

健康被害に関するクライシスマネジメントにおける 現行産業医制度の法的問題

湯木知史¹, 箱崎幸也², 吉永侃夫¹, 小泉昭夫¹

¹京都大学大学院医学研究科環境衛生学教室, ²自衛隊中央病院

抄録: 健康被害に関するクライシスマネジメントにおける現行産業医制度の法的問題: 湯木知史ほか. 京都大学大学院医学研究科環境衛生学教室—現在の日本でボパール事故のようなクライシスが発生した場合, 現行法では健康被害に関するクライシスマネジメントに有効に対処することはできない. それは, 現行法において産業衛生がもっぱら事業者から労働者へのサービスの一環と位置づけられており, また事業場の責任は過失責任主義を原則とするからである. しかし, 事業者の活動によって生じた健康被害に関するクライシスに対しては, 常に事業者に責任を負わせることが公平である. また, 健康被害に関するクライシスマネジメントの場合には, 損害賠償の場合と異なり, 事後的に過失の有無を問題とする余地がない. そこで, この場合には, 汚染者負担および無過失責任主義を原則とし, 事業者は, 一般市民まで含めて健康に関する曝露被害を最小限に止めるための方策を直ちに実施する社会的責任を負うと解する必要がある. この健康に関わるクライシスマネジメントには当然専門職が不可欠となるが, それには産業医の活用が現実的である. そこで, 現行の産業医制度のあり方が検討すべき課題となる.

(産衛誌 2004; 46: 159-167)

キーワード: Occupational physician, Industrial health, Crisis management, Health damage, Polluter pays principle, Principle of liability without fault, Professional, Social responsibility, Citizens in general

I. はじめに

近時, 労働安全衛生法等の安全衛生関係諸規則により

安全基準が整備・改良されてきているにもかかわらず, 有害化学物質等を扱う事業場での事故が絶えることはない. それどころか, 産業の発展に伴って, いったん事故が発生すれば, 事業場内部だけでなく, その外の地域住民といった一般市民をも広く巻き込む危険性は増大しているといえる. 例えば, 1999年9月30日のJCO臨界事故¹⁾や2000年6月22日の和歌山硫化水素ガス発生事故²⁾, 最近連続して発生した2003年8月14日, 19日の三重県多度町固形燃料(RDF)発電所連続爆発火災³⁾, 同年9月3日の新日鉄名古屋製鉄所爆発事故⁴⁾, 同年9月10日のプリジストン栃木工場火災⁵⁾, 同年9月26日の十勝沖地震に伴う出光興産北海道製油所火災⁶⁾などがそれを示している. そこで, 予防対策のさらなる強化と同時に, クライシス発生時における健康被害を最小限に止めるという観点から, このような災害に直面した際のマネジメント体制の必要性も問われるようになっていく⁷⁾. 例えば, JCO事故後, 原子力安全委員会原子力発電所等周辺防災対策専門部会によって, 2001年6月に「緊急被ばく医療のあり方」が示されている. そこで, 本稿では, この健康被害に関するクライシスマネジメントのあり方について検討を加えていく.

まず, 本稿で扱うクライシスとは, 「人々の生命・健康の安全を脅かす事態」を意味する⁸⁾. そして, そのクライシスが現実に発生した段階に限定し, そのような事態が未発生段階(平時)は対象としない. また, 化学工場などの事業場で発生した有害化学物質曝露災害に的を絞って, 化学物質の輸送中の事故や化学物質を使用したテロなどは含まない.

次に, 健康被害に関するクライシスマネジメントのあり方を検討する場合には, クライシスを発生させた事業者と消防・警察や保健所などの既存の関連した行政組織との関係が問われなければならない. しかし, その前提として, まずは事業者のあり方, 消防・警察や保健所など行政のあり方がそれぞれと問われなければならない(保健所のあり方については2001年に厚生労働省から「地域における健康危機管理について—地域健康危機管

2003年11月25日受付; 2004年6月7日受理

連絡先: 小泉昭夫 〒606-8501 京都府京都市左京区吉田近衛町 京都大学大学院医学研究科環境衛生学教室
(e-mail: koizumi@pbh.med.kyoto-u.ac.jp)

理ガイドライン」が示されている)。なぜならば、公権力を前提とする行政と、私人である事業者とは法律による規制のあり方も経済的基盤もまったく異なるからである⁹⁾。例えば、1955年のヒ素ミルク事件、1963年のサリドマイド事件、1971年のキノホルム事件などが端緒となって1994年に成立した製造物責任法も、企業の不法行為責任と消費行政それぞれのあり方の検討、そして両者の関係の検討を通して結実したものである¹⁰⁾。そこで、本稿では、後に述べるように、事業者の社会的責任という観点から、健康被害に関するクライシスマネジメントにおける事業者のあり方を中心に検討する。その際、インドでの1984年12月3日の有害化学物質曝露事件(ボパール事故)を適宜例証として取り上げた。それは、この事故が、比較的近時に起きたものであるということ、事故発生前後の状況が詳細に明らかにされていること、後述するように史上最悪の死者数を記録した事故であるという理由による。

