

厚生労働科学研究費補助金（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

- healthy organizations. Good practice in workplace health promotion (WHP) in Europe, Models of good practice. Essen: European Information Centre, 1999.
15. European Network for Workplace Health Promotion. Luxembourg Declaration on workplace health promotion in the European Union. Essen: European Information Centre, 1997.
 16. European Network for Workplace Health Promotion. Cardiff Memorandum on workplace health promotion in small and medium sized enterprises. Essen: European Information Centre, 1998.
 17. European Network for Workplace Health Promotion. Quality criteria of workplace health promotion. Essen: European Information Centre, 1999.
 18. 労働省労働衛生課. 平成 11 年度版職場の健康づくりガイド. 東京: 労務行政研究所, 1999.

厚生労働科学研究費補助金（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

表 1. 欧州における職域ヘルスプロモーション（WHP）の取り組みの歩み

| 年 | 内容 |
|------|--|
| 1986 | WHO オタワ憲章制定：ヘルスプロモーションの定義 |
| 1988 | WHO 専門委員会報告：労働者のためのヘルスプロモーション |
| 1989 | EC 枠組み指令（Council Directive 89/391/EC） 生活労働条件改善欧州財団：WHP に関する調査開始 |
| 1995 | WHO：すべての働く人々に対する産業保健世界戦略 |
| 1996 | WHP に関する欧州ネットワーク設立 |
| 1997 | ルクセンブルグ宣言 |
| 1998 | WHO 欧州地域事務局：欧州ヘルス 2 1 カルディフ・メモ |
| 1999 | WHP の品質基準 社会保険組織の WHP ネットワーク |
| 2000 | 公衆衛生の新戦略（EC） |
| 2003 | インターネットによる季刊 ENWHP ニュースレター発刊 |

表 2. 欧州における職域ヘルスプロモーション（WHP）の課題（欧州財団，1997）

1. すべての国に WHP を広めることを保証する。
2. すべての職場に WHP を広める。
3. 従来の労働安全衛生システムとの融合を図る。
4. 小規模事業所で使える WHP モデルを開発する。
5. WHP に関する情報を第一線の担当者に伝える。
6. 社内の人事労務厚生システムを有効に利用する。
7. WHP の宣伝を効果的に行う。
8. 専門家以外でも使える WHP 方法を開発する。
9. 産業医や安全衛生専門家を WHP に巻き込む。
10. 欧州で実施された WHP の費用便益分析を行う。
11. WHP の欧州モデルの評価を行う。
12. 関係者に対する教育訓練を拡充する。
13. 地域保健・労働衛生政策レベルで WHP の位置付けを明確にする。
14. 国や国際レベルでヘルスプロモーション機関の政策を WHP に向けさせる。

出典：文献 4) 第 11 章の内容を要約して作成。

表 3. 職域ヘルスプロモーション（WHP）に関するルクセンブルグ宣言

（WHP 欧州ネットワーク，1997）

-
- ・ WHP の定義
 - － 働く人々の健康と福利を改善するための雇用主，従業員および社会の共同の努力
 - ・ WHP の方策
 - － 業務組織と作業環境を改善する
 - － 積極的な参画を促進する
 - － 個人の発展を促す
 - ・ WHP の特徴
 - － 将来に備えての企業の投資戦略
- "Healthy People in Healthy Organization"
-

出典：文献 15) から抜粋

表 4. 中小企業における職域ヘルスプロモーション（WHP）に関するカルデイフ・メモ

（WHP 欧州ネットワーク，1998）

ネットワーク加盟諸国は中小企業が最大のターゲットと考え、次の 5 つを提案する。

1. 中小企業における健康問題に対する関心を高める。
 2. 中小企業で行われた WHP の模範事例を集め、広める。
 3. 中小企業での WHP の便益を利害関係者に広める。
 4. 中小企業と主要な代表機関との連携を図る。
 5. 適切な WHP モデルの開発をサポートする。
-

出典：文献 16) から抜粋

表5. 職域ヘルスプロモーション（WHP）の品質基準

（WHP 欧州ネットワーク，1999）

基準1. WHP と企業ポリシー

WHPが成功するかどうかは、それがマネジメントの重要な責任であると認識され、現行のマネジメントシステムの中に統合されているかどうかにかかっている。

- a. 組織は WHP に関する明文化された企業哲学を持っている。経営幹部は完全にこの哲学を支持しており、その実施に積極的に貢献する。
- b. ヘルスプロモーション対策は組織における現行の構造とプロセスの中に正当に位置付けられている。
- c. 組織は WHP のために十分な資源（予算，スタッフ，場所，追加訓練など）を供給する。
- d. 経営幹部がヘルスプロモーション対策の進捗状況を定期的にモニターする。
- e. 職場の健康問題は訓練および再訓練（特に経営幹部に対する）の重要な要素である。
- f. すべての従業員が重要な健康関連施設（休憩室，売店，スポーツ施設など）を使用できる。

基準2. 人的資源と業務組織

WHP に関わる人的資源と業務組織上の最も重要な課題は、従業員の技能について考慮することである。WHP の成功に関わる決定的な要因は、すべての従業員が計画や意思決定にできるだけ多く積極的に関わることである。

- a. すべての従業員が業務遂行上必要なスキル（健康に関わる能力を含む）を有する、あるいはそうしたスキルを獲得する機会が与えられている。
- b. 従業員が過重労働や過少労働にならないように業務が組み立てられている。
- c. 従業員が単に個人的にキャリア形成が図れるような可能性が与えられているだけでなく、そうした可能性が特に業務組織対策を通じて創られる。
- d. すべての従業員が職場の健康問題に積極的に関与する機会を与えられている。
- e. 上司は部下をサポートし、職場の雰囲気をよくする。
- f. 長期間の病気休業が終わって復職する際に、組織は従業員（特に障害を持つ従業員）が再び働けるような調整策を講ずる。
- g. 組織は仕事と家庭生活とがより一層調和するような方策をたてる。

基準3. WHP の計画

継続的なレビューを受け、改善され、全従業員に伝えられる明確なコンセプトに基づいているときに WHP は成功する。

- a. ヘルスプロモーション対策は組織全体を対象とし、すべての部門に伝えられる。
- b. ヘルスプロモーション対策は健康関連の情報に基づいて実施される注意深く定期的な分析に基づいている。そうした情報としては、業務上のストレス、健康指標、自覚的訴え、リスクファクター、事故率、職業病、病気欠勤、組織の利害関係者全員、特に従業員の期待が含まれる。
- c. 従業員は全員、社内広報によって WHP 計画の全体像について知らされる。

基準4. 社会的責任

WHP 成功のもう一つの決定的要因は、組織が天然資源の取り扱いに関する責任を果たすのか、それをどのようにして履行するのかということである。社会的責任には、ローカルレベルで、あるいは地域、国、国際レベルでヘルスプロモーションの取り組みに対してどのように支持するのかという組織の役割が含まれる。

