

第5回 過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会

議事次第

平成16年7月30日(金) 13:30~16:30

於：厚生労働省共用第8会議室

- 1 開会
- 2 議事 (1) 過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会報告書案について
(2) その他
- 3 閉会

〔配布資料〕

資料NO.1 過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会 報告書案

資料NO.2 平成15年中における自殺の概要資料

第5回過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会 議事録

日時 平成16年7月30日(金)

13:30~16:30

場所 厚生労働省6階共用第8会議室

和田座長

ただいまから「第5回過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会」を開催いたします。本日の主な作業としては、前回の議論などを踏まえて、報告書の取りまとめをしていきたいと思っております。本日は安福委員が欠席されております。中嶋委員と西村委員が途中で退席されます。人事異動によりまして事務局側のメンバーに交代がありましたので、ご紹介をお願いします。

主任中央労働衛生専門官

先週の人事異動でメンバーが交代しています。まず安全衛生部長は前任の恒川から小田に、労働衛生課長は中林から阿部に交代しています。本日は欠席しておりますが、環境改善室長が高橋から中村に交代しています。

和田座長

今回の資料について、事務局から資料の確認と説明をお願いします。

主任中央労働衛生専門官

資料No.1は「過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会報告書案」です。これについては後ほど内容についてご検討いただきたいと思っておりますので、説明は省略いたします。

資料No.2は「平成15年中における自殺の概要資料」です。これは警察庁のほうで、先日取りまとめて公表されたものです。公表文をそのまま付けています。新聞等でもだいたい掲載されていましてご承知かと思っておりますが、平成15年中の自殺者の総数が3万4,427名ということで、平成14年に比べまして2,300名ほど増加しています。職業別で見ると被雇用者、管理職というように、労働者と考えられる者が合計しますと9,000人を超えて、こちらも前年に比べて増加している状況です。これは参考までに配らせていただきました。資料に関しては以上です。

和田座長

どうもありがとうございました。資料について、何かご質問はありますか。

それでは本日は資料No.1の「過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会報告書案」について、具体的に議論を進めていきたいと思っております。今回はこの報告書案について、まずご意見をいろいろいただき、8月にもう一度検討会を開催して、最終的な取りまとめをしたいと考えています。それでは事務局から前回と同じように、資料No.1を順次読み上げていただき、その後委員の方々からご意見をいただきたいと思っております。前回と同じように区切って進めます。最初は「はじめに」、2番目は「労働者の健康に関する現状と課題」についてお願いします。

主任中央労働衛生専門官

資料の1頁から4頁にわたりますが読み上げさせていただきます。

- 1 はじめに・・・(読み上げ部分省略)
- 2 労働者の健康に関する現状と課題・・・(読み上げ部分省略)

和田座長

「はじめに」が主な目的、2番目は、現状の解析と背景、課題、問題点を挙げているわけですか。これに関してご意見はありますか。

保原委員

中身の問題ではなく表現の問題ですが、2頁目の最初の の4行目、「云々に基づく業務軽減措置を怠った場合は」は、少し足したほうがいいと思います。

和田座長

どんなふうに足したらいいでしょうか。

保原委員

はい。例えば「業務軽減措置を怠ったことにより、労働者が上記のような疾病に罹患した場合」としたほうがいいと思います。

和田座長

実際に結果が出た場合ということですね。理論的にはそのとおりだと思います。

保原委員

3つ目の のいちばん下の行ですが、これは私もいい考えがないのですが、あえて言えば、「確保を推進する」とか、ただ「推進」もあまりよくないのですが、ここはお考えいただきたいと思います。

和田座長

「健康を向上する」ならいいですが、「健康を確保する」はおかしな感じですね。4頁の2つ目の の3行目に「13例」と出ていますが、これはいちばん上の51件のうち13例という意味ではないですよ。

主任中央労働衛生専門官

別の調査です。

和田座長

そうすると、「何例中」と書いていただきたいと思います。

主任中央労働衛生専門官

確か労働者に関しては、全体で101例であったと思います。

和田座長

全体数がわからないと、13例がどういう意味を持っているかわかりませんので。ここは課題提起ですが、他に問題はありませんか。それでは次に移ります。3番目の「基本

的考え方」について事務局から説明をお願いします。

主任中央労働衛生専門官

5 頁の「基本的考え方」を読み上げます。

3 基本的考え方・・・(読み上げ部分省略)

和田座長

以上、基本的考え方、方向づけ、事業者の責務、是非、労使による自主的な取組をしてくださいということ、労働者自ら取り組んでほしい、産業医保健スタッフは非常に重要であるため活動を促進してください、健康情報の保護には気をつけてくださいという流れでしたが、何かご意見はありますか。

東委員

5 頁の 3 行目の(3)「労働者の健康管理に係る措置の徹底の確実な実施を図る」はくどいので、「の徹底」は必要ですか。「措置の確実な実施を図ること」でよろしいですか。

主任中央労働衛生専門官

これは通達の内容を引用したものですから、こういう形になります。通達の文章を確認し、あまりくどいようであれば見直して、直させていただきます。

藤村委員

5 頁のいちばん下に、(2)事業者の責務があり、6 頁の 1 つ目の「具体的には事業者は健康診断結果、産業医による職場巡視、時間外労働時間の状況と様々な情報から把握しよう」とですが、健康診断結果というのは、産業医がチェックして、それを事業者に知らせる形が望ましいと思うのです。この文章を読むと、事業者は健康診断結果をまず見て、産業医におけるこれこれ等を併せて、職場の状況を把握すると読めます。ですから、「具体的には事業者は産業医による健康診断結果、職場巡視、時間外労働時間の状況」としたほうが誤解がないように思います。

主任中央労働衛生専門官

産業医が選任されるのが 50 名以上ということがあり、健康診断はすべての事業場ということで挙げていますので、別に書いています。産業医のほうは産業医の職務として、職場巡視をすることを求めており、これは産業医が選任されている事業場に限定されますが、そういう情報もあるということで、例示として挙げております。産業医による健康診断結果というと、どうしても事業場の一部になるので、このほうが、趣旨からは適当と考えています。

和田座長

産業医による健康診断結果の聴取も含んで、全体として考えていただきたいということだと思います。事業主は健康診断の結果、すべて入手するのが前提になるのですか。

主任中央労働衛生専門官

法的には事業者が健康診断を行い、それを踏まえて必要な措置を講じる流れになっています。

和田座長

いまは結果をすべて事業主が把握するようになっているのですね。

藤村委員

保原先生の健康情報保護の検討委員会での考え方ですと、なるべくこういう健康診断結果等を、事業者がすべて把握する形でないほうがよろしいという結論ではなかったかと思えます。

和田座長

産業医が把握して、それから必要に応じて聴取するということですか。

藤村委員

そうです。悪いものだけを知らせる。

保原委員

藤村委員がおっしゃったとおりですが、ただ、産業医がいない事業場もたくさんありますから、現行法をいきなり変えることは難しいと思えます。専属産業医がいるような所では、健康診断のデータは専属産業医が直接受け取り、必要な範囲で事業者や労働者にも知らせるのが望ましいという方向になっています。ただ、小規模事業場やいろいろありますし、あるいは嘱託産業医で実際は毎日事業場にやってこない人もいますので、一概に健康診断のデータは全部産業医が握ることになると、たくさん漏れるところが出てきますので、いま言ったような方向で考えようということですか。

和田座長

この記載でそんなに抵触はないのですか、その辺はどうですか。

保原委員

現行法ではやむを得ないと思えます。

藤村委員

6頁の(5)「産業保健スタッフの活動の充実」とあり、7頁に、「このため事業場に対する支援、特に、小規模事業場への産業保健サービスの提供の充実が望まれる」とありますが、小規模事業場への産業保健サービスの提供の充実を、産業保健スタッフが役割として担うということですか。

主任中央労働衛生専門官

いま藤村委員がおっしゃるとおりで、確かに「産業保健スタッフ」と言うと、産業医、衛生管理者、事業場の中で産業保健に携わる人を想定しています。後ろの産業保健サービスの提供は、おそらく外部機関が中心になると思いますので、表題と若干そぐわない面はあります。この部分は何らかの形で読み込める整理にしたいと思えます。

和田座長

事業場に対する支援というのは、誰による支援なのですか。

主任中央労働衛生専門官

国がということになります。表題は単純に「等」を入れるとか考えさせていただきます。

和田座長

次に4番の取り組むべき対策の方向、(1)過重労働による健康障害防止対策の在り方に入ります。アの健康診断の実施とその結果に基づく適切な事後措置と、イの疲労の蓄積によるリスクが高まった場合の面接指導、この2つについて事務局からお願いします。

主任中央労働衛生専門官

それでは7頁から9頁にかけて読み上げます。

4 取り組むべき対策の方向

(1) 過重労働による健康障害防止対策の在り方

ア 健康診断の実施とその結果に基づく適切な事後措置・・・(読み上げ部分省略)

イ 疲労の蓄積によるリスクが高まった場合の面接指導・・・(読み上げ部分省略)

和田座長

少しずつ具体的な対策を盛り込んでいるわけですが、これに関してご意見を伺います。

大野委員

8頁の3つ目の「この医師による面接指導が云々」とあり、「又は2ないし6か月間に月平均80時間」とありますが、これは2か月でもそうするのか、それとも6か月待つのか、それは明確にされなくてもよろしいですか。

主任中央労働衛生専門官

ここは2か月でもそうする想定です。

和田座長

1か月ずつ調査をしてデータを取って、2か月にわたって80時間になったらすぐやるとか、3か月取ってみて80時間超えたらやりましょうという意味だと思います。

大野委員

2か月と6か月と随分差があるので、どうかなと思ったのです。

主任中央労働衛生専門官

2か月、3か月、4か月、5か月、6か月、それぞれにわたり80時間を超えているかをチェックすることを想定しています。

和田座長

もちろん6か月经ってから調べるのは非常に手遅れになってしまいますから、2か月ごととか、3か月で区切って調査することになると思います。9頁の2行目、問題がない、変化がないと判断するときは、「面接指導に代えて調査票による健康チェックを行う」ですが、いま通常の事業場でやっているのは、時間がオーバーした人に対して、ま

