

健康診断結果に基づく就業判定マニュアル

サクセス株式会社 産業医事務所

2026 年 8 月版

本マニュアルの位置づけ

本マニュアルは、当事務所が顧問先企業において健康診断結果に基づく就業判定を行うにあたっての運用の考え方を示すものである。「健康診断結果に関する産業医意見書（Excel 様式）」における就業判定欄およびその他コメント欄の記載を、複数事業場を横断して一貫した基準で行うことを目的とする。

本マニュアルに記載する数値・区分・記載例は、あくまで一般的な運用上の目安であって、個別事案における就業判定を機械的に定めるものではない。実際の判定は、事業場ごとの業務内容、当該従業員の従前健診歴・治療歴、健診機関の判定基準、事業者との協議等を総合的に踏まえて行う。

本マニュアルの構成について、あらかじめ一点述べる。当事務所の判定の基本は、第 1 章 1-6 に述べる「翻訳原則」、すなわち健診機関が旗を立てた所見のうち医療機関へ行くべきものを本人に伝わる言葉に翻訳することにある。第 4 章 4-4 以下に置いた項目別の数値・閾値・所見別の対応は、この翻訳原則を置き換えるものではない。翻訳原則が機能しない場面、すなわち健診機関の判定が構造的に届かない領域や、機関判定が実測値に照らして明らかに粗い場面において、判断の手掛かりとして参照されることを想定した記述である。項目別の記述を通読して機械的に当てはめる使い方は、本マニュアルの想定するところではない。

健診機関の判定基準に関する留意：健康診断の項目別判定（A から E、G 等のアルファベット区分）は、健診機関ごとに区分の刻み方および判定基準（数値カットオフ）が異なる。同一のアルファベットであっても、A 機関の「C」と B 機関の「C」は臨床的意味が一致しない場合がある。もっとも、実務上は、当該事業場の受診者全体の結果を通して見ることによって、その機関が実測値に対してどの水準で区分を付しているか、すなわち厳しめの機関か緩めの機関かを帰納的に把握できる。本マニュアルはこの把握を前提とした記述をとっている（2-1、7-2 参照）。

本マニュアルが対象とするのは、労働安全衛生法第 66 条第 1 項に基づく一般健康診断である。じん肺法、有機溶剤中毒予防規則、特定化学物質障害予防規則、電離放射線障害防止規則等に基づく特別健康診断（特殊健康診断）は、管理区分等の別の判定体系と別の事後措置の枠組みを持ち、本マニュアルの対象外である。同一の従業員が両方の対象となる場合には、特殊健康診断の管理区分に基づく措置が優先し、一般健康診断に基づく本マニュアルの判定はこれを補完する位置づけとなる。

本マニュアルの法定／任意項目の整理は本版の時点のものである。労働安全衛生規則等の一部を改正する省令により、血清クレアチニン検査は 2027 年 4 月 1 日から定期健康診断等の項目に追加される予定であり、施行後は該当箇所を改訂する。

第1章 基本思想

1-1 健診後の対応の起点は適切な受療への導出である

健診結果という一時点の数値のみからは、作業形態の制限の要否を確定的に語れることは少ない。健診後の対応の起点は、医学的に受診が必要な者を適切な診療科に送り出し、そこでなされた診断と治療方針を踏まえて就業上の措置を検討することにある。したがって、健診結果のみを手元に判定を行う場面では、その他コメント欄の記載は原則として「どの科に、何について受診してほしいか」に集約される。

ただしこれは、産業医が就業上の措置を具体的に意見することを否定する趣旨ではない。労働安全衛生法第66条の5は、事業者が医師の意見を勘案して就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮、深夜業務の回数の減少等の措置を講ずることを定めており、医師が必要な措置の内容を具体化して意見することは制度の前提である。ここで述べているのは、①面談も診療情報もない健診結果単体の局面では、推定を重ねて作業内容の細目を指定するより、まず受療による診断の確定を先行させる方が合理的であるという手順の問題であり、②面談・主治医意見・業務情報が揃った局面では、具体的な就業上の措置を積極的に意見すべきことである。

なお、健診段階でも、高所作業・運転業務・単独作業・深夜業務・高温環境作業等、意識障害や循環器イベントが重大な結果を招き得る業務に従事していることが把握されている場合には、受診結果を待たずに暫定的な就業上の配慮を意見することがある。

1-2 健診機関の判定は受診勧奨のたたき台にすぎない

多くの健診機関の判定は、A（異常なし）、B（軽度異常・心配不要）、C（経過観察）、D（受診または治療が必要）、E（治療継続）、G（精査または再検）等の区分で付与される。ただし前記のとおり区分の意味は機関ごとに異なるため、以下は一般的な運用の説明である。

実務上の作業順序としては、D・E・Gに相当する区分を優先して閲覧する。A・B・C区分については、健診機関自身が「治療や精査までは不要」と判断した領域であるから、産業医が上乘せで受診を求める場面は相対的に少ない。

もっとも、これは優先順位の問題であって、健診機関の判定コードに専ら依拠すべきことを意味しない。労働安全衛生法第66条の4は、事業者が「当該労働者の健康を保持するために必要な措置」について医師の意見を聴くことを定めており、判定コードの付され方に拘束されるものではない。判定コードは、健診機関が項目ごとに付した補助情報と位置づけ、実測値・異常所見の記載・本人の症状・受療状況・従事業務を併せて読むことが必要である。

具体的には、次の場合にはA・B・C区分であっても拾う。

- 総合判定がD・E・Gに相当する行で、個別項目がC相当の場合
- 実測値が本マニュアル第4章の受診勧奨基準に該当するのに、判定コードがこれを拾っていない場合（判定基準の相違もしくは入力誤りの可能性がある）
- 用紙の自覚症状欄・他覚症状欄の記載や、会社から提供された業務情報から、判定コードに現れていない症状や業務上のリスクが把握されている場合
- 従事業務に照らして、当該所見が重大な結果を招き得る場合（高所作業者の不整脈、運転業務者の睡眠呼吸障害など）

1-3 過剰な受診勧奨は害である

処方ラインに届かない数値の従業員に受診を勧めても、内科ほか受診先で「様子を見ましょう」と言われて終わることが多い。従業員には手間と自己負担が生じ、産業医への信頼は損なわれ、次に本当に受診しては

しいときに動いてもらえなくなる。受診勧奨は打てば打つほど良いものではなく、打つべきときに効くよう温存すべき手段である。

1-4 受診勧奨の単位は「項目」ではなく「受診1回」である

従業員が実際に負担するのは検査項目の数ではなく、医療機関に足を運ぶ回数である。同一の診療科で相談できる所見は1文にまとめる。逆に、単独では受診勧奨に値しない軽度の異常であっても、他の理由でどのみち同じ科を受診する場合には、その機会に併せて相談してもらう価値がある。血圧150台の単独記載はしないが、他項目で内科受診が発生する行では併記する、といった運用はこの考え方に基づく。

1-5 治療中の疾患には口出しをしない（船頭多くして船山に登る）

治療中の疾患について所見が出ているのは当然である。主治医の治療が妥当に奏功している限り、産業医が横から意見を述べるべきではない。「コントロール不良」との表現は、当該疾患の診療上の基準に照らして実際にコントロールが不良である場合にのみ用いる。

他方、当該従業員が内科ほかの受診先に通院している事情があるならば、治療中疾患以外の異常についても、その主治医の診療領域に属する範囲であれば併せて相談してもらうのが合理的である。別の診療科の診察が当初から必要な場合は、通院の有無にかかわらず端的に「要〇〇科受診」と書く。

1-6 本マニュアルは健診機関判定の翻訳を基本とする（翻訳原則と実測値直読モードの使い分け）

その他コメント欄に書かれるべきものは、原則として、健診機関が旗を立てた所見のうち、産業医の目から見て実際に医療機関へ行くべきものである。健診機関が触れていない項目を産業医が独自に拾い上げることは、原則として行わない。この立場を、ここでは「翻訳原則」と呼ぶ。

この立場は、次の考え方に基づく。健診機関の判定の範囲内で動く限り、拾わなかった項目についての一次的な説明責任は健診機関の判定にある。ところが一度でも機関が触れていない項目を独自に拾う実務を確立すると、以後は「ではなぜあの人については拾わなかったのか」を問う基準が産業医の側に移り、その拡張は拾った当該項目だけでなく、機関が触れていない全項目に及ぶ。産業医の説明責任を過大化させないための実務上の判断である。

なお、労働安全衛生法第66条の4は「健康診断の結果に基づき」医師の意見を聴くと定めており、「健診機関の判定に基づき」とは書いていない。法文の建て付けとしては実測値そのものに対して意見を述べる形である。したがって翻訳原則は法文から直接導かれるものではなく、健診機関の判定を一次スクリーニングとして信頼する実務上の運用方針である。当事務所は、この点を明示したうえで、当該原則を採用している。

翻訳原則が適用できる場面と、実測値直読モードに切り替える場面：翻訳原則は、当該健診機関の判定が実測値に照らして概ね妥当と読める限りにおいて適用する。その判断は、当該事業場の受診者全体の結果を通して見て、機関が実測値に対してどの水準で区分を付しているかを帰納的に把握することによって行う（2-1、7-2）。後記7-3のとおり機関判定が実測値に照らして明らかに粗いと読める場合には、健診機関判定への依拠度を下げ、実測値と異常所見の記載を直接に読み、第4章の閾値で判断する（実測値直読モード）。この二モードは択一的なものではなく、事業場ごと・健診機関ごとに使い分ける。

第4章4-4以下の項目別の閾値の位置づけも、ここから導かれる。当該記述は、実測値直読モードおよび下記の例外類型において参照される補助的な基準である。翻訳原則が機能している場面では、機関判定を出発点として読み、項目別閾値は機関判定と実測値が乖離していないかを確認するための照合基準として用いる。項目別の記述が判定の起点となるわけではない。

翻訳原則の例外：この原則の例外は、健診機関の判定が構造的に届かない領域に限定される。当事務所では以下の四類型に整理している。いずれも、その都度の裁量ではなく、あらかじめ言語化された類型としての取扱いである。

第一に、経年データの評価である。健診機関は原則として当該年度の結果のみを判定する。複数年度を並べて評価できるのは産業医の立場である。聴力所見の2年連続増悪や、喫煙者・粉じん曝露者における前年比のFEV1低下等がこれにあたる。ただしこの例外は、健診結果用紙に前年値が併記されている場合に発動する。過年度分の取り寄せを健診機関または事業者に個別に依頼することは、事務負担に対して得られるものが小さいため、原則として行わない（9-6 参照）。

第二に、従業務の内容との照合である。健診機関は医学的異常の有無は判定できるが、その所見が当該従業員の業務にとって何を意味するかは評価する立場にない。運転業務従事者に対する視力低下の評価等がこれにあたる。

第三に、項目横断の統合的読取りである。健診機関の判定は項目ごとに独立して付与される。単独ではC区分にとどまる所見が、複数組み合わせることで臨床的意味を持つ場合がある。ただしこの例外を広く開くと「組み合わせれば意味があるかもしれない」との理由で何でも拾えることになり、原則が空文化する。当事務所ではこの例外を閉じた列举とし、現時点で明示的に該当するのは、血算における二系統以上の異常等に限定している。

第四に、明らかな入力ミス・矛盾の指摘である。数値と判定コードの不整合、単位の記載誤り等が疑われる場合がこれにあたる。もっとも、健診機関への照会そのものは抑制的に用いる。誤記の内容が明らかで、元の数値が紙面の他の記載から容易に推定できる場合には、照会を経ずにその推定を前提として判断する。単位の桁違い、明らかな転記ずれ、判定コードと実測値の一見しての不整合などはこの類型である。照会を要するのは、推定に幅があり、そのいずれを採るかによって受診勧奨の要否が変わる場合に限られる。事業者を介した照会は往復に日数を要し、その間に判定が止まることの不利益もまた考慮すべきである。

第2章 判定区分と閾値

2-1 判定区分の理解と健診機関の判定傾向の把握

前述のとおり、健診機関ごとに判定区分の刻み方は異なる。もっとも、実務上、各事業場の健診機関から判定区分表を個別に取り寄せることはしていない。当該事業場の受診者全体の結果を通して見れば、その機関が実測値に対してどの水準で区分を付しているか、すなわち軽度の逸脱にも広くDを付ける機関か、明らかな高値でなければC止まりにする機関かは、数十件の結果を並べることで概ね判別できる。当事務所はこの帰納的な把握を前提として判定を行っている。

判定区分表が事業者から提供された場合、または健診機関のウェブサイトに掲載されている場合には、当然これを参照する。他方、上記の把握から当該機関の判定が実測値に照らして明らかに粗いと読める場合には、判定コードそれ自体を判断の根拠として用いず、実測値直読モード（1-6）に切り替える。実測値と異常所見の記載を直接に読み、本マニュアル第4章の項目別基準に照らして受診勧奨の要否を判断する。

2-2 二層構造

当事務所の運用では、判定を次の二層に分けて考える。

第一層：医学的緊急度 当該所見自体が、直ちにあるいは短期間のうちに、医療的介入を要するか否か。健診機関判定D・E・Gに相当する所見については、この観点から受診勧奨の要否を判断する。

第二層：就労可否・就業制限 医学的緊急度とは独立に、当該所見が現時点で就業に直接影響するか否か。両者を混同すると、たとえば「精査中だが業務遂行に支障はない」事案について、不必要に就業制限を付してしまうリスクがある。両者は独立した二軸として扱う。

2-3 緊急度区分と至急受診・即日受診の閾値の目安

本マニュアルでは、受診の緊急度を次の四層に区分する。用語は全章で統一する。

なお、以下の各層の判断は、いずれも健診結果用紙に記載された実測値および所見名から行うことを前提とする。本マニュアルが対象とするのは面談を伴わない紙面上の判定であり、症状に言及する箇所は、いずれも用紙の自覚症状欄・他覚症状欄に記載がある場合を指す。用紙に記載のない症状を推測して緊急度を上下させることはしない。

- 救急受診：直ちに救急外来を受診。高血圧緊急症を疑う症状の記載を伴う場合、糖尿病性ケトアシドーシス疑い、Hb 7.0 g/dL 未満で症状の記載を伴う場合、症状の記載を伴う重大心電図所見等。
- 即日受診：当日中の医療機関受診。無症状であっても医学的に当日の評価を要する所見（Hb 7.0 g/dL 未満、AST・ALT 300 U/L 以上、随時血糖 300 mg/dL 以上等）。
- 至急受診：原則として数日以内の医療機関受診。無症状の著明高血圧、TG 500 mg/dL 以上（無症状）、随時血糖 250 mg/dL 以上、AST・ALT 150 U/L 以上等。
- 早期受診：1～2 週間以内の医療機関受診。無症状の慢性心房細動、無症状の新規完全左脚ブロック等。

以下の閾値の目安は、多くの健診機関で「至急」「即日」等の区分が付される所見に概ね一致するが、詳細は健診機関の判定基準表に従う。

血圧

収縮期 180 mmHg 以上または拡張期 110 mmHg 以上：緊急の受診勧奨の対象とする。この水準は日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン 2019」のⅢ度高血圧（収縮期 180 mmHg 以上または拡張期 110 mmHg 以上）の区分に対応する。健診における単回の測定値のみで高血圧緊急症を確定することはできないため、症状の有無で緊急度を層別する。

- 用紙に頭痛・吐気・視力障害・意識障害・神経学的徴候・胸痛・呼吸苦等の記載がある場合：救急受診を指示する（高血圧緊急症疑い）。
- 症状の記載がない場合：至急受診（原則として数日以内の内科受診）を指示する。事業場は医療機関ではなく、血圧を再測定できる設備・体制があることを前提にはできないため、健診結果の数値をもって判断する。

高血圧緊急症は「著明な血圧上昇＋急性の標的臓器障害」で定義され、単純な数値カットオフでは決まらない。無症状の著明高値は「高血圧緊急症」ではなく「重症高血圧」として扱い、用紙における症状・神経学的所見・胸背部痛・呼吸困難等の記載の有無と再測定を組み合わせで評価する運用とする。

随時血糖

- 300 mg/dL 以上：至急の内科受診勧奨。
- 200 mg/dL 以上でも口渇・多飲・多尿・体重減少・呼気アセトン臭・意識障害・過呼吸等の記載がある場合：至急の内科受診勧奨。
- 上記に加え意識レベルの低下、著明な脱水徴候等、糖尿病性ケトアシドーシスや高浸透圧高血糖症候群を疑う所見がある場合：即日の救急受診。SGLT2 阻害薬服薬中の従業員では正常血糖 DKA が起こりうるため、血糖値が高くなくても症状の記載がある場合は同様に扱う。

