

産業医需要供給実態調査事業報告書Ⅲ

(地域調査・ボトルネック解消事業報告)

令和7年3月

産業医需要供給実態調査事業委員会

学校法人産業医科大学・公益財団法人産業医学振興財団

目 次

はじめに

第1章 調査事業の概要 ······	1
産業医需要供給実態調査事業委員会ボトルネック改善調査小委員会開催要綱 ······	3
産業医需要供給実態調査事業委員会ボトルネック改善調査小委員会委員名簿 ······	5
ボトルネック改善調査の構成 ······	6
第2章 利用の仕方 ······	7
第3章 令和04年わが国の産業医の現状 令和04年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省医政局）から再編 ······	13
第4章 中小企業における産業保健サービスの課題解決のための調査 ······	35
第5章 教育困難地域での実務指導手法の開発 ······	85
第6章 大企業における産業保健課題解決のための調査 ······	97

はじめに

近年、少子高齢化社会を迎える中で、労働者が健康を維持しつつ働き続けることができる環境の整備が大きな課題となってきております。平成29年に策定された国の働き方改革実行計画においても、長時間労働の是正、治療と仕事の両立支援、高齢者の就業促進など、労働者の健康確保対策に取り組む産業医や産業保健職への需要と期待が高まってきたことが示されました。そこで、産業医科大学は平成29年度より調査研究事業として、産業医を採用する事業場から産業医に期待する活動内容、採用の際の勤務条件、有効な採用ルートなどを調査し、一方産業医からは産業医活動をする際に望む環境条件、勤務条件、有効な入職ルートなどを調査することにより、求人と求職にかかるアンマッチの原因を探索することを目的とし、産業医需要供給実態調査事業を（公財）産業医学振興財団と共同で開始しました。調査結果に基づき委員会で検討を重ねた結果、事業場が採用したい産業医、産業医が勤務したい事業場とのギャップ、事業場と産業医資格者とを仲介する機関の周知、機能強化など、様々な事業場と産業医資格者とのマッチングについて論点となる事項を取りまとめることができました。

平成30年度からは、平成29年度調査結果から産業医の需要供給に関して、産業医供給の資格取得から就業および就業継続に到るまでの各段階において、どのような事項が問題となり律速段階となっているのか、地域特殊性や対処における好事例にどのようなものがあるのか、従前に不明である事項を明らかとするため、とくに事業場側が産業医供給側として大きな期待をかけている地元医師会、大学、労働衛生機関を中心として、質的調査を行いました。この間には、新型コロナウイルス感染症の世界的流行により、労働安全衛生のみならず、わが国の医療保健全体に影響を及ぼす事態を経験しました。産業医科大学はわが国で唯一の産業医を育成する教育機関であり、企業からの産業医求人は、コロナ禍の影響を受け、リモートワーク労働者への対応、クラスター予防及び発生時対処などより高度な経験を持つ需要が増加しました。こうした変化を受け、コロナ禍以降は、産業医需要供給のボトルネック解消に繋がる調査研究事業を開始するとともに、産業医資格を取得できる研修会の受講希望や履修内容も、コロナ禍以降の社会情勢変化に対応したものが社会的に求められています。産業医学の振興と職場における労働者の健康管理の充実を使命とする（公財）産業医学振興財団は、平素から厚生労働省、（公社）日本医師会、都道府県医師会、（独）労働者健康安全機構とともに、このような新たな必要性に対処すべく全国の産業医を対象とした産業医研修事業に取り組むとともに、産業医の質の向上、産業医の需給のボトルネック解消に資する調査研究事業を行ってきております。これまで本調査に協力していただくとともに、産業医の需給状況改善のために新たな事業展開を行っていた大いにいる都道府県医師会、大学、労働衛生機関の対応者・部署の皆様方に委員会を代表して感謝申し上げます。この調査事業報告書が、端緒となって、産業医や産業保健に係わる諸団体の円滑な連携をもとに、今後、様々な分野で円滑な事業場と産業医のマッチングが進展することを期待するとともに、本調査研究事業にご協力いただいた皆様方に委員会を代表して感謝申し上げます。

令和7年3月31日
産業医需要供給実態調査事業委員会
前座長 清水英佑
現座長 相澤好治

第1章 調査事業の概要

産業医需要供給実態調査事業委員会 ボトルネック改善調査小委員会開催要綱

1 趣旨・目的

第13次労働災害防止計画では、企業における健康確保措置、産業医・産業保健機能の強化が謳われ、この中で、産業医の質・量の確保、地域偏在等の問題の改善が課題としてあげられているが、質・量の把握、地域偏在を把握した統計資料が存在してない。また、「産業医需要供給調査事業」および同「地域における産業医等確保の実態にかかる調査」における量的な調査、質的な調査の両者を経て、産業医の質・量の確保、地域偏在は、多数の要因が関係する複雑系であることがより明らかになってきた。

「産業医の供給」だけに限っても、産業医有資格者の養成、有資格者の就業希望および就業可能な可処分時間の有無、就業希望情報と求人情報の流通、就業希望者と求人希望事業所のマッチング、就業成立後の実務実施にあたっての教育訓練の要不要、就業継続に必要な教育訓練機会や支援の有無等の多段階の問題がある。

各団体や地域において「産業医の供給」のボトルネックとなる阻害要因の主眼となる課題は異なるため、各阻害要因の改善の典型例を分析および類型化し、問題の把握や解決に関するあり方について検討し需要供給の安定化の推進に寄与することを目的とする。

2 事業内容について

前項の趣旨・目的を達成するため産業医需要供給実態調査事業委員会（以下「調査事業委員会」という。）は、ボトルネック改善調査小委員会（以下「小委員会」という。）を設置し、その指示するところにより次の調査を行わせ、その結果を調査事業委員会に報告させるものとする。

(1) 調査・検討について

- ① 産業医の需要供給情報を業種別、従事者数規模別、地域別に調査分析すること。
- ② 産業医の供給の阻害要因と改善の典型例を調査分析すること。調査は地域、中小企業、大企業の別に実施する。

(2) 報告書について

- ① 小委員会での検討、調査の結果を踏まえ、報告書を作成すること。
- ② 報告書は産業医需要供給実態調査事業が発行し、小委員会は分担執筆者とすること。

3 地域調査小委員会の任務、構成等について

(1) 小委員会の任務について

- ① 必要な調査を検討し計画すること。
- ② 調査計画に基づき調査を実施すること。
- ③ 調査結果を踏まえた分析すること。

(2) 小委員会の構成等について

ア 構成について

委員は産業医活動、医療政策等の分野の専門家から構成し、調査事業委員会委員を3名以上とする。また調査対象を地域分析とする場合は地域からの委員を含むこと、および調査対象を企業等とする場合には、企業等から委員を選任すること。

イ 議事について

小委員会に座長を置き、議事を進行する。

ウ 開催について

小委員会は年3回程度開催する。

(3) その他

ア 小委員会及びその行う調査に関し、必要な事項は別に定める。

イ 小委員会及び調査の事務は、学校法人産業医科大学キャリア支援課において行う。

産業医需要供給実態調査事業委員会
ボトルネック改善調査小委員会委員

池上 和範 医療法人 福岡桜十字 桜十字福岡病院 産業保健推進部 部長

一瀬 豊日 産業医科大学 進路指導部 医学部進路指導副部長

伊津野 信之 公益財団法人 産業医学振興財団 審議役兼修学資金課長（～令和4年度）

井上 真 公益財団法人 産業医学振興財団 事務局長

色川 俊也 東北大学環境・安全推進センター
東北大学大学院 医学系研究科 産業医学分野 教授

大坪 正剛 学校法人 産業医科大学 常務理事

尾澤 英夫 公益財団法人 日本中小企業福祉事業財団 前理事長

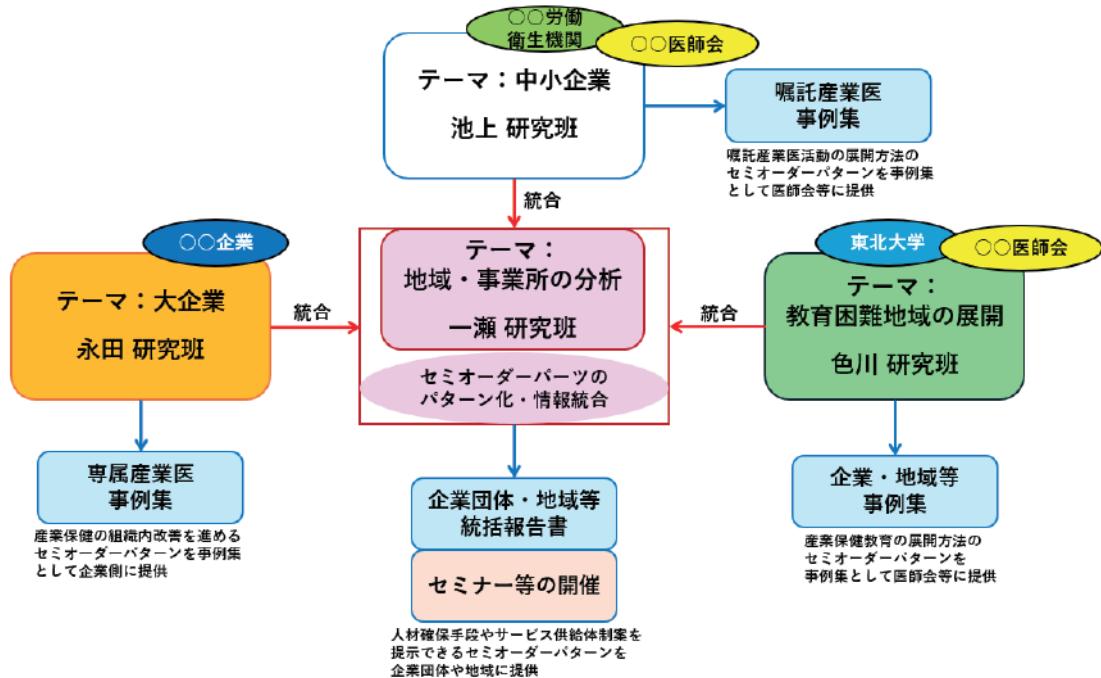
上村 修治 公益財団法人 産業医学振興財団 審議役兼修学資金課長（令和5年度～）

永田 昌子 産業医科大学 両立支援科学 准教授

森 晃爾 産業医科大学 産業生態科学研究所 産業保健経営学 教授

ボトルネック改善調査の構成

研究班概要



総括班

事業場数地理分布、産業医数等の公的データを、市町村別、群市区医師会別、医療圏別、労働基準監督署別、都道府県別に再集計し、問題点を議論できるように準備。地域ごとのボトルネック分析に資する基礎資料を整備、活用方法を紹介する。

中小企業における産業保健課題解決のための調査

教育困難地域での実務指導手法の開発

郡市区医師会産業医研修会等における職場巡回の実務指導、コロナ禍で研修実施が困難となっている部分がある。工学部の協力を得てVR技術を用いた職場巡回の教材を開発した。これを用いることで、産業医養成がボトルネックになっている地域での研修充実を図る手法を開発する。

大企業における産業保健課題解決のための調査

第2章 利用の仕方

第2章 利用のしかた

産業医の供給の問題は、これ以前の報告書や諸報告でも明らかになってきたように
1. 有資格者数や常勤換算人数という数の問題、2. 事業者側の求めるものと産業医側が提供する産業保健活動の内容や成果（月何時間活動であるか、措置や助言の種類や内容など）が一致しないという質の問題、数も質も充足しているが、3. 産業医の交代の際に産業医も事業者も時間や労力を要するというマッチング過程の問題が混在している。マッチング過程の問題は、各団体の調整や努力により改善が模索されている。しかしながら、これ以前の1. 2. に諸問題を抱えている場合において、3のみの対策では、長期の労働需給（労働経済学的には労働需給の用語 この場合は産業医の需給）は安定しない。このことは経済学分野におけるテーマとして研究されており、理論研究のみならずわが国においても産業医以外のさまざまの職種のパネル分析により明らかになっている。

本報告書は、各々の産業医や事業者よりもむしろ、1. 2. の産業医需要供給問題に関する問題の解消にむけた活動を実施している諸団体、つまり医師会、産業保健総合支援センター、大学、事業者団体などを読者対象として想定し執筆されている。個人あるいは事業者として利用する際は、それぞれの地域特性や事業特性が、産業医の需要供給や実際の産業保健活動に影響していることに留意した上で、本報告書を活用して欲しい。

労働安全衛生法上では、産業保健活動は事業者がはたすべき責務の一つとして位置づけられている。この一方で産業医活動は地域医療計画において、外来医療計画の一つに位置づけられている。つまり、事業者視点であると事業場内のこと優先して実施すべき事項であるが、地域の公衆衛生および地域医療計画の視座に立つと、職域健診未実施あるいは低実施率の事業者に対して、健診実施向上を入り口とした産業保健活動が、優先されるべき課題となり得る。この事業者責務の立場と、地域医療の立場がやや異なる面にも留意し、各地域で関係諸団体間の協調をはかる期待することを期待する。

地域・事業場分析

- 産業医需要供給問題に関する問題の解消にむけた活動を行っている団体むけ
- 地域の産業医専門家数など地域情勢を把握したい事業者むけ

住民人口に比して医師の少ない地域において中小企業の嘱託産業医は、勤続年数が長い傾向にあり、地域的に安定しているように観測される。しかしながら、以前の地域調査で明らかになったように、医師の高齢化に伴う医院継承や病院機能維持継続の問題と並行して、地域における産業医継承・充足のみならず、学校医の維持・充足が課題となってきている。

これに対して、医師数が偏重な都市部においても産業医不足を指摘されることがある。これは、3. 産業医の交代の際に産業医も事業者も時間や労力を要するというマッチング過程の問題を捉えている場合。2. 事業者側の求めるものと産業医側が提供する産業保健活動の内容や成果（月何時間活動であるか、措置や助言の種類や内容など）が一致しないという質の問題を捉えている場合の両者が混在している。

また、有害業務の有無、健康問題を抱える高齢労働者の占める割合などが事業者毎に異なり、業種や事業者により必要あるいは重点化すべき産業保健業務や時間数は異なってきている。

このように地域の医師偏在を背景とした産業医の供給側の状況に加え、人口や産業の地域特性によって産業医の需要の状況もそれぞれ異なっていること。

統計値の正確性に加えて、報告遅延による効果なども生じるため、拙速な地域分析は産業医需給の安定化に対して、却って逆効果になる可能性も含めて本委員会では議論されてきた。このため、市町村単位や郡市区医師会単位における事業場数や産業医数の動態は本報告対象とはしていない。

産業医研修会や日本医師会認定産業医の基礎研修会および単位更新には、実地研修が不可欠である。職場巡回や事例検討などの実習先や実習協力者の開拓には、医学部教員や医師会、産業保健総合支援センターのみならず、常勤の産業医に加え、従たる業務が産業医である医師も重要である。長期的な1. 2. の産業医需要供給問題に関する問題の解消にむけた活動の端緒となる都道府県単位の常勤産業医に関する情報を、医師統計から産業医数および従たる業を産業医とするものの再集計で提示する。

中小企業分析

- 既に中小企業での産業医活動を行っている産業医むけ
- これから活動を開拓したい産業医むけ
- 産業医活動を展開して欲しい事業者むけ
- 地域の産業医活動の促進を図りたい団体むけ

労働者に対する産業医および産業保健活動の認知度、健診受診率、ワークエンゲージメント、労働生産性などの相関性を検証し、産業保健サービス普及のボトルネックを解消する可能性のある知見を提示している。

教育困難地域の展開

- 産業医需要供給問題に関する問題の解消にむけた活動を行っている団体むけ
- 大企業での産業保健組織内研修などを検討している団体むけ

ICT 機器を用いた研修や産業医活動は効果や使用が限定的であることも留意した上で本報告を参考にして欲しい。

大企業分析

- 大企業で多職種での産業保健サービス実施を行っている団体むけ
- 労働衛生団体など多職種での産業保健サービス実施を行っている団体むけ

企業グループとして産業保健サービスを平準化するために、小規模事業場や関連グループ企業に対して産業保健活動をしている企業における事例分析

第3章 令和04年わが国の産業医の現状

令和04年医師・歯科医師・薬剤師調査

(厚生労働省医政局) から再編

令和 04 年わが国の産業医の現状

令和 04 年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省医政局）から再編

本再編結果の使用上の注意

医師・歯科医師・薬剤師は、医師法、歯科医師法、薬剤師法の規定により、2年に1度、調査年の12月31日現在の氏名、住所、従業地などの状況について届出することが義務付けられている。わが国に住所があり、わが国の医療若しくは歯科医籍に登録している全ての医師及び歯科医師、並びに薬剤師名簿に登録している全ての薬剤師が対象となっている。対象となるもののうち、病気療養中などで就労していないものも届出が必要である。

調査の趣旨は、就業者の実態を把握し、就業者に対する指導監督や需給バランス等医政の推進に資するためとされる。様式は「業務従事者届」として同法施行規則で定められており、氏名、医籍登録番号、就業場所等について記載することとなっている。届出違反には、罰則が課せられている。(現在まで、罰則の適用実績はない)。しかししながら、厚生労働省による 医師等資格確認検索 (https://licenseif.mhlw.go.jp/search_issei/)において2年に1度実施される医師調査、歯科医師調査において調査票の提出があつた者のみ表示されるように改訂がされており、資格確認において届出未提出者に不利が生じことで届出率の向上を企図されている。

調査の方法は、届出義務者である医師、歯科医師及び薬剤師から提出された届出票を、保健所で取りまとめ厚生労働大臣に提出するが、実務系統は以下のようにになっている。

(ア) 調査年の12月31日現在、病院・一般診療所・歯科診療所・介護老人保健施設・大学・医療機関・薬局・医薬品関係企業等(以下、「病院等」という。)に勤務されているものへの配布方法 各保健所から病院等へ届出票を送付し、從事されているものへの配布を依頼している。提出方法 原則として、届出義務者の住所地を管轄する保健所への提出となるが、希望により、病院等でとりまとめるうえ、病院等の所在地を管轄する保健所へ提出している場合もある。

(イ) 調査年の12月31日現在、病院等に勤務されていないものへの配布方法 届出票を前回提出時に記載された住所へ送付している。前回提出時に従業していたもので現在休業中の方など、届出票が届いてないものは最寄りの保健所まで問い合わせを要する。 提出方法 最寄りの保健所に提出となる。郵送による提出も可能。

医師の届出に漏れがあることは、以前より文献(1)～(3)などでも指摘されているが、産業医はこれらの全体平均よりも漏れが大きいと考えられる。産業医は、上記調査法の(イ)に該当する。一方で、産業医の勤務先の企業において、事業所内診療所を開設していない施設が半数を超えている(産業医科大学調べ)。従つて1. 保健所等へ医療機関としての届出がない産業医勤務先である場合、2. 以前に届出したものがいない産業医勤務先である場合、3. 勤続年数が2年以下の産業医である場合、あるいは4. 産業医の設置が直近2年以内であつた場合等により産業医の医師届けは、届出漏れが生じやすいと考えられる。**このため、本再編結果に対しては一定の届出漏れがあることを念頭に読み解く必要がある。**

また産業医は勤続年数が短いものが多い※ため、未だ足求人の状況は短期で変化することも念頭に慎重に解析する必要がある。

- (1) 小池創一、今村知明、山根昌子、他、医師・歯科医師・薬剤師調査における医師の届出率の現状と試算。厚生の指標 1994; 41(7) : 9-16.
- (2) 島田直樹、近藤健文、医師・歯科医師・薬剤師調査の個票データを使用した届出率の推計。日本公衆衛生雑誌 2004; 51(2) : 117-32.
- (3) 藤真澄、島田直樹、近藤健文、下門頭太郎「医師・歯科医師・薬剤師調査」の現状に関する検討－全保健所、全県、保健所設置市アンケート調査－ 厚生の指標 2004; 51(15) : 28-33.
※平成21年に同一の医籍登録番号の者における平成18年と平成20年の業務の種別の推移を集計したものおよび診療科別推移がはじめて公表されたおり(4)、産業医の2年以上の勤続したのは62.3% (39/63) であることが明らかになっており、これはリハビリエーシヨン科 70.8%、救命救急 67.3%並の低値である。
- (4) (参考) 別 www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/33-20a.pdf

令和04年における従事先が産業医機関であるものは、1427人であった。

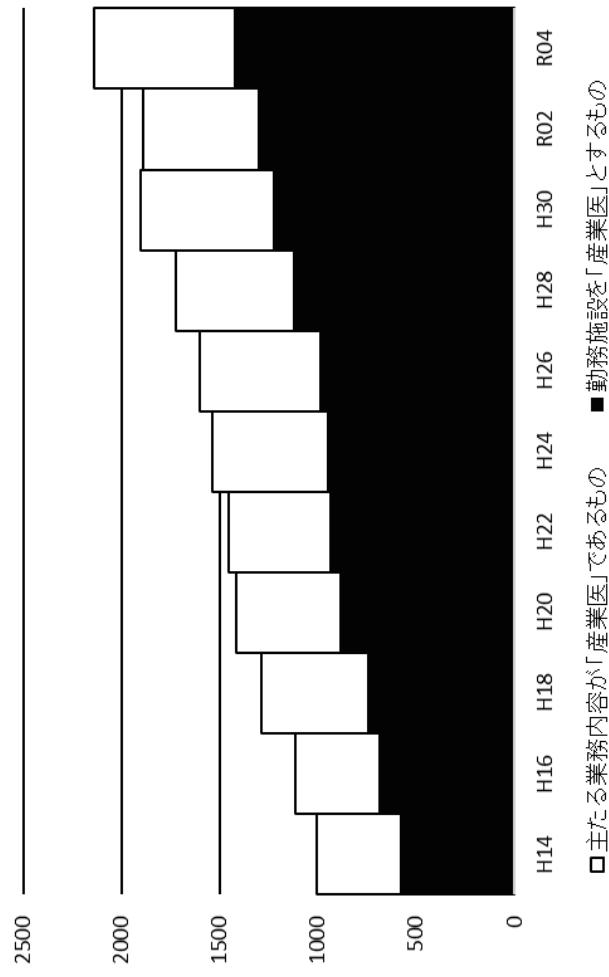
令和01年1月13日午後1時30分⑦1127 不持24

卷之三

従事先が産業医であるもの、産業医の項目が総計項目としてあれば平成14年から増加しつづけている。

令和4年 医師・歯科令和4年12月
第32巻 医療教・構成割合 主たる業務内容、主たる業務の種別

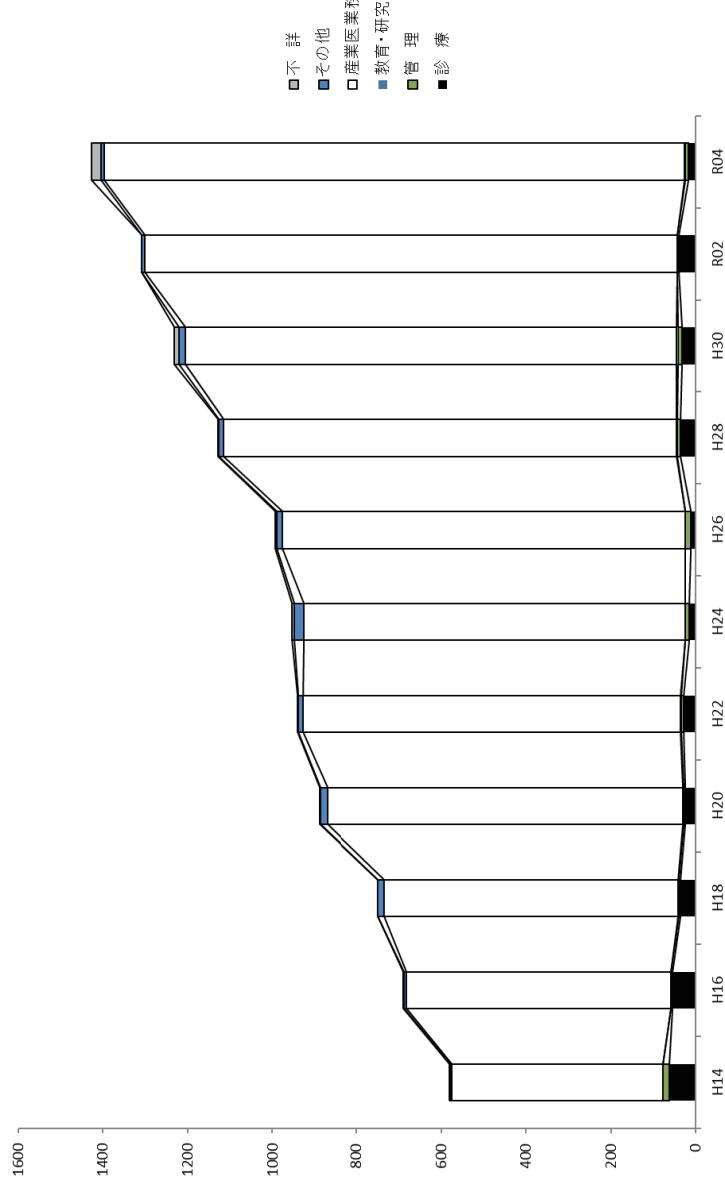
医師歯科薬剤師調査からの産業推移



産業医機関に所属する主な業務内容は、産業医業務が殆どを占める。

第32表改変 産業医所属施設に所属する医師数と業務内容(年度別)						
	総 数	診 療	教 育・研 究	管 理	産 業 医 業 務	そ の 他
H14	580	62	1	15	496	4
H16	690	54	-	4	623	6
H18	750	36	1	4	694	15
H20	889	24	2	5	838	17
H22	941	28	2	6	891	11
H24	953	15	-	9	902	23
H26	994	12	-	12	953	12
H28	1128	37	2	6	1071	11
H30	1231	33	3	9	1160	15
R02	1308	40	-	4	1256	8
R04	1427	18	2	6	1370	8

第32表改変 所属先区分が産業医である医師数と主な業務内容(年度別)

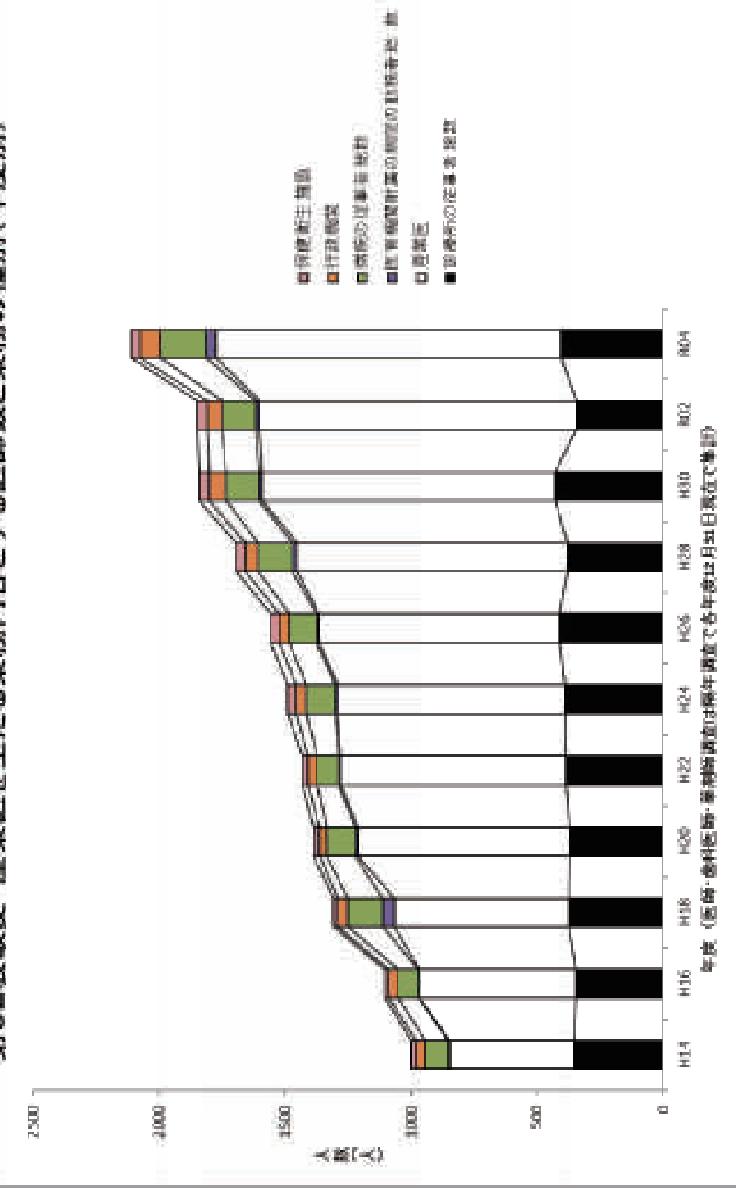


産業医を主たる業務とするものは、増加しづけている。
增加の主たる区分は、産業医機関であり、病院に所属し産業医を中心とした業務内容にしているものが令和4年は増加し、診療所に所属し産業医を中心とした業務にするものは変動が1割以上と大きい。

第32表 改変産業医を中心とする業務内容とする医師数と業務別(年度別)