- a. 人あるいは環境に対して有害な行為を避けるために、明確に定義された行動（環境保護マネジメントシステムによって）をとっている。
- b. 組織は健康に関連した社会文化福祉活動を活発に支持する。

基準 5. WHP の実施

WHP は健康を増進するような業務デザイン対策と健康的な行動に対する支持対策から成る。こうした対策が永続的に組み合わせられ、体系的に実施されるとき、WHP は成功する。

- a. 組織の内部にヘルスプロモーション対策を企画し、モニターし、評価を行う運営委員会、プロジェクトグループなどがある。組織内で健康に関連している主な部門はすべてこうしたところに代表を出す。
- b. ヘルスプロモーション対策の企画と実施に必要な組織内外のすべての情報が体系的かつ定期的に収集される。
- c. すべてのヘルスプロモーション対策に対して標的グループと定量可能な目標が設定される。
- d. 健康的な行動を促進するための対策に加えて、健康に良い業務組織や業務デザインのための対策が実施され、組み合わせられる。
- e. すべての対策が体系的に評価され、継続的に改善される。

基準 6. WHP の結果

WHP の成功は短期的、中期的、長期的な指標によって測定できる。

- a. 実施されたヘルスプロモーション対策について、製品やサービスに対する顧客の満足度に関するインパクトが体系的に分析され、そこから結論が導き出される。
- b. 実施されたヘルスプロモーション対策について、業務組織、リーダーシップスタイル、参画の可能性、労働安全衛生計画などに対する従業員の満足度に関するインパクトが体系的に分析され、そこから結論が導き出される。
- c. 実施されたヘルスプロモーション対策について、欠勤率、事故発生率、ストレス度の高い作業条件の改善、提出され実施された改善のための提案数、健康的なライフスタイルプログラムの使用、リスクファクターのレベルなどの健康指標に関するインパクトが体系的に分析され、そこから結論が導き出される。
- d. 実施されたヘルスプロモーション対策について、従業員の転職率、生産性、費用便益分析などの経済的指標に関するインパクトが体系的に分析され、そこから結論が導き出される。

出典：文献 17)

5. 米国の産業医教育

研究協力者 堀江 正知（産業医科大学産業生態科学研究所産業保健管理学 教授）

概要 日本と米国における産業医等の教育について、文献調査を実施した。日本においては、産業医の資格は労働安全衛生法に規定されているが、米国においても、産業医を含めた産業保健専門職の養成が卒後教育であることは同じであるが、法令による資格や選任の規定がないこと、産業医は企業経営に貢献することが期待されていること、学会の専門医制度に一本化されていることなどが異なっている。また、専門医の教育や試験は、専門医の学会とは独立の組織が担当している。同様に、公衆衛生学大学院の評価も独立の組織が担当している。以上の調査内容を和訳して示した。

A 目的

米国における産業医の専門教育の方法と実態について調査すること。

B 方法

米国において収集した資料およびインターネットで公開されている資料を基に、文献を調査した。その内容を和訳し、概念的に整理した。

C 結果

1 産業医の位置づけの相違

米国の OSHA 法は、日本の労働安全衛生法とは異なり、企業に産業医の選任義務を課しておらず、産業医の専門性に関して一定の要件を規定していない。しかし、大手企業の一部は、医師と契約し、労働者の健康管理を依頼している。その主な理由には、

（1）民間保険会社と契約している労災保険の給付額を抑制することにより、企業が支払う保険料を下げたいということ、（2）長期病欠者の職場復帰あるいは退職を促進することにより、病欠による休業補償の総額を下げたいということである。したがって、企業と契約しようとする医師側は、これら企業が求める専門的知識を修得することをめざして、医学部卒業後の専門臨床研修において職業病の治療や予防から発展した産業医学を選択する。企業側も産業医学の専門研修修了者であれば高い雇用条件を提

示する。このようなことから、契約した医師は、企業の経営を支援する立場となる。

一方、日本の産業医の職務においては、作業環境や作業の改善、メンタルヘルス対策、労働者の健康増進活動なども求められているが、米国の企業では、医師でなくても可能な機能は労働単価の安い職種が担当することが多く、インタストリアルハイジニスト、看護師や保健師、カウンセラー、トレーナーなどが活躍している。

2 ACOEM の FACOEM

米国では、医師に限らず各分野の専門家が、市場経済の競争原理の下で通用するための民間認証制度が発達している。産業医学の専門医は、職場の疾病予防対策や労働者の健康管理を担当する専門医の一つとして、ACOEM（American College of Occupational and Environmental Medicine、米国職業環境医学会）が授与する FACOEM（Fellow American College of Occupational and Environmental Medicine）という専門医制度に統一され、企業において経営に貢献する医師として活躍しているほか、産業医学科の専門外来や専門クリニックで FACOEM を持つ専門医が活躍するなどこの資格が広く社会で通用している。

ACOEM は、1916 年に当時の米国で繁栄を誇っていたシカゴの工場医たちが、働く人々と環境の健康と安全を守るための民間組織として設立された職能

団体であり、学術と実践の両面で専門職の活動を支えてきた。現在もシカゴ市郊外に立地しており、その正会員資格は、産業医学または環境医学の分野の業務に従事する医師に限られているが、非医師でも、PhD、ScD（科学博士）、DrPH（公衆衛生学博士）または関連分野のEdD（教育学博士）の博士の学位を持つ者に準会員の資格があり、医学生、臨床研修医、レジデント（専門研修医）で産業環境医学に興味を持つ者も学生／研修医会員に応募することができる。また、産業環境医学分野に従事する非医師で修士の学位を持つ者、補助医師（physician assistant＝米国特有の資格）、ナースプラクティショナーは、関連会員に応募することができる。ACOEM会員には、後述する生涯教育の機会、専門職相互のネットワーク形成、会員割引での学会等の企画への参加、学術誌JOEM（Journal of Occupational and Environmental Medicine）の無料購読、指導的職位での就職機会、学術および行政情報の提供などの特典がある。

3 ABPMの産業医学専門医試験

米国では、教育と資格認定あるいは組織とその評価などといった本来独立に存在するべき機能は、それぞれ独立のNPO（非営利法人）が受け持つという仕組みが徹底している。そのため、FACOEMを取得するための産業医学の専門医試験（Board Examination）は、専門医の集合体であるACOEM自身が行うのではなく、別のNPOとして1948年に設立されたABPM（American Board of Preventive Medicine、米国予防医学専門医委員会）が実施している。米国では、予防医学科が内科や外科などの臨床各科目と並ぶ専門科目の一つと位置づけられ、産業医学は予防医学科に含まれている。ABPMは、1949年にABMS（American Board of Medical Specialties、米国医学専門医委員会）から予防医学科の専門医認定機関として認証されており、予防医学科の専門医試験を担当し、1949年から公衆衛生学、1960年か

