

質疑応答

村上先生（司会）：

それでは、どなたかフロアから御質問がおありになったら挙手をお願いしたいと思います。

瀧上先生（司会）：

どなたかいらっしゃいませんか。

A 先生：

実は私も中林先生と同じ役所におりまして、今年から産業医をさせていただいております。そういうことはないでしょうが、まず最初に質問しなければいけないかなという責任感で立っております。

先ほどのお話で、多分、行政のお仕事というのは、かなり多くの部分をカバーする仕組みをつくって、現場で仕事をしやすい環境をつくっているというのが現場にいて非常によくわかりました。実際に産業医をやってみると、原則から逸脱している方も結構いらっしゃるというのを実感しているんですけども、その逸脱している中の1つ、2つの例が判例でいろいろ問題になったり、裁判になっている例もあるのかなと思っています。

その中で、私が今非常に悩んでいるというか、もし御意見があったら、あるいは総括的なお話があったら教えてほしいのですが、会社として従業員に対する役割・責任というのはあるんですけども、逆に従業員側の自分の健康保持に対する責任というのが、現場にいたとなかなか難しく、例えば、先ほど血圧のお話もありましたけれども、何遍も言うんだけれども全然医療機関にかからないとか、紹介状を取りに来ない、あるいはメンタルヘルス不調に関しても、例えば、人間関係がうまくいっていないのであれば、上司の方と相談して対応しましょうなどというアドバイスなどを産業医としてはすることも多いと思うんですけども、それもやらないという場合があったときに、これは裁判の勝ち負けだけでもないし、相殺がどうのこうのというお金の問題ではないと思うんですけども、産業衛生の中で従業員自身の自分に対する健康保持の責任というのはどのくらいの割合というか、期待というか、重さを持っていると考えていけばいいのでしょうか。別に法律に書いていないので、こうだ、というのではないと思うんですが、何か御所見があれば教えていただきたいなと思って、ちょっと抽象的な御質問で申し訳ありませんが、お願いします。

中林先生（講師）：

なかなか難しい御質問なんですけれども、ただ、基本的に言えることは、従業員自身の自己保健義務と会社の責任というのは決してトレードオフの関係ではなく、それぞれが独

立した要因ではないかなと思います。ですから自己保健義務を果たしているからといって、必ずしも会社の義務が少なくなるわけではない場合が多い。例えば、SAH などのように、自己保健義務だけでは対応できない部分というのがあります。それについては、本人が幾ら努力しようが、しまいが関係ない。

ただ、一方で、生活習慣病関係は確かにおっしゃるように、本人がもっとちゃんと自己保健義務を果たしてくれる、医療機関にかかるというのもあるし、あるいは肥満を抑えるというのもあるかもしれませんが、それによって事業者が逆にかかわらなければならない部分は少なくなってくるという意味で言えば、会社としては自己保健義務を果たすように教育するというのは有力な一つの方法かも知れません。ですから、教育するという役割ということで考えれば、必ずしも自己保健義務ということで責任を従業員に一方的に押しつけているとばかりは言えず、会社自身の責任というのもし生じてくる余地はあるのかも知れないと思います。したがって、従業員自身の自己保健義務を果たさせるための教育について、会社がどのような関与をすべきかという議論に恐らくなってくるだろうと思いますが、どの程度すべきという答えはないでしょう。ただし、大きな企業であれば、やっておかなければ後でそれが過失としてとられる可能性はあると思います。答えになっているかどうかわかりませんが、なかなかそこは難しいですね。

言い換えれば、法律の枠組みの中では自己保健義務についての教育普及啓発というのもあり得るのだけれども、会社の安全配慮義務の中にそれがどの程度含まれているのかということになってくると思います。そういう視点でとらえると、法律上はそこまでは要求していないと思います。ただし、民訴になった場合にどうなるかという議論は恐らく出てくると思います。そのときに、少なくとも押さえなければならないのは、労働者自身の行動については会社は責任を負えないのだけれども、会社として例えば情報をきちんと伝えたかどうかとか、1 回ぐらいそれをフォローしたかどうかなど、会社が直接行うべきことをどの程度やっていたか。それが社会通念上、一般的に必要なとされるレベルに達しているかどうかということが、我々にとって最もクリティカルなポイントだろうという感じがします。余りお答えになっていませんけれども、よろしいでしょうか。

A 先生：

ありがとうございます。

その続きなのですが、今度、労働安全衛生法の改正の話があって、もし何か情報があったら教えていただきたいんですが、その中でも、メンタルヘルスチェックを実施することになるようで、労働者御本人が申し出てこない限りは、その先に続きません、というフレームになっていると思います。これも先ほど御質問した労働者自身が言ったか言わなかったかという話になってくるような気がするので、さっきの過重労働のフローチャートの中でも、100 時間以上の方も申し出てこない対象にならないということがあるので、特に過重労働の場合は産業医が申し出るように働きかけなければならないという話がある

のですが、産業衛生スタッフというのが申し出に関してどのくらい関与していくべきなのかみたいなことを、まだ法律案が国会に出たばかりの話で最後どうなるかわからないですけども、その辺りのもし情報なり、お考えがあったら教えていただきたいと思います。

中林先生（講師）：

まず、過重労働の本人の申し出というのは、法律をつくるときにいろいろな事情があって、労働者の申し出という文言が入ったわけですが、文言が入っているからといって会社の責任がなくなるわけでも何でもなくて、会社としてはちゃんと申し出るように措置する義務があるということになると思います。

