

中央環境審議会

第2回石綿健康被害救済小委員会

石綿健康被害救済制度の改正に向けた提言

— 被害者の立場から考える新たな補償制度について —

2016/6/22 専修大学 阪本将英

発表の目的

- ①石綿健康被害救済制度の構造的問題と制度見直しの根拠を明らかにする.
- ②アスベスト健康被害者の立場から, どのような補償制度が求められるのかを検討する.

議論の出発点

現行の救済給付を上回る変更を行うことは困難であり、… 当面は、「社会経済状況を踏まえつつ」、着実に制度全体を運用していくこととせざるを得ないと考える(中央審議会第二次答申:平成23年6月)



この社会経済状況を踏まえる際の基準は何であるのか、また、どのような条件を満たせば、本制度は現行の給付水準を上回る制度に転換できるのか？

重要な論点

アスベストの暴露と関連疾病との間の個別の因果関係の立証は困難



アスベスト暴露と個人の健康被害との間にはっきりとした因果関係があったにもかかわらず、大規模な疫学的調査が実施されなかったことにより、結果的に個別の因果関係の立証が困難になった



その結果、アスベストの輸入・使用禁止措置や暴露防止対策等は遅れ、甚大な被害を生み出した



アスベスト被害は、被害者本人から、その家族・遺族へと被害が波及する。その意味で、彼らは包括的被害者である。

発表の構成

1. 本制度の基本的枠組みと構造的課題
2. 疫学的因果関係にもとづく本制度の問題点
3. 本制度の見直しの根拠と制度転換に向けて
4. 包括的石綿健康被害補償制度の構築に向けた
取り組みー救済制度から補償制度への制度転換ー

本制度の基本的枠組みと構造的課題

費用負担の仕組み

- 国は、本制度実施後の5年間で必要とされる救済給付金の約760億円を得るために、事業主、国および自治体に負担させて、それを石綿健康被害救済基金に積み立てた。
- 同基金は、アスベスト利用と直接的な関係をもたないすべての労災保険適用事業主から拠出される「一般拠出金(70.4億円/年)」と、アスベストとの関係が特に深く一定の条件に該当する事業主(特別事業主)から拠出される「特別拠出金(4社で3.4億円/年)」¹⁵⁾、ならびに、「国の交付金(約388億円)」および「自治体の拠出金(9.2億円/年)」から成り立っている。

アスベスト利用によって社会全体が直接・間接の経済的利益を享受してきたという考えにより、公共部門と民間事業者で費用負担する仕組みになっている

救済給付金の意義

本制度の給付内容

- ①医療費(医療費の自己負担分)
- ②療養手当(治療に伴う医療費以外の費用給付で月10万3,870円支給)
- ③葬祭料(認定患者の葬祭費として19万9,000円支給)
- ④救済給付調整金(認定患者存命中の支給総額が280万円に満たない場合に支給される)
- ⑤特別遺族弔慰金
(制度実施前に指定疾病が原因で死亡した者の遺族に対する給付で280万円支給)
- ⑥特別葬祭料(上記⑤の該当者に対する葬祭費用の給付で上記③と同額支給)

本制度は、被害に対する原因者が特定できず、労災補償の対象にならない被害者に対しても、医療費や療養手当などを支給することで、一定の生活補填の役割を果たしている

救済給付金の問題点

- (1) 認定患者が生計維持者の場合，その救済額は家族を養うのに十分な額ではない
 - ➡ 遺族に対しても上記④，⑤のケースに該当すれば総計280万円までの給付金が支払われるが，いずれにせよ，日本の物価水準を考慮すると継続的に家族・遺族の生活を支えるものになっていない

- (2) 労災においては，介護補償給付や遺族補償給付などの項目があるが，本制度にこれらの給付項目はない
 - ➡ 制度上，生活保障という観点はない

- (3) 国は，本制度を貧弱にした理由を，「個別の因果関係の立証が困難であることから，因果関係にもとづく補償制度の構築は難しい」
 - ➡ 民事責任から離れ，個別の因果関係は問わないことで，被害者の隙間ない救済を実現するため」としている

疫学的因果関係にもとづく本制度の問題点

アスベスト健康被害の特徴と被害者間の不公平性

アスベスト被害は曝露から発症までの期間が10～50年と極めて長期に渡る



現時点でアスベスト対策を行ったとしても、その効果は数十年先になる
(政策当局の対策インセンティブを低下させ、被害を甚大化させた要因の一つ)

