

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

(H14－労働－22)

平成16年度 総括報告書

主任研究者 東 敏昭

(産業医科大学産業生態科学研究所)

平成17(2005)年3月

目 次

平成16年度厚生労働科学費補助金（労働安全衛生総合研究事業）研究概要	1
------------------------------------	---

第Ⅰ部 リスクマネジメントを含む「産業保健サービスの範囲」に関する研究

1. 産業医の職務範囲－中核的業務と必要な産業保健スタッフ	9
-------------------------------	---

山田 誠二

2. 過労死予防のための産業保健のあり方に関する研究	19
----------------------------	----

小泉 昭夫

第Ⅱ部 産業保健サービスの機能（提供方法）に関する研究

1. 産業保健サービスの機能（提供方法）に関する研究	27
----------------------------	----

平田 衛

2. 小規模事業場における労働安全衛生マネジメントシステムの導入	61
----------------------------------	----

森 晃爾

3. 小規模事業場の産業保健活動に対するニーズ調査	67
---------------------------	----

～川崎市、横浜市、京都市、北九州市、福岡市、長崎県の調査から～

第Ⅲ部 各国の産業保健サービスの実態・資格・教育

1. 各国の産業保健サービスの実態・資格・教育	163
-------------------------	-----

東 敏昭

2. 欧州における職域ヘルスプロモーションの動向	207
--------------------------	-----

－職域ヘルスプロモーション・欧州ネットワークの取り組み－

平成16年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）研究概要

研究課題名（課題番号） : 今後の産業保健のあり方に関する研究（H14-労働—22）
 国庫補助金精算所要額（円） : 7,618,000円
 研究期間（西暦） : 2002-2004
 研究年度（西暦） : 2004年度

主任研究者=東 敏昭 産業医科大学 産業生態科学研究所 作業病態学 教授

分担研究者=平田 衛 独立行政法人 産業医学総合研究所 企画調整部 主任研究官
 浜 民夫 長崎大学環境科学研究科 環境科学部 教授
 小泉 昭夫 京都大学大学院医学研究科 環境衛生学分野 教授
 山田 誠二 松下産業衛生科学センター 所長
 顧問 =大久保利晃 産業医科大学学長
 高瀬 佳久 (社) 日本医師会 前常任理事 (産業保健担当)
 羽生田 俊 (社) 日本医師会 前常任理事 (産業保健担当)

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
 川上 剛 ILO アジア太平洋総局
 北原 佳代 三菱重工(株) 横浜製作所 総務部健康管理センター 医長
 甲田 茂樹 高知大学 医学部 看護学科地域看護学 教授
 城戸 尚治 ソニー(株) 厚木TEC 健康開発センター
 佐藤 敏彦 北里大学 医学部 公衆衛生学 助教授
 戸津崎貴文 産業医科大学 産業生態科学研究所 作業病態学研究室
 長井 聡里 産業医科大学 産業医実務研修センター 講師
 箱崎 幸也 陸上自衛隊西部方面 医務官
 日野 義之 産業医科大学 産業医実務研修センター 講師
 久永 直見 独立行政法人 産業医学総合研究所 国際交流情報センター長
 廣 尚典 アデコ(株) 健康支援センター センター長 統括産業医
 古木 勝也 至誠会 尾立内科医院 理事長
 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
 宮本 俊明 新日本製鉄(株) 君津製鐵所 主任医長
 武藤 孝司 獨協医科大学 公衆衛生学 教授
 森 晃爾 産業医科大学 産業医実務研修センター センター長

「今後の産業保健のあり方に関する研究」

主任研究者 東 敏昭

（産業医科大学産業生態科学研究所作業病態学研究室）

日本のみならず、時代の変化に対応して産業保健も変わっていく必要があり、わが国でも平成8年度の法改正、OHS/MS(OSH/MS)の導入進展、産業保健推進センター、地域産業保健センターの展開も進み、その時期にあるともいえる。研究の背景課題は、1) 労働様態の変化(裁量労働制など)とその健康影響の実態把握とそれに対応できる自律的な産業保健サービスのあり方に関する検討、2) 各国(発展途上国も含めて)のその産業保健サービスシステム・産業医制度、産業保健専門職の技能、教育システムの比較研究、3) グローバル化が進むなかにおけるリスクマネジメントを含む産業保健サービスシステムの検討である。

「働く人の健康は社会の根幹」であるが、産業医選任義務のない小規模事業所の労働者、自営業者に対しては、我が国では産業保健サービスの提供はなされていない。この課題は大きい。一方、大企業といえども、工場の分離、売却をすすめる、一方、就労の仕方も多様な業務形態の普及で変化が進む。産業保健関連サービスのあり方も、専門化し、深化し、それゆえ不便度が増加し、これが無駄の原因となってコスト増加を招き統合化した総合サービスの必要性を増すという状況にあって、最も効率的・効果的提供の方法の検討も必要であろう。例えば、現在の大企業、健診機関、医療機関の他、建設業における一級建築士のように独立して産業保健のコアスタッフとしてのサービスを提供し、健診、作業環境測定、医療的フォローアップ、社会保健業務などは他機関と連携して提供する方法なども選択肢になると考える。

また、新しい提言のためには、私達の世代な

りに、日本の現在にいたった産業衛生・産業保健サービスの変遷を産業構造の変化とともに考察する必要もあると考える。TSエリオットの詩(キャッツのメモリーの原作)にある、「歴史があって人は明日を夢みる、そして思い出があるから明日が生きられる」というものである。現在議論されないが、OSH/MSの原点であるマネジメントシステムも、英国植民地支配の仕組みから発想されたと考えられる。つまりかつて植民地支配国家には共通に適用できる基準値型でなくシステムとしての規制の強い必要があった。また、安全性・信用確立で完全に思われた米国型システムも人の問題(Enron, Andersen)で破綻した。この人の要因を抜きにして社会サービスは考えられない。

