開した。建
材の取り換えなど抜本的対策は
これからとしている。現時点で、
健康被害の報告はないという。

同支社によると、10月23日にブ
レーキ製品を製造する「ディスク
工場」内で、直径2センチほどの
綿ぼこりが落ちていたのをグル
ープ会社の社員が見つけた。そ
の後の分析調査で、アスベストの
一種「クリソタイル」が含まれて
いることが判明。11月8日に工場を立
ち入り禁止にした。

同工場は1953(昭和28)年建
設。アスベストを含んだ屋根外壁
のスレート板の一部が劣化して
剥がれ、工場内に吹き込んだとみ
られるという。スレート板は98年
の設置。工場内の大気を調べた
ところ、アスベストの浮遊濃度は

下限値に当たる1リットル当たり0・
5本未満で、通常の屋外と同程
度だった。防水塗装や清掃作業
をして11月21日から順次、操業を
再開した。

11月29日にも、ブレーキ部品を
製造する「南作業棟」でアスベ
ストとみられる堆積物が見つかり、
翌30日に操業を停止した。成分
分析結果はまだ出ていないが、
同様に屋根のスレート板の劣化
が原因とみられるという。建物は
60(昭和35)年建設。その後の
大気検査で問題は確認されず、
清掃をした上で今月5日に操業を
再開した。

総合車両センターは在来線車
両の整備や検査、部品製造など
を担う施設。現在、関連会社を
含め約400人が働いている。健
康被害の報告は現時点でない
が、同支社広報室は「申し出が
あれば対応する」としてい



元国鉄労働者の石綿被害

鳥取●休業・療養補償は遺族に請求権なし?

石綿被害が多発する国鉄職場

元国鉄職員であった方が発
症した石綿による疾病は、国鉄
の権利義務を承継している独立
行政法人鉄道建設・運輸施設
整備支援機構(以下「鉄道・運
輸機構」という)が補償に関す
る対応を行っている。国鉄職員は

労災保険の適用外となっていた
ため、国鉄では独自の業務災害
補償制度を設けていた。そのた
め、国鉄当時の業務災害等に起
因する補償業務については鉄
道・運輸機構が行っているの
である。

鉄道・運輸機構のホームペ
ージには、「元国鉄職員に対する

石綿（アスベスト）を起因とする業務災害補償等認定実績」が紹介されている。現在は、平成2017年3月31日時点の実績が掲載されている。以前に比べて申請者及び認定者の数が減っていることが影響しているのか、「認定実績」の更新はかなり不定期となっている。

「認定実績」によると、2017年3月末時点での認定者数は464名にも上り、うち救済新法に係る者は125名となっている。また、被災者の勤務場所についても公表されており、工場を中心に被害の多発が確認できるが、被害が全国各地に広がっていることも明らかとなっている。こうした数字等からも、国鉄は日本一石綿による健康被害が発生している事業場といえる。

Aさんの申請と認定決定から

2015年11月、国労米子地本の主催によるアスベスト学習会とOBらを対象とした相談会が開催され、私（西山和宏）も相談員の一人として参加した。その際に相談に来られたのが米子市のAさんであった。

Aさんのお父さんは、1956年7月から1978年3月まで、国鉄後藤工場の旋盤職場で部品等の製造作業に従事し、2010年7月に肺がんを発症された。療養に専念されていたのだが、2015年1月に亡くなられた。相談会に来られたAさんからは、「国鉄時代の石綿が死亡原因ではないだろうか」と相談があった。

そこで病院からカルテと胸部

画像を入手し、医師に確認したところ胸膜プラークの所見が認められた。また、国労米子地本の協力により、同僚らから作業内容を確認することもできた。そこで2016年2月23日に鉄道・運輸機構に業務災害認定申請を行い、翌月の3月28日にはAさんの元に業務災害認定の通知が届いた。

元国鉄職員への補償制度

鉄道・運輸機構に認定請求を行った場合、国鉄当時の業務に起因する災害に該当するか調査が行われ、「業務災害認定」が行われる。その後、請求者が受けられる補償の支給手続が進められ、補償内容については次のような説明がされる。遺族補償－「業務災害により亡くなられた場合、ご遺族（配偶者が健在のみ）に対して殉職年金（4年後）及び遺族補償一時金を支給」。葬祭料－「業務災害により亡くなられた場合、葬祭される方に支給」。休業補償－「療養のため勤務することが出来ず、給与を受けない時に補償」。療養補償－「治癒するまでの間の療養費を補償」。交通費－「療養の病院に行くための交通費（領収書が必要）」等々。

