

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

3. 「中小企業用産業保健電子カルテの開発と
それによる効果的・効率的な産業保健手法に関する検討」
～健診後の管理体系と課題について～

分担研究者：塩田直樹 産業医科大学・小児科学 非常勤助教
（宇部興産株式会社総務・人事室
健康管理センター健康管理室統括産業医）

健診後の管理体系と課題について

労働安全衛生法（以下、安衛法）の趣旨に沿った、健診結果の活用がスムーズに進まない背景には、様々な要因があると考えられるが、その要因の一つに、健康状態に関する「専門職によるリスク認識」、「本人によるリスク認識」、「事業者におけるリスク認識」のズレがあるのではないかと考えられる。この点を解消させない限り、不適切なリスク管理上のコミュニケーションが繰り返され、結果として産業保健専門職が積極的に介入すればするほど、逆に溝が深まって行く可能性が懸念される。

1) 健診事後一般

就業区分・医療区分の判定基準や保健指導対象者の抽出に関する判断基準を明確化（標準化）させ、法の趣旨に則った、専門職による健診結果内容を加味した適切な事後対応方法を標準化させたとしても、抽出されたリスクを改善させていく仕組みが存在しない限り、実施者側の必要性（本人；自己保健義務、事業者；安全配慮義務）の認識不足が解消されず、リスクの改善は見込めない可能性が存在する。

つまり、標準的事後対応の確立（法的根拠を明確にした最低限やるべき健診事後対応；安全配慮義務の明確化）と、優先的に取り組むべき対象群の明確化（安全配慮義務としての優先的対応者の明確化；労災二次対象者等）を前提とした、「専門職」、「本人」、「事業者」間のリスク認識のズレをコミュニケーションできる為の仕組みがなければ、リスク認識のズレの解消（本人；自己管理能力の改善、事業所；リスク管

理レベルの向上）が進まず、結果としてリスクが顕在化（脳・心疾患の発症）して初めてリスクが認識されるという、負の関与（就業制限）から抜け出せない現状が繰り返されているのが実情である。

この状況を改善させるための具体的な方法として、産業保健専門職が予め判断した健康リスクをもとに、上司および本人とリスクコミュニケーションを行い、より適切な健康リスクとなるよう「自己で行うべき行動目標」と「業務上の配慮」とがなされるようになれば、管理されるべき不適切な健康リスク（リスク未確定者）が見逃されることなく、かつ、産業保健専門職が中心となり管理を実施するハイリスク者の管理（疾病管理、就業制限）との住み分けが出来、全体的なリスク管理レベルの底上げが可能となるのではないかと考えられる。






要は、管理する側（事業者、産業保健専門職）と管理される側（本人）とが、同じ目的と認識の下でリスク対応をしない限り、継続的に改善して行くことなどできないというのが現実的なところではないかと考える。

<具体例>

小職の所属する事業所で具体的に取り組んでいる仕組み（産業医学ジャーナル 第37号 第6号 p84-p87）をもとに説明すると、中小企業においては、リスクの見積もりが出来ていない「 」が多く存在していると推測され（健診自体の未受診、精密検査等の未受診、過重労働面談の未実施等）その現状を、事業所としてのリスクピラミッドとして見える化するこ

