

E. 事業所と消防・警察との連携 1)

事業所内で実際に災害が発生した時には消防・警察との連携は必須であり、各事業所は事前に消防・警察と事前に対処計画を作成しなければならない。さらに産業医は災害医療対処計画には、医療行政（特に保健所）との連携を組み込む必要がある。

警察の対応では、被害拡大防止・現場での安全性確保がなされるのと並行して状況解明・犯罪捜査が実施される。警察が明らかにすべき事項は、①危険物の種類、②危険物の場所、③危険物の使用状況、④危険物の効力が持続性の有無、⑤被災者の数・症状、⑥汚染地域の範囲、などの項目であるが、第一に犯罪の立証が中心となる。消防の対応は、事前の活動要領を再確認しながら現場に進入するのが原則であり、平常時から事業所と消防との事前協議が重要である。化学災害時には、隊員用の除染施設をウォームゾーンに設置する。現場に進入する消防（警察）の隊員は、原因物質の捜索、検知、試料／検体採取、被害状況の把握を行う。爆発物が使用された場合は、施設の倒壊の危険性についても考慮することが明記されている。

F. おわりに

原因不明多数負傷者発生は、意図的な動機、又誤った知識や操作方法さらには災害等によりいかなる時や場所でも発症しうる。発症時現場での的確な状況判断による迅速処置が、その後の治療方針・予後に大きく影響する。的確な状況判断や迅速な対応には、事前の対処計画作成が緊要である 4)。各事業所においても付記 1-3 を参考に早急な計画作成を実施し、産業医を中心とした医療スタッフは原因不明多数負傷者発生時の基本的な対処能力を習得しなければならない。

[文献]

1) 生物化学テロ対処ハンドブック 診断と治療社 p36-93, 2002.

2) 箱崎幸也、他. 医療救援者における化学・生物剤テロ対処. 日本医事新報 2002;4072:59-64.

3) Christopher GW: Weapons of mass destruction events with contaminated casualties effective planning for health care facilities. J Am Med Assoc, 283:242-9, 2000.

4) Chemical and Biological Terrorism, Research and Development to Improve Civilian Medical response. Executive Summary 1-14. National Academy Press Washington, D.C. 1999.

II. 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

A. はじめに

近時、労働安全衛生法等の安全衛生関係諸規則により安全基準が整備・改良されてきているにもかかわらず、有害化学物質等を扱う事業場での事故が絶えることはない。それどころか、産業の発展に伴って、いったん事故が発生すれば、事業場内部だけでなく、その外の地域住民といった一般市民をも広く巻き込む危険性は増大しているといえる。例えば、1999年9月30日のJCO臨界事故や2000年6月22日の和歌山硫化水素ガス発生事故、最近連続して発生した2003年8月14日、19日の三重県多度町固形燃料(RDF)発電所連続爆発火災、同年9月3日の新日鉄名古屋製鉄所爆発事故、同年9月10日のブリジストン栃木工場火災、同年9月26日の十勝沖地震に伴う出光興産北海道製油所火災などがそれを示している。そこで、予防対策のさらなる強化と同時に、クライシス発生時における健康被害を最小限に止めるという観点から、このような災害に直面した際のマネジメント体制の必要性も問われるようになってきている。例えば、JCO事

故後、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によって、2001年6月に「緊急被ばく医療のあり方」が示されている。そこで、本稿では、この健康被害に関するクライシスマネジメントのあり方について検討を加えていく。

まず、本稿で扱うクライシスとは、「人々の生命・健康の安全を脅かす事態」を意味する。そして、そのクライシスが現実が発生した段階に限定し、そのような事態が未発生段階（平時）は対象としない。また、化学工場などの事業場で発生した有害化学物質曝露災害に的を絞る、化学物質の輸送中の事故や化学物質を使用したテロなどは含まない。

次に、健康被害に関するクライシスマネジメントのあり方を検討する場合には、クライシスを発生させた事業者と消防・警察や保健所などの既存の関連した行政組織との関係が問われなければならない。しかし、その前提として、まずは事業者のあり方、消防・警察や保健所など行政のあり方がそれぞれと問われなければならない（保健所のあり方については2001年に厚生労働省から「地域における健康危機管理について-地域健康危機管理ガイドライン-」が示されている）。なぜならば、公権力を前提とする行政と、私人である事業者とは法律による規制のあり方も経済的基盤もまったく異なるからである。例えば、1955年のヒ素ミルク事件、1963年のサリドマイド事件、1971年のキノホルム事件などが端緒となって1994年に成立した製造物責任法も、企業の不法行為責任と消費行政それぞれのあり方の検討、そして両者の関係の検討を通して結実したものである。そこで、本稿では、後に述べるように、事業者の社会的責任という観点から、健康被害に関するクライシスマネジメントにおける事業者のあり方を中心に検討する。その際、インドでの1984年12月3日の有害化学物質曝露事件（ボパール事故）を適宜例証として取り上げた。それは、この事故が、比較的近時に起きたものであるということ、事故発生前後の状況が詳細に