日本の既存のサービス関連機関、サービス内容について、産業保健分野では、未だ次第にレベルの向上に向かっていく途上とみているし、より充実が必要と考えている。後退を避けるために、限られた資源をより有効に用いる「進歩の仕組み」を、速い回転で進み技術サイクルが余りに短い時代に、長いスパンで変化する人に合わせて、組み込んでおかなければならない。勿論、既存の公的産業保健サービス関連機関とともに産業医科大学の存在意義と望まれる機能についても検証と提言を行いたい。専門的人材育成の場として産業医科大学産業生態科学研究所、産業医実務研修センターの教育・研修の位置づけ、関連研究機関との「産業保健」連合大学院の構築、ICTを使った遠隔教育・研修のあり方も提言に加えたいと考えている。産業保健分野の人材のより合理的で有効なリクルート方式についても言及せねばならないと考

える。

本研究の成果物として「産業保健サービスシステム、専門職のコア・コンピタンス、教育プログラムシステム」についての提言をまとめた報告書を作成する必要がある。報告書では、想定されるサービスを受ける人間の背景別に、サ

ービスを提供する関連機関、社会インフラに応じた、活動内容をパターン化し、それぞれの典型例をストーリーとして提示することも考えている。このストーリーの中に、内包する課題についても写しこんでいければと思う。達成目標、成果物は以下のようなものである。

表 1. 研究の達成目標と成果物

達成目標：	成果物
(1) 産業保健の範囲を決める	(1) 根拠データ、解析結果
(2) 提供方法を決める	(2) 比実態比較対比
(3) 各国の経験からの根拠	(3) 必要なガイドラインの目途
*：必要なインフラ	(4) ストーリーによる提示

この班研究では、産業保健サービスの質と提供方法、産業保健サービスの範囲、各国産業保健サービス体制との比較と整合性を扱うため、以下にコアメンバーとタスクを示した3つのグループを構成した。

表 2. 研究班（部会）の課題と構成

「企業のリスクマネジメントに関する研究班」

構成：山田（松下）、小泉・湯木（京大）、箱崎（防衛）、海道（P&G）、宮本（新日鉄）、長井（松下電工）

リスクマネジメントを含む「産業保健サービスの範囲」に関する研究班で、生産性をも配慮して、変化する労働態様やグローバル化に対して自律的に対応できる産業保健サービスのあり方を検討：①産業保健サービスの範囲、②産業保健サービスの新たな課題（化学的要因、生物学的要因、物理的要因、労働態様、ストレス他）

「産業保健サービスの範囲の規定」し、関連ガイドライン（例の作成、ガイドライン作成方針等）、情報管理を検討する。

「わが国の産業保健サービス機能研究班」

構成：平田（産医研）、浜（長崎大）、甲田（高知）、森・古木・日野（産医大）、廣（JFE）、北原（三菱重工）

産業保健サービスの機能（提供方法）に関する研究班で、コアとなるサービス内容、適切かつ合理的なサービス提供に必要な社会システム、サービスの提供組織のあり方、必要な人材について経済的合理性を含めて検討：①中小零細規模事業場従事者、②自営業、第一次産業への対応、③

就業形態の多様化への対応（陸運、輸送など）、④サービス提供組織のあり方（提供組織内自体の問題）

産業保健サービスの提供方法：今後の産業保健サービス提供組織、サービスの内容時間・コスト、人材・サービス効果からの実効性を検討し、検討課題には健康管理責任の所在の検討を含める。

「各国の産業保健サービスの実態・資格・教育の比較研究班」

構成： 東・堀江（産医大）、久永（産医研）、武藤（独協）、佐藤（北里）、
川上（ILO）、城戸（NIOSH：マレーシア）

各国の産業保健サービスの実態・資格・教育に関する調査を行い、産業保健サービスの提供に必要な専門職のあり方と育成方法について検討。ILOの提唱する労働衛生安全マネジメントシステム（OSH/MS）を視野に入れて有効な産業保健サービス提供に必要な「技能、人材育成方法」と「各国のシステムの有効性、個人情報保護」の状況を把握し、わが国のあり方を検討：①各国サービス（産業保健の範囲、サービス内容）の対比、②情報管理の状態（アンケート：コンタクトパーソンと訪問）、③資格制度と人材育成システム

各国の産業保健サービスの状況・日本型との整合性、産業保健の範囲・法規、産業保健サービス組織、専門家育成などを調査する「各国の産業保健サービスの実態・資格・教育の比較研究班」である。

「わが国の産業保健サービス機能研究」班が担当するのは産業保健サービスの質と提供方法の検討で、「働く人全てに産業保健」を提供するために、その有効なサービスの内容、提供者、提供時間などの目安を検証し、具体的内容を提案するものである。主に多くの就業人口が属する中小零細あるいは個人に対する必要なそして有効なサービス提供の方法が課題であった。平成14年度は、現在のサービス内容、サービスを提供する機関、人材、時間の実態を中心に調査を行った。これは、これからの産業保健サービス提供組織、サービスの内容時間・コスト、ならびに人材・サービス効果からの実効性を検討するための基礎知見となるものである。今後、サービス提供機関および事業場における個人（健康）情報管理のあり方についても合わせ検討する必要がある。

「企業のリスクマネジメントに関する研究」班が担当する産業保健サービスの範囲では、産業保健スタッフの現行の共通の認識の下にあ

るサービス内容の他に、環境対策、PLおよびテロ対策などを加えるべきか、加えるとすればどのような内容のものとなるかを検討した。平成14年度は、主に現在の新しい課題であるクライシスマネジメントを取り上げ、ガイドライン作成方針、情報管理についてまとめた。基本的には産業保健サービスの範囲の規定を行い、特に産業保健が関与することが考えられるが未整備な部分が多い課題である有害物質管理、環境対策、クライシスマネジメントなどの課題については、業務に必要な関連ガイドラインの作成につながる提言、例示を行った。

