

労働衛生コンサルタントに 期待するもの

産業医科大学 学長 大久保利晃

本稿は、平成16年8月8日に東京で開催されました平成16年度労働衛生研修会における講演を収録したものです。

1. 労働衛生コンサルタントその他専門家の経緯、現状

コンサルタントの制度が昭和47年に始まり、毎年大体100人前後の方が試験に合格しております。この間に、平成10年に産業医の選任要件に関する法改正が施行され、この時に一時的に受験者が増えたということがございました。こういうことで、今日までの合格者の合計が3,000人をこえております。

産業医の資格制度に関しては、平成2年に日本医師会認定産業医制度が、平成4年には日本産業衛生学会専門医制度がそれぞれ発足しました。前者の創設以来の累積認定人数は、平成16年3月現在61,013人、後者は平成16年5月現在指導医240人、専門医107人、研修医322人になっております。その他の専門職については、日本産業衛生学会認定看護師845人、日本労働衛生コンサルタント会登録数2954人、作業環境測定士登録数21911人（Ⅰ、Ⅱ種合計）などですが（平成15年度末）、衛生管理者については実態の把握がされておられません。これらの数値は各種の推定から見て、必要

数より遙かに少ない数であり、高い資質の専門家を養成するとともに、将来の産業保健サービス充実のために必要な数を確保するための計画的な専門家の養成施策が必要であります。

2. わが国における労働者の健康問題の現状と課題

まずコンサルタントの将来像の話題に入る前に、われわれが対象にしている日本の労働者の健康問題が現在どうなっているのかについてごく手短かに確認しておきたいと思います。

a. 主要届出職業病数の推移

第二次大戦後の復興に伴う機械化・大量生産の進展に伴い、増加傾向が続いた職業病の届出件数は、昭和47年前後のピークを境に減少傾向に転じました。すなわち、急速な産業の高度情報化や先端技術化の導入と生産現場の海外移転が進むにつれ、典型的職業病は減少を続け、現在では統計の対象となる4日以上休業を要する職業病の大半を腰痛が占め、じん肺症がそれに続いております。

b. 人口高齢化と高齢労働

わが国では、多くの先進国の中でも群を抜いて急速に労働人口の高齢化が進んでおりますが、これは単に高齢化という問題だけではなく、産業別の偏在にも注目する必要があります。すなわち、

衰退産業ではより急速な高齢化が進んでいることや、中小企業では中途採用者が多く、高齢化プラス慢性疾患という二重の問題を抱えている点が特に注目すべき点だと考えられます。

c. 過労死、自殺、精神障害

一方、有害物曝露レベルの低下に伴い、過去から微量慢性に蓄積した有害物の影響や各種労働負担と職業以外の様々な環境・生活要因とが複合的に関与する作業関連疾患が注目されるようになりました。その1例としては、脳心疾患による労災申請件数と認定件数の推移を見ますと、両者とも2000年以降急速な増加傾向にあります。同時に、各種の社会経済的な要因が相対的に重要になり、うつ病や自殺の増加も問題になっております。

d. 小規模事業場の労働者割合

日本の全労働者数の25%が10人未満の規模の事業場に、また60%弱が50人未満規模で働いています。今後、産業の情報化、サービス化により、事業場規模の縮小はさらに進むものと予想されております。また、雇用形態は多様化し、派遣労働、在宅勤務等様々な形が混在するようになっており、場を単位とした事業場中心のサービス提供方式では、サービスの質をこれ以上向上させることはできなくなっているのが現状です。

e. 現状における課題のまとめ

現状における問題点は、この他の問題点を含め、以下の通りにまとめられます。

- ①サービス内容が、生活習慣病対策などの健康管理に偏り、産業保健の本来的使命である労働と健康の関係に関する専門性を軸としたサービスに関しニーズと合っていない。
- ②小規模事業場や流動化した労働形態にサービス提供体制が適応できていない。
- ③専門家の種類、資質、供給体制が不十分である。
- ④労働者、経営者などと専門職との立場による産業保健サービスの必要性に関する認識の相違が大きい。



