

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

アメリカにおける産業保健法制度の背景・特徴・運用実態について
(法学者担当分)

分担研究者
井村 真己
追手門学院大学法学部教授

本報告書は、諸外国の産業保健制度比較研究の一環として、アメリカの産業保健法制度について、その歴史的背景、制度的特徴、運用実態、現状課題を文献レビューにより整理するものである。対象領域は、労働安全衛生の規制枠組みだけでなく、産業保健専門職の位置づけ、統計・サーベイランス、熱・メンタルヘルス等の新興リスク、さらに慢性疾患を抱える労働者、高齢者、女性、ギグ労働者、テレワーク等の横断課題に及ぶ。

アメリカの制度枠組みの基礎は 1970 年の労働安全衛生法（OSH 法）であり、政策実装は「規制・執行」を担う OSHA と、「研究・勧告」を担う NIOSH の分業を中核として展開してきた点が重要な特徴である。OSHA は基準策定、監督・執行、教育・支援を担い、NIOSH は原因・予防策研究や推奨曝露限界（REL）など科学的根拠の提示を担う。こうした分業構造は、後述する基準更新の遅さや化学物質管理、新興リスク対応のあり方に直結する制度的前提となっている。

他方、アメリカの産業保健は「単一で統一的な全国制度」として理解しにくい。州計画（State Plan）を持つ州では州が基準・執行を担い、州・地方公務員は連邦 OSHA の直接適用外である。また、自営業者、家族農場の一部、鉱山（MSHA 管轄）など、適用除外や所管の分散が存在し、州制度・他省庁・民間サービスの併存という断片化（fragmentation）が制度運用の前提となっている。こうした断片化の下で、個別基準が未整備な領域の補完規範として、OSH 法 5 条の一般義務条項（General Duty Clause）が一定の条件下で規制根拠となり得る。

産業保健専門職の関与について、アメリカでは日本のような法定配置により一律に担保される制度ではなく、事業者のリスク管理、労務・医療保険・補償の設計ニーズに応じて形成される傾向が強いと整理される。実務は、ハザードの認知・評価、制御階層（Hierarchy of Controls）に基づく対策、教育訓練、医療サーベイランス、ケースマネジメント、記録・報告と監査、継続的改善という循環として描かれ、社内資源に加えて NIOSH の HHE（Health Hazard Evaluation）や EAP 等の外部資源が活用さ

れる。

個別課題として、慢性疾患・障害を有する労働者の就労継続は、合理的配慮、休暇（FMLA 等）、所得補償・医療保険継続を組み合わせで設計すべきこと、高齢労働者では重篤化リスクと差別禁止の同時管理が必要であること、妊娠・産後・授乳を含む女性の健康課題、ギグ労働の責任境界と保護の空白、テレワークで顕在化する人間工学・心理社会的リスクと労働時間管理、さらに OSHA・EPA・DOT 等にまたがる化学物質・有害物管理を統合プログラムとして接続する重要性が論じられる。

アメリカの産業保健は、統一的な単一制度というより、連邦・州・他省庁・民間サービスが重層的に組み合わさる枠組みとして機能している。法的強制力のある基準が追いつきにくい領域が残る以上、最新の科学的知見と現場実務を統合し、自主管理を設計・運用できる専門職機能が価値中核となり続ける、という見取り図が提示されている。

A. 研究目的

本研究報告書全体の目的は、諸外国の産業保健制度の背景、特徴、実態、課題を明らかにすることである。特に、産業保健専門職（産業医、産業保健看護職など）の専門性とその活用の状況に注目し、日本において政策的課題となっている「持病を有する者の治療と就労の両立支援」や、「高齢者、女性、フリーランスに特有の健康課題とその管理」、「化学物質／有害物質の管理」、さらにそれらに対する産業保健専門職の関与のあり方を比較検討することにある。本分担報告書は、そのうちアメリカの状況を明らかにすることを目的としている。

B. 研究方法

本報告は文献レビューの手法に基づいて作成した。対象とした文献には、アメリカ労働安全衛生局（Occupational Safety and Health Administration, OSHA）、国立労働安全衛生研究所（National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH）、アメリカ労働統計局（Bureau of Labor Statistics）の白書・グリーンペーパーなどの政策文書、Tee L. Guidotti 編『Occupational and Environmental Medicine』（2023）、Mark A. Friend・James P. Kohn 編『Fundamentals of Occupational Safety and Health』（2023）などの書籍、American Board of Preventive Medicine、American College of Occupational and Environmental Medicine、American Board of

Occupational Health Nursing, Inc. など専門職団体の公式文書、さらに査読学術誌に発表された労働者の健康調査や産業保健専門職に関する研究論文を含めた。

この作業に際しては AI（ChatGPT 5）を活用した。まずは文献収集に際して上掲の報告書を探索させた。そこで示されたものと、元より筆者が承知しているものの原典を渉猟して筆者自身が内容を把握したうえで、原典と筆者が選択した重要箇所を AI に学習させ、適切な回答が導かれるまで適当な指示を与えて、目的所掲の課題に対する回答を出力させ、その内容を筆者が査読して正確性を確認すると共に、適宜修文しつつ私見を加える手順を採用した。

C. 研究結果

1. アメリカの産業保健の枠組み（制度・主体・守備範囲）

アメリカの産業保健は、1970 年の労働安全衛生法（Occupational Safety and Health Act of 1970）を基礎として、労働安全衛生局（Occupational Safety and Health Administration, OSHA）と国立労働安全衛生研究所（National Institute of Occupational Safety and Health, NIOSH）の 2 本立てで政策を展開してきている。

OSHA は、「アメリカの労働者が安全で健康的に働ける条件を確保する」ことをミッションとして掲げ、職場の安全衛生規制（基準策定・監督・監査・執行）を担うのに対して、労働安全衛生法に基づき設置された研究機関である NIOSH は、

労働災害・職業性疾病の原因や予防策を研究し、他機関が規制を作る際の科学的根拠・勧告（推奨暴露限界など）を提供している。

この「規制（OSHA）-研究・勧告（NIOSH）」分業が、アメリカの産業保健の特徴であり、後述する「基準の更新速度」「化学物質管理」「新興リスク」などの課題にも直結する。

OSH法は原則として民間の多くの職場をカバーするが、州・地方政府職員は直接の適用対象とはなっておらず、州がOSH法により承認された州制度（State Plan）を持つ場合に保護される構造となっていること、自営業者、家族農場の一部、他省庁が所管する危険（例：鉱山＝MSHA、沿岸警備隊等）など、法制度上の適用除外が存在していることから、産業保健を「国の単一制度」として捉えにくく、州制度・他省庁・民間サービスが混在する断片化（fragmentation）を前提として政策が展開されてきている。

このような断片化の問題に対して、雇用者に対し「死亡または重大な身体的危害を引き起こしている、または引き起こすおそれのある認識された危険のない雇用および就業場所を提供しなければならない」と定めるOSH法5条の一般義務条項（General Duty Clause）により、個別的な基準が未整備な領域であっても、一定の条件の下では産保領域における規制の根拠となり得る。

1.1. 統計から見る現状（災害・疾病の模感と特徴）

労働統計局（Bureau of Labor

Statistics, BLS）の負傷・疾病・死亡（Injuries, Illnesses, and Fatalities, IIF）統計からアメリカの労働安全衛生の現状を見ていくと以下のような状況である。IIF統計は職業災害死統計調査（Census of Fatal Occupational Injuries, CFOI）と、主に雇用者の報告がベースとなる非致死性災害・傷病調査（Survey of Occupational Injuries and Illnesses, SOII）により構成されている。

CFOIに基づく2023年の致命的労働災害は5,283件であり、2022年（5,486件）から減少している。致死率は2023年3.5/10万人（Full Time Employee, FTE）である。ただし、CFOIは「疾病による死亡」を原則として含んでおらず、あくまでも外傷性の出来事が契機になった場合等に統計上の数値として計上される。したがって、CFOIだけでは職業性がん等の長期潜伏疾患による死亡負荷は捉えにくい設計となっている。

また、SOIIの方を見ると、2023年の非致死性の「記録可能な」災害・疾病は約256.9万件であり、発生率は2.4（100FTEあたり）である。SOIIはOSHAの記録制度（OSHA 300ログ等）に依拠しており、従業員11人未満の農場を除外しているため、農業等の高リスク領域の一部は統計設計上見えにくいという特徴がある。

1.2. 近年の動向（政策テーマとしての広がり）

1.2.1. 熱ストレス：連邦基準づくりが

進行中（2024-2025）

気候変動・猛暑リスクの高まりを背景に、OSHA は熱障害防止の連邦基準（Heat Injury and Illness Prevention）の政策策定を進めており、2024 年 8 月 30 日に NPRM（提案規則）を公表し、2025 年 6 月 16 日～7 月 2 日に公聴会を実施し、2025 年 10 月 30 日に公聴会後の最終意見提出期間が終了した。これとは別に、熱障害防止に向けて規則策定ではなく、OSH 法を改正する動きも出てきている。このことは、アメリカの産業保健が、伝統的災害のみならず、気候要因に起因する健康影響へ政策的に重心を移している象徴的事例であるといえることができる。もっとも、2025 年の第 2 次トランプ政権の成立により労働安全衛生局長に指名された David Keeling が熱中症による従業員の死亡事故が発生していた UPS と Amazon の幹部を歴任していたことから、規制の骨抜きが懸念されている。

1.2.2. メンタルヘルス：公衆衛生政策としての位置づけ強化

アメリカでは、職場のメンタルヘルス／ウェルビーイングを公衆衛生課題として扱う動きが強まっている。アメリカ公衆衛生局長官（U.S. Surgeon General）は、職場のメンタルヘルスとウェルビーイングの枠組みを示し、「5 つのエッセンシャル（Protection from Harm、Connection & Community、Work-Life Harmony、Mattering at Work、Opportunity for Growth）」を整理して提示している（）。

産業保健が物理・化学・人間工学的リスク中心から、心理社会的要因を含む統

合的リスク管理へ拡張していることを示しているといえよう。

1.2.3. 総合労働者保健（Total Worker Health, TWH）の普及

NIOSH は総合労働者保健（Total Worker Health, TWH）アプローチとして、職場の安全衛生（hazard control）と、健康増進・福利（well-being）を統合して推進する考え方を提示している（National Institute for Occupational Safety and Health, 2024）。これは、アメリカの雇用・医療保険・労災補償の断片化を背景として、「職場を健康決定要因として扱う」という実務上の潮流とも整合していると考えられている。

1.2.4. データ公開と透明性：OSHA の傷病データ公開が拡大

OSHA は傷病データ提出制度の見直し（2023 年公表の規則）を踏まえて、2023 年分の傷病データを公開したとしている。それによれば、OSHA Form 300A は 37.5 万事業場超の提出データ、Form 300/301 は 85 万件超の部分データを含むとされており、研究・予防への活用を担うとしている。

1.3. 現状の主要課題（構造課題＋新興リスク）

アメリカの産業保健の課題は、制度構造に起因するものと、労働・環境変化に起因するものが重なって顕在化している。

1.3.1. 統計・サーベイランスの限界（過少把握・遅延・分散）

上述の SOII が過少に計上されることについては、BLS 自身がデータ品質研究

ページで認めている。複数の研究によれば、SOII が一部のケースを捕捉できていないこと、また原因特定が一様でないこと、さらに長い潜伏期間の疾病は年次調査では捕捉しにくいことが示されている。こうした過少計上の要因として報告インセンティブの歪みが考えられている。アメリカ会計検査院（Government Accountability Office, GAO）は、労働者側の報復・解雇不安、雇用者側の労災コスト増や入札上の不利益回避などが、報告・記録の抑制要因になり得ると整理している（Government Accountability Office, 2021）。

また、国家レベルの OSH サーベイランスをより「賢く（smarter）」「協調的・費用対効果の高い形で」再設計すべきだという問題意識は、NIOSH・BLS・OSHA が共同で依頼した全米アカデミーズ報告書にも表れている（州機関の役割や、より協調的アプローチの必要性など）（National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018）。

1.3.2. 規制の適用範囲の穴（公務員、零細、自営、所管分散）

OSHA の保護は広い一方で、州・地方公務員が連邦 OSHA の適用範囲外であること、自営業等が適用除外となっていること、さらに鉱山などは別機関である鉱山安全衛生局（Mine Safety and Health Administration, MSHA）の管轄であるなど、制度上の欠陥や地域差が生じる原因となっている。この構造は、災害・疾病の予防策を全国一律の実装として展開することが難しくなり、州ごとの差が産業保健に関する成果のばらつきに繋が

ると考えられている。

1.3.3. 職業性疾病（特に化学物質等）の規制更新の遅さ

アメリカの産業保健課題として頻繁に言及されるのが、化学物質等の職業曝露限界（Occupational Exposure Limit, OEL）更新の難しさである。OSHA は、許容曝露限界（Permissible Exposure Limit, PEL）が古く不十分なものが多いことから、雇用者は NIOSH の推奨曝露限界（Recommended Exposure Limit, REL）を下回るように管理することを推奨している（Occupational Safety and Health Administration, 2025）。

また OSHA は、既存の PEL（Z テーブル）に対して、Cal/OSHA PEL、NIOSH REL、ACGIH TLV 等を併記した注釈付き PEL 表を提供している。このため、実務上は複数の基準を参照しながら管理する運用になりがちであり、企業側にとっては、より保護的な基準を自主的に採用する動機になり得る一方、社会全体としては、法的強制力のある基準が追いつかないという構造的な課題ともなっている。

1.3.4. 新しい雇用形態（派遣労働者・臨時労働者・ギグワーカー）への保護の最適化

サプライチェーン化・外部委託化・プラットフォーム化の進展により、責任境界が曖昧になりやすい領域が拡大している。NIOSH は派遣・臨時労働者保護のベストプラクティスを公表し、契約・教育訓練・傷病報告などを含む実装上の要点を整理している（National Institute for Occupational Safety and Health, 2022）。ギグワーカーについては、健康脆

弱性を新たな健康の社会的決定要因として捉える整理や（Rodriguez et al., 2022）、プラットフォーム媒介労働と健康影響を扱うレビュー研究がある（Margerison et al., 2025）。これらの新しい領域は、従来の「同一事業場・長期雇用」を暗黙前提とした産業保健モデルではカバーしにくく、責任分担（ホスト企業、派遣元、プラットフォーム等）と実効性ある介入設計が課題となる。

1.3.5. 労災補償に関するデータの分散

アメリカの労災補償（Workers' Compensation）は州制度が中心である。議会調査局（Congressional Research Service, CRS）は、ほぼ全州に労災補償制度はあるものの、連邦レベルの義務付け・全国標準・連邦監督は基本的に存在しないと整理しているほか（Congressional Research Service, 2020）、NIOSH も、労災補償データについて中央の単一ソースがないこと、州ごとに収集状況が異なること、連邦所管雇用については別のデータベースで管理されていることを問題視している（Szymendera, 2020）。

したがって、予防（一次）・補償（二次）・復職（三次）をデータに基づいて改善することを検討する場合には、データ統合と比較可能性がボトルネックとなりやすい構造となっている。

1.3.6. トランプ政権成立と OSHA の規制権限をめぐる問題

2025 年 1 月に第 2 次トランプ政権が成立したことにより、政府による人員削減が進んでいる。2025 年 3 月の報道に

よれば、Robert Kennedy Jr. 保健長官は、アメリカ人の健康状態の悪化に対して保険福祉省が非効率で「広大な官僚機構」であると非難し、約 10,000 人規模のレイオフを実施した。DOL 管轄の組織も例外ではなく、NIOSH では約 1,000 人の従業員のうち約 850 名が解雇され、NIOSH の下で進められているさまざまな研究プロジェクトに影響が出るとされている（Stobbe 2025, Seitz 2025）。

また、OSHA は、OSH 法に基づき広範な領域において規制権限を行使しているが、Loper Bright Enterprises v. Raimondo 事件連邦最高裁判決（603 U.S. 369（2024））により、当該規制領域における専門的な知見を基に制定された行政規則を裁判所は尊重すべき、とのいわゆる Chevron 敬讓（Chevron Deference）が明示的に否定されたため、今後の OSHA による行政規則を通じた規制権限の行使が危ぶまれている。

参考文献：

- Government Accountability Office. (2021). *Workplace safety and health: Actions needed to improve OSHA's data collection and oversight of employer injury and illness recordkeeping*. GAO-21-122.
<https://www.gao.gov/assets/720/712214.pdf>
- Margerison, C. E., Joachim, G. E., Michling, T. R., & Johnson, C. Y. (2025). Platform-Mediated Gig Work and Health: A Scoping

- Review. *American Journal of Industrial Medicine*, 68(9), 729-739.
<https://doi.org/10.1002/ajim.70007>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2018). *A Smarter National Surveillance System for Occupational Safety and Health in the 21st Century*. The National Academies Press.
<https://www.nationalacademies.org/read/24835>
 - National Institute for Occupational Safety and Health. (2019). *A Smarter National Surveillance System for Occupational Safety and Health in the 21st Century: The NIOSH Plan to Implement the National Academies' Program Evaluation Recommendations*.
https://stacks.cdc.gov/view/cdc/137478/cdc_137478_DS1.pdf
 - National Institute for Occupational Safety and Health. (2022). *Protecting Temporary Workers: Best Practices for Host Employers*. NIOSH Publication No. 2022-126.
<https://www.cdc.gov/niosh/docs/2022-126/pdfs/2022-126.pdf>
 - National Institute for Occupational Safety and Health. (2024). *Total Worker Health®*. NIOSH (CDC).
<https://www.cdc.gov/niosh/twh/>
 - Noor, D. (May 15, 2025). Trump pick for workplace safety agency sparks fears heat protections will be derailed. *The Guardian*.
<https://www.theguardian.com/us-news/2025/may/15/trump-osh-pick-heat>
 - Occupational Safety and Health Administration. (2025). *Permissible Exposure Limits—Annotated Tables*.
<https://www.osha.gov/annotated-pels/>
 - Rodriguez, F., Sarraju, A., & Turakhia, M. P. (2022). The Gig Economy Worker—A New Social Determinant of Health? *JAMA Cardiology*, 7(2), 125.
<https://doi.org/10.1001/jamacardio.2021.5435>
 - Seitz, A. (Mar. 28, 2025). Health and Human Services will lay off 10,000 workers and close agencies in a major restructuring. *AP News*.
<https://apnews.com/article/health-human-services-layoffs-restructuring-rfk-jr-fa4e89285e668a3939e20b6cf4c26fd4>
 - Stobbe, M. (Apr. 6, 2025). Layoffs threaten US firefighter cancer registry, mine research and mask lab. *AP News*.

