

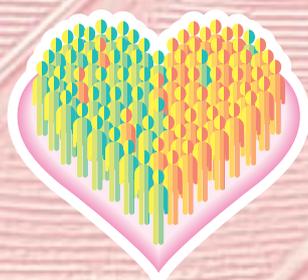
産業保健情報誌

東京

さんぽ21

9号

平成13年4月



労働福祉事業団

東京産業保健推進センター

OKYOKU

巻頭言

**産業保健の推進と産業医活動の活性化のために
関係者の努力と協力を**

東京都医師会 理事 鈴木 聡男1

特集「健康診断と事後措置」

相談員 野田 一雄2

シリーズ メンタルヘルス

EAP

相談員 島 悟8

「快適な職場環境の形成」のための人間関係づくり(3)
続アサーティブ(率直な自分表現)に学ぶ

相談員 岩船 展子10

労働衛生工学の基礎知識

VDTにおける電磁波問題

相談員 本間 克典12

産業看護のページ

保健指導、成功の秘訣は的確なアセスメントから
～マンネリの保健指導から一歩抜け出すために～

相談員 錦戸 典子14

東京さんぽ素描

地域産業保健センター共催研修16

「マルチメディアを用いた産業医等実務研修会」開催さる

地域産業保健センターブロック別コーディネーター会議17

地域産業保健センター活動紹介

東京城北地域産業保健センター

コーディネーター 小尾 昇18

さんぽQ&A

相談員 伊東 一郎20

相談員 松山 一寛

産業保健インフォメーション

・労災保険「二次健康診断等給付」はじまる22
平成13年4月1日

東京さんぽNEWS

衛星放送で産業医研修会！

産業医科大学(北九州) ⚡ 当センター(東京)

平成13年2月28日、3月1日の両日、財団法人産業医学振興財団が主催する「マルチメディアを用いた産業医等実務研修会」が当センター研修ルームで行われました。

衛星放送利用という画期的な研修会開催手法に関心が集まりました。



巻頭言

産業保健の推進と 産業医活動の活性化のために 関係者の努力と協力を

東京都医師会 理事

鈴木聰男



疾病の治療や予防の分野においては、いろいろな職業、専門職の人々が関わっているが、その職種数は医療、保健、福祉の順に多くなる。医療の場合は大部分は医療関係者が主体であるが、保健つまり疾病の予防となると一層多くの分野の人々が関わり、さらに福祉の分野となると、介護保険の場合をみれば明らかのようにその職種は15を越えている。

このように、いろいろな職種、立場の人々が一緒になって事業を推進するためには次の条件が必須である。つまりお互いに相手の立場を理解すること、協力を惜しまないこと、そして自分の責任を十分に果たすことである。

産業保健も疾病や事故の予防だけでなく、健康の増進、快適な職場環境を目指していることから、いろいろな職種の人々が数多く参加してはじめて成り立つものである。産業医をはじめ、事業主、従業員、そして行政、労働基準監督署その他多くの人々によって支えられている。事業所の規模によってはさらに安全衛生管理者、看護婦や保健婦もチームの一員として協力することとなる。

東京都医師会の産業保健委員会は12年3月にアットランダムに抽出した2,000名の認定産業医を対象とした実態調査を行った。その内870名の回答があり、その中でいくつかの問題点が浮かび上がってきている。現在、561名の産業医は契約事業所を持っているが、まだ約3分の1の産業医は持っていない。産

業医の選任を推進するためには産業医や地域産業保健センターの活動だけでなく、安全衛生に配慮すべき事業主の理解、労働基準監督署の啓発、指導活動などの協力が必要である。また産業医の活動の重要な一つである職場巡視の回数では、年間ゼロ回という事業所が全体の21%あった。その理由も事業所からの要請がない、あるいは事業主の理解が得られない、とい

うものが最も多かった。これらは今回の調査のほんの一部であるが、産業医活動の活性化のためには、東京都医師会も今後、認定産業医の再研修等を考慮する必要もあろう。今後も産業保健の推進のためには、産業医、事業主そして監督署の一層の努力と協力が必要である。



健康診断と 事後措置



東京産業保健推進センター
産業保健相談員

野田一雄（労働衛生コンサルタント）

1 はじめに

昭和47年の労働安全衛生法の制定に伴って、労働基準法に含まれていた職場における健康診断が労働安全衛生法として独立しました。

以前は疾病の発見、特に結核対策から始まった健康診断もその後の疾病構造の変化に伴って、治療とリハビリの三次予防から、疾病の早期発見、早期治療の二次予防、さらには健康づくり、あるいはQOL(Quality of Life)を目的とした一次予防へと変化をしてくれています。

最近の健康診断での有所見率をみると、平成4年の32.2%から平成11年には42.9%と有所見者率の増加を認め、とくに血中脂質、肝機能、血圧、心電図といった生活習慣病に関連した所見の増加が明らかです。したがって生活習慣病に結びつく検査項目の一般健康診断への導入、さらに脳血管、

心臓疾患の予防に役立てるため、高血圧、高脂血、高血糖、肥満の有所見者に対していわゆる二次健康診断として精密検査と特別保健指導の実施、給付が導入され、健康診断の目的も明かに変化を示しております。

したがってその事後措置についても法的にみると、就業上の措置から保健指導、さらに二次健康診断と特別保健指導と広がりを見せています。

職場の健康管理に携わる者としてはこれらの法的な健康診断とその後の流れを十分に理解し、実行するとともに、健康の保持増進が必要な受診者の保健指導といった法的な事後措置にとどまらず、未受診者、健診中断者、健康者を含めた事後指導まで巾を広げた対応が必要と思われます。

2 法的な流れ

職場の健康診断は労働安全衛生法第66条に述べられています。

昭和63年の法改正では第69条に健康教育および健康相談その他健康の保持増進をはかる措置が掲げられています。

次の大きな変化は平成8年の法改正で、労働衛生管理体制の充実と労働者の健康管理の充実が掲げられています。後者においては健康診断の実施とその後の措置として、健康診断個人票への医師の意見記載、事業者は結果について医師からの意見聴取（法第66条の4）必要がある時は作業者の就業場所の変更等の適切な措置を講じる（法第66条の5）ことが規定されています。さらに健康診断の結果の通知（法第66条の6）では脳血管、心臓疾患等を予防するため、事業者は的確な措置を、作業者は自主的な健康管理が必要としており、そのためには一般健康診断を受けた作業者に対して健康診断結果を遅滞なく通知しなければならないとされています。保健指導（法第66条の7）では、特に健康の保持増進に努める必要のある受診者に対して、医師、保健婦（士）等による保健指導を行うことが望ましいとされています。

さらに平成10年には脳血管、心臓疾患に結びつく高脂血症のHDLコレステロール、糖尿病の血糖・HbA_{1c}の項目追加とBMIの採用がなされ、検査項目の変更、省略については聴力、尿中糖、身長等がその対象となりました。

平成11年の法改正では深夜業に従事する者の自発的健康診断が取入れられ、医師の意見を勘案し作業に関する措置、保健指導がここでも求められることとなっています。

本年（平成13年）4月からは、定期健康診断で血圧、血中脂質、血糖、BMI（肥満度）のすべて

について有所見となったものに対して、いわゆる二次健康診断が労災保険給付事業として制度化されました（なお、4項目のすべてに所見がないと健診医が診断した場合でも、産業医の意見を優先し、二次健診にすすむことが出来る点も含まれていません）。

この健康診断は労災保険二次健診等医療機関で実施されますが、項目として空腹時の血中脂質・血中グルコース、HbA_{1c}、負荷心電図または胸部超音波、頸部超音波、微量アルブミン尿が挙げられています。この検査結果で医師が「脳および心臓疾患を発症していない」と診断した場合、これら疾患の発生の予防を図るための特定保健指導が行われます。この指導は生活指導、栄養指導、運動指導が含まれます。

3 健康診断と事後措置の流れ

事業者による一般健康診断、作業者による自発的健康診断が出発点となります。健診判定医により所見なしと所見ありに区別され、いずれの項目も含めた具体的な結果の通知が必要となります。

つぎに有所見者については就業に関して産業医の意見が必要になります。これを受けて事業者は受診者の意見を聴取し、就業上の措置の決定を行います。この中には通常勤務、就業制限、休養の区別がなされます。

また先の所見ありの受診者の中で保健指導が必要とする者に対して事業者は保健指導の依頼を産業医、保健婦（士）等にします。保健指導の内容として栄養指導、生活指導、運動指導等が含まれると考えられます。

