

## 産業医と勤労者医療

大久保利晃

産業医科大学

(平成 15 年 1 月 20 日受付)

**要旨：**労働安全衛生法の施行により産業医の名称が誕生した。その後、日本医師会認定産業医制度が発足し、現在までに約 56,500 人が登録し、日本産業衛生学会の専門医制度では約 150 人が試験に合格している。産業医の所属は、企業規模により異なり、企業内産業医と企業外産業医がある。産業医の専門性は、健康管理に加え、労働・作業編成と健康、健康の保持増進、リスクマネジメント、企画・組織経営などのキーワードを結びつけたものとして定義される。

勤労者医療の定義は、疾病と作業、職場環境などとの因果関係を把握し、早期治療、リハビリテーションを行い、社会復帰を促進することはもとより、疾病と職場環境などに関するデータの蓄積の上に広く、疾病の予防、早期発見、さらに健康の保持、増進に至るまでを総合的に推進すること、とされている。しかし、内容が医療であるから医療機関側からの支援であり、労働の実態、職場の事情などは直接把握できない。具体的には、復職支援など、医療の場でいかに職業適性を考慮するかということになる。

勤労者医療への要請は時代により変遷する。最近では個別のマイナス要因に着目することなく、組織全体の健康度向上が求められている。地域性、産業化による違いも考慮する必要がある。

両者の接点としては、労働をキーワードとし、環境・労働負荷に対する感受性すなわち労働能力の情報を共有する必要がある。具体的には、病院から企業へ復職するときの適性配置が考えられ、これを確実にするためには、労働の理解、情報の共有化・守秘システムの確立等が必要である。

産業医と勤労者医療の連携を進めるための具体的課題としては、労働能力診断の標準化、職場復帰判定クライテリアの共有化、労働者の生涯健康管理システムの確立、労災病院による産業医キャリア支援、産業医の地域拠点としての機能強化等が考えられる。

(日職災医誌, 51 : 95—100, 2003)

### —キーワード—

産業医, 産業保健, 勤労者医療

### 1. 産業医の職務

#### a. 歴史的変遷：

現在産業医と呼ばれている専門家の起源は国によって違う。フランス、オランダ等ヨーロッパの国々では、労災保険や裁判の鑑定など、業務上疾患の証明を専門とする分野として発展したので、日本で考えると法医学に近い専門医ということになる。わが国で最初に工場で働く医師の法規定ができたのは、現在の労働基準法にあたる戦前の工場法が 1939 年に改正され、それまで任意であった「工場医」の選任が、従業員 500 人以上で義務化さ

れたのが始まりだった。実態は工場医局という形で、医師が工場内で診療を行うという、プライマリ・ケア的な専門家として発展してきたといえる。すなわち、戦時中に結核の蔓延で軍需産業の生産性が落ち、その対策のため強化された制度で、医療を効率よく提供するため、医療機関を工場に設置したという位置付けであった<sup>1)</sup>。終戦後工場法が廃止され労働基準法の施行とともに工場医も廃止された。工場で働く医師は、「医師たる衛生管理者」として法規に残され、軍医帰りの優秀な医師が、主として製造業の衛生管理者として多数就業し、その後の産業医の専門性基盤確立に大きな寄与をした。

産業医という名称は、1972 年、現行の労働安全衛生法ができた時、初めて法律に導入された。産業医は、医師のうち産業医として事業者を選任されている者であっ

て、いわば職務名、あるいは一種の状態名である。その後、平成8年の法改正時に選任要件として一定の研修が義務づけられた。次に述べる日本医師会の認定産業医制度基礎研修会が、この要件を満たす研修会として指定されたため、産業医という新たな専門資格が誕生したかのごとくに取り扱われているが、正確には両者は別のものである。

