

長時間労働者への面接指導
マニュアル（医師用）
ーチェックリストの使い方ー

平成18年3月

過重労働対策等のための
面接指導マニュアル・テキスト等作成委員会

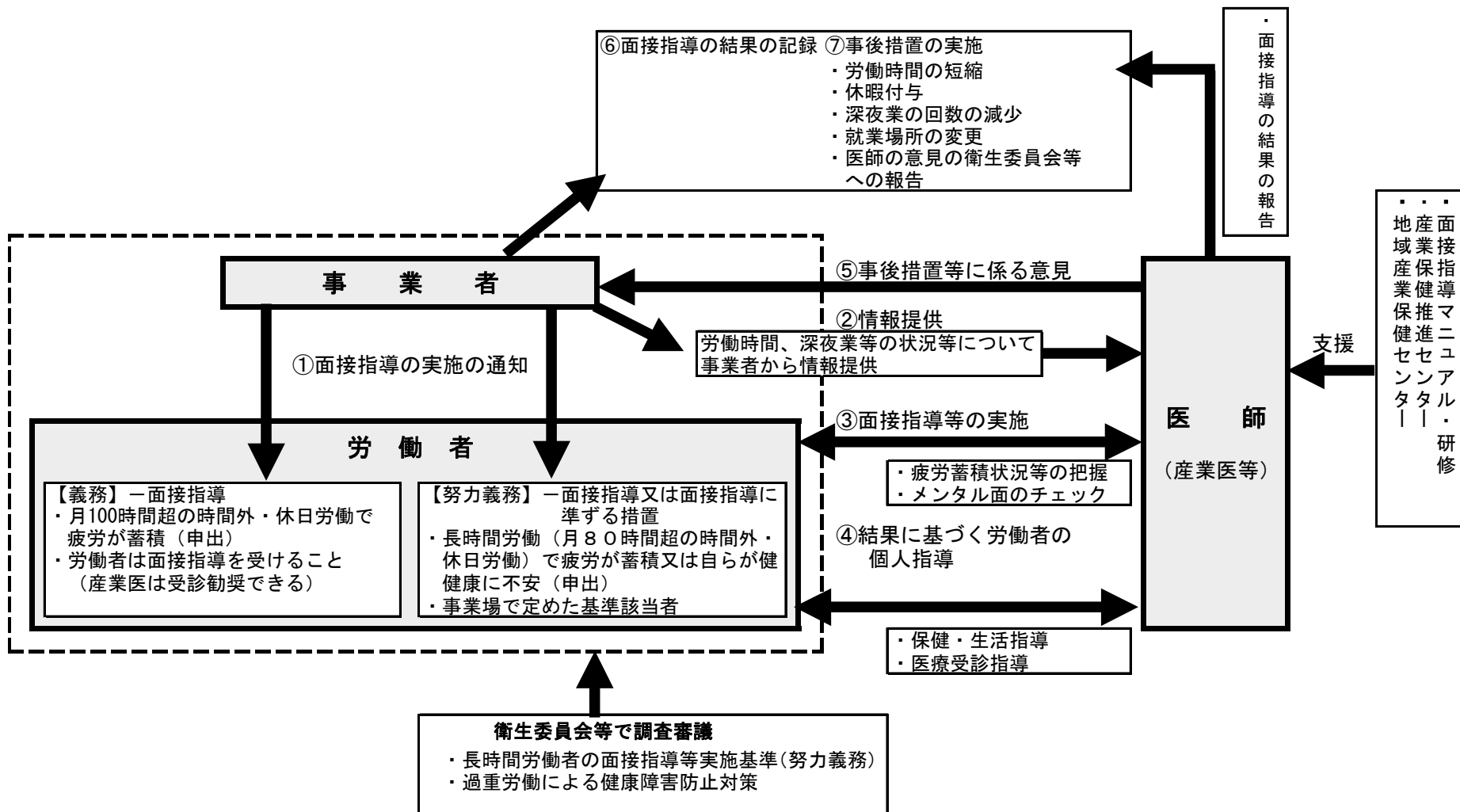
長時間労働者への面接指導
マニュアル（医師用）【目次】
ーチェックリストの使い方ー

はじめにー本マニュアルの目的と面接指導の概要	1
I 面接指導の担当者、場所および対象者	3
II 面接指導の対象疾病と目的	4
III 面接の進め方ー情報の把握から評価・判定および意見書の具申まで	5
A 事業者（人事・労務担当者）からの情報	7
B 本人からの情報	7
1 業務の過重性・ストレス	7
2 労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリストの結果	8
3 うつ病等の一次スクリーニング	9
C 医師による面接調査・指導および事業者への意見の具申	9
1 疲労・ストレス蓄積状況票の質問調査と採点	9
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	10
3 診察・検査所見	10
4 医師による医学的判断のまとめ	11
5 評価と判定	12
6 対象者に対する保健上、生活上および医学上の具体的指導	22
7 事業者に対する事後措置に係る意見の具申	29
8 医師、産業保健スタッフによるフォロー	33
9 外部機関への依頼	34
10 面接指導を実施するに当たり配慮した事項	34
11 その他	34

はじめにー本マニュアルの目的と面接指導の概要

- 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）に基づいて産業医等の医師が実施する面接指導の際に用いる“チェックリスト”が適切に使用されるための解説書である。
法改正に伴った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 面接指導に際しては、一定の要件に該当する労働者に対し事業者は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。さらに産業医等の医師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に示したように、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産業医等の医師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が実践されて完了する。
- 5 面接指導の目的は、医師による労働者の勤務の状況及び疲労の蓄積の状況、心身の状況の確認と労働者の指導、事業者への報告・意見の具申である。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 面接指導の目的は、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。
- 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。

図1 面接指導等の流れ



I 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

面接指導は医師により行うものであり、その資格について制限はないが、事業場に選任されている産業医、地域産業保健センターの登録医等、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が望ましい。なお、かかりつけ医、病院・診療所の精神科医・心療内科医等を含めた医師でもよい。

