寄稿

産業医制度はなぜ必要なのか ～働き方改革関連法の施行を踏まえて改めて考える～

三柴　丈典
（近畿大学法学部教授）

1. はじめに

近年の安衛法上の重点政策である産業保健の担い手として、厚生労働省が重視し、発展を図ろうとしているのが産業医制度である。日本の安衛法は、もとより、産業医の職務として、いわゆる労働衛生の3管理（①職場空間にある有害物の除去などを典型とする作業環境管理、②腰痛を防止する作業方法の採用などを典型とする作業管理、③健診やその結果を踏まえた就業上の配慮を典型とする健康管理）、衛生・健康教育、労働者の健康障害の原因の調査と再発防止策を定めていたところ、近年、ストレスチェック制度の創設や、働き方改革での長時間労働対策の強化に際して、面接指導などの職務が積極的に割り当てられた。要するに、重要な政策課題に関する仕事の割当を通じて同制度の意義の向上が図られてきた（労働安全衛生規則第14条を参照されたい）。日本医師会も、産業医の継続教育制度の整備などを通じ、同制度の強化を図ろうとしている。ここ四半世紀ほどは、産業医資格の取得を望む医師が増えており、資格取得者は既に10万人に達している。1978年に産業医ほか産業保健の専門家を養成するために開学した産業医科大学も40周年を迎え、筆者の観察からも、意欲的な産業医が増えてきているように思われる。また、産業医の存在感の高まりの反映か、産業医を被告としたり、実質的にその責任を問うような訴訟も増えてきている。

しかし、法規則に規定された産業医業務の中で、医師免許がなければできない独占業務（医行為等）は限られており、そもそも産業保健業務は、事業者の履行補助・代行者として行うものであって、産業医は、事業者の支援者にはなり得ても、自己完結的な意思決定者にはなり得ない。また、業務内容自体が「医師らしくない」と捉えられ易い。

そうした限界もあって、未だ、一般的に、産業医への労使、医療界、社会の評価が高いとは言い切れず、産業医を専業とする者の数も限られている（堀江論文[1]を参考にすれば、おそらく国全体で1,000名程度であり、全医師の0.5%にも満たない）。国際的にみても、産業医（に相当する職）の選任を事業者に義務づけている国は、独仏と北欧諸国の一部などに限られている。他方、UKのように、GP（General Practitioner：総合診療医。いわゆる家庭医のこと）が、プライマリー・ケア（日常生活にわたる密接で総合的、継続的な健康管理；疾病の予防から健康づくりまで）を通じて、実質的に産業医に近い役割～少なくとも勤労者医療[2]の役割～を果たしている国もある。

そこで、本稿では、改めて、産業医制度の現代的な意義を探る。結論から言えば、各組織が抱える／認識する健康課題の解決に貢献することだと考える。

2. 産業医の現代的役割を示唆する最近の事件 ～神奈川SR経営労務センターほか事件～

昨今、産業医業務の多くは、メンタルヘル

スと生活習慣病に関わる問題への対応になっている。中でも、発達や性格傾向が職場環境に適応しない労働者への対応が懸案となり、時に訴訟にまで発展する。典型例の1つが、神奈川SR経営労務センターほか事件である。

このケースでは、同種同根の問題から、既に4つの訴訟が提起されている。元はといえば、社会保険労務士が運営する同センターが、おそらくは、その組織とあまり相性の良くない事務員を採用したこともあって、ハラスメント問題に発展し、事務員から訴訟が提起された後、センター側が一定金額を支払い、ハラスメント防止策をとること等を内容とする訴訟上の和解で終結した（これは、訴訟実務上、センター側がハラスメントの存在を認めたのと同じような意味を持つ）。しかし、その後も対立関係は継続し、事務員は、和解条件が守られていないとして2次訴訟を起こし、その請求は認容された。そのうちに、事務員は、うつ状態となったが、センターから休職命令を受けて療養し、臨床症状は改善したため、主治医の診断書を添えて復職を求めたところ、心療内科を臨床上の専門とするセンターの嘱託産業医は、性格・人格的な問題から復職不可との意見を述べ、センターも復職を拒否して休職期間満了による退職措置を講じたため、3次訴訟が起き、結局、退職措置は違法無効とされた。その後も、センターが給与を支払いつつも復職させずにいたところ、遂にはセンターの嘱託産業医を相手方として名誉毀損等に基づく損害賠償請求訴訟が提起された、という経過である。