総数	医療施設の従事者			診療所の従事者			介護人保健施設の従事者			介護医療院の従事者			その他の業務の従事者			
	医師	看護師	助産師	勤務者	医療機関勤務の病院の勤務者	勤務者	勤務者	勤務者	勤務者	勤務者	勤務者	勤務者	勤務者	勤務者		
H14	1007	440	90	1	83	6	4	350	58	292	2	1	565	38	496	
H16	1115	425	81	1	76	4	3	344	43	301	1	1	689	11	3	
H18	1286	510	136	1	88	47	25	374	53	321	2	2	774	19	7	
H20	1415	467	116	2	104	10	5	371	60	311	8	8	920	25	7	
H22	1456	472	36	-	77	9	6	366	59	327	2	1	949	19	14	
H24	1535	502	114	-	104	10	10	388	58	330	5	1	1028	32	20	
H26	1601	517	106	-	95	11	9	411	63	348	11	2	1073	27	16	
H28	1725	516	136	2	114	20	16	380	70	310	8	1	1201	32	12	
H30	1902	500	130	1	116	13	7	430	131	289	2	-	1340	25	45	
H02	1891	474	131	-	113	18	16	2	343	50	233	9	2	1406	21	22
H04	2137	595	182	3	141	38	30	69	334	9	1	8-	-	1543	36	23

第32表 改変産業医を中心とする業務内容と業務の種別(年度別)

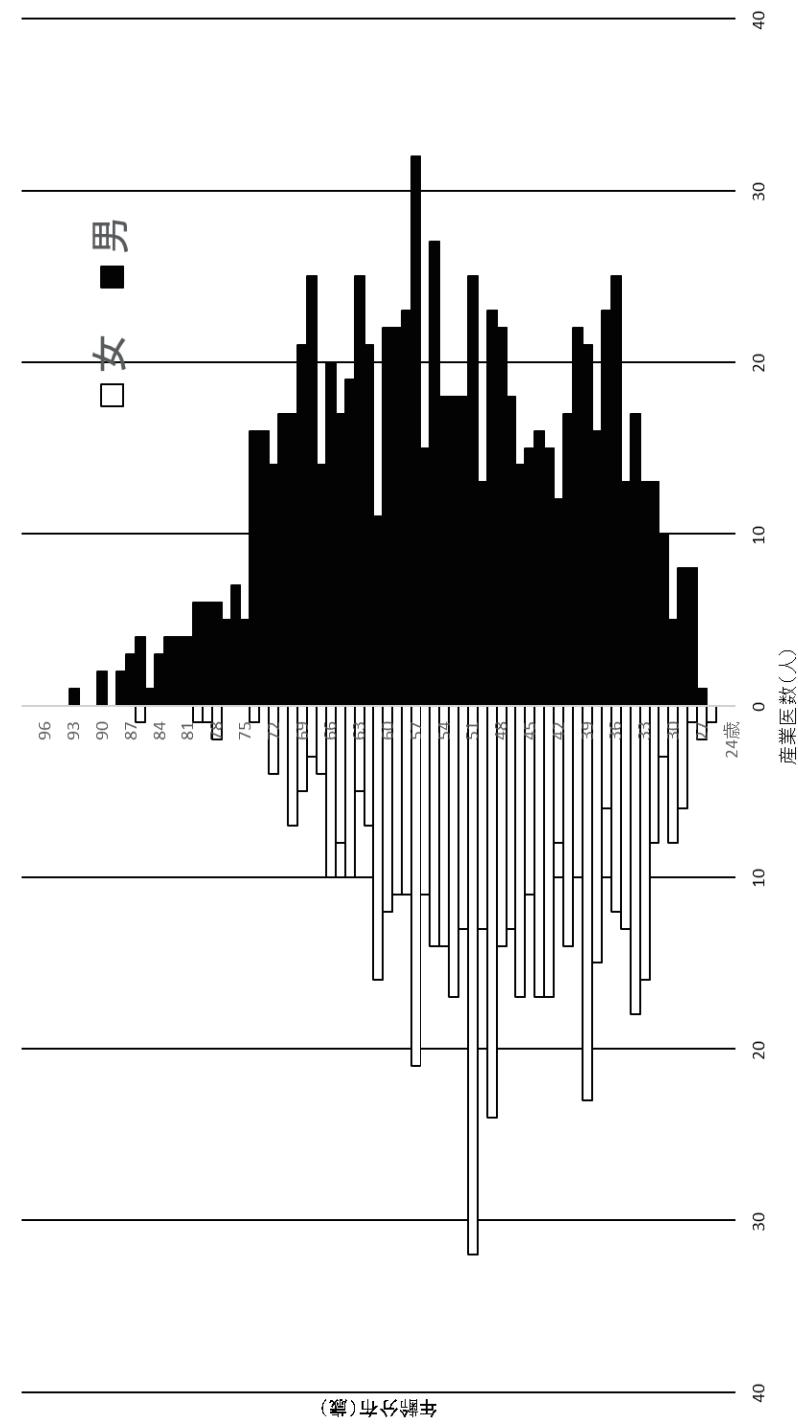


産業医は50歳以上においては男性医師の方が多いが、それ以下の年齢では男女同数程度である。

医師・歯科医師・薬剤師調査
閲覧 第3表 医師数、性、年齢、主たる業務の種別より作図

産業医の人口ビラミッド図

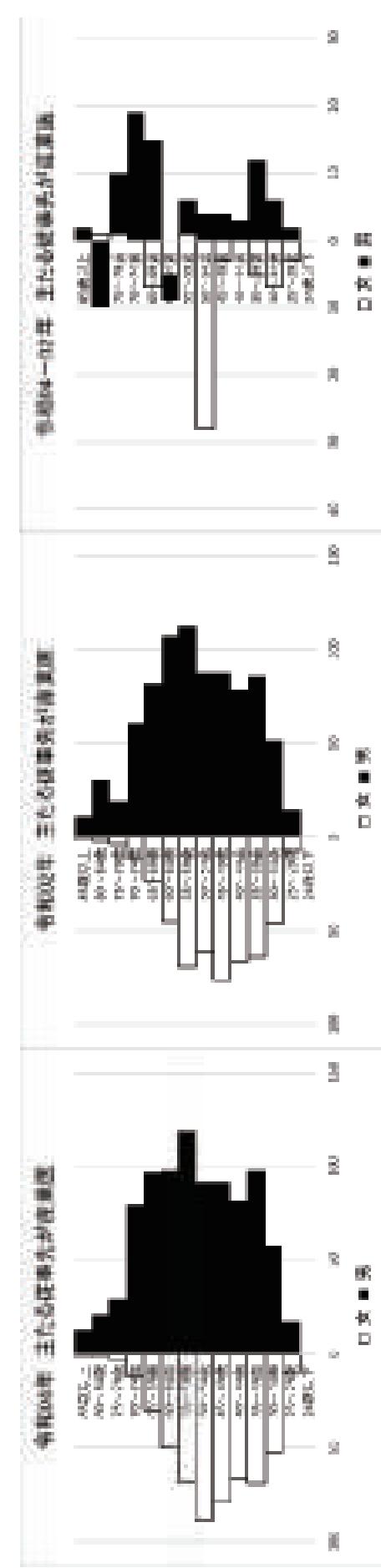
令和04年 産業医の年齢人數分布



産業医の増加した年齢層は、男性は25～59歳少数増加、65～79歳の2層である、女性は25～69歳で増加が見られ特に50～54歳の増加が大きかった。男女とも75歳以上のものは減少もしくは微増にとどまる。

第26表 医師・歯科医師・薬剤師統計
令和4年 医師・歯科医師・薬剤師・平均年齢・年齢階級・性・主たる業務の種別

令和4年	医師・歯科医師・薬剤師統計	令和02年 医師・歯科医師・薬剤師統計			令和04ー令和02 主たる従事先が産業医であるものの人口ピラミッド		
		男	女	総 数	男	女	総 数
24歳以下	0	0	0	0	24歳以下	0	0
25～29歳	17	10	27	25～29歳	15	7	22
30～34歳	58	53	111	30～34歳	52	46	98
35～39歳	98	69	167	35～39歳	86	64	150
40～44歳	82	66	148	40～44歳	79	66	145
45～49歳	92	79	171	45～49歳	88	76	164
50～54歳	92	89	181	50～54歳	88	61	149
55～59歳	119	68	187	55～59歳	113	69	182
60～64歳	98	50	148	60～64歳	107	45	152
65～69歳	97	30	127	65～69歳	82	23	105
70～74歳	80	12	92	70～74歳	61	12	73
75～79歳	29	3	32	75～79歳	19	4	23
80～84歳	21	1	22	80～84歳	31	2	33
85歳以上	13	1	14	85歳以上	11	1	12
総 数	896	531	1427	総 数	832	476	1308



標榜できる専門医資格としては、総合内科専門医を有するものが最も多く 10.3% である。学会会員であり参考値ではあるが産業医が有しているが多い専門医資格は、産業衛生専門医で全体の半数を占める。

医師・歯科医師・薬剤師統計
第35表 医師数、薬剤師数及び医療機関数
主たる業務の種別
標準資格(複数回答)、主たる業務の種別

医師の専門性を考慮して、主に心臓血管疾患の診療を行なう。年間診療件数は約 3,000 件である。

第45表 第一回調査結果による業種別医師数、薬剤師数、歯科医師数、主たる業務の種別(複数回答)、及び医療機関の種別(複数回答)について

卷之三

三重複語「三重の眞悟者」を取扱う場合、三重の眞悟者を取扱う場合、

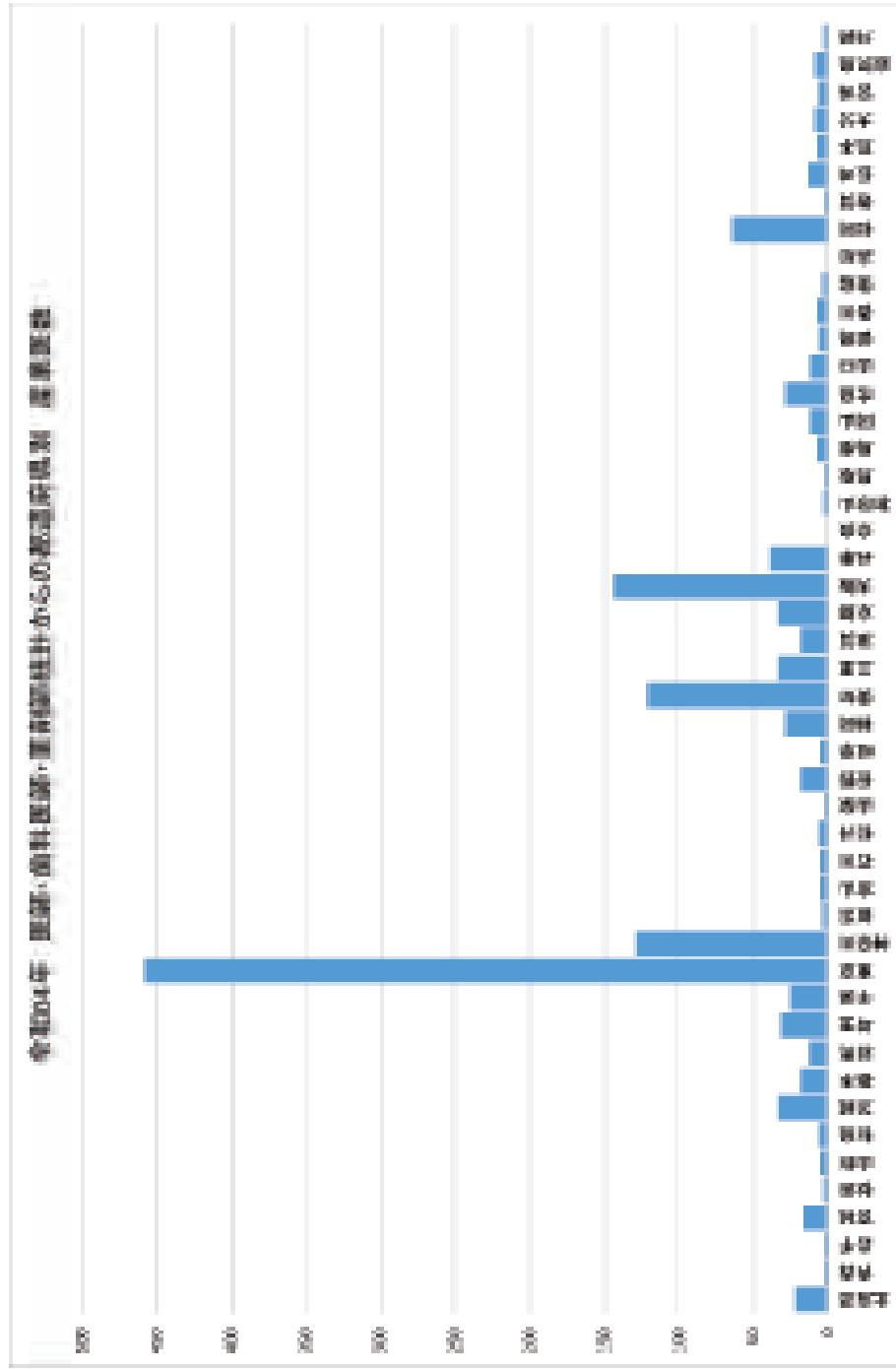
平成30年度 産業衛生専門医 442名は、医師・歯科医師・薬剤師統計での集計ではなく、学会集計値であり殆どが企業等の産業医である。指導医・専門医・事務医等に分かれ集計されており平成30年度は制度変更に伴う専門医数増加の停滯が観察され、令和2年度は増加に転じている。教職は指導医を含む専門医師である。



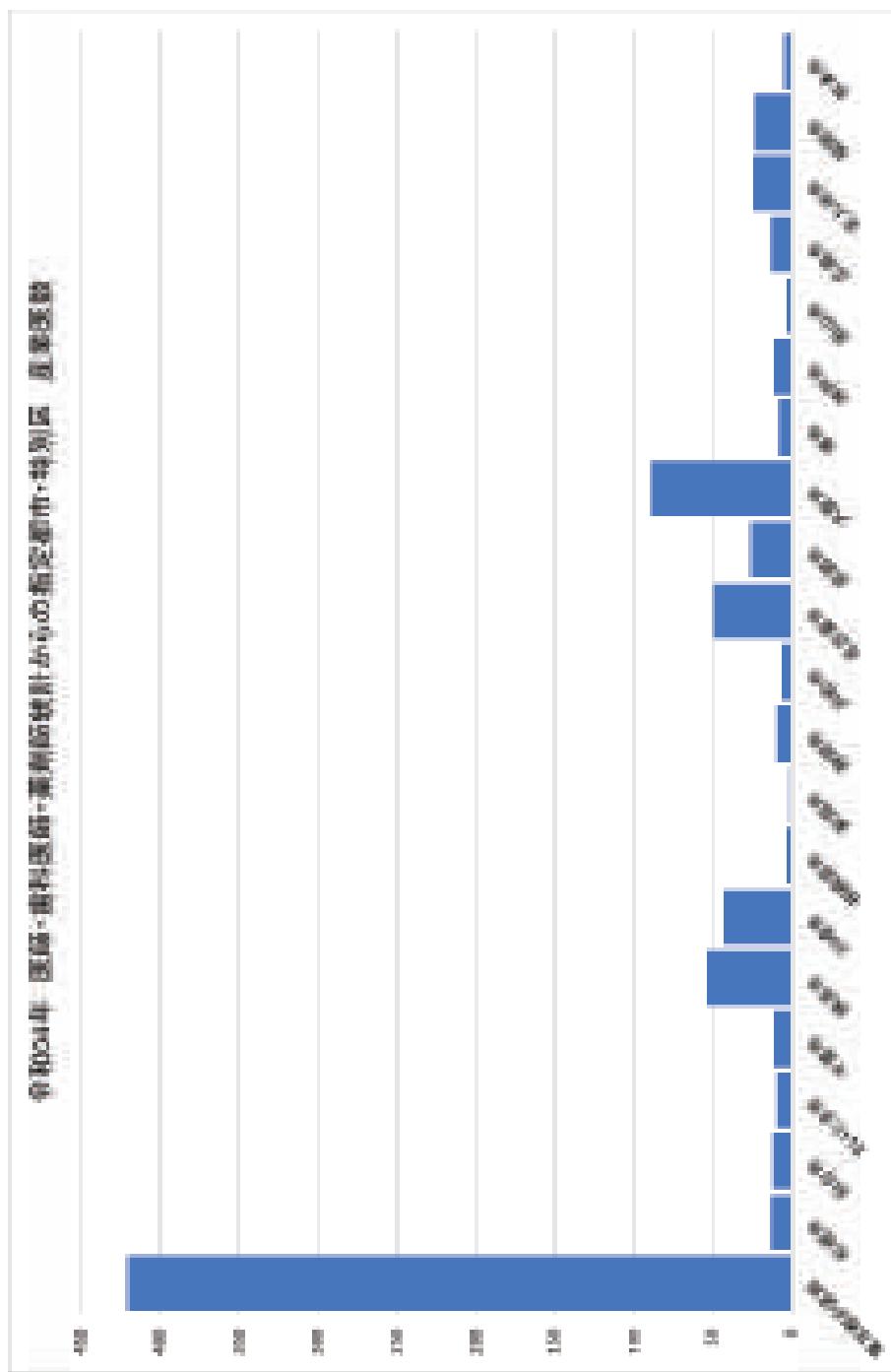
地域分析

東京、神奈川、愛知、大阪、福岡が50人以上を越え、
東京、神奈川、大阪の3都県で産業医の65%弱を占めている。人口および産業集積が大きい、千葉、東京、神奈川、静岡、愛知、兵庫、岡山、広島、福岡の9都府県で80%以上を占める。

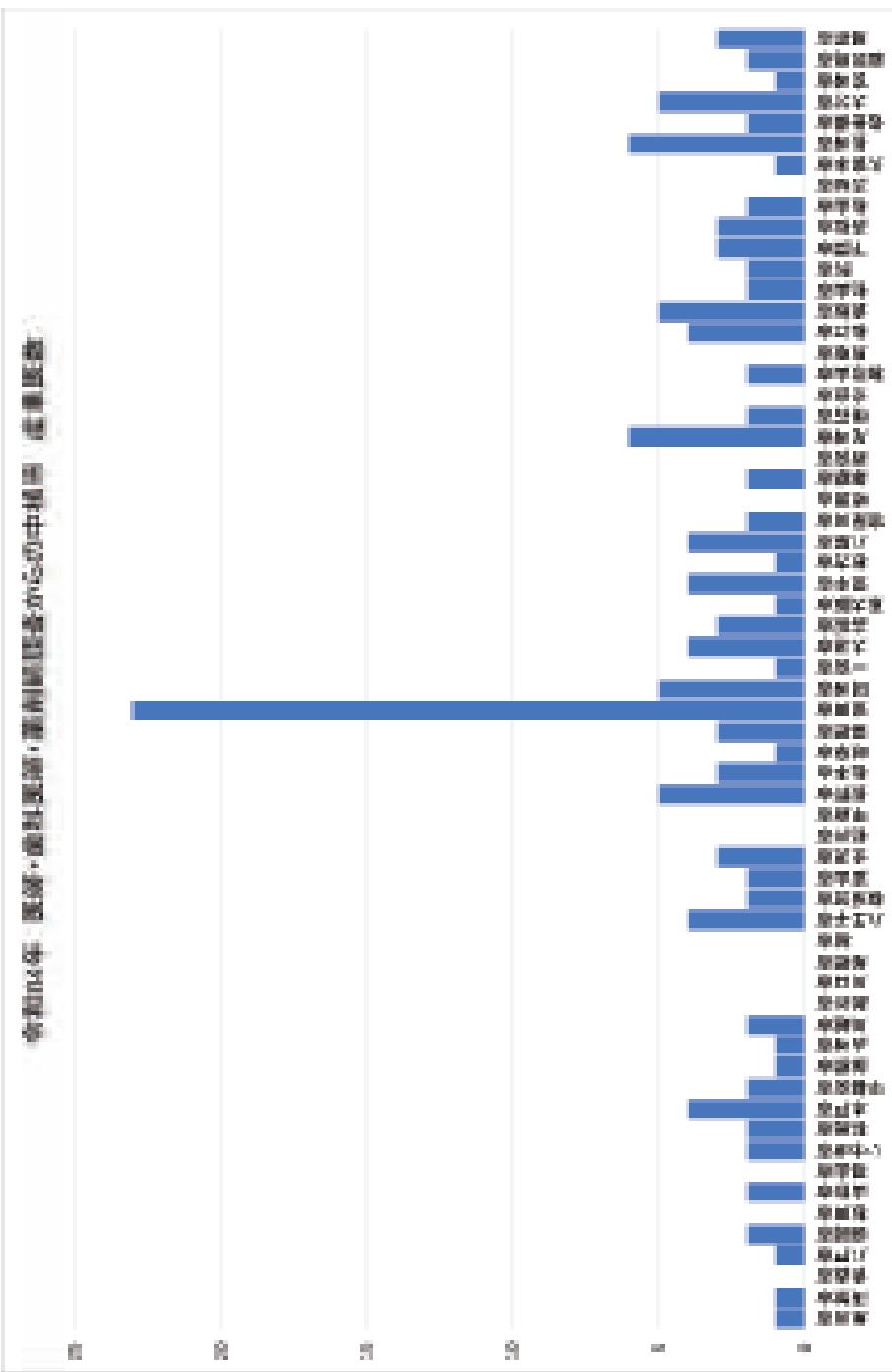
令和04年 医師・歯科医師・薬剤師調査 閲覧 第 6 表 医師数、主たる從業地による都道府県一指定都市・特別区・中核市（再掲）、就業形態、主たる業務の種別



令和04年 医師・歯科医師・薬剤師調査 閲覧 第 6 表 医師数、主たる従業地による都道府県一指定都市・特別区・中核市（再掲）、就業形態、主たる業務の種別 より作図
都道府県別で示されたのと同様に、同都道府県内でも、人口および産業集積が大きい指定都市、特別区に産業医は多く分布している。

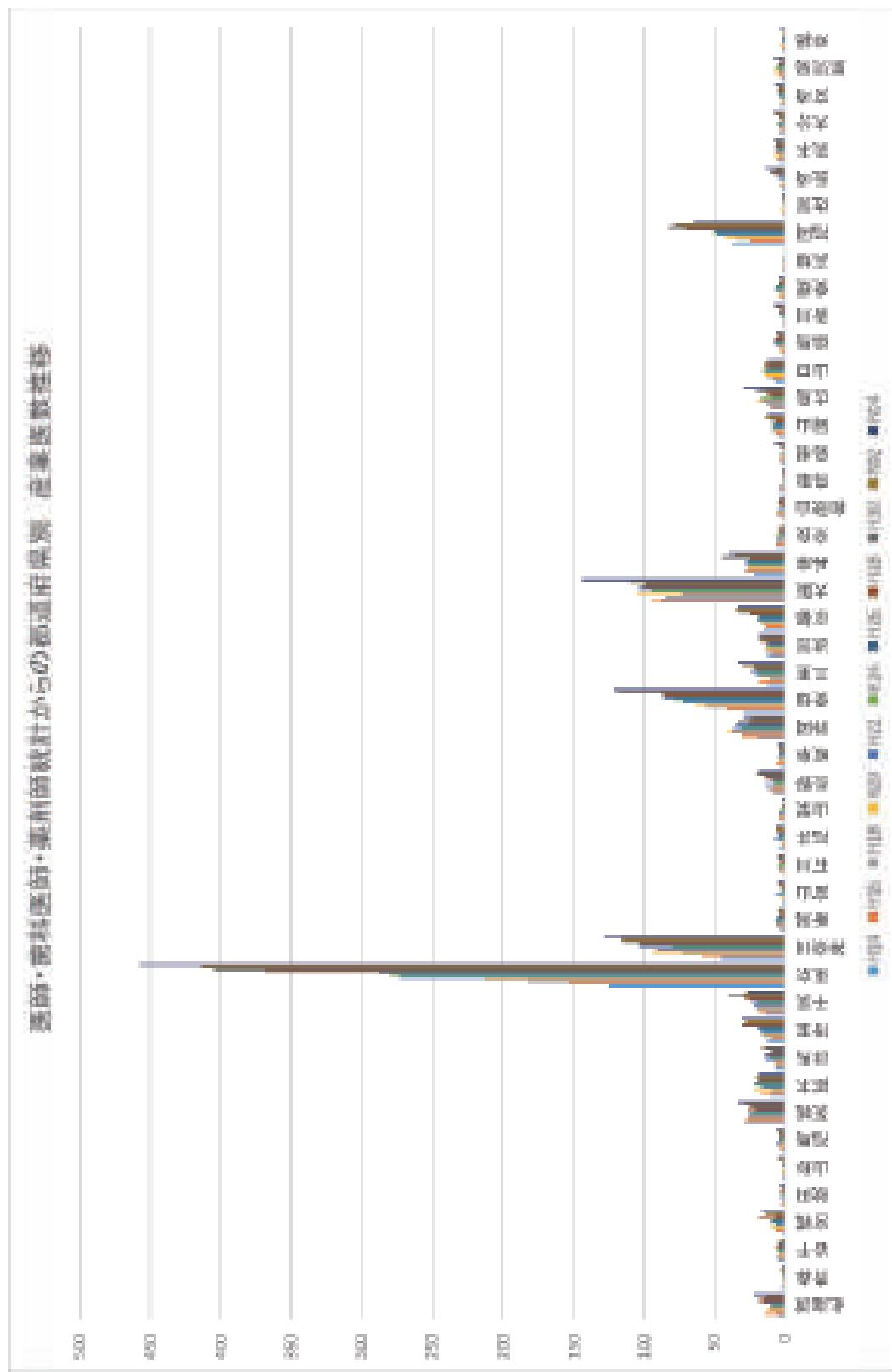


より作図 (再掲)、就業形態、主たる従事業地による都道府県一指定都市・特別区・中核市

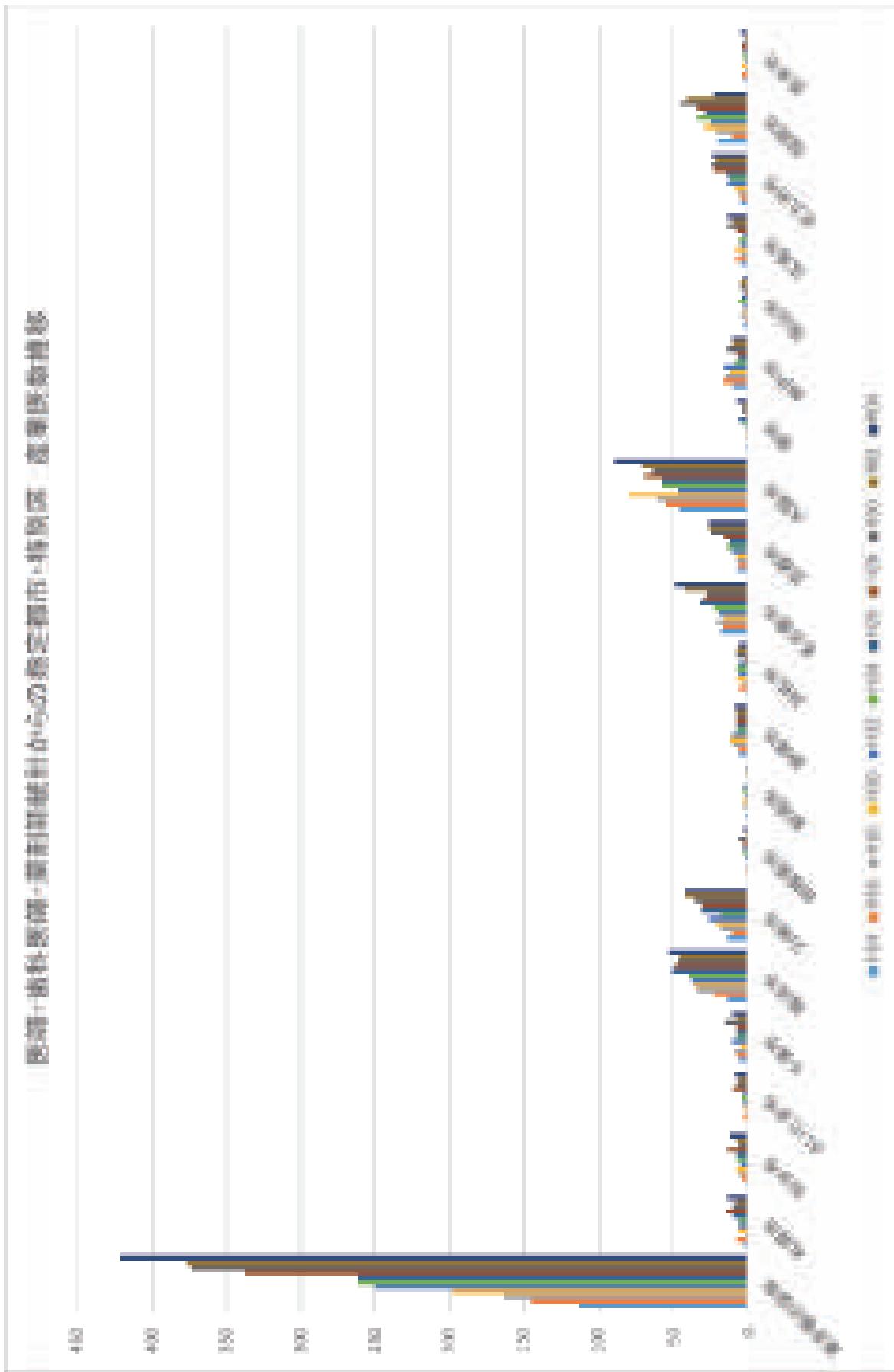


産業医増加がもっとも著しいのは、東京都である。直近の10年間で2倍以上になっている。埼玉県、千葉県、神奈川県、愛知県、福岡県等でも増加している。

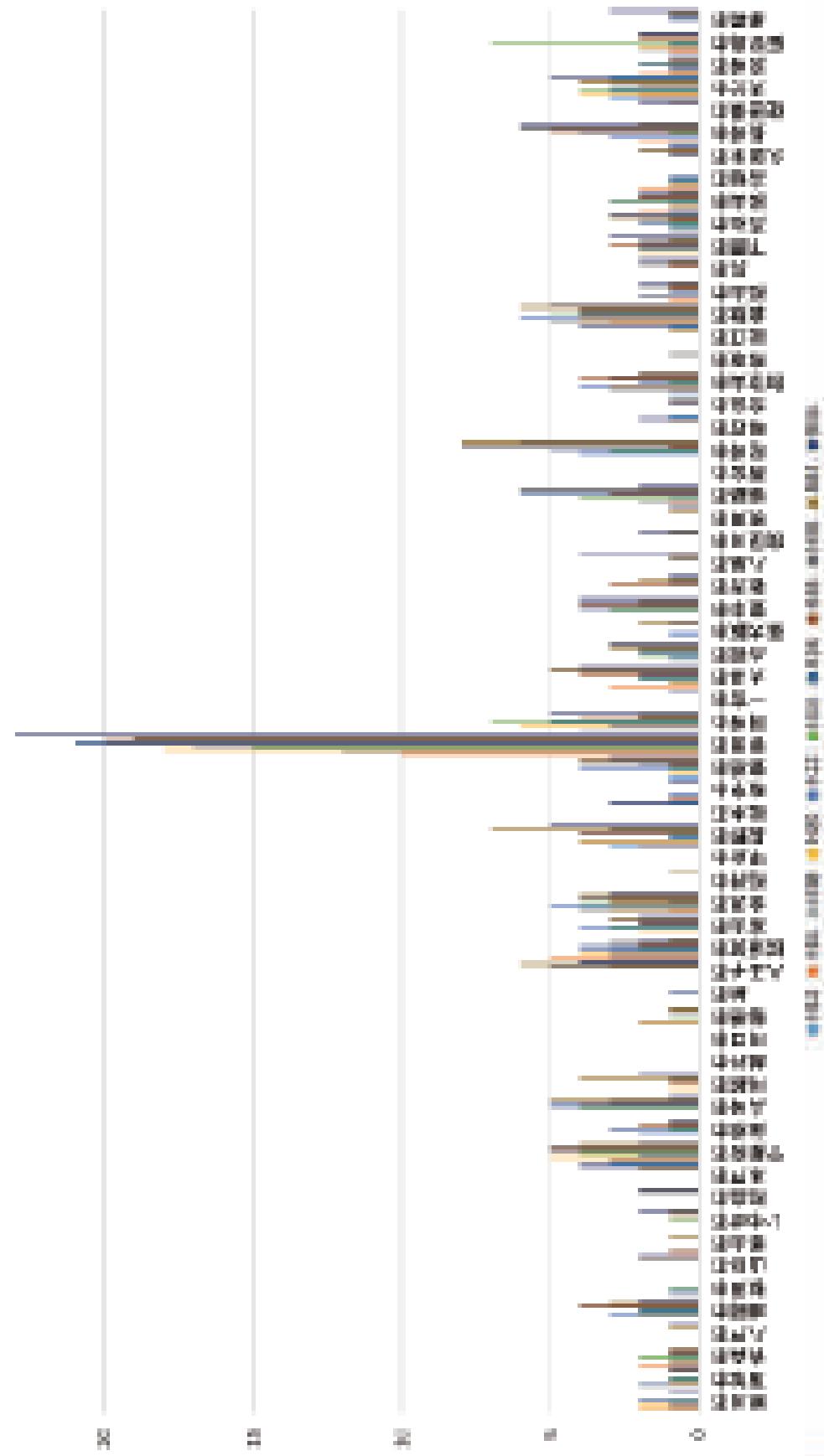
医師・歯科医師・薬剤師統計 顧覧表 医師数 主たる從業地による都道府県一指定都市・特別区・中核市（再掲）、就業形態、主たる業務の種別より作図



