

研究協力者 平岡 晃（産業医実務研修センター）
高橋直樹（産業医実務研修センター）
深井航太（産業医実務研修センター）
加藤杏奈（産業医実務研修センター）
渡瀬真梨子（産業医実務研修センター）
岩崎 登（産業医実務研修センター）

A. 目的

労働安全衛生法では、すべての事業者
に健康診断の実施と、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。健康診断の実施率は、従業
員規模が小さくなるにつれて受診率が下
がる傾向にあるものの、30~49 人規模で
も 86.8%と比較的良好であるが、「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、30~49 人規模で 37.3%、
と報告されており、健康診断を受けたも
のうち約 1/3 に留まっている。本研究で
は健康診断事後措置を広く行うために、
全健診実施数の約半数を占めると言われ
ている労働衛生機関の活用について検討
した。

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機関を

対象とし調査を行った。

1）（平成 22 年度）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、精密検査受診勧奨の
実態、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。

2）（平成 23 年度）産業医契約のない小
規模事業場の就業判定に関与できるため
の条件の調査。国内の総合的企業外労働
衛生機関 4 機関の統括医師とその事務責
任者への個別インタビュー、および企業
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
象としたフォーカスグループインタビュー
を行った。

3）（平成 24 年度）これまでの成果をふ
まえ、企業外労働衛生機関が広く就業判
定に関わることができるための方策につ
いて追加インタビュー（2 機関の統括医
師・事務系トップ）を行った。

4）（平成 24 年度）大規模な労働衛生機
関 9 カ所を対象とした、年間健診実施数
と産業医契約数、産業医契約によりカバ

一されている労働者の割合の調査を行った。

C.結果

I 健康診断実施後の対応について

1. 診断区分判定へ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。

2. 健康診断結果の送付に関して

6 機関とも事業者に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. 精密検査への機関としての関与について

精密検査の受診勧奨への機関として関与しているのは 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委ねられており、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精密検査の受診に関する臨床医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精密検査を求めた後、その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決めら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」を述べることを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。事後措置に関する事例検討会や系統だったOJT等を行われていなかった。機関としての関わりで「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してはいなかった。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と想定される活動として認識されていた。産業医活動を行う医師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」という意見があった。また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。「外来機能があり、産業医契約のない事業者の労働者が精密検査受診し、就業上の意見を求められることがあるが、責任が持てないので、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判定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。

II 産業医契約のない小規模事業場の就業判定に関与できるための条件の調査

1. 個別インタビューについて得られた情報

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・高危険業務がある程度、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：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情報

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いことを知らない

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の就業判定を行う問題点

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。

Ⅲ 企業外労働衛生機関が広く就業判定に関われるための方策について

1) A機関：

- ・ 定期健康診断受診者 39 万人
- ・ 医師数 産業医は 18 名在籍
- ・ 産業医契約状況 健診受診者の約 19% をカバーしている

50 人未満でも産業医契約している事業所は一部ある。本社の産業医契約をしている会社の支店や営業所も一緒に健診判定までしているところも存在する。50 人未満の事業所では独自に地産保を利用しているところもある。健診実施の契約をしている事業所では、先方より依頼があれば就業判定を行っているが、依頼がなければ特にアプローチはしていない（依頼がある事業所はそれほど多くはない）。判定を行っている事業所でも、就業制限まではかけないが、2 次検査の受診勧奨を行っている。制限をかけるとその後のフォローが必要であり、メンタル相談や過重労働面談等は必ずフォローが必要なのでそちらに優先的に時間を費やす必要があるため、マンパワーが足りない。

受診勧奨に関しては、産業医が出務した時に本人がいれば直接精密検査の受診勧奨を行い、いなければ担当者に健康診断の結果に付箋をつけて指摘すべき点を伝えている。特に受診勧奨を強くすべき人には、付箋を多くつけて、先方の担当者にも緊急度や重要度がわかるようにしている。血圧、心電図、胸部レントゲンの異常所見のみ担当者に抜粋にてもらい、出務時に産業医がチェックするという方法をとっているところもある。

今後、広く就業判定を行っていく場合には企業側の資金負担をどうするかが問題点である。過去の THP のように補助金を出すというのも一案であろう。ただし、補助金が期間限定だと、その期間だけの利用となる事業所が多いため、永続的に実施するような政策体制が必要である。ただ、就業判定の必要性を周知するという意味では、良いと思われる。

