

ラインによるケアでは、治療・休養が必要な対象者の早期把握と復帰への支援のためのネットワークづくりが必要である。とくに直接の上下関係だけでなく斜めの関係を含めたネットワークづくりを確立することである。早期発見のためのアンテナ張りネットワークづくりは管理職を巻き込んだメンタルヘルスカケア活動の中心的な活動である。周囲の気づきとしては、いわゆる「3A」（absenteeism, alcohol, accident：欠勤、アルコール、事故）があげられる。欠勤については年休で処理されることが多く、年休がなくなり欠勤になって初めてメンタル障害の存在が明らかになり、対応が遅れることに注意する必要がある。職場としては、多種多様な従業員がより快適に「職場づくり・健康づくり」ができるような『快適職場づくり』を職場全員の参加型活動として展開することが効果的である。

③事業場内産業保健スタッフ等によるケア

事業場内産業保健スタッフである産業医、衛生管理者（衛生推進者）、保健師や事業場内の「こころの健康づくり」専門スタッフである心理相談担当者、産業カウンセラー、臨床心理士、精神科医、心療内科医等、さらに人事労務管理スタッフが、労働者の「こころの健康づくり」対策の策定と実施に参加している。「セルフケア」および「ラインによるケア」を支援し、日常的な健康管理活動を通じた「こころの健康づくり対策」の実施する活動である。そのためには、事業場内産業保健スタッフ各自がその機能と役割を認識し、産業保健スタッフ等によるケアを推進するための環境整備とネットワーク作りが求められている。

この場合、産業保健スタッフに業務が集中しすぎる傾向がある。企業におけるメンタルヘルス対策では、事業場の安全衛生委員会を中心とした取り組みが必須である。その意味からも、「事業内産業保健スタッフ等」とは、単に健康管理室スタッフだけを指すのではなく、人事部門、安全衛生担当者、衛生管理者等を含めた事業場スタッフと

解釈した方が効果的である。

事業場内の産業保健スタッフはメンタルヘルスカケア活動の中心的存在であるが、専門領域以外のすべてを任されて四苦八苦している場合も多い。「発症管理」における専門的な個別対応やカンセリングの際には、プライバシーの保護にとくに注意が必要である。復帰への支援づくりは安全衛生委員会を中心とした事業場全体の活動としての展開が必須である。

④事業場外資源によるケア

事業場外資源としては産業保健推進センター等の事業場外のさまざまな機関および専門家の利用である。サービス提供を行っている事業場外資源のその役割を認識し、事業場外資源とのネットワークの形成して、事業場のメンタルヘルスの環境整備を図るものである。

事業場外資源の例としては、労災病院、勤務者メンタルヘルスセンター、労働者健康保持増進サービス機関、メンタルヘルスサービス機関、中央災害防止協会、産業保健推進センター、地域産業保健センター等がある。

産業医をはじめとする産業保健スタッフは事業場外の資源は大いに活用すべきである。主治医と産業保健スタッフがそれぞれの立場にたつての意見交換ができれば、メンタルヘルスカケア活動はより大きな膨らみをもつものと期待できる。まずは、外部資源とのネットワークづくりが先決である。

いずれにしても、表 9の各々の欄を参考にし、4つのケアの担当者が、「発症管理」から「発症予防」さらに、「こころの健康づくり」へと職場のメンタルヘルスカケア活動を具体的に推進できる体制づくりと対策についてのグループ全体の取り組みと各事業場における特徴ある取り組みが必要である。

(3) 事業場におけるメンタルヘルスの具体的な取り組み

事業場では、表 9示す4つのケアを3つの段

階で整理する必要があった。活動の中心は「発症予防」、「こころの健康づくり」に対する教育・支援が活動の中心であった。事業場では「発症管理」対策が、まず産業医を中心として対応しなければならない対策であった。基本的な対応は個別のケースに対応することであり、一つの個別ケースに対応するには、より多くのマンパワーが必要であった。一方、事業場では間接部門の大幅な削減によりマンパワーが不足しており、直属の上司が大幅な負担を強いることになりかねない。さらに組織そのものが従前のピラミッド型からフラット・ウェブ型になり、一人のグループリーダーに数多くのグループ員がぶら下がる結果となっている場合が多く、グループリーダーのストレス度は非常に高くなっているのが現状で、彼らのメンタルヘルスと社員の支援について堅固たるネットワークづくりが必要になっている。

① 仮出勤制度の制度化

「発症管理」は早期発見・早期治療に心がけているが、一度休職に陥った場合には、早期復帰に対する支援が必要であった。とくに、復帰へのリハビリをかねて仮出勤制度が必要であったが、仮出勤時の通勤災害、労災問題の対処などで解決すべき問題が多くあり、仮出勤が制度として確立することが難しかった。あるグループ企業では、早期発見・早期復帰に向けてのサポートシステムを制度化し、仮出勤を正式に認めた。サポートシステムは上司、人事、産業保健スタッフがネットワークを組んで早期治療・早期復帰を支援するものである。この制度により早期復帰の傾向がみられている。他のグループ企業・事業部への水平展開を心掛けている。

② 事業場での課長研修・中間管理職研修

各事業場での取り組みの支援としては、管理者研修等を通じてのネットワークづくりを中心に活動を展開した。あるグループ会社では、全事業場の課長職に対してメンタルヘルスに関する研修会を就業時間中に2時間研修会を行った。日頃

多忙の中心的な存在である課長職も自分自身のストレス兆候に対して大きな関心を示すとともに、研修後本人が抱えている部下のメンタル不全の事例について健康管理室に相談に訪れ、産業保健スタッフ、人事とのネットワークがより強固となった場合もある。また、研修会では事例が示され、部下のメンタルヘルスで悩んでいるのが自分だけでないことが分ったとの感想もだされている。少しずつ横のネットワークも構築されている。

さらに、毎年、新しく昇格した課長職に対しては、新任研修にメンタルヘルスの研修が組み込まれている。また、地方の工場では、管理監督者の対象を班長やリーダーまで広げ、研修をおこなっている。ここでは、「発症予防」としての身体的・精神的兆候の管理やストレスマネジメントが教育されるとともに、安全衛生配慮義務が説明され、長時間残業を含む過重労働負荷も主要なリスクファクターと考えられることが教育されている。

このような3つの段階のメンタルヘルス対応、とくに啓発活動がどのような具体的な効果をもたらすかは、これからの継続的な活動を通じての評価しかないが、グループ全体の方針のもとに各グループ企業独自のメンタルヘルス対策を通じて、各個人の“こころと身体健康づくり”が自主・自助的に発揮されることを期待したい

(4) マネジメントシステム

事業場でのメンタルヘルス対策では、各個人に対する個別の対応が一番効果的であることが多い。職場環境の急速な変化は、すべての従業員に表5に示したような迅速性・広域性・多様性の3つの大きなストレス要因を押しつけている。各個人がこれらの要因にどう対処できるかがこれからの“こころの健康づくり”の重要な課題である。産業衛生上の課題としては、多様性の大きい職場での「こころの健康」に対する安全衛生配慮が急務である。

事業場での多様性に対応するためには、OSHMS（安全衛生マネジメントシステム）を確立す

ることである。多様性は、表 10に示したように①就業形態の多様化、②勤務形態の多様化、③労働力の多様化、④職場規模の多様化 等に分けられる。

①就業形態の多様化

就業形態の多様性は、一企業に多種多様な労働者が混在して労働する状況下を示したものである。このような状況下では、労働者一人ひとりが持つ職業意識等の背景が異なっていることが多く、事業場で働くための共通認識を教育する労働衛生教育が必要である。同じ事業場内で働いている社員、派遣業、請負業、パートタイム、アルバイトなどの作業者が共存共栄を図りながら事業場の中で安全に健康に働けるような配慮が事業者には必要であるし、産業医を中心とした産業保健スタッフにはメンタルヘルス対策を含む安全衛生配慮義務への支援が求められている。

②勤務形態の多様化

多種類の交替制勤務やフレックス・裁量労働制勤務など多種類の勤務形態により「労働時間」の把握が難しく、長時間労働につながる危険性も含まれている。

③労働力の多様化

職場では様々な年齢の労働者が混在するとともにますます高齢化が進んでいる。労働力としての女性への期待も当然のようになってきているが、男女雇用機会均等についての考え方には改善の余地を多く残している。雇用・登用についての配慮、家庭における家事分担、とくに子育て、食事につちえの負担・分担問題はメンタルヘルス対策の大きな要因の一つである。

