

13) 総合対策に基づく労働者との個人面談の一回平均実施時間

総合対策に基づく労働者との個人面談の一回平均実施時間は、15～20分というところが概ね半数を占めた。「非専門非専属」では、他の群と比べてやや短い傾向を認めた。

表 57 総合対策に基づく労働者との個人面談の一回平均実施時間

個別面談の平均実施時間	産業医学専門/非専門・専属/非専属				合 計
	専門 専属	専門 非専属	非専門 専属	非専門 非専属	
5分	5	1	4		10
10分	5	1	8	5	19
15分	9	8	7	6	30
20分	8	8	5	4	25
30分	3	4	1	5	13
1時間			2		2
わからない	1	1		1	3
個別面談実施者の合計	35	25	28	23	111

表 58 総合対策に基づく労働者との個人面談の一回平均実施時間 (%)

個別面談の平均実施時間	産業医学専門/非専門・専属/非専属				合 計
	専門 専属	専門 非専属	非専門 専属	非専門 非専属	
5分	14.3	4.0	14.3	0.0	9.0
10分	14.3	4.0	28.6	21.7	17.1
15分	25.7	32.0	25.0	26.1	27.0
20分	22.9	32.0	17.9	17.4	22.5
30分	8.6	16.0	3.6	21.7	11.7
1時間	0.0	0.0	7.1	0.0	1.8
わからない	2.9	4.0	0.0	4.3	2.7
個別面談実施者の合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

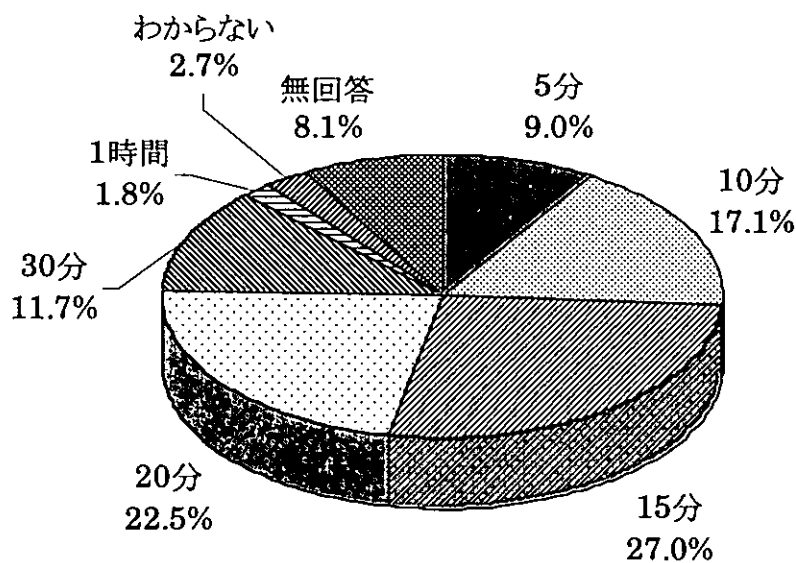


図 26 総合対策に基づく労働者との個人面談の一回平均実施時間

14) 総合対策に基づく労働者との個人面談の実施対象の範囲

総合対策に基づく労働者との個人面談を実施できている範囲は、回答のあった97事業場のうち、対象者のすべてというところが1/3強、90%以上で約半数であった。「専門専属」と「非専門専属」では、「専門非専属」と「非専門非専属」よりも実施できている範囲が広い傾向を認めた。

表 59 総合対策に基づく労働者との個人面談の実施対象の範囲

個別面談の実施範囲	産業医学専門/非専門・専属/非専属				合 計
	専門 専属	専門 非専属	非専門 専属	非専門 非専属	
10%未満					0
10%以上		2		1	3
20%以上	2	5	3	9	19
30%以上		1			1
40%以上	1	1	1		3
50%以上	2	3	1	1	7
60%以上	1	1	1	1	4
70%以上	1	2			3
80%以上	4	3	2	1	10
90%以上	5	2	5		12
100%	16	1	12	6	35
回答あり	32	21	25	19	97
無回答	17	26	44	45	134 #
合 計	49	47	69	64	231 #

表 60 総合対策に基づく労働者との個人面談の実施対象の範囲 (%)

個別面談の実施範囲	産業医学専門/非専門・専属/非専属				合 計
	専門 専属	専門 非専属	非専門 専属	非専門 非専属	
10%未満	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
10%以上	0.0	9.5	0.0	5.3	3.1
20%以上	6.3	23.8	12.0	47.4	19.6
30%以上	0.0	4.8	0.0	0.0	1.0
40%以上	3.1	4.8	4.0	0.0	3.1
50%以上	6.3	14.3	4.0	5.3	7.2
60%以上	3.1	4.8	4.0	5.3	4.1
70%以上	3.1	9.5	0.0	0.0	3.1
80%以上	12.5	14.3	8.0	5.3	10.3
90%以上	15.6	9.5	20.0	0.0	12.4
100%	50.0	4.8	48.0	31.6	36.1
回答あり	100.0 (65.3)	100.0 (44.7)	100.0 (36.2)	100.0 (29.7)	100.0 (42.0)
無回答	(34.7)	(55.3)	(63.8)	(70.3)	(58.0)
合 計	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

表 61 総合対策に基づく労働者との個人面談の実施対象の範囲

一般職の割合	産業医学専門/非専門・専属/非専属				合計
	専門 専属	専門 非専属	非専門 専属	非専門 非専属	
平均(%)	84	51	81	52	70
標準偏差(%)	24	30	28	38	33
最大値(%)	100	100	100	100	100
最小値(%)	20	10	20	10	10
中央値(%)	95	50	90	20	80

