

第 38 回 産業保健活動推進全国会議

と き 平成 28 年 10 月 13 日 (木) 13:00 ~ 17:00

ところ 日本医師会館大講堂

[報告: 常任理事 藤本 俊文]

I 開会挨拶

厚生労働大臣 塩崎恭久 (代読: 厚生労働省労働基準局安全衛生部長 田中誠二) わが国の労働災害の発生状況については、平成 27 年度の死傷者数・死亡者数がいずれも前年を下回り、業務上疾病者数も前年より減少した。特に死亡者数については統計を取り始めて以来、初めて 1,000 人を切っており、産業界の労働災害防止に向けた継続的な取り組みが身を結んだと考える。一方で、仕事による強いストレスなどを原因とする精神障害の労災認定件数は高水準で推移しており、メンタルヘルス不調の問題は引き続き重要な課題となっているため、対策促進の一環として改正労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度が施行されている。この制度は、働く本人にとっては自身のストレスへの気づきを促し、メンタルヘルスの不調を未然に防止するとともに、企業単位では集団分析を踏まえた職場の改善を図ることが目的である。また、仕事をもちながら、がんで通院している方が 30 万人に上るなど治療を要する疾病を抱える方々が、業務によって疾病を増悪させることがないように配慮していくことも企業では求められる。このような中、先般、閣議決定された日本一億総活躍プランにおいても、一億総活躍社会を実現するためには、がん患者が希望や能力、疾病の特性等に応じて最大限活躍できる環境を整備することが必要であることから、治療と職業生活の両立支援の促進に取り組むこととし、実現に向けた、働き方改革の重要な課題の一つとして検討し、その効果的な推進を図っていききたいが、そのためには関係者の協力体制が不可欠であり、引き続きご協力賜ようお願い申し上げます。

近年、働き方に関する健康を取り巻く職場環境や社会状況が大きく変化している中で、働き方の心身の健康を確保し、一人ひとりが生きがいをもって能力を発揮できることが重要であり、それは企業や社会の生産性の向上にも繋がる。厚労省

としても、働き方改革を支える産業保健施策の強化にしっかりと取り組むとともに、現場の関係者の皆様が働き方の健康管理業務を適切に行うことができるよう、産業医制度の見直しを含めた産業保健活動の環境整備を行っていききたい。

日本医師会長 横倉義武 ご高承のとおり、生産年齢人口減少社会において、社会の活力の基盤である労働者の健康管理は非常に重要な課題であり、産業保健活動の推進は労働者の健康保持・増進を通じて、わが国の持続可能な社会の構築に大きく貢献するものと確信しており、産業医の先生方や産業保健活動総合支援事業に期待する声がますます増大するものと思う。

このような状況において、都道府県医師会、郡市区医師会が多くの課題を克服しながら産業保健活動の推進にご尽力いただいております。現在の産業保健活動総合支援があるのも現場の産業医の先生方の地道な取り組みによるものと理解しており、お礼を申し上げます。

労働安全衛生法が改正され、労働者に対してストレスチェックを実施することが義務付けられ、27 年 12 月から施行となっている。新たな業務ができたことにより、第一線の産業医の先生方の中には、業務量の増大とともに訴訟リスクによる不安感をもたれている方がおられることから、その負担を少しでも軽減するために 28 年 7 月に新たな賠償責任保険制度を創設した。

また、近年では、治療を受けながら就労を続ける労働者が増加しており、労働者に対する治療と職業生活との両立支援が新たな課題となっている。現在、厚労省では、産業医制度のあり方に関する検討会において、ストレスチェックと同様に、産業医の職務として位置づけるべく検討が行われているが、産業医が治療と職業生活の両立支援に取り組むためには、主治医との連携や情報提供のあり方など、解決する課題が多くあると考えられ

るので慎重に対応したいと考えている。

一方、わが国の保健医療を取り巻く環境は、疾病構造の変化、医療技術の高度化や住民のニーズの多様化など大きく変化をしており、このような中で医療機関はこれまで以上に安全で質の高い医療を求められている。この要請に応えるためには、勤務される医師をはじめとする医療従事者の健康管理や作業環境管理など、環境の変化に対応できるような医療機関における産業保健の推進が不可欠であると認識している。以上を踏まえて、28 年度の全国会議では、産業保健支援センターの活動報告、労働衛生行政の動向に加え、医療機関の産業保健の推進といったテーマでシンポジウムを開催することとした。

都道府県医師会や都市区医師会が安心して主体的に取り組める環境作りのために厚労省との折衝を重ねていくので引き続き、よろしく願い申し上げます。

労働者健康安全機構理事長 有賀 徹 当機構は、労働者健康福祉機構と労働安全衛生研究所が統合するとともに日本バイオアッセイ研究センターが実施していた化学物質の有害性調査業務を加えて 28 年 4 月に発足した。統合により労働安全衛生総合研究所が担ってきた労働災害防止に関する基礎的、応用的な研究機能と労災病院の臨床研究機能等の一体化による相乗効果を最大限発揮していくことで、引き続き労働者の健康と安全の確保に努めていきたい。産業保健の分野については、3 事業が一元化され、産業保健活動総合支援事業が発足して 2 年半が経過した。この間、事業の運営等について、医師会等多くの皆様から、ご助言・ご指導をいただいたので、円滑に事業を構築できるような環境を整えてきたところであり、事業全体として実現しつつある。

27 年 12 月からストレスチェック制度が実施されているが、この制度を契機として、中小規模の事業所をはじめとする産業保健活動に対する支援ニーズが増加しているのではないかと考えており、そのニーズを把握し、今後、事業の積極的な活用に繋げていきたいと思っている。わが国の繁栄、すなわち国民の豊かな暮らしにとって大きな基盤の一つは、産業や経済がいわばその時代の要

請に調和ないし共鳴しながら継続的に発展することである。労働者の健康を守ること、労働者・勤労者医療を展開することは、まさにここに集約できると考えている。

そして、機構の目的は、一億総活躍社会ないし働き方改革の実現等の同じ脈絡の線上にあると考える。今後とも当機構の産業保健活動に関して、ご意見を賜るよう切にお願い申し上げます。

