

- ・単独項目ではあまり呼び出さないが単独でも血圧 200mmHg 以上→産業医面談
- ・単年度の異常値であれば、呼び出さないが数年続く→産業医面談
- ・フラミンガムスコアを計算し、軽度以上でも異常項目が複数ある→産業医面談
- ・異常の程度×年数が大きい人→面談
- ・呼び出すほどでない軽度異常値の方は担当者を通じて受診勧奨と通院の確認

#### ⑥F 医師

- ・1社は会社の事後措置基準がある
- ・健診結果の「要精査」を対象として受診勧奨を行う。受診後は結果とその後の経過をフォローする
- ・受診しない方には就業制限を考慮しつつ、経年的な変化を参考に対応を考える

### (2)就業制限の可能性

#### ①A 医師

- ・糖尿病は HbA1c がそれほど高くなくてもアクシデントが起こるので、数値による就業制限はかけにくく、基準を厳しめにして指導をかける

#### ②B 医師

- ・「就業区分保留」という区分を作り、次回出務日までに至急再検査・精検してもらおう。その後、通院していることを確認してから「就業可」とする

#### ③C 医師

- ・就業制限の可能性の基準を作成→約 5%が該当し産業医面談→1~2%が就業制限
- ・心血管系イベントの上昇するエビデンスより HbA1c 8.5%→就業制限の可能性

#### ④D 医師

- ・特記事項なし

#### ⑤E 医師

- ・「近い将来就業に支障をきたす可能性がある」と判断するレベル」や「精密検査や治療をぜひ受けてもらいたいと判断するレベル」→産業医面談(就業制限の可能性)
- ・数ヶ月以内に異変(心血管系イベント)が起きそうな作業→就業制限の可能性

#### ⑥F 医師

- ・受診してもらえなければ就業制限を考えつつ、経年的な変化を参考に対応を考える
- ・受診が必要にもかかわらず、過重労働で受診できない場合→就業制限をかけて受診させる

### 4. 就業制限をかけた事例等

健診結果から就業制限をかける場合、産業医によってさまざまな基準が見受けられた。数値による画一的な就業制限基準がある例はなく、ある基準を持って就業制限を検討し、職種や勤務形態、受診状況を加味して就業制限をかけていた。以下に検討手順と事例を示す。

#### (1)就業制限を検討する手順例

- ・170-180/110-120 で通院しない人、していてもコントロールが悪い人は就業制限を検討する。深夜業、出張が多い人は160/100 程度から検討する
- ・インスリン治療者、HbA1c 9.5-10 で制

限を検討する

・就業制限は残業 45 時間以内と深夜業禁止の 2 つを最初に出すことにしている。

その後、健康状況や作業状況によって残業時間や作業禁止の時間帯を変更することになっている

・コレステロールに関しては単体で就業制限になることはなく、過重労働との兼ね合いで就業制限の対象になる

・過重労働が 80 時間/3 カ月、100 時間/月の人でコレステロール高値の人には「深夜業、45 時間/月以上の残業は避けましょう」との意見をする

・システムエンジニアだと現地派遣のような働き方があるので、考慮しながら制限を検討する

・就業制限の基準に該当したら問答無用に制限をかけるわけではなく、経過や納得性を大切にする

・面談して、治療の意思があれば 1~3 ヶ月保留、治療しなかった場合や治療効果がなかった場合は本人の同意のもと上司・人事と協議する

・制限の基準に達していなくても症状が強かったり、治療しているが数値の改善が見られない場合には臨機応変に対応する

・夜勤のある人、交替性勤務者は判定を厳しめにする。職種から泊まりがある仕事かどうかを判断して、もしそうであれば制限をかけることがある（SE で顧客先に泊まりこむ場合等）

・基本的に極力制限はかけないように努め、加療をしっかりとしない場合に制限をかける方針としている

## (2) 就業制限を行った事例

・糖尿病のコントロール不良者。ストレスも関与しているようだったが、糖尿病の教育入院後残業制限をかけた（30 時間以内/月）

・高血圧（200/120 程度）、半年前にも受診勧奨したのに放置、悪化したので深夜勤務禁止にした。通院開始後 1 カ月で解除

・健診時の血圧が 160-180/110-120 で何年も前から受診勧奨していたのに言うことを聞かない社員。出張も多く残業も多いので、22 時以降残業禁止の制限をかけた

・内服継続を勧告したが従わず、てんかんで 3 回倒れた社員。3 回目は職場で倒れた。→担当者に説明し、担当者からも内服継続を促す様伝えた。工場勤務・フォークリフト使用業務、高所作業の禁止の就業制限

・3 か月間で 3 回も病院受診を勧告したが、従わなかった糖尿病の社員（血糖 400mg 台、HbA1c 10 台）→担当者に説明し、交替勤務から日勤への就業制限

