

産業医・産業看護職・衛生管理者の情報ニーズに応える

産業保健21

2020.4
第100号



創刊100号記念
特別
座談会

産業保健の四半世紀

相澤好治／大久保利晃／櫻井治彦／半田有通／松本吉郎

〔誌上参加〕河野慶三

産業保健支援体制の変遷／記憶に残る重大事件
近年のキーワード／産業保健スタッフの役割

産業保健の歴史年表 1972 - 2020



独立行政法人労働者健康安全機構

バックナンバーの閲覧と検索ができます。 <https://www.johas.go.jp/tabid/128/Default.aspx>

『産業保健21』創刊号～100号全特集タイトル

- 1995-【創刊号】①働く人々の健康確保を担う産業保健センター②半健康からのUターン【第2号】職場巡視で安全衛生UP—職場巡視の勘所—
- 1996-【第3号】座談会「これからの産業医は何をなすべきか 拡がる守備範囲の中での的確な対応を」【第4号】心の健康を支える仕組みづくり—今、求められるメンタルヘルスケア—【第5号】こんな工夫で見違える職場に—職場改善の方法と実際—【第6号】衛生委員会は産業保健の最前線だ 衛生委員会—積極的参加の勧め
- 1997-【第7号】詳解 改正労働安全衛生法—産業医の要件強化や健診後の措置の充実図る—【第8号】こうして進める健康診断実施後の措置【第9号】自発的な保健行動への誘い 保健行動を支援する産業保健スタッフのあり方への提案【第10号】健診結果をどう読む、どう使う「悪しき生活習慣」の改善に向けた 健康診断の利用法
- 1998-【第11号】健康づくりをコスト評価する！ 健康づくりの経済的評価【第12号】女性労働者の産業保健管理【第13号】メンタルヘルスの実践—心療内科の視点から【第14号】座談会 地域産業保健センター活動の展開
- 1999-【第15号】一般健康診断項目の見直し【第16号】産業保健推進センターの活用法【第17号】ごみ焼却施設等におけるダイオキシン類対策について【第18号】労働安全衛生マネジメントシステムのポイント
- 2000-【第19号】核燃料加工施設における臨界事故と職場における放射線安全管理【第20号】労災病院の専門センター【第21号】深夜業の健康管理の充実—労働安全衛生法改正、関係省令、事後措置指針の解説—【第22号】事業場における労働者の心の健康づくりのための指針について
- 2001-【第23号】座談会 地域産業保健センターの活性化【第24号】労働者の健康情報の取り扱いについて—「中間報告」をうけて—【第25号】二次健康診断と特定保健指導で「過労死」等を予防【第26号】職場におけるストレス対策
- 2002-【第27号】座談会 産業保健推進センターに期待する【第28号】自殺予防—職場における取り組み【第29号】過重労働による健康障害防止のための総合対策—について—産業医等による保健指導で健康管理の充実を【第30号】VDT作業の健康障害予防対策
- 2003-【第31号】職場におけるウイルス肝炎対策【第32号】労働災害防止のための5カ年計画と産業保健現場の実践—過重労働・ストレスによる健康障害等も視野に【第33号】企業形態別に進める小規模企業の健康管理【第34号】自覚症状・勤務状況から自分の疲労蓄積度をチェック
- 2004-【第35号】労働福祉事業団第8回産業保健調査研究発表会報告【第36号】座談会 産業保健推進センターのさらなる展開をめぐる【第37号】海外勤務者の健康管理【第38号】座談 使用者責任と産業保健活動
- 2005-【第39号】うつ病対策に取り組むために【第40号】心の健康問題により休業した労働者の職場復帰をめぐる【第41号】石綿による健康障害防止のために【第42号】座談会 危機管理への産業保健職の関与
- 2006-【第43号】労働安全衛生法の改正について—面接指導制度の創設を中心に—【第44号】「石綿による健康被害の救済に関する法律」の成立と「アスベスト問題に係る総合対策」をめぐる【第45号】過重労働による健康障害防止のための総合対策と面接指導の実際【第46号】「労働者の心の健康の保持増進のための指針」をめぐる
- 2007-【第47号】職場における化学物質等のリスクアセスメ

ント【第48号】「産業保健推進センター事業による効果把握のための実態調査」について【第49号】職場における母性健康管理をめぐる【第50号】睡眠障害の基礎と職場における指導の留意点

- 2008-【第51号】職域における自殺予防対策のポイントと実際【第52号】地域産業保健センターにおける働き盛り層のメンタルヘルスケア支援事業【第53号】新型インフルエンザ対策【第54号】特定健康診査・特定保健指導における産業保健担当者の役割
- 2009-【第55号】メンタルヘルス対策における事業場外相談機関の役割【第56号】小規模事業場における面接指導の展開【第57号】職場のメンタルヘルス対策における職場復帰支援のありかた【第58号】職場における受動喫煙の実際
- 2010-【第59号】職場における高齢労働者への安全衛生【第60号】健康管理としてのワーク・ライフ・バランス【第61号】産業保健活動とマネジメントシステム・リスクアセスメント【第62号】メンタルヘルス対策支援センター事業を振り返って
- 2011-【第63号】産業保健職と危機管理—コンプライアンスの視点から—【第64号】非正規労働者の健康管理【第65号】大震災 そのとき産業保健は【第66号】休職から復職における産業保健職のかかわり方
- 2012-【第67号】就労女性の医療と産業保健【第68号】勤労者医療のあり方—循環器疾患やがんに関する両立支援【第69号】精神障害の新たな労災認定基準と産業保健の対応【第70号】緊急特集 職業性胆管がん
- 2013-【第71号】放射線業務および除染作業等の安全管理【第72号】また大規模災害が起きたら—産業保健スタッフが今、備えておくこと—【第73号】第12次労働災害防止計画と産業保健活動の関わり方【第74号】職場における腰痛予防対策
- 2014-【第75号】化学物質管理におけるこれまでの経緯と今後の課題【第76号】スタート！！産業保健三事業一元化【第77号】化学物質管理におけるこれまでの経緯と今後の課題【第78号】従業員の健康意識を向上させるヒント
- 2015-【第79号】治療を受けながらいきいき働くために【第80号】ストレスチェックの実施に向けて【第81号】職場における受動喫煙防止対策のポイント【第82号】職場環境改善とポジティブ・メンタルヘルス
- 2016-【第83号】今後の産業保健をめぐるスムーズな連携【第84号】高齢者雇用時代における産業保健【第85号】リスクアセスメントの義務化スタート！ 今後の化学物質管理を考える【第86号】産業保健スタッフが知っておくべき過重労働対策
- 2017-【第87号】感染症予防—産業保健スタッフが取り組むべき危機管理—【第88号】精神障害者の就労と産業保健のかかわり【第89号】産業医制度のこれから【第90号】ダイバーシティ経営と産業保健のかかわり
- 2018-【第91号】ハラスメント対策と産業保健【第92号】中小企業における産業保健活動の取組み方【第93号】第13次労働災害防止計画と産業保健【第94号】建設労働者の安全管理・健康管理
- 2019-【第95号】産業保健スタッフのための発達障害の基礎知識【第96号】「働き方改革」と産業保健【第97号】石綿（アスベスト）対策【第98号】ワーク・エンゲイジメントを活かした産業保健活動
- 2020-【第99号】海外派遣労働者に向けた産業保健活動【第100号】特別座談会 産業保健の四半世紀

創刊100号記念 特別座談会

産業保健の四半世紀 6

相澤 好治 『産業保健21』編集委員長
北里大学名誉教授

大久保 利晃 労働安全衛生総合研究所
研究推進・国際センター特任統括研究員

櫻井 治彦 (公社)日本作業環境測定協会会長

半田 有通 (一社)日本ボイラ協会専務理事

松本 吉郎 (公社)日本医師会 常任理事

【誌上参加】

河野 慶三 河野慶三産業医事務所

I 産業保健支援体制の変遷	6
1. 整備の時代	7
2. 整理・仕分けの時代	8
3. 再構築と発展の時代	10
II 記憶に残る重大事件	11
1. ダイオキシン、アスベスト、職業性胆管がん	11
2. 自殺者急増、電通事件の最高裁判決	14
3. 東海村 JCO 臨界事故、福島第一原子力発電所事故	16
III 近年のキーワード	17
1. 医師の働き方改革	17
2. 治療と仕事の両立支援	17
3. リスクアセスメント	19
4. 受動喫煙対策	21
5. メンタルヘルス、ストレスチェック	21
6. THP と健康経営	23
IV 産業保健スタッフの役割	24
1. 産業医大「産業医学基本講座」	24
2. 産業医の国際基準はこうして生まれた	24
3. 産業医を支援する全国的な組織を	25
4. 地域中心に健康データをもう一度つなぎなおす	26
5. 産業医は選べない	27
6. 産業保健師の活躍	28
産業保健の歴史年表 1972-2020	2
産業医の誕生から働き方改革関連法・受動喫煙防止法まで	
創刊100号に寄せて	29
編集委員長 相澤好治	



産業保健の歴史年表 1972 - 2020

産業医の誕生から働き方改革関連法・受動喫煙防止法まで

労働安全衛生法公布以来の主要な法令・規則などの改正を中心に産業保健の歴史を簡単な年表にまとめてみました。産業保健推進センターが設立された平成5（1993）年に至るまでは100号誌面の記事に関係する年を入れました。

