

安全・衛生 ———— じゃーなる Journal

121
2016.02

〒060-0004 札幌市中央区北4条西12丁目 ほくろビル4F TEL011-272-8855 FAX011-272-8880 発行責任者：松浦 俊一



第27回 じん肺・アスベストプロジェクト

石綿救済法成立から10年 充実した見直しを



2月14日、全国の労働安全衛生関係者とアスベスト訴訟を担当する弁護士や医師が参加して、標記のプロジェクトが開催され、参加しました。

このジャーナルでも何回か問題提起していますが、2005年に兵庫県尼崎市のクボタの旧工場における従業員のアスベスト労災の記事によって、周辺住民にもアスベスト被害があることが公表され、全国的に社会的な大問題になりました。

我が国のアスベスト(石綿)の完全使用禁止は、2004年と相当遅れてしまいました。高度成長とともに多くの建材・製

品に「使い勝手の良い」アスベストが使われ、例えば建設材などの断熱・不燃対策物や建築構造物の防錆・吹きつけ材、住宅の断熱・配管の防露(結露防止)などとして使用されてきました。

国内で費消されたアスベストの総量は1千万トンといわれています。アスベスト・石綿は燃えません。分解することはありません。したがって、その1千万トンは、いまでも国内のどこかに存在し続けています。

アスベスト・石綿を原因とする疾患は潜伏期間が40年以上と長いいため、70～90年代の消費ピーク時期にアスベストばく露した労働者が、中皮腫や肺がんなどを発症するのは2030年頃にピークを迎えます。

北海道においても、ホテルの営繕や情報関連の労働者など、2014年度まで538事業場で662人がアスベストによる労災と認定され、また、公務災害としては、苫小牧の元教員に中皮腫の認定がありました。

苫小牧のH元教諭は、1997年に退職するまでの40年間、苫小牧市内の6カ所の小学校で勤務しました。退職後5年たった2002年10月に突然、咳や胸痛、発熱がでたため「風邪」かと思い受診したところ、右肺に胸水が見られ、精密検査により、「悪性胸膜中皮腫」と診断されました。その後、右肺摘出や放射線治療、抗がん剤治療を受けましたが、3年後の2005年8月に68才で死亡されました。

この例の特殊性は、職歴にも生活環境にも、クボタのようにアスベストが「特に高濃度」ではなかったことにあります。いうならば低被ばくによる中皮腫です。

元教員のご遺族は「原因を知りたい」と、5年間にわたって校舎改築の経緯などを詳しく調べ、2010年苫小牧市教育委員会に公務災害認定を求めましたが、2013年10月に「公務外」と判定されました。



そこで地方公務員災害補償基金北海道支部審査会に不服審査を求めたところ、2014年3月に決定がくつがえって「公務上の災害」と認定されました。

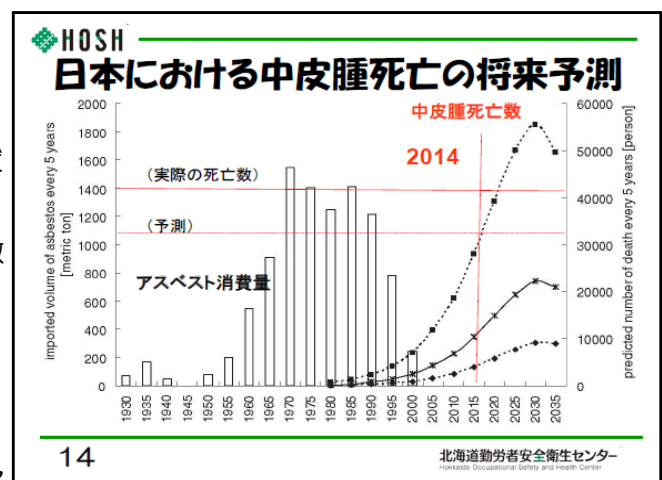
ところで、このようなアスベストにばく露する環境で勉強していた子どもたちはどうなったのでしょうか。

例えば、苫小牧の元教諭がアスベストに「ばく露した年」を1965年として、それから40年の潜伏期間を経て2005年に亡くなったとすると、1965年当時に小学校4～5年生で10才くらいの子もたちは、それから潜伏期が30～40年として、すでに発症して亡くなっているか、発症せずにいれば、いま60才くらいでないかと思われませんが、もし中皮腫などを発症しても職歴にアスベスト関連が全く認められないとすれば、まさか学校で被ばくしたと考えられることもなく、原因不明とされているかもしれません。