「各国の産業保健サービスの実態・資格・教育の比較研究班」が行う、各国産業保健サービス体制の比較では、上記の2テーマについての各国の対応状況を把握するとともに、サービス提供者の位置づけ、専門家としての教育研修、資格、認証の状況と、我が国の実態との整合性を検討し、今後の我が国に必要な対応を提示することを目的とする。平成14年度は、各国の産

業保健の流れを概観する形をとったが、上記2つの研究班の成果を受けて、今後、個々の内容についての国際比較を実施した。健康診断、提供されるサービスの内容、提供方法・機関、健康情報の管理、財政的基盤・根拠について情報を、いままでに選出した各国の識者および機関を対象に調査した。

前年度までの経緯と本年度の課題

平成14年度は、変化する労働態様の健康影響の実態調査を進めるとともに、こうした労働者に対する産業保健サービスの内容、一人当たりにかかる時間なども含め国内外（発展途上国も含めて）の産業保健活動システム・産業医制度の調査を実施した。

労働態様の変化にともなう健康への影響では、従来の化学的・物理的な職域の危険有害要因による影響は低下する一方、精神的ストレス、荷重労働に起因する健康度低下が大きい。国内外を対象とした訪問聞き取り、アンケート調査を通じて労働者個人当たりに必要な産業保健サービスの内容と所要時間などの機能的な評価、並びに専門家の資質について整理した。様々な事情から各国ともそれぞれの産業保健サービスの内容、産業医制度、産業保健・労働衛生サービス制度・資格・教育などの有効性の再検討を行っていることが伺われた。また、サービス、方法ならびに人材育成における国際的な標準化、連携が始まっている。

わが国の現状は中小企業の場合、準備時間を含む健康診断およびその事後措置、教育などに当てられる産業医（産業保健スタッフ）の投入時間は一人当たり年間15分程度であると推定された。フランス、ドイツで定められている労働者一人当たりの年間投入時間は、前者では有害業務で1.2時間、労働作業で0.8時間、その他無指定業務で0.6時間が、後者では業務によるサービスの必要度に応じて0.1ー0.6時間となっている。なお、受け手からはサービス内容

として健康相談、一次治療への期待が大きい。

また、新たな産業保健上の課題となった、テロリズムなどに対する危機管理の検討を様々な角度から行い、標準的ガイドラインの作成に資する基礎資料を作成した。

今後の検討では、企業規模、業種間格差、就労形態の多様化に伴う有効なサービス内容、提供方法について課題が残っている。なお、国際的には企業活動のグローバル化に伴う危険作業、物質の国際間移動、企業内格差の発生、経済状況の差による国際間格差の問題の他、企業における多面的なリスクマネジメントに関わる課題が残った。

今後の課題は、平成15年度は、1) 最も求められるサービス内容、あるべきサービス内容、実施方法および実施者について産業医・産業保健スタッフ、衛生管理者へのアンケートを実施した。また、期待される効果についての文献的検討を分担して実施した。また、健康情報管理のあり方についての検討を行った。2) 今後の産業保健専門職の技能、教育システムの充実に関する検討を行った。今後の産業保健サービスの充実のために必要なシステム・機能に照らして、専門職に要求される技能（コア・コンピタンス）、先進各国における教育プログラム、教育システム（マスターコースなど）の内容を調査し比較研究した。また、健康情報管理の状況について各国の情報を収集し、今後のあり方について検討を行った。3) 労働者の職業的リスクとしての、生物・化学的要因による健康被害を防止するため、健康影響防御ならびに対処に関わるリスクマネジメント（危機管理）の広義の産業衛生分野におけるサービスの中でどのように捉えるべきか、各国の情報を収集して検討した。

平成16年度は、1) 変容する社会の中での産業保健サービスのありかた（モデル）の提示を、調査結果、国内外の専門職・関係団体に対するヒアリングに基づき、関係者・専門家によ

るブレインストーミングなどの手段を用いてまとめた。2) 今後の産業保健サービスに必要な技能と教育：新しい業態の可能性を提案し、最終的には規制緩和の現状を踏まえつつ我が国の専門職教育・育成方法および資格・認証制度の実効化に対する提言案をまとめた。3) 国際化する企業活動における情報交換・修練シス

テムに関わる提言、

4) 異文化、異環境、多言語が進むなかでの産業保健サービスの内容とこれに対応した情報交換・修練システムのあり方についても提言した。これには、国際化に伴うリスクマネジメントも含めた。

研究班の構成

東 敏昭 産業医科大学 産業生体科学研究所 作業病態学研究室 教授
平田 衛 独立行政法人 産業医学総合研究所 有害性評価研究部 主任研究官
浜 民夫 長崎大学環境科学研究科 環境科学部 教授
小泉 昭夫 京都大学大学院医学研究科 環境衛生学分野 教授
山田 誠二 松下産業衛生科学センター 所長

高瀬 佳久 (社) 日本医師会 前常任理事 (産業保健担当) 顧問
大久保利晃 産業医科大学学長、(社) 日本医師会 常任理事 (産業保健担当)

研究協力者 (五十音順)

海道 昌宣 P&G本社 健康管理室
川上 剛 ILOアジア太平洋総局
北原 佳代 三菱重工 (株) 横浜製作所総務部健康管理センター
城戸 尚治 ソニー (株) 大崎西健康開発室
甲田 茂樹 高知医科大学医学部 看護学科 地域看護学
佐藤 敏彦 北里大学医学部公衆衛生学
戸津崎貴文 産業医科大学 産業生態科学研究所 作業病態学研究室
長井 聡里 産業医科大学 産業医実務研修センター
箱崎 幸也 自衛隊中央病院 外来診療科・内科
久永 直見 独立行政法人 産業医学総合研究所
日野 義之 産業医科大学 産業医実務研修センター
廣 尚典 アデコ (株) 健康支援センター
古木 勝也 至誠会 尾立内科医院 理事長
堀江 正知 産業医科大学 産業生体科学研究所 産業保健管理学研究室
宮本 俊明 新日本製鐵 (株) 君津製鐵所
武藤 孝司 獨協医科大学 公衆衛生学 教授
森 晃爾 産業医科大学 産業医実務研修センター センター長

