労災疾病臨床研究事業

有害業務に係る特殊健康診断の諸課題に対する実態把握と課題解決のための調査研究

（230601-01）

令和7年度
総括・分担研究報告書

令和8年3月

研究代表者

森　晃爾

公益社団法人 全国労働衛生団体連合会
労働衛生サービス機能評価委員会 委員長

目　次

総括研究報告書

有害業務に係る特殊健康診断の諸課題に対する実態把握と課題解決のための調査研究

研究代表者　森　晃爾　……　1

分担研究報告書

1．労働衛生機関におけるばく露関連情報収集の実態と判定基準が有所見率に及ぼす影響に関するアンケート調査

研究代表者：森　晃爾

研究分担者：立道昌幸　……　11

2．特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアルの作成

研究代表者：森　晃爾

研究分担者：立道昌幸

研究分担者：山本健也　……　35

3．化学物質の健康影響モニタリングにおける標的健康影響およびその検査項目に関する国内外の情報の整理

研究分担者：山本健也　……　97

4．「特殊健康診断における適正な情報収集と判定」のアジア諸国における現状

研究代表者：森　晃爾

研究分担者：立道昌幸……　163

令和７年度　労災疾病臨床研究事業

総括研究報告書

有害業務に係る特殊健康診断の諸課題に対する実態把握と課題解決のための調査研究

研究代表者

森　晃爾

全国労働衛生団体連合会労働衛生サービス機能評価委員会委員長

研究分担者

立道昌幸

東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　教授

令和7年度労災疾病臨床研究事業　総括研究報告書

有害業務に係る特殊健康診断の諸課題に対する実態把握と課題解決のための調査研究

研究代表者：森　晃爾　全国労働衛生団体連合会　労働衛生サービス機能評価委員会　委員長
研究分担者：立道昌幸　東海大学・医学部・衛生学公衆衛生学・教授
研究分担者：山本健也　労働安全衛生総合研究所・化学物質情報管理研究センター・部長

本研究は、産業医や健康診断機関等で、特殊健康診断の判定に携わる者が利用するために「特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル」を作成して、特殊健診の判定に関する考え方を整理することを目的とする。最終年度に当たる令和7年度は、労働衛生機関を対象としたアンケート調査による有所見率のばらつきと判定基準の影響の検討、「特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル」の完成、個別規制化学物質の標的健康影響に関するデータシートの整備、ならびにアジア4か国（韓国・タイ・シンガポール・日本）の特殊健康診断制度の国際比較を行った。

労働衛生機関におけるばく露関連情報収集の実態と判定基準が有所見率に及ぼす影響に関するアンケート調査

全衛連加盟 115 施設を対象とした横断的アンケート調査により、特殊健診の有所見率と判定基準の実態を検討した。ばく露関連情報（SDS・作業環境測定結果等）の入手は大多数の施設で 25%未満にとどまり、情報収集が不十分な状況が確認された。施設間の有所見率は大きくばらつく一方、施設内での健診種別間の相関は高く、施設独自の判定基準の影響が示唆された。所見とばく露の関連性を重視しない施設では有機溶剤健診の有所見率が有意に高く、生物学的モニタリング値を非職業性要因の除外なく判定した場合にも有所見率が上昇する傾向が認められた。判定手順の標準化と事業者・労働衛生機関間の情報共有の仕組みの整備が急務であることが示された。

「特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル」の作成

インタビュー調査およびアンケート調査の結果を踏まえ、「特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル」を完成させた。マニュアルは、①収集・共有すべきばく露関連情報、②判定レベル（Ⅰ～Ⅲ）と医師の役割、③特殊健診全体のプロセス、④事業者と労働衛生機関の役割分担、の 4 項目で構成された。企業専属産業医・労働衛生機関の医師・渉外担当者へのインタビューおよび厚生労働省担当課との確認を経て内容の妥当性を検証し、最終版を確定させた。本マニュアルの活用により、労働衛生機関における判定の質の平準化と、事業者が適切な事後措置を実施できる体制の構築が期待される。

化学物質の健康影響モニタリングにおける標的健康影響およびその検査項目に関する国内外の情報の整理

個別規制化学物質に関する特殊健診の判定精度向上を目的に、現行の特別規則で規制されている 126 物質について、GHS 政府分類・海外ガイドライン等を基に標的臓器・標的健

康影響を整理したデータシートを作成した。比較可能な 26 物質のうち 20 物質で国内法令と海外情報に差異が認められ、1,3-ブタジエンやカドミウム等では国際的に採用されている有害性が未反映であることが明らかになった。また、平成元年に導入された生物学的ばく露モニタリング項目についても見直しの必要性が示された。本データシートは、産業医・労働衛生機関における判定の精度向上とリスクアセスメント対象物健康診断の運用に資するものである。

「特殊健康診断における適正な情報収集と判定」のアジア諸国における現状

韓国・タイ・シンガポールを対象に現地訪問インタビュー調査を実施し、日本を含めた4か国の制度を比較した。制度の設計思想は物質列挙型からリスクベース型に至るスペクトラムが認められ、韓国は物質列挙型で職業環境医学専門医への実施者限定と指定機関制度の二重要件を課し、タイは HRA に基づくリスクベース型、シンガポールは 19 要因に限定した指定事業場医（DWD）制度を採用していた。3か国いずれも実施者に専門的資格要件を課しており、資格要件のない日本との相違が明確であった。タイの HRA モデルはリスクアセスメント対象物健康診断の参考となり得る。個別事業場レベルでの職業性疾病検出の限界は国際的に共通する課題であり、国レベルのモニタリング体制の構築の重要性が確認された。

研究協力者

深井航太　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　准教授

日野優希　産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学　非常勤助教

宇根 理　　産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学　修練医

A. 研究の背景と目的

労働安全衛生法に基づく健康診断の結果、異常の所見があると診断された労働者については、事業者は、その労働者の健康を保持するために必要な措置について、医師又は歯科医師の意見を聴き、必要があると認めるときは、当該労働者の実情を考慮して、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮、深夜業の回数の減少等の措置を講じるほか、作業環境測定の実施、施設・設備の設置や整備等の措置を講じることが必要となることから、異常の所見の有無に関する判断基準は非常に重要なものである。

健康診断のうち、労働者の健康状況の把握を主たる目的とした「一般健康診断」の結果の判定については、健康診断実施機関は、日本人間ドック・予防医療学会などの関連学会等が示す判定値（基準値）を参考にし、就業区分も「健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針」に基づき、概ね適正に処理されていると考えられる。

一方、有害物質へのばく露の程度に関する情報の収集、健康障害リスクの未然発見や有害作業因子による健康障害の早期発見と対象などを目的とする「特殊健康診断」（以下「特殊健診」という。）の結果の判定については、「昭和 46 年度労働省労働衛生試験研究」により、「管理 A」、「管理 B」、「管理 C」、「管理 R」、「管理 T」という 5 つの管理区分とその場合の事後措置が示されており、現在も多くの健康診断機関がこれを参考にしている。

しかしながら、例えば、「管理 B」の症状区分は「管理 C には該当しないが、当該因子によるかまたは当該因子による疑いのある異常が認められる場合」、「管理 C」の症状区分は「当該因子によって疾病にかかっている場合」等となっているなど、判定の際に参考にすることが難しい表現となっている。特殊健診の健診項目には、有害要因のばく露以外の要因で基準値外となる項目も多いことから、特殊健診の判定は、ばく露の可能性と自他覚所見を組み合わせて実施する必要があるが、各管理区分に至る手順および基準が明確にされていない。

そのため、日本の特殊健診の多くを担う全国労働衛生団体連合会の実施する労働衛生サービス機能評価事業での調査においても、異常の所見判定が健康診断機関により、まちまちであることが指摘されている。事業者は、健康診断結果に基づき、就業制限等の事後措置を行うことが求められることから、判定を適切に行うことが、その後の当該労働者の健康管理や作業環境管理等において重要である。

また、令和 4 年 5 月に行われた労働安全衛生規則等の省令改正により、今後は化学物質を製造し又は取り扱う事業者は自律的管理を求められることとなるが、特に、リスクアセスメントの結果に基づき健康診断を行った場合に、事業者、とりわけ中小零細事業者にとって、その結果をどのように評価し、対応するかが難しい課題となることが予想され、有所見判定を行う産業医や健康診断機関が健康診断結果を適切に評価し、事業者に対して助言・指導を行なうことができるよう、判定の考え方の整理が急務である。

そこで本研究では、産業医、健康診断機関等特殊健診の判定に携わる者の考え方を整理するため、「特殊健康診断判定に関するマニュアル（仮称）」を作成し、判定に関する考え方の統一を図ることを目的

とする。

３年目（最終年度）に当たる令和７年度は、労働衛生機関におけるばく露関連情報収集の実態と判定基準が有所見率に及ぼす影響に関するアンケート調査、「特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル」の完成、個別規制化学物質の標的健康影響に関するデータシートの整備、ならびに韓国・タイ・シンガポールを対象とした訪問調査による日本を含めた４か国の国際比較を行った。

B. 方法と結果

３年の研究期間の最終年度として、各項目について、以下の検討を行った。なお、本調査研究は、特殊健診の有所見の基準等について、特殊健診を実施している機関に対する調査や文献調査等を踏まえて検討するものであり、倫理面での配慮が必要な対象はない。

1. 労働衛生機関におけるばく露関連情報収集の実態と判定基準が有所見率に及ぼす影響に関するアンケート調査

日本の特殊健診には、判定に関する統一された指針が不足しており、有所見率の大きなばらつきに繋がっている可能性がある。本研究は、労働衛生機関の特殊健診におけるばく露関連情報の入手状況、特定化学物質健診と有機溶剤健診における施設間の有所見率の差異を定量化、有所見率と施設が採用する判定基準との関連性を検証することを目的とした。

全国労働衛生団体連合会（全衛連）に加盟する 115 施設を対象とした横断的な質問票調査を実施した。施設から 2022 年から 2024 年度の有所見率および判定手順の標準化に関する情報を入手した。また、医師の判定基準を評価するため、ばく露情報の判定の活用と生物学的モニタリングの活用に関する事例を用いたケースビネットを提示した。所見とばく露の関連性については、2つの質問を組み合わせ、「ばく露との関連性を重視しない」群と「関連性を重視する」群に分類した。また、生物学的も有所見率の施設間差は、Spearman の順位相関係数および Wilcoxon 順位和検定を用いて評価された。

有効回答が得られた施設の健診実施件数は、特定化学物質健診で 666,975 件、有機溶剤健診で 405,401 件に上った。事業者からの安全データシート等のハザード情報、作業環境測定結果等のばく露関連情報の入手は、ほとんどの機関で 25%未満であり、ばく露関連情報が十分に入手できていない状況が観察された。両健診の有所見率は施設間で大きなばらつきを示し、施設内では強く相関していた。有機溶剤健診では、「所見とばく露の関連性を重視しない」施設の方が、有所見率が有意に高い結果となった。特定化学物質健診でも同様の傾向がみられたが、有意差は認められなかった。非職業性要因を除外せずに生物学的モニタリング値のみで異常と判定した場合、両健診で有所見率が上昇する傾向が認められた。

特殊健診の有所見率のばらつきは、施設内では特殊健診間で強く相関しており、施設独自の判定基準がその有病率に影響している可能性を示唆している。このことは、国の公表する有所見率統計の解釈に注意を要することを意味する。多くの施設で事業者からのばく露関連情報の入手が不十分であり、有所見率の判定においてばく露との関連性を重視しない場合、生物学的モニタリング値を非職業性要因に影響を除外せずに異常と判断する場合に、全体の有所見率を押し上げる傾向があったことより、特殊健診

の判定手順に関する明確なガイダンスが必要と考えられる。さらに、特殊健診の適切な運用のためには、事業者と労働衛生機関の間で、情報提供と役割分担を明確化し、ばく露関連情報を収集・活用する仕組みを改善することが不可欠である。

2.「特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル」(原案)の作成

特殊健診の判定において現在多くの事業場や労働衛生機関が「ABCRT 区分」を用いているが、判定手順については言語化されていない部分が多い。特殊健診の所見は有害因子に特異的でないことが多いため、適切な判定には健康状態に加えて有害因子への「ばく露の推定」が不可欠であるが、実際には事業者からの情報提供不足や機関ごとの判定基準の相違が課題となっている。そこで今回は、特殊健診を実施している労働衛生機関の実態に関する調査を行い、その結果を踏まえて、判定に必要な情報収集を標準化し、事業者と労働衛生機関の適切な役割分担と情報共有の在り方を明確にするためのマニュアルを作成することを目的とした。

マニュアルを作成するにあたり、①特殊健診の判定に関するインタビュー調査と②労働衛生機関への質問票調査を実施した。これらの調査から抽出された、情報提供不足や専門性のばらつき等の課題をふまえて、「特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル(原案)」を策定した。その後、企業の専属産業医 5 名、労働衛生機関の医師 3 名、同渉外担当者 4 名へのインタビューを通じて妥当性と実現可能性を検証し、厚生労働省担当課による法令や行政施策との整合性確認を経て最終版を確定させた。

作成されたマニュアルは、(1)特殊健診において収集・共有すべきばく露関連情報、(2)労働衛生機関における判定レベル(Ⅰ～Ⅲ)と医師の役割、(3)特殊健診全体のプロセス、(4)事業者と労働衛生機関の役割分担のプロセス、の 4 つの主要項目で構成された。

特殊健診の判定が実施されるには、「契約・計画→準備→実施→健診判定→管理区分の決定」の一連の流れにおける事業場側と労働衛生機関側の役割分担が明確となっている必要がある。また、労働衛生機関側が事業場側から役割を果たすことができる情報を共有されることや、健診実施場面で追加情報が適切に聴取されることも不可欠である。本マニュアルの活用により、労働衛生機関の標準作業書の改訂や判定の質の平準化が図られるとともに、事業者が適切な事後措置を完遂できる体制の構築が期待される。今後は労働衛生機関に対する研修会等を通じた周知や議論に加え、事業者側への啓発を進めていくことが不可欠な課題である。。

3. 化学物質の健康影響モニタリングにおける標的健康影響およびその検査項目に関する国内外の情報の整理

労働安全衛生法令の特別規則での個別規制化学物質における健康影響モニタリング(特殊健康診断)において、各規制物質の標的臓器・標的健康影響が明確に示されていないことに鑑み、特殊健診の判定およびその事後措置の精度向上を目的に、国内外の情報を基に各規制物質の標的臓器・標的健康影響を整理・統合し、個別規制物質の標的健康影響とその健康影響モニタリングを一元的に整理することで、特別規則の健

康診断結果の鑑別精度の向上を目的とした。また、統合した結果について、標的健康影響および健康影響モニタリング項目を比較検討した比較検討し、現行の国内法令で課題等を整理した。

その結果、現行の特別規則で個別規制されている126物質についてのデータシートを作成した。そのうち、現行法令との比較が可能な 26 物質について比較した結果、20 物質において海外情報や GHS 政府分類区分との差異が認められた。そのうち、特別有機溶剤等令和2年に健診項目が改定された物質については発がん性等について先行した検査項目等が設定されている一方、1,3-ブタジエン、カドミウム等においては海外情報においては採用されている有害性が反映されていないなど、知見の更新が必要な物質があることが明らかになった。また、平成元年に法令に導入された生物学的ばく露モニタリング項目については、その区分についての見直しが必要と考えられた。

本研究の成果物であるデータシートの利活用により、産業医、労働衛生機関において化学物質の健康影響モニタリング結果の適切な解釈およびそれに基づくばく露防止対策、および新たな制度におけるリスクアセスメント対象物健康診断での医師の判断による健康診断項目の検討において、そのプロセス支援に資するものと考えられる。 また、既存の特別規則健康診断項目については新たな科学的知見に基づく再評価が必要な項目があり、健康影響モニタリング項目のみではなく、生物学的ばく露モニタリング項目においても、今後の有害性の新着情報の収集及びそれに基づく検査項目等の検討について、定期的な見直しをする機会が必要と考えられた。

4.「特殊健康診断における適正な情報収集と判定」のアジア諸国における現状

特殊健診の実効性は、実施者の専門性、対象物質の規定方法、検査項目の設定方法など、制度を構成する多くの要素に依存している。本研究では、産業医学専門医が特殊健診に関与する制度を持つアジア諸国（韓国、タイ、シンガポール）を対象として、包括的な国際比較を行い、日本の制度改善に資する示唆を得ることを目的とした。

分担研究班（日本産業衛生学会指導医・専門医）で訪問前調査シート（19 項目）を作成し、各国の調査対象機関に事前送付した。韓国の嘉泉大学医学部、タイのバンコク病院産業保健センターおよびサミティベート病院シラチャー産業保健医学センター、シンガポールのシンガポール国立大学公衆衛生大学院産業保健教育研究部門を訪問し、労働衛生を専門とする医師・看護職を対象に対面でインタビュー調査を実施し、Framework Method を用いて分析した。

制度の設計思想には、物質列挙型からリスクベース型に至るスペクトラムが認められた。韓国は日本と同様の物質列挙型であるが、実施者を職業環境医学専門医に限定し、指定機関制度を併設する二重要件を課していた。タイは健康リスクアセスメント（HRA）に基づき専門家が検査項目・頻度を決定するリスクベース型を採用していた。シンガポールは対象有害因子を 19 要因に限定し、指定事業場医（DWD）の専門的判断に広く委ねていた。3か国に共通して、実施者に産業医学の専門資格または研修修了を法的要件としていた点は、資格要件のない日本との相違点であった。

調査対象3か国がいずれも実施者に専門的要件を課していることは、日本における既存の専門医制度等の活用を検討する契機と

なる。また、タイの HRA モデルは、日本のリスクアセスメント対象物健康診断の運用に向けた参考となりうる。さらに、個別事業場レベルでは職業性疾病の検出に限界があることは国際的に共通する課題であり、国レベルでのモニタリング体制の構築が重要であることが確認された。現地インタビュー調査により、文献調査のみでは得られない制度運用の実態や課題を把握できた。

E 結論

本年度の研究で、「特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル」が完成された。また、その付属資料として位置づけられる 126 物質のデータシート（GHS 政府分類および国外ガイドライン等に基づく標的健康影響の整理）を整備した。さらに、韓国・タイ・シンガポールへの現地訪問調査を実施し、日本を含めた4か国の制度比較を完了した。

本マニュアルおよびデータシートの活用を通じて、特殊健診の判定の質の平準化と事業者による適切な事後措置の実施が促進されることが期待される。今後は、労働衛生機関や産業医に対する研修・周知活動を進めるとともに、事業者側への啓発も継続して行うことが必要である。

F 研究危険情報

該当なし

G 研究発表

学術論文

1．森晃爾, 宇根理, 熊川優希, 山本健也, 立道昌幸. 特殊健康診断におけるばく露関連情報の収集と活用の実態： 労働衛生機関への質問票調査. 産業医学ジャーナル. 2026. 49(1): 62-67.

2．Mori K, Une O, Kumakawa Y, Yamamoto K, Tatemichi M. Disparities in Abnormal-finding Rates Among Special Health Examination Facilities and the Influence of Judgment Criteria. J Occup Health (accepted)

3．熊川優希、森晃爾、宇根理、山本健也、立道昌幸.「特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル」の作成. 産業衛生学雑誌（投稿中）

学会発表

1．山本健也. 有害業務健康診断の新たな戦略. 独立行政法人労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所令和 7 年度安全衛生技術講演会（オンライン）2025 年 9 月

2．熊川優希、森晃爾、立道昌幸、山本健也. 特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル. 第 35 回日本産業衛生学会全国協議会（徳島）.2025 年 11 月

3．森 晃爾、宇根 理、熊川優希、山本健也、立道昌幸. 労働衛生機関における特殊健康診断の有所見率の実態とばらつきに与える要因の検討. 第 35 回日本産業衛生学会全国協議会（徳島）. 2025 年 11 月

H 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

令和７年度　労災疾病臨床研究事業

分担研究報告書

労働衛生機関におけるばく露関連情報収集の実態と判定基準が有所見率に及ぼす影響に関するアンケート調査

研究代表者

森　晃爾

全国労働衛生団体連合会労働衛生サービス機能評価委員会委員長

研究分担者

立道昌幸

東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　教授

令和7年度　労災疾病臨床研究事業
有害業務に係る特殊健康診断の諸課題に対する実態把握と課題解決のための調査研究

1. 労働衛生機関におけるばく露関連情報収集の実態と判定基準が有所見率に及ぼす影響に関するアンケート調査

研究代表者:森晃爾　全国労働衛生団体連合会労働衛生サービス機能評価委員会委員長
研究分担者:立道昌幸　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　教授

研究要旨

【目的】 日本の特殊健康診断(以下「特殊健診」という。)には、判定に関する統一された指針が不足しており、有所見率の大きなばらつきに繋がっている可能性がある。本研究は、労働衛生機関の特殊健診におけるばく露関連情報の入手状況、特定化学物質健診と有機溶剤健診における施設間の有所見率の差異を定量化、有所見率と施設が採用する判定基準との関連性を検証することを目的とした。

【方法】 全国労働衛生団体連合会(全衛連)に加盟する 115 施設を対象とした横断的な質問票調査を実施した。施設から 2022 年から 2024 年度の有所見率および判定手順の標準化に関する情報を入手した。また、医師の判定基準を評価するため、ばく露情報の判定の活用と生物学的モニタリングの活用に関する事例を用いたケースビネットを提示した。所見とばく露の関連性については、2つの質問を組み合わせ、「ばく露との関連性を重視しない」群と「関連性を重視する」群に分類した。また、生物学的モニタリングにおける有所見率の施設間差は、Spearman の順位相関係数および Wilcoxon 順位和検定を用いて評価された。

【結果】 有効回答が得られた施設の健診実施件数は、特定化学物質健診で 666,975 件、有機溶剤健診で 405,401 件に上った。事業者からの安全データシート等のハザード情報、作業環境測定結果等のばく露関連情報の入手は、ほとんどの機関で 25%未満であり、ばく露関連情報が十分に入手できていない状況が観察された。両健診の有所見率は施設間で大きなばらつきを示し、施設内では強く相関していた。有機溶剤健診では、「所見とばく露の関連性を重視しない」施設の方が、有所見率が有意に高い結果となった。特定化学物質健診でも同様の傾向がみられたが、有意差は認められなかった。非職業性要因を除外せずに生物学的モニタリング値のみで異常と判定した場合、両健診で有所見率が上昇する傾向が認められた。

【考察】 特殊健診の有所見率のばらつきは、施設内では特殊健診間で強く相関しており、施設独自の判定基準がその有病率に影響している可能性を示唆している。このことは、国の公表する有所見率統計の解釈に注意を要することを意味する。多くの施設で事業者からのばく露関連情報の入手が不十分であり、有所見率の判定においてばく露との関連性を重視しない場合、生物学的モニタリング値を非職業性要因に影響を除外せずに異常と判断する場合に、全体の有所見率を押し上げる傾向があったことより、特殊健診の判定

手順に関する明確なガイダンスが必要と考えられる。さらに、特殊健診の適切な運用のためには、事業者と労働衛生機関の間で、情報提供と役割分担を明確化し、ばく露関連情報を収集・活用する仕組みを改善することが不可欠である。

研究協力者: 宇根　理　産業医科大学　産業生態科学研究所　修練医

A. 目的

特殊健診は、有害業務に従事する労働者を対象に、職業性疾病の早期発見、リスク管理、適切な就業措置を目的として[1]、日本の労働安全衛生法等に基づき事業者に実施が義務付けられている。法定特殊健診の中でも、特定化学物質健康診断と有機溶剤健康診断は実施件数が多く、2024 年度にはそれぞれ 1,246,418 件と 710,499 件が実施された[2]。

特殊健診の検査項目や自他覚症状の多くは、対象の有害要因に特異的ではない。そのため、有所見の判定においては、検査所見と有害要因へのばく露との関連性を慎重に評価する必要がある。この評価が不十分である場合、有所見率が過剰に高くなり、不必要な事後措置につながる懸念が存在する。

しかしながら、日本においては特殊健診の判定手順や基準に関する明確な国の指針やガイドラインが存在せず、学術団体からの提供も不足しているのが現状である。これにより、判定基準が機関や医師の判断に委ねられ、有所見率に施設間で大きなばらつきが生じる可能性がある。

このような背景から、本調査では、全国労働衛生団体連合会（全衛連）に加盟する労働衛生機関を対象として、以下の 2 点を明らかにすることを目的とした。

1. **特殊健診の判定に必要なばく露関連情報（作業環境測定結果、SDS 等）の入手状況、および判定における活用実態、並びに判定プロセスの標準化の状況を明らかにすること。**

2. **特殊健診の有所見率の施設間差を定量化し、医師の判定基準が有所見率に与える影響を評価すること。**

B. 方法

研究デザイン：本調査は、質問票を用いた横断研究である。

対象および手続き：全衛連に加盟する **115 施設**を対象とし、2025 年 6 月から 7 月にかけて全衛連本部を通じて質問票が配布され、回答が依頼された。質問票は、特殊健診の結果判定を担う**主要判定医師**用と**事務担当者**用の 2 つのセクションで構成された。

分析対象施設は、顧客構成や短期的要因によるバイアスを抑制するため、以下の両条件を満たす機関に限定された。

- 特定化学物質健診と有機溶剤健診の両方について、実施件数と有所見率を**少なくとも 2 年度分**報告していること。
- 各健診の**年間平均実施件数が 1,000 件以上**であること。

分析 1：ばく露関連情報収集、活用、標準化の状況

事務担当者用セクションでは、対象化学物質の安全データシート（SDS）、作業環境測定結果、リスクアセスメン

ト結果の入手状況（6段階で回答）や、事業場との事前打ち合わせに関する標準作業書の整備状況が尋ねられた。

主要判定医師用セクションでは、有所見判定における「作業条件の簡易な調査」の利用状況、医師の診察時等のばく露関連情報の収集状況（基本的に実施・一部のみ実施・実施していない)、二次健診等の年間実施件数、二次健診等における「作業条件の調査」の実施状況と収集する情報、および判定手順や基準を定めた標準作業書の整備状況について質問がなされた。

分析には、回答があった2年または3年間の平均値が算出され、記述統計量（施設数、割合など）を用いて集計が行われた。

分析２：有所見率の施設間差と判定基準の影響

本分析では、ばく露と所見の関連性に関するケースビネットへの回答が矛盾しない45施設に限定された。

アウトカム変数は、対象期間（2022年度から2024年度）の施設ごとの平均有所見率とし、特定化学物質健診と有機溶剤健診について個別に算出された。

主要な説明変数は、有所見を分類するための医師の判断基準とした。これは、ばく露と所見の関連性に関するケースビネット（質問1-1および1-2）と、生物学的モニタリング値のみが基準値を超えたケースビネット（質問 2-1 および2-2）への回答に基づいて定義された。