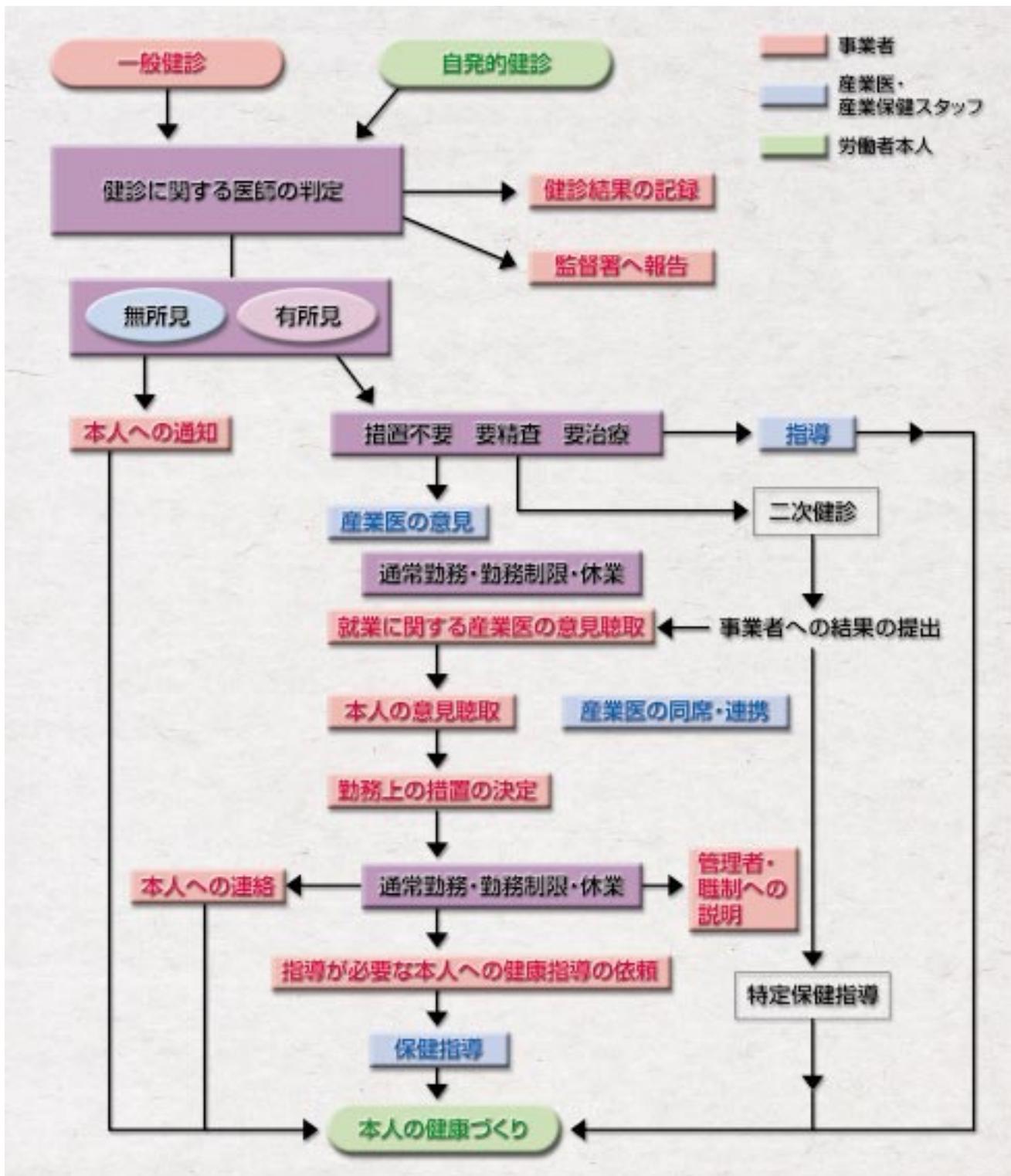
(1) 健康診断

健康診断は大きく分けて一般健康診断と特殊健康診断があります。特殊健康診断は有害作業に関連した職業性障害の発見予防が目的です。

特集 健康診断と事後措置



図1 健康診断とその後の流れ

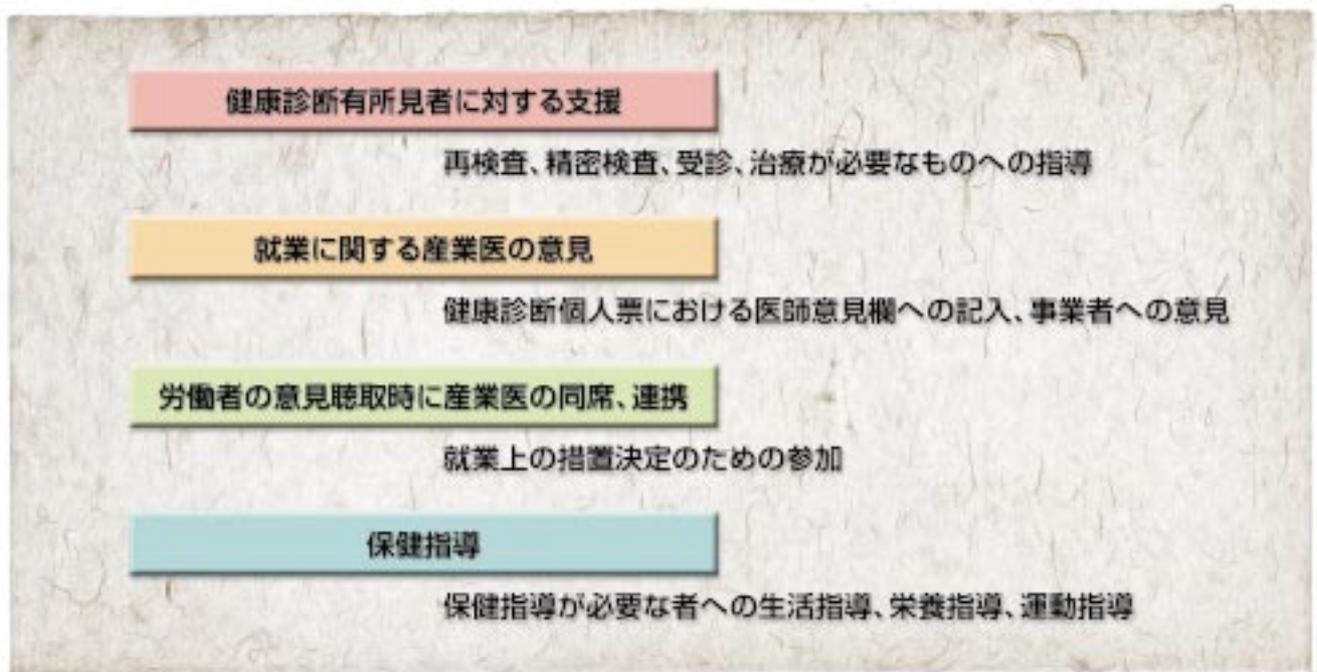


全衛連総合精度管理委員会健診システム専門委員会2000より作図(野田)

図2 事業者の講ずべき措置



図3 産業医・保健婦（士）等が行う事後措置





一般健康診断はその目的が一次予防（健康づくり、QOL等）に変化してきており、検査項目、省略項目等もその流れに乗っております。

事業者と個人が行う健康づくりに目標があるため、事後指導もそれらを頭に置いたものとなります。

（2）事業者が講ずべき措置

事業者はまず健康診断の実施（法第66条、第66条の2）が出发点になります。結果の記録（法第66条の3）、労働基準監督署への結果報告（則第52条）、受診者本人への通知（法第66条の6）があり、その後就業に関する産業医の意見聴取（法第66条の4）となります。就業上の措置（就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮）については労働者の意見聴取（法第66条の5）があります。ここでは産業医の同席あるいは連携が必要です。この結果、通常、就業制限、休業等の事業者の判断がなされ、衛生委員会での検討も併せて必要となります。

図2にあるように事業者が実施する事項は多く、その範囲も必須のものから努力義務まで多岐に亘っており、本人はもとより産業医、保健婦、衛生委員会、外部の健診機関との協力は不可避です。

（3）産業医（医師）、保健婦（士）、産業看護職等が行う事後措置

法的に医師、保健婦（士）等が行う事後措置には図3のように最初に 健診結果の所見に基づく指導があります。この中には要検査、要治療についての支援、指導のほか経過観察等も含まれます。この指導は再検査、精密検査の実施責任があるのではなく、あくまで本人の実施が基本となります。

つぎに 健診結果について産業医が通常勤務、勤務制限、休業等の意見を出し（個人票に該当欄あり）、事業者からの聴取を受け、意見を述

べる必要があります。いわゆる二次健康診断結果についても同様です。この意見については事業者が本人の実情を考慮して、勤務場所の変更、作業転換を行うために必要であり、産業医としては本人、事業者との連携・面談を十分にする必要があります。

さらに 保健指導が必要な者に対する指導です。事業者としては努力義務となりますが産業医、保健婦（士）等スタッフにとっては重要な業務項目となります。この3点が法的な措置ですが、実際にはスタッフにとってはもっと広い範囲の指導があります。まず健康診断未受診者、検査・精査中途脱落者、精査結果不明者に対する指導が必要であり、受診者個人のみでなく、小グループ・職場・衛生委員会等への教育指導、医療機関への受診依頼者のフォローアップも必要となります。

4 疾病管理

健診の結果の有所見者で要治療とされた者について産業医は主治医となるのではなく、所見内容、本人の希望等を考慮し、疾患に適合した医療機関を紹介するのがその立場です。産業医は応急処置の治療以外の疾患治療が産業医業務でないことを基本とすべきです。

その後、就業上の措置に関する意見を述べるため、また疾病に対しての直接的な治療でない栄養指導、生活指導、運動指導をするためにも、医療機関における主治医との連携が必要になります。

5 労働衛生マネジメントシステムの利用

平成11年に労働衛生マネジメントシステムに関する指針が告示されています。

この目的は自主的な安全衛生活動を行うことによって労働災害の危険性を低減し、作業者の健康の増進、快適職場環境の促進を図り、職場の安全

衛生の水準の向上をはかることにあります。

健康管理部門、健康管理スタッフにとっても例外ではなく、健康づくり、QOL等をさらに向上させるために、このシステムを有効利用する必要があります。

とくにこのシステムのPDCAサイクル(図4)を利用して、健康診断と事後措置でも計画(Plan)からはじまり、実施(Do)、評価(Check)、改善(Act)のサイクルで更なる向上につなげることが望ましいと考えられます。このシステムの特徴である事業主を巻きこんだPDCAサイクルの活用が健康診断とその事後措置の質の向上にも活かされます。

