

IV-2の2における産業医の独立性・中立性が問題となる。

## 2 クライシスマネジメント（狭義）

「クライシスマネジメント（狭義）」とは、危機発生直後の措置をいう。ここでは、発生した危機をいかに迅速かつ正確に把握できるかという「危機の把握」が最大の課題となる。

この段階では、「健康管理」に分類されている諸職務が重要となろう。特に、特殊災害におけるマネジメントにおいては、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の健康に関する情報の積極的な収集が必要となる。しかし、一方で、健康に関する情報は個人のプライバシーに属する事柄であり<sup>11</sup>、このような情報をみだりに他者（産業医であれ事業者・使用者であれ）に把握されないという憲法上の権利を労働者はもっている<sup>12</sup>。また、労働安全衛生法は、産業医制度との関係での責任主体を、産業医ではなく事業者・使用者としており、この法制度の下では、産業医は権利・義務の主体としては登場してこない。そこで、産業医による情報収集が許されるのかが問題となる。

まず、クライシスマネジメント（狭義）を実効性あるものとするためには、産業医による情報収集を認める必要があろう<sup>13</sup>。しかしプライバシーの権利

---

の旨を産業医が事業場委員会（Betriebsrat）に通知することを規定する。これは、産業医の提案や助言の採用を事業者・使用者に義務づけるのではなく、その採否を事業場委員会と事業者・使用者との交渉に委ねたものであると理解されている。この点については、Herbert Giese/Hans Ibels/Helmut Rehkopf, *Kommentar zum Arbeitssicherheitsgesetz 3. Aufl.*, (Verlagsgesellschaft Recht und Wirtschaft mbH, 1977) S.99 参照。

フランスでは、日本の産業医に相当するものとして労働医（médecin du travail）と訳される職制がある。フランスでは、労働法典（droit du travail）L241条の10の1が、労働者の健康状態を医学的見地から考慮して、当該労働者に適当と判断される労働条件を実現するために、労働医は使用者に対して、配置転換や職種転換などの提案をすることができることを規定する。これは、使用者の人事権を拘束するものではない。しかし、さらに、使用者に対して労働医の提案を考慮する義務を課し、配転などの労働医の提案を、使用者が拒否するときはその理由を明示すること、さらに意見の不一致（désaccord）や争い（difficulté）があるときには、労働雇用医監督官（médecin inspecteur du travail et de la main-d'œuvre）の意見を聴いた後、労働監督官（inspecteur du travail）が裁定を下すことを定めている。この点については、保原喜志夫編著「産業医制度の研究」（北海道大学図書刊行会・1998）220頁〔加藤智章執筆〕参照。

<sup>11</sup> 例えば、東京地判1990（平2）・5・22判時1357号93頁は、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」に相当するとしている。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、東京地判1995（平7）・3・30労判667号14頁、判時1529号42頁も参照。

<sup>12</sup> プライバシーの権利は憲法13条の幸福追求権を基礎とする人権である。この点については、佐藤幸治「憲法〔第三版〕」（青林書院・1995）453頁以下、芦部信喜「憲法〔新版補訂版〕」（岩波書店・1999）117頁参照。

<sup>13</sup> これに関して、労働安全衛生法66条4項の「都道府県労働局長は、労働者の健康を保持するため必要があると認めるときは、労働衛生指導医の意見に基づき、厚生労

という人権が問題となっている以上、以下に述べる許容範囲を含めた厳格な要件を定めた明文の規定を置く必要がある。

そこで、次に、その許容範囲が問題となるが、この点については、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必要がある。情報内容については、「秘匿の必要性」の高い情報であれば（センシティブ性が高ければ）、それ以上に「情報収集の必要性」が高くなければならないといえる。しかし、「発生した危機を正確に把握する」というクライシスマネジメント（狭義）の課題が「情報収集の必要性」を高めるのかについては、一般的には肯定できるとしても、恣意の介在をできるだけ排除するという観点から、安易な判断は避けなければならない。特殊災害におけるマネジメントと労働災害におけるマネジメントに分けて、それぞれ異なった判断基準を設けるというような試みが必要となろう。また、「情報収集の必要性」が認定された場合にも、収集方法については、具体的にいかなる内容の情報を収集するかを事前に告知した上で（フェアな方法の確保）、同意を得ることが必要となろう。しかし、迅速性が要求されるクライシスマネジメント（狭義）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。

### 3 危機対処

「危機対処」とは、危機発生直後以降の措置をいう。ここでは、発生した危機の進展を的確に予測し、危機の拡大をいかに最小限にとどめるかという「危機の拡大防止」が最大の課題となる。

この段階では、「健康管理」とともに「総括管理」に分類されている諸職務が重要となろう。特に危機の拡大防止という観点から、クライシスマネジメント（狭義）段階で産業医が収集した労働者の健康に関する情報を活用することが必要となる。しかし、そのためには、産業医がその情報を、とくに使用者・事業者に対して開示することが必要となる。この点、労働安全衛生法は、産業医から使用者・事業者への情報の流通を前提としている<sup>14</sup>。

そこで、産業医は、労働者のプライバシー保護のために一般的に守秘義務

---

働省で定めるところにより、事業者に対し、臨時の健康診断の実施その他必要な事項を指示することができる。」という規定がある。

<sup>14</sup> 労働安全衛生法 66 条の 3 は、「事業者は、厚生労働省令で定めるところにより、第 66 条第 1 項から第 4 項まで及び第 5 項ただし書並びに前条の規定による健康診断の結果を記録しておかなければならない」と規定し、103 条 1 項は、「事業者は、厚生労働省令で定めるところにより、この法律又はこれに基づく命令の規定に基づいて作成した書類（次項及び第三項の帳簿を除く。）を、保存しなければならない。」と規定し、労働安全衛生規則 51 条は、「事業者は、第 43 条、第 44 条若しくは第 45 条から第 48 条までの健康診断若しくは法第 66 条第 4 項の規定による指示を受けて行った健康診断（同条第 5 項ただし書の場合において当該労働者が受けた健康診断を含む。次条において「第 43 条等の健康診断」という。）又は法第 66 条の 2 の自ら受けた健康診断の結果に基づき、健康診断個人票（様式第 5 号）を作成して、これを 5 年間保存しなければならない。」と規定し、事業者による健康診断結果の記録作成義務や、事業者による 5 年間の記録保存義務が課せられている。

