

防を法律上の制度として確立しようとしたものである。つまり、健康診断等（労働者災害補償保険法 26 条 1 項）により、個々の労働者について、「業務に起因する脳・心臓疾患」発症の原因となる危険因子の存在を

事前に把握し、かつ、適切な保健指導（労働者災害補償保険法 26 条 2 項）を行うことにより発症を予防していこうとするものである。

C 2 次健康診断等給付の問題点

1. 現行制度の概要

(1) 健康診断

個々の労働者について健康状態を把握し、適切な健康管理を行っていくことが重要であることから、労働安全衛生法 66 条等の規定により健康診断及びその結果に基づく適切な就業上の措置等の実施を事業者に義務づけており、監督指導者等を通じて、その徹底をはかってきた。この健康診断等により、過労死発症の原因となる危険因子の存在を事前に把握し、かつ、適切な保健指導を行うことにより発症を予防していくことが考えられる。そこで、先に触れた「2 次健康診断等給付」が創設された。

(2) 1 次健康診断

労働安全衛生法 66 条に基づく健康診断（雇入時の健康診断又は定期健康診断等）のうち直近のものを「1 次健康診断」という（労働者災害補償保険法 26 条 1 項）。

この「1 次健康診断」の診断項目は、以下の通りである。

まず、「雇入時の健康診断」の項目は、労働安全衛生規則 43 条によれば、

- ① 既往歴及び業務歴の調査
- ② 自覚症状及び他覚症状の有無の検査
- ③ 身長、体重、視力及び聴力（1 千ヘルツ及び 4 千ヘルツの音に係る聴力）の検査
- ④ 胸部エックス線検査

- ⑤ 血圧の測定
 - ⑥ 貧血検査（赤血球数、ヘモグロビン）
 - ⑦ 肝機能検査（GOT、GPT、 γ -GTP）
 - ⑧ 血中脂質検査（血清総コレステロール、HDL コレステロール、血清トリグリセライド）
 - ⑨ 血糖検査
 - ⑩ 尿検査（尿中の糖及び蛋白の有無）
 - ⑪ 心電図検査（安静時心電図検査）
- である。

次に、「定期健康診断」の項目は、労働安全衛生規則 44 条によれば、

- ① 既往歴及び業務歴の検査
 - ② 自覚症状及び他覚症状の有無の検査
 - ③ 身長、体重、視力及び聴力（1 千ヘルツ及び 4 千ヘルツの音に係る聴力）の検査
 - ④ 胸部エックス線検査及び喀痰検査
 - ⑤ 血圧の測定
 - ⑥ 貧血検査（赤血球数、ヘモグロビン）
 - ⑦ 肝機能検査（GOT、GPT、 γ -GTP）
 - ⑧ 血中脂質検査（血清総コレステロール、HDL コレステロール、血清トリグリセライド）
 - ⑨ 血糖検査
 - ⑩ 尿検査（尿中の糖及び蛋白の有無）
 - ⑪ 心電図検査（安静時心電図検査）
- である。

(3) 2 次健康診断等給付

1) 2次健康診断給付等の意義・要件

「2次健康診断等給付」とは、

① 「1次健康診断」において、血圧検査、血液検査その他業務上の事由による脳血管疾患及び心臓疾患の発生にかかわる身体の状態に関する検査であり、厚生労働省令で定めるものが行われた場合において、

② 当該検査を受けた労働者がそのいずれの項目にも異常の所見があると診断されたときに、当該労働者（当該一次健康診断の結果その他の事情により既に脳血管疾患又は心臓疾患の症状を有すると認められる者を除く）に対して、

③ その請求に基づいて行うもの

である（労働者災害補償保険法26条1項）。

①の厚生労働省令で定める、血圧検査、血液検査その他業務上の事由による脳血管疾患及び心臓疾患の発生にかかわる身体の状態に関する検査の項目は、以下の通りである。

- a 血圧検査（労働安全衛生規則43条）
- b 血中脂質検査（労働安全衛生規則43条）
- c 血糖検査（労働安全衛生規則43条）
- d BMI（肥満度）の測定（労働安全衛生規則様式第5号）

これらが検査項目とされたのは、個々の危険因子のリスクが弱いものであっても、これら4つの危険因子が集積することによって、脳血管疾患及び心臓疾患のリスクが著しく高まることが確認されているからであるとされている。

2) 2次健康診断等給付の範囲

「2次健康診断等給付」の範囲は、「2次健康診断」と「特定保健指導」である（労働者災害補償保険法26条2項）。

まず、「2次健康診断給付」は、脳血管及

び心臓の状態を把握するために必要な検査であり、厚生労働省令で定めるものを行う医師による健康診断である。厚生労働省令で定める検査項目は、以下の通りである。

- a 空腹時血中脂質検査
- b 空腹時血糖値検査
- c ヘモグロビンA1c検査（一次健康診断において当該検査を行った場合を除く）
- d 負荷心電図検査又は心エコー検査
- e 頸部エコー検査
- d 微量アルブミン尿検査（一次健康診断における尿蛋白検査（労働安全衛生規則43条）において、疑陽性（±）又は弱陽性（+）の所見があると診断された場合に限る）

次に、「特定保健指導」であるが、これは「2次健康診断」の結果に基づき、脳血管疾患及び心臓疾患の発生の予防を図るため、面接により行われる医師、保健婦又は保健士による保健指導である。具体的には、適切なカロリーの摂取等食生活上の指針を示す「栄養指導」、必要な運動の指針を示す「運動指導」、飲酒・喫煙・睡眠等の生活習慣に関する「生活指導」である。

3) 事後措置

2次健康診断を受けた労働者から当該2次健康診断の結果を証明する書面の提出を受けた事業者は、労働者災害補償保険法の規定による2次健康診断の結果も踏まえて医師の意見を聴かなければならない（労働安全衛生法66条の4、労働者災害補償保険法27条）。

事業者は、その医師の意見を勘案し、その必要があると認めるときは、当該労働者の実情を考慮して、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮、深夜業の回数の減少等を講ずるほか、作業環境測定の実施、

施設又は設備の設置又は整備その他の適切な措置（事後措置）を講じなければならない（労働安全衛生法 66 条の 5）。

2. 現行制度の問題点

現行法上の「2 次健康診断給付」は、既述した内容から明らかなように、労働者の「過労死」予防というよりは、労働者の生活習慣病予防にとどまっているといわざるをえない。つまり、いわゆる「過労死」の予防に実効性のある制度とはいえないのである。

例えば、厚生労働省が後述のように過労性脳血管・心臓疾患の認定基準を改正する大きな要因となった最高裁の 2000 年 7 月 17 日判決は、「脳動脈瘤の血管病変は、慢性の高血圧症、動脈硬化により増悪するものと考えられており、発症前に従事した業務による過重な精神的・身体的負荷が被災労働者の基礎疾患をその自然経過を超えて憎悪させ、発症に至ったものとみるのが相当であり、その間に因果関係の存在を肯定することができる」として、長期の過重労働による疲労の蓄積と急性の脳動脈瘤破裂との間の相当因果関係を肯定したものである。脳動脈瘤はくも膜下出血の発生原因の 1 つである。しかし、上記の現行法上の「2 次健康診断等給付」の形式的な適用で脳動脈瘤を発見することは困難である。

