

# 小規模事業場の面接指導

—小規模事業場の産業保健活動の現状と面接指導の実際—

Introduction of the Health Interview System in Conformity with the Law to Small-Scale Industries in Japan in Relation to Their Occupational Health Activity

和田 攻

## 〈要約〉

平成20年4月1日より小規模事業場での法に基づく面接指導が実施される。わが国の小規模事業場の産業保健活動は、大・中企業に比べ劣っているとされ、その実施には、多くの課題と困難が伴うものと思われる。わが国の小規模事業場の産業保健活動の現状と、小規模事業場での面接指導のすすめ方と実際およびその問題点や課題をまとめた。地域産業保健センターの活動が強く望まれる。

## 1 はじめに

わが国の小規模事業場（従業員49人以下）における産業保健活動は、事業場数が全体の97%余、労働者数が全体の62%余を占めているにもかかわらず、かつ厚生労働省の多くの対策・推進にもかかわらず中・大企業に比べ、かなり劣っていることは、種々の統計から明らかで、今後のより一層の推進が求められている。

わが国の規模別事業場・従業員数の割合（%）

人	総数	1～4	5～29	30～49	50～299	300以上
事業場（%）	100	61.0	33.9	2.5	2.3	0.2
従業員（%）	100	14.4	39.4	10.2	25.2	10.8

（総務省統計局 平成16年）

対策の一環として、平成18年4月の改正労働安全衛生法に基づいて、大・中企業で実施されている事業者の義務としての過重労働・メンタルヘルス対策のための面接指導制度が、平成20年4月1日より従業員50人未満の小規模事業場にも適応され、実施が始まっている。

厚生労働省は、そのため、地域産業保健センターの平成20年度予算を21億8千6百9万9千円に増額し、そのうち、面接指導専用窓口開設予算として、新規に1億1千3百59万円をあてている。地域産業保健センターの規模などによって異なるが、1か所あたり約30万円に相当する。

また、医師が実際に面接指導に用いるチェックリストおよびマニュアルを、従来の中・大企

業用とは別に、“地域産業保健センター用”として、簡便化したものを作製し、面接指導が、円滑に行われるよう配慮している。

本稿では、これらの背景、内容および実際についてまとめることにする。

## 2 過重労働対策としての法による面接指導制度導入の目的と背景

### 1) 目的には次のものがある

- ① 時間外労働の削減と適切な健康管理によって、疲労の蓄積からくる脳・心臓疾患等の健康障害の発生のないいきいき職場をつくる。
- ② 生産性を低める長時間労働から、生産性を高める短時間労働へ移行する。
- ③ 削減した時間を本人や家族の充実した社会生活に当てる。
- ④ 法的処罰や社会的制裁を受けない優良企業を育てる。

### 2) 背景には次のものがある

- ① 労働者の健康診断で脳・心臓疾患に関係する有所見率が常に増加し半数近くに達していること。
- ② 労働者層の心疾患、脳血管障害および自殺が死亡原因の第1～第4位に常にあること。
- ③ 職場生活において強い不安、ストレスを感じる労働者の割合が増加し61.5%にも上がっていること。
- ④ 脳・心臓疾患および精神障害等に係る労災認定件数が急上昇し平成18年度には平成11年度の数倍以上に達していること。
- ⑤ 企業の社会的責任（CSR）と社会的制裁および過労死・過労自殺発生企業の事業主の安全配慮義務違反認定による多額の賠償金支払い。
- ⑥ これらを受けて、第10次労働災害防止計画（平成15～19年）の目標の4本柱の1つに過重労働・メンタルヘルス対策があげられ、第11次計画にも引きつがれていること。
- ⑦ 努力義務として出された過重労働に対する旧総合対策（通達）の実施率が大企業を含め62%（平15年）と低いこと。
- ⑧ 労働者の病気は職業病よりも脳・心疾患などの作業関連疾患の方がはるかに多いこと。

以上のように、対策が事業者の責務である作業関連疾患の脳・心血管疾患の増加が背景にあり、その予防が重要であるとの認識による。

特に小規模事業場では、これらの作業関連疾患対策が不十分であり、率先して対策を確立すべきところであるが、平成18年4月の労働安全衛生法改正の際に、その前段階である労働政策審議会で、中小企業を代表する使用者委員から、主として経済的負担の増加に反対する立場から、強い反対の意見が出され、小規模事業場での面接指導実施が、2年間延長された経緯があったものである。

### 3 小規模事業場の産業保健の現状

小規模事業場への面接指導制度導入に際して、全体としての小規模事業場の産業保健対策の現状を知っておく必要がある。

#### 1) 安全衛生管理体制の現状

現在の労働安全衛生法では、50人未満の事業場には、産業医、総括安全衛生管理者、衛生管理者の選任は義務づけられていない。その代わりに、10～49人の事業場に（安全）衛生推進者の選任が義務づけられている。

#### (1) 安全衛生推進者の選任状況

下の表は、従業員10～49人規模の小規模事業場での安全衛生推進者または衛生推進者、および、自主的に選任している産業医、ないし安全・衛生管理者の割合を示したものである。

（安全）衛生推進者の選任率は平均23.3%と低い。地域産業保健センターの医師が面接指導を実施する場合の事業場の担当者が少なく、実施に困難性を伴うことが予想される。

産業別では、電気・ガス・水道業での選任率57.2%が最も多く、飲食店16.3%、サービス業19.4%が最も低かった。

安全衛生推進者等の選任をしている事業所割合

(単位：%)

区 分	安全管理者 又は 衛生管理者	安全衛生推進者 又は 衛生推進者	産業医
平成17年 計	35.0	23.3	7.9
(事業所規模)			
3 0 ～ 4 9 人	40.0	28.3	17.9
1 0 ～ 2 9 人	33.9	22.1	5.7
(産業)			
建 設 業	51.4	33.8	6.4
製 造 業	38.5	22.3	9.4
電気・ガス・熱供給・水道業	23.3	57.2	33.8
情 報 通 信 業	16.5	24.4	17.3
運 輸 業	39.1	29.3	18.0
卸 売 ・ 小 売 業	25.8	21.7	4.4
飲 食 店 ・ 宿 泊 業	42.1	16.3	10.0
サ ー ビ ス 業	30.8	19.4	9.4
平成12年 計	37.9	22.4	12.2

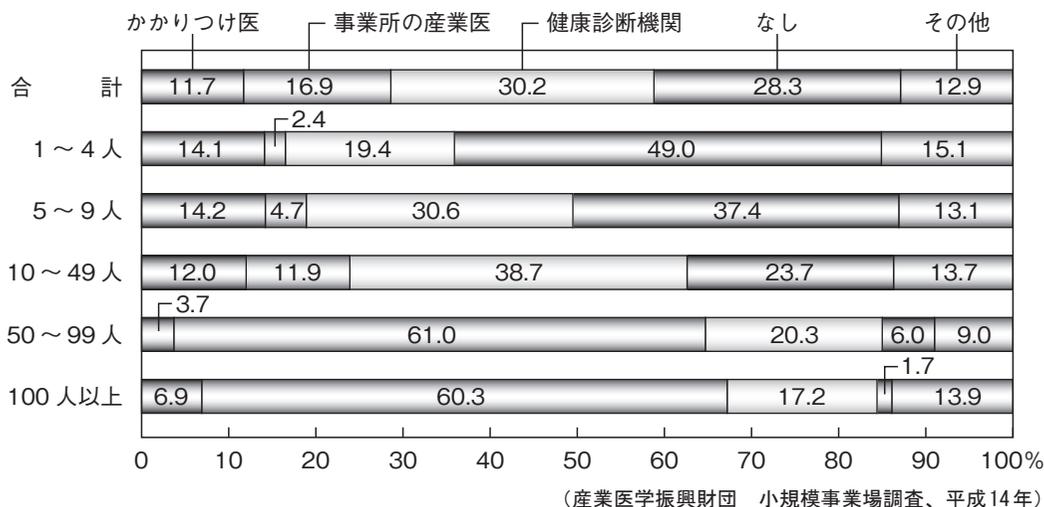
(厚生労働省 労働安全衛生基本調査、平成17年)

一方で、義務づけられていない安全・衛生管理者の選任率は、これらを上廻っており、両者を合計すると半数以上の企業が選任していることになる。産業医の選任も当然少ないが、思ったより多い。

#### (2) 健康管理のための医師等との関わり

下の図は、産業医を含めて医師との関わり状況を示したものである。

小規模事業場では、かかりつけ医と健診機関医師との関わりが大きい。関わりが無い事業場も24~49%存在している。地域産業保健センターの医師が、今後、活躍すべき所である。



労働者の健康管理のための医師等との関わり（主要回答項目別）

### (3) 健康・衛生管理担当者

小規模事業場での健康・衛生管理担当者の有無および担当者を下の表に示した。従業員数が多くなるにつれて、担当者が決められている。少人数の事業場では、担当者が決められておらず、また、事業主が担当しているところが多い。

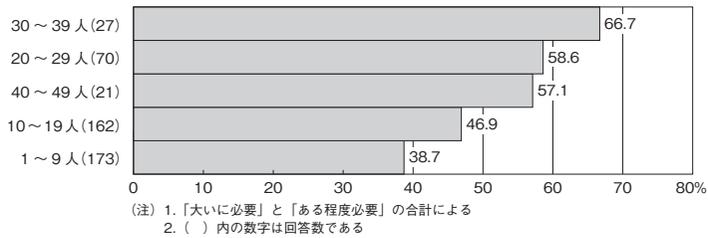
健康管理・衛生管理の担当者（％）

事業場規模	特に決めていない	総務（労務）が担当者	事業主が担当
1～9人	45%	13%	34%
10～19	29%	35%	21%
20～29	16%	54%	13%
30～39	15%	48%	19%
40～49	14%	43%	14%
規模計	32%	31%	24%

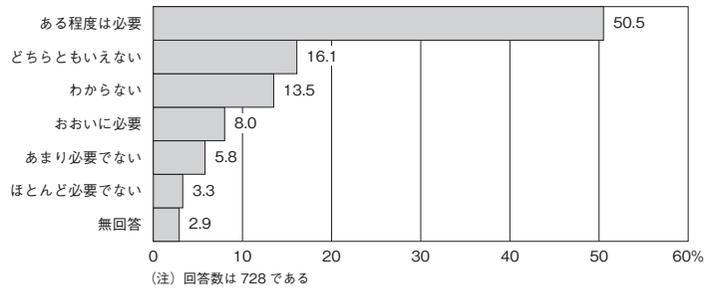
(小規模事業場の産業保健活動のニーズ調査、平成16年)

### (4) 産業医の必要性

小規模事業場の事業主と労働者の、産業医の法令による義務づけ等が必要であるとする意見は多い。少なくとも、従業員30人以上の事業場に産業医の選任義務が求められていると思われる。



### 「産業保健活動の法令による義務化が必要である」とする小規模事業主割合



(小規模事業場の産業保健活動のニーズ調査、平成16年)

### 「産業保健活動の法令による義務化が必要である」とする小規模事業場労働者割合

#### 2) 安全衛生対策の実施状況

##### (1) 一般定期健康診断の実施状況と有所見率および事後措置の状況

下表は、実施率と事後措置割合を示したものである。

#### 一般定期健康診断実施の有無及び実施後の措置状況別事業所割合 (複数回答)

(単位：%)

区分	事業所計	実施した	一般定期健康診断の実施後の措置 (複数回答)				実施していない
			有所見者に対する健康診断結果についての医師等からの意見聴取	健康診断実施後の就業上の措置	健康診断結果の労働者への通知	保健指導の実施	
平成17年 計	100.0	78.5 (100.0)	(39.0)	(26.8)	(96.0)	(34.9)	21.5
(事業所規模)							
1,000人以上	100.0	100.0 (100.0)	(90.6)	(75.3)	(99.7)	(91.5)	—
500～999人	100.0	100.0 (100.0)	(77.7)	(56.6)	(99.6)	(77.4)	—
300～499人	100.0	99.9 (100.0)	(73.5)	(44.4)	(97.4)	(71.0)	0.1
100～299人	100.0	98.5 (100.0)	(67.7)	(24.8)	(98.7)	(61.5)	1.5
50～99人	100.0	95.8 (100.0)	(48.3)	(30.3)	(98.6)	(42.4)	4.2
30～49人	100.0	86.8 (100.0)	(37.4)	(25.6)	(96.5)	(36.8)	13.2
10～29人	100.0	72.7 (100.0)	(34.1)	(26.3)	(95.1)	(29.5)	27.3
平成12年 計	100.0	85.4 (100.0)	(28.0)	(12.3)	(94.8)	(27.0)	14.6

(厚生労働省 労働安全衛生基本調査、平成17年)

実施率は小規模事業場でも、かなり高く、72～87%にのぼり、また、結果の労働者への通知率は高いが、結果の医師からの意見聴取、事後措置および保健指導の実施率は低い。法に基づいて単に健診を実施しているものと思われる。

次の表は、定期健診の実施率調査を経年的にまとめたものである。

定期健康診断の実施率（％）の比較

区 分	安衛基本調査 (平成17年)	産医振財団実態調査 (平成14年)	安衛基本調査 (平成12年)	健康状況調査 (平成9年)
10～29人	72.7	82.5	82.3	80.6
30～49人	86.8	94.5	90.4	92.8
50～99人	95.8	98.0	95.4	96.6
100人以上	98.5～100	98.3	99.1	99.0
合 計	78.5	93.6	85.4	84.8

平成9年～平成14年にかけて、少しずつ実施率が増加していたが、平成17年には、かなりの減少がみられている。今後の実施率の向上が強く求められる。特に小規模事業場で減少率が著しい。不況によるものと思われる。

受診率と有所見率については、次の報告がある。

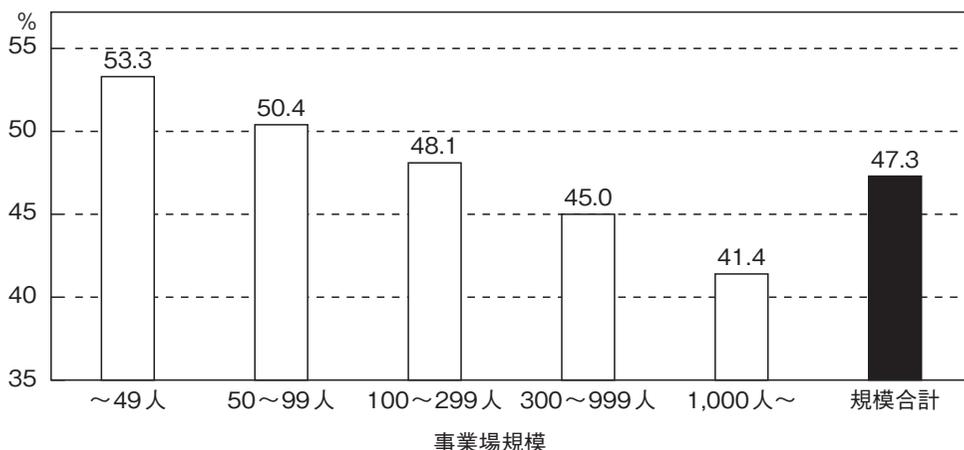
定期健診の受診率と有所見率

区 分	産医振財団 実態調査 (平成14年)	安衛基本調査 (平成12年)	健康状況調査 (平成9年)	産医振財団 実態調査 (平成14年)	安衛基本調査 (平成12年)	健康状況調査 (平成9年)
	受診率			有所見率		二次健診 対象率
						有所見率
1～4人	94.1	—	—	13.9	—	—
5～9人	87.2	—	—	23.4	—	—
10～29人	} 86.9	83.8	88.4	} 29.3	13.0	29.6
30～49人		82.6	85.7		15.0	32.8
50～99人	90.2	87.4	85.8	38.8	17.9	32.3
100人以上	84.4	91.4	88.6	32.9	20.2	34.7
合 計	87.9	87.5	87.7	33.7	16.7	32.1

小規模事業場での受診率は中・大企業と同じレベルにあり高率である。有所見率は中・大企業に比べ小規模事業場では、逆に少なくなっている。

しかし、一方、厚生労働省の“定期健診結果調、平15年”では、次の図のように、小規模事業場の有所見率は高い。また最近の定期健診の全国平均有所見率は、47%以上となっており、

この調査の方が正しいものと思われる。

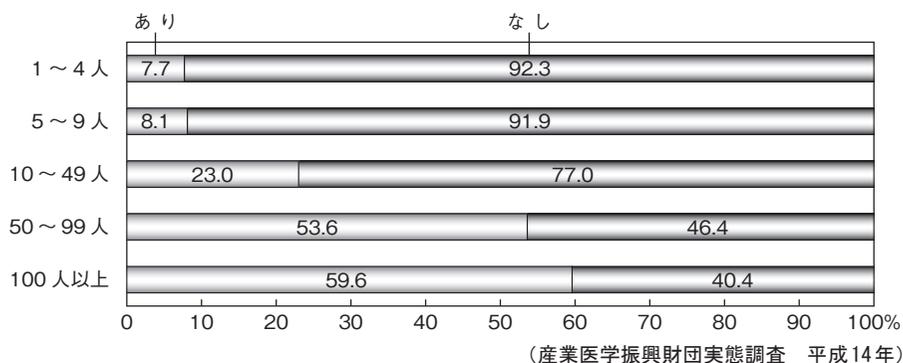


(厚生労働省：定期健康診断結果調)

全国の事業場規模別の定期健康診断有所見率（平成15年）

### (2) 安全衛生委員会等の設置状況

次の図に示すように、義務づけのない小規模事業場での設置率は極めて低いが、中・大企業でも過半数にとどまっている。何らかの対策協議委員会の設置が望まれる。



(産業医学振興財団実態調査 平成14年)

安全衛生委員会等の協議組織の設置の有無（規模別）

### (3) 安全衛生活動実施の状況

安全衛生活動を実施している事業所の割合は全体では82.4%であり、従業員10～29人の事業場の77.5%を除いて、90%以上である。卸売・小売業やサービス業では低目である。しかし、全体としては、ほぼ良好であるといえる。

### 安全衛生活動実施の有無別事業所割合

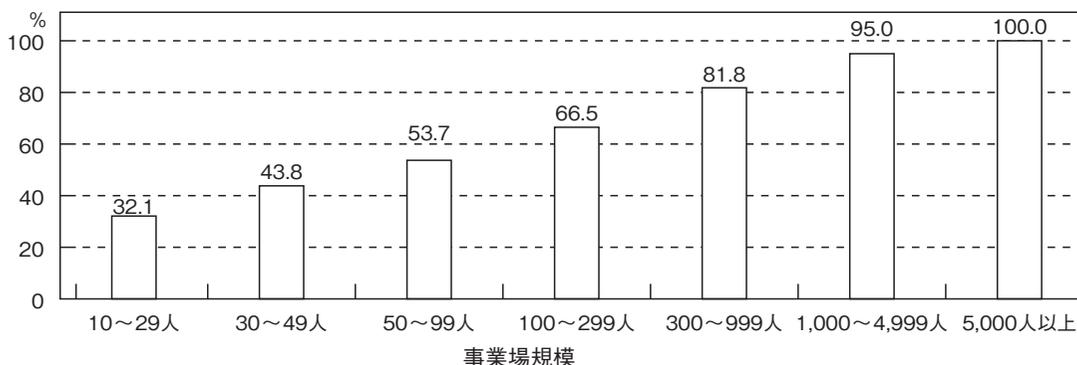
(単位：%)

区 分	事業所計	安全衛生活動を 実施している	安全衛生活動を 実施していない
平成17年 計	100.0	82.4	17.5
(事業所規模)			
1,000人以上	100.0	99.7	0.3
500～999人	100.0	99.9	0.1
300～499人	100.0	99.7	0.3
100～299人	100.0	98.8	1.2
50～99人	100.0	96.1	3.8
30～49人	100.0	90.7	9.3
10～29人	100.0	77.5	22.5
(産業)			
建設業	100.0	92.6	7.4
製造業	100.0	89.1	10.8
電気・ガス・熱供給・水道業	100.0	100.0	—
情報通信業	100.0	88.8	11.2
運輸業	100.0	93.8	6.2
卸売・小売業	100.0	73.6	26.4
飲食店、宿泊業	100.0	83.3	16.7
サービス業	100.0	76.9	23.1
平成12年 計	100.0	85.7	14.3

(厚生労働省 労働安全衛生基本調査 平成17年)

#### (4) 健康づくりの取り組み状況

次の図は、健康づくり取り組み状況である。企業の規模が大きくなると取り組みは大となるが、小規模事業場でも40%位がとり組んでいる。事業場の健康福祉活動と企業の社会的責任の要求の増加によるものと思われる。



(厚生労働省 労働者健康状況調査 平成14年)

事業場規模別健康づくりの取り組み状況

#### (5) 心の健康対策への取り組み状況

近年、多くの事業場でメンタルヘルスが問題となっている。

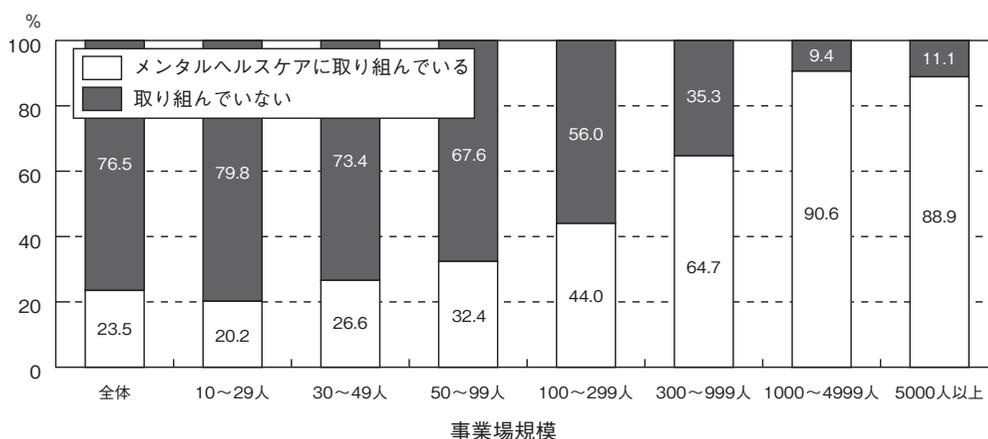
メンタルヘルス不調により休業した労働者は大企業ほど多い。小規模事業場では、退職に追い込まれるケースが多いとも思われる。

メンタルヘルス上の理由により休業した労働者の有無及び1か月以上休業した労働者の有無別事業所割合  
(単位：%)

区 分	事業所計	メンタルヘルス上の理由により休業した労働者がいる	1か月以上休業した労働者がいる	1か月以上休業した労働者はいない	メンタルヘルス上の理由により休業した労働者はいない
平成17年 計	100.0	3.3 (100.0)	(77.6)	(22.4)	96.7
(事業所規模)					
1,000人以上	100.0	82.0 (100.0)	(97.3)	(2.1)	18.0
500～999人	100.0	66.3 (100.0)	(94.6)	(5.4)	33.7
300～499人	100.0	40.9 (100.0)	(86.3)	(13.7)	59.1
100～299人	100.0	16.3 (100.0)	(84.7)	(15.3)	83.7
50～99人	100.0	6.5 (100.0)	(67.7)	(32.3)	93.5
30～49人	100.0	1.8 (100.0)	(85.3)	(14.7)	98.2
10～29人	100.0	1.5 (100.0)	(67.8)	(32.2)	98.5

(厚生労働省 労働安全衛生基本調査 平成17年)

しかし、事業場での心の健康対策取り組み状況は、大企業ではかなり高いが、中・小企業では20～40%程度である。面接指導によるメンタルヘルス不調者の早期発見と早期対処が求められている。



(厚生労働省 労働者健康状況調査 平成14年)

#### 心の健康対策取り組みの有無

#### (6) 労働災害防止対策の実施状況

労働災害防止対策への関心は、小規模事業場でも、かなり高い。

労働災害防止対策を進めることについての関心の有無及び関心の程度別事業所割合

(単位：%)

区 分	事業所計	関心がある	関心の程度		関心がない	関心の程度	
			高い関心 がある	少し関心 がある		あまり関心 がない	全く関心が ない
平成17年 計	100.0	87.3	47.7	39.6	12.7	10.8	1.8
(事業所規模)							
1,000人以上	100.0	99.8	91.4	8.4	0.2	0.2	—
500～999人	100.0	99.5	89.5	10.0	0.5	0.5	—
300～499人	100.0	97.4	82.2	15.2	2.6	2.6	—
100～299人	100.0	97.4	77.6	19.8	2.6	2.4	0.2
50～99人	100.0	94.9	61.7	33.2	5.1	5.0	0.1
30～49人	100.0	89.7	46.4	43.4	10.3	8.7	1.6
10～29人	100.0	84.9	43.4	41.5	15.1	12.8	2.3
平成12年 計	100.0	83.6	47.4	36.2	16.4	15.3	1.1

(厚生労働省 労働安全衛生基本調査 平成17年)

しかし、実際にリスクアセスメントを実施している事業場は、全体で20%と少なかった。

リスクアセスメント実施の有無及び実施の頻度別事業所割合

(単位：%)

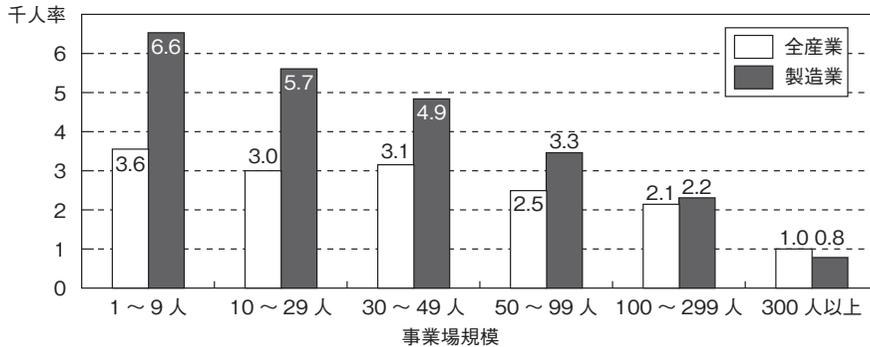
区 分	事業所計	実施している	実施の頻度					実施して いない
			1年に2回 以上	1年に1回	2年以内 に1回	2年を超え る期間ご とに1回	作業方法や 設備の新設・ 変更の都度	
平成17年 計	100.0	20.4 (100.0)	(28.8)	(30.7)	(2.7)	(0.4)	(37.5)	79.6
(事業所規模)								
1,000人以上	100.0	69.5 (100.0)	(45.8)	(28.5)	(1.1)	(0.7)	(23.9)	30.5
500～999人	100.0	49.4 (100.0)	(35.4)	(29.7)	(2.3)	(2.1)	(30.5)	50.6
300～499人	100.0	34.1 (100.0)	(39.0)	(30.9)	(0.5)	(1.1)	(28.6)	65.9
100～299人	100.0	23.9 (100.0)	(37.2)	(26.4)	(1.2)	(1.3)	(33.9)	76.1
50～99人	100.0	26.6 (100.0)	(41.1)	(22.6)	(1.3)	(0.5)	(34.5)	73.4
30～49人	100.0	19.3 (100.0)	(27.5)	(30.0)	(0.5)	(1.3)	(40.8)	80.7
10～29人	100.0	19.3 (100.0)	(25.9)	(32.6)	(3.6)	(—)	(38.0)	80.7
(産業)								
建設業	100.0	23.3 (100.0)	(19.1)	(43.3)	(5.9)	(0.1)	(31.6)	76.7
製造業	100.0	22.2 (100.0)	(23.3)	(24.5)	(0.7)	(0.5)	(51.0)	77.8
電気・ガス・熱供給・水道業	100.0	41.2 (100.0)	(43.9)	(38.2)	(—)	(—)	(18.0)	58.8
情報通信業	100.0	9.3 (100.0)	(38.4)	(40.5)	(0.4)	(0.8)	(19.9)	90.7
運輸業	100.0	32.8 (100.0)	(53.4)	(15.5)	(0.4)	(1.5)	(29.1)	67.2
卸売・小売業	100.0	18.8 (100.0)	(26.6)	(35.4)	(4.4)	(—)	(33.6)	81.2
飲食店、宿泊業	100.0	10.5 (100.0)	(35.8)	(48.9)	(0.1)	(—)	(15.1)	89.5
サービス業	100.0	18.6 (100.0)	(26.0)	(21.3)	(1.4)	(0.1)	(51.2)	81.4

(厚生労働省 労働安全衛生基本調査 平成17年)

しかし、平成18年4月より、労働安全衛生法の改正によりリスクアセスメントが事業者の努

カ義務となったことにより、実施率は、今後増加するものと思われる。

実際の労働災害死傷者数（千人率）は、小規模事業場は、大企業の数倍にのぼっている。特に当然のことながら、製造業で多い。



(厚生労働省 労働者災害補償保険事業年報、労災保険給付データ 平成15年)

全国の労働災害死傷者数の事業場規模別千人率

### (7) 労働安全衛生マネジメントシステムの導入状況

労働安全衛生マネジメントシステムを導入している事業所の割合は、7.3%となっている。

導入していない事業所のうち、「導入予定あり」の事業所の割合は2.0%、「導入について検討中」は25.0%となっている。

まだまだ、これからの問題である。

労働安全衛生マネジメントシステム導入の有無及び導入の予定別事業所割合

(単位：%)

区分	事業所計	導入している	導入していない	導入予定あり	導入について検討中	導入予定なし
平成17年 計	100.0	7.3	92.7 (100.0)	(2.0)	(25.0)	(73.0)
(事業所規模)						
1,000人以上	100.0	37.2	62.8 (100.0)	(12.1)	(57.7)	(30.2)
500～999人	100.0	23.3	76.7 (100.0)	(14.8)	(43.9)	(41.3)
300～499人	100.0	18.9	81.1 (100.0)	(6.1)	(39.6)	(54.3)
100～299人	100.0	12.5	87.5 (100.0)	(3.5)	(36.2)	(60.3)
50～99人	100.0	9.9	90.1 (100.0)	(2.4)	(36.7)	(60.9)
30～49人	100.0	6.9	93.1 (100.0)	(2.4)	(26.3)	(71.3)
10～29人	100.0	6.4	93.6 (100.0)	(1.7)	(22.4)	(76.0)
平成12年 計	100.0	10.1	89.9	...	...	...

