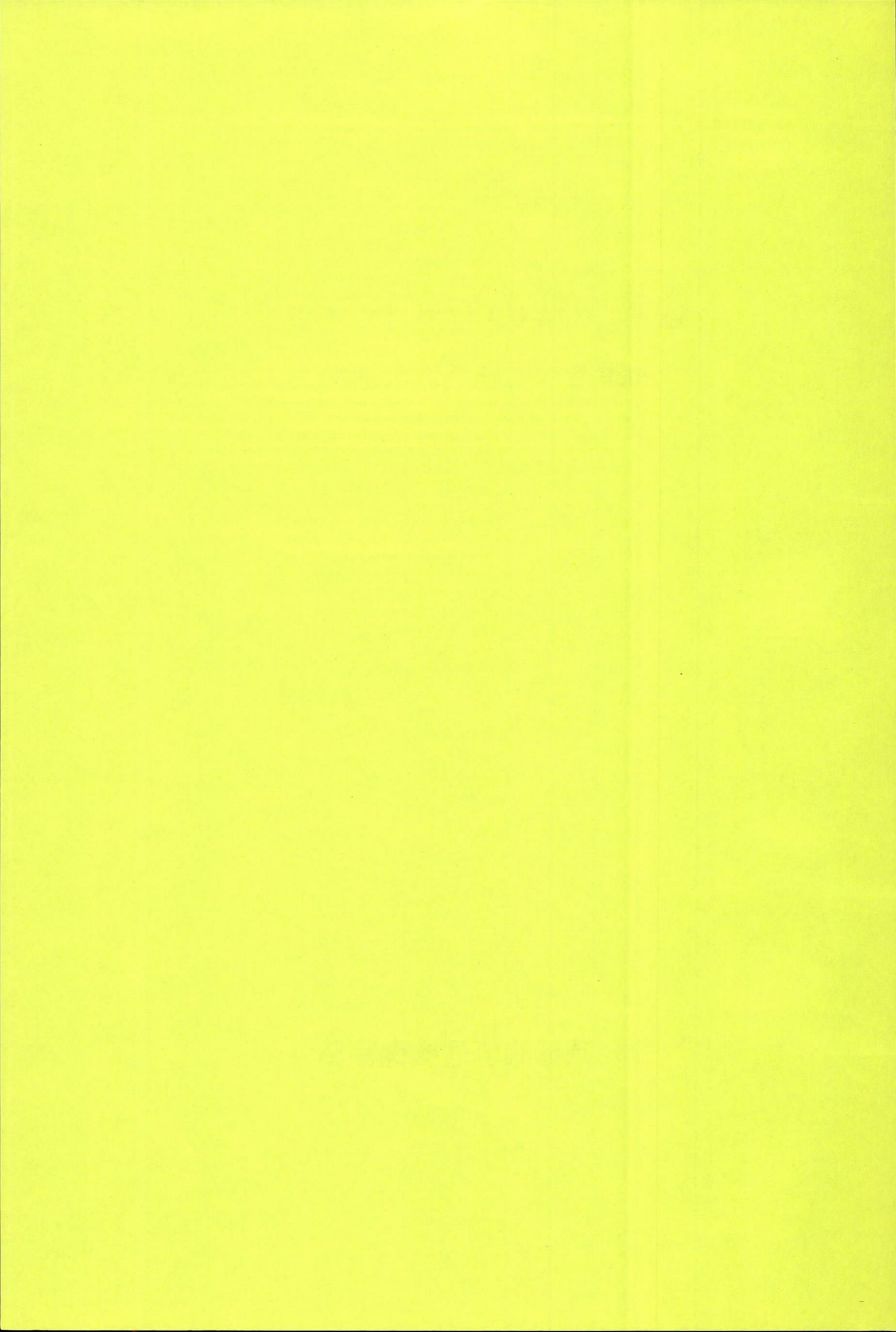


# 健康管理のガイドブック

(効果的な健康管理の進め方)

愛知県健康管理機関協議会





## 愛知県健康管理機関協議会の綱領

- 第1 健康管理事業を通じて受診者の健康の疾病予防と健康保持増進に努め、社会に貢献します。
- 第2 健康管理機関としての専門知識を習得し、技術研修に励み、健康診断の精度を高め健診結果に基づく事後管理に努力します。
- 第3 健康管理事業は適正な報酬で実施します。



## 推薦の言葉

愛知労働基準局 労働衛生課長 宮 島 晃

労働者の健康を保持・増進し職業性疾病を予防するには、作業環境管理、作業管理、健康管理の労働衛生の3管理を互いに関連づけながら効果的に行う必要があることが、だれもが認識しておられることと思います。

じん肺等の職業性疾病は、関係者の地道なご努力により、今日大幅な減少をみっていますが、今なお、重篤な職業疾病が跡を断っておりません。

労働衛生の3管理を実践するためには、労使が個々の事業場の現状を認識し、どこに問題点があるのかを正確につかむことにあります。

本書は、職業性疾病の予防、特にじん肺の撲滅に一生をささげてこられた奥谷先生をはじめ愛知県健康管理機関協議会の各会員機関により、主に健康管理の面からまとめられたものであり、労働衛生の関係者にとって示唆に富むガイドブックになっております。

本書が労使各位に広く愛読され、活用されることによって、実効ある労働衛生管理が促進されますようご期待する次第であります。



## 発刊に寄せて

### 産業衛生は誰のためのもの

日本産業衛生学会理事長  
藤田保健衛生大学教授

島 正 吾

近年、産業社会における生産技術の変貌や、労働人口の高齢化、あるいは「労働」自体の質的、量的変化は目覚ましいものがある。そして、こうした変化を反映し、日常生産活動にかかるハード面や、労働者の健康にかかるソフト面のいずれでも、その内容や拡がりとは従来とは大きく様変わりしてきた。

今日における産業衛生事情の本質的な変化は、ことに我が国企業の過半数を占める、50人未満の中小企業労働者の健康への歪みとして注目されている。そしてこうした自体に対処するため、企業内衛生管理に対する法的規制はより厳しい内容となりつつある。一方、これら50人未満の中小企業の健康管理のためには、県単位の産業保健推進センターや地域産業保健センター構想の実現をみている。しかし常に私どもは、作業、環境及び健康の3管理の推進には、表面的な体裁ではなくて、より突っ込んだ管理の徹底の必要性を痛感している。

最も基本となる労働環境対策については、何を、どこから、どう対処したら良いのか、そういう手順や方法に対する基本がほとんど理解されていない。今日こうした中小企業では、法に定められた関係管理業務を最低限に消化することに窮々としており、ましてや中小企業に特有な労働の質や量、環境条件の影響を的確に把握することは、至難のことと云わねばならない。そのためには、具体的に何を、どうするかを、まずもって理解しなければならぬ。

ところで私たちは今、こうした課題へのアプローチのために、きわめて実践的で豊富な内容を持った、一冊の成書を手にすることができた。

本書は、私の恩師である、名市大名誉教授奥谷博俊先生によるものであり、中小企業の衛生管理のあり方を、平易にかつ系統的に記述された秀れた指導書である。しかし、一読して解ることは、本書がこれまでのような衛生管理業務の単なる解説書や、手引書ではないことである。著者である奥谷先生は、常日頃から、「産業衛生は実学であり、労働者の健康を守るためにこそある。」ことを強調されてきた。こうした明確な目的意識を欠如しては、まさに「佛造って魂入れず」に等しい。私たちに求められるのは、労働者の健康を守るための深い愛情と、労働環境改善に対する妥協のない取り組みへの姿勢である。

本書の全編に流れている、著者奥谷先生のこうした思いと、産業衛生に対する実践哲学の何たるかを、ぜひ読み取っていただきたい。

ここに本書の上梓を心から慶び、多年の奥谷博俊先生のご努力に大いなる敬畏と感謝を捧げます。





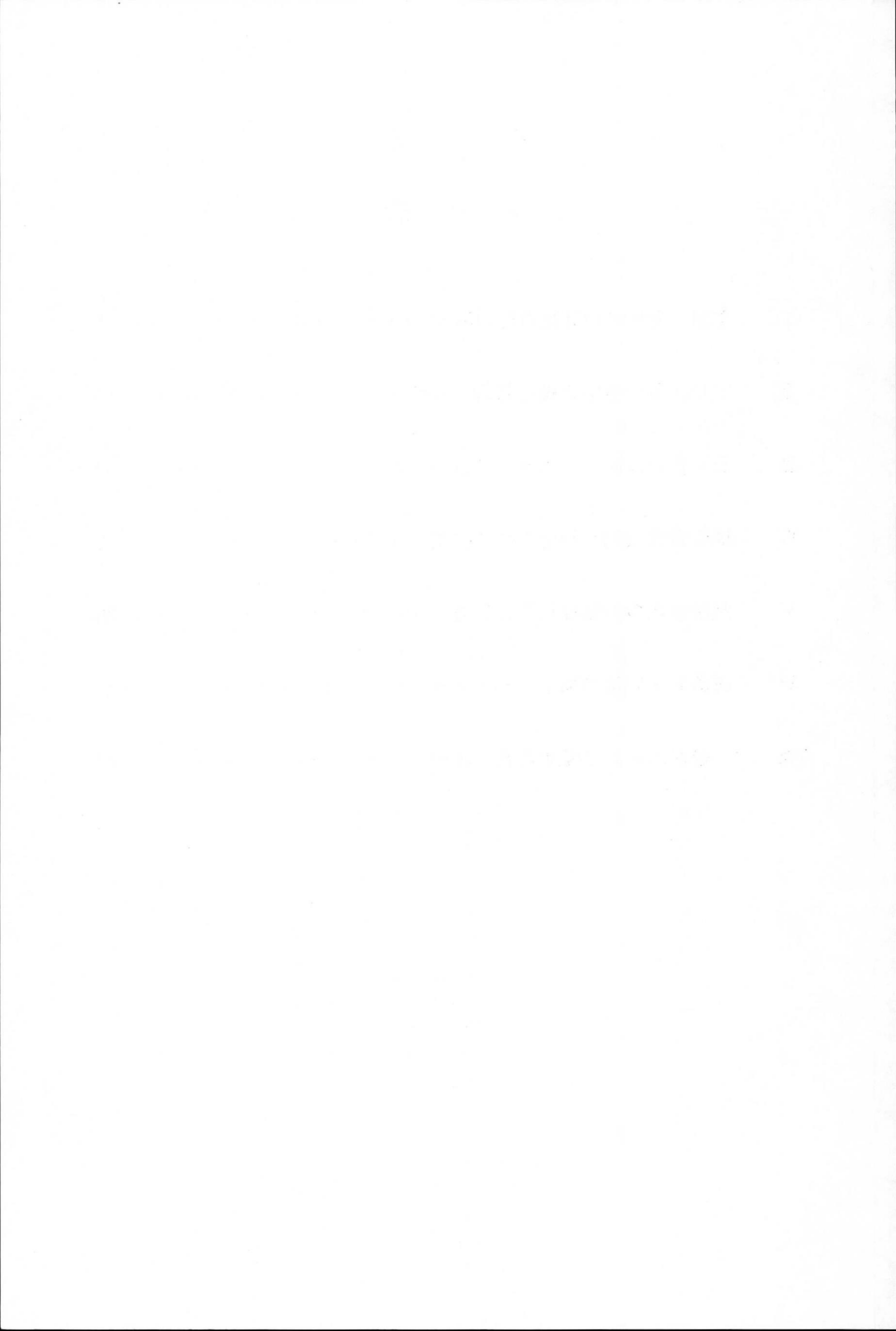


# 目 次

## 第 一 部

I	全国・愛知県の健康管理の現状	1
II	中小・零細企業の健康管理	15
III	改正健康診断とこれからの健康管理	22
IV	健康管理機関が要望される健康管理	32
V	健康情報の有効な利用の仕方	36
VI	労働衛生対策の基本	39
VII	一般健康診断に要する適正経費	43





# I 全国・愛知県の健康管理の現状

## (1) 業務上疾病

業務上疾病の発生状況は、労働安全衛生規則第97条に基づいて事業者から提出される「労働者死傷病報告」により把握することができます。わが国の業務上疾病の発生状況は、昭和56年(1981年)には、18,449人(全国)、1,688人(愛知県)のものがいたのが、その後は減少しており、平成3年(1991年)には、11,951人(全国)、901人(愛知県)で、10年前比では全国64.8%に、愛知県53.4%に著しく減少しています。(図I-1)

業務上疾病の内容をみると、平成3年全国では、負傷に起因する疾病が9,146人で、全体の

76.5%を占め、その中でも腰痛(災害性腰痛)が6,500人もあり、負傷に起因する疾病のうちの71.7%を占めています。同年愛知県でも全国と同様の傾向を示し、負傷に起因する疾病が725人で、全体の80.5%を占め、その大半は腰痛症で、腰痛症対策は業務上疾病として最重要といえよう。捻挫、ぎっくり腰のような急性の腰痛は業務上疾病として認定されていますが、徐々に悪くなる腰痛(慢性腰痛)は殆ど認定されておらず、職場で腰痛有訴率を調査した成績によると労働者の50%を超えている職種がかなりあるといわれています。

また、じん肺症およびじん肺合併症は、同年の業務上疾病のうち全国1,103人(9.2%)、愛知県58人(6.4%)で、上記2疾病が業務上疾病として大部分を占めている傾向は以前

図I-1

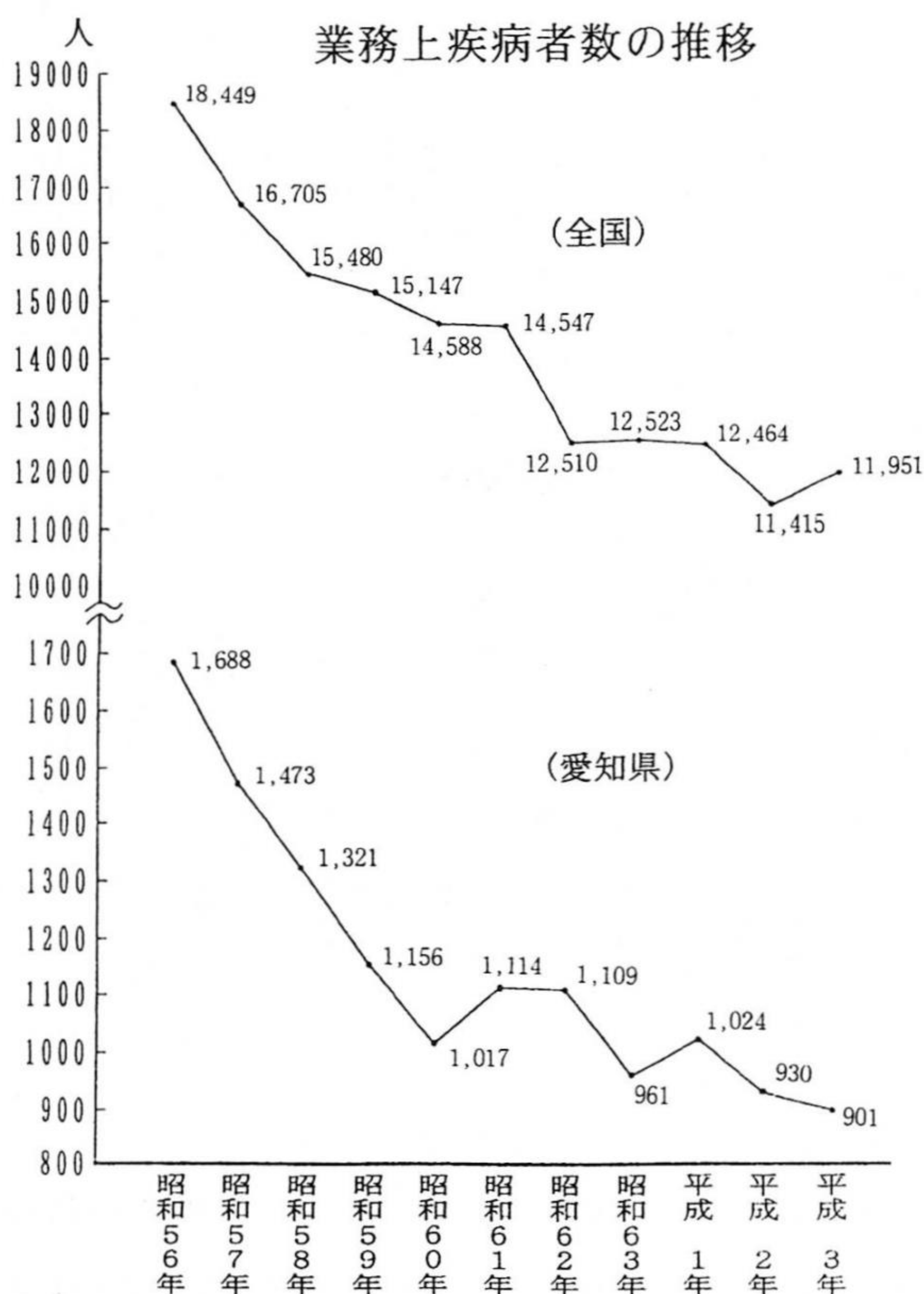




図 I - 2

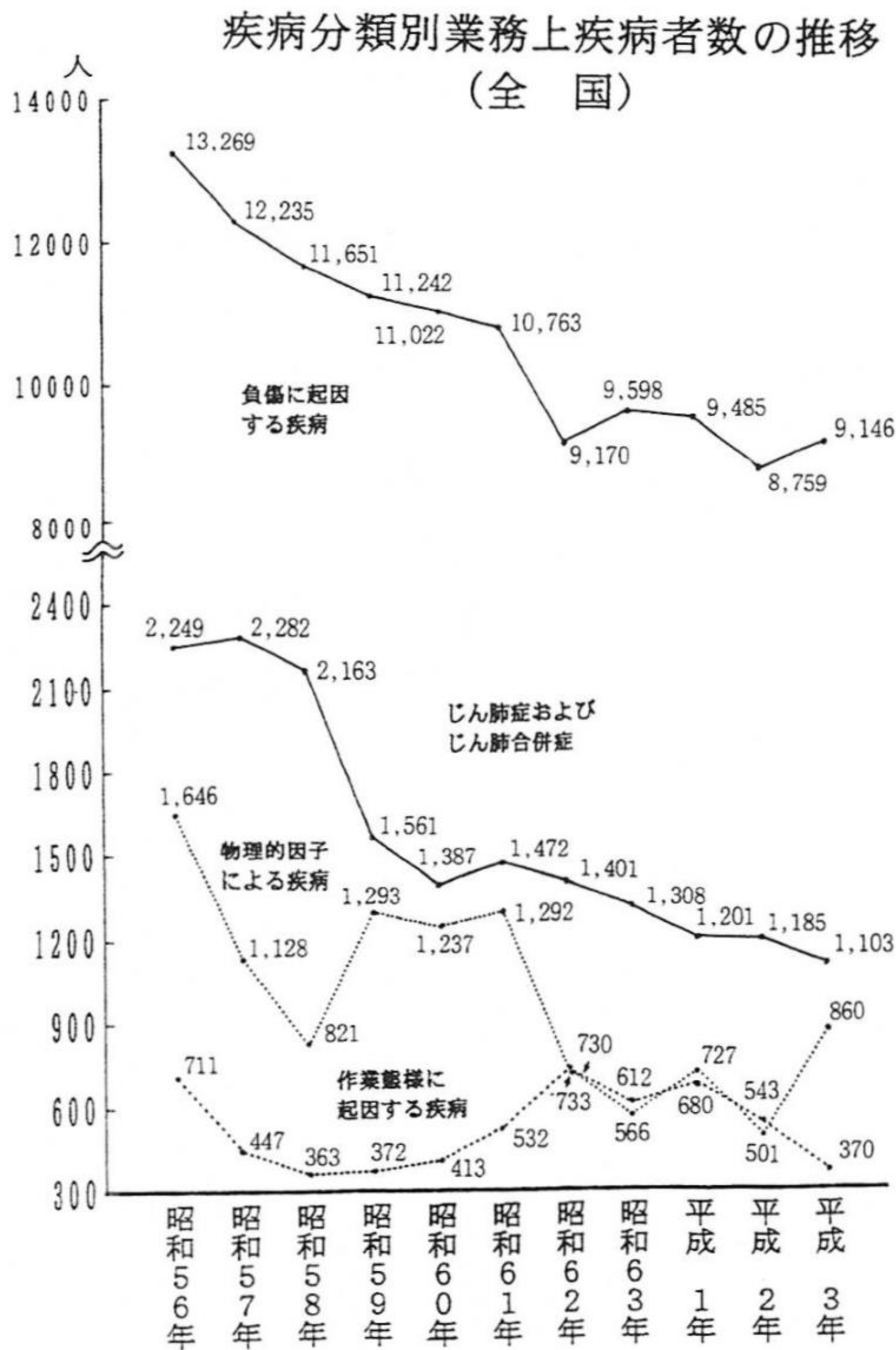
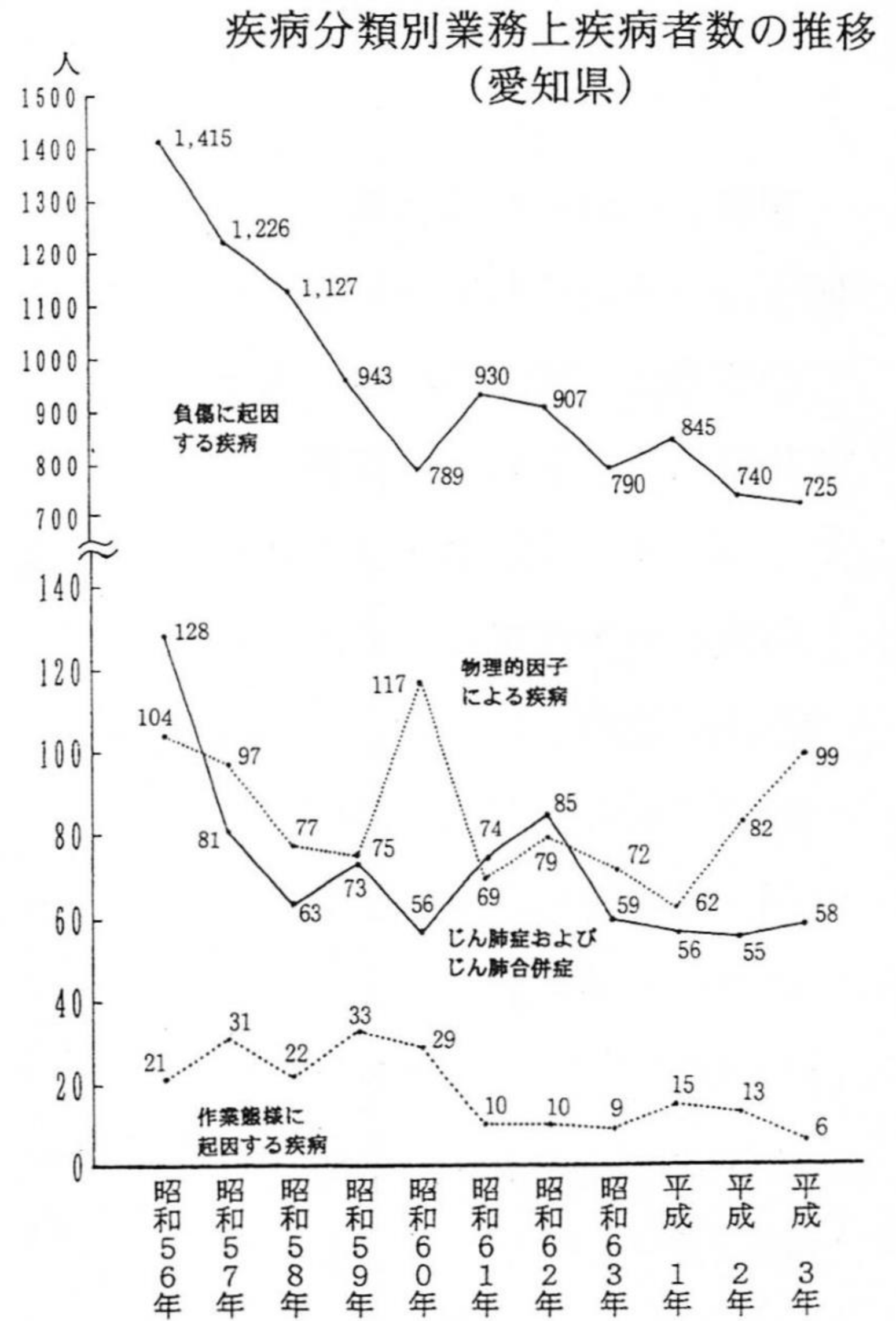


図 I - 3



から続いています。(図 I - 2、図 I - 3)