産業医学振興財団理事長 櫻井治彦 27 年から 28 年にかけて、労働安全衛生法の改正によりストレスチェック制度、640 物質のリスクアセスメントの義務化等が新たに加わった。さらに治療と就労の両立支援が今後の重要課題として認識されていることはご案内のとおりであり、過重労働対策についても、着実な実施の必要性を印象づけるような出来事が報道されており、産業保健が対応すべき課題はますます増加している印象が強いと感じている。そのような中で、本協議会の関係各位のご活動の社会的な意義がますます高まっており、多様な視点から知恵を出し合い共有することで、今後の積極的且つ効率的な活動への展望がより明らかになることを願っている。

当財団の主な事業について、都道府県医師会に委託し実施いただいている産業医研修事業については、28 年は法改正を踏まえた化学物質のリスクアセスメントやストレスチェック制度に重点を置いた研修会をご検討いただいているところである。また、財団の実施事業として、3 日間コースの産業医の専門講習会及び全国 6 都市で実践講習会を開催しており、皆様のご参加はもとより、周知へのご協力をお願いする。当財団では、産業保健活動を支援するため『産業医学ジャーナル』などの定期刊行物の発行を行っており、27 年 10 月に刊行した『嘱託産業医のための実務 Q & A』、最新刊の『職場における感染症対策』については、ご好評いただいている。また、近刊の面接指導版『嘱託産業医のためのストレスチェック実務 Q & A』については、本日もご出席の皆様には別途ご送付させていただくこととしている。前書同様、現場実務に役立つよういろいろと工夫を盛り込んでいるので、関係者の方々にご活用いただけることを願っている。

II 活動事例報告

(1) 茨城産業保健総合支援センターの取り組みについて

茨城産業保健総合支援センター

所長 小松 満

本県では、都道府県別人口 10 万人あたりの医師数が全国で 2 番目に少なく 177.7 人（平成 26 年 10 月 1 日現在）であり、医療施設に従事する看護師、准看護師数も 754.0 人（同年 12 月末日現在）で、全国で 43 番目と少ない。

27 年の産業医の選任状況調査では、産業医を選任すべき事業場数 3,394 事業場、産業医選任報告数 2,840 事業場であり、選任率は全国平均 88.7% に対して 83.7% である。認定産業医は 28 年 8 月末現在 976 人で、単純計算で一人あたり 3 事業場をもっている。当センターでは、事業場から産業医の紹介要請があっても応えることができないので、県医師会と連携して基礎研修を行い産業医の増員と質の向上に努めている。

業務上疾病発生状況は、毎年 200 件程度で 27 年度は全国を上回った。

一般定期健康診断有所見率は、この 10 年間は常に全国平均を 2% 程度上回っており、特に血中脂質検査が全国平均を超えている。本県は有訴者率が低く検査結果が悪くても医療機関を受診しないという県民性があり、啓発が必要と考えている。

本県の事業所で働く労働者一人あたりの平均年間総労働時間は 22 年以降、全国平均を上回っており、特に東日本大震災後、急激に増加したが 27 年は減少している。しかし、26 年度の所定労働時間が年平均 14.5 時間と全国で最も多くなっており、時間外労働の是正を進めなければならず、多くの方へ正しい情報を発信していかなければならないと考えている。

本センターの産業保健相談員は 17 人で、うち 9 人が産業医であり、産業保健相談員（医師）が講師を務める体験型・参加型の形式で研修会を実施している。開催場所は水戸市（県庁所在地）と土浦市で、1 回の研修会につき受講者数 20 人以下の少人数により、年間 100 回程度実施している。一方、法令や制度改正の周知を目的とする説明会については、茨城労働局と連携し、80 人以上が参加する研修会を開催している。

(2) 酒田地域産業保健センターの活動「事業場の元気を支えたい」

酒田地域産業保健センター

コーディネーター 浅井 俊夫

山形県内の地域産業保健センターは 6 地域で成り立っており、県の事業場登録率は 5.7% であるが、実際の活動数はさらに少ないのが現状であり、各地産保で保健師を多く登録し活動していることが県の特徴である。地産保の活動形態は、医師会での健康相談窓口、事業場訪問による相談受付（産業医、保健師、コーディネーターがいくつかの形態でチームを組む又は保健師が単独で活動）しており、一般の健康管理にかかる面接指導、文書指導と長時間労働者の面接指導、メンタルヘルス相談などを実施している。

酒田地産保は地区医師会に併設されているが、その原動力は第 1 に登録産業医、登録保健師及びコーディネーターが二人三脚で活動するチームワークのよさにある。第 2 に地区医師会事務局、産業保健総合支援センター及び運営主幹の支援と協力が日常的にあり、労働基準監督署からも信頼され、事業場との連携が積極的に行われていることである。第 3 に事業場に年度末に事前アンケートを行い、年頭計画を立て、それをもとに確実に実行する。第 4 に指導結果を事業場へ返して活用してもらうこと、そして地産保が事業場の元気を支えるという生きがいである。登録産業医は、地区医師会が定期的に産業医の活動調査を行い、登録の更新、新規登録を行っている。幸い多くの産業医に登録いただいております、産業医の登録なくして事業は進まないと断言できる。登録保健師 2 名は産業保健活動の経験があり、コーディネーターは衛生管理者の資格を有しており活動経験がある。

医師会長をはじめ運営主幹である担当理事、医師会事務局、登録産業医のご理解とご協力のもと、産業保健総合支援センターの指導と支援を受け、県内コーディネーター間の交流、情報交換を行う等レベルアップを目指しており、県内地産保活動が発展するなかで、労働基準監督署も紹介してくれる。

