

《質疑・討論》

【司会：岩城穰】

3人の先生方にお話をいただきました。金子先生はハラスメントの問題。それから天笠先生は長時間労働の問題です。最後の佐々木先生は睡眠の問題、インターバルの問題です。この3つの問題はそれぞれ独立した問題ですが、それらの関連性が今まで議論されていません。それぞれがかみ合った議論にはならないかもわかりませんが、お聞きいただいた皆様からのいただいた質問に答えていただきながら、他の先生も適宜発言をしていただくという形で、横の議論ができればいいかなと思っております。

いただいた質問、できるだけ質問を取り上げていきたいと思いますが、全部できなかつたときは申しわけありません。

まず、金子先生に2つ質問が出ています。まとめて答えていただいてもいいかと思えます。「電通の労基法違反で上司が起訴されました。その理由のひとつに、長時間労働が社風として行われていて、他の管理職もさせていたのに、この上司ひとりをして罪に問うのは不公平になるという意見がありました。長時間労働とハラスメントを起こす腐った職場の社風をどうやったら晴らすことができるのでしょうか」という質問です。

もうひとつの、ちょっと似た質問は「パワハラを生み出す一因に企業の風土があげられますが、DVや虐待、またパワハラも負の連鎖、つまり自分も親や先輩、上司にそうされてきたというのがあると思えます。これを断ち切るにはどうしたらよいですか」

金子先生、よろしくお願ひします。

【報告：金子雅臣】

いきなりストライクな話です。これができれば、もうパワハラは無くなるかもしれないみたいな、すごく大変なテーマです。やっぱり企業風土と言いますか、一朝一夕でどうこうではなく、先ほどの東芝の事とも関連しますが、実は電通も10年前ぐらいから、私も少し関りがあります。ものすごくセクハラの起る企業なので、それなりの取り組みがシステムとしてあります。あの企業は皆さんご存じの通り芸能界との繋がりもあり、体質的に芸能界の2世3世みたいな人たちが結構います。そういう人たちは下半身がだらしなくて、いろんな事件が起こっていました。もう10年20年前の話ですが、セクハラが起きた社会的には大変だということで、企業の中でどうするかにするかということで、私も関わりを持ちました。それこそ、皆さんが聞いたらびっくりするようなビッグネームに関係する人や、いろいろな人たちが問題を起こしていました。いろいろと議論しましたが、企業体質というか、そういう芸能界との絡みで、2世を抱き込むことで、その芸能人を出演させやすくするなど、人間関係をいろいろ作っています。そういう土壌があり、その中で採用されていますから、ものすごく甘えがあり、そういう人たちを根こそぎ無くすというか、そういうシステムそのものをやめなくてははいけないわけです。しかし、2世採用をやめるとか、それから働き方など、いろいろと議論をしてもなかなか進みませんでした。それは何故かという

と、やっぱりその電通という企業体質が問題で、何か大きな事件でも起きない限り変わらないということです。私知っている範囲では難しいなと思いますが、やっぱり企業体質が問題です。それでは、それを一気に変えられるかということ、それはかなり難しいです。単純に言うと、日本の企業は、どちらかというと体育会系の業種が圧倒的に多いです。体育系でなくても、ある程度成績を上げようとか、叱咤激励とか、ものすごく上意下達なことをやっています。そこに成果主義がついたので、「結果を出せ」という縦系列の仕事のやらせ方と成果主義がくっついたことによって、私はものすごくパワハラが増してきた、という感じがします。

データを見ると、成果主義は思ったよりも日本企業に入らなかったと言われています。そこにも触れたのですが、私が一番気にしているのは、実は成果主義がシステムとして入ったのではなく、考え方が入った、ということがものすごく怖いのです。本当に、やってなんぼ、結果出してなんぼ、A君はこれぐらいしかあがらない、B君はここにいてどれぐらい売った、ということで、そういう水準を強制するようなことが出てきています。まさしく、成果主義の発想です。成果主義の発想を入れたことによって、急速にパワハラが突出してきています。今言った企業体質と成果主義、その2つのセットを考え直していくことが必要です。特に、前者の企業体質は、そう一朝一夕で変わらないところがあり、成果主義の制度の動きなり考え方というところに、本気になってこの流れを変えることが必要かなと思います。

