

図 H3 原因不明患者フローチャート

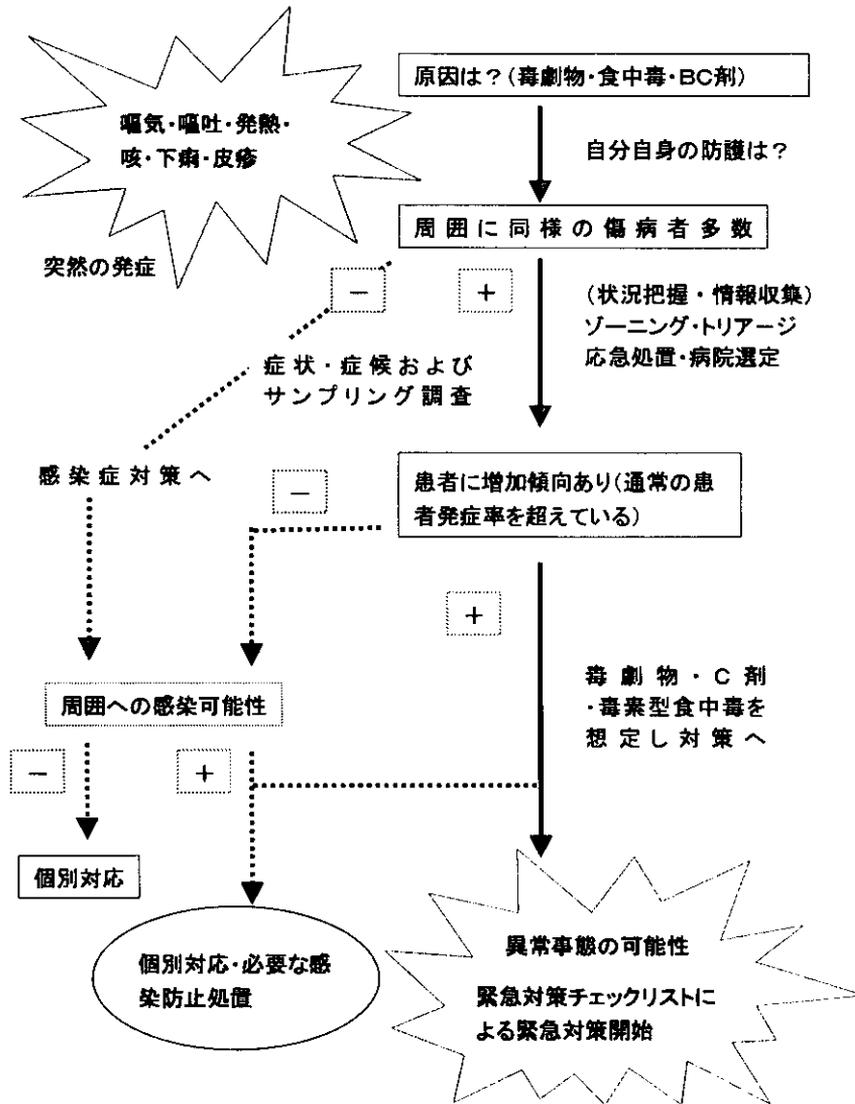
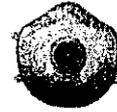


図 H4 災害現場での初動救護者の防護

救護者自身の保護が最も重要

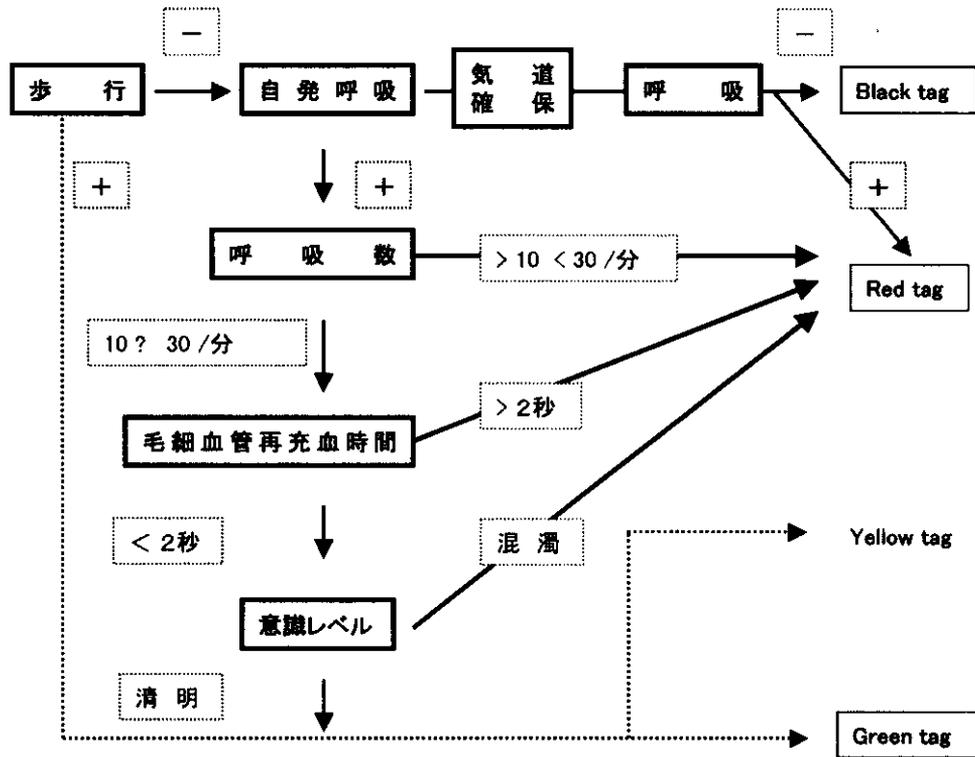
原因不明の災害現場では、救護者は絶対に現場に入らない。消防隊などの専門家の到着を待ち対応を実施する。救出された負傷者の救護においても、救護者自身の保護が最も重要である。化学剤災害時には、マスク装着のみで致死率が約90%減少するとの報告もあり、以下の防護は化学剤以外の原因不明事案でも最低限必須である。

- (1) 皮膚などを露出してはならない！
 - ・ 作業衣、その上からプラスチックエプロン
 - ・ ゴム手袋：手袋の使用の有無にかかわらず
手洗いの実施は必須
 - ・ 飛沫防護眼鏡（ゴーグル）
 - ・ マスク（HEPAフィルター付が望ましい）
 - ・ ゴムのブーツ
- (2) 上記の簡易防護用具では、汚染に対して十分な防護とはいえない。汚染物や汚染患者の管理には最新の注意を払う。
- (3) マスクがない時、ハンカチを湿らせ鼻口を覆い、呼吸を浅く待避しなければならない。



