

安全センター情報2026年1・2月号 通巻第544号
2026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



2026 1・2

安全センター情報



特集● 労基法「改革」／石綿被害補償・救済状況

写真：2025年「中皮腫啓発月間」（国立がん研究センター）

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

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

「労災職業病なんでも相談専用のフリーダイヤル:0210-631202」は、全国どこからでも無料でつながります。

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

安全 センター 情報

◎「安全センター情報」をご購読してください

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

例えば、2025年の特集のタイトルと特徴的な記事をあげてみれば、以下のとおりです。

- 2025年1・2月号 特集／石綿健康被害補償・救済状況の検証 アジアにおける石綿基本データ
- 3月号 特集／アジアにおけるアスベスト禁止 2024 労働政策審議会建議と改正法案要綱
- 4月号 特集／労働関連心理社会的リスクの概念化 阪神・淡路大震災から30年
- 5月号 特集／建築物の石綿使用実態調査 労災保険在り方研究会に申し・要望
- 6月号 特集／新型コロナ労災の5年間 労災保険メリット制の効果「新たな検証結果」
- 7月号 特集／労災補償制度の課題 石綿肺の除斥期間起算点裁判判決
- 8月号 特集／熱中症対策の強化 安全衛生指示が労働者性等の判断に与える影響
- 9月号 特集／日本の労働安全衛生 最新労災職業病統計・行政通達一覧
- 10月号 特集／過労死等の労災補償状況 労災保険在り方研中間報告に対する意見
- 11月号 特集／クボタショックから20年のアスベスト問題 対策関係予算の推移
- 12月号 特集／韓国の建築物石綿対策 ILO生物学的ハザード条約・勧告

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

●読者になっていただけたら個人・団体をご紹介下さい。見本誌をお届けします。

◎賛助会員になって活動を支えて下さい

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

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

全国労働安全衛生センター連絡会議(略称:全国安全センター)

〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階

PHONE(03)3636-3882 FAX(03)3636-3881

特集①／労基法「改革」の動向と課題

労基法「改革」の動向と課題 —安全・健康を守るために何が必要か

(労働基準関係法制研究会報告書を中心に)

全労働省労働組合顧問 森崎巖 … 2

特集②／石綿健康被害補償・救済状況の検証

2年連続増加、07年度以降最高更新 24年度労災時効・未申請救済増加

今後も増加傾向が継続するか注目 … 14

病院石綿使用実態／石綿確定診断等事業関係通達 … 46

じん肺診査ハンドブック改訂に関するパブリックコメント … 54

ILO:労働環境における生物学的 ハザードに関する技術的ガイドライン … 57

ドキュメント

アスベスト禁止をめぐる世界の動き

インドネシア、BWI、ITUC-AP、米FDA、EU … 65

豪・NZ：中国から輸入の着色砂からアスベスト … 71

世界貿易センター生存者における中皮腫症例 … 81

住宅アスベスト断熱材曝露に関連したがんリスク … 88

各地の便り/世界から

厚労・環境省●中皮腫を治せる病気に！交渉 … 91

全国●毎年7月は中皮腫啓発月間、5年目の実施 … 93

東京地裁●振動病で労働者性認めぬ不当判決 … 94

島根●アスベストがハイゴンするようになって… … 95

東京●2年6か月かかり建設アスベスト給付金認定 … 96

兵庫●30年目の震災と向き合う学生たち … 97

韓国●関係労働者が連続夜間労働中止の要求 … 98

労基法「改革」の動向と課題

安全・健康を守るために何が必要か

(労働基準関係法制研究会報告書を中心に)

森崎 巖

元全労働省労働組合中央執行委員長
2025.9.20 全国安全センター第36回総会記念講演

ご紹介にあずかりました森崎です。お招きいただいたことに感謝を申し上げます。また、安全センターの皆さんが日頃から働く者の立場、そして現場の視点から労働安全衛生行政に対して様々な指摘をいただいていることにも敬意を表したいと思います。

そして個人的にもセンターの皆さんには大変感謝しております。私は労働基準監督官という仕事をしてきましたが、監督官を志したのは、実はセンターの議長を長くされた井上浩先生の著書である『労働基準監督官日記』や『労働Gメン』、こういう著作を読ませていただいたことがきっかけの一つでした。そして任官後はセンターを通じて井上先生とも親しくさせていただき、長年にわたってご指導をいただきました。そういう意味でも井上先生並びにセンターの皆さんに感謝しています。

今日は「労基法『改革』の動向と課題」というテーマで1時間ほどお話をさせていただきます。

労基法「改革」

労働基準法が大きく変わろうとしています。労基

法「改革」とも言われています。厚生労働省内には「40年ぶりの改革」と言う人がいるようです。しかし、5年前を思い出してください。「働き方改革」を掲げ、労働時間の上限規制の創設など労基法の大がかりな見直しが行われました。あのときは「70年ぶりの改革」だと言っていました。ずいぶんいい加減なものです。どうして先の「働き方改革」をそこまで等閑視するのでしょうか。なかったことのように話すのでしょうか。「働き方改革」はもちろん不十分な面はあったけれども、労働時間の絶対上限を設けるなどかなりの前進面もありました。今回の動きには、こういう前進面を揺り戻そう、あるいは風穴を開けようという狙いがあるのではないかと、私はそう見ています。

労働基準法の基本構造

労働基準法の基本構造を一度、確認しておきたいと思います。

労働基準法の基本的な性格・役割として一番大事な点は「最低基準を定める」ということです。使



用者が労働基準法が定めた基準を下回る労働条件を示し、これに労働者が合意したとしても、当該労働条件は無効とされ、労基法が定める基準まで引き上げられるということです。この性質は「片面的強行法規」と呼ばれています。

労働基準法1条2項を確認しておきましょう。

「この法律で定める労働条件の基準は最低のものであるから、労働関係の当事者は、この基準を理由として労働条件を低下させてはならないことはもとより、むしろその向上を図るように努めなければならない」

労働者も使用者も、この最低基準を理由に労働条件を引き下げることが許されないし、むしろその向上に努めなければならない。最低基準を定めた上で労使双方によりよい労働条件の設定をうながす構造になっています。労働安全衛生法にも似たような条文があります。労働安全衛生法の方は「事業者は」最低基準を守り、その向上を図るようにしなければならないといっており、その後の条文で、労働者はそれに協力しなければならないとなっていますが、基本的な構造は労働安全衛生法も、そして最

低賃金法なども一緒です。

また、労働基準法はこの最低基準の履行確保を図るために罰則を設けています。刑事罰です。しかも法違反に対し、労働基準監督官が刑事訴訟法に基づく司法警察官の職務を行うことができると定めています。そのため、労働基準監督官は時に、稀にと言うべきかもしれませんが、被疑者を逮捕したり、搜索・差押はわりと頻繁に行われていますが、そういう刑事手続を直接行います。

それから刑事手続だけでなく行政手続によって指導していく上でも、いくつかの履行確保措置が労働基準監督官の権限として定められており、事業場に対する臨検の権限や、資料を提出させる権限、あるいは尋問を行う権限などが監督官に付与されています。

今回の動きは、この労働基準法の基本的な構造、とくに最低基準としての性格を大きく変えていくという狙いが垣間見えます。

これまで「規制緩和」「規制改革」などと称して、個々の条文が定める規制を緩和していく動きはいろいろありましたが、前述の基本構造そのものを

変えていくという動きが含まれている点は見逃せないし、侮れない。非常に重大な問題を抱えていると思います。

新しい時代の働き方に関する 研究会報告書

きっかけとなった、起点となったのは「新しい時代の働き方に関する研究会」です。近年の法改正のプロセスを見ていくと、最初に有識者などによる研究会を立ち上げ、課題や方向性を報告書にまとめる。その後に公労使で構成される労働政策審議会で議論し、その結論をもって厚生労働省が法案化する。そして閣法として国会に提出するというプロセスをたどっています。

従って、このプロセスの最初のところにある、研究会の報告書がどのようになっていくかが、その後の法改正に向けたプロセスの中で非常に重要な意味を持ってくるわけです。したがって、ここにまず着目したいと思います。

「新しい時代の働き方に関する研究会」、関係者は「新時代研」と呼んでいるようですが、2023年10月20日に報告書が公表されています。

この報告書は労働基準局長（当時）に手渡されたのですが、受け取った局長はこういうコメントを残しています。

「この報告書を今後、法改正の指南書と言いますか、マニュアルと言いますか、そういったものと考えまして、まず労働基準法をどうしていくか、これを横に置いて見させていただきながら、いろいろ議論していきたい」

要するにこの報告書の方向性に大賛成。その線に沿った法改正に意欲を示していたことは確認しておきたいと思います。

なお、この研究会の前にも伏線としていくつかの研究会がありました。2013年に報告書をまとめた「集团的労使関係法制に関する研究会」、あるいは2022年に報告書をまとめた「これからの労働時間制度に関する検討会」。これらも新時代研と同じような方向性を打ち出していましたが、ここでは触れません。

問題点①－検討の出発点をどこにおいているか

さて、時間軸は前後しますが、新時代研を立ち上げるとき、挨拶に立った厚生労働省の労働基準局長（当時）は概ね次のような挨拶をしました。労働基準法は古くなった、人間で言えば75歳。従って、このへんで抜本的な見直しが必要であり、50年先を見通した新しい時代の指標となる改革の方向性を示してほしい。大風呂敷を広げたなと感じました。かつてないほどの抜本の見直しをしていきたいということです。そうだとしたら、研究会の構成にも問題意識を持たざるを得ません。座長の今野浩一郎さん（学習院大学名誉教授）は分かるとしても、大企業で人事・総務分野を統括されている方や、研究者としては、労働経済学や人事経済学などの専門家。さらに人事分野のコンサルティングを専門にしている方などです。こうした各分野の専門家の皆さんの意見は貴重ですが、労働基準法等の50年先を見通し、そして抜本的な見直しをしようというなら、出発点とすべきは「現場」であるべきではないでしょうか。労働者が働く現場で何が起きているのか、労働者がどんな困難に向き合っているのか、こういったところからスタートしないと、本当に必要な改革にはならないのではないか、そういうことを最初に指摘したいと思います。

問題点②－労使合意の 「デロゲーション方式」を拡大

この研究会が一番言いたかったであろう点、それはイコール最大の問題点なのですが、いままでの最低基準方式をやめて、デロゲーション方式を原則にするということではないか。デロゲーションは聞き慣れない言葉です。規制の解除や適用除外という意味で使われており、後の研究会（労働基準関係法制研究会）における議論でもこの言葉が多用されています。

デロゲーション方式というのは、最初に基準値が設けられていますが、それを労使の合意のもとに、あるいは本人の選択のもとに引き下げることを認めます。もちろん健康確保ラインというものを設けることができますが、その近くまで引き下げることも可能と

いうわけです。だから、最初のラインは最低基準でも何でもなくて、労使でいくらでもデロゲーション、つまり規制解除できるものとなる、こういう考え方が打ち出されたわけです。まさに抜本的改革と言えますが、これでいいのかということが問われてきます。

こうした構想は「守る」と「支える」という2つのキーワードで説明されています。健康確保ラインは「守る」、健康を害してまで働けとはさすがに言わない。けれども、労使の合意でデロゲーションする仕組みは、労働者の選択を「支える」ものとして重視する。ちょっと強引な言い回しですが、労働者の選択を妨げてはならず、むしろそれを積極的に「支える」というわけです。

問題点③－労働時間規制の目的は健康確保だけではない

こうした構想を打ち出したことの何が問題か。まず守るべきものは健康確保だけでいいのかということです。労働基準法の沿革を考えたときに、例えば労働時間法制はどう考えられてきたでしょうか。労働基準法は「8時間労働制」を定めていますが、これはメーデーの起源ともなったスローガン、8時間の労働、8時間の睡眠、そして8時間は私たちの自由な時間としよう、こうした考え方がベースにあります。そうだとしたら、労働時間規制は健康確保のためだけにあるのではなく、いわゆる生活時間と言いますか、ワーク・ライフ・バランスと言いますか、そういうものを守っていく、生活全体を守っていく、そういう意味も当然に含まれていると見るべきではないか、こういう指摘ができると思います。

実は厚生労働省自身が労働時間短縮の意義を5つにまとめたものがあります。その5つというのは、①創造的自由時間の確保、②家庭生活の充実、③社会参加の促進、④健康と創造性の確保、⑤勤労者の働きやすい環境づくりです（所定外労働時間削減要綱、2001年10月24日改定）。これを忘れてしまったのでしょうか。健康確保はもとより重要ですが、それだけでは全く不十分であることが指摘されています。裁量労働制の仕組みなどをこうした視点から見ると、労働時間そのものの規制を外していく一方、医師との面接指導等の措置を講じていく動きが

広がっています。これは健康を守ればいいのか、これをスタンダードにしようという狙いがみえてとれます。

問題点④－労働者の選択は真に自発的なのか

もうひとつ、どうしても指摘しないといけないのは、労働者の選択を支えると言っているけれども、労働者の選択というのは本当に自発的なものなのかということが問わなければなりません。これはもう皆さんに言うまでもないことですが、労使の力関係というのは、そもそも対等ではありませんから、外形的に労働者が自発的に選択したもののように見えても、実はそう仕向けられた、強いられたいというケースが実に多いわけです。私も労働基準監督署で相談を受けたときに、「退職願を書けと言われて、書きました」というような方をたくさん見てきました。こうして強いられて意思表示をさせられるケースは決してめずらしいことではないということが分かっているのではないのか。西谷敏先生（大阪市立大学名誉教授）が指摘していますが、「働き方改革」の焦点となった長時間労働や正規・非正規格差というのは、その対応を労使自治に任せてきたことから、生じた問題なのではないか。こうした現状に対して、労使自治を掲げながら、規制をさらに緩めるとするのは本末転倒ではないか。まったくそのとおりだと思います。

問題点⑤－「シンプルでわかりやすく」と言うが

それから新時代研は、労働基準法を「シンプルでわかりやすく」ということを打ち出しています。たしかにわかりにくい条文が少なくありません。しかし、なぜ分りにくくなったのかというと、大事な規制を取り払うのであれば、少なくともこのくらいの措置は講じてもらう必要があるだろうと、様々な規定が細かく置かれていったという経過なのです。一定の労働時間規制を外していくのであれば、せめて丁寧な導入プロセスや導入後のフォローアップが必要だろうと考えられてきたのです。複雑にしたいわけじゃない。必要だから複雑にしているわけなんです。それをシンプルのほうがいいじゃないかとなくしてしまうことは危険なことです。

本当に必要なのは、シンプル化よりも明確化だろ

うと思います。いまの労働基準法は、不明確であるがゆえに規制力が乏しい条文が多くあります。例えば、年次有給休暇。使用者が年休の請求に対して一定の場合に時季変更権を行使することがあり得ますが、その要件は事業の正常な運営を妨げるかどうかです。これを労働基準監督官に直ちに判断しろと言われても、なかなか難しい。結果、グレーゾーンで時季変更権の行使がまかり通ってしまうということが起きてしまう。裁量労働制の要件である「業務の性質上、その遂行の方法を大幅に当該業務に従事する労働者の裁量に委ねる必要があるため、業務の遂行の手段及び時間配分の決定等に関し使用者が具体的な指示をすることが困難」であるかどうかを判断するのも至難です。また、管理監督者とはどんな働き方をする人たちなのか。これも必ずしも明確ではないから、「名ばかり管理職」と言われるような運用が広がってしまう。本当に改革するのであれば明確化こそが求められていると思います。

新時代研報告書後の動向

日本経団連「労使自治を軸とした労働法制に関する提言」

新時代研報告書が出てからわずか数ヶ月後、日本経団連が「労使自治を軸とした労働法制に関する提言」を作成し、厚生労働省に提出しました(2024年1月17日)。これを受け取ったのは労働基準局長(当時)ですが、その際の局長のコメントが報じられていました。

「この日本経団連の提言は、新時代研の報告書の問題意識と重なる部分がある」

つまり、この日本経団連の提言もまた指南書のよに扱われていくではないかという印象を受けます。

日本経団連提言の内容

日本経団連の提言ですが、労使自治を重視し、労使の一定のやりとりと合意を通じて、従来の規制、とくに労働時間規制のデロゲーションを促進していく、規制の解除を認めていくというのが大きな方向

性なのですが、そのための条件としては、労使のコミュニケーションの在り方を整備していく必要があるとしており、この点で具体的な提案をしているところに新しさがあると思っています。

具体的な中身ですが、まず過半数労働組合のある職場では、当該労働組合の合意を得ることでデロゲーションを認めていく。一方、過半数労働組合のない職場では、複数の労働者代表が参画する「労使協創協議制」という仕組みを行政機関の認証のもとに創設し、そこで労使の合意が得られたならば、デロゲーションを認めていくというものです。

現在、過半数代表制度というものがありますが問題が非常に多い。過半数代表制度のもとでこれまで以上のデロゲーションを進めていくのはさすがにやりすぎだと、もう少し実効性のある労使コミュニケーションの仕組みがないものか、財界なりに考えたのが「労使協創協議制」なのでしょう。現行制度下の労使コミュニケーションの不備を補いつつ、全体としてはデロゲーションを拡大していくことをめざしていると言えると思います。

荒木尚志教授の講演

日本経団連の提言の1か月前に東京大学(当時)の荒木尚志先生が日本経団連で講演をしています。時間の関係で詳しくフォローできないのですが、日本経団連の提言には、その講演の中身がかなり反映されている印象を受けます。何が言いたいかというと、日本経団連の提言は財界のあからさまな要求をただ羅列したものとはいえない。著名な労働法学者の考え方と通ずるところがある。そういう意味で働く者の現実を明らかにしながら、しっかりと対応していく必要があることを指摘したいと思います。

労働基準関係法研究会報告書

法改正を視野に入れた検討

新時代研の報告書が出た後、次のステップとして新しい研究会が設けられました。「労働基準関係法制研究会」、これは「労基研」と呼ばれていますが、検討事項として、新時代研の検討を踏まえた

法的論点の整理などが掲げられています。つまり法改正を視野に入れた議論が開始されたのです。構成員もガラッと変わりまして、労働法学者が中心となっています。第1回は2024年の1月。そこから16回にわたって検討が重ねられました。報告書はすでに2025年1月8日に公表されていますが、構成は、労働基準法制の構造的課題、総論的課題、それと労働時間規制。この3つくらいが柱になっています。

労働基準法制の構造的課題

「構造的課題」とは何か。これは前述のデロゲーション方式の原則化です。もう最低基準方式はやめて、デロゲーション方式に変更しようというわけです。こんなことがありました。2024年12月8日、研究会の議論を報告書のかたちでとりまとめていく時期でしたが、事務局が示した報告書(案)の中に、労働基準法の意義に関して次のような文章がありました。

「使用者と労働者の間に存する交渉力の格差を無視して契約自由の原則を貫徹することの不当性が認識される中において、契約自由の原則を部分的に修正し、労働者の保護を図るための方策として、制定されていった法律」

労働基準法は契約自由の原則を修正して労使の合意によっても排除できない最低基準を設けるところに意味があるという文章です。しかし、次の研究会で示された報告書(案)から、この部分が全文削除されてしまった。これを削除したということは、最低基準方式からデロゲーション方式に変えるというシグナルと受け止めざるを得ないのではないでしょうか。

西谷敏先生がこのデロゲーション方式をどう見ているか。今年2月の『労働法律旬報』(旬報社)に寄せられた文章では、デロゲーション方式を一概に否定しないと言っています。例えば、比較的高い水準に基準・原則を設定しておくことによって一般的な労働条件が引き上げられるという効果を持ちうる場合があると指摘しています。ただし、そこにはいくつかの条件が必要であって、一つは原則からの逸脱というものが稀であること。もう一つは最初の基準・原則からの逸脱についてどういう当事者が合意するかと

いう点ですが、労働者の利益をしっかりと擁護できる、そういう実力を備えた団体だけがデロゲーションの当事者になり得るということを指摘しています。

ドイツにおいて労働協約によるデロゲーションが認められる根拠は、当該労働協約を締結する労働組合が十分強力であって、労働者の利益擁護が可能だからであると説明しています。そして、こうしたドイツの例に照らすならば、日本の過半数代表者はもちろん、企業内組合の多くもデロゲーションの当事者となる資格を備えているとは言えないのではないかと指摘しています。たいへん重要な指摘だと思います。デロゲーション方式への転換を日本で行う余地はほとんどないと言わなければなりません。

報告書では、デロゲーションという言葉が「法定基準を調整・代替」という言葉にすべて置き換えられています。報告書中15回も使われています。最低基準方式からデロゲーション方式への転換をいかに重視しているかが見えてきます。

労働基準関係法制の総論的課題

「総論的課題」というのは、労働基準法の多くの条文の中で使われている用語、例えば、「労働者」とは何か、「事業」とは何かという議論であり、様々な情勢変化の中で今日的な見直しが必要かどうか議論されました。

労働者概念近傍へのアプローチ

「労働者」とは何かという点は非常に大事であり、労働基準法などがどの範囲で適用されるかを画する概念と言えます。ところが、この労働者とは何かを考えていくと結構難しい。皆さん、プロ野球選手は「労働者」でしょうか。日本プロ野球選手会という団体があって、日本野球機構や各球団と交渉したり、ストライキも実施できますから、労働者だろうと思います。でも、プロ野球の選手は試合が長引き延長戦になっても割増賃金は出ないようです。どうして労基法違反とされないのでしょうか。実は、労働者概念というのは一つではありません。労働組合法上の労働者と労働基準法の労働者は違うと考えられています。つまり、プロ野球選手は労働組合法上の労働者だけれども、労働基準法の労働者では

ないということなのです。だから、こういうズレが生じるということです。

労基研では、労働基準法上の労働者の概念をどうするかが議論されました。というのも、現行の労働者概念の近傍に位置する就労者が増えているし、その就労実態には問題も多く、適切な保護を及ぼしていく必要が高まっていることが背景にあります。

例えば、個人事業主とか、一人親方とか、最近ではプラットフォームワーカーなども増えています。こうした人たちをどう保護するかについては、いくつかのアプローチが考えられます。

一つは実態に即した誤分類の解消です。労働者概念は維持した上で誤分類によって労働者ではないとして扱われている実態がないか、目を光らせきちんと是正指導していく、取り締まっていくアプローチです。実際、形式の上は請負契約を装っているが、その就労実態を見ていくと労働契約である、つまり当該就労者は労働者であるという事例は少なくないと思っており、こうした問題の解消に一層注力していく必要があります。

もう一つは、今日的な状況をふまえて労働者概念自体を見直していく方法です。この点では、連合総研が公表した「働き方の多様化と法的保護のあり方～個人請負就業者とクラウドワーカーの就業実態から～」と題した『調査研究報告書』（2017年12月）があります。これによると、個人請負就業者とクラウドワーカーの就労実態の調査をふまえ、労働組合法上の労働者のところまで労働基準法の概念を拡大することを提起しています。もちろん一定の適用除外の措置なども組み合わせていくことが必要かもしれませんが、大事な指摘ではないかと思っています。

以上のほかにも、荒木尚志先生の基本書（『労働法』有斐閣）を見ていくと様々なアプローチがあり得ることを紹介しています。これも参考にしつつ、話しを進めていきます。

一つは、中間概念の導入です。例えば、「準労働者」といった考え方を導入して、一定の範囲の就労者に労働法の一部の保護を与えていくアプローチです。

もう一つは、特別規制アプローチと名付けられています。一定の範囲の就労者に対して特別の規

制を用意して当該就労者に相応しい保護を与えるアプローチです。特別加入制度やフリーランス新法はこのカテゴリに入ると考えます。

さらに、一定の範囲の就労者に対する相応しい措置をガイドライン等のソフトローで定め、行政機関の助言や指導などの強制的でない手法で保護を及ぼしていくアプローチもあり得るとしています。

フリーランス新法

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）が2024年11月から施行されています。従業員を雇用しない個人事業主や一人社長の保護を図るものです。やっと一歩踏み出した状態です。実際、同法の規定のうち労働局で所管しているのは、わずか4分野です。①募集情報を提供する時に正確かつ最新のものを提供しなければならない、②育児介護等と継続的業務委託に係る業務の両立支援に配慮しなければならない、③ハラスメント行為をなくしていくための措置を講じなければならない、④継続的業務委託を中途解除する場合には、原則として中途解除日の30日前までに予告しなければならないが、予告手当の制度はない。

つまり、労働者に比べて規制が少ない。例えば、違約金や損害賠償の予定の禁止（労働基準法）などは、フリーランスの人たちにとっても非常に重要ではないかと考えますが、措置されていない。また、最低賃金の規制（最低賃金法）もないし、解雇濫用法理や雇い止め法理（労働契約法）、こういうものも適用されていない。一方、労働時間規制、これはどこまでどのように及ぼすかはかなり議論があるでしょう。

なお、フリーランス新法というのは、労働者概念の近傍に位置する就労者に相応しい保護を及ぼすための措置であって、労働者概念それ自体を変えるものではありません。労働者概念の再構築をどう考えるかについては、労基研の報告書の指摘に沿って、すでに後述の研究会が立ち上げられており、議論が始まっています。

それと同時にプラットフォームワーカーといった特定の就労者について、労働者性の判断基準をより

明確にしていくための指標等を整備していくことが考えられないか、それによって予見可能性を高めることはできないかについても検討が必要と報告書は指摘しています。

労働基準法における「労働者」研究会

2025年5月2日に岩村正彦先生を座長とし、「労働基準法における『労働者』に関する研究会」が設けられています。この研究会ですが、水町勇一郎先生も加わっています。「働き方改革」をずっとリードされてきた方ですが、水町先生は別の研究会（雇用類似の働き方に係る論点整理に関する検討会）の中で、労働者概念をめぐる世界的な潮流（使用従属性に加えて経済的従属性も重視）を指摘した上でその方向への見直しに前向きな発言もあったことから、研究会の議論がそうした方向に向かうことを期待し、注目したいと思います。

「事業・事業場」

総論的概念に関して、労基研では「事業・事業場」についても議論がありましたが、これは原則維持の方向性が報告書に書かれていますので省略します。

労使コミュニケーション①－過半数代表者

総論的な問題として、もう1つ掲げられているのが「労使コミュニケーション」です。具体的には、過半数代表者です。過半数労働組合が職場にない場合、過半数代表者には、三六協定の当事者となったり、就業規則の作成・変更時に意見を述べたりする役割があります。しかし、過半数代表者の選出方法に問題があったり、職場意見の集約や表明に必要な知識や経験が不足しているなど、期待される役割が十全に発揮されていないのではないかなど、というのが労基研の構成員の共通認識であり、私も同じ認識です。以前、労働基準監督署の窓口業務に就いていたことがあります。社会保険労務士の方が三六協定届を提出するために来署した。協定届は100社分ぐらいあったと思いますが、協定の当事者はすべて過半数代表者（個人）、しかもその中身が全部一緒。形式要件はすべて整っています

が、こうした状況を見ると、過半数代表者が使用者と対等に話し合っただけの協定内容なのか、あるいは過半数代表者は公正に選ばれたのだろうかという疑問が生じてきます。ですから、過半数代表者のあり方に労基研が着目したこと自体、評価したいと思います。そして報告書では、過半数代表者の担い手が確保できない、あるいは十分に機能していない、さらには締結した労使協定について監視する仕組みがないなど、いくつかの課題を指摘しながら抜本的な見直しを提起しています。

注目したいのは、過半数代表者の役割について新しいものを付加しようとしているように見える点です。具体的に見ていくと、①過半数代表者は締結する労使協定の内容や意見聴取する内容について確認し、②事業場の労働者の賛否や、使用者に伝えるべき意見を集約し、③それを使用者に伝えるとともに労使協定を締結したり、意見表明を行う役割を担うことになるとしています。現在、過半数代表者に選出された者が労働者一人ひとりの賛否や意見を集約する権限や義務（公正代表義務）はありません。過半数代表者を再定義しようとしているのではないのでしょうか。こうした再定義が職場にどのような影響をもたらすか、慎重に見極める必要があると思います。

一方、過半数代表者の活動を支えるため、使用者による一定の情報提供や便宜供与、あるいは外部からの支援や紛争解決制度の新設なども必要になってくると指摘しています。また、関連してこうも言っています。便宜供与や情報提供に関わっては、過半数代表者に提供するならば、過半数労働組合にも提供すべきである。そのとおりだと思いますが、過半数労働組合に情報提供すべきであれば、少数労働組合にも提供すべきと言うべきでしょう。

そして今回、見逃せない点は、今回のような過半数代表者のあり方を大きく見直す目的が一体どこにあるのかということです。デロゲーションを進めるために、過半数代表制度を整備していくのだとしたら、そもそも目的が共有できない。この点はしっかりと確認していく必要があると思います。

労使コミュニケーション②－従業員代表制

今回の報告書の中では、従業員代表制にも少しふれています。従業員代表制というのはドイツやフランス、韓国などで先行例があるのですが、労働組合の有無を問わず、労働者全体を代表する組織を設け、経営参画なども含めた労使のコミュニケーションを活性化していく仕組みです。当然、その組織は労働組合ではないですから、いろいろ便宜供与を受けたり、あるいは専従者に賃金を支払ったりすることもできるわけです。ドイツやフランス、韓国の例を聞くと、労働組合と役割分担をしながら、それぞれがうまく機能しているという話も聞いています。だから、日本でも検討すべきという意見は少なくないのですが、この従業員代表制というのは企業ごとに作るわけです。そうすると日本の労働組合の多くは企業ごとにできているから、そこで役割がバッチングしてくるのではないかと。そうすると、両方がうまく回っていくようになるのか、あるいは労働組合不要論のようなものが出てくるのか、日本の現状にたって慎重な検討が必要だと思います。今回の研究会報告書でも踏み込んだ記述はありませんが、個人的には労働組合活性化の糸口になる可能性もあるのではないかと考えており、その条件を探っていく検討は続けていく必要があると思います。

労働時間規制

残された時間で労働時間規制についてふれます。労基研は労働時間規制の各論についても議論を深めてきました。

これまでお話しした労働者概念の問題や労使コミュニケーションの大枠に関する問題などは、さらに学術的な検討を加えなければいけない課題とされており、すぐに法案化という話にはならないと思います。しかし、これからお話しする労働時間規制の見直しは、次の通常国会での法改正も視野に入ったものであることをまず指摘したいと思います。

上限規制

上限規制ですが、私は今回の動きは「働き方改革」の揺り戻しではないかと見ていますが、報告書では「働き方改革」で新たに設けられた現在の上限規制、すなわち単月100時間、複数月平均80時間

などの上限規制についてもっと短くすべき、引き下げるべきという意見もありましたが、結局、まだ社会的合意がないなどとして現状維持の立場となっています。だから、これを逆に緩和するという主張は、もともと研究会にはなかったのですが、労働政策審議会の議論が始まる中で使用者側から緩和を求める意見が出てきています。これは「働きたい改革」などと呼ばれており、労使の合意があれば、あるいは本人が同意すれば上限を超えた労働も許容すべきという主張です。

「働きたい改革」は、先の参議院選挙の公約でも掲げられていました。自民党は「『働きたい改革』の推進」、公明党は「もう少し働ける社会ヘルールの見直し」、参政党は「もっと働きたいのに働けない『働き方改革』の見直し」をそれぞれ掲げていました。労政審（労働条件分科会）でも上限規制による「やりがい喪失」を指摘する意見が出ていましたが、他の委員からヨーロッパは日本よりも労働時間が短い、やりがい喪失が生じているのかという疑問の意見も上がりました。ここへ来て、上限規制の緩和や裁量労働制の拡大といった論点が急浮上しており、労基研の報告書とは違った方向へ動き出していることを指摘したいと思います。

企業内外への情報開示

労働時間規制に関わっては、企業内外への情報開示が有効ではないかと指摘されています。これは「ハードローからソフトロー」という文脈の中で議論されることもありますが、ハードローをやめてソフトローにするというのではなく、ハードローをしっかりと機能させた上で、情報開示などのソフトローを追加で措置していくことは必ずしも悪くはないのではないかと思います。

テレワークを対象とした新たなみなし労働時間制度

労基研の報告書は、テレワークを対象とした新たなみなし労働時間制を導入することを提起していますが、これには日本労働弁護団も強く反対しています。私もおかしいと思います。もともと、みなし労働時間制というのは事業場外労働のみなし労働時間制にしても、裁量労働制にしても、労働時間の算定

が困難だから、あるいは労働時間の配分決定を当該の労働者に委ねなければならない性質の仕事だから、労働時間をみなすことを認めているわけです。しかし、テレワークであること自体でそのような性格を認め得るでしょうか。この点では、新時代研の報告書が指摘しているのですが、「情報通信機器の発達により、今や事業場外の活動についても相当程度、労働時間は把握できる」としています。そうであるなら、労働時間は把握できるし、把握すべきではないでしょうか。労働時間を把握できるのに労働時間をみなしてしまうという、全く新しいものが導入されようとしている点で警戒すべき動きです。

週44時間の特例措置

法定労働時間を週44時間とする特例措置にも言及がありましたが、これは段階的に解消していくことで労使が合意している数少ない部分の一つです。

管理監督者に対する健康・福祉確保措置

管理監督者に関する健康・福祉確保措置についてです。管理監督者というのは労働時間規制の大部分、深夜業の割増賃金や年次有給休暇を除く部分が適用除外ですけれども、健康・福祉措置というものが具体的に定められていません。同じように一定の要件のもとで労働時間規制が適用除外となる高度プロフェッショナル制とか、あるいは三六協定の特別条項を結んだ場合には、健康・福祉確保措置が必要だとされています。こうしたアンバランスが指摘されており、管理監督者についても健康・福祉確保措置を定めていく方向性が示されています。

問題は何を義務づけるかです。現状の健康・福祉確保措置ですが、医師の面接指導や相談窓口の設置などいろいろあります。相談窓口の設置と言っても、管理監督者ですから誰と相談するのがよいのか、よく考えてみる必要があるでしょう。中身が大事だと思います。

休憩

休憩に関する規制ですが、ご存じのように6時間を超えたら45分、8時間を超えたら1時間の休憩を

与えなければなりません。しかし、その後はどんなに勤務が長くなっても休憩を与える具体的な基準がない。この点では、労基研でも一定の基準で休憩を与えることを義務づけていくべきではないかという議論もありましたが、報告書は「休憩を取るよりも、その分、業務を終わらせて帰りたいと考えている労働者もいると考えられる」などと述べて法改正の必要はないという結論を導いています。

しかし、変形労働時間制のもとですと、例えば一回の勤務が14時間といった働き方も実際に存在するわけです。そうだとすると、一定の時間を超えるごとに45分以上の休憩を与えていくなどの措置は義務づけておくべきではないでしょうか。

休日

労働基準法が定める休日制度は4週4休制です。ですから、4週の最初に休日を4日与え、次の4週の最後に4日の休日取らせると、休日労働なしでも48日間の連続勤務が可能となってしまいます。報告書は原則として「三六協定に休日労働の条項を設けた場合も含め」「13日を超える連続勤務をさせてはならない」とすることを提起しています。連続14勤務の禁止です。本来なら連続7勤務の禁止をめざすべきであり、不十分と言えますが、一歩前進であることは確かであり、ぜひ法改正まで結びつけていきたい部分です。

勤務間インターバル制度

勤務間インターバル制度は、現状では努力義務ですが、段階的に規制力を上げていく方向性が示されています。その際の様々な考え方やアイデアが議論されたものの、具体的な措置は今後の検討に委ねられています。

年次有給休暇

年次有給休暇については、有給休暇の日数というよりも有給休暇の賃金に関する問題が提起されています。現在、年次有給休暇の賃金ですが次の3つの算出方法が用意されています。

- ① 労働基準法12条の平均賃金
- ② 所定労働時間労働した場合に支払われる通

常の賃金

③ 労使協定により、健康保険法上の標準報酬月額
額の30分の1に相当する額

これはコロナ禍で露呈したのですが、年休の賃金を上記①で算出すると、所定勤務日数の少ない人は、ものすごく低い年休賃金になってしまいます。ここに労基研の構成員の方々が気づいていただいて、通常の賃金に一本化したらいいいのではないかと報告書に載せていただきました。これはぜひ実現してもらいたい。

それから、年休を取得したことによる不利益取扱いの禁止ですが、現在は附則136条に不利益取扱いを「しないようにしなければならない」という努力義務の言い回しとなっています。これはしっかりと罰則を設けるべきだと思います。

副業・兼業-労働時間の通算と割増賃金の発生

1労働日の中で行われる副業・兼業については現在、労働時間を通算しなければなりませんし、そしてその通算した時間に基づいて割増賃金を支払うことが必要です。例えば、異なる事業場で5時間、5時間と働き、通算して10時間になったら、後の事業場の最後の2時間について割増賃金が発生します。

労基研の議論では、ヨーロッパの国々では通算した労働時間が法定労働時間を超えたとしても割増賃金が発生しないとされていることや、複雑な制度運用が日々求められることなどを指摘した上で、労働者の健康確保のために労働時間の通算は維持しつつ、割増賃金の支払いについては通算を要しないとする方向が提起されています。

割増賃金を要しないとする部分に関しては、すでに日本労働弁護団が反対の意見書が公表しています。割増賃金制度の趣旨は、長時間労働の抑制と補償ですが、こうした趣旨をもつ制度をなくすことで何が起きるかをよく考えなければなりません。

一方、健康確保のための労働時間の通算は残すとしています。つまり、上限規制を適用する場合、例えば、A事業場、B事業場、C事業場の3カ所で勤務しているなら、これらの労働時間を通算することが必要となります。そうであるならば、A事業場ではB・C事業場における労働時間を把握しなければ、

上限規制を超えないよう労働時間管理ができません。逆に言えば、こうした労働時間管理を行うのですから、これ以上働かせたら割増賃金が発生するかどうかのタイミングも分かるわけです。そのことを知っていて労働を命じるのですから、割増賃金も従来通り支払うべきではないでしょうか。

報告書が記した今後の方向と 労政審での議論

報告書が示した様々な事項ですが、大きく2つに分類しながら今後の対応方向を示しています。

具体的には、「早期に取り組むべきとした事項」（労働時間規制、過半数代表者の運用など）と「中長期的に検討を進めるべきとした事項」（基本構造、労働者概念、従業員代表制など）という2つの区分が示されています。それぞれの動きを注視して、どこに危険な部分があるのか、それぞれの職場や地域で学習、宣伝していくことが大事になるだろうと思います。

そして、「早期に取り組むべきとした事項」のいくつかは、来年の通常国会での法改正を進めていく可能性もあり、そのことを視野に現在、労働政策審議会労働条件分科会で議論が重ねられています。一方、「中長期的に検討を進めるべきとした事項」は引き続いて専門的な議論を新たな研究会を立ち上げるなどして行うことになるでしょう。

加えて見逃せないと思うのは、労働政策審議会労働条件分科会では、労基研の報告書でふれていなかった課題も議論の俎上に上っている点です。一つは「働きたい改革」などと称して、上限規制自体を見直す議論です。この間の審議会の資料を見てみますと、新たにヒアリング調査やアンケート調査を実施して職場の実態と労使のニーズを明らかにしていくとしています。例えば、上限規制を超えて働きたいか、働かせたいかといった項目が入ってくるのでしょうか。質問の仕方によっては実態とニーズをミスリードしかねないと感じています。

加えてもう一つ、浮上してきているのが裁量労働制の見直しです。近年も裁量労働制については見直しを重ねていることから、労働者側の委員は反発

しています。

ここでは、裁量労働制の拡大が必要とする根拠として、令和4年のアンケートの結果が持ち出されています。

これは裁量労働制で働いている人に働き方の「満足度」を聞いているのですが、裁量労働制を導入している人たちの多くが「満足している」（満足+やや満足で8割）と答えています。なぜ満足しているのかを少し考えてみると、おそらく自由に労働時間を決めることができる点や仕事の進め方に大きな裁量がある点が好まれているのではないかと思います。しかし、自由に労働時間を決めることができるとか、仕事の進め方に大きな裁量があるというのは、裁量労働制を導入した結果ではなく、導入するための要件です。つまり、これらの回答をした人たちは、裁量労働制を導入する前から、働き方の「満足度」が高かった可能性が大きいのです。では、裁量労働制を導入したことによる結果は何か、それは割増賃金を払わなくてもよい、あるいはみなした労働時間の分の割増賃金を払えばよいということです。従って、裁量労働制の導入に伴って生じた「満足度」の変化を尋ねたいのであれば、割増賃金が払われなくなった、あるいは一定時間分の割増賃金しか払われなくなったことについて、あなたは満足ですかと尋ねるべきなのです。

使用者側の委員は、執拗に裁量労働制の導入を求めています。労使の合意、あるいは本人の同意を条件に裁量労働制の拡大に道を開くことが目下の最大の狙いなのではないでしょうか。こうした構想は、デロゲーション方式の先取りとも言え、その後様々な規制のデロゲーションを可能にすることをめざしているのではないのでしょうか。

労働行政運営上の問題点

まとめますと、いま労働政策審議会労働条件分科会の議論が重ねられており、その結果をふまえて来年の通常国会に関連法案が提出されようとしています。当面のターゲットは、労働時間規制であって、労基研の報告書になかった上限規制の緩和や裁量労働制の拡大まで盛り込まれてくる可能性があるということです。

しかし、私たちが求めるのは、やはり安全と健康が確保された働き方・暮らし方なのであって、こうした視点から、本当に必要な改革とは何かを積極的に打ち出していくことが必要なのではないのでしょうか。本当に必要な改革は、規制緩和でもデロゲーションでもない。例えば、上限規制に関してはいわゆる「過労死ライン」のままでよいはずがない。現行の規制からさらに10時間、20時間と引き下げていく、労働時間規制は強化していく方向が切実に求められていると思います。その意味でも、現行の上限規制に設けられた適用除外や猶予措置も速やかに廃止していく、あるいは廃止する事業場を積極的に支援していくことが重要なのではないのでしょうか。

それから、労働法制の話をしてきましたが、労働行政の運営に関わっても課題を共有したいと思います。

一つは、皆さんはお気づきだと思いますが、労働基準行政では安全衛生分野の専門職員である技官の採用をもう10年以上前から停止しています。そのため、労働基準監督官が監督行政と安全衛生行政の両方に従事することになっているのですが、こうしたやり方ですと、安全衛生行政に必要な経験や専門性を十分に培えないし、維持していくことも困難になると感じています。技官の採用を再開すべきです。

一方、労災補償行政では大幅な人員減が生じています。「働き方改革」などを通じて労働基準監督行政の拡充が一定程度図られましたが、その余波を受けたのが労災補償行政であったと思います。実際、労災補償行政に従事する職員はたいへん疲弊しています。先日も精神障害事案の調査を担当する若い職員に何件ぐらいの未決事案を担当しているのか尋ねたところ「40件ほど」という答えです。あまりの過酷さに驚かされました。労働行政の体制を確保するということは、あるべき労働法制の確立とともに重要な課題として共有していただけたら有難いと思います。

たいへん雑駁な報告ですが、皆さんとの質疑の中で互いの理解を更に深められたらと思っています。ご静聴ありがとうございました。

（文責・編集部）



2年連続増加、07年度以降最高更新 24年度労災時効・未申請救済増加 今後も増加傾向が継続するか注目

17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迅速かつ安定した救済制度を実現」するとした。このために翌2006年2月3日に成立、同年3月27日に施行されたのが、石綿健康被害救済法である。

「隙間ない救済」の実現状況の検証は、救済法が施行された当初から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、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、2012～2025年の1・2月号参照—今回が17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。

また、「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、2025年9月16日に厚生労働省政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室が公表した、「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5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（2025年は6月20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（2025年は12月17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6年度版は2025年9月26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

特集② 石綿健康被害補償・救済状況の検証

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

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

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2025年3月21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5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。

なお、「統計資料」では、「新たな資料が提出された再審査等に基づく処分件数」を含んだものと除いたものが混在しているが、本稿では可能な限り整合性を検証しつつ、前者として示された数字に合うよう調整していることに留意されたい。

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。2024年度までの累計補償件数は、中皮腫110件、肺がん100

件、石綿肺10件、合計220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2024年度までの累計補償件数は、中皮腫107件、肺がん21件、石綿肺3件、その他9件、合計140件。後者の2012～2024年度累計補償件数は、中皮腫13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等の問題がある。2025年9月30日現在の累計補償件数は、中皮腫281件、肺がん193件、石綿肺53件、びまん性胸膜肥厚37件、良性石綿胸水2件、合計566件と、少なくない。