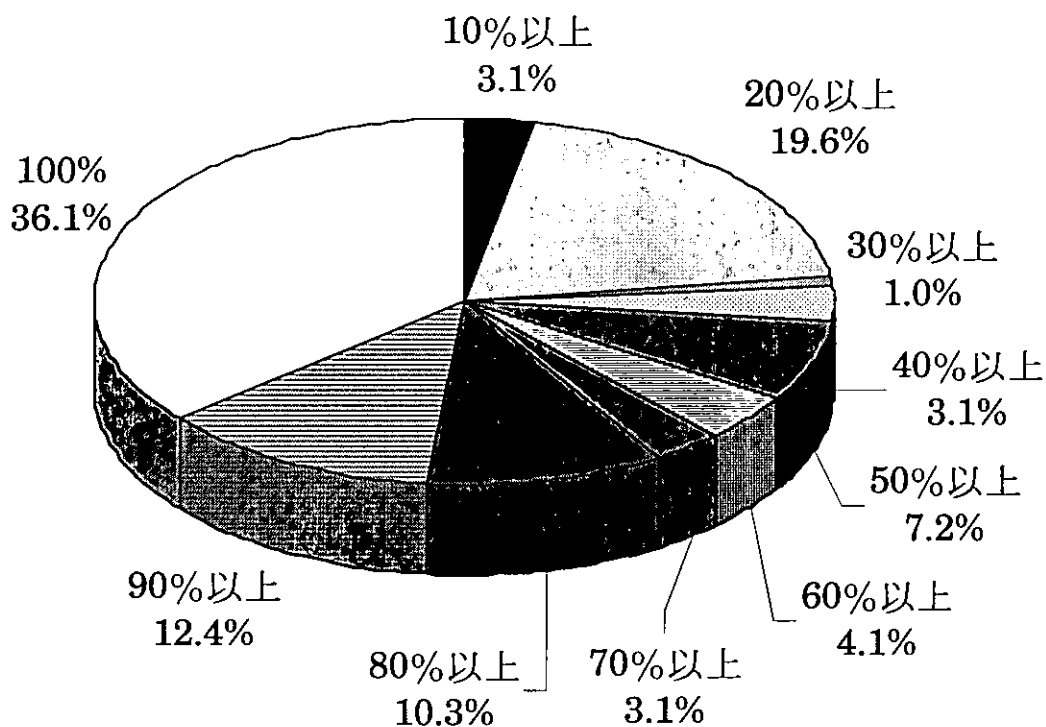


図 27 総合対策に基づく労働者との個人面談の実施対象の範囲

15) 総合対策に基づく労働者との個人面談を全員に実施できていない理由

総合対策に基づく労働者との個人面談を全員に実施できていない理由は、回答のあった94事業場のうち、「面談が必要な労働者に会うことが難しい」が約3割で最も多く、次いで「産業医として面談を実施する時間がない」であった。

医学専門分野や契約形態ごとの集計については、明らかな特徴は認めなかった。

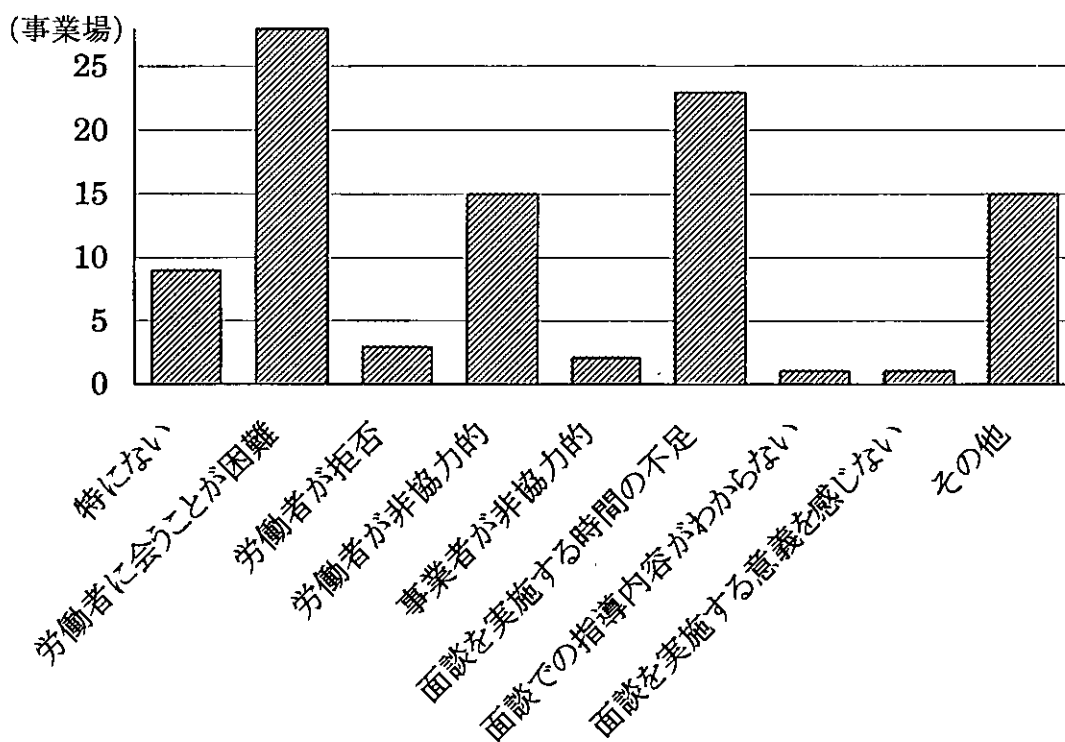


図 28 総合対策に基づく労働者との個人面談を全員に実施できていない理由

表 62 総合対策に基づく労働者との個人面談を全員に実施できていない理由

個別面談が実施できない理由	産業医学専門/非専門・専属/非専属				合 計
	専門 専属	専門 非専属	非専門 専属	非専門 非専属	
特になし					
面談が必要な労働者に会うことが難しい	3	3	1	2	9
面談が必要な労働者が拒否する	4	11	4	9	28
面談が必要な労働者が協力的でない	1	1	1		3
事業者が面談の実施に協力的でない	9	2	3	1	15
産業医として面談を実施する時間がない		1		1	2
産業医として面談を実施しても何を指導してよいのかわからない	5	5	5	8	23
産業医として面談を実施する意義を感じない				1	1
その他	1				1
	4	4	4	3	15
上記のいずれかに回答した者の合計	28	23	22	21	94

