

⑦定期健康診断にて講じたことのある就業上の措置

- ・ 時間外勤務の禁止又は制限
- ・ 昼間勤務への転換
- ・ 深夜業の回数の減少
- ・ 就業の禁止

⑧就業上の措置の判断に困る事例が発生した時の対処

- ・ 常に悩んでいる。他の産業医に相談することなどで対処している。
- ・ 残業制限をしていた事例において、業務量が減少していない事例が、面談等で見つかることがあった。そのため、仕事内容を変えることなどを意見として述べることもある。
- ・ 業務の形態が、プロジェクト中心であり、上司と実際の業務指揮をするプロジェクトリーダーが異なる事があるため、就業措置や労務管理の確実な実施が難しい。

⑨事例（事例の提供なし）

⑩その他

18) 対象 18 X 氏

①基礎情報

機械・システム製造業、産業医経験 14 年。産業医は 2 名体制。従業員数 3,500 人、関連会社の産業医も兼ねている。

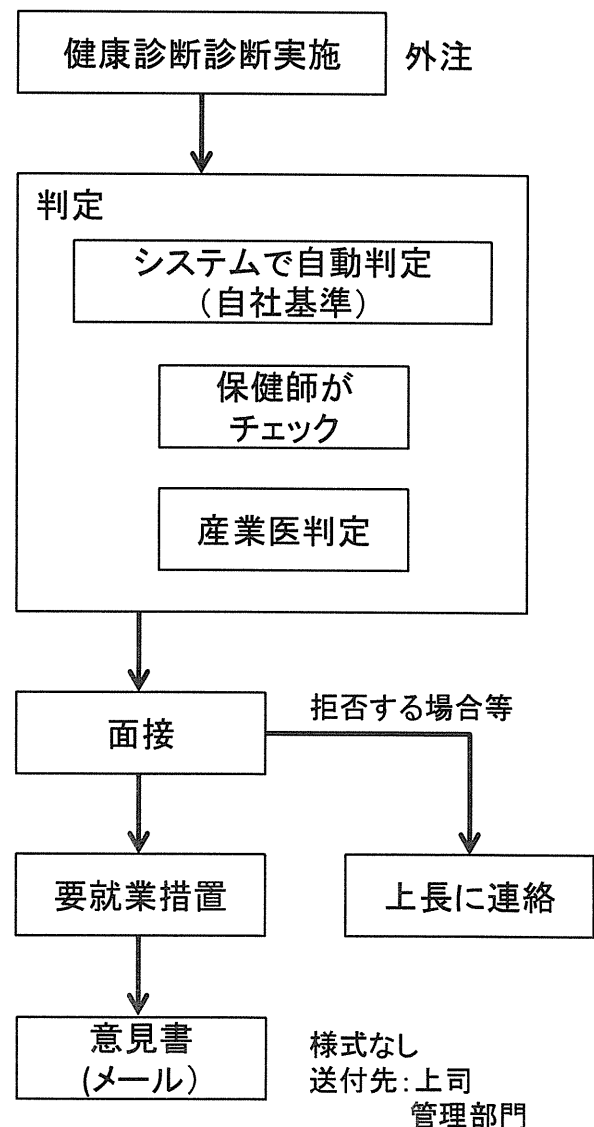
②健康診断と事後措置の実施方法

- ・ 健診は外注、スタッフも健診実施に参加する。

- ・ 判定は、会社の基準で外注先が実施する。その後、保健師がチェックして振り分け、産業医が最終的に判定する。
- ・ 健診受診率は 100%である。

③就業措置の実施

- ・ 就業措置が必要となった場合は、本人に連絡し、面談、治療等を経て、上司、管理部門にメールにて通知する。
- ・ 様式は定められていない。
- ・ 本人と連絡が取れない場合や呼び出しに応じない場合は上司に連絡を取る。
- ・ 就業措置の内容への本人同意は口頭



にて取る。

- ・就業上の措置の判断の基準は社員にも目安として公開している、
- ・関連会社では、就業上の措置は文書で発行している。これは産業医が常駐しているわけではないので管理を徹底するためにあえて発行している。

#### ④情報源

- ・特記なし

#### ⑤就業上の措置判断に関する訓練等

- ・臨床経験、多くの患者を診てきたこと、4年ほど民間病院と産業医を掛け持ちしていたことの経験が役立っている。

#### ⑥判断基準

- ・臨床系学会のガイドライン、
- ・社内基準・ガイドラインの整備を検討中

#### ⑦定期健康診断にて講じたことのある就業上の措置

- ・就業場所の変更
- ・作業の転換又は特定の業務の禁止又は制限
- ・労働時間の短縮
- ・時間外勤務の禁止又は制限
- ・昼間勤務への転換
- ・産業医等の意見の衛生委員会等への報告
- ・就業の禁止
- ・その他(出張・海外渡航制限)

#### ⑧就業上の措置の判断に困る事例が発生した時の対処

- ・困ったときは、人事に伝え、会社としての対応をしてもらう。
- ・特殊健診の時は、職場へのアプローチは早くなる。就業上の措置の例はほとんどない。

#### ⑨事例(事例の提供なし)

#### ⑩その他

- ・ペースメーカーを埋め込んでいる社員は高電圧、高磁場は回避させている。ガイドラインとするのは難しい、業務内容で影響は異なると考えられる。
- ・心電図での異常所見は、精密検査の後主治医の意見を聞いて判断している。

