

4. 産業医活動と連携 ―福島県全域の実態調査―

要約 産業医登録をしている661人に郵送法によるアンケート調査を実施した(2003年1月)。回答した産業医211人(回答率35%)は、50歳代以上が約85%であり、10年以上の経験年数の人が約60%を占めた。詳細を記載したのは現役168人(80%)だけである。関与する事業場は5社以下が約70%であった。事業場訪問は月1回以上が約60%、安全衛生委員会への参加は約50%、健診結果の判定への関与は約40%、有所見者の経過把握は約70%であった。職場巡視と活動の制約では「困難あり」が13.7%であったが、全体としては問題が少かった。産業看護師との連携は26%と低い、衛生管理者との連携は67%と高かった。しかし、後者は「良好」42%に対して、「人次第・不良」が28%と、連携の質には問題があった。連携内容は、事後処理的な「ケース協議」73%と「対策の可能性」25%が多く、事前予防的な「情報の判断」20%や「問題の発見」18%は少なかった。連携の改善策については、「必要なし」24%や「情報収集・整理」29%が主であった。産業医にとって県産保は、第2位の外部連携機関であるが、連携促進のための人員と情報も、それらをデータベースとして利用するしくみも未整備である。連携に伴うコスト負担と、情報交換やサービス改善の価値について広く議論すべきであろう。

キーワード： 産業医、企業、連携、専門職、責任、健康管理、健康増進

はじめに

産業医活動については、石川県で事業所側、産業医側から同時に調査され、その概要と問題点が指摘されている(佐藤ほか、2001)。しかし、定期健診の実施や安全衛生委員会の参加など、双方の活動水準の高さにもかかわらず、「健診実施」対「事後指導」といえる両者のパフォーマンス評価に「ずれ」がある。つまり、企業経営にフィードバックされる本来的活動ではなく、産業医活動が依然として制度上押し付けられた「付け足し」とみられている。また、企業規模と経営状態が、産業医による健康管理を大幅に制約するという基本的な問題を克服できていない。

この状況は、企業と産業医を支援する産業保健推進センター(県産保)の活動(情報提供、教育研修、健康増進、法・制度、組織連携、人材資源提供)を大幅に無効にする。産業看護師や衛生管理者などの職種も実務レベルでは重要であるが、産業保健活動の意義と実行に関しては、産業医のありかたと考え方が決定的に重要である。そこで「産業医が企業とどのように関わっているのか」を知るために、職種間の連携を改めて問い、障害がどこにあるのかを明らかにすることを試みた。

もう1つの先行研究では、小規模事業場での「健康管理の地域連携」という設問が、現状の産業保健の位置づけでは適切でないために、意味ある情報を産業医側、企業側の双方から得にくいと述べている(足利ほか、2002)。いいかえると、地域健診参加と保健師の直接介入を伴う「地域連携」は必要であるが、労働者の健康管理に「ラベル」を張り、企業に提言・指導することは、福祉的な健康増進を掲げているとしても、地域保健になじまない。労働者の自己責任と企業責任、職場適性と労働環境の評価、業種間・企業間格差など、一律の地域保健とは相容れない多様性があるからである。

したがって、健康管理の「連携」について数段階の関係を設定し、問題解決のための情報と

ノウハウを共有することが必要であろう。その受け皿として県産保が期待される。産業医が、企業内連携と地域組織間連携をどのように経験しているか、県産保がそれをどのように支援できるかに焦点を絞り調査した。

対象と方法

(1) 対象

2001年現在、福島県医師会に産業医登録をしている661人について、郵送によるアンケート調査を2002年12月中旬に実施した。返送58件を除く603件のうち、2003年1月末までに回答を得た219件を対象とした。回答の中で、産業医経験のない8人を除く211人を分析対象とした。一方、産業医を引退した43人(20.3%)のなかでも、過去の経験を記述した例を別途集計した。

また、産業医として関わっている企業が数社、数地域、数業種にわたる場合があるので、産業医を単位として集計した。複数の地域で産業医活動しているのは7人であった。一部の項目を除いて、主たる活動地域から産業医を4つの地域群にまとめた(福島、郡山・県南、会津、いわき)。そこで企業規模を常時雇用50人未満と50人以上に分けて、産業医をそれぞれの専属か、両方を担当しているかの3つの企業規模群に分けた。さらに、製造業を担当している場合、それ以外を担当している場合、両方を担当している場合、の3つの業種群に産業医を分けた。

(2) 方法

アンケートの項目は、以下の通りとした(資料2参照)。

- ・ 産業医としての経験(年齢、産業医の経験年数、専門の診療科、所属)
- ・ 担当する企業数、業種(製造業、その他、両方)、規模(常時雇用50人未満、50人以上、両方)
- ・ 定期健康診断(平成13年の実施率、結果判定、判定した医師、個人票の確認、指導・精査の把握)
- ・ 保健活動、職場監督者に直接指示する権限、訪問回数、衛生委員会の開催と参加、報酬
- ・ 関係者の態度・能力(事業主、衛生管理者、産業看護師、一般従業員)
- ・ 事業者等からの相談と必要な情報の提供(就業上の措置への意見聴取、情報提供の不足)
- ・ 産業医活動の制約
- ・ 企業内での職種間連携(産業看護師(保健師を含むこととした)、衛生管理者、医療機関(病院の他科を含む)との連携(連携の状況、内容と方法、改善の仕方、位置づけ))
- ・ 産業保健に関する外部の機関との連携
- ・ 過重労働(事業者の関係書面提供。文書の内容)、解雇問題(過去2年間、問題、産業医の活動)、自殺問題(従業員の自殺経験、自殺防止の取組)へのアプローチと経験

産業医をいつ始め、いつ止めるかということには、本調査データの解釈に影響すると思われる。そこで、産業医を現役群と引退群にわけて、健康管理や連携の状況と経験年数との関係を検討した。ただし、産業医活動の詳細は、引退群ではほとんど記載がないので、現役群の情報だけである。また、本調査は各個人宛てであり、10社以上の企業を担当していても、最大5社の回答しか記載していない。回答にむらがあり、業種・企業規模と対応できないので、企業ごとの数量的な情報は集計しなかった。そこで各産業医が「最もいい」と評価した回答を「その産業医の経験」として選択した。したがって、平均的な産業医の経験や企業の実情はそれより悪いといえる。産業医がどこまでやれるかという観点から整理したことを了解されたい。

結 果

1. 産業医の立場

(1) 産業医と事業場の特徴

産業医（表1）： 現役168人、引退者43人（20.3%）がいた（記載あり6人、記載なし37人）。担当地域は、福島64人（30.3%）、会津22人（10.4%）、白河20人（9.5%）、郡山41人（19.4%）、いわき28人（13.3%）、相馬17人（8.1%）、双葉7人（3.3%）、複数選択7人（3.3%）であった（不明8人は全員引退）。年齢構成は40歳代15.2%、50歳代29.4%、60歳代以上54.5%であった。経験年数は、0～4年11.4%、5～9年22.7%、10～14年29.4%、15年以上31.8%と比較的長く、年齢と対応している（図1）。専門領域は、内科が59.2%と最も多く、外科24.2%、整形外科7.6%がこれに次いだ。所属組織は、開業医58.8%、病院勤務28.9%、その他（大学、企業専属）6.6%であった。