明らかにされていること、後述するように史上最悪の死者数を記録した事故であるという理由による。

以上を踏まえた上で、本稿では、次のように論を進めていく。まず、この健康被害に関するクライシスマネジメントのあるべき基本的な枠組みを示す。すなわち、健康被害に関するマネジメントは事業者の社会的責任と捉えるべきであり、そのマネジメントを実効性あるものとするため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必要がある。そのためには医師であり産業保健の専門家でもある産業医がマネジメントにおいて中心的役割を担うのが現実的であるとする論拠を提示する。次に、そのような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する法制度は現時点では未整備であることを示し、事業者の社会的責任と捉えていくための理論的根拠について検討する。最後に、事業者が社会的責任を果たしていくために産業医がいかに関わるかを示し、それに対する日本の現行産業医制度の法的問題および制度改革の方向性を論じていく。

B 健康被害に関するクライシスマネジメントの必要性

1. クライシス発生の可能性

ボパール事故(Bhopal Incident)は、米国のユニオン・カーバイド社(UCC)がインドのボパール工場で、大量のメチル・イソシアネート(MIC)という有害化学物質を工場外に流出させたことによって起こった事故である。この事故では、モノメチルアミンとホスゲンから作られる農薬セビンの中間産物であるMICが問題となった。

しかし、現在の日本では、このようなクライシス発生の可能性は、先述した事故や、農薬を製造する事業場に止まるものではない。われわれを取り巻くハイテク関連の事業場も、有害化学物質曝露事故というクライシス発生の可能性を持つ

ている。例えば、高圧ガス保安法のもとで、モノシラン、ホスフィン、アルシン、ジシラン、セレン化水素、モノゲルマン、ジボランの7種類の特種材料ガスが、特に危険の高い特殊高圧ガスに指定されている。これらの化学物質は、いずれも半導体製造過程で使用されるものであり、われわれに身近な半導体工場にも存在するものである。これらの工場で大規模な火災や爆発事故が起これば、周辺住民に深刻な健康被害が想定される。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。

その意味で、実効性のある健康被害に関するクライシスマネジメントの構築は、われわれ日常生活に関わる現実的な課題なのである。

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。

この事件に対して、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、もしクライシス発生後の対処がしっかりとしたものであったならば、もっと犠牲者は少なくすんだのではないか、という疑問が生じる。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。事故後、1986年にUCCのある米国で「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のように、インドはもとより米国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制度は存在していなかった。つまり、健康被害に関するクライシスマネジメントに対する社会的認知が、米国を含む多くの国々で未成熟であったということである。その意味で、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、という発想が欠如していたといえよう。

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となる。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。

健康被害に関するクライシスマネジメントに対して社会的認知が未成熟であるということは、日本においても当てはまる。健康被害に関するクライシスマネジメントを現行法で対応するならば、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）に止まることになる。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、有害化学物質曝露による事業場内外の人々の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となる。

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。

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。

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。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。

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、当該事業場で曝露の危険のある有害物質全般について健康被害に対して適切に対処する能力を有していると想定されている。次に、②産業医は、産業保健全般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中毒学の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。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)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ろう。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。しかし、現行のMSDSは情報量が十分ではなく、発生したクライシスに対応できるものではない。多くの化学物質のMSDSでは当該化学物質に曝露された場合、「直ちに

医師の手当を受けること」を奨励している。もし、産業医が初期対応に当たらないなら、どこかに専門医をもとめなくてはならず、一般市中病院の臨床医に特殊な化学物質へ治療を期待することになり現実的ではない。健康被害に関するクライシスマネジメントには、日ごろから事業場内部の事情に詳しく、そこで使用されている化学物質について文献検索など自主的に情報を蓄えている産業医が初期治療に関与する（直接でなはないにせよ）のは合理的と考えられる。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そこで使用される有害化学物質については熟知してしるべきである（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、「直ちに手当を施す」べき医師として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らうか。

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、「故意又ハ過失ニ因」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、過失の証明が困難であるという点を考慮し、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る。

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シ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シ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シ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、危険責任に基づく法律であり、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。

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、公害を起ささないよう、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。利益者支払原則(Beneficiary Pays Principle: BPP)ともいう。この原則は、定義からも明らかなように、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。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。

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シ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シ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ろうか。