ず健康チェックを調査票でやって、それを見て産業医が面接・指導をする所もかなり多いようです。

主任中央労働衛生専門官

西村委員が調査された結果では、そういうところもあると聞いています。基本的には産業医等による面接と言っていますので、ここはむしろ若干緩めた表現にしています。

和田座長

まず「面接をしる」ということをきちんと出したいということですね。

主任中央労働衛生専門官

この部分のご意見いただければと思います。毎月必ずやれというところまでは必要ないのではないか、前のヒアリングの中でも、あまり頻繁にやるとかえって無駄だと、労働者が感じてしまう向きもあるという話もありまして、取りあえず事務局の案として書かせていただきましたが、これでは緩すぎるとか、ご意見をいただきたいと思います。

和田座長

あまり省略を強調すると、こちらのほうがメインに見えて、省略、省略といってしまう可能性があるので、基本的にはちゃんとやって下さいと強調して、場合によっては省略してもいいというニュアンスのほうがいい感じもします。

藤村委員

調査票の具体的な内容は何かモデルがあるのですか。

和田座長

1つは中災防が出している自己診断チェックリスト、それから厚生労働省の研究班で作られた簡易調査票があります。

主任中央労働衛生専門官

いま労働者の疲労度自己診断チェックリストがあります。これはあくまでも自分自身が自らをチェックするという意味ですので、これで足りているかと言われると自信はありません。

藤村委員

これは大体の事業場で活用されているのですか。

主任中央労働衛生専門官

ここは、まだこういったチェックリストを使うという話は具体的には出していません。いま申し上げたのは、労働者自身が自らの疲労の具合をチェックしてみようと。もし問題があれば医師に相談するなり、自己管理をするきっかけにしようとしているもので、医師によるチェックという視点とは違うので、その意味では不十分なものと言えるかもしれません。

藤村委員

ここでは産業医が面接の間隔をやや長くするために、その間見落とさないように行

う調査票と考えてよろしいですね。それに対応できているものだと。

主任中央労働衛生専門官

基本的には、8頁の下に「医師が」と書いてあり、医師の方が省略して構わないと判断したときには、省略できる、そのときにただ判断するのではなく、チェックリストを見た上で判断するという手法もあり得るのではないか、これはそういったやり方をしている所もあるという調査の結果等もあり、事務局で例示的に書かせていただきました。ここは評価していただき、それでは手ぬるいということであれば、また見直しをしたいと思います。

和田座長

産業保健スタッフに対して提出して、それを産業保健スタッフがチェックするという感じでどこでもやっていますね。

藤村委員

その内容は、例えば階段を上るとき息切れがして、時には休まなければならないとか、あるいは不整脈があるとか、頭が痛いとか、そういうことが全部チェックできるのですか。

主任中央労働衛生専門官

これは行政のほうから示したものはなく、各社でそれぞれやっておられると思います。ですから、その中におっしゃるような項目が入っている所もあると思います。そこは医師が必要と認めた項目を書いていると思います。面接票というものを書いてしまったものですから、そういったものが具体的に確立しているという印象を与えたとしたら、そこまでのものではございません。

和田座長

一般的に使われているのは、数年前に作られた「職業性ストレス簡易調査票」と、もう一つは厚生労働省が中災防に委託して作成された「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト」の2つを皆さん使っているようです。8頁のいちばん下の「ハイリスクグループ」は、毎月の残業が80時間以上の者が、それとも45時間以上の者を指しているのですか。

主任中央労働衛生専門官

ここはそういった危険性が高い方ということで、基礎疾患のあるような方ですと、そういった短い時間外の場合でも当てはまる可能性はあると思います。

和田座長

個人の面接指導は、原則として80時間以上ですよ。

主任中央労働衛生専門官

想定ではそうです。「不安を感じたとき」「周囲の者が異常を疑ったとき」も面接指導しなさいということです。

和田座長

そういう場合は、面接指導を優先したほうがいいではないですか。「チェックリストでやっているよ」と言うよりも、80時間以上の者は必ず面接指導はやらなければいけないわけですから、そういった人や、非常に調子が悪くて不安な人は面接指導をします。不安や症状を持っている人をグループ分けして、ハイリスクグループとするのにチェックリストを使うという感じになると思います。

黒木委員

8頁の下から4行目、「衛生委員会等の意見を聴き、自主的な基準により制度化していく」は、具体的にどういうことを期待されているのですか。

主任中央労働衛生専門官

この部分は、時間外労働は短い時間と言って、どこに線を引くかという問題もありますが、80時間まで達していない人であっても、調子がおかしいと思ったときには、面接指導を受けられる仕組みは必要ではないかということです。ただ、そのときにそれをどこまで拾うかという場合、いろいろな知見が集約されているとまでは言いづらいところもあり、そこは事業場の実態に応じて労使の間で話をして、衛生委員会の意見も聴く等により、うちの会社ではこういうふうにやろう、ということで決めていただくやり方がいいのではないかということです。80時間以上の所は必ずやっていただく。それよりも下の部分の所はギリギリ決めることはしないで進めていただくという趣旨です。

西村委員

8の下の で、例えば産業医が時間的な余裕がないとか、いくら呼び出しても来ないような人がいて、毎月呼び出すことがかえって慣れを生んでしまい効果が上がらないとか。このニュアンスとしては、たくさん対象者がいたときに、産業医が対応できなくなるので、その中でさらに選別という考え方はあるのですか。

主任中央労働衛生専門官

対応ができないというのは言い訳になりにくいところがあります。おっしゃるように、何回も呼び出されて、面接そのものが無駄だという印象が全体に広がることはどうか。ここは医学的なご意見をいただければと思いますが、若い方で健診結果とか、それまでの面接結果を見ても、あまり問題がないと。例えば残業があるにしても、来月過ぎればゆとりができるだろうから、この一時をしのげばいいという意味ではストレスがさほどかからないだろうといったケースとか、そこはあまり立ち入った話はできませんが、医師の判断によっては省略できることもあるのではないかと。

西村委員

スクリーニングした上で個別化して、それがちゃんと将来的なことを考えて、うまくいっているのか、あるいは行きそうもないのかということを見ながら、柔軟に対応することもあるのですか。

主任中央労働衛生専門官

ある程度の柔軟性を持ってもらってもいいのかなと。毎月、必ずやらなければいけないのか、という意見が前のヒアリングでもありましたので、前回の議論のまとめの中で、省略というか、毎月必ずやるとしなくてもいいのではないかと。省略するといっても、事業者が省略するのではなく、あくまでも医師が判断して省略するという前提です。

が、そういうことも選択肢としてはあり得るということで、議論がありました。

西村委員

この前のアンケートですと、面接をして、その後は事業場ごとでいろいろな対応をされて、幅が広いように思いますので、いまおっしゃった考え方を書くほうがいいかもしれません。調査票は1つの事例に過ぎませんので、いろいろな対応をされているのが現実的だと思います。ここは非常に重要なところです。

和田座長

基本的には80時間以上の人に対しては、そんなに数は多くないので、100%面接指導をしてほしいという考え方があるわけですね。

主任中央労働衛生専門官

原則としてはそうです。

和田座長

要するに個別化して選択するのは、45時間から80時間の人だと思ったのですが。

主任中央労働衛生専門官

そこはあまり切り分けしないで想定していましたので、ご意見をいただいた上で考えています。

西村委員

80時間以上で、毎月、毎月呼び出さないといけない人が出てくる事業場もあるわけですね。

主任中央労働衛生専門官

あまり望ましいとは思えませんが。

東委員

8頁の2つ目の で、「さらに、事業者は、医師による面接指導の結果に基づき、必要に応じて」というのがありますが、できれば医学的に必要な措置というのを1つ加えておいて、例えば「健康診断」や「より精査できる」を加えたほうがいいと思います。これは謳っていないから事業場ではできないという話になっては困りますが。

もう1つはそういうことがありますから、長時間の残業等については、負担がかかるから制限すべきだということを盛り込んでおきたいという気がします。それを受けて、いまお話になっている部分が出ているのですが、初めから除外措置だけが前面に出ているという認識がありますが、原則としては医師による面談を長時間の人たちにはする、ということがまずあるべきです。医師の判断か、産業医の判断か、どちらにするかわかりませんが、一応医師のほうがいいですね。医師による判断によって、別の手段をとることも考えられるというニュアンスで良いと思います。「省略する等とすることも考えられる」と、あまり強く謳ってしまうと少し怖いような気がします。

主任中央労働衛生専門官

原則として、「面接はする」と謳うと。

和田座長

そこはちゃんと謳ったほうがいいと思います。

主任中央労働衛生専門官

例示にしたものですから、逆にやらなくてもいいという印象を与えたかもしれません。これは文章を変えます。前のまとめでは、そういうことも考えられるという書き方をしています。

和田座長

個人面接しなければいけないのは80時間以上ですが、現在では、それよりも引き下げて45時間から80時間の人もなるべくピックアップして、実際は面接をやっているのです。そういう所にはこういう方法で、取捨選択してやったらどうでしょうかということですね。実際に80時間以上の人は、全体から見てそんなに多くはないので、やれないことはないと思います。

主任中央労働衛生専門官

その点はもう1度見直して、場合によっては、委員の方たちの意見を個別に出していただくことも考えます。非常につまらないことですが、8頁の の3つ目で、「具体的には」と書いていますが、これは書く必要もないかなと思いながら書いていたのです。1か月間の時間外労働が100時間を超えた場合として、例えば7月30日から前日までの分で、1か月間、毎日チェックすることは過重な負担になると思ひまして、月単位で残業手当等支給していますので、そういう取り扱いでいいのではないかとということ、こういう文章を考えましたが、その辺りはいかがでしょうか。

和田座長

本来から言えば、毎日やって、次の日がきたらその次の日にやるというのはいいのですが、実際は大変なことですね。

主任中央労働衛生専門官

毎日、面接しなければならなくなります。

和田座長

ただ、必要なのは、2か月も3か月も遅れて、産業保健スタッフに情報が来るのは非常にまずいことで、必ず迅速に情報が来るシステムを作るほうが重要だと思います。これは月単位ということではないと思います。

次にウ 事業場における労使の自主的な取組、エ 労働者自身の取組の促進について、事務局から説明をお願いします。

主任中央労働衛生専門官

9頁の中ほどです。

ウ 事業場における労使の自主的な取組・・・(読み上げ部分省略)