酒田地産保では、2 年に 1 回、産業医に産業医活動状況調査を行い、登録産業医に協力してもら

えるかの確認を行っている。結果は医師会事務局がとりまとめ、協力できると回答した産業医名簿が地産保に渡される。

また、毎年 2 月に次年度の「健康相談・面接指導」利用事前確認票を送付し、それをもとに年間計画を作成、さらに月ごとの活動計画を作成し、登録産業医、登録保健師は訪問、相談時期を計画する。毎年アンケートを繰り返している結果、相談希望、相談実績が増加している。定期健康診断結果の事前確認をし、保健師が指導対象者をピックアップして、事前に事業場へ連絡して都合の良い日を設定し、産業医が指導する。指導された労働者へは、文書でも結果を通知し、治療又は精密検査が必要な場合は、受診状況を事業主が把握できるよう事業場に対しても文書で通知し活用してもらう体制をとっている。

労働者からは「身近な場所で相談ができる」「自分から相談したい」「治療に繋がって良かった」という声が挙がっている。中小事業場で働く方が元気であってほしい、また、事業場そのものも元気であってほしい、その思いを原動力として今後も支えていきたいと思っている。

Ⅲ 説明・報告

(1) 最近の労働衛生行政の動向について

厚生労働省労働基準局安全衛生部

労働衛生課長 武田 康久

ストレスチェック制度は 27 年 12 月に施行され、現在、各事業所において第 1 回目のストレスチェックが施行されている最中であり、最終的には事業所から労働基準監督署に報告され、29 年春には第 1 回目の取りまとめがある。参考までに、現時点で約 9,000 弱の事業所において一部集計されており、そのうちストレスチェックを施行されている実施者の約 50%以上がその事業所の産業医であり、その後の高ストレス者に対する面接指導についても約 85%が事業所の産業医というデータが集まっている。

ストレスチェック制度に関する支援について

ストレスチェックや面接指導を実施する医師向けに、制度全般に関わる「実施マニュアル」「面接指導マニュアル」を公表している。また、事業用のストレスチェック実施プログラムにあわせ

て、専用コールセンターも開設しているので活用いただきたい。そのほか、各都道府県産業保健総合支援センターにおいてもストレスチェックに関する専門的な研修を行い、制度全般のサポートダイヤルも引き続き開設している。制度の適切な実施の促進に向けて、先生方のご指導をよろしくお願いしたい。

治療と職業生活の両立支援を巡る状況について

疾病を理由に 1 か月以上休業している労働者がいる企業の割合は、がんに関しては 21%に上り、仕事をもちながらがんで通院している労働者は 30 万人以上にも上る。一方で、治療技術の進歩により、かつては不治の病とされていた疾病についても長くつきあう病気に変化してきたことは申し上げるまでもない。疾病を抱える労働者の方々は、仕事上の理由で適切な治療を適切に受けることができない。また、疾病に対する労働者自身の不十分な理解もしくは職場の理解不足・認識不足により、本人の意に反して離職に至るケースが多いことが問題である。事業場側の課題としてもそのような方々を、どのように適正に配置・管理を行っていけばいいのかということについて 9 割の事業所で対応に苦慮しており、事業所、労働者それぞれに課題を抱えておられるのが現状である。そのような状況を踏まえて、28 年 2 月に「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を公表した。これは、日医にも参画いただき、さまざまな立場の先生方からご意見をいただいた上で出来上がったものである。大きな柱として、両立支援を行うため、事業場において、どのような環境整備をしていけばいいのか、個別の両立支援を進める場合において、どのような形で進めるべきか、その仕組みをまとめ、それぞれの立場で活用できるようなガイドラインとなっている。

事業者による両立支援の取組みの位置づけについては、治療が必要な疾病を抱える労働者が業務に従事することにより疾病が増悪することがないよう、治療と職業生活の両立のために必要となる一定の就業上の措置や適切な治療に対する配慮を行うことが一つの目的であり、従前から健康確保対策として位置づけられているが、事業場の環境整備において系統的にまとめたものがないことか

ら、このガイドラインにより、事業者が適切に行えるよう示したものである。

柱となるものは両立支援を行うための環境整備であるので、実施前の準備として、なぜ、このようなものを進める必要があるのかを担当者のみならず事業者において意識啓発をしていただく、そして、相談窓口を明確化し、休暇制度、勤務制度の事業場における整備等についてまとめていることである。

また、個別の両立支援を進めていくうえで、病気を抱えた労働者が主治医等から、仕事に関して就業上どのようなことに留意すればいいのかなどの意見をいただく場合において、労働者の仕事上の情報を把握するため、ガイドラインで「勤務情報を主治医に提供する際の様式例」等を例示している。最終的には、事業所における就業上の措置、治療への配慮が行われるような意見書が出されるようガイドラインで示している。

治療と職業生活の両立支援を進めることの意義は、中心となるものは労働者自身であり、疾病にかかっても本人が希望すれば、疾病を増悪させることがないよう適切な治療を受けながら仕事を続けていく可能性が高まる。事業者にとっては、疾病による労働者の離職より貴重な人材資源の喪失を防ぐことである。本人や周囲を含めた労働者のモチベーション向上の観点からも、結果的に労働生産性の維持・向上に繋がり、長い目でみてメリットとなる。主治医等の医療関係者にとっては、適切な治療の中断等を防ぐことで、疾病治療を効果的に進めることが可能となり、最終的には、疾病を抱える方々が、それぞれの状況に応じて就業の機会を得ることが可能となる。これによりすべての人々が、生きがいと働きがいを持って活躍できる社会の実現に寄与することが期待される。

このような社会の実現を進めるにあたり、横断的に必要なのが、働き方そのものを変えていく「働き方改革」である。これを進める上で基盤的に支えとなるものは産業保健活動であり、ますます意義や期待が大きくなってきている。

産業保健活動を推進するにあたり、それぞれの環境を整理していく必要が出てくる観点から、中核となる「産業医制度に関するあり方検討会」が 27 年 9 月から 7 回にわたって「求められる労働

衛生管理」についての課題の整理、産業保健活動の中核となる産業医に期待される役割、また、産業保健チームでの対応方法における就業上の必要措置について、職場環境の改善それに必要な事業場の情報取得はどうあるべきか等が活発に議論された。現在、取りまとめているところであり、先生方に情報をお届けしたいと考えている。