心電図

健診心電図の記載は、疾患名の確定診断ではなく波形パターンの指摘であることが多い。加えて、産業医が閲覧できるのは結果用紙に記載された所見名であって、12誘導波形の原本を直接に読める場面はほとんどない。原本を健診機関に照会するのは、生命に関わる所見が疑われるのに所見名の記載が曖昧で、記載のままでは緊急度を判断できないという極限の場合に限る。したがって以下の各層は、原則として用紙に記載された所見名それ自体によって判断し、用紙の自覚症状欄・他覚症状欄に記載がある場合には、これを緊急度を上げる方向の加重要素として用いる。

- 完全房室ブロック、高度の徐脈、心室頻拍、心室細動を疑う記載：即日の循環器科受診。用紙に失神・前失神・労作時胸痛の記載があれば救急受診。
- 完全左脚ブロック：新規に指摘された場合は1～2週間以内の循環器科受診（早期受診）とする。既知の完全左脚ブロックについても、心不全リスク評価のため受診勧奨（循環器科）とし、心エコー等の評価を依頼する。用紙に胸痛・呼吸苦・失神・冷汗・持続する動悸の記載がある場合は、急性冠症候群の可能性を評価する必要があるため、救急受診または即日の循環器科受診とする。
- 心房細動：慢性心房細動と読める場合であっても、抗凝固療法適応の評価のため1～2週以内の循環器科受診を勧奨する。前年に記載がなく当該年度に初出であるなど発症時期が新規と考えられる場合、または用紙に動悸・胸痛・呼吸苦・心不全徴候・失神の記載がある場合は至急の循環器科受診とする。
- 「WPW パターン」の指摘：循環器科の受診を勧奨する。用紙に動悸・失神のエピソードの記載がある場合は至急。記載がない場合でも、就業形態（運転・高所・単独作業等）によっては受診を優先する。
- 「Brugada 型 ST 上昇」の指摘：受診勧奨（循環器科）とする。所見に Type 1 と明記されている場合、または用紙に失神歴・夜間の苦悶呼吸・若年突然死の家族歴の記載がある場合は至急の循環器科受診とする。
- 「QT 延長」の指摘：QTc の実測値が併記されていれば QTc 500 ms 以上を至急とし、併記がなければ受診勧奨（循環器科）とする。延長を招き得る服用薬（一部の抗不整脈薬・抗精神病薬・抗菌薬等）を把握できる場合は、その旨を受診時の相談事項として併記する。
- 異常 Q 波（陳旧性心筋梗塞疑い）、広範な陰性 T 波（虚血・心筋症・心尖部肥大型心筋症疑い）：受診勧奨（循環器科）。用紙に労作時胸痛・失神・呼吸苦の記載を伴う場合は至急。
- 上記に至らない所見（軽度の期外収縮、非特異的 ST-T 変化等）：第 4 章の基準による。

胸部 X 線

新規の肺結節影・空洞影・胸水・縦隔陰影拡大等：至急の受診勧奨（呼吸器科）。空洞影について用紙に咳・発熱・体重減少の記載がある場合は、結核の可能性を考慮し、受診までの期間を短く取る。

貧血・肝機能の即日層

Hb 7.0 g/dL 未満：即日の内科受診。用紙に動悸・息切れ・失神・胸痛等の記載を伴う場合は救急受診。
AST・ALT いずれか 300 U/L 以上：即日の内科受診。

これらは目安であり、健診機関判定が「至急」を付している所見については、原則としてその指示に従って追跡する。

第3章 就業判定欄（就業判定）の記載ルール

就業判定欄には、原則として次のいずれかを記載する。

- 就業可：現在の健康状態は当該従業員の従前業務の遂行に支障をきたさないと判断される場合。
- 就業可（要配慮）：業務の遂行は可能であるが、特定の配慮（就業時間、作業内容、環境等）を付すことが望ましい場合。配慮の具体的内容はその他コメント欄に記載する。
- 要就業制限：一定の業務、時間、環境等に制限を付す必要がある場合。制限の具体的内容はその他コメント欄に記載する。
- 要休業：当該所見が就業継続と両立せず、療養に専念すべきと判断される場合。期間の目安はその他コメント欄に記載する。

「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」（平成8年10月1日健康診断結果措置指針公示第1号、最終改正平成29年4月14日指針公示第9号）が示す就業区分は「通常勤務」「就業制限」「要休業」の3区分である。本マニュアルの4区分は、このうち「通常勤務」を「就業可」と「就業可（要配慮）」に細分したものである。細分の趣旨は、意見書上で配慮の内容と対象を明示するためである。配慮の要否と内容が意見書上で読み取れなければ、事業者は指針の求める「就業上の措置」を具体化できない。指針の3区分に引き直す場合、「就業可」および「就業可（要配慮）」が「通常勤務」、「要就業制限」が「就業制限」、「要休業」が「要休業」に対応する。

この細分が指針の枠内で許容されることについては、同指針の運用解釈上、「就業区分については、指針に示す区分によることが望ましいが、既に他の区分方法が確立している事業場において、就業上の措置の必要性の有無及び必要とされる措置の程度が明確にされている場合には、本指針に示す区分と相違があっても差し支えない」とされていることが根拠となる。本マニュアルの4区分は、措置の必要性の有無と程度をより明確にする方向での細分であり、この許容範囲内にある。

就業判定欄の判断は、その他コメント欄で受診勧奨のみを行う事案（医学的緊急度は要注意だが就業に直接影響しない事案）と混同しないよう、二層構造（前記2-2）に従って独立に判断する。

第4章 その他コメント欄（その他コメント）の記載ルール

4-1 大原則

その他コメント欄は、健診機関の判定を受けて、当該従業員に対して具体的にどの診療科に受診し、何について相談してほしいかを指示する欄である。当該欄に書かれた内容は、後述するとおり、受診勧奨文書として本人に届く前提で作成する。

4-2 診療科の書き方

- 通院中の疾患がある場合は「主治医」に相談を促す形とする。
- 通院がなく、新規に受診が必要な場合は診療科を明示する（「循環器科」「呼吸器科」「消化器内科」「腎臓内科」「内分泌内科」「泌尿器科」「眼科」「耳鼻咽喉科」「整形外科」等）。
- 一般内科で対応可能な事案は「内科」と記載する。
- 婦人科・泌尿器科等、本人のプライバシーに配慮が必要な受診勧奨は、記載表現を慎重に検討する。

循環器領域・呼吸器領域について、当事務所が「循環器内科」「呼吸器内科」ではなく「循環器科」「呼吸器科」と記載しているのは、二つの理由による。

第一に、受診のしやすさへの配慮である。地域の内科診療所は、循環器・呼吸器の初期診療に対応していても、標榜は「内科」のみであることが少なくない。「循環器内科」「呼吸器内科」と診療科名を限定して書けば、本人が受診先を探す段階で、その標榜を掲げている医療機関を探さなければならないと受け取りかねない。求めているのは当該領域の診療が受けられることであって、標榜名の一致ではない。この欄の記載が最終的に届くのは医療者ではなく従業員本人であり、本人にとって重要なのは、受診先を探すときに手掛かりとなる語を押さえられることである。「循環器」「呼吸器」「心臓」といった語が拾えれば、地域にその領域を掲げる医療機関が一つしかない場合であっても本人はたどり着ける。逆に「循環器内科」と書いたために、その表記でないから違うと判断されては本末転倒である。

第二に、内科的疾患と外科的疾患の誤誘導を避けることである。健診で拾われる所見は、内科的治療の対象とは限らない。胸部 X 線で腫瘤影・結節影が指摘された場合、肺癌であれば外科的治療の対象となり得るのであって、これを「呼吸器内科」と書けば受診先を誤らせる。大動脈瘤も同様に、内科的にフォローされる場合はあるが、治療そのものは心臓血管外科の領域である。「呼吸器科」「循環器科」と記載しておけば、受診した医師が内科的対応と外科への紹介のいずれが必要かを判断する余地を残せる。外科的治療の可能性が高い所見については、「循環器科もしくは心臓血管外科」のように併記する。

なお、「循環器科」「呼吸器科」は、医療法施行令の一部を改正する政令（平成 20 年政令第 36 号、平成 20 年 4 月 1 日施行）により、医療機関が新たに標榜することのできない診療科名とされている（同日前から標榜していた機関については、看板の書き換え等を行わない限り継続して標榜しうる経過措置がある）。当事務所がこの表記を用いるのは、標榜科名を指定する趣旨ではなく、受診すべき領域を示す趣旨である。本人が受診先を選ぶ際は、当該領域の診療に対応している医療機関であれば足り、その標榜が「内科」「循環器内科」「呼吸器内科」「呼吸器外科」「心臓血管外科」等のいずれであっても差し支えない。事業者・本人からこの点の問い合わせを受けた場合には、そのように説明する。

4-3 定型文

同一の所見パターンに対しては、当事務所内で定型文を整備している。定型文の趣旨は、記載の均質化と受診勧奨内容の予測可能性の確保にある。ただし定型文はあくまで出発点であり、事案の個別性に応じて調整する。

主な定型文の例：

- 「要内科受診（血圧・脂質）」
- 「要呼吸器科受診（胸部 X 線）」
- 「要婦人科受診（貧血。必ず受診してください）」
- 「要内科再診（血圧コントロール不良）。主治医に健診結果を共有すること（心電図についても要相談）」
- 「至急内科受診（高血糖あり）」
- 「至急循環器科受診。受診先医師の就業可否判断が得られるまでは休業が相当」
- 「要乳腺外科受診（乳房に所見の指摘あり）」
- 「ここ 1 年間眼科への受診歴がなければ、眼科を受診してください（糖尿病。眼底の評価が必要ですよ）」

最後に挙げた「ここ 1 年間眼科への受診歴がなければ」という例のように、受療の有無を条件として付す書き方は、当事務所が多用するものである。産業医は当該従業員が既にその科に通院しているかを把握していないことが多く、無条件に受診を指示すれば、既に定期的に眼底検査を受けている者に対して重複した受診

を求めることになる。条件を付して書けば、本人が自らの受療状況に照らして判断でき、不要な受診を避けられる。治療中の疾患には口出しをしない（1-5）という原則を、記載の形式において実現する方法でもある。

4-4 項目別の採用閾値の目安

以下は、当事務所において受診勧奨として記載する所見の目安である。数値表記は「未満」「以下」の別を厳密に統一している。

繰り返しになるが、この項目別の記述は、翻訳原則（1-6）を置き換えるものではない。翻訳原則が機能している場面では、健診機関の判定を出発点として読み、以下の閾値は機関判定と実測値が乖離していないかを確認するための照合基準として用いる。以下の記述が正面から判断の起点となるのは、実測値直読モードに切り替えた場合と、1-6に掲げた四つの例外類型に当たる場面である。個々の項目について「この値だからこうする」という記述を通読して機械的に適用することは、想定していない。

血圧

未治療の場合：

- ・ 収縮期 160 mmHg 以上または拡張期 100 mmHg 以上：単独で受診勧奨（内科）。
- ・ 収縮期 150～159 mmHg または拡張期 90～99 mmHg：他項目で内科受診が発生する場合には併記。単独では原則として拾わない。
- ・ 収縮期 180 mmHg 以上または拡張期 110 mmHg 以上：前記 2-3 の緊急度層別に従う。

服薬中の場合：

- ・ 収縮期 160 mmHg 以上かつ拡張期 100 mmHg 以上：「血圧コントロール不良」として主治医への健診結果共有を求める。

随時血糖・HbA1c

未治療の場合：

- ・ 空腹時血糖 126 mg/dL 以上、随時血糖 200 mg/dL 以上、または HbA1c 6.5%以上：受診勧奨（内科・内分泌内科）。
- ・ 随時血糖 250 mg/dL 以上または HbA1c 10.0%以上：至急の内科受診。
- ・ 随時血糖 300 mg/dL 以上または HbA1c 12.0%以上：前記 2-3 の即日層に従う。

服薬中の場合：

- ・ HbA1c 7.5%以上、または HbA1c が測定されておらず随時血糖 160 mg/dL 以上：「血糖コントロール不良」として主治医への健診結果共有を求める。

HbA1c が健診項目に含まれていない場合、随時血糖のみでは糖尿病のコントロール状態の評価が困難であるため、事業者に対し HbA1c 追加の意見を出す運用が望ましい。

参照基準：日本人間ドック・予防医療学会 2026 年度判定区分表（2026 年 4 月 1 日施行の血糖・HbA1c 改定を反映）と、日本糖尿病学会「糖尿病治療ガイド」の運用値が整合する。当事務所の閾値は、両者の受診勧奨相当ラインに一致する設定である。

脂質（LDL・TG）

未治療の場合：

- LDL コレステロール 180 mg/dL 以上：受診勧奨（内科）。
- 中性脂肪 300 mg/dL 以上：受診勧奨（内科）。空腹時・非空腹時の別は問わない。
- 中性脂肪 500 mg/dL 以上：重症高 TG 血症として急性膵炎リスクを念頭に置く。腹痛・悪心を伴う場合は即日受診。無症状であれば数日内の内科受診。
- LDL 140～179 mg/dL：単独では原則として拾わない。他項目で内科ほか受診先への受診勧奨が発生する行では併記する。若年者の高 LDL については家族性高コレステロール血症を念頭に置くべきであるが、同症の診断は数値のみによらず腱・皮膚の所見および家族歴を要件とするため、この帯を閾値化して拾う方式は発見の方法として適切でない。当事務所はこの帯について別途の名簿管理等を行わず、保健指導・面談の場面で扱う（9-7 参照）。

服薬中の場合：

- 中性脂肪 400 mg/dL 以上：「脂質コントロール不良」として主治医への健診結果共有を求める。

参照基準：日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022」を参照した。同ガイドラインは空腹時 TG 150 mg/dL 以上を高 TG 血症、非空腹時 TG 175 mg/dL 以上を高値、TG 500 mg/dL 以上を重症高 TG 血症（膵炎リスク）として層別している。

中性脂肪について空腹時・非空腹時を区別しない理由：健診結果の用紙には、採血が空腹時であったか否かが記載されていないことがままある。項目名も単に「中性脂肪」「TG」とされ、区分の手掛かりがない。この状況で空腹時・非空腹時の別に応じた二つの閾値を置けば、そのいずれを適用すべきか判断できない行が生じ、運用が止まる。そこで当事務所は、空腹時・非空腹時の別を問わず 300 mg/dL を一律の受診勧奨水準として採る。この 300 mg/dL という水準は、前記ガイドラインの高 TG 血症の基準（空腹時 150 mg/dL、非空腹時 175 mg/dL）のいずれよりも高く、すなわち学会基準よりも緩い側に設定されたものである。この点は明示しておかなければならない。150 ないし 175 mg/dL を閾値とすれば、健診受診者の相当割合が受診勧奨の対象となる一方、その多くは生活指導のみで終わる。他の項目と合わせた受診勧奨の総量を管理するという本マニュアルの基本思想（1-3）に照らし、脂質単独の受診勧奨は膵炎リスクが視野に入る水準に近づいた帯に絞ることとし、それより低い帯は保健指導および他項目での併記によって扱う。

もっとも、この一律運用には限界がある。すでに脂質異常症の治療を受けている者、糖尿病またはその疑いの所見を併せもつ者、HDL コレステロールが低値（40 mg/dL 未満）の者については、TG の持つ意味が単独高 TG 血症の場合と異なり、300 mg/dL に達しない帯であっても介入の対象となりうる。これらに該当する行については、300 mg/dL という一律の閾値によらず、空腹時 150 mg/dL・非空腹時 175 mg/dL というガイドラインの水準を念頭に、他項目での受診勧奨に併記するか保健指導の対象とするかを個別に判断する。

HDL コレステロール及び総コレステロールを単独の受診勧奨対象としない理由：日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版」は、脂質異常症のスクリーニング基準として LDL コレステロール、non-HDL コレステロール、中性脂肪及び HDL コレステロールを掲げ、リスク区分別の脂質管理目標値においても LDL コレステロール及び non-HDL コレステロールを第一の指標としている。総コレステロールは、いずれの指標にも用いられていない。総コレステロールは HDL コレステロールを含む合計値であり、HDL コレステロールが高いことによっても上昇するため、その値のみからは動脈硬化性疾患のリスクを判定できない。したがって当事務所は、総コレステロールの単独高値を受診勧奨の対象とせず、LDL コレステロール又は non-HDL コレステロールの記載がある場合はこれによって判断する。健診機関が総コレステロールのみを記載し、LDL コレステロール及び non-HDL コレステロールの記載がない場合は、脂質については機関判定を尊重し（1-6 の翻訳原則）、実測値からの独自の格上げは行わない。

