

4)。現にこれらの化学物質を扱う事業場で、死者を出すような火災や爆発事故も相次いでいる 5)。

その意味で、実効性のある健康に関するクライシスマネジメントの構築は現実に必要な課題なのである。

2. 社会的責任としての健康被害に関するクライシスマネジメント

ボパール事故では、MIC が工場外に流出したため、一般市民を巻き込み、死者約 1 万 6000 名、後遺症で悩む者 10 万名以上といわれる大惨事となった 4)。

この事件に対して、健康被害に関するクライシスマネジメントの観点から問われなければならないことは、なぜこれほど多くの一般市民を含んだ犠牲者を出すことになったのか、換言すれば、クライシス発生後の対処がしっかりとしたものであるならばもっと犠牲者は少なくすんだのではないか、ということである。この事件では、事業者は事故発生直後に健康被害に関して何の処置も講じていないことが明らかになっている 6)。事故後、1986 年に UCC のあるアメリカで「緊急対処計画および地域住民の知る権利に関する法律 (Emergency Planning and Community Right-to-Know Act)」が制定されたことから明らかなように、インドはもとよりアメリカにおいても健康被害に関するクライシスマネジメントを社会的責任として事業者に義務づける法律制度は存在していなかった。このことから、多くの犠牲者を出した主たる原因として、社会的責任としての健康被害に関するクライシ

スマネジメントの不在が指摘できる。つまり、事業者がその活動によって事業場内外の人々に健康被害を及ぼすようなクライシスをもたらした場合には直ちにそのクライシスに対処する社会的責任を負う、という発想の欠如である。

したがって、有害化学物質暴露災害における健康被害に関するクライシスマネジメントを実効性あるものとするためには、それを事業者の社会的責任と捉えることが必要となる。具体的には、クライシスをもたらした事業者は、一般市民まで含めて、次のような責任を社会に対して負うという考え方を認めていくことが必要だということである。つまり、①有害化学物質の曝露による健康被害を最小限に止めるための方策を直ちに実施する、②曝露被害者に対して経済的損失や身体的・生命的損失について十分な補償をする、③汚染された環境を元に戻す、④生存している被害者に対しては、その後の健康障害について追跡調査し、後遺障害に対しては治療法を開発する、という責任を社会に対して負う、ということである。

しかし、日本では、現行民法の不法行為法上、後述するように原則としてクライシスの発生につき「事業者に過失が存在する」（民法 709 条）という限られた場合にのみ、事業者が責任が生じ、損害賠償の方法も金銭的賠償（上記②）や原状回復（上記③や④）に止まる。健康被害に関するクライシスマネジメントで最も重要な①については、現行法上、事業者が社会的責任を負う余地は皆無である。

3. 産業医主体のクライシスマネジメント

先述した健康被害に関するクライシスマネジメントを事業者の社会的責任と捉えた場合、特に重要なのは、クライシスが発生した際に、有害化学物質の曝露による健康被害を最小限に止めるための方策を直ちに実施することによって、事業場内外の人々の健康被害を最小限に止めることである。

そのためには、まず、マネジメントスタッフが、クライシス発生直後の段階で、発生した健康被害に関するクライシスを迅速かつ正確に把握することが必要となる。具体的には、化学物質の検知・同定や被災者の概数などの災害現場における健康被害状況の把握といった情報の収集が不可欠となる。この点、ボパール事故では事故発生直後に、工場の診療所の医師をはじめとした医療・保健スタッフによる情報の収集は行われていない⁷⁾。

次に、クライシス発生直後以降の段階で、発生した健康被害に関するクライシスの進展を的確に予測し、その拡大を最小限にとどめることが必要となる。具体的には、事業場の内外を問わず、産業保健に通じた医師を中心に組織化されたマネジメントスタッフによる被災者の救急処置と化学物質対処を通じた災害拡大の防止が不可欠となる。しかし、ボパール事故では、やはりそのような処置はまったく行われていない⁷⁾。

さらに、マネジメントスタッフが健康被害に関するクライシスマネジメントに適切に対処するためには、検知・同定された化学物質の性質や化学物質関連疾患の兆候・症状といった専門的知識に精通していることが不可欠

である。MICは、人が吸入すると、肺炎、肺水腫などを起こし、重篤な場合には、心不全による死亡につながるものである³⁾。ボパール事故では、MICについて、UCCの安全規則が「極度に危険な化学物質」であり、「人間が接触しないように厳重に管理しなければならない」と指摘するように、当時から高い致死性の物質であることは十分に認知されていた。しかし、工場側によって事故発生後に治療施設や安全非難地域等設定のためのゾーニングなどは行われていない。また、工場の診療所の医師（日本の産業医のような産業保健専門職ではない）は、事故への対処として、市内のおもな病院にMICの作用と治療法を市内の病院の職員に連絡をとっているが、そのとき患者が目と皮膚の痛みを訴えることはあっても死ぬことはないと伝えているなど、MICの危険性を正確に認識していなかったことが指摘されている⁷⁾。

そこで、日本においてこの問題に対処していくには、現行の法制度の大幅な手直しや新たな法制度の整備を前提としながらも、既存の産業医をはじめとした産業保健専門職制度の発展的に利用していくことが現実的であると考えられる。その理由を産業医に関して述べるならば、現行制度のもとで、すでに次に挙げる3つの条件を基本的に満たしているからである。まず、①産業医は、臨床医として健康被害に対して適切に医療的対処ができる。次に、②産業医は、日本医師会・産業医学基礎研修や産業医科大学・産業医学基本講座の終了等の資格要件を満たすことが必要であり、通常の臨床医を超えた産業保健の専門的知識

を備えている（労働安全衛生法 13 条 2 項、労働安全衛生規則 14 条 2 項）。この点、日本の産業医の専門性は形式的なものに止まっていると指摘されている。これは、産業医の信頼性という産業医制度を支える根本問題であり、クライシスマネジメントにおいてだけ問題となるものではない。平時まで含め、臨床医が得意とする一般健康管理に止まらない高度な専門性をもった産業医養成の問題として早急に検討されなければならない 8)9)。例えば、JCO 事故後、被ばく医療に関しては、財団法人原子力安全協会が緊急被ばく医療情報ネットワーク (REMnet)10) を整備し、また産業医を中心に、各地で緊急被ばく医療研修会が開催されているが、このようなあり方も参考となる。さらに、③専属産業医をはじめとして事業場に選任されている産業医は当該事業場に精通しており、問題となる化学物質の迅速な検知・同定が可能である。この点、クライシスに際しては、事業場にはヒトへの毒性と治療法を含めた化学物質に関する基本データ (Material Safety Data Sheet: MSDS) が整備されているはずであるから事業者はそれをもとに産業医の協力を求めればよい、との指摘がある 11)。しかし、現行法上専属はもちろんのこと嘱託であっても事業場に選任された産業医は MSDS については熟知してしかなるべきである（労働安全衛生規則 14 条 1 項、15 条）。だとするならば、事業者が産業医に協力を求めるといった弱いものではなく、産業医が中心となって積極的かつ迅速に対処することが健康被害に関するクライシスマネジメントを実効性あるものとするため