マスクで致死率が90%減少！

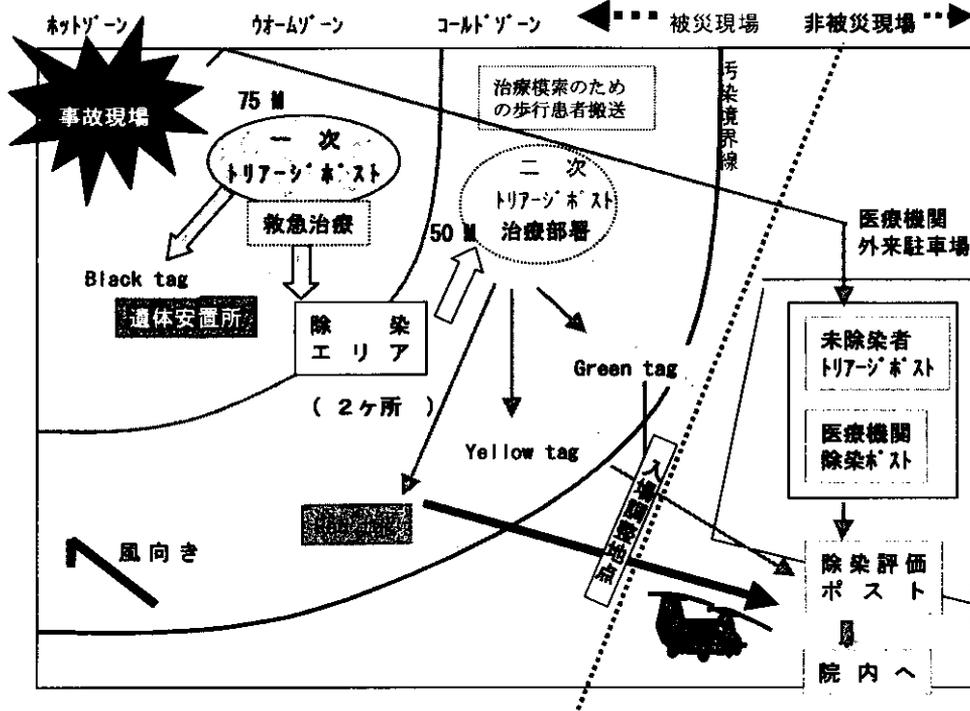
図 H5 トリアージ（簡易/START） Simple Triage And Rapid Treatment



トリアージは、医療リソースと患者状況で大きく変化する。可能ならSTART法に血圧・経皮酸素濃度なども追加実施する。経時的トリアージが重要である。

図 H6 化学剤災害 ゾーニング

状況が許せば、治療より除染を優先。



危険区域を3区域に大別

災害現場 (HOT ZONE) : 災害対応者が、危険物に直接接触する可能性のある区域。損傷のない建物やトンネル内における小規模な漏出の場合、その横造物の内部に限定される。

汚染区域 (WARM ZONE) : 危険物に曝露のおそれの少ない区域。主たる危険は、二次汚染。

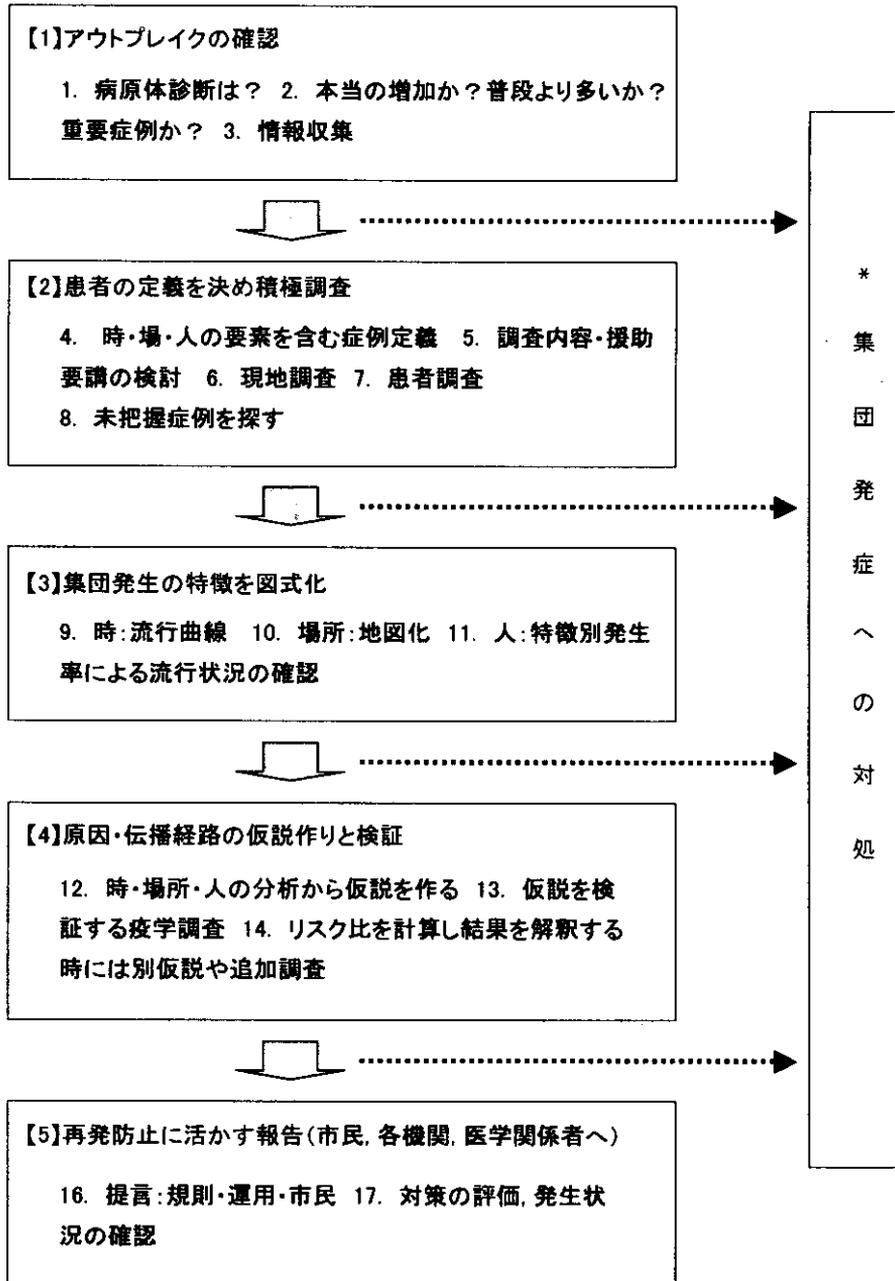
除染区域 (COLD ZONE) : 内側、外側警戒区域に挟まれた区域。災害対応者が制約を受けることなく対処行動ができ、また独占的に使用可能な区域である。