HDL コレステロールについては、低値（40 mg/dL 未満）が動脈硬化性疾患の危険因子であること自体に異論はない。もっとも、HDL コレステロールを上昇させることを目的とした薬物療法によって心血管イベントが減少することは、大規模ランダム化比較試験において示されていない。ナイアシンを用いた AIM-HIGH 試験及び HPS2-THRIVE 試験、CETP 阻害薬を用いた dal-OUTCOMES 試験は、いずれも主要評価項目において有意な減少を示さなかった。すなわち HDL コレステロールの低値は、受診によって直ちに治療方針が定まる所見ではなく、禁煙、運動及び減量という生活習慣への介入によって対応すべき所見である。これは保健指導の領域であって、就業判定における受診勧奨の領域ではない。ただし HDL コレステロール低値は、前段のとおり中性脂肪の評価に影響する事情であるから、中性脂肪が 300 mg/dL に達しない帯についての個別判断においては考慮する。

肝機能（AST・ALT・ γ -GTP）

未治療の場合：

- AST・ALT いずれか 51 U/L 以上、または γ -GTP 101 U/L 以上：受診勧奨（内科）。
- AST・ALT いずれか 150 U/L 以上：至急の内科受診。
- AST・ALT いずれか 300 U/L 以上：前記 2-3 の即日層に従う。

服薬中の場合（肝疾患治療中）：

- AST・ALT いずれか 100 U/L 以上、または γ -GTP 200 U/L 以上：主治医への健診結果共有を求める。

経年で急上昇している場合は数値が低くとも拾う（例外類型：経年データの評価）。 γ -GTP 100～200 U/L の帯は、飲酒歴・薬剤性・MASLD（代謝機能障害関連脂肪性肝疾患）のスクリーニング窓であり、FIB-4 指数評価等に繋げる意義がある。

参照基準および閾値設定の説明：AST・ALT の 51 U/L 以上という閾値は、日本人間ドック・予防医療学会の判定区分表における D 区分（要精密検査・治療）の境界と一致する。同区分表は、AST について A 30 以下・B 31～35・C 36～50・D 51 以上、ALT について A 30 以下・B 31～40・C 41～50・D 51 以上、 γ -GTP について A 50 以下・B 51～80・C 81～100・D 101 以上としており、これは厚生労働省の特定健康診査における判定区分に準拠したものである。

他方、日本肝臓学会は 2023 年に「奈良宣言 2023」を公表し、健診で ALT が 30 U/L を超えた場合にはまずかかりつけ医を受診することを提唱している。当事務所がこれを採らず 51 U/L 以上を受診勧奨の閾値としているのは、次の理由による。

第一に、目的と機能の相違である。奈良宣言は、肝疾患の早期拾い上げと国民への啓発を目的とした提言であり、健診判定区分としての D 区分の設定とは目的を異にする。日本人間ドック・予防医療学会自身、判定区分表に関する Q&A において、人間ドックと奈良宣言 2023 とはスタンスが異なるとして、奈良宣言を理由とする判定区分の見直しを行わない旨を明記している。同 Q&A が挙げる理由は、①AST・ALT 等の肝機能項目の判定区分は厚生労働省の特定健康診査の判定区分を転用したものであり、第四期（令和 6 年度以降）においても変更がないこと、②人間ドックでは奈良宣言のフローチャートに掲げられた血小板数・AST・GGT・ALP・総ビリルビン・腹部超音波検査・肝炎ウイルス検査を同時に実施しているため、ALT 単独の閾値を下げる必要がないこと、の二点である。健診の場で用いる区分としては、判定区分表の側に従うのが整合的である。

第二に、受診勧奨の総量の問題である。ALT 31～50 U/L の帯には、脂肪肝、飲酒、運動後、薬剤の影響等による軽度上昇が広く含まれる。この帯を一律に受診勧奨とすれば、その他コメント欄に受診指示が付く従業員の数が著しく増え、受診先でも生活指導のみで終わる例が多くなる。過剰な受診勧奨は害である（1-3）という本マニュアルの基本思想と整合しない。

第三に、この帯を受診勧奨としないことによる見落としのリスクは、他の手段で相当程度補えるという点である。すなわち当事務所は、ALT 31～50 U/L の帯を「放置する」のではなく、「その他コメント欄における受診勧奨の対象とはせず、保健指導（飲酒量・体重・運動）と経年推移の観察の対象とする」という位置づけで扱っている。経年で上昇傾向が明らかな場合、 γ -GTP の併行上昇がある場合、血小板減少やFIB-4 指数の高値を示唆する所見が併存する場合には、この帯であっても受診勧奨として拾う。

以上の層別化は、日本消化器病学会・日本肝臓学会「MASLD 診療ガイドライン 2023」の運用とも整合する。

腎機能（血清クレアチニン・eGFR・尿蛋白）

腎機能については、日本腎臓学会「エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2023」が健診受診者に対する受診勧奨基準を明示しており、厚生労働省も一般健康診断への血清クレアチニン検査の導入にあたって同基準を参照している。当事務所は同ガイドラインを基礎としつつ、尿蛋白の軽度陽性の取扱いについてのみ、後述の理由から異なる運用をとる。

- 尿蛋白（2+）以上：受診勧奨（内科・腎臓内科）。
- 尿蛋白（1+）で、次のいずれかが併存する場合：受診勧奨（内科・腎臓内科）。①尿潜血（1+）以上、②eGFR 60 mL/分/1.73m²未満、③高血圧または糖尿病の所見があるか当該疾患で治療中であること、④前年も（1+）以上であること（用紙に前年値の併記がある場合に限る）。
- 尿蛋白（1+）単独で上記のいずれにも当たらない場合：受診勧奨としては拾わない。その他コメント欄には、一時的なものか否かの確認のため次年度健診で再度確認する旨を記載するにとどめる。
- 尿蛋白（±）以上かつ尿潜血（1+）以上が併存する場合：受診勧奨（内科・腎臓内科）。糸球体性の病態を疑う組合せである。
- 尿蛋白（±）が2年連続で認められる場合：受診勧奨（用紙に前年値の併記がある場合に限る）。
- eGFR 45 mL/分/1.73m²未満：受診勧奨（内科・腎臓内科）。年齢による区分は設けない。
- eGFR 45～59 mL/分/1.73m²：単独では新たな受診の勧奨としない。当該従業員が内科ほかの医療機関に通院している事情があるならば「通院先の主治医に健診結果を共有し、腎機能について相談してください」と記載する。通院の事情が把握できない場合は「内科に通院中であれば、主治医に健診結果を共有し、腎機能について相談してください」と条件を付した形で記載する（4-3）。通院がない場合は保健指導の対象とし、次年度の推移を確認する。他項目で内科ほか受診先への受診勧奨が発生する行では併記する。ただし、用紙に前年値の併記があり、eGFR が前年から30%以上低下している場合は、絶対値がこの帯であっても受診勧奨とする。

尿蛋白（1+）単独を受診勧奨の対象としない理由：日本腎臓学会「エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2023」は、健診受診者について尿蛋白 1+以上をそれ単独で受診勧奨の対象としている。当事務所がこれと異なる運用をとるのは、次の理由による。

第一に、試験紙法の（1+）は尿蛋白濃度 30 mg/dL 相当であり、起立性蛋白尿、運動後、発熱時、脱水時等の生理的・一過性の蛋白尿がこの帯に相当程度含まれる。健診は早朝空腹時とは限らない条件下で、しかも出勤の前後に行われることが多く、この種の一過性蛋白尿を拾いやすい状況にある。

第二に、健診機関の判定においても（1+）単独はD区分に達しないことが多い。日本人間ドック・予防医療学会の判定区分表では、尿蛋白（+）と尿潜血（+）が併存する場合に尿蛋白をD区分とする旨が注記されており、単独の（+）はそれ自体ではDに至らない扱いである。健診機関が経過観察と判定している所見を産業医が独立に受診勧奨へ引き上げる運用は、翻訳原則（1-6）とも整合しない。

第三に、受診勧奨の総量の問題である。（1+）単独を一律に拾えば対象者数は大きく増え、受診先でも尿の再検のみで終わる例が多くなる。過剰な受診勧奨は害である（1-3）という基本思想に反する。

第四に、尿蛋白は腎予後および心血管予後の独立した予測因子であるが、その予測能を担うのは持続性の蛋白尿であって、単発の（1+）ではない。上記①から④の併存条件は、まさにこの持続性・病的意義を示唆する所見を拾うために設けたものであり、いずれかに当たる場合には躊躇なく受診勧奨とする。単発の（1+）を拾わないという設計と、持続性の蛋白尿を確実に拾うという要請は、この併存条件によって両立させている。また、2027年4月から血清クレアチニン検査が定期健康診断の項目に追加されるため、施行後はeGFRとの組合せによる層別化が全事業場で可能となり、②の条件が実質的に機能する範囲が広がる。

尿糖

- 未治療で（2+）以上、かつ血糖・HbA1cの項目で受診勧奨が発生していない場合：受診勧奨（内科）。
- SGLT2 阻害薬を服薬中の従業員については採用しない。同薬は尿中への糖排泄を増加させる作用機序をもち、服薬中の尿糖陽性は薬剤の作用によるものであって、血糖コントロールの指標としては用いられないためである。
- この除外は、薬剤名を確定的に把握できた場合に限られない。健診機関の判定または備考欄が、尿糖陽性について「治療中」「加療中のため」等の趣旨を示している場合には、糖尿病治療中であること自体が紙面上確認できるのであり、現在の処方実態からすれば SGLT2 阻害薬が含まれる可能性は相当に高い。この場合は、薬剤名の確認を経ずに除外を発動させる。薬剤名まで確定しなければ除外が働かないとすれば、事業者を介した照会を経なければ判定できないことになり、迂遠である。もっとも、面談その他の機会に当該従業員の内服内容を把握しており、SGLT2 阻害薬が含まれないことが分かっている場合は別であって、そのときは尿糖の値を血糖コントロールの補助情報として読む。
- （±）および（1+）は単独では拾わない。

尿潜血

- 尿潜血（1+）以上かつ尿蛋白（±）以上が併存する場合：受診勧奨（内科・腎臓内科）。
- 尿潜血単独（1+）以上が2年連続で認められる場合：受診勧奨（泌尿器科）。単年度の尿潜血単独陽性は、女性の生理的要因・運動・尿路結石の既往等で生じうるため、単年度では拾わない。
- 尿沈渣が実施されている場合は、円柱・異型細胞の記載を優先して読む。

尿酸

- 血清尿酸 8.0 mg/dL 以上：受診勧奨（内科）。合併症の有無は問わない。
- 血清尿酸 7.0～7.9 mg/dL：単独では受診勧奨とせず、他項目で内科ほか受診先への受診勧奨が発生する行、または受療中であって主治医への受診機会がある場合に、あわせて相談するよう促す。
- 血清尿酸 7.0 mg/dL 以上で痛風発作歴が自覚症状欄に記載されている場合：主治医相談または受診勧奨。
- 7.0 mg/dL 未満：拾わない。

参照基準：日本痛風・尿酸核酸学会「高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン」は、薬物治療の開始基準を合併症を有する場合 8.0 mg/dL 以上、合併症を有しない場合 9.0 mg/dL 以上としている。当事務所が合併症の有無を問わず 8.0 mg/dL 以上を受診勧奨とするのは、次の理由による。第一に、健診結果の紙面から合併症の有無を確実に判定することはできない。腎障害・高血圧・糖尿病は同一の紙面から読めるが、尿路結石の既往、虚血性心疾患の既往は自覚症状欄・既往歴欄の記載に依存し、記載がないことは不存在を意味しない。合併症の有無を条件とすれば、記載の不備によって基準の適用がぶれる。第二に、ここでの判断は薬物治療の開始そのものではなく受診の勧奨であり、合併症の有無の評価を含めて受診先の医師に委ねるのが筋である。合併症を有しない 8.0 台であれば、受診先で生活指導と経過観察の方針が示されることになるが、そ

これは適切な帰結であって無駄な受診ではない。第三に、8.0 mg/dL 以上は学会判定区分でもC以上に相当し、健診機関の判定と乖離しない。

血算

血算については、拾い上げの門を二つに絞る。すなわち、①明らかな貧血、②二系統以上の異常、のいずれかに該当する場合に受診勧奨とし、それ以外の単独の軽度異常は原則として拾わない。この構えを採る理由は後述する。

明らかな貧血（受診勧奨）：

- 男性 Hb 12.0 g/dL 未満、女性 Hb 11.0 g/dL 未満：受診勧奨とし、「必ず受診してください」の一文を付す。
- Hb 7.0 g/dL 未満：即日の受診（前記 2-3）。
- 受診先は、女性については年齢にかかわらず「要婦人科受診」とする。婦人科的原因が否定された場合に消化管を含む内科的評価へ進むべきかどうかの判断も、受診先の婦人科医に委ねる趣旨である。産業医の側であらかじめ受診経路を分岐させて書くと、本人が二か所を受診しなければならないと受け取りかねず、かえって受診の障害となる。ただし、明らかに閉経後といえる年齢の女性については「要婦人科または内科受診」とし、いずれから入っても差し支えない旨を示す。
- 男性については「要内科受診」とする。鉄欠乏のパターンであれば消化管精査を相談するよう併記する。
- 上記に達しない軽度低下（男性 Hb 12.0 g/dL 以上、女性 Hb 11.0 g/dL 以上）：単独では拾わない。保健指導の対象とし、次年度の推移を確認する。他項目で内科ほか受診先への受診勧奨が発生する行では併記する。

二系統以上の異常（受診勧奨）：

- 赤血球系・白血球系・血小板系のうち二系統以上に後記 6-8 のD区分相当の異常が併存する場合：各項目が単独では軽度にとどまるとしても受診勧奨（内科・血液内科）とする（例外類型：項目横断の統合的読取り）。
- 白血球分類に芽球・幼若球・異型リンパ球の記載がある場合：割合の多寡を問わず、他項目に異常がなくても受診勧奨（血液内科）とする。これらは健診の判定において通常用いられない語であり、記載されている事実自体が造血系の異常を示唆する。何%以上という条件を付す実益はなく、記載があれば拾う。

単独の白血球・血小板異常の取扱い：

- 学会D区分に該当する単独異常（白血球 3,000/ μ L 以下または 10,000/ μ L 以上、血小板 9.9 万/ μ L 以下または 40 万/ μ L 以上）であっても、他系統に異常がなければ、原則として保健指導および次年度の確認にとどめ、他項目で内科ほか受診先への受診勧奨が発生する行では併記する。
- ただし次の場合は単独でも受診勧奨とする。①白血球 2,000/ μ L 未満または 20,000/ μ L 以上、血小板 5 万/ μ L 未満等の著明な単独異常、②経年で一方向の変化が続いている場合、③肝機能異常が併存し肝線維化を疑う場合（この場合は前記の肝機能の項による）。

ヘモグロビン高値：男性 18.1 g/dL 以上・女性 16.1 g/dL 以上は、単独では保健指導とし、①経年で上昇が続いている場合、②喫煙者で高値が持続している場合、③白血球または血小板の高値が併存する場合（二系統以上の異常）に受診勧奨（内科・血液内科）とする。多血は健診の場面で見落とされやすく、喫煙・脱水による相対的多血のほか二次性多血症・真性多血症の可能性があり血栓リスクを伴うが、単年度の高値のみで受診勧奨に踏み切る実益は乏しい。

この構えを採る理由：血算は、単独の軽度異常が最も多く出る項目である。学会判定区分のD区分は男性 Hb 12.0 g/dL 以下・女性 Hb 11.0 g/dL 以下、白血球 $3.0 \times 10^3 / \mu\text{L}$ 以下または $10.0 \times 10^3 / \mu\text{L}$ 以上、血小板 9.9 万/ μL 以下または 40 万/ μL 以上であるが、これらの境界付近の単独異常を一律に受診勧奨とすれば、その他コメント欄に受診指示の付く従業員の数が大きく増える。

赤血球数及び赤血球恒数（MCV・MCH・MCHC）を判定の指標としない理由：定期健康診断の貧血検査は、労働安全衛生規則第 44 条第 1 項第 6 号に定める法定項目であり、その内容は同規則第 43 条第 6 号により血色素量及び赤血球数の検査とされている。もっとも、貧血の有無は血色素量（Hb）によって定義するのが医学上の標準であり、日本人間ドック・予防医療学会の判定区分表も、貧血については Hb を指標としている。赤血球数の単独の軽度低下は血色素量が正常のまま生じうるうえ、その値のみからは介入の方針が定まらない。また赤血球恒数は、貧血の原因を大球性・正球性・小球性、低色素性・正色素性に分類するための指標であって、貧血があるか否かを判定するための指標ではない。原因の鑑別は、受診先において血清鉄、フェリチン、ビタミン B12 及び葉酸等の追加検査と併せて行われるべき事項であり、健診結果の紙面上で産業医が鑑別を試みる必要はなく、また試みるべきでもない（9-8）。したがって当事務所は、貧血については血色素量を唯一の判定指標とし、赤血球数及び赤血球恒数は、血色素量が拾い上げの水準に達した行について、その背景を理解するための参照情報にとどめる。

