

健康診断実施機関ネットワーク利用による事業場健康管理の質向上 〈3年計画 2年目〉

研究代表者 山口産業保健総合支援センター産業保健相談員 奥田昌之
研究分担者 山口大学保健管理センター 教授 山本直樹
山口大学保健管理センター 保健師 梅本智子

1. はじめに 労働安全衛生法の規定に基づき、事業場は労働者に対して、事業者が一定の検査項目について、毎年定期的に行う健康診断(一般健康診断)を行わなければならない、ほとんどの労働者は健康診断を受ける機会があったと考えることができる。

労働安全衛生法に定められた健康診断は、他の健康診査・健康診断と同様で事後措置が必要であり、とくに労働者の場合には健康診断後の措置(労働安全衛生法第66条の4,5)を行う必要がある。しかし、事業場で措置がどれほど実施されているかという実態について情報がこれまでほとんどない。

2019年度山口産業保健総合支援センターでは山口県内の事業所を対象に郵送調査を行い、就業上の意見聴取、就業上の意見の活用、保健指導の実施についての実態を明らかにし、事業場外の健康診断実施機関から事業場へのアプローチする方法があるのではないかと提案した。

2020年度は2019年度の調査データを、多変量解析を用いて再解析し、事業場の健康診断後の健康管理に関わる要因を明らかにすることとした。

2. 方法 令和元年に山口県内の従業員数30人から99人の事業所500か所に郵送調査を実施し、回答を得た290事業所であった。目的変数は次のとおりである。意見聴取について、「意見聴取記録あり」とその他の2値変数に分類した。就業に関する意見を活かす仕組みは、「ある」、「なし」とし2値変数に変換した。医師や保健師による保健指導は、「ある」、「なし」の2値変数に変換した。説明変数は次のとおりである。回答の労働者規模は、50人未満と、50人以上の2値変数にまとめた。健

康診断の検査の実施方法は、「自社のみ」、「自社実施、外部機関の併用」、「保険組合等のみ」、「保険組合等利用との併用」の4群に再分類した。健康診断結果の保存方法は、「個人結果票」と「リスト(一覧)」の2値に分類した。業種16種類とその他の17選択肢のうち、回答が少なかった業種を統合し12水準とした。解析は、ロジスティック回帰分析を行って、オッズ比を求めた。説明変数はすべて名義変数として扱った。統計解析にはR 4.0.3(Cran Project)を用い、p値0.05未満を有意な結果とした。

3. 結果 健康診断実施後の産業医等の意見聴取の記録がないことに関連する要因は、労働者規模50人未満(オッズ比1.96、95%信頼区間1.14~3.35)、健康診断を外部委託あるいは自社で実施する(4.07、1.18~13.95)、健康保険組合等利用(8.06、1.93~33.65)、業種では製造業を基準に建設業(3.49、1.45~8.43)、金融・広告・商業(4.50、1.39~14.60)であった(表1)。

就業に関する意見を活かすかどうかについては、176件の回答しかなかった。就業に関する意見の結果を活かす仕組みがないことに関連するのは、金融・広告・商業(10.06、1.56~64.74)、教育・研究業・官公署(23.98、2.31~248.86)であった。労働者規模、健康診断実施方法、健康診断結果の保存方法には関係がなかった。医師・保健師の保健指導をしていないことに関連する有意な要因はなかった。

4. 考察 産業医等の意見聴取と関連のあった健康診断実施方法として健康保険組合等の利用、労働者規模50人未満の要因をオッズ比で確認でき、さらに業種として、建設業、金融・広告・商業との関連を明らかにした。

今回業種では、建設業、金融・広告・商業で産業医の意見聴取が記録されていない割合が多かった。業種団体へのアプローチに効果があるかもしれない。金融・広告・商業は調査数が少なく統合した分類なので業種別アプローチに取り組むには別に詳細に検討する必要がある。建設業は事業所数も多く、建設業団体で建設業事業者が集まる機会などを利用するのがよいかもしれない。

就業に関する意見の活用については、有意な関係があった金融・広告・商業と教育・研究業・官公署のどちらも統合分類で個々の業種での事業所数は少なくアプローチが難しい。また、就業に関する意見の活用は回答数は全体の61%であり、意見の活用よりも就業に関する意見を聴取する機会を増やす必要がある。保健指導の実施について有意に関連する要因はなかった。健康保険組合等も特定保健指導として保健指導を実施しているため、今回の調査では関連を明らかにできなかったかもしれない。

表1 就業意見の記録なしに関連する要因のオッズ比

	n	記録なし	多変量解析			p 値
			オッズ比	信頼区間下限	信頼区間上限	
Q11 労働者規模	284					
50人未満以上	130	51	基準			
50人未満	154	85	1.96	1.14	3.35	0.015
Q2 健診実施	282					
1 自社実施	17	4	基準			
2 委託・自社	188	90	4.07	1.18	13.95	0.026
3 組合のみ	35	25	8.06	1.93	33.65	0.004
4 複合	42	17	2.25	0.59	8.61	0.238
Q4 結果保存	284					
個人票	217	106	基準			
リスト	67	30	0.96	0.52	1.79	0.897
Q10 業種	281					
製造業・鉱業	52	15	基準			
建設業	47	28	3.49	1.45	8.43	0.005
農林・畜産・水産業	3	1	1.36	0.11	16.81	0.812
運輸交通業	32	14	2.33	0.88	6.16	0.089
貨物取扱業	4	1	0.70	0.06	7.51	0.764
通信業	7	3	1.74	0.32	9.37	0.520
金融・広告・商業	18	11	4.50	1.39	14.60	0.012
接客娯楽業	5	3	3.46	0.51	23.73	0.206
教育・研究業・官公署	11	5	3.23	0.79	13.28	0.104
清掃・と畜業	6	2	1.09	0.17	6.90	0.925
保健衛生業	33	16	3.87	1.42	10.60	0.008
その他	63	37	3.71	1.63	8.44	0.002

文献を渉猟しても就業区分判定実施を中小規模事業場に広めることに関する報告はほとんど見つからなかった。就業状況や作業環境を把握していない健康診断実施機関に属する医師が就業区分判定をすることには無理があるかもしれない。しかし有害因子を扱わない事業場が多く、特殊健康診断や深夜業などの健康診断を行う必要のない事業場を対象に健康診断機関が就業区分判定を行っている可能性がある。少なくとも診断区分判定に加えて医師が就業区分判定をすることで健康診断結果を見直すこととなり負に働くことはないだろう。健康診断実施機関が就業区分判定を行っている実態について今後調べる必要がある。

産業医や衛生管理者への教育、啓発ばかりでなく、健康保険組合等を利用する健康診断の仕組みのなかで、事業場に医師の就業上の意見を聴取させることを伝え、とくに建設業などの業種別の団体に働きかけるのがよいと考えられた。