労災二次健診の資金をやめて、全てを健診判定に利用すると、二次健診を受診しない人が出てくるのが懸念される。労災二次の仕組みの中で、実施するのが良いのではないかと。

公益法人であるため、事業所に無料で実施することは可能だが、依頼がないと勝手な介入は難しい。

high risk の人に対するアプローチとしては、法定項目内の血圧、血糖、貧血に限定して判定基準を設ける案が良いと思う。

2) B機関：

- ・定期健康診断受診者 40 万人
- ・医師数 産業医は 20 名在籍、産業医の専門家は少ない
- ・産業医契約状況 健診受診者の約 6% をカバーしている

当会は、産業医大卒の医師は在籍しておらず、また産業医を専門にしている医師もいないため、就業判定まで産業医の必須業務とするのは難しいと感じる。

現在 20 人の産業医が在籍しているが、

全員が臨床医との兼務であり、産業医室長は理事長が兼務している。健診や外来を主に行っており、産業医活動は医師一人につき週に 1 回程度。当会で健診を受けている従業員分は就業判定も産業医自身で行うが、医師にお任せしているのどのくらい健診判定をしているかについての実態はわからない。産業医先は 50～100 人の中小企業を毎月～2, 3 か月に 1 度訪問する。ある医師は、主に血圧と血糖値を中心に、病歴等の情報+作業内容で判断している。作業内容まで理解するには踏み込んだ内容であるため、職場に行ってみないとわからない部分も多い。また、仕事により就業制限の可否は違うところが難しい。

健診委託されている事業場からの産業医依頼は月に 1, 2 ヶ所程度ある。健診と産業医契約をセットにすることが事業場にとってはいいと思うが、マンパワーがなく充足できないのが現状。

大都市圏は企業外労働衛生機関の数も多いため、例えば当会で産業医契約している 40 人程度の小規模事業場で、当会で健診も行うのが 2, 3 人程度ということがある。健診を実施していても企業単位で労働者を把握、管理していくのは難しい場合がある。

中小企業ほど、産業医にかかるコストを負担できず、選任できないということが考えられる。産業医契約は一事業場 3 時間で〇万円、健診契約は一人（件）〇

円という契約であり、契約形態が違うことも問題点の一つではないか。

就業判定の義務化を強化する制度にすると産業医の責任性が增大することが不安材料。就業制限をかけることによる不利益により訴訟が起こる可能性が考えられる。以上より現状では難しいと考える。

就業制限をかけるかもしれない従業員が全体の約1%程度であると仮定して、健診結果が高リスクの者に対して、例えばHbA1c 8.0%や10.0%の者は就業制限をかけるかもしれないかかると見越して「要面談」判定を設けるといふ具体案はどうかという問いに対しては、

全国一律の判定値があればいいのではないかと思われる。就業判定を行うことによって、企業外労働衛生機関に何らかのインセンティブを設けるとよいと思う。就業判定の研修を開催するのもよい。精密検査の受診率を上げることを努力義務とし、労基署が年度末に監査を行うとよいのでは。

判定基準を特定健診のように国で設けることについては、特定健診は治療開始とならないようにすることが目的であり、すでに治療を要するハイリスク群が置き去りになっている傾向がある。ハイリスク群をこの就業判定の仕組みでカバーできればよいのでは。就業判定より、医療機関につなぎ、精密検査受診率を上昇させる方が大事だと思う。

IV 9 機関の年間健診実施数と産業医契約事業所数、産業医契約でカバーしている労働者数の割合

産業医カバー率は機関によって8%～25%とかなり幅があったが、全体としては全健診実施人数の約15%の労働者がフォローされていた。

D. 考察

今回、調査した労働衛生機関では、健康診断実施後の就業判定に関わるのは産業医契約が前提となっていた。労働者数が50人以上で、産業医活動の実績がある多くの事業場では、担当産業医が就業判定を行っていると考えられる。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り、そのような事業場での健診の事後措置については、事業者の意識が低く、事業場側の要望がない、また就業の実態を把握できないため、就業判定の実施は難しい現状がある。今後は積極的に事後措置を行うように行政的な指導を行うことも一つの方法であると思われる。

一方、50人未満の事業所においては労働衛生機関では一部の例外を除き（事業所特に希望する場合）事後措置への関与は行っていなかった。そもそも事業所側からの健診判定のニーズがなく、健診実施機関側からも、産業医契約がないので事後措置へのアプローチを特に行っていない。地域産業保健センターを利用す