以上に掲げた補償件数を合わせると、中皮腫511件、肺がん314件、石綿肺66件、その他48件、合計939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。

表2 GBD2023及びWHO/ILO2016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	GBD2021推計					WHO/ILO2016推計		
	1990年	2000年	2010年	2020年	2023年	2000年	2010年	2016年
職業曝露による死亡(A~E)	6,188	10,028	17,851	21,996	24,661	9,019	16,234	18,514
中皮腫[A]	476	789	1,326	1,699	1,855	691	1,226	1,506
気管・気管支・肺のがん[B]	5,491	8,895	15,954	19,597	21,989	8,138	14,754	16,702
卵巣がん[C]	80	122	169	205	231	120	158	197
喉頭がん[D]	52	74	107	109	132	70	96	109
石綿肺[E]	88	148	295	386	453			
肺がん/中皮腫の比率(B/A)	11.5	11.3	12.0	11.5	11.9	11.8	12.0	11.1
中皮腫による死亡[F]	517	838	1,379	1,756	1,912			
中皮腫(職業曝露以外)(F-A)	41	49	53	57	57			
職業曝露の占める割合(A/F)	92.0%	94.2%	96.2%	96.8%	97.0%			
石綿肺による死亡[G]	88	148	295	386	453			
石綿肺(職業曝露以外)(G-E)	0	0	0	0	0			
石綿による死亡(B+C+E+F+G)	6,229	10,077	17,905	22,053	24,718			

救済対象に関する知見

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。2021年の1,635人が過去最高だが、2012年1,554人、2023年1,595人、2024年1,562人と、増加が止まったとみることはできない。1995～2024年の30年間の累計は38,244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。2025年10月18日に更新された最新のGBD2023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。2023年の石綿による死亡は24,718人と推計されている。

また、2021年9月17日に、「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、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イメージすることができる。

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、GBD2023の世界推計で「7.6:1」、WHO/ILO2016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。

世界で3番目に被害の多い日本

最新のGBD2023による2023年の石綿関連死亡の死亡数及び死亡比の推計値が上位20か国のデータを表20-1及び表20-2に示した。日本は死亡数で世界第3位、死亡率では世界第11位である。

補償・救済合計2年連続増加

まず、表3と図1-1に、制度別補償・救済状況、表4と図1-2に、疾病別補償・救済状況の推移を示す。

特集② 石綿健康被害補償・救済状況の検証

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
2023	1,232	159	929	6	208	2,534
2024	1,211	238	929	4	256	2,638
小計	23,085	2,227	14,268	3,687	2,415	45,682
重複			△3,424	△306	△307	△4,037
合計	23,085	2,227	10,844	3,381	2,108	41,645
	55.4%	5.3%	26.0%	8.1%	5.1%	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	59	67	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	48	68	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%
2023	1,634	706	72	100	22	2,534	43.2%
2024	1,777	683	73	75	30	2,638	38.5%
小計	30,310	12,532	1,084	1,195	561	45,682	41.3%
重複	△3,203	△766	△11	△57		△4,037	
合計	27,107	11,766	1,073	1,138	561	41,645	43.4%
	65.1%	28.3%	2.6%	2.7%	1.3%	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。

環境省救済は「新たな資料が提出された再審査等に基づく処分件数を含む」数字と整合化するように必要な調整を行っている。

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。

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)。

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。実際に二つの小さな山では、疾病別で中皮腫の増加によるものであったことを確認できる。また、とくに施行前死亡救済及び労災時効救済、未申請死亡救済の増加が重要な役割を果たしたことも確認できる。

2020年度の減少は新型コロナウイルス感染症流行の影響と考えることができ、また、2021年度の増加には前年度分の挽回が影響していると考えられる(ともに影響は環境省救済の方が大きい)。これら

表5 制度別・疾病別補償・救済状況(2024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		
中皮腫	12,093	52.4%	44.6%	1,312	58.9%	4.8%	8,843	81.5%	32.6%	3,216	95.1%	11.9%
肺がん	8,633	37.4%	73.4%	822	36.9%	7.0%	1,769	16.3%	15.0%	117	3.5%	1.0%
石綿肺	904	3.9%	84.2%	88	4.0%	8.2%	36	0.3%	3.4%	38	1.1%	3.5%
びまん性胸膜肥厚	894	3.9%	78.6%	5	0.2%	0.4%	196	1.8%	17.2%	10	0.3%	0.9%
良性石綿胸水	561	2.4%	100%	0	0.0%	0.0%						
合計	23,085	100%	55.4%	2,227	100%	5.3%	10,844	100%	26.0%	3,381	100%	8.1%
	未申請死亡救済			労災・時効救済計(小計)			環境省救済計(小計)			合計		
中皮腫	1,643	77.9%	6.1%	13,405	53.0%	49.5%	13,702	83.9%	50.5%	27,107	65.1%	100%
肺がん	425	20.2%	3.6%	9,455	37.4%	80.4%	2,311	14.1%	19.6%	11,766	28.3%	100%
石綿肺	7	0.3%	0.7%	992	3.9%	92.5%	81	0.5%	7.5%	1,073	2.6%	100%
びまん性胸膜肥厚	33	1.6%	2.9%	899	3.6%	79.0%	239	1.5%	21.0%	1,138	2.7%	100%
良性石綿胸水				561	2.2%	100%				561	1.3%	100%
合計	2,108	100%	5.1%	25,312	100%	60.8%	16,333	100%	39.2%	41,645	100%	100%

の影響を除くと、2014年度以降なだらかな増加傾向が見えるように思われ、2023年度と2024年度は2年連続で補償・救済合計件数が増加した。

補償・救済合計では、2007年度以降最高であった2009年度の2,520件を、2023年度と2024年度の2年連続更新したことになる。制度別では、労災保険制度は同様に2年連続して2007年度以降最高を更新、労災時効救済は最高、未申請死亡救済は3年連続最高を更新した。しかし、疾病別では、いずれの疾病の補償・救済も、2007年度以降最高を記録しているわけではない。

個別周知も貢献、増加継続するか

2024年度は、制度別では、労災保険1,211件(前年度比21件減少)、労災時効救済238件(79件増加)、生存中救済929件(同数)、施行前死亡救済4件(2件減少)、未申請死亡救済256件(48件増加)で、補償・救済合計2,638件(104件増加)となったが、これは、2007年度以降最高の数字の更新である。疾病別では、中皮腫1,777件(143増加)、肺がん683件(23件減少)、石綿肺73件(1件増加)、びまん性胸膜肥厚75件(25件減少)、良性石綿胸水30件(8件増加)であった。

厚生労働省は2021年度に再度「個別周知事業」を行おうとしたが関東甲信越地域のみでの実施にとどまってしまったため、あらためて2024年3

月27日に3,072人の遺族に対して個別周知を行っている。2024年度の増加は、疾病別で中皮腫、制度別で労災時効救済と未申請死亡救済の増加によるものだったことから、過去2回のときと同様に、個別周知事業が貢献したことは間違いないだろう。

最近の傾向でみると、労災保険は、2023年度以降初めて1,200件台を維持している。労災時効救済も、長く2桁台だったものが、2022年度170件、2023年度159件、2024年度238件となっている。生存中救済は、2021年度に初めて1,000件を超えた。施行前死亡救済は、図では確認できないくらいの数にとどまっているが、ゼロにはなっていない。未申請死亡救済は、2008年度に追加されて一定の存在感を示してきたが、2021年度から4年連続して増加し、2022年度以降は200件を超えていることが注目される。

2025年度以降も増加傾向が継続するかどうか注目される。

疾病別では、中皮腫が、2023年度と2024年度の2年連続で前年比100件を超す増加である。肺がんは、2022年度に前年比100件を超す増加で741件となり、2023年度706件、2024年度684件。びまん性胸膜肥厚は、2023年度に初めて100件を超えたが、2024年度は75件に減少した。なお、石綿肺とびまん性胸膜肥厚は、2010年度に環境省救済の対象疾病に追加されたものである。

なお、「個別周知事業」は、対象が中皮腫に限定

図1-1 制度別石綿健康被害補償・救済状況(全疾病)

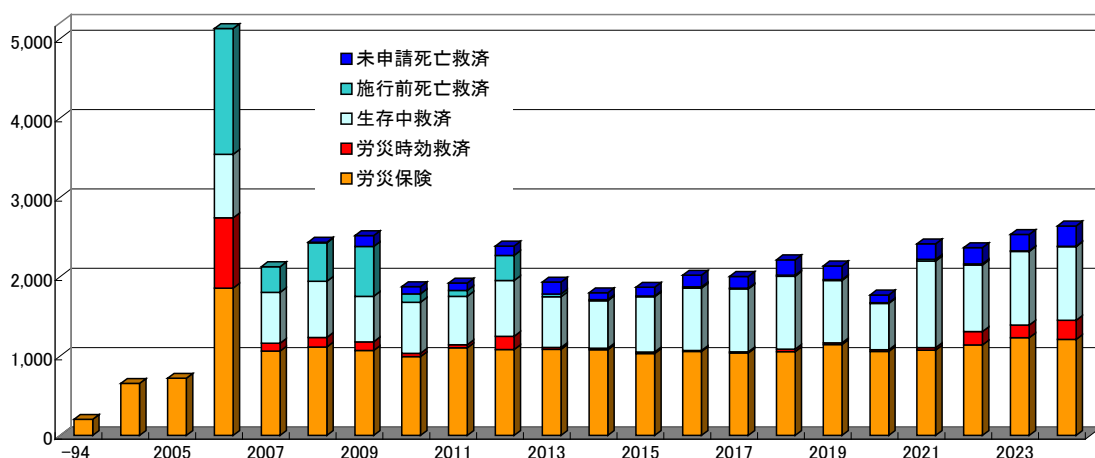
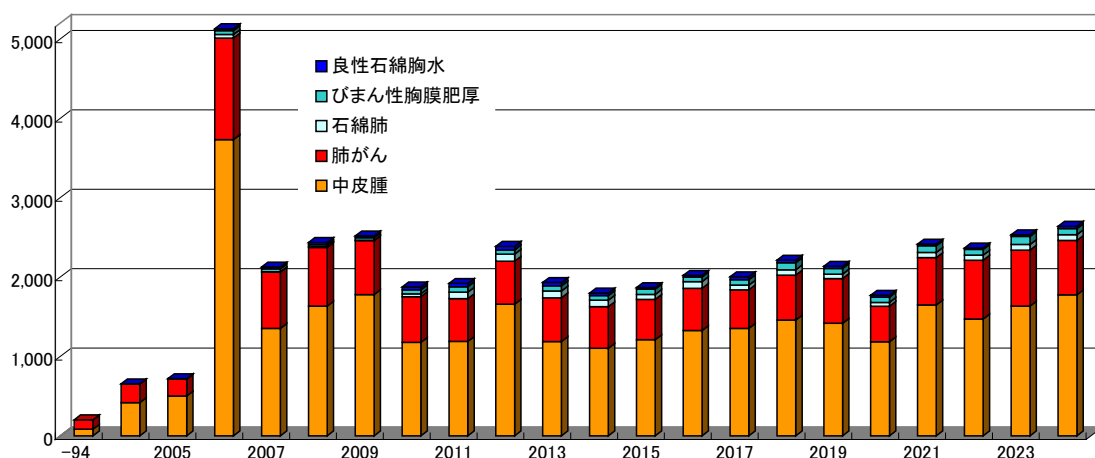


図1-2 疾病別石綿健康被害補償・救済状況(労災・時効救済及び環境省救済)



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」の周知になってしまうわけではあるが、効果は過去3回の経験から間違いなくあるので継続を求めている。

全体で労災等60.8%、中皮腫65.1%

表5と図1-3に、2024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。

環境省救済の重複分は4,037件で、累計補償・救済件数45,685件の8.8%に相当し、これを除いた

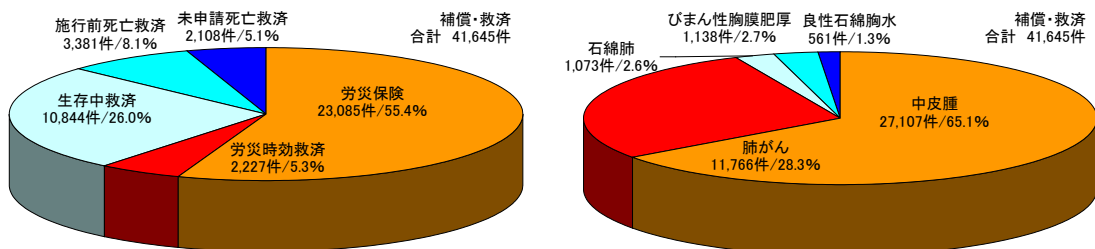
実際の補償・救済件数合計は41,645件である。

制度別では、労災保険55.4%、労災時効救済5.3%（労災・時効救済計60.8%）、生存中救済26.0%、施行前死亡救済8.1%、未申請死亡救済5.1%（環境省救済計39.2%）、となっている。

疾病別では、中皮腫65.1%、肺がん28.3%、石綿肺2.6%、びまん性胸膜肥厚2.7%、良性石綿胸水1.3%、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。

三度の救済法改正

図1-2 制度別・疾病別石綿健康被害補償・救済状況(2024年度末までの累計、重複分除く)



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。2008年改正では、未申請死亡救済制度も創設されている。さらに、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年に成立した。

これらの法改正が、補償・救済状況に影響を与えてきていることも間違いない。

環境省救済はほぼ中皮腫

表6-1・2と図2-1～3に、労災・時効救済と環境省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2,800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、全体的に、労災・時効救済の推移は補償・救済合計の推移（図1-2）と同様であるのに対して、環境省救済の方は変動が大きく、とくにコロナ禍の影響による2020年度の大きな減少と、2021年度の挽回努力による大きな増加が目立つ。2009年度と2012年度の個別周知事業の影響も環境省救済の方が目立っているように見える。

労災・時効救済は2020年度以降4年連続で増加しており、環境省救済の方も2023年度と2024年度は2年連続して増加となった。

労災・時効救済は、2007年度以降最高であった2008年度の1,236件を3年連続最高を更新し、2024

年度に初めて1,400件台にのった。環境省救済の方は、2009年度の1,340件を超えてはいない。

前述したとおり、2024年度の増加が個別周知事業による一時的なものにとどまるか、増加傾向が維持されるかが注目される。

2024年度末までの累計件数は、労災・時効救済が25,312件。環境省救済は20,370件であるが、19.8%に相当する4,037件が重複分で、これを除いた実際の環境省救済件数合計は16,333件である。

2024年度末までの合計の内訳についてみると、労災・時効救済では、中皮腫53.0%、肺がん37.4%、石綿肺3.9%、びまん性胸膜肥厚3.6%、良性石綿胸水2.2%。環境省救済（重複分を除く）では、中皮腫83.9%、肺がん14.1%、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（83.9%）、かつ、年度ごとの救済件数の変動の幅が大きいことが特徴だったが、肺がんの環境省救済が2021年度から4年連続して、2006年度以来の200件を超えたことが注目される。肺がんの労災・時効救済も2022年度に500件を超え、2023・24年度も484件と比較的高い。中皮腫の労災・時効救済も、2021年度以降4年連続して増加した。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7-1～4参照）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方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に問題があるということである。

中皮腫：2年連続して増加

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%
2023	744	484	66	75	22	1,391	65.1%
2024	805	483	73	58	30	1,449	60.0%
合計	13,405 53.0%	9,455 37.4%	992 3.9%	899 3.6%	561 2.2%	25,312 100%	70.5%

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	7	18	951	17.4%
2018	916	172	4	34	1,126	18.8%
2019	765	178	3	23	969	23.3%
2020	571	97	2	21	691	17.0%
2021	1,052	235	1	21	1,309	22.3%
2022	795	234	1	27	1,057	29.4%
2023	890	222	6	25	1,143	24.9%
2024	972	200	0	17	1,189	20.6%
小計	16,905	3,077	92	296	20,370	18.2%
重複	△3,203	△766	△11	△57	△4,037	
合計	13,702 83.9%	2,311 14.1%	81 0.5%	239 1.5%	16,333 100%	16.9%

表7-1～2と図3-1～4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（表7-1と図3-1）は、（2022年度は減少が大きい）がおおむね補償・救済合計（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64.9%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、2012、2021、2024年度に四つの小さな山（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、2012、2024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と挽回の努力の結果である。

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28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、2023年度642件、2024年度628件と推移してきている。

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るという状況だったが、2022年度80件、2023年度102件、2024年度177件と増加した。

生存中救済は、2006年度に627件で、以降、2019年度まで461～752件の範囲で推移。2020年度に490件に減少し、2021年度に884件と挽回した後、2022年度646件から2024年度759件へと2年連続増加した。

図2-1 労災・時効救済：疾病別石綿健康被害補償・救済状況

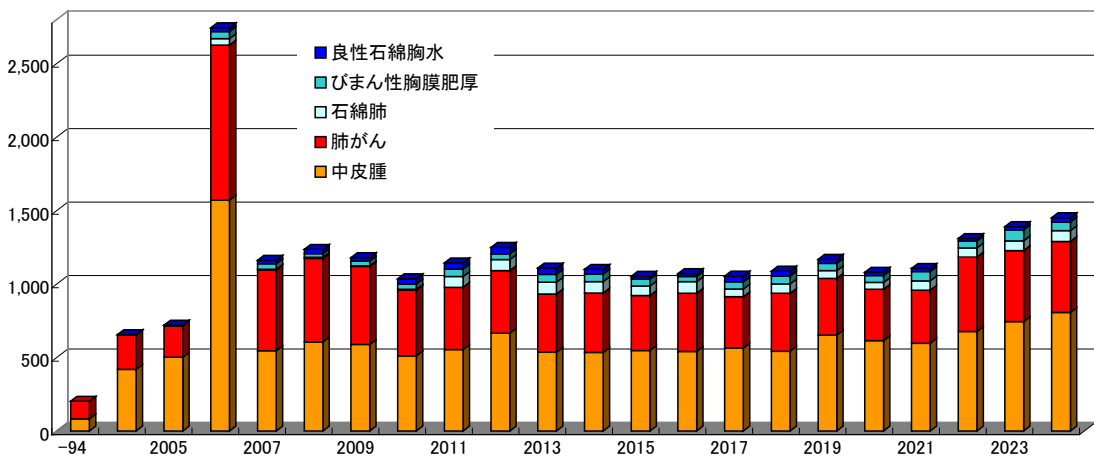


図2-2 環境省救済：疾病別石綿健康被害救済状況

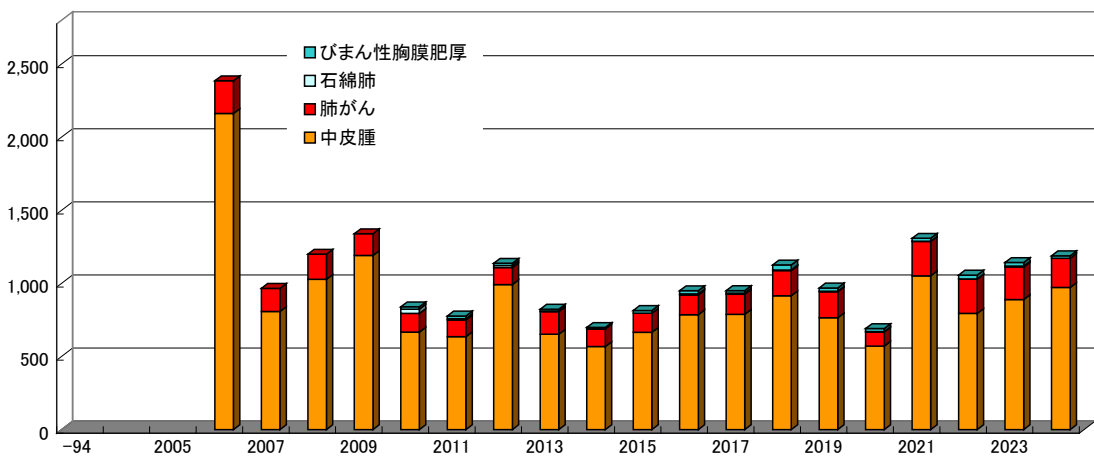
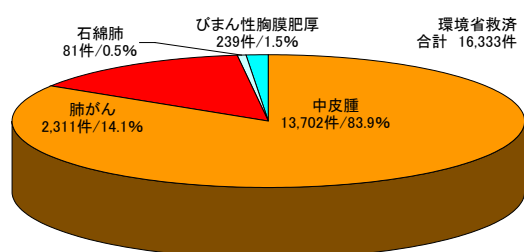
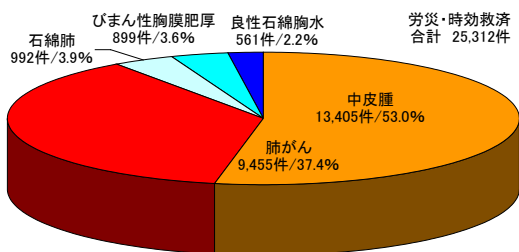


図2-3 疾病別石綿健康被害補償・救済状況(2024年度末までの累計、重複分除く)



施行前死亡救済は、2006年度に1,535件。2009年度と2012年度に個別周知事業の影響によると思われる増加がみられた後、件数は少ないものの毎

年救済件数がある。

未申請死亡救済は、2008年度に追加されて、2009～2021年度は68～152件の範囲で推移してき

特集②／石綿健康被害補償・救済状況の検証

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	658	13	115	1,327	387	10	103	2	29	531
2017	1,555	564	1	656	10	123	1,354	335	14	115	0	22	486
2018	1,512	534	9	752	12	152	1,459	376	18	138	0	34	566
2019	1,466	641	12	629	9	127	1,418	375	11	135	2	41	564
2020	1,605	607	8	490	8	73	1,186	340	10	76	0	21	447
2021	1,635	579	18	884	22	146	1,649	348	13	189	0	46	596
2022	1,554	597	80	646	15	134	1,472	418	89	168	1	65	741
2023	1,595	642	102	734	4	152	1,634	433	51	172	1	49	706
2024	1,562	628	177	759	4	209	1,777	424	59	156	0	44	683
小計	38,244	12,093	1,312	11,582	3,481	1,842	30,310	8,633	822	2,400	154	523	12,532
重複				△2,739	△265	△199	△3,203			△631	△37	△98	△766
合計	38,244	12,093	1,312	8,843	3,216	1,643	27,107	8,633	822	1,769	117	425	11,766
救済率	100%	31.6%	3.4%	23.1%	8.4%	4.3%	70.9%	22.6%	2.1%	4.6%	0.3%	1.1%	30.8%
分担率		44.6%	4.8%	32.6%	11.9%	6.1%	100%	73.4%	7.0%	15.0%	1.0%	3.6%	100%
			49.5%			50.5%			80.4%			19.6%	
死亡年判明2024年以前			11,795	7,355	3,216	1,640	24,006		6,595	1,199	117	425	8,336
死亡年不明+生存等			1,610	1,488	0	3	3,101		2,860	570	0	0	3,430

「救済率」は、補償・救済合計数の中皮腫死亡合計数(36,682人)に対する比率。「死亡」については、表8・9参照。

たが、2022年度134件から2024年度209件へと2年連続増加して過去最高を更新した。

結果的に、2024年度末までの補償・救済合計は、環境省救済の重複分を除いて27,107件である。環境省救済の重複分は3,203件で、環境省救済累計16,905件の18.9%に相当する。推計を含めた2024年度までの累計中皮腫死亡者数38,244人に対する比率を「救済率」と呼べば、70.9%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511件を加えると、補償・救済累計は27,619件で、「救済率」は72.2%となる)。

内訳は、労災保険44.6%、労災時効救済4.8%(労災・時効救済49.5%)、生存中救済32.6%、施行前死亡救済11.9%、未申請死亡救済6.1%(環境省救済50.5%)、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(表2ではさらに多い)、職業曝露によるもの以外の中皮腫

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						0	1					1	2	
2005						0	4					4	2	
2006		44				44	48	0				48	26	
2007		4				4	37	0				37	24	
2008		8				8	24	1				25	29	
2009		4				4	31	1				32	24	
2010		5	5	24	0	34	35	0	9	7	0	51	37	
2011	68	5	4	5	0	82	51	0	16	2	0	69	42	
2012	75	0	7	6	1	89	39	0	14	1	1	55	45	
2013	77	3	3	1	1	85	53	0	9	0	3	65	44	
2014	78	0	3	0	0	81	50	1	6	0	1	58	32	
2015	64	0	0	0	0	64	47	0	14	1	4	66	20	
2016	76	2	5	2	1	86	35	0	20	0	2	57	20	
2017	52	0	5	0	2	59	49	0	17	0	1	67	39	
2018	60	4	3	1	0	68	53	0	26	0	8	87	34	
2019	52	0	1	1	1	55	50	0	20	0	3	73	27	
2020	44	2	2	0	0	48	47	0	17	0	4	68	22	
2021	64	0	1	0	0	65	63	0	18	0	3	84	22	
2022	61	1	1	0	0	63	46	0	23	0	4	73	18	
2023	62	4	3	1	2	72	73	2	20	0	5	100	22	
2024	71	2	0	0	0	73	58	1	14	0	3	76	30	
小計	904	88	43	41	8	1,084	894	5	243	11	42	1,195	561	
重複			△7	△3	△1	△11			△47	△1	△9	△57		
合計	904	88	36	38	7	1,073	894	5	196	10	33	1,138	561	
分担率	84.2%	8.2%	3.4%	3.5%	0.7%	100%	78.6%	0.4%	17.2%	0.9%	2.9%	100%	100%	
	92.5%		7.5%				79.0%		21.0%					

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。

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：2022年度増加の後は？

肺がん（表7-1と図3-2）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、2012、2024年度の峰もみられない。2022年度に2007年度以降最高の741件となり、2023年度706件、2024年度683件と推移している。

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、2023年度も433件へ連続して増加し、2024年度も424件だった。

労災時効救済件数は、2006年度272件の後、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件へ増加、2023年度

特集②／石綿健康被害補償・救済状況の検証

図3-1 中皮腫：制度別補償・救済状況

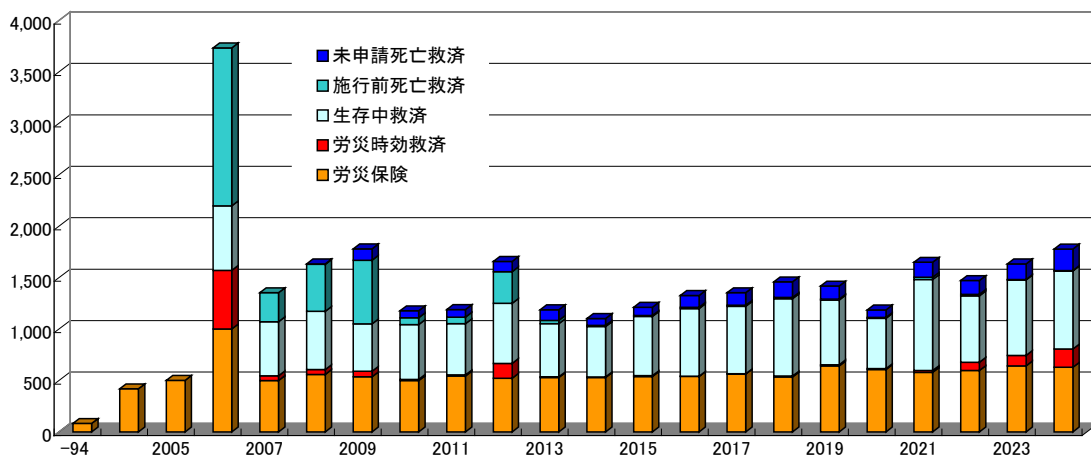


図3-2 肺がん：制度別補償・救済状況

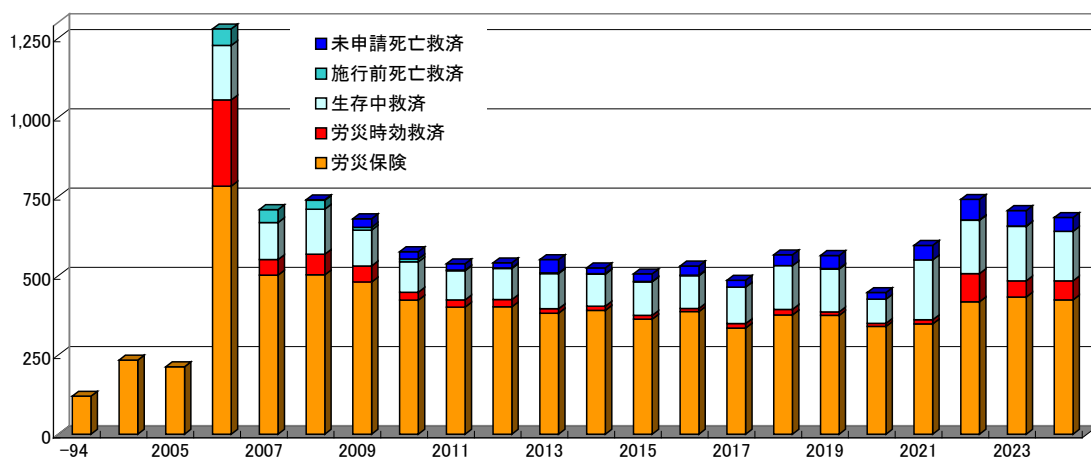


図3-3 石綿肺・びまん性胸膜肥厚・良性石綿胸水：制度別補償・救済状況

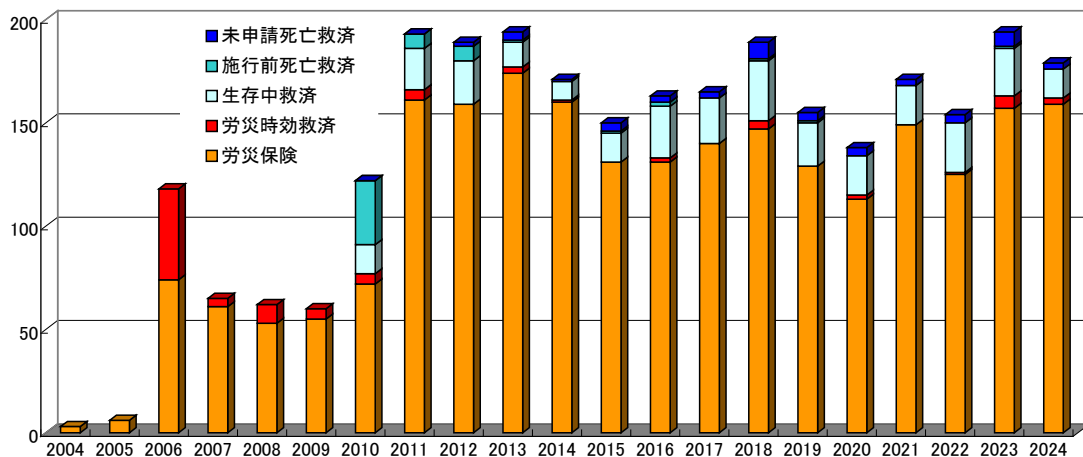
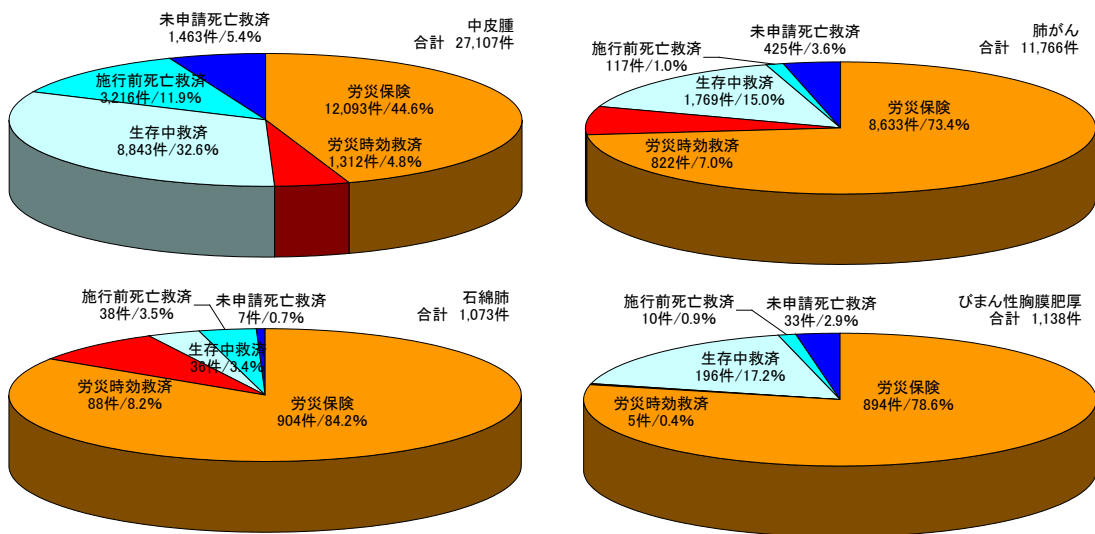


図3-4 疾病別：制度別補償・救済状況(2024年度末までの累計、重複分除く)



51件、2024年度59件であった。

生存中救済は、2006年度172件後、減少しながらも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76件に減少、2021年度に189件に盛り返し、2022年度168件、2023年度172件、2024年度156件であった。

施行前救済は、2006年度は52件だったが、0件の年も出ている。

未申請死亡救済は、2008年度に追加されて、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46件、2022年度65件、2023年度49件、2024年度44件であった。

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は請求期限切れ問題をめぐる動きが影響していると思われるが、2023年度706件、2024年度684件で、今後の推移が注目される。

2024年度までの補償・救済合計は、環境省救済の重複分を除いて11,766件となった。環境省救済の重複分は766件で、環境省救済累計3,077件の24.9%に相当する。推計を含めた2024年度までの累計中皮腫死亡者数38,244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、30.8%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（314件を加えると、補償・救済累計は12,081件で、「救済率」は31.6%となる）。

内訳は、労災保険73.4%、労災時効救済7.0%（労災・時効救済計80.4%）、生存中救済15.0%、施行前死亡救済1.0%、未申請死亡救済3.6%（環境省救済計19.6%）、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：環境省救済少ない

表7-2と図3-3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だ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

特集② 石綿健康被害補償・救済状況の検証

表8 中皮腫の死亡年別の補償・救済状況(2024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	27	16.6%	29	17.8%	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%	45	17.6%	100	39.1%	156
小計	3,685	259	7.0%	290	7.9%	549	14.9%	
1995	500	75	15.0%	93	18.6%	168	33.6%	332
1996	576	99	17.2%	126	21.9%	225	39.1%	351
1997	597	98	16.4%	144	24.1%	242	40.5%	355
1998	570	126	22.1%	125	21.9%	251	44.0%	319
1999	647	144	22.3%	169	26.1%	313	48.4%	334
2000	710	180	25.4%	199	28.0%	379	53.4%	331
2001	772	177	22.9%	228	29.5%	405	52.5%	367
2002	810	176	21.7%	329	40.6%	505	62.3%	305
2003	878	275	31.3%	380	43.3%	655	74.6%	223
2004	953	276	29.0%	517	54.2%	793	83.2%	160
2005	911	336	36.9%	502	55.1%	838	92.0%	73
2006	1,050	417	39.7%	343	32.7%	760	72.4%	290
2007	1,068	435	40.7%	293	27.4%	728	68.2%	340
2008	1,170	453	38.7%	386	33.0%	839	71.7%	331
2009	1,156	346	29.9%	387	33.5%	733	63.4%	423
2010	1,209	493	40.8%	364	30.1%	857	70.9%	352
2011	1,258	483	38.4%	401	31.9%	884	70.3%	374
2012	1,400	587	41.9%	457	32.6%	1,044	74.6%	356
2013	1,410	536	38.0%	433	30.7%	969	68.7%	441
2014	1,376	539	39.2%	435	31.6%	974	70.8%	402
2015	1,504	540	35.9%	526	35.0%	1,066	70.9%	438
2016	1,550	564	36.4%	558	36.0%	1,122	72.4%	428
2017	1,555	587	37.7%	556	35.8%	1,143	73.5%	412
2018	1,512	557	36.8%	548	36.2%	1,105	73.1%	407
2019	1,466	516	35.2%	518	35.3%	1,034	70.5%	432
2020	1,605	612	38.1%	557	34.7%	1,169	72.8%	436
2021	1,635	600	36.7%	611	37.4%	1,211	74.1%	424
2022	1,554	494	31.8%	584	37.6%	1,078	69.4%	476
2023	1,595	498	31.2%	564	35.4%	1,062	66.6%	533
2024	1,562	317	20.3%	588	37.6%	905	57.9%	657
小計	34,559	11,536	33.4%	11,921	34.5%	23,457	67.9%	11,102
合計	38,244	11,795	30.8%	12,211	31.9%	24,006	62.8%	14,238
2025		10		0		10		
合計	38,244	11,805		12,211		24,016		14,238
女性	17.6%	400	3.4%	3,376	27.6%	3,776	15.7%	
男性	72.8%	11,405	96.6%	8,835	72.4%	20,240	84.3%	

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、各々制度創設の年に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、2024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1,073件となった。環境省救済の重複分は11件で、環境省救済累計92件の12.0%に相当する。。

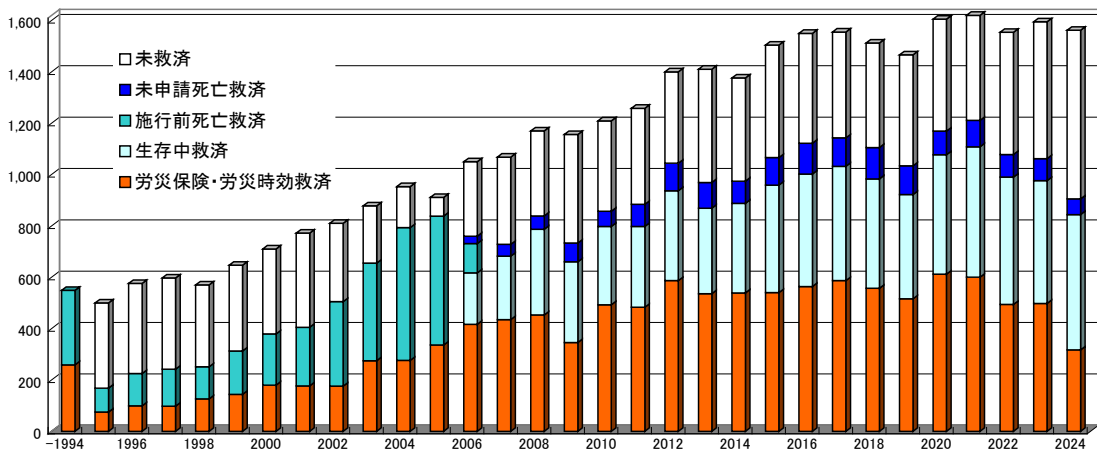
内訳は図3-4左下のように、労災保険84.2%、労災時効救済8.2%(労災・時効救済計92.5%)、生存中救済3.4%、施行前死亡救済3.5%、未申請死亡救済0.7%(環境省救済計7.5%)、となっていて、環境省救済の占める割合が著しく低い。

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24～73件の範囲であったが、2024年度は58件。労災時効救済はこれまでに5件しかない。生存中救済は6～26件、未申請死亡救済は0～8件。施行前死亡救済は0～7件である。全体では51～87件の範囲で推移していたが、2023年度は初めて100件、2024年度は76件だった。2024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1,138件となった。環境省救済の重複分は57件で、環境省救済累計296件の19.2%に相当する。。

内訳は、労災保険78.6%、労災時効救済0.4%(労災・時効救済計79.0%)、生存中救済17.2%、施行前死亡救済0.9%、未申請死亡救済2.9%(環境省救済21.0%計)、となっている。石綿肺の場合

図4 中皮腫：死亡年別の補償・救済状況(2024年度末時点)



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、2024年度までの累計で561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。症例も増えたかもしれないが、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67.9%(33.6～92.0%)

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・救済状況をみよう。表8と図4は、2024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 asbestos 輸入量のデータがないために、(その38年後

の)1967年以前の死亡者数は推計されていない。

もっとも古い認定事例は、施行前死亡救済の1973年死亡事例であったが、未申請死亡救済事例としても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14.9%(=5499/3,685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2024年度までの30年間)についてみると、死亡者小計34,559件のうち、2024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11,536件、生存中救済7,355件、施行前死亡救済2,926件、未申請死亡救済1,460件(環境省救済計11,921件)＝合計23,457件で、救済率は23,457/34,559=67.9%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33.6%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(2024年までの)全期間合計でみると、救済率は62.8%という状況である(=24,006/38,244件)。

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

特集② 石綿健康被害補償・救済状況の検証

表9 肺がんの死亡年別の補償・救済状況(2023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		0		1		
1966		1		0		1		
1968	67		0.0%	0	0.0%	0	0.0%	67
1969	68	1	1.5%	0	0.0%	1	1.5%	67
1970	64		0.0%	0	0.0%	0	0.0%	64
1971	95	1	1.1%	0	0.0%	1	1.1%	94
1972	134	1	0.7%	0	0.0%	1	0.7%	133
1973	138		0.0%	0	0.0%	0	0.0%	138
1974	168	2	1.2%	1	0.6%	3	1.8%	165
1975	258		0.0%	0	0.0%	0	0.0%	258
1976	176	2	1.1%	0	0.0%	2	1.1%	174
1977	260	3	1.2%	0	0.0%	3	1.2%	257
1978	184		0.0%	0	0.0%	0	0.0%	184
1979	62	4	6.5%	0	0.0%	4	6.5%	58
1980	64	4	6.3%	0	0.0%	4	6.3%	60
1981	70	6	8.6%	0	0.0%	6	8.6%	64
1982	79	5	6.3%	0	0.0%	5	6.3%	74
1983	88	8	9.1%	1	1.1%	9	10.2%	79
1984	88	4	4.5%	0	0.0%	4	4.5%	84
1985	111	12	10.8%	1	0.9%	13	11.7%	98
1986	101	15	14.9%	1	1.0%	16	15.8%	85
1987	137	12	8.8%	0	0.0%	12	8.8%	125
1988	149	14	9.4%	1	0.7%	15	10.1%	134
1989	133	17	12.8%	2	1.5%	19	14.3%	114
1990	167	23	13.8%	0	0.0%	23	13.8%	144
1991	163	14	8.6%	5	3.1%	19	11.7%	144
1992	174	31	17.8%	2	1.1%	33	19.0%	141
1993	232	35	15.1%	1	0.4%	36	15.5%	196
1994	256	33	12.9%	0	0.0%	33	12.9%	223
小計	3,685	249	6.8%	15	0.4%	264	7.2%	3,421
1995	500	28	5.6%	3	0.6%	31	6.2%	469
1996	576	38	6.6%	5	0.9%	43	7.5%	533
1997	597	55	9.2%	8	1.3%	63	10.6%	534
1998	570	71	12.5%	2	0.4%	73	12.8%	497
1999	647	72	11.1%	10	1.5%	82	12.7%	565
2000	710	68	9.6%	6	0.8%	74	10.4%	636
2001	772	99	12.8%	7	0.9%	106	13.7%	666
2002	810	123	15.2%	6	0.7%	129	15.9%	681
2003	878	124	14.1%	12	1.4%	136	15.5%	742
2004	953	188	19.7%	14	1.5%	202	21.2%	751
2005	911	201	22.1%	26	2.9%	227	24.9%	684
2006	1,050	299	28.5%	52	5.0%	351	33.4%	699
2007	1,068	278	26.0%	62	5.8%	340	31.8%	728
2008	1,170	314	26.8%	73	6.2%	387	33.1%	783
2009	1,156	265	22.9%	87	7.5%	352	30.4%	804
2010	1,209	291	24.1%	74	6.1%	365	30.2%	844
2011	1,258	308	24.5%	65	5.2%	373	29.7%	885
2012	1,400	333	23.8%	75	5.4%	408	29.1%	992
2013	1,410	281	19.9%	77	5.5%	358	25.4%	1,052
2014	1,376	301	21.9%	73	5.3%	374	27.2%	1,002
2015	1,504	300	19.9%	92	6.1%	392	26.1%	1,112
2016	1,550	287	18.5%	86	5.5%	373	24.1%	1,177
2017	1,555	277	17.8%	88	5.7%	365	23.5%	1,190
2018	1,512	246	16.3%	90	6.0%	336	22.2%	1,176
2019	1,466	280	19.1%	113	7.7%	393	26.8%	1,073
2020	1,605	268	16.7%	88	5.5%	356	22.2%	1,249
2021	1,635	270	16.5%	105	6.4%	375	22.9%	1,260
2022	1,554	284	18.3%	116	7.5%	400	25.7%	1,154
2023	1,595	231	14.5%	111	7.0%	342	21.4%	1,253
2024	1,562	166	10.6%	100	6.4%	266	17.0%	1,296
小計	34,559	6,346	18.4%	1,726	5.0%	8,072	23.4%	26,487
合計	38,244	6,595	17.2%	1,741	4.6%	8,336	21.8%	29,910
2025		3		0		3		
合計	38,244	6,598		1,741		8,339		29,910
女性	17.6%	115	1.7%	63	3.6%	178	2.1%	
男性	72.8%	6,483	98.3%	1,678	96.4%	8,161	97.9%	

