

過重労働問題 —国が取り組む過重労働対策と 過労死等防止対策推進法—

株式会社 ボーディ・ヘルスケアサポート 茅嶋康太郎*

司会 よろしいでしょうか。それでは時間になりましたので、ただいまより午後の部を開始いたします。午後、最初のご講演は、「過重労働問題～国が取り組む過重労働対策と過労死等防止対策推進法」というテーマで、株式会社ボーディ・ヘルスケアサポート、代表取締役の茅嶋康太郎先生にご講演をお願いしております。

茅嶋先生は、簡単にご略歴ご紹介しますと、平成2年に産業医科大学をご卒業なられました。当初5年間は外科医として臨床研修を含め、ご活躍されてのちに産業医科大学の大学院にお入りになりました。その後、労働衛生機関ですとか産業保健分野での豊富なご経験をもとに、産業医科大学の産業医実務研修センターに戻られました。平成27年4月1日から、労働安全衛生総合研究所の過労死等調査研究センター、初代のセンター長として就任されまして、今年ですか、この4月からですね、最初に申しあげましたボーディ・ヘルスケアサポートを立ち上げられて、今は主に

産業医のお仕事をしていらっしゃるというご経歴でございます。茅嶋先生、どうぞよろしくお願いいたします。

茅嶋 どうもご紹介ありがとうございます。皆さん、こんにちは。昼からの眠い時間に、少し眠い話もあるかもしれませんが、私の経験も踏まえまして、過重労働問題が現在、どのような感じになって、今後、どうなるかということを皆さんといっしょに考えていけたらなというように思います。

先ほどご紹介ありましたように、私は現在4月から産業医を専門にやっておりますけれども、もともと産業医科大学卒ですので、最終的には産業医になれというような大学に入学しましたので、もともとの設立の目的どおりになっているということだとは思います。それまでは、産業医科大学のほうで、産業医の育成、後輩の育成であったりとか、例えば日本医師会の認定産業医で研修をやったりとか、日本の産業保健の中で産業医がどのように機能していくかとか、そういうことを考える期間が長かったキャリアでありました。大学においては、週1日とか1.5日とか、産業医業務を兼業としてできるという時間があり

*茅嶋康太郎（かやしま こうたろう）
代表取締役 医師



講演する茅嶋康太郎氏

ましたので、その中で現場経験を積んできたというのが私の経歴でもあります。

4 月から念願かなって産業医を専業でやるようになりましたので、これから私の中で現場の経験がさらに蓄積されて、どのように過重労働問題も含めて産業保健活動をやっていくべきかということが積み上げられていくというように思っております。現在のところまでの 4, 5, 6, 7 の 4 ヶ月間でもかなり知見が集まってきましたので、そこらについても最後に少し触れたいと考えております。前半はちょっとアカデミックな話とか、これまでのわが国において行われてきた過重労働対策についての簡単な復習から始めたいと思います。

これまでの労災認定の経緯

これまでの労災認定の経緯については、まず外傷とか通常の労災と違う「その他の業務に起因することが明らかな疾病」ということが規定されたのが昭和 22 年で、業務上、び

っくりするような、驚愕するようなことがあって、心臓に負担がくるとか、こういうものも労災に含めようということが始まったのがこの時期であります。

平成 7 年に、脳・心臓疾患の認定基準が変わりました。ここで、直前の出来事だけでなく、評価する期間を、1 週間とか、それ以上の期間について総合評価するということになり、初めて脳・心臓疾患が現在の労災に近くなったところでもあります。2000 年の電通過労死事件とか、支店長付運転手のくも膜下出血事件とかをきっかけに、脳・心臓疾患が労災として認定される基準について、一度、国の中で整理されました。

ということで、それまで労災認定数が、年間 30 件とか 70 件だったところが、一気に 300 件ぐらいになったというのがこの大きな転換期です、2000 年ぐらいのところになります。ここで知見を整理した結果、脳・心臓疾患と長時間労働の関連性についての一定の関連性について認知をされたということで、国が旧ガイドライン、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」というものを出してきました、現在は新ガイドラインに沿って、例えばストレスチェック制度が導入されたりとか、新しくまた第 2 の電通の過労死事件ということが発生しましたので、現在の働き方改革とかというような流れになっているというのがこれまでの歴史でございます。

2000 年の脳・心臓疾患が過重労働と関連するということになったのは、東京海上の横浜支店の運転手の方なんですけれども、この方の労災認定が最高裁で確定したということがきっかけになっております。支店長つきの自動車運転手 54 歳が、出迎え途中で突然、目の前に対向車が現われ、急ブレーキをかけて衝突は免れましたが、外傷はないけれどもまもなく気分が悪くなり家に帰って倒れたと

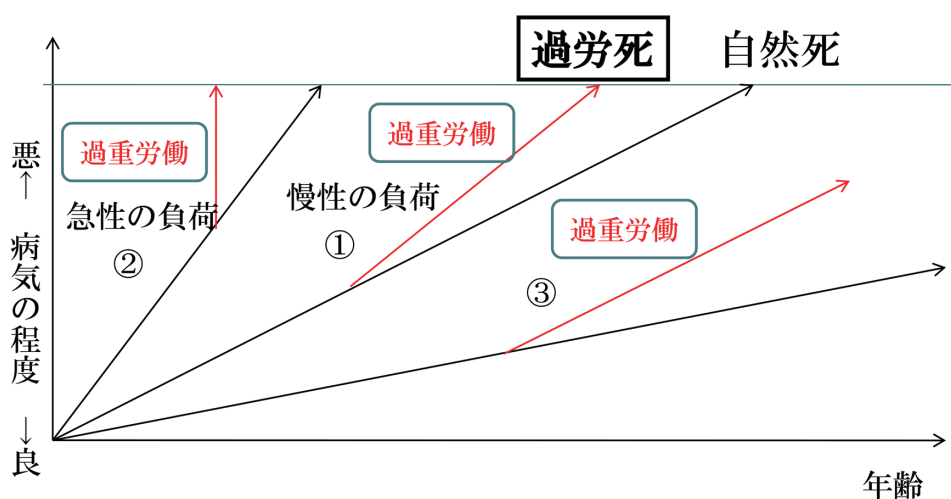
いうこと、これはくも膜下出血だということでした。一審では自然な経過を越えて病巣を増悪させたということで労災ということになったんですけれども、二審は業務起因性がないと、加齢とともに自然に悪くなった脳動脈瘤がたまたま発症しただけというようになりました。最高裁では逆転で「労災認定すべし」となりました。

最終的には労災ということになったので、ガイドライン自体が変わるような事態になったんですけれども、現在でも脳外科の先生の中では、例えばくも膜下出血が本当に労働時間によって破裂するか、そんなエビデンスはないと言われる先生方もおられるというように思いますが、この問題は一端の法的な解決は現在のところなされていますけれども、医学的なエビデンスという点では現在も弱いと考える方もおられると思います。

実際に過重労働と脳・心臓疾患がどのように関連するかというのは、このような概念で社会的に解釈をされているということです。これははっきりエビデンスがあるわけではありません。実際には過重労働によって、基礎疾患を増悪させて発症する、基礎疾患がだんだん進行するときに、慢性の過重労働の負荷がかかったら、この自然の増悪よりも悪くなって過労死になるので業務起因性があるだろうということです。だんだん悪くなるけれども発症せずに経過するというパターンもあります。このグループは過重労働があっても、保健指導であったりとか、病院で治療したりとかすることになれば、致命的なことにはならない、発症には至らないというグループもあるということになります。(図1)