(厚生労働省 労働安全衛生基本調査 平成17年)

しかし、その効果を認める事業場は多い。

### 3) 安全衛生教育の実施状況

安全衛生教育は、産業医の5管理の1つとして重要であるが、次の二つの調査が示すように小

規模事業場での実施率は、やや低い。地域産業保健センターの医師、産業医の活躍が期待される。

### 衛生教育の実施率

規模（人）	1～4	5～9	10～49	50～99	100以上
実施率（％）	25.6	43.4	59.6	74.0	100

（産業医学振興財団 小規模事業場調査 平成14年）

### 安全衛生教育の実施の有無及び教育の対象者別事業所割合（複数回答）

（単位：％）

区 分	事業所計	安全衛生教育を 実施している	教育の対象者（複数回答）										安全衛生教育を 実施していない	
			労働者 新しく 雇い 入れた 者	常用 労働 者 とし て 新 しく 雇 い れた 者	臨時 ・日 雇 い 労働 者	た 労働 者	作業 内容 を 変更 し た 労働 者	長 等 新 しく 就 任 した 労働 者	現場 監督 主 任 者	生 産 推 進 者	全 管 理 者 、 安 全 衛 生 推 進 者	新 しく 就 任 した 衛生 管理 者		新 しく 就 任 した 衛生 管理 者
平成17年 計 （事業所規模）	100.0	54.0 (100.0)	(88.9)	(26.0)	(45.0)	(32.6)	(16.3)	(13.3)	(13.6)	(10.4)	(13.0)	(5.1)	46.0	
1,000人以上	100.0	96.8 (100.0)	(97.1)	(39.2)	(76.2)	(79.4)	(49.4)	(41.1)	(41.3)	(69.1)	(22.6)	(15.3)	3.2	
500～999人	100.0	89.6 (100.0)	(96.9)	(39.6)	(69.0)	(66.7)	(46.5)	(43.2)	(40.4)	(53.8)	(25.1)	(17.3)	10.4	
300～499人	100.0	84.4 (100.0)	(97.5)	(27.3)	(57.4)	(59.1)	(42.0)	(37.3)	(31.4)	(38.8)	(15.9)	(10.3)	15.6	
100～299人	100.0	87.3 (100.0)	(95.7)	(41.0)	(63.1)	(36.4)	(25.0)	(19.7)	(15.4)	(25.5)	(12.9)	(26.0)	12.7	
50～99人	100.0	72.8 (100.0)	(93.8)	(26.8)	(53.4)	(33.8)	(19.5)	(19.1)	(12.5)	(20.9)	(17.3)	(3.9)	27.2	
30～49人	100.0	55.5 (100.0)	(89.6)	(28.3)	(51.3)	(32.0)	(23.8)	(19.5)	(16.0)	(14.5)	(13.3)	(2.9)	44.5	
10～29人	100.0	48.3 (100.0)	(86.7)	(22.9)	(38.7)	(31.1)	(11.8)	(9.1)	(12.4)	(4.4)	(12.0)	(2.5)	51.7	
平成12年 計	100.0	54.9 (100.0)	(90.1)	(30.3)	(51.1)	(27.6)	(15.3)	(10.8)	—	—	—	(2.2)	45.1	

（厚生労働省 労働安全衛生基本調査 平成17年）

#### 4) 事業者および労働者の産業保健活動への意欲

一般に中小企業の事業者および労働者の産業保健活動への意識は低いとされている。

調査によると、次の表のように、根本的に産業保健活動の目的や内容を知らないことがあげられており、今後、啓蒙や衛生教育が重要であることが指摘されている。

中小企業の労働者に対する産業保健サービスの提供について	
(1) 事業者にとっての産業保健活動の問題点	
「費用負担が厳しい」	41.9%
「時間的余裕がない」	39.1%
「健康管理は従業員が自ら行うべきであり、事業主が関与しにくい」	32.2%
「何をすべきかわからない」	約20%
(2) 事業主が産業保健活動の目的や内容について「あまり知らない」「ほとんど知らない」	約80%
(3) 労働者においても85%以上が同様の回答	

ただし、古海らは、中小企業事業者の産業保健サービスに関する意識調査を行い、“事業者の産業保健サービスに対する問題意識や期待は高く、一般的な考えとは異なる結果を得た。多くの事業者は労働者の健康管理を企業経営の基本と考えており、彼らの求める適切なサービスの提供によって中小企業の労働衛生レベルの向上が図れると思われた。”としている。

## 5) 今後の課題と対処

### (1) 今後の主な課題

以上の小規模事業場の産業保健活動の現状から、今後の基本的課題は次のように考えられる。

- ① 地域産業保健センターの充実（認知向上、能力向上と活性化、予算拡大、新施策）
- ② 事業者および労働者の理解と意識改革
- ③ 産業保健スタッフのできる限りの関与と努力
- ④ 産業保健活動を少しずつ、かつ重点的に実施する

### (2) 基本的に考えておくべき対処法

基本的には、少ない人・物資源で小規模事業場の特徴を生かし、効率よく、かつ要領よく、産業保健対策をすすめる必要がある。これには小規模事業場の特徴を生かすことが重要である。小規模事業場の特徴とその生かし方には次のものがあり、地産保の医師の理解と活用が望まれる。

項目	小規模事業場	大規模事業場
① 経営者と従業員の結びつき	家族的対応（温情主義）による従業員の経営者への愛着	雇用・所得の安定、福利厚生の実施による従業員の経営者への忠誠心
② 健康管理者・衛生管理組織管理者	1～9人：事業者、人事労務者 10～49人：同上、衛生推進者	産業医、衛生管理者 その他の産業保健スタッフ
③ 組織支援	特になく、常日頃の話し合い 地域産業保健センター 共同選任産業医 種々の助成制度	衛生委員会 産保推進センター
④ その他の特徴	事業者の意志が強く働く 小回りが効く 資金が少ない、助成を要する 法違反を恐れる	法規、規制、労使の力が働く 対策に時間がかかる 資金は十分 社会制裁を恐れる
⑤ その他の対処法	① 事業者の意識改革と先頭指揮・健康管理の責任の自覚 ② 少ない資源を用いて小回りの効く管理体制の構築 ③ ステップ式に具体的対策をすすめる ④ 問題発生時の対策手順を定めておく ⑤ 事業者と従業員の家族的かつ家族ぐるみのつき合いを通しての意思の疎通と話し合い ⑥ 外的資源の活用 ⑦ 労働基準局との連携と指導	

以上のように、小規模事業場は欠点のみでなく長所もあり、それを活用することができる。

## 4 地域産業保健推進センターの現状

以上、眺めてきたように、小規模事業場の産業保健活動は、中・大企業に比べ、かなり劣っている。今後、地域産業保健センターの医師等の一層の活躍が望まれる。そこで、ここで、地域産業保健センターの現状をみることにする。

地域産業保健センター（地産保）は、労働者数50人未満の小規模事業場の事業者とそこで働

く労働者に対して産業保健サービスを提供することを目的に、平成5年より厚生労働省から郡市区医師会への委託事業として実施され、現在、各労働基準監督署管内に1カ所の割合で、全国347カ所に設置されている。地産保は、当初から ①健康相談窓口の開設、②個別訪問による産業保健指導の実施、③産業保健情報の提供、などの事業を行ってきた。その後、平成8年の労働安全衛生法（安衛法）および同規則の改正で、労働者50人未満の事業場の事業者は、労働者の健康管理等を行うに当たって地産保事業の利用等に努めるもの、と法的整備がなされた。平成10年からは、休日、夜間における健康相談窓口の開催等を実施する拡充センターが順次設置され、現在84カ所が拡充センターとなっている。さらに、上述のように平成18年の安衛法改正に伴い、時間外労働時間が月100時間以上等の長時間労働者に対する面接指導が平成20年4月から小規模事業場にも義務化され、地産保がその担い手として期待されている。

しかし、現状では、種々の問題点があり、早急に是正されることが望まれている。

### 1) 地域産業保健センターの認知度や利用率

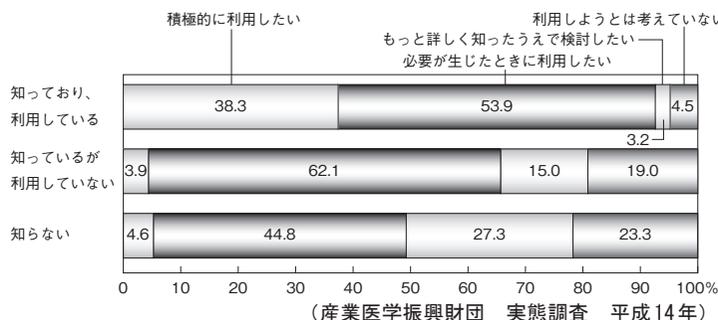
地産保の認知・利用状況のこれまでの調査を下の表にまとめた。

地域産業保健センターの認知・利用状況

区 分	構成比 (%)					
	知らない		知っているが、ほとんど利用していない		知っており利用している	
	産医振財団 実態調査 (平成14年)	安衛基本調査 (平成17年)	産医振財団 実態調査 (平成14年)	安衛基本調査 (平成17年)	産医振財団 実態調査 (平成14年)	安衛基本調査 (平成17年)
1～4人	78.7		16.1	—	5.2	—
5～9人	70.9		22.4	—	6.7	—
10～29人	} 62.2	} 65.3	} 28.4	17.9	} 9.4	} 16.8
30～49人				12.0		
50～99人	44.1		44.8	7.5	11.0	21.0
100人以上	41.4		53.4	9.1	5.2	34.7

一般に知名度も低く、また、利用率も低い。今後、多いに宣伝する必要がある。

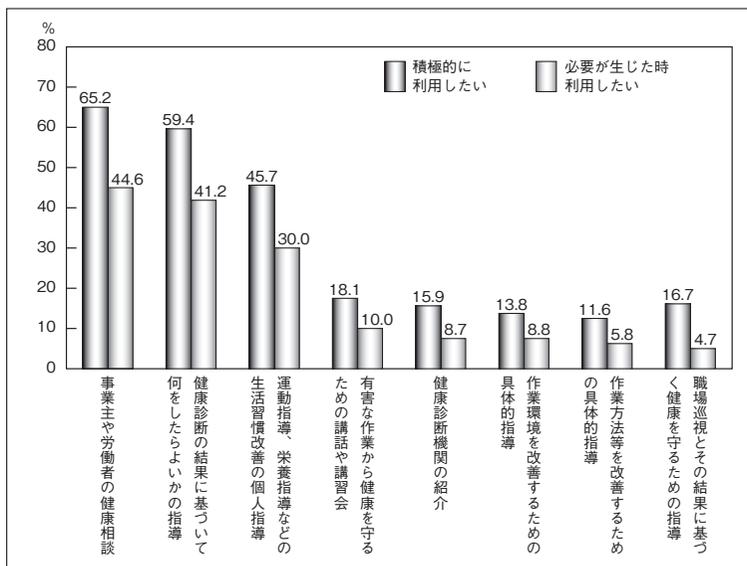
また、利用意向では、次の図のように、積極的に利用したいとする事業場は、認知の有無にかかわらず少ない。



認知・利用状況別地域産業保健センターの利用意向

利用目的は、次のように健康相談、健康診断後の指導、生活習慣改善の個人指導などが多い。調査時、面接指導制度は、導入されておらず、この利用目的からみて、需要は大きいものと思われる。

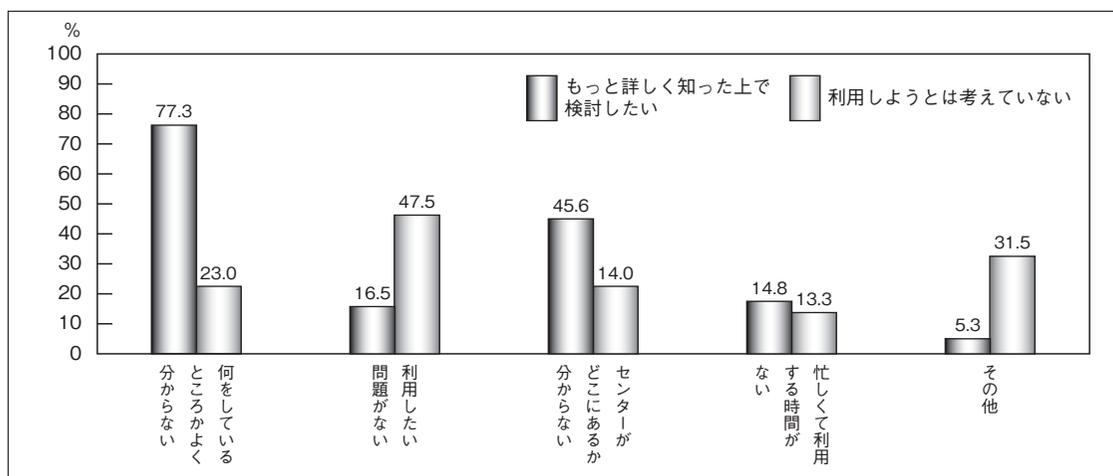
また、平成16年の小規模事業場の産業保健活動ニーズ調査でも、ほとんど知らなかったが81%を占めていた。また、利用する条件では、サービス内容がニーズに合えば36%、手続きが面倒で無ければ23%であった。これらの対策が必要である。



(産業医学振興財団 実態調査 平成14年)

#### 利用意向別地域産業保健センターで利用したい項目（主要8項目）

また、利用しない理由としては次のものがある。やはり、十分認知させるのが最も重要であることが分る。



#### 利用意向別地域産業保健センターを利用しない理由（主要5項目）

2) アンケート調査による地域産業保健センター側からみた意見—日本医師会産業保健委員会調査、平成19年

まず第一に、地産保の予算が少ないとの主張が多い。

予算額について	
十分である	43.2%
不十分である	54.5%
無回答	2.3%

前述の如く、平成20年度には、全体の予算増加と面接指導専用窓口開設の予算の新規付与が行われている。しかし、後者は、平均して一産保あたり30万円程度で、不十分とも思われる。また、地産保の登録医や相談医の確保がむづかしいという意見も過半数を占めていた。

登録医・相談医の確保	
比較的容易である	47.8%
難しい	51.9%
無回答	0.3%

面接指導に関する調査結果は後述する。

いずれにしても、十分な予算と人員の増加が望まれている。

5 小規模事業場に面接指導が導入される前の中・大企業における面接指導の現状

平成18年4月1日より、中・大企業（従業員50人以上）では、法に基づく事業者の義務としての面接指導が実施されており、大企業ではその前から自主的に長時間労働対策が講じられてきている。

1) 長時間労働者の有無およびその把握と面接指導

平成16年の大阪産業保健推進センターの産業医に対する調査では、長時間労働を把握している産業医は18.7%、把握していない産業医は75.5%であった。

事業場に対する平成17年の厚生労働省の調査では、過去1年間に長時間労働（月の時間外労働が100時間以上）を行った労働者がいる事業場の割合は13.4%であり、“旧総合対策”により“医師による面接指導”を受けた者がいる事業場は8.6%であった。

長時間労働を行った労働者の有無及び長時間労働者に対する取組の実施状況別事業所割合

(単位：%)

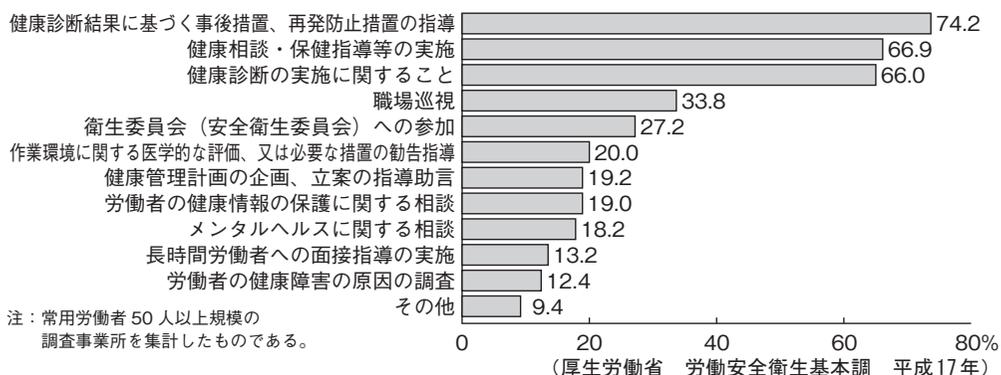
区 分	事業所計	長時間労働を行っ た労働者がいる	医師による面接指導 を受けた者がいる	医師による面接指導 を受けた者がいない	長時間労働を行っ た労働者はいない
平成17年 計	100.0	13.4 (100.0)	(8.6)	(91.4)	86.6
(事業所規模)					
1,000人以上	100.0	43.9 (100.0)	(93.8)	(5.9)	56.1
500～999人	100.0	40.2 (100.0)	(65.8)	(34.2)	59.8
300～499人	100.0	22.9 (100.0)	(68.1)	(31.9)	77.1
100～299人	100.0	16.1 (100.0)	(38.4)	(61.5)	83.9
50～99人	100.0	13.0 (100.0)	(20.6)	(79.4)	87.0
30～49人	100.0	14.4 (100.0)	(5.9)	(94.1)	85.6
10～29人	100.0	12.7 (100.0)	(2.7)	(97.3)	87.3

(厚生労働省 労働安全衛生基本調査 平成17年)

長時間労働は、大企業に多く、小・中企業には少ない。しかし、面接指導を受けた者の率は大企業に多い。

2) 面接指導の実施状況

面接指導が法的に導入される前の平成17年の調査で、産業医が関与した業務の内容として、面接指導実施は、産業医選任ありの事業者を100とした場合、13.2%にのぼっている。



産業医が関与した業務の内容別事業所割合（複数回答）

(産業医選任ありの事業所=100)

平成16年の大阪産業保健推進センターの産業医に対する調査でも、“長時間労働者への健康診断”実施率は9.5%で、指導もしている率は2.0%であった。当時は、面接指導制度が導入される前で、低いのは当然である。

平成18年の厚生労働科学研究で、面接指導制度が中・大企業に導入された1年目の調査では、次の結果が得られている。

- ① 実施率：71%  
対象者がいるが実施していない：4%
  - ② 申し出の有無にかかわらず一定の時間外労働者を対象：62%
  - ③ 管理職について
    - ・労働時間を把握して実施：36%
    - ・申し出者に実施：29%
    - ・実施していない：12%
  - ④ 裁量労働者について
    - ・労働時間を把握して実施：22%
    - ・申し出者：12%
  - ⑤ チェックリストを利用：57%
  - ⑥ 結果により医療機関に紹介したことあり：44%
    - ・抑うつ状態：73%
    - ・心身症：14%
    - ・虚血性心疾患：14%
- 

法的な責任もあって実施率は、極めて高くなっている。また、改正労働安全衛生法に定める“月の時間外労働が100時間以上で、疲労の蓄積があり、申し出をした者”に対する事業者の義務対象者でなく、“それに準じ者（努力義務者）”、とくに月の時間外労働時間が80時間以上の者、全てに対して面接指導を実施している事業場が多いことも分る。

### 3) 面接指導実施一年間の産業医の意見

次のような意見と問題点の指摘がある。小規模事業場での実施に参考になる。

- ① 事業者と労働組合の理解と率先が最も重要で、産業医がまず行う仕事である
  - ・大企業と中企業および小企業の温度差大
  - ・事業者は“余計なことをするな” 労働者は“残業代かせぎは不可欠”という
- ② 全社的通達、LANの活用が有用である
  - ・全社的取り組みが不可欠である
  - ・通知も、全社的に有効に行うとよい
- ③ 人事・総務・産業保健スタッフの最大限の協力と、充実したマンパワーが不可欠である
- ④ 目標は実施でなく、長時間労働の根絶と事後措置・保健指導の充実とフォローに置く
  - ・事業者は、面接指導を免罪符として使い、また産業医に不当な勤労者の配置転換・解雇などを強要する
  - ・事業外資源の受け皿とネットワーク作りが極めて重要
- ⑤ 月の時間外労働100時間と80時間超の基準は受け入れ容易、45時間は難しい（人数的にも）
  - ・休日労働時間の扱いは疑問あり
  - ・受診者は、7000人の大企業で月200人位（35人に1人）
- ⑥ チェックリストは有用で責任を果たせる 一人平均20分位かかる 産業保健スタッフの協力で短縮可能である

- ⑦ 本人の自己チェックの書き方がよく分からないらしく、産業保健スタッフの援助が必要である
- ⑧ 申し出者は少なく、勧告や呼び出しに応じない者も多い
  - ・自分自身で思いあたることがあると受診する
- ⑨ 管理者は外す傾向にあり、本人も申し出しない 産業医の勧告が必要である
- ⑩ プライバシーは、あまり問題にならない
- ⑪ 産業医の報酬をあげるべきである
- ⑫ 全体としての面接指導の効果は上がっているようである
  - ・事業者の過重労働に対する注意の喚起の契機となっている
  - ・サービス残業の減少、過重労働、とくに月の残業100時間超労働は減少している
  - ・過重労働に係る健康障害、とくにメンタルヘルス不調の発生は減少している
  - ・過労死の減少等はまだ不明である

今後の成果が期待される

## 6 小規模事業場における面接指導の実際と課題

### 1) 面接指導制度の基本的理解

#### (1) 過重労働・メンタルヘルスとの戦いの歴史

主な歴史的事項を下の表に示した。

- |   |
|---|
| <p>1 過労死の社会問題化（1978～）と過労死110番運動（1988～）<br/>         ー労災補償を求めた社会医学的問題として発生、戦いの始まり</p> <p>2 背景としての現代病（遺伝環境病）との戦い<br/>         ー一般私病と職業性疾患との結びつき：成人病（1961～）、生活習慣病（1996～）、作業関連疾患（1990～）、代謝症候群（1999～）</p> <p>3 厚生労働省の種々の施策による戦いー最終目標は過労死予防<br/>         THP（1988～）、快適職場形成（1992～）、安衛法改正（1996～）、メンタルヘルス指針（2000～）、深夜業自発健診（2000～）、二次健診給付（2001～）など</p> <p>4 心理的負荷による精神障害等の新しい認定基準（1999）によるメンタルヘルス対策</p> <p>5 最高裁での国側敗訴（2000）と新しい過労死認定基準（2001）<br/>         ー長期の過重労働（過労死）を認定対象に</p> <p>6 総合対策（通達）による戦い（2002～）ー産業医の関与明確化<br/>         事業者の努力義務の為、実施率不十分</p> <p>7 企業の社会的責任（CSR）と事業者の安全配慮義務違反・制裁（2002～）<br/>         ー過労死の労災認定件数の著増（2002～）を背景にー<br/>             ↓<br/>             総合対策実施不十分と過労死認定件数著増</p> <p>8 労働安全衛生法改正による戦いー産業医が中心となった新しい戦いの始まり<br/>         検討会勧告（2004.8）、政策審議会建議（2004.12）、国会審議（2005.5～）、法改正（2005.10）・施行（2006.4）<br/>         産業医は法的根拠をもって①面接指導実施、②衛生委員会への報告、③事業者への記録報告と意見提出することになった。ただし、小規模事業場では、平成20年4月より実施。</p> |
|---|

### 過重労働・メンタルヘルスとの長い戦いの歴史

“過労死”が問題となったのは、1980年頃で、第一次石油ショックによる経済不況のもと、リストラ等による長時間労働により、中年男性の脳・心血管疾患の増加がみられ、主に弁護士

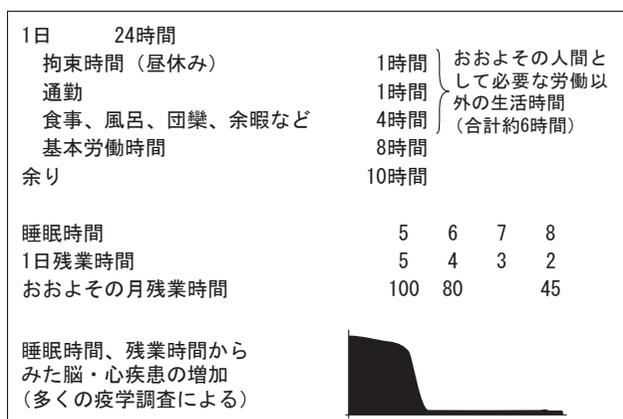
の方々の“過労死110番”制度創設をきっかけとし、労災補償を求めた社会医学的展開がみられたが、産業保健サイドは、傍観の立場であった。しかし旧厚生省は“成人病”としてとらえ、二次予防を中心に早期発見・早期治療を試み、やがて限界を知り、一次予防の生活習慣病対策へとすすめた。一方、旧労働省は、“職業病”の減少と共に、一般の私病のうち、作業が関係する“作業関連疾患”として、脳・心血管疾患を把え、事業者責任のもと対策に乗り出した。臨床医学では、これらの疾患と病態を共にする“メタボリックシンドローム”が注目され、三つの疾患概念が、同一のものとして考えられるようになった。