講演する大久保学長

3. 今後の産業保健サービスの方向

a. 職場＝有害・危険という固定概念からの脱却

まず申し上げたいのは、固定概念から脱却しないといけないということです。現行の労働安全衛生法の目的は、職場の有害要因を排除し安全で快適な職場を作ることとされており、従来のように、職場＝有害・危険という単純な発想だけでは今後の産業保健サービスの発展は期待できません。企業において、労働者集団が事業活動のために組織化されている以上、健康面からの経営は不可欠です。今後のサービスのあり方を考えると、具体的には、新興感染症やうつ病、自殺問題など、最近問題になっている社会病態心理現象に見られるように、集団が故に起こりうるマイナスの健康問題を予防管理するという消極的な部分から、労働の実態を考慮した健康作り支援やマネジメントシステムのような企業組織自体の管理までを射程に入れた幅の広い積極的・戦略的アプローチが必要だということです。

b. 環境レベルと産業保健活動

図1の概念図に示すように、曝露レベルが高い

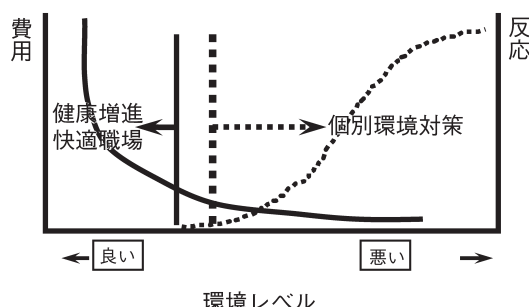


図1 環境レベルと産業保健活動

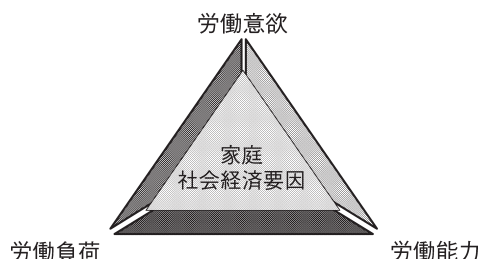


図2 労働適性の3要素

ときには、個別有害要因を特定し、そこから発生する典型的職業病予防対策を樹立することが効果的でした。しかし、曝露レベルがあるレベル以下になると、それ以上の場合とは異なり、低リスクとなった個別要因毎に従来型の個別環境対策を樹立するのは費用が指数関数的に増加してしまいます。また、曝露レベルが下がると、健康障害も軽微になり発生頻度も低減するわけですから、従来型の個別有害要因対策の有効性は急速に低下することになります。ただ、現実的には国全体が一斉にこのような領域に達するわけではありませんので、従来型のアプローチが効果的な現場も必ず残り、両者が混在するのが普通です。そこで、リスクを科学的に判断し、総合的戦略的アプローチをとることが次第に重要になってきているわけです。

典型的職業病の発生が減少したことにより、産業保健サービスが生活習慣病など疾病対策中心になりつつありますが、労働に起因する作業負荷、微量慢性曝露などのストレスは、関与要因の影響モデルや影響レベルが変わっただけで、無くなったのではないことを忘れてはなりません。

c. 労働適性の3要素

このような状況下では、健康な人がより達成感のある満足できる労働をするためにはどうしたらいいのか、といったもう少し前向きな面にもっと関心を持って考えるべきではないでしょうか。たとえば労働適性ということを考えますと図2のように幾つかの要素が絡んでくるわけです。すべてが医学的なことではありませんが、こういう学際

