



# III 近年のキーワード

## 1. 医師の働き方改革

**相澤** 先生方に「近年のキーワード」について語っていただきたいと思います。松本先生は現在、医師の働き方改革にも取り組んでおられるということですが。

**松本** 産業保健の担当ということで、日本医師会で働き方改革の担当も兼任しております。これも国の検討会や労働政策審議会（以下「労政審」という）の議論を並行して参考にしながら、日本医師会も相澤先生のご指導の下で検討委員会を設けております。

さきほど自殺の話が少し出ましたが、特に医師の働き方改革を考える場合、そもそも医師の働き方とはなんぞやというところからスタートしなければならなかったんじゃないかと思います。これは日本医師会の横倉会長の思いでもあります。プロフェッショナルな働き方とはどんなものかというところからスタートすべきだったと思っています。

ただ、残念ながらというか、医師の長時間労働対策という観点からどうしてもスタートせざるを得ませんでした。電通事件や、研修医の自殺の問題もあり、そういう観点から始まったため、長時間労働を是正しなければならないという流れになり、窮屈な議論になってしまったように思います。

そういった制約の中で始まったのですが、特に勤務医の健康を確保するという観点と地域医療をしっかり守っていかなければならないという、ある意味で相反する課題をどう両立させていくかというのがいちばん大きな課題です。双方のバランスを常に考えながら進めていかなくてはなりません。このバランスに厚労省も医師側も苦勞しているところです。



また、医師の働き方を検討する上でいろいろな課題があります。病院内の産業医の役割、女性医師の支援をどうすべきか、また労政審で話題になっている副業と兼業の問題、これも大きな課題です。労政審では全業種の議論をしており、なかなか医師固有の課題に踏み込んだ話ができておりません。医師は、9割以上の方が兼業・副業しており、一般の労働者の方とはまったく違う特殊な職業です。しかも、賃金やキャリア形成の問題だけではなく、地域医療を守りながら、他方、教育・研究といった課題もある中で副業・兼業のバランスをとっていかなければならない問題でありなかなか結論が見えておりません。大きな課題がありますが、産業医の役割が脚光を浴びたこともありますので、真摯に取り組んでいかなければならないかなと思っています。

## 2. 治療と仕事の両立支援

**松本** わたしのもうひとつ大きな役割として、医療保険を担当しており、中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という）の委員をしております。そのなかで、治療と仕事の両立支援の話が出ています。

## 治療と仕事の両立支援について

病気にかかった場合、本人が働くことを希望し、主治医が治療と仕事の両立が可能だと判断した場合は、職場の産業保健スタッフなどや、上司や同僚にとって、それを支援することが重要な課題となります。厚生労働省作成の『事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン』には、がん、脳卒中などを治療しながら働く方への支援にあたっての留意・準備事項、進め方が記載されています。

<https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/about/>

数年前から、産業保健と診療報酬の関わりを考える場がほしいという話をずいぶんしてきました。またタイミング良く、横倉日本医師会会長は産業保健に造詣が深く、また、副会長の今村聡先生も産業保健の担当が長く、しかも医療保険の担当でした。そのラインが重なりうまく進んでいます。中医協のほうでも、前回（平成30年）の改定で、療養・就労両立支援指導料ということで、はじめて産業保健に関連した評価がなされて、非常に大きな一歩でした。現在はがんの患者さんに限ってとなり、また仕組みも複雑で、なかなか有効に機能していないという見方もありますが、令和2年の改定では、対象とする患者さんの範囲を脳卒中、肝疾患、あるいは指定難病に広げるとか、また、仕組みももう少しわかりやすく、使いやすいものにするよう、厚労省と検討を重ねております。そういうところから、患者さんを支援する仕組みができればいいと思っております。

**半田** すばらしいですね。ありがたいです。

**大久保** このあたりの話は、健康って何なのか、もとに戻ると話なんですね、そうすると、プレゼンティーイズム<sup>\*</sup>をどうするかという話とか、世界的にみると日本の労働生産性はあんまり高くないとか、そういうのと全部絡んでくる話なんですね。