表1 現役168人と引退した産業医43人の立場（人）

地域	現役	引退	合計（%）
福島（県北）	52	12	64（30.3）
会津	16	6	22（10.4）
白河（県南）	16	4	20（9.5）
郡山（県中）	32	9	41（19.4）
いわき	24	4	28（13.3）
相馬	14	3	17（8.1）
双葉	7	0	7（3.3）
複数選択	7	0	7（3.3）
不明	0	8	8（3.8）
年齢	現役	引退	合計（%）
40歳代	21	11	32（15.2）
50歳代	53	9	62（29.4）
60歳+	94	23	117（54.5）
産業医の経験年数	現役	引退	合計（%）
0～4年	11	13	24（11.4）
5～9年	39	9	48（22.7）
10～14年	52	10	62（29.4）
15年+	58	9	67（31.8）
不明	8	2	10（4.8）
専門の診療科（複数）	現役	引退	合計（%）
内科	100	25	125（59.2）
外科	43	8	51（24.2）
整形外科	6	2	16（7.6）
産婦人科	6	3	9（4.3）
精神科	6	3	9（4.3）
小児科	7	0	7（3.3）
その他	14	3	17（8.1）
所属組織（複数）	現役	引退	合計（%）
開業	101	23	124（58.8）
病院（勤務）	48	13	61（28.9）
その他（大学、企業）	9	5	14（6.6）
不明	10	3	13（6.2）

表2 現役の産業医が関わっている企業

契約事業場数	人数	（%）
1～5社	152	（90.5）
6社+	13	（7.7）
不明（記載忘れ）	3	（1.8）
企業規模（複数）	人数	（%）
50人未満	17	（10.1）
50～99人	24	（14.3）
100～299人	29	（17.3）
300人以上	22	（13.1）
複数選択	75	（44.6）
不明	1	（0.6）
業種（複数）	人数	（%）
製造業	62	（36.9）
建設・運輸交通業	5	（3.0）
保健医療福祉業	3	（1.8）
その他#	34	（20.2）
複数選択	64	（38.1）

通信業・商業・金融・広告業含む。

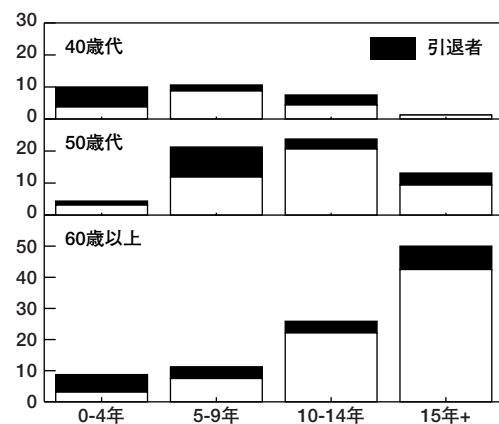


図1 産業医の年齢と経験年数

事業場（表2）： 契約事業場数は、1～5社が152人（90.5%）、6社以上が13人（7.7%）であった。企業規模は、50人未満の企業17人（10.1%）、50～99人の企業24人（14.3%）、100～299人の企業29人（17.3%）、300人以上の企業22人（13.1%）であるが、これらにまたがっているのが75人（44.6%）いた。また業種は、製造業62人（36.9%）、その他（通信業・商業・金融・広告業含む）33人（19.6%）、建設・運輸交通業5人（3.0%）、保健医療福祉業3人（1.8%）であるが、複数の業種選択が64人（38.1%）いた。

（2）産業医と事業場のクロス集計

6社以上を担当する産業医では1～5社を担当する場合と比べて、その他の業種のみが有意に少なく、50人未満の企業が有意に少ない（いずれも $p<0.01$ 、表3）。6社以上を担当する産業医は、製造業、50人以上の企業を中心としている。その他の業種や50人未満の企業を担当する場合、契約企業数が1～5社と少なくなる。産業医が担当する業種と企業規模との関係も当然有意となるが（ $\chi^2=27.3$, $p<0.0001$ ）、両方とも異なる種類をまたがって担当する医師は17人（10.1%）であった。

産業医自身の特徴と企業規模との関係をみると、経験年数と所属組織とが有意な関係を示した（表4）。すなわち、産業医10年以上の経験者は、企業規模に関係なく担当し、開業医は50人未満の企業をより多く担当していた。

2. 産業医としての健康管理活動（表5）

（1）定期健康診断

平成13年の健診実施率は、90%以上が139人（82.7%）と高く、90%未満は18人（10.7%）のみであった。法定検査項目は、「全て実施」129人（76.8%）、「おおむね実施」26人（15.5%）とやや低い。健診結果の判定「あり」は157人（93.5%）とほとんどを占めた。結果を判定した医師は、健診機関の医師88人（52.4%）と選任産業医70人（41.7%）が相半ばした。健診個人票の確認は、「医師の意見を記載した」139人（82.7%）に対して、「特にしていない」が28人（16.7%）いた。従業員の経過把握は118人（70.2%）が実施していた。

表3 産業医の契約企業数と業種・企業規模との関係（人）

契約企業数	業 種			企業規模		
	製造	その他	両方	～49人	50人+	両方
1～5社	59	50	42	16	114	21
6社+	3	1	9	1	6	6
χ^2 (p<)	9.90 (0.01)			9.06 (0.01)		

ns：有意差なし

表4 産業医の特徴と担当する企業規模の関係（人）

企業規模	年 齢		経験年数		所属組織	
	40～59歳	60歳+	0～9年	10年+	開業医	その他（不明を除く）
～49人	7	10	9	7	15	1
50人+	53	68	36	81	66	47
両方	14	15	5	21	19	9
χ^2 (p<)	0.27	ns	6.39 (0.05)		7.82 (0.05)	

ns：有意差なし

従業員の指導・精査の経過を「把握している」118人（70.2%）に対して、「知らない」は50人（29.8%）であった。職場監督者に直接指示する権限については、「権限あり」が合計で131人（78.0%）と多かったが、「わからない」も21人いた（12.5%）。事業場への訪問回数は月1回以上が99人（58.9%）と過半数を占めたが、訪問していない場合も25人あった（14.9%）。衛生委員会（または安全衛生委員会）の開催は、定期と不定期の合計で113人（67.3%）を占めたが、「委員会なし」も18人あった（10.7%）。委員会への産業医の参加は、「毎回参加」と「たまに参加」の合計で85人（50.6%）を占めた。

産業医活動では、健康相談、事後措置、健診、職場巡視、健康教育が多く、平均2.1～2.3社を担当していた（表6）。作業環境改善、メンタルヘルス、過重労働等は少ない。平均担当社数はいずれも大きな差はないが、メンタルヘルスと過重労働の相談・指導では平均1.7社と少なく、健康増進活動では平均2.3社と多い。

表5 現役の産業医が行っている企業の健康管理

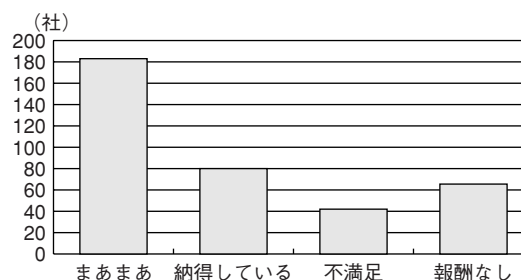
健診実施率（平成13年）	人数	(%)
50%未満	5	(3.0)
50-89%	13	(7.7)
90%+	139	(82.7)
不明	10	(6.0)
健診項目	人数	(%)
法定項目全て実施	129	(76.8)
おおむね実施	26	(15.5)
実施せず	6	(3.6)
その他	7	(4.2)
結果を判定した医師	人数	(%)
健診機関の医師	88	(52.4)
選任産業医	70	(41.7)
その他	6	(3.6)
不明	4	(2.4)
職場監督者に直接指示する権限	人数	(%)
与えられている	71	(42.3)
問題により与えられている	60	(35.7)
与えられていない	16	(9.5)
わからない	21	(12.5)
事業場への訪問回数	人数	(%)
専任	10	(6.0)
週1回・月2回程度	42	(25.0)
月1回程度	47	(28.0)
2カ月に1回以下	43	(25.6)
訪問していない	25	(14.9)
衛生委員会の開催	人数	(%)
毎月開催	64	(38.1)
不定期開催	49	(29.2)
開催していない	35	(20.8)
委員会なし	18	(10.7)
衛生委員会への参加	人数	(%)
毎回参加	52	(31.0)
たまに参加	33	(19.6)
参加していない	81	(48.2)