指揮所・除染所

災害現場から風上で75 m 離れた2ヶ所を設定し、風向が15分間経過し45度以上変わった時点で、次の除染場所へ変更する。第二次トリアージポスト (応急処置を兼) は、除染所から風上50 m に設置するのが望ましい。

図 H 7 集団発生対策・調査の基本的要素と手順

WHO for regional training



※ 対処対策：ワクチン, 抗生剤による予防, 隔離・移動の制限・検疫, 情報提供・教育
患者の治療：応急的対応方法, 稀少薬の確保, 後遺症予防・リハビリ

図 H 8 炭疽菌等の汚染の恐れのある郵便物への対応

事前準備事項

1. 汚染者の一時待機場所
2. 除染用シャワー施設の指定
3. 開封場所の指定
4. 点検用資器材: 透明ビニール袋, マスク, 手袋, 立ち入り禁止標識

郵便物の点検 簡易マスク・手袋装着が望ましい

1. 全体的な汚れ, シミ, 色あせはないか? 過剰な包装はないか?
2. 文書以外に液体, 粉, 金属のようなものが同封されていないか?
3. 過剰な重さ, 重量の偏りはないか? テープで全体を巻いていないか?
4. 差出人名・住所が明記されているか? 住所と消印が一致するか?
5. 差出・受取人名, 住所等に著しい誤りはあるか?

郵便物等開封前に不審物等を発見した時

1. 封筒を振ったり, 臭いを嗅いだりしない。
2. 不用意に開封しない。
3. 不審物等の確認
 - a. 換気器等を停止させ窓を閉め, 速やかに周囲に通報
 - b. 部屋に居るものを退出させ, 一時待機場所に移動, 待機
 - c. 不信郵便物等をビニール袋に入れ, 密封し指定場所に搬入
 - d. マスク・手袋装着し, ビニール袋内で粉・アンプルの有無の確認

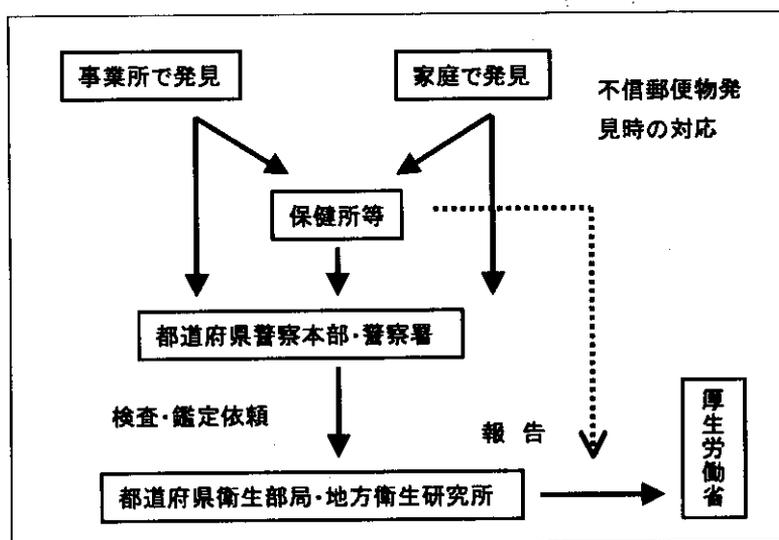


表 H1 主な化学剤の要点

種類	特性	症状	治療	備考
神経剤 G剤：タブン (GA) サリン (GB) ソマン (GD) V剤：VX (最も強力) 空気より重い 神経剤は最も毒性が強い	有機リン化合物 サリン：無色液体、無臭で、揮発が高い VX：重油に似てゆっくりに揮発し最も強力 (致死量 4mg) アセチルコリンエステラーゼ抑制による神経の情報伝達遮断	症状は曝露の経路 (蒸気/液体) と容量に依存し、縮腫が特徴的 液体曝露では、縮腫、鼻汁、流涙、軽度の呼吸困難、目の奥の痛み・前額部の鈍痛も特徴的 液剤曝露では局所の発汗、虚脱感、筋攣縮	硫酸アトロピン：初回 1.0 ? 2.0 mgを静注 (総投与量目安：15? 20 mg) PAM：1g/生食 100ml (30分静注)、重症例には以後250? 500 mg/hr 予防内服：ピリドスグミン (30mg, 8時間毎内服)	次亜塩素酸塩で除染。 液体曝露では縮腫が生じないこともあり注意を要する。 血清ChE値低下 (曝露後1? 2時間後) トリアージ後30? 60分後の再チェックは必須
びらん剤 蒸留マスタード ルイサイト ホスゲン オキシム 空気より重い	蒸留マスタード (遷延性) からし臭、油様液体、室温では、液体が最も危険 ルイサイト ゼラニウム臭、接触後直ちに疼痛	皮膚の紅斑・水泡 (黄色いドーム状)、眼 (結膜炎・角膜障害) 気管支炎症状 皮膚紅斑・眼症状 (疼痛)、気管支炎から肺水腫	拮抗薬はなく対症療法が主であり、迅速な除染が障害を軽減する唯一の方法 BAL (筋注) が拮抗薬	次亜塩素酸塩にて除染 (又は大量の水) 大量のマスタード曝露 ① 骨髄幹細胞障害 (汎血球減少) ② 消化管障害 (血性下痢) ③ 中枢神経障害 (無気力)
血液剤 青酸ガス 空気より軽い	アーモンド臭 (遺伝的に1/2人は検出不可) 無色呼吸にて、体内吸収 体内の酸素摂取阻害	低濃度では、めまい、嘔気、嘔吐、頭痛 重症では、けいれん、呼吸困難 (チアノーゼを示さない)	亜硝酸アミル吸入 (5分間隔で5~6回吸入) 亜硝酸ナトリウム：300 mg/10mlを2~4分 / 25%チオ硫酸ナトリウム：50 mlを10分以上で静注	「all or nothing」的生物活性 代謝性アシドーシス (乳酸高濃度)
窒息剤 ホスゲン 空気より重い	青い干し草臭 無色、揮発性高い	流涙を伴う一過性の化学性結膜炎、呼吸器系に作用し数時間後に急激な症状 (喉頭痙攣/肺水腫) 出現	呼吸管理 (陽圧換気か通常酸素) が有用	除染は大量の水

表 H2 化学剤の要点化学剤曝露 自己チェックリスト (グレイボックスは適応外)