ら一般予防医学、1953年から宇宙航空医学、1955年から産業医学の専門医試験を区別して実施するようになった。1983年からは公衆衛生学と一般予防医学が統一され、現在は、宇宙航空医学および産業医学を合わせた3分野となっている。また、サブ専門領域として1993年から潜水医学（2000年から潜水/高気圧医学）、1995年から医学中毒学が追加されている。1998年からは10年間の有効期限付きの認定となり更新制度が導入されている。

ABPMは、予防医学科の専門医試験の受験資格として、臨床研修を修了し予防医学を専門に活動している医師であることに加えて、(1)産業医学レジデント研修を受けていることおよび(2)MPH（Master of Public Health）あるいは同等以上の教育を受けていることを求めている。ただし、1984年1月1日以前の卒業生については、訓練と経験の実績の要件（基本履修4分野として、生物統計学、疫学、経営管理、環境保健について修めていること）を満たしていればよいとしている。

予防医学科の専門医は他科と比べてそれほど多くはなく、2003年7月現在でABMSが公表している専門医免許保有者は、公衆衛生/一般予防医学が3,374人、産業医学が2,970人、航空宇宙医学が1,131人の合計7,475人で、現役の専門医の述べ人数761,764人の1%にも満たない。また、ABPMによると、1949年から2004年までに授与された専門医資格数は表1の通りとなっている。試験問題は非公開であるが数年前からアイルランド産業医学会（Irish Society of Occupational Medicine）がその一部を使用する契約を交わすなど国際化に向けた動きが見られるほか、2003年度からは試験会場に集めて実施するのではなくコンピューターを使用した試験方式を導入するなど電子化にも積極的に取り組んでいる。

4 産業医学レジデント研修

産業医学レジデント研修は、内科、家庭医学科、または救急医学科のレジデント研修を3年間修了し

た医師を対象として大学病院などが2年間で実施している。産業医学レジデント研修についても、大学組織とは別のNPOであるACGME（Accreditation Council for Graduate Medical Education）というに設置されているRRC（Residency Review Committee）の予防医学科担当部門が、外部評価により認証する仕組みになっている。ACGMEは、レジデントに対する実際の指導體制はどうか、記録はきちんと保存されているかや企業などにおける実践研修が十分に行われているかなどにより、各大学の研修内容を評価して1～5年の有期で認証を与えている。その際、ACGMEの評価者は事前提出資料を求めて詳細に点検したうえで、実際に大学を訪れて施設や記録を確認したり、スタッフだけでなく研修生に面接したりして評価を行っている。万一、認証を受けることができなかつた場合は、大学としてその分野の専門教育ができなくなり、診療、研究、収入、社会的信用など多方面で大きな損害を受けるため、大変な努力を払って関係資料を作成している。現実突然の認証取り消しはないが、仮認定のうえ指摘箇所を早急に改善して再審査を受けるという手続きになっている。

5 公衆衛生大学院

MPH (Master of Public Health) の学位は SPH (School of Public Health、公衆衛生大学院) における大学院教育で取得する。ただし、大学院は単位制なので、産業医学レジデント研修期間内に、SPHに通学して必要な単位を取得してしまえばよい。SPHは、医学以外からも看護、栄養、衛生、統計学、理工学、社会学など幅広い分野からの出身学生を対象に公衆衛生のさまざまな領域で大学院教育と研究を行っており、MPH以外の修士や博士の学位も授与している。SPHも独立のNPOであるCEPH (Council on Education for Public Health、公衆衛生教育協議会) が、SPHについて表2に示す事項を評価して、最長7年間の有期で認証を行っている。SPHは、この認証がなくて

も MPH の学位を授与することはできるが、専門機関として研究費を取得するには CEPH による認証が事実上の条件になっていることなどから、認証には敏感である。この認証は、英国など北米以外の SPH にも取得の動きがある。

6 CME と PRA

米国においては、医師が医業を行う際に州政府ごとにも免許が必要であることおよび認定更新が必要であることが特徴的であり、ABPMをはじめほとんどの専門医認定においても認定更新制度が導入されている。これらの認定更新は、AMA (American Medical Association、米国医師会) による CME (Continuing Medical Education、生涯研修) を受けているかどうかで評価されている。CMEは、その医師の専門的な知識と技術、および患者サービス等で求められる医療活動の質を維持向上するのに有用な教育として、医師の間で広く認知されている。CMEを行う団体や組織についても、AMAとは独立のNPOであるACCME (Accreditation Council for Continuing Medical Education) が、CME単位を発行するのに適格であるかについて認証を行っている。ACOEMは、独立性、客観性、科学的厳格性、バランスを確保することによってACCMEによる認証を受けており、春にAOHC (American Occupational Health Conference)、秋にSOTAC (State-Of-The-Art Conference) という二つの学術大会を実施して、集中的なCME研修を実施している。一方、専門医試験を行うABPM自身はCMEを直接実施しない。2002年のACOEMのAOHCとSOTACの課題を表3に示す。社会事情を反映したテロ対策や保険制度の改訂などの課題が目立つ一方で、職業病や中毒学などの課題も挙げられている。

CMEは2つのカテゴリーに分かれている。カテゴリー1に分類されるのは、(1) 州医師会やACCME承認団体の活動において受けた時間数、(2) ACCME承認教材 (テキスト、ビデオ、インターネット、電

子ファイル）による自己学習の単位、(3) 査読制度のある学術誌の論文の筆頭または第二著者(10 単位、年 1 回のみ)、(4)査読制度のある学術誌等に関する試験や評価を含む活動(1 単位)、(5) CME の申請登録をしている医学会での発表(5 単位、年 1 回のみ)や教育の講師(1 時間教育で 2 単位、年 10 単位まで)、(6) 専門医資格取得(25 単位)、(7) MPH や医学系の学位の取得(25 単位)、(8) ACGME が認証した研修のレジデントやフェロー(1 年間 50 単位)、(9) AMA が事前承認している国際学会への出席時間数、(10) 欧州 CME 協議会(EACCME)により承認された会議の出席時間数、(11)AMA が特別に認定した活動、(12)CME パイロット教育プログラムへの参加である。カテゴリ-2 の単位は、(1)同僚や専門家からのコンサルテーション、(2)医学研究やオンライン学習、(3)ACCME 未承認教材による学習、(4)他の保健専門職への教育、(5)権威ある医学文献の読書などである。ボランティア活動、各種の協議会や委員会活動、専門医師としての日常的活動は CME 単位にはならない。

近年、AMA は、取得 CME 単位数に応じて、期限付きの PRA (physician's recognition award) を与えている。1 年期限の PRA は、CME50 単位でそのうち 20 単位をカテゴリ-1 から取得し、また、少なくとも半数の単位は医師の専門領域で獲得されなければならない。PRA 資格は、全米 19 の州政府において診療免許に必要な CME 基準として認められているとともに、1987 年に各学会が共同で医療機関の外