今回の改正の話なんですけれども、個人的にはあれは非常に迷惑なことをやってくれたなと感じています。迷惑という理由が幾つかあるんですが、多分それぞれの事業所によって御事情が違おうと思うんですけれども、例えば、私のところでは、定健の問診に GHQ が入っているんですよね。そうした中で、更にストレスのチェックをとした場合、どこにどう位置づけるのか、やり方によっては二度手間になってしまう可能性があります。

もう一つは、それについての事後措置をどうするかというところなんだけれども、前提としてメンタルヘルスチェックに関しては保健スタッフ以外の会社関係者に知らせてはならないという扱いとされています。一方で、今は定健で、既にメンタルに関する問診が入っているわけで、勿論、了承をとった上でですけれども、そのことも踏まえた上で事後措置を講じているわけですよね。仮に、それとは別の枠組みで保健スタッフ以外には一切情報提供しないという問診票を別に作成するというようなことを考えると、処理が面倒だし、書く方も嫌がるだろうし、更に事後措置がもっと困ります。

具体的に言いますと、例えば、メンタルヘルスチェック票からはメンタルヘルス上の対応が必要かも知れないと判断される結果が示されていたにもかかわらず、本人からの相談もなく、特段の対応を取らなかった場合に、何か問題が起こったとき、少なくとも産業医スタッフは知っていたのに具体的なアクションを起こさなかったことに対して、715条の使用者責任ではなくて、産業医が、直接不法行為で訴えられる可能性があります。産業保健スタッフ以外は仕組み上知り得なかったことですから。そうした問題が一点。

それから、次に、事業者との関係で、その情報を会社の人事や職制に伝えられるかどうか。伝えられないとすると実務上困ります。何でかといいますと、先生方のところもそうだと思いますけれども、現場で働いている人を呼び出すのにどうしますか。大体、現場の庶務さんに連絡して、職制を通じて A さん、明後日の 3 時に来てくださいという話をします。だけれども、メンタルヘルスに関する対応という情報は本人の了承を得られるまでは産業保健スタッフの中だけでしか共有できないといった場合、どうやって、どのような理由で呼び出すのでしょうか。いきなり現場で働いている A さんを、こちらから直接名指しで呼び出すと余計目立ってしまうし、職制を通じると情報を漏らしたことになるし、現実的にどうしていいのか大変困ってしまう。本人も、現場を離れるには理由を説明

しなければなりません。ですから、今回の法律が通ってしまったら困ってしまうというのが本音です。ガイドラインならまだ運用の余地がありますが、法律に書かれてしまうと運用の余地がないですから、あんな乱暴なことをやられてしまうと現場では対応できない。

ただ、オールジャパンは、もともと問診もやっていない、メンタルヘルスに対して何も対応していないというところをベースに考えると、恐らく法益はあるのだろうとは思いますが。法改正による全体に対するメリットというのは恐らく出てくるのだろうと思えますけれども、事業者によってはかえってそれが非常に迷惑になってしまうという部分については、もう少し考えてほしいという感じがします。

もともと、改正案自体は継続審議になっており。今国会でもいずれ審議されるかもしれませんがけれども、それは6月以降でしょう。また、衆議院はともかく参議院では法案修正するということもありますので、そこでどういう議論になるか、あるいは付帯決議を出すかもしれないし、正直言ってどうなるかわからないというところはあるんだけど、仮に今のままでギリギリやられてしまうと非常に困ってしまうというのが本音です。もし、機会があれば皆さん方で、現在の厚生労働省のいろいろな先生方とお付き合いのある方は是非、意見をおっしゃっていただきたい。あるいは学会などでも言っていただくといいと思うんですけども、私の方から諸先輩方をお願いしたいと思えます。

A 先生：

先生も違和感を持っていらっしゃるということを知って、ちょっと安心しました。ありがとうございました。

瀧上先生（司会）：

ほかにどなたかいらっしゃいませんか。

B 先生：

今日はありがとうございました。事業者の法的責任というところでちょっとお伺いしたいんですけども、労働安全衛生法に罰金幾らとか罰則がありますよね。あれに入っている項目と入っていない項目がありますね。入っていない項目に関しても刑事責任というのは問われるんですか。それとも入っていないところはそうではない。例えば、先ほどの法改正も、ストレスのチェックをなささいというのは罰則規定されていないみたいなんですけれども、健康診断は罰則規定がありますから、そういう意味で今までの健康診断との若干の違いはどんなふうを考えられているのかと、実際に違反した場合の取り扱われ方は現実的にはどう違って来るのでしょうか。

中林先生（講師）：

先ほど罪刑法定主義のところでは言いましたように、刑事責任の議論をすれば罰則規定が

あるものしか刑事責任は問われません。ただ、刑事責任以外に民事の話もありますし、あるいは行政指導もあるかもしれませんが、ほかの意味のいろいろな責任というのが出てくるし、例えば、マスコミなどは刑事責任の有無にかかわらず法律違反と書いてしまうでしょうし、そうした意味で現実的には相当拘束力が強いだろうと思います。現実には、刑事責任を問われ、実際に手が後ろに回るということはまず考えられませんし、書類送検されることも稀にしかありません。ですから、現実には刑事の方は影響は小さいのですが、民事では罰則があろうがなかろうが、裁判上はほとんど同じような形で扱われるし、社会からも同じように見られてしまうと思います。