法律上の産業医とは別に、日本医師会では平成2年に認定産業医を、また平成4年には日本産業衛生学会が専門医、指導医に関する資格認定制度をそれぞれ発足させている。平成14年10月までに、日本医師会認定産業医の累積人数が約56,500人に達し、ここのところ年間3,000人程度増加中であり、また日本産業衛生学会の専門医試験にはこれまでに約150人が合格するなど、医師の産業医に対する関心は現在急速に高まりつつある。

#### b. 産業の種類と職務の特質

産業医の法定業務としては表1のとおりであるが、実際に活躍する産業医の専門性、業務の分担などを考えると、大きく次の3類型に分けると便利である。1) プライマリ・ケア産業医：規模、業種に拘わらず、健康診断の事後指導など個別労働者の健康管理を主体に法定業務全般にわたって担当する産業医。2) 専門産業医：化学物質や騒音、振動、放射線などに関わる特別な労働環境や、深夜勤務、重量物挙上などの作業条件に起因する特異的な健康障害の予防を担当する専門家。それぞれの課題に関して一定水準以上の専門知識や経験を具備している。3) 総括産業医：大企業本社機能や労働衛生機関責任者等、企業そのものや健康管理組織が大きい場合などで、組織管理、企画、リスクマネジメント等を専門的に担当する産業医。

これらは、互いに別の独立した専門家ではなく、資格取得後の年数や所属機関、その間の経験内容などによって、たとえば1) → 2)、又は1) → 3) などへと、産業医の生涯キャリアを通じて発展的に変わることもしばしばある。今後は、このような専門性の類型にあわせて、教育、修練のプログラムや制度を整備することが必要である。

#### c. 企業規模と職務の特質

労働安全衛生法では、事業場あたりの労働者数が50

人を超えると産業医の選任義務が生ずる。ところが日本の労働者を事業場の規模別に分類すると、50人未満の事業場の労働者数が全労働者数の57.3%（1996.7労働省調査）を占めている。一般に、小規模事業場ほど、労働災害の頻度、職業病の発生、休業率、生活習慣病の頻度など全ての健康指標が劣っていることが多く、つまり小規模事業場ほど産業保健ニーズがより高いにもかかわらず、産業医を始め衛生管理者など専門家の法的選任義務は課せられていないというのが現状である。

1,000人以上の規模になると、産業医は専属でなければならない。したがって、その他法定外の専門家はともかく、少なくとも産業医に関してはこの規模では企業内の専門家として配置されることになっている。しかし、50人から999人までの区分では、通常非専属の医師が産業医として選任されている。つまり、労働者割合にして2～3%を占めるにすぎない1,000人以上規模を除いて、わが国の大部分の労働者が属する事業場では外部からサービス提供を受けているのである。これら非常勤産業医の大部分は、診療所開設者又は大きな病院の勤務医である。というのも、現在のところ非専属で働く産業医の所属できる組織は極めて限られているからである。

産業医サービスのみならず健康診断や作業環境測定などの包括的な産業保健サービスを、外部から提供しているのが労働衛生機関である。労働省（現・厚生労働省）は、これらの機関を育成するため、一定以上の要件を備えている機関を全衛連（全国労働衛生団体連合会）として組織化した。その結果現在では、特殊健康診断、つまり有害業務に従事する者の健康診断については、ほとんどが加盟機関で実施されているなど、労働者の健康管理に重要な役割を果たしている。

この他の国の事業として、労働福祉事業団が母体になっている産業保健推進センターと厚生労働省から郡市区医師会への委託事業として行われている地域産業保健センター事業がある。これらは平成5年度から順次整備されてきたもので、平成15年度には全ての整備が完成することになっている。今後は次第にこれらセンターの地域における産業保健サービス提供拠点としての重要性が増してくるものと思われる。このような国の進めている全国ネットワーク事業と、全衛連の活動をどう連携させるかが今後の重要なポイントになるわけで、そのような中で労災病院の果たす役割を考えていく必要がある。

