

提言：産業保健サービスを小規模事業場（従業員数 50 人未満）へ提供するために

2024 年 8 月

日本産業衛生学会 政策法制度委員会

（執筆担当：五十嵐千代、加藤元、斉藤政彦、柴田英治、菅原保、橋本晴男、宮本俊明）

前文

日本の労働者の半数以上が働く従業員数 50 人未満の小規模事業場は、経済的および人的に余裕がなく、労働者の安全や健康を確保するための取り組みが十分とは言い難い。一方で、事業場の規模が小さいほど労働災害の発生率が高いなど、安全衛生に関する多くの課題を抱えている。そのような小規模事業場に産業保健サービスを提供する制度を整えることは、労働者の安全と健康の確保に大きく寄与すると考えられる。

近年、働き方が急速に多様化し、終身雇用制度が崩れつつある中、未来を見据えた産業保健制度の変革が検討されるべきである。その際、所属する企業の規模や雇用・就労形態にかかわらず、すべての労働者を対象とした仕組みの確立を前提とすべきである。それによって産業保健が、就労年齢における大多数の日本国民を対象として業務に起因した事故や健康障害の防止に機能するだけでなく、健康の保持増進を支援する役割を果たすことができる。このことは、日本の予防医療体制の確立という面からも意義深い。しかし、そのような仕組みを構築するには様々な課題があり、それらの解決へ向けて国および関係諸団体は、それぞれの役割を果たしつつ協働して取り組む必要がある。

なお、本提言における産業保健サービスとは、産業医や産業保健看護職、衛生管理者や衛生推進者等の産業衛生技術職を含む、産業保健専門職による支援を指す。

要約

趣旨：国際労働機関（ILO）は、2020 年に「安全で健康的な職場環境」を「中核的労働基準」に追加した。その実現のために、産業保健サービスの貢献は不可欠であるが、日本の現状では労働安全衛生法において事業場を労働者数に基づいて区別して事業者の義務の範囲を規定しているため、小規模事業場（従業員数 50 人未満）では産業保健サービスが十分に提供されていない現状がある。そのような状況を改善し、すべての労働者が産業保健サービスを享受し、安全で健康的な職場環境で働けるように、日本産業衛生学会政策法制度委員会は、国（厚生労働省）、関連機関や団体、および学会員に対して本提言を行う。すべての労働者に対する産業保健サービスの提供を実現するためには多くの課題があり、法令の改正、社会制度や慣習の改革、支援体制の整備、事業者や労働者の意識や行動の変容など、様々な変革が必要と考える。

1. 法令に基づく産業保健体制の再構築と各種専門職の活用

① 産業保健分野全体における自律的管理の推進

現在、化学物質管理において、法令で詳細を決めて順守を求める法令準拠型管理から、事業場に存在するリスクやニーズに応じて事業者責任で実践する自律的管理への転換が進んでいる。今後は、自律的管理の考え方や手法を産業保健サービス全体に広げることが検討されるべきである。そのためには、事業者責任の明確化と国の監視機能の強化を前提に、規制緩和を行って事業者の主体性を重視する仕組みを整える必要がある。また、事業者が労働者と協議して、産業保健専門職のアドバイスや支援を受けつつ、

労働者の健康と安全に関連した課題をリスクやニーズに応じて優先順位を付けて取り組むことを促す。

② チームで機能するための法令関係の整備

産業保健に期待される役割が増える中、必要なサービスを提供するには、産業医や産業保健看護職、産業衛生技術職（衛生管理者や衛生推進者等）などの産業保健専門職が、チームを組んで機能的に活動することが求められる。その上で、労働者の健康課題の多様化に対応するために、歯科医師の役割の拡大、さらには公認心理師や薬剤師、社会保険労務士などの参画を図る。これによって、各課題に対して合理的かつ効率的に取り組めるようになることが期待される。なお、産業医を中心に多職種が機能的に連携して包括的に産業保健サービスを提供する組織として、『外部専門機関』を定義して、事業者が活用できるような体制の整備も議論されるべきと考える。

③ 産業医の活用の促進

小規模事業場の健康管理を充実させるためには、産業医の関りを高める必要がある。まずは日本医師会と協力して有資格者が産業医業務に就きやすいように環境を整え、実働産業医数を増やすことが考えられる。その一方で、一人の産業医がより多くの事業場を無理なく担当できるように、産業保健看護職や産業衛生技術職等を活用して事業場内における産業医活動の支援体制を整備したり、ICT技術等による業務の効率化を推進する。さらに企業が関連する小規模事業場の健康管理を合わせて行えるように、現在の事業場単位の選任を企業単位でも行えるように制度を緩和することも必要と考える。その上で、統括産業医や総括産業医の名称で企業全体の産業保健サービスをリードする産業医の配置を一般化することによって機能性を高めることも良い。また工場団地等の近隣事業場がまとまってあるいは関連企業が複数で、共同選任することを可能とする方法も検討されるべきである。

④ 産業保健看護職の活用促進と法整備

現在の労働安全衛生法では、産業保健看護職の役割は限定的な範囲にとどまっているが、現状既に多くの事業場で産業保健看護職が幅広い実務に当たっている。産業保健看護職は労働者に身近な専門職としてきめ細やかな健康支援を行うと同時に、産業保健をチームで取り組むに当たっては不可欠な役割を担う。より一層の活用を促すために、労働安全衛生法にその特性を活かした役割と配置基準等を規定することが有意義と考える。その際、産業保健看護職確保のための教育制度の充実、質の担保を目的とする認定制度を併せて検討することも必要であろう。保健師だけでなく看護師の活躍も期待されることから、その職能の特性を考慮しながら教育体系に含めることが適切と考える。