以上を踏まえた上で、本稿では、次のように論を進めていく。まず、この健康被害に関するクライシスマネジメントのあるべき基本的な枠組みを示す。すなわち、健康被害に関するマネジメントは事業者の社会的責任と捉えるべきであり、そのマネジメントを実効性あるものとするために有害化学物質の曝露による健康被害を最小限に止めるための方策を直ちに実施する必要がある。そのためには医師であり産業保健の専門家でもある産業医がマネジメントにおいて中心的役割を担うのが現実的であると考え論拠を提示する。次に、そのような健康被害に関するクライシスマネジメントを事業者の社会的責任とする法制度は現時点では未整備であることを示し、事業者の社会的責任と捉えていくための理論的根拠について検討する。最後に、事業者が社会的責任を果たしていくために産業医がいかに関われるかを示し、それに対する日本の現行産業医制度の法的問題および制度改革の方向性を論じていく。

II. 健康被害に関するクライシスマネジメントの必要性

1. クライシス発生の可能性

ボパール事故(Bhopal Incident)は、米国のユニオン・カーバイト社(UCC)がインドのボパール工場で、大量のメチル・イソシアネート(MIC)という有害化学物質を工場外に流出させたことによって起こった事故である¹¹⁾。この事故では、モノメチルアミンとホスゲンから作られる農薬セビンの中間産物であるMICが問題となった。

しかし、現在の日本では、このようなクライシス発生の可能性は、先述した事故や、農薬を製造する事業場に止まるものではない。われわれを取り巻くハイテク関連の事業場も、有害化学物質曝露事故というクライシス発

生の可能性を持っている。例えば、高圧ガス保安法のもとで、モノシラン、ホスフィン、アルシン、ジシラン、セレン化水素、モノゲルマン、ジボランの7種類の特殊材料ガスが、特に危険の高い特殊高圧ガスに指定されている。これらの化学物質は、いずれも半導体製造過程で使用されるものであり、われわれに身近な半導体工場にも存在するものである。これらの工場で大規模な火災や爆発事故が起きれば、周辺住民に深刻な健康被害が想定される¹²⁾。現にこれらの化学物質を扱う事業場で、死者を出すような火災や爆発事故も相次いでいる¹³⁾。

その意味で、実効性のある健康被害に関するクライシスマネジメントの構築は、われわれ日常生活に関わる現実的な課題なのである。

2. 社会的責任としての健康被害に関するクライシスマネジメント

ボパール事故では、MICが工場外に流出したため、一般市民を巻き込み、死者約1万6,000名、後遺症で悩む者10万名以上といわれる大惨事となった¹⁴⁾。

この事件に対して、なぜこれほど多くの一般市民を含んだ犠牲者を出すことになったのか、もしクライシス発生後の対処がしっかりとしたものであったならば、もっと犠牲者は少なくすんだのではないか、という疑問が生じる。この事件では、事業者は事故発生直後に健康被害に関して何の処置も講じていないことが明らかになっている¹⁵⁾。事故後、1986年にUCCのある米国で「緊急対処計画および地域住民の知る権利に関する法律(Emergency Planning and Community Right-to-Know Act)」が制定されたことから明らかなように、インドはもとより米国においても健康被害に関するクライシスマネジメントを社会的責任として事業者に義務づける法制度は存在していなかった。つまり、健康被害に関するクライシスマネジメントに対する社会的認知が、米国を含む多くの国々で未成熟であったということである。その意味で、事業者がその活動によって事業場内外の人々に健康被害を及ぼすようなクライシスをもたらした場合には直ちにそのクライシスに対処する社会的責任を負う、という発想が欠如していたといえよう。

したがって、有害化学物質曝露災害における健康被害に関するクライシスマネジメントを実効性あるものとするためには、それを事業者の社会的責任と捉えることが必要となる。具体的には、クライシスをもたらした事業者は、一般市民まで含めて、次のような責任を社会に対して負うという考え方を認めていくことが必要となる。つまり、①有害化学物質の曝露による健康被害を最小限に止めるための方策を直ちに実施する、②曝露被害者に対して経済的損失や身体的・生命的損失について十分な補償をする、③汚染された環境を元に戻す、④生存して

いる被害者に対しては、その後の健康障害について追跡調査し、後遺障害に対しては治療法を開発する、という責任を社会に対して負う、ということである。

健康被害に関するクライシスマネジメントに対して社会的認知が未成熟であるということは、日本においても当てはまる。健康被害に関するクライシスマネジメントを現行法で対応するならば、現行民法の不法行為法上、後述するように原則としてクライシスの発生につき「事業者が過失が存在する」（民法709条）という限られた場合にのみ、事業者が責任が生じ、損害賠償の方法も金銭的賠償（上記②）や原状回復（上記③や④）に止まることになる。健康被害に関するクライシスマネジメントで最も重要な①については、現行法上、事業者が社会的責任を負う余地は皆無である。

3. 産業医主体のクライシスマネジメント

先述した健康被害に関するクライシスマネジメントを事業者の社会的責任と捉えた場合、特に重要なのは、クライシスが発生した際に、有害化学物質曝露による事業場内外の人々の健康被害を最小限に止めるための方策を直ちに実施することとなる。

そのためには、まず、マネジメントスタッフが、クライシス発生直後の段階で、発生した健康被害に関するクライシスを迅速かつ正確に把握することが必要となる。具体的には、化学物質の検知・同定や被災者の概数などの災害現場における健康被害状況の把握といった情報の収集が不可欠となる。この点、ボパール事故では事故発生直後に、工場の診療所の医師をはじめとした医療・保健スタッフによる情報の収集は行われていない¹⁶⁾。