ることが推奨されているが、事業者側に事後措置の必要性についての周知が充分でなく、健診判定に対するニーズが発生していない。現在でも一部の地域産業保健センターでは事業所に対して健診結果の確認や保健指導の実施についてのアプローチを行っているが、予算・マンパワー的にも全ての事業所に対応するのは難しい。健診事後措置の必要性の周知や行政からの指導が行われ、健診判定のニーズが発生したと仮定した場合、その受け皿として最も可能性があるのが、健診そのものを実施し、事業所からのアクセスも良く、専門性を持った医師を擁する企業外労働衛生機関であろう。

あるいは、産業医資格を持った医師数の点では、地域医療機関の存在も大きい。日本医師会認定産業医数は現時点で約8万人以上に達している（累計数）。有所見者の精密検査の受け入れも多く、精密検査の実施、結果の評価・判定、事後指導等、一連の流れで事後措置まで関わるることができる可能性がある。ただ、産業医としての専門性としてはやや問題があり、自身の臨床専門科としての業務に多忙で、産業医経験も少ない医師が多い。健診判定に関する実地研修形式の研修プログラムを本研究において開発し、その効果を判定したが良好な結果を得たので、今後の研修による判定スキルの向上が期待される。

労働衛生機関において事後措置に関与

できるための条件については、1) ある程度職場の状況が把握できる、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必要なコストが得られれば可能かもしれないという意見であった。しかし、判定するスキルを持った医師が不足している、また、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現状が明らかとなり、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についての周知、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。これらについては本研究において「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）」にまとめた通りである。この中で、労働衛生機関が多くの就業判定、事後措置に関わるためには、中小規模の事業所に医師が訪問し、職場の情報を把握、当該労働者の面接・指導を行い、就業上の措置に関する意見を述べるのはコスト面でも、マンパワー的な面でも効率が悪い。できれば、就業制限をかけるかもしれない高リスク者を面接対象者として抽出し、機関内の施設外来（いわゆる産業保健外来）で対応できると良いと思われる。本研究

の成果から、このような高リスク者は全体の約1%程度と想定される。たとえば、年間健診実施数が40万人の労働衛生機関であれば、産業医契約により産業医によってフォローされるものを除くと、対象者は約2700人であり、常勤医師換算1名で対応可能であり、コスト的にも見合うものと推察される。もう一つの問題は高リスク者の抽出方法で、労働衛生機関独自の基準に任せると、安全域を取って面接対象者が大幅に増加する危惧がある。本研究におけるエビデンスを基に、一定のスクリーニング基準を示す必要があると思われる。

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」聴取が中小規模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も、事業者との契約に基づき、「医師からの意見」を述べ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、スクリーニング基準の制定や、機関内産業医による判定方法の標準化など、質の管理の取り組みも必要である。

F. 研究発表

平成25年度日本産業衛生学会（松山）で発表予定。

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 産業医科大学産業生態科学研究所教授・産業医実務研修センター長
森 晃爾

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。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、有志で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、総合的な判断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基準は、登用時の概要のみしか示されていない。JR では採用後も車掌を含めて毎年医学適性検査が行われているが、これまでは細かい規定がなく、最終的な事後措置・適正の判断は各鉄道産業医の感覚に頼って行われていた。

平成 8 年以降、交通医学会の中で年 1 回程度、JR 健康管理研究会が開催されており、そこで判定・事後措置において判

断困難であった症例・困った事例を互いに報告し検討し合っていたところ、各 JR 会社の産業医でかなりのばらつきがあることが判明し、判定の考え方の妥当性を再考すべきであるとの意見が出されるようになった。このことから、これらの医学適性検査における問題点を抽出し、「判定の考え方」の標準化、明瞭化を行う必要性を認識するようになった。その中、平成 17 年の鉄道事故をきっかけにガイドラインを作成する機運が高まり、作成を行うこととなった。

2) ガイドライン完成までのプロセス

ガイドラインは、以下のプロセスで作成された。

- (1) 現行の医学適性検査の判断基準に関する問題点の抽出
- (2) 動力者操縦者の医学適性検査に関するガイドライン作成委員会の設置
- (3) 課題別のワーキンググループ（以下 WG）の設置
- (4) WG 班会議：検討課題の抽出・具体的な判断基準案の策定
- (5) WG 班長会議（2 回）
- (6) 全体会議（4 回）
- (7) 外部評価委員との意見交換
- (8) 「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」完成（平成 21 年）