を主張できるかが問題となる。まず、産業医が、事業者・使用者に情報を流しても、原則的には労働者から守秘義務違反として問責されることはない。なぜならば、刑法 134 条<sup>15</sup>のいう「正当な理由がないのに」や医療法 72<sup>16</sup>条のいう「故なく」に該当しないし、労働安全衛生法 104 条<sup>17</sup>の守秘義務に違反することもないと解される場合が通常であろうからである。では、産業医が、使用者に対して、医師としての守秘義務を根拠として一定の情報を流さないことが許されるであろうか。この点、事業者・使用者による危機の拡大防止が要求される危機対処段階で、産業医が守秘義務を主張することは原則として許されないということになる。しかし、プライバシー保護の観点からは、これはあくまでも原則論であって、例外も積極的に認めていくという方向性も重要となろう。

さらに、産業医は、危機の拡大防止のために事業者・使用者等以外の第三者に対して情報を開示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・使用者だけであるから、原則として許されないということになる。ただ、危機の内容が、緊急にその他の者への開示が必要な場合（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ろう。しかし、その際にも、緊急避難に相当する厳しい要件を定めた明文の規定を置く必要があるであろう。

#### 4 危機回復

「危機回復」とは、危機沈静化後の措置をいう。ここでは、危機発生前の状態にいかにか効率よく回復するかという「回復の効率化」と、危機経験の「予防へのフィードバック」が最大の課題となる。

この段階では、「総括管理」と「労働衛生教育・健康教育」に分類されている諸職務が重要となろう。

---

<sup>15</sup> 刑法 134 条 1 項「医師、薬剤師、医薬品販売者、助産婦、弁護士、弁護人、公証人又はこれらの職にあった者が、正当な理由もないのに、その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を漏らしたときは、6 月以下の懲役又は 10 万円以下の罰金に処する。」

<sup>16</sup> 医療法 72 条「当該官吏若しくは官員又はその職にあった者が、故なく医療法の規定による診療録又は助産録の検査に関し知り得た医師、歯科医師又は助産婦の業務上の秘密又は個人の秘密を漏らしたときには、1 年以下の懲役又は 30 万円以下の罰金に処する。」

<sup>17</sup> 労働安全衛生法 104 条「第 65 条の 2 第 1 項及び第 66 条第 1 項から第 4 項までに規定する健康診断の実施の事務に従事した者は、その実施に関して知り得た労働者の心身の欠陥その他の秘密を漏らしてはならない。」

# 各国の産業保健サービスシステムの実態・資格・教育の 比較研究

東 敏昭 (産業医科大学 産業生態科学研究所)

浜 民夫 (長崎大学環境科学研究科 環境科学部)

今後の産業保健の流れは「prevention to promotion」と提唱されている。このため必要な手段は、知識と技術の伝承と行動変容の動機付けである。つまり、産業保健専門職は、個々の働く人に共感を与える形で、必要な知識、具体的スキルを提供する技能を習得することが重要ということになる。もちろん、結果として生じた行動変容を円滑にすすめるための様々な道具立て、支援制度も求められる。ここでは現在の情報氾濫社会においては、個人にとって選択の余地を確保した上で、有用な情報を選択すること重要な専門職の技能となる。

## I WHOの労働衛生優先事項

1. 労働条件 (Working conditions)
2. リスクアセスメント (Assessment of risk)
3. 健康サーベイランス (Surveillance of health)
4. 労働者と管理職のための情報提供  
(Informations for workers and management)
5. 予防のための行動 (Action of prevention)
6. 一次医療活動 (First aid activities)

Occupational HealthのWHOによる定義で、改定された「健康」の定義は、「就業は最大の健康要因」であることを示している (Person's health must be characterized as his ability to achieve his objective)。

## II ヨーロッパの動向

### 1. ヨーロッパ概観

EUが統合化するにあたっての、考慮項目には、規制 (Legislation)、伝統 (tradition)、義務 (tasks)、多要因 (multidisciplinarity)、OHS 包含人口の格差 (20 から 90%) などである。これから整合性をとっていく事項と範囲は、(1) Health, Environment and safety management in enterprises (HESME)、(2) OHS objectives and development, legislation, tasks, etc、(3) management of OHS- planning, training, multidisciplinarity, quality, ethics etc、(4) Evaluation of OHS-principles, selection of indicators, outcome aspects etc となっている。(A Lie, Westerholm)

ILOのガイドラインの労働安全衛生マネジメントシステム (OSHMS) の基本要素を組み込む。労働衛生安全 (OHS) の質評価 (quality experience) で、コスト、専門性への疑問、業務疾病の減少、保険の一部ととらえられているなどのデメリット、専門性の向上、生産性との関連、重要な社会基盤とのメリットとしての評価がある。O

H S 強国（国の支援）であるフィンランドの成功、ノルウェーでは Good Occupational Health Practice という基準、ガイドラインの作成、さらに情報通信技術（ICT）の導入、OHS の認定による信頼保証などの施行が効果を現している。

デンマークはこれとは異なる形で、予防に特化し、特定産業には設置義務付け、国家による認定、企業内の委員会、OHS サーベイランスを実施、そして最低要求 OHS として、報告、評価、サーベイランス、信頼性の根拠提示、などの条件を提示している。英国は NHS が中小企業（SME s）へのサービスの充実を指示し、また Good Medical Practice を提示することに力を入れている。いずれも良好な効果を挙げているものと評価できる。（Westerholm P, NIWL, Sweden: Quality and effectiveness of Occupational Health Services in Europe）