次に、クライシス発生直後以降の段階で、発生した健康被害に関するクライシスの進展を的確に予測し、その拡大を最小限にとどめることが必要となる。具体的には、事業場の内外を問わず、産業保健に通じた医師を中心に組織化されたマネジメントスタッフによる被災者の救急処置と化学物質対処を通じた災害拡大の防止が不可欠となる。しかし、ボパール事故では、やはりそのような処置はまったく行われていない¹⁷⁾。

さらに、マネジメントスタッフが健康被害に関するクライシスマネジメントに適切に対処するためには、検知・同定された化学物質の性質や化学物質関連疾患の兆候・症状といった専門的知識に精通していることが不可欠である。MICは、人が吸入すると、肺炎、肺水腫などを起こし、重篤な場合には、心不全による死亡につながるものである¹⁸⁾。ボパール事故では、MICについて、UCCの安全規則が「極度に危険な化学物質」であり、「人間が接触しないように厳重に管理しなければならない」と指摘するように、当時から高い致死性の物質であることは十分に認知されていた。しかし、工場側によ

て事故発生後に治療施設や安全非難地域等設定のためのゾーニングなどは行われていない。また、工場の診療所の医師（日本の産業医のような産業保健専門職ではない）は、事故への対処として、市内のおもな病院にMICの作用と治療法を市内の病院の職員に連絡をとっているが、そのとき患者が目と皮膚の痛みを訴えることはあっても死ぬことはないと伝えているなど、MICの危険性を正確に認識していなかったことが指摘されている¹⁹⁾。

そこで、日本においてこの問題に対処していくには、現行の法制度の大幅な手直しや新たな法制度の整備を前提としながらも、既存の産業医をはじめとした産業保健専門職制度の発展的に利用していくことが現実的であると考えられる。その理由を産業医に関して述べるならば、現行制度のもとで、すでに次に挙げる3つの条件を基本的に満たしているからである（労働安全衛生法13条）。まず、①産業医は、当該事業場で曝露の危険のある有害物質全般について健康被害に対して現実の能力は別にして適切に対処する能力を有していると想定されている。次に、②産業医は、産業保健全般の専門的知識を備えている。この点、日本の産業医の専門性は形式的なものに止まっていると指摘されている。これは、産業医の信頼性という産業医制度を支える根本問題であり、クライシスマネジメントにおいてだけ問題となるものではない。平時まで含め、臨床医が得意とする一般健康管理に止まらない高度な中毒学の専門性をもった産業医養成の問題として早急に検討されなければならない^{20, 21)}。例えば、JCO事故後、被ばく医療に関しては、財団法人原子力安全協会が緊急被ばく医療情報ネットワーク（REMnet）²²⁾を整備し、また産業医を中心に、各地で緊急被ばく医療研修会が開催されているが、このようなあり方も参考となろう。さらに、③専属産業医をはじめとして事業場に選任されている産業医は当該事業場に精通しており、問題となる化学物質の迅速な検知・同定が可能である。この点、クライシスに際しては、事業場にはヒトへの毒性と治療法を含めた化学物質に関する基本データ（Material Safety Data Sheet: MSDS）が整備されているはずであるから事業者はそれをもとに産業医の協力を求めればよい、との指摘がある²³⁾。しかし、現行のMSDSは情報量が十分ではなく、発生したクライシスに対応できるものではない。多くの化学物質のMSDSでは当該化学物質に曝露された場合、「直ちに医師の手当を受けること」を奨励している。もし、産業医が初期対応に当たらないなら、どこかに専門医をもとめなくてはならず、一般市中病院の臨床医に特殊な化学物質へ治療を期待することになり現実的ではない。健康被害に関するクライシスマネジメントには、日ごろから事業場内部の事情に詳しく、そこで使用されている化学物質について文献検索など自主的に情報を蓄えている産業

医が初期治療に関与する（直接でなほにせよ）のは合理的と考えられる。現行法上専属はもちろんのこと嘱託であっても事業場に選任された産業医はそこで使用される有害化学物質については熟知していかねるべきである（労働安全衛生規則 14 条 1 項, 15 条）。だとするならば、事業者が産業医に協力を求めるといった弱いものではなく、「直ちに手当を施す」べき医師として産業医が中心となって積極的かつ迅速に対処することが健康被害に関するクライシスマネジメントを実効性あるものとするためには必要ではなからうか。

Ⅲ. 社会的責任としての健康被害に関するクライシスマネジメントを支える理論的根拠

1. 無過失責任主義

有害化学物質曝露災害におけるクライシスマネジメントを実効性あるものとするために、それを事業者の社会的責任と捉えることが必要となる。これを支える理論的根拠としてまず指摘できるのは、無過失責任主義 (principle of liability without fault) である。

日本では、例えば原子力損害の賠償に関する法律のように特別法により無過失責任が規定されない限り、民法の不法行為法が適用される。そこでは過失責任主義 (fault principle) が原則となる。つまり、不法行為責任が発生するための原則的要件として、他人に損害を与えたことが、「故意又ハ過失ニ因」ったものであることが必要となる（民法 709 条）。私人の経済活動の自由を保障するという趣旨である。しかし、高度な科学技術を応用して利益の追求を図る企業の登場により、リスクの発生可能性を不可避的に伴った事業活動を多く生み出し、加害者および被害者のいずれにも過失がないにもかかわらず損害が発生する例が増加している。そこで、近時、裁判所は、民法の規定にもかかわらず例外を広く認め、社会的正義や公平の観点、過失の証明が困難であるという点を考慮し、当該企業に過失の有無にかかわらず損害賠償義務を負わせるという意味での無過失責任を認めるようになってきている²⁴⁾。

