



No. 16

2002.10

北の 産業保健

HOKKAIDO

「北の産業保健」第16号 (2002.10)

Contents

シリーズ「医学に親しむ」

《連載》

- ☆「産業医学における疫学研究～やさしい疫学の解説～(その2)」…………… 1
(3回連載の2) 三宅 浩 次
- ★「歯科技工士におけるじん肺症(Ⅰ)」…………… 4
(2回連載の1) 平野 正 康
- ☆「職域における糖尿病管理ストラテジー(その2)」…………… 6
(2回連載、完) 藤 原 豊

《読みきり》

- ★「心身症の話」…………… 9
山村 晃太郎

「特集」最近の相談から

- ☆「健康診断や健康情報のプライバシー管理について」…………… 12
(編集部)

産業保健散策

《連載》

- ★「北海道労働衛生史メモ(その8)」…………… 14
古 屋 統
- ☆ フォトニュース…………… 18

「情報」のページ

- ★「肝炎対策について」…………… 19
(厚生労働省より要請)

《コラム「ご存じですか？」》

- ☆「芥川龍之介も片頭痛もちだった!!」…………… 19
伊 藤 和 則
- ★ これからの研修会のご案内…………… 20

編集後記

- …………… 20

産業医学における疫学研究 その2

やさしい
疫学の解説

北海道産業保健推進センター

所長 三宅 浩次

3 原因にせまる疫学、
分析疫学

1) 疫学研究のデザイン(1)

～症例対照研究～

研究しようとする疾患の症例を集めてきます。病例だけでは対照のない研究として証拠価値が低いのです。〇〇症候群というのを記述する段階では症例集めだけでも十分大変な仕事ですが、疫学では対照、つまり比較対照を要求します。かつて、ロンブローゾという研究者が、犯罪人にはいくつかの人類学的特徴があると発表し、犯罪人類学としてこの学説は一世を風靡しました。例えば、耳殻の上内側に小さな突起があります。ダーウィンがいうには、人間の耳は昔、尖っていた時代があり、その名残の証拠だといったのでダーウィン結節ともいいます。ロンブローゾは刑務所の囚人を観察して、この結節所有者が多いといったのです。彼は囚人を調べましたが、一般の人を調べませんでした。普通の人と同じ程度にダーウィン結節をもっていたので、今は誰もこの話を信じません。

集めた症例に対して、比較可能な対照を集めます。例えば、60人の肝機能異常値のものを症例として、同じ職場で性別・年齢別に大きな違いのない対照者を80人集めてくるという具合です。調べたい項目は、暴露物質の種類、量、暴露時間、暴露年数等になるでしょう。その他の項目、性別、年齢等は両方の群で似ていたほうが調べたい項目の差が明確になるからです。

2) 疫学研究のデザイン(2)

～コホート研究～

症例対照研究は、出発点が健康事象の有無でした。それに対し、コホート研究は、暴露事実の有無となります。つまり出発点に注目する方法です。

コホートという意味は、昔のローマ軍団のことで、転じて特定の集団を表す疫学上の術語として使われています。例えば、電離放射線暴露職場で働いていた技師とその他の職場で働いていた技術者を暴露群と非暴露群として観察するという方法がコホート研究です。

症例対照研究では、必ず結果から暴露状況を振り返りますので、時間的には後ろ向き研究になります。コホート研究は、最初にコホートを暴露、非暴露で分けて設定していれば、前向きの研究になりますが、産業医学では、後から特定環境に問題があったのではないかという疑問が出て、20年前の名簿までさかのぼって、暴露群と非暴露群を分ける作業をしてから研究を開始するということが多いので、後ろ向きコホート研究が結構多いのです。

コホート研究は多数の人たちを長年にわたって観察しなければなりません。特に発生頻度の低い(罹患率が低い)集団での研究は多大な研究費が必要になります。しかし、症例対照研究は、経費が安く、研究期間も短いという長所がありますが、後述のようにバイアス(偏り)が大きく、決定的証拠を得るには不利な研究で、結論を出すときには特に慎重でなければなりません。

3) 分析疫学のバイアス

分析疫学の目標は、環境要因(暴露要因)と疾患(マイナスの健康

事象等)との関連を明らかにすることにあります。ところが結構邪魔者が入ってきて結論をねじ曲げられることが少なくないのです。

症例対照研究で一番たいへんなのは、後から振り返って、昔のことを聞きます。このような暴露があったのか、要因があったのかと聞いても、記憶が不確かであり、それを証明する何ものも残っていないということが多々あります。これをリコール・バイアス recall bias といっています。特に特定の暴露と自分のもっている疾患との関連が疑われていることを知っている患者は、一生懸命暴露の有無を探しますが、対照者は無関心ですから暴露があっても思い出せないということが起こります。

コホート研究にもバイアスがあります。例えば、特定の暴露に弱い体質の労働者は、その職場を早めに辞めます。したがって、残った暴露コホートは比較的強い体質の労働者で、観察期間が終了して両群を比較すると、かえって暴露群のほうが目標の疾患に罹るものが少ないという結果が出ることもさえるのです。これを健康労働者効果 healthy-worker effect といいます。

その他にも多数のバイアスが指摘されています。サケットは何と35種類ものバイアスをリストアップしているくらいです

(Sackett: J.Chronic Dis.,32:51;1979)。

バイアスを大きく分けて要点だけを述べましょう。一つは症例対照を選ぶとき、あるいはコホートを決めるときのバイアス、選択バイアスといえます。診断や暴露条件の不確かさで生じるバイアス、参加者が偏るバイアス(例えば、