<https://apnews.com/article/cdc-niosh-hhs-layoffs-2bac1f36b5c6361df7cbca8843d9f01e>

- Szymendera, S. D. (2020). *Workers' Compensation: Overview and Issues* (No. R44580). Congressional Research Service. https://www.congress.gov/crs_external_products/R/PDF/R44580/R44580.7.pdf
- U.S. Bureau of Labor Statistics. (2020). *Survey of Occupational Injuries and Illnesses Data Quality Research*. <https://www.bls.gov/iif/data-quality-research/data-quality.htm>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2022). The U.S. Surgeon General's Framework for Workplace Mental Health & Well-Being. <https://www.hhs.gov/sites/default/files/workplace-mental-health-well-being.pdf>

2. 歴史的背景

産業環境医学（Occupational and Environmental Medicine, OEM）の歴史は、労働者の健康を守る取り組みとして発展してきた歴史である。以下では、Guidotti (2023) の叙述から、アメリカにおける産業環境医学を中心とした歴史的背景について概略的にまとめる。

2.1. アメリカにおける初期の時代

アメリカにおける公衆衛生について、国家レベルの問題とされることになった契機として伝染病の伝播が挙げられる。例えば、1793年にフィラデルフィアで発生した黄熱病の流行は、船員が港間を移動したために州レベルでの対処が困難であった。そこで、1798年に「疾病および障害を有する船員の救済に関する法律（Act of Relief of Sick and Disabled Seaman）」が制定され、港湾都市には船員専用の特別病院が設置された。これは、アメリカにおける初期の組織的な産業保健対策の一つであり、後の合衆国公衆衛生局（United States Public Health Service）へとつながる連邦機関の設置の契機となった。

2.2. 産業革命と労働者保護の芽生え（19世紀）

18～19世紀の産業革命で機械化と都市化が進むと、工場労働による災害や職業病が深刻化した。19世紀のアメリカでは1869年に労働統計局が設立され、1870年代から1890年代まで各州で大規模な労働災害が相次いでいたものの、全国的には特別な規制がなされることはなかった。鉄道業は特に脱線事故のリスクが高く、労働者や乗客、事故の周辺にいる人びとに対して致命傷をもたらすことも多かったため、鉄道会社は、自前で多数の医師を雇い入れて労働者の治療に当たらせていた。これは、州をまたがる非軍事組織の医療体制として、アメリカにおける専門的な産業医学の起源になったといわれている。また、鉄道事

故による負傷は、数多くの医療過誤訴訟や損害賠償請求を引き起こしたが、鉄道会社に雇用された医師は常に雇用主側の意見を求められる立場にあり、これが「企業医師（company physician）」の固定観念を生じたともいわれている。

2.3.20 世紀前半：労働者保護の拡大と科学の進歩

20 世紀初頭までにアメリカ各州で労働者災害補償制度が整備され、無過失補償に基づき負傷労働者への医療と補償が迅速化された。社会改革運動も活発化し、フランシス・パーキンスは 1911 年の工場火災を契機に労働時間制限や最低賃金、児童労働禁止などを訴え、ニューディール期に初の女性労働長官として実現した。また医師アリス・ハミルトンは有害物質による職業病を科学的に調査し、曝露規制の必要性を提唱した。彼女は近代産業医学および産業衛生学の創始者とされている。

世界大戦期には生産力確保のため職場の安全衛生が重視され、政府主導での職場環境の監督や研究も行われた。第二次大戦中には企業が従業員向け医療保険を導入し、戦後の雇用と医療保険の結びつきの端緒となった。戦後しばらくは企業による医療提供は「社会化医療」とみなされ敬遠され、産業医学は他の医学分野から孤立を余儀なくされたが、同時期に毒性学や疫学が発展し、職業病の解明が進むとともに産業医学は学問的基盤を強め、1950 年代には専門医制度が確立して正式な医学専門分野として認知された。

2.4. OSHA 法の制定と産業医学の制度化（1970 年代）

1960 年代末になるとアメリカで包括的な労働安全衛生法の制定が現実味を帯び、1970 年に OSH 法が成立して DOL 内に OSHA が設置された。併せて NIOSH が創設され、職場の安全基準策定・研究を担う体制が整備された。さらに同年には環境保護庁（Environmental Protection Agency, EPA）も発足し、公害を含む環境リスクへの対策も強化された。これらによりアメリカの職場安全は大きく前進し、科学に基づく全国統一基準の下で産業医学の役割も拡大した。また 1960 年代にはアスベストによる職業病が社会問題化し、労働衛生への関心が一段と高まった。

2.5. 企業医療の変遷とアウトソーシング（1970-90 年代）

1970 年代には多くの企業が社内医療部門を縮小・廃止して医療サービスを外部委託するようになり、企業専属の産業医は姿を消した。その代替として外部のクリニックが労働者の健康管理を担い、中小企業の従業員もサービスを利用できるようになったため、結果的に産業医療の提供体制は社会全体で安定化した。1990 年代以降になると大企業で自社の健康管理部門を再興する動きや、病院による労働者向け健康サービス提供の広がりも見られた。

2.6. 現代：ウェルネスと健康経営への展開

近年では従業員の健康増進（ウェルネ

ス）や「健康経営」の概念が発展し、1980年代から多くの企業が健康教育・予防プログラムを導入している。これにより従業員の健康と生産性の向上を両立させる効果が確認され、産業医学の対象は伝統的な労働災害の防止から労働者の総合的な健康管理へと拡大した。労働者の健康を守るための産業・環境医学の取り組みは、長い歴史を通じて曲折を経ながらも着実に前進しているといえることができる。

参考文献：

- Guidotti, T. L. (ed.). (2023). *Occupational and Environmental Medicine: Protecting Health at Work and in the Community*. Bloomsbury.

3. 米国の産業保健における担い手・役割・業務内容

3.1. 制度枠組みの基本構造

米国の産業保健は、労働災害 (injury) および職業性疾患 (occupational illness) の予防を中心に、職場の安全衛生を制度として担保する体系である。根幹は OSH 法に置かれ、雇用者と労働者の「別個だが相互依存的」な責務と権利を前提に、規制・執行、研究と勧告、教育・支援が組み合わされる構造である。

規制・執行の中核は米国労働省 (United States Department of Labor, DOL) に属する OSHA であり、基準の策定と執行、報復禁止を含む労働者保護、教育・訓練・支援を行う。一方、研究と勧告の中核は米国疾病予防管理センター

(Centers for Disease Control and Prevention, CDC) に属する NIOSH が担い、職場要因による健康障害の予防に資する科学的根拠の形成と推奨策の提示を行う。

さらに、州・準州が独自に運営する州プランが存在し、連邦プログラムと同等以上の有効性を要件として、州が基準や執行を担う領域がある。このため、産業保健実務は「連邦」「州」「事業者」の多層ガバナンスを前提に設計されることになる。

3.2. 主要な担い手と役割

産業保健に関連して、産業保健専門職以外で、主要な役割を果たす当事者について以下に示す。

3.2.1. 公的機関

3.2.1.1. 連邦の規制・執行機関：OSHA

OSHA は、米 DOL に属する連邦機関であり、職場の安全衛生を「基準設定と執行」「違法な報復の防止を含む反報復規定の執行」「訓練・普及啓発・技術支援」「州プログラムとの協働と監督」によって推進する中核的担い手である。

OSHA の主要業務は次のとおりである。

- **基準の策定と改定：**有害因子や作業方法に関する安全衛生上の必須要件を設定し、全国的に適用する業務である。
- **監督・執行：**監督官が現場調査を行い、基準違反や重大な危険を把握した場合には是正を促し、必要に応じて行政措置（違反指摘・罰則提案等）へつなぐ業務である。

- **監督官の専門性に基づく調査：**
OSHA の監督官はコンプライアンス安全衛生担当官（Compliance Safety and Health Officer, CSHO）と呼ばれ、産業衛生や安全分野の訓練を受けた専門人材として、調査・評価・助言の実務を担う位置づけである。
- **教育・普及啓発と支援策の実装：**
規制だけでなく、研修ネットワークや相談事業などの仕組みを通じ、現場の改善を促す業務である。

3.2.1.2. 州による実施体制：州プラン（OSHA-approved workplace safety and health programs, state plan）

州プラン（OSHA-approved workplace safety and health programs, State Plans）は、州・準州が運営する安全衛生プログラムであり、OSHA の承認を受けて制度運用の一部を担う枠組みである（Occupational Safety and Health Administration, 2020）。現在、民間労働者と州および地方の公務員を対象とした州プランが 22 州、州および地方の公務員のみを対象とした州プランが 7 州存在している。州プランは OSHA により監督され、連邦と同等以上の有効性が求められるが、実務上は、州の所管機関が以下を管轄する。

- **州域での監督・執行：**州が所管する範囲で、調査・是正指導・行政措置を運用する業務である。
- **州独自の基準・ガイダンスの整備：**連邦と整合しつつ、州の産業

特性や課題に応じた運用を行う業務である。

- **教育・相談：**州が提供主体となる支援を実施する業務である。

また、州プランには「民間部門と州・地方政府部門をカバーする型」（22 州）と「州・地方政府部門のみをカバーする型」（7 州）とが存在している。

3.2.1.3. 紛争解決に関する準司法機関：労働安全衛生審査委員会（Occupational Safety and Health Review Commission, OSHRC）

労働安全衛生審査委員会（Occupational Safety and Health Review Commission, OSHRC）は、OSHA の調査により判明した法違反や罰則などをめぐる争いを裁定する。DOL や OSHA から組織的に独立しており、OSHA の調査等が OSH 法に則って運用されることを担保する役割を負う。

OSHRC の主要業務は、争訟化した案件の審理・判断（行政法裁判官による審理を含む）、手続運用、決定の公表などである。

3.2.1.4. 研究・勧告：NIOSH

NIOSH は、職業性の傷病予防に関する研究の実施と予防のための勧告を担う連邦の研究機関である。使命は、職業安全衛生分野の新たな知見を創出し、その知見を実務へ移転することである。制度上、規制執行を担う OSHA とは機能分担関係にある。

NIOSH の代表的業務は以下の通り。

- **研究と知見移転：**曝露・疾病・災害の発生機序、対策技術、介入の

効果等を研究し、実務で使える形に落とし込む業務である。

- **健康ハザード評価（Health Hazard Evaluation, HHE）プログラム**：職場の健康ハザードを評価し、低減策を提案する無償サービスを提供する業務である。HHE は評価と勧告に位置づく。
- **全国職業研究アジェンダ（National Occupational Research Agenda, NORA）**：研究と実践の橋渡しを意図したパートナーシップ型プログラムを運営し、エビデンスに基づく実践の普及を促す業務である。
- **総合労働者保健（Total Worker Health, TWH）**：安全衛生上のハザードからの保護と、傷病予防・ウェルビーイングを前進させる取組を統合する概念枠組みとして、政策・プログラム・実践の統合を促進する（National Institute for Occupational Safety and Health, 2025）。
- **制御階層（Hierarchy of Controls）**：危険源対策の優先順位（除去・代替・工学的対策・管理的対策・個人用保護具）を示す枠組みを提示し、現場のリスク低減の思考を支える業務である（National Institute for Occupational Safety and Health, 2023）。

加えて、NIOSH は人材供給にも関与する。後述の教育研究センター（Education and Research Centers, ERC）により、

産業衛生、産業看護、産業医、産業安全などの中核職種と、周辺学際領域の教育・研究基盤を形成する。

なお、NIOSH の組織配置は政策的再編の影響を受け得る。米国保健福祉省（Department of Health and Human Services, HHS）の 2025 年の再編方針では、健康アメリカ局（Administration for a Healthy America, AHA）の新設と、その下での NIOSH を含む組織統合が示されている。制度運用上は、こうした行政組織の配置変更があっても、研究・勧告という機能類型自体は産業保健の基盤として維持されるのが通常である。

3.2.1.5. 業種別規制：MSHA（Mine Safety and Health Administration）等

産業保健の規制は OSHA が中心である一方、鉱山領域では MSHA（Mine Safety and Health Administration）が主要な担い手となる。MSHA は、連邦鉱山法（Federal Mine Safety and Health Act）に基づき鉱山の安全衛生を所管し、鉱山の定期的な検査等を制度として運用する。

また、MSHA と OSHA の境界は、両者の合意文書により整理されており、鉱山・製錬関連の多くは MSHA の適用を受けるが、連邦鉱山法ではカバーされない領域では OSHA が適用され得るという整理が示されている。ここには、産業保健の担い手が単一ではなく、業種やリスク特性に応じて所管が分化するというアメリカの制度的特徴が表れている。

3.2.2. 産業保健に関する外部支援サ

ービス

3.2.2.1. OSHA の相談事業：現地コンサルテーション（On-Site Consultation Program）

現地コンサルテーション（On-Site Consultation Program）は、主として中小規模の事業場を対象に、危険源の特定と是正、ならびに安全衛生プログラムの構築・改善を支援する仕組みである。具体的に担当するのは州機関や大学等に属するコンサルタントである。現地コンサルテーションの重要な点は、無償・守秘であること、OSH 法の執行とは分離されていることであり、法の執行によらずに現場改善を支援することを目的としている。

3.2.2.2. 教育訓練インフラ：OSHA 研修教育センター（OSHA Training Institute Education Centers）

OSHA 研修教育センター（OSHA Training Institute Education Centers）は、OSHA が認定する非営利組織ネットワークであり、職業安全衛生の教育訓練を提供する担い手である。現場の階層や職務に応じて講座を提供し、制度運用上は「規制を理解し、実装できる人材」を供給する機能を担う。

3.2.2.3. 保険・リスク工学サービス：民間保険事業者

米国の産業保健では、保険領域の周辺サービスが現場改善の重要な一角を占める。代表例として、民間の損害保険会社はリスク工学／損失管理（risk engineering／loss control）サービスとして、危険源の特定、曝露低減、教育訓練、作業手順や設備面の改善助言を提

供する。サービス提供者側には、安全専門職、人間工学（ergonomics）や IH 等の専門家が関与し、研修プログラムやラボ機能（industrial hygiene laboratory）を通じた支援が行われる。

参考文献：

- American Association of Occupational Health Nurses. (2021). *Position statement: Case management: The Occupational and Environmental Nurse Role*. https://www.aaohn.org/Portals/0/docs/Case_Management_The_Occupational_and_Environmental_Health_Nurse_Role.pdf
- National Institute for Occupational Safety and Health. (2025). *Total Worker Health*. NIOSH (CDC). <https://www.cdc.gov/niosh/twh/>
- Occupational Safety and Health Administration. (2016). *Recommended practices for safety and health programs*. OSHA 3885. <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/OSHA3885.pdf>
- Occupational Safety and Health Administration. (2020). *State Plan Policies and Procedures Manual* (No. CSP 01-00-005). https://www.osha.gov/sites/default/files/enforcement/directives/CSP_01-00-005.pdf

- Occupational Safety and Health Administration. (2023). *Identifying Hazard Control Options: The Hierarchy of Controls*. OSHA. https://www.osha.gov/sites/default/files/Hierarchy_of_Controls_02.01.23_form_508_2.pdf

4. 産業保健専門職

4.1. 法令上の定め

アメリカの産業保健は、規制・研究機関だけで完結せず、現場に介入する専門職の実務によって成立するが、産業保健がカバーする範囲や産業医の選任については、OSH 法には特に規定が置かれていない。したがって、企業内に産業医を選任するか否かは事業者の任意となっている。ただし、産業保健専門職が、その業務を遂行していく上で関連する法律は多岐にわたるため、以下では連邦法を中心に領域ごとに列挙しておく。

4.1.1. 雇用差別禁止・合理的配慮（持病・障害・妊娠等を含む）

- アメリカ人障害者法 (Americans with Disabilities Act of 1990, ADA) 第1編：障害（一定の慢性疾患を含み得る）を理由とする差別禁止、合理的配慮、医療情報の取扱い制限（医療照会・健康診断・情報の機密保持等）を定める。
- リハビリテーション法 (Rehabilitation Act of 1973)：連邦政府・連邦補助等に関わる雇用領域の障害差別禁止

等。特に Section 503 は連邦契約者に対し障害者差別禁止と積極的是正 (affirmative action) を要求する。

- 遺伝子情報差別禁止法 (Genetic Information

Nondiscrimination Act, GINA)：遺伝情報に基づく雇用差別の禁止等（健康診断・ウェルネス施策設計にも影響し得る）。

- 妊婦労働者公平法 (Pregnant Workers Fairness Act, PWFA)：

2022 年制定され、2023 年に施行された連邦法であり、妊娠・出産・関連する医療状態に関する「既知の制約」への合理的配慮を要求（一定の事業規模等の適用要件あり）。

- 公民権法第7編 (Title VII of Civil Rights Act of 1964)：

人種・皮膚の色・宗教・性別・国籍等による雇用差別禁止（妊娠等は判例・立法を通じて実務上重要な論点である）。

- 雇用年齢差別禁止法 (Age Discrimination in Employment

Act of 1967, ADEA)：40 歳以上の年齢差別禁止。慢性疾患や就労配慮の論点が年齢と結びつく局面で関連し得る。

4.1.2. 休業・勤務調整（治療・育児・家族介護等）

- 家族医療休暇法 (Family and Medical Leave Act, FMLA)：要件を満たす労働者に、一定の家族・医療事由について「無給・雇

用保障付き」の休業を付与（対象・適用範囲の要件に留意）。

- 公平労働基準法（Fair Labor Standards Act of 1938, FLSA）：2022 年の法改正により、授乳中の母親のための搾乳支援法（PUMP for Nursing Mothers Act, PUMP Act）が、法 207 条(k)として挿入され、授乳中労働者の搾乳のための休憩時間・場所等に関する保護を拡張。
- このほか、各州にて、有給病気休暇や州の家族・医療休暇制度が整備されている。