・糖尿病のコントロールが悪い人。深夜業の禁止と残業 45 時間/月制限をかけた。2~3 回程病院に定期通院再開すると改善し制限解除した

・拡張期血圧 120 台、内服治療している

が下がらない。客先でプロジェクトしている人。深夜業禁止の制限をかけた

- ・脚気、アルコール臭がしていた人→職場が非常に忙しく、職場でみんな酒盛りもしているような状況。本人の自覚はないが、職場の状況も問題であるため、今後就業配慮をかけていく予定

- ・血圧 200 以上ある交替勤務者、受診をしなかったので制限をかけた。その後治療開始したので解除した

- ・胸写の結果、肺がんや肺結核が見つかった。入院加療の必要があるので要休業の判定を行った

- ・血圧が 180~190/110 程度と高く肥満もあった社員の方で、長時間労働が続いており受診勧奨しても受診してくれない方がいた。脳卒中や急性冠症候群、安全配慮義務を考慮して残業制限をかけた受診後ある程度コントロールがついたのち制限解除した

- ・てんかんを持っている人、メンタル不調の人に 1 人作業の制限を行った

### (3)就業制限を行う基準・根拠

- ・その従業員が病気で倒れる可能性を考え、それに対して自分が責任を負える範囲かどうか

- ・ほとんどの産業医が就業判定に反映させている項目は血圧、HbA1c の 2 つである

- ・血圧はほとんどの産業医が重症高血圧を就業制限の基準にしている

- ・HbA1c は産業医間でいろんな意見がある

- ・フラミンガムスコア等のある程度の判

断の材料となる基準は必要であると思うがそれだけではなく、実際面談した際の印象などを踏まえて判断すべき

### (4)就業上配慮の困難を感じた事例

- ・従業員本人が産業医の意見を聞かないことよりも、担当者側が切迫感を感じてくれないことや産業医の意見を聞き取ってくれない方が困難と感じる。本人や人事の理解度がそれぞれで、両者のコンセンサスを得ていくのに苦労することがある

- ・治療の必要性を理解しない上に、「残業禁止になると給料が減るんだ！」と憤慨した社員もいた

- ・交代勤務をしたくないという理由で受診をしない人がいる。本人の同意のもとに上司に伝えて、上司から強く受診するように指導してもらう

- ・役員クラスの管理職には就業制限がかけられない。人事担当者も何も言えない。自己管理をしっかりしてくださいと指導した

### 5. 嘱託であることの特異性について

- ・専属であればいつでも社員を呼び出せるが、嘱託では会う機会が限定されるのでしばらく様子を見ることなく、早めに制限をかけようとする一方、中小企業では一人の従業員でも働かせないとなると仕事がまわらなくなることや、従業員側としても就業制限により減給となると生活困難となることに配慮し、重症な人

でもなるべく就業制限をかけずに病院受診・通院を厳しく管理し就業可とする方法をとっていた。また、勤務実態に関する情報もすぐに得られない場合もあり、健康状態が危惧される場合には、暫定的に制限を緩めにかけておく工夫もみられた

- ・活動時間が短い嘱託産業医の場合、事業所の担当者がしっかりして自律的に活動できることが大事で担当者と会社のやる気に大きく影響される。面談をしてリスクの把握と評価をして、対応を指示して、本人と会社で自律的に動いてもらう。最終的には産業医が不要となることを目標として対応し、担当者や上司を指導している

- ・中小企業では、産業保健体制が整っていない企業や、産業保健成熟度が低い企業が多く、各企業の実情にあわせた事後措置を行っている

- ・メンタルがメインの事業所では、健診の事後措置の必要性を認識していない、福利厚生的に考えている担当者もいる

- ・専属産業医であれば主体的・継続的に受診勧奨・フォローできるが、月に1度と訪問頻度が低い事業所もあるため、言いつばなしでフォローが十分でなくなってしまう危険性がある

- ・嘱託の方が良い面としては、組織のしがらみがないので正論を言いやすいことがある

#### D. 考察

今回調査した6名の独立系産業医はほとんどすべての産業医担当事業所で健診結果を確認し事後措置への関与を行っていた。労働衛生機関あるいは医療機関で実施された健診結果には、異常なし、要医療などの診断区分がなされているが、二次健康診断の対象となった労働者への関与方法については産業医によって差異がみられた。事業所の安全衛生担当者を通じて、あるいは産業医面談を通して全対象者に二次健診の受診を勧奨し、確実な精査完了を目指す医師や、健診結果全てに目を通し、自身の基準（労働衛生機関勤務時代の基準）を用いて診断区分をつけなおし、保健指導・面談対象者を決め、介入を行っていく医師、健診結果から、要精査対象者の中でも特に面談が必要と思われる労働者（至急精査が必要と思われる労働者）を抽出し面談を行う医師がいた。6名に共通する事後措置の特徴は、要精査対象者の中でも、重症高血圧と糖尿病のコントロール不良の因子を健康障害を起こすリスクが高いものにとらえ、就業制限をかける可能性を考慮しながら受診勧奨と受診行動の確認、治療状況の確認を行っていく姿勢に見られた。就業制限をかける際には、深夜業や出張の多さ等業務の有害性の程度を考慮し、またこれまでの健診データの推移や、本人の自己管理能力にも考慮しながら介入をしていた。また事業所の個別性にも対