6 守秘義務と安全配慮義務

産業医も含めた健康管理スタッフは作業者の健康情報に対して守秘義務の責任があります。医師

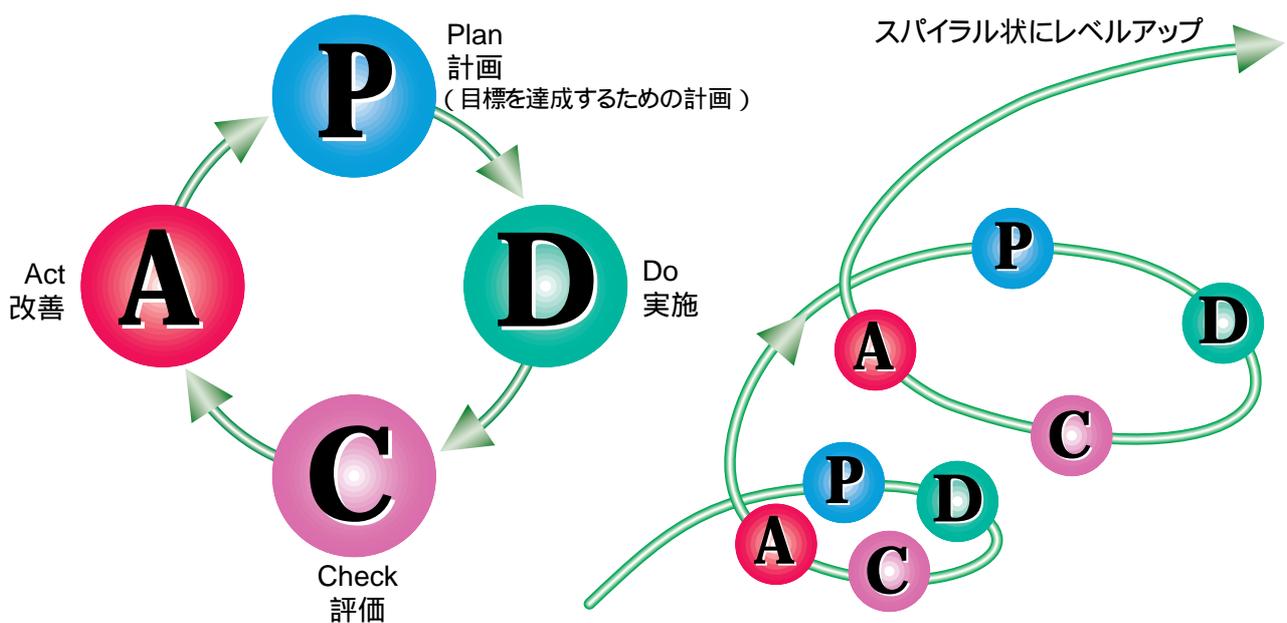
である産業医は刑法第134条で、知り得た健康情報について秘密の漏洩の罪が定められております。また安衛法第104条では健康診断実施の事務にあたった者は秘密を漏らしてはならないとされています。

一方事業者は作業者に対して健康障害を防止し、健康診断の実施、健康の保持増進のための措置を行わなければならない安全配慮義務があります。そのためにはこれらに係る個人の情報(健康状態)を勘案し、措置を行う必要があります。

このため健康管理の現場ではこの双方の義務を調和させ、業務を行う必要があります。

個人のデータ等を職制に明らかにする場合は事前に本人の同意を得ることが基本となります。また診療行為で知り得た内容を健康管理に利用する場合も同様で、守秘義務には事業者、健康管理スタッフとも細心の注意が必要と考えます。

図4 労働安全衛生マネジメントシステムの一般的知識



出典：中災防技術支援部マネジメントシステム部



最近、EAP(Employee Assistance Program : 従業員支援プログラム)が注目されている。EAPは労働者を支援する米国育ちのシステムであり、カナダ、英国、南アフリカ、オセアニア、南米など世界中に拡がりつつある。EAPは、アルコール依存症からの回復者によるボランティア活動として誕生したもので、当初はアルコールおよび薬物への依存症を対象として援助活動を行っていたが、次第にビジネス化して、80年代以降は広くメンタルヘルス問題全般を扱うようになり、さらに家庭問題、経済的問題、触法問題など、広範な問題を取り扱うようになってきている。

このEAPが日本に紹介されるようになったのは80年代の終わり頃である。職場の内部に相談室を設置しても、なかなか利用されないという現状の前に、外部で職場の人に知られずに自由に無料で相談できるシステムとしてEAPが関心を集めた。つまり、この時期は福利厚生サービスの一環としてEAPが考えられたのである。

しかし、最近EAPが注目されている背景には、精神的な病気で欠勤を繰り返し、入社不能が長期化し、対応に苦慮するケースが増加してきたこと

がある。つまり企業にとってメンタルケースのマネジメントが大きな問題になってきており、電通裁判に典型的にみられるように、企業にとってメンタルヘルス問題が重大な事態を招くという、リクスへのマネジメントの観点からも注目されているのである。

従来の産業保健の枠組みでは、精神科専門医の関与が少なく、適切な対応ができないためにメンタルヘルス上の問題が企業にとって大きな負担になってきているのである。このため、内部に専門家を招聘するか、外部の専門機関に業務委託するかという選択肢の中で、EAPが注目されてきたということがある。この場合は、メンタルヘルスに関する産業保健の外注化という流れである。

ところで、周知のように2000年8月に労働省は職場におけるこころの健康づくりの指針を発表したが、ケアの主体は4本の柱から構成されている。すなわち(1)労働者自身によるセルフケア、(2)マネージャーによる部下のケア、(3)産業保健専門職によるケア、(4)事業所外の専門機関によるケア、である。この第4の柱にEAPが該当すると考えられる。勤労者の大部分が働いている中小規

模事業所では、自前でメンタルヘルスシステムを持つことは経済的に困難であり、今後、メンタルヘルスシステムを導入するうえで、EAPを利用することになる可能性が高いと考えられるが、この意味でEAPが注目されている。

EAPの活動内容は以下の8つにまとめられる。

(1) 問題のアセスメントと必要に応じた専門機関への紹介

あらゆる問題に関してアセスメントが最も重要であるが、EAPにおいてもクライアントの抱える問題のアセスメントを行うことが最初で最も重要な過程である。このアセスメントに基づいて、適切なプランを作成し、必要な場合には、問題解決に適した手段を勧め、適切な援助を行う機関へ紹介する。

(2) 危機介入

危機介入プログラムはEAPの重要な活動である。従業員、その家族、および組織が直面する危機に対して、適切で機敏な介入を行う。

(3) 短期問題解決法

わが国におけるカウンセリング・心理療法は概して期限設定のなされないことが多い。EAPでは、クライアントの抱く問題を解決するために、短期問題解決のアプローチを行う。長期の心理療法を要する場合には、リクエストに応じて専門機関を紹介する。

(4) モニタリングおよびフォローアップ・サービス

EAPが関わるクライアントには、適切にフォローアップ・サービスを行って、クライアントの状態についてモニタリングをして必要な援助を行う。

(5) 組織のリーダーに対するトレーニング

EAP推進プログラムの目的や方法について周知徹底し、組織のリーダーがそれぞれの役割を理解するために、組織のリーダーをトレーニングする。次のマネージャー・コンサルテーションによるEAPの利用を促進するために重要な柱となる。

(6) 組織のリーダーへのコンサルテーション (いわゆるマネージャー・コンサルテーション)

組織のリーダーに対して、業務遂行上の問題、行動および医療上の問題を抱える従業員を、EAPにリファーすることに関してコンサルテーションを行う。

(7) 組織に関するコンサルティング

従業員の心身の健康に強い影響を与える可能性のある職場関連の問題について相談に応じて、適切なアドバイスを行う。個人に対するアプローチと組織に対するアプローチは車の両輪である。

(8) プログラムの推進と教育

従業員、その家族および組織のリーダーが、EAPプログラムを抵抗なく利用できるような雰囲気醸成するために、広報活動を行う。通常、パンフレットやカードを配布したり、ホームページにより情報を提供する。

ところで、2000年7月には、日本におけるEAPの普及を目的に日本EAP協会が設立された。この協会では、米国EAPA本部の推薦の講師を2度にわたり招聘して、コアテクノロジーのワークショップを開き、また危機的状況へのストレスマネジメントのセミナーを開催するなどEAP専門職の養成に努めている。

EAPの活用に関して最も重要な点は、事業所内部においてメンタルヘルス活動を担う人的資源が必須であるということである。つまりメンタルヘルス対策の全面的な外部業務委託では、EAPは十分には活用されず、メンタルヘルス対策が十分に効果的なものにならないと考えられる。またEAPでは、上述のように、電話相談、メール相談、マネージャーコンサルテーション、メンタルヘルス教育、個人・組織のメンタルヘルス評価、危機介入など様々なサービスを行うが、組織風土に合わせて、カスタマイズすることが重要であると考えられる。



産業カウンセリング

「快適な職場環境の形成」のための 人間関係づくり(3)

続アサーティブ(率直な自分表現)に学ぶ

東京産業保健推進センター
産業保健相談員

岩船展子 (社)日本産業カウンセラー協会理事
IS・キャリア開発研究所代表

中間管理職の方々の嘆きに、自分が若い頃上司からしてもらったように、今自分の部下にしても通じないということがあります。ゼネレーションギャップはいつの時代にもあるわけですが、時代の流れが早く、そのテンポは今までで最高ではないでしょうか？世の中が変われば、コミュニケーションのとり方も変わらざるを得ません。前号でご紹介した「アサーティブ」は、アメリカ文化を背景として、一つの運動となったアサーション運動とその考え方、人間関係の持ち方でしたが、私達がアサーティブから学べることは 真の自己主張は自分勝手と違うこと 自己主張する自由も、しない自由もあり、そのどちらを選んでもいいということです。