第 I 部

リスクマネジメントを含む「産業保健サービスの範囲」に関する研究

1. 産業医の職務範囲 -中核的業務と必要な産業保健スタッフ-
2. 過労死予防のための産業保健のあり方に関する研究

小泉 昭夫 (京都大学大学院医学研究科 環境衛生学分野)

山田 誠二 (松下産業衛生科学センター)

湯木 知史 (京都大学大学院医学研究科 環境衛生学分野)

吉永 侃夫 (京都大学大学院医学研究科 環境衛生学分野)

産業医の職務範囲 —中核的業務と必要な産業保健スタッフ—

分担研究者 山田 誠二 （松下産業衛生科学センター）

要 旨

労働基準法が制定されて以来、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、産業医の職務範囲も非常な拡がりを見せている。しかし、産業医の職務範囲を明確に検討したものは少ないので、前年度までに「産業医の職務範囲」を整理した。今年度は、産業医に期待されている職務範囲とその中核的な職務について検討した。

第1章 産業医に求められる中核的業務

事業場における労働態様の変化により、社員という単一労働者層による終身雇用形態が崩壊し、社員・派遣者・請負者・アルバイトなど多種類の労働者が、交替制勤務、フレックス勤務などの多種類の就業形態で労働に従事している。産業保健サービスの範囲は拡大の一途をしめしている。このような状況下で、産業保健サービスの範囲はどこまで拡大していくのかの予想は産業保健の範囲を定めるための重要課題の一つであり、産業保健サービスの将来として前年度までに論議してきた。

この章では、これら拡張し続ける産業保健サービスでの中心的な核となる職務は何なのかを考えてみる。

1. 職務内容の位階性

産業医業務の位階性の基礎的位置である「管理」段階の業務は当然優先順位の高いものである。産業医の「管理」段階の職務は、「法的項目の遵守」の管理に属する職務であり、当然法的に求められた職務であるから最初に検討すべき職務である。ついで「安全衛生配慮義務」に属する職務である。事業者求められる「安全配慮義務」は、社会的状況に応じてその範囲が広めら

れ、労働者の「安全」に対する配慮ばかりでなく「衛生」に対する配慮も求められるようになってきた。したがって配慮義務も「安全衛生配慮義務」として考えた方がよい。最後のステップは、「リスクアセスメント」し、管理する段階の職務である（表1）。

産業保健のマトリックスを通じて、産業医の職務の中核となる職務について検討したい。

1) 法的項目遵守の項目

「管理」段階：法的項目の遵守に関しては、前年報告書の第1章3の「産業医の職務」1) 産業医の法的職務範囲として論議した（3-4項参照）。

昭和時代の産業医の中心的な職務は、健康診断を中心とする健康管理であり、疾病管理、疾病予防が中心的であった。多くの健康管理室が企業内診療所として機能していた。

平成時代に入り、健康管理室等における疾病管理の体制から、疾病予防である「健康診断の実施とその結果に基づく措置」が健康管理業務の中心的な職務になってきている。さらに進んで「⑤健康教育、健康

相談その他労働者の健康の保持増進を図るため措置」が、職務の上げられるようになってきている。産業医業務マトリックスの『健康管理』のカラムでは、「疾病予防」の段階を中心に、「発展」段階の「健康の保持増進対策」に産業医の職務を拡げることが期待されている。「疾病管理」については、臨床の主治医との連携をはかる対応が中心になっている。とくに疾病管理者の職場復帰にあたっては、「心とからだ」の両方の疾病に対して、リハビリテーション、残余機能の評価を行い、適正配置を行うことが求められている。さらには、セカンド・オピニオンを求められる立場にもある。

作業環境管理、作業管理における「医学に関する専門知識」とは、どの程度の「医学に関する専門知識」なのかが問題となってくる。少なくとも労働者の健康障害を除くための「作業環境管理」「作業管理」ということであると理解して支障がないであろう。そうすると「有害業務や作業態様に関わる職業性疾病の予防」の知識と言い換えることができる。「作業環境管理」では、「作業場の作業環境測定結果の理解と評価」の知識と能力が求められる。作業環境が管理区分3であるような劣悪な場合には、労働者の健康障害の予防への対策、すなわち、事業者への作業環境改善の勧告と作業員への個人曝露の削減としての保護具の使用、さらにはそのための労働衛生教育の実施と教育能力が求められる。

「⑦労働者の健康障害の原因調査及び再発防止のための措置」は、職業性疾病の「管理」段階と「予防」段階を目的としたものである。したがって、産業医のマトリ

ックスの作業環境管理、作業管理の「管理」や「予防」段階の業務は法的に求められているものを考えられる。

衛生教育への参加も法的業務として産業医の関与が望まれている。衛生教育としては、「生活習慣の改善のための教育」と「作業習慣改善のための教育」が含まれている。特に前者の教育は、事業者の安全衛生配慮義務が求められている現在にあつては、産業医の重要な職務に入れられるものである。「作業習慣の改善」として、有害業務における保護具への対応や作業姿勢等の作業における筋負担への対応も重要な職務である。有害業務における保護具の使用は、有害業務の健康障害防止の点において重要な課題の一つであるが、直接的な職務は、現場の作業主任者や衛生管理者の責務である。ただ、そういった業務についての産業医の知識と労働衛生教育ができる能力は兼備しておくべきである。

