

安全センター情報2024年1・2月号 通巻第522号  
2024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



2024 1・2

# 安全センター情報

メンタル労災相談・ハラスメントほっとライン  
0120-631-202  
主催：ひょうごユニオン/NPO法人ひょうご働く人の相談室  
NPO法人ひょうご労働安全衛生センター



特集● 石綿健康被害補償・救済／心理社会的リスク

写真：メンタル労災認定・ハラスメント対策ほっとライン

# 「むち打ちで脳が傷つく～MRIに映らない脳損傷 MTBI (軽度外傷性脳損傷)」の本をクラウドファンディングで出版します。

友和クリニック  
宇土 博

## 1 はじめに

本書は、まだ多くの整形外科医にも知られていない「軽度外傷性脳損傷 (mild traumatic brain injury (MTBI))」で苦しむ患者を救済するために活動する広島弁護士と医師が共同で執筆出版します。



「MTBI」は、追突などの交通事故や高所からの落下、転倒などで頭を打つ、乳児の頭を強く揺さぶることなどで起こる脳器質の損傷で起こる病気です。発生頻度が非常に高いにも関わらず、交通事故などでは、「むち打ち症」で片付けられ、適切な治療を受けられず、様々な後遺症で苦しむ患者が、多数存在します。また、交通事故の自賠責の等級が低く抑えられ、損害賠償訴訟を起こしても「MTBI」と認められないケースが大半です。

本書では、原因となる交通事故や転倒などから数日から数週間を経て症状が出現することなど、実際にMTBIの患者の治療にあつたっている医師が、脳の仕組みや「MTBI」の特徴をできるだけわかりやすく解説し、また、「MTBI広島弁護団」メンバーが、自賠責保険や労災保険の申請時に原因となった交通事故や、労災事故との因果関係が認められ難い現状などに触れ、MTBIへの理解を多くの方に深めていただくことを願い出版するものです。

本書が、MTBIを広く市民の皆様の間に知らせること、そして、各地の整形外科医や同様の訴訟に取り組む弁護士の皆様の手引きになることを望んでいます。

クラウドファンディングは、READYFORという会社のクラウドを使用して出版資金を募ります。2023年12月12日に立ち上げる予定です。皆様の協力をよろしく願います。

## 2 MTBIに取り組んだきっかけ

11年前の2012年に、大型車に追突され、むち打ちの後遺症に苦しんでいる女性患者を知り合いの方から紹介されました。女性は、これまで診てきたむち打ちの患者さんとは異なり、むち打ちによる脳神経の損傷(味覚、嗅覚障害、視力障害、口角から水がこぼれるなどの顔面筋の運動麻痺、回転性のめまい、外傷性頭痛など)や高次脳機能障害(記憶、集中力などの障害)が加わっていました。

事故後、集中力がなくなり、人と長く話すことができなくなりました。文字や映像、数字などを見ることが難しくなる。帳票を見る事や読書ができなくなりました。人の名前や人との会話など、簡単なことが覚えられなくなる。物事の段取りや順序を整理したり、思い出したりできなくなる。焦りやすくなり、冷静に落ち着いて考え行動できなくなりました。人の話など目や耳に入った情報を頭の中で整理できなくなり、簡単な話をされているのに、意図や意味が理解【97頁へ続く】

## 特集① 石綿健康被害補償・救済状況の検証

# 労災時効救済が大幅増 三度目の救済法改正の成果

建設アスベスト給付金認定約6千人 ..... 2

建設アスベスト給付金認定審査の現状と問題点 ..... 32

いのちの救済を求める運動実る ..... 47

## 特集② 心理社会的リスク

# 心理社会的リスク: 高まる危機

心理社会的リスクに関する欧州指令に向けた闘い ..... 53

フランステレコム: 「彼らは本当に仕事を妨害した」 ..... 58

バーンアウト: いつになったら正式に認定される? ..... 62

## ドキュメント

# アスベスト禁止をめぐる世界の動き

フランス: 喉頭・卵巣の石綿関連がんを職業病に ..... 52

ブラジル: アスベスト禁止の闘いをブラジルへ ..... 65

ベルギーのアスベスト被害者の歴史的勝利 ..... 66

脳・心臓疾患の労災認定に係る参考事例集 ..... 69

化学物質管理専門家検討会中間取りまとめ ..... 75

リスクアセスメント対象物健康診断ガイドライン ..... 79

## 各地の便り/世界から

全国●メンタル労災ほっとライン 9ポイントで実施 ..... 85

全国●メンタル労災ほっとライン 2日で相談217件 ..... 88

東京●業務委託のフリー・カメラマンに労災認定 ..... 91

神奈川●飲食店事務職コロナ感染症労災認定 ..... 92

神奈川●船員保険で石綿肺がん認定、問題点も ..... 94

韓国●ライダーユニオンが猛暑労働基準を要求 ..... 95

MTBIの本出版へクラウドファンディング ..... 97



# 労災時効救済が大幅増 三度目の救済法改正の成果 建設アスベスト給付金認定約6千人

## 16回目の補償・救済状況検証

2005年夏のクボタ・ショックに対応するためのアスベスト問題に関する関係閣僚会合は、同年12月27日の第5回会合でまとめた「総合対策」で、「石綿による健康被害者の間に隙間を生じないように迅速かつ安定した救済制度を実現」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その必要性が指摘されてきたにもかかわらず、政府・関係機関による努力はなされてこなかった。

検証作業に使うことのできる死亡年別の補償・救済データについて、環境再生保全機構は当初から公表したものの、厚生労働省がデータを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。

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～

2023年の1・2月号参照-今回が16回目となる)。

なお、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。これを受けて、環境再生保全機構による「石綿健康被害救済制度運用に係る統計資料」の平成25年度版から、「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、本誌が表8として示しているものと同様の作業を行ったものであり、それが本誌による検証から半年以上遅れて公表されるというかたちになったわけである。

「隙間ない救済」に加えて、「公正な(格差のない)救済」も、重要な検証課題である。

## 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、罹患者数のデータは得られないため、死亡者数を用いる。具体的には、2023年9月15日に厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課が公表した、「都道府県（特別区—指定都市再掲）別にみた中皮腫による死亡数の年次推移（平成7年～令和4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、環境省が救済制度発足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資料である）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、後述するようにこれは少なすぎる。そのため以前は、一昔前に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」との仮定を使用してきたが、それでもなお著しく低い「救済率」しか達成できていないこともあり、中皮腫の「1.0倍」という仮定を使って「救済率」を検証することに変えた。表1に記載されているように、環境省は「患者数将来推計は改めて行う」としながら、行われていない。表2に示すような国際的努力も踏まえ、中皮腫・肺がん以外のアスベスト関連疾患も含めた、被害の（将来）推計と「隙間ない救済」実現状況の検証は、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。

## 検証に使った補償・救済データ

② **労災保険・労災時効救済**—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（2023年は6月21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、厚生労働省所管救済法に基づく特別遺族給付金（労災時効救済）、船員保険給付の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（2023年は12月13日）。「確定値」には、死亡年別データが含まれている。

労災保険については、2008年度版から（2004年度分にまで遡及して）びまん性胸膜肥厚と良性石綿胸水に関するデータが追加され、2011年度分から石綿肺の支給決定件数のみが追加されたが、それ以前のデータは公表されていない。公表日の新しいデータを採用し、中皮腫と肺がんについては、本誌が過去情報公開等を通じて入手した過去分のデータも使用した。

必要に応じて、労災保険と労災時効救済を合わせて「**労災・時効救済**」とよぶ。

③ **環境省所管救済法による救済**—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=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・特別葬祭料）。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」（令和4年度版は2023年9月28日公表）及び「石綿健康被害救済制度10年の記録」からもっとも公表日の新しいデータを採用した（結果的に各年度のデータの真の合計と「合計値」に齟齬があるものもある）。未申請死亡者に対する救済は、2008年度になってから創設された。石綿肺とびまん性胸膜肥厚が対象疾病とされたのは、2010年度からであり、良性石綿胸水はいまも対象とされていない。必要に応じて、環境省所管救済法による救済=生存中救済+施行前死亡救済+未申請死亡救済を「**環境省救済**」とよぶ。

「統計資料」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

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"> <li>「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</li> <li>潜伏期間を38年[編注:36年後発病+2年後死亡]と仮定</li> </ul>	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"> <li>患者数将来推計は改めて行う</li> </ul>
全国の石綿肺がん患者数	中皮腫の1.0倍	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>
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"> <li>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</li> <li>肺がんについては資料がなかったため、仮に5割とした</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>

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、必要なデータが系統的に提供されないため、断念せざるを得ない状況が続いている。また、曝露分類や産業別分類等について、環境再生保全機構が2023年3月29日に公表した「石綿健康被害救済制度における平成18~令和3年度被認定者に関するばく露状況調査報告書」も利用している。

### 他の関係制度によるデータ

他の制度のなかで、船員保険については、厚生労働省が前述の速報値及び確定値の公表に含めており、以前の検証ではそのデータも使った。しかし、件数が少ないことと、認定率や都道府県別データが得られないことから、除外した。2022年度までの累計補償件数は、中皮腫107件、肺がん95件、石綿肺10件、合計212件である。

地方公務員災害補償基金は「石綿関連疾病に係る公務災害の申請・認定件数」、また、人事院

は「石綿関連疾病の公務災害認定状況」について、公表・更新しているが、いずれも死亡年別データ等が含まれていない。前者の2021年度までの累計補償件数は、中皮腫95件、肺がん18件、石綿肺3件、その他7件、合計123件。後者の2012~2022年度累計補償件数は、中皮腫9件だけである。

鉄道・運輸機構は「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」を公表・更新しているが、死亡年別データ等が含まれていないだけでなく、そもそも年度別に整理されていない。2022年3月31日現在の累計補償件数は、中皮腫254件、肺がん180件、石綿肺52件及びまん性胸膜肥厚36件、良性石綿胸水2件、合計524件と、少なくない。

以上に掲げた累計補償件数を合わせると、中皮腫465件、肺がん293件、石綿肺65件、その他45件、合計868件となる。これらを含めて、関係するすべての制度が、「隙間ない救済」の実現状況の検証に必要なデータを、系統的に公表すべきである。

### 救済対象に関する国際的知見



表2 GBD2019及びWHO/ILO2021推計による石綿関連疾患死亡数(日本)

死亡原因(傷病)/リスク要因	GBD2019推計				WHO/ILO2021推計		
	1990年	2000年	2010年	2019年	2000年	2010年	2016年
職業曝露による死亡(A~E)	6,095	9,825	17,931	20,699	9,019	16,234	18,514
中皮腫[A]	528	799	1,382	1,599	691	1,226	1,506
気管・気管支・肺のがん[B]	5,365	8,672	15,936	18,342	8,138	14,754	16,702
卵巣がん[C]	91	129	165	204	120	158	197
喉頭がん[D]	53	71	106	122	70	96	109
石綿肺[E]	58	155	341	432			
肺がん/中皮腫の比率(B/A)	10.2	10.9	11.5	11.5	11.8	12.0	11.1
中皮腫による死亡[F]	572	848	1,436	1,656			
中皮腫(職業曝露以外)(F-A)	43	49	54	56			
職業曝露の占める割合(A/F)	92.4%	94.2%	96.2%	96.6%			
石綿肺による死亡[G]	58	155	341	432			
石綿肺(職業曝露以外)(G-E)	0	0	0	0			
石綿による死亡(B+C+E+F+G)	6,138	9,874	17,985	20,755			

わが国の中皮腫による死亡者数は、人口動態統計で把握できるようになった1995年(暦年)の500人から増加している。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、2017年1,555人と増加した。2018年は1,512人、2019年は1,466人と減少したが、2020年1,605人、2021年は1,635人と再び増加に転じた後、2022年は1,554件に減少したが、やはり、「増加が止まったとみることはできない」。1995～2022年の28年間の累計は31,402人になっている(表8参照)。

中皮腫以外のアスベスト関連疾患の規模を予測する努力が積み重ねられている。世界疾病負荷(GBD)推計は、国際的にもっともよく利用されるもので、各国別の推計結果も入手できる。2020年10月17日に更新された最新のGBD2019による日本についての推計結果は表2に示すとおりである。2019年の石綿による死亡が初めて2万人超になった。

2021年9月17日には、「傷病の労働関連負荷に関するWHO/ILO共同推計 2000～2016年 世界監視報告書」が発表された。各国別データも入手することが可能であり、同じく表2に示した。

いずれも中皮腫死亡者数は人口動態統計データとほぼ同じであり、中皮腫以外のアスベスト関連疾患の規模感を想像することができる。

肺がん/中皮腫の比率について、WHOは2014

年発行の「クリソタイル・アスベスト」で「6:1」とし、ILOが2021年に発行した「労働における有害化学物質への曝露と結果としての健康影響: グローバル・レビュー」も、アスベストに関する最新の知見の概要のなかで引用している、しかし、この比率は、GBD2019の世界推計で「7.4:1」、WHO/ILO2021の世界推計では「7.7:1」となっており、また、表2のように、日本については「10」を超えるものと推計されているのである。

さらに、卵巣がん、喉頭がんをアスベスト関連がんに加えることは世界常識となっており、国際機関は他にも関連性が観察されている疾病があることも認めている。補償・救済の対象とされるべきアスベスト関連疾患について、あらためて最新の知見に基づいた検討が必要である。

## 2022年度は時効救済が増加

まず、図1-1と表3に、制度別疾病別補償・救済状況、図1-2と表4に、疾病別補償・救済状況の推移を示す。以降、推移を示す図では、環境省救済については、労災等との重複分を含んだ各年度の救済件数を示していることに留意されたい。

補償・救済合計件数は、労災保険制度しかなかった2005年度以前と比較して、救済制度が創設された2006年度に大幅に増加したことが一目瞭然

図1-1 制度別石綿健康被害補償・救済状況(全疾病)

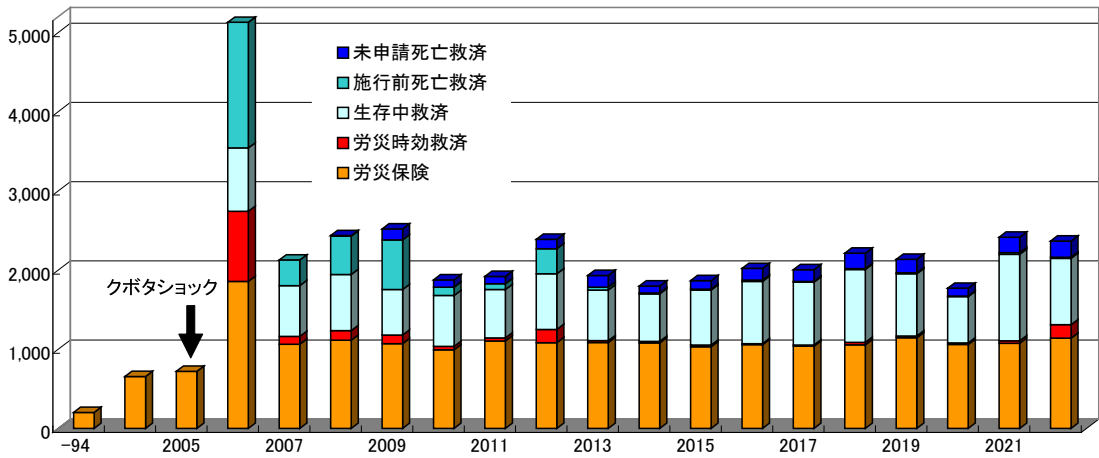


図1-2 疾病別石綿健康被害補償・救済状況(労災・時効救済・環境省救済)

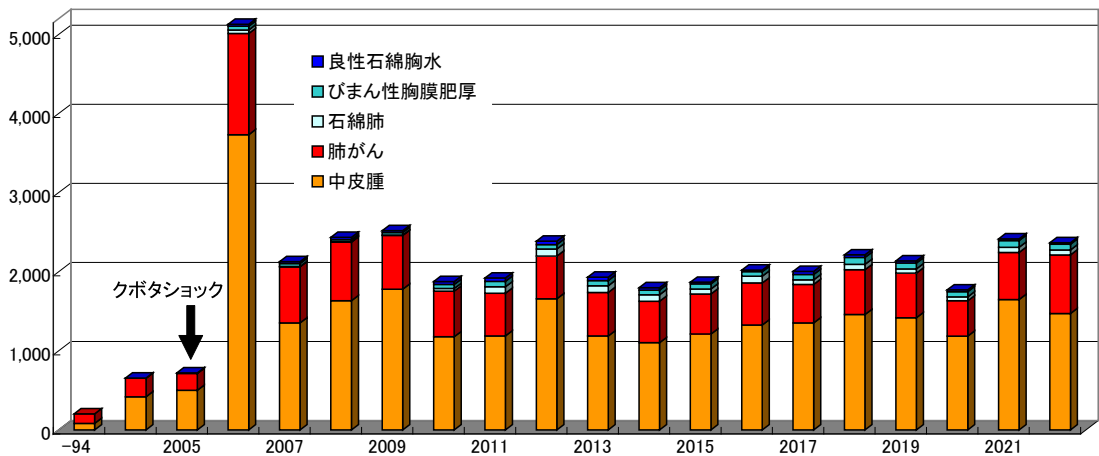
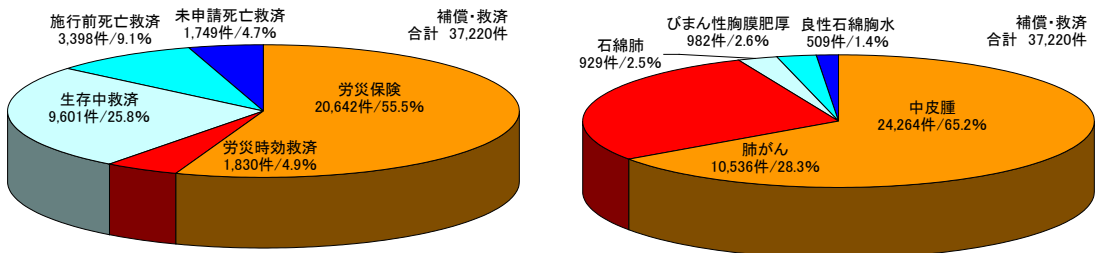


図1-3 制度別・疾病別石綿健康被害補償・救済状況(2022年度末までの累計、重複分除く)



である。2006年度は、労災保険1,858件、施行前死亡救済1,587件、労災時効救済886件、生存中救済799件の順に件数が多かった(合計5,130件)。

2007年度以降は、2,000件前後で推移している

が、労災保険はおおむね1,000~1,100件で横ばい状態であり、主として環境省救済の増減が合計件数の増減につながった。また、疾病別では、中皮腫の増減が、合計件数の変化の主な原因になった。



表3 制度別補償・救済状況(全疾病)

年度	労災 保険	労災時 効救済	生存中 救済	施行前 死亡救済	未申請 死亡救済	合計
-94	203					203
95-04	656					656
2005	721					721
2006	1,858	886	799	1,587		5,130
2007	1,063	99	642	324		2,128
2008	1,115	121	708	485	7	2,436
2009	1,071	109	574	628	138	2,520
2010	994	42	643	106	91	1,876
2011	1,105	39	610	73	94	1,921
2012	1,083	167	703	317	118	2,388
2013	1,085	24	639	35	150	1,933
2014	1,080	20	599	13	87	1,799
2015	1,033	20	695	11	109	1,868
2016	1,058	13	786	17	147	2,021
2017	1,039	15	793	10	148	2,005
2018	1,057	31	919	13	194	2,214
2019	1,145	23	785	12	172	2,137
2020	1,060	20	585	8	98	1,771
2021	1,076	31	1,092	22	195	2,416
2022	1,140	170	838	16	203	2,367
小計	20,642	1,830	12,410	3,677	1,951	40,510
重複			△2,809	△279	△202	△3,290
合計	20,642	1,830	9,601	3,398	1,749	37,220
	55.5%	4.9%	25.8%	9.1%	4.7%	100%

表4 疾病別補償・救済状況(全制度)

年度	中皮腫	肺がん	石綿肺	びまん性 胸膜肥厚	良性石 綿胸水	合計	肺がん /中皮腫
-94	83	120				203	144.6%
95-04	419	234		1	2	656	55.8%
2005	502	213		4	2	721	42.4%
2006	3,733	1,279	44	48	26	5,130	34.3%
2007	1,354	709	4	37	24	2,128	52.4%
2008	1,634	740	8	25	29	2,436	45.3%
2009	1,780	680	4	32	24	2,520	38.2%
2010	1,178	576	34	51	37	1,876	48.9%
2011	1,190	538	82	69	42	1,921	45.2%
2012	1,658	541	89	55	45	2,388	32.6%
2013	1,188	551	85	65	44	1,933	46.4%
2014	1,103	525	81	58	32	1,799	47.6%
2015	1,212	506	64	66	20	1,868	41.7%
2016	1,327	531	86	57	20	2,021	40.0%
2017	1,354	486	58	68	39	2,005	35.9%
2018	1,459	566	68	87	34	2,214	38.8%
2019	1,418	564	55	73	27	2,137	39.8%
2020	1,186	447	49	67	22	1,771	37.7%
2021	1,649	596	65	84	22	2,416	36.1%
2022	1,472	741	63	73	18	2,367	50.3%
小計	26,899	11,143	939	1,020	509	40,510	41.4%
重複	△2,635	△607	△10	△38		△3,290	
合計	24,264	10,536	929	982	509	37,220	43.4%
	65.2%	28.3%	2.5%	2.6%	1.4%	100%	

「重複」は、石綿健康被害救済制度運用に係る統計資料で「労災等との重複」とされているものである。  
 労災保険については、石綿肺の2009年度以前分、びまん性胸膜肥厚と良性石綿胸水の2003年度以前分のデータは入手できていない。  
 びまん性胸膜肥厚と良性石綿胸水が環境省所管救済の対象疾病になったのは2010年度以降であり、良性石綿胸水は対象ではない。

表5 制度別・疾病別補償・救済状況(2022年度末までの累計、重複分除く)

	労災保険			労災時効救済			生存中救済			施行前死亡救済		
	件数	割合	割合	件数	割合	割合	件数	割合	割合	件数	割合	割合
中皮腫	10,823	52.4%	44.6%	1,033	56.4%	4.3%	7,827	81.5%	32.3%	3,233	95.1%	13.3%
肺がん	7,776	37.7%	73.8%	712	38.9%	6.8%	1,565	16.3%	14.9%	118	3.5%	1.1%
石綿肺	771	3.7%	83.0%	82	4.5%	8.8%	33	0.3%	3.6%	37	1.1%	4.0%
びまん性胸膜肥厚	763	3.7%	77.7%	3	0.2%	0.3%	176	1.8%	17.9%	10	0.3%	1.0%
良性石綿胸水	509	2.5%	100%	0	0.0%	0.0%						
合計	20,642	100%	55.5%	1,830	100%	4.9%	9,601	100%	25.8%	3,398	100%	9.1%
	未申請死亡救済			労災・時効救済計			環境省救済計			合計		
	件数	割合	割合	件数	割合	割合	件数	割合	割合	件数	割合	割合
中皮腫	1,348	77.1%	5.6%	11,856	52.8%	48.9%	12,408	84.1%	51.1%	24,264	65.2%	100%
肺がん	365	20.9%	3.5%	8,488	37.8%	80.6%	2,048	13.9%	19.4%	10,536	28.3%	100%
石綿肺	6	0.3%	0.6%	853	3.8%	91.8%	76	0.5%	8.2%	929	2.5%	100%
びまん性胸膜肥厚	30	1.7%	3.1%	766	3.4%	78.0%	216	1.5%	22.0%	982	2.6%	100%
良性石綿胸水				509	2.3%	100%				509	1.4%	100%
合計	1,749	100%	4.7%	22,472	100%	60.4%	14,748	100%	39.6%	37,220	100%	100%

2008年度に未申請死亡救済制度が追加されたが、以降、一定の存在感を維持している。

2009年度と2012年度に二つの小さな山がみられるが、これは、2008年度に環境省主導、2011年度に厚生労働省によって、地方自治体の保管する死亡小票を活用して中皮腫で死亡された方を抽出し、労災または救済給付を受けていないものに対して補償・救済制度を周知する「個別周知事業」が実施されたことによるものである。実際に、疾病別で中皮腫が増加の原因であったことを確認できる。この「個別周知」は、対象が中皮腫に限定され、また、「闘病中の本人に対して」ではなく「死亡後に遺族に対して」になってしまうわけではあるが、二度の実施によって効果のあることは実証されていると言ってよい。

2010年度には石綿肺とびまん性胸膜肥厚が、環境省救済の対象疾病に追加されたが、合計件数の推移に反映されるような影響は与えていない。びまん性胸膜肥厚は毎年2桁の実績があるものの、石綿肺は1桁にとどまっている。

2020年度に環境省救済が比較的大きく落ち込んでいるが、これは新型コロナウイルス感染症の影響で認定作業が遅れて大幅に減少したためであった。労災・時効救済の方はわずかの減少で踏みとどまっている。

2021年度は、労災・時効救済は前年度の1,080件からわずかの増加だったが、環境省救済が倍増に迫る大幅増加となった。合計件数でも1,771件から2,416件へ645件、36.4%の増加となった。前回の検証で確認したように、新型コロナウイルス感染症の影響から挽回を図るための諸対策の結果であった。疾病別では、良性石綿胸水以外増加している。

2022年度は、合計件数は若干の減少だったが、労災時効救済が31件から170件へ5.5倍、労災保険も1,076件から1,140件へ5.9%、環境省救済の未申請死亡救済も195件から203件へ4.1%、増加した。環境省救済の生存中救済と施行前死亡救済は減少している。これは、後述の請求期限切れへの対応をめぐる動きの影響によるものと考えられる。疾病別では、肺がんのみが596件から741件へ24.3%増加したものの、中皮腫ほかは減少している。

## 全体で労災等60.4%、中皮腫65.2%

図1-3と表5に、2022年度末までの累計について、制度別・疾病別補償・救済状況の概要を示した。ここでは、環境省救済の重複分は除かれている。

累計補償・救済件数は37,220件。環境省救済の重複分は3,290件で、8.8%に相当する。

制度別では、労災保険55.5%、労災時効救済4.9%（労災・時効救済計60.4%）、生存中救済25.8%、施行前死亡救済9.1%、未申請死亡救済4.7%（環境省救済計39.6%）、となっている。

疾病別では、中皮腫65.2%、肺がん28.3%、石綿肺2.5%、びまん性胸膜肥厚2.6%、良性石綿胸水1.4%、となっている。なお、良性石綿胸水は、環境省救済の対象疾病にはなっていない。

## 三度目の救済法改正

石綿健康被害救済法は、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（施行前死亡救済及び労災時効救済）の請求期限を延長するという改正が、患者・家族らの提起を受けた議員立法というかたちで、2008年と2011年の二度にわたって行われた。

しかし、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ために、死亡から5年経過すると労災保険も労災時効救済も請求できなくなる。2021年3月27日以降、そうした事例が発生していたはずである。環境省所管の未申請死亡救済のほうは死亡から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格差がある。

さらに、2016年3月26日以前に死亡した中皮腫・肺がん事例の施行前死亡救済の請求権が、2022年3月27日までで期限切れとなるのを皮切りに、施行前死亡救済の請求期限切れ問題もはじまり、請求期限の再々度の延長が待たなしの課題であったが、患者と家族の会らの精力的な働きかけにより、請求期限を再々度延長する救済法改正が2022年5月17日に成立した（2022年7月号参照）。

図2-1 労災・時効救済：疾病別石綿健康被害補償・救済状況

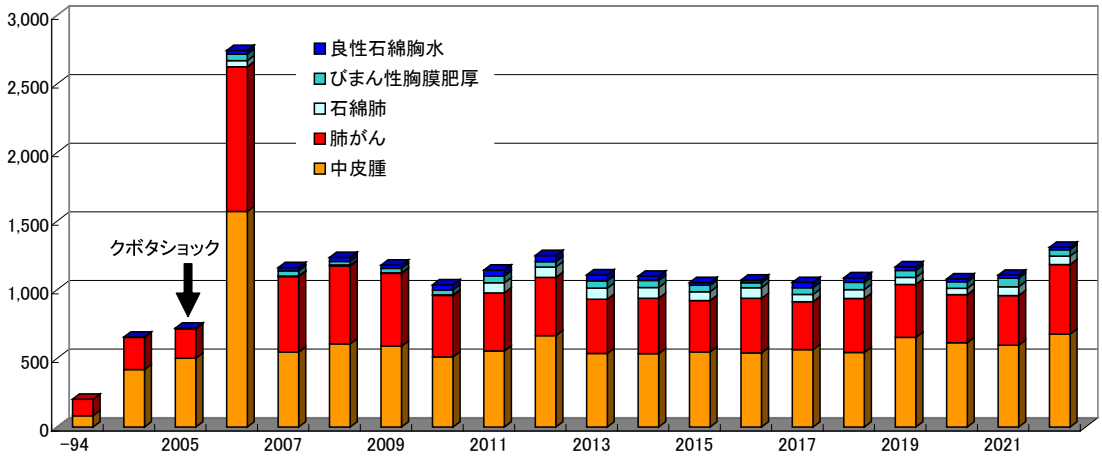


図2-2 環境省救済：疾病別石綿健康被害救済状況

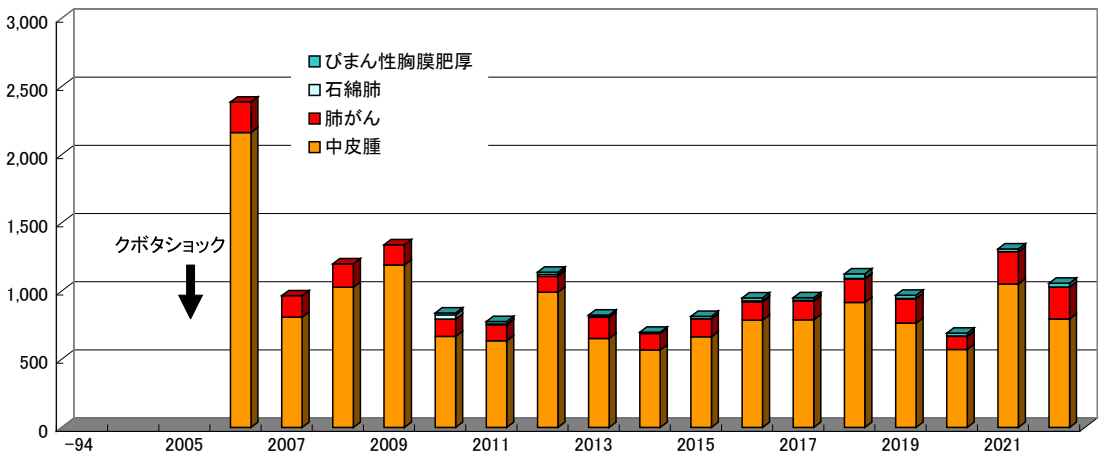
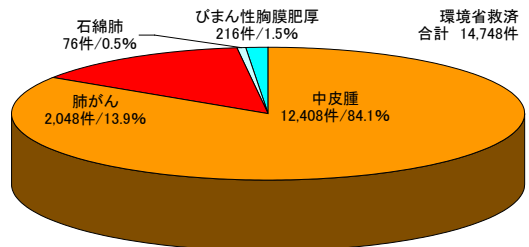
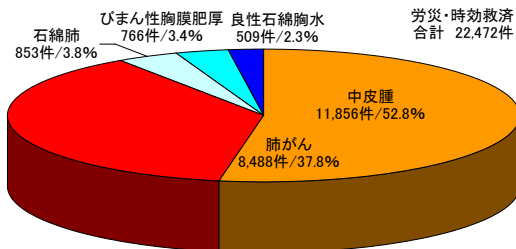


図2-3 疾病別石綿健康被害補償・救済状況 (2022年度末までの累計、重複分除く)



この法改正とコロナ禍の影響で中途半端に終わった環境再生保全機構と厚生労働省による請求期限切れ前の周知が、2022年度の労災時効救済等の増加等に影響を与えていることは間違いない。

### 環境省救済はほぼ中皮腫

図2-1～3と表6-1・2に、労災・時効救済と環境省



表6-1 労災・時効救済：疾病別補償・救済状況

年度	中皮腫	肺がん	石綿肺	びまん性胸膜肥厚	良性石綿胸水	合計	肺がん/中皮腫
-94	83	120				203	144.6%
95-04	419	234		1	2	656	55.8%
2005	502	213		4	2	721	42.4%
2006	1,571	1,055	44	48	26	2,744	67.2%
2007	546	551	4	37	24	1,162	100.9%
2008	606	568	8	25	29	1,236	93.7%
2009	589	531	4	32	24	1,180	90.2%
2010	511	448	5	35	37	1,036	87.7%
2011	554	424	73	51	42	1,144	76.5%
2012	666	425	75	39	45	1,250	63.8%
2013	536	396	80	53	44	1,109	73.9%
2014	535	404	78	51	32	1,100	75.5%
2015	547	375	64	47	20	1,053	68.6%
2016	541	397	78	35	20	1,071	73.4%
2017	565	349	52	49	39	1,054	61.8%
2018	543	394	64	53	34	1,088	72.6%
2019	653	386	52	50	27	1,168	59.1%
2020	615	350	46	47	22	1,080	56.9%
2021	597	361	64	63	22	1,107	60.5%
2022	677	507	62	46	18	1,310	74.9%
合計	11,856	8,488	853	766	509	22,472	71.6%
	52.8%	37.8%	3.8%	3.4%	2.3%	100%	

表6-2 環境省救済：疾病別救済状況

年度	中皮腫	肺がん	石綿肺	びまん性胸膜肥厚	合計	肺がん/中皮腫
-2005						
2006	2,162	224			2,386	10.4%
2007	808	158			966	19.6%
2008	1,028	172			1,200	16.7%
2009	1,191	149			1,340	12.5%
2010	667	128	29	16	840	19.2%
2011	636	114	9	18	777	17.9%
2012	992	116	14	16	1,138	11.7%
2013	652	155	5	12	824	23.8%
2014	568	121	3	7	699	21.3%
2015	665	131	0	19	815	19.7%
2016	786	134	8	22	950	17.0%
2017	789	137	6	19	951	17.4%
2018	916	172	4	34	1,126	18.8%
2019	765	178	3	23	969	23.3%
2020	571	97	3	20	691	17.0%
2021	1,052	235	1	21	1,309	22.3%
2022	795	234	1	27	1,057	29.4%
小計	15,043	2,655	86	254	18,038	17.6%
重複	△2,635	△607	△10	△38	△3,290	
合計	12,408	2,048	76	216	14,748	21.3%
	84.1%	13.9%	0.5%	1.5%	100%	

救済の各々についての、疾病別補償・救済状況を示す。図2-1と図2-2は、縦軸の最大値を3,000件でそろえてあるので、直観的に棒グラフの長さで相互に比較することが可能である。

両者の推移をみると、環境省救済のほうが変動が大きい。2009年の環境省主導の個別周知は環境省救済を増加させたものの労災・時効救済では影響がみられないが、2012年の厚生労働省主導の個別周知は双方を増加させている。前述のとおり、環境省救済の2020年度の減少と2021年度の増加はコロナ禍の影響であり、2022年度は減少というよりも2019年度以前レベルへの復帰と言えるかもしれない。労災・時効救済の2022年度の増加は請求期限切れへ対応としての周知と法改正の影響と考えられ、したがって2023年度以降も増加するとは限らない。労災保険単独では、2007年度以降はほぼ横ばいと言えるかもしれない。

2022年度末までの累計件数は、労災・時効救済

が22,472件（全体に占める割合60.4%）。環境省救済は14,748件（同じく39.6%）、重複分は3,290件で、22.3%に相当する。換言すると、累計認定件数の18.2%が重複認定となったことになる。

2022年度末までの累計の内訳についてみると、労災・時効救済では、中皮腫52.8%、肺がん37.8%、石綿肺3.8%、びまん性胸膜肥厚3.4%、良性石綿胸水2.3%。環境省救済（重複分を除く）では、中皮腫84.1%、肺がん13.9%、石綿肺0.5%、びまん性胸膜肥厚1.5%、となっている。

環境省救済の方は、ほとんど中皮腫だけしか救済できておらず（84.1%）、かつ、年度ごとの救済件数の変動の幅が大きいという特徴がある。後にみるように、環境省救済と労災・時効救済の疾病別の認定率の比較（図9-1～4参照）では、中皮腫については大きな差がないのに、中皮腫以外の疾病については、環境省救済の認定率のほうが著しく低いことが確認できる。認定基準の内容とその運用

図3-1 中皮腫：制度別補償・救済状況

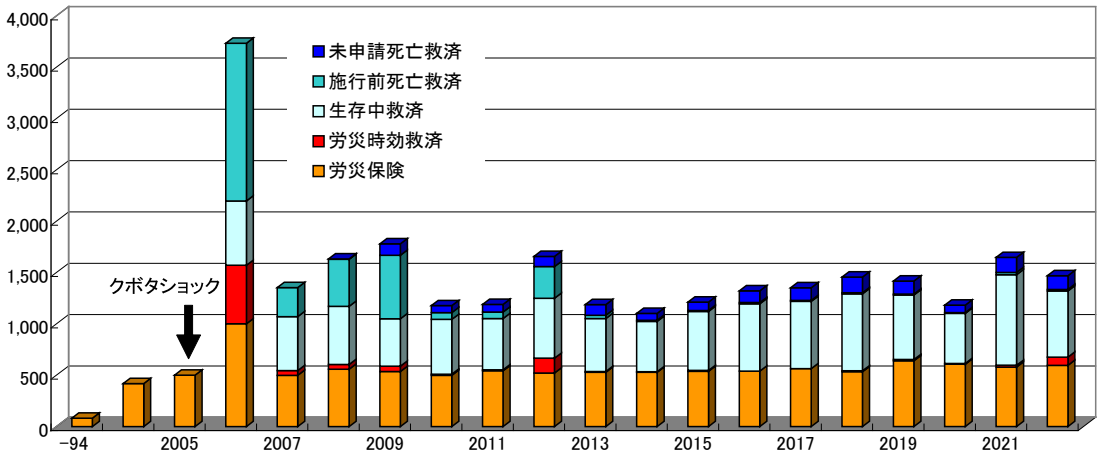


図3-2 肺がん：制度別補償・救済状況

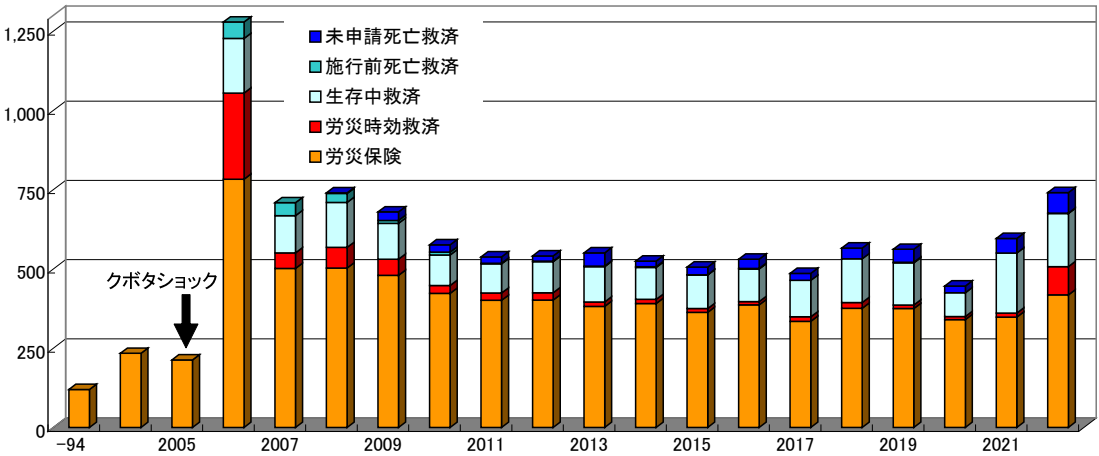


図3-3 石綿肺・びまん性胸膜肥厚・良性石綿胸水：制度別補償・救済状況

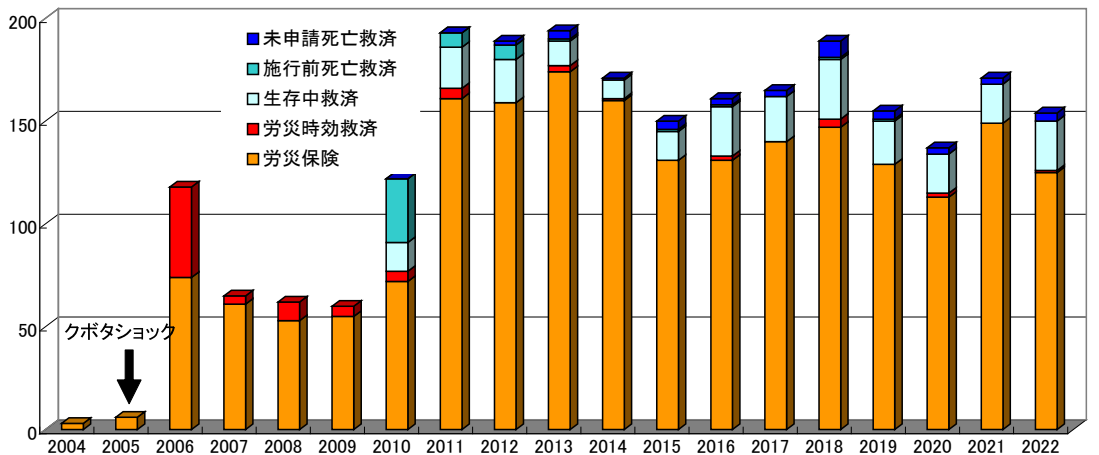
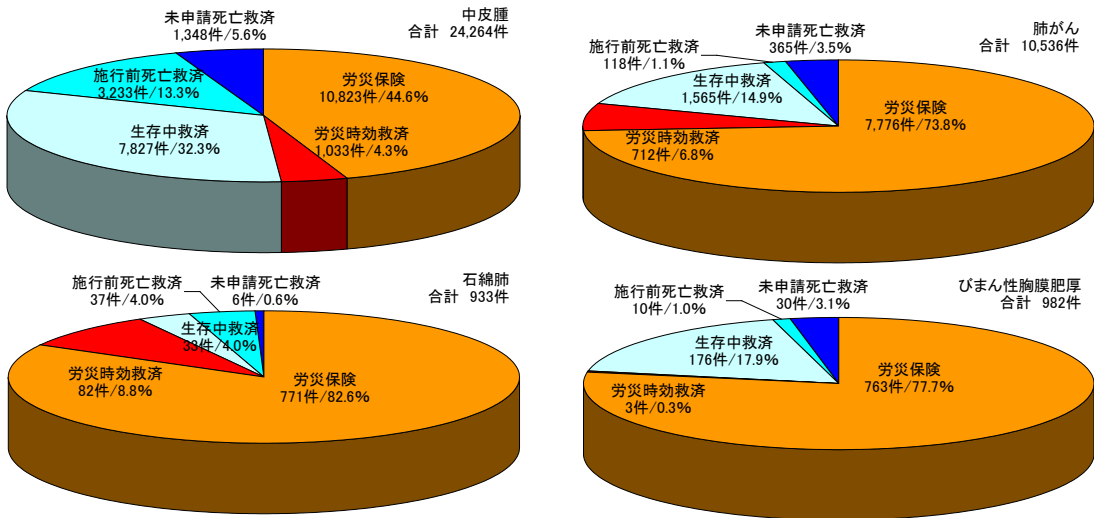


図3-4 疾病別：制度別補償・救済状況(2022年度末までの累計、重複分除く)



に問題があるということである。

### 中皮腫：2022年度はやや減少

図3-1～4と表7-1～2に、各々の疾病について、制度別の補償・救済状況を示した。

中皮腫(図3-1と表7-1)は、(2022年度は減少が大きいがおおむね全疾病(図1-2)と同様の推移を示しており、換言すれば、中皮腫の推移が全体の推移を左右している(累計で全疾病の65.2%を占めている)。ただし、図1-2と比較すれば、労災保険の比率が相対的に低いこともわかる。

図3-1で、救済法が施行された2006年度の大きな峯以外に、2009年度、2012年度、2021年度に三つの小さな山(及び2020年度に小さなへこみ)ができています。前述のとおり、2009年度と2012年度の山は「個別周知事業」の結果であり、2020年度の減少と2021年度の増加はコロナ禍の環境省救済への影響の結果である。

中皮腫は、労災認定第1号が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(事実上クボタ・ショック後の半年間で)502件、2006年度は1年間で1,001件と、1年半で実に4倍に激増した。以降、2007～2018年度は500件台、2019年度

641件、2020年度607件、2021年度579件、2022年度597件と推移してきている(表7-1)。

労災時効救済は、2006年度に570件で、その後2011年度まで2桁台。2011年度の厚生労働省主導の「個別周知事業」の結果と思われる2012年度の増加の後、件数は少ないものの毎年救済件数があり、2022年度は請求期限切れ問題をめぐる動きの影響と思われるが、80件もあった。

生存中救済は、2006年度に627件の後、461～882件の間で変動している。2016～2019年度の間、生存中救済が600件台(2018年度は749件)、未申請死亡救済が100件台を持続していたが、コロナ禍の影響で2020年度はいずれも大きく減少、2021年度にはいずれも大きく挽回、2022年度は対前年比では減少したものの、2019年度以前のレベルである。

施行前死亡救済は、2006年度に1,535件と制度別でもっとも多かったが、2008年度の環境省主導の「個別周知事業」の結果と思われる2009年度の増加が確認でき、2012年度も増加している。その後減少しているものの毎年救済件数があり、2020年度8件、2021年度22件、2022年度15件あった。

結果的に、2022年度末までの補償・救済累計は、環境省救済の重複分を除いて24,264件である。環境省救済の重複分は2,635件で、10.9%に相当する。推計を含めた2022年度までの累計中皮



表7-1 中皮腫・肺がん：制度別補償・救済状況

年度	中皮腫死亡 (暦年)	中皮腫						肺がん					
		労災 保険	労災時 効救済	生存中 救済	施行前 死亡救済	未申請 死亡救済	合計	労災 保険	労災時 効救済	生存中 救済	施行前 死亡救済	未申請 死亡救済	合計
-94	3,685	83					83	120					120
95-04	7,013	419					419	234					234
2005	911	502					502	213					213
2006	1,050	1,001	570	627	1,535		3,733	783	272	172	52		1,279
2007	1,068	500	46	525	283		1,354	502	49	117	41		709
2008	1,170	559	47	566	457	5	1,634	503	65	142	28	2	740
2009	1,156	536	53	461	619	111	1,780	480	51	113	9	27	680
2010	1,209	499	12	533	66	68	1,178	423	25	96	9	23	576
2011	1,258	543	11	498	64	74	1,190	401	23	92	2	20	538
2012	1,400	522	144	584	308	100	1,658	402	23	98	2	16	541
2013	1,410	529	7	516	32	104	1,188	382	14	111	2	42	551
2014	1,376	529	6	489	11	68	1,103	391	13	101	2	18	525
2015	1,504	539	8	575	9	81	1,212	363	12	106	1	24	506
2016	1,550	540	1	654	13	115	1,327	387	10	103	2	29	531
2017	1,555	564	1	654	10	123	1,354	335	14	115		22	486
2018	1,512	534	9	749	12	152	1,459	376	18	138		34	566
2019	1,466	641	12	629	9	127	1,418	375	11	133	2	41	564
2020	1,605	607	8	487	8	73	1,186	340	10	75		21	447
2021	1,635	579	18	882	22	146	1,649	348	13	189		46	596
2022	1,554	597	80	645	15	134	1,472	418	89	168	1	65	741
小計	35,087	10,823	1,033	10,089	3,473	1,481	26,899	7,776	712	2,072	153	430	11,143
重複				△2,262	△240	△133	△2,635			△507	△35	△65	△607
合計	35,087	10,823	1,033	7,827	3,233	1,348	24,264	7,776	712	1,565	118	365	10,536
救済率	100%	30.8%	2.9%	22.3%	9.2%	3.8%	69.2%	22.2%	2.0%	4.5%	0.3%	1.0%	30.0%
分担率		44.6%	4.3%	32.3%	13.3%	5.6%	100%	73.8%	6.8%	14.9%	1.1%	3.5%	100%
			48.9%			51.1%			80.6%			19.4%	
死亡年判明2022年以前			10,424	6,542	3,233	1,348	21,547		5,888	1,064	118	364	7,434
死亡年不明+生存等			1,432	1,285	0	0	2,717		2,600	501	0	1	3,102