**【司会：岩城穰】**

はい、ありがとうございます。金子先生の「報告要旨」には、成果主義が入って、「個人個人が自力で最大限の結果を出すことを求められ、それに応じて処遇されるというシステムのもとでは、たとえ部下であろうとも競争相手となることも」あり、「指導や教育への姿勢はおのずと変化」と書かれています。要するに部下や、その後輩のために指導するのではなくて、自分の成績を上げるために指導を行うということで、成果主義のこれまでの性質が変わったということです。パワハラをそのように説明ができる、と思います。そういう意味では、もちろん昔ながらの体質はありますが、今の成果主義のもとでの問題は、もっとそれよりも深刻になっている、そういう理解でよろしいでしょうか。

**【報告：金子雅臣】**

はい、そうです、ありがとうございます。

**【司会：岩城穰】**

天笠先生への質問です。なかなか整理できなくて、順不同になります。

「日本の自殺者数は減少しつつあるが、逆に孤独死が増えていると言われている。その8割がセルフネグレクトだと言われている。自殺の見かけの現象はセルフネグレクトへの移行にすぎないのではないか」と。労働関係で言えば、自殺についての見方についてで、自殺の数字は減っても、それはセルフネグレクトへの移行にすぎないのではないかという質問です。

**【報告：天笠崇】**

今日は過労死防止学会ですから、その学会の範囲を逸脱してはいけないと思いますが、日本の高齢者は自殺率の高い年齢層です。日本の自殺率で、65歳以上の男性高齢者は人口10万対25から35です(2019

年)。世界の平均自殺率の2倍以上です。一方、高齢者の孤独死は増えていると言われていています（たとえば、東京23区内の65歳以上の「孤立死」は2003年の1451人から2016年の3179人）。その背景にセルフネグレクトがあると見る見解もあります。過労死もセルフネグレクトの一種と、とらえることもできるかも知れません。そういう視点から自殺者の減少をとらえられるのか大変興味深いご指摘ですが、労働者で同じようなことが言えるのか、残念ながら、私は知識を持ち合わせていません。

一方で、働く前の就学中の子どもたちの死因の第一位が自殺で自殺率も高く、他の先進国（G7）では見られません。こうした現状に対しては、当学会を超えて、自殺予防学会ですとか、もっと国を挙げて、高齢者が生きやすい、子どもたちにも未来があるような国に、どうしたらいいのかという、この国の根本問題に関わる問題を提起していると思います。

**【司会：岩城穰】**

はい、ありがとうございます。続いて同じく天笠先生への質問です。

「研究面で長時間労働、特に超長時間労働と、抑鬱症状やうつ病の発症との因果関係の解明を試みる研究が必要とのことですが、具体的にはどのように行うのでしょうか。臨床ではかなり難しいのではと思います」というものです。

**【報告：天笠崇】**

臨床そのものでは当然難しいと思います。実際、例えばすでにうつ病に罹った方々を、目の前で診療することになりますので、超長時間労働と発症の因果関係を解明するのは難しいです。そうした研究を、もしも実際に行うとすると、因果関係の証明度では低いのですが、ケースコントロール研究になると思います。目の前の患者さんを見て、その患者さんたちと背景要因が同じような方々に、労働時間について調査できるようなことがあれば、対照（コントロール）にした比較研究がありえます。研究調査として最も考えられるのは、コホート研究です。6千人ぐらいの調査対象集団が必要です。その方々にたとえばストレスチェックの調査と、最低、労働時間を測定し、かつ、うつ病との因果関係では、いわゆる健康保険等の情報を入手させていただきご了解が得られれば、労働時間と労働ストレス要因のデータとうつ病発症のデータをリンクさせて因果関係を解明できるかも知れません。健康保険等の情報を入手し利用させていただき際に倫理的な配慮が必要です。研究での利用許可が得られたら、我々のような専門家が一定の手順に従った面接を実施させていただき、診断させていただき。こうした研究を1年間ほどにわたって実践できれば、長時間労働とうつ病発症の因果関係を解明できます。しかし、なかなか大変なことになるかと思えます。10年以上前から、こうした研究にご協力いただけないか、折あるごとに発言してきましたが、実現できていません。