部評価を行うための発足させた JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization、医療機関認証共同機構)は、病院医師が PRA 資格を取得していることを求めているなど、徐々に普及している。

7 専門医制度と NPO

専門医制度に関連する教育機関や団体は、必ず NPO による外部評価を受けている。外部評価を行っている NPO は、大学院や専門職の組織と機能をさらに専門的な観点から評価しなければならないために、その高度な任務を担う専門委員を、教育機関や学会などさまざまな利害団体に推薦させた一流の専門家に委嘱している。これらの専門委員は、実際に現地に派遣されて提出資料の記載内容を確認したり現場を点検したりするほか、評価方法についての改善策を提案したりしている。その一方で、各 NPO の事務局そのものは主として教育学や政策学(Public Policy)の修士や博士による専門的事務職員によって構成されており、組織が効果的かつ効率的に機能するようにそれぞれの知識や技術が発揮されている。さまざまな専門医団体やその認証団体は、もともと AMA (American Medical Association、米国医師会)の機能の一部であったものが、本来の機能を発揮するために分かれて独立組織となったものである。米国においては、この独立性こそが、NPO による専門医制度を社会における統一的な制度として政府を含め広く認知させていると考えられる。

厚生労働科学研究費補助金（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

表1 予防医学分野の専門医資格授与数（件）

| | |
|---|-------|
| 宇宙航空医学 Aerospace Medicine | 1,357 |
| 産業医学 Occupational Medicine | 3,332 |
| 公衆衛生/一般予防医学 Public Health/General Preventive Medicine | 1,900 |
| 公衆衛生 Public Health (- 1982 年) | 1,867 |
| 一般予防医学 General Preventive Medicine (- 1982 年) | 546 |
| 予防医学専門領域合計 | 9,002 |
| 医学中毒学 Medical Toxicology | 28 |
| 潜水医学 Undersea Medicine | 10 |
| 潜水/高気圧医学 Undersea and Hyperbaric Medicine | 178 |
| 予防医学サブ専門領域合計 | 216 |

表2 CEPH（Council on Education for Public Health、公衆衛生教育協議会）による公衆衛生大学院認定基準

使命、目的、目標

基準1 その学校が明確な形式でかつ公開された使命を持ち、目的と目標を掲げていること。

組織の体制

基準2A（外的体制）その学校はより高度な教育を行う認定を受けた機関の必須部門である必要があり、その機関における専門的教育組織と同等の独立性とそれにふさわしい位置づけでなければならない。

基準2B（内的体制）その学校には、教育と学習、研究とサービスを実施するための組織的な体制がなければならない。その組織的な体制は、学際的な会話、協力、共同研究を促進しなければならない。また、学校における定義に従って、専門的な公衆衛生の価値、概念、および倫理を育成しなければならない。

経営

基準3 その学校の事務と教員は、学校管理と学術施策に関して明確に定義された権利と責任を有していなければならない。それが適切な場面では、学生は学校経営に参画する役割を担うべきである。

資源

基準4 その学校は、明言した使命と目的およびその組織としての研究とサービスの課題を達成するための適切な資源を持たなければならない。

教育プログラム

基準5A 学校は、公衆衛生の基盤知識となる最低5つの領域において、公衆衛生学修士（MPH）

厚生労働科学研究費補助金（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

または同等の専門的修士学位をめざした、明言した使命と目的を反映したプログラムを提供しなければならない。その学校は、その使命と資源に合致するならば、専門的または学術的若しくは他の専攻分野の他の学位を提供してもよい。

公衆衛生の基盤知識の分野には次のものを含む：

- 1 生物統計学－健康データの収集、保管、復元、分析および解釈；健康関連調査および実験の企画と分析；および統計データ分析の概念と実践
- 2 疫学－人間集団における疾患、障害、死亡の分布と決定因子；人間集団の特徴と変動；および疾患の自然史と健康の生物学的基盤
- 3 環境保健科学－生物学的、物理学および化学的要因を含めた集団の健康に影響を与える環境要因
- 4 保健サービス管理－保健プログラムの企画、組織、経営、管理、評価および政策分析
- 5 社会科学および行動科学－公衆衛生課題の認知と解決に関連した社会科学および行動科学の概念と手法

基準 5B 5A で示された各専門課程プログラムは、最低限、各学生が次のことができることを保証しなければならない。a) 公衆衛生の基本的な知識の領域が理解されること、b) 地域の健康課題を解決するために基本的な公衆衛生概念および特有の知識を応用することについての技術と経験を得ること、c) 蓄積される経験を通して知識の統合が示されること

基準 5C 5A で示された各プログラムにおける一つ一つのプログラムや専攻分野は、明確な学習目標がなければならない。

基準 5D それぞれの学位として適切な内容で、各学生が、規定の学習目標を達成できたかどうかを評価し記録するため、および公衆衛生の実務や研究の職務につくための備えができてい

かどうかを確認するための手続きが存在しなければならない。
基準 5E もし、その学校が学術的な学位のカリキュラムも提供しているのであれば、それをめざす学生は公衆衛生の課題の理解と包括的な公衆衛生の教育に関することについて習得するよう促されなければならない。これらのカリキュラムは明示された学習目的に沿って欠くことができないものであるほど、公衆衛生知識としてなるべく十分に基礎的なものを包含していなければならない。

基準 5F その学校は、公衆衛生の基盤知識の5つの特定分野のいずれかに関連する最低1つの博士学位を提供しなければならない。

基準 5G もし、その学校が共同学位プログラムを提供しているのであれば、専門的公衆衛生学位に求められるカリキュラムは、単体の公衆衛生学位と同等でなければならない。

基準 5H もし、その学校が非伝統的な形式や方法を用いた学位プログラムを提供しているのであれば、これらのプログラムは、a) その学校の使命に沿ったものでありかつその学校における確立された専門分野のものであり、b) 明瞭に示される学生の学習成果を厳格に評価しつつ進められ、c) その学校や大学での他の学位プログラムと同じ質を維持するための管理を受け、d) 成人の学習者の特徴とニーズに配慮しかつ取り入れた学習体験が計画され、評価されなければならない。もし、その学校が非伝統的なプログラムを提供しているのであれば、学校はそれらのプログラムの実施に必要な、管理、旅行、対話および学生サービスを含めた支援を行わなければならない。その学校は、教育と学習の方法論を査定することおよびプログラムの改善に向けて体系的に利用することのために、その実施方式の学術的有効性を評価するプログラムも実行しなければならない。

研究

基準 6 その学校は、その使命に沿った研究プログラムの実施を追求しなければならない。その研究を通して、教員や学生が公衆衛生の活動改善をめざす研究を含め公衆衛生の向上のための知識基盤に貢献しなければならない。