このケースでは、被告は人事労務問題のプロであるはずの社会保険労務士の団体等であり、心療内科を専門とする嘱託産業医も代理人弁護士もいる、という体制のもとで、事態は沈静化せず、悪化した。以前であれば、実際には、退職勧奨や解雇で終わっていた問題なのかもしれないが、今は、ハラスメントなどとして事件化し易い。では、産業医は、どうすれば良かったのか。

あくまで筆者の私見だが、本件で、産業医には、組織全体をよく観察した上で戦略的な動きをとる必要があったと考える。仮に最終的には退職させるという結論を持っていたとしても、そこに至るまでの手順をアドバイスすることなく、短兵急に、組織の運営者が望んでいると思われる結論だけを伝えると、かえって労使双方に不利益を与えることがある。このケースでは、センターの運営者や本人の周囲の事務員らの対応にも未熟な面があったと思われる。運営者については、そもそも採用や配置の責任もある。であれば、センターの運営者や本人に陰性感情を持つ周囲の事務員らに対しては、表向き、「本人にスムーズに辞めてもらうためにも、復職させる必要がある」などと説得し、その方法を徹底的に討議させて、成熟化（≒多様な個性を受け入れる力）を誘う一方で、本人に対しては、復職後、満たすべき職務上の条件を説明して合意をとり、復職後も経過を観察する。また、その過程で、一方では本人によい距離感で共感できるような人物を相談相手として設置して状況報告を受け、他方では、本人に、すべきこと・してはいけないことを毅然と伝える。つまり、「北風と太陽」ならぬ、「太陽と北風」で臨むことで、望ましい行動に近づけつつ、本人がそうできない場合には、納得して休退職してもらえる条件整備に努める。

もっとも、今となっては難しい面もあろうから、どうしても無理ということであれば、一定の金銭支払を前提に退職の交渉を誘うのも一案だろう。

では、こうした役割まで医師が果たすべきか。

大久保利晃元産業医科大学学長は、産業医業務の重点が個々の労働者の特性に着目した健康管理から、組織全体の健康度向上に移行すると、職場に医療が直接関わる必要性自体が問われてくると予言しておられたが[3]、このケースのように、労働者の特性に関わるにせよ、身体の健康というより、個々人の発達や人格・性格傾向と組織の文化との関係の調整となると、本来、社会保険労務士や人事労務担当者の業務なのではないか。

けれども、産業医業務の重点は時代と共に変わるし、個々人の発達、人格・性格傾向やそれらと結びついた行動傾向を医療人と産業人の2つの目線で捉え、環境適応に努めることこそ、産業保健ないし予防の本質に近く、実は労使双方の利益になるようにも思われる。つまり、社会保険労務士や人事労務担当

者の視点やスキルを獲得するが、知識・倫理面では医師であり続ける、というスタイルが求められているように思われる。それは、世の中にはいろいろな人間がいて、価値観があることを前提に、不条理や矛盾を受け入れつつ、物事を先に進める、という意味では、実学的な文系的素養を磨くことなのかもしれない。

とはいえ、事業が抱える健康課題の解決に貢献するには、その事業の特質に応じて、化学物質や細菌の危険有害性のほか、機械器具、建設、電気など、安全衛生に関する理化学的知識も貪欲に学ぶ必要がある。少なくとも、適切な専門家・機関を選択して協働する必要がある。ここで期待されているのは、好奇心や向学心（と、それらを支える学力）のように思われる。今現在であれば、COVID-19にかかる問題への対応を求められたり、積極的に対応策を提言している産業医も多い。人によっては、事業場から、自宅待機のさせ方、支払うべき賃金額、リモートワークのさせ方まで、様々な相談が寄せられているという。