アスベストの曝露経路

- ①職業性曝露（直接的曝露，間接的曝露）
- ②傍職業性家族曝露（アスベストの家庭内曝露）
- ③近隣曝露（アスベスト鉱山・関連工場周辺の曝露）
- ④上記以外の特定できない真の環境曝露



被害者にとって受ける苦痛は同じであるにもかかわらず、曝露形態の違いによって、労災認定が受けられるのかどうか、また、クボタの事例のように、指定圏内かその圏外かで、見舞金が支給されるのかどうかといった被害者間の不公平性が生じる！

将来的に、本制度と労災を統合した統一基金および統一制度の構築を検討すべき！

疫学的因果関係から考える本制度の矛盾(1)

アスベスト被害においては、曝露から10～50年の潜伏期間を経て現われるという特殊性から、個別の因果関係の特定は難しい。



個別の因果関係の立証困難性はあるにしろ、アスベスト暴露と関連疾病との間の因果関係については、戦前から明らかにされている。
ex. 旧内務省による泉南地域での石綿肺に関する疫学的調査



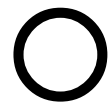
Kurumatani and Kumagai (2008) は、クボタ周辺地域の曝露形態を特定したことで、真の環境曝露の解明に大きな役割を果たした。

→別の調査では、真の環境曝露に分類されていた被害者の曝露形態が近隣曝露であったことを、また、指定圏外の被害者に対するクボタの加害責任を明らかにしたという点で、被害の実態解明に大きく寄与した。

疫学的因果関係から考える本制度の矛盾(2)



国による、「個別の因果関係の立証は困難である」という主張



疫学的調査・研究からいえることは、「本来ならば、アスベスト暴露と個人の健康被害との間にはっきりとした因果関係があったにもかかわらず、大規模な疫学的調査が実施されなかったことにより、結果的に個別の因果関係の立証が困難になってしまった」と考える方が妥当

本制度においては、「因果関係の立証が困難な被害者を迅速に救済する」という目的が免罪符となって、国を含めた各主体の責任問題をあいまいにしていることが、本制度の給付内容を貧弱にしている！

本制度の見直しの根拠と制度転換に向けて

石綿健康被害救済基金の財務状況

表1 石綿健康被害救済基金の収支ならびにその推移（単位：億円）

	基金収入*	給付金支給額	収支(収入－支給額)	基金残高**
2005年度	386	0	386	386
2006年度	－7	56	－63	323
2007年度	86	27	59	382
2008年度	85	37	56	430
2009年度	104	47	50	488
2010年度	107	28	78	566
2011年度	97	29	68	634
2012年度	96	36	60	694
2013年度	98	31	67	761
2014年度	44	29	15	777
2015年度	44	43	1	778

出典) 環境省資料(2013)『石綿健康被害救済基金への拠出額及び支給額の推移』および環境省(2015)『平成27年度基金シート』より筆者作成。

注)* 2006年度の基金収入は、一般拠出金からの収入がなく、本制度にかかわる事務費を基金から借入れ(取り崩した)ために、マイナスとなっている。 ** 基金残高は、四捨五入の関係で合計が一致しない場合もある。

被害者団体からの給付額の引き上げ要望を事実上無視し続けていることを鑑みると、本制度の給付水準は、被害者の増加に伴い、財政が逼迫するのではないかと懸念によって決定された、あるいは、変更されないのではないかと、との疑念が生じる



表1より、同基金の収支の推移をみていくと、制度運用が始まった2006年度を除き、2012年度までは、毎年50～80億円程度、収入が支出を上回っていたことから、財政上の問題はクリアできているようにみえる

2014年度からは、収支の均衡を図るという目的のため、基金残高の増分は急激に減少している！

本制度の申請疾病別・受付認定件数の推移とその構造的問題

表2 申請疾病別・受付件数の推移 (制度発足から2015年度までの累計)

	中皮腫	肺がん	石綿肺	びまん性胸膜肥厚	申請時疾病不明者	合計
2006年度	2954	877	—	—	94	3925
2007年度	1021	356	—	—	48	1425
2008年度	1631	391	—	—	52	2074
2009年度	971	258	—	—	16	1245
2010年度	794	251	78	50	7	1180
2011年度	829	216	53	37	18	1153
2012年度	940	195	46	36	17	1234
2013年度	735	188	37	39	19	1018
2014年度	691	154	36	26	13	920
2015年度(速報値)	772	170	45	46	13	1046
合計	11338	3056	295	234	297	15220