現在の労災認定の対象疾患は8つ、脳内出血、くも膜下出血、脳梗塞、高血圧性脳症、

過重労働と脳・心臓疾患の概念図



- ① 過重労働によって基礎疾患を増悪させる
- ② 基礎疾患がある程度進行している状態から発症に至る誘因となる
- ③ 生活習慣是正・医療受診などによりリスクが低いグループ

図1

心筋梗塞，狭心症，心停止，解離性大動脈瘤ということになっています。加えて，精神疾患のうち，うつ病による自殺などによって労災認定される場合もあります。

いわゆる過労死ラインというところにつきましては，法的な解釈としては，「月に 45 時間以内であれば業務起因性は低い」と考えられています。そして，「45 時間を超えて長くなるほど徐々に高まり」，「2 ないし 6 ヶ月で 80 時間，月に 1 ヶ月単月で 100 時間以上になると健康障害との関連性が高い」という解釈であり，労災認定の基準になっております。ですから，平均で 80 と単月で 100 というのが脳・心臓疾患の場合のいわゆる「過労死ライン」ということになっております。

実際に「過労で死ぬのか」ということについては，2000 年のガイドラインができる時点で，産業医大前学長の和田先生たちが専門

家委員会の中で検討しています。そのときにまとめたのがこれになります。（図 2）月 60 時間以上の残業で血圧が上がるとか，11 時間以上の労働で心筋梗塞が 2.4 倍とか，笠島（そうけじま）先生の論文が代表的です。こういうエビデンスはあったんですけども，委員会の中ではそれほど信頼できるエビデンスはないというように結論されており，2000 年の時点では労働時間と疾病の関係については直接の因果関係はまだはっきりしていないということでした。

最近，私が過労死センターのセンター長になってから，「産業医学レビュー」から最近の知見をまとめてくれということになりましたので，レビューを行ないました，現時点ではどうやら文献的にも労働時間と疾病の関係が直接因果関係がありそうだと言ってもいいような状況ではあるというように思われまし

人は「過労」で死ぬか？

過労と疾病の因果関係

～最新の知見は

産業医学レビュー（平成29年1月号）

● 労働時間と疾病の関係

□ 血圧

- ・ 月60時間の残業で上昇(Hayashi.T et.al 1996)

□ 心筋梗塞

- ・ 1日労働時間11時間以上で 2.4倍(Sokejima et.al. 1998)
- ・ 1週間の労働時間60時間以上で、約2倍(上畑ら、1994)

□ エビデンスはあまり多くなかった

● 睡眠時間と疾病の関係

□ 睡眠時間6時間未満 → 心筋梗塞増加

□ 知見は確立している。

図 2

残業時間と睡眠時間の関係に関する研究（永野ら 2005）

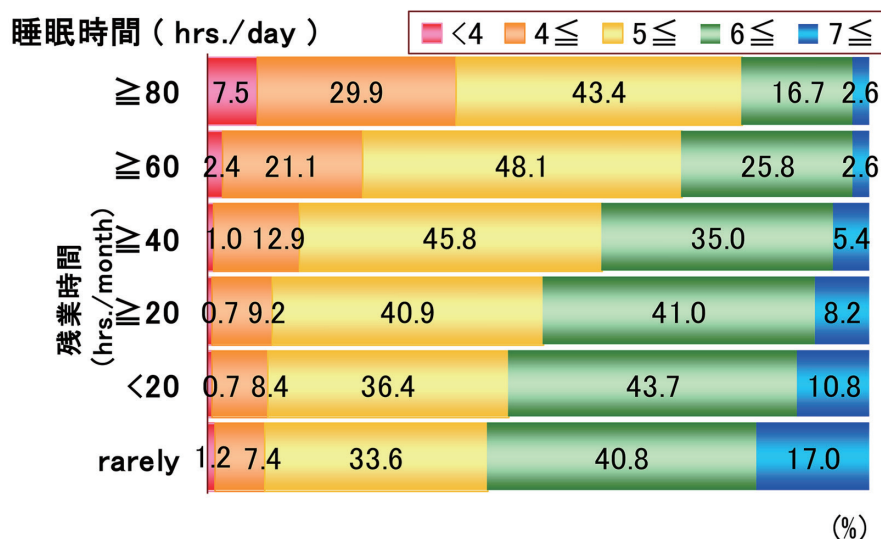


図 3

た。ただ、科学的には、長時間労働をさせて血圧が上がって亡くなったということを実験的に証明することは、なかなか難しいようで、コホート調査であったりとか、症例対象研究か、疫学的な論文をレビューした結果、直接関係がありそうだというのが現時点での状況になります。

睡眠時間と疾病の関係

睡眠時間と疾病の関係については、2000年の時点でも、睡眠時間6時間未満だと心筋梗塞が増加するなど、結構、たくさん論文がありましたので、関係がありそうだというように言われておりました。

長時間労働が発生すると仕事時間が増加し、仕事時間以外の時間が減少します。疲労回復の時間が減少し、仕事の負荷も増加し、睡眠

時間も減り、健康問題が発生するということになります。ただ、長時間労働と健康問題の間には、仕事以外の要因というのがかなりかかっているもので、ほんとうに直接、労働時間と健康障害に関係があるかということについては、何がリスクとして効いているのかかわりにくいというのが現実です。ですから、現在、コホート調査を組み立て、リスク要因を組み立てて、例えば2万人を今後10年間ずっと追って行って、どういうリスク要因がある人が脳・心臓疾患になりやすいのかという危険要因については、これからまた突き止める予定になっております。

脳・心臓疾患の発症と睡眠時間に関する報告については、血圧、心拍数が上がるとか、カテコラミンの分泌低下で最大の運動能力が低下するとか、脳・心臓疾患の発症率が高いとか、さまざまな知見が認められており、ま

た、残業時間が増えると睡眠時間が減るということについては、永野先生らが 2005 年に取ったデータですけれども、このような形になっております。(図 3)

生活時間、全部で 24 時間のうち、拘束時間として通勤とか食事とか基本労働時間の 8 時間を除くと、われわれには残り 10 時間しか残っていないということになります。1 日の残業時間が 5 時間だと、月に 20 日間働きますので、100 時間の残業になります。この場合、残り睡眠時間は 5 時間しか残っていないと計算上なります。残業時間 2 時間だったら 8 時間残っているの、月 45 時間ぐらいの残業だと 8 時間は眠れるというふうな計算になります。現場で、本当にこれが合っているのかということを考えながら面接指導とかしているんですけど、結構当たっています。月 100 時間残業している人に睡眠時間を聞いたら、大体 4 時間とか 5 時間ぐらいというようにほとんどの方が言います。60 時間ぐらいの人だとほとんど 6、7 時間は眠れているというように言いますので、あながちこれ、計算上だけの机上の空論ではなくて現場の実態とも合っているのではないかなというようには思っております。

ということで、長時間労働と健康障害の関係については、直接、因果関係についてはわからないけれども、残業時間が長くなると睡眠時間が短くなって健康障害のリスクが高くなるというのが現在のロジックになっております。

業務負荷の増加により残業時間が増えると、睡眠時間が短縮して疲労が蓄積し、ストレスも増加して、動脈硬化性の疾患の悪化を招き、脳卒中、心筋梗塞で過労死になるというのが理屈です。睡眠時間以外に修飾要因、例えば不規則な勤務であったりとか、遺伝、年齢とか、喫煙とか飲酒歴とか、こういう生活習慣