④職場規模の多様化

職場で働く人の多様性ととも職場規模や職場環境にも多様性が認められる。基本的には事業場のダウンサイジングが進行している。数多くの営業所や出張所などの分散事業場が増えているが、安全衛生や労務担当者の減少により分散事業場に対する産業保健サービスが、本社・支店や工

場などの大規模事業場でのサービスと同等のサービスが行われていない状況も指摘されている。さらに、分散事業場は極端に展開されて、SOHO（Small Office, Home Office）といった個人的なレベルにまで規模が小さくなっており、各種の情報発信もインターネットなどの手段でなされている。さらに、分散事業場で広域に少数の作業者が働いている状況下で産業保健サービスをいかに行うかが大切な課題になっている。とくに、メンタルヘルス対策は個別的な対応が一般的である時に、メールを中心とする対応をしなければならず、システムとして管理する必要がある。

多様性の多い職場環境で、職場に潜む「安全・衛生」のハザードやリスクを把握し、それを評価するマネジメントシステムの構築と職場環境への変化に対応できる体制づくりがメンタルヘルス対策には必要となっている。産業医や産業保健スタッフがそのシステムを動かす重要な立場にいることを自覚する必要がある。

2) 労働時間と過重労働

過重労働負担を考える場合、「労働時間」が健康障害のリスクファクターの一つであることが明らかとなり、このリスクファクターに対する措置が事業者に求められるようになった。産業医もその実務的対応を求められている。

（1）過重労働負担による健康障害（“過労死”を含む）の考え方

深夜や休日に及ぶ時間外労働や変形労働制による深夜勤務などによる健康障害としては、

①脳血管疾患および虚血性心疾患、

②うつ病など精神障害等（自殺を含む）

③高血圧、糖尿病などの作業関連疾患などの作業による増悪

が考えられる。

脳血管疾患・虚血性心疾患は、その発生の基礎となる動脈硬化、動脈瘤などの血管病変が、食事、喫煙などの生活習慣の諸要因で徐々に進行し増

悪する過程で発症すると考えられており、急激な過重労働負担は発症の誘発や発症を促す要因となる可能性が認められている。

とくに長時間労働が虚血性疾患や血圧に悪い影響を及ぼす報告が数多くなされており、和田によってまとめられている。それによると、平均労働時間が1日11時間を超えると虚血性心疾患の発生頻度が優位に上昇する。また時間外労働時間が60時間を超えると循環器疾患の発生が優位に高くなっている。長時間労働が心血管疾患に及ぼす理由としては、①睡眠不足による疲労蓄積、②生活時間の中で休憩・休息や余暇活動時間の制限、③有害物質などの負荷要因の対する暴露時間の延長などが考えられている。

精神的なストレス度に関係する要因説明モデルとして、“仕事ストレインモデル（job strain model）”や“努力・報酬不均衡モデル（effort-reward imbalance model）”などが提案されている。職業性ストレインは精神的に仕事量の要求が大きく、仕事の自由度が少なく、社会・職域での支持が少なく孤立しているとストレス度が高いことが報告されている。

健康障害の防止の方針としては、睡眠不足による疲労蓄積の解除、生活リズムの確立などの生活習慣の改善、上手なストレス対策が考えられる。これらの対策のためには「労働時間」に対する自覚が最も必要な要件になってくる。

過重労働負荷・“過労死”という考え方は、日本独自の考え方であり、欧米では「作業関連疾患」という概念に包含されている。日本では、脳血管疾患・虚血性心疾患やうつ病などの精神障害等の“過労死”が労災補償の対象とされている疾患であるので、作業関連疾患とは分離されて検討されている場合が多い。しかし、健康障害の予防対策としては、「作業関連疾患」として一般的に対応すればよい。

（2）労働災害補償状況からの健康障害要因の検討

最近発表された“過労死”の労働災害補償状況から健康障害につながる要因を検討してみたい。

①脳血管疾患および虚血性心疾患などいわゆる“過労死”の労災補償状況

“過労死”の労災認定は、労規則35条別表1の2の「9. その他業務の起因することが明らかな疾病」の項目で認定される。

平成13年度の「業務上と認定された件数」は全国で143件であり、平成12年度に比べて68%の大幅な増加を示している。労災申請された件数（690件）のうち、143件（20.3%）が認められた。認定された143件のうち、96件（67%）が脳血管疾患であり、47件（33%）が虚血性心疾患である。脳血管疾患の認定が13年度は2倍に増加しているのが特徴である。これは認定基準の改正によるものと思われる。

脳血管疾患としては、脳内出血51件（53%）、くも膜下出血30件（31%）、脳梗塞15件（16%）である。虚血性心疾患としては、心筋梗塞24件（51%）、心停止（心臓性突然死、不整脈など）15件（32%）、解離性動脈瘤5件（11%）などである。

性別は、男性が93%で、大部分を占めている。

平成9年～13年までの5年間の平均で、年齢別には、30歳代（21%）、40歳代（31%）、50歳代（38%）と年齢があがるごとに“過労死”になる可能性が増加している。ただ、30歳代で、平成12年から13年の間に、認定件数が2倍になっているのは注目に値する。業種別には、製造業（22%）、運輸業（16%）、卸・小売業（12%）、建設業（10%）が上位を占めている。

職種別には、同じ5年間の平均で、管理職（27%）、事務職（19%）、専門技術職（15%）、運転手（14%）、技能職（13%）が続いている。

以上をまとめると、脳血管疾患・虚血性心疾患では、脳血管疾患と心血管疾患の比が3：1であり、製造業、運輸業、卸・小売業などで働く管理職、事務職、専門技術職など高齢男性労働者で

多くの認定者がでている。

②うつ病などでの精神疾患などの“過労死”認定状況

精神障害の「業務上の認定」状況も平成13年度は70件に及び、前年度比約2倍になった。申請件数（265件）のうち70件（26%）が認められた。うち自殺者（未遂も含む）は31件（44%）であった。疾患としては、うつ病などの気分（感情）障害（F3）が約6割、神経症性障害・ストレス関連障害及び身体表現性障害（F4）が約4割である。平成11～13年の3年の総計で、年齢別には、20歳代が35件（29%）、30歳代が31件（26%）、40歳代が25件（21%）、50歳代が20件（17%）で、若年労働者に多い結果になっている。事業場でのメンタルヘルス不全症例も若年層に多い結果となっているのと一致している。

性別的には7割が男性で、3割が女性である。業種別に高いには、建設業（20%）、製造業（19%）、卸・小売業（13%）、保健・衛生業（13%）であり、職种的には、専門技術職（27%）、管理職（23%）、技能職（13%）、事務職（11%）、販売職（11%）である。

以上精神疾患では、うつ病などの気分障害の人やストレスの多い若い人が要注意である。職種別では研究開発部門や管理職がここでも要注意である。

（3）“過労死”予防・ストレス管理体制

（3）-①「労働時間」の把握

早出・残業・休日出勤などの時間外労働は上司が業務上必要に応じ日々命じることが基本である。フレックスタイム制にあっては日々の始終業時刻や時間外労働時間について使用者として把握する義務がある。裁量労働制であっても労働時間の確認を上司・部下で行い、長時間労働が健康障害のリスクファクターの一つであることをお互いに認識することである。一番大切な事は、自己申告する従業員本人が適正な労働時間を申告することである。

法的に決められた労働時間以外の「時間外労働」や「変形労働」については、労使が話し合っ
て労働条件を決めなければならない（労基法36条：36協定）ことになっているので、産業医としてはこの協定を熟知する必要がある。

法定の時間以外にも、“サービス労働”という「残業時間」をカウントせずに働く場合も多くみられる。労働時間というのは、労働者が持つ唯一の資産といってよく、その資産を大切にしたいものである。

長時間労働から過重労働負荷になりやすい従業員集団としては、

- ①深夜業を含む交替制勤務従事者
- ②裁量労働制など自分で時間裁量をしている労働者
- ③管理職等の労基法の適用除外者

があげられる。このような労働者の健康状態の把握のために、深夜業健診を実施している。対象者としては、労働安全衛生法66条の2の深夜業従事者の自発的健康診断の対象者に準じ、「6ヶ月を平均して1月当たり4回以上22時以降働いている労働者」（安衛則50条の2）を対象にあげている。

我々のグループの深夜業健診やVDT健診などでは、労働者本人が「残業時間」を記載する項を設けて「長時間労働」の把握につとめ、過重労働負荷やメンタルヘルス不全に対応している。本人は過小申告する事が多いので、健診の場では出社時間と退社時間を聞くことにしている。在社時間を計算すると残業ではなく“遊んで”会社にいるという珍事が認められる。