社会構造及び産業構造の変化に伴い、さまざまな課題がある。産業医の先生方には、多忙な日常診療の中で産業保健活動にご尽力いただいております。厚労省においても、産業保健活動を推進するうえで、環境整備に関してさまざまな関連機関と連携をとり、「産業医制度のあり方検討会」の提言を今後の施策に反映させていきたい。

IV シンポジウム

「医療機関における産業保健の推進」

(1) 体制作りー産業医の役割を中心にー

北里大学名誉教授 相澤 好治

全産業の休業 4 日以上死傷災害は第三次産業が大部分を占めており、そのうち医療保健業では転倒と動作の反動・無理な動作が 66% を占めていて（平成 27 年調査）、業務上疾病発生状況では負傷に起因する疾病が 84.9% で最も多く、次いで病原体による疾病が 8.9% と高い。

労働災害事例とその対応として次の 3 つがある。

①殺菌用紫外線による障害

病院の手術室・病室等の室内殺菌用に新たに購入した紫外線移動式殺菌装置の取扱いの説明を受けていた数名の看護師が、同機器の紫外線ランプから発生した紫外線により目の痛みを訴えたため、保護具の着用、危険性について表示した。

②漏れたキシレンを拭き取る作業中の有機溶剤中毒

大学病院に出勤した臨床検査技師が再生溶剤貯留タンクの蛇口からキシレンが漏れているのを発見し、床に漏れていたキシレンを引き取る作業をしたのち、頭痛・吐き気が出たので、蛇口を改善し、保護具の着用をした。

③転倒

利用者をトイレに誘導中、入居者が車椅子のフットレストを上げて自走していたため、先回りしてトイレのドアを開けようと車椅子のフットレ

ストを乗り越えたところ、靴がフットレストに引っかかって転倒し、トイレのドアに頭から激突したので、車椅子での移動中は、被介護者の足がフットレストに乗っていることを確認し、フットレストを乗り越えないこととした。

院内での危険有害要因には、①針刺し、②空気感染症、③暴力・暴言、④化学物質、⑤過重労働、⑥腰痛、⑦血圧計の水銀、⑧建物のアスベスト、⑨転倒などがあり、これらのことから医療従事者は安全と健康を損なう多くのリスクにさらされているといえる。医療従事者の特徴として、日本の医療福祉産業の就業者は 784 万人（27 年調査）で建設業よりも多く、雇用創出の成長産業、労働集約型の産業、女性が多い、患者中心のサービス、自己犠牲が尊ばれる職場風土である。安全と健康を脅かす課題は、生物学的要因（感染症）、化学的要因（消毒薬、抗がん剤、麻酔ガス、ホルムアルデヒド、キシレン、中毒患者の二次曝露など）、物理的要因（電離放射線、紫外線、騒音、振動）、エルゴノミクスの要因（腰痛など）、社会心理的要因（ストレスなど）、怪我、受傷などであり、山積している。

臨床医学と労働衛生の立場の違い

工場で働く労働者が病気になると、診断・治療のために医療機関を受診後、回復して職場復帰する際に、職場の情報が臨床医学に入っていると後にフォローアップがしやすくなるが、幸い、医療機関においては労働衛生と臨床医学両分野での情報が得られる。

医療機関では医療法と労働安全衛生法が並立しており、医療法では医療を提供する体制の確保（医療の安全）と国民の健康保持（患者の安全・安心）を目的として、病院・診療所・助産所の開設、管理及び整備の方法などを規制している。

一方、労働安全衛生法は労働者の安全と衛生についての基準を定めた法律で、従事者の安全と健康を目的としている。

なお、26 年 6 月に成立し、10 月に施行した第 6 次改正医療法では、「病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所に勤務する医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に資する措置を講ずるように努めなければならない」

（医療法第 30 条の 19）と定められており、労働安全衛生法と一体化して、効果的・効率的に実施することが大切である。

労働衛生の三管理とは作業環境管理、作業管理、健康管理であるが、これに加えて、総括管理、労働衛生教育を加えて五管理と呼んでいる。なお、総括管理では労働衛生管理体制、職場巡視、衛生委員会、安全衛生マネージメントシステム、リスク評価があるが、特にリスク評価が行われている。

医療機関では、病原体、有機溶剤、紫外線、抗がん剤、電離放射線の除去、転倒、腰痛、結核、肝炎予防、メンタルヘルス、針刺し事故防止、院内感染防止、医療安全管理体制、チーム医療、患者の苦情・相談体制は、医療安全においても労働者の健康を確保するために重要なことである。労働衛生管理体制は、病院長から部・科長、事務・医療スタッフへととなっているが、危険有害要因への安全衛生対策は、どちらかという患者に偏り、医療従事者がなおざりになる傾向があるので、各委員会での対象を患者と医療従事者として調査審議し、各委員会で調査審議されない事項が発生した際には、安全衛生委員会が中心的役割を果たす。

総括安全衛生管理者とは安全衛生管理組織の最高責任者であり、安全衛生管理は企業の生産ラインと一体的に運営される見地から、一定規模以上の事業場において工場長、所長等、名称の如何を問わず選任する。

産業医の職務は労働安全衛生法第 14 条第 1 項に、ストレスチェック、高ストレス者への面接指導及びその結果に基づく労働者の健康を保持するための措置が加わり、9 項目となった。同法規則第 15 条では、毎月 1 回、作業場等の巡視・措置を行い、同法第 18 条 2 では産業医が衛生委員会の構成員になることが明記されている。産業医等の権限として労働者の健康を確保するため、事業者に対し健康管理について必要な勧告を行い、事業者はこれを尊重しなければならない（同法第 13 条）。そして職務に関して、総括安全衛生管理者に勧告、衛生管理者に指導・助言することができる（同法第 14 条）。また、健診業務に従事した医師、看護師、衛生管理者は、知り得た労働者の心身の欠陥その他の秘密を漏らしてはいけない（刑法 134 条、安衛法第 104 条）。さらに、事業