治療成績を調べるために患者に調査票を送ったら回収率が低かった、回答した患者は治療成績がよいが、無回答者には死者や不満の持ち主が多い 等があります。

調査研究が始まってからのバイアスは情報バイアス（または観察バイアス）といえます。後ろ向きコホート研究は産業医学では利用されやすいといいましたが、最初のファイルの記録が結構欠陥だらけということがあります。症例になった労働者のファイルは担当者の関心を引きましますので、持ち出されていたりして見つからないことがあるのです。

これらのバイアスと明確に分けることは困難ですが、別の要因が因果関係の解釈に絡まってくるのを交絡要因confounding factorといいます。種々の肺がんに関するリスク要因では、喫煙習慣を押さえておかないと因果関係がわからなくなります。その作業に従事していた労働者に喫煙者が多かったのではないかと質問されても答えられないというのでは困ります。このようにリスク要因と暴露要因の両者に影響する第3の要因が交絡要因です（図4）。この影響を除くためには、第3の要因を層別（例えば、喫煙者と非喫煙者）に分け

て計算する方法があります。

例えば、二つの集団の死亡率を比べると、年齢調整死亡率を使います。高齢者の死亡率は高いということ（リスク要因に影響する）と、二つの集団（例えば、都市と地方）では年齢構成が異なる（暴露要因に相当します）ということで、年齢は死亡率の交絡要因となります。それで、そのバイアスを除く方法として年齢層別に分けて調整死亡率を計算するのです。

4) スクリーニングにおけるバイアス

多数の労働者の中から特定の疾患罹患者を探し出すのに、スクリーニング検査がよく使われます。本当に患者であった人のうち、疾患が見つけれられた人の率を敏感度といいます。また、疾患が本当でない人のうち、疾患がなかったと判断される率を特異度といいます。この二つの率はスクリーニングの正確さを示す指標として重要です。しかし、いかに敏感度や特異度が優れた検査であっても、注意しなければならないバイアスがあるのです。

1. リードタイムバイアス：スクリーニングを受けた群と受けない群が疾患の進行（無症状期、

症状発現期、死亡時点）が同じでも、スクリーニングを受けた群は無症状期の一部が疾患のあった時期として計算されるので、受診者のほうが未受診者より死亡時点までの期間が長い（この時間差をリードタイムという）ので、検査が有効であったと誤って判断してしまうことになります。

2. レングスバイアス：同じ疾患であっても、症状の進行が早い人と比較的ゆっくりと進む人がいます。ゆっくり進む人はスクリーニングで見つかるチャンスが大きいので、その見つけた患者だけで病気の時期を測ると、進行が早く死亡も早めの患者に比べ長い経過であると誤って判断するバイアスになります。

3. セレクションバイアス：多くの教科書ではセルフ・セレクション・バイアスとして記載されていますが、これは受診者の多くがふだんから健康に注意している人たちなので、その人たちのデータで判断すると受診者が長生きしているように見えるというバイアスです。

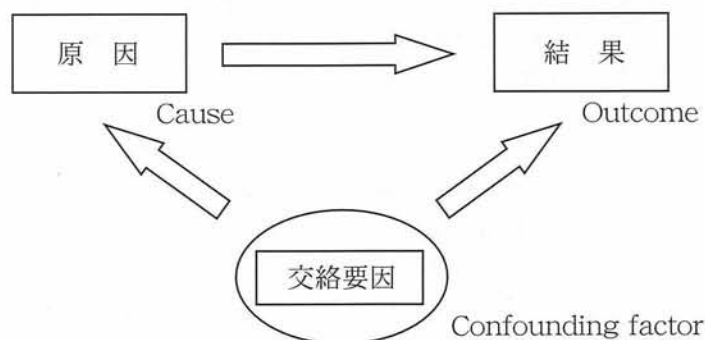
ところが、統計学者のバークソンが医者統計を厳しく批判したときのバイアスは、ちょっと違う話なのです。

今、検診に熱心な集団と不熱心な集団があり、どちらもある特定の疾患の有病率が等しいとします。それにもかかわらず、受診率の違いだけで熱心な集団のほうが有病率が低く見えるというバイアスが出てくるのです（図5）。

（以下次号）

（なお前号で予告しましたICD-10の英字略号の回答は次号になります）

図4 交絡要因



例：アスベスト暴露（原因）が肺ガン（結果）を増加させる、というが、アスベスト従事者に喫煙者が多かったら、喫煙習慣が肺がんを増加させるのだから、アスベストのせいといえるだろうかという疑問が出る。この議論は、喫煙者と非喫煙者に分けて解析してもアスベストの影響があるという結論になった。