### 19) 対象 19 Y 氏

#### ①基礎情報

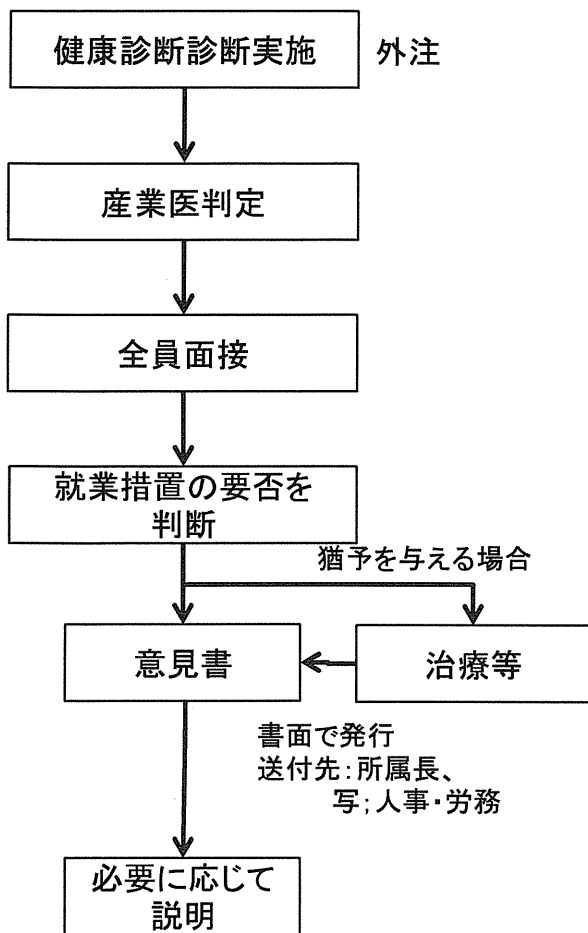
食品製造業、産業医経験年数 19 年。従業員数 1, 500 人

#### ②健康診断と事後措置の実施方法

- ・健診は産業医判定の後全員面接を実施する。
- ・面接にて就業措置の要否を判断する。
- ・就業措置意見を出す前に猶予を与える場合もある。
- ・データ上問題のある人を先に面接するなどを行う。

#### ③就業措置の実施

- ・面接にて就業措置の要否を判断する。
- ・就業措置意見を出す前に猶予を与える場合もある。
- ・データ上問題のある人を先に面接するなどを行う。



- ・就業措置を必要とする例は年間数件程度。
- ・就業措置の期間や諸注意を明記するようにしている。
- ・パートの人に対しては、意見書は注意事項を記載することが中心となる。

#### ④情報源

- ・必要な場合は、医療機関受診してもらいその結果をもらう事がある。

#### ⑤就業上の措置判断に関する訓練等

- ・特記なし

#### ⑥判断基準

- ・各種診断基準等を参考に自分の経験を元に判断している。

#### ⑦定期健康診断にて講じたことのある就業上の措置

- ・時間外勤務の禁止又は制限

#### ⑧就業上の措置の判断に困る事例が発生した時の対処

- ・専門医、主治医の意見を聞くことはある。

#### ⑨事例（事例の提供なし）

#### ⑩その他

- ・特記事項なし

### D.考察

就業上の措置を行うにあたって、基準を社内もしくは事業場で定めている事例は多くなく、また基準と持つ場合でも、平成22年度の結果と同じくその基準は厳格なものとして運用はされておらず、産業医の裁量の範囲は広がった。

就業上の措置の判断を行う場合の手順として、本人に面接等を行うことは殆どの産業医が実施しており、1例を除いて、全て文書にて意見書を発行していた。文書で発行していない1例では、意見書は様式を定めないメールにて通知していたが、これには事業場が産業医の意見を尊重しており、就業措置の確実な実施がされていることが背景にあった。

就業上の措置の意見を述べる際には、措置内容の誤解等がないように、また、就業の実態に合わせるために工夫していることが聴取されたが、その内容は、事業場によって異なっていた。

就業上の措置内容について、対象者の同意を得ることは行われているが、文書

又は署名等を得るなどは行われておらず、口頭のみであることが多かった。

就業上の措置を講じる場合に参考としている情報源には、共通するものはないが、各学会のガイドラインは比較的利用されていた。しかし、治療等に関しては利用可能であるが、就業上の措置の判断には参考程度にしか利用できないとの共通の認識であることは、平成 22 年度の結果と同じであった。また、追加の情報として医療機関からの情報提供を受けている例もあった。社内基準が整備されていない事業場では、整備の計画があるとされた例があり、就業措置の意見についてのガイドライン等の整備があれば参考資料として有用である可能性が示された。

必要な情報や知識は主に医学書、商業医学雑誌などから得られていたが、臨床経験に基づくとする例も見られた。

就業上の措置についての意見としては、健診結果によって一律に実施することはなく、対象者の勤務状況及び上長面談等の中で事例に合わせてカスタマイズして述べていることが窺われ、健診結果だけではなく就労環境、業務内容等を含めた多面的な情報による判断が行われていると考えられた。このことより、事例検討等を通じたスキルの習得が有用と考えられるが、事例検討の材料には背景要因を含めたものであることが必要と考えられる。

## E. 結論

就業上の措置に関する意見を述べるにあたっては、その根拠となる資料等は整備されておらず、就業上の措置を講じるための基準は臨床各学会のガイドライン等を参考としながら、経験的に定めていることが示された。

就業措置の意見を述べるにあたっては、就業環境、業務内容が考慮されており、それに合わせて措置の内容を工夫していることから、背景要因について十分考慮するプロセスが重要視されていることが示唆された。

そのため、適切な就業上の措置を講じるための技能の取得にあたっては、事例検討などの模擬的な経験を積むことも有用と考えられるが、その教育資料としては健診情報だけではなく前述の背景要因を十分に考慮したものであることが求められることが示唆された。

## F. 引用・参考文献

- 1) 臨床病理レビュー特集第 146 号「病気をもちながらどこまで働けるか—疾病と就労の臨床判断—」 克誠堂出版、東京、2010.

