

労働衛生法令の課題と将来のあり方に関する提言

日本産業衛生学会労働衛生関連政策法制度検討委員会¹

委員長 岸玲子

2013年4月15日

はじめに

1972年に労働安全衛生法が公布されてから既に40年が経過した。この40年間にわが国の労働衛生法令は発展し、1976年に作業環境測定基準が告示、1988年に作業管理や健康保持増進の規定と作業環境評価基準が告示、1992年に快適職場指針、1996年に産業医の資格規定と、健康診断結果に基づく措置に関する指針、2005年に面接指導が規定、など充実が図られてきた。同法は、職場における安全衛生活動に関する事業者責任の明確化と自主的活動の推進を目的に掲げる国際的にも先駆的な規定を有している。国による労働災害防止計画の策定に関する規定は2006年に採択されたILO第187号条約の中核である国家安全衛生計画の策定とよく一致しているなど国際的な標準とみなせる規定も多い。

一方、この間、安全衛生活動に関係する疫学、中毒学、生理学、心理学、衛生工学、行動医学等の科学はめざましい発展を遂げ、産業社会への技術の応用も進められた。1990年代には、新規化学物質、心理的ストレス、雇用や就業の形態など労働者の健康に影響する要因が複雑化する中で、法令に基づく個別の有害要因ごとに対策を実施する手法への依存から脱却して、職場ごとにリスクアセスメントを行い、労使でリスクマネジメントシステム（OSHMS）を推進する手法が確立されてきた。

しかし各国の法令と比較すると、わが国では「一般健康診断」や作業環境測定での「場の測定」など、国際的に独特な規定を有している。当初、わが国と同様の法体系を導入した韓国では20世紀末にそれを改正し、またマレーシア等のイギリス連邦諸国ではOSHMSを基本とした制度を確立しており、近年アジア諸国においても、わが国とは異なる労働衛生法令が整備されてきている。また、例えばわが国では国際的に認知されているオキュペーションナルハイジニストの制度が未発達なままとなっているなど、産業界の急速な国際化の中で、わが国の労働衛生分野の法令や制度が国際標準と異なる事項に関しては課題として認識されてきている。

働く人の状況を見ると、世界規模で進行している経済情勢の変化は日本の労働と雇用にも大きな影響を及ぼしている。OECD統計では、2006年以降、日本の相対貧困率は先進国中、アメリカについて第2位とされるがその背景には低賃金で働く非正規雇用の増大という雇用の問題があり、他方、雇用が安定していると考えられる正規雇用の労働者についてもいわゆる過労死や過労自殺につながるような長時間労働は依然として続いている。多くの労働者が精神的ストレスを抱えており職場のメンタルヘルス対策が大きな課題となってきている。2011年、日本学術会議は、わが国では、労働・雇用と安全衛生に関わるシステムの再構築が必要であるとして、長時間過重労働の是正や非正規雇用労働者の諸権利の問題、これまで安全衛生サービス提供が不十分であった10人未満の零細な事業所の労働者や自営業者、国家公務員や農林漁業を含むすべての労働者に労働安全衛生対策が行きわたるよう関連法制度の整備と、産業保健専門職による質の高い産業保健サービスを実施するためのシステム確立、現場での産業保健専門職による自主的な安全衛生活動の推進、安全と衛生の両面から包括的に職場の複合リスクを評価

¹五十嵐 千代、加藤 元、川上 憲人、◎岸 玲子、○斉藤 政彦、武田 繁夫、橋本 晴男、平田 衛、堀江 正知、松井春彦、矢野 栄二、吉川 徹（◎委員長、○副委員長）*担当理事 萩野 景規

管理する技術の開発と普及、災害や健康障害の根本的な原因の解消を進める努力をすべきと提言している。

そこで日本産業衛生学会労働衛生関連政策法制度検討委員会では、わが国における産業保健活動の基盤となる労働衛生法令は、国内外における社会情勢の変化や科学技術の発展とともに変更されるべきものであると考え、このたび現行の労働衛生法令が抱える具体的な課題をまず労働安全衛生法に沿って16の事項に整理し改革の方向性を記述するとともに、個別事項のみでは改革が難しい課題として、①諸外国に比べ顕著で、また長年解決が難しかった長時間過重労働、②近年、増加が著しく、働く貧困層の増加や今後の社会保障や年金制度の問題とも関係する非正規雇用の問題、③危険有害環境と働く人の健康や安全をめぐる課題、④中小零細企業の安全衛生の問題、⑤自殺の増加などとも関係し、大きくクローズアップされているメンタルヘルスの課題、については別項として起こして記述した。それらの一部は労働基準法あるいは労働契約法、職業安定法などにもかかわるものであるが、いずれもわが国の広範囲の労働者に関する問題で心身両面の健康保護の立場から喫緊にまた総合的に解決を検討すべき課題としてとりあげた。また、ILO（国際労働機関）などの国際基準として総会で採択された後、わが国で批准が遅れている条約等についても言及し、提言（委員会報告）としてここにまとめた。

この提言が、本学会会員である産業保健専門職が事業場において産業保健活動の企画や推進をする上で参照され、最終的に学会外に発信され、今後、広く社会で活用されて働く人の健康と安全の保持増進に寄与し、さらに国の労働政策充実発展の一助となることを期待している。

I 労働安全衛生法の見直しに関する課題

1 事業者の自主管理の促進

20 世紀後半からの職場における安全衛生活動に関する国際的な潮流は、事業者の責任を明確化し、労働者が参加する仕組みを確立させ、包括的なリスクマネジメントを強化する方向に向かっている。1972 年に英国で公表された Robens Report が勧告した「法令による規制内容の簡素化」と「事業者に対する結果責任の追求」は、その特徴を端的に表している。英米では、この考え方を取り入れて、目標を明示して事業者による達成を求める「成果基準」の法体系が構築され、英米の行政官署は、「事業者による自主的な安全衛生活動」の内容を監査して、よりよい方向に促す役割を担っている。

一方、わが国は、明治期にドイツ等の大陸法にならって規制規律に依拠した社会体制を敷き、安全衛生分野では全国一律に事業者を実施義務を課す内容を具体的に規定する、「仕様基準」の法体系を構築してきた。労働安全衛生法令は、時代ごとに社会的な関心の高かった問題を中心に逐条的な規制を追加することで発展してきた。また、2006 年には、リスクアセスメントの推進を労働安全衛生法第 28 条の 2 に事業者の努力義務として規定した。

現在、わが国における労働安全衛生法令は、有害要因ごとに体系的に整理された構成とはなっておらず、最低限の実施内容を義務づける内容とよりよい結果を自主的に追求するリスクアセスメントを促す内容が併存している状態にある。また、有害な化学物質の譲渡の際に安全データシート（SDS）を提供する規定が努力義務に留まっているなど科学的な情報の活用や労働者の「知る権利」の保障に消極的である。