その他の理由

- 管理者の意識で時間管理がばらつくなど対象者が正確に把握できない-2（事業所）
- 予定しても労働者が現場を離れられない（トラブル対応、会議）など時間調整が困難-2
- 管理職の過重労働が把握しにくい-1
- 記録にない長時間労働者がいる可能性がある-1
- 産業医出務日と労働者の日程調整が難しい-1
- 事業者自身が過重労働をなくす取り組みを実施-1
- 対象者の多忙等の都合や理解不足-1
- 月1回の契約の中では時間が不足-1
- 残り4割は看護師が実施-1
- 面談が必要な人程忙しく時間調整が困難-1
- 仕事たまっている労働者がいても仕事が回らなくなるので時間制限は困難-1
- メンバーが固定しマンネリ化しているから-1

表 63 総合対策に基づく労働者との個人面談を全員に実施できていない理由 (%)

個別面談が実施できない理由	産業医学専門/非専門・専属/非専属				合 計
	専門 専属	専門 非専属	非専門 専属	非専門 非専属	
特になし					
面談が必要な労働者に会うことが難しい	10.7	13.0	4.5	9.5	9.6
面談が必要な労働者が拒否する	14.3	47.8	18.2	42.9	29.8
面談が必要な労働者が協力的でない	3.6	4.3	4.5	0.0	3.2
事業者が面談の実施に協力的でない	32.1	8.7	13.6	4.8	16.0
産業医として面談を実施する時間がない	0.0	4.3	0.0	4.8	2.1
産業医として面談を実施しても何を指導してよいのかわからない	17.9	21.7	22.7	38.1	24.5
産業医として面談を実施する意義を感じない	0.0	0.0	0.0	4.8	1.1
その他	3.6	0.0	0.0	0.0	1.1
	14.3	17.4	18.2	14.3	16.0
上記のいずれかに回答した者の合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

16) 総合対策への追加実施事項

総合対策への追加実施事項があるという事業場が約2割であった。「専門専属」で4割強と多かった。「非専門専属」は「専門非専属」よりも追加実施事項がある率が高かった。

表 64 総合対策への追加実施事項

総合対策以外の実施事項	産業医学専門/非専門・専属/非専属				合計
	専門 専属	専門 非専属	非専門 専属	非専門 非専属	
ない	21	29	23	24	97
ある	15	2	5	3	25
いずれかの回答者の合計	36	31	28	27	122

表 65 総合対策への追加実施事項 (%)

総合対策以外の実施事項	産業医学専門/非専門・専属/非専属				合計
	専門 専属	専門 非専属	非専門 専属	非専門 非専属	
ない	58.3	93.5	82.1	88.9	79.5
ある	41.7	6.5	17.9	11.1	20.5
いずれかの回答者の合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

追加実施事項

- 職場ストレス調査-2 (事業所)
- 場合によって部署全体のストレスチェック-2
- 看護師の強力と積極的参加-1
- 帰宅時間の上限を設定し上司から帰るよう命令-1
- 残業の理由をあげ上司の許可制とした-1
- 健診項目の具体的な内容の明記-1
- 実態の把握と改善対策の検討-1
- 週1回ノー残業デーを実施-1
- 就業制限、就業禁止を産業医の権限で実施-1
- 出向社員の労働時間調査と出向先事業場訪問-1
- 上司に釘をさしておく-1
- 職場におけるストレス対応対策-1
- 心筋梗塞・脳卒中などの突然死のリスクだけでなく生活時間、自覚症状の問診と一般定期健診データを組み合わせてリスクを抽出-1
- 月60時間超の労働者は看護職と産業医の面談-1
- 疲労度のチェック-1
- うつ状態のチェック-1
- 本人の要請がある場合、産業医と人事が上司にヒアリングし改善を促すルールを作成-1
- メンタルヘルス教育調査-1
- 生活習慣病各種教育開催指導-1
- 労使協定により3ヶ月150時間残業申請者を対象に健診を実施-1
- 例外を認めない-1

17) 総合対策実施後の変化

総合対策実施後の何らかの変化があったという事業場は、86.0%であった。12の選択肢のうち3割以上の事業場で変化したことは、「産業医が過重労働者に対する個別指導をしやすくなった」、「一般職の残業時間の把握が徹底されるようになった」、「産業医が労働者の労働時間について把握しやすくなった」、「極端な過重労働が減る傾向を認めた」、「事業者が過重労働の削減に意欲を示すようになった」の5項目であった。

「専門専属」では、「管理職や裁量労働者など一般職以外の残業時間の把握が徹底されるようになった」と「産業医の事業者に対する権限が強くなった」が多い傾向を認めた。

表 66 総合対策実施後の変化

総合対策実施後の変化	産業医学専門/非専門・専属/非専属				合計
	専門 専属	専門 非専属	非専門 専属	非専門 非専属	
特になし					
一般職の残業時間の把握が徹底されるようになった	6	3	6	5	20
管理職や裁量労働者など一般職以外の残業時間の把握が徹底されるようになった	14	10	18	15	57
極端な過重労働が減る傾向を認めた	15	4	8	9	36
残業時間が全般的に減少する傾向を認めた	16	10	13	9	48
事業者が過重労働の削減に意欲を示すようになった	13	6	12	4	35
産業医が労働者の労働時間について把握しやすくなった	13	11	11	10	45
産業医が過重労働者に対する個別指導をしやすくなった	18	8	16	14	56
職場の雰囲気よくなった	18	11	18	15	62
職場全体の健康意識が向上した		1	2	2	5
産業医の事業者に対する権限が強くなった	3	4	2	7	16
産業医と労働者との関係がより強固になった	8	1	1	2	12
健康確保に向けた労働者の行動変容があった	7		3	3	13
その他	3	3	3	3	12
	4	2	4	2	12
いずれかの回答者の合計	42	30	39	32	143

その他の変化（各1事業所）

遅くまで働いている社員を評価する考え方が誤りであることが管理者に少し理解され、メリハリのある働き方ワークライフバランスの重要性が少し認知されてきた

過重労働と健康配慮の意識づけのみ
 管理職がより対策や助言に協力的になった
 企業の過重労働削減に向けたコンプライアンス意識が向上
 総合対策よりも社会的に問題となっているサービス残業をなくす取り組みとして、時間管理を徹底することが進行
 事業場は法的義務を遵守するために一般職の月 45 時間以上の報告だけは一方的にするようになった
 月 45 時間以上の方は多数いて名簿を見ることも困難な程であり、月 80 時間以上の方のみ面談助言指導するだけで精一杯なのが現状
 仕事は変わらない（減らない）のにどうすれば良いのだと中間管理職が困っている
 サービス残業や持ち帰りが増えた