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シスマネジメントを事業者が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ことについては疑問がある。しかし、先述したように、少なくともクライシス発生直後の初期段階における対策については、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ろう(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)。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シ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。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。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。これをもって事業者の労働者に対する社会的責任と捉えることも不可能ではないが、1996 年の立法段階では「事業者の労働者に対するサービス」と捉えられている。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」（労働衛生安全規則 13 条 1 項 2 号）または、列举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、日ごろから職場巡視などで当該事業場の操業内容に精通しており、クライシス発生後も、問題となる化学物質を迅速に検知・同定する能力を有しており、有害性および臨床的対応についても熟知してしかるべきであることから、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、事業場の取り扱う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らうか。

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ること、安全管理者、衛生管理者にも健康被害に関するクライスマネジメントに対応できるよう教育制度を導入することなど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。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。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有効な指示を出すことができる立場にななければならない。

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って、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っては、社会的責任としてのクライ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って、事業者等を拘束するものではない。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いようにしなければならない」と規定するにとどまっておらず、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）、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能力が求められる場

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。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。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、労働者のみならず一般市民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。

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。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る。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－結びに代えて

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必要があると、特に、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、より高度な基礎及び臨床中毒学に精通する）の3点を考える必要がある。（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。また現在の産業医の教育に健康に関するクライシスマネジメント

のプログラムはない。

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。いずれにせよ、産業保健専門職の問題意識が健康被害に関するクライシスマネジメントの今後を左右する大きなモメントになることには異論はないであろう。

F. 研究発表(学会発表)

1. 論文発表

・産業衛生学雑誌 2004;46:159-167.

(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

「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せ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). 不法工違法. 東京: 有斐閣, 51993.
- 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. Aufl., 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.
- 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.

Ⅲ. 業務に起因する脳・心臓疾患による死を予防するための現行法制度の問題点と今後の法整備の方向性

A はじめに

近時、「業務に起因する脳・心臓疾患による死」が、いわゆる「過労死」として、とりわけ医学・産業衛生学と法律学・労働法学の分野で問題とされている。このいわゆる「過労死」(karoushi, death by over fatigue, fatigue death)という言葉は、臨床医学用語でも法律用語でもない。また、例えば、脳・心臓疾患による死亡だけでなく、いわゆる「過労自殺」まで含めて、広く捉えようとするもの、脳・心臓疾患による死亡に限定する場合でも、「基礎疾患」を前提として「業務による過重負荷によって基礎疾患が自然経過を超えて急激に増悪し、脳血管疾患又は心臓疾患を発症して死亡に至ること」と捉えるものもあれば、「基礎疾患」を前提とせず「仕事上のストレスに関連した脳血管疾患や虚血性心疾患等による死亡」、あるいは「業務に起因する脳・心臓疾患による死」と捉えるものもある。このように、その概念は論者により、場面により様々な射程をもって使用されており、一義的な定義は存在しない。思うに、「過労死」という言葉は、労働者が、働き過ぎによる過労が「引き金」あるいは「誘因」となって脳・心臓疾患を起こし死亡する状況が頻発しているとされる日本の労働現場のあり方を、労働者保護の観点から社会問題として批判的に取り上げる際に用いられる言葉と捉えることが正確な理解だといえよう。

当然のことながら、そのような社会問題化した労働現場のあり方を変えて行くことも医学・産業衛生学の重要な使命である。しかし、以下に論じるように労働者の健康を確保するためには、より広い視点から問題の本質を捉える必要がある。したがって、「過労死」という言葉にとらわれずに、「業務に起因する脳・心臓疾患による死」を対象とする必要がある。

「業務に起因する脳・心臓疾患による死」は、医学・産業衛生学の分野であれ、法律学・労働法学の分野であれ、労働者災害の認定という事後的な「補償」の観点から、事前の「予防」という観点へと議論の中心が移ってきている。その1つの成果が、2000年11月22日(2001年4月1日施行)の労働者災害補償保険法改正による、「2次健康診断等給付」創設である。

しかし、われわれは、現行法上の当該制度のあり方、現在進められている法整備の方向性は、このような「脳・心臓疾患による死」の予防にとって必ずしも実効性のあるものとはならないと考える。そこで、本論文では、当該制度の問題点を指摘した上で、今後の法整備の方向性について検討する。

B 労働者災害補償保険法における「業務に起因する脳・心臓疾患による死」の位置づけ

労働者災害補償保険法は、保険事故として、①業務災害(労働者災害補償保険法7条1項1号)、②通勤災害(労働者災害補償保険法7条1項2号)、③2次健康診断等給付(労働者災害補償保険法26条)という3つの類型を規定している。このうち「脳・心臓疾患による死」と結びつくのは、①の「業務災害」と③の「2次健康診断等給付」である。