⑤ 事業場内外における産業衛生技術職（技術系人材）の機能の強化

小規模事業場では、法令で求める衛生推進者、作業主任者、化学物質管理者、さらに安全推進者の役割を1名の労働者が「安全衛生担当者」として担っているところが多い。そこで、そのような安全衛生担当者が求められる役割を果たすことができるように、その知識・能力の維持、向上のために資格の認定・更新制度等を見直し、継続的な教育を受けられる制度の創設が必要であろう。一方で、一人の安全衛生担当者だけで自律的管理活動を展開することは困難であり、事業場外から指導・助言を行う技術系専門職の活用が不可欠である。ただし、そのような技術系専門職は大きく不足しており、その数および質の確保を目的に、資格認定機関、大学などの教育機関、および日本産業衛生学会は、育成並びに生涯教育の体制を強化すべきである。また、そのような技術系専門職が十分に機能を果たせるように公的な支援制度を含めた環境の整備も必要と考える。

⑥ 外部専門家による指導・助言を受ける仕組みの確立

人的資源が不足する小規模事業場において、労働者へ必要かつ十分な産業保健サービスが提供されるためには、安全衛生担当者が窓口となって、外部の技術系専門職の指導・助言を受けることが必須である。このような支援は、外部機関が提供する作業環境測定や健康診断の業務に付随して、しばしば無償で行われることがある。しかし、これを拡大して一般化するには、有償の「コンサルティング業務」の利用および提供のための体制を強化すべきである。ただし、小規模事業場における利用の促進を図るためには国からの助成制度の確立と合わせて進められるべきである。

2. 産業保健サービスを届けるために必要な支援等

⑦ ICTなどの最新技術の活用による業務の効率化の促進

近年急速に進歩しているICTや生成AIなどの最新の技術を活用して、業務の効率化や多職種連携の強化を図るべきである。このうちICT技術に関しては、既に医師面接や衛生委員会はオンラインでの実施が認められているが、例えば職場巡視や健診後の事後措置等についてもリモートでの実施を可能にする方法や条件を検討すべきであろう。また、生成AI技術は、産業保健サービスの効率化に寄与することが期待され、さらにそれ以外の最新技術についても産業保健への応用を積極的に考慮すべきと考える。

⑧ 助成、支援制度の整備・充実

小規模事業場に対して必要十分な産業保健サービスが提供されるためには、公的な助成、支援制度の整備が欠かせない。人的・経済的な支援は、事業場のニーズに応じて提供される必要がある。そのための仕組みとして、相談窓口を産業保健総合支援センター等に置き、地域産業保健センターの役割の強化と機能の拡充を図る。その際、多様な専門家を配置して事業場のニーズに応じることができるよう仕組みを構築することが望ましい。さらに地域の諸機関とも連携・協力して事業場を支援していく必要がある。

⑨ 参考となる諸外国の制度

産業保健サービスの対象を、全事業場のすべての労働者に広げるためには、法体系を含めた既存の制度の拡張では難しいことも考えられ、新しいシステムの検討も視野に入れる必要がある。その際、既に全事業場あるいはすべての労働者を対象にした産業保健サービスの提供が行われている欧州諸国の制度が参考になる。

本文

すべての労働者へ産業保健サービスの提供が行われるように、労働安全衛生法における従業員数に基づく事業場の区別を廃止することの必要性

令和3年経済センサス活動調査¹⁾によれば、日本の労働者人口約5800万人のうち、半数以上の57.5%が従業員数50人未満の小規模事業場に勤務している。これらの事業場では産業医や衛生管理者の選任義務がなく、そこで働く労働者に対して十分な産業保健サービスが提供されていない。一方で、規模の小さい事業場ほど安全衛生における課題が大きいことは各種調査から明らかであり、このままでは小規模事業場で働く労働者の安全衛生健康を確保することは難しい。小規模事業場における取り組みを活性化し、全ての労働者に産業保健サービスが均等に提供されることは、産業衛生における最優先課題の一つである。しかし小規模事業場は人的・経済的資源に乏しく、その解決は容易でない。

小規模事業場に対する産業保健サービスの提供は、世界的にも重要な課題と考えられている。2005年にWHO、ILO、ICOHは共同で「BOHS (Basic Occupational Health Services)」の概念を提

唱し、その実現のための戦略を策定して、各国へその実践を求めている。BOHSとは、疾病や事故を防止して労働者の健康を守ることに加えて、ウェルビーイングや労働能力を向上させるために必須な産業保健サービスをいう。世界の労働人口のうち80%は基本的な産業保健サービスを受けられていないとしており、「すべての職場への産業保健サービスの提供」には、特に安全衛生のリスクの高い、途上国、小規模事業場、および第一次産業や建設業などへの展開が重要としている²⁾。

現状、我が国において小規模事業場へサービス提供を行う公的機関は、地域産業保健センター（以下、地産保）であるが、期待される機能を果たしているとは言い難い。啓発周知が不十分という面もあるが、事業者の健康・安全に対する意識の低さに課題がある。全国調査³⁾で、地産保への登録や利用のきっかけが、「労働基準監督署の指導を受けたこと」が95.6%という結果からも、事業者の健康安全に対する意識を高めるには、50人以上に限られている各種の法的義務を全事業者に広げることが第一に必要と考える。例えば、労働安全衛生規則（安衛則）第52条の第1項の「常時50人以上の労働者を使用する事業者は、」を「労働者を使用する事業者は、」に変更して一般健康診断の報告義務を課すことにより、事業者の産業保健に対する取り組み意欲が高まることが期待される。なお、報告対象事業場数の急増に伴い懸念される労働基準監督署の管理業務の増大に対しては、デジタル化やAIの活用などによって効率化が図られることで対応可能と考える。

もちろん、いきなり50人未満の小規模事業場へ各種の義務を課すことは現実的ではない。事業場も労働者も膨大な数に上るため、まずは関連する諸機関や産業保健専門職による支援体制を整えることが肝要である。さらには労使が協力して前向きに取り組めるように法的整備を進め、準備のための猶予期間を設けた上で施行する。具体的な手法としては、化学物質管理者の選任や歯科特殊健診の報告義務などはすでに小規模事業場に適用されており、この状況を踏まえて義務の対象や範囲を段階的に拡大していくのも良いであろう。