もうひとつ、具体的な例では、医師として積極的に治療にあたった主治医が、産業医を兼ねていることが多いんですよ。そうすると、疾病のある人が復職できる

健康状態だという医師としての判定をして、今度は会社のほうでその人を受け取っていいのか判定しなくてはいけない。これ、許されるのかな、非常に難しい話かなと思います。

知っているがゆえに判断が難しくなるということも起こる。開業医の先生にはそういうケースが起こりやすい。地域のすぐそばに住んでおられる先生に病氣中の面倒を見られて、もう復職していいよという。しかし、今度産業医として行ってみたらその人の仕事との関係を判定しなくちゃいけない。すでに必要以上に知っている。これがいいのか悪いのか。すぐに正解はわからないけども、今後両立支援をやっていくと、こういうケースが増えるのかとちょっと思いました。

**松本** 先生のおっしゃるとおりだと思います。そう多くはないと思いますが。

**大久保** このへん、少し整理しておいたほうがいいのかもしれませんね。

**松本** そうですね。

**半田** 大久保先生、お尋ねしていいですか。「産業医と主治医を兼ねていることの問題」はわかる気もするんですが、わたしは今日本ボイラ協会という小さい組織の経営側なわけですね。小さい組織ですがやっぱり職員の病気とか復職の問題があるんですが、うちはやっぱり外の方に産業医をお願いしているんです。すると、職場の現状をあまりご存じない。だからあるときは我々が過剰だったりします。「病氣でも復職させて少しずつ慣らせていったほうがいいんじゃないか」と思っても「できない」とおっしゃったり、あるいは今度は逆に、「この調子で戻すのはけっこう難しいんじゃないか」とわたしたちが思っても産業医の判断は「大丈夫」という。それで受け入れるんですが、しばらくしてやはりまた休職してしまう。それが続くと、自動的に退職になってしまうんですね。かわいそうなことになってしまう。だから、会社もわかっている、治療もできるという先生のほうがありがたいような気がするんですが。

<sup>\*</sup>プレゼンティーイズム presenteeism（病氣就業）。病氣などによる欠勤を「アブゼンティーイズム」（absenteeism）というが、それに対して、出勤しているが何らかの不調のために生産性が上がらない状態のことをいう。近年研究が進んでいる。

年研究が進んでいる。

**大久保** そう考えるか、産業医の仕事の範囲をもう一度考え直すかですね。そこまでいわなきゃいけないのかどうか。そもそも雇用の話なので経営者が責任を持つべき話ではあるんですよ。

**半田** もちろん、最終的には経営者が判断するんですけども。

**大久保** 判断するときどうしても専門家の意見を聞きたいから聞いているだけであって、産業医の場合と主治医の場合とで違いますよね。そのへんが整理できればもう少しいいのかもしれない。

**櫻井** 産業医として主治医の意見を聞いていろいろな措置をすることが仕事としてありますからね。それが1人2役はなかなか。

**大久保** 知ったがうえに判断が難しい。実際これからの話題でそういう話いくらでも出てきそうですよね。

**半田** 両方わかっているから判断に苦しむということですか。

**大久保** 今わたしが出した問題というのはそういうことです。医師として両方の立場から情報を取るもんだから、それを別のほうで使っているのかという問題です。会社だけやっていたら知らない情報を主治医をやったがために知ってしまっている。その情報を使ったら、フライングじゃないかなという疑問があるんですよ。

### 3. リスクアセスメント

**相澤** 櫻井先生にはリスクアセスメントについてお話を



伺いたい。

**櫻井** 先ほどもお話があったように、一般の方々には規制されていないものは安全だという誤解が広がっています。だいぶ前から意識していました。そこで国によるリスクアセスメント事業が2006（平成20）年から始められた。これが非常に大事な事業で成果もたくさん上がっています。