図 5-a Lead time bias

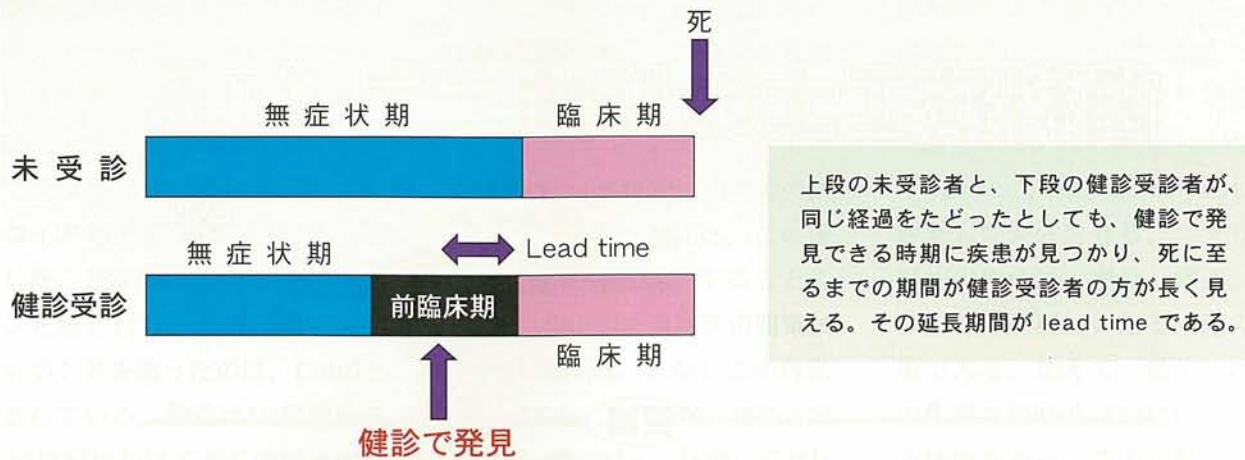


図 5-b Length bias

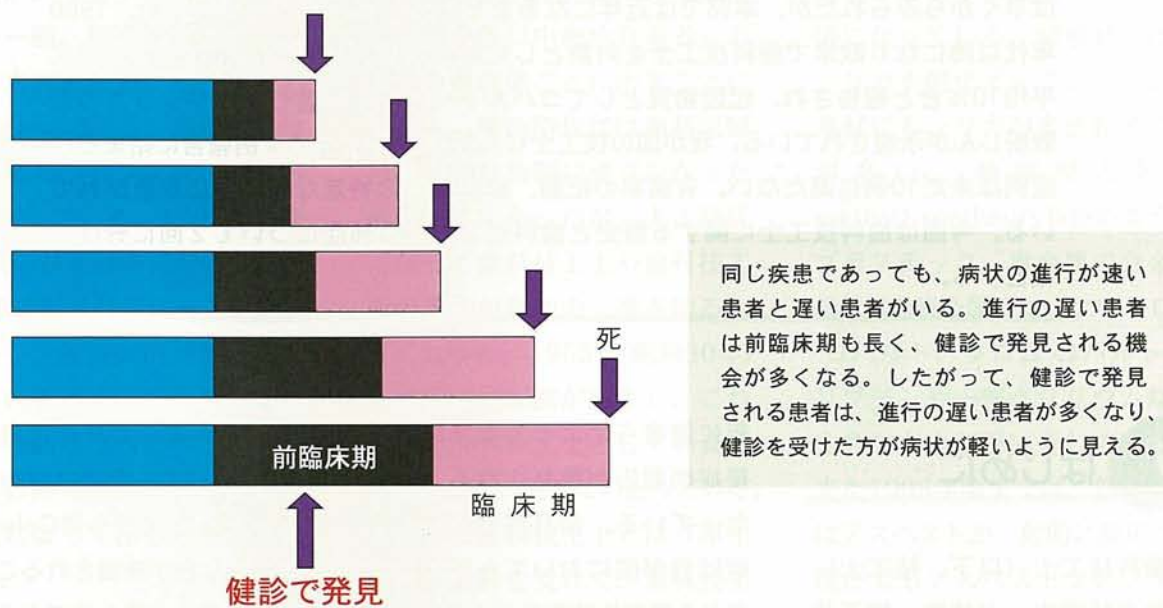
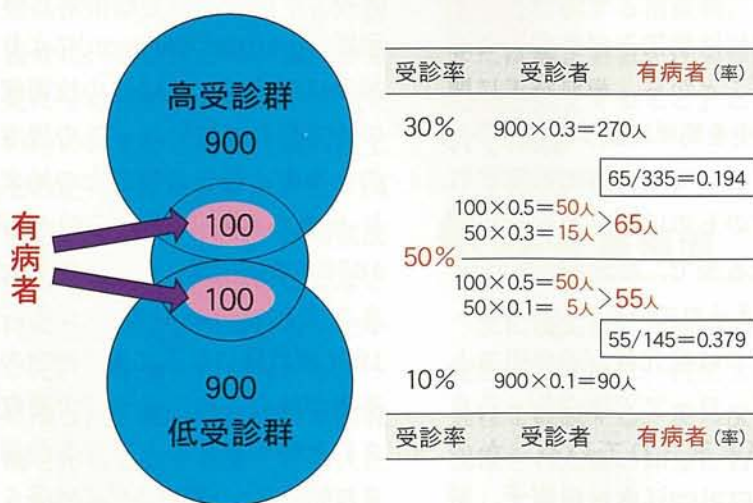


図 5-c Selection bias



高受診群と低受診群、それぞれ1,000人の集団の有病率が同じ10%とする。受診率が異なると図のように健常者900人から高受診群では270人、低受診群からは90人が受診する。有病者は自覚症状があるため高めの受診率で、50%とすると、有病者100人のうちそれぞれ50人ずつ受診し、残りのものはそれぞれの群の受診率で受診する。結局、高受診群からは65人の有病者が受診し、低受診群からは55人が受診する。総受診者で割ると、それぞれの群の受診者中の有病率が計算され、高受診群は19.4%、低受診群は37.9%の有病率となった。低受診群の有病率が高いといったら、それはバイアスであるということになる。

歯科技工士のじん肺症（Ⅰ）

岩見沢労災病院

副 院 長 木村 清延（北海道産業保健推進センター相談員）

歯科口腔外科部長 平野 正康

要旨

歯科技工業務にともなう粉じん暴露によりじん肺症を呈した症例の報告は欧米では早くからみられたが、本邦では近年になるまで殆ど注目されていなかった。1980年代以降になり欧米で歯科技工士を対象とした疫学調査がなされた結果、有病率は平均10%台と報告され、起因物質としてコバルト・クロムを含む合金やシリカの飛散粉じんが示唆されている。我が国の技工士じん肺症は1995年の1例報告に始まるが、症例は未だ10例に満たない。有病率の把握、起因物質の特定などの対応が急がれている。今回は歯科技工士に関する歴史と歯科技工士じん肺症について2回に分けて報告する。