実際わが国の職場においては、リスクに基づいた合理的で科学的な管理が行われにくい状況にある。すなわち、たとえ実効性に乏しいと推

測される施策であっても法令が規定している事項であれば、その通り愚直に実施すべきであるという意思が働きやすく、法令で使用される用語の行政解釈に関心が集まりそれが実質的な効力を持つことが多い。逆に、最新の科学技術の成果であっても法令に規定がない事項については検討も実施もされにくい。一部の大企業を除けば、実際の労働衛生活動は、労働安全衛生法令が規定する事項を推進することが最優先で行われている。わが国において勧奨されているリスクアセスメントの内容をみても、リスク低減措置として最優先とされている事項は、労働安全衛生法令の順守そのものであるのが一般的である。このようなことから、労働衛生分野の専門職が、その知識や技術を応用しつつ、職場や労働者ごとの特徴を踏まえながら、創意と工夫で考案するような施策は実施されにくく、そのような専門職の養成や活躍そのものが難しい。

将来は、職場における安全健康リスクの同定とその軽減に明確に軸足を据え、労働安全衛生法令の根幹にある原則と重要な最低基準を選別して明文規定として残しつつ、有害要因ごとの各論を体系的に整理し直して、細部事項については行政指導と司法判断に委ねながら、「仕様基準」から「成果基準」への移行を図ること、およびハザード情報を積極的に活用する仕組みを整備することにより、事業者が産業保健専門職を活用しながら自主的活動を推進して、リスクに基づく合理的で科学的な管理を促すような制度の構築をめざすべきであると考えられる。

2 労働者

1) 非正規労働者

労働安全衛生法は、労働者の定義について、労働基準法に準じて使用者の命令に服して賃金を支払われるすべての者を指すとしている。し

たがって、同法は、事業者に対して、すべての労働者を対象とした安全と健康の確保を義務づけている。さらに労働基準法も使用者に対して、労働者の均等な待遇を義務づけている。しかし、労働安全衛生法は事実上、期間の定めのない契約で雇用し常時使用している労働者に対しては規定している健康管理の義務について、雇用契約が短期間の労働者（日雇い労働者、季節労働者、アルバイト、契約社員等）、短時間勤務の労働者（パート労働者、嘱託社員等）、派遣労働者については、同じ内容では規定していない。すなわち、労働安全衛生法が事業者の義務を逐条的に規定する際に、これらの非正規労働者については適用を除外している条文が多く認められる。実際に、産業医が選任されている事業場であっても、非正規労働者については産業医が面接や指導を行う体制のないところが多い。

今後、事業場において非正規労働者が労働衛生管理の施策を受ける権利を保障するとともに、事業者に対して非正規労働者に職業性疾病や就業による持病の増悪を生じさせないような措置を講じるよう義務づける法制度の構築をめざすことが必要と考える。

2) 出向者

出向は、わが国に特徴的な労働慣行で、労働契約を交わしている事業者の命令を受けて、異なる事業者とも労働契約を交わして、その指揮命令下で勤務する制度である。出向している労働者（出向者）は、出向元と出向先の事業者の両方と二重の労働関係を有する。ここで、労働法令は、事業者の義務として規定する労働者の健康管理に関する事項について、出向者の場合に、双方の事業者のいずれの義務とすべきかについて規定していない。したがって、出向者の健康管理に関する実施事項や責任の分担は、双方の事業者による労働契約に基づいて任意に設定することができる。しかし、その結果、出向者について、その安全と健康の確保に関する責

任の所在があいまいになったり双方の事業者が健康管理の実施を怠ったりするなどの問題が生じている。

今後、出向者の健康管理を徹底するには、派遣労働者と同様に、労働安全衛生法が規定する事業者の義務について、双方のいずれが負うのかについて明確に規定する必要があると考える。

3 事業者

1) 下請事業者との共同作業

近年、ほとんどの業種で、請負業者に作業の一部を外注する業態が拡大している。労働安全衛生法では、建設業と造船業を特定事業に指定して、元請事業者に統括安全衛生責任者等を選任して構内下請業者との連絡協議会を置く等の管理体制を義務づけており、製造業にも一部同様の義務を課している。しかし、これら以外の業種では、元請と下請との共同作業を一体的に管理させる規定がない。したがって、実際には、元請事業者からの要請によって生じた労働衛生面の課題であっても、下請事業者が独立の責任を負う構造になっている。将来は、業種を指定するのではなく、実態として元請と下請が共同で作業をしているのであれば、元請事業者に統括安全衛生責任を課す制度を確立することが必要と考える。

2) 他事業場への異動

労働安全衛生法は、作業環境管理をはじめとして事業場ごとに労働衛生管理を徹底させる体系となっている。しかし、実際には、同じ企業内で事業場間を異動する労働者は多く、労働者の健康管理に関しては、事業場を超えた管理がすでに必然となっている。しかし、同法は、労働者が他の事業場に異動したり他の企業に出向したりした場合を想定して体系化されていない。将来は、労働者が異動する際には、事業場ごとに分散されている作業環境等の情報を連結させて利用する制度を確立することが必要と考える。

3) 大企業の分散小規模事業場

小規模事業場では労働衛生に関する人材や情報が十分ではないことなどから労働衛生活動が推進されにくいことに対して、国はさまざまな支援策を講じている。しかし、それらの施策は企業の規模とは関係のない制度となっているため、大企業の分散小規模事業場が地域産業保健センターを無料で利用してもよいこととされている。しかし、常時使用する労働者数が 50 人未満の事業場のうち、企業として独立している小規模事業場と大企業の一部である小規模事業場とでは、本来、労働衛生に関する人材や情報の程度が大きく異なる。将来は、小規模事業場を一律に支援するのではなく、企業規模に応じて支援の体制や内容を区別すべきであると考ええる。特に大企業は、その企業内の小規模事業場を担当する医師を選任させる義務を課す等の方策が必要と考える。

4) 連結会社

一般に法令の順守は、社会的な信頼やブランドイメージを大切にしている企業ほど、確実に達成しなければならない重要な経営目標となっている。また、大企業を中心に、持ち株会社を設立したり、事業別に分社化や再編をしたりするなど、連結会社としての企業経営を推進している。しかし、現行の法令は、企業の中でも事業場ごとに労働衛生管理体制を敷き、所轄の労働基準監督署に報告させること等を規定している。本来労働衛生管理を推進することは、法令順守の意味だけでなく職業性疾病を予防する意味でも、企業経営の課題である。将来は、連結会社を包括して労働衛生管理を推進できるような法制度を構築していくことが必要と考える。

4 衛生管理者

1) 専任の衛生管理者の選任

労働安全衛生規則第 7 条第 1 項第 5 号では、常時 1000 人を超える労働者を使用する事業場

では、「衛生管理者のうち少なくとも一人を専任の衛生管理者とすること」と規定している。専任の衛生管理者が選任されている大規模事業場では、専属の産業医も選任されているのであるから、これらの事業場においては両者が相互に連携協力して労働衛生の職務を推進することが極めて重要と考える。また大規模事業場においては、衛生管理者が担当すべき業務は多岐にわたるうえ、近年、益々増加しているが、実態はさらに安全、厚生、人事その他の職務と兼任の場合が多い。「専任」という言葉が想定する本来の姿に戻していく必要がある。

今後、事業場が専任の衛生管理者をきちんと選任し、適正に衛生管理の職務に専従させるよう、労働行政が指導することが、労働衛生法令の徹底には必要と考える。

2) 衛生管理者の免許更新制度

現在、労働安全衛生法は、衛生管理者の免許に更新制度を規定してはいない。しかし、衛生管理者は、事業者が実施する衛生管理のうち技術的事項を管理する専門職として、労働衛生に関する法令改正や技術革新その他の変化について理解したうえで、その職務を遂行する必要がある。そのためには、能力向上教育を履修させたうえで、5～10 年程度ごとに免許を更新する制度の導入について検討することが必要と考える。