有害業務のうち、物理的エネルギーに暴露される可能性のある業務については、事故が起こってしまった後は取り返しがつかない事態となるので、事前の「労働衛生教育」が大切である。本来ならば、「労働衛生教育」は作業主任者や衛生管理者の責務であるが、健康障害については、産業医の職務に必須のものである。

平成時代に入り、産業医業務マトリックスの「予防」の段階が、業務の中心に置かれるようになってきているのは明らかである。

「予防」の段階での総括管理の目標は、「事業者の安全衛生配慮義務の支援」である。「安全配慮義務」は、時代とともに内容の変化が大きく、平成8年の安衛法の改

正による「健康診断後の有所見者に対する事後措置」や平成13年の「いわゆる「死の四重奏者」に対する二次精密検査に対する労災保険の使用」などは、「衛生」面での配慮義務の必要性を押し出したものである。その後、本来、事業者と労働者との個別の労働協約である「労働時間」の問題が、「過重労働負担による身体的・精神的健康障害」として、衛生問題の中心的な課題になり、産業医による勧告や個人別の健康指導等の強化が求められている。

2)安全衛生配慮義務に対する支援項目

安全衛生配慮義務に対する支援の項目としては、(1)健康診断結果の事後措置（有所見者への健康指導、「死の四重奏者」への精密検査と事後措置、深夜の交替制勤務従事者への自発的健康診断の支援）、(2)労働時間の配慮、(3)多(他)種類の労働者への配慮、(4)個人情報保護への配慮などがあげられる。

(1)健康診断結果の事後措置

定期健康診断の有所見率は、47.3%（平成15年度）となり、2人に一人が有所見であるという報告がなされている。「有所見」の意味は、健康診断結果を判定した医師が、集団の基準値から逸脱した所見を有するものであると判断したということである。医師によりその基準値の範囲が異なり、事後措置の対応の仕方も違って来る。つまりは医師の経験に委ねられている感はまぬがれない。集団による有所見率のばらつきについては、最近大規模調査の結果が報告されているが、参加した各健診機関により検査の基準値が異なり、その基準値が大きくなばらつきを生ん

でいるのが実情である。基準値、検査方法を統一した調査が行われるべき時期が到来しているように思われる。

特殊健康診断は、自覚症状調査を中心に実施されており、有害業務従事者の自己申請に頼っていることが多い。本人の自覚症状と医師の所見が一致せず、重要所見を見逃し、対応が遅れることもある。また、診断結果が本人に開示されることなく、本人が不安に覚えたり、反対に有害性に無頓着になっていたりする。有害業務にあつては、有害性を分け合つて（risk share）して業務にあたっている認識が必要であるし、健診時にその確認が必要である。

「死の四重奏者」への精密検査と事後措置は、生活習慣病の対策として、高血圧、高血糖、高脂質、肥満の4つの異常をきたした者に対する二次精密検査に労災保険を適用し、検査後に適切な事後措置の実施を求める事後措置支援である。4項目重層有所見者の予後の悪さを配慮してのことであるが、このような重層の有所見に至った状況下では、事後措置の有効性はほとんど認められないと思われる。今まで、一度も健康診断結果の事後措置を受けていないとは考えづらい。本人が事後措置を無視した場合が多く認められる。事後措置が有効に行われる環境づくりが優先されるものである。

深夜業従事者に対する自発的健康診断は、特定業務に対する年2回の健康診断の他に、体調不良のため自己から健康診断を受けたいというものである。従前では身体の調子が悪い場合には、健康管理室や産業医を訪れ、有愁訴者として健康保険を利用して診察を受けるのが一般的である。しか

し自発的健康診断では、このような症状がある場合に健康診断をもう一度受けたらいいという他の機関で健康診断を受診し、その結果の事後措置を産業医に求めている。費用の方は、都道府県の産業保健推進センターに申請すれば、援助が受けられるようになっている。しかし、産業医としては、自分を信頼されていないという感じが強く感じる健康診断である。

(2)労働時間への配慮

労働時間は、本来、使用者と労働者とが協議して決定するものであり、産業医にとって関与する余地がないものである。しかし、過重な労働負荷によって「身体的・精神的健康障害」が起これ、労働災害として認定されるに及んで、「労働時間」に対する事業者の配慮が義務付けられ、それを支援する意味でも産業医の関与が求められるようになった。とくに、「サービス残業」という「割増賃金不払い残業」が問題となり、各都道府県の労働局でも指導に乗り出している。産業医がとくに注意すべき点としては、労働者本人の自覚症状の有無であり、食欲がない、眠れない、イライラするなどの不定愁訴などの前兆に本人の健康への自覚を促すことと健康障害が起こった時の企業と本人の損失について注意を促すことである。産業医による面談のあとに健康障害が起こったという事例も存在する。

構造改革（リストラ）による社員数の減少と産業の広域化、多様化などの産業構造の変化により特定の作業者に責任集中しているのも事実であり、特定個人に対する対応が非常に難しくなっているのも事実である。しかしこのような作業者に対する

対応も本人に一番近い医療専門家である産業医が一番コンタクトを取りやすいのも事実である。本人は身体的・精神的不調を感じ取っている場合が多いので、気軽に相談できる雰囲気とそれを支えるネットワークが必要である。

(3)多(他)種類の労働者への配慮

事業場の中に、社員のほか、派遣された作業員、請負業の作業員、アルバイトなど多種類の労働者が働いている。近年、有害業務を請負業や派遣業に委託するケースが多くなってきている。これらの委託業者では、有害業務の有害性についての知識があまりなく、有害性を自覚せずに働いている。委託した以上、親会社としては、管理責任はないが、その事業場内で働いているという統括上の責任、つまり、CSR(Corporate Social Responsibility: 企業の社会的責任)が求められている。CSRがきちんと守られている状態であるかの勧告は産業医として行っておく必要がある。