日本はお察しの文化とよく言われますが、察することはまず気づくことであり、言われる前に察し行動することが尊ばれてきました。また慎み深さや控え目も美德とされてきました。ある規模までは、又は秩序がはっきりした社会では、控え目・慎み深さも察してもらえ、自己主張や自分表現しなくても、わかりあえる安心感があったと思います。今日は、親子ですら、夫婦ですら、意思の疎通を欠く世相です。察してもらう期待をして、結果としてわかってもらえないみじめさを味わうより自分表現することが、理解し合えることに通じるのではないのでしょうか。



自分表現することは自分勝手と違う

つつましいことや控え目は、言うべき時に言い控えることとは違います。言うべき時に言わずして、どこで言うかといえば、陰で言うことになります。会議の席上は発言がなくて、会議室をでて廊下で急に賑やかになったり、PTAに出席した母親達は、先生を交えた場では静かで、下駄箱付近で活発に意見を交わしたりします。本来ならその場で言うべきことをその場で言わず、さりとして黙ってもらえないということでしょうか。必要な箇所適切に自分表現できれば“物言わざるは腹ふくる業なり”にならなくてすみます。自分の意思で「言わない」ことを選んでいるのであれば後で別な場で言う必要はないのです。

自分表現することを思いつかなかった人は、できることをこの際知っていただきたいし、自分表現できない人は、自分表現してもいいことを知っていただきたい。誰もが等しく生まれつき持っている権利を「Assertive Rights」としてアサーションの本にはいくつも載っています。そのいくつかをあげますと

自分の気持ちや考えを言うことができる(言ってもいい)
人と意見が異なる時、『そうは思いません』と言うことができる(言ってもいい)

わからないことを『わかりません』と言うことがで



きる(言ってもいい)

罪悪感を持たないで断ることができる(断ってもいい)などがあります。



反対意見を言うことは反抗ではない、 聴くことが大事

小さいお子さんを持つお母さんからの相談に、「このごろ子供が言うことを聞かなくて……」がありますが、親の言う通りにしないことイコール反抗と考えられてしまう様です。子供には子供の言い分があります。子供の言い分が正しい場合も、屁理屈の場合もあるでしょう。しかしこれは聞いてみないとわからないことです。子供の言い分をよく聞くことで、子供は聞いてもらう体験をし、自分も他の人の言葉に耳を傾けることができるようになります。反対に、「子供は黙っていなさい」とか「つべこべ言うな」とか、聞いてもらえなかった体験をした場合、別の場面で人の話を聞けないこととなります。とかく人は、自分の体験の範囲でしか行動できないことが多いのですから。会社でも同じことが言えます。部下の言うことに耳を傾ける上司のもとで仕事した人は、別の場面で傾聴できるように育ちます。



賛成意見は言いやすいが、 反対意見をためらう

反対意見をためらう背景には、反発、反抗と取られないかという不安からでしょう。ディスカッションは、「問題となっているものそのもの」が焦点なのですが、それによって起こる感情を混同してしまうと

「あいつオレの意見に反対しやがって…」と本筋から離れてしまいます。

日本には、ディスカッションする習慣は、歴史が浅いのですが、留学した場合、語学のハンディに加え、ディスカッションできないハンディを持つようです。ある留学生の話で、ディスカッションの中に入れないことが一番困ったことだそうです。米国などでは、発言しないことは自分の意見を持たないことになってしまうのです。外国人労働者と仕事を共にすることも増えてきています。お互いにわかりあえることが、いい仕事をするに通じます。

discussionは、呪い・恨みを意味する「カス(cuss)」にそれを否定する「ディス(dis)」がついた言葉で、「恨みっこなしの話し合い」と訳せる。



言いやすい相手、言いにくい相手

ある人には率直にものが言えるが、ある人にはためらってしまうことはありませんか？日ごろ気やすく言える間柄なら、構える事なく言えるけれど、日ごろ余り話す機会がなかったり、または初対面の人には、率直とは言い難いでしょう。相手と距離や親しさが、どこまで言おうかの判断基準になるとしたら、職場の人間関係は日ごろが大切になります。そこで「挨拶はコミュニケーション」なのです。(7号参照)

日ごろ話す機会が多くても、相手の言い方の特徴で、言うことをあきらめることもあります。ある病院の看護職の話では、Aドクターはいろいろこちらの話を聞いてくれるから相談しやすいけど、Bドクターはいかにも「オレは専門家ダ！」的態度だから相談しないと云います。結果から言えば、話しやすい人とは益々距離を縮め、心が通じ合え、話しづらい人とは距離が縮まらず、心が通じ合えないこととなります。

職場は仕事するところです。会社にとって何が必要か、何が大切か、優先順位は何かなど主語は会社での仕事です。そのことを踏まえると、一人一人がアサーティブになることは仕事を円滑にする潤滑油であり、職場の人間関係が良好になれば、風通しが良くなり、メンタルヘルスは向上し、生産性の向上に通じます。

労働衛生工学の 基礎知識

1

VDT における電磁波問題

東京産業保健推進センター
産業保健相談員

本間克典 (産業医学総合研究所客員研究員)

VDT 作業に関しては労働衛生管理が円滑に行い得るように、昭和60年12月20日基発第705号として「指針」が示され、その中で視環境を中心にした管理上の留意点が述べられている。その結果、視環境に関しては、十分とは云えないまでも、ある程度の対応がとられ、作業の快適性が確保されて、障害発生につながるようなものはほとんどない状況にある。ところが、VDT 作業を安全に行うには、電磁波防止用エプロンを装着して行わなければならないのではという懸念が噂となり、それが真実味を帯びて叫ばれているようである。これは困った問題である。真実のところはどうなのかとの問合せがしばしばなので、今回の「労働衛生工学の基礎知識」では、電磁波問題について御^お^き^らいをしてみることにした。電磁波の生体影響については、十分にわかっていない問題もあるが、多くの調査・研究があって、この程度であれば、先ず



写真1 超低周波磁場用測定器の例

問題はなかりと判断できる領域も見つかっている。

そこで、現在までのところで判っている点と、実際に電磁場（電磁界）を測定して実体を獲えるにはどのようにしたらよいかについて記す。

電磁波の健康影響について

電磁波とは、空間を伝わる電氣的、磁氣的波動現象のことで、一般家庭等で使用される50/60Hzの電気をはじめとし、通信用の電波、医療用のX線や放射線の総称なのである。これら電磁波のうちで、人の健康の面で問題視されているのは、家屋に配線されている電線や家庭用電気器具からの超低周波電磁波と携帯電話で使用されているマイクロ波と称される1GHz（ギガヘルツ = 10^9 Hz）前後の高周波である。

超低周波電磁場で問題になるのは、人体が曝露されることによって体内に誘導電流が生じ、その電流

表1 誘導電流と電界・磁界の生体作用

誘導電流密度 [mA/m ²]	1 ~ 10	10 ~ 100	100 ~ 1000	1000 ~
電界強度 (50/60Hz)	~ 30 [kV/m]			
磁束密度 (50/60Hz)	0.5 ~ 5 [mT]	5 ~ 50 [mT]	50 ~ 500 [mT]	500 [mT] 以上
生体作用	顕著な生体作用 認められず	視覚作用 神経作用 骨折治癒促進	刺激作用 健康障害?	期外収縮 心室細動 生命に危険?

(WHO : Environmental Health Criteria 69 : Magnetic Fields (1987))

密度がある限度を超すと障害が起きることである。その障害は、電場が数十kV/m以上の場合、また、磁場が1mT（ミリテスラ）以上の場合に生ずるとされている（表1）。しかし、心臓にペースメーカーを埋めた患者では、低い誘導電流でもペースメーカーに変調を来すおそれがある。そこで、国際放射線防護協会は1990年に、50/60Hz電磁場に関するガイドラインを定め、ペースメーカーにも影響を及ぼさない限度として、一般公衆では終日曝露で、電場5kV/m、磁場0.1mTとした。

例えば、CRT方式のVDTでの磁場は最大でも2.8μT（マイクロテスラ）程度なので、作業で不快な防護エプロンの着用は全く必要はないのである。尚、液晶方式のパソコンでは電磁波の発生が殆どないので心配は皆無である。

表2にオフィスや家庭内で使用されている電気機器の周辺における電磁場の強度の測定例を示す。

高周波電磁波については、人に曝露があると、体内に熱を発生する作用と刺激を生ずる作用とが認められる。我が国では、10kHz～300GHzの高周波電磁場を対象として「電波利用における人体の防護指針（1990年郵政省電気通信技術審議会答申）」が示され



写真2 VDT磁場の測定の例

表2 超低周波電磁場の強度

	電場 [V/m]	磁場 [μT]
事務室内	2 ~ 8	0.03 ~ 0.6
蛍光灯 (1m)	10	0.1 ~ 0.2
電話 (5cm)		0.08
VDT (40cm)	< 5	0.1 ~ 1
コピー機	25	0.75
冷蔵庫		0.3 ~ 2.5
電子レンジ (30cm)	40	1.5 ~ 40

(換算値 1μT 10mG)

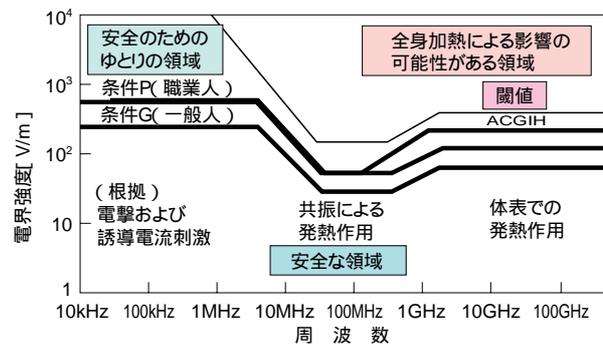


図1 電界強度で示した防護指針
(電気通信技術審議会：電波防護指針(1990))