1. 業務災害

まず、「業務災害」とは、労働者の業務上の負傷、疾病、障害または死亡である(労働者災害補償保険法7条1項1号)。この「業務災害」は、労働者災害補償・労働者災害保険制度の沿革(制度が「事故」に対する補償から出発し、後に「非事故性疾病」を追加している)や、業務と傷病・障害・死亡との因果関係判断の構造の違いといった観点から、「事故性の傷病」と「非事故性の疾病(職業病)」とに分けて論じられている。「非事故性の疾病」は、産業医学の発展等により、後に追加されたものである。労働基準法は、医学的な知見によって業務起因性が認められる

「非事故性の疾病」のリストを定めている(75条2項、労働基準規則35条、同別表1の2)。この別表は、i 物理的因子(紫外線、気圧、騒音等)に起因する疾病(同別表2号)、ii 身体に過度の負担のかかる作業態様に起因する一定の疾病(同別表3号)、iii 化学物質等による一定の疾病(同別表4号)、iv 粉じんを飛散する場所における業務による、じん肺またじん肺合併症(同別表5号)、v 細菌・ウイルス等の病原体による一定の疾病(同別表6号)、vi がん原性物質・またはがん原性工程における業務による一定の疾病(同別表7号)と、原因となる有害因子ごとに疾病を6つに定型化し例示列挙するとともに、vii 中央労働基準審議会の議を経て厚生労働大臣の指定する疾病(同別表8号)を加えている。さらに、同別表9号に「その他業務に起因することの明らかな疾病」という一般条項を置いている。この条項によって、i～viiに該当しない疾病も、「業務に起因すること」を認定できる限り、「業務上の疾病」として取り扱われる。この一般条項は、定型化できない疾病が存在することや、医学的知見の発展と疾病リストの見直しとの間に時間差が生じることから設けられたものである。いわゆる「過労死」は、死をもたらした脳・心臓疾患が、この「その他業務に起因することの明らかな疾病」に該当するか否かをめぐって取り上げられている。

2. 2次健康診断等給付

次に、「2次健康診断等給付」は、「業務に起因する脳・心臓疾患による死亡」の予防を法律上の制度として確立しようとしたものである。つまり、健康診断等(労働者災害補償保険法26条1項)により、個々の労働者について、「業務に起因する脳・心臓疾患」発症の原因となる危険因子の存在を事前に把握し、かつ、適切な保健指導(労働者災害補償保険法26条2項)を行うことにより発症を予防していこうとするものである。

C 2次健康診断等給付の問題点

1. 現行制度の概要

(1) 健康診断

個々の労働者について健康状態を把握し、適切な健康管理を行っていくことが重要であることから、労働安全衛生法66条等の規定により健康診断及びその結果に基づく適切な就業上の措置等の実施を事業者が義務づけており、監督指導者等を通じて、その徹底をはかってきた。この健康診断等により、過労死発症の原因となる危険因子の存在を事前に把握し、かつ、適切な保健指導を行うことにより発症を予防していくことが考えられる。そこで、先に触れた「2次健康診断等給付」が創設された。

(2) 1次健康診断

労働安全衛生法66条に基づく健康診断(雇入時の健康診断又は定期健康診断等)のうち直近のものを「1次健康診断」という(労働者災害補償保険法26条1項)。

この「1次健康診断」の診断項目は、以下の通りである。

まず、「雇入時の健康診断」の項目は、労働安全衛生規則43条によれば、

- ① 既往歴及び業務歴の調査
- ② 自覚症状及び他覚症状の有無の検査
- ③ 身長、体重、視力及び聴力(1千ヘルツ及び4千ヘルツの音に係る聴力)の検査
- ④ 胸部エックス線検査
- ⑤ 血圧の測定
- ⑥ 貧血検査(赤血球数、ヘモグロビン)
- ⑦ 肝機能検査(GOT、GPT、γ-GTP)
- ⑧ 血中脂質検査(血清総コレステロール、HDLコレステロール、血清トリグリセライド)
- ⑨ 血糖検査
- ⑩ 尿検査(尿中の糖及び蛋白の有無)
- ⑪ 心電図検査(安静時心電図検査)

である。

次に、「定期健康診断」の項目は、労働安全衛生規則44条によれば、

- ① 既往歴及び業務歴の検査

- ② 自覚症状及び他覚症状の有無の検査
- ③ 身長、体重、視力及び聴力(1千ヘルツ及び4千ヘルツの音に係る聴力)の検査
- ④ 胸部エックス線検査及び喀痰検査
- ⑤ 血圧の測定
- ⑥ 貧血検査(赤血球数、ヘモグロビン)
- ⑦ 肝機能検査(GOT、GPT、 γ -GTP)
- ⑧ 血中脂質検査(血清総コレステロール、HDLコレステロール、血清トリグリセライド)
- ⑨ 血糖検査
- ⑩ 尿検査(尿中の糖及び蛋白の有無)
- ⑪ 心電図検査(安静時心電図検査)