3. 私傷病者に対する行政と司法の姿勢と産業医ら産業保健専門職の役割

昨今の私傷病者に対する行政と司法の姿勢と産業医ら産業保健専門職の役割を筆者が図式化したのが、**図（私傷病者への対応）**である。以下では、この図に即して説明する。

現在、日本では、世界的にもトップスピードで少子高齢化が進行しており、集団より個人を尊重する意識も、以前よりは強くなっている。

こうしたマクロ的変化も受けて、厚生労働省の安全衛生政策の重点は変化してきた。以前は、建設現場での転落防止や、アスベストへのばく露による中皮腫罹患の防止など、業務上のリスク対策を軸としていたが、政策の比重が健康に移行するにつれ、メンタルヘルス不調など、一般的に業務上とは言い切れない、又は／及び、疾病を生じるとは言い切れない問題への対応に歩みが進み、遂には、がんを発病した労働者の就労支援にまで触手が及んでいる。これは、いよいよ政策が労働者の生き方や働き方に踏み込み始めたということであり、見ようによっては「お節介」と言えなくもないが、まさに国民総活躍のためにも、個々の労働者の健康と就労を丁寧に支援していこうということである。

こうした政策の流れとほぼ歩調を合わせ、裁判所も、疾病障害者らに対する法的救済の水準を引き上げてきた。例えば、安全配慮義務の一環として、労働者の素因（基礎疾患や疾病を引き起こしやすい資質など）を疾病の発症や増悪に至らしめないよう配慮する健康配慮義務を、脳心臓疾患にかかる事案を中心に認める例が相当数にのぼっている（ただし、健康配慮義務という用語を使用した例はさほど多くない）。また、日本では、もとより労働者の解雇には民事裁判において厳しいハードルが設けられてきていたが、職場で問題行動をとる精神障害者についても、そうした行動が精神障害の影響下にあると認められる限り、違法とする例が増えてきているように見受けられる（例えば、カンドー事件東京地判平成17年2月18日労働判例892号80頁、京都府立大学事件京都地判平成28年3月29日労働判例1146号65頁など）。こうした流れは、私傷病者への不適切な対応による疾病の発症や増悪を業務上（広い意味での労災）と理解する可能性を拡大させるものでもある。さらに、近年、障害者雇用促進法が、障害者の障害や個性などの特性に応じて、できる限り、オーダーメイドの就労支援策を講じるべきこと等を内容とする合理的配慮義務を定めるなど、事業者に障害者の就労支援を求める法整備が進んできており、特に発達障害については、独立した支援法が制定されているほか、障害者雇用促進法に基づき、他の精神障害とは別になすべき配慮が関係指針で示されるなど、積極的な配慮が求められている。こうした法政策の動きは、裁判所による雇用契約の解釈、解雇の正当性の判断などの面で、民事裁判にも影響する（合理的配慮義務を盛り込む障害者雇用促進法の改正前ではあるが、好例として阪神バス（勤務配慮）事件神戸地尼崎支判平成26年4月22日判例時報2237号127頁が挙げられる）。

他方で、法には、社会の秩序をつくり、維持する役割があるため、一定の支援のもとで長期間経過しても契約に沿った働きができな

い労働者に対しては、いわば「ケジメ」の根拠も提供している。合理的な就業規則は労使間の契約として拘束力を持つので、そこに、常識的な療養期間と共に、それが経過した場合の休職や退職措置を定めておけば、概ね有効と解される。また、日本の民法典の個別規定は、雇用契約についても解約自由原則を採用してきたし、契約を果たせなければ、解除できる旨も定めてきた。確かに、労働者の解雇は、労働者に様々な面で大きなマイナスインパクトを与えるし、日本の裁判所は、日本的雇用慣行を踏まえて、特に正社員に対する人事一般措置については、広く使用者の裁量に委ねる方針を採ってきた。そこで、民事法の解釈運用上、労働者の解雇は厳しく制約されてきたし、その後、労働契約法第16条に解雇が民事上は容易に許されないことが明記された。けれども、民法上、本来、労働者の解雇が自由であり、契約の趣旨に沿った働きができなければ解除され得るという原則は維持されている[4]。加えて、公務員に関する国家・地方公務員法には、疾病障害により就労が困難な者や、労働能力が著しく低い者に対する分限処分（降任、免職、休職）が定められている。諸事情から、実際に行使されることは少ないが、問題行動を繰り返す公務員（後に国立大学法人のみなし公務員となった者）について、能力以下の仕事しか指示せずに在職させ続けるのではなく、そうした処分を適正に下すべきだったと述べた例もある（兵庫教育大学事件神戸地判平成29年8月9日D1-Law.com判例体系）。

