

### 第三回 労働者の健康情報の保護に関する検討会

#### 議事次第（案）

平成16年6月28日（月）

15時～17時

厚生労働省（中央合同庁舎第5号館）17階 専用第21会議室

1．開会

2．議事

（1）資料の説明

（2）フリーディスカッション

（3）次回の日程調整・確認

（4）その他

6．閉会

[ 配布資料 ]

座席表

検討会委員名簿

- ・ 資料1 論点整理（案）
- ・ 参考資料 1 結核予防法（抄）
- ・ 参考資料 2 産業医の法的位置づけ
- ・ 参考資料 3 衛生委員会の法的位置づけ

### 第3回 議事録

日時 平成16年6月28日(月) 15:00～

場所 中央合同庁舎第5号館専用第21会議室

山崎主任

本日はご多忙のところお集まりいただきありがとうございます。それでは「第3回労働者の健康情報の保護に関する検討会」を開催します。本日は加藤委員、中嶋委員がご欠席です。それでは座長、よろしくをお願いします。

保原座長

皆様、お忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。事務局から資料の確認と説明をお願いします。

山崎主任

第2回の議事録(案)は、各委員に確認をお願いしたものです。近日中にホームページ上に公開します。資料は資料1「論点の整理(案)」と参考資料1から3です。参考資料1は、「結核予防法(抄)」です。事業者への義務づけ、受診の義務などに該当する条文です。参考資料2は「産業医の法的位置づけ」、参考資料3は「衛生委員会の法的位置づけ」に関するものです。

それでは、「論点の整理(案)」について説明します。

これは前回の議論を踏まえて加筆したものです。委員の意見が対立している場合や、合意しているとは言にくいような場合は、各委員の意見と記載しています。たとえば2頁の「収集」のところで、2頁から4頁にかけて各委員の意見を各テーマ毎に整理しています。

4頁の最後の、「法定の健康診断において、国が健診項目を定め、また検査値そのものを収集するように運用してきている点をどう考えるべきか」との論点を載せています。これは前回十分議論できなかったところで、本日も議論いただきたいところです。

その上で、「守秘義務」は概ね前回議論が終わっていますので、第5章から検討をお願いします。

ところで1頁について、個人情報保護法が成立したのでその趣旨に徴して前回の取りまとめなどについて検討を行う、これが今回の検討会の趣旨です。したがって、できるだけ個人情報保護法の文言解釈に近づけた整理をしていくのがよろしいかなと考えました。そこで、「目的」について「できる限り特定」の文言解釈として、使用目的のみならず、事業者内の誰がどういう権限を持って何をするのか、こうした点が特定されてはじめて、「できる限り」の文言解釈に忠実であるという整理をしたわけです。

しかし、わかりにくいというご意見があれば、目的については、いわゆる狭義の意味での使用目的にして、誰が如何なる権限でもってなどという点は、別の章に整理してはどうかと考えています。いずれにしても、これは整理学の問題で、1ページの内容自体は前回合意されていますので、その内容を変更するとの趣旨ではありません。

9頁の第11章で、「特に配慮が必要な健康情報の取扱いの留意点」についてですが、例えばメンタルヘルスについて、これは過重労働、メンタルヘルスの検討会であるべき対応については別途行っているところで、ここでの「留意点」とは、メンタルヘルスに係る情報が事業者によって取り扱われるに際して、プライバシー保護の観点から特にどのような配慮が求められるのか。他の健康情報よりも、さらに注意が必要とすれば如何なる点であって、そのためにこそどういう取扱いが求められるのか。この辺りについてご議論をいただきたいと思います。

「中間取りまとめ」を各机のファイルに入れてあります。22頁から23頁に前回の考え方がまとめられています。これなども議論に供していただきたいと思います。こうしたものに加えて、さらにメンタルヘルスについて外の情報以上に取り扱いに注意を要すべき理由があれば、どういうところにあるのかということも突っ込んで議論していただきたいと考えています。

小規模作業場への対応については、同報告の22頁に記載があります。「論点の整理」の8頁の第10章、「ルールに盛り込むべき事項」とありますが、情報保護の観点から利用のあり方について、そのルールとして盛り込むべき事項ということです。得た情報をどのように用いて、例えばメンタルヘルスを進めていくのかといったルールを意味しているのではなくて、使われる際に健康情報の保護の観点からどうした点に留意すべきなのか、という観点からのルールという意味です。以上です。

保原座長

それでは早速検討に入りたいと思います。ただいま事務局からご説明がありましたように、前回の議論を踏まえて、再度論点の整理をしていただきたいと思います。前は大体4までやりましたと思いますので、今日は5頁の「情報の管理・利用体制」から検討したいと思います。4頁の最後の に戻っていただきまして、私はこの所は十分議論していなかったような気がしますので、恐縮ですが、事務局で最後の についてご説明をお願いします。

山崎主任

健康診断の受診の義務については、事業者健康診断を義務づけている。このこと自身について争いはなかったと思います。他方、労働者に対する受診の義務についてどう考えるのかを前回議論していただき賛否両論ありました。

ここにある論点は、健康診断を事業者が実施する際に、法が一律に健診項目まであらかじめ定めている。このことをどう考えるのか、ということも検討しておきたいということです。場合によっては、必要な健康診断をするという包括的な条文があって、必要

な対応というのは、事業者と労働者の合意に委ねられるとの整理もあるのではないかと  
いうことです。

2つ目は、「また」以降、検査値そのものを収集するように運用してきている。法文  
上は、例えば、「健康診断の結果」を記録しておくとされています。「健康診断の結果  
」とは、健康診断をした後の結果ですから、検査値に基づく判断を指すとも読めます  
し、あるいは検査値そのものとも読めるかもしれません。この点これまでは検査値その  
ものの収集なり保存なりが必要との運用をしてきています。しかし、義務付けるのは検  
査の結果に基づく判断結果を事業者が収集するというだけで十分ではないかとも考  
えられるので、この点ここを検討いただきたいということです。

保原座長

いまご説明がありましたとおりですが、健診のデータそのものを雇い主が収集するか  
という問題については、前の中間報告で産業医の手元に集めるという方法もあるという  
ような書き方だったと思います。これに対して国が健診項目を定める必要があるのかど  
うかというのは、新たな議論、前の検討会ではなかった議論ですが、重要な論点だと思  
いますので、この2つの問題についてご意見がありましたらお願いします。

特に後者で、国が健診項目を定める必要があるか。1つの考え方としては、国がしっ  
かり健診項目を決めて健康診断をやらせないとだんだんルーズになってきてしまうとい  
う考え方と、反対に国がそこまで手を出さなくてもいいのではないか。例えば、「事業  
者は労働者の健康診断をしなければならぬ」という書き方だけにしたほうがむしろい  
いのかという議論だと思います。

堀江委員

私もこれは初めて議論するような気がします。大変大きなテーマではないかと思いま  
す。たぶんこの議論をすると、健康情報の取り扱いの観点だけでなく、さまざまな周辺  
への影響も考察しなければならないかと思えます。しかし、個人情報の取り扱いという  
観点から見れば、それでは国が義務づけている目的は何か、ということがいちばん肝要  
だと思います。

前回の議論では、目的はいくつか挙がっていたと思います。1つには労使関係で解決  
できない第三者の安全、あるいは公衆衛生の観点から、労働者の健康情報を収集するこ  
とを義務づけるという観点もあったと思います。国が健診項目を義務づけることの意義  
はあるように感じますが、単なる労働者の健康保持、増進のためだけであれば労使関係  
での契約に基づく健康診断項目の選択という考え方はあってもいいのではないかと考え  
ます。ただ、周辺への影響は少し考えていかないと、大きな問題ですので慎重にやらな  
ければいけないと思います。咄嗟に言われましたので、目的が大事だという論点だけ申  
上げました。

保原座長

いままでこれはあまり議論していなかったのです。

井上委員

やはり、健診項目を国で定めていただかなければ、企業間によって格差が生じてくるのではないかと。特に、業績などが良い企業は検査項目をきちんとやるだろうし、任意とか、そういったことでやりますと、中小とか、あるいは理解のない所は検査が十分なされなかったり、そういった格差が出てくるのはまずいと思います。ですから、いまのように定期健康診断において、標準の項目を設けて実施する方が良いと思います。

