

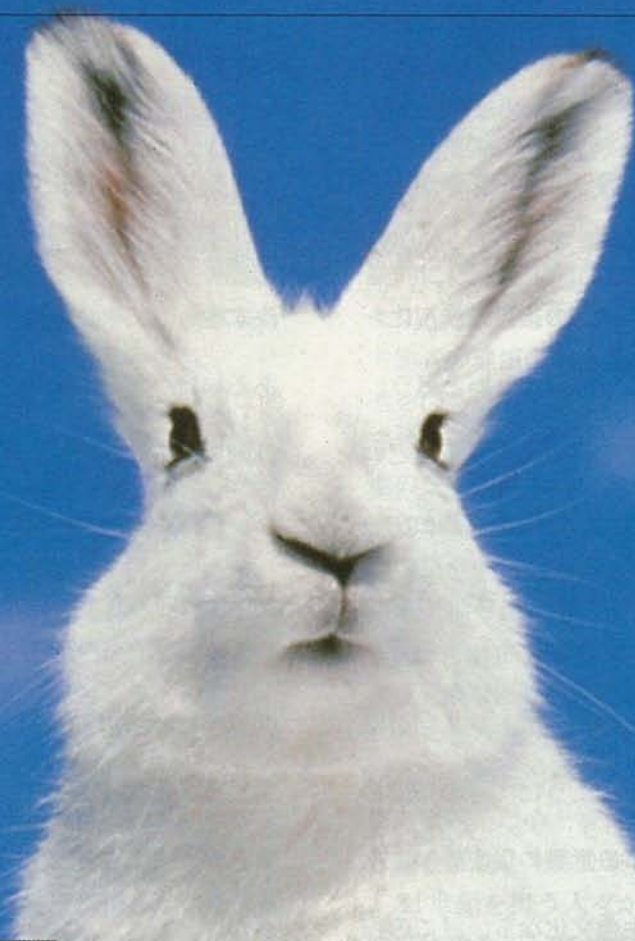


No. 13

2002.1

北の 産業保健

HOKKAIDO



INDEX

新しい時代に向けて 安全衛生文化の創造を……………	1
新春を迎えて……………	2
年頭のご挨拶……………	3
21世紀の産業歯科保健活動の役割……………	4
労災病院の過去・現在・未来……………	5
いわゆる「反応性うつ病」について……………	7
「心の健康づくり」に寄せて……………	8
北海道労働衛生史メモ……………	9
有機溶剤中毒予防に役立つ健診へ……………	11
ご存じですか?……………	13
フォトニュース……………	14

労働福祉事業団

北海道産業保健推進センター



新しい時代に向けて 安全衛生文化の創造を

北海道産業保健推進センター所長

三宅 浩次



21世紀の始まりの年、2001年は世界的な激動の中に過ぎていった。今年はどのような年にすべきか、新しい展望を試みたい。

経済不況の嵐は、産業保健関係にまで影響が出ている。経費節減のターゲットとして狙われるのが安全衛生関連であってよいのか。このような状況にたいへん疑問を感じるのは、私だけではないと思う。

安全衛生は、企業の中では一種の文化であるといわれる。ここでいう文化とは、芸術とか技芸とかいう狭い意味ではない。「これは危ないから気をつけよう」とか、「健康が第一だ」とか、「体力づくりをふだんから心がけよう」とか、「ストレス回避は互いに助け合うことだ」というように、その集団のほとんどが共通してもっている意識の集まりが文化である。逆に不安全、不衛生の文化なら、「この程度なら心配ない」とか、「タバコぐらいでうるさいこというなよ」とか、「体力なんか生まれつきさ」とか、「メンタルな問題は個人的に解決するべきだ」とかというような精神風土が蔓延している状況ということになるのか。

上場されている一流企業でも、その平均寿命は約30年といわれる（日経ビジネス「会社の寿命」）。人の寿命と比べると、あまりにも短い。その消えて

行く理由は様々であろうが、その一つに企業特有の文化の問題が大きな原因と考えられる。中西輝政の「なぜ国家は衰亡するのか」（PHP新書）の中で、トインビーの「歴史の研究」の文明衰退論に関する記述を引用している。つまり、国家や社会の運命を決するもの、その究極の原因はつねに「内なるもの」あるいは「自己決定能力の喪失」にある。たとえば、外敵の侵入で民族が一掃されても、「種子」が残っていれば、たった一人からでも文明は再興されるという。同様に安全衛生の文化（リスク管理や人材育成）を疎かにする国家も企業も、その運命は決して明るくない。短期的視野での経費削減だけではなく、中長期の展望をもって企業としての文化を創造することが、今こそ重要と考えられるが、いかがであろうか。



新春を迎えて



厚生労働省 北海道労働局長

茂木 繁

新春を迎え心よりお慶び申し上げます。

皆様には、日頃から労働行政の運営につきまして深いご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

昨年は、米国における同時テロによる大惨事及びそれに引き続くアフガニスタンにおける対テロ行動が人命の尊さを身近に実感させる年でありました。

道内経済の長引く低迷により雇用環境は厳しい状況下にある、あらためて労働行政の重要性を再認識するとともに、状況に応じた機敏、かつ、柔軟な行政展開を心がけているところでございます。

さて、北海道における業務上疾病の発生状況は関係者のたゆまぬ努力により10年前のおよそ3分の2にまで減少しておりますものの、今なお腰痛等の疾病は後を絶たず、一酸化炭素中毒、酸素欠乏症等の中毒災害が繰り返し発生しています。

また、粉じん作業に従事する労働者におけるじん肺が発生しており、アーク溶接作業やずい道建設工事現場において新規有所見者の発生をみています。

一方、労働者の健康状況を見ますと一般定期健康診断における有所見者は年々上昇し、平成12年の北海道における全産業の有所見率は46.2%と全国全産業の有所見率を1.7ポイント上回る状況となっており、労働者の2人に1人が健康に何らかの所見を有する状況に近づきつつあり、健康診断結果をもとに異常所見があると診断された労働者について、医師・歯科医師からの意見聴取に基づく就業上の措置や労働者に対する保健指導の実施等「事後措置」の重要性が増しています。

また、「労働者健康状況調査」の結果を見ますと、仕事や職業生活での強い不安、悩み、ストレスを感じている労働者の割合は、平成9年の調査において62.8%となり、平成4年の同調査からは5.5ポイント上昇しており、労働者が1日のおよそ3分の1を過ごす職業生活において疲労やストレスを感じるものの少ない職場づくりを進めるとともに、心の健康づくりの基本となる「セルフケア、ラインによるケア、事業場内産業保健スタッフ等によるケア、事業

場外資源によるケア」によるメンタルヘルス対策の一層の推進が重要になっております。

厚生労働省（旧労働省）では、平成11年4月に「労働安全衛生マネジメントシステムに関する指針」、また、平成12年8月には「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」を公表しました。前者は、労働者の協力の下に一連の過程を定めて継続的に行う自主的な安全衛生活動を促進することにより、労働災害の潜在的危険性を低減するとともに、労働者の健康の増進及び快適な職場環境の形成の促進を図ること、また、後者は、事業場において事業者が行うことが望ましい労働者の心の健康の保持増進のための基本的な措置（メンタルヘルスケア）が適切かつ有効に実施されるため、メンタルヘルスケアの原則的な実施方法について示されたもので、これまで取り組んできた労働安全衛生管理の積み重ねをもとに、各事業場においては、更に新しい視点で実施可能な部分から取り組んでいくことが重要です。