主が健診後の措置を実施するため、産業医は健診の必要な結果を事業主に報告しなければならないが、予め当該労働者の了解を得て情報を加工することも場合により必要である。

27 年 5～6 月に日医が認定産業医の中から無作為に抽出した 1 万人に産業医活動に関するアンケートを行ったところ 4,153 人から回答があった（有効回答率 41.5%）。活動形態としては、本業の傍ら他の事業場の産業医を兼務する嘱託産業医がもっとも多く 77%、次いで勤務先の産業医（診療・管理等の他業務も兼任する兼務産業医）は 22%であった。

事業者に対する意見陳述状況は、意見を伝達したことに対して 75.2%の事業者が対応しているが、13.9%の事業者が対応不明、対応拒否は 3.4%、産業医から意見を伝達していないは 3.2%との回答を得ている。

兼務産業医活動の課題としては他の業務（役職）が多忙で産業医活動に十分な時間を割けない、産業医としての判断と経営者・管理者としての判断が両立しない場合がある、自身が経営者・管理者等であるため労働者が相談しにくいのではないかと感じる、等がある。なお、労安衛法改正により、29 年 4 月 1 日から事業者は産業医の選任にあたっては、法人の代表もしくは事業を統括管理するものを選任してはならないことになっている。

厚労省において、27 年 12 月からストレスチェック制度導入により、産業医が担うべき職務が増大し、労働安全衛生法制定当時の産業構造の変化により産業医に求められる役割について改めて見直す必要があることから「産業医制度の在り方に関する検討会」を行っている。

まとめ

医療機関には多くの危険有害要因が存在し、交代制勤務や長時間残業、腰痛を起こす無理な姿勢など働き方の問題もある。国民医療費は 40 兆円を超え、今後、医療経営は厳しくなるので、管理費・人件費の節減が求められる可能性が大きい、健康の保持は医療従事者の権利であるとともに医療の質を維持・向上する上で必要条件である。

医療機関での産業保健活動は、医療従事者の健康と安全を守り、より良い医療を患者に提供する基盤となるため、産業医が職務を適切に行える環

境整備が求められる。

(2) メンタルヘルス対策

三井記念病院精神科部長 中嶋 義文

日本医師会勤務医の健康支援に関する検討委員会において、平成 27 年 5 月に日医に所属する勤務医約 8 万人から無作為に抽出された 10,000 人にアンケート調査を依頼した結果、3,166 人から回答を得た（有効回答率 31.7%）。勤務医を取り巻く環境は全般的に改善傾向にあると考えられる。

一方、前回（平成 21 年）実施されたアンケート調査と比較してみると、勤務医自身の主観的健康観には変化はほとんどみられず、また、自殺等リスクが極めて高い状態にある医師の割合がまだに 3.6%存在しており、抑うつ症状尺度中等度以上の医師は、8.7%から 6.5%へとわずかの減少、同重度以上の医師が 1.1%存在していることから不健康な割合は横ばいである。

そこで、21 年には 30 項目あった「医師の健康支援のための職場改善チェックリスト」において、①勤務医自身からの要望が強い対策、②本検討委員会が従来から強調してきた事項（体制・クレーム組織対応・相談窓口）、③既に診療報酬に収載されている対策、④施策法令関連対策、⑤日本医師会男女共同参画委員会推奨の対策という 5 つの視点から再度調整して、さらにアンケート負担軽減の視点から 15 項目のアクション（組織的な取り組み）に絞り込んだアクションリストを設定した。そして、その効果の検証として①メンタルヘルス（うつ）指標、②自殺リスク指標、③労働生産性関連指標（WFun）、④勤続継続意思（経営指標）という 4 つのアウトカム指標に基づいてそれらの効果を検証したところ、15 項目のうち 14 のアクションが、アウトカム指標すべてに対して有意な改善効果を示した。

また、21～27 年において、厚労省においてさまざまな施策が行われたが、その施策の認知度が 4 つのアウトカム指標に対して有意にリスクの低下に結びつくものの、各種施策の認知度は非常に低く、認知度が一番高いもので地域医療支援センターの 24%であった。ただ、これらの施策をご存知の方々は、アウトカム指標に対してのり

スク低下に効果が現れているので、さまざまな施策を行うことによってメンタルヘルス対策が可能だといえる。

当院での取り組み

28 年度のメンタルヘルス支援のための組織的な取り組みとして、TQM 部（トータル・クオリティ・マネジメント）では、KAIZEN 活動、医療安全委員会・衛生委員会ではストレスチェックを行い、総務・人事部では職員満足度調査分析を施策に結びつけるような組織体制をとっている。

ストレスチェックは面接指導（高ストレス者）を中心としたものと、個人の結果を一定規模のまとまりの集団ごとに集計・分析した集団分析（努力義務）があるが、職場環境改善という観点からみると集団分析の効果は期待できるので、やはり行われないといけないことだと考える。

努力報酬不均衡（ERI）モデルによると、ストレスが多い状況というのは、努力が多く報酬が少ないことである。職場の義務要求度が上がっているときに、それに応じた金銭・地位を上げることによってストレスを下げることができると考えられているが、むしろ内因的の要求が大きいことが分かっている。個人の裁量権における欲求から本人が努力しているときに、認められることへの欲求があり、認められることが報酬となってストレスが下がるといえる。業務量が変われないとき、給料や地位を上げることができないとき、内的な報酬である「認めてもらえること」を職員が実感できるようにすることが大切だと感じる。

このような JDCS や ERI モデルを用いた上で、ストレスチェック制度に基づく高ストレス者の面談において、あらかじめ問診票を用いて、実際のストレスチェックに基づく面談指導の時間を短縮化しており、現在の仕事内容、現在の配置、部署人数、仕事で特にストレスに感じる内容、上司・同僚と話しにくいこと、時間外がどの程度か、期限が決まっているとき、どのくらいの時間なら耐えることができるか、休憩、休暇が取りやすいか等、また、過重に耐えられるため、期限内に行うことができるか、さらに、その意義があるかを本人が自覚しているかどうかを確認する。通勤時間の確認は非常に重要であり、60 分を超えると数的に負荷が増加する状態となる場所は専門家