D 今後の法整備の方向性

1. 産業医の活用

産業医は、1 次健康診断に限らず、継続的に事業場における労働者の健康管理に当たる立場にある。そこで、産業医が問診等を有効に活用して、「2 次健康診断給付」を行えば、「過労死」の予防は実効性あるもの

となろう。しかし、「2 次健康診断等給付」が「過労死」の予防に実効性を発揮するためには、ひとり産業医の努力にかかっており、「2 次健康診断等給付」という制度そのものが、「過労死」の予防の実効性を確保するものではない。

また、産業医制度の現状を考えると、産業医にとりこの任務は過大であり現実的でない。

さらに、過労死の予防に対しては、産業保健の専門家である必要がないのではないかとの根本的な疑問も残る。

2. 過重労働による健康障害防止のための総合対策

1) いわゆる「過労死」の事後救済制度—現行の過労性脳・心臓疾患認定基準

労災保険の保険給付が支給されるべき業務上の疾病に該当するか否かを判断するに際しての現行の認定基準は次のようなものである

(1) 基本的考え方

過労性脳血管疾患および虚血性心疾患は、血管病変等が長い年月にわたる生活のなかで形成・進行・増悪するといった自然経過をたどって発症するが、業務による明らかな過重負荷がくわわることにより、血管病変等が自然経過をこえて著しく増悪し発症にいたる場合がある。それには、長期間にわたる疲労の蓄積も考えられるので、発症に近接した時期における負荷のほか、長期間にわたる業務による疲労の蓄積を考慮すべきである。業務の過重性の評価にあたっては、労働時間、勤務形態、作業環境、精神的緊張の状態等を具体的かつ客観的に把握・検討し、総合的に判断する必要がある。

(2) 対象疾病

厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）
分担研究報告書

- ① 脳血管疾患：脳内出血（脳出血）、くも膜下出血、脳梗塞、高血圧性脳症
- ② 虚血性心疾患等：心筋梗塞、狭心症、心停止（心臓性突然死を含む）、解離性大動脈瘤

(3)認定要件

- ① 発症直前から前日までの間において、発生状態を時間的および場所的に明確にしうる異常な出来事に遭遇したこと（異常な出来事）
 - ② 発症に近接した時期において、とくに過重な業務に就労したこと（短期間の過重業務）
 - ③ 発症前の長期間にわたって、著しい疲労の蓄積をもたらすとくに過重な業務に就労したこと（長期間の過重業務）
- のいずれかにより発症した脳血管疾患および虚血性心疾患は、業務上の疾病として扱う。

(4)認定要件の運用基準

- ① 異常な出来事の場合
 - i 異常な出来事
 - a 極度の緊張、興奮、恐怖、驚がく等強度の精神的負荷を引き起こす突発的または予測困難な異常な事態
 - b 緊急に強度の身体的負荷を強いられる突発的または予測困難な異常な事態
 - c 急激で著しい作業環境の変化
 - ii 評価期間：発症直前から前日までの間
 - iii 過重負荷の有無の判断
遭遇した出来事が異常な出来事に該当するか否かで判断する。
- ② 短期間の過重業務の場合
 - i とくに過重な業務：日常勤務（通常の所定労働時間内の所定業務内容）に比較して、とくに過重な身体的、精神的負荷を生

じさせたと客観的にみとめられる業務

- ii 評価期間：発症前おおむね1週間
- iii 過重負荷の有無の判断

業務量、業務内容、作業環境等を考慮し、同僚等にとってもとくに過重な身体的、精神的負荷と認められるか否かを、客観的かつ総合的に、まず発症直前から前日までの間について判断し、そうでないときは、さらに発症前おおむね1週間について判断する。その際は、労働時間のほか、不規則な勤務、拘束時間の長い勤務、交替制勤務、深夜勤務、作業環境（温度、騒音、時差）、精神的緊張をともなう業務という負荷要因について十分検討する。

③ 長期間の過重業務の場合

- i 加重性の評価：発症時における疲労の蓄積がどの程度であったかという観点から判断する。
- ii 評価期間：発症前おおむね6ヶ月
- iii 過重負担の有無の判断

業務量、業務内容、作業環境等を考慮し、同僚等にとってもとくに過重な身体的、精神的負荷とみとめられるか否かを、客観的かつ総合的に判断する。その際は、労働時間のほか、不規則な勤務、拘束時間の長い勤務、交替制勤務、深夜勤務、作業環境（温度、騒音、時差）、精神的緊張をともなう業務という負荷要因について十分検討する。

④ 労働時間

- i 発症前1ヶ月間ないし6ヶ月にわたって、1ヶ月あたりおおむね45時間をこえる時間外労働がみとめられない場合は、業務と発症との関連性は弱いですが、45時間をこえて時間外労働が長くなるなど業務との関連性は強くなる。
- ii 発症前1ヶ月におおむね100時間また

は発症前2ヶ月ないし6ヶ月にわたって、1ヶ月あたりおおむね80時間をこえる時間外労働が認められる場合は、業務と発症の関連性は強い。

2) 「過労死」予防への転用

以上に紹介した過労性脳・心臓疾患認定基準に合わせて、厚生労働省は、「過重労働による健康障害防止のための総合対策」

（2002・2・12基発0212001号）を策定している。そこでは、過重労働による健康障害防止のため、時間外労働の削減のための方策としてつぎのように述べている。

① 時間外労働は本来臨時的な場合に行われるものであること、また、時間外労働（1週間当たり40時間を超えて行わせる労働をいう。以下同じ。）が月45時間を超えて長くなるほど、業務と脳・心臓疾患の発症との関連性が強まると判断されることを踏まえ、事業者は、労働基準法36条に基づく協定（以下「36協定」という。）の締結に当たっては、労働者の過半数で組織する労働組合又は労働者の過半数を代表する者とともにその内容が「労働基準法第36条第1項の協定で定める労働時間の延長の限度等に関する基準」（1998労働省告示第154号）（以下「限度基準」という。）に適合したものとなるようにする。

また、36協定において、限度基準第3条ただし書に定める「特別な事情」が生じた場合に限度時間を超える一定の時間まで労働時間を延長することができる旨を定めているなど月45時間を超えて時間外労働を行わせることが可能である場合についても、事業者は、実際の時間外労働を月45時間以下とするよう努めるものとする。

② 事業者は、上記①の趣旨を踏まえ、時間外労働を月45時間以下とするよう適切な労働時間管理に努めるものとする。

その際、時間外労働が月45時間以下の場合においても、健康に悪影響を及ぼすことのないように時間外労働のさらなる短縮について配慮するものとする。

また、事業者は、裁量労働制対象労働者及び管理・監督者についても、健康確保のための責務があることなどにも十分留意し、過重労働とならないよう努めるものとする。

③ 事業者は、「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関する基準について」（2001・4・6基発339号）に基づき、労働時間の適正な把握を行うものとする。