「救済率」は、補償・救済合計数の中皮腫死亡合計数(31,898人)に対する比率。「死亡」については、表8・9参照。

腫死亡者数35,087人に対する比率を「救済率」と呼べば、69.2%となる。ちなみに、既出の他の関係制度による累計補償件数465件を加えると、補償・救済累計は24,729件で、「救済率」は70.5%となる。

内訳は図3-4左上のように、労災保険44.6%、労災時効救済4.3%(労災・時効救済48.9%)、生存中救済32.3%、施行前死亡救済13.3%、未申請死亡救済5.6%(環境省救済51.1%)、となっている。

しかし、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、職業曝露によるもの以外の中皮腫の救済・補償制度を実

施している他の諸国の状況からも妥当と考えられている。したがって、以上のような「分担率」の状況は大いに問題がある。

### 肺がん：労災・時効救済が増加

肺がん(図3-2と表7-1)は、中皮腫と比較して半分以下にとどまっている。2006年度の峰も中皮腫と比較すれば低く、中皮腫の場合の「個別周知」による2009年度と2012年度の峰もみられない。しかし、2022年度は前年度596件から741件へ145件、

## 特集①/石綿健康被害補償・救済状況の検証

表7-2 石綿肺・びまん性胸膜肥厚・良性石綿胸水：制度別補償・救済状況

年度	石綿肺						びまん性胸膜肥厚						良性石綿胸水
	労災 保険	労災時 効救済	生存中 救済	施行前 死亡救済	未申請 死亡救済	合計	労災 保険	労災時 効救済	生存中 救済	施行前 死亡救済	未申請 死亡救済	合計	労災保険 =合計
2004							1					1	2
2005							4					4	2
2006		44				44	48					48	26
2007		4				4	37					37	24
2008		8				8	24	1				25	29
2009		4				4	31	1				32	24
2010		5	5	24		34	35		9	7		51	37
2011	68	5	4	5		82	51		16	2		69	42
2012	75		7	6	1	89	39		14	1	1	55	45
2013	77	3	3	1	1	85	53		9		3	65	44
2014	78		3			81	50	1	6		1	58	32
2015	64					64	47		14	1	4	66	20
2016	76	2	4	1	1	86	35		20		2	57	20
2017	52		5		2	58	49		17		1	68	39
2018	60	4	3	1		68	53		26		8	87	34
2019	52		1	1	1	55	50		20		3	73	27
2020	44	2	2			49	47		17		3	67	22
2021	64		1			65	63		18		3	84	22
2022	61	1	1			63	46		23		4	73	18
小計	771	82	40	40	6	939	763	3	209	11	34	1,020	509
重複			△7	△3	0	△10			△33	△1	△4	△38	
合計	771	82	33	37	6	929	763	3	176	10	30	982	509
分担率	83.0%	8.8%	3.6%	4.0%	0.6%	100%	77.7%	0.3%	17.9%	1.0%	3.1%	100%	100%
		91.8%			8.2%			78.0%			22.0%		

労災保険については、石綿肺の2009年度以前分、びまん性胸膜肥厚と良性石綿胸水の2003年度以前分のデータは入手できていない。びまん性胸膜肥厚と良性石綿胸水が環境省所管救済の対象疾病になったのは2010年度以降であり、良性石綿胸水は対象ではない。

24.3%増加した。中皮腫が2022年度にやや減少しているのに対して、特徴的である。

肺がんは、労災認定第1号が1973年とされ、以降クボタショック前-2004年度までの32年間の累計労災認定件数が354件であったものが、2005年度は213件、2006年度は783件と、中皮腫同様に激増した。しかし、2007年度502件から2021年度348件へと、長期的に減少傾向がみられるのではないかと懸念されていたが、2022年度は前年度348件から418件へ70件、20.1%増加した。

労災時効救済件数は減少しながらも、2013年度以降も10件台を維持していたが、2022年度は13件から89件へ76件、6.8倍増加した。

生存中救済は、2013年度以降3桁を保ってき

た。コロナ禍の影響により2020年度に75件に減少、2021年度に189件に盛り返し、2022年度は168件であった。施行前救済は、0件の年も出ている。

未申請死亡救済は、変動がみられるものの2009年度以降2桁を保ちつつ増加しているようにみえた。2020年度は21件と減少したが、2021年度は46件、2022年度は65件に増加した。

2022年度の労災時効救済、労災保険と未申請死亡救済の増加に請求期限切れ問題をめぐる動きが影響していることは間違いないと思われるが、なぜとくに肺がんが増加したのかはわからない。都道府県別では東京、大阪、愛知、神奈川、広島、福岡等、業種別では建設業が増加している。

2022年度までの補償・救済累計は、環境省救済

の重複分を除いて10,536件となった。環境省救済の重複分は607件で、5.8%に相当する(中皮腫の10.9%よりかなり少ない)。推計を含めた2022年度までの累計中皮腫死亡者数35,087人を補償・救済すべき石綿肺がん死亡者数と仮定(著しい過少評価であり、本来は10倍以上にすべきであると考えられるが)して、それに対する比率を「救済率」と呼べば、30.0%となる。ちなみに、既出の他の関係制度による累計補償件数293件を加えると、補償・救済累計は10,829件で、「救済率」は30.9%となる。

内訳は図3-4右上のように、労災保険73.8%、労災時効救済6.8%(労災・時効救済計80.6%)、生存中救済14.9%、施行前死亡救済1.1%、未申請死亡救済3.5%(環境省救済計19.4%)、となっている。

中皮腫の場合と比較しても、環境省救済が肺がんを救済できていないことが最大の問題である。何よりも「中皮腫と比較しても肺がんの補償・救済が不十分」という認識を持って、認定基準の内容と運用や、医療現場の認識と対応の大幅な改善を含めた抜本的・包括的アプローチが必要である。

## 良性疾患：石綿関連の認識を反映？

図3-3と表7-2に、石綿肺、びまん性胸膜肥厚、良性石綿胸水の決定年度別補償・救済状況を示す。

石綿肺とびまん性胸膜肥厚が環境省救済の対象になったのは2010年度以降であり、良性石綿胸水はいまも対象とされていない。

石綿肺(表7-2)の労災認定件数は、2010年度以前のデータが公表されておらず、2011年度以降は45~78件の範囲で推移している。労災時効救済と施行前死亡救済は、制度創設の年に2桁を記録した後は、1桁または0件。未申請死亡救済も0~2件にとどまっている。全体でも、2011年度以降、49~89件の範囲であり、2022年度までの補償・救済累計は、環境省救済の重複分を除いて929件となった。環境省救済の重複分は10件で、10.8%に相当する。

内訳は図3-4左下のように、労災保険83.0%、労災時効救済8.8%(労災・時効救済計91.8%)、生存中救済3.6%、施行前死亡救済4.0%、未申請死亡救済0.6%(環境省救済計8.2%)、となっていて、環

境省救済の占める割合が著しく低い。

びまん性胸膜肥厚(表7-2)の労災認定件数は、2006年度以降増加して24~63件の範囲で推移している。労災時効救済はこれまでに3件しかない。生存中救済は6~26件、施行前死亡救済は0~7件、未申請死亡救済は0~8件である。全体では51~87件の範囲で推移しており、2022年度までの補償・救済累計は、環境省救済の重複分を除いて982件となった。環境省救済の重複分は38件で、3.9%に相当する。

内訳は図3-4右下のように、労災保険77.7%、労災時効救済0.3%(労災・時効救済計78.0%)、生存中救済17.9%、施行前死亡救済1.0%、未申請死亡救済3.1%(環境省救済21.1%計)、となっている。石綿肺の場合と比較すると、環境省救済の占める割合が高く、肺がんの場合に近い。

良性石綿胸水(表7-2)は、環境省救済の対象になっておらず、労災時効救済は実績がない。労災保険のみのデータとなるが、2010年度以降では51~87件の範囲で変動している状況で、2022年度までの累計で509件となった。

図3-3は、石綿肺、びまん性胸膜肥厚、良性石綿胸水の合計の推移を示しているが、2006年度以降に労災認定件数の飛躍がみられるとともに、2011年度以降にさらなる飛躍がみられる。これに、2006年度以降は労災時効救済、2010年度以降は環境省救済が追加されている状況である。症例が増えたというよりも、アスベスト関連疾患としての認識の一定の高まりを反映したものではないだろうか。

## 中皮腫救済率66.9%(33.4~92.0%)

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・救済状況を見よう。図4と表8は、2022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。この補償・救済件数には、環境省救済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



特集①/石綿健康被害補償・救済状況の検証

図4 中皮腫：死亡年別の補償・救済状況(2022年度末時点)

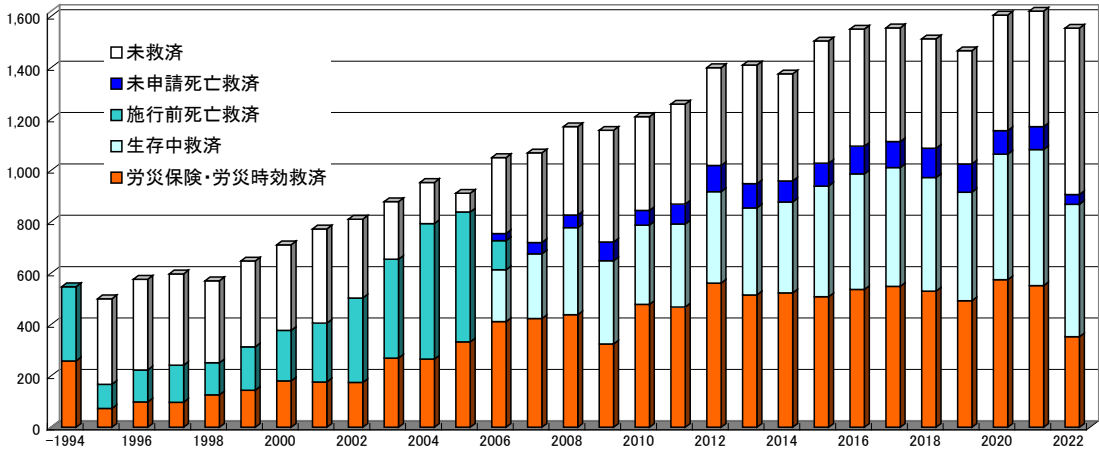


表8 中皮腫の死亡年別の補償・救済状況(2022年度末時点)

死亡年	中皮腫死亡者	労災・時効救済	救済率	環境省救済	救済率	合計	救済率	未救済
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	1	0.7%	1	0.7%	2	1.4%	136
1974	168	1	0.6%	2	1.2%	3	1.8%	165
1975	258	1	0.4%		0.0%	1	0.4%	257
1976	176		0.0%	2	1.1%	2	1.1%	174
1977	260		0.0%		0.0%	0	0.0%	260
1978	184	1	0.5%	4	2.2%	5	2.7%	179
1979	62	3	4.8%	1	1.6%	4	6.5%	58
1980	64	3	4.7%	2	3.1%	5	7.8%	59
1981	70	3	4.3%	2	2.9%	5	7.1%	65
1982	79	4	5.1%	9	11.4%	13	16.5%	66
1983	88	3	3.4%	5	5.7%	8	9.1%	80
1984	88	6	6.8%	5	5.7%	11	12.5%	77
1985	111	6	5.4%	5	4.5%	11	9.9%	100
1986	101	9	8.9%	11	10.9%	20	19.8%	81
1987	137	10	7.3%	18	13.1%	28	20.4%	109
1988	149	16	10.7%	28	18.8%	44	29.5%	105
1989	133	11	8.3%	25	18.8%	36	27.1%	97
1990	167	13	7.8%	24	14.4%	37	22.2%	130
1991	163	26	16.0%	30	18.4%	56	34.4%	107
1992	174	40	23.0%	28	16.1%	68	39.1%	106
1993	232	46	19.8%	44	19.0%	90	38.8%	142
1994	256	55	21.5%	43	16.8%	98	38.3%	158
小計	3,685	258	7.0%	289	7.8%	547	14.8%	3,138
1995	500	73	14.6%	94	18.8%	167	33.4%	333
1996	576	98	17.0%	125	21.7%	223	38.7%	353
1997	597	53	8.9%	144	24.1%	241	40.4%	356
1998	570	69	12.1%	125	21.9%	251	44.0%	319
1999	647	72	11.1%	169	26.1%	313	48.4%	334
2000	710	67	9.4%	197	27.7%	377	53.1%	333
2001	772	98	12.7%	229	29.7%	405	52.5%	367
2002	810	123	15.2%	329	40.6%	503	62.1%	307
2003	878	122	13.9%	385	43.8%	654	74.5%	224
2004	953	186	19.5%	528	55.4%	793	83.2%	160
2005	911	196	21.5%	506	55.5%	838	92.0%	73
2006	1,050	295	28.1%	343	32.7%	754	71.8%	296
2007	1,068	275	25.7%	296	27.7%	719	67.3%	349
2008	1,170	309	26.4%	388	33.2%	826	70.6%	344
2009	1,156	259	22.4%	397	34.3%	721	62.4%	435
2010	1,209	287	23.7%	366	30.3%	844	69.8%	365
2011	1,258	303	24.1%	401	31.9%	869	69.1%	389
2012	1,400	323	23.1%	458	32.7%	1,019	72.8%	381
2013	1,410	268	19.0%	433	30.7%	948	67.2%	462
2014	1,376	292	21.2%	436	31.7%	959	69.7%	417
2015	1,504	292	19.4%	520	34.6%	1,028	68.4%	476
2016	1,550	274	17.7%	558	36.0%	1,094	70.6%	456
2017	1,555	266	17.1%	564	36.3%	1,112	71.5%	443
2018	1,512	227	15.0%	556	36.8%	1,086	71.8%	426
2019	1,466	262	17.9%	533	36.4%	1,025	69.9%	441
2020	1,605	246	15.3%	581	36.2%	1,155	72.0%	450
2021	1,635	236	14.4%	619	37.9%	1,170	71.6%	465
2022	1,554	177	11.4%	554	35.6%	906	58.3%	648
小計	31,402	5,642	18.0%	10,834	34.5%	21,000	66.9%	10,402
合計	35,087	5,888	16.8%	11,123	31.7%	21,547	61.4%	13,540
2023		5		0		13		
女性	17.6%	351	3.4%	3,015	27.1%	3,366	15.6%	
男性	72.0%	10,086	96.6%	8,108	72.9%	18,194	84.4%	

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、施行前死亡救済の1973年死亡事例である。次が労災時効救済による1974年死亡事例だったが、2019年度の認定事例として、1973年死亡事例が1件現われている。

しかし、1981年までは補償・救済合計で1桁、1994年までは(1桁だった1983年を除き)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14.8%(=547/3,685件)にとどまっている。

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2022年度までの28年間)についてみると、死亡者小計31,402件のうち、2022年度末までに労災保険給付・労災時効救済を受けたものが10,168件、生存中救済6,542件、施行前死亡救済2,944件、未申請死亡救済1,348件(環境省救済計10,834件)-合計21,000件で、救済率は $21,000/31,402=66.9\%$ という結果になった。

もっとも救済率が高いのは、2005年の92.0%で、最低は1995年の33.4%と、死亡年別の救済率のばらつきは非常に大きい。

死亡者数が推計値である1994年以前も含めた全期間合計(2022年まで)でみると、救済率は61.4%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92.0%をピークに、より最近の死亡年について減少傾向が出はじめていないか、強く懸念されるところである。

いずれにせよ、「隙間ない救済」の実現からは遠いと言わざるを得ない。

2005年死亡について92.0%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。

なお、表8の「合計」が表7-1の「死亡年判明2022年以前」欄の数字であり、表7-1において「合

計」と「2022年以前死亡」の差を「死亡年不明+生存等」欄に記載している(2023年死亡を含む)。

表8・9の末尾に男女別の比率を示しておく(中皮腫死亡者については1995~2022年合計)。

## 肺がん救済率22.8%(6.2~33.2%)

肺がんの死亡年別の補償・救済状況は表9のとおりであり、グラフ化したものが図5である。

既述のとおり、救済の対象(分母)となるべき死亡者数は、中皮腫死亡者数と同数と仮定して計算した。

アスベスト輸入量のデータがないために死亡者数を推計していない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、労災時効救済の1963年死亡事例で、施行前死亡救済では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。

救済率は、1994年以前の小計では(261/3,685=)7.1%である。

1995~2022年の28年間についてみると、死亡者小計31,402件のうち、2022年度末までに労災保険・労災時効救済を受けたものが5,642件、生存中救済1,064件、施行前死亡救済103件、未申請死亡救済364件(環境省救済計1,531件)-合計7,173件で救済率は $7,173/31,402=22.8\%$ という結果になった。

最も救済率の高いのは2006年の33.2%で、最低は1995年の6.2%、2007年以降についてもおおむね減少傾向が見受けられるように思われる。

1994年以前も含めた2022年までの全期間合計でみると、救済率は21.2%という状況である。

## 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、肺がんが著しく補償・救済できておらず、各制度間の相対的な比較においては、労災・時効救済のほうがいくらかましに救済できていることを示している。このことを、別のデータからもみてみよう。

図6に、「決定年度別」の中皮腫に対する石綿

特集①/石綿健康被害補償・救済状況の検証

図5 肺がん: 死亡年別の補償・救済状況(2022年度末時点)

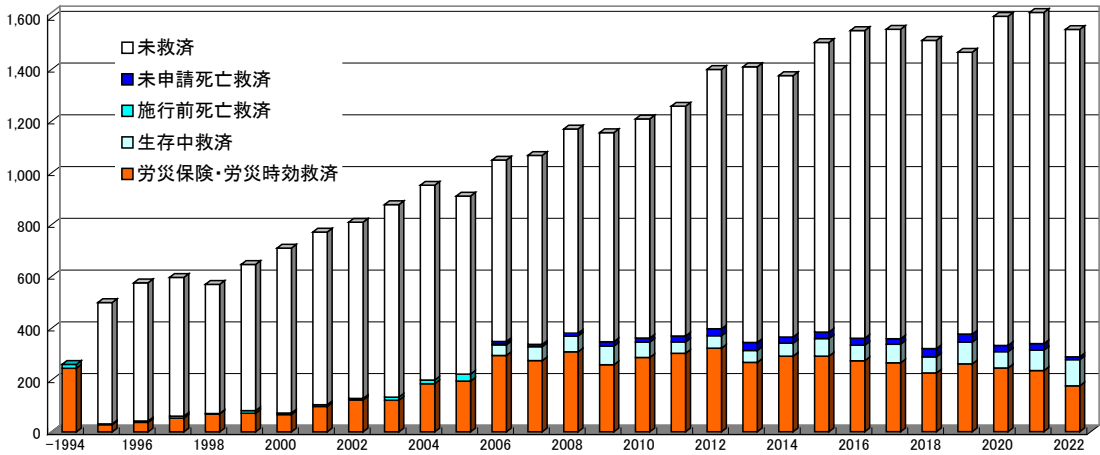
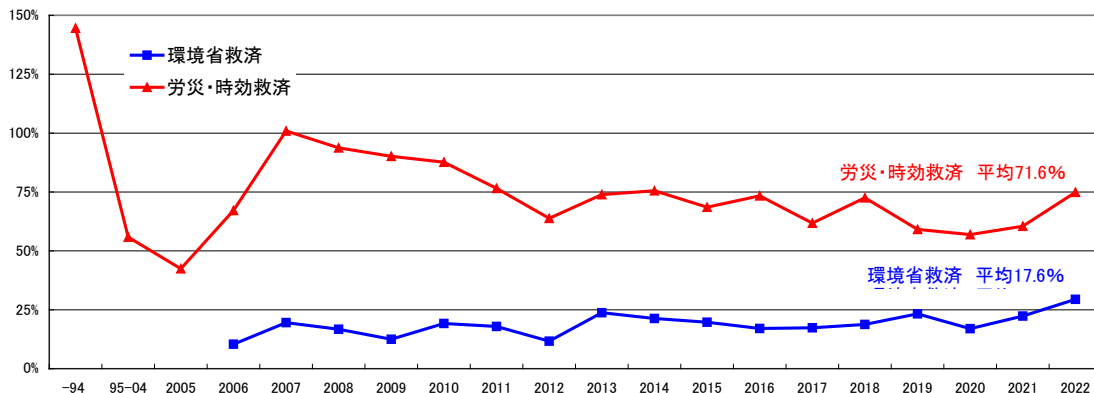


表9 肺がんの死亡年別の補償・救済状況(2022年度末時点)

死亡年	中皮腫死亡者	労災・時効救済	救済率	環境省救済	救済率	合計	救済率	未救済
1963		1				1		
1966		1				1		
1968	67		0.0%			67	0.0%	67
1969	68	1	1.5%			69	1.5%	67
1970	64		0.0%			64	0.0%	64
1971	95	1	1.1%			96	1.1%	94
1972	134	1	0.7%			135	0.7%	133
1973	138		0.0%			138	0.0%	138
1974	168	2	1.2%	1	0.6%	171	1.8%	165
1975	258		0.0%			258	0.0%	258
1976	176	2	1.1%			178	1.1%	174
1977	260	3	1.2%			263	1.2%	257
1978	184		0.0%			184	0.0%	184
1979	62	3	4.8%			65	4.8%	59
1980	64	4	6.3%			68	6.3%	60
1981	70	6	8.6%			76	8.6%	64
1982	79	5	6.3%			84	6.3%	74
1983	88	8	9.1%	1	1.1%	97	10.2%	79
1984	88	4	4.5%			92	4.5%	84
1985	111	12	10.8%	1	0.9%	124	11.7%	98
1986	101	15	14.9%	1	1.0%	117	15.8%	85
1987	137	12	8.8%			149	8.8%	125
1988	149	13	8.7%	1	0.7%	163	9.4%	135
1989	133	17	12.8%	2	1.5%	152	14.3%	114
1990	167	23	13.8%			190	13.8%	144
1991	163	13	8.0%	5	3.1%	181	11.0%	145
1992	174	31	17.8%	2	1.1%	207	19.0%	141
1993	232	35	15.1%	1	0.4%	268	15.5%	196
1994	256	33	12.9%			289	12.9%	223
小計	3,685	246	6.7%	15	0.4%	4,046	7.1%	3,426
1995	500	28	5.6%	3	0.6%	531	6.2%	469
1996	576	37	6.4%			613	6.4%	534
1997	597	53	8.9%			650	8.9%	536
1998	570	69	12.1%			639	12.1%	499
1999	647	72	11.1%			719	11.1%	565
2000	710	67	9.4%			777	9.4%	637
2001	772	98	12.7%			870	12.7%	667
2002	810	123	15.2%			933	15.2%	681
2003	878	122	13.9%			1,000	13.9%	744
2004	953	186	19.5%			1,139	19.5%	753
2005	911	196	21.5%			1,107	21.5%	688
2006	1,050	295	28.1%			1,345	28.1%	701
2007	1,068	275	25.7%			1,343	25.7%	730
2008	1,170	309	26.4%			1,479	26.4%	789
2009	1,156	259	22.4%			1,415	22.4%	808
2010	1,209	287	23.7%			1,496	23.7%	847
2011	1,258	303	24.1%			1,561	24.1%	888
2012	1,400	323	23.1%			1,723	23.1%	1,002
2013	1,410	268	19.0%			1,678	19.0%	1,065
2014	1,376	292	21.2%			1,668	21.2%	1,010
2015	1,504	292	19.4%			1,796	19.4%	1,119
2016	1,550	274	17.7%			1,824	17.7%	1,189
2017	1,555	266	17.1%			1,821	17.1%	1,196
2018	1,512	227	15.0%			1,739	15.0%	1,191
2019	1,466	262	17.9%			1,728	17.9%	1,089
2020	1,605	246	15.3%			1,851	15.3%	1,272
2021	1,635	236	14.4%			1,871	14.4%	1,295
2022	1,554	177	11.4%			1,731	11.4%	1,265
小計	31,402	5,642	18.0%			37,044	18.0%	24,229
合計	35,087	5,888	16.8%			40,975	16.8%	27,655
2023		5				5		
女性	17.6%	109	1.8%			126.6%	2.2%	
男性	72.0%	5,784	98.2%			36,748.4%	97.8%	



図6 肺がん：中皮腫の比率の推移(死亡年別)



肺がんの比率を示す(データは表6-1・2参照)。

決定年度別で見ると、労災・時効救済では、肺がん補償件数の中皮腫補償件数に対する比率は、全期間の平均では71.6%だが、2007年度以降減少傾向がみられていた。2022年度は肺がんの労災・時効救済が増加した結果、74.9%となっている。

これに対して、環境省救済では、図6に示された重複分を含めた各年度の比率が、10.4~23.8%の範囲で推移し、2022年度は肺がんの未申請死亡救済の増加で29.4%となったものの、全期間の平均で17.6%(重複分を除くと21.3%)にとどまっている。

### 認定率：環境省救済の低さ

認定率についてもみてみよう。図7-1に中皮腫、表7-2に肺がん、図7-3に石綿肺と良性石綿胸水、図7-4にびまん性胸膜肥厚、各々の制度別の認定率を示す。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・時効救済では、支給決定件数/(支給決定件数+不支給決定件数)、環境省救済では、認定件数/(認定件数+不認定件数+取下げ件数)を計算した。環境省救済については、グラフは重複分を含めたデータ、平均は除いたデータである。

環境省救済の「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るならば、「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、2006~2022年度平均で、労災保険が94.2%でもっとも高く、施行前死亡救済92.0%、生存中救済87.2%、労災時効救済85.4%、未申請死亡救済78.7%と続いている。労災・時効救済93.2%、環境省救済87.3%、全体では89.7%である。

肺がんの認定率は、2006~2022年度平均で、労災保険の84.0%がもっとも高く、生存中救済61.9%、未申請死亡救済59.3%、労災時効救済52.7%、施行前死亡救済21.0%という順で、かなりの差がついている。また、環境省救済では取下げ件数もかなりの比率ある。労災・時効救済79.8%、環境省救済55.3%、全体では71.8%である。

石綿肺の認定率は、2010~2022年度平均で、労災時効救済95.7%でもっとも高く、施行前死亡救済59.7%、生存中救済9.3%、未申請死亡救済5.0%と続く。環境省救済13.1%、全体では16.0%である(労災保険はデータがないので除いている)。

びまん性胸膜肥厚の認定率は、2010~2022年

図7-1 中皮腫の認定率の推移

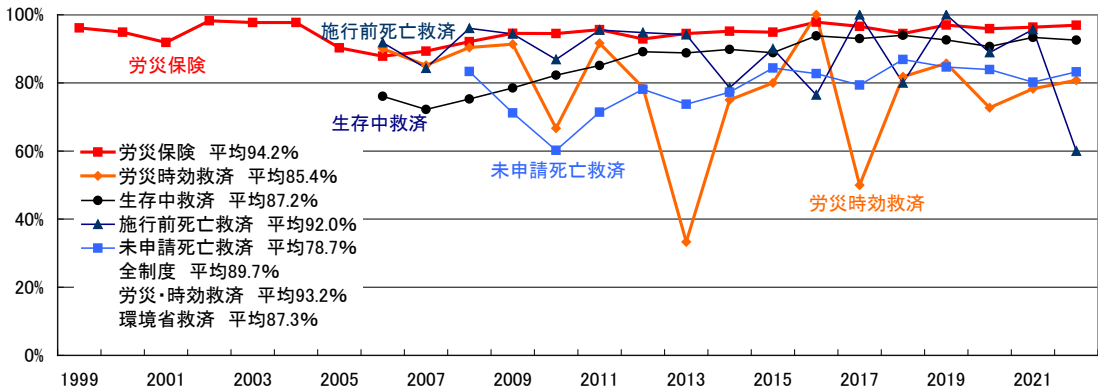
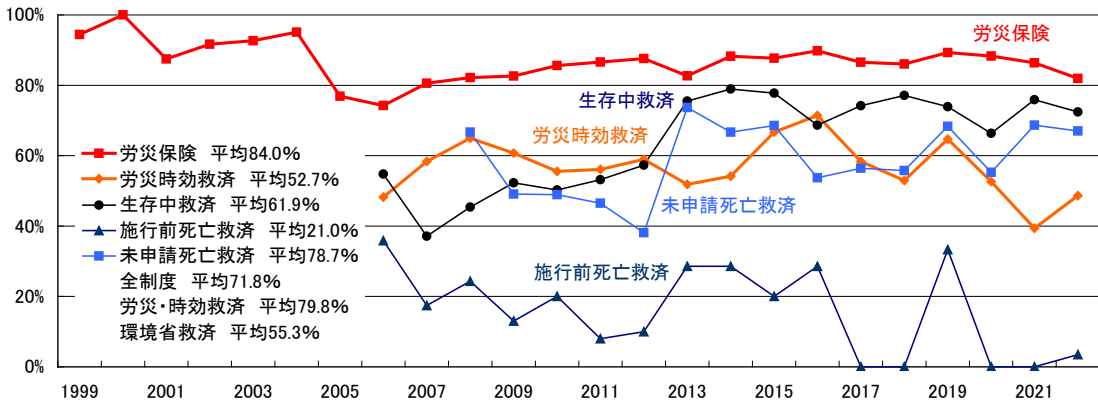


図7-2 肺がんの認定率の推移



度平均で、労災時効救済100%でもっとも高く(ただし1件のみ)、労災保険が82.4%、施行前死亡救済55.0%、生存中救済34.7%、未申請死亡救済32.1%と続く。労災・時効救済82.4%、環境省救済34.4%、全体では58.7%である。

良性石綿胸水は、2004～2022年度平均で、労災保険が97.3%。労災時効救済は実績がなく、環境省救済の対象にはなっていない。

中皮腫の認定率は、環境省救済も労災・時効救済に比較的近いのに対して、他の疾病の認定率では、環境省救済が著しく低いことが明らかである。

### 労災の環境省救済への紛れ込み

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～令和3年度被認定者に関する

るばく露状況調査報告書」には、曝露分類別の被認定者の状況が示されており、これは、アンケート回答の内容から、①職業曝露、②家庭内曝露、③施設立入等曝露、の順で優先してひとつに分類し、いずれにも該当しないものを、④環境曝露・不明に分類したと説明されている。2006～2021年度(2022年度ではないことに注意)の(重複分を含む)累計被認定者16,982人のうち、他法令でも認定された3,160人を除いた13,822人が調査対象で、アンケートに回答した11,802人についての状況である。

表10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54.5%にものぼることが明らかになっている。石綿肺がんの場合では91.3%、石綿肺とびまん性胸膜肥厚も含めた4疾病合計では60.1%である。このなかには労災補償等を受給する資格のあるものが環境省救済に「紛れ

図7-3 石綿肺・良性石綿胸水の認定率の推移

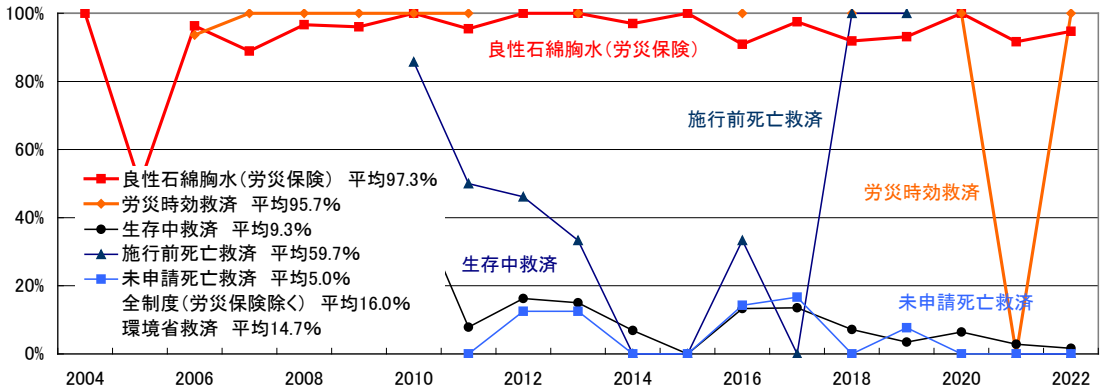
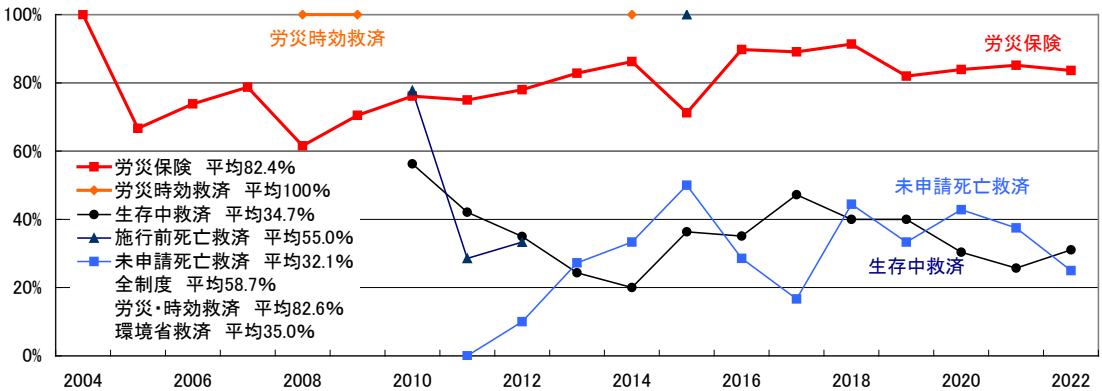


図7-4 びまん性胸膜肥厚の認定率の推移



込んでいる」ことが強く疑われる。しかし、そのような事例の有無やどれくらいあるのか等が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が可能である。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。

表11に、「環境省『石綿の健康リスク調査』関連地域（神奈川県横浜市鶴見区、岐阜県羽島市、大阪府泉南地域等、兵庫県尼崎市、奈良県王寺町及び斑鳩町、福岡県北九州市門司区、佐賀県鳥栖市）」における曝露分類別状況を示している。

## 都道府県格差

「救済率」を都道府県別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2003～2022年度の労災保険認定件数、2006～2022年度の労災時効救済、生存中救済、施行前死亡救済、及び、2008～2022年度の未申請死亡救済件数の合計を用いた。環境省所管救済では、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・施行前死亡救済には、1995～2002年死亡事例も多数含まれているため、都道府

**特集①/石綿健康被害補償・救済状況の検証**

表10 環境省救済被認定者に関する曝露状況調査結果：曝露分類別

疾病/性別	中皮腫						肺がん					
	男性		女性		計		男性		女性		計	
職業曝露	4,971	68.9%	495	17.6%	5,466	54.5%	1,350	93.8%	40	48.2%	1,390	91.3%
家庭内曝露	36	0.5%	217	7.7%	253	2.5%	6	0.4%	9	10.8%	15	1.0%
施設立入等曝露	125	1.7%	75	2.7%	200	2.0%	9	0.6%	1	1.2%	10	0.7%
環境曝露・不明	2,083	28.9%	2,019	72.0%	4,102	40.9%	74	5.1%	33	39.8%	107	7.0%
計	7,215	100%	2,806	100%	10,021	100%	1,439	100%	83	100%	1,522	100%
疾病/性別	石綿肺+びまん性胸膜肥厚						四疾病合計					
	男性		女性		計		男性		女性		計	
職業曝露	234	94.0%	7	70.0%	241	93.1%	6,555	73.6%	542	18.7%	7,097	60.1%
家庭内曝露	2	0.8%	0	0.0%	2	0.8%	44	0.5%	226	7.8%	270	2.3%
施設立入等曝露	4	1.6%	0	0.0%	4	1.5%	138	1.6%	76	2.6%	214	1.8%
環境曝露・不明	9	3.6%	3	30.0%	12	4.6%	2,166	24.3%	2,055	70.9%	4,221	35.8%
計	249	100%	10	100%	259	100%	8,903	100%	2,899	100%	11,802	100%
回答者数と一人平均回答数											11,802	1.0

表11 環境省救済被認定者に関する曝露状況調査結果：健康リスク調査関連地域曝露分類別

疾病/性別	中皮腫									肺がん								
	男性			女性			計			男性			女性			計		
	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%
地域	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%
横浜市鶴見区	80	16	20.0%	27	26	96%	107	42	39.3%	21	1	4.8%	2	0	0.0%	23	1	4.3%
羽島市	17	9	52.9%	11	9	81.8%	28	18	64.3%	7	3	42.9%	3	2	66.7%	10	5	50.0%
大阪府泉南地域等	83	25	30.1%	60	40	66.7%	143	65	45.5%	23	5	21.7%	6	0	0.0%	29	5	17.2%
尼崎市	552	327	59.2%	356	314	88.2%	908	641	70.6%	62	19	30.6%	19	11	57.9%	81	30	37.0%
王子町・斑鳩町	24	16	66.7%	26	21	80.8%	50	37	74.0%	9	3	33.3%	4	3	75.0%	13	6	46.2%
北九州市門司区	21	5	23.8%	10	6	60.0%	31	11	35.5%	9	2	22.2%	2	1	50.0%	11	3	27.3%
鳥栖市	8	4	50.0%	6	3	50.0%	14	7	50.0%	0	0		0	0		0	0	
計	785	402	51.2%	496	419	84.5%	1,281	821	64.1%	131	33	25.2%	36	17	47.2%	167	50	29.9%
その他地域計	6,430	1,681	26.1%	2,310	1,600	69.3%	8,740	3,281	37.5%	1,308	41	3.1%	47	16	34.0%	1,355	57	4.2%
疾病/性別	石綿肺+びまん性胸膜肥厚									四疾病合計								
	男性			女性			計			男性			女性			計		
地域	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%	計	環境	%
横浜市鶴見区	4	0	0.0%	0	0		4	0	0.0%	105	17	16.2%	29	26	89.7%	134	43	32.1%
羽島市	1	0	0.0%	0	0		1	0	0.0%	25	12	48.0%	14	11	78.6%	39	23	59.0%
大阪府泉南地域等	8	0	0.0%	2	0	0.0%	10	0	0.0%	114	30	26.3%	68	40	58.8%	182	70	38.5%
尼崎市	7	1	14.3%	1	0	0.0%	8	1	12.5%	621	347	55.9%	376	325	86.4%	997	672	67.4%
王子町・斑鳩町	1	1	100%	0	0		1	1	100.0%	34	20	58.8%	30	24	80.0%	64	44	68.8%
北九州市門司区	0	0		0	0		0	0		30	7	23.3%	12	7	58.3%	42	14	33.3%
鳥栖市	1	0	0.0%	0	0		1	0	0.0%	9	4	44.4%	6	3	50.0%	15	7	46.7%
計	22	2	9.1%	3	0	0.0%	25	2	8.0%	938	437	46.6%	535	436	81.5%	1,473	873	59.3%
その他地域計	199	10	5.0%	9	3	33.3%	208	13	6.3%	7,937	1,732	21.8%	2,366	1,619	68.4%	10,303	3,351	32.5%
合計															11,776	4,224	35.9%	

県別データが入手可能な1995～2021年（暦年）の中皮腫死亡者数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、1995～2022年の中皮腫死亡者数に

対する、2003～2022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12-1・2及び表18-1～3）。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



表12-1 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」	肺がん/中皮腫	労災等
1	東京	2,599	2,396	92.2%	58.8%	52.9%
2	大阪	3,089	2,728	88.3%	31.6%	49.6%
3	兵庫	2,724	2,390	87.7%	34.1%	46.4%
4	愛知	1,500	1,303	86.9%	31.0%	48.6%
5	岡山	608	489	80.4%	90.2%	59.9%
	全国	31,402	23,974	76.3%	42.9%	48.2%
43	福島	434	254	58.5%	25.2%	48.8%
44	熊本	361	204	56.5%	46.6%	38.7%
45	鹿児島	394	220	55.8%	16.8%	34.1%
46	岩手	234	129	55.1%	19.4%	25.6%
47	沖縄	212	110	51.9%	47.3%	32.7%

道府県の状況は、表12-1・2のとおりである。

中皮腫の「救済率」は、全国平均は76.3%であるが、最高の東京都92.2%から最低の沖縄県51.9%まで、1.8倍のばらつきがみられる。

石綿肺がんの「救済率」は、全国平均は32.7%であるが、最高の岡山県72.5%から最低の鹿児島県9.4%までの、中皮腫の場合よりもさらに大きな7.7倍ものばらつきがみられる。

この格差は、あまりにも大きすぎるだろう。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。

なお、表12-1・2の「労災等」欄に示したのは、補償・救済合計に対する労災・時効救済の割合である。これもかなりのばらつきがみられる。

## 業種別では建設業が約半数

労災保険と労災時効救済の合計に係る業種別内訳として、表13に、2022年度分及び2007～2022年度累計の詳細な業種別の石綿関連疾患支給決定状況、また、表14に、建設業、製造業、その他の3分類で2006～2022年度の累計支給決定状況を示す（2006年度分については6つの業種別データしか示されていないため、表13では除いている）。表14-1の脚注に記したように、支給決定件数が判明

表12-2 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」	肺がん/中皮腫	労災等
1	岡山	587	441	72.5%	90.2%	89.8%
2	香川	266	157	56.5%	71.7%	84.1%
3	長崎	586	344	55.9%	74.1%	86.6%
4	東京	2,476	1,409	54.2%	58.8%	87.2%
5	山口	495	242	47.2%	59.6%	83.9%
	全国	31,402	10,276	32.7%	42.9%	80.1%
43	石川	255	36	14.1%	20.9%	86.1%
44	岩手	234	12	10.7%	19.4%	68.0%
45	鳥取	117	25	10.3%	15.0%	83.3%
46	山梨	158	16	10.1%	14.2%	81.3%
47	鹿児島	394	37	9.4%	16.8%	45.9%

しているのに業種別内訳が示されていない部分、支給決定件数そのものが公表されていない部分があることに留意されたい。

表14-1によれば、2006～2022年度の累計20,708件のうち、建設業が10,749件で51.9%、製造業が8,110件で39.2%、その他が1,849件で8.9%である。

表には示していないが、年度ごとの業種別内訳をみると、建設業が2007年度の47.2%から2022年度の61.9%へと増加し続けていることが顕著で、製造業は2007年度の42.7%から2022年度30.7%へ、その他は10.1%から7.4%へと減少している。

他方、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～令和3年度被認定者に関するばく露状況調査報告書」に、産業分類別状況も示されている。申請または死亡前の10年以前に所属した事業所（企業）を回答しており、複数回答可で、他法令でも認定された重複分を含む2006～2021年度累計被認定者16,982人のうち、回答者数10,105人、回答数19,267であった（1人平均1.9回答）。詳しい産業分類別で示されているが、表14-2に、建設業、製造業、その他の3分類で示した。

建設業が累計4,284で、回答数19,267に対する割合は22.2%である。しかし、建設業に従事していたことのある場合、その期間中にアスベストに曝露した蓋然性が他の産業に比べて高いと考えてよいと思われる。したがって、回答者数10,105人に対する割合を計算すれば、42.4%となる。

2006～2022年度の重複分を除く環境省所管救済被認定者累計14,748人の42.4%は6,252人にな

## 特集①/石綿健康被害補償・救済状況の検証

表13 業種別の石綿関連疾患支給決定状況(労災保険+労災時効救済)

	2022年度						2007～2022年度累計					
	中皮腫	肺がん	石綿肺	良性石綿胸水	びまん性胸膜肥厚	合計	中皮腫	肺がん	石綿肺	良性石綿胸水	びまん性胸膜肥厚	合計
<b>建設業</b>	390	345	37	10	29	811	4,836	3,756	447	207	398	9,644
舗装工事業							3	1			1	5
建築事業(既設建築物設備工事業を除く。)	282	249	27	7	12	577	3,546	2,723	320	152	280	7,021
既設建築物設備工事業	69	72	7	3	14	165	854	732	101	36	87	1,810
機械装置の組立て又は据付けの事業	10	8	1		2	21	127	123	8	8	13	279
水力発電施設、ずい道等新設事業						0	18		1			19
鉄道又は軌道新設事業	1					1	19	1				20
その他の建設事業	28	16	2		1	47	269	176	17	11	17	490
<b>鉱業</b>	0	0	0		0	0	17	7	1	0	0	25
金属鉱業、非金属鉱業又は石炭鉱業						0	9	3	1			13
原油又は天然ガス鉱業						0	2	1				3
採石業						0	5	2				7
その他の鉱業						0	1	1				2
<b>製造業</b>	227	130	24	6	15	402	3,527	2,557	302	206	223	6,815
食料品製造業	2					2	16	13	5		3	37
繊維工業又は繊維製品製造業	5	6				11	106	116	20	9	7	258
木材又は木製品製造業	3	2				5	84	33	5	3		125
パルプ又は紙製造業		1				1	37	26	1	1		65
印刷又は製本業					1	1	3	1			1	5
化学工業	18	4	1		1	24	253	250	19	23	23	568
ガラス又はセメント製造業		3				3	73	65	8	3	3	152
コンクリート製造業	2	2				4	39	51	4	5	3	102
陶磁器製品製造業	1					1	17	6			1	24
その他の窯業又は土石製品製造業	11	7	2	1	6	27	236	314	98	24	46	718
金属精錬業(非鉄金属精錬業を除く。)	19	9			2	30	191	125	3	11	11	341
非鉄金属精錬業	2	1				3	23	37	2	2		64
金属材料品製造業(鋳物業を除く。)	3	1				4	36	20		1	5	62
鋳物業	3					3	35	34	1	3		73
金属製品製造業又は金属加工業(洋食器、刃物、手工具又は一般金物製造業及びめっき業を除く。)	13	10	5	1		29	277	137	18	9	8	449
洋食器、刃物、手工具又は一般金物製造業(めっき業を除く。)						0	1	1				2
めっき業	1	1				2	4	5				9
機械器具製造業(電気機械器具製造業、輸送用機械器具製造業、船舶製造又は修理業及び計量器、光学器械、時計等製造業を除く。)	28	9	2		1	40	387	177	17	14	9	604
電気機械器具製造業	13	3	1		1	18	143	55	7	3	10	218
輸送用機械器具製造業(船舶製造又は修理業を除く。)	31	13	3	1		48	496	162	31	14	13	716
船舶製造又は修理業	58	47	10	1	3	119	956	844	53	69	75	1,997
計量器、光学器械、時計等製造業(電気機械器具製造業を除く。)	1	1				2	9	6				15
貴金属製品、装身具、皮革製品等製造業						0	2					2
その他の製造業	13	10		2		25	103	79	10	12	5	209
<b>運輸業</b>	7	8	0	1	0	16	195	175	10	15	18	413
交通運輸事業		1				1	22	11			1	34
貨物取扱事業(港湾貨物取扱事業及び港湾荷役業を除く。)	5	2		1		8	107	62	6	7	10	192
港湾貨物取扱事業(港湾荷役業を除く。)	1	4				5	16	37	2	4	3	62
港湾荷役業	1	1				2	50	65	2	4	4	125
<b>電気、ガス、水道又は熱供給の事業</b>	0	1	0	0	0	1	52	48	3	3	3	109
<b>その他の事業</b>	53	23	1	1	2	80	650	323	42	22	34	1,071
農業又は海面漁業以外の漁業						0	4					4
清掃、火葬又は畜の事業	4					4	27	18	0	1	1	47
ビルメンテナンス業	6	2				9	39	18	1	3	4	65
倉庫業、警備業、消毒又は害虫駆除の事業又はゴルフ場の事業	1	1				2	10	7			1	18
通信業、放送業、新聞業又は出版業						0	5	2			1	8
卸売業、小売業、飲食店又は宿泊業	17	6		1	1	25	236	69	11	8	12	336
金融業、保険業又は不動産業						0	16	5		2		23
その他の各種事業	25	14	1			40	313	204	30	8	15	570
<b>船舶所有者の事業</b>	0	0	0	0	0	0	3	0	0	2	0	5
<b>合計</b>	<b>677</b>	<b>507</b>	<b>62</b>	<b>18</b>	<b>46</b>	<b>1,310</b>	<b>9,280</b>	<b>6,866</b>	<b>805</b>	<b>455</b>	<b>676</b>	<b>18,082</b>

表14-1 業種別の石綿関連疾患支給決定状況(労災保険+労災時効救済) 2006~2022年度累計

	中皮腫		肺がん		石綿肺		良性石綿胸水		びまん性胸膜肥厚		計	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
建設業	5,515	50.8%	4,182	52.8%	447	55.5%	207	45.5%	398	58.9%	10,749	51.9%
製造業	4,275	39.4%	3,104	39.2%	302	37.5%	206	45.3%	223	33.0%	8,110	39.2%
その他	1,061	9.8%	635	8.0%	56	7.0%	42	9.2%	55	8.1%	1,849	8.9%
計	10,851	100%	7,921	100%	805	100%	455	100%	676	100%	20,708	100%