エ 労働者自身の取組の促進・・・(読み上げ部分省略)

和田座長

ウとエに関してご意見を伺います。

中嶋委員

ウの最初の のところですが、下から3行目で特に業務と脳・心の発症との関連性が強いとされるのは、月100時間を超える場合だけが挙げられていますが、8頁の3つ目の だと100時間と並んで同等な場合として、2ないし6か月間に月80時間を超えてなっています。ここは100時間だけに絞ったのは特に何かあるのですか。

和田座長

この前、データ、文献等でお示したように、また前の調査もよく見直してみると、大体月100時間に相当する場合に、必ず有意な差が出てくるということですから、したがって、100時間になっています。ただ、月100時間ということは1日の残業が5時間です。そこで有意性がみんな出ていたということで、特に100時間を強調したいということなのです。そういうこともあって、できれば100時間以上は絶対にさせないでくれというのが我々の希望だったものですから。特に強い関係があるという意味なのです。

80時間以上は関係があるというデータもあるし、ないというデータもあるし、月単位で実際の対策に入ってしまった場合に、月で100時間できちんと押さえて、それ以上絶対にやらないでくれといったほうがわかりやすいと思います。2か月、3か月にわたって80時間あったからやめさせると、時間的にもずれが生じてしまうと思います。そういう意味もあります。文献的にも100時間というのが非常に強く出ているということもあります。80時間を超えることはやむを得ない場合もかなりあるだろうと思います。ただし100時間だけは絶対守ってほしいという願望を込めて、それでこのところだけ100時間を強調したということです。

中嶋委員

ご趣旨は理解しました。ありがとうございました。

主任中央労働衛生専門官

前のほうと同じ表現ぶりで、「発症との関連性が強いとされる」と同じ言い方をしているのに差が見られないと、ここは座長の意思を踏まえて、もう少し文言を強調する形にしたいと思います。

藤村委員

揚げ足を取るみたいで申し訳ありませんが、ウの最初の の特に業務と脳・心臓疾患の発症というので、「脳・心臓疾患」という言葉がいくつも使われています。これは正確には脳血管疾患とか。

和田座長

脳血管疾患や虚血性心疾患などとしておいたほうが、いいかもしれませんね。

藤村委員

そうですね。そうでないとアルツハイマーから脳腫瘍などすべて入ってしまうわけです。それが100時間の時間外労働と、どういう関わりがあるかという問題になってきますから、全体的に脳血管疾患あるいは心臓疾患にしたほうが誤解がないと思います。

和田座長

そうですね。前のときはこういう表現ではなくて、あれはどういうふうにしましたかね。心血管疾患で、血管のほうには脳の血管も含めるというニュアンスで確か記載してありましたから、そういう言葉を使わせていただきます。

主任中央労働衛生専門官

省略してということなのかもしれませんが、前の通達ですと脳・心臓疾患という言い方で使っていました。

和田座長

過重労働による脳・心臓疾患と言っているのです、それは虚血性の心疾患と。

主任中央労働衛生専門官

わかりました。そこは定義を「脳血管疾患及び虚血性心疾患等」といい、そこら辺をまとめて脳・心臓疾患というような呼び方をしている形がありますので、そこは誤解のないようにしたいと思います。

和田座長

きちんと書くのだったら、脳血管疾患及び虚血性心疾患等としてこれを脳・心臓疾患と呼ぶと書いておけばいいです。

主任中央労働衛生専門官

そこは前のほうで定義するなりして整理させていただきます。

藤村委員

虚血性心疾患でまとめるわけですか。

和田座長

虚血性疾患等と「等」と言っていましたね。

藤村委員

虚血性（ischemic）ということですが、これは要するに冠動脈の閉塞などのことのみですよね。

和田座長

そうですね。

藤村委員

例えば過重な肉体労働によって心肥大を来す。そういうものは虚血性心疾患に入らなくなってきました。

和田座長

でも心肥大は対象疾病になっていないですよ。

藤村委員

要するに心筋梗塞、狭心症ということですか。

和田座長

ええ。虚血性心疾患等というふうに分類して、「等」には致命的な不整脈を含めています。

藤村委員

これは ischemic ですか。

和田座長

ischemic 等と「等」を入れてあるのです。虚血性疾患等ということですか。2つに大きく分けて脳血管疾患と、虚血性心疾患等ということにしています。

藤村委員

わかりました。

西村委員

前のときは、「脳血管疾患及び虚血性疾患等」として、「以下、脳・心臓疾患と言う」ということで最初に括弧に入っています。その「等」というところに不整脈と急性大静脈解離が入っているという分類になっています。

藤村委員

わかりました。

和田座長

そういうことを、いちばん初めのところに書いて、「以下、脳・心臓疾患と言う」としておけばいいと思いますが。事務局から何かありますか。次に移ります。10頁の(2)メンタルヘルス対策の在り方というところで、アの計画の策定、イの職場のストレスの把握と改善、ウの個人のストレス対処力の向上、この3つについて事務局からお願いします。

主任中央労働衛生専門官

10頁から11頁にかけてです。読み上げさせていただきます。

(2)メンタルヘルス対策の在り方

ア 計画の策定・・・(読み上げ部分省略)

イ 職場のストレスの把握と改善・・・(読み上げ部分省略)

ウ 個人のストレス対処能力の向上・・・(読み上げ部分省略)

和田座長

ありがとうございました。この段についてご意見を伺いたいと思います。ご自由にご発言ください。

藤村委員

11頁のイの最初の、「他方、個人の対応として」というところですが、何らかのチェックリストなどによってスクリーニングをしなければ、実効は出ないのではないかと

考えます。評価手法が確立していないことと、フォールス・ポジティブが出た場合に不利益になるということで、結論としてはこれをしないということなのですね。しかし、事業場に5,000人なり1万人なりの労働者がいるときに、何をもって面談をするのか。面接の前段階としてのスクリーニングの方法が他にあるのでしょうか。

2頁の上から5行目に、「業務による心理的負荷を原因として精神障害を発病し、あるいは当該精神障害により自殺に至る事案が増加し」と書いてあります。これは業務による心理的負荷、つまり職場の配置替え、上司との軋轢、仲間とうまくいかない、仕事が合っていないといった心理的負荷を原因としてと、画一的に書いているわけです。

こちらでは面接をなささいとしている。5,000人もいる労働者に産業医が、どうやって前段階としてスクリーニングをして面接をするのでしょうか。スクリーニングをするためにチェックリストを使ったほうがいいのではないのでしょうか。

それと不利益になると言いますが、チェックリストで危ないと思って呼び出し、「本当に眠れないのですか」「夕べ、何時間眠りましたか」という質問をして、それがなぜ不利益になるのか。フォールス・ポジティブの例で面接を行うことが、なぜ労働者の不利益になるかがよくわからない。

大野委員

藤村委員のご意見に全く同感です。先日私が申し上げて少し調べてみたのですが、チェックリストだけでスクリーニングをするというのは難しい。ただ、チェックリストに加えて医師なり専門の者が面接を併用すると、スクリーニングの効果が上がるというデータは確かにあるのです。

ですから、そういうところを含めて、例えばここでスクリーニングしようとする事については、単独で評価を行うだけの手法が確立していないこととする。つまり単独でしてしまうと、確かにこの人はおかしいといったことで不利益になる可能性もあるわけです。そういうふうにしていただいて、その次に個人のストレスの状況を把握するとすれば、スクリーニングに加えて、専門的知識を有する者による面談を実施して行うような適切な評価が併用できること。問題を抱える者に対して云々という体制が存在していること等が前提となるとすれば、両方を含むことができるのではないかと思います、いかがですか。

和田座長

そういう意味を含んでいますね。チェックリストだけでやらないほうがいいと言っているわけです。

藤村委員

大変結構なご意見だと思います。そうしていただければ大変ありがたいです。ただ、ここで問題のない労働者を精神疾患として捉えてしまうこと、つまりチェックリストでスクリーニングすることが、精神疾患をスクリーニングしていると考えられている。そうでなくうつ状態でも何でもいいのです。あるいは疲労が溜まっていて多少精神的に不安定になっている者、つまりメンタルヘルス不調を捉えればよろしいわけですから、これを精神疾患と書くからいけない。精神疾患をスクリーニングというのは難しいです。

和田座長

いまのチェックリストは、うつ状態とかは判定で出てくるのですか。どんなふうなチェックリストになるのでしょうか。実際にやったことがないので知らないですけど

も。

大野委員

それはいろいろありますが、例えば先日、黒木委員もご指摘になった厚労省の研究班で作ったものと、うつ状態とか不安の強さ、あとは職場のストレス状況など、いろいろなものが評価できることにはなっています。

安全衛生部長

過去の経緯はよくわからないのですが、これはスクリーニングという形にしなければいけないのですかね。例えば本人が自己点検のためのチェックリストという形でやっていって、本人がどうも該当するなと思うときに産業医に相談するとか、そういう形ではまずいのですか。何となく精神疾患のスクリーニングという感じで引っかけていくと、ちょっと抵抗があるかなという気がします。

藤村委員

精神疾患のスクリーニングとは一切していない。

安全衛生部長

あるいは精神症状のスクリーニングですね。

藤村委員

メンタルヘルス不調のスクリーニングなのです。

安全衛生部長

スクリーニングのほうは、よろしいのですかね。

藤村委員

スクリーニングしなければ、面接することもできない。

安全衛生部長

スクリーニングというのは、自己評価のためのチェックリストにするという形ではまずいのですか。

藤村委員

ですから前の会でも何回も申し上げています。

安全衛生部長

過去のことは分からないので、申し上げているのです。

藤村委員

要するに本当の精神疾患、いわゆる精神病に分類される者は一般的に病識がないのです。つまり自分は病気であるという認識がないわけです。そういう人たちに自己でチェックしろと言われても、これは無理なのです。

安全衛生部長

そういう認識はないけれども、客観的なデータとしてチェック、チェック、チェックと上がってきて、やるということは。

藤村委員

それは結構なのです。本人にみんな渡して、これでチェックしてください、チェックしたものを全部集めて産業医が見て、危ないなと思ったリスクの高い人たちを呼び出しでも構わないわけです。なぜ本人がやることにこだわるか私はよくわかりません。