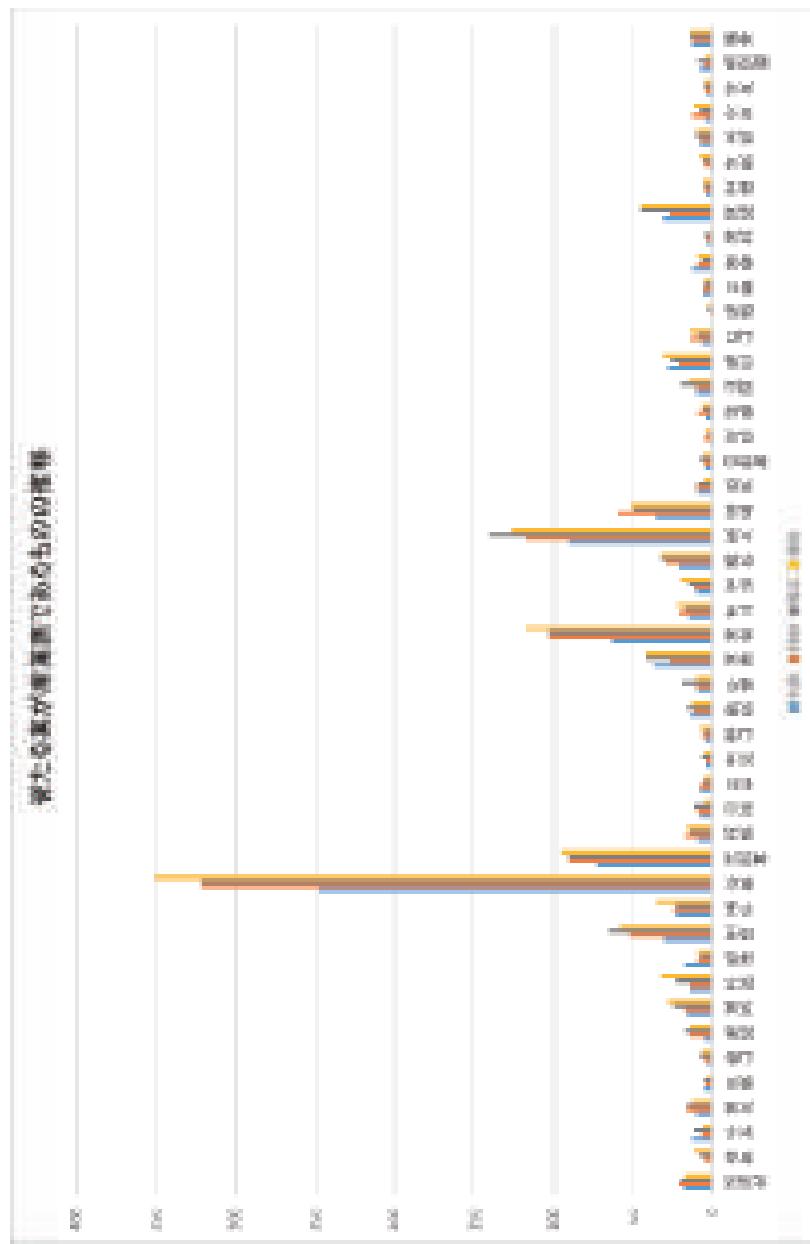
開業医、薬剤師、歯科医師、歯科医師数、主たる就業形態、主たる業務の種別により作図(再掲)、都道府県一指定都市・特別区・中核市



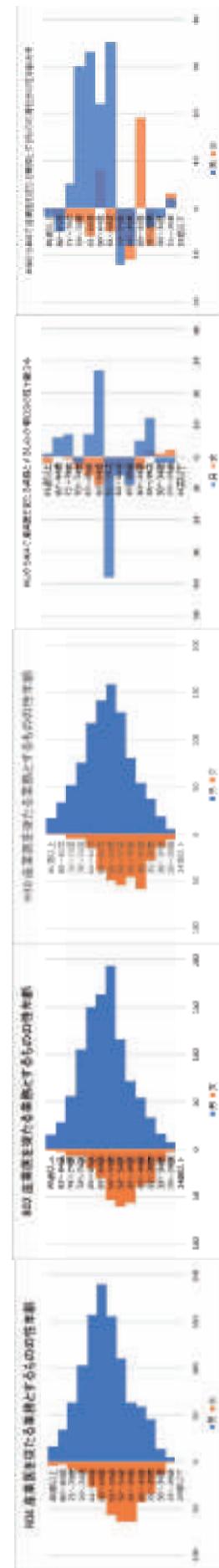
東洋・萬葉・萬葉新幹線からの中核市・中核市



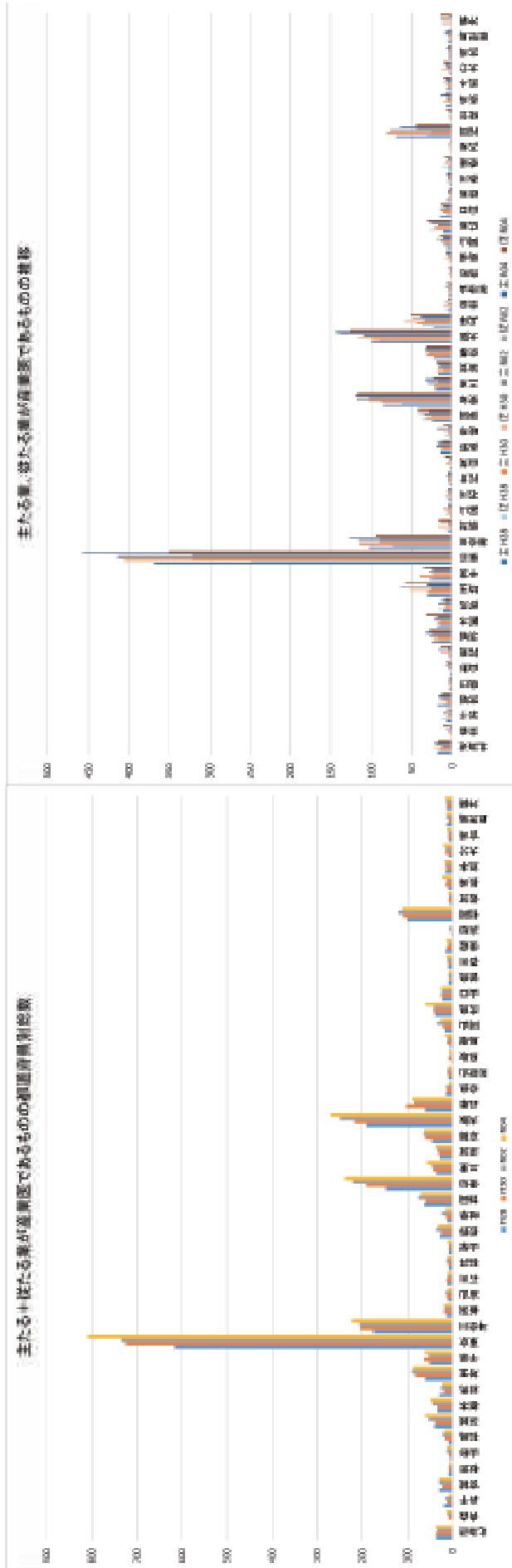
令和04、02年、平成30、28年 閲覧 第5表 医師数、平均年齢、従たる従業地による都道府県一指定都市・特別区・中核市（再掲）、年齢階級、性、従たる業務の種別より作図
平成28年 医師・歯科医師・薬剤師調査より、従たる業務であるものが産業医で増加していた。令和2年から4年にかけては45～59歳男性の減少が目立つ。



従たる業務を産業医とするものの性別年齢区分の分布



主たる業が産業医であるものに、病院や診療所等が主たる業であり産業医を従たる業にしているものを加えた総数は、ほとんどの都道府県において増加し続けている。また、主たる業と従たる業を別に表示すると、大都市下では主たる業が産業医であるものが産業医であるものを上回る傾向が強い。この一方で人口当たり医師数が少ないとされる地域では、従たる業が産業医であるもの数を上回っている。



考察および提言

産業医数は増加し続けている。平成28年度までの医師歯科医薬剤師調査の結果では、主に東京都23区内など大都市圏を中心とした増加が観察されている。令和02年度は例年に比し年齢層および增加地域が異なる傾向が観察された。この原因は届出票が配布されず自己届出の必要な産業医事務所・開業産業医増加の影響が考えられたが、令和04年度は主たる業が産業医であるものの増加が戻ってきている。産業医の各年毎の現在数のみの情報からは、需給状態の安定化や充足状態と錯覚する可能性がある。しかしながら、年齢区分および未充足求人数（産業医科大学調）と併せて資料を観察すると、特に北海道地方、東北地方および北関東地方で未充足求人が多い。また同地域では若い世代の産業医数増加があまり顕在化していないことから、需要拡大と併せて医師偏在の影響を大きく受けていると考えられる。つまり産業医数の増加がない、あるいは減少している地域においては、未充足求人の割合が増加し高年齢化の同時進行が、産業医に限らない医療施設および診療科の偏在と同様に生じていることが考察される。

従たる業務の統計平成28年度より開始され、産業医に関するものにおいても集計が行われている。主たる業が産業医であるものおよび常勤の産業医が少ない地域では、従たる業が産業医であるものの数が主たる業が産業医であるものを上回っており、また従たる業が産業医であるものの増加も大きい。東京都をはじめとした首都圏では従たる業が産業医であるものの数の増加よりも、主たる業を産業医とするものの増加が上回っている。これは専従専門家の集積傾向を反映している可能性があげられる。医師・歯科医師・薬剤師調査における産業医数の把握は、需給バランス上の減少であるか、届出票が配布されず医師統計の自己申告の必要な産業医事務所・開業産業医増加が原因となるのが、今後の推移を観察するにあたって重要な要素である。

産業医需要実態調査・事業報告書(平成30年3月 完成)より、2年前で産業医需要は3%（1000人未満は25%）であり200人/年の専属専任、2万件/年の選任が生じていることが推算された。また業務量が現体制を上回っているが25%であるなどから、今後も産業医および産業保健職の求人は旺盛であることが示されている。また、厚生労働省による産業医専属届/選任届からも年間の選任数は同水準であることが確認されている。産業医に限らず従事者数の増加のほか、退職者数の抑制（勤続年数の増加）が有効な施策である。産業医は2年間以上の勤務者が397/637=62%と救急救命67.3%、リハビリテーション科70.8%に次いで短いことが医師歯科医師薬剤師調査の参考資料[医師数、平成18年業務の種別・平成20年業務の種別]「医師数 平成18年診療科名（ナシナス）別」（平成21年12月 日本官房庁計画審議会・企画統計課監修）で明らかになつていて、産業医に限らず従事者数の増加のほか、退職者数の抑制（勤続年数の増加）が有効な施策である。

は、平成 24 年から平成 26 年の医籍登録番号を元にした研究 (Noike et al. 2019) で 2 年間以上の勤続者が 76% であり、平成 24 年から 6% の上昇が認められている。その原因としては、産業衛生専門医（日本産業衛生学会）は資格取得まで 9 単位以上の実務（常勤換算 3 年程度）および産業医科大学の卒業生は 2 年以上の産業医業務の責を負っているため、これらの制度充実が産業医数の維持および増加には重要と考えられる。日本医師会認定産業医は、令和 04 年には累積 10 万人を超える資格增加は一定以上の成果を得ており、医師および産業医有資格者が十分にいる地域は事業場による質の選択を生じていると考えられる。今後、1. 未充足の産業医人への対応が必要であるが、これだけに因われるではなく、2. 高年齢化が進んでいる地域の産業医は近々に求人に至る可能性があること。3. 新規就業者対策だけでは問題解決

に至らず、産業医務の質向上につながる施策が必要なことに留意すること。4. 雇用者である企業等へ産業医の勤続年数を延長させたための教育訓練や待遇等の改善、5. 首都圏を中心として増加してきた産業医が産業医不足地域に対して企業内連携を強化するなど施策、原因の調査分析が共に必要であると考えられる。

1. 単に産業医科大学卒業生のみで産業医の求人に対応するではなく、他学卒業生を含めた産業医の養成を必要としている。産業衛生専門医（日本産業衛生学会）は資格取得まで9単位以上の実務（常勤換算3年程度）および産業医科大学の卒業生は2年以上の産業医業務の責任を持つおり、主たる業務を産業医とし産業医機関である箇所への従事するものの半数近くを占めている。

2. 生産医の養成には、両院間医が伴次しない。正未内においては、生産医の割合十数で対応するにあつて、秋月副院長の改めの向土を中心とする。

3. 地域特性や企業内資源の有効活用を図れる施策が有効であろう。

(ア) 産業医の少ない地域においては、資格取得、資格維持さらには能力向上に係わる講習等の講師の高齢化や不足が懸念されている。このため同一県内だけでは対応しきれない側面も出てくるため都道府県を越えた地域連携や産業医養成に係わる団体との連携も必要であろう。

(イ) 首都圏を中心として増加してきただ産業医が産業医不足地域に対して企業内連携を強化するなども有効な施策と看えられる。

(ウ)企業に雇用される産業医から、開業産業医、産業医委託業者、産業医派遣業者等への流出が増加していると考えられる。これは常勤雇用に比して短時間労務の方が時間給は高いため、希望する俸給を満たすだけの短時間雇用枠を各人に確保できる雇用環境下においては、賃金面を主たる理由とした流出が生じやすい環境になる。また、短時間および嘱託あるいは業務委託の方が職務範囲を限定しやすい、賃金交渉や契約更改し易い等の要件が有利に働いているものとを考えられる。一方、企業側においては費用の増大、期待あるいは企画している業務遂行の障害要因になる、長期間を通しての業務の質の担保（従業員を長く見守る責任者の不在）が困難になるなどの不利に働く側面がある一方、会計面では人件費ではなく、委託費等の方が支出を組みやすいという側面もある。しかしながら、長く勤務する社員としての産業医でないと、企業秘密とくに人事入材に関する事項に関わること、人的資源による生産性や医療環境改善や企画立案や方針決定といった企業の意思決定に係わる業務の責任を共に負うことは困難である。このため常勤者と短時間労務者の需要供給環境が一定水準になり俸給水準が見合つてくれば、大企業においては常勤者が業務の主体者となるものと考えられる。

医 師 届 出 票 R02 医

第二号書式(第六条関係)

(令和2年12月31日現在)

(1) 住 所	〒□□□-□□□□ 都道府県												
ふりがな											電 話		
(2) 氏 名											(- -)		
メールアドレス													
※本欄に記載したメールアドレスの送受信を情報配信や調査等のために利用することに同意しない場合は、左欄に○を付けること。											同意しない場合		
(3) 性 別	1 男	-	2 女	(4) 生 年 月 日	年	月	日	1 公休日	2 年次休暇日	3 有給休暇日	4 週休日		
(5) 医籍登録番号	第	号	(6) 医籍登録年月日	年	月	日	1 令和	2 平成	3 昭和	4 大正			
(7) 従事している施設及び業務の種別													
回答欄	施設の種別		業 務 の 類 別										
主たる施設・業務の種別〔1つ〕	診療所		01 開設者又は法人の代表者 02 勤務者										
	病院 (医育機関附属の病院を除く。)		03 開設者又は法人の代表者 04 勤務者										
	医育機関 (医学部を有する大学 又はその附属機関)		05 臨床系の教官又は教員 06 臨床系の大学院生 07 臨床系の勤務者で05及び06以外の者(医員、臨床研修医、その他) 08 臨床系以外の大学院生 09 臨床系以外の勤務者で08以外の者(教官、教員、その他)										
	介護老人保健施設		10 開設者又は法人の代表者 11 勤務者										
	介護医療院		12 開設者又は法人の代表者 13 勤務者										
	上記以外の施設		14 医育機関以外の教育機関又は研究機関の勤務者 15 行政機關の従事者 16 14及び15以外の医療従事者 17 上記以外の保健衛生業務の従事者										
	その他		18 その他の業務の従事者 19 無職の者										
	〔勤務状況〕は、今年度1月1日～7日の宿直・日直以外の勤務日の合計を選択する。なお、午前のみ、午後のみの勤務の場合は0.5日としてカウントする。 〔宿直・日直回数〕は、今年度1月1日～31日の休憩日や夜間に、院内に滞在して診療等の対応を行う勤務の合計を選択する。 〔日直・宿直はそれぞれ1回、宿直と日直を混同して行う場合は2回としてカウントする。なお、オシコールはカウントしない。〕												
	(8) 主たる従事先 (「名称」「所在地」「業務状況」「電話」は、(7)欄の「主たる施設・業務の種別」に01～17のいずれかを記入した場合の従事先について記入すること。)												
	従 事 先	ふりがな		電 話									
名 称	代表電話 (- - -)												
所 在 地	〒□□□-□□□□ 都道府県 市 郡 区 町 村												
勤務状況 該当する項目を 1つ〇で選むこと。	12月1日～7日の勤務日数(日/週)/宿直・日直を除く) 0日 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 11月の宿直・日直回数(回/月) 0回 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10～15未満 15～20未満 20以上												
〔就業形態〕「またも業務内容」「休業の得意」は、(7)欄の「主たる施設・業務の種別」に01～05、07及び09～17のいずれかを記入した者のみが記入すること。)													
就業形態	1 常勤	2 非常勤	※「常勤」とは原則として勤務を定めた勤務時間のすべてを勤務している者(ただし、勤務時間が1ヶ月あたり32時間未満の者は含まれない)、「非常勤」とは「常勤」以外の者。										
主たる業務内容	1 診療	2 教育・研究	3 管理	4 産業医業務	5 その他								
休業の取得 (取得中の者のみ)	1 産前・産後休業	2 育児休業	3 介護休業										
(9) 従 た る 従 事 先 (複数の施設に従事している場合、(7)欄の「従たる施設・業務の種別」に01～17のいずれかを記入した場合の従事先について記入すること。)													
従 事 先	ふりがな		電 話										
名 称	代表電話 (- - -)												
所 在 地	〒□□□-□□□□ 都道府県 市 郡 区 町 村												
勤務状況 該当する項目を 1つ〇で選むこと。	12月1日～7日の勤務日数(日/週)/宿直・日直を除く) 0日 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 11月の宿直・日直回数(回/月) 0回 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10～15未満 15～20未満 20以上												
従たる従事先の件数	件 (今年度12月31日在籍で雇用契約等のある全ての従たる従事先)												