並行して事業者が産業保健に前向きになるような動機付けも必要であろう。昨今の少子高齢化の進展に伴い、人材確保が企業にとって大きな課題となっている。そのためもあって労働力を重要な資本と位置づけ、従業員の健康へ適切に投資して労働者に安心して働いてもらうことで企業の安定・発展を図る「健康経営」が経営戦略として急速に広まっている。従業員の健康を重視する姿勢が公式に認定されることで、人材獲得や社会的イメージの向上につながり、そのメリットは大きい。健康経営に関しては様々な認定制度があり、小規模事業場の取り組みを支援することによって、そこで働く人々の健康の保持増進につながることを期待される。ただし、健康経営は産業保健活動の中核的業務とは必ずしも言えず、現場の労使主導で健康な職場づくりを推進する中で、産業保健専門職が各職場の状況やニーズに応じて支援するという構図が適切と考える。

1. 法令に基づく産業保健体制の再構築と各種専門職の活用

① 産業保健分野全体における自律的管理の推進

近年、働き方や労働環境の多様化が著しい。急速に変化する社会においては、これまでの法令準拠型的手法では、将来的に労働者の安全健康衛生の確保が難しくなることが危惧される。現在、化学物質の自律的管理に向けた法改正が進められ、化学物質を取り扱う事業場では化学物質管理者や保護具着用管理責任者の選任等が行われている。この大きな枠組みの変化は、事業者に従来の法令順守型の思考や姿勢から、自律的・自主的に企業と労働者を守る方向へ転換させるきっかけになると予測する。

本来、事業者責任に基づく自主、自律的管理は、企業経営の基本であり、課題達成のために最も優れた

手法である。業種や業態など事業場ごとに産業保健の課題の種類や重大さは異なり、限られた時間や労力、費用のもとでは、事業者と労働者が安全衛生全体の課題を協議して、産業保健専門職のアドバイスや支援を受けつつ、優先順位の高いものから取り組む方法が効率的である。したがって今後、産業保健全体に自律的管理が適用されるべきと考える。化学物質管理における展開や課題を注視しつつ、自律的管理を促すような法的措置や規制緩和が必要であろう。

同時に、自律的管理における問題の発生を防止する方策も念頭に置かなければならない。これまで法令準拠型の管理に慣れ親しんできた事業者・労働者にとって、自律的管理は馴染みが薄く、前向きに取り組む意欲に欠けるといった問題がある。この状態で規制緩和を行った場合、労働災害などの発生が強く懸念される。よってそれを防止するために労働基準監督署の役割強化など、監視機能の増強が必要である。欧米では自律的な安全衛生管理が一般的であるが、これは行政による臨検や罰金、訴訟リスク、労働組合からの圧力などがあってのことである。したがって我が国において自律的管理を産業保健全体に広げるに当たっては、引き続き国による監視は欠かせない。また必要に応じてこの監視機能を代行する第三者機関の検討もなされるべきであろう。一方で関連諸機関や産業保健専門職は、新しい手法が現場に問題なく浸透するように、事業者や労働者に寄り添って積極的かつ丁寧に支援する必要がある。

② チームで機能するための法令関係の整備

近年、医学の急速な進歩に伴い、期待される医療を提供するために、医師を中心に他のコメディカルと連携してチームとして機能することが臨床領域では一般的となっている。産業保健においても、労働者や職場環境、さらに働き方の多様化が急速に進行する中、2019年に労働安全衛生法等が改正されて、産業医および産業保健機能の強化が図られ、これに応じたより適切な対応が求められる。そのためには産業医を軸に産業保健看護職や産業衛生技術職、さらに産業歯科医を加えて、多職種が連携協力して業務に当たることが必須と考える。既に大企業や一部の事業場外労働衛生機関においては、関連職種がそれぞれの知識や技能を生かして連携協力することで、労働者の健康の保持増進に貢献している事例がある。また将来的には、課題に対してより適切に対応すべく、公認心理師、薬剤師、社会保険労務士などとの連携もあってしかるべきと考える。2019年に厚生労働省は『産業保健活動をチームで進めるための実践的事例集』を公表して推進を促している⁴⁾。さらに踏み込んで実際に各職種がチームとして機能するための法律の制定など、環境整備を是非進めていただきたい。具体的には、チームとして機能するために産業医の業務内容を整理して、優先順位を付けて、必要に応じて他の専門職を加えるなどして取り組むことが適当と考える。2018年3月に日本医師会産業保健委員会から出された答申書に、産業保健看護職や衛生管理者と連携協力すべき業務内容が示されており参考になる⁵⁾。

また、チームで機能するという点においては、平成22年11月22日の「事業場における産業保健活動の拡充に関する検討会」の報告書取りまとめにある、『外部専門機関』も再度議論の俎上に挙げて良いと考える⁶⁾。専門性を有する産業医がリーダーとなって医師や保健師などから構成されるチームとして事業場対応を行い、これをさらに高度な専門性を有する医師（産業医長）が統括するというものである。ストレスチェック制度の導入に当たって議論されたが、契約が事業者と専門機関との間で行われる形となって労働安全衛生法第13条の改訂が必要であり、また産業医業務のビジネス化によって質の低下が懸念されることなどから見送られた。その後、事業者が産業医と選任契約した上で、必要に応じてその下で保健師等がその機能を補完するスタイルが提示され、50人以上の事業場に対しては独立産業医（開業産業医）がこの形態をとっている事例もある。50人未満の小規模事業場においても、外部専門機関に所属