ている（図1参照）。国際的には1996年WHOが電磁界曝露の健康や環境影響を評価する国際プロジェクトを発足させ、2005年に結果を取りまとめるべく、現在進行中である。

VDTの電磁場を測ってみよう。

VDTに関する電磁場問題というと、超低周波電磁場ということなので、その測定方法について述べる。

周波数が300Hz以下の超低周波領域では、電場と磁場とを別々に測定し、評価しなければならない。なお、電場については、最高でも50V/mである。

300Hz以下での磁場の測定器としては、米国Bell社のものが定評があり、また国産のカスタム社のものも簡易測定器としてほぼ同等の性能が認められたので、これらについて紹介する。

写真1に両社の代表的な製品を示す。

Bell社のModel 4080は対象周波数40～550Hzで発生する磁場を3軸で測定してあり、分解能は0.1mGで、3桁の範囲（99.9mGまで）が計測できる。

カスタム社のModel EMF-822は、対象周波数範囲が30～400Hzの1軸測定で、分解能は0.1mG、計測値表示は0.1～199.9mGの範囲となっている。

これらの測定精度は±2～4%ではあるが、時定数が小さいので、磁場状態にもよるが、数値は変動し易い。したがって、簡易測定器としては、小数点以上の桁を測定するのに用いるのが望ましい。

写真2に本器を用いて、VDT作業時の磁場を計測している状況を示す。

[参考文献]

- 1) 労働衛生工学通論：VDT作業の物理環境の把握と管理：富永洋志夫 pp187, 日本作業環境測定協会（平成4年）
- 2) Bureau of Radiological Health：An Evaluation of Radiation Emission from VDT, HHS Pub. FDA 81-8153 (1983)
- 3) Murray, W. E., et al：Potential Health Hazards of VDT, NIOSH Research Report, DHHs Pub. No.81-129 (1981)

保健指導、成功の秘訣は的確なアセスメントから ～マンネリの保健指導から一歩抜け出すために～

東京産業保健推進センター
産業保健相談員

錦戸典子（聖路加看護大学地域看護学助教授）



すべての保健活動は、アセスメント、計画、実施、評価の一連のサイクルで回っています。対象者のニーズや置かれている状況に関する的確なアセスメントがあって、初めてそれに合ったプランができ、実施へと進むわけです。もしも、アセスメント自体が本質からずれていたり、誤ったものであれば、保健活動の成果は初めから望めません。

これは、普段私たちが何気なく行っている保健指導にもあてはまることです。今回は、保健指導を行う際のアセスメントについて、改めて検証してみます。保健指導には大きく分けて個別指導と集団指導がありますので、それぞれの場合について考えてみましょう。

個別指導のアセスメント

個別指導の場合、多くは健診の事後指導場面になると思いますので、その場면을例に考えていきましょう。健診の結果表が担当看護職の手元に届き、これから対象者を呼んで結果通知と保健指導を行おうと思います。さて、皆さんはどのようなアセスメントを行いますか？

～対象者が来る前に～

健診データの読みとり：

第1ステップ：各種検査値の異常の有無を確認し、データ上の問題がないかどうか、あればどのような点が問題なのかを、把握。

第2ステップ：経年的な変化の様子を把握し、正常範囲の中でも上昇傾向がないか

どうかのチェックや、異常値ではあっても改善傾向がないかなど、対象者の中でのダイナミックな動きを把握。

第3ステップ：各検査値間の関連や本人の所属・職種などから、どのような生活背景が問題になりそうか、予測をたてておく。

ここまでは、ある程度の経験のある看護職なら、問題なく行えるアセスメントだと思います。次に、対象者との面談場面です。対象者を前にして、先ほど事前読みとったデータの説明やそれに関する指導を、早速始める方はいませんか？それでは、まだアセスメント不足です。対象者が今何を感じ、今回の健診データをどう受け止めているのか、どのような健康支援を望んでいるのかについて、的確に把握する必要があります。それをしない限り、一方的な押しつけの保健指導になってしまい、本人の主眼的な行動変容は望めません。

～対象者との面談～

対象者の感じ方やニーズ、生活背景を知る

第4ステップ：全般的な体調や健診結果および仕事の状況について、例えば「この頃、ご体調はいかがでしたか？」など、本人が気になっていることがあれば何でも言えるようなオープンな質問をして、本人の感じ方やニーズを把握する。また、表情や声のトーンなどにも気を配る。

第5ステップ：見いだされた問題に対して、まず本人の受け止め方を聞いてみる。そこには、本人の価値観や生活背景

が色濃く反映されていることが多い。また、職場環境や家庭環境について、サポート体制を含めて把握しておきたい。また、本人なりに対処・工夫できる可能性がないかどうか、考えてもらう。

ここまでアセスメントできれば、本人の気づきとしても十分で、自己決定に基づく行動変容へと進んでいくための条件が整ってきたこととなります。

集団指導のアセスメント

集団指導の際には、集団を対象とした地区(コミュニティ)診断の手法を用いることとなります。例として、健診のフォローとして行われる健康教室を企画するためのアセスメントを考えてみましょう。

第1ステップ：事業所全体で、また性・年代別に項目別の有所見者がどのくらいの割合で見られるのかなど、健診データの集計を行い、対象集団の中で問題となる所見の優先順位をつける。このとき、比較対照となるデータ(全国集計や健診機関集計、または関連事業所のデータなど)や、同じ対象の経年的なデータを参考にするとよい。

例えば、高脂血症の出現率が他より多く、最近若年層にも異常値が増えてきているとしたら、これをテーマとする若年層向けの教室の開催が必要だと判断される。

第2ステップ：データの分布や他の健診項目との関連など、健診データの分析を行って、問題の関連要因を把握。

TCH、HDL、TGのデータの分布ならびに肥満度や血糖値、肝機能などとの

関連を把握し、問題の原因や背景を探る。

第3ステップ：対象者の健康意識、生活習慣、生活背景・環境、利用できる社会資源や周囲からのサポートをさらに詳しく知るために、事前のアンケート調査ができれば理想的。あるいは、健診時の問診票を充実させ、そのデータを活用してもよい。個別指導や職場訪問など、日頃の保健活動から得られた情報も総動員して、問題への対策および当日の健康教室の内容・教材を考える。

例えば、飲酒量が多く、しかも脂っばいつまみを多く取っている集団なら、適正飲酒量の目安とつまみの上手な選び方を中心とした内容にしていく、など。

第4ステップ：これまでに実施した健康教室の評価をアセスメントに活用する。同様の集団を対象とした保健指導の内容や教材、実施時期などについて、対象者のニーズや関心に合っていたかどうかの評価を、次回からの教室の企画に活かしていく。

第5ステップ：教室開催中にも、参加者の反応をうかがったり、双方向のコミュニケーションを行って、対象者のニーズや関心からずれている部分がないかチェック。必要なら、内容や教材の運用等を微調整していく。

これらのポイントをしっかりアセスメントできると、万人向けの一般的な健康教育に留まらず、本当に対象集団のニーズや生活背景に合致した、効果的な集団指導を企画・運営するための準備が整ったこととなります。

東京さんぽ素描

地域産業保健センター共催研修



と き 平成13年1月18日(木)
ところ 東武鉄道(株)西新井工場
共 催 足立・荒川、東京東部地域産業
保健センター(参加産業医29名)



と き 平成13年2月3日(土)
ところ 渋谷区医師会館
共 催 東京西部地域産業保健センター
(参加産業医27名)

東京産業保健推進センターでは、開設以来、毎年100回前後、研修会を開催してきています。産業医学・労働衛生工学・労働関係法令・メンタルヘルス・カウンセリング・保健指導という産業保健の全部の分野について産業医・保健婦・看護婦・労務管理担当者等を対象に、原則、センター内研修室で開催してきました。3年間の参加者の傾向を振り返ってみますと、当センターの近くに所在する大企業の健康管理担当の保健婦、看護婦及び労務管理担当者の占める比率が極めて高率になっていることがうかがえました。同時に、参加者の固定化も見られるようになってきたところから、もっと広範な地域の産業医が参加できる研修会を開催することが課題になっておりました。こうしたことから、また、産業医から要望の強かった実地研修を、出張して開催することとし、12年度のみで6回実施しました。紹介した研修は、地域産業保健センターと共催して出張開催した、認定産業医指定講習(実地研修会)のものです。

「マルチメディアを用いた産業医等実務研修会」開催さる

主催 財団法人 産業医学振興財団

と き 1回目 平成13年2月28日(水)
2回目 平成13年3月1日(木)
ところ 東京産業保健推進センター研修ルーム

産業医等の質的向上に必要な良質の研修機会を量的にも十分に確保するための方策として、マルチメディア機器(衛星放送設備)を活用して、遠隔地等においても実務研修が効率的に実施できるよう「作業環境測定の手法について」をテーマに実務研修会が試行的に開催されました。



地域産業保健センターブロック別コーディネーター会議

北部ブロックコーディネーター会議

と き 平成13年2月13日（火）
参加者 新宿・東京城北・北地域産業保健センター
コーディネーター
新宿・池袋・王子労働基準監督署



多摩ブロックコーディネーター会議

と き 平成13年2月22日（木）
参加者 八王子・北多摩・西多摩・多摩東部・町田
地域産業保健センターコーディネーター
八王子・立川・青梅・三鷹・町田労働基準
監督署（支署）



南部ブロックコーディネーター会議

と き 平成13年3月2日（金）
参加者 都南・大田・東京西部地域産業保健センタ
ーコーディネーター
品川・大田・渋谷労働基準監督署



東京都内18労働基準監督署（支署）管内のすべてに地域産業保健センターが設置されてから3年が経過しました。この間、各地域産業保健センターにあっては小零細事業場で働く人たちへ適切な産業保健サービスを提供するべく、工夫を凝らした事業展開を図ってきております。