**【司会：岩城穰】**

いくつか具体的な職種について質問が、天笠先生に出ています。

まず、医師の労働です。「厚生労働省の2019年3月の報告では、自殺や死を、毎週または毎日考える医師が3.6%いる、とあります。うつ病と労働の関係には、労働の裁量や要求度があると報告されました。このことからすると、研修医に長時間労働を強いるのは問題があるのではないのでしょうか」

医師の精神疾患と言いますか、うつ病のリスクなど、そのあたりについて、あるいは研修医の問題にも

触れていただいたらと思います。

【報告：天笠崇】

研修医については我が国でも、10年ぐらい前に、筑波大学の先生方が、研修に入った研修医の先生たちをフォローアップするという調査研究があり、正確でないですが、研修に入って3から6ヶ月ぐらいしたところで、強い抑うつ状態になる人たちが、これも正確な数字ではないですが、20%だったか30%だったか、いるというデータも出されておりました。（注；2011年の調査で、研修開始3ヶ月後の抑うつに対する週80時間以上100時間未満の相対リスクは2.83、100時間以上で6.96だったと報告されている（Ogawaら、2018年）

そういったこともあって、研修医には多く残業させないようにする、という配慮がなされるようになってきています。この学会の活動もあると思いますが、研修医の先生たちも自分たちの仕事が結構リスクになるということ認識する人たちがいて、あまり長時間残業で過酷な労働実態にならないように、自ら身を守っているという医師たちが、私の見る周りでは増えてきていると思います。研修医についてコメントさせていただきましたが、医師労働には、ご承知のとおり、一般の労働者の「働き方改革」にある36協定の特別条項の上限規制を課しまうと、我が国の医療システムが成り立たなくなる、という理由で、5年間の猶予期間が設けられています。勤務医には長時間過重労働がはびこっているという状況があります。特に、努力報酬の部分では、良くも悪くも私が医師になりたての30年前では、スタッフからは必ずしも尊重されませんでした。患者さんやご家族からは医師として大変尊重されましたし、やりがいを感じられた面がありました。しかし、医師や医療に関する様々な情報が流布し医師・患者関係も変遷し、努力報酬不均衡の度合いが年々高くなってきたところがあります。当然その背景には、特に勤務医の場合は、診療報酬制度と言いますか、もっと大きく言うと国の社会保障制度が絡んでいます。そのことによって医療現場で働いている医師をはじめとした医療労働従事者が大変厳しい状況に追い込まれている、ということになっているかと思えます。

実際、労災が認定されている職種として、トップではないですが、割合高い発生率になっているのが医療労働者ということになると思います。

【司会：岩城穰】

はい、ありがとうございます。

次に、「職種によると、報告上、客室乗務員はどこに分類されるのでしょうか」という質問です。客室乗務員は、運輸業でしょうか、サービス業でしょうか、という質問です。誰に答えていただきましょうか。

【会場から：酒井三枝子】

キャビンクループプロジェクトの事務局の酒井と申します。世界の航空会社の規定を決める国際航空運送協会（IATA）という機関があります。そのIATAの規定を見ますと、客室乗務員は本来、専門職である保安要員です。運輸業の保安要員として専門職であり、欧米でも中東でも南米でもライセンスを持っているのが普通です。ところが、日本は遅れていて、未だに客室乗務員に対して、そのライセンスを付与していません。まったく同じように、入社後は年に1度、定期緊急訓練をして、その訓練をパスしないと飛べない、となっています。しかし、その証明書がなくライセンスを付与していません。ですから、国の基準