表 67 総合対策実施後の変化 (%)

総合対策実施後の変化	産業医学専門/非専門・専属/非専属				合計
	専門 専属	専門 非専属	非専門 専属	非専門 非専属	
特になし					
一般職の残業時間の把握が徹底されるようになった	14.3	10.0	15.4	15.6	14.0
管理職や裁量労働者など一般職以外の残業時間の把握が徹底されるようになった	33.3	33.3	46.2	46.9	39.9
極端な過重労働が減る傾向を認めた	35.7	13.3	20.5	28.1	25.2
残業時間が全般的に減少する傾向を認めた	38.1	33.3	33.3	28.1	33.6
事業者が過重労働の削減に意欲を示すようになった	31.0	20.0	30.8	12.5	24.5
産業医が労働者の労働時間について把握しやすくなった	31.0	36.7	28.2	31.3	31.5
産業医が過重労働者に対する個別指導をしやすくなった	42.9	26.7	41.0	43.8	39.2
職場の雰囲気よくなった	42.9	36.7	46.2	46.9	43.4
職場全体の健康意識が向上した	0.0	3.3	5.1	6.3	3.5
産業医の事業者に対する権限が強くなった	7.1	13.3	5.1	21.9	11.2
産業医と労働者との関係がより強固になった	19.0	3.3	2.6	6.3	8.4
健康確保に向けた労働者の行動変容があった	16.7	0.0	7.7	9.4	9.1
その他	7.1	10.0	7.7	9.4	8.4
いずれかの回答者の合計	9.5	6.7	10.3	6.3	8.4
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

18) 衛生委員会における過重労働に関する審議報告の実施

衛生委員会において過重労働に関する報告が実施されたというところが約 4 割、審議をされたというところが約 1 割であった。「専門専属」では、報告も審議も他の群よりも実施されたというところが多かった。

表 68 衛生委員会における過重労働に関する審議報告の実施

衛生委員会での審議・報告	産業医学専門/非専門・専属/非専属				合 計
	専門 専属	専門 非専属	非専門 専属	非専門 非専属	
ない	8	17	27	33	85
報告されたことがある	30	20	22	20	92
審議されたことがある	9	5	8	4	26
わからない		3	10	4	17
回答あり	47	45	67	61	220
無回答	2	2	2	3	11 #
合 計	49	47	69	64	231 #

表 69 衛生委員会における過重労働に関する審議報告の実施 (%)

衛生委員会での審議・報告	産業医学専門/非専門・専属/非専属				合 計
	専門 専属	専門 非専属	非専門 専属	非専門 非専属	
ない	17.0	37.8	40.3	54.1	38.6
報告されたことがある	63.8	44.4	32.8	32.8	41.8
審議されたことがある	19.1	11.1	11.9	6.6	11.8
わからない	0.0	6.7	14.9	6.6	7.7
回答あり	100.0 (95.9)	100.0 (95.7)	100.0 (97.1)	100.0 (95.3)	100.0 (95.2)
無回答	(4.1)	(4.3)	(2.9)	(4.7)	(4.8)
合 計	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

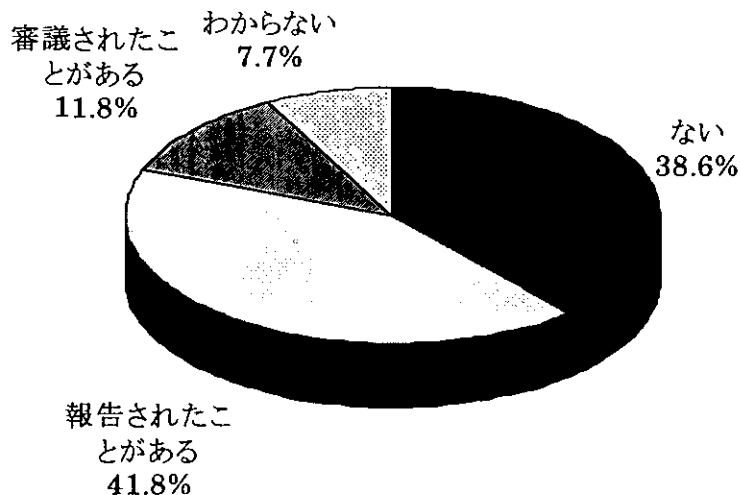


図 29 衛生委員会における過重労働に関する審議報告の実施

報告内容

- 月 45 時間を超える者など過重労働者の月別該当者数および面談実施状況－8（事業所）
- 過重労働者数の報告－7
- 総合対策の内容及び本事業部での取り組みや方針等－7
- 総合対策の内容－5
- 過重労働の実態報告と対策－3
- 個別面談診察結果報告－3
- 時間外労働の減少努力－2
- 毎月の対象者数、実施者数、助言・指導内容－1
- 過重労働者の訴えの内容－1
- 個人名と過重労働時間－1
- 対象者、面談結果（匿名）－1
- 年間の統計報告－1
- 人事への報告方法－1
- 45 時間または 80 時間以上の発生数と問診票の結果－1
- 月 100 時間または 3 ヶ月で平均 80 時間を超えた者についての健康管理のあり方－1
- 80 時間超残業の意味－1
- 対策の必要性－1
- 対象者全員に面談ができて無いこと－1
- 過重労働の撲滅について－1
- 教育、面談の実施、健診受診のすすめ－1
- 教育や事例の検討－1
- 厚労省からの取り組み内容－1
- 個別面談となる常連者の存在と対象者が多い部署等、負荷に偏りがある点を報告－1
- 部署別の対応と今後の見込み－1
- 産業医から講話－1
- 残業のあり方－1
- 心理および身体状況－1
- 参考資料による検討－1
- 時間外労働者申告の徹底と催促－1
- 実態調査、健康障害防止－1
- 市民からのクレーム対応で長時間の残業になった際の対応－1
- 心臓疾患発症例－1
- 対応の実態や問題点－1
- メンタル面身体面の影響について聞き取り調査や自己記入式健診結果を毎月報告－1
- 監督署からの勧告事例－1
- 基準を越えた場合の処置－1
- 客先で労働時間のルールに従えと言われた事例－1