4.1.3. 労災補償・職業病給付（所得補償・医療給付・復職支援に直結）

- 州の労災補償法：民間企業労働者・州地方公務員の多くは州制度が基本であり、給付範囲・手続・認定基準は州ごとに異なる。
- 連邦被用者保障法（Federal Employees’ Compensation Act, FECA）：連邦職員等の業務上傷病に対する補償（DOL/OWCP が運用）。
- 港湾労災補償法（Longshore and Harbor Workers’ Compensation Act, LHWCA）：一定の海事関連の民間労働者を対象とする連邦補償を定める。
- 黒肺給付法（Black Lung Benefits Act, BLBA）：炭鉱労働者のじん肺（黒肺）等に関する給付（医療給付を含む）。

4.1.4. 医療保険・福利厚生（治療継続・

アクセス確保の基盤）

- 従業員退職所得保障法（Employee Retirement Income Security Act, ERISA）：企業年金・健康保険等の従業員給付制度の報告・開示等を含む基本枠組み。
- 統合予算調整法（Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA）：離職等の特定事由後のグループ保険継続（continuation coverage）に関する枠組みについて規定する。
- 医療費適正負担化法（Affordable Care Act, ACA）：いわゆるオバマケアであるが、健康状態を理由とする不利益取扱い（例：既往症排除）を制限する条項が就労継続・転職時の治療継続に影響することがありうる。
- 精神衛生および依存症衡平法（Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA）：メンタルヘルス・物質使用障害の給付について、医療保険上の均衡（parity）を求める（運用ルール改定等が継続）。

4.1.5. 健康情報・医療情報の取扱い（産業保健情報管理・人事との分離）

- 医療保険の携行性と責任に関する法律（Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA）：HIPAA において、医療

情報の保護について定めるいわゆるプライバシールール（45 C.F.R. Part 164）は、原則として医療機関・保険者等に適用され、雇用主が保有する雇用記録としての健康情報は通常 HIPAA の対象外である点が重要である（ただし保険者機能等との関係は実務上整理が必要）。

- **ADA（医療照会・医療情報の機密保持）**：ADA12112 条(d) (42 U.S.C. § 12112(d)) において、雇用場面（採用前、内定後、在職者など）における医療情報の取扱い、照会・健康診断について、禁止および制限規定を定めている。
- **物質使用障害治療記録の秘匿（42 C.F.R. Part 2）**：SUD 治療記録の機密性に関する連邦規制であり、EAP や紹介先医療等の設計で問題になり得る。
- **プライバシー法 (Privacy Act of 1974)**：連邦機関が保有する個人記録の取扱いに関する枠組み（連邦雇用領域での情報管理の背景規範となる）。

4.1.6. 化学物質・環境規制（職場の有害要因管理に間接的に影響）

- **有害物質規制法（Toxic Substances Control Act, TSCA）**：化学物質の報告・記録・試験等の権限を EPA に付与し、事業者の化学物質管理に影響する。
- **緊急計画及び地域の知る権利に関する法律（Emergency**

Planning and Community Right-to-Know Act, EPCRA）：化学物質の保管・使用・放出の報告等を求め、地域の緊急対応計画とも連動する。

- **スーパーファンド法（Comprehensive Environmental Response, Compensation, and Liability Act, CERCLA）**：有害物質の放出等への対応・責任を定め、公衆衛生・環境と交差する事業場対応が生じ得る。
- **資源保全・再生法（Resource Conservation and Recovery Act, RCRA）**：有害廃棄物を含む廃棄物管理（いわゆる cradle-to-grave）に関する枠組みを定める法律である。

4.1.7. 職場の薬物対策・EAP（制度設計に関係）

- **薬物禁止職場環境（Drug-Free Workplace, 41 U.S.C. 41 U.S. Code §§ 8101-8106）**：連邦契約者・補助金受領者に対して、薬物のない職場の確保（方針周知、啓発、違反時対応等）を求める。

4.2. 産業環境医（Occupational and Environmental Medicine, OEM）

4.2.1. OEM の役割

産業環境医（Occupational and Environmental Medicine, OEM）は、仕事に関連する曝露や作業条件に起因する健康影響の評価・予防・管理を担う専門職である。臨床医学の枠内に閉じず、

作業条件・曝露・職務要求と健康の関係を軸に、集団と個人の双方を対象にする点が特徴である。

代表的業務は次のとおりである。

- **就業に関する医学的評価**：職務要求と健康状態の整合を評価し、就業上の配慮・制限の要否を判断する
- **健康障害の診断・治療と再発防止**：仕事関連の傷病について、医療的管理だけでなく、再発防止の観点から作業条件・曝露・工程を含めて介入点を整理する
- **医療サーベイランス**：特定の有害因子への曝露が疑われる集団に対し、健康影響の早期把握と介入のための健診・追跡の設計と運用を行う
- **学際連携**：産業衛生（industrial hygiene）や安全分野と連携し、工学的対策・作業管理と医学的対策を整合させる

OEMの選任は上述のように企業の任意であるが、大企業を中心として、重工業・科学・医療分野では事実上不可欠であるとされている。

4.2.2. 資格要件

法的な定義はないため、医師であれば従事可能ではあるが、産業環境医学（Occupational and Environmental Medicine, OEM）の専門医となるためには、アメリカ予防医学委員会（American Board of Prevention Medicine, ABPM）が実施する専門医認定試験に合格しなければならない。

この受験資格を得るためには、4年間

の研修と大学院レベルの生物統計学（biostatistics）、疫学（epidemiology）、社会行動学（social and behavioral sciences）、保健サービス管理（health services administration）、環境保健科学（environmental health science）について、最低15単位時間に相当する学修が必要とされる。2024年1月1日現在のOEM認定医は、3,265名となっている。

専門医認定後も、認定を維持するためには、年間20単位の継続的医学教育（Continuous Medical Education, CME）プログラムの受講、2025年以降は、毎年30問の断続的評価プログラムへの回答（Longitudinal Assessment Program, LAP）が必要とされており、さらに2030年からは、健康と医療の改善（Improving Health and Health Care, IHHC）として、専門医の診察を向上させるために設計された活動を完了することも要件とされる予定である。

4.2.3. OEM関連団体

4.2.3.1. 専門職団体（学会・職能団体）

- **アメリカ産業環境医学学会**（American College of Occupational and Environmental Medicine, ACOEM）：米国のOEM医師を代表する最大の職能団体。臨床・実務ガイドライン、教育（CME）、政策提言、学術集会を担う。
- **アメリカ予防医学学会**（American College of Preventive Medicine, ACPM）：予防医学全体の医師職能団体。

OEM は予防医学の主要分野の一つとして位置づけられ、教育・政策面で連携。

- **産業環境臨床協議会**
(Association of Occupational and Environmental Clinics, AOEC) : 産業・環境関連疾患に対応する臨床ネットワーク。臨床家 (OEM 医師等) による症例共有、研究、専門クリニック連携を推進。

4.2.3.2. 専門医認定 (Board Certification) 関連団体

- **アメリカ予防医学委員会**
(American Board of Prevention Medicine, ABPM) : OEM を含む予防医学分野の専門医認定 (Board Certification) を行う認証機関。
- **アメリカ医学専門家委員会**
(American Board of Medical Specialties, ABMS) : 米国の専門医制度の枠組みを統括する上位組織。ABPM はそのメンバーボード。

4.2.3.3. 研修 (レジデンシー) ・教育認定団体

- **大学院医学教育認定評議会**
(Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME) : OEM レジデンシーを含む卒業後医学教育 (GME) プログラムの認定機関。OEM 研修の要件を規定。

4.2.4. OEM の雇用形態

OEM の雇用形態について、2007 年の調

査では、臨床系が 51.6% (独立した産業医学クリニックが 25.2%、複数診療科を有するクリニック・病院が 18.9% など)、企業内専属が 16.3% (製造業 8.2%、その他企業 4.2%、マネジドケア・保険会社 3.1%、鉱業 0.5%、サービス業 0.3%)、コンサルタント／自営業が 11.5% といった数値となっている (Baker et al., 2007)。

20 年近く前のデータのため、現在も同じ状況であるとはいえないものの、全体的には、企業内専属というよりは、臨床やコンサルタントが必要に応じて企業と契約 (外部提供) という形で産業環境医学の知見を活用しているといえるのではないだろうか。

4.3. 産業保健看護師 (Occupational and environmental health nurse, OHN)

4.3.1. OHN の役割

産業保健看護師 (Occupational and environmental health nurse, OHN) は、産業保健サービスの運用者として、臨床と職場支援の接点を担う専門職である。実務上は、法令に定めるところによる看護業務の範囲と組織の方針を前提として、多職種連携 (OEM, IH, 安全衛生専門家等) で設計・実装される。アメリカ産業保健看護師協会 (American Association of Occupational Health Nurse, AAOHN) が公開しているポジション・ステートメントによれば、OHN が果たすべき主な役割は以下の通りである。

- **産業保健看護サービスの提供 :**
職域において応急措置のみならず、継続的ケア、制度運用、法令

遵守、関係者調整を含むプログラム型サービスとして位置づけられている。

- **ケースマネジメント**: 疾病・外傷後のサービス調整を通じて医療と職場と保険制度（労災等）を繋ぎ、早期回復・再発防止・職場復帰に寄与する。
- **労働者健康サーベイランス**: OHN は労働者健康サーベイランスにおいて、プログラムの設計・実装における中心的役割を果たす。

4.3.2. 認証制度

COHN（Certified Occupational Health Nurse）および COHN-S（Certified Occupational Health Nurse in Specialist）は、アメリカ産業保健看護師委員会（American Board for Occupational Health Nurses, ABOHN）が認定する米国の産業保健看護師に対する認証制度であり、登録看護師（Registered Nurse）免許を前提として、産業保健看護に関する実務経験と試験によって専門性を評価する制度である。

COHN が産業保健看護の実務者レベルでの認証であるのに対して、COHN-S は、より高度な産業保健プログラムの設計・運用や多職種連携を担う高度専門職レベルの認証として位置づけられている。

認証にあたっては、RN 免許、学士以上の学位、過去 5 年以内に 3,000 時間以上の産業保健看護実務経験を前提として、有害因子と健康影響、臨床・ケースマネジメント、規制・コンプライアンス、健康増進・予防、プログラム管理（COHN-S）などについて認定試験が実施される。

2024 年の試験結果によれば、COHN が 72 名中 42 名認証（認証率 58.3%）、COHN-S が 109 名中 60 名認証（認証率 55.0%）であり、認証に向けてのハードルはかなり高いようである。2024 年 12 月 31 日現在、認証を維持している看護師は、COHN・COHN-S 合計で 1,952 名となっている。

4.3.3. OHN 関連団体

4.3.3.1. 専門職団体（学会・職能団体）

アメリカ産業保健看護師協会
（American Association of Occupational Health Nurse, AAOHN）

- **位置づけ**: 米国における産業保健看護師の中核的・代表的専門職団体
- **主な役割**: OHN の専門職能の確立と発展、ポジション・ステートメント、実務ガイド、ツールキットの提供、学術集会・教育プログラム・継続教育（CE）の提供、政策提言・アドボカシーなど
- **特徴**: OHN の役割を「臨床＋プログラム運用（制度設計・教育・記録・連携）」として体系化

4.3.3.2. 認証・資格付与団体

アメリカ産業保健看護師委員会
（American Board for Occupational Health Nurses, ABOHN）

- **位置づけ**: 産業保健看護師の専門認証を付与する認証機関
- **主な役割**: COHN/COHN-S 認証の実施・管理、試験ブループリント、受験要件、更新（再認証）の策定、認証を通じた OHN 専門性の第三者評価

- **補足:** AAOHN とは独立した組織だが、職能上は密接に連携

4.3.3.3. 看護全般・基盤団体（OHN の制度的基盤）

アメリカ看護師協会（American Nurses Association, ANA）

- **位置づけ:**
米国最大の看護職全体の職能団体
- **OHN との関係:**
看護実践の倫理規範（Code of Ethics）
看護業務範囲（Scope and Standards of Practice）の枠組み
OHN も ANA の倫理・実践基準を基盤として専門実践を行う

全国州看護委員会協議会（National Council of State Boards of Nursing, NCSBN）

- **位置づけ:**
州看護師免許制度の調整・連携機関
- **OHN との関係:**
RN 免許制度の基盤
看護師免許相互承認協定（Nurse Licensure Compact, NLC）等、州を越えた実践の制度設計

4.3.4. OHN の雇用形態

AAOHN が 2022 年に公開した報酬に関する調査によると、2022 年の AAOHN メンバーの平均年収は 98,842 ドルで、中央値は 95,000 ドルとなっており、2018 年からそれぞれ 13.6%、14.5% 上昇している。また、認証を受けた OHN については、COHN-S が 112,408 ドル、COHN が

93,531 ドルとなっている。

AAOHN のメンバーは、OHN として勤務しているが（26%）、被用者保健看護師（16%）、管理職（15%）として勤務している者も存在している。報酬について示した表の中には、病院、製造業、政府機関、化学企業、食品製造業、保険業、不動産業などが見受けられるため、具体的な比率は不明であるものの、おそらく雇用先としてこうした業種の企業／政府機関にて勤務しているものと推測される。

4.4. インダストリアル・ハイジニスト（Industrial Hygienist, IH）

4.4.1. IH の役割

インダストリアル・ハイジニスト（Industrial Hygienist, IH）は、職場の化学的・物理的・生物学的因子等の健康リスクを科学的に扱い、曝露評価と対策立案を担う専門職である。基本的思考様式は、危険源を予見し、認識し、評価し、制御することである。さらに実務では、対策の有効性を確認して改善ループを回すことが求められ、アメリカ産業衛生協議会（American Industrial Hygiene Association, AIHA）などは ARECC（Anticipate, Recognize, Evaluate, Control, Confirm）として整理している。

業務内容は次のように整理できる。

- **環境・曝露モニタリング:** 作業環境測定、サンプリング計画、分析結果の解釈により、曝露の程度を定量化する業務である。
- **対策設計:** 工学的対策（換気、密閉化等）、作業方法の改善、管理

的対策、個人用保護具の適正化などを組み合わせ、階層制御の優先順位に沿って介入を設計する業務である。

- **規制・基準への技術的支援**: OSHA の監督実務でも IH が重要な役割を担い、調査・基準策定・技術支援に関与する点が特徴である。

4.4.2. IH の認証制度

IH に関しては、グローバル環境・健康・安全 (EHS) 資格認定委員会 (Board for Global EHS Credentialing, BGC) が IH の認証 (Certified Industrial Hygienist, CIH) を実施している。CIH は職場における科学的・物理的・生物学的・人間工学的ハザードを対象として、上記の業務に関する専門性を証明する資格とされている。

CIH を取得するためには、学士以上で、180 時間以上の産業衛生に関する教育 (産業衛生基礎、毒性学、測定・サンプリング、工学的・管理的対策や PPE など) を体系的に受講していること、倫理教育を受けていること、4 年以上の包括的な産業衛生実務経験などが必要である。認定試験に関しては、曝露評価 (50%)、対策の選定・実装・検証 (35%)、リスクマネジメント (15%) の 3 部門から出題される。

CIH 試験の合格率は、概ね 50% 前後で推移しており、現在公開されている資料では、2019 年の CIH (associate を含む) 認定者総数は、6,940 名となっている。

4.4.3. IH 関連団体

4.4.3.1. 専門職団体 (学会・職能団体)

アメリカ産業衛生協議会 (American

Industrial Hygiene Association, AIHA)

- **位置づけ**: 米国における産業衛生分野で最大・最も代表的な専門職団体
- **主な役割**: 産業衛生専門職 (IH、EHS 専門職等) の学術・実務コミュニティ形成、実務ガイドライン、技術文書、教育プログラムの提供、CIH 試験対策教育・継続教育 (CE) の主要供給元など
- **特徴**: 「Anticipate, Recognize, Evaluate, Control (予見・認識・評価・管理)」という IH の基本概念を広く普及させている。

4.4.3.2. 認証・資格付与団体

グローバル環境・健康・安全 (EHS) 資格認定委員会 (Board for Global EHS Credentialing, BGC)

- **位置づけ**: CIH を含む EHS 分野の専門認証を付与する認証機関
- **主な役割**: CIH の受験要件策定、試験実施、認証・更新管理、倫理規定・継続教育 (Certification Maintenance) の運用など
- **補足**: 旧称: アメリカ産業衛生委員会 (American Board of Industrial Hygiene, ABIH) であるが、現在は「グローバル EHS 資格」を掲げ、国際展開を強化している。

4.4.3.3. 基準・ガイドライン策定団体 (曝露限界・技術指針)

アメリカ政府産業衛生専門家会議 (American Conference of Governmental Industrial Hygienists,

ACGIH)

- **位置づけ**: 職業曝露限界 (TLV®) や生物学的曝露指標 (BEI®) を策定する非政府組織
- **主な役割**: 化学物質・物理因子等の科学的レビュー、TLV®/BEI® の年次更新など
- **特徴**: OSHA の法定基準とは異なり、最新科学に基づく「推奨値」として、IH 実務で極めて重要な役割を果たす。

4.4.4. IH の雇用形態・年収

IH の雇用形態については、AIHA のメンバーを対象として調査したデータが存在している。それによれば、回答者の所属として、コンサルタント（自営・雇用）26%、政府機関／軍 19%、製造業 17%、アカデミア／教育 14%、その他 24 % となっている (American Industrial Hygiene Association, 2023)。