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産業医等を確保するとともに、月の時間外・休日労働が100時間を超えるものを選定し、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、面接指導を産業医等の医師に指示できる体制を確立する必要がある。
- ・ 産業医等は、必要があると認めるときは、労働者に対し、この面接指導の申出を行うよう勧奨できることを知っておく必要があり、また必要な労働者が面接指導を受けられるように努力する必要がある。
- ・ 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等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でも、

Ⓐ 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2～6月平均で月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こと。また、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）に該当する労働者（法第66条の9に該当する者）

- ・ 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。
- ・ 該当労働者に対しては、①と同様の体制の確立に基づいて必要な措置を行う。
- ・ 事業場で定めた基準については、あらかじめ衛生委員会等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、面接指導等の対象者の基準を作成しておく。(衛生委員会等の調査審議事項として過重労働による健康障害防止対策が追加されている。

- ③ ①及び②の時間の算定は毎月1回以上、一定の期日を定めて行うこと。労働者の申出はその期日後遅滞なく、また、面接指導は申し出後遅滞なく行わなければならない。

4 面接指導の受診勧奨

産業医は、要件に該当する労働者に対して、面接指導の申出を行うよう勧奨することができることとされている(労働安全衛生規則第52条の3第4項)。産業医はこのことを認識し、必要な労働者が面接指導を受けられるよう努力する必要がある。

産業医が労働者に確実に勧奨を行うことができるよう、産業医は、事業者から時間外・休日労働が1月当たり100時間を超えた労働者に関する作業環境、労働時間、深夜業の回数及び時間数等の情報の提供を受けることが望ましい。

また、勧奨の方法としては、事業者からの情報を基に労働者に面接指導の受診勧奨を行うほか、産業医が健康診断の結果等から脳・心臓疾患の発症リスクが長時間労働により高まると判断される労働者に対して、あらかじめ、長時間労働を行った場合には申出を行うよう勧奨しておくことや、産業医が家族や周囲の者からの相談や情報を基に労働者に対して申出を勧奨することも考えられる。

5 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である。

II 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疾患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。

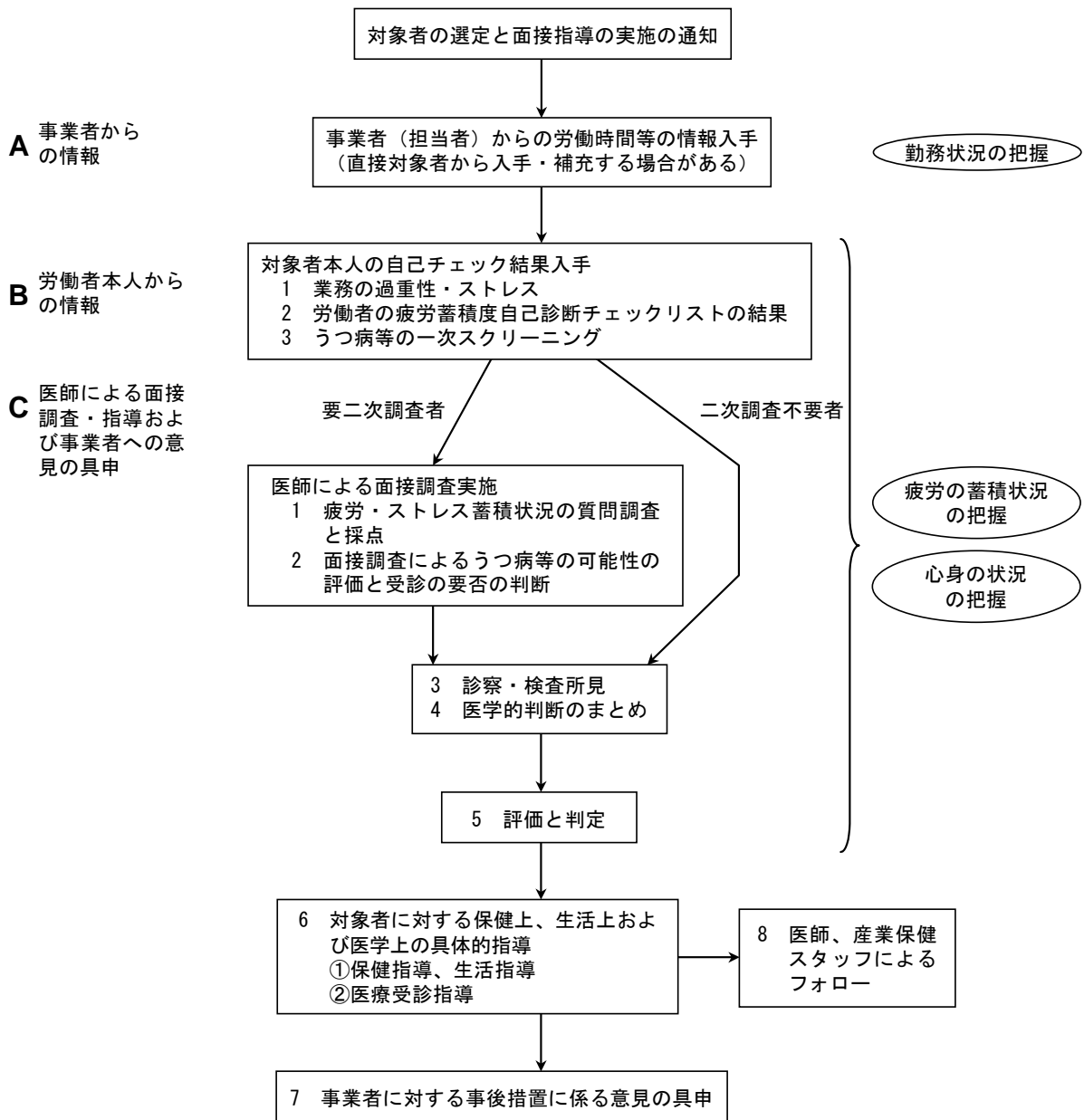
Ⅲ 面接の進め方—情報の把握から評価・判定および意見書の具申まで

- 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おり、実施が可能であるが、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、医師がたずねた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 面接指導の手順と進め方



