

産業衛生専門医は有資格者が 52 人 (62.7%)、無資格者が 31 人 (37.3%) であった (図表 2.)。

①【実態調査】

類型 3 の文脈で就業措置に関する意見を述べる時に対象となりうる項目では BMI 4.8%、SBP 98.8%、DBP 89.2%、Cre 68.7%、UA 8.4%、LDL 32.5%、HDL 8.4%、TG 25.3%、AST 67.5%、ALT 68.7%、γGTP 31.3%、FPG 80.7%、PG 61.4%、HbA1c(JDS) 91.6%、Hb 80.7%、RBC 28.9%、Plt 51.8%であった。

類型 3 の文脈で就業制限をかける際の最頻値は (下線は半数以上のものが就業制限の対象になりうると回答した項目)

<u>SBP</u>	<u>180mmHg</u>
	(72.0%)
<u>DBP</u>	<u>110mmHg</u>
	(62.2%)
<u>Cre</u>	<u>2.0mg/dL (48.2%)</u>
<u>LDL</u>	<u>200mg/dL(37.0%)</u>
<u>ALT</u>	<u>200IU/dL (22.9%)</u>
<u>FPG</u>	<u>200mg/dL(46.3%)</u>
<u>PG</u>	<u>300mg/dL(39.2%)</u>
<u>HbA1c(JDS)</u>	<u>10% (42.1%)</u>
<u>Hb</u>	<u>8.0g/dL (37.3%)</u>

であった。初回調査で就業制限を検討する項目かつ最頻値が 50%を超えたものは SBP と DBP の 2 項目であった (別添 2.)。

実際に過去に就業措置に関する意見を述べた事のある項目は、SBP 75.9%、DBP 61.4%、Cre 33.7%、LDL 32.5%、ALT 25.3%、FPG 30.1%、PG

19.3%、HbA1c 67.5%、Hb 31.3%であった。

②【コンセンサス調査】

就業制限をかける際の最頻値に関しては繰り返し同一の調査を 3 回行い、コンセンサス情報を収集した。

実態調査と同様に、類型 3 の文脈で就業措置に関する意見を述べる時に対象となりうる項目では BMI 4.8%、SBP 98.8%、DBP 94.0%、Cre 73.5%、UA 7.2%、LDL 30.1%、HDL 7.2%、TG 21.7%、AST 72.3%、ALT 72.3%、γGTP 32.5%、FPG 81.9%、PG 62.7%、HbA1c(JDS) 94.0%、Hb 80.7%、RBC 19.3%、Plt 49.4%であった (下線は半数の同意が得られた項目)。

類型 3 の文脈で就業制限をかける際の最頻値は (下線は半数以上のものが就業制限の対象になりうると回答した項目)

<u>SBP</u>	<u>180mmHg</u>
	(86.6%)
<u>DBP</u>	<u>110mmHg</u>
	(85.9%)
<u>Cre</u>	<u>2.0mg/dL (67.2%)</u>
<u>LDL</u>	<u>200mg/dL(56.0%)</u>
<u>ALT</u>	<u>200IU/dL (61.7%)</u>
<u>FPG</u>	<u>200mg/dL(69.1%)</u>
<u>PG</u>	<u>300mg/dL(76.9%)</u>
<u>HbA1c(JDS)</u>	<u>10% (62.3%)</u>
<u>Hb</u>	<u>8.0g/dL (58.5%)</u>

であった。3 回目調査で就業制限を検討する項目が 50%を超え、かつ最頻値が 50%を超えたものは SBP、DBP、Cre、ALT、FPG、PG、HbA1c(JDS)、Hb の 8 項目であった (別添 3. 参照)。

実態調査とコンセンサス調査の比較を図表 3. に示す。専門家によるコンセンサスが得られた項目は SBP、DBP、Cre、ALT、FPG、PG、HbA1c、Hb の 8 項目であった。

D. 考察

健康診断の就業上の措置に関する医師の意見聴取は法定義務でありながら今まで、ほとんど取り上げられることがなく各医師の経験に基づく対応となっていた。今回明らかになった実態調査とコンセンサス情報に分けて報告する。

①【実態調査】

実態調査では 3 つの調査がなされた。就業制限の対象と専門家が考えており同意が得られた項目では血圧、糖代謝、肝障害、貧血については就業制限の対象となり脂質代謝異常は同意が得られなかった。これは脂質代謝異常が総コレステロールから LDL に測定内容に変更があり臨床上的エビデンスの収集がまだ十分でないこと、LDL を対象に入れると該当者数が多すぎることで、他項目のように直接健康障害を引き起こすものではなく高値→循環器疾患というリスクの予測因子に過ぎないという点から積極的に就業制限をかけてまで治療に結び付けようという動機に乏しいことが推測される。

初回調査で就業制限を検討することに同意が得られた項目のうち検査値の最頻値が 50% 以上に集積したものは血圧に関するもののみであった。

これは、就業世代の心血管系イベントの多くは高血圧合併者であること、職場でも測定が可能でより安全配慮が問われる恐れがあることなどが考えられる。

実際に就業制限をかけたことのある項目でも、やはり血圧が多く同様であると考えられる。

②【コンセンサス情報】

就業制限の対象となるに関しては 1 回目調査と 3 回目調査ではほとんど変化はなかった。一方で、就業制限をかける際の最頻値は回数を重ねるごとに集約され、最終的に就業制限の対象となるものについてはすべての項目で 50% を超える集積が見られた。特に変化が大きかったのは ALT、FPG、PG、HbA1c などであった。ALT に関しては肝障害度の指標にはなるが、肝臓の機能そのものを示している検査項目ではないので一定の基準がなかったものの繰り返しの検査でほかの専門職が選んでいることから考えを変更しやすいものと考えられた。血糖検査に関しては、糖尿病の診療ガイドラインが FPG160mg/dL、HbA1c8.0% をコントロール不可群と示していることからこれらの近辺の数字を当初は選択している医師が多かったものと思われる。こちらは疾病コントロールの指標であり、直ちに健康障害を引き起こすものではないため最頻値に意見を変える医師が多かったと考えられる。