年収に関しては、AIHA のメンバーを対象とした調査によれば、年収の平均は 122,925 ドルとなっている (American Industrial Hygiene Association, 2024)。

4.5. 労働安全衛生専門家／技術者 (Occupational health and safety specialist/technician)

米国では労働安全衛生専門家／技術者 (Occupational health and safety specialist/technician) という職種群が、職場の安全衛生マネジメントの実務を担う。BLS の職業情報では、これらの職種は、職場環境や作業手順・設備を評価し、リスク低減のためのプログラムや

手順を設計・実装し、教育・調査（事故・インシデント調査を含む）を行うことが中核業務として整理されている。テクニシャンはデータ収集・測定・実務補助を担い、スペシャリストの分析・設計業務を支える。

参考文献：

- American Association of Occupational Health Nurses. (2022). *2022 Compensation & Benefits Survey*. https://www.aohn.org/Portals/0/docs/AAOHN_2022SalarySurvey_Summary_FINAL.pdf
- American Industrial Hygiene Association. (2024). *2023 Salary and Compensation Study*. https://aiha-assets.sfo2.digitaloceanspaces.com/AIHA/resources/OEHS/AIHA_2023SalaryCompensationStudyExecutiveSummary_06.06-2.pdf
- American Industrial Hygiene Association. (2023). *Insights from Our Membership Survey*. AIHA. <https://www.aiha.org/blog/insights-from-our-membership-survey>
- American Board of Occupational Health Nurse. (2025). *ABOHN At-A-Glance* ABOHN Newsletter 46(2), 7. https://www.abohn.org/sites/default/files/Fall_2025_Newsletter_Final.pdf

- American Board of Preventive Medicine. (2025). *2024 Annual Report*.
<https://www.theabpm.org/wp-content/uploads/2025/03/2024-ABPM-Annual-Report-final-v2.pdf>
- Baker, B. A., Dodd, K., Greeves, I. A., Zheng, C. J., Brosseau, L., & Guidotti, T. (2007). Occupational Medicine Physicians in the United States: Demographics and Core Competencies. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49(4), 388-400.
- Board for Global EHS Credentialing. (2020). 2019 Application, Examination, Certification Statistics.
<https://gobgc.org/wp-content/uploads/2022/05/2019-BGC-Statistics-2020-01-25.pdf>
- U.S. Bureau of Labor Statistics. (2025). *Occupational Health and Safety Specialists and Technicians*.
<https://www.bls.gov/ooh/healthcare/occupational-health-and-safety-specialists-and-technicians.htm>

5. 産業保健における多職種連携

5.1. 協働の前提

米国の産業保健は、大きく分けて以下の2つのベクトルを併走させる形で展開される。

- **臨床ベクトル（個人中心）**：医療スクリーニング等により個人の異常を早期に見出し、診断・治療につなげる
- **予防ベクトル（集団・職場中心）**：サーベイランスやトレンド分析により、背後にある曝露・作業要因を見つけ、原因を除去・低減して再発を防ぐ

5.2. 役割分担の基本構図

5.2.1. 産業環境医が担う領域

産業環境医は、医学的判断と制度対応を含む「医療の最終責任」に近い領域を主に担当する。ACOEM が示すコンピテンシーでも、包括的な産業保健プログラムの企画・設計・評価、医療サーベイランスの設計・管理、労災補償や関連法規の理解、そして多職種チームとの協働・リーダーシップが明示されている。

実務上は、適性判断（fitness for duty）や就業制限の医学的決定、複雑・重症例の診断、治療方針、専門医紹介の妥当性判断、労災補償制度上の因果関係評価（medical causation と法的基準の違いを踏まえた判断）、医療サーベイランス・プロトコルの監修、異常所見の解釈、集団傾向の医学的解釈、会社方針（職務適性、感染症対応、災害時対応等）の医療的妥当性の担保などを担当することになる。

5.2.2. 産業環境看護師が担う領域

OHN は、職場における産業保健活動を日々のオペレーションとして回すための実装責任を主に担当することが多い。典型的な役割は以下の通り。

- クリニック運営、トリアージ、応急処置、フォローアップの実務統括
- 医療サーベイランスの運用（対象者抽出、日程調整、検査実施、結果連絡、再検管理）
- ケースマネジメント（受療調整、復職支援、ステークホルダー調整、コスト管理）
- 健康教育、研修、予防接種や慢性疾患管理などのプログラム運営
- 傷病・災害・曝露データの集計、ダッシュボード化、改善提案

AAOHN の声明では、OHN は傷病後の包括的医療サービスを調整するケースマネジャーとして、評価・計画・実装・評価を統合し、ケアを連続体としてつなぐ役割を担うとされる。

5.3. 典型的な実務上の協働

5.3.1. 配置前健診・定期健診・特定曝露の医療サーベイランス

職場の医療専門職は、特定曝露に関連するスクリーニングとして、配置前（post-offer）の健診、配置判定、定期健診、結果を含む機密性ある健康記録の管理などを担当する。

この領域は「看護師が運用を回し、医師が判定を担保する」という協働が起こりやすい。すなわち、看護師は、対象者管理、問診、検査（例：聴力、スパイロ、薬物検査など）、未受検者フォロー、結果通知、再検査・受診勧奨、データ整備などを担当し、医師は、結果の医学的解釈、就業適性や制限の判断、異常所見の精査方針、職場要因との関連評価、必要

に応じた追加検査・専門医紹介、サーベイランス設計の見直しなどを担当する。

重要点は、医療サーベイランスは傾向から原因を除去する予防志向であり、検査で終わらず職場改善に接続する点にある。看護師がデータの整備・可視化を進め、医師が医学的妥当性をもって「どの曝露対策を優先するか」を助言する形で協働が成立する。

5.3.2. 労働災害・職業関連傷病への対応と復職（return-to-work）

労働関連の疾病・傷病を早期認識・早期介入で管理・治療し、就業制限や一時離業の勧告を行い、復職過程をフォローするための協働は以下のような形を取る。看護師は、初期対応、受診ルート設計（提携医・救急・専門医等）、通院・理学療法等の調整、本人・上長・人事・労災担当・保険会社との連絡、復職計画の運用、受療遵守の支援などを主導する。ケースマネジメントは OHN の中核役割の一つである。また、医師は、診断と治療の妥当性評価、就業制限の医学的根拠付け、職務要求との整合、労災補償上の因果関係・障害評価に関する判断、難治例や再発例への方針決定である。

この場面では、「医師の医学的判断を、看護師が職場のオペレーション（配置・業務調整）に翻訳して実装する」ことである。翻訳とは、医師の制限をそのまま伝えるのではなく、職務分析や現場実態と接続して、実行可能な条件として落とし込む行為ということができる。

5.3.3. 労働者保健サーベイランス（worker health surveillance）と職場要因のは

正

AAOHN は、労働者保健サーベイランス (worker health surveillance) を「職場の傷病トレンドを継続的・系統的に監視し、労働安全衛生を改善する」活動と定義し、医療サーベイランス (臨床中心) とは異なるサーベイランスであるとしている。これは早期発見・治療にとどまらず、原因要因の除去を含むが、サーベイランスには学際的チームが必須であり、OHN、OEM、IH、安全担当等のインプットで現場固有の方針・手順を作り、文書化と継続的で明確なコミュニケーションが必要だとする。この領域では、看護師は、傷病・欠勤・近接事象・部門別発生率などを継続集計し、クラスターや「いつもと違う」兆候を現場で早期に把握し、医師は、その兆候を医学的に解釈し、疑うべき曝露・作業要因・感受性要因を仮説化し、環境測定や作業改善の優先度に落とし込む (IH や労働安全衛生専門家がその調査について協力する)。この場合は、OHN が「現場のセンサー」として働き、OEM が「医学的仮説生成と意思決定」の責任を担う形で協働が成立する。

5.3.4. 健康増進・疾病管理・感染症/災害対応

健康増進や疾病管理の領域では、OHN が教育・運用・接点 (従業員コミュニケーション) を担い、OEM が臨床的妥当性の担保 (ハイリスク者評価、復職基準、検査・隔離・ワクチン方針の整合) を担う形で協働する。

5.4. 協働に関する運用原則

上記の OEM と OHN の協働において、原則となるのは、(1) 業務範囲 (scope of practice) の明確化、(2) 機密保持と情報提供の最小化、(3) 「プログラム運営」と「医学的判断」の二層分離、である。

(1) については、医師免許も看護師免許も州ごとに発行されるため、OEM も OHN も当該州における業務範囲を踏まえてそれぞれの業務を明確化する必要がある。(2) については、労働者と医療側の機密性保持を強調し、経営側には職場の意思決定に必要な情報のみ提供すべきだとしており、OEM と OHN が共同で境界管理 (何を共有し、何を共有しないか) を設計・運用する必要がある。特に復職・配置調整の局面では、この協働が重要となる。(3) は、OHN が運営を標準化し (手順・教育・データ管理)、OEM が医学的判断の品質を担保する (判定基準・例外判断・監査) という二層構造を作ることが重要であると解されている。

5.5. まとめ

米国の実務における産業保健専門職の協働は、OHN が現場運用 (サーベイランス運用、トリアージ、ケースマネジメント、教育、データ整備) を主導し、IH や安全衛生専門家がデータの取得や分析を担当し、最終的には OEM が医学的判断 (就業適性、制限、複雑事例、制度対応、プログラム監修) を担保するという相互補完で成立する構造であり、同一企業における管理職と部下というような関係性がない限り、基本的にはそれぞれの職種に上下関係はないものと考えら

れている。

協働は個々の問題に対する対応にとどまらず、傷病トレンドの監視と原因除去という予防サイクルまで含めて設計され、産業保健専門職は、一つのチームとしてこれに取り組むというところに特徴があるといえよう。

参考文献：

- American Association of Occupational Health Nurse. (2019). *Position Statement*. https://www.aaohn.org/Portals/0/docs/Worker_Health_Surveillance_in_Occupational_and_Environmental_Health.pdf
- American College of Occupational and Environmental Medicine. (2021). *ACOEM OEM Core Competencies: 2021*. https://acoem.org/acoem/media/News/Library/ACOEM_OEM_Core_Competencies_2021-19.pdf
- U.S. Occupational Safety and Health Administration. (1999). *The Occupational Health Professional's Services and Qualifications: Question and Answers*. OSHA 3160. <https://www.govinfo.gov/content/pkg/GOVPUB-L35-PURL-gpo10403/pdf/GOVPUB-L35-PURL-gpo10403.pdf>

6. 個別課題への対応

6.1. 持病の治療と就労の両立支援

6.1.1. 問題の位置づけ

持病の治療と就労継続の両立は、個人の健康問題にとどまらず、企業の労務管理・安全配慮・医療保険設計と直結する構造課題である。

この場合、問題は「治療を理由に労働参加が中断・離職に至ること」をいかに抑制するかである。ゆえに制度・実務上の論点は、(A) 働き続けるための業務調整（合理的配慮）と、(B) 治療のための時間確保（休暇）と、(C) 休業中の所得・保険継続を同時に設計していくために何をすべきかという点に集約される。

6.1.2. データと現状

6.1.2.1. 疾病による負担

CDC は慢性疾患を「1 年以上持続し継続的医療を要する、または日常生活を制限する状態」と定義し、慢性疾患が米国の年間医療費約 4.9 兆ドルの 90%を占めていると示している（Centers for Disease Control and Prevention, 2025）。

また、Watson et al. (2025) によれば、2023 年にアメリカの成人の 76.4% が 1 つ以上の慢性疾患を、51.4% が複数の慢性疾患をそれぞれ有すると報告しており、2013 年から 2023 年の間の疾患の傾向は悪化していることが指摘されている。

6.1.2.2. 就労側の現状（障害のある人の雇用指標）

BLS は 2024 年の「障害のある人」の就業率（employment-population ratio）を 22.7%、障害のない人を 65.5%として

いる。

職種分布にも差があり、2024 年は障害のある人が「販売・事務」20.8%（障害なし 18.4%）、「サービス」19.0%（同 16.3%）、「生産・輸送・資材移動」14.2%（同 12.2%）などに相対的に多いとされる。これらは、配慮設計が職務特性（身体負荷、シフト、顧客対応等）に左右されることを示唆するデータである（U. S. Bureau of Labor Statistics, 2025a）。

6.1.2.3. 企業給付・州制度の「ばらつき」

BLS の被用者給付統計（Employee Benefits Statistics）によれば、2025 年に「有給病気休暇（Paid Sick Leave）」へのアクセスは、労働者全体で 82%となっている。また、2025 年の医療保険加入率は、被用者全体で 48%という統計が示されている（U. S. Bureau of Labor Statistics, 2025b）。

州法上の規定も不均一であり、NCSL は有給の家族・医療休暇（Paid Family and Medical Leave, PFML）プログラムを創設した法域が 13 州+DC となっているほか、時間ベースで付与される病気・安全休暇（Sick and Safety Leave）の付与を義務づける州が 20 州+DC となっており、両立支援は、企業規模・雇用形態・居住州によってアクセス可能な制度が大きく異なることを示している（National Conference of State Legislatures, 2025）。

6.1.3. 法律上の根拠規定と制度的な仕組み

6.1.3.1. ADA（障害者差別禁止法：雇用領域）-合理的配慮の中核

ADA 第 1 編は、原則として 15 人以上

の被用者を雇用する雇用主による障害を理由とする差別を禁止し、合理的配慮を制度の中心に据える。

EEOC の執行ガイダンスは、合理的配慮の類型として職務再編（job restructuring）、休暇（leave）、短時間・時差等の勤務変更（modified or part-time schedules）、再配置（reassignment）等を明示的に扱う（U. S. Equal Employment Opportunity Commission, 2002）。

医療情報の扱いは ADA 関連規則で強く要請され、行政規則（29 CFR § 1630.14）は、医療情報を別様式・別医療ファイルで機密管理し、上司には「必要な就業制限・必要な配慮」に限って共有し得る旨を規定している。

6.1.3.2. FMLA（家族・医療休暇法）

FMLA は、要件を満たす労働者に 12 週の無給・職位保護の休暇を付与する枠組みである。適格要件として勤続 12 か月、直近 12 か月で 1,250 時間、75 マイル圏内に 50 人以上の従業員がいるといった等を示している。

6.1.3.3. 医療保険の継続-ACA と COBRA

ACA の下で、医療保険取引所（Health Insurance Exchange）を通じた民間医療保険の購入については、既往症を理由に加入拒否・保険料上乘せ・必須給付の支払い拒否ができない。

COBRA は雇用主が提供する医療保険について、多くの場合 18~36 か月の継続が可能となるが、通常は保険料全額+2%の事務手数料を被用者が負担しなければならない。

6.1.3.4. 所得補償-州 PFML・州短期障害・

企業 STD（法域差が大）

所得補償に関しては、州の PFML や州の短期障害給付、企業の短期障害給付（Short Term Disability, STD）等の組合せとなる。

6.1.4. 実施主体とステークホルダーの役割

6.1.4.1. 雇用主（人事・労務・法務）

ADA の合理的配慮を「対話型プロセス」で具体化し、FMLA 運用と整合させ、医療情報を分離管理する統制主体である。合理的配慮の具体類型は EEOC ガイダンスに沿って設計される。

また、ライン管理者は、「職務の本質（essential functions）」と現場運用（シフト、配置、危険作業等）を踏まえ、必要な制限・配慮のみ共有を受けて実装する（診断名の共有は原則不要）。

6.1.4.2. 産業保健職

医療情報を「機能の制限」という観点から翻訳し、職務要求と突合して配慮案・復職計画を設計する。

就業継続・復職（Stay At Work/Return To Work, SAW/RTW）について、ACOEM はプロセス改善の枠組みを提示している（American College of Occupational and Environmental Medicine, 2025）。

6.1.4.3. 主治医・医療提供者

診断名そのものより、就労に必要な機能制限・治療スケジュール等を提供し、過剰な情報提供を避けつつ就業計画と治療計画の整合を図る立場である（情報は機密管理の対象である）。

6.1.4.4. 州政府・連邦機関（DOL、EEOC 等）

DOL が FMLA・COBRA の制度運用情報を提示し、EEOC が ADA の執行・解釈指針を

示す。

6.1.4.5. 技術支援機関

職場配慮ネットワーク（Job Accommodation Network, JAN）は、労働省の障害者雇用政策局（Office of Disability Employment Policy, ODEP）の助成で開発・運営され、技術支援センターとして、職場配慮に関する無料・専門・機密の助言を提供する。

6.1.5. 具体的な方策

6.1.5.1. 「合理的配慮」を起点にした標準プロセスの実装

出発点は「休ませる」ではなく「働ける形を作る」ことである。EEOC が類型として示す職務再編・勤務変更・休暇・再配置を、職務の本質と過度負担（undue hardship）評価の中で組み合わせる。

実務上の要点は、診断名中心ではなく機能制限中心（立位/座位、重量物、夜勤、曝露回避、通院頻度等）で設計することである。

6.1.5.2. FMLA を「治療の時間確保」として組み込む

FMLA 要件に該当する場合、12 週の無給・雇用保護を枠として確保し、断続取得や段階的復帰を含めて運用設計することが、離職・長期化を抑える基本である。

6.1.5.3. 所得補償に関する導線の整備（州 PFML・企業 STD の「制度案内」）

PFML の有無は州で異なり、NCSL が示すとおり創設法域は 13 州+DC に限られる。

したがって企業は、対象州では PFML/州短期障害/企業 STD を一本化して案内

し、非対象州では企業給付（STD、病気休暇、休暇積立等）で補う設計が必要となる。

6.1.5.4. 医療保険継続を両立支援の「中核リスク」として管理する

ACAにより既往症での加入拒否等は抑止されているが、雇用喪失・労働時間減に伴う保険移行は依然としてリスクである。

COBRA は多くの場合 18～36 か月の継続を可能とする一方、保険料全額+2%の負担が生じ得るため、雇用主は、早期に被用者に対して選択肢の提示を行う運用が重要となる。