A 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 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 労働日数
 - ③ 業務内容：業務の具体的内容、地位、責任の程度
 - ④ 定期健康診断結果
 - ⑤ 過去の面接指導結果と対処について
- 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。
- b 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る。
- c もし、止むを得ず体制が不備であったり、時間の関係で、本人からの面接時及びその直前の産業保健スタッフによる聴取、または、本人の記入によることもあり得る。

B 本人からの情報（チェックリスト2ページ）

1 業務の過重性・ストレス

- a チェックリストの別紙①の1（10ページ）を用いて自己記入してもらおう。
- b 労働の過重性・ストレスに関しては、労働時間以外に表1の負荷要因があり、また、精神緊張性の高い業務には表2のものがある。
- c 総合的に過重性・ストレスを判断しておく。
- d とりあえず全体としておおよその就業状態とそれに伴う過重性やストレスが分かればよい。ただし、月の時間外・休日労働時間については正確に把握する。
- e 事業者からの情報と本人からの情報が異なる場合もありうる。適切に判断すればよい。

表1 労働時間以外の労働に関する負荷要因

（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を改変）

就労態様	負荷の程度を評価する視点
不規則な勤務 〔トラック運転手、警備員、医療スタッフ、記者など〕	予定された業務スケジュールの変更の頻度・程度、事前の通知状況、予測の度合、業務内容の変更の程度等
拘束時間の長い勤務	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
出張の多い業務	出張中の業務内容、出張（特に時差のある海外出張）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
交替制勤務・深夜勤務	勤務シフトの変更の度合、勤務と次の勤務までの時間、交替制勤務における深夜時間帯の頻度等
人間関係のストレスが多い業務	労働者のストレスの内容の中で最も多い回答項目であるが、自分が感じている具体的内容を聞く。

作業環境	温度環境	寒冷の程度、防寒衣類の着用の状況、一連続作業時間中の採暖の状況、暑熱と寒冷との交互のばく露の状況、激しい温度差がある場所への出入りの頻度等
	騒音	おおむね80dBを超える騒音の程度、そのばく露時間・期間、防音保護具の着用の状況等
	時差	5時間を超える時差の程度、時差を伴う移動の頻度等
精神的緊張を伴う業務		【日常的に精神的緊張を伴う業務】 業務量、就労期間、経験、適応能力、会社の支援等 【発症に近接した時期における精神的緊張を伴う業務に関連する出来事】 出来事（事故、事件等）の大きさ、損害の程度等

表2 日常的に精神的緊張を伴う業務

(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)

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ないような困難な業務	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	

2 労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリストの結果

- a 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。
- b 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る。

- c 自己診断チェックリストの評価および判定の数値を記入する。(チェックリスト別紙①の2(11ページ))
- d 本チェックリストに代えて、別のチェックリスト等を使用してもよい。判定は各チェックリスト等のやり方に従う。

3 うつ病等の一次スクリーニング

- a 長時間労働の者では、うつ病や不安障害などの精神疾患の危険度も増加している可能性があるため、うつ病等のスクリーニングを実施し、うつ病等の「危険性が高い」と判定された者に対しては、医師面接においてうつ病に注意した面接を行う。
- b うつ病等のスクリーニングには、厚生労働省「うつ対策推進方策マニュアル」の調査票（5項目）を利用する。この調査票で「はい」が2つ以上ある場合には、チェックリスト「うつ病等の一次スクリーニング」（B-3）の項に「危険性が高い」とチェックし、後述するように、医師面接においてうつ病の評価を行う。これ以外の場合には「危険性が低い」とチェックする。
- c 「うつ対策推進方策マニュアル」の調査票に代えて、別の調査票等を使用してもよい。判定は各調査票のやり方に従う。

C 医師による面接調査・指導および事業者への意見の具申（チェックリスト3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。また、可能な限り産業保健スタッフの協力を求めてよい。

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める。

1 疲労・ストレス蓄積状況票の質問調査と採点（チェックリスト3ページ）

- a 労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリストにより仕事の負担度が高いと考えられる総合判断の判定（B-2）が4点以上、あるいはうつ病等の一次スクリーニング（B-3）でうつ病の「危険性が高い」と判定された労働者に対して、そのストレス等を医師の面接により評価し、労働者の置かれている労働環境を理解すると同時に、面接指導の要否を判断し、保健指導や就業上の措置を行うための情報を収集する。
- b 医師が必要と認めた場合には、上記の「仕事の負担度が高い」及び「危険性が高い」と判定された労働者以外に対しても実施してもよい。面接指導の方法は、通常広く用いられている職業性ストレス簡易調査票のうち、仕事の負担度、仕事のコントロール度、及び職場の支援度に該当する項目を医師が読み上げて、労働者の回答を疲労・ストレス蓄積状況票の質問調査と採点（C-1）に記入し、簡易採点法に従って3つの側面について「要チェック」かどうかを判定する。要チェックとされた項目について面接指導および事業者への事後措置に係る意見に際し対象とする。「仕事の負担度」、「仕事のコントロール度」及び「職場の支援度」の3つが要チ

チェックとなった場合や「仕事の負担度」と「仕事のコントロール度」の2つが要チェックとなった場合には、ストレス問題が高い確率で疑われる。

- c 評価にあたっては、事前に記入させた労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリストの記載内容も参考になる。また、事前に労働者に職業性ストレス簡易調査票を記入させ、その回答を参考に評価をおこなってもよい。さらに、労働者との会話の中からこれらの項目について適宜評価し、記録することも考えられる。

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)