応し、安全衛生体制の成熟度や担当者の姿勢、産業医活動可能時間し合わせて介入方法を工夫していた。

健康診断における就業上の措置に関する医師の関与は少なくとも独立系産業医が関わっている職域では望ましい形で実施されているようである。ただ、独立系産業医が関与する事業所の特徴として、元々安全衛生に関する意識がある程度高いことが想定される。ある適度の費用を拠出する意志のある事業所であるだろうし、実際のヒアリングの結果でも、独立系産業医が新たに産業医契約を行った事業所は、これまで健診結果を医師が確認しておらず、これから体制を整えていこうとしている所が多いようであった。事業所における健診事後措置の有効性を高めるためには、中小企業の場合には特に事業所の自律的な活動が活性化して行くことも重要な因子であると思われる。

## E. 結論

独立系産業医のような専門家の数は全国的にまだ少数であり、一人が担当できる労働者数を考えると、中小企業のうち、ごく一部にしか過ぎない。産業保健以外に専門分野を持つ医師（日本医師会認定医、非専門産業医）や健康診断実施機関として事業所と接点の多い労働衛生機関の医師がどの程度、どのくらいの質で事後措置に関与できるかが今後の大きな課題であるが、このような技術は主にOJ

Tの中で経験的に学んでいく場合が多く、具体的な手順な留意点について解説した教科書やマニュアルは周知のものとなっていない。このようなマニュアル類の整備や産業医研修プログラムの開発も必要であると思われる。

## F. 引用・参考文献

1. 厚生労働省ホームページ、労働安全衛生基本調査（H17年）  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/05/03.html>
2. 統計局ホームページ、従業者規模別事業所数及び従業者数（民営、H18年）  
<http://www.stat.go.jp/data/jigyoku/2006/kakuhou/gaiyou/04.htm>
3. 中小企業の安全衛生を創る 労働調査会（2002年）

## G. 研究発表

平成23年度産業衛生学会（東京）で発表予定

	卒業年度	独立年度	独立以前の 産業医経験	経歴	契約 企業数	総従業員数
A医師	H元年	H20年	16年間	専属産業医 大学教員	9社	3150人
B医師	H2年	H18年	14年間	労働衛生機関医	20社	5613人
C医師	H11年	H21年	7年間	専属産業医	9社	4120人
D医師	H6年	H21年	10年間	専属産業医 労働衛生機関医	6社	3600人
E医師	H元年	H16年	14年間	専属産業医	13社	4960人
F医師	H2年	H18年	10年間	医系技官 専属産業医	14社	4360人

## 分担研究報告書

### 4. 企業外労働衛生機関の健康診断事後措置への関与

研究分担者 立石 清一郎

## 企業外労働衛生機関の健康診断事後措置への関与

研究分担者 立石 清一郎 産業医科大学産業医実務研修センター 助教

研究分担者 茅嶋 康太郎 産業医科大学産業医実務研修センター 講師

### 研究要旨:

日本国内では産業保健のアウトソーシング機関として企業外労働衛生機関があり、その一部は健康診断の実施、嘱託産業医サービス、作業環境測定など、幅広い内容の産業保健サービスを提供しており、総合的企業外労働衛生機関とも呼ばれている。一般健康診断における医師等による就業上の措置に関する意見の在り方を検討する上で、現在行われている就業上の措置の実態を把握することが必要であるが、本研究はそのうち、企業規模にかかわらず多くの企業に対して健康診断を提供している企業外労働衛生機関の、健康診断の事後措置への関与実態について調査を行なった。

事後措置の実施状況や、嘱託産業医契約との関係等について調べるために、国内の6つの代表的な総合的企業外労働衛生機関において、統括的立場にある医師を対象に、グループでのインタビューを行った。

就業上の措置に関する医師からの意見を述べている事業場の範囲は、すべての機関において嘱託産業医契約が前提であり、健康診断のみを受託している場合には、就業に関する判断や意見伝達は行なっていなかった。一部、自施設において二次精密検査を受診した労働者に関して就業上の医師からの意見を求められるケースがあり、そのような場合には、就業状況を本人からよく聞きだした上で、通常勤務可能の場合に限定して意見を述べているケースもあった。しかし、企業外労働衛生機関として複数の医師が嘱託産業医活動を行い、その前提で事後措置を行なっていたが、機関としての質の管理を行うために、事後措置マニュアル等を備えている機関はなかった。