的なものに、関係する専門家と力を併せて対応しなければいけないわけです。

d. 労働観の構成要素

労働というものをそういう意味から考えてみますと、図3のように基本的にはその個人の体力とか、既往歴、あるいは生育過程で形成される人格などが基盤にあって、その人の生活があり、そして教育歴・技能がある。その上に職務が与えら、それを全うすることによって生き甲斐あるいは目標ができてくるというモデルが考えられます。このような観点から、もう一度労働というものを見直して、それに対するアプローチを設計していくという考え方を持たないといけないのではないのでしょうか。

e. 健康づくりのマネジメントシステム

そうしますと、従来の産業保健活動の4管理は、図4に示すように、健康管理は“健康増進”，作業管理が“職務適性”であり、作業環境管理は“快適職場の追求”になります。そしてそれを全部うまく統合して戦略的に運ぶのがマネジメントシステムであるというように整理できると考えます。このような提言は以前からありますが、「なるほど」と思うだけで、具体的に「じゃあどうしたらいいのか」という次の1歩が思い浮かばないのでなかなか具体的な動きがありませんでした。その最大の理由をよく考えてみると、私どもは、このような方向に対し基本的な科学的な知識をほとんど持っていないからではないかと考えました。

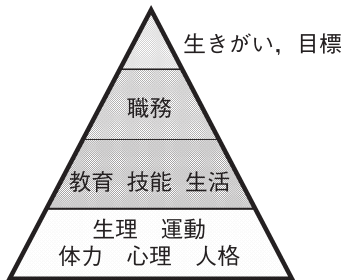


図3 労働の構成要素

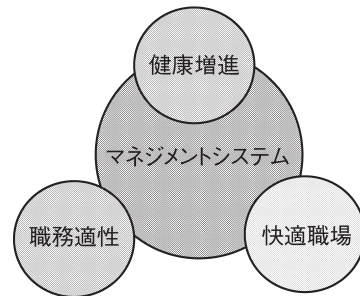


図4 健康づくりマネジメント

つまり今までは、とにかく人を見ると、必ず「どこか悪いんじゃないかと、中毒になっているんじゃないか」とか、そういう見方しかなかったわけです。その見方ではこのような方向には全くアプローチできないわけです。今後は健康な人がどういう働き方をしたらどういうふうに健康度が変わるのか、あるいは満足感が得られるのか、そういうようなことを整理していく必要があります。

f. 労働健康指標の必要性

このような新しい労働観に対する産業保健サービス支援の展開を考えると、活動評価指針として用いることのできる、個人と集団の労働健康指標（みなし指標、中間指標まで含めて）の開発がさし当たってもっとも必要であることに気づきます。フィンランドで開発された労働能力指数（work ability index）はそのような方向での具体的一例です。同時に、こうした成果を効果的なサービス提供に結びつける活動方法の開発、普及が急がれます。とにかく最初にまずわれわれがしなければいけないことは、このような指標を手に入れることです。指標が分かれば、「去年と比べてここの職場は元気ある」というようなことが分かってくるわけです。

4. 小規模事業場に対するサービス提供体制

a. 小規模事業場の類型

小規模事業場の対策に関しては、労働福祉事業団の小規模事業場に対するサービス提供に関する検討会が小規模事業場を類型化して、次の類型ご

とにサービス提供体制の整備を提言しています。

- 1) 単独型小規模事業場：地理的にも独立した単独の小規模事業場
- 2) 地域集積型小規模事業場：工業団地、商工会など地域で組織化されている小規模事業場
- 3) 業界団体所属型小規模事業場：専門工事業団体、協同組合など業界団体に所属する小規模事業場
- 4) 請負・資本関係型小規模事業場：構内下請けなど元請の資源が活用できる小規模事業場
- 5) 単一企業分散型小規模事業場：地理的に広域に分散立地している大企業組織としての小規模事業場。

b. 産業保健センター事業の活用

産業医活動を中心に行っている地域産業保健センターあるいは産業保健推進センターと、既存の労働衛生機関がなせ手を結んで有機的な活動ができないのか、私はこの点がうまくいっていないことは残念なことだと思っています。確かに両者は競合する部分もありますが、地域産業保健センター事業では健康診断はできませんので、個別の事後指導、事業所の訪問指導などの、個別、対人サービスが中心になります。一方の労働衛生機関のほうは、有所見者に対する就業上の意見を述べるのが十分にはできていないはずです。そうするとその2つは、少なくともこの点で互いに補い合うことが、サービスを受ける側にとって必要なことです。