以上はいずれもサービスを受ける側からの視点で述べたが、もう一つ、産業医側からの視点も重要である。というのも、例え、1,000人以上の事業場といえども、そこに勤務する産業医の数は限られており、産業医間での切磋琢磨や経験伝承、休業時の支援等が不十分である。また、専属産業医の場合には、産業医と同時にその事業場に雇用されているという身分上の特徴がある。ということは、専属産業医は被雇用者として、就業規則上ある

表1 産業医の法定業務  
労働安全衛生規則第14条

1. 健康診断実施及び事後措置
2. 作業環境の維持管理
3. 作業管理
4. その他労働者の健康管理
5. 健康教育、健康相談、健康保持増進
6. 衛生教育
7. 健康障害の原因調査、再発防止

上記の内、医学的専門的知識を要するもの

いは雇用契約概念上、使用者の指揮命令権の下にあり、専門家としての中立性、守秘義務、公共性を優先した行動規範などとの対立が起こりうるわけである。

ということで、産業医側からの視点からも、必ずしも専属産業医が望ましいわけではなく、所属組織さえ整備されれば、本来は専属産業医を含め産業医の所属と業務提供契約を分けて考えることを検討してゆく必要があり、業務提供体制は質量とも現時点ではまだ極めて脆弱だと言わざるを得ない<sup>23)</sup>。

#### d. 国際化と産業医

政治経済のグローバル化が進展する中で、産業医制度の国際化も急速に進展しつつある。特に、EUなど自由貿易圏の形成によりこの傾向は加速されている。産業活動の国境を無くするためには関連制度の共通化が必要であり、現在、欧米において産業医の専門性や共通的能力の国際標準化が盛んに検討されている。

#### e. 産業医の専門性

上記のような国際的議論においても産業医の専門性に関する定義は一致に至っていない。これは、上記のように国によって産業医の起源が様々であり、また産業医活動の基盤となる社会医療制度が大きく違うために必然的ともいえる結果であり、専門性に関する世界共通の定義ができるまでにはまだしばらくの時間が必要だと推定される。わが国の専門家の中でも専門性に関しては完全に一致を見ているとはいえないが、最近では学会の倫理指針や専門医制度の導入などの議論を通じておおかたの了解する専門性の定義が固まりつつある<sup>4)</sup>。

すなわち、医師として当然の健康診断と事後指導、健康相談、健康指導などの業務を除き、産業医に固有の専門性として重要度の高いものは以下のとおりである。まず、最近ではいわゆる作業管理の範疇に入る、労働・作業編成と健康の関係が重要性を増している。ついで、総括管理の範疇である、企業組織管理、リスクマネジメント、企画・組織経営等が重要であり、健康管理面でも従来からの予防医学に加え、健康の保持増進、メンタルヘルスなどは避けて通れない。作業環境管理面では、作業環境測定や労働衛生工学など近接する他の専門家によるところが大きい。快適職場作りなどに医学的専門性が活用されることが期待されている。

## 2. 勤労者医療の目指すもの

#### a. 勤労者医療の特徴

「勤労者医療」の定義としては、「疾病と作業、職場環境などとの因果関係を把握し、早期治療、リハビリテーションを行い、社会復帰を促進することはもとより、疾病と職場環境などに関するデータの蓄積の上に広く、疾病の予防、早期発見、さらに健康の保持・増進に至るまでを総合的に推進すること」であるとされている<sup>5)</sup>。

結局、疾病を職場環境や作業態様と関連づけて捉え、

予防、治療、リハビリテーションも含めた勤労者の全ステージにわたるケアだと結論づけている。このままでは、産業保健の目的に極めて近似しており、その差が十分に理解しがたい。そこで次の2点から論じてみることにしたい。

#### b. 医療面からの勤労者支援

産業医は事業場を担当する。事業所の事業活動、生産活動を意識し、事業場全体を一つの個体として見ると同時に、その事業場組織の構成員である個々の労働者も意識し、例えば健康診断やその事後指導における対個人的なサービスを行う。