等についても修飾要因がありますけれども、労働時間と脳卒中、心筋梗塞の関係というのは睡眠時間を介して関連性が認められるというのが現在の知見です。

脳・心臓疾患の労災認定基準

ここから少し話を変えていきますけれども、脳・心臓疾患の労災の認定基準になります。これは先ほど最初に示しましたように、驚愕するような「異常な出来事」が起きるというのと、短期間における過重な負荷と、長期間における過重な負荷というのが 3 つあり、歴史上、最初に出てきたもの、2 番目に出てきたもの、3 番目に出てきたものという形で認定基準が決まっております。労災の申請がされたら、これら 3 つについて、こういう異常な出来事があったのかについて調査した結果、短期間の過重な負荷があったのかということについての調査結果、長期間のものについても調査結果があり、最終的に業務起因性があるって労災とするとか労災としないとかというのが調査復命書に書かれているのを実際に目にしましたけれども、まさしくそのとおりに調査されています。

異常な出来事の場合には、精神的な負荷、重大事故ですね、例えば公務員でも何でもそうなんですけど、工場での爆発事故が起きました、それに対して救命措置を工場長とか部長クラスが、課長クラスが全員で行くぞということになって、その精神的なショックで翌日、心筋梗塞で倒れたとか、こういうようなのが異常な出来事です。短期間は、3 日徹夜とか、1 週間ずっと休みなしで 24 時間体制でやっていたりとか、そういうようなことが短期間の過重な業務です。長期間の過重な業務は、この 2～6 ヶ月で 80 時間以上、単月 1 ヶ月 100 時間以上の 6 ヶ月間の総合評価で

行なっています。

この3つの要因に、時間だけではなく、時間以外の負荷要因、どれだけ勤務が不規則だったかとか、勤務時間はそれほどではなかったけれど、拘束時間が長かったとかを加味します。これは運輸業が結構多いんですよね。実際に運転している時間に以外に途中で仮眠も取っている時間、ずっと3泊4日で拘束されて、北海道から九州までずっと行って、荷造りをして、また戻って荷卸しをして荷造りをしてまた東京に戻るとか、そういうような拘束時間の長い勤務です。あとは出張、海外出張が多かったり、国内出張が多かったりとか、交代制深夜勤務とか、騒音、時差、精神的緊張を伴う業務だったかどうかということのを全部調べた上で、労働時間と加味して認定を行なうというのが通常の認定方法になっています。

過労死センターのほうで分析を担当し、平成22年から26年の5年間の労災事例を全部集めて分析をしたのですが、脳・心臓疾患で実際に認定されたのは大体年間300件前後ぐらいです。認定率が40%から45%ぐらいだったということになっております。

労働時間ごとに見てみますと、本当に監督署というのは認定基準どおりにやっているなと思いましたが、2～6ヵ月で、60時間から80時間未満というのはそんなに多くなくて、80時間を超えているものは多いです。2～6ヵ月で78時間で80未満だけれども不規則な勤務があるから認定基準に該当するという書き方で「労災」という判断になった事案もあります。昨年度は不支給事案も見たのですが、認定されなかった事案の中で、月平均78時間で不規則な勤務がなく、休日も一応取れているので労災とは認定されないという事案もありました。実際には、60～80時間のところというのは、認定して繰り上がる事案と、

認定されずそのまま不支給になる事案というのが混じっていますので、今後はこのところをどう取り扱うかが焦点になってくかなと個人的には考えているところです。

精神疾患の労災認定基準

精神障害の認定事案数については、右肩上がりにどんどん増加して、200, 300, 475, 平成22年に「精神疾患の認定数が脳・心臓疾患の認定数を逆転した」みたいなニュースになっていましたが、それから400件を超える認定数が続いています。平成27年は平成26年度の497件からちょっと減っていました。認定率としては40%弱ぐらいですので、脳・心よりは少し精神のほうに認定が厳しいというか、あるいは申請する側の数居が低いのかもしれません。

精神障害は、昔からちょっと不思議だったんですけれども、あまり時間に関係なくばらばらと認定がされているんですよね。「これ、どういうことなんだろう」と思っていたんですが、その他というのが結構多いんです。「その他って何なんだろう」と思っていたんですが、労働時間自体を調査していない事案も多かったです。精神障害は長時間労働とか過労死とか過重労働のためだけに労災申請されているわけではなく、例えばセクハラを受けてうつになった事案も申請の対象になりますので、セクハラと労働時間というのはあまり関連性がありませんから、そういった事案については労働時間を調査せず「その他」に入っているようです。

精神疾患の労災認定基準はどうなっているのかというと、この3つの要件があります。認定基準の対象となる精神障害を発症しているということ（うつ病など気分障害を発症）、業務による強い心理負荷が認められる、業務

以外の心理的負荷は発症していない、ということ。業務による強い心理的負荷をどのように認定するかといいますと、別表があって、長時間労働の場合には、特別な出来事に該当するような「極度の長時間労働」があれば、一発で認定、「出来事」としての長時間労働で、強い心理的負荷がある場合には認定されます。

こういう出来事がない場合には、「具体的な出来事」というのが事例として表にありますので、実際に起こったと認定された出来事を、その事例に当てはめて、強なのか、中なのか、弱なのかということを認定をしていきます。中が2つあったら強になるとか、弱が何個あったとしても中には上がらないとか、ルールが決まっています。

労働時間を精神障害でどのように評価しているかというと、先ほどの特別な出来事に該当するものは「極度の長時間労働」ということで、1ヵ月に160時間以上の時間外労働があり、これが認められたら、それだけで認定になります。3週間の間に120時間でも認定です。これほどではなかったとしても、2ヵ月で月平均120時間以上の時間外があれば認定になります、さらに、例えば連続の3ヵ月を見た時に、100、100、100が3ヵ月つなげれば「強」になりますので認定になるというルールになっています。

先ほどの脳・心疾患のように1ヵ月に80時間の時間外労働というのは「中」になります。1ヵ月以上にわたって連続勤務を、30日間連続勤務ということになれば「強」ということになります。複数の出来事が関連した場合は、何か「中」になるような出来事、例えば職務変更があったとか、かなり精神的なストレスがかかったとかということで「中」になった上で、前かあとに長時間労働100時間があれば「中」が「強」に繰り上がります。

弱くても何らかの精神的なストレスがかかっていれば、その前および後に月100時間程度の恒常的な長時間労働があれば、「弱」でも「強」になって認定になるということになりますので、精神障害に関してもやはり労働時間の影響力は強いようです。

国の過重労働対策

それでは、これまでの国の過重労働対策についてお話をしたいと思います。労働安全衛生法は平成18年に大きく変わって、そこで事業者が一定の要件に該当する労働者に対して医師の面接指導を行なうことということが義務付けされました。面接指導の記録は5年間保存しなくてはなりません。実際に意見書を産業医とか医師が作成して、必要な措置については事業者が意見を聴くということになっております。実際の就業措置については、就業場所の変更、人事異動とか、労働時間の短縮等の就業措置を行なうということです。労働者も面接指導を受けなければならない義務があります。健康診断の事後措置に似た流れになっています。

