

があるが、数式に当てはめうる ATP に関する元データがない。誤作動については適切な対応が取られれば、運転可能としている。

米国の場合は ATP と shock の間に差があるか？と言うといに答えるデータが無いとした上で、やはり acceleration の可能性を重視し慎重な姿勢を示しており、ATP を特別扱いしていない 6)。

日本に関しては、国立循環器病センターのデータで約 29% に acceleration を認め、shock になりうること、抗頻拍ペーシング中に血圧低下を来しうることを根拠に運転制限を要する ICD 作動とするとしているのが現状である 1)。

一方、英国では運輸局が各疾患について詳細な運転制限に関する情報を示しているが、ATP については他国と異なり、症状のないものは除外している 7)。

3. てんかん患者の自動車運転制限

てんかん患者の運転制限においては、ICD と異なり、ガイドラインやステートメントではなく法律で規定されている。制限期間は明確なエビデンスに基づいて算出されたものではない。現在の道路交通法に基づく運用基準 8) では、免許取得に関しては運転に支障が生じるおそれのある発作が 2 年間なく今後症状悪化の恐れがない場合は取得可能である。大型免許と第二種運転免許は取得ができない。既に免許を取得しているてんかん患者に

おいてはイ) 過去に 5 年以上発作がなく、今後発作が起こる恐れのないもの、ロ) 1 年の経過観察の後、発作が意識障害および運動障害を伴わない単純部分発作に限られ、今後、症状の恐れがないもの、ハ) 2 年間の経過観察後、発作が睡眠中に限って起こり、今後症状の悪化のおそれがないものについては運転が許可され、以後診断書または臨時適性検査は不要である。また、ニ) 発作が過去 2 年以内に起こったことがなく、今後、X 年であれば発作が起こる恐れがないものについては運転が許可されるが、X 年後に診断書または臨時適正検査が必要である。診断書は主治医であれば記載することが可能であり、必ずしもてんかん専門医でなくてもよい。ICD と同様に、発作があっても診断書は患者が持参し患者が提出する自己申告形式である。医師には指導する注意義務があるが、通報義務はない。

4. 失神患者の自動車運転制限

現状では、本邦に失神患者の自動車運転に関する指針はなく、各主治医の判断にゆだねられている。米国における 3,877 人の失神患者の検討では 381 人 (9.8%) で自動車運転中に失神を来したが、自動車運転中に失神発作を経験した患者の運転中における失神再発率は一般人口と有意差がなかったとされる 9)。

現在本邦におけるガイドライン作成がすすめられており、ヨーロッパにおける

ガイドライン 10)に準じた方向でまとまる予定である。ESCにおける失神患者の自動車運転制限を表2に示す。不整脈に伴う失神に関しては永久禁止となるICD植込み患者の職業運転を除き、基本的に治療成功が確立した後に許可される。反射性失神に関しても診断と治療が確立した後許可されるが、原因不明なものに関しては前徴のないもの、運転中に失神したもの、器質的心疾患を有するものでは許可されない。

E. 考察

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は、学会によって示されたステートメントによって規定されているもの、法律できていされているもの、明確な指針のないもの、と運転制限基準の設定はまちまちであるが、発作及び治療の経過によって制限の要否が変わると点で共通している。例えば、ICD植込み患者においては全く自覚症状がなくても抗頻拍ペーシングで停止した作動エピソードがあれば12ヶ月の自動車運転制限が必要となる。これは問診や診察では分からないため、職場における産業保健の現場において産業医が判断することはできない。従って、現状では必要な運転制限を行い、不必要な運転制限を避けるためには、運転制限の要件であるICD植込みや失神、てんかんの有無を把握した上で、実際の運転制限の要否につ

いては各主治医に問い合わせる必要がある。

F. 参考文献

- 1) 不整脈に起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、日本心臓ペーシング・電気生理学会会頭：三井利夫他、不整脈に起因する失神例の運転免許取得に関する診断書作成と適性検査施行の合同検討委員会ステートメント、不整脈 2003, Vol. 19, 502-512.
- 2) 日本不整脈学会・日本循環器学会・日本胸部外科学会「不整脈に起因する失神例の運転免許取得に関する診断書作成と適性検査施行の合同検討委員会ステートメント」改訂ワーキンググループ：新田隆他、「不整脈に起因する失神例の運転免許取得に関する診断書作成と適性検査施行の合同検討委員会ステートメント」改訂のための補遺、日本不整脈学会ホームページ公開
- 3) Oginosawa Y, et al. Resume driving after a refueling pit stop. *Circ J* 2010; 74: 2283-2284.
- 4) Vijgen J, et al. Consensus statement of the European Heart Rhythm Association: updated recommendation for driving by patients with implantable cardioverter defibrillators.