③【今後の分析】

現状では素集計のみしか行われて

いないが、

1. 意見をかえた医師の属性
2. 属性ごとの分析（専門医有無／臨床歴有無、専属／嘱託など）
3. フリーコメントの解析

について今後引き続きの検討が必要である。

④【本研究の限界】

機縁法であるため対象が偏っている可能性があること、類型化の概念が伝わっておらず、必ずしも類型3の健康管理のための就業制限に関する意見でないものが混在してきている可能性はある。

⑤【本結果を用いる際の注意点】

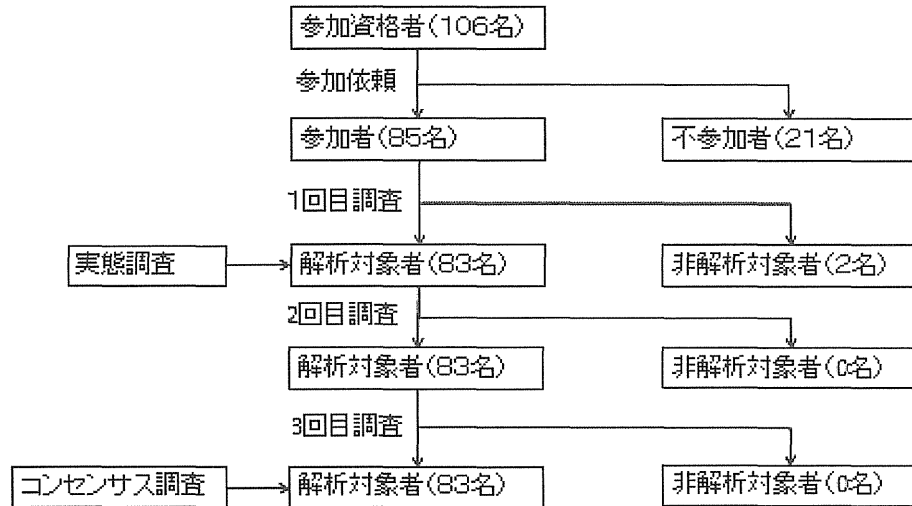
本結果はあくまでも就業制限に関する意見を述べる際の参考値であり、参考値を超えたからといって必ずしも労働者が就業制限の対象にならないことに留意しなければならない。必ず、職場の状況や

本人の作業実態、本人や上司等との面談を通じて収集した情報も十分に勘案することが肝要である。

E.研究発表

- 1) 渡瀬 真梨子. 健康診断における「医師等による就業の措置」に関する意見のデルファイ法を用いたコンセンサス調査. 第86回産業衛生学会、2013年、愛媛
- 2) Tateishi Seiichiro, Watase Mariko, Yoshihisa Fujino, Kohtaro Kayashima, Ritsuko Kohno, Yasushi Oginosawa, Haruhiko Abe, Yasushi Okubo, Mori Koji. A consensus survey of physicians' opinions for maintaining healthy workers, the 6th ICOH International Conference on Work Environment and Cardiovascular Diseases, 2013, Tokyo

図表 1. 参加対象者と解析対象者

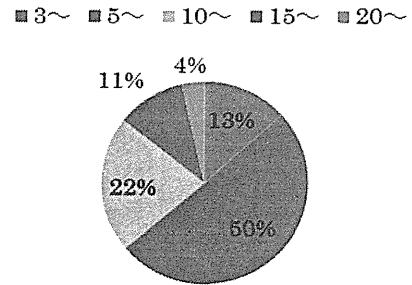


図表 2. 属性

◆産業医歴

3年以上～5年未満	11人
5年以上～10年未満	42人
10年以上～15年未満	18人
15年以上～20年未満	9人
20年以上	3人

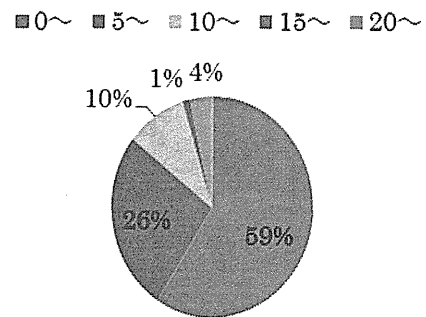
産業医歴



◆臨床歴

0年以上～5年未満	49人
5年以上～10年未満	22人
10年以上～15年未満	8人
15年以上～20年未満	1人
20年以上	3人

臨床歴

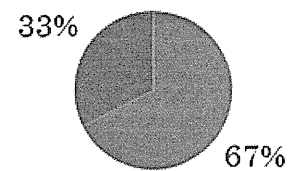


専属／非専属

◆現在専属産業医である／嘱託産業医である

専属産業医	56人
嘱託産業医もしくは教員	27人

■専属 ■非専属

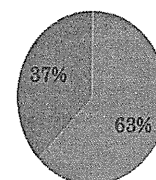


産業衛生学会専門医もしくは指導医の資格の有無

◆産業医衛生学会専門医または指導医の資格の有無

有り	52人
無し	31人

■ある ■なし



図表 3. 1 回目と 3 回目の選択の相違

項目	就業制限を検討する項目		就業制限をかける際の最頻値 (カッコ内は選択率)	
	1 回目 (%)	3 回目 (%)	1 回目	3 回目
BMI	4.8	4.8	-	-
SBP	<u>98.8</u>	<u>98.8</u>	<u>180 (72.0%)</u>	<u>180 (86.6%)</u>
DBP	<u>89.2</u>	<u>94.0</u>	<u>110 (62.2%)</u>	<u>110 (85.9%)</u>
Cre	<u>68.7</u>	<u>73.5</u>	2.0 (48.2%)	<u>2.0 (67.2%)</u>
UA	8.4	7.2	-	-
LDL	32.5	30.1	200 (37.0%)	<u>200 (56.0%)</u>
HDL	8.4	7.2	-	-
TG	25.3	21.7	-	-
AST	<u>67.5</u>	<u>72.3</u>	-	-
ALT	<u>67.5</u>	<u>72.3</u>	200 (22.9%)	<u>200 (61.7%)</u>
γ GTP	31.3	32.5	-	-
FPG	<u>80.7</u>	<u>81.9</u>	200 (46.3%)	<u>200 (69.1%)</u>
PG	<u>61.4</u>	<u>62.7</u>	300 (39.2%)	<u>300 (76.9%)</u>
HbA1c (JDS)	<u>91.6</u>	<u>94.0</u>	10 (42.1%)	<u>10 (62.3%)</u>
Hb	<u>80.7</u>	<u>80.7</u>	8.0 (37.3%)	<u>8.0 (58.3%)</u>
RBC	28.9	19.3	-	-
Plt	<u>51.8</u>	49.4	-	-

※太字下線は 50%を超えたもの

添付 1.