年	時期／出来事（産業保健）	事件、事故、話題
1972（昭和47）年	6月／労働安全衛生法公布、順次施行 ※「産業医」誕生	千日デパート火災（5月）
1978（昭和53）年	4月／産業医科大学開設	成田空港開港（5月）
1982（昭和57）年		日航機羽田沖墜落（逆噴射）事故（2月）
1988（昭和63）年	5月／労働安全衛生法改正 ※「健康教育等」69条追加 9月／「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」（THP指針）公表	ソ連でベレストロイカ（1月）
1993（平成5）年	4月／産業保健推進センター開設 ※当初全国6か所。平成15（2003）年度までに47都道府県に開設 ／地域産業保健センター開設（各都道府県）※以降各地域に設置 ／第8次労働災害防止計画開始（平成10年3月まで）	非自民党政権、細川連立政権成立（8月）／EU発足（11月）
1994（平成6）年	9月／「職場における腰痛予防対策指針」公表	向井氏スペースシャトル乗船、日本人女性初（7月）
1995（平成7）年	4月／労働安全衛生法施行令の改正 ※茶石綿（アモサイト）、青石綿（クロシドライト）等の使用等禁止 7月／本誌『産業保健21』創刊（発行：労働福祉事業団・産業保健推進センター）※以降、3か月ごとに発行	阪神・淡路大震災、死亡6,432人（1月）
1996（平成8）年	2月／「職場における喫煙対策のためのガイドライン」公表 6月／労働安全衛生法改正 ※「健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針」	在バレー日本大使公邸占拠事件（12月）
1997（平成9）年	2月／「THP指針」改正	大阪府内のごみ焼却施設敷地内とその周辺でダイオキシン検出／北海道拓殖銀行・山一証券破綻（金融危機）（11月）
1998（平成10）年	4月／第9次労働災害防止計画開始（平成15年3月まで） 6月／労働安全衛生規則改正 ※健康診断項目（HDLコレステロール、血糖検査）追加	自殺者急増 以後14年間、年間3万人超／日本長期信用銀行破綻（10月）
1999（平成11）年	4月／「労働安全衛生マネジメントシステムに関する指針」公表 2006年、2019年改正 5月／労働安全衛生法改正 ※深夜業に従事する労働者の自発的健康診断制度の創設 化学物質等安全データシート：MSDS（現SDS）の交付義務づけ 9月／「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」公表	東海村JCO臨界事故 至近距離で中性子線を浴びた作業員2人が死亡、1人が重症、被ばく667人 INES レベル4（9月）

年	時期／出来事（産業保健）	事件、事故、話題
2000（平成12）年	3月／「化学物質等による労働者の健康障害を防止するため必要な措置に関する指針」公表 8月／「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」公表	電通事件 1991年の「過労自殺」に企業責任（最高裁判決、3月）
2001（平成13）年	1月／厚生省と労働省を統合し、厚生労働省発足 4月／労災保険法改正により、労災保険二次健康診断等給付開始 6月／ILO「労働安全衛生マネジメントシステム（OSHMS）ガイドライン」公表 12月／「脳血管疾患及び虚血性心疾患等（負傷に起因するものを除く。）の認定基準について」公表	アメリカ同時多発テロ事件（9月）
2002（平成14）年	2月／「過重労働による健康障害防止のための総合対策」（旧総合対策）公表 4月／「VDT作業における労働衛生管理のためのガイドライン」公表	小泉首相訪朝（9月）／中国でSARS症例報告（11月）
2003（平成15）年	3月／「健康づくりのための睡眠指針」公表 4月／第10次労働災害防止計画開始（平成20年3月まで） 5月／「新たな職場における喫煙対策のためのガイドライン」公表	栃木県のタイヤ工場火災、住民避難／愛知県の製鉄所でガスタンク爆発（9月）
2004（平成16）年	3月／「大規模製造業における安全管理の強化に係る緊急対策要綱」公表 4月／労働福祉事業団廃止、独立行政法人労働者健康福祉機構設立 6月／事務所衛生基準規則および労働安全衛生規則改正 ※空気環境の調整について等 10月／「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」公表 ／労働安全衛生法施行令改正 ※建材、摩擦材、接着剤への白石綿（クリソタイル）使用禁止	美浜発電所で蒸気噴出事故 死亡5人、重軽傷6人、放射能漏れなし（8月）
2005（平成17）年	2月／石綿障害予防規則制定、同年7月施行 7月／労働安全衛生法改正 ※リスクアセスメント努力義務、安全管理者の選任時教育、製造業の元方事業者による作業間の連絡調整等 過重労働・メンタルヘルス対策等	アスベスト（石綿）問題 石綿取り扱い工場の作業員や周辺住民の健康被害報道で社会問題化（6月）
2006（平成18）年	2月／「危険性又は有害性等の調査等に関する指針（リスクアセスメント指針）」公表 3月／「化学物質等による危険性又は有害性等の調査等に関する指針」公表 ／「労働者の心の健康の保持増進のための指針（メンタルヘルス指針）」公表 ／「過重労働による健康障害防止のための総合対策」公表 8月／「製造業における元方事業者による総合的な安全衛生管理のための指針」公表 9月／労働安全衛生法施行令、石綿障害予防規則改正 ※特定の製品を除くすべての物に対する石綿の使用禁止	石綿被害救済法施行（3月）
2007（平成19）年	4月／労働安全衛生規則改正 ※腹囲の検査を健診項目に追加 コレステロール検査の変更（メタボ対策） 7月／「職業上の安全及び健康を促進するための枠組みに関する条約（ILO第187号）」批准 11月／「THP指針」改正	派遣労働者の労働災害多発（7月）／過労を原因とする脳・心臓疾患の労災認定 過去最多（7月）

年	時期／出来事（産業保健）	事件、事故、話題
2008（平成20）年	3月／「過重労働による健康障害防止のための総合対策について」改正 4月／第11次労働災害防止計画開始（平成25年3月まで）	過労や職場のストレスに起因する精神疾患の労災認定が過去最多に
2009（平成21）年	3月／「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」を改訂 4月／メンタルヘルス対策支援センター設置（各都道府県の産業保健推進センター内など）	民主党・鳩山内閣成立（9月）／事業仕分け（11月）
2010（平成22）年	4月／労働安全衛生規則等改正 ※定期健診における胸部エックス線検査等の対象者見直し 12月／事業仕分けにより産業保健推進センターの見直しを閣議決定 ※47か所のセンターについて3分の2を上回る統廃合などの業務の縮減	小惑星探査機はやぶさ、小惑星イトカワから帰還（6月）
2011（平成23）年	12月／「東日本大震災により生じた放射性物質により汚染された土壌等を除染するための業務等に係る電離放射線障害防止規則」（除染電離則）制定 12月／「心理的負荷による精神障害の労災認定基準」策定 ※うつ病など精神障害の認定基準がわかりやすく	東日本大震災発生 死者・行方不明者約2万人（3月）／福島第一原発事故INESレベル7（3月）
2012（平成24）年	3月／「化学物質等の危険性又は有害性等の表示又は通知等の促進に関する指針」公表 ※規制外の特定危険有害化学物質等（国連GHS準拠）についてラベル表示・SDS交付の努力義務 7月／「有機溶剤中毒予防規則等の一部を改正する省令」公表 ※化学物質の発散防止抑制措置	職業性胆管がん問題 大阪府内の印刷事業場で従業員等が胆管がんを発症（5月）／自殺者微減 14年ぶり年間3万人を切る
2013（平成25）年	3月／平成24年度末までに、47センターあった産業保健推進センターは全国15か所に統合し、他の32か所は「産業保健推進連絡事務所」に変更 4月／第12次労働災害防止計画開始（平成30年3月まで） 6月／「職場における腰痛予防対策指針」改訂 10月／特定化学物質障害予防規則一部改正 ※1,2-ジクロロプロパン（胆管がんの推定原因物質）措置対象物質に追加	CERNでヒッグス粒子確認（10月）
2014（平成26）年	4月／地域産業保健事業、産業保健推進センター事業、メンタルヘルス対策支援事業を「産業保健活動総合支援事業」に一元化（産業保健三事業の一元化） 6月／労働安全衛生法の改正 ※ストレスチェック制度導入 受動喫煙防止対策 努力義務 特定化学物質のリスクアセスメント義務化 ／過労死等防止対策推進法公布 11月／特定化学物質障害予防規則改正 ※DDVP（ジメチル-2,2-ジクロロビニルホスフェイト）およびクロロホルムなど11物質追加 ／過労死等防止対策推進法施行	アメリカでオバマケアによる保険適用が始まる（1月）
2015（平成27）年	3月／経済産業省「健康経営銘柄」発表 6月／労働安全衛生法・受動喫煙防止対策努力義務化施行 7月／「過労死等の防止のための対策に関する大綱」閣議決定 11月／特定化学物質障害予防規則改正 ※ナフタレン、リフラクトリーセラミックファイバー追加 ／「THP指針」改正 12月／労働安全衛生法・ストレスチェック制度施行	中東呼吸器症候群（MERSコロナウイルス）、韓国で流行（5月）

年	時期／出来事（産業保健）	事件、事故、話題
2016（平成28）年	2月／「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」公表 4月／労働者健康福祉機構が労働者健康安全機構に改組 ※労働安全衛生総合研究所を統合、日本バイオアッセイ研究センター事業を追加 6月／「化学物質等による危険性又は有害性等の調査等に関する指針」制定（旧指針は廃止） ／労働安全衛生法・特定化学物質リスクアセスメント義務化施行 ※640物質（SDS交付義務）中の未規制物質への対策	熊本地震発生（4月）
2017（平成29）年	1月／特定化学物質障害予防規則改正 ※オルト-トルイジン、特定化学物質（第2分類）に追加 特殊健康診断の対象物質 経皮吸収対策（該当物質の製造・取り扱い時の保護眼鏡、不浸透性の保護衣、保護手袋、保護長靴着用を義務化） 2月／経済産業省、最初の「健康経営優良法人」発表、認定制度開始 ※「健康経営」がブームに 4月／特定化学物質障害予防規則改正 ※MOCA（3,3'-ジクロロ-4,4'-ジアミノジフェニルメタン）の特殊健康診断の検査項目に膀胱がんを追加 6月／産業医制度に係る省令改正 ※産業医の定期巡視頻度緩和、情報取得権限強化 ／特定化学物質障害予防規則改正 ※三酸化二アンチモン追加 8月／労働安全衛生規則の一部を改正する省令公布（施行は一部を除いて平成30年7月） ※表示・通知義務対象物質にアスファルト等10物質追加 非晶質シリカを除外（結晶質シリカは従前）	ドナルド・トランプが第45代アメリカ大統領に就任（1月）／アメリカ、パリ協定離脱を公式表明（6月）
2018（平成30）年	3月／ISO45001発行 OHSAS18001からの移行が始まる ※労働安全衛生を含めた統合マネジメントシステムが運用可能に 4月／第13次労働災害防止計画開始（令和5年3月まで） 7月／働き方改革関連法公布（労働基準法、労働安全衛生法などの改正を含む） ⇒労働安全衛生法改正 ※産業医・産業保健機能強化 ⇒労働基準法改正 ※時間外労働上限規制、年次有給休暇の時季指定、高度プロフェッショナル制度、フレックスタイム制拡充、 ⇒労働時間等設定改善法制定 ※勤務間インターバル制度 ⇒パートタイム・有期雇用労働法制定（パートタイム労働法改正） ／健康増進法改正（通称「受動喫煙防止法」） ※受動喫煙防止の段階的強化（令和2年4月から原則屋内禁煙） 12月／出入国管理法改正 ※在留資格「特定技能」新設、外国人労働者受け入れ拡大（平成31年4月施行）	北海道胆振東部地震、295万戸で停電 国内初のブラックアウト（9月）／アメリカ、UNESCO脱退（12月）
2019（平成31／令和元）年	4月／改正労働安全衛生法 労働基準法、労働時間等設定改善法施行 「過重労働による健康障害防止のための総合対策」改正 7月／「情報機器作業における労働衛生管理のためのガイドライン」公表 「職場における受動喫煙防止のためのガイドライン」公表	皇太子徳仁親王が天皇即位、令和に改元（5月）／日本でラグビーW杯（9月）
2020（令和2年）	4月／受動喫煙防止法（原則屋内禁煙）完全施行 ／パートタイム・有期雇用労働法施行（中小規模企業は2021年4月から） ／「過重労働による健康障害防止のための総合対策」改正	イギリス、EU離脱（1月）