B 先生：

罰金幾らと書いてありますが。

中林先生（講師）：

少なくとも民事は関係ないです。

B 先生：

一部の法律実務とかの本だと、罰金がないのは。

中林先生（講師）：

刑事責任は問われませんよ。

B 先生：

問われないから、努力義務だろうみたいに行っている弁護士さんがおられるので、現時的には。

中林先生（講師）：

民事は関係ないですね。

B 先生：

ありがとうございました。

瀧上先生（司会）：

ありがとうございます。

ほかにどなたかいらっしゃいますでしょうか。

C 先生：

平塚の方の自動車会社の産業医をしております。長時間残業の裁定を産業医がやるというのは自動車会社では結構多くて、いつも難渋しているのですけれども、100 時間以上は時々出るときがあり、うちでは約束残業みたいなものがありまして、2 か月ぐらいは勘弁してくれというような場合に産業医も目をつぶることもあります。なるべく 80 時間以下にしようということで、一遍に 45 時間はなかなかできないという会社の事情があります。産業医も会社から月給をもらっていることもあって、身体さえ壊さないでいれば妥協線に入ることもあります。そのときに勧告書という権限が産業医はございますね。それをうまく使うということで対処しています。余り厳しく出すと不評を買うので、これは一つの特権ではないかと思っています。これを出すときは連続 100 を 80 までにするとか、私は 60 という数字を勝手に作って妥協し、会社の事情でやむを得ず少なめに減らすこともあります。そこで勧告書の使い方というのを一つ聞きたいと思っています。

もう一つは、明らかに 100 は超えているのですけれども、99 で出してくるという場合があります。何かちょっと怪しいですね。そこは健康状態を鑑みて、メンタル症状もなく元気だったら、そうですかということですが、あなたが病気やメンタル上きつい傾向があれば勧告書を出しますよと。そのときは上司と相談しながらやらざるを得ないので、守秘義務とばかり言っていられない場合もあります。部長を呼んで一緒に話して妥協させるとか、人事と相談することもあります。そのようなことはほかの会社もあるのでしょうか。

中林先生（講師）：

幾つか論点があるんですけれども、まずは勧告書の話ですが、実は私はまだ経験が浅いので勧告書というものは書いたことがありません。ただ、先ほどの残業の話ですが、一つ考えなければならないのは、あくまでも産業医の意見として出していると。だから、45 時間以内にしてくださいというのに○をして出すことはよくあります。うちの会社は割合皆さん素直ですから守ってくれますが、中には守らないところもありますけれども、あくまでも産業医の義務としての責任はそれで果たしていて、産業医の意見を受けて会社が実際にどのようにするか。それについては、ある意味では仕方がない部分もあると思います。産業医の意見が出ているにもかかわらず働かせるというリスクを負うのは今度は会社ですから、その判断については産業医が行うことではなくて、会社が判断すべきことであろうという形で、私は一応割り切っています。

ただ、確かに実際に面談とかやっていると、常時 100 時間を超えているような人がいて、その人にはいきなり 45 ではなくて、私の場合 1 人だけですけれども、80 以下にしている人がいます。あとは 20 時間というパターンとか、幾つか場合によって使い分けていますが、それはあくまでも産業医の意見として言っているということであって、忙しくて大変だから本来 45 にするところを 60 にしようかということは私は余りやらないです、よ

ほどのことがない限り。ただ、今 120 時間働いている人が 45 時間と言っても絶対にやれないのはわかっていますから、少なくとも 80 時間にまずはしましょうということはありませんけれども、それはごく例外で、基本的にはやはり 45 という形で私はやるようにしています。

それから、勧告の話は実際に、むしろ先生方の方はどうなんですかね。勧告という形でやっているという認識をお持ちですか。先輩方に聞いた方がよくわかるかもしれませんが、どうなんでしょうか。

瀧上先生（司会）：

どなたか勧告書という形で、そういった御意見を出されている先生がいらっしゃいましたら挙手をお願いいたします。いらっしゃらないですかね。B 先生ですか。

B 先生：

いや、今の会社ではないです。中小の嘱託をいっぱいしているときに、どうしても言うことを聞かないとか、完全に社員が危なっかしいなというときだけは書いたことはあります。ただ、その後どうなったかの確認までは、実際勧告書として出した後、産業医として現場に行っただけなので回答が来るというわけでもなく、こういうことがあり得ますからやめてくださいということは私も出したことがありますし、私がいいた労働衛生機関のほかの連中も、どうしてもしようがないときには一応文書はつくるということはしていました。有効だったかどうかはわかりません。

中林先生（講師）：

それは法令の規定何条に基づき勧告するという正式な形ですか。

B 先生：

はい。

中林先生（講師）：

普通、長時間では意見を出すという感じかと思います。C 先生、皆さんも恐らくそういう感じではないですかね。

C 先生：

勧告書は乱発してはいけないけれども、労働衛生コンサルタントの先生が、勧告書は産業医の特権だと言ったのが脳裏に残っていて、私の会社では私が産業医になりまして書類をつくりまして、プリントすれば何枚でも。痛風の薬みたいに、それがよくきくんですね。それが出ると安全委員会でも出るから一番きく。しょっちゅう出してはまずいので、

穩便にやるのが一番いいと思うんですけれども、古い会社ですから残業がもともと以前から当たり前みたいで、今でもなかなか改善できない体質なので、それもいいかなと思って、皆さんのところはどうかやっているのかなと聞いたかったです。