5 産業医

1) 産業医の解任の届出

1938 年、旧工場法の関係省令（工場危害予防及衛生規則）が、事業者が職場に医師（工場医）を選任する義務を初めて規定した。その際、工場医が死亡又は退職した際は、事業者が行政官庁に解任届を提出する義務が規定されていた。

戦後、職場に医師を選任する制度は大いに拡大されたにもかかわらず、労働基準法が制定された時から解任届の規定は削除されたままにな

っている。その結果、労働基準監督署は、産業医の退職後に新たな医師を選任していない事業者を把握できない制度になっている。

現在、同署に登録されている産業医の中には、すでに死亡や退職した医師が大勢含まれていると推測され、公表されている選任率も実態と大きく異なる可能性がある。

労働衛生管理を徹底するために専門の医師を事業者を選任させるという労働安全衛生法の目的を達成するためには、産業医の選任状態を事業場ごとに適正に把握する体制を構築する必要があると考える。

2) 産業医の専属性の解釈と選任数

1972年、産業医の選任が義務化された当初は、制度が先行し、実際には候補となる医師数が限られていた。それでも、大規模な事業場においては、専属の産業医を選任する義務が規定され、特に、3000人以上の事業場においては2人を選任することが規定された。ただし、このうちの1人は専属でなくてもよいのかどうか明確でない。

また、そもそも「専属」の解釈が明示されておらず、「当該事業場に雇用されていること」、「当該事業場で常勤であること」、「他の事業場と契約していないこと」等の解釈が存在する。

その後、産業医科大学の設置や日本医師会による産業医研修の実施等によって、産業医の供給体制は充実してきたが、3000人を大幅に超える規模の事業場における法令上必要な産業医数は現在も2人のままであり、労働者数に基づいて産業医数を規定する概念が徹底されていない。

将来、「専属」の定義を明確にして、大規模事業場における選任数を見直すことも必要である。また、すべての事業場で産業医が関与できるようにするためには、小規模事業場では労働者数に応じて業務時間を定めて産業医の契約を行う方式を採用すべきであると考えられる。

3) 産業医の資格更新制度

現在、労働安全衛生法は、産業医の資格に更新制度を規定していない。しかし、産業医は、産業医学の専門職として、労働衛生に関する法令改正、科学的知見の蓄積、関連分野の技術革新その他の変化について理解したうえでその職務を遂行する必要がある。そのためには、日本産業衛生学会の専門医制度や日本医師会の認定産業医の制度を参考に、生涯研修を履修させたうえで、5～10年程度ごとに資格を更新する制度の導入について検討することが必要と考える。

6 産業医以外の医療職

労働安全衛生法には、産業医以外の医療職が部分的に規定されている。同法第66条の7は、健康診断結果が有所見の労働者に「医師又は保健師による保健指導」を行う努力義務を規定している。労働安全衛生規則第15条の2は、常時使用する労働者数が50人未満の事業場（以下、小規模事業場）の事業者に対して「労働者の健康管理等を行うのに必要な知識を有する保健師」に「労働者の健康管理」を行わせる努力義務を規定している。同規則第14条の表題に、「産業歯科医」を掲げており、同条第5項は塩酸、硝酸、硫酸、亜硫酸等を取り扱う業務に常時50人以上の労働者を従事させる事業場では「労働者の歯又はその支持組織に関する事項について、適時、歯科医師の意見を聴く」ことが規定されており、同第6項は、事業者又は総括安全衛生管理者に対して勧告する権限も規定している。

ただし、労働安全衛生法は歯科医師や保健師の選任義務を規定しておらず、これらの医療職と産業医との関係についても規定していない。実際の現場で保健師よりも就業者の多い看護師については、規定されていない。ここで、保健師が行う「労働者の健康管理」とは、事業者の義務や産業医の職務としての「労働者の健康管理」のうち一部を指すものと考えられるが、条文上

の用語としては区別できない。

今後、産業医や衛生管理者とこれらの医療職との関係や職務上の役割分担が職能に応じて整理され、複数の医療職が1人の労働者に関与する場合は指導内容に矛盾が生じないように適切に連携することについて、法令上に規定されることが必要と考える。

7 衛生上有害な業務

工場法の関係省令は工場医の職務として「設備又は作業方法にして衛生上有害の所ある場合は、応急処置又は適当なる予防の処置を為すべし」と規定していたが、何のどのような状態が「衛生上有害」であるのかに関する具体的な定義は示されていなかった。

戦後、労働基準法がすべての労働者に年1回の健康診断を規定した際、「衛生上有害」な業務に従事する労働者については健康診断の実施間隔を6ヶ月に短縮することを定義した際に、その具体的な定義として、省令が有害要因を列挙し、労働基準局長による回答（昭和23年8月12日付け基収第1178号）で有害要因ごとの基準が定量的に示された。たとえば、「土石、獣毛等のじんあい又は粉末を著しく飛散する場所」とは、具体的には「粉じん（植物性、動物性、鉱物性のすべて）を1000個/cm³又は15mg/m³以上含む場所（遊離珪石を50%以上含有する粉じんの場合は700個/cm³又は10mg/m³以上を含む場所）」であり、「重量物を取扱う業務」とは、具体的には「30kg以上の重量物を労働時間の30%以上取扱う業務及び20kg以上の重量物を労働時間の50%以上取扱う業務」のことであった。

現在、労働衛生法令では「衛生上有害」な業務に深夜業と坑内業務を追加して使用しており、産業医の選任（労働安全衛生規則第13条）と特定業務従事者の健康診断（同第45条）がこれに基づいて規定されている。

一方、有機溶剤、鉛、粉じん等の特別則は「衛

生上有害」の用語を使用せずに、有害な作業を列挙して、作業環境測定や特殊健康診断の対象としている。また、労働基準法施行規則、女性労働基準規則及び年少者労働基準規則は、1968年に「衛生上有害」の解釈を変更して（昭和43年7月24日付け基発第472号、昭和46年3月18日付け基発第223号）、現在も就業の制限等に使用している。

このように、わが国においては「衛生上有害」の概念について、一旦、定量的な基準を示したものの、1960年代前後から主な有害要因については作業を列挙する定性的な基準に変更して使用ようになった。しかし、1980年代ごろからは、法令で列挙されていない多彩な有害作業の存在、ばく露がほとんどない作業者を規制することの無駄、個人ばく露の程度を客観的に評価する技術の普及、国内外の学術団体によるばく露基準の普及等を理由に、法令の適用についても、定量的な基準に転換することが度々議論されてきた。さらに、労働安全衛生法第28条の2に基づくリスクアセスメントでは「衛生上有害」であるかどうかを省令や通達では規定せず、事業者の責任で自主的に判断させる制度となっている。

「衛生上有害」な業務の解釈は、労働衛生行政の原点であり、すべての事業場に影響を与える極めて重要な課題であると考えられるが、現行の法令に基づく制度が大変複雑で、現場の担当者が正しく理解できず、法令が適正に適用できなくなっているおそれがある。今後、関連する法令を整理して、なるべくわかりやすく明解な解釈を示し、事業者の自主努力を促すような合理的かつ効果的な制度を再設計することが必要と考える。