保原座長

その他ご意見はございますか。

柚木委員

毎年、厚生労働省が「労働衛生のしおり」などで統計を出していますが、統計を取る意味でも健康診断の項目を規定されていたほうが取りやすいと思いますので、義務づけたほうが良いと思います。

保原座長

義務づけるべきだというお考えですね。

松本委員

繰り返しになりますが、やはり目的との関係だと思えます。国として統計データを取るためということであれば、義務づけたほうが良いだろうというのはもちろんだと思いますが、労働者の権利という観点、労働者が自分の健康を維持するために事業者のコストで一定の検査をしてもらって、その情報を自分が返してもらうという権利なのだという観点からいけば、国で義務づけるよりはむしろ労使関係の問題としても考えられると思えます。他方、この法律は労働者の義務に構造上なっていますから、そこが義務であれば国が義務づけることも今度はお出してくるかもしれません。これが誰のための制度なのか、国がデータを集めるための制度なのか、労働者のための制度なのか、事業者のための制度なのかによって変わってくると思えます。おそらくどの側面も少しずつ入っていますので、議論はそれほど簡単にいかないと思知していますが、そういう意味で、なかなか一律には言いにくいという気がします。

保原座長

いま松本委員がおっしゃったように、健康診断は何のためにするのかという議論はありますが、私の理解では労働者の健康の維持確保および結核等、職場における伝染性疾患の防止、予防と言いますか、これが基本的な目的ではないかと思われまふ。それ以外に派生的にはいろいろな効果等があると思えますが、ご異論がなければ、大体それに絞

って、それを前提に議論をしていただきたいと思います。

#### 中桐委員

これまで経験していることで申し上げますと、例えば雇入れ時の健康診断というのがありますが、その際に議論としてメンタルヘルスの関連で、問診なりで、うつ病などの罹患歴を調べて、それによってその後の措置を考えるといいですか、事業主はできるだけそういう方々を排除したいというか、そういう危険性があるという指摘もあると思います。本来、健康診断自体は、その結果で有所見者の場合、事後措置を事業主にとるという中で、業務との因果関係というか、それを立証できるという形で項目は作っていると理解しています。

しかしながら、これまでに起こっているもう1つの問題は、自発的な健康診断制度があります。これは女子の深夜勤の解禁に当たって、それに伴う附帯決議の中で健康診断をするべきだということで始めたわけです。その際に、実は我々もその検討会の中に入りまして、女性労働者が懸念しているような診断項目、例えば乳がん等をいくつか並べました。先ほど言った因果関係の中で、そういうものは学会でも証明されていないので駄目だということで、20数項目出したのですが、結果的には現在の一般健康診断と同じ項目だけになりました。その結果と言ったら言い過ぎかもしれませんが、受診率は大変低いものになっており、現在でもそんなに高くない。一部の業界にお願いして一生懸命やってもらっているというのが実態ではないかと思います。折角、作った制度でありながら、あまりそこに固執しますと、女性で深夜勤に就いている方で、自分の健康が不安の中で、乳がんやそういったものを気にされるのですが、実際にはそういう項目は入っていないので、現実と同じ健康診断項目を年に3回もしなければいけないという、自発的に行けばそういうことになります。今後どうしていくかということで、プライバシーの問題ですが、健診項目だけで考えていけば、その辺に何らかの区分があってもいいのではないかと。折角、一般健康診断もありますし、有害の関係、深夜勤もありますので、それぞれの役割があるわけですから、項目についてきちんと国が定めるべきだと思います。これまでの選定の仕方について知恵というか、少し差があってもいいのではないかと。その際にメンタルヘルスは大変慎重に扱わなければいけないし、そういう項目はないほうがいいのではないかと。女性の深夜勤の場合には、乳がんといったようなものも、もう少しフレキシブルに使ったほうが利用者は増える。その結果について、運用上で事業者責任はとれないわけですから問わないとか、何かそういったものがあるのではないかと。少し話が逸れるかもしれませんが、検討項目が挙がっている中にはそういう背景があるのではないかと。思います。

#### 保原座長

確認ですが、中桐委員のご意見は健康診断項目を国が決めて、もう少し増やしたほうがいいというご意見ですか。

中桐委員  
そうです。

藤村委員

労働者の健康を守るという視点から見ますと、将来にわたって要介護者を何パーセント減らすとか、脳血管疾患をどのくらい減らそうとか、そういう戦略が出ています。その戦略と労働者の健診義務が矛盾するようでは困ると思うのです。健診を受けるのを義務づけることは、大局には自己責任でやれということか、事業所の管理下で行うのか、そのどちらかの選択だと思うのです。与党の健康フロンティア戦略に矛盾しないようにするためには、やはり義務づけは必要ではないかと思います。

過重労働による労働者の過労死はほとんどが脳血管疾患、心疾患なのです。そうしますと、健康診断は従来項目でかなりチェックできるわけです。

産業医が過労死の恐れがある労働者、あるいは健康を害する恐れがある労働者を把握したときに、どういう働きかけをするか。つまり個人にのみ働きかけるのか、事業主に働きかけて少し休ませなさいよとか、あるいは病院に行かせなさいと言うことまでできるのかどうか。そうすると、守秘義務の幅が広がってきて非常に難しい問題があると思うのです。

要するに国民の健康寿命をなるべく長くさせようという、国の戦略は正しいものだと。そう考えたならば、もっと柔軟に労働者の健康を守るという観点で議論していったほうが良いと思います。

保原座長

結論としては、項目は差し当たり国が定める。

藤村委員

そうです。義務化もすると。それは自己責任、自己管理に任せておいては決して十分ではない。なぜならば、国の健康戦略に矛盾するからです。

保原座長

釈迦に説法で恐縮ですが、産業医の仕事の中に有所見者が見つかって、どうもいまの仕事はまずいという場合には、産業医は積極的に雇い主に言うことができる、という勧告権が平成8年の法律改正で、いままで施行規則にあったのが法律事項になりました。そういう訳で、産業医の先生にはむしろ積極的に、健診項目かどうか別にしてやっていただきたいと思います。

藤村委員

守秘義務と絡んでいきます。要するに、情報を共有する範囲が広がりますよということをおぼろげに危惧したのです。

#### 柚木委員

先ほどの義務づけしたほうが良いことの追加意見ですが、統計もさることながら、血液検査の項目1つにしても、毎年変わっていけば、健康診断を受けた個々の経時変化もわからないし、また事業主間で労使が勝手に決め合ったことであれば、その比較にもなっていないと思うのです。やはり最低の項目は決められたほうが良いと思います。

#### 保原座長

そのほか国が健診項目を定めることについてご意見はございますか。いままで出たご意見の大半は、従来どおり国が健診項目を決めておいたほうが良い、ということだと私は理解しましたが、違うというご意見の方はいらっしゃいますか。若干のニュアンスはありますが。

#### 堀江委員

私は労働安全衛生法に基づく健診における労働者の健康の確保ということの意味は、あくまでも業務遂行上の健康影響がないようにということで、使用者が費用を支払って実施しているものだと理解しています。そこは同じような結果になるかもしれませんが、もちろん健康影響がないようにしていれば、将来も要介護にならないということで、結果は同じかもしれません。やはり、仕事に即した健診項目でなければならない、というのが本質ではないかと思います。

そう考えたときに、働いている人全員に共通の項目があれば、それは国として強制してもいいのではないかと思います。そうでなければ、本来、事業場の特殊性に応じて変わるべきではないかと思います。国が規定するというのも、現在は50万円以下の罰金という罰則規定を設けた強制の仕方ですが、必ずしもそういう形ではなくて、例えば専門職がおられないような事業場もたくさんあると思いますので、このような業種で、こういう仕事があれば、こんな項目がいいのではないかというガイドラインを示すとか、かえってそういうほうが本来の業務遂行上の健康影響を防止するには役立つのではないかと思います。