産業保健の四半世紀

本誌が創刊された1995（平成7）年から四半世紀の時が過ぎ、その間、産業保健そのものも、それを取り巻く支援体制や法制などもさまざまに変化してきました。相澤本誌編集委員長を始め、産業保健の成長と発展に貢献されてきた6名の先生方に、その歴史を振り返り、これからを展望していただきます。

参加者（五十音順）

あいざわよしはる

相澤好治（座談会座長）

『産業保健21』編集委員長、北里大学名誉教授

おおく ぼ としてる

大久保利晃

労働安全衛生総合研究所 研究推進・国際センター特任統括研究員
元・産業医科大学学長、元・財団法人放射線影響研究所理事長

さくらいはるひこ

櫻井治彦

（公社）日本作業環境測定協会会長、慶應義塾大学名誉教授
元・産業医学総合研究所所長、元・産業医学振興財団理事長

はんだ ありみち

半田有通

（一社）日本ボイラ協会専務理事
元・厚生労働省安全衛生部長

まつもときちろう

松本吉郎

（公社）日本医師会 常任理事
前・（一社）大宮医師会会長

こうの けいぞう

河野慶三

※事前インタビューによる誌上参加

河野慶三産業医事務所

元・厚生省、労働省技官、元・ALL-FX統括産業医

I 産業保健支援体制の変遷

相澤 本誌『産業保健21』は1995（平成7）年7月に創刊いたしました。以来、3か月ごとに発行を続けており、2020（令和2）年4月発行の号でちょうど100号を迎えます。それを記念してこのたび、『産業保健の四

半世紀』と題して、座談会を開催することにいたしました。

産業保健に造詣が深い5人の方に声をおかけしたところ、河野先生はあいにくスケジュールが合わず、事前

にインタビューしての誌上参加という形になりましたが、本日、4人の方に集まっていただき、座談会を執り行うこととなりました。ご多忙中、本当にありがとうございます。是非この25年を振り返り、おおいに語っていただいて、今後の産業保健の進路により示唆を与えていただきたいと存じます。

全体を4つのパートに分け、「産業保健支援体制の変遷」「記憶に残る重大事件」「近年のキーワード」「産業保健スタッフの役割」というテーマで進めてまいります。

1. 整備の時代

相澤 最初に「産業保健支援体制の変遷」です。本誌が発刊される2年前、1993（平成5）年に産業保健推進センターが全国で6か所設置されました。10年後には全国すべての都道府県に広がったということですが、大久保先生、このときは……。

大久保 わたくしは、ちょうどこのときには日本医師会の産業保健委員会でお手伝いをしていました。当時、



座談会座長：相澤好治 北里大学医学部衛生学公衆衛生学の教授、医学部長等を務め、産業保健界の人材を育成。現在は（一社）日本繊維状物質研究協会理事長、日本医師会産業保健委員会委員長など要職多数。

委員会の中で「これからは中小企業の面倒を見なきゃいけない」という会話がしきりに交わされておりました。日本医師会として医師会を中心に地域のセンターを作り、そこへ人材を集めて地域に産業保健サービスを提供しようという話をしていた最中でした。

そうしたら、わたしたちの結論が出る前にそういう案が出てきて、突如できることになった、という印象です。推進センターができる最初のきっかけはあんまりよくわからない。

ただ、そうやって自分たちが考えていたことが目の前に現実の案として出てきたということで、じゃあ協力しようじゃないかという雰囲気でした。

櫻井 わたくしも、きっかけはまったく知らないんです。1972（昭和47）年に労働安全衛生法（以下「安衛法」という）が公布されてから、目立った職業病等がかなり制圧されて、労働安全の面で非常に成果があがっていましたが、そのスピードが落ちてきた頃でした。比較的大きな事業場を中心とする産業保健の限界のようなものが見えてきて、より地域を単位とする行政的な支援が必要だという判断があったんだろうと思っておりました。自然に良い方向に動いてくれているな、人材もそれに応じて増えて、ありがたいことだな、と。

半田 わたしは、31年間、労働省^{*}にいました。そのうち17年を安全衛生部で過ごしております。しかし、ちょうど産業保健推進センターが設立された時期、わたし自身は南方に行って。在インドネシア大使館の労働担当書記官を務めておまして、推進センター設立の経緯はわたしも直接は知らないんです。1993（平成5）年の4月1日に、基発第225号「地域産業保健センター事業について」、基発第227号「都道府県産業保健推進センターの設置について」という通達が出ています。本当のところは内部で議論がいろいろあったらと思いますが、大久保先生がおっしゃったお話は、地域産業保健センターに発展していったんだと理解しています。まさに郡市区医師会にお願いをして中小企業のための産業保健サービスを提供するという。

労働省 1938（昭和13）年1月に内務省衛生局、社会局などの仕事を統合して、まず「厚生省」が発足。その厚生省で行われていた労働行政を統合して、1947（昭和22）年9月に発足したのが「労働省」である。その後、

1999（平成11）年、厚生省と労働省は再び1つになり、現在の厚生労働省となっている。



大久保 そのものずばりじゃないでしょうか。発展の段階になってからは原爆の研究のほうに移ったので、直接やらせていただく機会はあまりありませんでした。当時、今の医師会長（横倉義武^{よこくらよしたけ}日本医師会会長）が福岡の医師会で理事をやっておられました。

わたしは産業医科大学（以下「産業医大」という）におりましたから、やっぱり福岡でもやらなきゃというんで、すぐ福岡の医師会に飛び込みましたね。産業医大がお手伝いするから、とお話して、ちょうどそのころ、馬場快彦^{ばばやすひこ}先生が産業医大の教授を定年で退職されたので、当時の横倉理事に提案し、馬場快彦先生に福岡産業保健推進センターの所長をお願いした。

松本 わたしは1990（平成2）年から大宮医師会の仕事を少しするようになりました。たしか1993（平成5）年に地域産業保健センターが開設され、翌年だったと思いますが、大宮に埼玉県で2番目の地域産業保健センターができました。そのときの大宮医師会長が産業保健に力を入れている方で、労働衛生コンサルタントもされていました。ぜひ小規模事業場で働いている方々を支援しようという意欲に燃えておられて、活

動されていたことを覚えています。ただ、わたし自身は当時あまり産業保健に取り組んではいませんでした。

2. 整理・仕分けの時代

相澤 事業仕分けにより、2012（平成24）年度末までに産業保健推進センターは15拠点と32連絡事務所に縮減されました。

大久保 先ほど申し上げたように、医師会として会話はしていたが、人材をどうやって育成して、こんなふうに応えてとか、例えばこの10年、何を目標にするとか、そういう会話の記憶がほとんどありません。事業のほうが先に走り出してしまった。47都道府県に設置が完了し、形としては整ったところで突然整理されたという感じでした。まあ、実際問題として、「センター構想」がどういうふうに寄与できたのかなというのが、わたしとしては気になっていましたが、やっぱりどこかが中心になるとしたら、医師会以外にないと思います。医師会が将来構想としてこういうのをやろうよとって、それに行政が予算をつける形がいちばんスマートでしょう。そうした問題意識でいた矢先に、縮減

という形で逆行してしまったのは残念でした。

櫻井 わたしは、2008（平成20）年から2009（平成21）年にかけて、埼玉産業保健推進センターの所長を1年間務めております。ほぼ形は完成していて、埼玉県医師会の方には熱意をもって協力していただいて、いろいろ仕事をさせていただいた。埼玉県には産業保健への理解が深い先生が多いですね。

大久保 埼玉県は、もともと県の医師会会長が熱心にごやっておられて、たぶんそういうバックグラウンドがあったからできたんでしょうね。

櫻井 埼玉産業保健推進センターでわたしの前に所長をやっておられたのが和田先生（和田攻。東京大学名誉教授）。産業医大の学長に就任されて、その後任でわたしが1年やって、そのあと、荒記先生（荒記俊一。元・産業医学総合研究所所長、労働安全衛生総合研究所初代理事長。東京大学名誉教授）に交代しました。

松本 事業仕分けが行われた2010（平成22）年頃は、わたしは大宮医師会の副会長として産業保健を担当しておりました。また、埼玉県医師会の常任理事としても、産業保健を担当しておりまして、荒記先生に代わられた県の産業保健推進センターで、わたしが初代の運営主幹を務めました。



大久保利晃 1983年、産業医科大学の環境疫学教室教授に就任。以来同大で産業医育成に尽力。2002年～2005年には同大の学長を務めた。元・（公財）放射線影響研究所理事長など。

荒記先生とは何年間か運営主幹としてお付き合いいただきましたが、あのとき確か、地域産業保健センターを随意契約[※]から公募にするという話があって、医師会自体も揺れたことを思い出します。結局、埼玉県医師

産業保健センターの登場

1993（平成5）年4月1日に、基発第225号、基発第227号が通達されています。これは現在行われている産業保健総合支援事業につながるもので、それぞれ次のような通達でした。

■基発第225号「地域産業保健センター事業について」

産業医の選任義務がなく、また医師の確保や労働者に対する健康指導、健康相談等の産業保健サービスの提供が困難な小規模事業場で働く労働者に対する産業保健サービスを充実させることを目的として、地域産業保健センターを設置することを通達するものです。初年度は全国47か所に設置し、その後は状況を見ながら順次整備するとしています。