大野委員

ご本人にさせていただくことの問題点というのは、いま藤村委員が言われたこともありますし、もう1つはご本人が問題だと認識しても、自己申告をしない可能性が非常に高いと思います。例えば私は中央官庁で保健管理をしていたことがあるのですが、結構ストレスを皆さんが感じていらっしゃるはずなのに、ほとんどどなたもいらっしゃらないのです。そういった意味で、自己チェックして自己申告しなさいということでは、事業者はそれを把握できないだろうと思います。そのためにどうすればいいかを考えて、このスクリーニングというのが出てきたと理解しています。

和田座長

全体として見ると、スクリーニングをやってはいけないとは絶対言っていないので、やってくださいということ。ただ、先ほど大野委員が言われたように単独で評価しないで、是非、専門家の面談を含めて評価してくださいということ、きちんと書けばいいのではないのでしょうか。

藤村委員

そうです。それがわかれば全く問題はない。

主任中央労働衛生専門官

例えば我々が心配していたのは、規模の小さいと言うと無責任な言い方かもしれませんが、あまり産業保健に関心のないような所で、こういう市販の物があるからとパッと配り、点数を付けてみて、彼はちょっとおかしいのではないかという話が出てきたとき、それがきちんと適切に情報管理されて、適切な対応ができる保障がない中でそういうふうになると、まさに問題のない労働者をうつ状態も含めて捉えてしまって、不利益を与えるということも起こりかねないと思っています。

そこまでやるということは問題が生じる可能性があるのではないかという意味で、やることは悪いことではないけれども、やるならばきちんとしてほしいということだけを、とりあえず出しておくことでいかがでしょうかというので、この文章にしているわけです。

藤村委員

いまの小規模は産業医もいないから、事業者が適当にチェックしてやるのは危険があるというお話ですが、厚労省の立場としては、小規模事業場は産業医の配置等を今後、どんどん進めていく。あるいは地域産業保健センターみたいなものをどんどん利用するという立場ではなく、小規模事業場でこういうことが問題になるとおっしゃっていることは、厚労省がそういう小規模事業場の産業医活動は諦めてしまっている。これを推進するつもりはないと聞こえるわけです。

主任中央労働衛生専門官

もしそう取られたとしたら、そういうつもりはありません。事業場がすべてきちんとした認識でやられている所と、残念ながらそうでない所もあるのではないかとということで、そういった所での問題の発生を危惧したということです。別に進めるつもりはないとか、そういうことでは全くありません。

藤村委員

是非、これは小規模の事業場において進めていただきたいのです。日医の認定産業医は6万人いるわけでしょう。グループ体制をいろいろ考えたりしたら6万人でかなりのものがカバーできるわけですから、これを是非厚労省が音頭を取って、指導力を発揮して進めていただきたい。

主任中央労働衛生専門官

産業保健活動を推進したいということは、おっしゃるとおりです。ただ、心の問題というのは若干難しい部分も、普通の身体的なものに比較するとそれだけセンシティブな部分があるということで、慎重さが求められるのではないかと認識がありますから、いまのようなことを申し上げた次第です。繰り返しになりますが、スクリーニングそのものをしてはいけないということを、行政として考えているということでは全くありません。それはできる体制にある所は、適切にやっていただければいいのではないかと、ということを書いてあるつもりです。そういうふうにご理解いただければと思います。

大野委員

先ほど藤村委員がご指摘の、問題のない労働者をという文章で、確かにこれがはっきりしないのは、例えば安易にスクリーニングを使用して労働者に不利益が発生する恐れがあることとか、そういう形にされれば、安易にというところが出るのではないかと思います。

もう1点、そういった意味で誰が今度面接をするのかということで、専門的知識を有する者というのは、どういう人たちが対象になっているのか。これはどこかにご説明があるのですか。

主任中央労働衛生専門官

こういった心理的な評価を行うということが、そういう専門的な知識を持った方であればできないのではないかとということで、これは書いてあるつもりです。

黒木委員

この専門的知識を有する者というのは、例えばどういう職種ですか。

主任中央労働衛生専門官

具体的には精神科の先生です。そういう方になるのかなと思っています。

大野委員

この場合は精神科医だけではなく、例えば産業医の先生も当然入りますね。

和田座長

能力のある先生であれば構わないわけです。

大野委員

あとは保健師とか、いわゆるコメディカルの人も含めたようなことをされたほうが、広く活動ができるかなと思います。

和田座長

そういう意味で専門的知識を有する者としたわけで、精神科とは書いていないので、そういうのも含めてという意味でいいのではないのでしょうか。

藤村委員

面談までがスクリーニングなのです。

和田座長

両方合わせて、やったほうがいいというご意見ですから、チェックリストを見て専門家が面談してということです。

藤村委員

だんだん狭めていって、最終的には専門家に見てもらう。

和田座長

そういう手立てでやるということで、このところはよろしいですね。

主任中央労働衛生専門官

ここはまた後で相談させていただきたいと思います。

和田座長

基本的にはそういう線でということにしたいと思います。ほかには何かございますか。

中嶋委員

最後のところで質問票というのは、これはチェックした後は産業保健スタッフだけが見るものですか。これは人事部とか総務部とか、そういう産業保健スタッフ以外のセクションの人も見ることがあるのですか。

和田座長

それはいいのではないのでしょうか。

中嶋委員

それはあり得ないという前提ですか。

主任中央労働衛生専門官

それは、やるべきではないという話なのだろうと思います。

和田座長

産業保健スタッフが質問票をチェックして、振り分けたりとかをやるということでしょうね。

主任中央労働衛生専門官

中嶋委員のご懸念は、そういったチェックリストをもし仮に使ったときに、そういった人事とかに出すことは適当ではないと。

中嶋委員

非常に危険な人事上の不利益措置なのです。これを人事部が見たら通常は企業というのはやるのです。だから産業保健スタッフは守秘義務がかかっているから、それだけで不利益にするはずがないのです。だから私の感じでは矛盾している。産業保健スタッフがやるなら、問題のない労働者を精神疾患と捉えてしまうという不利益は、発生はしないのではないかと。

主任中央労働衛生専門官

要するに専門家だけの中できちんとやると。

中嶋委員

これを人事等がやるから発生するのではないかと。

労働衛生課長

いまの中嶋委員のご意見は、この間の情報管理の守秘義務の範囲にかなり出てくるものだと思います。実際、医学的な判断をするときは質問票だけで何かわかるというものではありません。必ずスケールや何かで判断してから、ある程度の判定が下ることになると思いますので、その情報範囲をどこにするのかというのが、この間の「労働者の健康情報の保護に関する検討会」で、範囲を決めてしまうことになっていくべきだろうと思います。そのような方向で、両方の検討会で筋を付けていくのがいいだろうと思っています。

中嶋委員

内部的に相当セルフコントロールで自制した、しっかりした企業は別ですが、質問票が人事部の目に入ることは日本の企業では大いにあり得る。むしろそちらのほうが多いのではないかと私は思っています。だから不利益が人事措置等で生ずるからという趣旨なのかなと思ったのです。

主任中央労働衛生専門官

そういう危惧も若干はございます。

労働衛生課長

だからといってやるなというのは、先ほどのでいくと言えない。

中嶋委員

だから書くときに認識をはっきりして書いていただきたい。どの場面を想定して我々の報告書が出来上がっているかです。

藤村委員

それはいくらでも工夫できると思います。判断をするのに、一般の人では判断できない形のものはいくらでも作れると思います。専門家でなければ判断できないようなものです。

和田座長

そういう認識で、もちろん進めるということです。

中嶋委員

そういう認識で進めていただければいいと思いますが、全体的には必ずしもそうなっていないのではないかという懸念があるわけです。

保原委員

例えば定期健康診断の一環としてやるということになると、現行法では資料はすべて事業者の所に行ってしまうということですから、いま中嶋委員が指摘されたようなことは当然起こり得るということです。専属産業医がしっかりしている所はいいのですが、そうでない所は常にこういう危険はあるということだと思います。

中嶋委員

そうすると、まさしく不利益が発生する恐れがあると私は思いますので、私が申し上げているのはこれでいいという意味なのです。

和田座長

表現をもう少し明確にしなければいけない。もう少しうまく表現して、不利益になるということは残していいのではないのでしょうか。そうしないようにということを注意したいということです。

東委員

この一連の流れの中で、いまの部分ですが、専門的知識を有する者を拡大して保健師まで入れてもいいかもしれません。ただ、この後に書いてある「事業場において事後措置が適切に実施できる体制にあること等」というのを、かなり慎重に扱っておかないと、例えばここに診断という行為があります。それは医師しかできないことになっていますが、その制限が明確でない。ここで出てきた「適切な措置」というのが、例えば臨床心理士とか、もしくは検査の人たちだけのチームの中で、行われることになり、事例に対して対応しなければならぬとき、会社の対応で何ができるかならば、医療機関に回すことのほかに、該当者に対して仕事を外すとか、ある種の不利益行為になるような措置があり得ることも、ここで完結していたら起こり事後措置が適切に実施できる体制の中に、医師も入れておかないといけないと思います。あまり拡大した専門的知識を有する者だけにしておくと、ひょっとすると先ほどの利益の侵害が起きてしまう可能性が無きにしも非ずという気がします。

和田座長

ただ、では実際に医師で全部まかなえるかといったら、たぶんできないだろうと思います。

東委員

専門的知識を有する者は、どなたでもいいというわけではないという制限を加えておかないと、何か怖い気がします。

大野委員

それに関して臨床心理士とかのいわゆる国家資格がないですから、ここは国家資格のある人が基本的には関わる。その中に産業医がきちんと関与することが必要ではないかと思えます。

東委員

それを入れておかないと、確かにちょっと危険な気がします。

和田座長

そういう意見を踏まえて、事務局のほうで原案を作ってください。時間の関係で次に移ります。エのメンタルヘルスの不調に早期に対応する方策の中の（ア）のセルフチェックの実施と、（イ）の長時間の時間外労働を行った者等に対する医師等による面接指導の2つをお願いします。