## G. 研究発表

なし

## 分担研究報告書

### 3. 50人未満の小規模事業場における健康診断就業判定の方策について

#### 研究分担者

立石 清一郎  
茅嶋 康太郎

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

50人未満の小規模事業場における健康診断就業判定の方策について

研究分担者 産業医科大学産業医実務研修センター 助教 立石 清一郎  
産業医科大学産業医実務研修センター 講師 茅嶋 康太郎

研究要旨:

労働安全衛生法では、すべての事業者健康診断の実施と、その結果に基づき、有所見者に対して必要な措置について医師の意見を聴かなければならないと規定されている。この義務規定は50人未満の産業医選任義務のない小規模事業場にも適用されており、地域産業保健センター事業の活用を図ることが望ましいとされているが、現在の予算・マンパワーではすべての実施は困難で、事後措置の実施率は約1/3に留まっている。本研究では小規模事業場において健康診断事後措置を広く行うための方策について検討した。就業判定サービス供給源として、健康診断を実施している企業外労働衛生機関に注目し、産業医契約のない小規模事業場に対して就業判定サービスを提供できる条件について、その統括医師と事務担当者にヒアリング調査を行った。また複数機関の医師を集め、小規模事業場における健診事後措置の実情と、広くサービスを提供するための方策についてグループインタビューを行った。

企業外労働衛生機関としては、産業医契約のない小規模事業場の労働者の判定を行うためには、1)ある程度職場の状況が把握でき、2)労働者本人との面談ができることが必要で、3)面談に必要なマンパワーの確保と適正な収入が得られる必要があるとの意見であった。しかし、判定方法や基準も曖昧なため、医師の産業医経験・技量によるところが大きく、判定するスキルを持った医師が不足している、また、そもそも事業者側に就業判定の必要性について周知がされておらずニーズがないという意見であった。グループインタビューでは、健康診断の二次精密検査を行い主治医となる、地域医療機関の医師の活用も検討する必要があるという意見があった。小規模事業場の就業判定実施率を上げるためには、1)事業者側への事後措置の意義を周知するための事業者向け「手引き」の作成、2)医師へのアクセスを良くするため、あらかじめ判定医師を指名しておく等の法令の整備、3)医師資源として地域医療機関や健診機関医師を活用するための医師向け「判定マニュアル」の作成が必要と考えられた。

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)  
高橋 直樹 (産業医科大学産業医実務研修センター)  
深井 航太 (産業医科大学産業医実務研修センター)

## A.目的

労働安全衛生法（以下、安衛法）ではすべての事業者に一般定期健康診断（以下、健康診断）の実施と、その有所見者の健康診断結果および必要な就業上の措置について医師等の意見を聴くことが義務付けられている。50人以上の規模の事業場は産業医から意見を聴くことが適当であるが、50人未満の産業医選任義務のない小規模事業場（以下、小規模事業場）では、労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識を有する医師等から聴くことが適当であり、地域産業保健センター（以下、地産保）を活用することが推奨されている（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（以下、指針）による）。しかし、実際のところ、同センターが対応しうる事業場は、現状のマンパワー・予算ではごくわずかであり、我が国において約60%の労働者が働く小規模事業場において、労働者の健康診断・事後措置をいかに適切に実施していくかが大きな課題となっている。

平成22年度に本研究で行った調査によると、我が国の健康診断の約半数を実施している企業外労働衛生機関には産業保健に関する専門性をもった産業医も少なからず勤務しており、事後措置の実施における重要な資源であると考えられた。しかし、実態としては、事後措置に関わることは、事業場と労働衛生機関との間

で結ばれる健康診断契約の範囲とはみなされず、機関の医師と産業医契約のある一部の事業場などに対してのみ実施されていた。理由としては、事後措置の実施に関して適切な意見を述べるためには、対象となる労働者の就労実態を把握している必要があり、そのような情報なしに実施するにはリスクが生じ、また情報を得るためには人手と費用がかかるといった問題が挙げられた。

そこで、平成23年度の本研究においては、健康診断を受託する労働衛生機関の医師が、小規模事業場の事業者に対して就業上の措置に関する意見を述べるために必要な条件について検討し、また医療機関や地産保等の活用を前提とした、小規模事業場における事後措置実施のあり方について検討した。

## B.方法

1. 個別インタビュー：健康診断の実施から嘱託産業医の受託まで行っている、国内の総合的企業外労働衛生機関4機関（北海道・東北地方1機関、関西1機関、九州2機関）の統括医師とその事務責任者に

- ① 小規模事業場への就業判定の実施・依頼状況
- ② 小規模事業場の就業判定を阻害する要因
- ③ 企業外労働衛生機関が就業判定を行うことが可能となるための要件

について2時間のインタビューを行った。

2. フォーカスグループインタビュー：  
前項で得られた意見を参考に、企業外労働衛生機関の統括医師もしくは中心的役割を果たす医師（9名、8機関）を対象に意見の聴取を行った。聴取した内容は以下の3点である

- ① 小規模事業場で健康診断の就業判定を阻害する要因
- ② 小規模事業場に対して企業外労働衛生機関が果たす役割について
- ③ 労働衛生機関医師が産業医契約のない事業所で就業判定を行う際の問題点