具体的なケースビネットは以下の通りである。

１．所見とばく露の関係に関するケース

1-1）自他覚症状や検査に所見が有るが、それらの所見とばく露との関係は明確ではない。しかし、当該有害要因を一定の頻度で取り扱いを行っており、ばく露との関係が否定できない場合

1-2）自他覚症状や検査に所見が有る。一次健診で収集された作業状況に関する情報によって、それらの所見が当該有害要因のばく露によることが疑われる場合

ばく露-所見関連性の重視の程度：YES/YES は「ばく露関連性非重視」、NO/YES は「ばく露関連性重視」と分類した。

２．生物学的モニタリングのみ基準値超過のケース

2-1）明確な自他覚症状や健康影響に関する検査所見はないが、尿中代謝物等の生物学的モニタリングが分布２または分布３に相当する。食事等の生活要因や仕事以外でのばく露による影響が完全には除外できていない場合（生物学的モニタリング(ばく露以外の影響非除外)）

2-2）明確な自他覚症状や健康影響に関

する検査所見はないが、尿中代謝物等の生物学的モニタリングが分布２または分布３に相当する。追加の情報収集によって食事等の生活要因や仕事以外でのばく露による影響は除外できると考えられる場合（生物学的モニタリング(ばく露以外の影響除外)）

統計解析として、両健診の有所見率間の関連性は Spearman の順位相関係数を用いて算出され、有所見率と説明変数（判断基準）間の差は Wilcoxon 順位和検定を用いて評価された。有意水準は $P < 0.05$ とし、$0.05 \leq P < 0.10$ は「傾向」とされた 。

C. 結果

結果１:ばく露関連情報収集、活用、標準化の状況(分析1)

有効回答は **46 件**であり、有効回答率は 40.0%であった。分析対象施設の特定化学物質健診の総実施件数は673,195件、有機溶剤健診は412,536件であった。

・ **ばく露関連情報の入手状況：** 安全データシート等のハザード情報、作業環境測定結果、リスクアセスメント結果のいずれにおいても、**ほとんどの機関**で事業者からの入手率は 25%未満であり、ばく露関連情報が十分に入手できていない状況が観察された。（図１）

・ **簡易な調査の利用と診察時の情報収集：** 有所見判定における「作業条件の簡易な調査」の利用状況は、“基本的に実施”が 29 施設、“実施していない”が 7 施設であった。医師の診察時等のばく露関連情報の収集については、“基本的に実施”が 21 施設、“実施していない”が 8 施設であった。

・ **判定プロセスの標準化：** 特殊健診の判定手順や基準を定めた標準作業書（マニュアル等）を策定していたのは、31 施設（67.4%）にとどまっていた。

・ **二次健診の実施状況：** 二次健診を「実施していない」と回答した労働衛生機関は 21 施設であった。二次健診を実施している 20 施設のうち、「作業条件の調査」を基本的に実施または一部実施していたのは 18 施設であったが、そのうち化学物質の有害性に関する詳細情報（安全データシート等）を収集していた施設は過半数に達しなかった。（表１）

結果２:有所見率の施設間差と判定基準の影響(分析2)

分析対象となった 45 施設における特定化学物質健診の総実施件数は666,975件、有機溶剤健診は405,401件であった。

・ **有所見率の分布と相関：** 施設ごとの有所見率には顕著な施設間差が認められた。特定化学物質健診の有所見率は最小 0.1%～最大 22.4%、有機溶剤健診の有所見率は最小 0.5%～最大 11.7%で

あった。両健診の有所見率は施設内で強い正の相関を示した（Spearman's = 0.74, P < 0.001)。（図２）

· **判定基準の影響（ばく露–所見関連性）：** 有機溶剤健診において、「ばく露関連性非重視」の判定基準を持つ施設は、「ばく露関連性重視」の施設よりも有意に高い有所見率を報告した（P = 0.030)。特定化学物質健診でも同様の傾向が見られた（P = 0.066)。（表２）

· **判定基準の影響（生物学的モニタリング）：** 健康影響に関連する自他覚所見や検査所見がない状態で、非職業的影響が除外されていない生物学的モニタリング値のみで有所見とする場合、両健診とも有所見率が上昇する傾向が見られた（特定化学物質健診: P = 0.081; 有機溶剤健診: P = 0.083)。一方、職業的影響が除外されている場合には、両健診とも有所見率には有意差が認められなかった。（表２）

D. 考察

本研究の結果、日本の主要な労働衛生機関である全衛連加盟施設において、特定化学物質健診および有機溶剤健診の有所見率に大きな施設間差が存在した。また、多くの施設で特殊健診の実施に必要なばく露関連情報の収集と活用に課題があることも示された。有所見率の差異の一部は医師の判断基準の違いによって説明されることが明らかになった。

多くの施設で、安全データシートや作業環境測定結果などのばく露関連情報の入手が不十分であり、法令で求められる「作業条件の簡易な調査」に含まれる情報ですら十分に活用されていない場合があった。また、判定手順について標準作業書を整備している施設が全体の約 3 分の 2 にとどまっていることも、判定プロセスが機関や医師の判断に委ねられ、有所見率のばらつきに繋がっていると考えられた。

両健診の有所見率が施設内で強く相関していたことは、有所見の判定に施設固有の方針が影響していることを示唆している。特殊健診の所見の多くは非特異的であるため、総合的な判定にはばく露レベルの考慮が不可欠である 。所見とばく露の関連性を重視しない施設の方が、有機溶剤健診で高い有所見率を報告しており、これはばく露情報への重きを置かない判定が、非職業的要因による所見を拾い上げている可能性と整合している。この知見は、作業条件の簡易な調査の情報が利用可能である場合、疾病が疑われる評価数が減少するという先行研究の結果とも一致する。

生物学的モニタリング値が上昇した場合の判定についても、非職業的要因が除外されていないケースを異常として分類する施設では、有所見率が上昇

する傾向が見られた。

これらの課題は、特殊健診の目的である「作業環境の改善」や「適切な就業上の措置」の実施を妨げる可能性があり、国が公表する有所見率の統計的意義にも疑義を生じさせる重大な問題である。

特殊健診制度の信頼性を高めるためには、以下の改善が求められる。

1. 標準化されたガイドラインの確立： ばく露情報や生物学的モニタリングにおける非職業的影響の取り扱いを明確にした、標準的な判定基準の策定が不可欠である。

2. 情報共有の仕組みの改善： 労働衛生機関がその役割を果たすために必要なばく露関連情報が、事業場側からタイムリーかつ適切に提供される仕組みを強化すべきである。

３．行政の指導の強化：事業者が委託し，労働衛生機関が受託するという商取引の関係の中で、ばく露関連情報が適切に提供されるためには、労働基準監督署による事業者への指導を強化する必要がある。

４．判定医の資質向上： 検査所見とばく露関連情報を結びつけて判定できるような、判定を行う医師の専門知識と資格の強化が必要である。

E. 結論

日本の特殊健診において、特定化学物質健診と有機溶剤健診の両方で、有所見率に実質的な施設間差が認められ、このばらつきは判定基準の違いやばく露情報の収集・活用不足に起因していることが示唆された。

特殊健康診断制度の整合性、信頼性、および有効性を向上させるためには、標準化された判定ガイドラインの策定、事業者と労働衛生機関間の情報連携の強化、および判定を行う医師の資質の向上に向けた仕組みの改善が求められる。

F. 引用･参考文献

1. 坂本史彦：特殊健康診断．健康診断ストラテジー バイオコミュニケーションズ. pp52-79, 2014.
2. 厚生労働省： 令和５年度特殊健康診断実施状況（対象作業別）. https://www.mhlw.go.jp/content/11300000/001292235.pdf?utm_source=chatgpt.com

G. 学会･論文発表

論文

- Mori K, Une O, Kumakawa Y, Yamamoto K, Tatemichi M. Collection and utilization of exposure-related information in special health examinations: questionnaire survey of occupational health organizations. J Occup Health （accepted）
- 森晃爾，宇根理，熊川優希，山本健也，立道昌幸. 特殊健康診断におけるばく露関連情報の収集と活用の実態：労働

衛生機関への質問票調査. 産業医学ジャーナル 2026. 49(1): 62-67.

学会発表

- 森　晃爾、宇根　理、熊川優希、山本健也、立道昌幸. 有所見率の実態とばらつきに与える要因の検討. 第 35 回日本産業衛生学会全国協議会、2025 年 11 月、徳島

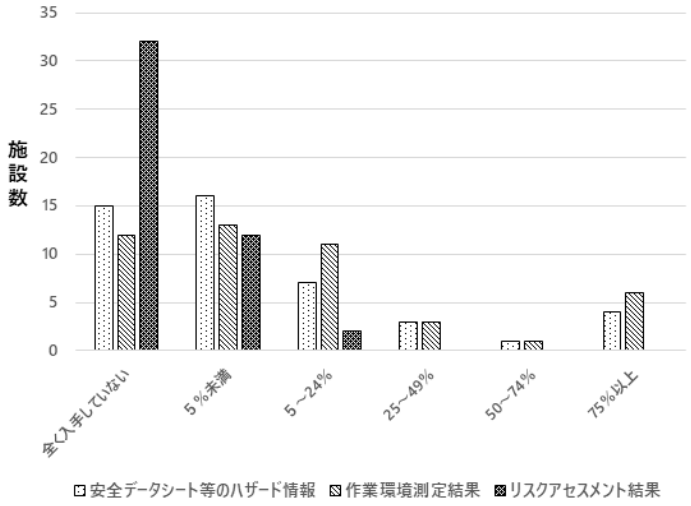


図１　ばく露関連情報の入手状況

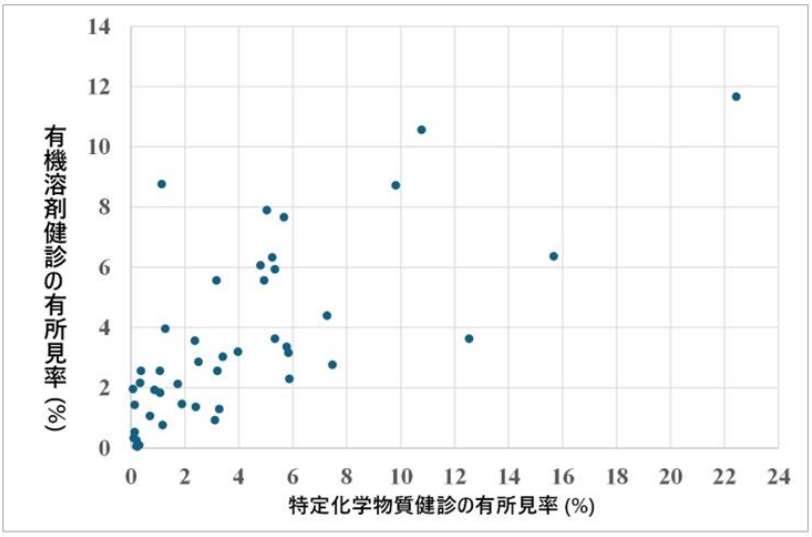


図２　両特殊健診の施設内相関

表１　二次健診における「作業条件の調査」でのばく露関連情報の収集状況

作業に関する詳細情報（取扱量や期間、詳細な作業方法など）	100.0%
作業環境に関する詳細情報（作業環境測定結果、換気状態など）	88.9%
既往歴や過去の健康診断に関するより詳しい情報	88.9%
ばく露との時間的関係など、症状と関連した詳細情報	83.3%
個人用保護具に関する詳細情報（着用ルール、カートリッジの管理、フィットテストの実施状況など）	72.2%
安全データシートなどの化学物質の有害性に関する詳細な情報	44.4%

表２．特殊健診における生物学的モニタリング結果の取扱いによる有所見率の比較

生物学的モニタリング結果の判定への反映	特定化学物質健診					有機溶剤健診				
	n	Median	Lower 25%	Upper 25%	P value*	n	Median	Lower 25%	Upper 25%	P value*
曝露以外の影響非除外										
No	9	1.73	0.20	3.20	0.081	9	2.13	1.30	2.57	0.083
Yes	36	3.28	1.07	5.75		36	3.18	1.45	6.00	
曝露以外の影響除外										
No	16	2.38	1.15	4.07	0.387	16	3.12	1.75	5.57	0.553
Yes	29	3.40	0.33	5.87		29	2.57	1.43	4.40	

*: Wilcoxon rank-sum test

投稿論文

【論文】

特殊健康診断における曝露関連情報の収集と活用の実態：労働衛生機関への質問票調査

森　晃爾[1, 2]　宇根　理[1]　熊川　優希[1]
山本 健也[3]　立道 昌幸[2, 4]
Mori Koji, Une Osamu, Kumakawa Yuki,
Yamamoto Kenya, Tatemichi Masayuki

要　約

労働衛生機関における特殊健康診断の結果判定に必要な曝露関連情報の入手状況および判定における活用状況に関して調査を行った。併せて、特定化学物質健診と有機溶剤健診の有所見率を施設間で比較した。その結果、多くの施設で事業者からの情報収集が不十分であり、判定や標準化、有所見率に大きな差が認められた。特殊健康診断の適正運用には、事業者・労働衛生機関の連携および行政の関わりによる仕組みの改善が必要であることが示唆された。

緒言

特殊健康診断は、有害な業務に従事する労働者を対象に、職業性疾病の早期発見、作業環境の改善を通じたリスク管理、そして個々の労働者に対する適切な就業上の措置を目的として実施される[1)]。日本においては、労働安全衛生法およびじん肺法に基づき事業者にその実施が義務付けられており、対象となる有害要因や検査項目は省令で定められ、事業者は健診結果の判定に基づき、必要に応じて作業転換、労働時間短縮、作業環境改善といった措置を講じなければならない。法定特殊健康診断の中では特定化学物質健診と有機溶剤健診の実施件数が多く、2023年度にはそれぞれ約122万件、約71万件が実施されており、有所見率はそれぞれ1.5%、3.2%であった[2)]。

特殊健康診断における検査項目や自他覚症状の多くは、必ずしも対象の有害要因に特異的なものではない。そのため、有所見の判定においては、検査所見と有害要因への曝露との関連性を慎重に評価する必要がある。この評価が不十分な場合、有所見率が過剰に高くなり、本来必要のない事後措置につながる懸念がある。このような課題に対応するため、2020年7月からは「作業条件の簡易な調査」が健診項目として導入された。これには作業環境測定結果、有害物質の取扱状況、曝露防止対策の状況、事故による大量曝露の有無などが含まれるが、その一部は事業者から提供される必要がある情報である。しかし、特殊健康診断の実務にはいくつかの課題が存在する。多くの特殊健康診断は外部の労働衛生機関（健診機関）に委託されているが、

1　産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学
2　公益社団法人全国労働衛生団体連合会 労働衛生サービス機能評価委員会
3　独立行政法人労働者健康安全機構　労働安全総合研究所　化学物質情報管理研究センター
4　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学
産業医学ジャーナル 49（1）: 62–67, 2026. doi: 10.34354/ohpfjrnl.49.1_62

特殊健康診断の判定における曝露関連情報の活用の方法について明確な指針やガイドラインは学術団体などからも示されておらず、判定手順や基準は各機関や医師の判断に委ねられているのが現状である。その際、事業者から機関へ「作業条件の簡易な調査」を含む曝露関連情報が十分に提供されていない場合や、判定に活用していない場合がある[3]。また、全国労働衛生団体連合会（全衛連）の会員機関では、労働衛生サービス機能評価の認定制度[4]や精度管理プログラム[5]などを通じた品質保証の取り組みが進められているものの、曝露情報の活用と判定の標準化は依然として大きな課題である。

これまで、特殊健康診断における曝露関連情報の入手・活用状況や、判定プロセスの実態を明らかにした全国的な調査は我々が知る限りでは見当たらなかった。そこで本研究では、全衛連に加盟する労働衛生機関を対象に、実施件数の多い特定化学物質健診と有機溶剤健診の機関ごとの有所見率とともに、曝露関連情報の入手状況と判定への活用実態、および判定プロセスの標準化の状況について調査を行った。

方法

全衛連に加盟する115施設を対象として、2025年６月から７月にかけて全衛連本部を通じて質問票を配布し、回答を依頼した。

質問票は、事務担当者用と特殊健康診断の判定を担う主要医師（主要判定医師）用の２つのセクションで構成した。事務担当者用セクションでは、対象化学物質の安全データシート、作業環境測定結果、リスクアセスメント結果の入手状況（まったく入手していない、ほとんど（５％未満）入手していない、５～24%程度入手している、25～49% 程度入手している、50～74%程度入手している、75%以上入手している）および事業場との事前打ち合わせに関する標準作業書の整備状況を尋ねた。また、2022年度から2024年度までの特定化学物質健診および有機溶剤健診の実施件数と有所見率の記載を求めた。

一方、主要判定医師用セクションでは、有所見判定における「作業条件の簡易な調査」の利用状況や、医師の診察時等の作業内容や曝露関連情報の収集状況（基本的に実施、一部のみ実施、実施していない）、二次健診等の年間実施件数（実施していない、１件以上10件未満、10件以上50件未満、50件以上100件未満、100件以上）、二次健診等における「作業条件の調査」の実施状況（基本的に実施、一部のみ実施、実施していない）、およびその調査で収集する情報を尋ねた。その際、二次健診等には、有機溶剤健診の「医師が必要」と認めた場合に実施する項目も含めた。また、判定手順や基準を定めた標準作業書の整備状況についても質問した。

分析対象は、顧客構成や短期的要因によるバイアスを抑制するため、以下の両条件を満たす機関とした。(1)特定化学物質健診と有機溶剤健診の両方について、実施件数と有所見率を少なくとも２年度分報告していること。(2)各健診の年間平均実施件数が1,000件以上であること。さらに、二次健診を実施していないにもかかわらず「作業条件の調査」に関する回答があるなど、明らかに矛盾した回答については当該項目のみ無効とした。

各健診実施数および有所見率は、回答があった２年または３年間の平均値とした。分析にはMicrosoft Excel（Microsoft Corp., Redmond, WA, USA）を用いた。

結果

回答総数は55件であった。このうち、特定化学物質健診と有機溶剤健診の両方または一方について２年度分のデータを報告しなかった５施設、および各健診の年間平均実施件数が1,000件未満の４施設を分析対象から除いた。その結果、有効回答は46件、有効回答率は40.0%となった。事業者からの曝露関連情報のうち、一次健診での情報入手状況の結果を**図１**に示す。安全データシート等のハザード情報、作業環境測定結果、リスクアセスメント結果ともほとんどの機関で入手率は25%未満であり、「全く入手していない」と回答した機関も一定数あり、曝露関連情報が十分に入手できていない状況が観察された。一方で、安全データシート等のハザード情報と作業環境測定結果については、75%以上入手できている機関もあった。

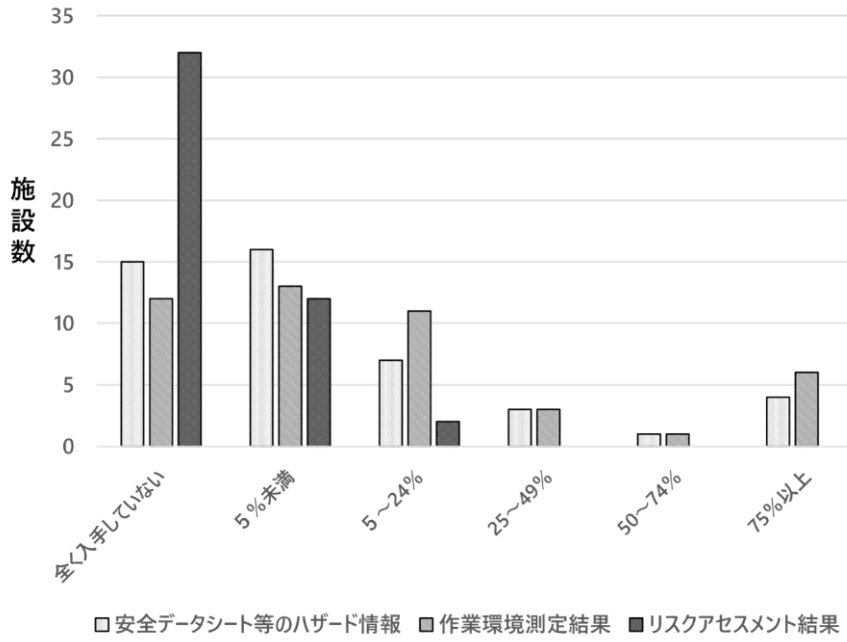


図 1　曝露関連情報の入手状況

表 1　二次健診における「作業条件の簡易な調査」での曝露関連情報の収集状況

項目	施設数
・作業に関する詳細情報（取扱量や期間、詳細な作業方法など）	18
・作業環境に関する詳細情報（作業環境測定結果、換気状態など）	16
・既往歴や過去の健康診断に関するより詳しい情報	16
・曝露との時間的関係など、症状と関連した詳細情報	15
・個人用保護具に関する詳細情報（着用ルール、カートリッジの管理、フィットテストの実施状況など）	13
・安全データシートなどの化学物質の有害性に関する詳細情報	8

有所見判定における「作業条件の簡易な調査」の利用状況は、「基本的に実施」が29施設、「一部のみ実施」が10施設、「実施していない」が 7施設であった。また、医師の診察時等の作業内容や曝露関連情報の収集状況は、「基本的に実施」が21施設、「一部のみ実施」が17施設、「実施していない」が8 施設であった。

二次健診を実施していないにもかかわらず「作業条件の調査」に関する回答があるなどの明らかに矛盾した回答 2 件を無効とした結果、特定化学物質健診および有機溶剤健診の一次健診において曝露によることが疑われる所見がある場合に実施する二次健診の実施数は、「 1 件以上10件未満」が11施設、「10件以上50件未満」が 5 施設、「50件以上100件未満」が 2 施設 「100件以上」が 2 施設であり、「実施していない」と回答した労働衛生機関が21施設、無回答が 5 施設であった。 1 件以上実施している20施設のうち、二次健診における「作業条件の調査」の実施状況は、「基本的に実施している」が 9 施設、「一部のみ実施している」が 9 施設、「実施していない」が 2 施設であった。さらに、「作業条件の簡易な調査」を「基本的に実施している」および「一部のみ実施している」に該当する18施設における取得状況を**表 1** に示す。作業に関する詳細情報は全施設で収集されていたが、作業環境に関する詳細情報、既往歴や過去の健康診断に関するより詳しい情報、曝露との

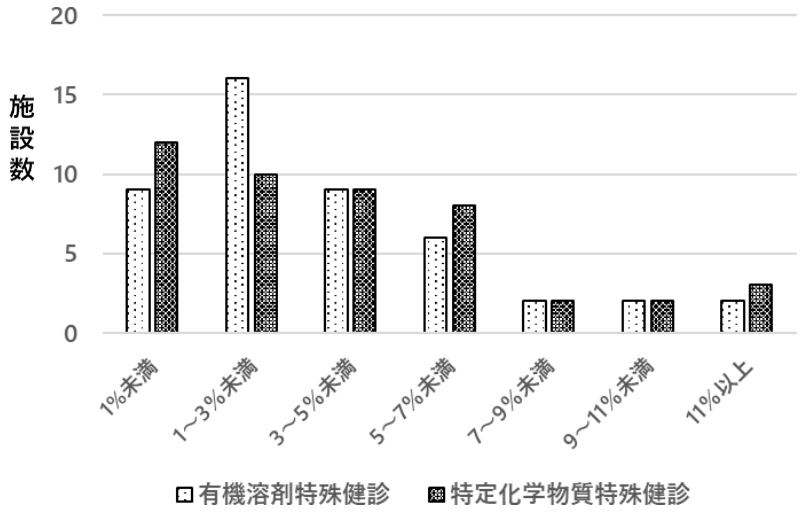


図 2　有所見率別の施設数

時間的関係など症状と関連した詳細情報、個人用保護具に関する詳細情報は一部の機関で実施されておらず、安全データシートなどの化学物質の有害性に関する詳細な情報については過半数の施設で実施されていなかった。

施設としての標準作業書の作成によるプロセスの標準化について、事業場との特殊健康診断の打ち合わせに関するマニュアル等については25施設（54.3%）、特殊健康診断の判定手順や基準を定めたマニュアル等については31 施設（67.4%）で策定されていた。

分析対象となった施設の特殊健康診断の総実施件数は、特定化学物質健診では673,195件、有機溶剤健診では412,536件であった。各施設の有所見率の分布を**図 2** に示す。特定化学物質健診の有所見率は最小0.1%、最大22.4%であり、有機溶剤健診は最小0.5%、最大11.7%であり、両健診とも約半数が 3 %未満であったが、幅広い分布を示した。

考察

本研究では、特定化学物質健診および有機溶剤健診のいずれにおいても、施設間で有所見率に顕著なばらつきが認められた。有効回答率は40.0%にとどまったものの、分析対象となった施設における両健診の総実施件数は、日本全体の実施件数の過半数を上回っており、日本における特殊健康診断の実態をおおむね反映している可能性が高いと考えられる。

有効回答施設の多くでは、事業者からの曝露関連情報の入手が十分ではなく、法令で求められる「作業条件の簡易な調査」に含まれる情報すら入手できていない場合があった。さらに、収集した情報を判定に結び付ける過程においても、標準作業書を整備し標準化している施設は全体の約 3 分の 2 にとどまっていた。特殊健康診断に用いられる検査項目や自他覚症状の多くは、対象とする有害要因に特異的とは限らない。たとえば、肝毒性を有する化学物質の健診で実施される ALT、AST、γ-GT の検査値は、脂肪肝やウイルス性肝炎など多様な疾患でも上昇を示す。そのため、有所見の判定にあたっては、検査所見と有害要因への曝露との関連性を慎重に評価する必要がある。加えて、曝露に関連する健康障害の可能性があると判定された場合には、二次健診により曝露関連情報や健康影響を詳細に確認し、最終的な判定に基づいて就業制限や職場環境改善へ結び付けることが求められる。しかし、多くの労働衛生機関で、事業者からの曝露関連情報の入手率が低かった。その原因には、労働衛生機関が事業者に提出を積極的に求めていないこと、事業者側が情報提供に消極的であることなどが考えられる。一部の施設では対象化学物質の安全データシートや作業環境測定結果を75%以上の事業者から入手してい

たことより、曝露関連情報の入手率向上に向けた方策を検討するうえで、そのような労働衛生機関の対応方法を明らかにすることが必要と考えられる。

各種所見の曝露関連性を評価する際には、事業者から提供される情報に加えて、診察場面で得られる症状の出現時期や経過を把握することが重要である。また、「作業条件の簡易な調査」で得られた情報を、一次健診における有所見の判定や二次健診の要否判断にどのように活用するかは、特殊健康診断の判定を適切に実施するうえで欠かせない要素である。今回の調査では、これらを「基本的に実施」と回答した施設が最も多かった一方で、8施設では診察時に曝露関連情報の収集を行っておらず、7施設では「作業条件の簡易な調査」の結果を判定に活用していなかった。このような対応の施設間の差異が、本調査で観察された特定化学物質健診および有機溶剤健診の有所見率の大きな差異に影響している可能性がある。