問題は、その増分に見合う医学的な利得があるかである。境界付近の単独の軽度異常を主訴として受診した場合、受診先で行われるのは、まず同一項目の再検査である。血算の単発の軽度逸脱は、採血手技、採血後の時間経過、脱水、直前の感染、生理的変動といった要因で日常的に生じるため、再検で基準内に戻ることが多い。再検で同様の値が出た場合も、他系統に異常がなく、症状もなく、経過も不明という条件下では、次に選ばれるのは精査ではなく数か月後の再検であり、結果として「経過観察」の一言で単回の受診が終わる。受診先の医師の立場からいえば、来てもらってもその場でなすべき検査・治療が乏しいということであって、これは医師の怠慢ではなく、単年度の単独の軽度異常という情報の乏しさから来る必然である。

そしてこの帰結は、単に無駄というにとどまらない。従業員は半日の休暇と自己負担を費して受診し、何も得られなかったという経験をする。この経験は、次年度に本当に受診を要する所見が出たときの受診率を下げる。受診勧奨の実効性は、その他コメント欄に書かれた文字の量ではなく、書かれたことが実際に受診に結びつく確率によって決まるのであるから、実益の乏しい勧奨を積み上げるとは、受診勧奨制度そのものの信頼を損なう。過剰な受診勧奨は害である（1-3）という基本思想は、この機序を指している。

他方、明らかな貧血には必ず原因があり、初診の段階で MCV の確認、鉄代謝の評価、便潜血、婦人科的評価といった具体的な次の手順が定まる。二系統以上の異常および白血球分類の異常も、血液疾患を示唆し得るものとして初診で骨髄系の評価に進む道筋がある。これらは、受診が具体的な診療行為に接続する所見であり、単独の軽度異常とは情報量が質的に異なる。門を二つに絞りつつ、著明な単独異常と経年変化を例外として残すのは、この「受診が診療に接続するか」という基準による整理である。

なお、単独の血小板軽度減少及び白血球の軽度異常を拾わないことについては、9-7 に判断の理由と限界を記載している。

心電図

- 判定G相当の重大所見（前記 2-3 に例示）：即日受診または至急受診。
- 心電図判定が E・G 相当で、以下の所見のいずれかが記載されている場合：受診勧奨（循環器科）。異常 Q 波、明らかな ST 低下、ST 上昇、広範な陰性 T、QT 延長、心室性期外収縮頻発、完全左脚ブロック（新規は至急）、心房細動（用紙の症状記載の有無で層別）、心房粗動、WPW、二度以上の房室ブロック、心室頻拍。
- 経年で新規出現している場合や、他の循環器リスク（高血圧・脂質異常・糖尿病）が併存する場合には拾う。

- 高齢者の頻発する上室性期外収縮は心房細動の前段階でありうるため、他項目で内科受診が発生する場合には併記する運用が望ましい。
- 一方、完全右脚ブロック・不完全右脚ブロック・RSR' パターン・平低T・反時計回転・左軸偏位・洞性不整脈は、用紙の自覚症状欄の記載や従業務に照らして特段の必要がある場合を除き、原則として拾わない。

胸部 X 線

新規の陰影出現、経年での増大：受診勧奨（呼吸器科）。腫瘍・腫瘍・結節の記載は受診勧奨（呼吸器科）とする。これらは組織診断の結果によって外科的治療の対象となり得るため、受診先を内科に限定する書き方はしない。間質性肺炎・肺線維症・結核・肺炎・気胸・空洞影の記載も受診勧奨（呼吸器科）とする。大動脈瘤の記載は受診勧奨（循環器科もしくは心臓血管外科）とする。陳旧性所見でも当該年度に初出との判定であれば、前年の用紙に記載がないかを確認し、確認できない場合は初出として扱う。

一方、胸膜肥厚・陳旧性変化のみの記載、心陰影の拡大のみの記載（心電図・心エコー等の裏付けがない場合）、大動脈石灰化・索状影・線状影・横隔膜変形の記載は、単独では拾わない。

視力

一般の従業員については、健診機関が視力について判定欄または所見で言及している場合に限り記載する（1-6 の翻訳原則）。矯正視力の記録があればその値を、なければ裸眼視力を「その従業員が実際に見えている視力」として読み、0.6 未満の眼があれば拾う。裸眼のみの記録で低値の場合は未矯正であるから「要視力矯正」とする。矯正視力が記録されていてなお低値の場合も、まずは度が合っていないことを疑うのが順序であるから、同じく「要視力矯正」とし、眼鏡・コンタクトレンズの再作製を促す。この段階で眼科受診を求めるのは、矯正しても改善しない可能性、すなわち器質的疾患を疑うべき事情がある場合に限る。具体的には、経年で矯正視力が低下している場合、糖尿病・高血圧の所見が併存する場合、視野の異常・眼痛・飛蚊症等の記載がある場合である。矯正視力の低値それ自体をもって直ちに「要眼科受診」とすれば、眼鏡小売店で足りる案件を眼科に送ることになる。

運転業務に従事する従業員については、健診機関の言及がなくても記載する（例外類型：従業務の内容との照合）。道路交通法施行規則第 23 条は免許の種別に応じて視力の合格基準を定めており、普通自動車免許では両眼で 0.7 以上かつ一眼でそれぞれ 0.3 以上、大型・中型・準中型・第二種免許では両眼で 0.8 以上かつ一眼でそれぞれ 0.5 以上（加えて三桿法の試験器による深視力の試験の合格）とされている。もっとも、健診結果の紙面から従業員の保有免許の種別を把握できることは通常なく、免許の取得・更新の基準と個別の業務における運転の可否・配置も同義ではない。そこで当事務所の運用は、免許種別による細分を行わず、当該従業員が業務上運転を行うか否かという二分によって判断する。すなわち、運転業務に従事する従業員については、見えている視力（矯正視力の記録があればその値）が両眼で 0.7 未満または一眼で 0.3 未満である場合に拾い、「要視力矯正」または「要眼科受診」とあわせて、運転業務に従事している旨を事業者との協議に付す前提で記載する。免許種別の確認、深視力の要否、夜間運転の可否等は、この協議の場で個別に扱う。運転業務の有無が把握できていない事業場では発動させない。

定期健康診断の項目には眼底検査が含まれないため、視力低下の原因が屈折異常か眼底病変かを健診結果のみで区別することはできない。この限界を踏まえ、経年で視力低下が進行している場合には、糖尿病・高血圧の有無にかかわらず眼科受診を勧奨する。

体重・BMI・腹囲

身長・体重・腹囲は、労働安全衛生規則第 44 条第 1 項第 3 号の法定項目であり、産業医の確認対象から外すものではない。他方、これらの値が単独で就業上の措置の要否を左右する場面はまれで、そのほとんどが特定保健指導・保健指導の枠組みで扱われるべきものであり、就業判定とは切り分けられる。したがって当

事務所の運用は、確認はするが受診勧奨の対象を絞るという形をとる。すなわち、①BMI・腹囲は、血圧・血糖・脂質等の複数該当と組み合わせて心血管リスクの総合像を把握するための補助情報として一覧し、②単独でその他コメント欄の受診勧奨対象とするのは、前年比 10%以上の体重減少がある場合、BMI 35 以上で運転業務・高所作業・単独作業に従事している場合（6-12）、および健診機関がD相当の所見を明示的に付した場合に限り、③特定保健指導の対象基準（BMI 25 以上または腹囲男性 85 cm 以上・女性 90 cm 以上）に該当する者が多数を占める事業場については、保険者による特定保健指導の実施状況を事業者を確認するよう促す。

例外として、次の二つの場合には、他項目を読む過程でこれらの値が目に入った限りにおいて、その他コメント欄で言及する。①前年比で体重が 10%以上減少している場合（用紙に前年値の併記がある場合に限る）、②BMI 35 以上の高度肥満で運転業務・高所作業に従事している場合である。前者は悪性疾患・甲状腺機能異常・糖尿病の発症等を示唆しうる変化であり、後者は睡眠時無呼吸症候群を介した業務上のリスクに関わる（後記 6-12 参照）。いずれも、この欄を積極的に走査して拾い上げる運用ではない。

自覚症状・他覚症状・既往歴・業務歴

労働安全衛生規則第 44 条第 1 項第 1 号・第 2 号の調査項目である。既往歴・業務歴および自覚症状・他覚症状の記載は、検査値の解釈を左右する情報として必ず参照する。

胸痛・失神・意識喪失・強い息切れ等、業務中の突発事象に直結しうる自覚症状の記載がある場合には、検査値が基準内であっても受診勧奨とし、業務内容によっては暫定的な配慮を意見する。本マニュアルが症状に言及する箇所は、いずれもこの欄の記載を指すものであって、面談による聴取を前提とするものではない。

聴力

4000Hz で所定基準を超える所見が 2 年連続で認められる場合：受診勧奨（耳鼻咽喉科）。単年度では拾わない（例外類型：経年データの評価）。ただし当該従業員が騒音作業に従事している場合は、単年度でも拾う。

診察所見（医師の直接診察）

- 甲状腺腫大の指摘：受診勧奨（内科。可能であれば内分泌内科）。
- 心雑音の指摘：受診勧奨（循環器科）。特に新規の指摘、または経年で強度が増している場合には拾う。
- 表在リンパ節腫脹の持続的指摘：受診勧奨（内科）。

4-5 不採用の類型

以下の所見は、原則としてその他コメント欄には記載しない。

- 健診機関判定が A・B・C 相当で、他項目にも異常がない場合
- 治療中疾患について、主治医の治療方針に沿った通常の所見（例：治療中の高血圧で 140/90 前後の値）
- 当該従業員が業務上の支障を訴えていない軽微な自覚症状関連所見
- 定期健診の枠外で偶発的に出現した所見のうち、次年度の健診で再評価すれば足りるもの

第5章 至急受診者の追跡と、受診しない場合の運用

5-1 基本の流れ

至急受診・即日受診の対象者については、次の流れで追跡する。

1. 健診結果受領後、速やかに事業者（人事・総務担当者）に連絡し、当該従業員への受診指示を依頼する。本人に対する受診勧奨は、当事務所所定の受診勧奨文書（8-1 参照）を交付する方法によって行う。
2. 受診の有無および就業上の指示の有無を確認する。本人が受診したことが確認できれば、通常はその時点で当該所見についての追跡は完了とする。受診先で診断・治療方針が定められ、就業上の制限の指示がなければ、それ以上に医学的情報を求めない。事業者に対して確認を依頼する場合、その対象は「受診したか」「主治医から就業上の制限が指示されているか」に限る。診断名・検査値・治療内容といった医学的情報は、事業者を経由して収集しない。これらの情報を必要とする場合は、本人からの直接の申出または本人の同意を得た主治医への照会によって取得し、産業医が管理する記録に保管する。
3. 主治医への情報提供依頼書の発出は、受診勧奨を行った者の全員について行うものではない。就業上の措置を検討する必要がある、かつ本人からの申出のみでは判断に足りない事案に限って、本人の同意を得たうえで発出する。受診勧奨の目的は適切な受療への導出（1-1）であって、産業医が診療情報を網羅的に収集することではない。
4. 就業上の措置を要する事案については、受診結果を踏まえて意見書を発出する。

5-2 受診しない場合の段階的対応

至急受診の指示を受けたにもかかわらず、本人が受診に応じない場合の対応は、次の段階を経る。

- 第一段階 人事担当者から本人に対し、受診の必要性を改めて説明。健康保険証持参・受診推奨医療機関の案内等の実務的支援を行う。
- 第二段階 産業医が本人と直接面談し、受診の必要性、受診しない場合のリスク、事業者の安全配慮義務との関係等を説明する。ここで本マニュアルの前提について一点補足する。第1章から第4章までの判定は、面談を伴わない紙面情報に基づくものである。しかし本章の追跡は、この前提から意識的に離れる場面である。至急受診に相当する所見が出ている者が受診に応じないという事態は、紙面のみの判定で処理してよい範囲を超えており、面談を伴う通常の産業医活動に切り替えるべき局面である。
- 第三段階 それでも本人が受診に応じない場合、就業上の措置を検討する。医学的緊急度が高く、就業を継続すると本人または第三者に危険が及ぶおそれがある場合には、就業制限または自宅待機命令を検討する（次項参照）。

5-3 自宅待機についての整理

自宅待機命令は、事業者にとって重い措置であり、その発動にあたっては次の点を整理しておく必要がある。

法的整理 労働契約法第5条は、事業者に対して労働者の生命・身体 の安全確保に必要な配慮を義務づけている。他方、労働基準法第26条は使用者の責に帰すべき事由による休業について平均賃金の60%以上の休業手当支払義務を定める。ただし、自宅待機命令が労働基準法第26条の「使用者の責に帰すべき事由」による休業に当たるかは、従業員が労務を提供し得る状態にあったか、休業の原因がいずれに帰せられるか等

によって別途に判断される。就業規則上の病気休職・私傷病休職の規定との関係も含め、支給の要否は事業者の労務・法務側の判断事項であり、本マニュアルが一律の結論を示すものではない。裁判例上、業務との関連が明確な健康障害を放置して就業させれば安全配慮義務違反となる一方、業務との関連が薄い私傷病について就業を否定する場合には、就業を否定する側（事業者）が合理的根拠を要する。

参考裁判例として、片山組事件（最判平成10年4月9日）は、病气（バセドー氏病）により重い作業の遂行が困難となった建設会社の現場監督に対し、会社が現場作業でなければ労務に就けないとして自宅待機を命じ、賃金・一時金を支給しなかった事案についての判決である。同判決は、職種や業務内容を特定せずに労働契約が締結された場合において、労働者が病气により従前の職務を通常程度の遂行できない場合であっても、その能力、経験、地位、当該企業の規模・業種、労働者の配置・異動の実情等に照らして配置可能な他の業務があり、労働者がその業務での労務提供を申し出ているときは、なお債務の本旨に従った履行の提供があったと解し得るとしたものであり、職種限定のある契約や、そもそも配置可能な業務が存在しない事業場にそのまま及ぶものではない点に留意を要する。

他方、システムコンサルタント事件（東京地判平成10年3月19日、東京高判平成11年7月28日）は、高血圧を有するシステムエンジニアが長時間の過重業務に従事した後に脳出血により死亡した事案について、事業者の安全配慮義務違反を認めたものである。健診で高血圧等の所見が把握されている従業員について、業務負担を軽減せずに就業を継続させた場合には事業者責任が問われ得ることを示す裁判例として位置づけられる。

両事件の射程は当該事案の事実関係に限定されるものであり、本マニュアルから「私傷病なら休業手当不要」とか「就業制限をしなければ直ちに安全配慮義務違反」といった一般命題を導くことは適切でない。個別事案では、症状・業務負担・事業者の認識可能性・代替業務・賃金規程等により結論が異なり得る。両者を併せ読めば、事業者に求められるのは、①健診で把握した所見を放置して過重な業務に従事させないこと（安全配慮義務の側面）と、②他方で医学的必要性を超えて一方的に就業を排除しないこと（労務提供の受領義務の側面）の双方であり、代替業務の検討・本人の意向確認・産業医意見の聴取といった手順を経ることが実務上重要となる。

産業医の役割 産業医は、医学的観点から自宅待機の必要性を意見するにとどまり、命令自体は事業者の判断による。産業医意見書には、①医学的にどのような状態にあるか、②その状態が業務遂行にどのような影響を及ぼしうるか、③どのような措置が考えうるか、を記載する。「自宅待機を命じる」等の断定的表現は避け、「医学的観点からは、就業を継続することはリスクを伴うと考えられる。具体的措置については、事業者において本人の意向・代替業務の可能性等を踏まえ判断されたい」との書きぶりが妥当である。もっとも、医学的にみて就業を継続すべきでない状態が明らかな場合には、「医学的観点からは自宅待機が相当である」との程度まで踏み込んで記載することもある。この踏み込んだ書き方を用いる目安は、①至急受診または即日受診に相当する医学的緊急度が確認されており、②受診が未了で診断および治療方針が判明しておらず、③従前業務を継続することが本人または第三者の安全に直接影響しうる、という三点がそろう場合である。三点がそろわない場合には、基本形（結論を事業者に委ねる書き方）による。避けるべきなのは待機の当否についての意見それ自体ではなく、命令という措置の発動および賃金の取扱いという、事業者の権限に属する部分に産業医が結論を与えることである。