8 化学物質管理

化学物質に関しては、安衛法第55条から第57条の4までの条文を根拠に、「有害物」とい

う単語を用いて、安衛令、省令、通達で、製造禁止物質、製造許可物質、表示対象物質、通知対象物質（安全データシート（SDS）の交付が必要な物質）を法令で指定し、新規化学物質、変異原化学物質、がん原性を認めた物質の名称を告示や通達で公表してきた。一方、2003年、国際連合は、化学品の分類および表示に関する世界調和システム（GHS）を提唱し、産業現場で使用されている6万種類ともいわれるあらゆる化学物質について、それらを製造又は使用する事業者に対して、有害性の程度に応じた標章を付したり SDS を交付したりすることを勧奨している。この方針にしたがって、労働安全衛生規則第24条の14と同第24条の15は、リスクアセスメントの努力義務を規定した安衛法の条文を根拠に、具体的な名称を指定せずに、事業者による自主的な化学物質管理の促進に向けた努力義務を規定した。

現在このように、化学物質管理に関する法令は、物質名を指定して規制すること、有害性が判明した物質名を公表すること、物質名を指定せずに有害性に着目してリスク低減対策を推進すること等の政策が交錯し、非常に複雑になっている。

実際の現場において、化学物質は、化審法、毒劇物取締法、消防法、PRTR法等の他の法律による規制も受けている。加えて、化学物質に関する有害性は、IARC（国際がん研究機関）、NTP（米国国家毒性プログラム）、ACGIH（米国産業衛生専門家会議）、日本産業衛生学会許容濃度等に関する委員会等の専門職の団体から示される評価結果についても考慮する必要がある。したがって、化学物質管理を担当する人材には高い専門性が要求されるが、労働安全衛生法令における位置づけが明確でない。

将来、特定化学物質障害予防規則、有機溶剤中毒予防規則、鉛中毒予防規則、四アルキル鉛中毒予防規則の4規則を体系化することをはじ

め、化学物質管理の規制をわかりやすく整理し、現場での管理を担当する専門職を明確にすることが必要と考える。

9 労働衛生教育

労働衛生教育には、雇入時と作業変更時の教育、職長の教育、特別教育、健康教育の規定がある。このうち、最も重い罰則が規定されている特別教育については、一部の有害作業に限定されており、有機溶剤、特定化学物質、暑熱その他の有害要因に関しては、死亡災害が発生する可能性のある重大な有害要因であっても規定がない。

また、雇入時と作業変更時の教育は、職場における多彩な有害要因による健康影響を予防することを目的にすべきであるが、具体的な実施内容は、事実上、事業者に任されている。

教育は、本来、定期的に繰り返されなければ知識が陳腐化するおそれがあるが、法令上は能力向上教育の規定もない。

今後、労働衛生教育についても体系化を図り、達成目標を明確にして、精度管理の手法も検討した上で、一層効果的な体制を構築すべきであると考えられる。

10 作業環境管理

1) 屋外作業場における作業環境測定

1972年、労働安全衛生法が作業環境測定を初めて規定した際に、測定する対象職場を「屋内作業場」に限定した。屋外の作業場におけるばく露の評価については、法令上の規定が存在しない。行政通達として「屋外作業場等における作業環境管理に関するガイドライン」が示されているが、その意義は事業者には理解されておらず、普及していない。実際には、現場で、天井の一部を覆わなかったり、側面を開放したりすることで、職場を「屋内作業場」の定義から外す取組みが講じられている。作業場が屋内か屋

外で分けて規制するのではなく、有害要因へのばく露の程度や可能性が高いすべての職場においては、産業保健専門職が、それを評価する制度を構築する必要があると考える。

2) 個人ばく露の測定

1972年、労働安全衛生法が作業環境測定を初めて規定して以来、わが国における作業環境測定は、「場の測定」の考え方にに基づき単位作業場を設定するという概念を導入し、その状態を把握することを目的とした法制度となっている。しかし、諸外国では、「個人ばく露の測定」が主流となっており、技術の進歩も「個人ばく露の測定」の分野で盛んである。また、「場の測定」では、短時間で場所を移動する労働者等の評価が困難である。今後、わが国においても「場の測定」から「個人ばく露の測定」に移行する具体的な取り組みを急ぐ必要があると考える。また、これに合わせ個人ばく露の測定を実施できる専門家が必要となることから、その育成を促進するための制度を検討する必要があると考える。

3) 作業環境測定の拡充

労働安全衛生法第22条が健康障害の原因になり得る要因として列挙しているものは広範にわたっており、原材料、ガス、蒸気、粉じん、酸素欠乏空気、病原体、放射線、高温、低温、超音波、騒音、振動、異常気圧、計器監視や精密工作等の作業、排気、排液又は残さい物が示されている。このうち、長時間労働、心理的ストレスといった最近の職場における業務上疾病の原因とされている要因は、労働安全衛生法第22条に明示されていない。また、病原体、非電離放射線、超音波、振動等については、作業環境測定を義務づける要因に関する労働安全衛生法施行令第21条が示すリストに記載がない。しかし、これらの要因のうち非電離放射線、超音波、振動については、作業環境を測定するための指標が確立しており、日本産業衛生学会の

許容基準等をはじめとするばく露限度も示されている。

今後、健康障害の原因になり得るすべての要因について、労働者が就業することによりばく露された程度を評価する体制を整備する必要がある。健康に有害な要因の測定と評価については、今後も技術開発を進め、体系的な法制度を整備することをめざすべきであると考えます。

4) 作業環境測定の報告義務化

作業環境測定を実施しなかった事業者に対する罰則は、健康診断の実施や産業医の選任等よりも重いものが規定されている（懲役6カ月又は罰金50万円以下）。ところが、健康診断の実施や産業医の選任では定められている労働基準監督署への報告義務が規定されていない。したがって、作業環境測定の実施率や項目別の有所見率といった統計も存在しない。加えて、違反している事業場を効果的に摘発することができない。労働者が有害要因にばく露されるリスクの高い事業者には報告義務を課したうえで、作業環境を適切に管理していなかった事業者に重い罰則を科す体系とすべきであると考えます。

5) 精度管理の監査

作業環境を測定する技術は、告示により標準化されているが、健康診断における臨床検査のように大きな市場や監視体制がなく、適正な測定方法の開発やそれを測定機関に普及させるための活動は、実際には、現場の倫理感に任されている。作業環境測定士が適切なサンプリングを行おうとしても事業場がわざと操業を控えて有害物質の飛散を抑えた状態で作業環境測定を実施させている場合もあり、その結果からは読み取りにくい。本来、作業環境測定の適切な実施については、労働基準監督署のような権限のある組織が監査する体制を構築すべきであると考えます。

6) 作業環境評価の拡充

1988年に告示された作業環境評価基準は、粉

じんと化学物質の測定結果を評価する基準を示している。酸素欠乏、電離放射線、事務所の一般環境は、各省令で評価する基準が規定されている。しかし、測定基準が告示されている温熱と騒音については、評価基準の省令や告示がなく、通達で示されている。今後、作業環境の測定基準に対応した評価基準が整備されるべきであると考えられる。