する各種の産業保健専門職が事業場の求めに応じてそれぞれの役割を果たす方式が現実的と考える。

歯科医師の活動範囲の拡大も、小規模事業場へのマンパワーの供給方法として考えても良いと思われる。有害業務に従事する労働者に対しては歯科医師による歯科健診が義務づけられているものの、その実施率は中小規模事業場では対象事業場の 22.5%と低く、実態が掴めていないという問題があった。そこで従業員数 50 人以上の事業場に課せられていた所轄労働基準監督署長への健診結果の報告義務が、令和 4 年 10 月よりすべての事業場へと広げられた⁷⁾。これに伴い小規模事業場における歯科健診の実施率の向上が期待される。歯科口腔疾患はいろいろな全身疾病と関連し、歯科医が労働者の健康問題のゲートキーパーとして機能することは十分有益である。現在労働衛生コンサルタントの資格を持つ歯科医師は約 500 名で、中には化学物質管理にも精通し、作業主任者講習の講師として活動している者もいて、歯科疾患と有害業務との関連性を含め、小規模事業場で働く人々の健康支援の一翼を担うことも可能と考える。もちろんこれに応えるべく歯科医師自身が、職業性歯科疾患の診断能力の向上を含め、産業保健に関する見識を深める等の自己研鑽に努めることも必要であろう。

③ 産業医の活用促進

現状、従業員数 50 人未満の小規模事業場の産業保健活動は全国に 350 か所ある地産保によって行われている。各地産保の登録産業医（多くが地域在住の医師会認定産業医）は平均 32.4 人で、実際に活動しているのは 18.2 人であり、対象となる事業場や労働者の数に比べて極めて少ない³⁾。登録産業医は定期健康診断結果に基づく保健指導や就業上の措置に関する相談業務を主に行っており、長時間労働者や高ストレス者への面接指導は行われているものの多くはなく、有害作業環境への相談対応は極めて少ない。小規模事業場へ十分な産業保健サービスが提供されるには、この地産保の活動を大きく拡大して一般化することが有効と考えられ、そのためには第一に小規模事業場の健康管理に携わる産業医の数を増やす取り組みが必要である。

令和 3 年経済センサス活動調査¹⁾で従業員数 50 人以上の事業場は 17 万以上あり、一方で、産業医有資格者は日本医師会認定の産業医でみると、必要な更新等を行っている有効人数は 70,208 人（2022 年 2 月 22 日現在）で、このうち、実際に産業医業務に携わっている実働者は半分弱の 34,166 人（2022 年 10 月の日本医師会認定産業医会内データより）であった⁸⁾。すなわち、現時点でも産業医不足の状態にあり、これを、例えば従業員数 30 人以上の事業場まで選任義務を拡大した場合、事業場数がほぼ倍増の 33 万以上、対象労働者数は約 630 万人増となって現行の手法では追いつかない。日本医師会としても、すべての労働者に産業医が関与できるような制度の必要性を認識しつつも、産業医不足が大きな課題と捉えている⁹⁾。医師の地域的偏在から地方での産業医確保が難しいという問題も大きい。さらに病院勤務医が届出兼業しているような場合、2024 年度からの働き方改革によって総労働時間が制限され、産業医活動へ充てる時間が減ることも危惧される。

産業医不足の解消の一つとして、資格を有しているもの実際に活動していない医師の実務への関りを、日本医師会と協力して促進することが挙げられる。まずは産業医活動を希望している医師と、産業医を必要としている事業場がスムーズに契約できるようにマッチングシステムを整えることが有意義と考える。既に医師会や産業保健総合支援センター（以下、産保センター）によって行われており、その概略が産業医需要供給実態調査報告書Ⅱに報告されている。ただし、十分とは言い難く、地域や医師会によってばらつきが大きい¹⁰⁾。一方で多数存在している民間の産業医紹介業者は、企業理念によっては収益中心となりかねず、産業医の質の担保も含めて、公的な仕組みを整える、あるいは優良業者を認定する制度

をつくることは価値があろう。また、普段臨床業務を行っている医師が、産業医業務を開始するに当たっては、不安や躊躇が実務への障壁となることは想像に難くない。これに対しては、日本産業衛生学会所属の産業衛生専門医や指導医がOJTなどによって支援することで、実際の就労に繋がるのが期待される。

また、医師にとって産業医業務がより魅力的となることも重要である。嘱託産業医のほとんどは主業務の合間に事業場を訪問して執務に当たる。積極的にやりがいを持って産業医業務を行うためには、事業者が産業医に何を求め、どのように取り組んでもらうかビジョンを持つことが大切である。事業者が産業保健の重要性を理解することで産業医の労働条件の改善も期待できる。

一人の産業医の受け持つ事業場数を増やすという方向性も検討に値する。方法としては、事業場内で産業医を支援する仕組みを整える、あるいは新しい技術を駆使して機能性を高める、といったことが考えられる。例えば安全衛生担当者が健診結果や作業環境などの情報を整理して産業医に示し、ICT技術を駆使して業務の効率化を図ったり、また事業場内に産業保健看護職がいる場合には、連絡調整、資料のチェック、保健指導などを行って産業医の負担を減らすことができるであろう。こういったことで、一人の医師の担当する事業場を増やすことが可能となる。

これとは別に産業医の機能性を高めて50人未満の事業場をカバーする方法として、事業場単位という捉え方を緩和して、企業単位で取り組めるようにすることも良いと考える。産業構造が第三次産業中心へとシフトして事業場が小規模分散化し、さらにテレワークや副業・兼業の推進などによって、健康管理を事業場単位で行うことが難しくなりつつある。既に大企業では、企業内で複数の事業場に対応する「統括産業医」、事業場内の協力会社/下請会社も含めて対応する「総括産業医」として、小規模事業場の健康管理を行っているところもある。企業単位で取り組めるように規制緩和を行った上で、実質的に機能しているこれらの仕組みを正式に定義づけて、小規模事業場における健康管理を充実させるのも一つの方法と考える。

さらに小規模事業場に産業医の選任を促す方法として、工場団地などの地域的に近接する事業場がまとまって、あるいは関連企業の事業場が複数で共同選任することを可能とすることも良いと考える。平成9年に小規模事業場産業保健活動支援助成金制度（産業医共同選任事業）が設けられ、産業保健推進センター（現産業保健総合支援センター）を窓口として、従業員数50人未満の事業場における産業医の共同選任が推進された。しかし活用実績は低く、期待された成果を上げることなく終わった。その必要性を事業者が実感できず、前向きになれなかったことが主な原因と考えられる。50人未満にも産業保健サービスの提供が義務付けられれば事業者の姿勢も変化すると予想され、この制度の復活も検討に値すると思われる。