5-4 意見書における書き分け

至急受診の対象者に関する意見書の書き分けは、次のとおり整理できる。

- 受診済み・診断・治療方針が判明している事案：主治医情報を踏まえた就業上の措置を意見する。
- 受診済みだが主治医情報が未取得の事案：情報提供依頼書の発出を勧奨し、当面の就業上の措置は保守的な方向で意見する。

- 受診拒否事案：産業医としては受診の必要性を繰り返し意見しつつ、事業者としての段階的対応の実施を意見する。就業制限・自宅待機の要否については、医学的観点からの意見を述べつつ、最終判断は事業者委ねる書きぶりとする。

第6章 法定外項目の取扱い

6-1 法定外項目を看過しない立場

労働安全衛生法及び労働安全衛生規則が定める定期健康診断の項目に加え、事業場によっては人間ドック相当の項目を追加している場合がある。便潜血、呼吸機能、尿酸、腎機能、血算の一部、CRP、腹部超音波、上部消化管検査、腫瘍マーカー等がこれに該当する。

法定外項目は、その実施が事業者の任意である以上、健診機関の判定基準も画一的でない場合が多い。しかし、実施されている以上、産業医の意見形成にあたって参照可能な情報であり、明らかな異常を看過することは適切でない。実施された検査に異常があるにもかかわらず、法定項目でないことを理由に何も述べないという運用は、従業員の側から見て説明がつかない。

6-2 法定外項目に関する意見の法的位置づけ

労働安全衛生法第66条の4は、同法第66条第1項から第4項までの規定により行われた健康診断の結果に基づき、事業者が医師等の意見を聴かなければならない旨を定める。労働安全衛生法第66条の4は個々の検査項目を列挙していないため、法定の健康診断に上乗せして実施された項目についても、当該健康診断の結果の一部として意見聴取の対象に含まれると解する余地がある。他方、法定の健康診断とは別に任意に実施された健診（人間ドック等）の結果は、労働安全衛生法第66条の4が直接対象とするものではないと考えられる。

もっとも、この区別は実務上必ずしも明確ではない。そして当事務所がこの点を重視するのは、条文上の意見聴取義務の射程という問題にとどまらない。実務上より重いのは民事責任の側面である。すなわち、事業者の安全配慮義務違反（労働契約法第5条）が現実の責任として問われるためには、①事業者が従業員の健康悪化のおそれを認識し、または認識しえたこと、②その認識を前提に結果を回避する措置を講じることが可能であったこと、③措置を怠ったこと、④それと損害との間に相当因果関係があること、が必要である。検査結果という情報を保有していたこと自体が直ちに義務違反となるのではない。しかし、法定項目と同一の紙面に併記された法定外項目の異常値について、事業者および産業医の双方がこれを閲読しうる立場にありながら確認を怠り、その結果、認識しえた健康リスクへの対応が遅れたという経過をたどった場合には、①の認識可能性と②の結果回避可能性がいずれも認められやすく、義務違反が問題となりうる。産業医の側についても、同一の用紙に併記されている数値を見ていながら法定項目でないことを理由に判断の対象から外したという経過が残れば、事業者との産業医契約上の善管注意義務（民法第644条）の履行としての説明は容易でない。加えて、目の前にある異常値を認識しながら放置することは、医師の職業倫理の観点からも許容し難い。そして法定外項目の実際の多くは、法定項目と同一の紙面に併記されている。

以上から、当事務所は、法定・法定外の別を問わず、紙面に記載された項目は原則としてすべて確認するという立場をとる。この原則を前提としたうえで、意見の根拠づけと事業者への報告の整理として、①法定の健康診断に上乗せして実施された項目は、健康診断結果全体の一部として労働安全衛生法第66条の4の意見形成の対象に含める、②法定の健康診断とは別に実施された任意健診の結果については、産業医契約に基づく健康管理業務の一環として、事業者との合意の範囲で意見を述べる、という区別を用いている。これは条文から一義的に導かれる帰結ではなく、当事務所の解釈である。前記の民事責任および職業倫理の観点からの原則は、この解釈のいずれを採るにかかわらず妥当する。

いずれの場合であっても、事業者との契約において法定外項目の取扱いが明示されていない場合には、①法定外項目についても産業医の判定・コメントの対象に含めるか、②含める場合、その結果を受診勧奨文書にどう反映するか、③その結果を事業者へどの粒度で報告するか、をあらかじめ確認しておくことが望ましい。

6-3 判定区分の参照先

法定外項目については、健診機関が独自の判定区分を示している場合はこれを尊重する。参照できる区分がない場合、当事務所では日本人間ドック・予防医療学会（旧・日本人間ドック学会）が公表する判定区分表を第一の参照先とする。同学会の判定区分表は年度版として改訂されており、本マニュアルでは2026年度版（2025年12月8日公表、2026年4月1日施行）を参照している。2026年度版では区分の名称が「A 異常なし／B 軽度異常／C 要再検査・生活改善／D 要精密検査・治療／E 治療中」とされ、血糖・HbA1cの判定区分が改定されている。健診機関がどの年度版に準拠しているかを個別に確認する運用はとっていない。年度版の差異は限られた項目にとどまるうえ、当該機関の判定水準は、同一事業場の結果を複数通して見ることによって帰納的に把握できる（後記7-2）。確認を要するのは、実測値と判定区分の対応が明らかに説明できない場合に限られる。以下に掲げる数値はいずれも2026年度版に基づく。

以下に掲げる区分は同学会の判定区分表に基づくものであり、当事務所が独自に設定した閾値ではない。当事務所が独自に運用上の調整を加えている点は、その旨を明記する。

6-4 便潜血（きわめて重要）

判定区分 便潜血二日目法について、同学会の判定区分は「1日目・2日目ともに（-）」がA、「1日目・2日目のいずれかが（+）」がDであり、その中間にB・Cの区分が存在しない。すなわち、二日のうち一日でも陽性であれば直ちにD（要医療）である。この構造は他の検査項目と大きく異なり、翻訳の範囲内で自動的に受診勧奨として拾われる。

当事務所の記載 「要消化器内科受診（便潜血。必ず受診してください）」とし、当事務所が強い書き方をする数少ない項目とする。他の項目については断定的・命令的な文言を避ける方針であるが、本項目についてはこれを例外とする。

理由 便潜血陽性は、精密検査を実際に受けることによって初めて意味をもつ検査である。精密検査の標準的な方法は全大腸内視鏡検査であるが、具体的な検査方法は症状、既往、医療機関の判断による。日本対がん協会が2017年度に全国の支部で実施した大腸がん検診では、受診者253万7352人のうち要精検者は15万4004人（要精検率6.07%）であったが、実際に精密検査を受診したのは10万5826人（精検受診率68.7%）にとどまった。大腸がんが発見されたのは、この精密検査を受診した10万5826人を分母として約4%である。要精検とされた者の3割強が精査を受けないまま放置されているという構造が、大腸がん検診の最大の弱点である。なお、この数値は市区町村が実施する対策型検診のものであり、事業場健診に上乗せして実施される職域の便潜血検査についての実測値ではない。職域における精検受診率を全国規模で示す統計は見当たらず、対策型検診の数値をそのまま職域に当てはめられるわけではない。ここで示したのは、要精検者の追跡がなければ検査が機能しないという構造そのものであって、事業場ごとの精検受診率については、当該事業場の実績を追跡して把握するほかない。

したがって、便潜血陽性については、①文言を強くすること、②第5章の受診確認・追跡の運用を必ず適用すること、③陽性者に対して「痔があるから」「前回も陽性だったが何もなかったから」という自己判断で精査を省略しないよう明記すること、の3点をもって対応する。とくに②は、便潜血陽性者について受診勧奨を記載するだけで追跡しない運用は実質的に無意味であるという点で、他の項目より重い。

注意点 便潜血陰性であることは大腸がんの否定を意味しない。自覚症状（血便、便柱の細小化、便秘の変化、原因不明の貧血）がある場合には、便潜血の結果にかかわらず消化器内科受診を勧奨する。とくに鉄欠

乏性貧血と便潜血陰性が併存する場合には、貧血側の所見を主題として受診を勧奨する。もっとも、この場合に記載するのは消化器内科の受診ではなく、貧血としての一般内科（女性については4-4のとおり婦人科）の受診である。鉄欠乏性貧血の鑑別のなかで消化管由来の失血は主要な候補の一つであるが、それは受診先の医師が鑑別の過程で判断すべき事項であって、産業医が紙面から受診先を消化器内科に限定して書くべき事柄ではない。産業医の役割は、便潜血が陰性であることをもって貧血側の所見を軽く扱わせないことにある。

6-5 呼吸機能（スパイロメトリー）

同学会の判定区分は、%肺活量について80.0%以上がA、79.9%以下がDであり、後者は拘束性換気障害を示唆する。1秒率については70.0%以上がA、69.9%以下がDである。

ここで重要なのは、1秒率が70.0%未満であった場合にそこで終わらず、%1秒量を確認することである。同学会の判定区分は、%1秒量について、1秒率70.0%以上かつ%1秒量80.0%以上をA、1秒率70.0%以上かつ%1秒量79.9%以下または1秒率69.9%以下かつ%1秒量80.0%以上をC、1秒率69.9%以下かつ%1秒量79.9%以下をDとしている。学会は注記で「1秒率が70.0%未満かつ%1秒量80.0%以上が軽症、79.9%以下が中等症以上と判定する」と明示しており、閉塞性障害の重症度は1秒率と%1秒量の組合せで判定される。また、1秒率と%肺活量の組合せにより、閉塞性・拘束性・混合性換気障害の別が判定される。

当事務所では、1秒率69.9%以下かつ%1秒量79.9%以下（D相当）を受診勧奨（呼吸器科）とし、%肺活量79.9%以下についても受診勧奨とする。1秒率のみが軽度低下している場合（%1秒量80.0%以上）は、喫煙者であれば禁煙支援の対象として保健指導に回し、その他コメント欄では単独では拾わない。粉じん作業・有機溶剤取扱い等の特殊健康診断の対象業務に従事している場合は、当該特殊健康診断の管理区分が別途優先する。

6-6 尿酸

第4章4-4「尿酸」の項に基準を集約している。同学会の判定区分は2.1～7.0がA、7.1～7.9がB、2.0以下および8.0～8.9がC、9.0以上がDである。当事務所は8.0 mg/dL以上を合併症の有無を問わず受診勧奨とするので、学会区分のCに相当する帯から受診勧奨を発動させることになり、判定区分より厳しい側に立つ。この点是他項目における当事務所の運用（多くは学会区分より緩い側に立つ）と方向が逆であるが、尿酸は該当者数が限られ、かつ受診によって痛風発作・腎障害の予防という具体的な利得が見込める項目であるため、総量管理の観点からも許容できると判断している。

6-7 腎機能（学会判定区分との関係）

同学会の判定区分は、eGFR（mL/分/1.73m²）について60.0以上がA、45.0～59.9がB、44.9以下がDである。なお同表には脚注として、1～3年間でeGFRが40もしくは30%以上低下した場合は有意なCKD進行の指標であり腎臓専門医への紹介を考慮する旨が付記されている（日本腎臓学会「CKD診療ガイド2024」に基づく注記であって、D区分そのものの定義ではない）。血清クレアチニンは男性1.00以下がA・1.01～1.09がB・1.10～1.29がC・1.30以上がD、女性0.70以下がA・0.71～0.79がB・0.80～0.99がC・1.00以上がDであり、クレアチニンよりもeGFRを優先して判定するとされている。

eGFRについて経年の低下率が脚注として置かれている点は、腎機能が単年度の絶対値のみでは評価できないことを示すものであり、経年データの取得の重要性（後記9-6）と直結する。

当事務所が受診勧奨とする水準は第4章4-4に定めるとおりであり、要点は次のとおりである。eGFRについては、①年齢を問わず45 mL/分/1.73m²未満を受診勧奨（内科・腎臓内科）、②45～59 mL/分/1.73m²は単独では新たな受診の勧奨とせず、内科ほかに通院中であれば主治医への健診結果の共有と相談を促し、通

院がなければ保健指導として次年度の推移を確認する（他項目で内科ほか受診先への受診勧奨が発生する行では併記。前年から 30%以上の低下がある場合は受診勧奨）。

eGFR について年齢による区分を設けない理由：日本腎臓学会「エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2023」は、健診受診者の紹介基準について、40 歳未満は eGFR 60 mL/分/1.73m²未満、40 歳以上は eGFR 45 mL/分/1.73m²未満（70 歳以上は 40 未満）と、年齢層に応じた区分を示している。当事務所がこれを一本化するのには、判定の実務上の理由による。就業判定は数十名から数百名の結果を連続して読む作業であり、項目ごとに生年月日を参照して閾値を切り替える手順を挟むと、作業時間が増えるだけでなく、切替えの取り違えという新たな誤りの原因を作る。閾値を一本にすれば、この種の誤りは構造的に生じない。加えて、40 歳未満で eGFR が 45～59 mL/分/1.73m²にとどまる者は実数として少なく、その帯は主治医への相談の促し又は保健指導と次年度確認の対象としているので、二年連続の低値又は経年低下として次年度に拾われる。もっとも、若年でこの帯にある場合の腎予後上の意味は 40 歳以上の場合と同じではないから、他項目に尿蛋白・尿潜血・高血圧の所見があれば併せて拾う運用を徹底する。尿蛋白については、(2+) 以上を単独で受診勧奨とし、(1+) は同項に掲げる四条件のいずれかが併存する場合に受診勧奨とする。血清クレアチニンの実測値のみが記載され eGFR の併記がない場合は、性・年齢から eGFR を算出して上記の閾値で判断する。

もっとも、腎機能については日本腎臓学会「エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2023」が健診受診者に対する受診勧奨基準を明示しており、厚生労働省も一般健康診断への血清クレアチニン検査の導入にあたって同基準を採用している。当事務所では、学会判定区分よりも同ガイドラインを優先し、第 4 章 4-4 の腎機能の基準によって判断する。

6-8 血算（学会判定区分）

第 4 章 4-4 の血算の基準は、同学会の判定区分（2026 年度版）の D 区分を出発点としつつ、単独の軽度異常については、白血球及び血小板について同区分より緩い線をとっている。すなわち、貧血の閾値は男女いずれも学会区分とほぼ一致する（男性 Hb 12.0 g/dL 未満、女性 Hb 11.0 g/dL 未満）。白血球・血小板については、D 区分に該当する単独異常であっても、他系統に異常がなく著明な値でもない限り受診勧奨としない。参照の便宜のため、学会区分を以下に示す。

- 白血球数 (10³/μL) : A 3.1～8.4、B 8.5～8.9、C 9.0～9.9、D 3.0 以下および 10.0 以上。
- 血小板数 (10⁴/μL) : A 14.5～32.9、B 12.3～14.4 および 33.0～39.9、C 10.0～12.2、D 9.9 以下および 40.0 以上。
- 血色素量 (g/dL) : 男性 A 13.1～16.3・B 16.4～18.0・C 12.1～13.0・D 12.0 以下および 18.1 以上、女性 A 12.1～14.5・B 14.6～16.0・C 11.1～12.0・D 11.0 以下および 16.1 以上。

高値側にも D 区分が設定されていることに留意する。もっとも当事務所は、これらの高値についても、単独であれば保健指導および次年度の確認にとどめ、二系統以上の異常、著明な単独異常、経年での一方向の変化のいずれかに当たる場合に受診勧奨とする（4-4）。学会区分は健診機関が付す判定の基準であり、産業医がその他コメント欄で受診を求める基準と必ずしも一致させる必要はない。

貧血側の運用については、当事務所は男性 Hb 12.0 g/dL 未満・女性 Hb 11.0 g/dL 未満を単独での受診勧奨の対象としており、いずれも学会の D 区分（男性 Hb 12.0 g/dL 以下、女性 Hb 11.0 g/dL 以下）とほぼ同水準である。従前は女性について 10.0 g/dL 未満とする学会区分より緩い設定を採っていたが、女性の鉄欠乏性貧血は易疲労感・集中力低下といった就業中の状態と結びつきやすく、かつ子宮筋腫等の背景疾患の発見につながる場面が少なくないことから、学会区分との整合を優先して 11.0 g/dL 未満に改めた。この改定により、貧血については学会区分より緩い側に立つ箇所はなくなった。

6-9 CRP

同学会の判定区分は 0.30 mg/dL 以下が A、0.31～0.99 が B、1.00 以上が D であり、その中間の C 区分が設定されていない。もっとも、CRP は感冒等の一過性の炎症でも上昇するため、D 区分に該当したことをそのまま受診勧奨に直結させると、過剰受診勧奨（1-3）を招く。