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2023年以前」欄の数字であり、表7-1において「合計」と「2023年以前死亡」の差を「死亡年不明+生存等」欄に記載している（2024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1995～2024年合計）。

肺がん救済率23.4%（6.2～33.4%）

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

図5 肺がん: 死亡年別の補償・救済状況(2024年度末時点)

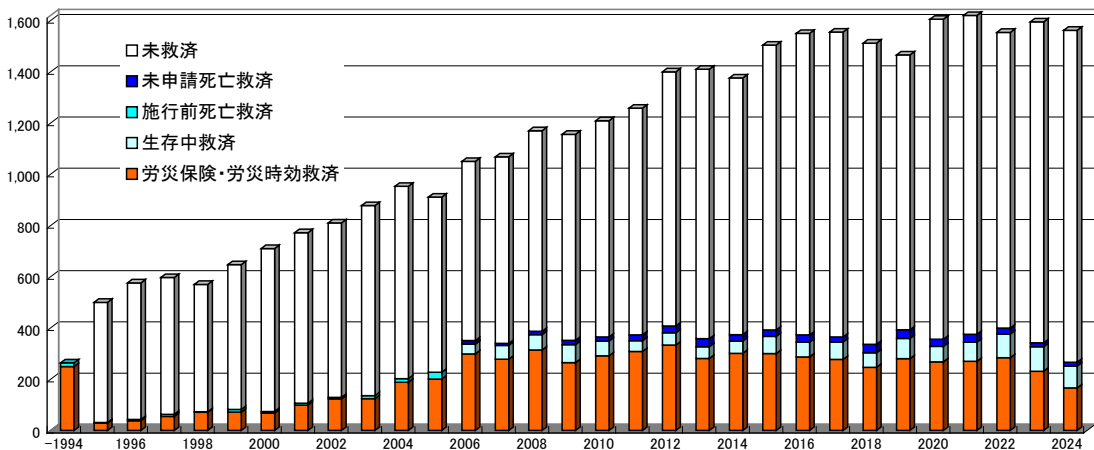
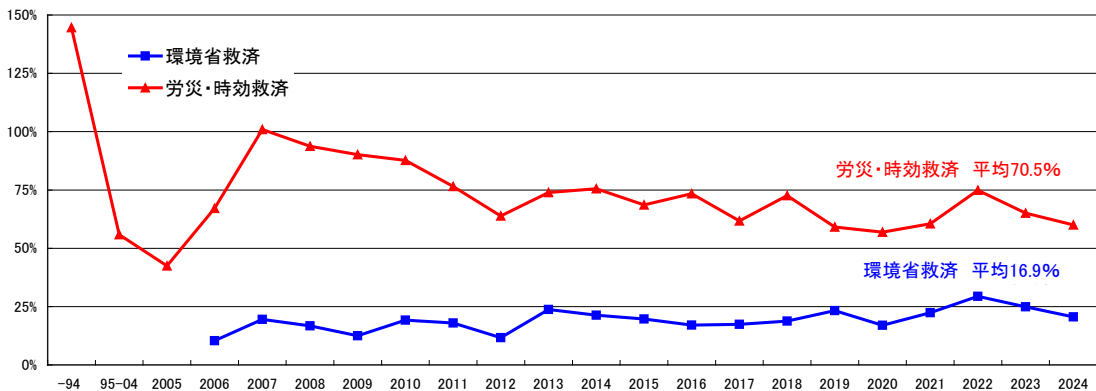


図6 肺がん: 中皮腫の比率の推移(認定年度別)



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(264/3,685=)7.2%である。

1995～2024年の30年間についてみると、死亡者小計34,559件のうち、2023年度末までに労災保険・労災時効救済を受けたものが6,346件、生存中救済1,199件、施行前死亡救済102件、未申請死亡救済425件(環境省救済計1,726件)ー合計8,072件で救済率は8,072/34,559=23.4%という結果になった。

最も救済率の高いのは2006年の33.4%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2024年までの全期間合計でみると、救済率は21.8%という状況である(=8,336/38,244件)。

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肺がんの比率を示す。

決定年度別でみると、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、

図7-1 中皮腫の認定率の推移

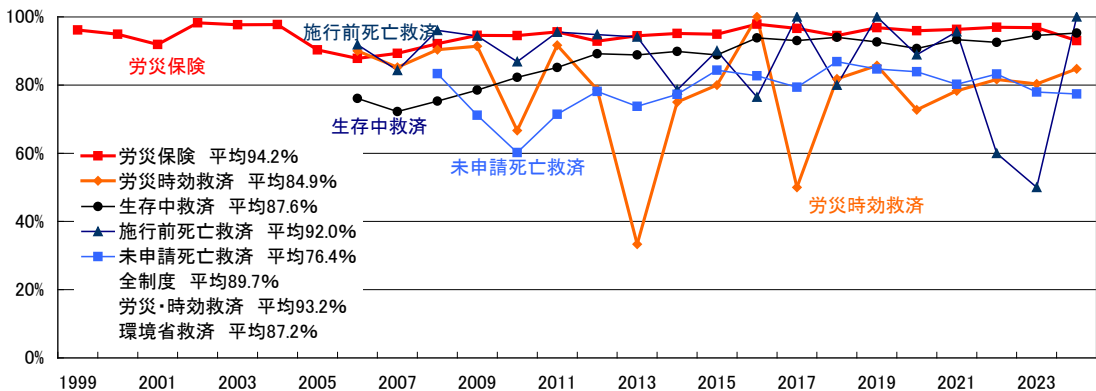
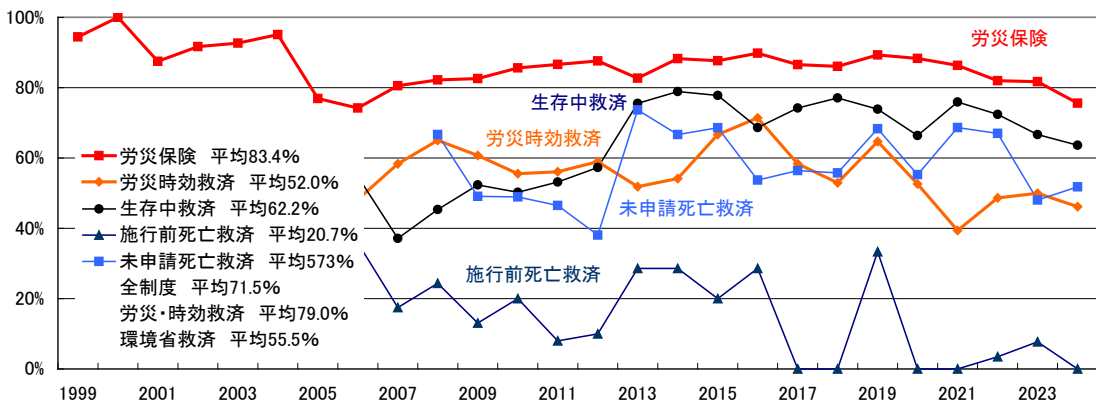


図7-2 肺がんの認定率の推移



全期間の平均では70.5%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%となったが、2023年度65.1%、2024年度は60.0%だった(表6-1)。

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%、2023年度も24.9%だったが、2024年度は20.6%。全期間の平均で18.2%（重複分を除くと16.9%）にとどまる(表6-2)。

補償・救済合計では、2022年度50.3%の後、2023年度43.2%、2024年度41.3%。全期間平均では41.3%（重複分を除くと43.7%）である(表4)。

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、図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

図7-3 石綿肺・良性石綿胸水の認定率の推移

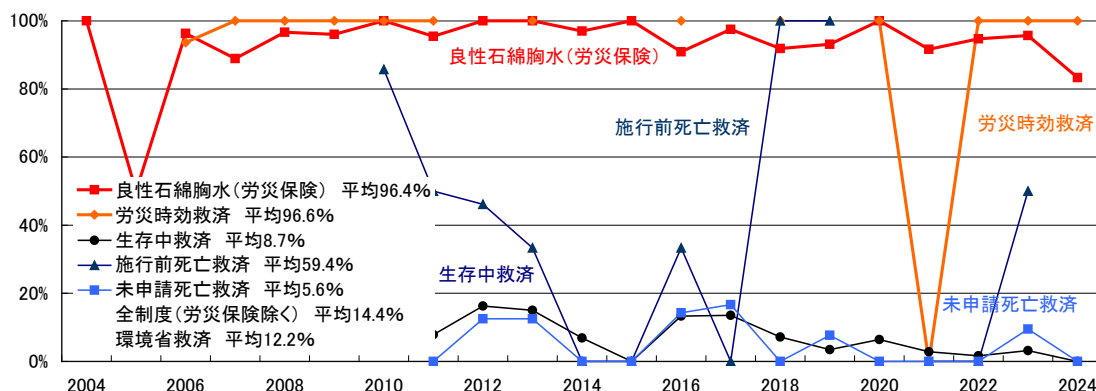
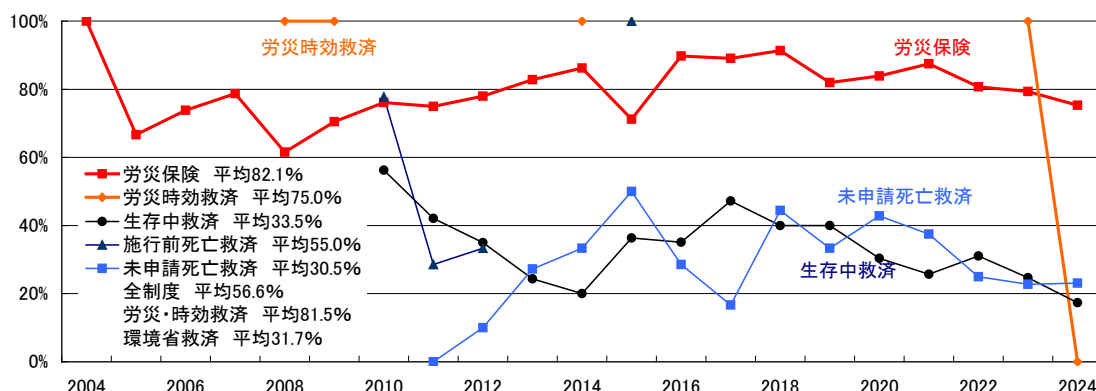


図7-4 びまん性胸膜肥厚の認定率の推移



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と、「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、2006～2024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87.6%、労災時効救済84.9%、未申請死亡救済76.4%と続いている。労災・時効救済93.2%、環境省救済87.2%、全体では89.7%である。

肺がんの認定率は、2006～2024年度平均で、労災保険の83.4%がもっとも高く、生存中救済62.2%、未申請死亡救済57.3%、労災時効救済52.0%、施

行前死亡救済20.7%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79.0%、環境省救済55.5%、全体では71.5%である。

石綿肺の認定率は、2010～2024年度平均で、労災時効救済96.6%でもっとも高く、施行前死亡救済59.4%、生存中救済8.7%、未申請死亡救済5.6%と続く。環境省救済12.2%、全体では14.4%である(労災保険はデータがないので除いている)。

良性石綿胸水は、2004～2024年度平均で、労災保険が96.4%。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。

びまん性胸膜肥厚の認定率は、2010～2024年度平均で、労災保険が82.1%でもっとも高く、労災時効救済75.0%、施行前死亡救済55.0%、生存中救済33.5%、未申請死亡救済30.5%と続く。労

特集②／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 曝露分類	中皮腫						肺がん					
	男性		女性		計		男性		女性		計	
職業曝露	5,428	69.1%	530	17.2%	5,958	54.4%	1,569	93.8%	41	46.1%	1,610	91.4%
家庭内曝露	40	0.5%	254	8.2%	294	2.7%	7	0.4%	10	11.2%	17	1.0%
施設立入等曝露	129	1.6%	80	2.6%	209	1.9%	10	0.6%	2	2.2%	12	0.7%
環境曝露・不明	2,261	28.8%	2,226	72.0%	4,487	41.0%	86	5.1%	36	40.4%	122	6.9%
計	7,858	100%	3,090	100%	10,948	100%	1,672	100%	89	100%	1,761	100%
疾病／性別 曝露分類	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	274	94.2%	7	63.6%	281	93.0%	7,271	74.0%	578	18.1%	7,849	60.3%
家庭内曝露	2	0.7%	0	0.0%	2	0.7%	49	0.5%	264	8.3%	313	2.4%
施設立入等曝露	6	2.1%	0	0.0%	6	2.0%	145	1.5%	82	2.6%	227	1.7%
環境曝露・不明	9	3.1%	4	36.4%	13	4.3%	2,356	24.0%	2,266	71.0%	4,622	35.5%
計	291	100%	11	100%	302	100%	9,821	100%	3,190	100%	13,011	100%
							回答者数と一人平均回答数				13,011	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																		
横浜市鶴見区	81	16	19.8%	33	29	88%	114	45	39.5%	30	1	3.3%	2	0	0.0%	32	1	3.1%
羽島市	18	10	55.6%	15	12	80.0%	33	22	66.7%	7	3	42.9%	3	2	66.7%	10	5	50.0%
大阪府泉南地域等	93	28	30.1%	67	44	65.7%	160	72	45.0%	24	5	20.8%	6	0	0.0%	30	5	16.7%
尼崎市	588	352	59.9%	380	335	88.2%	968	687	71.0%	72	21	29.2%	21	13	61.9%	93	34	36.6%
王子町・斑鳩町	30	20	66.7%	30	24	80.0%	60	44	73.3%	9	3	33.3%	4	3	75.0%	13	6	46.2%
北九州市門司区	22	5	22.7%	10	6	60.0%	32	11	34.4%	10	2	20.0%	2	1	50.0%	12	3	25.0%
鳥栖市	7	4	57.1%	6	3	50.0%	13	7	53.8%	0	0		0	0		0	0	
計	839	435	51.8%	541	453	83.7%	1,380	888	64.3%	152	35	23.0%	38	19	50.0%	190	54	28.4%
その他地域計	7,019	1,826	26.0%	2,549	1,773	69.6%	9,568	3,599	37.6%	1,520	51	3.4%	51	17	33.3%	1,571	68	4.3%
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	5	0	0.0%	0	0		5	0	0.0%	116	17	14.7%	35	29	82.9%	151	46	30.5%
羽島市	1	0	0.0%	0	0		1	0	0.0%	26	13	50.0%	18	14	77.8%	44	27	61.4%
大阪府泉南地域等	8	0	0.0%	3	1	33.3%	11	1	9.1%	125	33	26.4%	76	45	59.2%	201	78	38.8%
尼崎市	10	1	10.0%	1	0	0.0%	11	1	9.1%	670	374	55.8%	402	348	86.6%	1,072	722	67.4%
王子町・斑鳩町	1	1	100%	0	0		1	1	100%	40	24	60.0%	34	27	79.4%	74	51	68.9%
北九州市門司区	0	0		0	0		0	0		32	7	21.9%	12	7	58.3%	44	14	31.8%
鳥栖市	1	0	0.0%	0	0		1	0	0.0%	8	4	50.0%	6	3	50.0%	14	7	50.0%
計	26	2	7.7%	4	1	25.0%	30	3	10.0%	1,017	472	46.4%	583	473	81.1%	1,600	945	59.1%
その他地域計	236	12	5.1%	10	3	30.0%	246	15	6.1%	8,775	1,889	21.5%	2,610	1,793	68.7%	11,385	3,682	32.3%
合計																12,985	4,627	35.6%

災・時効救済81.5%、環境省救済31.7%、全体では56.6%である。

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

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	2,870	2,698	94.0%	59.5%	55.3%
2	大阪	3,422	3,063	89.5%	31.6%	49.8%
3	兵庫	2,940	2,624	89.3%	33.6%	46.3%
4	愛知	1,682	1,463	87.0%	30.5%	50.0%
5	香川	302	250	82.8%	67.6%	50.8%
全国		34,559	26,817	77.6%	42.9%	48.9%
43	三重	347	209	60.2%	60.3%	45.9%
44	岩手	266	160	60.2%	15.6%	29.4%
45	島根	163	95	58.3%	57.9%	47.4%
46	鹿児島	444	258	58.1%	17.4%	35.7%
47	沖縄	235	130	55.3%	43.8%	33.1%

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5年度被認定者に関す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。2006～2023年度（2024年度ではないことに注意）の（重複分を含む）累計被認定者19,181人のうち、他法令でも認定された3,860人を除いた15,321人が調査対象で、アンケートに回答した13,011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54.4%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91.4%、石綿肺とびまん性胸膜肥厚も含めた4疾病合計では60.3%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には、『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

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	655	476	72.7%	91.4%	90.1%
2	長崎	665	384	57.7%	75.0%	86.2%
3	香川	302	169	56.0%	67.6%	82.8%
4	東京	2,870	1,604	55.9%	59.5%	87.1%
5	山口	578	265	45.8%	58.1%	84.5%
全国		34,559	11,506	33.3%	42.9%	79.9%
43	徳島	191	28	14.7%	22.2%	71.4%
44	鳥取	130	16	12.3%	18.0%	87.5%
45	山梨	170	20	11.8%	16.9%	75.0%
46	鹿児島	444	45	10.1%	17.4%	40.0%
47	岩手	266	25	9.4%	15.6%	72.0%

賀県鳥栖市）」の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2003～2024年度の労災保険認定件数、2006～2024年度の労災時効救済、生存中救済、施行前死亡救済、及び、2008～2024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、都道府県別データが入手可能な1995～2024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、1995～2024年の中皮腫死亡者数に対する、2003～2024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。中皮腫・石綿肺がんについて、全国平均とベスト5及びワースト5の都道府県の状況は、表12-1・2

特集②／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)

	2024年度						2007～2024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
建設業	471	342	60	18	38	929	5,779	4,442	551	234	488	11,494
舗装工事業(2023年度以降い道路新設事業)						0	4	1			1	6
建築事業(既設建築物設備工事業を除く。)	343	245	44	13	30	675	4,213	3,212	392	171	343	8,331
既設建築物設備工事業	82	63	9	2	6	162	1,029	867	121	41	107	2,165
機械装置の組立て又は据付けの事業	11	9	1	2		23	148	138	10	10	15	321
水力発電施設、ずい道等新設事業	1					1	19		1			20
鉄道又は軌道新設事業						0	19	1				20
その他の建設事業	34	25	6	1	2	68	347	223	27	12	22	631
鉱業	2	1	0	0	0	3	19	8	1		1	29
金属鉱業、非金属鉱業又は石炭鉱業	2	1				3	11	4	1		1	17
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
製造業	246	117	12	9	16	400	3,986	2,789	335	225	258	7,593
食料品製造業	1					1	19	14	6		3	42
繊維工業又は繊維製品製造業	6	4				10	119	125	21	9	7	281
木材又は木製品製造業	10	2				12	100	38	5	4		147
パルプ又は紙製造業	5					5	46	27	2	1		76
印刷又は製本業		1				1	3	2			1	6
化学工業	16	10		2	1	29	281	267	22	25	25	620
ガラス又はセメント製造業	3	4	1			8	83	70	10	3	3	169
コンクリート製造業	4	4	2			10	43	61	7	5	3	119
陶磁器製品製造業		1				1	18	7	1		1	27
その他の窯業又は土石製品製造業	13	9	2	1	4	29	257	333	104	27	53	774
金属精錬業(非鉄金属精錬業を除く。)	13	6		2	2	23	216	140	3	13	13	385
非鉄金属精錬業	2					2	27	39	2	2		70
金属材料品製造業(鋳物業を除く。)	3					3	43	21		1	5	70
鋳物業	4	1				5	43	38	1	3	1	86
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。)	15	8	1	1	1	26	317	150	21	11	9	508
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						0	4	6				10
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。)	24	12	2		2	40	431	196	19	14	13	673
電気機械器具製造業	22	3				25	177	60	8	3	11	259
輸送用機械器具製造業(船舶製造又は修理業を除く。)	39	9	1		1	50	561	176	34	14	15	800
船舶製造又は修理業	56	42	3	3	4	108	1,065	931	58	77	87	2,218
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	12	7				19
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	9	1			1	11	118	80	11	13	8	230
運輸業	23	5	1	1	3	33	225	184	11	18	22	460
交通運輸事業	6	1				7	29	12	0	0	1	42
貨物取扱事業(港湾貨物取扱事業及び港湾荷役業を除く。)	15	4			2	21	126	69	6	8	13	222
港湾貨物取扱事業(港湾荷役業を除く。)	1					1	18	37	2	5	3	65
港湾荷役業	1		1	1	1	4	52	66	3	5	5	131
電気、ガス、水道又は熱供給の事業	4	0	0	0	0	4	57	48	3	3	3	114
その他の事業	59	18	0	2	1	80	759	362	43	25	37	1,226
農業又は海面漁業以外の漁業						0	4					4
清掃、火葬又はと畜の事業	1					1	30	20		1	1	52
ビルメンテナンス業	3					3	44	18	1	3	4	70
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	2					2	13	7			1	21
通信業、放送業、新聞業又は出版業	1					1	8	2			1	11
卸売業、小売業、飲食店又は宿泊業	21	11				32	279	86	11	8	13	397
金融業、保険業又は不動産業						0	18	5		2		25
その他の各種事業	31	7		2	1	41	363	224	31	11	17	646
船舶所有者の事業	0	0	0	0	0	0	4	0	0	2	0	6
合計	805	483	73	30	58	1,449	10,829	7,833	944	507	809	20,922

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) 2006～2024年度合計

	中皮腫		肺がん		石綿肺		良性石綿胸水		びまん性胸膜肥厚		計	
建設業@	6,458	52.1%	4,868	54.8%	551	58.4%	234	46.2%	488	60.3%	12,599	53.5%
製造業	4,734	38.2%	3,336	37.5%	335	35.5%	225	44.4%	258	31.9%	8,888	37.7%
その他	1,208	9.7%	684	7.7%	58	6.1%	48	9.5%	63	7.8%	2,061	8.8%
合計	12,400	100%	8,888	100%	944	100%	507	100%	809	100%	23,548	100%

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 2006～2023年度合計

疾病／性別		中皮腫						肺がん					
産業分類	男性		女性		計		男性		女性		計		
建設業	3,150	23.7%	263	5.9%	3,413	19.2%	1,206	42.8%	15	10.9%	1,221	41.3%	
製造業	4,505	33.9%	1,628	36.4%	6,133	34.5%	859	30.5%	64	46.4%	923	31.2%	
その他	5,634	42.4%	2,582	57.7%	8,216	46.3%	751	26.7%	59	42.8%	810	27.4%	
合計計	13,289	100%	4,473	100%	17,762	100%	2,816	100%	138	100%	2,954	100%	
疾病／性別		石綿肺+びまん性胸膜肥厚						四疾病合計					
産業分類	男性		女性		計		男性		女性		計		
建設業	236	42.8%	1	5.6%	237	41.7%	4,592	27.6%	279	6.0%	4,871	22.9%	43.6%
製造業	176	31.9%	10	55.6%	186	32.7%	5,540	33.3%	1,702	36.8%	7,242	34.0%	64.8%
その他	139	25.2%	7	38.9%	146	25.7%	6,524	39.2%	2,648	57.2%	9,172	43.1%	82.1%
合計	551	100%	18	100%	569	100%	16,656	100%	4,629	100%	21,285	100%	190.5%
回答者数と一人平均回答数											11,174	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 2006～2024年度合計

	労災保険・労災時効救済		環境省所管救済		合計	
建設業	12,697	53.5%	7,120	43.6%	19,817	49.5%
合計	23,732	100%	16,333	100%	40,065	100%

表6-1及び表6-2から労災保険・労災時効救済及び環境省所管救済の2006～2024年度合計補償・救済件数を求め、各々表14-1及び表14-2で求められた建設業の割合(53.5%及び43.6%)を掛けて、建設業の合計補償・救済件数を求めた。

のとおりである。全都道府県の状況については、表19-1～3を参照していただきたい。

中皮腫の「救済率」は、全国平均は76.6%であるが、最高の東京都94.0%から最低の沖縄県55.3%まで、1.7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33.3%であるが、最高の岡山県72.7%から最低の岩手県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、2024年度分及び2007～2024年度合計の詳細な業種別の石綿関連疾患支給決定状況、また、表14-1に、建設業、製造業、その他の3分類で2006～2024年度の合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には含めず。2006年度と2007年度分については、中皮腫と肺がん以外の業種別データが示されていないことに留意)。

表14-1によれば、2006～2024年度の合計23,548件のうち、建設業が12,599件で53.5%、製造業が

表15 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		2024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	105 (158)	70(94)	32 (42)
追加資料が必要とされたもの		246		172(249)	

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		2024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	112 (464)	-()	17 (186)
追加資料が必要とされたもの		325		112(464)	
医学的判定を経ないで機構で認定したもの	146		576 (206)		-

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		2024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	131 (223)	81(101)	37 (51)
追加資料が必要とされたもの		239		184(302)	

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。

8,888件で37.7%、その他が2,061件で8.8%である。表には示していないが年度別にみると、建設業が2007年度47.2%から2022年度66.2%までは増加し続け(2023年度64.1%、2024年度54.9%)、製造業は2007年度42.7%から2022年度27.2%まで(2023年度27.6%、2024年度は36.3%)、その他は10.1%から6.6%まで(2023年度8.3%、2024年度8.8%)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5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2006～2023年度合計被認定者19,181人のうち、回答者数11,174人、回答数21,285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4,871、回答数21,285に対する割合は22.9%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11,174人に対する割合を計算すれば、43.6%となる。こちらの数字も、2006～2019年度合計時点の40.3%と比較して、増加し続けている。

表14-3で、表6-1及び表6-2から労災保険・労災時効救済及び環境省所管救済の2006～2024年度合計補償・救済件数を求め、各々表14-1及び表14-2で求められた建設業の割合(53.5%及び43.6%)を掛けて、建設業の合計補償・救済件数を求めた。2006～2024年度の補償・救済合計認定者40,065人のうち19,817人(49.5%)が建設業従事経験ありという推計結果になった。

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

表16 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年度	3,607	1,811	1,326	137	224	60	3,558	403	1,253	2	28
2023年度	3,257	1,567	1,184	129	173	40	3,093	328	1,095	88	51
2024年度	1,668	748	557	67	88	21	1,481	140	514	139	27
2025/4/16	113	57	30	3	4	2	96	16	28	16	0
2025/5/28	130	51	49	4	4	2	110	9	49	17	1
2025/6/25	107	41	35	4	8	2	90	10	34	14	0
2025/7/23	119	54	37	2	4	2	99	8	36	16	4
2025/8/20	112	46	36	4	5	1	92	9	30	18	2
2025/9/24	116	51	32	7	5	1	96	11	29	16	4
2025/10/22	108	40	37	4	6	1	88	11	35	16	3
2025/11/19	101	40	32	7	3	1	83	12	30	17	0
2025/12/24	93	40	23	9	3	0	75	4	22	18	0
合計	9,531	4,546	3,378	377	527	133	8,961	961	3,155	377	120

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」実現はまだ

「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15)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16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」

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かった場合には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」には、「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6年版を使って、2006～2024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、

表17 環境省救済給付支給実績の試算(2006～2024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	14,268	557.8	390.9	14,268	456.1	319.7	8,931	17.8	19.9	5,292	83.9	158.5
調整金支給者…②	5,292	158.7	299.9	5,292	64.3	121.5	5,292	10.5	19.9	5,292	83.9	158.5
それ以外(死亡)…③A	5,523	399.1	444.6	5,523	391.8	436.5	3,639	7.2	19.9	特別遺族弔慰金・特別葬祭料		
それ以外(生存)…③B	3,453			3,453								
死亡後救済…①	6,102	180.4	295.7				受給者数	金額(億円)	平均額(万円)			
施行前死亡救済	3,687	180.4	295.7				6,025	180.4	299.4			
未申請死亡救済	2,415											
合計	20,370	738.2	362.4									

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、6,025件、180.4億円とされ、1件当たり平均支給額を計算すると299.4万円である。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3,687件と未申請死亡救済2,415件の合計は6,102件なので、6,102-6,025=77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6,102件(累計20,370件の30.0%-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295.7万円となる。

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弔慰金の額(すなわち280万円)に満たない場合に、特別遺族弔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、5,292件、83.9億円とされている。1件当たり平均支給額を計算すると158.5万円である。この5,292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、(280-158.5=121.5万円)×5,292=64.3億円が、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×5,292=10.5億円。救済給付調整金支給事例5,292件(累計20,370件の26.0%-②)に対する合計支給金額は、83.9億円(E)+64.3億円(A+B)+10.5億円(C)=158.7億円と推計され、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90.3億円、療養手当(B)は365.8億円、A+Bで456.1億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64.3億円を差し引いた残額は391.8億円。この金額が、生存中救済14,268件から救済給付調整金支給事例5,292件を差し引いた8,976件(累計20,370件の44.1%-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436.5万円となる。

「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、2024年度末時点までに死亡したものが累計10,815人であったことがわかる。救済給付調整金支給事例5,292件は「死亡事例」であるので、10,815-5,292=5,523件(累計20,370件の27.1%-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14,268件から差し引いた3,453件(累計20,370件の17.0%-③B)が「生存事例」ということになる。

表18 認定・公表事業場数経年推移

公表時	公表認定年度	認定事業場	内公表事業場	内事業場不明	内特別加入者(一人親方)	公表割合	建設業以外(第1表)	建設業以外(新規)	建設業(第2表)	建設業(新規)	建設業の割合	新規合計	新規割合
2009/12/3	2008	1,043	977	16	50	94%	483	303	494	456	51%	759	78%
2010/11/24	2009	1,053	999	20	34	95%	476	301	523	486	52%	787	79%
2011/11/29	2010	942	887	11	44	94%	419	250	468	440	53%	690	78%
2012/11/28	2011	1,005	936	13	56	93%	427	240	509	457	54%	697	74%
2013/12/10	2012	1,129	1049	17	63	93%	473	286	576	525	55%	811	77%
2014/12/17	2013	1,005	957	1	47	95%	426	228	531	483	55%	711	74%
2015/12/16	2014	994	939	3	52	94%	404	229	535	481	57%	710	76%
2016/12/20	2015	975	919	7	49	94%	427	248	492	448	54%	696	76%
2017/12/20	2016	969	895	14	60	92%	381	197	514	451	57%	648	72%
2018/12/19	2017	941	879	6	56	93%	390	206	489	430	56%	636	72%
2019/12/18	2018	1,003	927	11	65	92%	388	198	539	477	58%	675	73%
2020/12/16	2019	1,073	992	10	71	92%	393	217	599	532	60%	749	76%
2021/12/15	2020	981	910	8	63	93%	399	220	511	448	56%	668	73%
2022/12/22	2021	1,033	967	6	60	94%	364	188	603	527	62%	715	74%
2023/12/13	2022	1,215	1,133	4	78	93%	408	211	725	649	64%	860	76%
2024/12/11	2023	1,318	1,233	0	85	94%	408	230	825	745	67%	975	79%
2025/12/17	2024	1,371	1,257	1	113	92%	455	273	802	693	64%	966	77%

葬祭料(C)の支給実績は、8,931件、17.8億円とされているので、救済給付調整金支給事例に支給されたものと仮定した5,292件(推計)、10.5億円を差し引くと、 $8,931 - 5,292 = 3,639$ 件に $17.8 - 10.5 = 7.26$ 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」5,292件のうち、葬祭料が支給されたのは3,639件のみで、 $5,292 - 3,639 = 1,653$ 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)391.8億円と葬祭料(C)7.2億円を合わせた391.8億円を $5,523 + 3,453 = 8,976$ 件で単純に割ると、1件当たり平均支給額は合計436.5万円という計算になる。

①と②を合わせた55.9%が総額で300万円弱しか支給されず、残る③A+③Bを合わせた44.1%に対する総支給額が単純平均で合計444.6万円という結果である。

以上を要約して示したのが表17であるが、合計認定20,370件の20.7%に相当する4,217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2025年12月17日に、「令和6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、1,257事業場(建設業以外455+建設業802)が対象となり、うち新規公表966であった(77%)。過去の労災認定等事業場公表の経年推移は表18のとおりである。

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。以下で、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。

○建設業以外・船員 <https://joshrc.net/ippan>

○建設業 <https://joshrc.net/kensetsu>

中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会は、例年どおり公表日の翌日と翌々日に、全国一斉アスベスト被害ホットラインを実施している。



特集②／石綿健康被害補償・救済状況の検証

表19-1 都道府県別補償・救済状況(2024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 2024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	86	16	38		12	103	43	1	4	1	152	5	76	7
青森	8	2	10		5	21	3		1		25	27	13	33
岩手	4	4	9		4	21					21	33	16	27
宮城	12	5	12		4	21	10	1	1		33	21	23	17
秋田	3	1	8			7	5				12	41	5	46
山形	8		7			9	4	1		1	15	39	11	35
福島	14	4	9		1	17	9	1	1		28	24	20	22
茨城	8	3	23		5	27	10		2		39	17	32	14
栃木	6	2	11		2	14	6		1		21	34	18	25
群馬	11	1	7		3	11	8	3			22	31	15	29
埼玉	43	4	57		10	71	37	4	2	1	114	7	94	5
千葉	34	2	40	1	7	52	26	1	3	2	84	10	70	8
東京	192	27	68		19	165	106	22	11	2	306	1	135	2
神奈川	105	13	67	2	19	121	62	7	11	4	206	3	97	4
新潟	16	3	13		5	28	6	3			37	18	16	28
富山	10	6	7		3	20	5	1			26	25	13	34
石川	5	1	9		3	15	3				18	35	14	30
福井	6		7			8	4	1			13	40	10	40
山梨	4	1	3		1	6		1	2		9	44	5	47
長野	7	4	13		1	17	7	1			25	28	18	26
岐阜	15	3	16		9	28	14	1			43	15	21	21
静岡	21	9	29		12	57	10	2	2		71	11	38	11
愛知	65	12	43		14	107	22	1	1	3	134	6	83	6
三重	14	6	5		1	15	6	2	2	1	26	26	11	36
滋賀	8	2	9		6	20	5				25	29	23	18
京都	29	4	11		10	27	25		2		54	12	38	12
大阪	112	25	109	1	30	209	57	5	6		277	2	164	1
兵庫	72	14	76		17	143	30	1	1	4	179	4	102	3
奈良	8		25		2	24	7	1	3		35	20	19	23
和歌山	7		9		1	13	3		1		17	36	7	43
鳥取	3		1		1	4	1				5	46	6	45
島根	2	2	4			3	4	1			8	45	14	31
岡山	26	1	5		4	16	15	1	2	2	36	19	24	16
広島	60	12	17		8	60	29	3	4	1	97	9	49	10
山口	25	6	12		2	32	11		1	1	45	14	35	13
徳島	2	1	1		1	4			1		5	47	7	44
香川	10	3	13		6	21	9	2			32	22	14	32
愛媛	16	4	4			17	4		2	1	24	30	23	19
高知	6	1	3			8	2				10	43	11	37
福岡	46	15	39		12	76	28	1	4	3	112	8	65	9
佐賀	3	1	11		1	16					16	38	10	41
長崎	37	5	7		4	25	21	3	1	3	53	13	23	20
熊本	12	3	22		6	37	6				43	16	25	15
大分	12	2	6		2	12	8		2		22	32	8	42
宮崎	5	3	9			12	5				17	37	11	38
鹿児島	9	2	16		2	27	2				29	23	19	24
沖縄	4	3	4		1	8	3	1			12	42	11	39
不詳等			1			1								
合計	1,211	238	925	4	256	1,776	681	73	74	30	2,634		1,562	

表19-2 都道府県別補償・救済状況(2024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	1,360	113	375	130	76	1,392	572	28	40	22	2,054	5	1,790	5
青 森	91	9	80	23	10	146	49	6	8	4	213	36	217	39
岩 手	57	12	76	26	19	160	25	3	2		190	41	266	34
宮 城	318	25	192	61	34	401	187	8	16	18	630	15	502	18
秋 田	56	3	61	34	11	122	37	1	5		165	42	186	42
山 形	108	9	68	17	13	132	63	9	8	3	215	35	187	41
福 島	203	20	83	46	30	283	77	8	12	2	382	26	466	21
茨 城	216	19	218	59	42	381	137	7	26	3	554	19	583	15
栃 木	113	15	124	38	32	219	86	11	5	1	322	30	331	30
群 馬	105	14	132	55	32	251	65	17	4	1	338	29	346	29
埼 玉	713	68	648	189	124	1,152	497	40	44	9	1,742	7	1,770	6
千 葉	600	36	509	132	87	822	465	12	50	15	1,364	10	1,255	9
東 京	3,076	244	942	287	218	2,698	1,604	268	166	31	4,767	1	2,870	3
神奈川	1,843	213	701	236	153	1,845	1,044	116	100	41	3,146	4	2,490	4
新 潟	327	38	128	53	39	399	160	15	8	3	585	17	557	17
富 山	263	27	92	49	18	311	103	10	13	12	449	23	380	26
石 川	117	12	73	29	13	189	43	2	6	4	244	34	285	33
福 井	111	6	60	15	4	134	40	8	7	7	196	40	172	43
山 梨	53	6	55	16	14	118	20	3	3		144	45	170	44
長 野	206	22	133	33	27	274	118	14	11	4	421	24	432	24
岐 阜	233	22	184	50	45	382	119	24	8	1	534	20	486	19
静 岡	485	43	271	101	68	715	194	34	18	7	968	13	916	11
愛 知	1,039	110	607	120	110	1,463	446	16	28	33	1,986	6	1,682	7
三 重	216	15	88	23	13	209	126	10	6	4	355	28	347	28
滋 賀	176	16	123	37	19	266	90	9	2	4	371	27	357	27
京 都	319	34	171	71	33	427	177	10	12	2	628	16	625	14
大 阪	2,254	263	1,229	332	225	3,063	968	135	108	29	4,303	2	3,422	1
兵 庫	1,781	243	1,154	319	141	2,624	882	23	60	49	3,638	3	2,940	2
奈 良	244	21	216	56	27	356	149	30	17	12	564	18	471	20
和歌山	140	12	74	28	21	179	81	6	7	2	275	32	239	35
鳥 取	54	2	31	21	3	89	16	4		2	111	47	130	47
島 根	82	11	45	12	9	95	55	4	3	2	159	43	163	46
岡 山	811	47	140	79	36	521	476	12	56	48	1,113	11	655	13
広 島	1,152	111	209	92	44	980	534	20	40	34	1,608	9	1,231	10
山 口	503	51	153	43	29	456	265	12	32	14	779	14	578	16
徳 島	74	8	48	19	10	126	28	4	1		159	44	191	40
香 川	266	33	104	25	25	250	169	15	7	12	453	22	302	31
愛 媛	315	31	99	37	20	308	166	12	7	9	502	21	435	23
高 知	57	5	36	24	8	103	26	1			130	46	168	45
福 岡	890	75	448	123	103	1,124	418	31	40	26	1,639	8	1,474	8
佐 賀	90	14	68	29	8	152	39	10	5	3	209	37	220	37
長 崎	692	74	133	47	29	512	384	37	20	22	975	12	665	12
熊 本	160	13	148	34	32	262	107	2	11	5	387	25	406	25
大 分	152	11	56	23	15	184	62	2	8	1	257	33	286	32
宮 崎	82	9	65	35	8	149	34	8	4	4	199	39	218	38
鹿児島	103	14	141	38	18	258	45	2	7	2	314	31	444	22
沖 縄	78	28	51	34	13	130	57	10	7		204	38	235	36
不詳等	7		2	1		5	1	4			10		18	
合 計	22,391	2,227	10,844	3,381	2,108	26,817	11,506	1,073	1,048	507	40,951		34,559	

特集②／石綿健康被害補償・救済状況の検証

表19-3 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(1995～2024年)						中皮腫補償・救済(～2024年度)				肺がん補償・救済(～2024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	1,790	59.7	5	1.084	120.5%	9	1,392	77.8%	14	63.5%	572	32.0%	15	88.5%	41.1%
青 森	217	7.2	39	0.527	58.6%	47	146	67.3%	30	37.0%	49	22.6%	33	65.3%	33.6%
岩 手	266	8.9	34	0.667	74.1%	37	160	60.2%	44	29.4%	25	9.4%	47	72.0%	15.6%
宮 城	502	16.7	18	0.713	79.2%	33	401	79.9%	7	43.4%	187	37.3%	9	69.5%	46.6%
秋 田	186	6.2	42	0.571	63.5%	43	122	65.6%	34	29.5%	37	19.9%	36	48.6%	30.3%
山 形	187	6.2	41	0.533	59.3%	46	132	70.6%	24	41.7%	63	33.7%	14	71.4%	47.7%
福 島	466	15.5	21	0.766	85.1%	26	283	60.7%	42	51.2%	77	16.5%	39	74.0%	27.2%
茨 城	583	19.4	15	0.654	72.7%	39	381	65.4%	36	36.0%	137	23.5%	31	52.6%	36.0%
栃 木	331	11.0	30	0.549	61.1%	45	219	66.2%	32	30.6%	86	26.0%	27	57.0%	39.3%
群 馬	346	11.5	29	0.574	63.8%	42	251	72.5%	21	24.3%	65	18.8%	37	61.5%	25.9%
埼 玉	1,770	59.0	6	0.820	91.2%	17	1,152	65.1%	37	33.0%	497	28.1%	22	66.6%	43.1%
千 葉	1,255	41.8	9	0.673	74.8%	35	822	65.5%	35	31.9%	465	37.1%	10	68.8%	56.6%
東 京	2,870	95.7	3	0.727	80.8%	32	2,698	94.0%	1	55.3%	1,604	55.9%	4	87.1%	59.5%
神奈川	2,490	83.0	4	0.917	102.0%	13	1,845	74.1%	20	50.8%	1,044	41.9%	7	85.2%	56.6%
新 潟	557	18.6	17	0.782	86.9%	24	399	71.6%	22	52.1%	160	28.7%	18	83.1%	40.1%
富 山	380	12.7	26	1.159	128.8%	6	311	81.8%	6	53.4%	103	27.1%	24	89.3%	33.1%
石 川	285	9.5	33	0.812	90.3%	18	189	66.3%	31	45.0%	43	15.1%	42	79.1%	22.8%
福 井	172	5.7	43	0.711	79.1%	34	134	77.9%	13	50.0%	40	23.3%	32	70.0%	29.9%
山 梨	170	5.7	44	0.657	73.0%	38	118	69.4%	25	33.1%	20	11.8%	45	75.0%	16.9%
長 野	432	14.4	24	0.669	74.4%	36	274	63.4%	40	43.1%	118	27.3%	23	72.0%	43.1%
岐 阜	486	16.2	19	0.778	86.5%	25	382	78.6%	11	37.7%	119	24.5%	29	69.7%	31.2%
静 岡	916	30.5	11	0.811	90.1%	20	715	78.1%	12	46.3%	194	21.2%	35	73.2%	27.1%
愛 知	1,682	56.1	7	0.757	84.1%	28	1,463	87.0%	4	50.0%	446	26.5%	25	78.7%	30.5%
三 重	347	11.6	28	0.624	69.3%	41	209	60.2%	43	45.9%	126	36.3%	11	91.3%	60.3%
滋 賀	357	11.9	27	0.843	93.8%	16	266	74.5%	19	43.6%	90	25.2%	28	68.9%	33.8%
京 都	625	20.8	14	0.790	87.9%	23	427	68.3%	29	44.0%	177	28.3%	20	81.4%	41.5%
大 阪	3,422	114.1	1	1.287	143.0%	5	3,063	89.5%	2	49.8%	968	28.3%	21	78.9%	31.6%
兵 庫	2,940	98.0	2	1.754	194.9%	1	2,624	89.3%	3	46.3%	882	30.0%	17	78.8%	33.6%
奈 良	471	15.7	20	1.121	124.6%	8	356	75.6%	17	31.7%	149	31.6%	16	65.8%	41.9%
和歌山	239	8.0	35	0.795	88.4%	22	179	74.9%	18	39.1%	81	33.9%	12	82.7%	45.3%
鳥 取	130	4.3	47	0.736	81.8%	30	89	68.5%	27	40.4%	16	12.3%	44	87.5%	18.0%
島 根	163	5.4	46	0.758	84.2%	27	95	58.3%	45	47.4%	55	33.7%	13	72.7%	57.9%
岡 山	655	21.8	13	1.123	124.8%	7	521	79.5%	9	60.7%	476	72.7%	1	90.1%	91.4%
広 島	1,231	41.0	10	1.434	159.4%	3	980	79.6%	8	71.8%	534	43.4%	6	88.6%	54.5%
山 口	578	19.3	16	1.328	147.6%	4	456	78.9%	10	62.1%	265	45.8%	5	84.5%	58.1%
徳 島	191	6.4	40	0.811	90.2%	19	126	66.0%	33	45.2%	28	14.7%	43	71.4%	22.2%
香 川	302	10.1	31	1.011	112.4%	11	250	82.8%	5	50.8%	169	56.0%	3	82.8%	67.6%
愛 媛	435	14.5	23	1.013	112.6%	10	308	70.8%	23	60.4%	166	38.2%	8	83.1%	53.9%
高 知	168	5.6	45	0.733	81.5%	31	103	61.3%	41	40.8%	26	15.5%	41	73.1%	25.2%
福 岡	1,474	49.1	8	0.969	107.7%	12	1,124	76.3%	16	50.0%	418	28.4%	19	77.0%	37.2%
佐 賀	220	7.3	37	0.863	95.9%	15	152	69.1%	26	40.8%	39	17.7%	38	71.8%	25.7%
長 崎	665	22.2	12	1.553	172.7%	2	512	77.0%	15	70.7%	384	57.7%	2	86.2%	75.0%
熊 本	406	13.5	25	0.745	82.8%	29	262	64.5%	38	37.4%	107	26.4%	26	57.9%	40.8%
大 分	286	9.5	32	0.796	88.5%	21	184	64.3%	39	56.5%	62	21.7%	34	79.0%	33.7%
宮 崎	218	7.3	38	0.640	71.2%	40	149	68.3%	28	33.6%	34	15.6%	40	76.5%	22.8%
鹿児島	444	14.8	22	0.868	96.4%	14	258	58.1%	46	35.7%	45	10.1%	46	40.0%	17.4%
沖 縄	235	7.8	36	0.562	62.5%	44	130	55.3%	47	33.1%	57	24.3%	30	86.0%	43.8%
不詳等	18	0.6					5			40.0%	1			100%	20.0%
合 計	34,559	1,152.0		0.900	100%		26,817	77.6%		48.9%	11,506	33.3%		79.9%	42.9%