更に時間外労働が月100時間または2～6ヵ月平均で月80時間を超えたときには、産業医の助言指導や労働者に対する臨時の健康診断の実施と、その結果に基づく事後措置の実施等を求めている。

3) 問題点

「過重労働による健康障害防止のための総合対策」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もった上限値を労働時間という観点から定め、上限値を下回ることを事業者責任で行うというという発想であり、これまでにない画期的なものである。しかし、実効性ある「過労死」の予防のためには、基礎疾患の十分な医学的検討と評価とが必要であり、労働時間に着目するだけでは十分とはいえない。

3. 産業保健から地域保健への転換

「過労死」予防には、基礎疾患の十分な医学的検討と評価が必要である。これは、事業場という産業保健の領域のみの問題で

はなく、生活一般と結びつく地域保健の領域の問題でもある。そこで、「過労死」予防を、産業保健固有の問題として捉えるのではなく、広く地域保健の領域の問題として捉え直し、原則論を地域保健のあり方として制度化していくことが必要である。その上で、事業場における業務過重性の問題を、固有事項として産業保健領域で扱っていくことが合理的であると考えらる。

E. 研究発表(学会発表)

1. 学会発表

- ・第44回近畿産業衛生学会

『過労死』予防における現行法制度の問題点と今後の法整備の方向性』

(湯木知史、吉永侃夫、小泉昭夫)

- ・第78回日本産業衛生学会（発表予定）

「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」

(湯木知史、吉永侃夫、小泉昭夫)

文献

- 1) 岸玲子・古野純典・大前和幸・小泉昭夫編. NEW 予防医学・公衆衛生学. 東京：南江堂, 2003.
- 2) 菅野和夫. 労働法（第6版）. 東京：弘文堂, 2003.
- 3) 東京大学労働研究会編. 注釈労働基準法（下巻）. 東京：有斐閣, 2003.
- 4) 大地直美. 「過労死」の予防対策－労働者災害補償保険法の改正等について. ジュリスト, 2001 ; 1197 : 26.
- 5) 奥平雅彦. 医学からみた“過労死”. 日本医師会雑誌 ; 2002 : 128(6) : 859.
- 6) 岩村正彦. 法律からみた“過労死”. 日本医師会雑誌 ; 2002 : 128(6) : 862.
- 7) 最判 2000 (平 12)・7・17・労判 785.

6.

- 8) 馬杉則彦. クモ膜下出血と労働. 日本医師会雑誌 ; 2002 : 128 (6) : 871.
- 9) 遠田和彦, 長友敏寿, 村上太三, 指原俊介. Brugada 症候群の職域管理における問題. 産業衛生学雑誌 ; 2004 : 46(1) : 10-12.
- 10) 笠貫宏. 労働と突然死. 日本医師会雑誌 ; 2002 : 128 (6) : 883.
- 11) 圓藤吟史. 過重労働を行っている者を対象に二次健康診断を. 産業医学ジャーナル ; 2004 : 4 : 52.
- 12) 山口浩一郎. 労災補償の諸問題. 東京：有斐閣, 2002.
- 13) 岡村親宜. 過労死・過労自殺救済の理論と実務 - 労災補償と民事責任. 東京：旬報社, 2002.
- 14) 厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課. 過労死等の防止のための総合的対策について. 総合臨床, 2004 ; 153. 2. 375.

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
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
3. 小規模事業場の産業保健活動に対するニーズ調査
ー川崎市、横浜市、京都市、北九州市、福岡市、長崎県の調査からー

浜 民夫（長崎大学 環境科学研究科環境科学部）

平田 衛（独立行政法人産業医学総合研究所 企画調整部）

木田 哲二（労働衛生コンサルタント事務所プライム）

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）

甲田 茂樹（高知大学 医学部看護学科地域看護学）

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）

森 晃爾（産業医科大学 産業医実務研修センター）

産業保健サービスの機能(提供方法)に関する研究

分担研究者	平田 衛	(産業医学総合研究所企画調整部)
研究協力者	甲田茂樹	(高知大学・医学部・保健学科)
	森 晃爾	(産業医大・実務研修センター)
	日野義之	(同上)
	古木勝也	(尾立内科医院)
	廣 尚典	(アデコ(株)・健康支援センター)
	北原佳代	(三菱重工・横浜健康管理センター)
	木田哲二	(労働衛生コンサルタント事務所プライム)

研究要旨

すべての労働者へ産業保健サービスを提供する方策を提言することを目的に、これまでの本研究の第一、第二年度の成果、先行研究、先進諸外国の経験、研究協力者らの経験等に基づき、検討をおこなった。この結果、(1) すべての労働者に産業医サービスを提供することをすべての事業場で義務とし、労働者一人当たりの産業医の基本提供時間を20分として、業種等で追加あるいは産業保健チームの産業看護職で代替すること、(2) すべての事業場で「リスク評価と改善対策報告書」を作成することを義務づけ、10人以上事業場は労働基準監督署へ提出することを義務づけること、(3) 企業外労働衛生機関の質的・量的充実、(4) 独立系専門家集団（産業保健コンサルタントファーム）の醸成、(5) 「職場のかかりつけ医」としての実地医家の関与、(6) 労働安全衛生に関する窓口の整理とサービスをも行える機関の整備、(7) 産業保健におけるコアサービスはリスクの低減であり、産業医業務におけるコアサービスは就業上の措置や復職に係わる診断であること、を提言する。

A.目的

すべての労働者へ産業保健サービスを提供する方策を提言することを目的に、これまでの本調査研究、先行研究、先進諸外国の経験等をベースにして、検討をおこなった。

B.対象と方法

検討のための資料として、(1) 本研究の第一年度の産業医従事時間調査、第二年度の産業保健サービス提供機関等への聞き取り調査、先行研究として、(2) 産業医学振興財団による各種の調査（1998年の「小規模事業所における総合的健康管理推進のための方策」・2002年の「小規模事業場の健康管理棟に関する実態調査」・「産業医活動に関する調査報告書—産業医活動の実態及び小規模事業場の今後の

産業医活動の在り方に関する調査」）、(3) 先進諸外国の経験（米国の Voluntary Protection Programme VPP、本研究「今後の産業保健のあり方に関する研究平成15年度報告書における資料編ドイツ・フランスの最小投入時間、英国におけるリスク評価（「労働における安全と保健—英国の産業安全保険制度改革（ローベンス報告）」）等を用いた。方法としては、提案と討論により提言を作成した。