- Europace 2009; 11: 1097-1107.
- 5) Jung W, et al. Recommendations for driving of patients with implantable cardioverter defibrillators. European H J 1997; 18: 1201-1219.
 - 6) Epstein AE, et al. Addendum to "personal and public safety issues related to arrhythmias that may affect consciousness: implications for regulation and physician recommendations: a medical/scientific statement from the American Heart Association and the North American Society of Pacing and Electrophysiology. Heart rhythm 2007; 4: 386-391.
 - 7) Drivers medical group DVLA, Swansea. Guide to the current medical standards of fitness to drive. www.dft.gov.uk/dvla/medical/ataglace.aspx.
 - 8) 伊藤正利他、道路交通法改正にともなう運転適性の判定について、てんかん研究 2002; 20: 135-138.
 - 9) Sorajja D, et al. Syncope while driving. Clinical characteristics, cause, and prognosis. Circulation 2009; 120: 928-934.
 - 10) The task force for the diagnosis and management of syncope of the European Society of Cardiology (ESC). Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). European H J 2009; 30: 2631-2671.

表1

	2003日本	2010日本	2009欧州	2007米国	2011英国
二次予防新規植込み	6ヶ月	6ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	6ヶ月
一次予防新規植込み	6ヶ月	30日間	4週間	回復後 (最低1週間)	6ヶ月
ICD作動後 (Shock、抗頻拍ペーシング含む)	12ヶ月	12ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	6ヶ月*
電池交換後	1～6ヶ月 (医師の判断)	7日間	7日間	記載なし	1週間
リード交換後	6ヶ月	30日間	4週間	記載なし	1ヶ月

*症状のない抗頻拍ペーシングは含まず

表2

診断	Private	Professional
不整脈		
不整脈・薬物治療	治療成功確認後	治療成功確認後
ペースメーカー	1週間後	正常作動確認後
アブレーション	治療成功確認後	長期的成功確認後
ICD	ガイドラインに従う	永久的に禁止
反射性失神		
単回/軽微	制限なし	高リスク活動中(自動車運転・飛行機・機械操作・競合的スポーツなど)の失神でなければ制限なし
再発/重篤	コントロール後	有効治療が確立されなければ禁止
原因不明	前徴なし・運転中・器質的心疾患の存在のいずれかがなければ許可	診断と治療が確立後

分担研究報告書

5. 心臓突然死と一過性意識消失のリスク評価

研究分担者 安部 治彦

心臓突然死と一過性意識消失のリスク評価

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:

心臓突然死と一過性意識消失発作は、職場にも大きな影響を及ぼし、また労働災害に繋がる危険性もあるため予防すべきものである。健診後の事後措置においては、各事業所で産業医の意見を参考に事業主による判断がなされる。その過程で、臨床医・主治医からの意見が必要となることが多い。一般診療において、臨床医は診療ガイドラインに沿った治

療を行っていく。臨床医は、情報提供がない限り、具体的な職場の状況は把握出来ていないことが多く、一方、各事業所の産業医もその健診結果から臨床医・主治医がどのような結果を予測し、追加検査を行い対応していくのか、専門的になるほど全ての疾患に対して最新の知識をアップデートして持つことは、膨大な労力が必要となり、困難を極めると考えられる。健診結果より疾患を判断し臨床的視点からの就業の可否を求められる臨床医と、職場復帰や適性配置への適切なアドバイスを行わねばならない産業医の両者間で共有できる認識があれば、そのやり取りが無駄なく適切なものとなることが予測される。本研究では、臨床医と産業医が共通認識可能なものとして、「リスク評価」という視点が適当であるかを検討するために、臨床ガイドラインが充実しており、職場で発生した場合にリスクが高いと考えられる、心臓突然死や失神などの疾患を取り扱う循環器内科疾患を例に挙げて検討した。循環器疾患では疾患毎の臨床ガイドラインにおいて、明確に心臓突然死や脳血管疾患のリスク因子が示してある。これらのリスク因子は、エビデンスに基づき明確であり、各疾患に数多く存在するものでもない。事後措置が必要な健診結果から導かれる疾患において、各々の心臓突然死と脳血管障害、失神などの「リスク評価」を臨床医と産業医の両者が共有することは有益ではないかと考えられた。

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. 目的

臨床医と産業医の両者間で良好なコミュニケーションをとるために、共有する

認識を持つことが重要であると考えられる。循環器疾患を例にあげると、疾患の「リスク評価」という視点ではないか、

との予測がなされた。本研究では、臨床ガイドラインを中心に専門的な診療を行っている臨床医と職場での環境に熟知している産業医が効率よく情報交換できる共通認識可能なものとして、「リスク評価」という視点が適当であるかを検討することを目的とした。今回は、心臓突然死と一過性意識消失発作（失神）等の循環器疾患を中心として検討した。