1 はじめに

歯科技工士（以下、技工士）は歯の補綴物、充填物、矯正装置の作成、修理、加工を業務としている。切削、研磨作業に伴う各種粉じんの暴露による呼吸器疾患の発生が危惧される。古くは1939年、Siltzbachによる技工士に発生した珪肺結核の報告があるが、いわゆる歯科技工士じん肺症は、1962年のOllagnierらの報告に始まると思われる。1970年代以降欧米を中心に技工士じん肺症の症例報告がみられ、1980年代には技工士じん肺症に関する疫学調査が行われている。我が国では、技工士じん肺症の最初の報告が1995

年に筆者らによってなされ、以後症例報告が散見されるようになっていく。歯科技工士じん肺症は我が国においても最近注目される職業性肺疾患の1つである。

2 歯科技工の歴史

一般には馴染みが少ないと思われることから、歯科技工に関する歴史を簡単に振り返ってみる。補綴物として歴史的に確認された最古のものはフェニキア人の手になる金で、紀元前数百年ころと考えられている。クラウン・ブリッジは紀元前700年頃エトルリア、ローマで始まり、ろう付けが実施されている。かのHippocratesは歯科用鉗子、器具類の発明創案者としても名を

残している。カリエス歯に充填することは古代では行われなかったが、紀元後1年Celsusは抜歯に際し歯が破壊されることを防ぐ目的で、木綿や鉛であらかじめ充填する手法を考案した。これが歯科における充填の始まりとされている。歯の治療は医師または理髪師(barbaer-surgeon)により、補綴は鍛冶屋または他の技術家の手で行われていた。この後者の仕事は、今日の技工士の始まりと考えられる。紀元前から1600年頃までは、歯科治療に大きな変化はみられなかった。1600年以降になって歯科治療の基礎が確立され、金や銀で固定された骨や象牙の人工歯も使用され始めた。1700年代には多くの進歩があり、金・銀・鉛による

充填、ヤスリの開発、可撤性義歯などが考案された。その他ゴールドクラウン、クラスプが用いられるようになったのもこの時代であった。1800年代になってアマルガム、蒸和ゴム、セルロイド等が歯科材料として登場した。1887年メタルにポーセレンを焼き付け、今日と同じメタルボンドを造ったのは、Landとされている。鑄造は19世紀から20世紀にかけて多くの試みがなされたが、ワックスパターン、スプルー線、埋没材を使用する今日の方式を初めて紹介したのはTaggardである。かれは圧迫鑄造による金インフレーの鑄造法を発表している。1900年以降、歯科材料・技術は開花期に入り、1937年にはアクリリックレジンが登場し、義歯床用材料として用いられるようになった。また歯科精密鑄造法も進歩し、今日ではきわめて複雑な歯科修復物も鑄造によって作られるようになった。

我が国における『歯』に関する記録は、縄文時代までさかのぼることができる。愛知県伊用津貝塚から出土した頭蓋骨に、歯を抜かれ、歯の形を変えられているものがあり、その時の特定の工師を、歯科技工士の紀元とする見解がある。14世紀になると、日本では開業医の形態が生じ、一部の仏師などによって、その木彫技術を生かした、木床義歯が作られるようになった。江戸時代には木床義歯を作ることを生業とする人たちが現れ、入れ歯師とよばれた。一方開業医の中でも、歯の治療

のかたわら木床義歯を作る者もいて、『歯医者』と呼ばれた。明治維新以降も、この木床義歯は広く用いられ、19世紀の終わり(明治30年頃)まで作られていたらしい。1875年に初めての医術開業試験が行われた。この後、歯科は独自の試験をすることになり、1883年に歯科医術開業試験が行われた。しかしこの段階になっても、入れ歯師、歯抜き師、などが一般には広く活動しており、これらの者に対して1885年以後『入歯歯抜口中療治営業者』の鑑札を道府県ごとに出すことになった。明治時代には歯科医師の補助的な役割に過ぎなかった歯科技工であったが、大正時代になって歯科技工士や歯科技工所の需要が増加の一途を辿るようになった。1955年(昭和30年)には歯科技工法が誕生し、これにより歯科技工士としての資格が定められ、現在にいたっている。ちなみに歯科技工士とは『厚生大臣の免許を受けて、歯科技工を業とする者であり、歯科技工法の規制を受ける』と、歯科技工とは『特定人に対する歯科医療の用に供する補綴物、充填物、または矯正装置を作製修理し、または加工すること』と定義されている。

3 作業環境

次に技工士じん肺症の発生を理解するために、技工士の作業過程を概説する。歯科医により採取された歯の印象に石膏を注入して模型を作り、これからろう型(wax model)を作成し、こ

れを基材内に埋没させる。その後加熱によりろう型を溶かして鑄型を作り、これに溶解した合金を流し込むことにより補綴物を鑄造する。次に鑄型を破壊(割り出し)して補綴物を取り出し、研磨して完成させる。つまり補綴物の作成は、埋没、鑄造、割り出し、研磨にいたる一連の作業である。加えて一般的にはこの作業を同時並立的に行うという特徴をもつ。この行程の中で研磨が、粉じん飛散の最大の原因になっている。研磨材には、シリカや酸化アルミニウムが、基材にもシリカが含まれることが多い。補綴材としてmethyl-methacrylateのようなプラスチック、貴金属の合金、最近是非貴金属のニッケル-クロム-コバルト、クロム-コバルト-モリブデンや一部ベリリウムなどを含む合金が用いられている。また1995年頃までは、鑄造時にはアスベストが一般的に使用され、現在でもアスベストブロック、アスベスト板が使用されている作業場もあるといわれている。以上述べてきた物質が技工所内空気中では、吸入性粉じんとして拡散している可能性がある。とりわけ重金属のように排出されにくいもの、およびアスベストやベリリウムのような人体への有害性の高い物が粉じんの中に含まれれば、じん肺症などの呼吸器疾患の危険性が高まることになる。