産業医選任の義務がない小規模事業場においては、ほとんどの健康診断が企業外労働衛生機関や健診機関に委託されている。このような機関の医師が、健康診断の結果に基づく就業上の措置に関して医師による意見を述べることであれば、小規模事業場の労働者についても事後措置が実施できる可能性がある。しかし、総合的企業外労働衛生機関においても、就業上の意見については産業医契約が前提となっており、健康診断に付随したサービスとはみなされていないことが分かった。産業医選任がある事業場では、健康診断を外部委託していても、当然、産業医が健康診断の結果に基づき就業上の意見を述べるべきであるが、選任義務がない事業場に対するこの役割を企業外労働衛生機関が担う場合、どのような条件整備が必要か、検討が必要である。また同時に、企業外労働衛生機関で行う健診事後措置については、機関内産業医による標準化など、質の管理の取り組みが必要である。

### 研究協力者

平岡晃 (産業医科大学産業医実務研修センター)



## A. 目的

一般健康診断における医師等による就業上の措置に関する意見の在り方を検討する上で、現在行われている就業上の措置の実態を把握することが必要である。労働安全衛生基本調査（平成17年）によると、100人未満での健診の「実施率（事業所規模）」は95.8%（50～99人）、86.8%（30～49人）、72.7%（10～29人）と事業場規模が小さくなると受診率が下がる傾向にあるものの比較的良好である。ところが、「医師等からの意見の聴取（以下、医師からの意見）」については48.3%（50～99人）、37.3%（30～49人）、34.1%（10～29%）と報告されており、健康診断を受けたものうちおよそ半数しか実行されていない（参考資料1）。この表を横軸に見てみると、産業医選任が義務付けられる従業員数50～99人の事業所では健診実施率95.8%、医師からの意見聴取率48.3%、産業医選任66.4%と、産業医選任率が医師からの意見取得率を上回っている。一方、産業医選任のない事業場である同30～49人では、それぞれ86.8%、37.4%、17.9%、また同10～29人では72.7%、34.1%、5.7%であり、産業医選任率を上回る医師からの意見聴取率がある。すなわち、産業医が選任されていても意見聴取がされていなかったり、逆に産業医が選任されていなくても、医師からの意見が取得されている実態があることになる。すなわち、健康診断の実施ならびに医師

等からの意見の聴取は労働安全衛生法（以下、安衛法）第六十六条と安衛法第六十六条の四で定められた事業場の義務であるにもかかわらず、その実施には乖離がある。

日本には、産業保健のアウトソーシング機関として企業外労働衛生機関がある。上述の乖離が生じている中小規模の事業場の多くが、このような企業外労働衛生機関や健診機関で健康診断の提供を受けていると考えられる。特に、その一部は健康診断の実施、嘱託産業医サービス、作業環境測定など、幅広い内容の産業保健サービスを提供しており、総合的企業外労働衛生機関とも呼ばれている。多くの企業外労働衛生機関は施設型・巡回型健診を出発点とし、社会的ニーズに対応して、他の事業（作業環境測定、嘱託産業医サービスなど）を提供するようになってきた歴史的経緯がある。企業外労働衛生機関は基本活動として行っている健診実施に関して多くのノウハウや理論的背景を持ち合わせており、第三者機関（全国労働衛生団体連合会、以下全衛連）により健診の実施について認定を受けている機関も多い。しかしながら、労働衛生機関が健康診断事後措置に関しては、どの程度関与しているのかについては現状では明らかになっていない。本研究では、乖離を埋めるための方略を検討するため、その担い手として期待されうる企業外労働衛生機関における事後措置の実施状況、

期待される役割や存在する課題などを把握するための調査を行なった。

## B. 方法

全国労働衛生団体連合会（全衛連）が提供している労働衛生サービス機能評価認定を受けている126機関（平成22年6月1日現在、全衛連ホームページより）のうち、総合的労働衛生機関であり、健診の実施件数も多く、嘱託産業医サービスの受託も積極的に行なっている6機関を対象とした。

これらの機関から統括的立場の医師各1名、合計6名の医師を招集し、事後措置（診断区分判定、2次精密検査受診勧奨の実態、受診勧奨紹介状の返送先、事業場への「医師からの意見」聴取の働きかけ）への関与の状況、「医師からの意見」についての労働衛生機関としての関与についてグループインタビューを行った。

## C. 結果（表1、表2）

### 1. 診断区分判定（異常なし、要観察、要医療等の区分。以下同じ。）の機関としての関与

診断区分の判定はすべての機関が産業医活動契約・活動の有無にかかわらず行っていた。5機関ではコンピュータに健診で入手したデータを入力し、それぞれの異常値に対して再検査、精密検査等を出力するコンピュータ自動判定を行っていた。残り1つの機関ではコンピュータで