#### 鳥井委員

前回欠席したので、議論がしっかり見えていないかもしれません。先ほどからの議論を聞いていて、国が国民の健康を守るという概念と、国が労働者の健康を守るという概念では随分差がある気がします。国が国民の健康を守るということで、国が国民に対して一人ひとり項目を付けて受診義務を課すのかといたら、そんなことはないわけです。

そうしますと、労働者の健康を守るということで、国が受診項目まで決めて義務づけてまでやらなければならない理由はどこにあるのか。それは業務上、健康影響が起らないようにすることがたぶん基本的なところになると思うのです。そうしますと、これ



はかなり個別性の高い世界の話ではないかという気がします。そういう意味では、ガイドラインという考え方はかなり受け入れやすい話という感じがします。義務づけても受けない人は受けないわけですから。

保原座長

ガイドラインというのはどういうものですか。

鳥井委員

こういう職種だったら、こういう項目はやったほうがいいですよという、ガイドラインみたいなものがある必要があると思います。

保原座長

そうしますと、国は規則等では書かないということですか。

鳥井委員

そう思います。そのほうが現代的だと。人々が自分の責任のもとで生活をしていくのだという、これが正しい方向かどうかよくわかりませんが、少なくともそういう方向で社会は動いているわけで、それに適しているかなという気がします。

井上委員

会社の環境の特殊性というのは、いまでも特殊健康診断等があって、そこである程度有害業務等に対応しているわけです。今回の問題は過重労働対策であり、特に国が認定基準ということで、目安として時間外労働などを決めました。対象のほとんどが成人病関連疾病ですので、今の健康診断検査項目はそれが主体になっており、それによろしいのではないかと思います。やはり国でいまの項目ぐらいは定めていただいて、特殊性というのは特殊健康診断があるわけですから、そこでできるのではないかと思いますがいかがですか。

保原座長

プラスアルファで考えればということですか。

井上委員

プラスアルファというのは、いまの現行法です。

保原座長

現行法で、一般健康診断と特殊健康診断とあるわけですね。

井上委員

対応できるというふうに私は思います。プライバシーの問題は別にして、健康診断そのものの目的というのはそうですから、もしプライバシーのところがあれば、そこで制限すれば良いと思いますが。

鳥井委員

先ほど座長が、2つ目的があるとおっしゃいましたが、職場での感染を防ぐという、こういうことが望まれる疾患というのは、かなりたくさんあり、いまでも考え得るのですか。

保原座長

そこは二重になっていて、安衛法でやった場合は、改めて結核予防法の検診はやらなくっていいことになっているのですね。

大体、いま伝染性疾患というのは結核ぐらいで、結核はほとんどなくなったと思えば、最近はどうもそうでもないということです。

国が健診項目を定めるかということで、いまご議論いただきましたが、大方は従来どおり、健診項目を定めておいたほうがいい。しかし、そうでなくて、もう少し作業の種類とか、そういうものに応じてもっと弾力的に考えたほうがいいのではないか、というご意見もあったということで、大体よろしいですか。

次の頁で、5の「情報の管理・利用体制」、「開示」、「第三者提供」、その辺について何かご議論がありましたらお願いします。

中桐委員

現在の討議項目に目を通して、ほぼこういうことではないかと思えます。他の所に入っているのかわかりませんが、「情報の管理・利用体制」の中に「保管」の概念はどこに入っているのかという気がします。例えば何年保管するというような議論も少ししたと思いますが、「保管」をここで扱うのかお聞きしたいのですが。

山崎主任

保管といいますか、おそらく中桐委員がおっしゃっているのは、情報が化体した物といいますか、情報をどういう形で、いわば金庫に入れておくのかという意味での保管ですよ。

中桐委員

何年とか。

山崎主任

紙等に化体されるのは別として、情報そのものは無形のものなので、いかに情報が広がるのを管理していくか。ここが情報保護の大きな論点になると思うのです。そのため

にこそルールが必要になるというのは、中間とりまとめの考え方ではなかったかと思えます。

そうした意味で、第5章の「情報の管理・利用体制」ですが、組織内で、誰がどういう権限を用いて何をするのか。ここをルールとして押さえておく必要があるということです。

その中の1つの内容として、どのように保存しておくのかという点があります。情報の流れを広く管理していくということからすれば、1つの要素になりますが、大きな論点としては、いかに情報の流れを管理していくかということだと思えます。

年限の話がありましたが、安衛法では健康管理という趣旨、目的のために何年間保存しておくべきとの規定はあります。しかし、個人情報保護の観点からどのように本人の意思が反映されるべきかという規定ではありません。

安衛法の66条5項で義務的に収集されるものについては、始まりが義務的ですから、またその終わりについても本人の意思が反映されるという必要はないとも思われます。他方、任意に収集される場合、そうした情報の始まりに本人の同意が必要であるならば、終わりの段階でも本人の意思が反映されてしかるべきという論点はあるでしょう。これはこの前議論したところです。

そこで8頁に前回の議論を踏まえ、「収集の際の同意、廃棄等に関すること。停止や廃棄に関して、いつでも労働者がこれを求めることができるとか、一定期間経過すれば事業者は当然廃棄するとか複数の方法が考えられるが、あらかじめ労働者との間で具体的な対応を取り決めておく必要があるのではないか」と記しています。

保原座長

初歩的な質問ですが、健康診断の資料というのは、何年間保存義務があるのですか。

山崎主任

それは一般的に5年という保存義務があります。

保原座長

それは何の法律で決まっているのですか。

山崎主任

安衛法で決まっています。

保原座長

健康診断個人票は5年、そうすると、5年は取っておかなければいけない。しかし、それ以上取っておいても雇い主が法律に反するわけではないということですね。最低、5年間は取っておかなければいけないということですね。例えば何年経ったら廃棄しろとか、というようなご意見はありますか。あるいは法定健康診断結果について、5年を

過ぎたときに、ある労働者が「自分の分は廃棄してくれ」と言えるのか。

堀江委員

現実的な問題ですが、個人健康管理記録票は、毎年同じ頁に書いたりする部分があります。5年前のだけ廃棄しろとなると、頁の一部を切り取るような話になりますから、なかなか実態としては難しいと思います。

いま5年というのは、一般健診と多くの特殊健診ですが、特別管理物質に関しては30年、電離則関係も30年、じん肺法関係が7年ということで違ってきます。もし、保存期間を過ぎたら全部廃棄ということになると、かなり煩雑な事務作業が発生するのかなと。これは本質論ではありませんが、実態としてはかなり丸めて、長く保存している所が多いのではないかという気がします。

保原座長

企業の場合は実際はどうやっているのですか。定年までですか。

堀江委員

私が経験した個人的な例では、計算できないので、本人が生年月日から90歳になったら捨てるみたいなルールは作っていましたが、要するに定年退職してから30年は経過しているということで、もう絶対に大丈夫という年齢で捨てていました。これは1つの例です。

保原座長

超一流企業ではそういうことはやれるでしょう。

井上委員

特に健康管理が行き届いている企業ほど、入社から定年までデータを保存している所も多いようです。ですから、廃棄とかの場合、逆にどうなのでしょう。プライバシー保護に観点からは廃棄できればそれでよろしいのですが、きめ細かい健康管理をしているところほど、データをすべて保存し活用しているケースは多いと思います。

保原座長

ありがとうございました。

荒井委員

保管する場所が、紙ベースでやっているとなくなってくるという実態がありまして、年限がある程度ないと、従業員が多い所では莫大なスペースが必要になってきます。これは電子化されればまた別ですが、紙ベースの場合はどこに、それこそセンシティブな情報なものですから、倉庫に入れておくというわけにはいきませんので、非常にコスト

もかかりますし、その辺の所はどんなふうに個人に還元していくのかということも含めて、検討していかなければならない。

義務化されたものであっても、個人の情報であることは間違いないのです。病院でも実際出せる情報については、相当出していくようにいましているところなので、廃棄というよりは個人に返すというやり方もあるのではないかと思います。ただ、これを一律にやるのは大変難しいのですが、1つの考え方としてはあると思います。