また、地域産業保健センターの実施機関は、国と委託契約を締結した郡市区医師会とするとされ、これは制度に変遷はありましたが、実質的にその体制は現在まで続いています。

業務は健康相談窓口の開催、個別訪問による産業保健指導の実施、そして、産業保健情報の提供等です。

■基発第227号「都道府県産業保健推進センターの設置について」

産業医を中心とする産業保健関係者がその機能を十分に発揮できるようにいっそうの支援を行うために都道府県産業保健推進センターの設置、運営を通達するものです。

初年度は、山形県、栃木県、愛知県、兵庫県、広島県、福岡県の6か所に設置し、その後は地域バランスを勘案しながら順次整備するとししました。産業保健推進センターは、今号の「産業保健の歴史年表」にあるように、2003（平成15）年度までに全都道府県に設置されています。

その業務は、地域産業保健センターに対する支援、産業保健に関する専門的相談、産業保健情報の収集提供等、産業医等に対する研修およびその支援、産業保健に関する広報啓発などが挙げられ、その中の「産業保健情報の収集提供等」の内容の1つに「産業保健関係情報誌の発行」があります。この事業を、その2年後の1995（平成7）年に創刊された本誌『産業保健21』が担っています。

随意契約 国や地方公共団体などが競争入札によらず、任意で決定した相手と締結する契約。



松本吉郎 2011年埼玉県医師会常任理事、14年大宮医師会会長を歴任し、16年6月より現職。日本医師会では、医療保険、産業保健などを担当。医師の働き方改革などに取り組む。

会が受託することになりました。

正直申しまして、経営環境の厳しい事業場を支援するわけですから、産業医の活動を展開しようとする民間団体が応募するとは思えません。やはり地域の医師会が受けるしかないというのが結論でした。

3. 再構築と発展の時代

相澤 そういった時代を経て、「産業保健を支援する事業の在り方に関する検討会」というのが2013（平成25）

年に厚労省に設置されて、再構築を模索する流れも出てきて、2014（平成26）年に産業保健三事業一元化が決まり、産業保健活動総合支援事業がスタートしたわけでございます。また一方、労働者健康福祉機構が労働安全衛生総合研究所を統合し、さらに日本バイオアクセス研究センター事業も引き継ぐ形で労働者健康安全機構に改組されたのが2016（平成28）年でございます。そのころはどういう状況でしたか。

半田 実は三事業統合の話が出て、まとまりかけたころは私はまだ安全衛生部で安全課長を務めておりました。労働衛生課でやっている三事業統合の話は、そういう話もあるのかくらいで聞いておりました。その7月に、安全衛生部長を拝命いたしました。その時点で三事業統合は決まっておまして、むしろその先の労働者健康福祉機構と労働安全衛生総合研究所と日本バイオアクセス研究センターを統合していくというので、そのための説明を一生懸命考えておりました。

相澤 松本先生は。

松本 わたしは地元の大宮医師会の会長になり、地域産業保健センター長を兼任しておりました。県の産業保健推進センターと並行して関わらせていただいたおかげで、いろいろ助かりました。非常に苦しい時期もありましたが、コーディネーターさんや保健師さんの協力をいただいて乗り切ってきました。先生方にもいろんな悩みとか取り組みがあったのだなと思いながら、お話を伺っておりました。

今後の研究成果に期待（櫻井談）

わたくしは仕分けの前の時代から数年前まで、ずっと労働者健康福祉機構のころから産業保健推進センターが行う研究の評価委員をやっておりました。全国の産業保健推進センターで何らかの研究を行う予算がついていて、テーマが上がってくるとそれを評価していましたね。熱心なところは、2つテーマがあるので優先順位をつけてほしいとかいってくることもありました。いつも秋に機構で研究発表会をやって、全国のセンターから所長ほか何人かで出てきて討議していました。今もずっと続いています。すごく勉強になりました。

た。長い付き合いです。

もう1つは、労災病院の臨床医の先生方には産業保健の研究を従来にも増して積極的に推進してほしいということで、平成16年頃から、労働者健康福祉機構が10を超える重点研究領域を設定して研究予算を付け、その研究成果を評価する仕事をしばらくの間やらせていただきました。これらは地域と全国の産業保健活動に直結する研究で、日本職業・災害医学会の存在も相まって、現在にも及ぶ大変有益な活動と思っています。



Ⅱ 記憶に残る重大事件

相澤 次のテーマは「記憶に残る産業保健の重大事件」ということで。ダイオキシンとか、自殺とか、いろいろありました。

1. ダイオキシン、アスベスト、職業性胆管がん

相澤 最初に、1997（平成9）年のダイオキシン問題、2005（平成17）年のアスベスト問題、そして2012（平成24）年の職業性胆管がんの問題が印象に残ります。櫻井先生のご専門ということで、最初にお願いします。

櫻井 わたしが産業医学総合研究所（以下「産医研」という）に移ったのが1997（平成9）年ですが、そのときに大阪の清掃工場でしたね。

従業員が非常に高濃度のダイオキシンばく露を受け、周辺の住民の方にも影響があるのではないかとということで大きな問題になりました。ダイオキシンの基準値をどうするかという問題がありました。当時、一般の方については「4 pg/kg/day」※という国際的な基準が出ておりました。それで、労働者の基準値は、一般人として食べる量の上に追加されるということも考慮して産医研の中で相談してまとめて提案したことがあります。それがそのまま日本で目安として使われています。

その後、2003（平成15）年から中央労働災害防止協会（以下「中災防」という）に移って、引き続き、その事業場の方々の健康の問題を調査・研究する委員会が中災防にできておりました。高田^{たかた}^{つとむ}（元・本誌編集委員長、北里大学名誉教授）先生が委員長で、わたしが副委員長を務めました。採血してどれくらいばく露しているか調べ、健康影響がどの程度あるか、かなり徹

底的に調べました。相当高濃度なばく露ではありましたが、幸い、それによると思われる健康影響は見つからなかった。

ぎりぎりセーフです。ヨーロッパのほうでは高濃度ばく露のあった地域の住民には、そのためにニキビが出たとかもありましたし、疫学的には高濃度ばく露で発がんの問題があり、IARC※の発がん性リスク一覧では、もっとも危険なグループ1に分類されているんですね。どの臓器かということがはっきりせず、がん全体の罹患率を高めるという特殊なテーマがあります。日本の場合、ぎりぎりそこまで行かないというデータが出ていました。ただ、不安が残ったのでその後も調査を継



櫻井治彦 元・産業医学振興財団理事長、元・産業医学総合研究所所長。労働現場における各種化学物質の健康影響の研究に長く携わり、リスクアセスメントなどの泰斗。

4pg/kg/day ダイオキシンの耐容一日摂取量。1日、体重kgあたり、4pg（pg【ピコグラム】は 10^{-12} グラム）が摂取量の許容限度という意味になる。

IARC International Agency for Research on Cancer（国際がん研究機関）の略称。WHOの一機関で、発がん状況の監視、発がん原因の特定、発がん性物質のメカニズムの解明などを目的として活動している。

続するなど、いろいろありました。

相澤 ぎりぎりセーフだったんですね。

櫻井 もう1つは、胆管がん問題が大きかった。2012年の3月ごろに労働災害の申請が出たのがきっかけでした。その年の5月には、日本産業衛生学会でも胆管がんが1つの工場で多発している、5例くらい出ているという発表がありました。ここで業務上外^{*}の認定に関する委員会が厚生労働省（以下「厚労省」という）にできて、その第1回が9月で、翌年の3月まで5回に渡って検討して、1,2-ジクロロプロパンと胆管がんの因果関係を明確に認めました。その時点で16人発症していましたが、うち11人が1,2-ジクロロプロパンとジクロロメタンの混合ばく露、5人は1,2-ジクロロプロパンだけ。因果関係は非常に明白で、最初から直感的にわかります。よく調べると、ばく露した方は全員で70人くらい。ということは、70人中16人が発症ということでもないデータですよ。業務上外の問題は続いておりますが、今は労災申請はほとんど出てこなくなりました。その後、ジクロロメタンだけ高濃度でばく露して胆管がんになったケースがあり、それでジクロロメタンも因果関係を認めています。これはすごく印象に残っていますね。

相澤 半田専務はいかがですか。

半田 私は相澤先生が挙げられた3つとも深く関わっているので、順に手短にお話します。

職業性胆管がん問題

胆管は肝臓から十二指腸まで伸びている胆汁の通り道です。この胆管の上皮から発生する悪性腫瘍が「胆管がん」で、60歳以下では人口10万人あたり20人以下という稀な疾患です。しかし、1つの工場から続いて計16人の胆管がん患者が出たため2012（平成24）年に大きな問題となりました。その工場では従業員が50人を超えてからも、労働安全衛生法に違反し、産業医や衛生管理者を置いていませんでした。厚生労働省は、換気の悪い職場で原因物質と見られる1,2-ジクロロプロパン、ジクロロメタンが高濃度で存在する蒸気を吸引などした結果、胆管がんを発症した蓋然性が高いと認め、すぐに特定化学物質障害予防規則等の改正、ばく露防止の指導などの措置を進めました。

まず、ダイオキシン問題から。平成9（1997）年に大阪の豊能郡で焼却作業に携わっている方がばく露したという話があり、それがいったん落ち着いて、施設を解体しようということになりました。解体作業でまたばく露が出たらいかんからということで、ばく露防止対策をきちんとやって、せっかくだから解体工事に従事する前と後で測って何でもないことが確認できるといい、たぶん大丈夫だろう、ということで化学物質調査課（現在の化学物質対策課）が進めていました。私は2000（平成12）年の6月に化学物質調査課の調査官を拝命しましたが、ほどなく作業に従事している方の血液検査の結果が出てきたんです。

まず、何の権限もありませんでしたが、大急ぎで焼却施設の解体工事を差し止めました。労働基準局長名義で工事の中断を要請する通達を出して、いったん中止してから、2か月かけて数字を調べたところ、どうも解体作業は通常のやり方だけではだめなようだったので、空気呼吸器、もしくはエアラインマスク、そういったもので対策を講じれば工事を再開してよろしいでしょうということをやりました。

ただ、ダイオキシンに関しては、先ほど、櫻井先生がおっしゃってましたが、日本では健康被害が出ていないんですよ。

櫻井 出てないですね。

半田 まったく出てないんです。

TCDD^{*}という毒性がいちばん高いダイオキシンは、確かに危ないんですが、そのほかにもダイオキシンの同位体があります。それをTCDDに換算して、0.5とか0.01だとかいう換算係数をWHOが作っていますが、どうもその基準で計算するとすごいばく露量になるけれども、実はそんなに健康影響が出ていなかった。