この様な状況の中、当行政といたしましても、職業性疾病防止対策はもとより、労働者の生涯を通じての継続的な心と身体健康保持増進政策を重点に行政を推進しております。

21世紀を担う人々が、安全に、かつ、健康で、快適に働くことが出来る職場を実現するためには、企業自らの労働衛生管理目標を定め、その達成のため企業経営のトップが率先して「計画－実行－評価－改善」の一連の過程を明確にした実効ある労働衛生管理活動に取り組むとともに、労働者自身も自主的・自発的に健康管理等を行うことが重要となります。

現下の厳しい経済情勢の中、急性中毒や職業性疾病等の潜在的危険性や健康にかかわる生活習慣などへのリスクマネジメントにも積極的にお取り組みいただき、労働安全衛生マネジメントシステムを活かした21世紀の労働安全衛生管理活動の芽を育てていただくことを期待し新年の挨拶といたします。



年頭のご挨拶



北海道医師会長

飯塚弘志

あけましておめでとうございます。

わが国は、少子高齢社会に入り中高年労働者や女性労働者の増加のなか、企業の倒産、リストラなどの影響から失業率5.6%という経済不安を抱え、労働条件の悪化や雇用不安が増し、中高年労働者の自殺の急増やストレス性疾患を含めた健康障害が増加し深刻な状況にいたっております。

労働者の定期健康診断の結果は、労働者の高齢化に伴い、2人に1人が有所見者という状況にあり、今後、生活習慣病、ストレス等による労働者の心の健康づくり、小規模事業所での健康確保対策が重要な問題となっております。

特に、一般健康診断の実施状況をみると、産業医の選任義務のない50人未満の事業場など規模が小さくなるに従い、定期健康診断における有所見率が高くなる傾向にあり、健康診断の実施率、受診率も年々低下しております。

今後、少子高齢社会の到来や就労形態の多様化に伴い、労働者の健康を確保するためには労働者自身の自覚や努力はもちろん産業医や衛生管理者等の産業保健スタッフの果たす役割はますます重要となっております。

特に過労死の問題では、労働者が業務上の事由により脳・心臓疾患を発症し、過労死にまでいたるといった重大な事態を未然に防ぐため、昨年4月に労働者災害補償保険法の改正が施行され、二次健康診断給付事業がスタートしました。定期健康診断で血圧検査、肥満度、血糖検査、血中脂質検査の4項目が

有所見となった労働者の二次健診費用、医師などが行う保健指導の費用を労災保険の給付対象とするもので、過労死の予防を目的としています。

また、北海道労働局のまとめによると労働中事故に遭い死亡した人は、平成13年11月末までで108人となり、昨年度に続き全国ワースト1位という結果になっていると伺っております。

北海道医師会といたしましては、昭和56年から産業医研修会等を実施し、産業医の資質向上を図るとともに、産業医活動の充実に力を注いで参りました。平成13年度の研修会は、各都市医師会等主催のものを含め、12月末までに道内で34回開催され、延べ2,593名が受講されています。今後も、引き続き道内各地において研修会を開催し、産業医の専門性の向上のため努めて参りたいと考えております。

なお、北海道医師会が主催している研修会には、北海道産業保健推進センターの三宅浩次所長はじめ相談員の方に講師をお願いし開催しており、感謝申し上げます。

北海道産業保健推進センターにおかれましては、北海道の産業保健活動の拠点とし、労働者の健康確保を図るため、今後とも地域産業保健センターをはじめとする産業保健関係者並びに関係機関への協力、支援、または情報提供等に一層ご尽力されますようお願い申し上げます。

貴センターのご発展と皆様のご健康とご多幸をお祈り申し上げ、年頭のご挨拶といたします。



21世紀の 産業歯科保健活動の役割



北海道歯科医師会 会長 永山 一行

新年明けましておめでとうございます。

皆様には、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、歯科医の産業保健活動は、現在のところ歯またはその支持組織に有害なガス、蒸気または粉じんを発散する場所で業務をする労働者の健康診断・勧告が義務づけられているだけです。それ以外の事業所労働者においては、歯周疾患（いわゆる歯槽膿漏）に関する健康診断の機会が提供される事が望ましい、という労働局長の通達にとどまっています。皆さんはどうお考えですか？「歯や口の病気で長期に就業できなくなることは稀で、それほど問題ではない」、「歯や口の健康よりも仕事ができるということが大切である」、「歯や口の健康は、個人の責任で管理するもので取って会社が係わるものではない」、「健康診断は行っているが、歯や口までは手がまわらない」などの意見があり、歯や口の健康診断を実施している事業所は、それほど多いとはいえないのが現状です。

21世紀の産業保健の命題は“ふたつのエンタル”（Mental Health と Dental Health＝メンタルヘルスとデンタルヘルス）と言われています。すなわち心の健康と歯・口の健康が、21世紀には働く人々を悩ます大きな課題になると予想されています。仕事や複雑な人間関係などによるストレスがメンタルヘルスを犯し社会問題化しています。一方デンタルヘルスの問題はまだ表立った社会現象にはなっていませんが、若年者（10代後半から20代の人）の口の中はしだいに悪化傾向を辿り問題になってきています。

近年の社会状況の変化に伴い、物を求める時代から生活の質（QOL）を求める時代へと変化しています。生活の質を向上させるために、歯科医師会では、8020運動（ハチマルニイマル運動：80歳になっても自分の歯を20本以上保とう、それが心と身体の健康につながり、ゆとりある社会生活を送ることができる）を推進しています。平成14年度には、8020運動から14年が経過し、やっと80歳の方は約8本の歯を保持するという状況になりました。今後さらに多くの歯を残すために大切なことは、18歳

から60歳までの働く期間における適切な生活習慣（歯みがき、食生活、喫煙、など）と歯や口の健康診断を受診することです。歯の喪失の主な原因であるむし歯や歯周病は、常日頃の生活習慣の改善により予防できる生活習慣病です。また健康診断は、歯と口の詳細な検査はもちろんですが、御自分では気づかないことや生活習慣をチェックして適切なアドバイスをしたりします。歯科医院で働く人は、全員が歯や口の健康に強い関心があるので、昼休みの昼食後みんなで歯ブラシを持って歯みがきをするのが習慣になっています。皆さんの事業所もそんな職場環境にして、歯と口の健康を守ること心掛けてみてはいかがでしょうか。

歯と口の健康は、食生活を楽しみ、会話でなごみ、顔貌を若々しく保ち、そしてさわやかな口元で豊かな人生を送るためにあります。最近の研究報告によるとむし歯や歯周病を放置している場合、心臓疾患、肺炎、腎炎、糖尿病などになる確立が高くなったり、妊産婦では早期低体重児出産を起こす確率がかかなり高くなることが明らかになり、全身の健康と密接に関連しています。また現代の社会生活においては、人々は常にストレスを感じて暮らしており、その兆候は口腔領域にも現れております。すなわち、歯ぎしりや顎関節症（耳の前にある顎関節が痛かったり、音がしたり、口が開きづらくなる）を訴える人が増加しています。顎関節症は、職場における長期の不自然な無理な姿勢も関連しています。また、近年特に関心が強くなっているのが口臭の問題です。口臭は消化器系の疾患や糖尿病などの全身疾患でも発生しますが、原因の90%は口の中に由来しています。口のなかでも、歯周病が最大の原因です。また多数歯に及ぶむし歯がある場合や冠の中でむし歯が知らぬ間に進行している場合など、さらに口腔清掃不良により多量の歯垢や食物残渣によることもあります。