じん肺法に基づいて実施された、じん肺管理区分年別決定状況は、過去10年の推移についてみると、順次減少しています。平成3年の健診対象は、全国では1万7千事業場、22万9千人の受診者で、愛知県では1千4百事業場、2万7千人の受診者があり、管理1は3年以内に1回の受診が義務付けられているので、対象労働者数は全国では60万人強、愛知県では7万人強が推定されます。(図 I - 4、図 I - 5)

図 I - 4

じん肺健康診断実施事業場数の推移

愛知労働基準局

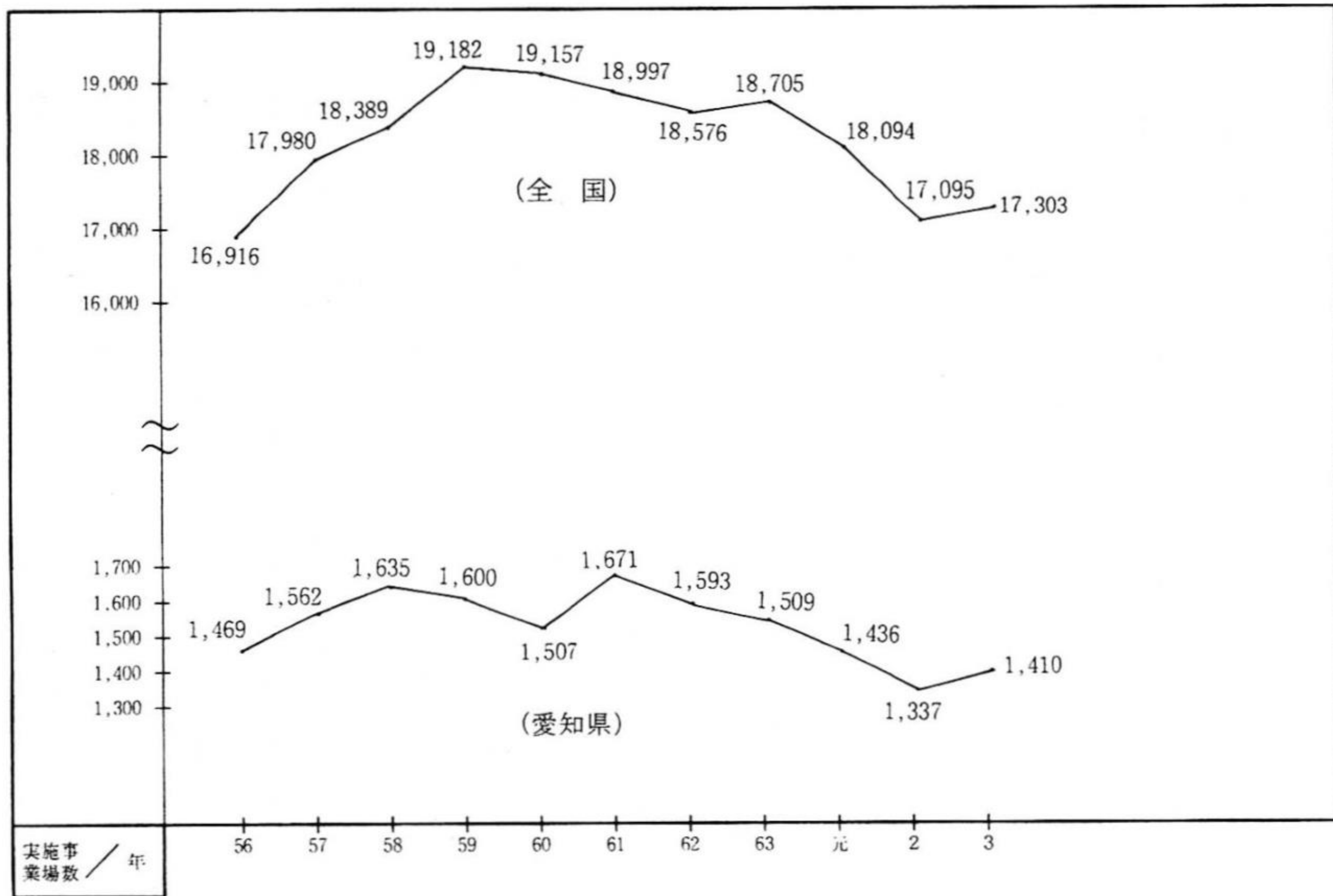
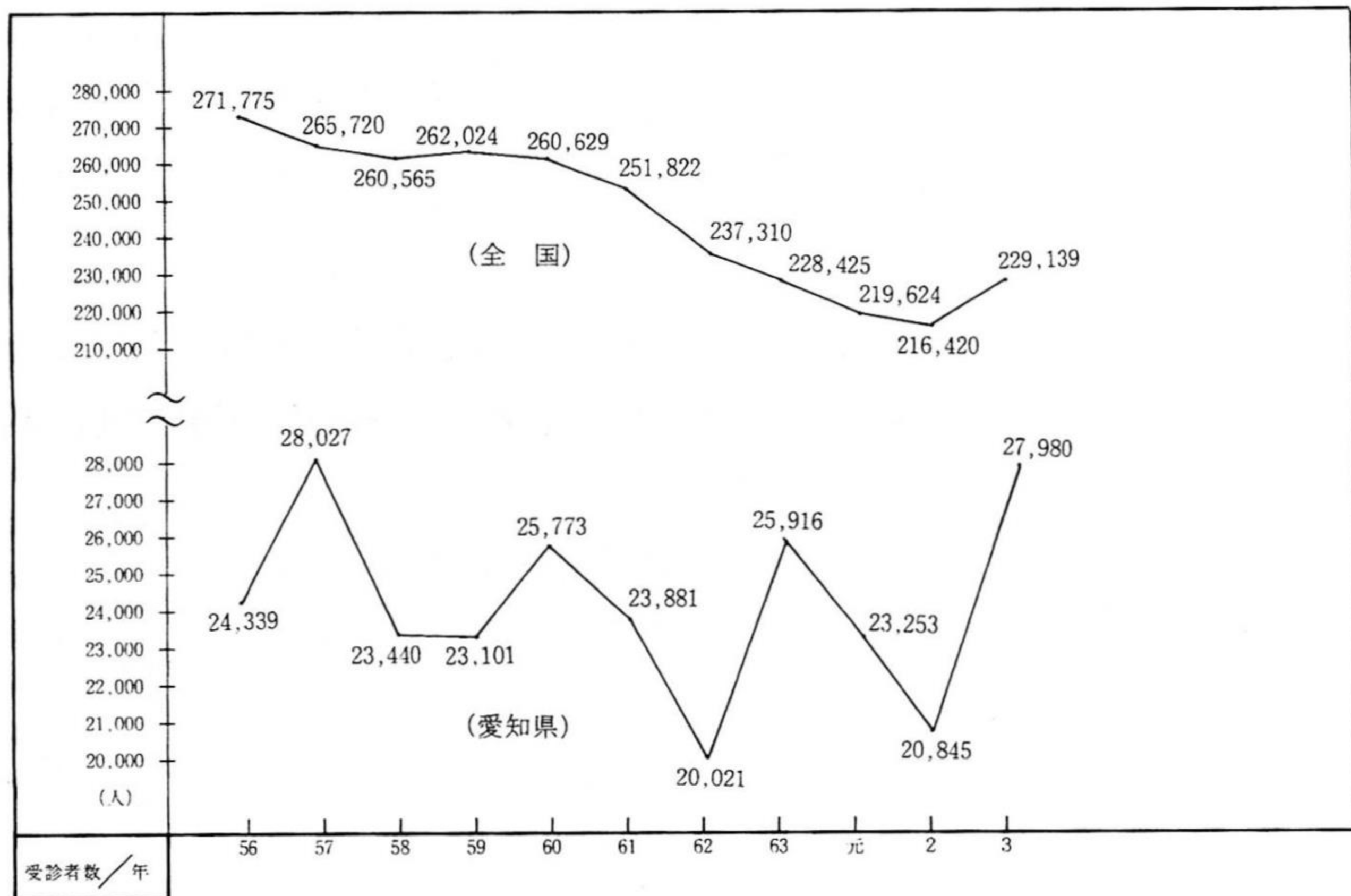


図 I - 5

じん肺健康診断受診者数の推移

愛知労働基準局



同年の管理区分決定状況は、全国では管理2 23,708人、管理3(イ) 3,023人、管理3(ロ) 1,438人、管理4 448人、合併症 655人で、愛知県ではそれぞれ、3,175人、424人、220人、30人、38人で、過去5年間の推移は殆ど変わっておりません。(図 I - 6、図 I - 7)



図 I - 6

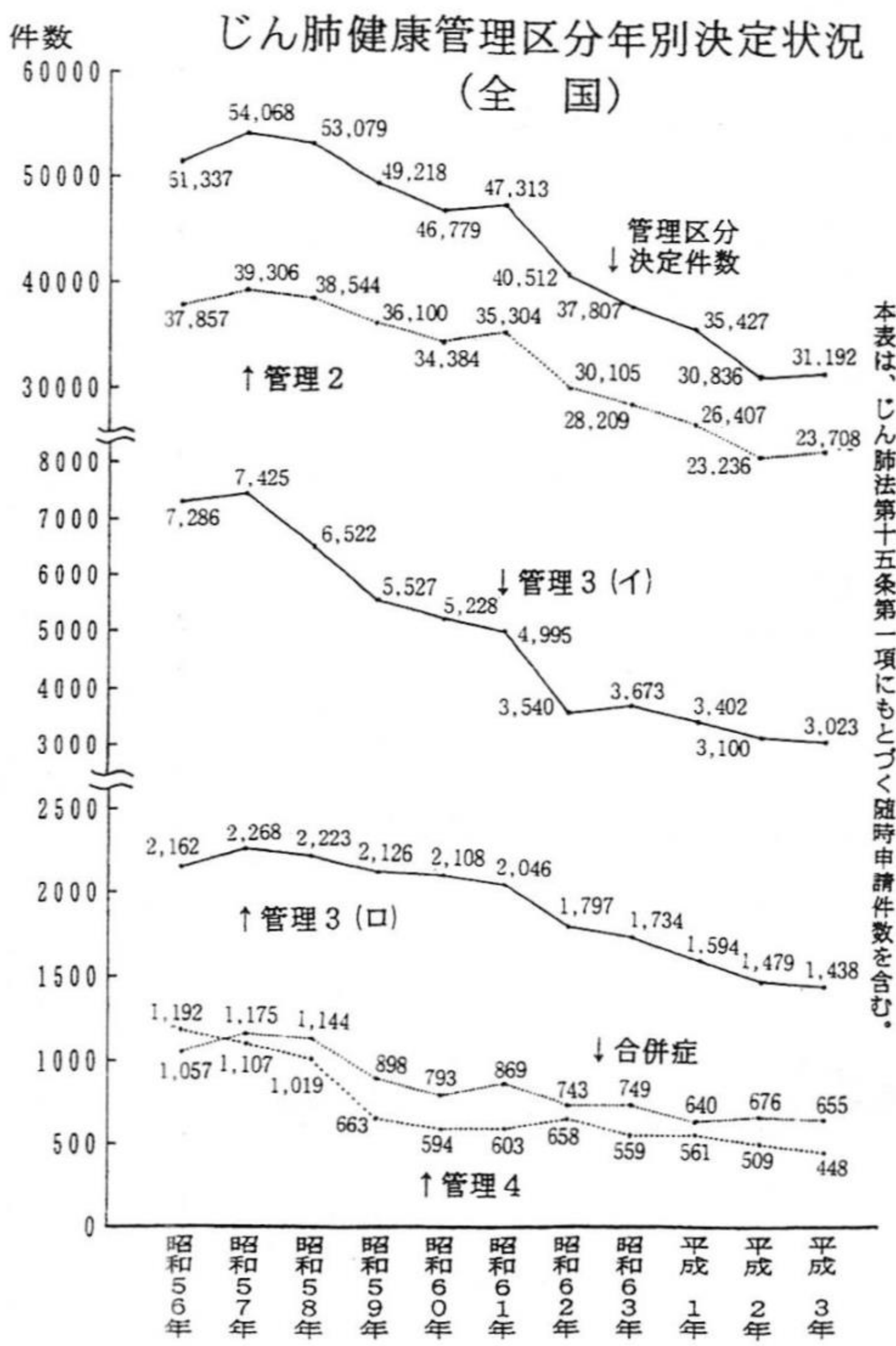
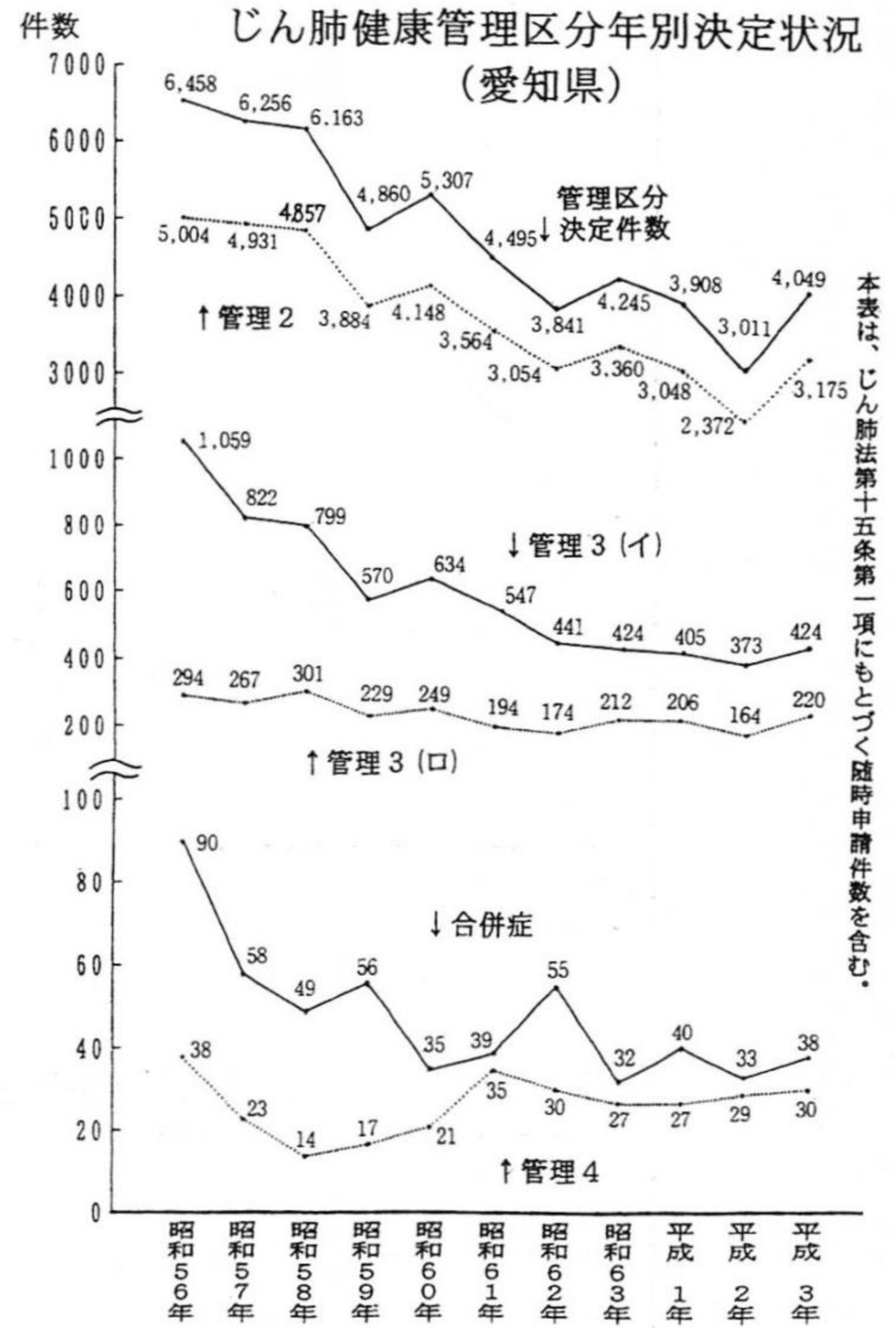
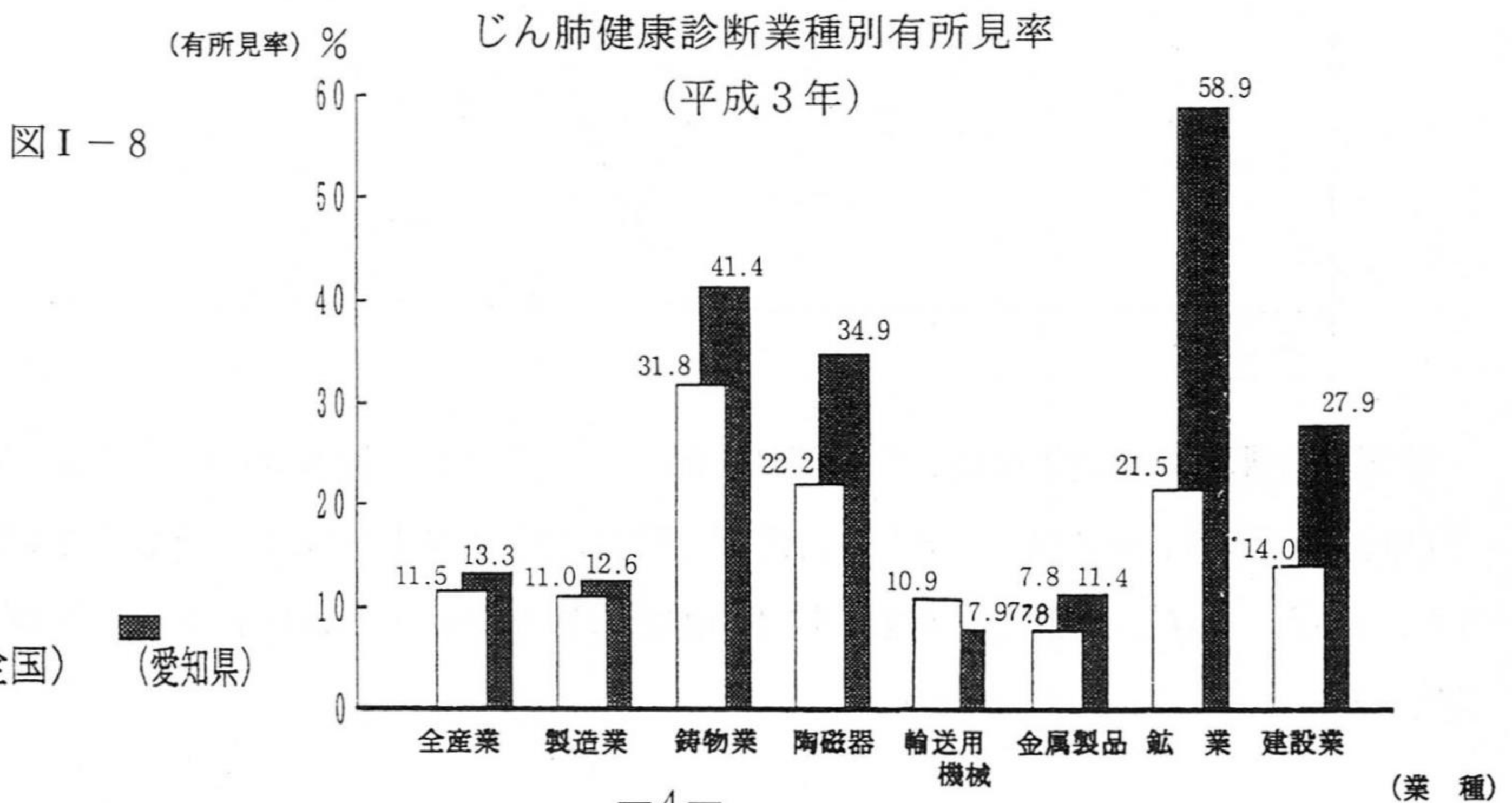


図 I - 7



同年の業種別有所見率は、全産業では、全国11.5%、愛知県13.3%で、業種別にみると、全国では鋳物業、陶磁器業、鋳業が高く、愛知県では鋳業、鋳物業、陶磁器業、建設業が高くなっています。(図 I - 8)





既に現在までにじん肺症・合併症で、労災法により補償されたものの累計は、全国では4万人を超えており、愛知県瀬戸労基署管内では1千4百人を上廻っています。

じん肺は軽快、治癒することがない疾病で、粉じん作業者が過去に吸入して肺内に沈着した粉塵により病状が進展します。労災法によって補償されるものは、管理区分4および管理区分2以上で肺結核や続発性気管支炎などの合併症のあるものであります。管理4のような高度なものでは、過去に結核症の既往歴のある者がじん肺が進展するにつれて結核が再発するケースが多く、じん肺症の発生防止には粉じん対策とともに、結核管理の重要性が指摘されます。また、高齢化を迎えた現在では、労働者の退職後の発病が著しく多く、じん肺健診で発見される認定患者はわずかで、認定されるものは随時申請によるものが圧倒的に多くなっています。管理3(イ)、(ロ)に決定されている労働者は、退職時には必ず健康管理手帳の交付を受け、国が行う年一回の健康診断を受け、健康管理上合併症の発病予防に留意することが大切なこととあります。

じん肺の管理では、3管理、①作業環境管理（局所排気装置の設置等）、②作業管理（配置転換、防じんマスクの着用等）、③健康管理（じん肺健康診断の実施と事後処置）、特に既往歴として肺結核および慢性気管支炎の併発予防の対策が大切であります。

今日では、じん肺に対し医学的管理としての診断法と作業環境管理方式は確立されており、対策が完全に推進されれば、じん肺の発生はなくなることとなります。有史前から存在していたと思われるじん肺症は、近く先進国の間では発生しない疾病となることを期待しています。しかし、一方途上国の発生実態については、その対応は殆ど行われておらず、却って悪化しているともいわれています。先進国のなかでも日本の国際的役割からみて、途上国への国際協力はこれからの大きな課題と考えられます。

粉じん作業以外の有害業務では、法定の特殊健康診断と行政指導による特殊健康診断が実施されています。平成3年の特殊健康診断の受診者数は、全国では約138万5千人で、有所見者率は3.0%で、愛知県では約12万2千人が受診し、その有所見者率は2.2%であります。最近有機溶剤、鉛健康診断は健診項目が改正され、潜在性の状態で把握することを目的とした検査が行われるようになり、今後は特定化学物質の健診項目も逐次改正の方向へ変わることになるといわれています。昨年騒音障害防止ガイドラインが示されて、一部省令等が改正されたので、騒音に関する健康診断は一層重要性が高くなっています。最近、有機溶剤中毒が塗装作業などの職場で急性中毒として発生し死亡例もみられますので、特に換気不良の場所における作業は、注意が必要であります。（表I-1、表I-2、図I-9）



表 I-1

全国・特殊健康診断実施状況(対象業務別) (平成3年)

対象作業	区分	対象事業場数	対象労働者数	受診労働者数	有所見者数	有所見率(%)
有機溶剤	鉛	47,267	672,855	568,298	17,586	3.1
	鉛	9,856	159,962	132,031	1,969	1.5
	四アルキル鉛	400	191	179	2	1.1
	電離放射線	10,547	161,091	146,121	2,093	1.4
	高圧窒素	23	263	232	6	2.6
	潜水	186	1,216	942	21	2.2
	(小計)	209	1,479	1,174	27	2.3
	ベンジジン	14	468	468	16	3.4
	4-アミノジフェニル	2	32	32	0	0
	4-ニトロジフェニル	—	—	—	—	—
製造禁止物質	ビス(クロロメチル)エーテル	5	72	72	1	1.4
	β-ナフチルアミン	7	177	177	0	0
	(小計)	28	749	749	17	2.3
	ジクロルベンジジン	26	632	632	3	0.5
	α-ナフチルアミン	58	821	821	0	0
	塩素化ビフェニル	20	111	111	0	0
	o-トリジン	123	1,269	1,135	2	0.2
	ジアニジン	22	203	203	1	0.5
	ベリウム	54	2,313	1,270	9	0.7
	ベンゾトリクロリド	9	153	152	0	0
特定化学物質等	アクリルアミド	165	2,808	2,748	0	0
	アクリロニトリル	184	6,424	6,381	7	0.1
	アルキル水銀化合物	12	109	109	0	0
	石綿	2,517	28,735	25,218	237	0.9
	エチレンジイミン	12	148	140	0	0
	塩化ビニル	151	5,115	5,015	8	0.2
	塩素	1,404	25,656	24,384	236	1.0
	オーラミン	48	465	440	4	0.9
	o-フタロジニトリル	3	16	16	0	0
	カドミウム	360	6,789	6,582	23	0.3
特定化学物質等	クロム酸	3,414	29,957	27,105	165	0.6
	クロロメチルメチルエーテル	18	341	341	0	0
	五酸化バナジウム	159	2,220	2,144	3	0.1
	コールタール	696	18,871	18,279	71	0.4
	三酸化砒素	143	2,260	2,161	10	0.5
	シアン化カリウム	645	7,285	6,635	50	0.8
	シアン化水素	142	2,066	1,958	1	0.1
	シアン化ナトリウム	1,271	8,845	7,786	66	0.8
	3,3'-ジクロロ-4,4'-ジアミノジフェニルメタン	88	1,038	1,008	33	3.3