### C.結果

1. 個別インタビューについて得られた情報を特に重要な項目について記載する。

- ① 産業医契約のない事業場への就業判定の実施・依頼状況

A1：小規模事業場のタクシー運転手に対して、機関内の外来を利用して就業判定を行ったことはあり。タクシー運転は、就業状況が本人との面談のみでほとんどの項目が聴取可能であったので引き受けた。（医師）

A2：その他の事業場から依頼が来たケースも少なからず存在するが、就業状況を面談のみで理解することに限界があり、地産保を紹介するにとどまっている。（事務担当者）

- ② 小規模事業場の就業判定を阻害する要件

A3：就業判定をするためには産業医としてのスキルが必須。標準的産業医スキルを持った医師のマンパワー不足。（医師）

A4：事業場側の状況として、高負荷・高危険業務をある程度、同定する必要があるが、そのためには現場に行く必要がある。（医師）

A5：就業判定のみならず、就業制限措置を行うためには、本人の事情（残業制限に伴う収入低下）、職場側の状況（そもそも就業制限を行うことがその人の職務のすべてを停止することもあること）の確認が必要で、そのためには職場に出向き、多くの情報を得る必要がある。（医師）

A6：本来的に負担すべき事業者側に金銭的、人的手当をするための能力が事業者側に乏しい。（事務担当者）

A7：事業規模が小さくなればなるほど、可能な就業配慮や制限が限定される。（医師）

A8：有所見や判定基準について国のガイドラインや学会等でのステートメントが出されていないこと。（医師）

A9：フォローアップができないことが何よりも問題。出した判定が本来の意図と違う扱いで従業員保護の方向に進まなくなる可能性がある。

- ③ 企業外労働衛生機関が就業判定を行うことが可能となるための要件

A10：まずは、事業者側に就業判定が必



須であることを国や労働基準監督署が指導することが必須であると考えられる。

(事務担当)

A11：事業として成り立つ形態であれば可能性はある。例えば、現状の労災保険2次健康診断をもっと、就業判定のほうに特化させて、小規模事業場の費用負担がほとんどないようにすれば実現性はある。

(事務担当)

A12：具体的には面談に出てきてもらって、30分の診察時間があるとして1万円程度もらわないと事業性としては難しい。

(事務担当)

A13：まず、何よりもマンパワーの確保が重要である。企業外労働衛生機関への入職医師数を増やすことが肝要と思われる。(医師)

A14：医師の確保には現在の産業保健の求められるスキルが向上していることから機関内の教育のみでは難しい一面があり、外部研修が必要である。当機関は前職で産業医経験がある、もしくは産業医科大学卒業生しか採用していない。そのせいもあって、實際上、産業保健ニーズは増大しているにもかかわらず、それに携わる医師は近年ほとんど増えていない。それに類似するような研修プログラムの開発も重要であると考えられる。(医師)

2. フォーカスグループインタビューをもとに得られた重要な項目を記載する

① 小規模事業場で健康診断の就業判定

を阻害する要因

【周知が不徹底のためできないこと】

B1：そもそも健診自体を受けていない(受けることを知らない)

B2：健診を受けることが法令で定められていることを知らない

B3：法令で就業判定を受けないといけなことを知らない

B4：健診(事後措置)に関してどこに相談してよいかわからない

B5：医師が事後措置を保健指導のことと思っており、就業判定を知らない・できない

B6：有所見者の定義がなされておらず、事業者はどの従業員に対して就業上の意見を医師に聴取すればいいかわかりえない。

【周知されているができないこと】

B7：医師に依頼するだけの資金力がない

B8：事業者側が労働力の喪失を恐れ、労働者に就業判定を受ける機会を設けようとしない

B9：労働者側が雇用の喪失を恐れ、就業判定を受ける気がない

B10：小規模になるほど作業にバリエーションがなく、就業制限・配慮する作業に選択肢が限られている

B11：事業者が安衛法による安全配慮義務よりも、個人の健康診断結果というプライバシーを重視しすぎているので、健診結果を把握、活用しようとしていない

B12：あえて夜勤禁止を望むなど、疾病

利得で制限を受けたい労働者もおり、事業者側が受けさせにくい現状がある

B13：就業制限を受けて、本来期待されるパフォーマンス以下であっても業務評価を給与に連動させる就業規則等がなく、事業者側が受けさせにくい

② 小規模事業場に対して企業外労働衛生機関が果たす役割について

B14：小規模事業場に健康診断は提供しているが、産業医契約なしの就業判定は例外的である。コンサルティング業務として小規模事業場の就業判定の受け入れは困難である。

B15：就業判定には2次精密検査が必須であるので2次精密検査実施機関（一般的には主治医）が就業判定に関与することもありうるのでは。一般的に健康診断の就業判定は医療受診管理が適正に行われればコントロール下にある疾病がほとんど（高血圧、糖尿病、貧血など）であるので、主治医の治療コントロール下で意見をもらうことで、適切な時期・期限の就業制限の意見をもらえるので、労働者の権利も制限しない。