厚生労働省は施策としてTHP計画など種々の方策を打ち出したが、いずれも、究極的には過労死対策である。

やがて、最高裁での判決を基に、“脳・心血管疾患”の認定基準が改正され、長期に亘る長時間労働が認定の対象となり、厚生労働省は通達で拘束力の少ない“旧総合対策”で、対処し始めたが、一方で“企業の社会的責任（CGSR）”や民法上の“安全配慮義務”による事業者の責任の追求とともに、認定過労死の増加により、法的に対処することが求められ、労働安全衛生法の改正により、平成18年4月に事業者に面接指導が義務づけられたものである。ただし、前述のように、小規模事業者団体の強い反対で、小規模事業場での実施が平成20年4月まで猶予されたものである。

## (2) 過重労働の判断 一月の時間外労働時間

過重労働による脳・心疾患の認定基準や総合対策および新しい法改正に基づく省令では、長時間労働が重視され、その判断のマイルストーンとして月の時間外労働時間として、45時間、80時間および100時間という値が用いられているが、その設定は、多くの疫学調査と働く人々の生活時間配分、とくに疲労の蓄積を回復する睡眠時間と脳・心臓疾患リスクとの関係（下図）による。



働く人々の生活時間配分、とくに時間外労働（残業）と過労死の関係（週5日労働）

すなわち、月の残業が100時間以上、すなわち1日13時間以上の労働がつづくると過労死の頻度が確実に増えること、80時間以上では、ややリスクがあること、45時間以下では全くリスクのないことになる。

## 2) 労働安全衛生法、安衛則および通達に基づく小規模事業場での面接指導の内容

下の表にまとめた。基本的に大・中企業の面接指導と全く同じである。

項 目	内 容	
	面接指導（義務）	面接指導に準ずる措置（努力義務）
規定の趣旨	事業者は、一定の労働者に対し、医師による面接指導を行わなければならない。	事業者は、左欄の労働者以外の労働者であって健康への配慮が必要なものについて必要な措置を講ずるように努めなければならない。
面接指導の定義	問診その他の方法により心身の状況を把握し、これに応じて面接により必要な指導を行うことをいう。	
対象事業場	全ての事業場（常時使用する労働者の数が50人未満である事業場は平成20年4月から適用）	
対象労働者	休憩時間を除き1週間当たり40時間を超えて労働させた場合におけるその超えた時間が1月当たり100時間を超え、かつ、疲労の蓄積が認められる労働者で、面接指導の申出をしたもの。ただし、1か月以内に面接指導を受けた労働者で、面接指導を受ける必要がないと医師が認めた者を除く。なお、産業医は、時間外・休日労働が1月当たり100時間を超え、かつ、疲労の蓄積が認められる労働者に対して面接指導の申出を行うよう勧奨することができる。また、前記の超えた時間の算定は、毎月1回以上、一定の期日を定めて行わなければならない。派遣労働者については、派遣元事業主に実施義務が課せられている。	<p>ア長時間の労働により、疲労の蓄積が認められ、又は健康上の不安を有している労働者 イ前号に掲げるもののほか、事業場において定められた法第66条の9の必要な措置の実施に関する基準に該当する労働者</p> <p>～事業場で定める基準の例～            ①週40時間を超える労働が1月当たり100時間を超えた労働者及び2～6か月間の平均で1月当たり80時間を超えた労働者全員            ②週40時間を超える労働が1月当たり80時間を超えた労働者全員            ③週40時間を超える労働が1月当たり45時間を超えた労働者で産業医が必要であると認めた者</p>
実施事項	<p>面接指導：労働者の申出後、遅滞なく実施する。            面接指導における確認事項：            ①当該労働者の勤務の状況            ②当該労働者の疲労の蓄積の状況            ③前号に掲げるもののほか、当該労働者の心身の状況</p>	<p>面接指導又は面接指導に準ずる措置</p> <p>～面接指導に準ずる措置の例～            対象労働者に係る作業環境、労働時間等の情報を産業医に提出し、事業者が産業医から助言指導を受ける。</p>
労働者の受診義務等	前記の対象労働者は、事業者が行う面接指導を受けなければならない。ただし、事業者の指定した医師が行う面接指導を受けることを希望しない場合において、他の医師の行う同項の規定による面接指導を受け、その結果を証明する書面を事業者に提出したときは、この限りでない。	左記に準じた必要な措置を講じるよう努めなければならない。
記録の保存	面接指導結果の記録を作成して5年間保存しなければならない。	
医師からの意見聴取	面接指導の結果に基づき、当該労働者の健康を保持するために必要な措置について、面接指導が行われた後（前記の他の医師による面接指導を受けたときはその結果を証明する書面を提出した後）、遅滞なく、医師の意見を聴かななければならない。	
事業者の行う措置	医師の意見を勘案して、必要があると認めるときは、当該労働者の実状を考慮して、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮、深夜業の回数の減少等の措置を講じるほか、医師の意見の衛生委員会若しくは安全衛生委員会又は労働時間等設定改善委員会への報告その他の適切な措置を講じなければならない。	
守秘義務、個人情報保護法	面接指導の実施の事務に従事した者は、その実施に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。	健康情報を含む個人情報の保護の観点から、個人情報の適切な取扱いを行わなければならない。

### 3) 面接指導における留意事項

- ① 面接指導の費用は、事業者が負担すべきものである。但し、労働安全衛生法では、小規模事業場に対しては国が援助すべきとする条項があり、当分は、可及的、国の予算で、小規模事業場の面接指導が実施されることになっている。予算については上述した。
- ② 面接指導に要した時間の賃金の支払いは、労使協議により定めるべきものであるが、事業者がこれを支払うことが望ましい。
- ③ 衛生委員会等又は労働時間等設定改善委員会への医師の意見の報告に当たっては、医師からの意見は個人が特定できないように集約・加工するなど労働者のプライバシーに適正な配慮が必要である。また、必ずしも病名を報告・記載する必要はない。
- ④ 特にメンタルヘルス不調に関し、面接指導を受けた結果として、事業者が労働者に対し不利益な取扱いをすることがあってはならない。
- ⑤ 法・通達の内容は、最小限の対策であり、衛生委員会等を通じて、より幅広く柔軟に対応する。また、各種健康診断の確実な実施、二次健康診断等給付、自発的健康診断、THP、快適職場形成などを実施する。
- ⑥ 面接指導は医師であれば行えるが、なるべく産業医が望ましい。
- ⑦ 面接指導は産業医学振興財団発行の“チェックリスト”と“マニュアル”を用いると便利で、かつ責任を持って全ての目的を達することが可能である。

小規模事業場の面接指導には、主として地域産業保健センターの医師があたるが、後で述べる種々の課題があり、事業場の内容を、それほど熟知していない地産保の医師が、実施できるよう、また時間がかからないように地域産業保健センター用の“チェックリスト”とその“マニュアル”が作製されているので、それを用いるとよい。付録に資料としてつけてあり、また厚生労働省、および産業医学振興財団のホームページからダウンロード可能である。但し、原則として中・大企業の面接指導には用いるべきでないとされている。
- ⑧ 対象労働者には、義務者と努力義務者があるが、可及的に広く、できれば衛生委員会での基準確立により全員に行うことがのぞましい。
- ⑨ 義務労働者に産業医は受診を勧奨することができる。事業者は、常に産業医に対し、月の時間外労働時間が100時間超の者の作業環境、労働時間等の情報を提供する必要がある。勧奨の方法には、①健康診断の結果からあらかじめ勧奨しておく、②家族や周囲の者からの情報を基にすることなどがある。
- ⑩ 面接指導の除外対象者には、①期日前1月以内に面接指導を受けた者、②医師の診療の結果・健康診断の結果・過去の面接指導の結果・疲労蓄積度のチェックリストの結果等に基づき、医師が健康上問題がないと認めた者が該当する。くり返し受診対象者は、時間外労働時間を適正化するよう本人および事業者を指導し、必要に応じて除外規定を運用する。
- ⑪ 裁量労働者は、使用者が健康・福祉確保措置を行うに当たって把握している“労働時間の

状況”を基に、事業場で決めた方法で時間外労働時間を把握する。

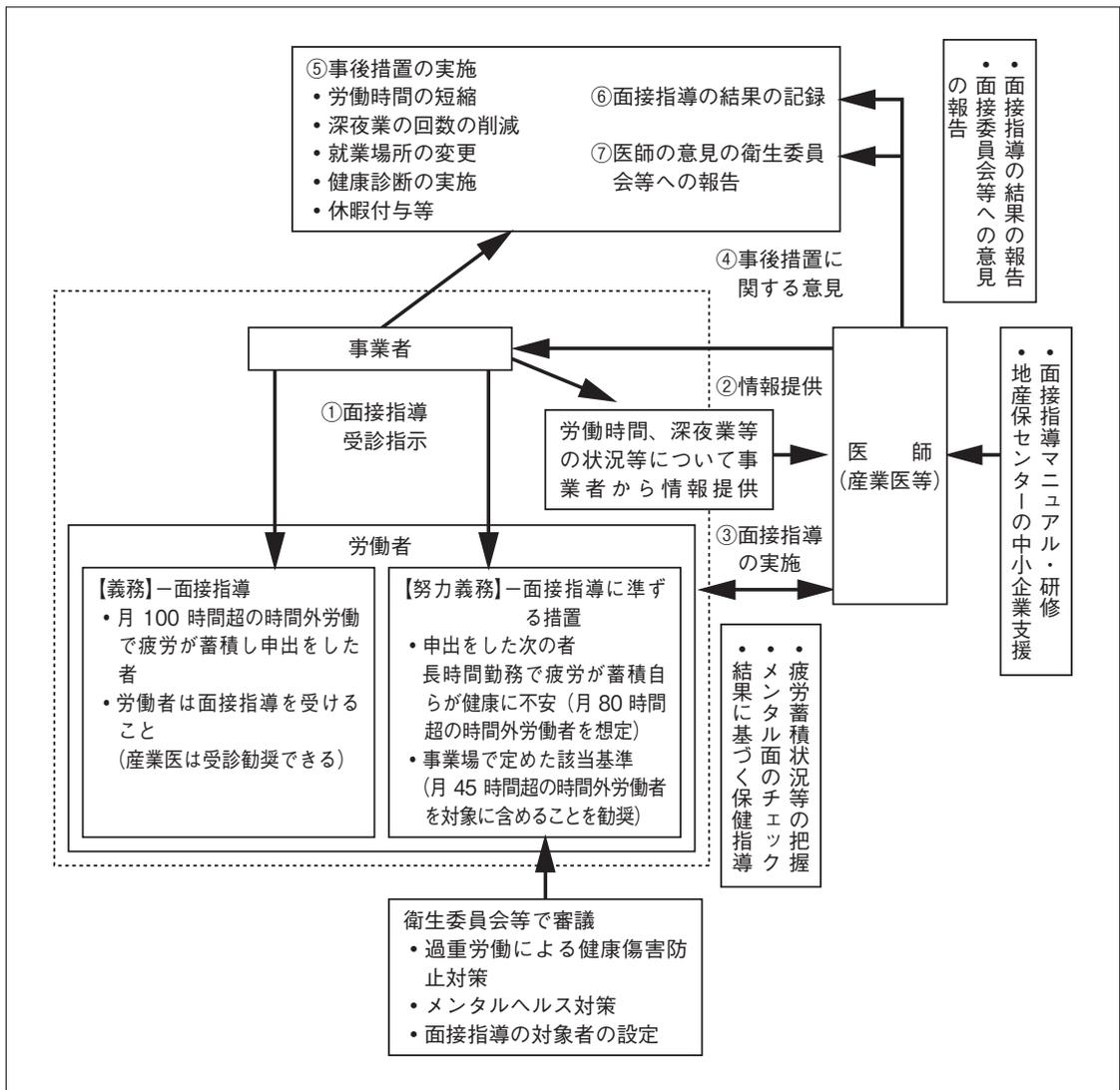
- ⑫ 管理監督者は、自らが“月の時間外労働時間が100時間を超え、疲労の蓄積がある”と判断し申出をした場合、面接指導を行う。産業医は、常に定期健康診断・ドックの結果や、産業保健スタッフ・人事労務担当者との協力のもと面接指導の対象者を選別勧奨する必要がある。
- ⑬ 面接指導に伴う事後措置（事業者への意見の具申、衛生委員会での審議、労働者の生活・保健・医療指導とフォロー等）が最も重要である。内容は、“健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針（平20年2月公示）”を参考にする。
  - ・産業医は、遅滞なく（1月以内）労働者の指導と事業者への事後措置に係わる意見の具申をする。
  - ・産業医は、面接指導の結果と事後措置に関する意見を記録し、事業者に遅滞なく提出する。事業者は、これを記録とすることができ、5年間保存の義務がある。一方、地産保も、これらの写しやチェックリストを情報保護管理のもと5年間保存する。
  - ・面接指導した医師が事業場の産業医でなかった場合、選任産業医の意見も聴取することも考えられる。
- ⑭ 派遣労働者の面接指導実施の責任は、派遣元事業者にある。派遣先事業者は、派遣元事業者に労働時間等を通知する義務がある（労働者派遣法）。
- ⑮ 産業医は、過重労働による業務上疾病を発生させた場合、事業者に助言し、原因究明を再発防止の徹底を図る。

#### 4) 小規模事業場での面接指導のすすめ方

##### (1) 面接指導の流れ

すすめ方は、平成18年4月1日より大・中企業で実施されているものと全て同じである。

省令に基づいた面接指導の流れを、下図に示した。産業医の役割は、③面接指導の実施、④事後措置に関する意見、⑥面接指導の結果の報告（事業者の記録とその保存のため）、⑦衛生委員会等での報告、審議である。なるべく事業者から多くの情報提供を求め、受けておく必要がある（②）。面接指導義務者への申し出の勧奨や面接指導後の生活指導、保健・医療指導およびフォローによる管理も重要となるが地産保の医師では多くの制約がある。



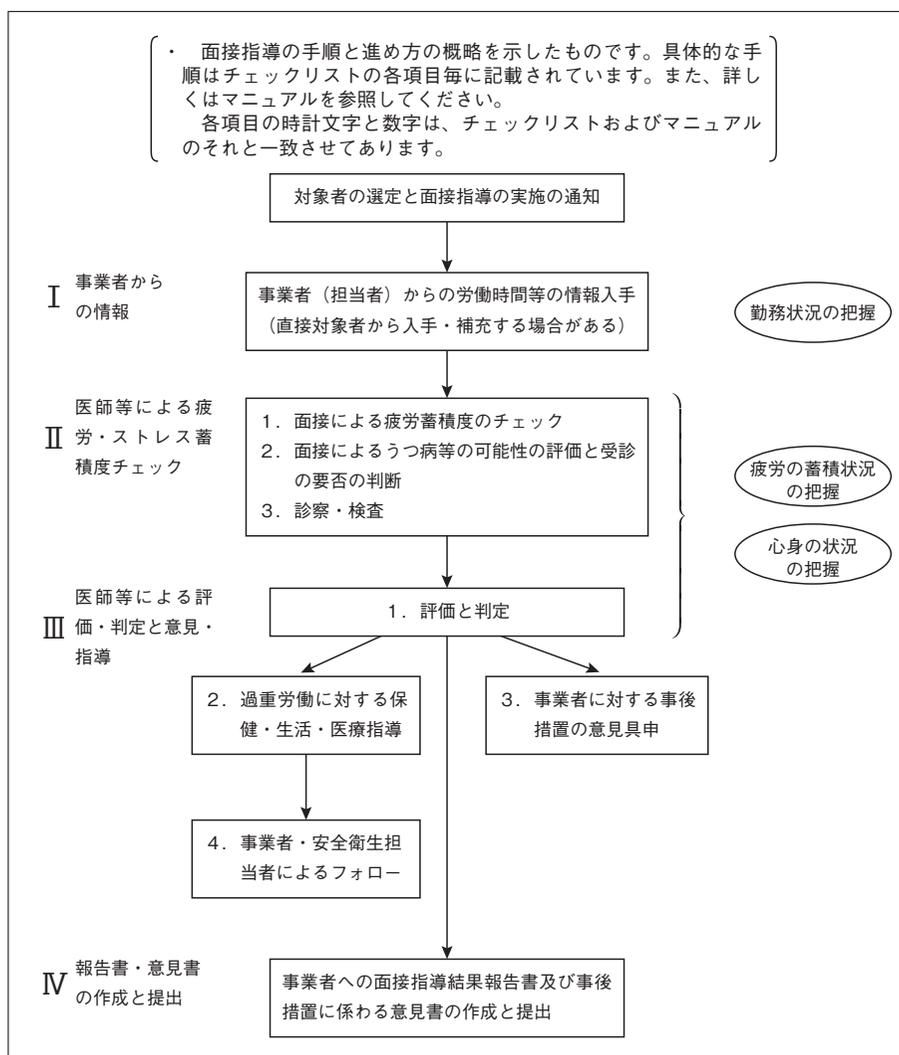
改正法に基づく面接指導の流れ

## (2) 面接指導のすすめ方

付録の資料につけてある“地域産業保健センター用”のチェックリストを用いるとよい。不明の点や判断、記入のしかたは、同“マニュアル”に詳しく説明されている。

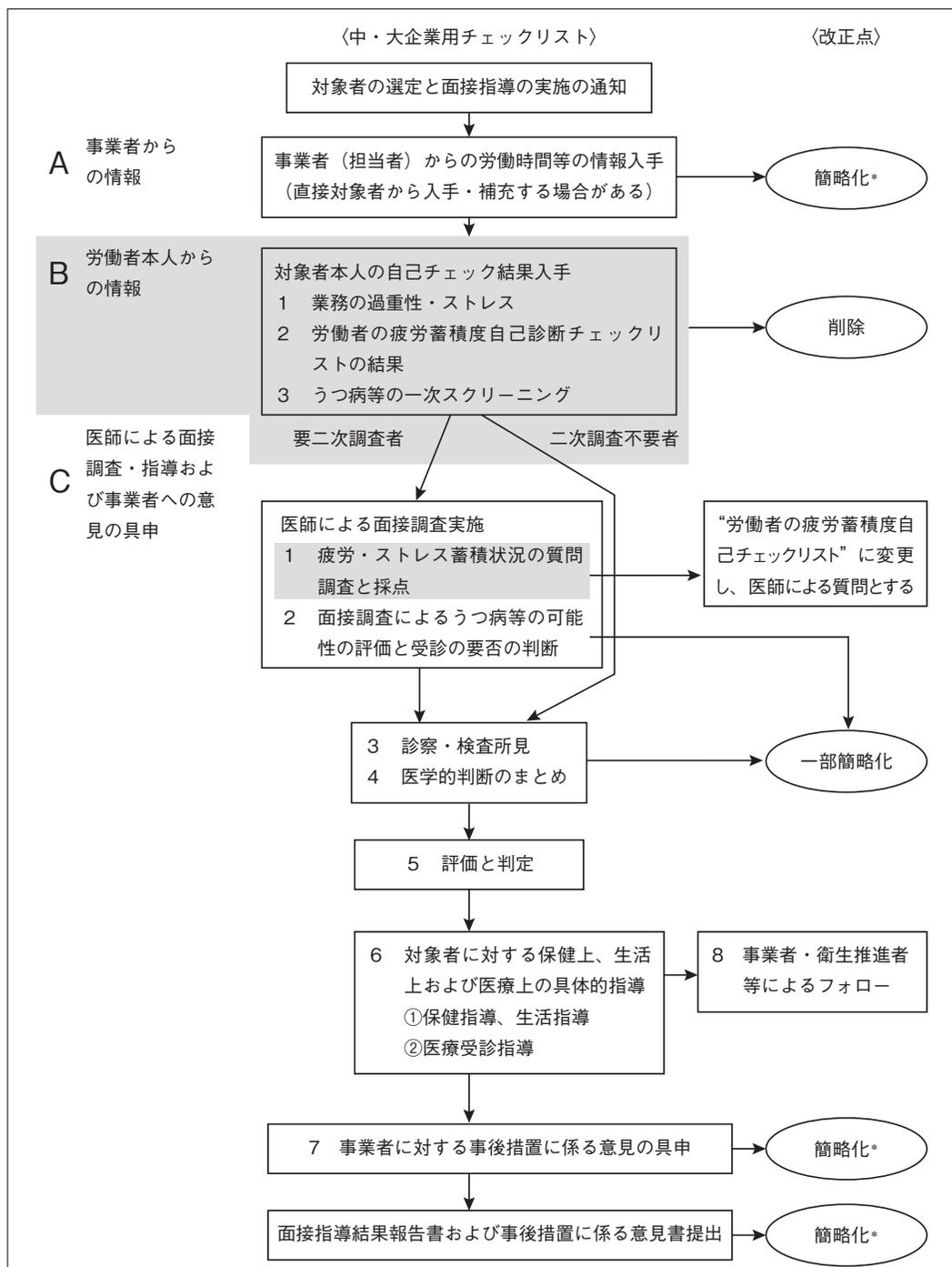
面接指導では、“労働者の勤労の状況”及び“疲労の蓄積の状況”その他“心身の状況”を確認することと定められており（省令）、記録は労働者の疲労の蓄積の状況その他心身の状況、および医師の意見等を記載したものとされており、このチェックリストは、これらを全て満たすものである。

小規模事業場でのチェックリストによる面接指導の内容と手順は、次の図のようなものである。十分、理解され、慣れれば、短時間で実施できるようにしてある。なお、産業保健スタッフがおれば、十分協力してもらうとよい。



地域産業保健センターによる面接指導の手順と進め方

なお、地域産業保健センター用のチェックリストは中・大企業用のチェックリストに比べ、使い易くなっている。主な相異は次のものがある。



\* 事業場の実体が十分把握されていない医師にも可能であるようにしてある

中・大企業用チェックリストとその地産雇用改正点

## 5) 小規模事業場での面接指導実施の問題点と対処

### (1) 主な問題と対処

#### ① 費用は、現在の地産保の予算では不十分

前述のように平成20年度から地産保の予算も増額され、また新規に面接指導専用窓口用の予算がやや不十分であるが、つけられている。

#### ② 地産保の担当医師は、対象事業場や対象労働者の知識が不十分

なるべく情報を入手する努力をする。事業者との話し合いも重要。チェックリストは、不十分な情報でも実施できるように改正してある。また、情報が無い場合、面接指導は行わない\*。

#### ③ 現在のチェックリスト（大・中企業用）は、内容が多く、難かしく、時間がかかる。

なるべく簡略化し、実施しやすくし、時間も少なくてすむように改正してある。

#### ④ 大企業の地方分散小企業の利用で他の小規模事業場の利用が圧迫される。

基本的には、本社機能で対処するよう指導する。優先順位を考える\*。

#### ⑤ 労働時間の把握や対象者の選定が困難

事業者の意識を高め、かつ事業場に実務担当者を置いてもらう。

#### ⑥ 意見の具申、生活・保健・医療指導と特にフォローが難しい。

直接、事業者に話しをするか事業場の実務担当者、とくに産業保健スタッフがおれば、担当してもらう。

地産保の医師と事業者および実務担当者、産業保健スタッフ、労働者の連携と協力が不可欠であり、それに向かって地産保の医師の努力が望まれる。

\*これらに関しては、厚生労働省労働衛生課より、地域産業保健センターにおける医師による面接指導が円滑に運用されるよう、通知が出されている。これらの内容は、付録資料の“マニュアル”に記載されているので参照されたい。

### (2) 地域産業保健センターに対するアンケート調査からみた面接指導

日本医師会産業保健委員会は全国347ヶ所の地産保に調査票を配布し、平成19年4月～6月に回収した。回収率は100%であった。

#### ①面接指導の実施について（複数回答可）

地産保が対応すべき	70%
地域のかかりつけ医が対応すべき	19.0%
その他	19.3%
無回答	2.3%

その他の対応として、

・地産保センターとかかりつけ医の両方が対応すべき（11件）

- ・産業医の協力を得るべき（8件）
- ・労働基準監督署が対応すべき（8件）
- ・かかりつけ医の協力を得るべき（6件）
- ・各事業者の責任において行うべき（6件）
- ・どちらともいえない（4件）
- ・ケースバイケース（3件）
- ・地産保センターが対応すべき（3件）
- ・医療機関や健診機関の協力を得るべき（2件）
- ・医師の負担も考え医師会での協議が必要（2件）
- ・その他（11件）となっている。

多くの地産保の医師が前向きであることが分る。

#### ②地産保が対応する場合の費用

センター負担	57.1%
事業者負担	7.5%
労災保険負担	4.9%
助成金で行うべき	14.7%
その他	2.9%
無回答	2.9%

#### その他の費用に関する意見

- ・謝金の増額
- ・現状では予算内で行えるが、今後増大する場合は助成金制度の措置が必要
- ・面接指導の費用は別途予算化が必要
- ・今後利用者が増えた場合には対応が不可能
- ・出来高払になると思われ予算化は難しい
- ・相談者の確保が問題
- ・健康相談窓口を利用
- ・理論的には事業主負担だが、現実には助成金制度の措置
- ・事業主負担となれば小規模事業所では消極的となり法改正の目的に反する  
などがあげられている。

報告書のコメントとして次のようにまとめられている。

“長時間労働者に対する面接指導は、過労死、過労自殺のリスクを下げる有効な手段である。

このようなことから産業医のいない小規模事業場で働く長時間労働者への面接指導は、69%が地産保が対応すべきと答えている。しかし、地産保の登録医・相談医は、事業者と契約を結んでいないこと、職場全体の労働者を診ていないこと、職場巡視をしていないこと、定期的なフォローを行っていないことなど、産業医としての職務をしていない。そのような中で行う面接指導は、職場環境の実態を知らないで、事業者からの情報と労働者本人からの情報の確かさを確かめる方法が欠如しており、間違った情報に基づき面接指導を行うおそれはないか、対象者に対する保健指導や事業者への意見の具申をすとしても、その後の医師・産業保健スタッフによるフォローが可能か、などの疑問がわく。

小規模事業場に対する面接指導の費用負担については、地産保が負担することが望ましい、が57%を占めていた。

労働安全衛生法安全衛生規則第52条の4には、面接指導を行う医師が確認する事項として、①労働者の勤務状況、②労働者の疲労蓄積状況、③その他労働者の心身の状況が示されており、また、基発第0224003号（平成18年2月24日）には、地域産業保健センターの医師により面接指導を実施した場合には、事業者は当該医師から意見を聴取することが記載されている。これらから、地産保の医師が事業者に意見を述べるためには、先の3点の事項が十分確認される必要がある。このため、小規模事業場における面接指導制度が開始される平成20年4月までに、厚労省は、地産保における面接指導の運用マニュアル等を整備するとともに、事業者が職場環境や労働時間等の情報を医師に確実に提供するよう、労働局のみならず事業者団体等を通じて周知し、地産保での面接指導が混乱しないようにする必要があると思われる。

また、地産保の医師による面接指導制度は、小規模事業場では面接指導制度が十分に機能せず、その結果過重労働対策・メンタルヘルス対策の推進が十分になされないおそれがあるため導入されたと考えるが、この目的を達成するためには、平成20年度以降の予算確保が重要であることを追記しておく。”

## 7 おわりに

以上、わが国の小規模事業場における産業保健活動の実態と、そのような実態下での面接指導のすすめ方についてまとめた。

小規模事業場の面接指導は平成20年4月1日より始まっているが、現在、実施されている大・中企業での実施と、かなり異なる極面も生ずるものと思われる。

すでに予想される問題点と課題については、かなり対処法が組み込まれているが、今後、実際に実施して、必要に応じ改良していくものと思われる。なお、前述のように、付録資料の“マニュアル”の中には地産保での実際の運用に関して厚生労働省労働衛生課長の通知の概要が記述されており、十分参照されたい。