表1 小規模事業場における産業医活動年間目安時間

事業場規模 労働者数	活動内容積み上げ方法：注	1人あたり平均 時間方式
5	14.9	17.5
10	18.1	20
20	24.4	25
30	30.6	30
40	36.9	35
50	43.2	40

注：産業医学振興財団の産業医活動調査による

c. 労働者数に比例する産業医選任

今後は全労働者を対象に産業医選任を広げるべきだと考えますが、その場合、小規模事業場には現行のような時間を決めない事業場単位の契約より、労働者数に応じた業務契約時間の方法が望ましいわけです。表1は、平成15年に労働福祉事業団の検討委員会で試算した、このような場合に用いる50人未満の小規模事業場を対象にした年間契約目安時間です。これは50人以上規模における産業医契約の場合の契約時間の目安としても活用できます。これにより、現在非常勤選任契約ではほとんど考慮されたことのない、出務時間に関する基準の参考になるばかりではなく、派遣労働、パートタイム、在宅勤務など多様な雇用実態への応用も可能となります。また産業看護職など、他職種へも全く同じ考え方が適用できるのではないかと考えています。

5. アウトソーシング

a. アウトソーシングの進展

これまでの産業保健は内部専門家の活動として位置付けられてきた嫌いがありますが、小規模事業場ではもともと外部からの支援を受けなければ産業保健サービスが実施できませんでした。今後は大規模事業場をも含めて、サービス提供の基本的形態は外部専門家からのサービスを正面に据えるべきであります。最近では、アウトソーシングというと経費節減や競争による価格低減がイメー

ジされますが、専門機関が主役になることによって、今まで不十分であった高度専門職の効果的活用が期待されます。専門家が本来期待される業務で活躍することにより、専門職の真の専門性が問われる時代になると考えられます。現在はこのような新旧の価値観や活動様式が入り乱れている時代であり、単に大競争の時代などと表面的にのみ捉えて、真のプロフェッショナリズムを育てることを忘れてはならないと考えます。

b. アウトソーシングの利点・欠点

アウトソーシングの利点としては、規模に関わらず等質のサービスが提供できること、スケールメリットが期待できるとともに、頻度の少ない特別なサービスにもある程度応じられるなどがありますが、これらは同時に欠点にもなりえます。うっかりすると形骸化して、サービスレベルが規格化・画一化する危険がありますし、マニュアル化してしまうと、単なる大量生産の道具になってしまう心配も当然考えられます。また、現在問題になっているように、価格競争に陥ってしまうと、今度は安かろう悪かろうになってしまう恐れもあります。

c. 部内者

アウトソーシングは立場によって違いはありますが、次のようにまとめることができます。まず、大企業の部内者では、所属意識だとか忠誠心、あるいは労働者との一体感、家族主義などは利点でありました。うまく行けばこういう環境下では非常に仕事がしやすいという、そういういい面ももちろんあるわけです。この筋書きでは、部外者というのは当事者能力だとか責任感等の問題が出てまいります。

d. 部外専門家の活用

現在企業部外の専門職としては、企業外健診機関、労働衛生機関に所属するもの、嘱託産業医として活躍する日本医師会の認定産業医等が挙げられます。このうち数が多いのは企業外機関と嘱託

産業医です。両者とも実情はまだ理想には程遠いですが、前者の場合、その最大の原因は、担当専門家の雇用条件にあると考えられます。全衛連機関の調査によると、医師の59.9%、保健師の26.1%、看護師の64.5%が非常勤であり、全衛連加盟機関といえどもいわゆる健診機関としてのサービスの域を出ていない実態を物語っていると考えられます。