主任中央労働衛生専門官

読み上げます。

エ メンタルヘルスの不調に早期に対応する方策

（ア）セルフチェックの実施・・・（読み上げ部分省略）

（イ）長時間の時間外労働を行った者等に対する医師等による面接指導・・・（読み上げ部分省略）

和田座長

ありがとうございました。これについて何かご意見を伺いたいと思います。具体的なことがある程度盛り込まれていますけれども、こういうことでよろしいですか。

大野委員

13頁の上から3行目ですが、「その結果を事業者に提出することができる仕組みを作ることが必要である」ということで、具体的にはどういうことを想定されているのか。これだと非常に義務的な印象を与えるのですが、どの程度のことを考えていらっしゃるかをお聞きしたいと思います。

主任中央労働衛生専門官

いま健康診断でも、事業場が健康診断をするということになっていますが、労働者自身がその会社で設定したところを希望しないときは、自ら別の望む所へ行って健診を受けて、その結果を出せるという仕組みがあります。こういったメンタルヘルスの問題などですと、会社が設定した医師が面接することになりますが、それはちょっと行きにくいという場合とか、まずは別の所で診てもらった上で判断したいというケースもあるのではないかと、そういう形で外の方の面接指導を受けた場合でも、それは労働者がその意思を持たないと駄目ですが、その結果を事業場内の事後措置に繋がられるようにしていくことが必要ではないかと考えています。

藤村委員

メンタルヘルスの場合、具体的には診断書ということですか。

主任中央労働衛生専門官

診断書というか、どういう言い方になるのかはありますけれども。

藤村委員

労働者が希望して外部へ行って持って来る診断書は、要するに健康診断とは違いますからね。

主任中央労働衛生専門官

健康診断のように項目が決めてあって、その結果をといるのとは違うようになります。

藤村委員

精神科の診断書と具体的には考えられるのですね。

主任中央労働衛生専門官

そういうケースはあると思います。

大野委員

診断書もそうですし、例えばそれに対する精神科医の意見だとか、場合によっては上司が精神科医に相談に行くとか、そういうことの全体を含めた取組を進めることを推奨していらっしゃると私は理解したのです。上司というか関係者ですね。

主任中央労働衛生専門官

そこはご意見をいただければと思っていました。どういう繋ぎ方が問題がないかというあたりで、例えば周囲の方で、いま言われた上司が部下の心の健康が問題ではないかと見たときに、おそらくそれは産業医とか医師に繋いでいくという話になるのですが、どういう形がいいのか、あるいはどういう点に留意する必要があるのかは、報告書に書くかどうかはともかくとして、こういうことは注意しておいたほうがいいということがあれば、そこはご意見をいただければと考えていたところです。

黒木委員

企業の中でこれが問題になるときに、例えば上司が部下の様子がおかしいと思う場合も深刻な状況があると思いますが、大企業の中でも1週間以上休むとか遅刻するときには診断書を上げる。それは精神科でなくてもとにかく診断書を上げる。その診断書によってこれはメンタルが絡んでいるということになれば、次に専門医の受診とか、あるいは精神科医が関わる形で、一応、システム的にはどういう形で上がって来るかによって、対応が違ってくるのではないかという気がします。

大野委員

もう1点注意しておいたほうがいいと思うのは、外部の専門医と連携するというのは1つのあり方ですが、ただ、職場の様子だとか具体的な仕事の付与の仕方となると、専

属産業医でもなかなか分からないところがあると思います。そういった細かいところに関しては職場の関係者が、むしろ外部の専門家と相談していただくほうが多い場合が多々あるのです。ですから、そういう幅を持ったことを考えておいていただいたほうがいかなと思います。

藤村委員

これは私よりも保原委員からご発言いただいたほうがいいと思いますが、保原委員が座長をなさっている「労働者の健康情報の保護に関する検討会」で、これが前回のときに大変な議論になったのです。というのは、「うちの会社の誰々が先生の所を受診しましたね。大変心配しているのですがどうでしょうか」という問合せをしたときに、医師は絶対答えない。医師の守秘義務として一般にどこの医師でも絶対に答えない。会社の上司あるいは人事担当者が実際に診察室に来て、こういうことで非常に問題になっていますが、いかがなのでしょう。どうしたらよろしいのでしょうかと一般に聞かれた場合、医師は絶対答えません。これは医師の守秘義務ですから本人か家族以外には答えることはできませんので、それは非常に難しい問題があると思います。

大野委員

私が申し上げたのは、ご本人の了解を得た上でということなのです。

藤村委員

了解を得ても、現実上はちょっと難しいのです。

大野委員

現実には私たちが実際にやる場合には、了解を得た上で職場に働きかけるというのは非常に重要なファクターです。本人を通して言うだけではなかなか伝わらないことがありますので、それでは本人の了解を取って来ていただくとか、本人と一緒に来ていただいてお話をするとか、そういう形で職場に対応をお願いするということが必要になります。個人情報保護することを前提とした上で職場なりが関与していくことは、メンタルヘルスの対策上は大切だろうと考えています。

黒木委員

確かにいまの問題は非常に重要なのですが、結構我々のところにも、例えば受診していることについて状況を聞きたいということで、会社の人事あるいは上司から連絡はあるのです。それがどう使われるか非常に危惧するところがあるので、大野委員が言われたように外部で診るときは、家族あるいは本人と一緒に来て、そこで話を聞くというのが前提だと思います。

ただ、大企業の中で外部の医師にかかっている、その情報をなかなか流さないために非常に困ることも現実にあるのです。そうすると産業医が外部の先生に話をしてもなかなか出してもらえない。しかし産業医のほうにも守秘義務があるし、ある意味では本人を守る義務がありますから、むしろ産業医が関わることによって、メンタルヘルスがうまくいくこともあり得るのではないかと思います。

藤村委員

先日の「労働者の健康情報の保護に関する検討会」で問題になったのも、その点です。医師同士だったら何とでもなるのです。産業医に聞くことは、医師として両方に守

秘義務がありますからうまくいくと思います。ですから産業医が聞いてもらうのは結構ですが、例えばゴルフ仲間の会社の社長が来て、うちの会社の社員の誰々が先生の所で診てもらって、こうなんだというけれども、それはどういうことですかと聞かれても、一般には医師はゴルフ仲間であろうと答えません。それが医師の守秘義務を意識しているのではなくて、習慣としてそういう状態になっています。産業医が話し合っただけなら十分連絡が取れるはずですよ。

保原委員

それはちょっと。

大野委員

産業医でも、私は連絡があっても答えないと思います。

黒木委員

産業医が連絡するにあたって、それは本人の同意が前提だと思います。

大野委員

もう1つは、産業医がどれだけ職場のことを把握しているかは私は非常に疑問だと思います。そのあたりも含めて考える必要があるかなと思います。それと先ほどから家族という話が出ていましたが、精神科的なところで言えば家族にも説明は、本人の了解がなければいけないというのが大前提になると思います。

和田座長

現実の問題として、そういった情報が入らないと先へ進まないということもありますよね。そういう場合はどうするのですか。

黒木委員

例えば、どういう場合ですか。

和田座長

会社でいろいろ事件を起こしたり、トラブルを起こして困る場合がありますね。何とかしたいということで、精神科の先生に話に行っても情報はくれないということになると、会社のほうとしては困ることもあり得るのではないかと思います。

大野委員

本人が納得すれば、本人と一緒に例えば保健師なり産業医が。

和田座長

納得すれば、もちろん一緒に行けばいいですが、本人が納得しないと医師からの情報も得られないわけですよ。そういう場合にどうするのですかね。

大野委員

その場合は2つの問題が混在していると思います。1つは精神的な疾患を抱えていて、それを治療しないといけないという医療的な問題と、職場で問題を起こしているという管理上の問題とがあると思います。その管理上の問題は精神科医なり専門医がどう

こうということだけでなく、管理的な立場から対応する必要があると思います。その中で精神医学的なことが本人にとって利益になるということであれば、そのことを話していただいて本人に了解を取っていただく。その2つの面からのアプローチが必要かと思いません。ですから、もしもそういう問題を起こしている場合には、管理的な立場から会社は対応することは必要だろうと思います。

和田座長

普通の会社は、例えば3日以上休んだ場合は診断書を出すことを義務付けていますね。その場合は当然、本人が求めた場合に医師は診断書を出さなければいけない義務があります。そういった場合はどうなるのでしょうか。

保原委員

実際に裁判になった例ですが、分裂ぎみの方で会社の命令をなかなか聞かない人がいました。ある時、配置換えをするというので、その人だけでなく全員が新しい配置に付くために部屋もみんな変わることにしたら、その人だけ頑張っただけで俺は前の部屋の前の席でないと駄目だということで、会社全体の業務が阻害されたことがあったのです。何か月か経ってやっとその人は会社指定の場所に移ったのですが、今度はそこで同じ部屋の人達とトラブルを起こして、誰も彼と同じ部屋で働きたくない状況になり、結局、会社はその人を解雇したのです。精神科に行ったとが行かないという話は裁判では全然出てきませんでした。一般的には、会社は3日休んだら解雇だとかやらないで、かなり丁寧にやっていますね。しかし、どうしてもという場合は解雇になって、この事件でも確か解雇はやむを得ないという判決だったと思います。

黒木委員

その方は治療は受けていたわけですね。

保原委員

それが全然出てきません。

黒木委員

例えば外部の精神科医が治療していたということも、全然出てこないということですか。

保原委員

うる覚えて恐縮ですが、医師の話は出てこなかったと思います。一般の企業はかなり丁寧にやっていると思います。

大野委員

管理的なそういう部分と、疾患の部分とが混乱してしまうと、精神科の診断なり治療なりが今度は管理に使われてしまう危険もあります。そのところは区別して考えていただいたほうがいいように思います。

黒木委員

例えば分裂病でも急性期の状態になって、異常言動が職場の中で明らかに出てくるときは即対応しないと、大変なことが起こってしまうということで介入はできると思いま

すが、むしろ分裂病でも例えば妄想型であるとか、あるいは人格障害である程度人格が保たれている方が、いろいろなトラブルを起こしてなかなか介入がしづらいということが、たぶんあるのだと思います。

保原委員

別な例では、タクシーの運転手がやはり分裂ぎみで、病院に入院していたのですが、退院し、病院では「就労可」という証明書をもたらしてきた。会社は不安だったのですが、就労可という証明書があるから仕方がないというので乗車勤務をさせたら、早速事故を起こしたという事件があり、その運転手は解雇無効の訴訟でも負けています。私が記憶している限りでは、2件ぐらいですね。