医師等による就業の措置に関する 意見の在り方等についての調査研究アンケート

繰り返し面談による指導を行ったにもかかわらず、
本来行うべき治療の継続や生活習慣の改善が不十分な場合で、
業務内容や危険作業の有無にかかわらず、
残業時間や交代勤務などの就業実態が現疾患の管理を困難にしていると判断された場合、
就業制限をかけてでも管理を向上させたいという動機で対応を行うものについて、
Part I：項目に関する調査、Part II 基準値の調査 についてお答えください。

注：実際の就業措置においては、複数の項目で総合的に判定することが多いと思いますが、
ここではあくまでも単項目で判断する場合について、お答えください。

【Part I】 就業制限を検討する際に考慮する項目で対象とするものを教えてください。

	対象とする	対象としない
BMI(kg/m ²)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
収縮期血圧(mmHg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
拡張期血圧(mmHg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cre(mg/dl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
尿酸値(mg/dl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LDL コレステロール(mg/dl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HDL コレステロール(mg/dl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
中性脂肪(mg/dl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AST (GOT) (IU/L)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALT (GPT) (IU/L)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γGTP(IU/L)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
空腹時血糖(mg/dl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
随時血糖 (mg/dl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HbA1c (JDS) (%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ヘモグロビン(g/dl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
赤血球数(/μl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血小板数(/μl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(※裏面または次ページに続きます)

【PartⅡ】就業制限をかける項目について就業制限をかける際の値の記載をしてください。実際にその項目で過去の経験の中で実際にかけたことがある場合は右のボックスにチェック（☑）をお願いいたします。ただし、PartⅠで「対象としない」を選んだ項目の場合は、その項目の数値の記載は不要です。

	数値	かけたことがある
収縮期血圧(mmHg)	以上	<input type="checkbox"/>
拡張期血圧(mmHg)	以上	<input type="checkbox"/>
Cre(mg/dl)	以上	<input type="checkbox"/>
LDL コレステロール(mg/dl)	以上	<input type="checkbox"/>
ALT (GPT) (IU/L)	以上	<input type="checkbox"/>
空腹時血糖(mg/dl)	以上	<input type="checkbox"/>
	以下	<input type="checkbox"/>
随時血糖 (mg/dl)	以上	<input type="checkbox"/>
	以下	<input type="checkbox"/>
HbA1c (JDS) (%)	以上	<input type="checkbox"/>
ヘモグロビン(g/dl)	以下	<input type="checkbox"/>

※HbA1cのJDS値は平成23年までの国内基準値で現在の基準値はNGSP値となっています（推定値はNGSP≒JDS+0.4）

【PartⅢ】最後に属性についてお答えください。

氏名 _____ 所属 _____

産業医歴： _____ 年（うち主たる業務が産業医 _____ 年）

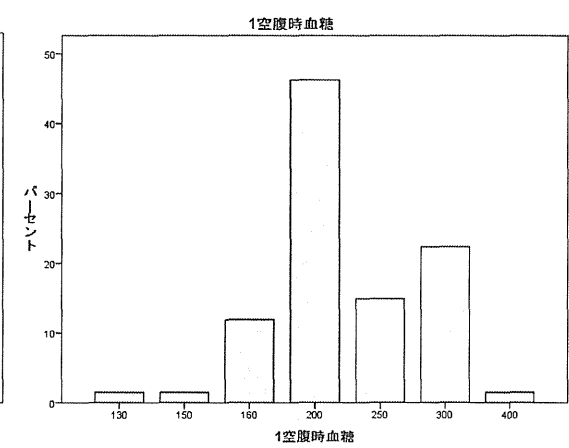
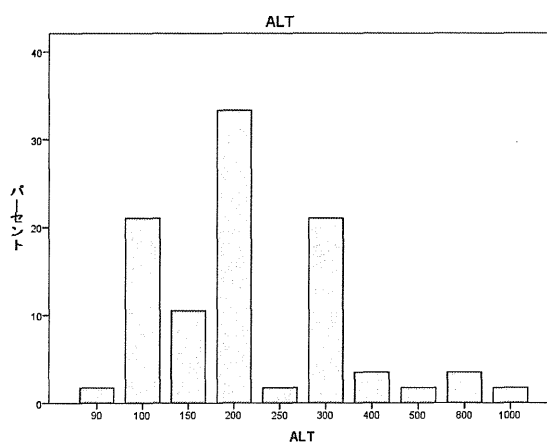
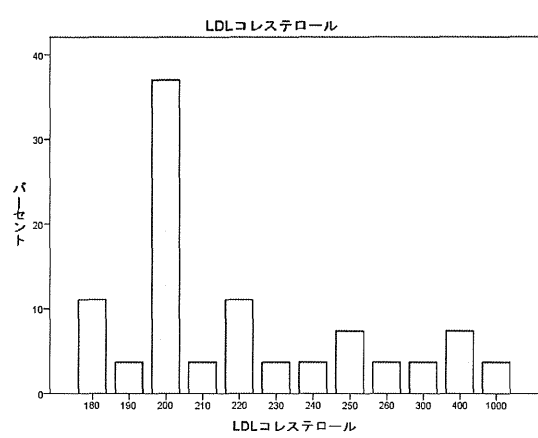
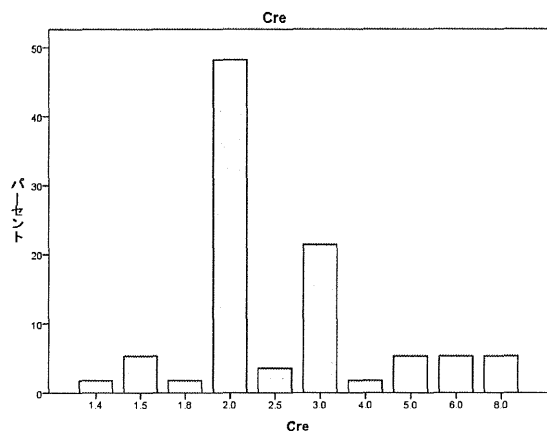
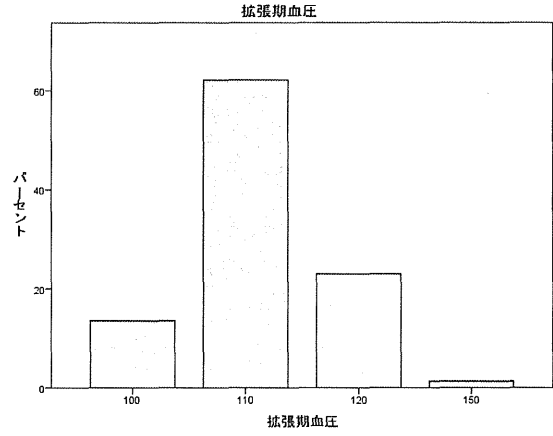
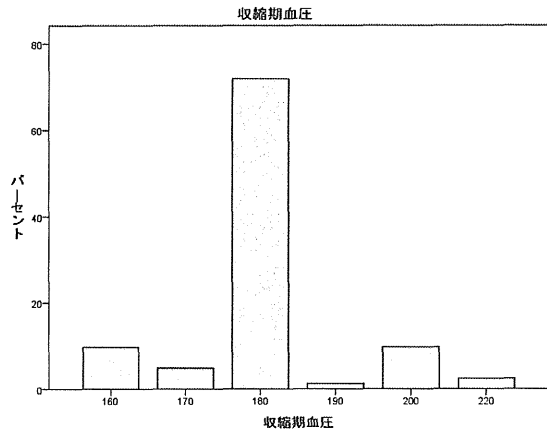
臨床歴： _____ 年（うち主たる業務が臨床医 _____ 年）