(以下 次号)

職域における 糖尿病管理ストラテジー

(その2 完)



美唄労災病院 第二内科部長

藤 原 豊 (北海道産業保健推進センター相談員)

5

軽症糖尿病の 治療戦略

1) 肥満への対策

定期健康診断項目に身長体重が入っているが、それらで導くBMIの欄はなく、肥満を有所見とする産業医はおそらくいないと思われるが、次の点で肥満の判定は注目される。

肥満は体脂肪量の過剰な蓄積として定義される。この過激な体脂肪の蓄積状態は体重と身長から求められる体格指数（BMI＝体重kg÷身長m÷身長m）を指標に、18.5未満はやせ、18.5～24.9は普通、

25以上は5刻みで肥満、1度、2度、3度、4度と判定される（日本肥満学会1999）。もう1つの指標はインピーダンス法による体脂肪率測定により、男子25%以上、女子は30%以上は肥満と判定される。このような指標において肥満と判定されるものでは、糖尿病、高血圧、血液脂質異常など代謝症候群としての動脈硬化のリスクファクターを合併する頻度が明らかに高くなる。

加えて、体脂肪の分布特性に注目すると臍部の高さで計測した腹囲が男子で85cm以上、女子で90cm以上は上半身肥満と判定され、これらにおける臍部の高さで撮影

したCT像における内臓脂肪面積は100cm²以上を示す確率が高い。このような所見は軽症糖尿病を特徴づける肥満のタイプとしての内臓脂肪型肥満を推定させる。

以上を踏まえて軽症糖尿病と診断されたものについては20代前半との体重比較において、その増加量を10%以内にとどめるよう食生活の適性化と生活活動度の増強をはかるようにする。

2) 食後過血糖のコントロール

A：特定保健用食品の利用

厚生省は、「身体の生理学的機能等に影響を与える保健機能成分を含んだ食品であって、健

表3 血糖値が気になる方のための特定保健用食品

商 品 名	会 社 名	食品の種類	関与する成分	お問い合わせ先
健人茶論	近畿コカ・コーラ ボトリング	清涼飲料水	難消化性デキストリン	0120-30-8362
糖健茶料	サンスター	粉末清涼飲料水	難消化性デキストリン	0120-54-3210
血糖の気になり はじめた人の フィットライフコーヒー	ミル総本社	粉末清涼飲料水	難消化性デキストリン	0120-36-1094
ヤクルト蓄爽麗茶	ヤクルト本社	清涼飲料水	ギャバポリフェノール	0120-11-8960
食事のおともに食物 繊維入り緑茶	日清サイエンス	清涼飲料水	難消化性デキストリン	045-453-6951
グルコデザイン	日清製粉	粉末状スープ	小麦アルブミン	03-3219-5454
ミキ グルコエイド	三基商事	野菜粉末スープ	小麦アルブミン	0120-06-6400

康の維持、促進、及び特定の保健の用途に資するもの」、として特定保健用食品を認可している。特定の保健の用途としては、お腹の調子を整える、血圧や血中コレステロールが気になる方へ等と並んで血糖値が気になる方向けの食品が用意されている。

血糖値が気になる方における医学的な見地からの病態は、軽症糖尿病として診断されうるものといえる。これらにおける特質は空腹時血糖が正常範囲にあったとしても、また空腹血糖障害として判定される場合であっても、食後過血糖が糖尿病域にあるか、それに近い状態だとして捉えられる。これは、摂取した食事に占める糖質の消化、吸収速度と、それに対応する速やかなインスリン分泌の障害によるため、これを是正する食品成分として「糖吸収を穏やかにし、血糖値の上昇をゆるやかにする」ことを目標に、(1)難消化性デキストリン、(2)グァバ葉ポリフェノール、(3)小麦アルブミン、を有する飲料水タイプやスプタイプが認可されている。これらの認可商品は、表3に示す如くである。

B：経口血糖糖尿病用剤の適応

軽症糖尿病と診断されたものの中で、食後過血糖（食後2時間200mg/dl以上）が明らかなものにおいては、これは既に顕性糖尿病期に移行しているものとして糖尿病（2型糖尿病）と確定診断し、 α -グルコシダーゼ阻害剤（グルコバイ、ベイスン）や超速効インスリン分泌促進剤であるナテグリニド（スターシス、ファスティック）、その他BMI 25以上の肥満例ではビッグアナイド剤であるメトホルミン（メルビン）やインスリン抵抗性改善剤であるピオグリタゾン（アクトス）の処方を考慮する。

C：低インスリンダイエットの功罪

最近、低インスリンダイエットを扱った健康雑誌や本が見られる。これは、グライセミック指数（GI）が低いものは、脂肪合成、分解抑制ホルモンであるインスリンの分泌刺激が少ないのでやせるというものである。高脂肪食はインスリンの作用を弱める、あるいはインスリン抵抗性を引き起こすといった重要な問題にふれず、低GIとしてむしろ高脂肪食を勧めている。そこにはカロリー、バランスといった主たる考え方を無視し、従であるはずのGIだけをとりあげた欠点があるので、慎重な取り扱いが必要である。