地域センターの根幹事業の一つである健康相談業務の充実化策として、幾つかのセンターでは、登録産業医の診療所を地域センターのサテライト（ブランチ）として位置づけ、そこで健康相談等を受ける方式の採用に踏み切るなど意欲的な事業運営を進めています。反面、活動が停滞していて実績が伴わないセンターが認められるなど、センター間の活動内容に大きな開きがみられるところでもあります。

こうしたことから、地域センター相互の意志疎通と経験交流を図るとともに、東京産業保健推進センターおよび労働行政との間の連携・協力を深め、活動の一層の活性化を図ることとして、「地域産業保健センターコーディネーター会議」を開催しました。

会議の形態は、18すべての地域センターが参加する形式では、全員参加が図られにくいこと、時間等の制約から必ずしも十分な議論・話し合いができにくい傾向にあることから、東京を5ブロックに分け、各ブロック毎に開催することとしました。2月13日の北部ブロック会議を皮切りに多摩ブロック、南部ブロックのそれぞれコーディネーター会議を開催しました。個別訪問事業場の確保の方法やケーブルテレビを活用した効果的な広報の進め方などに議論が及び貴重な経験交流の場になりました。

地域産業保健センター 活動紹介

東京城北 地域産業保健センター

東京城北地域産業保健センターは、「安全衛生法」に定められた設置目的を達成させるために、平成8年3月に開催された板橋区医師会臨時総会においてその設置を承認され、事業の委託者である労働基準局をはじめ、共同して事業実施にあたる豊島区及び練馬区の両医師会との間での協議を重ね、諸手続を経て同年6月に正式な委託契約を締結し事業を開始した。

1. 試行錯誤からの脱出

待ちから出前への発想の転換

事業の開始にあたり、各事業の実施については、全くの試行錯誤そのものであった。

担当理事との協議、運営協議会での意見聴取などあらゆる機会を通じて「どうすべきか」の連続であったが、一つ一つの事業について具体的な試行を積み重ねた結果その実績を徐々に上げていった。

以下、各事業項目ごとに報告したい。

(1) 相談者の来ない定期健康相談窓口

定期健康相談窓口については、当初毎月第2、第4木曜日の午後2時から4時に窓口を設定し、池袋労働基準監督署、労働基準協会、板橋・豊島・練馬各区医師会、及び各区産連等を通じてPRをし相談者の来所を待ったが全く相談者なしの状態が続いた。運営協議会等において議論を重ねた結果「この状況から脱却するには待ってはいはだめ、こちらから出かけていく積極的な姿勢を持つ必要がある」との結論に到達した。

このような経緯をふまえ、全てのセンター事業の今後の基本的な姿勢を「出前の姿勢」に変換することにした。

(2) 移動相談に方針転換

まず、実績が全くない定期健康相談窓口を月一



左から須田事務長、篠達理事（公衆衛生部担当）、萩原理事（センター担当）、小尾コーディネーター、野口センター長

回に減らし、従来方式を残しながら「移動相談」中心に移行した。

健診実施医療機関の協力を得て、事業所健診実施後の有所見者に対する事後指導に重点を置いた相談を進めた。その結果相談実績を57件と高めることができた。

また、これによる副次的効果として新たな登録事業場の増加（24件）があったことは、予想外の効果でもあった。

(3) イベント会場へ出展

また、板橋区が主催する「いたばし産業見本市」の会場に相談窓口を設置し出展企業と企業関係者及び一般の来訪者双方へのセンター事業PRのアプローチを行った。

この見本市は、板橋区が区内の産業商工振興対策のため実行委員会方式で毎年区立東板橋体育館において開催しているものであり、その規模は平成12年度実績で、出展企業及び団体数82社（団体）入場者数31,150人となっている。

わがセンターは、この会場の1ブースを確保し、センターの事業PRを兼ねて医師及び保健婦による健康相談を行い、3日間で279件の健康に関する相談実績をあげた。

その他にも、税務署が主催した「税を知る週間（間税展）」の会場にも健康相談窓口を設置し同様にセンターのPRと医師・保健婦による健康相

談を実施するなどの実績を上げた。

(4) 他の事業へ発展効果

これらのことは、単に相談実績の追求だけではなく、これにより相談者からは好評を得たほか、さきにも述べたように、事業場登録や産業医の紹介等他のセンター事業へ繋がった例も多くあった。

2. PRは相互交通で

センターがセンターとしての事業を推進していく時に、そのPRをどのように行っていくかが第一の課題として担当者の頭を悩ませることであるがこれら体験的にみて「こちらから出ていく」ことにより従来のPR手段ではできなかった事業に対する相互のコミュニケーションを確保することができ、これに基づいた事業への理解を深めることができた。

3. 今後の課題

(1) 随時相談窓口の開設

センターに登録している産業医が開設している診療所等に地域産業保健センターの健康相談窓口を設置することについて、センター運営協議会において平成10年度にこの方法を提言し、種々の機会を見てこれについて意見を述べ、実施に向けての検討をしてきた。

この段階で、窓口となる医療機関の選定、通常の診療との区別、予算問題、事業実施の確認方法等具体的な問題が発生していたため、現在までほとんど実施されなかった。



移動健康相談（いたばし産業見本市会場）

最近、他のセンターにおいても同様な考えからこれの実施をしている例が増え、また、国においてもこれについて地域産業保健センター活性化のために一定の条件を整備したうえで実施することを認めたとこである。

先般開催されたセンター運営協議会においても定められた条件を整備しながら再度実施にむけて準備を開始することとした。

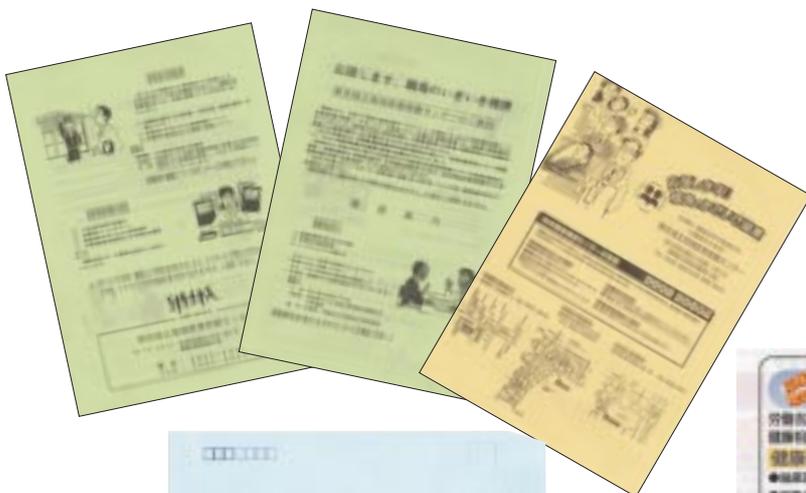
(2) 今後の広報宣伝活動

従来型のPR方法としては、主として労働基準協会や産業連合会など各種関係団体が発行している会報等の機関紙に関係記事を掲載したり、リーフレットを配布することなどによってきた。

平成12年度には、これらに加えて区の中小企業振興公社が一般区民向けに発行している産業情報誌、「いきいきタウン」（1回20万部年4回発行各戸配布）にセンターの事業内容を掲載した広報を行った。

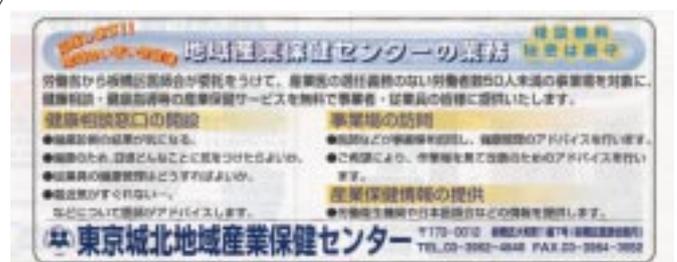
また、センターが使用する封筒にセンター事業のコマーシャルを入れ積極的に使用した。今年度も従来どおりのPRを主体とし、さらに工夫を凝らしながら広報していくこととしている。

コーディネーター 小尾 昇



同センター作成リーフレット及び封筒

平成12年度
第2回運営協議会



「いきいきタウン」掲載広告

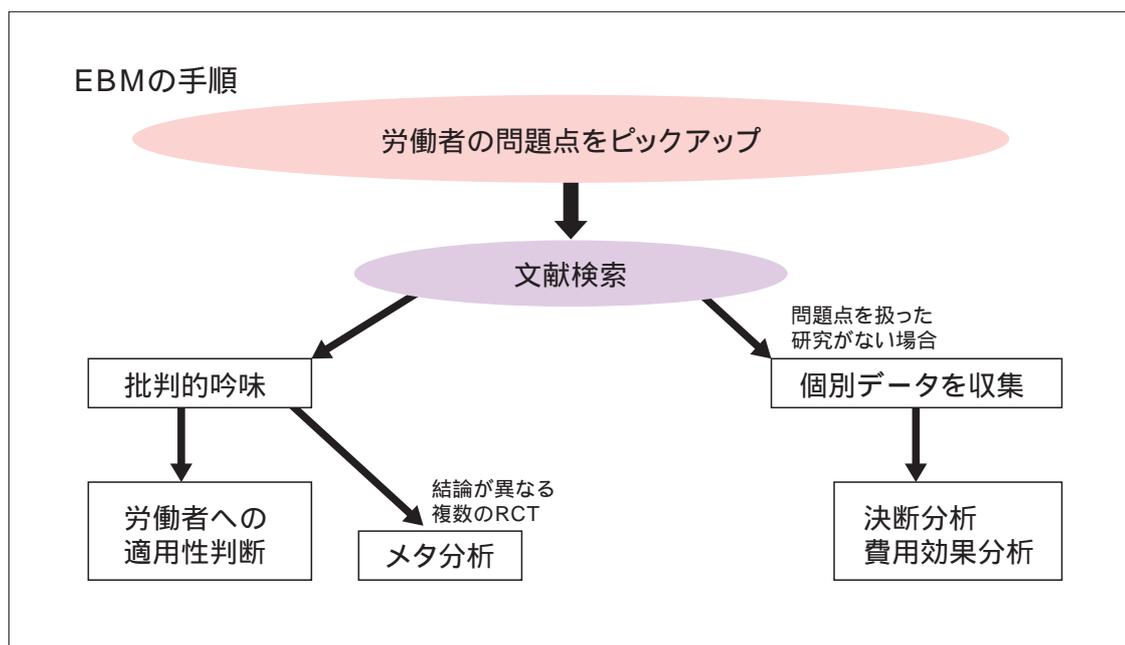
Q 最近、医学関係の場で、EBMという言葉をよく耳にします。これは、どういう意味なのでしょう？ また、産業保健には、どのような関わりがあるのでしょうか？