出典) 中央環境審議会・石綿健康被害救済小委員会 (2016) 『石綿健康被害救済制度の施行状況について』より筆者作成

表3 申請疾病別・認定件数の推移 (制度発足から2015年度までの累計)

	中皮腫	肺がん	石綿肺	びまん性胸膜肥厚	合計
2006年度	2165	224	—	—	2389
2007年度	804	158	—	—	962
2008年度	1029	172	—	—	1201
2009年度	1191	149	—	—	1340
2010年度	667	128	29	16	840
2011年度	636	114	9	18	777
2012年度	992	116	14	16	1138
2013年度	652	155	5	12	824
2014年度	568	121	3	7	699
2015年度(速報値)	665	131	0	19	815
合計	7484	1061	52	50	8647

出典) 中央環境審議会・環境省石綿健康被害救済小委員会 (2016) 『石綿健康被害救済制度の施行状況について』より筆者作成

本制度の発足時, アスベストによる肺がん患者数は, 中皮腫患者数の2倍との知見があるなかで, 肺がん患者数は, それよりも少ない1倍と見積もられていた



WHO(2014)『Chrysotile Asbestos』では, 白石綿の曝露において, 両者の比率を6.1としている



肺がんの受付件数・認定件数が中皮腫のそれに比べて圧倒的に低いということは, 被害者の掘り起しや認定基準に問題があると考えられる!

石綿健康被害救済基金の財務状況からみる本制度の見直しの根拠(2)

表4 2014年度 療養者(申請者)を対象とした本制度の認定・不認定・取下げ件数の状況 (労災等の認定件数を除く)

	中皮腫	肺がん	石綿肺	びまん性胸膜肥厚**	申請時疾病不明者	合計**
認定	430(89%)	86(76%)	2(7%)	5(17.24%)	—	523(79.7%)
不認定	35(7%)	25(22%)	27(93%)	23(79.31%)	0	110(16.8%)
取下げ*	20(4%)	2(2%)	0(0%)	1(3.45%)	0	23(3.5%)
合計	485(100%)	113(100%)	29(100%)	29(100%)	0	656(100%)

(出所) 環境再生保全機構 (2015) 『平成26年度 石綿健康被害救済制度運用に係る統計資料』より筆者作成

注) * 主な理由として、医学的資料が整わなかったことがあげられる。 **びまん性胸膜肥厚は小数第五位で、合計は小数第四位で四捨五入している (その他は、小数第三位で四捨五入)

基金の黒字は、表2~4より、主に、本制度の対象患者の掘り起こしの問題や申請件数に対する不認定の割合が高い、という構造的な問題にあった



アスベスト関連施設の内外における疫学的調査の遅れが起点となって、本制度の給付水準と認定率は低くなっている (その一方で、国がアスベスト被害に関わる国内外の知見を無視してきた事実も忘れてはならない)



本制度が「隙間のない迅速な救済」を目指すのであれば、現行の医学的判定基準の緩和や新たな判定基準を設定するなどの措置が必要となる！

制度設計の構造的問題

基金の黒字化は、本制度の制度設計という入り口に問題があつて生じていることから、基金の黒字化問題を解決するためには、本制度の制度設計そのものを見直す必要がある



つまり

本制度の認定率や被害者の掘り起しに問題があつて、基金が黒字化した事実は、「被害者を隙間なく迅速に救済する」という救済制度としての前提が崩れ、本制度の給付水準が労災や公健制度のそれに比べて低レベルであることをよしとする建前がもはや成立していないことを意味する



それにもかかわらず

基金の収支を均衡させるという目的で、平成26年4月より、一般拠出金率は0.05/1000から0.02/1000に改定されたが、これは包括的被害者の経済的・身体的精神的負担の軽減に向けた制度転換の芽を摘むことになる！

国の加害責任(1)

- 国は戦前からアスベストと健康被害との間の因果関係を認識していた(泉南地域の事例)
- 厚生労働省は、2005年の『アスベスト問題に関する厚生労働省の過去の対応の検証』のなかで、「1972年にILOやWHOの所属機関であるIARC(国際がん研究機関)がアスベストの発がん性を認め、国際的知見が確立した」と検証報告をしている
- 1976年に旧労働省は、『石綿粉じんによる健康予防対策推進について』の冒頭で、「各国における広範囲な石綿関係労働者についての研究調査の結果、10年こえて石綿粉塵に曝露した労働者から肺がん又は中皮腫が多発することが明らかとされ、その対策の強化が要請されているところである」と述べている(将来的被害の予見)