裏面へ続く

((7)欄の「主たる施設・業務の種別」に01~07のいずれかを記入した者のみが記入すること。)																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">I</td> <td>01 内科 04 消化器内科(胃腸内科) 07 脳尿病内科(代謝内科) 10 アレルギー科 13 小児科</td> <td>02 呼吸器内科 05 胃臓内科 08 血液内科 11 リウマチ科 14 精神科</td> <td>03 循環器内科 06 経神経内科 09 皮膚科 12 感染内科 15 心療内科</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>18 外科 19 乳腺外科 22 泌尿器科 25 整形外科 28 眼科 31 産婦人科</td> <td>17 呼吸器外科 20 気管食道外科 23 江門外科 26 形成外科 29 耳鼻いんこう科 32 産科</td> <td>18 心臓血管外科 21 消化器外科(胃腸外科) 24 経神経外科 27 美容外科 30 小児外科 33 婦人科</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td>34 リハビリテーション科 37 病理診断科</td> <td>35 放射線科 38 臨床検査科</td> <td>36 麻酔科 39 救急科</td> </tr> <tr> <td>IV</td> <td>40 臨床研修医</td> <td>41 全科</td> <td></td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>42 その他()</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					I	01 内科 04 消化器内科(胃腸内科) 07 脳尿病内科(代謝内科) 10 アレルギー科 13 小児科	02 呼吸器内科 05 胃臓内科 08 血液内科 11 リウマチ科 14 精神科	03 循環器内科 06 経神経内科 09 皮膚科 12 感染内科 15 心療内科	II	18 外科 19 乳腺外科 22 泌尿器科 25 整形外科 28 眼科 31 産婦人科	17 呼吸器外科 20 気管食道外科 23 江門外科 26 形成外科 29 耳鼻いんこう科 32 産科	18 心臓血管外科 21 消化器外科(胃腸外科) 24 経神経外科 27 美容外科 30 小児外科 33 婦人科	III	34 リハビリテーション科 37 病理診断科	35 放射線科 38 臨床検査科	36 麻酔科 39 救急科	IV	40 臨床研修医	41 全科		V	42 その他()		
I	01 内科 04 消化器内科(胃腸内科) 07 脳尿病内科(代謝内科) 10 アレルギー科 13 小児科	02 呼吸器内科 05 胃臓内科 08 血液内科 11 リウマチ科 14 精神科	03 循環器内科 06 経神経内科 09 皮膚科 12 感染内科 15 心療内科																					
II	18 外科 19 乳腺外科 22 泌尿器科 25 整形外科 28 眼科 31 産婦人科	17 呼吸器外科 20 気管食道外科 23 江門外科 26 形成外科 29 耳鼻いんこう科 32 産科	18 心臓血管外科 21 消化器外科(胃腸外科) 24 経神経外科 27 美容外科 30 小児外科 33 婦人科																					
III	34 リハビリテーション科 37 病理診断科	35 放射線科 38 臨床検査科	36 麻酔科 39 救急科																					
IV	40 臨床研修医	41 全科																						
V	42 その他()																							
主たる診療科名の番号(1つ)																								
<p>(10) 従事する診療科名等</p> <p>従事するすべての診療科名の番号を○で囲むこと。 また、2つ以上○で囲んだ者は右欄に主たる診療科名の番号を1つ記入すること。 臨床研修医の場合、「40 臨床研修医」のみを○で囲むこと。 該当する診療科がない場合、最も近い診療科名の番号を○で囲むこと。</p>																								
<p>医療法に基づいて広告することが可能とされている医師の専門性に関する資格及び麻酔科の標榜資格(麻酔科標榜医)を指す。 専門性に関する資格は更新制であるため、現時点で資格を取得しているかどうかを確認の上記入すること。なお、「認定医」は広告可能な資格ではないことに留意すること。</p>																								
<p>(11) 取得している広告可能な医師の専門性に関する資格名及び麻酔科の標榜資格</p> <p>取得しているすべての資格名の番号を○で囲むこと。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">I</td> <td>01 総合内科専門医 04 精神科専門医 07 産婦人科専門医 10 泌尿器科専門医 13 麻酔科専門医 16 形成外科専門医 18 呼吸器専門医 21 肺臓専門医 24 糖尿病専門医 27 アレルギー専門医 30 心療内科専門医 31 呼吸器外科専門医 34 気管食道専門医 37 趣音波専門医 40 老年病専門医 43 脊髄専門医 45 緩医師専門医 49 ベインクリニック専門医 52 がん薬物療法専門医 55 小児神経専門医</td> <td>02 小児科専門医 05 外科専門医 08 聴科専門医 11 脳神経外科専門医 14 痘理専門医 17 リハビリテーション科専門医 19 循環器専門医 22 肝臓専門医 25 内分泌代謝科専門医 28 リウマチ専門医 32 心臓血管外科専門医 35 消化器外科専門医 38 細胞診専門医 41 消化器内視鏡専門医 44 レーザー専門医 46 大腸肛門病専門医 50 熱傷専門医 53 周産期(新生児)専門医 56 一般病院連携精神医学専門医</td> <td>03 皮膚科専門医 06 整形外科専門医 09 耳鼻咽喉科専門医 12 放射線科専門医 15 救急科専門医 20 消化器病専門医 23 神経内科専門医 26 血液専門医 29 感染症専門医 33 乳癌専門医 36 小児外科専門医 39 透析専門医 42 臨床遺伝専門医 45 気管支鏡専門医 48 呼吸器腫瘍専門医 51 痢疾内治療専門医 54 生殖医療専門医</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>57 麻酔科標榜医</td> <td></td> </tr> </table>					I	01 総合内科専門医 04 精神科専門医 07 産婦人科専門医 10 泌尿器科専門医 13 麻酔科専門医 16 形成外科専門医 18 呼吸器専門医 21 肺臓専門医 24 糖尿病専門医 27 アレルギー専門医 30 心療内科専門医 31 呼吸器外科専門医 34 気管食道専門医 37 趣音波専門医 40 老年病専門医 43 脊髄専門医 45 緩医師専門医 49 ベインクリニック専門医 52 がん薬物療法専門医 55 小児神経専門医	02 小児科専門医 05 外科専門医 08 聴科専門医 11 脳神経外科専門医 14 痘理専門医 17 リハビリテーション科専門医 19 循環器専門医 22 肝臓専門医 25 内分泌代謝科専門医 28 リウマチ専門医 32 心臓血管外科専門医 35 消化器外科専門医 38 細胞診専門医 41 消化器内視鏡専門医 44 レーザー専門医 46 大腸肛門病専門医 50 熱傷専門医 53 周産期(新生児)専門医 56 一般病院連携精神医学専門医	03 皮膚科専門医 06 整形外科専門医 09 耳鼻咽喉科専門医 12 放射線科専門医 15 救急科専門医 20 消化器病専門医 23 神経内科専門医 26 血液専門医 29 感染症専門医 33 乳癌専門医 36 小児外科専門医 39 透析専門医 42 臨床遺伝専門医 45 気管支鏡専門医 48 呼吸器腫瘍専門医 51 痢疾内治療専門医 54 生殖医療専門医	II	57 麻酔科標榜医														
I	01 総合内科専門医 04 精神科専門医 07 産婦人科専門医 10 泌尿器科専門医 13 麻酔科専門医 16 形成外科専門医 18 呼吸器専門医 21 肺臓専門医 24 糖尿病専門医 27 アレルギー専門医 30 心療内科専門医 31 呼吸器外科専門医 34 気管食道専門医 37 趣音波専門医 40 老年病専門医 43 脊髄専門医 45 緩医師専門医 49 ベインクリニック専門医 52 がん薬物療法専門医 55 小児神経専門医	02 小児科専門医 05 外科専門医 08 聴科専門医 11 脳神経外科専門医 14 痘理専門医 17 リハビリテーション科専門医 19 循環器専門医 22 肝臓専門医 25 内分泌代謝科専門医 28 リウマチ専門医 32 心臓血管外科専門医 35 消化器外科専門医 38 細胞診専門医 41 消化器内視鏡専門医 44 レーザー専門医 46 大腸肛門病専門医 50 熱傷専門医 53 周産期(新生児)専門医 56 一般病院連携精神医学専門医	03 皮膚科専門医 06 整形外科専門医 09 耳鼻咽喉科専門医 12 放射線科専門医 15 救急科専門医 20 消化器病専門医 23 神経内科専門医 26 血液専門医 29 感染症専門医 33 乳癌専門医 36 小児外科専門医 39 透析専門医 42 臨床遺伝専門医 45 気管支鏡専門医 48 呼吸器腫瘍専門医 51 痢疾内治療専門医 54 生殖医療専門医																					
II	57 麻酔科標榜医																							
<p>(12) 分娩の取扱いの有無(過去2年以内での実績)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">I</td> <td>1 分娩の取扱いあり 2 分娩の取扱いなし</td> <td>(13) 出身地 []</td> <td>都道府県 []</td> <td>・ 外国</td> </tr> </table>					I	1 分娩の取扱いあり 2 分娩の取扱いなし	(13) 出身地 []	都道府県 []	・ 外国															
I	1 分娩の取扱いあり 2 分娩の取扱いなし	(13) 出身地 []	都道府県 []	・ 外国																				
<p>(14) 医師免許取得の際に医学課程を修めた大学名等</p> <p>大学名等の番号を1つ○で囲むこと。 (修了した大学名等の番号を○で囲まないこと。)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">国立</td> <td>01 北海道大学 05 秋田大学 09 千葉大学 13 富山大学 17 信州大学 21 三重大学 25 神戸大学 29 広島大学 33 愛媛大学 37 長崎大学 41 鹿児島大学</td> <td>02 旭川医科大学 06 山形大学 10 東京大学 14 金沢大学 18 岐阜大学 22 渣打医科大学 26 鳥取大学 30 山口大学 34 高知大学 38 熊本大学 42 球磨大学</td> <td>03 弘前大学 07 筑波大学 11 東京医科歯科大学 15 福井大学 19 浜松医科大学 23 京都大学 27 島根大学 31 徳島大学 35 九州大学 39 大分大学</td> <td>04 東北大学 08 群馬大学 12 新潟大学 16 山梨大学 20 名古屋大学 24 大阪大学 28 岡山大学 32 香川大学 36 佐賀大学 40 宮崎大学</td> </tr> <tr> <td>公立</td> <td>43 札幌医科大学 47 京都府立医科大学</td> <td>44 福島県立医科大学 48 大阪市立大学</td> <td>45 横浜市立大学 49 奈良県立医科大学</td> <td>46 名古屋市立大学 50 和歌山県立医科大学</td> </tr> <tr> <td>私立</td> <td>51 手取医科大学 55 杏林大学 59 帝京大学 63 東邦大学 67 聖マリアンナ医科大学 71 藤田医科大学 75 兵庫医科大学 79 産業医科大学</td> <td>52 自治医科大学 56 廣慈義塾大学 60 東京医科大学 64 日日本大学 68 東海大学 72 大阪医科大学 76 川崎医科大学 80 防衛医科大学校</td> <td>53 独協医科大学 57 順天堂大学 61 東京慈恵会医科大学 65 日本医科大学 69 金沢医科大学 73 関西医科大学 77 久留米大学 81 外国の医学校</td> <td>54 埼玉医科大学 58 昭和大学 62 東京女子医科大学 66 北里大学 70 愛知医科大学 74 近畿大学 78 福岡大学 82 その他</td> </tr> <tr> <td>整人大学等の外国医学校を含む</td> <td>50 仁川医科大学 54 韓国医科大学 58 韓国慶熙大学 62 韓国高麗大学 66 韓国成均馆大学 70 韩国建国大学 74 韩国延世大学 78 韩国高丽大学 82 その他</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					国立	01 北海道大学 05 秋田大学 09 千葉大学 13 富山大学 17 信州大学 21 三重大学 25 神戸大学 29 広島大学 33 愛媛大学 37 長崎大学 41 鹿児島大学	02 旭川医科大学 06 山形大学 10 東京大学 14 金沢大学 18 岐阜大学 22 渣打医科大学 26 鳥取大学 30 山口大学 34 高知大学 38 熊本大学 42 球磨大学	03 弘前大学 07 筑波大学 11 東京医科歯科大学 15 福井大学 19 浜松医科大学 23 京都大学 27 島根大学 31 徳島大学 35 九州大学 39 大分大学	04 東北大学 08 群馬大学 12 新潟大学 16 山梨大学 20 名古屋大学 24 大阪大学 28 岡山大学 32 香川大学 36 佐賀大学 40 宮崎大学	公立	43 札幌医科大学 47 京都府立医科大学	44 福島県立医科大学 48 大阪市立大学	45 横浜市立大学 49 奈良県立医科大学	46 名古屋市立大学 50 和歌山県立医科大学	私立	51 手取医科大学 55 杏林大学 59 帝京大学 63 東邦大学 67 聖マリアンナ医科大学 71 藤田医科大学 75 兵庫医科大学 79 産業医科大学	52 自治医科大学 56 廣慈義塾大学 60 東京医科大学 64 日日本大学 68 東海大学 72 大阪医科大学 76 川崎医科大学 80 防衛医科大学校	53 独協医科大学 57 順天堂大学 61 東京慈恵会医科大学 65 日本医科大学 69 金沢医科大学 73 関西医科大学 77 久留米大学 81 外国の医学校	54 埼玉医科大学 58 昭和大学 62 東京女子医科大学 66 北里大学 70 愛知医科大学 74 近畿大学 78 福岡大学 82 その他	整人大学等の外国医学校を含む	50 仁川医科大学 54 韓国医科大学 58 韓国慶熙大学 62 韓国高麗大学 66 韓国成均馆大学 70 韩国建国大学 74 韩国延世大学 78 韩国高丽大学 82 その他			
国立	01 北海道大学 05 秋田大学 09 千葉大学 13 富山大学 17 信州大学 21 三重大学 25 神戸大学 29 広島大学 33 愛媛大学 37 長崎大学 41 鹿児島大学	02 旭川医科大学 06 山形大学 10 東京大学 14 金沢大学 18 岐阜大学 22 渣打医科大学 26 鳥取大学 30 山口大学 34 高知大学 38 熊本大学 42 球磨大学	03 弘前大学 07 筑波大学 11 東京医科歯科大学 15 福井大学 19 浜松医科大学 23 京都大学 27 島根大学 31 徳島大学 35 九州大学 39 大分大学	04 東北大学 08 群馬大学 12 新潟大学 16 山梨大学 20 名古屋大学 24 大阪大学 28 岡山大学 32 香川大学 36 佐賀大学 40 宮崎大学																				
公立	43 札幌医科大学 47 京都府立医科大学	44 福島県立医科大学 48 大阪市立大学	45 横浜市立大学 49 奈良県立医科大学	46 名古屋市立大学 50 和歌山県立医科大学																				
私立	51 手取医科大学 55 杏林大学 59 帝京大学 63 東邦大学 67 聖マリアンナ医科大学 71 藤田医科大学 75 兵庫医科大学 79 産業医科大学	52 自治医科大学 56 廣慈義塾大学 60 東京医科大学 64 日日本大学 68 東海大学 72 大阪医科大学 76 川崎医科大学 80 防衛医科大学校	53 独協医科大学 57 順天堂大学 61 東京慈恵会医科大学 65 日本医科大学 69 金沢医科大学 73 関西医科大学 77 久留米大学 81 外国の医学校	54 埼玉医科大学 58 昭和大学 62 東京女子医科大学 66 北里大学 70 愛知医科大学 74 近畿大学 78 福岡大学 82 その他																				
整人大学等の外国医学校を含む	50 仁川医科大学 54 韓国医科大学 58 韓国慶熙大学 62 韓国高麗大学 66 韓国成均馆大学 70 韩国建国大学 74 韩国延世大学 78 韩国高丽大学 82 その他																							
<p>医学課程を修めた外国の医学校のある国医学校のある国等の番号を1つ○で囲むこと。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">I</td> <td>1 英国 2 オーストラリア 3 韓国 4 中国 5 ハンガリー 6 ブラジル 7 米国 8 ルーマニア 9 その他()</td> </tr> </table>					I	1 英国 2 オーストラリア 3 韓国 4 中国 5 ハンガリー 6 ブラジル 7 米国 8 ルーマニア 9 その他()																		
I	1 英国 2 オーストラリア 3 韓国 4 中国 5 ハンガリー 6 ブラジル 7 米国 8 ルーマニア 9 その他()																							
<p>(15) 地域枠等</p> <p>該当がある場合記入すること。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">I</td> <td>1 従事要件あり → 要件となる従事年数 年 従事要件を終了した場合には、右欄に○を付けること。 2 従事要件なし 要件となる従事場所 [] 都道府県 [] その他</td> </tr> <tr> <td>契約料賃与元</td> <td>1 都道府県 2 大学 3 その他 4 なし</td> </tr> <tr> <td>選抜方式</td> <td>1 別枠方式(一般の選抜枠と別に選抜) 2 手挙げ方式(一般の選抜枠と共通で選抜)</td> </tr> </table>					I	1 従事要件あり → 要件となる従事年数 年 従事要件を終了した場合には、右欄に○を付けること。 2 従事要件なし 要件となる従事場所 [] 都道府県 [] その他	契約料賃与元	1 都道府県 2 大学 3 その他 4 なし	選抜方式	1 別枠方式(一般の選抜枠と別に選抜) 2 手挙げ方式(一般の選抜枠と共通で選抜)														
I	1 従事要件あり → 要件となる従事年数 年 従事要件を終了した場合には、右欄に○を付けること。 2 従事要件なし 要件となる従事場所 [] 都道府県 [] その他																							
契約料賃与元	1 都道府県 2 大学 3 その他 4 なし																							
選抜方式	1 別枠方式(一般の選抜枠と別に選抜) 2 手挙げ方式(一般の選抜枠と共通で選抜)																							
<p>(16) 本届出票の活用に対する確認</p> <p>各都道府県における医師確保対策の検討等に活用するため、本届出票に記載した情報の全部又は一部を、住所地の都道府県及び従事先の所在地の都道府県が利用することに同意しない場合には、右欄に○を付けること。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">I</td> <td>同意しない場合</td> </tr> </table>					I	同意しない場合																		
I	同意しない場合																							
<p>(17) 備考</p>																								

提出期限 翌年1月15日

第4章 中小企業における産業保健サービスの 課題解決のための調査

産業医需要供給実態調査事業委員会 ボトルネック改善調査小委員会報告書

中小企業における産業保健サービスの課題解決のための調査

池上和範

医療法人福岡桜十字桜十字福岡病院／産業医科大学／株式会社 HealthCraft

[ハイライト]

- 49人以下の事業場においては、労働者による産業保健活動に対する認知が1割未満と顕著に低く、健康診断等による労働者の健康管理も不十分である可能性がある。
- 300人未満の中小規模企業では、産業医活動の認知が5割以下と低い。厚生労働省の調査による50人以上300人未満の産業医選任率は、7-9割程度であることを考慮すると、産業医活動が不十分な事業場が相当数存在する可能性がある。
- 卸売業・小売業、不動産業、宿泊・飲食業、教育・学習支援業では、産業医活動や産業保健サービスの認知が非常に低く、健康診断の受診率も低い。これらの業種は、複数の労働衛生に関わる指標が低くなっている。
- 職場で産業保健活動が認知されることが、労働者のワークエンゲージメントを向上させる可能性がある。
- 産業医が仕事関連の健康の相談相手として存在することは、労働者の心理的苦痛を軽減するのに有効である可能性がある。
- 仕事と治療の両立支援、産業保健スタッフの活動、健康情報管理、仕事関連の健康の相談相手の存在は、労働者の職場健康支援に認知に良い影響を与える可能性があり、産業医による積極的な事業場への関与は非常に重要である。
- 労働者の職場による健康支援の高い認知は、1年後のプレゼンティーアイズム（生産性のロス）を低下させる可能性がある。
- 実際的な産業医活動は、労働者個人に良い影響を与え、組織を活性化させる可能性が高く、産業医は誠実に職務を遂行することが重要である。

[目次]

1. はじめに	39
2. WSHIR コホート研究の流れ	40
3. 企業規模別の産業保健活動状況（横断調査）	42
4. 業種別の産業保健活動状況（横断調査）	44
5. 産業保健活動の認知と仕事ストレス、ワークエンゲージメントの関係性	47
6. 仕事に関連した健康問題に関する潜在的相談相手と心理的苦痛の関係	52
7. 知覚された職場の健康支援に関する因子	57
8. 知覚された職場健康支援が、1年後の不安障害の発生を抑制させる	63
9. 知覚された職場健康支援がプレゼンティーアイズムに及ぼす影響	69
10. 総括	74
11. 参照	75
12. 研究協力者	83
13. 研究資金	83
14. 利益相反について	83
15. 成果物	83

1. はじめに

第13次労働災害防止計画（2018—2022年度）では、企業における健康確保措置、産業医・産業保健機能の強化が謳われ、この中で、産業医の質・量の確保、地域偏在等の問題の改善が課題としてあげられた。産業医需要供給実態調査事業委員会による「産業医需要供給調査事業」および同「地域における産業医等確保の実態にかかる調査」における量的および質的な調査により、産業医の質・量の確保、地域偏在は、多数の要因が関係する複雑系であることが明らかになった。

第14次労働災害防止計画（2023—2027年度）では、労働者の健康確保対策の推進のために、産業保健活動の充実が謳われている。この中で、事業場に求められるアウトプット指標として、「必要な産業保健サービスを提供している事業場を80%以上」とする目標が掲げられている。現状、産業保健サービスの提供において重要な役割を担う産業医の供給における多数の課題については、そのボトルネックとなる阻害要因や産業医活動の実効性の評価および類型化を進め、問題の把握や解決に関するあり方について検討し需要供給の安定化の推進に寄与することが重要である。

近年、インターネットモニターを利用した調査が多くの研究で活用されている。インターネット調査は、登録モニター集団を対象に、対象者の抽出を行いウェブサイト上の回答を求めることができ、利用可能性が非常に高い。インターネット調査の普及拡大によって、対象者の偏りは解消され、個人情報保護の管理も徹底されていることから、社会医学研究における有力なツールのひとつになっている。

そこで産業保健研究課題について、インターネット調査を用いた観察研究による3年間の前向きコホート研究（Work Systems and Health Internet Research; WSHIR）を行った。本研究では、労働者を対象に、産業医活動を含む様々な産業保健サービスの課題に関する実態とそれに伴う健康への影響を網羅的に調査する。とりわけ、事業場規模に応じた産業医活動の実態や課題を分析し、中小企業における産業医活動をより強化するための解決を提供することを目的とする。

2. WSHIR コホート研究の流れ

2.1. 研究デザインとセッティング

本研究は、WSHIR におけるベースラインと 1 年後の追跡データの一部を分析した縦断調査である。調査は、インターネットリサーチ会社（株式会社クロス・マーケティング、東京）が提供するオンラインリサーチシステムが利用された。このシステムの回答者パネルに登録された 20 歳以上以上の労働者を対象として、2021 年 10 月にベースラインを行い、1 年後の追跡調査を 2022 年 10 月、2 年後の追跡調査を 2023 年 11 月に実施した。

本研究の妥当性を高めるため、Checklist for Reporting Results of Internet E-Survey (CHERRIES) statement に従い、研究計画をたてた。WSHIR に関するプロトコール記事については、JMIR formative research にて公開されている。

2.2. インターネット調査の流れ

図 1 に調査の流れを示す。株式会社クロス・マーケティング社が保有するパネル参加者、約 59,000 人に対して、調査参加の案内メールやホームページでの広告などによって、呼びかけが行われた。同社から調査への参加依頼が行われ、参加に同意したモニターがシステムにログインし、説明文書を確認の上、最終的に研究参加に同意した参加者が、インターネットに用意された質問紙（別添資料：実際はホームページで提示されるため、レイアウトは異なる、回答時間は約 20 分）に回答する。参加者の目標人数は、5,000 人とした。

同意取得（インフォームド・コンセント）については、参加者が質問紙に回答する前段階で、研究参加の同意に係る説明文（研究の目的と意義、方法、個人情報の取り扱いなど）と同意のためのチェックボックスを設け、同意した者だけが本調査に進めるようにホームページ画面を設計した。について提示する。

ベースライン調査において、参加同意した 7,300 人のモニターに対して、質問紙冒頭で参加者の適正に関する質問を行い、2021 年 10 月時点で就労している 20 歳以上の労働者に該当した 5,111 人を適格参加者とした。さらに、次の 3 つの除外基準、1. 基礎知識を問う質問項目で不正解であった者、2. あらかじめ決められた 3 つの質問に対して矛盾した回答をした者、3. 全回答時間が 3 分未満の者に該当した参加者は、本研究から除外された。除外者は 571 名であり、ベースライン調査の適格者は、4,540 人であった。

フォローアップ調査は、2 回目：2022 年 10 月、3 回目：2023 年 11 月に実施した。2 回目調査で追跡可能であった参加者は、2,362 人であった。調査期間中に退職または転職した 192 人は除外され、1 回目 – 2 回目の縦断調査の適格者は 2,170 人であった。

得られたデータは、株式会社クロス・マーケティング社から、インターネット経由（メール添付もしくはダウンロード形式）で納品される。尚、当該データは、委託先である株式会社クロス・マーケティング社の個人情報保護方針に基づいて匿名化加工が施された後に納品されるため、参加者の個人情報は一切収集されなかった。

2.3. 質問項目

質問の大項目は次の通りである。1. 参加者の属性および仕事関連要因、2. 健康診断情報の活用状況、3. 職場の両立支援に対する労働者の認知、4. 産業保健サービスに対する労働者の認知、5. 労働者による産業医や産業保健スタッフに対するニーズ、6. 参加者的心身の健康状態

2.4. 分析方法

取得されたデータを利用して、探索的な分析をおこなった。そのため、統計方法については、以下のテーマ毎に述べる。

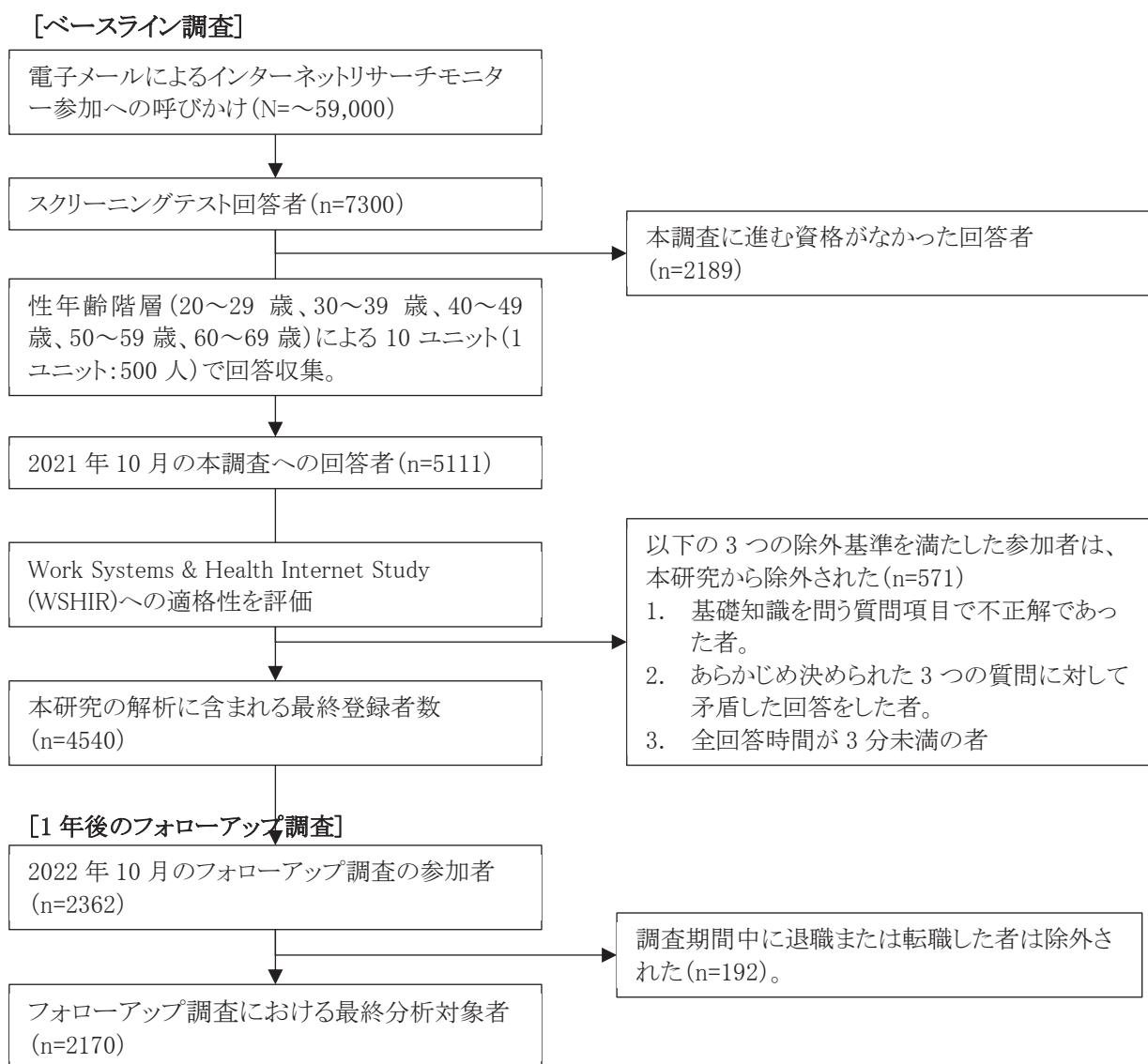


図1. 調査の流れ（2回目調査まで）

3. 企業規模別の産業保健活動状況（横断調査）

3.1. 目的

企業規模（従業員規模）別の産業保健活動の実態を概観する。

3.2. 方法

参加者（4540人）の所属する企業の従業員数によって、49人以下、50人以上299人以下、300人以上999人以下、1000人以上9999人以下、10000人以上、不明の6つに区分した。この従業員規模別の区分に応じて、各種産業保健関連項目の記述統計を行った。

産業医活動の認知については、産業医選任義務の生じる常時50人以上の労働者を使用する事業場に所属する参加者のみ（2493人）を分析対象とし、従業員規模別の区分に応じて、産業医活動の認知について評価した。

3.3. 結果

企業規模（従業員規模）別の健康診断の受診率において、従業員数49人以下の企業では56.9%であり、従業員数が50人以上の企業と比べると極端に低くなっていた（表1）。また、従業員の産業保健活動に対する認知については、企業規模が小さいほど低くなる傾向を認めたが、特に従業員数49人以下の企業では、産業保健活動の認知が6.7%と非常に低くなっていた（表2）。

表1. 企業規模（従業員規模）別の健康診断の受診率

企業規模	n	健康診断の受診率(%)
< 49	1461	56.9
50 - 299	902	87.3
300 - 999	561	92.2
1000 - 9999	756	96.0
10000 <	465	96.3
不明	395	79.7
全体	4540	79.8

表2. 企業規模（従業員規模）別の産業保健活動の認知について

企業規模	n	産業保健活動の認知について(%)		
		ある	ない	わからない
< 49	1461	6.7	80.8	12.5
50 - 299	902	27.7	50.4	21.8
300 - 999	561	44.9	33.9	21.2
1000 - 9999	756	57.8	22.0	20.2
10000 <	465	66.2	17.2	16.6
不明	395	26.3	30.9	42.8
全体	4540	31.9	48.3	19.8

常時 50 人以上の労働者を使用する事業場で、産業医の選任義務が生じる事業場に所属する参加者 2493 人に対して、産業医活動の認知について調査した。企業規模が小さいほど産業医の認知が低くなっていた（表 3）。

表 3. 企業規模（従業員規模）別の産業医活動の認知について

従業員規模	n	産業医活動の認知について(%)		
		ある	ない	わからない
50 - 299	754	33.8	53.4	12.7
300 - 999	495	47.1	37.4	15.6
1000 - 9999	684	64.6	23.4	12.0
10000 <	417	72.9	17.0	10.1
不明	143	39.2	30.1	30.8
全体	2493	51.7	34.6	13.7

常時 50 人以上の労働者を使用する事業場に所属する参加者のみ対象（2493 人）

3.4. 考察

49 人以下の企業においては、労働者による産業保健活動に対する認知が 1 割未満と顕著に低く、健康診断等による労働者の健康管理も不十分である可能性がある。法令では、実質的な労働衛生管理体制の設置が義務付けられていたり、産業医の選任義務が生じるのは 50 人以上の事業場である。小規模事業場においては、産業保健活動を推進するための素地がなく、健康診断の受診率が低い点からも産業保健に対する関心が低くなっている可能性がある。小規模企業・事業場にどのように産業保健活動を浸透させるかは今後の重要課題である。

300 人未満の中小規模企業では、産業医活動の認知が 5 割以下と低い。厚生労働省の調査による 50 人以上 300 人未満の産業医選任率は、7-9 割程度であることを考慮すると、産業医活動が不十分な事業場が相当数存在する可能性がある。

4. 業種別の産業保健活動状況（横断調査）

4.1. 目的

業種別の産業保健活動の実態を概観する。

4.2. 方法

参加者（4540人）の所属する企業の業種によって、鉱業、建設業、製造業、電気・ガス・熱供給・水道業、情報通信業、運輸業・郵便業、卸売業・小売業、金融業・保険業、不動産業、宿泊・飲食業、医療・福祉業、教育・学習支援業、その他サービス業、公務員、分類不能の15に区分した。なお、農業・漁業・林業に該当する参加者はいなかった。この業種別の区分に応じて、各種産業保健関連項目の記述統計を行った。

産業医活動の認知については、産業医選任義務の生じる常時50人以上の労働者を使用する事業場に所属する参加者のみ（2493人）を分析対象とし、業種の区分に応じて、産業医活動の認知について評価した。

4.3. 結果

業種別の健康診断の受診率は、不動産業、宿泊・飲食業、教育・学習支援業、その他サービス業が低かった（表4）。産業保健活動の認知については、鉱業、製造業、電気・ガス・熱供給・水道業、金融業・保険業、公務員は40%を超える高い傾向があったが、卸売業・小売業、不動産業、宿泊・飲食業、その他サービス業では20%未満で低かった（表5）。産業医活動の認知については、全体平均で51.7%を超えており、多くの業種で50%超であったが、卸売業・小売業、不動産業、教育・学習支援業では40%未満で低かった（表）。

表4. 業種別の健康診断の受診率

業種	n	健康診断の受診率(%)
鉱業	11	90.9
建設業	248	81.9
製造業	782	90.4
電気・ガス・熱供給・水道業	69	91.3
情報通信業	283	80.9
運輸業・郵便業	195	88.7
卸売業・小売業	414	71.7
金融業・保険業	217	91.7
不動産業	133	63.2
宿泊・飲食業	103	63.1
医療・福祉業	640	87.0
教育・学習支援業	275	68.7
その他サービス業	590	67.6
公務員	284	95.8
分類不能	296	59.8
全体	4540	79.8

表5. 業種別の産業保健活動の認知について

業種	n	産業保健活動の認知について(%)		
		ある	ない	わからない
鉱業	11	54.5	36.4	9.1
建設業	248	26.6	61.3	12.1
製造業	782	45.7	35.5	18.8
電気・ガス・熱供給・水道業	69	43.5	42.0	14.5
情報通信業	283	36.4	44.2	19.4
運輸業・郵便業	195	37.4	36.4	26.2
卸売業・小売業	414	18.4	63.0	18.6
金融業・保険業	217	47.9	32.3	19.8
不動産業	133	12.8	72.2	15.0
宿泊・飲食業	103	16.5	62.1	21.4
医療・福祉業	640	31.9	45.2	23.0
教育・学習支援業	275	23.3	55.6	21.1
その他サービス業	590	19.7	60.5	19.8
公務員	284	56.3	22.9	20.8
分類不能	296	18.9	60.8	20.3
全体	4540	31.9	48.3	19.8