なお重要な資料・事象として以下のものに注目すべきとしている。

- IEU Framework “introduction of measures to encourage improvement in the safety and health of workers at work” EEC89/391
- ILO guidelines on OSH/MS ILO-OSH 2001
- ISO adoption of new ISO 9000 2000

## 1) オランダ

オランダの産業保健評価：現在の労働安全衛生サービスは満足できるものと考えている。サービス内容の改善には科学的学会の活動と情報交換が必要である。現在、証拠に基づいた産業保健（E BOM）が議論の対象であるが、科学的知見に基づいたガイドラインの作成と充実、浸透が必要である。（RIJM Kuipers：社会福祉・雇用・人材省の労働安全衛生・社会保険労部長）今後、専門職、産業医学専門医の育成のための教育とその有効性を確保し、産業医学上の臨床的手技の充実が重要としている。

日本にもこの関連の各種ガイドラインがあるが、職業病の診断・治療、対応、予防の包括的なものは少ないのではないか。また、E BOMのためのデータベース、普及教育のためのガイドを作る必要がある。

一般臨床医（GP）と産業医（OP）の連携：オランダでは一般臨床医（GP）と産業医（OP）の連携が重要であり、GP に対する産業医学教育についての関心が高い。GP は職場からの離脱を促進する指導をするが、これは、企業、個人、社会のいずれにとっても納得できるものではない。

各国とも、臨床医に興味を持たれ、診断、治療および指導が重要なじん肺（pneumoconiosis）、振動（vibration）、腰痛（back pain）、蓄積外傷性障害（CTD）、視障害（eye disorder）、騒音性障害（noise induces disorder）、皮膚障害（dermatitis）、筋骨格系障害（MSD）、メンタルヘルス（mental health）の実習形式のコースを開発する必要がある。これらは、また職場復帰というもっとも重要な課題に対して必要な技能である。

産業医（OP）はより早い職場復帰を推進すべきである（Van Deursen CGL, Hento IN）と要望されていることや、専門職のモラルの確立は、どこでも共通の課題であり、ガイドラインの根幹で I COH もこれを提示しているので徹底が重要な課題となっている。（Nauta AP, NL）

## 2) ベルギー

オランダ語、フランス語、ドイツ語を公用語とするベルギーは1980年に憲法改正を行い、2000-2004年にかけて実効化する政策指針 (policy statement) が公衆衛生の中に産業保健を位置づけるものとなっている。産業保健の基盤としての3本の草稿 (Inventory of relevant rules & recommendations, Explanatory memorandum, Decree proper) があり、その内容は、(1) 労働可能性のある人すべて (失業、高齢者ほか extension to all (potential) workers) が対象であり、(2) 一般の健康問題を包含 (inclusion of general health) し、(3) 拒絶の排除 rejection of “incapacity”、(4) 健康および職域環境サーベイランスの統合 (integration of health and workplace surveillance)、(5) 全労働者の健康サーベイランス (health surveillance for all workers; not only or by memedical contact, Medical exam but medical contact to OHS)、(6) 倫理の重視 (stress on ethics)、(7) データの収集と分析 (stress on data collection and analysis) に重点を置くことを盛り込んでいる。(4)、(5) は日本が最も妥当なシステムを持っているようである。

今後、複数の官庁の関与と干渉、評価と修正にあたっての困難が課題となるが、本法律は、政府、学会、実務家、労働者、企業家の関与でまとめられた特色あるものとしている。(Michel Vanhoorne)

現状評価：経営者協会会員リストから200人の経営者をランダムに選択し、この協力会社の従業員に対して Questionnaire research を実施した。回答率 (Response rate) 50%で、推定満足度 (Satisfaction rate estimated) 40-60%、Random error 5%であり、現状には概ね満足していると考えられる。ベルギーの現状の産業保健サービスには満足しているという割合が概ね満足以上で90%、完全に満足が50%を超えている。企業外の産業保健サービス機関による ESPPW (External Service for Prevention and promotion of Workers Health) の活動意義が評価できるものとしている。基本的な活動報告レポートの充実が求められている。(G Moens, Belgium: Survey on the satisfaction of clients-employers with their occupational health service)

## 3) フィンランド

産業保健のあり方について、経営者などの関係者の意見を取り入れるための調査が政府の指導によって実施された。調査結果では、予防的な活動ばかりでなく、経営・管理職からの治療サービスへの希望は強いものであった。調査結果データは治療行為への需要を示している他、就業前健康診断は有用であること、個人の面談、指導への期待は極めて大きかった。(Husman K, Peittonen P) また、標準的サービス基準 (Good Occupational Health Practice) の整備、専門家教育の有効性と充実を、今後も図る必要があるとしている。(Peittonen P, Husman K) わが国でも、実際の現場では、より臨床的な life-style 関連のサービスを求められるようになってきているとしている。(Fukuda H, Muto T)

農業は日本では構造上、労働安全衛生法に基づく労働衛生サービスの範疇に入っていない。また、人間工学分野の課題が主体で、pesticide や chemical はあまり扱っていない。

いのが実態である。フィンランドでは1979年から農業従事者のOHSがFIOHと農業保険研究所(Institution of Farmers Insurance)によりサービス開始した。1985年(1989改正)、1999年の改正以来、160FIM/人(労災の20%)の費用によりサービスを受けられる。112,000人の農業従事者(employee 22,000)、農場の数70,000に対し、農場に訪問しての改善指導を実施した。254の地域FIOH相談員(advisory member)により実施することになっているが、人材不足のため29%の実施率にとどまっている。

情報・教育・訓練のより効率的実施と、問題の把握・実地の指導、評価システム、サーベイランス、QMS(Quality Management System)の導入など他の産業と同様な対応を進めることを目指すとしている。(Taattola K, Finland)