には必要ではなかろうか。

C. 社会的責任としての健康被害に関するクライシスマネジメントを支える理論的根拠

1. 無過失責任主義

有害化学物質曝露災害におけるクライシスマネジメントを実効性あるものとするために、それを事業者の社会的責任と捉えることが必要となる。これを支える理論的根拠としてまず指摘できるのは、無過失責任主義 (principle of liability without fault) である。

日本では、例えば原子力損害の賠償に関する法律のように特別法により無過失責任が規定されない限り、民法の不法行為法が適用される。そこでは過失責任主義 (fault principle) が原則となる。つまり、不法行為責任が発生するための原則的要件として、他人に損害を与えたことが、「故意又は過失ニ因」ったものであることが必要となる（民法 709 条）。私人の経済活動の自由を保障するという趣旨である。しかし、高度な科学技術を応用して利益の追求を図る企業の登場により、リスクの発生可能性を不可避免的に伴った事業活動を多く生み出し、加害者および被害者のいずれにも過失がないにもかかわらず損害が発生する例が増加している。そこで、近時、裁判所は、民法の規定にもかかわらず例外を広く認め、社会的正義や公平の観点、過失の証明の困難性の観点から、当該企業に過失の有無にかかわらず損害賠償義務を負わせるという意味での無過失責任を認めるようになってい

ところが、過失責任主義をとる場合はもとより、結果として無過失責任が認められたとしても裁判手続を介する限り、健康被害に関するクライスマネジメントは実効性あるものとはならない（公害で問題となった「差止め」も同様である）。なぜならば、健康被害に関するクライスマネジメントにおいて最も重要な、有害化学物質の曝露による健康被害を最小限に止めるための方策を直ちに実施するという責任に対しては迅速性が要求されるため、事後的に過失の有無をまっけて問題とするという余地がまったくないからである。したがって、健康被害に関するクライスマネジメントについては、個々の事件ごとに解釈により判断するという対応ではなく、あらかじめ特別法により無過失責任主義を明示しておく必要があり、その意味で立法による解決が不可欠である。

この無過失責任主義は、ドイツをはじめとした大陸法で提唱されるようになった、「社会に対して危険をつくりだす者は、それから生じる損害に対して常に責任を負わなければならない」とする危険責任（Gefährdungshaftung）という考え方¹³⁾¹⁴⁾や、「社会生活において大きな利益を収める者は、その収益活動から生じる損害に対して常に責任を負わなければならない」とする報償責任（Äquivalenzprinzip）という考え方¹³⁾にその妥当性を求めることができる。日本では、先に挙げた原子力損害の賠償に関する法律（1961年成立）をはじめ、大気汚染防止法（1968年成立、1972年無過失責任追加）、水質汚濁防止法（1970年成立）が、いずれも

危険責任に基づく法律であるし、製造物責任法（1994年成立）も、危険責任と報償責任に基づく法律である²⁾。

有害化学物質を扱う事業者は、通常、有害化学物質曝露災害という大きな危険を伴っている。また、そのような事業者の中には大きな利益を収めているものもある。したがって、事業者の活動によって生じた健康被害に関するクライシスに対しては、常に事業者に責任を負わせることが公平だと考え、無過失責任を明示した特別法制定の可能性を探っていくことが必要ではなかろうか。

2. 汚染者負担の原則

汚染者負担原則（Polluter Pays Principle: PPP）とは、汚染物質を出している者は、公害を起こさないよう、自ら費用を負担して必要な対策を行うべきであるという考え方をいう。経済学上の概念であり、外部費用を内部化するための指導原則として OECD（経済協力開発機構）閣僚会議が 1972 年 5 月に採択したものである³⁾。利益者支払原則（Beneficiary Pays Principle: BPP）ともいう。この原則は、定義からも明らかのように、本来公害の被害補償原則ではない。しかし、近時、環境学の分野で、公害対策の正義と公平の原則として、あらゆる環境対策の領域に当てはめ、環境復元費用や被害者救済費用に対しても広くその適用を認めていくべきだとの主張がなされている¹⁵⁾。例えば、公害健康被害者の救済を目的とする「公害健康被害等の補償に関する法」（1973年成立）はこの主張に沿ったものである¹⁶⁾。

有害化学物質曝露事故が環境問題を引き起こすことを考えれば、汚染者負担の原則も、有害化学物質曝露事故に健康被害に関するクライスマネジメントを事業者の社会的責任と捉えるための理論的根拠となると言えよう。

3. 損害賠償・被害補償の内容

無過失責任主義に基づく損害賠償であれ、汚染者負担原則に基づく被害補償であれ、そこで想定されている方法は、先に挙げた特別法も含めて金銭的賠償か原状回復である。しかし、何度か触れたように、健康被害に関するクライスマネジメントにおいて最も重要なのは、有害化学物質の曝露による健康被害を最小限に止めるための方策を直ちに実施するということである。これはどちらにも該当しない性質のものである。したがって、責任の内容を明確にするためにも、立法による解決が不可欠ではなからうか。

D. 現行産業医制度の法的問題と新制度整備の方向性

以上のように、健康被害に関するクライスマネジメントを事業者の社会に負うべき責任だと捉えるならば、クライシス発生によって生じる健康被害の予防及びその拡大の防止、長期にわたる健康への影響の追跡、さらには必要な医療体制の確立といった様々な事柄が事業者の社会的責任として問われることになる。

もちろん、これらすべてを産業医を中心とした産業保健専門職が担うべきか否かに

ついては、今後の議論に待たねばならない。しかし、先述したように、少なくともクライシス発生によって生じる健康被害を最小限に止めるための方策を直ちに実施することについては、既存の産業医をはじめとした産業保健専門職制度の発展的に利用していくことが現実的である（先述した「緊急被ばく医療のあり方について」では、産業保健専門職に限定せず、広く医療関係者（医師、看護師など）を指摘するに止まっている 17)）。そこで、現行産業医制度を規定する労働安全衛生法および労働安全衛生規則を参考にして、健康被害に関するクライスマネジメントを規制する法制度の整備に際して、いかなる法的レベルの問題が存在するかを以下に検討する。