事業所での口腔保健を推進することにより全身の健康、歯科医療費の減少さらに医療費全体の減少、そして労働生産性の向上につながる事が明確であります。どうか「歯と口の健康」と「事業所の歯科健康診断」について新たな気持ちで御再考してください。

平成13年度 日本産業衛生学会北海道地方会 特別講演

労災病院の過去・現在・未来

(その2)

2 労災病院での実践

それでは、こうした社会の流れ、ニーズの変化に伴い、労災病院ではどのように取り組んできたかという点について、簡単にご報告いたします。

(1) メンタルヘルスケアの推進

先ほども申し上げましたように、現在の勤労者の健康管理を考える上で、メンタルヘルスは生活習慣病と並んで非常に大きな問題となっております。

埼玉産業保健推進センターが平成10年度に行った、埼玉県内の437事業所、4,536人を対象とした調査では、自殺に関してハイリスクであると考えられる方は、調査対象者の約20人に1人の割合となっていると報告されました。

このような状況を見ましても、勤労者のメンタルヘルスは見過ごすことのできない問題であり、これらの問題に的確に対応することが労働福祉事業団に課せられた喫緊の課題であると認識しております。

労災病院では、

○メンタルヘルスセンターを中心とした心療内科、精神科、神経科などにおいて、対面式のカウンセリング等を実施し、勤労者のメンタルヘルス対策を推進しています。なお、現在のメンタルヘルスセンター設置病院は8カ所になっています。

○各地の労災病院内に「勤労者 心の電話相談」の開設を始め、勤労者からの電話相談に応じております。現在、16の労災病院に開設（そのうち2病院はフリーダイヤル）しておりますが、ここでは、専門のカウンセラーや医師が勤労者や企業の関係者からの電話相談に対応することにより、広く勤労者の心の健康確保対策を推進しております。また、横浜労災病院のメンタルヘルスセンターではE-mailによる相談も受け付けています。

こころの電話相談については、この1年間の相談の状況等を集計いたしまして、先般、新聞発表させていただきましたが、相談者は女性の方が多く、年齢層としては20代から50代までほぼ同程度の割合となっています。

相談内容としては、職場の問題のうちの6割が人間関係についてのもので、上司、同僚、部下との人間関係に悩む人が非常に多いことがわかります。反対に、仕事の中身や残業等が多いなどの人的な因子以外の原因があまり大きくないことは、心の悩みが物理的なことよりも精神的なことが原因となっていることを裏付けています。



労働福祉事業団理事
浦 添 猛

症状についてみますと、将来に関する不安感を訴える方、落ち着けない、イライラ、不眠等が上位を占めています。特に将来に関する不安感は、相談者のうちのほぼ3割（29%）が訴えておられます。この数値は非常に大きいと思います。

(2) 腰痛問題への取り組み

アメリカの国立労働安全衛生研究所は、国と労働者のために最も重要と考える今後10年間のテーマとして、職業性喘息、受胎及び妊娠異常とともに、腰痛を上げ

ております。アメリカでは病気休暇の27%が腰痛だといわれており、腰痛による欠勤日数は年間ほぼ1億5,000万日、1995年の賃金レベルで計算すると、賃金分だけで約140億ドルもの損失になるという報告もあります。

スウェーデンの調査では、75～85%の方が生涯に何らかの腰痛を経験しているとのことです。このように諸外国の疫学調査でも、腰痛は発生頻度と休業率が高く、医学的だけではなく、社会的にも経済的にも重要問題となっていますが、我が国でも、労働省の資料では、腰痛の発生病件数は、1999年においても業務上疾病の約6割を占めております。

労働福祉事業団では、従来から腰痛問題を勤労者医療の重要テーマとして捉え、6か所の労災病院に勤労者脊椎・腰痛センターを設置し、職業性の腰痛症を含めた幅広い脊椎疾患や外傷性脊椎・脊髄疾患に対する、一貫した医療サービスの提供を目指しております。

また、労災病院の中でも腰痛治療に積極的に取り組まれている方々が世話人となって、勤労者腰痛研究会が発足いたしました。

この会では、職場復帰をテーマとした調査票を作成し、腰痛に関するデータベース構築の準備を進めております。調査の内容には、職業歴をはじめとして、災害性か非災害性か、重労働か軽労働かなどの分類、治療歴とその効果に加え、心理的要因の有無についても盛り込むことが検討されています。現在多くの労災病院に参加をお願いし、この秋から調査を開始する予定にしております。

(3) リハビリテーションの推進

リハビリテーションは、医療行為の最終的な段階として、一般的な治療が終わった後で、社会復帰等のために様々な機能訓練を行うことと定義されますが、勤労者医療の視点からは、リハビリテーションのなかの、特に、職業リハビリテーションが重要であります。職業リハビリテ

ーションの目的は、1日も早い職業復帰にあり、そのためには早期リハビリテーションが有効であります。

労災病院のリハビリテーション医療においては、RETURN TO WORKの考え方は広く浸透していますので、一昨年、多くの労災病院のリハビリテーション科部長やスタッフの方々のお力添えにより、「職業復帰のためのリハビリテーションマニュアル」を作成いたしました。これは各労災病院にこれまで蓄積されたノウハウを整理体系化し、職業復帰に関する多様な症例に基づく病院スタッフの役割などをまとめたものです。

今後は、産業構造の変化や勤労者の疾病構造の変化などに対応するため、従来から行ってきた神経・筋・骨格系の機能障害などに対するリハビリテーションに加え、疾病構造の変化に対応したリハビリテーションの充実に努めていくことが必要であると考えています。

具体的には、既に従来から高く評価されている脳卒中などの脳血管疾患等に対するリハビリテーションは、受療率の増加に伴い、当然リハビリテーションのニーズも高くなっています。こうした疾患に対しては、早期リハビリテーションへの取組が非常に重要であると思います。

一方、日本ではまだ遅れている分野である、心臓疾患のリハビリテーションや、呼吸器疾患に対するリハビリテーションにも取り組んで行く必要があります。さらに、メンタルヘルスケアとしてのリハビリテーションはまだ、その概念が確立していない段階だと思えます。したがって、メンタルリハビリテーションにはどのようなものが考えられるのかといったことも、まだ手探りの状態であります。横浜労災病院の勤労者メンタルヘルスセンターでは、リラクゼーション機器を利用したリラクセス体験、「自律訓練法」などのリラクゼーション技法のセミナーを実施しています。これなどもリハビリテーションのひとつかもしれません。

最近、労災病院の中で、メンタル面に障害を持つ患者さんが職場復帰をする場合に、適応していく段階で病院と企業とが協力して、例えば1週間の内の一定の日数を病院でデイケアのような過ごし方をすることが有効ではないか、という指摘があります。職場に近いような環境作りをした作業療法ということでしょう。今後研究をしていきたいと思えます。

