

2006年2月10日

中央環境審議会 環境保健部会
部会長 佐藤 洋 様

環境保健部会 臨時委員 江森 孝至
(日本労働組合総連合会 社会政策局長)

「石綿による健康被害の救済における指定疾病に係わる医学的判定に関する考え方について(諮問)」に対する意見

本日、環境保健部会に諮問された「石綿による健康被害の救済における指定疾病に係わる医学的判定に関する考え方について(諮問)」に対して、下記の通り意見を提起しますので、本環境保健部会および本日設置予定の「石綿健康被害救済小委員会」の議論に反映していただくようお願いいたします。

記

1. 新法による給付水準等についての連合の基本スタンス

青石綿の作業等に従事していた場合、就労場所の設備・環境にもよるが、数ヶ月の従事で中皮腫を発症する場合もある。この場合、1年未満ということで、労災の認定はされないこととなり、新法による救済の対象となる。

このように、ほんの数ヶ月の違いで労災に認定されるか、新法での救済が異なってくる。国会でも環境委員会で議論となったように、労災の補償と比較して、この新法の枠組みによる救済内容が著しく低いことは問題である。

最大の石綿輸入国であり、中皮腫に対する危険性についても、1970年代から知りうる立場にありながら、十分な対策をとらなかった行政の責任はどうか明瞭でない。責任の所在をはっきりさせた上で「十分な補償」を行うべきである。

新法制定の迅速さは評価するが、国や病気の原因となる企業責任を明確にしなかった点では十分とは言い難い。

労災と認定された場合、賃金水準にもよるが、遺された家族には弔慰金が約1200万円程度支払われ、300万円の一時金や就学援護費も支給される。

これに対し新法は、治療中の被害者に対しては月額10万円の療養手当、遺

族に対しては、特別遺族弔慰金として 280 万円と葬祭料 20 万円を支給するのみである。

この大きな開きゆえに、環境ばく露の被災者やその家族の理解を得られるとは到底思えない。この給付内容を労災保険給付にさらに近づけることが不可欠であり、行政のより一層の拠出が必要である。

新法では具体的な拠出額については、政・省令で定めるとされているが、その審議にあたっては、連合は政府の拠出によるさらなる増額を求める。

近畿圏で放映されている「サンテレビ」に昨年 11 月 27 日に VTR 出演した尼崎市選出の冬柴鉄三公明党幹事長は、「私たちが最初から『新法』と言ったのは、公害訴訟のように、長い長い困難な訴訟をして、何百人があちらこちらの裁判所で争う、ということだけは絶対に避けなければならないという思いです。国が責任を逃れることはあり得ません。」と言っている。

この与党の幹事長の発言があるにもかかわらず、現実には平成 19 年度以降は事務費の 1/2 しか拠出しないということは、その責任を認めていないことに等しいのではないのか。

今回の審議項目には入っていないが、今国会で成立した新法の枠組みでは、平成 19 年度以降の基金への拠出は、労災保険加入事業者からの「広く・薄い」徴収に加え、石綿に関係した企業からの追加徴収を予定している。

その追加部分の徴収対象にあたっては、「石綿の使用量と危険性（使用した石綿の種類や吹きつけ・切断等飛散による曝露可能性の高さ）」を考慮して徴収すべきである。

ここに、過去の労災の発生状況を加えてしまうと、追加徴収を回避するために「労災隠し」が増加する危険性がある。労働者のアスベスト被害を積極的に労災で認定してもうらおうと、がんばった企業が、同様に危険性のある同業他社と比較して、より多くの拠出をするようではあってはならない。

例えば、運輸業界のように、たまたま運んだ荷物にアスベストがあって、特段の過失が無いにもかかわらず、アスベストを原因として労災が発生したために追加拠出の対象となるとすれば、社会的に納得の得られる制度とはなりえない。したがって、追加拠出の対象から「過去の労災発生状況」を削除していただきたい。

2. 「石綿による健康被害に係る医学的判断に関する考え方」について

(1) 肺内蓄積石綿繊維数を指標とする考え方

現状では、アスベストが肺がんを起こすメカニズムはまだ十分に解明されていない。

報告書では、肺がんの認定にあたって、ヘルシンキ国際会議のコンセンサスレポートをもとに、肺内蓄積石綿繊維本数を規定している。確かに、肺がんで胸膜プラーク等が認められない者であって、基金による救済を希望する者を認定する際に、なんらかの基準は必要となるが、疑わしきケースについては、できるだけ「幅広く」認定できる基準とすべきである。