中林先生（講師）：

ありがとうございました。やはり勧告書の様式は私のところでも作っておいた方が良いのかも知れませんね。いざとなったらサッと出せますから。ただ、本来はなくても済むような関係が一番いいのだろうという気もしますけれども。

結局、長時間残業の面接指導にしても、どういう目的でやるかということなんだろうと思うんです。幾つかの切り口がありまして、狭義のコンプライアンスの話がありますよね。法令で定められているとか。その条件を満たすためということであれば、逆に言えばやればいいというだけの世界です。

ただ、先生がおっしゃったように、実際にそれで病気になることを防ぎましょうといった場合には、相手の状態を見て元気でピンピンしているし、心配ないよというような判断は当然あり得ると思います。ただ、先ほどちょっと申し上げましたけれども、多くの場合はそれでわかるのかもしれないけれども、その人は脳動脈瘤があるかもしれないし、いきなり破裂してしまうかもしれないし、やはり予測できない事態が起こる可能性というのは常にあるわけですよね。ですから、仮にピンピン元気だからといって、別に100時間でもいいよというのは、なかなか言いにくいかもしれない。

私のところは、私もちょっと直したんですけれども、ちょっとずるくやっけてまして、長時間残業の面接のときの問診票と評価の紙をつくったんですが、そこには1番目に長時間の残業が健康に障害を与えないよう留意してくださいということを書いているんですよ、何時間と書かずに。だから、少なくとも過剰な負担にならないようにねということだけは言うておく必要があるという感じはします。決して100時間でもいいですよとは書けない。そういう様式を私のところでは今つくっています。ですから、あくまで予測不可能な問題が生じる可能性があるということを常に念頭に置く必要があるのかなと思います。一見元気でいつ倒れるかわからないというリスクを負っているということは、会社も産業医も常に念頭に置く必要があるのかなとは思いますが。感想ですけれども。

瀧上先生（司会）：

B先生どうぞ。

B先生：

産業医の立場としては、基本的には長時間残業の面談というのは結果としてどうあったかを判断するのであって、来月なりその先の労働をOKするという判断はしないと思うんですね。だから、産業医が判断するのは、過去の長時間残業によって、その人に健康障害

が起きているかどうかですよね。将来にわたってこの人がその状態、基本的には労働基準法を守って残業しないのが基本のはずなので、残業を命ずるのは産業医ではありませんから、あくまで上司ですよね。それはあくまで労働基準法の範囲でやっていただく、あるいは労使のきちんとした協定の中でやっていただくのが本筋ですから、それを外れてしまって長時間になったときに、私たちはそれでも異常が今は起きていないよねという判断であって、将来に向かってこの人は長時間やってもいいですよという免罪符を与えるものでは決してないと思いますけれども。

中林先生（講師）：

措置義務は発生しませんか。

B 先生：

措置義務は今現在に対しての措置義務です。

中林先生（講師）：

措置義務というのは未来に対する措置義務ではないんですか。過去については措置しようがないですね。

B 先生：

ですから、この状態を改善するためには残業させられないとか、これまでにしないといけないという意味合いですよね。だけれども、OK だからといって 100 時間 OK するわけではなく、あくまで基準法の範囲とか労使の同意の範疇のものは OK する。でも、それ以上のものを OK しているわけでは決してない。労使範疇のものであっても、危ないと思うから元に戻すために残業禁止あるいは就業禁止ですよね。そういう考えでやっています。

中林先生（講師）：

わかりました。勿論、三六もあるし、特別条項もあるし、その範囲内だというのは確かに前提になりますよね。

B 先生：

時々、上司も誤解していて、産業医が OK と言ったから 100 時間いいと思ったりしかねないんですよね。そうではないという前提で私たちは動かないと、あくまで基準は守ってくださいねと。たまたま外れたから、それに関してそこでは見えていますよと。それでも難しいから残業はだめですよとか、就業を禁止してくださいという大前提をはっきりさせておかないと、免罪符として扱われる可能性があるんで、その辺はとても怖い話かと思っています。

中林先生（講師）：

わかりました。おっしゃるとおりですね。

瀧上先生（司会）：

D 先生どうぞ。

D 先生：

結局今の話は、やはり会社と従業員の契約の問題だと思うんですね。最終的には契約は三六協定をやっているならば、その範囲内。だから、意見を求められた産業医は、要するにそこに戻してくれと。

中林先生（講師）：

最大限はそこまでしかできませんね。当たり前の話ですけれども。

D 先生：

そういう意見を述べて、あとは会社がどう判断して実行するかは会社の責任だと思うんです。産業医としてはそういう方向で時間を決めるとか、要するに協定内でやってほしいという意見を述べればいいのではないかと考えています。

中林先生（講師）：

最大限は協定範囲内で、心配なときは例えば 45 というようなことですね。

瀧上先生（司会）：

先ほど挙手いただいた E 先生、お願いします。

E 先生：

製造業の産業医しております。貴重なお話ありがとうございました。

先生の資料の 7 ページの左下なのですけれども、T 社さんのうつ病の場合に、疾病に個人側の要因があると判断されるのは、どのような場合でしょうか。例えば、既往歴、アルコール依存というようなことなのでしょうか。

中林先生（講師）：

この裁判で言うと、その人特有の問題があるか、ないかという議論があったと思います。この人は少しアルコールを飲んでいたと思いますけれども、それがこの病気に直接つながるほどのものではなかった。それ以外については特に問題はないということだったと思います。