A EBMとは、Evidence Based Medicineの略で、Evidence、すなわち科学的、統計的根拠に基づいた計画、治療の進め方という意味で、今後の医療のあり方として注目されています。このような考え方がでてきた背景には、第2次世界大戦以後、薬剤の効果などに関して、偏りがないように統計的に計画、実施される効果比較試験（RCT）が、数多く行われてきたにも関わらず、その集積が、臨床の現場で必ずしも十分に活用されてきたとはいえないことがあげられます。その反省にたって、「臨床的な疑問点に遭遇したときに、できる限り質の高いエビ

東京産業保健推進センター
産業保健相談員

伊東一郎

デンスを把握した上で診療するにはどうしたらいいか」という指針が求められることになりました。これがEBMです。具体的な内容は図に示しておりますが、産業保健の分野でも、教育を実施した場合の効果、便益のエビデンスによってどのような健康教育の方法を選択すべきか、健康診断後の保健指導の場で、臨床的な説明、指導の際にEBMの考え方に基づいて対応するといったことで関わりがでてきます。問題点は、エビデンスの種類として、今まで、死亡率とか身体的な改善度などは医学的な尺度からよくとらえられていますが、これからの医療は、患者さん（産業保健では、労働者）からのQOLを含む評価を加えていく必要があるといわれています。



Q&A

労働衛生関係法令

東京産業保健推進センター
産業保健相談員

松山 寛

Q パートなど短時間労働者の健康診断について、常時使用する労働者の場合は労働安全衛生規則により定められておりわかりますが、短時間労働者については良くわかりませんので、実施する場合はどのような条件によるのか教えて下さい。

A パートでも、常時使用される労働契約が一年以上（特定業務の場合は6カ月以上）であり、かつ、一週間の所定労働時間数の3/4以上勤務する者には健康診断をする必要があります。

短時間労働者とは、「一週間の所定労働時間が同一の事業所に雇用される通常の労働者の一週間の所定労働時間に比し短い労働者」を言います。

常時使用する短時間労働者とは、次の 及び のいずれの要件にも該当する者です。

期間の定めのない労働契約により使用される者（期間の定めのある労働契約により使用される者）にあって、労働契約の更新により1年（労働安全衛生規則第45条において引用する同規則第13

条第1項第2号に掲げる業務「特定業務という」に従事する短時間労働者（にあっては6月、において同じ）以上使用されることが予定されている者及び労働契約の更新により1年以上引き続き使用されている者が含まれる。）であること。

その者の一週間の労働時間数が当該事業場において同種の業務に従事する通常の労働者の一週間の所定労働時間数の3/4以上であること。

これら2つの条件に該当する労働者には一般健康診断を実施する必要があります。

なお、一週間の労働時間数が、所定労働時間数の3/4未満の短時間労働者であっても の要件に該当し、一週間の労働時間数が、同種の業務に従事する労働者の一週間の所定労働時間数の概ね1/2以上である者に対しても一般健康診断を実施することが望ましい。

このことは、「短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律の施行について」8指針（法第8条関係）（平成5年12月1日、基発第663号）に規定されております。

しかし、労働者派遣事業法に基づく派遣労働者についての一般健康診断は、労働者の派遣元の事業場で実施し、有害業務従事者についての健康診断は派遣先の事業場で実施することとなります。

常時使用する者	(1) 期間の定めのない労働契約で使用されている者
	(2) 期間の定めのある労働契約で — 1年以上使用されることが予定される者 — 契約の更新により1年以上引き続き使用されている者 — 特定業務に従事して6ヶ月以上使用されている者

労災保険「二次健康診断等給付」はじまる

平成13年4月1日

給付範囲：「二次健康診断」及び「特定保健指導」

二次健康診断

二次健康診断は、脳血管及び心臓の状態を把握するために必要な検査を行う医師による健康診断であり、具体的には次の検査の全てを行うものである。

	項目	内容
1	空腹時血中脂質検査	空腹時において血液を採取し、食事による影響を排除した血清総コレステロール、高比重リポ蛋白コレステロール（HDLコレステロール）及び血清トリグリセライド（中性脂肪）の量により血中脂質を測定する検査。
2	空腹時の血中グルコースの量の検査（空腹時血糖値検査）	空腹時において血液を採取し、食事による影響を排除した血中グルコースの量（血糖値）を測定する検査。 グルコース＝ブドウ糖
3	ヘモグロビンA _{1c} （エーワンシー）検査	食事による一時的な影響が少なく、過去1～2か月間における平均的な血糖値を表すとされているヘモグロビンA _{1c} の割合を測定する検査。 一次健康診断において当該検査を行った場合を除く。 ヘモグロビンA _{1c} ＝ヘモグロビンにグルコースが結合したもの。
4	負荷心電図検査又は胸部超音波検査（心エコー検査）	<ul style="list-style-type: none"> ・負荷心電図検査 階段を上り下りしたり、ベルトコンベアの上を歩くなどの運動により心臓に負荷を加えた状態で、心電図を計測する検査。 ・胸部超音波検査（心エコー検査） 超音波探触子を胸壁に当て、心臓の状態を調べる検査。 いずれか一方の検査に限る。
5	頸部超音波検査（頸部エコー検査）	超音波探触子を頸部に当て、脳に入る動脈の状態を調べる検査。
6	微量アルブミン尿検査	尿中のアルブミンの量を精密に測定する検査。 一次健康診断において尿蛋白検査の所見が疑陽性（±）又は弱陽性（+）である者に限る。 アルブミン＝血清中に多く存在するタンパク質の一種。

特定保健指導

特定保健指導は、二次健康診断の結果に基づき脳及び心臓疾患の発生の予防を図るため面接により行われる医師、保健婦又は保健士による保健指導であり、原則的には次の指導の全てを行うこととするが、医師等の判断によりその一部を行わないことも可能である。

	項目	内容
1	栄養指導	適切なカロリーの摂取等食生活上の指針を示す指導。
2	運動指導	必要な運動の指針を示す指導。
3	生活指導	飲酒、喫煙、睡眠等の生活習慣に関する指導。

支給方法

二次健康診断等給付は、労災病院又は都道府県労働局長の指定する病院若しくは診療所（以下「健診給付病院等」という。）において、直接二次健康診断及び特定保健指導を支給（現物給付）することにより行うものとする。

支給基準

二次健康診断

二次健康診断は、(1) から (6) の事項すべてに該当する場合に支給することとし、該当しない項目がある場合は不支給とすること。

(1) 直近に行われた一次健康診断の結果、 血圧 血中脂質 血糖 BMI（肥満度）の全てに異常所見が認められること（以下「給付対象所見」という。）。

- 1 「異常の所見」とは、「異常なし」以外の所見を指すものである。
- 2 血中脂質についての異常所見とは、具体的には次の検査項目のいずれか一つ以上に異常の所見が認められる場合をいう。
血清総コレステロール
高比重リポ蛋白コレステロール（HDLコレステロール）
血清トリグリセライド（中性脂肪）
- 3 一次健康診断の結果では給付対象所見が認められない場合であっても、労働安全衛生法第13条に基づき当該労働者が所属する事業場に選任されている産業医や同法第13条の2に規定する労働者の健康管理等を行うのに必要な知識を有する医師（地域産業保健センターの医師及び小規模事業場が共同選任した産業医の要件を備えた医師等。）が、当該労働者について給付対象所見が認められると判断した場合には、二次健康診断等給付の支給対象となる。

(2) 脳・心臓疾患の症状を有すると認められないこと。

- 1 一次健康診断又はその他の機会において、医師により脳・心臓疾患を既に発症していると診断された労働者については、二次健康診断等給付の支給対象とされないこととなる。
- 2 労働者が高血圧症、糖尿病、高脂血症等の個々の疾患について現に治療を受けている、あるいは一次健康診断の結果において血圧、血中脂質、血糖、BMI（肥満度）の各検査項目について「要治療」の判定がなされている場合であっても、医師により脳・心臓疾患の症状を有すると診断されていない場合には、二次健康診断等給付の支給対象となる。

(3) 二次健康診断等給付を請求した日が一次健康診断の受診の日から3か月経過していないこと（やむを得ない事情がある場合を除く。）。

やむを得ない事情とは、例えば次のような場合が考えられる。

天変地異により請求を行えない場合

一次健康診断を行った医療機関の都合等により、一次健康診断の結果の通知が著しく遅れた場合

(4) 二次健康診断等給付の対象となる一次健康診断が直近のものであること。

過去3か月以内に複数回の一次健康診断を受診した場合は、直近の一次健康診断結果に基づき二次健康診断等給付の支給を行うこととしているものである。

(5) 当該年度内に二次健康診断等給付を受給していないこと。

二次健康診断等給付の受給は1年度内（4月1日から翌年の3月31日までの間）に1回に限定している。

(6) 特別加入者でないこと。

特定保健指導

特定保健指導については、二次健康診断において医師が脳・心臓疾患を発症していないと診断した場合に限り支給することとし、脳・心臓疾患を発症していると診断した場合には、不支給となる。