(4)個人情報保護への配慮

個人情報の漏洩が大きな社会的事件として取り上げられ、社会的問題になっている。そのため、「個人情報保護法」が制定され、2005年4月が実施される。産業医が取り扱う産業保健情報は、個人情報の中でも高度のものであり、とくに対応が求められている。個人情報の漏洩は、インターネット等のIT的な手段で多量に、即時に配信される危険性を秘めている。情報の管理手段としてのサーバーや持ち出し手段としてのコンピュータ、各種情報媒体、などの管理が必要である。産業保健情報に含まれる情報の整理と管理、廃棄方法についても対策が必要である。産業医は健康情

報については責任をもって企業の個人情報保護の委員会に参画すべきである。

3) リスクアセスメント・マネジメントの項目

リスクアセスメントを行うハザード・リスク要因を、(1) 化学的要因、(2) 物理的要因、(3) 年齢的要因、(4) 生活リズムの要因から抽出してみる。

(1) 化学的要因

化学的要因として化学物質の管理は、もっとも最優先されるハザード・リスク要因である。安衛法の罰則の重さから考えてみると、化学物質の管理がもっとも重い条文である第116条、第117条に規定されている。健康障害を起こす化学物質管理は産業医の職務としては中心的な項目であり、化学物質等安全データシート（MSDS: Material Safety Data Sheet）を中心として化学物質の事前評価と安全確認に参加する必要がある。最近では、化学物質の急性・大量・短期曝露は少なくなり、慢性・少量・長期曝露の危険性が高くなっているため、従事者の自覚症状の変化にはとくに注意して対応する必要がある。

(2) 物理的要因

物理的要因である多量エネルギー（エックス線、紫外線、赤外線、レーザー、温度、気圧）曝露では、これらの曝露が視覚的に認識されることがないので、その有害性の認識が低いのが現状である。物理的要因に曝された時には、健康障害が起こる可能性が極めて高いので、事前の労働衛生教育が非常に大切になってくる。健康障害についての教育は産業医の参加すべき事項である。

(3) 年齢的要因

労働者の年齢構成はますます高齢化に進んでいる。晩婚化と出生率の低下とにより労働人口の高齢化が進んでいる。また高齢労働者の労働力を期待していかなければ労働力を確保できない状況である。そのためには、加齢による労働力の低下、適応力の低下などを考慮した中高年齢労働者に適した作業環境・作業態様が求められる。現在の作業場でのラインの仕様は30歳代前半のものであるため、個人に適して作業環境・作業態様が人間工学的視点から構築されることが必要である。加齢学、人間工学も産業医に必要な基礎学である。

(4) 生活リズム

就業形態の多様化により、交替制勤務、フレックス、裁量労働など、「昼間に働き、夜に休む」という一般的な生活リズムに変化が生じている。街のコンビニエンスストアなどでは終夜営業がなされ、事業場でも終夜労働者が就業している状況が生じている。しかし、基本的な生活リズムは、体内のサーカディアンリズム（Circadian Rhythm: 概日リズム）に支配されている。ここでの健康影響は、概日リズムの強く影響を受ける「睡眠、血圧、ホルモン分泌」などに、深夜勤務などがどのように影響をうけるか、また投薬の場合に、今のような日内リズムにあわせたままでよいのかという疑問が生じてきている。

以上の職務内容の位階性を踏まえて、産業医の職務を産業医職務マトリックスから、特にコアとなる職務を検討する（表2）。

まず、『健康管理』のカラムについては、「管理」段階である「疾病管理」は、疾病管理中の担当医との情報の授受が主な職

務になる。産業医の職務の中心は、「予防」段階の「健康診断とその事後措置」ということになる。健康診断そのものは、企業外健診機関に委託している場合が多くみられるが、産業医の就業時間が許せば、産業医が直接健診業務に従事することが、従業員との接触時間を多くする意味でも望ましい。健診の場での事後措置に心がける必要がある。とくに、有害業務に従事する作業員に対する特殊健康診断では、健診の機会に労働衛生教育を心がける。健診と事後措置が同時に行われることが両者の有効性をより高めることになる。「発展」段階の「心と身体健康づくり」での「栄養、運動、休養」の対策は、個人指導としては、事後措置の一環である。「発展」段階では、事業場全体での取り組むが必要になってくるので産業医のマネジメント能力が求められる。

『健康管理』のカラムでは、「健康診断と事後措置」、事後措置としての「栄養、運動、休養」の指導ができることが必要である。

『作業環境管理』『作業管理』のカラムでは、「作業環境」・「作業態様」が健康障害に及ぼす因子についての理解と勧告が必要である。ほとんどは特殊健康診断を通じての対応になるが、現在、特殊健康診断が的確に行われていない懸念が捨てきれない。このためには、職場巡視で「作業環境」「作業態様」を的確に判断して「健康障害予防」に努める必要がある。特に化学物質を多く使用している事業場にあつては、MSDS等による事前評価、P R T R (Pollution Release & Transfer Register) による化学物質の量的収支、M

S D S の経時的更新管理等化学物質の総合的管理には注意を払うことが肝要である。

『労働衛生教育』では「生活習慣改善対策」、「作業習慣改善」を中心として教育する。「生活習慣改善対策」では、「健康管理」のカラムで述べたものと基本的には同じ「健康指導・教育」である。「作業習慣改善」では、健康障害をきたす有害作業場での有害性について教育（保護具の使用方法、エネルギー等の物理的因子対策）に参加すること（健康障害を中心に教育ができること）である。

『総括管理』では、安全衛生管理体制の確立に産業医の参加が非常に求められ、産業医中心にした体制作りになってきている。とくに、「労働時間」の対応に産業医の参加が求められるようになってきているのは、事業者の配慮義務の支援に産業医が大きなウエイトを占めてきている証拠である。産業医が事業者の「安全衛生配慮義務」、とくに、「衛生」の配慮義務の主要な支援者であり、責任の一部を求められようとしている。