出力された結果をさらに機関に所属する医師が全体の結果をもとに修正を加えていた。なお、その機関においては産業医契約がある事業所に関してはその事業所に精通している担当産業医が診断区分判定を行っており、産業医契約がない事業場に関しては機関に所属する医師が臨床上の知識で対応していた。

### 2. 健康診断結果の送付に関して

6機関とも事業者健診結果は送付しているとの回答を得た。実際にその結果が労働者本人に通知されているかどうかの確認はなされていなかった。労働者への健診結果の通知はあくまで事業者責任であるとの認識であった。

### 3. 2次精密検査への機関としての関与について

2次精密検査の受診勧奨への機関としての関与については2機関であった。診断区分で要医療（要再精検を含む）となった労働者への紹介状作成を健診の一部として機関として行っていた。3機関は機関内の産業医判断にゆだねられており、必要に応じて紹介状を発行していた。このうち、1機関は産業医契約にかかわらず事業場が診断区分判定で要医療となったものへの紹介状発行の依頼があった約20社への対応を行っていた。1機関では産業医契約がある事業場のみコンピュータで自動的に紹介状を発行していた。

機関としての紹介状のやり取りによらず、機関に所属する個々の産業医レベルでは2次精密検査の受診に関する臨床家との文書のやり取りが行われていた。事業場担当産業医が紙ベースで精密検査が必要と判断する者に関して2次精密検査を求めたのち精密検査結果をもとに産業医面談を行う機関と、紙ベースの判定で面談対象者を選定した後必要に応じて精密検査結果の提出を求める機関があった。ただし、これらは機関の中で策定された健診事後措置のルールではなく、個々の産業医が独自の判断で行っているルールであった。

#### 4. 作成した紹介状の返送先

自機関あて2件、事業者あて2件、産業医あて2件であった。

#### 5. 「医師からの意見」を述べる事業場

すべての機関で産業医活動があることが前提とされていた。産業医契約はあっても産業医活動のない事業場に関しては「医師からの意見」の提供を考えている機関は今回の調査機関ではなかった。「医師からの意見」を述べている事業場の統計は取られていないが、健診実施人数の大よそ1~2割程度であろうとの事であった。

#### 6. 「医師からの意見」への機関の関与

機関に所属する各産業医が「医師から

の意見」を述べる際の標準的マニュアル、標準作業書、就業配慮報告書の機関内での集約はなされていなかった。1機関では就業配慮報告書のフォーマットの統一はなされていた。

#### 7. 「医師からの意見」の質の管理

各機関の統括的産業医の意見では産業医活動実態がある事業場に関しては標準的な産業保健サービスとして「医師からの意見」を述べるのが望ましいということであったが、機関として「医師からの意見」を含む事後措置マニュアルはなかった。事後措置分野に関しては事例検討会や系統だったOJT等を行われていなかった。機関としてのかかわりで「医師からの意見」を活動事業場で適切に行われているかを確認するシステムはなかった。機関に所属する個々の産業医に産業医活動の一環として当然行われているであろう活動として認識していた。どの機関も産業医経験のあるものや産業医科大学が提供する産業医実務講座等を受講したものを「医師からの意見」を述べる立場の医師の採用基準としていた。産業医活動を行うものに関しては事前教育（前職での産業医活動、産業医科大学が提供する卒然・卒後教育、学会専門医など）を受けていることを前提とし、教育が足りないと判断すればそれぞれ必要に応じたOJTを提供し、産業医としての質の確保には努めていた。

## 8. 産業医活動のない事業場での「医師からの意見」についての意見

産業医活動のない事業場への医師からの意見を述べる際の問題点を挙げてもらった。まず、「そもそもほとんどそのような事業者からのニーズがない」ということが述べられた。6機関の医師とも「職場の実態がわからないと意見を述べようがない」という意見であった。また「事業者の顔が見える会社でないと就業判定で就業制限や就業制限となった場合、労働者に逆恨みされそうで怖い」という意見もあった。「外来機能を備えている機関では実際に労働者が産業医契約のない事業者に言われて就業上の意見を求められても責任が持てないので、指針に地域産業保健センターは推奨されているので労働者が2次精密検査外来に来た際、自分が所属する地域センターに誘導しそこで意見を述べた」という経験がある者もいた。また、「事業場をよく知らない職場では労働組合等の考えもわからず現実的に無理」という意見もあった。ポジティブな意見としては、「詳細な作業状況が分かればもしかしたら意見を述べることができるかもしれない、ただし意見を述べるのであれば当然、費用負担をどこかが行うべきだ」というものもあった。その際には「意見を述べるのであれば指針等の裏付けがなければ責任が重すぎて実質的には困難」との事であった。また、地域センターの運営を10県の医師会が手を引く