黒木委員

「就労可」という診断書は、精神科医としては、その本人なりあるいは家族なりが、とにかくもう安定しているから仕事をしたいと頼まれると、書いてしまうということも多分あるのかもしれないね。

保原委員

車の運転ですから怖いですよ。

黒木委員

だから、どこまで業務に配慮して、本当に遂行できるかというところまで考えて診断書を書いているか、本来はそこまで必要なのでしょうか。

和田座長

個人情報との関係は、その検討会で結論が出たところで、少し具体的な例を出すなら出さざるを得ないのではないかと思います。では、(ウ)の介入が可能となる仕組みづくりから、(オ)の管理監督者に対する教育というところをよろしくお願いいたします。

主任中央労働衛生専門官

13 頁です。

(ウ) 介入が可能となる仕組みづくり(・・・読み上げ部分省略)

(エ) 相談体制の整備(・・・読み上げ部分省略)

(オ) 管理監督者に対する教育(・・・読み上げ部分省略)

和田座長

これに関して、ご意見を伺いたいと思います。(ウ)の最初の、上司とか同僚が気付いたとき、あるいは家族が気付いたときに、繋げることが必要だと書いてありますが、どのようにして繋げていけばいいかが問題になると思うのです。この辺で何かご意見はございますか。

東委員

具体的に家族の方が、こういう問題があって、会社でもどうなっているかが心配なときに、どこに相談していいかというところも明確でないですね。上司に言って、本人の不利益になっては困るし、直接人事に言って、また不利益になってもいけないと思うでしょう

から。そういう意味での守られた場所があるということを提示することが1つありますね。

和田座長

それは非常に重要だと思います。

東委員

これはそれでいいと思うのです。怖いのは逆のパターンで、家族に情報を提供していいものかどうかというのはどうなのか。例えば、離婚訴訟中の奥さんとか、非常に問題のある家族の場合もあると思うのです。家族は民法上はどうなのか、一体なのでしょう。実は、これに近いトラブルがあった事例があるのです。離婚訴訟がどっちに有利になるとか、おかしな行動が会社であったということで、理由に使われるケースもあったものですから、一般に、本人の許諾を得て、奥様をお呼びしましょうとか、親とか、高齢者の場合にはお子さんと、そういうことをやっているのですか。

黒木委員

基本的には、本人の同意がなければ家族にも情報を提供しないというのが原則だと思います。

東委員

逆に言うと、産業医の側で気が付いたことがあって、家庭ではどうかということについて聞きに入るということは。

黒木委員

むしろ、本人の同意があれば、企業の側の例えば保健師が、家族のほうに情報をもらう。特に過重労働で、いろいろなところで引っかかってきますね、残業時間にしても、産業医の面接にしても、非常に疲労が強い、そして、メンタル面でもちょっと問題がありそうだという場合に、家族が企業に連絡をしていくということは、あまりないのではないかと思うのです。むしろ保健師や産業医スタッフのほうが、ある程度情報を聴く。そこで初めて家ではこういうことだということが分かって、早目に対応できるということになっていくのではないかという気がします。

東委員

ご本人の許諾を得て、家族に話を聴くことができる。では、家族に話を提供することはどうなのか。例えば、会社でこういう行為があるのですがとか、そういうことを。

黒木委員

例えば、医療に繋げなければいけないような状況が、会社の中で起こっているということであれば、これはやはり家族に協力を求めないと精神科の治療は始まらないですから。

東委員

そのときは、本人の許諾は要らないですか。

黒木委員

一応、本人にも話はしなければしょうがないと思うのです。話をした上で、了解が得られない、しかし本人に事故が起こるような危険性がある場合には、治療をまず優先して考えることが必要ではないかと思えます。

大野委員

その場合は、自傷他害といいますか、危険性が高い場合でないと、やはり情報は提供すべきではないと思うのです。いま東委員がご心配のように、ちょっと行動に問題があるからということで提供してしまうと、何か家庭の中にトラブルがある、離婚の問題や遺産の問題があるときに、それが使われてしまう危険性は十分考えられますので、そこを勘案した上で、伝えるかどうか、誰にどのように情報を伝えるかは、かなり慎重に検討する必要があると思うのです。

東委員

そうすると、この部分は例えば会社の環境白書と同じように、「私どもの会社はこういうような形で仕事をしています。こういうストレスがあるかもしれませんので」ということで、情報提供を受ける仕組みを作り、その中に「何かお気付きになったことがあったら、この窓口にご相談ください」ということであるのが1つの限界になりますね。

黒木委員

そういう意味では、例えば外部のEAPのような所で、家族が相談に行けるようにする。あるいは健康管理にしても、会社の中での健康管理だけではなく、外部のどこでも相談ができるという所を示しておく、家族はやはり相談しやすいのではないかと思うのです。そうすると、例えば以前にもこういうことがあったとか、やはり本人の不利益になることを家族は言いませんから、そういうことからすると、外部のほうにむしる話しやすいということはあるかもしれませんね。

大野委員

どの程度EAPを使うかというのは、私は疑問を持っている。EAPと会社との連携がうまくいかない場合を往々にして耳にするのです。EAPに家族が相談に行ったのだが、それが会社にうまくフィードバックされないという問題も出てきますので、ここに盛り込むかどうかは別ですが、その辺は今後の課題になってくるかと思えます。

東委員

そうですね。ただ、大きな企業の場合は別として、小さな企業になってくれば、そういう内部人材を抱えることはできませんから、1つの便法、オプションとしてはあるかもしれないですね。

和田座長

なかなか難しい問題ですね。何か事務局でお聞きしたいことはありますか。

主任中央労働衛生専門官

この中で、家族による気付きが重要であるというのは、これまでも議論いただきましたが、それを繋いでいく具体的な1つの例として、面接指導に繋ぐというのを1つ挙げたのですが、これは例示として問題はないかどうか。さっき言われたように、会社の誰に連絡するかの窓口は明確にしておかなければいけないということはあるだろうと

思います。EAPという方法もあると言われましたが、これをどうするかは、ちょっと難しいところがあると思うのです。この程度で足りるかどうか、例示としてはこれでよろしいでしょうか。

黒木委員

自殺防止という観点で、某企業で外部の機関に委託するなり、あるいは外部の機関を使うことによって、かなり減らすことができたというレポートもあったものですから。

主任中央労働衛生専門官

それは、例示として入れておいたほうがいいのではないですか。

黒木委員

盛り込むのはちょっと難しいかもしれませんが。

和田座長

では、次に移りたいと思います。オの健康づくり・快適職場づくりの取組、カのメンタルヘルス等による休業者の職場復帰の支援についてお願いします。

主任中央労働衛生専門官

14 頁です。

オ 健康づくり・快適職場づくりの取組（・・・読み上げ部分省略）

カ メンタルヘルス不調による休業者の職場復帰の支援・・・（読み上げ部分省略）

和田座長

非常に難しいところだと思うのですが、ご意見を伺いたいと思います。初めの健康づくり・快適職場づくりはいいとして、特に職場復帰のほうについていかがですか。産業医の職務が非常に増えて大変な感じもするのですが、いま実際には、産業医はこういうことをやっているのですか。

東委員

産業医がいちばんこの点は一生懸命やっているとは私は思っています。

和田座長

現実には、やはり産業医がこういう活動をしているわけですね。

東委員

だんだん整備されてきて、これがいちばん重要な仕事に入っているのではないのでしょうか。

和田座長

そういう意味で、是非頑張ってもらいたいということで、こういう書き方でいいですか。具体的な進め方は、最後に「今後研究していく必要がある」ということで、ちょっと逃げているところもありますが、とてもまとめられないわけですね。

黒木委員

きりがなくなります。これは無限で、配置転換する場所など、ないという所もありますね。ケース・バイ・ケースで、非常に多様だと思います。

大野委員

実際に、厚労省の研究班でこういうのもやっていますね。

主任中央労働衛生専門官

今回の検討では、予防策という点に重点を置いておりました。

和田座長

そういうことでよろしいですか。

保原委員

法律的には、職場復帰のときは、産業医に相談しなければいけないとか、医師に意見を求めなければいけないとかという制度はありますか。

黒木委員

企業の中では、やはり産業医が復帰できるかどうかということ判断する。専門医もそれに関わりますが、それを事業主が許可をするかどうかということになります。やはり、就労可という診断書が上がってきても、本当に本人ができるものがどこにあるかということは、十分考えなければいけませんし、支援プログラム、復帰プログラムをどうやっていくかは、個別で違うと思うのです。企業によっては、職場復帰プログラムを数か月と定めて、例えば半日勤務、半日から3時、それから1日という形で、大体2か月を目処に通常に戻していくというプログラムを作る。その段階で、毎週レポートを、保健師が面接をして、本当に大丈夫かどうかを確認しながら、復帰に戻していくというようにやっている所もあると思うのです。

保原委員

職場によってまちまちですね。

黒木委員

これはまちまちですね。

東委員

標準的な仕組みがあり、会社の職制や人事を含めた管理系と、現実の職場の人間と産業医、場合によっては家族も含めてやっているのが、大きな会社の場合は一般的になってきつつあります。法的な根拠はどこにあるかということですね。

保原委員

伺った範囲では、いまのところ会社の自主的な組織、手続ということになりますね。

東委員

そうですね。これは基本的には医師が関与しないで職場に復帰させた場合、健康上の問題を抱えている場合、その判断ができていくのかどうかということが問われてきますので、企業としては防衛的にそうやっている。安全配慮義務がありますので、そういう

ことでやっているわけです。

和田座長

広い意味での産業医の職務の、健康管理というところに入るのですか。

主任中央労働衛生専門官

安衛法の中での産業医ですので、健康管理は予防対策を主に書いてあります。職場復帰ということを省令上明記してあるわけではありません。

和田座長

法律的には、その中に入って広くかぶさってくるということになるわけですね。

主任中央労働衛生専門官

そういう考えです。

安全衛生部長

オで「健康づくり・快適職場づくりの取組」というのが出てくるのですが、座りがここでいいのかと思うのです。要するに、メンタルヘルスの対策の中で、初めに「不調に早期に対応する方策」ときて、「職場づくり」がきて、「メンタルヘルス不調による休業者の職場復帰」となっていますが、これは体制整備の後の(3)の話ではないかという気がしたのです。ここに置いておく理由は何かあるのですか。(3)の体制の整備のほうに、この健康づくり・快適職場づくりの取組を入れて、全体の中でそういう体制も整備していかなければいけないというほうが、感じとしては受け入れられるかと思ったのですが。