一次健診で曝露関連の健康障害が疑われた場合には、二次健診の結果を踏まえて就業上の措置を判断する必要がある。有効回答を行った労働衛生機関のうち、二次健診を実施していたのは20施設であったが、その実施数には大きな差があり、総健診件数との関連はみられなかった。また、「作業条件の簡易な調査」を行っていたのは18施設にすぎず、その中でも化学物質の有害性に関する詳細な情報（安全データシート等）を収集していた施設は過半数に達しなかった。今回の質問では、二次健診の実施件数に対して「実施していない」と回答した施設について、体制は整備されているが対象者がいなかったのか、あるいは体制自体が存在しなかったのかを区別できていない。それでも、本調査結果からは労働衛生機関の二次健診実施体制に課題が残されていることが示唆される。

なお、今回調査対象とした全衛連加盟の労働衛生機関は、健康診断を担う医療機関の中でも労働衛生に対する専門性が高いと位置付けられる。実際、特殊健康診断を主要に受託する労働衛生機関の多くは全衛連に加盟し、同会が運営する「労働衛生サービス機能評価（認定事業）」[4]や「生物学的モニタリング精度管理事業」[5]に参加して、健康診断の質の管理に取り組んでいる。したがって、これらの事業に参加していない医療機関において特殊健康診断を実施する場合には、曝露関連情報の収集や判定への活用において、さらに大きな課題を抱えている可能性がある。

今回の調査結果から、特殊健康診断制度の運営には根幹的な課題が存在することが示唆された。具体的には、特殊健康診断の受託時に労働衛生機関が曝露関連情報を十分に入手できていないこと、「作業条件の簡易な調査」の結果が判定に十分活用されていない場合があることである。これらは健康診断の事後措置の適切な実施に影響するとともに、国が公表する有所見率統計の意義にも疑義を生じさせる重大な問題である。厚生労働省は、化学物質の自律的な管理制度を検討する過程で「職場における化学物質等の管理のあり方に関する検討会報告書」を公表している[6]。同報告書では、特定化学物質障害予防規則等の既存の特別規則について「5年後の廃止を想定し、自律的管理が十分に定着していない場合は廃止を見送り、さらに5年後に改めて評価することが適当」としている。これは法定特殊健康診断にも当てはまると考えられる。法定特殊健康診断の制度を存続させる場合には、今回明らかとなった課題に対して多角的な改善が求められる。また、リスクアセスメント対象物健診について、実施の要否の判断に関しては行政のガイドライン等が参考になるが、結果判定の考え方については示されていない[7,8]。法定特殊健康診断同様、リスクアセスメント対象物健診の適切な判定のためには、検査所見や自他覚症状と曝露関連情報を結び付ける必要があり、その運用においても参考になる改善事項である。

特殊健康診断の判定が適切に実施されるために、判定の際に検査所見や自他覚症状に加えて曝露関連情報が存在していることが不可欠である。そのためには、労働衛生機関の渉外担当者が事業者との事前打ち合わせの際に曝露関連情報提供の必要性を説明して依頼することを標準化することや、事業場に産業医が選任されている場合には、労働衛生機関から検査所見や自他覚症状を事業者に報告し、産業医が事業場内で入手できる曝露関連情報と照合して判定すると

いった役割分担を行うことなどが考えられる[9]。また、労働衛生機関が入手した「作業条件の簡易な調査」などの情報が必ずしも判定に活用されていないことに対して、労働衛生機関における判定手順の標準化や曝露情報と検査所見を結び付けて判定できるような判定医師の資質向上などの取り組みが必要となる。さらに適切な判定実施の基盤として、国や学会等による曝露関連情報の活用等の判定手順に関するガイドラインの作成が検討されるべきである。

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、回答率が約40%であった点である。曝露情報の活用に積極的な施設が回答した可能性があり、実際のばらつきは本研究で示された以上に大きい可能性がある。ただし、これらの施設で特定化学物質健診および有機溶剤健診のそれぞれについて、日本全体の実施件数の過半数を含んでいることから、一定の代表性は担保されていると考えられる。第二に、判定に関する情報は特定の医師に回答を依頼したため、施設全体の方針とは異なる可能性がある。しかし、依頼時には特殊健康診断の主担当医師を指定し、事前の8施設へのインタビュー調査においても判定は担当医師が一貫して行っていたことから[3]、施設方針をおおむね反映していると考えられる。第三に、有所見率や判定方針は自己記入式質問票により収集しており、記載方法や集計基準の相違、記憶の不正確さ、意図的あるいは無意図的な回答の偏りが影響した可能性を否定できない。

結語

本研究により、特殊健康診断において施設間で有所見率や判定手順に大きな差があり、曝露情報の不足や標準化の不十分さが明らかとなった。特殊健康診断の適正運用には、事業者・労働衛生機関の連携および行政の関わりによる仕組みの改善を図ることが求められる。

謝辞

本研究は、厚生労働省労災疾病臨床研究事業「有害業務に係る特殊健康診断の諸課題に対する実態把握と課題解決のための調査研究（230601-01）」の一環で行われました。調査の実施にあたり、全国労働衛生団体連合会の亀澤典子氏ならびに伊知地宏志氏に、多大な支援を賜りました。ここに深く感謝申し上げます。

参 考 文 献

1）坂本史彦．特殊健康診断 . 健康診断ストラテジー．バイオコミュニケーションズ．pp52–79，2014.

2）厚生労働省．令和 5 年特殊健康診断実施状況（対象作業別）．業務上疾病発生状況等調査（令和 5 年）．［PDF］https://www.mhlw.go.jp/content/11300000/001292235.pdf（最終アクセス：2025年10月19日）

3）森晃爾，立道昌幸．労働衛生機関における特殊健康診断の結果判定に関するインタビュー調査．有害業務に係る特殊健康診断の諸課題に対する実態把握と課題解決のための調査研究．令和 5 年度労災疾病研究事業報告書．pp56–62，2024.［PDF］https://www.mhlw.go.jp/content/001275875.pdf（最終アクセス：2025年 9 月11日）

4）公益社団法人全国労働衛生団体連合会．労働衛生サービス機能評価事業．2025.［Web］https://www.zeneiren.or.jp/service/（最終アクセス：2025年10月19日）

5）公益社団法人全国労働衛生団体連合会．総合精度管理事業．2025.［Web］https://www.zeneiren.or.jp/management/index.html（最終アクセス：2025年10月19日）

6）厚生労働省．職場における化学物質等の管理のあり方に関する検討会報告書．2021.［PDF］https://www.mhlw.go.jp/content/11303000/000807679.pdf（最終アクセス：2025年 9 月 11日）

7）厚生労働省．リスクアセスメント対象物健康診断に関するガイドライン．2023.［PDF］https://www.mhlw.go.jp/content/11302000/001156454.pdf（最終アクセス：2025年 9 月 11日）

8）日本産業衛生学会産業医部会化学物質管理 WG．化学物質リスクアセスメントに基づく健康診断の考え方に関する手引き．2024.［PDF］https://www.sanei.or.jp/files/topics/recommendation/tebiki_ra-kenshin-chemicals_202405.pdf 最終アクセス：2025年 9 月11日）

9）森晃爾，立道昌幸．「特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル」（原案）の作成．有害業務に係る特殊健康診断の諸課題に対する実態把握と課題解決のための調査研究．令和 6 年度労災疾病研究事業報告書．pp25–48，2025.［PDF］https://www.mhlw.go.jp/content/001554545.pdf（最終アクセス：2025年10月19日）

OXFORD

Journal of Occupational Health, 2026, **68**(1), uiag010
https://doi.org/10.1093/joccuh/uiag010
Advance access publication date 21 February 2026
Brief Report

Disparities in abnormal-finding rates among special health examination facilities and the influence of judgment criteria

Koji Mori [1,2,*], Osamu Une[1], Yuki Kumakawa[1], Kenya Yamamoto[3], Masayuki Tatemichi[2,4]

[1]Department of Occupational Health Practice and Management, Institute of Industrial Ecological Sciences, University of Occupational and Environmental Health, Kitakyushu, 1-1 Iseigaoka, Yahatanishi-ku, Kitakyushu 807-8555, Japan
[2]Committee for Accreditation of Industrial Health Services, National Federation of Industrial Health Organizations, Tokyo, Japan
[3]Division of Chemical Information, National Institute of Occupational Safety and Health, Kawasaki, Japan
[4]Department of Preventive Medicine, Tokai University School of Medicine, Isehara, Japan
*Corresponding author: Koji Mori, (kmori@med.uoeh-u.ac.jp).

Abstract

Objectives: Special health examinations in Japan lack standardized judgment guidelines, potentially leading to wide variation in outcomes. This study quantified inter-institutional differences in abnormal-finding rates for examinations targeting specified chemical substances and organic solvents, and examined whether institutional judgment criteria are associated with these rates.
Methods: We conducted a cross-sectional questionnaire survey of 115 facilities affiliated with the National Federation of Industrial Health Organizations (Zen-Eiren). Facilities reported abnormal-finding rates for fiscal years 2022-2024. Physicians' judgment criteria were assessed using case vignettes addressing the use of exposure information and biological monitoring. Associations between rates and judgment criteria were evaluated using nonparametric tests (Spearman rank correlation; Wilcoxon rank-sum).
Results: Valid responses were obtained from 45 facilities (39.1%). Abnormal-finding rates for specified chemical substances and organic solvent examinations were strongly correlated within facilities. For organic solvent examinations, facilities that did not emphasize the exposure–finding association reported higher abnormal-finding rates than those that did. A similar, but nonsignificant trend was observed for specified chemical substance examinations ($P = .066$). Abnormal finding rates tended to rise when biological monitoring alone triggered abnormalities and nonoccupational factors were not excluded in both examinations.
Conclusions: Major special health examinations in Japan show substantial inter-institutional variation in abnormal-finding rates, partly explained by differences in judgment criteria—particularly the weight placed on linking clinical findings to workplace exposure. Establishing standardized national guidelines is essential to improve consistency, reliability, and system effectiveness.

Key points

What is already known on this topic: Japan mandates special health examinations for workers with potential exposure and publishes abnormal-finding rates. National guidance on assessment criteria is lacking, and major academic bodies have not filled the gap. Findings can be nonspecific without adequate exposure information. Biological monitoring is used, but values may reflect nonoccupational factors.

What this study adds: In a survey of large occupational health service institutions, we found wide inter-facility variation and a strong within-facility correlation between specified chemical substance and organic solvent examinations. Facilities that de-emphasized linking findings to exposure reported higher abnormal-finding rates for solvents, with a similar trend for specified chemicals. Rates rose when biological monitoring alone triggered abnormalities and nonoccupational factors were not excluded.

How this study might affect research, practice, or policy: These results support creating standardized national criteria, clarifying how exposure information should be used, and strengthening physician qualifications. They caution against naive interpretation of national statistics. Research should test causal pathways and incorporate multivariable adjustment; practice and policy should harmonize classification and improve the national flow of employer-to-provider exposure data.

Keywords: special health examinations; occupational exposure; hazardous substances; biological monitoring; occupational health service; inter-facility variation.

Received: November 16, 2025; **Revised:** January 17, 2026; **Accepted:** February 12, 2026
© The Author(s) 2026. Published by Oxford University Press on behalf of the Japan Society for Occupational Health.
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. For commercial re-use, please contact reprints@oup.com for reprints and translation rights for reprints. All other permissions can be obtained through our RightsLink service via the Permissions link on the article page on our site—for further information please contact journals.permissions@oup.com.

Downloaded from academic.oup.com/joh/article/68/1/uiag010/8494269 by guest on 08 September 2026

Introduction

Special health examinations are an important component of occupational health in Japan, designed for workers potentially exposed to hazardous factors. Their purposes are 3-fold: (1) detecting occupational diseases early and enabling timely care; (2) managing risk by assessing exposure and health effects and using the findings to improve workplaces and processes; and (3) guiding individual employment measures—such as job modification, reassignment, or reduced hours—based on health status and fitness for duty.[1]

These examinations are mandated under the Industrial Safety and Health Act and the Pneumoconiosis Act. Ministerial ordinances specify the hazardous agents, designated work activities, and mandatory examination items. Following physician review of the results, employers must implement necessary measures, including job or workplace reassignment, adjustment of duties or hours, workplace environmental monitoring, and engineering or facility improvements. The individuals subject to special health examinations are workers engaged in designated work, not based on risk that reflects the degree of exposure. Among the legally mandated categories, the most common are examinations for specified chemical substances and organic solvents. The government publishes annual statistics; in 2024, 1 246 418 examinations were conducted for specified chemical substances and 710 499 for organic solvents, with abnormal-finding rates of 1.5% and 3.1%, respectively.[2]

In practice, although employers with 50 or more employees are legally required to appoint an occupational physician, most special examinations are conducted by external occupational health service institutions due to equipment and technical requirements. Many major institutions—often members of the National Federation of Industrial Health Organizations (Zen-Eiren)—participate in quality-assurance programs such as the Accreditation System for the Quality Management of Occupational Health Services[3] and the Biological Monitoring Quality Control Program[4] to maintain examination quality.

Despite the detailed regulatory requirements, the Japanese government has not issued clear national guidance on the procedures or judgment criteria for special health examinations, and academic bodies such as the Japanese Society for Occupational Health have also not provided such guidance. Consequently, the judgment criteria used by institutions and physicians vary widely,[5] likely contributing to large inter-facility differences in abnormal-finding rates. Many abnormal findings are also nonspecific and may reflect conditions unrelated to occupational exposure, underscoring the importance of adequate exposure information for proper attribution. Prior studies have noted variation between facilities in how exposure information is utilized, often because employers provide insufficient data. Differences are also evident in how institutions use biological monitoring results—which are mandated for certain substances—in determining whether findings are classified as abnormal.[5]

Therefore, this study aimed to examine inter-institutional disparities in abnormal-finding rates and to assess the impact of exposure-related information on these rates for the 2 major statutory special health examinations in Japan—for specified chemical substances and for organic solvents—focusing on facilities affiliated with Zen-Eiren.

Methods

Research design

This study was a cross-sectional study using a questionnaire.

Subjects

The study involved 115 facilities affiliated with Zen-Eiren. From June to July 2025, the Zen-Eiren headquarters distributed questionnaires to all facilities and solicited responses. To limit bias from client mix or short-term events, we included only facilities that met the following criteria: (1) they reported, for at least 2 fiscal years, the numbers of examinations conducted and abnormal-finding rates for both specified chemical substance and organic solvent examinations; and (2) they had an average annual volume of ≥1000 examinations in each category. We further excluded facilities whose responses on the linkage between findings and exposure were inconsistent with the case vignettes described below; the remaining responses were considered valid.

Questionnaire structure

The questionnaire comprised 2 sections—1 for administrative staff and 1 for physicians who assess special health examinations. In the administrative section, respondents reported, for fiscal years 2022-2024, the number of examinations conducted and the abnormal-finding rates for examinations targeting specified chemical substances and organic solvents. In the physician section, to clarify criteria for classifying abnormal findings, 4 brief case vignettes were presented: 2 in which the linkage between findings and exposure was ambiguous, and 2 in which only biological monitoring exceeded reference values. For each vignette, respondents indicated whether they would classify the case as an abnormal finding (Yes/No). An overview of the vignettes is provided below.

Cases related to the relationship between findings and exposure

1-1. There are subjective or objective symptoms or significant test findings, but the relationship between these findings and exposure is unclear. However, the hazardous factor is handled at a certain frequency, and the relationship with exposure cannot be ruled out.

1-2. There are subjective or objective symptoms or significant test findings. Cases where the findings are suspected to be caused by exposure to the hazardous factor based on information about work conditions collected during the health examination.

Cases in which only biological monitoring exceeds the reference values

The boundary values of Distributions 2 and 3 (as defined under the Ministerial Ordinances of the Ministry of Health, Labour and Welfare) correspond to the urine concentration at the end of work after 8 hours of exposure at the permissible concentration level.[6] Distribution 2 or 3 is defined by the government as indicative of suspected exposure whereas Distribution 1 represents a situation where exposure is sufficiently low.

2-1. There are no clear self-reported or observed symptoms or significant test findings related to health effects, but biological monitoring, such as urinary metabolites, corresponds to Distribution 2 or 3. Cases where the influence of lifestyle factors such as diet or exposure outside of work cannot be ruled out (biological monitoring not excluding other influences).

2-2. There are no clear self-reported or observed symptoms or test findings related to health effects, but biological monitoring corresponds to Distribution 2 or 3. Cases where additional information collection is expected to exclude the influence of lifestyle factors such as diet or exposure outside of work (biological monitoring excluding other effects).

Definition of variables

The outcome was the average abnormal-finding rate per facility during targeted years, calculated separately for examinations

Downloaded from academic.oup.com/joh/article/68/1/uiag010/8494269 by guest on 08 September 2026

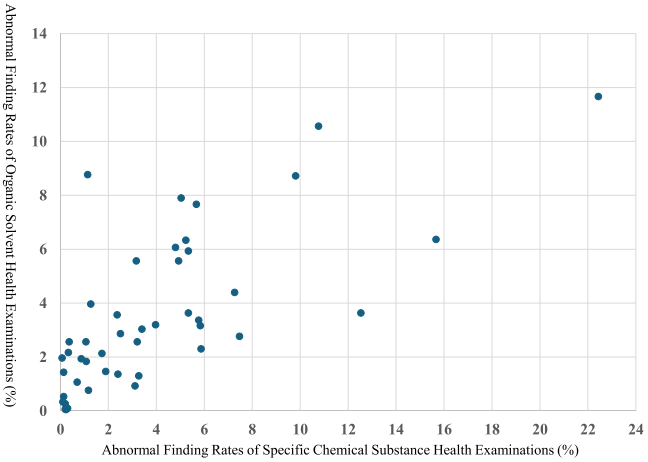


Figure 1. Inter-institution correlation of positive findings rates for both special health examinations.

targeting specified chemical substances and those targeting organic solvents. The Shapiro-Wilk test indicated that abnormal-finding rates for both examination types departed from normality.

The main explanatory variable captured physicians' criteria for classifying abnormal findings. For the exposure–finding association items (questions 1-1 and 1-2), responses of YES/YES were coded as "nonemphasis on association with exposure," and NO/YES as "emphasis on association with exposure." One response (YES/NO) was excluded as internally inconsistent. In addition, the vignettes in which only biological monitoring exceeded reference values (questions 2-1 and 2-2) were entered as separate binary variables.

Statistical analysis

The significance level was set at $P < .05$, with $.05 \leq P < .10$ indicating "trend." The association between the abnormal-finding rates between the 2 health examinations was calculated using the Spearman rank correlation coefficient. Additionally, the differences in the rates between explanatory variables were examined using the Wilcoxon rank sum test for each type of health examination. All analyses were conducted using Stata Statistical Software (version 16; StataCorp LLC, TX, USA).

Results

Responses were obtained from 55 facilities, of which 45 provided valid data for both types of examinations (valid response rate: 39.1%). Across these 45 facilities, a total of 666 975 examinations for specified chemical substances and 405 401 examinations for organic solvents were conducted. The average number of examinations per year had a median of 8513.7 (25th percentile: 4569.0; 75th percentile: 19 426.0) for specified chemical substances, and a median of 4524.7 (25th percentile: 3256.0; 75th percentile: 9839.0) for organic solvents.

The distribution of facility-level abnormal-finding rates for both examination types is shown in Figure 1. The rates were strongly correlated (Spearman $\rho = 0.74$, $P < .001$).

For examinations for organic solvents, as shown in Table 1, facilities categorized as placing "nonemphasis on association with exposure" had higher abnormal-finding rates than those emphasizing the exposure–finding association ($P = .030$). A similar but nonsignificant trend was observed for examinations for specified chemical substances ($P = .066$).

For vignettes in which only biological monitoring values exceeded reference levels—without excluding other potential causes—no significant differences were observed for either examination type, although rates tended to be higher when such cases were classified as abnormal (specified chemical substances: $P = .081$; organic solvents: $P = .083$) as shown in Table 1. In contrast, for vignettes specifying biological monitoring results after excluding other potential causes, neither tendencies nor significant differences were observed (specified chemical substances: $P = .387$; organic solvents: $P = .553$).

Discussion

This study found wide inter-facility variation in abnormal-finding rates for both specified chemical substance examinations and organic solvent examinations. The survey targeted major occupational health service institutions in Japan (Zen-Eiren members). Although the response rate was only 39.1%, the number of examinations at responding facilities accounted for more than half of the national total, suggesting that the findings likely approximated national patterns.

Abnormal-finding rates were strongly correlated between the 2 examination types at the facility level, implying that facility-specific judgment criteria may influence prevalence. A key element of these criteria is the use of exposure information. In Japan, special examinations rely on self-reported and observed symptoms, clinical tests, and basic workplace surveys, with biological monitoring mandated for selected substances in both health examinations for specified chemical substances[7] and organic solvents.[8] Because symptoms and clinical test abnormalities may arise from nonoccupational causes, comprehensive judgments should consider exposure levels. Accordingly, facilities that place less emphasis on exposure information are expected to record higher abnormal-finding rates. A previous simulation study on the assessment of special health examination results reported that when the findings of a simple survey of working conditions—a statutory item in special health examinations—were available, as opposed to unavailable, the number of assessments indicating suspected disease due to the relevant exposure factor decreased.[9] This finding is consistent with the results of this study. Such criteria may be justified if they result in a larger number of subjects being selected for secondary examinations, and a more detailed investigation of working conditions is conducted. However, it has been reported that secondary health examinations based on sufficient information have not been implemented for the same subjects as in this study.[10]

Biological monitoring provides objective indicators; however, values—particularly urinary metabolites commonly used in statutory monitoring—may be affected by nonoccupational factors such as diet or hobbies.[11] For example, in Japan, biological monitoring for toluene exposure is based on urinary hippuric acid rather than unmetabolized urinary toluene, and hippuric acid levels are known to be influenced by dietary intake. In this study, when such factors were not excluded, classifying these cases as abnormal tended to increase the overall rate of abnormal findings. At the same time, some facilities do not classify cases as abnormal even when biological monitoring values are elevated, if no other test results indicate abnormalities. Conceptually, if abnormalities were defined solely by biological monitoring after excluding nonoccupational influences, one would expect facility-level abnormal-finding rates to rise. Yet, our analysis did not show a significant difference. This suggests that, in practice, cases in which elevated biological monitoring values truly reflect occupational exposure may be relatively uncommon.

Downloaded from academic.oup.com/joh/article/68/1/uiag010/8494269 by guest on 08 September 2026

Table 1. Comparison of abnormal-finding rates according to criteria for classifying abnormal findings.

	Specified chemical substances					Organic solvents				
	n	Median	Lower 25%	Upper 25%	*P* value[a]	*n*	Median	Lower 25%	Upper 25%	*P* value[a]
All participating facilities										
	45	3.11	0.87	5.33	—	45	2.77	1.43	5.57	—
Focus association with exposure										
No	39	3.17	1.08	5.77	.066	39	3.03	1.84	5.57	.030
Yes	6	0.55	0.20	3.27	—	6	0.92	0.27	1.93	—
Reflecting biological monitoring results										
Other effects not excluded										
No	9	1.73	0.20	3.20	.081	9	2.13	1.30	2.57	.083
Yes	36	3.28	1.07	5.75	—	36	3.18	1.45	6.00	—
Other effects excluded										
No	16	2.38	1.15	4.07	.387	16	3.12	1.75	5.57	.553
Yes	29	3.40	0.33	5.87	—	29	2.57	1.43	4.40	—

[a]Wilcoxon rank-sum test.

These findings indicate that national statistics on abnormal-finding rates should be interpreted with caution. Variation in judgment criteria may also affect 2 core aims of special examinations: improving work environments and processes, and guiding individual work accommodations. Three improvements merit consideration. First, standardized guidelines for classification should be developed, with explicit instructions on incorporating exposure information and handling nonoccupational influences on biological monitoring. Second, roles and implementation methods should be clarified and strengthened—particularly the timely provision of exposure-related data (eg, workplace measurements) from employers to occupational health institutions. Third, physician expertise should be enhanced. Some countries, such as Thailand[12] and South Korea,[13] require specific qualifications for physicians conducting such examinations; Japan should similarly ensure that determinations are made with sufficient understanding of hazardous exposures.

This study has limitations. First, the response rate was approximately 40%; facilities that more actively use exposure information may have been more likely to respond, potentially understating true variability. Nevertheless, coverage of over half of all examinations supports reasonable representativeness. Second, facility policy was assessed via 1 designated physician and may not fully capture institutional practice; however, we targeted the lead physician for special examinations, and preliminary interviews at 8 facilities indicated consistent decision-makers. Third, organic solvents are often used as mixed solvents, whereas those with carcinogenic properties are classified as specified chemical substances. As a result, both specified chemical substance health examinations and organic solvent health examinations may be conducted for the same work. It cannot be ruled out that this practice contributes to the heightened correlation observed between the 2 examination types. Fourth, unmeasured factors—such as physician expertise, regional characteristics, and client industry/-size—may influence rates and warrant further study. Fifth, data from 2022-2024 were not adjusted for time-specific influences (eg, COVID-19). Sixth, the sample size limited analyses to univariate comparisons; multivariable modeling was not performed, so independent effects could not be estimated.

Conclusions

Abnormal-finding rates varied widely across institutions for both specified chemical substance and organic solvent examinations in Japan's mandated special health checks. This variation likely reflects differences in judgment criteria, alongside other factors. To strengthen the system, standardized judgment guidelines, better provision of exposure information, and enhanced qualifications for determining physicians are needed.

Acknowledgments

We would like to express our sincere gratitude to Ms Noriko Kamezawa and Mr Hiroshi Ichiji from the National Federation of Industrial Health Organizations for their excellent administrative support.

Author contributions

Koji Mori and Masayuki Tatemichi conceived the ideas; Koji Mori and Osamu Une led the development of questionnaires, and the other authors reviewed and approved them. Koji Mori and Osamu Une designed the analysis and analyzed the data. Koji Mori wrote the draft of the manuscript. All authors advised on the data interpretation and have reviewed, edited, and approved the final manuscript.

Funding

This work was supported by a Grant-in-Aid for Special Research on Industrial Accidents and Diseases from the Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan.

Conflicts of interest

The authors declare no conflicts of interest.

Data availability

The data are not publicly available because they contain proprietary and confidential information from participating organizations. Data provided by each institution was strictly managed among researchers.