相澤 アスベストでも苦勞された。

半田 実は2005（平成17）年の前に、1987（昭和62）年ころにも第1次騒動がありました。そのときに解体工事のための吹付け石綿対策の指針を出すなどしてアス

業務上外 労働者の疾病や傷害が業務上の事由によるものか、業務上の事由によらないものかということ。業務上外判断は労災の認定など労働者の処遇・保護に重大な違いをもたらす。

TCDD 3,7,8-テトラクロロジベンゾパラダイオキシンの略称。ダイオキシン類の中では最も毒性が高いと認められ、「人に対する発がん性がある」と評価されている。

アスベストとは

アスベストは、天然に存在する繊維状鉱物で、石綿（いしわた、せきめん）とも呼ばれます。熱や摩擦等に強く、安価なことから建設資材の他、さまざまな工業製品に使われてきました。しかし、空気中に浮遊するアスベスト繊維を吸入すると、肺がんや悪性中皮腫、石綿肺などの疾患が発症する恐れがあると考えられており、特に建築物に多く使用されていた吹付けアスベスト等は、経年劣化や損傷などにより飛散しやすいため、不動産取引時にはアスベスト調査が義務付けられています。

アスベストを含んだ吹付け材としては、クリソタイル（白石綿）、クロシドライト（青石綿）、アモサイト（茶石綿）などがあり、現在は製造や使用等が禁止されています。

ベスト対策を講じてきていました。

禁止するかという話もありましたが、なかなかできなかった。しかし、規制していかななくてはいけないと取り組んで、その後1995（平成7）年にクロシドライトを禁止して、徐々に進めていきました。そこにクボタショック^{*}です。

このころ国家賠償訴訟も起きました。2007（平成19）年くらいから、訴訟がどんどん出てきて、わたしが退官する直前、2014（平成26）年の7月に、最終的に国が負けました。わたしは国会まで行って、行政を代表して、原告団・弁護団のみなさんに申し訳ありませんでしたと頭を下げました。

相澤 職業性胆管がんでは。

半田 化学物質対策課長になって3年目の2014（平成12）年、補佐から「大阪の印刷工場で胆管がんが出ているとの情報があります」と。「どうかしたか」と聞くと、胆管がんというのは普通は高齢者になるもので、20代や30代で出るのはおかしい、というんです。それでえらいこっちゃ、ということになりました。当時産業医^{くまがい しんじ}大准教授だった熊谷信二先生が最初に報告された。

櫻井 そう。当時、大阪にいらっしゃいました。

半田 それで、熊谷先生のところに飛び込んで、先生に協力していただいて対策を講じよう、と。ちょうどその頃、化学物質規制のやり方を変えたいと考え、厚労省の労働基準局と生活衛生局に加えて、経済産業省、

環境省の三省四局に渡って話し合っていました。実は、安衛法、化学物質の審査及び製造等の規制に関する法律、化学物質管理法、毒物及び劇物取締法、こういったものがバラバラに規制しているのがいつも問題になっていたんですね。

また、安衛法でいうと、規制している物質が100ちょっとなんですが、世間の方は、「規制していない物質は安全である」と誤解している傾向があり、かえって危ないところに走っていつてしまう危険があります。

そこで、「化学物質情報総管理法」みたいなものを作る必要があると考えました。化学物質の情報を持っているだけでいいから、川上から川下に至るまで、みんなで共有しよう、という構想です。1999（平成11）年の法改正でも、MSDS^{*}の交付を義務付けるなどをやりましたが、これは物質を限定しているんです。そうではなく、物質を限定せずに化学物質を譲渡、提供するときは、わかる範囲でいいから、その情報を提供するというのを一般ルール化しようということで研究会を



半田有通 1983年、労働省入省。厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課環境改善室長、化学物質対策課長等を経て、安全衛生部長として平成26年の労働安全衛生法改正を最後に退官。

クボタショック 2005年6月、大手機械メーカー・クボタの旧神崎工場（兵庫県尼崎市）周辺で付近の住民にアスベストによる疾患が発生していると報道され、それを契機にアスベストによる健康被害が社会問題化した。

MSDS かつて日本で用いられていた「化学物質等安全データシート」を意味する略称。現在での呼称は国際的にSDSに統一された。



河野慶三 1980年厚生省入省。86年労働省へ主任中央じん肺診査医として異動。THP導入の中心人物といわれる。元・富士ゼロックスの全社産業医。メンタルヘルスの専門家でもある。

始めておりました。

そこに胆管がん事件が起きた。まさに、このような、「規制されていないものは安全だろう」という誤解から生じた。こうした事態を防ぐためには、「化学物質情報総合管理法」こそ抜本的対策になる、と。これで前に進むと思ったのですが、実はこれがとんだ見込み違いでした。

マスコミが、日本は遅れているというイメージで報道したために違う方向に走らざるを得なくなって…。世界の実情は、全然違っていて、むしろ日本は真っ先に進めていたんです。日本バイオアッセイ研究センターで、ジクロロプロパンの毒性検査もちゃんとやっていました。

櫻井 そうそう。やっていました。

大久保 お話をうかがっていて、今現に、特定化学物質障害予防規則（以下「特化則」という）の見直しなどをやっていらっしゃるようですが、わたくし外野の立場に立って見ていて、実は規制の考え方が極めて遅れ

ていると思っていたんです。でも、今お話を伺ってすでに気づいてそういう提案までされていたんだと知って、たいへん感激いたしました。

2. 自殺者急増、 電通事件の最高裁判決

相澤 それから次のテーマは自殺のことなのですが。事前に河野先生にインタビューしております。

（事前インタビューから）

河野 1998（平成10）年に自殺者が突然3万人を超えました（図1参照）。そのピークは2003（平成15）年で34,427人でした。顕著に増加したのは男性です。原因は複合的でよくわかってないのですが、その一番大きな要因は経済問題だと考えられています。1997（平成9）年から翌年にかけて金融危機がありました。2012（平成24）年によりやく3万人を切りました。その後は現在まで減少が続いています。確定値は2018（平成30）年が最新ですが、2019（令和元）年の暫定値は20,164人となっています。こうした減少の要因としても経済状況の好転が大きいと考えられているようです。

働く人だけについていえば、1995年はコンピュータ元年で、オフィスワーカー1人に1台のPCが与えられる時代になりました。このとき日本では300万台のPCが売られています。それまでは鉛筆書きしたものを事務補助者に渡せばきれいな文書になっていたのですが、この作業をPCで自分がしなければならなくなりました。事務補助者がいなくなってしまったのです。こうしたちょっとした変化が労働負担を高めていったということもあるでしょう。

自殺については、1999（平成11）年に行政上の大きな変化がありました。旧労働省は、「心理的負担による精神障害等に係る業務上外の判断指針について」と「精神障害による自殺について」の2つの労働基準局長通達を出し、それまで原則として認めてこなかった精神障害と自殺を、一定の要件を満たすことを前提とはす

電通事件 1991（平成3）年8月、電通の社員が自殺した事件。社員は長時間労働によりうつ病を発症し、それによって自殺したとして損害賠償請求を起こした。最高裁の判決により企業の安全配慮義務、注意義務違反が認め

られ、遺族への高額な賠償金支払いが命じられた。

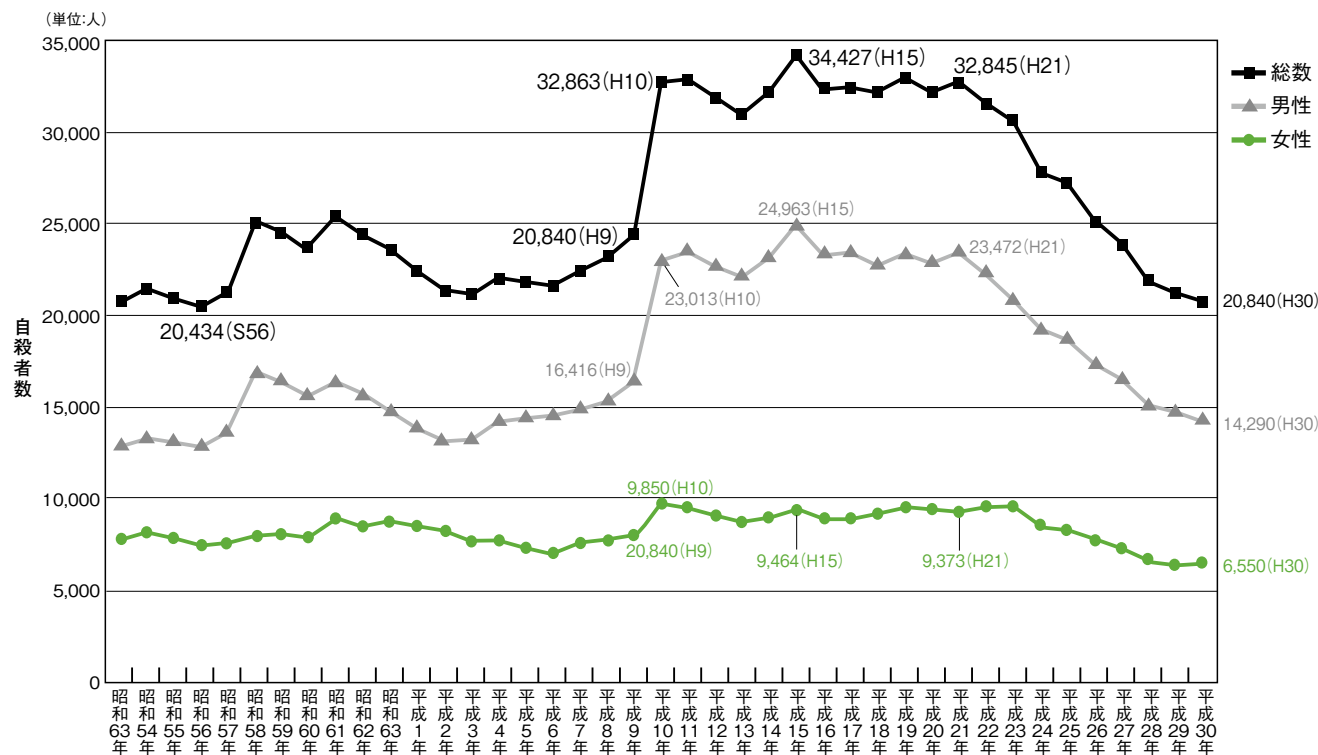
るものの、労働者災害補償保険法にもとづく業務上認定の対象とすることにしたのです。これは、精神障害と自殺の業務上外判断に関する180度ともいえる転換でした。労災防止対策は労働基準行政の最重要課題のひとつです。その意味で、このときから行政は労働者のメンタルヘルス問題に直接関与しなければならなくなったということが出来ます。