3）代謝症候群（メタボリック・シンドローム）への対応

軽症糖尿病は代謝症候群を特徴づける病態の1つである。血圧や血液脂質異常とともに病態の改善には、肥満の解消が優先されることはいうまでもない。そこで代謝症候群への基本的な対応としては、第1に先に述べた肥満の解消をはかる必要があり、そのためには体重、体脂肪測定を必要とする。第2は血糖や血圧の自己測定、そして第3には定期的な血液脂質レベルのチェックが欠かせないことになる。体重と体脂肪については一体型で、これが手軽に計測出来る体脂肪計つきヘルスメーターの使用がすすめられる。又、血糖や血圧の自己測定についても更なる普及が望まれる。

特に血糖自己測定については、現在インスリン注射療法下にあるものでは健康保険の適用が認められているが、生活習慣病の中核を成す2型糖尿病に関しては患者自身の積極的な自己管理意欲下でこれを導入させる指導が望まれる。これにより軽症糖尿病期における空腹血糖障害、食後過血糖のいず

れかについても、その数値の異常に痛みを感じるというセンスの中で、食事や運動への配慮を適正に行い、軽症糖尿病を顕性糖尿病に移行させないのと同時に、軽症糖尿病を特徴づける動脈硬化のリスクを避けさせる臨床医学的戦略展開が期待される。

4）糖尿病患者に行動変容をもたらす要点

医療者の欲求（哲学的基盤、中核的信念）は下記によって裏付けられる。

- ・海外の大規模な疫学調査であるDCCTやUKPDSに勇気づけられ、急性、慢性合併症予防のため血糖値を下げる。
 - ・合併症対策は、家族や本人の幸せであるばかりでなく、医療費削減に有益である。
 - ・患者のセルフケア行動とHbA1c管理は、医療者の能力評価の指標である。
 - ・患者支援の自分の努力が必ず結果を生むので重要と信じたい。
 - ・母親的養育方法＝フローレンス・ナイチンゲール方式：医療者は患者のすべての問題を解決し、気持ちを楽にし、すべての面倒をみる責任がある。
 - ・患者が現行の標準的セルフケアをできることが医療者の責任であり、評価となる。
- しかし、これらは、下記の理由から医療者の苛立ちを生み出すだけである。
- ・医療者は患者を管理制御する力は限られている。選択は患者自身のものである。
 - ・制御できないことへの責任感、欲求不満、無力感、落胆、無能感に直結する。自分で制御できない事柄に責任を問われたり、それによって評価されたりするように感じたとき、燃え尽きと無力感しか残らない。
 - ・患者が医療者の助言を聞き入れない時、コンプライアンス欠如

のレッテルを貼るのは、感じている苛々や無力感を患者に責任転嫁し非難していることに気づかない。

本当の教育とは、患者が人間としての潜在能力を最大限に発揮できるように、より効果的問題解決方法を発見するのを援助しよう、訓練したり相談相手になることである。結局、どれだけ役立ったかは、患者がどれだけ自分自身の目標を設定し、それを達成できたかによって判断できる。糖尿病患者は自分の病気を管理することにすべての責任を負っているという根本的事実を、われわれ自身が認識することが第一歩である。従来の方法論によると、医師は専門家であり、保護者であり、善意と思いに基づくpaternalisticな援助者であるが、彼らによるヘルスガイダンスだけでは行動変容やその継続に効果はない。

5) 糖尿病とイイコ行動

自己抑制行動といい、自分の気持ちや欲求より他者に認められることを優先し、肯定的行動をしようとする行動であり、行動科学の分野で提唱されている。これは他者に認められたいという自分の欲求を充足するための行動で、相手の要求を充足させることが目的ではない。そのため、他者とのかわりにおいて、相手を充足させる行動が伴わず、素直に話合えず、表面的人間関係となる。自己感情抑制行動は、無力感、不安、不満、他者への情緒的依存、自己評価感の低下、神経症状、他者との関係で高まる自己要求水準の亢進、A型行動との連動、支援ネットワークの貧弱化をもたらし、ストレスが慢性化し、不快からの逃避的、代償的対処として、気晴らし食いや飲酒に走る。こうしたストレスに対する逃避的行動の蓄積が糖尿病を含む生活習慣病をひきおこすといえる。

イイコ行動は高度成長を支えてきた行動特性であり、イイコからの脱却には「いやなものとはできない」と本音を素直に伝え、不義理もやむなしとするか、積極的に事情を伝え、上手に断ることが必要である。しかし、「ノー」ということへの不安感は、胎児期、幼少期の心傷経験による本質的欲求の不充足が原因であり、その気づきを深め、フラッシュバックする感情の癒しが必要とされ、糖尿病や肥満治療上注目すべき点である。

6 産業医の役割

糖尿病は慢性疾患であり、完治することはなく、それだけでも心理的負担になる。職場に対する独特の忠誠心が要求される我が国の環境では、さらに多くの負担が労働者に強いられている。そこで、産業医は職場と労働者との間にある以下の問題について、具体的に配慮する必要がある。

- ・職場の同僚周囲にどう打ち明けるか悩んでいないか。
無症状軽症者は抵抗感がないが、インスリン療法者はコントロール良好でも抵抗あり。我が国は社会的不利益が多い。特に、不安定インスリンコントロール者は、低血糖時介護に周囲の協力が、特に公的責任者ほど必要だが、周囲に打ち明けられない。
- ・糖尿病を秘密にしているため治療に問題が発生していないか。
ブリティル型糖尿病は一日4回強化療法を、SU剤2次無効には3回打ちインスリンが必要だが、昼間のインスリンは心理的に負担となる。また、職場では低血糖の間のミスが心配で低血糖になりたくないため、仕事中でも高血糖気味にしたいと思う。自己血糖測定は、他人に知られずにしたいが、測定音、測定場所、血液汚染の問題がある。