判明している支給決定件数のうち、2006年度と2007年度分の中皮腫・肺がん以外の183件に係る業種別件数は公表されておらず、ここに含まれていない。また、判明している2005年度以前分の石綿関連疾患労災保険支給決定件数が1,580件あるが、この業種別内訳も公表されていないので、含まれていない。判明している2022年度までの支給決定件数総累計は、上記計20,708件に183+1,580=1,763件を足した22,471件である。

表14-2 環境省所管救済被認定者に関する曝露状況調査結果:産業別 2006~2021年度累計

疾病/性別	中皮腫						肺がん						
	男性		女性		計		男性		女性		計		
建設業	2,833	23.2%	235	5.9%	3,068	18.9%	1,008	41.0%	13	10.3%	1,021	39.5%	
製造業	4,585	37.6%	1,503	37.5%	6,088	37.6%	776	31.6%	62	49.2%	838	32.4%	
その他	4,767	39.1%	2,274	56.7%	7,041	43.5%	673	27.4%	51	40.5%	724	28.0%	
計	12,185	100%	4,012	100%	16,197	100%	2,457	100%	126	100%	2,583	100%	
疾病/性別	石綿肺+びまん性胸膜肥厚						四疾病合計						
	男性		女性		計		男性		女性		計		
建設業	194	41.4%	1	5.6%	195	40.0%	4,035	26.7%	249	6.0%	4,284	22.2%	42.4%
製造業	151	32.2%	10	55.6%	161	33.1%	5,512	36.5%	1,575	37.9%	7,087	36.8%	70.1%
その他	124	26.4%	7	38.9%	131	26.9%	5,564	36.8%	2,332	56.1%	7,896	41.0%	78.1%
計	469	100%	18	100%	487	100%	15,111	100%	4,156	100%	19,267	100%	190.7%
回答者数と一人平均回答数										10,105	1.9	100%	

表14-3 補償・救済件数に元建設業従事者の占める割合に関する試算 2006~2022年度累計

	労災保険・労災時効救済		環境省所管救済		合計	
建設業	10,749	51.9%	6,252	42.4%	17,001	48.0%
計	20,708	100%	14,748	100%	35,456	100%

労災保険・労災時効救済については厚生労働省公表の業種別の支給決定状況により、環境省所管救済については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~令和元年度認定者に関するばく露調査報告書」による「40.8%」という割合を2006~2020年度の累計認定者数12,821に適用した。

る。これに前述の労災保険・労災時効救済を合わせると、2006~2022年度の補償・救済総累計認定者35,456人のうち17,001人(48.0%)が建設業従事経験ありという推計結果になった(表14-3)。

なお、「ばく露状況調査報告書」は、「建設業における特定の職歴がある者」についての状況も示しているの、参考にしていただきたい。

### 「隙間ない/迅速な救済」実現いまだ

「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16)しかないが、「迅速な救済」が実現できているとは言えない。厚生労働省は速やかに情報を公表すべきである。

「隙間ない救済」も「迅速な救済」もいまだ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。うえに、給付水準・内容の格差をはじめ、他にも様々な課題が山積みという状況が続いている。

あらためて「隙間ない/迅速な救済」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。

建設アスベスト訴訟に対する最高裁の判断を踏まえて「建設アスベスト被害給付金」制度が設立され、運用がはじまっている。表15にこれまでの認定実績を示した。

### 補償・救済給付の著しい「格差」

表15 建設アスベスト給付金審査結果

	審査 件数	認定相当								不認定 相当	保留	無効
		中皮腫	肺がん	びまん性 胸膜肥厚	石綿肺	良性石 綿胸水	合計	内短期 曝露	内喫煙 肺がん			
2022/2/25	86	58	19	2	7	0	86	10	18	0	0	0
2022/3/28	122	63	42	7	7	2	121	13	41	0	1	0
2022/4/25	123	63	50	4	5	1	123	20	48	0	0	0
2022/6/22	257	130	98	11	11	4	254	25	92	0	1	2
2022/7/13	263	125	107	11	17	3	263	31	101	0	0	0
2022/8/31	326	172	113	16	21	3	325	38	106	0	0	1
2022/9/22	336	165	131	9	18	6	329	43	121	0	4	3
2022/10/18	340	176	118	18	16	9	337	28	111	0	2	1
2022/11/24	345	172	123	16	26	5	342	39	118	0	0	3
2022/12/20	346	191	116	8	19	4	338	39	106	2	0	6
2023/1/26	349	177	114	8	30	11	340	32	107	0	3	6
2023/2/21	355	144	153	16	28	6	347	49	148	0	5	3
2023/3/22	359	175	142	11	19	6	353	35	133	0	3	3
2023/4/27	358	168	144	14	16	5	347	42	134	1	4	6
2023/5/31	364	202	121	14	16	3	356	36	109	5	2	1
2023/6/30	358	188	116	14	27	2	347	39	105	7	0	4
2023/7/28	338	168	117	23	13	6	327	43	108	8	0	3
2023/8/30	310	137	120	10	23	6	296	40	108	8	1	5
2023/9/28	273	132	93	10	18	5	258	22	90	5	3	7
2023/10/26	254	112	103	9	12	2	238	25	95	7	4	5
2023/11/21	255	123	98	10	12	0	243	20	89	7	4	1
合計	6,117	3,041	2,238	241	361	89	5,970	669	2,088	50	37	60

労災保険では、療養補償給付によって自己負担なく治療が受けられ、また、療養のために労働することができず賃金が受けられなければ、特別支給金と合わせて平均賃金の80%の休業補償給付が、必要な期間だけ支給される。さらに、死亡した場合には、遺族に対して遺族補償給付も支給される。データは公表されていないが、平均で、1年と少しの休業で休業補償給付は300万円を超えるだろう。

療養者が当該業務上疾病により死亡したときには、死亡の当時生計を同じくしていた遺族がいる場合には遺族の人数等に応じて平均賃金の175～245日分の遺族補償年金等、または、生計を同じくしていた遺族がいない場合には1,000日分の遺族補償一時金等が支給される。

労災時効救済(特別遺族給付金)では、遺族の人数等に応じて240～330万円の特別遺族年金、または、年金受給権者がいない場合には1,200万円の特別遺族一時金が支給される。

労災保険給付も、若年時にアスベストに曝露した場合や特別加入者等で非常に低額になっている場合があるなど、改善の課題があるが、もっとも重要な問題は、環境省救済給付の「格差」である。

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」は、「救済給付支給状況」に関するデータも含まれている。最新の令和2年版を使って、2006～2022年度の救済給付の支給実績について検討した(表17)。

具体的には、救済給付の種類-医療費(A)、療養手当(B)、葬祭料(C)、特別遺族給付金・特別葬祭料(D)、救済給付金(E)-別の件数と金額が、年度別に示されている。このうち、C、D、Eについては、件数を受給者数と考えてよいだろう。

死亡後救済で支給されるのは、特別遺族給付金・特別葬祭料(D=299.9万円)だけである。特別遺族給付金・特別葬祭料(D)の累計支給実績は、5,560件、166.6億円とされ、1件当たり平均支給額は



表16 環境省救済認定等の処理期間の状況

生存中救済の申請についての処理期間の状況

	2006年度		2022年度(括弧内は前年度実績)			
	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数		
1回の医学的判定	173	123	84	162	117(136)	54 (42)
追加資料が必要とされたもの		246	86	(177)	253(274)	

施行前死亡救済の申請についての処理期間の状況

	2006年度		2022年度(括弧内は前年度実績)			
	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数		
1回の医学的判定	257	231	231	279	200(166)	126
追加資料が必要とされたもの		325	191	(216)	311(291)	(70)
医学的判定を経ないで機構で認定したもの	146	-	-	56 (30)	-	-

未申請死亡救済の申請についての処理期間の状況

	2009年度		2022年度(括弧内は前年度実績)			
	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数	申請から認定等決定までの平均処理日数	申請から医学的判定申出までの平均日数		
1回の医学的判定	186	124	72	190	125(145)	68
追加資料が必要とされたもの		239	72	(204)	262(304)	(52)

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

注2) 取下げについては、処理日数の計算には含めていない。

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

注4) 新資料の提出による再審査、及び原処分取消後の処分は除く。

計算すると299.6万円である。299.9万円よりも少ないのは、特別葬祭料を受給しなかった事例があるのかもしれない。一方、施行前死亡救済3,677件と未申請死亡救済1,951件の合計は5,628件なので、5,628-5,560=68件は、理由はわからないが、救済給付を受給しなかったものと思われる。仮に、166.6億円が死亡後救済事例5,628件(累計18,038件の31.2%-①)に対して支給されたものとして、1件当たり平均支給額を計算すると合計296.0万円となる。

生存中救済では、医療費(A)、療養手当(B)、葬祭料(C)、救済給付調整金(F)が支給される可能性がある。救済給付調整金は、療養者が死亡し、支給された医療費及び療養手当の合計額が特別遺族甲慰金の額(すなわち280万円)に満たない場合に、特別遺族甲慰金の額から当該合計額を控除した額が支給されるものである。すなわち、救済給付調整金が支給された場合には、A+B+Eを合わせて280万円が支給され、C(19.9万円)も支給され

れば、合計299.9万円になるということである。

救済給付調整金(E)の支給実績は、4,724件、75.2億円とされている。1件当たり平均支給額を計算すると159.3万円である。この4,724件は、A+B+Eを合わせて280万円受給しているはずである。逆算して、(280-159.3=120.7万円)×4,724=57.0億円が、救済給付調整金支給事例に対して支給された医療費(A)と療養手当(B)の合計金額と推計できる。さらに、全事例に葬祭料(C)も支給されたとすれば、その合計金額は、19.9万円×4,724=9.4億円。救済給付調整金支給事例4,724件(累計18,038件の26.2%-②)に対する合計支給金額は、75.2億円(E)+57.0億円(A+B)+9.4億円(C)=141.7億円と推計され、1件当たり平均支給額は当然合計299.9万円である。

他方、医療費(A)の支給実績は76.5億円、療養手当(B)は304.2億円、A+Bで380.8億円とされているので、救済給付調整金支給事例に支給した57.0

表17 環境省救済給付支給実績の試算(2006～2022年度累計)

	合計支給額			医療費+療養手当(A+B)			葬祭料(C)			救済給付調整金(E)		
	認定者数	金額(億円)	平均額(万円)	認定者数	金額(億円)	平均額(万円)	受給者数	金額(億円)	平均額(万円)	受給者数	金額(億円)	平均額(万円)
生存中救済	12,410	471.5	380.0	12,410	380.8	306.8	7,811	15.5	19.9	4,724	75.2	159.3
調整金支給者…②	4,724	141.7	299.9	4,724	57.0	120.7	4,724	9.4	19.9	4,724	75.2	159.3
それ以外(死亡)…③A	4,694	329.9	429.2	4,694	323.7	421.2	3,087	6.1	19.9	特別遺族弔慰金・葬祭料(D)		
それ以外(生存)…③B	2,992			299.2			5,560					
死亡後救済…①	5,628	166.6	296.0				受給者数	金額(億円)	平均額(万円)			
施行前死亡救済	3,677	166.6	296.0				5,560	166.6	299.6			
未申請死亡救済	1,951											
合計	18,038	638.1	353.8									

億円を差し引いた残額は323.7億円。この金額が、生存中救済12,410件から救済給付調整金支給事例4,724件を差し引いた7,686件(累計18,038件の42.6%-③A+③B)に対して支給されたものと推計することができる。1件当たり平均支給額を計算すると合計429.2万円となる。

「統計資料」の「療養者に係る死亡年別・認定疾病別・性別認定状況」から、生存中救済のうち、2022年度末時点までに死亡したものが累計9,418人であったことがわかる。救済給付調整金支給事例4,724件は「死亡事例」であるので、9,418-4,724=4,694件(累計18,038件の24.6%-③A)が、救済給付調整金支給対象以外の「死亡事例」となり、また、両者を生存中救済累計12,410件から差し引いた2,992件(累計18,038件の16.6%-③B)が「生存事例」ということになる。

葬祭料(C)の支給実績は、7,811件、15.5億円とされているので、救済給付調整金支給事例に支給されたものと仮定した4,724件(推計)、9.4億円を差し引くと、7,811-4,724=3,087件に19.9-9.4=10.5億円が支給されたことになる。1件当たり平均支給額は19.9万円である。生存中救済で救済給付調整金支給対象以外の「死亡事例」4,694件のうち、葬祭料が支給されたのは3,087件のみで、3,258-3,087=1,171件には支給されなかったということになる。

③に支給された金額の内訳についてそれ以上の分析はできないので、医療費+療養手当(A+B)323.7億円と葬祭料(C)6.1億円を合わせた329.9億円を4,694+2,992=7,686件で単純に割ると、1件当た

り平均支給額は合計429.2万円という計算になる。

①と②を合わせた57.4%が総額で300万円弱しか支給されず、残る③A+③Bを合わせた42.6%に対する総支給額が単純平均で合計429.2万円という結果である。

以上を要約して示したのが表17で、ゴチック体の部分が「統計資料」に記載されている件数と金額、その他は推計結果ということである。なお、累計認定18,038件の18.2%に相当する3,290件が、労災認定等との重複分であることに留意する必要がある。

労災・時効救済との「格差」を埋めることは、すべての被害者・家族の切実な要望である。

### 認定事業場データベース

なお、厚生労働省は例年どおり2023年12月13日に、「令和4年度石綿ばく露作業による労災認定等事業場」も公表した。今回は、1,113事業場(建設業以外408+建設業725)が対象となり、うち新規公表860事業(建設業以外211事業場+建設業649事業場)。下記データベースの確認によると、クボタショック以降、合計14,232事業場(建設業以外5,166事業場+建設業9,066事業場)が公表されている。

全国安全センターでは、これらのデータを事業場名、作業内容、所在地などのキーワードで検索できるデータベースにして提供してきた。今回公表の最新データも含めてデータベースを更新しているので、活用していただきたい。

<https://joshrc.net/archives/13687>



表18-1 都道府県別補償・救済状況(2022年度)(労災等重複含む)

	制度別補償・救済状況					疾病別補償・救済状況					合計	順位	中皮腫 死亡者 2022年	順位
	労災 保険	労災時 効救済	生存中 救済	施行前 死亡救済	未申請 死亡救済	中皮腫	肺がん	石綿肺	びまん性 胸膜肥厚	良性石 綿胸水				
北海道	81	11	29		9	78	43	3	4	2	130	6	90	6
青森	4		8		1	9	3		1		13	33	9	41
岩手	3		10		3	14	2				16	31	20	19
宮城	14	2	14		4	17	13		2	2	34	18	13	30
秋田	4		7			6	5				11	39	5	46
山形	3	1	3			5	0	1	1		7	46	12	31
福島	8	2	7		3	11	5	3		1	20	27	21	17
茨城	19		20		6	24	17		4		45	13	35	13
栃木	2	2	13		5	14	8				22	23	14	27
群馬	5	2	13		5	16	8		1		25	21	17	23
埼玉	24	5	50		14	64	28		1		93	9	97	5
千葉	28	6	30		11	51	21	1	2		75	10	77	7
東京	164	23	79	1	24	153	113	14	11		291	1	123	2
神奈川	90	24	53		14	103	61	8	9		181	3	99	4
新潟	9	3	12		7	19	8	2	2		31	20	14	28
富山	4		5		1	5	4		1		10	43	10	37
石川	9	2	8		2	17	4				21	25	11	35
福井	13	1	3		1	11	4	1	1	1	18	29	6	44
山梨	4	2	4		2	9	3				12	35	10	38
長野	12		9		3	16	8				24	22	27	15
岐阜	11	1	7	1	2	14	6	1	1		22	24	25	16
静岡	32	3	21		5	40	15	3	1	2	61	11	45	12
愛知	69	5	64		15	104	46		3		153	5	73	8
三重	14	1	6			8	11	1	1		21	26	16	25
滋賀	5		5		2	12	0				12	36	17	24
京都	18	3	16		4	20	18	1	2		41	14	49	11
大阪	139	21	96	5	12	181	72	7	12	1	273	2	143	1
兵庫	62	15	67	3	8	113	36		4	2	155	4	120	3
奈良	10	1	25		3	28	9		2		39	16	10	39
和歌山	2	1	5		3	10	1				11	40	12	32
鳥取	3		3			5	1				6	47	5	47
島根	5		6		1	7	4	1			12	37	7	43
岡山	22	5	14			23	16		2		41	15	21	18
広島	70	6	17	1	3	55	34	4		4	97	8	58	10
山口	21	1	13	1	1	21	13	1	2		37	17	18	22
徳島	5	1	2		1	6	2	1			9	44	12	33
香川	6		4		1	6	3	1	1		11	41	12	34
愛媛	19	4	4	2	3	19	11	2			32	19	16	26
高知	6		4		2	9	3				12	38	6	45
福岡	57	7	34	1	10	72	34		1	2	109	7	69	9
佐賀	4		7			8	2	1			11	42	10	40
長崎	37	2	7		4	19	25	5		1	50	12	29	14
熊本	2	2	9	1	5	14	5				19	28	19	20
大分	9		4			9	4				13	34	14	29
宮崎	7	2	5			6	7	1			14	32	8	42
鹿児島	3	1	11		2	12	4		1		17	30	19	21
沖縄	2	2	4		1	8	1				9	45	11	36
不詳等											0		0	
合計	1,140	170	837	16	203	1,471	741	63	73	18	2,366		1,554	

## 特集①/石綿健康被害補償・救済状況の検証

表18-2 都道府県別補償・救済状況(2022年度末時点、入手可能全データ累計)(労災等重複除く)

	制度別補償・救済状況					疾病別補償・救済状況					合計	順位	中皮腫 死亡者 1995～	順位
	労災 保険 2003～	労災時 効救済 2006～	生存中 救済 2006～	施行前 死亡救済 2006～	未申請 死亡救済 2008～	中皮腫	肺がん	石綿肺	びまん性 胸膜肥厚	良性石 綿胸水				
北海道	1,202	86	335	130	66	1,236	503	24	36	20	1,819	5	1,609	5
青森	76	6	71	23	8	128	41	6	5	4	184	37	192	39
岩手	50	4	59	28	18	129	25	3	2		159	41	234	34
宮城	291	18	173	61	29	366	166	7	15	18	572	15	457	18
秋田	45	1	49	34	8	106	26	1	4		137	44	169	42
山形	93	9	56	17	10	110	57	8	8	2	185	35	171	41
福島	173	15	77	46	25	254	64	6	10	2	336	25	434	20
茨城	195	14	186	59	32	338	118	7	20	3	486	19	522	15
栃木	94	11	112	39	30	198	75	9	4		286	30	297	30
群馬	85	11	127	55	26	229	57	13	4	1	304	29	317	29
埼玉	625	62	570	191	105	1,033	437	36	39	8	1,553	7	1,602	6
千葉	539	31	448	130	74	737	420	11	41	13	1,222	10	1,126	10
東京	2,678	177	871	287	185	2,396	1,409	225	140	28	4,198	1	2,599	3
神奈川	1,654	186	623	238	125	1,664	940	102	84	36	2,826	4	2,268	4
新潟	291	31	116	56	33	358	151	8	7	3	527	17	514	16
富山	242	21	82	49	13	279	94	9	13	12	407	22	360	26
石川	106	10	65	29	9	172	36	1	6	4	219	34	255	33
福井	98	6	54	15	4	121	35	7	7	7	177	38	157	44
山梨	44	5	56	16	10	113	16	2			131	45	158	43
長野	179	15	116	33	21	240	101	12	8	3	364	24	396	23
岐阜	206	17	156	50	30	328	101	22	7	1	459	21	443	19
静岡	440	33	233	103	52	634	172	32	16	7	861	13	827	11
愛知	920	89	552	121	91	1,303	404	11	27	28	1,773	6	1,500	7
三重	192	7	81	26	12	188	115	8	4	3	318	27	320	28
滋賀	156	12	108	37	12	234	80	7		4	325	26	324	27
京都	276	29	152	72	28	388	150	8	9	2	557	16	567	14
大阪	2,009	224	1,085	332	179	2,728	861	121	92	27	3,829	2	3,089	1
兵庫	1,638	224	1,027	317	118	2,390	816	21	53	44	3,324	3	2,724	2
奈良	229	21	185	56	25	322	141	29	13	11	516	18	423	21
和歌山	118	10	65	28	20	157	72	6	5	1	241	32	221	35
鳥取	42	2	29	21	2	80	12	4			96	47	117	47
島根	74	9	40	12	9	89	47	3	3	2	144	42	142	46
岡山	751	43	136	79	29	489	441	11	51	46	1,038	11	608	13
広島	1,036	96	183	94	34	889	473	17	32	32	1,443	9	1,128	9
山口	453	42	135	42	26	406	242	10	27	13	698	14	513	17
徳島	63	5	45	20	9	113	25	4			142	43	177	40
香川	243	30	88	25	19	219	157	10	7	12	405	23	278	31
愛媛	284	24	92	38	22	280	156	11	5	8	460	20	397	22
高知	45	4	36	24	8	93	23	1			117	46	150	45
福岡	805	54	388	123	93	1,005	372	29	35	22	1,463	8	1,349	8
佐賀	82	13	54	29	7	131	37	9	5	3	185	36	201	37
長崎	618	69	113	48	24	464	344	32	18	14	872	12	615	12
熊本	136	6	112	34	25	204	95	2	8	4	313	28	361	25
大分	135	9	49	23	10	166	51	2	6	1	226	33	269	32
宮崎	73	6	55	35	8	133	28	8	4	4	177	39	198	38
鹿児島	88	11	116	38	15	220	37	2	7	2	268	31	394	24
沖縄	69	22	39	34	11	110	52	8	5		175	40	212	36
不詳等	7		1	1		4	1	4			9		18	
合計	19,948	1,830	9,601	3,398	1,749	23,974	10,276	929	892	455	36,526		31,402	



表18-3 中皮腫・肺がんの救済率(都道府県別)(労災等重複除く、10万人当は2010年人口比)

	中皮腫死亡者数(1995~2022年)						中皮腫補償・救済(~2022年度)				肺がん補償・救済(~2022年度)				肺がん/ 中皮腫
	合計	年平均	順位	10万人当	対全国均比	順位	合計	救済率	順位	労災等割合	合計	救済率	順位	労災等割合	
北海道	1,609	57.5	5	1.044	119.2%	9	1,236	76.8%	12	62.4%	503	31.3%	16	88.3%	40.7%
青森	192	6.9	39	0.499	57.0%	47	128	66.7%	29	33.6%	41	21.4%	33	63.4%	32.0%
岩手	234	8.4	34	0.628	71.7%	41	129	55.1%	46	25.6%	25	10.7%	44	68.0%	19.4%
宮城	457	16.3	18	0.695	79.4%	29	366	80.1%	6	43.2%	166	36.3%	10	68.7%	45.4%
秋田	169	6.0	42	0.556	63.5%	42	106	62.7%	37	26.4%	26	15.4%	38	53.8%	24.5%
山形	171	6.1	41	0.522	59.7%	46	110	64.3%	35	41.8%	57	33.3%	12	71.9%	51.8%
福島	434	15.5	20	0.764	87.2%	24	254	58.5%	43	48.8%	64	14.7%	40	75.0%	25.2%
茨城	522	18.6	15	0.628	71.7%	39	338	64.8%	33	36.4%	118	22.6%	31	54.2%	34.9%
栃木	297	10.6	30	0.528	60.3%	45	198	66.7%	30	27.3%	75	25.3%	27	56.0%	37.9%
群馬	317	11.3	29	0.564	64.4%	43	229	72.2%	19	21.4%	57	18.0%	37	57.9%	24.9%
埼玉	1,602	57.2	6	0.795	90.8%	20	1,033	64.5%	34	32.8%	437	27.3%	21	66.4%	42.3%
千葉	1,126	40.2	10	0.647	73.9%	37	737	65.5%	31	32.3%	420	37.3%	9	68.3%	57.0%
東京	2,599	92.8	3	0.705	80.5%	33	2,396	92.2%	1	52.9%	1,409	54.2%	4	87.2%	58.8%
神奈川	2,268	81.0	4	0.895	102.2%	13	1,664	73.4%	18	50.3%	940	41.4%	7	85.5%	56.5%
新潟	514	18.4	16	0.773	88.3%	18	358	69.6%	24	50.3%	151	29.4%	18	83.4%	42.2%
富山	360	12.9	26	1.176	134.3%	6	279	77.5%	10	53.0%	94	26.1%	25	89.4%	33.7%
石川	255	9.1	33	0.778	88.9%	22	172	67.5%	27	44.8%	36	14.1%	43	86.1%	20.9%
福井	157	5.6	44	0.696	79.4%	34	121	77.1%	11	48.8%	35	22.3%	32	68.6%	28.9%
山梨	158	5.6	43	0.654	74.7%	35	113	71.5%	21	31.0%	16	10.1%	46	81.3%	14.2%
長野	396	14.1	23	0.657	75.0%	36	240	60.6%	41	43.8%	101	25.5%	26	69.3%	42.1%
岐阜	443	15.8	19	0.760	86.8%	25	328	74.0%	17	39.0%	101	22.8%	30	68.3%	30.8%
静岡	827	29.5	11	0.784	89.6%	23	634	76.7%	13	46.7%	172	20.8%	34	72.7%	27.1%
愛知	1,500	53.6	7	0.723	82.5%	27	1,303	86.9%	4	48.6%	404	26.9%	22	79.0%	31.0%
三重	320	11.4	28	0.616	70.3%	40	188	58.8%	42	42.0%	115	35.9%	11	91.3%	61.2%
滋賀	324	11.6	27	0.820	93.6%	16	234	72.2%	20	42.7%	80	24.7%	28	71.3%	34.2%
京都	567	20.3	14	0.768	87.7%	26	388	68.4%	25	42.3%	150	26.5%	23	83.3%	38.7%
大阪	3,089	110.3	1	1.244	142.1%	5	2,728	88.3%	2	49.6%	861	27.9%	19	79.3%	31.6%
兵庫	2,724	97.3	2	1.741	198.8%	1	2,390	87.7%	3	46.4%	816	30.0%	17	79.4%	34.1%
奈良	423	15.1	21	1.078	123.1%	8	322	76.1%	14	32.6%	141	33.3%	13	68.1%	43.8%
和歌山	221	7.9	35	0.788	89.9%	21	157	71.0%	22	36.3%	72	32.6%	15	81.9%	45.9%
鳥取	117	4.2	47	0.709	81.0%	28	80	68.4%	26	37.5%	12	10.3%	45	83.3%	15.0%
島根	142	5.1	46	0.707	80.8%	31	89	62.7%	38	46.1%	47	33.1%	14	74.5%	52.8%
岡山	608	21.7	13	1.116	127.5%	7	489	80.4%	5	59.9%	441	72.5%	1	89.8%	90.2%
広島	1,128	40.3	9	1.408	160.8%	3	889	78.8%	8	72.2%	473	41.9%	6	88.2%	53.2%
山口	513	18.3	17	1.263	144.2%	4	406	79.1%	7	61.8%	242	47.2%	5	83.9%	59.6%
徳島	177	6.3	40	0.805	91.9%	19	113	63.8%	36	42.5%	25	14.1%	42	64.0%	22.1%
香川	278	9.9	31	0.997	113.8%	10	219	78.8%	9	52.1%	157	56.5%	2	84.1%	71.7%
愛媛	397	14.2	22	0.991	113.1%	11	280	70.5%	23	57.9%	156	39.3%	8	82.1%	55.7%
高知	150	5.4	45	0.701	80.1%	30	93	62.0%	39	34.4%	23	15.3%	39	69.6%	24.7%
福岡	1,349	48.2	8	0.950	108.5%	12	1,005	74.5%	16	49.9%	372	27.6%	20	76.6%	37.0%
佐賀	201	7.2	37	0.845	96.4%	14	131	65.2%	32	42.0%	37	18.4%	36	73.0%	28.2%
長崎	615	22.0	12	1.539	175.7%	2	464	75.4%	15	71.1%	344	55.9%	3	86.6%	74.1%
熊本	361	12.9	25	0.710	81.0%	32	204	56.5%	44	38.7%	95	26.3%	24	56.8%	46.6%
大分	269	9.6	32	0.803	91.6%	17	166	61.7%	40	57.8%	51	19.0%	35	78.4%	30.7%
宮崎	198	7.1	38	0.623	71.1%	38	133	67.2%	28	31.6%	28	14.1%	41	78.6%	21.1%
鹿児島	394	14.1	24	0.825	94.2%	15	220	55.8%	45	34.1%	37	9.4%	47	45.9%	16.8%
沖縄	212	7.6	36	0.544	62.1%	44	110	51.9%	47	32.7%	52	24.5%	29	84.6%	47.3%
不詳等	18	0.6					4			50.0%	1			100%	25.0%
合計	31,402	1,121.5		0.876	100%		23,974	76.3%		48.2%	10,276	32.7%		80.1%	42.9%

# 建設アスベスト給付金制度 認定審査の現状と問題点

片岡明彦

関西労働者安全センター

建設アスベスト被害の国と建材メーカーに損害賠償を求めた「建設アスベスト訴訟」は2008年に提訴、13年後の2021年5月17日の最高裁判決（東京、神奈川、京都、大阪各1陣）により、国と建材メーカーの責任のかなりの部分が認められた。

これを受け、国は原告代表に謝罪し、原告団・弁護団を含む建設アスベスト訴訟全国連絡会との間で「基本合意書」を締結したのち、「基本合意書」における「原告」と「同等の被害者」に対して「給付金」を支給する「特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等に関する法律（略称：建設アスベスト給付金法）」が成立した。（このように国の損害賠償については制度化が実現した一方で、建材メーカー側は、最高裁判決で責任が確定した被告メーカーを含めて、被害者側が求めている救済制度を拒否して裁判での争いを続けている。）

以下、現在までの給付金審査の状況を報告し、問題点、課題について述べる。

なお、建設アスベスト訴訟弁護団によれば、国から賠償金を受けた、または、国と和解した被害者原告は全国1,011人のうち958人（2023年11月7日現在）となっている。

## 給付金認定5970件

月1回行われる認定審査会の審査結果は、各回の議事要旨として公表されているので、これをまとめると26頁の表15のようになる。

2022年1月からはじまった建設アスベスト給付金制度によって認定されたのは、5,970件（11月21日現在、審査件数6,117件の97.6%）。

国賠訴訟による賠償金・和解金の支払いを受けた958人の6倍であり、合計すると6,928人である。

審査が行われた計21回の認定審査会では平均291件（合計6117件/21回）が処理され、平均で認定284件（合計5,970件）、不認定2.4件（合計50件）、保留1.8件（合計37件）、無効5件（合計60件）である。

全体の推移をみると、制度開始前に労災認定されていた事案にかかる申請が集中して、1回当たりの審査件数が300件台で高止まりしていたとみられる時期は過ぎ、1回当たりの審査件数は低下傾向にあり、現在は200件台で推移している。

累積の申請件数と平均審査処理期間について公表されていないが、審査に相当の長期間を要している事案が少なからずあるとみられ、改善すべき課題の存在が推察される。

## 不認定事案の発生

制度開始当初、不認定事案は発生していなかったが、2022年11月に2件初めて発生した後、2023年4月からは連続して出続けており、累積で50件に達している。すでに不認定に対する不服審査請求も行われるような状況となっている。

不認定とされた理由については公表されていないが、不認定になった事例についての経験やコメン

トが明らかにされるようになってきた。

「2023年4月審査会以降、不認定相当が続いており、不認定相当は合計43件となっています。追加資料の提出を求められたものの、何十年も前の就労状況について証明するものがなく、同僚等も見つからないというケースが不認定相当となっていることが予想されます。

私たち弁護士にも『就労状況について、追加資料の提出を求められているが、どんな資料を提出したら良いのか、どうやって探せば良いのか分からない』というご相談が数多く寄せられています。」(建設アスベスト訴訟全国弁護士団 <https://kenasu.jp/news/20231031-1336/>) (下線筆者)

建設アスベスト給付金の申請は、なんらかの補償・救済認定を公的機関から受けているかどうかにかかわらず行うことができ、申請を受け付けた厚生労働省が、次の3つの要件を満たすと判断すると認定され、申請者に給付金が支給される。

- 1 次の表の期間ごとに、表に記載している石綿にさらされる建設業務に従事することにより、  
※表の期間及び業務は、最高裁判決等を踏まえ定められたもの
- 2 石綿関連疾病【(1)中皮腫、(2)肺がん、(3)著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚、(4)石綿肺(じん肺管理区分が管理2～4)、(5)良性石綿胸水】にかかった
- 3 労働者や、一人親方・中小事業主(家族従事者等を含む)であること(本人が亡くなっている場合は、遺族(配偶者、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹)のうち、最先順位者からの請求が可能)

上記弁護団のコメントにあるような「石綿作業従事歴にかかる追加資料を求められ、これに対応できないまま不認定になるケース」は、ひとつめの要件を満たさないと不認定とされているとみられるが、それはどのような場合だろうか。

### 「対象期間外石綿ばく露」や「対象外石綿ばく露業務」労災認定事案

アスベスト被害者たる患者や遺族は、補償・救済の公的制度の側からみると3つのケースがある。

- (1) 労災保険法などの労災補償制度(石綿労災時効事案救済のための石綿健康被害救済法による特別遺族給付金制度を含む)の認定を受けている(労災認定)
- (2) 石綿健康被害救済法の認定を受けている(救済認定)
- (3) (1)(2)のどちらの認定も受けていない

(3)は説明を要しないが、(1)(2)であっても、給付金申請者が自力で石綿ばく露作業従事歴を証する資料を作成し、提出しなければならないことがあり、このことが不認定事案を発生させる主な原因となっているとみられる。

(1)の労災認定されている場合、労災請求を受け付けた労働基準監督署などによって労災認定基準に示されている石綿ばく露作業従事歴(期間と年数)の確認が完了している。したがって、その確認済の「期間」において従事した「石綿ばく露作業」が上記の建設アスベスト給付金の要件(1)に合致すれば、問題なく給付金が認定される。

多くの職種がある建設作業で労災認定を受けた人は非常に多いので、こうした人たちの利便性を図るため=簡易、迅速な認定を行うために、給付金制度の開始と同時に「労災支給決定等情報提供サービス」(以下、情報提供サービス)が開始された。

このカテゴリに入る方は、情報提供サービス申請書を厚生労働省に提出すると、建設アスベスト給付金の要件(1)に該当する期間と年数について書かれた通知書を受け取ることができ、これを建設アスベスト給付金申請書に添付して給付金申請すると迅速に認定を受けることができるという仕組み

期間	業務
昭和47年10月1日～昭和50年9月30日	石綿の吹付け作業に係る建設業務
昭和50年10月1日～平成16年9月30日	一定の屋内作業場で行われた作業に係る建設業務

である。事実上の事前審査的な制度といえる。

しかし、労災認定を受けている場合であっても、情報提供サービス申請をしたところ「情報なし」の通知が送られてくるケースがある。

例えば、次のようなケースである。

- ・「1975年10月1日より前までに労働者としての左官工事従事歴があり、その後は、事務職のサラリーマンであったのち石綿疾病を発症したため、1975年10月1日より前の石綿ばく露作業従事歴にもとづいて労災認定された方」
- ・「1975年10月1日より前まで労働者としての大工従事歴があり、その後は、工務店の中小事業主として電気工事に従事したが事業主の期間には労災保険の特別加入をしていなかった。そのため、1975年10月1日より前の労働者として石綿ばく露作業従事歴の調査、確認のみにもとづいて労災認定された方」

いわゆる、「対象期間外石綿ばく露」労災認定事案である。

前者については、建設アスベスト給付金制度の対象とはならないことが明らかなケースである。

しかし、後者については、建設アスベスト給付金制度の対象となることが明らかであるものの、情報提供サービス申請をしても「情報なし」という通知を受け取ることになる。したがって、建設アスベスト給付金申請にあたっては情報提供サービスの「恩恵」を受けることができないので、自力で給付金「対象期間内石綿ばく露」が「あったこと」を証する資料の作成と提出が必要となるのである。

また、例えば、もっぱら屋根工として屋外作業に就いたことによる石綿ばく露作業従事歴に基づいて労災認定されていた方では、期間については要件を満たしていても、給付金要件(1)における「一定の屋内作業場」に該当しないということをもって、情報提供サービス申請については「情報なし」の通知がされ得る。「対象外石綿ばく露業務」労災認定事案である。

しかしこうした場合、この「情報なし」通知をもって建設アスベスト給付金申請をあっさり断念するのは早計である。

一見、屋外作業とみなされがちの屋根工であっ

ても、建設アスベスト訴訟においては国が和解に応じる事例が出てきている(例えば、建設アスベスト関西訴訟大阪2陣における「屋根等のスレート工事に従事した外装工について国との和解が成立した事例」大阪アスベスト弁護団ウェブサイト <https://asbestos-osaka.jp/all/kensetsu/4047/> が報告されている)からである。

ただ、この場合も、建設アスベスト給付金申請にあたっては、情報提供サービスの「恩恵」を受けることができないので、自力で給付金の対象となる石綿ばく露業務であったことを証する資料の作成と提出が必要である。

### 救済認定事案

労災認定を受けられない、また、受けていない救済認定事案においては、中皮腫、肺がんについては、石綿ばく露歴調査や確認を要しない「医学的要件のみによる認定」が行われているので、上記の「対象期間外石綿ばく露」労災認定事案や「対象外石綿ばく露業務」労災認定事案と同様に、給付金要件(1)を満たすことを証する資料の作成と提出を自力で行わなければならない。

救済認定の対象疾病にはほかに、「著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺」、「著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚」があるが、この2疾病には「大量の石綿ばく露があること」が要件となっているので、この場合は、「大量の石綿ばく露」のあった「期間と業務」が給付金要件(1)に該当することを証する資料の作成と提出を自力で行わなければならない。

救済認定の認定当局である環境再生保全機構は、建設アスベスト給付金制度の施行後、中皮腫、肺がんなどの認定者に建設アスベスト給付金制度の案内を送付したので、救済認定を受けている(労災認定を受けていない)建設労働者や家族からの給付金申請が増えていると推測される。筆者らの支援団体へのこのカテゴリーの方の相談も増えている状況である。

別稿(36頁参照)で当センターが支援した「情報なし」とされたMさんが建設アスベスト給付金の認定を受けた事案を紹介した。同様の報告はこれ



から増えてくると考えられる。

例えば、大阪アスベスト弁護団による

◆労災認定を受けていない塗装工（塗装会社の経営者）について、建設アスベスト給付金が認定された事例（情報提供サービスを利用せず、通常請求によって認定された事例）（<https://asbestos-osaka.jp/all/case1/3984/>）

◆労災認定を受けていない一人親方の大工について、建設アスベスト給付金が認定された事例（情報提供サービスを利用せず、通常請求によって認定された事例）（<https://asbestos-osaka.jp/all/case1/3942/>）

などの事例もある。

### 「自力証明困難（不認定）事案」への対処と支援

「石綿作業従事歴にかかる追加資料を求められ、これに対応できないまま不認定になるケース」は、本来あってはならない。

労災認定された事案においては労基署が職権によって調査を行う。そうした調査で得られる内容と同等の内容を、なんら権限をもたない申請者個人に負わせておいて、出せなかったら不認定あるいは取り下げということに極力ならないようにすることも、アスベスト被害に対する国の責任である。

「自力証明困難事案」の増加に対応した、申請者の立場を尊重した対処策を国が講じることが求められている。

建設アスベスト訴訟全国弁護団は、「給付金支給の前提として、一定の資料に基づく証明が必要だとしても、裁判における国との和解や労災認定と比べて、必要以上に厳格な証明が求められるべきではありません。建設アスベスト給付金制度の創設にかかわった私たち弁護団は、不認定とされた事案についても注意深く検討し、必要に応じて厚生労働省との協議や要請を続けます。」（<https://asbestos-osaka.jp/all/kensetsu/4047/>）としている。

### 「無効」- 審査長期化の弊害

不公正な不認定事案を発生させないこととともに、いたずらな審査長期化をなくすことが重要であるが、審査長期化による弊害の現われが、表15に

おける「無効」件数と考えられる。

「無効」とはあまり聞き慣れない用語であるが、建設アスベスト給付金の請求書には、小さな字で次のとおり記載されている。

※万一、請求者の方が本給付金等の支給の権利の認定・不認定の通知がなされるまでに死亡した場合には、本請求書による請求は無効となります。なお、当該場合には、特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金等の支給に関する法律第3条第2項及び第3項に基づき遺族の方（本請求の請求者を除く。）が御自身の名前で改めて請求を行っていただくことになります。

請求者が患者本人の場合、認定通知がされる前に死亡するとその請求が無効になる。そして、給付金の請求権のある遺族（配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含む。）、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹）がいれば、この順位で改めて新たに請求ができる、というのである。

つまり、「無効」とは、患者たる請求者が認定通知を受け取らないまま死亡、あるいは、遺族たる請求者が認定通知を受け取らないまま死亡した事案ということである。

表15をみると、2023年11月までに60件の「無効」が発生している。

筆者がかかわった中皮腫遺族（妻、申請時79歳）は、2022年7月に給付金申請を行った。

この方の場合、給付金対象遺族はこの方だけだったので、認定通知を受け取る前にもし亡くなれると「無効」となり、かつ、だれも請求権のある遺族がいなくなってしまう、給付されるはずの給付金が無に帰してしまう。

待てど暮らせと来ぬ認定通知が到着したのは、申請から1年後の2023年7月。

情報提供サービス申請により提供情報ありとして通知を受け取ってからの申請だったので、情報提供サービスを申請した2022年1月から数えると1年6か月後のことだったのである。

別の事案では、中皮腫患者（男性、申請時76歳）で2022年8月に給付金を申請したが、認定通知を受け取ったのは1年後の2023年8月だった。

厚生労働省の担当者には何度も早期認定をお願いしたし、2023年7月の中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会省庁交渉に出席した給付金担当者にも、このような審査長期化はきわめて問題である訴えた。

筆者のかかわったこの2件は幸いにも「無効」となることはなかったが、全体では「無効」が60件も生じているというのは、(石綿疾病の厳しさを踏まえても) きわめて重大であると言わなければならぬ。



## 「対象期間外石綿ばく露」労災認定だったため 情報提供サービス「提供情報なし」とされた 中皮腫事案に建設アスベスト給付金認定

前稿で述べた、いわゆる、建設アスベスト給付金の「対象期間外石綿ばく露」労災認定事案にあたる中皮腫患者Mさんのケースを紹介する。

Mさんは、実質上の事前審査の制度である「労災支給決定等情報提供サービス」において「提供情報なし」とされたため、給付金の「対象期間における石綿ばく露作業歴」を証する資料を作成、申請書とともに提出した。申請を受理した厚生労働省(給付金担当)からは、複数の追加資料を求められて提出し、審査結果を待った。Mさんがようやく認定通知を受け取ったのは、申請から1年後であった。

建設アスベスト給付金制度では、申請者である患者や遺族が審査途中に死亡すれば、その方の申請は「無効」となるが、すでに「無効」は60件にのぼっている。とりわけ予後が厳しい中皮腫患者の申請に対して、審査に1年もかける制度であってはならない。

### 71歳、胸膜中皮腫発症、労災認定

Mさんは1946(昭和21)年1月生れ。15歳から電気工事に従事してきた、M電気の親方、事業主である。電気工は、建設業における典型的石綿ばく露職種である。2019年3月(73歳)、別の病気でかかりつけであったS病院で胸部異常がみつき、胸膜生検により胸膜中皮腫と確定診断された。

すぐにH病院に転院し胸膜剥皮手術実施となるも、開胸時、広範囲病巣進展確認により手術中止。

以後、免疫チェックポイント阻害薬や抗がん剤による化学療法を断続的に受け、現在、療養中だ。

H病院のケースワーカーから当安全センターに「労災請求ができないだろうか」との相談があり、Mさんにお会いして、これまでの職歴を聞いた。

すると、親方になる前に労働者としての職歴があり(1961年～1975年)、1976年以降の親方時期において2001年12月～2016年3月まで労災保険特別加入歴があった。したがって、労働者時期または特別加入をしていた親方時期に石綿ばく露があれば、労災保険の適用を受けることができる。

つまり、労災認定を受けられる可能性が高いということなので、さっそく労災請求を行ったところ2020年5月に認定された。

### 提供できる情報なし

2022年1月からはじまった建設アスベスト給付金申請のために、同年3月に情報提供サービスに申請したところ、6月末に次の内容の「回答」が送られてきた。

「貴方の石綿ばく露作業は給付金の支給対象となる特定石綿ばく露建設業務の期間外の作業しか確認できないため、給付金等の請求を行う上で必要となる情報であった、提供することができるものはございませんので、その旨通知します。

ただし、特定石綿ばく露建設業務に従事していたこと、石綿関連疾病との因果関係等について必

要となる書類を添えて請求いただくことは可能です。」

Mさんの労災認定について個人情報開示請求で入手した開示資料によれば、Mさんの中皮腫の労災認定にかかる「石綿ばく露作業及び従事期間」は、

「昭和43年4月から昭和45年10月頃までの約2年7か月間、有限会社NK電設工業所において電気工として勤務し、電気配線を通すため吹き付け石綿を削ったりしていたことにより石綿にばく露していたものと認められることから、1年以上の石綿ばく露作業従事期間を有するものと判断される」とされていた。

#### 45年間で「2年7か月だけ」

Mさんの電気工事業従事期間は1961（昭和36）年から2016（平成28）年までのおよそ45年間、労基署は、そのうちの約2年7か月間だけを石綿ばく露作業従事期間として認定していた。

していた「作業」そのものは同じなのに、どうしてそういうことになるのか。

開示資料にあった労基署のまとめ（「作業歴情報」）によると、有限会社NK電設工業所の前に、すでに労働者として2社で電気工事業に就いていたが、

- ・昭和36年6月～昭和41年5月 SK電設株式会社「社会保険加入歴有り」だが、現場に石綿が吹き付けられた鉄骨はなかった、との本人申述より、石綿ばく露作業従事期間と認めず
- ・昭和41年頃～昭和43年頃 TE電興  
本人申述のみで、会社の存在や同僚等の証言がなく、石綿ばく露作業従事期間と認めずと判断されていた。

有限会社NK電設工業所のあと、昭和45年11月頃から昭和46年頃までは、本人は複数の会社で日雇として仕事をしていたと申述しているが、会社の連絡先等が一切不明で、労働者性の有無・会社の所在地・ばく露の有無が確認できないので、石綿ばく露作業従事期間と認めず。

そして、個人事業主であった、昭和47年頃から平成28年3月までについては、「特別加入後の業務は

A工場での電気工事であり、当該工場において石綿と接触する機会は無かった旨を申述している」として、石綿ばく露作業従事期間とは認めなかった。

開示資料にある労基署のMさんへの聴き取り記録をみると、電気工事における石綿ばく露は、鉄骨への吹き付け石綿からのばく露に主な関心があったようである。しかし、天井や壁に使用される石綿含有建材の切断、加工による直接ばく露、他職種作業からの間接ばく露など、石綿ばく露源は吹き付け石綿だけでない。電気工事作業は、よほどの例外を除いては石綿ばく露作業であるとの認識が、労基署側にあまりないのである。

社会保険記録があるSK電設株式会社の時期を簡単に除外できるのはそのためだ。

また、Mさんの方にも同様の認識があったことが聴き取り記録から窺え、あらためてMさんに「内装材の建材からもアスベストにばく露する」と説明すると「ホンマかいな」との反応であった。

ところで、建設アスベスト給付金の対象期間としては、「1975（昭和50）年10月1日から2004（平成16）年9月30日まで」の石綿ばく露の有無と期間が問題となる。

Mさんはこの時期、事業主として電気工事を行った。

労災請求を受け付けた労基署側では、「事業主の場合、（労災保険に）特別加入していない期間については、ばく露があろうがなかろうが労災認定するかどうかには関係が無い」との認識から、特別加入をしていない期間の石綿ばく露については調査しない、ということが一般的であることはMさんの開示資料をみてもわかる。

労基署側は、特別加入した2001（平成13）年以降についてMさんに聴き取りをしているが、Mさんが「石綿を吹き付けた鉄骨は現場でみたことはなかった」という意味において、「石綿は無かったように思います」と答えたことをもって、石綿ばく露従事期間ではないと判断したようである。そして、特別加入前の事業主期間については、聴き取りを行っていない。

以上の次第で、情報提供サービス申請に対して「提供できる情報なし」と回答してきたのであった。

# 特集①/石綿健康被害補償・救済状況の検証

(☉-様式3)