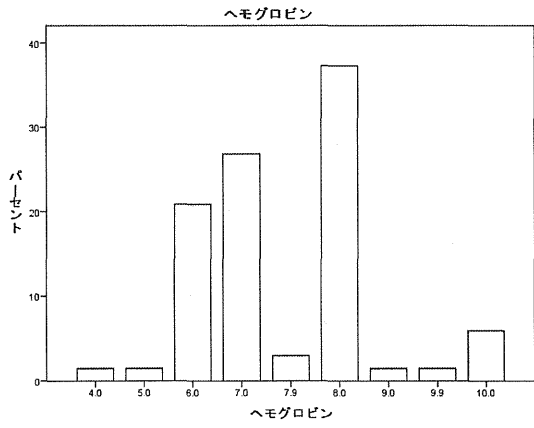
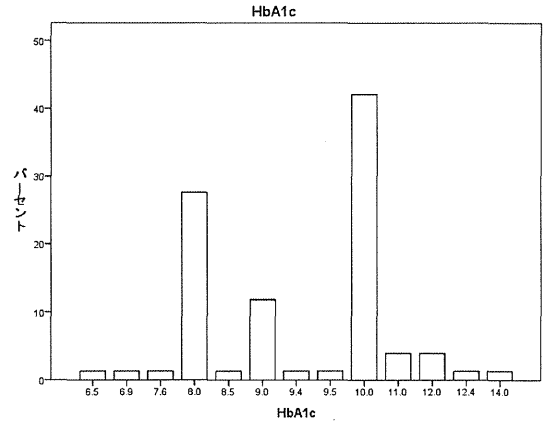
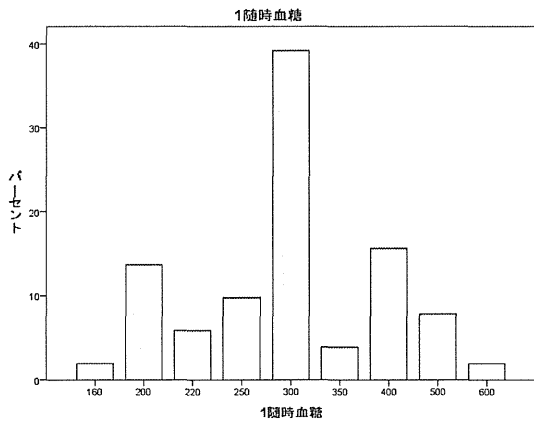
現在の産業医の形体： 専属 / 非専属・教員等 （あてはまるものに○をしてください）