C.結果

詳細は別添の「提言」に挙げるが、以下にその要点を述べる

提言 1. 全労働者への産業医サービス提供の義務化

調査結果から、50人未満の小規模事業場へ

の産業医サービス提供の拡大を前提にして、産業医サービスの労働者1人当たりの基本提供時間を年間20分とし、業務内容によりサービス提供時間の追加を設ける。また、産業保健チームとして看護職がいる場合には、産業医のサービス提供時間は減少して、看護職の提供時間として換算することも可能とする。労働者1人当たりの提供時間は、事業場単位で年間に提供されるべき時間の総計を求めるための目安であり、労働者各個人に提供される時間ではない。

提言2. 「リスク評価と改善対策報告書」の作成と提出の義務化

目的は、第一に労働者が安全で快適に、健康的に働けるように、職場の健康リスクを減らすことにあり、第二に「法令にあるからおこなう」という他律的なものではなく、事業者・労働者が自らおこなう産業保健活動にすることにある。その内容は、以下の通りである。

①全ての事業場は自らで職場診断を毎年実施し、安全に偏らず、衛生にも考慮したリスクを同定し、評価し、過去に指摘されたリスクに対して事業場がどのような産業保健活動や改善・対策を実施しているかを「リスク評価と改善対策」報告書にまとめる。

②10人以上の事業場には「リスク評価と改善対策」報告書を作成して労働基準監督署に提出する義務を課す。10人以上とした理由は、職場で安全衛生推進者ないしは衛生推進者が選任されていることにより、事業者・安全衛生推進者ないしは衛生推進者が報告書を作成する。

③「リスク評価と改善対策」報告書の基本書式を行政が作成し、50人以上の事業場では産業医ないしは労働安全・衛生コンサルタントと衛生管理者が署名する。

提言3. 企業外労働衛生機関の質的・量的充実

企業外労働衛生機関がその機能を充実し、産業医サービス、産業看護職サービス、健康診断実施サービス、作業環境測定などの産業

保健サービスをトータルに提供できる機関が各地にみられるようになり、中小企業における産業保健サービス提供のひとつのモデルとなっている。このような産業保健サービス提供組織が増え、サービス内容での切磋琢磨が生じれば、サービスレベル向上にもつながり、一層の質的向上が望まれる。また、企業外労働衛生機関の数的充実により、より多くの労働者へ産業保健サービスが展開されることが期待される。

提言4. 独立系専門家集団（産業保健コンサルタントファーム）の醸成

若手産業医が労働衛生コンサルタントとして独立し、活動を開始するケースが散見される。このような独立系専門家が増え、彼らをキーにした他職種との連携も可能なサービス提供拠点としての産業保健コンサルタントファームができることが期待される。これは、嘱託産業医である実地医家にとっても良き相談相手になり得、また医師側にもリスクを回避する利点がある。

提言5. 「職場のかかりつけ医」としての実地医家の関与

30人未満の事業場においては様々な工夫がおこなわれているが、現行の産業保健サービスの提供という枠組みの中に取り込むことが難しい。現行の産業医制度からのサービス提供ではなく、「職場のかかりつけ医」としての開業医（実地医家）が産業保健的視点・産業医マインドをもって関与する中でのサービス提供が現実的と考えられる。

すなわち、開業医（実地医家）が、日常診療で、職場からの健康影響を念頭に、本人からの情報聴取を行い、本人への指導、必要に応じて職場への指導や働きかけを行って就業による健康障害を予防し得、適正配置にもつながる。健康診断の間診・診察が上記の貴重な機会として活用されて、就業の意見などに反映されれば、健康診断事後措置と同様の意味を持つ。

実地医家に上記の役割を期待するには、リ

ソース情報・活動ノウハウなどの情報提供、コーディネート機能の研修機会提供、さらにはそれをサポートする相談窓口の明確化が強く望まれる。

提言 6. 労働安全衛生に関する窓口の整理とサービスをも行える機関の整備

産業保健に関する多様なサービス提供団体・組織・窓口をわかりやすくし、「リスク評価と改善対策報告書」作成の代行・支援など実際のサービスをおこなうために、交通安全協会に倣った「労働安全衛生協会」を設置する。既存組織は複雑な歴史や予算等の経緯があり、この「協会」に協力するネットワークを形成することが期待される。

提言 7. 産業保健におけるコアサービスはリスクの低減であり、産業医業務におけるコアサービスは就業上の措置や復職に係わる診断であること

「産業保健におけるコアサービスは職場における健康リスクを低減すること」と考えて、我々は「リスク評価と改善対策報告書」を提言 2 に挙げた。また、健康リスクを低減するには現行の産業保健サービスに挙げられる各種の活動も重要であることが理解できるが、これらの活動の多くは産業保健チームで対応が可能である。

今日、重要な課題となっている「過重労働とメンタルストレス・ヘルス対策」は、産業保健チームを超えて、労務・人事など労働を管理する部門こそが主とならざるを得ず、したがって産業保健チームは脇役として、積極的な助言をすることになる。

産業医しかおこなえない活動は「診断」であり、就業上の措置や復職に関する役割は決定的で、そこに産業医のコアサービスがあると考えられる。産業保健チームの各専門職との分業はよりよいサービスを効率的に提供することが可能になると考えられる。

D. 考察

以上の提言を作成したが、あくまで基本的な枠組を示したに留まった。詳細な詰めは、より具体化してから考える必要があること、また、県単位でモデル事業をおこない、実効性を確認する必要もあろう。

提言については、様々な困難・抵抗が予想される。第一に、事業所に新たな負荷・経済的負担がかかることへの懸念、第二に負荷・経済的負担を超え得るインセンティブ、第三に受け皿の育成、などが主なものと考えられる。労災保険のメリット制の適用をインセンティブとして挙げたが、インセンティブになり得るレベル等についての議論も必要である。

現在様々な支援事業が行われているが、それらを整理統合して、産業保健サービスのコアである職場の健康リスクの低減を実施し得るような産業保健活動を再構築することに徹すれば、解答は自ずと与えられると考えられる。

E. 結論

職場の健康リスクを減らすことが産業保健活動のコアサービスと捉え、それを実施できるように、産業医サービスを全事業場で提供するよう義務づけること、全事業場は「リスク評価と改善対策報告書」を作成することを義務づけること、それを支援できる組織などに、「労働安全衛生協会」、労働衛生機関の充実、独立系産業保健コンサルタント集団の醸成、開業医・実地医家の産業保健活動への関与が必要である。

産業保健サービスの機能・提供方法に関する研究からの提言

1. はじめに

現在、我が国では労働の形態・様態の多様化が加速度的に進み、それに伴い労働者の健康影響にも様々な変化がおこっている。このような状況の中、労働者の安全衛生を確保する上で産業保健サービスのあり方は大きな課題であり、産業保健サービス内容や提供方式についての検討が望まれている。この検討において、最も重要なのは、社会・企業の責任である“安全で快適に働ける”ことを阻害する様々なリスクの低減を、全ての労働者に確保することである。ここでは、リスクをより広いものとして捉え、産業保健サービスにおけるコアサービスを再整理したい。加えて、そのサービスをいかに提供するかについて（特に中小企業へのサービス提供の充実を念頭に）検討も加えていきたい。