その翌年の2000（平成12）年に電通事件[※]の最高裁判決が出ました。この判決は行政のメンタルヘルス対策を強く促しただけでなく、社員の健康管理が企業のリスク管理の対象となったという意味で非常に大きな出来事でした。企業の安全配慮義務に対する考え方が法的に整理されたんです。事業者には、業務に直接起因する健康障害を防止することだけではなく、労働者の健康状態を常に把握し、健康上の問題がある場合には適切な措置をとる義務があることを示しました。この健康状態には、もちろん精神的な健康状態も含まれます。そしてそれを怠っていたことが立証されると、裁

判所は過失を認定し、事業者が事業者としての注意義務を果たしていないと判断することを明示したのです。事業者が労働者の健康状態を把握していなければ注意義務違反、把握していても適切な措置をしていなければそれも注意義務違反となりました。この判決は判例として現在も、安全配慮義務、注意義務の判断の拠り所となっています。

半田 わたし、1997（平成9）年から2000（平成12）年まで、安全衛生部の計画課で企画課長補佐というのをやりまして、異動した年は、実は1998（平成10）年から始まる「第9次労働災害防止計画」（以下「9次防」という）を作る年でした。その前の2年間、兵庫労働基準局の安全課長をやってました。震災直後の神戸だったんですが、そこでやはりみんな復旧復興工事の安全に目が向いていたんですが、結構目についたのが自殺者の話だったんです。連合主催の安全大会のようなものが神戸であったときに、ある企業の反応性うつ病[※]の話が出てきて、うつ病による自殺者の問題が取り上

図1. 自殺者数の年次推移



資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

反応性うつ病 歴史的に、「内因性うつ病」に對置して用いられてきた病名で、うつ状態がありその発生に明らかな心身のストレス要因が関与していると医師が判断したものを指している。うつ病の分類に関する考え方が変わ

り、現在は、内因性うつ病も含めて正式な診断名としては用いられなくな

自殺の原因・動機

多くの自殺は、多様で複合的な原因や背景があり、簡単には言及できません。警察庁の「自殺統計」は、2007（平成19）年から、原因・動機を最大3つまで計上することで、より詳細な原因・動機別の自殺の状況を公表しています。

1998（平成10）年に自殺者が急増した際には、「家庭問題」や「勤務問題」が若干増加し、「健康問題」や「経済・生活問題」が大きく増加しています。

2007（平成19）年以降の原因・動機別の自殺の状況では、「健康問題」が最も多く、「経済・生活問題」、「家庭問題」、「勤務問題」が続いています。2018（平成30）年では、自殺の原因・動機が特定された15,551人のうち、「健康問題」が10,423件、「経済・生活問題」が3,432件となっています（重複あり）。※データは警察庁「自殺統計」より

げられていました。

やはりそうだったのか。ということで、これはもう取り組まなくちゃいけないと思っておりました。1997（平成9）年に本省に戻って、9次防の原案を作るときに、このあたりを明記することにしました。

3. 東海村JCO臨界事故、福島第一原子力発電所事故

相澤 東海村JCO臨界事故^{*}が1999（平成11）年にあり、福島第一原発事故が2011（平成23）年にありました。大久保先生はどう見ていらっしゃいますか。

大久保 東海村の話、ちょっとひどすぎる話ですね。行政がどういうふうに対応したのか、それはまた別の話がたぶんあるんだろうと思いますが、それ以上のことは特には詳しくありません。

福島第一発電所の話は今、現に担当させていただいています。これは世界的には、数の上でも関係者がいちばん多いし、疫学調査という観点からしても、いちばんしっかりできている調査かなと思います。世界には、いろいろとスケールの大きい被ばく事件がありますが、きちっとした形で記録が残ってないものが多い。そういう点でも、福島事故は、時間的な遅れはあったにしても、きちっと名前が記録されていて、通常の原子力作業者の登録事業というのをちゃんと活用して、緊急

作業に入る人は全部それに登録して手帳をもたせて、外部線量だけではありませんが、仕事に入ったときは日々胸に被ばく線量計を付けていく。理屈だけでいえば非常に満点のやり方をしてきた事案です。

相澤 なるほど。

大久保 2011（平成23）年の3月から12月まで、総理大臣の指令で作業の上限基準を100mSvから250mSvに上げたんですね。その間に作業で入った人たちは国の責任で今も健康管理をやっています。その人数が民間労働者だけで19,808人です。これ以外に警察とか消防とか、国家公務員、地方公務員の人たちも入っていますが、その人たちは別の管理形態でちゃんと見えています。民間の労働者で研究対象にしている19,808人のうち、厚労省がとりまとめたものですが、通常の規則に基づいた5年間線量100mSv以上という人が全部で174人います。100mSvというのは、原爆被爆者の経験からすると、これを超えると確定的な障害が優位に上がるというレベルです。普通の言葉で言えば、何か症状が出てもおかしくないというレベルですね。ただ、19,808人のうちの174人です。

研究としては、一人一人の外部線量以外のいろいろなデータがあるので、そういうものを使いながら全身の預託線量とか、ほかにも線量の表現の仕方がいろいろあるので、そういうものもやっていかないといけないんですが、まだ手が回っていません。



東海村JCO臨界事故 1999（平成11）年9月、JCO東海事業所の核燃料加工施設内でバケツでウランを扱うなどずさんな作業工程が原因で、ウランの臨界事故が発生し、至近距離で中性子線を浴びた作業員3名のうち、2名

が死亡、1名が重症となり、他に667名の被ばく者を出した。INES（国際原子力事象評価尺度）でレベル4の事故と認定されている。



III 近年のキーワード

I. 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と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労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ね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くては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おり、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、もとに戻す話なんですね、そうすると、プレゼンティーイズム^{*}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よ。

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気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。「病気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。

プレゼンティーイズム presenteeism（病気就業）。病気などによる欠勤を「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。

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 判断するときに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ね。

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。だいたい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^{*}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。だから報告を求める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ましょう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。

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いまだに多いのが実態です。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から始まって、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と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をうかがって、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ない。

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ね。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ない。

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[※]もあるし業務遂行性[※]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わからない」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[※]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^{*}の関係は出しているんですね。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%で決める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。これから考えていかなくちゃいけないんじゃないかと思います。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、全般的にみて、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いきます。

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 ^{もり こうじ} 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いますね。

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。その数年前に厚生省で調べたのも、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。

IV 産業保健スタッフの役割

1. 産業医大「産業医学基本講座」

相澤 最後に、産業保健スタッフの役割についてお話しいただきます。大久保先生は産業医の育成にご尽力されていらっしゃったと思いますが、どういうご苦労があったのでしょうか。

大久保 時間的にいうと、わたしは、ここにいちばん時間を使っています。具体的に申し上げれば、産業医科大学ができてから、第1期の卒業生が産業医になろうとする時点からわたしが関与して、いろんなことをやりました。医学部を卒業しただけでいきなり産業医をやれというのは無理な話なんです。ほかの診療の専門家でも、歴史的に必ずいろんな形でトレーニングして、やっと一人前になる。そういう筋道ができていたわけですが、産業医大の卒業生が出る時点ではできてなかったんです。これじゃまずいなど。

「修学資金」がありますからね、学生にしてみると、産業医にならなかったらそれを返さなきゃいけない。ならなければいけないが、大学はどうやってならせるかを考えていない状態だったんですね。



それで、卒業直後に産業医学基本講座という卒後3か月間の講座をわたしが作りました。一期生からその講義をするようになりまして。その直後、日本医師会からお呼びいただいて、産業保健委員会に入ったものですから、日本医師会もちゃんとした教育をしたいんだとおっしゃるので、産業医学基本講座のカリキュラムをそのまま持ち込んで、これをやればいいですといったら、もう各都道府県推薦の先生方から文句をいわれました、こんな時間だれがやるんだと。それで、50時間ということを決着がついたんです。

ただいずれにしても、これから産業医をやろうという人たちに対して最初に産業医は何をしなくちゃいけないという話が法律にはあったけれど、その上にあるものを作らなきゃいけなかった。

実際にやりはじめて、いちばんびっくりしたのは、産業医は何をしたらいいのかというのが、学会でもまったく話が詰められていなかったんです。中毒学はみなさんやっていたら、「産業保健」という言葉はそのあたりから使うようになった言葉で、労働者の集団に対して、産業医としての仕事をするといったときに何を目的に勉強すればいいのかというところができなかったんですね。やればやるほど、それがわかってきた。

2. 産業医の国際基準は こうして生まれた

大久保 産業医専門医制度をつくろうと思って、日本産業衛生学会の理事会に提案をしたんですが、そのときの理事会は中毒学者の集まりで、集団の健康管理、産業保健管理のアイデアを持っている方がほとんどいな

かったんですよ。

産業医学基本講座のほうも、プログラムを作るときにどうしても必要だったので、産業医には最低何が必要かというのをまず作りました。

学会のほうも、専門医の試験をするにはあらかじめどの範囲で何の試験をするかを決めないと試験できない、それで、それを作ろうとしたけれど、学会の理事会では合意が取れなかった。

そこでわたしは困って、国際労働衛生学会のほうに先に行きました。ところが、国際労働衛生学会にも標準がなかったんですね。

フランスは、労災の証明みたいなことが産業医の仕事だったし、アメリカは環境でトラブルが起きたときに訴訟対策で意見を述べるのが産業医の仕事だった。

いや、産業医というとは違うかもしれないが、相当するのはそういう医者だった。みんな違うんです。

それじゃ参考にならない。しょうがないから、国際労働衛生学会の理事会で、これちゃんと作らないと教育の体系も作れないし、倫理の基準も作れないから、という主張をしたら、それは幸い理解されました。

じゃどうしようか、言い出しっぺだからお前が委員長やれといわれて、そのまま教育の委員長になりました。要するに全部自分でやったんです。国際倫理基準もわたしが作ったし、産業医の「共通の最低限の専門性」(英語)の中身を書いたのも全部わたし。

それを国際学会の理事会に出したらすんなり通って、そこで日本に帰ってきて、日本の産業衛生学会に持っていき、「これが国際基準です」とやったら、今度はどれも文句をいわなかった。