方針で、かつ都道府県産業保健推進センターが縮小傾向にある中、どこかが意見を述べる機関として必要であり、実際に地域センターの代わりに「医師からの意見」を述べることができないか地域行政から打診があった機関も1つあった。また、雇い入れ時健診の際、タクシー運転手の就業可否を依頼されている機関では産業医契約がなくても今までの他の企業で産業医として活動を行ってきたことを参考に、「医師からの意見」を述べるケースもあった。

## D. 考察

統括的立場の医師に対するインタビューを通して、健康診断の事後措置において、企業外労働衛生機関に一定の役割を果たすことを期待した場合、多くの課題が存在することが明らかになった。

### 1. 50人以上の産業医選任義務のある事業場での「医師からの意見」聴取

今回調査した労働衛生機関は、「医師からの意見」については、産業医契約が前提となっていた。したがって、50人以上の事業場では、産業医活動の実績がある多くの事業場では、担当産業医が「医師からの意見」を述べていると考えられるとの回答であった。しかし、産業医契約があっても、産業医の活動実態がほとんどない場合があることも事実である。そのような事業場での健診の事後措置（とくに「医師からの意見」）について、事業

者の意識が低く、事業場側の要望がないこと、就業の実態を把握せずに意見を述べることのリスクが高すぎることを主な理由としてその実施について消極的であった。

産業医が選任されているにも関わらず、産業医の活動実態がない事業場においては、その主な原因が事業者の意識にあると考えられることより、積極的に「医師からの意見」聴取を行うよう行政的な指導を行う必要があると考えられる。

## 2. 50人未満の産業医選任義務のない事業場での「医師からの意見」聴取

労働衛生機関では産業医活動の有無が「医師からの意見」を述べる上での必要条件であり、健康診断の受託の範囲または独立したコンサルティングサービスとして、「医師からの意見」の実施は行っていなかった。また、そのニーズも今回の調査ではほとんどないと回答であった。

労働者数30～49人の事業所では健診実施率は86.8%と高いものの、「医師からの意見」聴取率は低く37.4%に留まっている。この原因として考えられるのは事業者が「医師からの意見」聴取を法令上の責務と認知していない、地域産業保健センターが利用しにくい環境がある、「医師からの意見」をどこで聞けばいいのかわからない、労働安全衛生上の議有無として行政的な指導が行なわれていない、などが想定される。現時点で民営従業員約

5400万人のうち、年間約1000万人～1200万人程度の一般定期健康診断を提供している全衛連加盟機関のうち、特に中心的役割を果たす総合的企業外労働衛生機関が健康診断の実施から事後措置までの全体で果たすべき役割は大きいと考えられる。また、平成18年の「事業所・企業集計調査」によると50人未満の事業所での労働者数は約3500万人で全労働者の半数以上である。しかしながら、50人未満の企業においては指針に示される地域センターは縮小傾向にあることも考えるとこの人数の対応を行うことは現実的とはいえない。今後さらに、産業保健推進センターや地域産業保健センターが縮小される可能性がある中で、民間の機関である労働衛生機関が社会の中で「医師からの意見」を述べるという社会的ニーズに対応していくことが必要と考えられる。しかし、そのためには、存在する阻害要因を明らかにして、その解決を図らなければならない。

## 3. 「医師からの意見」を労働衛生機関が実施する場合の阻害要因

今回のインタビューをもとに考察すると、産業医活動のない事業場での労働衛生機関が行う「医師からの意見」への阻害要因として、①事業場の情報がわからないこと、②労働者の仕事の情報がわからないこと、③「医師からの意見」に関する報酬とかかるコストがはっきりしな

いこと、④労働者と面談する機会が得られるかどうかわからないこと、⑤行政的な後押しがなく「医師からの意見」に判断ミス等があった場合にリスクが高いこと、⑥医療上のエビデンスが就業上そのまま使えるかどうか不明でありかつ、そのようなデータが不足していること、⑦産業保健実務（健康診断以外）を担当する医師の不足、等が存在していることが明らかになった。

今後、これらの問題を解決するための方策について、様々な側面から調査を継続する必要がある。たとえば、①事業場の情報を知るとするとの程度の事業場の情報が必要か（年に1回は事業場を確認する、事業者と面会の機会があるなど）、②仕事の情報を入手する方法について、③費用や国等からの補助の必要性について、⑤「医師からの意見」を促進するための指針等の行政的な裏付けの必要性について、などである。

## E. 結論

労働安全衛生法上の義務である健康診断における就業上の措置に関する「医師からの意見」聴取が労働者は50人未満の産業医選任義務のない事業場を含むすべての事業場で実施されるためには、エビデンスの集積、提供機関の整備、事業者に対するより積極的な行政からの指導な