厚生労働科学研究費補助金（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

サービス

基準 7 その学校は、その使命に沿ったサービスプログラムの実施を追求しなければならない。そのサービスを通して、教員や学生が公衆衛生の生涯教育を含めた活動に貢献しなければならない。

教員

基準 8A その学校は、その規模、学際的な性質、教育上の備え、研究および教育の能力、および活動経験に応じて、その学校の使命、目的、目標を十分に支援することができる明確に規定された教員がいなければならない。

基準 8B その学校は、有資格の教員を募集し、採用し、昇任させること、教員の能力と成果を評価すること、および教員の専門性の向上と発展を支援することのための明確に規定された施策と手続きを持たなければならない。

基準 8C その学校は、多岐にわたる教員を募集し、保持し、昇任させなければならない。また、有資格者に、年齢、性、人種、障害、宗教または国籍とは無関係に平等の機会を提供しなければならない。

学生

基準 9A その学校は、学生の募集と入学の施策、およびその学校において公衆衛生分野でのキャリアを積む力を伸ばし得るさまざまな学習活動を上手に利用できる質の高い人物を選別し入学させるために計画された手続きを持たなければならない。

基準 9B 募集、入学、および学位授与に関する記述要件や規約は、個々の応募者や学生に対して、年齢、性、人種、障害、宗教または国籍とは無関係に平等に適用されなければならない。

基準 9C 学生のために学術的な助言を行うための明確に示されかつ利用できる体制が存在しなければならない。同様に、キャリアや進路に関する助言をすぐに利用できる体制が存在しなければならない。

基準 9D 学生は、適切であれば、学校やプログラムの評価の手続き、施策の適用および意思の決定の実施に参加的役割を担わなければならない。

評価と企画

基準 10A その学校は、その使命、目的および目標に対するすべての努力を評価し、監視すること、さまざまな対象者へのサービスについての学校の効果を査定すること、将来、その使命を達成できるよう企画することのための明白な工程を持たなければならない。

基準 10B 公衆衛生教育協議会（CEPH）の認定を受ける目的のために、その学校は自己評価による分析を実施し、このマニュアルのすべての基準に対応するための自己調査文書を準備しなければならない。

表3 アメリカ産業衛生学会（ACOEM）における研究課題および教育講演課題（2002年）

2002年春季大会（AOHC）

1. 医療機関の労働安全衛生
2. 視機能スクリーニング検査
3. 聴力保護プログラムの効果の評価と改善
4. PTSDと復職
5. 障害者の管理：効果的アプローチの実施と評価結果
6. 職場におけるテロによるばく露の制限

厚生労働科学研究費補助金（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

7. OSHA300 の記録保管
8. 国際的な場所による臨床資源の検出と評価
9. 偏頭痛の生産性への影響—ある職場での介入
10. 企業健康達成賞検査者の訓練
11. 保健医療機関における空気感染性生物学的有害要因
12. 職業性聴力保護プログラムにおける専門指導者の役割と資格
13. 障害とは何か、またそれはいかに測るか
14. MRO における論議
15. 産業環境医学における最近の研究
16. 産業保健における単なる生存でなく成功
17. 軍隊における産業環境医学の臨床的チャレンジ
18. 公安医学におけるテロ：その前、その最中、その後
19. HIPAA はいかにあなたの組織に影響するか
20. エネルギー省研究開発機関における医学サーベイランスプログラム
21. 企業集中：合併、買収、統合、分社化を超えた存続
22. 国際産業環境保健
23. 産業環境医学専門医のための最新の臨床医学
24. 産業環境医学における根拠に基づく医学、研究成果および実践ガイドラインの応用
25. 世界旅行におけるリスクへの準備
26. 産業医学における屈曲矯正手術
27. ウェブによる環境保健および医学の教育/試験
28. 産業環境医学臨床医のための携帯情報端末（Palm-OS）
29. 国外居住者の安全と医学的リスク：緊急事態への準備
30. 健康障害と医療サービスの争い：いかに費用封じ込め政策が健康障害を長びかせるかを理解する
31. 仕事中毒の役員と職務—バランス回復のための試み
32. 災害への企画
33. 21 世紀の労働者の安全と健康
34. 生物兵器テロに対する公衆衛生面の備え
35. ACOEM、エルゴノミクスおよび法令の問題
36. 産業環境医学における電子社会
37. 偏頭痛による企業全体の生産損失を構築する
38. 旅行医学
39. 予防医学の専門性—資格認定と再認定
40. 労災保険コストの低減対策
41. 営業用自動車運転手の認定における応用事例
42. 遺伝子検査の現状の課題
43. 職場における精神障害の管理
44. アメリカにおける最高の企業健康プログラム
45. 職場における医学的に説明できない症状や症候群
46. 職場集団における疾病の罹患率と生産性の損失の関係を記述する
47. 産業保健ケアにおける保健サービス研究の優先順位
48. 障害者のリハビリテーション：職域センターの役割
49. C 型肝炎：雇用者にとっての意義
50. コンピューターによる反復ストレス外傷（RSI）の治療/予防のためのマウス/キーボード技術の訓練
51. バイオテクノロジーおよび薬品産業への医学サーベイランス支援

厚生労働科学研究費補助金（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

52. 健康と生産性
53. 医学討論の根拠に基づく解決
54. 医学サーベイランスプログラムモデルの構築
55. 労働災害の治療における新しい治療法
56. 企業の出張旅行者とストレス、時差、緊急事態：政策上の重要性
57. 偏差の縮小、質の向上、費用効果の向上のための合意基準の活用
58. テロへの対応
59. 事業場の安全：労働災害の結果
60. アメリカの医療保険制度の将来展望
61. 効果的リハビリテーションと職場復帰：芸術とスポーツ分野の高度に動機づけられた労働者の教え
62. アメリカにおける農業移民

教育講演

1. 中毒学シリーズ：臨床神経毒性学
2. 一般医療最新シリーズ：偏頭痛、胃食道逆流症、前立腺がん、一般皮膚疾患
3. 職場環境シリーズ：世界の職場での新興感染疾患へのチャレンジ
4. マネジメントシリーズ：マネジメントとリーダーシップの新動向
5. 産業医学におけるコードと給付
6. 産業環境保健サービスの戦略的な結果の改善
7. 産業保健サービスの市場発見と調査
8. 労働組合について医療部長が知っておくべきこと
9. 契約とビジネス法に関して産業環境専門医が知っておくべきこと
10. 職業病シリーズ：職業性喘息および免疫学的肺疾患
11. 筋骨格系障害シリーズ：上肢の健康問題に関する新しい臨床的知見
12. 企業産業医学シリーズ：健康便益と生産性の両立
13. 環境医学シリーズ：水、どこにもある水ーしかし飲料水として安全か（また魚の食事はどうか）？