として感じている。その他、睡眠時間、ストレス反応の確認（主観・客観、対処法）、性格・行動の強みの確認を問診票に取り入れている。これらのことは精神科専門医の目のつけどころとなるので参考にさせていただきたい。

また、当院では各分野による個別支援を行っている。医師には研修医対象メンター制度、看護師には看護師支援心理士の雇用、医師・看護職以外の職員には職員支援心理士を雇用し、複数の支援者で各個別面談を行っている。初期研修医研修時には産業医による面談、看護師グループには新規採用・中途採用者に看護師支援心理ファシリテーションを行っている。入職時には過重労働、うつ病、睡眠と休養、支援の仕組みを講義している。個別面談の導入により、メンタルヘルス不全の発病者のリスクが導入前より減少した結果が出ており、利点はキャリア発達を客観的に評価出来る、直接の指導医でないため話が聞きやすい、各科指導医と連携し負荷を早めに調整できることである。一方、欠点・問題点は、提供可能な時間に制限がありアポイント調整が非常に難しい、各科の細かい各科の事情が理解しづらい点がある。

(3) 勤務医の健康支援

労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所

過労死等研究センター長代理 吉川 徹

医師の過重労働等と健康支援に関連する主な出来事

医師の過重労働については 20 年ほど前から過労死について関心が高まり、認定基準等が整備されている。研修医の労働者性が確認されたのもその頃で、研修医が労働者であることが裁判で争われたことがある。1999 年の小児科医過労死事件により配偶者が過労者協議会等に参画され、医療従事者の長時間労働対策が重要であることを訴えられており、過労死白書にも重要な影響を与えている。2000 年代に入り、行き過ぎた患者尊重や業務負荷増による医療事故に対する医療界の動きがある中で、麻酔科医突然死の安全配慮義務訴訟、鳥取大学の医師がアルバイトに向かう途中の事故死による支払い等の訴訟、奈良県立病院の産婦人科医の割増し賃金未払いの労働時間に関係した内容が、医師の健康と密接にして議論されている。

それと時を同じくして、職能団体による勤務環

境改善への関心が高まり、日本医師会勤務医委員会において 2008 年からは「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」が立ち上がった。日医の取り組みの成果もあり、2 年前の医療法改正では、管理者は医療従事者の勤務環境改善を講じることが規定されている。医療現場では勤務医の長時間労働が常態化していたが、少しずつ改善傾向に向かっている。

2008 年に日医は「勤務医の健康支援のための検討委員会」を立ち上げ、2009 年に第 1 回目の全国アンケートを行い、その結果を受けて、リーフレットの作成及びそれらの成果を活用したワークショップを開催し、2015 年には第 2 回目の全国調査を行っている。2009 年の調査で勤務医の実態について同委員会としての報告を出し、この中では自宅でオンコールで待っている状態が月に 8 日間以上あった勤務医、また、患者からのクレーム・トラブルを半年間に 4 回以上経験している勤務医は、うつ状態になるリスクが高くなることがわかった。

2 回目の調査では、前回調査から改善の兆候はあるが、勤務医自身の主観的健康観には変化はほとんど見られず、自殺等リスクが極めて高い状態にある医師の割合も 3.6%認められた。改善ニーズの高かった医療事故や暴言・暴力等への「組織的対応」「快適な休憩室や当直室の確保」は 9 割以上の施設が実施している一方、診療報酬で評価されることとなった「当直の翌日は休日」「オンコールの免除」の実施については 2 割に満たない状況であり、専門家の活用についても今後の課題となっているところである。

そのような中、この委員会では例えば勤務医の労働時間ガイドラインとして労働時間を考える際の注意点を委員会で整理している。

なお、委員会の中で大きな動きとして医師の健康支援のためのワークショップを 6 年にわたって開催しており、産業医の先生が参加され、研修医との連携が取れたりと非常によい交流ができています。ワークショップを続けていると、長時間労働に関してもいろいろな課題があることがわかる。例えば①病院管理者は経営に振り回されて医師の労働条件の確保などを検討する時間がない。②医療サービスの質が医師個人の良心に委ねら

れ、長時間労働に関連して問題が起こった場合は医師の資質にその原因が転化される雰囲気さえある（これは残念ながら裁判事例等でも医師が過労死して損害賠償請求が起こった場合、過失相殺という形で医師は自分の健康は守れるはずだということについて医師に責任を委ねすぎないというのが重要であると思う）。③法律に関してあまりにも疎い。④長時間労働が美德と考える風習がまだにある。⑤病院管理者が違法状態を自覚して見逃している。⑥監督官庁である労基署は違法労働を認識しているが法的拘束力のある介入を行いにくい実態がある。⑦労基法と指摘されても改善のしようがない。⑧労働条件確保が診療報酬と連動していないのがおかしい等である。

委員会では、現在の労務における実態は労働法令と乖離がある。画一的な対応を行政的にやるのではなく、現状を把握しながらその隙間を埋めるところから、26 年 10 月の医療法改正後、「いきいき働く医療機関サポート」（いきサポ）というホームページが開設され、医師をはじめとする医療スタッフがよりよく働くための事例が掲載されており、4 つの領域「働き方・休み方の改善」「働きやすさ確保のための環境整備」「職員の健康支援」「働きがいの向上」における取組例の中から、各医療機関が自組織の現状に応じて、優先順位をつけて計画的に取組みを進めていただきたい。

(4) 労働衛生のリスク対策～感染症を中心に～

国立国際医療研究センター国際医療協力局

和田 耕治

1. ワクチンで予防可能な疾患の対策強化

医療機関での産業保健活動の実態をみると、B 型肝炎、C 型肝炎など血液媒介感染症の抗原・抗体検査、B 型肝炎の抗体が陰性の職員へのワクチン接種は 9 割が行っているが、入職時の医師や看護師の風しん、麻しん、水痘の抗体検査は 58%であり、既往調査の実施対策が遅れているといえる。28 年 9 月に関西国際空港の従業員と治療にあたった医師を含めた 35 人がはしかに感染した。従業員にかなりの感染者が出ているが、これからオリンピックが開催される中、空港で働