労働者自身が労働時間を大切にすることがなにより必要なことで、このための啓発活動を健診の事後措置に導入している。

（3）-②深夜業等を含む交替制従事者への対応
色々な種類の変形労働時間制導入にあたっては、当該作業員全員に自覚症状調査を実施して疲労度のチェックを行っており、シフトごとの疲労

度を確認している。この調査を期間毎に行い、健康障害防止に努めるとともにこの調査をもとに改善策を提示している。例えば、深夜勤務明けの睡眠への対策として、帰宅後早く入眠できるように、朝の強い太陽光にあたることを避けるためにサングラスをかけて帰宅させる方法を導入し、睡眠時間の確保に留意している。

（3）-③ “身体とこころ” の健康管理

基本的な考え方は、「生活リズムを確立し、生活習慣の改善を通して作業関連疾患をなくす」ことである。

脳血管障害・心臓の虚血性障害等のように「身体の疾病」として発病する場合と、うつ病・反応性神経症などのように「こころの疾病」として発症する場合が認められる。

（3）-③-① 「身体の疾病」の予防対策

「身体」の健康管理を考える場合に発症した疾病を管理する「管理」の段階と、疾病に罹らないように予防する健康診断・事後措置を中心とした「予防」段階、運動・栄養・休養を中心とした「発展」の段階にわけることができる（表 11）。

過重労働負荷・“過労死”予防では、なにより長時間労働による身体的な疲れをとる『休養』という「発展」段階の対応によるところが多い。労働者本人の「労働時間」管理への意識が必須である。

「予防」段階では、高血圧、高血糖、高脂血症、肥満などの有所見者の保健指導とともに、深夜業健診やVDT健診などの際に、肩こり・頭痛や動悸といったストレス要因からの不定愁訴への早期対応を指導することが必要である。

「管理」段階では、動脈硬化性病変、不整脈、高血圧、糖尿病などの基礎疾患管理を本人が積極的な自覚を強く持って進める必要がある。交替制勤務等によって高血圧・糖尿病などの基礎疾患が増悪する作業関連疾患にも注意が必要である。投薬管理をしている場合には、投与薬剤量などが適切であるかどうかの判断も必要になってくる。

脳血管障害・心臓の虚血性障害では、残余の機能を考慮しつつ職場復帰を図るのが基本的な原則である。さらに、不幸にして“過労死”がでた場合の原因追究も必須事項である。

（3）-③-② 「こころの疾病」の予防対策

「こころの健康」であるメンタルヘルスを考える「こころの管理」には、メンタル障害を発症した事例を管理する「発症管理」、兆候を管理し発症を予防する「発症予防」、ストレスに上手に打ち勝つ「こころの健康づくり」の3つの段階に分けることができる（表 11）。

「発症管理」では、まず、個別のケースにあわせて対応することが求められる。とにかく「要休養」の診断書が出される前に気づく「早期発見・早期治療」が原則である。産業保健スタッフとしては、主治医との連携に努め、本人と家族へのフォローアップが必要である。その際には、個人のプライバシーの保護が必須である。

ついで、早期の復帰にむけての支援づくりであり、精神的疾患の復帰判定の際には対象者の職場適応性の考慮が一番大切で、職場復帰は原則現場ということになる。職場の受け入れる余裕がない現在、完全に治癒してから復帰してもらいたいという現場の要求も強いところである。しかし、本人の適応能力を復帰診断時に完全に判断できないことも事実であり、リハビリ出勤という仮出勤制度化が望まれているが、仮出勤中の通勤災害や労災事故に対する懸念などから実現されていないのが現状である。しかし一部の企業では仮出勤を制度化する動きがみられる。

「発症管理」の職場復帰の際に、復帰への本人や家族の焦りによって復帰を急ぎ、失敗して再度の休職に陥る場合も認められるので、本人の復帰への焦りに感わせない十分余裕のある対応の仕方が必要である。そのためのネットワークづくりが必要である。

予防の段階の「発症予防：兆候管理」では、自己の気づき、周囲の気づきをもっとも大切である。

自己の気づきに対して、早期に対応できる相談窓口とそれを支援する体制づくりが必要である。問診票による調査や健診時の対応などが求められる。われわれのグループでは特殊健診、とくにVDT健診などではメンタルに関する自覚症状を10項目以上設けて、早期の対応を図っている。早期に本人自らが適当な相談窓口相談すると症状も軽く早期に職場復帰できることが報告されている。つまりは誰もが罹りうる疾患であるという認識が必要であり、教育・啓発の目標もこの点にある。

（3）-③-③ 発展段階

発展の段階では、十分なる「休養」をとるとともに「こころの健康づくり」では、いかにストレスとつき合うかというストレスマネジメントが中心的な課題になってくる。コーピング(coping)とは、「上手にマネジメントする」(managing successfully)ことである。現在のような職場環境にあっては、誰もがストレスを感じ、ストレス不全になる可能性があるという正しい情報の提供をする教育・啓発活動が最も大切な作業である。

企業での“過労死”予防対策・メンタルヘルス対策では、各個人に対する個別対応が直接的である。労働時間は労働者がもつ唯一の資産であり、その資産を健康的に有効に使用することに対する労働者自身の認識が一番大切な点である。時間外労働の多い労働者では生活が単調になり生活リズムの確立が難しくなっているため、このような労働者に対しての産業医の面談では、職場環境の急速な変化によって、すべての従業員が迅速性・広域性・多様性の3つの大きなストレス要因

(表 10)の中にいるという現実を説明し、本人が自覚的に自分の生活習慣を振り返る絶好の機会であることを自ら判断できるような指導・教育が必要になってきている。各個人がこれらの要因をどう自覚的に受け止め、積極的に対処できるかが“過労死”予防やストレス管理の中心的課題である。作業者本人の自主・自立した健康管理の確

立にむけての第一歩でありたい。

3) 多様な就業形態における労働衛生管理体制の整備

構内下請あるいは派遣労働者やSOHOなどの労働衛生管理においてどのような体制を整え、産業医はどのような役割を果たすべきかが問題になってきている。

企業では、バブル崩壊後の不景気の中、企業の生き残りをかけた企業変革が進行している。変革の特徴は、迅速対応、広域対応、多様性対応としてまとめることができる。

特に、多様性に対する産業医を含む産業保健スタッフの対応と管理体制の整備は、産業医の総括管理業務の重要な課題になってきている。

事業場での多様性の特徴は、①人的多様性、②職場規模の多様性、③産業保健サービスの多様性の3つに大別される。

①人的多様性

企業では非常な勢いでリストラが進んでいる。従業員の削減をはかり、新規採用を極力ひかえる方針がだされている。しかし、事業場によっては以前と変わらない従業員数が働いており、社員数の減少による労働力不足は、下請けに請負わせ、関係スタッフの削減分を派遣業者やアルバイトで補っているのが現状である。下請け、派遣業は労働形態のピラミッドの底辺を支えるものであり、建設業界で主に問題にされてきたが、製造業や一般業種にもますます多様性の高い就業形態が導入されてきている。同一事業場内での統括責任が重要な課題の一つになっている。

一企業に多種多様な労働者が混在して労働する状況下では、労働者一人ひとりが持つ職業意識等の背景が異なっていることが多く、事業場で働くための共通認識を教育する労働衛生教育が必要である。多種多様な労働者が共存共栄し、棲み分けていくかを指導・支援するという統括管理的配慮が求められている。有害業務のない職場での

安全衛生配慮義務は、直接的には労働契約を結んでいる社員に対して求められるが、事業場全体の安全衛生配慮義務は事業者に対する社会的要求になっている。同じ事業場内で働いている社員、派遣業、請負業、パートタイム、アルバイトなどの作業者が共存共栄を図りながら事業場の中で安全に健康に働けるような配慮が事業者には必要であるし、産業医を中心とした産業保健スタッフには安全衛生配慮義務への支援が求められている。

②職場規模の多様化

職場で働く人の多様性とともな職場規模や職場環境にも多様性が認められる。基本的には事業場のダウンサイジングが進行している。数多くの営業所や出張所などの分散事業場が増えているが、安全衛生や労務担当者の減少により分散事業場に対する産業保健サービスが、本社・支店や工場などの大規模事業場でのサービスと同等のサービスが行われていない状況も指摘されている。さらに、分散事業場は極端に展開されて、SOHO (Small Office, Home Office) といった個人的なレベルにまで規模が小さくなっており、各種の情報発信もインターネットなどの手段でなされている。さらに、分散事業場で広域に少数の作業者が働いている状況下で産業保健サービスをいかに行うかが大切な課題になっている。定期健康診断も今までのような一定時期に大規模で一斉に行うことから、誕生日月に作業者本人が自分の選んだ健診機関で行うといった新しい方式が利用されている。この際には健診機関の精度管理や他の健診機関との相関性等の問題にも対応しなければならない。さらに、健診結果の事後措置もメールで送信されることにならざるをえなくなるとメール発信のためのインフラづくりとともに個人情報の秘密漏洩などの対策も必要になってきている。