症 候		A	B	C	D	E
外見	虚脱					
	筋攣縮					
	大発作様痙攣					
	昏睡					
	口腔内出血					
	咳					
	くしゃみ					
	嘔吐					
皮膚	線維束攣縮					
	チアノーゼ					
	皮膚傷害部が灰色					
	疼痛、皮膚刺激					
	冷湿感					
眼	発汗 (局所または全身)					
	縮瞳					
	散瞳または正常の瞳孔径					
	不随意的な開眼					
	流涙					
	眼球のひりひり感、灼熱感					
	頭痛、眼周囲の疼痛					
	霧視					
	複視					
	眼痛					
呼吸器	充血					
	咳 (重複)					
	鼻汁					
	胸部絞扼感、息切れ					
循環器	鼻のひりひり感					
	除脈					
消化器	頻脈					
	便秘					
推定	吐き気					
	総チェック数/総症状数	/26	/8	/23	/11	/16
	チェックが多い場合に推定される剤種	神経剤	びらん剤	青酸化合物	窒息剤	暴徒鎮静剤

Jane's Chem-Bio Handbook (ジェーン化学・生物ハンドブック、第4版、1999年6月)

表 H3 主な生物剤関連疾患の特性

種 類	特 性	症 状	治 療	備 考
炭疽菌 (Anthrax) グラム陽性芽 胞形成菌 潜伏期：1? 6 日	吸入（肺）・皮膚・ 腸の3型に分類。人 から人への感染はな い。無治療では、致 死率は90%以上にも およぶ。エアロゾル では感染力が長期間 持続し散布も容易。	初期症状：鼻閉感、 関節痛、易疲労、 空咳（感冒症状と 類似）。発症2~3 日後に咳の重積発 作（呼吸困難）、チ アノーゼや痙攣出 現。突然死。	シブ'ロキチン（400mg, 8 ~12時間毎、IV） ドキシサイクリン（初回 200mg, 次後100mg, 12時間毎、IV）。 予防的には、シブ'ロキ チン（経口400mg/回 を1日2回）。『ワ チン』	100Kgの炭疽菌芽胞で、 人口密集地では300百 万人の命が奪われる。 米国の10例では、多 剤抗生物質（シブ'ロキチン、 リファンピシ、バンコマイシン/ク リンダマイシン）・集中治 療で6割生存。
ペスト (Plague) グラム陰性桿 菌 潜伏期：2? 6日	腺・敗血・肺ペス トの3型に大別。 ペスト感染ネズミ に吸着した蚊に刺 され感染。肺ペス トは飛沫感染（人 から人）。	高熱疼痛性のリンパ 節炎 （出血性化膿性炎症） 腺ペスト：リンパ 節腫脹、 化膿、敗血症、 高熱 肺ペスト：高熱、 咳、 紫液性血痰	テトラサイクリン（40mg/kg, X4、5日間）、クラマ フェニコール（40mg/kg, X4、5日間）、ストレ プトマイシン（1g 筋注、 TC/CP） 『死菌ワチン』	常在地への渡航歴。 1994年インド/スラ ー市で肺ペストが流 行。本邦では1926年 横浜での8症例が最後。 旧ソ連で、兵器化が 進められていた。
野兔病 (Tularemia) グラム陰性桿 菌 潜伏期：2? 10日	ダニや蚊、野ウサ ギなどからヒトに 感染。感染力は強 いがヒトからヒト への感染はない。	侵入経路/菌株によ り多彩な臨床症状。 数週間の寒気や吐き 気、頭痛、発熱。無 治療時、症状は2? 4 週間、数ヶ月続くこ ともある。	ストレプトマイシン（1g 筋注、12時間毎、 解熱後も10? 14日） ゲンタマイシン（3? 5mg/kg/day, 解熱 後も10? 14日） 『生ワチン』	北米、東欧州、シベ リアなどで発症。 『生ワクチンRV 株』 が旧ソ連邦で使用さ れ効果を上げたが、 無治療時の致死率は 30%とされている。
ボツリヌス (Botulism) 偏性嫌気性菌 潜伏期：約18 時間	汚染食品の中で産 生する強力な神経 毒によって発症。 意識障害がないの が特徴。ヒトから ヒトへの感染はな い。	軽い消化器症状に 続き眼麻痺（視力 低下、複視、眼瞼下 垂）、球麻痺（発 語障害、嚥下障害、 呼吸困難）、分泌 障害（唾液、汗、涙） の3大症状出現。	呼吸管理・早期 の抗毒素血清投 与（無治療で約 1/3が死亡）。血 清型不明時や緊 急時は多価血清 投与。	本邦では、1984年辛 子蓮根による集団発 生（A型）、1998年輸 入オリーブびん詰め での発生（A型）。国 連調査でイラクが兵 器としての保有が判 明。
天然痘 (Smallpox) 天然痘ウイルス 潜伏期：7? 17日	自然界での宿主は ヒトのみ。ヒトか らヒトへの空気感 染。 水痘との鑑別が重 要で、水痘では異 なった段階の発疹 が混在。	前駆症状：倦怠 感、発熱、頭痛。 特徴的発疹（四 肢に同時発生） 紅斑、丘疹、水 泡、膿疱、結痂、 落屑の順で、1 ? 2週間で痂皮化。	ワクチンにより5年 間の効果が見込ま れる。免疫グロブ リン0.3 mg/kgは、 早期（曝露24時間 以内）使用で70% 予防可能。	1977年ソマリアの自然 発症例が最後、WHOは 天然痘根絶を宣言、 1982年より種痘は国際 的に不要。アメリカ/ ロシアで保管。ワクチ ン未接種時には、35% の感染者が死亡する。

あったのは、速やかな食中毒・毒劇物両面からの対応指導がなされたことである。今後産業医においても、本事案を参考に化学・生物剤テロをも想定した特殊災害の医療救援体制を構築しなければならない。