く方々の感染対策が必要である。空港では税関、入国管理局など多くの公務員の方が働いているがワクチン対策はあまり語られていないので、オリンピックの開催を機に、きちんとした対策をとるべきだと考える。

すでにワクチン対策として、日本環境感染学会が「医療関係者のためのワクチンガイドライン第 2 版」を公開している。麻しん、風しん、流行性耳下腺炎、水痘は免疫を獲得した上で勤務・実習を開始することを原則とする。ワクチンにより免疫を獲得する場合の接種回数は 1 歳以上で「2 回」を原則とする。勤務・実習中は予防接種・罹患・抗体価の記録を本人と医療機関で年数にかかわらず保管する。免疫が不十分であるにもかかわらずワクチン接種を受けることができない医療関係者については、個人のプライバシーと感染発症予防に十分配慮し当該医療関係者が発症することがないように勤務・実習体制を配慮する。接種回数を確認するのに一番わかりやすいのは母子手帳であるが、手帳で風しんワクチン接種が確認できた人は、29 歳から 59 歳の働き世代を対象とした中では 36%であった。

また、これらのフローチャートも示されており、基本的には 2 回の予防接種ができていればよいが、医療従事者といえども、予防接種をしていなかったり記憶がないといった場合には抗体価測定をしたうえで接種したほうが良いが、料金がかかってしまうので、初めから 2 回接種をしたほうが良いという考え方も示されている。

『日本環境感染学会誌』によると、東京の医療機関、838 名の医療従事者を対象として抗体価測定を行ったところ、風しん・麻しん・流行性耳下腺炎・水痘のいずれかの抗体価が低かった職員は 28%であり、ワクチン接種の対象となった人の割合は、麻しん 7%、風しん 8%、流行性耳下腺炎 16%、水痘 0.8%というデータが示された。

岡山県の医療機関において、ICU で汎発性帯状疱疹患者の発生、手術室での流行性耳下腺炎患者の手術がきっかけとして行った調査では 20 代の抗体価が低く、若い世代に抗体価をもってもらうことが重要となる。一方、ワクチン接種を希望しない主な理由は、必要性は理解できるが自分には必要ないと考えている 35.2%、副作用が怖い

13.9%が挙げられている。

また、27 年 1 月の厚生労働省医政局地域医療計画課の事務連絡では、中小医療施設を対象として、職業感染予防の対策として「院内感染対策のための指針案」が示されている。

院内感染担当部署とのさらなる連携

安全衛生委員会への院内感染担当者の参画、感染対策委員会への産業医の参画、院長や理事長へ必要な対策（費用）を共同で提言する。

○事例 1：沖縄県 民間病院（職員数約 800 名）

感染管理担当者の看護師が衛生管理者資格を取得、衛生委員会のメンバーとして職場巡視も行う。感染管理委員会と衛生委員会で職員のワクチン接種と抗体価を共有し、理事会に対してワクチン接種の費用負担について申し入れを行っている。ワクチン接種は、産業医、感染管理看護師、経理課のコアメンバーで実施。今回の麻しんのアウトブレイクを受け、感染管理委員会から産業医にも連絡があり、28 年度に予定されていた麻しんワクチンの接種を早めることについて産業医に意見を求めてきた。

○事例 2：宮城県 公立病院（職員数約 1,100 人）

産業医（呼吸器内科医）と感染管理室が連携し、結核の接触者健診とハイリスク部門職員の結核対策（QFT 測定）を行っている。ワクチン接種にも産業医が参画している。産業医と感染管理室の関係は良好で、特段の問題もなく連携が図れている。

○事例 3：神奈川県 公的病院（約 400 床）

感染管理看護師が安全衛生委員会のメンバーとなり、B 型肝炎ワクチンプログラムの推進、結核対策（QFT 測定）、麻しん、風しん、ムンプス、水痘の抗体価測定を職員全員に実施できるようになった。感染管理看護師が、健康診断などの対応も産業医とともにやる産業看護職としても一部仕事をやるようになった。

○事例 4：東京都 大学病院（約 1,000 床）

感染対策室長が産業医を兼務（産業医は全部で 3 名）し、職業感染対策を実施。感染症罹患時の就業自粛期間の設定。免疫がない状態の職員の就業について、非流行期では制限しないが、流行期にはハイリスクエリアの立入就業制限を院内ルールとした。勤務計画に影響を及ぼす可能性があり、

職員は積極的にワクチン接種に参画した。

血液媒介感染症の感染患者への医療従事者の差別偏見対策

アメリカのような HIV 感染者が多いところでは医療従事者が感染者へ偏見をもちにくい思考があるようだが、日本では偏見が強いことが示されている。看護師 992 人を対象とした調査では、HIV 又は BC に感染した患者に対応すると自分に感染するのではないかと心配に思う人が約 50%、また、性的な面や薬物使用者ではないかとの偏見の目で見てしまう人が 39% であり、できれば担当したくないという意識をもつ看護師が多いのが現状である。針刺し・体液曝露対策、現場での教育、患者への偏見対策を進める必要がある。

V 協議（質問・要望事項）

司 会 相澤 好治

（日本医師会産業保健委員会委員長）

発言者 武田 康久（厚生労働省労働基準局

安全衛生部労働衛生課長）

亀澤 典子（労働者健康安全機構理事）

松本 吉郎（日本医師会常任理事）

栃木県医師会 ストレスチェック制度が導入されたことによって、産業医を辞退する等、産業医活動に少なからず影響が出ていると考えるが、そういった動向について把握しているか。あるいは調査する意向はあるか。

松本常任理事 日医の産業保健委員会で検討し、29 年度には全国の産業医の実態調査把握を行いたい。また、現場の産業医がストレスチェックを実施する上で重要なことは、研修やマニュアルの必要性、嘱託産業医の契約の見直し等の情報発信であるので、これらについても検討していく。参考として、28 年 6 月に埼玉県産業医 328 人にアンケートを取った結果、約半数が実施者であり、残り半数は面接だけは行う、全く関わらないという方は少ないとの回答結果を得ている。