6.1.5.5. 産業保健職による SAW/RTW 設計

ACOEM は、SAW/RTW が「障害の評価・管理」に偏りがちな点を踏まえ、プロセス改善の枠組みを提示している（American College of Occupational and Environmental Medicine, 2025）。これを踏まえ、早期介入、暫定的配慮、段階的復帰、職務要求の再評価を標準化することが有効である。

6.1.5.6. 情報管理（守秘）

29 CFR § 1630.14 が示すとおり、医療情報は分離保管・機密管理が原則であり、上司共有は「必要な制限・必要な配慮」に限定される。守秘の担保は申出のしやすさ、ひいては早期支援の実効性に直結する。

6.1.6. まとめ

米国の両立支援は、(1) ADA（15人以上）に基づく合理的配慮を中心に、(2) FMLA（12週無給・雇用保護、1,250時間・50人/75マイル等の要件）を治療時間の

確保に用い、(3) 州 PFML（13州+DC）や企業給付で所得補償を補完し、(4) ACAの既往症保護と COBRA（18～36か月）で医療アクセスを維持する組合せモデルである。

実務の要諦は、疾病について理解することではなく、機能制限に基づく配慮設計、休暇の断続運用、所得補償と保険継続への導線、医療情報の分離管理を、企業内の標準手順として組み上げる点にある。

参考文献：

- American College of Occupational and Environmental Medicine. (2025). *Work Disability Prevention and Management Guideline*.
https://acoem.org/acoem/media/PDF-Library/Publications/Work_disability_prevention_and_management_Apr-2025.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. (2025). *Fast Facts: Health and Economic Costs of Chronic Conditions*. CDC.
<https://www.cdc.gov/chronic-disease/data-research/facts-stats/index.html>
- U.S. Equal Employment Opportunity Commission. (2002). *Enforcement Guidance on Reasonable Accommodation and Undue Hardship under the ADA*. U.S. Equal Employment

- Opportunity Commission.
<https://www.eeoc.gov/laws/guidance/enforcement-guidance-reasonable-accommodation-and-undue-hardship-under-ada>
- NIHCM Foundation. (2023). *The growing burden of chronic diseases*.
<https://nihcm.org/publications/the-growing-burden-of-chronic-diseases>
 - National Conference of State Legislatures. (2025). *Paid Leave: State Family and Medical Leave Laws*. NCSL.
<https://www.ncsl.org/labor-and-employment/state-family-and-medical-leave-laws>
 - National Institute for Occupational Safety and Health. (2016). *Fundamentals of Total Worker Health® Approaches: Essential Elements for Advancing Worker Safety, Health, and Well-Being*. NIOSH Publication No. 2017-112.
https://www.cdc.gov/niosh/docs/2017-112/pdfs/2017_112.pdf
 - U.S. Bureau of Labor Statistics. (2025a). *Employee Benefits in the United States-March 2025: Table 6. Paid leave benefits*. BLS.
<https://www.bls.gov/news.release/e/ebs2.t06.htm>
 - U.S. Bureau of Labor Statistics. (2025b). *Persons with a disability: Labor force characteristics-2024*. USDL-25-0247.
<https://www.bls.gov/news.release/pdf/disabl.pdf>
 - U.S. Department of Labor, Wage and Hour Division. (2025). *Fact Sheet #28P: The Family and Medical Leave Act*.
<https://www.dol.gov/agencies/whd/fact-sheets/28-fmla>
 - Watson, K. B., Wiltz, J. L., Nhim, K., Kaufmann, R. B., Thomas, C. W., & Greenlund, K. J. (2025). Trends in Multiple Chronic Conditions Among US Adults, By Life Stage, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2013-2023. *Preventing Chronic Disease*, 22, 240539.
<https://doi.org/10.5888/pcd22.240539>

6.2. 高齢労働者をめぐるデータと現状

6.2.1. 問題の位置づけ

国では人口高齢化に伴い、労働市場における高齢労働者（概ね 55 歳以上、特に 65 歳以上）の比重が継続的に高まっている。NIOSH の整理では、55 歳以上の労働者は 2001 年の「約 7 人に 1 人」から、2021 年には「約 4 人に 1 人」へ増加したとされ、また 65 歳以上の就業は過去 20 年で 117%増加している（National

Institute for Occupational Safety and Health, 2024)。

この変化は、年金受給年齢の上昇、医療保険や生活費の必要性等によるものと考えられる。高齢労働者は「負傷頻度は相対的に低い、負傷時の重篤化のリスクが高い」ことから、就労継続の社会的要請と安全衛生・健康配慮の要請を両立させる必要がある。

アメリカの高齢労働者問題は、(a) 労働力確保（生産性・人材不足対策）、(b) 労働災害・疾病の予防、(c) 差別禁止と合理的配慮、(d) 休業・復職・補償の制度設計、を横断する政策課題として位置づける必要があり、その実装局面においては、産業保健職が「データに基づくリスク管理」と「制度上の権利義務を踏まえた職場実務」を接続する役割を担うことが重要となる。

6.2.2. データと現状

6.2.2.1. 主要データソースの概観

米国の高齢労働者をめぐるデータは、(1) BLS による労働力・人口統計（CPS 等）、(2) 致死災害の悉皆統計である CF0I、(3) 非致死の傷病統計である S0II、(4) CDC 系の疫学・公衆衛生統計（慢性疾患等）、(5) 労災補償（州制度）に由来する給付・費用・カバレッジ統計、(6) 事業場内データ（OSHA ログ、欠勤、休職、EAP 利用、保健指導等）が相互補完的に用いられる。

6.2.2.2. 高齢者の死亡災害の現状

BLS の CF0I では、2023 年の死亡労働災害率（10 万人当たり）は、全労働者が 3.5 であるのに対し、55-64 歳は 4.3、65 歳以上は 8.7 となっている。65 歳以上

は全体平均の約 2.5 倍の水準であり、高齢化とともに「致死リスクが上がる」現象が統計上も明白である（U. S. Bureau of Labor Statistics, 2024）。

6.2.2.3. 非致死災害（傷病）と重篤度

2009 年の非致命的労働災害（休業を伴うケース）について、55-64 歳および 65 歳以上では、全体の発生率が若年層と同等か低い一方、休業日数の中央値が年齢とともに増加し、55-64 歳で 11 日、65 歳以上で 12 日と長くなっていることを示している（Centers for Disease Control and Prevention, 2011）。

6.2.2.4. 健康状態（慢性疾患の併存）と就労への影響

高齢労働者の安全衛生は、職業性因子のみならず、慢性疾患・多疾患併存（MCC）と不可分である。Watson et al. (2025) による行動リスク因子監視システム（Behavioral Risk Factor Surveillance System, BRFSS）分析では、2023 年に 65 歳以上の 93.0%が「1 つ以上の慢性疾患」を、78.8%が「2 つ以上の慢性疾患」を報告したとされる。これらは疲労・平衡機能・服薬・疼痛・可動域の低下などを理由として転倒や過負荷、回復遅延のリスク要因となり得るため、産業保健は「作業条件（hazards/exposures）」と「健康条件（chronic conditions）」を統合した総合労働者保健（TWH）型のアプローチを取る必要がある。

6.2.3. 法律上の根拠規定と制度的な仕組み

6.2.3.1. OSH 法：一般義務と記録規則

米国の職場安全衛生は、OSHA（労働安

全衛生局）による規制・執行と、雇用主の一般的安全配慮義務により枠づけられる。OSHA の根拠法である OSH 法上、雇用主には「認識された危険がなく、死または重大な身体的危害を引き起こし得るハザードから自由な職場」を提供する義務が規定されている（29 U.S.C. § 654）。

加えて、29 CFR Part 1904 に基づき、多くの事業者は労働災害・疾病を記録し（フォーム 300/300A/301）、年次サマリーの掲示、一定期間の保存、求めに応じた開示等を行う。これは、S0II 等の統計の実務基盤でもある。

6.2.3.2. 労災補償：州法中心

労災補償は原則として州法により設計され（連邦レベルでは、連邦職員等を対象とする限定的プログラムがある）、給付範囲や手続は州ごとに異なるが、一般に医療給付・休業補償・障害給付・遺族給付等を提供している。

また、制度全体の給付・費用・カバレッジに関する統計として、全国社会保障アカデミー（Nasional Academy of Social Insurance, NASI）の年次報告が参照される（National Academy of Social Insurance, 2024）。

6.2.3.3. 雇用差別・合理的配慮：ADEA と ADA

高齢労働者の雇用に関連する法律として、ADEA と、ADA がある。ADEA は 40 歳以上に対する雇用上の年齢差別を禁止する一方、ADA は、適格な障害者に対し、過度の困難（undue hardship）とならない限り合理的配慮（reasonable accommodation）を提供することを雇用

主に求める。

高齢それ自体は保護属性（年齢）であるが、加齢に伴う機能障害や慢性疾患が ADA 上の障害に該当し得る局面があり、実務では ADEA と ADA の交差領域が頻出する。

6.2.3.4. 休業・復職：FMLA

FMLA は、一定要件を満たす労働者に対し、家族・医療上の理由による無給の職務保護休暇と、休暇中の団体健康保険の継続等を保障し、復帰時の原職（または実質的同等職）復帰を求める制度である。高齢労働者本人の治療・介護に加え、高齢親族の介護等、家族責任の観点でも関係する。

6.2.4. 実施主体とステークホルダーの役割

米国の高齢労働者施策は、行政・企業・保険・医療・労使・地域資源が多層的に関与する。

6.2.4.1. 連邦行政機関

OSHA（規制・執行、記録制度）、BLS（CF0I/S0II/CPS 等の統計）、NIOSH（研究・監視・ガイダンス、Productive Aging や TWH の推進）、EEOC（ADEA/ADA 等の執行）、WHD（FMLA 等）がそれぞれの権限に基づき機能する。

6.2.4.2. 州・地方レベル

州の労災補償機関（給付設計と審査）、州プラン（該当州における OSH 法の執行）、公衆衛生機関が関与し、地域ごとの制度差が実装差として現れる。

6.2.4.3. 企業

企業内外の実装主体として、雇用主（経営・人事・現場管理・安全衛生部門）、労働組合、労災保険者・サードパーティ

管理者、医療提供者、職業リハビリ、障害者雇用支援機関等が連携する。

この中核に位置づけられるのが産業保健職であり、制度横断の調整機能と科学的根拠に基づく介入設計の双方を担うことになる。

具体的には、事業場内の災害・欠勤・健康データを、年齢だけでなく職種・作業・シフト・経験年数・場所等と掛け合わせて解析し、真の高リスク領域を特定するサーベイランスを行い、次に階層的対策（工学的対策→管理的対策→個人防護）を前提として、転倒・交通要因・筋骨格負荷・暑熱などのリスク低減を具体化するハザード管理を、さらに ADA の合理的配慮や FMLA の休暇運用、労災補償の復職管理を整合的に運用できるよう、機能制限の評価、職務分析、代替案提示、復職プランニングという就労継続支援を行う。そして、安全対策が「高齢者排除」に転化しないよう、年齢差別・ステイグマを抑制し、全労働者に通用するユニバーサルデザインと公正な手続の枠組みに落とし込むことが求められる。

6.2.5. 具体的な方策

6.2.5.1. データ駆動のリスク把握と意思決定

高齢労働者対策は、企業内データ（OSHA ログ、休業情報、ヒヤリ・ハット、配置転換、欠勤、健康診断や保健指導の集計など）と公的統計（CFR/OSHA、CPS 等）を接続し、「年齢別に何が起きているか」を特定することである。致死災害率が 65 歳以上で顕著に高いというデータを踏まえ、自社の作業・職種・災害類型の寄与を分解することが有効である。

6.2.5.2. 転倒・骨折を軸とした安全衛生対策（環境・作業・教育）

Centers for Disease Control and Prevention (2011) は、高齢労働者で転倒（同一面）や骨折、股関節損傷が相対的に高いことを示し、床面の清掃・乾燥・照度・つまずき要因除去等の具体策を提案している。したがって、産業保健職は、「転倒ハザードの体系的評価（歩行動線、段差、床材、気象要因、靴、荷物運搬、夜勤照度等）」と「工学的対策（滑り抵抗、手すり、レイアウト、清掃手順）」の優先度を高く設計することにより、年齢に依存しないユニバーサルな安全設計として実装することが必要である。

6.2.5.3. 作業能力と慢性疾患を踏まえた職務再設計（エルゴノミクスと負荷管理）

65 歳以上では、慢性疾患を抱える者が多いため、「治療と仕事の両立」が可能な設計が必要である（Watson et al., 2025）。

産業保健職は、エルゴノミクスに基づく重量物取扱いの低減、反復作業の分散、姿勢負担の軽減、休憩設計、交代制の負荷評価などを、年齢別の「回復時間の長さ」を織り込んで最適化する。統計が示す高齢労働者の休業日数の中央値の増加は、同一の負傷でも生産損失と生活影響が大きくなり得ることを意味し、予防投資の費用対効果を強く支持する根拠となる。

6.2.5.4. 合理的配慮（ADA）と年齢差別回避（ADEA）の実務化

高齢労働者支援は「保護」ではなく「権利と安全」の両立として設計すべきであ

り、ADEA と ADA の規定に目を向ける必要がある。

産業保健職は、人事・法務と連携し、(a) 職務の本質的機能の明確化、(b) 医学的情報の適正取扱い、(c) インタラクティブ・プロセス（対話）を通じた配慮案の立案（例：補助具、作業方法変更、勤務時間調整、配置転換、在宅勤務等）、(d) undue hardship 評価の記録化、を標準手順として整備する役割を担う。

6.2.5.5. 休業・復職・補償の統合運用 (FMLA／労災補償)

産業保健職は、休業の法的枠組み (FMLA) と、労災補償の実務（州制度・保険者対応）を統合し、「早期介入・適切な治療誘導・段階的復職・再発防止」を一連のプロセスとして設計することが要諦である。

6.2.5.6. Total Worker Health による統合プログラム化

Total Worker Health は、安全衛生ハザードからの保護と健康増進・疾病予防を統合する枠組みである。高齢労働者対策では、転倒・過負荷などの作業起因リスク低減（安全衛生）と、慢性疾患管理・睡眠・運動・栄養・メンタルヘルス等（健康施策）を、職務設計・勤務制度・管理職教育・職場文化に埋め込む形で統合することが、施策の持続性と公平性を高める。

6.2.6. まとめ

アメリカの高齢労働者をめぐるデータは、BLS の労働力統計、CFR（死亡災害）、SOII（非致死傷病）を軸に、CDC 系の健康統計や州ベースの労災補償統計が補完する形で構成されている。近年、

65 歳以上の就労参加は一定程度増加し、死亡災害では高齢層の致死率が高いことが示される。非致死では、発生率が低くても休業が長期化し、転倒や骨折等が目立つという「重篤度」の問題が前景化する。さらに慢性疾患の多疾患併存は、治療と就労の調整を常態化させる。

制度的には、OSHA 法、ADEA、ADA、FMLA、そして州の労災補償が重層的に並立するため、産業保健職は、この制度の分節を現場で統合し、データに基づくリスク把握、交通要因・転倒・筋骨格負荷などのハザードコントロール、合理的配慮の手続化、休業・復職支援の接続、そして年齢差別を生まない文化形成を一体として実装する役割を果たすことが期待される。高齢労働者対策は、個人の年齢に介入することではなく、職場の設計を「誰にとっても安全で持続可能」に再設計する産業保健の本務である。

参考文献：

- U. S. Bureau of Labor Statistics. (2023). *Employment Projections-2022-2032* (USDLE-23-1941). U. S. Department of Labor. https://www.bls.gov/news.release/archives/ecopro_09062023.pdf
- Petery, G. A., Grosch, J. W., & Chosewood, L. C. (2023). *Clearing Up Myths About Older Workers While Understanding and Supporting an Aging Workforce / Blogs* / CDC. <https://blogs.cdc.gov/niosh->

[science-blog/2023/09/25/older-workers/](https://www.cdc.gov/science-blog/2023/09/25/older-workers/)

- National Institute for Occupational Safety and Health. (2024). *Aging Workers Data and Statistics*. Aging. <https://www.cdc.gov/niosh/aging/data-research/index.html>
- U. S. Bureau of Labor Statistics. (2024). *Census of Fatal Occupational Injuries Summary, 2023* (USDL-24-2564). <https://www.bls.gov/news.release/pdf/cfoi.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2011). Nonfatal occupational injuries and illnesses among older workers—United States, 2009. *MMWR*, 60(16). <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6016.pdf>
- Watson, K. B., Wiltz, J. L., Nhim, K., Kaufmann, R. B., Thomas, C. W., & Greenlund, K. J. (2025). Trends in Multiple Chronic Conditions Among US Adults, By Life Stage, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2013-2023. *Preventing Chronic Disease*, 22, 240539. <https://doi.org/10.5888/pcd22.240539>
- National Academy of Social Insurance. (2024). *Workers'*

compensation benefits, costs, and coverage: 2021 data. National Academy of Social Insurance.