7) 作業環境測定の結果に基づく職場や作業の改善

労働安全衛生法に特有の制度である作業環境測定については、その結果に基づいて、職場の改善が実施されるかどうか極めて重要である。

労働安全衛生法第65条の2は、事業者が「作業環境測定の結果の評価に基づいて」、「施設又は設備の設置又は整備、健康診断の実施その他の適切な措置を講じなければならない」ことを規定しているが、罰則は規定されていない。また、いずれかの措置を講じた結果が第三管理区分のままであっても、事業者が、当該職場での作業方法の見直しや作業の中止を行うなどして労働者が有害な要因に過剰にばく露されないように作業を管理しなければならないとする規定がない。

そして、健康診断に関する規定では、その結果に基づいて医師の意見を聴く制度を伴っているのに対して、作業環境測定の結果については作業環境測定士をはじめとする産業保健専門職の意見を聴く制度が規定されていない。また、同法に関する具体的な事項について規定する省令については、一般的な手続きを規定すべき労働安全衛生規則には前述の条文を受けた規定が存在しない。粉じん、石綿、有機溶剤、特定化学物質、鉛、酸素欠乏に関しては、それぞれの特別則に規定があるが、対象となる化学物質が限定されているうえ、気温、騒音その他の要因について作業環境測定の結果に基づく措置に関する規定は存在しない。

今後、作業環境測定の結果を活用して効果的に職場や作業の改善を推進するためには、健康診断の結果の手続きと同様に、労働安全衛生規則で一般的な手続きを規定し、その中で、職場や作業の改善に関する知識と技術を有する専門家に意見を尋ねたうえで、作業環境が改善できない場合には作業方法を改善すること等を義務づける仕組みを構築すべきであると考えられる。

8) 作業環境測定士の役割の拡充

労働安全衛生法第2条第4号は、作業環境測定とは、デザイン、サンプリング、分析までの過程を指すと規定している。また、作業環境測定法は、作業環境測定士は「作業環境測定の業務を行う者」と定義しており、作業環境測定の結果に基づく職場や作業の改善への関わりについては法的な定義がない。このため、一般に、作業環境測定士の役割は「法定の作業環境測定を行うこと」だけであると認識されている。一方、経験が豊富な作業環境測定士は、作業環境測定を通じて作業場を自ら直接に調査し観察しているため、職場や作業の改善に関して具体的かつ効果的な提案を行うことができる者も存在する。ところが、作業環境測定士の法的な役割が事実上「測定」に限定されているために、優れた改善案を考案した場合でもそれを事業者に伝達する仕組みがなかったり、作業環境測定士自身が職場や作業の改善に関心を持たなかったりして、作業環境測定士の特性や潜在能力を十分に活用することができていない。

今後、作業環境測定士の定義を拡充し、作業環境測定士が作業場の管理に関しても事業者へ助言を行う責任と権限を定めるべきと考えられる。これにより作業環境測定士には、作業環境測定の結果が第二管理区分又は第三管理区分であった場合には、事業者に対し職場や作業の改善に関する意見を述べる、個人ばく露の測定や生物学的モニタリングなどによる精査の実施について助言すること、有機溶剤中毒予防規則等

に新たに規定された作業環境測定の評価結果等の労働者への周知の方法等について意見を述べることなどに積極的に関与できる道を開くべきであると考えます。

加えて、労働安全衛生法第 28 条の 2 に基づいて推進されるリスクアセスメント等に関しても、作業環境測定士が「リスクの評価」だけでなく「リスク低減措置の検討」に積極的に関与するよう促すべきであると考えます。

以上を通して、適切な教育、経験を経た作業環境測定士が、より高度な労働衛生の専門家に発展できるための枠組みを整備すべきと考えます。

9) 工学面での統括的役割を果たす専門家

工学的な面から労働衛生を推進するために今後必要とされる専門家の役割として、現場における化学物質の管理（第 8 項）、個人ばく露の測定の実施（第 10 項 2）及び作業環境測定士の拡充された役割（第 10 項 8）を挙げた。これらの役割は別々の専門家が負うよりも一人の専門家が負う方が効果的かつ効率的であり、欧米ではオキュペーションナルハイジニスト又はインダストリアルハイジニストと呼ばれる専門職がその職務を遂行している。今後、リスクの評価と管理を統括的に行うことができるこのような専門家を育成するための仕組みを構築すべきであると考えます。

11 作業管理

作業管理は、労働衛生管理の 3 管理のひとつと位置づけられており、長時間労働、交替勤務、夜勤、繰り返し作業、不良な作業姿勢といった作業環境管理では十分に改善することが困難な課題について、作業時間や作業方法を改善することで安全で快適な作業を実現し、健康リスクを低減しようとする分野である。1988 年、労働安全衛生法第 65 条の 3 は、「事業者は、労働者の健康に配慮して、労働者の従事する作業を

適切に管理するように努めなければならない。」と規定している。しかし、作業管理に関するすべての有害要因を対象とした規定は乏しく、一部の省令で作業主任者の職務や保護具に関する事項が規定されているのみであり、専門職、測定指標、評価方法等について、法令上は体系化されていない。

一方、行政通達としては、「キーパンチャーの作業管理について」、「チェーンソー取り扱い作業指針について」、「職場における腰痛予防対策指針」などが示され、これらの具体的な内容では中心となる対策は作業管理であることが記されている。しかし、行政指導の効力は限定的であり、産業医や衛生管理者の積極的な関与がなければ有効な活用は難しい。

休業 4 日以上の業務上疾病の約 60% を占める災害性腰痛は、近年、介護職や医療職が被災する事例が増加している。国際的に、筋骨格系障害の対策は画一的な基準を設けるのではなく、職場ごとのリスクアセスメントに基づく作業管理が標準である。

今後、作業管理に関する法制度については、国際標準や科学技術の知見を整理して体系化を図る努力が必要と考えます。

12 健康管理

1) 一般健康診断を実施する目的

一般健康診断は、わが国で、結核を早期発見する目的の健康診断として始まった経緯がある。現在は、事実上、労働者に有病率の多い循環器疾患等の一般的な疾病を有する労働者の就業適性（就業の可否、業務制限の必要性）を判断する目的で実施していると考えられるが、これらの目的が法令で明文規定されていない。欧米では法令で事業者にこのような健康診断の実施義務を課しているところは少なく、結果を保存する形態で実施するところはない。また、2008 年に施行された高齢者医療確保法に基づいて医

療保険者が実施する特定健康診査との調和が図られ、検査項目がよく一致していることや結果の情報が事業者から医療保険者に提供されていること等の特徴もある。これらのことから、事業者、労働者、その他の担当者等の中には、一般的な疾病の早期発見を目的とした公衆衛生施策の一環として実施されている健康診断との混同や誤解がみられる。また、業務歴等の職場や作業に関する問診が軽視されている傾向がある。そこで、一般定期健康診断の各項目については有効性そのものを科学的な **evidence**（検証）に基づいて実施することが重要であるが、さらにそれを職域において実施する場合には産業保健に関する国際的な標準に基づいて、事業者が取得してよい労働者の健康情報は職場や作業と関連のある事項に限られること、及び一般健康診断を実施する目的は職場や作業が労働者の健康に与える悪影響を予防するためのサーベイランスであることを明確に示し、その目的に合致した検査項目の選定や結果の取扱い方について、改めて検討する必要があると考える。