## 就業歴等申告書(通常請求用)

就業歴(石綿ばく露作業従事期間がないものも含む)について記載して下さい。

フリガナ	生年月日	罹患した疾病名	1枚目/ 枚中
被災者氏名	M 昭和21年 ■ 月 ■ 日	<input checked="" type="checkbox"/> 中皮腫 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 石綿肺 <input type="checkbox"/> 良性性筋胸水 <input type="checkbox"/> 著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚	

就業歴	番号	事業場名	全在籍期間		石綿ばく露作業従事期間		吹付作業(※)	屋内作業(※)
	1	SK電設	昭和36年3月～昭和41年5月	約4年11ヶ月	昭和36年3月～昭和41年5月	約4年11ヶ月		○
2	TE電興	昭和41年頃 月～昭和43年頃 月	約1年10ヶ月	昭和41年頃 月～昭和43年頃 月	約1年10ヶ月		○	
3	有限会社NK電設工業所	昭和43年4月～昭和45年10月	約2年7ヶ月	昭和43年4月～昭和45年10月	約2年7ヶ月		○	
4	日雇い労働	昭和45年11月～昭和46年頃 月	約1年2ヶ月	昭和45年11月～昭和46年頃 月	約1年2ヶ月		○	
5	M電気 (中小事業主、一人親方等)	昭和47年頃 月～平成28年3月	約44年3ヶ月	昭和47年頃 月～平成12年頃 月	約29年 ヶ月		○	
就業期間・石綿ばく露作業従事期間の詳細については(通-様式3別紙)のとおり・別紙1枚						小計①	約39年 6ヶ月	続紙 小計②

(※)吹付作業、屋内作業に該当する場合には、それぞれの欄に○印等のチェックを付けて下さい。

小計①と②の合計 <small>※続紙がない場合は、小計①の値を転記して下さい。</small>	約39年 6ヶ月
---	----------

記載枠が不足する場合には、本紙のコピーもしくは続紙に御記載の上、添付して下さい。

(厚生労働省使用欄)※記入不要

昭和47年10月1日～昭和50年9月30日までの吹付作業期間合計	年 ヶ月
昭和50年10月1日～平成16年9月30日までの屋内作業期間合計	年 ヶ月
①、②の合計	年 ヶ月

短期ばく露	疾病名	基準	該当
	肺がん、石綿肺	10年未満	<input type="checkbox"/>
びまん性胸膜肥厚	3年未満	<input type="checkbox"/>	
中皮腫、良性石綿胸水	1年未満	<input type="checkbox"/>	

## 通常請求

建設アスベスト給付金申請は、情報提供サービスによる「提供情報あり」の場合と「提供情報なし」の場合の2種類がある。前者は「提供情報」が記載された通知のコピーをつけるだけでよいが、後者は給付金の対象期間に対象業務をしていたことを証する資料を作成して提出することが必須となる。これを「通常請求」と称している。

「被災者の就業歴・石綿ばく露作業への従事を証明する資料」として「被災者の就業歴・石綿ばく露作業歴の分かる資料」を提出しなければならない。

『就業歴等申告書(通-様式3と続紙)』及び『別紙(通-様式3別紙)』である。

別紙は、申告書記載の所属事業場・就業期間ごとに記載が必要で、「可能な限り」事業主又は同僚等の証明をとってくれ、とされている。

通常請求となったMさんは、労基署が調査しな

かった(労災認定そのものにはとっては、事案的に不要だった)事業主であった期間について申告書と別紙の作成をすることとなった。

幸い、Mさんが事業主であるM電気は、SK電興の下請としての仕事が多量であり、SK電興の正社員のK氏の協力が得られたので、K氏がかかわった期間についてのK氏の上記の「別紙」への証明が得られた。K氏はSK電興在職時からMさんと現場をともにすることが多かったが、同社を退職した後は、M電気の労働者としてMさんとともに電気工事に従事した期間が長かったため、資料により証明する必要のあった全期間について、同僚として証明することができた。

「申告書」(別掲)とその「別紙」(次頁)とともに、K氏申立書と筆者作成の意見書(40頁参照)を添付して、2022年8月上旬に給付金を申請した。

ところが、同年12月になって、申請書の記載事項の修正等をするようにとの「請求書等の不備・不足に係る返戻について」という書面が、返戻付箋の



就業歴の詳細について記載し、記載内容について、事業主もしくは(元)同僚などから証明を受けて下さい。

※石綿ばく露作業従事期間がない就業歴については、本別紙の記載は不要です。

就業歴番号	※就業歴等申告書(通一様式3及び続紙)に記載した就業歴のうち、該当するものの番号を御記入下さい。				
事業場名・所在地 事業概要・雇用等形態	全在籍期間	石綿ばく露作業 従事期間	石綿ばく露作業の 職種・種類・頻度	石綿ばく露の状況 (作業の具体的な内容・取扱建材等)	備考
(事業場名) M電気 (所在地) 大阪市〇〇  (事業概要) 電気工事  就業歴  (雇用等形態) 口労働者 ☑単一人親方 ☑中小事業主 口その他( )	昭和47年頃   ～平成28年 3月	昭和47年頃   ～平成12年頃	職種  種類 下記のア～キから選択。カ及びキの場合は具体的な内容を備考欄に記載。  頻度	主として電気工事の下請個人事業主として、電気工事を請け負い、現場における電気工事に配下の電気工とともにこれらと同様の作業に常時従事した。建築物の新設ならびに改修工事において、電気工事を担当した。作業は主として屋内作業であった。石綿ばく露作業としては、次のようなものがある。 1) 鉄骨や折板鉄板に石綿が吹き付けられた天井裏における配線、配管工事において、吹き付け箇所を削るなど必要箇所の吹付け材除去(オ)、歩行の際に吹き付け箇所をつかむ(オ)、 2) 1)における剥離、落下した吹付け材の除去、清掃(オ)、 3) 配線・配管のための天井材、壁材の切断、穿孔(ウ、エ)、 4) 1)～3)の作業は複数で行うので互いの石綿粉じん発生作業より受ける間接的なばく露(カ)。 したがって原因建材は、吹付け、内装に使用される石綿含有建材である。後述のK氏の申立書、片岡明彦氏の意見書によれば、具体的には、石綿含有吹付け材、石膏ボード、化粧ケイカル板が石綿含有建材として特定される。 (労災認定時における労基署調査において、石綿ばく露作業の有無等について労基署より聴取を受け、供述調書にその内容が記載されている。ところが、この供述調書における金子(宗田)電気の時期的石綿ばく露については、不明との内容となっており、労災支給決定等情報提供申請に対する回答において「提供するものはない」とされた。そのため、今回の建設アスベスト給付金請求にあたっては、被害者支援団体である関西労働者安全センターの片岡明彦氏に協力してもらい、同時に、M電気の社員(電気工職)としてともに仕事をしたK氏の証言を得ることで、上記のような石綿ばく露状況にあったことを証明するものである。よって根拠資料として、片岡明彦氏の意見書、K氏の申立書を、本別紙に合わせ提出する。)  次の①、②について該当するものに○を付けて下さい。 ①吹付け作業の有無 : 有 ②作業箇所の屋内・屋外の別(※) : 屋内	

※屋根を有し、周囲の半分以上が外壁等しゃへい物に囲まれ、外気の流入が妨げられることにより、石綿粉じんが滞留するおそれがある、屋内と評価するものは屋内と見なします。

(石綿ばく露作業の種類)

- ア 石綿の吹付け作業 イ 石綿が使用されている保温剤、耐火被覆材等の張付け、補修若しくは除去の作業 ウ 石綿製品の切断等の加工作業
- エ 石綿製品が被覆材又は建材として用いられている(石綿が吹き付けられたものを除く)建築物、工作物の補修又は解体、破砕等の作業
- オ 石綿が吹き付けられた建築物、工作物の補修又は解体、破砕等の作業 カ 上記作業の周辺で間接的なばく露を受ける作業 キ その他の作業

(証明者欄)

上記のとおり相違ありません。

令和4年7月5日

証明者

被災者との関係 : 事業主・同僚・その他( M電気元請け会社SE電機社員、のちM電気社員 )

住所・所在地 :

電話番号 :

役職・氏名 :

K

※証明者欄について事業主等からの協力が得られなかった場合は、証明者欄の役職・氏名欄に「事業主等の協力を得られない」旨及びその背景となる事情・理由(事業場の倒産、事業主等と連絡がとれない等)を記入して提出して下さい。なお、厚生労働省から、事業主等に連絡をさせていただく場合があります。

ついた請求書原本とともに返送されてきた。

厚生労働省の給付金担当に電話連絡すると、「受け付けましたが、修正や追加資料の提出をまって審査をします」云々との話であったので「申請してから4か月もたって、いまからはじめるとはなにごとだ」云々と強く苦情を述べざるをえなかった。

追加資料として、労災休業補償給付支給決定通知の写し、作業日誌の類い、銀行通帳の写し、SK電興の登記簿謄本といったものが求められ、これに応じた。

また、療養中のMさん本人にはこうしたやりとりは

負担になると思われたので、筆者は代理人となって給付金担当との対応にあたることにした。

Mさんの悪化する病状を心配する中、ときどき給付金担当に進捗状況を架電確認するものの具体的な返答はないままであったため、2023年7月の中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会省庁交渉の場で、具体的にMさん事案がこんなに遅延するのはさわめて問題だとも訴えた。

そして、2023年8月31日付で認定決定通知書が届いた。申請から1年が経過していた。



## 請求者・M氏の発症せる胸膜中皮腫が建設アスベスト給付金(以下、給付金)支給要件に該当することについての意見書

2022年8月10日  
関西労働者安全センター  
事務局 片岡明彦

### 1 要旨

M氏は、昭和47(1972)年から平成28(2016)年まで約45年間、一人親方等として、屋内における電気工事に従事し、石綿含有建材由来の石綿粉じんにはばく露し、平成29年10月、胸膜中皮腫を発症し、現在療養中である。

建設アスベスト給付金の支給対象として要件とされている

- (1) 特定石綿ばく露建設業務に従事したこと
  - (2) (1)の業務に従事したことにより石綿関連疾病にかかったこと
  - (3) 労働者や一人親方等であったこと
- の3つについて、

(1)については特定石綿ばく露建設業務従事期間が14年以上であること、(2)については胸膜中皮腫を発症しすでに労災認定を受けていること、(3)については一人親方等であること、が認められることから、M氏の胸膜中皮腫にかかる建設アスベスト給付金申請は、減額対象にならないものとして、給付が認められるべきである。

### 2 M氏が一人親方等として電気工事に従事したことによる石綿ばく露について

#### ① 建築物における電気工事による石綿ばく露について

建築物における電気工事は、建築物内の電気配線を行うための工事である。電線や電線を通すための電気管の敷設やそれに附随する作業を行う。

M氏はこうした電気工事に従事する典型的な電気(又は電気工)であった。一般的な説明を簡便にするならば、たとえば、M氏とともに長期間、現場電気工事に従事したK氏の申立書(2022年7月5日

付)(以下、K氏申立書)の7ないし8のとおりであって、電工は業務上、石綿ばく露を受ける典型的な職種である。

その結果として、労災保険制度において石綿関連疾病によって業務上認定された電工の労働者、一人親方等は多数にのぼっていることは周知の事実である。

M氏もそのような一人であった。

#### ② 昭和47年以降のM氏が従事した電気工事による石綿ばく露について

(ア) SS社岡山工場(以下、岡山工場)での電気工事

K氏は、昭和51年4月1日にSD株式会社(以下、SD社)に入社し、以後、同社の現場監督として勤務し、下請業者社員とともに現場電気工事に従事した。<sup>12</sup>

K氏入社時の昭和51年4月からすでにM氏はM電気(当時、金田電気と称したが本意見書では、M電気に統一表記する)代表者であり、SD社の下請業者として電気工事に従事しており、ほとんどの仕事においてM氏とともに仕事をしたK氏は岡山工場におけるM氏の作業についても知悉している(K氏申立書1ないし6)。

岡山工場の電気工事はSD社の主力のひとつであり、そのすべてをM電気が行っており、M氏は岡山工場での電気工事において石綿粉じんにはばく露した(K氏申立書9ないし27)。

(イ) 岡山工場について調査を実施

労災請求当時において当職は、岡山工場で火事がかつて発生し、その復興工事のときにアスベストを多く吸ったということ、M氏より聞かされていた。

すなわち、岡山工場の鉄骨の梁、柱、天井裏の折板鉄板にはびっしりと耐火のための吹き付けがなされており、M氏の主な作業現場でもある電気室などは吹付材ががむき出しになっており、天井のあるところの天井裏での作業も多く、そうした作業現場では剥離した吹付材が散らばっており、作業中にたくさん粉じんを吸う、火災復旧工事のときは特にたくさん吸った思うということであった。

そこで、当職は、M氏、K氏が記憶していた岡山県内の場所を地図上で特定して、古い住宅地図やGoogleマップや空中写真、文献の調査を行った結果、岡山工場の建設、操業、火事の経緯が判明した。

そして、岡山工場の当時の施設が現存していることがわかったために、当職は現地調査を実施し現場から吹付材標本を採取して専門分析機関にアスベスト分析を依頼したところ、岡山工場の吹付材は、石綿を含有したロックウール（岩綿）吹付材であることが判明した。

以下に、調査によってわかった事実を述べる。

#### (ウ) 岡山工場の建設と操業

SS株式会社（以下、SS社）岡山工場は、岡山県M市某所（当時、岡山県A町某所）に昭和48（1973）年に建設され、操業を開始した。<sup>3</sup>

当時、地元期待の新鋭工場であった。

『工場誘致さま 町内に働く場所をと。優秀な企業の誘致を勧めておりましたが、SS社岡山工場をT地区に誘致することになり、4月着工現在進入道路、工場敷地工事を10月操業目標に向かって急ピッチで進行しています。この工場はKM社の斡旋による最新式の織布工場です。工場敷地10,000平方メートル、工場建物8,327平方メートル、投資金額約22億円、従業員70人（現地採用）』（広報A 1973年5月号No.73）<sup>4</sup>

『T地区へ、SS社株式会社岡山工場を誘致、地権者の協力を得て10000坪の用地を確保、スイス製の優秀な機械を導入して被服用の原反を製造する工場、10月操業をめざして今、急ピッチで工事が進められ、工場建物、2,100坪の建築が終わり機械の据付工事、ならびに独身寮、社宅、食堂の建築工事が始まっています。この工場の全機械が動き本格的な生産に入るのは、来年4月になる予定で、社員は町内の優秀な人材70人が、生活環境の良好なT地区で、三交替で勤務し、世界一の機械を駆使して、立派な原反が、出来上がる日も間近かで岡山県内でも有名な立派な工場となることと思います。』（広報A 1973年9月号No.75）<sup>5</sup>

「デニム地織布業」（'75A町制20周年記念誌）<sup>6</sup>

を生産する「全国有数の工場」であった（角川日本地名辞典33岡山県、1989、232頁）。<sup>7</sup>

岡山工場は平成7年11月までSS社が所有しており、それ以降はKS株式会社の所有となった。<sup>8</sup> M氏の記憶でも、岡山工場の電気工事に従事したのも平成7年頃までである。

#### (エ) 岡山工場の火事

岡山工場の火事について、当職は、M市消防本部に対して昭和51年以降の昭和50年代前半頃の岡山工場のあった「M市某所」への消火出動記録を電話にて照会したところ、「昭和53年8月6日である。火事の詳細については利害関係者以外への開示はしない。」旨の回答を得た。

そこで、当時の新聞記事を検索したところ、次の記事<sup>9</sup>を確認した。

「縫製工場一部焼く原糸など損害1億8千万円 6日午後1時55分ごろ、A郡A町某所、SS社岡山工場=K工場長（46）=の縫製作業場ののりつけ室から出火、鉄骨スレート葺き平屋建ての同工場6,860メートルと中にあった機械、原糸などを焼いて同3時頃消えた。損害約1億8千万円（S署調べ）。同署の調べでは、同工場には出火当時従業員はおらず、のりがかたまらないよう自動かくはん機を動かしていたことから、モーターが過熱したらしい。」

昭和53年8月6日は日曜日であった。

以上より、岡山工場の火事は昭和53年8月6日に発生したものである。

なお、大阪労働局高度労災補償調査センター（ARC）によるM氏聴取書には、岡山工場火災についての記述はない。

推察するにその理由は、M氏の長期の電気工職歴のうち労災保険制度において石綿ばく露期間と認め得る労働者期間及び労災保険特別加入期間としてARCが業務上外判断の前提としたのは、昭和36年～昭和47年（労働者期間）であったため、すでに自営に転じ、かつ、労災保険特別加入非加入期間に含まれる昭和53年については、聴取の対象になっていなかったためと考えられよう。

ちなみに労災支給決定において認定対象と

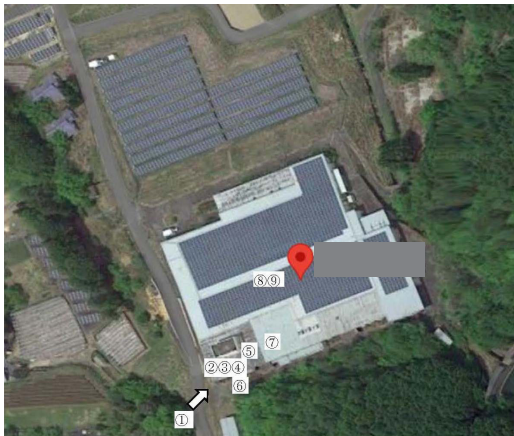


## 特集①/石綿健康被害補償・救済状況の検証

する石綿ばく露及び期間として認められたのは「昭和43年4月から昭和45年10月頃までの約2年7か月、有限会社NK電設工業所において電気工として勤務し、電気配線を通すために吹き付け石綿を削ったりしていた」（原処分庁Y労基署の調査結果復命書<sup>10</sup>）ことであった。そのためM氏が「労災支給決定情報等情報提供サービス」に申請したところ、「貴方の石綿ばく露作業は給付金の支給対象となる特定石綿ばく露建設業務の期間外の作業しか確認できないため、給付金等の請求を行う上で必要となる情報であって、提供することができるものはございませんので、その旨通知します」との回答（令和4年6月30日付）がなされている。

(オ) 岡山工場の現在の状況及び石綿含有吹付材の分析

現在、岡山工場の建物・土地はY商会株式会社（以下、Y商会）（高知県T市某所）所有の太陽光発電所となっている。次頁上段の航空写真（以下、全体写真。googleマップより）のごとく



①全体写真の白い矢印方向から撮影

工場屋根と敷地北側の土地に太陽光パネルが設置されている。当職が、Y商会の了解を得て、2022年2月16日に岡山工場の立ち入り調査を実施し、吹付材サンプルを採取した時点において同発電所は稼働中であった。

立ち入り調査の際、岡山工場の南西角に位置する電気室内に落下せる吹付材を採取し、採取サンプルのアスベスト検査を特定非営利法人東京労働安全センターに依頼した。その結果は、

石綿含有：あり(クリソタイル)

推定含有率：0.1～5%

非繊維石綿：ロックウール

であり、これにより、岡山工場の鉄骨（梁、柱）及び天井折板の吹付材は、石綿を含有していることが証明された。<sup>11</sup>

①ないし⑨の写真は、当職が現場立ち入り調査を行った2022年2月16日に撮影した。

岡山工場の天井や梁や柱の鉄骨部分にはびっしりと吹き付けが行われており、経年劣化や電気工事等によって剥離、落下することは常識的にも明らかであるので、この吹付材起源の石綿含有粉じんはM氏が各種作業や現場への滞在自体によってばく露していたことは事実として認められる。

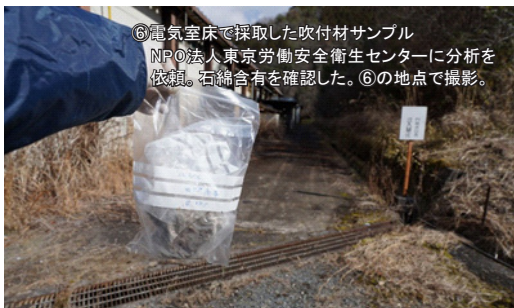
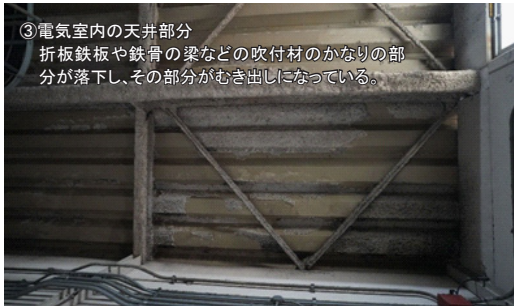
また、織機室の天井部分には石膏ボードと推測される建材が使用されており（施工状況はK氏申立書23に記載されたとおりであった）、穿孔作業などにより石綿含有粉じんにはく露されていたこともまた確実である。ちなみに、岡山工場が建設された昭和48年は、後述するように石綿含有せっこうボードの製造期間に含まれる。

(カ) 岡山工場での電気工事によるM氏の石綿ば



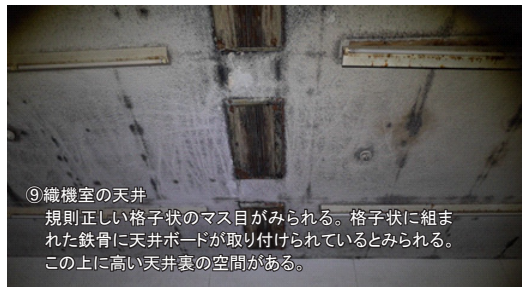
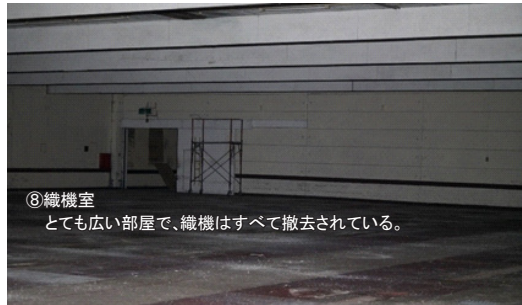
②工場南西角にある電気室  
配電施設が置かれ、床に落下した吹付材が散乱している。





### く露期間

M氏は昭和47年よりM電気として仕事を始めていること、岡山工場の操業開始は昭和48年であること、岡山工場の電気工事はすべてSD社-M電気によって行われていたこと（K氏申立書10~12）、平成7（1995）年までSS社が岡山工場



を所有し、M氏の記憶でも同年まで岡山工場では仕事をしたことより、M氏が岡山工場に就業したのは、昭和48（1973年）から平成7（1995）年までの約22年間と認められる。

そして、この間の岡山工場での電気工事をしていた全ての期間において、M氏が石綿にばく露していたと認められる。

M氏によれば、合計にして年間最低1か月は岡山工場に就労していたということであり、また、K氏も、「SD社として工場に常駐していた訳ではありませんが、年間にすると最低1か月程度は岡山工場に仕事をしていたと思います。」（K氏申立書15）としている。したがって、M氏は、少なくとも22か月間（1年10か月）は岡山工場に就労したといえることができる。

加えて、昭和53年8月火災後の復旧工事では少なくとも6か月間は岡山工場で就労した（K氏申立書17）。

よって、M氏は、短くとも、 $22+6=28$ か月（2年4か月）間、岡山工場で就労したと認められるので、M氏の岡山工場での電気工事による石綿ばく露作業従事期間は、最低でも2年4か月と認められる。

なお、K氏の同僚証言が得られるのが、同氏がSD社に入社した昭和51年4月以降であるのでそれ以降に限定したとしても、M氏の岡山工場における石綿ばく露期間は、28か月から3か月（3年分）を減じた、「少なくとも25か月」（2年1か月）と認められる。

(キ) F工業株式会社K事業所（以下、K事業所）での電気工事によるM氏の石綿ばく露とその期間

K氏は、平成元（1989）年7月にSD社を退職し、すぐにM電気で電気工事に従事するようになった（K氏申立書5.37、添付資料01）。

K氏のM電気働き始めからの仕事はほぼ100%がF工業での電気工事だった（K氏申立書37）。

M氏によると、K事業所の仕事については、はじめは元請・Tエンジニアリング、一次下請け・T電工、二次下請・M電気の系列の仕事であったが、昭和53（1978）年に元請・SP電気（大阪市北区某所）、一次下請・TG電気（寝屋川市）、二次下請・M電気の系列に変わった。

理由は、K事業所の電気工事は、製造工程一式はTエンジニアリングが行い、それ以外の事務棟、研究棟などの弱電関係一式はSP電機の担当であったところ、昭和53年にF工業T工場Ⅱ期工事竣工（F100年誌、200頁）<sup>12</sup>のち（このとき、M電気はT工場の電気工事をTエンジニアリングの下請として行った）TエンジニアリングがK事業所から撤退したことを契機に、M電気はSP電機の下請系列に移行したので、以後、K事業所における電気工事についてはほぼM電気が担当することになったというものであった。

その時期以降、K事業所はM電気の仕事（売り上げ）の主力となっており、K氏がM電気に来た平成元年頃には9割以上はK事業所での仕

事であった。その状態は、K氏がM電気を平成15（2003）年に辞めるまで続いた。M氏のK事業所での就業の事実については、K氏申立書で充分ではあるが補足証拠資料として、M氏に対して平成7年7月3日付でSP電機より贈られた「感謝状」<sup>13</sup>を提出する。同感謝状には、「F工業（株）大阪工場R-6準備工事他」と記載されている。F工業（株）大阪工場とはK事業所のことであり、宛名の記載より、M電気が2次下請・TG電気からの3次下請であったことも示されている。

K事業所はF工業の製造・研究の本拠地であって、M氏やK氏が就業していた平成7年当時には、研究棟、工場棟、事務棟など多くの建物があった。<sup>14</sup>毎日、電気工事のためにK事業所に出勤していたというのも首肯できる（K氏申立書40）。

以上の経緯の中で、M氏がK事業所で従事した電気工事は、K事業所内の事務棟、研究棟、工場における改修、補修に伴う屋内の電気工事であり、石綿ばく露作業であった。石綿ばく露の原因建材となったとみられるのは、M氏、K氏によれば、化粧ケイカル板、プラスターボード（せっこうボード）等である（K氏申立書41～43）と考えられる。

「化粧ケイカル板」とは、表面に仕上加工を施したけい酸カルシウム板第1種である。「石綿（アスベスト）含有建材データベース」に示されている「石綿含有けい酸カルシウム板1種」の解説<sup>15</sup>のなかの「けい酸カルシウム板を基材として、表層材に塩ビシート、突板、化粧紙、樹脂塗装などの化粧化工をした不燃化粧板がある」との記述が該当する建材である。

プラスターボード、化粧ケイカル板を作業対象とする切断、開口作業においては大量の粉じんが発生し、防じんマスクを装着することもなかった（K氏申立書43）ので、K事業所における電気工事に際して発生せる粉じんに含有するアスベストにばく露したものと認められる。

M氏によれば、M氏のK事業所での電気工事従事は、おおよそ昭和50年頃からはじまった。その後、上述のとおり、昭和53年頃から工事量増加、M電気の売り上げ主力となり、ほぼ常時、K事業所での電気工事に従事するようになった



(M氏、K氏申立書37ないし44)。

一方、K事業所における石綿ばく露原因となったと考えられるプラスターボードと化粧ケイカル板の石綿含有時期については、「目で見るアスベスト建材（第2版）」（国土交通省）9頁によると、石綿含有せっこうボードの製造時期は昭和45（1970）年～昭和61（1986）年とされ、石綿含有けい酸カルシウム板第1種の製造時期は昭和35（1960）年～平成16（2004）年とされている。<sup>16</sup>

ところで實際上、けい酸カルシウム板第1種全体での石綿含有製品の割合が経年的に減少していったことは公知の事実であるところ、たとえば、石綿含有けい酸カルシウム板第1種について、2001年以降の施工時期において問題となる可能性のある製品を石綿含有建材データベースで検索した結果<sup>17</sup>をみると、石綿含有けい酸カルシウム板第1種の大手メーカーであるニチアスは検索されてこないし、浅野スレートやエーアンドエーの製品は検索されてくるが、化粧ケイカル板の可能性のある製品は、タイラックス（浅野スレート、2000年製造終了）くらいである。

したがって、K事業所の電気工事における改修工事に施工される化粧ケイカル板は、いくら遅くとも2001年までには石綿を含有しない製品になっていたと考えられよう。もちろん、階層単位の大きな改修工事における既設建材の撤去、小規模改修工事における開口作業等によって、工事時期以前に施工された石綿含有建材からの石綿発じんはあったとみるべきであるが、その種のばく露についても2001年よりかなり前の時期から減少していたと考えられる。けい酸カルシウム板第1種における主要メーカーのニチアスは非石綿建材への代替を1992年までに完了しているなど、非石綿含有建材への代替は1990年代に相当進んでいたとみられるからである。

以上の次第であるので、M氏のK事業所における石綿ばく露作業従事期間は、昭和50（1975）年ごろから、遅くとも平成13（2001）年までの最大27年間と認められる。

なお、M氏はARCによる聴取書において、「10.私

綿作業をすることは無くなっていたと思います。特別加入後に行った電気工事の現場は主にフジサワ薬品という会社です。当時淀川区の研究所と工場がありましたが、これらの施設に石綿は無かったように思います。」と述べている。当職がM氏に対して、ここで述べている「石綿作業」「石綿」について何を指しているのかときいたところ、「鉄骨の吹き付け石綿を削ったり、触ったりすることを念頭においたものでF工業では吹き付け石綿を見たことがなかった」ということであった。つまり、「フジサワ薬品の研究所や工業には、吹き付け石綿はなかったので、石綿作業はなかった」という趣旨を述べたということであった。したがって、（キ）で述べた石綿ばく露作業の存在とは矛盾するものではない。M氏の石綿ばく露作業に対する認識不足があったに過ぎない。実際、当職がM氏から聞き取りを実施した際、当初M氏には、化粧ケイカル板やプラスターボードが石綿含有建材であるという認識はなかったので、改めて当職より説明しなければならぬという一幕があった。

### ③ まとめ

M氏は、昭和47年以降、M電気を屋号とする自営業者として建築物の改修等の工事において電気工事に従事した。その期間は、昭和47年から平成28年までの約45年間である（M氏は平成13年12月から平成28年3月まで労災保険特別加入履歴があり、平成29年10月に胸膜中皮腫を発症していることから、終期はおおむね平成28年と認められる）。

このうち、

- ・（ア）ないし（カ）で述べたとおり、岡山工場での電気工事は、屋内における建築物の改造、修理、変更等の作業に該当する。岡山工場における電気工事における石綿ばく露作業従事期間は、昭和48年から平成7年までの間における、2年1か月から2年4か月と認められる。したがって、岡山工場での電気工事は、建設アスベスト給付金制度における特定石綿ばく露建設業務に該当し、従事期間は少なくとも2年1か月と認められる。
- ・（キ）で述べたとおり、K事業所での電気工事は、屋内における建築物の改造、修理、変更等の作業に該当する。K事業所での電気工事に

おける石綿ばく露作業期間は、昭和50(1975)年ごろから、遅くとも平成13(2001)年までの最大27年間と認められる(少なくとも1年間を優に超えることは明らかである)。したがって、K事業所での電気工事は、建設アスベスト給付金制度における特定石綿ばく露建設業務に該当し、従事期間は少なくとも約26年間と認められる。

とくに、M氏の同僚証言者・K氏が証言できている期間が、K氏がSD社に入社した昭和51年4月からM電気を退社した平成15年までであることに限定して考えるとすれば、昭和51年～平成元年までの岡山工場における従事期間については14か月+6か月=20か月=1年8か月、平成元年7月～平成13年までのK事業所における従事期間については12年6か月、合計14年2か月となるので、M氏の特定石綿ばく露建設業務従事期間は、どんなに少なくとも14年2か月と認められる。なお念のため申し添えると、M氏は岡山工場以外のSS社の工場(天理)(K氏申立書26)、K事業所以外のたとえばF工業本社ビル(K氏申立書37)などでも同様の電気工事を行っているので、以上の石綿ばく露作業従事期間の計算値は最低限の数値であることに留意する必要がある。

### 3 結語

建設アスベスト給付金の支給対象として要件は、次のとおりである。

- (1) 特定石綿ばく露建設業務に従事したこと
- (2) (1)の業務に従事したことにより石綿関連疾病にかかったこと
- (3) 労働者や一人親方等であったこと

M氏は労働者としての石綿ばく露従事期間が1年以上認められ、胸膜中皮腫の確定診断を得ていることから労災保険制度における労災補償請求につき業務上支給決定を受けて療養中である。また、昭和47年以降、自営業者＝一人親方等として電気工事をしていたことは、労災支給決定に至る調査内容によっても明らかである。したがって、上記の(2)(3)については、要件を満たしている。

ところが、その支給決定の対象とされたばく露期間が「昭和43年4月から昭和45年10月頃までの約

2年7か月」であるため、「労災支給決定情報等情報提供サービス」申請については「提供情報なし」との回答を受けることとなり、今般、情報提供サービスを「ご利用でない方」として、建設アスベスト給付金申請を行ったものである。

当職は、M氏から協力を求められ、M氏及びM氏の仕事上の同僚たるK氏の聴き取りをするとともに種々の調査を行い、本意見書を作成した。

その結果、「2③まとめ」で述べたとおり、昭和51年～平成13年の間において少なくとも14年2か月の間、M氏が特定石綿ばく露建設業務(昭和50年10月1日～平成16年9月30日に屋内作業場で行われた作業に関する業務)に従事したと認められることが明らかとなった。したがって、M氏の建設アスベスト給付金申請は上記の(1)の要件にも該当する。

よって、M氏の胸膜中皮腫にかかる建設アスベスト給付金申請については、特定石綿ばく露建設業務従事期間1年以上であるので減額対象にならないものとして、給付が認められるべきである。



- 1 添付資料01 K市年金定期便抄写し
- 2 添付資料02 SD会社情報(ネット検索例)
- 3 添付資料03 A町某地区住宅地図(1991年1月、ゼンリン)
- 4 添付資料04 広報A 1973年5月号No.73抄
- 5 添付資料05 広報A 1973年9月号No.75抄
- 6 添付資料06 A町制20周年記念誌抄
- 7 添付資料07 角川日本地名辞典33岡山県、1989抄
- 8 添付資料08 SS社岡山工場登記簿
- 9 添付資料09 山陽新聞朝刊1978年8月8日全県版面
- 10 添付資料10 M氏の業務上外調査結果復命書(淀川労基署)
- 11 添付資料11 石綿分析報告書(2022年3月3日特定非営利活動法人東京労働安全衛生センター)
- 12 添付資料12 F工業100年史抄
- 13 添付資料13 感謝状(平成7年7月3日、SP電機からM氏宛)
- 14 添付資料14 K事業所の建物配置図、写真(F工業100年史、1995年)、案内図
- 15 添付資料15 石綿含有けい酸カルシウム板第1種(積怨含有建材の特徴、石綿含有建材データベース)
- 16 添付資料16 目で見えるアスベスト建材(第2版)抄、国土交通省
- 17 添付資料17 石綿含有建材データベース検索結果(けい酸カルシウム板第1種、施工年2001年～)



# いのちの救済を求める運動実る

## 「腹膜・心膜・精巣鞘膜中皮腫へのオプジーボ投与」に保険適用実現 胸膜以外の中皮腫に初の標準治療

片岡明彦

関西労働者安全センター

アスベストばく露による特異的、難治、希少がんである「中皮腫」。発症部位で多数をしめるの胸膜だが、それ以外の「腹膜・心膜・精巣鞘膜」の中皮腫に対しては初めての標準治療となる免疫チェックポイント阻害薬「オプジーボ」（一般名：デュベルマブ）保険適用が、ついに実現した。

今回の保険適用実現は、中皮腫患者やアスベスト被害者の団体、これを支援する組織が、治療困難でアスベスト被害の象徴的疾患としての中皮腫について、治療の飛躍的進展を求める活動を強化してきたことの成果である。

そして、この画期的進展は、「補償と救済」、「正義の実現」をつとに求めてきたアスベスト被害者運動において、「いのちの救済」が実現可能で運動の柱となるべき課題であることを示したともいうことができるだろう。

### 初の標準治療実現

2007年1月4日、胸膜中皮腫に対する初めての標準治療が国内承認された。

いわゆる白金製剤の抗がん剤「シスプラチン（CDDP）」と「ペメトレキセド（商品名：アリムタ、イーライリリー社製）」の2剤併用療法だ。以後、長く中皮腫に対する唯一の標準治療となり、胸膜以外の治療にも「準用」されることとなる。

この治療はその当時までに2004年2月にアメリカで初めて承認され、その後、EU、オーストラリアなど世界の84か国で承認されていた。（<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/nmk/cr/>

[report/200704/502862.html](https://report/200704/502862.html)）

日本国内では、2004年5月20日の石綿対策全国連絡会議の厚生労働省交渉において、同年2月7日に発足していた中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会（以下、患者と家族の会）の中皮腫患者が「アメリカで認可されているアリムタを国内で使用できるようにしてほしい」と訴えた。これが、中皮腫患者自身が中皮腫の治療開発について声をあげた、筆者の知る、記録にある最初のできごとである。

2005年1月24日、厚生労働省第1回未承認薬使用問題検討会において、悪性胸膜中皮腫の治療薬ペメトレキセド（日本イーライリリー社）の早急治験を要請することが決定された。当時すでに、企業治験が準備中であり、2004年11月10日に優先的治験相談品目に指定されていた。検討会の議事録には「ペメレクスド、…これも患者団体、学会から要望のあったものです。」とあり、患者と家族の会の声が早期治験実施に寄与したと言えるだろう。

そして、この2年後に胸膜中皮腫の初めての標準治療が実現した。

### 第2の標準治療「オプジーボ」

2018年8月21日、「がん化学療法後に増悪した切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫に対するオプジーボ単独療法」が承認された。

「悪性胸膜中皮腫に対する初回薬物治療としては、ペメトレキセドとシスプラチンの併用療法が行われますが、この併用療法に不応又は不耐となった

患者では標準的な治療はなく、新たな治療法が切望されていました。今回の承認によって、がん化学療法後に増悪した切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫に対してもオブジーボの使用が世界で初めて可能となりました。」

小野薬品工業プレスリリース 2018年8月21日  
[https://www.ono-pharma.com/sites/default/files/ja/news/press/n18\\_0821.pdf](https://www.ono-pharma.com/sites/default/files/ja/news/press/n18_0821.pdf)  
CDDP+アリムタ2剤併用療法承認から実に11年7か月が経過していた。

初回治療に対しては認められないが、いわゆるセカンドライン以降については限定されるとはいえ、待望の標準治療の追加となった。

患者と家族の会は国に対する要望項目に、毎年、治療薬の開発促進を入れていたのであるが、2017年12月22日にオブジーボ承認申請が行われるまでは、治療開発促進を具体的、主体的にとらえ検討するというのではない、いわば「お題目を唱える状態」であったと思う。これが、患者と家族の会全国事務局の一員である筆者の反省をこめた総括的感想である。

オブジーボ開発元である小野薬品工業は、2017年12月22日に承認申請をするとはほぼ同時に、患者と家族の会に対して早期承認のための協力を要請してきた。これに対して、患者と家族の会は議論の後、組織として早期承認要請を行うことを決め、2018年1月18日、日本肺癌学会、日本肺がん患者連絡会と3団体連名で、厚生労働大臣に早期承認の要望書を提出した。

(オブジーボ 早期承認要請：厚生労働省への提出(中皮腫患者の生き残り大作戦～中皮腫サポートキャラバン隊～栗田英司ブログ 2018年1月10日) <https://ameblo.jp/kuriei563/entry-12343338438.html>)

患者と家族の会のなかにあつて、早期承認要請の先頭になったのが、中皮腫サポートキャラバン隊の患者たちだった。「中皮腫サポートキャラバン隊(以下、キャラバン隊)」は、2017年9月頃から活動をはじめた、患者と家族の会の会員中皮腫患者などで構成されるグループで、「長期生存をはたしている全国の中皮腫患者をたずねてインタビューして

その声をとどけ、絶望のなかにいる中皮腫患者を励まそう」と全国行脚をはじめていた。腹膜中皮腫発症から約19年療養をつづけていた(長期生存を続けていた)故・栗田英司氏、胸膜中皮腫患者で現在「NPO法人中皮腫サポートキャラバン隊」の理事長である右田孝雄氏らを中心とし、患者と家族の会は、キャラバン隊活動の意義を重視し、全面的にバックアップした。キャラバン隊がNPO法人となった現在においても、変わらぬ協力関係にある。

こうした患者の組織的取り組みのなか、2018年8月21日にオブジーボは承認となった。通常では1年は要するとされる承認までの期間が3か月「短縮した」といわれている。「3か月」短縮でオブジーボ投与が早まることで、奏効、延命となった患者は現に存在している。

### 胸膜中皮腫以外の患者にもオブジーボを

キャラバン隊がはじまる大きなきっかけは、中皮腫患者の個人ブログの数が増え、SNSでの書き込みも少なからずみられるようになり、ブログやSNSをきっかけとした患者同士の交流が飛躍的に増えたことであつた、ということはいえると思う。

そして、次第に盛んになっていく情報交換と交流のネットワークには、希少がんゆえの苦しさ、むずかしさに悩む中皮腫患者や家族がどんどん集まってきた時期にオブジーボの登場が重なつた。

2018年8月に胸膜中皮腫治療のセカンドラインにオブジーボ投与が標準治療として導入されると、奏効する方、奏効するもオブジーボの副作用により投与中止となる方、奏効せず増悪し他の治療方法に移行する方などのいろいろな話が、中皮腫患者の情報ネットワークにどんどん入ってくるようになった。

そのようななか、キャラバン隊の右田氏に「腹膜中皮腫にもオブジーボが使えるようにしてほしい」と訴えてきたのが、女性の腹膜中皮腫患者「優香」(ペンネーム)さんだった。

2019年6月4日、右田氏は優香さんに会い、発症4年、抗がん剤治療経験をもつ彼女が連絡してきた理由を聞いた。すると、「主治医に「腹膜中皮腫はオブジーボはできないのか?」と尋ねたところ、「一人で闘ってもできないよ」と言われて、中皮腫サポー

トキャラバン隊の存在を知った”というのだった。

キャラバン隊は6月17日から、「腹膜・心膜・精巣鞘膜中皮腫におけるニボルマブ（オプジーボ）使用についての要望書」への署名運動を開始。患者と家族の会や様々な支援団体、患者や家族、友人知人の協力を得て、11月25日に厚生労働省に8,392筆（11月20日現在）分、12月25日に小野薬品工業に8,495筆分（12月24日現在）を直接手渡した（写真-左：小野薬品、右：キャラバン隊と患者・家族、小野薬品工業本社）。

そして2020年9月30日、いよいよ「胸膜中皮腫以外の腹膜・心膜・精巣鞘膜に対する医師主導治験」が兵庫医科大学病院と国立がん研究センター中央病院ではじまった。治験費用は、患者団体からの要望を真摯に受け止めた小野薬品工業が負担したのだった。

この医師主導治験のもうひとつの原動力は、優香さんの主治医であった兵庫医大の医師たちであったことを忘れてはならない。

患者団体と患者の願いに真摯に向き合った医師、薬品会社の協力連携によって実現した治験だった。

#### 承認申請から早期承認へ

2023年2月28日、医師主導治験開始から2年4か月、小野薬品工業は、胸膜中皮腫以外の中皮腫へのオプジーボの保険適用を求め、「悪性中皮腫（悪性胸膜中皮腫を除く）に対する効能又は効果の追加に係る国内製造販売承認事項一部変更承認申請」を厚生労働省に提出した。

<https://www.ono-pharma.com/ja/news/20230228.html>

これを受けて、キャラバン隊と患者と家族の会は連名で、「早期承認」とともに「胸膜中皮腫を含め、「中皮腫を治る病気」にするために、①中皮腫独自の臨床試験及び基礎研究への研究支援、②国



と関係学会等が連携した中皮腫登録事業の確立、に向けた支援をすること」を要請することへの賛同署名運動を開始、3月29日に要請団体に「日本石綿・中皮腫学会」も加わって、厚生労働大臣と環境大臣宛てに賛同署名と同趣旨の要望書を提出した。

そしてついに、申請から9か月、11月24日に承認となった。

これにより、胸膜以外の腹膜・心膜・精巣鞘膜中皮腫に対するオプジーボ療法については投与時期（初回かどうか、など）にかかわらず、保険適用のもとでの治療に道が開かれた。

繰り返しになるが、患者団体と患者の願いに真摯に向き合った医師、薬品会社の協力連携によって実現した「胸膜中皮腫以外の中皮腫に対する初めての標準治療」なのである。

#### デュピルマブとイピリムマブ2剤併用療法の登場

これまで胸膜中皮腫以外の中皮腫へのオプジーボ療法実現の経緯を紹介してきたが、2021年5月27日に胸膜中皮腫について、新たな標準治療が承認された。

化学療法未治療の切除不能・再発の胸膜中皮腫に対するニボルマブ（商品名：オプジーボ）とイピリムマブ（商品名：ヤーボイ）の併用療法である。2つとも免疫チェックポイント阻害薬であるが、オプジーボはPD-1阻害薬、ヤーボイはCTLA-4阻害薬とタイプが違う薬だ。

<https://www.ono-pharma.com/ja/news/20210527.html>



中皮腫治療の選択肢が増えたことは大きな前進である。胸膜中皮腫の初回化学療法の主流になってきているが、免疫チェックポイント阻害薬特有の副作用という点では、オプジーボ単独の場合よりも多めに出るといわれているので、より注意が必要とされている。

### 中皮腫を治せる病気に

根治が期待できる外科手術が可能な胸膜中皮腫は、全体の10%程度とされている。

そのため、中皮腫に対する治療薬開発をいかに推進していくのか。

既存薬剤の中皮腫への適用拡大、さらに、分子標的薬を含む画期的治療薬の開発につながる中皮腫という病気そのものの基礎研究が重要となる。

そのためには、研究開発のための資金を増やすことがなによりも必要である。

アスベスト被害に対する国や企業の賠償責任や社会的道義的責任が認知されてきた経緯と現状を踏まえるならば、アスベスト被害としての石綿関連疾患、とりわけアスベストばく露と特異的関連を有する中皮腫については、治療開発の遅れを抜本的に挽回する、国家的資金投入が認められるべきである。

治療開発の遅れは、治療に使用される薬剤の種類と数を比較すれば歴然としている。

中皮腫の標準治療は本稿で紹介したように3つ、保険適用のもと使える薬剤としては抗がん剤3～4種類程度、免疫チェックポイント阻害薬2種類だが、肺がん治療で使用される薬剤は、抗がん剤15種類、分子標的薬15種類、免疫チェックポイント阻害薬4種類である(日本肺癌学会 <https://www.haigan.gr.jp/guidebook2019/2020/yakuzai.html>)。

中皮腫が症例数の少ない「希少がん」であること。これが、治療開発が極端に遅れる原因だが、この点はすべての希少がんに共通している。

こうした認識に基づいて、患者と家族の会やキャラバン隊は(前述のとおり)、①中皮腫独自の臨床試験及び基礎研究への研究支援、②国と関係学会等が連携した中皮腫登録事業の確立、を国に

要望しているのである。

2023年に行われた環境省の中央環境審議会石綿健康被害救済小委員会においても、中皮腫等の治療開発推進を石綿救済法の目的に加える法改正と石綿救済基金800億円のこれへの活用を強く訴えた。目的そのものは実現できなかったが、このことが必要であり実現可能であることについては、各方面の共感と賛同を得ることができたと考えている。詳細は、患者と家族の会が公表しているカウンターレポートをぜひ参照していただきたい。

石綿健康被害救済法の抜本改正に向けて—石綿健康被害救済小委員会報告書カウンターレポート—(患者と家族の会)

<https://www.chuuhishu-family.net/2708/>

アスベスト被害においては中皮腫に端的なごとき、進行性で難治、致死的な結末に至る疾患をもたらす。患者・被害者の苦境の根源たる疾患からの脱却が患者・被害者の第一の願いなのであるから、治療開発の推進はまずもって運動の柱にならないかならなければならないと思う。このことを筆者がはっきりと意識したのは、キャラバン隊の活動に触れて、療養しながらも人生を自分らしく生きようとしている多くの中皮腫の方たちに直に接することができて、生の声を聞いたことによるものだと感じている。