その1年前、化学物質管理のあり方に関する検討会というのが当時の化学物質調査課で開かれて、その後何代にも渡って同じような検討会があり、わたしは、たまたま初めのころ座長を務めました。

実は、環境省でそれまで関わっていたPRTR<sup>\*</sup>では、化学物質の排出量を報告させるだけで、それ以上の義務をかけていません。報告だけ求めるんです。しかし、報告しなきゃならないもんですから、どういう化学物質をどこでどれくらい外気や排水に出しているというのが世の中に知られるので、必然的にコントロールせざるを得ないという方向に行っているわけですよ。だから報告を求めただけで効果があるんだなということ強く感じておりました。

この検討会の中で、事業場で使っている化学物質を全部報告させるというのはどうだろう、報告だけで非常に効果があるんじゃないかという話をしたんですね。かなり賛同する人がいました。全部報告させるのは大変なので優先順位をつけてだんだん広げていきたいと思いますということで始まったのがこれなんです。報告だけ求めているわけです。

リスクアセスメントをやるのは、報告が上がってきた中でばく露がひどいところを選んで、中災防とか力量、能力のあるところに委託して、調査に行かせてもらうという形です。命令ではないので、調査に応じてくれるところを確保するのは苦労していますが、ちゃんと応じてくれるところもあります。

実際にばく露を測定してみると、意外にもばく露の多いところが見つかる。そこでばく露限界値をすでに超えているというのを、規制の対象にしているわけです。

PRTR Pollutant Release and Transfer Register：化学物質排出移動量届出制度。人の健康や生態系に有害なおそれのある化学物質が、事業所から環境（大気、水、土壌）へ排出される量および廃棄物に含まれて事業所外へ移

動する量を、事業者が自ら把握し国に届け出をし、国は届出データや推計に基づき、排出量・移動量を集計・公表する制度。2001（平成13）年4月から実地されている。

ね。

はじめの数年は、それだけで規制の対象にしていたが、3年目か4年目から慎重になりました。1年目に問題が見つかったところは、翌年または数年後にもう一度詳しく調べる。同じばく露でも、その事業場に特異的なものは何も全体の規制の中に入れる必要はない。どこでも使われ、問題になりそうなものはやっぱり特化則に入れましょう、ということでやってきています。

もう十いくつ追加されています。調べて大丈夫だったというのが50くらいあるんですよ。問題があるのが10から20の間くらい。問題があるからもう少し調べようという宿題になっているのが10まで行かないけどある。ただそういうふうに行ってみて、問題のある確率が非常に高いことがわかりました。

化学物質のばく露については、ある程度改善が進んでいるように思われたところでも現場は変化する、生きている。コントロールが十分でない事業場がまだまだ多いのが実態です。政府がこういうリスクアセスメントをやっている国はほとんどない。これはすばらしいと思う。

それと同時に事業者の自律的な管理に依存せざるをえない。そのリスクアセスメントは事業場でやってくださいということで始めて、今は簡易なリスクアセスメントの手法が厚労省のHPに7つくらい上がっています。安全、安全衛生、衛生と3種類ありますけど、化学物質のリスクアセスメントがばく露限界値がなくてもできる簡易な方法です。それでかなり進んでいますが、簡易な方法なので、安全サイドを多めにとっているため、厳しめに出る。その場合は精度の高いリスクアセスメントを専門家に依頼して判断するように、という流れになっていて、少しずつ、あるべき姿に近づいていると思います。

**大久保** それがあるのに、特殊健診しなくちゃいけないというのは、わたしには矛盾して聞こえます。

**櫻井** ああ、そうかもしれません。



**大久保** 全体的な仕組みをまず作ることが大事と思う。

**半田** どちらが先か難しいところですよ。わたしも今、リスクアセスメントの話がうかがって、担当課長をやっていたから改めて認識したんですが、現実には、大久保先生がおっしゃったように、規制対象物質を増やしていく方向で現在進んでいます。大きなビジョンができているといいんでしょうが、「ここだけとりあえず」と言って動き出すと、やっぱり役人としては今ある制度に乗せていく。それで、大久保先生のご不満のようなことになるのかもしれませんが。