面接指導の唯一の目標は、長時間労働を完全に無くすることである。小規模事業場では、逆

にその実現に有利な点もあり、地域産業保健センターの医師の意欲とご努力が最も期待される。

〈主な参考文献〉

産業医学振興財団 小規模事業場の健康管理に関する実態調査 平成14年3月

大阪産業保健推進センター 認定産業医の活動実態並びに事業場における産業医選任実態調査 平成16年3月

日本医師会産業委員会 地域産業保健センターに対するアンケート調査結果 平成19年12月

厚生労働省 労働者健康状況調査報告 平成14年、平成9年、平成4年

厚生労働省 労働安全衛生基本調査報告 平成17年、平成12年

日本産業衛生学会・中小企業安全衛生研究会 中小企業の安全衛生を創る 労働調査会；2002

大阪府立公衆衛生研究所 小規模事業所における総合的健康管理等の方策に関する調査研究報告書；1998

大阪府立公衆衛生研究所 小規模事業所における労働衛生管理の推進に関する調査研究報告書；2001

(財)西日本産業衛生会 中小企業事業場における産業保健サービスの方策にかかる調査研究(中間報告書)；2001

中央労働災害防止協会 「小規模事業場集団における自主的健康保持増進対策の促進事業」報告書；1998

小規模事業場の産業保健活動に対するニーズ調査 平成16年

平田 衛、熊谷信二、田淵武夫ら；50人未満小規模事業所における労働衛生管理の実態(第1報) 産業衛生学会雑誌；1999、41；190-201

和田 攻 小規模事業場の過重労働対策 第26回産業保健活動推進全国会議シンポジウム 平成16年9月

古海勝彦他、中小企業事業者の産業保健サービスに関する意識調査と今後の産業保健サービスのあり方の検討、産業医学ジャーナル 27；43-50、平成16年

## 長時間労働者への面接指導

# チェックリスト（地域産業保健センター用）

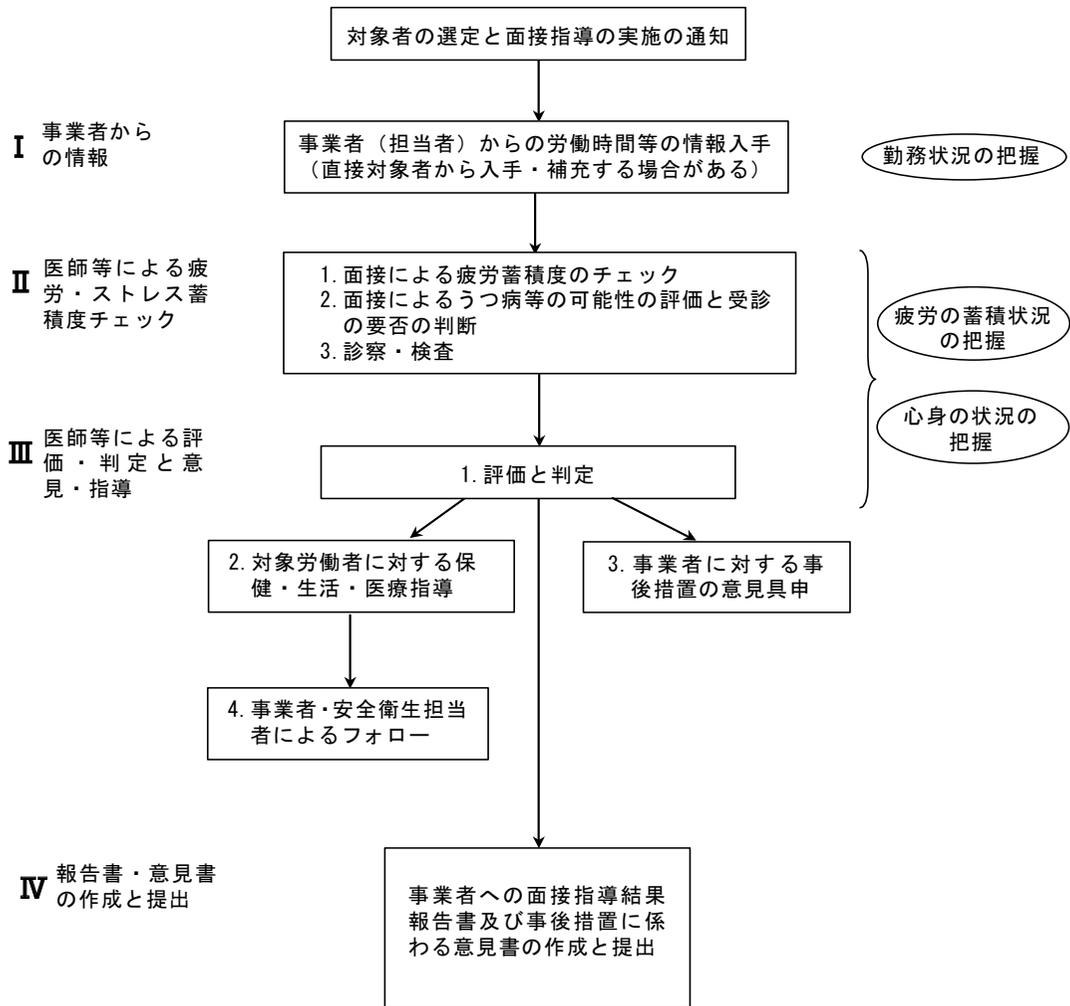
本チェックリストは、改正労働安全衛生法に基づく面接指導を地域産業保健センターの登録医等の事業場の状況をもとには把握していない医師が適切に行うためのものです。

平成20年3月

**地域産業保健センターにおける長時間労働者に対する  
面接指導チェックリスト（医師用）等検討委員会**

## 地域産業保健センターの医師による面接指導 の手順と進め方

〔 ・ 面接指導の手順と進め方の概略を示したものです。具体的な手順はチェックリストの各項目毎に記載されています。また、詳しくはマニュアルを参照してください。 〕



## 長時間労働者への面接指導

# チェックリスト (地域産業保健センター用)

以下の情報は個人情報であり、プライバシーに十分配慮すること。

<input type="checkbox"/> 時間外・休日労働月100時間超の申し出者	面接指導日	平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 会社または事業場の基準該当者	面接医師	
<input type="checkbox"/> 時間外・休日労働月100時間超の者	医師の所属	
<input type="checkbox"/> 時間外・休日労働月80時間超の者		
<input type="checkbox"/> 時間外・休日労働月45時間超の者		
<input type="checkbox"/> その他の者：		
<input type="checkbox"/> 過去の面接指導 ( <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり )	直近の年月	年 月 )

(あらかじめ事業場等にチェック・記入してもらう)

### I 事業場 (人事・労務担当者) 等からの情報

(あらかじめ事業場等にチェック・記入してもらう)

1 氏 名  性別  男  女 年齢  歳

2 所属事業場名・部署  役職

3 情報源  事業者からの情報  本人からの聴取 (該当項目をチェック)

#### 前1か月間について

	平成 年 月 日 ~ 月 日	
①労働時間等	総労働時間 (実績)	<input type="text"/> 時間/月
	時間外・休日労働時間	<input type="text"/> 時間/月
	通勤時間 (片道)	<input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分

②業務内容 (責任性などを含む)、上司からの情報 (あれば)

## Ⅱ 疲労・ストレス蓄積度のチェック

### 1 面接による疲労蓄積度のチェック

このチェックリストは労働者の仕事による疲労蓄積を、自覚症状と勤務の状況から判断するものです。

**(1) 最近1か月間の自覚症状について、各質問に対し最も当てはまる項目をチェックしてください。**

1. イライラする	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
2. 不安だ	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
3. 落ち着かない	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
4. ゆうつだ	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
5. よく眠れない	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
6. 体の調子が悪い	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
7. 物事に集中できない	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
8. することに間違いが多い	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
9. 仕事中、強い眠気に襲われる	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
10. やる気が出ない	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
11. へとへとだ (運動後を除く)	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
12. 朝、起きた時、ぐったりした疲れを感じる	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
13. 以前とくらべて、疲れやすい	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)

〔自覚症状の評価〕 各々の答えの ( ) 内の数字を全て加算して下さい。

合計 点

I	0～4点	II	5～10点	III	11～20点	IV	21点以上
---	------	----	-------	-----	--------	----	-------

**(2) 最近1か月間の勤務の状況について、各質問に対し最も当てはまる項目をチェックしてください。**

1. 1か月の時間外労働	<input type="checkbox"/> ない又は適当 (0)	<input type="checkbox"/> 多い (1)	<input type="checkbox"/> 非常に多い (3)
2. 不規則な勤務 (予定の変更、突然の仕事)	<input type="checkbox"/> 少ない (0)	<input type="checkbox"/> 多い (1)	—
3. 出張に伴う負担 (頻度・拘束時間・時差など)	<input type="checkbox"/> ない又は小さい (0)	<input type="checkbox"/> 大きい (1)	—
4. 深夜勤務に伴う負担 (★1)	<input type="checkbox"/> ない又は小さい (0)	<input type="checkbox"/> 大きい (1)	<input type="checkbox"/> 非常に大きい (3)
5. 休憩・仮眠の時間数及び施設	<input type="checkbox"/> 適切である (0)	<input type="checkbox"/> 不適切である (1)	—
6. 仕事についての精神的負担	<input type="checkbox"/> 小さい (0)	<input type="checkbox"/> 大きい (1)	<input type="checkbox"/> 非常に大きい (3)
7. 仕事についての身体的負担 (★2)	<input type="checkbox"/> 小さい (0)	<input type="checkbox"/> 大きい (1)	<input type="checkbox"/> 非常に大きい (3)

★1：深夜勤務の頻度や時間数などから総合的に判断して下さい。深夜勤務は、深夜時間帯 (午後10時～午前5時) の一部または全部を含む勤務を言います。

★2：肉体的作業や寒冷・暑熱作業などの身体的な面での負担

〔勤務の状況の評価〕 各々の答えの ( ) 内の数字を全て加算して下さい。

合計 点

A	0点	B	1～2点	C	3～5点	D	6点以上
---	----	---	------	---	------	---	------

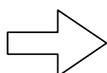
### (3) 総合判断

次の表を用い、(1) 自覚症状の評価、(2) 勤務の状況の評価結果から、仕事による負担度の点数（0～7）を求めてください。

仕事による負担度点数表

		勤務の状況			
		A	B	C	D
自覚症状	I	0	0	2	4
	II	0	1	3	5
	III	0	2	4	6
	IV	1	3	5	7

※ 糖尿病や高血圧症等の疾病がある方の場合には判定が正しく行われな可能性がります。



仕事による負担度の点数は

点（0～7）

判 定	点 数	仕事による負担度
	0～1	<input type="checkbox"/> 低いと考えられる
	2～3	<input type="checkbox"/> やや高いと考えられる
	4～5	<input type="checkbox"/> 高いと考えられる
	6～7	<input type="checkbox"/> 非常に高いと考えられる

※ 点数が4点以上の場合には仕事の負担度が高いと考えられます。

## 2 面接によるうつ病等の可能性の評価と受診の要否の判断

次の全ての項目について直接質問し、チェックし事後措置を行う。

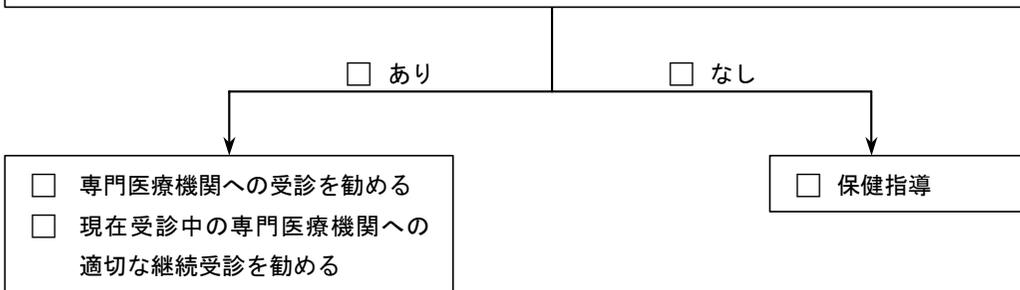
<b>A1</b>	この2週間以上、毎日のように、ほとんど1日中ずっと憂うつであったり沈んだ気持ちでいましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
<b>A2</b>	この2週間以上、ほとんどのことに興味がなくなっていたり、大抵いつもなら楽しめていたことが楽しめなくなっていましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい

A1とA2のどちらか、あるいは両方が「はい」である場合、下記の質問に進む。  
両方とも「いいえ」の場合、以下のA3からA5までの質問については省略してよい。

この2週間以上、憂うつであったり、ほとんどのことに興味がなくなっていた場合、

<b>A3</b>	毎晩のように、睡眠に問題（たとえば、寝つきが悪い、真夜中に目が覚める、朝早く目覚める、寝過ぎてしまうなど）がありましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
<b>A4</b>	毎日のように、自分に価値がないと感じたり、または罪の意識を感じたりしましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
<b>A5</b>	毎日のように、集中したり決断することが難しいと感じましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい

A1とA2のどちらか、あるいは両方が「はい」で、A1～A5の回答のうち少なくとも3つ以上「はい」がある。



### 3 診察・検査所見

面接指導を受ける全ての者に対して、初診時に準じ直接問診し、チェックし、評価・判定・指導等に役立てる。理学的・神経学的所見欄(※)以外は産業保健スタッフの協力を得てもよい。

- 現病歴（基礎疾患）  特になし
- 高血圧、  糖尿病、  脂質異常症（高脂血症）、  肥満、  痛風ないし高尿酸血症、  
 脳血管疾患、  虚血性心疾患、  不整脈（ ）、  肝疾患（ ）、  
 腎疾患（ ）、  がん（ ）、  その他（ ）

罹患経過：発症  年頃 その後の受療（  あり、  なし）

■定期健康診断、人間ドックなどの所見（受診日： 年 月 日）

--

■主訴、自覚症状  特になし

- 頭痛・頭重、  めまい、  しびれ、  歩行障害、  動悸、  息切れ、  胸痛、  
 むくみ、  抑うつ気分、  興味・意欲の低下、  不安感、  思考力の低下、  もの忘れ、  
 食欲低下、  不眠（入眠障害、断続睡眠・中途覚醒、早朝覚醒、熟睡感喪失など）、  疲労感  
 疲労蓄積の症状および本人が考えている疲労蓄積の原因

症 状	
原 因	

■生活習慣

アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 機会飲酒 <input type="checkbox"/> ビール大びん（換算） 本/日（ 日/週）
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う 本/日× 年
運動	<input type="checkbox"/> 特にしらない <input type="checkbox"/> つとめて歩く程度 <input type="checkbox"/> 積極的にする
食習慣 （複数チェック可）	<input type="checkbox"/> 肉が好き <input type="checkbox"/> 魚が好き <input type="checkbox"/> 野菜が好き <input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 塩辛いものが好き <input type="checkbox"/> 甘いものが好き <input type="checkbox"/> 薄味が好き
睡眠時間	1日平均（休日を含む） 時間

■一般生活におけるストレス、疲労要因：

--

■検査所見等：事後措置の意見・保健指導に役立てる

検査所見	血圧	／ mmHg
	脈拍	／分 不整脈： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
	体重	kg
	身長	cm BMI： 腹囲： cm
	その他	
理学的所見(※)		
神経学的所見(※)		
その他		

## 4 医師による医学的判断のまとめ

(まとめに必要な場合に記述する)

業務の過重性等	
メンタルヘルス	
生活習慣病等	
その他	

## Ⅲ 評価・判定と意見・指導

### 1 評価と判定

(以上の所見を医学的に判断し該当項目をチェック)

**(1) 評価：Ⅳ面接指導結果報告書の“疲労の蓄積の状況”と“配慮すべき心身の状況”の判定に用いられる**

	なし	あり		
		軽	中	重
(ア) 疲労の蓄積の状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(イ) 脳・心臓疾患のリスク要因	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ウ) うつ病等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(エ) 指導の必要性	なし		あり	
生活	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
就業	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
医療機関受診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## (2) 判定

(定期健康診断の判定に準じて区分する)

### ア 診断区分

- 異常なし  
 要観察 精密検査 (  不要  要)

- 要医療

対 象 疾 病

<input type="checkbox"/> 脳・心臓疾患	
<input type="checkbox"/> メンタルヘルス不調	
<input type="checkbox"/> 上記以外の健康障害	

### イ 就業区分

- 通常勤務  
 就業制限  労働時間短縮  時間外労働（残業）制限・禁止  配置転換など  
 その他

- 要休業

(就業制限、要休業については、事業場の事業者や産業保健スタッフから話を聞くことが望ましい。)

### ウ 指導区分

- 指導不要  
 要保健指導（生活指導を含む）  
 要医療指導

## 2 対象労働者に対する保健上、生活上および医学上の具体的指導の進め方

(以上の所見の医師としての判断に従って行う)

- 不要
- 要 (以下は例示であるが、上記Ⅲの1の(2)の判定の就業区分の項を事前に記入し、医師としての判断に従って根拠をもって具申する。)
- 1 面接結果に基づく過重労働による脳・心臓疾患発症のリスク等の説明と指導
  - 2 業務上の指導（面接指導による診断区分、就業区分、指導区分による）
  - 3 日常生活に関する指導（生活習慣、生活習慣病の指導）  
特に  睡眠時間の確保  
 正しい生活リズムの確立
  - 4 特定保健指導の対象となる場合には受診を勧奨
  - 5 ストレスへの一般的保健指導
  - 6 専門医療機関への受診勧奨と紹介
  - 7 その他

### 3 事業者に対する事後措置に係る意見の具申

- 不要
- 要（以下は例示であるが、Ⅲの1の(2)の就業区分の項を事前に記入し、医師としての判断に従って根拠をもって具申する。）
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 労働時間の短縮（時間管理の徹底）、時間外労働制限・禁止など | <input type="checkbox"/> 4 人事・労務管理体制の確立 |
| <input type="checkbox"/> 2 面接指導結果による診断区分、就業区分、指導区分の説明と対処 | <input type="checkbox"/> 5 健康管理の徹底      |
| ・ 配置転換   | <input type="checkbox"/> 6 労働衛生教育等の充実   |
| ・ 医療機関受診機会の授与  | <input type="checkbox"/> 7 その他          |
| <input type="checkbox"/> 3 業務上の負荷の軽減                     |   |
- 

### 4 事業者、産業保健スタッフによるフォロー

（必要に応じ必ずフォローする）

- 不要
- 要
- か月後
- か月毎
- その他

### 5 外部機関への依頼とフォロー

（必要に応じ依頼先を記録しておく）

- 不要
- 要

外部機関名	TEL
担当医師	TEL

### 6 その他

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 情報保管者名                    | <input style="width: 500px; height: 15px;" type="text"/> <span style="float: right;">（保管者名を記入の上チェック）</span> |
| <input type="checkbox"/> 2 事業者への面接指導結果報告書と事後措置に係る意見書 | （Ⅳに記入して提出した場合、コピーを添付しておく。）  |

## Ⅳ 面接指導結果報告書 及び 事後措置に係る意見書 (例)

本報告書および意見書は、改正労働安全衛生規則第52条の6の規定（事業者は面接指導の結果の記録を作成し、これを5年間保存すること。当該記録は労働者の疲労の蓄積の状況、心身の状況、事後措置に係る医師の意見等を記入したもの）に基づく面接指導の結果の記録に該当するものである。プライバシーに留意して、チェックリストから加工して記載し事業者に提出する。

面接指導結果報告書					
対象者	事業場名		TEL		
	氏名		所属	部	課
			男・女	年齢	歳
疲労の蓄積の状況	0. なし 1. 軽 2. 中 3. 重		特記事項		
配慮すべき心身の状況	0. なし				
	1. あり				
判定区分	診断区分	0. 異常なし 1. 要観察 2. 要医療		0. 不要	1. 要
	就業区分	0. 通常勤務 1. 就業制限 2. 要休業		事後措置として指導・勧告の必要性 <input type="checkbox"/> 必要事項 <input type="checkbox"/> 下記意見書に記入	
	指導区分	0. 指導不要 1. 要保健指導 2. 要医療指導			

医師の所属先	年 月 日 (実施年月日)	印
	医師氏名	

事後措置に係る意見書		
就業上の措置	労働時間の短縮	0. 特に指示なし 1. 時間外労働の制限 時間/月まで 2. 就業時間を制限 時 分 ~ 時 分 3. 就業の禁止 (休暇・休養の指示) 4. その他
	労働時間以外の項目 (具体的に記述)	主要項目 a. 就業場所の変更 b. 作業の転換 c. 深夜業の回数の減少 d. 昼間勤務への転換 e. その他 1) 2) 3)
	措置期間	____日・週・月 (次回面接予定日 年 月 日)
	医療機関への受診配慮等	
	連絡事項等	

医師の所属先	年 月 日 (実施年月日)	印
	医師氏名	

事業所長	人事	部長	課長

本チェックリストは、厚生労働省からの委託により財団法人産業医学振興財団において作成されたものです。本チェックリストは厚生労働省及び財団法人産業医学振興財団のホームページからダウンロードし、医師、事業場等で自由に利用できます。ただし、独占的又は営利目的での利用、作成趣旨に反するなど著しく不相当と認められる利用はご遠慮ください。

## 長時間労働者への面接指導

# マニュアル（地域産業保健センター用） ーチェックリストの使い方ー

平成20年3月

地域産業保健センターにおける長時間労働者に対する  
面接指導チェックリスト（医師用）等検討委員会

## 長時間労働者への面接指導

# マニュアル（地域産業保健センター用）【目次】

### －チェックリストの使い方－

はじめに－本マニュアルの目的と面接指導の概要および留意事項	1
<b>A</b> 面接指導の担当者、場所および対象者	7
<b>B</b> 面接指導の対象疾病と目的	8
<b>C</b> 面接の進め方－情報の把握から評価・判定および意見書の具申まで	8
I 事業者（人事・労務担当者）からの情報	10
II 疲労・ストレス蓄積度のチェック	10
1 面接による疲労蓄積度のチェック	10
2 面接によるうつ病等の可能性の評価と受診の要否の判断	11
3 診察・検査所見	11
4 医師による医学的判断のまとめ	13
III 評価・判定と意見・指導	13
1 評価と判定	13
2 対象労働者に対する保健上、生活上および医学上の具体的指導のすすめ方	27
3 事業者に対する事後措置に係る意見の具申	39
4 事業者、産業保健スタッフによるフォロー	39
5 外部機関への依頼とフォロー	40
6 その他	40
IV 面接指導結果報告書及び事後措置に係る意見書	41
1 基本的留意点	41
2 “面接指導結果報告書”の作成	41
3 “事後措置に係る意見書”の作成	42

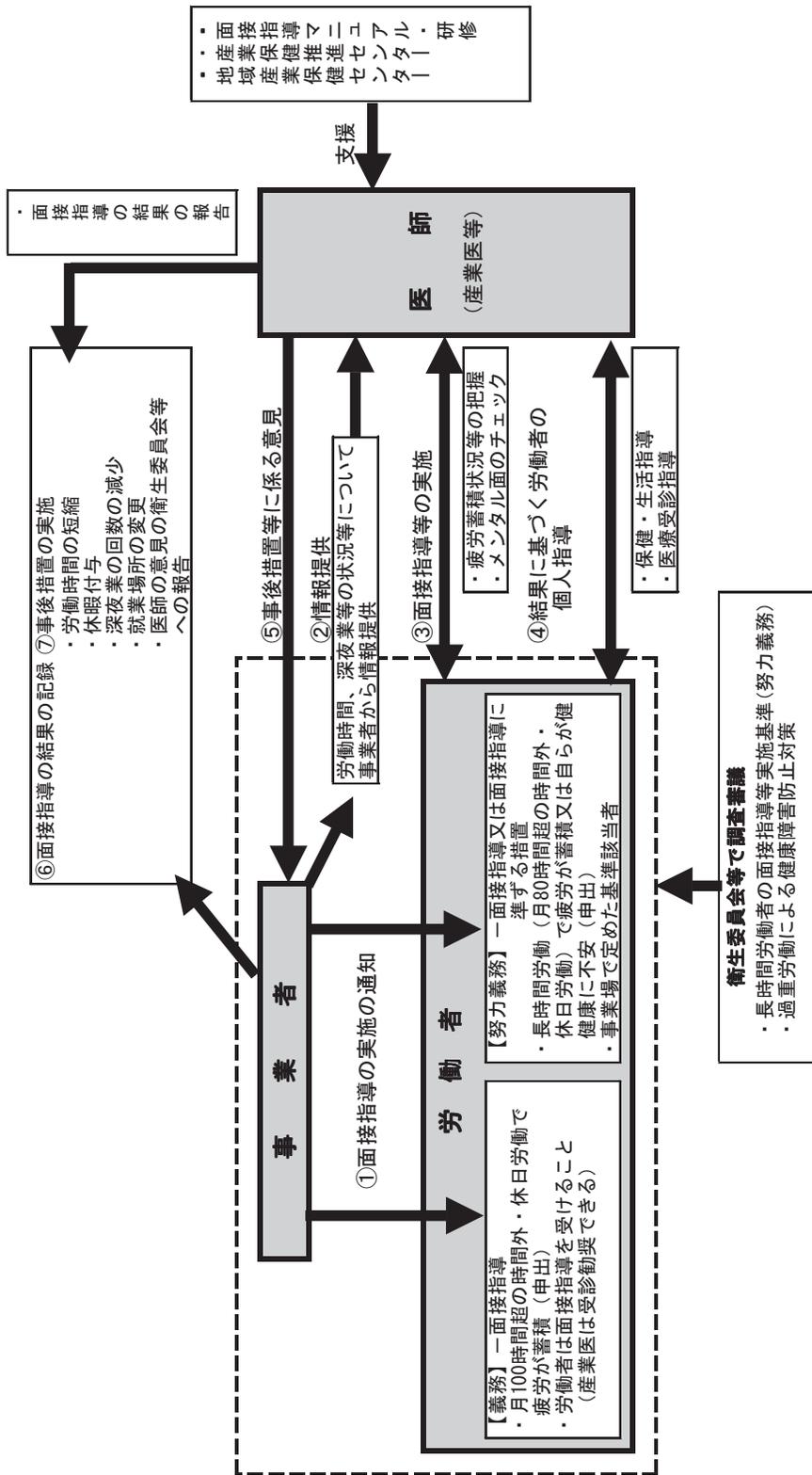
## はじめに－本マニュアルの目的と面接指導の概要および留意事項

- 1 本マニュアルは、改正労働安全衛生法（平成18年4月施行）に基づく面接指導が、平成20年4月1日より常時50人未満の労働者を使用する事業場にも適用されることに伴い、地域産業保健センターの名簿に登録されている医師等（産業医に選任されていない医師を含む。以下「登録医師等」という。）が面接指導を実施する際に用いる“長時間労働者への面接指導チェックリスト（地域産業保健センター用）”が適切に使用されるための解説書である。