「巡視」は、法的には1ヶ月に1回以上事業場の巡視を行うことが定められているが、有害業務のない事業場では、執務時間の短い嘱託産業医に毎月の巡視が必須のものであるかという疑問も出されている。巡視に費やす時間より健康診断の事後措置に時間をかけた方がよいという意見である。有害業務のない事業場において、巡視と健診の事後措置の優先性を決めるとすれば、現在の状況を判断して、事後措置の方が重要性は高い、しかし、巡視の基本は作業員の作業現場を視診することで

あるので、事後措置の経過で作業員から作業環境や作業についての訴えがある場合には、作業員の訴えの確認と改善のために巡視を行う必要がある。事後措置の必要項目の中に作業員の作業現場確認事項も盛り込んでおく必要がある。巡視は少なくとも半年に一度は行うとともに、作業現場の大きなレイアウトの変更があった際には

巡視を行う必要がある。

第2章 産業保健サービスを提供する人材(資格・認証・教育内容)は現状のままでよいのか？

産業保健マトリックスの5大管理のカラムに産業保健サービスの専門職を列記した(表1)。

『健康管理』のカラムでは、産業医、産業看護職である保健師・看護師、衛生管理者

『作業環境管理』では、作業環境測定師、衛生管理者、産業医があげられる。『作業管理』では、公的に認められた資格者はいない。『労働衛生教育』では、産業医、産業看護職、衛生管理者、作業主任者などがあげられる。『総括管理』では、マネジメントのPDCAサイクルを動かすための委員会を管理・運営する事務局が必要になってくる。

『健康管理』では、「疾患管理」、「疾患予防」、「心とからだの健康づくり」の3段階を推進する専門家ということになる。

「疾病管理」では、病院や医院で疾病の治療・管理を行っている主治医との対応ということであり、産業医や産業看護職の本来の業務である。「疾病予防」では、「健康診断の実施と事後措置」が中心的なテーマである。「健康診断」のすべてを産業医本

人が実施することができれば問題は少ないが、外部健診機関に依頼する場合には、健診の精度管理や経済的な対応なども考慮しなければならなくなってくる。「事後措置」では、有効な事後措置を行うための、有所見者一人あたりに必要な最低の事後措置時間の確保が求められる。有所見者が多数の場合には、産業医の執務時間との関係も考慮しなければならず、産業看護職の中心的な職務として位置づけることができる。「心とからだの健康づくり」では、個別の健康健康づくりは、事後措置と同じ対応ができるが、集団的な健康づくりについては、産業医の積極的関与が必要である。健康づくりを立ち上げ、持続し、行動変容にまでつなぐ理論的・実践的手法については、産業医教の生涯教育として位置づける必要がある。

『作業環境管理』では、作業環境測定士による作業場測定結果から作業環境を読みとれる能力が産業医には求められる。作業環境測定結果に対する産業医の意見の欄がある。この欄を有効にするためには、作業環境測定結果を安全衛生委員会の付

議事項にして置く必要があるとともに、作業環境測定士と産業医との話し合いの場も必要であると思われる。『作業管理』では、公的に認められている「作業管理」を専門とする職種はない。今、人間工学的な立場から、専門的な職種をおく運動がみられるが、作業現場では、作業方法による筋負担を個人の作業対応の悪さに求めることが多く、まずは産業医による整形外科的診察を受けるような筋道が必要である。この診察の際に全体的・局所的な筋負担の存在と改善方法に人間工学的な手法が必要なことを産業医が認めて、初めて人間工学的専門家の登場ということになる。この場合にも人間工学的な対応の前後での作業者の自覚症状の改善が重要な要因である。現在では、人間工学的な改善が設備等の改善になり、商業的な方向に動いている傾向が強いように思う。筋負担の評価については、OWAS, NIOSH, RULAなどの方法があり、これらを組み合わせれば作業現場で、作業者本人でも評価できるものであり、その普及が求められる。

『労働衛生教育』では、受講者にあった教育方法の獲得が各専門家に求められる。産業医・産業看護職・衛生管理者には集団教育方法の学習を生涯教育の中で位置づける必要がある。教育機関としては、都道府県産業保健推進センターが適当である。

文 献

- 1) 山田誠二：研究・開発分野における過重労働による健康障害防止の取組み 厚生労働省労働衛生課監修「産業医のための事例でみる事業者が行う就業上の措置」（産業医学振興財団、東京） p p 77-83, 2004年
- 2) 山田誠二：「産業医の覚書—拡大する産業医活動の軌跡」、2005、産業医学振興財団、東京

表 1

	健康管理	作業環境管理	作業管理	労働衛生教育	総括管理
定義	『人』の管理	『場』の管理	『作業』の管理	『教育』の運営	管理の目標
管理	疾病の治療 疾病の管理	有害環境に対する 緊急措置・作業環境 調査	作業中止・ 原因追及 :上肢障害	療 法 運動療法 食事療法	法的項目の遵守
予防	健康診断・ 事後措置	作業環境の改善	作業の改善 :ローテーション	健康指導	安全衛生配慮義務
発展	健康の保持 増進(栄養・ 運動・休養)	職場環境の快適化	作業の快適化 :人にやさしい 作業	健康教育	リスクアセスメント
担当者 資格	医師・看護職 衛生管理者	作業環境測定士 衛生管理者、医師	医師 衛生管理者	医師・看護職 衛生管理者	

表 2

	総括管理目標	作業環境管理	健康管理	作業管理	教育
管理	危険な機械や有害物の管理	作業環境測定結果 の理解 巡視 保護具	疾病管理主治医との対応 復帰診断	筋負担の軽減	疾病に対する確認教育 (セカンドオピニオン)
予防	危険や健康障害予防のための措置	作業環境の改善と維持 生物学的モニタリン グの評価 risk share	健康診断・事後措置	筋負担の評価	有所見に対する指導
発展	快適な職場づくりのための努力	ハザード・リスクの把握 喫煙対策	健康の保持増進の支援	人に優しい作業	THP活動に必要な教育