自分の健康の情報の推移を退社した後に持っていなくなってしまうわけで、そうすると、折角コストをかけてためたデータを会社が廃棄してしまうとなくなってしまう。本人はデータとして持っていれば、退社後もデータを利用できるというメリットもあると考えています。

保原座長

堀江委員が勤務されていた企業は、退社した人はその資料を利用できるのですか。例えば定年退職して5年経ったのち。

堀江委員

私が経験したある事業場の例としてはいろいろな有害物質も取り扱っている経緯もあり、なるべく長く作業環境測定結果、個人のレントゲンフィルム、あるいは書類等を保存して、本人が退職後、会社に直接来られれば、また改めてそこで「OB健診」という名前で、健康診断をしてあげるようなサービスまでやっておりました。また、電話等での問い合わせがあれば、必要に応じて資料をご提供するというのもやっておりました。実際には会社側からもそういった求めがあって使っていたケースもありまして、この辺が実を言うと個人情報としてどうかという問題が生じてくる点だと思います。

松本委員

先ほどの議論とオーバーラップすると思いますが、何のための制度かというところが1つではなくて、いくつか混在しているのではないかと。現在働いている労働者の現在の健康をきちんと把握していないと、生活習慣病等で突然死が起こったりするかもしれないから、生活習慣病的なデータを把握している必要があるのだと。それが退職後もずっと必要かということ、個人にとってはあったほうがいいが、会社にとってはおそらく必要はなくなると思うのです。特殊なじん肺とかですと、責任問題があるから残さなければならぬが、「血圧がいくら」というのはいらぬと。しかし、多くの企業はそういうサービスもして、データも残して返していたりするのだとすると、そこは一般的な労働者の福利厚生事業的な、つまり個人として普通の開業医さんや病院で健康データを取ってもらって、アドバイスを受けてもいいのですが、雇用関係の中のサービスの一環としてそういうこともやっているのだ、という側面も入ってきているのではないかと。生活習慣病の側面になると、おそらく事業者の責任と被用者の責任が分けられないので、法律上の健康診断の中でやるほうが簡単でいいから、検査項目も義務化して、国民の健康維

持、一般の話とほとんど一致するような部分を、労働関係ということで義務化してやると、そういう説明はできると思います。後々まで残しておくという部分は、おそらく説明し切れなくなりますから、そこは別途労使間の合意等をベースにして、エキストラのサービスとし、そのきちんと管理等についての取り決めを行うとか、そういうことをもう1つ別にかぶせたほうがいいのではないかという気がします。

保原座長

管理は難しいですね。つまり、法律で最低の年限が決まっていると。しかし、きちんとした企業ではそれ以上保存して、退職後も利用しているとなると、管理の中に「保存」をどういうふうに位置づけるか。この検討会で結論を出すのは難しいと思います。そういう問題があるということで、例えば健康診断なら5年、という最低の年限を超えた資料の保管をどうするのか、という問題がありますということを確認させるのにとどめるということで、事務局で少し議論の整理をしていただきたいと思います。長ければ長いほどいいかという問題もあると思います。その他「情報の管理・医療体制」、「開示」、「第三者提供」で何かありましたらお願いします。

鳥井委員

社会の雇用慣行というのは、随分大きく変わってきて流動化が進んできているわけです。流動化にはちゃんと対応できているのでしょうか。例えば「第三者提供」の場合も、労働者のほうが移動して、前の会社にデータがあるというときに、次の会社が開示を要求できるのか。それとも本人を通してしかできないのか、というところはどのようなのですか。

山崎主任

それは前回の中間とりまとめに大よそのことが書いてあるとおり、基本的には本人の意思だと思います。本人を経由するのが原則で、当然のようにAからBという異なる主体間で情報が行き交う、ということは排除されるべきという姿勢であったと思います。

問題になったのは、1回目の検討会で派遣労働者の話がありました。派遣労働者は、安衛法の「労働者」の中に派遣労働者も含まれるという解釈です。そこで、派遣労働者の健康情報がどのように管理されるべきかという問題がある、というご指摘が堀江委員からあったと思います。この点、派遣元と派遣先の間、当然のようにデータが行き交うのは保護法の解釈上やはり問題があるのではないかと考えられます。この場合も双方の契約の中で、きちんとその取扱いについて押さえた上で、情報提供側から提供先に対して管理、監督なされるべきという個人情報保護法の原則が適用されるべきなのではないかと考えます。

堀江委員

派遣ではなく、会社の従業員が移りました。個人を通して次の会社へ情報が移るべき

だと考えますと、その個人が嫌だと言ったとします。同意しないと。

保原座長

前の健康情報は秘匿しておきたいと。

堀江委員

そういうことです。嫌だと言った場合、新しい雇用主は義務違反にはならないのですか。

山崎主任

それは、まさに個別具体的にどう判断するかという問題です。AからBに本人が移った場合、データは自分で秘匿しておきたいという意思が尊重されるべきであるというのは、おそらく個人情報保護法の意図するところだと思います。これより先にとりまとめられた中間とりまとめでも、本人の意思が前提となっています。そこで本人が秘匿したことが原因で、たまたま移った先の事業者が十分な健康管理を営めなかった、遂行できなかったということで本人に不利益が出てきたら、これはどうしても防ぎようがなかったのかどうか個別の判断にならざるを得ないと思います。

労働衛生課長

いずれにしても、雇入れ時の健康診断は、当然必要になります。そこで基本的な情報については入手できると思います。

保原座長

労働者は、過去の自分の健康情報を新しい雇い主に開示する義務はないわけですから、いま事務局から説明がありましたように、「前の健康診断の書類を持ってこい」と言われたときに、「嫌だ」と言えると。ただ、労務管理の上で、本当はその人の健康状態を前から引き続き詳しく知っていれば、防げたであろう病気などが起こったとしても、それは労働者の責任ですと。労働契約上は、やはりそういうことになると思います。

堀江委員

5、6、7が適当かどうかわかりませんが、前回の委員会から引き続き課題になっている点で、産業医も、衛生管理者もいないのにどうやって保存するのかといった大きな問題があります。

たまたまある本を見ていたら、ドイツでは本の書き方によると、事業所の中にデータを保存する責任者を専任させて、その人が公的な機関とも連携をとりながら、データの保存を事業主から独立して遂行しているという制度があるようです。例えば考え方として、保存の義務とか、管理の義務になりますが、事業所の中にデータがあるときに、適

切なデータの保存ができるような、もっとも望ましい人を事業場で選任していただく。

鳥井委員からもご指摘のあったような場合には、事業者が直接本人に対して開示していかどうかの問合せをすると、労使間で強制されるようなケースもあり得ますので、例えば事業者とは独立のデータ保存責任者が本人と相談して、開示するかどうかの手続をするというのは1つの考え方ではないかと思ひまして、ご紹介しようかなと思ひました。

保原座長

ドイツの場合、雇い主の意思に反しても、その保存義務者はデータを動かせるのですか。管理だけでなく開示の場合です。

堀江委員

本人は承諾しているけれど、事業主は承諾していないというケースですか。

保原座長

例えばよそへ移った人がですね。

堀江委員

そのところは私は不勉強で、本では確認できていませんのでわかりません。

松本委員

おそらく、いま堀江委員の言われたのは、ヨーロッパでEUの個人情報保護指令というのがあって、各国はその指令を国内法化しなければならないという、その中で個人情報を保護するための仕組みを各国でどう具体化するか、その1つのドイツバージョンだだと思います。その指令の内容を国内法化するのに、幾つかチョイスがあったと思います。その1つが一定の資格のあるものを個人情報保護の管理責任者に任命して責任を負わせるという流れの中での話だったのではないかと思いますので、こういう健康情報という特殊な情報についての専門家が、雇用主とは離れた立場で何か言えるという話ではないのではないかと。もし健康情報固有の問題であるとすれば、何となく産業医のような立場の人が企業から独立してということで、わかりやすいのですが、そうでなくて責任者を決めて責任を持って管理させるという話だとすると、事業者の中できちんと一定の訓練を受けて、一定の研修も受けた人にやらせなさいというぐらいではないかという気がします。その辺、もう少しお調べいただければと思います。