法改正に伴う改正労働安全衛生規則では、

  - ① 産業医の職務として面接指導等の実施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に関すること、
  - ② 衛生委員会等の調査審議事項として、長時間にわたる労働による労働者の健康障害の防止を図るための対策の樹立に関すること、労働者の精神的健康の保持増進を図るための対策の樹立に関すること、
  - ③ 医師は面接指導を行うに当たっては、労働者の勤務の状況、疲労の蓄積の状況、その他心身の状況について確認すること、
  - ④ 事業者は、面接指導の結果の記録を作成し、これを5年間保存しなければならないこと、また、当該記録は労働者の疲労の蓄積の状況、その他心身の状況、事後措置に係る医師の意見等を記載したものでなければならないものとするが、定められており、このチェックリストは、以上の内容に従っている。
- 2 今回の労働安全衛生法の改正による面接指導制度の創設は、従来からの適切な労働時間管理と健康管理に加え、長時間の労働により疲労が蓄積している労働者について、その健康状況を把握し適切な措置を講ずることとするものである。
- 3 事業者は、一定の要件に該当する労働者に対して面接指導を実施する義務があり、一方、当該労働者は面接指導を受ける義務がある。さらに登録医師等は面接指導を適切に実施することが求められている。
- 4 面接指導は図1に示すように、まず①事業者（人事・労務担当者等）による面接指導の対象者の選定と面接指導の実施の通知より始まり、ついで②事業者から当該労働者の労働時間等の情報を受けた③登録医師等による面接指導等の実施、④その結果による医師の当該労働者に対する保健・生活指導および受診指導、⑤事業者に対する事後措置に係る意見の具申につづき、事業者責任において⑥面接指導の結果の記録、⑦事業者による事後措置の実施という手順で行われることとなる。
- 5 面接指導は、医師による労働者の勤務の状況、疲労の蓄積の状況及び心身の状況を確認して労働者に対する指導を行うとともに、事業者への報告・意見の具申を行うものである。医師の責任のもと産業保健スタッフの協力を求め、または必要に応じて項目を省略してよい。また、本チェックリストに代えて別の調査票等を使用してもよい。
- 6 面接指導は、長期間の過重労働による脳・心臓疾患を必ずしも予知するものでなく、そのリスクを予防的に低減させるものである。発症リスクが高いと考えられる労働者には、十分な保健指導と事業者への意見の具申を積極的にすべきである。
- 7 面接指導に際しては、メンタルヘルス面にも留意する必要がある。
- 8 面接指導に関するプライバシーの保護には十分留意する必要がある。
- 9 なお、地域産業保健センターの面接指導相談窓口における運用について以下の趣旨の通知（本マニュアルの3ページから6ページ）が出されており（平成20年3月14日付け基安労発0314001号）、実際の運用について留意する必要がある。

図1 面接指導等の流れ



注：「衛生委員会等での調査審議」には労働安全衛生規則第23条の2に規定する関係労働者の意見の聴取が含まれる。

## 地域産業保健センターにおける面接指導等の相談窓口の運用について

### 1 面接指導等の相談窓口で実施する面接指導の範囲

地域産業保健センターの面接指導等の相談窓口において実施する医師による面接指導（問診その他の方法により心身の状況を把握し、これに応じて面接により必要な指導を行うことをいう。以下同じ。）については、常時50人未満の労働者を使用する小規模事業場の労働者であって、労働安全衛生法第66条の8第1項に基づき、労働安全衛生規則第52条の2に規定する要件の労働者（時間外・休日労働時間が1月当たり100時間を超え、かつ、疲労の蓄積が認められる者）を対象として実施するものであり、原則として、当該医師が同法第66条の8第4項に規定する事後措置に係る意見を事業者に述べるまでを事業の範囲とすること。

なお、同法第66条の9に基づく面接指導又は面接指導に準ずる措置（時間外・休日労働時間が1月当たり100時間を超え、かつ、疲労の蓄積が認められる者以外の労働者が対象）のうち、面接指導については、上記に準じて面接指導等の相談窓口において対応することとなるが、面接指導に準ずる措置については「健康相談窓口」においても対応が可能であることに留意すること。

### 2 面接指導等の相談窓口で実施する面接指導の位置づけ

事業者の指示等により、当該面接指導の対象者が面接指導等の相談窓口において面接指導を受ける場合には、同法第66条の8第2項の事業者が指定した医師が行う面接指導に該当するものであること。

### 3 面接指導等の相談窓口で実施する面接指導の主な流れ

地域産業保健センターにおいて面接指導を実施するに当たっての主な流れは、次のとおりとするが、各地域産業保健センターにおいて、当該実施方法について創意工夫することは差し支えないこと。

- (1) 事業者は、地域産業保健センターにおける面接指導を希望する場合には、事前に、地域産業保健センターと実施時期、人数等について協議、調整すること。
- (2) 事業者は、面接指導に当たり、別紙1の様式例「労働安全衛生法第66条の8の面接指導に係る申出書」（以下「申出書」という。）の写し及び長時間労働者への面接指導チェックリスト（地域産業保健センター用）の1ページの労働安全衛生規則第52条の4第1号の当該労働者の勤務の状況を記した書面（例えば、直近1ヶ月の総労働時間、時間外・休日労働時間、業務内容等を記した書面（以下「事業場等からの情報」という。））を事前に、又は当該労働者を通じて提出すること。
- (3) 面接指導は、「長時間労働者への面接指導チェックリスト（地域産業保健センター用）」を活用して実施することが望ましいこと。
- (4) 地域産業保健センターは、面接指導を実施した場合には、長時間労働者への面接指導チェックリスト（地域産業保健センター用）9ページの「面接指導結果報告書及び事後措置に係る意見書例」に沿った書面を事業者に交付すること。

また、別紙2の様式例「面接指導実施台帳例」により、その台帳を作成すること。その際には、同法第66条の8に基づく面接指導であるか、又は同法第66条の9に基づく面接指導若しく

は面接指導に準ずる措置であるか、明らかになるように、別々に作成しておくこと。

- (5) 地域産業保健センターは、(4)により事業者に交付した「面接指導結果報告書及び事後措置に係る意見書例」に沿った書面の写し及び「面接指導実施台帳例」に沿った台帳並びに「長時間労働者への面接指導チェックリスト（地域産業保健センター用）」等については、5年間保存するものとする。

なお、各書面の保存、破棄等に当たっては、健康情報の保護に十分留意すること。

#### 4 その他留意事項

- (1) 常時50人未満の労働者を使用する小規模事業場の労働者が、申出書及び事業場等からの情報を提出することなく、面接指導の実施を求めてきた場合であって、安全衛生規則第52条の4第1号の当該労働者の勤務の状況が十分に把握できない場合には、当該労働者に対し、情報が十分得られないため面接指導を実施できない旨説明した上で、当該労働者の事情等を勘案して「健康相談窓口」等において別途対応するか、又は必要書類の提出等を求める等の対応を取ること。なお、事業場等からの情報が不十分と判断した場合には、同様の措置を講じることになること。
- (2) いわゆる「大企業」の支店、営業所等であって、常時50人未満の労働者を使用する小規模事業場から、地域産業保健センターに対して面接指導の実施の依頼があった場合には、同種の業態の複数事業場を共同化することにより、面接指導を含む産業医活動を効率的に実施できること、当該産業医の継続的な選任を促進し得ること等を踏まえ、当該事業場の理解を得つつ、平成20年度から新たに開始する予定としている「小規模事業場産業医活用促進事業（仮称）」（窓口：都道府県産業保健推進センター）を紹介する、又は面接指導の実施可能な医療機関を紹介する等、企業規模で常時50人未満の労働者を使用する事業場に対して、同法第66条の8に基づく医師による面接指導を優先的に実施するよう配慮すること。

面接指導に係る申出の様式例

労働安全衛生法第66条の8（第66条の9）の面接指導に係る申出書

平成○年○月○日

事業者 職氏名 殿

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

私は労働安全衛生規則第52条の2第1項に定める者に該当する者として、下記のとおり面接指導を受けることを希望します。

記

1 面接指導を受ける医師（いずれかにチェック）

- 地域産業保健センターの登録医師
- 自分が希望する医師

2 面接指導を実施するにあたり配慮を求める事項

## 面接指導実施台帳例

別紙2

実施年月日	受診者氏名	年齢・性別	事業場名、事業場所在地及び連絡先	担当医師氏名	判定	要
		— 歳 男・女	所在地： 連絡先：(電話) — — (FAX) — —		ア 診断区分 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察	<input type="checkbox"/> 要医療
		— 歳 男・女	所在地： 連絡先：(電話) — — (FAX) — —		イ 就業区分 <input type="checkbox"/> 通常勤務 <input type="checkbox"/> 就業制限	<input type="checkbox"/> 要休業
		— 歳 男・女	所在地： 連絡先：(電話) — — (FAX) — —		ウ 指導区分 <input type="checkbox"/> 指導不要 <input type="checkbox"/> 要保健指導	<input type="checkbox"/> 要医療指導
		— 歳 男・女	所在地： 連絡先：(電話) — — (FAX) — —		ア 診断区分 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察	<input type="checkbox"/> 要医療
		— 歳 男・女	所在地： 連絡先：(電話) — — (FAX) — —		イ 就業区分 <input type="checkbox"/> 通常勤務 <input type="checkbox"/> 就業制限	<input type="checkbox"/> 要休業
		— 歳 男・女	所在地： 連絡先：(電話) — — (FAX) — —		ウ 指導区分 <input type="checkbox"/> 指導不要 <input type="checkbox"/> 要保健指導	<input type="checkbox"/> 要医療指導
		— 歳 男・女	所在地： 連絡先：(電話) — — (FAX) — —		ア 診断区分 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察	<input type="checkbox"/> 要医療
		— 歳 男・女	所在地： 連絡先：(電話) — — (FAX) — —		イ 就業区分 <input type="checkbox"/> 通常勤務 <input type="checkbox"/> 就業制限	<input type="checkbox"/> 要休業
		— 歳 男・女	所在地： 連絡先：(電話) — — (FAX) — —		ウ 指導区分 <input type="checkbox"/> 指導不要 <input type="checkbox"/> 要保健指導	<input type="checkbox"/> 要医療指導

## A 面接指導の担当者、場所および対象者

### 1 面接指導の実施者

面接指導は医師が行うものであり、その資格について制限はない。本マニュアルは登録医師等が用いる地域産業保健センター用のチェックリスト用として作られたものである。

### 2 面接指導の場所

プライバシーに適切な配慮が行われる場所であることが必要であり、事業場の保健室・相談室・診療室等（事業場に相談室等がない場合は、小会議室・休養室なども考えられる。）や病院・診療所等が適している。

### 3 面接指導等の対象

労働安全衛生法による面接指導等の対象者は、次の①（義務）および②（努力義務）である。

① 事業者が面接指導を受けさせる義務がある者（リスクの高い労働者）：1週あたり40時間を超えて行う労働（時間外・休日労働）が1月あたり100時間を超え、疲労の蓄積が認められる者であって、面接指導に係る申出を行った者（法第66条の8に該当する者）

- ・ 事業者は、労働者の時間外労働の時間管理及び健康管理を行い、面接指導を適切に実施することが可能な登録医師等を確保するとともに、月の時間外・休日労働が100時間を超える労働者を把握し、該当労働者が申出を行った場合に面接指導が受けられることを周知し、また、面接指導を登録医師等に依頼できる体制を確立する必要がある。
- ・ 労働者は、この事業者が行う面接指導を受ける義務がある。ただし、労働者が事業者の指定した医師による面接指導を希望しない場合、他の医師による面接指導を受け、その結果を事業者に提出できる。前1か月以内に面接指導を受けた労働者であって、面接指導を受ける必要がないと医師が認めた労働者に対しては面接指導を行わなくてもよい。

② 事業者が面接指導を受けさせる努力義務のある者（リスクのある労働者）：①の面接指導対象者以外の者（法第66条の9に該当する者）

Ⓐ 事業者は長時間にわたる労働（月80時間超の時間外・休日労働）により疲労の蓄積が認められ、または労働者自身が健康に不安を感じた者であって、申出を行った労働者、

Ⓑ 事業場で定めた基準（時間外・休日労働時間が月100時間を超える労働者及び月80時間を超える労働者については全ての労働者について面接指導を実施するようにする。月45時間超の時間外・休日労働を行った者を対象に含めることを勧奨する等）に該当する労働者

- ・ この場合、事業者は面接指導に準ずる措置等必要な措置を行うよう努めることになっており、法に盛り込まれた事業者の努力義務である。
- ・ 面接指導に準ずる措置であるので、保健師等が実施してもよい。
- ・ あらかじめ衛生委員会等（労働安全衛生規則第23条の2に規定する関係労働者の意見の聴取を含む。以下同じ。）で各事業場にあわせて労使および産業保健スタッフにより、上記Ⓑの基準を作成しておく。

③ ①及び②の時間の算定は毎月1回以上、一定の期日（例えば給料計算日など）を定めて行うこと。労働者の申出はその期日後遅滞なく（遅くとも1か月以内）、また、面接指導は申し出後遅滞なく（遅くとも1か月以内）行わなければならない。

### 4 個人情報保護の留意点

事業場において面接指導の実施の事務に従事した者は、その実施に関して知り得た労働者の秘密を漏らしてはならない。

また、医療機関における個人情報の適正な取扱いについては、ガイドラインで規定されており、医師等にはいずれにしても法的な守秘義務が課せられている。

労働者が安心して面接指導を受診できるように面接指導で取得した個人情報を保護する体制を確立し、あらかじめ対象者に説明する。具体例として、話し声が漏れない面接場所の確保、覗き見されないような帳票の記入台、個人情報管理責任者の選任、事業場における個人情報保護管理規程の整備などが挙げられる。

## B 面接指導の対象疾病と目的

### 1 対象疾病

面接指導において、その発生の未然防止や早期発見・早期治療の対象となる疾病等は次のものである。

#### ① 脳・心臓疾患

- ・脳血管疾患：脳内出血（脳出血）、くも膜下出血、脳梗塞、高血圧性脳症など
- ・虚血性心疾患等：心筋梗塞、狭心症、心停止（心臓性突然死を含む）、解離性大動脈瘤など  
当然のことながら、その前駆疾患である高血圧症や動脈硬化症も対象となる。

#### ② メンタルヘルス不調：うつ病などのストレスが関係する精神障害等やこれらに関連する自殺

### 2 目的

上記対象疾患、特に“過労死”や“過労自殺”等の未然防止、早期発見・早期対処を目的としている。

## C 面接の進め方－情報の把握から評価・判定および意見書の具申まで

1 面接指導は図2に示す手順で進める。チェックリストは、この手順に従って効率よく、かつ着実に進められるように作られており、かつチェックリストには各項毎に簡潔に手順が記載されており、また、本マニュアルでは、“チェックリスト”の項目番号になるべく合わせて、チェックリストの個々の事項の解説や使い方および判断の基準などが示されている。チェックリストには、分かり易く面接指導の手順が各項目に記載されているが、可能な限り事前に本マニュアルを精読されたい。

2 医師は、面接指導を行うに当たっては、労働者の勤務の状況、疲労の蓄積の状況、その他心身の状況について確認を行うものとされており、チェックリストはこれに準じている。

3 面接指導における会話の流れを阻害しないように留意しつつ、個人情報の取扱いについて事前の承諾を得るよう努める。

労働者が、医師の質問に対する回答の範囲を超えて不必要な個人情報まで話してしまった場合は、面接の最後に、当日、聴取した内容のうち事業者に報告すべきこと、また報告したほうがよいと考えられる事項について承諾を得る。

しかし、本人が事業者への報告を拒否した内容についても、本人の安全や健康を確保するために不可欠であると考えられるものについては、事業者が適切な措置を講じることができるように健康情報を労務管理上の情報に加工するなど、労働者本人の意向も十分配慮した上で報告する。

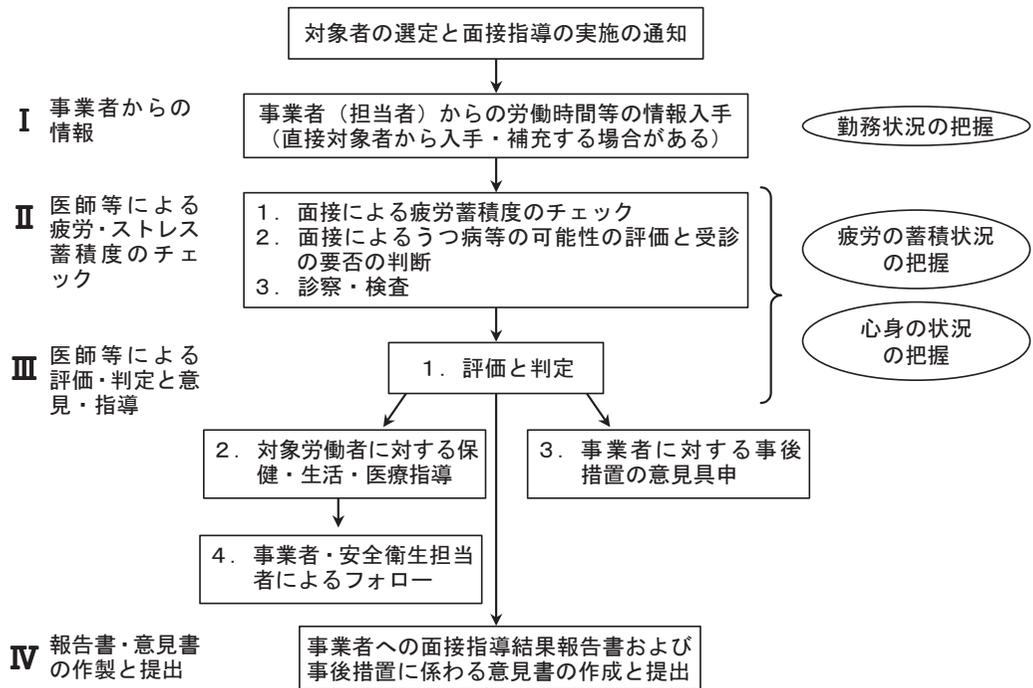


図2 地域産業保健センターの医師による面接指導の手順と進め方

## I 事業者（人事・労務担当者）からの情報（チェックリスト1ページ）

- a 対象労働者の疲労・ストレス蓄積度を把握する第一歩となるもので、事業者からの情報による。
- b あらかじめ該当労働者について、前1か月ないし必要に応じてそれ以前の
  - ① 労働時間、月の時間外・休日労働時間
  - ② 通勤時間
  - ③ 業務内容：業務の具体的内容、地位、責任の程度
  - ④ 過去の面接指導結果と対処について
  - ⑤ 定期健康診断結果などの情報を入手しておく。少なくとも月の時間外・休日労働時間は不可欠である。
- c 事業者による情報提供体制及びシステムの確立が不可欠であり、確立に努力する。
- d もし、労働者の勤務状況が十分把握できない場合は“はじめに”の9の通知の4の（1）の留意事項を参照されたい。

## II 疲労・ストレス蓄積度のチェック（チェックリスト2ページ～）

以下は面接指導に係わる医師の業務であるが、その実施方法は、基本的には全て、日常の医師としての産業保健活動や外来診療における医師の業務と同一であり、その知識と技能を活用し、成果をあげればよい。

面接では、少なくとも最初の数分は、労働者の置かれている状況や困難について十分に聴き、医師と本人とのよい関係を築くようにする。本人の言葉で話してもらえるように自由回答形式（オープンエンド）で質問をするように心がける。医師が十分に自分の状況や困難を聞いてもらったと労働者が感じた後で、「いくつかこちらから聞きたいのですが」と提案して質問をはじめます。

### 1 面接による疲労蓄積度のチェック（チェックリスト2ページ）

- a 厚生労働省（平成16年6月）により作られた“労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト”であり、これを医師等が、直接、質問することによりチェックするものである。
- b 本チェックリストでは、疲労の蓄積度を、①自覚症状（ストレス反応と疲労）、②勤務の状況（労働負荷要因）、の2つの面から総合的に評価することとしたものである。
- c 手順は次のように進める。
  - ① まず1項の“自覚症状”についての13項目について、“ほとんどない”、“時々ある”、“よくある”と答えるように指示し、尋ねチェックする。

最後に各々の答えの最後の（ ）内の点数を総計して、合計点を出しⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳのどれに入るかチェックする。
  - ② 次に2項の“勤務の状況”について、7項目について質問し、同様に合計点からA、B、C、Dのどれに入るかチェックする。
  - ③ 最後に、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、ⅣとA、B、C、Dを用いて両者が合う所の点数を“仕事の負担度”

の点数とする。

- d 判定が2～7点の人は、疲労の蓄積の可能性があり、とくに4点以上の人は、疲労の蓄積が強いと考えられ、“勤務の状況”の項の“多い(1)”、“非常に多い(3)”の内容の改善が必要であることを示していると考えられ、後の事後措置等に反映させる。

また、“自覚症状”についても、同様に生活保健指導に反映させる。

- e 本チェックリストに代えて、別のチェックリスト等（職業性ストレス簡易調査票など）を使用してもよい。判定は各々のチェックリスト等の方法に従う。

## 2 面接によるうつ病等の可能性の評価と受診の要否の判断（チェックリスト4ページ）

長時間労働の労働者では、うつ病や不安障害などの精神障害の危険度も増加している可能性がある。うつ病は自殺との関連性が深いため、医師面接においては特にうつ病に注意した面接を行う。

- a うつ病の診断には簡便なうつ病の構造化面接法（BSID）を使用する。まず主要な2項目（A1およびA2）の質問を行う。どちらかあるいは両方が「はい」の場合のみ、さらに睡眠、自尊心、集中力に関する質問（A3～5）を行う。その結果、すべて5つの質問中、「はい」の項目が3つ以上ある場合に、“うつ病の疑いあり”と判断する。なお、発症から2週間未満の場合、「過去2週間以上」の基準にこだわりすぎると、初期のうつ病を見逃す可能性があるので注意する。
- b うつ病の疑いがある場合、医療機関への受診が必要と判断し、評価欄の「専門医療機関への受診を勧める」をチェックする。また現在受診中であれば、「現在受診中の専門医療機関への適切な継続受診を勧める」にチェックする。
- c うつ病以外にも不安障害、アルコール依存症などのその他の精神障害の可能性があると判断され、医療機関への受診が必要と医師が判断する場合には、「専門医療機関への受診を勧める」にチェックする。本人が自ら医療機関の受診を希望する場合にも、「専門医療機関への受診を勧める」にチェックする。
- d うつ病の疑いがない場合には、適切な保健指導を行う。具体的には、ストレス等に関わる保健指導とともに、質問した項目に該当する症状が出現した場合には速やかに専門医療機関を受診するように指導する。
- e うつ病の診断に熟練した医師は、診断に必要な症状項目を会話の中で聞き取ることで、うつ病の診断をつけることもできる。またうつ病の診断および医療機関への受診の要否の判断について、厚生労働省「うつ対応マニュアル」のうつ病評価面接法を参考にすることもできる。

## 3 診察・検査所見（チェックリスト5ページ）

面接指導の目的が過重労働による脳・心臓疾患とメンタルヘルス不調の防止、早期発見、早期対処であり、対象者はそのリスクが高いかあるいはリスクがある労働者であることが前提なので、医師による診察検査も当然のことながらそれを念頭において重点的かつ効率的に行われなければならない。以下、結果における初診時診療と同様に実施すればよい。

- a 現病歴

脳・心臓疾患のリスクファクターとなる現病歴を漏れなく問診しチェックできるように、主要なチェック項目をあげてある。それらが最初に見いだされた時期、また治療歴があればそれに関しても簡単に記載する。

b 定期健康診断、人間ドックなどの所見

- ① 労働安全衛生法第66条第1項の規定による定期健康診断等（一次健康診断）では、一定の検査が定期的に行われ、しかも脳・心臓疾患の発症と関連する主な危険因子のスクリーニング検査が一次健康診断の段階から含まれており、それらの経過が判断できること、また一次健康診断で異常があった場合には、二次健康診断としてより詳しい検査が行われるので極めて貴重な情報を与えてくれる。
- ② 人間ドックもより多彩な項目について検査されるという大きなメリットがあり、定期的に行われることも多いので大切な情報となる。
- ③ したがって、これらのデータを必要に応じ集めることが重要である。

c 主訴、自覚症状（おおよ過去1か月の状態）

- ① これも共通する場合が多い。これも漏れないように脳血管障害や虚血性心疾患と関連しやすい自覚症状をあげてあるので、訴えがなくてもすべてその有無を確認しておく。
- ② メンタルヘルス不調と関連する、抑うつ気分、興味・意欲の低下なども別にスクリーニングが行われるが、問診でも確認しておく。疲労感、食欲低下、不眠などの漠然とした多彩な身体的不定愁訴がメンタルヘルス不調の前兆になることがあり、不眠のタイプも重要なのでチェック項目としてあげてある。
- ③ 疲労感蓄積を訴える場合は、午前と午後とで差があるか否か、本来の性格はどうかについても確認しておく。

d 生活習慣

- ① 生活習慣のうち特にアルコールとタバコは脳・心臓疾患の直接的かつ有意な危険因子である。そのほか高血圧、糖尿病、脂質異常症（高脂血症）、高尿酸血症、肥満などの危険因子はいずれも食生活と密接に関連するので、食習慣についても忘れずに確認しておく。
- ② 1日の平均睡眠時間は過重労働の状況を把握するための大切な確認事項である。

e 一般生活におけるストレス、疲労要因

職場におけるストレスについては別に詳しくチェックされるのでそれに譲るが、職場以外の特に家庭におけるストレス要因の有無と、それが疲労要因になっているか否かのチェックも必要である。しかし、これについてはプライバシーの問題があり、その扱いについては個人情報保護に十分留意する必要がある。本人が積極的に話しだす場合は問題ないが、本人が話したがらないことを無理に聞くべきではない。

f 検査所見等

- ① 基本となる一般的な診察を行う。
- ② 最近内臓脂肪量の指標として推奨されている腹囲の測定も行うべきである。
- ③ 血圧は非常に変動しやすい。血圧変動が激しい場合には、家庭血圧の記録や1週間の間隔をおいて再測定して平均値を求めることが望ましい。
- ④ 以上のほか、頭から足先まで理学的所見をみる。神経学的には少なくとも言語障害、嚥下障害、歩行障害、粗大な麻痺の有無程度につき観察する。

#### 4 医師による医学的判断のまとめ（チェックリスト6ページ）

必要により、上記の情報に基づいて医師自身のまとめを記入し、参考とする。

### Ⅲ 評価・判定と意見・指導（チェックリスト6ページ～）

#### 1 評価と判定（チェックリスト6ページ～）

##### (1) 評価

##### (ア) 疲労の蓄積の状況

面接指導全過程を通して、医師としての判断を行うが、最も重要な情報はⅡ－1の面接による疲労蓄積度のチェックの内容および結果である。

a. 身体的な疲労の蓄積をもたらす主な負荷要因には次のものがあり、判断に応用する。

##### ① 長時間労働

長時間労働と血圧上昇および脳・心臓疾患罹患率には相関がみられる。長時間労働が、脳・心血管疾患へ影響を及ぼす理由は、睡眠時間が不足し疲労が蓄積していくこと、生活時間内の休憩、休息や余暇活動時間の減少、長時間におよぶ労働では、疲労によって低下した心理・生理機能を鼓舞して、職務上求められる一定のレベルを維持する必要があり、これが負荷となること、就労による負荷要因に接する時間の増加等、であると推定される。

##### ② 不規則な勤務・交替制勤務

- ・不規則な勤務は、睡眠－覚醒のリズムを障害し、生活リズムの悪化をもたらす。
- ・交替制勤務の過重度には、交替制勤務の時間、回数、深夜勤務の時間帯、勤務の間隔等が影響すると考えられる。

##### ③ 作業環境

- ・高温環境では、循環器系への負荷は大きいと考えられる。
- ・騒音下では、血圧の上昇が認められ、虚血性心疾患の発症と騒音との関連性を認めた報告もある。

##### ④ 精神的緊張を伴う業務

精神的ストレスによる循環器系への変化は、扁桃核－交感神経－副腎髄質系を活性化することより生じる。その反応として、血圧上昇、心拍数増加、不整脈および血中ノルアドレナリン増加による遊離脂肪酸の増加、血糖上昇等が認められる。このような反応が慢性的に続くことで、危険因子を介して脳・心臓疾患の進展に影響を与えると考えられる。

b. メンタルヘルスに関するストレスの蓄積の状況の判断には次のものが参考になる。

- ① 蓄積疲労、ストレスともに心身に影響を及ぼし、脳・心臓疾患のみならず、うつ病などの精神障害のリスクファクターとなる。
- ② Ⅱ－1の面接による疲労蓄積度のチェックで(1)の自覚症状の点数が多いほどストレスの蓄積が大きいことを示している。その背景として(2)の勤務の状況についても判断材料とする。最終的には総合点としての仕事による負担度の点数が4以上、高くなればなるほど大と考えてよい。6点以上は“非常に高い”と判定される。