3) ハンドブックの構成・概要

ガイドライン作成委員会では、実際の判断で用いることを前提とした「ガイドライン」の作成を試みた。しかし、自主的な取り組みであるという点、十分なエビデンスを収集できなかった点、多種多様な病態・状況が考えられるが基準や疾

患名のみが独り歩きする危険性があるという点などから、「ガイドライン」ではなく、鉄道医に対する参考資料としての「ハンドブック」と位置づけた。また、対外的な公表はせず JR グループ内のみに配布して利用することにした。

「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」の概要を別表 2 に示す。

構成は 11 の分野ごとに、医学適性検査の判定に際し注意が必要と思われる疾病や病態について、「絶対的制限」「相対的制限」「判定の際の注意事項」「留意すべき薬剤」の項目で示されている。

「絶対的制限」とは、原則として動力車操縦に適さないと考えるべきである病態であり、「相対的制限」とは、動力車操縦に支障がある恐れがあるので危険因子の有無などを考慮しつつ慎重な判断が必要である状態としている。

このハンドブックに記載されている判定の考え方は、「鉄道産業医が医学適性検査の判定を行う際の一助となることを期待して作成されたものであるので、この判断基準に盲従することなく、臨機応変に症状ごとに対応すること」としており、操縦者の職務適性を過小評価することがないように、各産業医が慎重かつ客観的に判断することなどを求めている。これらの運用上の留意点がハンドブックの冒頭に記されている。

また、今後の改訂に関しては、今後も医療技術の発達、新しい疾患概念や検査方法などの出現などに応じ、5 年以内を目途に一部または全体の改訂を予定している。また、登録用フォーマットがハンドブックに示されており、これによってハンドブックを用いても判定困難であった

事例を集積している。集約された事例は今後の改訂作業の重要な資料とされる予定である。

4) 医学適性検査の手順

JR 各社では、医学適性検査は動力操縦士と車掌を対象に、登用時とその後毎年定期的に医学適性検査が行われている。登用時医学適性検査の有所見者は約0.5%程度。有所見者には面談で詳しく症状等を聴取し、紹介状を作成して主治医に病態を確認し、就業上の措置を行っている。就業上の措置が必要と判断した際は、定期健診の際と同様に本人と上司を呼びだし、話し合われている。

5) ハンドブック運用状況

医学適性検査で判断に迷う事例に関しては、ハンドブックを参考にするようになったといわれている。ハンドブックを用いても判定困難な事例についての相談は事務局にいくらか寄せられているが、現時点で判定上のトラブルに関する報告はない。

制限基準に該当した際、必ずしもすぐに仕事を制限するのではない。基準値が示されている場合には、基準値を少し超えた値の場合も多く、ある程度猶予期間を設け、基準値を目標として生活習慣の改善などを促すという運用をしている。

このハンドブックが作成されたことにより、制限をかける必要がある場合にも、本人や現場に基準に基づいていることを示すことによって、納得が得られるようになった。

6) その他

ハンドブック作成にあたって、複数の

鉄道産業医と臨床医が合同で議論を行うことにより、臨床医が判断する臨床的なエビデンスと、産業医が持つ社会的な側面からの問題認識に差が生じることが改めて互いに認識された。このことからこの委員会は鉄道会社間の認識の差を解消し、鉄道運転士の医学適性検査の標準化を図る上で重要であるだけでなく、臨床医と鉄道産業医との間のコミュニケーションの場としても有効であったとしている。

2. 循環器系疾患ワーキンググループ班長を担った鉄道医へのインタビュー

循環器疾患分野では、安全運行に関わるより責任ある判断が求められることから、全体におけるハンドブック作成以前の平成5年に交通医学会で循環器判定ガイドラインが作成されていた。平成15年に改訂されたが臨床医側の意見が強く反映されたもので、実際に鉄道産業医が判断を行なう上で支障が生じる部分も散見されたため、改正の必要性については以前から指摘されていた。

平成17年からのハンドブック作成にあたり、循環器疾患分野においてもこれまでのガイドラインの骨組みを基本にするとともに、他分野との整合性の調整を図ることに心がけた。