ところが、過失責任主義をとる場合はもとより、結果として無過失責任が認められたとしても裁判手続を介する限り、健康被害に関するクライシスマネジメントは実効性あるものとはならない（公害で問題となった「差止め」も同様である）。なぜならば、健康被害に関するクライシスマネジメントにおいて最も重要な、有害化学物質の曝露による健康被害を最小限に止めるための方策を直ちに実施するという責任に対しては迅速性が要求されるため、事後的に過失の有無をまっとう問題とするという余地がまったくないからである。したがって、健康被害に関するクライシスマネジメントについては、個々の事件ごとに解釈により判断するという対応ではなく、あら

かじめ特別法により無過失責任主義を明示しておく必要があり、その意味で立法による解決が不可欠である。

この無過失責任主義は、ドイツをはじめとした大陸法で提唱されるようになった、「社会に対して危険をつくりだす者は、それから生じる損害に対して常に責任を負わなければならない」とする危険責任 (Gefährdungshaftung) という考え方²⁵⁾ や、「社会生活において大きな利益を収める者は、その収益活動から生じる損害に対して常に責任を負わなければならない」とする報償責任 (Equivalenzprinzip) という考え方²⁶⁾ にその妥当性を求めることができる。日本では、先に挙げた原子力損害の賠償に関する法律 (1961 年成立) をはじめ、大気汚染防止法 (1968 年成立, 1972 年無過失責任追加)、水質汚濁防止法 (1970 年成立) が、危険責任に基づく法律であり、製造物責任法 (1994 年成立) も、危険責任と報償責任に基づく法律である²⁷⁾。

有害化学物質を扱う事業者は、通常、有害化学物質曝露災害という大きな危険を伴っている。また、そのような事業者の中には大きな利益を収めているものもある。したがって、事業者の活動によって生じた健康被害に関するクライシスに対しては、常に事業者に責任を負わせることが公平だと考え、無過失責任を明示した特別法制定の可能性を探っていくことが必要ではなからうか。

2. 汚染者負担の原則

汚染者負担原則 (Polluter Pays Principle: PPP) とは、汚染物質を出している者は、公害を起こさないよう、自ら費用を負担して必要な対策を行うべきであるという考え方をいう。経済学上の概念であり、外部費用を内部化するための指導原則として OECD (経済協力開発機構) 閣僚会議が 1972 年 5 月に採択したものである²⁸⁾。利益者支払原則 (Beneficiary Pays Principle: BPP) ともいう。この原則は、定義からも明らかなように、本来公害の被害補償原則ではない。しかし、近時、環境学の分野で、公害対策の正義と公平の原則として、あらゆる環境対策の領域に当てはめ、環境復元費用や被害者救済費用に対しても広くその適用を認めていくべきだとの主張がなされている²⁹⁾。例えば、公害健康被害者の救済を目的とする「公害健康被害等の補償に関する法」(1973 年成立) はこの主張に沿ったものである³⁰⁾。

有害化学物質曝露事故が環境問題を引き起こすことを考えれば、汚染者負担の原則も、有害化学物質曝露事故に健康被害に関するクライシスマネジメントを事業者の社会的責任と捉えるための理論的根拠となると言えよう。

3. 損害賠償・被害補償の内容

無過失責任主義に基づく損害賠償であれ、汚染者負担

原則に基づく被害補償であれ、そこで想定されている方法は、先に挙げた特別法も含めて金銭的賠償か原状回復である。しかし、何度か触れたように、健康被害に関するクライシスマネジメントにおいて最も重要なのは、有害化学物質の曝露による健康被害を最小限に止めるための方策を直ちに実施することである。これはどちらにも該当しない性質のものである。したがって、責任の内容を明確にするためにも、立法による解決が不可欠ではなからうか。

Ⅳ. 現行産業医制度の法的問題と新制度整備の方向性

以上のように、健康被害に関するクライシスマネジメントを事業者が社会に負うべき責任だと捉えるならば、クライシス発生によって生じる健康被害の予防及びその拡大の防止、長期にわたる健康への影響の追跡、さらには必要な医療体制の確立といった様々な事柄が問われることになる。

もちろん、これらすべてを産業医を中心とした産業保健専門職が担うべきことについては疑問がある。しかし、先述したように、少なくともクライシス発生直後の初期段階における対策については、既存の産業医をはじめとした産業保健専門職制度の発展的に利用していくことが現実的であろう（先述した「緊急被ばく医療のあり方について」では、産業保健専門職に限定せず、広く医療関係者（医師、看護師など）を指摘するに止まっている³¹⁾）。そこで、現行産業医制度を規定する労働安全衛生法および労働安全衛生規則を参考にして、健康被害に関するクライシスマネジメントを規制する法制度の整備に際して、いかなる法的レベルの問題が存在するかを以下に検討する。