<https://www.nasi.org/wp-content/uploads/2024/02/2024-WC-Report-2021-Data-Final.pdf>

6. 3. 女性特有の健康課題への職場対応

6.3.1. 問題の位置づけ

アメリカにおける女性特有の健康課題（月経関連症状、更年期〔周閉経期を含む〕症状、子宮内膜症等の慢性婦人科疾患、妊娠・産後・授乳期の健康課題）への職場対応は、個人の体調管理に留まらず、「差別禁止」「合理的配慮」「休業・就業継続」「安全衛生（曝露管理）」を同時に扱う統合課題である。アメリカの場合、合理的配慮を軸に“職務上の制限（limitations）”へ翻訳して運用する法制度があるため、症状の波やプライバシー配慮が要る女性特有課題と親和性が高いものの、制度運用が不十分だと管理者裁量やスティグマにより支援が届かないという構造的な問題が生じやすいと解されている（Delamater & Roux, 2024）。

産業保健職の役割は、(1) 医学的事実を最小限の機能情報として整理し、(2) 法令・社内手続に沿う合理的配慮案（休憩、温熱環境、勤務形態、職務再設計、休業等）を提示し、(3) 妊娠・授乳を含む生殖健康リスクに対して曝露評価と低減策を設計し、(4) 人事・現場管理者・労働者をつなぐ運用ガバナンスを構築する“制度実装者”となる点にある

(National Institute for Occupational Safety and Health, 2024b)。

6.3.2. データと現状

6.3.2.1. 月経関連症状と就業への影響

米国の就業女性を対象とする研究では、月経周期に関連する症状が労働生産性の自己評価に影響し、特に出血期や出血前の時期に生産性がよりネガティブに評価されやすいことが示されている。372名の就業女性（米国）を対象とした Raves et al. (2025)による横断研究は、月経関連症状が周期の各相で観察され、自己申告症状が生産性認知と独立性に関連すると指摘している。

一方で、雇用主が提供する月経健康プログラムや支援資源は十分ではないという問題意識が研究・政策文書の双方で共有されている。Delamater & Roux (2024) のブリーフも、月経と更年期が職場でタブー視されやすく、支援や柔軟性の周知不足が相談抑制につながると整理している。

6.3.2.2. 更年期（周閉経期を含む）と就業影響

Faubion et al. (2023) の研究は、更年期症状が就業アウトカム（欠勤・生産性低下・職務上の不利益）に結び付く可能性を示し、職場環境の支援性向上の必要性を示唆している。

6.3.2.3. 婦人科疾患（例：子宮内膜症）

子宮内膜症は慢性疼痛、疲労、メンタルヘルスへの影響等を通じて就業継続に関わり得る疾患であり、生活の質に影響を及ぼすと考えられているが、産業保健の観点では、単発の体調不良としてではなく、反復・慢性の機能制限として把

握し、職務設計と配慮を反復的に見直す枠組みが重要となる (U.S. Equal Employment Opportunity Commission, 2002)。

6.3.3. 法律上の根拠規定と制度的な仕組み

米国の女性特有課題への職場対応は、①合理的配慮、②差別禁止、③休暇、④授乳、⑤安全衛生の重層で構成される。

6.3.3.1. 妊娠・出産に関する合理的配慮

PWFA は、妊娠・出産・関連する医学的状态に起因する「既知の制限」に対し、雇用者に合理的配慮を求める枠組みである。EEOC による行政規則は、2024 年 6 月 18 日に施行されている。

ただし PWFA をめぐっては、中絶についても合理的配慮の対象となると行政規則に規定されたこと (29 C.F.R. § 1636(b)) をめぐって裁判が提起され、Louisiana v. EEOC (784 F.Supp 3d 886 (2025)) において、連邦裁判所は、EEOC が雇用主に対して中絶配慮義務を定めたことは PWFA により EEOC に対して与えられた権限を越えるとして同規定を無効とすると判示した。この裁判例により、PWFA 自体が無効とされたわけではないが、産業保健職による制度の実装に当たっては、最新の司法判断を前提に運用設計を更新していく必要がある。

6.3.3.2. 3-2. 障害としての配慮

月経や更年期そのものが常に ADA 上の「障害」に該当するわけではないが、症状や合併症の態様により職務上の制限が生じる場合、ADA の合理的配慮プロセスで取り扱われる可能性が生じる。EEOC の執行ガイダンスは、休業、短時間

勤務、職務再設計、方針修正、配置転換等を合理的配慮の典型として整理している。

産業保健職は、診断名の過剰な開示を避けつつ、就業上必要な機能情報（できること・できないこと、頻度、期間、再評価時期）を整理し、法的判断と現場運用を両立させる役割を担う。

6.3.3.3. 休暇

FMLA は、一定の要件を満たす労働者に年 12 週の無給・雇用保護休業と、休業中の団体健康保険維持を与える。

有給の家族・医療休業（PFML）は州ごとに給付水準・対象・開始時期が異なっている。2025 年時点の州の PFML 進捗をまとめた政策ブリーフも存在する（Prenatal-to-3 Policy Impact Center, 2025）。

6.3.3.4. 授乳（搾乳）

FLSA 内に規定された PUMP Act の下で、多くの授乳中労働者は、出産後 1 年まで、必要に応じた合理的な搾乳休憩時間と、浴室以外の遮蔽された場所の提供を受ける権利を有し（U.S. Department of Labor, Wage and Hour Division, 2025）、また PWFA により、授乳に関して雇用主に合理的配慮を求める権利を有する（U.S. Equal Employment Opportunity Commission, 2024b）。

この領域は設備（場所）と運用（休憩・代替要員）の両方が必要であり、産業保健職が衛生・動線・工程制約を踏まえた実装設計に関与する余地が大きい。

6.3.3.5. 安全衛生：生殖関連リスクの曝露管理

OSHA は生殖有害要因（reproductive

hazards）として、鉛、放射線、特定のウイルス等を例示し、不妊、流産、先天異常、発達障害等の健康影響を整理している。

NIOSH は、職場曝露・作業条件が性・生殖健康に影響し得ること、そして雇用者・労働者が曝露低減のために参照できる情報を提供している（National Institute for Occupational Safety and Health, 2024）。

6.3.4. 実施主体とステークホルダーの役割

- **雇用者（経営）**：配慮・休業・福利厚生・EHS 体制への投資、管理者責任、リスクマネジメントを担う。PWFA/ADA/FLSA 等へのコンプライアンスは経営責任である。
- **人事・法務（HR/Legal）**：申請受付、適用法令の特定（PWFA/ADA/FMLA/州 PFML 等）、対話プロセス、記録管理、差別・報復防止を担う。
- **産業保健職（OH/EHS）**：
 1. 個別ケースの機能評価と、必要最小限の医療情報で成立する配慮要件の整理（ADA/PWFA 実装の技術）。
 2. 妊娠・授乳期を含む生殖健康リスクの曝露評価、工程・環境の改善提案（OSHA/NIOSH の知見の現場適用）。
 3. スティグマ低減の教育、相談導線（EAP/医療受診）設計、プライバシー確保の運用監査。
- **現場管理者**：日々の運用（シフト、休憩、職務配分、ハラスメント予

防)の実行主体であり、制度の実効性と公平性は管理者行動に依存する。

- **行政機関 (EEOC/DOL/OSHA) :** 規則・ガイダンス・執行を通じて最低基準と解釈を与える。

6.3.5. 具体的な方策(産業保健職の役割を中心に)

6.3.5.1. 合理的配慮プロセスを「機能情報」中心に標準化する

産業保健職は、診断名の収集を最小化しつつ、(a) 症状による制限(例:長時間立位不可、頻回トイレ、温度調整、集中困難、睡眠障害等)、(b) 必要な調整(休憩、時短、在宅、軽作業、空調、ユニフォーム選択等)、(c) 期間・再評価、をテンプレート化する。これは EEOC が示す合理的配慮類型(休業、短時間、職務再設計等)に沿い、運用のばらつきを抑制する。

6.3.5.2. 月経・更年期は「開示不要でも使える」低コストの環境を整備

Delamater & Roux (2024)は、柔軟な勤務、休憩、トイレアクセス、温熱環境・換気、制服や服装の配慮、月経用品の提供等を含む実践例を示している。

産業保健職は、スティグマと申告障壁を下げるために、“特別扱い”ではなく、快適性・安全性・衛生の改善として EHS 施策に位置付け、全員が利用できる設計にすることが必要である。

6.3.5.3. 月経症状の生産性影響を「健康投資」の論点に翻訳する

Raves et al. (2025)の研究は、周期相により生産性認知が変動し、自己申告症状が生産性と関連することを示して

いる。

産業保健職は、欠勤や出勤しているが能率が低下している状態(Presenteeism)、離職リスクを指標化し、柔軟勤務や休憩、症状教育、受診勧奨を「生産性・定着・安全」の重要業績評価指標(Key Performance Index, KPI)で評価する枠組みを設計すべきである。

6.3.5.4. 更年期対応: “症状の波”を前提に、勤務形態・環境・休業の組合せで支える

更年期症状が就業アウトカムに影響し得ることを踏まえ、温熱環境調整、休憩、シフト柔軟化、在宅・ハイブリッド、短時間勤務、必要時の休暇(FMLAや企業制度)を組み合わせる設計が合理的である。

産業保健職は、症状の自己管理支援(睡眠、ストレス、受診導線)と、職務上のリスク(安全クリティカル作業等)を同時に評価し、就業可否判断と配慮条件を更新する運用を担う。

6.3.5.5. 妊娠・産後・授乳は「配慮(PWFA) + 曝露管理(OSHA/NIOSH) + 設備(FLSA)」の三点セットで実装する

- **PWFA:** 妊娠等に伴う既知の制限に合理的配慮を付与する枠組み。
- **OSHA/NIOSH:** 生殖有害要因の認識と曝露低減の考え方を参照し、作業転換・工学的対策・保護具・作業時間調整等を優先順位付けする。
- **FLSA (搾乳):** 場所(浴室以外・遮蔽)と時間(合理的休憩)を具体要件として整備する。

産業保健職は、個人の制限情報（PWFA/ADA）と、工程・環境のリスク（OSHA/NIOSH）と、施設・運用要件（FLSA）を同一のケースマネジメントに統合し、「現場が回る手順書」まで落とし込むことが要諦である。

6.3.5.6. 州 PFML 等の外部制度を“就業継続の設計図”に組み込む

休業・時短・復職を設計する際、FMLA（無給）に加え、州 PFML（有給）の適用可能性を早期に確認し、経済的障壁を下げることで支援の実効性を高める。

産業保健職は、人事と連携し、対象州の制度差を踏まえた「標準フロー＋州別分岐」を整備し、従業員が迷わず申請できる状態を作るべきである。

6.3.6. まとめ

米国の女性特有健康課題への職場対応は、合理的配慮（PWFA/ADA）、休業（FMLA＋州 PFML）、授乳の時間・場所（FLSA）、安全衛生（OSHA/NIOSH）という複数制度の接合面に成立する。

月経・更年期はスティグマと症状の波が本質であるため、開示の有無に左右されない環境整備と、必要時に合理的配慮・休業へ接続できる標準手続の両輪が必要である。

この統合を担えるのが産業保健職であり、機能情報に基づく配慮設計、曝露管理、設備要件の実装、指標設計による運用の公平性確保を通じて、就業継続と安全配慮を同時に達成することが可能となる。

参考文献：

- Delamater, E., Roux, M. (2024). *Let's talk about it: Menstruation and menopause at work*. U.S. Department of Labor, Women's Bureau. <https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/OPA/MenstruationAndMenopauseAtWork.pdf>
- Faubion, S. S., Enders, F., Hedges, M. S., Chaudhry, R., Kling, J. M., Shufelt, C. L., Saadedine, M., Mara, K., Griffin, J. M., & Kapoor, E. (2023). Impact of menopause symptoms on women in the workplace. *Mayo Clinic Proceedings*, 98(6), 833-845. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2023.02.025>
- National Institute for Occupational Safety and Health. (2024). *About Reproductive Health in the Workplace*. <https://www.cdc.gov/niosh/reproductive-health/about/index.html>
- Prenatal-to-3 Policy Impact Center. (2025). *State policy progress on paid family and medical leave in 2025*. Prenatal-to-3 Policy Impact Center. https://pn3policy.org/wp-content/uploads/2025/10/2025-State-Progress-on-PFML_PN3Policy.pdf
- Raves, D. M., Herrera, W. D., Darnell, M. E., Rice, T.,

- Friedman, C., Moratti, S. C., Sims, S. T., Sihanath, W. B., Ehrhardt, S. N., & Phillips, A. (2025). A Survey Assessing the Impact of Symptoms Related to the Menstrual Cycle and Perceptions of Workplace Productivity: Considerations for Employer-Sponsored Menstrual Health Programs. *BMC Women's Health*. <https://doi.org/10.1186/s12905-025-03833-w>
- U.S. Department of Labor. (n. d.). *Family and Medical Leave (FMLA)*. <https://www.dol.gov/general/topic/benefits-leave/fmla>
 - U.S. Department of Labor, Wage and Hour Division. (2025). *Fact Sheet #73: FLSA protections for employees to pump breast milk at work*. <https://www.dol.gov/agencies/whd/fact-sheets/73-flsa-break-time-nursing-mothers>
 - U.S. Equal Employment Opportunity Commission. (2002). *Enforcement Guidance on Reasonable Accommodation and Undue Hardship under the ADA*. U.S. Equal Employment Opportunity Commission. <https://www.eeoc.gov/laws/guidance/enforcement-guidance-reasonable-accommodation-and-undue-hardship-under-ada>
 - U.S. Equal Employment Opportunity Commission. (2024a). *Summary of key provisions of EEOC's final rule to implement the Pregnant Workers Fairness Act (PWFA)*. <https://www.eeoc.gov/summary-key-provisions-eeocs-final-rule-implement-pregnant-workers-fairness-act-pwfa>
 - U.S. Equal Employment Opportunity Commission. (2024b). *Time and Place to Pump at Work: Your Rights*. https://www.eeoc.gov/sites/default/files/2024-09/EEOC%20WHD%20PUMP_508%20Final.pdf
- #### 6. 4. フリーランス・ギグワーカーの健康問題
- ##### 6.4.1. 問題の位置づけ
- アメリカのフリーランス・ギグワーカー（プラットフォームを介した配車・配送、オンライン受託、単発請負等）は、雇用の柔軟性と引き換えに、労働安全衛生・社会保険・労働法上の保護が「雇用主-被用者」関係を前提として設計されていることによる制度的空白に置かれやすい集団である。非標準就労・請負的就労が拡大する中で、職場安全、賃金、給付アクセス等に影響が生じうるのは、GAO も政策課題として整理している（U.S. Government Accountability Office, (2022)。
- この構造は産業保健職の介入を難し

くする。ギグ就労では、プラットフォーム、委託元（店舗・荷主）、地域行政、保険者、本人が分散して関与し、「誰が一次予防（危険源除去・低減）を担うのか」が曖昧になりやすい。よって本問題は、個別の疾病・外傷の多寡だけでなく、責任と介入点を再設計する産業保健上の課題である。

6.4.2. データと現状

6.4.2.1. 規模把握の難しさと就労形態

BLS の「一時的および代替的な雇用形態（Contingent and Alternative Employment Arrangements）調査は、独立請負者（independent contractors）等の代替的就労形態を統計的に提示するが、デジタルプラットフォーム就労に関する追加推計は含まれていないため、ギグワークは、独立請負という法的カテゴリーと重なりつつも、統計上は完全には一致していないことを示している（U.S. Bureau of Labor Statistics, 2024）。

6.4.2.2. 給付・医療アクセスの構造

代替的就労形態は雇用主提供給付に接続しにくい傾向があり、医療保障は個人加入や公的医療（所得要件）へ分散しやすくなっている。BLS の公表体系は、こうした「雇用に紐づく給付」からの距離を把握する基礎資料となる。

6.4.2.3. 外傷・暴力・交通リスクの顕在化

ギグの健康問題は、腰痛など慢性負荷だけでなく、路上労働由来の急性リスクが前面化しやすい。ニューヨーク市のデリバリー・ギグワーカーに関する研究では、就労中の負傷や暴行被害が一定頻度

で報告され、二輪利用でリスクが高い傾向が示されている（Laskaris et al., 2024）。

配車（ライドシェア）でも交通事故は主要リスクであり、米国のライドシェア運転者を対象とした研究が、就労中クラッシュの頻度と関連因子（疲労、携帯電話使用等）を報告している（Shannon et al., 2024）。

6.4.3. 法律上の根拠規定と制度的な仕組み

6.4.3.1. OSH 法適用の限界

米国の労働安全衛生制度は雇用関係を前提とする面が強い。OSH 法の行政規則上、自営（self-employed）は OSH 法および当該規則の対象外であることが明示されている（29 C.F.R. § 1904.31(a)）。したがって、純粋な独立請負として扱われるギグワーカーは、少なくとも OSH 法の記録制度を通じた改善サイクルから外れやすい。

6.4.3.2. 労働者性と保護の分岐

労働者性の判断は、FLSA に規定される最低賃金・残業等を含む保護の適用範囲を左右する。DOL は 2024 年 3 月に、FLSA 被用者と独立事業者の判断のための行政規則を施行し、総合考慮（totality of the circumstances）に基づく分析枠組みを示している（29 C.F.R. §§ 795.100-795.115）。これは、ギグワーカーが「独立請負」とされる設計に対し、法解釈上の緊張関係を生み得る一方、実務では州法・分野別法（失業保険、労災補償等）で判断枠組みが異なるため、保護の断片化を直ちに解消する制度ではない。

6.4.3.3. 州レベルの対応補完：カリフォルニア州

カリフォルニア州のプロポジション 22 は、アプリベース運転者を独立請負として位置づけながら、一定条件下での医療保険費用補助等を組み込む制度である (California Secretary of State, 2020)。これは「労働者性を変更せずに給付を付す」設計として注目されるが、適用条件（稼働時間の定義等）と給付の限定性により、産業保健の中核である一次予防（危険源除去・低減）や、包括的補償（休業・後遺障害・職業リハビリテーション等）を制度的に完結させる枠組みではない。

6.4.3.4. ポータブル・ベネフィット

ギグワーカーの保護を「雇用」ではなく「就労」へ紐づけ直す議論として、ポータブル・ベネフィットがある。NCSL は、労災、失業、退職、休暇、医療保険等をどのように組み合わせ、誰が拠出し、誰が運用するかという制度設計論点を整理している (National Conference of State Legislatures, 2022)。

6.4.4. 実施主体とステークホルダーの役割（産業保健職を中心に）

ギグワーカーの健康問題は、単一事業場モデルではなく、多主体連携モデルとして設計する必要がある。

6.4.4.1. 連邦機関

- OSHA は雇用関係が明確な領域で規制・指針・記録制度を運用するが、自営は制度対象外となりやすい。
- NIOSH は「未来の働き方 (Future of Work)」として、変化する働