保原座長

ありがとうございました。

堀江委員



追加ですが、ご承知のようにドイツでは健康診断の義務づけはありませんが、実際にはやっている企業もあると思います。松本委員がご指摘のように、私も産業医と医療職がいれば当然、健康情報は医療職が判断して保管し、あるいは場合によっては本人の承諾がなくても使用すべきときは、きちんと使用する判断までしていかなければいけないと思っています。

ただ、どうしても医療職のいない事例の場合に、どうするかという議論が残るものですから、その場合の救済策として適当でないかもしれませんが、それでも事業者以外に1人、独立の立場で責任者を置くという考え方も付加すれば、いかがなものかという考えでご紹介した次第です。

保原座長

いいアイデアをありがとうございました。そのほか5、6、7について何かございませんか。

堀江委員

もう1点、別の議論ですが、6番の開示のところ、特殊健康診断の結果の通知の義務づけという点があり、私もこれは必要ではないかと思っている立場です。実は健康に影響を与える情報としては、これ以外にも作業環境測定の結果とか、あるいは最近ですと安全衛生マネジメントシステムの中で、事業場に存在することがわかっているハザードなどがあります。それを基に評価したリスクの大きさは、マネジメントシステムの中でも労働者の参加により協議して、どのように制御していくかを決めるようになっていきます。

ただ、実際の法体系としては、ハザードの存在やリスクの大きさ、あるいはそのリスクアセスメントを定常的にやっている、1つの方法である作業環境測定の結果は、現在、労働者側が教えてもらう権利は、法文上は構造として入っていません。これが開示というところに当てはまるのかどうかわかりませんが、一緒に考えておく必要がある点ではないかと思います。

保原座長

そのほか、ございませんか。議論があったらまた戻ることにして、次に8の「法律による対応」、9の「取扱いのルール策定と事前の労働者の同意」、10の「ルールに盛り込むべき事項」について議論したいと思います。どこからでも結構ですので、ご発言をお願いします。「法律による対応」の1番目は当然のことで、データの数で5,000を超えない事業場というのはたくさんあるわけですから、それについて労働衛生の分野で手当をしなければいけないのは確かだと思います。7頁からお願いします。

中桐委員

事務局に質問ですが、9番の最初の で、「事業者と労働者の合意に委ねるほかない

と考えられる場合もあり」とあり、「合意に委ねる」というのは何か個別紛争処理みたいな感じで、勝手にやってくれということなのかどうなのかが1点です。その次の、「産業医等や衛生管理者等」とありますが、この「等」が50人未満ですと登録産業医になるでしょうし、衛生管理者も、50人未満ですと推進者で10人以上ぐらいまでカバーできるのでしょうが、そういう意味が込められているという理解でいいのでしょうか。そういった「参画のもと、ルール化をする必要がある」ということですが、これも先ほどのルール化プラス、運用とか管理とかも議論することになるのだと思います。

その次の「国は事業者がルールを策定するに当たって依拠すべき指針を示す」とあるのですが、「指針」では少し弱いのではないかと思います。例えば違反をしても特に罰せられることはない、罰金もないということなのかどうか。とりあえずそのあたりまで気になるものですから、お答えいただければと思います。

山崎主任

合意という言葉の問題については、またご相談したいと思います。趣旨は、組織は千差万別で、どんな権限を持っている人が、その情報を用いて何をするのか最初に私がお説明しましたが、その辺の特定は国が一律に示すことはなかなか難しいと思われます。そこで事業者ごとに労働者との間できちっと同意し、ルール化しておくのがいいのではないかという意味です。

「等」について、前回の中間取りまとめで産業医等や衛生管理者等というのが決まりごとのように出ています。前回の議事録によりますと前者のほうの「等」は、50人未満でも産業医に代わるような医師がやっている場合があります。後のほうの「等」は、たとえば衛生推進者です。

「指針」という表現ですが、法形式が何がいいのかはいろいろ見解があると思えます。ただ、強制力との問題とか、先ほど述べたように組織も千差万別で一律に難しいことについて、どこまで強制的に書くのが適当か。そもそもことの発端は個人情報保護法のスタートで、個人情報保護法も指針という形で、それぞれの事業者の適切な措置に対して国が指針を示すという整理にしています。だからそのアナロジーで指針としました。

もちろん、いろいろなご意見があることは排除するものではありませんが、個人情報保護法が一連の議論を経てその整理になったということは、それなりの合理性のある結論だったと思いますし、このことは特段、労働衛生の分野だから別途の整理があると考えにくかったものですから、一応こうしました。

保原座長

9と10というのは、どういう関係ですか。

山崎主任

9と10の関係は、ルールを策定してもらい、具体的にそのルールに盛り込むべき事項

として何がありますかということです。事業者が策定するルールに、こういったことを盛り込んでもらっておく必要があるかです。

保原座長

10 というのは9の中身ですね。

山崎主任

そうです。

松本委員

8と9の関係になりますが、8の部分は法律で手当すべきではないかということで、これは法律の中に既に守秘義務の規定があるわけですし、それをもう少し対象者を広げようかというのが前のほうにも出ていましたから、そういう形での法律の対応で、違反の場合には一定の罰則です。それでないところで、例えばどれぐらい保存するかといった部分については、労使で話し合っただけでルール化してくださいという切り分けになりますか。つまり法律事項としてどの程度具体的なことを盛り込んで、この法律の改正とすべきなのか。それは罰則等で担保すべきことに限られるのではないかと。若干、訓示規定のような努力義務も入るかもしれませんが、それ以外の部分は現場の労使のルール化に任せて、それを一定のガイドライン等で後押しするイメージでしょうか。

山崎主任

大体、そのようなことですが、法律に明文上の規定をするものと、国が指針に謳うことを法律上の明文規定として置いておき、その指針の中に具体的なものを盛り込む形を大体イメージしています。そのときに法律に明文規定を謳う中にも罰則をもって臨むものと、罰則をもって臨むまでもない規範というのも当然あっていいわけです。したがって整理しますと、法律の明文上、是非とも書いておくべきものにも守秘義務のように罰則を設けて臨むものと、そうでない場合もあるだろうと思っていますし、国が指針を謳うとして包括的な規定を置いて、その指針の中に労使間の合意に委ねるものを細かく規定するといったイメージです。

保原座長

10と11は中身を見ますと、労使で合意すべき事項と、国が指針と設定すべき事項と、その中間的なものと、3つぐらいになっているような感じです。そういう理解でいいでしょうか。

山崎主任

聞き漏らしましたが、法律による対応で例えば守秘義務もそうですし、予め特定された目的以外の使用は、認められないということも法律事項としてあり得ると思います。

国は事業者が定めるところの指針を示す、というのも法律事項としてあり得る。その指針の中身が何かということ、10 という意味です。

保原座長

9の1つ目の は、結局、労使で事前に協議して合意すべき事項があるのだという書き方ですが、3つ目の では、国が指針を示す事項があるのだという書き方です。

山崎主任

事業者が労働者との間で、こういう権限を持った方が何をするかを具体的に規定する。そして、どういう権限を持った方が何をするという事は、ルールの中で決めておきなさいというのが指針の具体的内容だということです。そして、そうした指針を国が謳いますということを法律に書いておけばいいという意味です。この構造は個人情報保護法も、大体そういう構造をとっています。

保原座長

事務局ばかりに聞いて恐縮ですが、1つ目の の事業者と労働者の合意というのは、どういう形を考えていらっしゃるのですか。つまり普通の合意だと労働協約とか、あるいは合意と言えるかどうかかわからないけれど就業規則とか、その他のそういう形にとられない労使協定とか、1人ずつ合意を取るのだったら個別同意というのがあるわけですが、あるいはまだそこまでお考えでないか、いかがですか。