以下に、産業保健サービスとその提供等について、いくつかの論点別に話をすすめ、各論点でその内容を受けての提案事項等を提言的スタイルで、まとめていきたい。下に、本章の全体像を示し、次に各論について順次述べることとする。

2. 各論点と提言の抜粋

論点 I. 産業医サービスの提供

提言 1. 全労働者への産業医サービス提供の義務化
（1人当たりのサービス提供時間の制定）

論点 II. 産業保健サービス提供の枠組み

提言 2. 「リスク評価と改善対策報告書」の作成と提出
提言 3. 企業外労働衛生機関の充実（質・数）
提言 4. 独立系専門家集団（産業保健コンサルタントファーム）の醸成
提言 5. 「職場のかかりつけ医」としての実地医家の関与
提言 6. 労働安全衛生協会の新設

論点 III. 産業保健のコアサービスについて

提言 7. 産業保健におけるコアサービスはリスクの低減であり、産業医業務におけるコアサービスは就業上の措置や復職に係わる診断であること

3. 主な論点と提言内容（各論）

世界保健機関（WHO）は、1978年のアルタマタ宣言で「すべての人々に健康を（Health for All）」をスローガンとし、以後その実現を目指してきた。産業保健分野においては、「Occupational Health for All」を合言葉に、その実現のために戦略（Global strategy on Occupational Health）を立案し、実行してきた。WHOは、その産業保健のトップページに、“働く人々の健康の実現”は産業保健の領域にとどまらず、1) 健康な労働者は生産的で、家族の健康にも貢献する、2) 産業保健現場における環境コントロールは、公害問題などの一般環境問題の解決策の糸口を与える、3) 勤労者の雇用可能性を改善する、4) 職場は公衆衛生的問題の指導・対策においても重要な実践の場所である、などの利点があることを示している。現在、過重労働の一方、急速な高齢化や生活習慣病増加さらには環境問題への取り組みなどが課題である我が国において、上に述べたWHOが示す産業保健が果たし得る役割がもつ意味は重い。

我が国の産業保健サービス提供の現状をみると、企業（ないしは事業場）規模による格差があることが、従来から指摘されており、多くの労働者が働く中小企業において、良好な産業保健サービスが提供されることの重要性は、ますます増している。

以下、我が国の産業保健の重点課題である中小企業への産業保健サービス提供の充実を念頭に、I.産業医サービスをより多くの労働者へ提供する仕組み、II.産業保健サービス提供するための枠組み、III.産業保健のコアサービスとは何か、などについて述べ、重要な事項については提言として提示する。

論点 I. 産業医サービスの提供

我が国の産業保健サービスにおいて、産業医による産業保健サービスの中心をなしている関係上、産業保健の充実のためには、「産業医サービスをより多くの労働者へ提供する」仕組み作りが重要となってくる。

労働安全衛生法令では、労働者50人以上の事業場で産業医選任が、1,000人以上の事業場には産業医が専属であることが義務付けられている。1,000人以上の事業場では専属産業医が雇用されて事業場の労働者に対し産業医サービスを提供し、労働者50人以上～1,000人未満の事業場では、嘱託産業医が選任されて産業医サービスが提供されることとなっている。しかし、50人未満の小規模事業場では、産業医が選任されることは稀であり、厚生労働省の委託事業である郡市区医師会が運営する地域産業保健センターからサービス提供を受けることが可能ではあるが、全体としては不十分と言わざるを得ない状況にある。

「産業医サービスをより多くの労働者に提供する」方法として、全労働者への産業医サービス提供の義務化（労働者1人当たりのサービス提供時間の制定）が考えられ、以下にこの点について述べる。

提言 1. 全労働者への産業医サービス提供の義務化

すべての労働者に産業医サービスを提供する際の最も確実な対応は、全労働者への産業医サービス提供を義務づけることである。

海外における産業医サービス提供時間＝仏独

海外には、すべての労働者に産業保健サービスを提供している事例がある。フランスでは労

働者1名に対し産業医の年間職務時間が定められている（一般労働者36分、現場労働者48分、有害業務従事者72分）。ドイツも同様に産業医業務時間（最小投入時間）が定められているが、危険物質曝露や危険作業への従事状況に応じ、4グループ化し、産業医の年間サービス時間を定めている（一人当たり6分、24分、30分、36分）。

日本における産業医サービス提供時間

我が国の産業医サービス提供時間として、本研究の初年度に実施した日本産業衛生学会産業医部会員に対する調査では、産業医サービス提供時間は労働者一人当たり平均約20分であり、有所見者がいる場合には30分の増加、有害業務があれば10-15分の増加が認められた。また、看護職がいれば提供時間は約15分短縮されていた。産業医学振興財団がおこなった、都道府県労働局推薦ならびに産業医学振興財団選定の産業医への調査では、嘱託産業医の労働者1人当たりの年間活動時間は平均18.3分（中央値9.6分）で、専属産業医のそれは平均61.4分（中央値56.2分）であった。

これらの調査結果にもとづいて、小規模事業場への産業医サービス提供の拡大を前提にした場合、産業医サービスの労働者1人当たりの基本提供時間を年間20分とし、提供時間は全労働者に均一とするのではなく、フランス・ドイツのように業務内容によるサービス提供時間の追加を設けると考えられた。また、産業保健チームとして看護職がいる場合には、産業医の提供時間は減少し、看護職の提供時間として換算することも可能とすべきと考えられた。

提供時間についての留意事項と弾力的活用

労働者1人当たりの提供時間は、事業場単位で年間に提供されるべき時間の総計を求めるための目安であり、労働者各個人に提供される時間ではなく、柔軟に運用することで、必要な時に必要なサービスを受けられるようにすべきである。また、産業医が定期的に月1回出務することにこだわらず、トータルでサービスが有効活用できるように留意すべきである。特に、50人未満の小規模事業場では少ない人数とリスクから、必要な年間活動時間は少ないので、職場巡視・衛生委員会出席などの現行の法定必須業務を緩和した上で、その事業場のニーズに合わせ柔軟な対応が可能な仕組みづくりを行う必要がある。

産業医活動と労働者数による規模・業種などとの関係

産業保健活動の中には、事業場の人数規模に係わりが乏しい活動と人数規模に比例する活動に類別することができる。計画策定・評価・関係官庁への報告・情報入手などは、規模や労働者数によらず事業場毎に固定的と考えられる。一方、健康診断・事後措置・健康相談などは、労働者数に比例する部分が強い。また、50人以上の事業場で選任される産業医には、現行法令では規模によらず月1回の職場巡視、衛生委員会出席が義務付けられているが、50人未満の小規模事業場は、事業場規模や業種により柔軟に対応するのが現実的であろう。労働災害や健康障害などは有害業務有無・業種などの事業場特性により大きく異なるものであり、労働災害や健康障害などに対する調査なども、事業場規模により投入時間が決定される可能性が強い。各事業場にどのようなサービスが必要かを専門家が判断し、提供しうるサービスの中から有効なものを提供することが効率的かつ現実的である。