1. サービスから社会的責任へ

従来、産業衛生とは、「各産業に勤労する人々の健康を保持、増進することを第一義とする」ものと理解されてきた³²⁾。労働安全衛生法1条も「労働者の安全と健康の確保」と「快適な職場環境の形成を促進すること」を同法の目的として規定している。したがって、同法が規定する産業医制度についても、この目的を達成するためのものと位置づけられている。つまり、産業医は「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」を備えた者であり（労働安全衛生法13条2項）、また産業医は、「労働者の健康を確保するため必要があると認めるときは、事業者に対し、労働者の健康管理等について必要な勧告をすることができ」（労働安全衛生法13条3項）、同条1項に掲げる事項について「総括安全衛生管理者に対して勧告し、又は衛生管理者に対して指導し、若しくは助言することができる」（労働安全衛生規則14条3項）と規定している。より具体的には、労働者の安

全と健康を害するおそれのある事業場内の要因と対策の必要性について事業者に助言したり、労働者の安全と健康のために事業場内で行われる予防措置が優先度に従い迅速に実施されるように事業者に助言、勧告したりするといったものである³³⁾。これらの規定から明らかのように、現行産業医制度は、事業者の労働者に対するサービスの一環として位置づけられる制度と理解することができる。これをもって事業者の労働者に対する社会的責任と捉えることも不可能ではないが、1996年の立法段階では「事業者の労働者に対するサービス」と捉えられている³⁴⁾。つまり、クライシスが発生した際に、産業医をはじめとした産業保健専門職が中心となって、事業場で働く労働者だけでなく、広く事業場内外の人々の健康被害を最小限に止めるという事業者の社会的責任を、産業医を中心とした産業保健専門職を通して果たすというあり方は現行法では想定されていないということである。

したがって、まず、健康被害に関するクライシスマネジメントを規制する法制度の整備に際しては、健康被害に関するクライシスマネジメントを事業者の社会的責任と位置づけ、その責任を実効性のあるものとするために産業医をはじめとした産業保健専門職がその中心的役割を担っていくという、現行法のあり方とは全く異なった発想が必要となる。

2. 産業医の選任

このように産業医が健康被害に関するクライシスマネジメントの中心的役割を担うということになると、できる限り事業場に産業医が常駐していることが望ましいということになる。

現行法上は、2人以上の専属産業医を選任しなければならないのは、「常時3,000人をこえる労働者を使用する事業場」（労働安全衛生規則13条1項3号）に限られ、「常時1,000人以上労働者を使用する事業場」（労働安全衛生法13条1項2号）または、列挙される危険有害業務に「常時500人以上の労働者を従事させる事業場」にあっては、その事業場に1人の専属産業医が選任されればよい。また、「常時50人以上の労働者を使用する事業場」（労働安全衛生法13条1項、労働安全衛生法施行令5条）では、産業医の選任の義務はあるが嘱託産業医でよいとされている。

しかし、健康被害に関するクライシスマネジメントの観点からは、専属産業医をはじめとした事業場に選任されている産業医は、日ごろから職場巡視などで当該事業場の操業内容に精通しており、クライシス発生後も、問題となる化学物質を迅速に検知・特定する能力を有しており、有害性および臨床的対応についても熟知してしかなるべきであることから、産業医がマネジメントにおいて

中心的役割を担うべきことが期待される。だとするならば、産業医の選任義務のある事業場の範囲を現行法のように労働者の人数を基準とするだけでは十分ではないといえる。有害化学物質曝露災害の規模は、必ずしも事業場の労働者の人数と比例するものではないからである。したがって、事業場の取り扱う化学物質の危険性や地域の人口などを加味した選任基準の検討も必要ではなからうか。

もちろんすべての事業場に産業医の常駐を義務づけるわけにはいかない。そこで、産業医が不在の事業場におけるクライスマネジメントの中心的な担い手が問題となる。この点、産業医以外の産業保健専門職の活用やその拡大も検討する必要がある。すなわち、産業看護職の常駐を広く義務づけること、安全管理者、衛生管理者にも健康被害に関するクライスマネジメントに対応できるよう教育制度を導入することなど現行の制度を変えていくことが必要とならう。

3. 産業医の法的地位

では、産業医が健康に関するクライスマネジメントの中心的役割を担うためには、いかなる法的地位にあるべきであろうか。

1) 平時における産業医の法的地位をめぐる従来の議論

平時における産業医の法的地位については、嘱託産業医の独立性と中立性をめぐって、従来から議論がある³⁵⁾。まず、嘱託産業医の場合、使用者である事業者と労働者である産業医との間に法的支配従属関係を発生させる雇用契約があるため、少なくとも形式的には、産業医は事業者の指揮命令に服するという立場にあり、産業医の事業者からの独立性は保障されていない。しかし、産業医は、高度に専門的な職務を遂行するために雇用されている以上、事業者の具体的指揮命令によるのではなく、産業医自身の判断に広く委ねるべきである。そのために、産業医の独立性を確保しなければならないというものがある。次に、契約関係から産業医は事業者の利益のために行動すべき立場にあるが、産業医が事業者の利益とは切り離して労働者の利益のために行動すべき根拠は法律上存在せず、事業者と労働者に対する産業医の中立性は保障されていない。しかし、産業医は、労働者の健康情報の管理については労働者の利益保護の観点から責任を負うべきである。そのために、産業医の中立性を確保しなければならないというものがある。