過重労働による健康障害防止のための総合対策というのは、新ガイドラインになってから、度々改正がされていますが、2016年4月に、ストレスチェック制度が導入されたことにより、文言が変わったものが最新になっております。過重労働は疲労の蓄積から脳・心臓疾患を発症させる、疲労の蓄積を生じさせないよう健康管理をしましょう、精神的なストレスに関してはストレスチェック制度も導入された、過労死等防止対策推進法も制定、施行されたので、これも相まって総合的に過重労働対策を国としてやっていく、健康障害を防止するために事業者が講ずべき対策を周知徹底する、という目的が書かれています。

実際に事業者が講ずべき措置等の内容については、次のスライドの別添の部分になります。次に、この過重労働による健康障害防止のために窓口指導を徹底的にやるということ、指導強化の方針を打ち出しています。最近、新聞でもにぎわっていますけれども、三六協定の時間外労働の限度時間に関わる指導をきっちりやりましょうということ、あと裁量労働制にかかわる周知指導です。これも労災の復命書を見たら、裁量労働制と書いているんですけれども、監督署に裁量労働制を届けていなくて裁量労働制だと勝手に思っている企業が結構あるみたいで、そういう制度上の問題もあるようです。

あと、労働時間の設定の改善に向けた自主的な取り組みの促進に関わる法というのがありますので、そちらに関する措置であったりとか。あとは、産業医を選任しなさいとか、衛生委員会をきっちりやりなさい、健康診断、事後措置もやりましょう、面接指導やっていますか、ストレスチェックやっていますかという監督指導をしっかりやりましょうということです。実際に業務上の疾病が発生した場合には再発防止対策を徹底しますということも、この総合対策に書いてあります。

事業者が講ずべき措置については、これはあまり大きくは変わっていないのですが、基本的には時間外労働時間 45 時間以内にしましょうとか、裁量労働制は、健康を害さないような裁量労働制とするよう留意、管理監督者が時間管理をされない場合がありますので、これについても、しっかり留意をしていくということになっています。年次有給休暇の取得促進、労働時間の設定の改善、あと健康管理にかかわる措置として産業医の面接指導というのが、月 100 時間で申し出の者は面接指導義務、80 時間超えて申し出の方は努力義務といった形になっております。ストレスチ

ェック制度の実施を徹底するということと、過重労働による業務上の疾病が発生した場合の原因究明及び再発防止を事業者が行なっていくということになります。

日本医師会の過重労働対策の講演とかでは、実際の面接指導についてのやり方とか方法論とか、こういう事例がありましたという話をするんですけども、きょうはこういう何かマニュアルがありますよということだけの紹介にとどめさせていただきたいと思います。

「長時間労働者への面接指導マニュアル」というのが、産業医学振興財団のホームページからダウンロード可能です。

面接指導の報告書については、長時間労働者に対する面接指導と、ストレスチェック制度のものがあり、両者は非常に似ています。どっち使っているのかなと最初、導入前は悩んでいましたが、国も考えていて、長時間用、ストレスチェック用、どちらも併用できる用、というのがあります。結局、使いやすいのは、私はどちらも併用できる用が使いやすいなと思っています。結構、かぶってくるので、対象者が。

過労死等防止対策推進法

次に、私が産業医大の教員をやっていたときに、そこを退職して関東に出てくるきっかけになったのが、この過労死等防止対策推進法になります。私は、9 年間、産業医大で教員をやっていたんですが、そろそろ本来の産業医開業をと考えていたときに、労働安全衛生総合研究所のほうから産業医大のほうにだれか 1 人、センター長を寄越してくれないかというような話がありまして、あろうことか私ごときに白羽の矢がプスッと刺さって関東まで来たというのが経緯になります。

この法律の目的はこちらに書いてある、過

労死をなくして仕事と生活を調和させ、健康で充実して働き続けることのできる社会の実現に寄与するという一方で、過労死等防止対策推進協議会というのを設置して、国が取り組む内容について詰めていって発表して実際に実行して公表するというのと、国が過労死等に関する調査研究等を行なうということで、過労死等調査研究センターの設置についても、この法律に書かれているということになります。

この法律では、過労死というのは英語でも *karoshi* というぐらいですから、結構、日本特有のものでもあります。1980 年代後半ぐらいから社会的に注目されてきていますが、サラリーマンの「24 時間働けますか」という風なコマーシャルが出ていた時代ぐらいのときからだと思います。「過労死 110 番」という電話の相談サービスとかも開設されました。しかし、この 20 年間、ずっと過労死というのが出続けたので、亡くなった方のご遺族が家族会というのを作られておりまして、その家族会を中心として弁護士とか学者が詰めて、こういう法律を立法化して過労死を防止しようという動きの長年のご努力が実ってこの法律ができたということになっております。施行された月を記念して、毎年 11 月が過労死等防止啓発月間ということになりまして、最初、平成 27 年度は全国 29 会場でシンポジウムを行ないましたし、昨年度は 43 会場で開催されました。

この法律には初めて過労死等の定義がなされました。業務における過重な負荷による脳疾患もしくは心臓疾患を原因とする死亡、強い心理的負荷による精神疾患を原因とする自殺による死亡、死亡には至らないが、これらの脳・心臓疾患、精神障害ということが過労死等の定義になっています。亡くなられた方は「過労死」ですけれども、亡くなられてい

ない方も含めてということで「過労死等」という用語になっております。ただ、まくらことばのところに、この「業務における」というのがついていますので、「業務起因性がある」というのが前提になっていますから、業務起因性があると認定されていない事案については過労死等の中には入らないのではないかという考え方もあります。これについては私個人的にはかなり異論があるところでもあります。

ということで、法律が制定されてから、過労死等防止対策推進協議会というのが 5 回開かれまして、具体的にどのような活動を国でやっていくかということをお綱というものに定めて、平成 27 年 7 月 24 日に閣議決定をされました。どのような活動をするかということ、この大綱に定められているのは、4 本の柱で行なわれるということになっております。まず、実態が明らかではない部分がありますので、調査研究等をしっかりやっていくということと、働く側・働かせる側の啓発、相談体制を整備し、民間団体の活動に関する支援を行なうということです。こういったものが閣議決定されました。

調査研究については、医学的な分野の過労死等の危険因子や疾患との関係を解明するとか、前半に私が話していたような内容であったりとか、あと効果的な予防対策を考えると、あと過労死等の防止のための健康管理のあり方について検討、ということです。今までの過重労働の健康障害のガイドラインをもう一回、見直すような内容なので、実際、これが出たときにわれわれの業界でちょっと考えていたのは、「何か今までとあまり変わらないよね、実際、どうなるんだろう」みたいな感じで思っていたのが正直なところでもあります。ただ、労働社会分野の報告には、企業と労働者に対する直接の実態調

査が入っていたので、この結果が出たときにはおもしろいというか、すごく参考になる結果が出たなというように思いました。これについても最後のほうでちょっと触れたいと思います。

調査研究、過労死等事案の分析というのが、メインのテーマとして注目されました。労災認定事案と不支給となった事案も含めて、すべて過労死センターに集めてデータベース化をして、それについて調査をするということを国が行う、という姿勢。労災認定の事案の多い職種とか業種の特性であったりとか、裁量労働制とかの関係とか状況とか、健康確保措置がどうなっているのかとか、いろいろそういうところを分析しましょうということと、あと前半に言ったコホート調査ですね、実際にリスク要因とそれぞれの健康影響との関係をどのように明らかにするかということがやはり課題ですので、これをやっていきましょうということなのです。