- ・休日、有給休暇がとりにくい場合いつ治療を受けるか。
土曜日外来が必要だが、企業が時間の猶予を与えられるか。
- ・転勤、単身赴任、残業によっておこる問題は起きないか。
再編、為替レートの影響で海外移転が多いが、糖尿病がリストラの理由とされる危険がある。
- ・つきあいが糖尿病悪化要因になっていないか。
良い意味の個人主義が根付いていないため禁酒生活が崩壊しやすい。
- ・職員食堂に問題はないか。
安価な高エネルギー食でカロリー計算できない出来上がり食が多い。

7 まとめ

産業医の役割は、労働者の健康を保持増進することであり、糖尿病を労働負担との関係でとらえた場合、作業関連疾患や過労死がきわめて重要といえる。産業医はそれらの予防という観点から糖尿病対策を実施することが望まれ、軽症糖尿病の時期から慎重な作業管理が必要である。特に、夜間勤務や深夜勤務、重筋労働などにリスクの高い労働者を従事させるときは、個々の労働者ごとに慎重な評価をした上で、その可否を判断しなければならない。一見、糖尿病として軽症であるが、脳、心臓疾患などの中等度以上のリスクを有する者については、労働による慢性的な過重負担や急激な負担の増加が起きないように管理監督者に注意を喚起することも必要になる。健康診断や職場巡視の時だけでなく、定期的に面談をおこない、ストレスの状態や体調の変化、職場内の問題などを十分に観察して糖尿病の進行を予防しなければならない。行動変容については統合型自己管理教育の概念導入が望まれ、THPとの補完も重要であろう。(完)

心身症の話

旭川医科大学名誉教授

山村 晃太郎

(北海道産業保健推進センター相談員)



1 はじめに

人は思考し、感覚器を通じて光や音を知覚し、しゃべり、そのうえ自由に四肢を駆動して行動する霊長類でもあるが、激しい心の動きは自律神経（交感と副交感神経よりなる）や内分泌ホルモン等を仲立ちとして、内臓の機能に影響を及ぼす存在でもある。この関連を図1に示す。

この点に注目すると大部分の内臓の機能の失調や病理的变化は、上述の心の動揺と自律神経、内分泌ホルモンの機能の亢進とによる、とする説明が可能となる、つまり心身相関の結果である、と理解するのが、広い意味の心身症である。

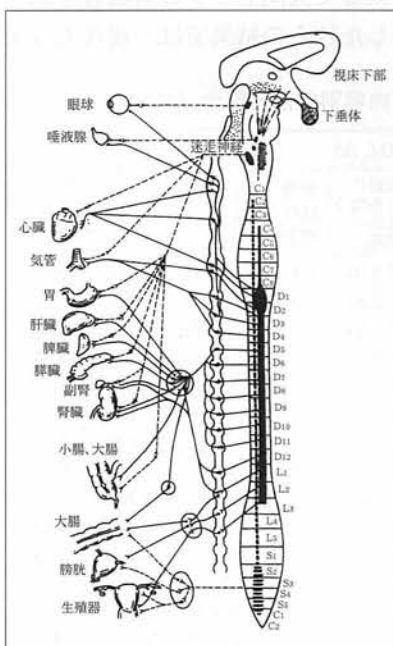


図1 自律神経系の構成。実線は交感神経、破線は副交感神経。

この意味では心身症とは特殊な疾患の説明概念ではなく、むしろ、包括的医学（Comprehensive Medicine）を意味するものとなる（Cobbs）。以下に、この心身症についての考え方について説明を加えてみたい。

2 心身症とは

心身症とは心理的ストレスによって、精神機能の変化を特徴とする神経症を含まない、内臓の変調（生理的若しくは病理的異常）を指す。

Halliday (1942) は、粘液性大腸炎、消化性胃潰瘍、気管支喘息、本態性高血圧症、じんま疹、甲状腺機能亢進症、関節リウマチ等の七疾患を、古典的心身症（Seven classical psychosomatic disorders）と云う。

WHOの国際疾病分類（ICD10: International classification of Disease, Tenth Revision; 1992）では心身症の言葉はない。その中で以下が心身症の考えに近い。

F45 Somatoform disorders

F45.0 Somatization disorder

F45.1 Undifferentiated somatoform disorder

F45.2 Hypochondriacal disorder

F45.3 Somatoform autonomic dysfunction

.30 heart and cardiovascular system

.31 upper gastrointestinal

tract

.32 lower gastrointestinal tract

.33 respiratory system

.34 genitourinary system

.38 other organ of system

F45.4 Persistent somatoform pain disorder

F45.8 Other somatoform disorders

F45.9 Somatoform disorder, unspecified

F50 Eating disorder

F50.0 Anorexia nervosa

F50.1 Atypical anorexia nervosa

F50.2 Bulimia nervosa

F50.3 Atypical Bulimia nervosa

F50.4 Overeating associated with other psychological disturbances

F50.5 Vomiting associated with other psychological disturbances

F50.8 Other eating disorders

F50.9 Eating disorder, unspecified

大熊（2002）は心身症を以下の如く分類した。つまり以下に述べる疾患または病態のうち情動要因が原因としての役割を果たすものだけを心身症とした。

- 1) 皮膚系：神経性皮膚炎、皮膚掻痒症、アトピー性皮膚炎、円形脱毛症、多汗症、慢性じんま疹、湿疹
- 2) 筋・骨格系：背痛、筋痙攣（チック、書痙など）、筋痛、緊張性頭痛—解離性障害との鑑別がと