対象作業	区分	対象事業場数	対象労働者数	受診労働者数	有所見者数	有所見率(%)
特定化学物質等	臭化メチル	227	1,779	1,442	15	1.0
	重クロム酸	561	6,677	6,365	12	0.2
	水銀	323	3,907	3,392	24	0.7
	トリレンジイソシアネート	294	6,101	6,016	16	0.3
	ニッケルカルボニル	19	516	513	4	0.8
	ニトログリコール	7	148	134	0	0
	p-ジメチルアミノアゾベンゼン	5	14	14	0	0
	p-ニトロクロロベンゼン	22	222	202	0	0
	弗化水素	965	38,823	38,245	127	0.3
	β-プロピオラクトン	9	101	101	0	0
特定化学物質等	ベンゼン	547	15,057	14,962	73	0.5
	ペンタクロロフェノール	20	160	112	4	3.6
	マゼンタ	16	192	68	0	0
	マンガン	776	13,683	12,528	58	0.5
	沃化メチル	50	563	530	0	0
	硫化水素	323	8,392	7,971	71	0.9
	硫酸ジメチル	114	1,509	1,509	7	0.5
	(小計)	16,022	252,494	236,884	1,340	0.6
	法定特殊健康診断計	84,329	1,248,821	1,085,436	23,034	2.1
	紫外線赤外線	5,105	96,777	73,021	858	1.2
指導動機によるもの	騒音	4,192	179,278	142,920	12,836	9.0
	マンガン等(特化則以外のものに限る)	24	956	543	9	1.7
	黄りん	26	503	493	0	0
	有機りん剤	66	1,475	1,300	32	2.5
	亜硫酸ガス	47	1,700	1,678	53	3.2
	二硫化炭素(有機則適用以外のものに限る)	9	566	529	24	4.5
	ベンゼンのニトロアミド化合物	22	767	762	6	0.8
	脂肪族の塩化又は臭化化合物	29	1,971	1,931	92	4.8
	砒素(三酸化砒素を除く)	35	2,082	2,065	31	1.5
	フェニル水銀化合物	1	1	1	1	100
指導動機によるもの	アルキル水銀化合物(特化則以外のものに限る)	1	24	24	0	0
	クロルナフタリン	1	22	6	0	0
	沃素	13	296	281	0	0
	振動	10,777	92,174	51,125	4,129	8.1
	米杉等	26	267	113	8	7.1
	超音波溶着機	78	2,017	1,805	14	0.8
	金銭登録	2,332	31,515	21,540	717	3.3
	指導計	22,784	412,391	300,137	18,810	6.3
	総計	107,113	1,661,212	1,385,573	41,884	3.0

資料：特殊健康診断結果調

(注) 1. 有機溶剤、健康診断は平成元年10月より項目等が変更されている。  
 2. 対象事業場数には、かつて対象業務を行っていた事業場等も含む。



表 I-2

愛知県特殊健康診断実施状況(対象業務別) (平成3年)

対象作業	区分	対象事業場数	対象労働者数	受診労働者数	有所見者数	有所見率(%)
有機溶剤		2,740	62,851	52,599	1,377	2.6
鉛		769	17,253	14,803	130	0.9
四アルキル鉛		78	43	42	6	14.3
電離放射線		344	5,526	4,917	85	1.7
高圧室		1	1	1	0	0
潜水		2	15	15	0	0
(小計)		3,924	85,689	72,377	1,598	2.2
ベンジジン						
4-アミノシフェニル						
4-ニトロジフェニル						
ビス(クロロメチル)エーテル						
β-ナフチルアミン						
(小計)		0	0	0	0	0
ジクロロベンジジン						
α-ナフチルアミン						
塩素化ビフェニル						
o-トリジン		1	8	8	0	0
ジアニジン		3	2	2	0	0
ベリリウム		9	121	53	0	0
ペンゾトリクロリド						
アクリルアミド		9	136	133	0	0
アクリロニトリル		8	324	324	0	0
アルキル水銀化合物						
石綿		70	2,277	1,460	28	1.9
エチレンジイミン						
塩化ビニル		11	196	193	0	0
塩素		51	1,011	998	11	1.1
オーラミン		2	57	57	0	0
o-フタロジニトリル		1				
カドミウム		26	222	212	0	0
クロム酸		328	3,308	3,013	33	1.1
クロロメチルメチルエーテル						
五酸化バナジウム		12	121	121	1	0.8
コaltar		37	688	824	1	0.1
三酸化砒素		4	20	20	0	0
シアニ化カリウム		32	296	296	0	0
シアニ化水素		15	197	194	0	0
シアニ化ナトリウム		83	916	883	2	0.2
3,3'-ジクロロ-4,4'-ジアミノジフェニルメタン		9	61	61	8	13.1

対象作業	区分	対象事業場数	対象労働者数	受診労働者数	有所見者数	有所見率(%)
臭化メチル		11	97	96	0	0
重クロム酸		145	1,287	1,261	6	0.5
水銀		16	94	94	0	0
トリレンジイソシアネート		51	1,135	1,124	3	0.3
ニッケルカルボニル		3	54	54	0	0
ニトログリコール		1				
p-ジメチルアミノアゾベンゼン						
カニトクロロベンゼン						
弗化水素		37	951	951	0	0
β-プロピオラクトン						
ベンゼン		19	546	565	0	0
ペンタクロールフェノール		1	3	3	0	0
マゼンタ		2	2	2	0	0
マンガン		74	1,348	1,342	14	1.0
沃化メチル		1				
硫化水素		13	251	251	0	0
硫酸ジメチル		6	46	46	2	4.3
(小計)		1,091	1,5775	14,556	109	1.5
法定特殊健康診断計		5,005	101,465	86,933	1,707	2.0
業外線赤外線		231	13,657	12,298	66	0.5
騒音		200	23,654	22,133	947	4.3
マンガン等(特化則以外のものに限る)		3	428	21	0	0
黄りん		2	34	34	0	0
有機りん剤						
亜硫酸ガス		5	97	97	1	1.0
二硫化炭素(有機則適用以外のものに限る)						
ベンゼンのニトロアミド化合物		1				
脂肪族の塩化又は臭化化合物		2	32	32	0	0
砒素(三酸化砒素を除く)		3	47	47	0	0
フェニル水銀化合物						
アルキル水銀化合物						
クロルナフタリン						
沃素		6	147	147	6	4.1
振動						
米杉等						
超音波溶着機		17	828	824	6	0.1
金銭登録		19	317	137	0	0
指導計		489	39,241	3,5775	1,024	2.9
総計		5,514	140,705	122,768	2,721	2.2

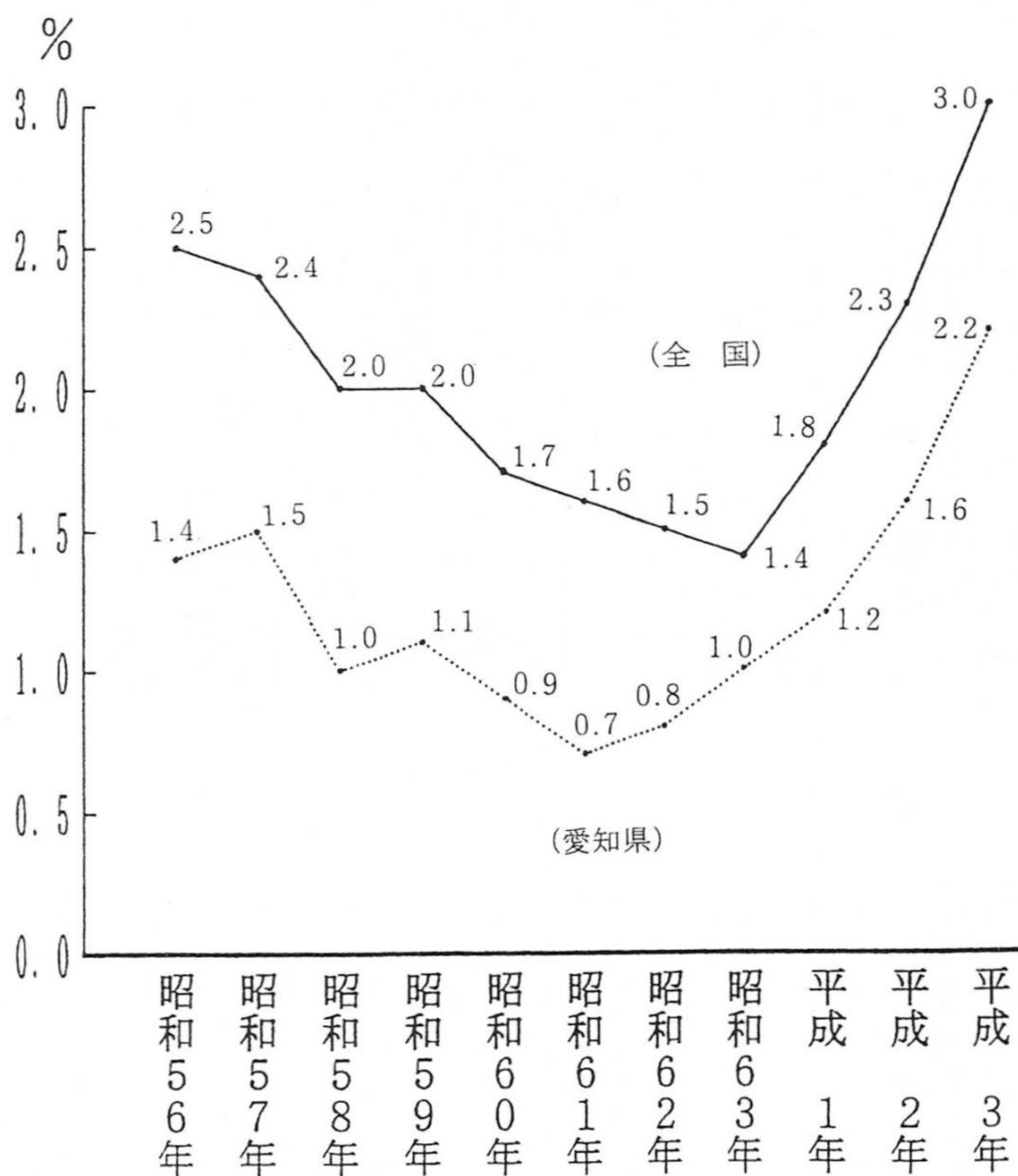
資料：特殊健康診断結果調

(注) 1. 有機溶剤、健康診断は平成元年10月より項目等が変更されている。  
2. 対象事業場数には、かつて対象業務を行っていた事業場等も含む。



## 特殊健康診断有所見率の推移

図 I - 9



また、科学技術の進歩に伴って変異原性が認められる新規化学物質に対する対応も、重要な課題となってきています。

### (2) 定期健康診断

定期健康診断の実施状況および結果は、労働安全衛生規則第52条に基づいて事業者から提出される「健康診断結果報告」により把握することができます。平成元年改正された診

断項目で平成3年受診した事業場数（常時50人以上の労働者を使用する事業場）は、全国

図 I - 10 定期健康診断実施事業場数の推移 愛知労働基準局

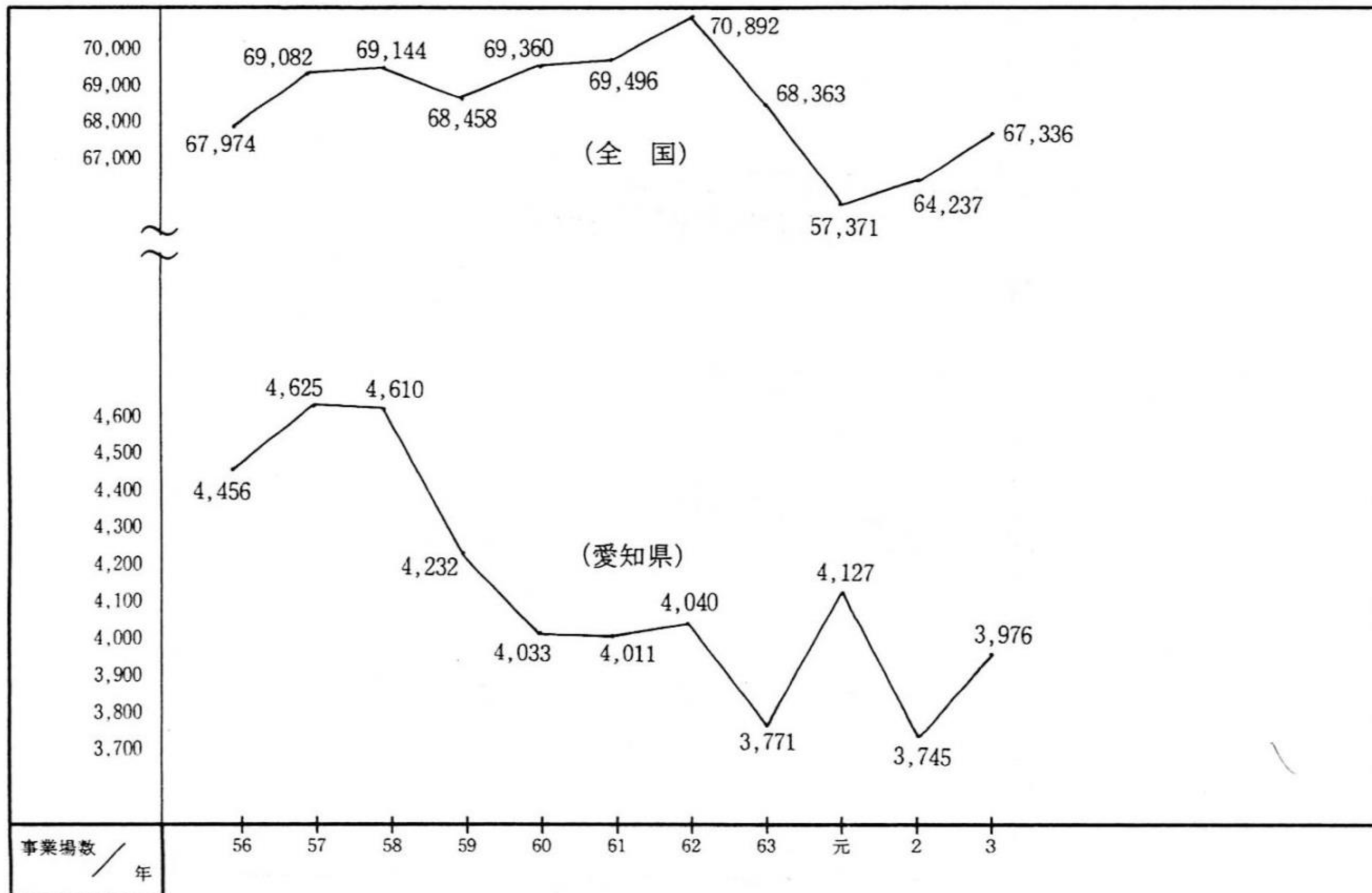
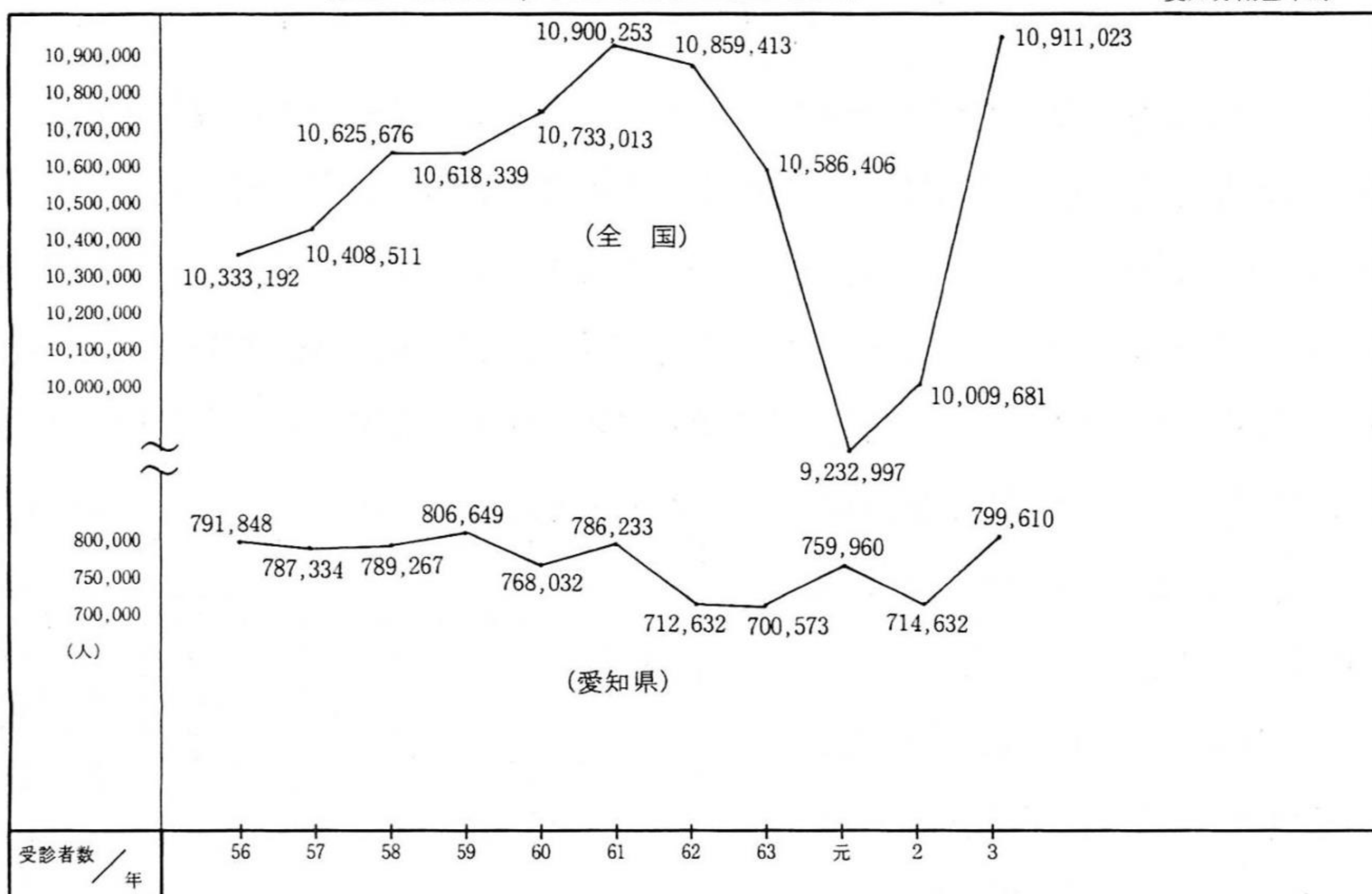


図 I - 11 定期健診断受診者数の推移 愛知労働基準局

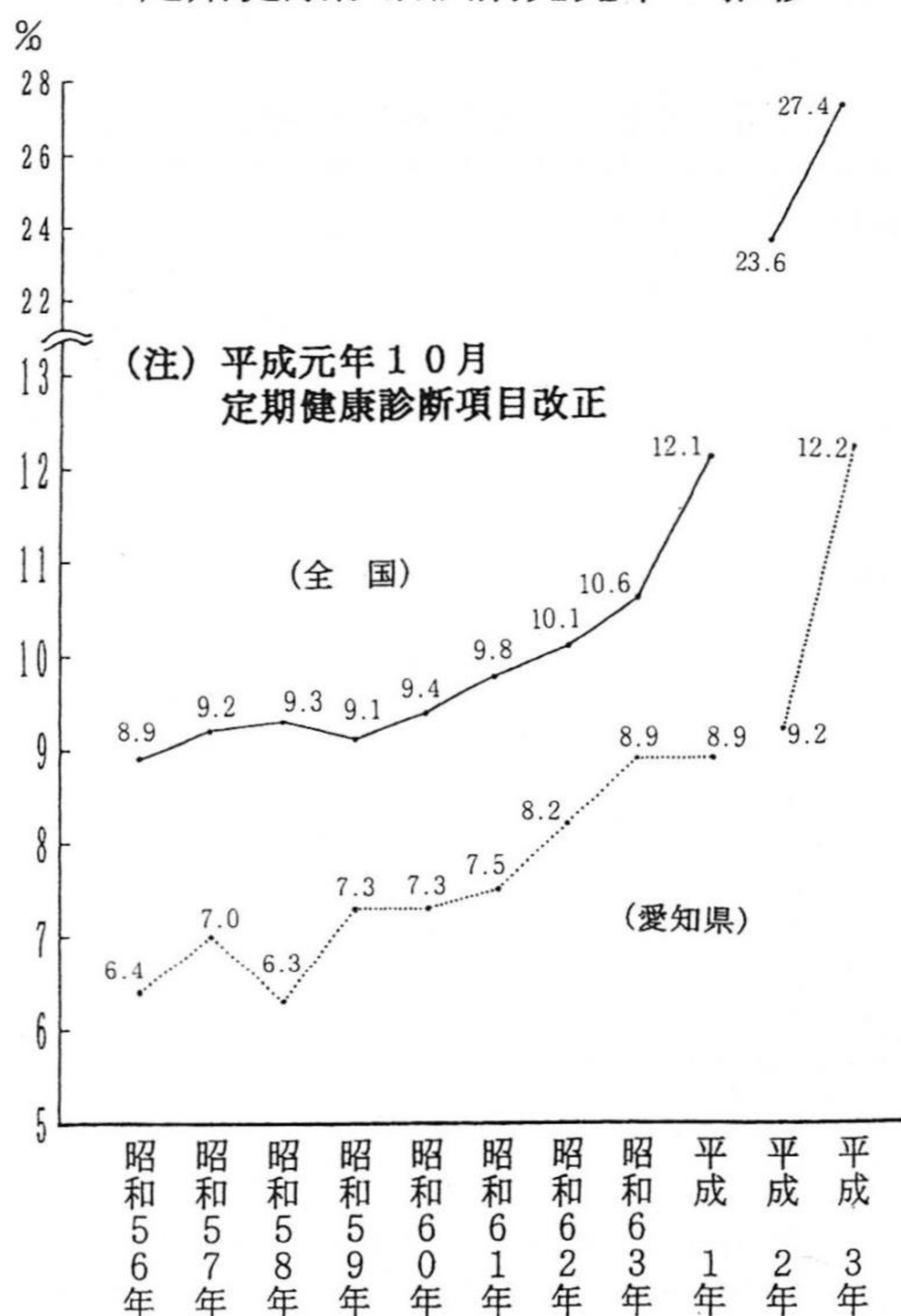


では約67,000事業場、愛知県では約4,000事業場で、受診者数は、全国では約1,091万人、愛知県では約80万人であります。疾病発見率は、全国では27.4%、愛知県では12.2%で、改正健康診断実施後の疾病発見率は著しく高くなっています。(図 I - 10・図 I - 11・図 I - 12)



図 I-12

定期健康診断疾病発見率の推移



定期健康診断実施結果の有所見者率は、全国では27.4%、愛知県では27.7%であります。検査項目別にみると、血中脂質検査が最も高く全国では13.6%、愛知県では11.2%次いで肝機能検査は、全国では10.1%、愛知県では8.4%であります。以下、心電図検査は、全国では6.8%、愛知県では7.9%、血圧検査は、全国では7.7%、愛知県では6.6%、聴力(4000Hz)検査は全国では9.3%、愛知県では12.2%、聴力(1000Hz)検査は、全国では5.2%、愛知県では6.5%、貧血検査は、全国では4.9%、愛知県では4.6%、胸部X線検査は、全国では2.6%、愛知県では1.9%、尿検査(糖)は、全国では3.1%、愛知では3.3%、尿検査(蛋白)は、全国では2.1%、愛知県では1.9%であります。さらに歯科健康診断有所見率は、全国では32.9%、愛知県では36.0%であります。(表 I-3)

表 I-3 定期健康診断実施結果(項目別の有所見率等)(平成3年)(%)

項目	項目別の有所見率													所見のあった者の割合(注)	歯科健康診断有所見率	
	他覚所見	聴力(1000Hz)	聴力(4000Hz)	聴力(その他)	胸部X線検査	喀痰検査	血圧	貧血検査	肝機能検査	血中脂質検査	尿検査(糖)	尿検査(蛋白)	心電図検査			
有所見率	全国	2.9	5.2	9.3	1.1	2.6	0.9	7.7	4.9	10.1	13.6	3.1	2.1	6.8	27.4	32.9
	愛知	2.7	6.5	12.2	0.8	1.9	0.4	6.6	4.6	8.4	11.2	3.3	1.9	7.9	27.7	36.0

資料：定期健康診断結果調

(注) 「所見のあった者の割合」は労働安全衛生規則第44条及び第45条で規定する健康診断項目のいずれかが有所見であった者(他覚所見のみを除く。)の人数を受診者数で割った値である。