あと、この職場環境の改善対策についての介入研究なんですけれども、これは現在のところ、じっくりやっています。何でも介入すればいいという問題ではありませんので、ある程度、こういうような介入方法が有効ではないか、という仮説を立てて行わなければなりません。例えば勤務間インターバルについては、「勤務間インターバルを8時間取れば健康障害が起きにくい」なんて仮説を立てたとしても、8時間なんて全然インターバルのうちに実は入らないと思われまますのでおそらく意味がない。最低11時間とか12時間とか必要だと思われまますが、でも8時間ならダメ、11時間ならどうだというようなエビデンスは現在のところまったく出ていない状況なので、勤務間インターバルの効果はこうですよということを勝手に研究を進めるというのはどうなのか、というところもありましたので、

現在のところ、じっくり待機をしながらやっているというのが現状です。

それに伴って、最終的に初年度の国の活動をまとめたのが、この国内初、世界初なんです、「過労死白書」というのが閣議決定されて、去年の10月7日に公表されました。10月7日という日がどういう日だったかというと、この公表当日に電通社員の高橋まつりさんの過労死認定されたことについての記者会見が弁護士団によって行なわれました。「白書公表のタイミングに弁護士団が合わせてきた？」と訝しがらざるを得ないようなタイミングだったのですが、結果的に、白書が発表されたというニュースはかなりかき消されたような状況でした。

ただ、こちらのインパクトのほうが世間には強かったみたいで、ここをきっかけに、電通が相当たたかれたりとか、企業がこういう状況だったら生き残れないという風潮もかなり高まりましたので、この1年間近くというのはかなり過労死対策というのは進んできているかなという実感はあります。

この白書はこの過労死等防止対策推進法に基づいて国会に年次報告を政府が行なうというものになっていて、総280ページから成っています。労働・社会分野では、1ヵ月の残業が最も長かった正社員の残業時間が過労死ラインの80時間を超えた企業は何と23%近くにのぼりました。特に情報・通信業とかサービス業では4割を超えていると、かなり驚くべき数字ですよ。医学的分野では、労災認定された事案のデータベース化を進めて、原因、分析につなげる方針ということのみが白書で触れられています。今年の白書は、たぶん9月末か10月までには閣議決定されると思われます。鋭意、現在作成中だと思います。

過労死等調査研究センターの 調査研究

過労死センターで行なっている調査研究の概要を紹介します。事案の解析、データベース化を初年度の 27 年度に行ないまして、28 年度に分析、29 年度は業務外となった事案の分析も含めて詳細分析を行なうということになります。疫学研究については、まずフィジビリティ調査（予備調査）を行なった上で、設定を行なっているのですが、現在これが遅れています。なかなかコホートに参加してくれる企業というのが最後の一線のところで止まってしまっています。労働時間と健康障害のコホートですから、労働時間がどのくらいかというデータをもらって健康障害がどこで発症するかという、オンセットの部分をつかまえないとコホートになりません。そのデータを外に出す場合の、個人情報保護の問題と研究倫理の問題が、今年倫理規定が変わるタイミングだったので、変わったあとにそれにきちんと適応できるかどうかというところが、企業側とか健保が少々二の足を踏んだというところがありますので、現在遅れぎみになっております。

実験研究については、循環器負担のメカニズムについて、今年の報告書でおそらく一定の結果が出ます。12 時間の模擬作業をさせて血圧がどのくらい上がるかとか、実験を実際に行っておりますので、高血圧の方、高血圧がない方と差があるかどうかとか、その辺の結果が出る予定になっています。あとは体力指標として最大酸素摂取量を簡易に測る手法を開発して、企業の健康管理に生かせないかというようなことを現在行っております。

労災認定の事案の進捗状況を詳しく説明しますと、過去 5 年分の認定された事案の受領

数が、脳・心が 1,579 件、精神が 2,038 件で、結局、データベース化したのが 1,564 と 2,000 件となりました。昨年度はこれらについての集計・分析を行い、また不支給となった約 6,000 件の事案を収集しまして、これらのデータベース化が終了しております。その昨年度の報告書は、先日見たんですけども、公表待ちです。9 月末にたぶん国の厚生労働省のホームページで公表されますので見ていただければと思います。

地方公務員の公務災害についても分析をすると大綱に書かれておりますので、総務省のほうから受託業務ということでやりました。これは普通の企業と違う業種が入っていますので、なかなか興味深いというか、私、地方公務員の産業医もやっておりますので、やはり「こういうところで労災が起きているんだな」というところは腑に落ちた部分でもあります。

労災認定事案の例

次に労災認定事案の例です。これは配布資料には示しておりません。例えば 40 歳の女性、グループの課長として生産の運営管理の業務を担当していて、始業前の定例打ち合わせを終わって職場の席に戻った直後に突然倒れ、救急車で搬送されたが死亡と、くも膜下出血と、先月 107 時間の残業という、こういうのが典型的なパターンですね、職場で倒れるんですね。あと、休みの日に上司とゴルフの約束をしていて、迎えに行ってもなかなか出てこないから家を見に行ったら、ひとり暮らしで亡くなっていた、くも膜下出血みたいなパターンとか、だから家で亡くなるパターンと会社で亡くなるパターンがあります。

これ、パワハラですね。支店長が変わってパワハラ支店長に変わったといいますね。叱

責や暴言が続いて、残業も増えたと、だんだん体重も減り、やつれていったと、この辺で気づけよと思うんですけども、ある日、出勤してこないで自宅を見に行ったら死亡していた、虚血性心疾患、先月 152 時間の残業、3 ヶ月平均でも 130 時間、こんなことがあっていいのかと思うんですけども、実際にやはりこういうのはあるんですね。パワハラ、プラス、長時間だったら、なかなか生き残れないと思うんですけども。

労災事案の特徴については、やはり若い年齢層の発症が多いですね。脳血管疾患、脳・心臓疾患の場合は 50 歳弱ぐらいが平均です。精神疾患の場合には平均 40 歳弱ぐらいになっています。脳と心だと、脳が 3 分の 2 で心が 3 分の 1 です。くも膜下出血が思ったよりも多く、20% 近く在りました。あと、男性が圧倒的に多いです。脳・心の 95% は男性です。精神の 3 分の 2 は男性です。復命書を見ると、さすが監督署です。きっちり労災基準どおりにほぼ隙のないような状態で認定をされているなという印象がありました。

健康診断の実施率は低かったです、現在全国平均でいったら小さなところも含めて 90% ぐらいですが、70% ぐらいでした。過重労働の面接指導の実施については、ずっとファイルを見ていると、「まったく見えてこない」と思っていたんですけど、抽出してみたら約 3,500 のうち 38 件だけ見つかりました。何と実施率が 2.4% ということでした。ほぼ機能していなかったと言ってもいいのではないかなと思います。

詳細のデータについてはこのスライドの通りです。男性 95.6%、女性 4.4%、発症時・死亡時の年齢はこのようになっております。脳・心については、40 代、50 代にヤマがあります。精神のほうは 3 分の 2 が男性ですが、死亡例に限ってみますと、男性が 95.7%、ほ

とんど男性ですね、亡くなるのは。これは日本の自殺率も男性のほうが高いから当然こうなると思うんですけども。例えばこの前の電通の女性の自死された方は、この部分、4.3% なんですけど、5 年間で 16 例の認定しかないような事例の 1 人の部分ですので、ケースとしては稀だったのではと思われる事例ではあります。