ただし、産業医一人当たりの担当可能な労働者数を増やすに当たっては、その能力を超えないようにする配慮が必要で、現行の3,000人を限度とする規制は維持されるべきであろう。一方で、業務内容や状況によって柔軟性を持たせることも良い。たとえば化学物質を取り扱う企業や過労死等の発生リスクの高い業務形態の企業では上限を引き下げる、逆に、産業保健看護職による業務支援がある場合にはこれを引き上げ、より多くの人数を担当できるようにする、などである。

④ 産業保健看護職の活用促進と法整備

②で示したように、適正な産業保健サービスを提供するためにはチームで取り組むことが強く推奨される。その中で産業保健看護職の果たす役割は特に重要と考える。独立法人労働者健康安全機構による

「事業場における保健師・看護師の活動実態に関する調査」¹¹⁾では、産業保健看護職の産業現場における活動状況は、事業場の産業医が専属か嘱託かにかかわらず、常勤として雇用をされている所が多い。大企業においては、従業員700～1,000人程度に1名が一般的であるが、その役割を重視して300人程度に1名雇用されている企業もある。また事業場規模にかかわらず、保健指導、メンタルヘルス対策、健康教育、職場巡視、(安全)衛生委員会への出席など、産業保健看護職が幅広い業務を担当しており、事業者はその業務パフォーマンスを高く評価していることが示された。このように産業保健看護職は、一般的に労働者に最も身近な専門職としてきめ細やかな健康支援を行う存在である。一方で個人・集団・組織のアセスメントや組織における仕組み作りなど、高度な能力を発揮して、チームで進める産業保健活動において重要な役割を果たす例も増えている。

実質的に多くの産業保健看護職が現場で働いているにもかかわらず、産業医や衛生管理者のように法律上の配置基準が示されておらず、職務内容も健診後の保健指導とストレスチェックの項に記載されているのみである。位置付けやより幅広い業務内容を法律に示すことで、役割が明確となるとともにさらなる活躍が期待される。例えば、労働安全衛生法第13条の2に「労働者数50人未満の事業場については、労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識を有する医師または労働者の健康管理等を行うのに必要な知識を有する保健師に労働者の健康管理等の全部または一部を行わせるように努めなければならない。」とあるが、これを広く社会へ周知して、小規模事業場に対して保健師の活用を促すことがよい。その上で先に述べた如く、従業員数50人未満の事業場に健康診断結果の報告義務が課せられれば、事後措置としての保健指導の必要性から、産業保健看護職活用の大幅な前進が期待される。また能力の活用を促すために、業務内容を健康管理に限らず産業保健全般に広げることが望ましい。

ただし現状において産業保健看護職は、数において産業医に遠く及ばず、さらに質のバラつきも大きく、期待される役割を果たすには、数の確保と質の向上が必要で、そのための教育環境の整備は欠かせない。産業保健看護職は、公衆衛生看護学を基盤とする個人・集団・組織の健康支援と、一次予防から三次予防までを展開できる保健師機能をベースに産業分野の特性を理解して産業保健看護活動を行うことが求められる。保健師は、大学および大学院での基礎教育に産業保健が含まれているが、教育機関によって内容や教員の専門性に差があるため、入職前に必要な知識を身に付けてから業務に就くようにすべきである。現在、入職前教育に関しては厚生労働省科学研究班で検討が始まっており、日本医師会認定産業医のような認定制度ができれば、一定の質の維持確保が可能であろう。また、実際の活動に当たっては日本産業衛生学会の産業保健看護専門家制度の教育や認定を受けることが望ましい。

一方で看護師の場合は、公衆衛生学の教育をほとんど受けていないことから、保健師との差を解消すべく、入職前教育については、公衆衛生看護の理解など、保健師とは別枠での教育が必要と考える。その後は、保健師と同様に自己研鑽を積んでいくことになるであろう。

なお、日本産業衛生学会産業保健看護専門家制度は、産業保健に関わる専門家を育成するための教育・認定制度で、保健師国家資格と第一種衛生管理者の知識を備えていることを前提に、保健師と看護師の両方の職能を受け入れ、それぞれに応じて資質向上を図っており、産業保健看護専門家の輩出に寄与している。

⑤ 事業場内外における産業衛生技術職（技術系人材）の機能の強化

産業衛生分野における技術系資格を有する産業衛生技術職（以下、技術系人材）が担うべき業務の幅は広く、また公的資格は専門性の観点から極めて多様である。小規模事業場の場合、事業場内に作業主任

者、衛生推進者などの第一線の管理者がいる一方、事業場外には労働衛生コンサルタント（労働衛生工学）、オキュペイショナルハイジニスト（日本作業環境測定協会認定資格；海外のハイジニストと同等）や化学物質管理専門家や作業環境管理専門家などの技術系専門職、および作業環境測定士がいる。

特に第二次産業の小規模事業場では衛生推進者と作業主任者は兼務され、さらに安全も含めて1名を安全衛生担当者として選任、運用されている所が多い。化学物質の自律的管理への移行に伴い、化学物質を取扱う事業場では化学物質管理者と保護具着用管理責任者も安全衛生担当者による兼務が予想される。このような状況では担当者の専門性の不足が否めず、その知識や技能の維持、向上のために、例えば化学物質管理者などについて、5年毎の資格更新制度等の定期的な再教育システムが検討されるべきであろう。同時に外部の技術系専門職による指導・助言を受けられるように、公的な支援制度の仕組みを含めた環境の整備が必要と考える。

技術系人材に対する教育について、それを行う公的機関や大学、学会などは、以下の点に留意すべきである。まず、前述の事業場内の安全衛生担当者は、第一線における衛生面の監視者として傷病の一次予防を行い、課題を適宜医療職につなげる連携の要の役割を担う。このため健康管理の重要事項が不履行であった際に気づけるように、基本的な健康管理の知識を備える必要がある。また、小規模事業場を支援する事業場外の技術系専門職に対しては、同様の健康管理に関する基本教育を施した上で、小規模事業場の実情を理解してその安全衛生の向上に高い意欲を持って取り組めるように、啓発することも必要と考える。