ではまだサービス業になっています。それで私たちは、これはおかしいということで、ライセンスを付与しなさいという、提言を言い始めております。以上です。

【司会：岩城穰】

はい、答えていただいてありがとうございます。

次の質問に行きます。4つの質問があります。

1 番目。「睡眠時間が7, 8時間とれない場合はどうしたらいいでしょうか」。短い睡眠時間しかとれないときに何らかの自衛策があるか、という意味だと思います。

2 番目。「交代勤務では働く人は時刻とリズムが乱れがちになりますが、どのような対策をすればいいでしょうか」

3 番目。同じような質問ですが「居酒屋など、勤務が連続するような場合、日中に寝るしかないのですが、疲労回復にはどのような対策が有効でしょうか」

4 番目。「現在日本では11時間のインターバルでも夢のまた夢です。国、行政として、どのような対策を取るべきだとお考えですか」と、まとめて4つお願いします。

【報告：佐々木司】

(睡眠時間が7, 8時間取れない場合どうしますか)

取れなくても生きていけます。ただ、取ればパフォーマンスも上がります。最近言われているのは、先ほどU字カーブと申し上げましたが、短く寝ることの弊害はたくさんありますが、長く寝ることの弊害はほとんどありません。だから長く寝ることにこしたことはないと思います。最近アルツハイマー病も睡眠に関係している、ということが言われていまして、長く寝ないと問題があります。運が良くて長生きの家系の人は、アルツハイマー病になりやすいのですが、運が悪くて短い方の家系の人は脳心臓疾患になりやすい。仮説ですが、それはたぶんそうじゃないかなと思います。

(交代勤務について)

結局、夜、寝ないことが悪いのです。それではどうするかというと、夜に少しでも寝るということです。休憩時間に仮眠を取るということはひとつの方策で、休憩時間をのぼして仮眠時間を取るということが重要だと思います。休憩時間は45分から60分だと思いますが、その60分の中で仮眠を取ればいいわけですが、ところが、今の夜勤の現場では60分の休憩時間も取れない現場があります。そういう現場は労働基準法違反ですから、きちっと取らせる方向で、できれば長く取るようにします。つまり夜勤の場合に、どのぐらい取ればいいのかというと、レム睡眠を含む90分以上の仮眠が望ましいです。

【司会：粥川裕平】

ニッパチ(二八)というのをご存じの方は手を上げてもらえますか？ 看護師さんが2人夜勤で月8日の勤務が日本中の病院に広まったのは1960年です。新潟県の県立病院の看護師さんたちが立ち上がったのです。それからもう60年近くたちましたが、夜勤の看護師さんの業務量は10倍ぐらいに増えていきます。点滴瓶を取りまわるだけではなく、モニターをいっぱい見ます。もう60年経って、4人夜勤で月4日勤務ぐらいが3交代の場合は適当だと思います。現在は2交代勤務が増えていて、それも月6回勤務が基本になっています。それで果たして健康が守れるのかどうかという検証を、労働科学研究所や、安全

衛生研究所でやっていただきたいと、思っています。もし、そういったデータがあれば、健康障害をいかに予防するかということが展開できるのではないのでしょうか。欧米のモデルでもいいです。

**【報告：佐々木司】**

実は昨年やっています。まさに、労働科学研究所と看護協会、厚労省の安全衛生研究所の3者の共同研究をやっています。実は、看護師の労働時間規制、夜勤時間規制はありません。一般的には72時間まで、ということですが、それはなぜかという、ニッパチの8回夜勤プラス8時間で72時間になっています。科学的根拠はまったくありません。それが撤廃されると、看護師は大変になります。実は看護師には夜勤の規制がありましたが、それはもう取り払われて、唯一数字では72時間しかありません。そこで、72時間未満と72時間超えの夜勤時間で、どれくらい影響があるということを調べた結果、特に看護師は感情労働ですから、情動ストレスが72時間を超えると増悪するという結果が出ています。それは日本看護協会の雑誌『看護』2019年1月号に特集として「看護職の夜勤負担に関する調査報告」を載せています。