References

1. Sakamoto F. Specific health examinations. In: Moriguchi J, Yamataki H eds. *The Health Examination Strategy*. 2nd ed. Biocommunications; 2014:52–79 Article in Japanese.
2. Ministry of Health, Labour and Welfare. *Status of special health examinations in FY 2024, by type of work*. Accessed April 27, 2026. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_61103.html

Downloaded from academic.oup.com/joh/article/68/1/uiag010/8494269 by guest on 08 September 2026

3. National Federation of Industrial Health Organization. *Accreditation system for quality management of occupational health services*. Accessed November 13, 2025. https://www.zeneiren.or.jp/service/
4. National Federation of Industrial Health Organization. *Comprehensive quality control program*: Accessed November 13, 2025. https://www.zeneiren.or.jp/management/index.html
5. Mori K, Tatemichi M. *Interview survey on the judgement of special health examinations in occupational health service institutions, fiscal year 2023. Clinical research project on occupational accident and disease collaborative research report*. 2024. Accessed November 13, 2025. https://www.mhlw.go.jp/content/001275875.pdf
6. Kawamoto T, Tsuji M, Tanaka M. Biological monitoring and occupational physician. *J UOEH*. 2013;**35**(Special Issue):97–106.
7. Ministry of Labour of Japan. *Ordinance on Prevention of Hazards Due to Specified Chemical Substances*. Ordinance No. 57; 1972: Accessed November 13, 2025. https://natlex.ilo.org/dyn/natlex2/natlex2/files/download/29297/JPN29297.pdf
8. Ministry of Labour of Japan. *Ordinance on Prevention of Organic Solvent Poisoning*. Ordinance No. 36; 1972: Accessed November 13, 2025. https://natlex.ilo.org/dyn/natlex2/natlex2/files/download/29294/JPN29294.pdf
9. Kobashi M, Kajiki S, Okahara S, Mori K. Influence of information obtained from a "simple survey of working conditions" on physicians' judgment in special health examinations: conference proceeding. *Jpn J Occup Health*. 2015;**57**(Suppl):324.
10. Mori K, Une O, Kumakawa Y, Yamamoto K, Tatemichi M. Collection and utilization of exposure-related information in special health examinations: questionnaire survey of occupational health organizations. *Occup Health J*. 2026;**26**(1):62–67.
11. Foà V, Alessio L. *General Principles, Biological Monitoring, ILO Encyclopaedia of Occupational Health and Safety 4th edition*. 1998; Part 27: Biological monitoring. Accessed November 13, 2025. https://www.iloencyclopaedia.org/part-iv-66769/biological-monitoring-65407
12. Ministry of Labour of Thailand. *Ministerial regulation on the prescribing of criteria on method of conducting health check-up of employees and forwarding the results of health check-up to labour inspector. B.E. 2547, 2004*. Accessed November 13, 2025. https://natlex.ilo.org/dyn/natlex2/r/natlex/fe/details?p3_isn=96400
13. Lee Y, Kim J, Lee YC. Residency programs and the outlook for occupational and environmental medicine in Korea. *Ann Occup Environ Med*. 2015;**27**:23. https://doi.org/10.1186/s40557-015-0072-1

Downloaded from academic.oup.com/joh/article/68/1/uiag010/8494269 by guest on 08 September 2026

© The Author(s) 2026. Published by Oxford University Press on behalf of the Japan Society for Occupational Health. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. For commercial re-use, please contact reprints@oup.com for reprints and translation rights for reprints. All other permissions can be obtained through our RightsLink service via the Permissions link on the article page on our site—for further information please contact journals.permissions@oup.com.
Journal of Occupational Health, 2026, **68**(1), uiag010
https://doi.org/10.1093/joccuh/uiag010
Brief Report

令和 7 年度　労災疾病臨床研究事業

分担研究報告書

特殊健康診断における
適正な情報収集と判定に関するマニュアルの作成

研究代表者

森　晃爾

全国労働衛生団体連合会労働衛生サービス機能評価委員会委員長

研究分担者

立道昌幸

東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　教授

2. 特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアルの作成

研究代表者:森 晃爾　全国労働衛生団体連合会労働衛生サービス機能評価委員会委員長
研究分担者:立道昌幸　東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学　教授
研究分担者:山本健也　独立行政法人労働者健康安全機構 労働安全衛生総合研究所
化学物質情報管理研究センター　部長

研究要旨
【目的】特殊健康診断(以下「特殊健診」という。)の判定において現在多くの事業場や労働衛生機関が「ABCRT 区分」を用いているが、判定手順については言語化されていない部分が多い。特殊健診の所見は有害因子に特異的でないことが多いため、適切な判定には健康状態に加えて有害因子への「ばく露の推定」が不可欠であるが、実際には事業者からの情報提供不足や機関ごとの判定基準の相違が課題となっている。そこで今回は、特殊健診を実施している労働衛生機関の実態に関する調査を行い、その結果を踏まえて、判定に必要な情報収集を標準化し、事業者と労働衛生機関の適切な役割分担と情報共有の在り方を明確にするためのマニュアルを作成することを目的とした。
【方法】マニュアルを作成するにあたり、①特殊健診の判定に関するインタビュー調査と②労働衛生機関への質問票調査を実施した。これらの調査から抽出された、情報提供不足や専門性のばらつき等の課題をふまえて、「特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル(原案)」を策定した。その後、企業の専属産業医 5 名、労働衛生機関の医師 3 名、同渉外担当者 4 名へのインタビューを通じて妥当性と実現可能性を検証し、厚生労働省担当課による法令や行政施策との整合性確認を経て最終版を確定させた。
【結果】作成されたマニュアルは、(1)特殊健診において収集・共有すべきばく露関連情報、(2)労働衛生機関における判定レベル(Ⅰ～Ⅲ)と医師の役割、(3)特殊健診全体のプロセス、(4)事業者と労働衛生機関の役割分担のプロセス、の 4 つの主要項目で構成された。
【結論】適切に特殊健診の判定が実施されるには、「契約・計画→準備→実施→健診判定→管理区分の決定」の一連の流れにおける事業場側と労働衛生機関側の役割分担が明確となっている必要がある。また、労働衛生機関側が事業場側から役割を果たすことができる情報が共有されることや、健診実施場面で追加情報が適切に聴取されることも不可欠である。本マニュアルの活用により、労働衛生機関の標準作業書の改訂や判定の質の平準化が図られるとともに、事業者が適切な事後措置を完遂できる体制の構築が期待される。今後は労働衛生機関に対する研修会等を通じた周知や議論に加え、事業者側への啓発を進めていくことが不可欠な課題である。

研究協力者:　熊川　優希　産業医科大学　産業生態科学研究所　非常勤助教

A. 目的

有害業務に従事する労働者への特殊健診は、法令等に基づき事業者に実施が義務付けられており、医師の意見聴取を通じた適切な事後措置が求められる。医師は就業区分や作業管理に関する意見を述べる際、一般に「ABCRT 区分」を用いるが、特殊健診の所見は有害因子に特異的でないことが多いため、正確な判定には健康状態に加え、有害因子への「ばく露の推定」が不可欠である。法令改正により生物学的モニタリング等の情報収集手法も整備されてきたが、依然として管理区分に至る標準的な手順は言語化・明文化されていない。

また、多くの特殊健診が労働衛生機関に委託されている現状において、事業者からの情報提供不足や、機関ごとの判定基準・手順の相違が大きな課題となっている。実際、本事業の他の分担研究による調査では、検査所見とばく露情報の関連性をどの程度重視するかといった判定の考え方の違いにより、施設間で有所見率に大きな差が生じている実態が判明した。こうした判断内容の差異は、特殊健診の質と一貫性を確保する上での重大な懸念事項となっている。

そこで本研究では、特殊健診の判定実態を把握し課題を抽出するため、労働衛生機関へのインタビューおよび質問票調査を実施した。その結果を踏まえ、判定に必要な情報収集を標準化し、事業者と労働衛生機関の適切な役割分担と情報共有の在り方を明確にすることを目的として、「特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル」を作成した。

B. 方法

マニュアルを作成するにあたり、特殊健診の実態把握と課題抽出のため、以下の2つの調査研究を実施した。

(1) 特殊健診の判定に関するインタビュー調査

8つの労働衛生機関を対象に、判定手順に最も詳しい常勤医師へのインタビュー調査（遠隔会議システムzoomを利用）を行い、健診の各プロセスにおける役割認識の実態を調査した。その結果、各機関が独自の役割定義に基づき判定を行う一方で、契約・計画時の事業者との役割調整が不十分であり、事後措置が適切に実施されない懸念があるという課題を抽出した。

(2) 労働衛生機関への質問票調査

全国労働衛生団体連合会加盟の 115 施設を対象とした質問票調査を行い、特定化学物質および有機溶剤健診の有所見率や判定基準を分析した。これにより、施設間での有所見率のばらつきが、ばく露関連情報の入手状況や、業務起因性をどの程度重視するかという判定の考え方の違いに起因する実態を明らかにした。

これらの調査結果から得られた課題（情報提供不足、専門性のばらつき、ガイドラ

インの欠如等)を解決するため、以下の手順でマニュアルの作成を行った。

① 研究班会議において、判定に必要な情報収集の標準化と役割分担の明確化を目的とした「特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル(原案)」を策定した。

② 原案の妥当性と実現可能性を検証するため、企業の専属産業医5名、労働衛生機関の医師3名、同渉外担当者4名へのインタビューを実施し、実務上の運用課題を聴取した。

③ 厚生労働省担当課に対し、法令や行政施策との整合性について確認を行った。

④ 以上のプロセスを経て必要な修正を加え、最終版のマニュアルを確定させた。

C. 結果

作成された「特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル」は、以下の4つの主要項目で構成されている。

(1) 特殊健診において収集・共有すべきばく露関連情報

判定の精度を高めるために必要な情報を、収集のタイミングに応じて、「リスト A:一次健診の実施において一般的に収集される情報」「リスト B:二次健診等や別途調査など追加で収集される情報」の2つに分類し、チェックリストを掲載した。

(2) 労働衛生機関における判定レベル(Ⅰ～Ⅲ)と医師の役割

特殊健診の全体プロセスは、事前に事業者と労働衛生機関との間で合意された役割分担を前提に実施されるが、役割分担によって労働衛生機関が行う有所見判定に用いるばく露との関連性に関する情報の範囲に違いが出てくる。その結果、労働衛生機関から出される有所見判定の意味が異なってくる。本マニュアルでは、労働衛生機関における判定レベルを3つに分け、ばく露との関連性の判断に用いる情報および有所見判定の意味を示した。

- 判定レベルⅠ:労働衛生機関の判定レベルは「一次健診で収集される情報の一部」、有所見判定の意味は「有害因子へのばく露との関連の可能性がある(否定できない)」
- 判定レベルⅡ:労働衛生機関の判定レベルは「一次健診で収集されるすべての情報」、有所見判定の意味は「有害因子へのばく露と関連性が疑われる」
- 判定レベルⅢ:労働衛生機関の判定レベルは「二次健診等や別途調査によって収集される情報を追加」、有所見判定の意味は「有害因子へのばく露との関連性が強く疑われる(管理区分等の医師等の

意見提示）」

また、医師の役割を「健康診断を実施する医師」と「意見を述べる医師」に分離して定義した。判定レベルがⅠまたはⅡの場合、労働衛生機関は前者の役割に留まるため、事業者は別途「意見を述べる医師（産業医等）」を確保し、事後措置を完結させる必要がある。

(3) 特殊健診全体のプロセス

本マニュアルでは、事業者と労働衛生機関の「事前の打ち合わせ」をプロセスの出発点として位置づけている。この段階で、双方が担う役割、提供すべき情報の範囲、および期待される判定レベルについて合意を形成する。 その後のフローとして、対象選定、一次・二次健診の実施を経て、得られた知見を総合的に評価し、最終的な管理区分を決定する。この一連のステップを通じて、特殊健診の結果を確実な事後措置へと繋げる仕組みとしている。

(4) 事業者と労働衛生機関の役割分担のプロセス

判定レベル（Ⅰ～Ⅲ）ごとに、特殊健診の全プロセスにおいて各主体が具体的に何をすべきかを明示した。

D. 考察

本研究における一連の調査により、特殊健診の判定において施設間で有所見率に大きな差が生じている実態や、事業者からの情報提供不足、判定基準の未整備、および役割分担の不明確さといった事後措置を阻害する構造的な課題が浮き彫りとなった。

これらの課題に対し、本マニュアルは、事業者と労働衛生機関が「契約・計画」の段階で合意を形成し、共通の尺度で判定を行うための実務的な枠組みを提供するものである。収集すべき情報をリスト A（一次健診時）およびリスト B（追加収集）として標準化したことは、情報の質と量の向上に直結する。さらに、労働衛生機関における判定レベルを、情報の充足度に応じて3段階（判定レベルⅠ～Ⅲ）に定義し、医師の役割を「実施する医師」と「意見を述べる医師」に分離して整理したことは、労働衛生機関とのスムーズな役割分担の一助となることが考えられる。

本マニュアルの活用において、労働衛生機関側は、まず自社の「標準作業書」を点検・改訂し、組織としての判定の質を平準化させることが求められる。具体的には「事業者との特殊健診の事前打合せに関する標準作業書」や「医師による特殊健診判定に関する標準作業書」などを新規作成または改訂することが想定される。特に、渉外担当者が事業者と専門的な打合せを対等に行えるよう、本マニュアルを基にした研修の実施や事業者向け説明資料の

作成を推進すべきである。

一方、事業者側においても、特殊健診が自らの法的義務である事後措置に直結するプロセスであることを再認識し、本マニュアルを労働衛生機関との打合せに活用することが期待される。事業者が、自社がどの程度の情報を提供でき、どのレベルの判定を求めるのかを主体的に選択し、合意することは、健診結果が返却された後の迅速かつ適切な事後措置の完遂に繋がる。

今後の周知については、全国労働衛生団体連合会のホームページへの掲載や、各機関の医師・渉外担当者への研修を通じてマニュアルの普及を図る。さらに、同団体が実施する「労働衛生サービス機能評価」の指標に本マニュアルの内容を加えることを検討することで、全国的な判定レベルの向上を強力に後押しできると考えられる。

ただし、特殊健診においてばく露関連情報が十分に提供されていない背景には、委託元である事業者側の理解不足も大きく関与している。そのため、労働衛生機関に対する普及活動に留まらず、行政や各団体を通じて事業者側に対しても、正確な判定と有効な事後措置のために「ばく露情報の共有」が不可欠であることを広く周知・啓発していくことが、わが国の特殊健診制度をより実効性のあるものにするための不可欠な課題である。

E. 引用・参考文献

なし

F. 学会・論文発表

学会発表

1. 熊川優希、森晃爾、宇根理、山本健也、立道昌幸.「特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル」の作成. 産業衛生学雑誌（投稿中）

論文発表

1. 熊川優希、森晃爾、宇根理、山本健也、立道昌幸.「特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル」の作成. 産業衛生学雑誌（投稿中）

事業者と労働衛生機関の連携で進める

特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル

目 次

0.　はじめに

0-1　本マニュアルの趣旨

0-2　本マニュアルの活用場面・方法等

1.　特殊健康診断において収集または共有されるばく露に関連する情報

2.　労働衛生機関における判定レベルⅠ～Ⅲと医師の役割

3.　特殊健康診断全体のプロセス

4.　事業者と労働衛生機関の役割分担のプロセス

・　判定レベルⅠの場合

・　判定レベルⅡの場合

・　判定レベルⅢの場合

【補足資料】

① 用語集

② 特殊健康診断における事業者と労働衛生機関の役割分担　説明例

0. はじめに

0-1　本マニュアルの趣旨

法定の特殊健康診断（以下、特殊健診）の実施は事業者の義務ですが、あわせて、医師の意見を聴き、必要な措置（事後措置）を講じなければならないことが定められています。さらに、「健康診断結果に基づき事業者が講ずべき措置に関する指針（事後措置指針）」では、医師の意見の具体的な内容として、(イ) 就業区分（通常勤務、就業制限、要休業）およびその内容に関する意見、(ロ) 作業環境管理(巻末用語集※1)および作業管理※2 に関する意見を示すことが求められています。

これらの意見を述べる際には、管理区分を付与することが一般的です。管理区分については、「昭和46 年度労働省労働衛生試験研究」の報告書に基づいて提案された「管理 A」「管理 B」「管理 C」「管理 R」「管理 T」という 5 つの区分が広く用いられており、現在も多くの事業者および労働衛生機関が参考としています。各管理区分には、標準的な事後措置の内容も提示されています。

管理区分	症状区分	事後措置
管理 A	異常なし	措置不要
管理 B	管理 C には該当しないが、当該因子によるか若しくはその疑いのある異常が認められる場合	医師が必要と認める検診または検査を医師が指定した期間ごとに行い、必要に応じて就業制限
管理 C	当該因子による疾病に罹患している場合	当該業務への就業禁止および療養を必要とする
管理 R	当該因子による疾病または異常を認めないが、当該業務の就業により増悪する可能性のある疾病に罹患している場合	当該業務への就業制限、療養その他の措置
管理 T	当該因子以外の原因による疾病に罹患している場合	当該疾病に対する療養その他の措置

特殊健診の健診項目には有害因子に対する特異性がなく、ばく露との関係がなくても基準値外となる項目も多いため、医師が管理区分を含めた適切な意見を述べるには、労働者の健康状態だけでなく、有害因子へのばく露状況に関する情報を把握し、「ばく露の推定」を行う必要があります。これを踏まえ、法令改正により、バイオロジカルモニタリング※3 や作業条件の簡易調査といった、ばく露に関する情報収集の手法が段階的に整備されてきました。

しかしながら、管理区分に至る手順や基準が明確に定められていないこと、特殊健診の多くが労働衛生機関に委託されているにもかかわらず、事業者からの十分な情報提供がなされていないこと、また労働衛生機関ごとに判定の考え方や手順が異なることなどから、機関ごとの特殊健診の有所見率には大きな差異が生じています。

特殊健診の実施が事業者から労働衛生機関へ委託されることを前提とするならば、その準備、実施、結果判定、事後措置といった一連のプロセスにおける両者の役割分担を明確にする必要があります。そして、労働衛生機関が期待される役割を果たすには、それに応じた情報が事業者から適切に提供されなければなりません。

本マニュアルでは、労働衛生機関への委託を前提とした特殊健診全体のプロセスを整理した上で、事業者による適切な事後措置につなげるための、事業者側と労働衛生機関側の役割分担とその実施方法について、詳細に提示しています。

0-2　本マニュアルの活用場面・方法等

本マニュアルは、特殊健診が事業者による適切な事後措置へ確実につながるよう、事業者側と労働衛生機関側の役割分担およびその実施方法を提示したものです。それぞれの活用場面・方法等についてご確認ください。

（１）労働衛生機関側

本マニュアルの第１の利用者として、特殊健診を受託する労働衛生機関を想定しています。法定の特殊健診については、実施項目は明確に定められているものの、判定基準や判定プロセスについては統一的な基準が存在しません。そのため、労働衛生機関ごとに実情に応じたさまざまな考え方や方法で判定や結果報告が行われているのが現状です。

本マニュアルは、各機関の方針変更を必ずしも求めるものではありません。しかし、事業者が有所見者について医師の意見を聴取し、適切な事後措置につなげるためには、特殊健診に関する基本的事項を理解したうえで、事前打合せの段階で労働衛生機関と事業者の役割分担を合意し、双方がその役割を確実に実行することが不可欠です。

このため、本マニュアルを活用し、労働衛生機関には以下のような対応を行うことを期待します。

① 特殊健診に関する標準作業書※の内容を点検し、必要に応じて改訂または新規作成する。
　※標準作業書の例：「事業者との特殊健診の事前打合せに関する標準作業書」、「医師による特殊健診判定に関する標準作業書」など
② すべての渉外担当者が標準作業書に基づいて事業者と打合せを行えるよう、研修の実施や事業者向け説明資料の作成を行う。
③ その他、特殊健診の実施および事後措置のプロセスを見直す。

もっとも、労働衛生機関が上記の対応を講じたとしても、事業者によっては十分な資源や認識を欠く場合もあり、すべての事業者に理解が得られるとは限りません。そのような制約を踏まえつつも、有効な特殊健診の実施のために、労働衛生サービスを専門的に担う機関として可能な限りの努力を行うことを期待します。

（２）事業者側

本マニュアルの第２の利用者は、事業者側の衛生管理者や産業医などの健康管理担当者です。特殊健診の実施および事後措置の義務は事業者にあります。その過程の一部を労働衛生機関に委託することを前提に、以下のような対応を行うことを期待します。

① 特殊健診の適切な実施における自らの役割を認識し、労働衛生機関の渉外担当者との打合せに活用する。
② 特殊健診の判定および事後措置の方法を見直す。
③ その他、特殊健診の実施および事後措置のプロセスを見直す。

特殊健診に関する事業者の義務範囲は共通であっても、事業場規模等の要因により、産業医の有無など保有する資源には大きな差があります。そのような実情に合わせて、労働衛生機関との連携を図るとともに地域産業保健センター等の外部資源を活用して、有効な実施を期待します。

１．特殊健診において収集または共有されるばく露に関連する情報

特殊健診の実施は、対象者に対して一律の内容を実施するいわゆる一次健診と、一次健診において有害因子へのばく露との可能性がある労働者に対して行う二次健診等があります。ここでは、「一次健診の実施において一般的に収集される情報（リストA）」と、「二次健診等や別途調査など追加で収集される情報（リスト B）」の二つに分類して、収集または共有されるべき情報のチェックリストを示します（二次健診等には、有機溶剤に対する医師が必要と認めた場合に行う項目も含む）。また、リストAには、一次健診実施前に収集される情報（A-1）と、一次健診実施中に主に労働者から直接収集する情報（A-2）に分類しています。

リスト A-1、リスト B の情報を収集する際には、労働者や事業場の担当者では把握が不十分と考えられる項目もあるため、必要に応じて化学物質管理者※4 等と連携をしながら収集する必要があります。

リストA　一次健診の実施において一般的に収集される情報

- ● リスト A-1　一次健診実施「前」に収集される情報
- □ 有害因子に関するより詳細な情報（安全データシート（SDS）など）
- □ 作業条件の簡易な調査
- □ 当該労働者が主に従事する単位作業場所※５ における作業環境測定結果（「作業環境測定結果報告書（最新＋過去４回分の結果記載欄あり）」の提出を求める等）
- □ 作業における当該有害物質の平均的な使用頻度および前回の健康診断以降の作業工程や取扱量などの変更
- □ 局所排気装置などの有無および稼動状況（定期点検の状況含む）
- □ 保護具の使用状況（保護具の種類等の詳細含む）
- □ 事故や修理などの際における大量ばく露
- □ 過去の健康診断の情報
- ● リスト A-2　一次健診実施「中」に収集される情報：問診・診察時の自他覚所見
- □ 自他覚所見が発生した状況や作業時間・時期との関係
  （作業中または作業に関連して起こっているか？一過性であるか持続性であるか？一定であるか、進行性であるか？など）

リストB　二次健診等や別途調査など追加で収集される情報

- □ 作業に関する詳細情報
  - ・ 取扱量や期間に関する情報
  - ・ 詳細な作業方法に関する情報
- □ 個人用保護具に関する詳細情報
  （職場の保護具着用ルール、カートリッジの管理状況、フィットテスト※6や日常のチェックの実施状況等）
- □ 作業環境に関する詳細情報
  - ・ 換気状態に関する情報（局所排気装置の稼働状況など）
- □ 自他覚所見のついての追加情報収集
- □ バイオロジカルモニタリング等の追加検査
- □ その他

2. 労働衛生機関における有所見判定のレベルⅠ～Ⅲと医師の役割

特殊健診の全体プロセスは、事前に事業者と労働衛生機関との間で合意された役割分担を前提に実施されますが、役割分担によって労働衛生機関が行う有所見判定に用いるばく露との関連性に関する情報の範囲に違いが出てきます。その結果、労働衛生機関から出される有所見判定の意味が異なってきます。ここでは、労働衛生機関における判定レベルを３つに分け、ばく露との関連性の判断に用いる情報および有所見判定の意味を示しました。（なお、ここで示す判定レベルは、事業者と事前に合意された役割分担および提供される情報の範囲に応じて決定されるものです。労働衛生機関ごとの能力や質、方針を示すものではありません。）

判定レベル	ばく露との関連性の判断に用いる情報	有所見判定の意味
Ⅰ	一次健診で収集される情報の一部 ※作業環境測定結果が反映されないなど	有害因子へのばく露との関連の可能性がある （否定できない）
Ⅱ	一次健診で収集されるすべての情報 （リスト A-1 および A-2）	有害因子へのばく露と関連性が疑われる
Ⅲ	二次健診等や別途調査によって収集される情報を追加（リストＢ）	有害因子へのばく露との関連性が強く疑われる （管理区分等の医師等の意見提示）