加えて、技術系専門職の数と質を確保する方策が必要である。海外におけるハイジニストの人口比から、我が国における技術系専門職の必要数は500～1,000人程度と推計され、現状の約2～4倍で、その養成は急を要する。資格認定機関や関連の教育に関わる大学（現在、学部課程は産業医科大学産業保健学部、大学院課程は産業医科大学と帝京大学）においては、教育体制の一層の強化が望まれる。一方、その質を確保するために生涯にわたる継続教育が必要で、日本産業衛生学会を初め、関連学会等は最新の情報やエビデンスを取得する教育の機会を提供するとともに、交流の場としての役割を果たすべきである。

⑥ 外部専門家による指導・助言を受ける仕組みの確立

人的資源に乏しい小規模事業場においては、安全衛生担当者が中心となって十分な安全衛生活動を安定して行うためには、必要に応じて事業場外の技術系専門職による指導・助言などの支援を受ける必要がある。この支援を円滑に受けるために、安全衛生担当者はその窓口として機能することが求められる。

現在、小規模事業場に対しては、労働衛生機関や作業環境測定機関が健康診断や作業環境測定のパロウアップとして、職場環境の改善等に関して指導・助言を行っているケースがある。これをより一層推進して一般化させることが実効性の点から有意義である。ただし、これらは健康診断や作業環境測定の一環として無償で行われていることがほとんどで、現状での推進拡大には限界がある。事業場側の理解を得つつ、技術系専門職による指導・助言を、健康診断や作業環境測定とは独立した「コンサルティング業務」として適切な報酬が支払われることが必要と考える。そうすることで持続性のある仕組みとして定着し、技術系専門職による小規模事業場への支援が促進される。さらに技術系専門職にとっても、経済面を含めた労働条件が保証されることで資格としての魅力が増し、人材確保にも繋がる。欧米では小規模事業場において、安全衛生管理に関する外部のハイジニストや安全管理専門家による有償の指導が定着している¹²⁾。とはいえ、日本でこの仕組みを推進するには、特に経済的余裕の乏しい小規模事業場に対しては、国などからの助成制度を設立するなど、十分な配慮が必要と考える。

2. 産業保健サービスを届けるために必要な支援等

⑦ ICTなどの最新技術の活用による業務の効率化の促進

進歩の著しい情報通信機器（ICT）の活用を積極的に進めるべきで、面接等の業務を遠隔で行えれば、テレワークなど多様な環境で働く労働者に対してその実情に応じたアプローチが可能となるばかりか、多職種の連携強化や活動の効率化につながる。現に新型コロナウイルス感染症のパンデミック下では、復職面談など法定外の医師面接を含め、多くの事業場で遠隔での面接が実施されていた¹³⁾。

既に産業医の主な業務の一つであるストレスチェックにおける高ストレス者や長時間労働者に対する医師面接は、条件を整えた上で遠隔での実施が認められている¹⁴⁾。また衛生委員会についても十分な調査審議が行われることを前提に、オンラインでの開催が可能である¹⁵⁾。さらに、基発 0331 第 4 号令和 3 年 3 月 31 日によって専属産業医が遠方の事業場の非専属産業医を兼ねることができるようになった¹⁶⁾。本来は医療連携や業務の効率性からその地域の産業医による執務が適切と考えるが、それが難しい場合には産業医確保の一つの方法となりうる。

上記以外でも、業務ごとに ICT 技術を活用した産業医活動の実施の可能性について検討がなされるべきで、例えば、職場巡視は、現場へ赴いて実施することの重要性を前提とした上で、条件を満たせば、安全衛生担当者が職場を撮影してそれを元に遠隔地にいる産業医と議論するような形も可能と考える。また就業判定を含めた健康診断の事後措置も、情報提供が十分になされることを条件に、遠隔での実施が容認されてもよいであろう。

また、最近注目されている生成 AI 技術は、産業保健分野でもサービスの効率化を含め、いろいろな応用が期待される。さらにそれ以外の最新技術についても、専門家の助言を受けながら産業保健への活用を積極的に考慮すべきと考える。

⑧ 助成、支援制度の整備・充実

50 人未満の事業場を対象とした地域産業保健センター（地産保）は、地域の医師会の努力によって活性化しているところもあるものの、事業者からの相談は多くない。2021 年の事業実績では、全国で相談件数 102,029 件、相談人数 1,296,922 名¹⁷⁾で、産業保健 3 事業（地域産業保健事業、産業保健推進センター事業、メンタルヘルス対策支援事業）の一元化が始まった 2014 年からの 8 年間で、件数で 2.23 倍、人数で 2.56 倍に増えているものの、事業場数としては 2.06%、労働者数としては 8.99%に留まっている¹⁾、¹⁸⁾。啓発や周知が不足しているという面もあるだろうが、事業者の安全衛生に関する関心や意欲の低さが理由の第一に挙げられる。今般の化学物質管理に関する法改正に伴い厚生労働省から委託された相談先には相談が殺到していることから、労働者数 50 人以上の事業場に課せられている義務が、小規模事業場へも拡大されれば、事業者からの産保センターや地産保への依頼が大きく増えることが予測される。しかし、現体制ではこれに対応することは困難であり、登録産業医の増員と登録保健師の活用拡大が必要で、特に産保センターにおいて地産保の産業保健業務を統括する保健師の配置が重要と考える。これら登録産業医、登録保健師、技術系専門職による産保センター内部での連携は、求められる機能を果たす上で不可欠であろう。これに加えて、地域の労働衛生機関や嘱託産業医の所属する医療機関、労働衛生コンサルタント会等の外部機関との連携も大切であり、地域全体を俯瞰して、すべての小規模事業場へ産業保健サービスが行き届くように支援していくことが肝要である。

サービス対象の多い地域では、新たに専門性と体制を強化したセンターを設置して、産業保健全般にわたって小規模事業場を支援する機能を持たせることを考えても良い。その点においては隣国韓国の労働