③産業保健サービスの多様性

間接部門の削減が急速に進んでいるなかで、産

業保健サービスの外注化（アウトソーシング）が急速に進行し、産業保健スタッフも就業形態の変化の渦に巻き込まれている。産業保健サービスの外注化のなかで我々が生き残るには、我々の専門性を高め、契約企業のニーズあったサービスができるかが重要になってくる。専門性を高めるには、種々の資格制度も有効である。産業医にも法的に「一定の要件」を求められ、産業保健サービスも選ばれる時がやってきている。

事業場の規模縮小にともない、単一事業場の専属産業医から、複数の事業場を担当する産業医になったり、多数の分散事業場を担当する嘱託産業医として契約することになったりと産業医や産業保健スタッフの身分も変動する現象も認められる。産業医の業務も『健康管理』業務中心からマネジメントと中心とする『総括管理』業務へと変化している。とくに、多様性の多い職場環境で、職場に潜む「安全・衛生」のハザードやリスクを把握し、それを評価するマネジメントシステムに対応する組織の一員としての産業医の総括管理業務が求められるとともに産業医としても職場環境への変化に対応できる体制づくりが必要となっている。

第6章 産業医の将来的な職務

労働基準法が制定されて以来、この約60年間に産業医の地位や業務が社会的な要請に応じて様々変化してきた。平成8年の労働安全衛生法の改正によって、産業医に「一定の要件」が付加されて以来、産業医への法的要求事項が非常に多くなってきた。一方、「一定の要件」を獲得した「認定産業医」の資格を持つ医師数の増加もほぼ年間3千人であり、総数も6万人を超える状況で推移している。このような情勢のなかで、産業医の将来を（1）産業医の職種の変化、（2）産業医業務の新しい展開を産業保健活動マトリックスから検討した。

1. 産業医の職種の変遷

製造職場の海外への展開による産業の空洞化と製造職場の規模縮小によって産業医を専属で雇用する企業数が減少している。事業場全体の使用者総数が1000人以上であっても、各事業場は50人以下の分散事業場である場合も多く、産業医の選任すら考慮されていない。職場の規模はますますダウンサイジングの方向に進んでいる。その分、産業保健は嘱託産業医に依存度が高くなる。実際、平成12年に行われた産業医選任の実態の労働省調査によると、選任率は75.8%であり、専属産業医は4.7%、嘱託産業医は95.3%という数字になっている。

嘱託産業医を中心に産業保健を展開していく場合に、開業を続けながら一部で産業医活動を続ける嘱託産業医が、どれくらい産業医活動に時間を費やせるかが課題の一つである。そのためには、中小事業場への産業保健サービスにはどのようなものが必要であり、どれくらいの時間が必要であるのかを定めなければならない。中小事業場への産業保健の特徴は、1) 有害業務を含む3K職場、2) 高齢化、有所見者の増加、3) 災害頻度の増加、4) 不安定な雇用契約である中途採用者、アルバイト、5) 経済的制約（下請け企業）、6) 専門家不足 等であり、産業医が産業保健の専門化として五大業務を一手に引き受けざるをえない状況も予想される。とくに日本の労働者の約2/3が働いている、産業医の選任も義務づけられていない50人未満の規模の事業場や従業員30人以下の小・零細企業への産業保健サービスの普及が課題の一つである。その対策の一つとしては、地域・職域を一体化したホームドクター制度の可能性が浮かんでくる。

ホームドクター制度の実現には、①開業医である嘱託産業医がどれくらい時間を産業医活動に費やせるか、②中小企業の産業医活動には、どのような職務があり、どれくらいの時間が必要か等の課題を検討する必要がある。産業医活動に必

要な時間としては、年間最低出務時間を40分/人×(人数)を見積もっている報告もある。産業医の業務と必要時間としては、①労働者数に比例する業務としての健康診断やその事後措置、健康相談、②事業場規模に比例する業務である職場巡視や、委員会等出席、各種調査など、③事業場ごとに同程度の時間が必要である産業保健活動の計画策定や関係官庁への報告、情報の入手等が挙げられる。ほとんどの中小事業場では産業医が産業保健の唯一の専門家として存在しているとして、必要時間と業務を見積もる必要がある。

さらに、日本医師会、産業保健推進センター、日本産業衛生学会などを中心とした産業医の生涯研修体制の確立が必要である。認定産業医は5年ごとの更新研修が義務づけられているので、日本医師会では生涯教育コースを設けているし、日本産業衛生学会産業医部会では産業医の専門性を高めるために「プロフェッショナルコース」を設定して活動を続けている。また一部の産業保健推進センターではケースカンファレンスを含む実質的な産業医活動を支援している。しかし、産業医の職務の位階性に応じた適切な指導がなされているようには思えない。産業医の職務の位階性が認められ、各職務のセル(棚)についての業務の整理がなされ、その業務についての系統的な生涯教育が打ち立てられなければならない時期に入っているように思える。そのためには、学会指導医・専門医や労働衛生コンサルタントなど自立した専門家集団による指導体制の確立が必要である。

2. 産業医業務の新しい展開

結核対策から成人病、生活習慣病対策など『健康管理』を中心に展開してきた産業医の業務は、『作業環境管理』、『作業管理』、さらに『教育・訓練』にまで業務範囲が拡大し、これらの管理を効果的に機能させる『総括管理・マネジメント』業務の必要性がますます強調されている。産業医

のマネジメントを効果的に支えるには、専門家のネットワークづくりによる総合的な産業保健対策が必要であり、産業保健スタッフや一般従業員の『教育・訓練』の充実に向けての指導的役割が求められる。

産業医業務で新しく展開するであろうと予想される課題を表 12 に示した産業保健活動マトリックスから検討した。

『健康管理』では「心とからだの健康づくり」が中心課題となり、自分の健康観に即した健康づくり、他者との共存共栄を求めるメンタルヘルス対策、生きがいシェアリング等が課題となろう。「健康管理室」は「健康づくり支援室」として、健康を「管理」する立場から健康への自助努力を「支援」するものに変化すると期待される。定期健康診断は自分の健康状態を見定める機会であり、事後措置は健康相談の場となると予想される。

『作業環境管理』では、「快適職場づくり」、とくに人に優しい職場づくりが課題となる。有害物質の事前評価と削減化、有害業務に対する情報公開の徹底によるリスクシェアの考え方を発展させなければならない。

『作業管理』では、「人に優しい作業」を中心課題として、自己管理による作業改善、作業評価法の一般化とマニュアル化、事前の作業評価制度の確立、人にやさしい機械設計などが展開していくものと予想される。

『教育・訓練』のうち〈生活習慣改善〉教育では、生活習慣を身近に見直す、自分にあった生活を作り直すということが中心課題となる。一方、〈作業習慣改善〉教育では作業習慣の自己評価を中心に作業改善のQC活動、つまり全員参加による作業改善が展開される。自己の気づきから行動変容へのステップである。

『総括管理』ではリスクアセスメントを行うためリスクを作業者が自分自身で評価・運用（「管理」ではない）する体制づくりが求められる。産業医にとっては『健康管理』の枠を越えた総合的

なマネジメントが必要になる。自立した産業保健スタッフによるネットワークづくりによる総合的な産業保健対策の確立が求められる。

文 献

- 1) 山田誠二：「かけだし産業医の覚書—囑託産業医の業務活動報告」、2001、産業医学振興財団、東京
- 2) 山田誠二、山田裕一：産業保健としてのストレス対策、産業衛生学雑誌 43：A7-A8、2001
- 3) 山田誠二：伝統産業の新しい変身 清酒製造業・朝日酒造を訪ねて、産業医学ジャーナル 23（1）：50-56、2000
- 4) 千田恭子、山田誠二：作業姿勢の改善と職場体操、労働の科学 52：792-795、1997
- 5) 佐野敦、山田誠二：職場における未病対策、医学のあゆみ 196：872-876、2001
- 7) 山田誠二：講座 総括管理（1）：総括管理とは一産業医に必要なマネジメント知識一、産業医学ジャーナル 24（5）：53-56、2001
- 8) 山田誠二：講座 総括管理（2）：労働災害防止計画と職場変化、産業医学ジャーナル 24（6）：38-45、2001
- 9) 山田誠二：講座 総括管理（3）：法的遵守を求められる項目のマネジメント—安全衛生管理組織・構成員と届出一、産業医学ジャーナル 25（1）：15-20、2002
- 10) 山田誠二：講座 総括管理（4）：法的項目の遵守のためのマネジメント（2）—職場巡視一、産業医学ジャーナル 25（2）：28-36、2002.
- 11) 山田誠二：講座 総括管理（5）：事業者の安全衛生配慮義務支援のための総括管理、産業医学ジャーナル 25（3）：50-54、2002.
- 12) 山田誠二：講座 総括管理（6）：職場復帰と適正配置、産業医学ジャーナル 25（4）：22-26、2002.
- 13) 山田誠二：講座 総括管理（7）：リスクア