(4) 生活習慣病対策-予防医療への取り組み

生活習慣病はこれからの大きなテーマとなります。勤労者医療にとっても生活習慣病は重要であります。

臨床にとっても予防にとっても、生活習慣病はいまや最も基本的な疾患であろうかと思えます。

しかしながら、一方では、生活習慣病のような疾患が、何故勤労者医療の範疇に入るのかという疑問が多くの方から寄せられます。というのも、生活習慣病として考えられる3大疾病の、脳卒中、心臓病、がんは、喫煙習慣、食生活上の偏り、運動不足等の生活習慣がその発症や進行に深くかかわっていることが多く、職業や業務との直接的なかわり合いは少ないと思われるからです。とういことは、勤労者医療を推進する立場の労災病院が、

何故生活習慣病にまで手を伸ばすのかといった疑問が生まれてきます。

生活習慣病に限らず、疾病の発症や増悪にかかわる因子は、生活習慣だけではなく、①加齢等を含めた遺伝要因②有害物質やストレス等の外部環境要因③食生活等の生活習慣要因の3つが相乗的に影響しているといわれています。

このうち、糖尿病、高血圧、高脂血症、肥満等の症状は、基本的には③の生活習慣の要因が大きい訳ですが、職場におけるストレスや残業等による生活リズムの狂い等が増悪因子となって、脳卒中や心臓病等の重篤な事態を生じる危険性があります。このため、先ほどあげました4疾病について、労災病院でも増悪防止の観点から生活習慣病対策を積極的に推進することとしている訳です。

このため、各労災病院に、平成13年度から4年計画で、勤労者の生活習慣病（糖尿病、高血圧、高脂血症、肥満）の予防と、これらの基礎疾患を有する者が職場のストレス等によって、「過労死」等の重篤な事態に増悪することを防ぐため、勤労者予防医療センター、勤労者予防医療部を新たに設置することとしています。

勤労者予防医療センター、勤労者予防医療部では、個々の勤労者の健康診断結果等の結果に基づき、生活習慣病予防のための各種指導を実施するとともに、講習会、研修会を通じて勤労者個人や企業の健康管理担当者の方々にも予防対策の実際や情報の提供を行っております。

以上のように、現在、労災病院で実践している種々の勤労者医療について、そのいくつかをご紹介しましたが、私ども労災病院が行っている活動はこれだけではありません。それをもう少し詳しく一覧表にしたのが「図-1」です。

図-1 勤労者医療に対する労災病院での実践

疾病名	取り組み
じん肺	珪肺労災病院を中心にじん肺データベースを構築中
腰痛	神戸労災病院を中心に腰痛データベースを構築中
振動障害	山陰労災病院を中心に振動障害データベースを構築中
メンタルヘルス	「勤労者 心の電話相談(無料)」窓口の設置
産業中毒	産業中毒データベースの公開 (ホームページ http://www.opc.tokyohofukugo.jp/)
生活習慣病	勤労者予防医療センター・部を設置
リハビリテーション	「職業復帰のためのリハビリテーションマニュアル」の編集
働く女性	大阪労災病院において働く女性の健康に関するアンケートの実施

これをみますと、疾病には

- ①じん肺、振動障害のような典型的な職業性疾病的範疇に属する従来型の疾病
 - ②腰痛のように職業性疾病的の場合と職業とは関係なく発症する場合の両方があるもの
 - ③生活習慣病やメンタルヘルスのように、一般的には職業性疾患とはいえないが、その発症や増悪に職業（作業）が関係しているもの（＝作業関連疾患）
- の3つの種類があり、それらのすべてについて、各労災病院が可能な範囲で対応しております。

(つづく)



いわゆる「反応性うつ病」について

北海道産業保健推進センター

産業保健相談員

(メンタルヘルス)

中野 倫 仁

(札幌医科大学医学部神経精神医学講座)

最近の厳しい経済情勢を反映して失業率が上昇しており、各職場でもリストラの話は日常会話の一部となっている。職場のメンタルヘルスを取り巻く状況も厳しいものとなり、ストレス関連障害の増加が著しい。とりわけ、労働の強化や失業などの状況因に由来する「うつ病」が重要な問題として浮上している。また、中高年の男性を中心として自殺者が増加し、交通事故死者を越えるに至っている。自殺の原因としては、かつての癌などの身体的病気に対する苦悩という理由から経済的困窮を理由とするものが増加している。平成12年の「電通事件」の最高裁判決により長時間労働とうつ病による自殺の関連性が認められたこともあり、職場における「うつ病」対策が産業保健スタッフの主要な業務の一つになってきた。リストラなどを契機に発症したうつ病においては環境要因が容易には改善できないことから治療に難渋するケースが多く、産業保健スタッフの苦悩も大きいものがある。

ストレス等の心的負荷により生じた抑うつ状態については、従来より「反応性うつ病」という診断名がつけられ生物学的要因が強い内因性うつ病と一部病像が異なるものと理解されてきた。内因性うつ病は遺伝的要因が関与しており、うつ病の典型として以下のような特徴を持つとされてきた。1) 発病状況としては誘因をもつ場合もあるが人生の順風満帆な局面でも発症することがある。2) しばしば強い思考制止を示し他者に迷惑をかけているとする自責的傾向が強い。3) 抑うつ気分や思考制止は朝方に強く夕方から軽快するなどの日内変動が明瞭である。4) 抑うつ薬によく反応する。一方「反応性うつ病」は、1) 過大な心的負担や性格的弱点に関連するような困難を契機に発病する、2) むしろ他責的言動を示す傾向がある、3) 症状の日内変動が乏しく、精神症状としての抑うつ症状より身体症状が前景にたつ仮面うつ病を呈することが多い、4) 抗うつ薬に対する反応が乏しく本格的な精神療法が必要であるなどが特徴的とされていた。最近の研究では両者に対する薬物療法には差がないことが判っている。

米国精神医学会のうつ病の診断基準(1994)では、毎日の抑うつ気分、興味喜びの減退、食欲減退、早朝覚醒、焦燥または制止、気力の減退、罪責感、集中力低下、自殺念慮の中から5項目以上が2週間以上存在しており、臨床的に著しい苦痛または社会的職業的障害を引き起こし、他の身体疾患によらないものを大うつ病エピソードとしている。この基準では、内因性と反応性を区別していない。実際、両者に対する対応は外来診察場面では大きく異なるもの

ではない。また、5項目に満たない場合は小うつ病性障害、ストレス因子の始まりから3ヶ月以内に出現した場合は抑うつ気分を伴う適応障害などと診断分類が変更になるが、広義のうつ病であることには変わりない。

うつ病患者に対しての基本的態度としては、1) 単なる気の持ちようなどではなく病気であることを保証する、2) 治る病気であることを繰り返し説明する、3) 休息が必要であることを納得させる、4) 薬物の効果が発現するまでしばらく辛抱が必要であることを説明する、5) 最初使用した薬物が無効でも代わりの薬物が必ず見つかることを説明する、6) 死にたいという気持ちが出現したら実行する前に必ず主治医に相談することを言葉に出して約束させることが必要である。うつ病は心の風邪ともいべき状態で脳内に元気の元になる物質が減少しており、薬物投与により元の量まで戻せば治る病気であるとの説明が理解されやすいようである。