1. サービスから社会的責任へ

従来、産業衛生とは、「各産業に勤労する人々の健康を保持、増進することを第一義とする」ものと理解されてきた 18)。労働安全衛生法 1 条も「労働者の安全と健康の確保」と「快適な職場環境の形成を促進すること」を同法の目的として規定している。したがって、同法が規定する産業医制度についても、この目的を達成するためのものと位置づけられている。つまり、産業医は「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」を備えた者であり（労働安全衛生法 13 条 2 項）、また産業医は、「労働者の健康を確保するため必要があると認めるときは、事業者に対し、労働者の健康管理等について必要な勧告をすることがで

き」（労働安全衛生法 13 条 3 項）、同条 1 項が掲げる事項について「総括安全衛生管理者に対して勧告し、又は衛生管理者に対して指導し、若しくは助言することができる」（労働安全衛生規則 14 条 3 項）と規定している。より具体的には、労働者の安全と健康を害するおそれのある事業場内の要因と対策の必要性について事業者に助言したり、労働者の安全と健康のために事業場内で行われる予防措置が優先度に従い迅速に実施されるように事業者に助言、勧告したりするといったものである 19)。これらの規定から明らかなように、現行産業医制度は、事業者の労働者に対するサービスの一環として位置づけられる制度と理解することができる（1996 年の立法段階でもそのように捉えられている 20))。つまり、クライシスが発生した際に、産業医をはじめとした産業保健専門職が中心となって、事業場で働く労働者だけでなく広く事業場内外の人々の健康被害を最小限に止めるという事業者の社会的責任を、産業医を中心とした産業保健専門職を通して果たすというあり方は現行法では想定されていないということである。

したがって、まず、健康被害に関するクライシスマネジメントを規制する法制度の整備に際しては、健康被害に関するクライシスマネジメントを事業者の社会的責任と位置づけ、その責任を実効性のあるものとするために産業医をはじめとした産業保健専門職がその中心的役割を担っていくという、現行法のあり方とは全く異なった発想

が必要となる。

2. 産業医の選任

このように産業医が健康被害に関するクライシスマネジメントの中心的役割を担うということになると、できる限り事業場に産業医が常駐していることが望ましいということになる。

現行法上は、2 人以上の専属産業医を選任しなければならないのは、「常時 3000 人をこえる労働者を使用する事業場」（労働安全衛生規則 13 条 1 項 3 号）に限られ、「常時 1000 人以上労働者を使用する事業場」（労働安全衛生規則 13 条 1 項 2 号）または、列挙される危険有害業務に「常時 500 人以上の労働者を従事させる事業場」にあつては、その事業場に 1 人の専属産業医が選任されればよい。また、「常時 50 人以上の労働者を使用する事業場」（労働安全衛生法 13 条 1 項、労働安全衛生法施行令 5 条）では、産業医の選任の義務はあるが嘱託産業医でよいとされている。

しかし、健康被害に関するクライシスマネジメントの観点からは、専属産業医をはじめとした事業場に選任されている産業医は当該事業場に精通しており、クライシス発生後、問題となる化学物質を迅速に検知・同定できること、さらに、産業医がマネジメントにおいて中心的役割を担うべきことが期待される。だとするならば、産業医の選任義務のある事業場の範囲を現行法のように労働者の人数を基準とするだけでは十分ではないといえる。有害化学物質曝露災害の規模は、必ずしも事業場の労働者の人数と比例するものではない

からである。したがって、事業場の取り扱い化学物質の危険性や地域の人口などを加味した選任基準の検討も必要ではなかろうか。

もちろんすべての事業場に産業医の常駐を義務づけるわけにはいかない。そこで、産業医が不在の事業場におけるクライシスマネジメントの中心的な担い手が問題となる。この点、産業医以外の産業保健専門職の活用やその拡大も検討する必要がある。すなわち、産業看護職の常駐を広く義務づけたり、総括安全衛生管理者、安全管理者、衛生管理者などの産業医や産業看護職以外の安全衛生管理システムを健康被害に関するクライシスマネジメントに対応できるようにしたり、というように現行の制度を変えていくことが必要となろう。

3. 産業医の法的地位

では、産業医が健康に関するクライシスマネジメントの中心的役割を担うためには、いかなる法的地位にあるべきであろうか。

1) 平時における産業医の法的地位をめぐる従来の議論

平時における産業医の法的地位については、嘱託産業医の独立性と中立性をめぐって、従来から議論がある¹⁹⁾²¹⁾。まず、嘱託産業医の場合、使用者である事業者と労働者である産業医との間に法的支配従属関係を発生させる雇用契約があるため、少なくとも形式的には、産業医は事業者の指揮命令に服するという立場にあり、産業医の事業者からの独立性は保障されていない。し

かし、産業医は、高度に専門的な職務を遂行するために雇用されている以上、事業者の具体的指揮命令によるのではなく、産業医自身の判断に広く委ねるべきである。そのために、産業医の独立性を確保しなければならないというものである。次に、契約関係から産業医は事業者の利益のために行動すべき立場にあるが、産業医が事業者の利益とは切り離して労働者の利益のために行動すべき根拠は法律上存在せず、事業者と労働者に対する産業医の中立性は保障されていない。しかし、産業医は、労働者の健康情報の管理については労働者の利益保護の観点から責任を負うべきである。そのために、産業医の中立性を確保しなければならないというものである。

2) クライシス発生時における産業医の法的地位

クライシス発生時においては、迅速性という観点から、平時以上に産業医の裁量権の確保と責任の負担のために、産業医の独立性と中立性を確保することが必要となるのではなかろうか。さらには、産業医が、会計処理の専門家としての公認会計士や紛争処理の専門家としての弁護士のように、健康被害に関するクライシスマネジメントの専門家として、企業外から独立性・中立性を保って対応していくようなあり方を積極的に構築していくことも長期的には検討に値するのではなかろうか。

まず、産業医は事業者や労働者・一般市民からの独立性が確保されなければならない

い。クライシスの発生に際して、例えば、産業医が事業者からの指示を仰いでいるようでは、迅速性の観点から健康被害に関するクライシスマネジメントは実効性あるものにならないからである。産業医は医師であり、産業保健の専門家である以上、事業者から独立した産業医独自の裁量権を認めるとともに、場合によっては、マネジメントに必要な範囲内で事業者には有効な指示を出すことができる立場になければならない。