付記 2 産業医の危機管理 (Risk Management) チェックリスト

- 1) リスク評価によるハザードマップが事前に作成されている？
(はい、いいえ)
 - 企業内の危険物の認識がなされ、リストアップされている。
 - 危険物拡散時の健康被害(拡がり・症状など)評価がなされている。
 - 労働基準監督署、警察署、消防署、保健所等との連絡・調整はなされている。
- 2) 災害発生時の対処マニュアルが作成されている？
(はい、いいえ)
 - A. 事象認識への具体的ガイドラインがある。
(はい、いいえ)
 - 同一場所・時期で2人以上の傷病者の発生時には、マニュアルが作動する。
 - 産業医を中心とした危機管理スタッフへの連絡網が整備されている。
 - 関係部署課や警察/消防などの機関への連絡が速やかになされる。
 - B. 災害現場を、3危険区域にゾーニングするよう想定している。
(はい、いいえ)
 - 指揮所・除染所・トリアージ/応急処置所などの設置場所が想定されている。
 - 緊急車両の搬入/搬出経路が確保されている。
 - C. 災害対応者への個人防護装備品が準備されている。
(はい、いいえ)
 - 災害対応者への危険区域における防護装着が準備されている。
 - D. 災害対応者のトリアージ/除染/応急処置の訓練がなされている。
(はい、いいえ)
 - 災害対応者がSTART法を理解し、トリアージ実施可能である。
 - 災害対応者が被災者への除染法や自らの除染法を理解し、実施可能である。
 - 適切な応急処置が実施可能である。
 - E. 被災者のリスト作成手順や搬送先病院が選定されている。
(はい、いいえ)
 - 災害対応者が被災者リスト作成が容易に実施可能である。
 - 搬送先医療機関の掌握がなされるようになっている。
 - 死亡者発生時の対応(特に親族)が考えられている。

- F. 原因物質同定のためのサンプルの採取が可能である。
(はい、いいえ)
- サンプリング容器が、準備されている。
- G. 精神的ケアは、被災者や救援者/周辺住民にも実施可能である。
(はい、いいえ)
- 現場での危険を、定期的にブリーフィング出来る。
 経験する恐怖や不安を緩和する“カウンセラー”を配置している。
 周辺住民やマスコミへの対応者を決めている。
- H. 健康調査表が作成されており、事後の調査が実施可能である。
(はい、いいえ)
- 3) 机上シミュレーションや実践的訓練を、企業内や多機関共同で実施している。
(はい、いいえ)
- 毒劇物/化学剤や、集団感染症（結核・麻疹等）への対応もある。

付記 3 除染法の基本的分類

(I) 化学物質の物理的除去

- (1) 舌圧子やアイスキャンディのヘラで、化学剤を取り除く。
- (2) 吸着剤：粉石鹼，土，小麦粉などの乾燥した粉末を化学剤に散布し、ウェットティッシュで拭き取ることは効果的である。
- (3) 大量の水：致死率は10分の1に減少させ、速やかな大量水での洗浄は非常に有効である。

(II) 化学的な非活性化

- (1) 石鹼水での洗浄：石鹼水の効果は物理的な除去作用と化学剤の希釈である。アルカリ性石鹼では、緩徐な加水分解作用も認められる。
- (2) 酸化：化学的除染では塩素を使用した酸化反応が重要である。次亜塩素酸のような「活性塩素」剤があり、マスタードやVXは硫黄分子を有し速やかに酸化される。
- (3) 酸・アルカリ性加水分解：酸性加水分解は緩徐である。アルカリ性加水分解（水酸化ナトリウム）は、皮膚障害のために使用できない。
アルカリ性次亜塩素酸は、VXやサリンガスを非常によく加水分解する。

Ⅲ－４ リスクコミュニケーション

Ⅲ－４－１ はじめに

企業における危機管理は昨今の企業の社会的責任が拡大してきている中で、今までと違った形でその重要性が増してきている。特に、企業の透明性への社会的な要求は、企業がその社会で存続していくために高いレベルの様々なリスクコミュニケーションの体制を持つ事を突きつけはじめています。そして、企業のリスクコミュニケーションの良し悪しが、直接企業の存続にかかわってくるケースが日本にも出てきて、こういった体制を持つ事が企業として必要不可欠な条件になりつつあるのである。

しかし実際に危機に遭遇した場合、危機管理の対応部署はその場での対応に追われ、なかなかうまくこのリスクコミュニケーションができないのが常である。そういった意味で企業としては適切なリスクコミュニケーションがおこなわれるように事前に準備・計画し、その流れがスムーズにおこなわれるように関係者のトレーニングしておく必要がある。ここでは、この危機管理全体の中でこのリスクコミュニケーションがどのような位置にあり、どのようなリスクコミュニケーション体制が計画されるべきかについて、当社の事例を参考にしつつ検討していく。

リスクコミュニケーションには大きく分けて5つのものがあるであろう。それはまず1. 危機管理関係部門間の意思疎通、2. 社内の中核へのリスクコミュニケーション、3. 従業員へのリスクコミュニケーション、4. 対外関係機関への対応・コミュニケーション、そして5. メディアへのコミュニケーションである。危機管理の全体の流れの中でそのようにリスクコミュニケーションがどのように設定されるべきか、そしてそれぞれのリスクコミュニケーションについてどのような事に配慮し、計画しておく事が必要かについて検討したい。

Ⅲ－４－２ 危機管理の際の対応部門

私の所属する事業所では災害、事故といった従業員の生命にかかわる危機管理の際は次の8つのチーム（部署）が連携して危機に主体的にあたるように計画されている（経営的なものなど、他の種類の危機に関する場合は異なった部署が対応する事になっていると思われる）。

- (1) 全体コーディネーション (Overall Coordination)
- (2) 避難対応 (Site Evacuation Team)
- (3) 特別なイベント (Special Events Team)
- (4) 医療対応 (健康管理室) (Medical Team)
- (5) 従業員コミュニケーション (Employee Communication and Assistance Team)
- (6) 社外へのコミュニケーション (Public Communication Team)
- (7) 職場の安全衛生 (Workplace Safety/Facilities Support Team)
- (8) ビジネス維持 (Business Continuity Team)

ここでわかるように、すでに上記の「3. 従業員へのリスクコミュニケーション」と「5. メディアへのコミュニケーション」についてはその専門部署がこの危機管理のチームの中に入っている。5つのリスクコミュニケーションのうち少なくとも2つはその事を専属で責任を持って進めてくれる部署が入っているのである。

1. 危機管理関係部門間の意思疎通と全体のコーディネーション

色々な危機の状況に応じてそれに直接対処する部署は異なってくるが、どんな場合でも中心となって全体を見渡している部署が必要である。上記の「全体コーディネーション (Overall Coordination)」はそのような役割を果し、集中させた情報をまとめ適切に全体をコントロールする役割と果している。そしてこの部署は「2. 社内の中核へのリスクコミュニケーション」、「4. 対外関係機関の対等・コミュニケーション」についても中心になって対応していくように設定されている。こういった部署を設定する事で、それぞれの危機対応部署が実際の危機に専念していくことができるのである。

また危機に対応するそれぞれの部署がどのような動きをするのか事前に理解していることは大変重要である。そうでないといろいろな関係部署がちぐはぐな対応を取ってしまう事もある。危機に遭遇する以前に、そのような準備をする際にもこの全体をコーディネーションする部署が中心となって関連部署の連携を促進する役割を担っている。