薬物療法の現在の主流はSSRI(選択的セロトニン再取り込み阻害薬; selective serotonin reuptake inhibitor)であり、本邦で使用可能なのはパロキセチン(パキシル)とフルボキサミン(ルボックス、デプロメール)の両者である。副作用が少なく一般医も使用しやすい薬物であるが、特に前者では食欲不振、眠気、性機能障害、後者では嘔気、不眠が出現しやすいことに注意が必要である。従来の三環系抗うつ薬に比べてSSRIは副作用が少ないが抗うつ作用が強いわけではない。最大用量まで使用してうつ状態が改善しない場合は他の薬物への変更または併用が必要となり専門医へのコンサルトが必要となる。

自殺念慮を伴わない軽症うつ病の治療について一般医が担当するケースが増えてきている。結果的に多くのうつ病患者が治療を受けることになり、このこと自体は好ましいことである。ここで注意を喚起しておかなければならない重要な治療上の留意点が存在する。うつ病患者は他者配慮が強い真面目なタイプが多いため治療者に対する遠慮が存在するケースが少なからずある。特に治療者が熱心に時間をかけて面談している場合などは患者の方から良くなっていないと言い出しにくい。面談開始時に浮かぬ顔をしていても終了時には明るい顔で帰ったという場合、治療がうまくいっていると思いがちであるが、診察室外では全く別の表情をしていることが意外に多い。うつ病の治療において不適切な薬物療法を熱心な面談によって補うことはできないということに十分な自戒が必要である。



「心の健康づくり」に寄せて

北海道産業保健推進センター
産業保健相談員
(カウンセリング)

井上 蓉子

2000年8月、厚生労働省から「心の健康づくり」(メンタルヘルス)の指針が出され、「4つのケア」の形で明文化された。しかし、現状ではこの指針がきちんと実行されるためには、さまざまな困難が予想される。「からだの具合の悪さ」や「生活習慣病」のような、客観的に自他ともに認められたり、数字で表される異常となると、生命に直結する可能性もあり、早期の受診や誰かに相談することが容易だが、「心の問題」、「気持ちや感情、情緒の如何ともしがたさ」、「身近な人との関係がしっくりしない」等は容易に相談したり、訴えたり、ましてや受診などには、かなりの抵抗があるのが現実である。特に働く場では、仕事に追われて話す余裕もなく、しかも現今のように、リストラ、賃金カット等への不安をかかえていたりすると、自分に不利なことは一切外部に出せず、じっと我慢の形で殆ど隠されてしまう。中には一番身近な家族や配偶者にさえ出せない人たちもいるのが日本の現実でもある。

ご承知のように平成11年以降、日本における年間の自殺者が3万人を越えた。これは1日平均82人強の人たちが自ら尊い生命を断っている計算だ。その中でも中年以上の男性が相当数を占めている。一人の人間の「自死」には、労働の場の過酷な事情が主な理由のみならず、他人のうかがい知ることの出来ないような事情も存在することは否めないであろう。働く場で、家族の中で、「大きな柱」を失うだけでなく以後、彼に関係する身近なものには、さらに大きな重荷を背負わせることにもなる。「自死遺児」の苦悩をおききしたことがあるでしょうか。

「心の健康づくり」は、なにも自殺予防だけをねらいにしたものでないことは云うまでもない。

近年、「生活習慣病」の予防が声高に叫ばれ出した。各人が、働く場が、それなりの知識の理解と、それらを行動に移す努力—セルフケア—でかなりの程度の予防、悪化を防ぐことが可能となって来た。

「心の問題、健康づくり」も然りだ。ただし「からだの問題」と異なる点は「こころの問題」は、最もその人らしさが表れている面に変化が起きるだけに、ややもすると、その人が不道德と判断されたり、怠けて努力しないとか、意志が弱いとか価値判断をされかねない面も有し、それが偏見や差別をも持たれ

やすい。こうした見方や考え方が間違っていることは論を待たない。人は「からだの調子」さえ、一日たりと同じ日はないように、「こころ」も、さまざまに揺れ動く。元気はつらつと過ごせる日もあれば、何となくゆううつ、物事に集中できない、やる気が出なかったり、あるいは、人の病気の話をきいていると自分の健康が心配になったり…将来への不安が分けもなく感じられたり…と、しかし、それでも何とか、ゆれ動く己れをコントロールし、日常生活に支障がなければ健康といえよう。だが、一つ「からだの病い」と異なる面を「こころの問題」は有する。それは病む人が認識できない面があることだ。健康な人といえども、「こころの深いところ」を知ることは容易ではないが…第三者は、明らかに具合の悪さ～何か今までの言動、感情とちがう～は認識できるのに当人は出来ない場合が存する。このような場合に最も偏見や差別を持ち易い。これには、各人が「心の病い、健康づくり」について学び、しっかり理解を深めていかなければなりません。

科学技術の進展それに伴う社会の激しい変化は、最も人々の健康をおびやかしています。赤ん坊から老人に到るまで、「からだ」と「こころ」の健康を！と声高に叫ばれ始めました。「からだ」と「こころ」は別個のものではなく、統一された一つのものとして、同時に考えていきたいものです。

私は心理カウンセラーですが、長年の医療や福祉関係者への援助、深刻な問題を有する思春期の子供たち、彼らの働き盛りの親たちへの援助の体験から、「生活習慣と心身の健康づくり」にこだわって行きたいと思っています。きちっとした意識を持たないまま、当然のように日々繰り返されていることの中に、相当の「病いへの要因」が存在しているように思います。日々考えていること、感じていること、種々行動実践していること、その内容までも、検討の対象になりましょう。「こころの健康づくり」も、ずばり誰も避けて通ることは出来ないものです。次回から、事例を通じて考えてみたいと思います。



北海道労働衛生史メモ (その5)

北海道産業保健推進センター
前産業保健相談員

古 屋 統

2 開拓使時代～昭和初期

6. 血で綴られた道路誌

i) 札幌本道の完成

明治政府は北海道開拓の為に、米国の農商務長官だったケブロンを「開拓使教師頭取兼顧問」として招聘した。その年俸は1万ドル、当時の日本の貨幣価値に直して、更に現今の価値に換算して、果たしてどれ位に相当するのだろうか。我々には見当がつかない。

ケブロンは部下のワーフィールドは、函館～札幌の間を踏査して道路の開鑿を献言し、明治5年2月から、彼が総括責任者となって道路建設工事が始められた。

これについて『北海道道路雑誌』北海道庁刊、大正14年：をみると大略以下の如くである。

位置及び規模：亀田郡亀田村字一本木より森村に至り海を越え室蘭、鷺別、千歳を経て札幌豊平橋に至る約45里の陸路と約10里の海路及び埠頭整備。

従業者：東京、伊豆、南部、鹿児島などから技術者及び土工夫を募集。職工人夫475人（うち203人は鹿児島島の土工夫）と24人の官吏及び外人2人で始まり、後日の増募で同年5月函館に至る者2,847人に達した。

作業時間と休日の扱い：午前8時より午後4時までの8時間労働とし、疾病や風雪による休業は1/3日扱いとする。

賃金及び前渡し金：技能職は一般土工より高く、土工夫については鹿児島島の者37銭5厘、その他は29銭2厘。前渡し金は技能職10円、土工夫5円であった。最初の採用者はすべて東京において、体力、技能などのテストを受けた者達であった。（鹿児島島の者の給料が高いのは明治政府の薩摩閥の力によると説明する人がいる。）