2) クライシス発生時における産業医の法的地位

クライシス発生時においては、迅速性という観点から、平時以上に産業医の裁量権の確保と責任の負担のために、産業医の独立性と中立性を確保することが必要となるのではなからうか。さらには、産業医が、会計処理の専門家としての公認会計士や紛争処理の専門家としての

弁護士のように、健康被害に関するクライスマネジメントの専門家として、企業外から独立性・中立性を保って対応していくようなあり方を積極的に構築していくことも長期的には検討に値するのではなからうか。

まず、産業医は事業者や労働者・一般市民からの独立性が確保されなければならない。クライシスの発生に際して、例えば、産業医が事業者からの指示を仰いでいるようでは、迅速性の観点から健康被害に関するクライスマネジメントは実効性あるものにならないからである。産業医は医師であり、産業保健の専門家である以上、事業者から独立した産業医独自の裁量権を認めるとともに、場合によっては、マネジメントに必要な範囲内で事業者の有効な指示を出すことができる立場になければならない。

次に、産業医は事業者と労働者・一般市民に対する中立性が確保されなければならない。クライシスの発生によって、例えば、健康情報の開示をめぐる、事業者と労働者・一般市民との間で利益の衝突が生じることがある。その際に、産業医が事業者側の利益をことさらに優先するようなことがあつては、社会的責任としてのクライスマネジメントとはいえないからである。

3) 独立性に関わる法的問題

先述したように、現行法上、産業医は事業者等に勧告、指導・助言することができる。しかし、これらは事実行為であつて、事業者等を拘束するものではない³⁶⁾。つまり、労働安全衛生法13条4項で、「事業者は、前項の勧告を受けたときは、これを尊重しなければならない。」と規定し、労働安全衛生規則14条4項も、産業医が法令の規定に基づく勧告、指導・助言をしたことを理由に、事業者は、「産業医に対し、解任その他不利益な取り扱いをしなければならない」と規定するにとどまっております。事業者は自らの責任においてそれに従わないことも可能だということである。そのために、産業医の勧告、指導・助言が結果的に実効性をもたないという事態も生じうる。

したがって、健康被害に関するクライスマネジメントに際しては、産業医のこのような権能に実効性をもたせるような規定が必要とならう。

4) 中立性に関わる法的問題

この点、健康被害に関するクライスマネジメントで最も問題になるのが労働者や一般市民の健康に関する情報（健康情報）におけるプライバシーの保護である。

(1) 情報の収集

クライシス発生直後の段階では、特に、発生した危機を正確に把握するという観点から、その危機に直接・間接に関わった労働者や一般市民の健康情報の収集と各関係機関との情報共有が必要となる。しかし、一方で、健康情報は個人のプライバシーに属する事柄であり（裁

判所は、無断検査によって HIV 感染者であることが使用者に知られ解雇されたことが問題となった事件で、病状もプライバシー権により保障される領域である「私生活上の利益」に相当すると判断している³⁷⁾、このような情報をみだりに他者（産業医であれ事業者であれ）に把握されない権利を労働者や一般市民はもっている（日本産業衛生学会、産業保健専門職の倫理指針、第一章3(2)も、産業保健専門職は、プライバシーの保護という観点から職務の遂行にあたらなければならないことを規定する）。ただ、クライシス発生段階でのクライスマネジメントを実効性あるものとするためには、産業医が、例えば化学物質を迅速に検知・同定する目的で個人の症状から集団レベルでの被害状況といった健康情報を迅速かつ正確に収集する能力が求められる場合がある。労働安全衛生法は、66条4項で都道府県労働局長の指示による臨時の健康診断等の実施について規定するが、迅速性の問われるクライスマネジメントに対応できるような規定でないことは明らかである。また、保健所など地域保健機関からの情報収集も、当該機関の収集活動後に可能となる性質のものであるから、期待できない場合が多いであろう³⁸⁾。したがって、労働者だけでなく一般市民まで含めた健康情報を産業医が収集することを認める規定が必要であろう。

ただ、産業医に情報収集を認める規定を設けるとしても、許容される場合を列挙するというようなやり方ではクライスマネジメントに対応できない。予想できないクライシスも生じうるからである。そこで、「産業医は正当の事由がある場合には労働者や地域住民の健康に関する情報を求めることができる」といった一般条項（概括条項）という形式をとらざるをえないであろう。しかし、その場合であっても、許容範囲は慎重に考慮される必要がある。その際、収集しようとする情報内容と収集するための方法に分けて考えることが有用である³⁹⁾。一般論としては、情報内容については、「秘匿の必要性」と「情報収集の必要性」とを利益考量することによって判断していくということになる。ただ、多くの場合には、「発生したクライシスを正確に把握する」というクライスマネジメントの課題が「情報収集の必要性」を高めることになろう。しかし、同時に恣意性を排除していくような規定も必要となる。また、「情報収集の必要性」が認定された場合の収集方法については、いかなる内容の情報を収集するかを、事前に労働者に具体的に告知した上で同意を得ることが考えられる（日本産業衛生学会、産業保健専門職の倫理指針、第二章8は「健康診断等を行うにあたっては、参加の有無による利益と不利益を労働者に十分説明し、その同意を得て行う」と規定する）。しかし、この点についても、迅速性が要求されるクライシス発生段階で、事前の告知と同意という手続がそもそ