現在、治療開発の今日的な重要性は着実に意識されるようになり、アスベスト被害にかかわる人たちのなかに前向きな理解がひろがってきているように思う。

例えば、大阪府議会が2023年3月17日に採択した「アスベスト被害を抑える対策の強化を求める意見書」では、「国においては、今後のアスベストによる健康被害者の治療法の日も早い確立と、アスベスト被害の発生防止に向け、以下の事項に全力で取り組むことを強く求める。」として、第1項目で「1. アスベストによる健康被害者の治療や進行抑制に効果のある研究・開発を促進し、そのための安定的な予算を確保すること。」を要請している。同様の内容の意見書は各地の自治体で採択されている。

治療研究開発のための石綿健康被害救済法改正を打ち出すには至らなかったものの、その救済



小委員会での激しい攻防の触発されたかたちで、2023年9月11日、自民・公明両党の与党建設アスベスト対策プロジェクトチームが、治療研究費の予算増額を厚生労働大臣に申し入れ、一定の予算増額が決まった。抜本的な治療推進のための施策とはとても言えないながら、注目すべき動きだ。

### 中皮腫治療推進基金の「挑戦」

中皮腫の治療開発を推進するためには公的資金が投入されるべきであるが、有志の代表たる市民、患者と家族、企業など民間の力で基礎研究と臨床治験を加速しようと2022年1月28日に設立されたのが「中皮腫治療推進基金」(<https://www.mesothelioma-fund.com/>)である。終わりが見えない中皮腫患者の発生を前に手をこまねていることはできない。

基金の中川和彦理事長は講演で、「お金を蓄積しまして、そして基礎の助成金をお配りして、そして生物学的な特徴を研究してもらおう。そしてそれに関連づけて、臨床試験を日本でたくさん行っていただくといったところに注力を注いでいきたい」「たくさん薬剤開発の治験でありますとか臨床試験、医師主導治験なんかも、たくさん行われているんですが、それに中皮腫のコホートを追加するというようなことが、やはり重要ではないかというふうに思っています。

そのためには製薬企業にお願いしないとけないですし、臨床試験グループの人たちにも協力をして考えていただければならないというふうに思っております。これらを推進するために、私たちとしては臨床試験、研究グループと、非常に近い関係を、結びつきを発展させたいし、基礎の研究者との懇話会等も今後、やっていく必要があるというふうに思っているところです。

ぜひ、この一步一步を、この基金を通じまして、中皮腫に対する薬剤開発の一足一足を確かめながら、頂上に向かって、皆さんたちと一緒に進んでいきたいと思っております。」(2023年6月24日中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会総会)と述べられている。ドンキホーテのような「挑戦」かもしれないけれど、筆者は、中皮腫開発推進の起爆剤、触媒になるのではないかと感じている。

基金は、さらに多くの個人と団体からのご協力を求めているので、本稿を読まれ関心を持たれた方はぜひ、基金のホームページをのぞいていただきたい。

### 職業がん患者を救う医師主導治験

最後に、筆者個人のオブジーボについての体験を述べたい。

2012年5月、大阪市内の校正印刷会社「SANYO-CYP」での胆管がん患者が多発していることが報道を通して広く知られるところとなった。その約1年前に被害者知人から相談を受けて、熊谷信二産業医科大学准教授(当時)の疫学調査に協力したことから、いわゆる職業性胆管がん事件にその後かかわることになった。

普通は高齢男性に多い胆管がんを発症したのが若い男性ばかりだったのが事件の特徴であったが、それは患者自身にとっては発症後の人生をどう生きていけるのかという大問題であった。胆管がんの治療は難しく、手術するが再発を繰り返す一方、効く抗がん剤が効かなくなり、次第に選択肢がなくなっていく方が多い。被害者の会はSANYO-CYPと交渉の末、2014年10月22日に和解したのだが、患者は、その「胆管がん」をかかえながら生きていかなければならなかった。

そんななかSANYO-CYPの患者たちの主治医であった久保正二教授(大阪公立大学(当時、大阪市立大学)医学部附属病院肝胆膵外科)らが主導するオブジーボを使った「印刷事業などで使用する化学物質が原因で発生した職業関連性胆道がんを対象にした免疫療法の医師主導治験」が大阪公立大病院と国立がんセンター東病院の東西2箇所ではじまった。

久保教授らは、「職業関連性胆道がんは通常の胆道がんと比べて、遺伝子変異が多い、またPD-L1の発現が多くみられることが特徴」であることをつぎとめ、「近年、遺伝子変異が多い症例や、PD-L1の発現が多くみられる症例において、海外の臨床試験で免疫チェックポイント阻害剤のより高い有効性が示されている」という情報や抗がん剤治療に行き詰まった患者にオブジーボを試験的に

投与したところ著効を示した経験をもとに、オブジーボを製造する小野薬品工業の協力をとりつけて、治験を開始したのだった。

[https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr\\_release/2019/0626/index.html](https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2019/0626/index.html)

職業性胆管がん患者のいのちを救うため（治療のため）の医師主導治験である。当時、久保正二教授から治験開始の連絡を受けて、筆者らはウェブサイトに治験情報を掲載した（<https://koshc.jp/archives/1708>）。

現在、オブジーボ治験は中止されたが、切除不能な胆道がんに対してイミフィンジ（一般名：デュルバルマブ、アストラゼネカ社）の投与が2022年12月28日に承認されており、オブジーボにかわりタイプが違う免疫チェックポイント阻害薬イミフィンジを使った治療が可能となっているということだ。

オブジーボが職業性胆管がん患者によく効くんだということ、患者を助けたいという久保教授らの熱意によって医師主導治験がはじまるということ

知った2019年6月頃は、胸膜中皮腫のセカンドラインとしてオブジーボ単独療法が承認されて10か月たったころだった。

2019年6月19日にキャラバン隊の栗田英治氏が亡くなったことも重なり、治療開発、いのちの救済にかかわる活動の大切さ、リアリティを強烈に意識することになった。

希少がん患者にとって、臨床試験の実施自体が治療の選択肢を増やすということの意味する。さらに、肺がんの治療状況に追いつくためには、画期的な治療薬実現のベースとなる中皮腫という病気そのものの基礎研究、遺伝子解析研究が欠かせない。

アスベスト被害にかかわる方々には、ぜひ治療開発について関心をもっていただき、公的資金投入のための石綿健康被害救済法改正実現、中皮腫治療推進基金の盛り上げに絶大なご協力をお願いしたい。



## フランス：喉頭・卵巣の石綿関連がんを職業病と認める

Eurogip, 2023.10.27

2023年10月14日の政令は、「一般的な社会保障制度のために、石綿粉じんの吸入によって引き起こされる喉頭及び卵巣のがんに関する職業病の表を作成する」。この認定により、労働者は「補償及び支援の改善の恩恵を受ける」ことができるようになる。

この認定は、1年前に国立環境・栄養・労働衛生機関（Anses）が作成した科学的専門知識に基づき、労働条件方向委員会（COCT）の職業病理専門委員会が行った作業の結果である。これによると、喉頭及び卵巣のがんは、アスベストへの職業的曝露に関連する場合、「過少報告され、過少認識されている」ことが明らかになった。国連に関連した国際がん研究機関は、数年前からそのような曝露と喉頭及び卵巣がんとの関連を認めており、EU

の数か国も同様である。

アスベストは依然として職業病の2番目に多い原因であり、労働関連がんの主な原因である。保健当局によると、1997年に禁止されたアスベストの吸入により、フランスでは2009年から2050年の間に6万8000人から10万人が呼吸器がん で死亡する可能性がある。欧州連合（EU）では2005年以降、あらゆる種類のアスベストが禁止されているが、アスベスト繊維はいまだに何百万もの建物やインフラに存在しており、欧州では年間7万人が死亡している。EU加盟国で確認されている職業性がんの78%は、アスベストへの曝露に関連している。

※<https://eurogip.fr/en/france-asbestos-related-cancers-of-the-larynx-and-ovary-recognised-as-occupational-diseases/>



## 心理社会的リスクに関する欧州指令に向けた闘い

ナイラ・グレーズ／オード・セファリエロ  
(インタビュー ベサニー・スタントン(ETUI))

欧州を席卷している「ストレスの流行」に対処するためにEUレベルでの立法措置を求める「エンド・ストレス」キャンペーンは、欧州労働組合総連合及び欧州諸連合の支援を得て、労働組合連合Eurocadres（専門職監督職欧州協議会）によって2019年に開始された。その直後に発生したパンデミックは、人々の労働生活に広

範な影響を及ぼし、このキャンペーンをさらに盛り上げる材料となった。そして2022年、欧州議会の2つの報告書は、欧州委員会が心理社会的リスクの防止に関する指令を提案するよう明確に要求し、キャンペーンの要求を後押しした。HesaMag誌は、Eurocadresのナイラ・グレーズ会長とETUI（欧州労働組合研究所）の労働安全衛生研究



者オード・セファリエロ氏に、なぜいまEUにそのような指令が必要なのか、話を聞いた。

→ナイル、まずは読者の皆さんに、「エンド・ストレス」プラットフォームの目的について話してください。

ナイル・グレーズ (NG) - 「エンド・ストレス」プラットフォームは、全員が同じこと：心理社会的リスク (PSR) に関するEU指令を望む、労働組合とNGOのグループです。当初は管理職により焦点をあてていました。というのも、Eurocadresのメンバーが、仕事量やCEOからのプレッシャーに大きな問題を抱えている専門職や管理職の組合員だからです。管理職の5人に4人が仕事上のストレスに懸念を示し、女性管理職の61%が睡眠に問題を抱えています。

しかしまでは、私たちのプラットフォームサイト [endstress.eu] をみていただければ、たくさんの労働組合のロゴがあり、すべてが専門職を組織しているのではなく、多くはブルーカラー労働者を組織しています。パンデミックが状況を変えたのだと思います。私たちはいま、公共部門、例えば病院やフロントラインで働く人々など—他の多くの労働者がストレスの影響を強く受けているのを見ています。全EU労働者の半数以上が、こうした問題を職場で抱えていると言っています。

非常にデリケートな話題であり、すべての組織や団体が、私たちと同じように対処しているわけではありません。私たちは、精神的、個人的な問題ではなく、労働組織に焦点が当てられることを望んでいます。私にとってもっとも重要なことは、このプラットフォームに参加したいと申し出る人たちが、集団的アプローチ：焦点は個人ではなく組織である、で取り組むことが私たちの目的であることを理解することです。

→「ストレス」はよく使われる言葉です。おそらく誰もが、1日に少なくとも1回はこの言葉を耳にすると思います。しかし、私たちが「心理社会的リスク」という専門用語を使うときには、職場におけるリスク要因のことを言います。オード、このようなリスクがどのように労働関連ストレスの原因なのか、簡単に説明していただけませんか？

オード・セファリエロ (AC) - 心理社会的リスクの定義にはいろいろありますが、簡単に言うと、仕事がどのように組織されているかということ、及び、それが労働者の心身の健康にどのような影響を与えるかということです。これには、仕事量、役割の衝突、自律性の欠如、職場における不公正など、様々な例があります。もしこれが適切に防止されず、労働者とそのニーズが考慮されなければ、労働関連ストレスにつながります。これは、労働者に課される要求とそれに対処する労働環境とのミスマッチの結果です。

→そこで法律が必要になるわけですね？

AC—法律に関して言えば、最低限の要求事項と義務を設定するという問題です。これは、欧州連合機能条約の文言からきています。第153条によれば、EUは—例えば、最低限の要求事項を定める指令の法的形式を通じて—労働者の安全と健康を守るために、労働環境を改善する行動をとることができます。

「最低要求事項」とは、加盟国が国レベルでこれを実施する場合に、労働協約を含め、これらの要件を超えることができることを意味しています。私たちがここで望んでいるのは、公平な競争条件です。現在、労働安全衛生分野で私たちがもっているのは、労働者が曝露するあらゆるリスクに関して、リスクを防止し、労働者及びその代表者と協議するという、共通の義務です。しかし、これは非常に一般的なもので、いまのところ心理社会的リスクに特化したものではありません。

→そして、おふたりは、EUの既存の法令は心理社会的リスクに効果的に対処するには不十分だと主張しています。なぜ不十分なのでしょう？

NG—まず第1に、[EUの労働安全衛生] 指令のすべてに、心理社会的リスクについての明確な言及がないことから、十分ではありません。1989年に労働安全衛生枠組み指令が制定されてから、具体的リスクに関する他の指令が制定されましたが、主として物理的リスクに関するもので—労働者がリスクに曝露しているレベルという点で相対的に測定しやすいと考えられているものです。しかし、いずれも心理社会的側面は扱って



ません。

第2に、これはひとつの国の問題ではなく、欧州の問題だということです。私たちが組合員たちと会うと、みな同じ問題を抱えています。それは、加盟国のひとつやふたつに限った問題ではなく、どこにでもあることなのです。だから 欧州レベルで対処する必要があります。

最後に、問題は、どのEU法令でも一労働組織に焦点をあてることを意味する一二次予防の原則が明示的かつ具体的に心理社会的リスクに適用されていないことです。そのため、私たちは、物事を予測することができず、健康上の脅威への曝露を制限することができないのです。

AC-ナイラが言ったことを補足します。現在、EUの労働安全衛生の法的枠組みでは、心理社会的リスクに言及した法律がありません。心理社会的リスクが初めて登場したのは、プラットフォーム労働に関する指令の最近の草案であり、プラットフォームは、人間工学的ハザードなどの他のリスクとともに心理社会的リスクを評価しなければならないと規定されています。しかし、この案はまだ採択されておらず、現在のかたちで存続するかわからず、しかもプラットフォーム経済に限定されています。そのため、適用範囲は非常に狭い。しかし、欧州委員会が心理社会的リスクを認めはじめたことを意味してはいます。

これまで私たちがもっているのは、労働関連ストレス [2004年] 及び職場のいじめ [2007年] に関する、[欧州社会パートナー間で締結した] 枠組み協定ですが、報告書によれば、その実施は欧州全体で不均等でした。私たちはこれを「(穴だらけ!) のパッチワークのような実施」と表現することができます。

EUの労働安全衛生の法的枠組みには、労働のあらゆる側面に適用される予防の一般原則が含まれています。そして、多くの国々で、これによって、予防措置が実際に実施されています。EU-OSHAによって実施されたESENER-3調査(新たな及び現出しつつあるリスクに関する第3回欧州企業調査)によると、一般的に労働安全衛生ははかなり適切に評価され、予防されてい

ます。現在、欧州委員会は、この義務は心理社会的リスクにも適用されるとしていますが、実際には、自律性、いじめ、仕事量…について話す場合には同じような実施は見られません。そして、これらはすべて心理社会的リスクなのです。

→しかし、加盟国レベルで、比較的効果的なレベルの心理社会的リスクに関する法令の良い事例はあるのでしょうか？

AC-はい、しかし国によって異なります。例えばデンマークでは、曝露の性質や期間(短期または長期)といった特定の側面を評価し、それらの側面を考慮した予防計画を立てる義務があります。つまり、これはかなり詳細なものです。全体的な一次予防に関しては、デンマークとスウェーデンが非常に優れており、最良のケースです。しかし、それがすべてというわけではありません。例えば、ベルギーは職場でのいじめに関しては優れていると思います。「信頼できる人」制度があり、労働者のための苦情申し立ての公式のチャンネルや保護制度があります。

EUレベルでは、心理社会的リスクに関するものは何もないため、評価と予防がいかに国内法令に左右されているかがよくわかります。また 本当によく整備され、考え抜かれた法令がある国では、ストレスや仕事量に対処するために多くの行動計画があることもわかります。

→ということは、証拠は、具体的に心理社会的リスクをめぐる法令が厳格な国で、職場行動計画が策定される率が高いことを示しているということですか？

AC-そのとおりです。ストレスや職場いじめに関する行動計画があると回答した職場の割合は、それをカバーするいくつかの法令がある国で高く、ない国では、驚くことにその割合が非常に低いのです。ESENERの調査によると、多くの国で、使用者は、労働安全衛生に取り組む主なインセンティブは法的な要求事項であると報告しています。つまり、枠組み指令について見られるように、指令があれば、国内法令を通じてそれを実施することが義務づけられるので、正しい道は間違いなく心理社会的リスクに関するEU指令を制定す

## 「エンド・ストレス」の心理社会的リスク指令の5つの主要な柱

1. 対策の立案及び実施における労働者及び労働者代表の参加、並びに継続的監視
2. 心理社会的リスク要因を系統的に評価し、軽減する、使用者の義務の明確化
3. 労働者との対話を通じて、労働関連ストレス低減する社会的目標を設定する使用者の義務
4. 管理職が労働における心理社会的リスクの防止を援助するための専門的訓練を受けるとともに、すべての労働者に訓練へのアクセスが与えられなければならない
5. 指令は、労働における心理社会的リスクに関する懸念を表明した労働者に対して、いかなる反動もないことを保証しなければならない

ることです。この指令に従って自国の法律を調整しなかった国はひとつもありません。ですから、私たちは30年前にあえてこの道を選んだことで、世界的な改善が見られたのです。

→しかし、心理社会的リスクをより確実に防止するために、指令は具体的に何ができるのでしょうか？

NG-いまこそ、純粹に理論的なアプローチを超えて、結果という観点から考えるべき時です。これは、使用者が財務目標に関してどのように機能するかということです。彼らには達成しなければならない目標があります。今日、私たちは皆、企業には、財務と環境と社会的目標のバランスが必要であることを知っています。この社会的目標には、労働者だけでなく、その代表との対話を通じて、労働関連ストレスを低減させる目標を含める必要があります。

何をどのように測定するのか。これは、労働者及び労働組合との社会的対話で議論されることです。しかし、EU指令は、このような議論を開始し、このような種類の目標を設定する義務を確立すべきです。だからこそ、私たちの目的は、いかなる法律も結果志向であることであって、意図に関するものであってはならないのです。使用者はすでに労働者の健康と安全を確保する義務を負っています。しかし、心理社会的リスクとなると、使用者はその義務を果たしていない。だからこそ、私たちは彼らが義務を果たしているかどうかを確認するための指標が必要なのです

AC-指令はルールを設定するものですが、それに

よって何をするかについては余地を残しています。だから、スポーツで例えるなら、ラグビーの試合をどのようにするかに関するルールがある。誰が何をするか、各々がどのような役割を果たすか、プレーのルールなどです。これは、指令でも同じです。ルールを提供する。ルールがあるからといって、ゲームがどのように行われるかが決まるわけでは決してありません。

重要なのは、集団的労働組織がどのように心理社会的リスクを生み出し、誰の結果が労働者に影響を与えるかについてです。心理社会的リスク指令には、「不健康な仕事量とは何か？」のような様々な事例を示した、心理社会的リスク要因の明確な定義が含まれるべきです。また、心理社会的リスクを評価し、労働者と管理職に訓練を提供し、行動規範を制定するなど、使用者の一連の義務を概説すべきです。さらに、安全衛生代表の承認なしには、このいずれも行われなことを確保すべきです。

また、例えば、労働者がハラスメントの被害者または目撃者になった場合に、労働者が警報を発するための保護措置を講じていることなど、心理社会的リスクがもたらす具体的な具体的な結果についての一連の義務を定義した、労働関連ストレスと職場におけるいじめに関する特別の部分があるべきです。さらに、労働者は、被害者になった場合の補償に対する権利を有するべきです。

→このキャンペーンでどのような障害に直面してい

ますか？

NG-まず必要なのは、欧州委員会から何かを導入する用意があるというサインをもらうことです。私たちはフランスとチェコの議長期間の代表と会談しましたが、彼らにとっては優先事項ではないと言われました。ですから、私たちはスウェーデンの議長期間に期待しているのです。スウェーデンはこの分野で非常に優れた法律を持っていると自負しているので、これは私たちにとってチャンスです。

しかし、主な障害はもちろん、反対するロビー活動をしている使用者たちです。パネル討論のたびに、私は彼らに、「計算してみてください」とだけ言っています。このような制度を導入する方が財政的に有益です。全労働損失日数の60%が、労働関連ストレスと心理社会的リスクに起因している可能性があり、労働関連うつ病のコストは年間6,170億ユーロに上ると推定されているのです。つまり、お金のことだけを考えても、心理社会的リスクに関する法制化は、使用者にとって当初は多少の負担になるかもしれませんが、最終的には利益になります。しかし、労働組織を変えるという話になると、使用者の多く、とくにヒエラルキーが強い企業では、準備ができていません。メンタリティや職場風土を変えるのはとても難しいことです。

一ひとつ興味深いのは、心理社会的リスクが最近、EUの様々な分野で登場し続けているように見えることですが、切断する権利、テレワーク、いじめ、ハラスメント、プラットフォーム労働などに関するイニシアティブを通じてなど、断片的な方法です。総合的な方法で心理社会的リスクを扱うことへの抵抗の核心は何だと思えますか？

NG-なぜ彼らは「切断する権利」について語りたがるのでしょうか？それは、彼らは、労働組織にふれたくないからです。断絶する権利と労働時間終了後に仕事上のコミュニケーションのチャンネルを閉じる権利-はすでに加盟国のすべての法令に存在しています。しかし、たくさんの仕事をかかえていたら、勤務時間終了後までコンピュータを閉じないだろうことを知っています。問題は、

労働の組織と仕事量にあり、これが使用者が議論したがることです。だから、一次予防とリスク要因について話をするよりも、こうしたことをすべてバラバラにするほうが簡単なのです。

AC-私もそう思います。問題を個別的で断片的なものに変えている。枠組み協約でさえ、心理社会的リスクについては言及されておらず、「労働関連ストレス」のみが言及されている。職場のいじめは、ある労働者が他の労働者に嫌がらせをする問題と考えられている。切断する権利は表向き、個人が労働を停止する権利を有するというだけです。集団的な労働組織については何もふれていません。しかし、私たちが、労働の組織のあり方が労働者に影響を与える心理社会的リスク要因を生み出し、それが個人の苦悩の状況につながるかもしれない…というように、これらすべてが関連していることを認識し始めるなら、それはまた、労働者や労働者代表、労働組合が労働の組織方法について発言する門戸を開くことになります。これにより、労働者が職場の中心に位置づけられます。私たちはそれを望んでいますが、そうでない人もいます。だからこそ、より大きな視野を強調することが重要なのです。

弁護士の私が言うのもなんですが、指令があれば、この問題を日常的な話題にして、常態化させることができます。法律がある問題を取り上げることで、タブーをなくすのに役立ちます。

NG-私たちは、人々が、とくに職場で、心理社会的リスクについて自由に話すことを望んでいます。あまりに多くの企業で、人々がバーンアウトを経験し、何か月も欠勤し、そして戻ってきたときに恥ずかしく、罪悪感を感じる。だからこそ、バーンアウトについてもっと話し合い、また、バーンアウトの被害者に「それはあなたではなく、労働組織の問題です」とはっきり言うことが重要なのです。



※[https://www.etui.org/sites/default/files/2023-01/HM26\\_The%20fight%20for%20a%20directive%20on%20psychosocial%20risks\\_2023.pdf](https://www.etui.org/sites/default/files/2023-01/HM26_The%20fight%20for%20a%20directive%20on%20psychosocial%20risks_2023.pdf)



## フランステレコム： 「彼らは本当に仕事を妨害した」

ローラン・ヴォーゲル(RTUI) ディエゴ・ラヴィエ(写真家)

「結局のところ、この自殺事件はひどかった—彼らは本当に仕事を妨害した」。ディディエ・ロンバルは、自分が被告席にいるのか理解していなかった。2005年から2010年まで、彼はフランステレコムのGEOだった。彼にとっては、いまでもサクセスストーリーなのだ。労働者や労働組合は、経営陣によって潰された数十人の自殺者という悲劇として、違ったかたちで記憶している。

2022年9月30日、パリ控訴院は、旧国営企業フランステレコムの数名の経営陣に対して起こされていた訴訟手続に終止符を打つ、待望の判決を下した。2000年代にこれらの経営陣は、全従業員の約5分の1—22,000人の雇用を削減することを目的とした、リストラ計画に着手した。大量解雇を回避するため、経営陣は従業員に圧力をかけ、弱体化させる政策をとり、大量の「自発的」退職者を出した。経営陣のやり方は次第に残忍になり、強制的な社内移動、傍観者扱い、技能とは無関係な新たな配属などが行われた。中間管理職のボーナスや昇進は、退職するスタッフの数と連動していた。

フランステレコムを変革することを目的とした3年間の「NEXT」リストラ計画が2006年に開始された瞬間から、心理社会的問題、ストレス、バーンアウト等、警報が鳴り始めた。最初の自殺者が報告された。一方、2005年から2009年の間に137億ドル相当の配当が分配された。経営陣にとって、収益性への執着は多くの不満をかき消した。ストレスと強制移動を監視する労働組合センターが2007年6月に設立された。2008年に労働組合センターは、会社の従業員の自殺を記録しはじめた。

自殺者が増えるにつれ、メディアがこの話題を取り上げた。2009年7月14日、ミシェル・デパリスが、フ

ランステレコムをはっきりと非難した遺書を残して、マルセイユで自殺した。このとき、苦悩の感情が全国的な労働者のスタッフの動員へと発展した。労働省は懸念した。2004年からフランステレコム本社の労働監督官を務めていたシルヴィー・カタラは調査を命じられた。彼女は、経営陣と労働組合に被害の大きさを警告した。数年後、彼女が2010年2月に完成させた詳細な報告書は、裁判所のいくつかの判決に影響を与えた。2009年12月、SUD（連帯労働組合）は、同社を刑事告訴した。SUD PTT（郵便・電信・電気通信）労働組合連合は、2010年3月に民事当事者として手続に加わり、法的措置の経過を「内部から」追う機会を得た。調査は4年がかりで行われ、フランステレコムの経営陣に関連したすべての事件を統合した。

### 戦略的経営の責任

過失致死罪や生命に危険を及ぼすようなもっとも重い犯罪は無視され、罰則の範囲が大幅に縮小された。最終的に、「組織的心理的ハラスメント」があったと結論づけられ、39件が特定された：自殺19人（囲み記事参照）、自殺未遂12人、うつ病の症状のある者8人であった。

2005年から2010年まで同社のCEOであったディディエ・ロンバルは、2012年7月4日に起訴された。彼の元右腕であるルイ＝ピエール・ウェネスと人事部長のオリヴィエ・バルベロが続いた。2014年には、他の4人の幹部が「心理的ハラスメントの共犯」で起訴された。さらに、この7人に加えて、民営化後オレンジとなったフランステレコムが、法人として起訴された。

一審の裁判は、真新しく機能的に設計された裁



## 殉教者の目録

日刊紙「ル・モンド」のジャーナリスト、パスカル・ロベール＝ディアール氏は、自殺者リストの概略を次のように説明した。

審査判事ブリジット・ジョリヴェが署名した673頁にも及ぶ照会命令を開くと、まず最初に、村の戦没者慰霊碑に刻まれているような苗字と名前の羅列が目飛び込んでくる。

アンドレ・アメロ(54歳)は自ら首を吊った。カミーユ・ボディヴィット(48歳)は橋から身を投げた。アンヌ・ソフィー・カッサー(42歳)、麻薬とアルコールのカクテルを摂取。コリンヌ・クレジウ(45歳)は自ら首を吊った。ミシェル・デバリス(50)は手紙を残した「フランステレコムでの仕事のために自殺します」。ステファン・デッソリー(32歳)は自ら首を吊った。「フランステレコムでの仕事のために自ら命を絶ちます。他に理由はありません」。ニコラ・グルノヴィル(28歳)は自ら首を吊った。「この仕事に耐えられない、フランステレコムはそんなことお構いなし」。ブリス・ホッド(54歳)は、自ら首を吊った。ジャン・ミシェル・ローラン(53歳)は電車の下に身を投げた。その数秒前、彼は労働組合の代表者と電話をしていた。最後の言葉は「電車が来る」だった。レミー・ルヴラドゥー(56歳)は会社のある拠点の外で焼身自殺した。ディディエ・マルタン(48歳)は自ら首を吊った。「すべてのきっかけは仕事だ」。ドミニク・メネシュス(53歳)は自ら首を吊った。ステファニー・モワソン(32歳)は職場の窓から身を投げた。アニー・ノレ(53歳)は自ら首を吊った。ロベール・ペラン(51歳)は自分の銃を自分に向けた。ベルナルド・ビルー(51歳)は高架橋から身を投げた。ジャン＝マルク・レニエ(48歳)は拳銃で自分を撃った。パトリック・ロラン(43歳)は自ら首を吊った。ジャン＝ポール・ルアネ(51歳)は高速道路の橋から身を投げた。

判所の一室で行われた。椅子だけの厳密な配置は、そこが刑事裁判所であり、会議室ではないことを示唆していた。裁判官のためにひな壇があった。左側には、民事当事者の弁護士たちがいた。証人用の折りたたみ椅子がいくつかあった。被告とその弁護団には右側にスペースが割り当てられていた。彼らは一種のバブルを形成しており、そこで、世界の秩序がひっくり返されるような裁判全体に対して、自分たちは異質な存在であるという思いで結束していた。一般市民は壇に向かって座り、被告たちが公然とおしゃべりをし、彼らの後ろに座っている弁護団と威勢のいい身振り手振りを交えながらコミュニケーションをとり、また大抵は退屈の極みを示していた、この奇妙なドラマを傍聴していた。

すべての労働組合と労働衛生キャンペーンを展開する様々な団体が民事当事者として参加した。調査段階で確認された被害者と家族に加えて、SUD PTT組合が、第1回審問の時点で、さらに119人の被害者を民事当事者として加わることを説

得した。

裁判は、2019年5月6日に始まり、41日間にわたって行われた。判決は2019年12月20日に言い渡された。ディディエ・ロンバル、ルイ＝ピエール・ウェネス、オリヴィエ・バルベロは心理的ハラスメントで有罪とされた。彼らは、この犯罪に対する最高刑である懲役1年、執行猶予8か月、罰金15,000ユーロを言い渡された。この判決は、2007年から2008年にかけての彼らの行為に関するもので、2009年から2010年にかけての行為については免責された。共犯で起訴された4人には、より軽い刑罰が言い渡された。フランステレコム(現オレンジ)は、法人としての最高刑である罰金75,000ユーロの支払いが命じられた。民事当事者には、精神的苦痛に対する損害賠償が命じられた。その額は10,000から45,000ユーロの間であった。組合と団体は、彼らの分として、15,000ユーロから40,000ユーロの賠償金を受け取った。

この判決の象徴的な範囲は、禁止を確立して

いる限りにおいて、広大である。300頁を超える判決のエッセンスは この一節に要約できるだろう。「22,000人の解雇という設定された目標を達成するために選択された手段は禁止されていた。法律レベルの理由づけは厳格であり、人間科学からのインプットを考慮に入れている。それは、フランステレコム労働者が受けた心理的ハラスメントの制度的側面を前面に押し出している。ディディエ・ロンバルと他の被告は、自殺する前の被害者たちのことを知らなかったと何度も繰り返した。彼らは、中央の指令を誤って解釈したとされる現地マネージャーに責任を転嫁しようとしていた。これに対して判決は、経営陣の決定、中間管理職に対する組織の「スリム化」を促す数多くのコミュニケーション、そして組織的な心理的ハラスメントの実施には因果関係があると判断した。警報信号を考慮することの組織的拒否もその一環である。

### 階級の失われた名誉

判決を下された各個人は、判決を不服として控訴した。一方、フランステレコムは、善意の意思表示としてその非を認め、判決で認められた損害賠償に加えて補償基金を設立した。

控訴審は5月11日から2022年7月1日まで、まったく異なる環境で行われた。控訴裁判所は、シテ島の由緒あるパレ・ド・ジュスティスにある。法廷内は、豊富な木製のパネル、絵画、黄金のケルビム、肖像画や著名な裁判官の胸像で飾られている。法廷は、芸術的なシンボルで埋め尽くされた部屋にエリートたちの古くからの支配を祝う芸術の象徴が所狭しと飾られている。教会であり、オペラであり、サロンである。ブルジョワがひとつに凝縮されている。偶然にも、2015年11月13日に発生したパリ同時多発テロ事件に関する裁判が同時刻にアサイズ裁判所で、特別に適応された部屋で行われていた。パレ・ド・ジュスティスは、警察の大規模な道路封鎖によって、市内から完全に遮断されていた。

この闘いを10年以上続けてきた被害者と労働組合員にとっては、控訴審の手続は余計なことに思えた。すべては一審の審理で丹念に解剖された。傷口を再び開く必要があったのだろうか？ 傷口を再び

広げる必要があったのだろうか？ 彼らは、もう一度最初から、被告たちの自己満足に耐えなければならぬのか？

元人事部長のオリビエ・バルベロは、最初の審理で控訴を取り下げた。ただ一人、ナタリー・ブーランジェ元Territorial Actions部長だけが、いくらか感情を込めて悔しさを表明した。第一審では、彼女はしばしば欠席しているように見えた。彼女は、議場内を見回した数少ない被告であった。他の被告人たちは自分たちの中に閉じこもったままだった。

裁判が、ハラスメントと闘う手段を労働組合に提供しようとする、政治的なものであるという評価において、6人の弁護は明確だった。それが、弁護側が守ろうとしたのは階級の失われた名誉だった。ディディエ・ロンバルの弁護士ジャン・ヴェールは躊躇しなかった。「ディディエ・ロンバルが有罪になれば、誰も二度と大企業を率いたいとは思わなくなるだろう」。

民事当事者の不安は最初から感じられた。そのうちの一人が証人席に呼ばれたが、発言しないことにした。彼女は、この繰り返しの意味が理解できなかった。一審ですべて話したはずではないか？ 最初の審問のなかでエマニュエル・ドックスは言った。「不思議なことに、被害者たちは被告たちよりも緊張し、傷ついているように見える。[...] 加害者側に悔恨の念がないこと、責任を否定すること、そしてそれが意味する軽蔑は、おそらく被害者たちが感じている緊張の一端を説明するものだろう。[...] 被害者たちは罪悪感を感じている。有罪の当事者は、自分たちが無実だと思っている」。この状況は、一審で召喚された労働衛生専門家の証言を聴取しないという裁判所の決定によってさらに悪化した。彼らの証言は、経営陣による暴力の拡大という、より一般的な文脈の中に、この事件を位置づけていた。

裁判は7月1日まで続けられた。判決は9月30日に言い渡された。労働組合と被害者の最初の反応は、ほとんどの被告に科された刑が軽いことと、2人の免責に対する失望だった。しかし、これはもっとも重要なことだったのだろうか？ 疑問の余地がある。いずれにせよ、罰則は象徴的なものだった。被

## タブーを打ち破る

芸術界でも社会科学界でも、労働における自殺という重大な問題はもはや目に見えないものではなくなっている。フランステレコム事件に関する労働組合のキャンペーンが、タブーを打ち破った。数ある事例のうちの3つを紹介しよう。

ドキュメンタリー映画「労働における苦しみ：私たちはあきらめない」は、ダニエル・クプフェルシュタインによって、労働関連自殺と抑うつ協会 (ASD-Pro) の依頼で制作した。フランステレコム裁判の民事当事者であるASD-Proは、補償金を使ってこの映画を制作した。メインテーマは、2016年4月に失職を告げられて自殺した同僚のローリアン・アマリオを偲んで、アンジェの消防士たちが企画した540キロのランである。また、欧州宇宙機関 (ESA) のエンジニアの自殺や、ベナンに赴任していた外務省職員の子の自殺未遂の裏話も扱っている。ハラスメントのプロセスを分析した一級の映画である。また、消防士たちの集団的動員も描かれている。

「最強の理由：フランステレコム裁判クロニクル」は、エリック・ベイネルがコーディネートした集団的作品である。フランステレコム裁判の一審判決までの法的手続を体系的に洞察している。優れた一般向けガイドであり、数十人の異なる人々が各審理後にその場で書いた叙述も収録されている。これは、ノワール小説から法律学や社会学を経由した精神分析まで、様々な学問分野の出会いである。

他方、サンドラ・ルクベールのエッセイ「誰も銃を取り出さない」は、経営的言語を分析することによって、同じ裁判に光を当てている。彼女はこのプロジェクトについて、「フランステレコムの裁判では、裁かれているのは私たちの世界である。裁いている世界もまた私たちの世界である。[...] 私たちの社会機構全体が裁かれるべきであり、それができないのは、私たちがそのなかにおいて先入観に支配されているからである」。ブルーストの足跡をたどり、彼女は散文を通して世界を解剖し、それが遍在しているがゆえに人々が見ることのできないものを明るみに出すことにした。

告が誰ひとりとして刑務所に収監されることはない。ディディエ・ロンバードにとっては、懲役1年・執行猶予8か月と懲役1年・全期間執行猶予との間に大きな差はなかった。

その一方で、341頁の判決文全文を読めば、判例法の観点から、労働組合の行動を通じて達成された勝利について疑問の余地はない。一審判決とは多少異なる表現で書かれたこの判決は、心理的ハラスメントという犯罪が、中央経営陣による戦略的決定から生じうることを確認している。次のように述べている。「労働条件を損なうという当初の目的は必ずしもなかったが、その実施において労働者の個別的・集団的労働条件を損なうという最終的な目的または効果を有する、管理上または経営上の方法、真の意味で経営上の組織から反復される行動が生じ得る」。SUD PTT連合会の弁護士で

あるシルヴィー・トパロフは、この判決の革新的な性質を強調している。彼女は、「刑法に訴えることが抑止力として機能することを示している」と考えている。「この判例があれば、より早い段階で効果を発揮する可能性がある」。

事実、まだ次の段階がある。控訴審で判決を受けた者たちは、Court of Cassation (フランスの司法の最高裁判所) に上訴する意向を表明した。判例の正確な範囲はまだわかっていない。

法的手続全体から得られるもうひとつの紛れもない利点は、政治的タブーを打ち破ったことである。労働による自殺の問題が、社会で公けに議論されるようになった。労働組合の法的取り組みが進むにつれて、社会科学と文学の両分野でこの問題を取り上げた出版物のすべてを数行で要約することは不可能だろう。演劇、映画、テレビ、ラジオ放送は、

自殺を話題にしてきた。労働組織が自殺につながりうるという認識が、本格的なカルチャーショックを引き起こしたとも言える。数十人の労働組合員の粘り強い活動が実を結んだ。

※<https://www.etui.org/sites/default/>

files/2023-01/HM26\_France%20T%C3%A9%20C3%A9com%20%E2%80%98They%20really%20threw%20a%20spanner%20in%20the%20works%E2%80%99\_2023.pdf



## バーンアウト(燃え尽き症候群)： いつになったら正式な認定を期待できるのか？

アラン・プロエ 欧州労働組合研究所(ETUI)

一般的には職業的疲労の代名詞として使われるバーンアウトだが、欧州では、2か国を除いて、いまだに職業病として認識されていない。患者の数は年々増え続けている。この否認は、いつになったら本格的な予防につながるのだろうか。

2022年1月、ストロマエは、欧州のテレビ番組で最大の視聴者数をほこるフランスのチャンネル1の午後8時のニュース番組にゲスト出演した。インタビューの途中でこのベルギー人歌手は、新しいアルバムからの未発表曲を即興で演奏して、視聴者を驚かせた。その心にしみるリフレインを歌ったのだ。

「自殺を考えたこともある、そしてそれを誇りに思わない。

ときどきあなたは、それが唯一の方法だと感じることがある。

こうしたすべてが私を地獄に突き落とす。」

カニエ・ウェスト、プリトニー・スピアーズ、ジャスティン・ビーバー、リアーナ、アンジェリーナ・ジョリーといった他の多くの世界的スターと同様、ストロマエもバーンアウトに苦しんでいた。彼の歌は、日々労働者を数週間、数か月、あるいは数年間も職場から遠ざけてしまう、この病気の壊滅的な影響の証言である。この歌はまた、どのような職業も免れないという事実を強調している。最近もエリート・スポーツ選手がその犠牲になっている。彼らの前任者たちは、「精神的疲労」や「フォームや体力の欠如」を口にしたかもしれないが、今日のチャンピオン・アスリートたちは

もはやメンタル面の不調を口にすることを恥じることはなくなった。テニスの大坂なおみ、水泳のマイケル・フェルプス、体操のシモーネ・バイルズなどは、東京オリンピックの総合競技で優勝候補に挙げられていたが、まさかの辞退を表明した。あるときは嗚咽し、次の瞬間には微笑んだ彼女は、自分にとって正しいことをし、メンタルヘルスに集中しなければならなかったと説明した。

しかし、バーンアウトは有名人だけのものではない。欧州レベルでの関連データは乏しいが、誰もがバーンアウトに苦しむ人を知っているか、または知っていたという状況であるから、この問題はもはや見過ごすことはできない。この問題の大きさを理解するには、バーンアウトの予防を専門とする、ルーヴァン・カトリック大学(ベルギー)からのスピンオフであるブライト・リンクが行った研究を見ればよい。約5千人の労働者を対象に実施されたこの研究では、対象者の18%が疲労困憊のリスクを抱えていることが明らかになった。その原因は、2つの心理社会的リスク要因である相反する指示及び加重の仕事量に起因していた。

### ストレッサーのインパクト

職業リスクを予防するには、まずそれを特定しなければならぬ。とくに労働者自身がそのようなリスクを否定している場合、これは容易なことではないが、科学者たちは今日バーンアウト現象についてコ



ンセンスに達している。バーンアウトは、心理的、認知的、身体的な極度の疲労状態であり、労働及びとりわけ労働者のコミットメントのレベルに関連していると考えられている。RPBO（ポスト・バーンアウトの専門家ネットワーク）の創設者であり、著書『バーンアウト後の人生の再構築』の著者であるサビヌ・バタイユが説明するように、最終的に、無価値感やプロとしての誠実さに疑問が投げかけられたとき、彼らは苦悩に満ちた「名誉のバッジ」のようにバーンアウトに耐えることになる。

それが仕事の要求とそれに対処するのに必要な資源との不均衡の結果であることを考えれば、バーンアウトが職業病として認められるのは当然である。いずれにせよ、これが2019年5月下旬に世界のメディアが「WHOがバーンアウトを疾病と認定」という見出しで掲載した際に暗示された一般的な結論である。世界保健機関（WHO）は、その戦略を定めるジュネーブでの年次総会で、国際疾病分類（ICD）リスト「健康診断の世界的基準」にバーンアウトを含めた。しかし、バーンアウトとその課題をめぐる混乱を強調するように、WHOは24時間も経たないうちに、次のような明確な見解を発表した。「バーンアウトは職業的現象として[...] 含められたもので、医学的的症状としては分類されない」。議論は終わったのか？完全に終わってはいない。なぜなら、WHOは実際にバーンアウトを「うまく管理されなかった慢性的職場ストレスから生じる症候群」として概念化しているからである。生理的プロセスとしてのストレスに関する研究は、人間の身体は、短期的にはプレッシャーを管理できるが、ストレスへの長期的または反復的曝露に直面すると苦戦することを明らかにしている。欧州労働組合研究所（ETUI）の研究者ピエール・ブラステギによると、このことは、労働環境の側面がストレスとして作用する可能性があることから、心理社会的リスクを予防することの重要性を浮き彫りにしている。

### 立証の責任

イタリアとラトビアを除けば、欧州のバーンアウト被害者は以下のことを証明しなければならない。ヨーロッパにおけるバーンアウトの被害者は、補償を請

求しようとしたら、彼らの病気の業務起因性を証明しなければならない。例えばフランスでは、バーンアウト患者は、職業病認定委員会に出頭し、永久的な部分労働能力損失（少なくとも25%）と、遂行した労働と経験した症状との因果関係を証明しなければならない。したがって、立証責任は労働者にあるが「使用者の権限に属する」労働の組織が、バーンアウトの主な原因であると考えられているのである。しかし、このような手続は長期に及びストレスも大きいと、あえてそのような道を進もうとする被害者はほとんどいない。

さらに、バーンアウトの原因は労働場環境だけでなく、被害者のパーソナリティにもあるとする説を読んだり聞いたりするのが日常茶飯事である。いくつかの個人的要因が多少は影響していることは認めざるを得ないが、バーンアウトの被害者はみな、その病気の発症には労働環境が大きく、決定的な責任を負っていると説明するだろう。「個人のプライベートな問題ではない」と、アイトホーフェン工科大学の教授であり、この分野の国際的な第一人者であるエヴァンゲリア・デメロウティ教授は断言する。「プライベートな問題であれば、積極性を少なくともさせることはあっても、職務上の義務を果たす能力がなくなるわけではない」。バーンアウトは、たんなるパフォーマンスの低下とは異なり、しばしば労働者を深い憂鬱に陥れる、突然のメルトダウンとして経験される。

説明責任の問題は 職業リスクに関連する課題の核心にある。著書『職業リスク：思いやりのある協力的な労働アレンジメントを育むことができるか?』のなかでアルノー・ミナス教授は、ある種の過酷な仕事が精査されるようになると、個人的なアプローチを展開して、個人のライフスタイル（食習慣、アルコール依存、タバコ依存など）に注目する傾向があると説明する。筋骨格系疾患では、一般的にその人の生理的体質、つまり遺伝的体質に注目する傾向がある。同様に、心理社会的なリスクは「心理学的に排除」され、個人に責任を負わせようとする。労働者の福利を気遣うというみせかけのもとで使用者がこうした労働者を放置していることは、結局は労働環境や組織が問題にされることがないこと

を意味しており、そのような状況にある企業は労働条件を改善する機会を逸することになる。

### 管理職の影響

では、どうすれば職場に蔓延するバーンアウトを根絶できるのか？欧州議会に労働安全衛生に関する報告書を提出し、ストラスブールでの本会議で政治的立場を超えて同僚議員の圧倒的な賛同を得た、デンマークのマリアヌ・ヴィンド欧州議会議員はまさにその疑問が取り上げた。彼女の主張は、「商業ダイバーになりたければ、ライセンスが必要」だというものだ。しかし、チームを管理し、労働における福利を監督することに関しては、特別な資格が必要ない。バーンアウトをなくしたいと思うのであれば、管理職を訓練する必要がある」。エヴァンゲリア・デメロウティも同じ考えだ。彼女は、「管理職への昇進には、自動的にリーダーシップのトレーニングが伴わなければならない」と感じている。

社会学者で作家のサビーヌ・バタイユは、彼女の国フランスでは現在管理職が研修を受けていると主張し、将来的にはバーンアウトの被害者が管理職になるだろうとさえ予測している。「下層レベルだけでなく、中間レベルのスタッフ、管理職の間でも、あらゆるレベルで苦しみが起こっている」。彼女は取締役会の役割に疑問を呈している。「しかし、キャリアの個人主義化、『静かに辞めていく』こと、技術開発を予測できなかったことによるスキルの欠如を見るたびに、労働者への配慮に関して、企業は何を待っているのだろうかと思うようになる…とくに、心理社会的リスクの予防に1ユーロ投資すれば、健康状態の改善と労働生産性の向上というかたちで4ユーロの見返りがあることがわかっている」。

### 認知に向けた機運の高まり

欧州労働安全衛生機関(EU-OSHA)が実施した調査によると、欧州の使用主10人のうち9人が、労働安全衛生に配慮する主な理由として法令遵守を挙げている。したがって、短期的・中期的には、バーンアウトを職業病と認めることが、労働者を保護し、職場における予防メカニズムを強化し、スキル

やコミットメントの面で信じられないような浪費に終止符を打つことができる唯一の方策であると思われる。

この決定は、心理社会的リスクに関する欧州指令のかたちをとる可能性がある。[2022年]9月初めに欧州委員会のウルスラ・ファン・デア・ライエン委員長は、長時間に及んだ一般教書演説の中で、欧州の未来に関する会議の成果に大いに触発されたと述べながら、2023年のメンタルヘルスに関するイニシアティブを発表した。「彼女[欧州委員会委員長]が解決策を求めているかどうかはわからないが、少なくともそれについて話すことはいいことだ!」と、マリアヌ・ヴィンドはほのかな警戒心を示しながらコメントした。その2週間後の2022年9月28日、WHOと国際労働機関(ILO)という2大国際機関が、まさにこのテーマについてそれぞれの立場を表明した。「いまこそ、労働がメンタルヘルスに及ぼす有害な影響に焦点を当てる時である」と、ガイ・ライダーILO事務局長と並んだ、WHO事務局長のテドロス・アダノム・ゲブレイエソス博士は述べた。この認識は遅きに失したかもしれないが、エヴァンゲリア・デメロウティは、新たな人材の確保に苦労している企業のボスにもそれを認めている。「これは使用者に、労働者をもっと大切にさせるはずだ」と、この著名な専門家は述べる。「とりわけ、前向きな話し合いや定期的なフィードバックが、コミットメントやパフォーマンス、創造性に影響を与えることは、誰もが理解していることである。われわれ、科学者、政治家、労働組合活動家は、解決策を明確にし、労働者が優秀で健康でいられるような保護的な社会環境を作ることを視野に入れ、ポジティブな物語を採用することが重要である」。