その他の取り決め：作業者の怠惰を戒めるとして、印鑑を紛失した者の減給、無断欠勤者の減給など厳しい罰則を定め、優良作業者には臨時賞与を出し、帰国を願う者に対しては災害事故による場合は官費負担を思わせる取り決めもある。

余滴：【僻遠沍寒の地数千の壮丁厭倦怠の意を生せんことを慮り特に娼妓営業を許す】の記載が見られる。史実に詳しい友人によれば、札幌の薄野遊郭の始まりもこの時期からだという。

この工事は途中で年を越え、翌明治6年11月に完成となった。「札幌本道」と呼ばれるこの道路は、幅7～13mでこれ迄には見られなかった立派なものであった。工事に従事した者の延べ人数749,435人に及び、賃金総額234,091円49銭、食べた白米7,345石6斗6合、味噌

31,341貫978匁であった。

この工事で死亡した者71人、病気にかかって治った者385人との記載があるが、その細部については不詳である。

工程の途中大野から峠下のあたりに熊が出没し、外人技師が護身用のピストルを持参していたとの話がある。この外人とはワーフィールドのことであろうか。

なお、道路工事の責任者だったワーフィールドは酒乱の癖ありとして、途中で解任されている。この道路の完成により、中山峠を経由するいわゆる「本願寺道路」は影の薄いものとなった。『北海道道路53話』北海道新聞社刊：昭和54年、によれば後年、本願寺道路の工事に当たったの地元アイヌに対する虐待行為を告発する動きが持ち上がり、昭和52年、過激派による東本願寺爆破事件が起きたと書かれている。

ii) 上川道路の開鑿

明治15年、会計検査院長岩村通俊が視察に来道した。彼はもと開拓使判官で一時中央に戻っていた。彼には、上川を北京とし、離宮を置くとの持論があった。帰ってそれを献言した。明治18年にも彼は来道している。

明治17年7月、太政官大書記官金子堅太郎が70日に亘って道内を視察し、報告書を提出する。その7ヶ条の第2に、道路開鑿に関する議がある。

“…前略…此レハ困難ノ役ニ充ルニ通常ノ工夫ヲ用イバーハ其役割ニ堪エザルト、一ハ賃金ノ割合非常ニ高キトノ情况アルガ故ニ、札幌及ビ根室ニ県下ニアル集治監ノ囚徒ヲシテ之レニ従事セシメントス。彼ラハ固リ暴戾ノ悪徒ナレバ、其勞役ニ堪エズ、斃死スルモ、尋常ノ工夫ガ妻子ヲ遺シテ山野ニ埋ムルノ惨状ト異ナリ、又今日ノ如ク、重罪犯人多クシテ、徒ニ国庫支出ノ監獄費ヲ増加スルニ際ナレバ、囚徒ヲシテ是等必要ノ工事ニ服従セシメ、若シ之レニ堪エズ斃死シテ、其人員ヲ減少スルハ、監獄費支出ノ困難ヲ告グル今日ニ於イテ、万已ムヲ得ザル政略ナリ。…中略…北海道ニ於イテ尋常ノ工夫ハ、概シテ一日四十銭ヲ下ラズ。囚徒ハ僅カニ一日金十八銭ノ賃金ヲ得ルモノナリ。…以下略…”

以上が悪名高い金子復命の抜粋である。

明治19年、開拓使廃止。北海道庁の設置が公布され、岩村が初代長官として再度着任した。『北海道行刑史』の著者重松一義は、岩村の着

第二九五号
権戸集治監
其監禁囚徒死亡スルトキハ変死ニ係ルモノヲ除クノ外自
今届出ニ及バズ
右相達ス
明治十九年五月廿四日
北海道庁長官
岩村
通俊

任を本道の囚人労働の最大の転機と位置付けている。彼が樺戸集治監に宛てた文書がある。

同年5月、空知太（現砂川市）を起点として、南北に向けて、市来知（三笠市）と忠別太（旭川市）を結ぶ巾一間半の道路開鑿が着工された。南側39日北側95日で竣工、所要経費は、全てを含めて1,689円52銭であった。

次いで、明治21年末から22年秋に亘り、道巾を二倍にする拡幅工事が行われた。

この工事でどれ位の犠牲者が出たのか。死者千人を越えたとする推測もあるが、明らかでない。昭和三十年代の『砂川郷土史研究会』（玉田秀雄ら）の詳細な調査によれば、監獄側の記録及び道庁の記録ともに信頼を置かず、正確な答えはどこにも無いという。

明治19年に地元の住人が出願して、空知太に用地五町歩の払下をうけて墓地とした。死屍が所定めず埋められているのを見兼ねた為という。同地は、出願者の名をつけて三浦墓地と呼ばれていた。明治30年代の初めの頃、少年たちがシャレコウベを竿の先につけて遊んでいたという古老の話も残されていたそうである。

『北海道電信電話史』・北海道電気通信局編、昭和39.10.によれば、この道路の開鑿を迫り掛ける形で電話の敷設工事が行われた。その中には、電線架設労働者らが、風雪の厳しさと食料欠乏の外に、脱走囚人の襲来を恐れたことが記載されている。それによれば明治22年11月頃の工事終了までに、斬殺された囚人47人とある。

札幌から旭川に向かう国道12号線の、美瑛市光珠内から砂川市空知太に至る27キロは我国最長の直線一級国道として知られる。然しこれを曾ての囚人道路として把える人は少ない。前記『砂川郷土史研究会』の有志らは、この地に供養の碑などの建立を提案していた。それが昭和44年、神社の境内に出来たという。筆者はまだそれを見ていない。最近のドライブマップにも空知太神社が載っていない。先日所用で同地を訪ねた際に町内会の世話役らしい人に聞いてみたが、確認できなかった。風化の早さに驚くのみである。

iii) 北見道路の開鑿。

前記の上川道路にもまして凄惨だったといわれるのが、上川（旭川）～網走を結ぶ北見道路である。その距離は前者のほぼ2倍半にあたる。まず明治22年6月から、僅か37人の囚徒の手で、僅か60日間で200キロの仮道路がつくられたというから驚く。

本格工事は同年10月に始められたが冬期に入った為一時休止。翌23年4月から再開された。その状況を端野町史は「毎朝午前4時に開始し、終業は翌朝の午前・二時になる時もある程で、睡眠も充分にとれぬ…」と記している。

衛生状態は劣悪の一語に尽きた。仮宿泊所に多数が無理に押し込められた。生鮮食料の補給が追い付かず、過労の為、ここでも多数の水腫病が発生し、死亡者が相次いだ。看守の中にも死亡者があった。

このような突貫工事によって、上川～中越間は7ヶ月で工事の完成をみた。このうち愛別～中越間は別の民間業者が担当したとされる。

中越～網走間は翌年5月から網走分監の囚徒によって開鑿が行われた。

北見道路の開鑿での正確な死亡者数は不詳である。少ないもので180余名、多いもので300名に及ぶとの記載がある。

この工事について、当初2名の医師が配属されていたとの記録も見られるが、彼らは途中で脱落したらしい。医師の名前等は不明、脱落の理由もさだかでない。

なぜ彼らは途中から姿を消したのか。敢えて想像するならば、作業現場の苛酷さに驚き、精神的呵責に堪えず、職を辞したと考えることも可能なのではないか。

北見道路の犠牲者を記念するものとしては、緋牛内（端野町）の鎖塚が国道沿いにある人目を引く。その他、北見峠、瀬戸瀬（遠軽町）、国見ヶ丘（網走市）などに慰霊碑や顕彰碑がある。ドライバーや観光客には一人でも多く目を向けて頂きたいと思う。