北海道でも急増する中皮腫 全国予測も大幅に上回る現実

厚生労働省は、毎年の年末に「石綿ばく露作業による労災認定等事業場」と「石綿による疾病に関する労災給付などの請求・決定状況まとめ」を公表していますが、それによると、2014年度の石綿労災申請は1,096件、決定件数は1,002件となっています。北海道分では、請求が87件、支給決定が59件で、支給の内訳は、肺がん23件、中皮腫31件などとなっています。北海道の件数は、東京・神奈川や大阪・兵庫などに比べると半分程度ですが、少なくありません。

また、クボタショック後に行われた「中皮腫死亡数の将来予測（厚生労働省）」によると、2011～13年の高位推計で3,781人と予測されたものが、実際は4,068人であったことから、事態の深刻さは十分想定できます。なお、2010年以降に公表された北海道の関係する事業場と地域別の集計は、当センターのHPの「お役立ち情報」に掲載しています。留萌を除くすべての地域において労災認定および救済法適用があり、労災の半数は中皮腫となっています。



「石綿健康被害救済法」施行から10年の見直しと石綿肺がんの救済拡大

クボタショックの翌年、従来からの労災による石綿疾患の認定に加え、環境被ばく（周辺住民など）被害の救済と、労災の時効救済のため、2006年に「石綿健康被害救済法」が制定され、被害者や遺族の生活救済と治療にあたってきました。それから10年経ったいま、アスベスト問題が大きな転換場面を迎えようとしています。

それは、第一に建設アスベスト被害救済の拡大であり、第二に環境省が所管する「救済法」の見直し開始、第三に救済法10年を経て総務省による行政評価報告による残留アスベスト対策のチェックがあげられますが、特に、建設・設備業や造船、鉄鋼などのアスベスト被害が深刻化しており、救済が急務と考えます。

アスベスト訴訟では、労災認定を求める行政訴訟や損害賠償の民事訴訟で、被害者勝利の判決が相次いでいます。昨年10月にあった「泉南アスベスト訴訟」の最高裁勝利では、「石綿肺の医学的知見が確立した1958年には、国は工場に粉じん局所排気装置の設置を義務付けるべきであった。しかるに1971年特定化学物質など障害予防規則(旧特化則)まで規制権限を行使しなかったのは違法である。」とされたました。これは「規制の基準を行政の裁量や、コストと便益の比較衡量に任せず、被害者の基本的人権の擁護を優先するという社会的災害裁判の成果が採用された」ということであり、今後多くの裁判に影響を与えることと、環境ばく露に対する被害救済を多方面で実現すると考えられていますが、一方で、1958年から1971年までの13年間に被害の期

間を限ったことや、全面禁止に対する評価などでは不満が残るところとなっています。

また、労災認定率が特に低い「アスベスト肺がん」に関する訴訟では、造船、港湾荷役、製鉄、建設などの多くの業種で、認定基準の「石綿ばく露作業従事期間10年」に続く「胸膜プラーク」の存在確認や石綿小体の本数などで、基準の非合理性が判決で指摘され続けています。つい先日、大阪高裁で判決が確定した「丸本裁判」でも、基準の10年を超えて24年のばく露歴はあるものの、胸膜プラークの存在について見解が分かれていましたが、判断の3点目として「被害者に胸膜プラークが存在する高度の蓋然性の有無」が分かれ目となり、同じ職場で多数のアスベスト労災が認定されていること、および、石綿健康管理手帳の所持者が270名以上いることをもって、「高度の蓋然性」を認めたこととなりました。この判例は、今後の訴訟等に大きく道を開くものです。

「アスベスト肺がんは、中皮腫の2倍存在する」というのがグローバル・スタンダードです。とすれば、「中皮腫の救済率は64%、石綿肺がんの救済率は10.9%」という我が国の現状を大きく改善しなければ、真の救済実現とはならないと思います。

新たなアスベストの使用禁止は重要な最初の一步ではありますが、問題解決のすべてではありません。私たちの身のまわりに残されたアスベストを、安全に除去・処分することができなければ、アスベスト関連疾患を根絶することはできないからです。

全面禁止とともに、アスベストのない環境や社会を実現して、アスベスト関連疾患を根絶する目標時期の設定とロードマップをともなった国家戦略・体制が必要であるという国際的コンセンサスができてきました。わが国の既存アスベスト対策の課題も山ほどあるとは思いますが、もっとも欠けていて、また必要とされているのがこのような戦略的視点なのではないでしょうか。