#### 4) スウェーデン

かつては、経営者、行政、労働者などからの産業保健に対する評価は高いものではなかった。これに対して、より実効のあるものにする努力の結果、現在、OHSは批判の対象から重要なものと考えられるようになってきている。最近の調査により、OHSへの希望は、経営からは(1)室内換気(Indoor ventilation)、(2)職域組織(organization of work)、(3)人間工学(Ergonomics)、(4)心理社会的要因(psychological social matters)という回答となっている。これに対してOHSの提供側は、(1)人間工学、(2)心理社会的要因、(3)ライフスタイル(life-style)、(4)室内換気Indoor ventilationであった。概ね一致していると評価できる。また、OHS専門家に必要な技能は、(1)一次医療(primary health care)、(2)予防(prevention)、(3)リハビリテーション(Rehabilitation)、(4)心理社会的要因であった。(Bostedt G, Westerholm P)

一方、ここで指摘されているライフスタイルの改善に対する関与は産業保健活動として実施すべき重要な事項と考えられる。ただし、日本の状況を勘案した場合と同様、(1)労働災害・疾病の減少に伴い、比重は大きい、(2)産業保健が行うべきことか、(3)誰が費用を負担するのか、(4)安全配慮義務の中に入るのか、といった点は整理すべきとしている。(Pronk NP, USA)

#### 5) ドイツ

ドイツはほとんどの主要なILO条約(No. 155, No. 164(Occupational Health and safety)とNo. 161(Occupational Health Service Institution)を批准している。ILO条約・勧告(conventions and Recommendation)はhumanitarian、political、economicを考慮して出されていると評価している。ドイツは産業保健サービス最低提供時間システム(Germany minimum time requirement service system)で労働者のOHSの実施を規定している。現在、全国3、100万の労働者人口に対して、13,000の産業医が登録されている。中小企業(SME)へのサービスが課題で、2002年春までに対応検討がなされ、充実のための案が提出されている。効率については、Structured interview調査を行っている。概ね満足が得られているものと評価している。考えられる。(Fronberg B)

#### 6) ポーランド

NHA(National Health Accounting)が疾病動向、需要、保険のフローをモニターしてい

る。これによって、サービスの内容、資金の由来、支出先を管理している。OHSの内容が具体的に見えない国であるが、主に職業関連疾患の治療を主体としていると推定される。経費負担は、地域行政（市町村）40－99%、経営者が3－56%、地方行政（州レベル）7－94%となっているが、負担者間のコスト負担割合の明確なルールはない。サービス提供者は、私的機関 (Private OHS units) が74%である、公共機関 (Public OHS units) が26%、。(Rydlewska-Liszkowska I)

Primary units と Secondary units に分かれ、前者は民間、後者は公的機関が受け持っている。前者についてはフリーマーケットになっているため、健康診断、予防措置などは主に後者が請負い、公衆衛生活動の一環として実施している。内容では、健康診断、治療、コンサルテーションなどがあり、産業医 (OP) は概しては十分な時間をとっていると評価している。特定疾患 (神経) のコンサルテーションは専門医主体で行うようになっている。(Michalak J)



### Ⅲ 産業保健に関わる個々の課題

#### 1. 産業保健活動の有効性

産業活動は労働者が求める個別のサービスではなく、生産性の向上、経費コスト削減効果に意義があることを引き合いにだす。ただし、これだけで意味があるとはいえない。フィンランドの現在の成功は、産業保健サービスの内容が極めて総合的なものであるからともいえる。(Laurent Vogel :The European Trade Union Technical Bureau for Health and Safety, Belgium) また、予防から増進へ (From Health protection to Health promotion) という状況下では、これらを追求することで、成果を出している。予防的、増進的な形である。これが労働者の健康状態の向上につながっており、現在の疾病構造自体がこのような対策が必要なものになっている。

経営者にとっても行政にとっても、労働者の休業、医療負担を減らすことは基本的に双方の利益となっている。例えばアフリカにおけるAIDSの問題は多国籍企業においては重要な課題で、社会への還元資金の提供とともにOHSの予防行為の役割は大きい。また、労働者の健康サーベイランスは重要 (日本には健康診断があるが) と認識されている。(Bernard Lutten, : OHS Unilever, NL)

#### 2. 産業保健の評価 (米国の事例)

産業保健サービスの評価は、本来多面的に行われるべきである。米国の事例では、現在、労働災害コストの増加があり、OHSは効果があるのかについて疑問があがっている。上位250の大企業の75%が産業医務部門 (OM) を廃止している。産業保健サービスでは、何を効果として評価するのかが重要である。ステークホルダーである雇用者、労働者、意思、保険者、行政Attorney, ex-wifeなど価値観が異なる多面的評価が必要である。

現在費用対効果の評価では、

1) 直接コストと間接コストの計算 (NSCなどが実施) における問題: 事故後のフォローで、77%がフルタイム、7%パートタイムで就業、70%が同じ職務、61%が同じ雇用者で、35%が事故後に一時は仕事を退くため、この損失を計算するが、問題点としてリスクモデルは12%しか説明しないため、コスト計算が不正確なり、また、報告ミスが多く、疾患分類でも10%以上の誤分類がある

2) 効果判定のための基準を設け、標準化した設問、分類およびサービス内容で調査している。ケースコントロールは企業間。コホート研究も実施しているが、この判断している分類、基準が異なっている。

3) 雇用者満足度が高い、労働者は満足的一方、OPの関与をきらう、ともあれいいサービスで27%は医療費が減る、不適切な医療行為の減少につながっているとする報告もあり、こうした評価が必要。

各種指標による調査の実施が必要。OHSは機能しているか、そして効果があるか、また満足を与えているか、コストは妥当なものであるか?など、いまだ評価が不十分である。(Glenn Pransky)