当事務所では、CRP 単独では受診勧奨としない。①1.00 mg/dL 以上かつ他項目に炎症・血算の異常が併存する場合（例：CRP 1.00 mg/dL 以上かつ白血球 10,000/ μ L 以上で「要内科受診（炎症反応）」）、②1.00 mg/dL 以上が 2 年連続で認められる場合、③自覚症状欄に発熱・体重減少・関節痛等の記載がある場合に限り、受診勧奨（内科）とする。

6-10 肝炎ウイルス検査（HBs 抗原・HCV 抗体）

施行の前提としての本人同意：職域で任意に行う肝炎ウイルス検査は、検査実施前に、検査の目的・結果の通知先・産業医による受診勧奨のための利用について本人の明示的同意を得た場合に限り実施する。結果は原則として検査実施医療機関から本人に直接通知され、本人の同意なく事業者・産業医等が結果を知ることではない。本人が産業医への結果提供と支援を希望した場合に限り、陽性者について本人宛に専門医（消化器内科・肝臓内科）受診を勧奨する。

陽性者の多くは肝機能が正常であり、肝機能検査の判定だけを見ていると拾えない。無症状のまま線維化が進行し、肝硬変・肝細胞癌に至る経路が確立しているため、この項目は施行された場合に拾える価値が高い。一方で、取扱いには特に注意を要する。厚生労働省の通達（平成 16 年 12 月 8 日基発第 1208001 号・職発第 1208001 号）は、ウイルス性肝炎は通常の業務において従業員が感染したり感染者が他の従業員に感染させたりすることは考えられず、多くの場合肝機能が正常な状態が続くことから、基本的に就業にあたっての問題はないとしている。したがって、①肝炎ウイルス陽性を理由とする就業制限は原則として意見しない、②事業者に対しては、本人の同意を得て共有する場合を除き、個別の病名・陰陽情報を伴わない集計情報に限って報告する（個人を特定できる形での照会には応じない）、という運用とする。

事業者から陽性者の氏名の照会を受けた場合の対応は、照会の目的によって分かれる。就業上の措置を検討するために必要な範囲であれば、労働安全衛生法第 104 条および「事業場における労働者の健康情報等の取扱規程を策定するための手引き」（厚生労働省）の枠組みのもとで、必要最小限の情報を共有しうる。しかし、肝炎ウイルス陽性は前記通達のとおり基本的に就業上の措置を要しない事項であるから、就業上の措置の検討という目的が成り立つ場面は想定しにくい。したがって当事務所は、目的が示されない照会または就業上の措置と結びつかない照会については応じない旨を説明し、当該事業場の健康情報等取扱規程における取扱者・利用目的の定めに沿って対応する。

6-11 消化器系の画像・内視鏡検査

腹部超音波：脂肪肝、胆嚢ポリープ、腎嚢胞等の指摘が多い。これらのうち、経過観察で足りるとされているものは拾わない。膵腫瘍・胆嚢腫瘍・肝腫瘍、胆嚢壁の肥厚、主膵管の拡張の指摘については受診勧奨（消化器内科）とし、腎腫瘍の指摘については受診勧奨（泌尿器科）とする。腎腫瘍を消化器内科と同列に扱うと受診先を誤誘導し精査が遅れるため、臓器別に受診先を分ける。膵臓については、主膵管拡張および膵嚢胞は膵癌のリスク因子として扱われており、健診で拾える数少ない手がかりであるため、記載を軽く扱わない。

上部消化管検査（内視鏡・造影）：萎縮性胃炎、食道裂孔ヘルニア等の指摘は、症状がなければ単独では拾わない。ポリープ、潰瘍、粘膜下腫瘍、粘膜異常、バレット食道の指摘は受診勧奨（消化器内科）とする。

胃がんリスク層別化検査（いわゆる ABC 分類）・ヘリコバクター・ピロリ抗体：ピロリ抗体陽性または萎縮（ペプシノゲン法）陽性の場合、除菌の適否および内視鏡による経過観察の必要性の判断が必要となるため

、受診勧奨（消化器内科）とする。なお、抗体陰性かつ萎縮陰性（A群）であっても、除菌後の者は判定が成立しないため、除菌歴の有無を確認しない限りA群を「異常なし」と読むことはできない。この点は判定区分の構造上の限界であり、健診機関の判定に依存せず産業医が留意すべき事項である。

6-12 睡眠時無呼吸症候群のスクリーニング

定期健康診断の項目には含まれない。しかし、運転業務に従事する従業員については、業務上のリスクとして最も重大な要因の一つでありながら、健診結果からは一切拾えないという構造的な問題がある。国土交通省は事業用自動車の運転者について睡眠時無呼吸症候群対策を求めている、事業者向けのマニュアルも公表されている。

当事務所では、①運転業務従事者を擁する事業場に対しては、健診項目への問診票（エプワース眠気尺度等）またはスクリーニング検査の追加を意見する、②BMI 35以上の高度肥満で運転業務に従事している従業員については、健診結果に当該項目がなくてもその他コメント欄で言及し、事業者との協議に付す、という運用とする。実施されている場合には、スクリーニング陽性を受診勧奨（耳鼻咽喉科または睡眠外来）とする。睡眠時無呼吸症候群は上気道の形態的評価を要するうえ、地域において簡易検査・終夜睡眠ポリグラフ検査を実施している医療機関は耳鼻咽喉科または睡眠外来を掲げていることが多く、本人が受診先を探しやすい。

6-13 甲状腺機能（TSH・FT4）・眼底検査

甲状腺機能：実施されている場合、以下の運用とする。

- TSH 10.0 μ IU/mL 以上：受診勧奨（内分泌内科）。顕性・潜在性を含めて甲状腺機能低下症として精査する。
- TSH 0.1 μ IU/mL 未満：受診勧奨（内分泌内科）。甲状腺機能亢進症の疑い。
- TSH 4.5～10.0 μ IU/mL（潜在性甲状腺機能低下症相当）：単独では保健指導の対象とし、その他コメント欄では拾わない。ただし、①妊娠可能性のある女性、②易疲労感・徐脈・浮腫等の自覚症状の記載がある場合、③FT4も低下している場合は、受診勧奨（内分泌内科）とする。
- TSH 0.1～0.4 μ IU/mL（潜在性甲状腺機能亢進症相当）：単独では保健指導の対象とし、その他コメント欄では拾わない。ただし、動悸・発汗・体重減少等の自覚症状、心房細動、骨粗鬆症等が併存する場合は受診勧奨（内分泌内科）とする。
- FT4がTSHと不整合な場合：FT4が施設の基準範囲を下回る・上回るにもかかわらずTSHが基準範囲内にとどまる場合（中枢性下垂体病変・TSH不適切分泌症候群等の疑い）は、TSHが基準範囲内であっても受診勧奨（内分泌内科）とする。

第4章4-4の診察所見における甲状腺腫大の指摘と併存する場合は、これを主題として記載する。

眼底検査：定期健康診断の項目には含まれないが、実施されている場合、糖尿病網膜症・高血圧性変化・緑内障を疑う所見（視神経乳頭の変化、乳頭陥凹拡大等）の指摘は受診勧奨（眼科）とする。糖尿病で治療中の従業員について眼底検査の記録がない場合には、眼科での定期的な検査を受けているかを確認する旨をその他コメント欄に記載する。

6-14 腫瘍マーカー・PSA

腫瘍マーカー（CEA、CA19-9、AFP、CA125等）は、陽性率・偽陽性率ともに項目により幅があり、単独では受診勧奨として弱い。また、喫煙、良性疾患、加齢等によっても上昇しうるため、単独の高値をもって癌を疑うことはできない。原則として、①経年で上昇が続いている場合、②他項目に関連所見（画像所見等）が併存する場合、③健診機関が設定するカットオフ値の2倍以上に相当する高値である場合に限り、受診勧奨として拾う。①②③のいずれにも当たらない軽度の高値については、次回健診での再検を促す旨をその他コ

メント欄に記載するにとどめ、受診勧奨としては拾わない。過剰な不安と不必要な紹介を避けることを優先する。

PSA は、学会間で評価が分かれている項目である。日本泌尿器科学会は前立腺癌の早期発見に有用であるとして年齢階層別のカットオフ値（50～64 歳で 3.0、65～69 歳で 3.5、70 歳以上で 4.0 ng/mL）を示すのに対し、厚生労働省および国立がん研究センターは対策型検診としては推奨していない。この対立は現時点で未解決である。当事務所では、実施されている以上は上記カットオフを超える値を受診勧奨（泌尿器科）として拾うが、これは対策型検診としての推奨に立脚するものではなく、実施済みの検査で異常値が出ている以上これを説明しないことのほうが不適切であるとの実務判断による。

6-15 各種がん検診（子宮・乳・肺・大腸）

事業場健診と併せて実施される場合がある。いずれについても、「要精密検査」「要精検」の判定は、判定の中間帯を経ずに直ちに医療機関受診を要する類型である。便潜血（6-4）と同様に、精密検査を受けなければ検査の意味が生じない構造をもつため、その他コメント欄では受診勧奨として明記し、第 5 章の追跡の運用を適用する。

がん検診の結果は、健康情報の中でも取扱いに配慮を要する。もっとも、これは乳房・子宮に限った特別扱いではなく、健康診断結果に含まれる医学的情報の取扱いに関する一般原則の適用である。すなわち、①利用目的は当該従業員の健康確保および就業上の措置の検討に限る、②取扱者は産業医および事業場の健康情報等取扱規程で定められた者に限る、③共有の範囲は必要最小限にとどめる、という原則である。

ここで、その他コメント欄に疑われる疾患やその部位を書かないという運用は、当事務所は採用していない。その他コメント欄の記載は、事業者を経由して従業員本人に届くものであり（8-1）、本人が受診先を選び、受診する動機をもつために書かれている。「要乳腺外科受診」とのみ記され、その理由が示されていないければ、本人は何のための受診か分からないまま医療機関を探すことになり、受診率は下がる。受診勧奨として機能させるためには、乳房に所見が指摘されていること、そのために乳腺外科の受診を要することを、本人が理解できる形で書かなければならない。健診結果の用紙自体に所見が記載されており、本人はそれを受け取っているのであるから、産業医の記載においてのみ部位を伏せることには実質的な保護の意味がない。

したがって当事務所は、疾患の疑いおよびその部位を必要な限度で明記し、保護は共有範囲の限定によって図る。すなわち、その他コメント欄を含む健診結果および産業医の記載を閲覧しうるのは、当該事業場の健康情報等取扱規程において取扱者と定められた者、通常は人事労務担当者および産業保健スタッフに限られ、上司・同僚に共有されることはないという運用を、事業者との間で確認しておく。労働安全衛生法第 104 条および「事業場における労働者の健康情報等の取扱規程を策定するための手引き」（厚生労働省）が求めているのは、情報の粒度を落とすことよりも、取扱者と利用目的を定めてその範囲を超えないことである。

補足として、その他コメント欄への疑い病名・部位の記載は、健診結果用紙上の記載を転記するものではなく、産業医の医学的評価を付加した記載である。健診結果そのものの取得が法令に基づくものとして許容されることと、産業医が付加した評価情報の取扱いとは、法的には別個の局面である。当事務所は、受診勧奨として機能させるために必要な限度でこの記載を行う立場を採り、その前提として、①この記載が当該事業場の健康情報等取扱規程において取扱者の職務範囲内の情報として位置づけられていること、②規程が策定されていない事業場については、就業判定業務の受託開始時にこの運用について事業者と確認しておくこと、③可能な場合には、その他コメント欄を含む文書を本人限りの封緘とするなど、取扱者以外の目に触れない交付方法を確保すること、を運用上の条件とする。以上の条件の下で、必要な限度での明記と、共有範囲の限定による保護とを両立させている。

これと異なるのは、受診後に把握される診断名・治療内容・病状経過である。これらは就業上の措置の検討に必要な限度を超えて事業者に伝えない（5-1）。健診結果の紙面から容易に読み取れる事実と、受診によって新たに得られた医学的情報とは、区別して扱う。

6-16 判定区分が設定されていない項目

健診機関判定が設定されていない項目については、産業医が実測値を直接評価する。この場合、判定の一次的な説明責任は産業医の側に移る。もっとも、個々の判定についてその理由を逐一記録に残す運用は、取り扱う件数に照らして現実的ではない。当事務所は、参照する基準（学会の判定区分表の年度版、ガイドラインの版）を本マニュアルの側で特定しておくことをもって説明可能性を担保し、個別の記録は、判定の当否が争われる可能性を具体的に想定できる事案に限って作成する。

なお、ALP および LD については、測定法の国際標準化（JSCC 法から IFCC 法への変更）により基準範囲が変更されており、日本人間ドック・予防医療学会は判定区分を作成していない。日本臨床化学会の示す変更後の基準範囲を参照し、検査値に付された基準範囲がどの測定法によるものかを必ず確認する。

血清フェリチンは法定外項目であり、実施されている場合には鉄欠乏の評価に活用する。血清フェリチン 30 ng/mL 未満は鉄欠乏の高い確度を示すため、貧血所見と併せて受診勧奨の材料とし、閉経後女性・男性については消化管精査を検討する旨を記載する。

6-17 保留事項

法定外項目の取扱いについては、健診機関ごとの実施項目・判定基準の差異が大きく、標準化が困難な領域である。とくに尿酸、eGFR、呼吸機能については機関独自の区分が用いられている可能性があり、当該機関の判定の水準を把握できない場合には、当事務所の想定と機関の判定がずれうる。当事務所においては、事業場ごとに個別に運用を協議している。

第 7 章 他の健診機関のデータを扱う場合

7-1 二値射影の考え方

顧問先の切替、事業場の統合、他社健診機関からのデータ移管等により、複数の健診機関のデータを同一事業場内で扱う場合がある。健診機関ごとに判定区分が異なるため、そのまま並置すると意見書の記載に不整合が生じる。

このような場合の実務対応として、当事務所では二値射影の考え方をとる。すなわち、各健診機関の判定を「産業医としての受診勧奨対象か否か」の二値に一度射影し、その後に前述の各項目別採用閾値と付き合わせる。この方法は、機関ごとの区分の細部の差異を捨象して、産業医としての意見形成の一貫性を優先するものである。

具体的な射影の目安：多くの健診機関は、項目別の医師コメントとして「要精密検査／要受診／要再検査／要 3 か月後再検査／要 6 か月後再検査／要経過観察／治療中／軽度異常」等の文言を付している。この文言列は、記号（A～E 等）よりも一貫性のある一次情報である。当事務所では、翌年まで待てない側（拾う側）に「要精密検査・要受診・要再検査・要 3 か月後再検査・要 6 か月後再検査」を、待てる側（拾わない側）に「要経過観察・軽度異常」を対応させる。「治療中」は 1-5 により原則ノータッチとし、実測値がコントロール不良基準を超えた場合にのみ拾う。この二値射影の上に、第 4 章 4-4 の採用閾値を重ねる二段構えで判断する。

7-2 健診機関の判定傾向の帰納的な把握

新規の顧問先または新規の健診機関からのデータを扱う場合、当事務所では判定区分表を個別に取り寄せることはしていない。事業者を通じた照会は、事務負担に対して得られるものが小さいからである。実務上は、当該事業場の受診者全体の結果を通して見ることによって、その機関が実測値に対してどの水準で区分を付しているか、すなわち厳しめの機関か緩めの機関かを帰納的に把握できる。軽度の逸脱にも広くDを付ける機関か、明らかな高値でなければC止まりにする機関かは、数十件の結果を並べれば概ね判別できる。

この把握を前提に、当該機関の判定が実測値に照らして概ね妥当と読める限りは翻訳原則（1-6）に従って動き、明らかに粗いと読める場合には実測値直読モードに切り替える（次項）。判定区分表が事業者から提供された場合、または健診機関のウェブサイトに掲載されている場合には、当然これを参照する。

7-3 機関判定が明らかに粗い場合

まれに、健診機関の判定が実測値に照らして明らかに粗い場合がある（例：軽度異常も明らかな高値も一律「C」とする機関）。このような場合には、健診機関判定への依拠度を下げ、実測値そのものに対して当事務所の閾値（前記 4-4）で判断する。1-6 の翻訳原則から実測値直読モードへの切替は、この場面でも同様に発動する。

7-4 節目健診による項目の非対称性

事業場によっては、年齢等に応じて実施項目が異なる（例：40 歳以上のみに実施される項目）。他健診機関のデータと突き合わせる際は、同一項目が全員に実施されているとは限らないため、欠測項目の存在を前提として意見形成を行う。