和田座長

この中で具体的なメンタルヘルス対策を厚生労働省が謳っているのは、T H Pの心理相談のところぐらいしかないという感じもあるわけです。そこも利用してほしいということですね。

主任中央労働衛生専門官

前に出した検討のまとめでは、これはもう少し前に置いていました。計画の策定の次ぐらいに置いてあったと思うのです。計画を作り、積極的な健康づくりをやり、それから職場のストレスの把握というように、流れとしてはこうかなということで置いておいたのですが、すでにある施策ですし、特に今回の議論では、介入の仕組みづくりという辺りが重要ではないかということが議論されていきましたので、前に置くよりは、こういうのもありますという形で後ろがいいということで、事務局として場所を後ろに移動したということです。

和田座長

そこは、座り心地はどこがいいか検討してみてください。では次に移ります。(3)の体制の整備、アの事業場内の体制整備をお願いします。

主任中央労働衛生専門官

読み上げます。

(3) 体制の整備

ア 事業場内の体制整備(・・・読み上げ部分省略)

和田座長

これについて、ご意見を伺いたいと思います。3つ目の のところに、衛生管理者や保健師を活用することが非常に重要であるとして書いてありますが、実際にどのような活用が考えられるのでしょうか。選任していない所と断っていますが、選任している所でも、当然活用しなければいけないということはあるでしょうね。

東委員

ここで難しいと思ったのは、この場合、もし最後に責任がとれるような、例えば診断ができるという医師になってくると思うのですが、それが介在しない所で、自己完結的にやってしまっていていいかどうかという問題ですね。

活用ということについては、全く問題はないと思います。おそらく基本的には、普段の面接を行ったり、スクリーニングの対策を果たすということだと思うので、問題はないと思うのですが、ここで衛生管理者がどこまでそういうことができるのか。それはちょっと難しい部分がある。「指揮を受け」とあるのですが、キーになる医師がいる場合において初めて成立するスタッフの活用になるわけで、ここはマニュアル的に少し整理をしないと危険度が伴いますね。

主任中央労働衛生専門官

衛生管理者が医学的な判断に関与するというのは無理があるだろうと思います。ただ、必ず医師が全部を仕切るとするのは実態的には難しい事業場も多かろうと思います。そういう中で、こんなような使い方ができるのではないか、あるいはこういうことに気をつけて、こういうことをやるべきではないかというご意見がいただければありがたいと思っています。

東委員

医療職のように、守秘義務等を厳格にかぶせた別の法律がないわけですね。

主任中央労働衛生専門官

そこはまた別途手当をすることも可能かもしれません。

東委員

それが1つの要件であることと同時に、やはり会社の専従職として、雇われているというところがあって、例えば企業規模自体が小さい場合について、専従職の人が雇われていないとすると、基本的には会社の中で、他の仕事に就きながらやっている衛生管理者ということになりますね。その方が主体的にこういう業務に取り組んでいって、経営者の理解が得られるかどうかという問題もあるような気がします。

業務的なものの定義という形で、後で詳しいことができるのかもかもしれませんが、身分的、職种的に、かなり難しい場合があるのではないかと。大企業の場合は、こういう形で活躍する場があると思うのですが、小さい企業の場合は、活用しなければならないという事情がある一方で、存在としてメンタルヘルスの問題については、不利益を本人に与えてしまうことがありはしないかという危惧が持たれるのです。

主任中央労働衛生専門官

衛生管理者などの場合に、例えば仕組みづくり、計画の策定などということの中でコメントしていますが、そういうものを作っていくとか、あるいは中の体制整備について企画していくとか、そういったことは可能かとは思いますが。

東委員

それは大賛成です。ただ順番として、「産業医等の医師の指揮を受けつつ、円滑に対策が進められるよう衛生管理者、衛生推進者、保健師等」と書いてあり、ここがちょっと気になったところなのです。保健の部分と、衛生対策上の部分と、少し様相が違うという気がしたものですから。

主任中央労働衛生専門官

管理的な部分と、医療・保健職の部分は分けて考えたほうがいいだろうということですね。

和田座長

大野委員、メンタルに関しては、保健師の活用などはどうなのですか。かなり活用して進めるのですか。

大野委員

やはり重要だと思います。

和田座長

身分としては、産業医がやるのを肩代わりしてやってもらうという感じになるのですか。

黒木委員

どちらかというと、繋ぐような形ですね。

和田座長

では、次に移らせていただきます。この事業場外の機関の活用、特に行政の支援措置ということですが、よろしくをお願いします。

主任中央労働衛生専門官

16 頁です。

イ 事業場外の機関の活用（・・・読み上げ部分省略）

ウ 国の支援措置・・・（読み上げ部分省略）

和田座長

これについて、ご意見を伺いたいと思います。よろしくをお願いします。

藤村委員

事業場外の機関の活用の の2つ目の最後に、「産業保健について理解した専門精神科医の育成が望まれる」というのがありますが、これは今、厚労省のほうで産業保健推進センターを使って、精神科医に呼びかけて、産業保健の知識を講習しようということ

になっていますね。知識を持つということは非常にいいことなのですが、それがどう実際問題として仕事に繋がっていくかとか、どう反映されるかということが全然ないのです。

例えば、この講習会を受けて、産業保健について理解を深めていただいた精神科医の先生には、会社のかかりつけ医になることを推薦しますよとか、あるいは会社の相談医として、何らかの報酬を出して連携しましょうとか、そういうものが何かないと、ただ講習をするから来なさいというだけでは、どうも実効がないし分かりにくいですね。何か作っていただけると非常にありがたいと思うのですが。

主任中央じん肺審査医 藤村委員の言われたことは、まさに理想的な姿で、最終的にはそれが目標かもしれないのですが、とりあえずは最近、地域の精神科医にかかる患者の中で、職場でメンタル的なストレスを受けた人が多いにもかかわらず、産業保健や労働衛生のことを全く知らない精神科医が多いので、そういう人たちに労働衛生のいろはのい、基礎的なことを知っていただくという研修なのです。これがきっかけとなって、いま藤村委員が言われたようなことが実現していけば理想的なのですが、まだその段階には至っていないというところです。

黒木委員

研修を受けると認定書が何か出すのですか。

主任中央じん肺審査医 4時間の研修ですから、労働衛生の基礎的なことを知っていただくということです。

安全衛生部長

難しい話ではなくて、例えばその保健センターに、研修された先生方のリストを並べておいて、何か問合せがあったときに、とりあえず、そういう先生を紹介するということから始めてもよろしいわけですね。

藤村委員

何かがあればよろしいですね。

大野委員

精神科医の立場からしますと、それは非常にありがたい反面、ちょっと負担が多いですね。つまり、患者さんが来たときに、患者にも会わなければいけないし、家族や会社とも連携をしなければいけないという、非常に多大な時間がとられるわけです。例えば今、開業されている精神科医のクリニックなどですと、1日に30人、40人、場合によっては100人以上診察されるわけです。その中で、そういう時間をとるとするのは逆に非常に難しくなるわけです。そのことを考えますと、それなりの保険点数なり、財政的なバックアップがないと、あまり協力は得られないのではないかとということも考えられます。

安全衛生部長

そういうお金が絡んだ話は簡単にはいかないですね。とりあえず、リストを置いて、先生方が「私の所では、こういう時間でこういう条件だったら受けるよ」とか、そのような話があったらそれを繋げると、そんなところから始めていく。せっかく研修を受け

てもらったら、そういう方に動いてもらったほうがいいに決まっているわけですから、何らかの活用方法が考えられればと思っています。

黒木委員

こういうものができると、それは医療課で診療報酬は扱うのでしょうか、こういうものがいい、時間もかかるということになれば考えていただけるのではないかと。それは、もちろん時間はかかると思いますが、第一歩としてはいいのではないかと思います。

藤村委員

いま部長がおっしゃったように、産業保健推進センターに名前を登録して、かかりつけ精神科医として、必要があったら紹介しますよぐらいのバックアップでもいいのです。これはお金は絡まない。

安全衛生部長

制度的にきちんと定着していくようになれば、それは診療報酬上の要望も出せないことはないと思いますが、とりあえずは一步一步。

藤村委員

定着してから考えるのではなくて、講習をする時点で、「こういうバックアップ体制を一応考えております、ですから講習をお受け下さい」と。実は、私の所に、こういうのを回しますということで、文案を見せていただいたのですが、産業医とタイアップする体制を作ってくださいということを入れていただけないかと申し上げて、文章を変えて出したのです。何かそういう形のを初めから作っておくと、参加者も多いですし実効が上がる。

安全衛生部長

藤村委員がおっしゃっているのは、活用方法がある程度考えた上でということですね。それを先生方にも理解していただいて、研修なり何なりをやる。

藤村委員

そういうことです。

和田座長

認定産業精神科医というような資格を作ってはどうかと言いましたら、それは非常に難しいと却下されてしまったのです。そういうものを作るということはあるのではないかと考えたのですが。この前、横浜の精神科医の先生方で、地域産保が中心になって、ネットワークを作ったという話がありましたね。そういうのが出来ればいいのではないかと思うのですが。

東委員

統合的な専門家ということで考えていくのであれば、精神科医のほうからも、産業医の側からも、診療内科の側からも、基本的に、これらはメンタルヘルスとしての専門家と謳っていると思うのですが、この整理は難しいとして、産業保健にも造詣があって精神的な部分も詳しい、そういう専門家という形で、法律的にどうこうではなく、認証と

いいですか、要するにサーティフィケートを出していく手はあるかもしれない。1つ質問があるのですが、精神科の先生方の中で、どのくらいのパーセントが認定産業医をお持ちになっていらっしゃるのですか。