E 先生：

そうしますと、私たち専属産業医はどういうことに気をつけたらいいのかと、このお話を伺って思ったのですけれども、メンタルで疾病に個体側の要因があると判断されるのは、アルコールとか既往歴ということでしょうか。

中林先生（講師）：

昨年出たメンタルの新しい基準にも書かれていますけれども、基本的に個体側の要因というのは非常に限定的に解釈されています。例えば、就労する前から統合失調症があって、よくなったり、悪くなったりしているとか、あるいは明らかにアルコール依存症の状態があるとか非常に限定的な場合にのみ、労災の認定においてはその要因を考える際のファクターにするとされています。

それ以外の要因は、通常、労災の認定のときには余り考慮されない。今度の基準でも、個体側や家族など、ほかの要因で大きなファクターがない限りは、詳しい調査はそもそも要らないと書いてありますので、労災認定においてはほとんど考慮されないと考えて良いと思います。ただ、労災民訴になれば当然、過失相殺の要因にはなります。

E 先生：

ありがとうございました。

瀧上先生（司会）：

どなたかほかにいらっしゃいますか。

F 先生、お願いします。

F 先生：

貴重なお話しどうもありがとうございました。今回のお話しから産業医は、従業員の健康リスクの評価をしっかりとおこない管理することが、産業医の専門性であり、企業から求められていることである感じました。実際の場面において、先生が示されたてんかん治療中の従業員などでは、その就業上の配慮について判断に迷うことは多いと思います。企業の安全配慮が拡大している中で、どのような形でリスクコントロールしていくことが重要であるか、ポイントのようなものを先生の個人的な見解で結構ですので、教えていただけないでしょうか。

中林先生（講師）：

まず、リスクコントロールのときに、どのリスクについてのコントロールかという議論が恐らくあると思います。今の先生のお話は、産業医がいろいろな訴訟を受けるリスクということですか、それとも会社がですか。実際にそういった問題を起こすということなの

か、会社が訴えられるということですか。切り口によってそれぞれお答えが違ってくると思いますが。

F 先生：

まずは、会社の立場でお願いします。

中林先生（講師）：

だとすれば、会社が一般的に必要とされることをやっていたかどうか。恐らく私が会社の立場だったら、産業医に事ある毎に意見を聞くと思います。産業医がいいと言った、それがまさにリスクコントロールだと思います。

ただ、その場合に1つ問題になるのは、これは過去の裁判例でもありますが、本当に産業医がきちんと仕事をしていたのかという議論が出てきます。だから、まずリスクコントロールの第1段階を踏まえた上で、次は産業医が仕事をしていたかどうか。これについては、会社としてはなかなかコントロールしづらい部分があります。どういう産業医を選んでくるかということがまさに会社側のリスクコントロールになってくるだろうと思います。

更に、一般的に申し上げますと、リスクの転嫁というのも一つのコントロールですし、軽減とかなくすというのもありますけれども、それぞれの事柄に応じてどのリスクコントロールを使うかということが重要なポイントとなると思います。

例えば、先ほどエピの話は知ってしまったらどうしますか。この場合のリスクコントロールは、産業医にとってのリスクコントロールか、会社のパブリシティの問題なのか、あるいは本人の問題なのかで多分コントロールの手法が違うと思うんです。

では、産業医にとっての先ほどのエPILEプシーのときのリスクコントロールはどうしましょうかと。私がやるべきことは、主治医に意見書を書いてもらうことだったと思います。そのときは私はしくじってしまったのですけれども、会社に言わないでくださいねと言われて、いいよと気楽に言ってしまった。その後にエピと聞いて困ったと思ったんです。ですから、そうってしまった時点でのリスクコントロールとしては、リスクを転嫁するという手法を使う必要があったと思います。

また、会社としてはどうなのかという話があります。重大な事故を起こしてしまったら、会社としては、産業医に任せておいたからという言い訳は認められないという話になるかもしれないということまで考えたら、産業医としてどこまでやるべきかという話に戻ってきます。先生方はどうなさいますか。

G 先生：

先生が一番最初のところで会社には内緒ですよと言われて、はいはいとおっしゃったということですが、私だったら会社には内緒ですよと言われてたら、俺は会社の人間だよと言ってしまいますけどね。

中林先生（講師）：

だったら言いませんというので、エピであることをずっと知らないということになるかも知れない。

G 先生：

知らなければ、こっちに責任はないですからね。

中林先生（講師）：

まさに、それは産業医にとってリスクコントロールですね。ただ、あえて議論のために言いますと、産業医にとってのリスクコントロールにはなるけれども、実際にはエピのコントロールは余りよくなくて実際に事故を起こしてしまうとか、あるいは高いところに上っていて、そこから落ちてしまうとか、そういうことも起こり得るわけですね。だとすれば、主治医に聞いてみると、実は時々発作もあり、エピのスパイクがちょこちょこ出ているんですよ、今苦労していますという話だったかも知れず、知らなかったでは済まないかもしれない。

G 先生：

先生のおっしゃる通りだと思います。

診断書無しに確認するのは無理で、産業医一人では情報収集しきれない。

そんな時は、看護師さん達はいろいろな情報をいち早く把握するように努力してくれます。先生のおっしゃるとおりで、実は前の俺は聞かないよというのはちょっとチョッキンしてもらわないといけないんですけれども、実際には先生のおっしゃるとおり診断書をとるということなんですが、先生のところまで行ってエピであるかないかということが発覚する以前に、エピであるということを、どういうシステムにしたらいいのかわかりませんが、当社では看護師がかぎつけてくるんですね。その裏情報を 1,000 人分握っているわけですよ。だから、初めて産業医に僕はエピですよというような話は出てこないんじゃないかとか、事業所でもそういう裏ネットワークみたいなものをお持ちのところが多いんじゃないかと。嘱託の産業医さんの場合はちょっと難しいかなと思うんですけれども、専属だとむしろ裏ネットワークをつくることに協力しておく方がリスクのコントロールとか、転嫁になってくるのではないかと思いますけれども、いかがでしょうか。