なお、平成2年の全国職域において実施された健康診断の実施件数は次の通りであります。雇入時健康診断は251,553件、定期健康診断は12,028,545件（全項目実施5,696,687件、一部項目省略6,331,858件）、特殊健康診断は2,188,224件、成人病検診は9,723,636件、人間ドックは685,396件、T H Pは46,022件で、総合計すると24,923,376件と報告されています。（表I-4）

表 I - 4 職域健康診断の実施件数（平成2年実績）

総合計 = 24,923,376		成人病検査	
雇入時健康診断	251,553	成人病検査	9,723,636
定期健康診断	12,028,545	胃 検 診	2,241,358
全項目実施 A	5,696,687	肝 機 能	2,614,788
一部項目省略 B	6,331,858	肝 臓 ・ 胆 臓	454,019
特殊健康診断	2,188,224	循 環 器	2,509,346
		そ の 他	622,078
じん肺	228,901	が ん 検 診	1,282,047
鉛	147,017		
有機溶剤	711,852	消化器系	677,176
電離放射線	60,483	婦人科系	322,233
特定化学	277,598	そ の 他	282,638
振動障害	45,165	人 間 ド ッ ク	685,396
V D T	166,452	T H P	46,022
腰痛	30,467		
有害光線	65,009		
騒音障害	157,144		
手指作業	54,644		
歯牙検査	100,681		
その他	96,295		
その他	33,012		
その他	13,504		

注：定期健康診断の内訳Aは法定の全項目を実施した受診者数。同じくBは年齢等により一部項目を省略して受診した労働者数を示す。

高齢化の進むなかで、改正定期健康診断では成人病を対象にした検査項目が多数加えられたためか、疾病発見率が著しく高くなっております。健康診断後の事後措置が行われ充分効果を発揮すれば、疾病の早期発見、早期治療に役立つだけでなく、保健指導、栄養指導などにより、健康の保持増進のために大いに役立つこととなり、改正定期健康診断の効果を大いに期待し、高く評価されることを希望します。

参考として、愛知における労働基準監督署の管轄区域と、署別適用事業場数および労働者数を示しておきました。（図I-13）（表I-5）

また、平成2年（1990）に実施された国勢調査中労働者に関するものを参考として、示しておきました。（表I-6）



労働基準監督署の管轄区域

署名	管轄区域
名古屋北	東区、北区、中区、守山区、春日井市、小牧市
名古屋南	中川区、港区、南区
名古屋東	千種区、昭和区、瑞穂区、熱田区、緑区、名東区、天白区、豊明市、愛知郡のうち日進町、東郷町
豊橋	豊橋市、豊川市、蒲郡市、新城市、渥美郡、南設楽郡、北設楽郡（稲武町を除く）、宝飯郡
岡崎	岡崎市、額田郡、東加茂郡のうち下山村
一宮	一宮市、尾西市、稲沢市、葉栗郡、中島郡
半田	半田市、常滑市、東海市、知多市、大府市、知多郡
津島	津島市、海部郡
瀬戸	瀬戸市、尾張旭市、愛知郡のうち長久手町
刈谷	刈谷市、碧南市、安城市、知立市、高浜市
西尾	西尾市、幡豆郡
江南	江南市、犬山市、岩倉市、丹羽郡
名古屋西	中村区、西区、西春日井郡
豊田	豊田市、東加茂郡（下山村を除く）西加茂郡、北設楽郡のうち稲武町

平成元年3月31日より

豊田署新設

平成元年4月1日より

蒲郡署は豊橋署蒲郡事務所に

西尾署は岡崎署西尾支署に編成換

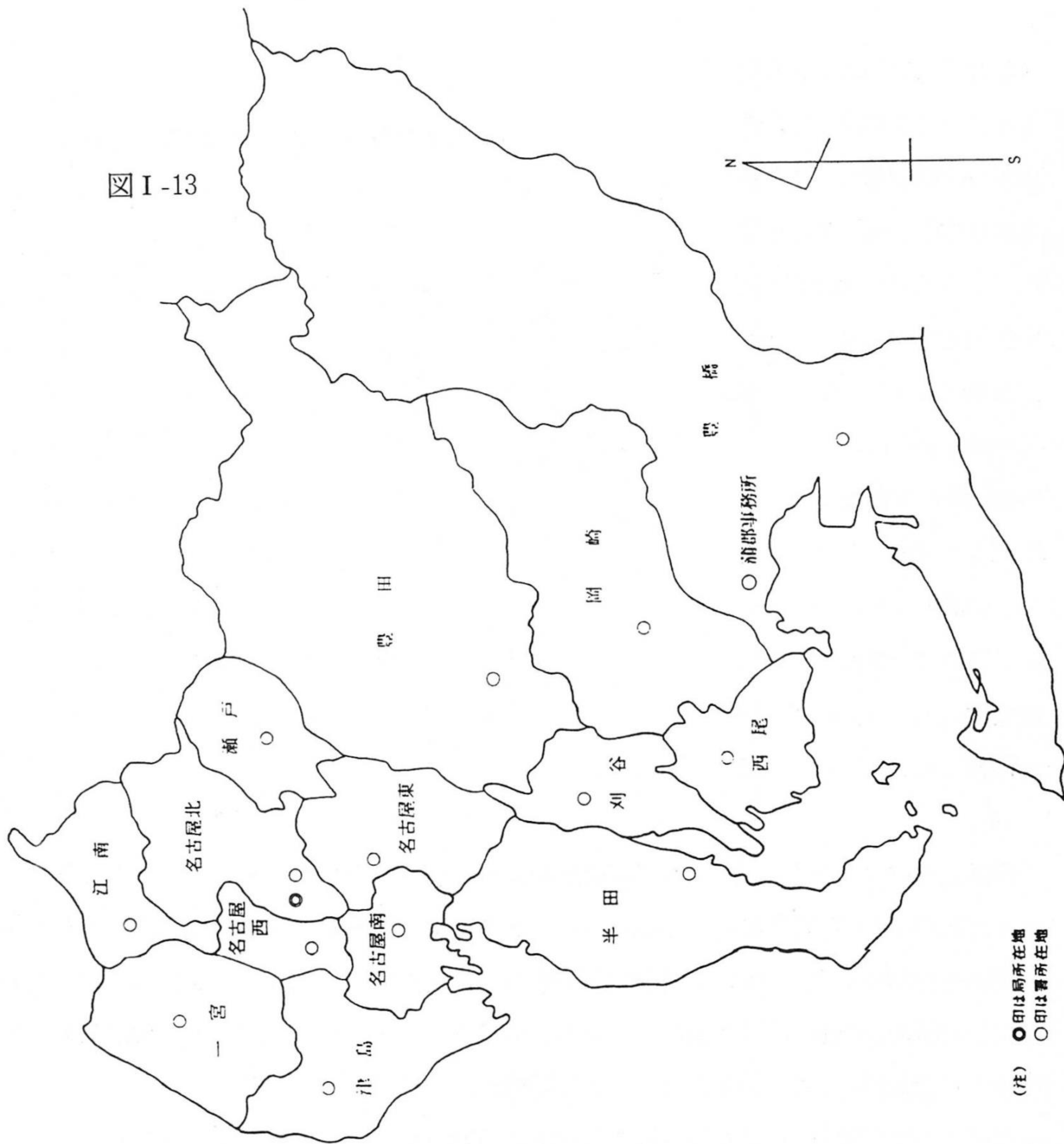


図 I-13

(注) ●印は局所在地  
○印は書所在地

表 I - 5

## 署別適用事業場数及び労働者数

署 別	区 分 年 度		事 業 場 数			労 働 者 数		
	平成 2 年度	平成 3 年度	対前年 度比	平成 2 年度	平成 3 年度	対前年 度比		
名古屋北	27,653	28,367	102.6%	665,062人	699,614人	105.2%		
名古屋南	10,445	10,457	100.1	193,106	198,393	102.7		
名古屋東	16,553	16,871	101.9	299,644	306,279	102.2		
豊 橋	12,037	12,265	101.9	193,485	195,823	101.2		
岡 崎	4,702	4,794	102.0	91,615	91,313	99.7		
一 宮	5,922	6,073	102.5	102,884	108,160	105.1		
半 田	6,465	6,669	103.2	144,540	145,773	100.9		
津 島	4,280	4,319	100.9	60,538	63,400	104.7		
瀬 戸	3,162	3,231	102.2	48,233	49,919	103.5		
刈 谷	6,395	6,546	102.3	189,031	192,698	101.9		
西 尾	2,540	2,653	104.4	50,058	50,853	101.6		
江 南	3,181	3,251	102.2	65,696	68,058	103.6		
名古屋西	11,314	11,436	101.1	302,049	311,735	103.2		
豊 田	4,539	4,698	103.5	168,081	175,955	104.7		
合 計	119,188	121,630	102.0	2,574,022	2657,973	103.3		



表I-6

## 平成2年 国勢調査報告（愛知県）

(1)労働人口	年齢制限なし	15-64歳
総数	5,441,104 <sup>^</sup>	4,784,821 <sup>^</sup>
労働人口	3,601,814	3,423,697
就業者	3,513,404	3,341,409
主に仕事	2,925,858	2,795,144
家事のほか仕事	404,240	467,494
通学のほか仕事	52,454	52,432
休業者	30,852	26,339
完全休業者	88,410	82,288
(2)就業者数の従業上の地位別		
雇用者	2,652,765 <sup>^</sup>	(75.5%)
自営業主	419,019	(11.9%)
家族従業者	246,774	(7.0%)
(3)外国人就業者		
外国人就業者	36,258 <sup>^</sup>	
(4)産業別就業者		
第一次産業	128,680 <sup>^</sup>	(3.7%)
第二次産業	1,473,141	(41.9%)
第三次産業	1,901,910	(54.1%)
(5)産業大分類別就業者数		
製造業	1,183,191 <sup>^</sup>	(33.7%)
卸売・小売業	807,430	(23.0%)
飲食業	670,204	(19.1%)
サービス業	285,573	(8.3%)
建設業	201,965	(5.7%)
運輸通信業	119,180	(3.4%)
農業	92,810	(2.6%)
金融保険業	80,843	(2.3%)
公務		

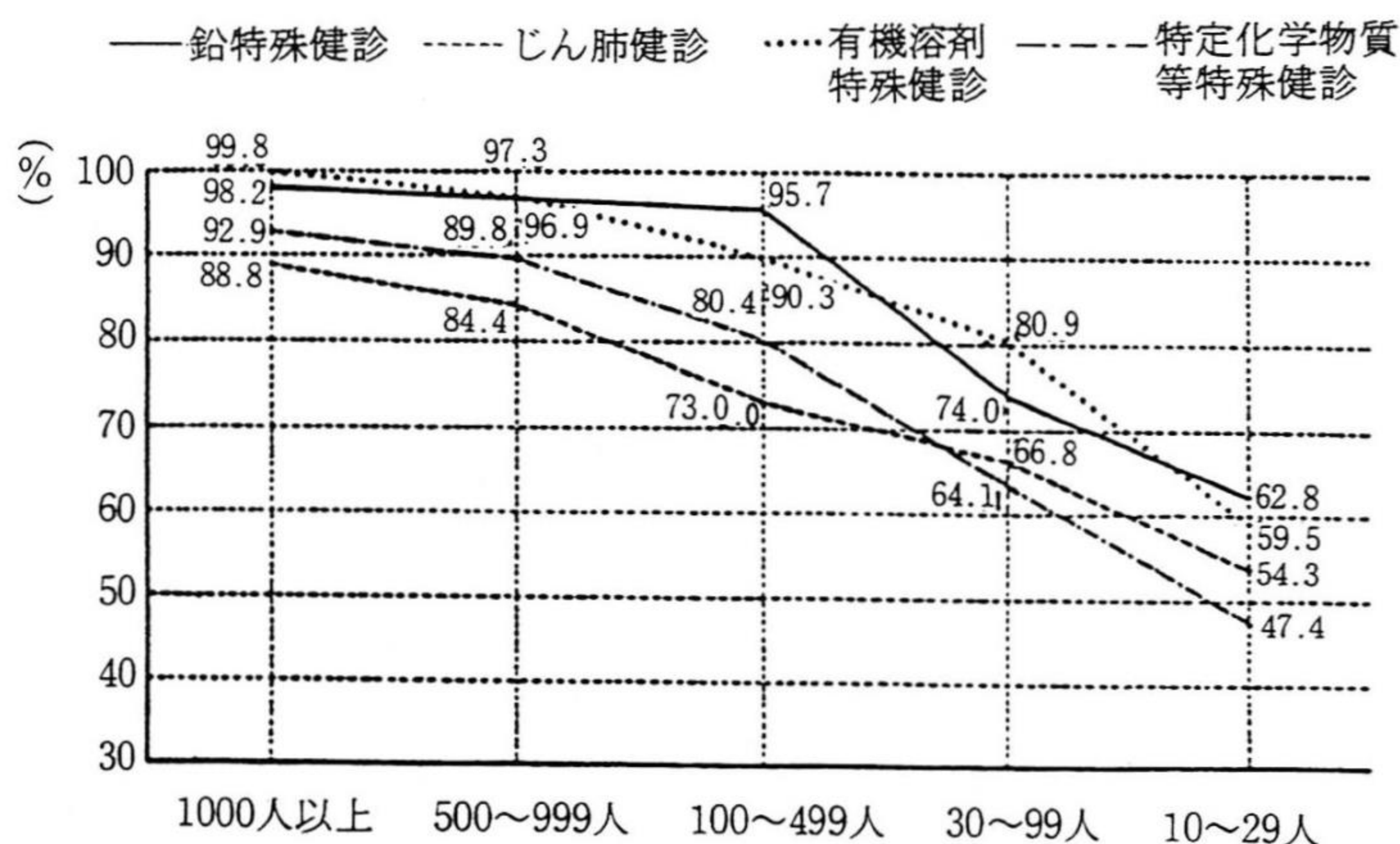
## II 中小・零細企業の健康管理

労働災害の発生率は、企業規模が小さくなるにつれて高くなり、労働者数100人未満の事業場で全体の約80%が占められています。その原因として、健康管理、作業環境管理、安全教育などと安全衛生管理体制の不十分が上げられていますが、さらに、経営者の安全衛生に対する意識の不足や経済力の弱さが指摘されています。労働衛生と労働安全との間には密接な関係があり、企業規模が小さくなるにつれて、労働者の健康状態が良くないのが一般的であります。現今大企業や一部の中企業では、疾病管理中心の衛生管理を健康の保持増進対策へと拡大発展させ、心とからだの健康づくり（THP）の健康管理を実施しています。一方、中小・零細企業や家内労働の労働者の衛生管理は、大企業等のそれとは余りにも較差が大きく、その対策は重要な課題となっています。

### (1) 中小企業の健康管理の現状

労働省「労働環境調査」（1986）の結果報告によると、企業規模別にみた特殊健康診断の実施状況が明らかにされています。労働者1,000人以上では約90%以上受診していますが、順次規模が小さくなるにつれて実施率は低下し、100人未満になると著明に減少して

います。実施状態は特殊健康診断の種類によっても異なり、鉛・有機溶剤特殊健診に比べて、じん肺・特定化学物質等の実施率が低くなっています。



(出所) 労働省「労働環境調査」(1986)

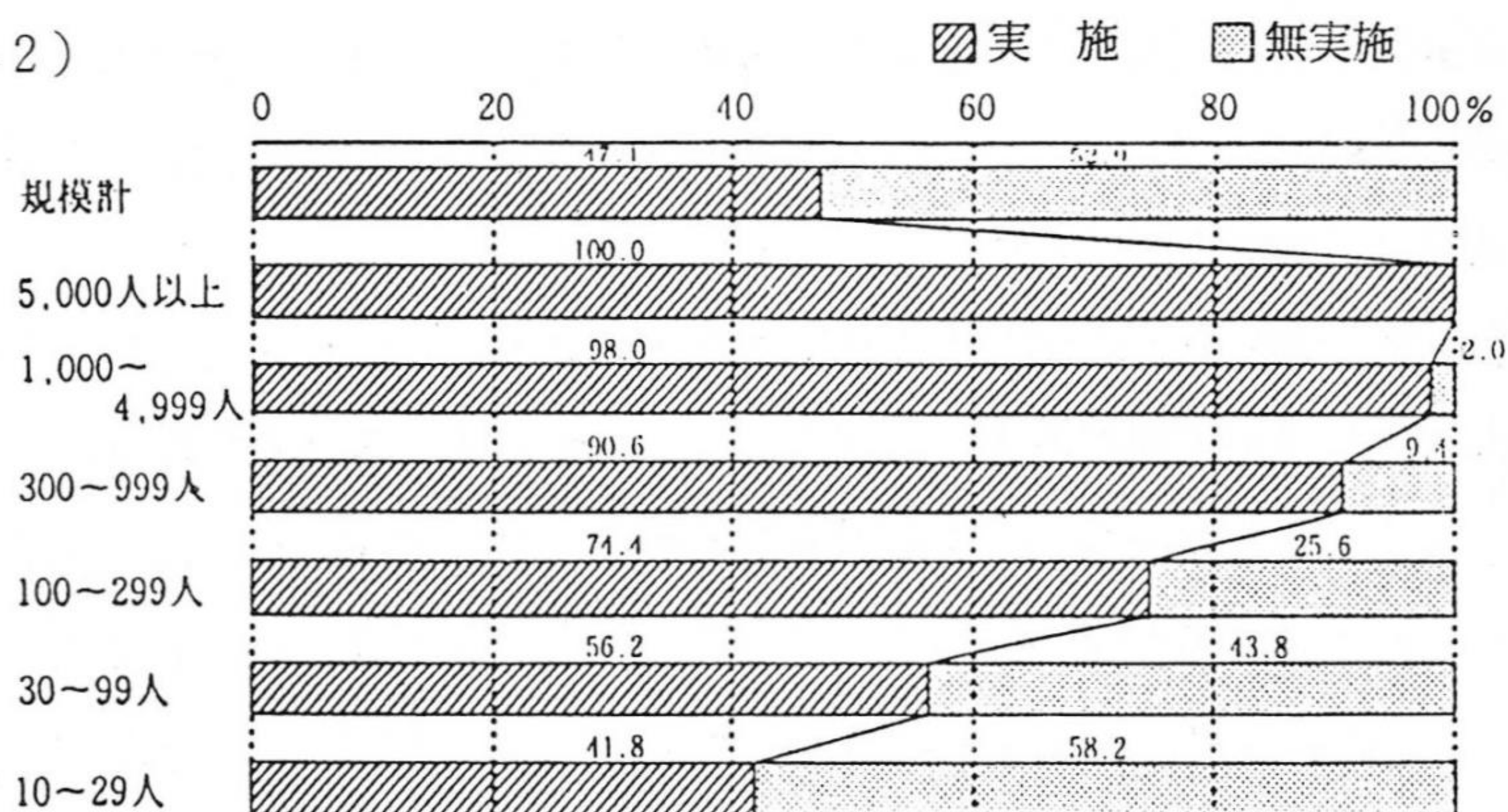
図II-1 規模別にみた特殊健康診断の実施状況  
(実施している事業所の割合)

(図II-1)



成人病健康診断・人間ドックの実施状況でも、5,000人以上では100%、300人以上では90%を超えています。100人未満では56%、30人未満では41%と実施率は低下しています。

(図Ⅱ-2)



(出所) 労働省「労働者の健康状況調査」(1987)

図Ⅱ-2 規模別にみた成人病健康診断・人間ドックの実施状況

また、定期健康診断の実施機関の全調査対象では、健診機関が47.0%で半数近くを占め次いで、私立の病院・診療所21.7%、事業所の産業医となっており、健診機関の果たしている役割が大きいことを窺い知ることができます。さらに健診機関の企業規模別では、5,000人以上7.7%、5,000人未満31.0%、1,000人未満43.2%、300人未満46.6%、100人未満46.0%、30人未満47.6%で、300人未満以下の企業で多くなっています。100人未満では健診機関と私立の病院・診療所で約7割近くを占めております。この統計は6年前に実施されており、その後健康診断の改正があって、この傾向は若干変化していることも考えられますが、中小企業の健康管理を推進する上で、健康管理機関の実施機関としての役割分担は極めて重要な課題であります。(表Ⅱ-1)

表Ⅱ-1

規模別にみた定期健康診断の実施機関

(%)

区分	計	事業所の 産業医	健診機関	国公立の 病院・診 療所	私立の病 院・診療 所	保健所	その他
規模計	100.0	10.4	47.0	4.6	21.7	8.0	6.6
5,000人以上	100.0	90.2	7.7	—	2.1	—	—
1,000～4,999人	100.0	58.8	31.0	0.8	6.7	—	2.7
300～999人	100.0	34.9	43.2	3.1	12.5	0.7	5.4
100～299人	100.0	25.9	46.6	3.1	15.5	2.9	5.8
30～99人	100.0	14.0	46.0	4.1	21.1	6.0	8.3
10～29人	100.0	7.1	47.6	5.0	22.7	9.4	6.0

(出所) 労働省「労働者の健康状況調査」(1987)

(注) 定期健康診断実施事業所を100とした場合である。



(2) 愛知県健康管理機関が実施した定期健康診断の企業規模別健診結果

愛知県健康管理機関の殆どの会員が協力して、改正定期健診の結果成績を、平成2年、平成3年の両年について集計してみました。実施した全事業場数は、平成2年は18,631、3年は19,061で、受診者数は、2年は864,331人、3年は912,190人で、90万人を超えるものが健診を受けています。

対象を企業規模別にみると、両年ともに同様の傾向を示しており、3年では事業場の割合は、50人以上20.5%、50人未満15.1%、30人未満28.7%、10人以下35.7%で、受診者数の割合は、50人以上71.2%、50人未満13.1%、30人未満11.8%、10人以下3.9%となっています。50人以上の労働者を使用する事業者は、定期健康診断を行ったときは結果報告書を所轄労働基準監督署長に提出する義務があります。今回の調査では対象とした企業の中で50人以上の企業は、事業場数では2割強、受診者数では7割強を占めています。従って50人未満の企業は、事業場数では8割弱、約1万5千、受診者数では3割弱、約26万2千人受診されています。(表Ⅱ-2、表Ⅱ-3)

愛知県健康管理機関実施の定期健康診断企業規模別検診結果

表Ⅱ-2

(平成2年度)

企業規模別 (受診者数)	事業所数 (%) (数)	受診者数 (%) (人)	有所見率 (%)
— 10 人	6,534 ( 35.1)	34,079 ( 3.9)	47.7
11 — 29	5,444 ( 29.2)	106,854 ( 12.4)	47.1
30 — 49	2,774 ( 14.9)	114,967 ( 13.3)	40.1
50 —	3,879 ( 20.8)	608,431 ( 70.4)	44.1
合 計	18,631 (100.0)	864,331 (100.0)	44.1

表Ⅱ-3

(平成3年度)

企業規模別 (受診者数)	事業所数 (%) (数)	受診者数 (%) (人)	有所見率 (%)
— 10 人	6,806 ( 35.7)	35,203 ( 3.9)	48.0
11 — 29	5,467 ( 28.7)	107,738 ( 11.8)	48.0
30 — 49	2,871 ( 15.1)	119,634 ( 13.1)	39.9
50 —	3,917 ( 20.5)	649,615 ( 71.2)	44.6
合 計	19,061 (100.0)	912,190 (100.0)	44.5



次に適用事業場数と当機関会員が実施した事業場数を比較してみると、50人以上83.5%、50人未満62.9%、30人未満22.2%、10人未満4.1%となり、規模別にみて企業が小さくなるにつれて著明に減少していることがわかります。なお、この比較は、適用事業場数調査は昭和61年で、当機関実施事業場数調査は平成3年であり、この間6年の差があり、定期健康診断は、国公立・私立の病院・診療所、事業場の産業医、保健所などの外他の都県からの検診機関で実施されているものもあります。また企業規模別の分類にも若干の差があることから、多くの問題点はあると思われませんが、50人以上の企業に比し、50人未満の企業では健診受診率は低下し、30人未満では著しく低下し10人未満では健診を受診しているものは極めて少なく健康管理が極めて不十分であることが推定されます。また、家内労働者についても零細企業と同様の状況にあることが推定されます。(表Ⅱ-4)

また、昭和61年事業所統計調査報告によれば、50人以上の事業場数は4,693で、30以上-50人未満の事業場数は4,564であり一般健康診断の結果報告書の届出を30人以上の事業場に拡大すると事業場数は約2倍に増加することが推定されます。(表Ⅱ-5)

表Ⅱ-4

適用事業場数と実施事業場数との比較

企業規模別	適用事業場数 (A)	実施事業場数 (B)	比率 $\frac{(B)}{(A)}$ (%)
1 - 9 <sup>人</sup>	167,809	6,806	4.1
10 - 29	24,658	5,467	22.2
30 - 49	4,568	2,871	62.9
50以上	5,693	3,917	83.5