**大久保** 簡単な話で、全衛連（全国労働衛生団体連合会）の数値を見ると、モノによって違いますが、特殊健診の異常率というのがありえないほど高いんですよ。たぶん特殊健診のときに定期健診の判定も一緒に混じっているじゃないかな。

**櫻井** 因果関係のないものも挙げてしまう。ある程度判断した上で有所見とするのが望ましいけども、それはなかなか難しい。それで、所見のあるものを全部異常率にしてしまっているのかもしれませんが。

**大久保** 列挙方式で健診やれといっているのがまずおかしい。実際、産業医に聞いてみると、どこで切っているか全然わからないという。お金のあるところは全部入れちゃう、ほんとにシビアにやろうと思えば、これいらぬからってどんどんやめてしまう。そこは現在、何も指導がないんですよ。

**櫻井** それはおそらく、もう少ししてから、丁寧なガイ

ドラインを出す予定だと思います。

## 4. 受動喫煙対策

**相澤** では、受動喫煙対策について大久保先生にお話を伺えますか。

**大久保** 喫煙率はいまだに高いですね。受動喫煙の問題もまだいろいろ残っていると思います。  
産業医大の<sup>やまとひろし</sup>大和浩教授という、受動喫煙対策に熱心な先生がいます。

**半田** たばこ対策の始まりは、1992（平成4）年に快適職場対策が始まって、その中に受動喫煙対策というのが書き込まれていたと思います。それは健康障害というより、不快に感じる人がいるならやめようというスタンスだったと思います。その後、わたしは2006（平成18）年に労働衛生課の環境改善室長に着任いたしました。そのころはたばこの害がいわれていましたので、受動喫煙対策をきちんとやろうと考えました。喫煙による健康障害がしきりに言われていたのですから、健康障害防止という観点から取り組みました。職場ですから、業務起因性<sup>\*</sup>もあるし業務遂行性<sup>\*</sup>もある。本人が吸っているわけじゃなくても職場の環境から起こるわけです。

だから、これは労働安全衛生行政で扱ってもいいだろうし、対策を講じることは必要であろうと。それで、健康障害防止という観点からいえば、労働安全衛生規則を改正するなどして、省令だけでも法令制度としてはできるなと踏んで、そういう方向へ一歩進めようと考えて、着手していました。

## 5. メンタルヘルス、ストレスチェック

**相澤** メンタルヘルスについては、ご専門の河野先生にお話を伺っています。

（事前インタビューから）

**河野** 私が旧労働省で仕事をしていたのは1986年から1989年です。その頃は、「行政は労働者のメンタルヘルス問題には直接かかわらない」という考えが主流で

した。メンタルヘルスは基本的に労働者個人の問題であり、その範囲を広げるとしても企業と個人すなわち労使の問題であると考えられていました。

ところが、1982（昭和57）年の日航機羽田沖墜落事故<sup>\*</sup>で、働く人のメンタルヘルス問題に対して瞬間風速的に社会の関心が高まりました。

そのあと1984（昭和59）年にクレイグ・ブロードが『テクノストレス』という本を書いて、これにも関心が集まっていました。

労働省はもともと高齢化問題の対策としてシルバー・ヘルス・プラン（SHP）をやっていたんですが、そういう社会の動きの中で、身体だけでいいのかという問題提起がありました。

SHPは旧労働省の委託を受けて中災防がその推進母体となっていました。中災防は「中高年齢労働者ヘルスケア検討委員会」を設けてその推進方策を検討していたのですが、その下部組織である「ストレス小委員会」の提言を受けて、1986（昭和61）年に「企業におけるストレス対応 指針と解説」を出版しました。そこでは、職場におけるメンタルヘルス問題をストレスの視点で捉えることが提案されており、その考えが我が国のメンタルヘルス対策の核となりました。