き方に対応した研究・実装・パートナーシップを掲げている。

- DOL は労働者性の解釈枠組みを通じて、保護の入口を左右する。

6.4.4.2. 州・地方自治体

都市部では配送労働の賃金・透明性・安全をめぐり条例整備が進む。ニューヨーク市議会は、契約型デリバリー労働者の賃金・労働条件に関する立法の経緯と拡充を公表しており (New York City Council, 2025)、ローカル政府が「分散就労の保護主体」になり得ることを示す。

6.4.4.3. プラットフォーム企業（配車・配送アプリ）

プラットフォームは形式上の雇用主でない場合でも、アルゴリズム（配車配分・評価・報酬・稼働誘因）と UI 設計を通じて、速度超過や疲労、危険地域への曝露といったリスクを実質的に形成する「作業設計者」である。よって産業保健職が最も介入しやすい実装点（設計要件化、データ収集、教育、装備支援、事故後ケア）がここに存在する。

6.4.4.4. 委託元（店舗・荷主・顧客側事業者）

ピックアップ動線、待機環境、荷扱い、治安・暴力リスク等の現場要因を作る主体であり、プラットフォーム任せにせず安全要件を契約・運用に織り込む必要がある。

6.4.4.5. 労働者団体・支援組織・競争法当局

独立請負者の組織化は競争法上の懸念と隣接するが、FTC は独立請負者（ギグワーカーを含む）の組織化・交渉活動が反トラスト責任から保護され得ると

の政策声明を公表している (Federal Trade Commission, 2025)。

6.4.4.6. 産業保健職の中核的役割

産業保健職は、(i) 分散したリスクの同定と指標化、(ii) 一次予防をプロダクト・運用へ埋め込む設計 (Safety by Design)、(iii) 事故・暴力後のケアと就労継続支援、(iv) 政策・制度設計への技術助言 (portable benefits、報告義務、最低安全要件)、を担う統合者である。NIOSH が掲げる “Future of Work” の文脈は、この職能拡張を正当化する根拠となる。

6.4.5. 具体的な方策 (産業保健職が主導・支援し得る実装)

6.4.5.1. データ基盤 (災害・暴力・疲労・ヒヤリ・ハットの「見える化」)

- **統一報告スキーム**：アプリ内に事故・負傷・暴力・危険事象の報告導線を実装し、地域・時間帯・案件属性・報酬設計との関連を解析する。自営が OSH 法上の記録制度から外れやすいことを踏まえ、プラットフォーム内で代替的な記録・是正サイクルを作る必要がある。
- **評価・報酬設計の健康影響評価**：時間圧を強めるインセンティブがリスクを誘発する場合、報酬・評価・配分ロジックを「安全衛生の管理的対策」として再設計する。

6.4.5.2. 交通安全・疲労対策 (配車・配送)

- **疲労リスク管理**：就労中クラッシュ研究が示す疲労・携帯端末

利用等の関連を踏まえ、連続稼働検知、休憩促進、夜間・長時間稼働の抑制、ナビ・通知の安全設計を組み合わせる (Shannon et al., 2024)。

- **二輪配送の PPE・車両安全**：ヘルメット、反射材、ライト、防寒雨具、車両点検の標準を定め、コスト負担の明確化と供給支援を行う。

6.4.5.3. 暴力・ハラスメント対策

- **高リスク地点・時間帯対策**：危険地域回避、緊急通報、加害顧客・危険店舗への対応 (利用停止・再発防止) をルール化する。
- **事故・暴力後の心理支援**：オンライン EAP、短期カウンセリング、PTSD リスク評価、再就労支援をパッケージ化する。

6.4.5.4. 医療・給付アクセスの支援 (制度接続と携行型給付)

- **プロポジション 22 型給付の実務運用支援**：カリフォルニアでは健康保険補助 (stipend) 制度が存在するため、加入証明・申請・支給の手続きを産業保健職が「制度ナビゲーション」として支援することが可能となる (Covered California, 2025)。
- **ポータブル・ベネフィット設計への技術仕様提示**：NCSL が整理する論点 (労災、失業、退職、休暇、医療等) に沿い、事故時の医療費・休業・後遺障害・復職支援までのギャップ分析を行い、制

度・保険商品に必要な要件を提示する。

6.4.5.5. 規制・政策への実装可能な提案 （技術助言）

- **労働者性ルール変更の健康影響評価**：DOL 2024 最終規則が示す判断枠組みの変更は、給付や安全衛生の適用範囲に波及し得るため、産業保健職は健康影響評価（HIA）や規制影響評価（RIA）の材料を政策担当に提供する。
- **ローカル規制との連動**：ニューヨーク市のようにローカル政府が賃金・透明性・安全を拡張する動きがあるため、自治体の監督・データ提出・安全基準と、プラットフォームの実装（報告・教育・装備）を整合させる。

6.4.6. まとめ

米国のフリーランス・ギグワーカーの健康問題は、交通外傷・暴力・疲労・慢性負荷といった具体的健康リスクに加え、雇用関係を前提とする安全衛生・給付制度から外れやすいという制度的脆弱性に本質がある。OSHA の記録規則が自営を対象外とする点は、この空白を端的に示す。

一方で、DOL の労働者性判断枠組みや、州の限定給付モデル、地方自治体の賃金・安全規制など、保護の再編は複線的に進むため、こうした状況下で産業保健職が果たすべき役割は、分散した責任とデータを統合し、一次予防をアプリ設計・運用・契約・制度へ「要件」として埋め込み、事故後ケアと給付接続までを含む実装パッケージを構築することに

帰着する。

参考文献：

- California Secretary of State. (2020). *Proposition 22: Protect App-Based Drivers and Services Act*.
<https://vig.cdn.sos.ca.gov/2020/general/pdf/top1-prop22.pdf>
- Covered California. (2025). *App-Based Drivers (Proposition 22): Health Insurance for Enrollers-Quick Guide*.
https://hbex.coveredca.com/toolkit/pdfs/App-based_Driver_Stipend_Quick_Guide_for_Enrollers.pdf
- Federal Trade Commission. (2025). *FTC Issues Policy Statement Clarifying That Independent Contractors, Including Gig Workers, Organizing Activities Are Shielded from Antitrust Liability*.
<https://www.ftc.gov/news-events/news/press-releases/2025/01/ftc-issues-policy-statement-clarifying-independent-contractors-gig-workers-organizing-activities-are>
- Laskaris, Z., Hussein, M., Stimpson, J. P., Vignola, E. F., Shahn, Z., Cohen, N., & Baron, S. (2024). A Price Too High: Injury and Assault Among

- Delivery Gig Workers in New York City. *Journal of Urban Health*, 101, 439-450.
<https://doi.org/10.1007/s11524-024-00873-9>
- National Conference of State Legislatures. (2022). *Portable Benefits for Gig Workers*.
<https://www.ncsl.org/labor-and-employment/portable-benefits-for-gig-workers>
 - National Institute for Occupational Safety and Health. (2024). *The NIOSH Future of Work Initiative*.
<https://www.cdc.gov/niosh/future-of-work/about/index.html>
 - New York City Council. (2025). *NYC Council Votes on Wage and Workplace Protections for Delivery Workers as Another Step towards Improving a Sustainable Delivery Sector*.
<https://council.nyc.gov/press/2025/07/14/2923/>
 - Shannon, B., Lee S. Friedman, Andrew Hellinger, Kristen Almborg, & Johnathon Ehsani. (2024). Work-Related Crashes in Rideshare Drivers in the United States. *Journal of Safety Research*.
<https://doi.org/10.1016/j.jsr.2024.01.005>
 - U.S. Bureau of Labor Statistics. (2024). *Contingent and Alternative Employment Arrangements-July 2023*.
<https://www.bls.gov/news.release/conemp.htm>
 - U.S. Department of Labor, Wage and Hour Division. (2024). *Employee or Independent Contractor Classification Under the Fair Labor Standards Act: Final Rule*.
<https://www.federalregister.gov/documents/2024/01/10/2024-00067/employee-or-independent-contractor-classification-under-the-fair-labor-standards-act>
 - U.S. Government Accountability Office. (2022). *Nonstandard and Contracted Work Arrangements: Data from the 2020 Annual Business Survey and Analysis of 2021 10-K Filings* (No. GAO-23-106212). U.S. Government Accountability Office.
<https://www.gao.gov/products/gao-23-106212>

6.5. テレワーク拡大と健康問題への対応

6.5.1. 問題の位置づけ

アメリカにおけるテレワーク（在宅勤務／遠隔勤務）は、COVID-19 の流行を契機として急速に拡大し、現在は、恒常的な働き方の再設計として、フル出社、フルリモート、ハイブリッドが併存する形で定着段階に入っている。テレワークは

通勤時間の削減や自律性の向上などの便益をもたらす一方、就業場所が事業場外へ分散することにより、従来の産業保健・安全衛生マネジメントが前提としてきた「場の管理（作業環境管理・作業管理・健康管理の統合）」が弱体化しやすい。結果として、筋骨格系負担（不良姿勢・VDT 負担）、身体活動量低下、長時間労働・境界侵食（常時接続）、孤立・心理社会的ストレス、家庭内の安全リスク（転倒・感電等）といった健康問題が複合的に顕在化する。

この局面で産業保健職の役割は、①「分散した就業場所でも機能する健康リスク管理」へ制度・運用を再設計し、②職務・個人・家庭状況の多様性を踏まえた合理的配慮と公平性を確保し、③法令遵守（賃金時間、差別禁止、労災、記録・報告等）と健康配慮を整合させる統合調整（ガバナンス）にある。

6.5.2. データと現状

BLS の CPS 追加設問によれば、2024 年第 1 四半期に「調査週に在宅で有償就労した者」は 3,545 万人で、就業して実際に働いた者の 22.9%を占め、前年同期（19.6%）から上昇している。性別では女性が男性より高く、年齢・人種・障害の有無、学歴等でも差が観察され、テレワークが可能な職務にアクセスできる層に偏りやすいことが示唆される（Borkowski & Kaynas, 2025）。

また、複数統計を概念調整して推計した研究では、2025 年時点で 20～64 歳の「有償労働日」の約 4 分の 1 が在宅就労日であるという推計が示されている。家庭内に 8 歳未満の子がいる場合は在宅

比率が高く、男女差も残るとされる（Buckman et al., 2025）。

健康影響に関しては、在宅勤務が精神的健康・身体的健康の双方に影響し得るが、職務裁量、社会的支援、家族責任、住環境、勤務時間設計等によりさまざまであり、増悪・改善の両方向が生じ得ることが、レビュー研究で指摘されている（Oakman et al., 2020）。

6.5.3. 法律上の根拠規定と制度的な仕組み

米国のテレワークと健康問題への対処も、これまで見てきた課題と同様に、①安全衛生（OSHA 関連）、②賃金・労働時間（FLSA 等）、③差別禁止と合理的配慮（ADA 等）、④労災補償（州法中心）などの複合的な要素を踏まえた制度設計が必要となるが、テレワークに関しては、2010 年に連邦政府雇用におけるテレワーク拡大法（Telework Enhancement Act of 2010）が制定されていることにも留意が必要である。

6.5.3.1. 安全衛生

OSHA は在宅就業を含む「ホームベースド・ワークサイト」に関するコンプライアンス方針を示し、典型的なホームオフィスについては、原則として事業者が自宅点検を求めない運用を明確にしている（Occupational Safety and Health Administration, 2000）。

このため、テレワークに関する健康課題の解決には行政検査による現場是正よりも、事業者の自律的なリスクアセスメントと教育・支援・モニタリングによって達成させる可能性が高い。産業保健職は、この自律的枠組みを実装する中核

となる。

6.5.3.2. 差別禁止・合理的配慮

EEOC のガイダンスが、在宅勤務（テレワーク）が障害を有する労働者への合理的配慮となり得ること、個別事情に即した対話と、職務の本質的機能・過度の困難（undue hardship）等の評価が重要であることを示している（U. S. Equal Employment Opportunity Commission, 2003）。

この領域では産業保健職が、医学的妥当性と職務要件、業務設計、メンタルヘルス配慮を橋渡しし、法務・人事と共同して「健康配慮と公平性の両立」を図ることが要請される。

6.5.4. 実施主体とステークホルダーの役割

テレワークの健康対策は、事業者単独では完結しない。主な役割分担は以下のとおりである。

- **経営（使用者）**：テレワークを「福利厚生」ではなく「就業形態としてのリスク管理対象」と位置づけ、方針・投資（機器、EAP、教育、データ基盤）・説明責任を確立する。
- **管理職**：成果管理と健康配慮の両立（過重労働の早期検知、孤立の把握、コミュニケーション設計、差別・ハラスメント防止）を日常運用として担う。
- **人事（HR）**：制度設計（適用範囲、勤務時間ルール、評価、出社基準）、合理的配慮プロセス、懲戒・労務対応を整備する。

- **法務・コンプライアンス**：州別の労災・労務規制、プライバシー、監視ツールの適法性、記録・報告の整合を担保する。
- **IT・情報セキュリティ**：安全な接続、端末管理、業務ツールの標準化、デジタル疲労を考慮したツール運用を支える。
- **産業保健職（中核）**：健康リスクの特定・評価、介入設計、教育、相談対応、健康データのレビューと改善提案を通じ、上記部門を横断統合する。NIOSH の Total Worker Health (TWH) が示すように、安全と健康増進を統合した「健康的な働き方のデザイン」へ接続する役割も担う。
- **外部主体**：労災保険者、医療提供者、EAP ベンダー、規制当局、労働組合等が、補償・支援・交渉・基準形成を通じて影響する。

6.5.5. 具体的な方策

産業保健職が主導・関与すべき方策は、個別の健康指導にとどまらず、「制度・職務設計」と「個別支援」を重ね合わせることが要点である。

6.5.5.1. ガバナンスとリスクアセスメントの再設計

- **対象定義の明確化**：テレワーク（恒常在宅／ハイブリッド／出張型等）を類型化し、健康リスクと管理手段（教育、機器、点検、相談）のセットを定義する。
- **在宅作業環境の把握**：自己申告チェックリスト、写真・ビデオによるバーチャル評価、機器支給

とセットの安全教育を標準化する。OSHA が自宅点検を事業者に期待しない運用である以上、産業保健職が「現場代替となる評価スキーム」を設計する意義は大きい。

- **データ駆動の改善：**欠勤・離職、EAP 利用、ストレスサーベイ、労働時間ログ、筋骨格症状の簡易尺度等を統合し、ハイリスク部門・職務を抽出する（プライバシーと目的外利用防止を前提とする）。

6.5.5.2. エルゴノミクス／VDT・筋骨格系対策

- **最小要件の提示：**椅子・机・モニター高さ、外付けキーボード・マウス、照明、視距離等の最低基準を策定し、補助金・機器貸与で実装する。
- **短時間介入の定着：**マイクロブレイク、ストレッチ、会議の 50 分化、立位・歩行の組込み等を「業務標準」として設計する。
- **症状の早期介入：**肩こり・腰痛・手首痛・眼精疲労の自己報告ルートを整備し、作業姿勢修正と医療連携（必要時）を迅速化する。テレワークの文脈においては、筋骨格系に関する問題の増加が指摘されている（Fadel et al., 2023）。

6.5.5.3. 心理社会的リスク／メンタルヘルス

- **「個人のレジリエンス」偏重の回避：**燃え尽きやストレスは、業

務設計や組織慣行の影響が大きい。ため、管理職教育においては、期待値調整、1 対 1 の会話、孤立兆候の把握、ハラスメント防止などを重視し、問題に対して組織的に対策していくことが重要である。

- **境界管理（過重労働対策）：**コアタイム、連絡手段の優先順位、夜間・休日の連絡原則、会議時間上限等を制度化し、勤務実態の逸脱を是正する。
- **社会的つながりの設計：**オンボーディング、チーム儀礼、対面機会の目的化（「意味のある出社」）を通じ、孤立と帰属感低下を予防する。

6.5.5.4. 合理的配慮と公平性の実装

- **配慮プロセスの標準化：**障害、慢性疾患、妊娠・授乳、介護・育児等への問題に関しては、申請→医学的情報の評価→職務の本質的機能検討→代替案提示→実装→見直し、の流れを明文化する。
- **「テレワーク可否」の一律運用を避ける：**職務要件・安全・生産性・健康配慮を個別に評価し、説明可能性を確保する。

6.5.6. まとめ

米国のテレワーク拡大は、就業者の相当割合に定着しており、テレワークの健康課題は一過性ではなく「働き方の構造課題」である。BLS の統計が示すように普及は進む一方で、誰がテレワークできるかには明確な偏りがあり、健康リスクも職務・家庭環境・支援資源により分化

する。

この状況下で産業保健職の中核的価値は、①分散就業でも機能するリスクアセスメントと介入の仕組み化、②法令遵守（OSHA、ADA、賃金時間、労災等）と健康配慮の統合、③エルゴノミクスと心理社会的リスクを同列に扱う健康的職務設計（Total Worker Health 的発想）の実装にある。個人への健康教育だけでは限界があり、制度・業務・管理職行動を変える介入へ踏み込むことが、テレワーク時代の産業保健の本流となる。

参考文献：

- Borkowski, C., & Kaynas, R. (2025). Telework trends. *Beyond the Numbers: Employment & Unemployment*, 14(2). <https://www.bls.gov/opub/btn/volume-14/telework-trends.htm>
- Buckman, S. R., Barrero, J. M., Bloom, N., & Davis, S. J. (2025). *Measuring Work from Home* (Working Paper No. 33508). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w33508>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2025). *Providing Support for Worker Mental Health*. <https://www.cdc.gov/mental-health/caring/providing-support-for-workers-and-professionals.html>
- Crawford, J. (2022). Working from Home, Telework, and Psychological Wellbeing? A Systematic Review. *Sustainability*, 14(19), 11874. <https://doi.org/10.3390/su141911874>
- Fadel, M., Bodin, J., Cros, F., Descatha, A., & Roquelaure, Y. (2023). Teleworking and Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 4973. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064973>
- Oakman, J., Kinsman, N., Stuckey, R., Graham, M., & Weale, V. (2020). A Rapid Review of Mental and Physical Health Effects of Working at Home: How Do We Optimise Health? *BMC Public Health*, 20(1), 1825. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09875-z>
- Occupational Safety and Health Administration. (2000). *Home-Based Worksites* (No. CPL 02-00-125). <https://www.osha.gov/enforcement/directives/cpl-02-00-125>
- Office of the U.S. Surgeon General. (2022). *The U.S. Surgeon General's Framework for Workplace Mental Health and Well-Being*. <https://www.hhs.gov/surgeongene>