2. 社内の中核へのリスクコミュニケーション

最近、日本企業で危機の際に、会社のトップが状況を把握していないという事がしばしば社会で問題となっている。しかし大きな企業で、会社の末端での状況をトップまで伝えることは、そう簡単なことではない。多くの企業では企業トップまで情報が伝えられるには、いくつもの階層になっている報告ラインを上がっていかねばならず、多くの時間がかかってしまうのである。そして、しばしば問題になることは、企業トップがどうしても知るべき情報が企業トップに上がっていく過程で、どこかの段階で止まってしまったり報告されないということである。

そういった事を防ぐためには、どのぐらい重要な情報を、どのぐらいの時間の中に、どのレベルの企業中核まで上げていくのかといった社内のリスクコミュニケーションのルールを作っておく必要がある。また、情報が滞りやすい大きな組織においては、幾つかのルートから情報が企業中核に上がるシステムにしておく事が大事であろう。複数の報告ラインで情報が上がっていくということは、ある意味でどの報告ラインがうまく機能するのか、あるいは機能しないのかということをつも試されているように私は日頃感じている。例えば従業員の生命に基づく危機の際の中核へのリスクコミュニケーションの場合、職制の報告ラインのほか、人事の報告ライン、あるいは安全部門の報告ライン、また我々健康管理部門の報告ラインにのって情報が会社の中核に上がっていく。わたしはこれについて忘れられない苦い思い出がある。当社に入社した直後、ある工場で、暴露による健康障害の可能性があっ

た事例について米国本社に報告をしなかった事について苦言を言われたことが思い出される。そういった問題が米国本社で問題になった際に、健康管理部門としての情報が米国の産業保健トップの産業医に伝わらず、それについて積極的な話ができなかったという事なのである。この複数のルートで情報を社内の中枢に上げていくというシステムは、ある意味でこの報告ラインがどれだけ適切に、また迅速に機能しているか常に試され、また複数の報告ライン同士で競争させられているように感じられ、そこでは問題を隠すといったことがやりづらい環境が出来あがるのだと私は感じている。

現在の社内の規準書では、危機・問題事例の重要度合いにより4つのランクに分け、事業所外の企業中枢のどのレベルまで情報を上げるのかが規定されている。この4つの状況は企業中枢に報告が必要不可欠なものであるが、これよりもっと軽度の問題でも多くの場合上記のように報告が求められる。

簡潔に4つの状況はレベルの低いものから次のようになっている：――

- 1) 約1億円かそれ以上の災害、事業所敷地内での交通事故・工場の建設など会社に何らかの関係のある人命にかかわる事故、会社の関係者が法律上の事情聴取を受ける、社会に影響がある可能性があるもの、、、等
- 2) 会社の製品の生産過程での死亡事故あるいは死亡の可能性の高い重傷事故、、、等
- 3) 会社の製品の生産自体に大きな影響を及ぼすもの、、、等
- 4) 国あるいは国際的なメディアが注目する可能性のあり、会社あるいは我々の商品の信用にかかわる可能性があるもの、、、等

またその報告されるルートや最低限の情報伝達までの時間なども規定されフローチャートでコミュニケーションの流れが周知されている。その規定書には報告先の企業中枢責任者の情報、つまり電話番号(オフィス、自宅)、電子メール、ファックス番号などが記載され、全世界の関係者に通知されており、どこに連絡するかわからなかったといった言い訳ができないようになっている。

3. 従業員へのリスクコミュニケーション

従業員へのリスクコミュニケーションの方法では、最近のいろいろなITテクノロジーを利用したものが発達し導入されてきている。ニューヨークの世界貿易センタービルへのテロ事件の際には米国の会社のトップが即座に電子メールで従業員にメッセージを出し会社としての対応が伝えられた。人事部門では、人事のトップが世界の人事マネージャに対して直接電話で話しかけるといったことがされた。そのとき米国政府が航空機の使用禁止を解除しても、航空機を使いたくない者は業務での海外旅行を拒否する事ができると全世界の従業員に通知され、私自身米国出張を取りやめたのを覚えている。危機は会社の幹部あるいは管理職が最も指導力が発揮しなければならないときである。そしてこんな言い方をしては不謹慎かもしれないが、危機はある意味で会社の幹部・管理職にとっては従業員を組織に引きつける大きなチャンスでもあるのである。定常状態では金銭的な給与や会社の福利厚生サー

ビス、仕事のやりがいといったものが重要な従業員への報酬であるが、危機的状態では安全と信頼が従業員にとって最も重要であり、それを会社なり管理職がリスクコミュニケーションをうまく行い従業員に提供できるかどうかは、想像以上にその後の会社と従業員の関係に大きな影響力を与えるのである。

実際に組織内でリスクに関して関係従業員にコミュニケーションする場合、いろいろなことについて配慮する必要がある。私自身この事については社内でトレーニングを受けているが、米国の産業保健に関する学会の中でも、このリスクコミュニケーションや後述するマスコミに対応する際の対応のしかたといったことが教育プログラムとして取り入れられている。そこではどのように従業員にリスクを伝えるかといった事が中心に取り組みられているが、どのようにそういった場を設定するか、どのような人を呼んできて話をさせるか、話しかける際の身振り手振りから言葉の使い方まで多岐にわたった内容になっている。私の印象では、会社の役員や事業所長にトレーニングされてきたものがどんどん広がってきて、プロの産業医としても一つの重要な能力と考えられるようになってきたのだと理解している。私の受けたトレーニングでは、最後のセッション（実習）で多くの従業員の代わりにビデオに向かってリスクコミュニケーションを各自が行い、自分が話をしている画像を見ながら専門家から評価を受けたのである。

私とそのトレーニングを受け記憶に残っている幾つかの重要事項を以下に述べたい：――

- 1) 前もって関係部署の職制・関係部門に対して説明し話す内容について打ち合わせておく。そうする事で、万が一会場がパニックになった場合、職制・関係部門からの助けを得ることができる。
- 2) 話をする集団は、問題が大きければ大きいほど小さい集団で行う方がよい。大きな集団では、その中で重要な人を集め、少ない人数の集団に対して説明をおこない、徐々に集団のサイズを上げていく。あるいは幾つかの集団に分け何回かに分けてリスクコミュニケーションを行う。そうすることで、リスクコミュニケーションに対してどのような反応があるのがある程度想定できるようになり、対応能力が上がっていく。また大きな集団に直接行った場合、集団心理が働きパニックになるあるいは集団が不穏な雰囲気になることもあるが、そういったことを防ぐことができる。
- 3) 話をするメンバーは事前によく検討しておくこと。そしてそのメンバー構成は集団から信頼されている人をできるだけ入れること。職種として信頼される人は、国や地域、文化によって異なり、日本などでは弁護士の社会的な信頼度が高いが、米国では弁護士は社会的な信頼度が低く、弁護士に話をさせる事で集団からの信頼が下がってしまう可能性があるなど興味あることが述べられていた。
- 4) 話す内容とそれに対するQ&Aを事前によく練っておくこと。そして話す内容については、まず始めにどのような事を話すのかについて明確にする。そして最後にはじめに明確にした話題のおさらいをする事