循環器疾患のワーキンググループでは、実際の運転適性は運転業務可能かどうかの判断が肝要であり、長期的予後ではなく、産業医側の実務経験的視点を加味した短期予後をベースとした基準となった。すなわち業務が慢性心不全への負荷となる等の長期予後が悪化する可能性を考えるより、失神や急性心筋梗塞等が生じて運転に支障をきたす、ホーム下に転倒す

る等の現時点でのリスクを重視するなどの視点である。当初はリスクを点数化することも検討していたが、業務量が膨大になるため作業は断念した。また当初、病名を明記することを検討していたが、循環器専門医以外の産業医は判断に困るため、病態を記載することとした。また、血圧についてはコンセンサスが得られると判断し、臨床ガイドライン（180/110mmHg など）をそのまま適用した。

その他、以前のガイドラインからに比べて、被験者の自覚症状に頼る部分を極力小さくし、また主治医に責任を転嫁してしまうような判断がない様、客観性を高めることに力点をおいた。

D. 考察

1. 一般の健康診断における事後措置との相違点

動力車の医学適性検査は、あくまでも安全で安定した鉄道輸送が第一の目的であり、不良な健康状態に起因する列車事故防止を目指している。この点が、業務による疾病発症や増悪の予防、本人の自己保健義務の認識の強化、健康意識の向上を目的とした一般健康診断と大きく異なっている。そのため、長期的なリスクではなく、現時点で問題が発生するリスクを重視している。

健康診断の項目については、動力車操縦者における医学適性検査では、特定の業務に求められる身体能力や健康状態の評価に必要な項目が選定される。しかし、一般健康診断は、比較的幅広いリスクのスクリーニングが可能であるが、業務ごとに特別な項目ではないため、法定項目だけで職務適性の判断を行なうことは困

難であり、その基準を定めることできない。

2. 基準を設けることの限界と対応

「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」は、各臨床分野の専門医と JR 各社の鉄道産業医との間で何度も話し合いが行われて作成されたものである。しかし、留意すべき病態の列挙であり、疾患名と重症度が「著しく～機能の低下した～病」などの抽象的表現に留められており、数値を用いた明確な表現はほとんどみられなかった。そのため、医学適性検査を行なう鉄道産業医に総合的な判断に委ねられることになる。このように明確な基準を示すことができない背景には、就業と疾患に関する数値的なエビデンスの蓄積がほとんどないこと、各疾患の重症度、病態、治療効果や各臓器の機能などの要素を明確に数値化することが容易ではないこと、などの要因が挙げられる。

また、仮に基準値を明確にした場合、基準値や病名のみが独り歩きする危険性がある。本来は、個々の事例について諸々の要素を慎重に検討し、仕事の内容・負荷等を勘案した上で総合的に医師が判断しなければならない。しかし、基準値に基づいて自動的に就業上の措置に関する意見を述べることになれば、過度な就業制限行なったり、就業の機会を不必要に奪ってしまう可能性がある。

いずれにしても医学適性の評価を、諸々の状況を十分に把握し、医師の総合的な判断に委ねるのであれば、それを安定的に可能とする医師の養成が不可欠である。

3. 一般健康診断への応用

ハンドブックの作成過程では、動力車の操縦士という1つの職種においても標準的な基準を示すのは困難であった。一般健康診断においては、職種に関わらずすべての労働者の職務適性の評価が前提となっており、それらに対応できる判定基準を示すことは不可能と考えられる。

また、就業上の措置の種類も「操縦禁止」といった単一的なものではなく、特定の作業の禁止（高所作業・重量物取り扱い・等）や特定の作業環境現場での作業禁止（1人作業・暑熱寒冷職場等）、勤務形態の制限（時間外労働・夜勤等）等、多様な措置や配慮の方法がありうることも留意しなければならない。

したがって、一般健康診断における就業上の措置においては基準を明確に示すよりも、疾患の分野ごとに、その病態に基づく特徴や、業務に影響する可能性のある薬剤や治療について整理し、その上で留意すべき作業や業務との関連性について考え方を示すような指針の作成が限界であり、また有効であると考えられる。それによって、産業医ごとの主観的判断のみに頼っていた状態から、一定の妥当性のある判断に近づくことが期待される。また、一定の指針があることで、基準があることで、就業上の措置に関して、労働者や事業者とのコミュニケーションが容易になり、それぞれの立場での理解が得られやすくなることも期待できる。