審議内容

会社としての過重労働対策の内容-4（事業所）

時間外労働の削減方法-4

社内の実態把握の方法-3

メンタルヘルス対策-2

40 時間を超えると委員会で減らすように作業方法等で討議-1

対象者が減らないこと-1

産業医による過重労働の問題の指摘-1

残業時間の多い職場の対処法-1

指針の説明-1

早期に専門職者に相談し対応を図る対策の実施方法-1

対策周知の方法-1

サービス残業への対応-1

間接作業（事務）では仕事と休憩があいまいですべてが仕事ではないといいつつ遅くまで残っていることへの対策-1

以前に比べると 22 時を超えて残る人はずっと少なくなり時間外労働時間は揃っているが、人事から送られてくる時間と大きく異なるがアプローチしにくいこと-1

判定基準-1

面接対象者の選定法-1

面談の設定基準-1

連続長時間労働者の理由の聴取方法-1

19) 過重労働に関する産業医の関与等に関する自由意見

自由意見を記載した回答者が 83 人 (35.9%) に達した。「専門専属」で最も多かった。

表 70 過重労働に関する産業医の関与等に関する自由意見の有無

総合対策に対する意見	産業医学専門/非専門・専属/非専属				合計
	専門 専属	専門 非専属	非専門 専属	非専門 非専属	
記載あり	23	17	27	16	83
合計	49	47	69	64	231 #

表 71 過重労働に関する産業医の関与等に関する自由意見の有無 (%)

総合対策に対する意見	産業医学専門/非専門・専属/非専属				合計
	専門 専属	専門 非専属	非専門 専属	非専門 非専属	
記載あり	46.9	36.2	39.1	25.0	35.9
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

自由意見

1. ある事業所では産業医の他に二人の医師（内科医、婦人科）が分担しており、産業医は環境管理、委員会、巡視などを担当しているが、過重労働対策は内科医が担当している。
2. 時間管理は厳しくしているので、基本的に過労となる労働時間はないという前提になっているため、設問に答えにくいところがある。
3. 内科医、看護師が健診の結果を返す時に労働の実態と健康の実態実体を聴取しており、特に問題は報告されていない。
4. 我々産業医も働く者の一人であることを認識してもらうこと、共に働く意欲をもつこと、皆で公平な労働時間を保てるよう勤労意欲の向上に努めること、人生はマラソンであり、急激な労働に対する心構えを十分に理解し、特に時間外労働者は孤独になりがちなので、数少ない人々との連絡が十分とれるよう、又危険な作業は避けるよう健康管理、作業環境、作業環境管理の一体化を教育することが重要。
5. 不況でリストラ、合併等をくり返す折り、事業者も労働者も巻き返しに必死である。過重労働対策の取り組みがあることを把握していても、双方共に実施できないのも事実である。状況が理解できる為に頭越しに法や指針を訴えるのは困難なことが多い。事業者には、裁判の事例を話すこと等で圧力をかけ労働者には健康障害やメンタル疾患の話を根気よく行い説得している。大企業なのである程度受け入れられるが、中小企業ならどうか疑問である。産業医の法的責任はどうなっているのか明確にして頂きたい。残業時間を表向き減らしても持ち帰り仕事が増えている。
6. 70 人の労働者で、産業医自身が聴打診等の診察をしている。残所時間や生活習慣は問

診票を自記式で観察している。月1回の職場巡視は定期健診のフォローに時間をとられ、困難である。

7. 安全衛生委員会で積極的に話題としている。
8. 医師の役割が明確ではない。時間外労働をすでにしてしまった後で面談することの意義がわからない。時間外を承認することになってしまう。面談では過重労働は防ぐことができない。時間外を減らすのは事業者の責任であり医師の責任ではない。面談で疲労がたまっている労働者がいても、時間制限をすることが難しい（仕事がまわっていかなくなる、他の人がより多忙になるだけ）。面談者が多くなると、そのための時間がとられ健康管理等のルーチンワークに支障がでてくる。総合対策の見直しが必要である。
9. 医療担当者が駆け込み寺の仕事もやる必要を感じる。
10. 過重労働対策には、仕事のやり方に関する助言が、重要と感じる。特に作業チーム編成、責任体制の作りかた、情報伝達の仕方、作業場、環境などへの助言にもっと力をいれた方がよいのではないかと思う。時間を区切ることは小規模の事業所ではまず無理で、目的なき時間制限の反発も現場からある。現場が効率の良い仕事の仕方が行なえるような予防的な介入が、あるいは実践的介入アドバイスのようなものがあると良い。健康診断、産業医の面接では限界があると思う。
11. 過重労働対策はあくまで労務管理が優先されるべきであり、本人面談は元より上司と人事との面談を実施して、労務管理を徹底させることをしないと、無意味である」。また、長時間労働イコール健診実施という健診ありきの対応や、労務管理を徹底しない産業医の「元気であることのお墨つき面接」を実施することはよくない。健康管理の徹底は重要であるが、まずは労務管理の徹底をすべきであると思う。
12. 過重労働対策を通達にあわせて実施しているが、対象者が少なく、当社ではあまり有効と感じていない。むしろ一般定見後の保健指導に力を入れ脳血管疾患のリスクを減らしたり、メンタルヘルス上の問題に対処したりすることを優先しており今後もこれを継続したいと考えている。
13. 過重労働について最初にあらわれる症状はメンタル面が多いように思う。いわゆる定期検診で有所見者の人たちは案外と過重労働については、自覚している。ただ、働き盛り若い人たちががむしゃらに働く人に自覚していない場合があるように感じる。
14. 過重労働把握の出発点が、残業時間であり内容の評価までは困難である。回答した対象事業所以外の担当事業所で過重労働対策として産業医による面談を実施しているところもあるが、何を誰にどうアドバイスしたらよいかよくわからないままに、行っているようで、面接する意義が感じられないこともある。
15. 過重労働者に対する健康診断を実施するだけでは過労死の早期での発見に多少とも効果があるか、長時間労働による高脂血症、肥満、高血圧症など過労死予備軍の減少には有効ではない。勤務時間の規制が必要である。
16. 過重労働対策としては面談が重要であって、健康診断は不要である。
17. 過重労働は人員を増やせれば解決できることもあるがこの不況の世の中会社側はわかっているけどできないのが現状である。