である。

(3) 2次健康診断等給付

1) 2次健康診断給付等の意義・要件

「2次健康診断等給付」とは、

① 「1次健康診断」において、血圧検査、血液検査その他業務上の事由による脳血管疾患及び心臓疾患の発生にかかわる身体の状態に関する検査であり、厚生労働省令で定めるものが行われた場合において、

② 当該検査を受けた労働者がそのいずれの項目にも異常の所見があると診断されたときに、当該労働者(当該一次健康診断の結果その他の事情により既に脳血管疾患又は心臓疾患の症状を有すると認められる者を除く)に対して、

③ その請求に基づいて行うもの

である(労働者災害補償保険法26条1項)。

①の厚生労働省令で定める、血圧検査、血液検査その他業務上の事由による脳血管疾患及び心臓疾患の発生にかかわる身体の状態に関する検査の項目は、以下の通りである。

- a 血圧検査(労働安全衛生規則43条)
- b 血中脂質検査(労働安全衛生規則43条)
- c 血糖検査(労働安全衛生規則43条)
- d BMI(肥満度)の測定(労働安全衛生規則様式第5号)

これらが検査項目とされたのは、個々の危険因子のリスクが弱いものであっても、これら4つの危

険因子が集積することによって、脳血管疾患及び心臓疾患のリスクが著しく高まることが確認されているからであるとされている。

2) 2次健康診断等給付の範囲

「2次健康診断等給付」の範囲は、「2次健康診断」と「特定保健指導」である(労働者災害補償保険法26条2項)。

まず、「2次健康診断給付」は、脳血管及び心臓の状態を把握するために必要な検査であり、厚生労働省令で定めるものを行う医師による健康診断である。厚生労働省令で定める検査項目は、以下の通りである。

- a 空腹時血中脂質検査
- b 空腹時血糖値検査
- c ヘモグロビンA1c検査(一次健康診断において当該検査を行った場合を除く)
- d 負荷心電図検査又は心エコー検査
- e 頸部エコー検査
- d 微量アルブミン尿検査(一次健康診断における尿蛋白検査(労働安全衛生規則43条)において、疑陽性(±)又は弱陽性(+)の所見があると診断された場合に限る)

次に、「特定保健指導」であるが、これは「2次健康診断」の結果に基づき、脳血管疾患及び心臓疾患の発生の予防を図るため、面接により行われる医師、保健婦又は保健士による保健指導である。具体的には、適切なカロリーの摂取等生活上の指針を示す「栄養指導」、必要な運動の指針を示す「運動指導」、飲酒・喫煙・睡眠等の生活習慣に関する「生活指導」である。

3) 事後措置

2次健康診断を受けた労働者から当該2次健康診断の結果を証明する書面の提出を受けた事業者は、労働者災害補償保険法の規定による2次健康診断の結果も踏まえて医師の意見を聴かなければならない(労働安全衛生法66条の4、労働者災害補償保険法27条)。

事業者は、その医師の意見を勘案し、その必要があると認めるときは、当該労働者の実情を

考慮して、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮、深夜業の回数の減少等を講ずるほか、作業環境測定の実施、施設又は設備の設置又は整備その他の適切な措置（事後措置）を講じなければならない（労働安全衛生法 66 条の 5）。

2. 現行制度の問題点

現行法上の「2 次健康診断給付」は、既述した内容から明らかなように、労働者の「過労死」予防というよりは、労働者の生活習慣病予防にとどまっているといわざるをえない。つまり、いわゆる「過労死」の予防に実効性のある制度とはいえないのである。

例えば、厚生労働省が後述のように過労性脳血管・心臓疾患の認定基準を改正する大きな要因となった最高裁の 2000 年 7 月 17 日判決は、「脳動脈瘤の血管病変は、慢性の高血圧症、動脈硬化により増悪するものと考えられており、発症前に従事した業務による過重な精神的・身体的負荷が被災労働者の基礎疾患をその自然経過を超えて憎悪させ、発症に至ったものとみるのが相当であり、その間に因果関係の存在を肯定することができる」として、長期の過重労働による疲労の蓄積と急性の脳動脈瘤破裂との間の相当因果関係を肯定したものである。脳動脈瘤はくも膜下出血の発生原因の 1 つである。しかし、上記の現行法上の「2 次健康診断等給付」の形式的な適用で脳動脈瘤を発見することは困難である。