2) 一般健康診断の種類

特定業務従事者の健康診断、海外派遣労働者の健康診断、給食従業員の検便等は、業務別の健康診断と考えやすいが、現在、一般健康診断に分類されており、紛らわしい。法令上の位置づけを整理する必要があると考える。

3) 特殊健康診断の検査項目

現在、法令上は業務別に実施されている特殊健康診断の検査項目の中には、非特異的な検査項目が規定されているものが多くみられる。検査項目は多ければ多いほど情報が増えるわけではなく、むしろ非特異的な検査での陰性の結果が有害な健康影響を否定する方向に判断をゆがめるネガティブラベリング効果がある。検査後確率や事後措置の選択への寄与まで考えた科学的根拠に基づく検査項目の再検討が必要である。そのため、対象となる有害要因が明らかな健康

診断については、その要因によるばく露や生体影響を評価できるような検査項目を実施する必要があり、適切なバイオロジカルモニタリングの指標があるものについてはそれらを活用することが必要と考える。

4) 特殊健康診断としての歯科健康診断

塩酸等を取り扱う業務に従事する労働者を対象とした歯科医師による健康診断は、労働安全衛生法第 66 条第 3 項で規定された特殊健康診断であり、常時使用する労働者数に関わりなく、事業者による実施や就業上の措置等の義務が課せられたものである。この健康診断の結果を労働基準監督署に報告する際は、労働安全衛生法第 66 条第 1 項で規定されたいわゆる一般健康診断の様式によって行うこととされている。ところが、一般健康診断の結果を労働基準監督署に報告する義務は、常時使用する労働者数が 50 人以上の事業者のみに課せられているものである。したがって、小規模事業場からの報告が行われていないこと及び一般の予防歯科が行う健康診断と混同されやすいことが課題である。現状では、小規模事業場等を中心とした歯の酸蝕症の実態が把握できていない。歯科健康診断の結果を報告する様式は、有機溶剤その他の特殊健康診断と同様のものに変更することが必要と考える。

5) 海外派遣者の健康管理

海外派遣労働者の健康診断は、定期健康診断の代替措置としての目的及び海外派遣により増加する健康リスクを低減することを目的としていると考える。しかし、現行の法令は、6 カ月以上にわたり派遣される労働者を対象に事業者が派遣前と帰国後に健康診断を実施することが義務付けられているのみであり、海外に滞在中の労働者を対象とした健康管理や 6 カ月未満の者を対象とした健康管理に関する事業者の義務についての規定がない。感染症や消化器疾患のリスクに加えて、近年は、精神疾患や歯科口腔

疾患のリスクへの対策が必要とされている。製造業を中心とした発展途上国への進出は活発化している。これらの事業場が、派遣先ごとに異なるリスクを評価して、健康診断の項目、派遣前の健康教育、予防接種、滞在地の医療情報の提供、滞在地での相談体制の整備、緊急搬送の体制の整備などを講じるよう促すことが必要と考える。

6) 短期間・短時間雇用労働者の健康管理

就業適性の評価と改善を目的とする健康診断は、職場で働くすべての労働者を対象に実施すべきである。しかし、現在の法令は、事業者が一般健康診断のうち雇入時健康診断を実施する義務について、雇用契約が1年以内である労働者（以下、短期間労働者）や1週間の所定労働時間が通常労働者の3/4未満の労働者（以下、短時間労働者）を対象者として規定していない。これらのことから、実際には、現場に健康管理票がなく医師による就業適性の評価も受けていないままの労働者が数多く就業している。雇用条件が不安定な労働者についても、就業適性が確保されるような健康管理の体制を構築することが必要と考える。

7) 派遣労働者の健康管理

派遣労働者の健康診断は、法令上、一般健康診断と特殊健康診断で実施主体が派遣元事業者と派遣先事業者に分かれて実施することになっている。しかし、1人の労働者の健康診断はどちらかでまとめて実施し、その結果もまとめて評価するのでなければ、実効性がない。特に、環境や作業に関連した健康障害の防止が健康診断の目的である以上、作業環境管理及び作業管理と合わせて評価することができるような体制にしていく必要があると考える。

8) 採用前の健康診断

労働安全衛生法が規定する雇入時の健康診断は、本来、就業上の適正配置が目的であり、採用の可否決定が目的ではないが、これらの目的

についての明文規定はない。一方、労働安全衛生規則第43条は、受診して3ヶ月未満の健康診断の結果を提出した者について、事業者による健康診断の実施義務を免除している。したがって、実際には、多くの事業者が、採用候補者に対して過去3ヶ月未満に実施した健康診断結果の提出を求めている。すなわち、現行の法制度は、事業者が採用の可否を決定する前に採用候補者の健康状態を把握できる制度になっている。定年退職者の再雇用の可否を決定する際も同様である。採用の可否を採用候補者の健康状態によって判断することは、健康障害の過大評価につながりやすく、慢性疾病を有する多くの国民から就業の機会を奪うことになりかねず、望ましくない。加えて、結果的に採用しなかった者については、事業者が労働者でない者の健康情報を入手してしまう状況を招いている。このようなことから、採用の可否を決定する前に事業者が健康情報を入手することを原則として禁止する法制度とする必要があると考える。

9) 作業環境測定結果の健康診断への活用

現在、有機溶剤中毒予防規則、特定化学物質障害予防規則等に基づく健康診断の対象者は「業務に常時従事する労働者」と規定されているが、「常時」の定義は明示されていない。すなわち、法令による規制の対象となる化学物質を使用する作業場の労働者に広く網を掛ける「ハザードに基づく健康診断」となっている。また、作業環境測定と健康診断は別々の体系となっていること、および作業環境測定が場の測定となっていることから、個人の評価に活用しにくい面がある。しかし、本来これらは、作業環境測定結果及び個人ばく露測定（第10項2）の結果を利用して、化学物質による健康リスクを労働者ごとに評価して、それに基づいて健康診断の対象者を選定し、その結果を個々の労働者の健康状態との因果関係を推定するために活用すべきである。すなわち、科学的かつ合理的な「リ

スクに基づく健康診断」への移行を図るべきであり、そのための法制度を検討することが必要と考える。

10) 健康診断結果に意見を述べる医師

労働安全衛生法第 66 条の 4 は、健康診断結果が有所見の労働者に関して、事業者が医師に就業上の措置について意見を聴く義務があることを規定している。実際には、産業医をはじめとする医師が、労働者の健康診断結果を解釈して、就業上の措置に関して必要と考える具体的な内容を事業者に対して助言・指導する。その際、当該医師は、職場や作業について知悉していることが前提となる。ここで、小規模事業場においては、産業医の選任義務がなく、就業上の措置に関して意見を述べる適当な医師がいない。制度上は、地域産業保健センターの医師が解釈することも可能であるが、実際には、産業医と異なり職場を見たこともない医師では解釈が困難な場合もあると考えられる。健康診断を担当した医療機関の医師についても同様である。職場や作業をよく知らない医師による判断は、安全域を見込みつつ健康の保持を優先した判断になりやすい。すなわち、就業適性を容認する判断を下しにくいと考えられる。就業適性を適切に判断するためには、地域産業保健センターや健康診断実施機関の医師を事業場に招聘して判断させるといった具体的な指導を示すことが必要と考える。