- a 事前のうつ病等の一次スクリーニングで、うつ病等の「危険性が高い」と判定された場合には、医師が面接によってうつ病等の精神疾患の可能性を評価する。
- b うつ病の診断(チェックリストC-2)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(チェックリスト参照)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。
- c うつ病の疑いがある場合、さらに医療機関の受診の要否を判断する。次のチェックリストの設問(ア)および(イ)について聞き、いずれか、あるいは両方が“はい”の場合、うつ病の可能性が強く、医療機関への受診が必要と判断し、該当する場合には評価欄の「専門医療機関への受診を勧める」をチェックする。
- d 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この欄にチェックする。本人が自ら医療機関の受診を希望する場合にもこの欄にチェックする。
- 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。
- f うつ病等の可能性があるが、医療機関への受診を勧めない場合、保健指導と経過観察が必要と判断する。通常は、おおむね1か月後に再度面接する。

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。

a 既往歴、現病歴

この両者は共通するケースが多いが、特に脳・心臓疾患のリスクファクターとなる既往歴あるいは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つい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非常に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（おおよそ過去1か月の状態）

- ① これも共通する場合が多い。これも漏れが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直接脳・心臓疾患の有意な危険因子である。そのほか高血圧、糖尿病、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把握として大切である。

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たず場合は問題ないが、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ウエスト周囲径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。

5 評価と判定（チェックリスト6ページ）

(1) 評価

ア 脳疾患に関する評価と判定の進め方

(ア) 脳疾患のリスク要因

- 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障害を将来起こし得る場合があります。得るので、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 脳血管疾患の最大の危険因子である高血圧への対策を第一に考慮すべきである。日本高血圧治療ガイドライン（2004）の血圧分類は表3、さらに血圧と他の危険因子を考慮してリスクを層別化したものが表4である。危険因子としては表5の因子があげられているが、これらの因子のみにとらわれず、最近メタボリックシンドロームとして強調されている類縁の因子も危険因子として考慮すべきである。日本内科学会（2004）のメタボリックシンドロームの診断基準を表6に示す。今後はこの新基準も含めて危険度を判定するのが最も妥当と考えられる。したがって、たとえば肥満についてもBMIのみならず内臓肥満を重視してウエスト周囲径も計測することが望ましい。また脂質についても総コレステロールの高値よりもHDLコレステロールの低値、中性脂肪の高値により注意し、また血圧も従来よりもやや低めにコントロールする。

表3 日本高血圧治療ガイドライン2004年版による血圧の分類

（日本高血圧学会、2004.）

日本高血圧治療ガイドライン2004年版 (mmHg)	
至適血圧	120/80未満
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4 高血圧患者のリスクの層別化

（日本高血圧学会、2004.）

血圧分類	軽症高血圧 140～159または 90～99mmHg	中等症高血圧 160～179または 100～109mmHg	重症高血圧 180以上または 110mmHg以上
血圧以外のリスク要因			
危険因子なし	低リスク	中等リスク	高リスク
糖尿病以外の1～2個の危険因子あり	中等リスク	中等リスク	高リスク
糖尿病、臓器障害、心血管病のいずれかがある。	高リスク	高リスク	高リスク

表5 脳血管疾患を含む心血管病の危険因子

(日本高血圧学会、2004.)

高血圧 喫煙 糖尿病 脂質代謝異常 (高コレステロール血症、低HDLコレステロール血症) 肥満(特に内臓肥満) 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6 メタボリックシンドロームの診断基準

(日本内科学会、2004.)

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	$\geq 150\text{mg/dl}$
かつ/または	
低HDLコレステロール血症	$< 40\text{mg/dl}$ 男女とも
収縮期血圧	$\geq 130\text{mmHg}$
かつ/または	
拡張期血圧	$\geq 85\text{mmHg}$
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。

(イ) 疲労の蓄積度

疲労の蓄積度については、疲労蓄積度自己診断チェックリストに基づいてその概要を把握しておく。しかし、自覚症状の評価と勤務の状況評価が乖離する場合もあるので、医師の診察時の問診結果も総合して全体を評価する。

(ウ) 勤務による心身への負荷

脳血管疾患の最大の危険因子は高血圧であり、勤務による心身への負荷による脳血管疾患の発症は、主に高血圧を介していると考えられるので、より具体的に時間外労働の程度と血

圧との相関がみられるかどうかについて詳しく検討しておくことが望ましい。

(エ) 指導の必要性

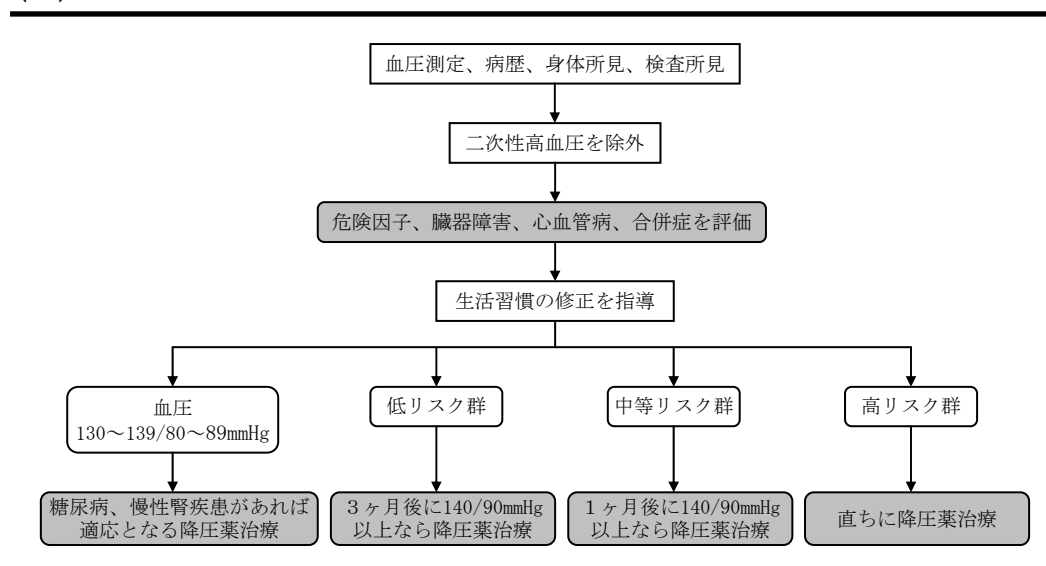
a 表5、6に基づく危険因子がある場合

- ① 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5、6に示したような危険因子が少なくとも一つ以上ある場合には、何らかの指導が必要になる。その一つとして高血圧がある場合には、まず原則として総合的にみてどの程度のリスク群に入るかを表4で判断し、表7に基づいて生活習慣の修正を指導するとともに、血圧のコントロール計画を立て、それに応じて医療機関への受診を勧める。

表7 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.)