この10年の産業医制度改善の軌跡を見ると、このような悪循環的状况から脱出するヒントとして資格制度の設置が考えられます。当面は、全く新しい資格を考えるのではなく、日本産業衛生学会の医師、看護職の認定制度を活用することが最も近道でしょう。ただし、健康診断は、たとえ同じ検査方法であっても治療目的で行われる検査とは、診断基準や条件設定は異なるはずであり、臨床検査、問診などについて専門的な健康診断技術が開発され、専門家の教育研修体制が確立される必要があります。今後、学会の生涯教育委員会ガイドラインによって、これら認定制度の内容がさらに普及・向上することが期待されます。

専門家を養成するプロセスを考えると、個別に孤立した形で産業医やコンサルタントが勤務する形ではとても難しいと思います。やっぱり先輩、同僚、後輩がいる中で良い意味での切磋琢磨により自分を磨き上げていく必要があります。こういう観点からみれば、企業外労働衛生機関にはまったく別な意義が見いだされるのではないかと思います。

e. アウトソーシングの評価

これからは正しい活動評価が必須であります。特にアウトソーシングの進展には、活動評価が前提になるべきです。プロフェッショナルリズム育成の過程では、いわゆる PDCA サイクルのように、評価をはさんだ試行錯誤が大切です。評価には先ず評価者を決めなければなりません。今後は労働衛生コンサルタントの中から信頼できる評価者が輩出することを期待します。

表 2 健康診断別実施者と方法

	情報保管者	守秘義務規定*	結果通知
老人保健	市町村	なし	区分を通知
労働衛生	事業者	安衛法104条	結果通知
組合健保	健保組合	なし	区分+指導
政管健保	社保健康事業財団	なし	区分を通知
国保	市町村	なし	規定なし

*公務員守秘義務、医師守秘義務以外

6. 地域保健との連携

a. 地域を基盤とする理由

現在の国の保健施策は、年齢や雇用状態によって根拠法や担当組織が違います。例えば保健施策の中心である各種健康診断の法的根拠と実施者を表2に示しました。現行のシステムは、年齢によって輪切り状態でサービス提供が行われていますが、新たに制定された健康増進法では、健康診断実施主体に対して、実施方法、健康情報管理など制度間での連携を求めています。

生涯途切れることのない情報・健康支援の確立は、地域を基盤とする仕組みによる以外考えられません。また、健診の実施面からみると、10人未満では事業場単位でのアプローチによる集団健診の効率が落ち、経営的に成り立たないといわれています。しかし、その10人未満規模区分に約25%の労働者が所属しています。最近では派遣労働や労務提供など不安定雇用労働者が増加する実態もあり、地域からのサービス提供体制を整備する必要がありますがますます高まっています。ただ、地域を基盤としたサービス提供の場合、費用負担をはじめ事業者責任をどう組み合わせるかなどの条件を検討する必要があります。

b. 地域における連携組織の形成

地域を基盤として組織された工業団地や商工会には、労災事務組合の運営や健康診断の実施まで便宜供与している事例があります。今後、医師会・地域産業保健センターは、連携組織の中心と

なるべきですが、その過程ではこれらの組織を活用して、産業医共同選任や中小企業助成制度などを軸に、より円滑に活性化が実現されると期待されます。また、これまでの労働衛生機関は、これら地域組織とは孤立してサービス提供する例が多かったのですが、今後は地域産業保健センターとの連携強化がますます重要になってきます。同業者組合や総合健保など、産業・職業別組織の機能も重要ですが、健康保険組合の事業目的は、労働安全衛生法の立場と違っているため、現行法の下で直ちに連携が有効に機能するとは限りません。

c. 地域を基盤とする連携関係確立への入り口

地域を基盤とする連携関係を確立するには、まず関係機関における情報の共有が欠かせません。生涯健康管理や専門的支援を目的とする個人健康情報の共有が必要です。また、各種の専門情報や社会的資源の共有も重要です。この際、労働衛生に関する専門知識や技術を、小規模事業場がすべて同じレベルで保持することは不可能なので、スケールメリットや効率を考えると、地域の規模に応じて、専門サービス機能を効果的に配置することが有効だと考えます。