産業医サービス提供の実施の監視

また、全事業場に対する産業医サービスの提供を制度化した際には、その実施状況などを報告・チェックする制度が必要となる。

過重労働・メンタルヘルス対策との関係

特に、昨今大きな問題となっている長時間労働やストレス対策・メンタルヘルス対策は、業

種や事業場規模に関係なくすべての事業場に共通する問題であり、すべての事業場において対策を講じ、実施することが望まれる。その意味でも、50人未満の小規模事業場への産業保健サービス提供の充実、特に重要な課題である。この課題を解決するのは、全労働者への産業医サービス提供を約束することであると考えられる。

小規模事業場の組織化

産業保健サービスの提供を容易にする意味では、小規模事業場のグループ化により産業医共同選任による産業医活動の対象とすることや、工業団地・商工会・同業者団体など各種団体による組織化により、より多くの労働者・企業が産業医サービスの対象とすることは、検討すべき重要な対応策である。大企業傘下の中小規模事業場については、協力会組織などを介して、大企業に対しサービス提供している組織が同様にサービスを提供するという方策が、現実的で有効なサービス提供方法であろう。（資料1：大企業参加の中小規模事業場における産業保健サービスのあり方）

個人情報保護法への対応

平成17年4月に全面施行される個人情報保護法への対応は、小規模事業場にも広く適応されるものである。小規模事業場で、健康情報を保護する体制の整備を進め、健康情報の適正な取扱いに関する教育・啓発、相談などを行う上で、産業医共同選任の促進や地域産業保健センターの活用に加え、すこしでも多くの事業場で産業医が関与することは非常に大きな意味をもつものと思われる。

論点 II. 産業保健サービス提供の枠組み（提供機関・組織とその連携）

産業保健サービス提供の枠組みを考えるにあたり、将来的には産業保健チームとして産業保健サービスが提供されることが展望されるが、現行法令の枠組みでは、その中核サービスであり、現に広く提供されている産業医サービス提供について検討する。労働者数1,000人以上の企業では、医師は、専属産業医として企業に雇用されるが、それ以外の医師は、嘱託産業医としてサービスを提供することになる。嘱託産業医が所属する組織は、多様であり、最多は、一般医療機関（勤務医・開業医）であると考えられる。他にも、健康診断実施機関・企業外労働衛生機関や大学・研究機関に所属するケースなどがある。ごく少数であるが、嘱託産業医を本業とする専門家（独立嘱託産業医）や労働衛生コンサルタントとして独立しサービスを提供していること事例もある。見方を代えて、所属ではなく、立場という視点からすると、50人未満の事業場にサービスを提供する地域産業保健センター（郡市区医師会が運営）の立場から関与する医師もいる。

提言2. 「リスク評価と改善対策報告書」の作成と提出の義務化

「リスク評価と改善対策報告書」の目的と内容

目的は、第一に労働者が安全で快適に、健康的に働けるように、職場の健康リスクを減らすことにあり、第二に「法令にあるからおこなう」という他律的なものではなく、事業者・労働者が自らおこなう産業保健活動にすることにある。その内容は、以下の通りである。

①全ての事業場は自らで職場診断を毎年実施し、安全に偏らず、衛生にも考慮したリスクを同定し、評価し、過去に指摘されたリスクに事業場がどのような産業保健活動や改善・対策を

実施しているか（リスクマネジメント）を「リスク評価と改善対策」報告書にまとめる。

② 10人以上の事業場には「リスク評価と改善対策」報告書を作成して労働基準監督署に提出する義務を課す。10人以上とした理由は、10人以上の事業場では安全衛生推進者ないしは衛生推進者が選任されていることによる。事業者・安全衛生推進者ないしは衛生推進者が報告書を作成する。

③ 「リスク評価と改善対策」報告書の基本書式は行政が作成し、50人以上の事業場では産業医ないしは労働安全・衛生コンサルタントと衛生管理者が署名する。

「リスク評価と改善対策報告書」の考え方と意義

「リスク評価と改善対策報告書」は、企業における財務関連書類（法人税申告に際して都道府県税事務所へ提出する、あるいは株式会社では株主総会に、公益法人では代議員会・総会に提出する財務諸表）と同様の考え方を、安全衛生についても導入する。なお、職場におけるリスク評価の導入については、EU 指令「作業時の作業者の安全および健康の改善を促進するための手段の導入に関する指令（1989/391/EEC）」でも勧告されている。

「リスク評価と改善対策報告書」の義務が浸透すれば、この義務を果たしていないことは、単なる義務違反に留まらず、広い意味でのコンプライアンスの問題となり、CSR（企業の社会的責任）と結びついて大企業や海外企業との取引ができなくなる流れを持つ可能性がある。その意味でも、報告書の提出の有無に関する情報公開も考慮される。

「リスク評価と改善対策」報告制度がもたらす効果

事業者の包括的な安全衛生意識が向上する、事業場における日常的な産業保健活動が点検可能となる、労働安全衛生マネジメントシステムが普及・促進される、定期監督等の安全衛生監督行政に活用できる、などの効果が期待できる。

「リスク評価と改善対策」報告制度に予想される困難

とりわけ50人未満の事業場では、報告書を労働基準監督署に提出した経験が乏しく、報告書作成に新たな経済的負担（事業者・労働者の時間の消耗、外部専門家への依頼など）が生じる可能性がある。これらの困難の解決には専門機関や専門家の活用が不可欠である。

「リスク評価と改善対策報告書」の効果を上げ、促進するための方策

1) 専門家の活用を奨励する。すなわち、①この報告書を提出する前に専門家によるチェックを奨励（先述；50人以上の事業場では、産業医や労働衛生コンサルタントの署名を義務化）、②事業者・労働者が自ら職場診断を行えるように、小規模事業場用診断ツールを自社の業務に沿ったツールにアレンジする目的で、専門家の意見を参考にすることを奨励する。

2) 職場診断を行い、リスク同定とその改善を指導できる専門家の制度を新設する。すなわち、産業医・労働衛生コンサルタント・ベテラン衛生管理者など、少なくとも10年以上の実務経験を有する者に、チェックリストの活用などにより適切な職場診断が可能となるようトレーニングを行い、認証する（例えば、「衛生管理コンサルタント」の名称）、

3) 10人未満の事業場や自営業などもカバーできる、幅広いニーズに応えられる専門機関を設立（後述の「労働安全衛生協会」など）して、リスクの同定・把握と改善対策による低減方法を相談できる専門家の活用を促す。

4) 報告書作成にあたって、専門家等は、事業者・労働者が自ら職場診断を行えるように小規模事業場用職場診断ツール、学会の産業保健活動評価委員会の産業保健活動評価票など、参考となるツールを提供する、