も可能なのかという根本的な問題が残る。

以上の諸問題を解決するためにも、産業医の独立性・中立性を確保した上で、産業医に一定の裁量権を認めて個々具体的に許容範囲を判断していくという方法が必要となろう。

(2) 情報の事業者への開示

クライシス発生直後以降の段階では、特にクライシスの拡大防止という観点から、クライシス発生直後の段階で産業医が収集した労働者や一般市民の健康情報を活用することが重要となる。しかし、そのためには、産業医がその健康情報を事業者に対して開示することが必要となる場合がでてくる。この点、労働安全衛生法では、労働者の健康情報については、基本的に産業医から事業者への情報の流通が前提となっている（労働安全衛生法66条の3、103条1項、労働安全衛生規則51条）。しかし、産業医は医師であり、産業保健の専門家でもある以上、労働者のみならず一般市民の健康情報も産業医が責任をもって管理し、そのプライバシーの保護にあたるべきである。そこで、労働者や一般市民の安全と健康を守るために健康情報を事業者に開示する必要がある場合には対象者本人の承諾を前提とし、労働者に対しては、その範囲は職務適性の有無や労働に際して具体的に配慮すべき事項に限定するべきだという原則の適用が考えられる⁴⁰⁾。

しかし、この段階では、クライシスの拡大防止のため迅速性が要求される場合が多く、その場合にはこのような原則は意味をもたない。この場合にも、産業医の独立性・中立性を確保した上で、開示判断に対して産業医に一定の裁量権を認めていくことが必要となろう。

(3) 情報の第三者への開示

さらに、産業医は、クライシスの拡大防止のために事業者以外の第三者に対して情報を開示することができるかが問題となる。この点、産業医の収集した情報の流通が予定されているのは事業者だけであるから、現行法上は原則として許されないということになる。

ただ、労働者や一般市民の健康の保持に必要な場合には、本人の同意を得て、自らの職責と利用目的を明らかにした上で、事業場外の医師や医療機関に情報を提供できるようにすべきである⁴¹⁾。また、危機の内容が、緊急にその他の者への開示を必要とする場合（例えば、法定伝染病の罹患者に関する情報等）には、事業場の性格によって（例えば、食品会社等）、必要な範囲内で例外的に許される場合がある。このように、クライスマネジメントにおいて、産業医が事業者以外の第三者へ情報を開示することができるようにするための規定も必要となる。

V. 今後の課題—結びに代えて

以上を踏まえると、事業者が社会的責任としての健康被害に関するクライスマネジメントを果たすために必要な産業医制度のあり方としては、今後、次のような諸点を検討していく必要がある。

まず、健康被害に関するクライスマネジメントにおける行政のあり方、とりわけ消防の救急活動と保健所の対応を検討していく必要がある。

その上で、医師であり産業保健専門職でもある産業医をクライスマネジメントの中心に置き、その産業医をサポートする組織を整備するための法制度のあり方を検討する必要があると、特に、選任のあり方（選任の基準、産業医不在の場合の対処）、法的地位（クライシスに迅速に対応するための裁量権を拡大したり、労働者や一般市民のプライバシーを保護したりするための独立性、中立性の保障）、クライスマネジメントに対処できる専門性（トリアージやゾーニング、より高度な基礎及び臨床中毒学に精通する）の3点を考える必要がある（例えば、先述した「緊急被ばく医療のあり方について」も極めて抽象的な提言に止まっている⁴²⁾。また、現在の産業医の教育に健康に関するクライスマネジメントのプログラムはない。

今後は、さらにここで指摘した諸点を、現場での調査や諸外国制度との比較、産業医を含めた産業保健専門職との議論を通して、理念的なものから実践的なものへと高め、産業医制度を中心とした今後の法整備に資するものとしていく必要がある。いずれにせよ、産業保健専門職の問題意識が健康被害に関するクライスマネジメントの今後を左右する大きなモメントになることには異論はないであろう。