アスベスト被害の特徴は、他の公害とは異なり、アスベスト関連工場の労働者だけでなく、その経営者も関連疾病を発症していることにある



国がアスベストの有害性を社会に周知することなく、被害を拡大させたことを示している

国の加害責任(2)

国は、戦前からアスベストと健康被害との間の因果関係を認識し、かつ、将来的なアスベスト被害を予見していた



それにもかかわらず

その結果回避義務を怠り、適切な被害の未然防止・拡大防止策をとらずに、甚大な被害を引き起こしたことから、アスベスト被害に対する過失があり、加害責任は免れない



実際に

2014年10月に、最高裁は、泉南アスベスト訴訟において、「国が速やかに規制をしなかったのは著しく合理性を欠き違法だ」と判断し、アスベスト健康被害について国の責任を初めて認める判決を下した

国は、個別の関連企業と同様に、自らの加害責任を明確にすることで、本制度の給付水準を高めるための制度転換を図るべきである(財源確保のために、関連主体への費用負担原則を検討しなければならない！)

包括的石英健康被害補償制度の構築に向けた取り組み —救済制度から補償制度への制度転換—

分析の枠組み

表5 アスベスト被害の因果プロセスにもとづく被害範囲とその補償対象 – 中皮腫を中心に –

			被害の範囲			補償対象
			経済的損失	身体的苦痛	精神的苦痛	
包 括 的 被 害 者	直接的被害者	被害者本人 (夫)	<ul style="list-style-type: none"> 休職・辞職による所得の減少 介護に伴う諸費用(訪問介護、居宅サービス、おむつ代) 通院費 	<ul style="list-style-type: none"> 激しい胸痛 呼吸困難 嘔吐 不眠 	<ul style="list-style-type: none"> 家族を残すことへの不安 社会的孤立感 死に直面する恐怖 鬱状態 	<ul style="list-style-type: none"> 夫の逸失利益 慰謝料的要素 通院費 介護費用 リハビリ・緩和ケア カウンセリング
	間接的被害者	主介護者 (妻)	<ul style="list-style-type: none"> 介護によって失う収入 通院費 	<ul style="list-style-type: none"> 介護・通院による疲労 不眠 	<ul style="list-style-type: none"> 家族の死に直面する恐怖 介護ストレス 将来への不安 	<ul style="list-style-type: none"> 妻の逸失利益 慰謝料的要素 通院費 カウンセリング
		第一遺族 (妻)	<ul style="list-style-type: none"> 生計維持者を失うことの家計減少分 通院費 	<ul style="list-style-type: none"> 家計を支えるための労働 不眠 通院による疲労 	<ul style="list-style-type: none"> 家族を失うことの無念 生活水準の低下や将来計画の変更に伴う苦痛 鬱状態の発症・悪化 	<ul style="list-style-type: none"> 遺族補償 慰謝料的要素 カウンセリング 医療費・通院費 逸失利益 慰謝料的要素
	第二遺族 (子)	<ul style="list-style-type: none"> 将来計画の変更に伴う生涯賃金の減少分 通院費 介護によって失う収入 	<ul style="list-style-type: none"> 家計を支えるための労働 介護・通院による疲労 不眠 	<ul style="list-style-type: none"> 家族の悲劇に直面する精神的ストレス 介護ストレス 将来計画の変更(就学の断念や進路変更)に伴う不可逆的損失 	<ul style="list-style-type: none"> 慰謝料的要素 逸失利益 カウンセリング 	

出典) 筆者作成

同表は、深刻な生命被害や健康被害を受けた個人の被害が、本人やその家族の生活に波及していく被害構造を示すもので、このような包括的被害者の状況を想定して、その被害の範囲と補償対象を記している



本制度の課題を大別するならば、被害により生じる経済的負担および被害者家族の介護負担をどのように軽減していくのか、また、包括的被害者の身体的精神的負担を軽減するために、どのようなケアシステムを導入していくのかということにある

経済的負担の軽減に向けた取り組み(1)

被害による主な経済的負担

- ① 包括的被害者が休職あるいは失職することで発生する逸失利益
- ② 通院費
- ③ 介護に要する諸費用

国に加害責任があるとの前提に立てば、本制度の新たな給付水準については、民事責任を踏まえて制度設計された公健制度の仕組みが参考になる

経済的負担の軽減に向けた取り組み(2) — 公健制度を事例に —

アスベスト被害者は、身体的精神的苦痛が大きいというえに予後も悪く、発症後の就労が厳しいことから、特級あるいは1級に該当するであろう



仮に、50歳男性の認定患者の場合、特級あるいは1級に認定されると障害補償基礎月額満額の35.5万円が支給されるうえに、特級に認定されていれば4.64万円の介護加算がある