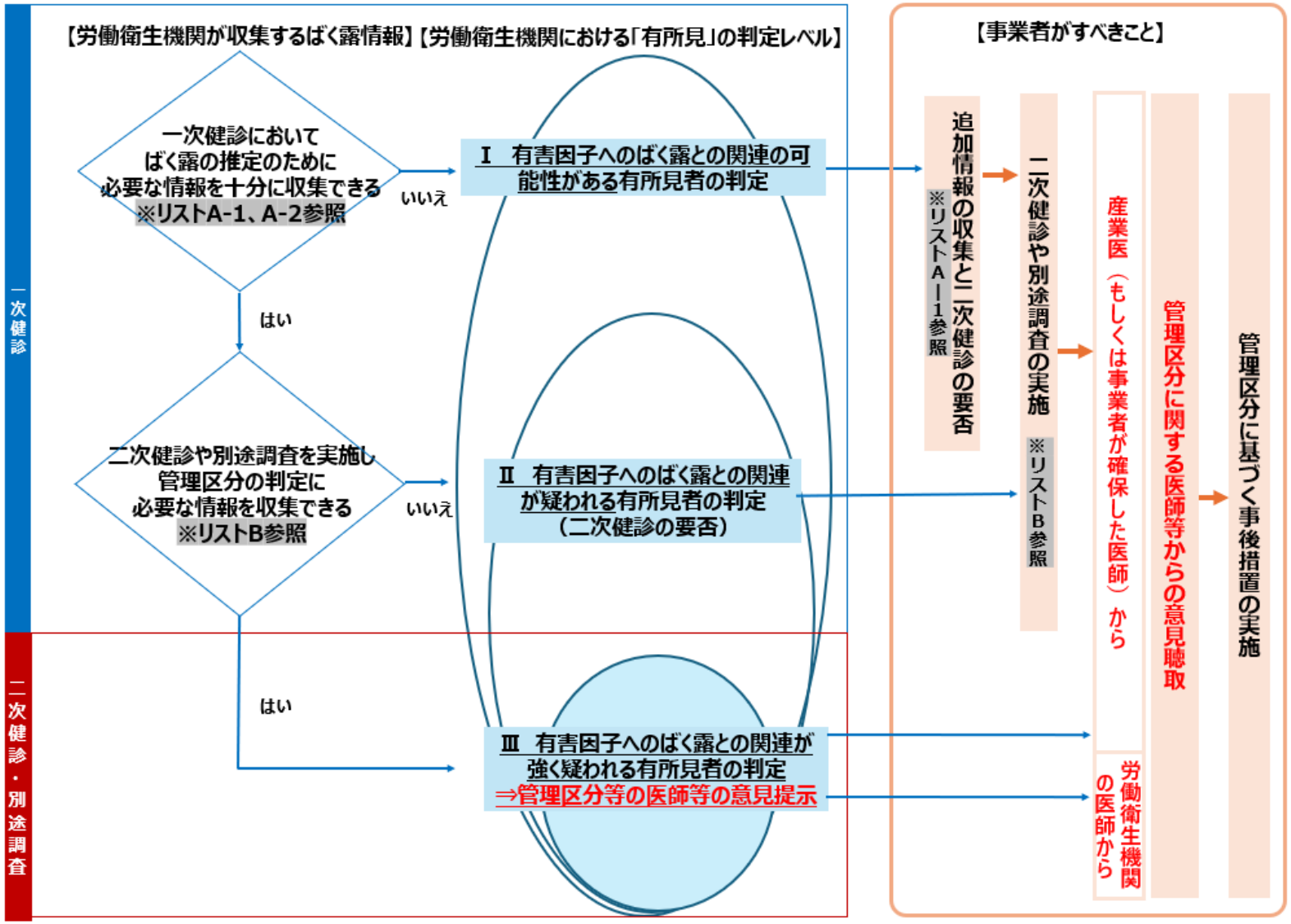
事業者は特殊健診を実施した際、有所見者に対して最終的に管理区分を決定して、医師等の意見を聴取し、事後措置を実施する必要があります。特殊健診に関わる医師には、「健康診断を実施する医師」と「意見を述べる医師」の役割があります。労働衛生機関における判定レベルがⅢの場合には両者の役割を労働衛生機関の医師が果たすことができます（二次健診等の結果をもとに、産業医が意見を述べることも可能）。しかし、労働衛生機関における判定レベルがⅠまたはⅡの場合には、事業者側で、別途、「意見を述べる医師」を確保して、意見聴取を行い、事後措置に結びつける必要があります（図１参照）。産業医が選任されている事業場においては、労働衛生機関の医師が「健康診断を実施する医師」となり、事業場の産業医が「意見を述べる医師」となることが基本です。

コラム：本分類のもとになった労働衛生機関医のインタビュー調査

本マニュアルを開発するに当たって実施した労働衛生機関に対するインタビュー調査の結果では、それぞれの機関において収集するばく露に関連する情報およびそのうち判定に用いる情報の範囲が異なっていることが明らかになりました。その範囲は有所見に対するばく露との関連性に基づく判定レベルに大きく影響していました。この結果に基づき労働衛生機関における判定レベルを３つに分類しました。

これらの違いは、各労働衛生機関の方針が大きく影響していますが、労働衛生機関における判定レベルによって事業者が管理区分の決定に至る残りのプロセスを実施することが不可欠であることから、本来は事業者と労働衛生機関の役割分担を事前の打合せで確認して、決定する必要があります。

図1. 労働衛生機関における有所見者の判定レベルI～Ⅲ



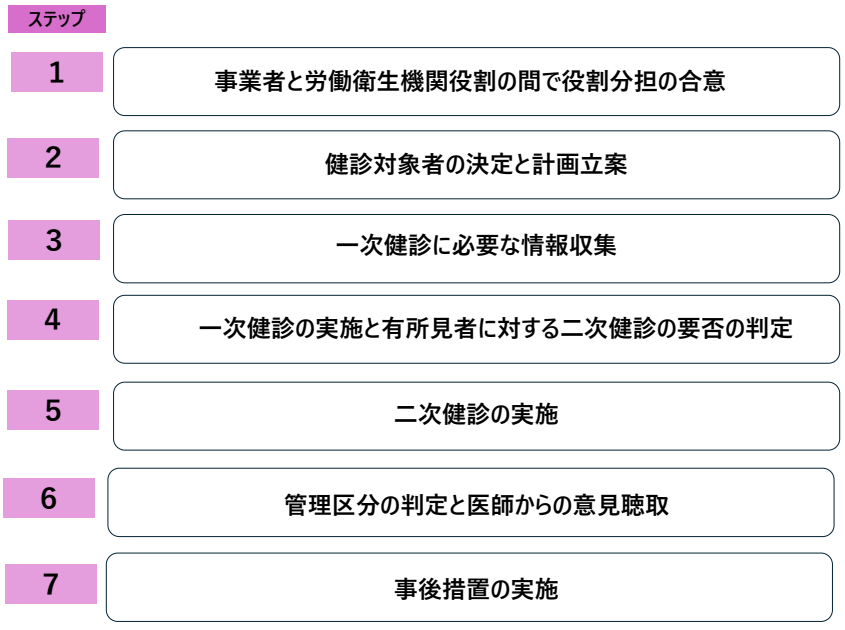
3. 特殊健診全体のプロセス

本マニュアルは、事業者の責務として実施する「健診の実施」から「医師等からの意見聴取」をもとにした「事後措置」まで特殊健診全体のプロセスの一部を、事業者が労働衛生機関に委託することを前提に作成されています。前章（労働衛生機関における判定レベルⅠ～Ⅲと医師の役割）で述べたとおり、労働衛生機関が提供する有所見判定のレベルは、労働衛生機関が収集する“ばく露との関連性の判断に用いる情報”の範囲を基本にしています。この情報の範囲は、事前に行われる事業者と労働衛生機関との役割分担に関する打合せによって決まります。

そのため、本マニュアルでは、両者の打ち合わせを特殊健診全体のプロセスの出発点として位置づけています。この打合せでは、労働衛生機関が担う役割、それに応じて事業者が提供すべき“ばく露との関連性の判断に用いる情報”の範囲、労働衛生機関から事業者に提供される有所見判定のレベルについて確認します。

そのうえで、事前に両者が合意した役割分担に基づき、対象者の決定と受診の手配を行い、一次健診の実施、有所見者に対する二次健診の要否の判定、必要に応じて二次健診の実施を行います。そして、これらの過程で得られた自他覚所見、検査結果、およびばく露に関連する情報を総合的に評価し、最終的に管理区分を決定します。この管理区分に基づき、事業者は医師の意見を聞き、適切な事後措置を講じることが求められます（図２参照）。

図2. 特殊健診全体のステップ



4．事業者と労働衛生機関の役割分担のプロセス

特殊健診の実施に当たって、最初に、事業者と労働衛生機関の間で、実施から管理区分の決定に至る過程での役割分担等に関する打合せを行います。その結果、労働衛生機関における判定レベルも決まります。

判定レベル	ばく露との関連性の判断に用いる情報	有所見判定の意味
Ⅰ	一次健診で収集される情報の一部 ※作業環境測定結果が反映されないなど	有害因子へのばく露との関連の可能性がある （否定できない）
Ⅱ	一次健診で収集されるすべての情報 （リスト A-1 および A-2）	有害因子へのばく露と関連性が疑われる
Ⅲ	二次健診等や別途調査によって収集される情報を追加（リストＢ）	有害因子へのばく露との関連性が強く疑われる （管理区分等の医師等の意見提示）

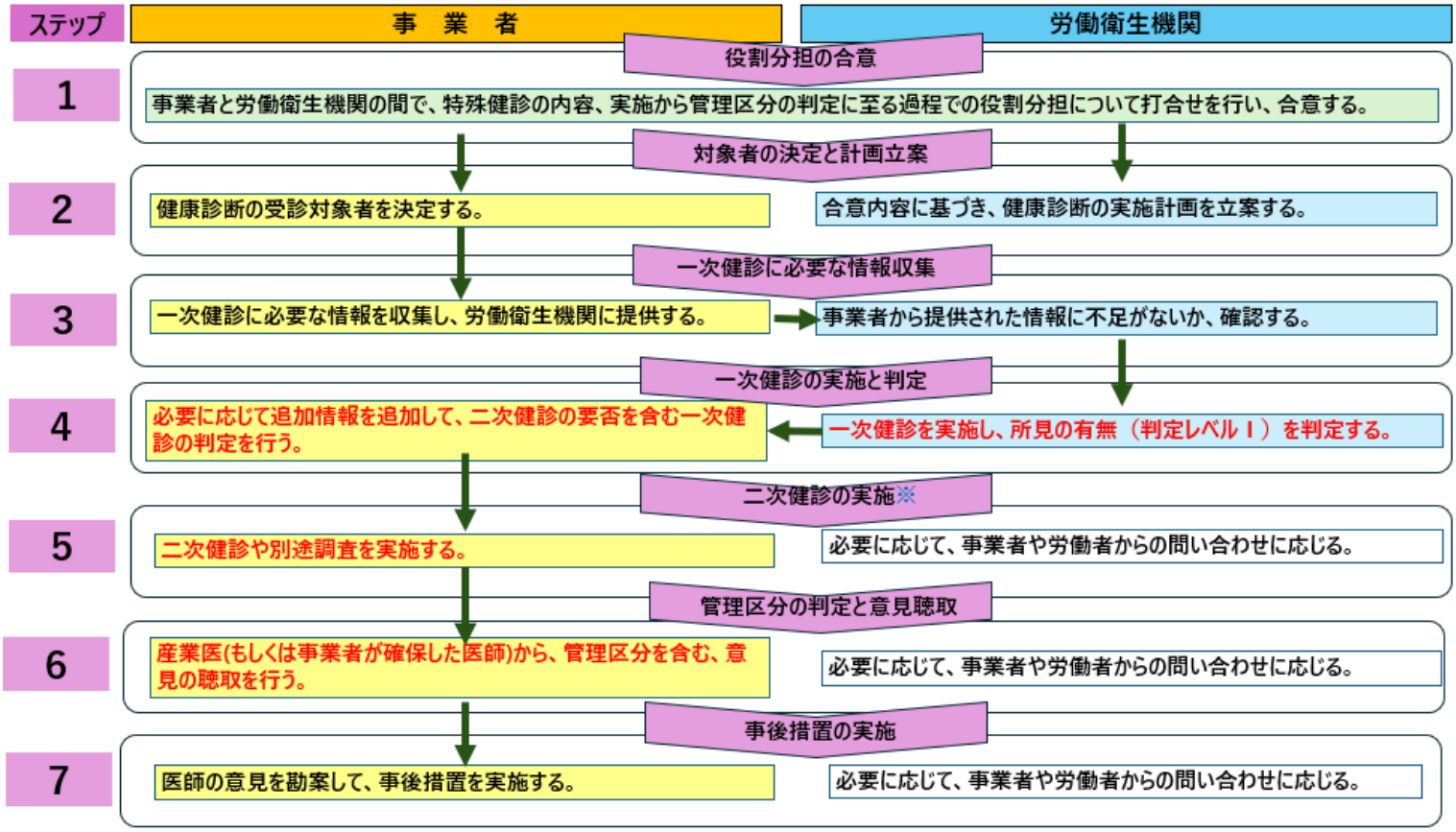
本章では、判定レベル別に、特殊健診の全体プロセスの中で特殊健診の適切な判定と事業措置のために行うべきことを、事業者と労働衛生機関の役割分担を明示しながら解説します。判定レベルに応じて、以下のページに記載をご覧ください。

- 判定レベルⅠの場合 ⇒ 10 ページへ
- 判定レベルⅡの場合 ⇒ 14 ページへ
- 判定レベルⅢの場合 ⇒ 18 ページへ

【判定レベルⅠの場合】

労働衛生機関における判定レベルⅠの場合の、特殊健診実施におけるステップごとの事業者と労働衛生機関の役割分担を図 3-Ⅰに示します。各ステップの詳細について、次ページから解説を行います。

図3-Ⅰ. 特殊健診実施におけるステップごとの事業者と労働衛生機関の役割分担（判定レベルⅠの場合）



※ピンク：特殊健診全体のステップ、緑：事業者･労働衛生機関側で連携して実施、黄色：事業者が実施、水色：労働衛生機関が実施
※有害因子へのばく露と関連性が疑われる対象者がいない場合には、二次健診を実施せず、事業者側で管理区分を判定

ステップ１

事業者と労働衛生機関の間で、両者の役割分担について合意する

事業者･労働衛生機関の役割：事業者と労働衛生機関の間で、特殊健診の内容、実施から管理区分決定に至る過程での役割分担について打合せを行い、合意する

契約段階において、事業者と労働衛生機関の双方は、特殊健診の判定におけるそれぞれの役割について合意されていなければなりません。ステップ１の打ち合わせの際には、事業者は、労働衛生機関に「ばく露の推定」のための情報（リスト A･B）をどの程度提供できるかを、労働衛生機関側に提示し、それに対して労働衛生機関は、事業者から提供される情報の範囲に応じた実施可能な判定レベルについて明示する必要があります。

判定レベルⅠの場合、労働衛生機関が行う有所見者に対するばく露との関連性の判定レベルが低くなるため、事業者が追加の情報収集を行い、医師による管理区分の最終的な決定および意見聴取を手配する必要があることを、事業者は強く認識しなければなりません。

P23 に『補足資料②特殊健診における事業者と労働衛生機関の役割分担　説明例』を掲載しています。労働衛生機関の渉外担当の方が、役割分担について、事業者に説明する際には、必要に応じてこちらをご参考ください。

ステップ２

健康診断の対象者の決定および計画立案を行う

事業者の役割：健康診断の受診対象者を決定する

特殊健診を必要とする有害因子を常時取り扱うまたはばく露する可能性のある労働者を明確にして、特殊健診の対象者を決定する必要があります。

労働衛生機関の役割：合意内容に基づき、健康診断の実施計画を立案する

ステップ１での合意内容（判定レベル）に応じた実施計画を立案する必要があります。

判定レベルⅠの場合の健診全体のプロセスを意識した実施計画を検討してください。

ステップ３

一次健診に必要な情報収集を行う

事業者の役割：一次健診に必要な情報を収集し、労働衛生機関に提供する

ステップ １ で合意された内容に基づき必要な情報を収集します。一次健診の実施前に収集すべき情報については、ページ４「特殊健診において収集または共有されるばく露に関連する情報」のリストＡ-1を参考にしてください。

特に判定レベルⅠの場合、A-1 のうち一部を収集することが考えられますので、合意内容を基に情報

収集を実施する必要があります。

情報収集の際には、必要に応じて化学物質管理者・保護具着用管理責任者・産業医等の意見を取り入れ、情報を補足してください。

労働衛生機関の役割：事業者から提供された情報に不足がないか、確認する

事業者から提供された情報がステップ 1 で合意された内容と比較して不足がないか、つまり判定レベルⅠの有所見者を判定する上で必要な情報として不足がないかを確認する必要があります。

ステップ 4

一次健診の実施と判定を行う

労働衛生機関の役割：一次健診を実施し、所見の有無（判定レベルⅠ）を判定する

一次健診実施の際には、労働衛生機関は、「ばく露の推定」のための情報の中で一次健診中に収集可能なもの（リスト A-2）について収集する必要があります。これらの情報を適切に収集するため、診察医や問診を行う看護師等は、「ばく露の推定」に必要な情報について十分な知識を持っている必要があります。

判定レベルⅠの場合、労働衛生機関が実施できる判定は「有害因子へのばく露との関連の可能性がある有所見者の判定」に留まります。この段階では、管理区分に関する医師等からの意見聴取をするには、情報が不足していますので、残りのプロセスについては事業者に委ねる必要があります。

事業者の役割：必要に応じて追加情報を収集して、二次健診の要否を含む一次健診の判定を行う

判定レベルⅠの場合、労働衛生機関が実施できる判定は「有害因子へのばく露との関連の可能性がある有所見者の判定」に留まります。事業者は、受領した一次健診の結果をもとに、必要に応じて追加情報を収集して、二次健診の要否を判定する必要があります。

追加情報の収集や二次健診の要否を判定する際には、事業場で選任した化学物質管理者・保護具着用管理責任者・産業医等と協議をしながら進めることが望ましいです。

ステップ 5

二次健診や別途調査を実施する

事業者の役割：二次健診や別途調査を実施する

事業者は、追加の情報収集（リスト B）を行い、二次健診や別途調査を実施します。二次健診や別途調査は、化学物質管理者・保護具着用管理責任者・産業医等と協議をしながら進めることが望ましいです。バイオロジカルモニタリング等、追加検査の実施が必要な際には、必要に応じて外部委託を検討する必要があります。

ステップ６

管理区分の決定と医師の意見聴取を行う

事業者の役割：産業医（もしくは事業者が確保した医師）から、管理区分を含む、意見の聴取を行う

労働衛生機関における判定レベルがⅠの場合には、事業者側で、「意見を述べる医師」を確保して、意見聴取を行い、事後措置に結びつける必要があります。産業医が選任されている事業場においては、事業場の産業医が「意見を述べる医師」となることが基本です。産業医が選任されていない場合には、「意見を述べる医師」を確保する必要があります。その際には、地域産業保健センター等の外部資源を活用することが考えられます。

管理区分については、「昭和 46 年度労働省労働衛生試験研究」の報告書に基づいて提案された「管理 A」「管理 B」「管理 C」「管理 R」「管理 T」という５つの区分が広く用いられています。意見を聴取する際の参考にしてください。

管理区分	症状区分	事後措置
管理 A	異常なし	措置不要
管理 B	管理 C には該当しないが、当該因子によるか若しくはその疑いのある異常が認められる場合	医師が必要と認める検診または検査を医師が指定した期間ごとに行い、必要に応じて就業制限
管理 C	当該因子による疾病に罹患している場合	当該業務への就業禁止および療養を必要とする
管理 R	当該因子による疾病または異常を認めないが、当該業務の就業により増悪する可能性のある疾病に罹患している場合	当該業務への就業制限、療養その他の措置
管理 T	当該因子以外の原因による疾病に罹患している場合	当該疾病に対する療養その他の措置

ステップ７

事後措置を実施する

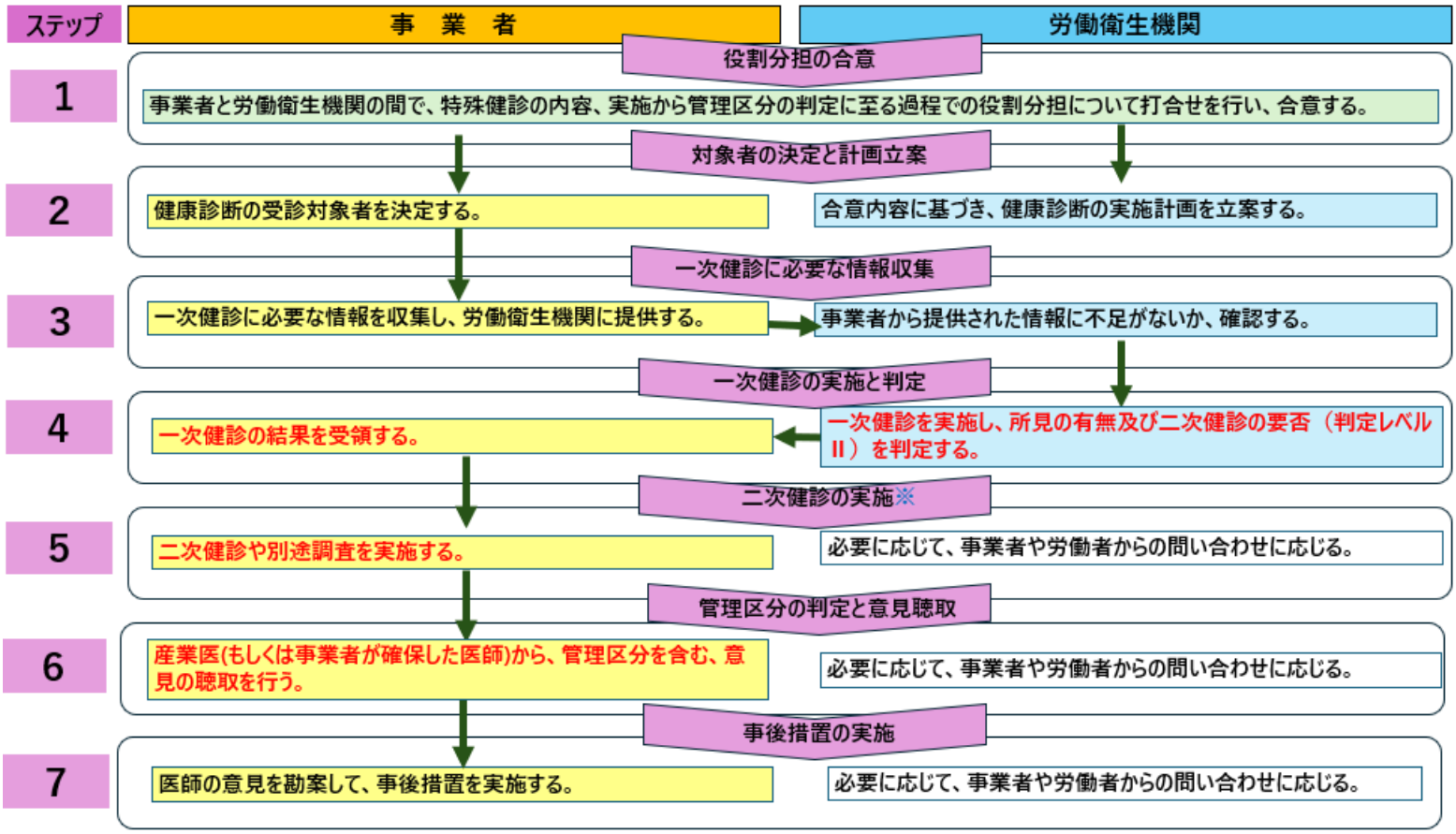
事業者の役割：医師の意見を勘案して、事後措置を実施する

ステップ６の医師の意見をふまえて、事後措置を実施します。「昭和 46 年度労働省労働衛生試験研究」の報告書に基づいて提案された「管理 A」「管理 B」「管理 C」「管理 R」「管理 T」という５つの区分の中には、標準的な事後措置の内容も提示されていますのでその内容に基づいて検討する必要があります。

【判定レベルⅡの場合】

労働衛生機関における判定レベルⅡの場合の、特殊健診実施におけるステップごとの事業者と労働衛生機関の役割分担を図 3-Ⅱに示します。各ステップの詳細について、次ページから解説を行います。

図3-II. 特殊健診実施におけるステップごとの事業者と労働衛生機関の役割分担（判定レベルIIの場合）



※ピンク：特殊健診全体のステップ、緑：事業者・労働衛生機関側で連携して実施、黄色：事業者が実施、水色：労働衛生機関が実施
※有害因子へのばく露と関連性が疑われる対象者がいない場合には、二次健診を実施せず、事業者側で管理区分を判定

ステップ１

事業者と労働衛生機関の間で、両者の役割分担について合意する

事業者・労働衛生機関の役割：事業者と労働衛生機関の間で、特殊健診の内容、実施から管理区分決定に至る過程での役割分担について打合せを行い、合意する

契約段階において、事業者と労働衛生機関の双方は、特殊健診の判定におけるそれぞれの役割について合意されていなければなりません。ステップ１の打ち合わせの際には、事業者は、労働衛生機関に「ばく露の推定」のための情報（リスト A・B）をどの程度提供できるかを、労働衛生機関側に提示し、それに対して労働衛生機関は、事業者から提供される情報の範囲に応じた実施可能な判定レベルについて明示する必要があります。

判定レベルⅡの場合、労働衛生機関が行う有所見者に対するばく露との関連性の判定レベルが低くなるため、事業者が追加の二次健診・追加検査を行い、医師による管理区分の最終的な決定および意見聴取を手配する必要があることを、事業者は強く認識しなければなりません。

P23 に『補足資料②特殊健診における事業者と労働衛生機関の役割分担　説明例』を掲載しています。労働衛生機関の渉外担当の方が、役割分担について、事業者に説明する際には、必要に応じてこちらをご参考ください。

ステップ２

健康診断の対象者の決定および計画立案を行う

事業者の役割：健康診断の受診対象者を決定する

特殊健診を必要とする有害因子を常時取り扱うまたはばく露する可能性のある労働者を明確にして、特殊健診の対象者を決定する必要があります。

労働衛生機関の役割：合意内容に基づき、健康診断の実施計画を立案する

ステップ１での合意内容（判定レベル）に応じた実施計画を立案する必要があります。

判定レベルⅡの場合の健診全体のプロセスを意識した実施計画を検討してください。

ステップ３

一次健診に必要な情報収集を行う

事業者の役割：一次健診に必要な情報を収集し、労働衛生機関に提供する

ステップ １ で合意された内容に基づき必要な情報を収集します。一次健診の実施前に収集すべき情報については、ページ４「特殊健診において収集または共有されるばく露に関連する情報」のリストＡ-1を参考にしてください。

判定レベルⅡの場合、リスト A-1 の全ての情報を収集する前提ですので、網羅的に情報を収集する

必要があります。

情報収集の際には、必要に応じて化学物質管理者・保護具着用管理責任者・産業医等の意見を取り入れ、情報を補足してください。

労働衛生機関の役割：事業者から提供された情報に不足がないか、確認する

事業者から提供された情報がステップ 1 で合意された内容と比較して不足がないか、つまり判定レベルⅡの有所見者を判定する上で不足した情報がないかを確認する必要があります。

ステップ 4

一次健診の実施と判定を行う

労働衛生機関の役割：一次健診を実施し、所見の有無及び二次健診の要否（判定レベルⅡ）を判定する

一次健診実施の際には、労働衛生機関は、「ばく露の推定」のための情報の中で一次健診中に収集可能なもの（リスト A-2）について収集する必要があります。これらの情報を適切に収集するため、診察医や問診を行う看護師等は、「ばく露の推定」に必要な情報について十分な知識を持っている必要があります。

判定レベルⅡの場合、一次健診の結果をふまえた二次健診の要否を含めて、事業者に結果を提供する必要があります。

また、判定レベルⅡの場合、労働衛生機関が実施できる判定は「有害因子へのばく露との関連が疑われる有所見者の判定」に留まります。この段階では、管理区分に関する医師等からの意見聴取をするには、情報が不足していますので、残りのプロセスについては事業者に委ねる必要があります。