(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)]²) 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。

- ② 血圧が正常でそれ以外の危険因子だけがみられる場合には、その危険因子の種類と程度に応じた対応が行われるべきである。

- ③ 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就業指導が必要となるが、これには労働者のみの努力では限界があるので事業者への指導や勧告が必要となる。

- ④ 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るべきである。
- ⑤ 逆に危険因子があるのに、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もある。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し危険因子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少なくするような就業指導が生活指導とともに必要になるし、自覚症状の有無や程度と関係なく、本人の有する危険因子の客観的な程度によっては医療機関への受診が必要となる。

b 表5、6に基づく危険因子が全くみられない場合

- ① 危険因子が全くなく疲労の蓄積度もないか軽い場合、仕事上のストレスもないか少ない場合には、この面接指導の対象になることはないと考えられるが、一般的な生活習慣病防止への生活指導を行う。
- ② 危険因子や仕事の過重性やストレス性がないのに、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、メンタルな面が原因と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り、うつに関する一次、二次のスクリーニングならびに医師の直接面接が役立つ。

イ 心疾患に関する評価と判定の進め方

(ア) 心疾患のリスク要因

a 虚血性心疾患のリスク要因

虚血性心疾患の発症と進行に係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：高脂血症、高血圧、喫煙、糖尿病、肥満、高尿酸血症等。三大危険因子は、高脂血症、高血圧、喫煙である。
- ③ 危険因子の影響は、動脈硬化の病型により異なる。高血圧は細動脈硬化の最大の危険因子。高脂血症は粥状硬化症の最大の危険因子
- 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、危険因子から正確にその発症を予測することは困難であり、軽、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。

b 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。

- ・原発性不整脈では、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。

(イ) 疲労の蓄積度

疲労の蓄積をもたらす主な負荷要因には次のものがある。

① 長時間労働

長時間労働と血圧上昇および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。
- ・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、危険因子を介して冠動脈硬化進展に影響を与えると考えられる。

(ウ) 勤務による心身への負荷

- a 長時間労働等からの睡眠不足によって、短期的には交感神経活動の亢進、血圧上昇、耐糖能障害が生じる。これらの要因が長期に作用すれば、心血管系の発症を増加させる可能性が推測される。急性期の反応で、心室性および上室性期外収縮が誘発されることもある。
- b 職業性ストレス簡易調査票を用いて、個人レベルでのストレスの評価を行う。
- c 時間外労働時間と生活習慣と危険因子の有無、程度との関連を検討する。

(エ) 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、軽、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、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。

ウ メンタルヘルス

(ア) 疲労・ストレスの蓄積状況

- a 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、うつ病などの精神疾患のリスクファクターとなる。
- b 医師による面接（C-1）で仕事の負担度、仕事のコントロール度、職場の支援度の採点において要チェックと判定された場合は、その項目に問題があることが強く示唆される。要チェック項目が多いほど、仕事に関するストレスが高いと判断される。
- c 蓄積疲労は面接指導自己チェック票の疲労蓄積度自己診断チェックリストの点数と判定区分を参考にする。総合判断の判定が4点以上は「高い」、6点以上は「非常に高い」と判定される。
- d 仕事に関連した心理的・身体的負荷の強さに関しては、6および7ページの表1、2が参考になる。また、仕事による負担の持続状況も考慮に入れる。過重な負担が持続すれば、それだけ心身の負担は増す。
- e 疲労・ストレスの蓄積状況の評価は面接指導自己チェック票の結果と面接の内容を考慮に入れて判定する。いずれのチェックでも問題なしの場合は「なし」と判定するが、「あり」の場合の軽、中、重の判定はチェックリストの結果を参考にして面接でより詳しく内容を

確認した上で総合的に判断する。疲労の蓄積が顕著でストレス反応（精神症状・身体症状）が多く出ている場合は「重」で、疲労の蓄積も軽度で症状も少なければ「軽」、これらの間が「中」と判定される。

(イ) うつ状態など

- a 面接指導自己チェック票の3のメンタルヘルスに関する5つの質問のうち「はい」が2つ以上あれば、うつ状態や不安障害の可能性があり、「はい」の数が多いほどその可能性は高くなる。
- b うつ病の簡易構造化面接(B I S D) (C-2) で質問A1、A2のうちの少なくとも1つが「はい」で、A1～A5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。
- c うつ状態、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。
- d 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。うつ状態等の判定（軽、中、高）もこれを参考にし行う。
- e 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。
- f 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。
- g 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状態の程度の評価と専門医療機関を受診する必要性があるか否かの判断が求められる。

(ウ) 指導の必要性

疲労・ストレスの蓄積状況、うつ状態などに関するチェックリストの結果や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。
- b 就業指導
- ① 疲労・ストレスの蓄積やうつ状態の進行を止めるために、必要であれば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、そのままの状態就業した場合、メンタルヘルス不調が進行すると判断された場合は、休日出勤や時間外労働の禁止から、時間外労働を30時間あるいは45時間以内までなどの就業制限を行うことが必要となる。
 - 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 うつ状態が強く、うつ病や他の不安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 うつ状態や睡眠障害が強く、日常業務の遂行に支障をきたしてい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。
 - ④ 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

5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3）。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。