北見道路の一部には民間業者の担当した部分があるのだが、その仕事の状況などについて囚人の労働と比較出来るような資料にはまだお目にかかっていない。

北見峠を東に降りた奥白滝（白滝村）に、明治26年、この地に設けられた駅通の記念碑がある。本道が奥地に発展して行った陰にこの囚人道路があったことを示している。

北海道の開発振興にあたって、金子堅太郎と岩村通俊はまさに銘記されるべき人物である。従来彼らはそのポジティブな面のみが取り上げられ続けてきた。しかし、ネガティブな面にもスポットが当てられてよいのではあるまいか。彼らの復命書や通達文を見ると、むしろ病蹟学の対象としてよい部分があるように思うのは誤りであろうか。さらに付け加えるならば、この施策を支えた樺戸集治監初代典獄の月形潔も責を免れまい。

これより先に、川湯・硫黄山の採掘現場での囚人の苛酷労働に反対して中央政府に忌避された、標茶集治監の典獄大井上輝前の例があることも記憶に留めておきたい。彼は明治23年三笠集治監に移り、後樺戸集治監の典獄になったが、クリスチャンの教誨師を任用して囚人の教化に努めたことから時の為政者の誤解を受けて野に下がった。退官後は札幌に住み、区議会（現市議会）の議長も勤めた。

北海道庁刊行の『北海道道路誌』（前掲）では、札幌本道については記載に10頁以上を割いている。然し、上川道路と北見道路については、僅か12行しか書かれていない。

人間臭さの伝わってくる札幌本道と、非人間性の余りにも露骨な囚人道路との相違をもう一度見なおしてみたい。そして同誌の記載をみるならば、ここにも往時の行政庁の姿勢を感じてしまうのだが、この本の編集者達もこれに触れる決断がつかなかったと推測して良いであろうか。



博物館網走監獄の展示。当時の囚人労働。



有機溶剤中毒予防に役立つ健診へ… 客観的な神経検査の導入を

北海道産業保健推進センター
産業保健相談員（産業医学）

岸 玲子
(北海道大学医学研究科公衆衛生学分野)

1. 有機溶剤の危険性

有機溶剤は塗装、洗浄、印刷など職場でもっとも多く使われている化学物質である。「労働衛生のしおり」（平成13年）によれば毎年、約51万人の人が年に2回の有機溶剤用特殊健診を受けている。急性中毒事例が死亡例1例を含めて25例もあるのは有機溶剤の中毒を予防するためにいまだ十分な体制が職場でとられていないためである。事故の原因をみると、タンク内など換気不十分な場所での作業が多いが、安全保護具の不備や、未着用など取り扱いの問題、あるいは安全衛生教育未実施、作業主任者未選任など安全衛生体制の問題も多く指摘されている。有機溶剤の物性をよく知らずに使用しているからである。

2. 有機溶剤による症状（急性中毒VS慢性中毒）

多くの有機溶剤は曝露が高濃度に及ぶと中枢神経系機能を抑制する。急性中毒症例の多くは麻酔作用による。通常の作業時のように比較的低濃度の場合には当然麻酔作用が顕在化することはない。種類によっては眼や鼻・咽頭に対して刺激性を示すことがある。これらの曝露直後にあらわれる「急性」症状のほかに、ヘキサンによる末梢神経障害の結果生じる「四肢のしびれ」のように反復長期間曝露ののち生じる自覚症状がある。したがって概念的には「急性」と「慢性」、「中枢神経症状」・「末梢神経症状」と「刺激症状」とにわけることが出来るが、実際には「急性」と「慢性」の区別は必ずしも明確ではない。

3. 有機溶剤中毒予防規則による健康管理

有機溶剤中毒予防規則では職場でよく使われる54種類の有機溶剤について、健康診断の進め

方を取りきめている。トルエンなどの芳香族と、トリクロロエチレンなどの塩素系溶剤などそれぞれの種類によっては、障害される臓器が異なる。たとえば、塩素系溶剤では、肝機能検査を、ヘキサンなどには低濃度曝露でも末梢神経の検査を実施するなど、物性に合わせた注意ぶかい健康管理を行う。日本では、欧米で行われているような、バッチなどをつける個人曝露評価（環境濃度測定）を行っておらず、環境測定としては一定の場所ごとに空気濃度の測定を行っているので、それを補う形で尿中代謝物の測定、バイオロジカルモニタリングを実施することになっている。トルエンに対応して馬尿酸を測定し、スチレンはマンデル酸を測定するなど、作業終了時に採尿して曝露の評価に供する。

4. 詳しい自覚症状検査でわかること

有機溶剤の毒性像はそれぞれの溶剤の化学構造に対応して変化する。このことは自覚症状についても同様であって、芳香族溶剤では作業中の局所刺激性とともに頭重・頭痛が、塩素系溶剤では作業中の酩酊感と非作業時に残る頭重感と物忘れが特徴的である。ジメチルホルムアミドの場合には「酒に弱くなった」自覚が特異的で、これは肝障害作用に対応している。ヘキサン曝露の場合には「手足のふるえ、冷え、しびれ、異常感覚」などの末梢神経障害に由来する自覚症状が増えること、メチルエチルケトンなどケトン類は一般に眼や鼻に対する刺激性が強いことが知られている。溶剤曝露が強くなるにつれて自覚症状頻度も高くなる。したがって訴えの頻度が高い職場では曝露が高く、作業環境を改善する必要があると推定できる。自覚症状調査は集団レベルでの総合的な判断に有用な情報を

提供する。

5. 客観的な神経機能テストの活用

神経系に影響を与える有機溶剤の種類は非常に多いが、労働者が曝露する濃度は実際はそれほど高くないので、自覚症状のみでは有機溶剤中毒による障害と判断することは難しい。しかし神経行動テストを活用すると、許容濃度近辺でも、有機溶剤中毒の予防や健康管理に役立てることができる。現場で産業医に相談するなどして積極的にとりいれることをすすめる。

6. 慢性の中樞神経障害のあらわれかた

慢性影響のあらわれかたは複雑で、WHOの専門家会議では3段階の分類を提唱している。

(1) 比較的軽度の障害（タイプ1）では抑鬱など自覚症状が主で神経機能テストではそれほどの機能障害は検出されない。数ヶ月単位で障害はもとに戻る。(2) 中等度の慢性中毒症（タイプ2）では臨床的には疲労感、気分の障害、記憶障害、注意集中の困難などが見られ、神経行動テストはこのタイプで最も有効である。(3) の高度の慢性中毒症（タイプ3）は職場の有機溶剤曝露によることは稀で、シンナーなど有機溶剤の嗜癖者で、繰り返し高濃度の急性中毒を繰り返していた場合には起こりうる。病態生理学的には神経組織の変化もともない、神経機能の低下は重篤で神経学的な画像診断（CTやMRIなど）でも異常が認められることがある。