さらに、産業医学振興財団が同じ年に「労働衛生管理におけるメンタルヘルス」を出しました。この本は、産業医・衛生管理者・人事労務担当者に対する研修用テキストとして作成されたものですが、SHPでは身体の問題だけでなく「こころ」の問題も扱うことにしようという流れをつくりました。それと同時に年齢の制約もはずして、シルバー世代に限らず全従業員を対象にしようということにもなった。「心身両面」に加えて「中高年だけでなく全従業員を対象とする」ことから「トータル」という言葉を使うことにし、「トータル・ヘルスプロモーション・プラン（THP）」と名付けました。

これを受けて、1988（昭和63）年に労働安全衛生法を改正して69条に「健康教育等」という条文を新たに入

業務起因性 ケガや病気が仕事に起因するものであること。  
業務遂行性 そのケガや病気が仕事に発生したものであること。  
※上記2つが業務上かどうかの要件となる。

日航機羽田沖墜落事故 1982（昭和57）年2月、着陸直前の日本航空機が羽田空港沖に墜落。乗客24人が死亡し、149人が負傷した事故。機長による逆噴射が原因とされたが、機長は精神鑑定の結果、不起訴処分になった。

れました。その指針が「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」で、そのニックネームがTHPというわけです。

このときにはじめて行政が正式にメンタルヘルス問題を取り上げたんです。それで、行政的には1988（昭和63）年が、メンタルヘルス元年ということになります。ただその頃は、事業者・人事担当者・管理監督者が労働者のメンタルヘルスの問題に直面し、何とかしなければならぬといった状況ではありませんでした。行政も同様で、問題意識はあったが、それは将来に向かっての理念的なものでした。

現場、行政ともに、メンタルヘルス問題の当事者になったのは、自殺の話題で触れた1999年～2000年の一連の出来事以降です。

最近話題となることの多いポジティブ・メンタルヘルスについては、私自身は、労働者一人ひとりが労働契約に縛られて働いている現実を直視すると、もろ手をあげて賛成というわけにはいかないかと考えています。事業者と労働者の目指すものが同一であれば問題は生じません。しかし、両者には必ず利害が対立する場面が生じます。そうした状況下で労働者側がポジティブに考え、行動するとは具体的にどういうことなのか判然としないことがその主たる理由です。

快適な職場環境を形成し、維持していく上でポジティブ・メンタルヘルスの考え方が役立つことは理解できるし、その意味で労働者の健康の保持増進に有用です。しかし、それはあくまでもラインが中心となって推進していくものだと考えます。産業医がその先頭に立つものではないでしょう。産業医にとっては、リスク管理のレベルに注力し、その完成度を上げることのプライオリティが高いのではないかということです。

**櫻井** 1998年から自殺が増えたのがきっかけかと思っていましたが、その前からだったんですね。そのあと、認定基準を変更したのは自殺が増えたためとってましたけどね。

**半田** 1988（昭和63）年の法改正は隣の課で見えておりま

して、そのときに心身ともにやるべきだよねという感じではありました。明確に精神疾患がどうこうというそこまで強く認識していた印象はないんですが、心を取り上げたという意味では河野先生のいわれるとおりだと思います。

**大久保** これこのまま、どんどん増えていったらどうなるんですか。なんか手立てがあるのかないのかですね。放射線の場合にも、いちおうさっき申し上げたように数値的には因果関係とかドーズ・レスポンス<sup>\*</sup>の関係は出してはいるんですね。ところが労災のほうは、50%というのがみなさんの基準だったのが、今は20%とか10%とかそういうのがどんどん認められている。これは裁判所が決めるのでどうしようもない。どうやって計算しても2割あるかないかというケースが堂々と労災として認められてしまうので、わたしは意見を出せといわれても出せない。意見出しても20%で決まってわかってるんだったらその必要ないですもんね。今、わたしどもの研究所でも過労自殺のグループがあって、全症例、監督官が事情聴取をした調書を全部いただいて、疫学的な解析やっていますけども、とにかくすごい数が来ています。こういうことも含めて、本当に健康って何なんだろう。これから考えていけなくちゃいけないんじゃないかと思っています。産業医がパンクするし、医療も破綻するのではと危惧します。