B16：就業判定を行う医師は日本医師会認定産業医や労働衛生コンサルタントなど、産業医としての選任条件を満たしているものが望ましい。

B17：一部の健診機関が実際の職場や労働状況を勘案せず、就業可能と判定しているケースがある。

B18：有所見の定義や「就業制限が必要

かもしれない基準」を国や学会等のガイドラインで示してもらえれば、そのカットオフ値で就業判定が必要な群を抽出し、事業所側に提示することは可能である。

③ 労働衛生機関医師が産業医契約のない事業所で就業判定を行う際の問題点

B19：健康診断の医療判定における要精密検査判定の意味合いが、疾病スクリーニングとして（治療の要否）必要な検査と、就業の可否判定のため必要な検査が混在している。

B20：就業判定を引き受けようにも、現行の健康診断と産業医契約を行うことで目一杯でありこれ以上の業務は困難である。

B21：就業判定を行うための簡易作業場調査（高負荷・高危険業務のリストアップなど）があれば、職場を見ずにある程度のスクリーニング判定を行うことが可能かもしれない。

B22：心疾患発症のリスク評価指標としてフラミンガムスコアは使えるかもしれない。

## D. 考察

予備インタビューやフォーカスグループインタビューは下記の意見に集約されたので項目ごとに考察する。

### 1. 事業所側への周知の問題

小規模事業場における現状としては、健診を事業者責任で実施することが義務

付けられていることを知らない、健診結果について医師の意見を聴く、就業判定を受けなければいけないということを知らない事業所が少なからず存在することが挙げられた (A10、B1、B2)。統計的には、健康診断を実施した事業所は全体で 88.3%なのに対し、30 人未満の事業所では 84.5%となっており、有所見者における健康診断の結果についての医師等からの意見聴取した事業所は、全体で 40.6%、30 人未満の事業所では 35.6%となっている (平成 22 年労働安全衛生基本調査)。50 人以上の事業所では、それぞれ 98.9%、58.8%であることを考えると、小規模事業場における健康診断および事後措置の実施率はまだまだ十分とは言えない。特に事後措置については、約 2/3 の事業所で実施されておらず、周知の不徹底とともに、事後措置についてどこに相談していいかわからないとの意見もあり (B4)、有所見者に対する医師の判定の受け入れ先の不備も想定される。また、健康診断の目的も曖昧で周知されていない。疾病の早期発見、スクリーニングはもちろん重要であるが、それだけであれば健診結果の医学判定と受診勧奨、フォローアップのみでよい。健診の目的は、健診結果から有所見者を抽出し、職場の状況を把握した上で就業判定を行い、適切な就業上の措置を行うことであるが、現在の指針の記載では少々わかりにくい。就業上の措置の内容については記載があ

るが、健診結果からどのような考え方で措置を決定するかについての「手引き」の作成が必要であると考えられる。これは医師による医学的な専門的知識が必要な分野ではあるが、産業医を選任し、適切な事後措置が行われている事業所では、産業医から事業者と労働者に対し、どのような考え方で就業上の措置が必要なのかについて説明をし、マネジメントをしているはずである。産業医がほとんど選任されていない小規模事業場で事後措置が行われるためには、事業者が自立的に事後措置を主導することが必要で、事業者向けの「手引き」を作成し、具体的な事後措置の流れ、就業上の措置の考え方、さらには事業経営のためにも重要であることを示すことが有用であると思われる (参考：就業措置の類型化に関する検討)。

## 2. 有所見者に対する健診結果の確認と就業判定の基準に関する問題

本研究における調査の結果、適切な事後措置に関与していると考えられる医師 (専属産業医、労働衛生機関医師、独立系産業医) の判定手順・基準が明らかになった。まず、有所見者の健診結果を確認し、「就業上の措置の必要性がある可能性のある者 (就業判定保留)」をスクリーニングする (いわゆるハイリスクアプローチ)。1) 就業が健康状態を悪化させる可能性がある者、2) 健康状態が就業上の事故などのリスクにつながる者、3)

就業状態が受診行動や自身の健康管理の妨げになっている者、4) 健康状態が業務の能力的な適正にそぐわない可能性がある者、等である。健診項目としては、脂質検査、肝機能検査等は医学判定が「要精密検査」であっても、保健指導や受診勧奨の対象者にはなるが、よほどの異常値でない限り就業には直接関係ないとみなされるため、就業判定を決めるための面談対象者からは外される傾向にある。現在、健康診断の有所見者は全体の約50%を超えるが、このスクリーニングの時点で「就業上の措置の必要性がある可能性のある者(就業判定保留)」は約10%程度になるようである。この対象者と面談を行い、事業所の担当者とのヒアリングの結果、就業判定を行い、就業上の措置に関する意見を述べることになる。本研究での調査の結果、このスクリーニングの基準は、企業や産業保健専門医師によりばらつきがあるが、血圧、血糖値(HbA1c)、貧血検査を重要視しており、また心電図所見や胸部X線所見にも就業判定を保留にする基準が存在した。また、心血管イベントの発生リスク指標として、フラミンガムスコアを利用している医師もいた。小規模事業場で事後措置を普及させるには、このスクリーニング手順・基準をある程度明確化し、マニュアル化することが有用であると思われる(A8、B5、B6、B19)(図1)。

### 3. 就業判定する側の人的資源の問題

健康診断の約50%以上を実施し、産業医サービスを提供している企業外労働衛生機関の役割は大きいと考え、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就業判定が行える条件について検討した。職場の状況(作業環境や労働時間、作業態様等)がわからなければ就業判定は不可能であり、また就業制限をかける場合には本人との面談が必須であるという意見が多かった(A1、A2、A4、A5)。ただ、「就業上の措置の必要性がある可能性のある者(就業判定保留)」のスクリーニングに関しては、血圧、血糖値、貧血検査、あるいはフラミンガムスコア等の基準を設定すれば可能であり、簡易作業場の調査の手法(高負荷・危険業務のリストアップ)を併用すれば精度が上がると考えられる(B21)。そして対象者に対し、医師による一定の検査と職場状況の調査、面談、診察、治療とフォローアップを行うことで就業判定が可能である。判定する医師については、小規模事業場においては指針の通り地域産業保健センターの事業を活用することが望ましいが、職場の状況の調査や面談等にかかる手間を考えると、全ての労働者の就業判定を行うためには、さらなるマンパワーとコストが必要となる。事業者の負担によって、労働衛生機関・健診機関の医師を人的資源として活用するか、または、就業判定には二次精密検査が必要