第 8 章 受診勧奨文書との連動

8-1 その他コメント欄は従業員本人に届く

その他コメント欄に書かれた内容は、事業者を通じて当該従業員に受診勧奨文書として届く。当事務所では、この受診勧奨文書について所定の様式を用いており、当事務所ウェブサイトにて公開している（<https://success-sangyoi.com/assets/forms/health-checkup-recommendation.docx>）。したがって、記載表現は、専門用語を避け、本人が読んで受診行動につながる書きぶりとする。医学用語を用いる場合は、括弧書きで一般的な表現を添える。

受診勧奨の完結点についても、あらかじめ整理しておく。当事務所は、本人がこの文書を受け取って受診し、その事実が確認できた時点で、当該所見についての産業医としての勧奨は完結したものと扱う。受診勧奨を行った者の全員について主治医への情報提供依頼を行うことはしない（5-1 参照）。就業上の措置の検討を要する事案に限って、追加の情報収集に進む。

8-2 受診期限の対応関係

受診勧奨には、原則として受診の目安期限を付す。当事務所の運用では以下を目安としている。

- 救急受診：直ちに救急外来を受診
- 即日受診：当日中（当日の受診がやむを得ず困難な場合も翌診療日まで）
- 至急受診：原則として数日以内
- 早期受診：1～2 週間以内
- 精査・治療対象の所見（早期受診には該当しないもの）：1～2 か月以内

- 経過観察対象の所見：3～6 か月以内、または次年度健診時に再評価

期限はあくまで目安であり、事業者からの受診状況の報告を踏まえて調整する。

8-3 用語

「就労判定」「就業判定」等の用語の使い分けについては、当事務所では「就業判定」に統一している。就業判定欄の表題も同じ用語で記載する。

8-4 就業可の判断を撤回する場合の要件

一度「就業可」と判定した後、事情の変化により判定を撤回する必要がある場合がある。撤回を検討すべき事情として想定されるのは、①新規に至急受診または即日受診に相当する所見・症状が生じた場合、②主治医から就業上の制限が新たに指示された場合、③意識障害・転倒等の業務中の事象が発生し、健康状態との関連が疑われる場合、④従前の判定の前提としていた事実（受診状況、治療状況、従事業務の内容）が実際と異なっていたことが判明した場合である。逆に、健診結果の数値がわずかに悪化したにとどまる場合や、事業者側の人事上の都合を理由とする場合は、撤回の根拠とならない。撤回は事業者・従業員双方に大きな影響を及ぼすため、以上のいずれかに該当することを確認したうえで、次の要件を確認する。

- 撤回の根拠となる医学的事実の確認（可能な限り主治医情報も踏まえる）
- 撤回により変更される就業上の措置の具体的内容
- 当該従業員への説明機会の確保（産業医面談の実施を含む）
- 事業者との協議の記録

8-5 法定の手続要件

就業判定は、内容面の当否とは別に、以下の手続要件を満たさなければならない。実務上、この部分の遺漏は事業者にとってのリスクとなるため、産業医の側からも定期的に確認する。

- 意見聴取の時期 労働安全衛生規則第 51 条の 2 第 1 項により、事業者は健康診断が行われた日から原則として 3 か月以内に医師の意見を聴くこととされている。従業員が自ら受けた健康診断の結果を提出した場合は、当該書面が提出された日から 2 か月以内である。

この 3 か月という期限は、実務上もっとも知られていない要件である。健診結果を産業医に確認させる必要があること自体は把握していても、期限が定められていることを知らない事業者は多く、結果の受領から半年以上を経て初めて判定の依頼が来ることも珍しくない。産業医の側から意見を述べる契機がなければ是正されないところであるから、受託の当初に、健診実施日を起点とする 3 か月の期限を事業者に明示的に伝えることとしている。

もっとも、この期限の遵守については罰則の定めがなく、直接の制裁は労働基準監督署による指導にとどまる。ここで、罰則の有無は制度の重要性の順序と一致しないことに注意を要する。健康診断の実施義務（第 66 条第 1 項から第 3 項）、結果の記録（第 66 条の 3）、結果の本人通知（第 66 条の 6）の違反には第 120 条第 1 号により 50 万円以下の罰金が定められ、健康診断等に関する秘密の保持（第 105 条）の違反には第 119 条第 1 号により 6 月以下の拘禁刑または 50 万円以下の罰金が定められている。これに対し、意見聴取（第 66 条の 4）およびその期限を定める規則第 51 条の 2 は、いずれの罰則の列举にも含まれていない。すなわち、期限管理よりも情報管理の方が刑事罰の観点からは重い。他方、健診結果を長期間放置した末に健康障害が発生した場合には、期限を超過していた事実が安全配慮義務違反の判断において不利に働きうる。したがって、期限を過ぎている場合の実務的な対応は、遡って形式を整えるのではなく、①現状を事業者 に伝えて次年度以降のスケジュールを是正すること、②遅れている分について、緊急度の高い所見から順に

判定を進めることである。全員分の判定が揃うまで意見を留保するよりも、至急受診を要する所見を先に事業者へ伝えることの方が、実質において優先する。

- 記録 労働安全衛生規則第 51 条の 2 第 2 項により、聴取した医師の意見は健康診断個人票に記載しなければならない。健康診断個人票の保存期間は労働安全衛生規則第 51 条により 5 年間である（特殊健診については対象物質ごとにより長期の保存期間が定められている）。
- 健診結果の本人通知 労働安全衛生法第 66 条の 6 および労働安全衛生規則第 51 条の 4 により、事業者は一般健診を受けた従業員に対して、異常の所見の有無にかかわらず、遅滞なく結果を通知しなければならない。
- 保健指導 労働安全衛生法第 66 条の 7 により、特に健康の保持に努める必要があると認める従業員に対しては、医師または保健師による保健指導の実施に努めることとされている（努力義務）。
- 健診結果報告 労働安全衛生規則第 52 条により、常時 50 人以上の労働者を使用する事業者は、定期健康診断結果報告書を所轄労働基準監督署長に提出しなければならない。
- 就業上の措置の内容 労働安全衛生法第 66 条の 5 により、事業者は医師の意見を勘案し、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮、深夜業務の回数の減少等の措置を講ずるものとされている。具体的な運用は「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」（平成 8 年 10 月 1 日健康診断結果措置指針公示第 1 号、最終改正平成 29 年 4 月 14 日指針公示第 9 号）に示されている。同指針は就業区分を「通常勤務」「就業制限」「要休業」の 3 区分で示している。本マニュアル第 3 章の 4 区分は、このうち「通常勤務」を「就業可」と「就業可（要配慮）」に細分したものであり、意見書を同指針の就業区分に引き直す場合には、「就業可」及び「就業可（要配慮）」が「通常勤務」、「要就業制限」が「就業制限」、「要休業」が「要休業」に対応する。

第 9 章 本マニュアルの医学的・法的留保

9-1 医学的留保

本マニュアルに記載する数値・区分・記載例は、あくまで一般的な運用上の目安である。個別の医学的判断は、当該従業員の全体像（既往歴、家族歴、現病歴、生活歴、業務内容、他項目所見、経年推移等）を踏まえて行う。本マニュアルは、そのような個別判断の代替物ではない。

9-2 法的留保

労働安全衛生法第 66 条の 4 に基づく医師の意見聴取は、事業者が医師の意見を「聴く」義務を定めるものであり、医師の意見に直接の行政強制力（拘束力）を付与するものではない。もっとも、事業者は同法第 66 条の 5 により、聴取した医師の意見を勘案して、就業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮、深夜業務の回数の減少等の必要な措置を講ずる義務を負う。すなわち、就業上の措置の最終決定・実施主体は事業者であるが、事業者は医師の意見を実質的に考慮しなければならず、医師の意見と異なる措置を採る場合には、業務情報・代替措置・理由を記録し、必要に応じ産業医と再協議することが実務上望ましい。産業医の意見は、事業者の判断を支援する専門的所見として位置づけられる。

9-3 一般的な基準と当事務所の運用の区別

本マニュアルの記載のうち、通説的・一般的に確立された基準（例：日本高血圧学会のガイドライン、日本糖尿病学会のガイドライン等に基づく数値）と、当事務所が運用上採用している目安（例：血圧 150 台の単独記載はしない、白血球・血小板の単独の軽度異常は原則として拾わない、ALT 31～50 U/L の帯は受診勧奨とせず保健指導に回す、尿蛋白 1+単独は併存条件がない限り拾わない等の内部運用）は、性質を異にす

る。前者は医学的知見として広く共有されるものであり、後者は当事務所の実務上の判断である。読者においてはこの区別を意識し、後者については各事業場・各産業医の状況に応じて調整のうえ運用されたい。

9-4 判例・法令引用における用語

本マニュアル本文では「従業員」の語を用いているが、判例・法令の引用箇所では原文の用語（「労働者」等）をそのまま用いている。

9-5 定期健康診断の項目そのものの構造的限界

本マニュアルは、定期健康診断の枠内で得られる情報を前提に組まれている。しかし、その枠内で拾えるものには構造的な上限がある。

- 眼底検査が項目に含まれない このため、視力低下の原因が屈折異常か眼底病変かを区別できず、糖尿病網膜症のように無症状で進行する病態を健診で捉えることができない。
- 睡眠時無呼吸症候群が項目に含まれない 運転業務従事者における最大のリスク要因の一つであるにもかかわらず、健診結果からは一切拾えない（6-12）。
- 血糖検査が随時血糖での実施でも足りるとされている このため、HbA1c が測定されていない事業場が少なくない。随時血糖は食事の影響を強く受け、糖尿病のコントロール状態の評価には適さない。
- 便潜血・呼吸機能・尿酸・腎機能の一部が法定項目でない これらは法定外項目として実施されている場合にのみ評価できる（第6章）。

これらは個々の産業医の努力によって解消できる問題ではない。当事務所では、事業場の業務内容に照らして必要と考えられる項目については、法定項目への上乗せ実施を事業者意見とする運用としている。とくに、①運転業務従事者を擁する事業場に対する睡眠時無呼吸のスクリーニング、②HbA1c の追加、③便潜血の追加、については積極的に意見する。

9-6 経年データの必要性と、経年データが取れない事業場で発動しない基準

聴力（2年連続要件）、尿蛋白（±の2年連続要件）、尿潜血（単独陽性の2年連続要件）、肝機能の急上昇、胸部X線の陰影の新規出現、心電図所見の新規出現、体重変化、ヘモグロビン高値の持続—本マニュアルの相当数の判断は、前年度以前の健診結果との比較を前提としている。

経年データが提供されていない事業場では、以下の基準は発動しない。実運用上、この点を事業者と共有しておく必要がある。

- 聴力：2年連続所見要件（4-4）
- 尿蛋白：（±）の2年連続要件（4-4）
- 尿潜血：単独陽性（1+以上）の2年連続要件（4-4）
- 肝機能：経年での急上昇（4-4）
- ヘモグロビン：高値の持続（4-4）
- 胸部X線：陰影の新規出現・経年での増大（4-4）
- 心電図：所見の新規出現（4-4）
- 体重：前年比10%以上の減少（4-4）
- eGFR：1～3年間の40もしくは30%以上の低下（6-7）
- 呼吸機能：喫煙者・粉じん曝露者における前年比のFEV1低下（1-6）
- 腫瘍マーカー：経年での上昇継続（6-14）

- CRP : 1.00 mg/dL 以上の 2 年連続 (6-9)

経年データの取扱いの実際：前年度以前の結果は、健診結果用紙に前年値が併記されている場合にはこれを参照する。併記がない場合に、健診機関または事業者に対して過年度分の取り寄せを個別に依頼することは、事務負担に対して得られるものが小さいため、原則として行わない。したがって上記の各基準は、用紙に前年値の併記がある事業場において発動する基準として位置づけられる。

もっとも、経年評価の価値そのものは高い。現状、当事務所において前年度の結果を保管する運用は行っていない。用紙の様式に前年値の欄がない事業場について、当事務所側で当該年度の結果を保管し、翌年度の判定時に自らの記録と突き合わせる運用は、検討に値すると考えている。ただしこれは、個人の健康情報を当事務所が継続保有することに伴う管理上の負担および取扱規程の整備と、経年評価によって得られる判定精度の向上との比較の問題であり、現時点で確立した運用として掲げるものではない。就業判定の受託を開始する際に、健診結果の様式に前年値の併記があるかを確認しておくことは、いずれにしてもこの点の見通しを立てるうえで有用である。

9-7 診療ガイドラインの紹介基準と異なる閾値を採る箇所とその根拠

本マニュアルの受診勧奨閾値のうちいくつかは、各学会の診療ガイドラインが健診受診者について示す紹介基準や、特定健康診査等における公的な受診勧奨判定値よりも高い側に設定されている。この差は、基準の当否についての医学的な異論ではなく、健診後措置という場面の性質に由来する調整である。以下、主要な箇所についてその根拠を示す。

前提となる考え方 診療ガイドラインの紹介基準は、医療機関を受診した患者、あるいは受診する意思のある健診受診者を念頭に置いて設計されている。これに対し就業判定における受診勧奨は、事業者を経由して本人に届く一方向の文書であり、本人が受診するか否かは本人の判断に委ねられる。したがって、勧奨の効果は「何人を書いたか」ではなく「書いた者のうち何人が受診したか」によって決まる。そして受診率は、勧奨の件数が増えるほど、また一件ごとの重みが薄まるほど下がる。同一の従業員に対して五つの受診指示を書けば、そのうち最も重要な一つが実行される確率は、一つだけ書いた場合より低くなる。閾値をガイドラインの紹介基準と一致させることは、書面上の網羅性を高めるが、実際に受診される所見の総数を増やすとは限らない。本マニュアルの閾値設計は、実際に受診される所見の総数を最大化することを目的としており、この目的に照らして正当化される。

軽度の単独異常について受診が診療に接続しないこと もう一つの根拠は、受診先で何が行われるかという見通しである。単年度の、単独の、境界付近の軽度異常を主訴として受診した場合、受診先で選択されるのは同一項目の再検査であり、多くはそこで基準内に戻る。戻らない場合も、他項目に異常がなく症状もない条件では、次の一手は精査ではなく数か月後の再検であって、単回の受診が「経過観察」として終わる。これは受診先の医師の判断として適切であり、単年度の単独の軽度異常という情報の乏しさから来る当然の帰結である。すなわち、この帯について受診勧奨を書いても、得られる医学的情報は増えない。他方で従業員は休暇と自己負担を費し、何も得られなかったという経験を残す。その経験は、翌年に真に受診を要する所見が出たときの受診率を下げる。本マニュアルが軽度の単独異常を拾わないのは、この機序を避けるためである。

LDL コレステロール 140～179 mg/dL 当該範囲を単独では拾わない。この帯の治療方針は絶対リスクに応じて定まるものであり、健診結果の紙面のみからは動脈硬化性疾患の絶対リスクを確定できない。この帯について受診先で採られる対応は、医学的知見上、まず生活指導であると考えられる。若年者の家族性高コレステロール血症については、①180 mg/dL 以上に至れば受診勧奨の対象となること、②血圧・尿酸その他の項目で受診勧奨が発生する行では併記されること、によって拾う。加えて、家族性高コレステロール血症の診断は LDL 値のみによらず腱・皮膚の所見および家族歴を要件とするから、健診結果の数値のみを閾値化して

拾う方式そのものが、この疾患の発見に適した方法ではない。事業場において該当が疑われる場合には、健診項目ではなく保健指導・面談の場面で扱うのが適切である。

白血球・血小板の単独異常 学会D区分の境界付近にとどまる単独異常は、原則として受診勧奨とせず保健指導と次年度確認の対象とする。この帯を拾わない根拠は前記の二点に尽きるが、拾い落としを避けるための条件を四つ置いている。すなわち、著明な単独異常（白血球 $2,000/\mu\text{L}$ 未満または $20,000/\mu\text{L}$ 以上、血小板 $5\text{万}/\mu\text{L}$ 未満）、白血球分類の異常、経年での一方向の変化、および肝機能異常との併存である。血小板について、著明な単独異常として $5\text{万}/\mu\text{L}$ 未満を拾い、 $5\text{万}\sim 9.9\text{万}/\mu\text{L}$ の帯は単独では受診勧奨とせず保健指導と次年度確認の対象とする。この帯の単独減少には免疫性血小板減少症（ITP）の初期像が含まれるところ、成人 ITP の多くは無症状で経過し、 $5\text{万}/\mu\text{L}$ 以上では出血傾向を示さないことが通常である。他方、 $5\text{万}/\mu\text{L}$ 未満では出血リスクが増し、専門医の評価が必要となる。血小板単独の軽度減少（ $5\text{万}\sim 9.9\text{万}/\mu\text{L}$ ）については、経年での一方向の変化、白血球分類の異常、または肝機能異常との併存を条件として拾う設計であり、単発の軽度減少を毎年拾うことによる過剰勧奨と、持続的な減少または他所見との併存を通じて ITP を含む病態を捕捉することとを、この経年観察の運用によって両立させている。