18. 過労死予防の見知から産業医面接を義務づけても、産業医の負担がますますで、予防に結びつかないと考える。それよりは長飾者への二次検査として①脳 CT か MRI②負荷あるいはホルター心電図を義務づける指針をだす方が有効と考える。うつ病にともなう自殺予防の観点からは産業医面接は有効と考える。しかし、毎月行なう必要はない。
19. 管理職の時間管理もすすめるよう監督署からの指導を徹底して頂きたい。
20. 企業には「総合対策」を実行してもらいたいものであり、健康診断さえしていれば良いといった誤った対策をとらないようにしてもらいたい。
21. 基本的に非組合員の把握が難しい。昇進をめざすものは、過重労働になりがちである。
22. 健康診断の診察は、その会社の認定産業医に必ず依頼することにする。
23. 行政指導を強化してほしい。
24. 具体的に過重労働がどのような損失（経済的、人間的、職場環境）をきたした例があるかを例示するとより教育的である。違反した場合どのような罰則があるかについて、実例をまじえて例示してみると考えが変わりやすい。
25. 健康診断の実施ではなく具体的に労働時間を減らすための指導、方法等に力点をおいて行政は動いていただきたい。健康で制限かける所見が無ければ、過重労働は削減される動きは職場にない。制限かけるのはよほど体調を壊した一部の人だけである。
26. 現在の不況化におけるリストラが進む中現実には月 45 時間、6 ヶ月で 250 時間以上の時間外勤務は普遍的に行われている。自己申告による時間外勤務時間の数値のみで産業医が儀礼的に教育、指導を行っている現システムのそらぞらしさを痛感している。
27. 研修などで参考にしたいと思っても他社とは事業所ごとに社内事情の違いが大きすぎて同じ土俵での討議がなりたない。
28. 健診よりも労働基準法の厳守のほうが重要である。
29. 現場の業務量が増加している中で、受診者の総合的健診方法と利便性について職域単位に検討する必要性を感じている（管理職に対して教育の普及）。
30. 総合対策は企業の責任として産業医にその実施を開始すべきリスクを押しつけるべきではない。会社のリーダーシップ、人事が動かないと何も動かない。
31. 様々な機会を利用して過重労働対策の必要性を事業所に訴えていこうと思っている。
32. 本調査の集計結果を教えてください。
33. 本調査により労務担当部門の人達との平素の良き関係を築くことの大切さを痛感した。
34. 総合対策で産業医が介入しやすくなり、かつ会社側の意識も改善に向け取り組むようになったと思うが、健診方法やハイリスク者への対応にまだ一定の見解が無くバラツキが企業間又産業医間でも大きいと思われる。さらに、健康ハイリスク者の情報が時業主にどの程度開示して良いか個人プライバシー保健とのかねあいも重要な課題と思われる。
35. 作業員、外部員、外注者等の勤労者の部署が混在するところがあり難しい。作業内容より大きな差があるので、産業医が人事担当者と協力して活動をしていく必要がある。
36. 産業医にとっても歓迎すべきものだったのですが、現実には未受検者への対処、要注意者への対処で悩むことが多いという状況である。
37. 産業医の面談が過重労働対策の免罪符になっては困る。今後面談を含め対策を事業者側

と具体的に話していくかが問題である。

38. 産業医面談の実施によって、労働者の過重負荷への免罪符にならないように、周辺の政策との整合性、指導をより明確にして欲しい。またこれによって過重負荷労働者への過大で特殊な健診が展開されないように事業者の責任範囲を明確にすべきである。
39. 残業手当のつかない役職者の残業実態がつかみにくく、かつその方々が動脈硬化性疾患ももっていることが、若年者より多い。現状では、若年者のうつ病対策程度の役わりしかないようである。
40. 時間区分に基づく産業保健職の関わりが規定されたことは非常に多くの機会を与えてくれるものでした。事業者、従業員の意識もある程度向上してきたと思う。実態として時間区分のみでは反映されない個人差への面への配慮をしないと、現実的ではないことがある。その際、産業保健職が活用できるような問診票の存在がそれを補完すると感じている。
41. 過重労働を時間で判断する基準の是非に関してよく質問を受ける。特に上司から良く働いていて心配な人ではなく、仕事のペースが遅い人が過重労働の対象者になっているという指摘を受ける。難しいことだと思うがもっと納得性の高い判断基準が欲しい。
42. 時間を正確につかむことが難しい。
43. 事業者が積極的に改善しようとししない (or できない、難しい) と何ら意味をもたない。そこから変えるのが産業医の力量であるが実際には難しく、また効果の割に投入する時間がとても大きい。
44. 事業者の理解が十分でないと感じることがある。今後も事業者の責任について広く周知徹底して頂きたい。
45. 事業所が職場巡視や労働衛生委員会等を開きたがらない所が多く、困っている。3社中全くしたがない所が2社で、1社は巡視が年2回、衛生委員会参加は年2回だけである。何とか月一度の活動をしたいと思っている。産業医は労働基準監督署の手前置いているという会社が多く困る。もう少し多く労働基準監督署の立ち入り検査(調査)を望む。50人以上の事業所では産業医を置かない事業所が多くみられる。
46. 事業場として製造業は労働時間(特に時間外)については対策をとっており更に必要なのはサービス業なのではないか。
47. 実際月40時間以上80時間までの労働者は特に過重労働という意識は本人にもなく健康上の明らかな問題がない。100時間以上が2~3ヶ月以上続いたり150時間以上があったりすると精神的にも悪化することがある。よって45~80時間までは本人の申し出がない限り特に拘束は必要ない。しかし時間が示されたことは目標ができて大変よかった。
48. 従業員の労働時間を知る良いチャンスだった。月100時間を超える従業員の多いことに驚いている。不況で残業が少ないと思っていた。心負荷など精密検査にやる機構がなかなか面倒である。
49. 囑託産業医としては限られた時間の中で、どのように様々な活動に時間を割りふるか苦労している。特に指針が出てからは一時過重労働対策の仕事ばかりになったりしている。また訪問頻度が低い所では監督者の指導があってはじめて動くことが多い。
50. 既に体調をくずしている従業員は手遅れであり、楽しく仕事を行なうことができている