11) 健康診断の改善

現在、健康診断の内容は、不定期に設置される行政委員会での改変が検討されている。科学技術の急速な発展や新たな有害要因や業態の登場が相次ぐ現状を考慮すると、健康診断の内容を常に検討する常設の行政委員会や行政組織が必要と考える。

13 面接指導

1) 面接を申し出ない長時間労働者

労働安全衛生法に基づく長時間労働者に対する医師による面接指導は、事業者が実施する義務のある対象者を本人が申し出た労働者に限定している。ただし、健康上のリスクや課題を抱える労働者のうち申し出をしない労働者が、効果的な対策を講じられることなく見逃されるおそれがある。また、面接指導を受けた労働者に認められる健康上の課題として最も頻度の高いものはうつ状態等のメンタルヘルス不調であり、うつ状態が深刻な労働者は申し出ないおそれが高い。これらのことから、実際には、多くの事業場において、本人からの申し出の有無に関係なく、長時間労働に従事した記録が認められるすべての労働者に面接指導を実施する体制を敷いている。今後、本人が申し出ない労働者を含めて長時間労働に従事したすべての労働者に面接指導を実施する義務を課す制度が必要と考える。

2) 面接指導と健康診断の記録

労働安全衛生法は、長時間労働者に対する医師による面接指導を健康診断とは別の仕組みとして規定しており、その記録は健康診断票とは別の記録として保存されることを想定している。しかし、実際には、1 人の労働者の健康状態に関する記録であり、健康診断と面接指導では相互に活用することで一層効果的な健康管理が可能となるような健康情報等が含まれている。そこで、両者の記録については、一体的に活用する個人の健康管理票に保存するよう推奨することが必要と考える。

3) 面接指導後の措置

長時間労働者の面接指導は、いわゆる過労死防止のための緊急避難や最後のセイフティネットとしての機能がある。しかし、顕著な医学的所見を有しない労働者が長時間労働を継続することを産業医が承認する手続きに利用されてしまう可能性がある。また、多少の医学的所見を発見しても、産業医にはその原因である長時間

労働そのものをやめさせる権限はない。すなわち、現在の診断技術と産業医の立場からは、面接指導を通して長時間労働を解消させる仕組みには困難が多く、むしろ労働者の健康を確保する観点からは、労働基準監督署が長時間労働そのものを把握して解消させるように指導を徹底することを優先すべきである。たとえば、毎月、事業者が、労働基準監督署に、一定期間ごとに、長時間労働に従事した労働者数と比率や面接指導の実施数を報告するよう義務付ける等の制度が必要と考える。

14 健康管理手帳

労働安全衛生法第 68 条が規定する健康管理手帳を給付する要件は、労働安全衛生法施行令が規定しているが、特別管理物質等の長い潜伏期間を経て発がんする有害要因のうち一部にしかならない。また、有害要因別に必要な従事年月が異なるが、その科学的根拠が明らかでない。

健康管理手帳は、名称が企業等による任意の健康管理手帳や健康増進法が規定する健康手帳と誤解されやすい。内容を反映した名称になるよう退職者公費健康診断手帳等と改名することが期待される。

このように、健康管理手帳の支給要件を整理し、その名称についても改善することが必要と考える。

15 じん肺法

1972 年、労働安全衛生法が公布された際に、すでに存在していたじん肺法については、統合されなかった。一方、じん肺法と関係省令（じん肺法施行規則）には、作業環境測定や保護具等といった概念が含まれておらず、これらにつ

いては、労働安全衛生法の関係省令（粉じん障害防止規則）で規定されている。また、石綿は粉じんではあるが、2005 年から独立の特別則として粉じん障害防止規則から関連部分の規定が分離されているが、じん肺法施行規則では分離されていない。現在、じん肺法に独特の規定も存在するが、現場で運用する上で複雑である。じん肺法が規定する健康診断は、粉じん障害防止規則に基づく特殊健康診断として規定して、じん肺法を労働安全衛生法に統合することが必要と考える。

16 守秘義務

労働安全衛生法は、事業者が労働者の健康診断や面接指導の結果を記録し保存する義務を課していることから、法定の健康診断等に関与した担当者には守秘義務を課している。実際には、多くの職場で法定外の検査が実施されているほか、事業者が診断書の提出を受け保存している。欧米では、特に機微な情報である健康情報は医師又は看護職が保管して、事業者は見ることができない制度になっているが、わが国における職場の健康管理では、事業者が労働者の健康情報を幅広く取扱うことが常態化している。これらのことから、法定外の健康情報については、医師又は看護職が保管するよう事業場ごとにルール化することが望ましい。しかし、医師又は看護職が関与できていない事業場では、実効的な解決策がない。医師又は看護職が実質的に関与できていない事業場における健康情報の保護については、衛生管理者や衛生推進者等に法令で守秘義務を負わせただけで担当させる等の現実的な対策を講じる必要があると考える。

II 個別条文を超えて広範囲な制度改革が必要な課題

1 長時間・過重労働を是正するために

第 I 章第 13 項で述べたごとく過重労働による健康障害に対しては労働安全衛生法のもとで、長時間労働を行っている労働者に対する産業医の面接指導が取り組まれている。しかし我が国では根本的な一次予防対策が遅れている。何よりも長時間労働を解消するための方策を講じることが、焦眉の課題といえる。

日本学術会議は、「こうした課題については、現場を熟知している労使の取組みが重要であることは言うまでもないが、我が国では約 9 割の事業場に労働組合が存在せず、また労働組合の多くが企業内組合であるという現実から立法の役割が依然として大きく」「長時間労働による過労死や過労自殺が社会問題となっていない他の先進国の基準・制度は参考になる」として、「36 協定」などに関わる労働基準法を大幅に改めることが、長時間労働の解消にとっては有効でかつ不可欠であると指摘し、具体的な施策を実行に移すことを提言している。

日本産業衛生学会労働衛生関連政策法制度検討委員会は、過重労働による健康障害予防の見地から特に長時間労働の解消には、時間外労働を含めた 1 日の最長労働時間を設定し、1 日の仕事の終了から翌日の仕事の開始までに一定の休息時間を設けること、特に現行の法定労働時間規制を空洞化させている、36 協定の制度を改め、時間外労働について、1 日、1 カ月、1 年の単位での法的拘束力を持つ限度時間を設定すること、また、EU において最低連続 11 時間の休息時間を付与することが行われているが、この休息制度を我が国でも導入することが望ましいと考える。今後、国や労使に対して検討を求めたい。加えて 2 労働週（10 労働日）の連続休暇を規定した ILO 第 132 号条約の批准を視野に入れ、中小企業を含む種々の産業職場でどのような課