2002年秋季大会（SOTAC）

1. AMA ガイド第5版を使用した障害の評価
2. MRO（Medical Review Officer、薬物検査専門医官）の薬物およびアルコール検査集中コース
3. 中毒学と心理学
4. 営業自動車運転手の医学検査者
5. 疫学、環境、およびポストゲノム時代の健康
6. OSHA（Occupational Safety and Health Administration、労働安全衛生局）の基準は鉛作業者の保護に適切か？
7. 発がん物質、バイオマーカーおよび疾病予防：アフラトキシンを規範に
8. 肺がんスクリーニングの放射線学的側面
9. 直腸がんスクリーニングの現状と将来
10. 心血管疾患のリスクアセスメントとマネジメント
11. 休業と出勤に対する労働者の高齢化の影響
12. 産業環境保健の重要課題と研究動向ーアジア太平洋、中央東欧、アフリカ、西欧、ラテンアメリカ
13. 人間工学のジレンマ：不確定な法的環境における産業保健政策
14. 疼痛の管理

厚生労働科学研究費補助金（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

15. 健康管理の技術
16. 筋骨格系障害と職場：IOM（医学研究所）報告書
17. テロ

教育講演

1. 腰痛の効果的なケア：科学的根拠と将来の動向
 2. 環境医学シリーズ：想像を超えた事態の事前、最中および事後の措置、大災害の産業環境保健影響の緩和
 3. 道義的な交渉術と協力関係の構築
 4. HIPAA（医療保険の携行性と責任に関する法律）の準備は万全か
 5. 医学情報
 6. 職業病シリーズ：職業性ばく露と上気道
 7. 筋骨格系障害シリーズ：手の外傷と手の痛み
 8. 企業産業医学シリーズ：疾病管理プログラム—企画、実施、分析
 9. 職場環境シリーズ：職域における空気感染性疾患の検出と制御
 10. 個人保護具—重要な意思決定の材料
-

6. グローバルに事業展開する米国企業の産業保健の現状

研究協力者 森 晃爾（産業医科大学産業医実務研修センター 所長）

研究要旨

グローバルに事業展開する米国企業の現状を調査した。コスト効率のよい産業保健を企業活動の一部として指向する傾向が強く、進出先の関連会社を含めたプログラムの標準化や、実効性を上げるためのマネジメントシステムの導入が行われていた。このような産業保健を展開するために、総括産業医等の産業保健スタッフに対して、採用や昇進時の専門性の要求と、ビジネスに関する事項を含めた社内教育の仕組みが存在していた。

A. 研究目的

グローバルに展開する米国企業の産業保健マネジメントの実態を調べ、日本企業のグローバル展開における企業としての産業保健活動の展開のあり方の参考にすることを目的とする。

B. 研究方法

米国を本拠地とするグローバル企業の産業保健部門7箇所を訪問し、米国企業の産業保健システムの現状を調査した。

- A社（石油）
- B社（石油：ヨーロッパに本社を置くが、米国部門が最大の従業員を抱える）
- C社（石油）
- D社（化学）
- E社（家庭用品）
- F社（製薬）
- G社（コンピューター）

C. 研究結果

I 産業保健組織

1. 産業保健組織のトップの位置づけ

産業保健組織の全体の位置づけを表現するには、産業保健のトップが企業内でどのようなポジションを与えられているかを明確にすることが有効であると考えられる。今回訪問した企業の多くが、産業保健トップに産業医を置き、人事担当バイスプレジデント（日本では人事担当執行役員に相当）に報告するという形態を取っていた。一部企業では、渉外担当バイスプレジデント（B社）、安全健康観環境部門統括バイスプレジデント（C社）のような例があった。

2. 産業保健組織がカバーする活動の範囲

産業保健組織がカバーする範囲として、産業衛生（Industrial Hygiene）、EAP（Employee Assistance Program）との関係を調査した。産業衛生に関しては、多くの企業で安全環境部門の一部として含まれてお

り、産業保健組織とは協力関係にあった。そのような場合、安全環境部門は安全・健康・環境の3つから成る組織として位置づけられていた。工場等での活動では、産業保健と産業衛生の関係は、もっと密接であると考えられる。C社では、産業保健組織に産業衛生は含まれており、またG社では産業衛生、安全ともに同一組織に含まれていた。一方、EAPに関しては、外部専門機関と契約によってサービスを提供する外部EAPがほとんどであり、その場合には、産業保健部門がその契約や質の管理に責任を持つ形態が多かった。C社では人事が福利厚生の一環として契約を行っていた。D社は社内EAPとしており、産業保健とEAPがIntegrated Healthと呼ばれる組織を構成し、両機能のGlobal担当が人事担当バイスプレジデントにレポートするとともに、両者がひとつの部門として密接な関係で業務を行う形態であった。

3. 産業保健がカバーする地理的關係および業務部門との関係

グローバルに展開する米国企業の産業保健組織のほとんどで、企業全体の産業保健活動を一定のレベルに統一し展開する責任を持っていた。その場合、リージョン（例えば、北米、アジア、ヨーロッパ等）と呼ばれる地域を想定して、それぞれごとに責任者を置く形態が一般的であった。一方C社では、本社に部門ごとの担当者（石油生産・開発部門、石油精製部門、化学製造部門）を置き、各国の産業保健はその国の主要事業によって一つのグループに属していた。またE社では、1人の産業医がリージョンと部門の2つの担当を持っていた。そのような場合でも、実際のサービスは地域ごとで行われるため、国レベルでは責任を持って部門をまたがってサービス提供が行われていた。

4. 各国組織と本社部門との関係

多くの場合、各国の産業保健組織は、直接にはそれぞれの国で属する部門（多くは人事部長）に業務報告し、本社産業保健部門とは具体的な業務面でのサポートを受けるという関係である。業務の標準化レベルに

よって、本社産業保健部門の関与の大きさは企業ごとに大きく異なっていた。C社およびG社は、産業保健部門内の関係が強く、業務指示、承認、活動評価等の多くが産業保健部門内で実施されていた。一般的に、部門内の関係を強め、業務の標準化を図ろうとする傾向が強かった。

5. 産業医の配置

ほとんどの企業で、産業医の業務を限定的に考え、その配置数を削減する傾向にある。特に米国では保健師の教育レベルが高く、多くの業務が産業医と比べて人件費の安い保健師によって実施できるため、工場の担当の多くを保健師に任せ、それを地域担当の産業医がサポートする形態を取っていることが多かった。

6. その他

企業ごとに特徴を持った機能を、産業保健部門が持っていた。例えばA社では健康増進の専門家を配置し、B社では疫学専門家を配置していた。

II 業務内容

1. 業務の内容

業務の内容は、事業者責任がある活動およびビジネスに対するサポート、健康増進等が中心であり、健康増進を除き業務との関係がない疾病の医学的管理は行われていない。また健康診断の実施も、任意での参加プログラムとして位置づけられていた。