B.方法

平成22年度の検討で、国内における臨床ガイドラインで就業措置や職場環境、患者の社会生活でのQOLへの配慮がなされているガイドラインは少ないことがわかった。その中でも、循環器疾患の臨床ガイドラインは疾患や症候ごとに数も多く、労働安全衛生法に基づいた配慮が臨床医の視点からなされているガイドラインも存在し(1-3)、詳細に検討がなされていることがわかった。本研究では、臨床ガイドラインが充実しており、職場で発生した場合にリスクが高いと考えられる、心臓突然死や失神などの疾患を取り扱う循環器内科疾患を例に挙げて検討した。まずは、健診にて事後措置の対象となる可能性がある、循環器疾患・症候を挙げた。次に、疾患・症候毎にガイドライン等に記載されたエビデンスのあるリスクを挙げ、臨床医が提供すべき情報と産業医が必要であろう情報を検討した。

C.結果

1) 事後措置の対象となる疾患・症候

既往歴や症状から様々な疾患が挙げられるが、ここでは特に失神の既往歴と心筋梗塞の既往歴、デバイス植込みの既往歴を挙げた。また、事後措置の対象となる心電図所見から考えられる疾患としては、心室性期外収縮、ブルガダ型心電図、心房細動の心電図、心肥大を示唆する心電図、陳旧性心筋梗塞を示唆する心電図、を挙げた。これらを挙げた理由としては、心臓突然死や脳血管障害に直接結びつく可能性が大きいと考えたからである。ここでは、治療介入によりその後、臨床主治医の定期的な経過観察下におかれるであろう高血圧等は省いた。

2) 各疾患と症候におけるリスク

① 心室性期外収縮

健常人では、ホルター心電図で20～35%に心室期外収縮が、100個/日以上または2連発を認める頻度は5%以下、非持続性心室頻拍は3%以下に認められる。心疾患のない場合はこれらの不整脈の予後は良好で、突然死の危険因子とはならない。しかし、日本循環器学会「心臓突然死の予知と予防法のガイドライン(2010年改訂版)」では(4)、心室性期外収縮のリスク評価としては、a. 器質性心疾患の存在、b. 運動負荷心電図による心室性期外収縮の増加があげられており、専門的な精査が必要となる。

② ブルガダ型心電図

Brugada 症候群は心電図で右脚ブロック様波形と、V1～V3 誘導における特徴的な ST 上昇を呈し、主に夜間に心室細動で突然死する疾患である。治療法は、埋込み型除細動器(ICD)植込み治療のみである。しかし、全てが治療対象となるのではなく、日本循環器学会「心臓突然死の予知と予防法のガイドライン (2010 年改訂版)」では (4)、12 誘導心電図にて coved 型 ST 上昇を認め、a. 突然死の家族歴 (< 45 歳)、b. 失神の既往、c. 電気生理検査で心室頻拍や心室細動の誘発、のいずれか 1 つ以上がある場合に治療対象とする、と記載している。

③ 心肥大を示唆する心電図

心肥大を示唆する心電図を示す場合には、高血圧性心臓病、心臓弁膜症 (大動脈弁狭窄、など)、スポーツ心、肥大型心筋症、その他の心筋症 (心アミロイドーシス、など) が考えられる。このうち、肥大型心筋症では、年間死亡率は 1～ 2% と報告されている。本症の死因の過半数が突然死で、特に若年者の突然死の原因として重要である。心停止からの蘇生例や持続性心室頻拍は突然死の高リスク群で、二次予防のために ICD が適応となる。臨床像からは、繰り返す失神発作は、心事故の危険性が高い。日本循環器学会「心臓突然死の予知と予防法のガイドライン

(2010 年改訂版)」では (4)、リスク要因として、a. 原因不明の失神発作、b. 突然死の家族歴、c. ホルター心電図での頻回 (5 回/日以上) あるいは 10 連発以上の非持続性心室頻拍、d. 著明な左室壁肥厚 ($\geq 30\text{mm}$)、e. 運動中の血圧上昇不良 ($< 20\text{mmHg}$) または低下、をあげている。

④ 陳旧性心筋梗塞を示唆する心電図、陳旧性心筋梗塞の既往

心筋梗塞後 1 年間の死亡率は 10～ 20% と高値で (特に発症 6 か月以内の死亡率が最大)、その大半が突然死とされ、院外心停止の主たる原因となる。我が国では持続性心室頻拍や、ICD の適応となった重症不整脈の原疾患の約 30% を占めるにすぎない。日本循環器学会「心臓突然死の予知と予防法のガイドライン (2010 年改訂版)」では (4)、リスク要因として、a. 心機能低下 (LVEF $< 35\%$)、b. 心不全の合併、c. 心室頻拍の有無、をあげている。また、梗塞後の突然死の一次予防として、心機能低下例 (左室駆出率 $< 40\%$) と非持続性心室頻拍を有しかつ電気生理検査で持続性心室頻拍が誘発される群および重症の心機能低下例 ($< 30\%$) で、ICD により予後が改善することが証明されている。