- 従業員には不要だと感じている。組織の上層部が考え方を变えることが最も効果的だと考えるようになった。職階が上がるほど仕事を多くかかえこんでいる。
51. 総合対策が出ているが、過重労働の健康リスクアセスメントの手法については、各企業が手探りで開発している。しかるべき団体がリスクアセスメント手法を開発し企業が利用できるようにしないと、総合対策の効果はいつまでたっても上がらない。特に一般健診の結果と過重労働における健康影響の相関関係をもっと議論して欲しい。
 52. 総合対策等大変良いことであるが、机上の空論又、過労病のあった所を、今の裁判署の様に、みせしめの罪にすることなく 実情をみて改善に取り組むべきである。企業は従業員と共にあるが、どうしても生産や利益優先になる性質のものでこのようなチェックシステムが必要だが官僚的形式主義は困る。
 53. 総合対策において産業医のすべきこととして、保健指導を前面にだすのは誤りであると思う。必要なのは本人に対する保健指導ではなく、職場改善（人員増員）でありそれを事業者に勧告するのが産業医の職務と思う。またそれは現場の管理者の裁量をしぼしば超え、経営判断になることもある。したがってトップに対する産業医の勧告のあり方について総合対策ではっきり言及すべきであると思う。
 54. 総合対策により、事業者の労働時間に対する意識が高くなり、産業医が労働者から意見を聞く機会が増えた。私たちの立場も理解してもらえようになり、健康面から、社員教育や研修の方法、作業効率について意見を言えるようになった。
 55. 手間と時間がかかる対策で現場は非常に大変だが、労働者との対話の中で会社の状況がわかることも多くメリットも感じている。ただ、監督署からの指導が画一的で通達の指導事項をすべて実行していないと指導が入るのは納得できない場合もある。監督署は各事業場の実情にあわせた指導や健康管理スタッフからも意見を聞くような態度が必要ではないかと考える。
 56. 同一人物が毎月該当する場合、健康上の対策では何の効果もないことが多い。
 57. 当社では総合対策実施以前より残業時間による健康チェックを実施してきました。対策以前は 50 時間/月以上、対策後は 40 時間/月以上の残業に対して産業医によるチェックを実施。60 時間/月が連続 3 ヶ月続くときは、管理職と面談して個別対策をとってきた。サービス残業もなくならないと思うが、面接時の全体の雰囲気から少ないと判断できる。今後は、過重労働の関与の存否にかかわらず、自殺予防に重点をおく必要があると考え、社内のメンタルヘルスチェックシステムの構築をすすめている。
 58. 救急病院になるので、当直の医師、看護師に対して、従来の人員を増加、病床の確保ははじめとするハード面と人員のやりくりが問題となる。調査の設問に、消化管（上部）、肥満、内分泌・代謝に関する項目も必要がある。
 59. 中規模事業所又は中小企業と大規模事業所や大企業で行われている健康管理に大きな差異がある。総合対策についての施策も同様に開きがあるまま広報だけがされているという印象を受ける。具体的な実施事例を中小にも行き届く形で広めて頂きたい。
 60. 総合対策ができてから、2 年が経過しているが、具体的な踏み込み基準ができておらず、これからデータの蓄積が図られるものと思う。当事業所でも総合対策が公表されたのは知っ

ているが、内容は不十分な理解かない。同僚の産業医も嘱託医はなおさらで、これから具体的な活動基準を勉強していくことになるかと思う。

61. 法令により罰則がないと事業者は動かない。国が本気ならテレビコマーシャルなどで広く国民にむけてキャンペーンをしていただきたい。
62. 本質は長時間残業を減らすことなのに対策イコール健診とにならないように行政から企業への指導時は注意してもらいたい。また健康管理イコール健診という認識を企業に持たせないよう注意してもらいたい。
63. まず、大学は官庁の過重労働対策を考えたらどうか。過重労働の源は、人件費削減によるコストダウンがあるので、総合対策をきちんと実施している企業にたいしては経済的なメリットがあるようにしたらよい。疲労は客観的な測定できないので、その人にとって残業が多い過重労働による疲労であり、産業医の間診技術の高さが要求される。
64. 面接果報告はフィードバックとして、事業所の意識にあわせた形をとる。例えば社長が出席する安全衛生委員会の場合はそこで報告することもある。また、意識が低い事業所の場合は残業が発生する職場の夜間巡視をくり返し行い作業者にまずアプローチする。
65. 面談の対象者が多くなった場、嘱託産業医の業務が面談のみになってしまい、全体の業務に支障をきたすことがある。個別な対応以外に、事業所に対して強い指導を行なうことも必要ではないかと思う。
66. 面談や健康診断を行なえば過重労働させてもよいというわけではないので、過重労働そのものをなくす取り組みが第一優先と考えます。当事業所では労使ともに業務分析、人員配置の検討など重要課題として進めている。
67. 持っているリスクファクターにより健診の内容を変えるべきで、全てに同じ内容では効果は上がらない。
68. 労働時間管理に関する産業医の責務について検討する必要がある。
69. 労働時間自体の把握（定義）が、不明確になってきており、特に事務、営業、技術職、労同時間の把握は難しい点があると思う。
70. わかりやすく納得のいく制度を作り実施した者が報われるようにして欲しい。罰則か表彰が必要である。
71. 過労死の原因になる疾患毎の対応が必要である。また、過重労働が判明してからの対応では真の予防はできないものと感じている。当社では月 45 時間以上の者に対して健診データから心筋梗塞発症リスクを推定しそれぞれの発症リスクに応じた許容残業時間という形で事業者に勧告している。しかしこの方法だと年 1 回の健診時に急性心筋梗塞発症リスクを同定し月 45 時間以上の残業が発生する以前からの介入が可能で、各従業員の意識の向上にも有効である。行政からの指針通達は各企業の活動が推進されるような評価基準を期待したい。
72. 事業場は本社からの指示により統一実施していて本社産業医の指示で管理され、総合対策が行われていて、当方では過重労働に対する労働安全衛生状態の把握はなされていない。今後は、事業所としてその状態の把握に積極的な関与は必要性ありと思い反省している。嘱託産業医は時間もなく労働安全衛生法にあるような権限の行使は難しい。