③ 特に、日常的に精神的緊張を伴う業務には次のものがある。

具体的業務	負荷の程度を評価する視点	
常に自分あるいは他人の生命、財産が脅かされる危険性を有する業務	危険性の度合、業務量（労働時間、労働密度）、従事期間、経験、適応能力、会社の支援、予想される被害の程度等	
危険回避責任がある業務		
人命や人の一生を左右しかねない重大な判断や処置が求められる業務		
極めて危険な物質を取り扱う業務		
会社に多大な損失をもたらし得るような重大な責任のある業務		
過大なノルマがある業務	ノルマの内容、困難性・強制性、ペナルティの有無等	業務量（労働時間、労働密度）、従事期間、経験、適応能力、会社の支援等
決められた時間（納期等）通りに遂行しなければならぬような困難な業務	阻害要因の大きさ、達成の困難性、ペナルティの有無、納期等の変更の可能性等	
顧客との大きなトラブルや複雑な労使紛争の処理等を担当する業務	顧客の位置付け、損害の程度、労使紛争の解決の困難性等	
周囲の理解や支援のない状況下での困難な業務	業務の困難度、社内での立場等	
複雑困難な新規事業、会社の建て直しを担当する業務	プロジェクト内での立場、実行の困難性等	

（平成13年 脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書より）

### （イ）脳・心臓疾患のリスク要因

#### 1) 脳血管疾患のリスク要因

- a. 労働による心身への負荷があまりない場合でも脳血管疾患を将来起こし得るリスクが高い場合が十分にあり得るので、まずこのような例をも含めての一般的なリスク要因を評価し、次いで労働負荷との関連を検索して今後への対処を考える。
- b. 脳血管疾患の最大のリスク要因である高血圧への対策を第1に考慮すべきである。日本高血圧治療ガイドライン2004年版による血圧分類を表1に、また同じガイドラインに示されているリスク要因を表2に示す。さらに血圧を基本として、これに他のリスク要因を考慮して総合的なリスクの程度を示したのが表3である。最近ではメタボリックシンドローム（表4）として類縁のリスク要因も強調されているので、今後は広くこれらのリスク要因も含めて考慮すべきである。たとえば肥満についても内臓肥満をも重視して腹囲を計測し、また脂質についても総コレステロール（とくにLDLコレステロール）の高値のみならずHDLコレステロールの低値、中性脂肪の高値により注意する必要がある。

表1 日本高血圧治療ガイドライン2004年版による血圧分類

至適血圧	120/80未満 (mmHg)
正常血圧	120～129または80～84
正常高値血圧	130～139または85～89
軽症高血圧	140～159または90～99
中等症高血圧	160～179または100～109
重症高血圧	180以上または110以上

表 2 脳・心臓の血管疾患のリスク要因

(日本高血圧学会、2004年、チェックリスト用に一部改変)

---

高血圧 糖尿病 脂質異常症（高脂血症） （高コレステロール血症） （低HDLコレステロール血症） （高トリグリセライド血症） 肥満（BMI：25以上） 喫煙 尿中微量アルブミン 高齢（男性60歳以上、女性65歳以上） 若年発症の血管病の家族歴
---

---

表 3 血圧を基本として他のリスク要因を考慮した  
総合的な脳・心臓の血管疾患のリスクの程度

(日本高血圧学会、2004年、チェックリスト用に一部改変)

血圧分類	軽症高血圧 (140-159または 90-99mmHg)	中等度高血圧 160-179または 100-109mmHg	重症高血圧 180以上または 110mmHg
血圧以外のリスク要因			
リスク要因なし	低リスク (軽)	中等リスク (中)	高リスク (重)
糖尿病以外の1-2個の リスク要因あり	中等リスク (中)	中等リスク (中)	高リスク (重)
糖尿病、脳血管疾患、虚血 性心疾患の既往のいずれ かがある	高リスク (重)	高リスク (重)	高リスク (重)

表4 メタボリックシンドロームの診断基準

(日本内科学会、2004年)

内臓脂肪（腹腔内脂肪）蓄積	
ウエスト周囲径	男性 $\geq 85\text{cm}$ 女性 $\geq 90\text{cm}$
(内臓脂肪面積 男女とも $\geq 100\text{cm}^2$ に相当)	
上記に加え以下のうち2項目以上	
高トリグリセライド血症 かつ/または 低HDLコレステロール血症	$\geq 150\text{mg/dl}$  <40mg/dl 男女とも
収縮期血圧 かつ/または 拡張期血圧	$\geq 130\text{mmHg}$  $\geq 85\text{mmHg}$
空腹時高血糖	$\geq 110\text{mg/dl}$

\* CTスキャンなどで内臓脂肪量測定を行うことが望ましい。

\* ウエスト径は立位、軽呼気時、臍レベルで測定する。

脂肪蓄積が著明で臍が下方に偏位している場合は肋骨下縁と前上腸骨棘の中間の高さで測定する。

\* メタボリックシンドロームと診断された場合、糖負荷試験が薦められるが診断には必須ではない。

\* 高TG血症、低HDL-C血症、高血圧、糖尿病に対する薬剤治療をうけている場合は、それぞれの項目に含める。

\* 糖尿病、高コレステロール血症の存在はメタボリックシンドロームの診断から除外されない。

## 2) 心疾患のリスク要因

- a 労働による心身への負荷があまりない場合でも心疾患を将来起こし得る場合がありますので、まず、一般的な危険度を評価し、次いで労働負荷との関連を検索して今後への対処を考えていく。
- b 虚血性心疾患の発症と進行に関係する臨床的因子を動脈硬化危険因子とよぶ。
- ① 是正不可能な因子：年齢、性別、家族歴
  - ② 是正可能な因子：脂質異常症（高脂血症）（高LDL-Cコレステロール血症）、高血圧、喫煙、糖尿病、低HDL-Cコレステロール値——中性脂肪/肥満、高尿酸血症等。三大危険因子は、脂質異常症（高脂血症）、高血圧、喫煙である。住民検診で個々の危険因子を有する率を示した（図3）

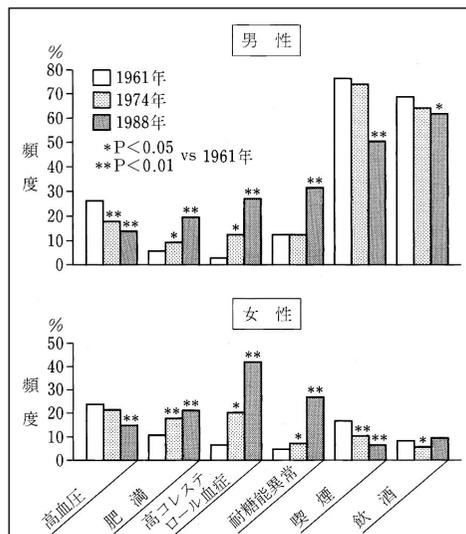


図3 心血管病の危険因子の時代的推移  
(久山町の断面調査の比較、40歳以上、1999年)

- ③ 危険因子の影響は、動脈硬化の病型により異なる。一般に、高血圧は細動脈硬化の最大の危険因子、高LDL-Cコレステロール血症は粥状硬化症の重大な危険因子である。
- ④ 精神的ストレスの一因として、過重労働負荷もストレス反応をひきおこし、この反応が長時間持続すれば、危険因子となると考えられている。
- ⑤ 動脈硬化は、遺伝的体質に加えて、外的因子が作用し発症してくるが、危険因子の数、その程度が同等であっても、疾患発症率、重症度には個人差がみられる。
- ⑥ 個々の例で、危険因子の有無から、正確に心疾患の発症を予測することは困難であり、低、中、高リスク群の三群に分けて、予防、治療を考えるのが現実的である。
- ⑦ 危険因子の数が増すと、指数関数的に発症の相対危険度は増す。高リスク群を同定し、早期に予防策をとることが重要である。

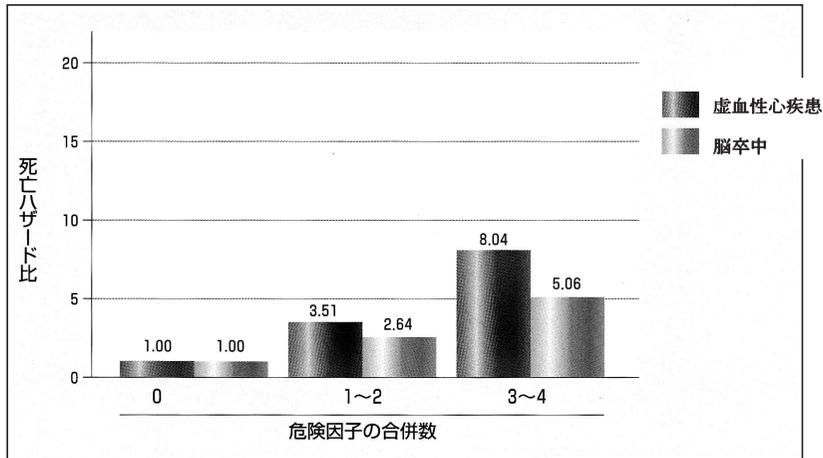


図4 危険因子の合併数と虚血性心疾患と脳卒中による死亡との関係  
(NIPPON DATA 2006)

c その他の心疾患のリスク要因

その他の心疾患には、心停止（心臓性突然死）、解離性大動脈瘤等が相当する。

① 心停止（心臓性突然死）

- ・突然発症する心停止の多くは、心室頻拍・心室細動が直接の原因で、その基礎心疾患は虚血性心疾患が多く、ついで心筋症である。
- ・特発性不整脈では、QT延長症候群、ブルガダ症候群、WPW症候群、徐脈性不整脈がある。
- ・心電図検査の結果、突然死の家族歴、失神、動悸等の症状の有無が評価の手がかりとなる。

② 解離性大動脈瘤等

高血圧が臨床的危険因子である。マルファン症候群に合併し、家族歴を有する例もある。

(ウ) うつ病等

- a うつ病の簡易構造化面接(B I S D)で質問A 1、A 2のうちの少なくとも1つが「はい」で、A 1～A 5の質問の3つ以上が「はい」であればうつ病の可能性が高くなり、「はい」の数が多いほど、確実になる。一般的に重症の方が「はい」の数が多くなる。
- b うつ病の程度に関しては、一つ一つの症状の強さ、すなわち抑うつ気分、興味や喜びの喪失、睡眠障害、食欲低下、焦燥感や運動の制止、倦怠感や易疲労感、罪責感、思考や集中力の低下、自殺念慮が強いほど、「重」と判定される。
- c うつ病の重症度の判断に関して、うつ病の症状はあるが、日常の業務や社会活動、人間関係の障害がわずかで日常業務ができていれば軽症で、これらが著しく障害されていれば重症である。その中間が中等症である。うつ病等の判定（軽、中、高）もこれを参考にしで行う。

- d うつ病では、精神面の症状だけでなく、頭痛、筋肉痛、冷感、嘔気、めまい、ふらつき、微熱などの身体症状が前面に出てくる病態もあるので、これらについても念頭におく必要がある。
- e 疲労やストレスの蓄積によるメンタルヘルス不調には、うつ病のほかに睡眠障害のみが主症状として出現する不眠症、生来不安の強い性格傾向の人がストレス要因によってそれが顕在化し不安・緊張・焦燥感の他、動悸・浮遊感などの自律神経症状を伴う全般性不安障害や職場ストレスにより抑うつ気分、不安、緊張、不眠、自律神経症状などの多彩な症状のため日常生活がかなり障害される適応障害などがある。いずれも不安や抑うつ症状を伴うが、うつ病の診断基準を満たせばうつ病と診断される。
- f そのほか、もともと抑うつ傾向があり、2年以上にわたって、それ程ひどくはないうつ状態が続く気分変調症もある。うつ病との鑑別は、うつ病の診断基準を満たさないこととうつ病では症状がない時期と症状が強い時期が比較的是っきりしている点を参考にする。ここでは、鑑別診断よりもうつ病の程度の評価と専門医療機関を受診する必要があるか否かの判断が求められる。

## (エ) 指導の必要性

### 1) 脳血管疾患への指導の必要性

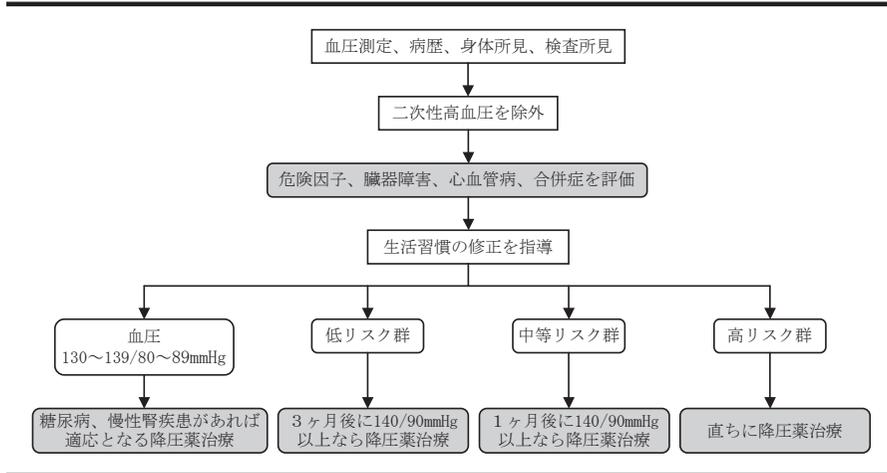
#### 生活

長時間労働などの労働による負荷の有無にかかわらず、表2、4に示したようなリスク要因が少なくとも一つ以上みられる場合には、そのリスク要因の種類と程度に応じた対応が行われるべきであるが、いずれにせよまず表5-Bに基づいて生活習慣の修正を指導することが基本的に必要である。中でも高血圧はリスク要因として最も重要なので、表3に基づき総合的にみてどの程度のリスク群に入るかを判断し、表5-Aによってより具体的な血圧のコントロール計画を立てる。

リスク要因が全くなく疲労の蓄積度もないか軽く、仕事上のストレスもないか少ない場合には、このチェックリストの対象になることはほとんどないと考えられるが、このような事例でも一般的な生活習慣病防止のために同様な生活指導が行われることが望ましい。

表5 高血圧患者のリスク別の初期治療計画（A）と生活習慣の修正項目（B）  
（日本高血圧学会、2004年）

(A)



(B)

- 1) 食塩制限 6 g / 日未満。
  - 2) 野菜・果実の積極的摂取。  
コレステロールや飽和脂肪酸の摂取を控える。
  - 3) 適正体重の維持：BMI（体重(kg) ÷ [身長(m)]<sup>2</sup>）で25を越えない。
  - 4) 運動療法：心血管病のない高血圧患者が対象で、有酸素運動を毎日30分以上を目標に定期的に行う。
  - 5) アルコール制限：エタノールで男性は20～30ml/日以下、女性は10～20ml/日以下。
  - 6) 禁煙。
- 生活習慣の複合的な修正はより効果的である。

## 就業

疲労の蓄積度がかなり高く、しかもこれが仕事と関連すると本人が考えている場合には、実際にこれが仕事と関連するという客観的な事実があるかどうかを再検討する。もし時間外労働が多ければもちろんその是正が急いで行われなければならないので、そのための就業指導が必要となり、これには労働者のみの努力では限界があるので、当該労働者との話し合いのみならず、事業者への助言指導が必要となる。

過剰な時間外労働がみられない場合でも、それ以外の不適切な労働環境がないか否かの検討が急いで行われなければならない。

逆にリスク要因があるのに、自覚的な疲労蓄積度も低く、仕事との関連もあまり自覚されていない場合がある。この場合にも実際に時間外労働時間が長い場合には将来このような労働の持続が健康障害を起こしリスク要因を顕在化する可能性が高いので、少なくとも過剰な時間外労働を是正するような就業指導が必要になる。

## 医療機関受診

自覚症状の有無や程度と関係なく、本人の有するリスク要因の客観的な程度が生活習慣の修正や就業上の問題点の是正のみでは改善されない場合には医療機関への受診が必要となる。またその程度によっては生活習慣の修正や就業上の是正と同時に医療機関への受診が必要な場合もある。

リスク要因が全くないのに、疲労の蓄積度がかかなり高く、本人が仕事と関連すると考えている場合には、まず本当に時間外労働などの労働環境に問題がないかどうか再検討してみる必要がある。再検討しても労働環境に一般的にみて特に問題がないのに、本人の疲労度を含めた自覚症状だけが強い場合には、メンタルな面が原因になっている可能性が高い。この場合にはまずうつ病の有無が問題になる。うつが疑われる場合にもなるべく早く専門の医療機関への受診が必要になるが、これについては別に詳しく述べられるので、ここでは省略する。

### 2) 心臓疾患への指導の必要性

- a 職業性ストレスおよび動脈硬化危険因子有無とその因子数と重みから、総合的に、低、中、高リスク群とに分けて指導の必要性を判断する。
- b 面接指導の対象は、高リスク群であり、その群への指導、介入が医療資源の活用の面からは効果的である。
- c 高リスク群例では、是正可能な因子について、生活習慣の改善等による非薬物治療の介入を最初に行う。
- d 禁煙のような行動様式の変更には、本人の納得や禁煙友の会利用等の行動心理学的なアプローチが必要となる。
  - ① 生活指導
    - 生活習慣の改善による危険因子の是正を目標とする。
    - ・適切な体重を維持するため摂取カロリーを制限する。
    - ・脂肪分をおさえたバランスのよい食事
    - ・規則的な運動、禁煙
  - ② 就業指導
    - ・過重負荷要因のなかで、最も重要と判断される要因の改善を指導する。
    - ・労働者のみの努力では、効果等に限界があるので、事業者への助言指導を行う。
    - ・意見を述べる前に、当該労働者との話し合いや、管理監督者、人事担当者を交えた話し合いが必要である。
    - ・診断区分、就業区分、指導区分に基づいて、事後措置を行う。
    - ・精密検査や治療を必要と判断した場合は、専門的診療を勧める。
  - ③ 医療機関受診の必要性
    - ・高血圧、脂質異常症（高脂血症）、耐糖能障害・糖尿病、肥満等を認める場合は、異常度と危険因子重複の有無等の評価を医療機関で受ける。
    - ・非薬物治療により、危険因子が是正されたか、あるいは、さらに薬物治療を行う必要性の診断を受ける。

### 3) うつ病等の指導の必要性

疲労・ストレスの蓄積状況、うつ病等に関する面接の結果から指導の必要性の判断を行う。生活指導や就業上の制限・指導が必要な場合や専門医療機関(精神科・心療内科)の受診が必要な事例には、指導の必要性「あり」にチェックをつける。

#### a 生活指導

- ① 仕事に伴う強いストレス要因が認められれば管理監督者、産業保健スタッフと相談して、ストレス要因を軽減することができないか検討する。
- ② ストレス軽減のための適切な対処行動を検討する。
- ③ 疲労の蓄積が認められれば、できるだけ睡眠や休養をとりやすい生活環境を作る。
- ④ 睡眠障害があれば不眠時のアルコール飲用は避け、アルコールに頼らない睡眠のとり方の工夫をする。アルコールは睡眠の質を下げ、うつ状態を悪化させることが知られている。また睡眠障害はうつ病の発症の準備状態であることも少なくないので、専門医療機関(精神科・心療内科)を受診するように指導する。

#### b 就業指導

- ① 疲労・ストレスの蓄積やうつ病等の精神障害の発症を防止するために、就業制限や作業内容の変更を検討する。
- ② 長時間労働や業務内容に伴う疲労やストレスの蓄積が認められ、そのままの状態では就業した場合、うつ病等の精神障害が重症化する可能性があるとして判断された場合は就業禁止を含む就業制限について検討する。
- ③ 事例によっては、本人、職場の管理監督者・人事労務担当者と業務内容を検討する必要がある。

#### c 専門医療機関受診

- ① 疲労・ストレスの蓄積が認められ、それに伴うめまい、ふらつき、嘔気、冷感、微熱などの自律神経症状や倦怠感などの身体症状が強い場合は、検査が必要で、内科、心療内科などへの受診を勧める。
- ② うつ病等の精神障害が疑われる場合は専門医療機関(心療内科・精神科)への受診を勧める。
- ③ 自殺念慮が見られる場合は、専門医療機関(精神科)への受診を勧める。

## (2) 判定

Ⅲの1の(1)にてまとめた「脳・心臓疾患」「メンタルヘルス」の評価をもとに、定期健康診断の結果判定に準じて、医師が面接指導の結果の判定区分を決定する(図5)。判定区分としては、「ア 診断区分」、「イ 就業区分」、「ウ 指導区分」がある。

### ア 診断区分

診断区分の一例としては、異常所見を認めない「異常なし」、精密検査の有無をも考慮した「要観察」、医療が必要な「要医療」に大きく区分される。

#### (ア) 異常なし

- ① 時間外労働時間が非常に多くなっているのを自覚し、過重な労働の持続期間を把握している。労働時間の調整を2～3か月で行う余裕を持っている。

- ② 過重労働により、睡眠や食事等の生活リズムの乱れを生じているが、休日などでリズムの変調修正する努力をし、過重な労働による身体的・精神的負担の補償が自分できている。
- ③ 不定愁訴を含む身体的・精神的自覚症状はない。
- ④ 検査所見がすべて正常範囲内である。

(イ) 要観察

a 精密検査不要

- ① 時間外労働時間が非常に多くなっているのを自覚し、過重な労働の持続期間を把握している。労働時間の調整を2～3か月で行う余裕を持っている。
- ② 生活リズムの乱れが生じているが、休日などを利用して過重な労働による身体的・精神的負担への対処が自分できている。
- ③ 不定愁訴を含む自覚症状はない。
- ④ 検査所見が今回初めて、あるいは軽度の異常値を示し、本人も異常値を示した原因を理解している。

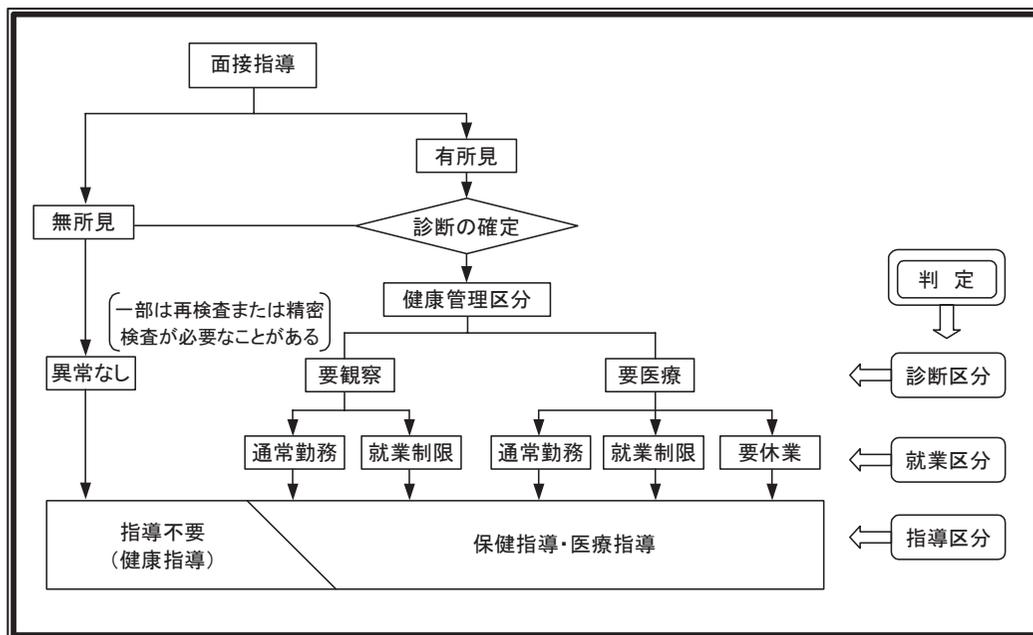


図5 面接指導の結果判定

b 要精密検査

- ① 時間外労働時間が非常に多くなっているのを自覚し、過重な労働の持続期間を把握している。労働時間の調整を2～3か月で行う余裕を持っている。
- ② 生活リズムの修正が必要なことは自覚しているが、休日もなくリズム修正への対処

ができていない。

- ③ 不定愁訴を含む自覚症状を感じている。
- ④ 検査所見に1～2項目の軽度～中等度の異常が持続的に見られる。

#### (ウ) 要医療

- ① 慢性的な長時間労働の持続による過重な労働時間を自覚している。
- ② 生活リズムの変調が著しい。
- ③ 身体的・精神的慢性疲労を自覚している。
- ④ 治療中の疾病の悪化が多重に見られ、脳・心臓疾患やメンタルヘルス不調の前兆が認められる。

労働者数が50人未満の小規模事業場では、特定の個人に業務が集中し、労働負担が非常に大きい場合が多く、面接指導にあたった医師が「要医療」の状況説明と指示を強く主張しないと本人も事業場も納得しない場合がある。

#### イ 就業区分

就業区分では、就業制限のない「通常勤務」、なんらかの就業制限のある「就業制限」および「要休業」に区分する。

##### (ア) 通常勤務

各種の検査で所見のない「異常なし」区分や、軽度な検査値の異常だけが認められる「要観察」の場合、「要医療」であっても治療により疾病のコントロールがうまく行われている場合など。

##### (イ) 就業制限

「要観察」者で、生活習慣の乱れが激しく、疲労感等の自覚症状が強い場合、高血圧、糖尿病などの脳・心臓疾患の原因となる疾患の悪化が見られる場合。メンタルヘルス不調が見られる場合。

###### a 労働時間の短縮

就業時間の短縮期間は、1か月を目途に行い、必要に応じ1か月後面接により再判定する。

###### b 時間外労働の制限または禁止

時間外労働を禁止して所定労働時間（8時間以下）労働に従事させる。

###### c 出張の制限

###### d 勤務形態の変更

- ① 交替制勤務（深夜勤務を含む）から通常勤務に戻す。

この場合には、人的余裕がない事業場と経済的余裕のない受診者本人への勤務形態変更による影響について両者の同意がとくに大切である。

###### e 業務の変更等

- ① 交替制勤務等により高血圧等の既往の疾病が急速に増悪した場合。
- ② 上司との人間関係の悪さや職場不応等勤務による心身の負荷を本人が強く感じ、労働意欲が喪失傾向にある場合。

##### (ウ) 要休業（要休養を含む）

- ① 本人の慢性疲労感など自覚症状が強く、労働意欲が喪失傾向（燃え尽き症候群）があ

る。

- ② 慢性的な長時間労働の持続による過重な労働時間を自覚している。
- ③ 生活リズムが乱れて、睡眠不足、食事の変調、体重の増減などが認められる。
- ④ 身体的・精神的慢性疲労を含む自覚症状の増加が見られる。
- ⑤ 検査所見に高度の異常があり、入院治療が必要である。
- ⑥ 治療中である疾病の急速な悪化傾向が見られる。
- ⑦ 慢性的な過重労働の持続により、慢性的な疲労による労働意欲の喪失が見られる。
- ⑧ 高血圧・糖尿病など治療中の疾病の悪化が多重に見られ、入院治療が必要である。

(イ)就業制限、(ウ)要休養の判定を下す場合には、受診者本人と事業場の事情を考慮し、最善の判断を下す必要があるため、事業場の事業者・安全衛生担当者や産業保健スタッフなどの意見を聞く必要がある。

<休養期間>

- ・慢性的過労の場合には、7～10日間。  
(休養期間終了後、再度面談して回復の確認)
- ・入院治療が必要な場合は、主治医の判定を参考に決定。  
(メンタルヘルス不調の場合を含む)：月単位の期間。

## ウ 指導区分

指導区分は、「指導不要」、「要保健指導」、「要医療指導」に判定区分される。

### (ア) 指導不要

- ① 基本は、睡眠、食事等の生活習慣、長時間労働など作業習慣の改善による積極的な『健康保持増進活動』である。
- ② この区分では、過重労働による障害防止のために、労働時間の管理、生活リズムの確立などの重要性と、不定愁訴など身体・精神的変調への関心を高めて、自己をふり返る“心と身体の健康づくり”への教育・指導を行う。