こうすることで、今年の課題はN数を増やしまして、交代勤務別にどういう影響があるかということ調べようと思っています。

**【司会：岩城穰】**

先ほど私が列挙しました2番目と3番目の質問、交代勤務と夜勤の連続について、要はしっかり夜の休憩の間にでも休んだほうがいい、寝たほうがいいという、そういうお答えですね。

4つめの質問について、11時間のインターバルはまだ実現していませんが、国はどのような対策を取るべきだとお考えですか。16時間のインターバルを取れという話になるのでしょうか。

**【報告：佐々木司】**

そのとおりです。それに近づけるためにどう労働内容を変えていくかということが重要だと思います。日本は欧米のようなジョブ型ではありません。曖昧な、いわゆるメンバーシップ型ということで、やる事が決まっています。だから、労働時間で括ることができないのです。そこがやっぱり弱みであり、良くないことです。その悪いところがセクハラ・パワハラに現れてきていると思います。やる事が決まっていれば、それをやればいいわけですから、全然問題がありません。何が自分のやることか、最初に労働手順書で決まっています。年齢が経るたびにやるが多くなりますが、そうすると業務契約書違反になります。そういうことにも関わらず、労働せざるを得ない状況にありますので、基本的にはやっぱり16時間休むということを目指すということです。11時間の勤務インターバルは、科学的根拠はありませんが、それに近い勤務間インターバルを取り、次第に増やしていくということが重要だと思います。

一方、ヨーロッパでは11時間の勤務間インターバルはありますが、かえって労働がきつくなっています。それはなぜかという、インターバルを取るために、業務での密度が高くなっています。なぜ密度が高くなるかという、パソコンとかITの普及があり、そのためにすごく密度が高くなりました。また、どこでも仕事ができるようになりました。そういう問題が、今ドイツなどで直面しています。

そういう意味では、ドイツやフランスでは「繋がらない権利」という形で、職場を離れるとITに触ってはいけないという法律もできて、規制をかけています。そのような規制もかけながら、勤務間インタバ

ルを取るということです。勤務間インターバルの問題には労働の強度の問題も出てきますので、そこにどう網を張っていくかということが重要だと思います。

【司会：岩城穰】

フランスでしたか、夕方、仕事がオフになってからは、いわゆる SNS を使った指示もしてはいけない、そういう形で完全に遮断する、というようになっていると聞きましたね。

佐々木先生への最後の質問です。「レム睡眠の時刻依存性に関して、どのような睡眠に気を付けたらいいのでしょうか」、どうすればレム睡眠をキチンと取れるか、という質問です。

【報告：佐々木司】

レム睡眠は時刻依存性が強く、特に朝方にたくさん出ますから、朝まで寝るということが重要だと思います。実は先ほど、睡眠だけが疲労の回復過程ではなくて、ストレスの解消だけではないと申しあげました。日中にもやっぱりそういう過程があります。だから、遊ぶことによってストレスは解消しますので、睡眠まで持ち越さないということがやっぱり重要だと思います。しっかり遊ぶということです。そのためには、勤務間インターバルが重要になってきます。そういう意味で、結局、順繰りになっています。

もうひとつは、ストレスの解消は少なくとも 2 つ持つことが必要です。例えば、山登りが好きな人や、お金持ちの方でヨットが好きな人がいます。そういう遊び方をしてストレスの解消をやっていると、だんだん仕事が忙しくなり、勤務間インターバルが短くなりますと、そのような遊びは行く時間ができなくなります。そうすると精神的な障害になってしまいます。だから、お金のかからない、身近でできるストレス解消法も必要だと思います。ストレスの解消を 2 つ持つことが必要だと思います。