であるので、アクセスの良い地域の医療機関を判定医師資源として活用することが考えられる（B15）。しかし、コスト的には診察時間30分につき1万円程度かかるとの意見があり（A12）、小規模事業場にとってはかなりの負担となることが予想される。ただ、これらの手順は、労災二次健康診断の手法と類似しており、同制度との併用あるいは統合により活用できれば、事業者負担を軽減することができ、就業判定が可能な対象者が増える可能性がある（A11）。

また、事後措置に関してどこに相談してよいかわからないという要因もあり（B4）、これを明確にする必要がある。産業医選任義務のない小規模事業場においては、健康診断の結果について意見を述べる、就業判定を行う医師をあらかじめ指定しておくことで、事後措置の実施率を向上できる可能性がある。

「就業判定保留者」のスクリーニングに関しては、前述の労働衛生機関による方法を取る場合、職場の状況や労働者の健康情報について十分な情報が得られず、機関側が安全域をとり、対象者を絞り込むことができずに十分にスクリーニングできない可能性がある。スクリーニング基準を明確にするか、手間がかかっても、指定する医師の手作業での判定が精度的には優ると思われる。

#### 4. 意見を述べる医師の資質の向上、教

#### 育、マンパワーの確保について

適切な就業判定を行うためには産業医としてのスキルが必要である（B16）。認定産業医資格を有する医師は全国で約8万人存在するといわれているが、労働衛生機関においても、就業判定を適切に行うことができるスキルを持っている医師のマンパワーは不足している（A3、A13）。標準的な産業医スキルを身に付けるには、いわゆるOJT（On the job training）等の、実地でのトレーニングが必要であるが、認定産業医のうち実際に産業医として選任され活動しているのは約3万人といわれており、小規模事業場において就業判定を行う医師のマンパワーを確保するためには、標準的産業医スキルを身に付ける教育研修体制を整備しなくてはならない。まず、医師が就業上の意見を述べる際に必要な就業情報の入手方法、健康情報と照らし合わせた判断のプロセスやその他の留意事項について、詳細な「医師用マニュアル」を開発するとともに、それらを基にした教育の充実が必要である。また、マニュアルを準備し教育は行っても、実際に判定する機会（OJT）がないとスキルは向上し難い。労働基準監督署からの指導の強化や、罰則規定を設ける等、法令上の規定の改正を行い、小規模事業場の労働者が広く医師による就業判定を受けることができるようになることで、認定産業医全体のスキルの底上げにもつながると考えられる。

## 5. 法令上の規定について

小規模事業場においてより多くの労働者が医師による就業判定を受けるためには、法令上の規定について改正を検討する必要がある。事業者としては、健診の事後措置、医師による判定についてどこに相談すればよいかわからない場合が多く（B4）、あらかじめ意見を聴く医師を指名しておくことを法制化することが有効であると考えられる。その場合、産業医選任義務のない小規模事業場では、地域において事業者とある程度つながりのある一般医療機関の医師や、健康診断を実施している機関の医師を指名しておくことと相談しやすい体制が整うと考えられる。そうすることで、健康診断実施後のみならず、健康状態の経過観察中の機会や病休後の職場復帰時など多様な機会に指名した医師に相談することができ、労働者の健康管理が向上することも期待できる。

## 6. 小規模事業場で広く就業上の措置を行う場合の留意点、問題点

小規模事業場では大企業に比べ、就業上の配慮の選択の幅が狭く、就業制限が本人の就業の機会喪失となることが懸念される（A7、A9、B8、B9、B10、B12）。就業判定により雇用に不利益を及ぼさないよう、何らかの策を講じる必要がある。就業措置の意義について類型化を行い、労働者の健康管理のためのみならず、企

業にとってのリスク管理、事業経営上のメリットにもなる旨を記載した、事業者向けのわかりやすい「手引き」を作成が必要である。

判定医師向けのマニュアル作成も必須であると考え、来年度の作成を検討しているが、判定基準や判定方法がわかっても、判定医師に産業医の実務経験がなければ就業判定は困難だと思われる（A14、B14、B16）。そこで作成するマニュアルには多彩な事例を収載することを予定している。同時に研修会等の企画や開催のあり方についても検討を行いたい。

## E. 結論

小規模事業場において広く労働者の就業判定と事後措置が行われるためには、地域産業保健センターの事業の活用のみならず、認定産業医資格等を持った地域の医療機関や労働衛生機関の医師の活用が必要である。医師が健康診断の結果を確認してから就業上の意見を述べるまでには、職場の状況の把握、健康情報の確認と面談対象者の一次スクリーニング（就業判定保留）、労働者との面談・指導を経ての就業判定の決定という、一定の手順が存在するが、一般には周知されておらず、小規模事業場ではほとんど実施されていない。この手順と、エビデンスに基づいた判断の基準や留意事項等について明確に示す必要がある。事業者側には、健康診断の実施や事後措置の意義に