D 今後の法整備の方向性

1. 産業医の活用

産業医は、1 次健康診断に限らず、継続的に事業場における労働者の健康管理に当たる立場にある。そこで、産業医が問診等を有効に活用して、「2 次健康診断給付」を行えば、「過労死」の予防は実効性あるものとなる。しかし、「2 次健康診断等給付」が「過労死」の予防に実効性を発揮するためには、ひとり産業医の努力に

かかっており、「2 次健康診断等給付」という制度そのものが、「過労死」の予防の実効性を確保するものではない。

また、産業医制度の現状を考えると、産業医にとりこの任務は過大であり現実的でない。

さらに、過労死の予防に対しては、産業保健の専門家である必要がないのではないかとこの根本的な疑問も残る。

2. 過重労働による健康障害防止のための総合対策

1) いわゆる「過労死」の事後救済制度—現行の過労性脳・心臓疾患認定基準

労災保険の保険給付が支給されるべき業務上の疾病に該当するか否かを判断するに際しての現行の認定基準は次のようなものである

(1) 基本的考え方

過労性脳血管疾患および虚血性心疾患は、血管病変等が長い年月にわたる生活のなかで形成・進行・増悪するといった自然経過をたどって発症するが、業務による明らかな過重負荷がくわわるにより、血管病変等が自然経過をこえて著しく増悪し発症にいたる場合がある。それには、長期間にわたる疲労の蓄積も考えられるので、発症に近接した時期における負荷のほか、長期間にわたる業務による疲労の蓄積を考慮すべきである。業務の過重性の評価にあたっては、労働時間、勤務形態、作業環境、精神的緊張の状態等を具体的かつ客観的に把握・検討し、総合的に判断する必要がある。

(2) 対象疾病

① 脳血管疾患：脳内出血（脳出血）、くも膜下出血、脳梗塞、高血圧性脳症

② 虚血性心疾患等：心筋梗塞、狭心症、心停止（心臓性突然死を含む）、解離性大動脈瘤

(3) 認定要件

① 発症直前から前日までの間において、発症状態を時間的および場所的に明確にしうる異常な出来事に遭遇したこと（異常な出来事）

② 発症に近接した時期において、とくに過重な

業務に就労したこと(短期間の過重業務)

③ 発症前の長期間にわたって、著しい疲労の蓄積をもたらすとともに過重な業務に就労したこと(長期間の過重業務)

のいずれかにより発症した脳血管疾患および虚血性心疾患は、業務上の疾病として扱う。

(4)認定要件の運用基準

① 異常な出来事の場合

i 異常な出来事

a 極度の緊張、興奮、恐怖、驚がく等強度の精神的負荷を引き起こす突発的または予測困難な異常な事態

b 緊急に強度の身体的負荷を強いられる突発的または予測困難な異常な事態

c 急激で著しい作業環境の変化

ii 評価期間:発症直前から前日までの間

iii 過重負荷の有無の判断

遭遇した出来事が異常な出来事に該当するか否かで判断する。

② 短期間の過重業務の場合

i とくに過重な業務:日常勤務(通常の所定労働時間内の所定業務内容)に比較して、とくに過重な身体的、精神的負荷を生じさせたと客観的にみとめられる業務

ii 評価期間:発症前おおむね1週間

iii 過重負荷の有無の判断

業務量、業務内容、作業環境等を考慮し、同僚等にとってもとくに過重な身体的、精神的負荷と認められるか否かを、客観的かつ総合的に、まず発症直前から前日までの間について判断し、そうでないときは、さらに発症前おおむね1週間について判断する。その際は、労働時間のほか、不規則な勤務、拘束時間の長い勤務、交替制勤務、深夜勤務、作業環境(温度、騒音、時差)、精神的緊張をともなう業務という負荷要因について十分検討する。

③ 長期間の過重業務の場合

i 加重性の評価:発症時における疲労の蓄積がどの程度であったかという観点から判断する。

ii 評価期間:発症前おおむね6ヶ月

iii 過重負担の有無の判断

業務量、業務内容、作業環境等を考慮し、同僚等にとってもとくに過重な身体的、精神的負荷とみとめられるか否かを、客観的かつ総合的に判断する。その際は、労働時間のほか、不規則な勤務、拘束時間の長い勤務、交替制勤務、深夜勤務、作業環境(温度、騒音、時差)、精神的緊張をともなう業務という負荷要因について十分検討する。

④ 労働時間

i 発症前1ヶ月間ないし6ヶ月にわたって、1ヶ月あたりおおむね45時間をこえる時間外労働がみとめられない場合は、業務と発症との関連性は弱い、45時間をこえて時間外労働が長くなるなど業務との関連性は強くなる。

ii 発症前1ヶ月におおむね100時間または発症前2ヶ月ないし6ヶ月にわたって、1ヶ月あたりおおむね80時間をこえる時間外労働が認められる場合は、業務と発症の関連性は強い。