尿蛋白（1+）単独および ALT $31\sim 50\text{ U/L}$ いずれについても、その帯を拾わない根拠を各項（4-4）に述べたとおりであり、生理的・一過性の変動がこの帯に相当程度含まれること、および健診機関の判定においても同帯がD区分に達しないことが多いことを理由とする。前者については併存条件を四つ置き、後者については経年の推移および他項目との併存によって拾う設計としている。

eGFR $45\text{ mL/分}/1.73\text{m}^2$ を年齢区分なしで受診勧奨の閾値とすること 日本腎臓学会「エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2023」は、健診受診者の紹介基準について、40 歳未満は eGFR $60\text{ mL/分}/1.73\text{m}^2$ 未満、40 歳以上は eGFR $45\text{ mL/分}/1.73\text{m}^2$ 未満（70 歳以上は 40 未満）と、年齢層に応じた区分を示している。本マニュアルはこれを一本化して $45\text{ mL/分}/1.73\text{m}^2$ 未満を年齢区分なしの閾値としている。 45 未満は病期という G3b 以上に相当し、進行リスクが有意に上がる帯として、年齢を問わず紹介の対象となる水準である。 40 歳未満で eGFR が $45\sim 59$ に位置する帯は、確かにガイドラインの紹介基準を下回るが、この帯を単独で拾わないことの補完として、①尿蛋白（1+）以上、②血圧の異常、③糖尿病の所見または治療中、④尿潜血（1+）以上のいずれかが併存する行では併記する運用を置き、加えて⑤前年比 30%以上の低下があれば絶対値がこの帯であっても受診勧奨に格上げする。若年で他項目に何もなく eGFR のみが 50 前後という所見の単独出現は、腎予後上の意味を持ちうる場面であっても、単年度の紙面のみからその意味を確定する手掛かりに乏しく、経年の推移によって拾う方が判断の精度が高い。なお、 $45\sim 59$ の帯について、当事務所は新たな受診を求めるのではなく、内科ほかに通院している者については通院先の主治医への健診結果の共有と相談を促す運用を採っている。この帯の腎機能は、単年度の絶対値のみでは進行性か否かを判別できず、その評価には経過の観察を要する。経過の観察は、健診を年 1 回受けるにとどまる産業医の側ではなく、日常的に診療を行う通院先において行われるのが本来である。すでに医師の管理下にある者に対して重複した受診を求めないという原則（1-5 及び 4-2）にも沿う。他方、通院がない者についてこの帯を保健指導と次年度確認にとどめる点は、前記の補完条件（①から⑤）によって担保している。

視力 0.6 以下の第一次対応を「要視力矯正」とすること 日本人間ドック・予防医療学会の判定区分表は視力 0.6 以下をD区分としており、日本眼科医会のハンドブックも同帯について眼科受診を推奨している。本マニュアルは、この帯について、まず「要視力矯正」（眼鏡・コンタクトレンズの再作製）を第一次対応とし、眼科受診は器質的疾患を疑うべき事情（経年低下、糖尿病・高血圧の所見、視野異常・眼痛・飛蚊症の記載等）が併存する場合に限る運用を採る。学会D区分を出発点とする翻訳原則からの実質的な格下げであり、その理由を明示しておく。定期健康診断の項目には眼底検査が含まれず（9-5）、視力の単独低値からは屈折異常か眼底病変かを区別できない。屈折異常であれば眼鏡・コンタクトレンズの調整で対応するのが順序であり、これは眼科受診によらず眼鏡小売店（日本標準産業分類上は「時計・眼鏡・光学機械小売業」に属する）で足りる案件である。 0.6 以下の帯をすべて眼科受診とする運用は、実質的に眼鏡小売店で足りる案件を眼科に送ることになり、眼科受診の総量が本来必要な症例（器質的疾患）を圧迫する。矯正で対応

できる例が大半であるという構造上の事実から、第一次対応を矯正に置くことに合理性がある。眼底病変を疑うべき事情の併存を独立の拾い条件として置くことで、器質的疾患の見落としを補完している。

閾値の移転についての注意 以上のとおり、本マニュアルの閾値は、受診勧奨の総量を管理し実際の受診率を高めるという設計思想と一体のものである。この思想を共有しないまま数値のみを他の事業場に移すと、拾わない設計だけが残って補完の運用が伴わないという結果になりうる。他事業場で参照される場合には、併記による事実上の追跡（1-4）、経年での確認（9-6）、受診確認の運用（第5章）を含めた全体として採用されることを想定している。

受診確認の運用との一体性 至急受診・要受診と記載した従業員について、受診の有無を確認し記録する運用が伴わなければ、本マニュアルは事業者の安全配慮義務の観点から不十分なものとどまる。第5章の運用と一体で機能する。とくに便潜血陽性者（6-4）については、追跡を欠く運用は実質的に無意味である。

心電図の軽微所見の取扱い 高齢者の頻発する上室性期外収縮は心房細動の前段階でありうる一方、これを一律に拾うと受診勧奨の総量が増える。当事務所では、心電図判定がG相当の所見については、他項目で内科受診が発生する行では所見名を併記することとし、単独では保健指導と次年度確認の対象とする。上室性期外収縮と心房細動発症リスクとの関連については知見の進展が続いている領域であり、この帯の取扱いは今後の医学的知見に応じて改訂の余地がある（9-1）。

9-8 産業医の記載は診断ではなく就業上の措置に関する意見である

本マニュアルは、その他コメント欄に疑い病名や部位を明記する運用を採り（6-15）、健診機関が旗を立てていない項目についても実測値から評価を行う場面を認めている（6-16、7-3）。これらの記載は、いずれも確定診断ではない。確定診断は、診察と必要な検査を経て主治医が行うものであり、産業医が健診結果の紙面から行うのは、就業上の措置の要否を検討するための医学的評価と、その結果としての受診の勧奨である。産業医意見書に「糖尿病の疑い」「乳房に所見の指摘あり」と記載することは、当該疾患の存在を確定する趣旨ではなく、確定のために医療機関の評価を要するという趣旨である。この区別は、意見書を受け取る事業者および従業員本人が誤解しやすいところであり、記載の際には「疑い」「所見の指摘あり」「要評価」といった語を用いて、確定的な断定を避ける。

9-9 長時間労働者面接指導・ストレスチェック制度との関係

本マニュアルが扱うのは、健康診断結果に基づく事後措置（労働安全衛生法第66条の4・第66条の5）である。長時間労働者に対する面接指導（同法第66条の8・第66条の9）およびストレスチェックとその後の面接指導（同法第66条の10）は、いずれも別建ての制度であり、面談の実施を要件とする。本マニュアルの紙面判定の枠組みでは、これらの制度上の義務は代替できない。健診の事後措置として本マニュアルに従って処理したことと、これらの制度上の義務の履行とは、別問題である。

もっとも、同一の産業医が両方の職務を併せて担当する場合には、実務上、双方の情報を突き合わせて評価すべき場面が生じる。健診結果と長時間労働の情報、ストレスチェックの結果は、いずれも産業医が事業者から提供を受けている範囲においては、統合して評価することが望ましい。本マニュアルは、健診結果のみを受託している事業場を主たる想定として組まれており、労働時間データやストレスチェック結果までを踏まえた統合的評価は、その受託範囲の外にある。両者を併せて受託している事業場については、面接指導の運用を通じてこれらの情報が扱われる。

9-10 紙面のみの判定という枠組みそれ自体の限界

本マニュアルの判定は、健診結果という一時点の紙面情報に基づき、対象者本人との直接の面談を経ずに行われる。労働安全衛生規則第14条の4は、事業者が産業医に付与すべき権限として、必要な情報を労働者から収集することを掲げており（同条第2項第2号）、法が紙面のみによる判定を要求しているわけではな

い。当事務所がこの枠組みを採るのは、多数の事業場および対象者を一定の期間内に処理するという実務上の制約によるものである。

したがって、次の点は本マニュアルの枠組みでは扱えない。健診時に自覚症状欄へ記載されなかった症状は、実際に症状があっても判定に反映されない。業務上の負荷の状況、職場の人間関係に起因する健康影響、生活状況の変化も、紙面には現れない。個々の事案において、紙面情報のみでは就業上の措置の可否を判断できないと考えられる場合には、面談の実施または事業者を通じた追加情報の収集を、産業医の側から求めるべきである。その判断は本マニュアルの適用範囲の外にある。

9-11 治療中疾患のコントロール不良基準が一律であることの限界

本マニュアルは、治療中の疾患について主治医の治療に介入しないことを原則とし（1-5）、例外として介入を要する水準を一律の数値（血圧 160/100 mmHg 以上、HbA1c 7.5%以上等）で定めている（4-4）。しかし、治療目標は個別化されるものであり、高齢者、低血糖リスクの高い者、重篤な合併症を有する者については、主治医がガイドライン上より緩やかな目標を設定していることがある。健診結果の紙面からはその目標値を知りえないため、当事務所は一律の数値によるほかない。この基準に該当する場合に当事務所が行うのは、主治医への健診結果の共有を求めることであって、治療内容の変更を求めることではない。主治医が意図して緩やかな目標を設定している場合には、その判断が優先する。

第 10 章 まとめ

本章は、これまでの各章の内容を実務の順序に沿って要約したものである。個別の閾値および留保は各章の記載が正文であり、本章はその索引としての位置づけである。

10-1 本マニュアルが立っている四つの柱

第一に、健診後の対応の目的は、異常値の網羅的な指摘ではなく、適切な受療への導出である（1-1）。第二に、健診機関の判定は受診勧奨のたたき台であって結論ではない（1-2）。第三に、過剰な受診勧奨はそれ自体が害であり、受診勧奨の総量は管理されなければならない（1-3、1-4）。第四に、治療中の疾患には口出しをしない（1-5）。本マニュアルにおける個別の閾値は、いずれもこの四つの柱から導かれた帰結であって、独立した医学的基準として掲げたものではない。

10-2 判定の手順

①健診機関の判定区分を読み、当該機関の判定傾向を踏まえて出発点を定める（1-6、2-1、7-2）。②緊急度区分に該当する所見がないかを最初に確認する。救急受診・即日受診・至急受診の順に、該当があれば他の項目の検討に先立って処理する（2-3、第 5 章）。③就業判定欄に区分を記載する（第 3 章）。④その他コメント欄に、診療科単位で受診勧奨を集約して記載する。受診 1 回を単位とし、同一の受診先で足りる項目は一つの文にまとめる（1-4、4-1、4-2、4-3）。⑤治療中の疾患については、コントロール不良の水準に達している場合に限り、主治医への健診結果の共有を求める（1-5、4-4、9-11）。⑥法定外項目については、機関の判定区分を尊重し、参照できる区分がない場合は日本人間ドック・予防医療学会の判定区分表を第一の参照先とする（第 6 章）。⑦受診勧奨を記載した者について、期限と追跡の手当てを確認する（第 5 章、8-2）。

10-3 迷ったときに立ち返る三つの問い

第一に、その記載によって従業員は何をすればよいか分かるか。診療科と期限が特定されていない記載は、受診に結びつかない（4-2、8-1、8-2）。第二に、その受診によって受診先で何が行われるかを説明できるか。受診先で生活指導のみが行われることが見込まれる帯については、保健指導の領域で扱うほうが適切

である（1-3、4-4）。第三に、その従業員が既に医師の管理下にあるか。管理下にあるならば、新たな受診ではなく主治医への健診結果の共有と相談を促すのが順序である（1-5、4-2、4-4）。

10-4 本マニュアルの限界

本マニュアルは、健診結果の紙面のみを資料として判定を行うという枠組みの下で作成されたものであり、この枠組み自体に限界がある（9-10）。定期健康診断の項目には、腎機能・眼底・甲状腺機能等が含まれておらず、拾えない疾患群が構造的に存在する（9-5）。経年データが取得できない事業場では、経年変化を条件とする基準が発動しない（9-6）。診療ガイドラインの紹介基準と異なる閾値を採っている箇所については、その理由と残る留保を 9-7 に明示している。産業医の記載は診断ではなく、就業上の措置に関する意見である（9-8）。これらの留保を前提として、本マニュアルは運用されなければならない。

10-5 改訂について

本マニュアルは、参照している判定区分表および診療ガイドラインの改訂、法令の改正、並びに当事務所における運用の蓄積に応じて改訂する。とくに、2027 年 4 月から血清クレアチニン検査が定期健康診断の項目に追加されることに伴い、腎機能に関する運用（4-4、6-7、9-7）は改訂を要する。参照している日本人間ドック・予防医療学会の判定区分表は年度版として改訂されるため、年度版の切替えに際しては、当事務所の閾値との対応関係を再確認する。

参考文献

- 労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）
- 労働安全衛生規則（昭和 47 年労働省令第 32 号）
- 労働契約法（平成 19 年法律第 128 号）
- 労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）
- 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（平成 8 年 10 月 1 日健康診断結果措置指針公示第 1 号、最終改正平成 29 年 4 月 14 日指針公示第 9 号）
- 日本高血圧学会：高血圧治療ガイドライン 2019
- 日本糖尿病学会：糖尿病治療ガイド
- 日本動脈硬化学会：動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022
- 日本消化器病学会・日本肝臓学会：MASLD 診療ガイドライン 2023
- 日本腎臓学会：エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2023
- 厚生労働省：労働安全衛生法に基づく一般健康診断への血清クレアチニン検査の導入に係る資料
- 日本人間ドック・予防医療学会：2026 年度判定区分表（2025 年 12 月 8 日公表、2026 年 4 月 1 日改定施行）（https://www.ningen-dock.jp/other_inspection/）
- 日本人間ドック・予防医療学会：判定区分表に関する Q&A（https://www.ningen-dock.jp/other_inspection_qa/）
- 日本人間ドック・予防医療学会：判定区分表に関する Q&A【肝臓関連項目】（<https://www.ningen-dock.jp/ningendock/wp-content/uploads/2024/06/45e822b4c41622bf449f8269d68486ad.pdf>）
- 厚生労働省：広告可能な診療科名の改正について（平成 20 年 3 月 31 日医政発第 0331042 号）（<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/kokokukisei/dl/koukokukanou.pdf>）
- 日本肝臓学会：奈良宣言 2023（https://www.jsh.or.jp/medical/nara_sengen/iryou.html）

- 厚生労働省：事業場における労働者の健康情報等の取扱規程を策定するための手引き（<https://www.mhlw.go.jp/content/000601098.pdf>）
- 中央労働災害防止協会 安全衛生情報センター：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（全文・運用解釈）（<http://www.anzen.jaish.gr.jp/anzen/hor/hombun/hor1-19/hor1-19-2-1-0.htm>）
- 厚生労働省：特定健康診査・特定保健指導の実施基準に関する資料（<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001496685.pdf>）
- 厚生労働省 こころの耳：長時間労働者、高ストレス者の面接指導について（<https://kokoro.mhlw.go.jp/mensetsushidou/>）
- 日本痛風・尿酸核酸学会：高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン
- 日本臨床化学会：ALP・LD 測定法変更について
- 公益財団法人日本対がん協会：大腸がん検診について（<https://www.jcancer.jp/prevention/colorectal/>）
- 職域におけるウイルス性肝炎対策に関する留意事項（平成 16 年 12 月 8 日基発第 1208001 号・職発第 1208001 号）（<http://www.jaish.gr.jp/horei/hor1-45/hor1-45-36-1-2.html>）
- 厚生労働省：職域におけるウイルス性肝炎対策に関する協力の要請について（https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb7574&dataType=1&pageNo=1）
- 国土交通省：睡眠時無呼吸症候群に係る事業用自動車の運転者の健康管理マニュアル（https://www.mlit.go.jp/kisha/kisha03/09/090318_.html）
- 公益社団法人全日本トラック協会：自動車運送事業者における睡眠時無呼吸症候群対策マニュアル（https://jta.or.jp/wp-content/themes/jta_theme/pdf/rodo/sas_manual2015_2.pdf）
- 道路交通法施行規則第 23 条（適性試験の合格基準）
- 厚生労働省：労働安全衛生規則の一部を改正する省令（定期健康診断項目への血清クレアチニンの追加・2027 年 4 月 1 日施行）
- 片山組事件（最判平成 10 年 4 月 9 日、労判 736 号 15 頁）
- システムコンサルタント事件（東京地判平成 10 年 3 月 19 日、東京高判平成 11 年 7 月 28 日。上告審である最高裁平成 12 年 10 月 13 日の決定は上告受理申立ての不受理および上告棄却であり、実体判断を示すものではないため、本文では地裁・高裁判決を引用している）