- セスメントのマネジメント—製造事業場における化学物質管理への取り組みを中心に—
産業医学ジャーナル 25（5）：28—33, 2002.
- 14) 山田誠二：講座 総括管理（8）：健康づくり、労働衛生教育に関する総括管理。産業医学ジャーナル 25（6）：29—34, 2002.
- 15) 山田誠二：講座 総括管理（9）：情報の収集・活用・管理のマネジメント。産業医学ジャーナル 26（1）：19—25, 2003.
- 16) 山田誠二：「産業医活動」、「産業医学実践講座」（日本産業衛生学会近畿地方会編、南江堂、東京、p p 35—48, 2002
- 17) 山田誠二：作業環境改善のすすめ方、「産業医学実践講座」（日本産業衛生学会近畿地方会編、南江堂、東京、p p 113—115, 2002
- 18) 山田誠二：生物学的モニタリングからの作業環境管理、産業医学実践講座」（日本産業衛生学会近畿地方会編、南江堂、東京、p p 118—121, 2002
- 19) 山田誠二：産業医実務のポイント、「産業保健 21」第 33 号：16—19, 2003
- 20) 山田誠二：「産業医の Q & A」（第 7 版）、産業医学振興財団、東京、2003
- 21) 山田誠二：「大企業におけるメンタルヘルス対策」、「メンタルヘルスケア実践ガイド」（和田 攻ら編）、産業医学振興財団、東京、p p 51—65, 2002
- 22) 山田誠二：「労働時間」と健康管理—現場での過重労働負荷予防の考え方と対策、産業医学ジャーナル 16（1）：1—16, 2003.

2. 産業医に求められる新たな発想とスキル

研究協力者 宮本 俊明（新日本製鐵（株）君津製鐵所 専属産業医）

はじめに

産業医の活動として求められる範囲は近年増加してきている。

例えば、過労死・過労自殺への対応は、それまでの基礎疾患への対応から、「過重労働」そのものへの対応が不可欠となってきた。事故や災害あるいはSARSをはじめとする新興ないし輸入感染症への対策は、発生時のCrisis Managementだけでなく、発生リスクを評価して未然に防ぐというRisk Managementの対応が不可欠である。分社化、外注化、派遣労働の拡大、裁量労働制度の導入、成果・能力主義やワークモチベーションとメンタルヘルスの関係、などといった新たな労働形態への対応も求められている。少子高齢化への対応として妊産婦や子を持つ親が快適に働ける環境整備も産業医に求められている。企業が倒産や解散した場合の、従業員の心身のケアと企業が保有する健康管理情報の伝達等については地域保健との連携が不可欠だが、準拠する法もなく、産業医や保健師といった産業保健専門職が在籍している大規模事業場においては、彼らのボランティア的活動に依存していることが多い。

上記の全てを産業保健専門職が担当することは事実上不可能である。したがって、事業者や関係部門、専門的知識を有する衛生管理者、関係する行政当局、従業員および地域医療機関などとの連携が必須のものとなってきている。つまり産業医には医学専門能力だけでなく、事業場内部において関係部門をはじめとする医療職以外のメンバーとの協働体制づくりに関するVISION、優先順位付けや調整能力および現実的かつ具体的なアドバイスなどの課題解決能力といった、いわゆる総括管理に関するMISSIONが求められている。

そして、これらは従来の5管理という考え方では各管理の連携や優先順位が不明瞭で、実際的には対応できないことが多くなってきている。目的やVISIONがなければMISSIONは設定できず、MISSIONがあればOUTPUTが要求される。これはまさに労働安全衛生マネジメントシステム（OHSMS）であり、法対応という世界とは別次元の活動が要求されていることになる。

某社の健康管理の目的

OHSMSに基づく活動を行う場合は、活動目的が明確である必要がある。これは各企業における労働者の既得権益、現在の従業員の健康状態、事業（作業）内容、などによって大きく変わるものである。

某社においては、健康管理の目標を以下のよう

- (1) 当社は従業員の心身において、就業条件に関連する健康障害を起ささない。
- (2) 当社は従業員の健康保持増進活動を積極的

に支援する。

- (3) 全従業員は会社が提供する基本的な健康管理支援措置を受けることができる。
- (4) 全従業員は自分自身の健康の保持増進に努める。
- (5) 当社と従業員は職場環境の快適化に努める。

健康管理の責任の所在

改めて健康管理の対象分野毎に、管理責任の所在を大まかに分類すると【図1】のようになる。これは各対象者が義務として行うべきもの

の位置付けであり、例えば事業者が従業員に対するサービスとして行うものは考慮していない。

職業病対応が事業者責任で行われることに疑問の余地はない。有害性情報と曝露情報および特殊健康診断情報などを総合して、労働・職場が健康に与えるリスクのアセスメントを行い、リスク低減対策としては作業環境や作業方法等の維持・改善を行う。この際に労働衛生教育が不可欠であり、全体の計画を確実に推進するための管理も必要になる。

地域環境問題についても ISO14000 シリーズなどの影響もあって事業者が応分の負担で責任を果たすというシステムができつつある。

私傷病としてのガン対策は個人での対応に加えて、死亡原因として社会に与える影響を考慮すれば、個人と地域社会が負担すべき問題であろう。

健康増進活動による将来の医療費抑制は地方や国の課題として、企業に依存せずに地域社会で対応すべき問題であることが明確になってきている。

作業因子が全く含まれない生活習慣病は個人の責任で管理すべきものであることに疑問の余地はない。すなわち、健康診断結果および生活習慣情報などを総合して、個人の健康に関するリスクアセスメントを行い、リスク低減対策は保健指導や治療導入などということになる。

作業関連疾患は、疾病の発症や増悪に関与する数多くの要因の一つとして、作業に関連した要因も考えられる疾患のことであり、作業に関連した程度に応じて事業者責任があると考えられる。すなわち健康診断結果および労働負荷の評価などを総合して、労働と個人の適合性に関するリスクアセスメントを行い、リスク低減対策は作業負荷の軽減や職場環境の快適化あるいは配置転換といった就業上の措置の実施、および保健指導や治療導入となる。さらに近年は事業者責任範囲が広く捉えられてきている。

過労死・過重労働への対応

特に過労死については【図2】に示すように、基礎疾患が生活習慣や遺伝に基づく動脈硬化性疾患であり法定健康診断項目にも含まれることから、狭義の健康管理という範疇で考えると生活習慣病対策が健康管理の主題と捉えられがちである。しかし、脳血管疾患や虚血性心疾患などによる突然死事例は、過重労働対策が万全であれば過労死ではなく、基礎疾患有所見者（ハイリスク者）への就業上の措置と保健指導が万全であれば、企業の安全配慮義務違反の可能性も減って、純然たる私傷病（健康診断では予見できない突然死）ということになる。これが健康増進活動などで発症リスク低減化が可能なものであれば、操業への影響や企業イメージ低下等の企業リスクを避け、従業員の不幸な出来事を避けるという、自発的な従業員サービスである福利厚生活動でカバーするという意味合いになる。

つまり、本来事業者責任として行わなければならない産業保健活動には、労働に関連する健康障害を確実に、かつ効率的に防止するための戦略（Strategy）が必要である。これまでの一般定期健康診断は過労死対策を旗印に、有所見者のうちハイリスクとされる者全員に対して確実な治療や保健指導とともに配置転換や作業内容への介入等の措置を行うことが行われてきた（High-Risk Strategy）。これは過労死対策としては十分ではなかったことが明らかであり、最近の過労死対策として行政が提示した方針は、過重労働そのものへの対応として全労働者への強制力を持った上限値を決め、上限値を下回ることを事業者責任で行う MISSION とし（Population Strategy）、一定の時間外労働を行った者については健康状態を確認し、加えてハイリスク者への対応を行う、という斬新なものとなっている。

産業保健活動の基本ステップ

産業保健活動を確実に、かつ効率的に行うためには、通常は以下の4つのステップによる対策を行う【表1】【表2】。これまでの法令は、これらが混在しているため、結果的にステップバイステップになっておらず、健康確保対策の優先順位付けや実施方法検討の際に、混乱を来たしかねない状況がみられた。