者健康センターが参考になる^{19, 20)}。日本の地産保をモデルに設置されたが、健康相談、心臓血管疾患予防活動、筋骨格系障害予防活動、労働環境相談、労働ストレス相談の部門があり、専門性を強化した体制の下、多職種が連携する形で活動が行われている。

労働者健康安全機構は現在、「団体経由産業保健活動推進助成金」制度を設けて小規模事業場の支援に取り組んでいるが²¹⁾、さらに充実させることが強く望まれる。特に地産保に対しては健康管理主体となっている活動を、化学物質管理を含めて産業保健全般に広げることが必要であろう。

⑨ 参考となる諸外国の制度

50人未満の事業場へも50人以上の事業場と同レベルの産業保健サービスを提供するとなれば、事業場数、労働者数からいって、現行の制度を拡大する方法では困難なことも予想される。よって全く新しい方法も議論の俎上に挙げるべきで、その際、海外で既に実践されている事例が参考になる。全ての事業場に産業医選任の義務が課せられている、あるいは全労働者へ産業保健サービスの提供がなされている国としては、フランスとドイツそれにフィンランドがある。ただし、いずれの国の方式も産業医や産業保健看護職などの多職種の連携を前提に機能している。

フランスではすべての企業に産業医の選任義務があり、産業保健サービスを提供する「労働保健機関」の設置が義務付けられている。大企業では独自に、中小企業では複数の企業が共同して労働保健機関を設置して、そこに所属する産業医が、対象となるすべての労働者へサービスを提供している。フランスの産業医は6年間の医学教育を受けて医師免許を取得後、さらに4年間の産業医学教育・研修を経た専門医であり、その職務権限は強大で、他の医療活動との兼業が禁止され、独立性・中立性の高さを特徴とする。フランスにおける産業医の役割は、定期健康診断の実施、職場巡視、疾病休業からの職場復帰を含む適正配置や就業可否についての判断とアドバイス等である²²⁾。日本でも一定規模以上の企業には独自に、それ以外の中小規模事業場では共同で、労働保健機関に類似の専門機関の設置を義務付け、そこからサービスの提供を受けるという仕組みが考えられる。

ドイツでは、産業医は「医師としての自己の良心にのみ従い」事業者に必要な措置を提案または助言しなければならないとされ、労働者保護や労働災害防止に関する助言等、一般定期健康診断関連を除いた日本の労働安全衛生規則第14条に類似した業務を行っている。産業医は、労災危険度や労働者数などから計算される基本的管理時間に、当該企業特有の管理時間を加えた所定の時間数を産業医活動に充てることが定められている。基本的管理時間は、 $\Sigma N \times (0.5 \times K)$ によって計算される²³⁾。Nは従業員数、0.5は年間の労働者1人あたりの産業医活動投入時間の基準単位(30分)、Kは危険率で、1、3、5の三つのカテゴリーに分けられる。つまり社員一人当たりの年間産業保健活動投入時間(健康診断は含まない)が、1であれば30分、3であれば90分、5であれば150分となる。これに加えられる企業特有の管理時間としては、その企業の業態や業務内容に対して必要となる産業医活動時間で、日本でいえば長時間労働者数やメンタルヘルス問題の件数や程度、有害作業の有無や種類などに基づいて設定されることとなるであろう。

フィンランドでは1979年の「産業保健に関する法」の制定によって急速に産業保健制度が進展した。2001年の法改正によって、一人以上の労働者を雇用するすべての事業者には、職場の健康リスクを最小限にするために第一次予防サービスの提供を受けると、産業保健師を含めた産業保健専門職の活用が義務付けられた。大規模事業場の多くは個別に産業保健組織を持つが、中小規模事業場は事業場外産業保健サービス機関を利用する。事業者の負担が少なくなるように社会保険機構からの還付がなされる。

また産業保健専門職が事業場へ行くというスタイルだけでなく、事業主や担当者が産業保健センターを訪れてサービスを受けるという方法も認められている²⁴⁾

結び

この提言は、国（厚生労働省）、関連機関や団体、事業者、および日本産業衛生学会の学会員等が、小規模事業場の産業保健の充実へ向けて方策を検討するにあたって参考にしていただくためのものである。これまで、産業医や衛生管理者の選任を含めて、多くの施策が「従業員数 50 人以上」という枠で区別されてきたことで、50 人未満の事業場に勤務する労働者へ十分な産業保健サービスが届けられずにいた。すべての労働者へ均一のサービスを提供するという事は、一つのパラダイムシフト（革命の変換）であり、すべての関係者、関係機関に考え方や意識の大きな転換が求められる。一方で小規模事業場は、経営に余裕がなく従業員の健康衛生に充てる人材も資金も十分とは言い難い。実際には多面的な支援が必要で、その仕組みを作ることは容易でない。しかし、将来のあるべき姿を目指して、必要な取り組みを着実に進めるべきと考える。

2029 年に創立百周年を迎える日本産業衛生学会では「100 周年を見据えたミッションと重点活動事項」を掲げている。この中の重要なキーワードの一つが「すべての働く人を対象とした産業保健の推進」である。学会員は産業保健スタッフとしての自覚を持ち、この課題を前向きに受け止め、その実現へ向けて行動すべきである。この提言が社会に役立ち、すべての労働者が健康に生き生きと働ける未来が来ることを切に願う。