世界的に中皮腫と肺がんの発生率は1対2と言われているが、日本の労災認定数は、この比率と大きくかけ離れている。これは現場で「石綿による肺がん」という診断が十分できていなかったことと合わせて、基準の厳しさがあるのではないか。

労災であれば、「BALF 5本/ml または 5000本/g」以下であっても、ばく露作業歴によって認定される。

環境ばく露の場合、これが証明できないことから、それに代わる何らかの基準が必要ではないか。労災の認定基準がベストとは言えないが、その基準のハードルを「環境ばく露」の患者に対してさらに高めることは問題ではないか。

(2) 石綿肺、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚

石綿肺、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚は、いずれもアスベストを長期に持続的に吸入した場合に発症する確率が高くなる。これら疾病は、すべてアスベストのみで発症するわけではなく、他の要因や原因不明で突然発症することもあるのは他の病気と何ら変わらないものの、発症には個人差もあり、同じ条件ですべての人が発症するわけではない。

また、アスベスト関連疾病の診断について、熟達した医師がこれまで少なく、診断が難しいことや、職業歴の無いことで、アスベストを原因とした疾病であることを想定しなかった症例等もあるのではないか。

よって、これまで環境ばく露による発症例がないことを理由に、これらの疾病について、今回の補償の対象外とすることは、問題がある。

肺がんを、胸膜プラーク等をもとに認定するのであれば、これら疾病も当然に同様の基準で環境ばく露による生じた疾患として認定すべきであろう。

確かに、中皮腫や肺がん比べ、予後不良とはいえない。しかし、症状の程度には差異はあるものの、呼吸障害を伴い就労に支障を及ぼす場合もあるため、労災保険制度では既に認定がなされ一定の補償を受けている。環境ばく露による被災者であって、これら疾病の罹患者を対象から外すべきではない。

また、これらの罹患者は将来、中皮腫または肺がんを発症する場合もあることから、経過観察が不可欠であり、検査・診察の無料化と近隣の専門病院までの通院費を基金からの救済で支弁する対象として認定すべきである。

(3) 胸膜プラークの発症者について

良性胸膜疾患は、前述のアスベスト疾患と異なり、アスベストのばく露から数年以内にも発生する。そして自覚症状がないまま経過し、後にびまん性胸膜

肥厚や、円形無気肺を引き起こすとされている。

胸膜プラーク自体は、肺の機能障害をもたらすまでには至らないが、プラークがあるということは、アスベストをばく露しているということであり、他のアスベスト疾患を発症する可能性があることから、検査・診察の無料化と、近隣の専門病院までの通院費を基金からの救済で支弁する対象として認定すべきである。

(4)確定診断について

摘出術や胸腔鏡検査など病理学的な確定診断は、その費用もレントゲンやCT等に比較すると高額であることに加え、BAL であってもアスベスト罹患患者への身体的負担は大きい。たしかに、労災の認定においても、病理診断が重要であることは認識している。

しかし、病理診断の精度を勘案すれば、その精度の向上に努める努力もさることながら、現段階では環境曝露者の救済という観点から「疑わしい」ものすべてを認定するスタンスで対応すべきではないか。

石綿小体を検出するのは簡単ではないが、喀痰でも曝露を証明できるケースがあるのではないかと。こうした手法も含めて、できるだけ「幅広く」認定すべきと考える。

また、中皮腫の診断には、罹患者への負担の少ないという観点から、西オーストラリア大学の Bruce Robinson 教授らのチームが開発したメゾマーク (MESOMARK) 等も考慮してはどうか。

(5)一般環境ばく露と肺がん発症リスク

現在の労災保険制度では、従来5年以上としていた「職業による石綿ばく露歴」を「1年以上」としたものの、作業環境の整備が不十分であった場合には、1年未満の職業ばく露で中皮腫を発症している症例もある。アスベストのばく露と関連する疾病の発症について、閾値の設定は難しいと言われている。

通常、汚染物質は「閾値」を見つけてから、その閾値に安全係数を掛けて環境基準というものを出すが、アスベストの環境濃度である 10f/L というのは、別の見方から導き出しており、これ以下であれば安全というものではない。

「一般環境ばく露と肺がん発症リスク」でも、25f/ml × 年との比較で述べているが、これはまさに「今後、さらに情報を収集していく必要がある。」問題であって、現在の日本の基準が安全な水準であるという根拠としては弱いのではないかと。

特に、この「ばく露歴が明確に確認できない症例について～石綿を原因とするか否かについて慎重に評価すべきである。」とせず、積極的に認定する方向で検討してはどうか。

－以 上－