d. 地域を基盤とする連携体制確立への具体的課題

こうした連携を進めるためには、法制度やこれまでの慣習など多くのハードルがあります。これらはいずれも社会制度であり立場の違いによって意見も違うことから、一朝一夕に解決できるものではありません。この間に、われわれ専門家の立場では、さしあたって次のような技術的側面の課題を解決しておくことが必要です。

1) 標準化：地域と職域や関係機関の間で技術や方法が違っていただけでは連携や情報の一元化による効果は期待できない。標準化の対象としては、まず精度管理を思いつくが、それ以外にも、判定方法、指導基準、資料の保存方法など枚挙にいとまがない。

2) 教育・訓練：健康診断は、通常の医療と比べ

てより高度の標準化が必要であり、教育・訓練を担当できる健康管理専門家の養成が待たれている。

3) 情報システムの活用：ＩＣカード、インターネットなど、近年発達した情報システムの活用は、過去には考えられない多くの可能性をもたらした。情報システムの活用は必要不可欠な道具である。

e. 連携の問題点とまとめ

連携の促進にあたって種々の問題点がありますが、中でも事業者責任は最も重要な対立点です。地域では、本人以外には誰も責任を持つものはいませんが、職域においては、事業者の安全配慮義務があり、それにより職場の安全衛生にフィードバックがかかっています。今後小規模事業場などの健康管理を、地域の仕組みでカバーしていくとすれば、事業者責任の在り方について検討し、現在有効に働いている労災保険料のメリット制など、これまでに安全衛生施策に寄与してきた事業者の関与や事業者の動機づけとして効果のあった仕組みを、新しい制度でも継続的に活用する方法を検討する必要があります。

7. これからのコンサルタント業務

a. 今後活用が期待される業務

マネジメントシステムのプログラム作成に必要なリスクアセスメントなどの専門技術は、企業によっては、担当する専門家がいなくても少なくありません。また、マネジメントシステムがうまく動いているかどうかというプログラムの評価や監査も必要です。これからのコンサルタントにとって、マネジメントシステム作成を含めて、これに関連した業務が増えてくると思います。

2 番目に、産業医の権限が強化されて、産業医の判定が重きを増すに従って、経営者側あるいは労働者本人の意見と対立する場面が出てくると思います。そこで、臨床の場ではセカンドオピニオンがだんだん普及しておりますけれども、同じように、例えば証明書を書いたときに、第三者意見として裏書きをするようなことも必要になる可能性があります。また、このような活動の延長とし



て、専門家、特に産業医の評価も依頼される可能性があるのではないのでしょうか。もっとも、これはある意味では仲間内の評価になりますから、よほど信頼されるような立場の人でないと予期しないような軋轢の原因ともなりかねないので、導入は慎重でなければなりません。

もし裏書をした事例が訴訟になれば、コンサルタントは法定における証言者や参考人として公判進行の重要な要素を務めることも考えられます。

b. コンサルタントの活動基盤

つぎに、コンサルタントはいったいどういう場で上記のような仕事をすることになるのでしょうか。弁護士や税理士のように単独で開業するケースは、実態はともかく現行の法律で想定されている形態です。今後は、事務所として複数のコンサルタントが共同でオフィスを持つ形がありえるのではないかと思います。あるいは、労働衛生機関の中にコンサルタント業務を組み込むやり方もあると思います。

異なった専門家、例えば整形外科医とか眼科医とか耳鼻科医、あるいは作業環境測定士や人間工学専門家などとグループ・プラクティスを組むというのもこれからは有力なやりかたになる可能性