過労死予防のための産業保健のあり方に関する研究

分担研究者 小泉昭夫（京都大学大学院医学研究科教授）
研究協力者 吉永侃夫（京都大学大学院医学研究科助教授）
湯木知史（京都大学大学院医学研究科）

研究要旨

従来、産業保健サービスの範囲内だけで捉えられてきた、いわゆる「過労死」問題を取り上げ、その範囲内だけでは限界があることを、業務に起因する脳・心臓疾患による死を予防するための現行法制度の問題点と今後の法整備の方向性で、産業保健サービスの対象の見直しを含めて、その問題点とともに指摘した。

A はじめに

近時、「業務に起因する脳・心臓疾患による死」が、いわゆる「過労死」として、とりわけ医学・産業衛生学と法律学・労働法学の分野で問題とされている。このいわゆる「過労死」（karoushi, death by over fatigue, fatigue death）という言葉は、臨床医学用語でも法律用語でもない。また、例えば、脳・心臓疾患による死亡だけでなく、いわゆる「過労自殺」まで含めて、広く捉えようとするもの、脳・心臓疾患による死亡に限定する場合でも、「基礎疾患」を前提として「業務による過重負荷によって基礎疾患が自然経過を超えて急激に増悪し、脳血管疾患又は心臓疾患を発症して死亡に至ること」と捉えるものもあれば、「基礎疾患」を前提とせず「仕事上のストレスと関連した脳血管疾患や虚血性心疾患等による死亡」、あるいは「業務に起因する脳・心臓疾患による死」と捉えるものもある。このように、その概念は論者により、場面により様々な射程をもって使用されており、一義的な定義は存在しない。思うに、「過労死」という言葉は、労働者が、働き過ぎによる

過労が「引き金」あるいは「誘因」となって脳・心臓疾患を起こし死亡する状況が頻発しているとされる日本の労働現場のあり方を、労働者保護の観点から社会問題として批判的に取り上げる際に用いられる言葉と捉えることが正確な理解だといえよう。

当然のことながら、そのような社会問題化した労働現場のあり方を変えて行くことも医学・産業衛生学の重要な使命である。しかし、以下に論じるように労働者の健康を確保するためには、より広い視点から問題の本質を捉える必要がある。したがって、「過労死」という言葉にとらわれないで、「業務に起因する脳・心臓疾患による死」を対象とする必要がある。

「業務に起因する脳・心臓疾患による死」は、医学・産業衛生学の分野であれ、法律学・労働法学の分野であれ、労働者災害の認定という事後的な「補償」の観点から、事前の「予防」という観点へと議論の中心が移ってきている。その1つの成果が、2000年11月22日（2001年4月1日施行）の労働者災害補償保険法改正による、「2次健康

診断等給付」創設である。

しかし、われわれは、現行法上の当該制度のあり方、現在進められている法整備の方向性は、このような「脳・心臓疾患による死」の予防にとって必ずしも実効性のあ

るものとはならないと考える。そこで、本論文では、当該制度の問題点を指摘した上で、今後の法整備の方向性について検討する。

B 労働者災害補償保険法における「業務に起因する脳・心臓疾患による死」の位置づけ

労働者災害補償保険法は、保険事故として、①業務災害（労働者災害補償保険法7条1項1号）、②通勤災害（労働者災害補償保険法7条1項2号）、③2次健康診断等給付（労働者災害補償保険法26条）という3つの類型を規定している。このうち「脳・心臓疾患による死」と結びつくのは、①の「業務災害」と③の「2次健康診断等給付」である。

1. 業務災害

まず、「業務災害」とは、労働者の業務上の負傷、疾病、障害または死亡である（労働者災害補償保険法7条1項1号）。この「業務災害」は、労働者災害補償・労働者災害保険制度の沿革（制度が「事故」に対する補償から出発し、後に「非事故性疾病」を追加している）や、業務と傷病・障害・死亡との因果関係判断の構造の違いといった観点から、「事故性の傷病」と「非事故性の疾病（職業病）」とに分けて論じられている。

「非事故性の疾病」は、産業医学の発展等により、後に追加されたものである。労働基準法は、医学的な知見によって業務起因性が認められる「非事故性の疾病」のリストを定めている（75条2項、労働基準規則35条、同別表1の2）。この別表は、i 物理的因子（紫外線、気圧、騒音等）に起因する疾病（同別表2号）、ii 身体に過度の負担

のかかる作業態様に起因する一定の疾病（同別表3号）、iii 化学物質等による一定の疾病（同別表4号）、iv 粉じんを飛散する場所における業務による、じん肺またじん肺合併症（同別表5号）、v 細菌・ウイルス等の病原体による一定の疾病（同別表6号）、vi がん原性物質・またはがん原性工程における業務による一定の疾病（同別表7号）と、原因となる有害因子ごとに疾病を6つに定型化し例示列挙するとともに、vii 中央労働基準審議会の議を経て厚生労働大臣の指定する疾病（同別表8号）を加えている。さらに、同別表9号に「その他業務に起因することの明らかな疾病」という一般条項を置いている。この条項によって、i～viiに該当しない疾病も、「業務に起因すること」を認定できる限り、「業務上の疾病」として取り扱われる。この一般条項は、定型化できない疾病が存在することや、医学的知見の発展と疾病リストの見直しとの間に時間差が生じることから設けられたものである。いわゆる「過労死」は、死をもたらした脳・心臓疾患が、この「その他業務に起因することの明らかな疾病」に該当するか否かをめぐって取り上げられている。

2. 2次健康診断等給付

次に、「2次健康診断等給付」は、「業務に起因する脳・心臓疾患による死亡」の予