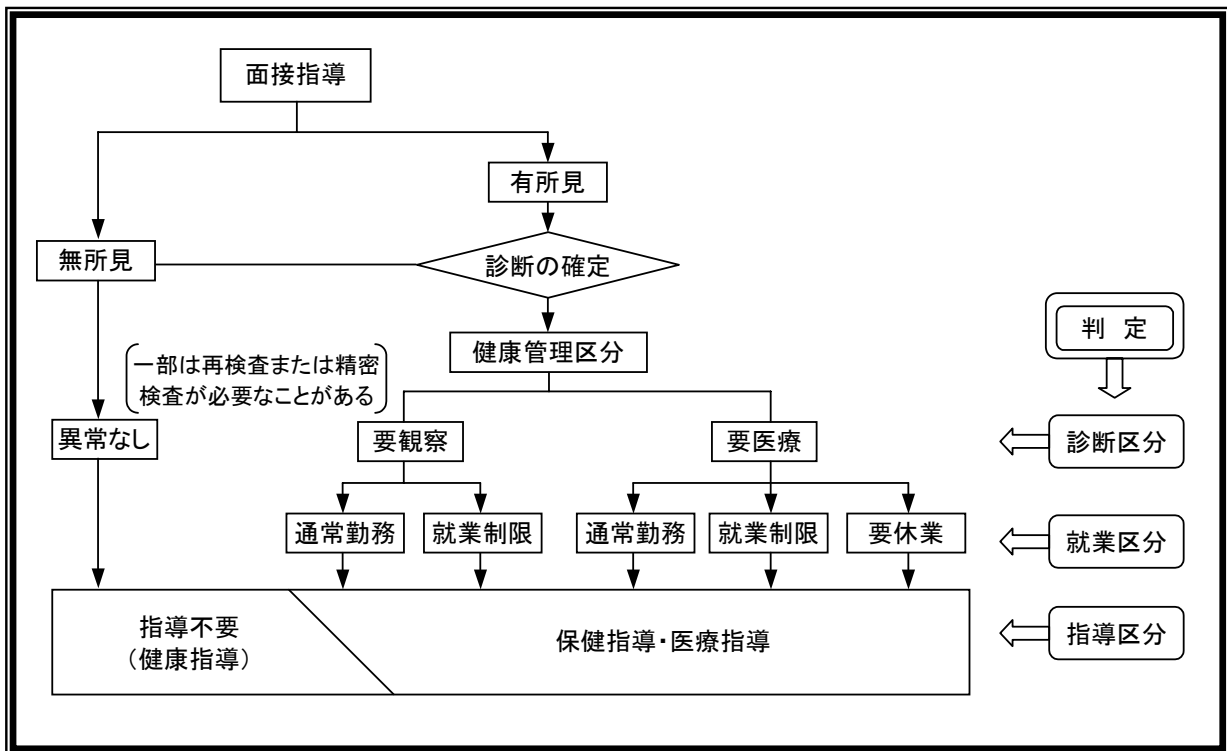


図3 面接指導の結果判定

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の自覚
- ② 生活リズムの変調が著しい。

- ③ 身体的・精神的慢性疲労の自覚
- 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。

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」「要休業」に区分する。就業制限のある「就業制限」「要休業」の判定区分については、出張の制限が必要と判断される。

(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か月后面談により再判定する。

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 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。
- ② フレックスタイム制等の変形労働時間制または裁量労働制の対象から除外する（会社・労働組合との同意も必要である。）。)

d 業務の変更等

- ① 上司との人間関係の悪さや職場不適応等の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
- ② 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。

(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）
- ② 慢性的な長時間労働の持続による過重な労働時間の自覚
- 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
- ⑤ 検査所見に高度の異常があり、入院治療が必要な場合
- 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
- 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、入院治療が必要な場合

<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である。
- 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、精神的な疾病にも注目して健康管理室を含む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、疾病管理を確実にを行う。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。

6 対象者に対する保健上、生活上および医学上の具体的指導(チェックリスト7ページ)

チェックリストには、具体的な指導事項が例示してあるが、ここでは脳・心臓疾患発症予防およびメンタルヘルスに関する生活・保健指導の基本を示す。これを参考にして、通常の産業医活動や診療における効果的な指導を行う。

(1) 面接結果に基づく過重労働による脳血管疾患発症のリスク等の説明と指導

ア 脳血管疾患発症のリスクに関する説明

- ① 脳血管疾患の危険因子については、既に評価の項で既に述べた(表5、6)、脳血管疾患の病型により危険因子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

管疾患が起こりやすいかをより細かく説明する必要がある。

- ② 病型別の危険因子のウェイトを表8に示す。一般的に言えば脳出血では高血圧のウェイトが非常に高く、ついでアルコールの影響が大きく、飲酒量と発症の危険率が比例する。くも膜下出血では成因が異なるので脳出血とは危険因子のウェイトはやや異なる。脳血栓（症）では年齢と血圧が最大の危険因子であり、ついで糖尿病と喫煙の影響が強い。脳塞栓（症）では心房細動、特に高齢者では非弁膜症性心房細動（non-valvular atrial fibrillation, NVAF）が最大の危険因子となる。
- ③ 特に高齢者では脳血管疾患の危険因子が一つでも増えると、図4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える。

表8 脳血管疾患の病型別にみた危険因子のウェイト
(平井俊策、2002)