があります。

8. 専門性の向上

a. 専門医の養成

最後に、いかに専門性を向上させるかという点に触れたいと思います。最初に、コンサルタント育成に非常に関連の深い日本産業衛生学会の専門医制度の紹介をさせていただきたいと思います。まず、日本産業衛生学会で専門医制度の議論が始まったとき、専門性について、臨床家としての治療経験の必要性や、成人病対策の能力、環境管理や特殊健診の能力等様々な側面がそれぞれの立場から主張され、産業保健の専門性自体の合意が未だに完全にできているとは言えない状況が明らかになりました。このような状況では、専門家を養成するのが極めて困難です。幸いその後日本産業衛生学会では専門職の教育ガイドラインが作成され、今後はこれに沿って専門職の養成や資質の向上が可能となりました。専門職の専門性確立には、科学としての産業医学の発展と実践家としての活動原理、活動倫理の確立が必要です。前者の確立には、前述のように健康学と労働を正視した新しい体系の確立が待たれており、後者はマネジメントシステムの普及に待つところが大きいのです。

日本産業衛生学会専門医制度は平成4年に発足をいたしました。これは日本医師会の認定産業医制度より2年遅れております。現在では、ほとんどの臨床系学会で専門医制度もしくは認定医制度をもっておりますけれども、本専門医制度はこれらと同じレベルに合わせてあり、同じ協議会に加盟しております。また、この制度を作るときには外国の制度をいろいろ調べて、例えばアメリカの専門医制度と大体同じレベルになるように工夫いたしました。

この専門医制度は厳格な試験を行っているのが特徴ですが、受験に先だって受験資格を設けておりますので、5年～7年程度の準備期間が必要です。この間に体系的な産業医学の基礎研修と3年間の指導医のもとでの実務研修を要求しております。試験は2日間にわたって5種類の試験をいたしております。

現在までに、専門医になって5年以上経過した人の中から57人が指導医になっておりますので、専門医の現在数107にこれを足した164人がこれまでに専門医試験に合格した方々です。私がこれまでにに行ったシミュレーションなどから、最低2,000～3,000人の専門医が必要だと思っておりますので、実現までにはまだ相当年数が必要です。

b. コンサルタントにいたるキャリア

コンサルタントになるまでの経路としていろいろあるとは思いますが、コンサルタントとして求められている職務を考えますと、この日本産業衛生学会の専門医を取った人が産業医の実務を10年20年やった上でコンサルタントになるというのが、私は最もふさわしいではないかなと考えています。

上記のような十分医実務能力があるところまで学会が認証した専門医であっても、一生の全キャリアを一社で過ごすというのは、企業にとっても専門職本人にとってもリスクが大きすぎます。専門職の最終目標としては、産業保健部門のトップ、労働衛生機関の経営責任者、専門職としての独立などが考えられます。前述のように、独立した専門家としてのキャリアをつめばコンサルタントへ

発展することが考えられ、マネジメントシステムの外部監査機構としての役割も期待されます。後継者の指導もまた重要な責務であり、産業医学研究者ももちろん必要です。その他、国際協力など、まだまだコンサルタントの担当することが期待される職務はたくさんあります。

専門医以外にも、これまでのように衛生管理者、保健師、作業環境測定士その他いろいろな経路から入りコンサルタントになれる方があって当然ですけれども、これらの専門職にはまだ専門医制度のような卒業修練の成果を学会等が認証する制度がありません。看護職については日本産業衛生学会で認定制度を始めておりますけれども、これは残念なことに、試験をしていません。

作業環境測定士については、専門資格を作るように検討しておられると伺っております。そのようなものが出そろってくると、今よりさらに多くの人がコンサルタントになるだろうと期待しております。

c. コンサルタント育成の研修

私は、コンサルタントとしては、事例、経験の蓄積がなければ話にならないと思います。先ほど申し上げた将来期待されるコンサルタントとしての業務について、本当にクライアントの期待に応えられるような仕事ができるようになるためには、やっぱり事例の蓄積が大事です。