となると、事業者としては、疾病障害を持つ労働者らに母性的に対応すれば良いのか、父性的に対応すれば良いのか、悩むことになる。そこで、適正な判定の役割を期待されているのが産業医らの産業保健の専門家である。

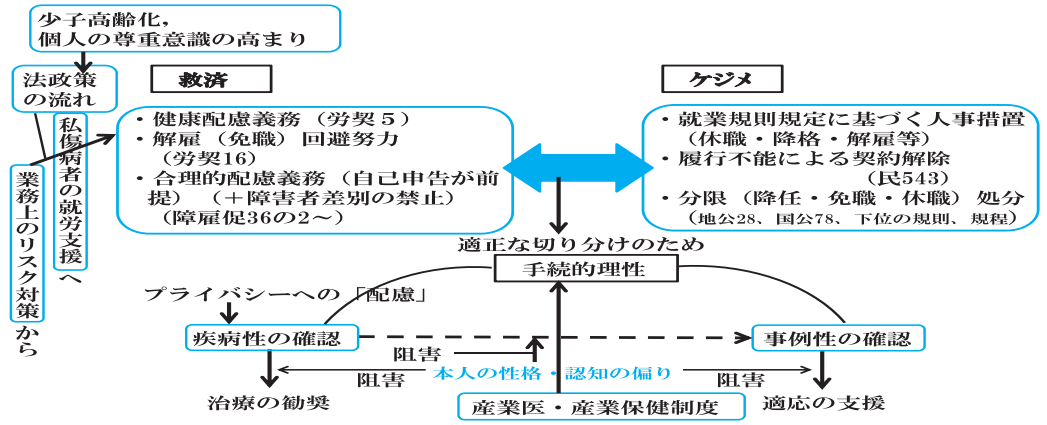
産業医らは、担当労働者の中に不調者が生じたら、先ず、その者のプライバシーに配慮しながら、その疾病性（どのような疾病にどのレベルで罹患しているか）を調べ、それと並行して／その後に、その事例性（その疾病が、働けない、周囲に迷惑をかけるなど、具体的にどのような問題を引き起こしているか）を調べる。その際、主治医から職場関係者に至るまで、本人の関係者からなるべく多角的に情報を収集する。そうして本人にもその職務・職場にも詳しくなった上で、事例性を緩和して、本人が少しでも職務や職場に適応できるような支援方法を関係者と協議し、試行錯誤する。産業保健において決定的に重要なのは、おそらく事例性の緩和≒職務や職場への適応の支援である。もっとも、それを疾病性に関する丹念な調査に基づいて行うことが基本であり、医療の知識や経験は、主にこの場面で活きると思われる。環境適応の支援という以上、環境を変えさせる努力が必要となることもある。そして、産業医らにとって重要性が増している就業判定の業務は、専門家として独立して、定点観測的に行わねばならないこともあろうが、望むべくは、そうした過程を踏む中で、関係者に自ずと回答が共有されるよう、理性的に手続を尽くすことである。つまり、産業医は、臨床医とは違って、医療体制のトップに立って、自己完結的に治療を行うのではなく、関係者を巻き込んで、本人と職務や職場にマッチングさせるためのファシリテーターの役割を果たすことで、リーダーシップを発揮することが求められる職のように思われる。その過程で、産業医以外でもその役割を分割承継する者が現れれば、かなり成功ということではなかろうか。