※[https://www.etui.org/sites/default/files/2023-01/HM26\\_Burnout%20when%20can%20we%20expect%20a%20formal%20recognition\\_2023.pdf](https://www.etui.org/sites/default/files/2023-01/HM26_Burnout%20when%20can%20we%20expect%20a%20formal%20recognition_2023.pdf)  
Hazards Magazine誌も、Number 163 (July-September 2023) で「バーンアウト」の特集をしている。  
<https://www.hazards.org/mentalhealth/burntout.htm>

ドキュメント

# アスベスト禁止をめぐる世界の動き



## アスベスト禁止の闘いをブラジルへ

International Ban Asbestos Secretariat, 2023.12.5

ブラジル人は我慢することを学んできた。サンパウロで雨の午後に渋滞に巻き込まれたり、リオデジャネイロの裁判所で人身傷害訴訟を起こしたりしたことがあるだろうか。パウリスタとカリオカは、この活気に満ちた過密都市に住む代償の一部として、予測不可能なことを許容することを学んできた。とはいえ、彼らの忍耐力さえも尽きる時が来る。

何十年もの間、アスベスト被害者、労働監督官、労働組合員、活動家などが、アスベストの採掘、加工、使用によって引き起こされる惨劇をブラジルから取り除くためのキャンペーンを展開してきた。ついに2017年、最高裁判所 (STF) は、アスベスト産業を違法とする歴史的判決を下した。それでもなお、アスベストの採掘は続けられている。

先月 (2023年11月)、STFは、この矛盾を許したゴイアス州法の違憲性について判決を下す予定だった。待ちに待った判決は届かなかった。説明も日程変更もないまま、この事件の処分は宙に浮いたままだ。この事態を受けて、ブラジル・アスベスト曝露者者協会 (ABREA) のEliezer João de Souza 会長は次のように述べた。

「STFの判事たちの問題は単純だった。ブラジル国民の生命を守るためにアスベスト産業を停止

させるべきだという点で、以前から合意していたのだから、彼らが解決しなければならなかったのは、禁止を即座に発効させるか、1年後に発効させるかということだけだった。今回の延期は、決定しないという決定であり、非良心的な行為である。STFは、ボルソナロ前大統領を支持する暴徒を前にしても毅然とした態度を貫いた尊敬すべき機関である。アスベスト・ロビーと対峙したとき、裁判所の勇敢さがなぜ失敗したのか不思議でならない」。

ABREAの弁護士Leonardo Amaranteは、「裁判所の予定表が直前になって何の説明もなく変更されるのは異例中の異例である」と語った。

2023年11月27日午前11時、ブラジル全土から集まった数十人のABREA会員と支援者が、ブラジルに残る唯一のクリソタイル (白) アスベスト鉱山の生産終了日をSTFが設定しなかったことに不満を示すため、ブラジリアの三権広場に集まった [次頁写真]。この施設は、エタニットの子会社Sama Mineração S/A (SAMA) が所有している。

その日の午後、ABREAの関係者は、環境・持続可能な開発委員会の委員であり、2017年と2023年のSTF裁定に反してアスベストの商業的利用を可能にする「いまだ存在する抜け穴」を塞ごうとする





法案3684/23の提出者であるニルト・タット連邦副議長から、下院での公聴会「健康と環境に対するアスベストのリスク」に歓迎された。タット副議長の下、労働省、厚生省、労働省/Fundacentroの代表者、ABREAの運動家などが環境・持続可能な開発委員会に証拠を提出した。

[中略]

2023年11月28日、ブラジリアの労働検察庁は反アスベスリーダーシップ会議2023を開催し、多数のABREAメンバーと招待客をもてなした。労働検察庁のアスベスト禁止国家プログラムの元マネージャーであるMarcia Kamei Lopez Aliaga博士、サンパウロ心臓研究所ゼルビーニ財団のJefferson Benedito Pires de Freitas博士とVera Salerno博士、弁護士のGustavo Teixeira Ramos氏、ABREAのEliezer João de Souza会

長と顧問のFernanda Giannasi技師といった技術専門家だけでなく、地域の運動家からも最新情報が提供された。

[中略]

ブラジルは、市民の自由を保障する憲法を持つ民主主義国家である。2023年1月のジャイル・ボルソナロ前大統領支持者による反乱の際に見られたように、最高裁判所は、暴徒の支配に直面して民主的制度を守る上できわめて重要な役割を果たした。STFがアスベスト産業の閉鎖に必要な最後の一步を踏み出せなかったことは、ブラジル国民だけでなく、輸入国の人々にとっても深刻な懸念材料である。STFによる断固とした行動は、生死にかかわる問題である。



※<http://www.ibasecretariat.org/lka-taking-the-ban-asbestos-fight-to-brasil-2023.php>

## ベルギーのアスベスト被害者の歴史的勝利

### International Ban Asbestos Secretariat, 2023.12.7

ブリュッセルにおけるダビデとゴリアテの法廷闘争で、ダビデが勝利した。この場合、ダビデとは、ベルギー・アスベスト被害者協会 (ABEVA) の会長であり、引退したパイロット、中皮腫患者、そしてアスベストに関連する代表的ながんである中皮腫によって壊滅的な打撃を受けた7人家族の一員であるエリック・ヨンケーレのことである。2023年11月27日、フラマン語圏の第一審裁判所は、かつてのアス

ベスト複合企業であるエタニット社に対し、「意図的な不正行為」、「故意の違法行為」、「組織的な操作」、「意識的な事実の歪曲」の罪で有罪判決を下した。エタニット社は、エリックの故郷であるフランダース中央部のカペレ・オブ・テン・ボスでアスベストセメント工場を操業し、エリックの父親は、一家が住んでいた家のすぐ近くにある工業団地で働いていた。



裁判所は、ヨンケーレの弁護士ヤン・フェルモンとクエンティン・マリセルの主張に同意し、次のように判断した。

- ・「エタニットは、従業員やその家族、工場近隣の人々がある種のがんに冒されることを受け入れながら…リスクを生む行ないを続けることを選択した。」
- ・「被告は、第三者の犠牲のうえに自らの行ないの有害な結果を受け入れようとした…これは明らかに意図の一形態とみなされなければならない。」
- ・「カペレ・オブ・テン・ボス工場の操業は、工場内とその周辺における、アスベスト繊維の大規模な飛散を無秩序かつ制御不能な方法でもたらしめた。」

22頁に及ぶ判決によると、エタニットは1960年代からアスベストの健康被害を知っていたが、にもかかわらず「何十年もの間、わずかな防護措置も講じることなく、まったく同じ方法で工場を操業し続けた…」この判決が成り立てば、エタニットは自社製品の製造と使用がもたらす深刻な危険性を軽視し、政府の措置に反対するロビー活動を展開し、有害な情報の公開を抑圧するキャンペーンに従事していたという判定は、世界的に影響を及ぼした可能性がある。

ブリュッセル裁判所は、同社の行ないに関する証拠を精査した。

「被告が、アスベストがもたらす危険性を組織的に最少化し、隠蔽しようとするアスベスト業界の努力に不当に加担し、とりわけ公衆衛生を守るための立法措置を妨害したことは、共通の認識である。アスベストが現実にもたらした甚大な危険性を認識していたことを考えれば、このような行為は詐欺行為としか言いようがない。」

エタニットがすでに控訴することを表明している—2023年11月27日の判決についてエリック・ヨンケーレは、「故意な違法行為の解釈に新たな光を当てるものだ…危険な製品を使用し、それを販売し続け、その有害性が証明されていることを隠した瞬間から、故意の過失を犯すことになる」とコメントした。

ベルギー・アスベスト基金からの補償金を受け

入れたアスベスト被害者は、「故意の違法行為」によって有罪判決を受けたという事実によって、訴訟の門戸が開かれることになる。この補償金はかなり迅速に支払われるが、裁判所が裁定する損害賠償金よりもはるかに低い水準であり—基金申請者は第三者を訴える権利を放棄することを義務づけられる。不法行為者が享受する民事免責の唯一の例外は、請求者が「故意の過失」を証明できる場合である。

カペレ・オブ・テン・ボスの元住民マライケ・ヴァン・ブッゲンハウトも、父親がエタニット社で働き、中皮腫に罹患している。

「非常に象徴的な判決だ。この判決は、アスベスト基金がエタニット社にまったく手を出せないことを意味するのではなく、何らかのかたちで正当性を主張する可能性が残されていることを示すものである。われわれも同じ理由で訴訟を起こせないか検討している。主な目的は、エタニットに非があるという事実をできるだけ多くの文書に残すことだ。」

ヴァン・ブッゲンハウトは、エリック・ヨンケーレや ABEVAとともに、汚染者—エタニット社—がその不正行為の代償を支払うべきだという意見に同意している。「企業によって引き起こされた損害について、政府や納税者が支払うことを期待すべきではない」と、彼女はブリュッセル・タイムズに語った。

いまのところ、アスベスト基金は、国、使用者の負担金、自営業者の社会保険料によって支えられている。2007年にアスベスト基金が設立される以前は、エタニット社は、アスベスト関連疾患にかかった労働者に1人4万ユーロ支払っていた。現在、エタニット社はアスベスト基金に年間9,000ユーロ拠出している。エリック・ヨンケーレと ABEVA は、アスベスト基金の運営を根本的に見直し、建築環境からのアスベスト根絶について公開対話を行うよう公けに要求している。

何十年もの間、エタニット社は、レーダーの目をかいくぐることに成功してきた。ジョンズ・マンビル社（アメリカ）、ケープ・アスベスト社（イギリス）、ジェイムズ・ハーディ社（オーストラリア）、ニチアス（日本）、ウラリタ（スペイン）など、かつてのアスベスト大手企業は、労働者、消費者、一般市民の安全を軽視してきた

ことが世間に知れ渡り、企業の不正行為の代名詞となった。エタニット社はそうではない。アメリカ、イギリス、オーストラリア、スペインのアスベスト被害者が起こした有名な訴訟により、これらの企業の汚点が暴露されただけでなく、何十億ドルもの損害を被った。これまでエタニット社は、ベルギーの敵対的な法的環境とアスベスト基金による保護のおかげで、支払能力を維持してきた。エタニット/エテックスのブランドは、かつての盟友たちとは異なり、多少の汚点はあるものの、依然として浮遊している。

エリック・ヨンケーレは、この訴訟を起こした動機は、エタニット社、その取締役、経営者、主要株主であるエムセンス家が犯した犯罪を明らかにする

ためだと常々語っている。聖書のダビデがスリングショットをもっていただけに対し、2023年のダビデは書状、宣誓供述書、法的文書をもっていった。エリックの行動は、父ピエール、母フランソワーズ、そして弟たちの思い出に敬意を表している。[父母、そして弟の]ピエール・ポールとステファンも中皮腫で亡くなった。エタニット社の「詐欺」と「故意の違法行為」を暴くことで、ベルギーやその他の国のアスベスト被害者が同社の責任を追求する道が開かれた。正義は長い間否定されてきたが、もはや遅らせ



てはならない。  
※<http://www.ibasecretariat.org/lka-historic-victory-for-belgian-asbestos-victims.php>

先月号で紹介したEUのアスベスト指令は、2023年11月30日に欧州連合官報に掲載された。

指令のタイトルは、「労働におけるアスベストへの曝露に関連したリスクからの労働者の保護に関する指令2009/148/ECを改正する2023年11月22日の欧州議会及び理事会指令(EU)2023/2668」。

[...]で表記されていた部分は、以下のとおりとなった(ゴチック体、関係部分のみ掲載)。

### 第1条

(6) 第7条が以下のように改正される。

(d) 以下の段落[第7項]が追加される。

「7 第1項で言及された大気中のアスベスト繊維の測定のためには、長さ5ミクロン超、幅3ミクロン超で長さ/幅の比が3:1より大きい繊維のみが考慮されるものとする。

第1副段落に関わらず、2029年12月21日[本改正指令の発効日から6年後]からは、幅0.2ミクロン未満の繊維も、第8条(2)(a)のために考慮されるものとする。」

(7) 第8条が以下によって置き換えられる。

### 「第8条

1 2029年12月20日[本改正指令の発効日から6年を経過する日の前日]までは、使用者は、いかなる労働者も、8時間の時間加重平均(TWA)として1cm<sup>3</sup>当たり0.01繊維を超えるアスベストの大気中濃度に曝露しないことを確保しなければならない。

2 2029年12月21日[本改正指令の発効日から6年後]からは、使用者は、いかなる労働者も以下を超えるアスベストの大気中濃度に曝露しないことを確保しなければならない。…」

(a) 第7条第7項第2副段落に従って、8時間TWAとして1cm<sup>3</sup>当たり0.01繊維

(b) 8時間TWAとして1cm<sup>3</sup>当たり0.002繊維

3 加盟国は、使用者が、第2項で設定された限界値の少なくともひとつに従うことを確保しなければならない。」

### 第2条

1. 加盟国は、2025年12月21日[本改正指令の発効日から2年後]までに、本指令を遵守するために必要な法律、規則及び行政規定を発効させなければならない。加盟国は、それらの措置のテキストを速やかに委員会に通知しなければならない。

2. 本条第1項の適用除外により、加盟国は、2029年12月21日[本改正指令の発効日から6年後]までに、(指令2009/148/ECの第7条第7項第2副段落に関して)第1条第6項(c)及び(d)、(指令2009/148/ECの第8条第2項及び第3項に関して)第7項の遵守に必要な法律、規則及び行政規定を発効させなければならない。



※<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/bacbeacf-8f22-11ee-8aa6-01aa75ed71a1/language-en2>

# 脳・心臓疾患の労災認定に係る参考事例集

事務連絡

令和5年3月29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補償課  
職業病認定対策室長

## 脳・心臓疾患の労災認定に係る 参考事例集の活用について

脳・心臓疾患の労災認定については、令和3年9月14日付け基発0914第1号「血管病変等を著しく増悪させる業務による脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準について」により、労働時間のみでは業務と発症との関連性が強いと認められる時間外労働の水準には至らない場合でも、これに近い時間外労働に加えて一定の労働時間以外の負荷要因が認められるときには、業務と発症との関連性が強いと評価できること等が明確化されたところである。

また、基礎疾患を有する者の業務の過重性の評価について、基礎疾患を有していたとしても日常業務を支障なく遂行できる者が同種労働者に含まれることから基礎疾患の状況等の健康状態についても考慮しつつ、同種労働者にとっても過重な業務に就労したと認められるか否かという観点から、業務の過重性を適切に評価することが重要である。

これらの判断の参考とするため、認定基準改正後の認定状況等を踏まえ、別添のとおり、「脳・心臓疾患の労災認定に係る参考事例集」を作成したので、脳・心臓疾患の労災認定に活用し、今後、一層適切な認定に努められたい。

なお、参考事例集に掲載した事例は、認定の最低基準を示したものではないことに留意すること。

別添

### 脳・心臓疾患の労災認定に係る参考事例集

[目次省略]

※本事例集は、実際の認定例を踏まえ、一部に改変を加えて作成したものであり、あくまで認定の際の参考とするものであって、認定における最低基準を示したものではない。

1 労働時間と労働時間以外の負荷要因を総合的に考慮して業務と発との関係性が強いと評価される事例

(1) 長期間の過重業務

ア 勤務時間の不規則性

【事例1】建築施工管理者（発症時53歳）

○主な評価項目：労働時間及び休日のない連続勤務

被災者は、建築施工管理業務に従事していた。発症前1か月の時間外労働時間数は36時間、発症前2か月ないし6か月における時間外労働時間数の最大は発症前2か月平均の76時間であった。

被災者は、発症前2か月目に14日の連続勤務を行っていた。

被災者は、作業休憩時にまっすぐ歩けずふらつき、段差で躓くなどの違和感を覚え、翌日も足場に前額部をぶつけたため医療機関を受診し、脳梗塞と診断された。

これらの状況について、医学専門家は、特に過重な業務といえ、業務と発症との関係性が強いとの意見であった。

【事例2】調理師（発症時56歳）

○主な評価項目：労働時間及び不規則な勤務・交替制勤務・深夜勤務

被災者は、飲食店で調理師として勤務していた。発症前1か月の時間外労働時間数は87時間、発症前2か月ないし6か月における時間外労働時間数の最大は発症前2か月平均の75時間であった。

被災者の休日予定日は直前に変更されることが頻繁にあり、発症前1か月には代替の休日が与えられず、休日は4日であった。遅番（午後5時頃～翌午前4時頃）の翌日が中番（午前11時頃～午後10時頃）になることも少なくなく、日常的に午前4時頃まで、発症前1か月は全労働日について深夜勤務を行っていた。

被災者には高血圧症の既往があった。被災者は、業務中に調理場で片づけをしていたところ具合が悪くなり、救急搬送され、橋出血と診断された。これらの状況について、医学専門家は、特に過重な業務といえ、業務と発症との関係性が強いとの意見であった。

【事例3】総務職員（発症時55歳）

○主な評価項目：労働時間、勤務間インターバルが短い勤務及び不規則な勤務・交替制勤務・深夜勤務

被災者は、運送業の総務全般、点呼業務等に従事していた。発症前1か月の時間外労働時間数は72時間、発症前2か月ないし6か月における時間外労働時



間数の最大は発症前3か月平均の73時間であった。

週2回程度、早朝点呼のため始業時刻である午前2時頃からの深夜勤務があり、この日の拘束時間は13時間～15時間となっていた。

これら深夜勤務を行う日は前日の午後5時30分頃の終業から翌午前2時頃の始業となり、勤務間インターバルがおおむね9時間未満と短くなっていた。発症前6か月間の全ての月にわたり、各月8回～9回勤務間インターバルが11時間未満となっており、最短は発症前5か月目の7時間47分であった。

被災者は、帰社するための運転途中で意識消失し、路肩に停止していたところを通行人に発見され、救急搬送されたが死亡した。死因は急性心筋梗塞であった。

これらの状況について、医学専門家は、特に過重な業務といえ、業務と発症との関係性が強いとの意見であった。

**【事例4】トラック運転手（発症時49歳）**

○主な評価項目：労働時間、拘束時間の長い勤務、休日のない連続勤務、勤務間インターバルが短い勤務及びその他事業場外における移動を伴う業務

被災者は、大型トラックの運転業務に従事していた。発症前1か月の時間外労働時間数は63時間、発症前2か月ないし6か月における時間外労働時間数の最大は発症前2か月平均の70時間であった。

拘束時間の最大は発症前3か月目の290時間であり、16時間を超える勤務日が発症前2か月から6か月において16回、発症前2か月及び3か月には、拘束時間が15時間を超える勤務がどの週も2回以上認められた。

発症前6か月間に10日以上連続勤務が7回認められ、発症前1か月には12日連続勤務と13日連続勤務があった。

勤務間インターバルが11時間未満となるのは、発症前6か月で56日、そのうち8時間未満となるのは19日であって、特に、発症前3か月目は11時間未満が12回、うち8時間未満が5回、最短が7時間5分、発症前4か月目は11時間未満が11回、うち8時間未満が3回、最短が5時間35分であった。

被災者は、3日間の行程による長距離輸送を行うことがあり、発症前6か月における車中泊は84日であった。被災者には高血圧症による通院歴があった。被災者は、就寝中に呼吸困難を覚え、医療機関を受診し、亜急性期心筋梗塞と診断された。これらの状況について、医学専門家は、特に過重な業務といえ、業務と発症との関係性が強いとの意見であった。

**【事例5】食品配送作業員（発症時48歳）**

○主な評価項目：労働時間、拘束時間の長い勤務、休日のない連続勤務、不規則な勤務・交替制勤務・深夜勤務及び身体的負荷を伴う勤務

被災者は、大型トラックによる食品関係の運送業務に従事していた。発症前1か月の時間外労働時間数は51時間、発症前2か月ないし6か月における時間外労働時間数の最大は発症前3か月平均の67時間であった。

発症前6か月のうち、拘束時間が275時間超となる月が、発症前1か月～3か月目及び6か月目の4回あり、最大は発症前3か月目の336時間であった。

発症前6か月目に9日間、発症前5か月目に15日間の連続勤務を行っていた。

実態として所定労働時間は定まっておらず、仕事の受注状況によって前日に確定し、その始業時刻も午前3時から正午までの間と差が大きいものであった。

なお、勤務間インターバルは、11時間未満となる日が46回でそのほとんどが10時間30分から9時間程度であった。

被災者は、平均して1日2回から3回程度の積み込み、積み下ろし作業を一人で1回30分程度行っており、フォークリフトを使用した作業のほか、手作業で行うこともあった。

被災者は、業務のためガソリンスタンドで給油、洗車中に倒れ、救急搬送されたが死亡した。死因は心筋梗塞であった。

これらの状況について、医学専門家は、特に過重な業務といえ、業務と発症との関係性が強いとの意見であった。

**【事例6】トラック運転手（発症時62歳）**

○主な評価項目：労働時間、拘束時間の長い勤務、深夜勤務、勤務間インターバルが短い勤務及びその他事業場外における移動を伴う業務

被災者は、トラック運転手として勤務していた。発症前1か月の時間外労働時間数は46時間、発症前2か月ないし6か月における時間外労働時間数の最大は発症前3か月平均の64時間であった。

発症前6か月のうち、拘束時間が400時間を超える月が2回、300時間を超える月が3回あった。このうち、最大は発症前3か月目の474時間であった。全勤務日に深夜時間帯の運転業務があった。また、勤務間インターバルは、前日が休日であった日以外について、おおむね2、3時間のみであり、1時間未満となる勤務日もあった。

勤務日は、全日、北東北-関東間の長距離輸送をしており、午前中に北東北の事業場を空荷で出発、午後8時頃までに関東の物流センターで荷積み、翌午前



3時までには南東北の支店で荷下ろし、午前6時までには北東北の事業場に戻り、その数時間後に翌日の勤務を行うというものであった。

被災者は、物流センターで積み込み作業中、胸が締め付けられるような症状が出現し、救急搬送され、急性心筋梗塞と診断された。これらの状況について、医学専門家は、特に過重な業務といえ、業務と発症との関係性が強いとの意見であった。

#### イ 事業場外における移動を伴う業務

##### 【事例7】建設資材配送作業員（発症時48歳）

○主な評価項目：労働時間、拘束時間の長い勤務、勤務間インターバルの短い勤務、不規則な勤務・交替制勤務・深夜勤務及びその他事業場外における移動を伴う業務

被災者は、コンクリートブロックを運搬するトラック運転手として勤務していた。発症前1か月の時間外労働時間数は11時間、発症前2か月ないし6か月における時間外労働時間数の最大は発症前5か月平均の65時間であった。

発症前6か月のうち、拘束時間が300時間を超える月が2回あり、他にも275時間を超える月が1回あった。また、最大は発症前5か月目の315時間であった。手待ち時間は少なく、労働時間のほとんどが運転、荷積み、荷下ろし等の作業であった。

勤務間インターバルは、発症前6か月で、11時間未満が44回で、そのほとんどが10時間未満であり、発症前2か月目～5か月目については、各月1週を除き、週3回以上勤務間インターバルが11時間未満となっており、最短は発症前5か月目の7時間20分であった。

午前2時頃からの始業が多く、納品先により変動はあるものの、常態として深夜勤務に従事していた。

被災者の配送先は固定ではなく、主たる地域は事業場のある東北地方であったが、関東地方に配送することもあった。長距離輸送により宿泊を伴う勤務もあり、最大で月7回認められた。

被災者は、配送先に納品後、自宅に帰宅した夕方頃から咳が止まらず息苦しさを感じ、更に呼吸困難の症状が悪化したことから医療機関を受診し、心不全と診断され入院した。

これらの状況について、医学専門家は、特に過重な業務といえ、業務と発症との関係性が強いとの意見であった。

##### 【事例8】トラック運転手（発症時65歳）

○主な評価項目：労働時間、拘束時間の長い勤務、勤務間インターバルの短い勤務、不規則な勤務・交替制勤務・深夜勤務及びその他事業場外における移動を伴う業務

被災者は、トラック運転手として勤務していた。発症前1か月の時間外労働時間数は77時間、発症前2か月ないし6か月における時間外労働時間数の最大は発症前2か月平均の64時間であった。

拘束時間は、発症前6か月のうち4か月が275時間を超え、最大で発症前5か月目の372時間超であった。

発症前6か月のうち、勤務間インターバルが11時間未満となる日は30回で、発症前1か月日は勤務間インターバルが11時間未満となる日が9回と最も多く、発症前2か月目は7回、発症前3か月目は1回、発症前4か月目は5回、発症前5か月目は6回、発症前6か月目は2回となっていた。発症前2週間では3日連続勤務間インターバルが10時間未満となっていた。

午後11時や午前2時といった深夜時間帯に出発の夜間走行が多く、深夜勤務の頻度が全体の約7割であった。始業時刻があらかじめ定められておらず、始業時刻は日ごとに異なるような勤務形態であった。

配送先は固定ではなく、事業場が所在する関東一円が主であったものの、発症前6か月間では、宿泊を伴う長距離運行が16回あり、移動期間は1泊～2泊での期間が多いが、長い時には4泊で10か所の配送先への移動があった。

被災者は、配送業務中に休憩のため立ち寄ったサービスエリアにおいてトラックの前で倒れているところを発見されて救急搬送され、アテローム血栓性脳梗塞と診断された。

これらの状況について、医学専門家は、特に過重な業務といえ、業務と発症との関係性が強いとの意見であった。

#### ウ 心理的負荷を伴う業務

##### 【事例9】助教（発症時44歳）

○主な評価項目：労働時間、不規則な勤務・交替制勤務・深夜勤務及び日常的に心理的負荷を伴う業務

被災者は、大学院の助教として研究業務等に従事していた。発症前1か月の時間外労働時間数は80時間、発症前2か月ないし6か月における時間外労働時間数の最大は発症前2か月平均の76時間であった。

被災者は、上記の通常業務に加え、事業場医学部付属病院において、医師として日直及び宿直勤務にも従事していた。日直及び宿直勤務は、仮眠時間等の休憩時間も定められておらず、被災者が通常勤務終了後宿直勤務に従事し、その後引き続いて通常勤務に従事している日が発症前6か月で4回認められた。

当該病院の産婦人科ではハイリスクな分娩が多く、心理的負荷を伴うものであった。被災者は、実験室内

に心肺停止状態で倒れているところを発見され、救急搬送されたが死亡した。死因は心臓性突然死であった。これらの状況について、医学専門家は、特に過重な業務といえ、業務と発症との関係性が強いとの意見であった。

### 【事例10】工場長(発症時56歳)

- 主な評価項目：労働時間、勤務間インターバルの短い勤務及び心理的負荷を伴う業務

被災者は、化学工場の工場長として管理業務に従事していた。発症前1か月の時間外労働時間数は21時間、発症前2か月ないし6か月における時間外労働時間数の最大は発症前5か月平均の75時間であった。

勤務間インターバルが11時間未満となる勤務は、発症前1か月目に4回、発症前2か月目に11回、発症前3か月目に10回、発症前4か月目に13回、発症前5か月目に13回、発症前6か月目に9回の合計60回あった。そのうち、勤務間インターバルが10時間未満となるのは32回であり、最短は発症前6か月目の7時間で、発病前2か月目や5か月目にも7時間台の日が複数あった。

被災者は、発症前4か月頃に、突発的に実施された抜き打ちの監査で是正指示を受け、工場長として安全管理や労務管理などの業務体制の見直しや改善策の策定を行い、報告書を取りまとめる業務に従事するという心理的負荷を伴う具体的出来事「仕事内容・仕事量の(大きな)変化を生じさせる出来事があった」が認められた。

被災者は、事業場更衣室で倒れているところを発見されて救急搬送され、くも膜下出血と診断された。

これらの状況について、医学専門家は、特に過重な業務といえ、業務と発症との関係性が強いとの意見であった。

### 【事例11】運行管理者(発症時55歳)

- 主な評価項目：労働時間及び心理的負荷を伴う業務

被災者は、運行管理業務等に従事していた。発症前1か月の時間外労働時間数は74時間、発症前2か月ないし6か月における時間外労働時間数の最大は発症前2か月平均の71時間であった。

被災者は、運行管理者として、日頃よりドライバーの交通事故等の責任を回避する責任があり、運行の安全を確保するための措置等を講じていた。発症前2か月目に、被災者は自治体及び親会社が共同企画する物流倉庫の大規模な移転計画の運送責任者となり、計画立案や人員調整を行っていた。倉庫移転は年末年始に複数の倉庫から荷物を移転するもので、短期間に大規模の移転をしなければならぬものであった。また、同時期より、2名で分担していた運行管理者の業務を被災者一人で担当するようになったことも重

なり、交通事故回避などの業務の責任を一人で背負うとともに業務量、業務密度ともに負担が増加していた。

なお、発症前6か月において、勤務間インターバルが11時間未満の日数は13日程度であったが、そのうち4日が発症前2か月目に集中し、最小のインターバル時間は9時間であった。

被災者は、事業場内で気を失い転倒し、救急搬送されたが死亡した。死因は心停止であった。これらの状況について、医学専門家は、特に過重な業務といえ、業務と発症との関係性が強いとの意見であった。

### エ 身体的負荷を伴う業務

#### 【事例12】事務兼荷役作業員(発症時56歳)

- 主な評価項目：労働時間、勤務間インターバルが短い勤務、不規則な勤務・交替制勤務・深夜勤務及び身体的負荷を伴う業務

被災者は、事務員兼ドライバーとして勤務していた。発症前1か月の時間外労働時間数は59時間、発症前2か月ないし6か月における時間外労働時間数の最大は発症前2か月平均の65時間であった。

発症前6か月において、勤務間インターバルが11時間未満となったのは30日(10時間未満となるのは16日)あり、発症前1か月目が8日、2か月目が6日、3か月目が4日、4か月目が6日、5か月目が4日、6か月目が2日で、最短は発病前5か月の7時間であった。

午前1時から午前5時に業務開始をした日が発症前6か月で27日あり、そのうち発症前1か月が10日、発症前2か月に4日、発症前3か月に7日であった。

事務の仕事よりトラックによる運送業務を行う割合が徐々に増えていき、発症前6か月で運送業務に従事した94日のうち、63日が発症前3か月以内に行われた。発症前6か月に運送業務に従事した94日のうち、42日は手作業により荷物の積み卸しを行っており、10kg～15kgの荷物を1日100個～400個扱っていた。

被災者は、トラックの運転中、トラックが左側に寄ってしまうことに異変を感じ、家人への電話で呂律が回っていないと指摘されて救急搬送され、アテローム血栓性脳梗塞と診断された。

これらの状況について、医学専門家は、特に過重な業務といえ、業務と発症との関係性が強いとの意見であった。

### オ 作業環境

#### 【事例13】自動車整備士(発症時38歳)

- 主な評価項目：労働時間及び温度環境

被災者は、自動車整備士として、トラックやバスの整備作業に従事していた。発症前1か月の時間外労働時間数は77時間、発症前2か月ないし6か月における時間外労働時間数の最大は発症前2か月平均の77

時間であった。

発症時期は夏季であり、作業場所は、直射日光が遮られシャッターは開放されて扇風機が回っていたものの、冷房は休憩室のみであった。

作業においては、50～60度の高温スチームで整備車両の下廻りの洗浄を1日当たり3～4時間程度行っていた。

被災者は、息切れ等の症状で医療機関を受診していたところ、院内で急性心不全により死亡した。

これらの状況について、医学専門家は、特に過重な業務といえ、業務と発症との関係性が強いとの意見であった。

#### 【事例14】食品配送作業員（発症時66歳）

○主な評価項目：労働時間、拘束時間の長い勤務、不規則な勤務・交替制勤務・深夜勤務、その他事業場外の移動を伴う業務及び温度環境

被災者は、大型トラックで冷蔵や冷凍の食肉加工品を運送する業務に従事していた。発症前1か月の時間外労働時間数は60時間、発症前2か月ないし6か月における時間外労働時間数の最大は発症前6か月平均の74時間であった。

発症前6か月の拘束時間は、発症前1か月目が317時間、発症前2か月目が402時間、発症前3か月目が341時間、発症前4か月目が364時間、発症前5か月目が367時間、発症前6か月目が396時間であり、平均拘束時間は364時間であった。

始業時刻は概ね午後5時であり、終業時刻は早い日で午前1時台、遅いと午前11時台と幅があり、常態として深夜勤務に従事していた。

なお、発症前6か月間において、勤務間インターバルが11時間未満であった日は101日であった。

被災者の運行経路は最短で往復330km、最長で往復357kmであった。

被災者は、台車に乗せられた100kg～200kgの積荷を手作業で積み下ろす作業を行っており、また、積み卸し作業では食肉加工用の冷凍庫（-20℃～-25℃）を出入りしており、発症当日においては外気温との寒暖差が40℃以上となっていた。

被災者は、運送業務の合間に仮眠していたところ、体がだるくなり、電話をしていた際に呂律が回らなくなって救急搬送され、脳梗塞と診断された。

これらの状況について、医学専門家は、特に過重な業務といえ、業務と発症との関係性が強いとの意見であった。

#### (2) 短期間の過重業務

##### 【事例15】ネットワークエンジニア（発症時45歳）

○主な評価項目：労働時間及び休日のない連続勤務

被災者は、ネットワークエンジニアとして、システム開発等の業務に従事していた。発症当日は出勤しておらず、発症前日の労働時間数は12時間30分であった。発症前1週間の労働時間数は79時間であり、時間外労働時間数は39時間であった。

経営戦略会議に係る発表資料の作成のため、発症前1週間を含んだ12日間の連続勤務が行われていた。

被災者は、自宅ダイニングテーブルの下で倒れているところを家族に見えられ、救急要請されたが死亡が確認された。死因は急性心筋梗塞であった。

これらの状況について、医学専門家は、特に過重な業務といえ、業務と発症との関係性が強いとの意見であった。

##### 【事例16】警備員（発症時79歳）

○主な評価項目：労働時間、拘束時間の長い勤務及び休日のない連続勤務

被災者は、警備員として空調施設等の警備業務に従事していた。発症前1週間の労働時間は51時間で、発症前8日目を含むと67時間であった。

8時始業、翌8時30分終業の24時間30分拘束が原則の勤務形態で、発症前1週間の拘束時間は83時間であった。休憩は8時間であったものの、そのうち夜に仮眠できる時間は3時間程度しか確保されており、他の休憩時間も各30分～1時間程度に細分化されていて、夜間に十分な睡眠が取得できる状況ではなかった。

発症前1週間において、夜勤明けはあるものの暦日の休日はないため、発症日は連続勤務11日目となり、それ以前も1日の休日を挟んで15日連続勤務に従事していた。

被災者は、発症の10年前に心筋梗塞による心臓カテーテル治療を受けていたほか、高血圧症、脂質異常症の基礎疾患を有していた。被災者は、警備業務中に突然倒れて救急搬送され、心室細動に伴う心停止であったと診断された。

これらの状況について、医学専門家は、特に過重な業務といえ、業務と発症との関係性が強いとの意見であった。

#### 2 重篤な基礎疾患を有する者で業務と発症との関係性が強いと評価される事例

##### (1) 長期間の過重業務

##### 【事例17】トラック運転手（発症時53歳）

○主な評価項目：労働時間、休日のない連続勤務、不規則な勤務・交替制勤務・深夜勤務、その他事業場外の移動を伴う業務及び身体的負荷を伴う業務



被災者は、ファロー四徴症を有して出生し、出生直後から心疾患に係る療養を継続しており、身体障害者手帳（心臓機能障害）1級が交付されていた。被災者は、金属製品等をトラックで県外の物流倉庫に配送する業務に従事しており、被災者が身体障害者手帳を有していることを事業場は把握していた。

被災者が発症する前における1か月の時間外労働時間数は50時間、発症前2か月ないし6か月における時間外労働時間数の最大は発症前4か月平均の59時間であった。

また、発症前6か月において7日以上連続勤務が毎月あった。そのうち、発症前2か月目には27日連続勤務があり、また、発症日は連続勤務19日目であった。

県外の運転業務は東日本が中心であり、1泊2日ないし2泊3日の運行日程であった。県外出張のときはトラック内で仮眠をとっており、1か月間ほとんどトラック内で仮眠をしている月があった。

各地の物流倉庫では、金属製品の積み卸しを20分程度行っており荷の重量が25kg程度の物も含まれていた。被災者の運動強度の許容範囲は運送業務に支障のない程度（2.0METs程度）とされていたが、実際に被災者が行っていた20分連続の荷物の積み卸し作業は6.5METs程度であったと推測される。

被災者は、配送先において荷物の積み込み作業中、荷物にもたれかかるように倒れているところを発見され、救急搬送されたが死亡した。死因は心室細動による心停止であった。

これらの状況について、医学専門家は、被災者と同様の健康状態にある同種労働者にとって特に過重な業務といえ、業務と発症との関係性が強いとの意見であった。

## (2) 短期間の過重業務

### 【事例18】梱包作業員（発病時44歳）

#### ○主な評価項目：身体的負荷を伴う業務

被災者は、過去に急性心筋梗塞による冠動脈バイパス手術を受けており、身体障害者手帳（心臓機能障害3級）が交付されていた。また、被災者は、日々派遣労働者としてプレス加工業務に従事しており、主治医から重量物の取扱いは避けるよう指示されていたが、配置転換によりアルミ材の梱包・運搬業務に従事するようになった。

なお、被災者が身体障害者手帳を有していることを派遣元事業場は把握していたが、派遣先事業場は把握していなかった。

被災者が従事していたアルミ材の梱包、運搬作業は、長さ2m、縦横20cm程度の段ボールを組み立てた後、結束されたアルミ材を梱包するもので、重量は軽

い物で5kg程度、重い物で10kg程度であった。梱包後の段ボールの持ち運びは7、8歩の範囲内であった。

日々の業務態様においては、別グループの作業終了まで待ち時間が生じるため、休みなく作業に従事していたものではなかったが、被災者の心機能はNYHA（ニューヨーク心臓学会）の心不全分類Ⅱ度、許容運動・作業強度については2.2～2.5METs程度であったと推測され、5kg～10kg程度のアルミ材を持ち上げる業務は、少なくとも4.5METsはあったものである。

アルミ材の梱包、運搬業務への配置換えにより、それまでの日勤のみから深夜時間帯を含む交替制勤務に従事するようになっていた。なお、発症前1週間の時間外労働時間は2時間であり、発症前日、2日前及び4日前は勤務していなかった。被災者は、出勤後の業務開始前にいびきをかいて突然倒れ、救急搬送されたが死亡した。死因は急性心不全であった。

これらの状況について、医学専門家は、被災者と同様の健康状態にある同種労働者にとって特に過重な業務といえ、業務と発症との関係性が強いとの意見であった。

### 【事例19】商品陳列作業員（発症時50歳）

#### ○主な評価項目：身体的負荷を伴う業務

被災者は、過去に大動脈弁置換術を受けており、身体障害者手帳（心臓機能障害1級）が交付されていた。また、被災者は、日々商品の陳列等の作業に従事しており、被災者が身体障害者手帳を有していることを事業場は把握していた。

発症前1週間に時間外労働はなかったが、被災者は平均的に1日当たり10kg以上の商品を4時間～5時間、10kg未満の商品を2時間程度取り扱っていた。

被災者は、NYHAの心不全分類Ⅱ度に相当していたと考えられ、主治医によれば、激しい運動は避ける、重量物は持たない等の指導を受けており、重量物を持ち上げる等激しい負荷がかかる作業を避けるような就労制限が求められていた状態であった。

被災者に許容される作業強度は、3.5～5.9METs程度であったと推測され、被災者が行っていた重い品物を持ち上げる作業には、6.0METs以上のものも含まれていたと推測される。

被災者は、商品が入った約35kgの箱を持ち上げた際、急に力が入らなくなってその場に転倒し、その後も心臓の動きが速い状態が続いたため医療機関を受診し、心不全と診断された。

これらの状況について、医学専門家は、被災者と同様の健康状態にある同種労働者にとって特に過重な業務といえ、業務と発症との関係性が強いとの意見であった。



# 令和5年度化学物質管理に係る専門家検討会中間取りまとめ

令和5年11月21日

厚生労働省労働基準局安全衛生部

## I 検討の趣旨及び経緯等

### 1 検討の趣旨

今般、国内で輸入、製造、使用されている化学物質は数万種類にのぼり、その中には、危険性や有害性が不明な物質が多く含まれる。さらに、化学物質による休業4日以上の労働災害（がん等の遅発性疾病を除く。）のうち、特定化学物質障害予防規則（昭和47年労働省令第39号。以下「特化則」という。）等の特別則の規制の対象となっていない物質を起因とするものが多数を占めている。これらを踏まえ、従来、特別則による規制の対象となっていない物質への対策の強化を主眼とし、国によるばく露の上限となる基準等の制定、危険性・有害性に関する情報の伝達の仕組みの整備・拡充を前提として、事業者が、危険性・有害性の情報に基づくリスクアセスメントの結果に基づき、国の定める基準等の範囲内で、ばく露防止のために講ずべき措置を適切に実施する制度を導入することとしたところである。

この制度を円滑に運用するために、学識経験者からなる検討会を開催し、2に掲げる事項を検討する。

### 2 検討事項

- 労働者に健康障害を生ずるおそれのある化学物質のばく露の濃度の基準及びその測定方法
- 労働者への健康障害リスクが高いと認められる化学物質の特定並びにそれら物質の作業環境中の濃度の測定及び評価の基準
- 労働者に健康障害を生ずるおそれのある化学物質に係るばく露防止措置
- その他

### 3 中間取りまとめ

今般、本検討会は、2に掲げる検討事項のうち、個人ばく露測定（労働者の呼吸域における物質の濃度の測定をいう。以下同じ。）に係る測定精度の担保等について、中間的な取りまとめを行った。

### 4 検討の経緯〔省略〕

## 5 構成員名簿〔省略〕

## II 個人ばく露測定に係る測定精度の担保等について

### 第1 基本的考え方

#### 1 個人ばく露測定の法令上の位置付け（下図参照）

- (1) 作業環境測定においては、測定に専門知識及び技術を要する作業場（以下「指定作業場」という。）における測定については、作業環境士による測定（デザイン、サンプリング分析）を義務付け、結果の精度を担保している（労働安全衛生法（昭和47年法律第57号。以下「安衛法」という。）及び作業環境測定法（昭和50年法律第28号。以下「作環法」という。））。
- (2) 一方、個人ばく露測定においては、指定作業場ける測定を含め、測定実施者の限定がなく、測定精度を担保する仕組みがない状態である。
  - ・指定作業場（①）では、作業環境測定士による作業環境測定が義務付けられている。
  - ・環境改善が困難な第三管理区分作業場（②）では、令和6年4月1日から、個人サンプリング測定等

#### 個人ばく露測定関係の現状の規定

④ 金属アーク溶接等作業を継続的に行う屋内作業場（個人ばく露測定を義務付け）

② 環境改善が困難な第三管理区分作業場（個人サンプリング測定等を義務付け）

① 指定作業場（作業環境測定士による作業環境測定が義務）

③ リスクアセスメント対象物質を製造・取り扱う作業場（リスク見積りのため、個人ばく露測定を行う。）

⑤ 濃度基準値設定物質を製造・取り扱う屋内作業場（濃度基準値を超えるおそれある場合、個人ばく露測定を指針で求めている。）

## 化学物質管理に係る専門家検討会中間取りまとめ

(第三管理区分測定告示注による測定)が義務付けられる。

- ・ リスクアセスメント対象物を製造・取り扱う作業場(③)では、リスク見積りのため、化学物質等による危険性又は有害性等の調査等に関する指針(平成27年9月18日付け危険性又は有害性等の調査等に関する指針公示第3号。以下「化学物質リスクアセスメント指針」という。)及び化学物質による健康障害防止のための濃度の基準の適用等に関する技術上の指針(令和5年4月27日付け技術上の指針公示第24号。以下「技術上の指針」という。)に基づき、個人ばく露測定を行う。
- ・ 金属アーク溶接等作業を継続的に行う屋内作業場(④)では、個人ばく露測定が義務付けられている。
- ・ 濃度基準値設定物質を製造・取り扱う屋内作業場(⑤)においては、令和6年4月1日から、技術上の指針に基づき、個人ばく露測定を行う。

(注)「第三管理区分に区分された場所に係る有機溶剤等の濃度の測定の方法等」(令和4年厚生労働省告示第341号)。この告示では、個人ばく露測定のほか、作業環境測定基準に規定する方法による測定も認められているが、あくまで呼吸用保護具の選択のための測定であり、作業環境測定ではない。

### 2 精度の担保の必要性

- (1) 環境改善が困難な第三管理区分作業場及び金属アーク溶接等作業を継続的に行う屋内作業場(以下「第三管理区分作業場等」という。)においては、個人ばく露測定の結果により、呼吸用保護具の選定を行うことが義務付けられていることから、測定の精度を担保する仕組みを検討する必要がある。
- (2) 労働者のばく露の程度が濃度基準値以下であることを確認するための個人ばく露測定(以下「確認測定」という。)や、リスクアセスメントのための個人ばく露測定については、義務付けられてはいないが、測定結果に基づき呼吸用保護具の選定を行うことは同じであるため、測定の精度を担保する必要がある。
- (3) 濃度基準値が低い値となっている物質もあるため、特に、分析の精度の担保が重要である。

### 3 精度を担保する仕組み

- (1) 第三管理区分作業場等においては、法令上、個人ばく露測定を行うことを事業者が義務付けていることから、法令改正により、個人ばく露測定を資格者に行わせることを事業者が新たに義務付けることが適当で

ある。

- (2) 確認測定やリスクアセスメントのための個人ばく露測定についても、その精度を担保する仕組みが必要であり、当面の間、化学物質リスクアセスメント指針及び技術上の指針において、資格者による個人ばく露測定の実施を行政指導として求めるべきである。さらに、今後、必要な法令の整備により、作業環境測定と同様、資格者による個人ばく露測定を義務付ける仕組みを設けることを検討すべきである。
- (3) 資格者の要件については、個人ばく露測定を円滑に行う仕組みとするため、(1)及び(2)に共通の要件とすべきである。

### 4 個人ばく露測定を行うために必要となる業務量について

- (1) Ⅲの1のアンケート結果によれば、金属アーク溶接等作業に係る個人ばく露測定のほとんどは、作業環境測定機関によって行われた。これを前提に、Ⅲの2で示す試算によれば、確認測定の実施頻度を最大限に見積もり、全て作業環境測定士が実施するという最大限の試算を行うと、約3万人分の作業環境測定士の業務量が増加するという試算となる。
- (2) 濃度基準値設定物質の数は、徐々に増えていくため、突然、業務量が増加するわけではないが、将来を見据え、特定の資格者に業務量が集中しない仕組みとするとともに、業務量が増加しても機能する仕組みを考える必要がある。

## 第2 個人ばく露測定を行う者に求められる能力

### 1 個人ばく露測定のデザインを行うために必要な能力

- (1) デザインを行う能力としては、ばく露される化学物質の有害性等の把握、均等ばく露作業の設定や最大ばく露者の選定、測定対象物質に応じた捕集方法と試料採取機器の選択、ポンプ流量の設定など、第三管理区分測定告示<sup>注</sup>や技術上の指針に定められたデザインを実施できることが求められる。なお、測定対象者の選定に当たっては、現場の作業内容をよく理解していることが望ましい。
- (2) リスクアセスメントのための個人ばく露測定では、統計処理により、上側信頼区間95%の値を算出した上での評価も求められるため、そのために必要な知識も求められる。

### 2 個人ばく露測定のサンプリングを行うために必要な能力

- (1) サンプリングを行う能力としては、デザインの際に決

定された測定対象者に対して、捕集方法や試料採取機器の適切な装着、ポンプ流量の設定、測定中の監視等が求められる。

- (2) デザインをした者の指示に従ってサンプリングを行うだけの場合、デザインを行う者に必要な能力は必ずしも求められず、デザインを行う者との役割分担を可能とすべきである。

### 3 個人ばく露測定の分析を行うために必要な能力

- (1) 分析を行う能力としては、試料の種類に応じて必要な分析機器を用いることができ、それらを用いて試料の種類に応じて分析できる能力が必要である<sup>注1</sup>。
- (2) 一つの分析機関が全ての物質を分析できる必要はなく<sup>注2</sup>、分析機関が相互に連携・分担し、全体として、全ての濃度基準値設定物質(リスクアセスメント対象物)の分析を可能とする仕組みを構築するべきである。