また、リスクアセスメントということになると、これは疫学的な手法を含めたいろいろな大規模な調査研究を自ら担当しないと、到底できません。その結果を経営者に理解してもらうためには、いろいろな人の組み合わせの中で説明する経験の積み重ねが必要です。個別事例の蓄積と疫学の応用経験は優秀なコンサルタントになるためには必須だと思います。

d. 教育・訓練機関、制度の整備

現在最も必要なのはこのような教育・訓練を担当する機関の整備と、身分制度や奨学制度など研修を受ける機会を確立することです。別の定職に

ついたままで受講できる遠隔教育コースの整備や、短期間のスクーリングのための施設、さらには本格的な卒後教育機関として産業保健専攻の大学院修士課程の設置などが緊急の課題であります。これら生涯教育の対象職種としては、少なくとも医師、看護職、ハイジニスト、人間工学専門家、心理専門家等が含まれなければなりません。

e. 産業保健専門家の倫理

現行法では、医療従事者としての責任を除いて、労働安全衛生に関わる全責任は事業者課せられております。しかし、産業保健活動を進める上で、活動内容に見合う職務と権限が与えられ、その成果が正当な報酬という形で評価されなければ本気で取り組む産業保健専門職は出てきません。一方、このような実体ある活動には当然責任が伴います。使用者、労働者と専門職の間に産業保健活動の目的に対する共通の理解を形成し、その目的達成に役立つ専門家養成を支援するという意味で、早急に現行の日本産業衛生学会倫理基準が学会外、特に経営者、労働者にも普及・定着することが期待されます。

〈質疑応答〉

司会 大久保先生、どうもありがとうございます。それでは質問、できるだけ簡単明瞭にお願いしたいと思います。挙手をお願いします。所属とお名前、はい。それでは、今、マイクがまいます。

質問 山口で、大学の安全衛生管理をしております森本と申します。

大学というのは小さい研究室がたくさん集合しているわけですから、いわば中小企業がたくさん集まったコンプレックスみたいなものです。

大学における安全衛生管理を行う上で、ぜひこれは念頭に置いておいたらいいということ、何かセッションがあったら頂きたいと思うんですが。

大久保 大学の衛生管理ですね。(笑)

この中にも経験者がいらっしやると思うんですが、去年は国立大学の独法化に伴い、コンサルタ

ントの活躍の場が広がったと伺っております。

私どもの大学は、産業保健の専門家を養成する大学だということで、従前から大学の安全衛生管理にはかなり力を入れてきております。安全衛生委員会もきちっと定期的に開いているし職場巡視もしております。

先生方ご経験を振り返ってごらんになると、たぶん賛同していただけると思うんですけど、今の質問者のお考えのとおり、研究室というのは非常に閉鎖的です。よその人が入ってきて「ああせい、こうせい」なんて言われるのを最も嫌う場所だと思っていました。

ところが、結果は逆でした。やっぱり、研究室で働く人はインテリジェンス高いですよ。ただ要するに最初は見せるのを怖がっているだけなんです。こんな汚いところを見られたら大変だと思っているだけであって、実はそれ以外の理由はない。いわゆる企業秘密と全く同じですよ。ごく稀な最先端のところは除いて、大抵の企業秘密、特に中小企業の場合は、「これは企業秘密だから見せられません、写真撮っちゃいけません」というのは、本当の秘密ではなくて汚い所を見られたくないだけの話のことが多いですね。(笑)

そういう意味では、大学といえども、遠慮しないでオーソドックスにやるのがいちばんいいのではないかと考えています。最初の緊張さえ取れば意外に協力的だという実感を持っています。もっとも私は産業医大だけしか経験がありません。ほかの大学では違うかもしれません。少し質問の趣旨から外れた答えかもしれませんがこれでご容赦ください。

☆

司会 コンサルタントにとってたいへん示唆に富むお話をいただきましてありがとうございます。

もう一度、大久保先生に拍手をお願いしたいと思います。(拍手)

どうもありがとうございました。