一方医療という観点から見ると、個々の従業員は地域でそれぞれ最寄りの医療機関を受診する。しかもそれはヘルスニーズが生じたとき、つまり健康に不安を感じたり、あるいは症状があった時に行く。勤労者医療というのは、医療である以上、このようなきっかけから始まる個々の労働者に対する対個人健康サービスだと考えられる。ということから、勤労者医療はサービス開始時点では集団としての視点を持たない。つまり、患者である特定の労働者の所属する企業の特徴や、ほかの労働者がそれぞれどの医療機関を受診しているのかなどの情報をもちえないのである。

最近大きな問題になってきているのは、企業の中での医療活動の変化である。経済状況から、ほとんどの企業でリストラとかダウンサイジングなどが進んでいるが、その結果として保健業務の一部又は全部をアウトソーシングすることが進んでいる。またいわゆる終身雇用という形の雇用慣行を前提にして、わが国の産業保健なり産業医学制度が築かれてきたのであるが、従来型の労働者の定義に当てはまらないような労働形態、労働契約がたくさん出てきている。その結果、労働者をどのように捉えたら継続的かつ包括的な健康支援が効果的にできるのかを特定することが難しくなっている。

#### c. 勤労者医療への要請

上記のように、勤労者医療は個々の労働者側のヘルスニーズから始まる。したがって、少なくとも個別サービス提供の契機となる課題は、その時々国民の一般的な健康問題や産業の時代による変遷の影響を受ける。第2次大戦直後のように、結核など労働者の疾病が多かった時代、急速な産業復興に伴い、急性中毒など直ちに治療を要する職業病が多発する時代、慢性疾患など治療を受けながら働く労働者が多い時代等、これは近年の歴史的経過を見れば明らかである。

また、地域における2次、3次医療支援組織の利用可能性など、地域における医療資源の供給態勢の状況によっても、企業内で提供すべき医療サービスの内容・程度が変わらなければならない。

結局は産業保健の場合も勤労者医療の場合も産業の立地や産業化に伴ってニーズが変化することによって変わりはな

い。ただ、最近のように労働環境が改善し、個別のマイナス要因に着目することなく、健康増進を始め快適職場形成など組織全体の健康度向上が重要課題になってくると、従来のように果たして職場に医療が直接的に関連をもちつづける必要があるかどうかについては、今後注目すべき点だと言える。

### 3. 両者の接点

産業医活動と勤労者医療の基本的共通点は、どちらも労働者を対象にするという点である。労働者が地域住民と違う点は、働いているというところにあり、従って労働を正視する視点が共通していなければならない。つまり、労働という軸を接点として、労働環境、作業の進め方、特に心理的な部分を含めた労働に起因する負担の問題、復職、中高年の再雇用等が双方からアプローチすべき具体的課題として浮かび上がってくる。この接点は、健康レベルの点では、良好な健康状態から死に瀕する最悪の状態まで連続的な全健康スペクトラムに視野をおいたものであることが求められている。

まず労働者は、上述のように労働を通じて一般住民が経験しない特殊な環境にさらされていることを考えなければならない。個々の労働者には環境に対する感受性に微妙な差があり、既往歴や職歴の違いを考えれば、特定の労働環境に対する反応の仕方は一人として同じ人はいない。そこで、個々の労働者に対する医学的専門的支援は個別的でなければならない。健康診断に対する事後指導、その結果考慮すべき配置上の意見はこのような原則に基づいて実施されるべきである。

労働適正に関する意見を述べるには、労働環境の情報だけでは不十分で、さらに、労働能力を正確に測定する技術・能力が求められる。労働能力は単なる肉体的な能力である体力だけではなく、感覚能力、知識や精神・心理的な健康度、そして何より大切なのは意欲である。これら全てが医学の対象とはいえないまでも、医学は労働者本人に関わる部分を担当することから、関連分野の専門家の協力を得るとしても、それを総合して最終的に労働者へ還元するのは医学の責任となろう。したがって、産業医学は周辺専門分野との情報交換が正確にできる程度には各分野の専門に通じていなければならない。特に、勤労者医療を担当する分野の医師とは、一定期間疾病治療のために休業して積極的治療を受けた労働者の、復職後の疾病管理や適性配置に必要な情報交換が密接に行われる必要がある。