OHSMS では法令の内容を含んだうえで、安全および健康上のリスクに基づく自主対応型の対策の実行を前提としており、職場に存在する安全衛生上のリスクを適切に評価し、優先順位を付けて効果的な対策を実行することになる。

第1ステップは、労働による健康障害発生のリスクを許容レベル以下にすることである。この場合の許容レベルとは、「ほとんどすべての労働者に健康障害が生じないレベル」である。労働強度や労働時間などによりレベルは変動するが、“ほとんどすべての労働者”ということは労働者側にも例外があるということの意味する。労働者には様々な健康状態や体質の者がいるため、例外なく全員に問題がないレベルという状況を達成することは困難であることが予想されるからである。このような、いわば例外的な（特別な）健康状態の労働者に対しては、第2ステップ以降の対応に委ねられることになる。

第2ステップは、労働者の職務適性を向上させることである。労働衛生教育の実施や人間工学的な職場改善、健康増進活動などは、労働者の作業適応能力を高めることにつながり、活動内容によっては第1ステップの「例外的な健康状態の労働者」の大半が例外扱いしなくても構わない状況を構築できることがある。フィンランドでは国のスローガンが「産業保健と労働能力を全ての人に」であり、ここでいう第1ステップと第2ステップの実践に傾注して成功を収めつつある。高齢化社会におけるひとつのモデ

ルになりうると考えられる。

第3ステップは、例外的な（特別な）健康状態にある労働者の職務適性に応じた就業上の配慮である。実際には休職者の復職復帰事例や主治医からの診断書の提出などによって病態が把握されることも多いが、このようなハンディキャップを有する労働者においても、配置への配慮、労働時間や負荷への配慮、個人のための特別な環境整備などを行い、例外的な健康状態であっても就業によって健康状態を悪化させない（健康保持）ように配慮する。就業の配慮によって労働者の収入が変動するなど生活基盤への影響が考えられる場合もあるため、十分に労働者に対して説明と同意が必要であることに留意すべきである。

第4ステップは、見逃された健康障害の早期発見である。本来であれば第1から第3のステップによって、全ての労働者の健康は保持されるはずであるが、職場環境は常に変化していることが多いため、多様な健康状態との相互関係を完全に把握することは不可能であると考えられる。すなわち、新規化学物質や新発見および健康状態の変化などにより第1から第3のステップの前提条件が変動することも考えられる。したがって、健康障害の早期発見のために特殊健康診断等が必要となる。この際、法令遵守は当然だが、健康障害要因固有の標的臓器や量反応関係を考慮して適切な検査指標を用いることが肝要であり、場合によっては法で規定された項目以外の内容を積極的に行う必要があることも考えられる。なお、第4ステップで発見された健康障害は、その状況に応じて第3ステップの対象となり、健康障害増悪を防ぎ、回復に向かわせることになる。

これら第1から第4のステップを行う際に注意すべき点は、労働者の個人情報が含まれることから、プライバシーの保護、人権に関する諸問題、その他の倫理的事項について、産業医を

はじめとする産業保健専門職は十分に配慮する必要がある、実際に措置を行う事業者についても同様であることを十分に認識しておく必要がある。

メンタルヘルスの場合

メンタルヘルスの問題については、前記の産業保健基本ステップの第1ステップがよくわかっていないという特徴がある。それは個体要因の変動幅が大きいことによる【図3】。また、抑うつ状態は数週間で完成するのが通例であり、定期健康診断情報に頼ることができないことから、セルフケアやラインによるケアが推奨されている。つまり第2ステップとして心の健康づくり活動を行い、第3ステップとしてメンタル不全者への職場の配慮を徹底し、本人あるいは周囲の産業保健専門職ではない者による第4ステップを行う、ということになる。そして発見された異常（疑い例を含む）を速やかに産業保健専門職あるいは外部専門医療機関につなぐという対応が必要となる。全体として産業保健専門職は、コーディネーターやアドバイザーに徹するほうがよい場合が多い。

したがって、従来の5管理では全く対応できないことがあり、メンタルヘルス体制の構築を別途行っている事業場も多いが、前記の基本ステップを考慮して戦略を考え、対策の優先順位と実施可能性と実効性を検討すれば良いことに気が付く。

産業保健スタッフと事業者と労働者

産業医を中心とした産業保健専門職と、事業者および労働者の関係を、現在の法規に準拠した活動を行う場合を例に【図4】に示した。判断結果と措置実施の内容にみを記載している。ここで、判断にいたるまでの基礎情報収集とリスクアセスメントのベクトルを考えると実に多様であることが判る。また、リスク低減対策に

についても、設備要因に向く場合、作業条件や標準作業方法の改善に向く場合、あるいは個人のクセや保護具といった個別要因に向く場合、など様々なベクトルが考えられる。これら全てを従来の5管理で表現することは困難であり、OHSMS および前記の産業保健活動基本ステップなどに立ち返って、発想を転換していく必要があることは明白である。

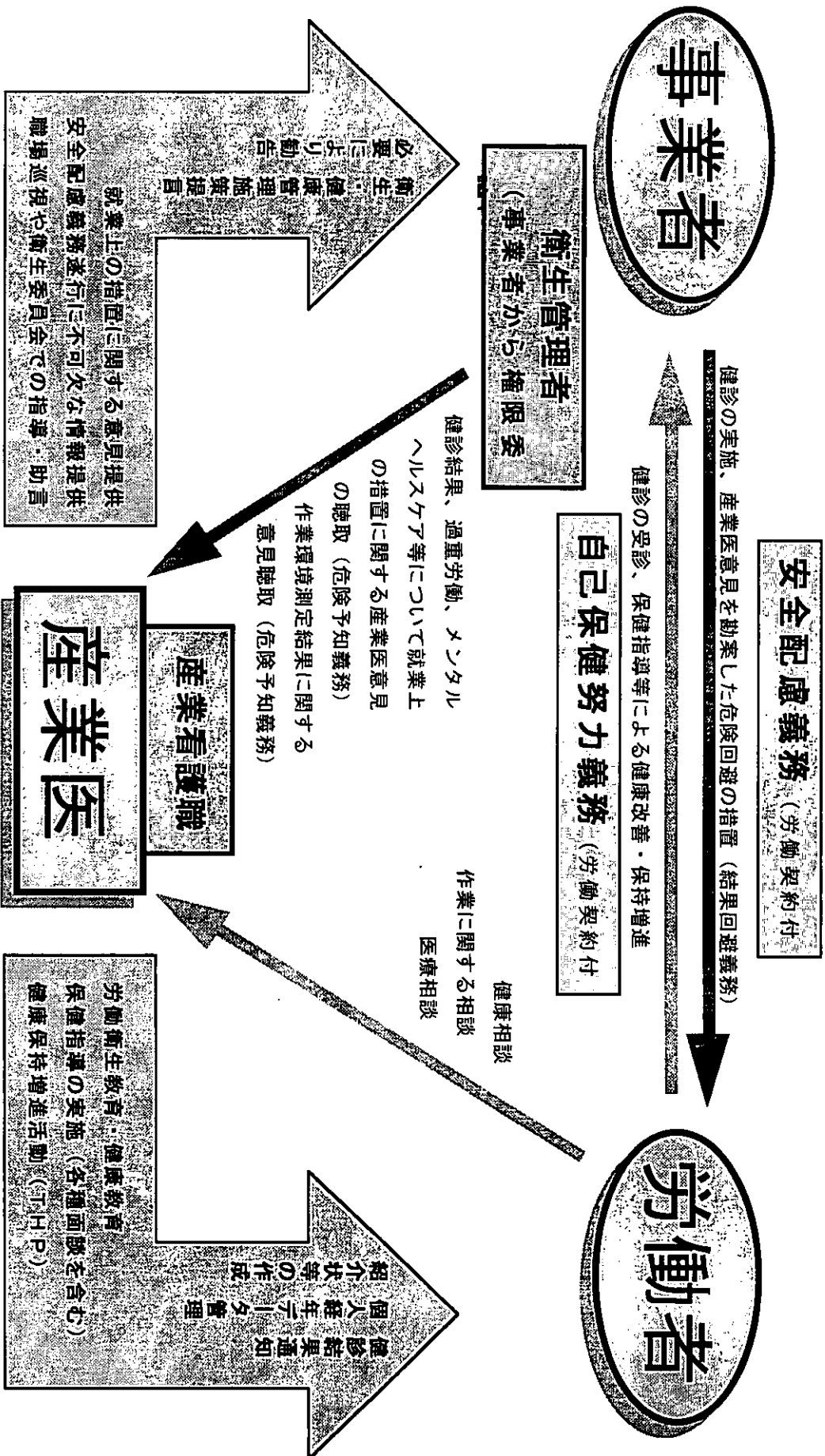
おわりに

我が国の産業保健活動は健康診断を基本軸に据えることが多い。労働者の既得権益として健康診断を継続することは排除しないが、産業保健専門職は健康診断に過度に依存することなく、OHSMS に基づき、より確実で実効性が高く、事業者と労働者の双方からの付託に応えることができる産業保健活動を志向しなければならない。