産業衛生学会専門医または指導医資格： あり / なし（あてはまるものに○をしてください）

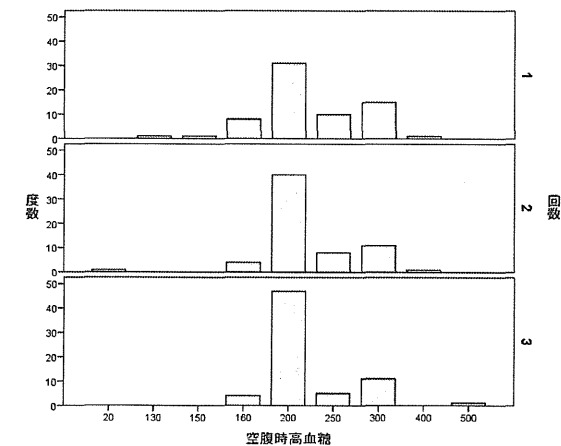
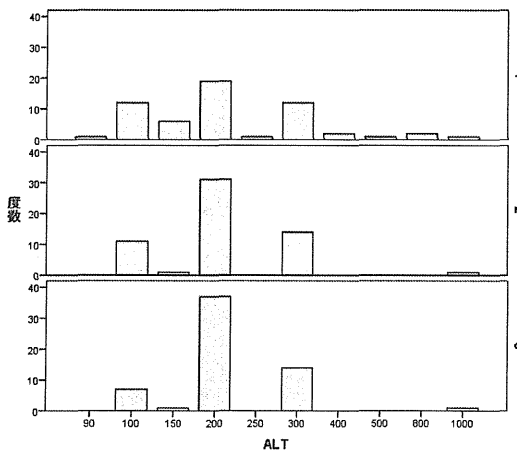
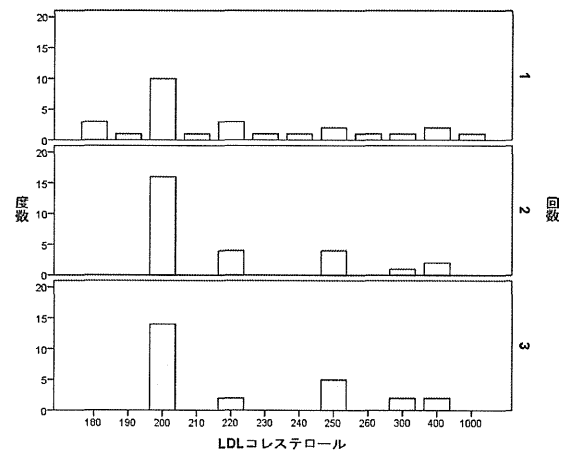
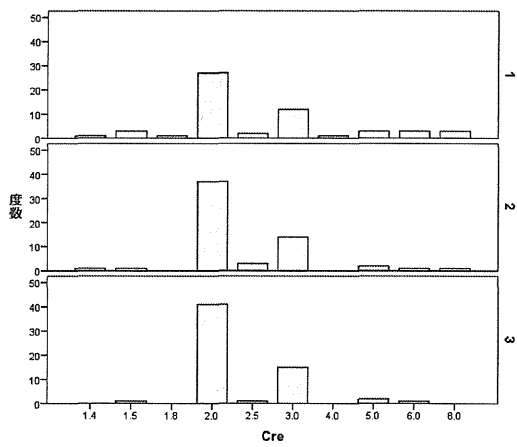
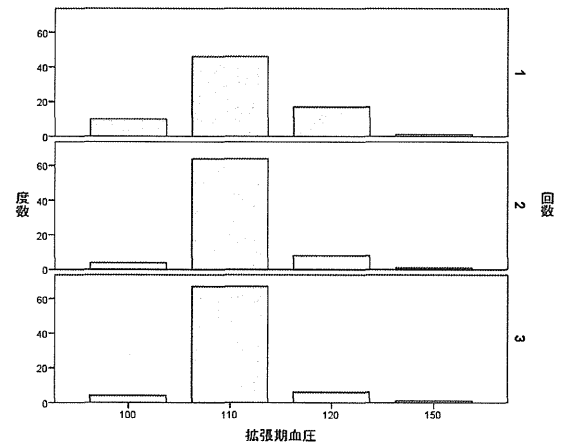
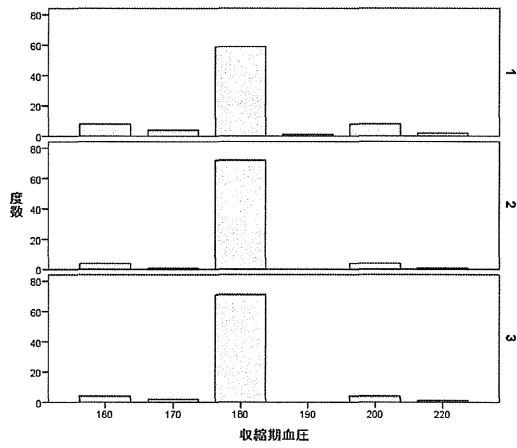
ご協力ありがとうございました。

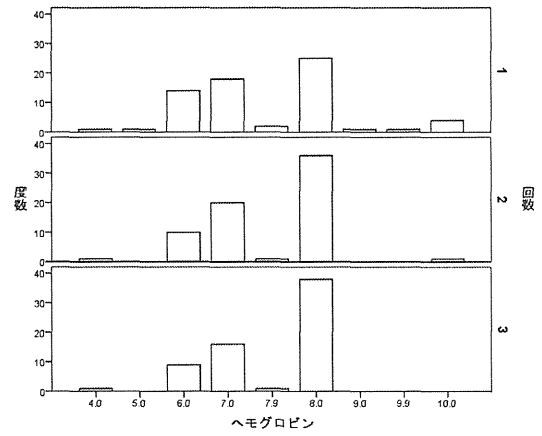
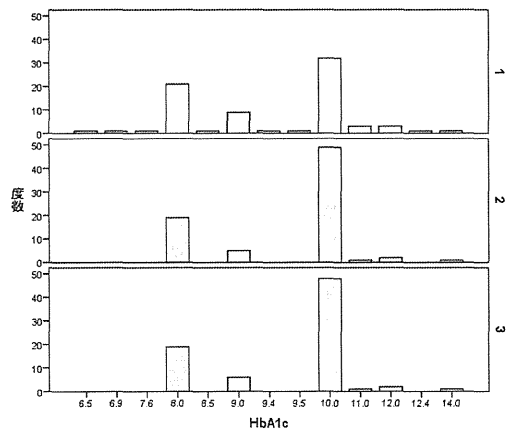
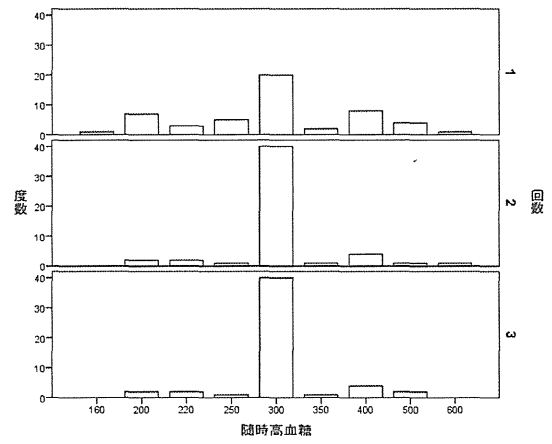
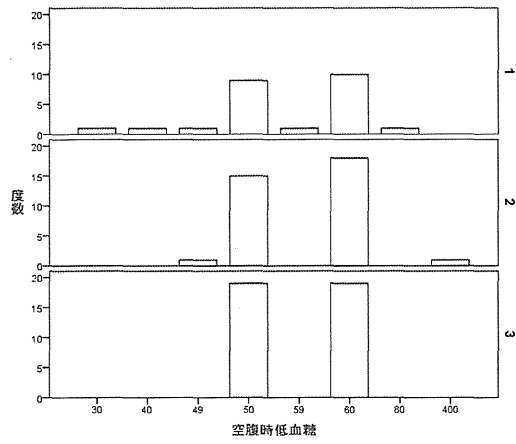
別添 2. 【実態調査グラフ】