(注) 適用事業場数 昭和61年調査 愛知県  
 実施事業場数 平成3年調査 愛健協調査

表Ⅱ-5

規模別適用事業場数 (愛知県)

企業規模別		
1 - 9 <sup>人</sup>	167,807	} 4,693
10 - 29	24,658	
30 - 49	4,564	
50 - 99	2,798	
100 - 299	1,504	
300以上	391	

(注) 昭和61年事業所統計調査報告を参考にして作成した。



### (3) 窯業労働者の企業規模別健康状態

地場産業である窯業男子労働者の定期健康診断について企業規模別に結果成績を検討してみました。対象とした労働者の年齢は40-69才で、規模別に年齢および勤続年数はよく一致しています。(表II-6)

表II-6 対象とした企業規模別窯業男子労働者(40~69歳)

企業規模別	事業場数%	労働者数	平均年齢	平均勤続年数
1-19(人)	358(75.7)	969	53	19
20-49	77(16.3)	943	53	17
50-99	24(5.1)	691	52	17
100-	14(3.0)	721	52	20
合計	473(100.0)	3324	52.4	18.2

健診項目別に有所見率をみると、肝機能検査(18.1%)が最も高く、じん肺(17.4%)、血圧検査(17.1%)、肺結核(14.1%)、血中脂質検査(13.0%)、肥満(11.8%)、尿中糖検査(11.5%)の順になっています。規模別に100人以上との差の有意の検定をしてみると、じん肺および肺結核では、20人未満、50人未満、血圧検査では、50人未満、20人未満、尿中糖検査では、100人未満、50人未満、20人未満に差がみられ、小企業、零細企業である企業が小さくなるにつれて有所見者が多く、健康状態が良くないことがよくわかります。(表II-7)

次にこれらの対象について、検査項目を8 FACTORとし、多変量解析法により、項目別結果成績の重みづけを行い、評点として示し、全項目を総合した評点をだしてみました。総点で見ますと、企業規模100人以上47点、100人未満41点、50人未満34点、20人未満31点となり、規模が小さくなるにつれて、順次健康状態が悪くなっていることが明らかであります。特に窯業集団の健康管理では、じん肺・肺結核の呼吸器疾患と高血圧に関係が深い循環器疾病に伴う成人病、糖尿病が、規模の小さい小・零細企業ほど、よりその対策が重要であることがわかります。(表II-8)

平成5年度から都道府県産業保健推進センターの事業が発足し、愛知県では既に設置されています。既に小規模事業場を地域単位でとらえ、事業者や労働者に対し、地区医師会



が中心となって相談、教育、職場訪問等を行う「地区労働衛生相談医制度モデル事業」が平成元年度から開始されております。さらに、労働基準監督署単位に設置される地域産業保健センター構想もあり、その目的は小規模事業場に対する産業保健サービスを提供する施設としての位置づけと思われれます。

わが国は今日国際的には経済大国、債権大国として、先進国のなかでも、環境面や健康面においてリーダーシップをとることを要請されており、国内的には高齢社会を迎え、医療問題が重要な課題となっており、特に保健面では健康管理の重要性が強く指摘されています。快適な作業環境の推進や労働者健康保持増進事業が指導されていますが、中小・零細企業の労働者や家内労働者の健康管理の実状は、前近代的な状態が多く存在しており、中小企業共同安全衛生改善事業助成制度の効果も十分発揮されているとは思われない実状からみて、更に積極的な対策がとられ、一日も早く企業規模の小さい事業場労働者の健康管理が充実されることを希望しています。

労働者の雇用条件として3K-「きたない」、「きびしい」、「きけんな」職場の改善克服が提唱されていますが、労働者の健康管理を向上させるには、次のような前向きの建設的な3Kの展開が必要と考えられます。その3Kは、「健康」、「経済性」、「経営者の意識革命」であります。第一に、かげないのない健康は人生にとって最も大切なものであります。健康は広義の環境によって支配されており、経済のため健康を切り売りすることは許されないと考えます。第二に、生活大国を目標としている今日では、安心して生活を確保するための賃金即ち経済の裏付けを必要とします。第三に経営者の職業は奉仕の一つの機会とところかけ、職業の倫理的規範、国の法律、地域社会の道德規律に対し忠実で、労働者の健康管理や環境管理に尽力することは当然の義務であるとした意識革命が要望されます。

企業規模別窯業男子労働者の健康診断検診項目別有所見

表Ⅱ-7

検診項目別	1-19 (人)		20-49		50-99		≤100		計	
	数	(%)	数	(%)	数	(%)	数	(%)	数	(%)
じん肺	250	(25.8)**	184	(19.5)**	66	(9.6)	80	(11.1)	580	(17.4)
肺結核	165	(17.0)**	147	(15.6)**	79	(11.4)	77	(10.7)	468	(14.1)
肥満	111	(11.5)	123	(13.0)	82	(11.9)	79	(10.8)	394	(11.8)
血圧検査	174	(18.0)*	191	(20.3)**	104	(15.1)	100	(13.9)	569	(17.1)
心電図検査	72	(7.4)	79	(8.0)	43	(6.2)	61	(8.5)	251	(7.6)
血中脂質検査	130	(13.3)	139	(14.7)	75	(10.9)	87	(12.1)	431	(13.0)
貧血検査	44	(4.5)	54	(5.7)*	40	(5.8)*	23	(3.2)	161	(4.8)
肝機能検査	176	(18.2)	188	(19.9)	110	(15.9)	128	(17.8)	602	(18.1)
尿中(糖)	120	(12.4)**	122	(12.9)**	91	(13.2)**	50	(6.9)	383	(11.5)
尿中(蛋白)	19	(2.0)	15	(1.6)	16	(2.3)	8	(1.1)	58	(1.7)

\*P<0.05 \*\*P<0.01 ≥100人と差が有意

検診項目別多変量解析の結果重みづけをした評点

表Ⅱ-8

企業規模別	評点 合計	Factor1 (肝機能)	Factor2 (貧血)	Factor3 (血圧)	Factor4 (じん肝 肺結核)	Factor5 (肥満血 液中脂肪)	Factor6 (心電図)	Factor7 (尿糖)	Factor8 (尿蛋白)
1-19人	31点	5	4	3	0	4	5	5	5
20-49	34	4	4	3	4	5	5	4	5
50-99	41	4	4	5	7	6	6	4	4
100-	47	5	7	8	7	4	3	7	6

(注) 奥谷等資料



### Ⅲ 改正健康診断とこれからの健康管理

昭和22年初めて規則で定められた健康管理項目は、当時死因の第1位であった結核に対する胸部エックス線検査を中心としたものでありました。職場の健診は即肺結核健診といっても過言ではない時代が長く続きました。結核予防法が制定され、早期発見、感染源の隔離、特に抗結核剤の開発などの医療の進歩とともに公衆衛生活動やライフスタイルの変革が功を奏し、結核の発病者や死亡者は激減しました。現在では結核対策を中心とした健診の役目は終わったといっている人々もあります。しかし、最近でも職場や学校において、開放性肺結核患者の発見が遅れ、過重な労働条件、寮生活などの諸要因を背景とした集団感染例を経験することが少なくなく、結核管理をなおざりにすることはできません。

47年には、労働基準法から独立して、労働安全衛生法が制定されました。その際、健康診断項目が改正されて、尿検査と血圧の測定が追加され、従来の結核管理に加えて成人病管理の第一歩が踏み出されました。

現在わが国は、世界最高の長寿国になりました。その原因として、公衆衛生の活動と医療の進歩によって努力してきたことと、経済大国として国民のライフスタイルの変貌が大きく影響したためと思われます。感染症を中心とした急性疾患は減少し、癌や循環器系などの疾患が増加し、疾病構造が大きく変化しています。

50年代に入ると、所謂健康人を対象とした人間ドッグが普及しはじめ、個人自ら健康に留意し、健診を受けてその結果成績に基づき、自己健康管理が行われるようになってきました。

一方、労働衛生の分野においても、労働者の高齢化に伴い、54年から「中高年齢労働者の健康づくり運動」（シルバーヘルスプラン）が実施されることになり、さらに、新時代の労働者の健康管理を積極的に推進させる健康管理の在り方が検討され、平成元年には健診に際し、健康診断項目が大幅に改正され、成人病対策などを含む、積極的な改正が実施されました。

現在実施されている健康診断には、

#### 1) 特殊健康診断

特殊健康診断は、労働衛生上健康に有害な業務に従事する労働者を業務上疾病から予防するために行う健診で、鉛、有機溶剤などその種類は70種以上あります。

#### 2) 一般健康診断



一般健康診断は、定期健康診断、雇入時健康診断、配置替えの際の健康診断、海外派遣労働者の健診があります。

定期健康診断は、継続的に健康状態を把握し、健康への影響因子の発見や業務による健康影響の観察、健康異常や疾病の早期発見を目的とし、健診成績を総合的に判断して適切な事後措置を行ないます。事業者は労働者に対し1年以内ごとに1回、定期的に健診を行わなければならないことになっています。雇入時健康診断は、職場への適正配置と今後の健康管理を行うための健康資料として役立てます。配置替えの際の健康診断は、労働衛生上有害な業務に配置替えの際に行います。海外派遣労働者の健康診断は、6か月以上海外に派遣する場合に、一般健康診断の健診項目にさらに項目を加えて行い、医師が必要とする場合には、さらに多くの健診項目について、行われなければならないことになっています。

### (1) 特殊健康診断の改正

近頃では、作業環境や作業方法が改善されており、労働者が高濃度の有害物質や有害エネルギーにばく露されるような環境のもとで、働くことは少なくなりました。従って典型的な職業病の発生は少なくなり、健康診断で発見される有所見者の割合も減少しています。

しかし、低濃度の有機溶剤や鉛にばく露される環境のもとで、長期間に亘り働く人々に潜在性の有害物質の健康への影響が取り上げられ、管理されるようになりました。

今回の改正では、有機溶剤・鉛中毒の健康診断項目に生物学的モニタリングが採用され、さらに、早期の健康影響や健康障害を把握するために、不定愁訴などの自覚症状を重視することになっています。

生物学的モニタリングとして、有害物質のばく露を受けた体内の摂取状況を把握するために、有機溶剤では

トルエン	尿中馬尿酸量
キシレン	尿中メチル馬尿酸量
トリクロルエチレン	尿中トリクロル酢酸量
テトラクロルエチレン	または
1・1・1トリクロルエタン	尿中総三塩化物量
スチレン	尿中マンデル酸量
ノルマルヘキサン	尿中2.5ヘキサンジオン量
鉛では、	血中鉛量



の測定が行われ、夫々レベル1（健康）、レベル2（要注意）、レベル3（発病のおそれがある）に区分して管理されます。また、鉛では体内に吸収された鉛の生体側の反応の程度を明らかにするために、尿中デルタアミノレブリン酸量、赤血球中のプロトポリフィリン量が測定され、上記と同様レベル1、2、3に区分して管理されます。

## （2）一般健康診断の改正

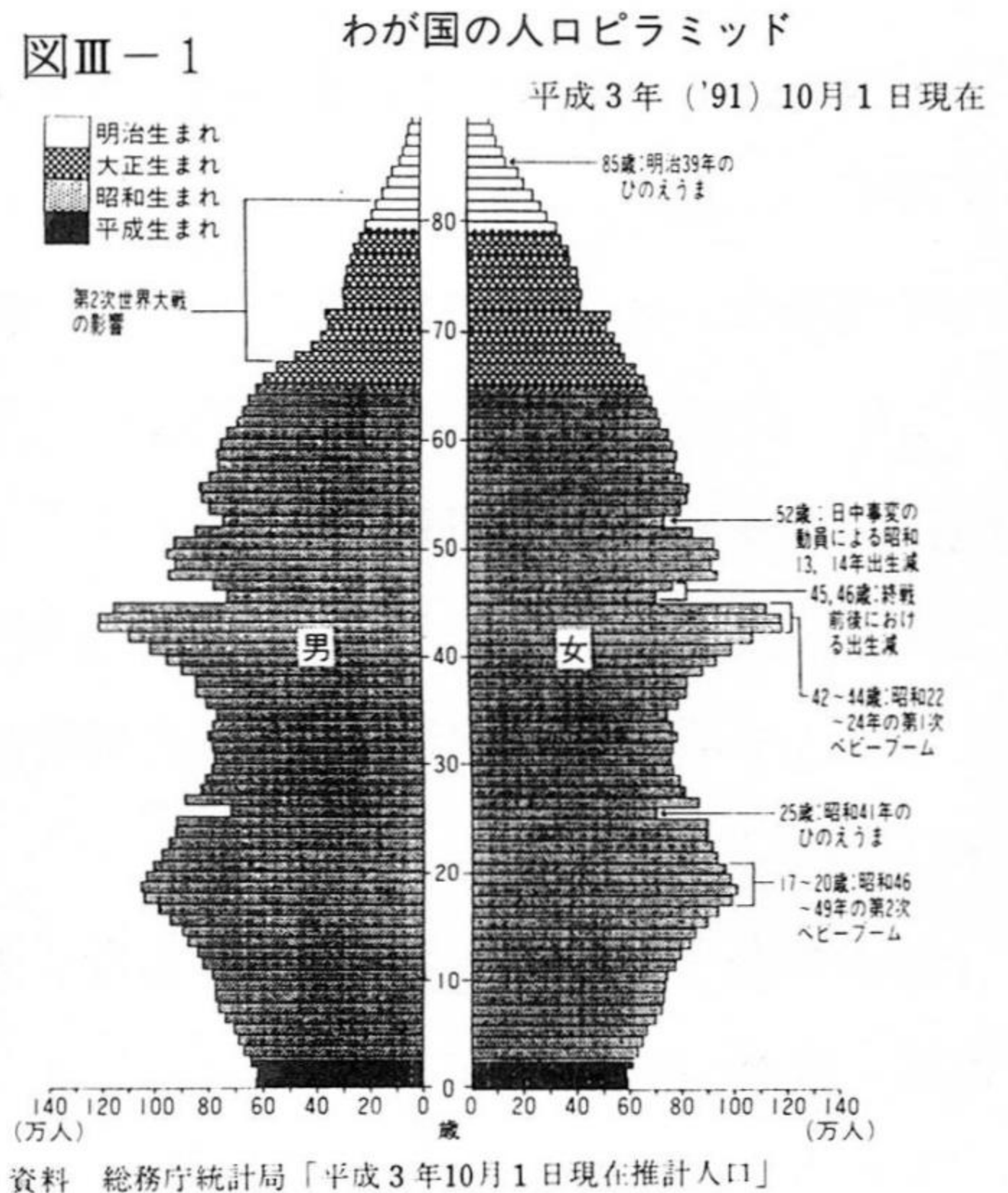
平成3年10月1日現在のわが国の総人口は1億2400万人で、出生数が年々少なくなっているため、人口ピラミッドのすそが次第に狭まった「つぼ型」となっています。将来推計人口によれば人口の年齢構成は次第に高齢化し、近く老年人口が年少人口を上まわることになり、一方、生産年齢人口が扶養する年少人口と老年人口とをあわせた従属人口指数が、かなり急速に高まると予想されています。（表Ⅲ-1、図Ⅲ-1、表Ⅲ-2、図Ⅲ-2）

表Ⅲ-1 わが国の人口の年次比較

	人口 <sup>1)</sup> (千人)	年平均増 加率(%)	人口密度 (1km <sup>2</sup> 当り)	人口性比 (女100対男)	1世帯当 たり人員
大9年 (1920)	55 963	—	147	100.4	4.89
14 ( '25)	59 737	1.3	156	101.0	4.87
昭5 ( '30)	64 450	1.5	169	101.0	4.98
10 ( '35)	69 254	1.4	181	100.6	5.02
15 <sup>2)</sup> ( '40)	71 933	0.8	188	96.8	4.99
20 <sup>3)</sup> ( '45)	72 147	0.2	195	89.0	—
25 <sup>4)</sup> ( '50)	84 115	2.9	226	96.2	4.97
30 ( '55)	90 077	1.4	242	96.5	4.97
35 ( '60)	94 302	0.9	253	96.5	4.54
40 ( '65)	99 209	1.0	267	96.4	4.05
45 <sup>5)</sup> ( '70)	104 665	1.1	281	96.4	3.41
50 ( '75)	111 940	1.4	300	96.9	3.28
55 ( '80)	117 060	0.9	314	96.9	3.22
60 ( '85)	121 049	0.7	325	96.7	3.14
平2 ( '90)	123 611	0.4	332	96.5	2.99
3 <sup>6)</sup> ( '91)	124 043	0.3	333	96.5	—

- 注 1) 各年10月1日現在人口、ただし、昭和20年は11月1日現在人口。  
 2) 内地外の軍人・軍属等の推計数を差し引いた補正人口。  
 3) 昭和20年人口調査に軍人及び外国人を加えた補正人口、沖縄を除く。  
 4) 吐噶喇列島の人口を除く。  
 5) 増加率は小笠原村(782人)の復帰による人口増を除いて算出。  
 6) 推計人口。

資料 総務庁統計局「各年国勢調査報告」  
 「平成3年10月1日現在推計人口」



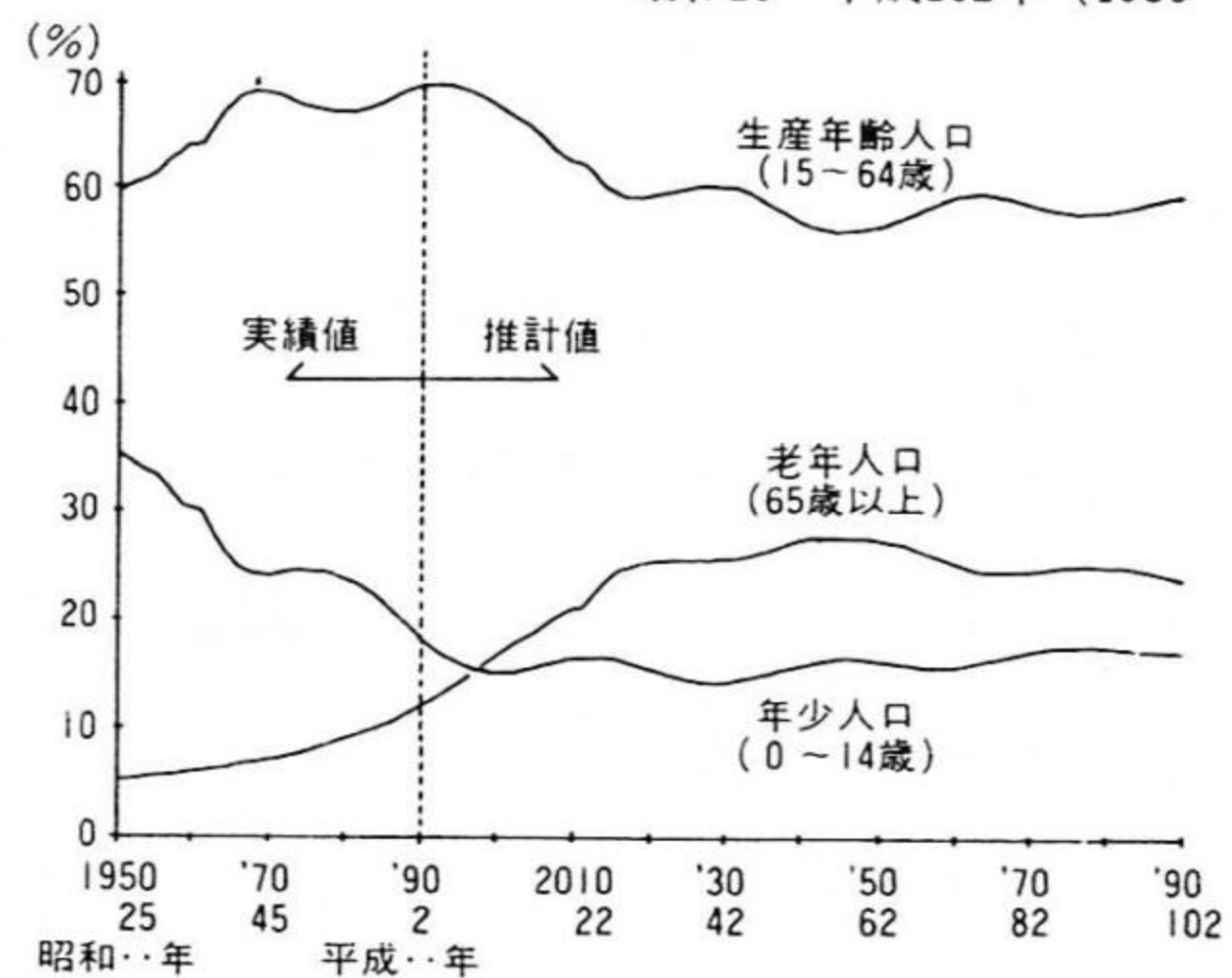


表Ⅲ-2 将来推計人口  
平成7~37年 (1995~2025)

	人口 (千人)		年齢3区分割合(%)			指数(%)			
	総数	うち65歳以上	0~14歳	15~64歳	65歳以上	年少人口	老年人口	従属人口	老年化
平成7(1995)	125 263	18 154	16.0	69.6	14.5	23.0	20.8	43.8	90.8
12(2000)	126 981	21 511	15.2	67.9	16.9	22.4	25.0	47.3	111.6
22('10)	129 450	27 266	16.4	62.5	21.1	26.3	33.7	59.9	128.3
32('20)	126 903	31 969	15.5	59.4	25.2	26.1	42.5	68.5	163.0
37('25)	124 137	31 509	14.6	60.1	25.4	24.2	42.3	66.5	174.4

資料 厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口」平成3年6月暫定推計

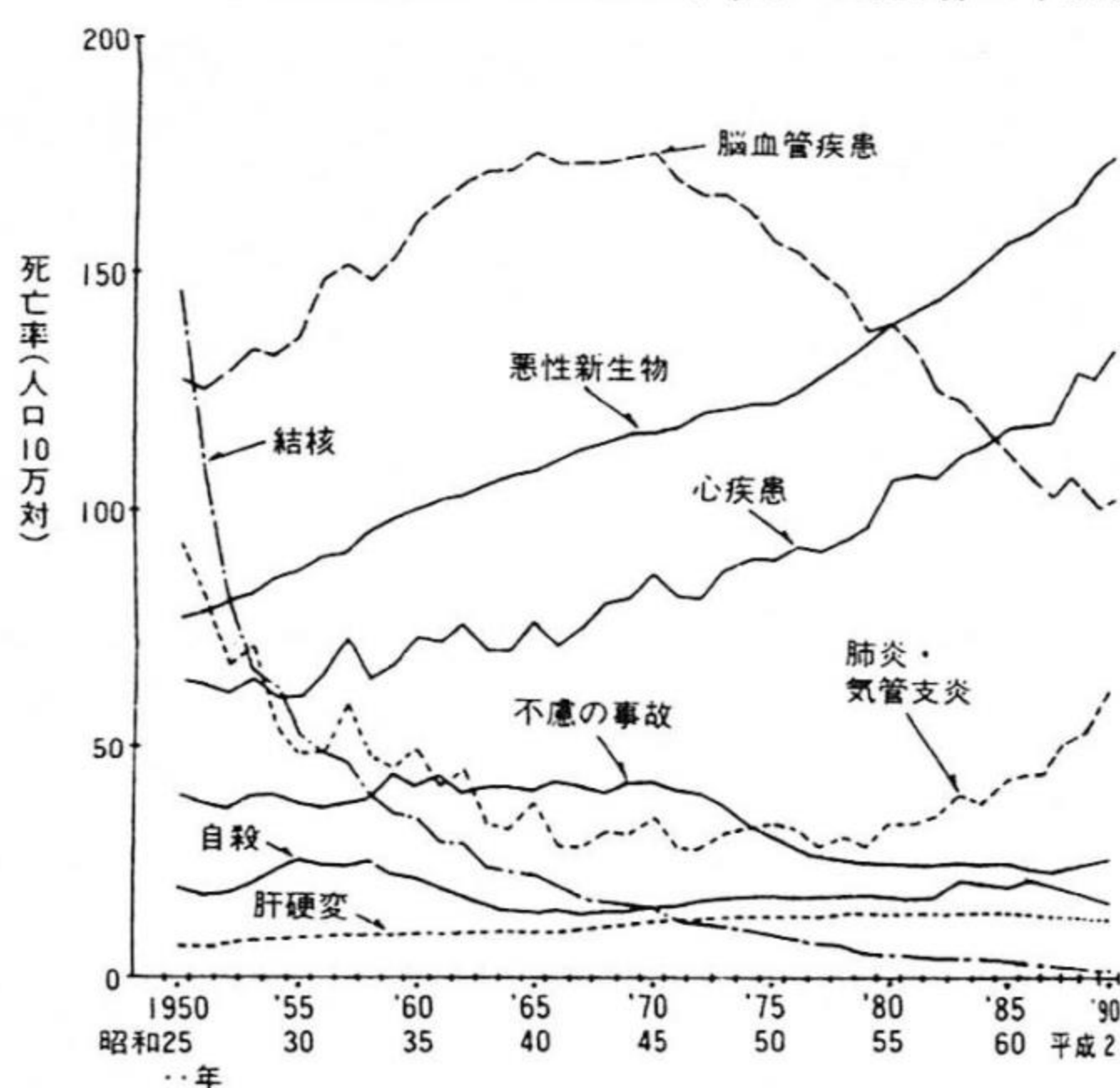
図Ⅲ-2 年齢3区分別人口構成割合の推移  
昭和25~平成102年 (1950~2090)