である。内容がわかり難い内容になればなるほど、また曖昧にすればするほど従業員の混乱や場合によっては不安定な集団心理を生じやすい。

- 5) 話し方についても色々トレーニングを受けた。そのトレーニングの内容は、会社の経営者がマスコミなどに話す際の話し方のトレーニングと同じという事だが、不祥事が起こった際の日本の経営者がマスコミに話している映像とは随分異なっている。このトレーニングの評価では少なくとも持ってきた文章を読み上げるだけで、聴衆やカメラを全く見ないといった事では落第であった。

そのトレーニングで強調され、実際に集団に対して話をするときにいつも感じることは、どこまで前もって準備し練習したかということが大事だという事である。そして、その準備こそがその場をどのようにコントロールできるかにかかってくるのである。

4. 対外関係機関への対応・コミュニケーション

災害、事故ではその被害者や家族、地域住民やコミュニティー、関連機関（警察、消防、行政、病院・カウンセラー）への対応、立会いなどが必要になってくる。災害の規模が大きければ大きいほど多くの対外的な関係者がかかわってくるので、前もって誰がどれに対応するか計画しておく必要がある。どこかの時点で多くの場合、事業所のトップあるいは各部門のトップが直接関係しなくてはいけない状況が多い。例えば事象聴取や次の項目であげるメディアの取材などの際にトップが不在という事では社会的な信憑性が大きく損なわれてしまうからである。対応する関係機関が多くなれば多くなるほど、会社としては受身になり、このコミュニケーションのコントロールを失う可能性が高くなる。そしてそういった受身の状態のリスクコミュニケーションはしばしば問題を大きくしてしまう。できる限りこのコミュニケーションの主導権を維持し、積極的に会社側から対応し最低限のコントロールを維持していくことが重要だと感じている。

健康管理部門として、こういった際に期待されているのは、専門医療機関との対応である。怪我をし病院に運ばれた従業員の情報を専門家として適切に把握する。あるいは最悪の場合、死亡した従業員の検死状況を把握するといった事も役割として規準書に記載されている。

リスクコミュニケーションという話題から少し脱線するが、上記のように事業所のトップは、危機の際に大変責任のある役割をこなさなければいけない。企業スキャンダルや危機の際に、企業の役員や事業所のトップが自殺するケースがしばしばニュースなので報道されるが、そういった事にならないまでもその心労は大変大きい。健康管理部門として、そういった状況を認識し、事業所トップ、関係部門のトップ、危機の責任を取らされる可能性のある人々に目を配っていることは重要な責務である。

5. メディアへのコミュニケーション

従業員へのリスクコミュニケーションで述べたのと同じく、メディアや社

会に対して会社がどれだけ誠実に対応するか、悪い表現をすれば「誠実に対応しているように見えるか」といった事は、会社に大きな影響を与える。そういった意味で前にも述べたように、専門部署がその責任を負って対応する事になっている。単に情報を社外に出すというだけでなく、どのように受け取るか、どのような影響があるのかといったことを分析しながら対処していくプロの部門である。重要な戦略としてリスクコミュニケーションを行っていると私は理解している。

Ⅲ－４－３ 最後に

世界では様々な異なった危機が存在している。米国では「爆弾を仕掛けた」という脅迫が頻度の高いものである。そして南米や他の第三世界会などでは国の政情不安、暴動などが重要であったりもする。こういったそれぞれの危機に対する準備をする上で、危機を想定し、シナリオを作り、前もって対応を計画・準備しておくことが重要であることは言うまでもない。そういった計画・準備の中に今まで議論してきたリスクコミュニケーションも重要な要素として、組み込まれることがますます重要になってきたということであろう。そして計画されたリスクコミュニケーションを実際の事例や訓練の際に点検し、連続的に改善あるいは微調整し、会社あるいは事業所としての対応能力を高めておくことが必要な時代になってきたということであろう。

IV 産業医の職務とその法制上の問題

IV-1 クライシスマネジメントの定義

「クライシスマネジメント (Crisis Management)」という概念の意味内容は論者によってかなり異なっており、その統一的な用語法はいまだ確立していないのが現状である。そこで、本稿では、概念の整理も試みることにしたい。

まず、「広義のクライシスマネジメント」と「狭義のクライシスマネジメント」を峻別し、以下では、前者を「クライシスマネジメント」と呼び、後者を「クライシスマネジメント (狭義)」と呼ぶ。そして、「クライシスマネジメント」を、「自然災害 (大地震など)、人為的事故 (大停電、通信網の断絶など)、および人為的災害 (戦争、テロなど) といった不測の事態を対象とする諸対策」と定義する。なお、「クライシスマネジメント (狭義)」の定義についてはⅢ-2で述べる。

IV-2 産業医制度の根本的問題

1 産業医の不在

クライシスマネジメントにおいて、「医師である衛生管理者」¹としての側面をもつ産業医が不可欠の存在であることは論を待たない。しかし、産業医の選任義務のある事業場の範囲は、労働安全衛生法 13 条 1 項、労働安全衛生法施行令 5 条により、常時 50 人以上の労働者を使用する事業場に限定されている。しかも、日本では、常時 50 人以上の労働者を使用する事業場の数は全事業場の 4%に過ぎず、全労働者の 60%が産業医の選任義務のない事業場で働いている。さらに、選任義務のある事業場であっても、労働者 300 人以上の事業場では選任率がほぼ 100%であるのに対して、労働者 50 人から 100 人のところでは、77.3%に止まっているのが現実である²。したがって、労働者 50 人未満の事業場および 50 人から 100 人までの産業医が選任されていない事業場では、産業医によるクライシスマネジメントは不可能だということになる。そこで、この問題を法的レベルでいかに解決していくべきかが問題となる³。