⑤ 心房細動の心電図

発作性と慢性心房細動、有症候性と無症候性心房細動では、心原性脳塞栓の発

症率は同じである。そのため、心房細動を認めた場合には、専門医による心原性塞栓症のリスク評価を行い、抗凝固療法の必要性を検討する必要がある。日本循環器学会「心房細動における抗血栓療法に関する緊急ステートメント」によってリスク要因として(5)、心不全・左心室機能不全(1点)、高血圧(1点)、75歳以上(1点)、糖尿病(1点)、脳卒中/TIA/血栓塞栓の症既往(2点)があげられている。2点以上であれば、抗凝固療法の適応であり、就労世代であっても、高血圧と糖尿病があれば、塞栓症のリスクは高くなることがわかる。

⑥ 失神の既往

失神の原因として最も予後不良であるのは、心原性失神である。失神の診断は、十分な病歴聴取が基本であるが、循環器専門医による精査によって心原性失神かどうかを早急に判断すべきである。また、非心原性失神であっても、再発性であるものは、高所作業にも影響がでる上に、再発性失神の場合には症状がコントロールされるまで車の運転は控えなければならず、何らの治療介入や原因特定が行われる必要性もある(3)。2012年に改定となる日本循環器学会「失神の診断・治療ガイドライン」では、失神のリスク評価について示してある(表1)。

⑦ デバイス植込みの既往

デバイス植込みを受けることにより、日常生活は可能であるが、電磁干渉を受ける可能性がある職場・高所作業が行われる職場や自動車運転などに影響がでる。これらは、ICD・ペースメーカーの誤作動予防への配慮や正常作動であっても影響が出る状況が想定されている。電磁干渉に関しては、具体的にリスクを及ぼす機器が示されている。日本循環器学会「ペースメーカー、ICD、CRTを受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン」に詳細が記載されている(1)。

D. 考察

循環器疾患での臨床的評価の視点は、最終的には①突然死のリスク、②新たな脳血管障害のリスク、③失神の再発リスク、という点である。循環器疾患ではそれぞれの疾患に対して臨床ガイドラインにおいて、明確に心臓突然死や脳血管疾患のリスク因子が示してある。このリスク評価は、全てが検査結果や専門性を有するものではなく、既往歴や症状発生時の状況、家族歴なども含まれている。これらのリスク因子は、エビデンスに基づいているものが多く、明確であり、各疾患に数多く存在するものでもない。事後措置が必要な健診結果から導かれる疾患において、各々の心臓突然死と脳血管障害、失神などの「リスク評価」を臨床医と産業医の両者が共有することが有益ではないかと考えられた。

E. 結論

健診結果より疾患を判断し臨床的視点

からの就業の可否を求められる臨床医と、職場復帰や適性配置を判断する産業医の両者間で共有できる認識として、「リスク評価」の視点を取り上げた。リスク評価は、各臨床ガイドラインで明確にエビデンスに基づき提示されており、コンパクトにまとめることも可能であり、共通に理解するためには適当なものであると考えられた。このような共通認識があれば、両者のコミュニケーションが無駄なく適切なものとなることが予測され、結果的に患者の QOL 低下のリスクを軽減するとともに、会社側も安全衛生面を十分に配慮した結果を短時間で提供することにつながり、有用であると考えられた。

F.引用・参考文献

1) 奥村 謙、安部治彦、小川 聡、他、日本循環器学会学術委員会：ペースメーカー、ICD、CRT を受けた患者の社会復帰・就学・就労に関するガイドライン、日本循環器学会編 Circulation Journal Vol. 72, Suppl. IV, 2008, 1133-1174.

2) 長嶋正實、他、心疾患患者の学校、職域、スポーツにおける運動許容条件に関するガイドライン(2008年改訂版)、日本循環器学会編

http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2008_nagashima_h.pdf

3) 井上 博、安部治彦、他、失神の診断・治療ガイドライン、日本循環器学会編、Circulation Journal 71: 1049-1101, 2007.