本制度は、この給付水準を目指すべきであるが、それが難しいのであれば、せめて2級の「労働に著しい制限を受け、日常生活に制限を受ける」という規定区分にもとづき、その半額となる障害補償費を療養手当に代わる新しい補償項目として設けるべきである！

経済的負担の軽減に向けた取り組み(3)

— 公健制度を事例に —

公健制度の遺族補償費は、遺族に対して死亡被認定者の逸失利益と慰謝料相当分および遺族固有の慰謝料相当分を補償するもので、平均賃金の70%となる遺族補償標準給付基礎月額に相当する金額を、10年程度を限度として支給するものである。



最も遺族補償費が高くなる50歳男性の認定患者が死亡した場合は、遺族に対して31.1万円が支給される。上記の二つの基礎月額は、20歳から支給が始まり、50代前半でピークを迎えて、その後減少していく。



公健制度認定患者とは異なり、アスベスト被害者は50代以降に増えていく



本制度に公健制度の障害補償給付や遺族補償給付のような給付項目を設けるならば、最低でも50代の障害補償標準給付基礎月額の半分(2級の基準)、ならびに50代の遺族補償基礎月額を一律に包括的被害者に対して支給することが望ましい！

介護負担の軽減に向けた取り組み

この問題の本質は介護サービスを受けるためには、本制度と介護保険制度の二重の制度的手続きが必要になる



包括的被害者の身体的精神的負担を軽減するためには、本制度において、医学的知見からの認定基準の緩和と共に、介護サービスが直接受給できる仕組みをつくることが喫緊の課題



本制度は、公健制度が健康被害予防事業の一環として取り組んでいる家庭療養指導や呼吸リハビリテーションなどの介護サービスを備えるべき！

事後的被害の拡大防止に向けた取り組み(1)

中皮腫患者を取り巻く身体的精神的苦痛・負担の時間的変化にもとづく負の因果プロセス:

診断時のショック (包括的被害者の苦悩の始まり)



入院時の身体的苦痛 (胸痛や呼吸苦, 睡眠不足さらには化学療法による食欲不振など) と精神的苦痛 (社会的孤立感, 死への恐怖, 鬱状態など) の同時進行



退院後の在宅治療に伴う包括的被害者の身体的精神的負担の増加



本人死亡後の遺族のショック



遺族の身体的精神的苦痛の継続

包括的被害者のQOLの低下を抑制するという点については, 医療機関による適切な治療に加えて, 看護体制や支援体制がどれだけ充実しているのかということが重要になる



充実した看護支援体制は, 疼痛や呼吸苦にどう対応するのか, さらには緩和ケアの選択も含めた介護負担をどう軽減していくのかといった包括的被害者の事後的負担の軽減につながる

事後的被害の拡大防止に向けた取り組み(2)

—環境保全機構の検討事項—

- ① 包括的被害者に対して、専門的な治療を前提に、総合的な看護支援体制が整った医療機関の情報を提供する
- ② 包括的被害者のための総合支援施設をつくり、そこで心理的な支援を中心とした、いくつかの支援事業を展開する
 - ➡ 包括的被害者に対して、カウンセリングの実施やカウンセリングの場を提供することで、心のケアを進めていくと同時に、身体的苦痛の緩和やQOLの改善に向けたリハビリテーション・プログラムをつくることで、彼らの負担軽減に努める
- ③ 施設を利用した被害者参加型の講習会ならびに事業を実施する
 - ➡ アスベスト被害を専門とするカウンセラーの養成講座を開くなかで、その修了者を全国の医療機関に派遣したり、施設で雇ったりするなど、被害者支援のための人材を育成する

事後的被害の拡大防止に向けた取り組み(3) —環境保全機構の検討事項—

- ④ **被害者支援の中心的役割を担っている家族の会との協調体制を築く**
 - ➡ 被害者支援の経験やノウハウを共有し活用すると共に、本制度に対する包括的被害者の需要、その裏返しとしての本制度の制度的不備や欠陥を把握するうえで有益となる
- ⑤ **遺族がこれらの支援事業に参加し、さらにその事業計画の策定にまで携わるような仕組みを考える**
 - ➡ 遺族に生きがいの場を提供すると共に、被害者本人にとって有益となる事業の実施・促進につながる