題があるのかを整理し、既にモデルとなっている企業の経験に学ぶなど、有休のあり方などを含めて、国民的な議論を進め、諸環境の整備を図っていくことが必要と考える。

2 増加する非正規雇用労働者の健康影響と労働条件等について

非正規雇用は、非正規雇用労働者の相対的な低賃金、選択的な有害危険業務への配置、不十分になりがちな労働衛生教育や健康管理、各種保険や労働衛生サービスからの排除に加えて、労働者間の複数身分導入による差別対立のため、正規雇用者も含めた安全衛生のための条件改善の障害となるなどの機序で重要な健康影響を及ぼすことが指摘されている。そこで、12 項で述べた非正規労働者への直接の健康管理に加えて、これ以上、非正規雇用を増やさない、また賃金や安全衛生を含めた労働条件の差別をなくすための対策が必要である。前項で述べた長時間労働は 20 代後半から 30 代、40 代男性の中で特に顕著で、我が国では長時間労働は、長年女性が多くを占めてきたパートタイム労働者の存在と裏表とも言われる。一方、その補完としての非正規労働者の増加の一因でもあり、日本学術会議提言で指摘されているように、日本のパートタイマー等は正規労働者(正社員)との格差が非常に大きい。EU 指令でヨーロッパ諸国が 1990 年代には相次いで批准した ILO175 号(パートタイム)条約を日本はまだ批准しておらず、働く母子世帯で最も生活が厳しい状況とも関係がある。また派遣労働者、契約社員など非正規労働者の存在と増加はその人々の管理のため、さらに正規職員は長時間労働とならざるをえない原因ともなっているとされる。ILO（国際労働機関）は “decent work for all（すべての人に人間らしい働き甲斐のあるまともな仕事を）”

を目標として掲げている。その視点で、今後、我が国では長時間労働を減らす対策と非正規雇用の課題解決は併せて考えていく必要がある。

3 危険有害環境と働く人の健康や安全をめぐる課題

職場における危険有害環境の問題の背景には、まず最も重要な法定の最低基準しか順守されない事業所、あるいは自主的安全衛生活動に消極的な事業所の存在がある。オフセット校正印刷職場の胆管がん多発の問題は未だその原因や全容が解明されていないが、有機溶剤「1.2 ジクロロプロパン」と「ジクロロメタン」によると推定される。印刷事業場に係る胆管がん症例で労災申請を行うものが62名も出ている（25年2月12日現在）。なぜこれまでに対策がとられなかったのか？発端となった事業場では産業医は選任しておらず、巡回バスによる一般定期健康診は受けていたが特殊健康診断は実施していなかった。また作業環境測定もしていなかった。実際、発表された厚生労働省による全国調査(速報)では印刷関係の有機溶剤取扱い職場で局所排気装置がない(38.4%)、特殊健診をしていない(77.5%)、作業環境測定なし(60.1%)などの問題点が明らかになっている。化学物質の安全管理に関わるILO170号条約を批准し労働者の「知る権利」を日本も認めるべきであり、化学品の危険有害性を伝える「GHSラベル」など国際的な枠組みに沿って日本でももっと多くの化学物質についてSDSを普及すべきであるが、日本産業衛生学会は、増加する化学物質の管理を現場でどう進めるのか？特に中小零細企業も視野において学会は専門家集団として検討し提案を行う必要がある。

4 中小企業に係わる課題

中小企業基本法に従って中企業を300人未満、WHO/ILOに従い小企業を50人未満とした場

合、50人以上の中企業においては産業医・衛生管理者選任、(安全)衛生委員会設置、労働基準監督署への定期一般健診結果の報告(夜勤等に係わる定期健診を含む)の義務があり、10人以上50人未満小企業には前述の義務はないが(安全)衛生推進者選任義務がある。しかし、中小企業、特に100人未満企業においては、それらの選任率や活動状況は高いとは言えない。さらに、10人未満小企業においてこれらの義務規定はなく、小規模事業所の半数近い270万事業所を占める自営業のうち、被雇用者がいない自営業については対応が全くない。(ちなみにILO161号条約・171号勧告は自営業者をも含めている)。

なお作業環境測定や健診などをおこなう労働衛生機関は作業環境測定法の規定はあるが、労働安全衛生法令上の位置づけがない。一方、現在多数を占める三次産業など健康安全リスクが製造建設業に比べ少ない事業所では、現行法令通りの労働衛生管理に関わる業務が必要かは疑問である。今後は、事業所が雇用する労働者数、職場の健康安全リスクに係わる業種・部門または職種によって産業医などの従事時間を定めるなど、柔軟な対応も考慮する必要がある。

事業者が労働者の健康保持・増進のためにおこなうべき活動は、中小企業(100人以下の中企業や小企業の単独事業所)の事業所内では「外部機関」が必要であろう。しかし、一度は全国すべての都道府県に設置された産業保健推進センターが平成25年度には15か所になってしまうような現実もある。今後、「外部機関」あるいは地域産業保健センターの活動も含めて中小零細企業における産業保健のありかたについては学会が本腰をいれての検討が必要である。

5 メンタルヘルスをめぐる課題

厚生労働省による職場のメンタルヘルスに関する指針が公表されて以来、事業所での活動は

急速に普及した。しかし、メンタルヘルス対策を実施している事業場は50%未満であり、事業所規模による対策の差は拡大傾向にある。特に、長時間労働などの労務の過重性への対応とともに、労働者の人間的な成長や社会参加を含めた、心の健康をめざした新たな施策、職場への予防対策や支援機能を高める新しい枠組みを作ることが重要であるとして、日本学術会議では、その提言のなかでは、国際的な動向を見据えながら新しい職場のメンタルヘルスの方向性を確立すること、行政、労使代表、研究者や産業保健専門職が参画する場を設けて、職場のメンタルヘルスの具体的な枠組みの確立に向けて早急に議論が開始されるべきであるとしている。あわせて休業した労働者が円滑に職場に復帰するためのプログラムの普及とサービスの質の標準化を図るべきであると提言をしている。

第179回国会に提出された労働安全衛生法改正案で規定される予定だったストレスチェック

の仕組みは、現行の定期健康診断での自覚症状の間診から精神的健康の状態に関するものを区別していること、労働者に受診義務を課しながらも、原則として、事業者の結果が報告されない形式で、感度や特異度が不明確な労働者の精神的健康に関する検査を行うものとなっており、科学的にも実務的にも解決すべき多くの課題を有しているとの指摘もある。

最近の世界各国のメンタルヘルス対策の動向を見ても、職場におけるメンタルヘルス対策は、人間関係を含めた職場環境の改善などの幅広い活動を通して、労働者の心身の健康を保持増進することに寄与する仕組みを構築すべきである。今後は第一次予防対策を強化して、メンタルヘルス不調の発症予防に取り組むための法令の強化や労働現場での有効な仕組み作りが望まれている。

まとめ

2012年は工場法の制定から101年目、労働安全衛生法から40年目の記念すべき年である。日本産業衛生学会労働衛生関連政策法制度検討委員会では、労働安全衛生法の個別条文ごとに問題を指摘するとともに、働く人の心身の健康と安全に関わる課題をさらに5つの視点からとりあげ、労働基準法など労働法制度全体をも視野に含めて主として健康、安全の視点から論点を指摘した。今後、本委員会は諸課題に応じて個別ワーキンググループ等を立ち上げ、さらに論点整理の作業を続け具体的な課題解決のために尽力する所存である。

参考文献

1) 日本学術会議 提言 雇用労働に関する課題別委員会を 「「労働雇用と安全に関わるシステムの再構築を一働く人の健康で安寧な生活を確保するために」 2011年4月

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t119-2.pdf>

2) 国際労働機関 (ILO) の各条約については「職業衛生機関に関する条約 (第161号) ILO1985.ほか ILO 東京駐日事務所 HP に日本語での詳しい説明があるので参照 <http://www.ilo.org/public/japanese/region/asro/tokyo/index.htm>