

職場の健康診断実施強化月間

働く人ひとり一人が健康で働き続けることができるようにするには、事業者が働く人の健康状態を的確に把握し、その結果に基づき、適切な健康管理を行うことが必要です。

そのためには、働く人に対して

「健康診断」

を実施し、その結果に基づく

「事後措置」

を行うことが重要です。



厚生労働省では労働安全衛生法に基づく事業者による健康診断及び事後措置の実施を改めて徹底するために、本年9月の全国労働衛生週間準備期間に併せて、

「職場の健康診断実施強化月間」と位置付け、集中的、重点的な措置を行うこととしました。

期間中には、説明会や個別の事業場指導時に下記重点事項について、別添チェックリストを利用し調査・指導等が行われますので、ご協力をよろしくお願いいたします。

重点事項

- 1 健康診断の実施及び事後措置の徹底。
- 2 健康診断実施結果に基づく保健指導の実施。
- 3 高齢者の医療の確保に関する法律に基づく医療保険者が行う特定健診・保健指導との連携。
- 4 小規模事業場における産業保健総合支援センターの地域窓口の活用。

○健康診断の種類

(法:労働安全衛生法)

一般健康診断(定期・特定業務従事者*1等)	法第 66 条第 1 項
特殊健康診断(有機溶剤等)	法第 66 条第 2 項
歯科医師による健康診断	法第 66 条第 3 項
自発的健康診断	法第 66 条の 2
その他の健康診断	法第 66 条第 4 項、第 5 項ただし書き

*1 労働安全衛生規則第 13 条第 1 項第 2 号に掲げる業務に従事する労働者に対する健康診断

○健康診断の実施とその後の手順等(事後措置)

健康診断の実施

○一般健康診断等

(法第 66 条第 1~4 項)

○自発的健康診断

(法第 66 条の 2)

○法第 66 条第 5 項ただし書きの規定による健康診断

医師等による診断区分の決定

診断区分(一例)

異常なし・要観察・要医療

健康診断結果の通知(法第 66 条の 6)

労働者自らが自主的に健康管理に取り組めるよう、労働者に健康診断結果を通知しなければならない。

一定の健診項目に異常の所見があると診断された労働者が受診

二次健康診断*2

労働者には二次健診の結果を事業者に提出するよう働きかけることが適当です。

※2 労働者災害補償保険法第 26 条第 2 項第 1 号の規定に基づく二次健診

異常の所見があると診断された場合

健康診断結果についての医師からの意見聴取*3(法第 66 条の 4)

就業区分

通常勤務: 通常の勤務でよいもの

就業制限: 勤務に制限を加える必要のあるもの

勤務による負荷を軽減するため、労働時間の短縮、時間外労働の制限、作業の転換、就業場所の変更、深夜業の回数の減少、昼間勤務への転換等の措置。

要休業: 勤務を休む必要のあるもの

療養のため、休暇、休職等により一定期間勤務させない措置

※3 産業医の選任義務のない小規模事業場(50 人未満)においては、労働者の健康管理等に関し、医師等が相談等に無料で応じる産業保健総合支援センター地域窓口を活用することによって、健康診断の結果について医師等からの意見聴取を実施することが適当です。

保健指導(法第 66 条の 7)

一般健診等の結果、特に健康の保持に努める必要があると認める労働者に対して医師又は保健師による保健指導を行うよう努める。

健康診断実施後の措置(法第 66 条の 5)

○医師等からの意見を勧告し、その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ずる。

○作業環境測定の実施、施設又は設備の設置・整備。

○医師等の意見の衛生委員会等への報告等。

～労働者 50 人未満の小規模事業場の方へ～ 産業保健総合支援センターの地域窓口を利用していますか？

労働者数 50 人未満の小規模事業場の事業者が独自に医師を確保し、労働者に対する保健指導、健康相談などの産業保健サービスを十分に提供することは容易ではありません。

こういった小規模事業場の事業者とそこで働く人々が、充実した産業保健サービスを受けられるよう、産業保健総合支援センターの地域窓口を設けており、小規模事業場の事業者や、そこで働く人々を対象として、以下の産業保健サービスを原則として無料で提供しています。