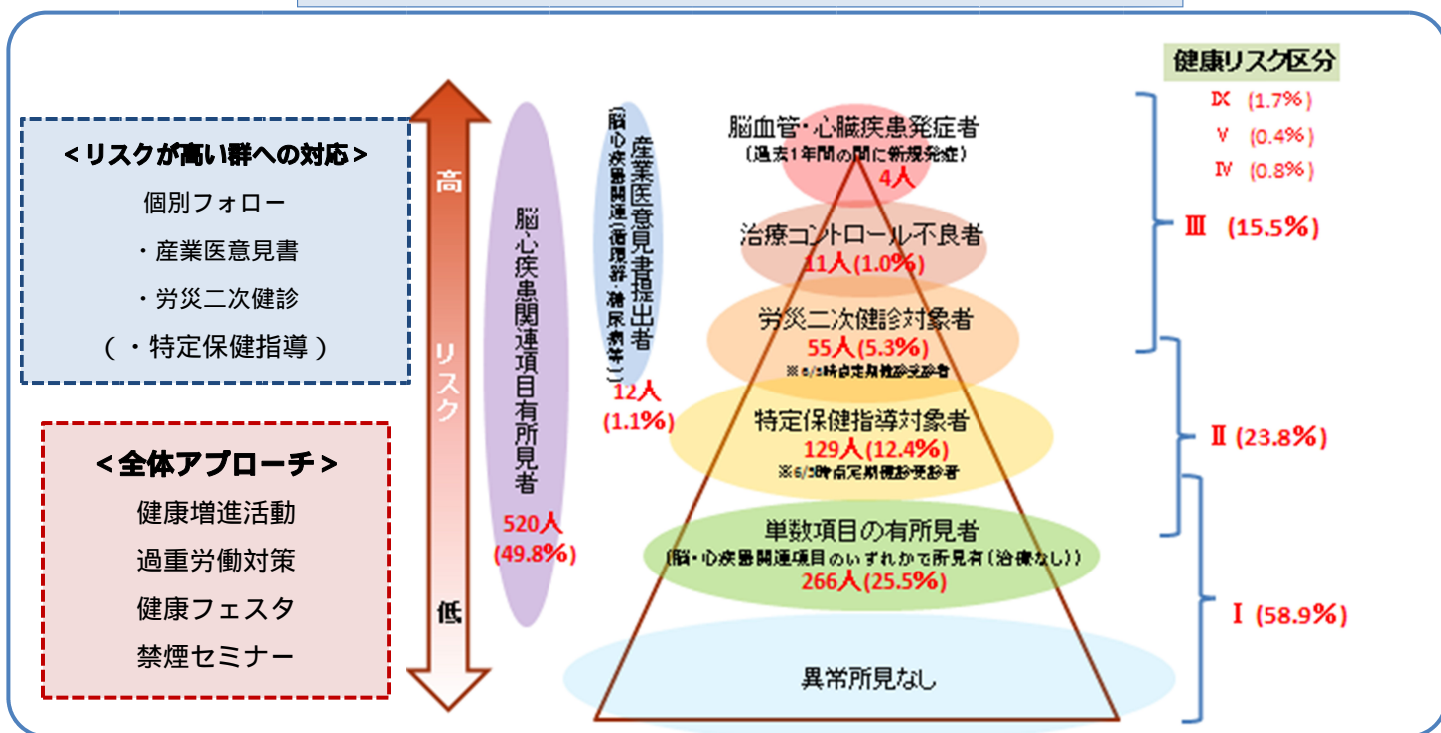
とが出来れば「結果回避義務」が履行されるのではないかと考える。

【健康リスク区分の考え方の概念】

I (通常勤務可)	II (通常勤務可)	III (通常勤務可)	IV (就業制限)	V (要休業)	Ⅹ (判定不能)
特別な医学的配慮を必要としない	自己管理と、自己管理が行える職場配慮が必要	治療を必要とし、通院・自己管理等が行える職場配慮が必要	業務を行うには就業に一部制限が必要	休業して治療が必要	二次検査未受診等で、リスク判定に必要な情報が不足している(リスクの見積もりができない)
					

労働災害のリスク管理の際にしばしば用いられる“ハインリッヒの法則”の概念を応用し、健康リスク区分に関するリスクピラミッドで健康リスクを表現してみると以下のごとく表現されるのではないかと考えられる。(数字に関しては某事業所における実際の数字を活用)

<健康リスクレベルと各種施策・対応の関係性の概念図>



なお、別紙（別添資料1）に示すごとく、各部所長ごとに、所属員の現状を把握するような一覧表があると、より事業所が主体となった管理が進みやすくなることが実証されつつある。

2) 過重労働対応；長時間労働者への面接指導等

過重労働対応は、安衛法第66条の7にある「健康診断の結果、特に健康の保持に努める必要があると認める労働者に対し、医師または保健師による保健指導を行うよう努めなければならない」とされていることを踏まえつつ、脳血管疾患及び虚血性心疾患等の発症が長時間労働との関連性が強いとする医学的知見や、業務による強い心理的負荷により精神疾患が発症したことが医学的に妥当と認められる場合があること、などを背景に「脳・心臓疾患」や「精神障害」などの労災を発症させない仕組みとして、安衛法第66条の8・第66条の9に定められたものである。

つまり、その対応を行う医師には「脳・心臓疾患」および「精神障害」のリスクについて判断し、その結果を「事業者に対する事後対応に係る意見の具申」として医師の面談結果を提

出することになっているが、現実的には上手く回っているとは言い難い状況が散見されるのではないかと考える。

その要因のひとつに、標準とされる意見書が、労働時間の短縮や就業内容の制限等に集約されており、労務管理の専門ではない医師が、専門外の措置を勧告する結果となってしまうことにあるのではないかと懸念される。本来は、本人面談によって得られた医学的判断を、本人および職制上長に提示し、具体的な就業上の措置について、本人及び職制を交えたリスクコミュニケーションが行なわれる形を目指すべきではないかと考える。また、対象者全員を面談対象としている場合も多く、必要な人に、必要な時間をかけて対処ができていないという現状も改善を要するのではないかと考えられる（リスクの見積もりによる面談者の抽出の必要性）。

なお、平成27年12月1日より施行のメンタルチェックに関しては、面談に関する判断基準の一つとして高ストレス状況の有無等を活用していく事が出来れば、より良いリスク管理につながるのではないかと考えられる。