事業者の役割：一次健診の結果を受領する

判定レベルⅡの場合、労働衛生機関が実施できる判定は「有害因子へのばく露との関連が疑われる有所見者の判定」であり、二次健診の要否を含めた判定を受領します。

ステップ 5

二次健診や別途調査を実施する

事業者の役割：二次健診や別途調査を実施する

事業者は、追加の情報収集（リスト B）を行い、二次健診や別途調査を実施します。二次健診や別途調査は、化学物質管理者・保護具着用管理責任者・産業医等と協議をしながら進めることが望ましいです。バイオロジカルモニタリング等、追加検査の実施が必要な際には、必要に応じて外部委託を検討する必要があります。

ステップ６

管理区分の決定と医師の意見聴取を行う

事業者の役割：産業医（もしくは事業者が確保した医師）から、管理区分を含む、意見の聴取を行う

労働衛生機関における判定レベルがⅡの場合には、事業者側で、「意見を述べる医師」を確保して、意見聴取を行い、事後措置に結びつける必要があります。産業医が選任されている事業場においては、事業場の産業医が「意見を述べる医師」となることが基本です。産業医が選任されていない場合には、「意見を述べる医師」を確保する必要があります。その際には、地域産業保健センター等の外部資源を活用することが考えられます。

管理区分については、「昭和 46 年度労働省労働衛生試験研究」の報告書に基づいて提案された「管理 A」「管理 B」「管理 C」「管理 R」「管理 T」という 5 つの区分が広く用いられています。意見を聴取する際の参考にしてください。

管理区分	症状区分	事後措置
管理 A	異常なし	措置不要
管理 B	管理 C には該当しないが、当該因子によるか若しくはその疑いのある異常が認められる場合	医師が必要と認める検診または検査を医師が指定した期間ごとに行い、必要に応じて就業制限
管理 C	当該因子による疾病に罹患している場合	当該業務への就業禁止および療養を必要とする
管理 R	当該因子による疾病または異常を認めないが、当該業務の就業により増悪する可能性のある疾病に罹患している場合	当該業務への就業制限、療養その他の措置
管理 T	当該因子以外の原因による疾病に罹患している場合	当該疾病に対する療養その他の措置

ステップ７

事後措置を実施する

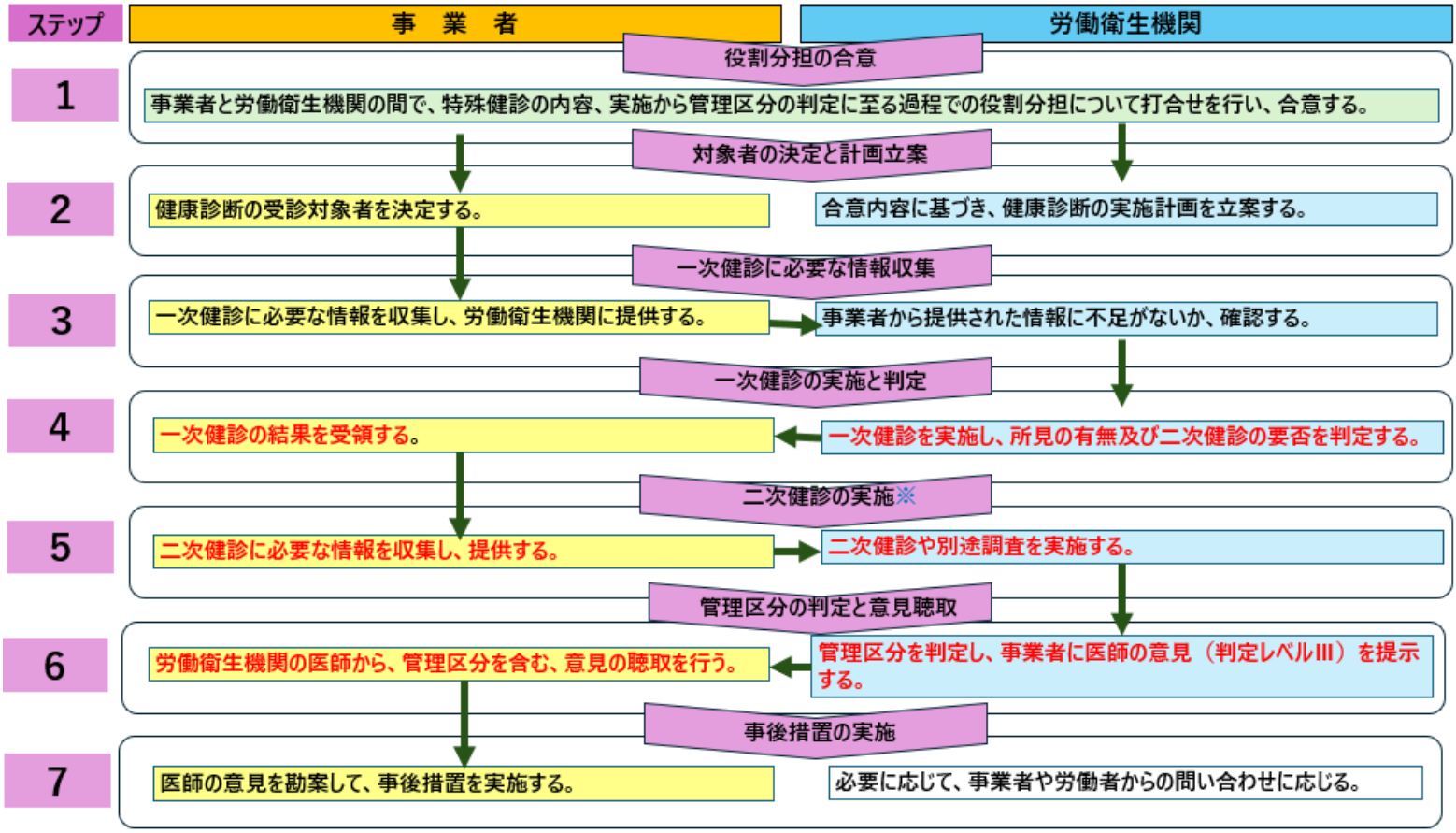
事業者の役割：医師の意見を勘案して、事後措置を実施する

ステップ６の医師の意見をふまえて、事後措置を実施します。「昭和 46 年度労働省労働衛生試験研究」の報告書に基づいて提案された「管理 A」「管理 B」「管理 C」「管理 R」「管理 T」という 5 つの区分の中には、標準的な事後措置の内容も提示されていますのでその内容に基づいて検討する必要があります。

【判定レベルⅢの場合】

労働衛生機関における判定レベルⅢの場合の、特殊健診実施におけるステップごとの事業者と労働衛生機関の役割分担を図 3-Ⅲに示します。各ステップの詳細について、次ページから解説を行います。

図3-III. 特殊健診実施におけるステップごとの事業者と労働衛生機関の役割分担（判定レベルIIIの場合）



※ピンク：特殊健診全体のステップ、緑：事業者・労働衛生機関側で連携して実施、黄色：事業者が実施、水色：労働衛生機関が実施
※有害因子へのばく露と関連性が疑われる対象者がいない場合には、二次健診を実施せず、事業者側で管理区分を判定

ステップ１

事業者と労働衛生機関の間で、両者の役割分担について合意する

事業者・労働衛生機関の役割：事業者と労働衛生機関の間で、特殊健診の内容、実施から管理区分決定に至る過程での役割分担について打合せを行い、合意する

契約段階において、事業者と労働衛生機関の双方は、特殊健診の判定におけるそれぞれの役割について合意されていなければなりません。ステップ１の打ち合わせの際には、事業者は、労働衛生機関に「ばく露の推定」のための情報（リスト A・B）をどの程度提供できるかを、労働衛生機関側に提示し、それに対して労働衛生機関は、事業者から提供される情報の範囲に応じた実施可能な判定レベルについて明示する必要があります。

判定レベルⅢの場合、「健康診断を実施する医師」と「意見を述べる医師」の役割を労働衛生機関の医師が果たすことができます。しかし前提として、労働衛生機関が、判定に必要な情報を不足なく収集できることが挙げられますので、このことを両者が認識をしておく必要があります。

P23 に『補足資料②特殊健診における事業者と労働衛生機関の役割分担　説明例』を掲載しています。労働衛生機関の渉外担当の方が、役割分担について、事業者に説明する際には、必要に応じてこちらをご参考ください。

ステップ２

健康診断の対象者の決定および計画立案を行う

事業者の役割：健康診断の受診対象者を決定する

特殊健診を必要とする有害因子を常時取り扱うまたはばく露する可能性のある労働者を明確にして、特殊健診の対象者を決定する必要があります。

労働衛生機関の役割：合意内容に基づき、健康診断の実施計画を立案する

ステップ１での合意内容（判定レベル）に応じた実施計画を立案する必要があります。

判定レベルⅢの場合の健診全体のプロセスを意識した実施計画を検討してください。

ステップ３

一次健診に必要な情報収集を行う

事業者の役割：一次健診に必要な情報を収集し、労働衛生機関に提供する

ステップ １ で合意された内容に基づき必要な情報を収集します。一次健診の実施前に収集すべき情報については、ページ４「特殊健診において収集または共有されるばく露に関連する情報」のリストＡ-1を参考にしてください。

判定レベルⅢの場合、A-1 の全ての情報を収集する前提ですので、網羅的に情報を収集する必要が

あります。

情報収集の際には、必要に応じて化学物質管理者・保護具着用管理責任者・産業医等の意見を取り入れ、情報を補足してください。

労働衛生機関の役割：事業者から提供された情報に不足がないか、確認する

事業者から提供された情報がステップ 1 で合意された内容と比較して不足がないか、つまり判定レベルⅢの有所見者を判定する上で不足した情報がないかを確認する必要があります。

ステップ 4

一次健診の実施と判定を行う

労働衛生機関の役割：一次健診を実施し、所見の有無及び二次健診の要否（判定レベルⅡ）を判定する

一次健診実施の際には、労働衛生機関は、「ばく露の推定」のための情報の中で一次健診中に収集可能なもの（リスト A-2）について収集する必要があります。これらの情報を適切に収集するため、診察医や問診を行う看護師等は、「ばく露の推定」に必要な情報について十分な知識を持っている必要があります。

判定レベルⅢの場合、一次健診の結果をふまえた二次健診の要否を含めて、事業者に結果を提供する必要があります。

事業者の役割：一次健診の結果を受領する

判定レベルⅢの場合、労働衛生機関が実施できる判定は「有害因子へのばく露との関連が疑われる有所見者の判定」であり、二次健診の要否を含めた判定を受領します。

ステップ 5

二次健診や別途調査を実施する

事業者の役割：二次健診に必要な情報を収集し、提供する

労働衛生機関に二次健診を委託するにあたって、事業者は、追加の情報収集（リスト B）を行います。情報収集にあたっては、化学物質管理者・保護具着用管理責任者・産業医等と協議をしながら進めることが望ましいです。

労働衛生機関の役割：二次健診や別途調査を実施する

事業者からの提供された情報をふまえて、二次健診や別途調査を実施します。健診実施の中で、追加の情報収集が必要な際には、該当労働者への問診・診察に加えて、化学物質管理者・保護具着用管理責任者・産業医等にも直接情報収集の依頼をすることも考えられます。

ステップ６

管理区分の決定と医師の意見聴取を行う

労働衛生機関の役割：管理区分を決定し、事業者に医師の意見（判定レベルⅢ）を提示する

管理区分については、「昭和 46 年度労働省労働衛生試験研究」の報告書に基づいて提案された「管理 A」「管理 B」「管理 C」「管理 R」「管理 T」という５つの区分が広く用いられています。意見を聴取する際の参考にしてください。

管理区分	症状区分	事後措置
管理 A	異常なし	措置不要
管理 B	管理 C には該当しないが、当該因子によるか若しくはその疑いのある異常が認められる場合	医師が必要と認める検診または検査を医師が指定した期間ごとに行い、必要に応じて就業制限
管理 C	当該因子による疾病に罹患している場合	当該業務への就業禁止および療養を必要とする
管理 R	当該因子による疾病または異常を認めないが、当該業務の就業により増悪する可能性のある疾病に罹患している場合	当該業務への就業制限、療養その他の措置
管理 T	当該因子以外の原因による疾病に罹患している場合	当該疾病に対する療養その他の措置

事業者の役割：労働衛生機関の医師から、管理区分を含む、意見の聴取を行う

「意見を述べる医師」を労働衛生機関の医師に委託する場合においても、医師への意見聴取は、特殊健診における事業者の義務のうちの１つであることには変わりありません。ステップ７の事後措置を見越して、必要な意見を聴取しましょう。

ステップ７

事後措置を実施する

事業者の役割：医師の意見を勘案して、事後措置を実施する

ステップ６の医師の意見をふまえて、事後措置を実施します。「昭和 46 年度労働省労働衛生試験研究」の報告書に基づいて提案された「管理 A」「管理 B」「管理 C」「管理 R」「管理 T」という５つの区分の中には、標準的な事後措置の内容も提示されていますのでその内容に基づいて検討する必要があります。

【補足資料①】 用語集

※１　作業環境管理：作業環境中の有害因子を適切な状態に保つための管理。物理的・化学的要因の濃度測定、換気装置の設置・点検などが含まれる。

※２　作業管理：労働者の作業方法や作業行動を改善し、有害因子へのばく露を低減するための管理。保護具の着用、作業時間の短縮、作業手順の見直しなどが含まれる。

※３　バイオロジカルモニタリング：労働者の体内の有害物質の濃度やその代謝物の濃度を測定することで、ばく露量を評価する方法。

※４　化学物質管理者：2024 年 4 月より、リスクアセスメント対象物を製造・取り扱い・譲渡・提供する全ての事業場において選任が義務化されている、化学物質の管理に関する技術的事項を管理する責任者。

※５　単位作業場所：当該作業場の区域のうち労働者の作業中の行動範囲、有害物の分布等の状況等に基づき定められる作業環境測定のために必要な区域のこと。作業環境測定基準第 2 条に記載されている。

※６　フィットテスト：フィットテストとは、防じんマスクや防毒マスクなどの呼吸用保護具が着用者の顔に適切に密着し、十分な保護性能を発揮できているかを確認する検査。

【補足資料②】 特殊健診における事業者と労働衛生機関の役割分担　説明例

労働衛生機関の渉外担当の方が、役割分担について、事業者に説明する際の説明例です。
（１）事業場に産業医がいる場合（２）事業場に産業医がいない場合　で使い分けてください。

（１）事業場に産業医がいる場合

特殊健診は事業者の責任で実施いただくものですが、当機関に委託いただいて実施させていただきます。
健康診断で何らかの所見があった場合、「二次健診の要否を含む一次健診の判定」および「二次健診の実施」、そして最終的には法令で求められる「医師からの、管理区分を含む意見聴取」が必要になります。
そのような特殊健診の判定は、健康診断の所見のみでなく、当該有害要因に対する曝露状況を推定するための情報が必要となりますので、作業環境測定結果などのご提供をお願いします。
もし、曝露関連情報の提供が難しい場合には、当機関でできるのは、健康診断で認められた所見の内容の提供のみとなります。その場合は、事業場の産業医の先生に、**管理区分を含む、意見の聴取**を行っていただく必要があります。そのご対応は可能でしょうか。
もし対応が難しく、意見聴取まで当機関にお任せいただく場合には、このような情報を事前にご提供いただくことが必要になります。 ⇒P5 のリスト A・B、P7 の図１を見せる

（２）事業場に産業医がいない場合

特殊健診は事業者の責任で実施いただくものですが、当機関に委託いただいて実施させていただきます。
健康診断で何らかの所見があった場合、「二次健診の要否を含む一次健診の判定」および「二次健診の実施」、そして最終的には法令で求められる「医師からの、管理区分を含む意見聴取」のためには必要になります。
そのような特殊健診の判定は、健康診断の所見のみでなく、当該有害要因に対する曝露状況を推定するための情報が必要となりますので、作業環境測定結果などのご提供をお願いします。
もし、曝露関連情報の提供が難しい場合には、当機関でできるのは、健康診断で認められた所見の内容の提供のみとなります。その場合は、事業場で地域産業保健センター等を通じて、別途医師を確保して、**管理区分を含む、意見の聴取**を行っていただく必要があります。そのご対応は可能でしょうか。
もし対応が難しく、意見聴取まで当機関にお任せいただく場合には、このような情報を事前にご提供いただくことが必要になります。 ⇒P5 のリスト A・B、P7 の図１を見せる

マニュアル作成の前提となった調査

労働衛生機関における特殊健康診断の判定に関するアンケート調査・インタビュー調査

研究代表者：森　晃爾
（労働衛生サービス機能評価委員会委員長／産業医科大学）
研究分担者：立道昌幸
（東海大学／労働衛生サービス機能評価委員会副委員長）
研究分担者：山本健也
（労働安全総合研究所化学物資情報管理研究センター）

研究協力者：熊川優希・宇根 理

1

背景①：特殊健診の制度的特徴

目的と法的義務

労働安全衛生法・じん肺法に基づき事業者に実施義務

職業性疾病の早期発見、リスク管理、就業上の措置が目的

実施規模（2023年度）

特定化学物質健診：約122万件 ／ 有機溶剤健診：約71万件

判定上の課題：検査所見の非特異性

多くの検査項目は有害要因に特異的ではない　→ 曝露との関連付けが不可欠

2020年「作業条件の簡易な調査」の導入

作業内容、取り扱い物質、作業環境測定結果、事故による大量曝露の有無などの曝露関連情報を聴取し、判定に活用することが求められる

2

背景②：研究を始めた際の問題意識

判定ガイドラインの不在

国の明確な判定ガイドラインが存在せず、学術団体からの指針も限定的
→ 判定手順や基準が機関や個々の医師の判断に委ねられている現状

情報提供の不足

事業者から労働衛生機関への「作業条件の簡易な調査」を含む曝露関連情報の提供が不十分、または判定に活用されていない

有所見率の大きなばらつき

国が公表する有所見率の裏側で、現場感覚として施設間で非常に大きなばらつきが存在する懸念

研究仮説

① 曝露情報の不足　×　② 判定基準の不統一　＝　有所見率のばらつき

3

研究目的

本研究は以下の2点を明らかにすることを目的とする

1. 曝露関連情報の収集および活用の実態把握（アンケート調査）

特殊健康診断の判定に必要な曝露関連情報（SDS、作業環境測定、リスクアセスメント等）の入手・活用状況および判定プロセスの標準化の実態を明らかにする

2. 特殊健康診断の判定手順に関する方針および実際の把握（インタビュー調査）

労働衛生機関における特殊健康診断の判定方針や実際の詳細をインタビュー調査をもとに把握する

4

調査 1
曝露関連情報の収集および活用の実態把握（アンケート調査）

5

Methodology

研究デザイン・対象

調査 1

研究デザイン

横断的質問票調査

（調査期間：2025年6月～7月）

対象施設

全国労働衛生団体連合会（全衛連）加盟 115 施設

分析対象条件

- 両健診のデータを 2 年分以上報告
- 各健診の年間平均実施件数が1,000件以上

有効回答

分析 1　46 施設 (有効回答率 40.0%)

分析 2　45 施設 (有効回答率 39.1%)

特定化学物質健診（総数）

673,195 件／666,975件

有機溶剤健診（総数）

412,536 件／405,401件

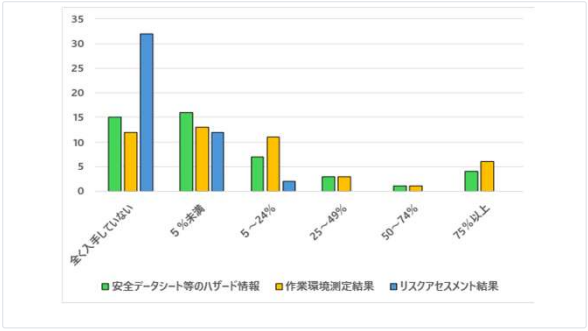
6

Results: Exposure Information

結果①　曝露関連情報の入手・活用・標準化

調査 1

曝露関連情報の入手状況 (n=46)

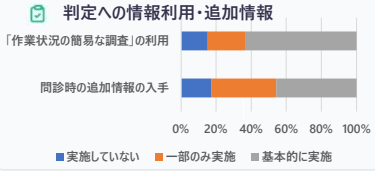


標準作業書(SOP)の整備

判定医
判定手順マニュアル　67.4% (31施設)

涉外担当者
事前打合せマニュアル　54.3% (25施設)

判定への情報利用・追加情報



二次健診での調査項目 (n=18)

調査項目	実施率
作業の詳細情報	100.0%
作業環境の詳細（測定結果等）	88.9%
既往歴・過去の健診詳細	88.9%
症状と曝露の時間的関係	83.3%
保護具(PPE)の詳細	72.2%
SDS等 化学物質の有害性情報	44.4%

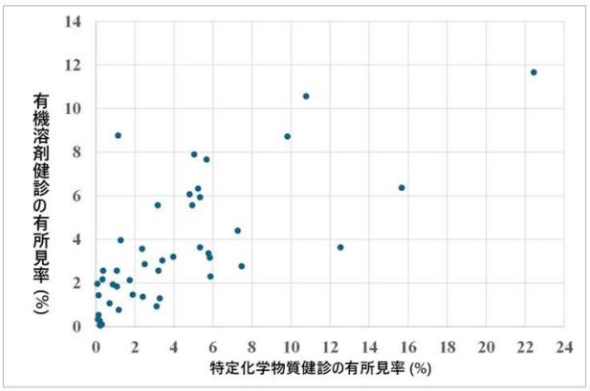
7

Results: Abnormal Finding Rate

結果②　有所見率の施設間差

調査 1

特定化学物質健診と有機溶剤健診の有所見率の関連 (n=45)



両特殊健診の施設内相関

強い正の相関

Spearmanの順位相関係数 (ρ)

0.74　(P < 0.001)

施設内で両健診の有所見率は強く連動しており、施設固有の判定方針の影響が強く示唆される。

有所見率の分布範囲

特定化学物質健診
0.1% ～ 22.4%　中央値: 2.8% (推定)

有機溶剤健診
0.5% ～ 11.7%　中央値: 3.0% (推定)

8

調査２
特殊健康診断の判定手順に関する方針および実際の把握（インタビュー調査）

9

Methodology

調査方法

調査２

調査対象と実施時期

対象選定：実施数や有所見率の違いに基づき選定した**8つの労働**

実施時期：2023年度（6施設）、2024年度（2施設）

実施方法

判定手順に最も詳しい医師への**リモートインタビュー（Zoom**
※所要時間：約60分

主な聴取項目

- 判定実施者と標準手順の有無
- 判定区分・有所見の考え方
- ばく露情報の収集と判定への反映
- リスクアセスメント健診への準備状況



オンライン会議

リモートインタビューによる調査実施

10

Results: Exposure Information

結果①：曝露情報の収集・活用状況と役割分担の調整不足

調査２

作業条件の簡易な調査

聴取は実施しているが、本人申告のため**曖昧な点が多い**。
そのため、判定に十分反映できていない施設が少なくない。

「契約・計画」段階での調整不足

事業者側と労働衛生機関側の間で、誰がどこまで判定を行うかの役割分担が事前に十分に調整されていない。

作業環境測定結果の入手

適切な判定に不可欠な情報であるが、
インタビュー対象では、多くの事業者から提供されない現状がある。

入手情報が不十分のまま、過剰な役割を持つべきではない！

追加情報の聴取・工夫（機関G・H）

診察時の詳細聴取や**事前問診票の工夫**により、
現場で情報を補完し、精度を高めている好事例も存在する。



11

Results: Institutional Roles

結果②：判定における機関の役割

インタビューにより、機関によって役割の定義に異なるモデルが見られた

調査２

機関A	機関B・E	機関D・F
自動判定・基準値重視型	**産業医支援型**	**総合判定型**
特徴 検査基準値に従い機械的に判定	特徴 あくまで判定は事業場の産業医が行う	特徴 自覚症状や作業条件を考慮し踏み込む
背景 各事業場の職場環境の詳細が不明なため、一律の基準で判断せざるを得ない	アクション その判断を促すための情報提供（「経過観察」等のコメント）に留める	アクション 必要に応じて「要産業医確認」や「二次健診推奨」を明確に提示

現時点では、どのタイプが望ましいとは言えず、あくまでも委託元事業者との関係で成立する！

12

Discussions

考察①：何が問題か

調査１と２を通じて

標準化の欠如

標準化されたガイドライン（国レベル）の未整備

判定マニュアルの未整備（約3割の施設）

曝露情報の不足・未活用

事業者からの情報提供が不十分（入手率25%未満）

「作業条件の簡易な調査」の判定への活用が徹底されていない

有所見率のばらつきの主因

疫学的な「有病率の差」ではなく、判定プロセスの差が大きく影響している可能性が高い

これらの問題がもたらす影響

- 就業措置や作業環境改善改善に結びつかない形骸化した健診
- 国の統計データの信頼性低下・解釈困難

↓

- 労働者・事業者への不利益

13

Discussions

考察②：改善の方向性

調査１と２を通じて

判定ガイドラインの整備

- 曝露関連情報の位置づけを明確化し、判定プロセスを標準化
- 検査所見と曝露情報の結びつけに関する具体的な指針を提供
- 生物学的モニタリングにおける非職業性要因（食事・生活習慣等）の除外基準を策定

情報連携の標準化

- 受託時における標準作業書（SOP）の整備と運用
- 事業場産業医との役割分担の明確化（労衛機関による一次判定と産業医による最終判定の連携モデル構築）
- 法定項目である「作業条件の簡易な調査」の確実な実施と活用

行政による関与

- 労働基準監督署による事業者への情報提供指導・点検の強化
- 労働基準監督署による高有所見事業場の確認
- 法定特殊健診制度の継続的な評価と見直し

判定医の専門性強化

- 判定医に対する資格要件・研修カリキュラムの整備
- 曝露情報と検査所見を統合的に評価する総合判定力の向上
- 学会等による専門医制度との連携強化

14

Conclusions
調査から導き出された重要課題と調査結果の展開

調査１と２を通じて

「特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル」の開発

01

役割の明確化

「計画から事後措置」までの一連の流れにおいて、事業場側と労働衛生機関側の役割分担を明確に定義する。

契約段階での合意形成が重要

02

情報の共有と聴取

計画段階での役割分担に応じて、労働衛生機関側での情報収集し、役割の範囲で判定内容を限定する。

健診現場での医師等による適切な追加情報の聴取と収集した情報の活用の徹底を行う。

現場での問診技術の向上と曝露関連情報を活用した判定手順が鍵

03

調査結果の展開

調査結果をもとに、

事業者と労働衛生機関の連携で進める「特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル」の開発を行った。