ついて周知がなされていない。疾病を早期発見するだけではなく、病状や治療の状況によっては医師の意見を聴いて、労働時間の短縮等の就業上の措置を行う必要性について、特に企業のリスク管理として、事業経営上の意義について周知がなされていない。疾病管理と労働との関連性についての認識が薄いともいえる。これらを周知するための、事業者向け「手引き」の作成、判定に関わる医師向けの「判定マニュアル」の作成が必要である。それと同時に、産業医選任義務のない事

業場においては、あらかじめ労働者の健康管理について意見を聴く医師を指定しておくことを定める等の法令上の規定について改正を検討する必要がある。

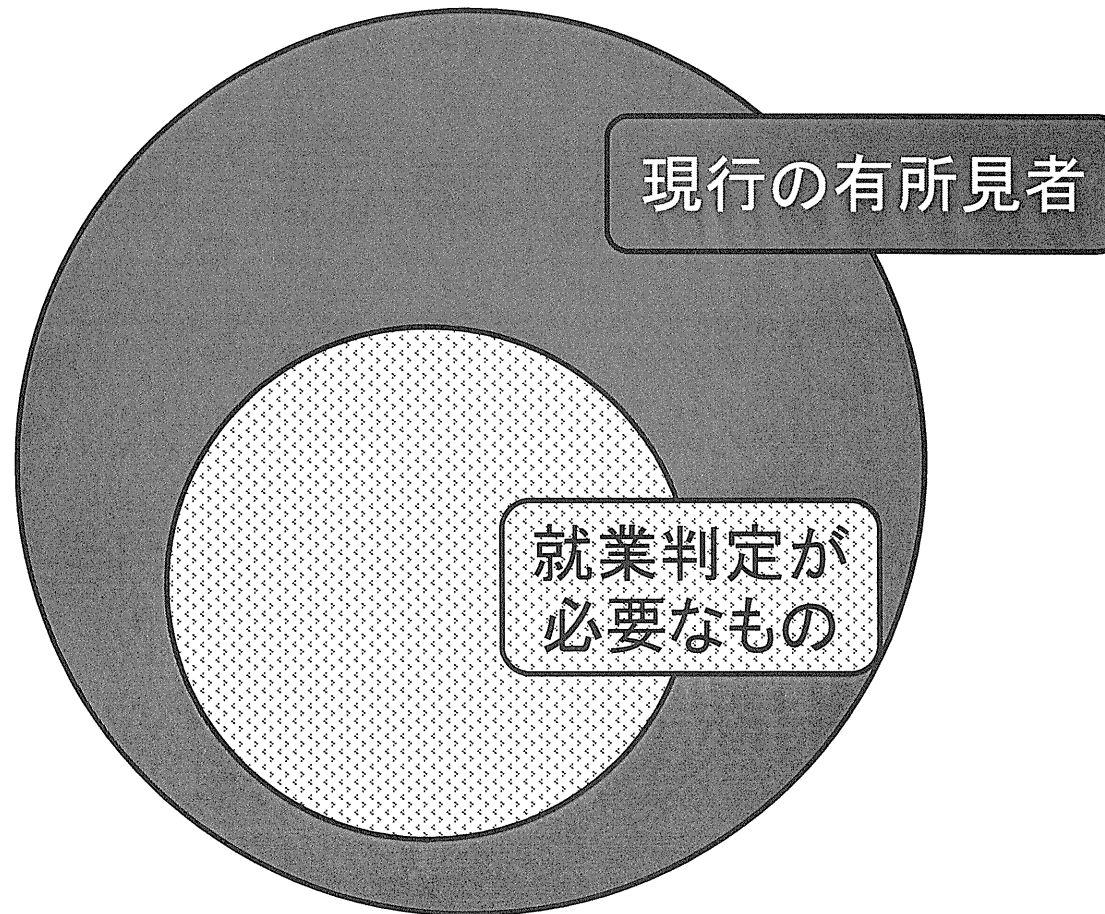
#### **F.引用・参考文献**

労働安全衛生基本調査(平成22年)

#### **G.研究発表**

平成24年12月、第46回中小企業安全衛生研究会で発表(予定)

# 図1. 健康診断の有所見者について





## 分担研究報告書

### 4. ICD デバイス植込み・失神およびてんかん患者における 自動車運転制限の現状調査

研究分担者 安部 治彦

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

## ICD デバイス植込み・失神およびてんかん患者における 自動車運転制限の現状調査

研究分担者 安部 治彦 産業医科大学医学部不整脈先端治療学講座 教授

### 研究要旨:

【背景】自動車運転制限は日常生活のみならず、就業においても大きな影響を及ぼす。一方で自動車運転制限が必要な患者による自動車事故が社会問題化しており、法律上の規定もあるため、健診の事後措置においても適切かつ容易に運用可能な形とする必要がある。

【目的】ICD 植込み患者・てんかん及び失神患者の自動車運転制限の現状について調査すること。

【結果】ICD 植込み患者の自動車制限に関する具体的な基準は学会のステートメントで決められている。運転制限期間は一次予防および二次予防、電池交換およびリード植込みの有無によって異なる。抗頻拍ペーシングを含む ICD の作動があった場合には 12 ヶ月の経過観察が必要である。てんかんについては法律で具体的な基準が設定されており、無発作期間が 5 年、あるいは 2 年（臨時適性検査もしくは診断書が必要）で許可される。失神患者に関しては具体的な基準が示されておらず主治医の判断にゆだねられている。ICD 植込み患者およびてんかん患者は大型および第二種免許は禁止であるが、失神患者においては診断と治療が確立し、高リスク活動中の失神がない患者では許可される。

【結論】ICD 植込み・てんかんおよび失神は自動車運転制限を検討する必要があるが、実際に制限が必要か否かは治療経過によるため、適切に制限を行う為には治療を行っている医師の判断が必要である。