今回のハンドブックでも血圧や血糖（HbA1c）などでは、明確な基準値が示されていたが、高血圧や糖尿病のような疾患では、適切な治療や生活改善等の自己保健義務を果たすことで、検査値の改善が見込まれる。就業措置の可能性を示

すことで、就業上の措置によって不利益を被る労働者に対して、生活習慣の改善を促す一つの大きな動機になる可能性がある。

今後、不足している疾病と業務との関係に関するエビデンスが集積されれば、その精度が高まることが期待される。

E. 結論

健康診断結果に基づく職務適性判断の実態調査の一つとして、JRグループ各社の鉄道医による「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」の作成過程およびその内容について調査を行った。その結果、特定の業務であっても明確な基準を設けることには限界があり、病態を中心とした参考資料としてのハンドブックとして位置づけられた。しかし、判定を行う上での手順や考え方を示すことができ、大きく逸脱した判定を防いだり、労働者や管理者とのリスクの共有化に役立つなど、有効性が確認されていた。この知見は、一般健康診断における医師等による就業上の措置のあり方の検討に役立つと考えられる。

F. 引用・参考文献

- 1) 動力操縦者の医学適性検査に関するハンドブック
- 2) 産業衛生学会雑誌 2006；48、2007；49、2008；50、2009；51
- 3) 日本公衆衛生雑誌 2006；53(10)
- 4) 交通医学 2005；59(5・6)、2006；60(1・2)、2007；61(1・2・3・4)、2007；61(3・4・5・6)、2008；62(3・4)、2009；63(3・4)

別表1 各ワーキンググループの検討課題（交通医学 2007;61(3・4):18 の表を一部編集）

WG	検討課題
視器	<ul style="list-style-type: none"> ・視力検査、視機能検査、視野検査、色覚検査における留意事項等 ・手術等による視力回復 等
聴器	<ul style="list-style-type: none"> ・聴力の表現方法（省令では囁語検査法で 5m と定められているが、実際の検査は d B 単位で行われている） ・補聴器の使用の可否 等
循環器	<ul style="list-style-type: none"> ・循環器基準の改訂（ペースメーカー植え込み後の患者など身体障害者の認定を受けているものが公共輸送を行ってよいのか等） ・腎臓疾患について 等
神経・筋骨格系	<ul style="list-style-type: none"> ・脳血管疾患、神経疾患、四肢外傷後の運動機能障害、言語機能の障害の評価方法と乗務制限の考え方の整理 ・頭部手術後の乗務について 等
呼吸器	<ul style="list-style-type: none"> ・睡眠時無呼吸症候群（心血管リスクと運転時の眠気や、適切な治療により健常者と同じ生活が可能とされることから治療状況に関する評価と復帰の方法等） ・異常・緊急事態への対応時に求められる身体能力評価基準としての呼吸機能評価方法や乗務制限についての考え方（気管支喘息、COPD、肺癌術後、縦隔腫瘍等） ・肺塞栓症（再発時の急変、抗凝固薬の副作用等） 等
代謝・内分泌	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の乗務制限の基準の作成 ・メタボリックシンドロームに対する考え方の整理 等
消化器	<ul style="list-style-type: none"> ・肝臓、胆嚢、膵臓を含む消化器系統における悪性腫瘍（特に外科手術後）に関する乗務の可否 ・慢性疾患、炎症性疾患等の治療状況と乗務制限 等
血液疾患	<ul style="list-style-type: none"> ・血液腫瘍、造血機能不全、出血性疾患、免疫不全状態、抗がん剤服用中など乗務制限 ・他の疾患の随伴症状や治療による副作用として血液学的な異常所見について対応 等
女性乗務員	<ul style="list-style-type: none"> ・女性の身体基準の作成 ・妊娠状態の乗務の可否や妊娠後の乗務復帰について ・乳がん術後の合併症 等
精神・睡眠障害	<ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患の分類と乗務制限やその内容 ・向精神薬の内服中や治癒後の乗務の可否等 ・中毒状態（アルコール、麻薬、薬物）から回復した場合の乗務復帰の可否等 ・睡眠障害 等
その他	
○総合所見	<ul style="list-style-type: none"> ・全身状態が不良なもの等（検査値だけで判断が難しい場合の考え方の整理、臓器移植術後の免疫抑制剤使用中等の対応方法など）
○内服薬	<ul style="list-style-type: none"> ・添付文章に「危険を伴う機械操作に従事させないこと」との注意書きがある薬剤の内服について（乗務終了後の服用や乗務に影響しない形での頓用なども含めて）
○悪性腫瘍・術後	<ul style="list-style-type: none"> ・悪性腫瘍に対する治療状況/治療薬と乗務の可否の考え方