脳・心臓の疾患の場合に、何か前駆症状がわかれば防げるのではないかということで、調べてみましたが、「なかった」のが 7 割強でした。頭痛とか胸痛とか、何か前駆症状があったというのが 2 割弱ぐらいでした。8 つの労災認定の疾患名の内訳はこうなっています。くも膜下出血が思ったほどより多かったというので、第 2 位になっています。疾患名からいうと。脳出血がやっぱり圧倒的に多く、脳梗塞、心筋梗塞も多いようです。協議会でも話題になったのですが、脳出血と脳梗塞・心筋梗塞で、「血管が詰まるのと切れるのは違う」みたいな話も出ましたが、この辺の発症機序について、科学的なエビデンスを含めて、今後、調べていく必要もあるかもしれないと思っております。

次に業種別分布について。運輸、小売、サービス、あと製造業が多いようです。特に女性に特化してみると、サービス業と医療・福祉が多い特徴があります。あと宿泊・飲食サービスも多い。現在、この業種別の集計ができていますので、発生数が多い、発生率が高いところの業種を中心に詳細な分析を今年度やっております。精神のほうは、女性の医療福祉が非常に多いですね。あと小売、サービス、製造業、医療・福祉と、こちら辺の業種が多いということになっております。

前半にも少し言いましたけれども、精神障害の労災については、長時間労働と関係していない事案が結構多いです。3 割近くは関係

していないですね。パワハラのみ、セクハラのみ、あと通勤中に痴漢にあってうつになる女性のパターン（通勤災害になる）とか。これは長時間労働が結構絡んでいます。仕事が終わるのが10時過ぎで、11時ぐらいに駐車場に1人で女性が車に乗って帰ろうとしたときに襲われたとか、そういう事例があったりします。

パワハラの中では、もうこれは傷害事件ではないだろうかというぐらい、相当ひどい事案も入っています。そういうのは長時間労働はまったくないので、過労死の調査研究からは、私は外したほうがいいのではないかと、思ったので意見を言いましたが、全部集計に入れてくださいということでしたので、データ上は残しております。あと「二次性のうつ」もあります。交通事故や仕事上の事故にあって、内臓破裂で大手術をして、1年間入院している途中に、うつになった事案とか、こういうケースは、身体の方も労災になりますし、二次性のうつの精神障害についても労災になりますが、こういう事案も入っています。

職種別だとこのような分布になります。職種でいうと専門職が多いようです。

精神障害の具体的な出来事の割合については、男性は「恒常的な長時間労働」が具体的な出来事としてリストアップされている中で半分以上を占めトップです。あとは仕事の内容・量の負担がかかった、セクハラではないパワハラ系（上司とのトラブルなど）とかが多いという特徴があります。女性の場合には、セクハラであったりとか、悲惨な事故の体験や、見てしまったとかいうことが多く、長時間労働については15%ぐらいで、男性よりは長時間労働の割合が少し低いというような傾向があります。

今後の調査研究の課題

今後の調査研究の課題をまとめてみました。国からも言われておりますが、事案数が多い5業種の分析をどのようにやっていくかということが課題で、分析により業種別の防止対策が何か出てくるのではないかと考えています。すでにトップの運輸業については業界団体として取り組んでいます。例えばヤマト運輸も含めて、ちょっと値上げとかしているのではないですか。宅急便のような業種も、もう競争、競争で下げて、安い給料で労働時間を長くして、少ない人数で過酷な現状だから人も辞めて人不足でというような悪循環から抜け出そう、という最初の一手なのだと思います。他にもこれから変わってくるのではないかと考えています。

次に、この詳細な分析をどのようにするかということについては、「この業種ではこういうリスク要因でこういう働き方だからこう変えなければいけない」という結果を出すためには、こういう集計ばかりではダメなのだと思います。今まで、昨年もそうですけれど、今年の結果も出ますけれども、私から見たらもう集計だけで全然使いものにならないと思っています。もっと業種の特徴を深掘りして具体的な対策につながるような分析にならないといけないと思っていますので、さらに、例えば「疲れた人の兆候」というのがわかればいいのではないかと思います。過重労働の面接指導のときに、自記式の疲労度チェックリストとかをつけさせているところもあると思いますが、あれで十分だとは思いますが、さらに睡眠の質とか、「どのぐらい睡眠を取れているか」を評価できるような睡眠スコアみたいなものが必要と考えています。現在、私が産業医先をやっているところでは4月か

ら始めていますので、そういうところも含めて、今後やっていければというように思っています。

先ほども少し触れましたけど、残業時間が月に60から80のところについて、80時間がいわゆる「過労死ライン」ですから、そこで切るというのは現時点ではいいのですが、今後はもう少し考えないといけないところが実はあるのではないかと思います。これはあまり言うとは問題が生じる可能性もありますので、これ以上は触れませんが、非常に大きな課題かなと思っています。

公務災害については、これは消防とか警察とか学校の先生とか、非常に多いようです。業種が特殊で偏っています。この労災の集計については、総務省から公表されると思いますので、また詳細については見ていただければと思います。

コホート調査については、健康情報を取り出せるか、これは非常に困難を極めておりますけれど、毎月、会議を行い、私もまだ関わっており、今後も引き続きやっていきます。

あと、介入研究のアウトカム評価はほんとに出るのかというところ、それからどうやって職場環境を改善するのかというのも課題です。

実験研究については、これまでなかった科学的なエビデンスの創出をやっていききたいなと思っています。

過労死等の防止を目指して、それに役立つような研究成果を出すためには、労災事案から過労死のリスク要因を何とか抽出したいということです。加えて、前向きコホートでもリスク要因を分析するということです。さらに、実験研究によって人体の影響に関するエビデンスを作って、国民に対して何がほんとうに危ないのかということをわかっていただき、働き方、働かせ方の改善につなげていく

ということが必要です。働く人たち、働かせる人たちの意識改革が必要であるというところでまとめていたのが去年までの私の講演資料でした。ただ、心の中では「そう簡単にはいかないだろうな」と思っていました。できるんだったら今までもできていたはずなんです。いまさらここまでやってきた過重労働対策を徹底するようなことをしても「あまり意味はないのでは？」というのが私の本音でもあったのです。

これまでの過重労働対策の問題点についてまとめてみました。医者が面接指導をやれば過労死が減るのかという話です。これについては医師会の研修会で、ずっとこの10年間、過重労働対策の実習とか講演とかやってきたのですが、医師会の先生たちも、「先生、私が面接して保健指導をやったって100時間残業されたら過労死するんですよね？」と言われる先生もいて、「それはそうですよね」というような話になっていました。例えば、100時間残業している人に保健指導をして運動しなさいといっても、運動する時間なんかないわけですから、「じゃあ、どうやって保健指導するんだ？」という話になっていました。

また、実施率が低いというのは労働者からの申し出がないと義務でないというところ、実施しないというところが原因の一つだと思います。加えて、事業者自身が過重労働に対するリスク認識が低いのは確かかなと思います。法律で決まっているから、「とりあえず先生、面接しておいてください」という企業はまだましです、逆に言うと。見て見ぬふりというか、実際には対策を何もしていない、「だって仕事があるからしょうがないんだ」みたいな感覚の企業が非常に多いというのが現状かなと感じます。「先生、疲労の蓄積は本人にしかわからないから、私、社長にはわからないんですよ」みたいな無責任なこ