報酬レベルの比較は難しいが、163人が担当している1～5社の報酬を回答した（図2）。合計390社の中で、262社（67.2%）については満足（まあまあ、納得している）と回答した。しかし、不満足41社（15.9%）、報酬なし66社も多い（6人が欄外に不満を記載）。後者は勤務医で、本来の給与とは別になっていないと思われる。

表6 現役の産業医活動の内容（複数回答）

活動の種類	企業数	産業医数	平均担当社数
健康相談	230	109	2.1
事後措置	203	95	2.1
健診	188	82	2.3
職場巡視	149	72	2.1
健康教育	120	56	2.1
作業環境改善	68	32	2.1
メンタルヘルス	44	26	1.7
健康増進活動	42	18	2.3
過重労働相談・指導	38	23	1.7
健康障害調査・対策	27	15	1.8
その他	16	5	3.2

図2 報酬レベルに対する産業医の評価（延べ）



(2) 健康管理に関するクロス集計（表7）

健康管理の状況をクロス集計すると、契約企業数の多寡（1～5社、6社+）では有意な関係はみられなかった。しかし、業種（製造業、その他、両方）と企業規模（－49人 50人+、両方）では有意な関係がみられた。製造業とその他の両方を担当する産業医では、健診個人票への記載が有意に少ない（ $p<0.05$ ）。

また、製造業単独の担当の場合、その他の場合と比べて事業場訪問回数は月1回以上が多い（ $p<0.05$ ）。その他の業種を担当する産業医では、衛生委員会の開催が有意に少ない（ $p<0.0005$ ）。一方、産業医の健診結果の判定への関与、有所見者の経過把握、現場監督者への直接の指示権限、衛生委員会への参加、などの有無は業種による差がなかった。事業場訪問回数と衛生委員会への参加の有無は担当する企業規模によって有意差がみられた（いずれも常時雇用50人未満の企業が、それ以上の企業よりも少ない）。

表7 産業医による健康管理の状況（人）

健康管理の内容		契約企業数		業 種			企業規模		
		1～5社	6社+	製造	その他	両方	～49人	50人+	両方
健診結果 の判定	産業医	63	5	19	24	26	6	48	15
	その他	86	8	42	25	28	10	71	14
	χ^2 (p<)	0.72	ns	4.76 ns			1.39 ns		
健診個人票 への記載	あり	124	12	49	38	51	15	96	27
	なし	27	1	13	12	3	2	24	2
	χ^2 (p<)	3.87	ns	7.49 (0.05)			3.21 ns		
有所見者の 経過の把握	あり	106	10	42	37	38	11	85	21
	なし	46	3	20	14	16	6	36	8
	χ^2 (p<)	0.30	ns	0.31 ns			0.31 ns		
現場監督 への直接 指示権限	与えられた	65	5	22	23	25	6	51	13
	その他	87	8	40	28	29	11	0	16
	χ^2 (p<)	0.09	ns	1.69 ns			0.41 ns		
事業場の 訪問回数	月1回以上	88	10	43	23	33	3	80	16
	それ以下	64	2	18	28	21	14	40	13
	χ^2 (p<)	2.99	ns	7.51 (0.05)			15.2 (0.0005)		
衛生委員会 の開催	あり	56	7	29	8	27	2	52	10
	なし	94	6	32	42	27	14	68	19
	χ^2 (p<)	1.38	ns	15.8 (0.0005)			5.93 ns		
衛生委員会 への参加	毎回・たまに	76	8	28	26	30	3	66	15
	それ以下	74	5	33	24	24	13	54	14
	χ^2 (p<)	0.57	ns	1.10 ns			7.43 (0.05)		

ns：有意差なし

表8 産業医活動の制約内容（人数（％））

職場巡視しにくい	17	(10.1)
必要な場所・施設がない	12	(7.1)
必要な予算措置がない	10	(6.0)
事業場が協力的でない	9	(5.4)
勧告・指導の受入れ体制がない	7	(4.2)
勧告・指導をしても実行しない	7	(4.2)
その他	14	(8.3)
問題なし	99	(58.9)

3. 産業保健活動における困難

職場巡視、保健管理施設、企業の協力、職種ごとの問題

産業保健活動における「困難あり」としたのは29人（17.3％）であり、「特になし」が118人（70.2％）を占めた（表8）。また、産業医活動の制約については、「問題なし」99人（58.9％）

が多く、「職場巡視がしにくい」10.1%、「施設・場所の不足」7.1%、「予算措置なし」6.0%、「事業場の非協力」5.4%などは少なかった。

しかし、個別の問題では、従業員（健康への関心が低い18.5%、忙しい8.3%）、産業看護師（不在16.7%、教育訓練の不足3.6%）、事業主（経営管理における健康管理の優先度が低い13.7%、監督・指導不足6.0%）、衛生管理者（権限なし8.3%、知識能力の不足8.3%、不活発7.1%）、への不満が少なかった（表9）。とくに製造業とその他の両方を担当している場合、事業主への不満が大きかった（表10）。

表9 産業医活動に対する関係者の問題と必要な情報の提供

関係者	問題	人数（％）	必要な情報	内容・問題	人数（％）
事業主	経営管理における優先度が低い	23 (13.7)	健診の 実施	相談がなされていない	41 (24.4)
	監督・指導不足である	10 (6.0)		意見を述べても実施しない	5 (3.0)
	無理解である	3 (1.8)		その他	2 (1.2)
	その他	3 (1.8)		実行されている	109 (64.9)
衛生 管理者	権限が与えられていない	14 (8.3)	就業上の 措置の 意見聴取	意見聴取がなされていない	43 (25.6)
	衛生管理の知識・能力が不十分	14 (8.3)		意見を述べても実施しない	4 (2.4)
	活動が十分でない	12 (7.1)		その他	5 (3.0)
	教育と訓練が不足である	7 (4.2)		問題なし	101 (60.1)
	責任感がない	3 (1.8)	情報提供 の不足	作業工程	12 (7.1)
産業 看護職	看護職がいない	28 (16.7)		有害要因	16 (9.5)
	教育と訓練が不足である	6 (3.6)		健診	12 (7.1)
	経験不足である	3 (1.8)		環境測定	16 (9.5)
	責任感がない	2 (1.2)		労働時間	14 (8.3)
	人数不足である	2 (1.2)		その他	3 (1.8)
従業員	関心が低い	31 (18.5)		不足なし	84 (50.0)
	忙しい	14 (8.3)	情報提供 での問題	要請した情報を提供しない	4 (2.4)
	教育と訓練の不足である	5 (3.0)		その他	9 (5.4)
	職場が安定しない	2 (1.2)		なし	125 (74.4)
	転勤、退職が頻繁である	1 (0.6)			