次に、産業医は事業者と労働者・一般市民に対する中立性が確保されなければならない。クライシスの発生によって、例えば、健康情報の開示をめぐる、事業者と労働者・一般市民との間で利益の衝突が生じることがある。その際に、産業医が事業者側の利益をことさらに優先するようなことがあつては、社会的責任としてのクライシスマネジメントとはいえないからである。

3) 独立性に関わる法的問題

先述したように、現行法上、産業医は事業者等に勧告、指導・助言することができる。しかし、これらは事実行為であつて、事業者等を拘束するものではない⁸⁾。つまり、労働安全衛生法 13 条 4 項で、「事業者は、前項の勧告を受けたときは、これを尊重しなければならない。」と規定し、労働安全衛生規則 14 条 4 項も、産業医が法令の規定に基づく勧告、指導・助言をしたことを理由に、事業者は、「産業医に対し、解任その他不利益な取り扱いをしなければならない」と規定するにとどまっております、事業者

は自らの責任においてそれに従わないことも可能だということである。そのために、産業医の勧告、指導・助言が結果的に実効性をもたないという事態も生じうる。

したがって、健康被害に関するクライシスマネジメントに際しては、産業医のこのような権能に実効性をもたせるような規定が必要となろう。

4) 中立性に関わる法的問題

この点、健康被害に関するクライシスマネジメントで最も問題になるのが労働者や一般市民の健康に関する情報（健康情報）におけるプライバシーの保護である。

(1) 情報の収集

クライシス発生直後の段階では、特に、発生した危機を正確に把握するという観点から、その危機に直接・間接に関わった労働者や一般市民の健康情報の収集と各関係機関との情報共有が必要となる。しかし、一方で、健康情報は個人のプライバシーに属する事柄であり（裁判所は、無断検査によって HIV 感染者であることが使用者に知られ解雇されたことが問題となった事件で、病状もプライバシー権により保障される領域である「私生活上の利益」に相当すると判断している）²²⁾²³⁾、このような情報をみだりに他者（産業医であれ事業者であれ）に把握されない権利を労働者や一般市民はもっている（日本産業衛生学会、産業保健専門職の倫理指針、第一章 3(2)も、産業保健専門職は、プライバシーの保護という観点から職務の遂行にあたらなければならない

ないことを規定する)。ただ、クライシス発生段階でのクライシスマネジメントを実効性あるものとするためには、産業医が、例えば化学物質を迅速に検知・同定する目的で個人の症状から集団レベルでの被害状況といった健康情報を迅速かつ正確に収集することができなければならない場合がある。労働安全衛生法は、66条4項で都道府県労働局長の指示による臨時の健康診断等の実施について規定するが、迅速性の問われるクライシスマネジメントに対応できるような規定でないことは明らかである。また、保健所など地域保健機関からの情報収集も、当該機関の収集活動後に可能となる性質のものであるから、期待できない場合が多いであろう²⁴⁾。したがって、労働者だけでなく一般市民まで含めた健康情報を産業医が収集することを認める規定が必要であろう。

ただ、産業医に情報収集を認める規定を設けるとしても、許容される場合を列挙するというようなやり方ではクライシスマネジメントに対応できない。予想できないクライシスも生じうるからである。そこで、「産業医は正当の事由がある場合には労働者や地域住民の健康に関する情報を求めることができる」といった一般条項（概括条項）という形式をとらざるをえないであろう。しかし、その場合であっても、許容範囲は慎重に考慮される必要がある。その際、収集しようとする情報内容と収集するための方法に分けて考えることが有用である²⁵⁾。一般論としては、情報内容については、「秘匿の必要性」と「情報収集の必要性」とを

利益考量することによって判断していくということになる。ただ、多くの場合には、「発生したクライシスを正確に把握する」というクライシスマネジメントの課題が「情報収集の必要性」を高めることになろう。しかし、同時に恣意性を排除していくような規定も必要となる。また、「情報収集の必要性」が認定された場合の収集方法については、いかなる内容の情報を収集するかを、事前に労働者に具体的に告知した上で同意を得ることが考えられる（日本産業衛生学会・産業保健専門職の倫理指針、第二章8は「健康診断等を行うにあたっては、参加の有無による利益と不利益を労働者に十分説明し、その同意を得て行う」と規定する）。しかし、この点についても、迅速性が要求されるクライシス発生段階で、事前の告知と同意という手続がそもそも可能なのかという根本的な問題が残る。

以上の諸問題を解決するためにも、産業医の独立性・中立性を確保した上で、産業医に一定の裁量権を認めて個々具体的に許容範囲を判断していくという方法が必要となろう。

(2)情報の事業者への開示

クライシス発生直後以降の段階では、特にクライシスの拡大防止という観点から、クライシス発生直後の段階で産業医が収集した労働者や一般市民の健康情報を活用することが重要となる。しかし、そのためには、産業医がその健康情報を事業者に対して開示することが必要となる場合がでてくる。この点、労働安全衛生法では、労働者の健康情報につい

ては、基本的に産業医から事業者への情報の流通が前提となっている(労働安全衛生法 66 条の 3、103 条 1 項、労働安全衛生規則 51 条)。しかし、産業医は医師であり、産業保健の専門家でもある以上、一般市民のみならず労働者の健康情報も産業医が責任をもって管理し、そのプライバシーの保護にあたるべきである。そこで、労働者や一般市民の安全と健康を守るために健康情報を事業者に開示する必要がある場合には対象者本人の承諾を前提とし、労働者に対しては、その範囲は職務適性の有無や労働に際して具体的に配慮すべき事項に限定するべきだという原則の適用が考えられる 19)。

しかし、この段階では、クライシスの拡大防止のため迅速性が要求される場合が多く、その場合にはこのような原則は意味をもたない。この場合にも、産業医の独立性・中立性を確保した上で、開示判断に対して産業医に一定の裁量権を認めていくことが必要となろう。

(3)情報の第三者への開示

さらに、産業医は、クライシスの拡大防止のために事業者以外の第三者に対して情報を開示することができるかが問題となる。この点、産業医の収集した情報の流通が予定されているのは事業者だけであるから、現行法上は原則として許されないということになる。

ただ、労働者や一般市民の健康の保持に必要な場合には、本人の同意を得て、自らの職責と利用目的を明らかにした上で、事業場外の医師や医療機関に情報を提供できるようにすべきである 19)。また、危機の内容が、緊

急にその他の者への開示を必要とする場合（例えば、法定伝染病の罹患者に関する情報等）には、事業場の性格によって（例えば、食品会社等）、必要な範囲内で例外的に許される場合があろう。このように、クライシスマネジメントにおいて、産業医が事業者以外の第三者へ情報を開示することができるようにするための規定も必要となる。