このような連携が滞りなく行われるための条件としては、上述の労働の理解が大前提であるが、さらに企業の実態、情報の共有化・守秘システムの確立等が重要である。この場合、労働者が復職する事業場が50人以上の規模であれば、産業医が選任されているはずである。従って、産業保健と勤労者医療の連携は原則に則って進め

ることができよう。特に、1,000人以上規模では専属産業医が勤務しているので、職場の実情や事業場内の関係者との連携はより円滑に進めることができよう。事業場の中での普段の健康管理、健康診断などの情報と、勤労者医療側から提供される病気治療後の労働能力に関する情報とが共有された場合復職は最もうまく行くのである。

問題は50人未満規模であり、事業場内に健康情報の取扱いが許容されている人材のいないことが多い。そこで、次でも述べるように、地域産業保健センターなどを通じて、地域の医師が勤労者医療の原則に沿った活動を展開してこれら労働者の支援に寄与することが期待されるのである。

さらに、前述のように、最近労働契約の形が大きく変わり始めている。現行法が想定している、いったん就職したらその企業に比較的安定的に長期間所属するという雇用形態は急速に変化しており、もはや事業場という切り口から労働者の健康管理を継続的に行うというモデルだけでは全ての労働者を把握することは困難になってきている。そこで、今後は地域を基盤にした産業保健サービス提供の形態も平行して構築する必要がある、この際にも少し違う角度から勤労者医療と産業医活動の関係を再検討する必要がある<sup>6)</sup>。

### 4. 産業医と勤労者医療—具体的課題

上述のように、産業医活動と勤労者医療には種々の局面で連携すべき点がある。しかし、協力関係を推進するためには改善・解決すべき問題点が少なくない。例えば、患者である労働者の職場復帰にあたって、両者が共通理解の上にたつにはまず臨床データの精度管理が不可欠である。また判定基準も一致していないものが少なくないし、健康診断の事後指導の方法も標準化されていない。

では、具体的にどういった点で連携できるのか、あるいは何をしなければ連携できないのか。主要な項目を以下に論じることとする。

#### a. 労働能力診断

まず、労働能力に関する情報をいかに共有するかが重要である。例えば、病院で治療を受けた人が職場復帰をするときに、治療者からその後の復職指導を担当する産業医に対して、労働能力に関する情報が的確に伝えられることが重要である。そのためには労働能力を客観的に表現する指標を開発しなければならない。特にこの点が重要でかつ難しいのがメンタルヘルス関係の事例である。

#### b. 判定基準

上述のように、労働能力を共通の尺度で計って、それをお互いに交換できることが基本的課題である。同時に、個々の業務ごとに、労働負荷の大きさとそれから想定される労働負担に対して、健康影響を惹起しないために最

低限必要な労働能力を、同じ尺度で表現できることが望まれる。それができると、職場復帰の可否を判定するクライテリアが客観化でき、その結果職場復帰の情報が共有化できる。

c. 労働者の生涯健康管理：

労働者の高齢化とともに、いわゆる生活習慣病に罹患した労働者や、危険因子を持ちながら働く人が増加している。また、暴露レベルの低下とともに急性職業病が発生することはまれになり、じん肺症など慢性化した職業性疾患管理の重要性が相対的に増加してきている。これら慢性化した疾患の管理は、労働者が離職した後まで継続するものであり、定年を含めた労働者の転退職を超えて生涯継続的に管理する制度を確立する必要がある。