また、評価に際してより明確に問題 (健康障害) を提示する必要がある。明確な対応

指針をEBOHに基づき作成し実施することを目指す、この知見を得るためRCTを行うなどという幻想は捨てなければならない。一方で、OHは喫煙対策、飲酒対策、化学物質対策などと限定した誤解を与えてはいけない。産業保健はholisticな活動、サービス行為からなるものである。企業活動に必要なドメインの定義に似ている（馬車を作っているのか、移動の道具を作っているのかで、企業の行動、経営方針、寿命は異なる）。

(Foe L, Mehlum IS)

### 3. 高年齢労働者

高齢化による長期就業の必要性の増加、これに対し早期引退問題がある。WAI (work ability index) の向上、ストレス削減、快適度の向上が、早期退職削減効果をもつことが、2000人を対象としたRCTで証明された。コンサルタント（健康評価含む）、アクションプラン作成、専門家のコンサルテーションを実施したもので、WAI、UBOS、NHPなどを指標として経年的に評価した。6ヵ月後はコントロールに比べ有意に以下の指標が改善し、これは早期退職者の減少と合致していた。(JC van Beek, NL: An occupational health intervention programme for workers at risk for early retirement; a randomized controlled trial)

### 4. メンタルヘルス

あらゆる職業でメンタルヘルスの重要性が増している。オランダでは警察官のメンタルヘルス問題が注目され、休業の10%、疾病休業の35%、100日以上業務関連疾患休業の50%以上を占めている。職務ストレス（デマンド）による犯罪増加、危険度の向上による休業の増加、経済悪化や病欠による人員不足が深刻になっている。オランダでは、2000年にこの対応についてのガイドラインを作成した。ガイドラインには、Interaction, diagnosis, Care manager, Case managerの役割について記載し、その有効性は200人の症例を対象としたRCTにより有用性を検証した。対象はメンタルヘルス問題による休業（Sick leave mental health problem）で、原因が遺伝要因、不都合、信頼関係が不在の場合は対象から除外した。評価指標とした項目はすべてが概ね有効とする傾向（効果effectiveness:同様あるいは良、費用:対象群で安い、有用性(utilities):良好、実効性(performance indicators):良好)であったとしている。(DJ Bruinvels, NL: The effects of the Dutch national guideline on the management of employees with mental health problems by occupational physicians; a randomized clinical trial)

ストレスによる心身障害を発症した労働者に対する、対応ガイドラインの効果についての研究が重要としている。こうしたフォローはきちんと長期に行えば有効であるが、現状では不十分である。具体的ガイドラインの整備が必要な分野としてオランダではこれを作成している(K Nieuwenhuijsen, NL: Quality of rehabilitation among workers with stress-related disorders, a retrospective cohort study on the influence of practice guidelines)。

(産業保健サービス、研究と評価に関する科学分科会参加者からのヒアリング)

#### IV 「産業保健における教育・訓練に関する国際会議」における調査成果

2002年10月27-30日 米国ボルチモア

##### 1. 産業保健の方向と課題

国際労働衛生会議（ICOH）会長の Bengt Knave 氏（スウェーデン）は、我々産業保健専門職の本来目的は予防であるが、よりよい職業生活を実現するために、リスクに関する積極的対処活動が必要であるとし、「予防から増進へ」の積極的産業保健活動が今後の流れであるとしている。

1) フィンランド国立労働衛生研究所の J Rantanen は、最も効果的な労働衛生、産業保健対策は教育であると提示している。これは企業の生産性評価でも同じであり、各要因を10%の増加させた場合、資本では3.4%、労働時間では5.6%であるのに対し教育研修では8.4%の効果が見込まれる。時代の変化で、仕事のペースの高速化、ストレス、作業時間の制限困難、睡眠障害が問題となっているが、専門家も自身も対応する技術をいまだ持っていない。

高齢化は先進国共通の課題であり、社会負担、生産性の維持の面からも取り組まなければならない課題としている。高齢労働者対策は組織的（organizational）、管理運営（management）、健康度・健全性（well being）、個人対応（personal）などの視点から取り組まなければならない。

最後の重要な事項は知の伝達であるが、形式知の伝達は現在の情報通信技術（ICT）の発達により実行が容易にあっている。explicit knowledge（形式知）に対して tacit knowledge（暗黙知）は人と人、実践を通じてしか伝承されない。（Nonak Takeuchi 1997）これが可能なのは、人間同士が会う教育しかないとしている。

##### 2) 北米の現在の産業保健課題および潮流

米国の現在の新しい流れは、以下のような項目（John Howard, (Max R Lum Ed. D., MPA)）。

- (1) インターネットによる国際・遠隔教育の普及
- (2) 中小企業では産業衛生教育専門家の確保が困難
- (3) 米国では極めて貧しい医療支援の下で働く労働者が増加している
- (4) テロは働く人の問題であり、産業保健の課題

現代社会の潮流については、以下の5つのキーワードがあるとしている。

- (1) 高ストレス世界と組織的問題（organizational problem stressful world）
- (2) 労働人口の高齢化
- (3) 中小企業
- (4) テロリズム
- (5) マイノリティー（minority）

##### 3) バイオテロリズムを中心としたリスクマネジメント

William T Bester は、(1) 民主主義とセキュリティは時として相反する、(2) 個人、地域、国家で戦略がレベルが異なる、(3) 戦線配置前、配置後の手段、自国の安全、

環境浄化対策が組まれる、(4) リスクコミュニケーションの要諦は「信頼の確保」と「具体的行動への成果」である、(5) このため、誰が集め、確認し伝達しているのかが重要である、

(6) 関係者の参加、資金、十分な人数への浸透が鍵である、(7) stakeholder (各国政府、議会、軍管局、行政機関、自治体など) 全ての関与が重要で、こうした連携の仕組みが必要としている。また、(8) 個々の役割分担をあらかじめ決めておくことが必要で、こうした実証を、オレンジ事件、湾岸戦争、ウズベキスタンなどの事例を用いて検討した結果示されている。