【司会：岩城穰】

それに関連して私の質問です。昔からよく仕事が終わったあと、同僚などと一緒に居酒屋に行って、まあ上司の愚痴だとか職場の話みたいなことをやり、その後、カラオケで歌う。そういうことは、今の若い人ほど行かなくなっていますが、昔は結構ありました。それは心の健康に良いのでしょうか、それとも悪いのでしょうか（会場から笑い）。

【報告：佐々木司】

悪いですね。人間は社会的動物ですから、社会的なコミュニケーションがなければ人間の成長も無いし、気づきも無いです。自分一人だけでは、ストレスに遭ったときの対処方法がわからないと思います。だから、仲間とふれあうということが重要です。岩城先生の場合には、お酒を飲んでストレス解消ですが、お酒はダメです（会場からさらに大きな笑い）。ふれあうことが重要なのです。

【司会：岩城穰】

本音の議論ができるとか、いろんなメリットも言われていますが、お答えありがとうございます。

次の質問です。「子どもの死亡は自殺が 1 位になったと報道されています。子どもの時から、天寿を全うする教育を充実することによって、子どもが大人になり、仕事での難局に当たったときに、自分の命を簡単に粗末にしないのではないのでしょうか」という質問です。要するに教育の役割についての質問だと思

います。どなたでもいいのですが。

【司会：粥川裕平】

WHO が 2000 年に「子どもたちの自殺予防」という緊急の冊子を出し、その日本語版を 2000 年に私が出しました。これはアメリカでもヨーロッパでもアジアでも、10 代の子どもの死因の第 1 位は自殺です。そこで、どういうエデュケーションをすれば子どもたちの自殺が予防できるかというのを、世界保健機関は一生懸命考えていますが、残念ながら子どもたちの死因の第 1 位は自殺です。その予防に、Prevention に成功したという国はまだありません。この世界で、70 数億人のうちのたった一人のかけがえのない存在である自己認識を、3 歳、4 歳、5 歳で予防できるのかどうか。実は、自殺の最年少は 4 歳、5 歳という例が出ています。最高齢 102 歳の自殺というのがありますが、子どもたちの自殺予防というのは、社会の、あるいは人類の大きな課題であり、これもこの学会の責任をはるかに超えた問題です。

【司会：岩城穰】

一応、いただいた質問はほぼ取り上げることができ、非常にかみ合った議論になれたかと思っております。

最後に、先ほどからの議論全体を受けてでもかまいませんが、一人 3 分ずつお願いできればと思います。

【発言：黒田兼一】

その前に少しいいでしょうか、伺いたいことがあります。メンタルヘルスの問題、また過労死・過労自殺の問題、多くは色々な場面で予防・発見、そしてヘルプの体制をどう作るかということがとても大事なことだと思います。そしてまた、そういうものが実際に起こる場所は職場です。国でいろいろなことをしても、現実の職場の中で、そうしたことについての自覚や実行することが重要です。そういう意味では、現場の問題をどうしていくかということは大きな課題のひとつだと思います。この学会に、今日来ていただいている方の中には、社会保険労務士の方がおられます。従業員と経営側との間において、この社会保険労務士の仕事では、従業員の福祉がひとつの大きな課題だと思います。それから、メンタルヘルスの問題も含めて考えると、産業医が大きな役割を持ちます。しかし、一方で、産業医は会社からお金をもらっていて、どうしても会社側につくのではないか、という批判もあります。社会保険労務士も同じように会社から顧問料をもらいながら仕事をしているケースが多いので、従って会社の労務管理の側につき、働く側の視点が欠けているのではないか、という批判があると思います。まさしく過労死・過労自殺には、そうした現場の中での問題がとても大きな要因だと思います。四人の先生たちのコメントを聴き、今日のこの場では、健康ということが大きな問題になっています。ぜひ産業医に対する視点で、今の産業医がいったいどのようになっているか、実際には産業医が産業医としての仕事がキチンとできているのかどうか。できていないのであれば何が必要なのか、ということ、一言でもお話下さると、最後の締めくくりとしてはいいのではないかと思います。よろしくお願いします。