ど、さまざまな課題の解決が必要である。

その際、健康診断を提供するとともに、産業医サービスを提供している企業外労働衛生機関に対する期待は大きい。企業外労働衛生機関が、産業医契約のない事業場に対して、事業者との契約に基づき、「医師からの意見」を述べるができるような制度や支援体制についての検討が必要である。また、企業外労働衛生機関で行う健診事後措置については、機関内産業医による標準化など、質の管理の取り組みが必要である。

## F. 引用・参考文献

1. 厚生労働省ホームページ、労働安全衛生基本調査（H17年）  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anken/05/03.html>
2. 統計局ホームページ、従業者規模別事業所数及び従業者数（民営、H18年）  
<http://www.stat.go.jp/data/jigyoku/2006/kakuhou/gaiyou/04.htm>
3. 全衛連ホームページ、統計情報一覧  
<http://www.zeneiren.or.jp/statistics/index.html>

## G. 研究発表

平成23年度産業衛生学会（東京）で発表予定

	A	B	C	D	E	F
企業外労働衛生機関 診断区分	コンピュータ	コンピュータ	コンピュータ	コンピュータ	コンピュータ+医師	コンピュータ
2次精密検査 受診勧奨	産業医契約先のみ 自動判定で提供	産業医判断で	産業医判断で 十特別な契約のある20 社	産業医判断で	すべての健診受診者	産業医活動のある 事業所に提供
精密検査結果の 返却指定制	自機関	産業医	事業所	産業医	自機関	事業所
「医師の意見」を 述べる事業場	産業医活動のある 事業場	産業医活動のある 事業場	産業医活動のある 事業場	産業医活動のある 事業場	産業医活動のある 事業場	産業医活動のある 事業場
産業医活動のない 事業場での医師の 意見のニーズ	ほとんどない	ほとんどない	ほとんどない	ほとんどない	ほとんどない	ほとんどない
就業判定に関する マニュアル	なし	なし	なし	なし	なし	なし

表1: 機関ごとの対応表

表2. 労働衛生機関、産業医、事業者の守備範囲対応表

	A	B	C	D	E	F
結果結果の事業者への送付	○	○	○	○	○	○
診断区分	○	○	○	○	△*1	○
受診勧奨の紹介状作成	△	△	△*2	△	○	○
紹介状の戻し先	○	△	●	△	○	●
「意見」の事業者への呼びかけ	△	△	△	△	△	△
「医師の意見」(就業判定)	△	△	△	△	△	△
事後措置の実施	●	●	●	●	●	●

○:労働衛生機関が担当

△:産業医が担当

●:事業者が担当

x:サービス提供なし

\*1:産業医契約がある事業場は担当産業医、ない事業場は機関の医師

\*2:特に契約のある20社は紹介状を作成している。



(単位：%)

区分	事業所計	実施した	一般定期健康診断の実施後の措置(複数回答)				実施していない	産業医の選任
			有所見者に対する健康診断結果についての医師等からの意見聴取	健康診断実施後の就業上の措置	健康診断結果の労働者への通知	保健指導の実施		
平成17年計	100	78.5	[39.0]	[26.8]	[96.0]	[34.9]	21.5	75.4
事業所規模	100	100	[90.6]	[75.3]	[99.7]	[91.5]	-	99.8
1000人以上	100	100	[77.7]	[56.6]	[99.6]	[77.4]	-	99.1
500~999人	100	99.9	[73.5]	[44.4]	[97.4]	[71.0]	0.1	94.9
300~499人	100	98.5	[67.7]	[24.8]	[98.7]	[61.5]	1.5	86.8
100~299人	100	95.8	[48.3]	[30.3]	[98.6]	[42.4]	4.2	66.4
50~99人	100	86.8	[37.4]	[25.6]	[96.5]	[36.8]	13.2	17.9
30~49人	100	72.7	[34.1]	[26.3]	[95.1]	[29.5]	27.3	5.7
10~29人	100	85.4	[28.0]	[12.3]	[94.8]	[27.0]	14.6	12.2
平成12年計	100	85.4	[28.0]	[12.3]	[94.8]	[27.0]	14.6	12.2