参考文献

- 1) 総務省統計局. 令和 3 年経済センサスー 活動調査. [Online]. 2021 [cited 2024 Sep 27]; Available from: URL: <https://www.stat.go.jp/data/e-census/2021/index.html>
- 2) Rantanen J. Basic Occupational Health Services, A response to the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health priority area for ILO/WHO/ICOH collaboration, 3rd ed. FIOH. 2007. [Cited 2024 Feb 10]; Available from: URL: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135069/Basic%20occupational%20Health%20Services.pdf?sequence=1>
- 3) 労働者健康安全機構 山形産業保健総合支援センター. 地域産業保健センターの活性化に向けた現状分析による実践活動支援の取り組み調査報告書. 平成 29 年 3 月. [Online]. 2017 [cited 2024 Sep 27]; Available from: URL: https://www.johas.go.jp/Portals/0/data0/sanpo/kadai/pdf_syouroku/h29/15-yamagata.pdf
- 4) 厚生労働省. 産業保健活動をチームで進めるための実践的事例集 2019 年 3 月. [Online]. 2017 [cited 2024 Sep 27]; Available from: URL: <https://www.mhlw.go.jp/content/000492931.pdf>
- 5) 日本医師会産業保健委員会. 産業保健委員会答申 平成 30 年 3 月. [Online]. 2018 [cited 2024 Sep 27]; Available from: URL: http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20180404_3.pdf
- 6) 厚生労働省. 「事業場における産業保健活動の拡充に関する検討会」の報告書取りまとめ 平成 22 年 11 月 22 日. [Online]. 2010 [cited 2024 Sep 27]; Available from: URL: <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000wvk2.html>

- 7) 厚生労働省. 基安労発 1225 第 1 号 有害な業務における歯科医師による健康診断等の実施の徹底について. 令和 2 年 12 月 25 日付け. 2020.
- 8) 神村裕子. 医師会が関わる産業保健の現状, 産業保健のあり方に関する検討会 第 2 回資料. [Online]. 2022 [cited 2024 Sep 27] ; Available from: URL: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_29109.html
- 9) 日本医師会産業保健委員会. 産業保健委員会答申令和 6 年 4 月 産業医制度のあり方と新しい化学物質管理における産業医の役割. [Online] . 2024 [cited 2024 Sep 27] ; Available from: URL : https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20240515_3.pdf
- 10) 産業医需要供給実態調査事業委員会. 産業医需要供給実態調査事業報告書Ⅱ. 令和 4 年 6 月. [Online] . 2022 [cited 2024 Sep 27] ; Available from: URL: <https://uoeh-u.repo.nii.ac.jp/record/926/files/K00003.pdf>
- 11) 労働者健康安全機構. 令和 2 年度事業場における保健師・看護師の活動実態に関する調査報告書. [Online] . 2024 [cited 2024 Sep 27] ; Available from: URL: https://www.johas.go.jp/Portals/0/data0/sanpo/pdf/hokenshitou_katsudojittai_chosahokokusho.pdf
- 12) Publication Office of the European Union. The business case for safety and health at work: Cost-benefit analyses of interventions in small and medium-sized enterprises. 2014: 15. [cited 2024 Mar 4] : Available from: URL: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/8e9e23ea-2270-4d51-8553-94152e503afd>
- 13) 守田祐作, 石澤哲郎, 梶木繁之, ほか. 新型コロナウイルス感染拡大に伴う緊急事態宣言中の産業保健活動. 産業衛生学雑誌 2022;64:42 - 51.
- 14) 厚生労働省. 基発 0915 第 5 号, 令和 2 年 11 月 19 日改正. 情報通信機器を用いた労働安全衛生法第 66 条の 8 第 1 項, 66 条の 8 の 2 第 1 項, 66 条の 8 の 4 第 1 項及び 66 条の 10 第 3 項の規定に基づく医師による面接指導の実施について:平成 27 年 9 月 15 日付け. 2015.
- 15) 厚生労働省. 基発 0827 第 1 号. 情報通信機器を用いた労働安全衛生法第 17 条, 第 18 条および第 19 条の規定に基づく安全委員会の開催について:令和 2 年 8 月 27 日付け. 2020.
- 16) 厚生労働省. 基発 0331 第 4 号. 情報通信機器を用いた産業医の職務の一部実施に関する留意事項について 令和 3 年 3 月 31 日付け. 2021.
- 17) 労働者健康安全機構. 令和 3 年度事業実績 (産業保健総合支援センター事業実績). [Online] . 2021 [cited 2024 Sep 27] ; Available from: URL: <https://www.mhlw.go.jp/content/11601000/000970432.pdf>
- 18) 労働者健康安全機構. 事業実績 (平成 26 年~令和 3 年). [Online] . 2021 [cited 2024 Sep 27] ; Available from: URL: <https://www.johas.go.jp/jyoho/tabid/536/Default.aspx>
- 19) 政策法制度委員会. シンポジウム「グローバルな最新情報から見直す日本の産業保健サービスの政策と法制度」. 産業衛生学雑誌 2016;58 (4) :146 - 7.
- 20) ヤン・ソンヒほか (松本泉美訳): 産業安全衛生研究所 | 出版資料 | 労働者健康センターの役割, 機能など改善策に関する研究 産業安全保健研究院. 2016. [Online] . 2016 [cited 2024 Sep 27] ; Available from: URL: <https://www-kosha-or-kr.translate.googleusercontent.com/publication/researchReportSearch.do?mod>

e=view&articleNo=63585&article.offset=495&articleLimit=5&_x_tr_sl=ko&_x_tr_tl=ja&_x_tr_hl=ja
&_x_tr_pto=sc

21) 労働者健康安全機構. 令和6年度版『団体経由産業保健活動推進助成金』. [Online]. 2024 [cited
2024 Sep 27] ; Available from: URL:
<https://www.johas.go.jp/sangyouhoken/tabid/1251/Default.aspx>

22) 鈴木俊晴. フランスの労働医制度の概要. 厚生労働省「第4回産業医制度の在り方に関する検討会」
報告資料. [Online] . 2016 [cited 2024 Sep 27] ; Available from: URL:
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000125108.html>

23) 中央労働災害防止協会. 国別の労働安全衛生制度について—ドイツ連邦共和国—, 第IV部 ドイツ
の労働安全衛生関係法令の概要. [Online]. 2024 [cited 2024 Sep 27] ; Available from: URL:
<https://www.jisha.or.jp/international/sougou/germany.html>

24) 高波利恵. 日本における中小規模事業場の産業保健活動の支援の在り方—産業看護の先進国である
フィンランドの産業保健師の活動実践を参考に—. 看護科学研究 2009;8:14 - 20.