### (イ) 要保健指導（生活指導を含む）

- ① 基本は『疾病の事前予防』ある。
- ② 時間外労働時間の身体的・精神的な健康影響の把握を行う。
- ③ ストレス要因の把握と生活習慣の改善、特に睡眠・食事等の生活リズム形成に必要な生活時間の確保に努める指導を行うとともに、疲れ・睡眠不足・イライラ等の不定愁訴や身体的・精神的な前兆の自覚を通じて身体的・精神的変調の早期の自覚、早期の対処を指導する。
- ④ 生活リズムを確立して、生活習慣の改善を通して脳・心臓疾患やメンタルヘルス不調へつながる有所見や軽度疾病対策のための指導を行う。

### (ウ) 要医療指導

- ① 基本は『疾病の増悪を避ける』ことである。
- ② 疲れ、睡眠不足、イライラなど不定愁訴の持続する場合には、うつ病等の精神障害にも注目して医療機関に早期に相談する（早期発見・早期治療）。
- ③ 一般定期健診項目（血圧・脂質・血糖値・体重）の異常値の持続している場合には、

専門的な検査を行い、異常の程度の評価を行い、健診異常値の改善に努めて疾病への移行を防ぐ。投薬等の治療が必要な場合には、疾病管理を確実に行う。とくに、症状が少しよくなると本人の判断で服薬指示不順守の場合も見られるので服薬順守（コンプライアンス）の指導が必要である。

小規模事業場では、産業保健スタッフがいない場合も多いので、事業者や安全衛生担当者から受診者本人への定期的な経過観察と支援を行うように指導する。

## 2 対象労働者に対する保健上、生活上および医学上の具体的指導のすすめ方 (チェックリスト7ページ)

### (1) 面接結果に基づく過重労働による脳・心臓疾患発症のリスク等の説明と指導

#### ア 脳血管疾患に関して

##### (ア) 脳血管疾患発症のリスクに関する説明

- ① 脳血管疾患のリスク要因については既に評価の項で述べた(表2、3、4)。脳血管疾患の病型によってリスク要因のウエイトが異なるので、得られた情報に基づいてどの病型の脳血管疾患が起こり易いかをより細かく説明する必要がある。
- ② 病型別のリスク要因のウエイトを表6に示す。一般の脳(内)出血では高血圧のウエイトが最も高く、ついでアルコールの影響が大きい。飲酒量と発症の危険率は比例する。くも膜下出血は成因が異なるので脳出血とはリスク要因のウエイトがやや異なる。脳血栓(症)では年齢と血圧が最大のリスク要因であるが、糖尿病や喫煙などの影響も強く、最近では高脂血症の影響も増している。脳塞栓(症)では心房細動、特に高齢者では非弁膜性心房細動(non-valvular atrial fibrillation, NVAF)が最大のリスク要因となる。
- ③ 特に高齢者では脳血管疾患のリスク要因が一つでも増えると図6の米国のフラミンガム調査の結果からも明らかなように発症の危険度は相乗的に増加する。

表6 脳血管疾患の病型別にみたリスク要因のウエイト  
(平井俊策、2002年)

区 分	年齢	高血圧	糖尿病	高脂血症	肥満	飲酒	喫煙	心房細動
脳出血	+	+++	+	-	+	++	+	-
くも膜下出血	+※	++	-	-	-	++	++	-
脳 梗 塞	脳血栓(症)	++	++	+	+	+	++	-
	脳塞栓(症)	-	+	+	+	-	-	+++

※年齢によって原因が異なる

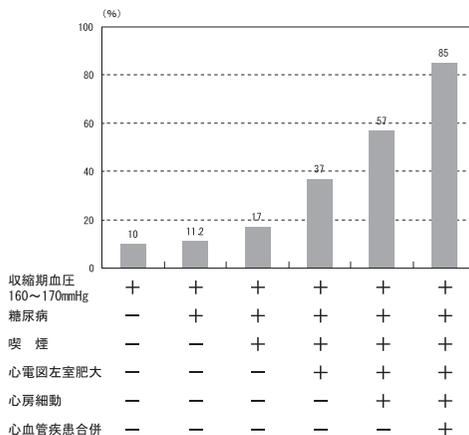


図6 フラミンガム調査によるリスク要因からみた10年間の脳卒中発症予測(63~65歳、男性)  
(Kannel WB、1996年)

#### (イ) 過重労働と脳血管疾患の発症との関連についての説明

脳血管疾患の発症と過重労働との関連は、最大のリスク要因である血圧を介していることが多い。週に60時間以上の労働は血圧を有意（オッズ比2.0-2.2）に上昇させ、月60時間以上の残業も新規降圧薬服用者の血圧を有意（オッズ比3.2）に上昇させたと報告されている。睡眠時間との関連では、1日5時間以下の睡眠は脳・心臓疾患の発症を1.8倍増加させたとの報告がある。1日5時間程度の睡眠時間が確保できない状態とは1日5時間程度、月にして100時間程度の時間外労働に相当するので、その程度の過重労働がある例では特に注意が必要になり、たとえばまだリスク要因が認められなくても早期にその労働条件を是正する必要がある。

#### (ウ) リスク要因あるいはこれとともに過重労働が認められる労働者への保健・生活指導

脳血管疾患は発症すれば生命にかかわるか、日常生活に著しい支障をきたす後遺症を残しやすいので予防が第一である。リスク要因の多くは生活習慣病の範疇に入るので、それを修正するための保健・生活指導が大切であり、それには日本高血圧学会治療ガイドラインに示されている生活習慣の修正項目（表5-B）に従うことが基本である。これについては既に述べたので省略する。

### イ 虚血性心疾患発症のリスクに関する説明

#### (ア) 虚血性心疾患の病態

- ① 粥状硬化症は、加齢、食生活、生活環境等の日常生活のなかで、複数の動脈硬化危険因子と遺伝的素因とが作用し、長期間かかって、徐々に病変が形成され進行する。自覚症状なく経過し、病変の増悪により臨床徴候を呈する経過をとる。
- ② 急性心筋梗塞は死亡率が約30%の疾患であるが、半数は前兆無く突然に発症し、時には、突然死に至る疾患である。
- ③ どのような臨床病型（狭心症、心筋梗塞あるいは、虚血性の心臓性突然死）で、いつ発症してくるかを、正確に予測することは不可能である。

#### (イ) 虚血性心疾患の予防

- ① 発症予防に努めることが、死亡率低下に効果がある。
- ② 生活習慣の包括的な是正によって予防効果および再発率低下効果が得られる。
- ③ 健康診断を受けることで、肥満、高血圧、脂質異常症（高脂血症（高LDL-コレステロール血症、低HDL-コレステロール血症））、耐糖能異常、糖尿病等の危険因子の有無、基礎心疾患の有無を知ることができる。
- ④ より早期に、軽度の異常の段階で発見ができれば、生活習慣の改善のみによって、危険因子の是正が可能となる。

#### ウ 過重労働と心疾患の発症の関連について

- ① 過重労働により、視床下部-下垂体-副腎皮質反応の亢進、交感神経系の亢進、血圧上昇、耐糖能低下、血小板機能亢進、凝固系亢進等が生じてくる。これらの要因が長期間作用すれば、心血管疾患の発症を増加させると考えられている。
- ② 急性のストレスが、心室性期外収縮等の不整脈の誘因となる。
- ③ 一日の睡眠時間を、7.5時間程度確保するには、1日の労働時間を8時間とすると、時間

外労働時間は2時間/日（約45時間/月）となる。このような、月あたりの時間外労働時間と、他の動脈硬化危険因子とを加味して、心疾患発症の相対的危険度を総合的に判断する。

## エ 危険因子あるいはこれとともに過重労働が認められる労働者への保健・生活指導

- ① 時間外労働時間が、月100時間を超え、自覚症状等を有する労働者は、過重労働の評価からは、高リスク群である。
- ② 時間外労働時間が月100時間未満であっても、動脈硬化の危険因子を複数有する場合は、高リスク群とみなし、適切な予防が必要となる。

### (ア) 生活指導

生活習慣改善は、薬物治療前に行う基本的な治療である。その目的は、生活習慣の改善による危険因子の是正である。

- a 禁煙：男性の喫煙の相対的危険度は、1日20本以内のものは1.56倍、21本以上のものは4.25倍となる。禁煙による虚血性心疾患死亡の相対的危険度は、喫煙を続けている場合を1とすると、禁煙して1-4年で0.6、10-14年で0.5に減少するとされている。
- b 身体活動の増加：日常生活の中で身体活動を増す工夫を行う。さらに、個々に適した運動を生活に取り入れるように心がける。運動は、大腿筋等の大きな筋肉をダイナミックに動かす有酸素運動が望ましい。

#### ① 運動強度

最大酸素摂取量の50%が効果と安全性から推奨される。50%強度とは、「心拍=138-年齢/2」あるいはボルグ・スケール（主観的運動強度：表7）で11（楽である）から13（ややきつい）の程度である。

#### ② 量・頻度

1日30分以上（できれば毎日）、週180分以上

#### ③ 種類

速歩、サイクリング、水泳、社交ダンスなど

表7 ボルグ・スケール（主観的運動強度）

6	
7	非常に楽である
8	
9	かなり楽である
10	
11	楽である
12	
13	ややきつい
14	
15	きつい
16	
17	かなりきつい
18	
19	非常にきつい
20	最高にきつい

c 食生活の是正

① 総摂取エネルギーの適正化

動脈硬化性疾患の発症要因として、飽食と運動不足による内臓脂肪蓄積を基盤としたメタボリックシンドロームが重要視されている（表4）。治療は、総摂取エネルギー量制限と身体活動の増加である。Body mass index（BMI）を算出して、 $BMI = 22$ を標準体重、 $\geq 25$ 以上を肥満とみなす。適正エネルギー摂取量＝標準体重 $\times 25 \sim 30$ kcalとする。

② 栄養は全体のバランスを考慮し、糖質エネルギー比を50%以上に、脂肪エネルギー比を20～25%以内、コレステロールを1日300mg以下におさえ、食物繊維25g以上とる。タンパク源として、肉類を少なく、魚や大豆製品を増やす。アルコール量も25g/日以下（ビール1本、日本酒1合、ワイン2杯程度）とし、塩分も6g/日以下とする。

(イ) 生活習慣病の予防・治療

① 虚血性心疾患の予防では、発症リスクを低、中、高の三群に分けて、その後の診断、治療方針を立てる。

② 是正不能な、および是正可能な危険因子を複数有している例ほど、定期的に健診を受ける必要がある。例をあげると、48歳の男性の喫煙者は、是正不能な危険因子（性別、年齢）を2個、是正可能な危険因子1個（喫煙）と計3個有しており、肥満、高コレステロール血症が認められれば、高リスク群である。

③ 高リスク群には、問診内容（胸痛の有無等）も判断材料にして、虚血性心疾患のスクリーニングを考慮する。その場合は、運動負荷心電図検査あるいは運動負荷心筋血流シンチ等が有用である。

④ 日本循環器学会から提唱された虚血性心疾患一次予防ガイドライン（2006年）の危険因子評価基準を示した（表8）。

⑤ 日本動脈硬化学会ガイドライン（2007年）に示されているスクリーニングのための脂質値を示した（表9）。LDL-Cコレステロール値160mg/dL以上を高LDL-Cコレステロール血症としている。LDL-Cコレステロール値は直接測定値かFriedewaldの式（LDL-Cコレステロール＝総コレステロール値－HDL-Cコレステロール－中性脂肪/5）から計算する。

リスクのカテゴリーと管理目標からみた治療指針を示した（図7）。非薬物治療で目標LDL-Cコレステロール値までの低下を達成できない場合は、スタチン等の薬物治療の適応となる。

⑥ 高血圧の分類も、早期からの高血圧一次予防を行うために、正常高値血圧の分類が取り入れられた（表1）。また、初診時の高血圧管理計画では、包括的な動脈硬化危険因子の評価を行い、まず生活習慣の是正とリスク評価から治療方針を決めていく（表5）。

⑦ 糖尿病の臨床診断の流れを図8に示した。早朝空腹時血糖値126mg/dL以上、随時血糖値200mg/dL以上、75g経口ブドウ糖負荷試験（OGTT）の2時間値200mg/dL以上のいずれかであれば、糖尿病と判定する。糖尿病と診断された場合は、血糖のコントロールを目標として、食事療養、運動療法、必要であれば経口糖尿病薬投与、インスリン治療を行う。

糖尿病型であるが、HbA1c6.5%未満で身体的特徴もない場合は、もう一度別の日に検査を行い、糖尿病型が再度確認できれば糖尿病と診断する。境界型（空腹時血糖値

110-125mg/dLまたはOGTT 2時間値140-199mg/dL)は、糖尿病予備軍であり、食事・生活指導が必要となる。

表8 虚血性疾患の一次予防ガイドライン

(日本循環器学会、2006年版)

01. 加齢 (男性 45 歳以上, 女性 55 歳以上)
02. 冠動脈疾患の家族歴
03. 喫煙習慣
04. 高血圧 (収縮期血圧 140 mmHg 以上, あるいは拡張期血圧 90 mmHg 以上)
05. 肥満 (BMI 25 以上かつウエスト周囲径が男性で 85 cm, 女性で 90 cm 以上)
06. 耐糖能異常 (境界型および糖尿病型)
07. 高コレステロール血症 (総コレステロール 220 mg/dL 以上, あるいは LDL コレステロール 140 mg/dL 以上)
08. 高トリグリセライド血症 (150 mg/dL 以上)
09. 低 HDL コレステロール血症 (40 mg/dL 未満)
10. メタボリックシンドローム
11. 精神的, 肉体的ストレス

表9 動脈硬化因子から評価したリスクのカテゴリ分類と脂質管理目標値

(日本動脈硬化学会ガイドライン、2007年版)

リスク別脂質管理目標値					
治療方針の原則	カテゴリー		脂質管理目標値 (mg/dL)		
		LDL-C以外の 主要危険因子*	LDL-C	HDL-C	TG
一次予防 まず生活習慣の改善を行なった後、薬物治療の適応を考慮する	I (低リスク群)	0	<160	≥40	<150
	II (中リスク群)	1~2	<140		
	III (高リスク群)	3以上	<120		
二次予防 生活習慣の改善とともに薬物治療を考慮する	冠動脈疾患の既往		<100		

脂質管理と同時に他の危険因子(喫煙、高血圧や糖尿病の治療など)を是正する必要がある。

\*LDL-C値以外の主要危険因子  
加齢(男性≥45歳、女性≥55歳)、高血圧、糖尿病(耐糖能異常を含む)、喫煙、冠動脈疾患の家族歴、低HDL-C血症(<40mg/dL)

[・糖尿病、脳梗塞、閉塞性動脈硬化症の合併はカテゴリーⅢとする。]  
[・家族性高コレステロール血症についてはChapter 6を参照のこと。]

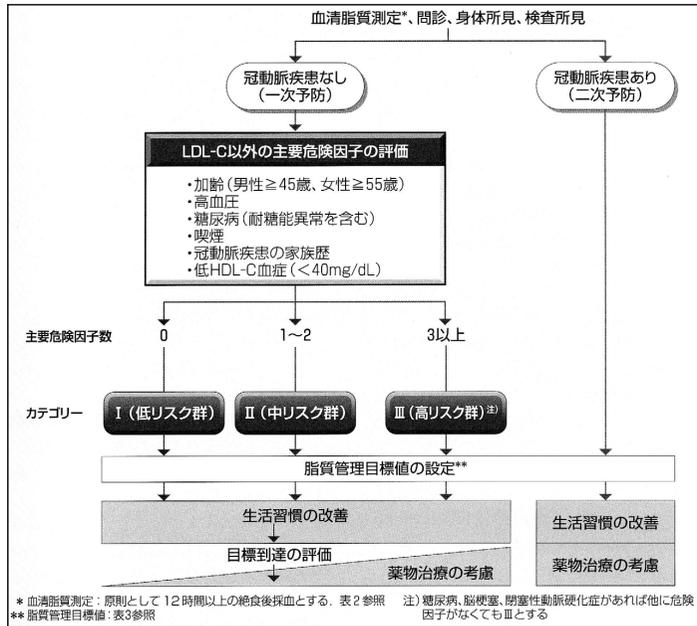


図7 リスクカテゴリーと管理目標からみた治療指針  
(日本動脈硬化学会ガイドライン、2007年版)

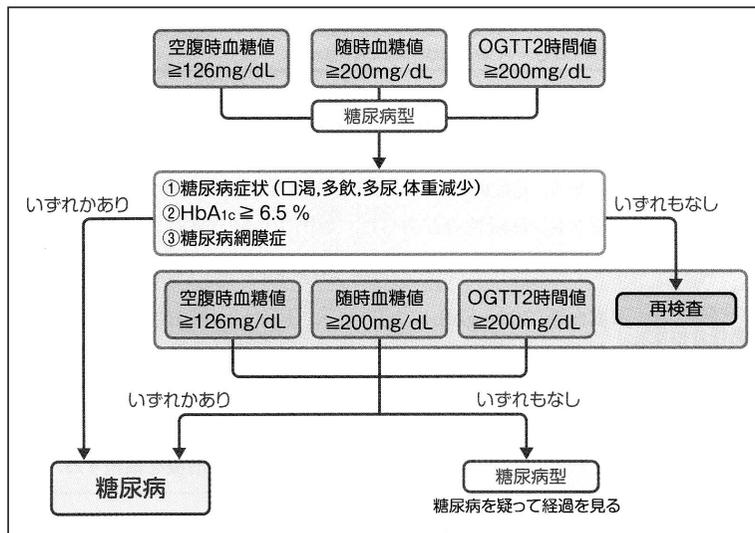


図8 糖尿病の臨床診断  
(日本糖尿病対策推進会議2007年版)

(2) 業務上の指導（面接指導による診断区分、就業区分、指導区分による）

面接指導によって、過重労働者の健康状態を評価・判定し、面接指導後の措置を行う。産業医の選任義務のある事業場では、事後措置として、個別的な措置である（1）本人への保健指導、（2）事業者への意見具申、（3）対象者のフォローアップ、と全体的な対応である（4）（安全）衛生委員会への報告などが含まれている。しかし、地域産業保健センターが担当する小規模事業場では、以下のような特徴がある。（1）安全衛生管理体制が不備である。衛生推進者等の選任が義務づけられているが確保されていない場合が多い。とくに産業医等の選任もなされておらず、選任されていても執務時間が短い。したがって、事業者に直接意見を具申する機会が多い。（2）特定の個人に労働負担が大き。小規模事業場で人員が少ないため、事業者や事業場に近い特定の者に労働負担が大きく、事後措置の幅が小さい。（3）衛生委員会のような事業場全体で安全衛生の討議をする審議機関がないか、あっても機能していない場合が多い。

以上のような、小規模事業場の特徴を考慮して、（1）本人への業務上の指導を行う必要がある。Ⅲの1の（1）及び（2）で示した評価・判定にそって指導を行えばよい。

(3) 日常生活に関する指導

現在の労働者で最も多く見られる疾病は、職業病よりも、生活習慣病であり、過重労働による脳・心疾患発症の基礎的病態をつくっているものである。したがって、過重労働対策の基本として日常生活に関する指導が極めて重要になる。

ア 生活習慣病に関する指導

第2次大戦後、景気の回復とともに、一家の大黒柱である労働者の脳・心臓疾患による突然の死亡が社会的に大きな問題となり、厚生労働省はこれらの疾患を成人病と名づけ、主として2次予防である健診を中心とする早期発見・早期治療作戦を開始した。

しかし、その効果は徐々に低下したことなどから、むしろ原因除去を中心とする1次予防が重要であるとの観点から、生活習慣是正を中心とした対策に転換し、病名も生活習慣病と改め、対策を進めつつある。

カリフォルニア大学のプレスロー教授によるライフスタイルと健康度の長年に至る調査の結果、下表に示した7つの良い健康習慣を守っている60代の高齢者の追跡調査による死亡率からみた健康度は、全く守っていない30代の若年者の健康度と同じであることを発表し、簡単な日常生活での生活習慣の是正が極めて重要であることを示した。

プレスローの7つの良い生活習慣	生活習慣の悪化	
	検査項目	生活習慣病
1. 睡眠1日 7-8時間	血圧、ストレス度	脳出血
2. 適正な体重（と腹囲）	肥満度（体重）	脳梗塞
3. 禁煙	血中脂肪	虚血性心疾患
4. 適正飲酒	血糖、HbA <sub>1c</sub>	糖尿病
5. 十分な運動	尿酸	肝疾患
6. 朝食を食べる	肝機能	痛風
7. 間食しない	心電図	
	眼圧	

その中でも特に睡眠時間と適正体重が重視される。

- ① 1日の睡眠時間は7-8時間が最も健康である。国内外の多くの疫学調査で1日7-8時間の睡眠をとる人が最も死亡率が低いことが示されている。7-8時間より少くとも多くても追跡調査による死亡率は高くなっている。睡眠は、仕事による疲労の蓄積を回復させることによるとされ、月の時間外労働時間との関係は、おおよそ次の表ようになっており、月の時間外労働時間が80時間以上となると、脳・心臓疾患のリスクが増加することが多くの疫学調査で示されている。少なくとも1日6時間以上の睡眠をとるよう指導する。

表10 1日の睡眠時間および月の時間外労働時間と脳・心疾患発症のリスク（多くの疫学調査）

1日の睡眠時間	月の時間外労働時間	調査発症対象疾病	発症リスクの増加	リスク値
7時間未満	60時間超	高血圧	逆にリスク低下	0.87
7時間、10年	60時間、10年	心筋梗塞等	なし	1.09
6時間、10年	80時間、10年	心筋梗塞等	なし	1.18
6時間以下	80時間以上	高血圧	なし	—
		心筋梗塞	あり	—
		虚血性心疾患	あり	—
6時間未満、10年	80時間超、10年	心筋梗塞	あり	3.20
5時間以下、1年	100時間以上、1年	脳心事故	あり	1.80
		心筋梗塞（男）	あり	2.50
5時間以下、10年	100時間以上、10年	心筋梗塞等（女）	あり	1.45
4時間以下	120時間以上	心筋梗塞（男）	あり	2.08

② 適正な体重と腹囲

標準体重であるBMI 22（±10%前後）が最も死亡率が低いこと、脳・心疾患の発症が低いことが示されている。

近年、国内的にも国際的にもメタボリックシンドローム（代謝症候群）の概念が臨床医学に導入されており、腹囲が重視されている。

メタボリックシンドロームは、生活習慣病の基本病態を示すものである。

生活習慣病である肥満、高血圧、糖尿病、脂質異常症（高脂血症）は、脳・心臓疾患の重要なリスク要因とされているが、これらの疾患が同一の人に重複し、集中してみられることから、これらの疾病及びその検査所見を組み合わせ、一つの症候群として捉えられるようになり、多くの研究者がほぼ同一の内容の症候群を提示してきた（メタボリックシンドローム、Syndrome X、死の四重奏など）。

心筋梗塞の多いアメリカ合衆国では、その最も重要なリスク因子としてコレステロール対策に力を注いだが、限界があることが解り、むしろ各々にそれほど重症でもない肥満・高血圧・耐糖能異常・コレステロール以外の中性脂肪増加やHDLコレステロール低下などの組み合わせが心筋梗塞の発症に極めて重要と考え、これらを動脈硬化の発症進展に関与している発症進展因子とし、一方、高コレステロール血症は心血管イベント因子とし、共に重要であると位置づけ、対策に乗り出している。

WHOは、1999年これらの症候群をまとめて、メタボリックシンドローム（代謝症候群）

とした。

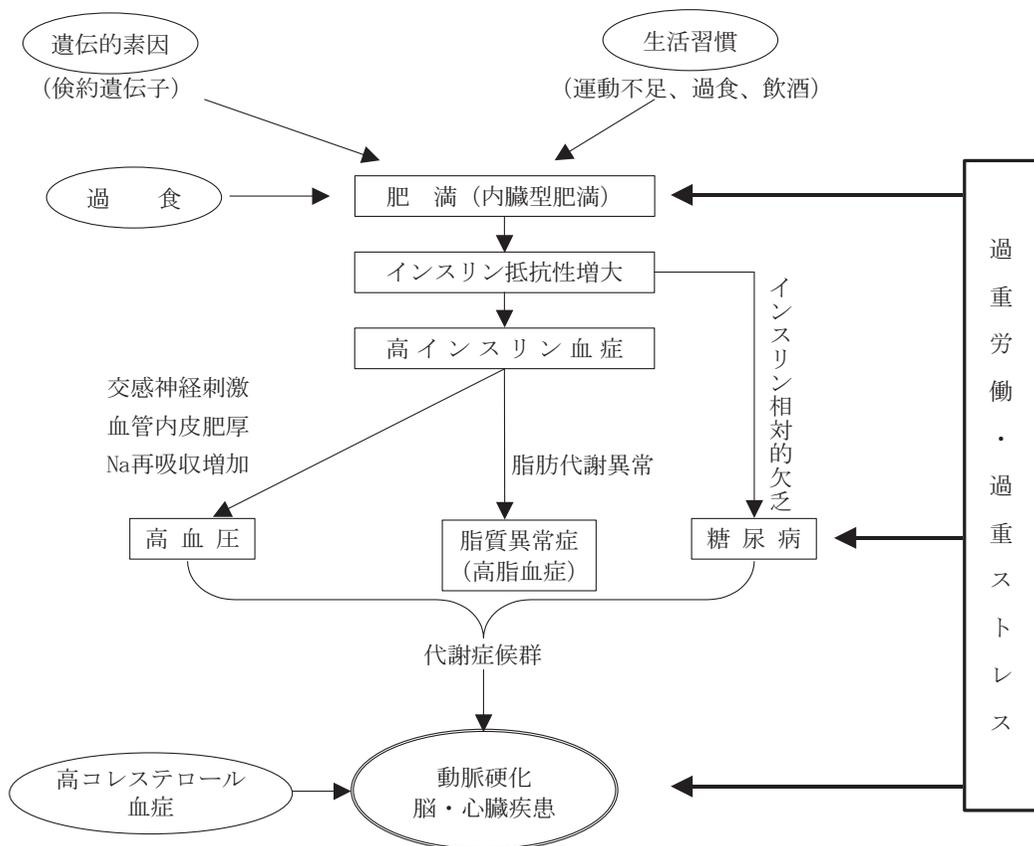
メタボリックシンドロームは、共通して肥満、とくに内臓肥満とそれに由来するインスリン抵抗性を中心病態とし、インスリン抵抗性およびそれによる高インスリン血症がこれらの各々の病態を惹起するものと考えられている。この場合、各々の疾患のみの予防、治療では効果がなく、一つの症候群として捉え、総合的に対処、とくに発生源の内臓脂肪を減らすことが最も重要であり、この内臓脂肪量は簡便法としての腹囲測定で可能となる。

良い健康習慣のうちの十分な運動、朝食を食べる、間食しないという項目は、全てメタボリックシンドロームの予防に繋がるものである。

- ③ 喫煙は、健康に資するものは一つもない。

脳・心臓疾患のリスクのみでなく、肺がん、肺気腫などのタバコ関連疾患の原因となる。全ての人に禁煙を指導すべきである。

- ④ 飲酒に関しては、アルコール摂取量と心筋梗塞発生のリスクの間に負の相関があり、飲酒量に比例して、心筋梗塞の発生は減少する。しかし脳血管疾患を含めてその他の大部分の疾病の発症のリスクとなることから、全面的禁酒でなく適切飲酒（ビール中びん1本/日、日本酒1～1.5合/日まで）がすすめられている。但し無理に飲む必要はない。