資料 昭和25~平成2年総務庁統計局「国勢調査報告」「推計人口」「平成2年国勢調査速報(要計表による人口)」平成3年以降厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口(暫定推計)」より中位推計値。

日本人の死因として、悪性新生物(癌、肉腫)、心疾患(虚血性心疾患、心不全、慢性心疾患)、脳血管疾患(脳梗塞、脳出血)が3大死因といわれています。わが国の死亡構造は、昭和30年代にその中心が伝染病からいわゆる成人病へと大きく変化し、今後老年人口の増加に伴って成人病が一層増加する傾向にあり、健康づくり対策および成人病対策がますます重要な課題となってきています。(図Ⅲ-3、表Ⅲ-3、表Ⅲ-4)

図Ⅲ-3 主要死因別にみた死亡率(人口10万対)の年次推移



資料 厚生省「人口動態統計」

表Ⅲ-3 3大死因別死亡数・死亡率(人口10万対)と構成割合の年次推移

	全死因	3大死因		悪性新生物	心疾患	脳血管疾患
		死亡数	死亡率(人口10万対)			
昭和10年(1935)	1 161 936	204 536	72.3	50 080	39 902	114 554
25('50)	904 876	223 533	248.7	64 428	53 377	105 728
30('55)	693 523	253 576	365.7	77 721	54 351	121 504
35('60)	706 599	312 282	442.1	93 773	68 400	150 109
40('65)	700 438	354 981	505.6	106 536	75 672	172 773
45('70)	712 962	390 703	548.3	119 977	89 411	181 315
50('75)	702 275	409 976	584.0	136 383	99 226	174 367
55('80)	722 801	447 586	620.5	161 764	123 505	162 317
60('85)	752 283	463 805	616.7	187 714	141 097	134 994
平成2('90)	820 305	504 835	614.2	217 413	165 478	121 944
昭和10年(1935)	1 677.8	295.3	17.6	72.3	57.6	165.4
25('50)	1 087.6	268.7	24.7	77.4	64.2	127.1
30('55)	776.8	284.0	36.6	87.1	60.9	136.1
35('60)	756.4	334.3	44.2	100.4	73.2	160.7
40('65)	712.7	361.2	50.7	108.4	77.0	175.8
45('70)	691.4	378.9	54.8	116.3	86.7	175.8
50('75)	631.2	368.5	58.4	122.6	89.2	156.7
55('80)	621.4	384.8	61.9	139.1	106.2	139.5
60('85)	625.5	385.7	61.7	156.1	117.3	112.2
平成2('90)	668.4	411.4	61.5	177.2	134.8	99.4
昭和10年(1935)	100.0	17.6	4.3	3.4	9.9	
25('50)	100.0	24.7	7.1	5.9	11.7	
30('55)	100.0	36.6	11.2	7.8	17.5	
35('60)	100.0	44.2	13.3	9.7	21.2	
40('65)	100.0	50.7	15.2	10.8	24.7	
45('70)	100.0	54.8	16.8	12.5	25.4	
50('75)	100.0	58.4	19.4	14.1	24.8	
55('80)	100.0	61.9	22.4	17.1	22.5	
60('85)	100.0	61.7	25.0	18.8	17.9	
平成2('90)	100.0	61.5	26.5	20.2	14.9	

資料 厚生省「人口動態統計」



表Ⅲ-4

平成2年('90)の死因順位でみた死因別死亡数と死亡率(人口10万対)・死亡数割合一対前年比較

死因順位 平2年('90)	死因	死亡数			死亡率			死亡総数に占める割合(%)	
		平2年('90)	平元年('89)	差引増減	平2年('90)	平元年('89)	対前年比(平元=100)	平2年('90)	平元年('89)
第1位	全死因	820 305	788 594	31 711	668.4	644.0	103.8	100.0	100.0
2	注 新生疾患	217 413	212 625	4 788	177.2	(1) 173.6	102.1	26.5	27.0
3	心臓血管疾患	165 478	156 831	8 647	134.8	(2) 128.1	105.2	20.2	19.9
4	脳血管疾患	121 944	120 652	1 292	99.4	(3) 98.5	100.9	14.9	15.3
5	肺炎及び気管支炎	74 535	64 534	10 001	60.7	(4) 52.7	115.2	9.1	8.2
6	不慮の事故及び有害作用	32 122	31 049	1 073	26.2	(5) 25.4	103.1	3.9	3.9
7	精神疾患の記載のない老衰	24 187	23 781	406	19.7	(6) 19.4	101.5	2.9	3.0
8	自	20 088	21 125	△ 1 037	16.4	(7) 17.3	94.8	2.4	2.7
9	腎炎、ネフローゼ症候群及びネフローゼ	17 140	16 420	720	14.0	(9) 13.4	104.5	2.1	2.1
10	慢性肝疾患及び肝硬変	16 804	16 713	91	13.7	(8) 13.6	100.7	2.0	2.1
	糖尿病	9 470	9 211	259	7.7	(11) 7.5	102.7	1.2	1.2

注 死因順位の配列は、平成2年の順位によった。平成元年の死亡数欄の( )内の数字は、死因順位を示す。  
資料 厚生省「人口動態統計」

平成元年国民生活基礎調査によれば、世帯員で自覚症状のある者(有訴者)は全国で3,354万人(国民4人に1人)で、年齢が高くなるにしたがって高くなり、65才以上では2人に1人の割合で、自覚症状として多いのは、「肩こり」、「腰痛」、「手足の関節が痛む」、「体がだるい」などがあります。(図Ⅲ-5)

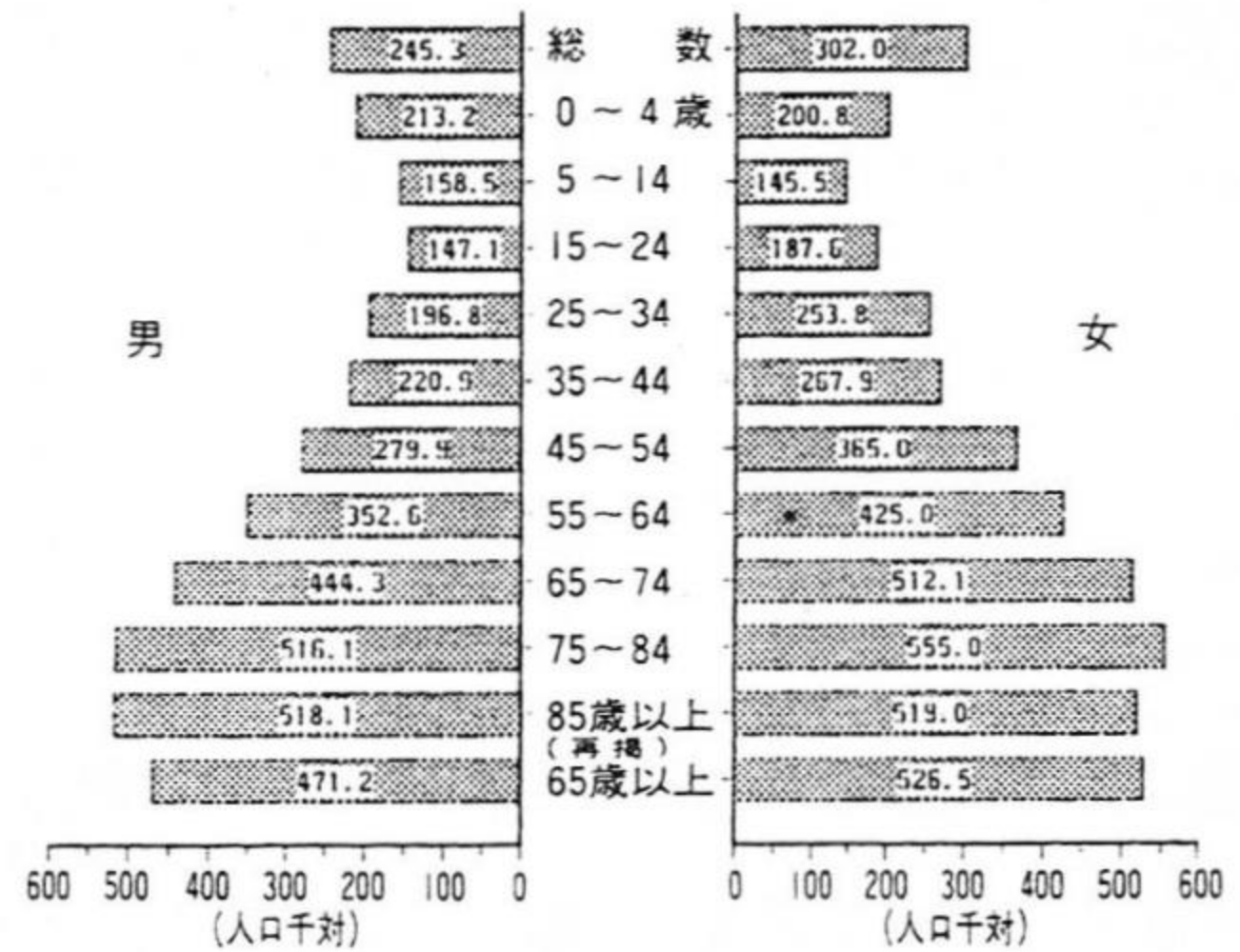
通院者は全国で3,087万人、65才以上では半数が通院しています。通院者の傷病で多いのは、「高血圧症」、「腰痛症」、「肩こり」、「目の病気」、「皮膚の病気」などです。(図Ⅲ-6)

平成2年10月の調査による全国の入院受療率は1,214(人口10万人対)、外来受療率は5,554であり、これは調査日当日、全国で82.4人に1人が医療施設に入院しており、また18.0人に1人が外来で受診していることとなります。(表Ⅲ-5)

入院受療率を傷病分類別にみると、精神障害、循環器系が高く、外来受療率をみると、消化器系の疾患、歯科疾患、循環器系の疾患が高くなっています。傷病別入院受療率の推移をみると、循環器疾患(特に脳血管疾患)、新生物、精神障害などが増加しており、外来受療率では、一貫して消化器の疾患(歯科疾患を含む)が最も高く、循環器疾患(特に高血圧性疾患)の伸びが大きくなっています。(図Ⅲ-7、図Ⅲ-8)

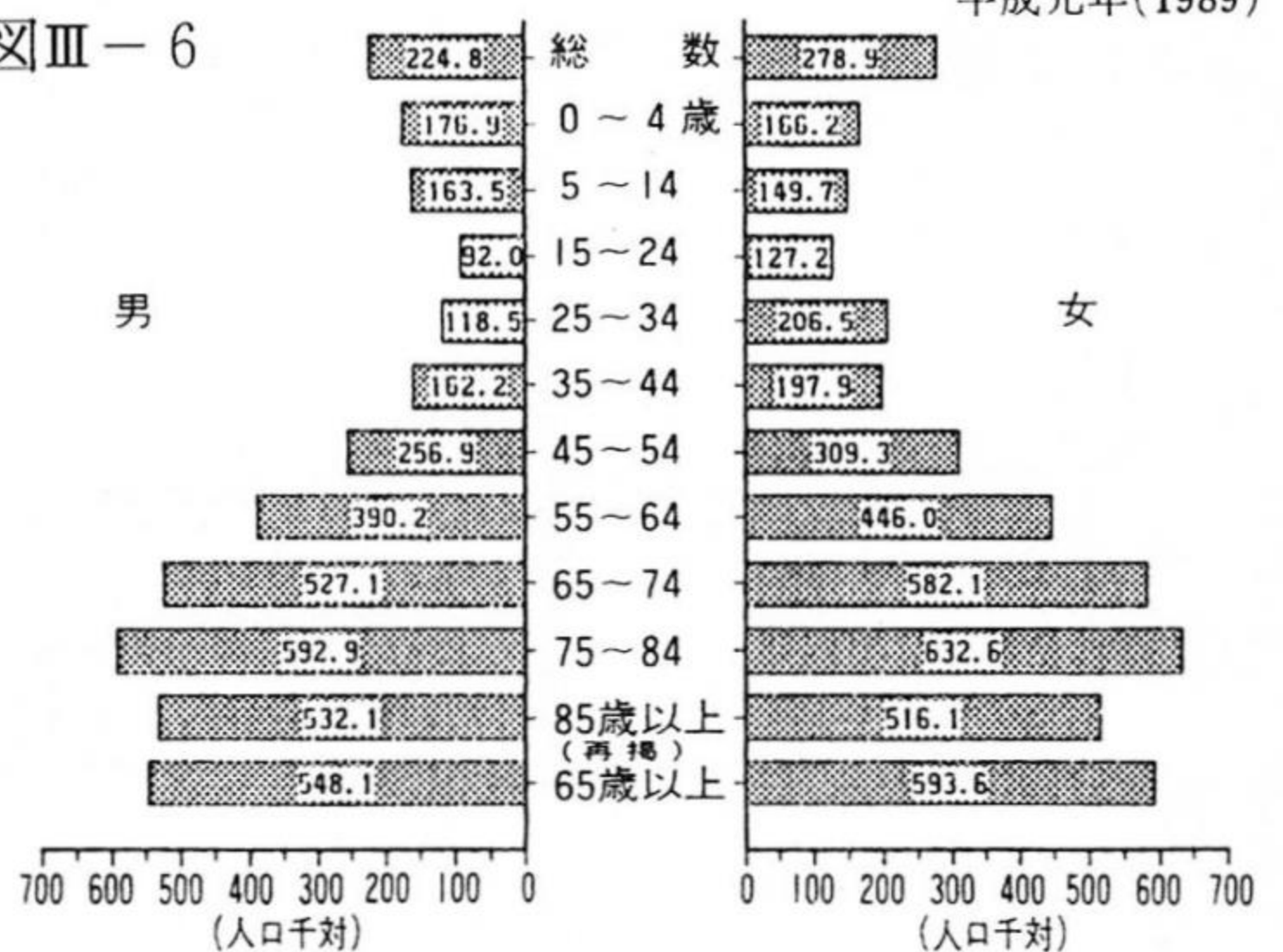
さらに年齢階級別にみると、入院受療率は65-69歳、外来受療率は55-64歳から急速に増加しています。(図Ⅲ-9、図Ⅲ-10)

図Ⅲ-5 性・年齢階級別にみた有訴者率(人口千対) 平成元年(1989)



注 総数には年齢不詳を含む。  
資料 厚生省「国民生活基礎調査」

図Ⅲ-6 性・年齢階級別にみた通院者率(人口千対) 平成元年(1989)



注 総数には年齢不詳を含む。  
資料 厚生省「国民生活基礎調査」



表Ⅲ-5

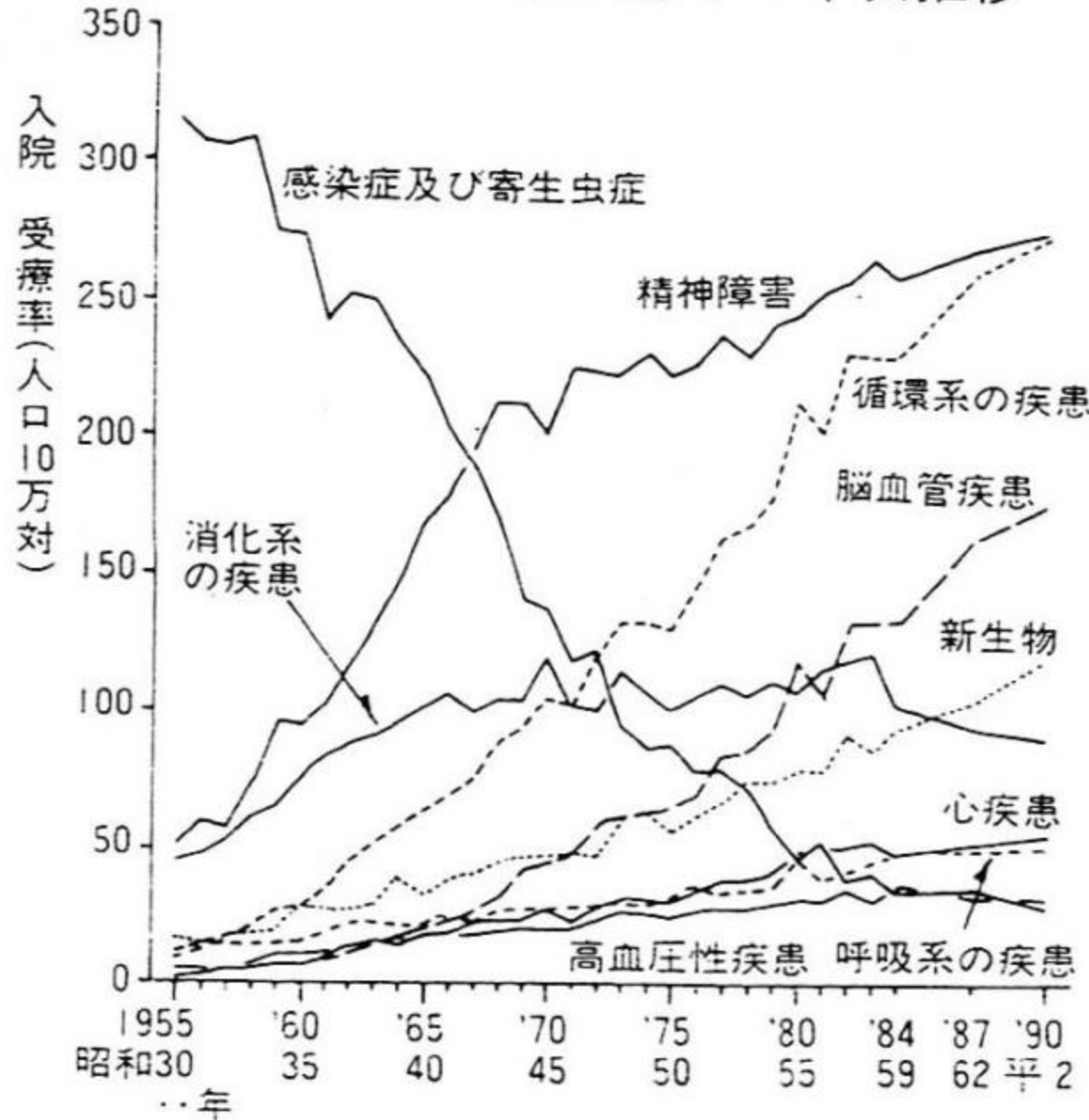
入院-外来・性・傷病分類別受療率（人口10万対）

平成2年('90)10月

	入院			外来		
	総数	男	女	総数	男	女
総数	1 214	1 199	1 229	5 554	4 864	6 220
I 感染症及び寄生虫症	29	37	21	129	117	141
II 結核	18	25	11	9	11	7
II 新生物	119	125	114	99	88	109
III 胃の悪性新生物	20	25	15	16	20	13
III その他の悪性新生物	71	76	66	43	38	48
III 内分泌、栄養及び代謝疾患並びに免疫障害	43	38	48	194	173	214
IV 糖尿病	36	33	39	124	127	122
IV 血液及び造血器の疾患	5	4	6	29	11	45
V 精神障害	274	307	243	93	80	106
VI 精神分裂病	173	202	145	20	21	20
VI 神経系及び感覚器の疾患	60	57	63	446	342	545
VII 循環系の疾患	272	225	318	845	703	982
VII 高血圧性疾患	32	19	44	523	396	645
VII 心疾患	55	45	64	140	125	153
VII 脳血管疾患	175	148	201	130	129	131
VIII 呼吸系の疾患	51	60	43	757	762	752
VIII 喘息	16	17	15	111	122	100
IX 消化系の疾患	91	105	77	1 240	1 158	1 319
IX 歯及び歯の支持組織の疾患	0	0	0	816	705	922
IX 胃及び十二指腸の疾患	20	23	17	218	230	206
IX 肝の疾患	29	36	22	107	136	80
X 泌尿生殖系の疾患	33	34	31	158	107	206
XI 妊娠、分娩及び産じょくの合併症	20	・	40	13	・	26
XII 皮膚及び皮下組織の疾患	5	5	5	199	183	216
XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患	61	41	80	617	438	789
XIV 先天異常	7	7	7	18	17	20
XV 周産期に発生した主要病態	5	5	4	1	1	1
XVI 症状、徴候及び診断名不明確の状態	14	14	14	55	47	62
XVII 損傷及び中毒	110	126	93	310	351	270
健康診断及び予防接種等（V分類）	15	9	22	351	285	414
歯の補綴	0	0	0	191	163	218
健康診断	9	9	9	98	92	104
分娩前看護及び分娩後観察	6	・	12	29	・	57