5) 下記のインセンティブとともに、ペナルティも考慮される。

「リスク評価と改善対策報告書」のインセンティブ

インセンティブとして、「リスク評価と改善対策報告書」を提出すれば労災保険料のメリット制が適用されるようにする。また、本報告書の提出は、労働基準監督官の監督の代わりともなる。その定期監督では本報告書の作成ならびに提出は必須の確認項目とすれば、各事業場での安全衛生活動が把握しやすくなり、メリットは大きい。類似の制度としては、米国が1982年から導入している自主的予防プログラム（VPP: Voluntary Protection Program）がある。この制度では、事業場の申請に基づいて審査を行い、認定されれば定期監督免除のインセンティブがある。

提言 3. 企業外労働衛生機関の質的・量的充実

総合的産業保健サービスを提供する機関の出現

産業保健サービス提供組織における最近の変化として、企業外労働衛生機関がその機能を充実に、産業医サービス、産業看護職サービス、健康診断実施サービス、作業環境測定などをトータルに提供できる機関が各地にみられるようになり、中小企業における産業保健サービス提供のひとつのモデルとなっている。このような機関では、従業員30人以上の比較的小規模な事業場においても、工業団地や同業種などのグループ化を行うことで、活動対象として取り込み、地域のニーズを実際の産業保健活動へつなげている。

総合的産業保健サービスを提供する機関における専門職

このような労働衛生機関においては、サービス提供者として、産業医に加え、産業看護職や栄養士・運動指導者がスタッフとして揃い、各専門職によるサービスが有機的に結びついたトータルサービスが提供され、サービスは質的にも望ましいものとなっている。このような活動を行うことで活動やスタッフの専門性・独立性が高まり、このことがさらに次の需要を呼び込むという良循環につながっている。

総合的産業保健サービスを提供する機関の長所と将来性

このような産業保健サービス提供組織が増え、サービス内容での切磋琢磨が生じれば、サービスレベル向上にもつながると考えられる。また、企業外労働衛生機関の質的充実においては、全国労働衛生団体連合会などが大きな役割を果たしており、今後一層の質的向上が望まれる。

サービス提供拠点としての企業外労働衛生機関は、独自にコマーシャルベースで活動を展開していくことが可能であり、様々な地域で産業保健サービス提供の核のひとつになりうる。企業外労働衛生機関は、健康診断実施機関から発展・成長していったものが多い。健康診断実施機関は全国に広く数多く存在し、既に企業との信頼関係を有している。今後、企業外労働衛生機関の数的充実により、より多くの労働者へ産業保健サービスが展開されることが期待される。

企業外労働衛生機関に関して特筆すべきは、医師はもちろん医師以外の専門職が産業保健に係わる活動拠点となり得ることである。中小企業の産業保健において、サービス提供者のマンパワーをいかに確保するかは極めて大きな課題であり、この意味でも、医師以外の職種では活動拠点がきわめて少ない状況下では働く場としての企業外労働衛生機関の存在は大きい。

加えて、企業外労働衛生機関には産業保健サービスに関わる事務スタッフもおり、彼らは営業活動の中で企業の需要をサービス提供に結びつける努力を行っており、企業側が求める事務的サポートについても長けている。企業が実際に行動を起こす際には、その一步を踏み出しやすくする重要な役割でもあり、他のサービス提供組織にはない実務上での大きな強みである。このノウハウは、今後のサービス提供拡大において大きなヒントを示している。

提言 4. 独立系専門家集団（産業保健コンサルタントファーム）の醸成

独立する産業医・労働衛生コンサルタントの流れと意義

若手産業医が労働衛生コンサルタントとして独立し、活動を開始するケースが散見されるようになった。今後、独立系専門家が増え、彼らをキーにした他職種との連携も可能なサービス提供拠点ができることが期待される。それは、一級建築士が建築事務所に、あるいは弁護士が弁護士事務所に所属し、その中で専門家として成長しつつ、事務所全体としては安定的に地域のサービス需要に応えることと類似のものと考えられ、産業保健コンサルタントファームと呼ぶべきものであり、地域における貴重な社会的資源となり得るものである。このようなファームから、中小企業の自律的産業保健活動を支援する産業保健マネジメントシステム（OSHMS）構築（第二年度実施）を中心としたサービスが提供されることは、今後の産業保健サービス提供スタイルのモデルと考えると理解しやすい。

産業保健コンサルタントファームの機能

これまで産業医サービス提供を前提とした専門組織はなく、このような新しい社会的リソースの醸成は、専門的に産業医サービスを提供したい医師にとっても大きな意味をもち、サービス提供医師確保の意味でも、大きな存在となろう。また、このようなファームは、産業医に興味をもつ医師が嘱託産業医を担当するきっかけにもなり、新たな産業医サービス提供者の拡張にも意義をもつものと期待される。また、このような団体・組織は嘱託産業医である実地医家にとっても良き相談相手になり得る。

産業医サービスが、個人としてではなく組織体との契約の上で提供されることは、産業医交代による産業医活動の中断のリスク低減につながり、産業医活動の継続性にも貢献できる。また、事業場からみても一個人との契約よりも、社会的に認知された組織体との契約は望ましいものである。このような意味でもファームの存在は、産業医サービス提供の社会的認知を高めることにつながり、結果としてサービス拡大においてプラスに働くと考えられる。

産業保健コンサルタントファームによる医師側の利点

医師の立場からも、ファームの一員として活動を行うことで個人の独立系専門家として活動する際のリスクを回避することができる。リスクの最たるものは産業医契約の打ち切りによる収入減であるが、ファームを介することでこのリスクは小さくなる。また、各種社会保険などの適用などが可能となり、産業医に専従的に活動する際のハードルを大幅に下げると考えられる。

提言 5. 職場のかかりつけ医としての実地医家の関与

小規模事業場における従来型産業医活動の困難さ

労働者 50 人未満の事業場には、産業医選任の法的義務がなく、加えて既存の各種産業保健サービス提供機関は少人数を対象とした場合には、コマーシャルベースにのった活動は行いづらく、産業保健サービスが十分に提供されていない状況にある。特に、30 人未満の事業場においては、同じ地域や同じ系列企業といった関係でグループ化するという工夫はとられているものの、現行の産業保健サービスの提供という枠組みの中に取り込むことが難しいのが現状である。

実地医家である認定産業医の活動への期待

一方、「産業医」活動という観点からみても、現行の産業医制度からのサービス提供ではなく、「職場のかかりつけ医」としての開業医（実地医家）が産業保健的視点・産業医マインドをも

って関与する中でのサービス提供が現実的と考えられる。ここでは平成16年4月に6万人を超えた日本医師会認定産業医の活躍を期待される。また各地区医師会でも地域産業保健センター運営を中心に認定産業医も組織化され、活動も徐々に浸透している現状もある。