表6. 業種別の産業医活動の認知について

業種	n	産業医活動の認知について(%)		
		ある	ない	わからない
鉱業	8	62.5	37.5	0.0
建設業	99	53.5	39.4	7.1
製造業	597	57.1	30.0	12.9
電気・ガス・熱供給・水道業	47	55.3	36.2	8.5
情報通信業	182	57.7	29.7	12.6
運輸業・郵便業	135	50.4	36.3	13.3
卸売業・小売業	163	38.0	47.2	14.7
金融業・保険業	156	60.9	27.6	11.5
不動産業	40	30.0	60.0	10.0
宿泊・飲食業	28	53.6	32.1	14.3
医療・福祉業	361	49.0	37.7	13.3
教育・学習支援業	108	36.1	41.7	22.2
その他サービス業	231	45.0	38.1	16.9
公務員	221	62.4	24.9	12.7
分類不能	117	42.7	37.6	19.7
全体	2493	51.7	34.6	13.7

4.4. 考察

産業医・産業保健活動の状況は、業種による偏りが大きい可能性が示唆された。第二次産業では、鉱業、製造業では産業医・産業保健活動が良好であるが、建設業がやや不良である。建設業においては、工事現場に駐在する期間が長く、所属事業場に出務する機会が少ない可能性などの特徴があり、産業医・産業保健による支援が受けにくい可能性が示唆される。

第三次産業は、電気・ガス・熱供給・水道業、金融業・保険業、公務員は良好であるが、不動産業、宿泊・飲食業、教育・学習支援業、その他サービス業で不良である。接客サー

ビスが伴う業種は短時間労働者が多かったり、またとりわけ不動産業は人材流動性が高い傾向があったりという要因が産業医・産業保健活動の推進を妨げている可能性が考えられる。また、小規模企業が多いことや産業保健活動に必要な資源が不足していること、テレワークなどの新しい労働条件が進められていることなども考えらえる。このような業種による特性を踏まえつつ、実効性のある産業医・産業保健活動を推進することが求められる。

5. 産業保健活動の認知と仕事ストレス、ワークエンゲージメントの関係性

5.1. 目的

労働者がより健康で長く働くことができるよう、産業保健に力をいれる企業が増えてきている。2020年に実施された業員数50人以上の産業医の選任義務がある事業所を対象とした調査では、事業場の89.6%が産業医を選任しており、メンタルヘルス対策に取り組んでいると回答した事業所は92.8%にも及んでいた[*1]。一方、労働者を対象とした調査では、ストレスの相談相手として産業保健関係者（産業医、保健師、看護師、衛生管理者、衛生推進者等）を選んだ労働者は、50～99人規模の事業所で13.5%、100～299人規模の事業所で17.9%、300人～499人規模では37.6%、500～999人規模では28.4%に留まつた[*1]。事業場として産業保健体制を構築していても、従業員にまで産業保健活動が十分に浸透していない、あるいは機能していない可能性がある。

近年、産業保健活動の重要課題の一つとして挙げられるのが、労働者のメンタルヘルス対策である。2006年に「労働者の心の健康の保持増進のための指針」、2009年に「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰・支援のための手引き」が発出、2015年にはストレスチェック制度が施行され、これを機に産業医を含む産業保健スタッフの存在や活動がさらに認知された事業場も多いと考えられる。また、近年は、労働者のストレスの軽減といった従来のメンタルヘルス対策だけでなく、ポジティブメンタルヘルスをも強調されている。特に、ワークエンゲージメント（仕事に関連した前向きで充実した状態）の向上を重視する事業場も増え、職場環境の改善や健康増進プログラムの提供、職場のコミュニケーションの促進といった産業保健活動を強化している。産業保健活動にとって、労働者のワークエンゲージメントを向上させることも、また重要な課題の一つとなっている。

産業保健活動を認知していることが、労働者のストレスやワークエンゲージメントに与える影響についての研究は乏しい。そこで、本研究では、従業員の産業保健活動の認知が、彼らの仕事ストレスおよびワークエンゲージメントと関係しているのかについて評価した。

5.2. 方法

本研究は、産業医の選任義務がある規模の事業所で働く労働者を対象として、対象参加者4540人のうち、事業場の従業員数が49人以下または分からないと答えた2047人を除外した2493人を分析対象とした。

対象者には、「あなたの職場において、産業保健スタッフ（産業医、産業看護職、衛生管理者、安全衛生推進者）による産業保健活動が実施されていますか」という質問に対し、「はい」「いいえ」「分からぬ」で評価してもらった。産業保健活動の認知については、回答に基づき、「はい」と回答した者を“認知あり”群、「いいえ」と回答したものと“認知なし”群、「分からぬ」は“わからない”群に分類した。

心理的な仕事ストレスの評価については、職業性ストレス簡易調査票簡易版23項目

(BJSQ) を使用した。評価項目として仕事の量的負担、仕事のコントロール度、上司の支援、同僚の支援の 4 つの指標を用いた。各指標とも、3 項目の質問による 4 件リッカート法で構成され、合計点を 15 から引いたものを点数として扱った（得点幅は 3–12 点）。仕事の量的負担は 10 点以上を高量的負担（不良）、仕事のコントロール度は、6 点以下を低コントロール（不良）、上司の支援は、6 点以下を低支援（不良）、同僚の支援は、7 点以下を低支援（不良）とした。ワークエンゲージメントについては日本版ユトレヒトワークエンゲージメントスケール (UWES) 3 項目版を用いた。3 項目の質問（活力、熱意、没頭）に対し、「全くない」(0 点) - 「いつも感じる」(6 点)（得点が高いほうが、ワークエンゲージメントが高い）の 6 件リッカート法で構成された。平均得点をワークエンゲージメント得点とし、2 点未満をワーク ディスエンゲージメント（不良）とした。

独立変数を活動認知の有無、従属変数を BJSQ とワークエンゲージメントの各指標とし、それぞれにロジスティック回帰分析を行った。交絡因子は性別（男、女）、年齢（20–29、30–39、40–49、50–59、60–69）、婚姻状況（現在の婚姻相手の有無）、教育歴（大学・大学院卒、専修学校・専門学校・短大・高専、中学校・高校）、治療中の疾病の有無、職種（一般社員、管理職、その他）、年間所得（1000 万円–、500–999 万円、300–499 万円、0–299 万円、答えたくない）、企業の総従業員数（10000 人以上、1000–9999 人、300–999 人、50–299 人、わからない）とした。

5.3. 結果

分析対象者の基本属性を表 7 に示す。分析対象者 2493 人のうち、産業保健活動の実施に関する、認知あり群が 1211 人（48.6%）、認知なし群が 767 人(30.8%)、わからない群が 515 人(20.7%)であった。産業保健活動の認知と仕事ストレス、ワークエンゲージメントの関係性を表 8 に示す。仕事の量的負担は、性年齢調整では、認知なし群およびわからない群は、認知あり群よりも高量的負担の発生が少ないうことが分かった。しかし、多変量調整では、認知なし群と認知あり群の間にその関連性は認められなかった。仕事のコントロール度は、性年齢調整および多変量調整のいずれにおいても認知なし群およびわからない群は、認知あり群よりも低コントロールの発生が多いことが認められた。上司の支援、同僚の支援は、性年齢調整および多変量調整のいずれにおいても認知なし群およびわからない群は、認知あり群よりも低支援の発生が多いことが認められた。UWES-3 は、性年齢調整および多変量調整のいずれにおいても認知なし群およびわからない群は、認知あり群よりもワークディスエンゲージメントの発生が多いことが分かった。

表7. 分析対象者の属性

	N	産業保健活動の実施について		
		認知あり n (%)	認知なし n (%)	わからない n (%)
合計	2493	1211 (100)	767 (100)	515 (100)
性別				
男性	1392	730 (60.3)	402 (52.4)	260 (50.5)
女性	1101	481 (39.7)	365 (47.6)	255 (49.5)
年齢(歳)				
20-29	554	215 (17.8)	184 (24.0)	155 (30.1)
30-39	533	240 (19.8)	180 (23.5)	113 (21.9)
40-49	545	274 (22.6)	173 (22.6)	98 (19)
50-59	485	262 (21.6)	140 (18.3)	83 (16.1)
60-69	376	220 (18.2)	90 (11.7)	66 (12.8)
婚姻状況				
未婚	1153	489 (40.4)	373 (48.6)	291 (56.5)
既婚	1340	722 (59.6)	394 (51.4)	224 (43.5)
教育歴				
中学・高校	439	188 (15.5)	150 (19.6)	101 (19.6)
専門学校・短大	435	179 (14.8)	155 (20.2)	101 (19.6)
大学・大学院	1619	844 (69.7)	462 (60.2)	313 (60.8)
現病歴の有無				
有	732	410 (33.9)	204 (26.6)	118 (22.9)
無	1761	801 (66.1)	563 (73.4)	397 (77.1)
職種				
一般労働者	1604	693 (57.2)	534 (69.6)	377 (73.2)
管理監督者	321	213 (17.6)	81 (10.6)	27 (5.2)
その他	568	305 (25.2)	152 (19.8)	111 (21.6)
業種				
一次産業	8	6 (0.5)	2 (0.3)	0 (0.0)
二次産業	743	402 (33.2)	210 (27.4)	131 (25.4)
三次産業	1742	803 (66.3)	555 (72.4)	384 (74.6)
収入状況(千円)				
回答無し	298	123 (10.2)	95 (12.4)	80 (15.5)
≤2990	353	109 (9.0)	151 (19.7)	93 (18.1)
3000-4990	853	370 (30.6)	280 (36.5)	203 (39.4)
5000-9990	804	480 (39.6)	198 (25.8)	126 (24.5)
≥10000	185	129 (10.7)	43 (5.6)	13 (2.5)
企業従業員数				
50-299	754	229 (18.9)	365 (47.6)	160 (31.1)
300-999	495	233 (19.2)	159 (20.7)	103 (20)
1000-9999	684	411 (33.9)	140 (18.3)	133 (25.8)
10000 <	417	287 (23.7)	63 (8.2)	67 (13)
不明	143	51 (4.2)	40 (5.2)	52 (10.1)
仕事の量的負担				
<10	1927	902 (74.5)	603 (78.6)	422 (81.9)
≥10(不良)	566	309 (25.5)	164 (21.4)	93 (18.1)
仕事のコントロール度				
≥7	1930	989 (81.7)	573 (74.7)	368 (71.5)
<7(不良)	563	222 (18.3)	194 (25.3)	147 (28.5)
上司の支援				
≥7	1221	664 (54.8)	344 (44.9)	213 (41.4)
<7(不良)	1272	547 (45.2)	423 (55.1)	302 (58.6)
同僚の支援				
≥8	1028	556 (45.9)	285 (37.2)	187 (36.3)
<8(不良)	1465	655 (54.1)	482 (62.8)	328 (63.7)
ワークエンゲージメント				
≥2	1592	841 (69.4)	441 (57.5)	310 (60.2)
<2(不良)	901	370 (30.6)	326 (42.5)	205 (39.8)

表8. 産業保健活動の認知と仕事ストレス、ワークエンゲージメント

	性年齢調整			多変量調整		
	オッズ比	(95%信頼区間)	p	オッズ比	(95%信頼区間)	p
BJSQ_仕事の量的負担						
認知あり	1.00			1.00		
認知なし	0.74	(0.60-0.92)	0.008	0.85	(0.68-1.08)	0.190
分からぬ	0.60	(0.46-0.78)	<0.001	0.69	(0.53-0.91)	0.010
BJSQ_仕事のコントロール度						
認知あり	1.00			1.00		
認知なし	1.47	(1.18-1.83)	<0.001	1.36	(1.07-1.72)	0.011
分からぬ	1.78	(1.4-2.28)	<0.001	1.57	(1.22-2.02)	<0.001
BJSQ_上司の支援						
認知あり	1.00			1.00		
認知なし	1.51	(1.26-1.82)	<0.001	1.28	(1.05-1.56)	0.014
分からぬ	1.79	(1.45-2.21)	<0.001	1.50	(1.20-1.88)	<0.001
BJSQ_同僚の支援						
認知あり	1.00			1.00		
認知なし	1.51	(1.25-1.82)	<0.001	1.32	(1.08-1.61)	0.007
分からぬ	1.62	(1.30-2.01)	<0.001	1.41	(1.12-1.76)	0.003
UWES-3						
認知あり	1.00			1.00		
認知なし	1.58	(1.3-1.92)	<0.001	1.58	(1.28-1.94)	<0.001
分からぬ	1.40	(1.12-1.74)	0.003	1.32	(1.05-1.65)	0.018

産業保健活動の認知なし群と認知あり群、分からぬ群をロジスティック回帰分析で比較した結果である。多変量モデルは、年齢、性別、教育歴、婚姻状況、現病歴の有無、職種、業種、収入状況、企業従業員数で調整した。オッズ比は、活動認知あり群を対照(Reference)としたときの、認知なし群と分からぬ群の各指標の不良をオッズ比で示している。

5.4. 考察

本研究では、産業保健活動の認知なし群やわからぬ群において、仕事の量的負担は低い傾向があった。認知なし群やわからぬ群の仕事の量的負担が低かった理由として、仕事の量的負担が低い労働者は、そもそも産業保健スタッフとの関わる機会や相談する必要性がなかったり、産業保健活動に対するニーズが低かった可能性が挙げられる。逆に、多くの企業で過重労働対策などが推進されており、時間外労働が多い労働者に対しては産業医による面談の機会が提供され、活動が認知される可能性もある。また、労働時間とメンタルヘルスの負担には一貫した関連性がないというレビューもあり、必ずしも仕事の量的負担が多いことが、業務上の心理的ストレスになっているというわけではない。

産業保健活動の認知なし群やわからぬ群で、仕事のコントロールが低く、上司や同僚の低支援も低くなる傾向があった。上司や同僚の支援が多い労働者は、その会話の中で産業保健スタッフへの相談を勧められたり、産業保健スタッフの活動によってラインケアの重要性などが啓蒙されている可能性が考えられる。また、一般的な心理的苦痛に対して、仕事のコントロールと社会的支援は、相乗相互作用があることを示している研究もある。今回の研究でも産業保健活動が認知されていないあるいはわからぬ状況が、仕事のコント

ロールや社会的支援の低下させる相乗相互作用が働いた可能性がある。

産業保健活動の認知なし群やわからない群で、ワークエンゲージメントが低くなる傾向があった。産業保健活動は、労働者の健康と安全を守り、労働生活の質の向上に寄与すること目的の一つとしている。メンタルヘルス領域に関しては、精神不調を有する労働者に対するストレス軽減対策や休業者の職場復帰支援などといった精神的不健康や仕事ストレス対処などネガティブな要因が多かった。近年は、職務満足感、組織コミットメント、動機づけなどのポジティブな対策の推進も注目されるようになり、産業保健スタッフによる活動が労働者のワークエンゲージメントを向上させている可能性がある。また、ワークエンゲージメントは、上司や同僚からの社会的支援によるポジティブな影響を受けるとする先行文献もあり、他指標と相互的に関連している可能性もある。

6. 仕事に関連した健康問題に関する潜在的相談相手と心理的苦痛の関係

6.1. 目的

本研究では、潜在的相談相手と仕事関連の健康、すなわち労働者が仕事に影響する健康問題を経験したときに助言する人材やサービスと、心理的苦痛との関係を調べ、どのような人材が労働者のメンタルヘルス改善に大きな影響を与えるかを検討した。

6.2. 方法

参加者（4540 人）に、仕事に関連した健康問題に関する潜在的な相談相手の有無と心理的苦痛の程度（Kessler 6, K6）を分析した。前者については、まず参加者に「仕事に関する健康問題について相談できる人がいますか？（いいえ/はい）」を回答してもらった。そして、「はい」と回答した者に、具体的な相談相手として、上司、同僚、部下、家族、主治医、友人、産業医、産業保健師、職場外の産業保健サービスを複数選択で回答してもらった。各項目のデータは、「あり／なし」の 2 値変数で割り当てられた。心理的苦痛を評価する K6 尺度は、過去 30 日間の心理的苦痛の程度を測定する 6 項目からなり、0=全くない～4 =常にある（回答範囲、0～24）の 5 段階評価である。本研究では、K6 得点 5 以上 ($K6 \geq 5$) を軽度の心理的苦痛のカットオフとして用い、K6 得点 13 以上 ($K6 \geq 13$) を重度の心理的苦痛のカットオフとして用いた。

ベースライン調査における参加者の K6 得点がアウトカムとして用いられた。仕事に関連した健康問題の潜在的相談相手に関する各項目が予測変数として用いられた。参加者の性別、年齢（20～29 歳、30～39 歳、40～49 歳、50～59 歳、60～69 歳の範囲）、教育歴（中学・高校、短大・専門学校、大学・大学院）、婚姻状況、治療中の病気の有無、企業規模（従業員 1～49 人、50～299 人、300～999 人、1,000～9,999 人、10,000 人以上、不明）、職種（正社員、管理職、その他）、収入状況（299 万円以下、3.99 万円、300～499 万円、500～999 万円、1,000 万円以上、回答辞退）、週平均労働時間（29 時間以下、30～39 時間、40～49 時間、50～59 時間、60 時間以上）、標準産業分類（SIC；第一次産業、第二次産業、第三次産業）を交絡因子として用いた。

K6 得点と仕事に関連した健康問題に対する潜在的な相談相手の各々との関係を評価するために、一般化線形モデルであるロジスティック回帰モデルを用いた。年齢性調整モデルと多変量調整モデルを推定した。これら 2 つのモデルには、潜在的交絡因子として、性別、年齢、教育歴、婚姻状況、治療中の疾患の有無、企業規模、職種、所得の状況、週平均労働時間、SIC が含まれていた。すべての検定において、有意性の閾値は $p < 0.05$ とした。すべての統計解析は、IBM SPSS Statistics（バージョン 23.0、IBM 社、米国）を用いて行った。

6.3. 結果

に本研究の参加者の特徴を示す。分析対象者のうち、男女の人数は同程度であったが、

若い参加者の割合は少なかった。大学・大学院卒（57.3%）、一般職（57.5%）、従業員1～49人の小規模企業勤務（32.2%）の順で参加者の割合が高かった。軽度の心理的苦痛（K6≥5）を有する参加者は1,694人（37.3%）、重度の心理的苦痛（K6≥13）を有する参加者は367人（8.1%）であった。

表9. 分析対象者の属性

項目	Total (n=4540)	
	n	(%)
年齢（歳）		
20-29	843	(18.6)
30-39	868	(19.1)
40-49	915	(20.2)
50-59	961	(21.2)
60-69	953	(21.0)
性別	男性	976 (21.5)
教育歴	中学・高校	963 (21.2)
	専門学校・短大	2601 (57.3)
	大学・大学院	976 (21.5)
婚姻状況	未婚	2190 (48.2)
収入状況	回答無	686 (15.1)
	≤2990	994 (21.9)
	3000-4990	1455 (32.0)
	5000-9990	1141 (25.1)
	≥10000	264 (5.8)
週平均労働時間（時間）	≤29	602 (13.3)
	30-39	853 (18.8)
	40-49	2225 (49.0)
	50-59	552 (12.2)
	≥60	308 (6.8)
業種	一次産業	11 (0.2)
	二次産業	1099 (24.2)
	三次産業	3430 (75.6)
事業場従業員数（人）	不明	395 (8.7)
	1-49	1461 (32.2)
	50-299	902 (19.9)
	300-999	561 (12.4)
	1,000-9,999	756 (16.7)
	≥10,000	465 (10.2)
職種	一般従業員	2611 (57.5)
	管理監督者	409 (9.0)
	その他	1520 (33.5)
現病歴	有	1363 (30.0)
Kessler-6 得点	K6≥5	1694 (37.3)
	K6≥13	367 (8.1)

表10は、仕事に関連した健康問題に関する潜在的相談相手ごとのK6結果の分布を示す。仕事に関連した健康問題に関する潜在的相談相手がいる参加者の割合は71.7%であつ

た。最も多かったのは家族（49.1%）、次いで友人（19.7%）、上司（18.4%）であった。潜在的相談相手がない参加者の中、心理的苦痛が軽度であった者の割合は63.3%、潜在的相談相手がない参加者の中、心理的苦痛が重度であった者の割合は51.5%であった。

仕事に関連した健康問題について潜在的相談相手がいる参加者は、年齢性別調整モデルおよび多変量モデルにおいて、潜在的相談相手がない参加者よりもK6≥5およびK6≥13の両得点が有意に低かった（すべてp<0.001）。上司が業務上の健康問題に関する潜在的相談相手であった参加者は、2つのモデルにおいて、K6≥13の得点が他の参加者よりも有意に低かった（p=0.025およびp=0.005）。産業医が潜在的相談相手であった者は、K6≥5の得点が2つのモデルの対応者より有意に低かった（p=0.008、p=0.011）。主治医が潜在的指導医であった者は、多変量モデルにおいてK6≥5の得点が有意に低かった（p=0.048）。家族が仕事に関連した健康問題の潜在的相談相手であった者は、性年齢モデルおよび多変量モデルにおいて、K6≥5の得点が同等者より有意に低かった（p<0.001およびp=0.001）。職場外の産業保健サービスが潜在的な相談相手であった人は、2つのモデルにおいて、K6≥13の得点が同等者よりも有意に高かった（p=0.002およびp=0.012）（表11）。

表10. 仕事に関連した健康問題に関する潜在的相談相手とK6得点

仕事に関連した健康問題に関する潜在的相談相手	総計		軽度心理的苦痛 (K6≥5)		重度心理的苦痛 (K6≥13)	
	(n=4540)		(n=1694)		(n=367)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
潜在的相談相手がいる	3254	(71.7)	1073	(63.3)	189	(51.5)
潜在的相談相手のタイプ						
上司	837	(18.4)	285	(16.8)	41	(11.2)
同僚	711	(15.7)	235	(13.9)	39	(10.6)
部下	93	(2.0)	31	(1.8)	6	(1.6)
家族	2230	(49.1)	692	(40.9)	117	(31.9)
主治医;	800	(17.6)	255	(15.1)	55	(15.0)
友人	894	(19.7)	320	(18.9)	56	(15.3)
産業医	255	(5.6)	62	(3.7)	11	(3.0)
産業看護職	185	(4.1)	60	(3.5)	14	(3.8)
外部産業保健サービス	80	(1.8)	32	(1.9)	13	(3.5)

表 11. 仕事に関する健康問題に関する潜在的相談相手の有無と心理的苦痛の関連

項目	軽度心理的苦痛 (K6≥5)					
	性・年齢調整			多変量		
	OR	[95%CI]	p	OR	[95%CI]	p
潜在的相談相手がいる; はい (対象: いいえ)	0.67	[0.55–0.81]	<.001	0.66	[0.54–0.81]	<.0001
潜在的相談相手のタイプ						
上司; はい (対照: いいえ)	0.94	[0.78–1.13]	0.522	0.87	[0.72–1.06]	0.162
同僚; はい (対照: いいえ)	0.89	[0.73–1.08]	0.234	0.9	[0.74–1.11]	0.327
部下; はい (対照: いいえ)	1.12	[0.69–1.80]	0.644	1.21	[0.75–1.98]	0.435
家族; はい (対照: いいえ)	0.69	[0.59–0.82]	<.0001	0.75	[0.64–0.89]	0.001
主治医; はい (対照: いいえ)	1.16	[0.97–1.39]	0.111	0.82	[0.67–1.00]	0.048
友人; はい (対照: いいえ)	1.11	[0.93–1.32]	0.241	1.07	[0.90–1.28]	0.45
産業医; はい (対照: いいえ)	0.65	[0.47–0.89]	0.008	0.65	[0.47–0.91]	0.011
産業看護職; はい (対照: いいえ)	1.1	[0.78–1.54]	0.602	1.09	[0.77–1.55]	0.63
外部産業保健サービス; はい (対照: いいえ)	1.25	[0.78–2.00]	0.356	1.22	[0.75–1.99]	0.422
重度心理的苦痛 (K6≥13)						
項目	性・年齢調整			多変量		
	OR	[95%CI]	p	OR	[95%CI]	p
	潜在的相談相手がいる; はい (対象: いいえ)	0.50	[0.35–0.70]	<.0001	0.49	[0.34–0.70]
潜在的相談相手のタイプ						
上司; はい (対照: いいえ)	0.64	[0.43–0.94]	0.025	0.57	[0.38–0.84]	0.005
同僚; はい (対照: いいえ)	0.90	[0.60–1.35]	0.624	0.94	[0.62–1.41]	0.749
部下; はい (対照: いいえ)	1.14	[0.45–2.92]	0.782	1.21	[0.46–3.18]	0.701
家族; はい (対照: いいえ)	0.66	[0.48–0.90]	0.009	0.77	[0.56–1.07]	0.124
主治医; はい (対照: いいえ)	1.68	[1.19–2.36]	0.003	0.98	[0.68–1.40]	0.892
友人; はい (対照: いいえ)	1.03	[0.73–1.44]	0.877	0.95	[0.67–1.34]	0.774
産業医; はい (対照: いいえ)	0.66	[0.34–1.30]	0.230	0.77	[0.38–1.55]	0.467
産業看護職; はい (対照: いいえ)	1.31	[0.71–2.44]	0.391	1.41	[0.74–2.69]	0.298
外部産業保健サービス; はい (対照: いいえ)	2.74	[1.44–5.23]	0.002	2.41	[1.22–4.77]	0.012

多変量モデルは、性別、年齢、学歴、婚姻状況、収入状況、週平均労働時間、標準産業分類、企業規模、職種、現病歴の有無で調整した。OR：オッズ比、CI：信頼区間

6.4. 考察

心理的苦痛と仕事に関する健康問題に関する潜在的相談相手がいる者は、心理的苦痛が少ない傾向があり、言い換えれば、潜在的相談相手がない人は軽度または重度の心理的苦痛を示す傾向が高いことがわかった。日本人のうつ病患者を対象とした先行研究では、うつ病に陥ったときに最も困難と感じたのは「職場に相談相手がないこと」で53.1%であった。また、うつ病になったときに職場に最も期待したことは、「職場のメンタルヘルス相談体制の整備」で43.8%であった。本研究の研究デザインは、上記の研究とは異なるが、結果は矛盾していない。潜在的な相談相手がないことは、メンタルヘルス不調の予防段階や精神障害の進行に悪影響を及ぼす可能性が高いことを示唆している。

上司が潜在的相談相手とならないことは、労働者の深刻な心理的苦痛と関連していた。多くの先行研究が、上司の社会的支援を受けることが、知覚的組織支援および要求-統制

(支援) モデルに関して、労働者の身体的および精神的健康に影響を及ぼす重要な因子の1つであると報告している。本研究における特徴的な知見は、上司が潜在的相談相手でないことが、単に軽度の心理的苦痛に関連していると示されただけでなく、重度の心理的苦痛に有意に関連していたことである。言い換えれば、心理的苦痛を減少させるだけでなく、メンタルヘルス障害の初期段階を発見し介入する上司の役割が強調されるべきである。メンタルヘルスに障害のある労働者は、上司と頻繁にコミュニケーションをとることで、障害期間が短くなることが報告されている。労働者が上司と健康問題を共有し、規則正しく仕事を続けるための対策や解決策を話し合うことは重要である。

産業医が潜在的相談相手とならないことは、軽度の心理的苦痛を示す傾向が強かった。日本では、労働安全衛生法に基づいて産業医が選任されており、労働者が相談しやすい身近な医療従事者といえる。また、産業医は職場のメンタルヘルス対策の専門家として重要な役割を果たすことが期待されている。これは、労働安全衛生法や厚生労働省の各種メンタルヘルス指針で義務付けられている。労働者が産業医を潜在的な相談相手として認識することは、ストレス軽減に影響を与える可能性がある。対照的に、産業医が相談相手となりうる人とそうでない人の間には、重度の心理的苦痛の軽減とは関連しない可能性があることがわかった。重度の心理的苦痛を有する参加者は、医学的介入を必要とする段階にあるか、医学的介入がすでに進行している段階にある可能性が推察される。産業医と主治医の間に潜在的な効果修飾因子が存在する可能性があり、それが OR を統計的に不安定にしている可能性がある。実際、主治医の有無による重度の心理的苦痛の OR も有意ではなかった。さらに、重度の心理的苦痛を有する労働者が産業医に関心を持ち、産業医による助言サービスを求めることが多いという逆因果性が存在する可能性もある。

厚生労働省の調査では、70%以上の労働者が仕事のストレスについて上司、同僚、家族に相談しているのに対し、産業医に相談しているのは 10%程度であると報告されている。同様に、本研究においても、産業医を相談相手とする者の割合は、上司、同僚、家族を相談相手とする者よりも少なかった。日本では、従業員 50 人以上の事業場では産業医の選任が義務付けられているが、50 人未満の事業場では任意である。このような小規模事業場では、外部の産業衛生機関の産業医を含む産業保健専門家のサービスを利用することができるが、年 2 回までの利用など、利用や提供に制約があり、利便性が高いとはいえない。産業医のサービスを多くの労働者に効果的に行き渡らせることが今後の課題である。

本研究では、仕事関連の健康問題に関する潜在的相談相手と心理的苦痛との関係を分析した。潜在的相談相手の存在は、労働者のメンタルヘルス改善にとって重要であろう。特に、上司、産業医、または家族を潜在的相談相手として持つことは、労働者の心理的苦痛を軽減するのに有効である可能性がある。