表10 産業医活動の困難に影響する関係者の問題と担当する企業の特徴との関係（人）

関係者の問題		契約企業数		業 種			企業規模		
		1～5社	6社+	製造	その他	両方	～49人	50人+	両方
事業主	問題あり	31	4	10	8	18	3	25	8
	問題なし	121	9	52	43	36	14	96	21
	χ^2 (p<)	0.77	ns	6.55	(0.05)		0.84	ns	
衛生管理者	問題あり	27	5	8	10	15	3	22	8
	問題なし	125	8	54	41	39	14	99	21
	χ^2 (p<)	3.28	ns	4.03	ns		1.36	ns	
産業看護師	不在	22	4	6	10	11	3	15	9
	その他	9	0	4	2	3	1	8	0
	χ^2 (p<)	(Fisher'sp=0.55)		1.74	ns		4.17	ns	
従業員	関心が低い	27	3	9	8	13	4	15	11
	その他	12	1	4	6	4	0	12	2
	χ^2 (p<)	0.57	ns	1.33	ns		5.47	ns	

ns：有意差なし

(2) 企業からの相談と、必要な情報の提供

健診の実施については、「担当している」109人(64.9%)と「企業からの相談なし」41人(24.4%)に分れた(表11)。労働者の就業上の措置への意見聴取については、「問題なし」101人(60.1%)が多いが、「意見聴取を実施していない」43人(25.6%)も少なくない。また、企業側から産業医に提供される情報では、「不足なし」という回答が84人(50.0%)いた。しかし、産業医のうち、情報提供の不足を感じていたのは有害要因9.5%、環境測定9.5%、労働時間8.3%、作業工程7.1%、健診7.1%の割合であった。産業医が企業に要請した情報の提供では、74.4%の産業医は問題なしとしているが、要請した情報を提供されない経験を4人(2.4%)がもっていた。

事業主からの情報提供と産業医からの提供要求について、企業の特徴との関係を見ると、業種別にみた情報提供の不足が、製造業とその他の両方を担当する産業医では有意に多い($p<0.05$)。また、常時雇用50人未満の企業を担当する産業医では、意見聴取「なし」が多い($p<0.05$)。しかし、健診実施についてはいずれの情報提供のしかたにも、有意な差はみられなかった。

表 11 事業主からの情報提供と産業医からの提供要求に係る担当企業の特徴(人)

健康管理の内容		契約企業数		業 種			企業規模		
		1～5社	6社+	製造	その他	両方	～49人	50人+	両方
健診の担当	あり	37	3	16	12	13	7	25	9
	なし	107	6	44	34	36	9	89	16
	$\chi^2(p<)$	0.25	ns		0.01	ns		4.83	ns
意見聴取	なし	39	3	13	12	18	8	26	9
	その他	101	6	44	33	31	8	85	15
	$\chi^2(p<)$	1.25	ns		2.61	ns		5.99	(0.05)
産業医の要求した情報提供の不足	あり	49	5	13	16	25	7	37	10
	なし	79	4	40	25	19	7	64	13
	$\chi^2(p<)$	1.05	ns		10.5	(0.005)		1.14	ns

ns：有意差なし

4. 他職種との連携(表12)

産業医の連携相手は、産業看護師55人(32.7%)、衛生管理者141人(83.9%)で、連携が「なし」という医師の相手はそれぞれ74人(44.0%)、7人(4.2%)であった。産業看護師を連携相手と考えるのは、医師の考え方や経験、産業看護師の資質、および企業の姿勢による。複数回答を設定しなかったため、企業によって産業看護師の連携状況の回答が相違する例はごく少数であった。ただし、連携の程度は「良好」28.6%に対して、「人次第・不良」7.8%と少ない。一方、衛生管理者との「連携あり」は高率であるが、連携の状況は「良好」48.2%と、「人次第・不良」34.5%が半々にわかれた。衛生管理者との連携状況は産業医の経験年数、年齢、企業規模、業種のいずれも有意な関係がなかった。そこで、最も前向きと思われる企業での連携を集計した(以下、同様)。産業看護師、衛生管理者、医療機関を合計した連携の内容は、「ケースの協議」154人、「対策の可能性」52人、「背景情報の収集」46人、「情報の判断」43人の順に多かった(表12)。一方、「特になし」は合計68人、「必要ない」は合計10人であった。連帯内容の半数は医療機関との連携であった。

表 12 産業医と企業内の他職種および医療機関との連携（人数（％））

		産業看護師（％）	衛生管理者（％）	医療機関（％）	延べ合計
相手職種 (162)	いる	55 (32.7)	141 (83.9)	—	196
	いない	74 (44.0)	7 (4.2)	—	81
	わからない	13 (7.7)	8 (4.8)	—	21
	矛盾回答(いないのに連携あり)	20 (11.9)	6 (3.6)	—	26
連携の状況 (71)	うまく取れている	48 (28.6)	81 (48.2)	89 (53.0)	218
	相手や場合による	9 (5.4)	35 (20.8)	—	44
	あまりとれていない	4 (2.4)	23 (13.7)	38 (22.6)	65
	考えていない	10 (6.0)	5 (3.0)	24 (14.3)	39
連携内容 と方法	ケースの協議	38 (22.6)	52 (31.0)	64 (38.1)	154
	対策の可能性	12 (7.1)	23 (13.7)	17 (10.1)	52
	背景情報の収集	22 (13.1)	16 (9.5)	8 (4.8)	46
	情報の判断	—	24 (14.3)	19 (11.3)	43
	問題の発見	14 (8.3)	15 (8.9)	9 (5.4)	38
	教育計画・内容	17 (10.1)	15 (8.9)	—	—
	作業環境・作業管理	—	14 (8.3)	—	—
	特になし	14 (8.3)	20 (11.9)	34 (20.2)	68
連携の改 善の仕方	必要ない	3 (1.8)	1 (0.6)	6 (3.6)	10
	協議する	33 (19.6)	76 (45.2)	62 (36.9)	171
	情報を収集整理する	8 (4.8)	25 (14.9)	29 (17.3)	62
	時間をかける	8 (4.8)	8 (4.8)	15 (8.9)	31
	学習・教育する	8 (4.8)	11 (6.5)	6 (3.6)	25
	なし	2 (1.2)	1 (0.6)	5 (3.0)	8
	わからない	6 (3.6)	12 (7.1)	18 (10.7)	36
連携の 位置づけ	必要ない	13 (7.7)	17 (10.1)	19 (11.3)	49
	必須である	31 (18.5)	67 (39.9)	72 (42.9)	170
	場合により有効	16 (9.5)	37 (22.0)	37 (22.0)	90
	なんともいえない	3 (1.8)	11 (6.5)	8 (4.8)	22
	期待しない	—	2 (1.2)	6 (3.6)	8
	わからない	5 (3.0)	11 (6.5)	14 (8.3)	30
	不可能である	—	1 (0.6)	1 (0.6)	2
	不必要である	5 (3.0)	—	—	5

連携の改善方法では、衛生管理者と医療機関との合計が、「情報を収集・整理する」54人に対して、「必要ない」36人、と「方法がわからない」30人がかなり多かった。また、「協議する」は171人と多く、全ての連携対象にわたっている。産業看護職との連携は高い(32.7%)が、今後の期待は少なかった(18.5%)。企業内連携が「必須」170人と、「場合により有効」90人という回答はかなり多かった。一方、判断を留保した「なんともいえない」「期待しない」「わからない」も合計60人も多い。しかし、連携が「不可能」「不必要」という回答は合計7人と少なかった。

5. 産業医と外部機関との連携（表13）

産業医と外部機関との連携は、労働基準監督署29.8%、県産保26.8%、医師会20.8%、保健福祉事務所14.9%、県・市・町・村11.3%の順に多かった。これらの機関は保健医療行政またはその代行機関である。「連携」の多くは事務的、形式的なものかもしれないが、個別の事例や新たな

な問題を協議することもありうる。一方、衛生コンサルタント、看護協会、大学等の研究機関といった非実務的なサービスを行う機関との連携は、合計でも19.7%と少なかった。県産保や医師会を通じ、間接的な連携をこれらの機関との間に増やすことが必要かもしれない。