別添 3. 【1回目・2回目・3回目の項目ごとの比較】





第4章 産業医等の教育プログラムの開発

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

15. 医師会認定産業医向けの研修プログラムの開発

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 准教授

研究要旨：

労働者の一般健康診断に基づく医師等への就業上の意見の聴取（以下、就業判定）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。手順については「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」に示されているものの、その判断基準などは示されていない。我々は、小規模事業場を含む多くの事業場で事後措置が十分に実施されていないのは、これら判断基準が判定する医師の間に周知されていないのも一つの理由であると考え、就業判定を行うための研修プログラムを開発し、その効果を検討した。研修プログラムは「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）」及び「事業者が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の手引き（案）」を元に作成した。内容は、十数例の健診結果事例を用い、就業判定および解説を中心とした実地研修方式とした。開発されたプログラムを3県の医師会が開催する認定産業医研修会で実施し、受講者にアンケート調査を行った。産業医契約の有無などの属性と研修の前後で判定が出来る自信（できる度）についての自己評価点数を調査し、Wilcoxonの符号付順位和検定を用いて産業医選任の有無による受講前後における点数を比較した。

調査対象となった受講者の82.3%が就業判定を経験しており、また産業医として契約・選任されている割合は55.4%であった。実習前後で点数が増加したのが151名(83.0%)、変化しなかったのが29名(15.9%)、低下したのが2名(1.1%)であり、実習により自己評価点の増加が認められた。また選任されている群と選任されていない群の実習前後で点数が増加した者の割合は、それぞれ80.0%、86.6%であり、選任されていない群の方が増加率が高かった。実習前後で点数の低下した2名については選任されている群に属しており、実習前の点数は高かった。これまで自信を持って判定を行ってきたが、実習を通して改善点に気づき、自己評価が下がったのかもしれない。研修後の「今後産業医判定に関わりたい度」は選任されている群で77.8%、されていない群で52.5%から肯定的な意見が得られた。

これらの結果により、我々が作成した研修プログラムを受講することによって判定の際の基本的考え方と必要な知見が得られ、自信を持って就業判定ができるようになることが示された。

研究協力者

岩崎 登（産業医実務研修センター）

A. 研究の背景と目的

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。その手順については「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）に示されているものの、その判断基準などは示されていないため、その判断は個々の産業医に委ねられているのが実情である。本研究において、専門性のある産業医（専属産業医および独立系産業医）への聞き取り調査から、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、健康情報の確認と面談対象者の一次スクリーニング、職場の状況の把握、労働者の面談・指導を経ての就業判定という一定の手順が存在することが明らかになったが、一般には周知されておらず、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も明確に示されていない。小規模事業場を含む多くの事業場で事後措置が十分に実施されていないのは、これら一連の流れが判定する医師の間に周知されていないのも一つの理由であると考えられる。

そこで我々は、平成 22 年及び 23 年度の本研究の成果をもとに、就業判定を行うための研修プログラムを開発し、その効果を検討した。

B. 方法

研修プログラムは平成 23 年度の報告書で我々が報告した「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）」及び「事業者が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の手引き（案）」を元に作成した。

内容を添付資料に示す（添付資料 1）。

- 1) 職域における健康診断の一般的事項
- 2) 健康診断事後措置の法的な解説
- 3) 「指針」に沿った事後措置の流れの解説、保健指導の位置づけについて
- 4) 健康診断実施後の流れについて詳細な解説、診断区分と就業区分について
- 5) 産業医面談の要否についてのスクリーニング方法の解説、産業医面談の目的について整理
- 6) 10 事例（健診結果と簡単な職務内容を記載）を使ってスクリーニング実習、解説
- 7) 就業判定の実際：面談で得るべき必要な情報と産業医が事業者に具申する就業措置（就業判定）に関する考え方の解説、グループワーク
- 8) 参考資料：健康診断各項目について、判定の考え方と就業制限に関する事例の解説文

事例を用いた判定実習や、グループワークによる就業措置についての検討時間を導入した実地研修方式とした。日本医師会認定産業医制度の研修会での実施を想定して、120 分で実施できる内容とした。

開発されたプログラムを 3 つの県の医師会が開催する認定産業医研修会で実施した。就業判定・就業措置に関する医師の意見の部分（7）はグループワークを入れて行う予定であったが、与えられた研修時間が短く（90 分）、今回は削除した。

研修修了時に、産業医契約の有無、就業判定の経験の有無、臨床経験年数、専門の臨床科目等の属性について、今後健康診断結果の産業医判定に関わろうと思うかおよび研修の前後で判定が出来る自信（できる度）についての自己評価点数を調査した（添付資料2）。Wilcoxonの符号付順位和検定を用いて産業医選任の有無による受講前後における点数を比較した。

C. 結果

アンケートは186名から回収した。

産業医として契約・選任されている受講者は103名(55.4%)、いないが83名(44.6%)であった。

就業判定の経験がある受講者が153名(82.3%)、経験なしが33名(17.7%)