別表2 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（暫定版）の概要

分野	判定の考え方の概要
視器	<ul style="list-style-type: none"> 視機能に影響を及ぼすと考えられる眼科的疾患を列挙（内科的疾患に伴うものも含む）。
聴器	<ul style="list-style-type: none"> 聴力の基準を平均聴力レベルで記載。 聴力や平衡機能に影響を及ぼすと考えられる耳鼻科的疾患を列挙。 平衡機能の検査法の記載。
循環器系疾患	<ul style="list-style-type: none"> 他覚的な心不全所見、失神発作、血圧・脈拍、開心術後や救命措置後、運動負荷試験の結果の解釈、動悸・息切れ・胸痛等の自覚症状の有無と制限の考え方 虚血性心疾患、心筋疾患（閉塞性肥大型心筋症、肥大型心筋症、拡張型心筋症等）、弁膜疾患、不整脈疾患、先天性心疾患、腎疾患等について、制限を考慮すべき重症度等を例示 <p>※検査項目や倫理について</p> <ul style="list-style-type: none"> 個別の要因（就労環境・服薬状況・喫煙・年齢等）のリスク評価の必要性 判定に際し必須の検査と追加することが望ましい検査の列挙 医学適性検査の判定を主たる目的とした検査の選択や本人への説明と同意 他疾患の循環器合併症の検討
神経・筋骨格系疾患	<ul style="list-style-type: none"> 筋骨格系：四肢欠損や外傷、運動制限（可動域制限）・脊髄疾患、人工関節置換術後の制限の考え方 神経疾患：神経疾患、膠原病性疾患、脳血管疾患、頭部外傷等で神経障害等をきたす場合や、開頭術後、痙攣発作、意識消失発作、睡眠発作、痴呆性疾患における制限の考え方 進行性の疾患は定期的に状況を確認する旨の注意事項 判定の際の留置車両等での各種動作の確認の推奨と、そのためのチェックリストの例示
呼吸器系疾患	<ul style="list-style-type: none"> 睡眠時無呼吸症候群、気管支喘息、COPD、肺塞栓症等の治療コントロール状況と制限の考え方 肺機能に関して、Hugh-Jones 分類・呼吸機能検査の数値化された基準を参考として記載
代謝・内分泌系疾患	<ul style="list-style-type: none"> インスリン製剤の使用、血糖のコントロール状況、痛風発作、甲状腺・副腎クリーゼ等における制限の考え方
消化器系疾患	<ul style="list-style-type: none"> 対象となり得る疾患群を列挙 乗務に支障をきたす可能のある消化器症状や治療歴、術後状態等を列挙
血液疾患	<ul style="list-style-type: none"> 血液腫瘍、造血機能不全、出血性疾患、免疫不全状態、抗がん剤服用中の制限の考え方 骨髄移植、末梢血幹細胞移植後の制限の考え方を記載
女性乗務員	<ul style="list-style-type: none"> 妊娠、急性腹症の原因となりうる卵巣・子宮疾患等、制限が必要な疾患等を列挙
精神・睡眠障害	<ul style="list-style-type: none"> ICD-10の病名コードF（精神及び行動の障害）、G（神経系の疾患）を用いて、制限が必要な疾患等を列挙 安定期間の考え方 添付文書の注意記載に基づく向精神病薬の眠気発現等に関する一覧表
その他	
○総合所見	<ul style="list-style-type: none"> 感染症、免疫異常、栄養障害等における制限の考え方 添付文書の注意記載に基づく非ステロイド抗炎症薬や抗アレルギー薬等各薬剤の眠気発現等に関する一覧表
○悪性腫瘍・術後	<ul style="list-style-type: none"> 担癌状態、抗がん剤使用中、臓器機能不全状態等における制限の考え方 Performance Status Scale の数値基準の例示

脚注：それぞれの分野別に、動力車操縦に適さないと考えるべき「絶対的制限」と、動力車操縦に支障がある恐れがあるので危険因子の有無などを考慮しつつ慎重な判断が必要な「相対的制限」を示すと共に、判断の際の注意や、検査についての留意事項、留意すべき薬剤が示されている。

厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)