中林先生（講師）：

ただ、なかなか把握し切れない部分も現実にはあるようだし、特に最近、他の事業所から来るとか従業員の異動が多いですよ。そうなる情報がほとんどなくて、逆に言えば、従業員からこれから言うことは黙っててくださいますかと言われてたら、うんというような感じになってしまう部分もあったんですけれども、今から考えたら、ものによるよと言っ

ておかなければならなかったのかなと思います。ただ、恐らくものによるよと言ったら、もういいですと従業員の方は言ったと思うんですね。だから、その辺りの判断がなかなか難しいかなという感じを持っています。ただ、知った以上は主治医から意見書をいただく必要が出てくるかもしれません。

薬で同様で、特別な配慮が必要となることがありますよね、睡眠薬とか。最近では花粉症の薬が多くの人に処方されていますが、最近の花粉症の薬は余り眠くならないからいいのかなという感じもするけれども、場合によっては本当に大丈夫なのかと思ったりしますが、どうなのでしょう。

瀧上先生（司会）：

お薬で何か特定の抗不安薬ですとか、抗うつ剤、睡眠導入剤等を処方されているからというだけで就業制限をかけたとか、そういうような決まりがあるような会社さんはありますか。

H 先生、お願いします。

H 先生

私の会社は建設業で、高所作業が非常に多くて、非常に危険な現場が多いものですから、どうしてもそういう薬を飲んでいる方に関しては、会社全体として一切そういうことをさせないという取り決めをしてやっております。それを会社が知った段階でそういうふうに踏み込んでいますし、もしかしたら、飲んでいる方もいらっしゃるかもしれませんが、把握できる限りはすべてそのように対応させていただいております。

中林先生（講師）：

風邪薬なども、薬の種類にもよりますが眠気が生じるものもありますね。

H 先生：

それについては、会社全体としてはそういう眠気のあるような薬を飲む場合は、努めて配慮するよという文書を出していますね。ただ、全部把握できないものですから、メンタルのフォローをしている患者さんについては徹底しています。

あと、1点よろしいですか。ついでに質問ですけれども、先生が講義中に言われていた裁判官の心証というのに非常に考えるところがあって、産業医に対する心証もあるでしょうし、会社自体に対する心証もあるのだと思っていますけれども、こういう裁判事例になるというのは非常にまれだと、トラブルケースがこうなっていると考えるんですが、何か心証について先生のお考えみたいなものを教えていただければと思っているんですが。

中林先生（講師）：

なかなか難しい話ですが、現実には裁判になりますと、先ほども言ったように心証というのは結構大きな影響があります。ただ、それは一種のリスクコントロールとして考えると、どのような弁護士を選任するかということになるのかも知れません。非常にアグレッシブな弁護士もいますし、うまく収めようとする人もいますし、恐らく、この選択で、裁判官も人間ですから、心証というのは変わってくるだろうと思います。心証というのはそれぞれ個人の感じ方の話もありますので、一般論ではこうだという話には恐らくならないだろうと思います。

ただ、一つ言えることは、やはり明らかに社会一般から見て常識的に話が通りそうか、これは無理かなという見極めは大切だと思います。無理かなというのを余りゴリゴリ押すと、かえって悪くなるという場合はよくありますし、その辺りについて十分信頼できる弁護士と相談しながら訴訟対応をすることが大切なのかなというぐらいしか、私の方から申し上げられませんが、よろしいでしょうか。

H 先生：

ありがとうございました。

瀧上先生（司会）：

I 先生お願いします。

I 先生：

大変有益なお話をありがとうございました。

今の薬の話の続きのお話になりますが、私は嘱託産業医ですけれども、半導体のメッキ作業をいたしておりますものですから、クロムも勿論ですけれども、硫酸などかなり危険な薬品をいろいろ使っておりますので、メンタルである程度強い薬を飲んでいるような人については、産業医から実験室へ入ることを一応断っているということがございます。そうしましたら、ほかのメンタルの人で、薬を飲んでいるけれども実験室に入っているではないかという、他からのクレームがついてきまして、ふらつきとかいろいろあるような薬を飲んでいる人については、禁止するというのを安全衛生委員会で決めてはどうかという意見を私に言ってきた人がいるのですけれども、私はそれはちょっと違うのではないかと考えております。

一つには、安全衛生委員会というのは審議機関であって決定機関ではないということもありますけれども、その他にも、それは医療上の問題であって、プライバシーの非常に強い問題でございますし、そういうことをしてしまったら今度はメンタルの薬を飲んでいても言わない人も出てくるし、また飲まないでおこうということで症状を悪化させてしまう人も出てくるでしょうから、私は今のところは反対と申しておりますけれども、今日たく

さん産業医の先生方がお集まりになりますから、皆さんどうしていらっしゃるか伺ってみますというような話を会社にして来たのですが、先生のお考えを教えていただければとお伺い致しました。