実地医家である認定産業医が果たし得る機能

彼らには、産業保健における専門家というよりも産業保健の知識を備えた医師としての役割が期待される。例えば、開業医（実地医家）が、通常の診療の中で、職場からの健康影響を念頭に、本人からの情報聴取を行い、本人への指導はもちろん、必要に応じ、職場への指導や働きかけを行うことで、就業からの健康障害を予防することができ、適正配置へもつながるはずである。健康診断の間診・診察の場面が上記の貴重な機会として活用され、就業の意見などに反映されるようになれば、健康診断事後措置と同様の意味をもちうるものとなる。

実地医家である認定産業医の活動の限界と他職種との連携の促進

こうした「職場のかかりつけ医」としての開業医（実地医家）の活動を本提言の中の産業保健のコアサービスという視点からみれば、開業医本来の健康・病気という視点である健康診断とその事後措置というサービスの提供がその大半となっており、全体的なコアサービスと比べて大きく偏りが生じているのも事実であり、開業医（実地医家）が単独で産業保健コアサービスを提供していくのは非常に難しいといえる。職場のリスクという視点から言えば、現状の産業医教育だけでは対応しきれず、この部分は医師個人のスタンスや能力にかかっているといわざるをえない。こうした個人にかかる問題を解決していくには、各コアサービスを提供できる職種と連携をしていくことが強く望まれる。リスクアセスメントの部分は現状では労働衛生あるいは衛生工学コンサルタントと連携をしていくことが得策と考えられ、この連携を通じてリスクアセスメントからリスクマネジメントにつなげていくべきである。こうしたリスクへの対応が本来の産業保健活動であり、事業場からみても社会的な問題になっているCSRを果たすということにもつながる企業活動のひとつとしての産業保健活動になると思われる。

実地医家である認定産業医の活動の時間不足を解決する提供時間の考え方とチーム活動

開業医（実地医家）の産業保健活動を行っていく上でのもうひとつの問題は、時間的な余裕がないということである。産業医共同選任事業においては毎月の活動が要求されることになるが、今回の調査、提言にもあるように30人の事業場を例にとると、年間の基本サービス提供時間は $20(\text{分}) \times 30(\text{人}) = 600(\text{分})$ 、10時間となる。リスクがあれば増えることを考慮しても、年間3～4回の事業場訪問ということになり、この中でリスクを低減していくことを中心に産業保健サービスを提供していけば、時間的な問題は解決できる方向に進むと考えられる。さらにコンサルタントや産業保健師を備えた企業外労働衛生機関などの産業保健サービス提供機関と積極的に連携し、コアサービスを産業保健チームとして提供していくことで、活動時間は短縮され、この時間的な問題は解消していくと思われる。

開業医（実地医家）が産業保健サービス提供に関わる各種地域資源を割り振りしていくことが出来るようになれば、働く人に対してはもちろん社会全体としても得る利益は非常に大きなものとなる。

実地医家である認定産業医の活動への支援など

開業医（実地医家）に、このような役割を期待するには、情報提供や研修機会提供、相談窓口（リソース情報・活動のノウハウの提示、コーディネート機能など）の明確化が強く望まれる。多くの医師が今後産業保健に関わる素地ができるという意味で、医師臨床研修制度の中で、選択性（地域保健・地域医療）とはいえ、産業保健が取り込まれたことは、臨床のなかで「働

くということ」を考えるきっかけとなるものであり、大いに意義のあることを付言する。

提言6. 労働安全衛生に関する窓口の整理とサービスをも行える機関の整備

労働安全衛生に関する窓口の現況

現在、産業保健に関しては、多様なサービス提供団体・組織・窓口が点在し、企業からは相談窓口が却って見えづらい。相談窓口をわかりやすくすることは、効率的にサービス提供することに加え、サービス需要の掘り起こしにも繋がると考えられる。既存の類似した目的をもつ各組織・団体の統合は、統合した場合の財源などのこともあり、極めて複雑な問題がある。

労働安全衛生に関する整理された窓口として「労働安全衛生協会」の整備

交通安全における交通安全協会のような組織を想定し、「労働安全衛生協会」の設置を提言する。「協会」は、「リスク評価と改善対策報告書」の作成代行などのサービスを行い、サービスを希望する事業場が登録し、費用負担する形で運用する。そのサービス提供者は、一定以上の経験者（できれば資格をもった）が組織化され、役割を担う。「協会」あるいは類似組織があれば、リスク内容に合致した専門家や有効な専門サービス提供者を紹介でき、需要と供給の橋渡しとアレンジにより既存資源の有効活用が可能となる。実際に必要とされる専門家の状況が把握できれば、将来に向け必要な専門家の育成にも繋げることが可能となる。

「労働安全衛生協会」と既存組織とのネットワーク

既存組織の中で同様の役目を果たし得る組織として、都道府県産業保健推進センター・地域産業保健センター・労働基準協会・企業外労働衛生機関・健康診断実施機関・商工会議所などが挙げられる。とりわけ各監督署管内あるいは労働局管内に設置されている労働基準協会は、安全協会・衛生協会などが統合されて成立した経緯があるものもあり、安全部会・衛生部会を有している。産業保健推進センター・地域産業保健センターが県レベル・地域レベルで保健部門を担い、協力することも考えられる。これらの組織が共同して上記活動を行い、相互に補完・連携できるネットワークを形成することが望ましい。

論点 III. 産業保健コアサービスについて

提言7. 産業保健におけるコアサービスはリスクの低減であり、産業医業務におけるコアサービスは就業上の措置や復職に係わる診断であること

産業保健におけるコアサービスと産業保健チーム

「産業保健におけるコアサービスは職場における健康リスクを低減すること」と考えて、我々は「リスク評価と改善対策報告書」を提言2に挙げた。また、健康リスクを低減するには現行の産業保健サービスに挙げられる健康診断、健診事後措置、労働災害・健康影響の調査、安全衛生委員会への参加と助言、労働衛生教育、職場巡視、作業環境対策なども重要であることが理解できる。しかし、これらの活動の多くは産業保健チームとしての対応が可能である。

今日、重要な課題となっている「過重労働とメンタルストレス・ヘルス対策」は、産業保健チームを超えて、労務・人事など労働を管理する部門こそが主とならざるを得ず、したがって産業保健チームは脇役として、積極的な助言をすることになる。（資料2：職場におけるメンタルヘルス対策）

小規模事業場への産業保健サービスを考慮する時、産業保健チームはそのコアであるリスクへの対応の少なからざる部分を労働衛生機関等の外部に依存せざるを得ないが、身近な地域

保健機関にそれを依拠することは相当に限定される。(資料3. 産業保健における地域保健資源の活用について)

産業医のコアサービスと産業保健チーム

このような中で、産業医しかおこなえないものは「診断」であり、就業上の措置や復職に関する役割は決定的である。そこに、産業医のコアサービスがあると考えられる。

換言すれば、診断以外は他の専門職が関与し得るが、現状では産業医が多く業務を引き受けており、産業保健チームの各専門職との分業はよりよいサービスを効率的に提供することが可能になると考えられる。特に、保健指導、健康教育は保健師に業務シフトが可能であり、現にそのようなスタイルが成立している企業あるいは労働衛生機関も少なくない。