2)「過労死」予防への転用

以上に紹介した過労性脳・心臓疾患認定基準に合わせて、厚生労働省は、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」(2002・2・12基発0212001号)を策定している。そこでは、過重労働による健康障害防止のため、時間外労働の削減のための方策としてつぎのように述べている。

① 時間外労働は本来臨時的な場合に行われるものであること、また、時間外労働(1週間当たり40時間を超えて行わせる労働をいう。以下同じ。)が月45時間を超えて長くなるほど、業務と脳・心臓疾患の発症との関連性が強まると判断されることを踏まえ、事業者は、労働基準法36条に基づく協定(以下「36協定」という。)の締結に当たっては、労働者の過半数で組織する労働組合又は労働者の過半数を代表する者とともにその内容が「労働基準法第36条第1項の協定で定める労働時間の延長の限度等に関する

基準」（1998 労働省告示第 154 号）（以下「限度基準」という。）に適合したものとなるようにする。

また、36 協定において、限度基準第 3 条ただし書に定める「特別な事情」が生じた場合に限度時間を超える一定の時間まで労働時間を延長することができる旨を定めているなど月 45 時間を超えて時間外労働を行わせることが可能である場合についても、事業者は、実際の時間外労働を月 45 時間以下とするよう努めるものとする。

② 事業者は、上記①の趣旨を踏まえ、時間外労働を月 45 時間以下とするよう適切な労働時間管理に努めるものとする。

その際、時間外労働が月 45 時間以下の場合においても、健康に悪影響を及ぼすことのないように時間外労働のさらなる短縮について配慮するものとする。

また、事業者は、裁量労働制対象労働者及び管理・監督者についても、健康確保のための責務があることなどにも十分留意し、過重労働とならないよう努めるものとする。

③ 事業者は、「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について」（2001・4・6 基発 339 号）に基づき、労働時間の適正な把握を行うものとする。

更に時間外労働が月 100 時間または 2～6 ヶ月平均で月 80 時間を超えたときには、産業医の助言指導や労働者に対する臨時の健康診断の実施と、その結果に基づく事後措置の実施等を求めている。

3) 問題点

「過重労働による健康障害防止のための総合対策」は、過重労働そのものへの対応として全労働者への強制力をもった上限値を労働時間という観点から定め、上限値を下回ることを事業者責任で行うという発想であり、これまでにならぬ画期的なものである。しかし、実効性ある「過労死」の予防のためには、基礎疾患の十分な医学的検討と評価とが必要であり、労働時間に着目するだけでは十分とはいえない。

3. 産業保健から地域保健への転換

「過労死」予防には、基礎疾患の十分な医学的検討と評価が必要である。これは、事業場という産業保健の領域のみの問題ではなく、生活一般と結びつく地域保健の領域の問題でもある。そこで、「過労死」予防を、産業保健固有の問題として捉えるのではなく、広く地域保健の領域の問題として捉え直し、原則論を地域保健のあり方として制度化していくことが必要である。その上で、事業場における業務過重性の問題を、固有事項として産業保健領域で扱っていくことが合理的であると考えられる。

E. 研究発表（学会発表）

1. 学会発表

・第 44 回近畿産業衛生学会

「『過労死』予防における現行法制度の問題点と今後の法整備の方向性」

（湯木知史、吉永侃夫、小泉昭夫）

・第 78 回日本産業衛生学会（発表予定）

「業務に起因する脳・心臓疾患による死を予防するための現行法制度の問題点と今後の法整備の方向性」

（湯木知史、吉永侃夫、小泉昭夫）

〔文献〕

- 1) 岸玲子・古野純典・大前和幸・小泉昭夫編. NEW 予防医学・公衆衛生学. 東京:南江堂, 2003.
- 2) 菅野和夫. 労働法(第 6 版). 東京:弘文堂, 2003.
- 3) 東京大学労働研究会編. 注釈労働基準法(下巻). 東京:有斐閣, 2003.
- 4) 大地直美. 「過労死」の予防対策－労働者災害補償保険法の改正等について. ジュリスト, 2001;1197:26.
- 5) 奥平雅彦. 医学からみた“過労死”. 日本医師会雑誌;2002:128(6):859.
- 6) 岩村正彦. 法律からみた“過労死”. 日本医師会雑誌;2002:128(6):862.
- 7) 最判 2000(平 12)・7・17・労判 785. 6.