中林先生（講師）：

この中で一番経験が少ない私が申し上げるのは何なんですけれども、私は、先生がおっしゃったとおり、申告しなくなるだろうと思います。薬を飲まなくなるというリスクの方が恐らく高いような気がします。薬を飲んでいるから制限をかけるのではなくて、薬を飲まなければならないような状態だから制限をかけるというのが基本的な考え方かなと思います。ただ、そうはいつでも実際に薬を飲んでいる人は結構いらっしゃいますので、その人たちについて、たまたま本人が言ったら制限をかけてしまうというやり方が本当にいいのかどうか。

I先生：

それはちょっと困ると私は思っております。1人制限をかけた人は、道を歩いていても電信柱にぶつかってしまうようなフラフラした状態で、ちょうど実験室で何かこぼしてしまったもので、ちょっとインパクトが強くて、みんなが非常に心配してしまったんですけれども、このような問題は産業医と主治医との間で協議して決めさせていただくということをお私は今、人事には言っておりますが、そういうことでよろしいかどうか先生方の御意見を伺えれば私としては非常にありがたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

瀧上先生（司会）：

B先生、お願いします。

B先生：

皆様方がどうされているかはわからないんですけれども、基本的に産業医が例えば就業の制限をかけるときに、病名だとか理由をはっきり事業者伝える必要はないと思うんです。薬を飲んでいるから、あなたはこれは禁止ですと言うのか、何らかの理由があるので禁止だけれども、そこは守秘義務で言えないよと言ってしまって全然構わないと思うんですが、わざわざ伝えないといけないと思うのでいろいろなことが起きている気もしますが、その辺皆様方はどうされているのでしょうか。

G先生：

B先生と当社は全く一緒でして、医学的判断を必要とすることに関しては、産業医の専権事項だから、君たちがどうしても聞きたいというなら話してやるけれども責任とれるのと一言で終わっておりまして、病名等について、あるいは内服の内容について事業者と話

はしないで、また、I 先生のお話に出てきた安全衛生委員会で一律に服薬者（メンタルに関する）は、実験室での作業不許可というような個々の症例に対するそんな話題をすること自体そぐわないと私は思っておりますので、当工場の安全衛生委員会では、そういう労働衛生の個々の事案については全く話題になることはありません。

I 先生：

ありがとうございました。私も安全衛生委員会というのはそういうものを決めるところではございませんし、これはあくまでも医療上のプライバシーの問題だと思っておりましたが、その様な事の取り決めを安全衛生委員会ではどうかとの話がまいりましたので、今日は産業医の先生方が沢山お集まりになるので、皆様の御意見も承りたいと思いました。誠にありがとうございました。

瀧上先生（司会）：

ありがとうございます。

お時間もだんだん差し迫ってまいりましたが、もう一方。J 先生、お願いします。

J 先生：

川崎の方で産業医をしております。

簡単な質問で大変申し訳ないんですが、心理的負荷による精神障害の認定基準が 12 月に改正されたという話で、私もあれを結構読んでいて、前段階のところでは判断指針を認定基準にすると書かれてあったんですけども、行政的な、先ほど法律の仕組みを先生がお話しされていましたが、それは何か意味があるのかどうかということと、そういう表現になったことで認定に対する方向が変わっていくのか、先生の推察をお話しいただければと思います。

私も、メンタルの管理職研修のときに安全配慮とか労働安全衛生法とはということとはしゃべるんですけども、そのときに労災の中で労災補償保険というのは企業にとっては無過失責任で補償する制度かなと私は思っていたんですが、先生は先ほど労災補償保険と損害補償、民訴のときには企業の故意や過失に関しては、関係なしと改めて整理された時点で、労災に関するときの企業の過失や故意というものは認定のときに大きく影響するものなのか、あるいはさっきストレスは何でもあれば問題になるといった時点で、労災が認定されれば民訴の可能性もあり得るという話もちらっとあったように思うので、その辺に関しての御意見も併せていただければと思います。

中林先生（講師）：

まず、判断指針の認定基準ですけども、当時の検討会の議事録を読んでもわからないと思いますが、判断指針と認定基準の違いについてどのような説明があったんです

かね。副所長の方が御存じでしょうか。

副所長：

余り大きな意味はないと思うんですけれども、判断指針という使い方をしている場合には、監督署長が認定するための判断指針なんですよね。今回は認定基準という使い方をしていますから、むしろ監督署長に指示をする文書という形ではなくて、むしろ公に知らしめるという意味合いが強いのかなと。推測ですけれども、私はそう感じています。

中林先生（講師）：

なるほど、よくわかりました。

それから、先ほどの労災認定のときの過失云々は、労災認定では事業者に過失があるかないかは基本的には関係ありません。民訴のときだけです。

瀧上先生（司会）：

ありがとうございました。

それでは、最後に、石渡所長から何か一言いただければと思います。よろしくお願いたします。

石渡所長先生：

いろいろと法の成り立ちをベースにして現場での苦労の話、あるいは問題点が大分出てきたので、それぞれが各企業に合った形で工夫する必要があるだろうと。それからさっきの服薬に関して言うと、最近いろいろなレポートを見ると、本当に日本人は健康保険で薬をあんなにもらっていて全部飲んでるのと、まず、そこが一番問題だと思うんです。飲んでみるとわかりますが、私も2年前からついに高血圧の薬を飲むようになって毎日大変です。