臨床経験年数は平均26.38年、中央値25.00年、最頻値30年であった。

専門とする臨床科は、内科系111名、一般外科系34名、その他の科39名、回答なし2名であった。

保有する産業医資格（複数回答可）を回答した160名の内訳は

日本医師会認定産業医が148名(92.5%)
産業医科大学卒業＋産業医学総合実習が1名(0.6%)

産業医学基本講座修了が4名(2.5%)

関わりたい

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効 1	7	8.4	8.8	8.8
2	6	7.2	7.5	16.3
3	25	30.1	31.3	47.5
4	11	13.3	13.8	61.3
5	31	37.3	38.8	100.0
合計	80	96.4	100.0	
欠損 システム欠値	3	3.6		
合計	83	100.0		

産業医学基礎研修会集中講座修了が9名(5.6%)

関わりたい

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効 1	5	4.9	5.1	5.1
2	2	1.9	2.0	7.1
3	15	14.6	15.2	22.2
4	13	12.6	13.1	35.4
5	64	62.1	64.6	100.0
合計	99	96.1	100.0	
欠損 欠損値	4	3.9		
合計	103	100.0		

労働衛生コンサルタントが3名(1.9%)

その他（取得中など）が8名(5.0%)であった。

今後、健康診断の産業医判定に関わろうと思うか（1～5の5段階）の間に3以上を回答した人は

全体で179名中159名(88.8%)

4以上では119名(66.5%)

3 が 40 名 (22.3%)
2 以下では 20 名 (11.2%)
産業医契約・選任ありで 99 名中 92 名
(92.9%)
4 以上では 77 名 (77.8%)
3 が 15 名 (15.2%)
2 以下では 7 名 (7.1%)
産業医契約・選任なしで 80 名中 67 名
(83.8%)であった。
4 以上では 42 名 (52.5%)
3 が 11 名 (31.3%)
2 以下では 13 名 (16.2%)選任あり
選任あり
選任なし

実習前後の産業医判定「できる度」を
回答した 182 名のうち

実習前の判定できる度の平均は 4.87
(中央値 5)

実習後の判定できる度の平均は 6.57
(中央値 7)

実習前後で点数が増加したのが 151 名
(83.0%)、変化しなかったのが 29 名
(15.9%)、低下したのが 2 名 (1.1%)であっ
た。

「できる度」を回答した産業医として
契約・選任されていない 82 名のうち

実習前の判定できる度の平均は 3.94
(中央値 4)

実習後の判定できる度の平均は 5.96
(中央値 6)

実習前後で点数が増加したのが 71 名
(86.6%)、変化しなかったのが 11 名
(13.4%)であった。

「できる度」を回答した産業医として
契約・選任されている 100 名のうち

実習前の判定できる度の平均は 5.63
(中央値 6)

実習後の判定できる度の平均は 7.06
(中央値 7)

実習前後で点数が増加したのが 80 名
(80.0%)、変化しなかったのが 18 名
(18.0%)、低下したのが 2 名 (2.0%)であっ
た。

低下した 2 名の属性は以下の通り

A 氏：産業医契約・選任あり、判定経
験あり、臨床医歴 40 年、臨床科：外科、
日本医師会認定産業医を保有。実習の満
足度：5、理解度：4、難易度：4、判定に
関わろうと思うか：3

実習前できる度：7、実習後できる度：6

B 氏：産業医契約・選任あり、判定経
験あり、臨床医歴 47 年、臨床科：内科、
日本医師会認定産業医を保有。実習の満
足度：5、理解度：5、難易度：3、判定に
関わろうと思うか：5

実習前できる度：8、実習後できる度：7

D. 考察

我々の開発したプログラムを受講する
ことにより、受講者の健診判定を「でき
る度」自己評価点数が増加した。判定を
できる能力の評価については、判定その
ものが医師の裁量によるところが大きく、
正解が一つではない場合も多く、適切な
指標を求めるのは難しい。今回は、医師
の裁量が大きいことを考慮して、判定方
法の理解度を自己評価する指標を採用し
た。受講後の自己評価点数が増加したこ
とにより、研修プログラムの受講が受講
者の判定方法の理解度を向上させたこと
が示された。

産業医契約・選任されている群とされ

ていない群を比較すると、実習前では選任されていない群の方がより判定に自信を持っていなかったことが示された（選任されている群の平均値が5.63に対し選任されていない群は3.94）。これは産業医として判定する機会が少ないために自信がないためと考えられる。

また、実習後ではどちらの群も点数が増加したが、選任されていない群の方がより多くの受講者の数値が増加した（選任されている群では80%の受講者が増加、選任されていない群では86.6%の受講者が増加）。これは判定経験のない医師が講義を受けた上で実際に判定を行い、解説を受けることにより、判定方法についての理解が向上し、自信を持って行うことが出来るようになったと考えられる。選任されている群では、これまで曖昧な知識、技量で判定していた医師が、講義・実習・解説を通して技量を身に付け、多くの医師が自信を持って判定できるようになったと思われる。受講前の自己評価点数は平均5.63であったが、判定経験があるため選任されていない群の平均3.94より高いため、評価点が増加した割合が選任されていない群よりも若干低かったと思われる。しかし、受講前の自己評価が高くても、改めて自身が行う判定の方法が間違っていなかったことを確認できた場合にも、自己評価がさらに上がった可能性もある。

また、実習前後で点数の低下した2名についてであるが、実習前の点数が高く、これまででも自信を持って判定を行ってきたことが伺えるが、今回の研修を通して自らの判定がうまくできていなかった、あるいは判定の難しさにあらためて気づいたため、点数が下がったのかもしれない。

い（受講前の自己評価が高すぎた）。

「今後産業医判定に関わりたい度」自己評価は判定に関わる意欲の指標として採用した。点数が高いほど、今後産業医業務を行う際に健診の結果確認、判定の実施につながるものと期待される。今回の調査で「今後も産業医判定に関わる」ことに肯定的な回答(4 または 5 を選択)をした割合は、産業医契約・選任あり群で77.8%であったのに対し、産業医契約・選任なし群では52.5%であった。これは産業医契約・選任あり群の方が産業医業務を実際に行っているため、業務に現実感を持って考えられるからかもしれない。一方産業医契約・選任なし群で、否定的な回答が16.3%、どちらとも言えない回答(3)が31.3%であったことは、産業医業務にまだまだ実感がわいていない状態を示唆するかもしれない。