表20-1 2023年石綿関連疾患死亡GBD2023推計(死亡数、上位20か国)

順位	国	合計	アスベストへの職業曝露						中皮腫 (合計)	職業性 割合	肺がん /中皮腫	石綿肺 (合計)
			合計	中皮腫	肺がん	卵巣がん	喉頭がん	石綿肺				
		B+C+D+F+G	A+B+C+D+E	A	B	C	D	E	F	A/F	B/A	G
1	アメリカ	31,684	31,571	2,479	27,544	783	399	367	2,591	95.7%	11.11	613
2	中国	29,553	29,054	2,287	25,956	368	245	199	2,785	82.1%	11.35	323
3	日本	24,718	24,661	1,855	21,989	231	132	453	1,912	97.0%	11.86	209
4	イギリス	17,890	17,864	2,650	13,981	755	202	275	2,676	99.0%	5.28	320
5	フランス	16,402	16,374	1,834	13,681	461	269	129	1,862	98.5%	7.46	101
6	ドイツ	15,786	15,756	1,423	13,475	444	211	203	1,453	98.0%	9.47	199
7	イタリア	13,431	13,409	1,613	11,056	434	237	69	1,635	98.6%	6.86	257
8	トルコ	6,774	6,738	696	5,770	132	119	21	732	95.1%	8.29	482
9	カナダ	6,529	6,515	567	5,653	136	72	87	581	97.5%	9.97	61
10	スペイン	5,698	5,682	493	4,912	101	114	62	509	96.9%	9.96	71
11	インド	5,329	5,100	1,070	3,269	124	433	204	1,299	82.4%	3.06	29
12	ロシア連邦	4,923	4,865	593	3,909	251	95	17	651	91.0%	6.60	13
13	オランダ	4,720	4,714	590	3,933	124	48	18	596	99.0%	6.66	22
14	ブラジル	4,552	4,470	800	3,225	229	163	53	882	90.7%	4.03	77
15	オーストラリア	4,339	4,330	791	3,185	152	47	155	800	98.9%	4.03	64
16	ポーランド	3,981	3,966	304	3,440	129	86	7	320	95.3%	11.30	12
17	ベルギー	2,646	2,642	294	2,225	59	33	31	299	98.5%	7.57	25
18	韓国	2,106	2,088	131	1,898	19	22	17	149	87.8%	14.46	5
19	南アフリカ	2,039	2,022	222	1,580	51	53	116	239	92.9%	7.11	117
20	アルゼンチン	2,010	1,995	245	1,616	82	46	6	261	94.1%	6.58	24
世界		236,035	233,710	25,664	195,542	5,837	3,657	3,012	27,989	91.7%	7.62	3,012

表20-2 2023年石綿関連疾患死亡GBD2023推計(10万人当たり死亡率、上位20か国)

順位	国	合計	アスベストへの職業曝露						中皮腫 (合計)	肺がん /中皮腫
			合計	中皮腫	肺がん	卵巣がん	喉頭がん	石綿肺		
		B+C+D+F+G	A+B+C+D+E	A	B	C	D	E	F	G
1	モナコ	57.41	57.36	2.41	52.92	0.21	1.73	0.09	2.46	21.93
2	オランダ	26.54	26.51	3.32	22.12	0.70	0.27	0.10	3.35	6.66
3	イギリス	25.86	25.83	3.83	20.21	1.09	0.29	0.40	3.87	5.28
4	デンマーク	24.36	24.32	2.36	20.99	0.57	0.24	0.16	2.39	8.90
5	フランス	23.47	23.43	2.62	19.58	0.66	0.39	0.18	2.67	7.46
6	イタリア	22.81	22.77	2.74	18.77	0.74	0.40	0.12	2.78	6.86
7	ベルギー	22.79	22.75	2.53	19.16	0.51	0.28	0.26	2.57	7.57
8	アンドラ	21.87	21.78	3.77	17.22	0.25	0.26	0.28	3.86	4.57
9	グリーンランド	21.44	21.41	1.03	19.71	0.40	0.23	0.04	1.06	19.20
10	クロアチア	20.91	20.86	1.94	17.96	0.34	0.46	0.15	1.99	9.26
11	日本	19.83	19.78	1.49	17.64	0.19	0.11	0.36	1.53	11.86
12	ドイツ	18.69	18.66	1.69	15.96	0.53	0.25	0.24	1.72	9.47
13	フィンランド	17.25	17.22	2.15	14.08	0.50	0.11	0.37	2.18	6.56
14	カナダ	17.00	16.96	1.48	14.72	0.35	0.19	0.23	1.51	9.97
15	オーストラリア	16.10	16.07	2.93	11.82	0.56	0.17	0.58	2.97	4.03
16	スロベニア	15.36	15.31	2.02	12.50	0.38	0.25	0.16	2.07	6.18
17	スイス	14.91	14.87	2.28	12.01	0.32	0.17	0.09	2.31	5.28
18	ニュージーランド	13.76	13.72	2.53	10.39	0.29	0.09	0.43	2.57	4.11
19	マルタ	12.43	12.39	1.62	10.25	0.26	0.17	0.09	1.65	6.33
20	ノルウェー	11.98	11.95	1.42	10.08	0.25	0.10	0.10	1.45	7.10
世界		2.93	2.90	0.32	2.42	0.07	0.05	0.04	0.35	7.56

病院の2割にいまも残るアスベスト

最新の使用実態フォローアップ調査結果

2025年5月号で「建築物の石綿使用実態調査」について特集したが、2025年3月31日付けで、「病院におけるアスベスト（石綿）使用実態調査に係るフォローアップ調査の結果の公表及び今後の対応等について」という題名で、医政発0331第8号及び同通達を周知する基安化発0331第5号が発出されていることがわかった。後者を情報公開手続で入手し、あらためてチェックしたところ、「病院におけるアスベスト（石綿）使用実態調査に係るフォローアップ調査の調査結果について」というページが作られて（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_53738.html）、調査結果として前者も公表されていることもわかった。

調査結果は別表のとおりであるが、「損傷、劣化等による石綿等の粉じんの飛散によりばく露のおそれがあるもの」（⑥）の内訳は、「吹付けアスベスト等」については、「ばく露のおそれのある場所が日常利用する場所である病院」は0、それ以外の場所である病院が4で、うち3が「措置予定」、1が「措置未定」。「未回答病院」5はすべて「分析調査依頼中又は分析調査依頼予定」である。

「アスベスト含有保温材等」については、「ばく露のおそれのある場所が日常利用する場所である病院」が9、うち4が「措置予定」、5が「措置未定」。それ以外の場所である病院が38で、うち18が「措置予定」、20が「措置未定」。「未回答病院」66のうち64は「分析調査依頼中又は分析調査依頼予定」。

医政発0331第8号は、次のように言っているが、全体の各約2割を占める「調査対象アスベストがある場所を有するもの」には、「措置済み」であったとしても、アスベストが残されているのであり、安全に除去していく必要があることを忘れてはならない。

1. 要措置病院への対応について

石綿障害予防規則（平成17年厚生労働省令第21号。以下「石綿則」という。）第10条において、労

働者がアスベストにばく露するおそれがあるときは、事業者の義務として、吹き付けられたアスベスト又は保温材、耐火被覆材等の除去、封じ込め、囲い込み等の措置（以下「除去等」という。）を講じなければならないとされていることから、要措置病院に対し、確実かつ早急に除去等の措置が行われることが必要です。

要措置病院の中には、アスベストがあることは確認しているものの、飛散状況等の分析調査までは行っておらず、アスベストのばく露のおそれがあるか不明の病院や、アスベストを有する部屋を立入禁止にするなど「囲い込み」に該当する可能性のある措置を行っている病院も含まれているものと考えられます。そのため、まずは、速やかに医療法（昭和23年法律第205号）第25条第1項に基づく立入検査を行うなどにより、真にアスベストのばく露のおそれがあるかどうかを確認するようお願いします。

確認の結果、アスベストのばく露のおそれがある場合には、厚生労働省に報告するとともに、患者の安全対策等に万全を期すためにも、直ちに医療法第24条第1項に基づく、施設の使用制限、修繕等の命令を行うなどの対応をお願いします。

併せて、アスベストのばく露のおそれのある場所については、除去等の措置が行われるまでの間、立入禁止措置、当該場所に管理上立ち入る際の労働者の呼吸用保護具及び作業衣又は保護衣の使用の徹底等が行われるよう、改めて指導の徹底を図るようお願いします。

以上の対応については、保健所設置市又は特別区の医療監視部門と十分連携するとともに、特に病院に対する立入検査の際においても重点的に指導等をお願いします。

2. 分析調査依頼中又は分析調査依頼予定の病院への対応について

分析調査依頼中又は分析調査依頼予定の病

表 病院におけるアスベスト(石綿) 使用実態調査(フォローアップ調査)

公表日	調査時点	全 病院数	調査対象 病院数 (1996年度以前竣工)	回答 病院数	未回答 病院数 (分析調査依頼中等含む)	回答率	調査対象アスベストがある場所を有するもの		③のうち措置済み状態にある場所を有するもの		③のうち措置済み状態ではないもの				
												損傷、劣化等による石綿等の粉じんの飛散によりばく露のおそれがないもの		損傷、劣化等による石綿等の粉じんの飛散によりばく露のおそれがあるもの	
			①	②		②/①	③	③/②	④	④/③	⑤	⑤/③	⑥	⑥/③	
吹付けアスベスト等															
2005/10/4	2005/9/26		8,964	4,433	4,531	49.5%	1,281	28.9%	703	54.9%	535	41.8%	341	26.6%	
2005/11/29				6,976			2,051	29.4%	1,202	58.6%	928	45.2%	324	15.8%	
2006/2/13				7,809			2,275	29.1%	1,286	56.5%	1,062	46.7%	366	16.1%	
2007/3/6													47	2.1%	
2008/9/11	2008/5	8,754	7,564	6,328	1,236	83.7%	1,335	21.1%	660	49.4%	566	42.4%	109	8.2%	
2009/3/30		8,754	7,553	7,135	418	94.5%	1,468	20.6%	735	50.1%	658	44.8%	75	5.1%	
2010/3/17	2009/12	8,750	7,548	7,426	122	98.4%	1,538	20.7%	785	51.0%	700	45.5%	53	3.4%	
2012/3/30	2012/2	8,754	7,538	7,487	51	99.3%	1,554	20.8%	812	52.3%	709	45.6%	33	2.1%	
2016/12/27	2016/7/1	8,218	6,590	6,574	16	99.8%	1,320	20.1%	703	53.3%	601	45.5%	16	1.2%	
2017/12/27	2017/7/1	8,383	6,466	6,447	19	99.7%	1,315	20.4%	710	54.0%	590	44.9%	15	1.1%	
2020/2/14	2019/7/1	8,311	6,454	6,446	8	99.9%	1,288	20.0%	696	54.0%	582	45.2%	10	0.8%	
2023/3/10	2022/10/1	8,143	6,239	6,235	4	99.9%	1,230	19.7%	663	53.9%	562	45.7%	5	0.4%	
2025/3/31	2024/10/1	8,040	6,079	6,074	5	99.9%	1,182	19.5%	629	53.2%	549	46.4%	4	0.3%	
アスベスト含有保温材等															
2016/12/27	2016/7/1	8,218	7,548	5,945	1,603	78.8%	865	14.6%	238	27.5%	480	55.5%	147	17.0%	
2017/12/27	2017/7/1	8,383	7,519	6,972	547	92.7%	1,290	18.5%	379	29.4%	798	61.9%	113	8.8%	
2020/2/14	2019/7/1	8,311	7,456	7,216	240	96.8%	1,424	19.7%	443	31.1%	902	63.3%	79	5.5%	
2023/3/10	2022/10/1	8,143	7,209	7,103	106	98.5%	1,436	20.2%	454	31.6%	917	63.9%	65	4.5%	
2025/3/31	2024/10/1	8,040	7,051	6,985	66	99.1%	1,399	20.0%	454	32.5%	898	64.2%	47	3.4%	

院に対しては、確実かつ早急に分析調査が行われるよう、分析調査の実施時期・内容、病院におけるアスベストの使用が疑われる場所、粉じんの飛散の可能性、分析調査の実施時期を明確にできない合理的な理由を、令和7年中に都道府県に報告するよう、指導をお願いします。

当該報告がない場合や、合理的な理由がないにも関わらず病院が分析調査の時期を明確にしない場合は、速やかに医療法第25条に基づく必要な報告を命じるようお願いします。

併せて、アスベストの有無は不明であっても、病院において目視等により粉じんの飛散が疑われる場所がある場合や、病院の報告結果から、都道府県において、アスベストによる粉じんの飛散の危険性が高いと判断される場所がある場合は、アスベストの粉じんが飛散しているものとみなし、当該場所

への立入禁止措置、当該場所に管理上立ち入る際の労働者の呼吸用保護具及び作業衣又は保護衣の使用の徹底等が行われるよう、改めて指導の徹底を図るようお願いします。

以上の対応については、保健所設置市又は特別区の医療監視部門と十分連携するとともに、特に病院に対する立入検査の際においても重点的に指導等をお願いします。

分析調査の結果、アスベストのばく露のおそれがあると判明した場合は、上記1のとおり対応をお願いします。

3. 未回答の病院への対応について

未回答の病院に対しては、すみやかに回答するよう改めて指導するとともに、回答に協力しない場合は、速やかに医療法第25条に基づく必要な報告を命じるようお願いします。



基補発0327第2号
令和2年3月27日
改正基補発0314第1号
令和7年3月14日

都道府県労働局労働基準部長殿
厚生労働省労働基準局補償課長

石綿確定診断等事業について

標記事業の実施については、平成24年5月22日付け基労補発0522第1号「石綿確定診断等事業について」（以下「24年内かん」という。）により指示してきたところであるが、標記事業は、令和2年4月1日から独立行政法人労働者健康安全機構（以下「機構」という。）において実施することになったこと等に伴い、標記事業について下記のとおり所要の改正をしたので、その的確な運用に遺漏なきを期されたい。

本内かんの施行に伴い、24年内かんは廃止する。

記

1 石綿確定診断等事業の目的

中皮腫等の石綿関連疾患に係る労災認定においては、各種の検査結果に基づく石綿関連疾患であることの確定診断や、胸膜プラークの有無、石綿小体の本数等の医学的な所見が不可欠である。そこで、これらの診断等を的確に実施し、迅速・適正な労災認定を図るため、高度な専門知識と豊富な経験を有する複数の専門家による石綿関連疾患の確定診断等を実施する（以下「石綿確定診断等事業」という。）ものである。

2 石綿確定診断等事業での実施事項

機構は、複数の医学専門家で構成される「石綿確定診断委員会」（以下「委員会」という。）を設置し、労働基準監督署長（以下「署長」という。）からの依頼等に基づき、委員会で以下の事項を実施する。ただし、下記（3）の石綿繊維の計測については、署長からの依頼のみならず、委員会が、石綿小

体の計測の結果から必要であると判断した場合にも実施することができる。

- (1) 石綿関連疾患についての確定診断
- (2) 石綿関連疾患の認定に必要な医学的所見の有無の確認等
- (3) 石綿小体及び石綿繊維の計測

3 石綿確定診断等の依頼対象

署長は、次に該当する場合は必ず、機構に対し確定診断等の依頼を行うこと。

(1) 確定診断等

ア 肺がん

(ア) 主治医等による「原発性」であるとする診断に関し、労災医員等による意見書（以下「医員意見書」という。）において疑義が示されたもの。

(イ) 主治医等による「第1型以上の石綿肺」又は「胸膜プラーク」の所見ありとする診断に関し、医員意見書において疑義が示されたもの。

(ウ) 主治医等による「胸部正面エックス線写真により胸膜プラークと判断できる明らかな陰影が認められ、かつ、胸部CT画像により当該陰影が胸膜プラークとして確認されるもの」に該当するとする診断に関し、医員意見書において疑義が示されたもの。

(エ) 主治医等による「胸部CT画像で胸膜プラークを認め、左右いずれか一侧の胸部CT画像上、胸膜プラークが最も広範囲に描出されたスライスで、その広がりが胸壁内側の1/4以上のもの」に該当するとする診断に関し、医員意見書において疑義が示されたもの。

イ 中皮腫

(ア) 主治医等による「中皮腫」であるとする診断に関し、医員意見書において疑義が示されたもの。

(イ) 主治医等による「第1型以上の石綿肺」の所見ありとする診断に関し、医員意見書において疑義が示されたもの。

(ウ) 主治医等において「胸膜、腹膜、心膜又は精巣鞘膜以外の部位の中皮腫」であると診断されたもの。

ウ 良性石綿胸水

主治医等において「良性石綿胸水」であると

診断されたもの。

エ びまん性胸膜肥厚

(ア) 主治医等による「びまん性胸膜肥厚」であると
する診断に関し、医員意見書において疑義が示
されたもの。

(イ) 主治医等による肥厚の広がりについての診断
に関し、医員意見書において疑義が示されたも
の。

(ウ) 主治医等による呼吸機能障害の程度につい
ての診断に関し、医員意見書において疑義が示
されたもの。

(2) 石綿小体の計測

肺がんの事案であって、第1型以上の石綿肺
及び胸膜プラークのいずれの所見も認められ
ず、かつ、石綿小体の計測が行われていないもの
(肺組織が採取されているものに限る。)

(3) 石綿繊維の計測

肺がんの事案であって、石綿小体の計測を
行った結果、石綿小体数が乾燥肺重量1g当た
り5,000本未満又は気管支肺胞洗浄液1ml中5
本未満であるもの(平成24年9月20日付け基労補
発0920第1号「石綿による疾病の業務上外の認
定のための調査実施要領について」別添中の
2(3)ア(エ)又は同日付基労補発0920第2号「石
綿による業務上外の認定のための調査実施要
領(特別遺族給付金関係)について」別添中の
2(3)ア(オ)に基づき、本省に照会がなされたもの
に限る。)

(4) その他

上記(1)及び(2)のほか、石綿による疾病の認
定に関する医学的な事項について、迅速・適正
な事務処理の観点から、本事業に依頼すること
が適当と判断するもの。

なお、この場合は事前に当課職業病認定対策
室に依頼の可否を協議し、厚生労働省労働基
準局補償課職業病認定対策室に協議済みであ
ることを明確にした上で依頼すること。

4 石綿確定診断等の依頼に当たっての留意事 項

(1) 石綿確定診断等の依頼は、別途指示する方

法により行うこと。

なお、石綿確定診断等事業に係る意見書料
等については、支払いを要しないこと

(2) 石綿確定診断等を依頼する際には依頼事項
に関わらず、療養の経過がわかるもの、被災労働
者が死亡している場合は死亡診断書等を添付
すること。また、依頼事項ごとの添付を要する医
学的資料等は次のとおりである。

なお、以下に示す医学的資料が入手できない
場合には、入手できない資料の名称及びその理
由を依頼書に記載した上で、依頼すること。

ア 肺がん

(ア) 上記3の(1)のアの(ア)に係るもの

- ① 主治医等が原発性であるとした意見書及
び労災医員等の意見書
- ② 原発性の診断に係る画像(胸部エックス線、
胸部CT等)及び画像診断報告書
- ③ 血液検査結果(腫瘍マーカーを含む)
- ④ 病理組織学的診断報告書(解剖報告書含
む)
- ⑤ 病理組織診断、細胞診断、病理解剖時等
に使用した標本(スライド標本及びパラフィンブ
ロック)

(イ) 上記3の(1)のアの(イ)に係るもの

- ① 主治医等が「第1型以上の石綿肺」又は
「胸膜プラーク」の所見ありとした意見書及び
労災医員等の意見書
- ② 臨床経過の分かる画像(胸部エックス線、胸
部CT等)及び画像診断報告書のすべて

また、胸腔鏡検査、手術、剖検等で胸膜プ
ラークの所見が得られている場合は、当該検
査時等における記録及び胸膜プラーク所見を
示す画像(写真・動画等)

(ウ) 上記3の(1)のアの(ウ)及び(エ)に係るもの

- ① 主治医等が胸膜プラークの所見ありとした
意見書及び労災医員等の意見書
- ② 主治医の判断の根拠となったものを含め、
臨床経過の分かる画像(胸部エックス線、胸
部CT等)及び画像診断報告書のすべて

また、胸腔鏡検査、手術、剖検等で胸膜プ
ラークの所見が得られている場合は、当該検

査時等における記録及び胸膜プラーク所見を示す画像(写真・動画等)

イ 中皮腫

(ア) 上記3の(1)のイの(ア)に係るもの(病理組織診断が行われている場合)

- ① 主治医等が中皮腫であるとした意見書及び労災医員等の意見書
- ② 中皮腫の診断に係る画像(胸部エックス線、CT等)及び画像診断報告書
- ③ 他疾患との鑑別根拠に係る医証のほか、病理組織学的診断報告書(解剖報告書含む)
- ④ スライド標本(上記③の報告書に記載のあるもの(免疫染色、未染色含む))
- ⑤ パラフィンブロック(上記④のスライド標本作製したパラフィンブロック)

なお、確定診断委員会において提出されたスライド標本を鏡検した結果、確定診断ができない場合、委員会が免疫染色を追加で行うことがあるため、パラフィンブロックを免疫染色又はFISH法に使用する可能性があることについて事前に医療機関の了承を得た上でパラフィンブロックを提出すること。

⑥ 臨床経過に係る資料

(イ) 上記3の(1)のイの(ア)に係るもの(病理組織診断が行われておらず、細胞診断が行われている場合)

- ① 主治医等が中皮腫であるとした意見書及び労災医員等の意見書
- ② 中皮腫の診断に係る画像(胸部エックス線、CT等)及び画像診断報告書
- ③ 他疾患との鑑別根拠に係る医証のほか、細胞診断報告書
- ④ スライド標本(上記③の報告書に記載のあるもの(免疫染色、未染色含む))
- ⑤ セルブロックのスライド標本(免疫染色を含む)

⑥ 臨床経過に係る資料

(ウ) 上記3の(1)のイの(ア)に係るもの(病理組織診断及び細胞診断が行われていない場合)

- ① 主治医等が中皮腫であるとした意見書及

び労災医員等の意見書

- ② 主治医等が中皮腫と診断した根拠となる医学的資料(胸部エックス線写真、CT画像、画像診断報告書、体腔液(胸水、腹水)細胞診、臨床検査結果(腫瘍マーカーを含む)等)

③ 臨床経過に係る資料

(エ) 上記3の(1)のイの(イ)に係るもの

- ① 主治医等が「第1型以上の石綿肺」の所見ありとした意見書及び労災医員等の意見書
- ② 臨床経過の分かる画像(胸部エックス線、CT等)及び画像診断報告書のすべて

(オ) 上記3の(1)のイの(ウ)に係るもの

- ① 主治医等が中皮腫であるとした意見書及び労災医員等の意見書
- ② 臨床経過の分かる画像(胸部エックス線、CT等)及び画像診断報告書のすべて
- ③ 胸水細胞診等の体腔液細胞診検査記録
- ④ 臨床検査結果(胸水等(CEA、CYFRA、ADA、ヒアルロン酸値等)、末梢血白血球数及び血小板数、血清CRP値等)
- ⑤ 臨床所見、臨床経過に係る資料
- ⑥ 他疾患との鑑別根拠に係る医証のほか、病理組織学的診断報告書(解剖報告書含む)

⑦ スライド標本(上記⑥の報告書に記載のあるもの(免疫染色、未染色含む))

⑧ パラフィンブロック(上記⑦のスライド標本作製したパラフィンブロック)

なお、確定診断委員会において提出されたスライド標本を鏡検した結果、確定診断ができない場合、委員会が免疫染色を追加で行うことがあるため、パラフィンブロックを免疫染色又はFISH法に使用する可能性があることについて事前に医療機関の了承を得た上でパラフィンブロックを提出すること。

ウ 良性石綿胸水

- ① 主治医等が良性石綿胸水であるとした意見書
- ② 胸部エックス線写真(正面から撮影したものを必ず含めること)、胸部CT画像及び画像診断報告書のすべて

- ③ 胸水の検査結果のすべて（性状、浸出液か漏出液かの鑑別のための検査を含む生化学的検査、細胞診を含む細胞学的検査、細菌学的検査（一般細菌検査、抗酸菌検査）、CEA、CYFRA、ADA、ヒアルロン酸値、胸水RF等）
- ④ 血液検査結果（T-protein（血清）、Albumin（血清）、LDH（血清）、血清RF等）
- ⑤ 胸水貯留をきたす他の疾患の有無を示す医証（既往歴・現病歴、リウマチ因子等の検査結果等）
- ⑥ 胸腔鏡検査結果（医療機関で実施している場合）

エ びまん性胸膜肥厚

(ア) 上記3の(1)のエの(ア)に係るもの

- ① 主治医等がびまん性胸膜肥厚であるとした意見書及び労災医員等の意見書
- ② 臨床経過の分かる画像（胸部エックス線、胸部CT等）及び画像診断報告書のすべて
- ③ 臨床検査結果
- ④ 臨床所見及び臨床経過に係る資料
- ⑤ 他疾患との鑑別根拠等の医証

(イ) 上記3の(1)のエの(イ)に係るもの

臨床経過の分かる画像（胸部エックス線、胸部CT等）及び画像診断報告書のすべて

(ウ) 上記3の(1)のエの(ウ)に係るもの

呼吸機能検査結果（スパイロメトリー検査、フロー・ボリューム曲線検査、動脈血ガス測定検査等（チャート図の付いているもの））

オ 石綿小体の計測

- ① 医療機関から取り寄せた肺組織（ホルマリン固定組織又はパラフィン包埋組織）

なお、腫瘍部から採取された肺組織、肺実質組織ではない検体（胸膜、リンパ節等）、湿肺重量0.5g未満の非腫瘍部肺組織、気管支鏡検査や胸腔鏡下生検にて採取された微量の検体、未染の薄切標本やHE染色標本（スライド）、塗抹標本（細胞診）は、石綿小体計測が不可能であるため、これらの検体しか存在していない場合は、計測を依頼しないこと。

- ② 気管支肺胞洗浄液（最低10ml以上）（医

療機関で実施している場合）

- ③ 有意に多い石綿小体を検出した肺組織切片標本（HE染色標本等）（医療機関で実施している場合）

カ 石綿繊維の計測

上記オの石綿小体の計測に用いた検体（溶液を含む）

- (3) 提出した医学的資料のみでは判断できない場合には、機構から関係資料の追加提出の依頼がなされる場合があるので、適切に対応すること。

5 石綿確定診断等の結果

委員会における石綿確定診断等の検討結果については、「別紙1 石綿確定診断委員会意見書の送付について」により書留郵便にて機構から当該依頼した署長あて送付されること。

また、署から機構あてに送付した医学的資料についても書留郵便にて返却されること。

6 石綿確定診断等事業における機密保持

石綿確定診断等事業の実施に当たっては、機構において機密保持が担保されていること。

別紙1

〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇労働基準監督署長 殿

独立行政法人労働者健康安全機構 理事長

石綿確定診断委員会意見書の送付について

標記について、〇〇年〇〇月〇〇日付けで貴職から依頼がなされた被災労働者〇〇 〇〇に係る確定診断等について、別添のとおり意見書を送付いたします。

〔※旧別紙1「石綿確定診断等依頼書」は削除されて後出の令和7年3月14日付け補償課職業病認定対策室長事務連絡「石綿確定診断等事業における石綿確定診断等の依頼に係る具体的方法等について」の別紙1「石綿確定診断等の依頼について」となり、旧別紙2が上記別紙1とされた。〕

※下線部が、令和7年3月14日付け基補発0314第1号による改正部分である。



事務連絡
令和7年3月14日

都道府県労働局労働基準部
労災補償課長殿

厚生労働省労働基準局補償課
職業病認定対策室長

石綿確定診断等事業における 石綿確定診断等の依頼に係る 具体的方法等について

標記については、令和2年3月27日付け基補発0327第2号（改正令和7年3月14日付け基補発0314第1号）「石綿確定診断等事業について」（以下「課長内かん」という。）の記の4の（1）において、別途指示するとされているところであるが、下記のとおり、その具体的な方法を示すので、適切に対応されたい。

記

1 独立行政法人労働者健康安全機構への依頼方法について

- （1）石綿確定診断等事業については、独立行政法人労働者健康安全機構（以下「機構」という。）が行うものであるが、機構への石綿確定診断等の依頼は、労働基準監督署長等が直接行うことし、都道府県労働局及び厚生労働本省を経由することを要しない。
- （2）石綿確定診断等の依頼は、別紙「石綿確定診断等の依頼について」並びに当該別紙の別添1「石綿確定診断等依頼書」及び依頼事項に対応した別添2「石綿確定診断委員会医証チェックリスト」（以下「依頼文書等」という。）を、機構宛てメールするとともに、必要な医学的資料を次の（3）に従い送付して行うこと。

なお、機構から依頼事項に係る確認等がメールで行われる場合があることから、署長、副署長等の管理者も必ず当該メールのccに含め、組織的な対応が行える様に留意すること。

- （3）課長内かんの記の4の（2）に掲げる依頼事項ごとの添付を要する医学的資料等は依頼文書等と併せて、簡易書留等適切な方法で送付する

こと。

なお、送付する医学的資料は重要なものであるから、破損、紛失等がないよう留意して取り扱うとともに、事業者の送付中に破損等が発生した場合は、破損の原因を確認する等必要な対応を行うこと。

2 当室への報告について

石綿確定診断等を依頼した際は、前記1の（2）記載のメールのccに当室担当を含めることとし、別途当室への報告は要しない。

3 依頼文書等作成の具体的留意点について

依頼文書等の作成に当たっては、当室が配布する「確定診断等依頼ツール」を活用し、適切な依頼を行うこと。各様式の作成上の留意点は以下のとおりである。

（1）別紙「石綿確定診断等の依頼について」について

ア 複数の医療機関から資料の提供を受けた場合、全ての医療機関名及び患者IDを記載すること。枠が不足する場合は別紙等を作成して記載して差し支えない。

イ 「CD」の枚数を記載する欄におけるCDとは、CTやCR等の画像が含まれたCDを指す。診療録等について医療機関からCDで提出を受けていた場合であっても、画像以外の必要な医学的資料等は印刷し、機構に送付すること。

なお、複数の医療機関からCD等の提出があった場合は、合計の枚数を当該CD欄に記載し、医療機関ごとのCD等の枚数を枠外等に記載すること。

ウ 病理組織について、標本番号の記載で足りるものであり、染色の種類を列記する必要はないこと。

（2）別添1「石綿確定診断等依頼書」について

ア 「2 依頼の内容」の疾病ごとのチェックを入れると、対応する別添2「石綿確定診断委員会医証チェックリスト」が表示されるため、当該チェックリストを作成すること。

イ 課長内かん記の3の（4）に該当するものとして石綿確定診断等を依頼する場合は、事前に当室担当あてにメール等にて依頼の可否を協議し

たうえで、(6)の「(依頼理由)」に当室と協議済みである旨記載すること。

(3) 別添2「石綿確定診断委員会医証チェックリスト」について

ア 送付する医学的資料等について、本チェックリストを用いて不足がないか確認すること。

イ 準備できなかった医学的資料等について、チェックを外すと「【準備できなかった医証及び準備できなかった理由】」欄に当該医学的資料

等の名称が入力されるため、「準備できなかった理由」を簡潔に記載すること。

4 その他

石綿確定診断等の実施について疑義がある場合は、当室職業病認定業務第二係に照会すること。



別紙「石綿確定診断等の依頼について」(別添1「石綿確定診断等依頼書」、別添2「石綿確定診断委員会医証チェックリスト」(全6頁))〔省略〕

【一部のみ紹介】石綿確定診断委員会医証チェックリスト

監督署名	労働基準監督署長
担当者名	
被災労働者名	
連絡先(直通番号)	

(1)-ア 肺がん

医証の有無について、黄色の網掛部分に○×を記入すること。

No.		(1) -ア- (ア)	(1) -ア- (イ)	(1) -ア- (ウ)	(1) -ア- (エ)
	依頼対象	主治医等による「原発性」であるとする診断に關し、労災医員等による意見書(以下「医員意見書」という。)において疑義が示されたもの。	主治医等による「第1型以上の右肺病」又は「胸膜プラーク」の所見ありとする診断に關し、医員意見書において疑義が示されたもの。	主治医等による「胸部正面エックス線写真により胸膜プラークと判断できる明らかな陰影が認められ、かつ、胸部CT画像により当該陰影が胸膜プラークとして確認されるもの」に該当するとする診断に關し、医員意見書において疑義が示されたもの。	主治医等による「胸部CT画像で胸膜プラークを認め、左右いずれか一侧の胸部CT画像上、胸膜プラークが最も広範囲に描出されたスライスで、その広がり(胸壁内側の1/4以上のもの)」に該当するとする診断に關し、医員意見書において疑義が示されたもの。
		□	□	□	□
1	請求書				
2	調査票Ⅰ				
3	調査票Ⅱ				
(1)	Ⅱ 医学的情報【肺がん】2 石綿ばく露に関する医学的事項②胸膜プラークの有無について 胸膜プラークがあったかどうか(1)にチェックをしているか。(プラークの確認をしたかの有無をつけていないか)				
4	調査票Ⅲ				
5	主治医等意見書				
	労災医員等意見書				
(1)	主治医と労災医員の診断が異なっているか				
6	画像(X線・CT等) (※1)				
	画像診断報告書				
7	血液検査結果				
8	病理組織学的診断報告書				
9	病理組織標本(スライド標本・パラフィンブロック等)				
10	胸腔鏡所見・手術記録				
11	胸膜プラーク所見を示す写真・動画 (※1)				

じん肺診査ハンドブック改訂に関するパブリックコメント

はじめに

私たちは職業性呼吸器疾患の診療・研究に従事する医師です。約50年ぶりの「じん肺診査ハンドブック」改訂が、じん肺にかかわるこの間の医学的知見や裁判等の成果を踏まえ、粉じん作業者の予防と救済に役立つものになることを期待します。

じん肺診査ハンドブック改訂にあたって、以下の2点が重要であると考えます。

第1は、ハンドブックがじん肺の健康管理のための「基準」となるものであることです。このハンドブックに基づき管理区分決定や労災認定といった「行政処分」がおこなわれます。すなわち「参考書」とは異なる性格を持っています。したがって医学的および法学的根拠が十分でない記述は行わないことが重要です。

第2は、今後の粉じん作業者の健康保護や粉じん関連疾患の補償に役立つものとすることです。産業構造の変化もあり、鉱山や炭鉱、窯業などのじん肺有所見者や関連疾患は減少しています。今日そして今後も、最も多くの患者が発生するのは、建設業の石綿関連疾患です。厚生労働省が2025年6月20日に発表した「令和6年度、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」において労災支給は1139件となっています。そのうち約2/3（66.4%）を占めているのは建設業です。建設業には重層下請け構造により一人親方や小規模下請け業者として粉じん作業を行っている作業者が多数います。今後対策が必要とされるとりわけ建設業における粉じん作業者に役立つ改訂が行われる必要があります。

2025年10月30日「じん肺診査ハンドブック改訂（案）に係る」パブリックコメントが募集されましたので、以下の通り意見を述べます。

注）文中p●と記載は、2025年9月16日労政審じん肺部会に「資料2-3」として提出されたじん肺診査ハンドブック改訂案のページ数を示しています。

(1) 胸部CT検査に関して

胸部疾患の臨床に胸部CT検査が用いられており有用である。しかし胸部CTは撮影技術が確定し一定の安定性を持った撮影法とは異なり現在も進歩発展している検査法であり、どのような撮影装置を用いて撮影するか、またスライス厚を何回目にするかによって画像が大きく異なってきます。したがって、じん肺の診断や管理区分決定においては限界を考慮した取り扱いが行われるべきです。

1) CT所見があくまで参考とした記述に賛同します

「じん肺管理区分決定に際し、CT所見はあくまでも参考までで、単純エックス線写真の所見をもって決定される（p57）」「じん肺健康診断に用いる画像はじん肺法第3条にてエックス線写真とされており、胸部エックス線写真をじん肺標準写真と対比して、じん肺のPR分類を決定することになる（p69）」「じん肺審査においては、エックス線写真を用いずにCT所見に基づいてPR分類を決定することはない（p69）」との原則が明記されたことは重要であり賛同します。

2) 石綿肺の診断において胸部HRCTで確認することが「肝要」であるとの記載の変更を求めます

「石綿肺の診断において、胸膜プラークの存在があってもsubpleural curvilinear lineやdotsをHRCTで確認することが肝要である（p18）」と記述されていますが、「非常に重要である」という意味の「肝要」との表現はHRCTにおいてsubpleural curvilinear lineやdotsが確認されなければ石綿肺と診断できないかのような誤解を与える恐れが高いと考えます。

とりわけ労災認定行政において誤った運用がされることを危惧します。subpleural curvilinear lineやdotsが確認できない石綿肺も存在することはこれまでの研究でも明らかです。

AKIRA（2003）の報告でも石綿肺のHRCTにおけるsubpleural curvilinear lineやdots(dotlike or branching opacity)の出現率は69%、81%となって

います。

「HRCTが参考となる」等の記述に変更することを求めます。

3) 「極めて」の削除は妥当

2025年3月10日のじん肺部会に提出された改訂案で、合併症の評価において「胸部CT検査が極めて有用」とされていたが、9月16日提出の改訂案では26回じん肺部会の討議を経て「極めて」が削除された(p57-58)。妥当なものと考えます。

4) 「(5)じん肺の合併症・続発症の評価におけるCT検査の有用性 (p57-58)」から続発性気管支炎の削除を求めます

じん肺の合併症・続発症の評価におけるCT検査の有用性として「以下にそれぞれの合併症・続発症についての留意点を述べる (p57)」として肺結核以下の合併症に関して記述されています。

しかし、「3. 続発性気管支拡張症、続発性気管支炎」の項で記述されているのは続発性気管支拡張症に関してのものだけです。続発性気管支炎に特徴的な胸部CT画像所見は合意に至っていません。しかし改訂案ではあたかも続発性気管支炎の診断においても胸部CTが有用であるかの誤解を招く記述になっています。続発性気管支炎の削除を求めます。

(2) 続発性気管支炎の診断における、たんの好中球エラスターゼ検査」の削除を求めます

続発性気管支炎の精密検査として「また、膿性たんの客観的な指標として、たんの好中球エラスターゼ値があり、膿性痰が持続する場合には検査して確認することが望まれる。(p136)」と記載されています。

しかしたんの好中球エラスターゼ検査は一般の呼吸器臨床で用いられている検査法ではありません。このことは第29回じん肺部会で「じん肺健康診断とじん肺管理区分決定の適切な実施に関する研究」の代表者である長崎大学・芦澤和人参集者が「あくまでも労災疾病の研究として行っておりますので、実臨床での検査ではない」と述べていることから明らかです。慢性気管支炎や続発性気管支炎における好中球エラスターゼ測定に関する学術論文も「じん肺健康診断とじん肺管理区分決定の

適切な実施に関する研究(芦澤和人・代表)」の研究班メンバーによるものを除くとほとんどありません。

さらに判定の基準値が定まっていないことも重要です。上記研究班の令和5年度の報告ではcut off値を1,625ng/mLとし、令和6年度報告では1,195ng/rnlとしているように研究途中の検査です。たとえば、後者のcut off値では、感度が75.5、特異度が58.5(谷ら、日職災医誌、2025)と低く、混乱の発生は必至と考えます。

呼吸器感染症に対する好中球エラスターゼ測定は保検収載されてもいません。

よって、じん肺診査ハンドブック改訂(案)からの削除を求めます。

「9. 合併症に関する検査」P144から「④ 喀痰中好中球エラスターゼを測定した場合は、その測定値を記入する。」が削除されたのは妥当です。

(3) じん肺エックス線写真の読影に関して

1) 標準写真に関して

「型の区分に当たっては、標準エックス線写真によることとする。標準エックス線写真は第1型、第2型及び第3型の中央のものを示しているほか、じん肺の所見がないと判断するエックス線写真の上限のもの、第1型の下限のものを示している (p49)」とされています。

しかし2025年9月30日開催の第29回じん肺部会に提案された標準写真集には不整形陰影として26番と28番に2型の中央値でない「2/1」型のものが含まれています。上記記述と矛盾が生じています。標準写真26,28番の削除を求めます。

2) その他の像の追加

じん肺エックス線写真像の分類として「ハ、その他の像 (p53)」がある。アスベスト関連疾患が急増している現状からすると「中皮腫 (me)、蜂巣肺 (ho)、胸水貯留 (ef)、円形無気肺 (ra)」を追加することを求めます。

(4) 胸部臨床検査に関して

1) 喫煙に関して

「喫煙はじん肺の罹患や進展と関連すると言われている (p73)」との記述はあたかも喫煙によってじん肺が発症するかの誤解を生じさせる危険があります。あくまでじん肺の罹患は、粉じん吸入が原

因です。「罹患や」部分の削除を求めます。

2) 既往歴に胸水を追加

アスベストによる健康被害は今後も増加することが予想されています。中皮腫の初期症状として胸水出現が認められることもあります。また良性石綿胸水やびまん性胸膜肥厚を見落とさないためにも既往歴に胸水を加える必要があります。