7. 知覚された職場の健康支援に関する因子

7.1. 目的

知覚された職場の健康支援（PWHS）が高い状態は、様々な健康関連アウトカムにポジティブな影響を与えることが研究で報告されている。Chen らは、高い PWHS は仕事の生産性の高さと独立して関連しており、雇用主は PWHS を改善するウェルネスプログラムを実施することで仕事の生産性を高めることができると示唆している。Lemon らは、病院勤務者を対象とした研究を実施し、高い PWHS は、低体重指数、栄養状態の改善、身体活動の増加と関連することを明らかにした。Katz らは、職場の健康・福祉風土に対する好意的な認知は、抑うつ度の低さ、仕事・生活満足度の高さ、腰痛の少なさ、一般的な健康状態の良好さと関連すると報告している。さらに、我々は、高い PWHS が健康関連 QOL の向上や心理的苦痛の低減と関連することを報告している。PWHS が様々な健康状態や職業上の転帰に影響することは明らかである一方、PWHS に関する因子に関する研究はまだ少ない。本研究では、PWHS に関する仕事関連因子および職業上の健康関連因子を明らかにする。

7.2. 方法

WSHIR 研究のベースライン調査の 4,540 人の参加者に追跡調査への参加を呼びかけ、2,362 人から回答を得た（追跡調査率 = 52.0%）。このうち 599 人を除外し、1,763 人を分析対象とした。

本研究のアウトカムは、追跡調査時の PWHS であり、2 つの質問で評価した：“あなたの会社は、従業員が健康的な仕事と私生活を送れるよう支援していますか？”と “あなたの会社は、従業員の健康増進活動への参加を支援していますか？”の 2 つの質問で評価した。回答は 4 段階のリッカート尺度（1=強くそう思わない、2=そう思わない、3=そう思う、4=強くそう思う）で評価された。この尺度の Cronbach's alpha 係数は、追跡調査が可能な参加者において 0.946 であった。本研究では、「強くそう思う」と「そう思う」を 1、「強くそう思わない」と「そう思わない」を 0 として採点し、2 つの質問の得点を合計して PWHS の得点を算出した。0 点、1 点、2 点はそれぞれ、PWHS の程度が低い、中程度、高いことを示す。

PWHS に対する予測変数を、標準産業分類（第二次産業、第三次産業）、役職（正社員、管理職、その他）、企業規模（従業員数：1～49 人、50～299 人、300～999 人、1,000～9,999 人、10,000 人以上）、週平均労働時間（29 時間以下、30～39 時間、40～49 時間、50～59 時間、60 時間以上）、収入状況（299 万円以下、3.99 万円、300～499 万円、500～699 万円、700～999 万円、1,000 万円以上）、職場における仕事と療養の両立支援の有無（有、無、不明）、産業保健スタッフの活動の有無（有、無、不明）、健康診断結果を含む従業員の個人健康情報を管理するシステムの有無（有、無）、業務上の健康に関する潜

在的相談相手としての上司または同僚の有無（有、無）、業務上の健康に関する潜在的相談相手としての産業保健スタッフの有無（有、無）とした。

ベースライン時の個人的要因として、性別、年齢（20～29歳、30～39歳、40～49歳、50～59歳、60～69歳）、教育レベル（中学・高校、短大・専門学校、大学・大学院）、婚姻状況、病気の治療、すなわちその時点で病気の治療を受けているか否かを交絡変数に含めた。

解析は、予測変数が PWHS に及ぼす影響を評価するために、順序ロジットを用いた一般化線形モデルを用いた。モデル 1 は性別と年齢で調整し、モデル 2 は性別、年齢、教育レベル、婚姻状況、当時病気治療を受けていたかどうかで調整した。順序変数である予測変数（すなわち、企業規模、週平均労働時間、収入状況）については、傾向を検定した。すべての検定において、有意閾値は $p < 0.05$ とした。すべての統計分析は、IBM SPSS Statistics ソフトウェア（バージョン 23.0；IBM 社、米国）を用いて行った。

7.3. 結果

表 12 にベースライン時の研究対象者の属性を示す。男性が多く、39歳以下は少なかつた。図 2 は、各予測変数の PWHS 得点の割合を示している。追跡調査では、538 人（30.5%）が 0 点、191 人（10.8%）が 1 点、1034 人（58.7%）が 2 点であった。

表 13 は、各モデルに基づいた高 PWHS と予測変数の関係のオッズ比（OR）と 95% 信頼区間（CI）を示している。仕事関連因子については、従業員 50～299 人の企業に所属する者の方が、従業員 1～49 人の企業に所属する者よりも PWHS の程度が低い傾向にあった（モデル 2 : OR=0.67、95%CI : 0.51～0.89、 $p=0.005$ ）。その他の人の PWHS の程度は、従業員 1～49 人の企業に属する人のそれと同様であった。週平均労働時間が 40-49 時間の人の PWHS の程度と比較すると、平均労働時間が 50-59 時間の人の PWHS の程度は低く（モデル 2 : OR=0.73、95%CI : 0.53-1.00、 $p=0.049$ ）、平均労働時間が 60 時間以上の人ではさらに低い傾向があった（モデル 2 : OR=0.47、95%CI : 0.32-0.70、 $p < 0.001$ ）。PWHS の程度は、週平均労働時間が長くなるにつれて低下した（ p for trend、モデル 2 : $p=0.001$ ）。対照的に、PWHS の程度は、所得の状態が高くなるにつれて高くなった（ p for trend、モデル 2 : $p=0.007$ ）。

産業保健関連因子については、仕事と治療の両立支援、産業保健スタッフ活動、健康情報管理システムの存在を報告した人は、そうでない人に比べて PWHS の程度が高い傾向があった（順に、モデル 2 : OR=3.15、95%CI : 1.63-6.10、 $p=0.001$ ；OR=1.51、95%CI : 1.14-1.98、 $p=0.003$ ；OR=1.60、95%CI : 1.29-1.97、 $p<0.001$ ）。PWHS の程度は、仕事に関連した健康に関する潜在的な相談相手としての上司または同僚、産業保健スタッフの存在を報告した人の方が、そうでない人よりも低い傾向があった（順に、モデル 2 : OR=1.87、95%CI : 1.47-2.40、 $p<0.001$ ；OR=1.90、95%CI : 1.22-2.97、 $p<0.005$ ）。

表 12. 分析対象者の属性 (N=1763)

変数		n(%)
性別	男性	937(53.1)
年齢(歳)	20-29	233(13.2)
	30-39	313(17.8)
	40-49	413(23.4)
	50-59	414(23.5)
	60-69	390(22.1)
教育歴	中学・高校	383(21.7)
	専門学校・短大	340(19.3)
	大学・大学院	1,040(59.0)
婚姻状況	未婚	950(53.9)
現病歴の有無	有	1,234(70.0)
職種	一般労働者	983(55.8)
	管理監督者	189(10.7)
	その他	591(33.5)
標準産業分類	二次産業	437(24.8)
	三次産業	1,326(75.2)
企業従業員数	1-49	613(34.8)
	50-299	397(22.5)
	300-999	235(13.3)
	1,000-9,999	322(18.3)
	≥ 10,000	196(11.1)
週平均労働時間(時間)	≤ 29	193(10.9)
	30-39	359(20.4)
	40-49	887(50.3)
	50-59	210(11.9)
	≥ 60	114(6.5)
収入状況(百万円)	≤ 2.99	423(24.0)
	3.00-4.99	638(36.2)
	5.00-6.99	340(19.3)
	7.00-9.99	239(13.6)
	≥ 10.00	123(7.0)
治療と仕事の両立支援	無	72(4.1)
	有	156(8.8)
	知らない	1535(87.1)
産業保健活動	無	910(51.6)
	有	569(32.3)
	知らない	284(16.1)
健康情報管理体制	有	719(40.8)
仕事に関連した健康に関する潜在的 相談相手:上司や同僚	有	444(25.2)
仕事に関連した健康に関する潜在的 相談相手:産業保健スタッフ	有	145(8.2)

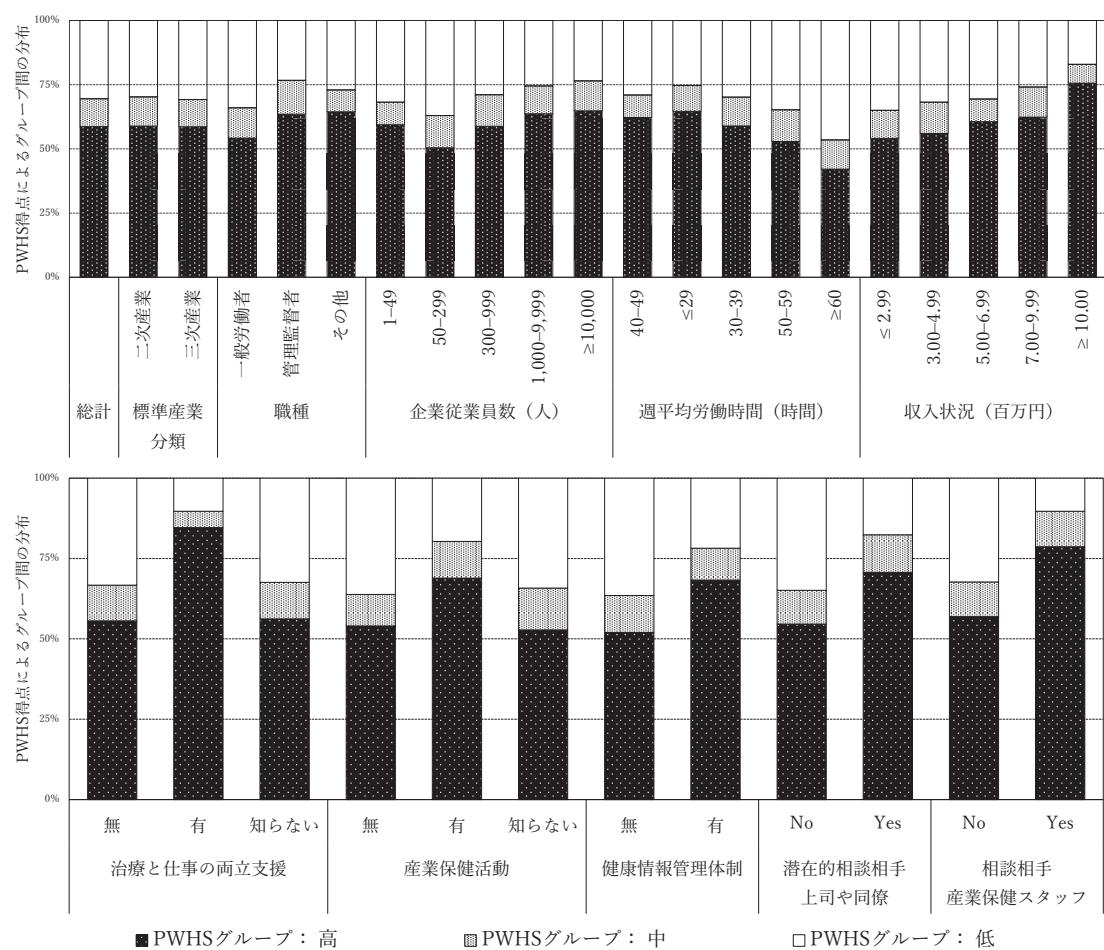


図2. 各予測変数による PWHS 得点によるグループ間の分布

表 13. 高く知覚された職場の健康支援（高 PWHS）の予測変数の関係

変数	モデル1			モデル2		
	OR	(95% CI)	P	OR	(95% CI)	P
標準産業分類						
二次産業	Ref.			Ref.		
三次産業	0.92	(0.72-1.17)	0.512	0.92	(0.72-1.18)	0.515
職種						
一般労働者	Ref.			Ref.		
管理監督者	1.04	(0.71-1.50)	0.854	0.99	(0.68-1.43)	0.938
その他	1.19	(0.92-1.53)	0.190	1.15	(0.89-1.48)	0.293
企業従業員数						
1-49	Ref.			Ref.		
50-299	0.68	(0.51-0.89)	0.006	0.67	(0.51-0.89)	0.005
300-999	0.84	(0.60-1.19)	0.337	0.81	(0.57-1.15)	0.250
1,000-9,999	0.85	(0.60-1.19)	0.336	0.82	(0.58-1.16)	0.263
≥10,000	0.81	(0.54-1.20)	0.285	0.78	(0.52-1.17)	0.230
(p for trend)			(0.422)			(0.536)
週平均労働時間(時間)						
40-49	Ref.			Ref.		
≤29	1.03	(0.72-1.47)	0.866	1.02	(0.71-1.45)	0.925
30-39	1.13	(0.86-1.48)	0.372	1.12	(0.86-1.47)	0.406
50-59	0.74	(0.54-1.01)	0.058	0.73	(0.53-1.00)	0.049
≥60	0.49	(0.33-0.73)	<0.001	0.47	(0.32-0.7)	<0.001
(p for trend)			(0.001)			(0.001)
収入状況(百万円)						
≤ 2.99	Ref.			Ref.		
3.00-4.99	1.09	(0.84-1.42)	0.520	1.06	(0.81-1.39)	0.661
5.00-6.99	1.33	(0.96-1.84)	0.088	1.25	(0.90-1.73)	0.192
7.00-9.99	1.48	(1.01-2.18)	0.046	1.34	(0.91-1.99)	0.142
≥ 10.00	2.33	(1.39-3.91)	0.001	2.11	(1.25-3.58)	0.005
(p for trend)			(0.001)			(0.007)
治療と仕事の両立支援						
無	Ref.			Ref.		
有	3.08	(1.59-5.95)	0.001	3.15	(1.63-6.10)	0.001
知らない	1.31	(0.81-2.14)	0.274	1.35	(0.83-2.21)	0.226
産業保健活動						
無	Ref.			Ref.		
有	1.5	(1.14-1.97)	0.004	1.51	(1.14-1.98)	0.003
知らない	1.13	(0.85-1.50)	0.404	1.15	(0.87-1.53)	0.326
健康情報管理体制						
無	Ref.			Ref.		
有	1.64	(1.33-2.02)	<0.001	1.6	(1.29-1.97)	<0.001
仕事に関連した健康に関する潜在的相談相手:上司や同僚						
無	Ref.			Ref.		
有	1.89	(1.48-2.42)	<0.001	1.87	(1.47-2.4)	<0.001
仕事に関連した健康に関する潜在的相談相手:産業保健スタッフ						
無	Ref.			Ref.		
有	1.89	(1.21-2.95)	0.005	1.9	(1.22-2.97)	0.005

モデル 1: 性年齢調整

モデル 2: 性別、年齢、教育歴、婚姻状況、現病歴で調整

7.4. 考察

今回の結果から、PWHS の程度は、従業員 50~299 人の企業に所属する個人の方が、従業員 1~49 人の企業に所属する個人よりも低い傾向があることが示された。多くの研究で、小規模企業における労働安全衛生（OSH）管理の不十分さが報告されている。その理由は、財源不足、OSH 管理に関する知識や関心の不足、不十分な OSH 検査、労働衛生専門家によるサポートの制限などである。一方、非常に小規模な企業では、職位が少なく、協力的で家族的な風土があり、従業員が改善プロセスに参加する機会が多いため、経営者、管理者、従業員間の関係が緊密である可能性があることが研究で示唆されている。今回の調査では、従業員数 50~299 人の企業で働く個人には、OSH 関連施策が十分に提供されなかつた。さらに、非常に小規模な組織では、感情的な関与や緊密な従業員サポートの恩恵を受けにくい可能性がある。

本研究では、産業保健サービス、特に仕事と治療の両立支援、産業保健スタッフの活動、健康情報管理体制が PWHS と関連していることを示した。日本では、これらの取り組みは主に法律で定められた義務やガイドラインで定められているが、事業場によって取り組みの強度は異なる。例えば、2022 年に日本の職場を対象に実施された調査によると、職場のメンタルヘルス問題に積極的に取り組んでいる事業所は 63.4% であった。また、職場での配慮が必要な傷病（がん、脳血管疾患、心疾患、重症糖尿病、その他の重篤な疾病）を有する従業員に対して、仕事と治療の両立支援を行っている事業所は 58.8% であった PWHS を改善するためには、職場で従業員にこうしたサービスを提供することが重要かもしれない。

仕事に関連した健康に関する潜在的相談相手の存在も PWHS を左右することがわかった。職場における相談相手による健康への影響は、メンタルヘルスとの関連で報告されている。日本人の大うつ病患者を対象とした研究では、「職場におけるメンタルヘルス相談体制の整備」が重要な要件であることがわかった。メンタルヘルス不調の労働者は、上司との頻繁なコミュニケーションが病気休暇期間の短縮と関連することが報告されている。われわれの以前の研究では、仕事に関連した健康に関する潜在的な相談相手がいることは、心理的苦痛の軽減と関連することを明らかにした。同様に、本研究では、上司、同僚、または産業保健スタッフが仕事に関連した健康に関する潜在的相談相手として活用できることは、PWHS の改善に寄与し、職場における重要な健康支援策となることを明らかにした。

本研究により、仕事関連要因、特に企業規模、週平均労働時間、所得状況、および様々な産業保健関連要因が PWHS に影響を及ぼすことが明らかになった。産業保健関連因子については、仕事と治療の両立支援、産業保健スタッフの活動、健康情報管理体制、仕事関連の健康に関する相談相手の存在が従業員の PWHS にプラスの影響を与える。50~299 人の中小規模の事業場では、PWHS が低い傾向があり、産業医による積極的な事業場への関与が重要である。

8. 知覚された職場健康支援が、1年後の不安障害の発生を抑制させる

8.1. 目的

近年、日本では多くの企業が健康で生産的な経営（HPM）への関心を高めている。日本における HPM は、企業が従業員の健康と福祉に投資した場合、従業員のエンゲージメント、組織の活力、仕事の生産性が向上し、それが企業の利益と業績の向上につながるという考え方に基づいている。経済産業省は、HPM を企業経営の視点から従業員の健康管理を考え、戦略的に推進するアプローチと定義している。少子高齢化による労働人口の高齢化、労働力人口の減少、労働生産性の低下など様々な課題に直面し、労働者の健康維持・増進に積極的に取り組む企業が増えている。また、うつ病の発症率の高さから、職場のメンタルヘルスケアが強く推進されており、メンタルヘルスケアは HPM に不可欠な取り組みの一つである。

HPM は経営戦略の一つであり、トップダウン方式で実施されることが多い。しかし、H&PM を推進・継続するためには、従業員の参画が不可欠である。具体的な健康増進活動の決定にあたっては、従業員の意見や提案に耳を傾け、それを活用することで、従業員の参加意識を高めている。HPM には企業と従業員との良好な関係が必要であり、従業員が企業の HPM の推進やコミットメントをどのように認識しているかを考慮することが重要である。認知された組織的支援（POS : Perceived Organizational Support）とは、労働者の組織に対する評価や認知のことであり、「組織が従業員の貢献を評価し、従業員の幸福をどの程度気にかけているかに関するグローバルな信念」と定義される。H&PM における企業の取り組みと、それを従業員がどの程度組織的支援として認識しているかを評価することは重要である。

いくつかの研究で、企業は従業員の健康に焦点を当てた POS、すなわち、アクティブな働き方や健康的な生活への支援を提供することで、職場の健康支援（PWHS : Perceived workplace health support）を高めることができると報告されている。さらに、PWHS は従業員の POS に基づいて測定することができ、これは会社が健康的な生活を保証し、身体活動への参加を促進しているという従業員の認識を反映する。PWHS を向上させる具体的な例としては、企業が独自に生活習慣の改善、健康増進、心身の疾病予防のために導入しているウェルネス・プログラムや健康増進プログラム、あるいは産業医、保健師、衛生士、衛生管理者などが主導する定期的な産業保健活動が挙げられる。

PWHS が高いことは、身体的・精神的健康と正の関連があることが報告されており、また、高い労働生産性と独立して関連している可能性がある。さらに、職場の健康支援策の一つとしてメンタルヘルス支援が多く企業で実施されており、従業員の心理状態に大きな影響を与える可能性がある。しかし、PWHS とメンタルヘルス関連アウトカムとの関連はあまり報告されておらず、十分に評価されていないと考えられる。

我々は、PWSH が従業員の仕事と健康、特にメンタルヘルスに影響を与え、心理的苦痛

の発生率を低下させる可能性があるという仮説を立てた。PWHS の強度が 1 年間の追跡調査において心理的苦痛の発生率にどの程度影響するかを評価することを目的とした。本研究は、従業員のメンタルヘルスや PWHS の観点から HPM の推進を考える契機となる可能性がある。

8.2. 方法

対象者は、ベースライン時の適格参加者は 4,540 人から、さらに 1 年後の追跡調査に回答した 2,362 人を対象とした（追跡率：52.0%）。

PWHS の強度を以下の 2 つの独自の質問で評価した：1. 1. あなたの会社は、従業員が健康的な仕事と私生活を送れるよう支援していますか？あなたの会社は、従業員の健康増進活動への参加を支援していますか？回答は 4 段階のリッカート尺度（1=強く反対、4=強く賛成）で評価した。PWHS の強度は、2 つの質問の得点に基づいて計算され、「強くそう思う」または「そう思う」を 1 点、「強くそう思わない」または「そう思わない」を 0 点とした（合計得点の範囲は 0~2 点）。合計点 0 点を低 PWHS、1 点を中 PWHS、2 点を高 PWHS と分類した。

心理的苦痛は、日本語版 Kessler 6 (K6) で評価した。本研究では、K6 得点 13 以上 ($K6 \geq 13$) を重度の心理的苦痛のカットオフ値として採用した。

追跡調査における参加者の K6 得点をアウトカムとし、ベースライン時の PWHS の強度をばく露変数とした。以下の変数を交絡因子として評価した。性別、年齢（20~29 歳、30~39 歳、40~49 歳、50~59 歳、60~69 歳）、学歴（中学・高校、短大・専門学校、大学・大学院）、婚姻状況などの個人的特性、職場の規模（1~9 人、10~49 人、50~199 人、200~999 人、1,000 人以上、不明）、職種（正社員、管理職、その他）、収入状況（299 万円以下、300~499 万円、500~999 万円、1,000 万円以上、回答辞退）、平均労働時間（299 万円以下、300~499 万円、500~999 万円、1,000 万円以上、回答辞退）などの仕事に関する要因。99 万円、300 万円~499 万円、500 万円~999 万円、1000 万円以上、回答辞退）、1 週間の平均労働時間（29 時間以下、30~39 時間、40~49 時間、50~59 時間、60 時間以上）、標準産業分類（SIC、第 1 次産業、第 2 次産業、第 3 次産業）。

ベースライン後 1 年間の新たな重度の心理的苦痛の発生率を評価するために、以下の除外基準が適用された：1. ベースライン時に重度の心理的苦痛 ($K6 \geq 13$) を報告した参加者、2. 調査期間中に退職または転職した参加者、3. ベースライン時に大うつ病や適応障害などの精神疾患の治療を受けていた参加者。411 人の参加者を除外した後、1,951 人の参加者が最終的な統計解析に含まれた。

PWHS の強度に応じた心理的苦痛の発生率を評価するために、二項反応を用いた一般化線形モデル (GLM) を用いた。性別と年齢で調整したモデル（モデル 1）、性別、年齢、学歴、婚姻状況で調整したモデル（モデル 2）、モデル 2 の変数に加えて、職場の規模、職種の種類、所得の状況、1 週間あたりの平均労働時間、標準産業分類などの仕事関連因子

で調整したモデル（モデル3）である。すべての検定において、有意性の閾値は $p < 0.05$ とした。すべての統計分析は、IBM SPSS Statistics（バージョン23.0、IBM社、米国）を用いて行った。

8.3. 結果

表14に分析対象者の特徴を示す。男性（n=1000、51.3%）と女性（n=951、48.7%）の比率は同程度であったが、若い参加者の比率は低かった。60～69歳では PWHS が高い人の割合が高かった。また、中・高学歴者では PWHS が低い人が多かったが、大学・大学院卒者では PWHS が高い人が多かった。従業員数1,000人以上の企業で働く参加者ほど、PWHS が高かった。労働時間が短い参加者ほど、PWHS は中程度であった。所得が低い人ほど、PWHS が低かった。

表15にK6得点の結果を示す。全参加者のK6得点の平均（SD）は3.6（4.7）であり、参加者の5.2%が重度の心理的苦痛（K6≥13）を有していた。PWHS低群は、平均（SD）得点が4.6（5.1）と最も高く、重度の心理的苦痛の割合が最も高かった（7.4%）。逆に、PWHS高群は、平均（SD）得点が3.0（4.3）と最も低く、重度の心理的苦痛の割合が最も低かった（4.1%）。

表16は、各モデルによる PWHS の強度に関する重度の心理的苦痛の発生率のオッズ比（OR）および95%信頼区間（CI）を示す。モデル1～3では、重度の心理的苦痛は PWHS の強度が高くなるにつれて減少した。モデル1～3において、PWHS高群は PWHS 低群よりも重度の心理的苦痛を有する可能性が低かった（モデル1：OR=0.56、95%CI：0.36-0.88、p=0.012、モデル2：OR=0.57、95%CI：0.37-0.90、p=0.015、モデル3：OR=0.62、95%CI：0.39-1.00、p=0.049）。

表 14. 分析対象者の属性 (N=1,951)

項目	PWHS グループ†					
	低 (n=569)		中 (n=206)		高 (n=1,176)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
性別、男性	314	(55.2)	100	(48.5)	586	(49.8)
年齢(歳)						
20-29	41	(7.2)	24	(11.7)	137	(11.6)
30-39	117	(20.6)	36	(17.5)	193	(16.4)
40-49	151	(26.5)	45	(21.8)	257	(21.9)
50-59	155	(27.2)	48	(23.3)	267	(22.7)
60-69	105	(18.5)	53	(25.7)	322	(27.4)
教育歴						
中学・高校	153	(26.9)	44	(21.4)	217	(18.5)
専門学校・短大	116	(20.4)	40	(19.4)	255	(21.7)
大学・大学院	300	(52.7)	122	(59.2)	704	(59.9)
婚姻状況、未婚	294	(51.7)	104	(50.5)	487	(41.4)
職種						
一般労働者	359	(63.1)	121	(58.7)	601	(51.1)
管理監督者	49	(8.6)	25	(12.1)	121	(10.3)
その他	161	(28.3)	60	(29.1)	454	(38.6)
標準産業分類						
一次産業、二次産業	143	(25.1)	48	(23.3)	292	(24.8)
三次産業	426	(74.9)	158	(76.7)	884	(75.2)
事業場従業員数(人)						
1-9	133	(23.4)	45	(21.8)	274	(23.3)
10-49	119	(20.9)	37	(18.0)	206	(17.5)
50-199	114	(20.0)	49	(23.8)	193	(16.4)
200-999	89	(15.6)	33	(16.0)	183	(15.6)
≥1,000	90	(15.8)	35	(17.0)	291	(24.7)
不明	24	(4.2)	7	(3.4)	29	(2.5)
週平均労働時間(時間)						
≤ 29	57	(10.0)	28	(13.6)	134	(11.4)
30-39	93	(16.3)	45	(21.8)	254	(21.6)
40-49	281	(49.4)	95	(46.1)	606	(51.5)
50-59	84	(14.8)	21	(10.2)	123	(10.5)
≥ 60	54	(9.5)	17	(8.3)	59	(5.0)
収入状況(百万円)						
≤ 2.99	133	(23.4)	41	(19.9)	224	(19.0)
3.00-4.99	178	(31.3)	76	(36.9)	352	(29.9)
5.00-6.99	89	(15.6)	37	(18.0)	204	(17.3)
7.00-9.99	61	(10.7)	20	(9.7)	143	(12.2)
≥ 10.00	17	(3.0)	10	(4.9)	88	(7.5)
回答拒否	91	(16.0)	22	(10.7)	165	(14.0)

†PWHS グループ: オリジナル質問（得点範囲 0~2 点）に基づき、: 合計点 0 点を低 PWHS、1 点を中 PWHS、2 点を高 PWHS と分類

表 15. 追跡調査時の PWHS グループ別の K6 得点

	総計 (n=1,951)	PWHS グループ†		
		低 (n=569)	中 (n=206)	高 (n=1,176)
K6 得点, 平均 (標準偏差)	3.6 (4.7)	4.6 (5.1)	4.3 (4.7)	3.0 (4.3)
K6≥13 (重症精神苦痛), 人(%)	97 (5.2)	39 (7.4)	12 (6.2)	46 (4.1)

† PWHS グループ: オリジナル質問 (得点範囲 0~2 点) に基づき、合計点 0 点を低 PWHS、1 点を中 PWHS、2 点を高 PWHS と分類

表 16. 重度の心理的苦痛と PWHS グループの関係

PWHS グループ†	モデル 1		
	オッズ比	(95%信頼区間)	P
高	0.56	(0.36 – 0.88)	0.012
中	0.85	(0.43 – 1.67)	0.637
低	Ref.		0.011*
			0.011*
モデル 2			
高	0.57	(0.37 – 0.90)	0.015
中	0.85	(0.43 – 1.66)	0.632
低	Ref.		0.014*
			0.014*
モデル 3			
高	0.62	(0.39 – 1.00)	0.049
中	0.89	(0.45 – 1.75)	0.727
低	Ref.		0.046*
			0.046*

† PWHS グループ: オリジナル質問 (得点範囲 0~2 点) に基づき、合計点 0 点を低 PWHS、1 点を中 PWHS、2 点を高 PWHS と分類。*P for trend。

モデル 1: 性年齢調整。モデル 2: 性、年齢、教育歴、婚姻状況による調整。モデル 3: 性別、年齢、学歴、婚姻状況、職種、標準産業分類、事業場従業員数、週平均労働時間、所得状況で調整。

8.4. 考察

PWHS の強度と 1 年後の心理的苦痛の発生率との間には用量反応関係があり、PWHS が高いほど重度の心理的苦痛の発生が低くなる可能性が示された。PWHS と心理的苦痛との間のこの関係は、仕事関連因子で調整した後も維持された。高い PWHS が労働者のメンタルヘルスにポジティブな影響を与え、心理的苦痛の発生率を低下させることが示唆される。