William T Bester 氏をはじめとした軍関係の実務家による米国からの発表が主となる分野で、内容はリスクコミュニケーションについてのものが主体。対象は、バイオ、化学、核、銃器 (CBRNE:chemical, bio, radiological, nuclear, explosive) である。

マネジメントとしての産業保健の内容については断片的なものが多い。兵士、軍属への教育、医療機関従事者への行動基準教育などが最も整備されている。心理的な要因について、マスコミ、リスクコミュニケーターのあり方に議論がある。こうした対応についての関係者への教育においては、使用した方法別の効果比較で、読む10%、聞く20%、見る30%、聞いて見る50%、話して書く70%、実習90%としている。

リスクコミュニケーション成功の要諦は以下のようなものであり、意思決定および連絡における成功の決め手は、ステークホルダーの参加、リーダーシップ、正確な情報提供であるとしている。

- (1) 早期に認知すること
- (2) 労働者の会合などで伝達するリスクコミュニケーション連絡ツールを持つ
- (3) 第三者の参加による客観性
- (4) 作業者に選択肢を与える
- (5) 実際の事後措置行動に参加した作業者の評価と記録
- (6) 的確な情報提供対象の同定と連絡手技 (相反情報の排除、タイミング、認知、関係者など) である。

## 2. 産業保健のコアカリキュラム

メキシコでは、一日5-6時間のレクチャー・実習、2年間で産業医学専門家の学位を出す仕組みが始まった。このカリキュラムは産業保健を一般の臨床医に伝える手段となり、労働者に対するサービスの質の向上につながっているという。(Jose Miguel Ramos, Muchas Gracias, メキシコ) 産業医と一般臨床医の連携については、今後の産業保健活動の充実に重要な要因との考えがある。産業医 (専門医) の活動を理解し、協力関係をもつための4日間のコースで成果評価をフォローアップの上で実施して有効と判断。内容は職業関連疾患、permissional clients、コンサルテーション等の理論、評価についてで、認証を行う。わが国の日医の認定産業医制度の講習に似ているが、資格あるいはフォロー研修、認定更新制度などではない。

欧州では、大学教育機関連合 (専門家教育) を形成する動きがある (R Masschelein, Belgium)。EASOM (European Association of School of Occupational Medicine) と呼ばれるもので、1994年に発足した。欧州の産業医学卒業教育課程をもつ大学、研究機

関が連携してカリキュラム開発、単位互換を行うことを目指している。現在正会員27機関（EU外4含む）、準会員7（3）、賛助会員1となっている。地域性を考え、アジアでも試みがあってもよい。この産業保健専門職の教育には、大学研究機関、教育研修機関、産業保健サービス提供者、企業・事業体、労働組合、行政の参加が目的の実現には必要としている。教育内容では、産業医学、人間工学、産業衛生の専門家の他、法律、教育、心理学、経営、一般医療の専門家による教育が組み込まなければならない。（core competenceの問題）

カナダ労働衛生安全センターの Hang Kang は、カナダにおける教育・情報提供などに関する職域地域の連携、カナダとEUとの連携、カナダとILOとの連携などの現状とその成果などについて述べた。産業保健情報、教育ツールの提供などで国際連携が一層重要なものとなること、そして自らの機関はこれに積極的に貢献することを提案している。こうした動きは、WHOの協力センター間の活動でも進められている。

### 3. 高次産業保健専門職教育

Grieco 教授（ミラノ大学産業保健学部）は、専門職はその専門家的視点に拘束されることなく、社会情勢・社会的背景などを理解することに努め、社会からのニーズを汲み取り、それに応えていくことが肝要であるとした。高次産業保健専門職教育の姿について、イタリアの Giorgio Assennato は以下のような過程を提示している。イタリアでは、4年間の医学部卒業生を主体とした卒業後教育研修コースを創設した。修士の学位、博士の学位を取得でき、EASOM の単位取得により diploma も与える。コースの内容は、臨床医学（産業医学）、研究、実習（環境、労働衛生）、実地トレーニングからなる。現在50名が当該大学院に在籍している。入学（Admission）試験を実施して選別を行っており、合格率は50%と難関とされる。フランスでも専門職教育の整備改善が進められている（Allain Contineau, Janine Biguignon Contineau）。基本的動向の要点は、大学間でのカリキュラムの共通化（interuniversity curriculum）、異分野の学際的専門教育指導体制（multiprofessional reflection group）、職務上の調査研究への参加（regular applied research work）、実践による学習（learning by doing）、ネットワークの形成（networking）、経験への回帰（return to experience）、集団のダイナミクス（group dynamics）、自己専門性の確立（identity）を課題としている。情報通信技術（ICT）を用いた教育の推進のため提供側、受け手双方の基本技能教育が重要となっている。

## 参考：調査対象国の特徴

可能な限り、産業保健に関わる制度の異なる以下の国の状況を調べ、その有効性を含めて検討を行う。

- 
- (1) 米国 (カナダ)：北米型の自由契約方式
  - (2) コロンビア・ブラジル：完全な自主化 (保険会社の関与)
  - (3) EU：統括ルール、各国間の調和・整合のプロセス
  - (4) フィンランド：労働衛生先進国、強固な社会主義
  - (5) スウェーデン：国負担の停止からマーケットベース (自主管理) 化、明確な法律はない
  - (6) デンマーク：産業保健サービスの確立、関連機関の底辺がしっかりしている
  - (7) フランス：日本に近い部分が多い 産業医制度、産業保健サービス、健診のあり方
  - (8) ドイツ：産業医制度化、安全の体系 (中小企業経営者主体の employer model 改善)
  - (9) 英国：OHS/MSの原点 現在最高のパフォーマンス
  - (10) オランダ：労働安全衛生機関、専門家選任
  - (11) 中国：将来の対象 経済的交流の増大 わが国企業の国際化の最大の対象国
  - (12) 韓国：日本型を取り入れ、一方で西欧型を導入し日本に先行するところも多い
  - (13) タイ：日本企業の進出多く、また事故率が高い
  - (14) マレーシア：イスラム国家中の工業化が進む最先進国
  - (15) オーストラリア・NZ：東南アジアの人材育成に大きな影響
- 