3) ばち状指に関して

「一般的にじん肺ではばち状指は出現しにくいと言われている (p74)」とされていますが、低酸素血症のじん肺患者にしばしば、ばち状指が出現しています。削除を求めます。

(5) 肺機能検査に関して

1) 留意事項の記述に賛同します

「合併症にかかっている場合は肺機能検査を免除されていることに留意すること (p79)」「相対的禁忌項目に該当しないことを確認する。被験者の全身状態(体調、耳の聞こえ方、自の見え方など)を観察し(p82)」

「②妥当性の確認、③再現性の確認と結果の解釈(p83,84)」

「ロ. 感染対策(p87-89)」

が明示されたことに賛同します。

2) パルスオキシメーターの活用6分間歩行試験

「経皮的に動脈血酸素飽和度 (SpO2) を測定する。非侵襲的であり、経時的に測定することが容易であるため、動脈血ガス分析の補助的役割をする (p90)」と新たな検査法としてパルスオキシメーターが追加されたことは評価できます。

じん肺患者の日常生活を障害するものは、労作時の低酸素による強い息切れです。6分間歩行試験 (6MWT) は、運動耐容能を評価するフィールド歩行テストのひとつです。

呼吸器機能障害による身体障害者手帳申請診断書でも「活動能力の低下を説明する他の原因が認められない場合に、何らかの検査(例えば、6分間歩行試験時の酸素飽和度最低値の測定)で活動能力の低下を説明できれば、その結果を採用して等級認定をすることができる。(下線、筆者)」とされています。

6分間歩行試験時の酸素飽和度最低値を、著し

い肺機能障害の参考所見とすることを要求します。

(6) 粉じんばく露の低減措置の積極的記載を求めます

「ロ. 粉じんばく露の低減措置 (p168)」として「個人ばく露を減らすため有効な防じんマスクの選択を行うとともに、適正なマスクの使用を指導する。マスクのフィットテストの施行も有意義である (p169)」と記述されています。

2023年4月から金属アーク溶接作業等でマスクのフィットテストが義務化され、2024年4月から「保護具着用管理責任者の選任義務」が課せられています。「有意義」といった消極的表現を改める必要があります。

さらに「マスク効率のよい電動ファン付き防じんマスクの使用も考慮する。(p169)」と記述されています。既に特定の粉じん作業においては電動ファン付き呼吸用保護具が義務付けられています。それ以外の作業でも活用が望ましいとされており「考慮する」の記述を変更し積極的表現への変更を求めます。

(7) 一人親方や自営業者に対して手帳交付をはじめとした健康管理の充実を求めます

「じん肺の発生防止又はじん肺の進展防止のためには、粉じん作業に従事する労働者の粉じんばく露を防止することが重要である (p154)」として健康管理の対象者を「労働者」に限定しています。

建設アスベスト訴訟最高裁判決に基づき、一人親方・自営業者も対象に含めるべきであり、じん肺、石綿健康管理手帳交付等をはじめとした総合的健康管理体制の確立を記述すべきです。

2025年11月27日



佐藤修二(札幌ワーカーズクリニック)/柴田英治(四日市看護医療大学)/田村昭彦(九州社会医学研究所)/中野亮司(勤医協札幌病院)/名取雄司(ひらの亀戸ひまわり診療所)/春田明郎(横須賀中央診療所)/久永直見(名古屋大学非常勤講師)/平野敏夫(ひらの亀戸ひまわり診療所)/藤井正實(芝診療所)/舟越光彦(九州社会医学研究所)/細川晉至雄(勤医協札幌病院)/水嶋潔(みずしま内科クリニック)/毛利一平(ひらの亀戸ひまわり診療所)/(あいうえお順)

労働における生物学的ハザードに関する技術的ガイドライン



はじめに

生物学的ハザードは、感染性及び非感染性のもの双方が、世界中の膨大な部門及び職場において重大な健康脅威となり、職業病及び労働関連疾患を引き起こす可能性がある。

国際労働機関 (ILO) が1919年に炭疽予防に関する勧告 (第3号) を採択して以来、生物学的ハザードの知見、それらの予防及びそれらが引き起こす疾病の治療において、著しい進展があった。非感染性生物学的ハザードの重要性は、職場及び地域社会の双方でますます明らかになっており、また、職場が結核、HIV/AIDS、マラリア及びインフルエンザなどのグローバルな健康脅威、並びにCOVID-19パンデミックのようなパンデミックの予防及び管理に役立つことができることが認識されている。

2003年に国際労働会議の第91回会合で採択された労働安全衛生に関するグローバル戦略は、生物学的ハザードに関する新たな文書の開発に最優先順位を置くべきであることを強調した。

2011年11月にILO理事会は、ILOの基準政策の実施及びILOの目標達成において国際労働基準が果たす役割に関する三者間合意の強化のために、基準レビューメカニズム (SRM) の設立に合意した。2015年に、SRMのひとつの構成要素として三者構成作業部会 (TWG) が設立された。2017年9月の第3回会合において、SRM TWGは労働安全衛生 (OSH) に関する19の文書をレビューし、理事会に対して、(a) 生物学的ハザードを扱う文書を通

じて、第3号勧告の改正に向けたフォローアップ措置を講じるべきこと、(b) 生物学的ハザードに関する技術的ガイドラインが公表されるべきこと、を勧告した。COVID-19パンデミックがこれらの勧告の緊急性をさらに高めた。

理事会は、国際労働会議の第112回及び第113回会合 (2024～25年) の議事日程に、生物学的ハザードに対する労働安全衛生 (OSH) 保護に関する議題を設定することを決定した。職場における生物学的ハザードの管理に関する技術的ガイドラインの策定は、その議論のための技術的基礎を提供するだろう。

第110回国際労働会議 (2022年) は、安全で健康な労働環境をILOの労働における基本的原則及び権利の枠組みに包含することを決定し、1981年労働安全衛生条約 (第155号) 及び2006年労働安全衛生促進枠組み条約 (第187号) を、2022年に改正された労働における基本的原則及び権利に関するILO宣言 (1998年) の意義の範囲内での基本的条約として位置付けると宣言した。

ガイドラインには法的拘束力はない。これらのガイドラインは、国際労働基準に定められた原則、権利及び義務のすべてを基盤としており、これらのガイドラインに定められた内容は、それらの基準を批准した加盟国の義務を変更するものと解釈されるべきではない。

目的及び適用範囲

労働環境における生物学的ハザードに関する

技術的ガイドラインは、経済活動のすべての部門におけるすべての労働者に適用される。このガイドラインの目的は、政府、使用者、労働者及びその代表に対して、労働環境における生物学的ハザードへの曝露に関連した労働関連傷害、健康障害、疾病、並びに危険事象及び死亡を予防及び管理するために何がなされるべきかに関する助言を提供することである。

本ガイドラインの目的のために、生物学的ハザードとは、遺伝子組み換えされたものを含め、植物、動物または人間由来の微生物、細胞またはその他の有機物質であって、人の健康に危害を及ぼす可能性のあるものをいう。

これには、細菌、ウイルス、寄生虫、真菌、プリオン、DNA物質、体液、並びにその他の微生物及びそれらの関連するアレルゲン及び毒素が含まれるが、これらに限定されるものではない。健康影響には、感染性及び非感染性の疾病並びに傷害が含まれ得る。

労働環境における生物学的ハザードにはまた、生物学的媒介者または伝達者も含まれ得る。

第1章 一般的義務、責任、義務及び権利 [省略]

第2章 職場レベルにおける リスクアセスメント

生物学的ハザードのマネジメントは、組織が効果的にその活動に内在するハザードを確認するとともに、生物学的リスクを評価し、合理的に実行可能な限り、リスクを根絶、代替、管理、または低減するための予防及び軽減戦略策を策定することを可能にする。きわめて重大なリスクが存在する場合、リスクを根絶し、またはこれが可能でない場合には、リスクを最小化するために、実行可能なすべての措置が用いられるべきである。リスクマネジメントシステムは、組織がその目標を達成するために実施するプロセス及び行動を計画、実施、見直し及び改善するサイクルを通じて、継続的な改善の概念に基づいて構築されるべきである。

事業場における経営者、労働者及びその代表の

間の協力は、生物学的ハザードの防止に関連したあらゆる措置の不可欠な要素である。職場における協力は、第164号勧告第12項に規定されるあらゆる形態をカバーすべきであり、また適当な場合には、第155号条約第19条及び第20条に規定されるあらゆる側面をカバーすべきである。

2.1. 生物学的ハザードの確認及び リスクアセスメント

生物学的ハザードへの曝露は、人間または人間に関連した製品、動物または動物製品並びに生物学的廃棄物、植物及び食品との接触を伴うあらゆる労働活動において生じる可能性がある。

▶ 労働活動に関連した生物学的ハザードの非網羅的リスト [活動のリストー可能性のあるハザード及びリスク]

食品生産工場における労働

- ・ カビ/酵母、細菌及びダニによるアレルギー 及びその他の疾患
- ・ 生物学的因子に汚染された穀物、乳粉または小麦粉の有機粉じん
- ・ ボツリヌス毒素またはアフラトキシンなどの毒素
- ・ 抗菌薬耐性病原体

農業、林業、園芸、動物用食品及び飼料生産における労働

- ・ 動物から感染する細菌、真菌、ダニ及びウイルス
- ・ 穀物、粉乳、小麦粉及び香辛料の有機粉じん中の微生物及びダニによる呼吸器障害
- ・ 農夫肺及び鳥飼育者肺などの特定のアレルギー性疾患
- ・ 生葉タバコ病、サル熱、咬傷、刺傷、毒液及びベクター媒介病などの特定のリスク要因による疾患
- ・ 抗菌薬耐性病原体

医療及び地域サービスにおける労働

- ・ HIV、肝炎または結核を含むがこれらに限定されないウイルス性及び細菌性感染症、並びに抗菌薬耐性病原体
- ・ 鋭利なもの及び針刺しによる外傷による疾病及び事故
- ・ 汚染された表面または人物との直接接触
- ・ ウイルス性、細菌性及び真菌性の病原体並びに

それらによって生成される物質及び構造物の空気感染

金属加工業、木材加工業、鉱業における労働

- ・細菌による皮膚疾患及びグラム陰性細菌とそのエンドトキシンによる気管支喘息、研磨工程などの工業プロセスで使用される循環液、パルプ工場で使用される液体、並びに金属及び石材切削液中のカビ/酵母

- ・製造工程における細菌及び酵素

ごみ処理工場、下水処理施設における労働

- ・細菌及びそれらの断片、真菌及びそれらの孢子及びマイコトキシン、ウイルス及びプリオン、寄生虫及びベクター媒介病を含め、生分解性廃棄物の有機成分による感染症及びアレルギー
- ・ウイルス性、細菌性及び真菌性の病原体並びにそれらによって生成される物質及び構造物の空気感染

- ・抗菌薬耐性病原体

- ・汚染された鋭利な物体との接触による傷により引き起こされる感染症

- ・結核、COVID-19及びインフルエンザなどの呼吸器疾患

- ・汚染された物体または人間との直接接触

空調設備を備えた及び湿度の高い労働区域（例えば、繊維産業、印刷産業及び製紙業）

- ・カビ/酵母、レジオネラ菌によるアレルギー及び呼吸器疾患

アーカイブ、博物館、図書館における労働

- ・アレルギー及び呼吸器疾患を引き起こすカビ/酵母及び細菌

- ・非特異的な健康被害

建物及び建設業における労働；粘土、藁及び葦などの天然素材の加工；建物の再開発

- ・ウイルス性、細菌性及び真菌性の病原体並びにそれらによって生成される物質及び構造物の空気感染

- ・結核、COVID-19及びインフルエンザなどの呼吸器疾患

- ・汚染された物体との直接接触

- ・建築材料の劣化によるカビ（アレルギー性、病原性、毒性）、細菌及び真菌

- ・動物の排泄物への曝露、レプトスピラ症及びウェイル病

2.1.1. ハザードの確認には、病理学的メカニズム、感染の様式（直接的または間接的接触、エアロゾル、飛沫拡散、媒介物、水、ベクター、食品、動物由来）及び曝露の経路（例えば、吸入、摂取、皮膚、経皮、粘膜、親和性）を考慮すべきである。

2.1.2. 職場における生物学的ハザードの確認には、以下の点も考慮すべきである。

(a) 傷害または疾病を引き起こす可能性のある状況または出来事若しくは状況のそれらの組み合わせ

(b) 活動、製品またはサービスに関連した潜在的な傷害または疾病の性質

(c) 臨時従業員、若年労働者、高齢労働者、移住労働者及び妊娠中または授乳中の労働者、免疫不全の労働者、既往症を有する労働者など特別の健康上の脆弱性をもつ者を含むがこれらに限定されない、汚染される可能性のある者または危害を受ける可能性のある者

(d) 過去の傷害及び疾病、アレルギー反応の発症傾向、哨戒健康事象アプローチを通じた何らかの事象及び健康影響の証拠

2.1.3. リスクアセスメントは、管理の目的のために、確認されたハザードごとに、関連した傷害または疾病のリスクのレベルを決定するために用いられるプロセスである。リスクのレベルを評価する際には、性、年齢、障害、民族、及び労働者の健康状態及び合併症などの要因に特別の注意を払う必要がある。

2.1.4. 生物学的リスクアセスメントの実施には、以下の5つのステップが含まれる。

(1) 生物学的ハザードの確認

(2) 危害を受ける可能性のある者及び危害がどのようなものかの確認

(3) 危害の可能性及び重大性の評価、及びリスクの除去方法、それが可能でない場合の当該リスクの管理方法の検討で構成される、生物学的リスクの評価

(4) 生物学的リスク評価の結果の記録及び改善のための優先順位の設定

(5) 必要に応じて、生物学的リスクアセスメントの見直し及び更新

2.1.5. 生物学的リスクの評価では、即時的、短期的及び長期的な危害を引き起こす可能性（感染、アレルギー、毒性、疾病または事故）；潜在的な危害の重大性；因子の貯留源；環境における安定性；エアロゾル生成または飛散の可能性；感染の様式；人口内における伝播性；予防的措置の可用性及び有効性；効果的な管理措置の可用性；医療措置の可用性及び有効性；再出現のリスクを考慮するための、病原体が希少であるか、部分的または完全に根絶されているか；に基づいて、各ハザードを分類すべきである。

2.1.6. リスクアセスメントには、生物学的ハザードへの曝露により発生または悪化するその他の範疇のリスクを含める必要がある。

2.1.7. 生物学的ハザードに曝露した場合に危害を受ける可能性がある労働者の確認には、医療歴を含め労働者の健康状態；ワクチン接種状況；抗原または抗体検査の結果；適当な場合には特定の関心因子についての基準抗体価情報；予防的治療の使用及び可用性；並びに基礎疾患の有無、を考慮すべきである。

2.1.8. リスクアセスメントの方法及び技術は、対象となるハザードの特性に基づいて選択され、実際の労働条件に適合させるべきである。行動の優先順位は、生物学的ハザードが引き起こす可能性のある危害の可能性及び重大性に基づいて決定されるべきである。

2.2. 管理措置

2.2.1. 予防的及び保護的措置は、労働者及びその代表と協議のうえ、以下の原則に従い、管理のヒエラルキーに従って実施されるべきである。

(a) 1964年衛生（商業及び事務所）条約（第120号）に従い、労働者により使用されるすべての施設、及びそれらの施設の機器は適切に維持管理され、清潔に保たれ、自然換気または人工換気若しくはの両方を備え、新鮮な空気または清浄な空気を供給する、十分かつ適切な換気設備を備えるべきである。労働者に対して、十分な量の健

康的な飲料水または他の健康的な飲料が提供される必要がある。十分かつ適切な手洗い施設及び衛生設備が設置され、適切に維持管理されるべきである。

(b) 生物学的封じ込め：曝露の可能性及びそれらの影響を予防及び低減し、感染のチェーンを確認し、生物学的因子を不活化できる弱毒化生物、代替生物または手続の使用によって、複製能、感染力、伝播力及び病原性の低減につなげる。生物学的因子の事故による放出が労働者の健康または環境に重大なリスクを及ぼす可能性がある場合には、これらのリスクを最小化するための緊急行動を詳細に定めた計画を策定すべきである。緊急計画は、リスクの高い労働現場にのみ必要である。

(c) 物理的封じ込め：ドア、生物学的安全キャビネット、空気濾過システム、廃水マネジメントシステム、その他を含め、生物学的因子の封じ込め区域からの漏洩を防止する一次的及び二次的な物理的バリアという手段による追加的保護を提供する。一次的バリアは、感染を制限することによって、職業曝露を最小化する。二次的バリアは、主として一次的バリアが失敗した場合に生物学的因子の漏洩を防止するために、補足的な封じ込め機能を提供する。

(d) 労働制限：リスク区域をできるだけ少なくするために、業種または活動の種類に応じて、曝露するかまたは曝露する可能性のある労働者の数を可能な限り少なく保つ。労働負荷を制限し、労働場所を可能な限り場所に限定する。

(e) 運用的保護：安全な労働技術の徹底により曝露を最小化する（例えば、エアロゾルの発生防止、適切な実験室慣行の適合など）。

(f) ハザードの最小化：曝露が生じた場合の影響を軽減するための措置の組み合わせを実施する（例えば、緊急対応手続、緊急時対応計画、健康及び医療監視または偶発的な曝露の影響を軽減するためのワクチン接種など）。

2.3. リスクコミュニケーション

2.3.1. リスクコミュニケーションは、誤解を招かない

方法で信頼できる情報を伝えるため、開かれた透明性のある方法で実施されるべきである。伝達される情報は、使用者、労働者及び下請け業者を含め、関係者が理解できるものであるべきである。

2.3.2. リスクコミュニケーションは、関連する労働者の識字レベルに適切な手段及び言語を使用し、適切な理解を確保するために行うべきであり、また、労働者及びその代表と協議のうえ、その十分な情報提供に基づく参加のもとでの、リスクのマネジメントのための効果的なシステムの実施に資するべきである。

第3章 労働者の健康監視

第4章 情報、指示及び訓練

第5章 危険事象、労働災害及び職業病の調査

第6章 労働災害及び職業病の記録及び

届出のための国のシステム

[以上省略]

第7章 緊急事態への準備及び対応

7.1. 最近数十年に労働の世界は、とりわけ、重症急性呼吸器症候群（SARS）、H1N1インフルエンザ、エボラウイルス病、ジカウイルス病及びCOVID-19など、生物学的ハザードに関連した広範囲な緊急事態を目撃してきた。さらに、COVID-19のロックダウン解除後における職場水道ネットワークの微生物汚染やレジオネラ症のアウトブレイクによって証明されるように、パンデミックは職場における二次的な事故や緊急事態を引き起こす可能性がある。気候変動、急速な都市化と土地利用パターンの変化は、労働の世界における生物学的ハザードや感染症緊急事態のリスクを高める可能性がある。気温の上昇は、ライム病、デング熱、チクングニアウイルス感染症、ジカウイルス感染症など、ベクター媒介病の感染と拡大を促進し、とりわけ数多くの業種における屋外労働者を増大したリスクにさらしている。

7.2. エピデミック、アウトブレイク及びパンデミックの状況は、労働及び職場を含め、社会全体に影響

を及ぼす。公衆衛生機関は、もっとも代表的な使用者団体及び労働者団体と協議のうえ、講じられるべき政策及び行動を定めるべきである。これらの共同で策定された政策及び行動は、使用者が職場におけるアウトブレイク対応及びマネジメント計画を策定、実施及び評価する際の指針として参照されるべきである。公衆衛生機関との調整及び情報共有の仕組みを確立することは、発生し得る生物学的リスクを管理するため適切である。

7.3. 公衆衛生、水道及び廃棄物、労働衛生、並びに獣医衛生機関及びその他のパートナーとの連携は、アウトブレイク、エピデミック及びパンデミックを含め、生物学的ハザードの関わる緊急事態への有事準備及び対応、及び早期警戒システムの確立にとって不可欠である。

7.4. 労働衛生サービス提供者は、アウトブレイクに備え、管理するために、職場及び地域の双方において潜在的な生物学的ハザードの可能性について訓練を受ける必要があり、また、検査室または臨床に基づく監視システム、迅速な公衆衛生対応システム及び専門家の助言のためのリアルタイムコミュニケーションによって支援される必要がある。

7.5. 国のOSH〔労働安全衛生〕政策及びプログラムには、地理的状況の疫学的特性、産業分野及び労働者の特性を考慮しつつ、生物学的因子のパンデミックまたはエピデミックが発生した場合に、職場及び労働環境において講じられるべき措置を含めるべきである。職場におけるアウトブレイクへの準備及び対応は、公衆衛生準備及び対応と調整され、連携すべきである。

7.6. 職場におけるアウトブレイク対応及びマネジメント計画を策定、実施及び評価する際、権限のある機関は、もっとも代表的な使用者団体及び労働者団体との協議及び参画を確保すべきである。

7.7. 緊急事態への準備及び対応の措置は、職場において策定、定期的に更新及び維持されるべきである。これらの措置は、職場に影響を及ぼす可能性のある生物学的ハザードによる事故、緊急事態及びアウトブレイクを確認すべきである。

措置は、職場の立地条件及び環境、並びにその活動の規模及び性質に従うべきである。

7.8. 公衆衛生及びその他の権限のある機関と協力して、使用者は、事故、緊急事態及びアウトブレイクの性質、主要な対応者及びその責任を考慮した緊急事態行動または対応計画を策定し、以下の措置を講じるべきである。

- (a) 事故、緊急事態またはアウトブレイクが生じた場合に、すべての労働者及びその他の関係者に必要な情報、内部のコミュニケーション及び調整が提供されるよう確保する。
- (b) 関連する権限のある機関、並びに地域社会及び緊急対応サービスとの情報提供及びコミュニケーションを提供する。
- (c) 緊急時の予防、準備及び対応手続に関する定期的な訓練を含め、すべてのレベルにおいて、その能力に応じて、職場のすべての労働者及び事業所の敷地内において緊急事態に関わる可能性のあるすべての者に関連する情報、指示及び訓練を提供する。

7.9. 緊急事態への準備及び対応の措置は、使用者主が、その他の使用者、労働者及びその代表、外部の緊急サービス機関並びに適当な場合にはその他の組織と協力して、必要に応じて策定すべきである。緊急事態対応計画は、各職場ごとにローカルに策定し、あらゆる種類の緊急事態に対処できるほど十分に包括的なものであるべきである。

7.10. 職場における緊急事態への準備及び管理するための手順は以下のとおりである。

- (a) 生物学的ハザードが緊急事態を引き起こす可能性のある状況の確認及びとられるべき行動
- (b) 生物学的ハザードにより引き起こされる感染性または非感染性疾患の早期発見のための仕組みの整備
- (c) 一貫性があり効果的なコミュニケーションによる公衆衛生及び職業病報告システムを通じた症例の迅速な報告
- (d) 労働者が意思決定権限を有する者が誰であるかについて疑義が生じないよう確保するために明確な指揮系統を有する組織が設立されるべきである。

きである。緊急事態対応チームが設立され、業務を調整するために責任者が選任されるべきである。

- (e) 必要に応じて専門家の助言及び支援の取得
 - (f) 公衆衛生機関及び、適当な場合には外部緊急サービスとの、地域的及び全国的に調整された支援システムの実施
 - (g) 生物学的ハザードの予防、治療及び封じ込めの方法に関する研究への協力及び成果の共有
- 7.11. 生物学的因子のアウトブレイクへの準備及び対応計画は、既存の人権枠組みに沿って、ジェンダー考慮、公平性及び包摂性に焦点をあてた分析の枠組みのなかで実施されるべきである。

第8章 監督及び法規定の遵守〔省略〕

付録 I 数値加重システムを用いたリスクアセスメントによる行動優先順位の決定

リスクアセスメントを実施するための確立された方法及び技術は数多く存在する。そのうちのいくつかは、行動の優先順位を決定するために数値加重システムを使用する。確認された各ハザードについて、当該ハザードが危害を引き起こす可能性に数値が割り当てられ、また、その危害の重大性にも数値が割り当てられる。これは、低から高への上昇スケールで次のように表現できる。

1. 可能性

- (1) 希：ほとんど起こったことがない、あったとしても希。
- (2) 可能性が低い：起こり得るが、起こるとは予想されていない。
- (3) 可能性あり：年に1回程度起こると予想できる。
- (4) 可能性が高い：おそらく起こるが、継続的ではない。
- (5) ほぼ確実：定期的に起こる。

2. 結果の重大性

- (1) 軽微：傷害または健康障害がない。
- (2) 軽度：一時的な影響。
- (3) 中等度：半永久的な傷害または健康障害。
- (4) 重度：障害を残す傷害または健康障害。

(5) 重大：致命的な可能性あり。

リスクのレベルは、次のように表すことができる。

リスク＝可能性×重大性

労働で確認された各ハザードに関連したリスクのレベルを評価することにより、使用者及び労働者とその代表は、優先的行動の領域を確認することができる。例えば、ほとんど生じず (1) かつ結果が軽微 (1) なリスクは、もっとも低い優先度 (1) (つまり $1 \times 1 = 1$) となる。一方、定期的に生じ (5) かつ致命的な結果を招く可能性のある (5) 危険な事象は、もっとも高い優先度 (25) (つまり $5 \times 5 = 25$) となる。リスクのレベルが高いほど、ハザードへの曝露を根絶、低減または最小化する管理を適用することが重要である。

この数値的なアプローチによるリスクレベルの決定を説明するサンプルマトリックスは以下に示す [上表参照]。

優先的行動領域は、以下の優先的行動表に基づいて、職場における特定のハザードを評価することで決定することもできる。各ハザードについては、「当該ハザードに人が曝露する頻度はどのくらいか？」及び「どのような結果が予想されるか？」の2つの質問を検討する必要がある。以下の表 [下表参照] では、事象が発生する可能性は「毎日」「毎週」「毎月」「希」と表現され、結果の重大性はいくつもの深刻 (死亡または永久的障害) からもっとも軽微 (応急処置のみで済む軽傷) までに分類されている。マ

トリックスでもっとも濃い色で塗りつぶされた領域は、もっとも優先度の高い行動領域を表している。

リスクアセスメントを実施する者は、(a) 評価対象の活動または職場、(b) 主なハザード及びリスクにさらされる者、(c) リスクの程度、及び (d) 曝露を根絶、低減または最小化するために取られるべき措置を特定して、評価の結果を記述形式で記録することが有用である場合がある。

付録Ⅱ 管理のヒエラルキーの適用

■根絶

1. ハザードを根絶する。
2. 早期確認及び必要な場合には隔離

↓ 可能でない場合*、次に

* 可能であっても実用的でないこともある。

■代替

感染因子を感染性の低いものに代替する。

↓ 十分でない場合、次に

■工学的及び環境的 [管理]

- ・工学的システム及び物理的バリアを用いて、労働者の因子との接触を根絶または低減する。環境への因子の放出を最小化するためのシステム及びバリアを開発する。
- ・曝露の高い作業を曝露リスクの低い作業に置き換える。
- ・曝露する労働者を制限する。
- ・労働プロセスを再設計する。

可能性／重大性	ほぼ確実 (5)	可能性が高い (4)	可能性あり (3)	可能性が低い (2)	希 (1)
重大 (5)	25	20	15	10	5
重度 (4)	20	16	12	8	4
中等度 (3)	15	12	9	6	3
軽度 (2)	10	8	6	4	2
軽微 (1)	5	4	3	2	1

可能性のある結果	自らまたは他者がハザードに曝露する頻度			
	毎日	毎週	毎月	希
死亡または永久的障害	高	高	高	高
一時的障害	高	高	中	中
軽微な傷害 (応急処置)	高	中	低	低

建物

- ・ 負圧
- ・ 隔離室
- ・ 換気
- ・ 高効率粒子空気フィルター
- ・ アクセス制御
- ・ 物理的バリア

機器

- ・ 安全技術
- ・ 消毒装置(例えば紫外線殺菌照射装置)
- ・ 滅菌装置
- ・ 安全装置(例えば生物安全キャビネット)

環境

- ・ 環境監視
- ・ 空気、表面の除染
- ・ 廃棄物管理
- ・ 清掃及び消毒

↓ 十分でない場合、次に

■行政的管理

政策及び手続の実施を通じた労働組織、健康保護、訓練の充実

政策及び手続

- ・ 労働安全衛生及び人事
- ・ 安全、衛生及び環境:事象管理
- ・ ソーシャルディスタンス
- ・ 手洗い及び呼吸器衛生
- ・ 清掃及び消毒
- ・ 表示
- ・ 廃棄物及び洗濯物の管理

健康保護

- ・ 従業員支援プログラム
- ・ ワクチン接種
- ・ 医学的監視
- ・ メンタルヘルス

訓練

- ・ 有害生物学的因子規制
- ・ ハザード及びリスク
- ・ 管理措置
- ・ 個人用保護具
- ・ 事象調査
- ・ 適切な衛生

↓ 十分でない場合、次に以下で補完

■個人用保護具(PPE)

適切な種類、サイズ、快適性、使用方法、メンテナンス及び廃棄:PPEには、手袋、ゴーグル、呼吸用保護具、フェイスシールド、手術用マスク、コート、ガウン、エプロン、カバーオール、髪カバー、靴カバー、及び供給空気などが含まれ得る。労働者は、その適切な使用について訓練を受ける必要がある。

付録Ⅲ 特定部門における生物学的ハザードの管理に関する国際労働機関(ILO)及び世界保健機関(WHO)の主要な参考資料[省略]

※<https://www.ilo.org/publications/technical-guidelines-biological-hazards-working-environment>



賛助会員、定期購読のお願い

全国労働安全衛生センター連絡会議(略称:全国安全センター)は、1990年5月12日に設立された各地の地域安全(労災職業病センター)を母体とした、働く者の安全と健康のための全国ネットワーク。月刊誌「安全センター情報」は、ここでしか見られない情報満載。

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

全国労働安全衛生センター連絡会議

〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階
PHONE(03)3636-3882 FAX(03)3636-3881



アスベスト禁止をめぐる世界の動き



インドネシア：スラップ訴訟控訴審判決の報告

Local Initiative for OSH Network - Indonesia. 2025.12.8

LION (OSHのための地域イニシアティブ・ネットワーク) インドネシアの一員であるLPKSM [非政府消費者保護団体] ヤサ・ナタ・ブディイ [Yasa Nata Budi]、その管理者全員、レオ・ヨガ・プラナタ、アジャト・スドラジャト、ディッチ・サンデワを代表して、皆様の貴重なご支援に対し深く感謝申し上げます。

皆様のご支援は重要な命題を証明している。アスベスト産業の覇権に対する抵抗は、部分的な闘争ではなく、健全で尊厳ある文明のための集団的 effort であるということである。われわれは、資本主義の傲慢さに対しても連帯が力強く立ち向かえることを証明した。

2025年11月17日、ジャカルタ首都特別州高等裁判所は控訴審判決を下した。喜ばしいことに、裁判官団はLPKSMヤサ・ナタ・ブディ、INABAN、及びヤサ・ナタ・ブディ財団がいかなる違法行為も犯していないことを確認した。

この勝訴は重要な法的意義をもつ。

1. 全被告は、7900億ルピアに上る物的損害賠償請求について無罪となった。
2. アスベスト危険性啓発キャンペーンを撤回する義務も、FICMA [繊維セメント製造業者協会]

への謝罪義務も存在しない。

3. アスベスト製品にB3警告表示を義務づけた最高裁判所の命令は有効かつ拘束力を有する。

しかし、この勝利の裏には公共の安全にとって危険な法的残滓が潜んでいる。高等裁判所裁判官は、クリソタイル (白石綿) $Mg_3(Si_2O_5)(OH)_4$ が「安全かつ必要であり、国際貿易における特定の有害化学物質及び農薬の事前の承認手続に関するロッテルダム条約に関する2013年法律第10号によって保護されている物質」であると誤って結論づけた。

この見解は科学的に誤っているだけでなく、法廷で法的証明がなされたことのない毒物学の領域に踏み込むものであり、裁判官の能力を超えている。われわれは、この主張を判例法の抜け穴を通じて有害物質を正当化しようとする試みと見ている。

われわれは受動的になることも、この「偽りの真実」と妥協することも拒む。よって2025年11月25日、正式に控訴を申し立てた。法的論理を正し、業界が公衆を危険にさらし続ける余地を断つため、この一歩を踏み出した。

われわれは、法廷におけるわれわれの強さは、アミ

カス・キュリエ「第三者意見」の力と皆様が結集した道義的支援と切り離せないことを認識している。皆様の連帯は業界の傲慢さに決定的な打撃を与え、この抵抗がわれわれの小さな組織の枠を超えていることをFICMAに証明した。

この燃え上がる情熱に火をつけてくださり、ありがとうございます。われわれはアスベスト関連疾患に屈しない世界コミュニティの一員であり続けるため、この旅を続けます。

敬意と連帯を込めて。



国際金融公社投資プロジェクトからすべてのアスベスト固着材料の禁止を

BWI(Building and Wood Workers' International), 2025.11.10

IFCが致死性アスベスト問題に遅れを取っている現状は、もはや正すべき時機を過ぎている。労働者、地域社会、そして銀行自身に課せられたリスク負担に対して、早急な行動が求められている。

世界保健機関(WHO)は、アスベストの危険性について「クリソタイルを含むあらゆる形態のアスベストはヒトに対して発がん性がある」と明言している。解決策は単純明快である。「アスベスト関連疾患は予防可能であり、もっとも効率的な予防方法は曝露を防ぐためにあらゆる形態のアスベスト使用を停止することである」。

WHOの勧告に沿って、主要な多国間開発銀行は—数十か国の先例に倣って—銀行投資におけるアスベスト及びアスベスト含有材料の使用を一切禁止する重要な措置をすでに講じている。持続可能性フレームワークの見直しを進める国際金融公社(IFC)も、同様の措置を講じる時が来ている。

アスベストはすべての人にとって危険かつ致命的であり、とくに労働者や幼少期に建物や広範な環境で曝露した人々にとって深刻である。アスベストの使用と除去には許容できないコスト、ケア、是正上の影響があり、地域社会、政府、IFCクライアント、将来の予算に影響を及ぼす。

▶世界保健機関は、アスベストへの職業曝露による死亡が年間20万人以上と推定され、これは職業がんによる死亡の70%以上に相当すると結論づけている。

▶建設業や鉱業に従事する労働者だけでなく、土木工事、製造業、農業、自動車産業、船舶建造・解体業、災害復旧、廃棄物管理、公益事業など、幅広い分野の労働者がアスベストに曝露している。

▶2006年にILOの第95回国際労働会議(ILC)は、「アスベストの将来的な使用の廃止、及び既存アスベストの把握と適切な管理こそが、労働者をアスベスト曝露から保護し、将来のアスベスト関連疾患や死亡を防ぐもっとも効果的な手段である」、また、1986年の第162号条約は「アスベストの継続的使用を正当化したり支持したりするために利用されるべきではない」と決議した。

▶米国地質調査所(USGS)によると、2023年に世界で132万トンのアスベスト繊維が消費され、このうち106万5千トンが輸出された。輸出量の80%以上は主にアジア向けで、同地域では製造された建築資材に使用されている。アジアはアフリカ、欧州、ラテンアメリカのサプライチェーンに深く関与している地域である。多くの国で禁止されているにもかかわらず、アスベストは依然として世界的な問題である。

▶職場での曝露によりアスベスト関連疾患を発症した者に対する補償、保険、訴訟費用は、リスクが長年周知されているにもかかわらず、使用者と政府にとって年間数十億ドルに上る。アスベストを含むすべての材料には安全な代替品が存在するため、これらの費用は完全に回避可能であ

る。IFCが投資対象に結合アスベスト材料の使用を継続的に認めることによるリスク曝露は何か？

▶アスベスト業界が種類による毒性の差異を主張し規制・禁止を遅らせようとする試みは、完全に誤りであり、非倫理的かつ無責任である。数十年にわたる科学的証拠に基づき、すべての種類のアスベストが同等のアスベスト関連疾患を引き起こす。

▶多くの発展途上国・移行期国では、製品中のアスベスト含有量の検査、劣化した固着アスベスト材料の安全な廃棄管理、アスベスト関連疾患の診断を行う技術や体制が整っていない。アスベスト曝露は多くの国で目に見えない時限爆弾であり、環境災害である。

IFCは、科学的根拠のない除外リストに存在する重大かつ危険な抜け穴を利用し、アスベスト関連プロジェクトへの融資を継続している。

▶IFCが2007年に公表した除外リストには「固着されていないアスベスト繊維の生産または取引」への融資を行わないと明記されている。ただし、「アスベスト含有率が20%未満の固着されたアスベストセメント板の購入・使用」は適用除外となる。これは実質的に、アスベスト含有建材全般が許可されることを意味する。

▶世界銀行には同等の除外リストが存在しない。ただし、同銀行の環境社会枠組みで、借入国に対して、「国際的な禁止・制限・段階的廃止対象となる化学物質及び有害物質の製造、取引、使用を回避すること」及び「有害物質の放出と使用を最小化し管理すること」を求めている。公的部門と民間部門の基準調和を進める中、世界銀行が前進し後退しないことがきわめて重要である。

▶IFCが、固着されたアスベストセメント板に対して設けた抜け穴は、業界のロビー活動の結果であり、科学的根拠も人体への健康影響との関連性もまったくない。WHOはこの問題についてあらためて明確に述べている。

「クリソタイルを含めアスベストの発がん効果の閾値についての証拠は存在せず、きわめて低濃度に曝露した集団でもがんリスクの増加が確認されていることを踏まえ、アスベスト関連疾

患を根絶するもっとも効果的な方法は、すべての種類のアスベストの使用を停止することである。建設業界におけるアスベストセメントの継続使用はとりわけ懸念される。労働者数が多く、曝露管理が困難である上、既存建材は劣化の可能性がある、改修・保守・解体作業従事者にリスクをもたらすためである。」

▶しかし、この抜け穴が存在する限り、IFCプロジェクトに従事する労働者—実際はプロジェクトに関わるあらゆる地域住民—は致死性のアスベストに曝露される危険にさらされる。とくに製造、設置、除去、あるいはこれらの製品の一般的な攪乱作業において顕著である。

幸いなことに、近年では他の多国間開発銀行がアスベスト禁止に向けて大きな進展を遂げている。IFCはこれらに追いつかねばならない。

▶2024年にアジア開発銀行（ADB）は新たな環境社会枠組みを承認し、「アスベスト繊維の生産、取引、使用」を完全に禁止した。

▶欧州復興開発銀行（EBRD）の2024年環境社会政策も同様に、欧州委員会の関連規制を引用して、同銀行は、「アスベスト繊維、及び意図的に添加されたこれらの繊維を含有する物品・混合物の製造、上市及び使用を…知りながら融資することはない」と明記した。

▶これらの銀行は、2021年に「固着されているか否かにかかわらず、アスベスト繊維の製造、取引、または使用…を伴うプロジェクトに知りながら融資することはない」と表明したアジアインフラ投資銀行（AIIB）に追随したものである。

気候リスクによる紛争や自然災害の脅威が高まり、多国間開発銀行が災害支援への取り組みを強化する中、その緊急性はますます高まっている。

▶一部の地域では、アスベストの使用が蔓延している。例えば、地震の多いジャカルタの住宅の50%はアスベスト製の屋根で覆われており、地震の際にその危険性がさらに高まると推定されている。洪水や暴風雨もこの致死性物質を損傷または剥離させる。

▶インドネシア国家開発庁は、災害後の緊急住宅建設にアスベスト不使用を義務付ける要件を導

入し、マレーシアやカンボジアなどの国々はアスベスト使用の完全廃止に向けた動きを発表している。多国間開発銀行がこの進展を損なわないことがきわめて重要である。

- ▶トルコでは、世界銀行グループが壊滅的な地震後の復興支援に新たなかたちで介入した。これが将来の支援活動の青写真となるなら、IFCと世界銀行が他機関と同様の厳格なアスベスト禁止措置を採用し、支援活動ががんリスクを増大させないことがきわめて重要である。

結論：行動の時

- ▶アスベストの壊滅的な健康被害と世界が闘う中、各国や機関はこの危険な物質を根絶し命を救うために目覚ましい進展を遂げてきた。しかし、まだやるべきことは多く、この段階では多国間開発銀行が極めて重要な役割を担っている。IFCのような機関がアスベスト関連プロジェクトへの融資を続ける限り、人々は有害な影響にさらされ続ける。アスベストが現場に残存する限り、少なくとも1世

代、おそらく2世代にわたる労働者が、回避可能な公衆衛生上の大惨事リスクに直面することになる。

- ▶近年、AIIB、ADB、EBRDを含む主要な多国間開発銀行は、ついに行動を起こし、アスベスト産業が繁栄することを可能にしていた有害な抜け穴を排除した。これらの抜け穴は科学的根拠に立脚していない。アスベスト曝露が安全である閾値を示す証拠は存在せず、WHOはアスベスト関連疾患を根絶する唯一の方法は根絶であると明確に述べている。

IFCは、待望の「サステナビリティ・フレームワーク」見直しに着手した。同公社がこの機会を捉え、他機関に追いつき、アスベスト関連投資を全面禁止するとともに、固着アスベスト材料の例外規定を撤廃することがきわめて重要である。



※<https://www.ibasecretariat.org/bwi-prohibit-all-asbestos-bonded-materials-from-ifc-invested-projects.pdf>

ITUC-AP第3回アスベスト地域会議の声明

ITUC-AP, 2025.12.9-10

われわれ、ITUC-AP〔国際労働組合総連合アジア太平洋地域組織〕は、加盟組織及びパートナー組織とともに、2025年12月9日から10日にかけて、マレーシア・クアラルンプールにおいて開催されたITUC-AP第3回アスベスト地域会議に参集した。

健康で安全な職場は基本的人権であり労働者の権利であることを再確認し、労働組合として、ディーセント・ワークの不可欠な要素として安全で健康的な労働環境を確保するための行動を継続することを表明する。

われわれは、国際労働機関（ILO）のアスベストに関する決議（2006年6月、第95回国際労働会議で採択）を支持することをあらためて表明する。同決議は、アスベスト使用の安全に関するILO条約（C162）が、クリソタイル・アスベストを含むアスベスト

の継続的使用を正当化するものではないことを確認したものである。われわれは、労働者が、採掘、生産から廃棄及び廃棄物管理に至るまでのライフサイクル全体を通じて、クリソタイル・アスベストを含むアスベストに曝露されていることに留意する。

現在、世界全体で消費される130万トンのアスベストのうち80%以上がアジアで使用されており、職業がん全体の70%がアスベスト曝露に起因している（WHO 2024）という現状をわれわれは憂慮している。世界中で毎年211,000人の労働者が、とりわけ肺がん、石綿肺、中皮腫などの疾患によりアスベストへの職業曝露が原因で死亡している事実を強く非難する。より安全な代替製品が存在するにもかかわらず、数百万人の労働者（その大半が現在アジア太平洋地域の途上国に存在する）がアスベストに

曝露され続け、不必要な死亡や深刻な健康被害が生じていることに深い懸念を抱いている。アスベスト曝露のパターンの変化により、今後数十年でアジアがアスベスト関連疾患(ARDs)の新たな中心地となる見通しであることに怒りを覚える。

世界保健機関(WHO)が、クリソタイル・アスベストの使用を根絶することが、労働者をアスベスト曝露から保護し、将来のアスベスト関連疾患(ARDs)及び死亡を防ぐもっとも効果的な手段であると助言していることに留意し、この致死性繊維の「安全な使用」に関するアスベスト産業の主張が無効であることを確認する。

少数の締約国によるクリソタイル・アスベストのロッテルダム条約への搭載を20年間にわたり阻止してきたことを遺憾に思う。これは、条約の化学物質審査委員会によるクリソタイル・アスベストの搭載勧告や、この間を通じて締約国の90%以上が搭載を支持してきたにもかかわらず行われたものである。

われわれは、労働者、公衆衛生、環境を犠牲にして、商業的利益を保護・促進するため、ロッテルダム条約を積極的に妨害し、その手順を操作し、健康擁護者を威嚇し、政府を欺こうとするアスベスト生産者・取引業者を非難する。

当地域におけるアスベスト規制と禁止に関する最近の進展を歓迎する。労働組合やNGOの支援のもと、カンボジア及びマレーシア両政府がアスベストの輸入・使用完全禁止計画を発表したこと、アジア開発銀行が2026年1月以降の新規投資案件におけるアスベスト含有材料(ACM)使用禁止方針を策定したこと、インドネシア最高裁が建設分野におけるアスベスト含有資材への健康警告表示を義務づける判決を下したこと、そして、地域内の14か国が安全な代替品への移行に向けて協力することで合意したこと[訳注: IPEF]などである。