職場の健康増進計画や産業保健活動を通じて PWHS を強化することは、従業員のメンタルヘルスに良い影響を与える可能性がある。しかし、PWHS と心理的苦痛の発生率との関

係は、業務関連因子で調整すると減弱した。PWHS は業務関連因子によって調節される可能性があり、これらの関連についてさらなる評価が必要である。特に、本研究では、大規模な職場では PWHS がより強くなる傾向があることが示された。大企業では、中小企業よりも健康関連の福利厚生制度が充実しており、健康管理支援も手厚い可能性が高い。さらに、大企業にはより多くの産業保健専門家がいる可能性が高い。日本では、従業員 50～999 人の事業場では非常勤の産業医または衛生管理者（兼務）の選任が義務付けられているが、50 人未満の事業場では義務付けられていない。従業員 1,000 人以上の大規模事業場では、専属の常勤産業医と常勤衛生管理者の選任が義務付けられている。大企業の従業員は、従業員の健康増進と管理のためのリソースが多いため、PWHS が高い。

9. 知覚された職場健康支援がプレゼンティーアイズムに及ぼす影響

9.1. 目的

横断的研究において、知覚された職場健康支援（PWHS）とプレゼンティーアイズムとの関係についての報告はあるが、PWHS がプレゼンティーアイズムやアブセンティーズムに及ぼす影響を評価した縦断的研究は不足している。本研究の目的は、WSHIR 研究のデータを縦断的に評価し、PWHS の強度が 1 年後のアブセンティーズムやプレゼンティーアイズムにどのような影響を与えたかを検討することである。

9.2. 方法

ベースライン時の適格参加者は 4,540 人に、1 年後の追跡調査を呼びかけ、2,362 人から回答を得た（回答率：52.0%）。調査期間中に退職または転職を報告した 192 人を除いた 2,170 人（追跡調査率：47.8%）を最終的な分析対象とした。

PWHS の強度は、(1)あなたの会社は、従業員が健康的な生活を送り、仕事をすることを支援していますか、(2)あなたの会社は、従業員の健康増進活動への参加を支援していますかという 2 つの質問を 4 段階のリッカート尺度を用いて行った。今回のサンプルでは、Cronbach の α 係数は 0.925 であった。PWHS 強度は、"強くそう思う"または"そう思う"を 1 点、"強くそう思わない"または"そう思わない"を 0 点として、2 つの質問から得られた得点（合計得点の範囲：0～2 点）によって算出され、評価された。合計点 0 点を低 PWHS ($n=678$)、1 点を中 PWHS ($n=237$)、2 点を高 PWHS ($n=1,255$) と分類した。参加者は、PWHS 強度に基づいて 3 つの群に分類された。

アブセンティーズムの評価は "過去 1 年間で、あなた自身の健康問題や病気のために仕事を休んだ日数は何日ですか？（疾病休業）" という質問項目によって評価された。プレゼンティーアイズムの評価は、仕事の生産性の尺度として、quantity and quality method を用いて追跡調査時に評価された。この方法は、参加者に直近 1 週間の仕事の量（quantity）と質（quality）を普段の仕事のレベルと比較するよう求めるものであった。回答は、0 点（まったく仕事ができない）から 10 点（普通）で採点された。労働生産性評価の指標であるプレゼンティーアイズム・ロスは、仕事の量と質の両方について得られた得点を用いて、「プレゼンティーアイズム・ロス = 1 - 「仕事の量」（範囲：0～10）×「仕事の質」（範囲：0～10）／100」の式に当てはめ計算された。先行研究に基づき、プレゼンティーアイズム・ロスのカットオフ値は、上位 10% の得点（0.5 以上）とし、プレゼンティーアイズムありと定義した。

PWHS 強度を曝露変数とし、追跡調査時の疾病休業とプレゼンティーアイズムをアウトカムとした。交絡因子として、個人的特徴（性別、年齢層：20～29 歳、30～39 歳、40～49 歳、50～59 歳、60～69 歳、学歴（中学・高校、短大・専門学校、大学・大学院）、婚姻状況および仕事関連因子（職種、標準産業分類、事業場規模、週平均労働時間、収入状況

[299万円以下、300万円～499万円、500万円～999万円、1000万円以上、回答辞退])を設定した。

参加者 2,170 人の最終解析コホートにおいて、ベースライン時の PWHS 強度別に、1 年後の疾病休業およびプレゼンティーアイズムの発生率を評価した。PWHS の強度に応じたアブセンティーズムと在勤の発生率を評価するために、ロジスティック回帰モデルと二項応答を用いた一般化線形モデルを採用した。性別と年齢で調整したモデルと、性別、年齢、学歴、婚姻状況、職種、標準産業分類、事業場規模、週平均労働時間、収入状況で調整した多変量モデルの 2 つを分析した。有意閾値は $P < 0.05$ とした。すべての統計分析は、IBM SPSS Statistics (version 23.0; IBM Co.)

9.3. 結果

表 17 に本研究の参加者の基本情報を示す。男女比はほぼ等しく、男性 1,106 名 (51.0%)、女性 1,064 名 (49.0%) であった。20 代の若年層では参加率が低いことが観察された。PWHS 強度をみると、60～69 歳の参加者が PWHS 高群に属する割合が高かった。学歴については、中卒、高卒は PWHS 低群が多く、大卒、大学院卒は PWHS 高群に多かった。1,000 人以上の企業で働く従業員は、PWHS 高群の割合が高かった。週 50 時間以上働き、所得が 300 万円未満の人は、PWHS 低群に属する傾向が強かった。

表 18 は、PWHS グループ別の疾病休業とプレゼンティーアイズムの発生率を示している。1 年間の疾病休業日数は、「0 日」が最も多く、次いで「10 日未満」であった。合計 147 名 (6.8%) の参加者が、疾病休業 (11 日以上アブセンティーズム) をした。PWHS の強度については、PWHS 中群のアブセンティーズム率が高く (25 人 [10.5%])、PWHS 低群と高群は同程度であった。プレゼンティーアイズムに関連するプレゼンティーアイズム損失の平均 (標準偏差 [SD]) は、全体で 0.10 (0.25) であり、253 人 (11.7%) がプレゼンティーアイズムを経験していた。PWHS 低群では、プレゼンティーアイズム損失が高く (0.14 [0.30])、プレゼンティーアイズム発生率も高かった (116 人 [17.1%])。PWHS が高いほど、プレゼンティーアイズム・ロスの平均点は低く、プレゼンティーアイズムの発生率は低かった。

表 19 は、さまざまなモデルにおける PWHS 強度と関連した疾病休業率およびプレゼンティーアイズム率のオッズ比 (OR) と 95% 信頼区間 (CI) を示している。性・年齢調整モデルでは、疾病休業の発生率は、PWHS 高群と比較して PWHS 中群で有意に高かった (OR=1.72、95%CI: 1.07-2.76、 $P=0.025$)。この傾向は、他の個人特性や業務関連因子を調整した多変量調整モデルでも観察された (OR=1.88、95%CI: 1.15-3.06、 $P=0.011$)。いずれのモデルでも、プレゼンティーアイズムの発生率は PWHS の強度が高くなるにつれて減少した。特に、性別-年齢モデルでは、PWHS 高群では PWHS 低群に比べてプレゼンティーアイズムの発生率が有意に低かった (OR=2.09、95%CI: 1.57 - 2.77、 $P<0.001$)。同様の傾向は、個人的特徴や業務関連要因を調整した多変量調整モデルでも観察された

(OR=2.06、95%CI: 1.54 - 2.77、P<0.001)。

表 17. 分析対象者の属性

項目	PWHS グループ†		
	低 (n=678)	中 (n=237)	高 (n=1255)
性別、男性	369 (54.4)	112 (47.3)	625 (49.8)
年齢(歳)			
20-29	53 (7.8)	28 (11.8)	149 (11.9)
30-39	142 (20.9)	44 (18.6)	210 (16.7)
40-49	184 (27.1)	52 (21.9)	276 (22.0)
50-59	181 (26.7)	58 (24.5)	285 (22.7)
60-69	118 (17.4)	55 (23.2)	335 (26.7)
教育歴			
中学・高校	181 (26.7)	52 (21.9)	234 (18.6)
専門学校・短大	139 (20.5)	44 (18.6)	268 (21.4)
大学・大学院	358 (52.8)	141 (59.5)	753 (60.0)
婚姻状況、未婚	361 (53.2)	122 (51.5)	538 (42.9)
職種			
一般労働者	434 (64.0)	141 (59.5)	642 (51.2)
管理監督者	54 (8.0)	28 (11.8)	129 (10.3)
その他	190 (28.0)	68 (28.7)	484 (38.6)
標準産業分類			
一次産業、二次産業	170 (25.1)	58 (24.5)	324 (25.8)
三次産業	508 (74.9)	179 (75.5)	931 (74.2)
事業場従業員数(人)			
≤49	295 (43.5)	93 (39.2)	504 (40.2)
50-199	135 (19.9)	52 (21.9)	209 (16.7)
200-999	107 (15.8)	38 (16.0)	200 (15.9)
≥1,000	111 (16.4)	45 (19.0)	309 (24.6)
不明	30 (4.4)	9 (3.8)	33 (2.6)
週平均労働時間(時間)			
≤ 29	72 (10.6)	30 (12.7)	147 (11.7)
30-39	108 (15.9)	53 (22.4)	268 (21.4)
40-49	332 (49.0)	111 (46.8)	642 (51.2)
50-59	102 (15.0)	24 (10.1)	134 (10.7)
≥ 60	64 (9.4)	19 (8.0)	64 (5.1)
収入状況(百万円)			
≤ 2.99	158 (23.3)	45 (19.0)	243 (19.4)
3.00-4.99	205 (30.2)	89 (37.6)	377 (30.0)
5.00-6.99	107 (15.8)	43 (18.1)	214 (17.1)
7.00-9.99	75 (11.1)	23 (9.7)	152 (12.1)
≥ 10.00	19 (2.8)	12 (5.1)	97 (7.7)
回答拒否	114 (16.8)	25 (10.5)	172 (13.7)

†PWHS グループ: オリジナル質問（得点範囲 0~2 点）に基づき、合計点 0 点を低 PWHS、1 点を中 PWHS、2 点を高 PWHS と分類

表 18. PWHS グループ別の疾病休業とプレゼンティーズム

項目	総計 (n=2170)	PWHS グループ†			
		低 (n=678)	中 (n=237)	高 (n=1255)	
アブセンティーズム					
労働者の疾病休業日の分布, n(%)					
0	1321 (60.9)	423 (62.4)	119 (50.2)	779 (62.1)	
1—5	557 (25.7)	175 (25.8)	68 (28.7)	314 (25.0)	
6—10	145 (6.7)	38 (5.6)	25 (10.5)	82 (6.5)	
11—15	64 (2.9)	19 (2.8)	17 (7.2)	28 (2.2)	
16—30	44 (2.0)	9 (1.3)	5 (2.1)	30 (2.4)	
≥31	39 (1.8)	14 (2.1)	3 (1.3)	22 (1.8)	
アブセンティーズムを有する労働者の割合, n(%)	147 (6.8)	42 (6.2)	25 (10.5)	80 (6.4)	
Quantity and quality method					
プレゼンティーアイズム・ロス得点, 平均 (標準偏差)	0.10 (0.25)	0.14 (0.30)	0.11 (0.26)	0.07 (0.21)	
プレゼンティーズムを有する労働者の割合, n(%)	253 (11.7)	116 (17.1)	28 (11.8)	109 (8.7)	

†PWHS グループ: オリジナル質問 (得点範囲 0~2 点) に基づき、合計点 0 点を低 PWHS、1 点を中 PWHS、2 点を高 PWHS と分類

表 19. PWHS グループ間の病気欠勤率とプレゼンティーアイズムの関連性

アウトカム	性年齢調整			多変量調整‡		
	PWHS グループ†	オッズ比	(95%信頼区間)	P	オッズ比	(95% 信頼区間)
アブセンティーズム						
PWHS : 低	0.99	(0.67 – 1.47)	0.969	1.05	(0.70 – 1.58)	0.802
PWHS : 中	1.72	(1.07 – 2.76)	0.025	1.88	(1.15 – 3.06)	0.011
PWHS : 高	Ref.			Ref.		
プレゼンティーズム						
PWHS : 低	2.09	(1.57 – 2.77)	<0.001	2.06	(1.54 – 2.77)	<0.001
PWHS : 中	1.40	(0.90 – 2.18)	0.136	1.43	(0.92 – 2.24)	0.115
PWHS : 高	Ref.			Ref.		

†PWHS グループ: オリジナル質問 (得点範囲 0~2 点) に基づき、合計点 0 点を低 PWHS、1 点を中 PWHS、2 点を高 PWHS と分類。 *P for trend。

‡多変量調整: 性別、年齢、学歴、配偶者の有無、職種、標準産業分類、職場の規模、週平均労働時間、収入状況で調整。

9.4. 考察

本研究では、PWHS がプレゼンティーアイズムとアブセンティーズムに及ぼす影響について調査した。PWHS が高い人は、1 年後のプレゼンティーアイズムが減少する可能性が高かった。特に、個人的特徴や仕事に関連した要因で調整した後でも、PWHS が高い人は低い人に比べてプレゼンティーアイズムの発生率が低いことと有意に関連していた。職場において

て労働者の健康的なライフスタイルを確保し、健康増進活動を提供することは、プレゼンティーアイズムを効果的に減少させることができる。

本研究では、疾病休業の発生率は、PWHS 高群と比較すると PWHS 中群で高かったが、PWHS 高群と比較すると PWHS 低群と同程度であった。PWHS 強度に応じた疾病休業の減少に関する用量反応関係は認められず、PWHS と疾病休業の間に一貫した傾向は認められなかった。これまでの研究では、職場の健康増進活動はアブセンティーズム率の低下に影響しないと報告されている。健康状態が悪いにもかかわらず働く理由としては、アブセンティーズムに対する制約（例：厳格なアブセンティーズム規定、雇用不安）、職務上の要求、アブセンティーズムによる否定的な対人関係などがある。COVID-19 の流行初期（2020 年 5 月）に日本の労働者を対象に行われた調査では、有症状者の 62.2% が発症から 7 日以内に出勤しており、体調不良にもかかわらず出勤する社会的傾向があることが示唆され、これが結果に影響を与えた可能性がある。

本研究の結果から、PWHS の強度が低いほど、1 年後のプレゼンティーアイズムの発生率が高いことが示され、PWHS の強度がプレゼンティーアイズムの発生に影響を及ぼす可能性が示された。企業が健康的なライフスタイルを奨励し、健康増進活動に参加することは、プレゼンティーアイズムを減少させるだけでなく、健康関連費用の面でも損失を減少させる可能性がある。したがって、PWHS は、企業の健康増進および産業保健活動におけるパフォーマンス指標として役立つ可能性がある。

10. 総括

以前より、小規模事業場における産業医・産業保健活動や健康管理対策は重要な課題となっている。とくに労働安全衛生法上、50人以上の事業場で産業医の選任が義務づけられており、事業場規模に応じた産業医・産業保健活動の格差が大きくなっている可能性が高い。一方、本邦における労働者全体の健康面や職場の健全性を底上げするためには、産業医は小規模事業場に積極的にアプローチできるような基盤づくりが必要であろう。また、業種によっても、産業医・産業保健活動の状況は異なる。特に第三次産業において、不十分と思われる状況が伺えるが、業種毎の様々な要因が影響していると考えられるため、産業医の活用促進に関する情報の普及、経営者や管理者向けの産業保健推進に関する啓発などの継続的な取り組みが必要であろう。

今回の研究では、産業医・産業保健活動が、労働者の職場の健康支援に対するポジティブな認知を向上させ、心理的苦痛の軽減やプレゼンティーアイズムの抑制に影響を与える可能性が示された。職場における産業医の存在感を高め、産業保健を積極的に推進していくことが重要である。

11. 参照

- Ahmed I, Nawaz MM. Antecedents and outcomes of perceived organizational support: a literature survey approach. *J. Manag. Dev.* 2015, 34, 867-880.
- Allen D, Hines EW, Pazdernik V, Konecny LT, Breitenbach E. Four-year review of presenteeism data among employees of a large united states health care system: A retrospective prevalence study. *Hum Resour Health.* 2018, 16, 59-9.
- Allen DG, Shore LM, Griffeth RW. The role of perceived organizational support and supportive human resource practices in the turnover process. *J Manage* 2003, 29, 99-118.
- Arocena P, Núñez I. An empirical analysis of the effectiveness of occupational health and safety management systems in SMEs. *International Small Business Journal.* 2010, 28, 398-419.
- Aronsson G, Hagberg J, Bjorklund C, et al. Health and motivation as mediators of the effects of job demands, job control, job support, and role conflicts at work and home on sickness presenteeism and absenteeism. *Int Arch Occup Environ Health.* 2021, 94, 409-418.
- Babin BJ, Boles JS. The effects of perceived co-worker involvement and supervisor support on service provider role stress, performance and job satisfaction. *Journal of retailing,* 1996, 72, 57-75.
- Bakker AB, Bal MP. Weekly work engagement and performance: A study among starting teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 2010, 83, 189-206.
- Bakker AB, Evangelia D. Towards a model of work engagement. *Career development international* 2008
- Barbosa C, Azevedo R, Rodrigues MA. Occupational safety and health performance indicators in SMEs: A literature review. *Work (Reading Mass).* 2019, 64, 217-227.
- Brouwer WB, Koopmanschap MA, Rutten FF. Productivity losses without absence: Measurement validation and empirical evidence. *Health Policy.* 1999, 48, 13-27
- Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging* 2006, 21, 140-151.
- Cancelliere C, Cassidy JD, Ammendolia C, Cote P. Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. *BMC Public Health.* 2011, 11:395-395.
- Chen L, Hannon PA, Laing SS, et al. Perceived workplace health support is associated with employee productivity. *Am. J. Health Promot.* 2015, 29, 139-146.

- Choi, B, et al. Synergistic interaction effect between job control and social support at work on general psychological distress." International archives of occupational and environmental health. 2011, 84, 77-89.
- Cornelius LR, van der Klink JJ, Grootenhoff JW, Brouwer S. Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: A systematic review. J Occup Rehabil. 2011, 21, 59-274.
- Dragano N, et al. Effort-reward imbalance at work and incident coronary heart disease: A multicohort study of 90,164 individuals. Epidemiol (Camb Mass). 2017, 28, 619-626.
- Edmunds S, Stephenson D, Clow A. The effects of a physical activity intervention on employees in small and medium enterprises: A mixed methods study. Work. 2013, 46, 39-49.
- Eisenberger R, Huntington R, Hutchison S, Sowa D. Perceived organizational support. J Appl Psychol 1986, 71, 500.
- Eisenberger R, Stinglhamber F. Perceived organizational support: Fostering enthusiastic and productive employees. American Psychological Association; 2011.
- Eysenbach G. Improving the quality of Web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). J Med Internet Res 2004, 6, e34.
- Fabius R, Thayer RD, Konicki DL, et al. The link between workforce health and safety and the health of the bottom line: tracking market performance of companies that nurture a "culture of health". J. Occup. Environ. Med. 2013, 55, 993-1000.
- Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, et al. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. Int J Methods Psychiatr Res 2008, 17, 152-158.
- Gillet N, Colombat P, Michinov E et al. Procedural justice, supervisor autonomy support, work satisfaction, organizational identification and job performance: the mediating role of need satisfaction and perceived organizational support. J. Adv. Nurs. 2013, 69, 2560-2571.
- Goetzel RZ, Fabius R, Fabius D, et al. The stock performance of C. Everett Koop Award Winners compared with the standard & Poor's 500 index. J. Occup. Environ. Med. 2016, 58, 9-15.
- Goetzel RZ, Long SR, Ozminkowski RJ, Hawkins K, Wang S, Lynch W. Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. J Occup Environ Med. 2004, 46, 398-412.
- Gosselin E, Lemyre L, Corneil W. Presenteeism and absenteeism: Differentiated understanding of related phenomena. J Occup Health Psychol. 2013, 18, 75-86.
- Grzywacz JG, Marks NF. Reconceptualizing the work-family interface: An ecological

- perspective on the correlates of positive and negative spillover between work and family. *J Occup Health Psychol* 2000, 5, 111-126
- Gupta V, Agarwal UA, Khatri N. The relationships between perceived organizational support, affective commitment, psychological contract breach, organizational citizenship behaviour and work engagement. *J. Adv. Nurs.* 2016, 72, 2806-2817.
- Hammen C. Stress and depression. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2005, 1, 293-319.
- Hasle P, Bager B, Granerud L. Small enterprises - Accountants as occupational health and safety intermediaries. *Saf Sci*, 2010, 48, 404-409.
- Ikegami K, Ando H, Kurogi K, Ogami A. Perceived workplace health support and severe psychological distress among Japanese workers: A prospective cohort study. *J Occup Environ Med*, 2023, 65, 992-997.
- Ikegami K, Ando H, Yoshimoto Y, Baba H, Togo H, Sekoguchi S, Ogami A. Relationship between potential advisors on work-related health and psychological distress among Japanese workers: A cross-sectional internet-based study. *Environ Occup Health Pract*, 2023, 5.
- Ikegami K, Yoshimoto Y, Baba H et al. Study protocol and preliminary results of the impact of Occupational Health workers' activities on their health: nationwide prospective Internet-based survey. *JMIR Form. Res.* 2022, 6, e35290.
- Ikegami K, Yoshimoto Y, Baba H et al. The checklist for reporting the results of Internet E-surveys (CHERRIES) for a work systems and health Internet research study (WSHIR study). figshare; 2021.
- Imamura K, Asai Y, Watanabe K, et al. Effect of the national stress check program on mental health among workers in japan: A 1-year retrospective cohort study. *J Occup Health*. 2018, 60, 298-306.
- Inaba R, Kurokawa J, Ueki H. A Survey on Early Support for Workers' Mental Health Problem by the Enterprises, Occupational Health Physicians and Medical Institutions Which Workers with Depression Expect. *Japanese Journal of Occupational Medicine and Traumatology*. 2014, 62, 1-7.
- Jain A, Hassard J, Leka S, Di Tecco C, Iavicoli S. The Role of Occupational Health Services in Psychosocial Risk Management and the Promotion of Mental Health and Well-Being at Work. *Int J Environ Res Public Health*. 2021, 18.
- Johns G. Attendance dynamics at work: The antecedents and correlates of presenteeism, absenteeism, and productivity loss. *J Occup Health Psychol*. 2011, 16, 483-500.
- Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol*. 1998, 3, 322-355.

- Karasek R, Theorell T. Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books. 1990.
- Katz AS, Pronk NP, McLellan D, Dennerlein J, Katz JN. Perceived workplace health and safety climates: Associations with worker outcomes and productivity. *Am J Prev Med*. 2019, 57, 487-494.
- Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. *Am J Public Health*. 1997, 87, 1491-1498.
- Kawakami N, Haratani T, Iwata N, Imanaka Y, Murata K, Araki S. Effects of mailed advice on stress reduction among employees in Japan: a randomized controlled trial. *Ind Health*. 1999, 37, 237-42.
- Kawakami, N, Haratani T. Epidemiology of job stress and health in Japan: review of current evidence and future direction." *Industrial health*. 1999, 37, 174-186.
- Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med*. 2002, 32, 959-976.
- Kivimäki M, et al. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: A systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603,838 individuals. *Lancet*. 2015, 386, 1739-1746.
- Klineberg E, Clark C, Bhui KS, et al. Social support, ethnicity and mental health in adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006, 41, 755-760.
- Konno Y, Nagata M, Hino A, et al. Association between loneliness and psychological distress: A cross-sectional study among Japanese workers during the COVID-19 pandemic. *Prev. Med. Rep.* 2021, 24, 101621.
- Kurogi K, Ikegami K, Eguchi H, et al. A cross-sectional study on perceived workplace health support and health-related quality of life. *J Occup Health*. 2021, 63, e12302-9585.12302.
- Laing SS, Jones SM. Anxiety and depression mediate the relationship between perceived workplace health support and presenteeism: A cross-sectional analysis. *J. Occup. Environ. Med.* 2016, 58, 1144-1149.
- Landstad BJ, Hedlund M, Vinberg S. How managers of small-scale enterprises can create a health promoting corporate culture. *Int J Workplace Health Manag*. 2017, 10, 228-248.
- Lau, J Y Yang X, Tsui H, Pang E, Wing Y. Positive mental health-related impacts of the SARS epidemic on the general public in Hong Kong and their associations with other negative impacts. *J Infect*. 2006, 53, 114-24.
- Lemon SC, Zapka J, Li W, Estabrook B, Magner R, Rosal MC. Perceptions of worksite support and employee obesity, activity, and diet. *Am J Health Behav*. 2009, 33, 299-308.

- Loeppke R, Taitel M, Haufle V, Parry T, Kessler RC, Jinnett K. Health and productivity as a business strategy: A multiemployer study. *J Occup Environ Med.* 2009, 51. 411-428.
- Machida M, Nakamura I, Saito R, et al. The actual implementation status of self-isolation among Japanese workers during the COVID-19 outbreak. *Trop Med Health.* 2020, 48, 63.
- Mattke S, Liu H, Caloyerias J, et al. Workplace Wellness Programs Study: Final Report. Rand Health Q. 2013, 3, 7.
- Michishita R, Jiang Y, Ariyoshi D, et al. The introduction of an active rest program by workplace units improved the workplace vigor and presenteeism among workers: A randomized controlled trial. *J Occup Environ Med.* 2017, 59, 1140-1147
- Ministry of Economy, Trade and Industry (METI). METI shares the health and productivity management scores of 2,000 japanese companies.
<https://www.meti.go.jp/english/mobile/2022/20220615001en.html>.
- Ministry of Economy, Trade and Industry (METI). Announcement of organizations selected under the 2023 certified health & productivity management outstanding organizations recognition program. https://www.meti.go.jp/english/press/2023/0308_004.html.
- Miraglia M, Johns G. Going to work ill: A meta-analysis of the correlates of presenteeism and a dual-path model. *J Occup Health Psychol.* 2016, 21(3):261-283. doi: 10.1037/ocp0000015.
- Mori K, Nagata T, Nagata M, et al. Development, success factors, and challenges of government-led health and productivity management initiatives in Japan. *J Occup Environ Med.* 2021, 63, 18-26.
- Mori T, Nagata T, Nagata M, Otani M, Fujino Y, Mori K. The impact of diabetes status on presenteeism in japan. *J Occup Environ Med.* 2020, 62, 654-661.
- Muto T, Haruyama Y, Higashi T. Descriptive Study of External Employee Assistance Program Providers (EAP) in Japan. *Industrial Health* 2012, 50, 322-325.
- Nagata T, Mori K, Ohtani M, et al. Total health-related costs due to absenteeism, presenteeism, and medical and pharmaceutical expenses in Japanese employers. *J Occup Environ Med.* 2018, 60. e273-e280.
- Nieuwenhuijsen K, Verbeek J, de Boer AGEM, Blonk R, van Dijk FJH. Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *Occup Environ Med* 2004, 61, 817-823.
- Payne J, Cluff L, Lang J, Matson-Koffman D, Morgan-Lopez A. Elements of a workplace culture of health, perceived organizational support for health, and lifestyle risk. *Am J Health Promot.* 2018, 32, 1555-1567.
- Pignata, Silvia, et al. "Interventions: Employees' perceptions of what reduces stress."

- BioMed research international 2017. 2017.
- Ramos, R., G. Jenny, and G. Bauer. "Age-related effects of job characteristics on burnout and work engagement." *Occupational medicine*. 2016, 66, 230-237.
- Rhoades L, Eisenberger R. Perceived organizational support: a review of the literature. *J. Appl. Psychol.* 2002, 87, 698-714.
- Rongen A, Robroek SJ, van Lenthe FJ, Burdorf A. Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness. *American journal of preventive medicine*. 2013, 44, 406-415.
- Rosen RH, Berger L. *The healthy company*. New York, TarcherPerigee, 1992.
- Rugulies R, Aust B, Madsen IE. Effort-reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Scand J Work Environ Health*. 2017, 43, 294-306.
- Sørensen OH, Hasle P, Bach E. Working in small enterprises - is there a special risk? *Saf Sci*. 2007, 45, 1044-1059.
- Sakurai K, Nishi A, Kondo K et al. Screening performance of K6/K10 and other screening instruments for mood and anxiety disorders in Japan. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2011, 65, 434-441.
- Schaufeli and Bakker "Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study" *Journal of Organizational Behavior, J.Oeganiz Behav.* 2004, 25, 293-315.
- Schaufeli, W. B., Shimazu, A., Hakanen, J., Salanova, M., & De Witte, H. An ultra-short measure for work engagement: The UWES-3 validation across five countries. *European Journal of Psychological Assessment*. 2019, 35, 577-591
- Shanock LR, Eisenberger R. When supervisors feel supported: Relationships with subordinates' perceived supervisor support, perceived organizational support, and performance. *J Appl Psychol* 2006, 91, 689-695.
- Shimazu, A., Schaufeli, W. B., Kosugi, S. et al. Work engagement in Japan: Validation of the Japanese version of Utrecht Work Engagement Scale. *Applied Psychology: An International Review*, 2008, 57, 510-523.
- Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol.* 1996, 1, 27-41.
- Statistics Bureau of Japan. Statistical handbook of Japan 2022. Tokyo: Statistics Bureau of Japan; 2022. <https://www.stat.go.jp/english/data/handbook/pdf/2022all.pdf>
- Statistics Bureau of Japan. Statistical handbook of Japan 2023. <https://www.stat.go.jp/english/data/handbook/pdf/2023all.pdf#page=1>
- Suarez MJ, Muniz C. Unobserved heterogeneity in work absence. *Eur J Health Econ.* 2018, 19, 1137-1148.