櫻井 ああ、そうかあ。

相澤 じつに日本的な……。

大久保 それで専門医制度も無事通って、専門医試験もできるようになった、ということで、この辺りがひとつの山場だったと今思い返しています。

ただ、最後に1つだけ付け加えさせていただくと、今思っているのは、やっぱり、実務ですよ。実務をち



ゃんと修練する機会を作らないと本物はできない。試験をいくらやっても社会に出たときに役に立たないんですよ。

やっぱりこれから、産業医大にも今言っているんですけども、修練のプログラムをきちんと作ってそのための場を作らないとだめだと。今後のわれわれの課題かなと思っています。

3. 産業医を支援する全国的な組織を

相澤 ちょうど松本常任理事も、日本医師会で産業医のこれからの組織化に取り組んでいらっしゃるということですが。

松本 日本医師会常任理事に2016(平成28)年から就任して、そのときはまだ大宮医師会の会長と兼任していましたけども、産業保健を日本医師会としてさらに取り組んでいかなければならないという思いがありました。産業保健の担当をさせていただいてちょうど4年になりますが、ストレスチェック制度が始まって、さらに治療と仕事の両立支援など、産業医に求められる内容が色濃くなっており、専属産業医の先生方と嘱託の産業医とではチームスタッフ等の環境の差もありますし、嘱託産業医は産業医活動をできる時間も限られています。しかし、その中でどれだけ嘱託産業医の技量を向上させ、仕事に見合った成果を上げるか。また、適正な報酬の問題もあり、産業医の地域偏在とか需給の問題もあります。諸問題を解決するために他職種と



の連携や情報交換の場も必要だと思います。

産業医が中立性を保ってきちんと働けるような体制を作っていくことと、嘱託産業医と専属産業医がそれぞれ別の立場でやられていて、なかなかその連携がうまくいっているとも言いきれない中で、それではいけないのではないか。産業医と関わるスタッフの方々の協力のもとで、産業医が安心して活動に専念できるような環境の整備をなんとか進めなくてはいけないと思います。

今、日本医師会の産業保健委員会の委員長が、大久保先生から相澤先生に代わられています。相澤先生のお力添えを得ながら全国組織化に取り組んでおります。1つのエポックメイキング的なことがございます。平成31年1月に日本医師会の認定産業医が10万人を突破しました。実際に活動している先生方は6万6千人くらいですけども、先ほど申し上げたように、その先生たちを支援する環境を整えたいと思います。

ただ、そのためには医師会だけではだめだというのがわたしは強いんです。産業医大の東敏昭^{ひがしとしあき}学長にも直接お願いいたしましたし、産業医大の森晃爾^{ほり}先生、堀江正知^{え せいち}先生、日本産業衛生学会の川上憲人^{かわかみ のりと}理事長や、産業医学振興財団の清水英佑^{しみず ひですけ}先生、労働者健康安全機構の有賀徹^{あるがとおる}先生にも直接お願いをしました。そして、中災防など産業保健に関わる全ての関係団体の方々に加わっていただいて、全国的な産業医の組織を構築したいと思っています。日本医師会の強みは、各都道

府県医師会はじめ、800を超える郡市区医師会という組織が持っていることにあります。いろんな先生方にお知恵を拝借しながら取り組んでまいりたいと思います。また、日本医師会としては、かかりつけ医の推進というのを考えておりますが、それには産業医も学校医も含めてかかりつけ医の役割として担っていなければならないので、地域での活動の中で労働者の方々を支援するという気持ちを医師として持ってもらいたいと強く思っております。

4. 地域中心に健康データをもう一度つなぎなおす

大久保 そうですね。おっしゃるとおりと思いますが、専属産業医の側から見ると、大手の企業の従業員は手厚く健康管理されていて、在籍中はいろんな情報が使えるようになってきています。特にコンピュータ企業では、健康診断のデータを毎年判定するときに過去からの経緯を参考にしながら判定できるAIの仕組みが動き出している。

一見進んでいるように見えるんですが、少し社会制度的にみると、ぜんぜんできてないですね。なぜかというと、そうやって働いている最中は実際には症状が出ない、出るところになると定年退職している。そうなる、企業に蓄積していたデータというのは今のところ行き場所がないんです。

法律では健康保険組合がご本人から要求があったときはデータを出すということはあるらしいけども、1人ずつ来られたって対応できないですからね。今の社会制度を見ていると、このままじゃ破綻するんじゃないかなと思うんですよ。今は一生勤めあげて定年でやめるような人生じゃなくなってきてますからね。いろんなところで途中でやめてほかに移動したりするとますますデータはばらばらになってしまう。

今の労働安全衛生法では、事業者の責任で全部やることになっていて、労働者はそれを受けなきゃいけないという話になってはいますけども、その構造自体がもう

じき破綻をきたすのではないかと思います。

地域中心にもう一回つながりなおして、全部つながる情報にしないといけないんじゃないか。すると、専属産業医という今の制度そのものもたぶん変わらないといけない。そういう構造は考えなくてはならないんじゃないか。

これ、だれが音頭とれるんだろう。厚労省は厚生省と労働省が一緒になったんだからできるはずなんですけど、結構外野が多いらしくて難しい。すると、医師会主導でやる以外ないのかなと思うんです。これから大事になってくる。

松本 なんとか日本医師会中心に主導して、そういった、オール日本というところちょっと大げさかもしれませんが、産業医の力を結集して、諸問題にあたっていくということが必要なのかなと思います。

相澤 地域で、生涯にわたっての健康、記録をつなぐ構想ですね。

大久保 そうですね、なんか今、PHR（パーソナルヘルスレコード）^{*}とかいってやってますけども、あれみんな、バラバラになっているんです。コンピュータの遊びでやっているだけで、人の動きをだれも考えてない。

5. 産業医は選べない

相澤 産業医だけでなく、産業保健師とかを含めた産業保健スタッフについて河野先生がお話になっていることがあります。



（事前インタビューから）

河野 医者の資格だけではできないことが3つあります。

1つは母体保護法指定医。たとえば私が中絶手術をしたら殺人になってしまいます。もう1つは、精神保健指定医。そして、3つ目が産業医です。この3つに共通しているのは「人権」に直接関わる問題であることです。

産業医に関しては、通常、患者は医師を選択する自由がありますが、産業医は選べません。その企業に複数いればある程度可能ですが1人しかいないとできない。事業者は産業医の意見を聞いて就業上の措置を決めるわけですから、まさに人権に関わる問題を抱えているわけです。産業医は特別な立場にあり、ただの医者とは違う。

そのために大久保先生たちが研修制度を一生懸命作ってきたと思います。ただ50時間の講習を受けただけで産業医の仕事ができるわけではないし、本当の専属産業医がどれだけいるかはよくわかりません。

現状でも産業医は手いっぱいです。守備範囲はあまり広げすぎないほうがいいと思います。

大久保 医師は選べるけど産業医は選べない……なるほど、このくだりはおもしろい。

櫻井 そうですね。

大久保 考えてみたらそうですね。事業者が選んでるんだ。

櫻井 産業医の守備範囲を広げすぎないほうがいいとい

PHR パーソナル・ヘルス・レコード（Personal Health Record）の略。生涯型電子カルテ。個人の医療情報を電子カルテ化して、一元的に管理するシステム。診療所や病院での検査結果や診断、治療、服用薬、健康診断の結果や自宅で測定した血圧や体温なども含めて統合的に記録、管理するもの。

う意見も出てますよね。責任を持たされ、苦しい立場にあるから。

6. 産業保健師の活躍

相澤 また、産業保健師についても、河野先生にお話を伺っています。

(事前インタビューより)

河野 大企業では保健師主体でやっているところも多いようです。労働安全衛生法では保健師を選任する義務が書かれていませんが、それには理由があります。1947年（昭和22年）に労働基準法が制定され、その際「衛生管理者」という国家資格ができました。これはみなさんよくご承知のことだと思います。「医師である衛生管理者」（これは現在の産業医ですが）もこの時に制度化されました。

衛生管理者は、事業場における衛生に関する実務を主体的に行うことをその任務としており、法制度上はこれで足りることになります。

それがその理由です。さらに、保健師の有資格者は労働基準監督署に届ければ、衛生管理者の資格を得ることができます。ですから、現実にはその必要があれば、そうすればいいわけです。

しかし、衛生管理者が現実には機能しているかという問題があります。衛生管理者が、たとえばメンタルヘルスの問題にどれだけかかわることができるのかを考えただけでも、それは理解できるでしょう。製造業の現場ではその存在が見えるのですが、法律で義務付けされているから名目的に置いている事業場が多いのが現実です。

なお、50人未満の事業場、ここには衛生管理者も産業医も法律上の選任義務がありませんが、労働者の健康管理に保健師を活用してはという意見もあるようです。

大久保 そのとおりだと思います。実態を見ると、衛生管理者については、会社の中でそんなに力を持たせてもらっていない人が多いと思う。保健師のほうがそういう意味では活躍している人が多いのかなという気が

します。地域産業保健センターなんかでは、衛生管理者の資格で動く方より保健師の方が実際には活動しておられるんじゃないですかね。

松本 そうですね、やはり県の総合支援センターとか地産保事業に関しては保健師の方が活動していますね。

大久保 優秀な保健師さんが入ると、やっぱり全体がうまくいくというのが事実だと思う。

今、保健師の方たちは、法律的なバックを作ろうとしていると思いますが、それを考えていくと、産業保健とは何なのか、産業医が何をすべきなのかという疑問に話が戻るんですよ。だから異なった資格にすべきかどうかというのも基本的に考え直す必要があるかもしれない。これはわれわれ医師としての問題もあって非常に難しい。

半田 産業看護師と産業保健師とは別なんでしょうか。

大久保 一応区別します。医師でいえば公衆衛生の勉強をちゃんとした人たちですね。基盤の看護学でいえば同じ教育を受けている、しかし、保健師はそれに加えて公衆衛生看護の勉強をしている。ですから今のよう

に集団に対して保健師として全体のポリシーを決めるとか評価するとか、そういう仕事が資格上はできるようになっている。ただ基本的には同じですから、看護師の資格のままでやっている人もいます。

相澤 そうですね。もっとも、呼び方の問題についてはともかく、どちらも産業保健活動にとって欠かせない存在であることは間違いありません。また、日常業務と並行して衛生管理者として重責を果たしていращやることも多い人事や総務の社員の方も同様に重要です。『産業保健21』は「産業医・産業看護職・衛生管理者の情報ニーズに応える」という使命を担っておりますが、今後もこの座談会に参加していただいた先生方を始め、多くの方のお知恵を借り、教えを請いながらますます情報の質を高めてまいりたいと思います。本日はたいへん有益で興味深いお話をたくさんありがとうございました。