E. 今後の課題

以上を踏まえると、事業者が社会的責任としての健康被害に関するクライシスマネジメントを果たすために必要な産業医制度のあり方としては、今後、次のような諸点を検討していく必要がある。

まず、健康被害に関するクライシスマネジメントにおける行政のあり方、とりわけ消防の救急活動と保健所の対応を検討していく必要がある。

その上で、医師であり産業保健専門職でもある産業医をクライシスマネジメントの中心に置き、その産業医をサポートする組織を整備するための法制度のあり方を検討する。同時に、産業医が実効性ある活動を行うことができるために、産業医の i 選任のあり方（選任の基準、産業医不在の場合の対処）、ii 法的地位（クライシスに迅速に対応するための裁量権を拡大したり、労働者や一般市民のプライバシーを保護したりするための独立性、中立性の保障）、iii クライシスマネジメントに対処できる専門性（トリアージやゾーニング、毒劇物や化学・生物剤関連疾患の兆候・症状に精通する）を

高めるための教育制度といった諸点をどのように整備すればよいかを具体的に検討するということである（例えば、先述した「緊急被ばく医療のあり方について」も極めて抽象的な提言に止まっている 17)）。

今後は、さらにここで指摘した諸点を、現場での調査や諸外国制度との比較、産業医を含めた産業保健専門職との議論を通して、理念的なものから実践的なものへと高め、産業医制度を中心とした今後の法整備に資するものとしていく必要がある。

F. 研究発表（学会発表）

1. 論文発表

産業衛生学雑誌（in press）

（湯木知史、箱崎幸也、吉永侃夫、小泉昭夫）

2. 学会発表

第 43 回近畿産業衛生学会

「産業衛生における危機管理のあり方」

（湯木知史、吉永侃夫、小泉昭夫）

第 77 回日本産業衛生学会（発表予定）

「健康被害に関するクライシスマネジメントにおける現行産業医制度の法的問題」

（湯木知史、吉永侃夫、小泉昭夫）

〔文献〕

- 1) 厚生労働省健康危機管理基本指針, 2001.
- 2) 経済企画庁国民生活局消費者行政第一課編. 逐条解説製造物責任法. 東京: 商事法務研究会, 1994.
- 3) 吉村進編著. 環境大辞典. 東京: 日刊

工業, 2003.

4) 荒木俊一編. 中毒学—基礎・臨床・社会医学—. 東京: 朝倉書店, 2002.

5) 吉見武夫、山岸壮吉、古村雄二他. 半導体工場ガス事故の実態と環境安全対策. 東京: サイエンスフォーラム, 1998.

6) ボパール—死の都市. 東京: 技術と人間, 1986.

7) ダン・カーズマン (松岡信夫訳). 死を運ぶ風. 東京: 亜紀書房, 1990.

8) 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. 東京: 有斐閣.

9) 森晃爾. 働く人々の健康管理に欠かさない産業医の専門性確保. 労働時報 1996 ; 11.

10) <http://www.remnet.jp>

11) 郡山一明. 化学災害の健康危機管理. J. Natl. Inst. Public Health, 52(2), 2003.

12) 幾代通 (徳本伸一補訂). 不法行為法. 東京: 有斐閣, 5 1993.

13) 竹内昭夫、松尾浩也、塩野宏編. 新法律学辞典〔第三版〕. 東京: 有斐閣, 1989.

14) Konrad Zweigert und Hein Kötz, Einführung in die Rechtsvergleichung, 3. Auf., Tübingen, J.C.B.Mohr, 1996.

15) 石弘之編. 環境学の技法. 東京: 東京大学出版会, 2002.

16) 大塚直. 環境法. 東京: 有斐閣, 2002.

17) 原子力安全委員会原子力発電所等周辺防災対策専門部会. 緊急被ばく医療のあり方について. 2001.

18) 日本産業衛生学会近畿地方会編集. 産業医学実践講座. 東京: 南江堂, 2002.

厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）
今後の産業保健のあり方に関する研究

- 19) 日本産業衛生学会. 産業保健専門職の倫理指針.
- 20) 中央労働基準審議会建議. 1996.
- 21) 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. ジュリスト, 1992;1003.
- 22) 東京地判 1990 (平 2)・5・22 判時 1357 号 93 頁.
- 23) 東京地判 1995 (平 7)・3・30 労判 667 号 14 頁、判時 1529 号 42 頁.
- 24) 佐藤正. 臨界事故と健康危機. J. Natl. Inst. Public Health, 52(2), 2003.
- 25) 保原喜志夫編著. 産業医制度の研究. 札幌:北海道大学図書刊行会, 1998.

6. 感染症防止のための事業場の水管理と食中毒対策

研究協力者 宮本 俊明（新日本製鐵（株）君津製鐵所 専属産業医）

はじめに

以前に比べて衛生状態が格段に向上した現代においても、企業や一般社会における水質管理は非常に重要な要素である。これは昨今におけるO-157事件や毒物混入事件をみても解る通りである。特に生産現場を持つ事業場の場合は、ひとたび水系感染症が発生すると操業停止という状態を容易に招き、企業の死活問題になる。大規模事業場になると被害を受ける者の数も甚大であり、社会問題ともなる。

さらに交代勤務を持つ事業場になると、夜勤時の食料を仕出弁当や店頭販売弁当に頼る者も少なくない。広大な敷地を持つ企業についても状況は同じである。この際に万一食中毒が発生すると、この被害も甚大である。

このような事業場では、企業の生命線の一端を水道と弁当業者が握っているといっても過言ではない。そこで、事業場での水管理と弁当管理を主体とする食中毒対策について、製鉄業の某事業場（製鉄所）における取り組みを紹介する。

製鉄所は広大な敷地を有しており、同一敷地内に多数の人間が勤務し、交代勤務が宿命であるという特徴がある。さらに事業場内には多くの工場があり協力会社も多数存在する。

事業場における水質管理

我が国には水道法やビル管理法、事務所衛生基準規則などがあり、飲料水についての規制はしっかりしている。特に公共の水道を用いる場合は、供給元での塩素濃度は基準値を下回ることはないと考えて良い。

しかし、事業場の敷地が広大であったり、その間に加熱装置や受水槽があったりすると、残留塩素濃度が基準値以下となる可能性がある。さらに、給水経路上で何らかの異物が混入する恐れもある。

当事業場においても敷地内のいたるところに飲料用の給水設備がある。もちろん工業用水としての水道とは別の管理となっており、供給元での水質管理は法に基づいて十分に行われている。