この機運を捉え、あらゆる形態のアスベスト及びアスベスト含有物質の使用を国内及び世界的に排除する取り組みを加速させ、すべての労働者、その家族、そして地域社会の健康と安全を確保すべき時である。

加盟組織と支援団体が優先的に取り組むべき具体的な行動は以下のとおりである。

1. 労働組合主導の地域アスベスト行動ネットワークを構築し、キャンペーンと情報共有を通じて、アスベストを輸入し続ける国々に対し安全な材料への緊急移行を要求するとともに、建築環境に残存するアスベスト材料への労働者の曝露を防ぐこと
2. アスベスト関連疾患の労働者及びその他の被害者に対する診断の改善と公正な補償を求めるキャンペーンを展開すること
3. 労働者と政策決定者に対し、クリソタイル・アスベスト及びその他すべてのアスベストの種類への曝露がもたらす致命的な健康影響に関する独立した証拠を普及させること
4. アジア太平洋地域で依然としてこの致命的な物質を使用している国々において、規制の遅延を図るためのアスベスト産業の法的・威圧的・虚偽情報戦術を非難すること
5. より広範な組織化戦略の一環として、労働安全衛生問題に関する公衆の意識向上を継続的に推進すること
6. 労働者をアスベスト関連疾患から保護するため、建築環境におけるアスベストの移行・禁止・残存アスベスト管理の問題を、ASEANやSAARCなどの地域フォーラムで取り上げるよう求めること
7. 国際金融機関(IFIs)に対し、すべてのプロジェクトにおいてアスベスト使用の禁止と強固な安全対策を実施するよう働きかけること

アスベストを依然として使用しているアジア太平洋地域の各国政府に対する具体的な優先行動。

われわれは各国政府に対して、以下のことを要求する。

1. ADB及びすでにすべての種類のアスベストを禁止した世界72か国に緊急に追随し、曝露及びアスベスト関連疾患を阻止するもっとも効果的な手段はクリソタイルを含むすべての種類のアスベストの使用を可能な限り早期に中止することであるというWHO及びILOの明確な勧告に従うこと
2. ILO条約C162及びC155を批准するとともに、アスベスト使用の段階的廃止に向け、労働者及び地域社会におけるアスベスト繊維曝露リスク低減のための即時措置を講じ、アスベスト廃棄物の安

全な除去・処分システムを構築すること

3. 2027年のCOP13〔第13回締約国会議〕において、ロッテルダム条約の化学物質リスト搭載手続の改革を支援し、同条約の化学物質リスト掲載システムに対する企業の支配を阻止するとともに、クリソタイル・アスベストなど長年掲載が阻まれてきた勧告済み化学物質の搭載を要求すること

4. アスベストを使用しない代替品への公正な移行を確保し、この移行過程を通じて労働者の生計が保護されることを保証すること、及び

5. 地域フォーラムにおいてこの問題を緊急課題として提起すること



※<https://ibasecretariat.org/ituc-ap-3rd-regional-conference-on-asbestos-statement.pdf>

タルク含有化粧品中のアスベストの検出及び同定のための検査方法：撤回

US Federal Register, Volume 90, Issue 227, 2025.11.28

機関：保健福祉省食品医薬品局

措置：規則案；撤回

概要：食品医薬品局（FDA、機関、またはわれわれ）は、2024年12月27日付け連邦官報に発表された「タルク含有化粧品中のアスベスト検出及び同定のための検査方法」と題する規則案〔2025年3月号参照〕の撤回を発表する。FDAは、2022年化粧品規制近代化法に基づき、タルク含有化粧品中のアスベストの検出及び同定のための標準化された検査方法を確立及び義務付ける最終規則を公布する前に、さらなる検討及び評価を正当化するコメントが、当該規則案に対するコメント期間中に寄せられたことに応えて、本措置を講じるものである。

期日：2024年12月27日発表の規則案（89 FR 105490）は、2025年11月28日をもって撤回される。

詳細についての問い合わせ先：エリザベス・アンダーソン、上級政策アナリスト、食品医薬品局、240-402-4565、QuestionsAboutMoCRA@fda.hhs.gov。

補足情報：2024年12月27日付け連邦官報（89 FR 105490）において、FDAは、「タルク含有化粧品中のアスベストの検出及び同定のための検査方法」と題する規則案を公表した。これは、2022年化粧品規制近代化法（MoCRA）の実施の一環であり、同法はタルク含有化粧品中のアスベストの検出及び同定のための標準化された検査方法を確立

及び義務づけるため、規則案及び最終規則の公布を求めている。

規則案が最終決定された場合には、タルク含有化粧品の製造業者は、タルク含有化粧品の製造に使用する前に、当該製品またはタルク化粧品原料についてアスベスト検査を実施し、規則遵守を証明する記録を保持することが義務づけられる。本規則の検査または記録保持義務を遵守しない場合、またはタルク含有化粧品、化粧品に使用されるタルク、若しくは化粧品に使用される予定のタルクにアスベストが検出された場合、FDAが当該化粧品製品を連邦食品医薬品化粧品法（FD&C法）のもとで不良品とみなすことになる。FDAは本規則案に対して49件のコメントを受け取った。


FDAは、本規則がタルク含有化粧品製品の全製造業者に適用されることを提案した。これにはFD&C法第V章（医薬品及び医療機器）の要件の対象となる化粧品製品も含まれる。したがって、本規則が最終決定された場合には、医薬品でもある化粧品にも適用されることになる。FDAは、本規則案が、タルク含有化粧品を含むがこれに限定されない、タルクを含有する多くの消費者製品に意図しない影響を及ぼす可能性があるとする意見を受け取った。

FDAは、「アスベスト」を「アモサイト、クリソタイル、

クロシドライト；アスベスト様トレモライト、アクチノライト、アントフィライト、ウインチサイト、リヒテライト；及びその他のアスベスト様閃石鉱物」を含むものと定義することを提案した。FDAは、不必要な混乱を避けるため、労働省（労働安全衛生局及び鉱山安全衛生局）や環境保護庁など他の連邦機関が採用している確立された定義や手法との整合性を求める意見を受け取った。

MoCRAは、タルク含有化粧品中のアスベストの検出及び同定のための標準化された検査方法をFDAが確立し要求することを義務づけている。本規則案は、MoCRA並びにFD&C法第601条及び第701条に基づき公布された。FDAは、タルク検査に関する特定の不良品規定を追加する法的権限、並びにアスベストをいかなる量でも含有する化粧品を不良品とみなす権限について、法に基づく機関の権限に関する意見を受け取った。

現時点で規則案を撤回する正当な理由が存在する。アメリカの食品医薬品供給における安全な添加物の確保を目的とする「アメリカを再び健康に（MAHA）」の優先事項、機関が受け取ったパブリックコメントで取り上げられた高度な科学的及び技術的問題、並びに行政手続法に基づくアスベスト検査の複雑性と法的考慮事項を踏まえ、本規則案の対象事項への最善の対応策並びにアスベスト曝露低減の広範な原則を再検討し、タルク含有化粧品中のアスベスト検出のための標準化された検査方法要件が、当該製品使用者を有害なアスベスト曝露から確実に保護するよう確保するため、本規則案を撤回する。

本規則案を撤回する一方で、FDAは、MoCRA第3505条に基づく法的義務を履行するため、 新たな規則案を公表する予定である。

※<https://federalregister.gov/d/2025-21407>

オーストラリアとニュージーランドの数十校が 子供用[着色]砂のアスベストリスクにより閉鎖

BBC, 2025.11.14

オーストラリアとニュージーランド各地の数十の学校や保育園が、子供用砂のアスベストリスクに関する警告を受け、全面または一部閉鎖された。

オーストラリア競争・消費者委員会（ACCC）は水曜日 [11月12日]、トレモライトアスベストの微量含有が確認された着色製品の回収通知を発表した。

規制当局は、アスベストが空気中に浮遊したり吸入可能な微細粒子になるリスクは「低い」としながらも、「依然としてリスクを引き起こす可能性がある」と述べた。

ニュージーランドの企業・技術革新・雇用省（MBIE）も、砂の使用を中止し、「認可を受けた専門家に通じた」安全な廃棄の手配を呼びかけている。

金曜日に、キャンベラが位置するオーストラリア首都特別地域（ACT）で少なくとも15の学校と7つ

の保育園が完全に閉鎖され、予防措置としてさらに6校が一部閉鎖された。クイーンズランド州でも学校閉鎖の報告がある。

ニュージーランドでは、教育省が金曜日、認可を受けた専門家がアスベスト汚染の可能性に対処する間、5つの幼児教育施設と2つの学校が一時閉鎖されると発表したと、公共放送RNZが報じた。

それより早い水曜日の声明で、MBIE製品安全担当スポークスマンのイアン・キャプリン氏は、該当製品を購入した人々に「ただちに行動を起こす」よう促した。

「砂の使用を中止し、封じ込め、安全な場所に保管し、認可を受けた専門家による安全な廃棄を手配してください。専門家リストはWorkSafeウェブサイトを確認できる」と述べた。

ACCCは、天然に存在するトレモライトアスベストが、検査機関での検査により一部のサンプルで検出されたと発表した。

ただし、吸入性アスベストはどのサンプルからも検出されず、砂から吸入性アスベスト繊維が放出される可能性は、「機械的手段による破碎」が行われないう限り「ありそうにない」と付け加えた。

アスベストは繊維が吸入された場合に危険となる。肺を損傷し、がんを含む疾病を引き起こす可能性がある。

アスベストまたはアスベスト含有製品の輸入・輸出は、オーストラリア及びニュージーランドの法律により禁止されている。

問題の砂製品は、中国から輸入され、2020年から2025年にかけてオーストラリア全土で販売されているもので、国内でもっとも人気のある小売業者のひとつであるOfficeworksを含む複数の文具供給チェーンによって販売されている。[一部省略]

BBCは、リコールを発表した供給元であるEducational Colours Pty Ltdにコメントを求めた。

オーストラリアの放送局ABCによると、Office worksは検査でアスベストが検出された後、Educational Colours製品の販売を停止したと述べた。

同社はさらに、独立した健康安全リスク評価を取得しており、それによると「これらの製品に関連した安全リスクは無視できる」と結論づけられていると付け加えた。

ニュージーランドのMBIEは、国内で販売されている2製品-ECレインボーサンド (1.3kg) とクリエイティスティックス-カラーサンド (1kg) -の自主的リ

コールが進行中であると通知を受けたと発表した。

同省はさらに、「汚染の可能性のある製品」がもたらすリスクの程度を特定する間、「予防措置」を講じていると付け加えた。

ACTのイヴェット・ベリー教育相はSNSで、これらの製品が「公立学校の一部で感覚遊びや美術工作に使用されていた」と説明した。

「このニュースがご家庭に不安を与える可能性があることは承知している」と付け加え、「学校を閉鎖することで、検査と是正が可能な限り早期に実施できる」と述べた。

ビクトリア州の広報担当者は、警告を受けて州立学校が閉鎖されることはないことを確認し、「これらの製品の使用による健康リスクは低い」との助言を受けていると述べた。

「したがって、現時点で学校や幼児教育施設を閉鎖する必要性は示されていない」と同担当者は付け加えた。

広報担当者は、当局がリコール対象製品を使用している可能性のある学校や幼児教育施設を「迅速に」特定し、その後、関連当局からの是正措置の助言に従うよう支援すると述べた。

ニューサウスウェールズ州でも、学校閉鎖は行われていないが、全公立校に対し、「該当する砂製品をただちに安全に撤去するよう」安全警報が発出された。「生徒、教職員、学校コミュニティの健康・安全・福祉は教育省の最優先事項である」と付け加えた。



※<https://www.bbc.com/news/articles/c0qpvyq3v3xeo> 続報が続いている。

石綿含有着色砂：ニュージーランドの対応

Responses to asbestos-containing coloured sands in New Zealand

企業・技術革新・雇用省

企業・技術革新・雇用省(MBIE)は、11月12日以

降、アスベスト汚染の着色砂のリコールに関する情報を順次公表。「汚染の可能性のある製品の範囲とリスクを特定する間、ただちに予防措置を講じている」「アスベストは深刻な健康被害をもたらす危

険物質である。Health New Zealand Te Whatu Ora、教育省、WorkSafeと連携して、当該製品を購入した可能性のある消費者や職場向けのガイダンスを提供している」等としている。

※[https://www.mbie.govt.nz/search/](https://www.mbie.govt.nz/search/SearchForm?Search=asbestos)

SearchForm?Search=asbestos

リコールされた砂製品は、製品安全ウェブサイトを確認することができる。

※[https://www.productsafety.govt.nz/recalls?](https://www.productsafety.govt.nz/recalls?q=&category=25&sort=latest&from=&to=&exclude=)
q=&category=25&sort=latest&from=&to=
&exclude=

WorkSafe

※11月12日に「着色砂中のアスベスト」公表、更新中。

<https://www.worksafe.govt.nz/about-us/news-and-media/asbestos-in-coloured-sand/>

2025年11月6日にWorkSafeは、オーストラリアの教育施設で使用されている着色砂のバッチから、トレモライトとクリソタイルの2種類のアスベストが検出されたとの情報を得た。

この砂製品は中国から輸入されたものとされ、教室での活動や家庭での装飾・工作用途に使用される可能性がある。ニュージーランドの文房具店やホビーショップの一部で、これらの製品が販売されていることを把握している。

この製品のアスベスト汚染は、オーストラリアにおいて高度な検査（TEM [透過型電子顕微鏡]）により確認された。ただし現段階では、問題の全容－すなわち汚染が孤立した事例か、最近の事例か、あるいはより広範囲にわたる長期的な汚染事象か－は不明である。

今後の通知があるまで、MBIE製品リコールページに掲載されている着色砂はアスベスト含有と仮定されなければならない。現時点での製品特定に関する詳細はMBIEに問い合わせたい。これらの着色砂製品を保管または使用する職場では適切な予防措置を講じなければならない。

WorkSafeはこの問題に対する政府全体の対応に貢献しており、事業者がリスクを管理し適切な対

応を取ることを支援することに注力している。

職場向けの緊急アドバイス

- ・砂が密閉容器に入っている場合、人から離れた安全な場所へ移動させる。
- ・施設内で現在砂が使用されている場合、すべての者にその区域からの退避を指示し、区域を封鎖して立ち入りを禁止する。砂が存在する場所の床を掃除機で吸い取ったり、掃いたり、または清掃を試みたりしない。特定の状況に関する即時アドバイスと支援については、認可を受けたアスベスト評価者または除去業者に連絡されたい。クラスA認可除去業者の詳細はアスベスト除去免許保持者登録簿で確認できる。汚染範囲が特定され、専門家による修復が完了するまで、影響を受けた区域に戻らない。
- ・砂を現在使用している場合は、作業を中止し、砂のない換気の良い場所へ移動する。
- ・教育施設において当該砂の使用が確認された場合、施設内で使用された事実を教育省に通知し、これまでに実施した対応策を詳細に報告しなければならない。

除染要件

- ・除染サービスを提供し、個人除染を支援できる認可アスベスト評価者またはクラスA認可アスベスト除去業者に連絡する。クラスA認可除去業者の詳細はアスベスト除去免許保持者登録簿で確認できる。
- ・曝露中に着用したすべての衣類はアスベスト廃棄物として処分しなければならない。

評価及び監視

- ・職場では、交差汚染の程度を判断するため、周囲のサンプリングを実施しなければならない。
- ・基準となる空気モニタリングは、独立した認可アスベスト評価者によって実施されるべきである。

除去及びクリアランス

- ・作業場から使用済み着色砂を除去することは、届出が必要なクラスA作業である。
- ・クラスA除去プロセスを実施した後、クラスAクリアランス検査が必要である。これらのプロセスの詳細 [<https://www.worksafe.govt.nz/topic->

and-industry/asbestos/management-and-removal-of-asbestos/]

- ・除染後、回収可能なのは、固体で非多孔質の物品（例えば金属、プラスチック、ガラス、塗装済み木材）のみである。
- ・その他の物品はすべて、クラスA認可除去業者によるアスベスト廃棄物として処分しなければならない。
- ・独立した認可評価者によるクラスA除染証明書が発行されるまで、作業場（または影響を受けた区域）の再使用はできない。独立認可評価者の詳細はアスベスト評価者免許保持者登録簿で確認できる。
- ・教育施設の場合、除去作業はただちに開始可能である。除去業者は、asbestos@worksafe.govt.nz 宛てに即時除去通知を送信し、24時間以内に標準様式による通知提出を行わなければならない。
- ・その他の職場におけるクラスA除去作業の即時開始の可否は、具体的な状況及び汚染区域へのアクセスを効果的に遮断できるか否かに依存する。該当する場合は、technicall@worksafe.govt.nz 宛てにメールで相談されたい。

未使用かつ未開封の砂容器

- ・未使用かつ未開封の砂容器は事業者または責任者が隔離し、安全に廃棄しなければならない。
- ・WorkSafeは、廃棄にはクラスA認可のアスベスト除去業者を利用することを強く推奨する。これらの専門家は、地方条例及び資源管理法に準拠するよう訓練を受けている。また、取り扱い、包装、表示中の砂容器の損傷も管理できる。

職場の健康に関するアドバイス

アスベスト曝露の可能性を懸念する組織及び労働者は、産業医または同等の専門家と相談すべきである。彼らはアスベスト関連の健康リスクに曝露した可能性のある労働者を評価し、教育し、支援する上で最適な立場にある。

詳細なガイダンスについては、以下のリソースを推奨する。

- ・労働医学の専門家－Health pages
- ・労働衛生・ウェルビーイングの専門家を探す－

オーストラリア・ニュージーランド労働医学会
・曝露モニタリング及び健康モニタリング－企業向けガイダンス

WorkSafeの対応

WorkSafeは、ニュージーランドにおけるECサンドの主要輸入業者・流通業者3社を特定し、製品の隔離及びアスベストリスク管理体制を評価するため、緊急に現地調査を実施中である。追加の事業拠点の特定と追跡検査のため、記録の精査も並行して行っている。同時に、これらの輸入業者と緊密に連携し、ニュージーランド国内の供給網を把握するとともに、対応全体の調整強化に努めている。届出があった場合は、迅速かつ徹底的に追跡調査を行う。

教育省

※11月18日に「着色砂中のアスベスト」公表、更新中。

<https://www.education.govt.nz/news/asbestos-coloured-sand>

【重要】教育施設における安全なアスベスト除去・修復作業について、WorkSafeによって承認された、われわれが設定したガイダンスを、依頼されるアスベスト専門家に参照されたい。

【情報】ここに記載されている助言は、職場としての責任の一環として、学校及び早期教育サービス向けであることに留意されたい。これは、家庭や個人向けに提供されている公衆衛生上の助言とは異なる。公衆衛生上の助言については、Health New Zealandのウェブサイト参照されたい。

ステップ・バイ・ステップ・ガイダンス－学校及び早期教育サービスがとることのできる措置

教育省は、学校及び早期教育サービス(ELS)に対し、施設内に保管されている着色砂の検査実施の是非については助言を行っていない。

アスベスト検査の実施判断は、教育施設における事業または事業活動を実施する法人/個人(PCBU)として、教育委員会またはELSの裁量に委ねられている。学校及びELSは、検査実施の可

否について、認可アスベスト評価士に直接指示を与えることができる。

- ① 砂が容器に入っている場合：容器を密閉し、使用区域から離れた安全な保管場所へ移動する。この物質は許可を受けた専門家による処分が必要である。容器を取り扱う際は、使い捨て手袋とマスクの着用を推奨する。この物質は一般廃棄物として処分してはならない。
- ② 砂がルーズな場合または現在使用中の場合：全員にただちに当該区域から退去するよう指示する。当該区域にいた者は全員、個人除染手順を実施しなければならない。区域への立ち入りを制限し、区域が安全な状態を維持されることを確保する。砂を掃除機で吸い取ったり、掃いたり、清掃を試みたりしてはならない。
- ③ 学校またはELSがすでに一般廃棄物用コンテナに砂を廃棄している場合：
 - ・当該コンテナを特定する。これらは評価及び是正の対象に含まれる必要がある。
 - ・すでに空になっている場合は、ただちに廃棄物処理業者に通知する。
- ④ 学校またはELSは、教育省に通知し、使用されたと認識している、または使用されたと疑われる製品の種類、おおよその使用範囲または使用区域について助言すべきである。当該製品が現在保管されているか、使用中であるか、また当該区域が隔離されているかを確認する。
- ⑤ 製品が以前に使用された区域については、材料の分布が不均一となる可能性があるため、有資格の評価者が完全な評価を実施するまで当該区域を隔離することを推奨する。
- ⑥ 製品使用時に着用した衣類や所持品は隔離する。個人除染及び考慮事項に関するガイダンスは下記を参照されたい。
- ⑦ 学校またはELSがリスク評価を実施し、発生源製品の特定と目視検査のみに基づいて是正範囲を策定するのを支援するために、アスベスト専門家向けガイドラインに沿って、認可を受けたアスベスト評価士に検査を実施させる。この作業は認可を受けた専門家によって完了されなければならない。

- ⑧ 認可アスベスト評価士は、汚染の程度について助言し、除去が必要な物品を特定し、どの区域や物品がそのまま残して現地で清掃できるかを確認できる。
- ⑨ 一定レベルの保証を提供するため、認可アスベスト評価士は、砂が存在する部屋で空気モニタリングを実施することができる。これにより、空気中の汚染の初期的な兆候が得られる可能性があり、現場評価中に実施できる。
- ⑩ 学校及びELSは、2016年労働安全衛生（アスベスト）規則の要求事項に従い、クラスAの認可を受けたアスベスト除去業者と、別途認可を受けたアスベスト評価者を直接雇用しなければならない。
- ⑪ アスベスト含有の可能性が指摘された区域の修復に必要な時間は、その区域の規模と複雑さに依存する。学校が認可アスベスト評価者の支援を得て、アスベストが存在する可能性のある場所をすべて特定することで、修復の規模と所要時間を精緻化することが可能となる。
- ⑫ クラスAクリアランスの一環として、認可アスベスト評価者は除去作業中に粉じん攪乱及び空気モニタリングを実施しなければならない。
- ⑬ 認可評価者及び除去業者は、WorkSafeの着色砂に関するガイダンスに従わなければならない。
- ⑭ 是正後、認可評価者がクラスAクリアランス証明書を発行して初めて、学校は当該区域を再使用することができる。

認可アスベスト評価者及び除去業者と協力する際の実践的ステップ

本ツールは、学校及び早期教育サービス（ELS）が、認可アスベスト評価者及び除去業者と協力する際の現行手順を見直し及び次のステップの決定を支援することを目的としている。これらのステップは教育省の現行ガイダンスに沿ったものである。

これは、学校またはELSにおける意思決定の指針として活用できる追加の任意ツールである。必須ではなく、選択肢のひとつである。

→[文書をダウンロードできる。[省略]]

学校及びELS向け 個人除染及び配慮に関するガイダンス

砂と接触した教職員及び生徒は、個人除染及び衣類・所持品の除染を検討すべきである。この選択肢を検討する際には、以下を考慮する。

- ・ 砂との接触から経過した時間
- ・ 接触時に着用していた衣類
- ・ 接触後、物品が洗濯されているかどうか
- ・ 影響を受けた者が接触後、洗浄を行っているかどうか

多くの場合、通常の衛生習慣を通じて個人除染はすでに実施されていると考えられる。

砂との接触が直近の場合またはただちに個人除染が必要な場合

換気の良い屋外で

- ・ ウェットティッシュまたは使い捨ての湿った布で、頭部から下に向かって体を拭き取る。
- ・ 拭き取り後、ただちに最寄りのシャワー施設へ移動する。
- ・ 使用済みの拭き取り用布は全てアスベスト廃棄物として処分する。一般廃棄物として捨ててはならない。

砂の使用が過去のものであり、衣類が洗濯されている場合

残留汚染のリスクはきわめて低い、あるいは無視できる程度である。残存する粒子は洗濯によって除去されている可能性が高い。

衣類や身の回り品が選択されていない場合

- ・ これらの物品を隔離する。
- ・ 認可アスベスト除去業者による廃棄が必要となる。

学校、ELS、事業所その他の職場向けの助言は、家庭向けの助言とは異なる。ご家庭でこれらの製品をお持ちの場合の対応方法に関する詳細情報と助言については、Health New Zealandウェブサイトを参照されたい。

※ WorkSafeの承認を得て「着色砂中のアスベスト－アスベスト専門家向けガイダンス」も提供。
<https://www.education.govt.nz/suppliers-and-providers/infrastructure-and-property/>

health-and-safety-management/asbestos-coloured-sand-guidance-asbestos-professionals

Health New Zealand

※11月12日に「砂中のアスベスト」公表、更新中。

<https://info.health.nz/keeping-healthy/healthy-homes-environments/hazardous-substances/asbestos/asbestos-in-sand>

アスベスト汚染が確認されたため回収対象となった砂製品の清掃・廃棄方法をご確認ください。汚染された砂を所持している場合、緊急の医療処置は必要ないが、ただちにこれらの製品の使用を中止されたい。

健康アドバイスーアスベストを含有する 着色砂製品のリコール

Health New Zealand及び保健省は、企業・技術革新・雇用省(MBIE)より、ニュージーランドで販売されている一部の着色砂製品が石綿で汚染されている旨の報告を受けた。

このページに掲載されている着色砂製品を使用した方でも、緊急の医療処置は必要ない。健康上の懸念がある場合は、いつでも無料でヘルスラインまでお電話ください。ご自身、子ども、またはご家族が医療専門家の診察を受ける必要があるかどうかについて、ヘルスラインがアドバイスする。

砂中のアスベストによる健康リスク

子どもが使用する製品にアスベストが含まれる可能性があることは、保護者や介護者の皆様にとって懸念事項であると認識している。

アスベストへの曝露は、ただちに健康問題を引き起こすものではない。アスベストに関連する健康状態は、長い期間（通常15年から40年）をかけて発症する。

特定の種類のがんや肺疾患など、アスベスト関連の健康状態を発症するリスクは、アスベストの種類や量、及び曝露期間の長さに関連している。

安全なレベルは存在しないため、あらゆる曝露を避けるよう努めている。

家庭でこれらの製品を所有する大多数の人々

にとって、関与する量はごく少量である。これは、建設作業中や鉱業を通じて曝露される可能性のある人々にとってのより大きなリスクとは大きく異なる。

ただちに行うべき措置

- ・ご自身または子どもが本製品を使用した場合、緊急の医療処置は必要ない。懸念事項については、ヘルスラインにご相談ください。医療専門家による診察が必要かどうかを判断する。
- ・安全に製品を除去し、さらなる曝露を避ける。清掃及び廃棄→[後述]
- ・喫煙を控えるか中止する。アスベスト曝露後のタバコの煙はリスクを高める。

清掃及び廃棄

▶以下の清掃アドバイスは家庭環境でのみ利用されるべきである。

教育施設及び職場では、WorkSafeが提供する除去アドバイスに従う必要がある。職場でもっとも頻繁に発生するアスベストへの長期間の曝露は、個人にとって最大のリスクをもたらす。

認可を受けたアスベスト除去業者に連絡し、砂製品を含むアスベスト含有材料の除去を依頼できるが、費用がかかる。以下の廃棄方法は、家庭環境において製品への曝露を可能な限り低リスクで排除することを目的としている。

元の容器に入った製品の場合

容器を厚手のビニール袋に入れ、テープで確実に密封する。

その袋または容器を別の厚手のビニール袋に入れ、テープで確実に密封し、「アスベスト汚染物質」と明記したラベルを貼る。

廃棄

アスベスト汚染物質（砂を含む）は、適切な埋立処分場で廃棄する必要がある。通常のごみと一緒に捨ててはならない。

砂の安全な処分方法については、地方自治体に問い合わせてください。自治体の指示がない限り、自治体の施設に砂を投棄しない。

製品は、容器に入れたまま二重袋に封入し、テープで密封した状態で、処分時まで子供の手の届か

ない場所（できれば家の外にある庭の小屋やガレージ内）に保管する。

この砂製品が元の容器に入っていない場合は、以下の安全上の注意に従う。

個人用保護具（PPE）

- ・鼻と口を覆うP2またはN95マスクを着用する。
- ・清掃時や汚染の可能性のある物質を取り扱う際は使い捨て手袋を着用する。
- ・清掃中に衣服に砂が付着しないように注意する。必要に応じて、清掃後に廃棄できる古い衣服を着用するか、使い捨てのオーバーオールを着用する。衣服やその他の布製品がアスベスト繊維で汚染されている（または汚染の可能性がある）場合は、洗濯せずに廃棄する。
- ・使用済みの清掃用布、手袋、マスク、その他のPPEは、汚染物質と同じ密封・表示済みの袋に廃棄する。

砂の封じ込め

- ・砂を軽く湿らせて粉塵の発生を防ぐ。
- ・砂を密閉容器または厚手のビニール袋に移す。
- ・その袋または容器を別の厚手のビニール袋に入れ、テープで確実に密封し、「アスベスト汚染物質」と明記する。

清掃区域

- ・周囲の表面を湿った布で拭き、残留する粉じんや砂粒を除去する。

玩具及び遊具

- ・砂と接触した玩具や遊具は、湿った布で洗浄する。
- ・物品から砂を完全に除去できない場合は、汚染物質と共に安全に廃棄する。

カーペット及び家具類

- ・カーペットや布製家具に砂やほこりが付着している場合は、湿らせた布で拭き取り、できるだけ多くの物質を除去する。
- ・掃除機は使用しない。アスベスト繊維が周囲に拡散するおそれがある。カーペットや家具類を十分に効果的に清掃できるか確信が持てない場合は、認可を受けたアスベスト処理業者に連絡されたい。
- ・大規模なアスベスト清掃作業については、認可

を受けたアスベスト除去業者への連絡を検討する。

清掃後

- ・清掃作業終了後、個人保護具（PPE）を脱いだら、石鹸と水で手を十分に洗う。

汚染された着色砂に接触したことがある場合

汚染された着色砂に接触したことがある場合、医師に会う必要があるか

いいえ。ただちに医師の診察を受ける必要はない。アスベストへの曝露は、ただちに健康問題を引き起こすことはない。アスベストに関連する健康状態は、長期間をかけて発症する。

石綿肺や中皮腫などのアスベスト関連疾患を発症するリスクは、アスベストの量と曝露期間に関連している。

アスベストへの安全な曝露レベルは存在しない。したがって、汚染された砂との接触は一切避けるようお勧めする。これは、当該物質に関する追加情報が得られるまでの予防措置である。ただし、現時点で入手可能な情報に基づけば、健康リスクは低いと考えられる。

砂を食べてしまったことがある場合

摂取されたアスベストが健康上の懸念となるという一貫した証拠は存在しない。最大の健康上の懸念は、砂が以下の状態になった場合に生じる。

- ・攪乱された場合
- ・さらに粉砕された場合
- ・吸入可能な粉じんを生成した場合

砂からの粉じんを吸入してしまったことがある場合

汚染された砂は、アスベスト繊維が空気中に放出され吸入された場合にのみ危険である。健康上の懸念が生じるのは、砂が以下の状態にある場合である。

- ・攪乱された場合
- ・さらに粉砕された場合
- ・吸入可能な粉じんを生成した場合

アスベストを含有する物質は、攪乱されていない限り、一般的にリスクをもたらさない。

アスベスト繊維を吸入すると、肺に付着して肺組織を損傷する可能性がある。長期間にわたり、これ

がアスベスト症や中皮腫などの疾患を引き起こすことがある。これらの疾患は稀であり、建設業など職業上アスベストに曝露した人など、非常に微細な繊維を長期間吸入した場合に最も頻繁に発生する。短時間の接触では健康被害が生じる可能性は低いと考えられる。

砂を取り扱う場合の安全

健康上の懸念が生じるのは、砂が以下の状態にある場合である。

- ・攪乱された場合
- ・さらに粉砕された場合
- ・吸入可能な粉じんを生成した場合

汚染された砂の清掃時には、鼻と口を覆うP2またはN95マスクを着用する。清掃時や汚染の可能性のある物質を取り扱う際は、使い捨て手袋を着用する。

砂を清掃及び廃棄する最善の方法

Health NZは、アスベスト汚染の可能性のある砂の取り扱いと廃棄について、家庭向けの明確なガイドラインを設けている。

清掃及び廃棄→[前出]

湿った布が利用できない場合、カーペットや柔らかい家具をどのように清掃するか

湿った布で拭き取ることが不可能な場合、業務用HEPA掃除機による清掃が必要となる可能性がある。この方法に関する詳細な助言については、認可を受けたアスベスト除去業者に問い合わせたい。

砂で遊んだときに着ていた服はどうすればよいか

柔らかいおもちゃや衣類にアスベスト繊維が含まれている可能性は非常に低い。衣類やその他の布製品がアスベスト繊維で汚染されている可能性があると考えられる場合は、洗濯せずに廃棄する。

砂を吸い取る

家庭用掃除機は、HEPAフィルター付きであっても、アスベストの清掃には推奨されない。砂を拭き取るのに濡れ布巾が不十分な場合、業務用グレードのHEPA掃除機が必要となる可能性がある。この選択肢に関する詳細な助言は、認可を受けたアスベスト除去業者に問い合わせたい。

学校・早期教育センターと一般の人々へのアドバイスの違い

学校などの職場向けのアドバイス、家庭向けの助言とは異なる。

これは、職場ではより多くの人がより頻繁に、より大量の汚染製品を使用する可能性が高いことを反映している。家庭での本製品の使用は、ほとんどの場合、より少量の製品がより少ない人数に接触するかたちとなる。

企業や組織には、法律に基づく健康と安全に関する義務があり、アスベスト規制などの法令や特定

の規制に沿って健康と安全のリスクを管理することが求められている。

家庭向けには、リスクに見合った対応を取り、ただちに曝露リスクを低減するための実践的な手順を提供する助言を行っている。

個々の家庭で、専門家の助けが必要なほど大量の製品が家にあると感じる場合は、詳細な助言を得るため、MBIE消費者相談窓口へ連絡することをお勧めする。



石綿含有着色砂：オーストラリアの対応

Responses to asbestos-containing coloured sands in Australia

競争・消費者委員会

オーストラリア競争・消費者委員会（ACCC）は、11月12日以降、アスベスト汚染の着色砂のリコールに関する情報を順次公表。リコールされた製品は、消費者製品リコール検索で確認することができます。

※https://www.productsafety.gov.au/recalls?layout=full_width&f%5B0%5D=topic%3A10018

ASSEA

※アスベスト・シリカ安全・根絶機関（ASSEA）Aは、11月21日に「着色砂のリコール」公表。

<https://www.asbestossafety.gov.au/about-us/news-and-announcements/recall-coloured-sands-november-2025>

オーストラリア競争消費者委員会（ACCC）は、アスベストを含有する可能性のある着色砂製品について、オーストラリア国内の複数小売店で販売されているものに対し、リコール通知を発表した。

検査により一部のサンプルからアスベストが検出されたため、当該製品はリコール対象となった。アスベストはオーストラリアにおいて禁止物質である。

リコール通知の確認及び対応方法については、ACCC製品安全ウェブサイトを参照するとともに、ACCC製品安全「リコール対象砂製品をお持ちの消費者向け安全な廃棄方法と健康情報」で対応方法を確認していただきたい。

現時点では健康リスクは低いとの初期所見があるものの、あらゆる潜在的な曝露に対して予防措置を講じることが重要である。

アスベストに曝露したすべての人にアスベスト関連疾患が発症するわけではないが、曝露の度ごとにリスクは増加するため、さらなる曝露を最小限に抑える対策が重要であることに留意すべきである。

現時点で入手可能な情報に基づけば、本製品に接触した可能性のある方に対する臨床評価は不要と推奨される。

職場における労働安全衛生要件に関する助言については、WHS規制当局までお問い合わせください。


職場外の方へ：

- ・ 特定された砂製品の使用をただちに中止する。
- ・ 砂がまだ包装されている場合は、頑丈なプラスチック袋に入れ、二重にテープでしっかり密封し、明確にラベルを貼って安全な場所に保管する。
- ・ 製品が使用された場所は、粉じんの発生を防ぐため湿った布で清掃する。手袋とマスク（でき

ばP2)を着用する。砂、手袋、マスク、布を二重に袋詰めし、安全な場所に保管する。

- ・清掃が完了するまで、砂が使用された区域から子供や他の人を遠ざける。
- ・袋詰めした廃棄物は、認可された処分施設で廃棄する。お住まいの地域の施設を探すには、Disposal facilitiesで検索できる。施設に行く前

に、必ずその施設の廃棄要件を確認すること。また、お住まいの州または準州政府の情報と要件を参照することも重要。詳細は以下のリンクを参照されたい[省略]。

- ・砂製品の管理及び廃棄方法について不明点がある場合や、さらなる助言が必要な場合は、 アスベストの専門家に連絡してください。

2025年EUアスベスト基準超過製品リスク通知： オートバイ・アクセサリーが主要規制対象に

CIRS Testing, 2025.9.8

2025年1月から8月にかけて、EUの非食品消費財向け迅速警報システム(Safety Gate)は、アスベストリスクに関する通知を17件発出した。関連製品からは、REACH規則(付属書XVII第6条)に違反するアスベスト繊維が基準値を超えて検出され(最高含有率は30%に達した)、全製品の発がん性リスク評価は最高レベルと判定された。

データ分析

1. 国別通知件数

オランダが9件で最多、アイルランド6件、アイスランドとベルギーが各1件。

原産国(中国からのリスクが継続的上昇)

国/件数/割合/代表的な製品

中国/11件/64.7%/オートバイ用ブレーキパッド、ラジコンカー用ガスケット、子供用自転車用ブレーキブロック

スイス・デンマーク・イギリス/3件/17.6%/アンティーク植木鉢、工業用ガスケット

原産地不明/3件/17%/ワッシャー、軽量オートバイ用ブレーキパッド

2. アスベスト・ハザード

アスベストは耐火性、断熱性、耐食性に優れるため、建築、造船、自動車などの分野で広く使用されてきた。しかし、その微細な繊維(肉眼では見えない)は容易に浮遊粉塵を形成し、世界保健機関

(WHO)によりクラス1発がん物質に分類されている。アスベスト繊維の長期吸入は、石綿肺、肺がん、中皮腫などの疾患を引き起こす可能性があり、潜伏期間は20~40年である。したがって、関連製品のアスベスト検査は、曝露リスクを効果的に防止し、国内外の規制(中国GB、EU REACH、アメリカOSHA基準など)に準拠しつつ、人と環境の健康・安全を確保するためにきわめて重要である。

執行強化及び新たな監視手法

- ・電子商取引プラットフォームにおける徹底的な説明責任：製品は強制的に削除される(例えばAliExpress)、ベルギーは輸出業者に販売禁止を課す。
- ・廃棄処理の強化：アイスランドはユーザーリコールを要求、オランダ/ベルギーは問題製品の廃棄を義務付ける。
- ・トレーサビリティチェーンの拡大：アイルランドは電子商取引プラットフォームにサプライチェーン文書の提出を要求(流通業者に影響)。

企業コンプライアンス緊急計画

1. サプライチェーン全体の見直し

- ・禁止材料リスト：ブレーキパッド、ガスケットは検査必須。
- ・検査証明書の保管：サプライヤーは第三者機関によるアスベスト検査報告書を提出することを求

められる。

2. 法的リスク回避の要点

- ・ 対応メカニズム：RAPEX通知受領後、ただちに是正計画を提出(販売禁止回避のため)。
- ・ 過去の製品追跡：スイスのアンティーク植木鉢事例は、1950年代～1990年代の繊維セメント製品に技術的評価が必要であることを警告している。

CIRS Testingは、専門的な第三者試験機関として、包括的かつ精密なアスベスト検査サービスを提供している。先進的な検査設備と成熟した技術(偏光顕微鏡法、X線回折法など)を活用し、各種材料(自動車・オートバイ用ブレーキパッド、塗料、化粧

品、工業製品、電子機器など)のアスベスト含有量について、国内及び国際規格(GB/T 33395、GB/T 23263「化粧品安全技術規範」、SN/T 3798、GB/T 37765、ISO 22262など)に厳格に準拠し、権威ある検査報告書を発行している。CIRS Testingは、科学的な厳密性と効率的なサービスプロセスにより、顧客がアスベストリスクを正確に特定し、規制要件を満たし、安全を確保することを支援する。

※<https://www.cirs-ck.com/en/eu-asbestos-exceedance-product-risk-notification-in-2025-motorcycle-accessories-become-key-regulatory-targets>

世界貿易センター生存者における中皮腫症例

Annals of Case Reports, Volume 09; Issue 02, 2024.11.20

抄録

目的：2001年9月11日のニューヨーク市の世界貿易センター(WTC)タワー崩壊(9/11)は、粉じん状微粒子約100万トンマンハッタン南部及びブルックリン地域に飛散させ、地域住民や救急対応者を高濃度の潜在的に有害な環境粒子に曝露させた。WTCタワーの特定区域で使用されていたアスベストへの曝露は健康上の懸念事項であった。腹膜腔及び胸膜腔の内層細胞(中皮)に由来する悪性中皮腫は、アスベスト曝露に関連する合併症のひとつである。**方法：**WTC環境保健センター(WTC EHC)は、WTCの粉じん煙に曝露した地域住民(生存者)を対象とした治療・監視プログラムである。**結果：**本報告書では、2023年7月1日現在におけるWTC EHCの4例の中皮腫症例について報告する。うち2例は腹膜中皮腫、2例は胸膜中皮腫と診断された。**結論：**アスベスト曝露後の中皮腫発症における既知の潜伏期間を踏まえ、WTC曝露が地域社会に及ぼす健康被害への理解を深めるために、われわれはこれらの早期中皮腫症例に関する情報を提供する。

はじめに

2001年9月11日のニューヨーク市の世界貿易センター(WTC)タワーに対する攻撃は、タワーと周辺の建物の崩壊により、広範な健康被害を生じさせる可能性のある、100万トン以上の粉じんと瓦礫を周辺大気中に飛散させて、救急対応者や地域住民を吸入可能な毒素に曝露させた。タワーの崩壊により発生した粉じん雲は、鉛、ガラス繊維、アスベスト等の化学物質を含む微細な粒子をロウマンハッタン全域に拡散させた。含水ケイ酸マグネシウム繊維状鉱物の商用名であるアスベストは、その耐熱性と耐燃焼性から産業分野で広く使用されてきた。WTCタワーに使用されたアスベストの正確な量は、当初の計画へのアクセスが困難であったため推定にとどまる。建築物におけるアスベスト使用は一般的であったが、WTCタワー建設が行われた1970年までに、断熱目的でのアスベスト吹き付けはニューヨーク市により禁止されていた。主にクリソタイル形態のアスベストは、当初WTC北タワーの建設に組み込まれていた。その後、健康ハザードが認められたため、ある時点以降の使用は中止され、残りの部分には非アス

表1：WTC EHCの中皮腫患者の特徴

	症例1	症例2	症例3	症例4
性別	女性	男性	男性	男性
9/11時年齢(歳)	60	23	53	38
人種	不明	白人	白人	白人
民族	ヒスパニック	非ヒスパニック	非ヒスパニック	非ヒスパニック
出生国	ペルー	アメリカ	アメリカ	アメリカ
BMI	24	21.3	29.8	不明
収入	年3万ドル超 5万ドル未満	年5万ドル超	年5万ドル超 10万ドル未満	年10万ドル超
教育	高校以上	4年制大学卒業	高校(12年生)	4年制大学卒業以上
転帰(死亡/生存)	生存	生存	死亡	死亡
死亡日	該当せず	該当せず	2019年	2022年