この問題解決のために、小事業場に産業医の選任を義務づけることは、人

¹ 昭 47.9.18 基発 602 号参照。

² 保原喜志夫＝山口浩一郎＝西村健一郎編「労災保険・安全衛生のすべて」(有斐閣・1998) 57 頁〔保原喜志夫執筆〕参照。

³ 労働安全衛生法は、労働者 50 人未満の事業場について、13 条の 2 で「労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識を有する医師その他厚生労働省令で定める者に労働者の健康管理等の全部又は一部を行わせるように努めなければならない」と規定し、19 条の 3 で、国が「労働者の健康の確保に資するため、労働者の健康管理等に関する相談、情報の提供その他の必要な援助を行うように努めるものとする」と規定する。しかし、このような規定に基づいて実効性のあるクライシスマネジメントが可能だとは思えない。

材確保や費用面で現実的ではない⁴。そこで考えられるのが、安全衛生管理組織の法的整備が挙げられる。現行の労働安全衛生法も、安全衛生管理組織に属するものとして、産業医のほかに、「総括安全衛生管理者」、「安全管理者」、「衛生管理者」、「安全衛生推進者」、「作業主任者」および「安全・衛生委員会」を規定している。しかし、現行法上これらの組織は、小事業場に対しては、産業医と同様に対象外となっているものが多く、クライシスマネジメントに対応できるような状況にはない。例えば、衛生管理者であるが、労働安全衛生法 12 条、労働安全衛生法施行令 4 条によれば、産業医と同様に、常時 50 人以上の労働者を使用する事業場すべてにその選任が義務づけられているにすぎない。そこで、産業医を選任することのできない中小の事業場では、例えば、クライシスマネジメントの専門家としての衛生管理者の選任を義務づけるなど、法改正が必要となろう⁵。

2 産業医の法的地位

産業医と事業者との間には雇用契約といった民事上の契約が存在し、両者の関係を規律するものは基本的にはこの契約である。しかし、一方で産業医は、労働安全衛生法が定める職務を行う者として、特別の地位に立つ。つまり、産業医の職務は、契約のみに規律されるのではなく、法律にも規律されるということである。そこで、産業医の独立性と中立性が問題となる⁶。

まず、産業医の独立性はどうであろうか。雇用契約は、使用者と労働者との間に従属的関係を生ぜしめる⁷。したがって、事業者には雇用された産業医は、使用者の指揮命令に服するという従属的地位に立つことになる。しかし、この雇用契約は、事業者の具体的指揮命令によらず、産業医の判断に委ねるべき余地を広く予定していると理解することができる。また、事業者は産業医に対して法を逸脱するような指揮命令もできない。したがって、契約的側面からも法律的側面からも産業医の独立性を基礎づけることは可能である。産業医の独立性を確保することは、迅速性や産業医による独自の判断を不可欠とするクライシスマネジメントにおいては特に重要となる。

次に、産業医の中立性はどうであろうか。すなわち、産業医は、事業者と労働者双方にとって中立的立場にあるかということである。この点については、産業医は、契約関係のある事業者に対しては利益になるように行動すべき義務を負うが、労働者に対して利益になるように行動すべき法的義務はない。したがって、現行法上産業医の中立性を基礎づけるものはないといわざるをえない。この場合、労働者の利益を保護するために行動すべきなのは事

⁴ なお 1996 年の労働安全衛生法改正に先立つ中央労働基準審議会建議では、産業医の選任義務の範囲を労働者 30 人以上の事業場に拡大すべきだという意見が継続検討事項とされた。

⁵ 産業医を選任している事業場では、クライシスマネジメントにおける産業医とその他の安全衛生管理組織との役割分担を法的に明示することも必要となろう。

⁶ 座談会「産業医のあり方に関する検討会報告書をめぐって」（以下、座談会と略す）（ジュリスト 1003 号・1992）24 頁〔野崎和昭発言〕参照。

⁷ 菅野和夫「労働法〔第四版〕」（弘文堂・1995）67 頁参照。

業者ということになる。しかし、迅速性や産業医による独自の判断を不可欠とするクライシスマネジメントにおいてこのような理解は意味を持たないことは明らかである。また、このような中立性の否定は、産業医の独立性を事実上なし崩しにする危険性をもつ⁸。

そこで、雇用契約などによる事業者に対して産業医が責任を負うだけでなく、とりわけ健康管理については労働者に対して産業医が直接責任を負うように法律を整備することで、産業医の中立性を確保する必要がある。

IV-3 クライシスマネジメントの基本構造

まず、クライシスマネジメントは、不測の事態の内容に応じて、「特殊災害におけるマネジメント」と「労働災害におけるマネジメント」に分けることができる。また、クライシスマネジメントは、時間的な段階に応じて、「リスクマネジメント(Risk Management)」、「クライシスマネジメント(狭義)」、「危機対処」、および「危機回復」と分けて捉えることができる。したがって、クライシスマネジメントにおける産業医の職務を検討するに際しても、内容および時間的段階に応じて、分けて考察することが適切である。

一方、労働安全衛生法、労働安全衛生規則等の労働衛生(産業保健)関連法規は、産業医の職務内容を、「健康管理」、「作業環境管理」、「作業管理」、「労働衛生教育・健康教育」、および「総括管理」という5つに分類するという考え方をとっている。そこで、本稿もこの分類を踏まえて、クライシスマネジメントにおける産業医の職務を検討する。

1 リスクマネジメント

「リスクマネジメント」とは、危機発生前の措置をいう。ここでは、危機発生をいかに抑制できるかという「危機の予防」が最大の課題となる。

この段階では、産業医による労働者に対する危機の予防が重要な役割となる。この点に関しては、まず、総合的なレベルで「総括管理」に分類されている諸職務が重要となろう⁹。また、労働安全衛生法13条3項および労働安全衛生規則14条3項が、産業医の事業者・使用者に対する勧告、指導・助言の権限を規定する。リスクマネジメントとの関係では、個別具体的なレベルで「作業環境管理」、「作業管理」に分類されている諸職務における勧告、指導・助言が重要となろう。しかし、日本では、現行法上、産業医のもつこれらの権限に関する担保措置が十分ではない。つまり、労働安全衛生法13条4項にあるように、事業者・使用者は産業医による勧告などを尊重すべきであるにとどまり、事業者・使用者は自らの責任においてそれに従わないことも可能である。そのために、産業医のアドバイスが結果的に実効性をもたないという事態も生じうる¹⁰。したがって、この段階では、

⁸ 座談会 26 頁〔大久保利晃発言〕参照。

⁹ この点については、山田誠二「講座 総括管理—産業医に必要なマネジメント知識」(産業医学ジャーナル Vol.24 No.5 (2001) ~Vol.26. No.1 (2003)) 参照。

¹⁰ ドイツでは、労働安全法(Arbeitssicherheitsgesetz(ASiG)) 8条3項が、事業場の産業保健上の措置について産業医との事業場の長との見解が一致しない場合には、そ