表 13 産業医と外部機関との連携（人数（％））

労働基準監督署	49 (29.2)	衛生コンサルタント	16 (9.5)
県産保	45 (26.8)	社会保険事業財団	12 (7.1)
医師会	35 (20.8)	看護協会	9 (5.4)
保健福祉事務所	25 (14.9)	大学等の研究機関	8 (4.8)
県・市・町・村	19 (11.3)	社会保険事務所	5 (3.0)
その他の機関	3 (1.8)		

6. 自由記載

過重労働、解雇問題、従業員の自殺に関する自由記載を資料1にまとめた。過重労働の扱いは制度上明確であるが、産業医としての役割、責任については記載されていない。産業医が過重労働に関する情報を十分得ていないという例もみられた。解雇問題が産業医の活動対象となるかどうかは、まだ一般的に議論できる状況ではない。産業保健活動として組み込んでいるという記述はなかった。

自殺については、「うつ状態」の診断、治療の見解が多かった。しかし、実際に自殺例を経験した場合には、対策を検討しているという回答が少なくなかった。また、自殺が産業医の課題なのかという判断や、予防や対策の責任をとわれることに驚きを感じている例も見られた。一方、企業の中では問題事例を精神科に相談するだけでも、大問題となりかねないが（産業看護研修会でのグループワークやアンケート回答にみられる）、産業医が他の専門家に相談・紹介するしくみや習慣を記載した例はなかった。

考 察

産業医本人の現状と企業内外での位置づけは、他県の県産保などが報告している（佐藤ら、2001；足利ほか、2002；垂水ほか、2002）。しかし、医療評価に準じる産業医活動の情報は乏しい。産業医活動が正当に評価されることは、選択の余地の少ない労働者と小規模事業場にとっては重要である。

産業医活動が、従来の健診と判定・指導から、メンタルヘルスや生活問題へとシフトしたり、健康増進活動や衛生委員会等の、企業全体の問題へ関与することが増えてきている。これらの仕事には、県産保ほかの情報やノウハウが役立つ可能性がある。産業医が単独で仕事をするだけでは能率が悪いし、企業経営者や労働者による様々の抵抗や無理解が、産業医活動の維持向上を阻害しうるからである。また、過去30年間の産業界と地域社会の変化を背景として、産業保健活動の「連携」が必要となっている。

産業保健に関わる他職種の選任と機能は、産業医にとって重要であろう。しかし、分社、不況、リストラによってこれらの職務が消え、役割が縮小されてきている。産業医を中心とした「職種間連携」を県産保が支援することが必要であろう。したがって、産業医の活動と、衛生管理者や産業看護師の活動がどのように連動しているのかを知ること、また、県産保が産業医を

どのように支援すべきかを知ることが重要である。とりわけ「情報共有による地域組織間の連携」の方法と効果について、産業医がどのような情報と判断をもっているかということを調査課題とした。

(1) 健康管理と活動の困難

回答者は現役の産業医が約80%、引退者が約20%であった。地域別では、福島と郡山地域が合計約50%と多かったが、全県にまたがっていた。年齢では50歳代以上が約85%、経験年数では10年以上が約60%、診療科は内科と外科が約80%で、所属は開業医が約60%であった。関与する事業場は5社以下が約90%であり、企業規模は様々で、異なる規模の企業に関わる人も多かった(小規模事業場は10.0%)。事業場への訪問は月1回以上が約60%、衛生委員会への参加は約50%、健診実施率は約80%、結果判定への関与は約40%、個人票への記載は約80%、有所見者の経過把握は約70%、現場監督への指示権限ありは約80%であった。企業の健康管理への関与は、先行する石川県(佐藤ほか、2001)と比べても、全体に遜色のない水準と思われる。

健診、再検査・精査、保健指導、健康教育などからなる「スクリーニングに基づく健康管理制度」が、常時雇用50人以上の企業では確立されている。しかし、健康管理の有効性は、企業内での健康情報の管理の善し悪しに依存する(佐々木ほか、1992と1993;片寄ほか、1992)。本調査では、産業医による健康情報の把握に関しては、健診の判定は41.7%とあまり高くないが、それ以外は一般に高かった。職場巡視と活動の制約では「困難あり」が17.3%であったが、全体としては問題が少ない。ただし、個別に見ると23.2-31.5%の産業医が、従業員、産業看護師、経営者、衛生管理者に対して不満をもっていた。

自由記載では、健康管理の内容を、企業活動や職場環境と関連づけるとか、企業と地域資源を有効活用するという「経営効率的な視点」がまだ弱いと思われた。産業保健の目的が、疾病スクリーニングから健康増進へとシフトしているにもかかわらず、それに見合った活動目標と評価指標の利用が不足している。健診の事後指導の評価、意見聴取の実施、企業側からの提供情報、などの企業側の産業医に対する評価と期待について、さらに検討すべきであると思われる。

(2) 産業医と企業内連携

企業内での産業医の立場から、健康管理のための職種間連携の位置づけを判断するのは極めて難しいが、少なくとも産業医が連携に関して、どのような経験をしたかという情報は得られた。すなわち、産業看護師との連携が33%と低いのに対して、衛生管理者との連携は84%と高い。しかし、後者の状況は「良好」48%に対して、「人次第・不良」が21%と、連携の質には問題があることがわかった。

また、連携の内容は、事後処理的なケース協議73%と、対策の可能性25%が多く、事前予防的な情報の判断20%や、問題の発見18%はやや少なかった。連携を必要とするのは間違いないが、その改善策については、「必要なし」24%や、「情報収集・整理」29%が多く、あまり積極的ではない。事例処理や情報共有などに問題点をしぼるならば、連携の改善は困難ではないと思われる。この点は産業看護師と衛生管理者の意識改革に依存するので、産業医が提案・指示すべきであろう。さらに、県産保がノウハウ提供について支援することができよう。

企業内の「資源活用と責任分担」としての連携はかなり未整備である。産業医が企業内の責任として、どれだけ関わられるのか難しいし、理念も方法も未開発であろう。社会に対して十分

な責任をとれるシステムになっていない。産業医の連携にはいくつかの課題があり、どのように扱うべきか、医師会とともに、県産保も検討すべきであろう。

(3) 健康増進活動と県産保の機能

健康管理から健康増進への発展は、企業内では専門性のある担当者の存在、指示・提言の実行、および労働者の合理的な行動、などの条件を必要とする。本調査では、健康増進活動を実施している産業医は26人(15.5%)とあまり多くなかった。企業の担当者(衛生管理者、産業看護師ほか)、産業医、外部機関の3者による「連携」は重要である。県産保や保健福祉事務所は、この役割を支援サービスの一部としている。産業医が、県産保などのサービスを役立つかと考えているかが問題であろう。他方、地域一職域連携に関心のある保健所でも、「地域における産業医の役割」に対する定見や資料をもっていない(福島県県北福祉事務所、2003)。

県産保が産業医にとって第2位の外部連携先(26.8%)であることは評価すべきであろう。しかし、健康増進活動を実施している26人のうち、県産保を連携先とした9人(38.1%)は、健康増進活動を実施していない産業医124人のなかで、県産保を連携先とした27人(21.8%)と有意な差はない($\chi^2 = 1.94$, ns)。連携先の上位を占める労働監督署($\chi^2 = 0.90$)や保健福祉センター($\chi^2 = 0.35$)も同様に有意差がない。ただし、「健康増進活動の実施」と「産業医活動における困難」とは有意な関係がある($\chi^2 = 4.67$, $p < 0.05$)。つまり健康増進活動を実施することでは、非実施の場合よりも大きな困難を伴う可能性が高い(34.6%対15.9%)。