山崎主任

中間取りまとめの路線は、要するに労働者との間で合意しておく必要があるということ、これは終始貫かれている考え方でした。労働協約になるのか別に方法があるのか、あるいは個別に同意を1個1個取っていくのか。最も個人情報保護という観点を貫けば、個人個人で取っておけという話になるのですが、これが何万人もの企業になってくると実際は難しい話かもしれないので、ここでの議論でご意見をいただければと思います。

保原座長

釈迦に説法ですが、労と使が一人ひとり向い合うと労は弱い、だから皆で揃って何かやるのだというのが労働法の基本ですから、一般論としては個別同意に落としていくのは、かなり危険だということは言えるような気がします。

安全衛生部長

これは1つ目の を、2つ目で受けているようにも読めます。

山崎主任

はい、ルール化については衛生委員会等で審議して、産業医と衛生管理者等の参画をもってやるというのが、前回の中間取りまとめの結論です。

安全衛生部長

合意という言葉が当たっているかどうかはともかく、衛生委員会は労働者の代表が半数いますので、そういう委員会での了承を得て、事業主の提案が承認されるということが書いてあるのではないかと思います。

保原座長

わかりました。結局、衛生委員会で何か決めるということになると、それは最終的には事業主が決めたということになるのでしょうかね。

安全衛生部長

事業主が提案して、衛生委員会です了承するみたいな形です。

堀江委員

現在、衛生委員会は審議協議機関で、合意を得るとか決議するという機能を法的にも持っていませんし、実態としてもそうでなくて、衛生委員会で審議したものは最終的には経営会議で決定すると思います。

保原座長

古い話ですが、安衛法制定のときに大分議論があって、最終的には当時の労働組合の代表だった総評が、合意をする決定機関とするのは望ましくないという判断だったのです。それは、労働組合が安全衛生についてまで責任を負いかねるということだった。いま中桐さんがいらっしゃいますが、昔の話で、そのときはそういう話で決定機関にしないということだったと思います。ルールに盛り込むべき事項はたくさんありますが、どうでしょうか。これは例示だと思います。

堀江委員

例示ということですから、ここに書いていないものは排除されないと思いますが、確か前回は議論したと思います。8頁の下から2つ目の ですが、「医師たる産業医等を信頼して」とまた「等」があり、ここは「医師たる産業医」ですから先ほどと同じ解釈でいいのかもしれませんが、現場の実態を申し上げますと、実際には看護職のほうが医師よりもたくさんの情報を保健指導等で入手していて、選任されていれば、その人たちのこともルールに入れておくべきかなと思いました。

保原座長

その点、今までの議論はどうなっているのでしょうか。何か議論したような気がしま

すが、健康診断の関係だけでしたか。

山崎主任

中間取りまとめの14ページですが、中ほどで「また」以下の記載のとおり、それなりの位置づけをもって捉えていることがうかがわれます。そうした意味でも、ここに入ってもいいのではないかと思います。

保原座長

対象になるのは保健師、看護師ですか。

山崎主任

対象者は、安衛法の衛生委員会の規定では、「衛生に関し経験を有する者のうちから、事業場が指名した者」という第4号がありますので、それで読めるのではないのでしょうか。お手元に衛生委員会の位置づけに関する資料を用意していますが、18条第2項第4号に、「衛生委員会は次の者をもって構成する」とあり、適宜入っていただくことは可能です。

保原座長

そうですね。現行法だと医師、保健師、看護師については、それぞれ別の法律で守秘義務がある。健康診断については健康診断時に従事した者という規定がある。そのほかに、いま山崎主任が言われたようなことだと、具体的にどういうことになるのでしょうか。例えば衛生委員会の秘密を漏らしてはならないとなると、実際に問題になってくるのは第4号の人ですか。

山崎主任

守秘義務の規定について法律上、どのように規定することが可能かというのは検討していますが、あまりに無限定で対象範囲が広がってはっきりしないのは問題がありますし、他方でできるだけ広く抑えたいということの双方をどう満足させるか。検討する必要があると思っています。

労働衛生課長

すべての事業場で衛生委員会があるわけではないので、少し悩ましい問題があるのですが、仮に50人以上の事業場として考えた場合に、私どもは前回のさまざまな検討会の報告等を踏まえて、基本的にルールを作るのは衛生委員会で、それが中心となるのかなという考えを現在持っています。ただ、あくまでも、それはルールづくりに際して衛生委員会という場を活用するということであって、個別のさまざまなプライバシーに係る情報が、衛生委員会の場に開示されることは決してイメージしていないわけです。

実際にルール化の中で、おそらく健康情報と言ってもさまざまな種類があり、例えば

健康診断のように定型化されているものがあります。その一方で、例えば保健師等が個別の労働者に対してプライバシーに係る細かい相談を受けて、それについて説明したい場合、あるいは産業医の所に、「先生、ちょっと聞いてください」と労働者が言って来る。そうした非常にプライバシーに係る話など、さまざまなレベルがあるのだと思います。

一方で、作業環境測定のような話もありますし、もちろん特殊健康診断、その他諸々あるわけです。それらについてどうするかを国が示すというのは、現実的にあまり考え難い話です。一般的には、考え方について国は指針として示すにとどまると思います。具体的に事業場内でどのような健康情報があって、それを誰が、どのように管理し使用するか。それについての細かいルールを、それぞれの企業で作っていただきたいと現在考えています。このことについて、委員の皆様方のさまざまなご意見をいただきたいと思っています。

保原座長

堀江委員にお聞きします。衛生委員会の18条では何とか対策を書いています、具体的な事情等については衛生委員会には出ないのですか。

堀江委員

具体的な何ですか。

保原座長

例えば病気が発見されたとか、血圧が高い人がたくさんいるからどうするかとかです。

堀江委員

個人の健康情報は、生のデータとして出てくるのは極めて稀だと思います。考えられるものとしては安全衛生委員会のような形になっていて、事故を起こした人の加害者、被害者といろいろありますが、労災事故の被災者の方の健康診断結果がこんなことだったので、ひょっとしたら健康問題が事故に絡んだかもしれないという形で、1人の人間の健康情報がディスカッションになるケースもありますが、そういった例外的なものを除けば課長が言われたように、通常、衛生委員会は個別の健康診断結果を取り扱う場ではないと思っています。

井上委員

いま、私は全社の安全衛生委員会の副委員長と、本社工場の安全衛生委員会の副委員長を任命され職務を遂行していますが、全社の安全衛生委員会は規定類の改廃や全社の方針とか、例えばこの前の委員会では、人間ドッグを法定健診代用と認める云々について審議しました。いま堀江委員が言われたように、本社工場の委員会においても具体的

に個人名とかは出ませんが、統計上、健康診断の受診率が何パーセントとかで個別には出ないようにしています。ですから、プライバシーに関することが委員に漏れることはありません。

保原座長

そうすると衛生委員会と守秘義務とは、一応、切り離して考えていいということですかね。

堀江委員

先ほど看護職の話を申し上げたのは、個別の健康診断の結果に基づいて、安衛法の66条の7という法律で保健指導しているケースを想定して申し上げた次第です。

保原座長

そのほか、10まで何かございませんか。11と12にいきます。11は「特に配慮が必要な健康情報の取扱いの留意点」、12は「小規模事業場への対応」、13は「その他」です。先ほど堀江委員から、小規模事業場についての対応の話がありました。そのほかにご覧いただけますか。

松本委員

質問ですが、先ほど健診項目が法定になっていて、今後も維持すべきだ、あるいは拡大すべきだという意見がありましたが、メンタルヘルスについては健診項目として既に義務化されているという話なのか、たまたま知り得た場合についてという仮定的な話なのか、どちらなのでしょう。

山崎主任

いま、メンタルヘルスについては別途検討会を開いていて、こういった形で把握に務めていくのがいいのかはひとつの議論です。いずれにしても義務的にしろ任意的にしろ、何らかの形でメンタルヘルスに対して、事業主が取り組むことが求められているのは事実であり、そうした情報が集まっていくことに伴って、どのようにプライバシーを保護するかが論点としてあるということです。