産業医が重要な関与をした事件の判決を見ていても、こうした過程を踏んだ産業医や、その就業先が敗訴した例は見当たらない。

さて、産業医がこうした業務に取り組むことは、実は、その産業医を選任した事業者にとって、先述した法的に求められる配慮（**図の左枠**）を果たすことに繋がる。産業医の業務は、法的には事業者の補助ないし代行なので、産業医による真摯で適正な産業保健業務≒事業者による法的な配慮ということになり、事業者の立場では、それでも奏功しない場合に初めて、ケジメを以て臨むことも可能になるということである。

なお、図で示した左枠（救済）と右枠（ケジメ）の関係は、前項で記した「太陽と北風」にも例えられる。法を俯瞰してみれば、適正な産業保健においても、その両面が重要なことが示唆される。おそらく、支援の対象者の認識に偏りが強い場合ほど、支援者側の対応

図　私傷病者への対応



のメリハリが求められる。

4．産業医に関する社会調査の示唆

以前、厚生労働科学研究費を得て企業等でメンタルヘルスに関わる方々を対象に実施した社会調査（主任研究者・三柴丈典『諸外国の産業精神保健法制度の背景・特徴・効果と我が国への適応可能性に関する調査研究・報告書』（2013年）653頁以下）で、産業医のメンタルヘルス業務への関わりについて調べたところ、産業医は、専属、嘱託を問わず、健診での問診、健診、職場巡視、衛生委員会への参加、不調者への就業上の措置に関する意見のほかは、組織（集団）への啓発、休復職判定などを目的とする従業員との個別面談、主治医との連絡などのコミュニケーター的な役割を担っている場合が多いが、不調者に寄り添ったり、その環境調整にエフォートを割くような直接的な関与はできていない場合が多く、また、社内規定づくりへの関与や、経営上層部への就業条件の本質的な改善提案なども殆どできておらず、法政策上は果たすべきとされているメンタルヘルス情報の管理も実施されていない場合が多いことなどが判明した。

メンタルヘルスのような課題については特に、幅広く、粘り強い支援を行い、労使からの信頼を獲得していく必要があるが、実際には、一部の定型的業務しか行えていない産業医が多いこと、しかし、中には意欲的な産業医もいることが窺われた。

5．では、医師でなければできない仕事なのか

産業医業務の実情に照らすと、治療の振り分け（医療受診の要否や受診科の判断）、主治医とのやりとり、疾病性の確認、その他、診断的要素が含まれる対個人的業務については、医行為かそれに類する行為であって、医師としての資格が必要だろうが、法定業務の殆どはそれに当たらない。

むしろ、医師としての基本的な能力、臨床経験、個々人（の健康）を重視する姿勢、倫理観、信用、説得力などが、職域でも必要な場面があるので、労働安全衛生法がその活用を図っている面もあるだろう。

日本の産業医の歴史は、実態としては、工場法時代に軍需産業などを医療面で支えるために工場内に設置され、従業員のプライマリー・ケア等を行っていた医局にはじまり[5]、堀江教授が分析するように[6]、法制度上、当時は安全管理者より下位の位置づけだったが、安衛法制定前の安全管理者と同格で、現行法上の総括安全衛生管理者に相当する主任衛生管理者の下位の位置づけを経て、安衛法制定に際し、事業者や総括安全衛生管理者に勧告し、衛生管理者に指導・助言を与える位置づけへと、僅かながら「出世」してきた経緯がある。

その過程で、健診、治療の振り分け、復職支援などの対個人的な健康管理から、個々の労働者の従事する「作業」や「職場環境」と「疾病」との疫学的な因果関係の分析、ひいてはそれらに基づくか、より一般的な対集団的な予防措置まで、幅広い業務を託されるようになった。すなわち、3次予防（疾病発症