- Suzuki H, Miyamoto T, Hamada A, et al. A guide for businesses and employers responding to novel coronavirus disease (COVID-19): 4th edition. *J Occup Health*. 2021, 63, e12225-9585.12225.
- The Japan Institute for Labour Policy and Training (JILPT) . Challenges facing Japan: Work styles and labor shortages MHLW's white paper on the labor economy 2019. Japan Labor Issues, 2020, 4, 23.
- The Japan Times. Japanese workers took 62% of the paid leave they were given in 2022. The Japan Times Web site. <https://www.japantimes.co.jp/business/2023/11/26/workers-took-more-paid-leave/>. Updated 2023.
- van Mierlo H, et al. Individual autonomy in work teams: The role of team autonomy, self-efficacy, and social support. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2006, 15, 281-299.
- Vinberg S, Hansen E, Hedlund M, Landstad BJ. Ambiguity among managers in small-scale enterprises: How to handle business and workplace health management. *Societies*. 2017, 7, 31.
- Virtanen M, Stansfeld SA, Fuhrer R, Ferrie JE, Kivimäki M. Overtime work as a predictor of major depressive episode: A 5-year follow-up of the Whitehall II study. *PLOS ONE*. 2012, 7, e30719.
- Viswesvaran C, Sanchez JI, Fisher J. The role of social support in the process of work stress: A meta-analysis. *Journal of vocational behavior*. 1999, 54, 314-334.
- Wang X, Liu L, Zou F et al. Associations of occupational stressors, perceived organizational support, and psychological capital with work engagement among Chinese female nurses. *BioMed Res. Int.* 2017, 5284628.
- Wilkinson RG, Pickett KE. The problems of relative deprivation: Why some societies do better than others. *Soc Sci Med*. 2007, 65, 1965-1978.
- Wright SL, Burt CDB, Strongman KT. Loneliness in the Workplace: Construct Definition and Scale Development. *N. Z. J. Psychol.* 2006, 35, 59-68.
- Xu D, Zhang N, Bu X, He J. The effect of perceived organizational support on the work engagement of Chinese nurses during the COVID-19: the mediating role of psychological safety. *Psychol. Health Med.* 2022, 27, 481-487.
- Yano Y, Kanegae H, Node K, et al. The associations of the national health and productivity management program with corporate profits in Japan. *Epidemiol Health*. 2022, 44, e2022080.
- 厚生労働省. 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き. 2004
<https://www.mhlw.go.jp/content/000561013.pdf>
- 厚生労働省. 労働者の心の健康の保持増進のための指針. 2006

<https://www.mhlw.go.jp/content/000560416.pdf>

厚生労働省. 第 13 次労働災害防止計画 (2018 年度~2022 年度). 2018

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11200000-Roudoukijunkkyoku/0000197907.pdf>

厚生労働省. 2020 年労働安全衛生調査 (実態調査). 2021

https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/r02-46-50_gaikyo.pdf

厚生労働省. 2021 年労働安全衛生調査 (実態調査). 2022

https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/r03-46-50_gaikyo.pdf

厚生労働省. 2022 年労働安全衛生調査 (実態調査). 2023

https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/r04-46-50_gaikyo.pdf

厚生労働省. 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン. 2021

<https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/001225327.pdf>

厚生労働省労働基準局完全衛生部労働衛生課産業保健支援室 “労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル”. 2021

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/pdf/150507-1.pdf>

厚生労働省. 労働安全衛生法.

<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=347AC0000000057>

厚生労働省. 労働契約法.

<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=419AC0000000128>

厚生労働省. 労働安全衛生規則.

https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=347M50002000032_20240401_505M60000100022

経済産業省. 健康経営の推進について

https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/downloadfiles/kenkokeiei_gaiyo.pdf

経済産業省. 健康経営度調査について

https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenkoukeieido-chousa.html

藤野善久ら. 労働時間と精神的負担との関連についての体系的文献レビュー. 産業衛生学雑誌, 2006, 48, 87-97.

12. 研究協力者

産業医科大学 作業関連疾患予防学	教授 大神 明
産業医科大学 作業関連疾患予防学	助教 安藤 肇
パナソニック健康保険組合健康管理センター	産業医 黒木 和志郎
マツダ株式会社	産業医 世古口 真吾
株式会社小松製作所 大阪工場	産業医 馬場 宏佳
産業医科大学 作業関連疾患予防学	産業医学修練医 雜賀 紗子
産業医科大学 作業関連疾患予防学	産業医学修練医 當合 浩史
産業医科大学 作業関連疾患予防学	産業医学修練医 秋山 裕太

13. 研究資金

本研究は、産業医需要供給実態調査経費の他、作業関連疾患予防学研究室：厚生労働科学研究費補助金、厚生労働省からの産業医科大学運営費補助金、奨学寄附金で賄われた。

14. 利益相反について

本研究の利益相反については、産業医科大学利益相反委員会の承認を得ており、公正性を保っている。

15. 成果物

15.1. 出版済み論文

- Ikegami K, Yoshimoto Y, Baba H, et al. Study Protocol and Preliminary Results of the Impact of Occupational Health Workers' Activities on Their Health: Nationwide Prospective Internet-Based Survey. *JMIR Form Res.* 2022 Jul 28;6(7:e35290). doi: 10.2196/35290. PMID: 35900807; PMCID: PMC9337616.
- Ikegami K, Ando H, Yoshimoto Y, et al. Relationship between potential advisors on work-related health and psychological distress among Japanese workers: A cross-sectional internet-based study. *Environmental and Occupational Health Practice*, 2023: 2022-0010-OA.
- Ikegami K, Ando H, Kurogi K, Ogami A. Perceived Workplace Health Support and Severe Psychological Distress Among Japanese Workers: A Prospective Cohort Study. *J Occup Environ Med.* 2023 Dec 1;65(12):992-997. doi: 10.1097/JOM.0000000000002936. Epub 2023 Jul 28. PMID: 37505081.

Kurogi K, Ikegami K, Ando H, Ogami A. Effect of perceived workplace health support on absenteeism and presenteeism among Japanese workers: a prospective cohort study. Journal of Occupational Health, 2025, 67, uiaf018.

15.2. 投稿中論文（2024年6月1日時点）

Ikegami K, Ando H, Ogami A, Kurogi K. Factors associated with perceived workplace health support among Japanese workers: A prospective cohort study

第5章 教育困難地域での実務指導手法の開発

教育困難地域の展開

【目 的】

東北地方のように企業側の産業医・産業保健のニーズに未だ十分な対応が出来ていない地域においては、衛生委員会、職場巡視、安全衛生教育等の基本的な産業保健活動を継続的に実践する事が地域産業保健の定着・活性化や発展の契機になり得るのではないかと思われる。新型コロナ感染症蔓延する中で社会に浸透してきたAR（Augmented Reality：拡張現実）やVR（Virtual Reality：仮想現実）などのICT（Information and Communication Technology：情報通信技術）の活用による地域産業保健の定着・活性化を試みる。

【方法】

AR（拡張現実）デバイス：スマートグラス（EPSON MOVERIO BT-300^R）を利用した遠隔職場巡視の実施
産業医研修（実地）へのVR（仮想現実）デバイス：VRヘッドセット（Oculus Quest2^R）やスマートフォンの活用

COVID-19感染拡大に伴う特例措置と当時の実情

改 正 基発0311第3号
令和2年3月11日

都道府県労働局長 殿

厚生労働省労働基準局長
(公印省略)

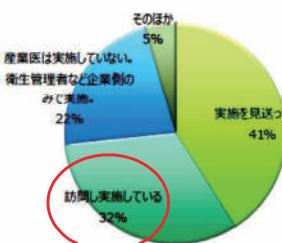
新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえた労働安全衛生法に基づく
健康診断の実施等に係る対応について

標記について令和2年3月3日付け基発0303第1号（以下「通達」という。）を
もって通知したところであるが、通達に基づく取扱いについて以下のとおり改正す
るので、都道府県労働局及び労働基準監督署においては事業場への周知等について
適切に対応されたい。

1. 一般健康診断の実施時期を、令和2年6月末まで延期可
2. 特殊健康診断は三密対策を講じて実施する必要あるが実施困難な場合、令和2年6月末まで延期可
3. 安全衛生委員会等の開催、令和2年6月末までの間、テレビ電話による会議方式など弾力的な運用可



職場巡回の状況を教えてください



要点

- 前回と同様に訪問継続している事業場が3割を超える。
- 訪問継続により、「現場の感染予防対策を確認することもできる」という意見が見られた。（後記「現場の声」参照）
- 衛生委員会や産業医面接にくらべると、職場巡回を見送る事業場が多い。

317事業場の産業医から回答

調査時期：2020年4月29日～6月5日

株式会社ドクタートラストのWeb資料より

AR（拡張現実）を利用した職場巡回



- ・映像・音声を共有し双方でリアルタイムでやり取りが可能
- ・装着者・支援者 両者の目線で確認（複数人のチェック）
- ・支援者側からの指導が可能



EPSON MOVERIO BT-300R



巡回者を最小限に限定

移動コストの削減

遠隔地での定期巡回も可能

複数人で支援することで専門性の高いチェックが可能

AR（拡張現実）を利用した職場巡視

東北大学の仙台市内の研究所および県外の研究所にて実施



デバイス：スマートグラス（EPSON MOVERIO BT-300R）

VR機器の特徴

	VRヘッドセット	VRゴーグル（+スマートフォン）
価格	37,180円（64G）	3,000円～5,000円
コントローラー	あり	無し 又は あり
画像	3D（単眼画像）	3D（双眼画像）
セキュリティー	○	△（YouTubeに画像をupdate）
PCミラーリング	あり	なし
利点	臨場感のある職場巡視体験 PC画面とリアルタイムで画像共有可	臨場感のある職場巡視体験 安価
短所	不慣れでVR酔い	リアルタイムで共有不可、VR酔い



VR（仮想現実）デバイスの感染症対策



VR（仮想現実）を活用した職場巡回実地研修

実施日	研修会名	参加人数	使用機器
2021/11/7	東北大学産業医学研修会	100名	Oculus Quest2
2021/12/21	宮城産業保健総合支援センター産業医研修会	28名	Oculus Quest2
2022/3/22	塩竈市医師会産業医学研修会	19名	iPhoneSE VRゴーグル

- ・iPhoneとVRゴーグルを用いた360°画像を用いた職場巡回実習は、産衛全国協議会にて職場改善ネットワークグループが自由集会で既に実施
- ・指摘・改善事項等が含まれた写真を用いての実地研修より360°画像を用いた実習は臨場感があり、自身で問題点や良好点を指摘するため教育効果が高い
- ・デバイスの準備や操作性（画像の停止、再開）VR酔いなど課題も有り

【考 察】

- ・ ARデバイスを用いた職場巡視は、巡視者数を最小限に絞りながらも、巡視の質を担保し、将来的に遠隔地等の巡視にも応用できる可能性がある。
- ・ VRデバイスを用いた実地研修では、疑似体験可能で、より教育効果の高い研修の実施が期待できる。

【結 語】

VR・ARデバイスの産業保健活動への活用は、産業医が現地を訪れ五感を活用した職場巡視が原則とある中で、補助的な役割として感染症対策の用件を満たしながら、産業保健活動の遠隔展開や教育効果の向上を通じて、地域産業保健の定着・活性化に繋がる有効な手法となりえると思われた。

実地研修におけるIT機器の活用

～第2報～

【概 要】

- ・ICT（Information and Communication Technology：情報通信技術）のうち AR（Augmented Reality：拡張現実）やVR（Virtual Reality：仮想現実）の活用による産業保健活動への応用を昨年紹介した。
- ・新型コロナ感染症の感染拡大と鎮静化が繰り替えされる中で、実地研修（特に職場巡回）の認定産業医単位取得が困難となった。
VRを活用した教育効果の高い実地研修の開催を試み好評を得ているので紹介する

VR機器の特徴

	VRヘッドセット	VRゴーグル (+スマートフォン)
価格	37,180円 (64G)	3,000円~5,000円
コントローラー	あり	無し 又は あり
画像	3D (単眼画像)	3D (双眼画像)
セキュリティー	○	△ (YouTubeに画像をupdate)
PCミラーリング	あり	なし
利点	臨場感のある職場巡回体験 PC画面とリアルタイムで画像共有可	臨場感のある職場巡回体験 安価
短所	不慣れでVR酔い	VR酔い



VR（仮想現実）デバイスの感染症対策



VR職場巡視実地研修

実施日	研修会名	参加人数	使用機器
2021/11/ 7	東北大学産業医学研修会	100名	Oculus
2021/12/21	宮城産業保健総合支援センター産業医研修会	28名	Oculus
2022/ 3/22	塩竈市医師会産業医学研修会	19名	iPhone
2022/ 9/ 6	宮城産業保健総合支援センター	30名	Oculus, Android
2022/ 9/30	第32回 日本産業衛生学会全国協議会 (職場改善推進ネット)	30名	Oculus, iPhone, iPad
2022/10/19	大崎市医師会	25名	Oculus, iPhone
2022/11/ 6	東北大学産業医学研修会	120名	Oculus, Android
2022/12/20	宮城県医師会	36名	Oculus, Android

Oculus: Oculus Quest2

iPhone: iPhone SE + VRゴーグル

Android: Android + VRゴーグル

協力：東北大学電気通信研究所報コンテンツ研究室（北村喜文教授）

【参加者感想】

- ・写真やビデオ画像を用いた研修と比較して、作業環境の問題点や良好点を自ら探さなければならぬ点で研修効果が高い
- ・Oculusで特に実際に現場に行っているような没入感がありリアリティーのある研修ができた
- ・楽しく研修できる
- ・酔つて長時間視聴できない
- ・画質が良くない（iPhone）

【実施後評価】

- ①訪問時に近い疑似体験可能で、教育効果の高い研修の実施が期待できる。
- ②移動時間・費用のコスト削減可能
- ③研修開催時間も日中に限られないことが良い

【課題】

- ①VRデバイス着脱の煩雑さ、装着時重量の解決策として新たな機器を導入を検討
- ②VR体験後のVR酔い改善のため教材で用いる360度動画の質の向上を図る
- ③視聴以外の方法を加えることにより更に臨場感のある体験学習が可能となるか検討する
- ④仮想空間内で複数人が同時に巡回・ディスカッション出来ないか検討する
- ⑤様々な事業場の協力を得て、実地研修の教材集を作成する
- ⑥デバイスのプログラムファイルアップデート対応
- ⑦産業医が現地を訪問し、五感を活用した職場巡回を重視する中での補助的な役割

第6章 大企業における産業保健課題 解決のための調査

産業医科大学運営費補助金対象の産業医需要供給実態調査

大企業の全社的産業保健マネジメント体制に関する研究

研究分担者 永田昌子 産業医科大学医学部 両立支援科学 准教授

研究分担者 森 晃爾 産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学 教授

A. 目的

労働安全衛生法令で従業員数 50 人を超える事業所には産業医を選任が求められる。現在日本では、産業医の選任義務がない 50 人未満の事業所で働く労働者が約 55% を占め、産業医による健康管理は、すべての労働者に提供されていない実態がある。一方、大企業の中には、産業医や産業看護職を複数名雇用し、小規模な支店や事業所に所属する同企業に所属する従業員に対しても健康管理を行っていたり、グループ会社の社員に対しても一定程度の健康管理を行っている事業所もみられる。さらに事業所の構内に入場する別会社の社員に対して、健康増進プログラムの参加を認めたり、健康管理の徹底を要求するなど関与している企業もある。大企業の産業医および産業看護職が関与している範囲や関与の仕方、また具体的な取組がどの程度行われているのか、課題などの実態について明らかにした研究は多くない。大企業の産業医や産業看護職が自社の小規模事業場だけでなく、関連会社の従業員などに対しても一定の健康管理を行っている良好な取り組みや問題点を明らかにすることは、日本のすべての労働者に産業医や産業看護職による健康管理を提

供できる体制を整えていくための基礎資料となりうる。

B. 方法

企業グループ全体で健康管理を行っている産業医に対してインタビュー調査を行った。

1) 対象者

本研究では、大企業に所属し、統括的立場にある産業医を対象とする。統括産業医の機能に関して専門誌に学会発表をしている産業医を起点にスノーボールサンプリング法にて募集する。本研究の説明をメールで連絡し返答があった方に、テレビ電話システムを用いて、口頭及び文書で行い、同意を得られた方を対象者とした。

2) インタビュー時期

2020 年 10 月～2021 年 12 月

3) インタビュー方法

研究参加者に対して、30 分～1 時間の半構造化面接を実施し、内容分析法により解析する。インタビューは、2 名の質的研究経験者により実施する。インタビュー内容を録音し、逐語録を作成し結果をまとめた。

4) インタビュー内容

半構造化面接では、以下のような内容を聴取する。

- ・所属している事業場以外に従事している従業員の健康管理を行っていますか。
- ・具体的に行っている健康管理を教えてください。
- ・グループ会社もしくは資本関係がない関連会社の従業員の健康管理に対して何等か関与されていたら教えてください。
- ・グループ会社もしくは資本関係がない関連会社の従業員の健康管理を行う上で、工夫している点がありましたら教えてください。
- ・グループ会社もしくは資本関係がない関連会社の従業員の健康管理を行う上で課題や制約となっている事項がありましたら教えてください。

5) 倫理的配慮

対象者の自由な選択と同意撤回の保障、対象者のプライバシー確保に関する対策について産業医科大学倫理委員会にて審査を受けた。

C. 結果

1) インタビュー対象者

インタビュー対象者は 8 名であった。

インタビュー対象者がそれぞれ所属する企業は製造業 4 社、小売業 2 社、金融 1 社、サービス業 1 社であった。

2)

今回インタビューした企業では、企業本体に所属し、50 人未満の事業所に所属

する従業員については、1 社を除いて、50 人以上の事業所と同等の健康管理を行っていた。しかし、職場巡視や衛生委員会などは実施されていなかったが、本体もしくは管理部門が規定等を策定し、全社に展開すること、相談があれば対応するなどで作業環境管理・作業管理にも一定の関与がなされていた。対応するスタッフは本社スタッフもしくは近くの事業所に所属するスタッフであった。

グループ会社に対しての関りは、本体の健康管理部門がサービスを提供している企業と、方針や規定等によって間接的にグループ会社に関与する企業がみられた。本体企業が健康管理サービス提供をする場合は、契約を結び提供していた。本体企業が作成したグループ規定等（メンタルヘルス復職のルール、健康診断項目）を公表し情報を共有、展開することで、各グループに応じた健康管理を促す企業もみられた。企業本体の関与の有無に影響を与える要素として、資本関係、健康保険組合が同一か、グループ会社の成り立ち、事業の関連性、人事部門の方針などに影響を受けていると考えられた。

構内出入り業者への関与をしている企業も数社みられ、プロパー社員健診結果の確認などの関与も行われていた。一方、関与がない企業もあった。

D. 考察

企業グループ全体で健康管理を行って

いた統括的立場の産業医にインタビューを行った。

50人未満の事業所に所属する従業員についてはほぼ同一の健康管理サービスを行われている企業が多かった。

企業グループ全体で健康管理を行う方法は様々であり、資本関係、健康保険組合が同一か、グループ会社の成り立ち、事業の関連性、人事部門の方針などに影響を受けると想定された。それぞれの企業グループでの最適解の結果として、健康管

理の提供や本体の役割にはばらつきがあった。

今回の調査結果では、企業グループ全体の健康管理の方法はいくつかの方法があることが分かった。これらの結果をもとに、企業グループ全体の健康管理を促す方策を検討・実施することで、産業保健サービスのカバー率を上げる可能性がある。

資料 1

A 社 運輸業

所属している事業場以外の従業員の健康管理

—50 人未満の事業場の健康管理

担当産業医、担当保健師は配置している

健康診断の事後措置	実施	過重労働面談	実施
ストレスチェック	実施	復職面談	実施
職場巡視	相談があれば 実施	衛生委員会	未実施

健康診断の事後措置／過重労働面談等

⇒対象者の選定や連絡などは本社の管理部門が実施)

作業環境管理・作業管理 要領やルールなどは 50 人以上の事業所と同一、管理部門から水平展開あり

資本関係がある もしくは 資本関係がない関連会社の健康管理

—資本関係の有無により健康管理への関与が異なるのではなく、本業との関連の強さの違いにより、産業保健体制だけでなく、他の活動においても経営が一体で行われているグループ会社に関与している。

一本業との関連が小さく、規模の大きいグループ会社は、100%子会社であっても、独自にやっているところもある。

—出向社員；本体が健康管理を担っていないグループ会社に出向した場合、本社は出向期間中の健康管理は行わない。

関連会社の健康管理を行う上で制約となっている事項

—監査部門から産業医の安全衛生委員会の欠席について指摘あり、複数の事業所を担当することが難しくなった。

B 社

製造業

所属している事業場以外の従業員の健康管理

—50 人未満の事業場の健康管理

上位の組織の事業所にいる産業医／保健師もしくは本社が対応する

担当制を整える方針である

健康診断の事後措置	実施	過重労働面談	実施
ストレスチェック	実施	復職面談	実施
職場巡視	年に 1 回程度 実施	衛生委員会	未実施

健康診断の事後措置／過重労働面談等

⇒対象者の選定や連絡などは本社の管理部門が実施)

作業環境管理・作業管理 要領やルールなどはドメインごとに決まる。ドメインごとに安全衛生の要領・ルールは支店などにも情報がおりる仕組みとなっている

資本関係がある もしくは 資本関係がない関連会社の健康管理

—グループ全体で健康管理を実施していく方針であり、関連会社と契約を結び始めている。

関連会社のプロパー社員も対象範囲である。健康保険組合が同一の関連会社は、健康管理サービスを同一にしていく方向で進めやすい。ルールや書式、システムも本体に合わせる方向で進めている。健康保険組合が異なると、関連会社の関係の強さ等で個別に決めている。

相談があれば対応する、海外の現地法人のローカルワーカーについても、相談があれば対応する

一出向者は出向先の企業に健康管理をお願いしているが、一般健康診断については本体が管理する、もしくは健康診断の項目や自己負担が異なることもあります、費用を補助するなどしている

一構内出入り業者に対して、入構教育で健康診断の一定の基準（意識消失発作についての問診と血圧等）を示しており、健康管理部門が全数の確認はしていないが、相談があれば対応している。

C社

小売り業

所属している事業場以外の従業員の健康管理

—海外駐在者は実施している

—50人未満の事業場の健康管理

健康診断の省略項目の判断はグループ社員含め全員実施

健康診断の事後措置	未実施	過重労働面談	実施している企業 EAP等に発注
ストレスチェック	実施	復職面談	直接未実施も 人事からの相談 に応じる
職場巡視	労災が発生し た後に相談が あれば実施	衛生委員会	未実施

資本関係がある もしくは 資本関係がない関連会社の健康管理

—連結会社を対象にした人事部長が集まる会議体にて、本体で作った規定等を公表し、それを参考に各会社での検討を求める形で関与している。本体に合わせる形で実施する企業もある。会社の成り立ち（買収されたなど）により本体に合わせる文化がない企業もある。

—安全管理として回転体の安全装置等についても同様に、規定を公表している。

—健保が同一の企業については、健康イベントや健康情報の発信は、保健師が行なっている。

—出向者の健康管理は出向先で行ってもらう。

関連会社の健康管理を行う上で制約となっている事項

—費用の負担

D社

製造業

所属している事業場以外の従業員の健康管理

—海外駐在者は実施している

—50人未満の事業場の健康管理

担当産業医、担当保健師は配置している

健康診断の事後措置	実施	過重労働面談	実施
ストレスチェック	実施	復職面談	実施
職場巡視	未実施	衛生委員会	未実施

資本関係がある もしくは 資本関係がない関連会社の健康管理

—グループ会社に本体で作った規定等を公表し、それを参考に各会社での検討作成を求める形で関与。過重労働面談の対象となる時間外労働時間は会社によって異なる

—グループ会社と健康管理システムは同一。

—希望する子会社とは健康管理の提供について契約を結んでいるが、100%子会社でも契約していない箇所もあり。資本よりも、会社の成り立ちや本業との関連の強さが影響しているかもしれない。

—健康増進活動については、株式を50%以上持っている子会社については、健康保険組合が同一であり、同じ活動を行っていこうとする方針である。

—構内立ち入り業者の従業員の健康管理について関与なし

関連会社の健康管理を行う上で制約となっている事項

事業場を基本とする安全衛生管理体制

管理職の認識が本体とグループ企業で大きく異なる場合があり。管理職に行われている通常の教育も異なることなどの理由が考えられる。

E社

小売業

—50人未満の事業場の健康管理

健康診断の事後措置	実施	過重労働面談	実施
ストレスチェック	実施	復職面談	実施
職場巡視	年に2回程度	衛生委員会	未実施

同じ社員なので、所属企業の大小に関わらず、同じ健康管理・サービスを提供するかどうかは、人事部門等の方針に依存するのではないか。

本部の機能として様々な相談がくる、そして対応している。

各店舗は小さく、間接部門が少ないので、安全衛生・健康管理は中央安全性委員会で審議されている。各店舗は小さく、労災事故も店舗ごとには発生率が低いが、全体では年間一定程度発生する。それに対してマニュアル等必要であれば本部が決めている。

資本関係がある もしくは 資本関係がない関連会社の健康管理

—関連会社で健康管理の提供の契約を結んでいる会社がある。職場巡視や衛生委員会以外は実施している。

店舗に入っているテナントの従業員 健康診断と一緒に実施

グループ会社も最低限関与、管理してほしいという声もあり。

その他

一店長等が複数店舗を掛け持ちしている場合もある。専属性がないため、衛生管理者を選任できないことがあり、事業場を基本とする安全衛生管理体制と乖離がある。

一短時間のバイトの人が仕事の掛け持ちなどで長時間働いてる場合の情報把握と対応の困難さ

一労基署の指摘で、健康診断の個人票を店ごとに5年間保管することを求められるが、複数店舗に在籍していたり、店舗を数年ごとに交代していく従業員に対して、各店舗に5年間保管する必要性はないのではないか。

F社

金融

—50人未満の事業場の健康管理

担当保健師は配置している。

健康診断の事後措置	実施	過重労働面談	実施
ストレスチェック	実施	復職面談	実施
職場巡視	未実施	衛生委員会	未実施

健康診断後の保健指導の基準は、専属産業医がいる事業場と地方の事業場では異なる規定等は統一のものがある

メンタルヘルス教育（セルフケア、ラインケア）や健康プログラムはeラーニングにして、展開している。

資本関係がある もしくは 資本関係がない関連会社の健康管理

ー出向者は出向先に健康管理を依頼、出向先での健診結果のデータは本体にない

関連会社の健康管理を行う上で制約となっている事項

事業場を基本とする安全衛生管理体制

G社

サービス業

—50人未満の事業場の健康管理

担当保健師は配置している。

健康診断の事後措置	実施	過重労働面談	実施 規定は異なることあり
ストレスチェック	実施	復職面談	実施 規定は異なることあり
職場巡視	保健師が規模に応じ1-3年に1回	衛生委員会への参加	衛生委員会は実施しているが、産業医は出席していない

—産業医面談を必要とする休業期間は、グループ共通マニュアルでは1カ月とされており、2週間もしくは8週間で実施する企業がある。

—グループ共通マニュアルは健康診断に関してもあり、グループ全体が参加する健康管理会議などで決めていった

資本関係がある もしくは 資本関係がない関連会社の健康管理

—連結決算対象会社は健康管理契約を結び、健康管理を提供している。これらの会社は健康保険組合がほぼ同一だが、異なる会社もある。セミナーや健康増進プログラムもすべて一緒である

—出向社員も健康管理を行っている。

関連会社の健康管理を行う上で制約となっている事項

—グループ会社は同一のサービスを行っているが、事業内容や企業の体力、就業規則（労働時間、休職期間など）はそれぞれ違うので、同じサービスを提供できないことあり。

H社

製造業

—50人未満の事業場の健康管理

担当保健師は配置している。

健康診断の事後措置	実施	過重労働面談	実施 規定は異なることあり
ストレスチェック	実施	復職面談	実施 規定は異なることあり
職場巡視	産業医が規模に応じ1年に3-4回	衛生委員会への参加	開催と産業医の出務をしているところもあり

—健康管理契約

—ヘルシー定食が食べることができないなどの差はある

資本関係がある もしくは 資本関係がない関連会社の健康管理

—グループ会社と健康管理契約を結び、健康管理を提供している。

関連会社の健康管理を行う上で制約となっている事項

—グループ会社は同一のサービスを行っているが、就業規則（労働時間、休職期間など）はそれぞれ違うので、同じサービスを提供できないことあり。

産業医需要供給実態調査事業報告書

発 行 令和7年3月

編 集 産業医需要供給実態調査事業委員会
学校法人産業医科大学 大学事務部キャリア支援課

〒807-8555
福岡県北九州市八幡西区医生ヶ丘1番1号
(代表電話番号: 093-603-1611)

不許特製©UOEH2025