小田原医師会 日医賠償責任保険に補償拡充が行われた、産業医の医師活動賠償責任保険について、対象となるのは日医 A 会員で嘱託産業医活動を行っている事業所における産業医活動が対象であ

ることはわかるが、嘱託医としての契約を結んでいない事業所において、臨時でストレスチェック後の面接を行う場合、補償の対象となるのか。また、この場合、その事業所に嘱託産業医がいる場合とない場合でも扱いは同様か。

松本常任理事 28 年 7 月より産業医・学校医等の活動に対して日医賠償責任保険の補償を拡充している。例えば、ストレスチェックの判定や面接指導が不適切であったため対処が遅れて、うつ病が発症、増悪したなど、産業医活動に起因して発生した不測の事故を補償の対象としている。保険対象者は日医 A 会員（A①・A②B・A②C）で、補償の限度額は 1 事故 1 億円である。

嘱託医としての契約を結んでいない事業所において、例えば、臨時でストレスチェック後の面接指導を行う場合など、日医 A 会員で産業医資格を有している医師であっても、事業所と契約を締結していない場合は補償対象外となるので、必ず事業所との書面契約が必要である。

→詳細は、日医ホームページのメンバーズルーム、「医師会活動について」内の「会員のみなさまへ」にある「日本医師会医師賠償責任保険制度」で閲覧できる。

岡山地域産業保健センター 地域産業保健センターにおける懸案事項として、医師の偏在により、一部の地域では著しく産業医が不足していることがあるが、新たに産業医の資格を取得することも難しく、地域産業保健センターで十分な人数の登録産業医が確保できない状況にある。今後、こういった地域がさらに増えていくと考えられるが、行政として今後の方策についてどのように考えているか。また、公立医療機関の勤務医は、地方自治体の方針のためか産業保健活動に参加していただけない傾向が強くなってきており、産業医の不足している地域産業保健センターの活動に支障が出ていることから、行政から地方自治体に対し、協力要請することが必要と考えるがいかがか。

亀澤理事 地域産業保健センターについては、全国で 800 名弱の登録をいただいている。産業医の資格を有する公立医療機関の勤務医師の地域産業保健センターへの出務については厚労省、地方公務員法でも特段の規制は行っていないので、積

極的に参画いただきたい。また、地域職域連携協議会の場を通じて、地方自治体に対しても情報共有を図り協力を求めていきたい。

岡山地域産業保健センター メンタルヘルス対策については管理監督者研修の目標件数を示されているところだが、行政からの名簿等を利用して参加勧奨等を行っているものの増えていない状況にあり、行政からの情報も少なく、今後の展開が見えてこない。特に管理監督者研修あるいは若年労働者への教育といったものは、現状においては行政から事業場への働きかけがなければ実施が進まない状況であるが、行政としての考えをお示しいただきたい。

岡山県医師会 ストレスチェック制度（面接指導について）の実施について、日医からはできれば嘱託産業医が共同実施者になって実施するようにとの提案をいただいたが、大企業は業者丸投げで共同事業者を必要としない。どのようにすればよいか。

武田課長 嘱託産業医は日頃より労働者の状態を把握する立場からストレスチェックの実施についての仕組みを知り、事業場内の情報を共有する観点から衛生委員会での調査、審議にかかわることが重要である。高ストレス者への面接指導についても、勧奨から実施にわたって関与し、個々の労働者の適切な就業上の措置、職場改善につなげることが望まれる。嘱託産業医が事業場のストレスチェックにかかわる意義は大きいことから、直接ストレスチェックにかかわらなくても、共同実施者として面接指導の実施から勧奨まで関与いただくとありがたい。国としても、労働局、労働基準監督署において、ストレスチェック制度の目的に照らして効果的に実施できるように、事業場に対して丁寧な指導できるよう考えたい。

岡山県医師会 高ストレス者のうち、面接指導を拒否する者に対する措置について、大企業では相談窓口の設置、自己管理についてのパンフレットの配布などを考えているようだが、中小企業では放置されてしまう可能性もある。50 人以上の事業所にも財政的な支援が必要なのではないか。

武田課長 面接指導を拒否及び面接までに至らなかった高ストレス者を放置しないことが大切であ

る。労働者数が 50 人以上の事業場については、ストレスチェックの実施が法的に義務があり、これにかかる費用を国が助成することは困難であるが、事業者向けの啓発セミナー、相談対応等の技術的支援を行っていくのでご理解いただきたい。

岡山県医師会 実際に面接指導を行うと、カウンセリング、苦情相談のようなものが多々あり、産業医の「面接指導」のスキルをいかに担保するかが今後の課題であると考えるが、日医としてスキルアップ研修などを予定しているか。

松本常任理事 日医に申請された研修会の単位申請は 28 年 9 月までで 200 講座ある。今後、日医が主催する研修会では、実際の面接指導を扱ったより実践的な内容を検討したい。

武田課長 ストレスチェックの実施、面接指導の取組み方がわからない産業医もおられることから、現在、標準的な実施マニュアル、医師向けのマニュアルを公表している。また、産業保健総合支援センターでも面接指導に関する研修会を開催している。制度 1 年目であるので実際に行ってみた現場の課題、事業場における好事例についても、労働局、監督署において現在把握を行っているところであるので、引き続き現場におけるニーズを支援、施策に反映させていきたい。

広島北地域産業保健センター 小規模事業場におけるストレスチェックの実施に際して、労働基準監督署の小規模事業場に対する指導の役割についてどのように考えているか。

武田課長 まず、労働局及び労働基準監督署からメンタルヘルス対策の重要性を周知、啓発し、事業者に対するセミナー、担当者に対する専門的研修、個別訪問支援、電話相談等の利用勧奨を行っている。50 人未満の事業場でのストレスチェックは努力義務であるが、小規模事業場でのメンタルヘルス不調の予防が重要であることは変わりないので、自主的な取組みを含めストレスチェックの実施促進について支援を行っていく。

産業医学振興財団事務局の鮫島裕司 次長の総括により、本会議を終了した。