創刊100号に寄せて

本誌『産業保健21』は、1995（平成7）年7月、当時の労働福祉事業団が実施する産業保健推進事業において、その重要な柱である「情報の提供事業」を担う媒体として、産業医を始め、産業保健師、衛生管理者、労務管理者等の産業保健関係者に向けて、実務的な知識、ノウハウを提供することを目的に創刊されました。

誌名は、「目前に迫った新たな世紀である21世紀を担い発展させるのは、心身ともに健全な労働力によるものである」という理念に立ち、同時に「21世紀への祈りを込めて」命名されたものです。新しい世紀に変わってからもうすでに長い時が過ぎました。

その間本誌は、創刊号から第6号まで、^{たちまさとも}館正知岐阜大学名誉教授が編集委員長を務めて礎を築き、^{たかた つとむ}その跡を継いだ高田 勗 北里大学名誉教授が第7号から第80号までの約19年の長きに渡って現在の形に育てられました。

私は、その形を守り、発展させていくべく、第81号より編集委員長の任を引き継いで、現在に至っております。

四半世紀の間たゆまず発行を続け、ついに100号に至った『産業保健21』は、これからも、ますます複雑化していく社会の中で「健康で安心して働ける職場づくり」に取り組む産業保健スタッフのみなさんのために、現場で役に立つ情報の提供に全力を尽くしてまいります。

「産業保健21」編集委員長 相澤好治

編集委員（五十音順・敬称略）

委員長	相澤 好治	北里大学名誉教授	興梠 建郎	新潟産業保健総合支援センター所長
	井内 努	厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課長	田中希実子	NTT東日本健康管理センタ看護部長
	大西 洋英	独立行政法人労働者健康安全機構産業保健担当理事	浜口 伝博	ファームアンドブレイン社代表／産業医
	加藤 隆康	豊田衛生管理者研究会顧問	東 敏昭	学校法人産業医科大学学長
	甲田 茂樹	独立行政法人労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所所長代理	松本 吉郎	公益社団法人日本医師会常任理事

「産業保健21」100号アンケートのお願い

「産業保健21」では、産業保健活動の実務に資する具体的、実践的な情報を提供しています。今後、更なる充実を図るため、アンケートにご協力いただきますようお願いいたします。

次のいずれかの方法でご回答いただきますようお願いいたします。

※このアンケートでご記入いただいた内容は『産業保健21』制作の参考にさせていただきます。

問い合わせ：（独）労働者健康安全機構 勤労者医療・産業保健部産業保健課

QRコード

右のQRコードを読み込み、表示された登録ページからご回答ください。



ホームページ

下記ホームページのアンケートページからご回答ください。
(URL) <https://www.johas.go.jp/sangyouhoken/johoteikyo/tabid/1622/Default.aspx>

新型コロナウイルス感染症に関するQ&A

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708_00001.html#Q&A

厚生労働省は新型コロナウイルス感染症についての最新情報が得られるFAQやQ&Aをまとめたコーナーを設けてあります。上記URLのリン

ク先でご覧ください。また、右に掲げたQRコードから厚生労働省のLINE公式アカウントを友達追加することもできます。



産業保健総合支援センター 一覧

北海道	〒060-0001 札幌市中央区北1条西7-1 プレスト1・7ビル2F	TEL：011-242-7701 FAX：011-242-7702	滋賀	〒520-0047 大津市浜大津1-2-22 大津商中日生ビル8F	TEL：077-510-0770 FAX：077-510-0775
青森	〒030-0862 青森市古川2-20-3 朝日生命青森ビル8F	TEL：017-731-3661 FAX：017-731-3660	京都	〒604-8186 京都市中京区車屋町通御池下ル 梅屋町361-1 アーバネックス御池ビル東館5F	TEL：075-212-2600 FAX：075-212-2700
岩手	〒020-0045 盛岡市盛岡駅西通2-9-1 マリオス14F	TEL：019-621-5366 FAX：019-621-5367	大阪	〒540-0033 大阪市中央区石町2-5-3 エル・おおさか南館9F	TEL：06-6944-1191 FAX：06-6944-1192
宮城	〒980-6015 仙台市青葉区中央4-6-1 SS3015F	TEL：022-267-4229 FAX：022-267-4283	兵庫	〒651-0087 神戸市中央区御幸通6-1-20 ジテックスアセントビル8F	TEL：078-230-0283 FAX：078-230-0284
秋田	〒010-0874 秋田市千秋久保田町6-6 秋田県総合保健センター4F	TEL：018-884-7771 FAX：018-884-7781	奈良	〒630-8115 奈良市大宮町1-1-32 奈良交通第3ビル3F	TEL：0742-25-3100 FAX：0742-25-3101
山形	〒990-0047 山形市旅籠町3-1-4 食糧会館4F	TEL：023-624-5188 FAX：023-624-5250	和歌山	〒640-8137 和歌山市吹上2-1-22 和歌山県日赤会館7F	TEL：073-421-8990 FAX：073-421-8991
福島	〒960-8031 福島市栄町6-6 NBFユニックスビル10F	TEL：024-526-0526 FAX：024-526-0528	鳥取	〒680-0846 鳥取市扇町115-1 鳥取駅前第一生命ビルディング6F	TEL：0857-25-3431 FAX：0857-25-3432
茨城	〒310-0021 水戸市南町3-4-10 水戸FFセンタービル8F	TEL：029-300-1221 FAX：029-227-1335	島根	〒690-0003 松江市朝日町477-17 松江SUNビル7F	TEL：0852-59-5801 FAX：0852-59-5881
栃木	〒320-0811 宇都宮市大通り1-4-24 MSCビル4F	TEL：028-643-0685 FAX：028-643-0695	岡山	〒700-0907 岡山市北区下石井2-1-3 岡山第一生命ビルディング12F	TEL：086-212-1222 FAX：086-212-1223
群馬	〒371-0022 前橋市千代田町1-7-4 群馬メディカルセンタービル2F	TEL：027-233-0026 FAX：027-233-9966	広島	〒730-0011 広島市中区基町11-13 合人社広島紙屋町アネクス5F	TEL：082-224-1361 FAX：082-224-1371
埼玉	〒330-0064 さいたま市浦和区岸町7-5-19 全電通埼玉会館あけぼのビル3F	TEL：048-829-2661 FAX：048-829-2660	山口	〒753-0051 山口市旭通り2-9-19 山口建設ビル4F	TEL：083-933-0105 FAX：083-933-0106
千葉	〒260-0013 千葉市中央区中央3-3-8 日進センタービル8F	TEL：043-202-3639 FAX：043-202-3638	徳島	〒770-0847 徳島市幸町3-61 徳島県医師会館3F	TEL：088-656-0330 FAX：088-656-0550
東京	〒102-0075 千代田区三番町6-14 日本生命三番町ビル3F	TEL：03-5211-4480 FAX：03-5211-4485	香川	〒760-0050 高松市亀井町2-1 朝日生命高松ビル3F	TEL：087-813-1316 FAX：087-813-1317
神奈川	〒221-0835 横浜市神奈川区 鶴屋町3-29-1 第6安田ビル3F	TEL：045-410-1160 FAX：045-410-1161	愛媛	〒790-0011 松山市千舟町4-5-4 松山千舟454ビル2F	TEL：089-915-1911 FAX：089-915-1922
新潟	〒951-8055 新潟市中央区礎町通二ノ町 2077 朝日生命新潟万代橋ビル6F	TEL：025-227-4411 FAX：025-227-4412	高知	〒780-0850 高知市丸の内1-7-45 総合あんしんセンター3F(4月20日より)	TEL：088-826-6155 FAX：088-826-6151
富山	〒930-0856 富山市牛島新町5-5 インテックビル(タワー111)4F	TEL：076-444-6866 FAX：076-444-6799	福岡	〒812-0016 福岡市博多区博多駅南2-9-30 福岡県メディカルセンタービル1F	TEL：092-414-5264 FAX：092-414-5239
石川	〒920-0031 金沢市広岡3-1-1 金沢パークビル9F	TEL：076-265-3888 FAX：076-265-3887	佐賀	〒840-0816 佐賀市駅南本町6-4 佐賀中央第一生命ビル4F	TEL：0952-41-1888 FAX：0952-41-1887
福井	〒910-0006 福井市中央1-3-1 加藤ビル7F	TEL：0776-27-6395 FAX：0776-27-6397	長崎	〒852-8117 長崎市平野町3-5 建友社ビル3F	TEL：095-865-7797 FAX：095-848-1177
山梨	〒400-0047 甲府市徳行5-13-5 山梨県医師会館2F	TEL：055-220-7020 FAX：055-220-7021	熊本	〒860-0806 熊本市中央区花畑町9-24 住友生命熊本ビル3F	TEL：096-353-5480 FAX：096-359-6506
長野	〒380-0935 長野市中御所1-16-11 鈴正ビル2F	TEL：026-225-8533 FAX：026-225-8535	大分	〒870-0046 大分市荷揚町3-1 いちご・みらい信金ビル6F	TEL：097-573-8070 FAX：097-573-8074
岐阜	〒500-8844 岐阜市吉野町6-16 大同生命・廣瀬ビル地下1F	TEL：058-263-2311 FAX：058-263-2366	宮崎	〒880-0806 宮崎市広島1-18-7 大同生命宮崎ビル6F	TEL：0985-62-2511 FAX：0985-62-2522
静岡	〒420-0034 静岡市葵区常磐町2-13-1 住友生命静岡常磐町ビル9F	TEL：054-205-0111 FAX：054-205-0123	鹿児島	〒890-0052 鹿児島市上之園町25-1 中央ビル4F	TEL：099-252-8002 FAX：099-252-8003
愛知	〒460-0004 名古屋市中区新栄町2-13 栄第一生命ビル9F	TEL：052-950-5375 FAX：052-950-5377	沖縄	〒901-0152 那覇市字小禄1831-1 沖縄産業支援センター2F	TEL：098-859-6175 FAX：098-859-6176
三重	〒514-0003 津市桜橋2-191-4 三重県医師会館5F	TEL：059-213-0711 FAX：059-213-0712	全国統一ダイヤル サンボロシロウ 0570-038046 (このナビダイヤルは、最寄りの産業保健総合支援センターに着信します。)		