謝辞：本研究は厚生労働科学研究費助成（今後の産業保健活動のあり方に関する研究, 14250101 班長：東 敏昭）により行われた。

文 献

- 1) 原子力安全調査専門委員会. JCO ウラン加工工場における臨界事故の調査報告. 1999.
- 2) <http://www.iph.pref.osaka.jp/report/harmfuldetail/800-6wakayamaC.html>
- 3) <http://www.eco.pret.mie.jp/news/topics/sanpai/rdf/ziko/index.htm>
- 4) <http://www.geocities.co.jp/Technopolis-Mars/8449/incident.7.htm>
- 5) <http://www.city.kuroiso.tochigi.jp/saigai.htm>
- 6) <http://www.geocities.co.jp/Technopolis-Mars/8449/incident.11.htm>
- 7) 例えば、2002年度厚生労働科学研究補助金（労働安全衛生総合研究事業）。今後の産業保健のあり方に関する研究。総括報告書 47-103.
- 8) 厚生労働省健康危機管理基本指針. 2001.
- 9) 例えば、消防法、警察法、警察官職務執行法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律.
- 10) 経済企画庁国民生活局消費者行政第一課編. 逐条解説製造物責任法. 東京：商事法務研究会, 1994; 11-50.
- 11) 吉村 進編著. 環境大辞典. 東京：日刊工業, 2003; 679.
- 12) 荒記俊一編. 中毒学—基礎・臨床・社会医学—. 東京：朝倉書店, 2002; 133-135.
- 13) 吉見武夫, 山岸壮吉, 古村雄二, 他. 半導体工場ガス事故の実態と環境安全対策. 東京：サイエンスフォーラム, 1998.
- 14) 吉村 進編著. 環境大辞典. 東京：日刊工業, 2003; 679-680.
- 15) ユニオン・カーバイド社事故調査チーム報告書（ホパール—死の都市. 東京：技術と人間, 1986; 84-104.）
- 16) ダン・カーズマン. 松岡信夫訳. 死を運ぶ風. 東京：亜紀書房, 1990; 120-123.
- 17) ダン・カーズマン. 松岡信夫訳. 死を運ぶ風. 東京：亜紀書房, 1990; 120-123.
- 18) 吉村 進編著. 環境大辞典. 東京：日刊工業, 2003; 679.
- 19) ダン・カーズマン. 松岡信夫訳. 死を運ぶ風. 東京：亜紀書房, 1990; 138-142.
- 20) 保原喜志夫, 山口浩一郎, 西村健一郎編. 労災保険・安全衛生のすべて. 東京：有斐閣, 1998; 76-77 [大久保利晃執筆].
- 21) 森 晃爾. 働く人々の健康管理に欠かせない産業医の専門性確保. 労働時報 1996; 11: 16.
- 22) <http://www.remnet.jp>
- 23) 郡山一明. 化学災害の健康危機管理. J Natl Inst Public Health, 2003; 52: 124.
- 24) 幾代 通（徳本伸一補訂）. 不法行為法. 東京：有斐閣, 1993; 4-7.
- 25) 竹内昭夫, 松尾浩也, 塩野 宏編. 新法律学辞典〔第三版〕. 東京：有斐閣, 1989; 217. Konrad Zweigert und Hein Kötz. Einführung in die Rechtsvergleichung, 3. Aufl. Tübingen, J. C. B. Mohr, 1996; 649-691.
- 26) 竹内昭夫, 松尾浩也, 塩野宏編. 新法律学辞典〔第三版〕. 東京：有斐閣, 1989; 1288.
- 27) 経済企画庁国民生活局消費者行政第一課編. 逐条解説製造物責任法. 東京：商事法務研究会, 1994; 6-10.
- 28) 吉村 進編著. 環境大辞典. 東京：日刊工業, 2003; 650.
- 29) 石 弘之編. 環境学の技法. 東京：東京大学出版会, 2002; 200-202.
- 30) 大塚 直. 環境法. 東京：有斐閣, 2002; 57.
- 31) 原子力安全委員会原子力発電所等周辺防災対策専門部会. 緊急被ばく医療のあり方について. 2001; 3, 7-9.
- 32) 日本産業衛生学会近畿地方会編集. 産業医学実践講座. 東京：南江堂, 2002; 3.
- 33) 日本産業衛生学会. 産業保健専門職の倫理指針. 第二章.
- 34) 中央労働基準審議会建議. 1996.
- 35) 座談会・産業医のあり方に関する検討会報告書をめぐって. ジュリスト, 1992; 1003: 24 [野崎和昭発言], 日本産業衛生学会. 産業保健専門職の倫理指針. 前文.
- 36) 保原喜志夫, 山口浩一郎, 西村健一郎編. 労災保険・安全衛生のすべて. 東京：有斐閣, 1998; 61 [保原喜志夫執筆].

- 37) 東京地判 1990 (平 2)・5・22 判時 1357 号 93 頁, 東京地判 1995 (平 7)・3・30 労判 667 号 14 頁, 判時 1529 号 42 頁.
- 38) 佐藤 正. 臨界事故と健康危機. *J Natl Inst Public Health* 2003; 52: 136-139.
- 39) 保原喜志夫編著. 産業医制度の研究. 札幌: 北海道大学図書刊行会, 1998; 132 [渡辺賢執筆].
- 40) 日本産業衛生学会. 産業保健専門職の倫理指針. 第三章 13.
- 41) 日本産業衛生学会. 産業保健専門職の倫理指針. 第三章 17.
- 42) 原子力安全委員会原子力発電所等周辺防災対策専門部会. 緊急被ばく医療のあり方について. 2001; 22-24.

The Legal Issue of the Present Occupational Physician System in Crisis Management of Health Damage

Tomoshi YUKI¹, Yukiya HAKOZAKI², Takeo YOSHINAGA¹ and Akio KOIZUMI¹

¹Department of Health and Environmental Sciences, Kyoto University School of Public Health, Yosidakonoe-cho, Sakyo-ku, Kyoto 606-8501, Japan and ²Self-Defense Forces Central Hospital

Abstract: In present day Japan, when a crisis like the Bhopal accident occurs, due to defects in the current of industrial health law, effective crisis management cannot be taken to minimize health damage in both workers and residents. The current law characterizes industrial health as a part of the welfare service provided by employers for employees. Nevertheless, the company should be liable for all failure and damage including health impairment as a primary party. Moreover, in an emergency crisis, unlike the case of reparations, it is not accepted to argue whether the company should take absolute liability

or not. Accordingly, in such cases, we consider it more appropriate to apply the “Polluter Pays Principle” and the principle of “Liability without Fault” to the company’s responsibility. By these rules, the company should mobilize their own professionals, who are experts of managing crises, such as occupational physicians and/or industrial health professionals to minimize health damages among citizens in general. The company should take such a social responsibility in a crisis when it is the primary responsible party to the crisis.

(*San Ei Shi* 2004; 46: 159-167)