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

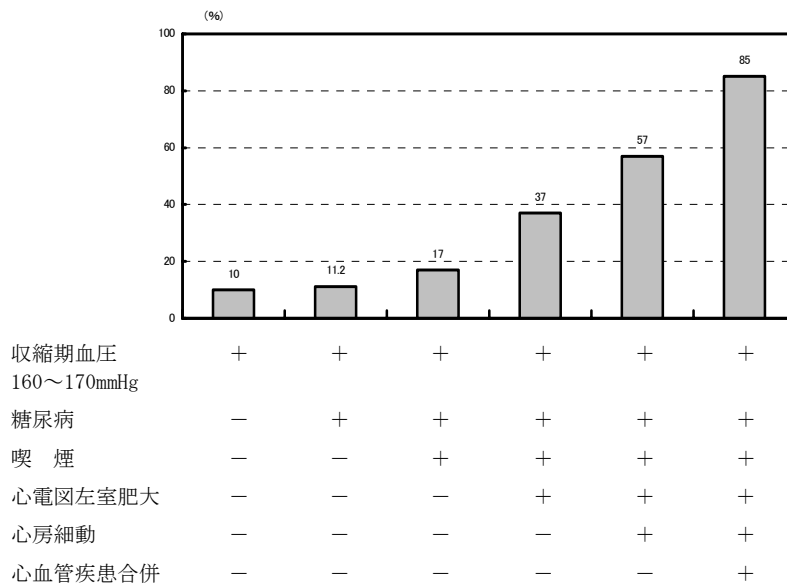


図4 フラミンガム調査による危険因子からみた10年間の脳卒中発症予測（63～65歳、男性）
(Kannel WB: 1996)

イ 過重労働と脳血管疾患の発症との関連について

脳血管疾患の発症と過重労働との関連は、最大の危険因子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、まだ危険因子が認められなくても早期にその労働条件を修正する必要がある。

ウ 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

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。危険因子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7（B））に従うことが基本になる。

(2) 面接結果に基づく過重労働による心疾患発症のリスク等の説明と指導

ア 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、複数の冠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、高脂血症（高コレステロール血症、低HDL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。

イ 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、一日の労働時間を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。

ウ 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：禁煙によって虚血性心疾患発症リスクは、禁煙直後から、非喫煙者と同等にまで低下することが明らかにされている。
- b 運動：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。平地歩行、サイクリング等の運動を週3－4回、1回30分以上行う。運動強度は、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、「心拍数＝138－年齢/2」あるいはボルグ・スケール（主観的運動強度：表9）で11（楽である）から13（ややきつい）の程度である。

表9 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 栄養・体重：

- ① 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6）。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、25以上を肥満と診断し、適正な総摂取エネルギー量摂取とする。総摂取エネルギーは、標準体重により適正量の標準体重×25～30kcal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%以内におさえる。食物繊維を十分にとり、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10g/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、発症リスクを軽、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の危険因子評価基準を示した（表10）。
- ⑤ 日本動脈硬化学会による、スクリーニングのための脂質値を示した（表11）。血清コレステロール値が240mg/dl以上を高コレステロール血症とし、220以上240mg/dl未満を境界領域高コレステロール血症と分類し、220mg/dl未満を適正值（理想値）としている。
- 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3）。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7）。

表10 虚血性疾患の一次予防ガイドライン
（日本循環器学会、2000）

<ol style="list-style-type: none"> 1. 加齢（男性 45 歳以上、女性 55 歳以上あるいは 43 歳未満で閉経し、ホルモン補充療法を受けていない女性） 2. 冠動脈疾患の家族歴 3. 喫煙習慣 4. 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） 5. 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） 6. 耐糖能異常（境界型および糖尿病型） 7. 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） 8. 高トリグリセライド血症（150 mg/dL 以上） 9. 低 HDL コレステロール血症（40 mg/dL 未満） 10. 精神的、肉体的ストレス
--

表 1 1 動脈硬化危険因子から評価したカテゴリー分類と管理目標
(日本動脈硬化学会、スクリーニングの脂質値)

患者カテゴリー			脂質管理目標値 (mg/dL)				その他の冠危険因子の管理		
	冠動脈疾患*	LDL-C以外の主要冠危険因子**	TC	LDL-C	HDL-C	TG	高血圧	糖尿病	喫煙
A	なし	0	<240	<160	≥40	<150	高血圧学会のガイドラインによる	糖尿病学会のガイドラインによる	禁煙
B1	なし	1	<220	<140					
B2		2							
B3		3	<200	<120					
B4		≥4							
C	あり		<180	<100					

TC：総コレステロール、LCL-C：LDLコレステロール、HDL-C：HDLコレステロール、TG：トリグリセリド

* 冠動脈疾患とは、確定診断された心筋梗塞、狭心症とする。

** LDL-C以外の主要冠危険因子

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）

- ・原則としてLDL-C値で評価し、TC値は参考値とする。
- ・脂質管理はまずライフスタイルの改善から始める。
- ・脳梗塞、閉塞性動脈硬化症の合併はB4扱いとする。
- ・糖尿病があれば他に危険因子がなくてもB3とする。
- ・家族性高コレステロール血症は別に考慮する。

(3) 面接結果に基づくメンタルヘルスに関する指導

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たとしても、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ス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当た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 うつ状態・うつ病の評価	ストレス反応として最も頻度が高いのはうつ状態・うつ病である。心の健康度自己評価票はうつ病の一次スクリーニングとなる。ここで大切なことは2週間以上同じような症状が持続していることが重要である。心の浮き沈みはどんな人にも起こることであり、その程度だけでなく、持続時間も診断的な価値がある。判定票にしたがって、一次スクリーニングをする。仕事の能率の低下や行動上の変化、睡眠不足や食欲低下などの身体症状などは、うつ状態・うつ病のサインとなる。
⑦ 職業性ストレス簡易調査表	上記の疲労蓄積度自己診断チェックリストの結果が4点以上の者に対して、職業性ストレス簡易調査表を行う。仕事の負担度、自己コントロール度、対人関係の評価、仕事への適合性、心理的ストレス反応、身体的ストレス反応、職場内での支援度などを明確にさせ、具体的にストレスへの気づきをさせる。医師は、具体的にストレスとなっている事項を示すことによって、面接内容を深めることができる。
⑧ うつ病の二次スクリーニング	うつ状態・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する。明らかな行動上の変化や仕事上のミスなどが起きていれば専門医への紹介を行う。

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、医師や産業保健スタッフは職場を熟知することが保健指導の第一歩となる。特にストレスと関連した疾患は人間関係と密接に関係しており、日頃から職場における人間関係にまで踏み込んだ情報をできるだけ把握しておく。そのためには上司が職場内での各個人の仕事を十分把握しておく必要がある。