労働衛生機関としての役割の範囲内で実施可能な標準化による質の担保

15

OCCUPATIONAL HEALTH PRACTICE AND MANAGEMENT

特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル

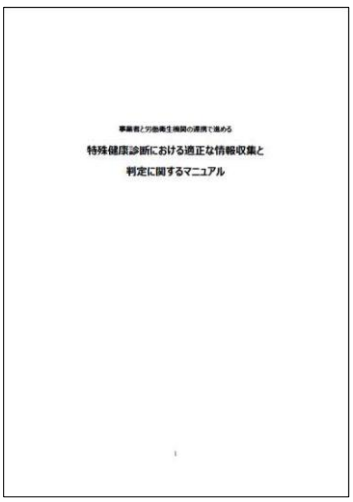
-労働衛生機関向け説明会-

ＵＢＥ株式会社 専属産業医
産業医科大学　産業生態科学研究所　産業保健経営学　非常勤助教
熊川　優希

産業保健経営学 産業医科大学 UOEH

1

「特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル」が公開されました！



全衛連ホームページ「全衛連からのお知らせ」の
「特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル」をクリックしてください。



https://www.zeneiren.or.jp/pdf/20260225.pdf

産業保健経営学 産業医科大学 UOEH

2

本説明会のゴール

「特殊健康診断における適正な情報収集と判定に関するマニュアル」の内容をふまえて・・・

- 説明会に参加をしていない所属機関の方（渉外担当者など）に本マニュアルの内容を説明できる
- 所属機関における特殊健診に関する標準作業書※の内容を点検し、必要に応じて改訂または新規作成することに繋げる

※標準作業書の例：「事業者との特殊健診の事前打合せに関する標準作業書」
「医師による特殊健診判定に関する標準作業書」など

- 労働衛生機関としての事業者向け説明資料の作成ができる

産業保健経営学 UOEH

3

本説明会の内容

- マニュアルの目的・活用方法
- マニュアルの内容
  - 特殊健診において収集または共有されるばく露に関連する情報
  - 判定レベルと医師の役割
  - 特殊健診全体のステップ
  - 事業者と労働衛生機関の役割分担
- 最後に

産業保健経営学 UOEH

4

本説明会の内容

- マニュアルの目的・活用方法
- マニュアルの内容
  - 特殊健診において収集または共有されるばく露に関連する情報
  - 判定レベルと医師の役割
  - 特殊健診全体のステップ
  - 事業者と労働衛生機関の役割分担
- 最後に

産業保健経営学 産業医科大学 UOEH

5

マニュアルの目的

- 特殊健診の判定に必要な情報収集の標準化
- 事業者と労働衛生機関の役割分担と情報共有の在り方の明確化



産業保健経営学 産業医科大学 UOEH

6

労働衛生機関における活用方法

①特殊健診に関する標準作業書※の内容を点検し、必要に応じて改訂または新規作成する。
※標準作業書の例：「事業者との特殊健診の事前打合せに関する標準作業書」
「医師による特殊健診判定に関する標準作業書」など

②すべての渉外担当者が標準作業書に基づいて事業者と打合せを行えるよう、研修の実施や事業者向け説明資料の作成を行う。

③ その他、特殊健診の実施および事後措置のプロセスを見直す。

※ 本マニュアルは、各機関の方針変更を必ずしも求めるものではない
※ 事業者が特殊健診を適切な事後措置につなげるために、労働衛生機関がリードをしながら双方が役割分担に合意し、確実に実行することが不可欠

産業保健経営学

7

本説明会の内容

- マニュアルの目的・活用方法
- マニュアルの内容
  - 特殊健診において収集または共有されるばく露に関連する情報
  - 判定レベルと医師の役割
  - 特殊健診全体のステップ
  - 事業者と労働衛生機関の役割分担
- 最後に



マニュアルの該当ページを記載するので
復習にご活用ください！

産業保健経営学

8

特殊健診において収集または共有されるばく露に関連する情報

リストA　一次健診の実施において一般的に収集される情報

- ● リストA-1 一次健診実施「前」に収集される情報
- □ 有害因子に関するより詳細な情報（安全データシート（SDS）など）
- □ 作業条件の簡易な調査当該労働者が主に従事する単位作業場所※5における作業環境測定結果（「作業環境測定結果報告書（最新＋過去４回分の結果記載欄あり）」の提出を求める等）
- □ 作業における当該有害物質の平均的な使用頻度および前回の健康診断以降の作業工程や取扱量などの変更
- □ 局所排気装置などの有無および稼動状況（定期点検の状況含む）
- □ 保護具の使用状況（保護具の種類等の詳細含む）
- □ 事故や修理などの際における大量ばく露
- □ 過去の健康診断の情報

- ● リストA-2 一次健診実施「中」に収集される情報：問診・診察時の自他覚所見
- □ 自他覚所見が発生した状況や作業時間・時期との関係
  - ・ 作業中または作業に関連して起こっているか？一過性であるか持続性であるか？一定であるか，進行性であるか？など）

リストB　二次健診等や別途調査など追加で収集される情報

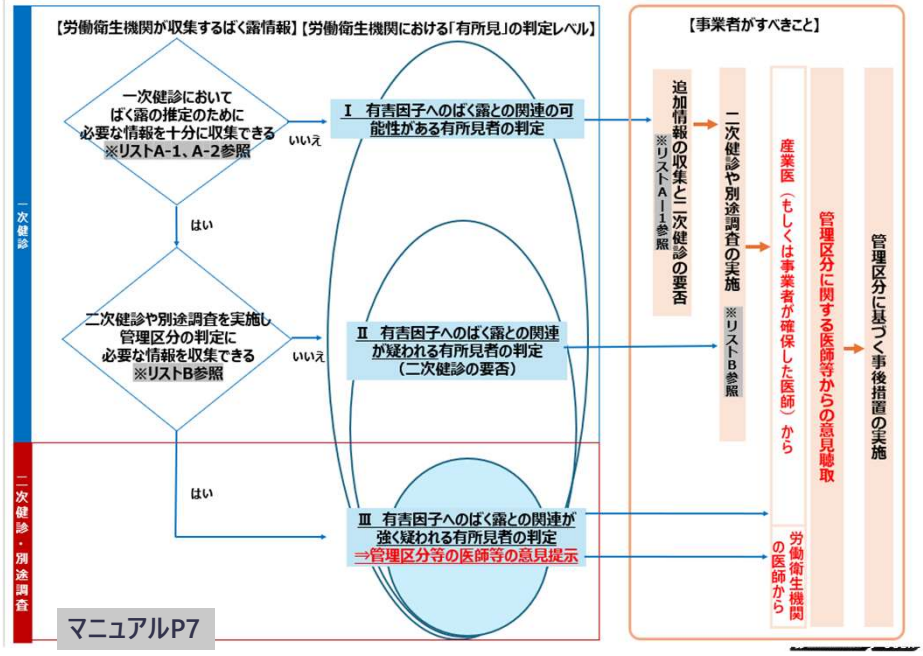
- □ 作業に関する詳細情報
  - ・ 取扱量や期間に関する情報
  - ・ 詳細な作業方法に関する情報
- □ 個人用保護具に関する詳細情報
  （職場の保護具着用ルール,カートリッジの管理状況,フィットテスト※6や日常のチェックの実施状況等）
- □ 作業環境に関する詳細情報
  - ・ 換気状態に関する情報（局所排気装置の稼働状況など）
- □ 自他覚所見のついての追加情報収集
- □ バイオロジカルモニタリング等の追加検査
- □ その他

マニュアルP5

産業保健経営学 UOEH

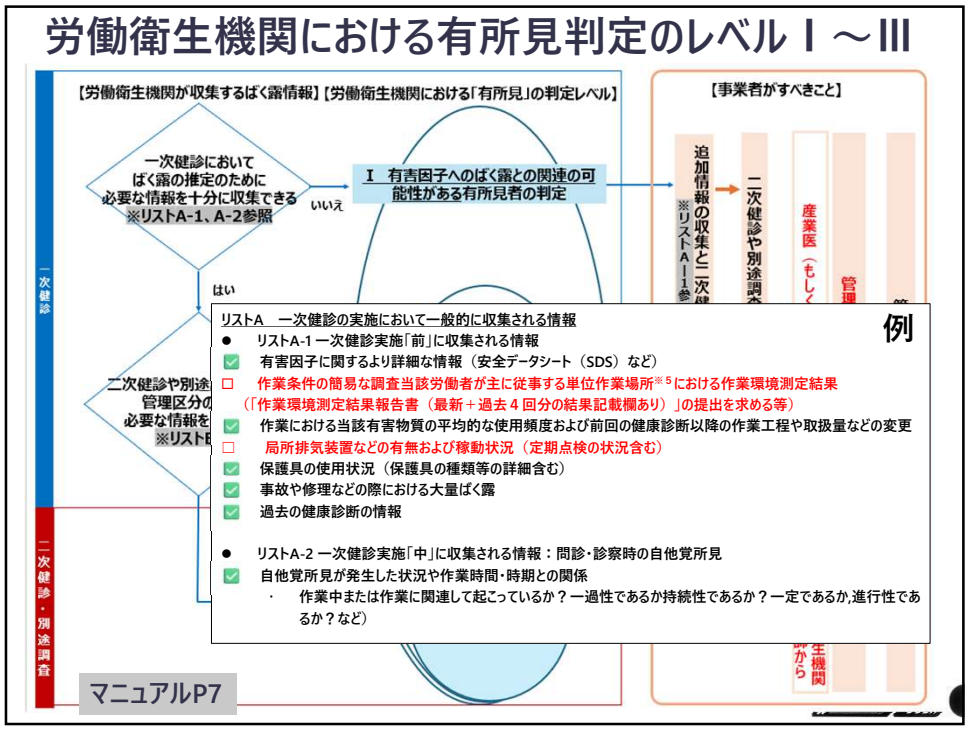
9

労働衛生機関における有所見判定のレベルⅠ～Ⅲ

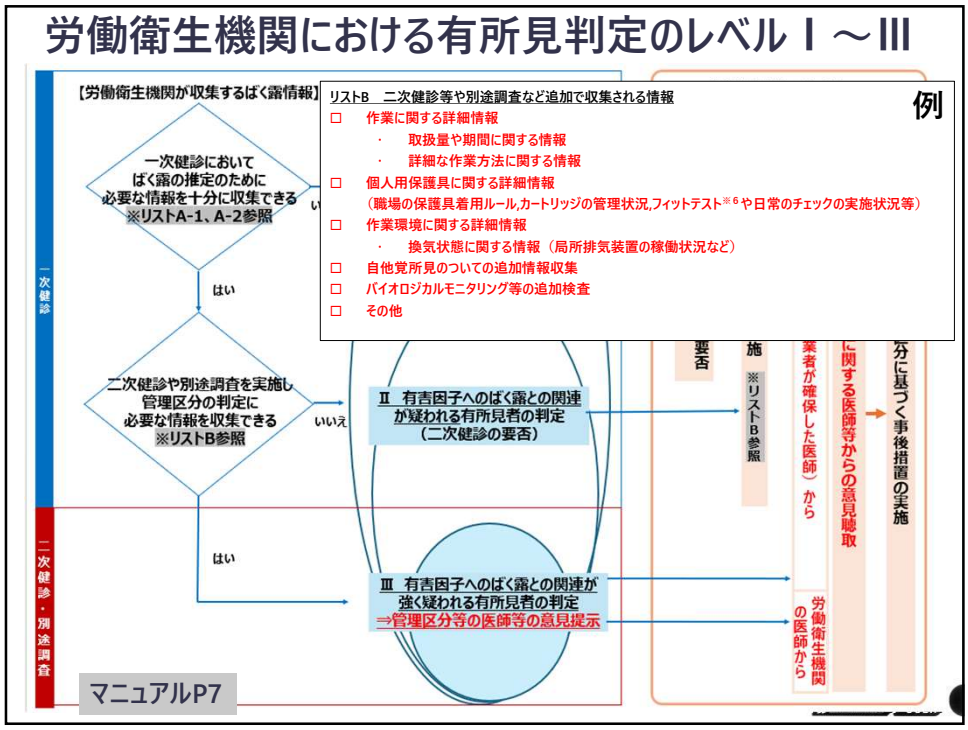


マニュアルP7

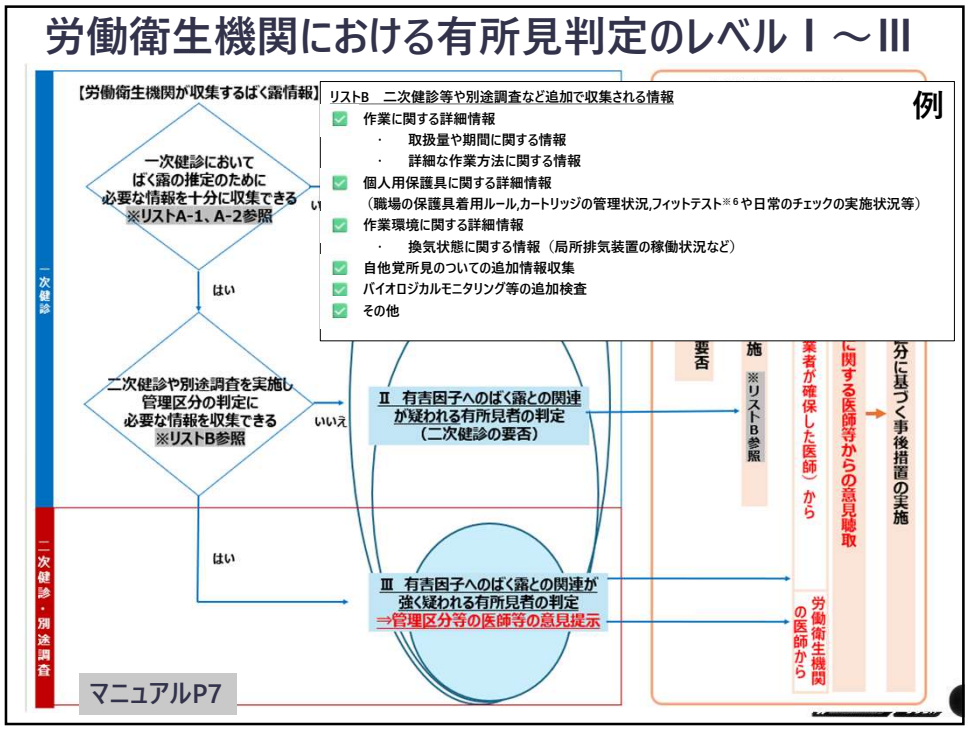
10


労働衛生機関における有所見判定のレベルⅠ～Ⅲ
【労働衛生機関が収集するばく露情報】【労働衛生機関における「有所見」の判定レベル】
【事業者がすべきこと】
一次健診
二次健診・別途調査
一次健診において
ばく露の推定のために
必要な情報を十分に収集できる
※リストA-1、A-2参照
いいえ
はい
Ⅰ 有害因子へのばく露との関連の可能性がある有所見者の判定
追加情報の収集と二次健
※リストA－1参
二次健診や別途調査
産業医（もしく
管理
二次健診や別途
管理区分の
必要な情報を
※リストB
生機関
から
例
リストA 一次健診の実施において一般的に収集される情報
● リストA-1 一次健診実施「前」に収集される情報
☑ 有害因子に関するより詳細な情報（安全データシート（SDS）など）
☐ 作業条件の簡易な調査当該労働者が主に従事する単位作業場所※5における作業環境測定結果
（「作業環境測定結果報告書（最新＋過去４回分の結果記載欄あり）」の提出を求める等）
☑ 作業における当該有害物質の平均的な使用頻度および前回の健康診断以降の作業工程や取扱量などの変更
☐ 局所排気装置などの有無および稼動状況（定期点検の状況含む）
☑ 保護具の使用状況（保護具の種類等の詳細含む）
☑ 事故や修理などの際における大量ばく露
☑ 過去の健康診断の情報
● リストA-2 一次健診実施「中」に収集される情報：問診・診察時の自他覚所見
☑ 自他覚所見が発生した状況や作業時間・時期との関係
・ 作業中または作業に関連して起こっているか？一過性であるか持続性であるか？一定であるか,進行性であるか？など）
マニュアルP7

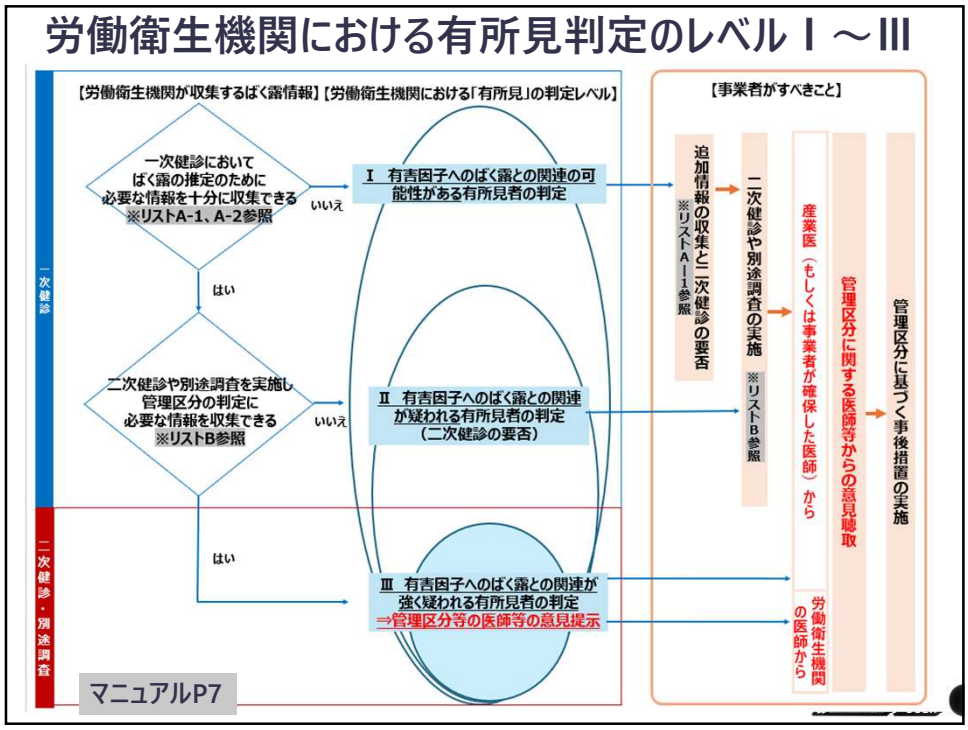
11


労働衛生機関における有所見判定のレベルⅠ～Ⅲ
【労働衛生機関が収集するばく露情報】
一次健診
二次健診・別途調査
一次健診において
ばく露の推定のために
必要な情報を十分に収集できる
※リストA-1、A-2参照
いいえ
はい
二次健診や別途調査を実施し
管理区分の判定に
必要な情報を収集できる
※リストB参照
Ⅱ 有害因子へのばく露との関連が疑われる有所見者の判定（二次健診の要否）
Ⅲ 有害因子へのばく露との関連が強く疑われる有所見者の判定
⇒管理区分等の医師等の意見提示
例
リストB 二次健診等や別途調査など追加で収集される情報
☐ 作業に関する詳細情報
・ 取扱量や期間に関する情報
・ 詳細な作業方法に関する情報
☐ 個人用保護具に関する詳細情報
（職場の保護具着用ルール,カートリッジの管理状況,フィットテスト※6や日常のチェックの実施状況等）
☐ 作業環境に関する詳細情報
・ 換気状態に関する情報（局所排気装置の稼働状況など）
☐ 自他覚所見のついての追加情報収集
☐ バイオロジカルモニタリング等の追加検査
☐ その他
要否
施
※リストB参照
業者が確保した医師）から
に関する医師等からの意見聴取
分に基づく事後措置の実施
労働衛生機関
の医師から
マニュアルP7

12


労働衛生機関における有所見判定のレベルⅠ～Ⅲ
【労働衛生機関が収集するばく露情報】
一次健診において
ばく露の推定のために
必要な情報を十分に収集できる
※リストA-1、A-2参照
はい
二次健診や別途調査を実施し
管理区分の判定に
必要な情報を収集できる
※リストB参照
いいえ
Ⅱ 有害因子へのばく露との関連
が疑われる有所見者の判定
（二次健診の要否）
はい
Ⅲ 有害因子へのばく露との関連が
強く疑われる有所見者の判定
⇒管理区分等の医師等の意見提示
一次健診
二次健診・別途調査
リストB 二次健診等や別途調査など追加で収集される情報
例
作業に関する詳細情報
・ 取扱量や期間に関する情報
・ 詳細な作業方法に関する情報
個人用保護具に関する詳細情報
（職場の保護具着用ルール,カートリッジの管理状況,フィットテスト※6や日常のチェックの実施状況等）
作業環境に関する詳細情報
・ 換気状態に関する情報（局所排気装置の稼働状況など）
自他覚所見のついての追加情報収集
バイオロジカルモニタリング等の追加検査
その他
※リストB参照
業者が確保した医師）から
労働衛生機関
の医師から
に関する医師等からの意見聴取
分に基づく事後措置の実施
マニュアルP7

13


労働衛生機関における有所見判定のレベルⅠ～Ⅲ
【労働衛生機関が収集するばく露情報】【労働衛生機関における「有所見」の判定レベル】
【事業者がすべきこと】
一次健診において
ばく露の推定のために
必要な情報を十分に収集できる
※リストA-1、A-2参照
いいえ
Ⅰ 有害因子へのばく露との関連の可
能性がある有所見者の判定
はい
二次健診や別途調査を実施し
管理区分の判定に
必要な情報を収集できる
※リストB参照
いいえ
Ⅱ 有害因子へのばく露との関連
が疑われる有所見者の判定
（二次健診の要否）
はい
Ⅲ 有害因子へのばく露との関連が
強く疑われる有所見者の判定
⇒管理区分等の医師等の意見提示
一次健診
二次健診・別途調査
追加情報の収集と二次健診の要否
※リストA-1参照
二次健診や別途調査の実施
※リストB参照
産業医（もしくは事業者が確保した医師）から
労働衛生機関
の医師から
管理区分に関する医師等からの意見聴取
管理区分に基づく事後措置の実施
マニュアルP7

14

労働衛生機関における有所見判定のレベルⅠ～Ⅲ

判定レベル	ばく露との関連性の判断に用いる情報	有所見判定の意味
Ⅰ	一次健診で収集される情報の一部 ※作業環境測定結果が反映されないなど	有害因子へのばく露との関連の可能性がある （否定できない）
Ⅱ	一次健診で収集されるすべての情報 （リストA-1およびA-2）	有害因子へのばく露と関連性が疑われる
Ⅲ	二次健診等や別途調査によって収集される情報を追加 （リストB）	有害因子へのばく露との関連性が強く疑われる （管理区分等の医師等の意見提示）

判定レベルの考え方を用いて、事業者と労働衛生機関が事前に打ち合わせをして情報共有の程度と労働衛生機関にどの判定レベルを求めるかを合意することが必要

マニュアルP6

産業保健経営学 UOEH

15

特殊健診に関わる医師の役割

マニュアルP6



健康診断を実施する医師



意見を述べる医師

- それぞれの役割を果たすのは、誰でしょうか？
  （労働衛生機関の医師？産業医？）
- 産業医がいない事業場ではどうするのは良いでしょうか？

産業保健経営学 UOEH

16

判定レベルと医師の役割

マニュアルP6

判定レベル	ばく露との関連性の判断に用いる情報	有所見判定の意味
Ⅰ	一次健診で収集される情報の一部 ※作業環境測定結果が反映されないなど	有害因子へのばく露との関連の可能性がある （否定できない）
Ⅱ	一次健診で収集されるすべての情報 （リストA-1およびA-2）	有害因子へのばく露と関連性が疑われる
Ⅲ	二次健診等や別途調査によって収集される情報を追加 （リストＢ）	有害因子へのばく露との関連性が強く疑われる （管理区分等の医師等の意見提示）

判定レベルⅢの場合



両者の役割を果たすことができる

判定レベルⅠ、Ⅱの場合



事業者側で「意見を述べる医師」を確保する必要あり

産業保健経営学

17

特殊健診全体のステップ

マニュアルP8

ステップ１で役割を明確化することが最も重要！

ステップ	
1	事業者と労働衛生機関の間で役割分担の合意
2	健診対象者の決定と計画立案
3	一次健診に必要な情報収集
4	一次健診の実施と有所見者に対する二次健診の要否の判定
5	二次健診の実施
6	管理区分の判定と医師からの意見聴取
7	事後措置の実施

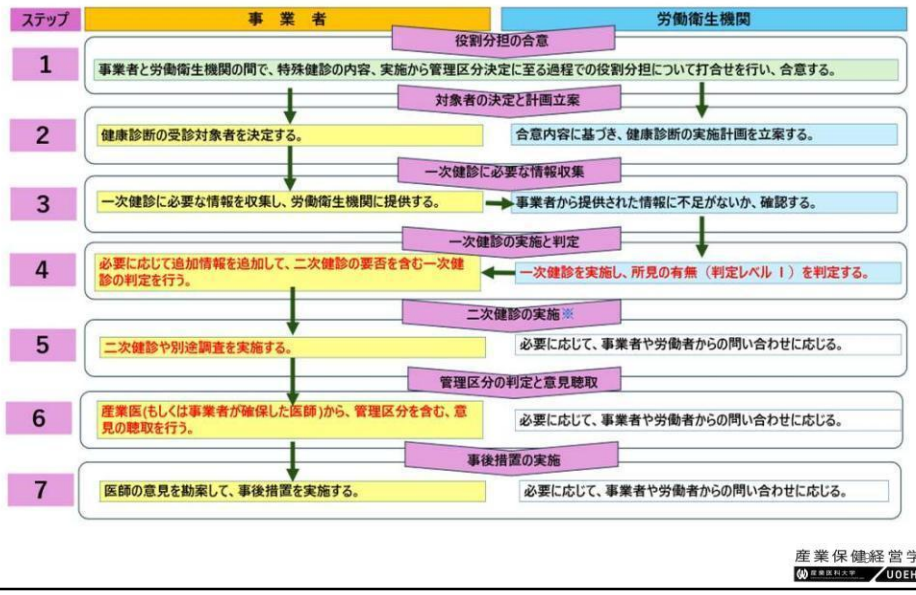
健経営学

18

特殊健診実施におけるステップごとの事業者と労働衛生機関の役割分担

マニュアルP10

判定レベルⅠの場合

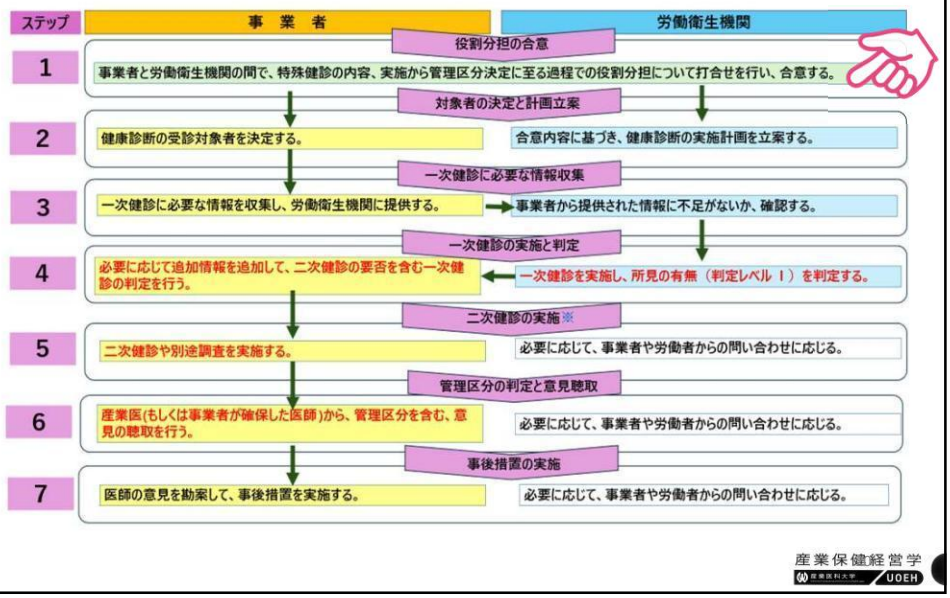


19

特殊健診実施におけるステップごとの事業者と労働衛生機関の役割分担

マニュアルP10

判定レベルⅠの場合



20

マニュアルP11

ステップ１

事業者と労働者の間で、両者の役割分担について合意する

事業者・労働衛生機関の役割：事業者と労働衛生機関の間で、特殊健診の内容、実施から管理区分決定に至る過程での役割分担について打合せを行い、合意する

□ 事業者が「ばく露の推定」のための情報（リストA・B）をどの程度提供できるか？

⇒提供される情報の範囲に応じて、実施可能な判定レベルについて明示する

判定レベルⅠ、Ⅱの場合



事業者側で「意見を述べる医師」を確保する必要ある旨も伝える

産業保健経営学

21

21

補足資料・特殊健診における事業者と労働衛生機関の役割分担 説明例

マニュアルP23

事業場に産業医がいる場合

特殊健診は事業者の責任で実施いただくものですが、当機関に委託いただいて実施させていただきます。

健康診断で何らかの所見があった場合、「二次健診の要否を含む一次健診の判定」および「二次健診の実施」、そして最終的には法令で求められる「医師からの、管理区分を含む意見聴取」が必要になります。