長期間を視野にいたした、職域などの管理単位にまたがった健康管理は、上記の精度管理はもとより、データの保管に関する標準化、異なった医療機関の間での指導・治療方針の標準化などが必要である。

d. 労災病院による産業医キャリア支援

前述のように、今後は中小規模事業場の産業医サービス提供を考えても、産業医側のキャリア形成の点からも、産業医が所属する拠点を整備することが大きな課題となっている。労災病院は勤労者医療を追求する機関であることから、上記の様々な産業保健活動との連携を図る上でも、産業医の活動拠点としての意義が高いと考えられる。今後勤労者医療の推進の一環として産業医活動拠点の形成を図ることが期待される。

## 5. 結 語

産業医と勤労者医療に関して、両者の定義や区分は未だ明確ではない。しかし、両者は共に労働と健康に関する分野を担当する領域であることに異論を挟むものはい

ないだろう。そして本稿では、勤労者医療は、医療機関側から個々の疾患の背景要因たる労働に接近する立場であり、産業医活動は、事業場側において、健康に働く労働者を、個別、集団の両面から担当するものと整理した。この前提で、変化する労働者の健康問題や雇用形態の急速な変遷に対応して、両者の連携が労働者の健康に真に寄与できるためには、労働負荷、労働能力の客観的表現法の開発や、診断基準、健康指標の標準化が不可欠である。

## 文 献

- 1) 三浦豊彦：労働と健康の歴史 第4巻。東京，労働科学研究所出版部，1989, p 427.
- 2) Okubo T : The present state of occupational health in Japan, Int Arch Occup Environ Health 70 : 138—142, 1997.
- 3) Okubo T : Recent state and future scope of occupational health in Japan, J Occup Health 40 : 161—167, 1998.
- 4) 大久保利晃：これからの産業医—その職務，資格，権限および倫理—。日本医師会雑誌 120 : 413—416, 1998.
- 5) 高田 昂，若林之矩：勤労者医療の最前線，東京，労働調査会，2000, pp 22—23.
- 6) 大久保利晃：我が国における産業保健制度の将来像。産業医学レビュー 10(4) : 159—183, 1998.

(原稿受付 平成15. 1. 20)

別刷請求先 〒807-8555 北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1  
産業医科大学

大久保利晃

## Reprint request:

Toshiteru Okubo

University of Occupational and Environmental Health,  
Japan

## ROLE OF OCCUPATIONAL HEALTH PHYSICIANS IN WORKER'S MEDICAL SERVICES

Toshiteru OKUBO

University of Occupational and Environmental Health, Japan

The title of Occupational Health Physician (OHP) appeared formally in 1972 when the Occupational Health and Safety Act was implemented. Japan Medical Association established a certification program in 1990 for OHP who have completed an approved course of 50 hour lectures and about 56,500 physicians have been certified by 2002. Japan Society for Occupational Health also established a specialist certification program based on an extensive examination in 1992 and about 150 physicians have been certified by now. OHPs belong both inside and outside of undertakings. Required competencies in addition to ordinary health services include those relevant to or taking care of work organization, health promotion, risk management, and scheduling and implementation of health services.

Worker's Medical Services (WMS) is a comprehensive approach which includes not only prevention, early detection and health promotion, but also treatment by early diagnosis and rehabilitation based on etiological consideration upon accumulation of data on relationship between diseases and work load and specific work environment. Distinction from OHP activity is that WMS is an approach from medical facilities where only personal information of each patient is available and that on work environment or working condition is hardly accessible. As a result major responsibility of WMS is to consider work ability into treatment process and rehabilitation as much as possible.

Needs for WMS may change with the times. Importance on countermeasures for individual hazardous factors has been decreasing and comprehensive health promotion of organizational basis is getting more attention. Diversity of needs must be taken into account by each industry or area.

For collaboration between OHP and WMS 'work' must always be a key-word and information on work ability must be shared. Return to work is a subject of the major collaboration and better understanding of the specific job with appropriate information under good security is necessary.

Several detailed discussion were done on standardization of work ability assessment, common criteria for return to work, life long health care system of workers and role of Rosai hospitals as bases for OHP for small scale industries.

---