【参考文献】

- 1) 寶珠山務. 「過重労働とその健康障害：いわゆる過労死問題の現状と今後の課題について」. 産衛誌 2003;45:187-193
- 2) 森晃爾. 「マネジメントシステムによる産業保健活動」. 労働調査会. 2003. 東京

【図4】労働安全衛生法からみた事業者・労働者・産業保健専門職



3. 産業保健活動の評価：産業保健業務の可能性と展望

研究協力者 海道 昌宣（P&G 本社 健康管理室 北東アジア統括産業医）

はじめに

産業保健活動といった場合に、その範囲を狭く設定し、健康診断とその事後措置といった感覚を持っている人が多いかもしれない。しかし世界の先進国の中で一般健康診断が法律で義務付けられている国は、極めて少数派である。ここで産業保健をより広く考え、企業の従業員（労働者）のすべての健康に関することに取り扱う業務と仮定してみよう。そうなった場合、より広い視野で企業への貢献の可能性を見通すことができるようになるかと私は考えている。

当社では、品質管理や安全衛生に関わる業務だけでなく産業保健業務についても社内での要求基準があり、その要求基準が満たされているかどうかをチェックする監査体制ができています。わたしは、それを監査し指導していく立場にいますが、同時にその監査基準の作成などにも関与してきました。業務内容の評価をといたことを基本にし、構築される外資系企業である当社が世界的に展開している産業保健活動について述べるとともに、企業の統括産業医として将来の産業保健業務のあり方についてどのように考えているかといった事について私見を述べる。

A. 評価するという事

私がここ数年間、業務に取り組む際、幾つかの格言を念頭においているが、その中に次のものがある。「In most cases, no matter what it is, if you measure it and reward it, people will try to excel at it」つまり「どんな事であり、ほとんどの場合、評価し、それに報いれば、人々はそれに優れようと努力する」ということである。評価はそれだけ人々の行動・努力の原動力となり、評価することがどれほど物事を遂行する上で重要かということを強調している。しかし、ここでもう一つ注目しなければいけないことがある。それは「どんな事であり、..」といったくだりである。評価基準や方法が目的から外れている、あるいはピントがずれている場合でも、間違った方向に強く人々の行動を引っ張ってしてしまうのである。

私が主に携わっている産業保健の統括業務を振り返ってみると、この評価基準をどのように管理するかといった事に多くの時間を費やしている。

業務を遂行する上で必要な評価の概念

評価の既成概念

多くの方々か評価というと、「試験」を思い浮かべるのではないであろうか。学力試験、入学試験、入社試験などである。しかし、これらの試験は今からお話する評価の概念の中では特殊で、残念ながらあまり産業保健の評価には活用できない。その一番の問題点は「順位をつける評価」「評価のための評価」

という人々を差別化に駆り立てる評価だからである。ただ、どうしてもこの様な既存概念が染みついてしまっている我々が、評価の規準なり、評価方法を考えると、どうしても知らぬ間に我々が今まで経験してきたこの概念に立ち戻ってしまう。そしてあまり効果的でない努力、時としてあまり意味も無く人を苦しめる状況を作り出しがちだと感じている。

評価の目的

評価をする際に最も重要な事は、その目的がどれだけ明確になっているかである。最近マネジメントシステムという手法が日本にも導入されてきているが、その第一のステップである方針、目的といったことが重要なのである。

一般の健康診断の評価を例にあげて考えてみよう。いろいろな評価ポイントが考えられる。受診率、敏感度、特異度、従業員満足度、費用、健康診断の質、..。でも私がいつも疑問を持ち悩むのは、やっていることがその本来の目的や方針に合っているのかという事である。恥ずかしながら、私自身この健康診断の本当の目的が明快に理解できていない。そして今までいろいろな方々にお聞きしても、あまり明快な回答といただいた経験に乏しい。これは法律要求項目なので、こんなことは議論の余地無く「やるべきこと」なのかもしれないが、もし、その目的が「労働者が働くことで健康を害しているかどうか、できるだけ早く見つけ出し早期に対応する」ことだと想定しよう。その評価基準を真剣に考えると、どうしてもその目的と年1回健康診断という

行動の選択が適切か、妥当かといったことも考慮する必要がある。「健康を害しているかどうか、できるだけ早く見つけ出す」には、年1回では遅すぎるのではないかという疑問が湧いてくるからである。健康診断以外の方法も視野に入れて考える必要があろう。これはマネジメントシステムで評価した後に、連続的な改善に結び付けていく過程で常に検討すべき事であるが、評価方法を考えるという事はそれ以上の事なのである。上記の議論で言えることは、一般の健康診断の目的は私が仮定したもの以外だということかもしれない。どちらにしろ、評価を真剣に考える、あるいは本来のマネジメントシステムを考えるという事は、こういった議論を活性化していく。

これらの議論でわかるように、評価方法を考えるということはすべてのプロセスやシステムを考えるとといった事につながってくる。健康の事がよくわからない人がこの評価基準を考えると、費用や受診率といったことに焦点が絞られるかもしれない。冒頭で述べたように、それが人々の行動にどのような影響を与え、それがどのような結果を招くのかは容易に想像できよう。そして多くの場合健康診断の費用や受診率はしっかり測定されているので、この部分は常に健康診断の実施に大きな影響を与えている。

どうしても経験した行動を繰り返してしまう

集団に対する産業保健活動をする上で産業保健職が陥りやすい問題がある。健康診断などでの問診票では、病気の現病歴、既往歴、家族歴、職業歴といったことに焦点を絞った質問で評価しようとする事が多い。病院で病人への対応の延長として健康診断をしているのである。そしてその質問の多くは「あなたには問題がありますか?」といった質問を、あまり健康に問題を感じていない多くの従業員に行うのである。病院への受診者はほとんど何らかの治療を求めているから、こういった情報は多い方が、良い判断・治療に結びつく。しかし、この対応を大多数が健康な集団に行うと、チェックをかければかけるほど「異常者」が出てくる。努力をすればするほど問題が膨れ上がっていくのである。そして何を目的にしていたかという事も忘れてしまうほど、ただただ忙しくなってしまう。企業では限られた資源で最大の効果を出すことが求められる。実際の効果を出すために必要な情報は本当に現病歴、既往歴、家族歴、職業歴なのであるだろうか? 職場環境のこと、働いてい

る状況、生活習慣などはどれぐらい重要なのかといったことを問い直してみる必要があろう。

ポジティブな質問とネガティブな質問

そしてこれらの「あなたには問題がありますか?」といった質問で「集団」を評価しようとした場合、もっと大きな問題に直面することがある。そして企業経営者や組織の管理の専門家にはあまり理解しづらい、受け入れがたいことを主張するはめになってしまう。

この「問題がありますか?」という質問は、先に述べたように問題点をどんどん挙げてくるものである。しかし、組織や企業の評価を専門とする部門、あるいは外部コンサルタント会社などが社員の状況を評価するために使う質問票のほとんどは、ポジティブな質問、つまり「あなたは健康ですか?」といったものである。

このポジティブな質問とネガティブな質問には大きな違いがある。産業保健や企業の中で、ポジティブな質問は多くの場合ポジティブなことだけでなくネガティブなことも評価できる。しかし、ネガティブな質問はネガティブな事しか評価できない。「健康ですか」といった質問では、「大変健康な人」、「まあ健康な人」から「あまり健康でない人」や「健康でない人」まで見出す事ができる。そしてこの質問は、大多数が健康な集団の状況をよりよく評価するのに大きな意味を持つてくる。これに対して「病気ですか」といった質問で「病気でない」ということはブラックボックスで、組織がどれだけ健康かといったことにあまり明快な答えが出ない。大多数が病人の集団である病院での質問はネガティブな質問が効果的だが、大多数が健康な集団に対してはポジティブな質問が重要で、そういったことを十分認識していないと、大多数の人の認識や要望を無視した対応をするようになる。