D. 考察

本調査の回答者の医学的専門分野は 42.0%が産業医学と回答しており、産業医として選任されている一般的な医師と比べて専門性が高い集団であったと考える。産業医学以外の臨床医学を専門とした医師においても内科系が 84 名と多く、さらにそのうち 17 人が循環器内科を専門としており、過重労働に関する知識や関心の高い集団であったと考える。

事業者や労働者とほぼ毎日会うと回答した産業医の割合が、産業医学が専門の専属の産業医では 89.8%であったのに対し、専属でも産業医学以外を専門にしている場合は 39.1%にとどまり、本調査における専属の産業医では産業医学を専門にするか否かで産業医活動の活性度に差があったと考えた。

専属ではない産業医が 1000 人未満の事業場を担当し、産業医学を専門にする専属の産業医の大部分が 1000 人を超える事業場を担当していたという結果は、一般的な産業医の選任状況とよく一致していると考えた。

一般職の労働時間については全体の 89.6%が把握していると答えているが、産業医を専門とする産業医では 90%を大きく超えている一方で、産業医学を専門としない場合はやや低めであるとともにわからないという回答も 6~7%あった。このことから、産業医学を専門としている産業医のほうが事業場の状況をよく理解していることを示唆していると考えた。管理職の労働時間は医学専門分野や契約形態による差が認められなかったが、産業医学が専門の専属の産業医ではタイムカードを利用した把握方法が少なく本人申告が多い傾向を認めた。また、裁量労働者がいる事業場において産業医による労働時間の把握方法は、医学専門分野とは無関係に専属産業医では 7 割以上が本人申告であったが、非専属の産業医は自動管理システムが多い傾向を認めた。これらの結果は、小規模事業場では時間管理にタイムカードが活用されているためと考えられる。一般職や管理職などが全労働者に占める割合について、産業医学が専門の専属の産業医以外では無回答が 38~47%と高かったことから、これらの産業医が従業員の構成を正確に理解できていないことが多いことがうかがわれた。時間外労働をしている労働者の存在は、月 45 時間を超える労働者、2~6 ヶ月平均で月 80 時間を超える労働者、月 100 時間を超える労働者のいずれについても、産業医学を専門にする専属の産業医がいる事業場でその割合が最も高く、次いで産業医学が専門の非専属の産業医がいる事業場で高かったことの原因については、規模や事業内容の違いといった事業場側の要因とともに、産業医業務の取り組み方の積極性や事業場の実態把握状況の違いが関連していたと推測された。

総合対策の認知度は、産業医本人についても人事部門についても、産業医学が専門の産業医がいる事業場において高い傾向が見られたことは、産業医学の専門性の高い産業医がいる企業や事業場ほど過重労働対策に関する認識や意識が高いと考えられる。また、総合対策公表後の新たな過重労働対策の開始について、非専属の産業医がいる事業場においては、産業医学が専門でない産業医が

いる事業場の約半数では特に開始・変更はしていなかったが、産業医学が専門の産業医がいる事業場においては、個別面談の実施や過重労働の判断基準の規定などが新たに開始されており、やはり、産業医学の専門性の有無が過重労働対策の実施に関して重要な要因となっていたと考えた。この傾向は、過重労働者に対する個別面談の実施についても同様であった。

総合対策に基づく過重労働対策を実施していない理由として、産業医学が専門の専属の産業医で過重労働そのものが存在しないと答えたものは1名のみで、そうでない事業場と比べて少なかったことは、産業医学専門の専属の産業医は労働時間の実態が把握できていることを示している可能性があると考えた。一方、非専属の産業医や産業医学が専門でない産業医がいる事業場では、この理由が最も多かったことは、労働時間の実態が十分には把握できていない可能性があると考えた。

総合対策に基づく事業者の助言指導の内容について、作業時間の見積もりの変更や増員よりも作業改善によって時間外労働を減らすことを指導した割合が高く、産業医からは人事労務管理による措置よりも安全衛生管理に基づく措置のほうに指導されている実態を示していると考えた。また、総合対策に基づく個人面談において労働者から聴取したり指導したりする内容については、睡眠時間・疲労の自覚・休日や休暇の取得状況など疲労と休息に関する情報が収集され使用されている実態を示していると考えた。また、特別な健康診断の実施を指導した割合が、個人面談を実施しない場合に事業者に指導した場合と個人面談において労働者に指導した場合とでは、半数以下となっていることは、産業医による個人面談での状況把握が有効であることの一端を示しているものと考えた。

総合対策に基づく労働者との個人面談の実施とその回数は、産業医学が専門の専属の産業医で頻度が高かった一方で、産業医学が専門の非専属の産業医と産業医学が非専門の専属産業医では産業医学専門の非専属産業医の方がむしろ頻度が高くなったことの原因として、産業医学が専門の非専属の産業医において、総合対策に基づく労働者との個人面談の業務量の多さが課題となっている可能性があると考えた。このことは、自由意見でも述べられており、非専属産業医にとって個人面談の実施が負荷になっている一面がうかがえた。また、個人面談の1回あたりの実施人数は、専属の産業医のほうが多目の人数を実施できており一回当たりの平均実施時間も15分から20分程度が過半数を占めた一方で、非専属の産業医では30分という回答が多くなった理由としては、非専属の場合は普段は把握されていない個別の職場や作業の実態を把握するために面接時間が必要であったのではないかと考えた。このことは、自由意見においても述べられている。結局、総合対策に基づいた個人面談が必要な労働者との面談が実施できていた割合は、専属の産業医のほうが高い割合で実施できており、