後の復職支援や再発防止）から1次予防（疾病予防）、ひいては組織的な健康づくりへと、業務の幅が拡大してきた。

その結果、別稿[7]（ここでは、専属、嘱託、その他をあわせ、産業医を計13種類に分類している）に記したように、実に様々なタイプの産業医が生まれている。大久保元産医大学長は、これを、①プライマリー・ケア医（いわば、臨床医の延長線上で、健診を中心とした業務を行う者）、②専門産業医（①の業務に加え、健康障害の予防まで行う者）、③総括産業医（大きな組織で産業保健に関するマネジメントを行う者）の3種類に大別しているが、その枠には収まらないタイプも出てきている。

そうなると、やはり、「医師でなければならない」というより、「医師である方がよい」業務が多くなる。となれば、産業保健職や看護職を含め、その役割を代替できる職をうまく活用、育成したり、彼／彼女らと協業できる方が望ましく、なおかつ、連携相手には、経営管理の専門家、福祉の専門家など、幅広い想定が求められよう。

6. 日本的産業医？

今回の働き方改革に伴う産業医制度改変では、安衛法第13条第3項に、「労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識に基づいて、誠実にその職務を行わなければならない」と定められた。これは、塩崎元厚生労働大臣が、産業医の独立性と中立性の強化を図ろうとしたことに端を発する。

もっとも、上記の神奈川SR経営労務センター事件に関する私見で述べたように、日本の組織で産業医が有効に役割を果たすには、戦略的な意味で、場面による「仮面の使い分け」が求められるだろうから[8]、一律的な強制は困難である。日本産業衛生学会「産業保健専門職の倫理指針」（2000年4月25日公表）でも、独立性は求められているが、中立性には触れられていない。

独立性についても、その徹底を図るならば、フランスのように、大企業では企業ごと、中小企業では、企業が共同して、事業組織から独立した産業保健組織／組合的なものを設置する方が良いことになる。現に、産業医らを健康保険組合に所属させている大企業もあるし、厚生労働省が企業外部の産業保健機関の設置を図ろうとしたこともあるが[9]、産業医が労使双方の信頼を得て、各組織の健康課題の解決に貢献できているかは、体制的な独立性より属人性が強い感じも受ける。

なお、フランスでは、国と医師会の強い連携のもとで、産業医が高いステータスと強い権限を得ている。標準6年の医学部を卒業後、選抜された者が標準4年の専門課程を経てようやく資格を与えられる。医療倫理法で独立性、中立性が保障され、企業との契約は医師会の管理下に置かれている。産業医になると、一般診療はできなくなるが、一般に、臨床医より収入は高い。企業には、従業員数や業種等に応じた時間、産業医を就業させる義務が課され、その選任、解任には、従業員代表機関との共同決定が求められている[10]。欧州では、ドイツがこれに近い法制度を持っているが、オランダのように、産業医や労働衛生専門機関（健診や作業環境測定などの産業保健業務を総合的に行う専門機関）の選任を義務づけている国がある程度で、フランスは別格である。

とはいえ、フランスでは健康障害が少ないとは言えず、その制度が日本になじむかも別問題である。むしろ、日本の場合には特に、組織のキーマンを中心に労使双方に信頼を得るような働きと実績が重要であり、今回の産業医制度改変でも、ただ産業医の権限を強化するのではなく、労使と産業医のコミュニケーションと信頼関係を強化する方策が講じられている。

ただ、日本的な事情を踏まえても、日本の産業を支えている中小企業が産業保健過疎地帯になっている一方、医師が産業の原点を知る意味もあるため、例えば、産業医資格の継続要件に中小企業支援の実績を盛り込む等の案は、検討に値しよう。