さらに敷地内のうち供給元にもっとも近い配管端末においては、飲料水を淡水魚（金魚・熱帯魚）の水槽に常時供給するようにしており、

魚類の動向は遠隔モニターで常時監視するようにしている。これは万一の毒物混入等に迅速に対処できるようにするためである。毒物については人体と魚類の感受性の違いなどで、どこまで実効性があるかわからないが、複数の魚類でモニタリングしており、現状では一番効果的と考えられる方法である。

また敷地内のうち、供給元からもっとも遠方の配管端末（3箇所）においては常時流水させており、ここで残留塩素濃度などの水質検査を毎日実施している。

飲用蛇口の限定と家庭用浄水器

当事業場敷地内の飲料用水道のうち、使用頻度の少ないものは管内で水が滞留する時間が長いことから、残留塩素濃度や細菌繁殖、さらには鉄さび等の混入について問題があると考え、飲料用水道の蛇口を限定する措置を取っている。限定した飲料用の蛇口について

は、全て家庭用または業務用の浄水器を取り付けている。製氷機や給湯機についても浄水器を経由した水を用いている。これらは産業医の指導により製鉄所全体で展開している活動である。

家庭用浄水器の原理¹⁾としては、①活性炭吸着法、②中空糸膜等による濾過法、③逆浸透膜法、④イオン交換法、などを原理として水中の各種物質を除去するものであり、通常は①②あるいは①②③を組み合わせて構成されている。

各原理それぞれの特徴¹⁾は以下の通りである。

- ①活性炭はヤシ殻などを炭化・活性化した炭粉で、表面に無数の細孔がある。水中の無機物あるいは有機物、コロイド粒子など分子量 4,000 以下の物質に対して強力な吸着能を持っており、農薬を含むほとんどの有機物が吸着・除去される。
- ②中空糸膜はマカロニ状の空洞を持つ繊維で、壁面に微細な孔が無数にあり、細菌、鉄さび、濁りなど、粒状物質を効率よく除去する。
- ③逆浸透膜は半透膜の一種で、海水の淡水化、超純水の製造にも用いられ、重金属、農薬、ウイルスをはじめ、カルシウムなどのミネラル分も除去する。

飲用水の加熱処理

加熱により細菌を死滅させることはよく知られている。本書でも触れられているようにレジオネラやO-157でも75℃加熱で死滅させることが可能である。ただし加熱により水中の塩素が揮発してしまうという問題がある。したがって加熱箇所から蛇口までの距離があまり離れていることや、途中に貯水槽がある

ことは好ましくない²⁾。

当事業場では、それぞれの工場の各職場（ライン）毎に控室が設置されており、給水蛇口とともに給湯機や製氷機が設置されていることが多いが、製氷機については前述のように浄水器を通した水を用いている。導入しているタイプは一定時間毎に自動的に製氷するものであり、従業員の手が氷に触れることのないよう、清潔に使用することを指導している。給湯機についても同様に浄水器を通した水を90℃まで加熱している。蛇口直近での加熱であり、細菌繁殖については問題ないと判断している。

給湯機がない控室においては可能な限り煮沸した湯茶を飲用とするよう指導している。さらに貯水型の冷水機については使用年数が長くなっていくことや雑菌繁殖の危険があることから、産業医の指導により当事業場内では全面的に使用を中止している。

これ以外にも、飲料水は市販のミネラルウォーターを持ち込むなどの対策を自主的に行っている従業員も多い。

風呂場の水質管理

当事業場における作業特性から、就業後には入浴して帰宅する従業員が多い。したがって風呂場の水質管理も重要である。

当事業場では、敷地内の各工場や協力会社毎にサブセンターと呼ばれる事務所があり、そこで入浴が可能となっている。ここでは1日に4回ほど湯を入れ替えている。これは常昼勤務者+3交代勤務者が入浴するためである。

多数の従業員が一度に入浴するため、湯の汚れを除去しつつ24時間入浴可能な設備も検討されたが、コスト的に割が合わないことや

レジオネラ感染症の可能性を考慮して、いちいち湯を入れ替える方式を継続している。加熱するボイラーは各サブセンターの風呂の直近に存在し、湯が滞留する部分はない。シャワーも備え付けられており、上がり湯を使用することで浴槽を介した感染症も発生しないように気をつけている。

事業場内における食中毒対策

先に述べたように、交代勤務が主体の広大な敷地を持つ事業場では、給食体制の主体は食堂方式ではなく弁当方式となる。この場合には調理時間と食事時間の関係、弁当業者の調理場の衛生状態、食事場所の衛生状態、弁当配達後の管理などが食中毒対策の課題である。

当事業場における食事時間は、常昼勤務者は12時からであるが、交代勤務者はそれぞれ10時～12時（甲番）、18時～20時（乙番）、2時～4時（丙番）の間に、それぞれ交代で食事を取ることになっている。弁当業者の配達時間を極力食事時間に近づけてもらっているが、丙番勤務帯だけは不可能であり、また事業場の特性から高熱職場が多いため、配達後もしくは自宅から持ち込みの弁当の保管場所の管理が大切である。ただし外部の弁当業者が作業現場内に立ち入ることは安全管理上の問題で許可できない。

当事業場では、それぞれの工場毎に外部弁当業者が配達する場所を定め、そこに従業員と連絡のとれるインターホンを設置し、配達直後に従業員が一括して受け取り、控室内の温度管理可能な場所に移動させて食事時まで弁当を保管することにした。これも産業医の指導により事業場全体に展開している。

さらに、各控室の流し場で時折使用するマ

ナ板を木製からプラスチック製に変更し、使用後は熱湯消毒を励行している。

各職場の食事場所や流し場の衛生管理状態についても産業医巡視の対象であるが、当事業場においては、これらの面については巡視に同行する保健師からの指摘を重視している。熱心な工場では保健師からの助言に基づき「流し場コンクール」なども企画しており、成果を挙げている。

給食会社への指導

当事業場内の給食施設や寮・保養施設の給食施設、さらに外部弁当業者は、事業者が異なることから本来は当事業場の産業医巡視の対象ではない。しかし、ユーザーの立場から調理場の衛生状態を確認するという意味で、産業保健スタッフによる定期巡視を行っている。

特に外部弁当業者（約10社）については平成6年から実施しているが、巡視開始当初は業者間での差が著しく、問題のある業者に対しては衛生上のさまざまな改善を要求した。改善要求に応じない業者は当事業場への立ち入りを拒否するなどの対策を講じた結果、最近各業者とも努力しており、かなり改善されてきている。