また、補償水準については次のようになっている。療養補償－「全額補償」。休業補償－「基準内賃金（基本給、扶養手当及び都市手当の合計額）。葬祭料－「平均賃金、標準報酬の80日分」。遺族一時金－「平均賃金、標準報酬の1,700日分」。遺族年金－「1人・153日分（ただし、

妻が55歳以上か障害がある場合は175日分）、2人・201日分、3人・223日分、4人以上・245日分+遺族特別支給金300万円」。労災保険の補償水準を上回る項目もあるが、これは旧国鉄における労働運動の取り組みを反映しているのではないだろうか。

さて、問題はここからである。業務災害と認定された被災者には、休業補償に関する通知がなされる。そこには、「昭和62年3月31日以前に係る業務災害補償等規定第26条で『職員が業務上負傷し、又は疾病にかかり、療養のため勤務に服することができない場合において給与を受けない時は、休業補償を行う』と規定されております。よって、業務災害認定者が休業補償の請求する意思がある場合は別紙にて請求する方はお願いします」と記され、さらに、「休業補償を希望される場合は（別紙1）を不要の場合は（別紙2）を現在他の法律で何らかの手当を支給されている方は（別紙3）でお知らせください」とされ、各別紙が渡される。つまり、休業補償の請求を行うか否かの意思確認が行われるのである。

休業・療養遺族に支給実績なし

Aさんの場合（すでにお母さんも亡くなっておられる）、業務災害の認定を受け、鉄道・運輸機構から遺族一時金と葬祭料の請求手続を行うよう書類が送付された。ところが、休業補償と療養補償に関する請求手続については何ら説明がなかった。

防災保険の休業補償は、療養のため労働することができず賃金を受けない日ごとに請求権が発生し、その翌日から2年を経過すると時効により請求権が消滅する。Aさんの事例でも、認定請求時において約1年間分の請求権が残っていた。また、療養補償に関する請求権は認定日から2年であり、Aさんの場合でも請求権は残っている。ところが、鉄道・運輸機構に確認すると、「本人（被災者）からの申請がない…」「支払った実績がなく、内規に触れる」との理解できない回答であった。亡くなった被災者からは働く意思があったことを確認できないから支給しないというのである。

これまで鉄道・運輸機構では、石綿に起因する業務災害が460名を超えるが、請求者が療養中の場合は本人の意思を確認したうえで休業補償を支払い、すでに被災者が亡くなり遺族が請求を行った場合は、休業補償の支給実績がなかったのである。

そこで、国労本部に協力を依頼し、国労と鉄道・運輸機構との交渉が複数回行われることになった。しかし、鉄道・運輸機構は、「個別の事案であり、個別に判断する」との回答に終始した。

交渉を通じ初の支給実績

労働組合に対しては正式な回答を避けたが、Aさんには休業補償と療養補償の請求があれば個別に判断するとの対応であった。そこで、病院の証明を取り、治療費を国保に返還した領収書を添付し請求を行ったとこ

ろ、休業補償の約1年分と自己負担分の療養費の支払いが行われた。業務災害認定通知が届いてから、約1年が経過していた。

460名を超える業務上の認定実績がありながら、遺族に対する休業補償と療養補償の支給はAさんが初めて。ということは、本来給付を受ける権利がありながらも、補償を受けていない遺族が数多く存在しているだろう。

鉄道・運輸機構は労働組合に

対して「個別事案」との見解を崩さなかったが、こうした姿勢からも、本来補償を受けることができた遺族に対する遡及支給は実現していないと思われる。

さらに引き続き、労働組合や被災者団体との連携を強めながら、補償制度の不備を改善させると共に、本来補償を受けることができる遺族全員に対する遡及支給を実現させる必要がある

(ひょうご労働安全衛生センター)

三星化学の職場にも理解が 福井●5回目の職業がんをなくそう集会

5回目の職業がんをなくそう集会は三星化学工業株式会社の所在地である福井県で開催された。前回の福井集会は宿泊付きだったため、参加者も大いに交流できたという。今回は1日限り、しかも第48回衆議院議員総選挙前の最後の日曜日とあいまって、組合関係者の方もなかなか出席できない状況ではなかったかと思われたが、それぞれが熱心に聴講していた。

今回は、冒頭に三星化学の田中康博氏が、近年の組合活動の成果を報告し、安全な職場づくりへの奮闘を語ることから始まった。組合員に対して、他の従業員が「会社に対して怒るようなことをして」と非難するという。同僚ががんになって苦しんでいるのに、そしてこれ以上被害者が出