② 身体レベルからこころの問題へ	こころの問題を周囲の人が気づくのは実際には困難なことが多い。本人も周囲の人に気づかれないよう行動することが多い。また産業保健スタッフといえども一般的にはこころの問題に対して直接尋ねるのは難しい。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。こころの問題に関して質問する場合は、特にプライバシー保持に注意を要するために、保健室など面接の場所には注意を要する。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ることが分かった時、あるいは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、ストレスがかかりやすい職場であることが明らかになった時、軽減できるストレス因があれば、上司と相談して改善する。そして産業保健スタッフは、職場全体でのストレス対処の技術、例えば、自律訓練法などを職場全体に教授することもある。しかしストレスは個人によって、異なるため、ストレス対処法も異なってくるため、それぞれの面接の場で、個人に対するストレス対処法を面接の中で教示していく。この時、ストレス因に対する共感的な態度が基本的には必要である。
④ カウンセリング受診の勧奨と紹介	チェックリストの結果、明らかにストレスや疲労が蓄積されていることが明らかとなり、生活習慣が短い期間に変化するような行動上の変化がある場合は、産業保健スタッフによる面接やカウンセリングのための受診を勧める。
⑤ 専門機関の受診の勧奨と紹介	睡眠障害、アルコール依存の状態、うつ状態であることが明らかであれば、専門医へ受診させるように産業医や産業保健スタッフは勧める。被害妄想や躁状態であれば、職場の中から人間関係上のトラブルとして産業保健スタッフへ情報が伝達されることも多い。産業医や産業保健スタッフは日頃からなじみの精神科医や心療内科医などの専門医との連携をつくっておく必要がある。
⑥ 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	こころの病も生活習慣病と同様に自らがこころの病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なる。したがってこころの病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。

7 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、事業者は、面接指導の結果に基づく必要な措置についての医師の意見の聴取、その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

について医学的観点から意見をするのが産業医である。

- ・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、産業医は、事業者に対して労働者の就業の制限を助言する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。

(1) 「面接指導結果報告書」の作成（チェックリスト13ページ）

本チェックリストに沿って当該労働者との面接を行った後は、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5の(1)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

詳細は本書の18ページから21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。

(2) 「事後措置に係る意見書」の作成（チェックリスト13ページ）

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、意見をやる相手は対象者本人ではなく、事業者向け（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。

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。必要などころには、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るべきである。

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13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、当該労働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)

職務負荷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荷の少ない職務に入らせる、もしくはもっと身体負荷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(うつ病の傾向性を主に)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当該労働者のためのストレス対策を指示しなければならない。当座のストレスサ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. 当該労働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、再度の面接が必要と判断される場合は、次回面接の時期を記載する。

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。

(3) 衛生委員会等の充実と活用

事業場内における安全衛生活動が継続的かつ組織的に行われるためには、安全衛生管理体制の確立が不可欠であるとともに労使の議論の場である衛生委員会の活性化が求められている。とくに過重労働対策に関しては、今後、衛生委員会の調査審議事項の一つとして取り上げる必要のあることから、産業医は、事業者の義務としての衛生委員会における面接指導の状況等の報告とともに医学的専門家として意見を述べるべきである。衛生委員会での審議を通して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) 事業者に対する勧告

労働安全衛生法の規定により、産業医は、労働者の健康を確保するため必要がある場合は、事業者に対し、労働者の健康管理等について必要な勧告を行うことができることとなっている。面接指導を端緒として、産業医として医学的見地から労働者の健康確保のため必要があるときは、事業者に対して必要な措置等について勧告を行うようにすることが重要である。

8 医師、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 フォロー体制確立の目的は、当該労働者に対して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健康管理システムの中で確認することにある。この意味では関連する責任者は、管理する責任者である現場責任者、当該労働者、そして意見をした産業医等の医師、の三者ということになり、この三者間にて定期的な確認作業が行われることが望ましい。
- b 当該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事業場の規模にもよるが、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について人事部門や経営管理者等と相談をしておく必要がある。

- c 産業医がいる場合は、計画的に当該労働者や管理責任者と定期的な面接を計画してもよいが、それ以外にも職場巡視の際には労働状況等についてよく観察をし、必要があれば現場管理者および本人と面談をするという形式でもかまわない。あるいは、「事後措置に係る意見書」には次回の面談予定があるので、短く間隔を刻みながら面接をした方がいい場合には、次回の面談予定の設定を短期間にするこゝで産業医との面接頻度を確保することもできる。
- d 衛生管理者／衛生推進者や看護職スタッフが配置されている事業場であれば、事前に打ち合わせをすることで、管理者あるいは本人との面談を行い結果について彼らから報告を受けるようにしておくのもよい。

9 外部機関への依頼（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、その状況を記録にとどめておく。

必要により経過をフォローすべきことは当然である。

10 面接指導を実施するに当たり配慮した事項（チェックリスト8ページ）

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。
- c 面接指導を担当した産業医等の医師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 個人情報保護法は、同意を得ようとしても得られない場合であり、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 面接指導を実施する医師と意見を述べる医師が異なる場合、あるいは、意見を述べる医師がいないことが想定される場合には、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。

11 その他（チェックリスト8ページ）

(1) 記録の保管

医師が行う面接指導が、効率的でかつ要領を得た進行となるためにも面接指導時にはチェックリストの使用が望ましい。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。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、管理されるべきである。

(2) 事業者の報告書および意見書

事業者に対する「面接指導結果報告書」および「事後措置に係る意見書」の見本をつけておく（別紙②にもあり）。書式は任意であるが、個人情報の適正な取扱い等に十分注意して作成する必要がある。

なお、事業者への「面接指導結果報告書」および「事後措置に係る意見書」の記入の仕方は前記7で説明してある。

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す。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	(社員番号)				所属	部	課
	氏名				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 <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. 時間外労働の禁止 3. 就業時間を制限 _____ 時 分 ~ _____ 時 分 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
	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。