しかし、選任されていない群でも、研修後に半数以上の医師が判定に前向きであるという結果は、一定の研修効果があったと考えられる。

これらの結果より、我々が作成した研修プログラムを受講することによって受講者は判定の際の基本的な考え方と必要な知見が得られ、自信を持って就業判定ができるようになることが示された。また、この研修プログラムをもとに健診判定事後措置マニュアルを作成し、本研究の成果物である「就業判定ホームページ」に掲載する予定である。

E. 研究発表

平成25年5月の日本産業衛生学会で発表予定

健康診断と事後措置

産業医科大学 産業医実務研修センター

1

職域における健康診断

1. 法律でその実施が義務づけられているもの
 - 一般健康診断
 - 特殊健康診断
2. 行政指導としてその実施を要請しているもの
3. 企業等の判断で実施しているもの
 - (健診追加項目や人間ドックなど)

2

法律に基づく健康診断

一般健康診断:すべての労働者(定期)
(労働安全衛生法66条)

第1項:事業者は、労働者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、医師による健康診断を行わなければならない。

第5項:労働者は、前各項により事業者が行なう健康診断を受けなければならない。

特殊健康診断:有害な業務に従事する者
(労働安全衛生法66条第2,3項、じん肺法)

～ 業務列挙方式 ～

3

健康診断の歴史

- ▶ 1912年:工場法
「女工哀史(1925)」「職工事情(1904)」
ターゲットは感染症(結核、赤痢等)、身体測定、視力、聴力、ツベルクリン
- ▶ 1972年:労働安全衛生法
ツベルクリン⇒胸部X線、喀痰検査
- ▶ 1989年:項目追加 作業関連疾患の予防へ
貧血、肝機能、血中脂質、心電図検査
- ▶ 1998年:項目追加
HDLコレステロール、血糖検査
- ▶ 2008年:項目変更(特定健診)
腹囲追加、TC→LDL-C

4

法律に基づく健康診断

一般健康診断:

- 雇入時健康診断
- 定期健康診断
- 特定業務従事者健康診断
- 海外派遣労働者健康診断
- 給食従事者の検便
- 自発的健康診断 (H12.4)

5

一般健康診断

- 1) 雇入れ時(安衛則43条)
 - 既往歴及び業務歴の調査
 - 自覚症状及び他覚的症候の有無
 - 身長、体重、腹囲、視力及び聴力の検査
 - 胸部エックス線検査
 - 血圧の測定
 - 尿検査(糖、蛋白)
 - 貧血検査(赤血球数、血色素量)
 - 肝機能検査(GOT,GPT,γ-GTP)
 - 血中脂質検査(トリグリセリド、HDL、LDL)
 - 血糖検査
 - 心電図検査



省略等無し

6

一般健康診断

2) 定期健康診断(安衛則第44条)

- 既往歴および業務歴の調査
- 自覚症状および他覚的症状の有無
- 身長、体重、腹囲、視力及び聴力の検査
- 胸部エックス線検査 および喀痰検査
- 血圧の測定
- 尿検査(糖、蛋白)
- 貧血検査(赤血球数、血色素量)
- 肝機能検査(GOT, GPT, γ-GTP)
- 血中脂質検査(トリグリセリド、HDL、LDL)
- 血糖検査
- 心電図検査

1年以内毎に1回

省略できる項目有り

7

健康診断の事後措置(1)

(健康診断の結果についての医師等からの意見聴取)

第六十六条の四 事業者は、(中略)健康診断の結果(当該健康診断の項目に異常の所見があると診断された労働者に係るものに限る。)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、厚生労働省令で定めるところにより、医師又は歯科医師の意見を聴かなければならない。

8

健康診断の事後措置(2)

(健康診断実施後の措置)

第六十六条の五 事業者は、前条の規定による医師又は歯科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の措置を講ずるほか(中略)適切な措置を講じなければならない。

2 厚生労働大臣は、前項の規定により事業者が講ずべき措置の適切かつ有効な実施を図るため必要な指針を公表するものとする。

3 (略)

9

健康診断の事後措置(3)

～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より～

□ 就業上の措置の決定・実施の手順と留意事項

(1) 健康診断の実施

事業者は、(中略)、労働者に対し医師等による健康診断を実施し、当該労働者ごとに診断区分(異常なし、要観察、要医療等の区分をいう)に関する医師等の判定を受けるものとする。

(2) 二次健康診断の受診勧奨等

事業者は、一次健康診断における医師の診断の結果に基づき、二次健康診断の対象となる労働者を把握し、当該労働者に対して、二次健康診断の受診を勧奨するとともに、診断区分に関する医師の判定を受けた当該二次健康診断の結果を事業者に提出するよう働きかけることが適当である。

義務ではない

10

健康診断の事後措置(4)

～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より～

(3) 健康診断の結果についての医師等からの意見の聴取

事業者は、労働安全衛生法第66条の4の規定に基づき、健康診断の結果(当該健康診断の項目に異常の所見があると診断された労働者に係るものに限る。)について、医師等の意見を聴かなければならない。

*意見の内容:就業区分及びその内容、作業環境管理及び作業管理についての意見

(4) 就業上の措置の決定等

事業者は、(3)の医師等の意見に基づいて、就業区分に応じた就業上の措置を決定する場合には、あらかじめ当該労働者の意見を聴き、十分な話し合いを通じてその労働者の了解が得られるよう努めることが適当である。

11

診断区分・就業区分(例)

診断区分	医学的な判定	就業区分	就業上の判定
1	異常なし		
2	有所見健康	A	通常勤務可
3	要観察		
4	要管理	B	就業制限要
5	要再検査		
6	要受診(精査)		
7	要治療	C	要休業
8	治療中		