## コンタクトパーソン

EU 全体： Westerholm P, NIWL, Sweden

Finland： Husman Peltomaki

NL： CTJ Hulshof

Denmark： L Funch

Sweden： G Bostedt

Norway： K Wannog

France： Allan Conteneau

USA： Glenn Pransky

Germany： Fronberg B,

ILO： 川上剛

## V 産業医活動ヒアリング調査

### 1. 目的

専属産業医に対し、わが国における産業保健活動を行うにあたっての問題点についてヒアリングを行うこと。

#### 【方法】

専属産業医 5名へのヒアリング調査

### 2. ヒアリング項目

本項目は、専属産業医へのヒアリングを行う中で、問題点として聴取された内容を、項目別に分けたものである。

1. 労働者の高齢化に伴う問題点等について
2. 雇用の流動化に伴う健康管理上の問題点について
3. 事業場内における健康情報の取り扱いについて
4. 地域保健（保健センター等）との連携について
5. その他（健康保持増進活動（THP）について）

### 3. 結果

#### 1) 労働者の高齢化、労働者の流動化について

##### (1) 高齢労働者の健康管理上の問題点

- ・生活習慣病の有所見率の増加
- ・生活習慣病による休職者が増加
- ・慢性疾患を有する労働者や病後の労働者が増加し、適正配置の重要性が増加する。
- ・プライマリーケアの重要性が増す
- ・追加して実施している癌検診による癌発見率の増加
- ・50歳台後半になると関連会社（中小企業）へ移籍してしまうため、健康上問題がある社員のフォローができず、健康管理が放置されてしまう。

##### (2) 高齢労働者に対する具体的な健康管理対策について

- ・高齢労働者に対する癌検診の充実
- ・若年時からの健康管理対策の促進
- ・有病者に対する疾病コントロール
- ・より一層産業医の専門性確保、産業医体制の確保が重要
- ・かかりつけ医との連携の強化をより一層重視し産業保健活動を行う必要がある。

#### 2) 雇用の流動化に伴う健康管理上の問題点について

- ・健康情報が分断し、時系列データ把握が困難となる。
- ・身体的に問題を抱える労働者が関連会社へ異動することがあるため、健康管理の継続性が問題となる。人事部門との連携を十分とることが必要。

- ・社内移動の場合には、個人票の異動も移動し管理する。
- ・各自が健康診断結果をファイルし保管することが最も重要。入社時に健康診断結果ファイルを渡す等すると良いのではないか。
- ・退職する際には、健康管理部門が持っている自身の健康診断結果個人票を持たせることが必要。

### 3) 事業場内での健康情報の取り扱いについて

- ・法定の健康診断結果については、健康管理部門のみが管理し、就業上制限の必要性ある場合のみ職制に通知している。産業保健スタッフにおいて健康情報が管理されるべきである。
- ・労働安全衛生法第104条における守秘義務が課される範囲が不明確である。
- ・産業保健スタッフから健康情報が漏れることがあり、産業保健スタッフの守秘義務の徹底も重要。
- ・法定外の項目を健康診断で実施する場合があるが、それが労働者へ通知されていない。労働者本人の個人情報にたいする認識不足もあるが、実施する健康診断項目についての取り扱いについて明文化する必要がある。

### 4) 地域保健（保健センター等）との連携

- ・健康保持増進活動、健康教室など、地域で行っているものを共有化することにより業務がより合理化される。
- ・中小企業における健康管理や健康診断結果に基づく事後措置を徹底することを考える場合、地域保健との連携は必須である。
- ・保健センター、労働基準監督署のあり方を見直すべき。保健センターと労働基準監督署（地域産業保健センター事業）が連携し、各地域の担当保健師や職域担当保健師、産業医をおくことにより、特に中小企業における産業保健は充実するのではないか。
- ・地域保健の中で、健康保持増進活動を行っているのであれば、事業場が地域と連携し、その活動を活用することが有効ではないか。
- ・産業保健スタッフが充実していない事業場等で、地域保健において行われている健康教室メニューを事業場へ出張してもらい実施することは有効である。

### 5) その他

#### ○健康保持増進活動（THP）について

- ・THP活動はすでに評価すべき時期となっているが、そのような評価が不十分。その評価がなされることで、努力義務化を継続すべきかどうかを改めて判断すべき時期ではないか。
- ・経費削減により、資格の維持更新・業務中の活動実施が出来ない等の理由から、健康測定は取りやめとなってしまった。現在の経済状況の中、THP活動を継続していくことは困難である。
- ・インターネットや各メディア等で、健康情報があふれ、スポーツジム



等が民間で充実している昨今、THP を今後も努力義務として位置付ける必要性はないのではないか。

#### 4. まとめ

専属産業医として勤務する産業医 5 名に対し、現在の産業保健活動を行う上での問題点についてヒアリング調査を行った。

労働者の高齢化、雇用の流動化が進むなど、労働者を取り巻く環境が大きく変動する中、疾病を有しながら就労する労働者に対する就業上の措置等を行う重要性が増し、より一層の産業医の質の向上、また、特に産業保健体制が不十分といわれている中小企業における産業保健体制の確立が重要である旨の指摘がなされた。

一方、昨今の経済情勢の中、産業保健活動においても、費用人員の削減・効率化が求められている事業場が多く、特に THP 活動については、限られた人員や資源において継続が困難である点が指摘された。限られた資源の中で、より効率的に且つ質の良い産業保健サービスを提供するという観点から、今後、地域保健との連携の重要性を認識している産業医も多かった。