参考資料1：一般健康診断の実施後の措置と産業医選任率

## 分担研究報告書

### 5. JR医学適性検査基準の策定プロセスに関する実態調査

研究代表者 森 晃爾

## JR 医学適性検査基準の策定プロセスに関する実態調査

研究代表者 森 晃爾 産業医科大学副学長・産業医実務研修センター所長

### 研究要旨:

一般健康診断における医師等による就業上の措置に関する意見の在り方を検討する上で、現在行われている就業上の措置の実態を把握することが必要である。本研究では、その中でも特に厳密に基準を定め判定が行われていると考えられる、公共交通機関の操縦士等における適性検査に着目した。このうち、航空機操縦士は国土交通省の関連法令で詳細まで基準が定められていたが、鉄道操縦士においては包括的な表現が法令で定められているのみである。そうした中 JR グループでは、平成 17 年より 3 年間にわたり、各社の鉄道医が中心となり、医学適性検査の標準化・明瞭化を図るため、独自で判定基準の検討を行い、「動力車操縦者の医学適性検査に関するハンドブック」を作成した。今回我々は、このハンドブック作成に中心的に関与した JR の鉄道医 2 名に対してインタビューを行い、ハンドブックの策定プロセス等について聴取した。

このハンドブックは、有志が集まった各臨床分野の専門医と JR 各社の鉄道産業医との間で話し合いが行われて作成されたが、判定の考え方や留意すべき病態等を列挙することに留め、数値を用いた明確な基準はほとんど示されていない。そのため、最終的に鉄道産業医の総合的な判断に委ねられる面が大きいものとなった。それでも、ハンドブックで判定の考え方が示されたことで、これまで鉄道産業医の主観や限られた経験、もしくは受検者本人の希望や主治医の意向に必要以上に左右されがちであった医学適性検査判定の客観性が以前よりも高まり、総合的な判定が行いやすくなったことは大きな成果であると認識されていた。また、ハンドブックでは動力車の操縦への影響に着目した健康状態や留意すべき点について述べられ、就業と健康に関する考え方が示されたことにより、鉄道医間のみならず、JR 病院臨床医との認識のズレを調整しながらコミュニケーションを行なうことが容易になったと評価されていた。更には、それぞれの判断について受検者や管理者の理解を得るためのツールとしても有効であると認識されていた。

今回の調査の結果、「動力車操縦者の医学適性」という限られた目的での判断基準であっても、基準を明確に数値化することや疾患名で就業上の制限基準を示すのは困難であることが明らかになった。しかし、業務との関係において各病態における留意すべき事項を示したり、就業上の措置における手順を明確にするなど、一定の指針を示すことは、医師が就業上の措置に関して適切な意見を示すために有効であり、一般健康診断の事後措置にも応用可能であると考えられた。

## 研究協力者

立石清一郎（産業医科大学産業医実務研修センター）

佐々木七恵（産業医科大学産業医実務研修センター）

### A. 目的

医師等による就業上の措置に関する意見の在り方を検討するためには、現在行われている事後措置の実態を明らかにする必要がある。その中でも、公共の交通機関の運転を担う者の職務適性検査の事後措置は、業務内容が一定であることや、乗客等の安全を確保するという目的があること等から、実現可能な範囲で明確な判断基準を設けて実施されていると考えられる。そのうち、航空機操縦士は国土交通省の関連法令で詳細まで基準が定められていたが、鉄道操縦士においては包括的な表現が法令で定められているのみであるため、鉄道各社における法令の解釈と職務適性（医学適性）の判断の実態を明らかにすることは、一般健康診断における就業上の意見のあり方を検討する上で有用であると考えられる。

JRグループ各社では、平成17年から3年間にわたり、各社の鉄道医が中心となり、医学適性検査の標準化・明瞭化を図るため、独自で判定基準の検討を行い、「動力車操縦者の医学適性検査に関するハンドブック」が作成された。本研究では、その作成経過とその利用の状況について調査する目的で、ハンドブックの作成に中心的な役割を果たした2名の鉄道医にインタビューを行なった。

### B. 方法

#### 1. インタビューの対象

インタビューを行なった2名の鉄道医

は、①ハンドブックの作成において事務局的な役割を果たしたJRグループA社の産業医、②循環器疾患のワーキンググループの班長を担ったJRグループB社の産業医とした。各ワーキンググループのうち、循環器疾患を②の対象とした理由として、①のインタビュー過程において、ハンドブックに示された基準の中でも、意識障害・失神・心臓発作等の分野が動力車操縦士の職務適性を判定する上で特に重要な領域となることが明らかになり、またハンドブックの記述内容ももっとも充実した分野であったことが挙げられる。

### 2. データ収集

インタビューは、各鉄道医の勤務する事業所を訪ね、対面式で行なった。インタビュー内容は、ハンドブックに示された基準の内容や医学適性検査に用いる様式、基準作成のプロセスと基準の根拠、基準を定めることの限界とそれを補完する方法、ハンドブック作成における留意事項や困難であった事項、医学適性検査の手順とハンドブックに示された基準の運用などとした。

### C. 結果

#### 1. 事務局的な役割を果たした鉄道医へのインタビュー

##### 1) 動力車操縦者の医学適性検査の判定に関するハンドブック」作成までの経緯

関連法令で定められた医学適性検査の