なお、この巡視活動については企業外労働衛生機関に依頼して管理栄養士に同行してもらっており、専門的な立場から貴重な助言を得つつ実施している。

従業員に対する教育

水系感染症や食中毒については、従業員の日常生活についても同様の注意が必要である。これについては教育が重要になる。特に手洗い励行や食品の加熱については、家庭におけ

る最も重要な予防対策である。

当事業場では、各工場のライン毎に衛生管理者を配置しており、産業医から彼らに対して定期的に感染症に関する情報を発信している。また各工場において初夏になると全ての従業員を対象に、食中毒予防教育が衛生管理者によって企画実施されている。日頃の情報交換の効果として、これを産業医や保健師あるいは管理栄養士などの専門スタッフに依頼してくるケースも多い。さらに各家庭に持ち帰る広報誌などでも随時注意を喚起している。

おわりに

事業場における水系感染症および食中毒は、主原因が事業場外部から持ち込まれる日常生活必需品による曝露であるという点で確実な予防方法に乏しい。なによりも飲食行為は職域生活上も不可欠なものである。しかし、万一感染症が発生すると被害が甚大であることから、その予防対策は産業保健スタッフや事業者の大きな課題である。

特に現業系の事業場では、産業医職場巡視は作業管理・作業環境管理を主眼とすることが多いが、事務所や控室などの巡視もおろそかにしてはならない。さらに事務所主体の職場であれば、水系感染症および食中毒の予防対策は、産業医の主な職務の一つである。

当事業場では単に事業場内の対策にとどまらず、ユーザーとして仕出弁当業者にまで対策の手を広げており、産業保健スタッフをフルに活用している。

これらの活動により、当事業場では現在まで食中毒ならびに水系感染症の発生をみていない。さらに近隣地区についても、当事業場に入入りする弁当業者を介した食中毒事例はいまだ発生していない。

以上、企業防衛ならびに労働者保護活動の一端としての、事業場における水管理および食中毒対策の例を紹介した。

【参考文献】

- 1) 中村磐男：日本醫事新報、No3883：p111-112、1998
- 2) 斎藤厚：日内会誌、Vol. 86：p2039-2045、1997

第Ⅱ部

産業保健サービスの機能（提供方法）に関する研究

1. 小規模事業場の産業保健活動に関する認識・要望調査(事業者及び労働者調査)
2. 産業保健サービス提供に関する実態調査
3. 中小事業場での産業保健面を重視した労働安全衛生マネジメントシステム文書の開発

浜 民夫（長崎大学 環境科学研究科環境科学部）

平田 衛（独立行政法人産業医学総合研究所 企画調整部）

木田 哲二（労働衛生コンサルタント事務所プライム）

北原 佳代（三菱重工（株）横浜製作所総務部健康管理センター）

甲田 茂樹（高知大学 医学部看護学科地域看護学）

日野 義之（産業医科大学 産業医実務研修センター）

廣 尚典（NKK鶴見保健センター）

古木 勝也（産業医科大学 産業生態科学研究所 作業病態学）

森 晃爾（産業医科大学 産業医実務研修センター）

はじめに

1972年に労働安全衛生法が制定され、その後の法改正と相まって、事業場における労働安全衛生管理体制の確立や労働者に対する労働衛生活動はおおむね整備されてきた。これらの労働安全衛生活動は事業者責任のもとに産業医、安全管理者、衛生管理者などの労働安全衛生スタッフが担うこととされている。しかしながら、近年、不安定な雇用関係や労働者の健康課題の多様化などを反映して、法規で定められた労働安全衛生活動が事業場や労働者のニーズに的確かつ効果的に対応しているか、検討する必要がある。とりわけ、現行法規では、労働衛生スタッフの選任などの法定義務事項を要求されない小規模事業場は、事業場外の機関に産業保健サービスに頼らざるを得ない状況にある。小規模事業場における労働衛生の課題はわが国の労働衛生の向上にとって長年の懸案であり、小規模事業場における産業保健活動のニーズがどのようなものなのか、企業外の産業保健サービス機関がどのように小規模事業場の産業保健活動を支援すればよいのか、複数の産業保健サービス機関でのネットワークは可能なのか、についても検討しておく必要がある。これらの検討を通じて、小規模事業場に産業保健サービスの機能や提供方法について提言したいと考える。

そこで、本研究班ではまず小規模事業場における産業保健活動に対する認識と要望を把握するために、全国の主要都市圏に所在する小規模事業場（労働者数が常時50人未満）2,500カ所を選んで、事業場ごとに事業者と労働者2名に対して「小規模事業場の産業保健活動に対する認識と要望」に関する自記式アンケート調査を郵送法にて実施した。調査項目は事業場で実施している産業保健活動の実際と問題点、労働衛生スタッフ（産業医や衛生管理担当者）の選任状況、企業外の産業保健サービス機関の利用状況や小規模事業場側の期待・要望、小規模事業場への行政指導や法規改正の是非などであり、業種や属性別、さらには、事業者と労働者の回答状況の差異について比較検討を行った。

ついで、企業外の産業保健サービス提供機関と小規模事業場における産業保健活動の実情や課題などを検討するために、代表的な労働衛生機関、労働衛生コンサルタント、医師会（地域産業保健センターや医療機関）、系列親企業、EAP機関、地域保健の機関（保健所や市町村）から、日頃より小規模事業場の産業保健活動に関与している機関を20カ所程度選び、研究班のメンバーが現地に赴いてヒアリング調査を行った。調査項目は、小規模事業場への産業保健サービスの提供状況とその内容、アプローチの際の工夫、小規模事業場の産業保健サービスのニーズや向上させる具体的ツール、労働衛生行政における助成金制度の活用状況や問題点、小規模事業場に産業保健サービスを提供する際のビジネス性、他の産業保健サービス機関との連携の有無などであり、産業保健サービス機関ごとの特徴、能力や限界、サービス機関同士の連携の可能性、小規模事業場における産業保健活動の促進要因、などについて検討を行った。

最後に、近年、企業で実施している産業保健活動を自らで点検し、更なる改善と対策を設定できる具体的方策として注目されているマネジメントツールについて、現場で実際に使用されているものを取り寄せて検討し、小規模事業場でのマネジメントツールを想定した場合、どのような内容が含まれるべきか、どの程度適応できるか、誰が使用するのか、などについて検討を行った。

1. 小規模事業場の産業保健活動に関する認識・要望調査(事業者及び労働者調査)

分担研究者 平田 衛（独立行政法人産業医学総合研究所企画調整部 主任研究官）

浜 民夫（長崎大学環境科学研究科環境科学部 教授）

研究要旨

小規模事業場の産業保健活動の充実を図るため、従業員 50 人未満の事業場を対象にして「産業保健活動に関する認識・要望調査」（アンケート調査）を実施して、事業者と労働者個人から、必要としている産業保健サービスや産業保健のサービス提供者に対する要望などを聴取、把握する。