安全衛生部長

現在の定期健康診断の項目でメンタルヘルスと思われるものは、自覚症状及び他覚症状の有無の検査というのが定められていますが、これも必ずしもメンタルヘルスに特化したものではありません。この項目が11項目ありますが、ほとんどの事業場でこの項目以外に問診票というのを作り、最近眠れるか、食欲はどうかというのを聞いているようです。



保原座長

その限りでは結局、メンタルヘルスについては医師の判断ですか。

安全衛生部長

はい。

保原座長

口頭で聞くわけですから、聞かない場合も聞く場合もあるでしょうけれども。

安全衛生部長

自覚症状の生データと、それに基づいた医師の判断、本人の希望等に基づいた面接の記録等が、メンタルヘルスに関する情報としては含まれてくるのではないかと思います。

荒井委員

他の病気も同じですが、民間ですと1週間以上休んだ場合には診断書の提出を求められますし、その中にメンタルヘルスの障害があると記載がある場合があります。もう一つは産業医が健康管理措置をした場合に、メンタルヘルス上の問題で就労時間外の労働禁止とか、就労形態、深夜労働、重労働、出張等々のことについて事業者に勧告することがあると思います。それがメンタルヘルス上の公的な情報として挙げられるのではないかと思います。

保原座長

健康診断項目で、いま部長が言われたように問診を具体的には、メンタルヘルスとの関係でどういうふうにするのですか。

荒井委員

問診は誰がやるかによって変わると思います。看護職がやる場合と医師がやる場合で違うし、医師の中でも一般身体医がやる場合と精神科医がやる場合で違うと思います。一般身体医が精神障害を診断してもいいわけですし、その逆もいいわけですが、いずれにせよ診断という行為が入ってくるか、入ってこないかと、項目についてどう書いてあるかとまた別なのですが、食べられるか、寝られるかというのは、いま流行の鬱病であれば主に障害されるところなので、食べられなくて眠れないと書いてある方をそのままにしておくことは当然いかなないので、産業医や看護職はそれに注意を払い、次の方策を本人と相談することになると思います。

もう一つ、脳心疾患の労災認定の指針が出てから各事業場で対応しているのは、時間外労働についてのモニターをして、長時間労働者については心身の健康について関心を持って看護職あるいは産業医が対応しているのが、一般的になってきているのだらうと

思っています。ですから、そこでも時間外労働の多寡でスクリーニングされるわけですが、中には脳心疾患あるいはメンタルヘルス上の問題を持つ人が、入ってくることはあり得ると思います。

#### 労働衛生課長

私の認識ですが、これは全国調査が具体的にあるわけではないので分からないのですが、いまの安衛法の定期健康診断に問診という項目が確かにあります。ただ、明らかにそれは明示的にそれでメンタルのスクリーニングをする、あるいはチェックをするということを行政が言ってきたことはありません。事業場によっては、そこに精神的健康状況について把握する観点で、問診項目が入っている調査票を作っている所はありますが、すべてにそれが入っているわけでもないし、もともとそういう意図で必ずしも問診を行っているわけではないのが、おそらく多くの現状ではないかと思っています。具体的なデータがあるわけではないので、むしろ堀江委員や井上委員からお話を聞かせていただければと思います。

#### 井上委員

私どもの所では標準の定期健康診断の問診票を作成して、メンタルの部分がある程度把握できるようにして、定健時に実施しています。メンタルに関心の高い産業医がいますと、また別途作成し実施している事業所もあります。ただ、共通のものについては本社の健康管理部門で調整して、データを全部コンピュータに入れています。共通の項目は「はい」「いいえ」という形で記録し、事後措置の判定材料にしています。当然のことながらこれらの判定は全部産業医がやっています。

#### 労働衛生課長

問診票にメンタルのチェックを入れるかどうかは、専門家の中でもいろいろ議論があったような話を聞いたことがあります。その事情についてご存じでしたら教えていただきたいと思っています。

#### 井上委員

学会等で、メンタルの部分の問診票みたいなのを提案したのがありますよね。それを参考にして我々の所も作ったように記憶していますが、堀江委員、いかがですか。

#### 堀江委員

日本産業衛生学会では、そういった問診票は作っていません。産業精神保健学会でしたか、そちらは事情はわかりませんが、むしろ産業衛生学会での議論ではメンタルヘルスと言っても、ここから先という線が引きにくい話で、また切れ味のいいスクリーニング指標があるわけではないので、そのあたりはまだ皆さんが一致していて、労働時間、睡眠時間、疲労といろいろな観点からの情報を集めてきて、最終的に専門家が総合的な

判断をする流れが多いようです。論点が分かれているところは、精神科の専門医が何らかの形で産業現場に深く関わって対応するのがいいか、あるいは産業医が現場をよく知っている立場として、多少精神科の観点からも健康管理するのがいいか、そのあたりは意見が分かれていると聞いています。

#### 荒井委員

1997年から5年間、労働省の「産業関連疾患」の予防に関する研究が行われ、その成果物が中央労働災害防止協会のホームページに出ています。インターネットでアクセスして、個人の精神健康度について自分で評価します。それが現時点では職域に関しての、メンタルヘルス上の問題についての日本における大規模な調査に基づいたアンケートなのです。ただ、その質問紙は多岐にわたりますので、定期健康診断のときに実行できる時間はまずないし、その情報を持ったときに事業者あるいは産業医に、どんな責任が発生するか明確にされていませんので、現時点ではどなたもアクセスできるような形になって、成果物として残っているということだと思います。

それは、本と解析ソフトがセットになって売られていますので、それを用いて産業医なり事業主の責任でやることは可能だと思いますが、公式のオーソライゼーションがないのが現状ではないでしょうか。

#### 井上委員

うちも独自と言っても、既存のものを参考にしたいと思いますが、うる覚えです。

#### 荒井委員

先程述べた質問紙はダイヤモンド・コントロールモデルに基づいた問診項目を選択し、日本ではその質問紙が標準化されていて、いちばん使いやすいということだと思います。

#### 保原座長

私は3、4年前に自殺予防の検討会に入ってやっていたのですが、結局、私は何もわからないで終わってしまいました。そのときに精神科の医師たちが、問診の項目に当然メンタルヘルスは入っているとおっしゃるのです。私はあまり勉強していませんから、そんなものかなと思って家に帰って本を見たら、あまり書いていないのです。ただ精神科の医師は自信ありげに「当然入っています、聞かないといけないんです」と言うから、おやおや、そうかと思ったのです。

#### 荒井委員

ある特定の産業医は、そういう姿勢で関与するだろうと思いますが、一般的にはメンタルヘルスに特化した質問項目はないのが今の状況ですし、特定の項目のみ聞いてそれだけに基づいて何かを判断しようとする、肝機能のデータよりも曖昧なことが起こり

ます。また、どのような質問紙を用いてもフォールス・ネガティブ、フォールス・ポジティブがあり、健診項目としてメンタルヘルスに関する何かを入れるということは、非常にリスクがあると思います。ですから、フェイス・トゥ・フェイスの面接の中で得られた情報については貴重な情報ですし、逆に言えば個人情報として保護しなければいけない情報を、問診の結果として看護師、産業医、その他のスタッフが持つだろうと思っています。

堀江委員

メンタルヘルスに関して、言葉の定義で捉え方が食い違う点もあると思いますが、1点だけかなり特殊性があると思われるのは、本人に精神的な障害があって、自分自身の情報のコントロールをするのに明らかに適さない病状の場合については、非常に特殊性があると思っています。その場合に現場としては、本人の情報コントロールないしは自己健康管理を達成するために適切な代理者と言うか、通常は家族だと思えますけれども、そういう方が誰であるのかを現場として知りたいと思うわけですが、それが実際には難しいケースがあります。

これは精神保健福祉法との関係なのですが、例えば措置入院された方が復職される場合、精神保健福祉法の53条というのがあって、なかなか精神科の先生からは産業医は情報をいただけない。これは医師同士のコミュニケーションの問題ですが、そういったケースがあって、守秘義務というよりも健康に関する個人情報の流通の点での問題が生じて、結果的には本人に不利益が生じてしまうケースがありますので、その点も議論していただければと思います。