ないように戦っているのに、会社に逆らわなければ発症しないとも思っているのではないかと怒りすら感じる。田中氏の淡々とした語り口が口惜しさを余計に際立たせる。

しかし、少しずつ他の従業員もこの活動の重要性を理解するようになってきたという結語に、聞いている私たちも安堵する。具体的に現場の作業環境が改善され、作業のしやすさや安全の確保を実感するようになってきているためである。結局は他の従業員も会社に逆らうことで居辛い思いをしたくないだけで、堂々と闘う組合員に対するやっかみでしかなかったのではなからうか。きつと悪を懲らしめ正義を実現するという結末に向けて、田中氏は物語を紡ぎ続けてくれるだろう。

午後からは産業衛生学会の山野優子氏をむかえ、記念講演を行った。山野氏は産業衛生学会の許容濃度委員会、発がん性物質検討小委員会などの委員を務める。膨大な化学物質と各研究機関の統一されない研究フォーマットを丁寧に分類し、それぞれに登録番号を振り、検討履歴を付けながら発がん性分類を行う作業の煩雑さや気の遠くなるような手間をかけ、ようやく検討すべき化学物質に優先順位をつけるという作業を、寝食を忘れて行っているにもかかわらず、

胆管がん(1,2ジクロロプロパン)、膀胱がん(オルトトルイジン)については被害が先行してしまったことについて、深い反省を込めて語った。

また、オルトトルイジンによる膀胱がん被害について2016年の労働安全衛生総研報告書では、作業環境ではなく作業で使うゴム手袋内の汚染によるものと示唆されている。この報告書も講演では紹介されたが、質疑応答では、「手袋汚染を防いでも、まだ尿中のオルトトルイジン濃度が高い。ゴム手袋に原因を求めるのは拙速で

はないか。製品化されたものが吸引され、体内でオルトトルイジンに分解されているのではないか」と問いかけられ、回答に詰まらされていた。

もともと、糾弾目的で山野氏に講演を依頼したわけではなく、研究者が直に被害者に接し、現場の状況を詳しく聞く機会を持たせることが主催者の意図ではなかっただろうか。その意図がわかっていたからこそ、ゲストスピーカーでありながら被災者の声を真摯に聞いていたし、この講演がその後の研究にも資するので

はないだろうか。

今回は実際に化学関連の仕事をしている参加者が多く、実際に使われている「薬品取り扱い経歴報告書」などが添付資料で提供され、化学物質曝露歴や曝露頻度がすぐにわかる工夫を行っている企業の紹介などもあり、非常に充実した集会だった。この日、終了後はすぐに帰阪したが、機会があればそれぞれの参加者に詳しく現場の話聞いてみたいと思う。



(関西労働者安全センター)

中皮腫 明るくいこう

有善物質のアスベスト(石綿)を吸い込んだことが原因で発症するがん「中皮腫」。治療が困難な上に仲間を見つけないことが難しいこの病気の当事者を励ますと、今夏に生じたばかりの2人の患者がタッグを組み、全国を飛び回って闘病体験を語っている。中皮腫は確かに怖い病気。でも、私たちのように前向きに生きる患者がいることも知ってほしい」と語る。

【大久保 伸】

千葉県鎌ヶ谷市の栗田英司さん(61)と大阪府堺市の石田孝雄さん(59)。今年9月に「中皮腫サポーターキャラバン隊」を結成し、全国を行動して患者を励ます活動を開始した。北海道、兵庫、東京などで交流会や講演会を開催し、11月下旬には福岡と鹿児島で闘病体験を語る予定だ。

栗田さんの病気の付き合いは18年近くになる。33歳の時に腹痛が中皮腫が見つかり、手術で切除。3度再発したが、その度に手術で腫瘍が多く、元気に生きるのが難しくなってきた。会復帰を繰り返しながら、趣味の登山も続けられてきた。「悪いことばかりじゃなかった。い隊」を結成し、全国を行動して患者を励ます活動を開始した。北海道、兵庫、東京などで交流会や講演会を開催し、11月下旬には福岡と鹿児島で闘病体験を語る予定だ。

「中皮腫・アスベストに患者や遺族をつくる疾患・患者と家族の会」が発足。すでに入会したが、足が遠のいた時期もある。会員には大切な人を入れてくれた。元気に生きるのが難しくなってきた。会復帰を繰り返しながら、趣味の登山も続けられてきた。「悪いことばかりじゃなかった。い隊」を結成し、全国を行動して患者を励ます活動を開始した。北海道、兵庫、東京などで交流会や講演会を開催し、11月下旬には福岡と鹿児島で闘病体験を語る予定だ。