ベスト様の耐火材料が採用された。過去30年間に一部のアスベストは除去されていたものの、2001年9月11日時点で数百トンが残存しており、放出された。

周辺地域におけるアスベスト検査の結果は議論的となってきた。連邦環境保護庁(EPA)が9/11後にロウーマンハッタンで採取した1万件の大気環境サンプルのうち、22件でアスベストレベルがアスベストハザード緊急対応法の基準の70繊維/mm²を超過していることが判明した。とくに9/11直後の数日間に採取されたサンプルで最高値が観測された。大気サンプルからは、アスベスト曝露量が当初は高かったものの、数日後には連邦EPA基準値内に低下したことが示された。グラウンド・ゼロの堆積粉じんからは0.8～3.0%のアスベストが検出された。近隣アパートの粉じんからもアスベストが検出され、屋外環境よりも高い濃度を示す場合もあった。有害物質・疾病登録庁による57戸のアパート調査はEPA報告書にまとめられ、浮遊繊維はバックグラウンドレベル以上検出されなかったと報告された。しかし、ロウーマンハッタンのアパートでは、より遠隔地のアパートと比較して16%で堆積粉じんサンプルからアスベストが検出された。WTCの粉じんはわずかな機械的攪拌でも空気中に浮遊することが知られており、近隣の商業ビルの調査では表面汚染度に応じて増加する大量の吸入可能アスベストが確認された。したがって、測定された粉じん中のアスベスト濃度上昇を報告した研究は少なかったものの、タワー内における既知のアスベスト使用、測定値のば

らつき、粉じんの再浮遊による区域再汚染の可能性、そしてアスベストの既知の健康ハザードは、アスベスト曝露を9/11後の健康上の懸念事項にした。

WTC EHCは、慈善基金による学術・地域連携として始まった。後に、H.R.847ジェームズ・ザドロガ健康補償法により設立されたWTC健康プログラムの下で、地域住民(生存者)の治療及び監視のための中核センターとして法人化された。WTC EHCは、9/11当日にWTC粉じんへの急性曝露歴、またはその後1年以内の慢性曝露歴があり、かつ気道消化器疾患や多種多様ながんを含む定義されたWTC関連疾患を有する患者を登録している。WTC認定がんとして登録されるための潜伏期間は、WTC粉じん曝露から個人が初めてがん診断を受けた日までの期間によって定義される。中皮腫の最小潜伏期間は、混合形態のアスベスト曝露後の直接観察(NIOSH)に基づき、WTC健康プログラムにより11年と決定されている。われわれは以前、WTC EHC患者におけるがんの分布について報告している。今回、2023年7月1日現在の、WTC曝露地域住民集団における4例の中皮腫症例を報告する。

方法及びデータ収集

個々人は、疾病管理センター(CDC)－国立労働安全衛生研究所(NIOSH)が定めた曝露基準に基づく初期健康評価(IHE)を経て登録の資格を得る。これらの基準には、2001年9月11日にニューヨーク市災害区域内の粉じんまたは粉じん雲に存在し

表2：WTC EHCの中皮腫症例におけるWTC関連曝露の特徴

	症例1	症例2	症例3	症例4
地域住民の種類	労働者	居住者	労働者	労働者
喫煙	いいえ	いいえ	はい	はい
バック年数	0	0	25	1
マリファナ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
静脈内/吸引薬物	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
粉じん雲曝露	いいえ	はい	いいえ	はい
自宅内WTC灰	いいえ	はい	いいえ	いいえ
自宅内粉じん	いいえ	軽度	いいえ	いいえ
自宅内粉じん期間	なし	1か月以上	なし	なし
自宅清掃	いいえ	はい	いいえ	いいえ
粉じん摂取	はい	はい	はい	はい
粉じんによる咳	はい	はい	いいえ	覚えていない
粉じん作業	はい	いいえ	いいえ	はい
粉じん作業期間	1か月以上	なし	なし	不明
灰のある職場	はい	はい	いいえ	いいえ
職場清掃	はい	いいえ	いいえ	はい
清掃場所	職場	アパート	なし	職場
清掃期間(週)	13	1	なし	1週間未満
空気中の粉じん	毎日またはほぼ毎日	毎日またはほぼ毎日	不明	不明
臭いが残る	6か月以上	>3～6か月	6か月以上	
外観	髪や皮膚、衣服に粉じんはなかった	髪・皮膚・衣服に粉じんや破片が付着し、帰宅前に一部を払い落とせた	粉じん雲の中にいなかった	髪・皮膚・衣服に粉じんや破片が付着し、帰宅前に一部を払い落とせた
午前の粉じん	なし	あり	あり	あり
午後の粉じん	なし	なし	あり	あり
9/11後の喘鳴	あり(12か月間)	なし	なし	なし
9/11後の咳	なし	なし	なし	軽度
運動時の呼吸困難	あり	あり	あり	あり

たこと、当該区域に就労・居住・通学/通園していたと、清掃または維持作業に従事したこと、及び定義された期間内の居住または就労記録をもっていることを含めた地理的場所が含まれる。さらに、登録者は、証明可能なWTC関連健康状態を有していなければならず、これには気道消化器疾患、がん、またはPTSD、うつ病、不安障害に一致する精神健康症状が含まれる可能性がある。WTC EHCにおける患者の継続的モニタリングは、約12～18か月ごとに提供される。IHE及びモニタリング訪問時に患者は、医学的及び精神的健康評価、がん診断の記録を含む標準化された評価を受ける。すべてのがん診

断は臨床記録及び病理記録を通じて確認される。情報は、WTC EHCデータベース及びWTC EHC汎がんデータベースに保存される。中皮腫の特徴及び取得可能なバイオマーカープロファイルはWTC EHC汎がんデータベースから導出され、追加情報は医療記録のレビューから収集された。

本分析でわれわれは、2012年9月(WTC EHC)における中皮腫の潜伏期間として認められた時期)から2023年7月1日までに中皮腫と診断され、WTC EHCに登録された4名の患者を対象とした。本研究は、ニューヨーク大学医学部機関審査委員会(IRB番号:i06-1及びi06-1_MOD49)により承認

表3：症例の中皮腫及びバイオマーカープロファイル

	症例1	症例2	症例3	症例4
部位	腹膜	腹膜	胸膜	胸膜
診断時年齢	80	38	70	57
9/11からの潜伏期間(年)	19	15	17	15
死亡時年齢	該当せず	該当せず	72	59
生存期間(月)	該当せず	該当せず	18	21
ICD 10コード	C45.1	C45.1	C45.0	C45.0
組織型	上皮型中皮腫	乳頭型中皮腫	上皮型中皮腫	上皮型中皮腫
グレード	不明	高分化型	不明	不明
ステージ	不明	不明	ⅢB	IB
治療	不明	手術、化学療法	化学療法	化学療法
バイオマーカー				
陽性	WT1、カルレチニン、D2-40、BER-EP4、メソテリン(95%)	データなし	WT1、カルレチニン、D2-40、CAM5.2、Ki-67(40%)、CK 5/6、メソテリン(100%)	WT1、カルレチニン、CAM 5.2、Ki-67(60%)、PDL-1(15%)、CK 5/6、D2-40、CK 7、BER-4、BRG1
陰性	BAP-1、CEA、PDL-1	データなし	BAP1、CEA、PDL-1、BER-EP4、TTF-1、B72.3、p40、HMB-45、S100タンパク質	BAP1、CEA、MOC31、B72.3、TTF-1、ナプシン、サイトケラチン20、ムシカルミン、MTAP

され、データ分析への同意書に署名した参加者、または死亡した参加者を対象とした。

症例紹介

症例1

80歳の女性患者が、2020年2月にはじまった進行性の腹壁硬化と左下腹部痛を主訴として受診した。原因不明の体重減少を訴え、PET/CT検査では左腹直筋に沿って不均一な集積亢進が認められ、同筋は非対称的に肥大していた。その後、画像ガイド下生検が実施され、中皮腫が疑われた。2020年8月、左下腹部の硬さが増すことを患者が訴えた。2021年1月、より多くの組織を採取するため開腹生検が実施され、切除不能な腹膜上皮様中皮腫及び左腹直筋鞘、横隔膜、漿膜、小腸への浸潤が確認された。潜伏期間はWTC粉じん曝露から19年であった。バイオマーカープロファイルでは、WT1、カルレチニン、D2-40、BER-EP4、メソテリン(95%)が陽性。BAP-1、CEA、PDL-1は陰性(表1、3)。当時化学療法開始を計画。関連する既

往手術歴として、1973年から1980年にかけての帝王切開3回、2003年の胆嚢摘出術、小児期の虫垂切除術があった。さらに、家族のがん歴はなく、2015年に皮膚扁平上皮がんを切除している。

患者は、ロウマンハットンで事務所の清掃員として働いており、2001年9月11日に世界貿易センター(WTC) 粉じんへの急性曝露を報告した。9/11の1週間後に同じ職場に復帰し、週40時間勤務した。通常は夜間に勤務していた。喫煙歴はなかった。両親や近親者の職業に関する情報は得られていない(表2)。

症例2

38歳の男性が、2012年から腹部膨満感と間欠的な腹痛を訴えた。肝臓超音波検査を実施したところ、軽度の腹水と肝線維症が認められた。2016年、疑われた後腹膜/十二指腸傍ヘルニアの修復を目的として診断的腹腔鏡検査を受けた。後腹膜ヘルニアや小腸間膜ヘルニアの所見は認められなかったが、大網、腸間膜の腹膜面、及び骨盤腹膜の一部領域に著明な粘液沈着が認められた。これらの

所見は偽粘液腫様病変の可能性を示唆していた。大網及び腸間膜表面結節の生検が実施された。2017年1月の腹膜大網・腸間膜生検の最終病理報告は、高分化型乳頭状中皮腫と一致した。患者は2017年1月に腹膜中皮腫に対する最大限の減量手術及び温熱腹腔内化学療法 (HIPEC) を受け、手術を良好に耐えた。2017年5月時点では、治療や病状に関連する症状は認められず、身体所見も良好であった。経過観察を継続中である (表1, 3)。

患者は2005年に虫垂切除術を受けた。喫煙歴はなく、アスベスト曝露歴や粉じん曝露の可能性のある趣味も報告されていない。近親者のアスベスト曝露の可能性については不明である。2001年9月11日、患者はWTC現場から数ブロック離れた場所に居住しており、同日にWTC粉じんへの急性曝露を経験した。避難したが、9/11から約1週間後に自宅アパートに戻った。自宅には微量の粉じんが堆積していた。自身で清掃したが、専門業者による清掃は行われていない。自宅にWTC粉じんが1か月以上存在していたと患者は述べている (表2)。

症例3

70歳の男性が、2018年に左背部痛を訴え、胸部X線検査に続いて胸部CT検査を実施した。画像所見に異常が認められ、2018年5月に胸膜生検を行い、胸膜上皮様悪性中皮腫と確定診断した。生体マーカープロファイルでは、CAM5.2、CK 5/6、カルレチニン、WT1 (100%)、D2-40、メソテリン (100%)、Ki-67 (40%) が陽性であったが、BAP1、BER-EP4、TTF-1、CEA、B72.3、p40、HMB-45、PDL-1 (<1%)、SI00タンパク質は陰性であった。患者は6サイクルの化学療法を受けた。治療にもかかわらず、診断から18か月後に死亡した (表1, 3)。

患者は皮膚基底細胞がんの既往歴があり、2017年に切除された。19歳から46歳まで1日1箱の喫煙歴 (26箱・年) を報告した。さらに、米陸軍に1年7か月間従軍したことも報告している。9/11時、患者は世界貿易センター (WTC) タワーから北へ9ブロック離れた場所で清掃作業員として勤務していた。同日午後10時にスタテン島行きのフェリーに乗船できるまで現場にとどまり、WTC粉じんに曝露したと報告している。9月12日に勤務に復帰し、週5日・1日8時間の

清掃業務に関連して複数回グラウンド・ゼロを訪れたとも報告した。2008年に清掃局を退職した (表2)。

症例4

57歳の男性が、2020年に右胸水及び右胸膜腫瘍 (5.0cm) を主訴として受診した。2020年6月に胸膜生検を実施し、上皮様悪性中皮腫と確定診断した。患者のバイオマーカープロファイルは、カルレチニン、CK 5/6、WT-1、D2-40、CK 7、BER-4、サイトケラチンCAM 5.2、Ki-67 (60%)、PDL-1 (15%)、BRG1が陽性であったが、BAP1、MOC31、B72.3、CEA、TTF-1、ナプシン、サイトケラチン20、ムシカルミン、MTAPは陰性であった。肩甲骨及び右大腿骨への転移、並びに右胸腔内中皮腫の再発が認められた。患者は化学療法を受けた。治療にもかかわらず、診断から21か月後に死亡した (表1, 3)。

患者は4年間喫煙し、年間1箱の喫煙歴があり、当院受診の35年前に禁煙した。2001年9月11日、患者は事務職として勤務中、世界貿易センター (WTC) 粉じんに急性曝露した。髪、皮膚、衣服に粉じんや破片が付着したと報告している。9月11日から3週間後に職場復帰した。職場は専門業者による清掃が実施された (表2)。

討論

世界貿易センター (WTC) 地域住民における中皮腫4例を報告する。いずれも救急または復旧作業に関与した者ではない。腹膜中皮腫2例と胸膜中皮腫2例を報告する。全症例が2001年9月11日の急性曝露及びその後の慢性曝露を報告している。これらの患者において、WTC粉じん以外のアスベスト曝露を特定することはできない。

アスベストは、腹膜腔及び胸膜腔の内層細胞 (中皮) に由来する悪性中皮腫の主要な曝露リスクとして広く報告されている。WTCタワーの建設におけるアスベスト使用は、ひとつの建物 (ノースタワー) の一部に限られていたものの、記録されている。建築業では、断熱材や建築資材として、クリソタイル・アスベストとアモサイト・アスベストがもっとも一般的に使用されていた。WTC周辺の商業地域や住宅地における粉じん中のアスベスト濃度は場所によって異なり、被災地に近いほど高濃度であった。Liroyらは、

世界貿易センター周辺の様々な道路から採取したサンプルにおいて、主に炭酸塩結合剤で固結されたクリソタイル・アスベスト繊維が体積の1%未満を占めると推定した。WTC曝露者における直接的なアスベスト繊維曝露の記録は困難であり、WTC救急対応者や地域住民の肺から採取した検体に関する病理学的報告は稀である。WTC粉じんに重度に曝露した消防士の気管支肺胞洗浄液の鉱物学的分析では、クリソタイル及びアモサイト・アスベスト繊維が報告されている。重篤な呼吸器症状または原因不明の異常なX線所見を呈したWTC救急対応者の肺生検では、クリソタイル・アスベスト濃度の上昇が認められた。重篤な呼吸器症状を有する地域住民の肺生検報告では、アスベスト繊維を検出できない鉱物学的法が用いられた。したがって、救急対応者の肺病理検体から吸入されたアモサイト及びクリソタイル繊維の存在を示す証拠は存在する。しかし、WTC粉じんや災害時の煙に曝露した地域住民の肺におけるアスベスト繊維の存在に関するデータは存在しない。

アスベストは悪性中皮腫の主要な曝露リスクとして広く報告されており、腹膜腔及び胸膜腔の内層細胞（中皮）に由来する。非職業性アスベスト曝露と胸膜中皮腫の関連性は、家庭内及び近隣環境での曝露においても職業環境と同様の繊維タイプ別可能性を有し、リスクが著しく上昇することを示唆している。繊維の種類によって中皮腫リスクとの関連性の程度が異なり、角閃石系がもっとも強く、クリソタイルがもっとも弱い関連性を示した。したがって、居住者が曝露した繊維の種類が中皮腫発生率に影響を与える可能性がある。クロソライトとアモサイトの繊維は、職業曝露者における中皮腫の主要な原因として認識されている。

われわれは、腹膜中皮腫の2症例を報告する。腹膜中皮腫は通常稀であり、全中皮腫症例の約15～20%を占める。また、腹部で発生する中皮腫の中で2番目に多い形態である。アスベストへの急性曝露強度が高いほど腹膜中皮腫のリスクは増大する。職業曝露以外の場合、男女間で発症リスクに差は見られない。

われわれの腹膜中皮腫患者はどちらも、アスベ

スト曝露の可能性を伴うWTC粉じんへの顕著な曝露を報告したが、曝露状況は異なっていた。1人の患者は自宅から9/11当日に広範囲に曝露され、もう1人は現地作業員であった。両者とも当該地域での居住または就労による慢性的な曝露歴があった。腹膜中皮腫は胸膜中皮腫に比べ曝露からの潜伏期間が短く、診断時の年齢層は通常40～65歳に及ぶが、幅広い年齢層が存在する。われわれの2例の腹膜中皮腫は診断時の年齢範囲が広く（38歳と80歳）、WTC曝露からの潜伏期間は比較的短かった（15年及び19年）。

腹膜中皮腫患者はどちらも腹痛を主症状として発症した。腹膜中皮腫症例における追加所見には、原因不明の体重減少、腹部膨満感、及び初期検査で認められた軽度の腹水を伴う腹壁硬化が含まれた。これらの所見は、腹痛や腹水といった漠然とした不明瞭な徴候・症状を呈する腹膜中皮腫症例に関する既報と一致する。また、当症例群でも指摘されたように、非特異的な症状提示により診断が遅延することが多い。2例の病理所見も異なっていた。1例の腹膜中皮腫は上皮性腹膜中皮腫の稀な亜型である高分化乳頭型中皮腫と診断されたが、もう1例は上皮型中皮腫と記載された。残念ながら、高分化乳頭型中皮腫の患者については、手術と治療が外部病院で行われたため、免疫組織化学的所見は得られていない。アスベストは中皮悪性腫瘍の発症リスク要因であるが、生殖細胞変異や変異性素因も腹膜中皮腫のリスクに寄与する可能性がある。われわれの患者における変異リスクに関する詳細な情報は得られておらず、バイオマーカー・データが利用可能な患者は1例のみである。

中皮腫の大半は胸膜に発生する。アスベスト繊維はリンパ管経路または直接穿通により胸膜に到達し得るためである。われわれの患者2例は胸膜中皮腫を呈した。これら胸膜中皮腫例はいずれも現地作業員として曝露しており、両者とも9/11当日の曝露と災害後の慢性曝露を報告した。両者とも喫煙歴を報告したが、1例はごく軽微かつ過去の喫煙歴であった。1例は軍隊に勤務した経歴があり、当時の詳細な曝露歴は把握していない。アスベスト曝露後の胸膜中皮腫における長い潜伏期間はよく知

られている。中皮腫の潜伏期間は13年から70年と大きく変動する。この変動性は職業、性別、曝露源、アスベスト曝露強度、及び潜伏期間の定義によって影響を受ける。LanphearとBuncherによる1,000例超の症例レビューでは、中央値32年（1992年時点）と報告され、症例の96%が初回曝露から少なくとも20年後に診断され、33%が曝露後40年後に診断された。混合形態のアスベスト曝露に関する追加研究では、悪性中皮腫の最小潜伏期間が13～15年と報告されている。最近の研究では南米の302例の胸膜中皮腫の特徴が報告され、診断時の中央年齢は61.1歳であった。WTC健康プログラムにおける認定には、中皮腫がWTC認定（NIOSH）とみなされるまでに最低11年の潜伏期間が必要であるが、われわれの患者はそれぞれ17年及び15年という比較的短い曝露潜伏期間で診断された。1例は潜伏期間が短く（15年）、診断年齢も若年であった（57歳）。胸膜中皮腫患者のどちらも死亡している。アメリカにおける中皮腫による平均死亡年齢は、2009～2015年の監視・疫学・帰結がん登録報告によれば72.8歳であり、男女死亡比（M:F）は4.2:1であった。これはアスベスト曝露職業における歴史的な男性優位性を反映している。われわれの2例の胸膜中皮腫患者はどちらも72歳と59歳で死亡し、診断後の生存期間はそれぞれ18か月と21か月であった。胸膜中皮腫は一般に上皮型、肉腫型、二相型の3亜型に分類され、上皮型組織像は症例の50～70%に認められる。われわれの2症例の胸膜中皮腫はどちらか上皮型と診断された。

免疫組織化学所見は中皮腫の診断と治療において重要性を増している。本情報を得るため全患者のカルテを調査したが、染色プロトコルは様々であり、不完全な情報しか得られなかった。中皮腫の組織学的亜型を鑑別し、他のがんを除外するために、Cam 5.2、カルレチニン、WT1、D2-40等の様々な免疫組織化学的バイオマーカーが用いられており、われわれの症例においても組織学的亜型の鑑別のためにこれらを記載した。BRCA1関連タンパク質1（BAP1）及びその他の腫瘍抑制遺伝子の遺伝性変異は、アスベストやその他の発がん性繊維への曝露に関連して、中皮腫に直接結びついてい

ることが示されている。BAP1は脱ユビキチン化酵素として機能し、DNA複製、DNA修復、代謝、細胞死に関与する多数の遺伝子及びタンパク質の活性を調節する。多数の研究により、中皮腫及びその他様々ながんにおけるBAP1変異の病源性役割が検証され、理解が深められている。さらに、体細胞変異したBAP1（腫瘍細胞増殖過程で獲得された変異）は中皮腫の約60%で検出されており、中皮腫発症予防におけるBAP1の重要な役割が強調されている。われわれのレビュー対象の3例のバイオマーカー・プロファイルが利用可能であったが、いずれもBAP1変異は認められなかった。データが得られた1例の腹膜中皮腫ではProgrammed death-ligand 1（PD-L1）が陰性であり、データが得られた1例の胸膜中皮腫では陽性であった。PD-L1は患者の39%に存在すると報告されており、とくに非上皮性中皮腫において生存率の低下と関連している。われわれの腹膜中皮腫及び胸膜中皮腫症例のうち1例では陰性であったが、もう1例の胸膜中皮腫では弱陽性であった。

結論

WTC EHCでは、9/11のWTCタワーの崩壊で発生した粉じんや煙への急性及び慢性曝露が健康に及ぼす潜在的影響について継続的に報告している。当初は瓦礫中のアスベスト曝露が懸念されたが、現在までに報告された中皮腫症例はごく少数である。本報告では、救急及び復旧活動に関与しなかった生存者（地域住民）集団における腹膜中皮腫及び胸膜中皮腫4例を報告する。われわれはWTC粉じんアスベスト曝露に代わる要因を特定できなかった。重要な点として、2例は若年発症であり、全症例でWTC曝露からの潜伏期間が比較的短かった。さらに2例の腹膜悪性腫瘍の存在は、これらの患者における相当量の曝露可能性を示唆している。この悪性度の高いがんの発症に対するWTC曝露の影響をより深く理解するため、WTC曝露集団における追加の中皮腫症例の注意深い監視が不可欠である。



※<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11578103/>

アスベスト断熱材への居住曝露に関連したがんリスク:最新のエビデンス

The Lancet Regional Health, Vol.63, October 2025

すべての形態のアスベストはヒト発がん性物質として分類されている。男性の胸膜中皮腫症例の80%以上はアスベスト曝露が原因である。職業環境におけるアスベストの脅威は十分に確立されているものの、とくにルースフィル[ばら詰め]タイプのアスベスト断熱材が付けられた住宅の居住者に対するリスクについてはあまり知られていない。

1968年から1979年に、ある民間企業がオーストラリア首都特別地域 (ACT) の1000戸以上の住宅の屋根にルースフィル・アスベスト断熱材を設置した。大半の住宅ではアモサイトが使用されたが、後に2軒でクロソライトが確認された。当初の目視可能なアスベストを除去する努力にもかかわらず、20年以上経った後も多くの住宅の居住空間から繊維が検出された。家財道具にアスベスト繊維が付着していることが確認された事例もある。2014年8月までに、ACT政府は影響を受けた全住宅の解体を決定した。

2015年にわれわれの研究チームは、ACTのルースフィル・アスベスト断熱材が使用された住宅の居住者における、中皮腫及びその他6種類のがんのリスクを検証するコホート研究を実施した。

われわれの初期研究の主な知見は、これらの住宅に住んだことのある男性は、ACTの他の男性住民と比較して中皮腫を発症する可能性が高いというものだった。また、これらの住宅に住んだことのある女性では大腸がんの発生率が高いことも判明したが、男性では同様の知見は不確かであった。この時以降、ルースフィル・アスベスト断熱材が使用された住宅の居住者におけるがんリスクに関する他の科学的な報告は確認されていない。本論文では、追跡調査期間を6年間延長して、統計的検出力を高めた、初期研究の更新結果を報告する。また、改善したデー

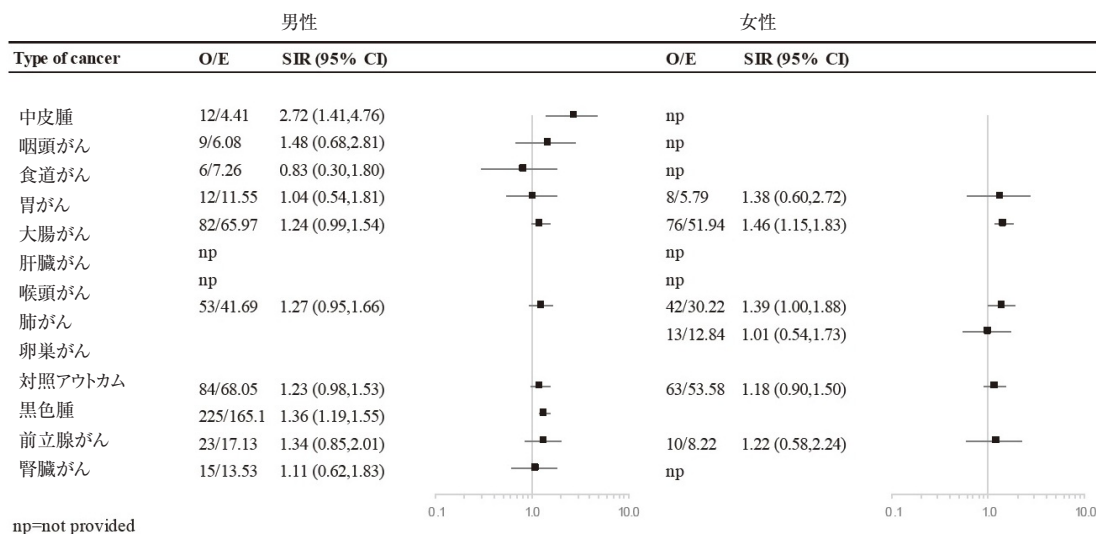
タ連結手法を用いるとともに、アスベスト曝露が原因となり得る追加のがんアウトカムも対象に含めた。

研究対象集団には、1983年から2019年の間のいずれかの時期にACTに住所を有した、オーストラリア・メディケア消費者ディレクトリ (MCD) (旧メディケア登録ファイル) の全個人が含まれ、これにより先行研究を6年間延長した。オーストラリア人口の全数近くを網羅するMCDデータは、以下の3つのデータベースと連結された。1) 初期研究では未特定だった6件の追加住宅を含む、ACT内の既知の1095件の影響を受けた居住物件 (ARP) の住所を記載した歴史的登録簿、2) オーストラリアがんデータベース (1982～2019年)、及び3) 国民死亡指標 [National Death Index] (1982～2019年)。MCDとARPのリストの間のデータ連結は、地理コード化された住所によって容易になった。

中皮腫 (ICD-10 C45)、咽頭がん (C09-C14)、胃がん (C16)、大腸がん (C18-C20)、喉頭がん (C32)、肺がん (C33-C34)、卵巣がん (C56) の罹患率を算出した。さらに、本研究では、肝臓がん (C22) 及び食道がん (C15) も対象に含めた。対照アウトカムとして、黒色腫 (C43)、前立腺がん (C61)、腎臓がん (C64)、膀胱がん (C67) の4つを検討した。各がんアウトカムについて、曝露とアウトカムの間に10年の遅延を許容し、男女別に正確なポアソン95%信頼区間 (CI) を用いて標準化罹患比 (SIR) を算出した。SIRは間接標準化により算出され、曝露群にはACT地域に居住歴のない全住民の年齢別・暦年別罹患率を適用した (研究方法とデータセットの詳細は初期研究を参照)。初期研究と同様の感度分析を実施した。

本研究では、1983年から2019年の間にARPに

図1：曝露集団における観察症例数(O)と期待症例数(E)及び標準化罹患比(SIR) フォレストプロットはSIRの点推定値(塗りつぶし四角形)と95%信頼区間(水平線)を示す。SIRは対数スケールでプロットされている。曝露群で観察症例数が6例未満のSIRは、統計的開示リスクを最小化するため報告されていない。なお、このような事例では、合理的に予測される大きさの効果を検出する統計的検出力は低かったことに留意されたい。



居住したことがある個人合計16,757名(1.4%)と、ARPに居住したことがない個人1,207,626名(99%)を対象とした(サンプル選択については付録図S1、人口統計学的特性については付録表S1を参照)。これらの個人は、合計で26万曝露人年、29万非曝露人年にわたって追跡調査された。

ARPに居住したことがある男性において、12症例の中皮腫があった。初回曝露記録から診断までの期間の中央値は26年(四分位範囲[Q1, Q3]:16~30年)であった(全対象がんの平均値及び中央値については付録表S2参照)。12例中6例はMCD開始時点ですでにARP住所を登録していたので、この値は最小推定値である。

男性における中皮腫(SIR=2.72, 95%CI 1.41-4.76)、男女双方における大腸がん(男性:SIR=1.24, 95%CI 0.99-1.54; 女性:SIR=1.46, 95%CI 1.15-1.83)、及び女性における肺がん(SIR=1.39, 95%CI 1.00-1.88)で率の上昇を認めた(図1、粗発生率は付録表S3参照)。その他の検討対象となった候補がんについては、統計的に有意な予想以上の率の上昇は認められなかったが、軽度の関連性を検出するには統計的検出力は低かった。感度分

析でも結論は変わらなかった(付録図S2-S6)。

1983年から2019年の間にARPに居住したことがある男性における胸膜中皮腫の率は、ACTのその他の男性人口におけるものの2.7倍であった。一方、曝露した男女における大腸がんの率、及び曝露した女性における肺がんの率は、非曝露人口の1.2倍から1.5倍の範囲であった。これらの推計値は、本研究の追跡期間が長期化していることに伴い、初期研究と同様であるが、より精密になった。

アスベストへの職業曝露と中皮腫の間の強い因果関係を踏まえれば、本研究における中皮腫についてのSIR値の高さは、非職業環境におけるアスベスト曝露による懸念増大を裏づけるものである。非職業的曝露源—一般的に近隣曝露、家庭内[domestic]/傍職業[para-occupational]曝露及び居住[household]曝露—は、曝露経路や影響が異なるものの、これら3つの曝露源すべてから中皮腫リスクが上昇する証拠が明らかになりつつある。居住曝露は、とくに家庭内/傍職業曝露の定義から独立した曝露タイプとして、もっとも研究が進んでいない。本研究は、居住曝露と中皮腫リスクの関係を示す明確な事例を提供している。

追跡期間の延長が、中皮腫についてのより正確な推計、及び影響を受けた地域社会へのより明確なリスクのコミュニケーションを可能にした。中皮腫の率が低く潜伏期間が長いことから十分な統計的検出力を得るには大規模かつ長期にわたるコホートが必要だが、一次データ収集ではなく連結された行政データを用いたことで、研究の更新を容易にした。

ルースフィル・アスベスト断熱材と大腸がんとの関連性については、効果サイズが比較的小さく交絡因子による説明の可能性があり、また説得力のある先行証拠が不足しているため、依然として不確実である。吸入されたアスベストは消化管へ飲み込まれる可能性もあるが、最近の包括的レビューでは、職業性アスベスト曝露と大腸がんを含む消化器癌との関連性は依然として弱いと結論づけられている。非職業曝露に関連した大腸がんの研究は乏しい。

交絡因子については、研究推計にバイアスをもたらす可能性のあるその他のリスク要因（例えば、アスベストまたはその他の肺刺激物質への職業的曝露、喫煙、社会経済的地位）に関するデータはもっていないかった。ただし、これらのリスク要因が、ARP居住者と非ARP居住者で異なる分布を示すという仮定ももっていないかった。影響を受けた居住物件は、1979年以降に開発された郊外を除き、ACT全域に分布していた。とはいえ、地域レベルの社会経済的地位による調整は検討したが、公表されている地域ベースの指標は、ACTにおける個人レベルでの不利な状況を測るには不十分である。さらに、対照群の結果に関する一部の点推計値は1を超えており、ARP居住者におけるがんのベースラインリスクがより高い可能性を示唆している。

ARPに居住したことのある女性で観察された肺がんの過剰率について、アスベストへの職業曝露が肺がんの発症リスク及び死亡リスクを増加させるという強力な証拠が存在する。非職業的アスベスト曝露も肺がんのリスクを増加させる可能性を示す証拠が増えつつあるが、とくに居住曝露についてはその影響は小さい。アスベスト関連肺がんに関する他の研究と同様に、交絡因子かつ効果修飾因子である喫煙の潜在的な役割を扱うことは困難である。本研究では、喫煙習慣やその他の潜在的危険因子に関す

るデータがないため、肺がんのSIRにバイアスが生じている可能性を確信をもって否定できなかった。

本研究では、初期研究では対象としなかった食道がんと肝臓がんの2つを追加で検討した。男性における食道がんの率は予想以上に高いとは認められなかった。データ管理機関の統計開示要件により、女性における食道がん、及び男女双方における肝臓がんについては、症例数が不十分であったため結果を報告できなかった。ただし、これらの症例では、わずかな関連性を検出するのに十分な統計的検出力は得られなかった。

影響を受けた住宅の解体は、われわれの初期調査に先立つ2015年に開始された。歴史的な繊維濃度の推計は不可能であった。これは、住宅の築年数、建築品質、以前の清掃プログラム（1989-93年）における清掃の有効性、地盤安定性を含むその他の要因によって、住宅間で大きく変動すると考えられたためである。

アスベストは、オーストラリア及びアジア太平洋地域全体の住宅、公共施設、商業ビルにおいて、依然として過去の遺産として残存している。オーストラリア、日本、韓国、台湾ではアスベスト使用禁止措置が導入されているものの、アジアの他の多くの国々ではアスベスト含有建物の建設・解体活動が継続しており、非職業的曝露の一因となっている。断熱材としての飛散性アスベストの使用はアジアでは比較的少ないものの、韓国では屋内曝露につながる事例が報告されており、非職業的曝露のあらゆる発生源とその特性に応じた長期的な監視の重要性が強調されている。

更新されたコホート研究は、全年齢層における多様ながんとアスベストの居住曝露との関連性に関する科学的知見を補完するものである。職場外でのアスベスト曝露は一般的に低レベルではあるが、慢性的な曝露となり得るうえ、主に男性労働者ではなく子どもや女性も含まれる可能性がある。本研究は、ルースフィル・アスベスト断熱材が使用された住宅での居住が、とくに中皮腫を含むがんを引き起こすのに十分である可能性を裏付けている。



※[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(25\)00238-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(25)00238-X/fulltext)

中皮腫を治せる病気に！

厚生・環境省●患者と家族の会が交渉

2025年6月27日、衆議院第一議員会館の大会議室にて、中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会と厚生労働省、環境省等との省庁交渉が開催され、私も患者と家族の会側の人間として参加した。タイトルは「響け！患者と家族の声 中皮腫を治せる病気に！アスベスト健康被害の格差とすき間のない補償を！」で、内容はそのとおり、主に国の中皮腫治療の研究に関する要求と、アスベスト健康被害の補償に関する問題についての交渉であった。

患者と家族の会の要望書と、省庁交渉全編の動画はインターネットで見られるので、詳しく知りたい方は下記のアドレスを参照していただきたい。以下の文章では、交渉について、私が気になった部分を2点ほど書いていきたいと思う。

●要望書

<https://www.chuuhishu-family.net/3775/>

●省庁交渉の動画

<https://www.youtube.com/watch?v=Czewszqowi8>

利益相反する委員を 容認する姿勢

要望書の1.の③で、石綿健康被害を受けた被災者への各種

制度に係る各委員会や検討会に、アスベスト被害者が損害賠償請求を行った被告企業の証人や、その被告の意見書作成に協力した研究者が参加しているので、利益相反の観点から、該当する委員の不参加を徹底することを要望した。

それに対して、各委員会を担当する部署からそれぞれ返答があったのだが、どれも、該当する委員を不参加にはしないというものだった。

少し具体的に書くと、まず環境省からは、「石綿健康被害判定小委員会」について話があった。そこでは、判定する患者を匿名にして、かつ複数名の委員が判定しているから大丈夫という意見だった。当然、そんなわけはない。委員の中のある医師が、アスベスト被害裁判に、被告企業側で参加したということは、原告側の医師がアスベスト関連疾患だと診断した病気について、そうではないと診断しているということである。本当にそう考えて意見を書いたなら仕方がないが、裁判で証言している以上、被告側に有利な診断をしている可能性はぬぐえない。そういう診断を一回した人間が、他の匿名患者の診断を、フラットな思考で行えるだろうか。そ

ういった状態の人を、判定する人にするべきではないし、もしするなら、誰もが納得する基準、ルールを作って、それをクリアした人だけ参加させるべきだろう。

厚生労働省からは2件あり、1件目は「石綿確定診断委員会」についてである。意見は、この委員会は、令和2年4月1日から、独立行政法人「労働者健康安全機構」が管轄しており、石綿関連疾患の診断、治療、労災上の取り扱いについて専門的知見を要する臨床、病理、疫学等の各種専門家により構成するとされており、委員は法人の理事長が委嘱している。なので、厚生労働省はその事業運営や委員の選定において主体的役割を担っていないが、こういう意見があることをそこに共有しておくというものだった。しかし、いったん別の法人に任せたらと言って、後はほったらかし、ということでもいいのだろうか。また、要望書には、具体的な人名は書いていなかったにも関わらず、返答した職員からそれを聞かれることはなかった。なんの情報も「共有しておく」つもりなのだろうか。なんにせよ、主体性のない、おざなりな返事だ。

2件目は「特定石綿被害建設業務労働者等認定審査会」についてで、これは、審査会令に基づいて、医療法律等に優れた識見をもった人を、厚生労働大臣が任命しているので、この委員会の目的である「給付金を受ける権利の適切な認定」に合うようになっているはずだということである。こちらは、その医療に優れた



識見をもった人が、不公正な認定をする疑いがあるから、要望しているのである。だがそれについて納得のいく説明はなかった。

また、その他、4つの団体の名前を要望書で上げていたのだが、それらからはなんの返答もなかった。

各種制度の判定において、もちろん、石綿関連疾患だと認定されるのが一番なのだが、不認定になる場合でも、納得のいく判定がほしいのである。その時に、利益相反にひっかかる人物が判定委員の中にいると、たとえそれが正当な判断だとしても、実は不公正な診断だったんじゃないかと、いつまでも不満が残る。被告からお金をもらっていることだろうし、喫緊の生活に困っているわけでもないだろうから、そんな人は、いったんルールができるまでも休んでもらうわけにはいかないだろう。

良い治療研究が降ってくるのをただ待つ姿勢

厚生労働省が行っている労災疾病臨床研究事業費補助金の

中に、平成26年度から、石綿関連疾患の治療研究に関する研究への予算が設定されている。また、令和6年度の予算は、与党建設アスベスト対策プロジェクトチームの要請もあり、従来の1.5億円から2.5億円に増額されたとのことである。

しかし、令和6年度に公募された研究の中で、臨床研究課題と非臨床研究課題について、複数応募があった中、採択された案件はそれぞれ1件のみであり、予算がついた研究費は合計で1.2億円程度。そして、その2つの内、臨床研究課題の方は諸事情により継続不可となってしまった。

そこで、要望書の3.の③にて、上記のような継続不可という事態になった時、また最初からにならないよう、公募されてきた中で条件を満たすものが複数あるなら、そのすべての採択を要求した。この要求への返答は、6月27日現在、令和7年度分の研究課題を公募中であり、その経過を見守るというものだった。その後、それで治療の研究は進むのか、今回と同じようなことになったらどうす

るのかと言った質問にも、公募の経過を見守るの一点張りだった。

そして、その結果はどうなったか。厚生労働省から発表された、令和7年度に新規採択された課題の中で、石綿関連疾患の治療に関する課題は、堂々の0件である。

結果としてはあまりにあまりなものだが、これによって、逆に、令和6年度の採択研究課題が臨床非臨床それぞれ1つずつだったのは、わざわざ1つに絞ったのではなく、1つしか研究費を出すに値する課題がないと判断されたためということがわかった。なので、こちらの要求は、条件を満たすものすべての採択ではなく、条件を緩めて、もっと幅広く研究が行えるようにしてくれというべきだったのかもしれない。

それにしても、0件はどうなのか。応募された課題がどんなものだったのか、どんな基準で採択されたか等を私は把握していないので、あまり大きなことは言えないが、そんなにしょうもない課題ばかりだったのだろうか。

もしそのような課題ばかりだったのなら、しょうもある良い研究課題をただ待つのではなく、積極的に探しに行くようにできないものだろうか。実際、この省庁交渉でも、この要求に返答した厚生労働省安全衛生部計画課の人に、肺がん学会や中皮腫学会に一回参加してみ、最先端の研究者とのふれあいの機会を持つように要求したが、返事は曖昧で、とくになにも決まるようなものではなかった。ふがいない結果である。今

後は、自分で探しに行く姿勢を強く要求していかないといけない。

今回の交渉では、正直、あまり何かが進んだという感じではなかった。ただ、厚生労働省や環境

省の意見、言い分がいろいろ聞けたので、それを生かして、今後の活動を進めていく。



(関西労働者安全センター
種盛真也)

7月は中皮腫啓発月間

全国●当事者と研究者が協力した取り組み

2025年7月、中皮腫啓発月間が行われた。今年も中皮腫治療の最新情報についてのセミナーが開かれ、患者、家族の交流が行われた。中皮腫啓発月間は2021年から中皮腫サポートキャラバン隊、中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会が国立がん研究センター希少がんセンターの協力のもとをはじめたもので、毎年行われてきた。

2017年7月、イギリスのアクション・メゾテリオーマ・デー(毎年7月第1金曜日)を中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会が訪問したことも契機となっている(2017年10月号)。

故右田孝雄(胸膜中皮腫患者、NPO法人中皮腫サポートキャラバン隊前理事長)は、はじめたいきさつを次のように記している。

「さて、7月はどうのような月かわかりますか？」

毎年7月を中皮腫啓発月間と設定し、世間の色んな方々に中皮腫という病気、アスベストは恐ろしいものだということを、とくに啓発していこうという取り組みを行い

ます。

この取り組みは、もともとイギリスで毎年第1金曜日にアクション・メゾテリオーマ・デーというかたちでイギリスの主要都市で講堂や教会、公園などに市民が集まり、中皮腫・アスベスト被害の啓発活動をされていたものです。4年前に、日本から活動家やご遺族がこれに参加して刺激を受けたのですが、当時はこれを日本でも企画しようとする方もいませんでした。国立がん研究センター希少がんセンターの加藤陽子さんも数年前にイギリスに行ってこの行動を見て感銘を受けられたそうです。そして昨年、私たちが日本でもこういう企画をしたいと思っていた矢先に、加藤さんからお声がかかり、この中皮腫啓発月間と一緒に企画した次第です。」(死ぬまで元気です/38「関西労災職業病」2021年7月号)

アスベスト(石綿)は発がん性が明確で肺がんの原因であるばかりか、きわめて難治性のがん「中皮腫」を発症させる。予後はきわめて不良、治療奏功の可能

性はきわめて低い。

ひじょうに稀ながん＝「希少がん」であるため薬剤開発が薬品企業にとってうま味が小さいことから、新薬開発が遅れ、近年治療方法の進展めざましい肺がんに比べて20年の遅れとも言われている。

史上最大の労働災害、公害をもたらしたアスベスト。被害者の尊厳を守り正当な補償と十分な救済を求める闘いとともに、致命的アスベストがん「中皮腫」に打ち勝つ闘いは「いのちの救済」を実現するための重要課題だ。

中皮腫とはなにか、中皮腫の治療開発推進の必要性を広くアピールし、患者、家族に最新情報をとどけ相互交流を図るのが中皮腫啓発月間の目的である。

2025年は次のような取り組みが行われ、当センターは今年も企画から協力した。(以下、敬称略)

◆7月4日(金)

第59回希少がんMeet the Expert「胸膜中皮腫と向き合うためにー治療の今と、これからー」講演とパネルディスカッション

講師：後藤悌(国立がん研究センター中央病院呼吸器内科医長)／平田勝久(NPO法人中皮腫サポートキャラバン隊理事長)

パネラー：講師2名／栗林康造(兵庫医科大学呼吸器内科教授)／藤本伸一(岡山労災病院呼吸器、腫瘍内科部長)

【<https://www.ncc.go.jp/jp/rcc/video/0101/index.html>でビデオ配信中】

◆7月5日(土)