(注1) 分析者の能力を担保するだけでなく、作業環境測定で行われているような分析の精度管理の仕組みも必要である。

(注2) 測定頻度が低い物質や、分析が困難な物質等については、特定の分析機関に分析を集中させる等により、スケールメリットが得られるような仕組みが必要である。

### 4 第三管理区分作業場等における改善措置やリスク低減に必要な能力

- (1) 第三管理区分作業場等における個人サンプリング測定等については、呼吸用保護具の選定ための測定であり、第三管理区分作業場については作業環境管理専門家の意見を踏まえて環境改善が困難とされた作業場であるため、個人ばく露測定(特にデザイン及びサンプリング)を行う者は、作業環境の管理及び改善のため、作業環境管理専門家又は化学物質管理専門家に相当する知識を有することが望ましい。
- (2) 確認測定やリスクアセスメントのための個人ばく露測定は、リスクアセスメントの実施の一部をなすものであるから、個人ばく露測定(特にデザイン及びサンプリング)を行う者は、リスクアセスメントの結果に基づく措置(リスク低減措置)について、必要な知識を有することが望ましい<sup>注</sup>。

(注) 健康診断等による対応も考えられる場合は、産業医の意見を聴取する必要がある。

## 第3 想定される資格者の要件

### 1 個人ばく露測定のデザイン及び個人サンプリングを

#### 行う者の要件等

- (1) 個人ばく露測定の測定対象者の選定は、個人サンプリング法による作業環境測定<sup>注1</sup>とは考え方が異なる。また、作業環境測定より多様な化学物質等の測定が必要なため、捕集方法や試料採取機器、ポンプの流量については、作業環境測定より広範な知識が求められる。このため、作業環境測定士(第一種・第二種)については、追加講習の受講が必要である。
- (2) (1)の講習の内容は、概ね次の表のとおりとすべきであり、講習の品質管理の観点から、都道府県労働局長により登録を受けた機関が実施するとともに、修了試験を行うべきである。講師要件については、作業環境測定士に対する講習の講師要件等を踏まえて決定すべきである。
- (3) オキュペイショナル・ハイジニスト<sup>注2</sup>の職務には、個人ばく露測定のデザイン及びサンプリングが含まれるため、デザイン及びサンプリングを行う資格者として認めることが妥当である。
- (4) 事業場に所属する作業環境測定士は、現場の作業内容をよく理解し、作業者とのコミュニケーションが取りやすいため、最も望ましい。これが困難な場合は、均等ばく露作業の特定等の際に作業内容をよく知る化学物質管理者が関与することが望ましい。  
(注1) 作業環境測定法施行規則(昭和50年労働省令第20号)第3条第1項第1号イに規定する個人サンプリング法をいう。  
(注2) 公益社団法人日本作業環境測定協会の認定オキュペイショナルハイジニスト又は国際オキュペイショナル・ハイジニスト協会(IOHA)の国別認証を受けている海外のオキュペイショナル・ハイジニスト若しくはインダストリアルハイジニストの資格を有する者  
[表省略]

### 2 個人ばく露測定のサンプリングのみを行う者の要件等

- (1) 1に掲げる資格者から指示を受けてサンプリングのみを行う者については、サンプリングの実務に必要な知識に関する講習を受講した者を認めるべきである。
- (2) (1)の講習の内容は、概ね次の表のとおりとすべきであり、講習の品質管理の観点から、都道府県労働局長により登録を受けた機関が実施すべきである。講師要件については、作業環境測定士に対する講習の講師要件等を踏まえて決定すべきである。また、幅広い者を養成する観点から、受講資格を設けるべきではなく、修了試験によって修了者の質を担保すべきである。



## 化学物質管理に係る専門家検討会中間取りまとめ

- (3) (1)のサンプリングのみを行う者は、1に掲げる有資格者からの指示<sup>注1</sup>を受けた場合にのみサンプリング実施できる者あり、(1)の資格者単独でサンプリングを実施することはできないことに留意する必要がある。
- (4) なお、測定が終了した試料採取機器の回収・保存、分析機関へ搬送等職務は、1に掲げる資格者が担うべきである<sup>注2</sup>。

(注1) ここでいう指示を元請事業者に属する上記1の資格者が請負事業者に属する上記2の資格者に対して行う場合、適切な請負と判断されるためには、請負事業主が、自己の雇用する労働者の労働力を自ら直接利用すること、業務を自己の業務として契約の相手方から独立して処理することなどの要件を満たすことが必要となる。当該指示が適切な請負の範囲内として認められるかどうかは、「労働者派遣事業と請負による行われる事業との区分に関する基準」(昭和61年労働省告示第37号)に基づき実態に即して判断されることを通達で明確にする。

(注2) 1に掲げる資格者が試料採取機器の回収・保存、搬送等を行う際には、サンプリング中に問題が発生しなかったか等をサンプリングを行った者から直接聴取し、確認することも重要である。

[表省略]

### 3 個人ばく露測定の分析を行う者の要件等

- (1) 分析機器を保有し、それをを用いた精度を担保した分析が可能であるという意味で、第一種作業環境測定士(機関)が最も望ましい。しかし、作業環境測定機関だけでは、分析対応能力が不足する可能性があるため、他法令に基づく測定関係の資格者も分析可能とすべきである。
- (2) これらを踏まえ、分析に関する資格者は、測定対象物質の捕集及び分析に必要な試料採取機器<sup>注1</sup>及び分析機器を有する者であって、次に該当する者とすべきである<sup>注2</sup>。
- ・ 第一種作業環境測定士
  - ・ 作業環境測定機関(当該機関に所属する第一種作業環境測定士が分析を実施する場合に限る。)<sup>注3</sup>
  - ・ 1級化学分析技能士(所属事業場に係る個人ばく露測定における試料の分析に限る<sup>注4,注5</sup>)
- (3) 一つの測定機関(者)が、濃度基準値設定物質(リスクアセスメント対象物)の全てを分析するための分析機器を保有することは困難であるため、分析機関が相互に連携・分担し、多様な化学物質の分析を可能とする仕組みが必要である。

(注1) 試料採取機器は、分析機関がデザイン・サンプリングを行う者に提供(又は指定)することを想定している。試料採取機器により、分析のための前処理が異なるためである。

(注2) 環境計量士(濃度)については、その多くが作業環境測定士の資格を有していることから、実質的に分析業務に参入可能となっている。分析の資格者として法令上明記する必要性については、関係機関と調整する。

(注3) 作業環境測定機関において分析を行う場合は、第一種作業環境測定士に分析を行わせる趣旨である。

(注4) 大手企業の自社の分析部門で分析が可能とすべきであるが、作業環境測定士が所属していない場合、分析を行う者に何らかの資格を求めるという趣旨である。

(注5) 2級及び3級の化学分析技能士は、全ての分析方法に対応できるわけではないため、1級の化学分析技能士の管理下で資格に応じた実施可能な化学分析を行うことができる。

### 4 第三管理区分作業場等における改善措置やリスク低減措置に関する要件

- (1) 個人ばく露測定結果を踏まえた適切な呼吸用保護具の選定や、作業内容の変更に合わせた作業環境改善等を適切に行うため、1の資格者は、作業環境管理専門家又は化学物質管理専門家の資格を有することが望ましい<sup>注1</sup>。
- (2) 作業環境管理専門家又は化学物質管理専門家の資格を有する者により個人ばく露測定のデザインを実施することが困難な場合は、外部の作業環境管理専門家又は化学物質管理専門家<sup>注2</sup>が個人ばく露測定結果の評価に関与することが望ましい。
- (3) 化学物質リスクアセスメント指針及び技術上の指針の改正により、事業者に対し、上記の事項を促すべきである。

(注1) 例えば、作業環境測定士であれば、一定の経験を積み、指定された講習を受講することで、作業環境管理専門家や化学物質管理専門家の資格を得ることができる。

(注2) 健康診断等による対応も考えられる場合は、産業医の意見を聴取する必要がある。

### 第4 今後のスケジュール等

#### 1 個人ばく露測定の精度の担保

- (1) 金属アーク溶接等作業に係る個人ばく露測定は、



特化則において義務付けられていることから、特化則を改正する形で資格者に測定を行わせることを事業者に義務付けるべきである。第三管理区分作業場における個人ばく露測定は、それぞれ、特化則、有機溶剤中毒予防規則（昭和47年労働省令第36号）、鉛中毒予防規則（昭和47年労働省令第37号）及び粉じん障害予防規則（昭和54年労働省令第18号）において規定されているため、これらの規則を改正することで、資格者に個人ばく露測定を行わせることを事業者に義務付けるべきである。

- (2) (1)以外の場合であって、リスクアセスメント対象物を製造・取り扱う作業については、化学物質リスクアセスメント指針、濃度基準値設定物質を製造・取り扱う作業については、技術上の指針において個人ばく露測定を行うことが規定されている。このため、当面、これらの指針を改正し、事業者に対し、個人ばく露測定

を行う場合は、資格者が行うべきであることを規定すべきである。

- (3) これらの指針は、行政指導のための基準であることから、今後、作業環境測定と同様、資格者による個人ばく露測定を義務付ける仕組みを設けるための法令の整備を行うべきである。

## 2 今後のスケジュール等

- (1) 本中間取りまとめは、速やかに公表し、必要な法令改正や関係指針の改正を行うべきである。  
(2) 法令及び指針の改正に当たっては、パブリックコメントにより広く国民の意見を聴取すべきである。

## III 参考資料〔省略〕

※[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_36401.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_36401.html)

# リスクアセスメント対象物健康診断に関するガイドライン

令和5年10月17日

厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課

## 第1 趣旨・目的

本ガイドラインは、労働安全衛生規則等の一部を改正する省令（令和4年厚生労働省令第91号）による改正後の労働安全衛生規則（昭和47年労働省令第32号。以下「安衛則」という。）第577条の2第3項及び第4項に規定する医師又は歯科医師による健康診断（以下「リスクアセスメント対象物健康診断」という。）に関して、事業者、労働者、産業医、健康診断実施機関及び健康診断の実施に関わる医師又は歯科医師（以下「医師等」という。）が、リスクアセスメント対象物健康診断の趣旨・目的を正しく理解し、その適切な実施が図られるよう、基本的な考え方及び留意すべき事項を示したものである。

## 第2 基本的な考え方

リスクアセスメント対象物健康診断のうち、安衛則第577条の2第3項に基づく健康診断（以下「第3項健診」という。）は、有機溶剤中毒予防規則（昭和47年労働省令第36号）第29条に基づく特殊健康診断等のように、特定の業務に常時従事する労働者に対して一律に健康診断の実施を求めるものではなく、事業者による自律的な化学物質管理の一環として、労働安全衛生法（昭和47年法律

第57号）第57条の3第1項に規定する化学物質の危険性又は有害性等の調査（以下「リスクアセスメント」といい、化学物質等による危険性又は有害性等の調査等に関する指針（令和5年4月27日付け危険性又は有害性等の調査等に関する指針公示第4号）に従って実施するものをいう。）の結果に基づき、当該化学物質のばく露による健康障害発生リスク（健康障害を発生させるおそれをいう。以下同じ。）が高いと判断された労働者に対し、医師等が必要と認める項目について、健康障害発生リスクの程度及び有害性の種類に応じた頻度で実施するものである。

化学物質による健康障害を防止するためには、工学的対策、管理的対策、保護具の使用等により、ばく露そのものをなくす又は低減する措置（以下「ばく露防止対策」という。）を講じなければならず、これらのばく露防止対策が適切に実施され、労働者の健康障害発生リスクが許容される範囲を超えないと事業者が判断すれば、基本的にはリスクアセスメント対象物健康診断を実施する必要はない。なお、これらのばく露防止対策を十分に行わず、リスクアセスメント対象物健康診断で労働者のばく露防止対策を補うという考え方は適切ではない。

## 第3 留意すべき事項

# リスクアセスメント対象物健康診断に関するガイドライン

## 1 リスクアセスメント対象物健康診断の種類と目的

### (1) 安衛則第577条の2第3項に基づく健康診断

第3項健診は、リスクアセスメント対象物に係るリスクアセスメントにおいて健康障害発生リスクを評価した結果、その健康障害発生リスクが許容される範囲を超えると判断された場合に、関係労働者の意見を聴き、必要があると認められた者について、当該リスクアセスメント対象物による健康影響を確認するために実施するものである。

なお、リスクアセスメント対象物を製造し、又は取り扱う事業場においては、安衛則第577条の2第1項の規定により、労働者がリスクアセスメント対象物にばく露される程度を最小限度にしなければならないとされており、労働者の健康障害発生リスクが許容される範囲を超えるような状態で、労働者を作業に従事させるようなことは避けるべきであることに留意すること。

### (2) 安衛則第577条の2第4項に基づく健康診断

安衛則第577条の2第4項に基づく健康診断（以下「第4項健診」という。）は、安衛則第577条の2第2項に規定する厚生労働大臣が定める濃度の基準（以下「濃度基準値」といい、労働安全衛生規則第五百七十七条の二第二項の規定に基づき厚生労働大臣が定める物及び厚生労働大臣が定める濃度の基準（令和5年厚生労働省告示第177号。以下「濃度基準告示」という。）に規定する八時間濃度基準値又は短時間濃度基準値をいう。）があるリスクアセスメント対象物について、濃度基準値を超えてばく露したおそれがある労働者に対し、当該リスクアセスメント対象物による健康影響（八時間濃度基準値を超えてばく露したおそれがある場合で急性の健康影響が発生している可能性が低いと考えられる場合は主として急性以外の健康影響（遅発性健康障害を含む。）、短時間濃度基準値を超えてばく露したおそれがある場合は主として急性の健康影響）を速やかに確認するために実施するものである。

なお、安衛則第577条の2第2項の規定により、当該リスクアセスメント対象物について、濃度基準値を超えてばく露することはあってはならないことから、第4項健診は、ばく露の程度を抑制するための局所排気装置が正常に稼働していない又は使用されているはずの呼吸用保護具が使用されていないなど何らかの異常事態が判明した場合及び漏洩事故等により濃度基準値がある物質に大量ばく露した場合など、労働者が濃度基準値を超えて当該リスクアセスメント対象物にばく露したおそれが生じた場合に実施する趣旨であること。

## 2 リスクアセスメント対象物健康診断の実施の要否の判断方法

リスクアセスメント対象物健康診断の実施の要否は、労働者の化学物質のばく露による健康障害発生リスクを評価して判断する必要がある。

### (1) 第3項健診の実施の要否の判断の考え方

第3項健診の実施の要否の判断は、リスクアセスメントにおいて、以下の状況を勘案して、労働者の健康障害発生リスクを評価し、当該労働者の健康障害発生リスクが許容できる範囲を超えるか否か検討することが適当である。

- ・当該化学物質の有害性及びその程度
- ・ばく露の程度（呼吸用保護具を使用していない場合は労働者が呼吸する空気中の化学物質の濃度（以下「呼吸域の濃度」という。）、呼吸用保護具を使用している場合は、呼吸用保護具の内側の濃度（呼吸域の濃度を呼吸用保護具の指定防護係数で除したもの）で表される。以下同じ。）や取扱量
- ・労働者のばく露履歴（作業期間、作業頻度、作業（ばく露）時間）
- ・作業の負荷の程度
- ・工学的措置（局所排気装置等）の実施状況（正常に稼働しているか等）
- ・呼吸用保護具の使用状況（要求防護係数による選択状況、定期的なフィットテストの実施状況）
- ・取扱方法（皮膚等障害化学物質等（皮膚若しくは眼に障害を与えるおそれ又は皮膚から吸収され、若しくは皮膚に侵入して、健康障害を生ずるおそれがあることが明らかな化学物質をいう。）を取り扱う場合、不透性の保護具の使用状況、直接接触するおそれの有無や頻度）

第3項健診の実施の要否を判断するタイミングについて、過去にリスクアセスメントを実施して以降、作業の方法や取扱量等に変化がないこと等から、リスクアセスメントを実施していない場合は、過去に実施したリスクアセスメントの結果に基づき、実施の要否を判断する必要があるので、安衛則第577条の2第11項に基づく記録の作成（同項の規定では、リスクアセスメントの結果に基づき講じたリスク低減措置や労働者のリスクアセスメント対象物へのばく露の状況等について、1年を超えない期間ごとに1回、定期的に記録を作成することが義務づけられている。）の時期に、労働者のリスクアセスメント対象物へのばく露の状況、工学的措置や保護具使用が適正になされているかを確認し、第3項健診の実施の要否を判断することが望ましい。また、過去に一度もリスクアセスメントを実施したことがない場合は、安衛則第577条の2第3項及び第4項の施行後1年以内にリスクアセスメントを実施し、第3項健診の実施の要否を判断することが望ましい。なお、第3項健診の実施の要否を判断したときは、その判断根拠について記録を作成し、保存しておくことが望ましい。

さらに、第3項健診の実施の要否を判断した後も、安衛則第577条の2第11項に基づく記録の作成の時期などを捉え、事業者は、前回のリスクアセスメントを実施した時点の作業条件等から変化がないことを定期的を確認し、作業条件等に変化がある場合は、リスクアセスメントを再実施し、第3項健診の実施の要否を判断し直すこと。

(注1) 以下のいずれかに該当する場合は、健康障害発生リスクが高いことが想定されるため、健康診断(①及び②については、経気道ばく露を想定しているため、歯科医師による健康診断を含むが、③及び④については、皮膚へのばく露を想定しているため、歯科医師による健康診断は含まない。)を実施することが望ましい。

① 濃度基準値がある物質について、労働者のばく露の程度が第4項健診の対象とならないものであっても、八時間濃度基準値を超える短時間ばく露が1日に5回以上ある場合等、濃度基準告示第3号に規定する努力義務を満たしていない場合

② 濃度基準値がない物質について、以下に掲げる場合を含めて、工学的措置や呼吸用保護具でのばく露の制御が不十分と判断される場合

ア リスク低減措置(リスクアセスメントを実施し、その結果に基づき講じられる労働者の危険又は健康障害を防止するための必要な措置をいう。以下同じ。)としてばく露の程度を抑制するための工学的措置が必要とされている場合に、当該措置が適切に稼働していない(局所排気装置が正常に稼働していない等)場合

イ リスク低減措置として呼吸用保護具の使用が必要とされる場合に、呼吸用保護具を使用していない場合

ウ リスク低減措置として呼吸用保護具を使用している場合に、呼吸用保護具の使用方法が不適切で要求防護係数を満たしていないと考えられる場合

③ 不浸透性の保護手袋等の保護具を適切に使用せず、皮膚吸収性有害物質(皮膚から吸収され、又は皮膚に侵入して、健康障害を生ずるおそれがあることが明らかな化学物質をいう(皮膚吸収性有害物質の一覧については、皮膚等障害化学物質等に該当する化学物質について(令和5年7月4日付け基発0704第1号)を参照のこと。))以下同じ。))に直接触れる作業を行っている場合

④ 不浸透性の保護手袋等の保護具を適切に使用せず、皮膚刺激性有害物質(皮膚又は眼に障害を与えるおそれのある化学物質をいう(皮膚刺激性有害物質を含めた一覧については、厚生労働省の

ホームページに掲載の「皮膚等障害化学物質(労働安全衛生規則第594条の2(令和6年4月1日施行))及び特別規則に基づく不浸透性の保護具等の使用義務物質リスト」([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000099121\\_00005.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000099121_00005.html))を参照のこと。))以下同じ。))に直接触れる作業を行っている場合

⑤ 濃度基準値がない物質について、漏洩事故等により、大量ばく露した場合

(注) この場合、まずは医師等の診察を受けることが望ましい。

⑥ リスク低減措置が適切に講じられているにもかかわらず、当該化学物質による可能性がある体調不良者が出るなど何らかの健康障害が顕在化した場合(注2) 濃度基準値がないリスクアセスメント対象物には、発がんが確率的影響であることから、長期的な健康影響が発生しない安全な閾値である濃度基準値を定めることが困難なため濃度基準値を設定していない発がん性物質も含まれており、このような遅発性の健康障害のおそれがある物質については、過去の当該物質のばく露履歴(ばく露の程度、ばく露期間、保護具の着用状況等)を考慮し、リスクアセスメント対象物健康診断の実施の要否について検討する必要がある。

(注3) 濃度基準値がないリスクアセスメント対象物には、職業性ばく露限界値等(日本産業衛生学会の許容濃度、米国政府労働衛生専門家会議(ACGIH)のばく露限界値(TLV-TWA)等をいう。以下同じ。)は設定されているが濃度基準値が検討中であり、そのため濃度基準値が設定されていない物質も含まれている。当該物質については、濃度基準値が設定されるまでの間は、職業性ばく露限界値等を参考にリスクアセスメントを実施することが推奨されている(労働安全衛生規則等の一部を改正する省令等の施行について(令和4年5月31日付け基発0531第9号)第4の7)ため、リスクアセスメント対象物健康診断の実施の要否の判断においては、当該職業性ばく露限界値等を超えてばく露したおそれがあるか否かを判断基準とすることが望ましい。

(注4) リスクアセスメント対象物健康診断のうち、歯科領域に係るものについては、歯科領域への影響について確立されたリスク評価手法が現時点ではないこと、歯科領域のリスクアセスメント対象物健康診断の対象である5物質(クロルスルホン酸、三臭化ほう素、5,5-ジフェニル-2,4-イミダゾリジジオン、臭化水素及び発煙硫酸)については、歯科領域への影響がそれ以外の臓器等への健康影響よりも低い濃



## リスクアセスメント対象物健康診断に関するガイドライン

度で発生するエビデンスが明確ではないことから、歯科領域以外の健康障害発生リスクの評価に基づいて行われるリスクアセスメント対象物健康診断の実施の要否の判断に準じて、歯科領域に関する検査の実施の要否を判断することが適切である。

- (注5) 健康診断の実施の要否の判断に際して、産業医を選任している事業場においては、必要に応じて、産業医の意見を聴取すること。産業医を選任していない小規模事業場においては、本社等で産業医を選任している場合は当該産業医、それ以外の場合は、健康診断実施機関、産業保健総合支援センター又は地域産業保健センターに必要に応じて相談することも考えられる。その際、これらの者が事業場のリスクアセスメント対象物に関する状況を具体的に把握した上で助言ができるよう、事業場において使用している化学物質の種類、作業内容、作業環境等の情報を提供すること。
- (注6) 同一の作業場所で複数の事業者が化学物質を取り扱う作業を行っている場合であって、作業環境管理等を実質的に他の事業者が行っている場合等においては、作業環境管理等に関する情報を事業者間で共有し、連携してリスクアセスメントを実施するなど、健康診断の実施の要否を判断するための必要な情報収集において、十分な連携を図ること。

### (2) 第4項健診の実施の要否の判断の考え方

第4項健診については、以下のいずれかに該当する場合は、労働者が濃度基準値を超えてばく露したおそれがあることから、速やかに実施する必要がある。

- ・リスクアセスメントにおける実測（数理モデルで推計した呼吸域の濃度が濃度基準値の2分の1程度を超える等により事業者が行う確認測定（化学物質による健康障害防止のための濃度の基準の適用等に関する技術上の指針（令和5年4月27日付け技術上の指針公示第24号）の濃度を含む。）、数理モデルによる呼吸域の濃度の推計又は定期的な濃度測定による呼吸域の濃度が、濃度基準値を超えていることから、労働者のばく露の程度を濃度基準値以下に抑制するために局所排気装置等の工学的措置の実施又は呼吸用保護具の使用等の対策を講じる必要があるにも関わらず、以下に該当する状況が生じた場合
- ① 工学的措置が適切に実施されていない（局所排気装置が正常に稼働していない等）ことが判明した場合
- ② 労働者が必要な呼吸用保護具を使用していないことが判明した場合
- ③ 労働者による呼吸用保護具の使用方法が不適切で要求防護係数が満たされていないと考えられ

る場合

- ④ その他、工学的措置や呼吸用保護具でのばく露の制御が不十分な状況が生じていることが判明した場合
- ・漏洩事故等により、濃度基準値がある物質に大量ばく露した場合
- (注) この場合、まずは医師等の診察を受けることが望ましい。

### 3 リスクアセスメント対象物健康診断を実施する場合の対象者の選定方法等

#### (1) 対象者の選定方法

リスクアセスメント対象物健康診断を実施する場合の対象者の選定は、個人ごとに健康障害発生リスクの評価を行い、個人ごとに健康診断の実施の要否を判断することが原則であるが、同様の作業を行っている労働者についてはまとめて評価・判断することも可能である。また、漏洩事故等によるばく露の場合は、ばく露した労働者のみを対象者としてよいこと。

なお、安衛則第577条の2第3項に規定される「リスクアセスメント対象物を製造し、又は取り扱う業務に常時従事する労働者」には、当該業務に従事する時間や頻度が少なくとも、反復される作業に従事している者を含むこと。

#### (2) 労働者に対する事前説明

リスクアセスメント対象物健康診断は、検査項目が法令で定められていないことから、当該健康診断を実施する際には、当該健康診断の対象となる労働者に対し、設定した検査項目について、その理由を説明することが望ましい。なお、労働者に対する説明は、労働者に対する口頭やメールによる通知のほか、事業場のイントラネットでの掲載、パンフレットの配布、事業場の担当窓口の備付け、掲示板への掲示等があり、労働者本人に認識される合理的かつ適切な方法で行う必要があること。

また、リスクアセスメント対象物健康診断は、健康障害の早期発見のためにも、実施が必要な労働者は受診することが重要であるから、事業者は関係労働者に対し、あらかじめその旨説明しておくことが望ましい。ただし、事業者は、当該健康診断の対象となる労働者が受診しないことを理由に、当該労働者に対して不利益な取扱いを行ってはならない。

### 4 リスクアセスメント対象物健康診断の実施頻度及び実施時期

#### (1) 第3項健診の実施頻度

第3項健診の実施頻度は、健康障害発生リスクの程度に応じて、産業医を選任している事業場においては産業医、選任していない事業場においては医師等の意見



に基づき事業者が判断すること。具体的な実施頻度は、例えば以下のように設定することが考えられる。

- ① 皮膚腐食性／刺激性、眼に対する重篤な損傷性／眼刺激性、呼吸器感作性、皮膚感作性、特定標的臓器毒性（単回ばく露）による急性の健康障害発生リスクが許容される範囲を超えると判断された場合：6月以内に1回（ばく露低減対策を講じても、健康障害発生リスクが許容される範囲を超える状態が継続している場合は、継続して6月以内ごとに1回実施する必要がある。）
- ② がん原性物質（労働安全衛生規則第五百七十七条の二第三項の規定に基づきがん原性がある物として厚生労働大臣が定めるもの（令和4年厚生労働省告示第371号）により、がん原性があるものとして厚生労働大臣が定めるものをいう。以下同じ。）又は国が行うGHS分類の結果、発がん性の区分が区分1に該当する化学物質にばく露し、健康障害発生リスクが許容される範囲を超えると判断された場合：業務におけるばく露があり、健康障害発生リスクが高い労働者を対象とすることから、がん種によらず1年以内ごとに1回（ばく露低減対策により健康障害発生リスクが許容される範囲を超えない状態に改善した場合も、産業医を選任している事業場においては産業医、選任していない事業場においては医師等の意見も踏まえ、必要な期間継続的に実施することを検討すること。）
- ③ 上記①、②以外の健康障害（歯科領域の健康障害を含む。）発生リスクが許容される範囲を超えると判断された場合：3年以内ごとに1回（ばく露低減対策により健康障害発生リスクが許容される範囲を超えない状態に改善した場合も、産業医を選任している事業場においては産業医、選任していない事業場においては医師等の意見も踏まえ、必要な期間継続的に実施することを検討すること。）

## (2) 第4項健診の実施時期

なお、第4項健診は、濃度基準値を超えてばく露したおそれが生じた時点で、事業者及び健康診断実施機関等の調整により合理的に実施可能な範囲で、速やかに実施する必要があること。また、濃度基準値以下となるよう有効なリスク低減措置を講じた後においても、急性以外の健康障害（遅発性健康障害を含む。）が懸念される場合は、産業医を選任している事業場においては産業医、選任していない事業場においては医師等の意見も踏まえ、必要な期間継続的に健康診断を実施することを検討すること。

## 5 リスクアセスメント対象物健康診断の検査項目

### (1) 検査項目の設定に当たって参照すべき有害性情報 リスクアセスメント対象物健康診断を実施する医師等

は、事業者からの依頼を受けて検査項目を設定するに当たっては、まず濃度基準値がある物質の場合には濃度基準値の根拠となった一次文献における有害性情報（当該有害性情報は、厚生労働省ホームページに順次追加される「化学物質管理に係る専門家検討会報告書」から入手可能）を参照すること。それに加えて、濃度基準値がない物質も含めてSDSに記載されたGHS分類に基づく有害性区分及び有害性情報を参照すること。

その際、GHS分類に基づく有害性区分のうち、以下のア～エに掲げるものについては、以下のとおりの取扱いとすること。

#### ア 急性毒性

GHS分類における急性毒性は定期的な検査にないまじないため、急性の健康障害に関する検査項目の設定は、特定標的臓器毒性（単回ばく露）、皮膚腐食性／刺激性、眼に対する重篤な損傷性／眼刺激性、呼吸器感作性、皮膚感作性等のうち急性の健康影響を参照すること。

#### イ 生殖細胞変異原性及び誤えん有害性

検査項目の設定が困難であることから、検査の対象から除外すること。

#### ウ 発がん性

検査項目の設定のためのエビデンスが十分でないがん種については、対象から除外すること。

#### エ 生殖毒性

職業ばく露による健康影響を確認するためのスクリーニング検査の実施方法が確立していないことから、生殖毒性に係る検査は一般的には推奨されない。なお、生殖毒性に係る検査を実施する場合は、労働者に対する身体的・心理的負担を考慮して検査方法を選択するとともに、業務とは直接関係のない個人のプライバシーに留意する必要があることから、労使で十分に話し合うことが重要であること。

歯科領域のリスクアセスメント対象物健康診断は、GHS分類において歯科領域の有害性情報があるもののうち、職業性ばく露による歯科領域への影響が想定され、既存の健康診断の対象となっていないクロルスルホン酸、三臭化ほう素、5,5-ジフェニル-2,4-イミダゾリジジオン、臭化水素及び発煙硫酸の5物質を対象とすること。歯科領域での検査項目の設定においては、まずは現時点でのGHS分類において記載のある歯牙及び歯肉を含む支持組織への影響を考慮することとする。

### (2) 検査項目の設定方法

リスクアセスメント対象物健康診断を実施する医師等は、検査項目を設定するに当たっては、以下の点に留意すること。

#### ① 特殊健康診断の一次健康診断及び二次健康診

## リスクアセスメント対象物健康診断に関するガイドライン

断の考え方を参考としつつ、スクリーニング検査として実施する検査と、確定診断等を目的とした検査との目的の違いを認識し、リスクアセスメント対象物健康診断としてはスクリーニングとして必要と考えられる検査項目を実施すること。

- ② 労働者にとって過度な侵襲となる検査項目や事業者にとって過度な経済的負担となる検査項目は、その検査の実施の有用性等に鑑み慎重に検討、判断すべきであること。

以上を踏まえ、具体的な検査項目の設定に当たっては、以下の考え方を参考とすること。

### (ア) 第3項健診の検査項目

業務歴の調査、作業条件の簡易な調査等によるばく露の評価及び自他覚症状の有無の検査等を実施する。必要と判断された場合には、標的とする健康影響に関するスクリーニングに係る検査項目を設定する。

### (イ) 第4項健診の検査項目

「八時間濃度基準値」を超えてばく露した場合で、ただちに健康影響が発生している可能性が低いと考えられる場合は、業務歴の調査、作業条件の簡易な調査等によるばく露の評価及び自他覚症状の有無の検査等を実施する。ばく露の程度を評価することを目的に生物学的ばく露モニタリング等が有効であると判断される場合は、その実施も推奨される。また、長期にわたるばく露があるなど、健康影響の発生が懸念される場合には、急性以外の標的影響（遅発性健康障害を含む。）のスクリーニングに係る検査項目を設定する。

「短時間濃度基準値（天井値を含む。）」を超えてばく露した場合は、主として急性の影響に関する検査項目を設定する。ばく露の程度を評価することを目的に生物学的ばく露モニタリング等が有効であると判断される場合は、その実施も推奨される。

### (ウ) 歯科領域の検査項目

スクリーニングとしての歯科領域に係る検査項目は、歯科医師による問診及び歯牙・口腔内の視診とする。

## 6 配置前及び配置転換後の健康診断

リスクアセスメント対象物健康診断には、配置前の健康診断は含まれていないが、配置前の健康状態を把握しておくことが有意義であることから、一般健康診断で実施している自他覚症状の有無の検査等により健康状態を把握する方法が考えられる。

また、化学物質による遅発性の健康障害が懸念される場合には、配置転換後であっても、例えば一定期間経過後等、必要に応じて、医師等の判断に基づき定期的に健康診断を実施することが望ましい。配置転換後に健康診断を実施したときは、リスクアセスメント対象物健

康診断に準じて、健康診断結果の個人票を作成し、同様の期間保存しておくことが望ましい。

## 7 リスクアセスメント対象物健康診断の対象とならない労働者に対する対応

リスクアセスメント対象物健康診断の対象とならない労働者としては、以下が挙げられる。

- ① リスクアセスメント対象物以外の化学物質を製造し、又は取り扱う業務に従事する労働者
- ② リスクアセスメント対象物に係るリスクアセスメントの結果、健康障害発生リスクが許容される範囲を超えないと判断された労働者

これらの労働者については、安衛則第44条第1項に基づく定期健康診断で実施されている業務歴の調査や自他覚症状の有無の検査において、化学物質を取り扱う業務による所見等の有無について留意することが望ましい。また、労働者について業務による健康影響が疑われた場合は、当該労働者については早期の医師等の診察の受診を促し、②の労働者と同様の作業を行っている労働者については、リスクアセスメントの再実施及びその結果に基づくリスクアセスメント対象物健康診断の実施を検討すること。

なお、これらの対応が適切に行われるよう、事業者は定期健康診断を実施する医師等に対し、関係労働者に関する化学物質の取扱い状況の情報を提供することが望ましい。また、健康診断を実施する医師等が、同様の作業を行っている労働者ごとに自他覚症状を集団的に評価し、健康影響の集積発生や検査結果の変動等を把握することも、異常の早期発見の手段の一つと考えられる。

## 8 リスクアセスメント対象物健康診断の費用負担

リスクアセスメント対象物健康診断は、リスクアセスメント対象物を製造し、又は取り扱う業務による健康障害発生リスクがある労働者に対して実施するものであることから、その費用は事業者が負担しなければならないこと。また、派遣労働者については、派遣先事業者がリスクアセスメント対象物健康診断の実施義務があることから、その費用は派遣先事業者が負担しなければならないこと。

なお、リスクアセスメント対象物健康診断の受診に要する時間の賃金については、労働時間として事業者が支払う必要があること。

## 9 既存の特殊健康診断との関係について

特殊健康診断の実施が義務づけられている物質及び安衛則第48条に基づく歯科健康診断の実施が義務づけられている物質については、リスクアセスメント対象物健康診断を重複して実施する必要はないこと。

# メンタル労災認定・ハラスメント対策ほっとライン

全国●10.9～10 全国9か所のポイントで実施「実施案内」

## はじめに

9月1日、厚生労働省は精神障害の労災認定基準を約12年ぶりに改正しました。職場のストレスを例示した「業務による心理的負荷評価表」を拡充したもので、カスタマーハラスメント、性的指向などの差別が加えられたことは、以前から報道されています。実は、この間の労災判例（労基署が業務外としたが裁判所は労災と認めた）等を参考にしたもので、画期的な大改正です。労災認定は難しいと、請求そのものをあきらめてしまっている被災者は少なくありません。あるいは労災が不支給になってしまい、裁判はおろか審査請求すらしない人も多いでしょう。

「働き方改革」関連法が施行されてから数年が経過しています。人手不足もあって、一部の企業では働きやすい職場づくりが進められています。一方で、相変わらず職場のハラスメント相談は後を絶ちません。そして、被害者が相談してもまったく改善しなかった、相談することもなく退職を余儀なくされたといった実態は、自衛隊のセクハラ問題に限りません。やはり一般的な相談ではなく、労働組合に加入して、会社の責任で対応、再発防止を要求していく必要があります。労災請求するにしても、労働時間やハラスメントの事実関係の認定については、労働基準監督署に任せるのではなく、職場の同僚などの協力が非常に重要です。

## 1 どこが画期的な大改正なのか？

### ① ハラスメントが「強」に位置付けられた！

これまでは、職場でハラスメントに遭ったとして労災請求しても、「パワーハラスメント」の内容が限定的で、「ひどいじめ・嫌がらせを受けた」と同じよう

な、暴行や人格否定発言がなければ、むしろ「上司とのトラブル」と決めつけられていることが多いのが実態です。そして、「ひどいじめ・嫌がらせ」の基本的な評価は「強」なのですが、「上司とのトラブル」は「中」です。つまり、労災になる可能性は非常に低くなります。厚生労働省が毎年発表している、出来事別の請求と支給決定件数を比較すれば明らかです。

改正された認定基準では、心理的負荷評価表の「パワーハラスメントを受けた」という項目で、ハラスメントの6類型（人格否定発言、強い叱責、仲間外れ、過大な要求、過少な要求、プライバシー侵害）や性的指向・性自認に関する精神的攻撃が心理的負荷評価表に加われました。労働基準監督署は、トラブルではなく、あくまでもハラスメントとして調査をすることになります。

### ② 既往症があってもOK＝発症後の出来事も調査対象に！

これまでは精神障害の既往症があった場合には、悪化する6か月以内に「特別な出来事」（生死にかかわる労災、レイプ、1か月に160時間を超えるような長時間労働）がなければ、労災認定されませんでした。ところが、今回の改正で、「業務による強い心理的負荷」があれば、「悪化した部分について」労災認定することになったのです。つまり、治療しながら働いていた被災者が、職場のストレス等で働けなくなってしまった場合、働けるようになるまでは労災として認めるということです。

この改正の影響は既往症があった場合には限りません。精神障害を発症して、ただちに医療機関にかかる人は多くありません。職場のストレスでしんどい思いをしながらも、生活のため、会社のために、休まないで必死で働く労働者がほとんどです。



病識のないことも少なくありません。そうした被災者が、上司からの退職勧奨やハラスメントを受けて、いよいよ働けなくなってから、初めて医療機関にかかるのです。それで労災請求すると、労働基準監督署は、発症時期を特定することになります。本人は当然正直に、実は半年ほど前から眠れなくて大変で時々遅刻してしまって叱責されて…などと、主治医や監督署の調査で言うと、発症は半年前となってしまう、その後の6か月間に起きたこと、多くの場合最後のダメ押しとなった出来事すら、まったく調査の対象にならないのです。

今回の改正で、発症は6か月前としても、それが悪化したという視点から、休業前6か月の出来事が調査対象となり、休業が必要な期間だけは支給される可能性が大きくなりました。

### ③ 新型コロナなど感染症等のリスクを心理的負荷として明記

心理的負荷評価表に「感染症等の病気や事故の危険性が高い業務に従事した」という出来事が加わりました。「強」となる例としては、「新興感染症の感染の危険性が高い業務等に急遽従事することとなり、防護対策も試行錯誤しながら実施する中で、施設内における感染等の被害拡大も生じ、死の恐怖等も感じつつ業務を継続した」と記されています。実際新型コロナ感染症の拡大に伴って、多くの医療・福祉労働者が大きなストレスにさらされたことは周知の事実です。

厚生労働省が毎年発表している精神障害の労災認定件数を見ると、元々医療・福祉労働者の請求件数は多かったのですが、明らかに新型コロナ感染症の感染拡大以降、少なくとも請求件数が急増しています。2018年度（平成30年度）の請求件数が320件で支給決定件数が70件、2019年度（令和元年度）の請求が426件で、支給決定件数は78件でした。2020年度（令和2年度）には請求件数が488件で、支給決定件数が148件となりました。その後も2021年度（令和3年度）は請求件数577件で、支給決定件数142件、2022年度（令和4年度）は請求件数624件で支給決定件数164件です。必ずしも業務上認定されるとは限らないようですが、多くの医療・福祉労働者の精神的負担が大きくなって

いることは間違いのないでしょう。

### ④ 安易な労災打ち切りを否定、職場・社会復帰の促進

改正通達では、「第7 療養及び治ゆ」について、「精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会報告書（令和5年7月）」の「療養及び治癒について」（33～34頁）を大幅にそのまま引用しています。その中で、当センターが徹底的に批判した部分が、通達には引用されませんでした。それは、「…職場復帰が可能とならない場合も含め、医学的知見を踏まえ、療養開始から1年6か月～3年経過した時点で、主治医の意見を踏まえつつ、専門医にも症状固定の有無等に係る医学的判断を求め、個別にその状況を確認していくことも重要である。」という部分です。

実際には1年程度で突然補償を打ち切られる被災者もいれば、5年、10年以上と、療養が長期にわたっている被災者がいます。必要なのは上記のようなスクーリングではなくて、職場ないし社会への復帰を促進することです。治療が長くなって苦しいのは、労災保険財政や医師ではなくて、本人や家族です。「専門医」は医師である以上、症状固定の判断ではなくて、むしろ必要な治療のアドバイスをするべきです。

そして、上記報告書では、「在職中の労働者の円滑な職場復帰については、これを支援する事業主の取組も極めて重要である。療養を継続しながら就労することが可能と医師が認める被災労働者の社会復帰を促進する体制整備が重要であり、今後、医療機関及び関係行政機関等との連携等、被災労働者の社会復帰支援に関する取組を引き続き検討していくことが必要と考える」（報告書34頁）。としています。労災認定基準＝補償に関する専門検討会が、社会復帰支援の重要性を指摘していることは、注目すべきことです。

## 2 ハラスメント相談、職場復帰・改善は一人でも入れる労働組合へ

職場のハラスメント相談が高止まり状態です。厚生労働省が行っている総合労働相談で、「民事上の個別労働紛争」の27万2185件のうち、「いじめ・



嫌がらせ」が6万9932件(21.1%)と、ずっと第1位です。他の行政機関や当センターやユニオンの相談でも、同じような傾向が続いています。

加害者に責任があることは言うまでもありません。しかしながらそれを放置、時には助長するような職場環境、労働条件そのものを原因があることも少なくありません。ハラスメントについては、相談体制の整備しか法的な義務がありませんし、それが十分に機能していないからこそ、行政機関等への相談件数が減らないのです。やはり、解決にはきちんとした労使交渉が必要であり、有効です。

### 3 相談すれば道は開ける！事例紹介

#### ① 労災認定で不当解雇を撤回、9年ぶりの職場復帰を実現

大手電機メーカーの研究所で働いていたAさん。上司から長時間叱責を受けたり、夜中にもメールが来て、なぜ返事をしないのかなど問い詰められるなど、過重労働が続きました。産業医の勧めもあって精神科を受診したところ、うつ病と診断され休業を余儀なくされました。労災請求中に、会社は休職期間満了で解雇を予告。「規則だから仕方がない」という労働組合を脱退して、ユニオンに加入しました。会社は労災と認めず、いったんは解雇されましたが、労災認定を勝ち取り、ただちに撤回させました。

それでも会社は、ハラスメントは確認できなかった、職場にいたのは事実だが、あくまでも自己啓発時間であるなどと主張。代理人弁護士は、「これからは成果で賃金を払う時代だ」、「本当に病気なのか」などの暴言を吐くなどしました。しかしながら粘り強い交渉を重ねた結果、労働時間管理のあり方の改善やハラスメント事案の全社への通知などを実現しました。そして、いよいよ今年の4月、9年ぶりに職場復帰。今のところ、主にオンラインによる遠隔地勤務ですが、元気に働いています。なお、会社には損害賠償も請求中です。

#### ② 上司のパワハラで休業した営業職員が早期職場復帰

大手生命保険会社で働く営業職のBさん。出産、育休も経て10年余り働いてきました。ところが営

業所の上司からハラスメントを受けるようになりました。支社の上司に相談をしたのですが、何もしてくれません。精神的にまいってしまい、休業を余儀なくされました。

Bさんは、インターネットでいろいろ調べて、センターに相談。医療機関を受診し、病気休職に入りました。幸い症状は軽かったため、事実関係の調査や上司の処分も含む、一日も早い職場復帰を目指す交渉を開始しました。

会社の調査の結果ハラスメントが明らかになったため、上司を異動するなどの措置を講じました。Bさんは約10か月後に職場復帰を実現し、今も元気に働いています。

#### ③ サポートのない業務、同僚の退職、長時間の叱責を軽視され労災不支給。労災審査請求と解雇無効の裁判へ

人事・総務の仕事は幅広いものです。中小企業では一人何役もこなすとはいえ、採用時に聞いていない仕事をいろいろすることになりました。とくにメンタル不調の社員への対応はとても難しいものです。Cさんは以前の会社での経験も活かして努力しましたが、まったくサポートがありません。同時期に入った同僚がやめてしまい、さらに対応をめぐる、長時間かつ理不尽な叱責を受けて、体調を崩してしまいました。労災請求したのですが、業務量にさほど変化はない=弱、上司とのトラブルも大したことではない=弱と決めつけられて不支給となりました。会社からも解雇されました。Cさんは、一人でも入れる労働組合の支援も受けて、解雇無効の裁判と、労災保険の審査請求中です



主催：全国労働安全衛生センター連絡会議メンタルヘルス・パワーハラスメント対策局

協力：コミュニティ・ユニオン全国ネットワーク、札幌地域労組、下町ユニオン、よこはまシティユニオン、山梨ユニオン、ユニオンみえ、名古屋ふれあいユニオン、名古屋シティユニオン、愛知働くもののいのちと健康を守るセンター、きょうとユニオン、なにわユニオン、ひょうごユニオン、NPOひょうご働く人の相談室、おかやま労働安全センター、ユニオンおかやま、スクラムユニオン・ひろしま、連合福岡ユニオンなど

# メンタル労災認定・ハラスメント対策ほっとライン

## 全国●2日間で217件の相談「職場環境が害されている」現状改善へ

全国安全センターのハラスメント部会が中心となり、例年「ハラスメントほっとライン」を取り組んでいる。昨年は、10月10日の世界メンタルヘルスデーに合わせて、コミュニティ・ユニオン全国ネットワークの皆さんにも協力いただき、全国11か所に相談窓口を開設し、97件の相談を受けた。今年も9月1日に厚生労働省が精神障害の労災認定基準を改正したこともあり、「職場のメンタル労災相談・ハラスメント対策ほっとライン」と題して、10月9日から10日にかけてホットラインを開設した。今年もコミュニティ・ユニオン全国ネットワークとの共催で、全国9か所（札幌・東京・山梨・名古屋・大阪・神戸・岡山・広島・福岡）に相談ポイントを設けた。相談件数は全国で217件であった。

### フリーダイヤルを活用

全国安全センターは、ホットライン開設に向けて、10月3日に厚生労働省の記者クラブにおいて会見を行った。また、各地でもマスコミへの周知が行なわれ、全国紙の地域版や地方紙、テレビ・ラジオ・ネットでもホットラインの取り組みが紹介された。

また今回の相談受付は、全国安全センターが開設しているフリーダイヤル（0120-631-202 ローサイSOS）を活用した。このフリーダイヤルの番号が全国放送で流れたこともあり、テレビの放送直後から各地の相談窓口には電話が相次いだ。相談件数は、東京が67件、山梨が3件、名古屋が28件、大阪が46件、神戸が49件、岡山が13件、広島が7件、福岡が4件であった。相談件数が昨年より倍増した要因として、フリーダイヤルの活用と全国放送の影響が大きいと考えられる。

### 相談の傾向

相談受付表に記載されている記録をもとに相談者の傾向をみると、まず性別では、男性が98名、女性が104名となっており、ほぼ倍数であった。

相談のきっかけについては、新聞が12名、テレビが145名、その他が23名となっており、圧倒的にテレビ報道を観たことが相談の契機となっていることがわかる。

年代別に見ると、29歳以下が5名、30代が10名、40代が21名、50代が34名、60歳以上が44名となっており、50代以上の方からの相談が多かった。2022年度の精神障害の労災請求件数では、29歳以下は583件、30代は600件、40代は779件、50代は584件、60歳以上は137件となっている。ホットラインに若い世代からの相談が少なかったのは、前述した相談のきっかけとも関連するが、ウェブを通じてホットラインの取り組みが情報として十分に届いていないことが原因ではないだろうか。