二次健康診断等給付の請求手続等

1 二次健康診断等給付請求書の提出先

二次健康診断等給付請求書（以下「給付請求書」という。）は、健診給付病院等から二次健康診断等給付を請求する労働者（以下「請求労働者」という。）の所属する事業場の所在地を管轄する都道府県労働局長（以下「所轄労働局長」という。）あて提出することとする（則第18条の19第1項）。

2 給付請求書に添付する書類

二次健康診断等給付を請求する際には、給付請求書に一次健康診断の結果を証明することができる書類を添付すること（則第18条の19第2項）。

3 二次健康診断及び特定保健指導に係る費用の請求

二次健康診断及び特定保健指導を行った健診給付病院等においては、請求労働者の所属する事業場の所轄労働局長に対し、各月10日までに二次健康診断及び特定保健指導に係る費用の請求をする。

請求に当たっては、給付請求書、二次健康診断等費用請求書及び二次健康診断等費用請求書内訳書の順に束ねて提出する。

二次健康診断等給付の支給額（組合せ表により算定）

検査項目	検査の有無							
	○	○	○	○	○	○	○	○
空腹時血中脂質検査								
空腹時血糖検査								
ヘモグロビンA _{1c} 検査		×		×		×		×
負荷心電図検査	×	×	×	×				
胸部超音波検査					×	×	×	×
頸部超音波検査								
微量アルブミン尿検査			×	×			×	×
特定保健指導を行った場合の合計額（円）	31,046	28,935	29,996	27,885	29,996	27,885	28,946	26,835
特定保健指導を行わない場合の合計額（円）	24,746	22,635	23,696	21,585	23,696	21,585	22,646	20,535

一次健康診断において異常所見とする目安について（参考）

各労働者の一次健康診断における異常の判定については、以下のものが一般的であること。但し、これらはあくまでも一般的な目安であって、健康診断担当医の判断によるものであること。

1. 血圧〔日本高血圧学会の基準〕

軽症高血圧以上（収縮期血圧140以上、又は拡張期血圧90以上）

2. 血中脂質〔日本動脈硬化学会の基準〕

- ・血清総コレステロール（総コレステロール）
220mg/dl以上
- ・高比重リポ蛋白コレステロール（HDLコレステロール）
40mg/dl未満

・血清トリグリセライド（中性脂肪）
150mg/dl以上

3. 血糖〔老人保健法の要指導の判定基準〕

空腹時血糖値 110mg/dl以上又はヘモグロビンA_{1c}5.6%以上

4. 肥満〔日本肥満学会の基準〕

BMI 25以上

出典：日本医師会労働者健康開発プロジェクト委員会報告（平成12年9月）

産業保健関係機関交流会議

平成12年12月18日(月)当センター会議室において、労働行政、医師会、労働基準協会の参加を得て、産業保健関係機関交流会議が開催され、各機関相互の連携の進め方等が話し合われました。



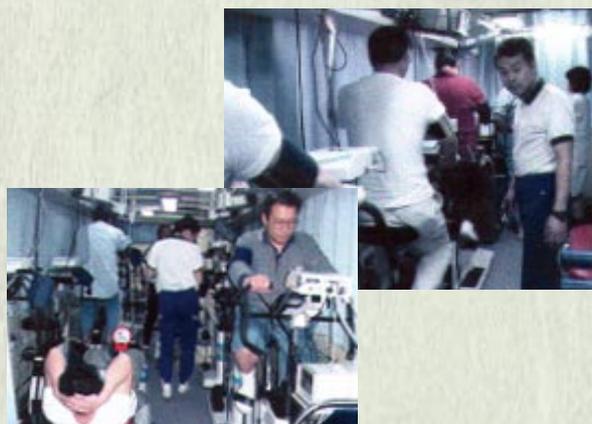
第6回東京産業保健推進センター運営協議会

平成13年3月15日(木)当センター会議室において第6回運営協議会が開催され、平成13年度の事業計画等の審議が行われました。



経営者健康づくり体験セミナー

平成13年2月16日(金)・20(火) 13:30~16:30
会場：昭和島・京浜島工業団地
主催：中災防・大田労働基準監督署・大田地域産業保健センター
体験者：小規模事業場経営者を対象に初めて実施しました。



お詫びと訂正

「東京さんぼ21」8号(平成13年1月発行)の「調査研究事例紹介」職域における定期健康診断の有所見率 平成12年の調査結果から」の「図1」と「表1」(16頁)のタイトルが反対になっておりました。お詫びして訂正させていただきます。

(誤)図1 対象者の年齢構成 (正)図1 性別項目別の有所見率
(誤)表1 性別項目別の有所見率 (正)表1 対象者の年齢構成

編集後記

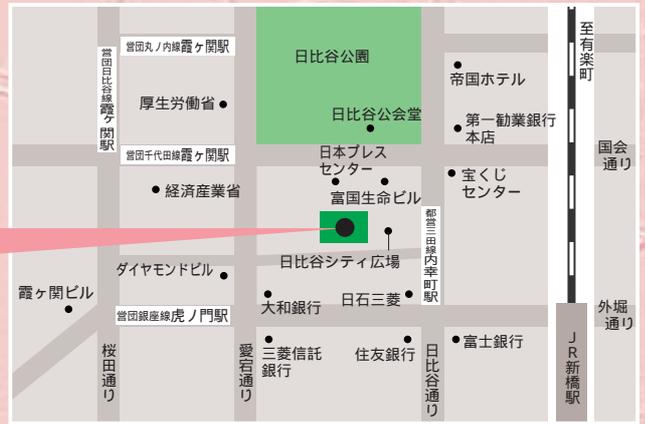
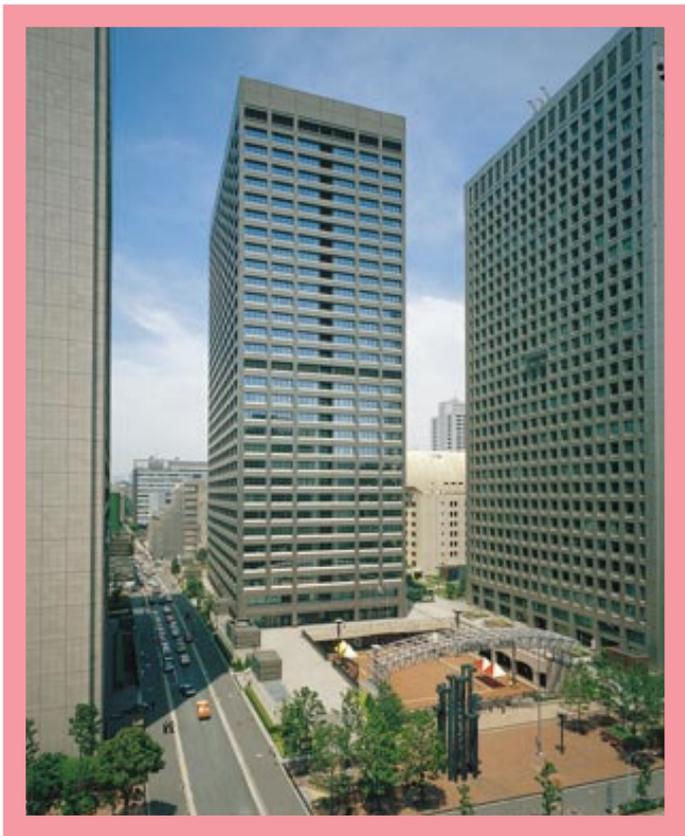
苦勞してやっと都合をつけ、心待ちにし、楽しみにしていた祇園の夜桜。期待に胸を膨らませて見物にやって来た。ところが、突然、無粋な呼び出しがあって、あの風情のある篝火が焚きつけられる前に帰らなければならないなんて...

はなかがり た 花篝 焚くを 待たずに 祇園去る (岩崎照子)

東京産業保健推進センターの平成12年度は、アツという間に過ぎました。結果には満足しています。勿論、課題は残っています。それでも、足掛かりはできたの感触がありましたから、ヨ一シもう一頑張り、もっと中身の濃いサービスや地域産業保健センターの支援に粉骨砕身、と思っていた矢先...

1年間、途轍もなく貴重な経験をさせて貰いました。本当に楽しい仕事でした。心から御礼申し上げます。有り難うございま
東京産業保健推進センター前副所長 稲垣 稔

産業保健情報誌「東京さんぼ21」平成13年4月9号
編集・発行 労働福祉事業団 東京産業保健推進センター



ご利用いただける日時

休日を除く毎日 午前9時～午後5時

休日 / 毎週土・日曜日、祝祭日、年末年始
及び7月1日（事業団設立記念日）

東京産業保健推進センター 日比谷国際ビル3F

交通機関

- 都営三田線（内幸町駅 日比谷寄り改札A6出口）
- 営団千代田線（霞が関駅 内幸町口C4出口）
- 営団丸ノ内線（霞が関駅 銀座寄り改札B2出口）
- 営団銀座線（虎の門駅 新橋寄り改札9出口）
- 営団日比谷線（霞が関駅 内幸町口C4出口）
- JR線（新橋駅 日比谷口）



〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-3 日比谷国際ビル3F
TEL.03-3519-2110 FAX.03-3519-2114

【Eメール】sanpo13@mue.biglobe.ne.jp
【ホームページ】<http://www1.biz.biglobe.ne.jp/sanpo13/>

事業内容、その他の詳細につきましては、
当センターまでお問い合わせください。