4) 相澤義房、他、心臓突然死の予知と予防法のガイドライン (2010年改訂版) 日本循環器学会編

http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010aizawa_h.pdf

5) 日本循環器学会「心房細動における抗血栓療法に関する緊急ステートメント」

<http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/statement.pdf>

G.研究発表

平成 22 年度は該当なし

表1. 失神患者の高リスク基準（失神の診断・治療ガイドライン JCS 2011改訂版）

◆重度の器質的心疾患あるいは冠動脈疾患
心不全, 左室駆出率低下, 心筋梗塞歴
◆临床上あるいは心電図の特徴から不整脈性失神が示唆されるもの
<ul style="list-style-type: none"> ① 労作中あるいは仰臥時の失神 ② 失神時の動悸 ③ 心臓突然死の家族歴 ④ 非持続性心室頻拍 ⑤ 二束ブロック(左脚ブロック, 右脚ブロック+左脚前枝or 左脚後枝ブロック), QRS\geq120ms のその他の心室内伝導異常 ⑥ 陰性変時性作用薬や身体トレーニングのない不適切な洞徐脈(<50/分), 洞房ブロック ⑦ 早期興奮症候群 ⑧ QT 延長 or 短縮 ⑨ Brugada パターン ⑩ 不整脈原性右室心筋症を示唆する右前胸部誘導の陰性T波、イプシロン波、心室遅延電位
◆その他
重度の貧血, 電解質異常

分担研究報告書

6. 労働者の健康状態に基づく就業上の措置のあり方

研究代表者 森 晃爾

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

労働者の健康状態に基づく就業上の措置のあり方

研究代表者 産業医科大学 産業医実務研修センター所長・教授 森 晃爾

研究要旨:

研究班で得られた知見に基づき、事業者が労働者の健康状態に基づき就業上の措置を適正に行うためのあり方と課題について検討した。その項目は、「意見を述べる医師の確保」、「医師の意見の機会」、「就業上の措置の目的」、「就業上の措置の実施と見直し」、「主治医からの情報」、「関係者の理解向上」等である。これらの検討結果は、実際の施策に結びつく必要があるため、「産業医等が事業者に対して適切な就業上の意見を述べるために必要な事項（提言案）」を作成した。また、提言事項の一つを具体化したものとして「就業上の措置を適正に行うための手引き（案）」をまとめた。今後、これらの文書について、妥当性の検討が必要と考えられる。

研究協力者

高橋直樹（産業医実務研修センター）

横川智子（産業医実務研修センター）

平岡 晃（産業医実務研修センター）

伊藤直人（産業医実務研修センター）

A. 研究の背景と目的

本研究班においては、医師による就業上の意見の実態を明らかとするとともに、意見を述べる際に参考にする医学的エビデンスの収集を行っている。このうち前者に関して、大企業、中小企業および労働衛生機関に対して行った実態調査や事例収集の結果得られた様々な知見をもとに、医師の意見にとどまらず、事業者が労働者の健康状態に基づき就業上の措置を適正に行うためのあり方と課題について検討した。

B. 方法

研究代表者およびすべての研究分担者が参加する3回の班会議において、各分担研究で得られた知見をもとに、労働者の健康状態に基づく就業上の措置のあり方について、議論を行った。議論には、研究協力者も参加した。

C. 検討事項

1. 意見を述べる医師の確保

労働者数50名以上の事業場においては、産業医の選任が前提であるため意見を述べる医師としては産業医が想定され、産業医の資質向上の取組みによって確保可能である。一方、産業医の選任義務のない

50人未満の事業場においては医師の確保が問題となる。想定されるのは、地域産業保健センターの活用や健康診断を実施した医師であるが、就業上の意見を述べるためには事業場の実情について把握していることが不可欠になる。この課題を解決するために、事業者が予め医師を指名した上で事業場の実情について理解できる機会を設けるといった方策が考えられる。

2. 医師の意見の機会

労働安全衛生法では、事業者は一般健康診断の結果に基づき医師による就業上の意見を聴取することになっている。しかし一般健康診断が毎年実施されており、適切な産業医活動が行われている事業場においては経年的な健康状態の把握に基づき健康管理支援が行われているため、健康診断の際に新たに見出された疾病によって就業上の措置が行われることはそれほど多くない。むしろ、経過観察中において慢性疾患の管理状況が不良となったり、疾病による長期休業から職場復帰する場合など、多様なきっかけをもとに就業上の配慮が行われている。したがって、医師による就業上の意見を述べる機会をより広く想定すべきであると考えられる。

3. 就業上の措置の目的

経験のある産業医が事業者に対して出

した就業上の措置の意見の事例の中には、様々な目的のものがあり、それらは「就業が疾病経過に影響を与える場合」、「事故・公衆災害リスクの予防」、「健康管理」、「企業・職場への注意喚起・コミュニケーション」などに分類できる。このように同じ就業上の措置であっても目的が異なる以上、その際に留意すべき事項や措置の見直しの手続きなどについても異なるはずである。したがって、目的を明確にして、それにあった対応をできるように、手順を明確にする必要があると考えられる。

4. 就業上の措置の実施と見直し

事業者の就業上の措置には、職場環境や作業方法の改善による就業配慮と、当該労働者の労働を制限する就業制限がある。本来可能な限り業務を制限するのではなく、健康状態にかかわらず業務を遂行できるような就業配慮を原則とすべきである。しかし、それらのバランスについては、それぞれの事業場の環境や業務の範囲などによって異なってくる。そこで、事業者が医師から就業上の措置の意見を聴取した上で、その具体的な措置の内容について、関係者が協議する機会を設けることが望ましいと考えられる。