### 研究協力者

荻ノ沢泰司 (産業医科大学病院 循環器内科 学内講師)

河野 律子 (産業医科大学医学部 第二内科 助教)

### A.背景

臨床医が日常診療で行っている「受診・問診・検査・リスク評価・治療」というサイクルの中で、「リスク評価」が産業医と共有できる視点であることから、類型分析のための調査として心臓突然死

と一過性意識消失のリスク因子に関して検討を行った。結果、ICD 患者の自動車制限は、他の疾患における作業制限と比べて基準が明確であり判定が容易であり、藤野班らの検討により明らかとなったように産業医の現場におけるエビデンスに

藤野班らの検討により明らかとなったように産業医の現場におけるエビデンスに基づくリスク評価が大変困難であることと好対照であった。さらに、てんかん発作による自動車事故による最近の事例についても失神を繰り返していたにも関わらず就業制限をかけなかったことが社会問題化しているが、産業医はガイドラインがあることは知っていても、ガイドラインを元に産業医が就業制限をかけるわけではないこと、産業医がいないと話が進まなくなるので、産業医がいない場合にどうするかが重要な課題であることが考えられた。自動車運転に関して掘り下げると、産業医の立場から見た入り口は問診（失神やてんかん発作の有無やデバイスの有無）、出口は運転制限および公安委員会への自己申告による免許停止であるが、この様な特に法律上制限されているような事象に関して産業医が例えいなくても運用可能にする方向が良いと考えられ。なぜならば、実際に事故が生じた場合には事業者も監督責任を問われるため（鹿沼市のクレーン車事故の事例では実際に会社も被告となっている）、健診の上で必要な問診項目を明示し、その結果を文章上残すこと（open型問診では失神などがあればカルテに記載されるが、申告がない場合には記録が残されないケースも多い）、明らかに制限が生じる回答があった場合には適切に対応できるフローチャートが必要である。

## B. 目的

今回の目的はICD植込み患者および失神・てんかん患者の自動車運転制限に関する現状を調査することである。

## C.方法

道路交通法規によるICD植込み患者・失神・てんかん患者の自動車運転制限の背景および現状を調査した。具体的な運転制限基準については各学会で示されているステートメントを調査した。ICDについては欧米のステートメントも調査し、国内外の比較を行った。

## D.結果

### 1. 道路交通法における自動車運転免許取得

旧道路交通法では精神病患者・知的障害者・てんかん・目が見えないもの、耳が聞こえないもの、口が聞こえないものを自動車運転免許の欠格事由としていた。一度てんかんと診断されると発作が消失しても運転免許を取得もしくは保持できず、権利の過大な制限であるとの指摘と共に、不整脈などに基因する意識消失発作を有する例には制限がなくバランスを欠いていた。これを踏まえて2001年に道路交通法の改正が行われ前述の欠格事由が廃止され、下記のイ)～ニ)のものについては政令で定める基準に従って免許を与えず、または6ヶ月を越えない範

圈内において免許を保留することができると改定された。即ち、

イ) 幻覚の症状を伴う精神病であって政令で定めるもの。

ロ) 発作により意識障害または運動障害をもたらす病気であって政令で定めるもの。

ハ) イ) またはロ) に掲げるものの他、自動車などの安全な運転に支障を及ぼす恐れがある病気として政令で定めるもの。

ニ) アルコール、麻薬、大麻、あへんまたは覚醒剤の中毒者。

である。ICD 植込み患者・失神およびてんかんはこのうちロ) に該当する。

この道路交通法の改正を受けて 2002 年道路交通法施行令の改正が行われ、統合失調症・てんかん・再発性の失神・無自覚性の低血糖・躁鬱病・重度の眠気の症状を呈する睡眠障害を対象に自動車などの運転に支障があるかどうかを個別に判断することとなった。

## 2. ICD 植込み患者における自動車運転制限

2003 年に日本循環器学会・日本胸部外科学会・旧日本心臓ペースング・電気生理学会が合同で「不整脈に基因する失神例の運転免許取得に関する診断書作成と適正検査施行の合同検討委員会ステートメント」が示された 1)。大型および第 2 種免許の特性はなく、診断書の記載は所定の ICD 研修を受けた医師のみ可能で

ある。

本ステートメントでは一次予防および二次予防の区別がなされておらず、電池交換に関しても医師の判断によって 1～6 ヶ月とあいまいであった。2010 年にはこれらの改善を目的として日本循環器学会・日本胸部外科学会・不整脈学会合同で上記ステートメント改訂のための補遺が示された 2)。一次予防と二次予防が区別され、一次予防新規植込みでは経過観察期間が 30 日間と短縮、電池交換後及びリード交換後もそれぞれ期間が明示されるとともに短縮された。また、運転免許区分の変更に伴い大型免許、第二種免許に加えて中型免許 (8t 限定を除く) の適正はないとされた。

欧米との比較を表 1 に示す 3)。本邦の観察期間は欧米と比較し若干長い傾向はあるものの、概ね同等である。ヨーロッパのガイドライン 4) は一般人口の事故率と、ICD 植込み患者で ICD が作動し、人身事故を起こす確率を比較して十分低ければ許可するという方針をとっている 5)。一方で数式に当てはめうる元データは示されず、作動から 3 ヶ月と決められている。

また、症状のない抗頻拍ペースング (antitachycardia pacing; ATP) に関しては運転を許可するか否か議論があるが、ヨーロッパのガイドラインでは accelerate する可能性があるため、作動から外すことには慎重を要する旨の記載