## VII 産業保健のこれからの動向

### 1. 国際機関の考え

世界保健機関（WHO）は1978年のアルマアタ宣言において「すべての人々に健康を（Health for All）」をスローガンとし、その実現を目標としてきた。これを踏襲した形で、産業保健分野においては「Occupational Health for All」を合言葉に、その実現のための戦略（Global strategy on Occupational Health）を立案し、実行してきた。WHOは「働く人々の健康を実現することは、産業保健に留まらず次のような利点を含む」ということをその産業保健部門のトップページに示している<sup>1)</sup>。

- 1) 健康な勤労者は生産的であり、貧困を克服することによりその家族の健康にも貢献する。
- 2) 産業保健現場における環境コントロールは公害問題など一般環境問題の解決策の糸口を与える。
- 3) 労働環境の改善や、適性にあった職場環境を評価することにより、勤労者の雇用可能性を改善する。
- 4) 産業保健現場は生活習慣病やAIDSなど公衆衛生的問題の指導・対策においても重要な実践の場である。

### 2. グローバル化について

WHOはグローバル化、すなわち、経済構造、技術および人口動態の急速な変化に伴い、新しい産業保健の考え方の必要が生じている、としている。すなわち、国際競争社会は企業形態の変化や技術革新などを通して、産業保健のあり方にさまざまな影響を与えうる。多くの国では経済状態の悪化により産業保健対策への予算がカットされるなどしており、このようなグローバル化の影響についての、十分な調査が今後の産業保健対策を考えていく上で必要である。国際競争の激化により、雇用者は、職業災害の予防や勤労者の健康の保護が品質管理において必須であるという見方を、商売を行うための障壁として捉えるように変化することになりかねない、のである。グローバル化の産業保健への影響についての他の例としては、ある国で禁止されている殺虫剤が、他の国で売られ、その結果農業労働者と消費者にとっての危険を引き起こす、ことや、ある国では旧式になった機械が、劣悪な状態で低所得国へ移転される、などが挙げられる。

### 3. Occupational Health for Allのための世界戦略

WHOではグローバル化を含めた世界情勢の変化に対応し、Occupational Health for Allを達成

するための戦略を作成してきた。これは、これまで産業保健サービスを受けられない世界の多くの労働者を対象にすることにより、世界の疾病負担 (Global Burden of Disease)のうちでも大きな部分を占める職業性の傷害や疾病へのよりよい取り組みを目指すものである。この戦略では下記のように8つの優先すべき領域を定めている。

- 1) 産業保健のための、国際的、国内的政策の強化
- 2) 健康的な作業環境や作業形態、職場における健康の促進
- 3) 産業保健サービスの強化
- 4) 産業保健のための、適切な支援態勢の確立
- 5) 科学的なリスク評価に基づく産業保健基準の開発
- 6) 人材の開発
- 7) データ登録システムや情報サポートシステムの確立
- 8) 研究の強化

これらの承認にあたって、世界保健総会では、「移民労働者、小規模産業やインフォーマルな職場で働く労働者も含めた、労働者への十分な保健サービスの提供」などを含む点を改めて強調している。

#### 4. 第5回産業保健に関するWHO共同研究センター会議

2001年11月にタイにおいて産業保健関連のWHO共同研究センター会議が開催された。この会議において、Occupational Health for Allのための世界戦略を基本とした2002年から2005年の4ヵ年における具体的なワークプランが15のタスクフォースとして示された(表)。会議では以下のような点が合意に達した。

- 1) 従来の、治療を重視する傾向から、今後、より予防を重視する方向へ産業保健を改善していくには、各地域・職種に応じた対策、サービスの向上、産業保健の知識を持つ人材の育成、トレーニングや保健活動の評価(evaluation)方法の開発といった、この分野でのインフラ整備が必要である。
- 2) トレーニング、教育、プランニング、管理運営のためには、十分な調査研究が行われなければならない。産業保健や健康被害のありかたは各国の国内事情、産業・職業分野によって様々であるため、各国がそれぞれ十分な調査体制を確立し、また、国際レベルの情報を国内に利用できるシステムが必要である。
- 3) 各国の産業保健の現状についての情報収集に関し、まず、各国毎の産業保健の概要

(profile)の把握が、今後数年間のうちに行われなければならない。また、職業起因による疾病負担(burden of disease)を算定するための方法の改善が望まれる。さらにこの情報を国際レベルで相互比較を可能なものにするためには、産業や職種に応じた健康被害の分類方法、一定の評価基準、指標等の開発、従来のものとの調和・調整(harmonization)が必要である。

- 4) 国家、企業レベルに応じた、保健のありかたのガイドラインが求められる一方、各国、各国際機関で、既に様々なガイドラインが設けられている。これらを利用し、また重複を避けるためにも、既存の刊行物やガイドラインについての一覧表的に利用できる資料が必要である。WHO と ILO、およびその他の NGO とのジョイント活動が、今後関係する省庁（厚生、労働など）の枠を越えて強化されることが望ましい。

## 5. おわりに

国際機関が考える産業保健のこれからのあり方については次の2つのキーワードに集約されると思われる。すなわち、「科学的根拠」と「平等性」である。WHO ではブルントラント現事務局長就任以来、「根拠に基づく政策」を推し進めてきたが、疾病負担の算定や、介入によるその疾病負担減少の効果の推定などは、その大きな柱となっている。また、政策システムの目標の一つとして健康度の平均レベルの改善だけではなく、ばらつきの減少—すなわち不平等性の改善を取り入れている。貧困に起因するさまざまな健康障害をどのように改善するかは大きな課題ではあるがそのような視点を明確化したことは新たな一歩といえる。

## 6. 引用文献

- 1) <http://www.who.int/oeh/index.html>