- 相談対応
 - ・メンタルヘルスを含む労働者の健康管理についての相談
 - ・健康診断結果についての医師からの意見聴取
 - ・長時間労働者に対する面接指導
- 個別訪問指導（医師などによる職場巡視など）
- 産業保健に関する情報提供

ご利用については、

独立行政法人 労働者健康安全機構

長崎産業保健総合支援センター ☎095—865—7797

又は、お近くの地域窓口（地域産業保健センター）までお問い合わせください。

～派遣労働者の健康管理について～

派遣労働者の健康診断については、派遣元・派遣先それぞれの役割に応じた義務を課しています。

特に次の項目に注意してください。

- 派遣元事業者による一般健康診断の実施、派遣先事業場による特殊健康診断の実施
- 派遣元事業者による一般健康診断結果・特殊健康診断結果の記録の保存、派遣先事業場による特殊健康診断結果の記録の保存
- 一般健康診断の事後措置に関する派遣元事業場および派遣先事業場の十分な連携
- 派遣元事業者を通じた、労働者に対する健康診断結果の通知の保存の周知

<お願い>

医療保険者から求めがあった場合に、健康診断結果の提供をしなければなりません。

（この場合の提供は、個人情報保護法上の問題はありません（注））

医療保険者は、加入者が、労働安全衛生法の健康診断を受けた場合または受けることができる場合は、特定健康診査の全部または一部を行ったものとするができることとなっており、医療保険者は、加入者を使用している事業者又は使用していた事業者に対し、事業者が保存している加入者に係る労働安全衛生法による労働者の健康診断に関する記録の写しを提供するよう求めることができます。また、これにより健康診断に関する記録の写しの提供を求められた事業者は、その記録の写しを提供しなければならないとされています。


（高齢者医療確保法第 21 条第 1 項、第 27 条第 2 項及び第 3 項）

（注）特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第 2 条に定める項目に係る記録の写しについては、医療保険者からの提供の求めがあった場合に当該記録の写しを提供することは、法令に基づくものであるため、個人情報の保護に関する法律第 23 条第 1 項第 1 号により第三者である医療保険者への提供は制限されていません。

9月「職場の健康診断実施強化月間」です
～健康診断と事後措置の徹底を！～

健康診断と健康診断実施後の措置を実施できていますか？

次のア～キの事項についてチェックし、実施できていない事項は、改善してください。

事業場名称		業種	
所在地		労働者数	計 人 うち派遣労働者 人 うち外国人労働者 人
担当者職氏名		電話番号	
ア	定期健康診断を行っていますか。	<input type="checkbox"/> 1年以内に行っている 直近の健診実施時期 ____年 ____月 直近の健診実施機関名 _____	<input type="checkbox"/> 1年以内に行っていない <input type="checkbox"/> 予定している 時期 ____年 ____月 <input type="checkbox"/> 未定
イ	一定の有害業務に従事する労働者に対する特殊健康診断を行っていますか。	<input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に行っている 直近の健診実施時期 ____年 ____月 直近の健診実施機関名 _____	<input type="checkbox"/> 対象者がいない <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に行っていない <input type="checkbox"/> 予定している 時期 ____年 ____月 <input type="checkbox"/> 未定
ウ	健康診断の結果の記録を保存していますか。		<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない
エ	健康診断結果について医師等からの意見聴取を行っていますか。		<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない
オ	健康診断実施後の措置（作業の転換、労働時間の短縮など）を行っていますか。		<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 該当事案なし
カ	健康診断の結果保健指導を行っていますか。（努力義務）		<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない
キ	医療保険者から健康診断の記録の写しの提供を求められた際、医療保険者へデータ提供を行っていますか。（「高齢者の医療の確保に関する法律」における義務）		<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない  行っていない場合はその理由 <input type="checkbox"/> 医療保険者からデータ提供を求められたことがない <input type="checkbox"/> 個人情報保護の観点から第三者に提供してよいか判断がつかない <input type="checkbox"/> データ提供することに事業場としての利点がない <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

※直近の健診実施機関名については、代表する1機関を記入すること。