5. 主治医からの情報

一般健康診断の結果に基づき就業上の措置を行う場合であっても、再検査や精

密検査の結果に基づき医療機関で行われた確定診断に基づくことが多く、また経過観察中において慢性疾患の管理状況が不良な場合や疾病による長期休業から職場復帰する場合でも、医療機関を受診していることが基本となる。そのため、産業医や事業者から指名された医師が就業上の措置に関する意見を出すにあたっては、主治医からの情報収集などの連携が不可欠となると考えられる。

6. 関係者の理解向上

適切な就業上の措置が実施されるためには、事業者、意見を述べる医師、その他の関係者が、その意義や手順について理解していることが必要である。そのためには、「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」に相当する詳細な手引きの作成、意見を述べる医師に対する教育やマニュアル、事業者への周知の努力が必要と考えられる。

D. 提言案ならびに手引き案の作成

検討事項は、実際の施策に結びつく必要があるため、「医師が事業者に対して適

切な就業上の意見を述べるために必要な事項（提言案）」（添付1）を作成した。また、提言案の中には「手順やエビデンスを活用する上での手引きの作成について」が項目として含めているが、その具体的な内容について「就業上の措置を適正に行うための手引き（案）」（添付2）にまとめた。

これらの文書は、本調査研究の過程で収集した情報に基づき研究班で検討した結果をまとめたものであり、今後、その妥当性の検討が必要であると考えられる。

E. 引用・参考文献

- 1) 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 平成18年3月（改正） 厚生労働省
- 2) 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き 平成21年3月（改正） 厚生労働省

F. 研究発表

第81回日本産業衛生学会（平成24年5月名古屋）で発表予定。

医師が事業者に対して適切な就業上の意見を述べるために必要な事項（提言案）

労働安全衛生法により、「事業者は、健康診断の結果に基づき、当該労働者の健康を保持するために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」と定められている。

この義務規定は、産業医の選任義務がない事業場においても適用されているため、50名未満の事業場においては産業医以外の医師が意見を述べることになっているが、それらの医師は、職場環境や作業の実態を十分に把握しているとはいえない。一方、適切な産業医活動が行われている事業場においては、経年的な健康状態の把握が行われているため、健康診断の機会で見出された疾病によって就業配慮をする機会以外に、経過観察中において慢性疾患の管理が不良となったり、疾病により長期休業したりするなど、多様なきっかけをもとに就業上の配慮が行われている。

このような現状把握をもとにすれば、事業者が医師から適切な就業上の意見を聴取できるためには、多くの課題を検討する必要がある。これらの課題は、制度面の課題、手順や判断基準に関する課題、体制や人材に関する課題に分けられる。本提言案は、それらの課題と検討の方向性をまとめたものである。

A 制度面の課題

1. 就業上の意見を述べる機会に関する法令上の規定について

すべての事業者が必要に応じて労働者の就業上の意見が聴取できるためには、法令上の規定について改正を検討する必要がある。具体的には、健康状態の経過観察中の機会や職場復帰時など多様な機会を想定とした規定とすることや、産業医の選任義務のない事業場においても想定される医師資源である健診機関医やその他の医師を予め指名しておくことなどである。

B 手順および判断基準に関する課題

2. 事業者が適切な就業上の措置を行うための手引きの作成について

現在の“健康診断の事後措置に関する指針”は、一般健康診断等を前提として、医師が行った就業上の区分に基づいて事業者が行う就業上の措置に関する基本的事項が記されている。しかし、就業措置には様々な機会があるとともに、健康状態と作業内容によっていくつかの異なる目的があり、それぞれについて留意事項や措置の見直しなどが異なってくる。今後、“職場復帰の手引き”に相当するような、事業場での対応の参考になる具体的な手引きの策定が必要である。その際、労働者数 50 名未満の事業場における対応を想定し、産業医以外の医師が意見を述べることを前提とする必要がある。

3. 就業上の意見の判断基準になるエビデンスの集積について

健康状態に基づく就業上の意見については、医学的なエビデンスに基づくことが望ましい。しかし、非常に多様な業務と健康状態との関係における職務適性に関しては、エビデンスが著しく不足しており、事業場の実情を踏まえた医師による判断に委ねざるをえないことも事実である。それでも、一部に利用可能な医学論文や臨床系学会等のガイドライン

なども存在するため、それらを集積したデータベースの開発が必要である。

C 体制および人材に関する課題

4. 就業上の意見を述べる産業医等に対する教育の充実やマニュアルの開発について

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、健康状態と照らし合わせた判断のプロセスや基準、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、それらをもとにした教育の充実が必要である。