[ral/priorities/workplace-well-being/index.html](https://www.eeoc.gov/laws/guidance/work-hometelework-reasonable-accommodation)

- United States Congress. (2010). *Telework Enhancement Act of 2010*. <https://www.congress.gov/111/plaws/publ292/PLAW-111publ292.pdf>
- U. S. Equal Employment Opportunity Commission. (2003). *Work at Home/Telework as a Reasonable Accommodation* (No. EEOC-NVTA-2003-1). <https://www.eeoc.gov/laws/guidance/work-hometelework-reasonable-accommodation>

6.6. 化学物質・有害物の管理と産業保健の役割

6.6.1. 問題の位置づけ

アメリカにおける化学物質・有害物の管理は、労働者の職場内におけるばく露の防止と環境への排出・廃棄物管理、さらに科学事故時の地域防災が相互に連動する領域であり。化学物質は原料としての購入、保管・移送、反応・製造、清掃・保全、廃棄、輸送といったライフサイクルの各段階で危険性が顕在化し、単一の規制体系だけで完結しない。したがって、職場のリスク管理は、OSH法を中核としつつ、化学物質の製造・流通段階で規制を行う有害物規制法（Toxic Substances Control Act, TSCA）、重大事故の予防とコミュニティ保護としてリスクマネジメントプログラム（RMP）や緊急時計画と地域住民の知る権利に関する法律（Emergency Planning and Community Right-to-Know Act, EPCRA）、

有害廃棄物に関する資源保全回復法（Resource Conservation and Recovery Act, RCRA）や汚染浄化に関する包括的環境対策・補償・責任法（Comprehensive Environmental Response, Compensation, and Liability Act）、危険物輸送に関する運輸省（Department of Transportation, DOT）内のパイプラインと危険物安全管理局（Pipeline and Hazardous Materials Safety Administration, PHMSA）などの制度を横断して設計される必要がある。

産業保健職の役割は、この横断性を前提に、①化学物質の危険有害性情報を職場の意思決定に翻訳し、②ばく露評価と健康影響の観点から優先度を付け、③対策の階層（除去・代替、工学的対策、管理的対策、PPE）に沿って実装を支援し、④教育・訓練、健康監視、記録管理、緊急時対応を統合する点にある。さらに米国では、コミュニティの「知る権利」や緊急時計画（EPCRA）とも接続するため、産業保健職は企業内に閉じない説明責任と調整体制の構築にも関与することになる。

6.6.2. データと現状

化学物質管理の難度を示す代表的指標として、米国では TSCA インベントリがあり、直近の更新ではマスターインベントリファイルで 86,862 物質、うち 42,578 物質がアクティブ（流通・使用中）と整理されており（U.S. Environmental Protection Agency, 2025a）、職場で遭遇し得る候補物質の母集団が極めて大きいことが前提となる。加えて、有害化学物質の排出・移動等の

情報公開として TRI (有害物質排出目録) が運用され、対象化学物質群は「800 程度（個別物質＋カテゴリ）」規模で毎年の報告データが公開されている (U. S. Environmental Protection Agency, 2025e)。これらは、企業にとっての説明責任（外部公表）と、内部の化学物質管理（在庫・排出・廃棄の整合）の両方を駆動する。

労働災害統計の観点では、BLS の労働災害死亡統計において「有害物質・環境への曝露」に分類される死亡が、直近公表年（2023 年）で 820 件と報告されている (U. S. Bureau of Labor Statistics, 2024)。ここには化学物質そのものに起因する急性中毒・酸素欠乏等を含み得る一方、職業がん等の長期潜伏の疾病死亡は統計上別枠になりやすいため、産業保健職は、災害統計（傷害中心）と、ばく露・健康影響（疾病中心）のギャップを認識し、物質の危険有害性と実際のばく露を根拠に、先回りした予防を設計する必要がある。

6.6.3. 法律上の根拠規定と制度的な仕組み

米国の制度は、目的別に分節化されているが、職場の実装では一体として運用される。主要な枠組みは以下の通りである。

第一に、職場内の危険有害性情報の伝達と教育を中核とするのが OSHA の危険有害性周知（Hazard Communication）である。化学メーカー・輸入者による危険有害性分類、ラベル表示、SDS（安全データシート）提供、雇用者による文書化された危険有害性周知プログラム、化学物

質リスト整備、労働者教育が柱である。労働者が通常作業または予見可能な緊急時に曝露し得る化学物質を対象とし、SDS へのアクセス可能性を含む「情報の到達」が規制の中心に据えられている (29 C.F.R. § 1910.1200)。

第二に、ばく露管理の規範として、OSHA の許容濃度（PEL）および物質別規則が存在する。上述したように PEL については更新頻度が課題となっているが、規制上の基準として依然重要であり、産業保健職は PEL だけでなく NIOSH 等の推奨値や毒性学的知見も含め、職場基準（OEL 方針）を実務的に設定する必要がある。

第三に、重大事故（プロセス災害）領域では、OSHA のプロセス安全管理 (PSM) と、EPA のリスクマネジメントプログラム (RMP) が並走する。PSM は高危険性化学物質を扱うプロセスの管理を通じて大規模事故を防止する枠組みであり、RMP は大気浄化法に基づき、施設周辺コミュニティを含む被害の抑制を志向する。RMP は近年改正が進み、より強い事故防止措置、従業員参加、第三者監査、情報共有やコミュニティ通知などが論点となっている (U. S. Environmental Protection Agency, 2025b)。

第四に、コミュニティの緊急時計画と情報公開を定めるのが EPCRA である。州の委員会と地域 (LEPC/TEPC) が緊急対応計画を策定・見直しし、施設側も危険物質の保管・使用・排出等について報告する。ここでは「地域の知る権利」が制度目的として明確であり、産業保健職は施設内の緊急対応だけでなく、外部ステー

クホルダーとの整合（通知、避難、初動）を設計する役割を持つ（U.S. Environmental Protection Agency, 2025c）。

第五に、廃棄物管理は RCRA が中核であり、有害廃棄物を「ゆりかごから墓場まで」管理することを目的として、廃棄物の分類、貯蔵、運搬、処分、追跡管理が制度化されているため、職場の化学物質管理は最終的に廃棄物規制と接続せざるを得ない（U.S. Environmental Protection Agency, 2013）。

第六に、汚染の浄化・責任追及は CERCLA（スーパーファンド）であり、事故・漏えい・不法投棄等による有害物質放出への対応と、責任当事者への費用負担を制度化する（U.S. Environmental Protection Agency, 2025d）。

第七に、輸送段階は PHMSA の危険物輸送法体系と危険物に関する行政規則が規制する。輸送のハザードコミュニケーション、緊急対応情報、訓練要件などが規定され、職場内の周知（OSHA）と輸送時の周知（DOT）が接続していることが重要である（Pipeline and Hazardous Materials Safety Administration, 2021）。

このように、制度は分かれているが、産業保健職にとっては「同じ化学物質が、職場のばく露、重大事故、環境排出、廃棄物、輸送で別の規制顔を持つ」ことが実務の前提となる。

6.6.4. 実施主体とステークホルダーの役割

実施主体は第一義的には雇用者である。雇用者は危険有害性情報の収集と周

知、ばく露防止措置、教育訓練、緊急時対応、記録管理を遂行し、規制遵守とリスク低減を同時に達成する責務を負う。労働者側は、教育訓練を踏まえた安全行動、手順遵守、異常時の報告等を通じて制度を実効化する。

行政側では、OSHA が職場規制（基準設定、監督・指導・執行）を担い、NIOSH が科学的知見（推奨値、ガイダンス、情報資源）を供給する。EPA は化学物質の製造・使用の規制（TSCA）に加え、事故防止（RMP）、排出情報公開（TRI/EPCRA）、廃棄物と浄化（RCRA/CERCLA）を担う。輸送は PHMSA が所管し、危険物の表示・書類・訓練等を規律する。州政府は、連邦制度の委任や州独自の上乗せ（州計画や環境規制）を通じて実装力を持つ。地域では、LEPC/TEPC、消防・警察・公衆衛生・医療機関、病院、住民団体、メディア等が緊急時計画の主体となり、施設代表も構成員として組み込まれる。

産業保健職は、これらの主体をつなぐ「実装のハブ」として機能する。具体的には、(1) 危険有害性情報（SDS、分類、反応性等）を作業実態に落とし込み、(2) ばく露評価（サンプリング、モデル化、作業分析）と健康影響評価（急性・慢性、感作性、発がん性等）を統合し、(3) 対策の優先順位を決め、(4) 教育・訓練とリスクコミュニケーションを設計し、(5) 健康監視・配置転換・復職支援まで含めたマネジメントを行う。さらに、RMP/EPCRA が要請する従業員参加や地域との情報共有において、産業保健職は「労働者の声」と「科学的根拠」を接続して、対立を調整しつつ実効性を高める

役割を担う。

6.6.5. 具体的な方策

化学物質・有害物管理において、産業保健職が中心となって設計すべき方策は、制度横断の観点から次のように体系化できる。

6.6.5.1. 化学物質ガバナンスとインベントリの確立

出発点は「職場に何があるか」を確定することである。購入・持込・生成（反応副生成物、分解生成物を含む）・廃棄までを含む化学物質インベントリを整備し、SDSと製品識別子で紐付ける。インベントリは、危険有害性周知の化学物質リストとして機能するだけでなく、廃棄物分類（RCRA）やTRI/EPCRA報告の基礎データにもなる。産業保健職は、調達部門・研究部門・製造部門・廃棄物管理部門を横断するデータ統合を主導し、化学物質が「情報の断絶」により盲点化することを防ぐべきである。

6.6.5.2. 危険有害性評価と優先順位付け（ハザード×ばく露）

SDSの情報は出発点に過ぎず、混合物、作業条件、温度・圧力、密閉度、換気、作業者の動線等によりリスクは変化する。産業保健職は、作業観察とプロセスマッピングによりばく露シナリオを特定し、測定（個人ばく露、エリア測定）と推定（モデル、類似作業データ）を組み合わせ評価する。許容濃度（OSHA PEL）を最低限の遵守ラインとしつつ、健康影響の重篤性や不確実性が大きい物質では、NIOSH等の推奨値や毒性学的エンドポイントを踏まえて内部管理値を設定する。ここで重要なのは「数値基

準に合わせる」のではなく、「ばく露を可能な限り低減する」設計思想である。

6.6.5.3. 対策の階層に基づくコントロール戦略

対策は、除去・代替を最上位とし、工学的対策、管理的対策、PPEを組み合わせる。産業保健職は、単にPPEの着用徹底を求めるのではなく、プロセス変更（無害化、低毒性化、粉体→ペレット化、溶剤置換等）や密閉化、局所排気、隔離、自動化、リーク検知などの工学的対策を優先する設計を経営に提案する。管理的対策（作業時間管理、手順、許可作業、清掃・保全の分離、請負管理）は工学的対策を補完する位置付けとし、PPEは残余リスクへの最終防壁として、適合性（選定・フィット・保守）と生理的負担、医療評価を含む総合プログラムとして運用する。

6.6.5.4. 教育・訓練とリスクコミュニケーション

危険有害性周知制度の実効性は、教育・訓練の質に依存する。産業保健職は、SDSの「読める化」を図り、ラベル・ピクトグラム・注意喚起語の意味、ばく露経路、初期症状、応急処置、漏えい時行動、廃棄・移送時の注意を、職種別に具体化する。特に米国は多言語・多文化の労働力を抱えるため、言語だけでなくリテラシー差を織り込んだ教材設計が重要である。

6.6.5.5. 健康監視、医療的介入、記録管理

物質別規則やリスク評価に基づき、健康診断・生物学的モニタリング・症状サーベイランス等を組み合わせる。産業

医・産業看護職は、急性影響（中枢神経症状、刺激症状）と慢性影響（呼吸器・皮膚感作、神経毒性、腎毒性、発がん等）の双方を視野に、早期兆候を拾い上げて職場対策にフィードバックする。記録は、規制対応だけでなく因果推定と再発防止の資産であるため、ばく露測定、作業条件、健康所見、是正措置の変更履歴を一貫して管理する必要がある。

6.6.5.6. 重大事故・緊急時対応とコミュニティ連携

PSM/RMP の文脈では、プロセスハザード分析、変更管理、機械的健全性、事故調査、監査、従業員参加が体系として求められる。産業保健職は、事故の「発生確率」だけでなく、放出時の健康影響（毒性、拡散、避難判断、医療対応）を踏まえた計画を設計する。EPCRA の枠組みでは、LEPC/TEPC を通じて地域の緊急時計画が策定されるため、施設側は化学物質情報の提供、訓練・演習、緊急連絡体制、地域通知（コミュニティ警報）に関与する。産業保健職は、施設内 ER（緊急対応）と地域の ICS（インシデント・コマンド・システム等）の接続点で、医療・公衆衛生の観点から実務調整を担う。

6.6.5.7. 廃棄物・輸送を含めた「境界」管理

職場の化学物質は、廃棄段階で RCRA、輸送段階で DOT 規制に乗り換える。産業保健職は、廃棄物の混合禁止、容器管理、保管条件、マニフェスト運用、委託先監督などを EHS と連携して管理し、事故・漏えいが CERCLA 責任に波及することを意識する。また、危険物輸送では、危険物従事者訓練、表示、書類、緊急対応情

報が求められるため、OSHA の職場周知と整合した教育体系を構築することが望ましい。

7. まとめ

米国の化学物質・有害物管理は、OSHA（職場ばく露と周知）を中核に据えつつ、EPA（TSCA、RMP、EPCRA、RCRA、CERCLA）と PHMSA（輸送）がライフサイクルの各段階を分担する「多層・多制度」構造である。この構造は複雑である一方、危険有害性情報の可視化（SDS・ラベル・公開データ）と、重大事故・コミュニティ保護（RMP/EPCRA）を通じて、企業に説明責任と継続改善を促すよう設計されている。

産業保健職の中核的価値は、①制度を「遵守タスク」ではなく「予防システム」に変換し、②ハザード情報を作業ばく露と健康影響に接続し、③対策の階層に沿って上流（除去・代替、工学的対策）を優先する投資判断を支え、④教育・健康監視・緊急時対応・外部連携を一体として運用する点にある。化学物質リスクは、情報の断絶、境界（請負、輸送、廃棄）、非定常作業（保全・清掃・トラブル対応）で増幅しやすい。ゆえに、産業保健職が横断的ガバナンスと現場実装の双方を担い、データに基づく継続改善を回すことが、アメリカの複雑な制度の下での実効的な化学物質管理の要諦といえよう。

参考文献：

- Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health. (2024). *About Hierarchy*

- of Controls.
<https://www.cdc.gov/niosh/hierarchy-of-controls/about/index.html>
- Occupational Safety and Health Administration. (2023). *Identifying Hazard Control Options: The Hierarchy of Controls*.
https://www.osha.gov/sites/default/files/Hierarchy_of_Controls_02.01.23_form_508_2.pdf
 - Occupational Safety and Health Administration. (2025). *Annotated Tables of Permissible Exposure Limits (PELs)*.
<https://www.osha.gov/annotated-pels>
 - Pipeline and Hazardous Materials Safety Administration. (2021). *Federal Hazardous Materials Transportation Law: An Overview*.
https://www.phmsa.dot.gov/sites/phmsa.dot.gov/files/2021-09/Hazmat%20Law%20Overview_September-2021_0.pdf
 - U.S. Bureau of Labor Statistics. (2024a). *Injuries, Illnesses, and Fatalities (IIF)*.
<https://www.bls.gov/iif/>
 - U.S. Bureau of Labor Statistics. (2024b). *Table A-9. Fatal occupational injuries by event or exposure, 2023*.
[https://www.bls.gov/iif/fatal-injuries-table-a-9-2023.htm](https://www.bls.gov/iif/fatal-injuries-tables/fatal-occupational-injuries-table-a-9-2023.htm)
 - U.S. Environmental Protection Agency. (2013). *Summary of the Resource Conservation and Recovery Act*.
<https://www.epa.gov/laws-regulations/summary-resource-conservation-and-recovery-act>
 - U.S. Environmental Protection Agency. (2025a). *Now Available: Latest Update to the TSCA Inventory*.
<https://www.epa.gov/chemicals-under-tsca/now-available-latest-update-tsca-inventory-8>
 - U.S. Environmental Protection Agency. (2025b). *Risk Management Program Safer Communities by Chemical Accident Prevention Final Rule*.
<https://www.epa.gov/rmp/risk-management-program-safer-communities-chemical-accident-prevention-final-rule>
 - U.S. Environmental Protection Agency. (2025c). *Summary of the Emergency Planning & Community Right-to-Know Act*.
<https://www.epa.gov/laws-regulations/summary-emergency-planning-community-right-know-act>
 - U.S. Environmental Protection Agency. (2025d). *Summary of the Comprehensive Environmental*

Response, Compensation, and Liability Act (CERCLA).

<https://www.epa.gov/laws-regulations/summary-comprehensive-environmental-response-compensation-and-liability-act>

- U.S. Environmental Protection Agency. (2025e). *Toxics Release Inventory (TRI)*.
<https://catalog.data.gov/dataset/toxics-release-inventory-tri>

D. 考察&E. 結論

要約に所掲の通り。

F. 研究発表

1. 論文発表
該当なし

2. 学会発表
該当なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
該当なし

2. 実用新案登録
該当なし

3. その他
該当なし

H. 引用文献

本文所掲のもの。