(1) 事業者責任のある活動

特殊健診、職務適性の評価、旅行医学（情報提供および予防接種）、アルコール薬物検査、職業性傷病への対応、法令遵守など

(2) ビジネスに対するサポート

欠勤時への対応（Disability Management）、商品開発時からの労働衛生的サポート、発展途上地域での業務展開時の医療状況等の調査、人道的医療援助など

(3) その他

会社ごとに特徴を持つサービスも存在している。例えばA社では、役員クラスに対する特別の健康診断を実施しており、またB社F社G社では従業員が受ける治療に対するセカンドオピニオンとしてサポートする業務（Diseases Management）が存在した。

2. 業務の標準化

企業ごとに業務の標準化はまちまちであるが、一般に標準化を強める方向にあった。そのような場合、地域の特性を認めることの重要性について、程度は異なるがそれなりに意識されていた。この標準化は、各国組織と本社部門との業務支持の関係による影響は強かった。ただし、標準化に当たって、各産業医にその作

成や更新に参加させるなど、必ずしも本社の一時的基準によって実施されているものではない。

3. マネジメントシステムおよび監査

すべての企業で、マネジメントシステムによる安全衛生活動が実施され、監査が実施されていた。その場合に、監査が米国内に限定されていたり（A社）、産業衛生が安全部門に属する企業では産業保健に関する監査が正式には実施されていなかったり（D社、F社）、産業保健専門家が参加しない監査が中心であったり（G社）、いくつかの課題が認識されていた。

4. 健康増進対策

健康増進は、フィットネスセンターの運営といった施設型のサポートから、Webサイトを用いた情報提供やプログラムへの参加を求めるものに移行する傾向があった。Webサイトのほとんどは、専門業者が作成し、サポートするシステムを、各社のWebのデザインに併せてカスタマイズしたものである。含まれている情報としては、病気に対する情報、薬品に関する情報、症状に対応する疾病に対する情報などである。また、同サイトを通じてHRA（Health Risk Appraisal）を実施したり、禁煙プログラムやフィットネスプログラムを企画し、参加を呼びかけるとともに、参加者には賞金を出して参加率を高めたりするなどの工夫がされていた（A社、G社）。

5. 直面している課題

米国ではほとんどの企業の健康保険が自己保険であるため、受診状況が保険料負担に直結する関係にある。そのため、産業保健部門が医療費を削減するための様々な努力に関与していた。また、疾病による欠勤率（Absenteeism）、業務能率の低下（Presenteeism）などの人材管理をサポートするプログラムが強化される傾向が強かった。

III 産業医の採用および教育

1. 採用時の条件

企業が採用する産業医数の減少に伴い、一定レベルに達した産業医を採用する傾向が強い。特に米国では、学会による認定や大学院修士課程の整備が進んでいるため、多くがACOEMの認定（Certificate）やMPH（公衆衛生修士）を持っていた。また、採用の条件そのものにはしていない企業においても、認定や修士の取得を昇進時の参考に用いることがあった。

2. 教育

(1) 専門教育

社内で実施する専門教育は、展開するテーマに特化したものであることが多い。特にグローバルに展開する企業においては、年に1回の会議をそのために当てている場合がある。一方、外部における専門教育も最新情報の収集と専門性の維持のために業務上必要と認

め、会社費用での受講をサポートしていることが一般的であった。

(2) ビジネス教育

米国の産業保健組織は、一つの部門として専門職が管理職としての役割を果たすため、ビジネスに関する教育受講機会は、社内のポジションに応じて、他の部門と同様に存在することが一般的である。この教育には、リーダーシップ、予算管理、ネゴシエーション、プロジェクト管理など、幅広いものが存在する。毎年の業務評価と翌年の業務計画を立てるための上司との面接で、受講計画が立てられている。

3. キャリアパス

(1) 社内キャリアパス

産業医のポジションが減ってきており、現実には社内でのキャリアパスは描きにくくなってきている。一般的なパターンは、工場担当の産業医、地域担当、グローバル担当といった昇進パターンが考えられる。ポジションは変化しなくても、職位上の昇進はありうる。企業によっては、それぞれの職位に必要な技能を明確にしている例もあった（B社、E社）。

(2) 社外キャリアパス

面接した産業医の中には、様々な経歴を持つ者が多く、明確な産業医としてのキャリアパスは存在しない。個人事業としての産業医クリニックの開設し、専門家として複数の企業にサービスを行った経験や、軍隊での衛生サポートも産業保健の一部と考えられるため、軍隊経験を持つ者も多い。さらに行政や大学での経験など、様々な経歴を通じて、キャリアを向上させている。

4. その他

業務改善にシックスシグマを取り入れている企業において、産業保健部門も担当者（グリーンベルトやブラックベルト）を任命し、改善活動を積極的に進めている例があった（D社、F社）。

D. 考察

米国を本拠地とするグローバル企業では、産業保健を企業活動の一部として明確に意識し、コスト効率のよい産業保健サービスの展開を進めていた。特に、工場等の事業所においては看護職等の保健スタッフを活用して産業医の数を減らして人件費を削減しながら、一方で産業保健組織のトップには権限を持つ総括産業医を配置し、企業の健康管理方針を明確にしながら業務を進めていた。そのために社内スタッフに対しては、専門職としての教育のみならず、企業組織人としての教育機会が、他部門の従業員と同様に提供されていた。

さらに単に米国内の従業員のみならず、全世界の関連企業に対して一定の標準に基づくプログラムの提供

を前提としたマネジメントシステムを導入し、実施状況を監査等の方法で評価し実行性を高める方法をとっていた。このような考え方は、日本企業が海外に進出する際に進出先での安全衛生レベル維持のために参考になる方法と考えられる。

ただし、米国では一般健診や保健指導といった従業員個人の健康に対するサービスは限定的であり、一方で医療費の高騰が直接保険料に反映する仕組みであるため、医療費削減のための疾病管理、健康増進といった位置づけがされていた。具体的なサービス内容については、社会的制度的な背景が色濃く反映しており、それぞれの国の法律や制度、文化を十分に考慮すべきものと考えられる。

E. 結論

米国に本拠地をおくグローバル企業の産業保健組織の実状を調査した。企業活動の一部として、リスク管理、医療費対策等を中心に活動を行い、また進出先全体に対して、一定レベルの標準化とマネジメントシステム導入が進められていた。