しかし、「産業医活動における困難あり」の中で、県産保を連携先とする8人/38人(21.1%)と、そうしない20人/108人(18.5%)には有意差がない($\chi^2 = 0.12$)。つまり、産業医活動と県産保の支援サービスとは、まだ連携としては距離があると思われる。

これに対して、情報の共有化が、報告制度のように機械的な連携として進展するならば、両者の個別的な関係に左右されない、一般的な産業保健情報による連携(「産業保健相談データベース」)が可能となると思われる。これは産業医の交代・廃業や、企業の合併・分社、労働者の移動・退職・リストラなどの変動に対して、頑強な地域・職域情報として継承されるとともに、生きた地域資源となりうる。県産保のデータベース機能(再利用、検索、予測)はまだ未整備である。「連携に伴うコスト負担」と、情報共有の利益とのバランスを、高齢社会の維持と活力という面から検討すべきであろう。

(4) 過重労働、リストラ問題、従業員の自殺

過重労働 情報量の少なさから見ると、産業医がどこまで企業内部の問題を把握して、必要な対策を提言しているのか十分に明らかとはいえない。産業医自身の調査能力と努力を含めて、改めて調査する必要があると思われる。

地域一職域の連携 福島県県北保健所平成12-14年度事業(2003)から見ると、一時的にせよ産業保健から地域保健へ移行する人々が出て、保健医療上の問題と混乱が生じうるのは明らかである。とくに退職者の健康情報の散逸と、健診からの脱落という問題は、再雇用を求める労働者本人の落ち度ではない。制度的には失業者対策制度の中で救済すべきであるが、一般にはそのような認識も低い。そこで、在職中の健康情報を一括して退職者に渡して、保健医療機関への手続きや必要な問い合わせを円滑にすることが検討された(佐々木ほか、1992と1994; 北村ほか、1992、1993および1994)。福島地区の一部では、その試みが始まっている。

他方、企業側から地域保健医療側への退職者についての事前通知も、保健福祉事務所や医師

会などを通じて行うことが必要であろう。健康情報の保存と受け渡しは、労働市場の流動化と、高齢者の再雇用の増加とともに、情報の継続・リンケージの手法として重要である。

従業員の自殺 自殺が産業医の役割ではないという回答がいくつかみられた(資料1)。現在、企業にとって産業医以外に、自殺の精神医学的側面を相談すべきところがないことを考えるならば、企業のニーズとは乖離している(衛生管理者は、県産保にも相談しにくい、と述べている)。臨床心理士を活用することには、賛否議論がある(平成14年度報告書「産業保健におけるメンタルヘルス」参照)。予防という面では、メンタルヘルス問題と自殺は少なからず連続していると思われる。メンタルヘルスの講習を一生懸命やりながら、自殺関連の行動や問題を放っておくのでは、産業保健の包括性はいない。

福島社会保険事務所は、自殺予防をメンタルヘルス対策として位置づけて、自殺予防の「安全弁」として産業医の関心・対応を挙げている。また、他県の県産保では、厚生労働省の通達に基づいて、自殺予防とメンタルヘルス対策の資料を作成している。本県産保としてはこれらの課題に「連携」をどう生かすか、について産業医である相談員を中心に検討した(表14)。年次計画やサービスとして連携の対策を組み込むには、企業や産業医からの情報が必要である。また、労働基準監督署や保健福祉事務所、医療機関、産業看護研究会等とのネットワークを使う必要がある。

表14 主要問題に対する産業医と関連組織との連携の可能性(産業保健推進センターの検討会)

場所	連携方法	超過労働	リストラ問題	就労者の自殺
企業内	役割分担/対策 ・経営者 ・衛生管理者/看護師 ・本人/労組	現制度でOK? あり 不明 あり	情報サービス 不明 不明 不明	予防策 前段階(うつ、休業) 事例の報告・事後策 相談・配転
	問題の分析 ・身体的 ・精神的 (因果・経過)	強い 不明 (あり)	弱い 人による (なし)	不明 不明 (不明)
	介入* ・「ストップ」 ・指導 ・相談	あり? あり なし?	なし なし? なし?	講習(労働基準協会) 相談(県産保) 研修(管理職、看護職用) 不明
地域	統計/情報 ・入院 ・休職 ・退職	あり? あり? なし?	なし? なし あり	・警察情報 病苦、生活苦・家庭事情、 職業・職場 ・人口動態統計(間接死因)
組織	連携可能な組織	・労基署 ・県産保	・他企業 ・保健福祉事務所 ・自治体	・他の産業医、産業看護師 ・精神保健センター ・保健福祉事務所 ・医療機関

*担当または介入・支援する組織

▼文 献

1. 佐々木昭彦、池宮喜春、尚みどり、大井玄：沖縄県タクシー運転手における健診結果に対する保健行動の要因、日本公衛誌、39：1114、1992
2. 佐々木昭彦、内山巖雄、北村邦昭、山口和子、中村由美：退職後の各種健診利用からみた糖尿病管理の効率、民族衛生、58：82－83、1992
3. 片寄陽子、真藤美奈子、鈴木勲、日置則子、越前谷昇、佐々木昭彦、内山巖雄：勤労者健診における尿糖陽性者、日本公衛誌、39：601、1992
4. 北村邦昭、山口和子、山口潜、内山巖雄、佐々木昭彦、根岸龍雄：退職者の生活と健康からみた職域と地域の保健の連携. その1 有病、治療および健診参加の実態、日本公衛誌、39：1124、1992
5. 佐々木昭彦、池宮喜春、金城進、糸数昌則、名嘉幸一、尚みどり、大井玄：沖縄県タクシー運転手の尿糖出現と肥満経過、日循協誌、28：147－149、1993
6. 北村邦昭、山口和子、山口潜、内山巖雄、佐々木昭彦：退職者の生活と健康からみた職域と地域の保健の連携：その2 退職後現在の治療状況と在職中の健診成績、日本公衛誌、40：1290、1993
7. 佐々木昭彦、内山巖雄、北村邦昭：退職者の健康管理への居任地と地域保健サービスの影響、産衛誌、36：S66、1994
8. 北村邦昭、山口和子、山口潜、内山巖雄、佐々木昭彦：退職者の生活と健康からみた職域と地域の保健の連携. その2 退職後現在の治療状況と在職中の健診成績、日本公衛誌、41：1290、1994
9. 佐藤保、前田邦彦、中川秀昭、城戸照彦、森河裕子：石川県における産業医活動の強化に関する研究、平成12年度産業保健調査研究報告書、石川産業保健推進センター、2001
10. 足利恭一、石渡弘一、圓藤吟史、平田衛、古木勝也：産業医活動に関する調査報告書ー産業医活動の実体及び小規模事業所の今後の産業医活動の在り方に関する調査一、平成14年(財)産業医学振興財団、2002
11. 垂水公男、大久保利晃、織田進、東敏昭、阿部慎太郎、中村早取締役人、長友敏寿、森田恵美子、大槻眞：事業所における産業医活動の現況と課題、産衛誌、44：224－235、2002
12. 福島県県北保健福祉事務所：産業保健・地域保健連携による働きざかりの健康づくり対策事業報告書、2003