藤村委員

数は分かりませんが、少ないですね。

東委員

いま医師の中では6万人ぐらい、全医師の中の20%以上が持っているという計算になりますが、精神科の先生は少ないのですか。

藤村委員

少ないはずです。

和田座長

ほかにご意見がないようでしたら、最後に5「おわりに」に入りたいと思います。よろしく願いいたします。

主任中央労働衛生専門官

最後のところです。

5 おわりに（・・・読み上げ部分省略）

和田座長

いかがでしょうか。これはこのとおりということによろしゅうございますか。ほかに何か付け加えることはございませんか。

保原委員

直接関係ないのかもしれませんが、先ほど藤村委員もおっしゃいましたように、産業医をもうちょっと何とか範囲を広げるようなことを、ここでは場違いで書けないのかもしれませんが。平成6年の産業医の検討会の報告書では、労働者30人以上の事業場で産業医を選任すべきだということを書いたわけです。聞くところでは、財界などの反対で、景気の悪いときにとんでもないという話で終わりになってしまったような感じなのですが、やはり何か、そういう提灯はずっと上げておきたいという気がするものですから。うまくどこかにはまればいいのですが、なかなか急には。

主任中央労働衛生専門官

過重労働対策、メンタルヘルス対策について、専門的知見に基づいてということを中心にしておりますものですから、あまり踏み込むのはつらいと思っているのです。

保原委員

私も、どこかにうまくはまる所があるかと思ったのですが、なかなかないものですか。

和田座長

この前、中小事業場における産業保健のあり方に関する報告書が出まして、あの中に

30人が出てくるかと思ったのですが、一言も触れていなかったですね。そこで検討しても、まだそこまでっていないという感じかと思っていたのですが。

東委員

30人にしたら、随分カバー率されるは上がるのはたしかですね。

主任中央労働衛生専門官

地域産業保健センターや産業医の共同選任事業、あるいは前の報告書を受けて、産業医ではないけれど、まさにかかりつけ医といった形のもの、ああいうものの選任に事業主は努めなければならないという形での手当はしてきております。そういったものを、また肅々と進めていくということが、まず基本かというようには考えております。

和田座長

一応、一通りご意見を伺いましたが、全体を通して何かございましたらどうぞ。

安全衛生課長

全体の構成の中で、1つは過重労働等をさせるなど、した場合は100時間、80時間、面接をきちんとしなさいという構成になっているわけですが、前の、この基になりました通知のところで、休息について結構しっかり書いてあるのです。年次有給休暇の取得を促進する、十分な睡眠時間を確保するなど、その辺りがここでは「面接指導の結果に基づいて、必要に応じて労働時間の制限、休養・療養の適切な措置を実施」という、その部分が少し弱くなったかという感じがしますので、もう少しはっきり打ち出せないか。疲れたら休ませるように、そういう体制をとりなさいという話をですね。

和田座長

こうしなさい、こうしなさい、これはやってはいけないというのを実際にやった場合に、どのような対策を立てたらいいか。有給休暇は別にして、2、3日、長時間やったら1日休ませなさいとか、そのような短期間の疲労回復の何かをどこかに入れたほうがいいかということですね。

安全衛生課長

エビデンスがあると、とてもいいと思うのですが。

和田座長

疲労の研究などというのが昔はよくあって、急性疲労、慢性疲労というので、これは1か月にわたってあれするとかいうのがありましたね。

保原委員

睡眠5時間ということをご議論したのではないですか。

和田座長

それは議論したのですが、それ以下になった場合に、必ず回復させるような措置をとりなさいということですね。睡眠5時間ということは、計算すると月の残業が100時間ということになる。ですから、100時間以上は、ほぼ絶対にやらないようにしてほしいというのが基本にあると思うのです。

主任中央労働衛生専門官

疲労が蓄積されている、休養しなさいということは、医師の判断で。

和田座長

それはやらなければいけない、健康指導ですよ。そのほかに、もうちょっと明記しておくか、何かそういったことを考えなさいということですね。

保原委員

この研究会ではなかったですか。

主任中央労働衛生専門官

それは労災の平成 13 年の検討会のほうで、和田先生がまとめられたものがあります。それを踏まえてということで、今回議論をしているわけです。

保原委員

これは、それを前提にした報告書ということですか。

和田座長

そうです。前提にしているわけです。そのときは、6 時間睡眠でプラスとマイナスのデータがあったわけです。6 時間ということは 80 時間で、80 時間を入れるか入れないかでかなり論議をしたのです。しかし、その時点では、まだ明確に結論は出なかったの、80 時間以上ということで対処したわけです。その後、いくつかデータが出てきて、やはり睡眠時間 5 時間が非常に問題だというデータが多かったのです。前のものを否定するわけにはいかないのですが、今回もそういったデータで、できれば 100 時間以上はしないでほしいという線を出したらというように考えたわけです。

黒木委員

精神疾患は睡眠と随分関係があると思うのです。例えば、不眠不休でやっていて、睡眠時間がどのくらいで精神疾患の発症に至るかという。例えば、病気になったために眠れないということで、睡眠障害が起きるというのも含まれるので、仕事で、過労で睡眠時間がとれないために発症したというのを断定するのは非常に難しいと思うのです。これは、……の研究の中では、大体 4 ~ 5 時間で 1 つの線が引けるのではないかとということですね。

労働衛生課長

休暇と休養については、もう少し書き込む必要はないでしょうか。

和田座長

是非どこかで、有給休暇も含めて、疲労回復の対策を立ててほしいということを書き込む必要がありますね。

保原委員

前の繰り返しになってもですね。

和田座長

それはかまわないですよ。

主任中央労働衛生専門官

過重労働対策の中に、休養の取得の促進のような形で。

和田座長

メンタルヘルスも4時間の睡眠ということですから、過重労働だけではなく、それも含めて全体的な対策として、初めのほうに入れていただければと思います。

藤村委員

全くこれとは直接関係がないのですが、精神科の専門の先生にお伺いしたいのです。自殺に関係する、関係しない、自殺のおそれがある、おそれがないというのは、気分障害、あるいはうつ傾向というのがあると思うのですが、我々一般診療をしていますと、かなりの率で自律神経症状を訴える人がある。例えば、手足にものすごく汗をかき、人と話をするとべったりになって、すべて何も仕事にならないとか、上司に怒られたりすると、急に顔が赤くなる。紅潮、発汗、頭痛を訴える。ときによると、頭の中で鐘が鳴るとかというような表現で訴えてくる人がたくさんおります。

もちろん、これは気分障害ではないのですが、「皮膚から虫が出る、ほらここに出てくるでしょう」というような人たちがいっぱいいる。また、局所、例えば外陰部の臭いが非常に気になるとか、脇の下の臭いが気になるとか、そういう患者がいっぱい来るのです。会社で仕事をしていると私を無視するとか、横を向くとか、そういう訴えをするのが非常に多いのですが、こういうのは自殺に繋がる危険性、あるいは仕事をやっていく上で治療が必要かどうか。こういう患者がかなりの頻度で一般診療科に来るので、ちょっと教えていただきたいと思うのです。

黒木委員

いま言われたのは、様々な病態が入っているようで、一言ではちょっと答えられないと思います。ただ、うつ初期症状としては、身体症状が多いと思うのです。疲労感とか、だるいとか、うつの1つの身体症状が前面に出るというタイプは非常に多いと思います。そこからうつがどんどん進行していくということもあるのではないかと。無視するとか、いまおっしゃった心氣的なものは、ちょっと違う疾患ではないかという気がします。自殺とそれが関係があるかどうかは、いまの話だけでは一概には言えないと思います。

もうちょっと個別の事例で、どうかということを見てもないと、希死念慮がどこからどう出てくるのかというのは、非常に難しい問題だと思いますし、うつが非常に重症化して、もう死ぬしかないと思ってしまうタイプもあるでしょうし、あるいはうつで、来なくなってしまふ。あるいは、疲労の大変な状況になって死を選ぶというものもあると思うのです。ですから、自殺そのものは、様々なレベルとタイプがあるのではないかと気がします。

藤村委員

一般診療科で診ていてもかなりの頻度でありますから、6,000万労働者の中には、かなりそういうものが多いのだらうと思います。ですから、何とかそれをスクリーニングだけはして、自殺防止をするぐらいはできるのではないかと思いましたので伺ったので

す。

大野委員

いま黒木委員がおっしゃったように、いろいろな症状なり疾患が入っていると思うのです。特に、専門的には、身体表現性障害というのがあり、要するに身体の症状を訴えるのだけれど、器質的な原因がはっきりしない。これは、10年ぐらい前、やはりWHOでプライマリーケアで非常に多い、だから治療をきちんとする必要があるということで研究をしたことがあります。それが自殺とどのように関係するかというのは、はっきりしないのですが、自殺の観点から見ると、必ずしもうつ病だけが問題ではなく、精神疾患そのものが問題になってくるわけです。

一般的には、9割以上の方が精神疾患にかかっている。その中で多くの方が身体症状を訴えて、プライマリーケアを受診されているということがあります。また、疾患で言えば、若い方の場合には、統合失調症も自殺が多い。中年になるとアルコールが絡んでいる方が多い。高齢者になると、うつ病が多いというバラつきがあります。ですから、やはりそういう精神疾患に関して、いわゆるプライマリーケアといいますか、かかり付けの医者がきちんと対応するということが、自殺予防の意味でも非常に重要だろうと思います。

藤村委員

大変よく分かりました。ありがとうございます。

和田座長

時間の関係もありますので、本日の議論はこれで終わりたいと思います。本日の議論を踏まえて、報告書をまとめていくこととなりますが、今後のスケジュールにつき、事務局からお願いします。

主任中央労働衛生専門官

次回は8月18日(水)午後3時からということで予定させていただいております。次回で最終回にできるよう、事務局として取りまとめたいと考えております。まだこういうところを修正すべきであるという意見がございましたら、来週の水曜日ぐらいまでに事務局のほうにご連絡をいただければと思っております。それらを反映させた形で最終案を出したいと考えております。

今日の議論の中で、大きな部分では、原則、面接は必要であるということが1つ、メンタルヘルスの関係で、個人のメンタルヘルス上のチェックの話をもう少し見直すということ。「ただし、こういうことに留意が必要である」という辺りを、この形を維持しつつ、今日の議論を踏まえた形で修正をさせていただきたいと考えています。また、健康づくりということのコメントの場所の話も含めて、衛生管理者や保健師の活用部分、疲労回復のことなどを修正した上で、ご提示申し上げたいと思っております。

和田座長

それでは、本日の検討会はこれで終了といたします。どうもありがとうございます。