マイナスからゼロを目標にする評価と、マイナスからプラスを目標にする評価

「病気でない」ということと「健康だ」ということは全く違う事を意味している。病気や事故をゼロにするといった事を目標にしている健康管理部門、安全衛生部門が、効果的な取り組みをすれば、企業としてのこの様なマイナスはどんどん減りゼロに近づくであろう。しかし、それは永遠にプラスにはならない。「病気だ」とかいた場合、その次に「どこが、どのように悪いのですか?」といった

質問続くように、「健康だ」といった場合も「どのように健康なのですか？」「何が健康なのですか？」と続くのである。

我々医療職や安全衛生を担当する者は「病気」や、事故といったことを大変よく理解している。しかし、その逆と認識されている「健康」のことを本当に理解しているのだろうか？世の中に病気の名前は到底覚えきれないほど多数分類され、その治療法もどんどん発達してきている。しかし、我々は人々の「健康な状態」について同じように分類できていないし、それを促進することについてあまり熱心ではなかったのではなかろうか？「健康」を短絡的に「病気でない状態」と理解していただけないだろうか？

歴史的に環境が悪くマイナスが大変大きい場合、その対策が大きな効果を出してきたが、現在そういったアプローチではあまり効果が出なくなっている。そして彼らが本当の意味で価値を感じるのは、しばしば「より健康になる」ことで、その根本的な要求と我々が現在も取り組んでいる姿勢とはずれが生じているように思う。そしてもし「より健康になる」ことが重要であるならば、「健康」というプラスが測定できるような評価方法をもっと開発しなければいけない。少なくとも企業組織集団全体の健康度を見るようになった場合、病人が何人かだけを把握する事は片手落ちで、健康で生き生きした従業員がどれぐらいいるかという事も把握する努力をし、その要素を分析し学んでいく必要がある。「失敗や病気に学ぶ」ということから「成功や健康に学ぶ」という態度への転換を考える時期に来ている。この大きなパラダイムシフトの要求は、様々な影響力をもっている。現在日本でも少しずつ定着してきている「自主対応の促進」においてこの成功体験の積み重ねは必要不可欠な概念なのである。

変化に効果的についていける

私は、産業保健の監査員として、色々な事業所の産業保健の状況をチェック評価している。そして、改善への提案や指導をしている。そういったことをすることは大変効果がある。そのような機構を持つことで、企業リスクのマネジメントがどの程度できているのか把握することができる。

急速に社会的な企業リスクの状況が変化してきても、そのような監査体制を持っていれば、その要件を監査のチェックリストに加え、短時間に世界に散らばるすべての事業所でし

っかりした対応を確立することができる。会社として戦略を持って極めて効果的に取り組むことができるのである。

またこの監査体制をもつことで、優れたシステムを全世界で共有することができ、監査の際のチェックリストもどんどん改善していくことができる。つまり監査する側も、される側も PDCA サイクルが効果的に回ることで、継続的な改善が行われるのである。

評価の際の注意点

評価の際の注意点とそのための戦略

わたしは実際に韓国や日本の管轄する事業所の監査に行きチェック項目を一つずつチェックしている。そういった監査を長らくして幾つかの問題点を感じていることがある。どのような業務を評価するにしろ、常に限られたポイントしか評価できない。ごく一部しかチェックできないということである。多くの場合、監査が終了すると私が指摘した問題部分がリストアップされ、改善プランが立てられ実行される。問題点に対して消し込み式の業務改善が行われるのである。

監査自体は大変効果的に業務を促進するが、そこには3つの大きな注意点を感じている。1つ目はそのチェックポイントだけが改善され他の部分から注意から外れてしまうことである。そういった問題への解決策として、統括者は定期的に評価基準なり、あるいはその焦点、優先順位なりを変更している。前編で述べた理由から「試験」を例にして話をするのは抵抗があるが、わかりやすいので「試験」をあえて例にする。同じ試験問題を何度も出していると、その試験問題のことしか勉強しなくなるので、試験問題を定期的に変えるのである。そういった評価基準の調整は会社の統括者の重要な仕事だと感じている。試験問題の選択、あるいはそのやりかたは強力に勉強のやり方、努力の仕方に影響を与える。

2つ目の問題点は、実際のところもっと深刻である。評価の対象が、スタンダードかされたプロセスやシステムに生っている場合、そういった部分について細かく評価はしていると、実際に業務を行う担当者は自主性を失ってしまう。しばしばこの中で人は担当者も含め機械の一部品のような形で業務に参加する。このようなプロセスやシステムをスタンダード化したものでは業務遂行者はあまり考えなくてよい。むしろ独創的なことは多くの場合好まれないのである。そして機械のライ

ンをコントロールするように業務が進められる。

それぞれの業務を遂行する者が考えることを停止し自主性を失いスタンダードを押し付けた側に従属的になることである。プロセスだけを動かすという認識、行動様式になり、何か問題があった場合でも、自ら考え努力して解決方法を模索しなくなる。真剣に考える事を放棄し、常に業務の指示を統括者に仰ぐという態度になるのである。

それを防ぐには、業務プロセスの押し付けを避け、業務結果かその目的に焦点を絞って評価することが重要である。常に何のためにしているのかという目的、業務結果に基づきながら新しい取り組み方をしていくことを奨励するような評価が必要なのである。

3つ目の問題点は、これもプロセスやシステムをグローバルスタンダード化した場合に起こりやすいが、その強力な「均一化」要求により多くの地域・国から反発を招くことである。現在のグローバル化でのデファクトスタンダードあるいは経済均一化競争でもわかるように、このやりかたではローカルの多様性、良さを根こそぎ破壊してしまうのである。そうならない場合でも先に述べたように多様な地域に適応すれば法律、慣習などと二重構造になるなど逆に非効率的になってしまうこともある。業務の重要性やその優先順位は当然その個々の状況で異なっているわけですからそういったことも無視しているのである。

評価の可能性への私見と展望

こういった私の業務の性格上、長い間産業保健業務の評価をどのようにしたらいいかについて考え続けて来た。当初、どんなことでも100%評価できないので、そのキーとなる重要ポイントを探し出しうまく評価することに思いをめぐらしていた。その根本概念は「求めるものの100%は評価できないが、それにどれだけ近づけるかが重要だ」といった考え方である。この考えだとどうしても評価点が多くなる傾向がある。しかし、最近私は「評価」自体に関してもっと進んだ見解を持つようになってきた。それはある意味でもっと楽天的かもしれないし、ものすごく厳しいことかもしれない。その概念は芸術や人間の評価の発想から来ている。芸術では絵、音楽、詩や文学、その他の様々な映像芸術にしろ特定の部分を極めて誇張し表現している。そしてそれに触れる人に強い影響力を与えてくれる。これらの評価は100%からの減点

方式の評価であろうか？ 決してそうではない。評価する事により人間の可能性を無限に高め、最も人間に精神的、感情的な活力を与えてくれる評価なのである。それこそが生きている人間をより生き生きとしてみたいと信じている。現在、こういった要素をどれだけ私が行っている評価という業務に注ぎ込む事ができるかを模索している。

B. 産業保健業務展開の可能性

私は産業保健には次の3つの業務展開の可能性がある日頃から考えている。

1. 健康に関するリスクマネジメント
2. 健康的な組織作り、組織の活性化
3. 戦略的な福利厚生

これらの取り組みとその評価をどのようにしていったらよいかといった事についてできるだけ簡潔に説明したい。

1. 健康に関するリスクマネジメント

古典的な職業病の予防と、危機管理項目

職業病・職業関連疾患への対策、職場での感染症への対策など古典的なものも重要である。また最近、危機管理の一環としての災害・事故時への初期対応といった事についても産業保健でカバーされるべきであるといった議論が一部で出ている。これらの問題については、どの国でも法律的な業務要求があり、まずその法律で要求されていることを基本にして行うやり方が必要である。

しかし、実際に取り組む内容については必ずしも現地の慣習を守っているだけでいいとは限らない。グローバルに業務を展開する外資系企業が特定の有害化学物質の取り扱い方について、その法規項目がないからといって、国ごとにその管理のやり方を変えていけば、将来的には産業保健ダンピングといった非難を受けることになる。環境や産業保健上、日本ではこれらの物質を扱うために環境上あるいは労働者の健康上の規制が多く、多大のコストがかかるから、それはそういった制約がない国で行うといった考え方は通用しないばかりか、今後、社会的に企業姿勢を問われることになってくると思われる。また、そのようなリスクのある生産は契約生産にして企業外に出しても、ある米国系のスポーツシューズメーカーがインドネシアで子供なども含め労働環境の悪い企業に委託生産していた事が社会的に消費者から非難されたように、企業姿勢が問われる事態は今後、避けられなく