総合研究報告書

6. 海外における就業上の措置に関する文献調査

研究代表者 産業医科大学産業生態科学研究所教授・産業医実務研修センター長
森 晃爾

研究要旨:

わが国において、労働者の一般健康診断に基づく事後措置は、労働安全衛生法で事業者の義務として定められている。しかし、その手順については一定の指針が示されているものの、特定の業務と健診結果との関係、すなわち職務適性評価における判断基準については言及されていない。海外においては、一般健康診断の実施は一般的ではないもの、さまざまな業務や機会に職務適性評価に基づく適正配置が行なわれており、その手順はわが国における事後措置の参考になるため、海外の職務適性評価に関する文献調査を行うこととした。

産業保健分野における職務適性評価に関する論文のシステマティックレビュー「Criteria and methods used for the assessment of fitness for work(Consol Serra et al., Occupational Environmental Medicine 2007 64:304-312)」を用い、その中に引用された1980年～2005年における海外の英語論文39件、2005年以降2010年までの論文をPub Medを用いて検索し得た英語論文31件の計70件を収集し、就業上の措置を行う上でのプロセス、配慮すべき点についての記載を整理し分析・評価を行った。

海外では我が国のような一般健康診断の制度がない場合が多く、特定の業務や特定の健康障害における職務適性について言及されている文献が多かった。その中で就業上の措置についての最終的判断は、海外においても医師の経験に基づく主観に委ねられているが、労働者の健康度と職務の要求度や危険度を照合するための、一定のエビデンスに基づく判断を可能にする書式や手順等の必要性が強調されていた。我が国においても、労働者の個人リスクや業務上のリスクの双方について、必ずしも十分ではない情報の中で就業上の意見を述べる場合が多く、また、日本版ADA(American with Disability Act)の導入が検討されていることから、労働者の健康度と職務の要求度や危険度に関する情報収集やそれらの情報を照らし合わせ就業上の意見を述べるための手順や書式、その手順の運用方法の標準化等の検討が求められる。

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助教)
佐々木七恵	(産業医科大学産業医実務研修センター専門修練医)
横川 智子	(産業医科大学産業医実務研修センター専門修練医)
平岡 晃	(産業医科大学産業医実務研修センター専門修練医)

A. 目的

わが国においては、労働者の一般健康診断に基づく事後措置は、労働安全衛生法で事業者の義務として定められている。労働安全衛生規則第 43 条および第 44 条には、具体的な健康診断項目が定められているが、その健診結果をもとにした事後措置を実施する手順については一定の指針が示されているものの、特定の業務と健診結果との関係を考慮した判断基準については言及されていない。また、就業上の措置における十分なエビデンスの蓄積もないことや、産業医の選任のない事業所では適切な事後措置が実施されていない場合がある等の問題点が存在する。一方、諸外国においては、一般健康診断が行なわれていない場合が多いが、諸々の業務や機会において職務適性評価が行われている。そのため、その手順や基準は、わが国における健康診断の事後措置の実施において、参考になると考えられる。そこで、海外の職務適性評価に関する文献を調査し、海外での就業上必要な措置を講じる際の、健診結果に対する基準や手順について情報収集を行い、収集した海外の情報をもとに、我が国における就業上の適切な措置のために必要な基準や手順について検討する上での参考資料とすることとした。

B. 方法

1) 「Criteria and methods used for the assessment of fitness for work. (Consol Serra et al., Occupational Environmental Medicine 2007 64:304-312)」において、引用されていた英語文献 39 件の収集

「医師等による就業上の措置に関する意見の在り方等についての調査研究」の分担研究である医学適性検査に関する調査において、産業保健分野における職務適性評価に関する論文のシステマティックレビュー「Criteria and methods used for the assessment of fitness for work. (Consol Serra et al.,

Occupational Environmental Medicine 2007 64:304-312)」を見出した。この論文では、職務適性評価が、どのような点に留意して行われているのかという内容をまとめていた。我々は特にこの論文中の「Decision making process」に着目し、この論文で引用されている文献 39 件の内容を調査することとした。

対象文献は 1980 年～2005 年 5 月における海外の英語論文であり、電子ジャーナルおよび冊子媒体より、39 件の英語文献を収集した。

2) 2005 年 6 月～2010 年 12 月までの英語文献で、職務適性評価に関する記述を含む 31 件の収集

「Criteria and methods used for the assessment of fitness for work. (Consol