保原座長

いま言われたのは、主として本人が情報のコントロールができなくなっている場ですか。

堀江委員

そうです。コントロールするのに適していない。すなわち自分の利益を守るためにどういうふうに対処したらいいか十分わかっていないケースです。

保原座長

9頁で「外部資源の活用」というのは、要するに企業の外の医師ということなのだろうと思いますが、企業の外の医療機関にかかっているらしいと、本人は十分に情報をコントロールできない状態にある。それで産業医としては企業の外の医師にアクセスしたい。しかし、その医師が積極的でなくアクセスを受け入れない場合ですね。

堀江委員

そうです。

保原座長

こういう場合はどうですか。本人はまだ判断能力がある。その場合に産業医が、「あなたがかかっている医師に詳しい話を聞いていいか」と言うことはあると思います。

堀江委員

その場合は当然、本人の承諾で進めればよろしいかと思います。これは現場の対応ですが、そうは申しまして精神科の先生方は情報を開示されないのが通常ですので、例えばですが開封した書面を本人に渡して、本人が受診するときに自分が納得している状態で主治医に渡していただいて、その返事を同じルートで戻していただく。そのような形で対応しています。

荒井委員

精神が障害されていて行為能力がない場合に、もちろんここでの議論になると思いますが、行為能力があっても同等の障害が出てくる場合は当然起こると思うので、特に配慮が必要というふうにするのがいいかどうかについては、一抹の不安があります。

というのは、先ほど言われたように精神科医が別に秘匿しているわけではなくて、本人からリクエストがあれば診断書を書くのは医師の仕事ですので書くわけです。例えば復職に関する意見を書く。本人から申請があればそれは書かないわけにいかない。復職が無理であれば「無理」と書くわけですが、いずれにせよ主治医が何らかの医学的な判断を、社会的な文脈でしなければいけないことがあり得るわけです。それを産業医が求めることは可能だと思います。我々は実際にそうしています。

ただ、形式としてはそれぞれの所で診断書は違うのだらうと思います。例えば相当詳細な経過と投与薬物等々について記載を求めてくる会社もありますし、病院付きのものでいいときもあり、さまざまです。ですからその辺については診断書の形式が不統一だということが問題としてありますし、産業医が主治医にアクセスしたときに、主治医がどこまで話せるかはなかなか微妙なところだと思います。医師同士だからいいかといったら、それは個人情報保護という意味で、あるいは医師の守秘義務をどこまで考えるかは当然出てくると思います。

いずれせよ本人の同意がほしいですし、いま堀江委員が言われたように、患者さんが中に入って両方の意見が流通するのはいいだろうと思っています。

藤村委員

この委員会は、労働者の健康をどうやって保持していくかと、個人の健康情報をどう保護していくかを検討するためのものだと私は考えていたのです。そうしたらもっと総合的に考えて、どうやったら効率的にすり合わせができるかを議論しなければいけないと思います。

例えば、健康を守るという立場からすれば、いまのメンタルヘルスの場合でも問診票

によってスクリーニングをする。これはフォールス・ネガティブ、フォールス・ポジティブを含んでいたとしてもスクリーニングというのはそういう性格のものなので、スクリーニングすることが必要だと思います。まず健康をどう守るかを考えて、それから個人情報の保護をどうするかとすり合わせていかなければいけない。

健診の結果を見ても、有所見の場合と無所見の場合と全く違ってくると思います。健康情報の廃棄の問題も無所見のものだったら、法律的に規定のある5年を経過したものは即座に廃棄すべきだと思います。情報を保護するためには余分な情報は持っていないほうがいいと思います。有所見の場合は、それに対して事業者や産業医が対応して、労働者がそれに同意して診療を受けたりする場合と、同意しない場合といろいろあります。そういうことを考えると有所見の場合をどう取り扱うか。そういう議論が必要だと思います。

ですから、健康保持を上位に置くか、個人情報の保護を上位に置くかという立場で、いろいろ検討もしなければいけないと思います。 中桐委員

いまのお話を聞いていて、ちょっと違うと思います。メンタルヘルスの問題に戻りますが、メンタルヘルスにかかっている労働者がいるとして、その方は実際に会社の産業医のところには行かないと思います。私どもの統計でもそういうのが出てきます。会社に知られたくないと思っているわけですし、こっそり外の所へ行っている。それは自分が排除されていることを自覚しているというか、恐れているわけですから、それに対する配慮が要るのだということで、いろいろなことをしているのだと思います。それは別の検討会でやっていると思います。

法定の健診項目の中にメンタルヘルス項目は入っていないわけです。要するに問診の中でやっている実態があるのではないかと、やるべきだという事業主の集団の提言がありましたが、それはその方が拒否している内容ですから項目に入れるべきではないと思います。今回のでいちばん当てはまる、本人が同意してやっているわけではなくて、それが嫌だということですから法定に入れるべきではないと考えるべき問題だと思います。ここだけ私は強調しておきたいと思います。

藤村委員

要するに健康保持ということを目的にすると、例えば自殺防止とか事故を防止するとか、そういう具体的な目標、目的があるわけです。そうした場合、問診票をもう少し整備して、メンタルヘルスの何らかの所見を得られるような問診票にしたほうがよろしいと思います。ただ、メンタルヘルスが障害されているような人というのは病識があるとは限らない。病識がない人だっているのです。そういうときに、問診票によってスクリーニングができたならば自殺防止にも役立つし、それによって起こるかもしれない事故防止にも役立つわけです。隠したいことだから産業医に相談しないというのは病識があるということです。

保原座長

それは藤村委員と中桐委員では意見が違うので、ただ、基本的なことを申し上げれば、安衛法では健康診断の規定と、労働者の健康を維持確保するために何が必要かの観点からいろいろな規定があるわけですが、若干、プライバシーの保護に欠けるところがあるのではないかと。もしあるとすれば、それはどういうところだろうかという趣旨で、この研究会は作られていると思います。ですから、今までの議論を踏まえて次回以降、事務局でもだんだん整理をしていくことになると思います。

山崎主任

まさに藤村委員がご指摘のようなことも含め、各委員からいただいた意見を踏まえて、いま座長からありましたけれども報告書の骨子のようなものをお示しして、ひとつ議論していただければいいかなと考えています。この論点は、まさに議論していただきたいポイント、ポイントで論点を掲げていますので、若干、こうしたご批判といいますか、ご意見が出るのもあるのかなと思って聞いていましたが、ひとつの考え方で報告書というスタイルにしていったときに、また議論を深めていただければと思った次第です。

保原座長

時間になりましたので、いま、藤村委員がご指摘の点も含めて、次回以降、まとめをお願いしたいと思います。

山崎主任

わかりました。

保原座長

特にご議論がなければ時間がきましたので、今日はここまでとしたいと思います。

堀江委員

1点だけお願いしたいことがあるのですが、いま無所見、有所見という話が出ました。無所見の健康診断結果というのは、現在、事業者は産業医に意見を聞くというルールになっていませんので、そのほかにも産業医が無所見の健康診断結果を見る機会というのは、実は法的には何も書いていない状況になります。そうなると事業者はすべて知っているけれども、産業医は一部しか知らない形で法律は書いてありますので、これは私は逆ではないかと思えます。その辺、どこに入れるのがいいのか分からなかったのので、ご議論に入れていただければと思います。

保原座長

その点、よろしく申し上げます。

山崎主任  
わかりました。

保原座長

まだまだご議論があると思いますが、次回に回したいと思います。本日の検討会はこれで終わりにしたいと思いますが、よろしいですか。今後の日程等についてお願いします。

山崎主任

次回の第4回は7月28日（水）午後4時からとします。次々回の第5回は8月6日、午前10時からとします。開催場所については、いずれの会も委員の皆さんには追って連絡します。厚労省のホームページ上においても案内をします。なお今回の議論を踏まえて事務局のほうで、先ほど申し上げましたが座長とも相談しつつ報告書の原案を作成して、次回提出したいと思います。よろしく申し上げます。

保原座長

できれば第5回で仕上げるということですね。

山崎主任  
そのつもりです。

保原座長

今日の議事を終了します。ありがとうございました。