これらの取り組みについては、アスベスト被害拡大防止事業として位置づけ、制度的枠組みのもとで推進していくことが望まれる！

おわりに

国がアスベスト被害に対する個別の因果関係の立証を困難にするなかで、本制度の認定率が低く、巨額の基金が積み上がったという事実は、本制度の「被害者を隙間なく迅速に救済する」という目的の一部が形骸化し、給付内容が貧弱でもよしとする建前がもはや成り立っていなかったことを意味する



本制度の給付水準をどのような根拠にもとづいて高めていくのかという点については、①個別の関連企業と同様に、国の加害責任を明確にすることで、救済制度から補償制度への転換を図ること、そのうえで、財政上の問題を解決するために、②関連主体の責任に応じた費用負担原則を構築することなどが重要な論点となる



包括的被害者の経済的負担や介護負担の軽減すると同時に、総合支援施設を建設し、被害者支援プログラムや事業を実施することで、彼らの身体的精神的負担を軽減するための制度改革案を提示する

包括的被害者は、突然にして、平穏な生活や将来の楽しみが奪われ、経済的・身体的精神的負担が増していくなかで、さらに死の悲しみまでを背負って生きていかなければならない。国は、このことを常に念頭に置くことで、被害や苦しみが本人から家族に波及していくという負の因果プロセスを断つための方策をたてなければならない！

参考文献(1)

- 秋山正子(2006)「患者と家族のケアについて」中皮腫・じん肺・アスベストセンター監修『医療関係者のためのアスベスト講座：石綿関連疾病－診断・ケア・予防』労働者住民医療機関連絡会議, 78－91頁.
- 飯島伸子(1993)「環境問題と被害のメカニズム」飯島伸子編著『環境社会学』有斐閣ブックス, 81－100頁.
- 大塚直(2007)「石綿健康被害救済法と費用負担」『法学教室』No326, 71－77頁.
- 環境再生保全機構・石綿健康被害救済部(2015)『平成26年度 石綿健康被害救済制度運用に係る統計資料』.
- 環境省(2008)『兵庫県における石綿の健康実態調査報告(資料2)』.
- 環境省(2010)『中皮腫・アスベスト疾患・患者と家族の会：中央審議会提出資料』
([http:// www.env.go.jp/council/05hoken/y058-01/mat- h2.pdf](http://www.env.go.jp/council/05hoken/y058-01/mat-h2.pdf)).
- 阪本将英(2015)「包括的 石綿健康被害補償制度の構築に向けた提言－被害者の立場から考える新たな補償制度について－」『環境経済・政策研究』 第8巻第1号, 1－18頁.
- 中央環境審議会・石綿健康被害救済小委員会(2016)『石綿健康被害救済制度の施行状況について(資料3)』.
- 中皮腫・アスベスト疾患患者と家族の会・尼崎支部尼崎労働者安全衛生センター編(2012)『緩慢なる惨劇に立ち向かう』.

参考文献(2)

- 長松康子・佐居祐美(2008)「アスベストと悪性中皮腫における看護実践・研究に関する文献レビュー」『聖路加看護学会誌』第12巻第2号, 91－98頁.
- 森裕之(2012)「石綿健康被害救済法の財政問題」『政策科学』第19巻第2号, 49－58頁.
- 柚岡一禎(2009)「隠された被害の現場を歩く」大阪じん肺アスベスト弁護団・泉南地域の石綿被害と市民の会編『アスベスト惨禍を国に問う』かもがわ出版, 43－79頁.
- 除本理史(2010)「アスベスト健康被害の補償・救済と費用負担: 責任論に基づく石綿健康被害救済法の見直しに向けて」『東京経大会誌』第267号, 139－169頁.
- 吉田邦彦(2006)『多文化時代と所有・居住福祉・保障問題』有斐閣.
- 労働省労働基準局(1976)『石綿粉じんによる健康予防対策推進について(基発第408号)』.
- Kumatani, N. and S. Kumagai (2008), “Mapping the risk of mesothelioma due to neighborhood asbestos exposure, ” *American journal of respiratory and critical care medicine*, Vol.178, pp. 624-629.
- McCormack V, Peto J, Byrnes G, Straif K, Boffetta P. (2012), “ *Estimating the asbestos-related lung cancer burden from mesothelioma mortality*, ” *British Journal of Cancer* , 106(3), pp.575–584.
- WHO(2014), *Chrysotile Asbestos*.