7. 神経機能の客観的な評価法

神経機能のような高次の複雑な生体機能に対する影響の評価は、現場で再現性と客観性のある指標を用いて確認する。神経障害の検討には、

（WHOコアテストを中心に言語能力、短期の記憶力（ベントンや、WAISの数唱など）、視覚的な空間の認知能力、認知の速度（数文字符号置き換えテストなど）、運動の器用さ・安定性・速度（ベッグボードやサンタアナテストなど）、性格や最近の気分など機能テストを組み合わせで行われることが多い。コンピュータ化されたテストも国際的に標準化がなされている。実際に有機溶剤の種類や毒性に合わせて末梢神経や

色覚、振動覚、重心動揺度などの機能テストを加えることもある。

8. 現場での実際の神経行動テストの応用

世界各国の、塗装工、印刷工などの有機溶剤曝露者について神経行動学的テストバッテリーを組んで調べた研究を要約すると、トルエンなど混合溶剤曝露の労働者ではDigitsymbol（符号置き換え）や短期記憶（Bentonなど）やブロックデザインテストの成績が劣るものが有意に多いと報告されている。尿中馬尿酸濃度と神経機能の関係が検討され、代謝物の濃度が高いほどある神経行動テストのパフォーマンスが有意の低下があるなど多くの研究で明らかにされている。一方、過去の繰り返し慢性曝露では、どのような曝露濃度や曝露期間で中樞神経テストの成績に差が出るかについての用量反応関係は、必ずしもまだ明らかでない。

9. 鋭敏な視覚への影響

有機溶剤の神経毒性で最近注目をされている問題が視覚、特に色覚の障害についてである。先天的な赤緑色弱ではなく、blue-yellowタイプの色覚の障害は、糖尿病の網膜症や、ある種の薬剤にも敏感である。この色相の識別能力の低下が、有機溶剤の神経系への影響の一つとして鋭敏な指標になる。ノルマルヘキサン、2硫化水素、スチレン、混合溶剤などで、許容濃度近辺で出現する。このように視覚への影響が注目されるが、後天的な色の識別に影響を与える要因には、年齢、アルコール摂取歴などがあるので、本当に有機溶剤の影響かどうか確認する必要がある。

10. 中毒予防

曝露濃度と曝露期間によっては明らかな神経影響がでることがあるので、職場の環境濃度はできるだけさげること、局所排気装置などの設置が難しい場所では、（次善の策だが）、防毒マスクなどの保護具をしっかりと装着する。定期的な産業医による健康診断、特に低濃度でも影響が評価できるような鋭敏で客観的なテストをもちいて曝露影響を評価し、障害予防の対策をたてることが重要である。

ご存じですか？



めまいについて

美唄労災病院耳鼻咽喉科部長 西澤 伸 志

「めまい」はとても内容の広い言葉で、代表的な症状は①天井が回ったり、自分が回っている感じ、②ポートに乗ったような揺れる感じ、③長湯をして湯舟から出る時に経験する目の前が暗くなる感じ、④階段を降りたり椅子から立ち上がる時にふらふらする感じがあります。これらの感じがそのまま障害部位の診断と治療に密接な関わりがあるので、ていねいな問診をします。

患者さんの困ることは大きな症状の一つではないか、吐き気、再発するのか、どのくらいの日数続くのかの4点です。診断の確定のため①は、脳の下部にある小脳・延髄の異常か内耳の異常によるので、それらを区別するためMRI検査を施行し、メニエールなどの聴こえの異常を伴うかを確かめる聴力検査を行い、引き



続き平衡機能（バランス機能）と異常眼球運動の有無を調べます。②と③は血圧、心電図、血糖値などを調べます。④は歩行の状態を中心に調べますが、それぞれが重なる場合があるのですべて調べます。検査の要する時間は約1時間です。患者さんの数は年間150人ほどですが、約9割は「夜中あるいは夜明けに目が醒めた時に天井が回っている」という良性発作性頭位めまい症と呼ばれるものです。一日タイプ、三日タイプ、二週間タイプが多く、「乗り物酔い」される方は吐き気を伴うことが多く、経過がやや長いようです。治療として薬のほかに、めまいの運動療法（めまいのリハビリ）をすることもあります。なお脳血管障害が原因となって生じるめまいは改善が困難なことが少なくありません。発症の平均年齢は50代後半ですが、60代が最も多く、10代でも認めます。

平成13年度

北海道産業保健推進センター 産業保健相談員

専門分野	氏 名	現 職	担 当 曜 日	専門科目・分野等
産 業 医 学	岸 玲子	北海道大学大学院医学研究科 教授	木曜日 午前	産業保健・疫学
産 業 医 学	木村 清延	岩見沢労災病院 内科部長	毎 月 第三水曜日 午後	産業保健・内科
産 業 医 学	清田 典宏	(財)北海道労働保健管理協会 常務理事・健康管理部長	毎 月 第一・三・五曜日 午後	産業保健・外科
産 業 医 学	種市 洋	美唄労災病院 第2整形外科部長	毎 月 第二水曜日 午後	産業保健・整形外科
産 業 医 学	西原 久司	(財)北海道労働保健管理協会 副会長	毎 月 第二・四水曜日 午後	産業保健・内科
産 業 医 学	原 渕 泉	札幌鉄道病院保健管理部 労働衛生科主任医長	火曜日 午後	産業保健・作業環境関係
産 業 医 学	藤原 豊	美唄労災病院 第2内科部長	毎 月 第一水曜日 午後	産業保健・内科
産 業 医 学	山村晃太郎	旭川医科大学 名誉教授	金曜日 午後	産業保健・精神保健
メンタルヘルス	中野 倫仁	札幌医科大学神経精神医学講座 講師	金曜日 午後	精神医学・精神保健
労働衛生工学	西 安信	北海道工業大学工学部建築工学科教授	木曜日 午前	作業環境関係
労働衛生工学	澤田 厚史	中央労働災害防止協会 北海道安全衛生サービスセンター専門役	月曜日 午後	作業環境関係
カウンセリング	豊島 眞	札幌カウンセリングセンター 所長	火曜日 午前	カウンセリング心理テスト
カウンセリング	井上 蓉子	元埼玉県立精神保健総合センター 相談部長	金曜日 午後	カウンセリング
労働衛生関係法令	横山 靖二	北海道労働局 労働時間改善コンサルタント	水曜日 午後	労働安全衛生法、じん肺法及び関係規則のうち有害物、有害環境関係法令解釈等
保 健 指 導	鎌田 幸子	健康保険組合連合会北海道連合会 保健婦	毎 月 第一火曜日 午前	保健指導

※担当曜日（時間）につきましては、相談員の都合により変更になる場合があります。

フォト ニュース

美唄労災看護専門学校の学生さんが
施設研修で来所しました。

■日時／平成13年11月2日
■場所／当センター研修室



衛生管理者(衛生推進者)等研修会(その2)

■日時／平成13年11月19日
■場所／旭川市



第3回メンタルヘルス事例研究会

■日時／平成13年11月30日
■場所／当センター研修室



体験セミナー・喫煙

■日時／平成13年12月5日
■場所／当センター研修室

50人以上の事業場の事業主・その労働者、産業医等の産業保健活動を支援します。

- [illegible]