【報告：金子雅臣】

産業医問題に関する質問も含めてですが、要はいろいろなセクハラ・パワハラ、それからいろいろな人たちの職場のメンタル不全を含めて、誰がどのように判断していくのか職場が混乱しているということ



だと思います。先ほど冗談めいて言いましたが、もう企業を信頼しては、どうにもならないということが、社会的にもはっきりしてきています。それで、先ほどいいました第三者委員会という流れもあり、独立した機関でキチンとチェックすることだと思います。パワハラでも同じですが、企業内で解決しようという議論がありますが、例えば労働審判のようにもっと簡潔にして、きちんと第三者が入って判断する第三者機関が必要です。それがあつ種のヘルプラインでもあります。企業から独立した機能について真剣な議論をしていくことが必要だと思います。実際には難しいかなとは思いますが、だんだん焦りが出てきて少し過激になっていますが、それらに対する役割違反に対する厳罰化と、完全独立型の第三者機関の設置しか無いような気がしています。

#### 【報告：天笠崇】

産業医のことについては、私が釈明しないといけない立場だと思います。ただ、私自身は、日本全体の産業医の状況について発言する立場にはありません。それで、私が日常の産業医活動を通じて、あるいは実際はこの何年も研究者という立場よりは臨床医として主治医を勤めたりしているということで、主治医の視点から見た産業医の現実の状況について思うこと少し発言させていただこうと思います。実はこの学会の前に、日本産業衛生学会がありました。この学会は産業医の先生たちが一番組織されている学会かと思いますが、産業看護職や栄養士など、他の産業保健関係職種の方々も参集しています。会員が8千人ぐらいだったか、非常に大きな学会です。私も久しぶりに参加しましたが、そこでもやはり今回の「働き方改革」の中で、産業医の機能強化が掲げられている点に視点が当たっていました。産業医の指導勧告権をどのようにしたらいいのかをテーマにした、産業医部会のフォーラムが開かれました。私の話の発言の中で2回ぐらい名前が出てきました東大の精神保健学教授の川上憲人先生が理事長をしています。理事長講演では、日本医師会から産業医の在り方をまともに考えて、より充実したものにしていこう、というような話があったこと、日本医師会も産業医の知識とスキルアップについて、充分責任を負っていなかった、という反省の言葉とともに、これからぜひ強化していきたいということを述べていただけたこと、を話されました。さらに、理事長講演では、産業医の中心学会の取り組みとして、必要であれば、いろいろな学会とネットワークを組み、手を携えてやっていきたい、と発言されていました。そこで、私たちの学会が過労死等の予防という視点から要望を出すとか、そういったことも可能ではないかと思ひます。

それと、ご承知のとおり、産業医には専属産業医と嘱託産業医とがあり、これは私の経験なので、人によつてもちろん異なる意見もあるかも知れませんが、確率的には専属産業医の方々はずごくよくやっていると思ひます。もちろん過労死等を発生させてしまった場合には、株価が下がるとか、企業イメージが下がるとか、そういったことも背景にあるからかと思ひますが、よくやっている方が多い印象があります。それに対して、嘱託産業医の中では名前を貸しているだけだとか、会社側に立つとか、人格を傷つけるような発言をするだとか、というのを10年ぐらい前まではよく経験しました。ただし、ここ5年ぐらいに限つて言ひますと、専属産業医についても嘱託産業医についても、私が主治医として関わっている労働者の方々の産業医の活躍ぶりは、知る限りはそれほど酷くはないという感じがしています。従つて、産業医の働きが強化充実されていくこと、それに向けてこの学会としても何かできること、そのようなアクションを起こしていくということは、黒田先生がおっしゃるように、極めて大事なことだと思います。