7. 働き方改革における産業医制度改変の骨子と狙い

働き方改革における産業制度改変については、法解釈面を含め、既に別稿[11]で詳しく論じたので繰り返さないが、その骨子は以下の通りである。

(1) 産業医の職務の追加（新安衛法第13条第1項及び新安衛則第14条第1項関係）
(2) 産業医の知識・能力の維持向上（新安衛則第14条第7項関係）
(3) 産業医の権限の具体化（新安衛則第14条の4第1項及び第2項関係）
(4) 産業医の独立性・中立性の強化（新安衛法第13条第3項関係）
(5) 産業医の辞任又は解任時の衛生委員会又は安全衛生委員会（以下「衛生委員会等」という。）への報告（新安衛則第13条第4項関係）
(6) 産業医等に対する健康管理等に必要な情報の提供（新安衛法第13条第4項及び第13条の2第2項並びに新安衛則第14条の2第1項及び第2項並びに第15条の2第3項関係）
(7) 産業医が勧告しようとするときの事業者に対する意見の求め及び産業医から勧告を受けたときの勧告の内容等の保存（新安衛法第13条第5項並びに新安衛則第14条の3第1項及び第2項関係）
(8) 産業医の勧告を受けたときの衛生委員会等への報告（新安衛法第13条第6項並びに新安衛則第14条の3第3項及び第4項関係）
(9) 労働者からの健康相談に適切に対応するために必要な体制の整備等（新安衛法第13条の3関係）
(10) 産業医等の業務の内容等の周知（新安衛法第101条第2項及び第3項並びに新安衛則第98条の2第1項及び第2項関係）
(11) 労働者の心身の状態に関する情報の取扱い（新じん肺法第35条の3第1項から第4項まで及び新安衛法第104条第1項から第4項まで並びに新じん肺則第33条及び新安衛則第98条の3関係）
(12) 安全委員会、衛生委員会等の意見等の記録・保存（新安衛則第23条第4項関係）
(13) 産業医による衛生委員会等に対する調査審議の求め（新安衛則第23条第5項関係）

俯瞰すれば、産業医の社会的意義、認知度の向上と、就業先における労使とのコミュニケーションと信頼関係の向上を図る狙いを看取できる。働き方改革では、長時間労働の抑制と共に労働密度の向上を図っているので、その健康面でのセーフティーネット兼推進役として産業医を位置づけることで、その意義を高めようとしている。ただ、おそらく本質的な狙いは別のところにある。

産業保健の課題が、労働者の生き方や働き方に深く関わるようになるほど、労使を中心とした関係者間の対話と適応の促進を図ることが業務の本質になってくる。つまり、個々の労働者も事業組織も個性を持つ存在なので、対話を通じてそれら個性のありようを探りながら、対話を通じて適応を図ることが産業保健の大きな役割になってきている。

むろん、事業組織ごとに健康課題は異なるので、そうした人的な課題の解決に加え、危険有害物管理や感染症対策が求められることもあれば、機械安全、設備安全、建設安全、電気安全が求められることもあるだろう。それらも、結局は、事業の個性に応じた支援であって、専門家として信頼されるルートには違いない。少なくとも、幅広く適任者を紹介できる、ワンストップサービスの役割を果たせることが望ましく、それは、今回の制度改変の狙いの延長線上にあると思われる。

なお、別項に記した通り、上記の規定中、罰則が付いているのは、産業医の職務に関する法第13条第1項に限られ、その他の規定については（実は、第13条第1項も、実際の罰則の適用は難しい規定だと思われるが）、実質的には行政指導と民事裁判での活用などが念頭に置かれていると思われる。このことも、この制度改変自体が、法的強制より働きかけを目的としていることの証左といえる。

8. さいごに

以上の通り、法的な産業医制度は、本質的に不可欠とまでは言えないが、組織の健康課題の解決に貢献できるなら、少なくともその組織にとって不可欠な存在になり得るし、特に長期視点ではそう言える。もっとも、そのためには、産業医が組織のキーマンを中心に、労使双方と良質なコミュニケーションを取ることと、その組織の健康課題に応じた仕事と

成果を示すことの相乗効果が求められる。つまり、専門家でありながら、人と組織をよく理解する力（洞察力）が求められる。無用に威張るより、十分な観察と、毅然としつつ柔らかな仕事ぶりを通じて自然にリーダーシップを発揮する必要がある。つまり、幅が求められる。労使も、産業医とのコミュニケーションの機会（接点）を積極的に作ることが望まれる。専属と嘱託とで、実現の難易や方法に違いはあるだろうが、この点に本質的な違いはないと思われる。