- 8) 馬杉則彦. クモ膜下出血と労働. 日本医師会雑誌;2002:128(6):871.
- 9) 遠田和彦, 長友敏寿, 村上太三, 指原俊介. Brugada 症候群の職域管理における問題. 産業衛生学雑誌;2004:46(1):10-12.
- 10) 笠貫宏. 労働と突然死. 日本医師会雑誌;2002:128(6):883.
- 11) 圓藤吟史. 過重労働を行っている者を対象に二次健康診断を. 産業医学ジャーナル;2004:4:52.
- 12) 山口浩一郎. 労災補償の諸問題. 東京:有斐閣, 2002.
- 13) 岡村親宜. 過労死・過労自殺救済の理論と実務-労災補償と民事責任. 東京:旬報社, 2002.
- 14) 厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課. 過労死等の防止のための総合的対策について. 総合臨床, 2004;153. 2. 375.

F. 総括

本報告では、従来考えられてきた、あるいは意識されてきた産業保健サービスの範囲は必ずしも妥当ではないということを明らかにした。

まず、専門技能（教育制度、教育内容）、企業におけるシステムのあり方、企業でのインフラ整備について提示したうえで、今後のあるべき産業保健サービスの範囲をクライシス発生に対する対処という観点から検討した。ここでは、これまで意識的に論じられることのなかったクライシス発生時の産業保健サービスの重要性を強く認識した。したがって、今後は、産業医制度を中心に、産業保健サービスを現在の諸制度の拡大という方向で整備を進めていくことが必要だと考える。

次に、同じく今後のあるべき産業保健サービスの範囲を、いわゆる「過労死」を予防するという観点から検討した。これまで、「過労死」の予防は、事業場での健康診断を中心として論じられてきた。しかし、産業保健サービスの範囲内だけで対処できるものではないということが指摘できる。言い換えれば、その範囲内だけでは限界があるということである。したがって、産業保健サービスの対象の見直しを含めて、制度のあり方を再検討することが必要だと考える。

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. 産業保健サービスの機能（提供方法）に関する研究

2. 小規模事業場の産業保健活動に対するニーズ調査

～川崎市、横浜市、京都市、北九州市、福岡市、長崎県の調査から～

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（アデコ（株） 健康支援センター）

古木 勝也（至誠会 尾立内科医院）

森 晃爾（産業医科大学 産業医実務研修センター）

産業保健サービスの機能(提供方法)に関する研究

分担研究者 平田 衛（産業医学総合研究所）

研究協力者 甲田茂樹（高知大学医学部）

森 晃爾（産業医大実務研修センター）

日野義之（ 同上 ）

古木勝也（尾立内科医院）

廣 尚典（アデコ㈱健康支援センター）

北原佳代（三菱重工横浜健康管理センター）

木田哲二（プライム）

研究の全体的な枠組

1. 産業医活動時間調査（第一年度）
2. サービス提供機関に対する聞き取り調査（第二年度）
3. 中企業向けの安全衛生マネジメントシステム（OSHMS）文書の開発（第二年度）
4. 産業医のコアサービスに関する検討（第三年度）
5. 提言（第三年度）と附属資料（1～3）

1. 産業医活動時間調査

研究要旨

日本産業衛生学会産業医部会に所属する産業医 600 名を対象に、活動実態（総従業員数、産業保健活動に費やす時間、事後措置に費やす時間、救急対応、実際の活動日誌などの 21 項目）について質問紙調査をおこなった。回答者数は 124 名（20.7%）であり、男性 81.5%、女性 18.5%、平均経験年数 10.6 年などであった。専属産業医（35 人）の従業員一人当たりの提供時間の中央値は 41.5、範囲は 10.4～284.6、嘱託産業医（74 人）のその中央値は 13.1 あった。健康診断の事後措置に費やす時間の平均値は、無所見者に対して 0.2 時間、有所見者には 1.3 時間、特殊健康診断の有所見者に対しては 0.9 時間、復職診断は 2.0 時間、適正配置 2.0 時間、メンタルヘルス事例には 3.4 時間であった。有害業務がある場合、無い場合に比べて提供時間が長くなる傾向がみられた。産業看護職が関与している場合、産業医のサービス提供時間が 16.3 分有意に短縮された。これらから、基本的な産業医の産業保健サービス提供時間は、約 20 分と考えられた。有所見者がいる場合には 30 分の増加、有害業務があれば 10～15 分の増加が、産業保健看護職がいる場合には有所見者に対する保健指導の部分の約 15 分の短縮が考えられた。

研究者

平田 衛（独立行政法人産業医学総合研究所
主任研究官）、

北原佳代（三菱重工横浜製作所健康管理セン
ター産業医）、

甲田茂樹（高知大学医学部看護学科地域看護

学 教授）、

森 晃爾（産業医科大学産業医実務研修セン
ター所長）、

日野義之（産業医科大学産業医実務研修セン
ター講師）、

古木勝也（産業医科大学作業病態学講師）