それから、最近では精神科の学会で、うつ状態の人の再発率の中の服薬コンプライアンスが50%以上というレポートが日経メディカルに出ています、やはりそこだろうと思うんです。血圧、糖尿病もそうで、その辺を健康管理をする産業医側がどうやって抑えるか。これは企業に知らせるような問題ではないですが、健康管理室できちんと押さえるということが一番基本かなと。そこがどうも足りないような気がしています。それが1点。

それから、メンタルに関して労安法の改正について反対意見があるのは事実です。ただ、その中で1つだけ。今300人以下の事業所が97%の現状の中、あるいは神奈川県労働局が最近調査をした中で、300人以下で健診の事後措置をやっているのは3割ぐらいしかない、メンタルの計画を作っているのも2割ぐらい。そのほかに5年ごとの労働調査でも似た数字がたくさん出ています。実際に充分行われていない現実がある。そうすると、300人以上の先生方がおられる大企業と、300人以下の企業とではかなり違ってきて、その層

別をどうするのか。法律では一本化していろいろと出していますけれども、意図するところが伝わっていないということから来ているのかなと思う。その辺はこれからかなり工夫をしなければいけないのが今の現状だと私は認識しております。

要するに、企業規模によってかなり問題が違ってきているというのが現状ではないかと思っていますので、先生方もそれぞれ工夫していただいたらよろしいかと思えます。

いろいろと法の成り立ちをベースにして現場での苦労の話、あるいは問題点が大分出てきたので、それぞれが各企業に合った形で工夫する必要があるだろうと。ただ、1つだけさっきの服薬に関して言うと、最近いろいろなレポートを見ていると、本当に日本人は健康保険で薬をあんなにもらっていて全部飲んでると、まず、そこが一番問題だと思うんです。飲んでみるとわかりますが、私も2年前からついに高血圧の薬を飲むようになって毎日大変です。必ずどこかでずっこけてしまう。

それから、最近では精神科の学会で、うつ状態の人の再発率の中のコンプライアンスが50%以上というレポートが日経メディカルに出ていまして、やはりそこだろうと思うんです。血圧の薬もそう、糖尿病もそうで、その辺を健康管理をする産業医側がどうやって抑えるか。これは企業に知らせるような問題ではないですが、健康管理上は産業医の方で、健康管理室できちんと押さえるということが一番基本かなと。そこがどうも足りないような気がしています。それが1点。

それから、メンタルに関して確かに反対意見があるのは事実です。ただ、その中で1つだけ。今300人以下の事業所が97%の現状の中、あるいは神奈川県労働局が最近調査をした中で、300人以下で事後措置をやっているのは3割ぐらいしかない、約1,000社。それから、メンタルの計画をやっているのも2割ぐらい。そのほかに5年に一遍の労働調査でも似た数字がたくさん出ています。実際にやっていないという現実がある。そうすると、300人以上の先生方がおられる大企業と、300人以下の地域センターを対象にするような企業とではかなり違ってきて、その層別をどうするのか。法律では一本化していろいろと出していますけれども、あの中の1つのメンタルというのは、今の実態として、意図するところが伝わっていないということから来ているのかなという、やり方自身に問題があるにしても、法律の中にたたき込んでしまったのかなという気がしているので、その辺はこれからかなり工夫をしなければいけない。問題があるけれども、工夫をしなければいけないのかなというのも、今の現状だと私は認識しております。

要するに、企業規模によってかなり問題が違ってきているというのが現状ではないかと思っていますので、先生方もそれぞれ工夫していただいたらよろしいかと思えます。

瀧上先生（司会）：

ありがとうございました。

最後に、次回の御案内を興先生、お願いします。

奥先生：

次回でございますが、平成 24 年度の第 1 回ということになります。日にちは 5 月 19 日土曜日でございます。時間は今日と同じ 14～17 時ということで、この会議室でさせていただきます。

演題でございますけれども、「労働基準法における母性保護規定の見直しについて」ということで、審議会も通りまして 5 月までには、法律として決まる予定としていらっしゃるようです。演者としてはこの問題を実際に取り上げてこられました厚生労働省雇用均等・児童家庭局職業家庭両立課育児・介護休業推進室長の奥村伸人先生にお願いをいたしております。

私といたしましては、昭和 60 年頃当時の労働省の第 1 回の母性の委員会の委員をしております、その当時から昭和 21 年に決まりました 1178 通達に書かれております鉛、水銀、クロム、ヒ素、黄りん、フッ素、塩素、シアン化水素、アニリンその他の有害な物質に、普通の女性労働者も妊婦も産婦もすべて×というのは、化学物質の有害性についての根拠が不合理であると思っておりました。当時の労働省婦人局からの依頼で私ども一部委員がいろいろの化学物質の特に女性についての有害性を調べまして、その時も法律を改正して頂きたいとお願いしておりました。しかし、一度決めた法律はなかなか変えられないということで、それから二十数年経ちまして、この度は GHS に基づいた合理的な形で、現在、厚生労働省が有害化学物質として取り上げられる物質と特定化学物質、有機溶剤の中で、生殖毒性、授乳毒性、生殖細胞変異原性のある物質を取り入られております上、重量物取扱い規定の見直しもされていきますので、是非とも皆様お聞きになって頂きたいと存じますので、ご出席いただけるようお願い申し上げます。

瀧上先生（司会）：

奥先生、ありがとうございました。

最後に、本日御講演いただいた中林先生に大きな拍手をお願いいたします。（拍手）

ありがとうございました。では、本日の交流会はこれで終了です。皆様お疲れ様でした。

（拍手）