兵庫医科大学市民公開講座



「慢性炎症性疾患としての中皮腫・アスベスト疾患の病態と最新の治療トピックス」講演と患者・家族交流会

講師：南俊行（兵庫医科大呼吸器内科准教授）

【前編】<https://youtu.be/v-eM7HmldOw> 【後編】<https://youtu.be/PRLyA9N-Kj8>

◆7月12日（土）

中皮腫ZOOMサロンスペシャルバージョン

毎週水曜日午後に行っているオンラインでの患者・家族サロンに、「胸膜中皮腫患者」「腹膜中皮腫患者」「患者と遺族」の3つのブレイクアウトルームを設け交流した。

◆7月13日（日）

中皮腫とともに生きる福岡集会／19日（土）アスベスト疾患患者と家族の声をつなぐ名古屋集会

患者、家族の経験を聞く講演のあと、リアルに患者・家族交流を行い新しい方々との出会いもありよい時間を共有できた。

◆7月26日（土）

築地セミナー@国立がん研究センター

講演「中皮腫治療の“次”を一緒に考える：標準治療のあとにできること、これからの可能性」吉田達哉医師（国立がん研究センター中央病院呼吸器内科・先端医療科）

講演ののち吉田医師に小島

勇貴医師（同腫瘍内科）を加えて、参加者からの質問に答えるかたちでディスカッションを行った。2部では患者と家族にわかれて交流の時間をもった。

大阪から参加された松浦成昭 大阪国際がんセンター総長からの挨拶もあった。



（関西労働者安全センター）

労働者性認めぬ不当判決

東京地裁●建設労働者の振動障害

2023年12月、労働者と認めなかった労働基準監督署の判断を不当として、労災（振動障害）の不支給決定取り消しを求めて東京地裁に提訴した、アンカー工の中川邦彦さん。2025年9月24日、東京地裁は、中川さんを労働者と認めず、一人親方であるとして労災の不支給決定を維持する不当判決を下した。

東京地裁は、中川さんの労働者性について、①会社の指揮監督下にあったかどうか、②仕事を断る自由があったかどうか、③時間や場所の拘束があったかどうかなど、国が1985年に定めた「労働者性」の判断基準の枠内で検討した。中川さんの弁護団は、国の判断基準が恣意的で不当なものであると指摘したが、裁判所はその主張を退けた。

さらに、裁判所の検討内容は、現場の実態を無視したずさんなものだった。裁判所は、中川さん

を雇用していた建設会社E社について、中川さんはその指揮監督下になかったと判断した。また、E社からの仕事の依頼を断る自由もあったと判断された。時間の拘束性については、毎日夕方5時まで現場での業務に拘束されていたと認めつつ、E社の就業規程で定められた終了時間と異なるという理由で否定された。場所の拘束性についても、もともと建設現場に縛られる仕事だから労働者性とは関係ないと判断された。

一方、判決では、中川さんが途中からE社と雇用契約を結んでいたこと、同社で健康保険・厚生年金・雇用保険に加入していたこと、保険料が固定給から天引きされていたこと、建設現場での入場書類に「E社の労働者」と記載されていたこと、等を事実と認めた。しかし、裁判所は、それらすべてを「Eの社が中川さんを労働者として扱っている外観を作

出するためのものである」として否定し、労働者性を認めなかった。

近年、国土交通省が、建設現場で働く労働者を雇用して社会保険・労働保険に加入させるよう、建設業界への指導を強めてきた。E社は、こうした状況を受けて中川さんと雇用契約を結んだのだが、裁判所はそれを労働者と見せかけるE社の工作にすぎないとして、労働者と認めなかった。

たのである。

今回の事件は、国土交通省が進めてきた建設労働者の保護政策を、労基署や裁判所が否定し、その結果、現場の労働者が振り回されるという非常に理不尽な状況になっている。中川さんは今回の判決を納得できないとして、東京高裁に控訴した。当センターとしても、裁判支援の取り組みにさらに力を入れていく。



(東京労働安全衛生センター)

をしただけで疲れてしまい、そのまま横になられた。また見舞にかがうことを伝えて病院を離れたが、結局この機会が唯一本人の話聞く機会となった。

本人から所属事業所について聞いたところ、三刀屋と木次にそれぞれ所属したことのある事業所があることがわかった。あ

三刀屋の事業所は現存しており、訪問して事情を話すと事業主の伊東さんは事業主証明について快諾してくれた。この事業所では家屋の解体からその後の新築工事まで請け負うほか、リフォームも行っている。フレキシブルボードなどを扱っていたこともはっきりしているほか、先代の事業主も肺がんで亡くなっているという。当代も「私もずいぶんアスベスト粉じんを吸ってきたはずだから…」と不安そうに語った。

木次の事業所は、すでに廃業されているが、青山さんという方が事業主だった。話をうかがうと青山さんと被災者はともに藤原工務店という事業所で先輩・後輩の間柄だったという。青山さんが独立した後、その会社で職人として活躍していたのが被災者であった。藤原工務店で青山さんの後輩だったこと、その後青山さんが業を興し、閉鎖するときまで被災者が働いていたことを証明してくれたので、被災者の中学卒業以降のすべての就労期間を客観的に明らかにすることができた。石綿曝露状況についても、大手建設会社が施工する鉄骨造の現場において、一般的に用いられる石膏ボードのほか、吹付

アスベストがハイゴンしてきて…

島根●まだまだ補償情報に乏しい地域事情

島根県雲南市で中皮腫に罹患した被災者は、令和5年末から療養を開始していたが、被災者の弟である康雄さんがアスベスト救済基金に相談をしたのは令和6年の夏であった。

発症当時、医師からは本人に「中皮腫という、アスベストが原因の病気です」と伝えられただけで、公的支援につなぐことはなかった。康雄さんは被災者の療養開始直後にテレビCMで見かけた弁護士事務所に電話をしたこともあったが、労災や救済給付を受けていない被災者の対応はしてもらえないと知り、半ばあきらめていた。

1年ほど経ったのち、康雄さんの妻が、神戸新聞に載っていたアスベスト救済基金のホットライン記事を康雄さんに見せた。電話

相談と書いてあるのを見て、昨午かけた弁護士事務所の対応が苦い思い出としてよみがえってきたが、被災者である兄の体調も芳しくないため、康雄さんはあらためて相談することにした。相談を通じてはじめて療養について公的支援を受けられることを知り、さっそく手続きを進めることにしたが、兄もいよいよ緩和ケアに入り、時間は限られていた。

間もなく、兄の入院する病院に基金担当者を伴って訪問した。兄は当時73歳だったが、発症直前まで大工として働いてきた体はよく引き締まっており、寝間着に長い髪を後ろで結んだ姿で胡坐を組む姿勢はまさに職人といった風情であった。職歴や作業内容については覚えていることを少しずつ話してもらえたが、十数分話

や断熱材などの建材からも石綿粉じんが曝露していたという。「当時はアスベストが危ないなど聞かされておらず、マスクもせずに作業をしていた」という話は地域差がなく、青山さんは「最近になってアスベストがハイゴンするようになってきた」と言ったが、「ハイゴン」とは土地の言葉で「うろたえること、さわぐこと」という意味で、石綿の危険性が広く認識されたのは最近のことであると言っているのである。

兄の勤め先を駆け足でまわった康雄さんは、その後何度か自宅のある加古川と出雲を往復し、兄の最期を看取った。葬儀には、伊東さんのご家族や青山さんのご家族も列席され、事前に会うことがなければ、弔問に来られても誰か分からないままだったはずの兄の知人ともゆっくり話をする機会が得られたという。

このケースは2025年6月4日に業務上認定を受けたが、医療機関において被災者やその家族に対して石綿関連疾患に対する労災請求や石綿救済法上の情報がまったくなかったことが気になった。統計資料を見ると、石綿救済制度発足後から昨年3月31日までの間、島根県で救済法上の認定を受けた数は79件である。うち労災の時効救済は16件であった。労災請求については平成20年から令和5年まで70件の労災請求のうち、65件について支給決定がなされている。その内訳は、中皮腫38件に対し、肺がんは27件であるが、ひょうご労働安全衛生センターの西山さんの分析

によると、労災請求において確実に支給決定がされると考えられるケースのみ受け付けて、業務上外について不確かなものは監督署で門前払いをしているおそれがあるという。

石綿の危険性に対する認識については、すでに述べたように

地域差があるわけではない。石綿に原因が認められる肺がんやびまん性胸膜肥厚など見落とされている可能性もあり、このケースをきっかけに地域で「ハイゴン」して、被災者掘り起こしに



つなげていきたい。

(関西労働者安全センター)

2年6か月かかつて給付金認定 東京●労災保険加入歴のない建設労働者

Oさんの夫は、1964年から2004年頃まで、自営業で冷暖房設備のダクト設置工事の請負をしていた。仕事はマンションやオフィスビル、病院、学校などの新築や改修工事現場で、空調設備のダクト配管を取り付ける。現場によっては、天井、壁、梁、鉄骨部にアスベストの吹き付けがあり、一部それを剥がして工事する。配管ダクトに巻き付ける保温材には石綿が含まれおり、接合部分には石綿含有のパッキンを入れる。配管の長さや形状に合わせて保温材やパッキンを切断加工する際には、石綿の粉じんが飛散したと思われる。

夫は、2017年頃から咳や痰がひどくなり、近くの病院に通院するようになった。主治医の勧めもあり、石綿健康被害救済制度の認定申請をしたところ、2018年4月に「著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚」として認定された。その後療養をつづけた夫は、

2022年1月に死亡した。死因は「CO2ナルコーシス、うつ血性心不全」だったが、葬祭料が支給された。

夫には労災保険の特別加入歴がまったくなく、労災は難しいと判断。2022年12月に「特定石綿被害建設業務労働者等に対する給付金（建設アスベスト給付金）」を通常申請することにした。

申請後、厚生労働省の建設アスベスト給付金担当から、執拗に就業歴や石綿ばく露作業の内容が確認できる資料の提供を求められた。しかし、夫は仕事をやめてから、請負契約や作業台帳、会計帳簿などをすべて処分しており、取引先の関係資料もほとんど残っていなかった。苦肉の策として、Oさんの息子とその友人が、高校時代にアルバイトとして父親の仕事を手伝ったことあったため、その二人と妻であるOさんに申立書を作成してもらい、提出した。

その後1年近く、厚生労働省からはなんの音沙汰もなかったが、2025年7月初め、Oさんから私の携帯に電話が入った。「認定通知が来ました！」とのこと。認定決定日は6月末日付けだった。実に申請から2年6か月が経過していた。

2025年9月24日現在、建設アスベスト給付金審査状況は、審

査件数は9,229件、認定相当が8,719件、不認定相当が326件となっている（建設アスベスト訴訟全国弁護団まとめ）。

Oさんの場合、通常申請のため「労災支給決定等情報提供サービス」が適用されないとともに審査に時間がかかった原因のひとつと思われる。



（東京労働安全衛生センター）

30年目の震災と向き合う

兵庫●関西学院大学の学生たち

関西学院大学の学生の皆さんはゼミ活動の一環として、「阪神淡路大震災における30年限界説」をテーマに、災害の教訓について研究を進めている。そのなかで、震災から30年が経過した現在もアスベストによる健康被害のリスクが続いていることに関心を持ち、当センターに話が聞きたいと連絡があった。

学生3名が初めてひょうご労働安全衛生センターを訪れたのは2025年2月25日だった。この日が1回目の聞き取りの場となり、アスベストの基本的な性質や、吸引によって引き起こす健康被害、災害時の曝露リスク、補償制度の仕組みなどについて資料を交えて解説した。学生たちにとっては初めて耳にする内容も多く、アスベストの問題がいかに深刻かを知る機会になった。学生からは、「誰がどのように曝露していたのか」

「今も危険が残っている場所はあるのか」といった質問も出され、学生の関心の高さがうかがえた。

この聞き取りを経て、学生の皆さんから、「実際の被害者やご家族の話を直接聞いてみたい」という強い要望があり、4月9日に2回目の聞き取りが行われた。この日は、「中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会ひょうご支部」の世話人である山口さんと福岡さんに協力していただいた。二人からは、大切な人を病気で失った体験やそれに伴う様々な苦労などが語られた。また、患者と家族の会で取り組んでいる活動や、制度改善への取り組み、今後に向けた課題についても話をされ、学生たちは終始真剣な表情で王手を傾けていた。「人の命や人生に深く関わる問題なのだ」と、学生たちは深く受け止めている様子だった。

前回の聞き取りから疑問に思ったことや気になったことを深掘りしたいと、さらに5月16日に3回目の聞き取りの場が設けられた。福田さんから診断がつくまでの苦労や補償制度の壁、周囲の無理解など、被害の現実を赤裸々に語られた。また、阪神・淡路大震災当時の様子や、崩れた建物から発生したアスベスト粉じんにより、地域住民や作業員、復旧支援に際わったボランティアがどのようなかたちで曝露したのかについて、当時の現場の写真を用いて、より具体的に語られた。聞き取りの終盤には、学生から、「アスベストの情報が伝わっていれば防げた被害もあったのではないか」といった声もあり、問題の構造にも目が向き始めていることがうかがえた。

3回の聞き取りを行ってきた学生の皆さんに、活動を通してアスベストに対する印象がどのように変わってきたか聞いた。

「最初は“アスベスト”って名前を聞いたことがあるくらいで、身近な問題だとは思っていませんでした。でも話を聞いたり調べたりする中で、街でこの言葉を見たり聞いたりすると気になるようになって、自分にも関係のあることなんだと感じるようになりました。」

「正直、ゼミで取り組まなかったら関わりなかったテーマだと思います。とくに、震災直後だけでなく、復興作業やボランティアの中でも被害が出ていたことを知って、自分にもつながる問題だと実感しました。」

「被害者の方や家族の話を聞

いて、「こうしてほしい」「こうなってほしい」という思いをたくさん聞きました。それを自分たちの中だけにとどめず、周りの人にも伝えていくのが、自分たちの役割かもしれないと思うようになりました。」

ゼミ活動で取り組んでいる「30年限界説」について、聞き取りを通してどのように感じているか聞いた。

「最初は30年も経てば記憶なんて薄れていくものだろうと思ってはいたけど、話を聞くうちに「限界で終わらせてはいけない」という思いが強くなりました。何もしなければ忘れられてしまうけれど、何か行動し続ければ風化を妨げるかもしれないと思いました。」

「やっぱり限界なんて言葉で終わらせたくないです。被害者や家族が必死で声をあげているのに、それを限界という言葉で終わらせてはいけないと感じています。」

「限界説を越えるためには、今回学んだことをどうやって社会に届けるかが大事だと実感しました。今回の聞き取りは、その第一歩になったと思っています。」

このような言葉の一つひとつから、学生たちがアスベスト問題を「過去のこと」ではなく、「自分たちの課題」として受け止めていることが伝わってきた。「30年限界説」を乗り越え、被害の記憶や教訓を次の世代へと受け継いでいくには、こうした若者の姿勢が重要である。

私たち支援団体にとっても、学生たちと対話を重ねるなかで、多くの気づきや励ましを受け取っ

た。今回の取り組みはまだ始まりにすぎないが、この出会いがアスベスト問題をより多くの人に届ける新たな一歩となると感じている。今後も、世代を超えたつなが

りと学びを大切にしながら、アスベスト問題についてともに取り組んでいきたいと考えている。



(ひょうご労働安全衛生センター)

連続夜間労働中止の要求

韓国●空港子会社や地下鉄清掃労働者

■第1四半期の建設業事故死亡者の割合、鉱業に次いで二番目

今年第1四半期の建設業が、鉱業に続いて2番目に事故死亡者の割合が高い業種であることがわかった。

韓国建設産業研究院が6月16日に発表した「2025年第1四半期建設業事故死亡者状況」によれば、第1四半期の建設業の事故死亡万人率（勤労者1万人当たり死亡者比率）は0.43を記録した。業種別では鉱業が1.13で最も高かった。運輸・倉庫・通信業（0.25）、林業（0.20）、電気・ガス・蒸気と水道事業（0.12）などが後に続いた。製造業（0.10）は産業全体平均（0.10）水準で、金融と保険業などは、事故死亡万人率が0.00だった。

年度別の建設業での事故死亡万人率は2021年第1四半期に0.56を記録した後、2022年第1四半期0.53、2023年第1四半期0.40などと減る傾向だったが、昨年第1四半期に0.43に反騰した後、今年も同じ水準を維持した。

これは今年2月、釜山の建設

現場での火災事故（死亡者6人）と、安城市のソウルー世宗高速道路の橋梁崩壊事故（死亡者4人）などの大型事故が発生したことが、今年第1四半期の建設業事故の死亡万人率に影響を与えたものとみられる。

今年第1四半期の建設業種の疾病死亡者も、前年比で1.4倍増加した。建設業は特性上、他の産業に比べて疾病死亡者の割合が少ない産業だが、今年第1四半期の場合、疾病死亡者数が55人を記録し、前年（39人）より増えたのはもちろん、歴代最大規模と集計された。

これによって、今年の業種別疾病死亡万人率でも、建設業（0.24）が鉱業（107.11）に次いで2番目に高い数値を示した。

2025.6.18 京郷新聞

■空港の夜間労働で脳心血管疾患・不妊・流産…労組「連続夜間労働を廃止せよ」

仁川国際空港の子会社の労働者たちが連続的な夜間勤務で健康を脅かされているとして連

続夜間勤務を廃止するように要求した。

公共運輸労組仁川空港地域本部は6月17日、仁川国際空港で記者会見を行い、連続夜間勤務の廃止と四組二交代の施行を追求した。

仁川空港の正規職労働者たちは2007年から連続夜間勤務が中止された。子会社の労働者たちにも2017年以後、四組二交代勤務の改編が約束されたが、現在までに履行されていない。夜間勤務は午前勤務より事故の危険性が30%高く、生体リズムの変化で脳心血管疾患が発生する危険がもっと大きいという。

3月15日、仁川空港第二ターミナルで、29歳の青年労働者が夜間勤務中に死亡した。その後、3月19日と20日にも、2人が続いて倒れた。倒れたシン某氏は2008年から15年間、シャトルトレインの整備業務を行い、三組二交代で連続夜間勤務をしてきた。彼は非常事態にいつでも備えるために、常に無線機を持ち歩き、24時間ずっと待機しなければならなかった。出・退勤をすると、休める時間が足りないため、夜間勤務と夜間勤務の間には退勤せずに会社にいるか、車で休んだ。空港利用客が多くなり、昨年、列車が4両増えたが、人員は増えなかった。そうした中で3月、彼は夜間勤務の出勤準備をしていた時に、結局倒れた。

仁川空港の保安警備分野で約9年間、三組二交代で連続夜間業務を行っていたコ某氏は、2023年の夜間出勤前に頭痛を

起こし、119に通報した後、脳出血で倒れた。彼は応急手術後も回復不可の判定を受け、脳死状態に陥った。また、仁川空港旅客サービスの運営部署で10年間三組二交代の形で連続夜間勤務したイ某氏は2022年夏に、子供を流産した。彼女は当時、病院で「夜間勤務が原因と推定される」という医師の所見を受けた。その後、再び妊娠したが、今回は奇形の可能性で、早期育児休職を申請した。

仁川空港地域支部のキム・スンジョン副支部長は、「三組二交代勤務は、連続夜間勤務が必須であり、朝9時に退勤してもまともに休むこともできず、再び夕方6時に出勤して、徹夜で勤務をしなければならない」「正規職はすでに四組二交代に変えた。連続夜間労働が健康を害しており、睡眠障害を起こして病気を誘発するので、子会社所属の労働者たちも四組二交代の勤務体系に改編しようということが、そんなに無理な要求なのか」と話した。

2025.6.18 京郷新聞

■「50年間深夜固定勤務」ソウル地下鉄の清掃労働者

民主女性労組ソウルメトロ支部・都市鉄道グリーン環境支部は6月19日、ソウル交通公社に清掃労働者の健康権保障を追求した。支部は女性清掃労働者は、深夜・固定・連続6日制勤務で、深刻な過労状況に曝されていると訴えた。労働者たちはソウル交通公社の子会社のソウルメトロ環境(1・2・3・4号線)と、ソウ

ル都市鉄道グリーン環境(5・6・7・8号線)所属の労働者たちだ。

支部によると、ソウル交通公社は「駅舎夜間班勤務制度」を運営している。昼間は午前クラスと午後クラスの一週間単位交代である一方、夜間クラスは固定だ。夜間クラスの労働者たちは、午後9時15分に出勤、翌日午前6時15分に退勤するが、6時間30分の賃金しか受け取っていないという。休憩時間の2時間30分を賃金から除外するためだ。

労働者たちは、睡眠障害などの理由で昼間クラス転換を希望しても移動が容易ではない。労働強度の問題も指摘される。昼間クラスは平均4〜5人、夜間クラスは2〜3人の労働者が投入される。ところが2人の場合、休業者の発生で、1か月に平均12日以上は、1人勤務が避けられない状況だ。支部は1人勤務時に労働強度が非常に高く、応急状況が発生する場合、生命が危急になる恐れがあると訴えている。

支部は、会社が産業安全保健法5条(事業主の義務)、81条(睡眠場所の設置)に違反していると主張した。寝室・寝具など、休憩室の備えができておらず、シャワー室もきちんと備わっていないからだ。

支部は、交通公社が直接対応すべきだとし「夜間班四組三交代施行」を注文している。四組三交代のためには、メトロ環境は120人余り、グリーン環境は80人余りの増員が必要だ。

2025.6.19 ハンギョレ新聞

■猛暑の中、宅配労働者が今月だけで3人死亡

宅配労働界によると7月に入って、現場で3人の宅配労働者が続けて亡くなった。

7月4日、仁川地域のあるCJ大韓通運代理店の所長A氏が、車の中で呼吸をしていない状態で発見された。A氏は病院に急いで運ばれたが死亡した。作業点検、分類作業業務を行った後、「車で休む」と言った後だった。

7日にはソウル駅三洞地域を配送していたCJ大韓通運の宅配労働者B氏が、午前7時に出勤した後、嘔吐の症状を見せた。B氏は仕訳作業に参加した後、休息中に倒れて病院に運ばれたが、死亡した。続いて8日には、京畿道地域のCJ大韓通運の宅配労働者のC氏が午後9時頃、部屋の中で意識を失ったまま発見され、病院に移送されたが、やはり死亡した。午後7時に帰宅した後、夕食を終えた後だった。

宅配労組が死亡した3人の労働者に対する健康診断を確認した結果、すべて糖尿・高脂血症など、脳・心臓の血管疾患を患っていた。猛暑の中で有基礎疾患者を中心に死亡事故が発生しているわけだ。とくに、宅配労働者は、野外で長時間・高強度労働をするという点で、猛暑により一層脆弱だ。

宅配労組は、△エアコン付き休憩室の設置、△塩・氷水などの提供、△作業中止権の保障、△作業場内に扇風機・移動式エアコンの設置とターミナルに電力供給の拡大、△車輛ドックに日除け

幕の設置、△冷却ベストの支給などの対策を要求した。また、野外作業保護のための制度改善を求めた。昨年、産業安全保健法に、猛暑時に事業主の義務措置が追加されたが、宅配労働者は「特殊雇用職」として法が適用されない。

宅配労組は、「緊急な対策と法制度的な整備が至急だ」と注文した。韓国労総・全国連帯労組宅配産業本部もこの日声明を出し、「宅配事業者が直接責任を負わなければならない」と要求した。

2025.7.10 毎日労働ニュース

■「カン・テワン労災死亡」8か月目に…業務上過失致死容疑で検察送致

昨年11月、全羅北道金堤市の特装車会社HRE&I（現在「虎龍」）で労働災害で死亡したモンゴル移住青年のカン・テワン氏（当時32歳）の死に対し、警察が部署責任者らを業務上過失致死の疑いで検察に送検した。捜査から8か月目のことだ。

全北警察庁は7月9日、テワン氏の遺族側に、「この事件の被災者の所属チーム長であるイム○○、部署長であるキム○○の業務上過失致死の疑いが認められると判断し、送致決定した」と通知してきた。全州地検に送致した日付けは先月30日だ。送致対象からパク・ジャンヒョン代表は除外された。

1998年に6歳で母親について韓国にきたテワンさんは、26年間未登録移住児童として暮らした。

彼は、滞在資格を得るために韓国の大学入学と卒業を経て、昨年3月に人口激減地域（5年以上居住時に「地域特化型ビザ」発給）で、全北金堤のHRE&Iに就職した。

事件当時は、同社で開発中のテレハンドラー（高所作業車とフォークリフトの複合機）を工場から取り出し、テストの場所に移動する途中だった。テワン氏がリモコンで操縦していた車が出入り口を通過した直後、傾斜路で速度が速くなり、車を体で止めた彼は後ろに押されて、野積していた建設資材の間で押し潰された。該当のテレハンドラーは開発中だったテスト用車両であり、ブレーキが着いていなかった。ビザ取得から4か月後の死だった。

業務上過失致死とは別に、会社と代表の重大災害処罰法違反の有無は雇用労働部が捜査中だ。HRE&Iは職員230人ほどで、重大災害処罰法の適用対象だ。民主労総全北本部のヨム・ジョンス労働安全局長は、「カン・テワン氏が死亡してから、すでに8か月が過ぎている」「重大災害の捜査を急いで終え、事業主を厳重処罰せよ」と追及した。

2025.7.10 ハンギョレ新聞

■33度以上、2時間毎に20分休憩／17日から

体感温度が33度の時、2時間毎に20分以上の休息を義務付ける「改正産業安全保健基準」に関する規則（安全保健規則）が7月17日から施行される。これに違反して労働者が死亡すれば、

事業主は7年以下の懲役または1億ウォン以下の罰金に処される。

雇用労働部は、安全保健規則の改正案を17日から施行すると発表した。昨年10月の産業安全保健法改正に伴う後続措置だ。今までは強制力のないガイドラインで規律した事業主保健措置勧告事項を、事業主が履行すべき保健措置として明文化した。

改正規則は、体感温度が31度以上の猛暑で、労働者が2時間以上の作業をする場合、事業主は室内と屋外との区分なく、冷房・通風装置を設置・稼動したり、作業時間帯を調整しなければならない。措置を取ったにもかかわらず、体感温度が31度以上であれば、周期的に休息を与えなければならない。ただし、時間を特定して休息を付与することが「非常に困難な場合」に限り、個人用冷房装置を支給・稼動したり、冷却衣類など個人用の保冷装具を支給・着用させることで、休息付与に代えることができる。

事業主は労働者が熱中症の症状を見せたり、熱中症が疑われる場合、ただちに119に通報しなければならない。熱中症患者が発生した該当作業及び同種の作業は中止し、温熱疾患予防措置がきちんと履行されているかを点検し、不十分であれば、ただちに改善しなければならない。産業安全保健法39条1項（保健措置）に違反すれば、5年以下の懲役または5千万ウォン以下の罰金に処する。

労働部は、改正規則が現場でよく守られるよう、猛暑高危険事

業場4千か所を対象に、抜き打ち指導・点検する計画だ。また、50人未満の小規模猛暑高危険事業場に移動式エアコン・製氷機など、温熱疾患予防装備を支援するために、計350億ウォンを投入する。

改正規則が施行されても、労働基準法上の労働者でない者は、保護対象から除外されるという限界がある。とくに、配達ライダー、宅配労働者、家電製品設置・修理技師のような特殊雇用職の移動労働者は、猛暑に露される可能性が大きい。安全に仕事をする権利をきちんと保障されない。労働部は宅配・配達など、移動労働者の温熱疾患予防のために、地方自治体、プラットフォーム運営会社などとの協業を強化するという方針だ。

2025.7.15 毎日労働ニュース

■SPC工場で3年間に3人が過労死／いずれも「昼夜二交代」勤務だった

シャニー・パルクロワッサンなど、SPCグループ系列会社の製パン工場で、最近3年間に労働者3人が過労死したことがわかった。死亡した労働者は全員昼夜二交代勤務者だった。最近の4年間にSPC工場で作中に機械に挟まれて亡くなった労働者3人の内、2人も夜間勤務中に事故に遭った。無理な交代勤務が労働者を死に追い込んでいる。

過労死労働者3人の業務上疾病判定書によれば、勤労福祉公団の業務上疾病判定委員会（以下、委員会）は、共通して交代勤

務制を過労死の主要原因と指摘した。SPCは2組2交代勤務制で、事故当時の延長勤務を合わせて、長くは一日11時間ずつ、夜と昼を変えながら働いた。夜間勤務は、世界保健機関（WHO）傘下の国際がん研究所（IARC）が2級発がん物質に指定するなど、人体に致命的だ。

シャニー所属のパン職人として働いていた61歳の男性Aさんは、2020年4月末、突然激しい頭痛を訴え、意識を失って倒れた。脳出血だった。30年以上シャニーでパン職人として働いて定年を迎えた彼は、嘱託職として仕事場に戻って1年7か月目だった。病院に搬送されて治療を受けていたが、昨年死亡した。脳出血発病前の12週間、Aさんは1週間平均54時間43分働いた。1週間毎に昼間勤務と夜間勤務を変えながら働いたという。委員会は彼が「慢性的負荷」に苦しんでいたと判断した。

三立で検収作業をしていた53歳の非正規職の女性労働者のBさんは、仕事をして4か月後の2023年2月、寮で遺体で発見された。今回も脳出血だった。死亡直前の12週間、彼女の1週間の平均勤務時間は52時間46分だ。隔週で昼夜交代勤務をしていた彼女は、休日にも7回働いた。3時間ずつ延長勤務する日が週4日だった。このような日は11時間一杯にして働いた。委員会は故人が患っていた高血圧が「業務的負担要因で悪化した」と見た。

パルクロワッサンで生産製品検収の仕事をしていた40歳の男性

Cさんは、2023年6月に自宅で倒れているのが妻に発見された。死因は心冠動脈硬化による心臓疾患で、彼は死ぬ前の7日連続で一日に10時間働いた。

韓国産業安全保健公団が出した「長時間勤労者保健管理指針」は、長時間労働者の健康障害予防のために一日11時間以上の延長勤務と4回以上の夜間勤務をしないよう勧告する。死亡労働者の勤務時間を見れば、SPCはこうした勧告が許容する最大値で勤務時間を運用していた。

SPCグループが6月に国会に提出した「安全経営革新方案報告書」によれば、4月基準で二組二交代で働く労働者比重は、シャニーが34.4%、パルクロワッサン58.5%、SPLは66.2%に達する。過労死した労働者が働いていた工場には、今も約3200人が勤めている。

SPCグループは、「鮮度が重要な一部パン製品の特性上、夜間生産が避けられない状況だが、職員の疲労度を低くするために努力している」「夜間延長勤務時間を減らし、二組編成勤務の場合、一日平均勤務時間は10時間内外」と説明した。

2025.7.17 ハンギョレ新聞

■「23人死亡」アリセル惨事の責任者に、検察が懲役20年を求刑

7月23日、水原地裁201号法廷。昨年6月、華城市のリチウム電池メーカーのアリセル工場で発生した火災で亡くなった労働者

23人の名前が順に鳴り響いた。傍聴席に座っていた遺族の間からすすり泣きが聞こえた。遺族の法律代理人であるソン・イクチャン弁護士は、「残念な死が再発しないように厳罰を下してほしい」と話した。「アリセル惨事」が発生して1年が過ぎたこの日、刑事14部の審理で、事故責任者に対する結審公判が開かれた。検察は、アリセルのパク・スングエン代表に懲役20年、息子のパク・ジュンオン総括本部長に懲役15年を求刑した。「重大災害処罰などに関する法律」施行後、3年を越える期間に、実刑宣告が5件に止まったことに照らしてみれば、異例的に重い処罰を法院に要請したのだ。

検察は、「今回の事故は単純な事故ではなく、企業が利潤追求に血眼になって、非熟練労働者が不法派遣され、最小限の安全対策や教育もなく、納品日程に合わせるために無理に生産を強行したために発生した人災」で、「23人の大切な生命を失うなど、被害規模の面でも前例を探るのが難しい事件だ」とした。続けて、「重大災害処罰法の立法趣旨に合うような企業活動をするように警戒心を高める次元でも、厳罰は避けられない」と検察は付け加えた。

検察は、アリセルが損害賠償額の支払いを回避するために、軍納用二次電池の納品日程に合わせようと無理に生産量を増やしたことが事故の原因と見た。アリセルは実際の事故の約1か月前から、未熟練の不法派遣労働者を従来の2倍の水準にまで増

やし、一日の生産量も約2倍増やした。不法派遣労働者は、火災時の待避路案内など十分な安全教育を受けられないまま作業に投入された。遺族たちは、避難路だけでも事前に正確に案内されていれば、死亡者の規模を減らすことができたはずだと主張してきた。

検察は、とくにパク・スングエン代表に対して、「経営責任者でありながら犯行を否認し、刑事責任を免れるために他人に責任を転嫁している」と強調した。パク・スングエン代表がアリセルの実質的な経営責任者は自分ではなく息子のパク・ジュンオン本部長だと主張してきたことに、正面から反論した。

2025.7.23 ハンギョレ新聞

■すでに14件目、給食労働者が肺がんで死亡／「予防対策もなく、劣悪な労働環境のまま」

京畿道平澤のある小学校で働いていた給食労働者のAさんが6月31日、肺がんで亡くなった。全国の学校給食室で働いていて肺がんで死亡した事例は、今回が14件目。Aさんは1998年に給食室で働き始め、22年働いた後に定年退職したが、生計問題などで再び現場に復帰し、給食代替要員として働き、2023年に肺がん3期の診断を受けて抗がん治療を続けてきたが、結局亡くなった。

全国の学校給食労働者の内、肺の異常所見を受けた比率は30%に迫る。200件以上の肺がん労災申請中、4月までに175件

が認定された。

教育部は2023年に「学校給食調理環境改善方案」を発表し、換気設備の改善などを約束したが、給食室の労働環境は依然として劣悪な水準だ。世界保健機関（WHO）傘下の「国際がん研究所」は調理ヒュームを発がん物質に分類しているが、雇用労働部は現在まで調理ヒュームを産安法上の有害因子に指定していない。

慢性的な人材難も労働強度を高める。今年の3月現在、全国17市・道教育庁の調理実務者の採用未達率の平均は29.1%だ。1人当り適正食数人員は60～80人だが、給食労働者の平均食数人員は114.5人にもなる。最近5年間、全国の学校給食室で発生した労災は2020年701件から2024年2166件へと3倍以上に増加した。昨年の学校給食室の労災率は3.7%で、全体の労災率0.67%より5倍以上高かった。

2025.8.3 京郷新聞

■週4.5日制モデル事業「生命安全・危険業務」から

李在明政府が、「週4.5日勤務制」の段階的施行のために、年内に実労働時間短縮支援法を制定し、実労働時間短縮のロードマップを発表する。長時間労働が労災死亡事故につながりやすい生命安全業務、過労死、労災高危険業務を中心にモデル事業を実施する。

大統領が連日強調している労災予防対策が輪郭を現した。労災の縮小と予防のために雇用

労働部に「労働安全一次官」を新設したり、産業安全保健本部長を次官級に格上げする。建設業と公共機関・製造業の「元請け・下請け統合安全保健管理体系」の構築を義務化する。

労使の争点にも正面から対応する。65歳の段階的法定定年延長のための、年内立法も行う。5人未満の事業場への勤労基準法は、2027年までに全面適用とする。プラットフォーム・特殊雇用労働者を対象にした「勤労者推定制度」は、別途の労働者判断委員会を作り、マニュアルを作る方法で実施する。

8月1日に、国政企画委員会が大統領室に報告した123の国政課題、564の細部実践課題の内、労働国政課題は6個、細部実践課題は28個であることが確認された。6個の課題は、△働くすべての人が健康で安全な国、△差別と排除のない職場、△労働尊重の実現と労働基本権の保障、△仕事、家庭、人生が共存する幸せな職場、△統合と成長の革新的な雇用政策、△人口・気候危機とデジタル変化に対応する労働の大転換だ。

週4.5日制は、経済協力開発機構（OECD）の平均水準に労働時間を短縮することが大きな目標だ。そのために今年、「実労働時間短縮支援法」を制定し、12月には、実労働時間短縮ロードマップを発表するという構想だ。2026年には、中央政府と地方政府が協力して、生命安全業務、過労死、労災高危険業務が中心の中小・中堅企業を中心に、週4.5日

制の示範事業の導入を支援する。2028年の法定労働時間短縮によって週4.5日制を導入し、任期内に関連法を改正するというのが目標だ。

「無料労働」を根絶するために包括賃金制を廃止し、労働時間測定記録を義務化する場合の勤労基準法改正を来年に終え、翌年から施行する計画だ。

労災予防行政を強化するために、労働部に「労働安全一次官」を新設したり、産業安全保健本部長を次官級に格上げする。元・下請け統合安全保健管理体系構築のために、建設業員・下請け安全保健協議体の構築を義務化し、その対象を現行工事金額120億ウォン以上から50億ウォン以上に拡大する。公共機関と、社内下請けがいる50人以上の製造業も、元請け・下請け共同産業安全保健委員会の構成を義務化し、下請け労使の参加保障を推進する。

労災予防をしない場合、事業主の処罰を強化し、危険性評価を実施しなかったり必須手続きを抜けば、ペナルティーを賦課する計画だ。労働者の安全な作業環境のために産業安全保健法を改正し、労働者の作業中止権の要件を緩和した。労災審査期間が長くなるために生じる労働者の苦痛を減らすために。労災先保障制度の導入も含まれた。

5人未満の事業場の労働者への勤労基準法全面適用は、段階的に施行する。使用者の金額負担が少ない分野からだ。今年下半期に、職場内いじめと母性保

護部分を適用し、翌年に労働時間と加算手当を、2027年には、有給公休日と代替公休日、年次休暇、有給休暇、就業規則など、残りの規定をすべて適用することを課題とした。

2025.8.4 毎日労働ニュース

■「安全な職場づくり」国民の意見を聞く

雇用労働部が8月11日から、労災予防と安全文化定着のための国民提案を受け付ける。労働部は、現場の生の意見を土台に労災予防課題を発掘し、「労働安全総合対策」にも反映する計画だ。

国民の誰でもオンラインによって、△現場の目で建議する産業安全制度改善事項、△担当者が知らせる効果的な労災予防方案、△国民が考える安全文化の定着と認識の転換方案など、多様な意見を提示することができる。提案は今月27日まで受け付ける。この内、共感が大きい事案については、来月初めに開かれる予定のタウンホールミーティングに提案者を招待し、金英勲労働部長官が直接答える時間も持つ予定だ。

2025.8.7 毎日労働ニュース

■労災保険金、判定遅延時は「政府が先払い」／「国家責任の強化」

労災申請に対する判断が長くなった時は、労災保険金を政府が労働者に先に支給する方案が推進される。また、業務上の疾病に対する勤労福祉公団の立

証責任を強化する方案も同時に推進される。

8月10日、国政企画委員会の話を総合すると、国政企画委員会は最近、このような内容を骨子とした、労災保険体系改善方案を国政課題として確定し、大統領室に報告した。この方案は大統領の大統領選挙公約の労働分野公約にも含まれていた。

核心は、法定災害調査期間が過ぎれば、保険金を先に支給した後、労災と認められなければ、先に支給した保険金を還収する方案だ。労災の判定に長い時間がかかり、現実の労働者の生活苦と治療の空白を考慮した措置だ。雇用労働部は、法定災害調査期間をどのくらいにするかを検討中だ。その他にも、労災判定資料の公示と労災判定機構の公正性強化方案も国政課題に含まれた。とくに、勤労福祉公団に立証責任がある「業務上疾病」の種類を拡大する方案も推進される。

2025.8.11 ハンギョレ新聞

■日東オプティカル労働者の白血病、労災認定

LCD偏光フィルムの製造業者である韓国日東オプティカル平澤工場で、20年以上働いて有害化学物質に露され、白血病の診断を受けた労働者が労災を認定された。

8月11日、「半導体労働者の健康と人権を守り会」(パナリム)によれば、韓国日東オプティカルで働いたAさんは、4日に勤労福祉公団から「労災認定」の通知を受

けた。4月25日に公団に療養給付の申請してから3か月目のことだ。

2002年2月にオペレーターとして入社したAさんは、昨年12月、慢性骨髄性白血病の診断を受けた。Aさんは週間連続の三組二交代勤務で、切断・塗装・溶解の工程で業務をしてきた。ホルムアルデヒドなどの有害物質に持続的に曝された。

ソウル南部地域の「業務上疾病判定委員会」は、「作業環境測定の結果で、2015年から2019年の間に、ホルムアルデヒドが反復的に検出された事実から見て、申請人が長期間該当業務を遂行する過程で、ホルムアルデヒドに持続的にばく露したものと見られ、勤務期間を考慮すれば、累積ばく露量が、傷病の発病に影響を及ぼす程多いと判断される」とし、「傷病と業務との相当因果関係が認められる」と明らかにした。

パナリムと金属労組はこの日声明を出し、「この間、会社は労災の事実を否認・反論し、治療費や有給病気休暇など、何の措置も執らなかった」「労災が認められた以上、今からでも当事者に真心のこもった謝罪と、責任ある姿勢で正当な補償をしなければならない」と主張した。また、「韓国日東オプティカルでは血液がんの被害者だけで、少なくとも3人」で、「局所排気装置・換気システムが不十分だったため、発がん物質にばく露され、がんの発病まで至った」と強調した。

2025.8.11 毎日労働ニュース

(翻訳：中村猛)



全国労働安全衛生センター連絡会議

〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1 Zビル5階
TEL (03)3636-3882 FAX (03)3636-3881 E-mail: joshrc@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 ほくろビル4階 | E-mail 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
TEL (03)3683-9765 / FAX (03)3683-9766
http://www.toshc.org/ |
| 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
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
TEL (027)322-4545 / FAX (027) 322-4540 |
| 長野 ● NPO法人 ユニオンサポートセンター
〒390-0811 松本市中央4-7-22 松本市勤労会館内1階 | E-mail ape03602@go.tvm.ne.jp
TEL (0263)39-0021 / FAX (0263) 33-6000 |
| 愛知 ● 一般社団法人名古屋労災職業病センター
〒466-0815 名古屋市昭和区山手通5-33-1 | E-mail roushokuken@be.to
TEL (052)837-7420 / FAX (052) 837-7420
https://www.nagoya-rosai.com/ |
| 三重 ● みえ労災職業病センター
〒514-0027 津市大門20-11 | E-mail QYY02435@nifty.ne.jp
TEL (059)225-4088 / 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
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
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
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
TEL (086)232-3741 / FAX (086) 232-3714 |
| 広島 ● 広島労働安全衛生センター
〒732-0825 広島市南区金屋町8-20 カナヤビル201号 | E-mail hirosshima-raec@leaf.ocn.ne.jp
TEL (082)264-4110 / FAX (082) 264-4123 |
| 鳥取 ● 鳥取県労働安全衛生センター
〒680-0814 鳥取市南町505 自治労会館内
〒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@tokushimajtuc-rengo.jp
TEL (088)623-6362 / FAX (088) 655-4113 |
| 高知 ● NPO法人 高知県労働安全衛生センター
〒780-0011 高知市薊野北町3-2-28 | E-mail 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 (勤労者医療生協本部) | TEL (097)568-2299 / FAX (097) 568-2317 |



安全センター情報 2026年1・2月号 (通巻第544号) 2026年1月15日発行 (毎月1回15日発行)
〒136-0071 東京都江東区亀戸7-10-1Zビル5階 全国労働安全衛生センター連絡会議
TEL (03) 3636-3882 FAX (03) 3636-3881
Japan Occupational Safety and Health Resource Center
TEL: +81-3-3636-3882 Fax: +81-3-3636-3881
URL: <https://joshrc.net/>

JOSHRC
情報2026年1・2月号(通巻第544号) 2026年1月28日発行
1979年12月28日第三種郵便物認可
〒0071 東京都江東区亀戸7-10-1Zビル5階 全国労働安全衛生センター
TEL(03)3636-3882 FAX(03)3636-3881
JOSHRC: Japan Occupational Safety and Health Resource Center
Z Bldg., 5F, 7-10-1 Kameido, Koto-ku, Tokyo, Japan
Phone +81-3-3636-3882 Fax +81-3-3636-3881
E-mail: joshrc@joshrc.net URL: <https://joshrc.net/>