日本企業が国際展開する際の進出先での産業保健活動のあり方を考える上で、参考になる情報である。

7. 国際的にみた労働者の健康情報の取扱いに関する日本の特徴

研究協力者 堀江 正知（産業医科大学産業生態科学研究所産業保健管理学 教授）

概要 日本においては、労働安全衛生法に基づいて、事業者が労働者個人の健康情報を取り扱うことが規定されているが、欧米では、一般的な個人情報保護の考え方に沿って原則として事業者には開示されず、守秘義務のある医療職が就業上必要な範囲に限定して事業者に提供することになっている。近年、日本でも産業保健専門職の倫理指針や個人情報保護法が規定されている。これからは、企業や労働者の国際化も一層活発化することを踏まえ、労働者の個人健康情報をどのように取り扱うかについて、関係組織や労働者個人の条件を類型化したルールづくりが求められる。

A 目的

日本における労働者個人の健康情報の取扱いに関する国際的な特徴点を検討し、課題を整理すること。

B 方法

日本および国際機関等における労働者の健康情報の取扱いに関する法令の規定および司法判断の事例を文献的に調査した。その内容的を比較し、概念を整理し、課題を抽出した。

C 結果・考察

1 事業者による労働者個人の健康情報の取扱い

日本では、労働安全衛生法（以下、安衛法）に基づいて、労働者の健康情報を健康診断により収集し、保管し、使用することが事業者の義務として規定されており、特にそのうち収集（安衛法第 66 条）と保管（安衛法第 66 条の 3）については罰則のある規定となっている。また、健康診断以外の行為においても、安衛法の目的である労働者の安全と健康の確保および快適な職場環境の形成の促進のために、事業者が労働者の健康情報を法律の目的に応じて積極的に使用することを規定している。特に、昭和 63 年の改正により、健康保持増進活動（安衛法第 69 条に基づくトータルヘルスプロモーション活動）では生活習慣や家族歴が聴取されるようになり、平成 8 年の安衛法改正により、健診後も医師意見の聴取（安衛法第 66 条の 4）、健診実施後の措置の実施（第

66 条の 5）、一般健診結果の通知（第 66 条の 6）、保健指導（第 66 条の 7）を実施することが規定された。特に、近年は、恐らく高齢労働者の増加や生活習慣の変化などが原因となって、労働者の有病率や健康診断有所見率が上昇している。一方、自然科学は遺伝的個性の仕組みを着々と解明しており、事業者が健康診断結果を基に実施する就業上の配慮においては、事実上、事業者が個人差を十分に考慮しなければならなくなっている。

一方、昭和 50 年から最高裁が認めている使用者の安全配慮義務（使用者は予見可能な労働者の危険や健康被害を回避すべきであるという労働契約上の付随義務）を根拠に、健康被害を被った労働者や遺族が、安衛法違反の告発や労災認定を求める行政訴訟とは無関係に、民事裁判に訴えて事業者の過失による損害賠償を求める事件が近年増加している。これらの中には、企業に高額な賠償命令が出された事件（自殺事例：1 億 6800 万円、平 12.3.24 最高裁判決、じん肺事例（125 人）：11 億 7000 万円、平 13.7.19 福岡高裁判決）もある。したがって、事業者は、労務の提供において労働者の健康障害が発生あるいは増悪すれば、事業者が健康診断などを通して収集し保管している健康情報を適切に使用したかが検証される。安衛法には、任意の健康情報（法定項目以外の健康診断結果、法定以外の健康診断結果、生活調査結果、診断書、診療記録、保健指導記録など）の保存や利用については定めがないが、法定外の健康

情報を収集・保管しているのであれば、事業者はそれを使用してより一層適切な就業上の措置を実施すべきであると考えられる。近年は、循環器疾患や精神障害などの作業関連疾患の一部が業務上疾病と認定され、事業者には、労働者ごとの健康情報を適切に使用し、個々の心身の状況に応じた健康管理を実施する責任が生じている。作業関連疾患の業務上疾病認定例の増加および弁護士の増加に伴い、今後、訴訟は増加する可能性が高いが、従前から、健康情報を適切に使用しなかったために事業者が敗訴した判決は多く、たとえば次のようなものがある。

昭和 50 年、管理区分 4 のじん肺が決定していた労働者に対して、収入減になることから作業変更や作業環境の改善をしなかったことで病状が悪化したとして会社に賠償を求め、京都地裁は会社の過失を認めている。平成 1 年、運送業者が腰椎椎間板ヘルニアに罹患したのは労働省通達に基づく健康診断を実施していなかったことなどによるとして、広島地裁は事業者側の過失を認めている。平成 6 年、学校教員が健診を受診せず脳出血により死亡したのは、事業者として労働者の健康状態の把握する努力が不足しており健診個人票も作成していなかったからとして、岡山地裁は学校の責任を認めている。平成 7 年、交通事故後に法定外の復職健診を実施せずに元職に復帰し心不全で死亡した労働者について、神戸地裁姫路支部は事業者の安全配慮不足による過失を認めている。平成 10 年、コンピューターシステムエンジニアが健康診断結果を通知されながらも高血圧の精密検査を受診しなかった労働者が死亡したのは就業上の配慮が不足したためとして、平成 12 年に最高裁は事業者の過失を認める判決をしている。

さらに、平成 15 年には、SARS（重症急性呼吸器症候群）対策で、感染拡大防止のために事業計画の変更や現地工場の操業停止を余儀なくされ、乗客安全のリスクとして報道された SAS（睡眠時無呼吸症候群）では、旅客運送業各社が緊急の健康調査を実施しなければならなかった。このように労働者個

人に対する保健施策ではなくても、安全配慮義務の不履行や健康管理の不徹底が企業の経営リスクにつながる事例があり、事業者として労働者個人の健康情報を適切に収集する動機が生じることがある。加えて、平成 14 年に公布された健康増進法に基づいて、事業者が実施する保健活動や事業者が発行する記録などにおいて労働者個人の健康情報の取扱いが増加することも想定される。

2 守秘義務

日本では、個人の健康情報の取扱いに関して、医師や助産師などの守秘義務は明治 40 年に刑法第 134 条として規定されていたが、看護師は平成 13 年に保健師助産師看護師法に規定された。刑法の秘密漏泄の相手は一人でもよく、秘密を守る対策を講じなかった不作为による漏泄も含まれる。職場の健康診断に関する安衛法第 104 条の規定は健康診断の実施の事務に従事した者とともに法人を含めた罰則を規定しているが、健康保持増進活動や労働者が提出した健康診断結果に対する守秘義務規定とはなっていない。主な守秘義務規定を表 1 に示す。これらの条文は「プライバシー」という言葉を直接使用していないが、「健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針」は「事業者は、個々の労働者の健康に関する情報が、個々のプライバシーに属するものであることから、その保護に特に留意する必要がある。特に就業上の措置の実施に当たって、関係者へ提供する情報の範囲は必要最小限とする必要がある。」と、プライバシーという用語を使用し、「職場におけるエイズ問題に関するガイドライン」や「光磁気ディスク等の電子媒体による健康診断個人票等の保存について」でも秘密保持が必要としている。

表 1 職場の健康管理に関係した守秘義務の規定

刑法第 134 条

・ 医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産婦、