資料１ 過重労働、解雇問題（リストラ）、従業員の自殺についての意見（年齢、地域）

過重労働

- ・ 事業所としては各々よくやっている。(40歳代、郡山)
 - ・ 過重労働については未検討。(40歳代、双葉)
 - ・ 有機溶剤従事者の特殊健診のみ。(40歳代、相馬)
 - ・ 産業構造が変化しないと解決にはならない。単一企業や産業医の問題ではない。(50歳代、相馬)
 - ・ 健診を事業主がすすめても、来ない人がいる。(60歳＋、福島)
 - ・ 80時間をこえる者には健診データと照合して健康管理の予定。12月に対策を協議。(60歳＋、福島)
 - ・ 3交替、残業の定期打合わせ実施。(60歳＋、福島)
 - ・ 過去の健康診断は自分でコピーし、それとのつま合せをしている。(60歳＋、不明)
 - ・ 事業所からのアプローチがないと、活動は発生しない。(60歳＋、郡山)
 - ・ 情報が断片的にしか手に入らない。(60歳＋、郡山)
 - ・ 労働時間、深夜業務の量的な報告がない。三交替勤務者は、中間管理職では多い。(60歳＋、白河)
 - ・ 県の出先機関の健康管理。労働安全衛生法が守られていないようだ。THPも低調。(40歳代、会津)
 - ・ 交通業なので多少の時間外勤務はあるが、過重労働の範疇には入らない。(60歳＋、会津)
 - ・ 労働時間に関する意見は述べにくいのが現状。(60歳＋、いわき)
-

解雇問題（リストラ）

- ・ 他の公所では自殺がみられる。(40歳代、会津)
 - ・ 解雇問題はわかりません。(40歳代、双葉)
 - ・ 治療不十分でも解雇を恐れて早期復職傾向。自殺は既遂・未遂の区分が必要。(50歳代、福島)
 - ・ 現状では産業医が解雇問題（理由）に係わることは困難である。(50歳代、会津)
 - ・ 人員整理はなかったが、雇用継続に関し健康チェックの相談がされた。(60歳＋、福島)
 - ・ 年間1人の死亡が続き、対策を協議中。健診データからリストアップし治療開始。(60歳＋、福島)
 - ・ 解雇、人員整理はなし。関連会社への転出、自主退職あり。欠員補充なし。(60歳＋、郡山)
 - ・ 月1回新人研修（採用、昇格）でメンタルヘルス、精神的疾患予防、対策を実施。(60歳＋、郡山)
 - ・ 正式職員が減少し、派遣社員が増加。特に変化は認められない。(60歳＋、白河)
 - ・ 平成14年に中小企業3ヶ所が50-60人から40－45人にリストラ。産業医も解雇。(60歳＋、双葉)
-

従業員の自殺

- ・ 事業主、担当者が良く把握しており、担当者、本人との面談の機会をもっている。(40歳代、郡山)
 - ・ 県職員も給与が下がるという現状でメンタルヘルスケアが重要。対処法は困難。(40歳代、会津)
 - ・ 安全衛生委員会としての活動が必要。(40歳代、双葉)
 - ・ 職員のメンタル面の把握が必要。(50歳代、郡山)
 - ・ 心の健康診断や教育、指導が必要な職種等が増加。実施していきたい。(50歳代、白河)
 - ・ 自殺はうつ状態からの発展が多い。周囲の人が気を配って管理職等に報告する。(50歳代、白河)
 - ・ 自殺行為の背景にはうつ病、うつ状態がある。精神状態の変化・把握が重要。(50歳代、会津)
 - ・ うつ状態、就業意欲のない者、飲酒等の労働者に関して相談あり。対策に困る。(60歳＋、いわき)
 - ・ 自殺防止に取り組むだけの時間的余裕がない。(60歳＋、福島)
 - ・ 1年間に同じ会社で2例経験。事前に把握することがむづかしい。(60歳＋、福島)
 - ・ 自殺念慮、自殺企図は病的状態。治療で改善するという認識がない。社会啓発を。(60歳＋、福島)
 - ・ メンタルヘルスに関しても調査している。(60歳＋、福島)
 - ・ 精神衛生上のコンサルティングが必要であろう。(60歳＋、郡山)
 - ・ うつ病の話しを中心に対策、予防について話し合われている。(60歳＋、郡山)
 - ・ 産業医としての役割は不明（精神科医ならOKと思う）。(50歳代、会津)
 - ・ 産業医40年の経験で、従業員の自殺防止を求められたことは一度もありません。産業医研修会を何回となく受けましたが、自殺は出ませんでした。心を改めて取り組みたい。(60歳＋、会津)
 - ・ メンタルヘルスに関する相談は必要だが、要請しても企業側の態度次第。(60歳＋、いわき)
-

資料2 産業保健アンケート調査票（産業保健推進のための産業医活動等実態調査）

複数の企業に関わっている先生の場合、企業格差や経済情勢の変化により、回答しにくいと思います。
産業医の先生から見た現状と困難について該当する番号に○（又はカッコ内に記入）をお願いします。

I 産業医としての立場についてお尋ねします。

1 ご自身のことについて

- (1) 年齢 ①20歳台 ②30歳台 ③40歳台 ④50歳台 ⑤60歳以上
 (2) 産業医としての経験年数 ①5年未満 ②5～9年 ③10～14年 ④15年以上
 (3) 専門の診療科（産業保健以外）
 ①内科 ②外科 ③小児科 ④産婦人科 ⑤整形外科 ⑥精神科 ⑦衛生学等 ⑧その他
 (4) 所属 ①開業 ②病院（勤務） ③企業（専属） ④大学 ⑤その他

2 事業場のこと及び事業場との関わりのことについて

- (1) 産業医契約（産業医をされている）事業場数はどれほどですか。
 ①1社以上5社以内 ②6社 ③7社 ④8社 ⑤9社 ⑥10社以上 ⑦現在なし
 (2) 事業場ごとに表下記載の区分から番号でお答えください。（仮に5社分の欄を作っております。）

事業場	1 地域	2 規模	3 業種	4 健診	5 実施率	6 判定	7 医師判定	8 個人票
A社								
B社								
C社								
D社								
E社								

区分

- 1 地域 ①福島（県北） ②会津 ③白河（県南） ④郡山（県中） ⑤いわき ⑥相馬 ⑦双葉
 2 規模 ①50人未満 ②50～99人 ③100～299人 ④300～499人
 ⑤500～999人 ⑥1,000人以上
 3 業種 製造業 ①食料品 ②繊維 ③木材・家具 ④紙加工品・印刷 ⑤化学工業
 ⑥窯業・土石 ⑦鉄鋼業 ⑧金属製品 ⑨機械機器 ⑩電気・ガス・水道業
 ⑪その他 ⑫建設業 ⑬運輸交通業 ⑭通信業 ⑮商業 ⑯金融・広告業
 ⑰保健医療福祉業 ⑱その他
 4 定期健康診断 ①法定項目すべて実施 ②おおむね実施 ③実施せず ④その他
 5 平成13年の健診実施率 ①50%以下 ②50～69% ③70～89% ④90%以上 ⑤不明
 6 結果判定の有無 ①あり ②なし ③不明
 7 結果を判定した医師 ①健診担当機関の医師 ②産業医 ③その他 ④不明
 8 個人票の健診内容確認 ①医師の意見を記載、目を通してしている。 ②特にしていない。

事業場	9 経過	10 活動	11 指示	12 訪問	13 委員会開催	14 委員会参加	15 報酬
A社							
B社							
C社							
D社							
E社							

区分

- 9 指導、治療、精査を要する従業員の経過（検査、受診）把握
①把握している ②あまり知らない ③全く知らない
- 10 関わっている保健活動（複数回答） ①健診 ②事後措置 ③健康相談 ④健康教育
⑤過重労働に係る相談、指導 ⑥メンタルヘルス ⑦健康増進（THP） ⑧職場巡視
⑨作業環境・方法の改善 ⑩健康障害調査・対策 ⑪その他
- 11 職場の監督者に対して、労働衛生について直接指示する権限
①与えられている ②問題による ③与えられていない ④わからない
- 12 事業場への訪問回数 ①専任である ②週に1回程度 ③月に2回程度 ④月に1回程度
⑤2か月に1回以下 ⑥訪問していない [②'→②とした]
- 13 衛生（安全衛生）委員会の開催状況 ①毎月開催している ②不定期に開催している
③開催していない ④委員会なし
- 14 衛生（安全衛生）委員会への参加状況 ①毎回参加している ②たまに参加している
③参加していない
- 15 産業医活動に対する報酬 ①納得いく報酬である ②まあまあ ③不満足である ④報酬なし