5. 健康診断等の結果に基づく就業配慮に関する事業者への周知について

事業者が医師から就業上の意見を聴取し、適切な就業配慮が実施できるためには、事業場規模に関わらず、すべての事業者がその趣旨を理解しなければならない。安全配慮義務や健康上の職務適性管理の考え方、その実施方法について事業者への周知の取組みを継続的に実施する必要がある。

事業者が労働者の健康状態に基づく就業上の措置を適正に行うための手引き（案）

I 趣旨

近年、労働者人口の高齢化や一般健康診断の有所見率の上昇が報告され、一方で業務内容や就業形態は多様化している。これに伴い、事業者の安全配慮義務として、事業者が労働者に対して適切な就業上の措置を講ずることが非常に重要となっている。しかし実態としては、エビデンスに乏しい措置が行われている場合や、産業医の選任義務のない50人未満の中小規模事業場においては措置自体が実施されていない場合も少なくない。労働者の健康状態に基づく就業上の措置を行う機会としては、労働安全衛生法で事業者の義務として定められている健康診断の実施およびその事後措置がある。また、その他に労働者の疾病発症や病気休業からの復帰等の機会が挙げられる。このような機会に適切な就業上の措置が実行されるためには、まずそれぞれの事例において十分に労働者の健康状態に関する情報を収集し、さらにその労働者の業務に関する情報と照らし合わせる事が不可欠である。その上で就業上の措置を検討し、その内容については労働者の理解を得ることも重要である。この手引きは一般健康診断結果をはじめとした労働者の健康上の問題に対し就業上の措置を検討することになった際、就業上の措置を適正に行うために基本的な流れや必要な情報、留意点などを示したものである。

II 就業上の措置の流れ

労働者の健康状態に基づく就業上の措置を適切に行うためには、就業上の措置が必要と考えられる対象者を選定し、措置に関する医師の意見を提示し、具体的な措置の内容を検討し、その内容を実施し、適宜経過観察と見直しを行なっていくという一連の流れがある。

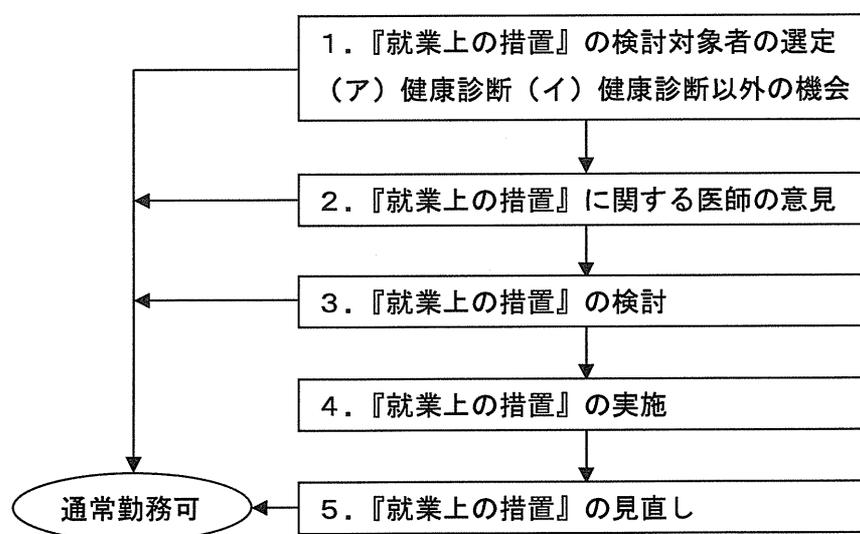


図 II - 1：就業上の措置の流れ（概略）

1. 就業上の措置の検討対象者の選定

(ア) 健康診断の機会

一般健康診断は、安衛法第 66 条第 1 項に事業者の実施義務が、安衛法第 66 条第 4 項に労働者の受診義務が定められている。健康診断の実施後は労働者への結果の返却や必要に応じた事後措置が行われる。健康診断結果の判定は健診実施機関の基準に基づき診断区分（異常なし、要観察、要医療）などの区分がなされ、異常なし以外の有所見者に関しては医師が就業上の判定を行う。就業上の判定において健康診断結果のみで通常勤務と判断できる人もいれば、再検査や精密検査の結果等によって通常勤務と判断される人、あるいは更に就業上の措置の検討が必要な人がいる。

(イ) 健康診断以外の機会

一般健康診断の結果に基づく以外に、経過観察中において慢性疾患の管理状況が不良となった場合や、疾病による長期休業から職場復帰する場合など、多様なきっかけをもとに就業上の措置の検討が必要となる場合がある。適切な産業医活動が行われている事業場においては経年的な健康状態の把握に基づき健康管理支援が行われており、健康診断以外の機会に就業上の措置を検討されることが多い。