A. 研究目的

働いている労働者や事業主は、どんな産業保健サービスを欲しているのか。現に提供されている産業保健サービスをどう捉えているのか、真のニーズやデマンドは何か、などを調査する。

B. 研究方法

郵送による自計式アンケート調査を、事業者と労働者個人（1事業場につき異なる職種の従業員2人、調査票・返信用封筒は事業者用各一通、従業員用各2通を同封）の双方に実施し、産業保健活動に関する意見を収集した。横浜市、川崎市、京都市、福岡市、北九州市の5都市に立地する小規模事業場各都市 500 社ずつ、合計 2,500 社（労働者 5,000 人）を対象とした。なお、調査は平成 15 年 11～12 月に実施され、有効回収数（率）は事業者 453 人（回答率 18.1%）、労働者個人 728 人（同 14.6%）であった。

このアンケート調査を基礎にして、集計、分析を行うものである。

（倫理面への配慮）

調査内容を個別企業別に発表したり、労働者個人毎の発表はしない、との守秘義務条件の下で調査を実施しているものである。

C. 研究結果

1) 健康管理を考えるうえで気がかりなこと

従業員の健康管理を考えるうえで気がかりなことは、事業者の回答では、「成人病問題」が 47.7%、「腰痛問題」が 40.0%、「ストレス問題」が 29.8%で、これらがベスト3である。これに対し、労働者個人の回答をみると、「ストレス問題」が 38.5%とトップにきており、以下「成人病問題」36.0%、「腰痛問題」35.0%、「眼精疲労問題」33.8%となっている。

2) 必要と思われる産業保健サービス

必要と思われる産業保健サービスは、「健康診断結果に基づく健康指導に関すること」が第1位である（事業者 42.6%、労働者 45.9%）。以下、「健康づくりや健康の保持、増進に関すること」（事業者

31.1%、労働者 23.9%）、「生活習慣改善のための健康教育や栄養管理に関すること」（事業者 21.0%、労働者 25.7%）、「健康相談（カウンセリング）に関すること」（事業者 19.0%、労働者 23.6%）が上位にきている。

なお、事業者の回答では、「安全衛生教育に関すること」が第3位（23.4%）に挙げられている

3) 実施している産業保健活動

実施している産業保健活動は、事業者、労働者ともに「従業員の健康診断受診率の向上」を第一に挙げているが、（事業者 52.5%、労働者 49.3%）、そのほかの活動については全般的に低調であり、健康診断以外の産業保健活動に活発に取り組んでいる事業場は少ないといえよう。

4) 産業保健活動の問題点

産業保健活動の問題点は、「費用負担が厳しい」（事業者 41.9%、労働者 23.5%）、「時間的余裕がない」（事業者 39.1%、労働者 27.1%）、「手間をかける人員の余裕がない」（事業者 27.6%、労働者 22.1%）などの理由が挙げられている。また、事業者の回答をみると、「健康管理は従業員が自ら行うべきであり、事業主が関与しにくい」が 32.2%と3分の1を占めていることも見逃せない。さらに事業者の回答で「どんなことをやればよいかわからない」という回答も 19.0%あった。

5) 産業医に関わる提案や課題で共感するもの

産業医制度全般の提案や課題などで共感する提案や課題については、無回答（事業者で 27.2%）や「わからない」（労働者で 44.8%）という回答が多く、産業医の問題についての考えや意識は全般的に薄いといえる。その中で比較的共感を得た項目は「折角、産業保健センター等より出張で来て、従業員の相談者が少なかったり、逆に滞在時間が短時間では全員の相談を受けたいことがある（従業員の作業の合間をぬって行うため、効率的でなく全員が受けられない）ので、時間外でできるとよい」（事業者 21.0%、労働者 13.7%）、「どの地域においても産業保健活動に熱心に取り組むことが可能な、認定産業医を確保するこ

とが望まれる」（事業者 20.8%、労働者 15.2%）、「事業場の労働安全衛生（法）に関する指導もお願いしたい」（事業者 19.6%、労働者 13.9%）などである。

以上に加えて、産業医を選任していたり、何らかの形で産業医と関わりを持っている事業場では、そうでない事業場に比べて、健康管理推進体制がしっかりなされていることが判明した。

また、「産業保健推進センター」「地域産業保健センター」の認知度はかなり低い結果であった。しかし、知られていないわりには、ニーズに合えばなど条件つきでセンターを利用したいという希望が多くあることが判明した。

さらに、産業保健活動を推進させるための法令の整備や遵守も必要であるとしていることが判明した。

とくに、従業員数が 50 人未満の事業場の中でも、20 人以上の事業場においては、それ以下の事業場に比べて、産業保健活動が活発に実施されている回答が多くみられた。

D. 考察

小規模事業場に対し、産業保健活動の重要性をしっかり認識させ、その実践を指導していくうえで、産業医の協力が不可欠である。産業医を選任しているか、あるいは何らかの関わりを持っている事業場は、産業医と関わりのない事業場に比べて、健康診断の実施を中心とした健康管理推進体制が整っているケースが多いのではないかと。また、産業医と関わりを持っていない事業場でも、何らかの形で産業医の指導を必要としているのではないかと。

小規模事業場の産業保健活動を充実させる場合に、産業医と並んで求められるのは、「産業保健推進センター」と「地域産業保健センター」の機能の充実である。これらのセンターに対する認知度を高めるとともに、センターが実施するサービスの内容の改善やサービスの仕組みが必要ではないかと。

E. 結論

産業医は健康管理のキーパーソンであって、こうした専門家でないと健康管理を充実させることは難しい。事業場単独での選任はもとより、資本関係や近隣、同業、取引先などの関係を上手に活用して、産業医を積極的に選任していくことが望まれる。

「産業保健推進センター」「地域産業保健センター」の認知度はかなり低い結果であった。しかし、知られていないわりには、ニーズに合えばなど条件つきでセンターを利用したいという希望が多くあり、センターの関係者は、積極的な利用を促す措置に真剣に取り組むことが必要である。

従業員数が 50 人未満の事業場の中でも、20 人以上の事業場においては、それ以下の事業場に比べて、産業保健活動が活発に実施されている回答が多くみられた。たとえば、産業医の選任などの適用条件を 20 人以上まで広げていくことも検討に値しよう。

F. 研究発表

今のところ、予定無し。

G. 知的所有権の取得状況

未定。