雇用形態別にみると、正規社員が74名、非正規社員が48名、その他が6名であった。相談者の職種は様々であったが、仕事内容を分類すると、製造業・作業員が29名、小売・サービス業が21名、事務職が19名、福祉・施設関係が18名、教育・学校が16名、運輸・物流が11名、指導員・講師が10名、建設業が7名、病院・看護師が6名、公務員が6名であった。

そして、ハラスメントの行為者については、上司が62名、同僚が32名、社長・所長・理事長・校長が20名、先輩が8名、委託先・顧客が4名、正社員が2名であった。行為者が、社長・所長・理事長・校長といった事業場のトップの場合、相談内容の詳細を確認するとすでに「退職」を選択されている方が多く、対応の困難さがうかがえる。また、同僚や先輩が行為者と訴える相談も多く、無視・仲間はず

れ・陰口・仕事を教えない・殴る・蹴る・怒鳴る…といった相談内容からも、職場の人間関係がいびつになっていることがうかがえる。

### ハラスメントの行為類型

職場におけるハラスメントは様々な事例が起きていますが、相談内容を6つの類型に分類すると、①身体的な攻撃 13件、②精神的な攻撃 91件、③人間関係からの切り離し 14件、④過大な要求 27件、⑤過小な要求 7件、⑥個の侵害 11件であった。類型の分類は相談スタッフの判断によるもので、類型に分類できない相談や、複数の類型に該当する相談もあった。

いわゆる「パワハラ防止法」では、①優越的な関係を背景とした言動であり、②業務上必要かつ相当な範囲を超えたものであり、③労働者の就業環境が害される、3要素をすべて満たすものと定義されている。先ほど相談内容を6類型に分類したが、実際には「パワハラ防止法」の定義には該当しないと思われる事例が多くあった。

しかし、多くの相談は、人権を侵害する行為であり、職場のギスギスした人間関係や雇用形態の多様化を要因とした、「就業環境が害される」内容であった。

### 相談内容から見えてくる職場実態

具体的な相談内容について紹介する。

- 息子が、上司の気分で丸刈りにされた。翌日には新品のYシャツのボタンを全部ちぎられた。
- 上司から暴行を受け、精神障害に罹患。電話をかけてもガチャ切りされ、暴言を受けている。
- 社長、上司から食堂で首根っこをつかまれて壁にぶつけられ、何年も前のことの文句を言われた。
- 10年ほど前に勤めていた会社で、同僚からパカと言われ続け、ハンマーで殴られた。その時に統合失調症になり、今も体調が優れず働けない。
- 仕事で失敗すると、頭を叩かれたり膝を蹴られたりした。仕事で手取取っていると、「いつまでやってんだ」と怒鳴られた。
- こめかみをつかまれ倒され、暴力を振るわれ失神

した。会社に訴えたが、病院から診断書をもってこいと求められ、相談したがかたちだけの対応だった。被害届は出していない。

- 年下の上司から「年くってるな」「自分で考えろ」「おかしいから黙ってろ」等の暴言を受けてる。
- 入社したが、研修、仕事のマニュアルない。仕事内容を確認すると「自分で考えろテメェー」といわれた。
- 塾の経営者が生徒の前で怒鳴り散らす。理不尽で高圧的な対応。
- 過去に自分が備品を盗んだと職場でうわさされ、会うたびに「どろぼう」などと暴言を言われる。この状態が3年間続いている。
- 同僚たちが、自分の一挙一投足を、自分に聞こえるようにとりあげて話している。
- 月126時間の時間外労働。夜、職場3名から叱責メールを受信し卒倒した。その後、発作的にペランダから身投げをした。
- 2023年2月末、タワークレーンから柱が務下し、ヘルメットが大破するほどの事故に遭い、現在8か月目の療養中。会社の上司から、「いつまで休んでいるのか」と出勤を強いられるようになってきた。
- 他の社員がいる事務所で、大声で怒鳴られたり、机を叩かれたりした。2023年1月に病院に行き、適応障害と診断されたが、我慢して会社に通っている。
- 「坊主になれ」「養老の滝に行け」「何でお前が課長なんだ」と同僚に言われた暴言等が忘れられず、うつ状態。
- 教務主任が口をきいてくれない。指示を紙で出される。A4の紙に赤ペンで、何枚も机に貼られる。また、資料を机の上に山積みされる。教頭に相談したが、何もしてくれない。
- 食品売り場で主任から、お客様がいる前で大声でどなられ、「自分が来るまでに商品を陳列しておけ」と感情的に言われ、不安障害となった。
- 1か月社内研修吾をけ派遣先に配属された。派遣先の女性社員から「これと同じようにやれ」と指示を受け、やって間違えたら「これくらいできるでしょう」「研修でやったでしょう」とか「マニュアルに出ているでしょう」と言われる。マニュアルを



調べたが載っていなかった。

- 事務職として雇われたが、突然、新部署が作られ自分一人だけが配属となった。社長から、お前は仕事をしていない等と言われ、研修と称して1時間ほどつるし上げをくらった。仕事がなく、会社の掃除をしていたら、余計に社長から不評をかった。
- 嫌がらせ（制服があちこちに移動されている）を受けた。会社に訴えたが、「誰がやったかわからない。勘違いでないか」と言われた。その件を外部の相談窓口（カウンセラー）に電話したことが本部長に知られ「会社の悪口を言っており、規約に反する行為だ」と言われた。さらに係長との面談において、「なんだその態度は」等と恫喝を受け、その後、配置転換させられた。
- 前任者から2週間程度で仕事の引き継ぎを受けたが、前任者は辞めて、自分一人でこの業務をやることになった。仕事で失敗するとすべて自分の責任にされたり、業務量が多くて残業すると、どんな仕事のやりかたをしてるんだと叱責されたりする。
- 就職して2年間の平社員を経た後、3年目で店長を任される。2020年1月にうつ病を発症。勤務時間が月45時間を超えると出勤簿を改ざんさせられ、休憩時間とされていた。
- 仕事を与えない嫌がらせが1年前から続いている。上司に改善求めたが指導してくれない。労働局にも電話相談した。
- 同僚に履歴書を見られて、過去の経歴について根掘り葉掘り探られた。
- 同年代の職場の先輩（女性）が、有給休暇の取得内容について質問してくる。「どうして取得したの?」と。その他の同僚には聞いていない。
- 派遣社員によるカメラでの盗撮行為が行われた。上司に報告したが、お咎めなし。
- 主任がデスクの中身を勝手に捨てる。些細なことでもネチネチと言われる。

### ハラスメント防止に向けた取り組み

厚生労働省が公表した「令和4年度個別労働紛争解決制度の施行状況」によると、総合労働相

談コーナーに寄せられた「民事上の個別労働紛争」27万2185件のうち、「いじめ・嫌がらせ」が6万9932件（21.1%）となっている。「いじめ・嫌がらせ」に関する相談はずっと1位である。これは、ユニオンへの相談でも同じ傾向である。

ハラスメントの相談は、1件で30～40分の時間を要することが多い。ところが、労災申請や労働組合への加入や団体交渉につながらないケースが圧倒的である。そして、「パワハラ防止法」の3要素をすべて満たさない相談も多くある。これが現状である。

しかし、今回のホットラインに寄せられた相談内容からも、多くの職場で「職場環境が害されている」ことがわかる。パワハラの3要素をすべて満たさなくとも、就業環境を害するすべての言動をいかに改善していくのか、その取り組みが重要になっている。

安全センターとしては、個人加盟のユニオンや労働組合の皆さんと連携し、信頼される相談窓口となるためのスキルアップと、相談窓口（電話番号等）そのものの周知が求められている。そして、法律が守られているとか、被災者が経済的に救済されるだけではなく、「職場環境が害されている」具体的な問題点を積極的に見つけ出し、被害者や同僚が相談し合い、一緒に問題を考え合い、改善に向けた取り組みを実践していくことが必要である。


### ストレスチェック

厚生労働省の「令和4年労働安全衛生調査（実態調査）の概況」によると、「過去1年間にメンタルヘルス不調により連続1か月以上休業した労働者又は退職した労働者がいた事業場の割合は13.3%」となっており、前年の10.1%から増えている。そして、「メンタルヘルス対策に取り組んでいる」と回答した事業所は63.4%で、前年の59.2%から増えている。取り組んでいると回答した事業所の取り組み内容で最も多いのが、「ストレスチェックの実施」で63.1%であった。

ストレスチェックを実施した事業所のうち、集団分析を実施した事業所は72.2%と回答しており、その分析結果を活用した事業所の割合は80.2%となっている。ストレスチェック・集団分析の実施、分析の



活用を行なっている事業所の割合が増えれば、本来なら「いじめ・嫌がらせ」相談もメンタル不調者数も減少に向かわなければならない。ストレスチェック制度が「職場環境が害されている」状況の改善

に結びついていない原因について、安全衛生委員会の議論についてや労働組合の安全衛生活動の現状についてしっかりと見つめる必要がある  ののではないだろうか。

## フリー・カメラマンに労災認定 東京●形式上業務委託でも実態は労働者

フリーランスと呼ばれる個人事業者として働く人びとが増えている。政府は今年5月、いわゆる「フリーランス新法」（「特定受託事業者に係る取引の適正化等に関する法律」）を成立させた（施行は1年6か月以内）。しかし、この法律は、仕事を発注する事業者と比べ取引上、弱い立場に置かれているフリーランスに係る取引の適正化と就業環境の整備を目的としている。

その一方で、形式的には業務委託契約を結びながら、実態は事業者の使用従属関係のもとで労働者として働いている「偽装フリーランス」の問題を見過ごすとはできない。

東京都品川区内の会社でフリーのカメラマンとして働いていたYさん（40歳）は、昨年7月、車で撮影現場に向かう途中で後続車に追突され、足指の骨折、頸椎捻挫など、負傷した。

Yさんは以前から会社からの不当な扱いやハラスメントを受けおり、フリーランスの労働組合「ユニオン出版ネットワーク（出版ネッツ）」（以下、組合という）に

相談していた。

Yさんの働き方には裁量性がほとんどなく、社長の指揮命令のもとにスケジュールやシフトが組まれ、諾否の自由はない。就業場所、就業時間も管理されており、「業務月報」の提出が求められる。Yさんが他のカメラマンを手配して仕事をさせるような「代替性」はなく、報酬も月額固定給+オプション料で、国定給に近いものだった。もちろん、仕事を休む場合には、会社に事前申請しなければならない。業務繁忙期に仕事を発注する外注のカメラマンと比較しても、Yさんら内注カメラマンの使用従属性は明らかだった。

昨年4月、同僚のカメラマンがスタジオで負傷する事故が発生した。会社はフリーランス契約を理由に、労災にしなかった。Yさんは偽装フリーランスで働かされていることに強い不安と会社への不信が募った。

7月、追突事故で負傷してしまったYさんは自賠責保険で治療していたが、組合とも相談し、12月、品川労働基準監督署に通

勤災害として労災請求した。Yさんの労働者性を示す証拠資料、組合と東京労働安全衛生センター、神奈川労災職業病センター連名での要請書を労基署に提出し、Yさんの労働者性を認め早期に認定するよう求めた。

労基署は、労働者性を判断する際に、「労働基準法研究会報告」（「労基研報告」1985年）の基準を用いている。労働者性の判断のポイントは、「指揮監督下の労働」であるかどうかである。具体的には、①仕事の依頼、業務指示の諾否の自由の有無、②業務遂行上の指揮監督の有無、③拘束性の有無、④代替性の有無、さらに報酬の労務対償性の有無や労働者性を補強する要素として、⑤事業者性の有無、⑥専属性の程度等を労働実態に即して判断する。

「労基研報告」が作成されたのは今から40年近くも前である。その後、就業形態、就業環境も大きく変化し、労働者の働き方も多様化している。加えて、現代はICT（情報通信技術）の発展と新型コロナウイルス感染症予防対策という新たな労働衛生上の課題に対応するために、テレワークや在宅勤務等が推奨されるようになっている。

労働者性を争った裁判等を通じて、裁量性の高い労働者の労災を認める判例もできるようになっ

た。直近ではアマゾンの荷物配達員の労災が認定される事例も報道された（前月号参照）。

しかし、実際には労基署は、依然として昔ながらの「労基研報告」を物差しとして労働者性を判断している。判断基準のアップデートが問われている。

今年6月、品川労基署との交渉で、労基署は、労働者性を認め、会社に労働保険番号を通知したこと、労働保険料の徴収の手続に入ったことを確認した。そして10月、Yさんのもとに休業給付の支給決定通知が届いた。

11月15日、Yさんと組合は厚生労働省で記者会見を行った。Yさんは、「労災が認定されて安心しました。フリーランスの労災についても会社側が対応する法律を作ってほしい」と述べた。

組合は、今回のフリーランスのカメラマンの労災認定の意義を次のようにまとめている（会見資料からの引用）。

- ① 労働行政が働く者の権利を守る（とくに、労働安全衛生、労災という健康や命にかかわる部分で）という原則的立場に立って、適切に個別事案の状況聴取、確認した上で適切に対応した好事例である（とくに、指揮命令の在り方についての判断）。
- ② 出版・メディア業界に多いハラスメント労災にも道を拓く。
- ③ フリーランスの増加に伴い、企業が脱法的に業務委託を使うケースが増えているとが危惧される。労働行政が「誤分類の修正」※に力を入れる


ことが、こうした企業の動きに歯止めをかける。

④ フリーランスは「生身の働き手」。労働者と同じように、安全衛生対策を図る必要がある（メンタルヘルス、長時間労働や過労の防止などを含む）。安全で快適に働ける就業環境の整備に、行政、発注側企業が取り組むことを促す。

組合とYさんは今回の労災認定を受け、会社との団体交渉を通じて、速やかに労働保険に加入し、雇用契約への変更を求めたが、会社側は、Yさんの認定を不服として組合の要求を拒否している。

フリーランスの働き方は「業務委託契約」とされている場合が多いが、Yさんのように「偽装フリーランス」として労働者性が認められる場合が少なくない。それでも事業者との力関係から、フ

リーランスが労災請求に踏み切ることは容易ではない。仕事を減らされたり、契約更新を拒否されたりすることも考えられるからである。今回、Yさんが組合に相談し、勇気をもって労災請求したことにより、会社の労働実態明らかになり、労働者として認められることができた。

いま厚生労働省は、フリーランス、個人事業者の職種によっては新たな労災保険の特別加入制度の適用拡大を進めようとしている。しかし、Yさんのように「偽装フリーランス」として労働者としての権利救済が抑圧されている実状を改善していく取り組みが必要である。

※フリーランス新法制定時の審議の過程で誤って雇用を業務委託と分類してしまう問題が指摘された。

（東京労働安全衛生センター）

## 飲食店事務職コロナ労災認定 神奈川●事業主は証明を拒否

神奈川県内で複数の飲食店舗を持つ事業所の経理事務として勤務していた青山さん（仮名）が罹患した新型コロナウイルス感染症とその罹患後症状（いわゆる後遺症）が労災認定された。

青山さんは、事業所の経理事務所で不特定多数の接客を行う各店舗の従業員と経理上の事務手続きを行っていたが、

2022年2月に喉の痛みや頭痛を感じ、発熱。病院でPCR検査を受けたところ新型コロナウイルス感染症陽性となった。隔離期間が経過した後も、頭痛、不眠、記憶障害などの症状が継続したため、新型コロナウイルス感染症の罹患後症状に詳しい聖マリアンナ医科大学病院を受診したところ、「コロナ後遺症、ブレインフォグ、頭痛、不

眠」と診断された。

また、同院の医療ソーシャルワーカーから当センターを紹介され、こちらで労災請求を支援する運びとなった。

青山さんは以下のとおり、新型コロナウイルス感染リスクの高い業務内容であった。「不特定多数の人の行き来がある店舗の従業員が、毎日12~13人くらいが伝票や前日の営業日報を提出に来ており、その際に確認などでその従業員たちと話し、また提出された書類に触るのでこれらからの感染の可能性が高い」、「店舗の従業員がコロナ感染していた。事務所が入っている同じフロアの人もコロナ感染していた」、「週に1~2回銀行へ行く業務があり、銀行の店舗内での感染の可能性もある」など。一方で、一般生活上での感染は認められない。

これは、新型コロナウイルス感染症労災認定基準の「医療従事者等以外の労働者であって感染経路が特定されないもの」の「A 複数（請求人を含む）の感染者が確認された労働環境下での業務」及び「イ 顧客等との近接や接触機会が多い労働環境下での業務」に該当するので、労災認定される可能性は高いと考えられた。一方で、これまでの相談経験から、飲食店は風評被害を恐れて従業員の新型コロナウイルス感染を隠したがる傾向にあるので、事業主がきちんと証明するか不安であった。

そして、その不安は的中し、労災請求用紙に事業主証明を求めたところ、証明拒否の回答

であった。「同じ職場（経理事務所）内で他に感染者はいない」「各店舗の従業員に対して感染対策を徹底していた」「青山さんの発症月に傷病手当金を依頼した者はいない」という理由だった。

しかし、この主張は根拠が薄弱である。「同じ職場（経理事務所）内で他に感染者はいない」というのは、「同じ職場（経理事務所）」とあえて範囲を限定し狭めた回答であり、青山さんが主張している「同じフロア内の人（他の事業所）」や「銀行まわりの業務」については答えていない。また、「各店舗の従業員に対して感染対策を徹底していた」は建前であり、従業員が実際に対策を徹底していたかどうか不明だし、現実的には対策をしても感染する。「青山さんの発症月に傷病手当金を依頼した者はいない」についても、では労災請求の依頼ならあるのか、発症月に依頼がなかっただけではないのか（現に青山さんも発症から7か月後に労災依頼をしている）。

青山さんは泣き寝入りせず、事業主証明がないまま労災請求を行った。労基署の担当者は当初、労災認定に消極的な様子だったが、青山さんの業務実態における感染リスクが高いことを認め、労災と認定した。

また、青山さんは40歳代の働き盛りだが、頭痛や不眠、ブレインフォグなどの症状により今も治療を余儀なくされており、新たな職に就けない状況である。これら新型コロナウイルス罹患後症状について

も労基署は労災と認定した。

センターが毎年行っている神奈川県労働局との交渉において、神奈川県下の新型コロナウイルス感染症による死傷病報告書の業種別件数を公表するよう求めてきたが、今年度やっと業種別の件数が公表された。

神奈川県労働局によると、2022年度の業種別件数は8,779件、うち医療保健業（4,251件）と社会福祉施設（3,880件）で全体の9割以上を占めている。上記以外の業種では建設業131件、運送業115件、小売業62件のところ、接客娯楽業が36件で、そのうち飲食店はわずか22件である。

一般的に飲食店は「顧客等との近接や接触の機会が多い労働環境下」という労災認定基準上も感染リスクが高い業務であり、事業所数も多いことを踏まえると、22件という数字はとてもし少ないと考えられる。これは、青山さんのケースのように、新型コロナウイルス感染が明らかになり客数が減ることを恐れる事業主が労災請求をもみ消してきた結果ではないだろうか。

その意味でも、神奈川県労働局の業種別件数の発表は遅きに逸した。

事業主証明が得られないという相談はこれまでも頻繁にあった。コロナ罹患後症状で職場復帰できない患者は相当数いると思われる。たとえ青山さんのように、事業主が否定的であったとしても、積極的に労災請求を



（神奈川県労災職業病センター）



## 船員保険で石綿肺がん認定 神奈川●判明した船員保険の問題点

巨大船に給油するための船船であるパンカー船及び砂利を運ぶガット船の甲板員や機関長、船長として作業に従事していた石巻さん（仮名）の肺がんによる死去はアスベストが原因であるとして、ご遺族に船員保険の遺族年金が認められた。

石巻さんは、1962年2月から1972年2月までと1992年1月から1993年6月まで計、11年6か月間、4つの船会社に勤務し、船員保険に加入していた。

パンカー船とは接岸できない巨大船に燃料を給油するための船であり、洋上のガソリンスタンドと言われている。パンカー船自体は100トンの船舶であり、数名の乗組員が乗船して、巨大船への給油作業を行う。

石巻さんは機関長や甲板員として、ボイラー室や機関室内の配管まわりの保温材の補修作業やサビをサンダーで削り取る作業などを行い、石綿ばく露していた。作業中は防じんマスクは使用せず、簡易なマスクやタオルで口を覆う程度だった。

そして、1993年6月に船上での船員業務を終えた後は、陸上で船舶関係の業務を続けたが、石綿ばく露作業ではなかった。

石巻さんは、1996年に退職し

た後に肺炎や呼吸不全などに度々苦しむ中、2017年に肺がんを発症され、翌2018年9月に肺がんによって死去されてしまう。

そこで、ご遺族が中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会のホットライン電話相談に連絡したのであった。

まず、ご遺族に医療記録のすべての開示請求を行ってもらい、胸部X線や胸部CTの画像を港町診療所の沢田医師に読影してもらう。すると、明らかな珪肺所見と石綿肺所見、石灰化を伴う胸膜肥厚斑が認められた。珪肺所見は若い頃に九州地方の炭鉱やトンネル工事に工夫として従事しており、それが原因だと考えられるが、残念ながら勤務記録がまったく見当たらなかった。

また、厚生労働省が公表している石綿労災認定等事業場の船員保険の事業場リストには石巻さんの船会社はなかったが、船員時代の配管補修等における石綿ばく露作業は明らかであったので、船員保険に遺族年金の給付請求を行った。そして、請求からわずか3か月強で遺族年金が無事に支給決定された。

請求から3か月強で支給決定されたことはとても良かったが、船員保険の審査過程でいくつか

問題点があったので、指摘しておきたい。

まず、本件の石巻さんの場合、「船員手帳」は処分していたので提出できなかった。船員手帳とは船員の身分証明書であり、船員の履歴などを記載するので、どんな船でどんな職務を行っていたかの証明となる。船員手帳があれば大きな証明となるのだが、退職後、年月が経ってからのアスベスト疾患発症や遺族請求の場合など、船員手帳を処分してしまっているケースも多々ある。

本件の場合でも、最初に船員保険の手続の窓口にお問い合わせると、「船員手帳がなければ作業内容の証明ができないので、請求できません」と言われる。それは明らかにおかしいので、請求手続きを進めてきたのだが、まず、この窓口の対応で請求自体を諦めてしまった方が大勢いるのではないかと危惧する。

実際に本件では、船員手帳がなくても、同僚の証明書や年金記録、遺族が本人から聞いていたこと、現場の写真などから石綿ばく露作業について申し立て、無事に認められたのである。

次に、今度は船員を辞めた後に民間の会社で働いていたので、労災保険を適用すべきとして労災保険の決定を先行させろと言う。しかし先にも書いたとおり、船員を辞めた後は陸上の業務で石綿ばく露作業ではない。よって労災請求しても不支給決定は明らかであり、時間の無駄なので労災請求はしない旨を伝えるも、らちが明かず、結局は管轄の労



基署から船員保険の窓口の説明してもらい、かつ、労災請求しない旨の申立書を提出するはめになった。これは、請求権の侵害ではないのか。

最後に、今回の支給決定にあたり船員保険内部でどんな調査が行われたのかを確認するために、船員保険が作成した調査書類等の情報開示請求を行った。そして情報開示された文書によると、船員保険は本件石巻さんの師がんにつき、アスベストが原因とする医学的な所見を確認するために、船員保険の医師（審査医）に認定依頼をしている。

船員保険のアスベスト関連疾患の認定基準は、労災保険の認定基準に準拠している。石巻さんについても、アスベスト肺がんの労災認定基準、①第1型以上の石綿肺所見、②胸膜プラーク所見（+10年以上の石綿ばく露作業）、③広範囲の胸膜プラーク所見などの医学的所見が必要となるが、いずれかひとつを満たせばよい。しかし、船員保険が審査医に認定依頼した事項を見ると、①第1型以上の石綿肺所見と③広範囲の胸膜プラーク所見については項目があるが、②胸膜プラーク所見（+10年以上の石綿ばく露作業）については項目がなかった。

本件石巻さんのケースは①があったので認められたのだが、労災保険におけるアスベスト肺がんで労災認定されるケースは、①や③がなくても、②によって認められるケースが非常に多い。だから、船員保険の認定依頼

事項に②の項目がないということは、本来は②によって認定されるべきケースが見逃されてしまっているのではないかという疑念につながる。

そこで、中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会が行う各省市との交渉において、船員保険を管轄している全国健康保険協会の担当者にも来てもらい、この問題について確認した。

すると、全国健康保険協会の回答では、審査医への認定依頼事項には②の基準を入れていなかった。しかし、審査医は労災認定基準を熟知しているので、②の基準についても当然審査している。過去の不認定事例を調

べたが、①や③がなくて②の基準を満たしたケース（見逃されたケース）はない。ただ、今後は誤解ないように、②の基準についても審査医への認定依頼事項に追加したいという回答だった。

②によって見逃されたケースは過去にないということなので、ひとまずそれを信じるしかない。今回の一連の手続きを振り返ると、船員保険のアスベスト疾患の審査については問題が多々あると判明した。窓口での誤った相談対応で請求自体を諦めてしまった方も知れないので、是非とも患者と家族の会や支援



（神奈川労災職業病センター）

## 新しい猛暑労働基準を

### 韓国●ライダーユニオンが要求

#### ■父親の墜落死に続き、息子も墜落死「労災」労働者父子、20年の悲劇

三湖芭の某造船調達の業者で吹付工（鉄板を臨時に仮溶接をする労働者）として働いていたAさんは、7月3日午前11時10分頃墜落事故に遭った。Aさんは大型造船所に船舶ブロックを製作して納品する会社の下請け業者の所属だった。

Aさんは事故当時、船舶ブロックに付着された「道具積載棚」を溶接機で解体する作業をしていた。重さ230kgの棚の上にあがっ

て作業していたところ、突然棚が崩れて2.2mの高さから墜落した。病院に運ばれたが、2日後の5日脳出血で亡くなった。

当時、Aさんは一人で作業をしていた。産業安全保健基準によれば、100kg以上の重量物を解体する時は、作業計画書を作成し、指揮者の立ち会いの下で作業をしなければならない。

Aさんの遺族が労働災害で家族を失うのは今回が2回目だ。左官工だったAさんの父親（56歳）は2003年11月29日、ソウルのある建設現場の高層階で働いてい

て、墜落して死亡した。

全南労働権益センターのムン・ギルジュセンター長は「Aさんと父親が同じタイプの事故で死亡したということは、この20年間、韓国の労働現場が変わっていないということを示している」と指摘した。雇用労働部の統計によれば、2022年に全国の産業現場で労働者874人が亡くなった。このうちもっとも多い322人(36.8%)がAさん親子のように「墜落(転落)事故」で死亡した。

2023.7.11 京郷新聞

### ■ケア労働者の5割、暴言・暴行の労災被害を経験

京畿道のある民間保育所で子供たちのケアをする9年目の保育士のSさんは、一年中風邪をひいている。免疫力の弱い乳児を保育するため、風邪のような伝染性のある疾患に何度も曝されるためだ。最近では発達障害のような境界線上の乳幼児が増え、子供たちの突発行動に、教師たちがどうすることもできないケースが多くなった。子供と目を合わせて話すと頬を殴られたり、目を指で刺されたりした同僚もいる。椅子を投げたり噛んだりする子供もいるが、他の子供たちまで怪我をするのではないかと心配され、保育士は黙々とその場を守る。Sさんは「子供が好きで保育教師になったが、保育園は、労災申請に関する話は口にも出せないようにする」「保育教師が直接労災を申請すると、退職を求めたり解雇することも多い」と証言した。彼女は「母親が幸せでなければ子供が幸せで

ないように、保育士が幸せであつてこそ保育園の乳幼児も幸せだ」「勤務時間中に診療を受け、労災を自由に申請する基本権が保障されることを願う」と訴えた。

ケア労働者の2人に1人は、サービスの対象者から暴言や暴行などの労災被害を受けているが、積極的な保護措置を受けた経験のある労働者は1割だと調査された。ケア労働者たちは、「病気なら休む権利」を保障されるために保健福祉部が実態調査と対策作りに積極的に取り組むべきだと口を揃えた。

公共運輸労組と正義党のカンウンミ議員は7月11日午前、国会議員会館で「ケア労働者の健康実態調査発表とケア労働者の健康権保障」討論会を行った。労組は先月7日から30日まで、労組内のケア労働者(療養保護士・障害者活動支援士・保育教師・社会福祉士)526人を対象に、オンラインアンケート調査を実施した。また、一部の回答者の面接調査も行った。

ケア労働者の半分近くは、年次休暇や病気休暇、休職のときに代替要員が投入されなかった。業務上災害という認識も低いことがわかった。78.9%の回答者が労災の経験がないと答えたが、60.4%は筋骨格系疾患を患っていた。回答者の47%は、サービスの対象者からの暴言や暴行を経験していたが、これを労災と認識する人は少なかった。暴言・暴行を経験しても、使用者がサービスの利用者を退所させたり、不利益を与える積極的な措置をとる

ケースは7.4%に過ぎなかった。

2023.7.12 毎日労働ニュース

### ■アスファルトの輻射熱、自動車の熱気・ヘルメット着用／新しい酷暑労働基準を!

全国的な猛暑が連日続いている8月3日、ソウル雇用労働庁の前で配達労働者で構成された民主労総公共運輸労組ライダーユニオンの組合員たちが、配達労働者に対する革新的な猛暑対策を要求した。

ライダーたちは、「現在の雇用労働部の猛暑対策(ガイド)は、以前の製鉄所などで働く人たちのために作られたもので、配達労働者には無用の長物。プラットフォーム従事者に合う制度を導入してほしい」と主張した。

ライダーユニオンは、△猛暑・豪雨など、気象悪化の状況で生じた「作業中止」を一時的な失業状態と看做し、この時間に通常収入の70%ほどを失業給付として支給する「気候失業給付」の導入、△気象庁の体感温度ではなく、アスファルトの輻射熱、自動車が噴き出す熱気、ヘルメットなどの安全装具の着用状況など、道路状況を反映した新しい温熱疾患予防基準の作成、△気象庁のデータと配達プラットフォームの運動によって、気象庁の特報発令時の注意メッセージや「猛暑割増」の適用と自動的な作業中止の発動・施行、△都心の各場所に設置された小規模簡易休憩所の拡大など、革新的な配達労働者対策を要求した。

2023.8.3 ハンギョレ新聞

【オモテ表紙裏面から続く】できなくなる。自分の考えを相手に端的に伝えることができなくなるなど、脳の障害を示す症状が多いことに驚かされました。

これまで、働いてきた仕事が困難になり、休業に至っていました。また、日常動作も困難になり、寝たきりの状態になっていました。

この患者さんがきっかけとなり、これまでの「むち打ちと脳損傷の関係の研究」を調べると、交通事故などの頭部外傷によって起こる脳の損傷は、MTBI軽度外傷性脳損傷と呼ばれ、米国や世界保健機構のWHOで定義されている新しい考え方であることが分かりました。

日本では石橋徹医師（軽度外傷性脳損傷、金原出版、2009）が提唱していましたが、まだ定着していませんでした。そして、その症状の客観的な証明には複数の医科での診察や検査が必要なことや、従来のMRI（核磁気共鳴画像）やCT（コンピューター断層撮影）の画像では、脳の損傷を捉えられないという問題がありました。

海外の文献を取り寄せて研究すると同時に、高次脳機能障害の専門医療機関や大学病院の耳鼻科、眼科などに紹介し、精密検査を受けてもらいました。そして、脳の神経線維の損傷を映すことができるファイバー・トラクトグラフィという画像検査があることを知り、これを受けてもらいました。これにより、記憶に関係する脳の神経線維-脳弓や物の認知に関連する脳梁という箇所が損傷していることを突き止めました。この患者さんに出会ったことが、むち打ちで起こる脳損傷という深刻な問題へ取り組むきっかけになりました。精神的な病氣と誤診され、家族や職場からも理解されず放置されてきた、多くのMTBIの患者さんの診察を行うようになり、深刻な状況が分かってきました。その根本には、医療機関でMTBIが理解されず、救済の道が開ざれていることです。そのため、今日まで、患者さんの窮状を救済しようと取り組んできました。

本書では、むち打ちで脳の神経線維が傷つくMTBIを引き起こすこと。この傷が記憶障害などの高次脳機能障害を引き起こすこと。従来のMRIやCTでは、むち打ちで起こる脳の傷-軸索という神経線維の傷を映すことができないこと。この軸索線維の傷を映す画像技術としてファイバー・トラクトグラフィ及びこの傷による脳の血流低下を映す画像技術のSPECT検査が有用なこと。この2つの検査を正当に評価することで、高次脳機能障害を伴う多くのMTBIの患者の方の救済の道が開けることを明らかにします。

### 3 クラウドファンディングについて

今回挑戦するクラウドファンディング「READYFOR」は、公開から9時間で1億円を集め最終的に10億円弱を達成した国立科学博物館のクラウドファンディングをサポートしたことで注目されています。

それに比べて、この出版プロジェクトは、100万円を目標にした小規模な挑戦です。

しかし、ご支援が目標額に達しない場合は、支援金は1円も受け取れません。

目標達成できますように、ご支援をよろしくお願いします。

このプロジェクトの公開日は、12月12日(火)午前6時です。

公開後は、パソコンなどで「READYFOR」のサイトを検索してご支援いただけます。

「READYFOR」に掲載されるこの出版プロジェクトの名前は、

「MRIに映らない脳損傷を知ってほしい書籍出版プロジェクト」です。

検索すると上の画面が出てきます。

記事を読んでいただき、右手の「プロジェクトを支援する」のバーをクリックすると、支援受付のページに進むことができます。

ご支援いただいた金額に応じた様々なリターンを用意しています。

以下のURLからプロジェクトに支援することができます。

<https://readyfor.jp/projects/mtbi>



## 各地の便り

ぜひ、お知り合いとも情報を共有していただき、支援の輪を広げていただき、目標を達成できますようにご支援をよろしくお祈りします。

このプロジェクトで支援いただいたお金は、全てこの本の出版に充てます。

タイトルは、「ムチウチで脳が傷つく MRIに映らない脳損傷MTBI」

B5判 4色刷り 価格 2,000円(税込み) 発行部数 2,000部

出版元 タニシ企画印刷(広島市中区舟入川口町)

販売場所 Amazon内マーケットプレイスの「ウドエルゴショップ」

広島市内の主要書店

2024年3月発刊の予定です。



表紙の仮案

### 4 ファイバートラクトグラフィーについて

今回の出版の目的は、

- 1) むち打ちには、頸部の損傷だけでなく、MTBIという脳損傷が併発することがあること。
- 2) その脳損傷は、従来のMRI画像には映らないこと。
- 3) これを映すことができる新しい画像技術として、脳の神経線維を映すファイバートラクトグラフィーや脳血流を映すSPECTという技術があること。
- 4) この新しい画像技術で、MTBIを画像的に明らかにできることを患者、医師、弁護士に対して知らせ、患者の方の救済に結び付けることです。

この本では、この画像技術について詳しく触れています。

最初にMTBIの診断に使われるファイバートラクトグラフィーの画像を示します。

図1は、2007年に東北大学のリハビリ科の杉山謙医師らが、交通事故で脳損傷を起こした被災者(画像右側の列)と正常な人(画像左側の列)の脳のファイバートラクトグラフィーの画像を示したものです。

上の2段の画像は、脳梁という脳の左右の半球の真ん中を通る神経線維の集合体です。左右の脳を結合する交連線維を示しています。3段目の画像は、脳弓という海馬という記憶の装置と大脳皮質への経路を結ぶ「記憶の通路」を形成する神経線維の束を示しています。

図1の上杉らの画像で、脳損傷の患者では、神経線維が大きく損壊されているのが一目瞭然にわかります。特に脳弓は、損傷が激しいことが分かります。これによる、MTBIの患者の方の記憶障害が裏付けられます。

しかし、従来のMRIでは、この神経線維の損傷を画像化できないので正常と判定され、正当な補償や治療が受けられないという現実があります。

それでは、こうした優れた画像が、なぜ認められないのでしょうか?

それは、この技術が、手術に携わる脳外科に知られているだけで、一般市民、患者、整形外科の医師などには、ほとんど知られていないことが挙げられます。

われわれは、MTBIの患者の方全員にファイバートラクトグラフィーを撮影していますが、患者の方は初めてこの画像技術を知ると話されます。医師の間でもほとんど知られていません。

したがって、MTBIがこの画像技術で見える化できることを周知させることから始めなければいけません。

この本は、MTBIの実態を目に見える形で画像化できることを広く知らせるといった大切な目標があります。

### 5 ファイバートラクトグラフィーの原理などの説明



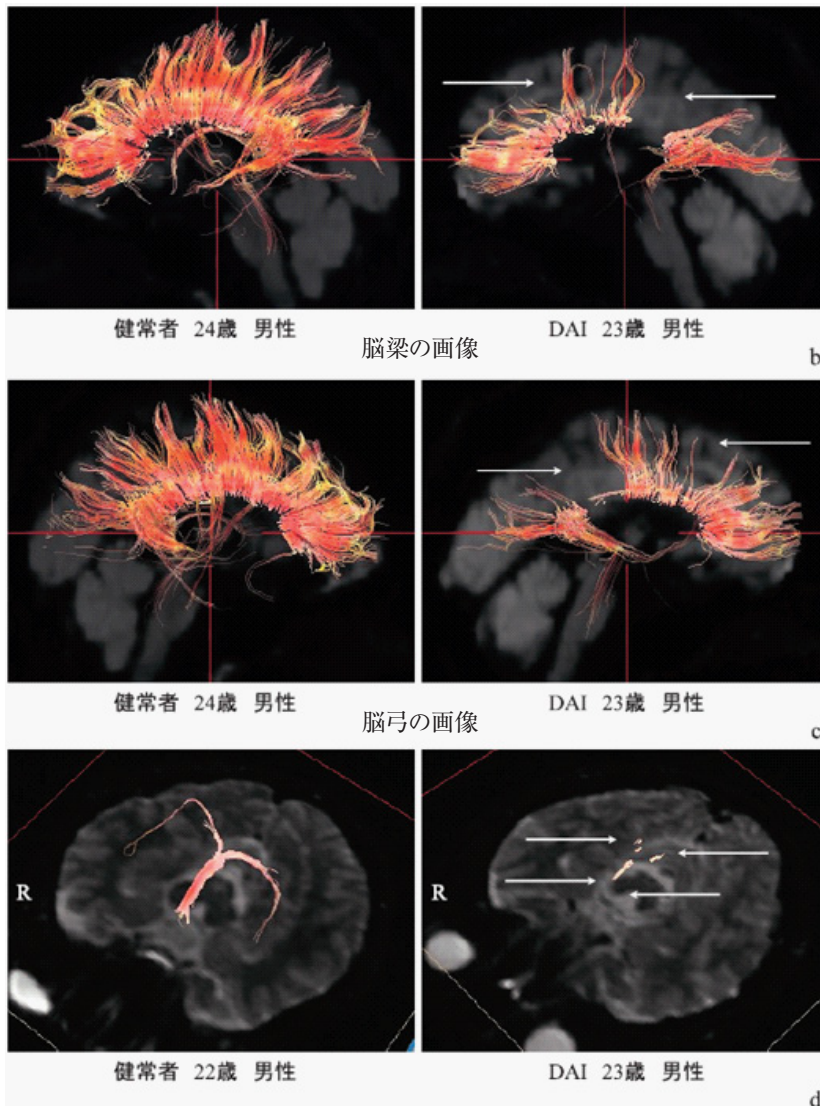


図1 健常者と頭部外傷によるびまん性軸索損傷の患者のFiber tractographyによる脳梁及び脳弓の画像の比較：健常者に比して、頭部外傷患者では、脳梁部及び脳弓部の軸索線維の欠損が著明であることが分かる。(杉山謙ら、2007)

の腫瘍やてんかんなどの手術前にこの画像を入手し、脳の神経線維の走行と腫瘍などの立体的な位置関係を把握することで、正常脳神経を傷つけない手術方法を検討することが可能になりました。

この画像を利用する脳外科の医師の言葉を借りると、「この画像技術が使える前は、手探りで手術してきたが、この画像技術による正確に正常な神経線維を避ける手術方法を確認できる。」と述べられています。まさに、手術の方法を変える画像技術であります。

このように、現役の脳外科の医師が高く評価する画像画像技術を、MTBIの脳損傷の画像化に活用するものです。

ファイバートラクトグラフィは、2002年ころから、普及した新しい画像技術で、2006年ころから、脳腫瘍などの手術前の診断に一般的に使用されている方法です。通常のMRIの装置を使って、脳の水分子に磁場をかけて、その水分子の動きをコンピュータで画像化する方法です。この画像技術では、通常顕微鏡でしか見ることができない数ミクロン(1ミクロンは1mmの1000分の1の長さを示します。)の直径の脳の神経線維の束を、磁場をかけた水分子の動きを画像に利用することで、描出することができます。まさに生きたままで脳の神経線維を顕微鏡でのぞけるといふ革命的な画像技術です。

これにより、脳外科医は、それまで手探りで行っていた脳

ファイバートラクトグラフィーは、英語のfiber tractographyのことで、軸索線維経路の画像という意味です。fiberは、神経の長い線維の軸索線維を意味します。tractoは、経路の意味で、graphyは、画像の意味です。

まず最初に、脳のファイバートラクトグラフィーの画像の原理を説明します。生体の脳の軸索線維の走行の画像化は、脳の軸索線維の損傷などの疾患の診断に不可欠のものです。しかし、従来のMRIでは、脳挫傷などの肉眼レベルの大きな損傷しか画像化できず、ミクロン単位の微細な軸索線維は、死後脳を解剖して軸索線維を顕微鏡で見る方法しかありませんでした。そのため長い間、生体での脳の軸索線維の走行の画像化が望まれていました。これが可能になると、生体脳での疾患の診断精度が驚異的に高まるからです。

ファイバートラクトグラフィーは、生体脳での軸索線維を画像化できる画期的な方法です。これが開発され、商用化された2002年頃から、これを使用した研究論文が見られるようになりました。私の母校の広島大学医学部でも、2006年には、脳腫瘍やてんかんの脳外科の術前診断にファイバートラクトグラフィーが使用されはじめ、現在では、脳外科の術前診断に不可欠な画像として日常的に使用されています。

そして、先に述べたMTBIの診断にも、2007年の杉山謙らの論文で、これが使用され、有用であることが報告されています。

この画像技術は、生体内の水分子の動き-これを拡散運動と言います-を追跡して、軸索線維の走行を画像化する方法です。その場合、軸索線維の中と線維間の水分子の動きは、軸索が正常ならば、軸索の壁が障壁となって、軸索に平行な方向に拡散運動します。これを画像化すると、軸索線維に沿ったラインが描かれます。ファイバートラクトグラフィーは、この水分子の動きを画像化したものです。

一方、軸索線維が損傷している場合は、水分子が障壁のない状態で、自由に拡散運動するために、水分子の拡散運動を使ったラインが描出できなくなり、軸索の欠損として描出されます。これにより、MTBIにおける軸索線維の損傷を画像化できるわけです。

図2には、ファイバートラクトグラフィーの原理を示したものです。神経線維は健在の場合は、神経線維内や隙間の水分子の動きは、神経線維の壁で制限され、神経線維の壁に沿って、一方向に動きます。この水分子の動きを水分子に磁場をかけて、画像化すると神経線維束の流れが描出できます。一方、脳損傷で神経線維壁が損傷した部位では、水分子は神経線維の壁に邪魔されずに自由に動けるために、一定方向の画像を生成できなくなり、図1のような神経線維の欠損として描出されます。これが、画像化の原理です。

もともとMRIは、水分子(水素原子)に磁場を与えて、水分子の分布をつかみ、コンピューターで映像を合成したものです。ファイバートラクトグラフィーは、MRI装置を使って水分子の軌跡を合成したことになります。

今回の出版は、むち打ちに脳損傷MTBIが生じること及びMTBIの神経損傷にこの新しい画像技術を適用することを認めさせ、その救済を進めるためのものです。皆様のご協力をよろしくお願いします。

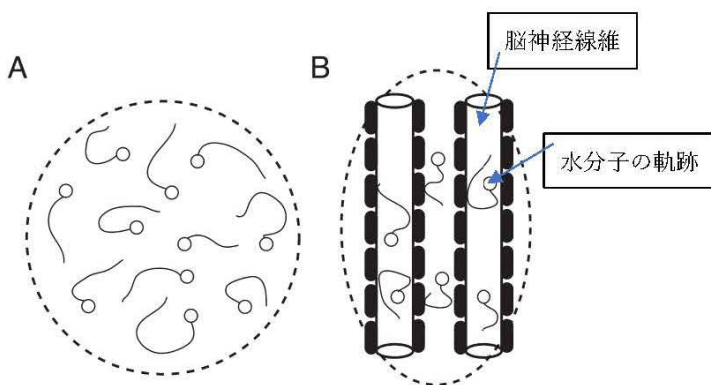


図2 脳神経の内部や隙間での水分子の動きを示した。Bは、脳の神経線維が健在な場合の神経線維の壁で水分子の動きが神経線維の壁に沿う方向に制限されていることを示す。Aは、神経線維が損壊し、神経線維の壁で水分子の動きが制限されていないことを示します。



## 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@joshrc.net  
URL: <https://joshrc.net/>

- 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 ほくろうビル4階  
E-mail [safety@rengo-hokkaido.gr.jp](mailto:safety@rengo-hokkaido.gr.jp)  
TEL (011) 272-8855 / FAX (011) 272-8880  
<http://www.hokkaido-osh.org/>
- 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](mailto:center@toshc.org)  
TEL (03) 3683-9765 / FAX (03) 3683-9766  
<https://tokyo-oshc.org/wp/>
- 東京 ● 三多摩労働安全衛生センター  
190-0012 立川市曙町3-19-13 フォーサート立川104号  
三多摩合同労組気付  
TEL (042) 324-1024 / FAX (042) 324-1024
- 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](mailto:k-oshc@jca.apc.org)  
TEL (045) 573-4289 / FAX (045) 575-1948  
<https://koshc.org/>
- 群馬 ● ぐんま労働安全衛生センター  
370-0846 高崎市下和田町5-4-3 国労高崎地本内  
E-mail [qm3c-sry@asahi-net.or.jp](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:roushokuken@be.to)  
TEL (052) 837-7420 / FAX (052) 837-7420  
<https://www.nagoya-rosai.com/>
- 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 [unionmie@twatwa.ne.jp](mailto:unionmie@twatwa.ne.jp)  
TEL (059) 228-7977 / FAX (059) 225-4402
- 京都 ● 京都労働安全衛生連絡会議  
〒601-8015 京都市南区東九条御霊町64-1 アンビシャス梅垣ビル1F  
E-mail [kyotama@mbox.kyoto-inet.or.jp](mailto: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  
〒550-0001 大阪市西区土佐堀1丁目6-3 JAM西日本会館5階  
E-mail [info@koshc.jp](mailto:info@koshc.jp)  
TEL (06) 6476-8220 / FAX (06) 6476-8229  
<https://koshc.jp/>
- 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](mailto:npo-hoshc@amail.plala.or.jp)  
TEL (078) 382-2118 / FAX (078) 382-2124  
<http://www.hoshc.org/>
- 岡山 ● おかやま労働安全衛生センター  
〒700-0905 岡山市北区春日町5-6 岡山市勤労者福祉センター内  
E-mail [oka2012ro-an@mx41.tiki.ne.jp](mailto:oka2012ro-an@mx41.tiki.ne.jp)  
TEL (086) 266-8008 / 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](mailto: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  
〒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  
TEL (0857) 22-6110 / FAX (0857) 37-0090  
/ FAX (0858) 23-0155
- 徳島 ● NPO法人 徳島労働安全衛生センター  
〒770-0942 徳島市昭和町3-35-1 徳島県労働福祉会館内  
E-mail [info@tokushima.jtuc-rengo.jp](mailto:info@tokushima.jtuc-rengo.jp)  
TEL (088) 623-6362 / FAX (088) 655-4113
- 愛媛 ● NPO法人 愛媛労働安全衛生センター  
〒793-0051 西条市安知生138-5  
E-mail [npo\\_eoshc@yahoo.co.jp](mailto:npo_eoshc@yahoo.co.jp)  
TEL (0897) 64-9395  
<http://eoshc.g2.xrea.com/>
- 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  
E-mail [rouan-kochi@me.pikara.ne.jp](mailto:rouan-kochi@me.pikara.ne.jp)  
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  
〒870-1133 大分市宮崎953-1(大分協和病院3階)  
E-mail [OITAOSHC@elf.coara.or.jp](mailto:OITAOSHC@elf.coara.or.jp)  
TEL (097) 567-5177 / FAX (097) 568-2317