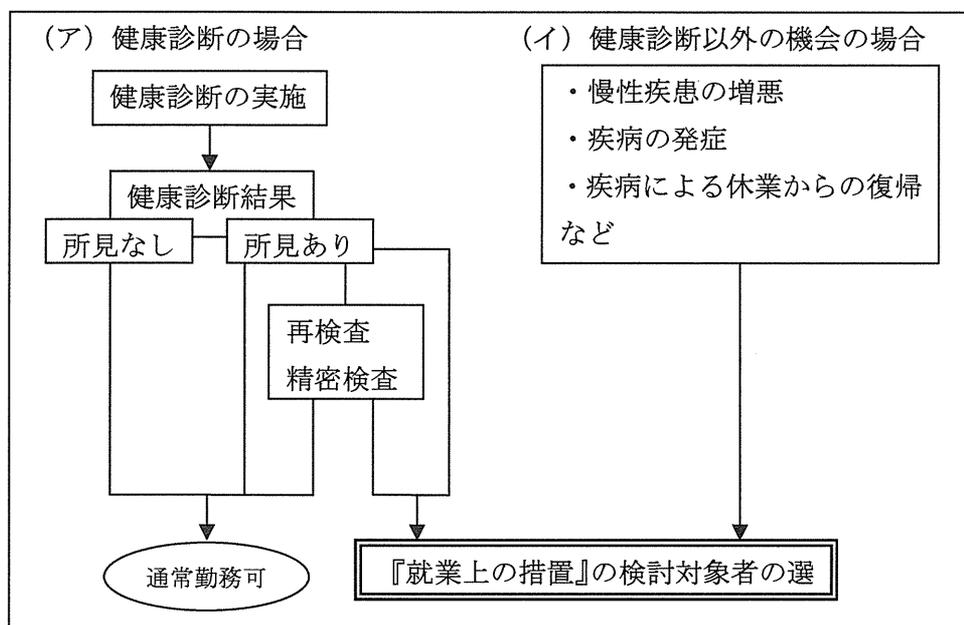


図 II - 2：就業上の措置検討対象者の選定

2. 就業上の措置に関する医師の意見

就業上の措置の検討対象者に対して医師は就業上の措置に関する意見を述べる際、疾患名や検査結果など労働者の健康状態に関する医学的評価だけで一律に決められるものではなく、業務内容や作業環境などを踏まえ個別に判断する必要がある。そのため、本人の詳細な健康情報および仕事情報に関しての情報収集を併せて行わなければならない。そして、収集した情報をもとに、事業場の状況を踏まえて就業上の措置の必要性を検討する。

本人の健康情報	本人の仕事情報
<ul style="list-style-type: none"> ・再検査、精密検査の結果 ・既往歴 ・治療状況 ・主治医意見書 ・自覚症状 ・その他 	<ul style="list-style-type: none"> ・業務内容 ・作業環境 ・勤務体制 ・残業時間 ・その他

図Ⅱ-3：評価に必要な情報

就業上の措置の検討を行う際、措置を行う目的を事例ごとに明確にする必要がある。そのような目的、以下のようないくつかの類型に分類できる。また、一つの事例に対する目的が複数存在することもある。

1) 「就業が疾病経過に影響を与える場合」

現在の業務を継続することで健康障害を悪化、あるいは悪化させる可能性がある場合である。

- ・留意事項：本人の仕事情報に加えて主治医からの診療情報、就業に対する主治医の意見などを収集した上で総合的に判断することが大切となる。

2) 「事故・公衆災害リスクの予防」

現在の業務が直接健康障害に直接起因はしないが、個人の症状の出現によって現在の業務内容や環境において周囲を巻き込む可能性がある場合である。

- ・留意事項：各事業場でリスクに対する判断が大きく変わってくる。そのため、主治医からの診療情報に加えて、詳細な仕事情報を収集すると共に就業上の措置決定に関わる方々との十分な議論が大切である。

3) 「健康管理」

健康障害と業務に直接的な因果関係はないが、現疾患のコントロールが不良な場合や、業務上の理由で現疾患の管理が困難な場合などにおいて、短時間業務や残業制限などを検討する場合である。

- ・留意事項：治療が前提であるため、本人の受診状況や診療情報や治療経過などの情報を収集すると共に、一定期間ごとに再評価を行う必要がある。

4) 「企業・職場への注意喚起・コミュニケーション」

業務内容や作業環境が健康障害に影響する可能性があるものの現時点では問題ないが、健康障害に影響を及ぼす様な業務が多発している際などに職場環境の改善や管理者への問題提起として就業上の措置を行う場合である。

- ・留意事項：介入対象がどちらかという労働者個人ではなく事業所であるという特徴があるため、業務への影響も考慮する必要がある。