第2回 医療職場の意見交換会

病者と働くひとを大事にするためには……

2月19日、標記の意見交換会が開催されましたので、そこで当センターから提起したことなどを紹介します。

連合総研の「看護職員の労働時間問題に関する研究委員会 報告書 2013年10月」には、次のような指摘があります。

「24時間医療を提供する病院においては、夜勤・交代制勤務は避けては通れない。しかし、夜勤・交代制勤務は少なからず健康上・安全上・生活上のリスクを伴うものである。人間はそもそも昼間活動して夜には睡眠を取るようになっている。夜勤はその生理に反しており、同じ時間働いたとしても昼間に働く以上に心身への負担は大きい。夜間に睡眠が取れず、交代制で生活のリズムが作りにくいことから、睡眠不足となったり、睡眠を取ってもその質が悪く、十分に疲れが取れないまま次の勤務が始まってしまうことになる。

こうして疲労が蓄積されることにより、注意力・判断力の低下が起き、安全面でのリスクも高まる。さらに中長期的には、循環器系機能への負担や発がん性のリスクも指摘されている。また、通常の日勤者と違うサイクルで生活していることから、社会参加や家族との時間が確保できないなど社会生活上でのリスクもある。」



そこで、いろいろ調べてみました。まず、離職率です。2011年の日本看護協会調査では、常勤看護師の平均離職率は11%程度で、大都市部や大病院ほど離職率が高い傾向にありました。特に、1ヶ月に夜勤が72時間を

超える病院は13%と高くなってます。

医療以外の産業と比較すると、離職率自体は低い水準にあり意外な結果です。ちなみに製造業などでは、15～20%程度の離職率ですが、最近の傾向としては、大企業で離職率が上昇しています。（新卒者の離職率は大卒でも4～5割と高止まりしています）

なぜ、離職に関心を示したかということ、看護師の労働環境悪化には、かなり前から最大の要因として定員不足があり、「看護師等人材確保促進法」ができて、都道府県には「ナース・センター」が設置され、看護師資格者の登録制度もスタートしつつありますが、一方で、夜勤の上限とされる「月あたり72時間」の規制が緩和されてしまう（2016.2.10中央社会保険医療協議会 総会（第328回））など、定員不足と労働環境悪化の「負のスパイラル」が深刻化しているからです。このことは、結局、医療労働者の心身の摩耗と医療事故につながるようになります。

団塊世代が後期高齢者となる2025年問題はどうか

さらに、「2025年問題」があります。これは、2025年までに団塊の世代（1947～49年生まれ、約660万人）が、後期高齢者（75歳以上）になることにより、医療や介護のニーズが爆発的に増えると予想され、その対応をどうするかということです。予測では東京圏で175万人一気に増加し、北海道でも20万人増加して75歳以上が100万人を突破するとされています。

対策については北海道医療計画や介護計画で対応が進められることになっていますが、医療計画では人口全体の減少を理由に、2025年には1割程度病床数を削減することになっています。病床数を抑制して医療支出を削減する狙いがあるからで、老健や介護施設を含む「在宅医療」を増やし、ADL（日常生活動作）の回復に向けたリハビリの報酬引き上げもその一つです。

その結果、医療施設以外の訪問看護やリハビリに看護資格者などの人的資源が向かうこととなります。一方の患者の立場としては、24時間常時サービスが受けられるかとの疑問や不安が大きくなります。また、医療労働者にとっても、雇用の不安定化にもつながりかねないものであり、制度の検討経過に注目を続ける必要があります。

児童生徒の減少による学校の統廃合と教員削減、そして人口総数の減少による医療機関（ベット数）の削減は、同じ動機によるものであり、決して「よりよい状態を目指す」ものではありません。

意見交換会では、それぞれの職場の労働環境の現状報告や問題点を報告し、意見交換しました。参加して感じたのは、医師や看護師等の医療労働者の不足という現実はあるにしても、労働組合組織があるか無いかで、労働環境は大きく違うということが確認できたのではないかとのことでした。

なお、当センターからは、「時間外労働の限度に関する基準」や「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関する基準」など、現行の労働時間制度についても説明し、最低限度のこととして、遵守を求める要求活動が必要と訴えました。※ これらの基準は厚生労働省のHPから入手できます。

2016年度総会と第21回全道セイフティネットワーク集会の予告

●2016年度NPO北海道勤労者安全衛生センター 総会

5月18日（水） 13：00 北海道自治労会館 3階中ホール

●第21回全道セイフティネットワーク集会

5月18日（水） 14：15（総会終了後） 北海道自治労会館 3階中ホール
テーマ「アスベスト被害の現状と課題」