法は、そのきっかけを作っているに過ぎない。今回の働き方改革に伴う産業医制度改変も然りである。中でも、産業医の職務の追加（面接指導対象者の拡充）や産業医への情報提供義務の設定は、制度趣旨の実現に一定の効果を発揮するだろう。

さて、筆者は、法の持つ説得力を活用して、産業保健の推進を図るため、様々な分野の方々と共に、新たな学会の新設に尽力している。

産業保健においては、法が、かなりの程度、予防業務の理念や基本を設定し、リードしてきたこと、疾病など、産業保健をめぐる問題が生じた場合、その解決のためには、科学的に割り切れない利害調整が必要となることなどから、法（の趣旨や技術）が説得力を持つ。より卑近な説明をすれば、医師も人事労務担当者も、人を治す、人を使う、の発想が行きすぎて、法を犯す危険を負うため、法には傾聴しやすい。他方で、予防のための法は、人々の安全で健康な行動への「働きかけ」を狙いの1つとしており、単なる強制ではなく、誘導の役割も持っているし、近年の立法は、その傾向を強めている。つまり、法の役割が多様化している。そこで、法の知見を基礎として、関係領域の方々の知恵を借り、問題の未然防止から事後解決に至る現場問題の解決を図る方策と共に、それに貢献できるような法（国の法律から各職場での約束ごとまで）のありようを検討することを、学会の目的とする。名称は、日本産業保健法学会とする予定である（本学会は、本年11月よりウェブサイト（https://jaohl.jp/）で会員を募る予定である。）。

何事も、課題が困難であるほど一挙には進まないが、試行錯誤が付加価値を生み、解決に近づく。この領域では、法が、裁断のみならず、人をつなぐ役割を果たすようになればと願っている。

---

1 堀江正知「産業医と労働安全衛生法の歴史」産業医科大学雑誌35巻特集号2頁（2013年）。
2 労働者が職場で健康に働けるよう、当該個人への支援を医療機関側から行う作用のこと。それを職場側で労働者個人と組織の双方に対して行うのが産業医である（大久保利晃「産業医と勤労者医療」日本職業・災害医学会会誌第51巻2号99頁（2003年））。
3 大久保前掲（2003年）98頁。
4 したがって、たとえば、違法な解雇が労働者の心を傷つけたとしても、通常は、労働者としての地位の確認（いわば復権）と未払い分の賃金を支払えば済むとされ、それ以上にハラスメントなどとして慰謝料の支払いが認められることは少ない。その理由は、まさに、解雇が本来使用者の権利だからと説明されてきた（ワタシン事件東京地判平成11年3月19日労働経済判例速報1707号17頁など。その他の関連裁判例は、佐々木達也「違法解雇と不法行為にもとづく損害賠償」労働法律旬報1787号60-65頁（2013年）に掲載されている）。
5 大久保前掲（2003年）95頁。
6 堀江前掲（2013年）5頁Fig.2、9頁Fig.3、14頁Fig.4。
7 三柴丈典「法律論者からみた産業医の今とこれから」『産業医学のプリンシプル～大切なこと－産業医学振興財団40周年記念誌－』271-272頁（2018年）。
8 筆者は、日本の産業医の基本的な立ち位置は、「与党内野党」、つまり、政権の利益を真摯に考えるが、耳障りのよくないことも言うものとイメージしている（三柴丈典「産業医の助言・指導・勧告をめぐって～法律論者の立場から～」産業医学ジャーナル42巻3号（2019年）18頁）。
9 厚生労働省「事業場における産業保健活動の拡充に関する検討会報告書」（2010年11月22日）を参照されたい。
10 保原喜志夫『産業医制度の研究』（北海道大学図書刊行会）203-250頁（保原喜志夫執筆部分）（1998年）、鈴木俊晴「フランスの雇用関係における労働医制度の機能と問題点」季刊労働法231号130-153頁（2010年）など。
11 三柴前掲（2019年）16-24頁。