男性患者タッグ 全国行脚

「怖い、でも前向きに」闘病語る

「中皮腫サポーターキャラバン隊」を結成し、全国の患者を励ます活動を始め、栗田英司さん(左)と石田孝雄さん(右)大阪府堺市で、翌月発一撮影。

腫が見つかった石田さんは、「余命2年」と宣告されたが、大好きな阪神タイガースへの転移が見つかり、医師からは手術が困難と言われた。死を強く意識する中で、石田さんと知り合った。昨年7月に胸膜中皮

きる自分が姿を見せることに引け目を感じてきた。

昨年4月、肺や肝臓への転移が見つかり、医師からは手術が困難と言われた。死を強く意識する中で、石田さんと知り合った。昨年7月に胸膜中皮

腫が見つかった石田さんは、「余命2年」と宣告されたが、大好きな阪神タイガースへの転移が見つかり、医師からは手術が困難と言われた。死を強く意識する中で、石田さんと知り合った。昨年7月に胸膜中皮

中皮腫 肺を包む胸膜や、腹膜などになるがん。大半が石綿によるものだと考えられており、吸い込んでから20～50年後に発症。心肺機能が低下している手術ができない化学療法の効果に限られる——などの理由から、治療が難しいとされている。

2人は講演活動などを行い、全国に散らばる患者の体験談の収集も進めており、いつか書籍にまとめたという夢を持っている。「私たちが話したいという人が一人でもあれば、会いに行きたい。こちらも生きるための励みになる」と語る。

キャラバン隊についての問い合わせは、2人の活動を手伝っている中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会(0120-0117-554)まで。

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 ほくろウビル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 アンビシヤス梅垣ビル1F
E-mail kyotama@mbox.kyoto-inet.or.jp
TEL (075) 691-6191 / FAX (075) 691-6145
- 大阪 ● 関西労働者安全センター
〒540-0026 大阪市中央区内本町1-2-11 ウタカビル201
E-mail koshc2000@yahoo.co.jp
TEL (06) 6943-1527 / FAX (06) 6942-0278
- 兵庫 ● 尼崎労働者安全衛生センター
〒660-0802 尼崎市長洲中通1-7-6
E-mail a4p8bv@bma.biglobe.ne.jp
TEL (06) 4950-6653 / FAX (06) 4950-6653
- 兵庫 ● 関西労災職業病研究会
〒660-0803 尼崎市長洲本通1-16-17 阪神医療生協気付
TEL (06) 6488-9952 / FAX (06) 6488-2762
- 兵庫 ● ひょうご労働安全衛生センター
〒650-0026 神戸市中央区古湊通1-2-5 DAIEIビル3階
E-mail npo-hoshc@amail.plala.or.jp
TEL (078) 382-2118 / FAX (078) 382-2124
- 岡山 ● おかやま労働安全衛生センター
〒700-0905 岡山市北区春田町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 hiroshima-raec@leaf.ocn.ne.jp
TEL (082) 264-4110 / FAX (082) 264-4123
- 鳥取 ● 鳥取県労働安全衛生センター
〒680-0814 鳥取市南町505 自治労会館内
TEL (0857) 22-6110 / FAX (0857) 37-0090
〒682-0803 倉吉市見田町317 種部ビル2階 労安センターとっとり
/ FAX (0858) 23-0155
- 徳島 ● NPO法人 徳島労働安全衛生センター
E-mail info@tokushimajtuc-rengo.jp
〒770-0942 徳島市昭和町3-35-1 徳島県労働福祉会館内
TEL (088) 623-6362 / FAX (088) 655-4113
- 愛媛 ● NPO法人 愛媛労働安全衛生センター
E-mail npo_eoshc@yahoo.co.jp
〒793-0051 西条市安知生138-5
TEL (0897) 64-9395
- 高知 ● NPO法人 高知県労働安全衛生センター
〒780-0011 高知市薊野北町3-2-28
TEL (088) 845-3953 / FAX (088) 845-3953
- 大分 ● NPO法人 大分県勤労者安全衛生センター
E-mail OITAOSHC@elf.coara.or.jp
〒870-1133 大分市宮崎953-1 (大分協和病院3階)
TEL (097) 567-5177 / FAX (097) 568-2317
- 自治体 ● 自治労安全衛生対策室
E-mail sh-net@ubcnet.or.jp
〒102-0085 千代田区六番町1 自治労会館3階
TEL (03) 3239-9470 / FAX (03) 3264-1432



安全センター情報 2018年1・2月号 (通巻第456号) 2018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/>