わが国では、内科学会8学会から、メタボリックシンドロームの診断基準が一部腹囲の基準値に関し多くの議論があるものの、次のように示されているので指導の参考にする。わが国の労働者の多くが該当し、過重労働による脳・心疾患の予備軍となっている。

1	内臓脂肪（腹腔内脂肪）蓄積	腹囲：男 $\geq 85\text{cm}$ 女 $\geq 90\text{cm}$ (内臓脂肪面積 男女とも $\geq 100\text{cm}^2$ に相当)
2	上記に加えて右のうち2項目以上	① 高トリグリセライド血症 $\geq 150\text{mg/dl}$ かつ/または 低HDLコレステロール血症 $< 40\text{mg/dl}$ ② 収縮期血圧 $\geq 130\text{mmHg}$ かつ/または 拡張期血圧 $\geq 85\text{mmHg}$ ③ 空腹時高血糖 $\geq 110\text{mg/dl}$
* 腹囲は立位、軽呼吸時、臍レベルで測定する。脂肪蓄積が著明で臍が下方に偏位している場合は肋骨下縁と前上腸骨棘の midpoint の高さで測定する。		
* メタボリックシンドロームと診断された場合、糖負荷試験が薦められるが診断には必須ではない。		
* 高TG血症、低HDL-C血症、高血圧、糖尿病に対する薬剤治療をうけている場合は、それぞれの項目に含める。		
* 糖尿病、高コレステロール血症の存在はメタボリックシンドロームの診断から除外されない。		

#### (4) 特定保健指導の対象となる場合には受診を勧奨する

平成20年4月1より“高齢者の医療の確保に関する法律”により医療保険者の義務として40～74才の被保険者の特定健診・特定保健指導が実施される。この健診ではメタボリックシンドロームのみに注目し、進行度の階層化を行い、進行度に応じた保健指導が一定の方法で、かつ結果の評価を含めて実施される。生活・保健指導上、極めて有用な保健指導で、これに該当する労働者に積極的に受診するよう指導することで産業保健上も有効な結果が得られる。必要により、特定保健指導を活用して、労働者の健康の保持・増進を計るべきである。

#### (5) ストレスへの一般的保健指導

##### ア ストレスへの気づきの指導

働く人は生きがいを持って仕事をしていても、その仕事の量や質が本人の能力や体力の限界を超えた場合、あるいは対人関係上のトラブルが起こった場合、さまざまな身体や精神（心身）に対する反応が起こることがある。この心身に対する反応をストレス反応と呼び、その原因となったものをストレッサーあるいは単にストレスという。したがって本人がこのようなストレスに早期に気づくことが、疾病予防の第一歩になる。チェックリストの結果に基づいて、ストレスの存在を気づかせる指導について概説する。

働く人の背景	ストレスへの気づきの指導
① ストレスが高い人	時間外労働が100時間を超える人は、明らかに通常より仕事量が多く、それも高齢化するにしたがって心身に負荷を与える可能性がある。仕事の時間は最も簡便なストレスの評価である。
② 職場の変更、仕事の量や質の変化	長年親しんできた仕事には慣れもあるが、安心感がある。新しい仕事に適應するためには時間がかかる。若い人の方が年長者よりも新しい活動に適應し易い。また、急に仕事量が増えた時期や、仕事の内容が変わった時、特に高齢者の職務変更や人事異動は慎重にすべきである。出張の多寡もストレスとなる。
③ 対人関係の変化	大勢の人前でプレゼンテーションをする、上司に報告をする、重要な仕事について議論する時などさまざまな緊張状態が長期間続くことはストレスとなる。②の職場変更、仕事内容の変化は対人関係を変化させる。しかし、その影響による評価は難しいので、最近の仕事内容や上司との関係などの情報を得る必要がある。
④ 仕事の内容	仕事が不規則なもの、期限が決まっているもの、時間の拘束があるもの、交替勤務、あるいは深夜勤務は昼間の勤務よりもストレスとなる。
⑤ 労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト	自覚症状および勤務の状況評価からなる疲労蓄積度自己診断チェックリストの結果が高くなるとストレスは増大している。判定基準にしたがって、ストレスの多寡が明らかになるので、自分のストレス状況を自覚することが重要である。
⑥ うつ病のスクリーニング	うつ病はストレスによる反応としては最も頻繁にみられる。うつ病の可能性があれば、休養あるいは仕事量の軽減を考慮し、専門医療機関への紹介を行う。

## イ ストレスへの保健指導

働く人が仕事上で適度なストレスを感じることは、それが仕事への向上心や生きがいに繋がり、ある程度は必要なものである。しかし、既に述べたことであるが、ストレスが過度になると心身にさまざまな悪影響が起こる。したがって産業保健スタッフによる保健指導の最大の目的は適度なストレスを保つために過度のストレスを解消する方法を指導することである。また病気に罹っている人があれば、産業医に相談し専門医療機関へ紹介する。また復職や就業制限を受けている人に対する指導も再発予防や疾患を悪化させないためにも必要である。

指導事項等	保健指導の方法・内容
① ストレスとなるのは何か	働く人にとって、どのようなことがストレスに感じられるかはさまざまである。仕事量や時間だけでなく、仕事の難易度、上司や同僚との人間関係などもストレスとなるため、こうした情報をできるだけ把握する。
② 身体レベルからこころの問題へ	睡眠や食欲などの身体レベルでの変化を質問した後で、仕事に対する意欲などこころの問題に尋ねていくのが面接に入りやすい。チェックリストの生活習慣の項目：アルコール、タバコ、運動、睡眠は、それぞれ人によって異なる。これらの量だけではなく、その量に変化がないかを質問する必要がある。ストレスがかかってくると、酒量が増えたり、タバコの本数が増える、また多忙になり運動量が減ったり、睡眠時間が短くなることもある。
③ ストレス対処技術の指導	仕事の量が増えたり、人事異動後に負荷がかかっていたり、チェックリストからストレスの存在が明らかになった時、ストレス対処法を面接の中で教示していく。この際には支持的で共感的な面接が必要である。
④ 専門医療機関の受診勧奨と紹介	睡眠障害、アルコール依存、うつ病等の精神障害であることが疑われる場合には専門医療機関を受診するように指導し紹介する。
⑤ 自覚と自主努力（セルフケア）、受療への努力の重要性の認識と指導	精神障害も生活習慣病と同様に、自らが精神障害の要因となる過度なストレスを軽減するような努力が必要である。したがって、それぞれのストレス解消法を確立することを指導する必要がある。過度な飲酒によるストレス解消などの誤った方法は是正する。精神科や心療内科を受診するのはいまだ高い敷居、偏見があるのも事実であるが、最近では軽症のうつ状態や睡眠障害でも精神科を受診する人もおり、早期に受診する方が結果的には早期回復につながる。したがって精神障害も身体疾患と同様に早期発見、早期治療が重要である。内科や婦人科など一般診療科の医師から専門医を紹介してもらう方法もある。

### (6) 専門医療機関への受診勧奨と紹介

リスク要因のうち最も重要でしかも急いで治療を必要とするのは血圧であるが、一般的には表3にしたがって他のリスク要因をも考慮してそのリスクの程度を総合的に判定し、高リスク群(チェックリストのリスク要因で高)に入る場合には、できるだけ早く専門医療機関への受診を勧奨し紹介する。もちろん同時に生活習慣の修正(表5-B)と就業上の問題点の是正への指導を同時に行う。中等リスク群(中)では通常生活習慣の修正や就業上の問題点の是正をまず行って経過をみてから必要に応じて専門医療機関への受診を勧奨するが、単独のリスク要因でも薬物療法が必要と考えられるほどの場合には、生活習慣の修正や就業上の問題点の是正を指導すると同時

に専門医療機関への受診を勧奨し、必要に応じてこれへ紹介する。

またこれとは別にうつ病等の精神障害が疑われる場合には、直ぐに専門医療機関への受診勧奨・紹介が必要である。

### 3 事業者に対する事後措置に係る意見の具申（チェックリスト8ページ）

- ・事業者は、面接指導の結果に基づく必要な措置について、医師の意見を聴取し、必要があると認める場合の作業等の変更などの事後措置を講じなければならない。事業者が行うべき事後措置としてどのような内容がもっとも適当であるのかについて、面接指導を担当した地域センターの医師が医学的観点から意見をする。
- ・チェックリストには具体的な意見が例示してある。これらは主に具体的な意見を求められたときに説明する事項であり、「事後措置に係る意見書」には、これらを加工してまとめ、記入して提出する。
- ・なお、面接指導の結果、就業制限が生じることは、労働者にとって自らの職能評価を低下させる懸念があることから、面接を担当した医師は、事業者に対して労働者の就業の制限を助言すべきであると判断した際には、丁寧に、当該労働者に対して、その判断の理由や予想される経過を説明し、本人の理解と承諾を得てから、事業者に報告すること。特にメンタルヘルス面での意見についてはこのことが重要である。
- ・事後措置に係る意見とその内容および解説については、IV章の“面接指導結果報告書及び事後措置に係る意見書”の項の3“事後措置に係る意見書”の作成の項を参照されたい。
- ・労働者数50人未満の事業場では、労使の議論の場である衛生委員会の設置は義務づけられていないが、とくに過重労働対策に関しては、衛生委員会の調査審議事項の一つとして取り上げられていることから、衛生委員会に相当する労使の審議する組織が設けられ、労使で審議されることが安全衛生活動の向上には望ましい。審議する組織での審議を通して過重労働問題を事業場としての課題ととらえ、いっそうの時間外・休日労働の削減と労働者の健康障害予防のための対策を検討すべきである。

### 4 事業者、産業保健スタッフによるフォロー（チェックリスト8ページ）

- a 長時間労働者に対するの措置の実施が適正に行われているかどうか、そして当該労働者の健康状態の回復が期待通りに進捗しているかどうかについて、事業者・安全衛生担当者や産業保健スタッフはフォロー体制を確立して、当該労働者を含めた定期的な健康状態の確認作業が行われることが望ましい。
- b 長時間労働者の健康管理状況をフォローするための体制というのは小規模事業場では、一般的には確立しにくいものである。人的にフォロー体制が十分に取れない場合には、医師への緊急の連絡方法等について事業者・安全衛生担当者や産業保健スタッフが医療機関とネットワークを確立する必要がある。
- c 「事後措置に係る意見書」には次回の面接指導予定があるので、短く間隔を刻みながら面接指導を行った方がいい場合には、次回の面接予定の設定を短期間にする必要がある。
- d 衛生管理者／衛生推進者や看護職スタッフなどの産業保健スタッフが配置されている事業場であれば、産業保健スタッフに経過観察を行わせ、さらにその結果の報告を受ける方法もある。

## 5 外部機関への依頼とフォロー（チェックリスト8ページ）

必要に応じて、外部の専門医療機関等への診療等の依頼をすべきであり、依頼状、返事、などの全ての状況を記録にとどめておく。とくにメンタルヘルス不調者の依頼は細心の注意を払う。必要により経過をフォローすべきことは当然である。

## 6 その他（チェックリスト8ページ）

### (1) 個人情報の適切な取扱い

- a 面接指導の結果として、事業者が記録しておかなければならないものは、面接指導を実施した事実が確認できる記録および面接指導を実施した医師から提出される「面接指導結果報告書」の2つである。
- b 面接指導の際に提出されたチェックリスト、聴取された問診の内容、検査の生データなどは通常事業者が自ら閲覧することまでは必要ないと考えられるものであり、これらは、法的な守秘義務のかかった医師等の担当者が保存する体制を確立しておく必要がある。しかし、小規模事業場側には、それに相当する産業医等は選任されておらず、専門の産業保健スタッフ等の医療職もない場合が多いので、担当の地域産業保健センターで、保存が求められている期間（5年間）管理・保存する。
- c 面接指導を担当した地域センターの医師等が事業者に提出する「面接指導結果報告書」に記載する内容は、面接指導結果を、長時間労働を解消し軽減すること、または労働者の健康障害を予防するうえで必要な就業上の措置に関することに留めることが望ましい。ただし、事例によって、一定範囲の健康情報や生活情報を開示すべきであると考えられる場合は、開示により予想される事項を説明したうえで本人の同意を得る。
- d 本人に同意を得ようとしても得られない場合で、かつ、労働者の生命、身体又は財産の保護のために必要である場合については、個人情報の目的外利用や第三者提供を禁止している個人情報取扱事業者の義務は除外されることを個人情報保護法は規定していることから、健康情報を開示することの重要性と緊急性を考慮して、労働者の健康の確保を優先すべきであると医学的に判断された場合は、生命や身体の保護を優先させるべきである。しかしながら、メンタルヘルス面に関して、面接指導結果の不適切な取扱いがされることのないよう、特に注意が必要であり、適正に取扱われるようにしなければならない。
- e 地域産業保健センターにて面接指導を実施した医師は、事業場の実態を十分に把握した上で、事業者による就業上の措置として求められる内容について予想して、具体的な意見を記載しておくことが望ましい。
- f 以上のような配慮が必要な理由は、事業者による、医学用語の誤解、疾病に対する偏見、過剰な就業制限など回避し、労働者が安心して面接指導を利用できるようにするためである。

### (2) 情報管理者・記録の保管

使用されたチェックリストは、そのまま健康情報となるので法的な守秘義務のかかった医師等の担当者が保存する体制を確立しておく必要があるが、事業場側には、産業医は選任されておらず、専門の産業保健スタッフもない場合が多いので、面接指導にあたった医師名や問診等の情報の保管にあたった保管者名を記載して、担当の地域産業保健センターにおいて一括保存する必要がある。また、「面接指導結果報告書」および「事後措置に係る意見書」は健康診断結果個人票の保管と同様に、事業場側で管理されるべきである。

## IV 面接指導結果報告書及び事後措置に係る意見書（チェックリスト9ページ）

### 1. 基本的留意点（チェックリスト9ページ）

事業者は、面接指導の結果の記録を作成し、5年間保存しなければならない。この記録には、労働者の疲労の蓄積の状況、その他心身の状況、事後措置に係る医師の意見等を記載しなければならない。この記録は面接した医師による「面接指導結果報告書」と「事後措置に係る意見書」が該当すると考えてよい。

したがって、地域産業保健センターは、面接指導を実施した場合には、「面接指導結果報告書及び事後措置に係る意見書」を事業者に交付すること、また、“はじめに”の9の通知に示された別紙2の様式例「面接指導実施台帳例」により、その台帳を作成することが必要である。その際には、同法第66条の8に基づく面接指導であるか、又は同法第66条の9に基づく面接指導若しくは面接指導に準ずる措置であるか、明らかになるように、別々に作成しておくことが必要である。さらに地域産業保健センターは、事業者に交付した「面接指導結果報告書及び事後措置に係る意見書」の写し及び「面接指導実施台帳」並びに「長時間労働者への面接指導チェックリスト（地域産業保健センター用）」等については、5年間保存するものとするのが求められている。

なお、各書面の保存、破棄等に当たっては、健康情報の保護に十分留意することとされている。

### 2. “面接指導結果報告書”の作成（チェックリスト9ページ）

本チェックリストに沿って労働者の面接指導を行った後は、事業者への報告として「面接指導結果報告書」を労働者ごとに作成する。内容は、事業者の面接指導の結果の記録に合うよう「労働者の疲労の蓄積の状況」と「その他心身の状況」を含むものとする。

#### ア 疲労の蓄積の状況

面接指導の結果を総合的に判断し、また、チェックリストのⅢの1の(1)の(ア)の評価に従って、0.なし 1.軽 2.中 3.重 に区分する。この判断のもとに、疲労の蓄積が心身に影響しているかを次項で、また、健康管理上の判断を判定区分で行い、事後措置と関連させる。

#### イ 配慮すべき心身の状況

労働者の自覚的所見もしくは他覚的所見を含めて、配慮すべき健康状態の有無を選ぶ（0.なし 1.あり）。「あり」の場合には、「特記事項」欄にその状況等を記載することができるが、ここで記載すべきは「健康状態」であり必ずしも診断名である必要はないことに留意する。なお、「面接指導結果報告書」は事業者への報告書である性質から、記載事項は事業者によって閲覧される前提となるのでプライバシーに配慮した記載に努める必要がある。

#### ウ 判定区分

チェックリストのⅢの1の(2)の判定に従う。詳細は本マニュアルの22ページから26ページの(2)判定の項を参照されたい。原則としてその項の判定に従えばよい。

#### (ア) 診断区分

医学的観点から、対象者の診断区分を判断する（0.異常なし、1.要観察：異常所見

はあるものの専門的医療（投薬等の治療）を必要とせず、自己管理にて経過を観察できるとするもの、2. 要医療：異常所見が認められ医療機関にて適正な医療が必要であるとす  
るもの）。

#### (イ) 就業区分

対象者の就業区分を判断する（0. 通常勤務：通常の勤務でよいもの、1. 就業制限：勤務に制限を加える必要のあるもの、2. 要休業：勤務を休む必要のあるもの）。「就業制限」の内容としては、労働時間の短縮、出張の制限、時間外労働の制限、労働負荷の制限、作業の転換、就業場所の変更、深夜業の回数の減少、昼間勤務への転換等があるが、詳細には「事後措置に係る意見書」にて指示することになる。また「要休業」とは、療養を目的に、休暇、休職等により一定期間勤務をさせないことを指している。

#### (ウ) 指導区分

医師は対象者に対し、指導区分を決定し、健康の維持増進のために必要な指導を行わなければならない（0. 指導不要、1. 要保健指導：専門的医療を受療させる適応者ではないが、本人の不健康な生活習慣のために健康障害が停滞もしくは悪化する可能性のあるものに対し必要事項につき保健指導や生活指導をする、2. 要医療指導：すでに医療機関に通院しているなど医師の管理下にあるものの、労働条件等のために服薬が遵守されていない場合や治療が断続的となってしまう場合、その他労働生活全般にわたり留意すべき医学的事項が不徹底となっている場合への対応など、細かな保健指導を行う。）。

#### エ 事後措置として指導・勧告の必要性

対象者に係る事項として、事業者（職場）に対し指導勧告すべき必要があるかどうかを判断する（0. 不要、1. 要：何らかの指導事項および勧告すべき事項がある場合）。「1. 要」を選択した場合には、ここにそのおもな事項を簡易的に記載する。詳細に指示する場合には、「事後措置に係る意見書」を作成して内容を明確にした方がよい。

### 3. “事後措置に係る意見書”の作成（チェックリスト9ページ）

地域産業保健センターの医師は、該当労働者の属する事業場についての情報が少く、意見を述べ難いことも多いが、なるべく情報を入手し、かつ事業者や労働者との話し合いで意見を具申する必要がある。

事業者（職場）に対して、対象者の健康保持のために事後措置として指示すべき必要がある場合には「事後措置に係る意見書」を作成する。これは、事業者の面接指導の結果の記録ともなる。ここで重要なことは、意見をする相手は対象者本人ではなく、事業者（職場もしくは管理監督者）であることを認識しておくことである。したがって指示する内容は対象者および管理者の双方が納得できる内容とすべきである。

意見の大きな目的には

① 疲労の蓄積が極めて大で、早急に何らかの事後措置が必要な場合の意見の具申、と

② 長期的にみて、長時間労働、とくに月の時間外労働80～100時間以上を中止させるものがある。

面接指導の唯一の目的は、長時間労働の根絶であり、産業医等は、事業者も労働者も十分説得することが重要である。

実際には、産業医等が、事業者に対し、詳しい意見、とくに具体的な意見を具申することは極

めて少いと思われるが、意見の具申が必要と考えられた場合、面接指導の結果と、労働者本人および事業者の意見を十分に聞いて対処する。

#### ア 労働時間の短縮

労働時間の短縮について指示を出す場合にはこの欄を使用する。項目群のうちから、0. 特に指示なし、1. 時間外労働の制限（月に何時間までの時間外労働を許可とするか）、2. 時間外労働の禁止、3. 就業時間を制限（1日のうち何時から何時までの就業とするか）、4. 変形労働制または裁量労働制の対象からの除外、5. 就業の禁止（休暇・休養の指示）、6. その他、のうちから最適と思われる項目を選択すればよい。必要なところには、なるべく数字を入れ込んだり具体的に記述したりして、労働者にとっても現場の責任者にとっても理解しやすい表現とすべきである。

#### イ 労働時間以外の項目

対象者の健康維持のために、労働時間以外について指示を出す時にはこの欄を用いる。まず、当てはまる指示すべき主要項目に○をする（a. 就業場所の変更、b. 作業の転換、c. 深夜業の回数の減少、d. 昼間勤務への転換、e. その他）。下欄には、その選択した項目についての指示を具体的に記載する。各項目においては、なるべく定量的な表現に努め現場責任者にも理解しやすいように工夫する。記述にて表現しにくい場合には、直接責任者と意見交換をし、口頭にて意図するところを説明する機会があるとよい。もちろん指示内容は、事業者側に対しても常識的であり、かつ実行可能な内容であることが必要である。

##### (ア) 就業場所の変更（意見書の「主要項目」（チェックリスト9ページ）のa。以下同じ。）

就業場所（作業環境の問題、作業態様の問題、業務負担感の問題等）による業務負担度が、対象者の健康問題と関連性が強いと考えられる場合に指示をする。ただし、対象者にとっても就業場所の変更は、新しい職場環境や新しい職場の人間関係への適応を求めることになり、新しい職務というストレスにさらされることにもなるので、本人の意見をよく聞きながら慎重に判断することが重要である。

##### (イ) 作業の転換（b）

職務負担を低減する目的で作業を転換（減少／変更）する必要がある場合に行う。製造ラインであれば作業を補佐する補完業務を担当させる、または現職務と比較して負担の少ない職務に入らせる、もしくはもっと身体負担の少ない事務作業等への変更を考える。どの場合においても、現場責任者の話を聞かず、医師と対象者本人の間でのみ決定してはいけない。配置転換や職務変更については労働者との面接の前後にて、必ず現場責任者とも十分な意見交換をすることが必要である。

##### (ウ) 深夜業の回数の減少（c）、(エ) 昼間勤務への転換（d）

対象者の健康状態がある程度回復するまで、交替勤務の減少を指示する必要がある場合に行う。とくに通院中の労働者の場合で、規則的な生活や厳格な規則的服薬が指示されているような場合にはとくに活用すべきであろう。またメンタルヘルス不調がある対象者の場合においても、十分な睡眠確保が優先されることが多いのでこれらの措置の適応とすることがある。

##### (オ) その他

① 拘束時間の長い勤務においては、拘束時間数、実労働時間数、労働密度（実作業時間と手待時間との割合等）、業務内容、休憩・仮眠時間数、休憩・仮眠施設の状況（広さ、空調、

騒音等)等を把握した上で、緩和すべき内容を選び出して指示事項を記載する。

- ② 出張の多い業務においては、出張中の業務内容、出張(特に時差のある海外出張)の頻度、交通手段、移動時間及び移動時間中の状況、宿泊の有無、宿泊施設の状況、出張中における睡眠を含む休憩・休息の状況、出張による疲労の回復状況等を把握した上で、許可できる範囲の出張頻度や出張範囲について指示をする。

③ 作業環境の改善

作業環境は、脳・心臓疾患の発症との関連性が必ずしも強くないとされているが、体力の低下した労働者にとっては通常よりも強い健康障害の要因として作用する可能性がある。面接を通してよく労働者と意見交換をする。疲労の回復が困難な作業環境であったり、メンタルヘルスにおいても不適切な環境である場合には改善のための指示をすべきである。空調問題や騒音問題、休憩場所の確保や休憩室の設置、および空間分煙の徹底など、日頃から職場の快適化について全社員参加型で活動に取り組んでおくことが必要である。職場の快適化は労働者の疲労の蓄積を予防し、職場におけるストレスの軽減にも寄与する。

④ 精神的緊張の緩和

事前のストレスチェックの結果を参考に、面接をしながらメンタルヘルスのアセスメントを(主としてうつ病)行う。ストレスの過剰な状態は精神的負荷となり、メンタルヘルス不調にまで発展する可能性があるところから、必要に応じて産業医等は健康確保のための対象者のためのストレス対策を指示しなければならない。当座のストレスナーへの対策については、労働者および現場責任者と打ち合わせて現実に見合った内容とすべきであるが、一般に対策として、1. ストレス量を減らす(現場管理者の工夫)、2. 対象者を職場にてサポートするスタッフを配置する、のどちらかもしくは両者の措置が適応されることになる。

## ウ 措置期間

措置期間を記載し、再度の面接指導が必要と判断される場合は、次の面接指導の時期を記載する。

## エ 医療機関への受診配慮等(受療の促進と便宜の供与)

受診指示を受けていながら医療機関に行っていなかったり、現在の労働条件のために継続した医療が受けられていない場合などには、職場としても積極的に受診を促すべきであるので、医療機関への受診に向けて事業者側も時間的に融通をきかせるなど、配慮をするよう指示を出す。ただし一般に医療機関への受療行為は、労働者本人の判断にて行われるべきものであり、時間も費用も本人が負担すべきものであるところから、事業者として本人の受療行為を強制できるわけではない。

ここでは、医療機関への受療継続が特に必要である場合には、就業規則において勤務時間の短縮等の措置をとることができる旨を定めておき、これに基づいて通院行為を許可する等の指示をすることが望ましい。その他必要に応じて受療への機会や便宜を供与すべきであるが、就業規則を超えての指示はすべきではない。

## オ 医師名の明記と押印

面接指導を実施し、意見書を提出する医師は、自らが記入したこととその責任を示すため、報告書と意見書の各々に医師名を明記し、押印する。

## Ⅳ 面接指導結果報告書 及び 事後措置に係る意見書（例）

本報告書および意見書は、改正労働安全衛生規則第52条の6の規定（事業者は面接指導の結果の記録を作成し、これを5年間保存すること。当該記録は労働者の疲労の蓄積の状況、心身の状況、事後措置に係る医師の意見等を記入したもの）に基づく面接指導の結果の記録に該当するものである。プライバシーに留意して、チェックリストから加工して記載し事業者へ提出する。

面接指導結果報告書						
対象者	事業場名		TEL			
	氏名		所属	部	課	
			男・女	年齢	歳	
疲労の蓄積の状況	0. なし 1. 軽 2. 中 3. 重		特記事項			
配慮すべき心身の状況	0. なし					
	1. あり					
判定区分	診断区分	0. 異常なし 1. 要観察 2. 要医療		事後措置として指導・勧告の必要性	0. 不要	1. 要
	就業区分	0. 通常勤務 1. 就業制限 2. 要休業			<input type="checkbox"/> 必要事項	
	指導区分	0. 指導不要 1. 要保健指導 2. 要医療指導			<input type="checkbox"/> 下記意見書に記入	

医師の所属先	年 月 日 (実施年月日)	印
	医師氏名	

事後措置に係る意見書				
就業上の措置	労働時間の短縮	0. 特に指示なし	3. 就業の禁止（休暇・休養の指示）	
		1. 時間外労働の制限 _____ 時間/月まで	4. その他	
		2. 就業時間を制限 _____ 時 分 ~ _____ 時 分		
	労働時間以外の項目 (具体的に記述)	主要項目	a. 就業場所の変更 b. 作業の転換 c. 深夜業の回数の減少 d. 昼間勤務への転換 e. その他	
		1)		
2)				
	3)			
	措置期間	_____ 日・週・月 (次回面接予定日 年 月 日)		
	医療機関への受診配慮等			
	連絡事項等			

医師の所属先	年 月 日 (実施年月日)	印
	医師氏名	

事業所長	人事	部長	課長

本マニュアルは、厚生労働省からの委託により財団法人産業医学振興財団において作成されたものです。本マニュアルは厚生労働省及び財団法人産業医学振興財団のホームページからダウンロードし、医師、事業場等で自由に利用できます。ただし、独占的又は営利目的での利用、作成趣旨に反するなど著しく不適當と認められる利用はご遠慮ください。