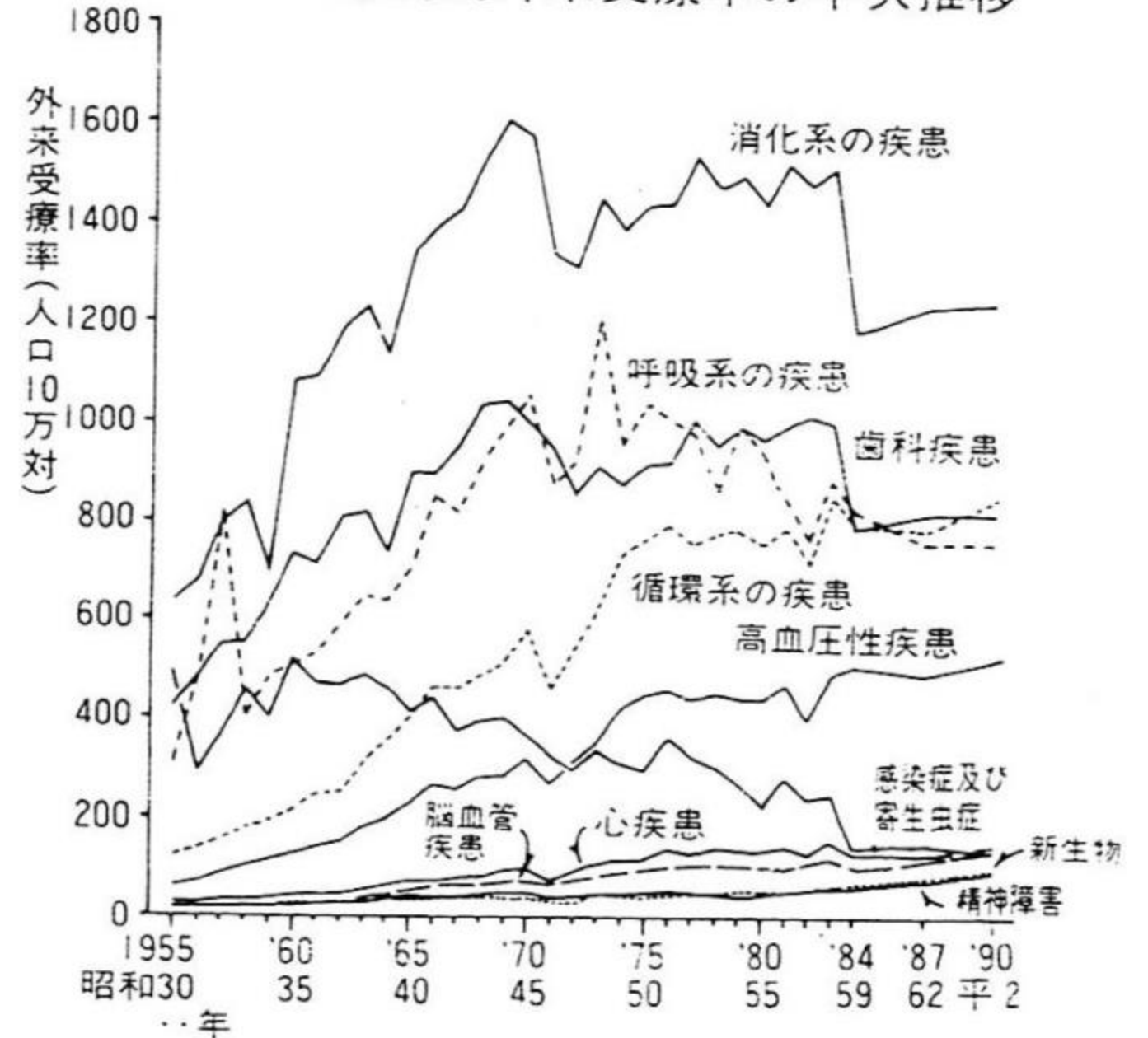
図Ⅲ-7

傷病別入院受療率の年次推移



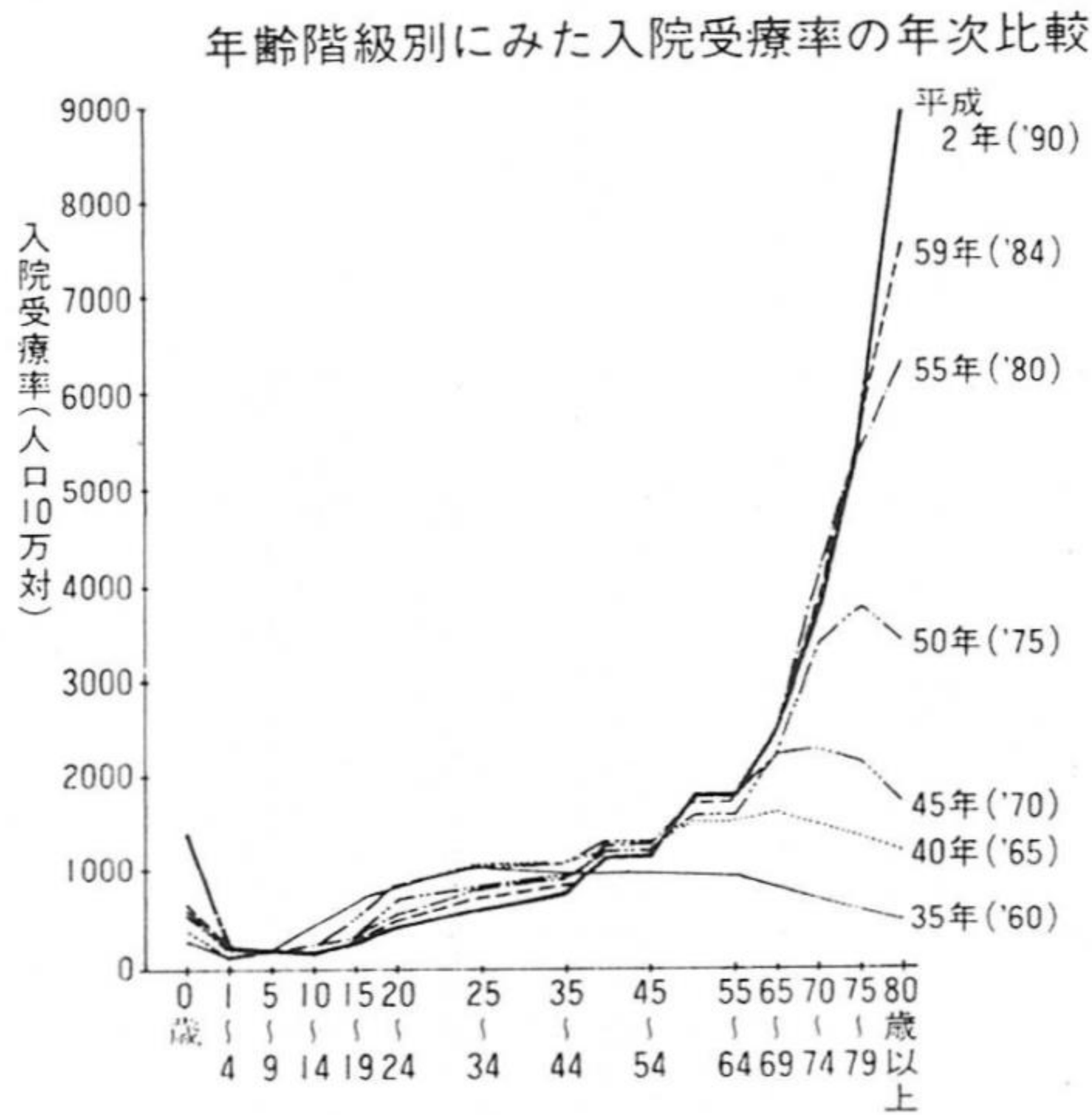
図Ⅲ-8

傷病別外来受療率の年次推移

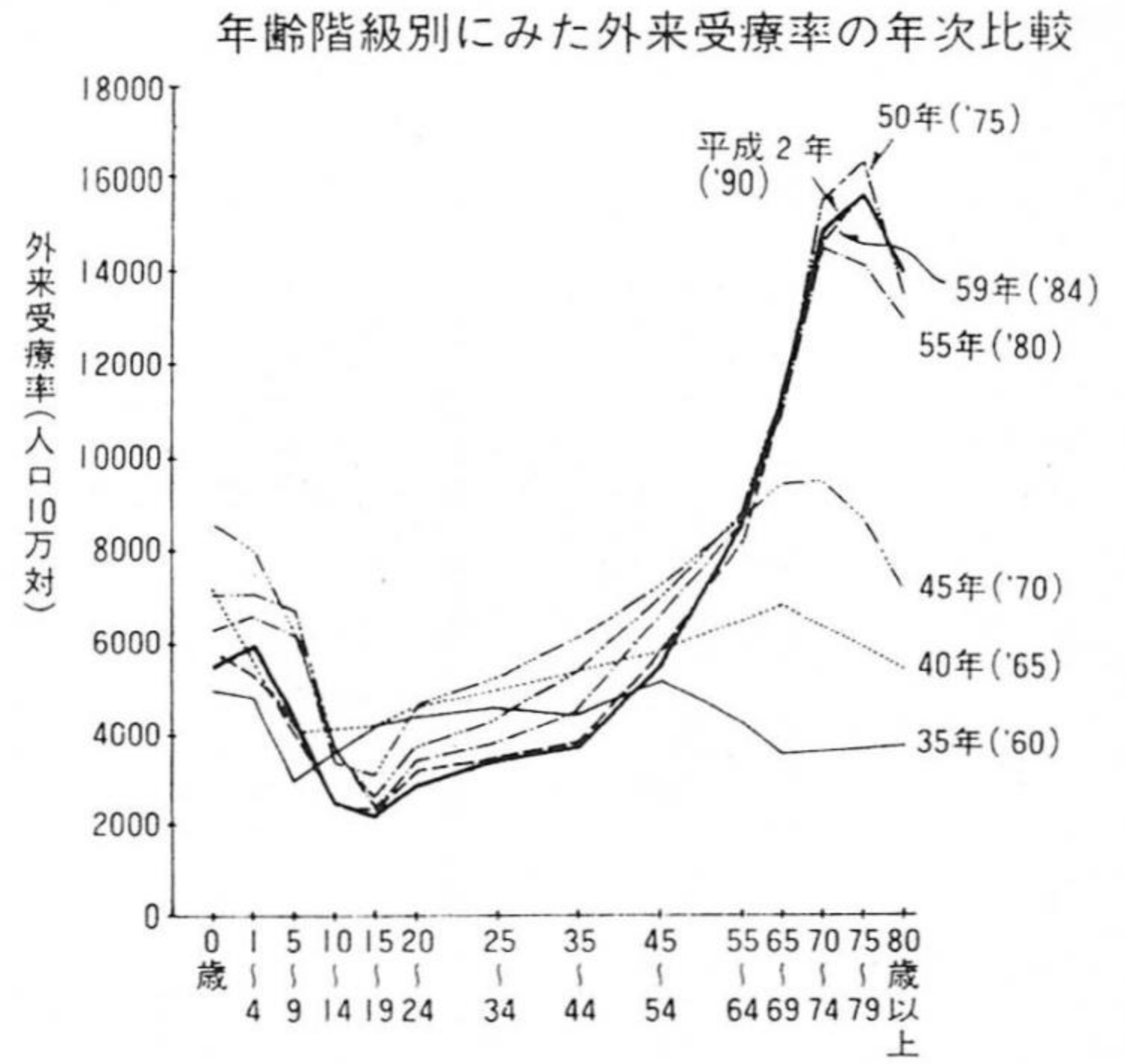




図Ⅲ-9



図Ⅲ-10



以上の如く、高齢化社会が進むなかで、労働者の年齢構成が高齢化し、ライフスタイルの変化や心的負荷の増大により、高血圧、虚血性心疾患、肝疾患、糖尿病などのいわゆる成人病にかかる労働者が増加しています。また最近では、比較的若年者においても成人病を有する人々が多くなってきています。

このような成人病を有する労働者に対して、職務上の適切な配慮がなされない場合には、これらの疾病が増悪することがあります。これらの疾病は、一旦発病すると適切な健康管理が行われないと、疾病は進行することがよくあります。従って、常に健康管理下におき、経時的な変化に留意しながら、疾病の早期発見と予防のための適切な管理を行うことが重要であります。健康管理上、疾病の早期発見、予防は勿論のこと、労働者の就業時およびその後の適性配置に役立てるために、今回健康診断項目の改正では、貧血検査、肝機能検査、血中脂質検査、心電図検査が追加されました。

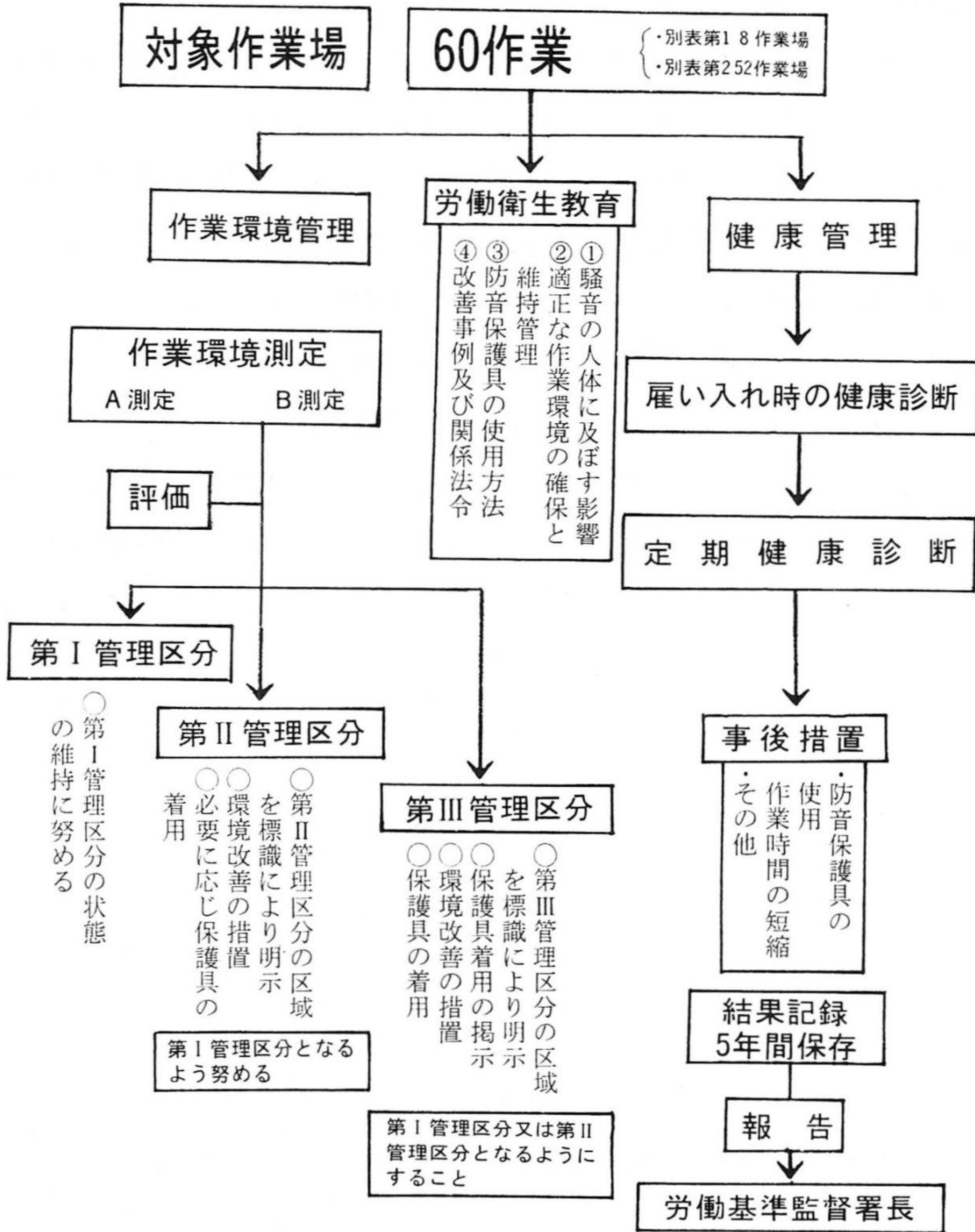
また、聴力検査が聴力測定器を用いて検査し、聴力低下の程度を数値であらわすことになりました。その目的は、職場における騒音の健康への影響を早期に発見し、労働者の当該作業に対する就業の可否や適正配置の決定に役立て、職業性聴力低下を予防するためであります。

最近、労働省が作成した騒音障害防止のガイドラインは、作業環境管理、作業管理、健康管理の3管理を推進して行く場合の基本的な在り方を示しています。(図Ⅲ-11)



# ガイドライン設定以降の 騒音に対する労働衛生管理

図Ⅲ-11





### (3) これからの健康管理

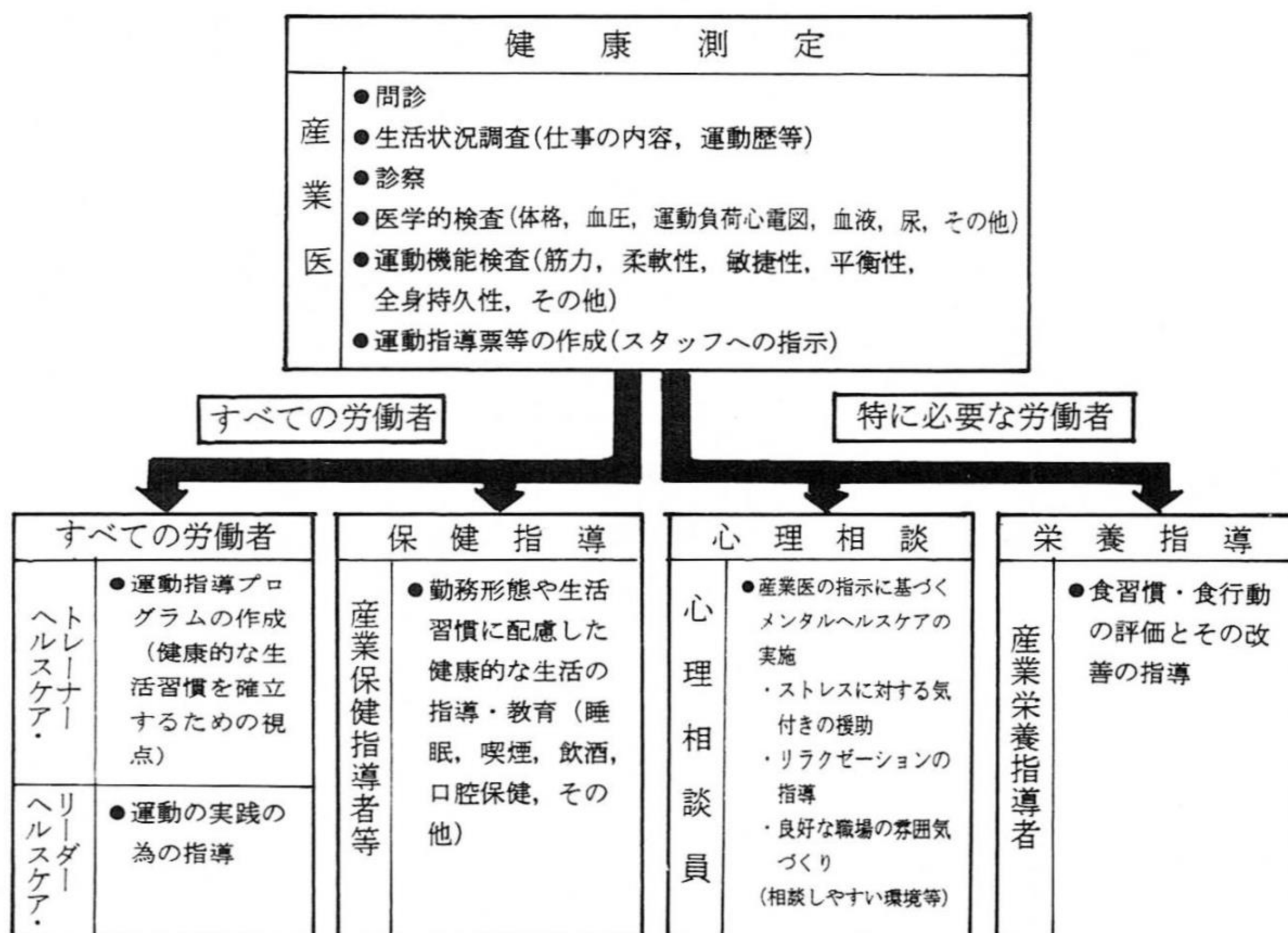
われわれ人間（労働者）は、至適健康と死の両極端の間の健康・疾病の生活史のどこかに存在しています。至適健康とは、「あらゆる職業に従事する人々の肉体的、精神的および社会的健康を最高度に増進し、かつ、これを保持すること」ということができます。このような健康の最高のレベルを享受することは、すべての人々にとって基本的な権利であり、この目標に向って常に前進するよう努力することが必要であります。

わが国の人口構成が高齢化に向かう中で、労働力人口の占める高年齢労働者の割合も増加しています。このような状況下で、企業においても、労働者が健康でその能力を十分に発揮できる職場環境や作業形態をつくる大きな課題となっています。

また、近年の技術革進の進展、就業形態の多様化は労働者にストレスを生じさせ、職場不適応を起こさせる場合があります、心（精神的健康）の問題が労働者の身体的な健康に影響を与えることも少なくありません。事業場の総合的な労働衛生管理の一環として、健康づくり対策の中にメンタルヘルス・ケアを位置づけ、その推進を図ることが必要であります。

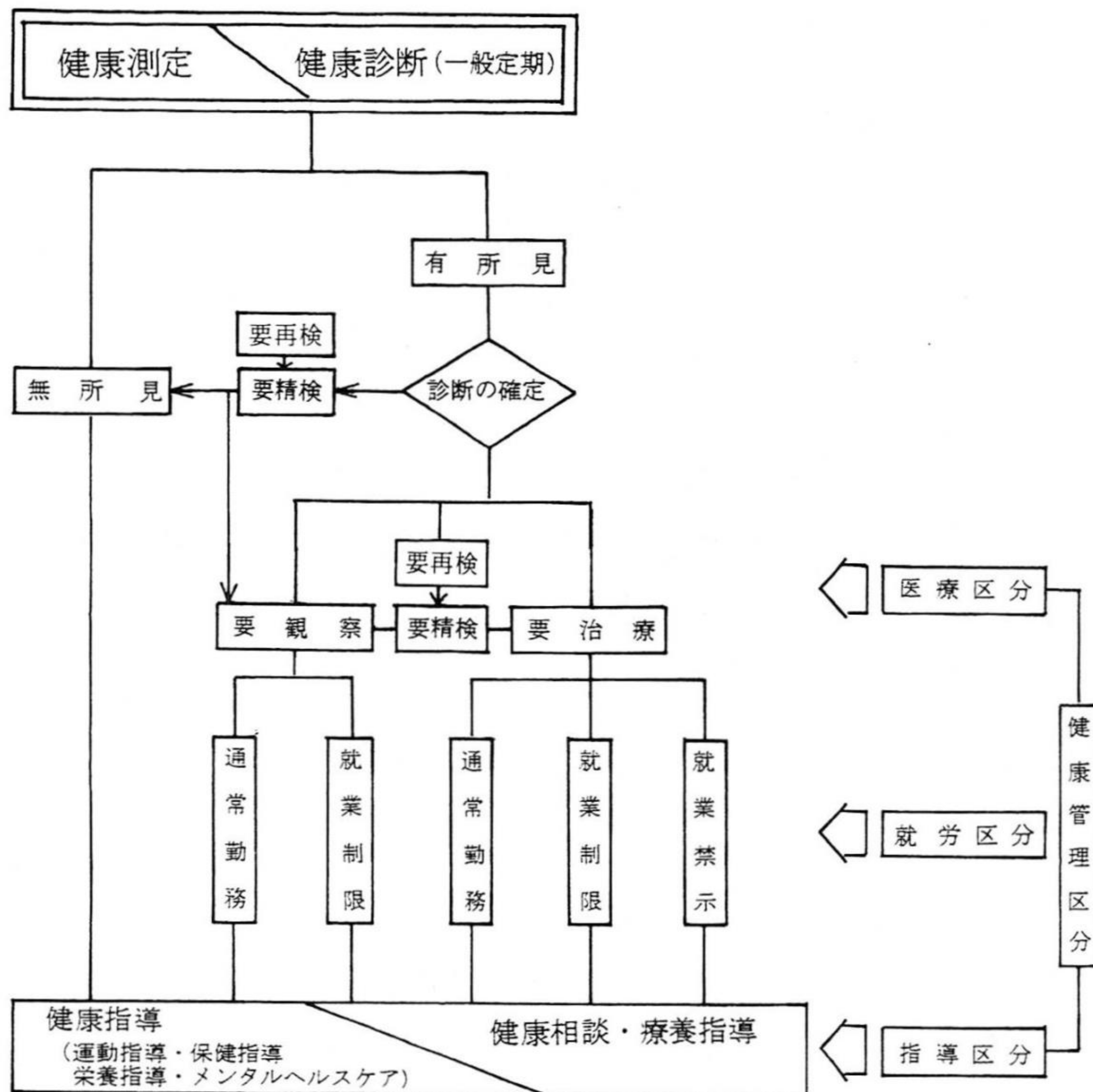
労働安全衛生法では、事業者および労働者の努力義務として、労働者の心身両面にわたる健康保持増進の措置として、「トータル・ヘルス・プロモーション・プラン（THP）」が

図Ⅲ-12 健康づくりスタッフと役割





図Ⅲ-13 判定区分の体系



実施されております。THPでは、産業医が中心となってヘルスケア・トレーナーら他の健康づくりスタッフとともに心身両面からの健康指導を行うことになっています。

労働衛生管理の目標は、職場における有害因子を排除して健康障害や健康影響を防止することは勿論のこと、さらに進んで快適な職場環境づくりと健康の保持増進に努め、心身両面にわたるより高い健康を確保することにあります。かけがえのない命を守り、より高い健康を確保するには、事業者および労働者の疾病や健康に関する対応の意識改革が必要です。教育により正しい知識を修得し、自己自身が自ら健康管理を実践することができる習慣を身につけることが、健康管理の最大の目的であります。(図Ⅲ-12、図Ⅲ-13)



## IV 健康管理機関が要望される健康管理

特殊健康診断の目的は、労働衛生上健康に有害な業務に従事する労働者を、業務上疾病から予防するために行う健診で、それぞれの有害な業務について健診項目が特別に定められています。有害因子の健康影響の早期発見や健康状態を的確に把握し、健診の結果に従って健康管理の事後処理を行います。労働衛生の3管理（作業環境管理、作業管理、健康管理）を活かして管理します。特殊健診は一般健診より重要で、労働衛生上最も重視されている健診であります。

一般健康診断の目的は、職場に従事する労働者を、一般疾病から予防するために行う健診で、一般疾病の発見や特に早期発見を行うだけではなく、さらに健康状態を把握します。健診の成果に従って医療区分、就業区分、指導区分について健診結果を有効に利用します。

### （1）法の精神をいかにし目的達成のための健康診断

労働安全衛生法の第1条には目的が掲載されています。「この法律は、労働基準法と相まって、労働災害の防止のための危害防止基準の確立、責任体制の明確化及び自主的活動の促進の措置を構ずる等その防止に関する総合的計画的な対策を推進することにより職場における労働者の安全と健康を確保するとともに、快適な作業環境の形成を促進することを目的とする。」を示し、第3条で事業者の責務を明らかにしています。健康診断については、第66条で、「事業者は、労働者に対し、労働省令で定めるところにより、医師による健康診断をおこなわなければならない」ことになっています。また、「事業者は、有害な業務で、政令で定めるものに従事する労働者に対し、労働省令で定めるところにより、医師による特別の項目についての健康診断を行わなければならない」と定めており、これらの健診が行われていない場合には、違反行為として罰則が適用されることになっています。

法が存在するので健診を受けさせる、監督署へ健診結果を提出する書類づくり、系列企業から健診を受けていない場合には仕事を断わられるから、受診させるなど形式的な健診は全く無意味なことであります。法の精神に基づき、職場における健康を確保することによって、人間として最も大切な健康の保持、増進につながるものであり、事業者が健診を実施することは、大切な義務行為であります。