とを言う社長もいました。

また、労災になっている事例というのは、ほんとに氷山の一角で、実際に職場では健康障害はもっとたくさん起きているんです。それを私としては全部なくさなければいけない、できるだけなくすという努力をしないとダメだと思います。産業保健が機能していたりとか、企業がしっかりしているところは、例えば脳・心臓疾患になっても、労働者は労災を実は申請しようとしないのだと思います。ですから、私の同級生とか後輩も含めて、自分が産業医をやっている企業で脳・心臓疾患で労災の申請をされたことがあるかと 10 人に聞いたら 1 人しか「ある」と言いませんでした。だから、実際には健康管理をしっかりしているところは労災の申請というのは発生しにくいのではないか、という感覚はあります。

企業に関わっている経験からいうと、過重労働が危ないということは、経営層は大体わかっています。だけど、実際にどうしたらいいか？というのは、「業務があるから」「顧客からのニーズがあるから」「人が増やせないからしょうがない」という感じで、リスクを飲み込む形で許容している企業が非常に多いような気がします。企業経営優先でリスク認識が甘いということで、結局は法による規制とか監督による対策を厳しくしていくしかないのではないかなと思っていたのが去年までの感覚です。企業が過重労働問題は経営に直結する課題であると認識する必要があるのではないかなというように思っていたんです。

それが実際はどうか？について、調査がなされました。先ほどの社会面についての調査事業の方なんですけれども、企業側、社員側に残業が必要となる理由を聞いてみました。すると、企業側は「顧客からの不規則な要望があるため」というのが一番多いんですね。業務量が多いため、仕事の繁閑の差が大

きいため、人員が不足しているためと、これまで 10 何年、産業保健の現場で聞いてきたことがこのまま出ているように思います。社員側も「人員が足りなくて仕事が多い」とか、突発の仕事が発生するとか、繁閑が激しいとか、納期が短いとかと、締め切りがというような理由ですね、「こういう結果が出るだろうな」という感じ通りなのですが。

不思議だったのが、やはり仕事のやり方が非効率とか、個人の業務の能力の問題とか、そういうのが全然出てきていないんですね。これは日本型の仕事のやり方の特徴で、人に仕事をつけるんです。社員がいます、仕事はどんどん来るから、この仕事はすべて受けます、どれだけしか戦力がなくても。だから、出てくる仕事に対して人を配置していったら、10 人で 100 のことをして 200 になっても 10 人でやるみたいな感じのことをやるので、日本型は、だから過重労働が増えるということなんですね。欧米型のやり方だと、人はこれだけしかいないんだから、業務量はここまでしか受けられませんということです。業務をこれだけ受けるんだったら人が何人必要だから、この分、雇用しますというやり方をするので、過重労働が発生しないというように一般的にも言われています。

働き方改革と健康経営

私が、ちょっと何か最近、純粹にうれしいのが、働き方改革といって国が一生懸命やってくれていることです。これ、賛否両論があることは覚悟の上で出しますけれども、私自身は評価しています。とにかくやはり働き方を変えないと、根本的に面接指導をしようが、残業制限をしようが、絶対に変わらないというように思っていましたので、ここの部分は「やっぱり必要だな」と思います。

最初に同一労働、同一賃金から入るのは「ちょっとどうかな?」とは思いますが、この「労働生産性の向上」とか、どうやって向上させるのかとこれもまた疑問ですが。時間外労働の上限規制をしっかりと決めるということについては、決めて規制しないと言うこと聞かないというのは日本の企業の特徴ですから、「そういう手は効くかもな」と思います。柔軟な働き方がしやすい環境整備なんて、国が「やれ」と言わないと、よほどの優良企業ではないと自発的にやらないんですよ、日本の企業というのは。ただ、「やれ」と言われたらやるというのも特徴。今、世間で、テレワークなんてはやっています、実際に。通勤時間が短くなりますから効果的です。テレワークをやってみると、「どうして今までやらなかったのだろう?」とすら思います。深夜のメール禁止とか、副業・兼業の促進というのは、「もっと労働時間が増えるんじゃないか」という意見もあり、テレビでも賛否両論ありますよね。ここら辺はこれから1, 2年のうちにまたさらに結果が出てくるところではないかなと思います。

働ける人を増やしましょう、病気の治療と仕事の両立（両立支援）、子育てと介護と仕事の両立、この介護と仕事の両立については、産業医への相談の中で、すでにかなり増えてきています。障害者の就労、これもかなり進んでいます、現場で感じます。転職、再就職支援。だれにでもチャンスのある教育環境の整備、大学も含め、教育関連を全部無料化にしようみたいな動き、実際、出ていますよね。あと高齢者の就業促進、外国人材の受け入れ、諸々、ということで「働き方改革です」。

我々としてはこれらの様な社会的ニュースにすべて敏感に情報収集をして常に語れるような状況になっておかないと、例えばコンサルタントとして相談を受けたときに対応でき

ないというように思います。同時に、やはり働いている現場で労働者の生の声を聞いたりとか、そういうことをしていないと感じられない部分がありますので、私は4月からさまざまなところで産業医をやるようになったので、こういう声が数多く聞けるようになり、4月からの4ヵ月で経験がかなり積めたのではないかな、と思っています。

次に「健康経営」について。実はこれ、経産省主体なので厚生労働省とはだいぶ雰囲気が違うんですけども、この24業種24銘柄の「健康経営銘柄」というのは、1業種1銘柄と決められていて、プレミアになっています。実は、この中の1業種の産業医として今年から私も関わっています。健康経営優良法人～大企業法人部門（ホワイト500）というの、勲章みたいな感じで、多くの企業がホワイト500取得を目指して動いています。中小企業バージョンもあります。

このホワイト500を取るための実行の中には、「長時間労働者への対応に関する取り組み」と、「適切な働き方実現に向けた取り組み」というのが入っていますので、これらの取り組みをやっていないと認定が取れないということになっています。働き方改革の内容と共通する部分もありますので、うまい具合に働き方改革のような罰則つきでこれをやりなさいというふうなタイプのムチの政策と、表彰してプレミア感をつけるというアメ制度、これを上手に混ぜながらやっているのではないかなと思います。これ、非常に効いています。

これは配布資料の中にはなくて、先ほど朝、作ってきたんですけども、私が実際やっているところで、先ほどの12業種の中の1つのS社というところですね、ここはトップの方針がすごくしっかりしています。100時間以上、残業した場合には、そこの本部長、

部長クラスが、どうして 100 時間以上の残業になったのか、社長に説明しに行かなければいけないことになっています。80 時間の残業までだと本部長クラスに課長クラスが説明に行く。必ずそこで人員補充などの対策を迅速に行い、数ヵ月で元の状態に戻す。何でできるかという、やはり 100 時間、何ヵ月かさせた人員を人事異動で残業がないところに一旦戻したりしているようです。

トラブルが発生した時に、待機部隊を投入するような感じですね、上手に人事を回しています。本部長クラスが責任感を持っているので、100 時間超え残業の社員の面談をする、*「いや、本部長のほうがいへんだと思います、現場の顧客先で責任を持って本部長が計画とか折衝とかもやってくれているので、われわれはもう兵隊としてしっかり自分のパフォーマンスを発揮するだけですから」*という発言もあり、上司部下の信頼関係が非常に強い企業だなというように思います。