特殊健診の基本知識を再確認

そのような特殊健診の判定は、健康診断の所見のみでなく、当該有害要因に対する曝露状況を推定するための情報が必要となりますので、作業環境測定結果などのご提供をお願いします。

ばく露の推定に必要な情報の確認

もし、曝露関連情報の提供が難しい場合には、当機関でできるのは、健康診断で認められた所見の内容の提供のみとなります。その場合は、事業場の産業医の先生に、管理区分を含む、意見の聴取を行っていただく必要があります。そのご対応は可能でしょうか。

事業者側で「意見を述べる医師」を確保する必要ある旨を伝える

もし対応が難しく、意見聴取まで当機関にお任せいただく場合には、このような情報を事前にご提供いただくことが必要になります。

⇒「特殊健診において収集または共有されるばく露に関連する情報」リストA・B、P7の図１を見せる

産業保健経営学

22

補足資料・特殊健診における事業者と労働衛生機関の役割分担 説明例

（例）

リストA　一次健診の実施において一般的に収集される情報

- ● リストA-1 一次健診実施「前」に収集される情報
- ☑ 有害因子に関するより詳細な情報（安全データシート（SDS）など）
- ☑ 作業条件の簡易な調査当該労働者が主に従事する単位作業場所※5における作業環境測定結果（「作業環境測定結果報告書（最新＋過去４回分の結果記載欄あり）」の提出を求める等）
- ☑ 作業における当該有害物質の平均的な使用頻度および前回の健康診断以降の作業工程や取扱量などの変更
- ☑ 局所排気装置などの有無および稼動状況（定期点検の状況含む）
- ☑ 保護具の使用状況（保護具の種類等の詳細含む）
- ☑ 事故や修理などの際における大量ばく露
- ☑ 過去の健康診断の情報

- ● リストA-2 一次健診実施「中」に収集される情報：問診・診察時の自他覚所見
- ☑ 自他覚所見が発生した状況や作業時間・時期との関係
  - 作業中または作業に関連して起こっているか？一過性であるか持続性であるか？一定であるか進行性であるか？など）

リストB　二次健診等や別途調査など追加で収集される情報

- □ 作業に関する詳細情報
  - 取扱量や期間に関する情報
  - 詳細な作業方法に関する情報
- □ 個人用保護具に関する詳細情報
  （職場の保護具着用ルール,カートリッジの管理状況,フィットテスト※6や日常のチェックの実施状況等）
- □ 作業環境に関する詳細情報
  - 換気状態に関する情報（局所排気装置の稼働状況など）
- ☑ 自他覚所見のついての追加情報収集
- ☑ バイオロジカルモニタリング等の追加検査
- □ その他

この情報は提供不可

判定レベル	ばく露との関連性の判断に用いる情報	有所見判定の意味
I	一次健診で収集される情報の一部 ※作業環境測定結果が反映されないなど	有害因子へのばく露との関連の可能性がある（否定できない）
II	一次健診で収集されるすべての情報（リストA-1およびA-2）	有害因子へのばく露と関連性が疑われる
III	二次健診等や別途調査によって収集される情報を追加（リストB）	有害因子へのばく露との関連性が強く疑われる（管理区分等の医師等の意見提示）

◇　リストを見ながら以下を確認

・ばく露との関連性の判断に用いる情報
　☞「一次健診で収集されるすべての情報」

・労働衛生機関の判定レベル
　☞「判定レベルⅡ」
※労働衛生機関では
　管理区分を含む医師の意見は出せない

・事業場の産業医の先生に、管理区分を含む意見の聴取を行う必要がある

事業者　労働衛生機関

双方の合意を目指す

マニュアルP5

産業保健経営学 UOEH

23

補足資料・特殊健診における事業者と労働衛生機関の役割分担 説明例

事業場に産業医がいない場合

マニュアルP23

特殊健診は事業者の責任で実施いただくものですが、当機関に委託いただいて実施させていただきます。

健康診断で何らかの所見があった場合、「二次健診の要否を含む一次健診の判定」および「二次健診の実施」、そして最終的には法令で求められる「医師からの、管理区分を含む意見聴取」のためには必要になります。

特殊健診の基本知識を再確認

そのような特殊健診の判定は、健康診断の所見のみでなく、当該有害要因に対する曝露状況を推定するための情報が必要となりますので、作業環境測定結果などのご提供をお願いします。

ばく露の推定に必要な情報の確認

もし、曝露関連情報の提供が難しい場合には、当機関でできるのは、健康診断で認められた所見の内容の提供のみとなります。その場合は、事業場で地域産業保健センター等を通じて、別途医師を確保して、管理区分を含む、意見の聴取を行っていただく必要があります。そのご対応は可能でしょうか。

事業者側で「意見を述べる医師」を確保する必要ある旨を伝える

もし対応が難しく、意見聴取まで当機関にお任せいただく場合には、このような情報を事前にご提供いただくことが必要になります。

⇒「特殊健診において収集または共有されるばく露に関連する情報」
リストA・B、P7の図１を見せる

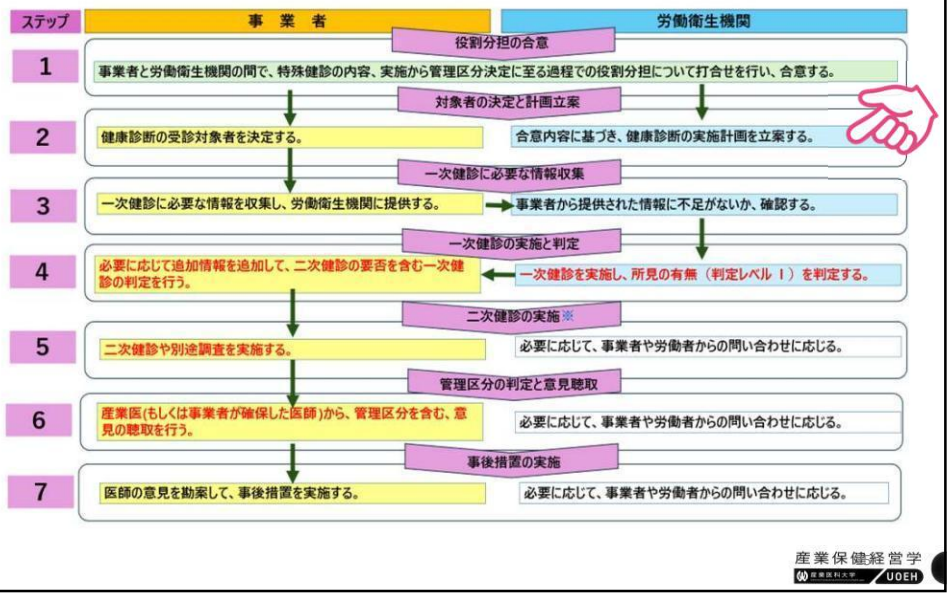
産業保健経営学 UOEH

24

特殊健診実施におけるステップごとの事業者と労働衛生機関の役割分担

マニュアルP10

判定レベルⅠの場合



25

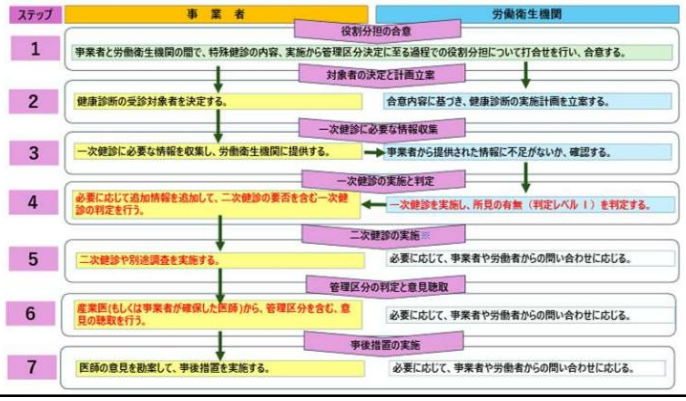
マニュアルP11

ステップ２

健康診断の対象者の決定および計画立案を行う

労働衛生機関の役割：合意内容に基づき、健康診断の実施計画を立案する

- ステップ１の合意内容（判定レベル）に応じた実施計画を立案
  ※ 判定レベル１の場合の健診全体のプロセスを意識

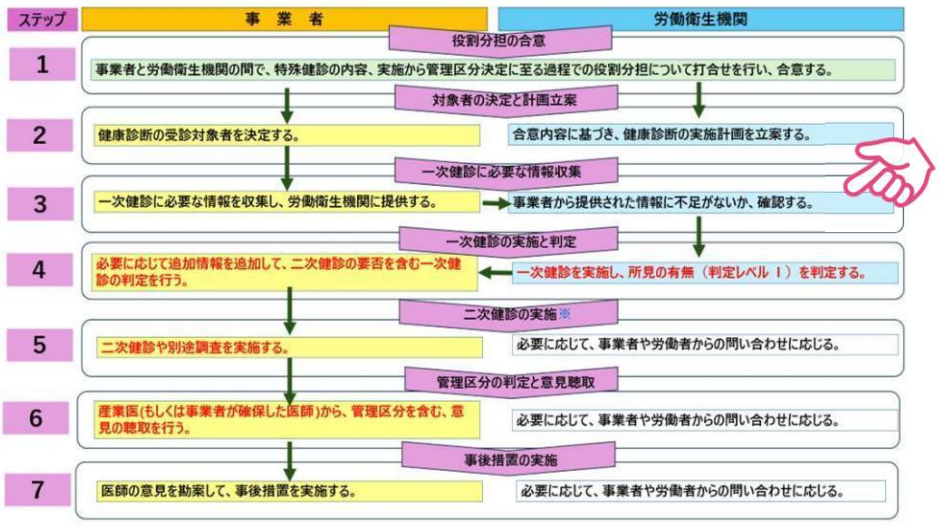


26

特殊健診実施におけるステップごとの事業者と労働衛生機関の役割分担

判定レベルⅠの場合

マニュアルP10



産業保健経営学 UOEH

27

マニュアルP12

ステップ３

一次健診に必要な情報収集を行う

労働衛生機関の役割：事業者から提供された情報に不足がないか、確認する

□ 判定レベルⅠの有所見者を判定する上で必要な情報として不足がないかを確認

リストA　一次健診の実施において一般的に収集される情報

- ● リストA-1 一次健診実施「前」に収集される情報
- □ 有害因子に関するより詳細な情報（安全データシート（SDS）など）
- □ 作業条件の簡易な調査当該労働者が主に従事する単位作業場所※5における作業環境測定結果（「作業環境測定結果報告書（最新＋過去４回分の結果記載欄あり）」の提出を求める等）
- □ 作業における当該有害物質の平均的な使用頻度および前回の健康診断以降の作業工程や取扱量などの変更
- □ 局所排気装置などの有無および稼動状況（定期点検の状況含む）
- □ 保護具の使用状況（保護具の種類等の詳細含む）
- □ 事故や修理などの際における大量ばく露
- □ 過去の健康診断の情報

ステップ１で提供に合意したものは揃っているか？

- ● リストA-2 一次健診実施「中」に収集される情報：問診・診察時の自他覚所見
- □ 自他覚所見が発生した状況や作業時間・時期との関係
  - ・ 作業中または作業に関連して起こっているか？一過性であるか持続性であるか？一定であるか，進行性であるか？など）

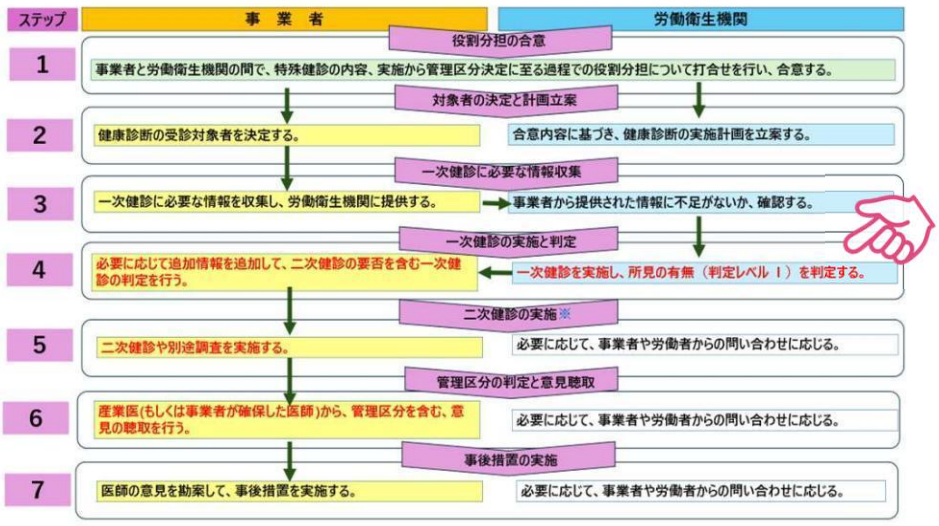
産業保健経営学 UOEH

28

特殊健診実施におけるステップごとの事業者と労働衛生機関の役割分担

マニュアルP10

判定レベルⅠの場合



産業保健経営学

29

マニュアルP12

ステップ４

一次健診の実施と判定を行う

労働衛生機関の役割：一次健診を実施し、所見の有無（判定レベルⅠ）を判定する



健康診断を実施する医師

判定レベルⅠの場合に労働衛生機関が実施できる判定
☞「有害因子へのばく露との関連の可能性がある有所見者の判定」に留まる

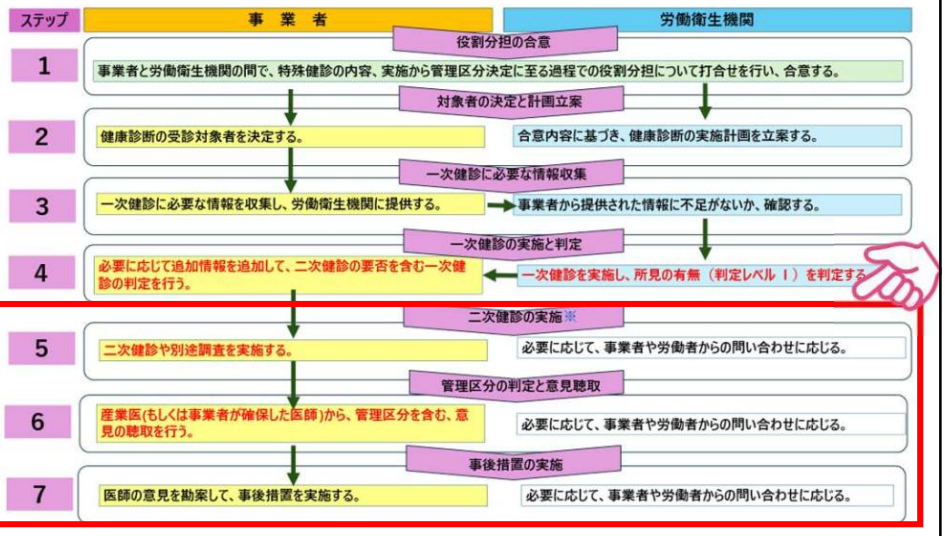
この段階では、管理区分に関する医師等からの意見を述べるには情報が不足している！
⇒残りのプロセスについては事業者に委ねる必要がある

産業保健経営学

30

判定レベルⅠの場合
その後のステップ5～７は事業者の役割！

マニュアルP10



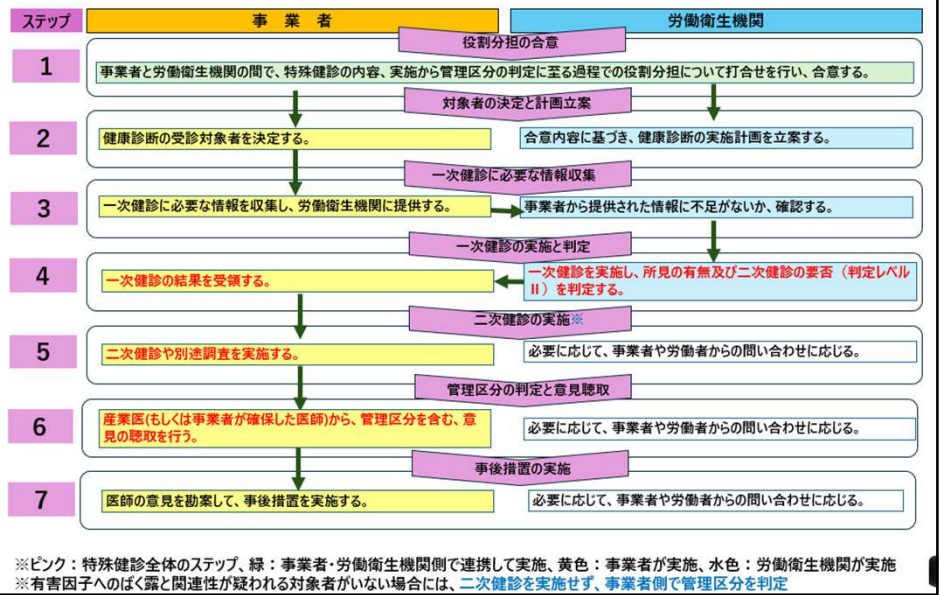
産業保健経営学

31

特殊健診実施におけるステップごとの事業者と労働衛生機関の役割分担

判定レベルⅡの場合

マニュアルP14



※ピンク：特殊健診全体のステップ、緑：事業者･労働衛生機関側で連携して実施、黄色：事業者が実施、水色：労働衛生機関が実施
※有害因子へのばく露と関連性が疑われる対象者がいない場合には、二次健診を実施せず、事業者側で管理区分を判定

32

判定レベルⅠと異なる点

マニュアルP16

ステップ４

一次健診の実施と判定を行う

労働衛生機関の役割：一次健診を実施し、所見の有無及び二次健診の要否（判定レベルⅡ）を判定する



健康診断を実施する医師

判定レベルⅡの場合

- 一次健診の結果をふまえた二次健診の要否を含めて事業者に結果を提供する
- 労働衛生機関が実施できる判定は「有害因子へのばく露との関連が疑われる有所見者の判定」に留まる

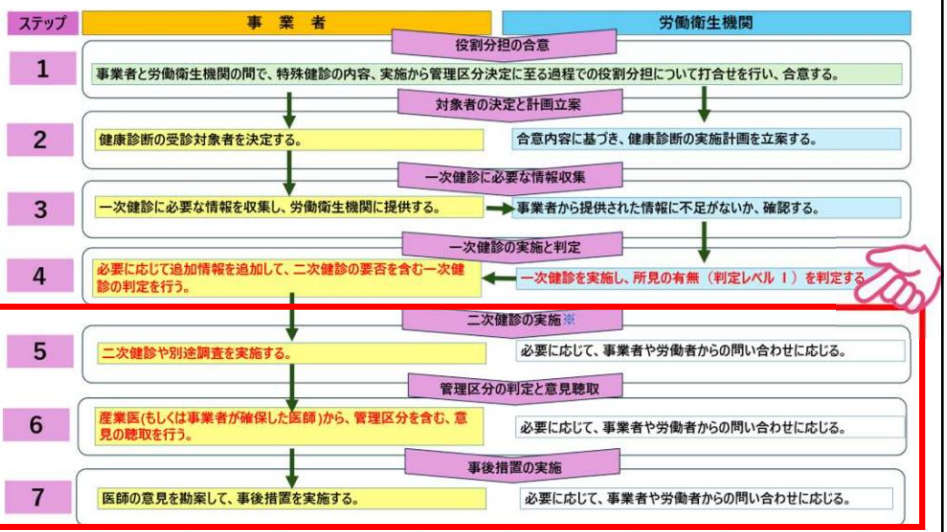
この段階では、管理区分に関する医師等からの意見を述べるには情報が不足している！
⇒残りのプロセスについては事業者に委ねる必要がある

産業保健経営学

33

判定レベルⅡの場合も
その後のステップ5～７は事業者の役割！

マニュアルP14



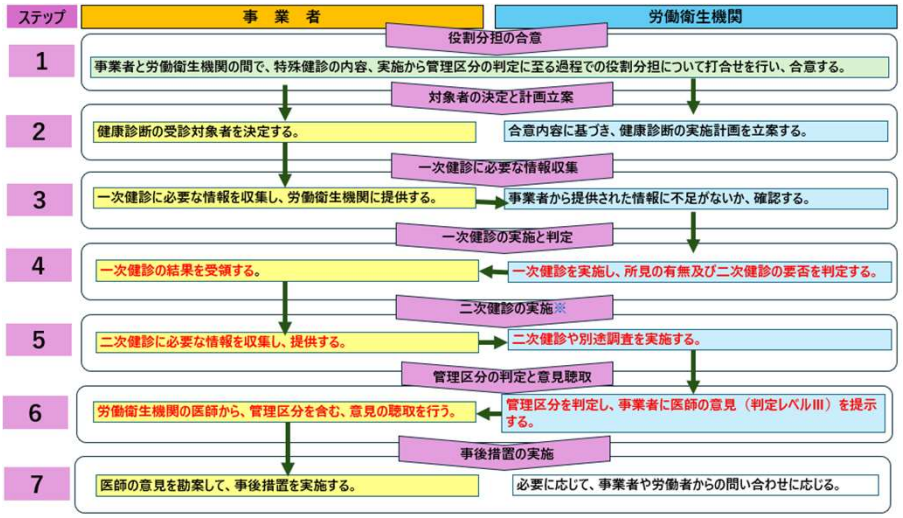
産業保健経営学

34

特殊健診実施におけるステップごとの事業者と労働衛生機関の役割分担

判定レベルIIIの場合

マニュアルP18



※ピンク：特殊健診全体のステップ、緑：事業者・労働衛生機関側で連携して実施、黄色：事業者が実施、水色：労働衛生機関が実施
※有害因子へのばく露と関連性が疑われる対象者がいない場合には、二次健診を実施せず、事業者側で管理区分を判定

35

判定レベルIIと異なる点

マニュアルP20

ステップ５

二次健診や別途調査を実施する

労働衛生機関の役割：二次健診や別途調査を実施する

- □ 事業者から追加の情報収集（リストB）を提供してもらう
- □ 追加情報をふまえて二次健診や別途調査を実施

※ 必要に応じて、事業場の化学物質管理者・保護具着用管理責任者・産業医等にも直接情報収集の依頼

リストB　二次健診等や別途調査など追加で収集される情報

- □ 作業に関する詳細情報
  - ・ 取扱量や期間に関する情報
  - ・ 詳細な作業方法に関する情報
- □ 個人用保護具に関する詳細情報
  （職場の保護具着用ルール,カートリッジの管理状況,フィットテスト※６や日常のチェックの実施状況等）
- □ 作業環境に関する詳細情報
  - ・ 換気状態に関する情報（局所排気装置の稼働状況など）
- □ 自他覚所見のついての追加情報収集
- □ バイオロジカルモニタリング等の追加検査
- □ その他

36

判定レベルⅡと異なる点

マニュアルP21

ステップ6

管理区分の決定と医師の意見聴取を行う

労働衛生機関の役割：管理区分を決定し、事業者に医師の意見（判定レベルⅢ）を提示する

判定レベルⅢの場合



両者の役割を果たすことができる

判定と事後措置

多くの事業者および労働衛生機関で参照されており、特殊健診の結果を具体的な事後措置に結びつける枠組みとして機能

＜判定・診断方法＞昭和46年度　労働省労働衛生試験研究より

管理区分	症状区分	事後措置
管理A	異常なし	措置不要
管理B	管理Cには該当しないが、当該因子による若しくはその疑いのある異常を認められる場合	医師が必要と認める健診または検査を医師が指定した期間毎に行い、必要に応じて就業制限
管理C	当該因子による疾病に罹患している場合	当該業務への就業禁止および療養を必要とする
管理R	当該因子による疾病または異常を認めないが、当該業務の就業により増悪する可能性のある疾病に罹患している場合	当該業務への就業制限、療養その他の措置
管理T	当該因子以外の原因による疾病に罹患している場合	当該疾病に対する療養その他の措置

産業保健経営学

37

本説明会の内容

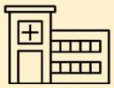
- マニュアルの目的・活用方法
- マニュアルの内容
  - 特殊健診において収集または共有されるばく露に関連する情報
  - 判定レベルと医師の役割
  - 特殊健診全体のステップ
  - 事業者と労働衛生機関の役割分担
- **最後に**

産業保健経営学

38

最後に

- マニュアル周知のために・・・
  - 全国労働衛生団体連合会のホームページで掲載
  - 各機関の渉外担当者の説明会
  - 同団体が実施する労働衛生機能サービス評価の指標に加えることを検討



有効な特殊健診の実施のために、
労働衛生サービスを専門的に担う機関として
可能な限りの努力をしていただけますと幸いです

産業保健経営学

39