## (2) 事業者、労働者に健康に役立つ健康診断

健康診断は健康に関する重要な資料を提供するもので、その資料は事業者並びに労働者はともに、十分に利用して健康管理の実績を上げるようにしなければなりません。健診結果の資料は、事業者用と労働者用の2通を作成し、事業者は必ず労働者用の結果資料を労働者に渡しましょう。その際、再検査や精密検査が必要であるものに対しては、健康管理機関や診療所、病院の医療機関で受診させることが必要であり、その結果に基づいて有所見の有無の判定が行われます。健診の結果資料に健康上疑義があるにも拘らず、再検査や精密検査が行われていないことは、健診を実施した意味が全くありません。有所見の有無を判定し、受診者の健康状態を的確に把握することが大切です。健診の結果、疾病の有無、疾病の早期発見のほか、健康状態を健診項目別に知ることができ、この健康情報を利用して、健康に対する関心を高め、健康の保持増進に役立てていただきたいと思います。

## (3) 結果の評価、事後措置を行なう健康診断

健康診断の結果、有所見者または有所見の疑いがある受診者に対しては、必ず再検査または精密検査を行なうよう連絡し実行させることが大切です。有所見のうち即刻連絡を要するものに対しては、その処置が必要です。

有所見者の中で、はじめて検査項目が有所見となったものに対しては、原則として、その異常を出現させている病態や原因を明らかにするため、精密検査が必要です。精密検査は、事業者に連絡し実施させるか、受診者に連絡し、(この場合は事業者に連絡すること)必ず受診させて下さい。尿検査等の軽度所見者には再検査を行なうことが一般的であります。過去に検査項目が有所見であり、前回は有所見でなく、今回有所見のものに対しては、再検査または精密検査を行なうべきであります。前回の健診から連続して有所見のものに対しては、産業医の診断の結果、特別の措置が不必要なもの以外は、必ず医療機関で受診するよう連絡すべきであります。治療が必要であるのに受診していないもの、治療の内容が不適切なもの、受診加療態度が適切でないものが意外に多く、注意して受診させるようにしましょう。再検査や精密検査の結果は報告を受け、管理区分の判定に役立っています。

有所見者を確認し、有所見者への対応は、医学的には、「治療継続」「要精密検査」に



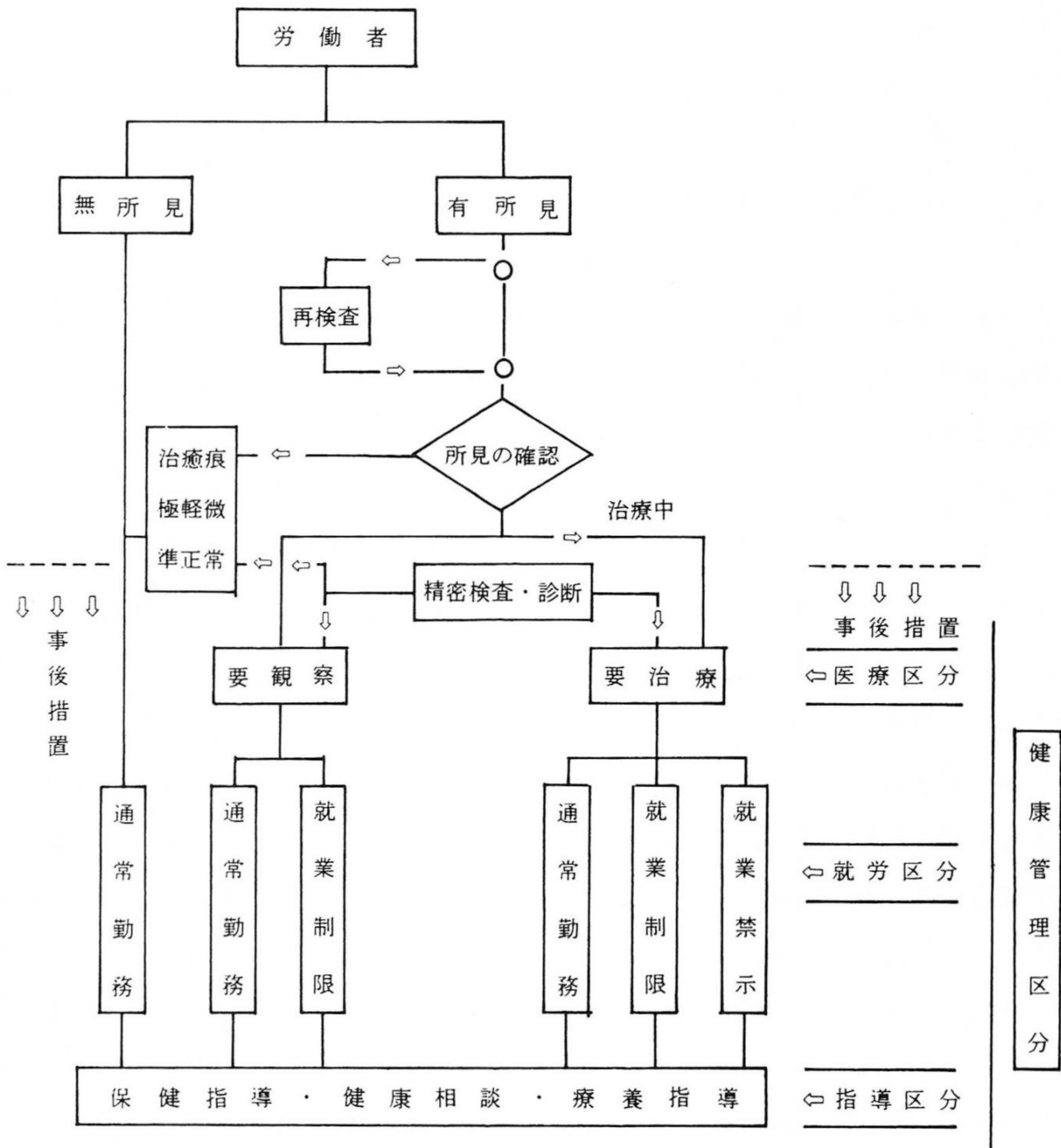
区分します。就業上の配慮を要するものにはその旨指示を行ないます。

精密検査を行なった場合には、その結果にもとづき、医学的には、「要治療」「要観察」「特別な対応不要」に区分するとともに、「就業禁止」「就業制限」「通常勤務」の就業区分を行ないます。

また、指導区分としては、「療養指導」「健康相談」「保健指導」「栄養指導」「生活指導」があります。

### 定期健康診断の流れ

図IV-1 [特に健診結果の評価と個別指導を中心にして]





事後措置として大切なことは、「医療区分」「就業区分」「指導区分」を行なう場合には、労働衛生の3管理（作業環境管理、作業管理、健康管理）の総合管理を常に念頭に置いて対応することが労働衛生の基本であります。（図IV-1）

#### （4）職場集団を対象として評価する健康管理

健康診断の結果は、受診した労働者個人の健康管理に役立てるだけでなく、労働者を集団として捕え、健康情報を集団的に評価することが大切であります。

集団評価は、健診の結果成績について、健診項目別、総合評価に関し、有所見数、有所見率、平均値および標準偏差を計算して評価します。さらに、経年的変化を年次の推移として解析、評価します。この場合、全職場を始め、職種別、性別、年齢別、勤続年数別等に区分して評価することが望まれています。

このような集団の評価は、その職場に働いている労働者個人の健康評価のみでは明らかにできない、集団としての早期の健康の偏りを見つけることができます。また、職場全体や特殊な職種を経年的に継続して把握をすることは、労働衛生管理上の健康管理の重要な資料となります。

#### （5）優れた健康管理機関

このような機関を一般に検診屋または検診業者といわれている場合がありますが、われわれの健康管理機関は、医療法に基づいた精度が高く質の良い健康管理を実施することを目的としております。

優れた健康管理機関は、次の条件を満たすものと考えています。

- ① 常勤の医師（産業医学を専攻したもの、または労働衛生コンサルタントの資格を有する医師が望ましい）が健康管理業務を管理していること。
- ② 看護（産業保健婦、産業看護婦）、検査（診療放射線技師、臨床検査技師）のパラメディカルスタッフが必要数確保されていること。
- ③ 医師、看護、検査および事務職員に対し、定期的に研修を実施していること。
- ④ 健診計画が適切に立案されていること。



- ⑤ 健診項目別の精度管理並びに総合精度管理が実施されていること。
- ⑥ 健診データの処理システムが完備していること。
- ⑦ 再検査、精密検査が行われ、管理区分が決定され、事後処理が行われていること。  
この際、産業医、保健医療関係者と有機的な連絡、提携が大切であること。
- ⑧ 連続した健診が行われ、経年的な健康管理が実施されていること。
- ⑨ 健診結果が2週間以内に報告されていること。
- ⑩ 医療廃棄物が適正に処理されていること。
- ⑪ 健康管理費が適正であること。
- ⑫ 中小・零細企業の健康管理を積極的に行うこと。
- ⑬ 労働衛生管理の本質を理解し、労働者の健康の保持増進に尽力すること。
- ⑭ 健康管理事業に従事することを誇りとし、信念を持って行動すること。

## V 健康情報の有効な利用の仕方

近年の産業界における著しい技術革新の進展、労働態様の変化、労働者の意識の変化、さらに労働者の高齢化などがあいまって、労働者の健康問題は多様化を極めています。このような状況をふまえて、労働者の健康を保持増進していくためには、次の様な事項を考慮して、特殊健康診断、定期健康診断の項目の適正化を図る必要があります。

### 1) 健康情報の取捨選択

健康の評価技術は、各臓器の機能検査について最近著しく進歩してきており、一方、検査方法が簡易化され、容易に多くの健康情報が得られるようになってきました。健康診断項目の適正化を図るにあたっては、多くの健康情報の中から、個々の労働者の健康を守り、さらに健康の保持増進をさせる上で、有用な情報を取捨選択する観点から、検討が行われるべきであります。検討の結果、これからの時代の健康管理の目的を達成するために特殊健診では有機溶剤中毒、鉛中毒についての健診項目が大きく変わり、一般健診では新に多くの健診項目が追加され法定健康診断が実施されています。これらの検査結果を活用して、疾病の存在や健診項目の有所見を判定して、適切な事後処置を行なうとともに、さらに心身両面にわたる健康保持増進の措置として、「トータル・ヘルス・プロモーション・プラ



ン（THP）」により各臓器の機能や体力測定等の検査項目の評価が実施され、積極的な健康づくりが、事業者および労働者の努力義務として行なわれています。また、法定健診項目だけでなく、事業者、労働者、健康保険組合等が協力して健診項目を拡大し、自主的にがん健診（胃、肺等）、成人病健診、人間ドックなどを取り入れ、健康情報をより多くして、健康管理を充実させている事業場もみられます。

## 2) 健康情報の活用

健康診断の健診項目の結果は、健康管理を実施する場合の一環としてとらえられるべきであります。既往症、家族歴、アレルギー素因、貧血などの情報と労働者の生活状態、ライフ・スタイルは大切な健康情報であります。これらの情報は健診項目の結果を判断し、事後処置を行うために必要であり、健康管理上、健診結果に基づく保健指導に役立てることができます。また、アレルギー素因、異常体質などの情報を有するものに対しては、雇入れ時や作業内容を変更して新しい業務につく場合に、適性配置を決定する情報として利用することができます。

## 3) 健康情報の継続的管理

健康情報を経年的に積み重ね、個々の労働者および職場の労働集団としての年次的推移を把握して、単に疾病の療養指導に止まらず、健康の保持増進のために健康情報を利用することが必要であります。この場合、事業者並びに労働者の理解と意志の疎通が円滑に行なわれることが大切であります。また、企業の産業医並びに地域の医療機関との有機的な連絡、連携、協力を求めることが特に重要であります。

成人病管理上、近年若年層の健康情報の把握が重視されており、殊に高血圧、糖尿病の情報の重要性が指摘されております。また、聴力の健康情報も雇入れ時のものが、聴力低下が発生した時の基準になるので注意しなければなりません。

## 4) 生涯健康対策の一環としての健康情報

生涯健康対策は、揺籃から墓場までの生涯を通じた一環したものであるべきであります



が、現実には、母子、乳幼児、学校、職場、一般住民、老人と区分され行なわれています。情報処理が極度に発達した今日では、生涯を通じた健康対策を行なわれることが望まれ、その実現を期待します。我々健康管理機関で作成した健康情報を、労働者の在職中は勿論のこと、退職後も地域における保健医療機関と有機的に連携して利用させることが望ましいと思います。

以上、健康情報の利用方法に関連した諸点を上げてみましたが、特殊健診や一般健診は、労働衛生管理の中で重要な位置を占めており、更に次の諸点に常に留意して実施されることが必要であります。

- ① 現在労働者の疾病像については正しく対応して処理すること。
- ② 特に有害業務で疾病が発生し、または発生のおそれがある場合には、作業環境管理、作業管理と協同して適切な対応をとり処置すること。
- ③ 作業態様の変化に伴う健康への影響については、その健康情報の把握に努めること。
- ④ 健康情報は、精度が高く質的に優れたものであり、労働者が、常に作業場で作業していることを考慮し、さらに、その労働者のライフサイクルを念頭に入れて、管理すること。



## VI 労働衛生対策の基本

労働衛生の目的は、労働に起因する労働者の健康障害を予防し、健康を保ち、さらに進んで健康の増進をはかることであります。このためには、先ず労働衛生管理体制を確立し、労働衛生の3管理（作業環境管理、作業管理、健康管理）を実施し、労働衛生対策が重要であることを理解し、衛生知識を習得させるための労働衛生教育が必要であります。

### 1) 労働衛生体制の確立

労働衛生対策を円滑かつ効果的に行なうためには、労働衛生管理が事業活動を進める上で、必要不可欠な要素であることを認識することが大切で、事業者の義務と定められています。企業では、総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者、産業医などを置き、これらのものに労働衛生対策を進めるのに必要十分な権限を与え、その責任を明確にし、これらのスタッフが協力して労働衛生対策を進めるための組織を確立することが必要であります。

さらに、労働衛生対策を実り多いものにするためには、職場の責任者、作業主任者や労働者を含む関係者などが、積極的に労働衛生活動に参加することができ、衛生委員会などの効果的な運営を図ることが大切であります。

中小・零細企業では、事業者自身が中核となって、労働者とともに労働衛生管理の重要性を認識し、労働衛生対策を進められることを期待しています。

### 2) 作業環境管理

作業環境管理は、作業環境中の種々の有害要因を取り除いて適正な作業環境を確保することを目的としており、職場における労働者の健康障害を防止するための基本的な対策であります。

有害要因を明らかにするためには、有害物質、有害エネルギー等の作業環境測定が行なわれます。この際、精度管理が行なわれている技術基準に従って、的確な作業環境測定を実施し、その結果を適切に評価することが必要であります。環境測定は測定そのものが目的でなく、真の作業場の実態をとらえ、その結果の評価に基づいて必要な措置をとり、良



好な作業環境の実現と維持管理につながるものでなければ測定した意味がありません。労働者の健康の保持に必要な生産設備や局所排気装置の取り付けなど環境改善と保守管理が必要であります。

同じ作業場で働いている労働者でも、各個人について1日の就業時間中の有害物質の体内侵入量が、各個人毎に異なることもあります。個人サンプラーを用いて、作業時間中の作業場気中空气を連続的に採取して、個人ばく露量を測定する方法もあります。作業環境測定法に基づいて測定は実施され、管理濃度を基準に評価され作業環境管理が行なわれますが、最近では、より高い健康づくりを目指した快適環境への挑戦が指導されています。

### 3) 作業管理

有害物質や有害エネルギー等が労働者に及ぼす影響の程度は、作業内容、各個人の健康状態、作業方法、作業姿勢などによって異なります。これらの諸因子を適切に改善して、労働者に対する影響を少なくするのが作業管理であります。時には過度のばく露を防止しなければならぬ場合があり、その時には、適正な作業標準の設定、個別的な作業方法の指導、適正な作業動作とともに個人保護具の使用などが作業管理上実施されます。

身体に対する過負荷が原因で発生する、腰痛、頸肩腕症候群、局所振動障害、過労による疾病に対しては、作業方法、作業用具、労働態様などの改善に努め、過負荷を防止する作業管理も重要であります。

### 4) 健康管理

健康管理は、健康診断およびその結果に基づく事後措置、健康測定結果に基づく健康指導、労働者の生活指導を含めた幅広い内容が含まれています。

健康管理は、健康診断や健康測定を実施して、労働者の健康状態を把握し、健康障害やその虞れがあれば、作業環境管理や作業管理を実施して、障害を防ぐように努力します。さらに進んで健康の保持増進に努め、健康の最高のレベルに向って前進することが要望されています。

これからの健康管理は、高齢化社会が到来した今日では、中長期的な展望に立って、高齢期を迎えても健やかに老い、心身ともに快適な生活を送ることができる社会の実現が期



待されています。そのためには、健康を確保するための諸対策とともに、労働者を始め国民一人一人が健康に関する知識を学び、各人が自ら自己健康管理を実践する意識の改革が最も重要であると考えられます。

## 5) 労働衛生教育

総合的な労働衛生対策を進めるためには、労働衛生管理体制の確立と作業環境管理、作業管理、健康管理の3管理について正しい理解が必要であります。そのためには、労働者が正しい知識を習得して自ら健康を保持増進に尽す態度を持たせるための労働衛生教育が重要であります。

労働衛生教育は、新規雇入れ時、作業内容変更時、危険、有害業務につかせる時に、必ず行いますが、このような時だけでなく、あらゆる機会を活用し、計画的、継続的に実施することも必要であります。

また、最近の急速な技術革新の進展や作業形態の多様化などに対応するため、産業医、衛生管理者、作業主任者が中心となって、特に危険または有害な業務に就業しているものに対する教育が必要とされています。

## 6) 労働衛生対策の原点は、健康管理と作業環境管理・作業管理

労働者の健康は、作業環境、作業態様の影響下にあり、人類、生物の存在は、天体地球環境、生態系、生活環境の支配下にあります。環境問題は、職業病や公害病の原因として、有害物質、大気汚染や水質汚濁の局所汚染の環境破壊から、いまや天体地球の環境破壊が21世紀の地球規模の世界的最大の問題となっています。われらの天体地球が極めて急速に、その自然の破壊を進行し、このような状態が今後も続けば、人類、生物の生存さえも危ぶまれています。さらに、途上国の爆発的人口増加、飢餓、最低生活を確保するための経済活動などを考えれば、地球の環境破壊は一層深刻になると推定されています。かけがえのない地球を子々孫々に残し、人類、生物が地球と共存共栄するためには、今日こそ環境保全が如何に重要であるかを認識し、その対応、対策に全地球人が立ち上がり尽力することが最大の務めであると思います。人類、生物の地球環境に対する考え方と、労働者の職場作業環境に対する対応、対策は、基本的には全く同様であります。労働者も、人類も、生



物も、すべて環境によって支配されているからであります。

ところで、健康管理上重要なことは、有害物の取扱いであります。有害物質の使用量が多くなれば、発生量が多くなり、発生量が多くなれば、作業場の有害物質の気中濃度が高くなり、気中濃度が高くなれば、労働者の有害物質の体内摂取は多くなります。労働者の健康への影響の程度や職業病の発病は、有害物質の生体内摂取量で決まり、その原因は作業場の有害物質の濃度によって左右されます。

例として作業場の鉛汚染をとり上げ、健康管理、作業環境管理、作業管理の3管理を考えてみましょう。健康管理では、鉛の特殊健診を行ない、業務の経歴、自覚症状の有無、血中鉛量検査（生物学的モニタリング——鉛の生体内ばく露）、尿中デルタアミノレブリン酸量検査（鉛の生体影響）を実施し、特に血中鉛量、尿中デルタアミノレブリン酸量のレベルの測定に注目します。一方作業環境管理では、鉛作業場の気中鉛量を測定し、管理濃度に基づき管理区分を決定します。健康診断と環境測定の結果を総合して、労働者の鉛による影響を判断し、潜在性鉛摂取者（鉛中毒の虞れのあるもの）の鉛中毒の早期予防を行います。このような場合には、作業場鉛汚染の原因を調査し、その対策が必要であります。健康管理では医学的管理を主とした管理、作業環境管理では局排の効率化、設備の改善等、作業管理では作業時間、作業方法、作業動作の指導、防塵マスクの使用等があります。この3管理を有機的に活用して適切な対策を立て職業病予防を行なうこととなります。特に小・零細企業に対しては、この3管理を実現するための対応策を強く要望します。

成人病を始めすべての疾病についても、この3管理を実施するとにより、疾病の悪化を防止するに止まらず更に快適な環境のもとで快適な作業ができ、健康の保持増進に役立つことを期待しています。



## VII 一般健康診断に要する適正経費

安衛法に基づいて実施する一般健康診断内容に付随してかかる必要経費についてご説明いたします。健康診断は、法に定められている項目にしたがって実施しなければなりません。また、健康診断実施後の労働者個人に対する継続的健康管理に役立つためのものでなければ実施した意味はなくなります。したがってその目的のためにこの健診の内容を充分理解してほしいと思います。

さて、健康診断は、法によってその実施が定められていますから、また、監督官庁に受診していないと叱られるから……と言うものではありません。

大切な費用を支弁し、大切な労働の時間を削いで実施するので、企業にも個人にも、健診が有効に生かされて行かなければなりません。

健康診断を実施する機関は、その内容が正しく、また精度が高いことを目標としていますが、一次健診の評価にしたがった事後措置である二次健診とその後の継続的な健康管理措置が実施されて情報管理が整備されていることは当然のことです。

そこで以上のことを念頭に健康診断を実施した場合には、どの程度の経費がかかるのかを説明します。

私ども健康管理機関協議会に参加している会員機関はすべて医療法に基づく診療所として健康管理事業（医療事業）を進めています。わが国は、個人が病気になった時、その大部分は各種の保険制度によって治療が開始され、そのために生じた医療費については、各医療保険に基づく診療報酬規定によって算出されます。このことについては充分ご存知の通りです。私どもは健康診断という医療行為によって実施する各種の項目に基づく検査や診断についての経費算出も国の定めている保険診療報酬規定を参考にしてその算出を試みています。

このことは、至極一般的な常識でもあります。公的な保健所等で健康診断を依頼した場合もこの方法をとっています。

実際に出張して一般健康診断や各種の健康診断を実施する場合、必ずそこには、医師を中心とした医療技術スタッフが構成されています。

産業保健婦・産業看護婦・診療放射線技師・臨床検査技師・X線登載自動車運転手・健康管理事務担当職員等が医師を中心として構成されるのです。その構成者の人件費と各種検査薬品と材料・各種医療機器・自動車・診療所建物の償却・医療機器購入準備金・経費



上昇見込額等も運営上必要な経費として試算いたします。この試算基礎は労働安全衛生規則に基づいて1日100名を実施する場合の一般健診を参考にして、1名当りの健康診断に要する経費を参考迄に述べて見ることにいたします。

(I) 出張健診に要する人員の構成

- 1) 医師1名
- 2) 産業保健婦又は産業看護婦2名
- 3) 診療放射線技師1名
- 4) 臨床検査技師2名
- 5) X線自動車運転手1名(X線助手を含む)
- 6) 健診デザイン等渉外担当職員1名(受付・連絡も含む)

(II) 内部処理人員

- 1) 健診業務企画担当2名(個人表・連名簿処理)
- 2) 健診機材管理・確認担当1名
- 3) X線フィルム現像・定着・整理・判定医師1名・介助看護婦1名・診療放射線技師1名
- 4) 検査物の測定や判定・事後処理臨床検査技師1名
- 5) 成績集計情報処理担当職員1名

(III) 1) 健康管理全般情報処理担当職員1名(法定届出処理・事後情報管理を含む)

(IV) 1) 資材

X線フィルム・注射器・各種試薬・現像定着液・尿カップ・個人通知表・連名簿統計表・受診票・照射録・官庁届出用紙・燃料・通信運搬

(V) 医療機器償却(厚生省の償却基準に基づき、移動用医療機器自動車類は5年とする)

- 1) 高圧X線撮影機
- 2) X線登載用自動車
- 3) 臨床検査・分析機器其他一式
- 4) コンピューター及び自動解析心電図

以上1年の稼働日日数は200日とする。

(VI) 積立金及び建造物維持管理・其他維持管理に必要な経費

医療機器・X線其他各種検査用自動車・職員退職金・各種保険料・建造物維持管理・職員研修出張・関係団体会費・医療廃棄物処理等



以上に基づいて算出した1日100名の実施についての健診1名当りの参考健診経費は、平均額7,500円と算出されます。

以上のことで、ご判断いただけるとおもいますが、1日の健診実数が往復の距離や交通事情、企業規模等により、その健診数が減少した場合、また成人病健診・胃健診・じん肺健診や他の特殊健診で1日の健診数が限られ、前述の一般健診と比較し、健診実数が減少する場合等は、1名当りの健診経費や健診に要する各種項目の経費は大幅に増加して行くことをご理解いただき、正しい効果的な健康管理を適正経費で進めて下さるようお願い致します。