ここはテレビでも放送されていましたが、残業代を削減して 3 分の 1 に減らしたんですね。残業代が減った分を翌年の賞与で社員に還元している。残業が減ると給与が減るというシステムにならないんです。残業が減ると労働時間は減って仕事の効率が上がって給料は減らずに残業したときと同じ。だったら、できるだけ残業減らして効率的に働こうというように考える。そういったやり方をトップの判断でやっているということです。

ある時、S 社が P 社と組んで、仕事していたみたいなんですけれど、P 社は従来の仕事の進め方で、P 社が指揮を取ると、夕方まで仕事をしないそうなんです。ずっとだらだらやった後に、夕方会議をして、*「じゃ、こんな感じでいきましょう」と*いって深夜までやる。S 社の社員としては「えっ、今からやるんですか？」みたいな感じで、そのだらだら

感が非常にストレスになっているという話を聞きました。P 社からすると、従来のやり方で、*「もしこういうことがあると危ないから、この日曜日に待機人員としてこの人を配置してくださいみたい」*なことを言うんですよ。しかし、S 社の社員としては、結局、日曜日に休日出勤をして、何かもしものために現場にいて、じっと 1 日、暇して帰ってくる、みたいな感じになる。*「ほんとうにいる必要があったのか」*という話もされていました。ですから、突き詰めれば、ムダというのは結構たくさんあって、業務の進め方次第の側面も大きいということです。

ここも私が産業医をやっているところなんですけれど、保険業です。2 年前までは「仕事に来るから」「人も足りないし」で、残業がずっと多かったんです。去年から会社方針でガラッと雰囲気が変わって、残業を減らすようにしました。きっかけは、ホワイト 500 を目指して働き方改革をやったのです。社員は、*「早く帰れと会社が言うから帰っています」*といていましたが、*「仕事は大丈夫？」*と聞くと、*「何とかできています。今から考えたら以前はだらだらやっていました」*みたいな話を平気でしていますので、やはり変えられる部分はかなりあるのではないかなという実感があります。

地方公務員は、災害が起こった場合に、過重労働になります。職員の課長と係長 2 人が 24 時間で 1 週間詰めて、2 人とも体力が強い 2 人だったのでなんとか持ちましたが、*「先生、どうしましょうか」*みたいな相談を受けました。

残業規制については、もちろん賛否両論はあります。新聞によっても、朝日で言うことと読売で言うこと、ちょっと違いますよね。政党によっても考え方はいろいろなんです。労組の立場、経営側の立場、経団連としての

意見もそれぞれ違う。私はニュートラルな立場で、どちらの言い分も勘案した上で、自分なりのポリシーを持って産業医として意見を述べていきたいと考えております。

これまでの自分の産業医経験に加え、4月から産業医専任でやる世になってから、これから10年間は飛躍的に自分も成長するのではないかなというように思っています。現在、担当しているのが20数社できましたし、全国展開の販社を全部1人で担当したり、担当する労働者数もかなり多くなりました。いろいろな企業でいろいろなことがことのできるのではないかと期待しています。あとは、世間に産業医をできる人材が少ないという課題があるので、それについてはこれまで主に産業医大に在職時から活動してきました。私が産業医を自分自身がやると、自分が担当する範囲は産業保健ができるようになります。ただ、自分ができる範囲で止まってしまうので、それをどうやって水平展開していったら、さらに日本の産業保健を活性化できるかということについては、これから1,2年のうちにまた考えていきたいと思っています。方法としては、実践して、それを情報発信して水平展開というのが一番早いかなというように思っています。

最後はまともになくなったかもしれませんが、これで私の話は終わらせていただきたいと思います。どうもありがとうございます。

司会 茅嶋先生、どうもありがとうございます。もし先生方でご質問のある方がいらっしゃいましたらお受けできるかと思います。

質問 今の先生のお話、非常に感銘を受けたんですけれども、もっぱら産業医の先生のお話でありまして、産業保健の担当はもう1人、衛生管理者がいるわけです。私、実は安全の

ほうですから安全を主体とした安全診断に行くわけですけれども、そのときいろいろ記録の提示を求めますと、例えば定期健康診断の有所見者に衛生管理者が捺印していないというような事例が実に多いわけですね。

そのところを指摘しますと、いったい何の根拠があって今までやらなくてよかったものをやらなくてはいけないのか的な反発を食う場合が非常に多いわけです。もう少し衛生管理者がしっかり仕事をして、企業の経営者と産業医の間をうまくコネクトするようなことをやらないといけないのではないかと。また、衛生管理者なら企業の実態に合ったいろいろな改善提案もできるはずだと思うんですが、いかがでしょうか。

茅嶋 まさしくそこは私も、鹿児島にいるときから感じていたんですけれども、やはり産業保健とか衛生管理を会社がするためには、会社の中に衛生管理者がいて、実際、そこをどのように機能させるかというところが、最初に私が思ったテーマがそこでした。ただ、衛生管理者の資格を持った人が企業の中にいますけれども、衛生管理者自体が何をどうやっていいかわからないというところがあるんです。

ですから、まず企業に衛生管理者を作っていただくのは前提として、それから産業医との連携の中で健診の判定とか事後措置も含めて進めていく。例えば、衛生管理者は資格を持っていますが、健康情報すら触るのを怖がる衛生管理者もいますので、「事業所としての必要な管理活用しなければいけないデータですから衛生管理者がきっちりやらないといけないんですよ、やっていいんですよ」ということを、連携を取ってやっていくというところから始めています。さらにもっと何か活用する方法を考えているところでもあります。

質問 衛生管理者の職務について、法の 11 条、それから則の 12 条がありまして、そこで衛生のために講ずべき措置という表現しかありませんので、具体的な内容を法令だけではつかみにくいわけですね。しかし、あれは通達が出ておりまして、講ずべき措置というのは具体的にこういうことだというのが、1 番目、健康管理から始まるわけですが、**茅嶋** そうですね。

質問 7 項目ぐらい具体的に挙げてあるわけですね。意外に法の施行とほとんど同じぐらいの時期に発出された通達なんですけれども、通達が徹底していないので具体的な職務を知らないでしまっている。ですから衛生管理者の受験資格の試験の中に通達を入れるべきじゃないでしょうかね、というような気がするんですが。

茅嶋 そうかもしれないですね。

質問 通達を知らない衛生管理者があまりにも多いですね、だけど、通達は知らなければ具体的に何をやっていいかわからないと思うんですよ。

茅嶋 あと、私もこういう講演の中で、きよ

うは過重労働対策ですけども、中小企業の産業保健を中心のテーマに話すこともあるのですが、やはり衛生管理者とか企業の産業衛生の「発達段階」があるというように私は思っております、健診結果すら触れないレベルもあります。何も知らなくてわからない衛生管理者にあまり厳しいことを言うといけませんので、一歩ずつ進めていく、「まず健診の結果を集計するところからやりましょう」という形で少しずつやっていって、次のセカンドステップ、サードステップ、衛生委員会を次に作るぐらいのペースでやります。

実際には 100 の企業を担当すれば 100 の企業なりのレベルに合わせたやり方があると思いますし、衛生管理者の方の性格にもよりますよね、怖がりの方、無謀に突っ走る方、いろいろなタイプがおりますので、そのタイプに合わせた形で、やる気をなくさないような協調したやり方をやっていければなというように感じながらやっているところではあります。**司会** よろしいでしょうか。先生のご講演を終わりにします。どうもありがとうございました。