Ⅱ 産業保健活動を実施する上での困難なことについてお尋ねします。

（複数の事業場を担当されている場合は、問題のある事業場についてお答えください。）

- 1 事業場において産業医活動を実施するうえでの困難がありますか。
①あり ②特にない *①は2へ、②は3へ
- 2 関係者に問題がありますか（わからなければ記載不要です）。
（1）事業主： ①無理解である ②経営管理における優先度が低い
③監督・指導不足である ④その他
（2）衛生管理者： ①活動が十分でない ②教育と訓練が不足である ③責任感がない
④権限が与えられていない ⑤人数が不足である
⑥衛生管理の知識・能力が不十分である。
（3）産業看護職： ①経験不足である ②教育と訓練が不足である ③責任感がない
④人数不足である ⑤看護職がいない
（4）従業員： ①関心が低い ②忙しい ③教育と訓練の不足である ④職場が安定しない
⑤転勤、退職が頻繁である
- 3 事業者等から相談や必要な情報の提供がありますか。
（1）健診の実施に関する事項 ①相談がなされていない ②意見を述べても実施しない
③その他（ ） ④実行されている
（2）就業上の措置の意見聴取 ①意見聴取がなされていない ②意見を述べても実施しない
③その他（ ） ④問題なし
（3）情報提供で不足なもの ①作業工程 ②有害要因 ③健診 ④環境測定
⑤労働時間 ⑥その他（ ） ⑦不足なし
（4）情報提供での問題 ①要請した情報を提供しない ②その他（ ） ③なし
- 4 産業医活動において制約がありますか
①事業場が協力的でない ③必要な場所や施設がない ④職場巡視がしにくい
⑤必要な予算措置がない ⑥勧告・指導を受け入れる体制になっていない
⑦勧告・指導をしても実行しない ⑧その他（ ） ⑨問題なし

Ⅲ 職種間等との連携（情報交換並びに役割分担と責任の確立）が役立っているかどうかお尋ねします。
（複数の事業場を担当されている場合は、連携のよくいっているところについてお答えください。）

1 産業看護職（看護師、保健師）との連携

- (1) 産業看護職 ①いる ②いない ③わからない *①は(2)へ ②③は2へ
- (2) 連携の状況 ①うまく取れている ②相手や場合による ③あまりとれていない
④考えていない
- (3) 連携の内容と方法 ①ケースの協議 ②背景情報の収集 ③問題の発見 ④対策の可能性
⑤教育計画・内容 ⑥特になし ⑦必要ない
- (4) 連携の改善の仕方 ①時間をかける ②情報を収集整理する ③協議する ④学習・教育する
⑤なし ⑥わからない ⑦必要ない
- (5) 連携の位置づけ ①必須である ②場合により有効 ③なんともいえない ④期待しない
⑤わからない ⑥不可能である ⑦不必要である

2 衛生管理者との連携

- (1) 衛生管理者 ①いる ②いない ③わからない *①は(2)へ、②③は3へ
- (2) 連携の状況 ①うまく取れている ②相手や場合による ③あまりとれていない
④考えていない
- (3) 連携の内容と方法 ①ケースの協議 ②情報の判断 ③対策の可能性 ④背景情報の収集
⑤問題の発見 ⑥教育計画・内容 ⑦作業環境・作業管理
⑧特になし ⑨必要ない
- (4) 連携の改善の仕方 ①時間をかける ②情報を収集整理する ③協議する ④学習・教育
⑤なし ⑥わからない ⑦必要ない
- (5) 連携の位置づけ ①必須である ②場合により有効 ③なんともいえない ④期待しない
⑤わからない ⑥不可能である

3 医療機関（病院の他科を含む）との連携（複数回答）

- (1) 連携の状況 ①うまく取れている ②あまりとれていない ③考えていない
- (2) 連携の内容と方法 ①ケースの協議 ②情報の判断 ③対策の可能性 ④背景情報の収集
⑤問題の発見 ⑥特になし ⑦必要ない
- (3) 連携の改善の仕方 ①時間をかける ②情報を収集整理する ③協議する ④学習・教育
⑤なし ⑥わからない ⑦必要ない
- (4) 連携の位置づけ ①必須である ②場合により有効 ③なんともいえない ④期待しない
⑤わからない ⑥不可能である

4 産業保健に関する外部の機関との連携「事業場としてではなく、産業医として」を回答してください。
（連携している機関について解答欄に○をご記入ください）

	組織（機関）	回答		組織（機関）	回答
1	医師会		7	保健福祉事務所・保健所	
2	看護協会		8	労働基準監督署	
3	衛生コンサルタント会		9	社会保険事業財団	
4	大学等の研究機関		10	産業保健推進センター	
5	社会保険事務所		11	他（ ）	
6	県・市・町・村				

Ⅳ 過重労働、解雇問題、自殺問題についてお尋ねします。（ご存知の範囲でお答えください。）

1 過重労働

（１）月 45 時間以上の時間外労働が過去 1 年以内に見られましたか。

①見られる ②見られない ③知らない

（２）見られる場合 ①健康管理の助言指導を実施している ②助言指導をしていない

（３）月 100 時間超え又は 2 月～6 月平均 80 時間を超えの時間外労働

①過去 1 年以内に見られる ②見られない ③知らない

（４）見られる場合 ①個人面接による助言指導を実施している ②していない

（５）事業者が関係書面を提供していますか。

①いる ②しない ③分らない

*①は（６）へ、②③は 2 へ

（６）事業者が産業医に提供する文書の内容はどのようなものですか（複数回答）。

①作業環境 ②労働時間 ③業務内容 ④深夜業の回数及び時間数 ⑤過去の健康診断の結果
⑥その他（ ）

ご意見をお願いします。

2 解雇問題（リストラ等による）

（１）過去 2 年間で経営難や経営方針の変更からの人員整理（従業員の解雇）が認められましたか。

①あり ②なし ③わからない

*①は（２）へ②③は 3 へ

（２）解雇に伴いどのような問題が発生（相談・指導等）しましたか（複数回答）

①メンタル問題が多くなった ②時間外労働、サービス残業が多くなった

③従業員の士気が低下した ④健康異常の訴えが多くなった ⑤産業保健担当部門が縮小された

⑥健康管理が低下した ⑦変化なし ⑧産業看護職が解雇された

（３）企業の対応として産業医にどのような活動を求められましたか。

①メンタルヘルス教育の実施 ②健康相談の強化 ③意識高揚研修等 ④退職後の健康管理の指導

⑤なし ⑥その他（ ）

ご意見をお願いします。

3 自殺問題

（１）産業医をしている事業場の従業員が自殺した経験 ①あり ②なし ③知らない

（２）産業医として自殺防止にどのような取組を求められていますか

①自殺予防相談の実施 ②自殺予防教育の実施 ③自殺防止調査の実施 ④管理体制の整備

⑤なし ⑥その他（ ）

ご意見をお願いします。

ありがとうございました。

ご不明の点がありましたら、福島産業保健推進センター（024-526-0526）に問い合わせくださるようお願いします。（祝祭日を除く、午前 9 時から午後 5 時までにお問い合わせ。）

● ✕ 毛 ●