**相澤** また、ストレスチェックについて河野先生はこんな話をされています。

（事前インタビューから）

**河野** ストレスチェック制度は最近の施策なので、その評価をする段階ではないのですが、一般的にみて、現状のままで時間が経過したのでは、近い将来に「職場におけるメンタルヘルス対策に役立つ」ことは期待できないという印象です。

この制度の第一の目的であるセルフケアは、そのための知識とスキルがなければ実行できません。これを労働者に身につけさせるための「教育」が不足しています。また、「相談」の態勢が整っておらず、セルフケア

ドーズ・レスポンス dose-response。用量反応関係。生物に化学物質や物理的刺激を与えたときに、その用量や作用の強度と、生物の反応との間に見られる関係。



の支援が困難です。二つ目の目的である、高ストレス者に対する医師による面接指導は、希望する受検者が極めて少なく、その機能を果たしていません。三つ目の目的である、集団の評価についても、結果の処理方法をあらかじめ設定し、日常の活動に落とし込んでいくという基本的な活動が展開されている事業所は限られています。

## 6. THPと健康経営

**相澤** 最後にTHPと健康経営について、河野先生に伺っています。

(事前インタビューから)

**河野** 労働者の健康管理は、以前は福利厚生施策として位置づけられていましたが、現在では、リスク管理の対象だと考えられるようになってきました。

福利厚生では費用は経費とみなされます。福利厚生施策の成果の証明は難しいことが多く、活動を長期にわたって継続することに困難が伴いがちでした。THPでは「健康は資源である」と位置付けています。労働者の健康が阻害されること、すなわち資源の減少・枯渇は、まさにリスクそのものです。ですから、THPに必要な費用は「経費」ではなく「投資」です。リスク管理の場合、あらかじめ想定されたリスクがヘッジされることが投資効果になるので、その成果の証明は容易です。THPは経営上の損失を防ぎます。

健康経営でも労働者の健康管理の費用を投資だといっ

ています。その投資とは「利益」を生むことであり、いわゆる「生産性」を上げることです。THPと健康経営では投資のベクトルの向きが違います。健康経営は経済産業省の施策として展開されています。厚生労働省も加わっているのですが、施策の目的は健康管理活動のシステム化、産業化であり、それによって日本国の利益を生み出すことです。経済産業省としては、それは省として当然の活動です。現在は、そのために必要な情報収集をしている段階であり、すでに多くの情報が集積されています。健康経営に産業医がかかわる際は、この点の認識は必要だと思います。

**大久保** 健康経営のうたい文句はわかる。しかし、その先、具体的に何をやるかという話になると、とたんにバラバラになってしまう気がします。

**半田** 今のところ、わりと、モメンタム(勢い)はついていますね。

**大久保** そうですね。健康経営で講演会やると人が集まる。でも、実際にそれではっきりした成果を上げたところがあるのかということになると、そのへんから怪しくなる。

**半田** <sup>もりこうじ</sup>森晃爾先生(産業医大教授)なんかは健康経営に力を入れてますね。

**櫻井** わたしは建設業労働災害防止協会のメンタルヘルス委員会に4年くらい関係しています。ヒヤリハットはものすごく多い。過去1年間にヒヤリハットを起こしたというのは60%くらいですね。その数年前に厚労省で調べたのも、建設業で40数%、医療関係が50何%ですごく多い。運輸も多い。

メンタルヘルスのヘルスチェックとヒヤリハットの調査を一緒にやってクロス集計してみると、簡易ストレス調査票でストレス反応を起こしているような点数を調べると、そういう人にヒヤリハット率が高い。

**半田** そうでしょうね。

**櫻井** メンタルヘルスを改善すればヒヤリハット率は下がるし、それに応じて、それよりはるかに数は少ないけど、実際の災害は減るだろうと思います。