#### 【司会：粥川裕平】

毎年 8 千人誕生する医者の中で常勤産業医になるのは、産業医科大学を卒業している 100 人のうちのたった 40 人です。日本に 2 万の会社があるとすると、常勤産業医を持っている企業はまず 2 割ぐらいしかない。社員 1,000 人以上の企業では 1 人の常勤産業医が必要となるために、産業医科大学に、卒業生を産業医にと依頼しても、なかなか常勤産業医を獲得出来ない現状にあります。その産業医大卒の産業医は非常に優秀です。「精神科は専門ではない」などとバカなことを言う産業医はひとりもおりません。すべての疾病に対して、社員が休むことが適切かどうか、復職が適切かどうかをきちんと判断する指針、能力を持っているのが産業医です。

#### 【報告：佐々木司】

私は日本の労働状況の悪さを改善するためには、以前は国際的な外圧が重要だと思っていました。2011 年にスウェーデンで第 20 回国際夜勤交代勤務シンポジウムが開かれました。先ほど申し上げた看護師の 16 時間夜勤の問題ですが、世界的に 16 時間夜勤をしているのは日本だけです。16 時間夜勤は 8 時間の 2 倍ですから、すごい長時間労働、夜勤をして皆さんの命を守っているわけです。本当は守れていないのですけど。そこがすごく問題なので、このシンポジウムで発表しました。これは外圧になるかと思っていたら、聞いていた学者が何と言ったかという、「そんなのはうちの国には関係ないね」と言ったのです。うちの国はもっと労働時間が短い、そんな 16 時間も働くのはバカじゃないかと言われました。外圧はかからないのです。結局は、自分たちで解決していくしかない、ということです。はじめて悟りました。ですから皆さん、さっきの産業医の話でもそうですが、やっぱり自ら解決していくということが重要だと思います。

産業医について重要なのは、労働との関係を見ない産業医は雇わないということです。人間の体だけ診て、労働を見ない産業医はダメだということです。結局、人間の体が悪いのではなく、労働との関係で悪くなっているわけですから、そこが重要です。だから、あなたに胃薬をあげましょう、精神薬をあげましょう、というのではなく、会社とともに、それへの対策として労働を変えていく産業医でないとダメだということです。産業医が自らそういうことを認識して変えていかなきゃダメだということと、過労死防止学会のような学会と一緒にコラボレーションしていくことが重要だと思います。

#### 【司会：岩城穰】

ありがとうございました。最後にこの共通論題を大変周到に準備をいただいた粥川先生に一言コメントをお願いします。

#### 【司会：粥川裕平】

皆さん、3 時間の長丁場に渡って熱心に聴講と質疑をされありがとうございました。3 人のシンポジストにプレゼンしていただき、それぞれに教えられるところがありました。皆さんの各持ち場に持ち帰り更に深めていただく課題が明らかになったのではないかと思います。

現実の労働現場で改善されていない問題は、取り上げれば山のようにあります。そこで何が、どういう視点が、どういう取っ掛かりがあるのか、そういうことを見つけるということは、日本の健康に良くない労働環境を改善していく闘いの一つです。学会そのものは、その実態と背景を明らかにし、ひとつひとつ科学のメスを入れて、そして改善していくという、そういう活動の場でもあります。11 月に行う過労死

防止等対策推進センターの啓発活動とは少し違います。過労死・過労自殺の遺族の裁判闘争や、労基署に対する闘いとも少し違います。それらの共通部分と違った部分を明確に識別しながら、研究的な頭脳をもっと研ぎ澄まして、今日もメディアが来られています、明日の新聞の一面に報道されるような、インタビューは16時間が望ましい、というエビデンス・証拠を出していくことが望まれます。パワハラと指導の違いはこうです、ということを経新聞よりも厚労省よりももっとクリアな形を出していける、そういうメッセージ性を持って、この学会が継続されることを望み、このシンポジウムを終わります。

どうも長時間ありがとうございました。

どうも長時間ありがとうございました。

(反訳：笠井弘子、編集：高田好章)