- きに困難、関節リウマチ、瘻性斜頸
- 3) 呼吸器系：気管支喘息、過呼吸症候群、ためいき、しゃっくり
- 4) 心血管系障害：発作性頻脈、高血圧、血管れん縮（レイノー病、バージャー病など）、神経性狭心症など
- 5) 消化器系：消化性潰瘍、慢性胃炎、潰瘍性大腸炎、過敏性大腸症候群irritable colon syndrome、便秘、胃酸過多、幽門けいれん、空気嚥下症aerophagia、心因性嘔吐
- 6) 食行動異常：神経性無食欲症、神経性大食症・肥満
- 7) 生殖泌尿器系：月経障害（無月経、月経困難症など）、排尿障害（神経性頻尿・過敏性膀胱、排尿困難）、夜尿、陰萎（インポテンツ）
- 8) 内分泌系：甲状腺機能亢進、糖尿病
- 9) 中枢神経系：頭痛、めまい、失神
- 10) 特殊感覚系：視力障害、耳鳴
- 11) その他：ポリサージェリー（顔回手術）、事故多発傾向

3 心身症の発現機序

心身症の発生機構については

Cannon (1927) と Selye (1945) の説が有名である。Cannon, W.B.は、怒り、恐怖、痛みなどの内部環境の変化が、また外部環境の変化が加わって内部環境の恒常性を維持する機構、いわゆる Homeostasis の機能がもはや自律維持出来ない場合、種々の病気が発生する。

神経系は交感神経緊張状態となる。内分泌系では視床下部・下垂体・副腎皮質系の機能は亢進し、甲状腺ホルモンの分泌の亢進。一方、性腺刺激ホルモン、プロラクチンの分泌は抑制される。免疫系ではストレス状況下では、胸腺リンパ器官が萎縮し、免疫機能は低下する。

一方、Selye, H.は生体に刺激が与えられると生体側に歪みが生ずる。仮に生体が熱い食物を摂取した時の痛みや血圧上昇等を生じた場合、この反応は非特典的なそれである。この様な生体の反応を汎適応症候群（general

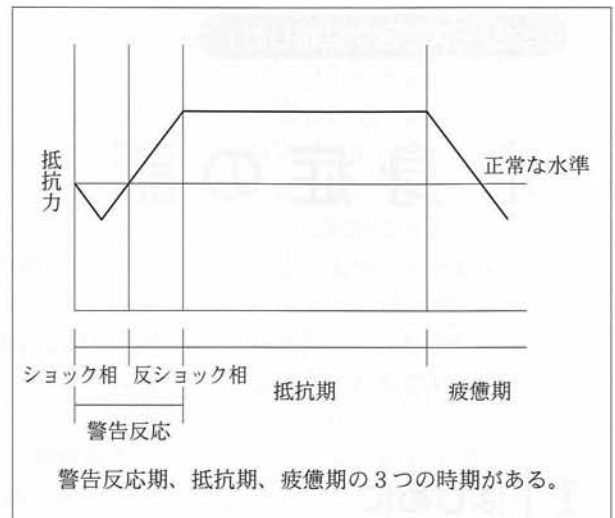


図2 ストレスが加わった時の生体の反応

adaptation) といい、この症候の進展具合から①警告反応期、②抵抗期、③疲憊期にわけ、これらの中で最後のステップの疲憊期では人が疾患に突入したことになる。図2にこの関連を模式的に示す。

4 心的ストレスとは

心身症を誘発するストレスとは何かを表示させると、産業職場では表1のごとくである。日本人のビジネスマンはこれを見ると、仕事の量の問題、職場の人間関係が最大の悩みようである。これに対して人間ドックの対象者を調査した桂らの結果では、現代人は家

表1 自分の仕事や職業生活での強い不安、悩み、ストレスの有無および内容別労働者割合（％）

区 分	労働者計	強い不安、悩み、ストレス有	強い不安、悩み、ストレスの内容 (M. A)										強い不安、悩み、ストレス無
			仕事の質の問題	仕事の量の問題	仕事への適性の問題	職場の人間関係の問題	昇進、昇給の問題	配置転換の問題	転勤にともなう転居の問題	単身赴任の問題	定年後の仕事、老後の問題	その他	
計 (昭和62年)	100.0	57.3(100.0)	(41.2)	(33.9)	(25.8)	(47.9)	(18.9)	(5.8)	(1.9)	(1.2)	(15.8)	(11.5)	42.7
	100.0	55.0(100.0)	(55.4)	(55.4)	(29.7)	(51.6)	(22.1)	(8.4)	(2.8)	(1.7)	(19.3)	(3.8)	45.0
男性 計	100.0	58.8(100.0)	(44.2)	(34.4)	(24.9)	(44.4)	(20.2)	(5.4)	(2.7)	(1.7)	(18.7)	(10.5)	41.2
30歳未満	100.0	57.9(100.0)	(43.0)	(33.8)	(36.7)	(39.2)	(25.9)	(5.1)	(2.1)	(0.6)	(3.6)	(11.9)	42.1
30～39歳	100.0	64.3(100.0)	(49.5)	(37.4)	(24.5)	(47.5)	(24.3)	(6.8)	(3.5)	(1.6)	(9.3)	(11.2)	35.7
40～49歳	100.0	58.7(100.0)	(44.4)	(34.7)	(23.9)	(46.8)	(18.4)	(4.9)	(4.0)	(2.9)	(21.5)	(9.2)	41.3
50～59歳	100.0	57.8(100.0)	(37.2)	(31.8)	(15.3)	(44.3)	(12.1)	(5.3)	(0.3)	(1.7)	(40.1)	(9.8)	42.2
60歳以上	100.0	33.2(100.0)	(46.0)	(21.8)	(8.3)	(26.8)	(4.2)	(—)	(1.9)	(0.5)	(42.8)	(8.7)	66.8
女性 計	100.0	54.2(100.0)	(34.7)	(32.8)	(27.7)	(55.6)	(16.0)	(6.7)	(0.2)	(0.0)	(10.5)	(13.7)	45.8
30歳未満	100.0	57.2(100.0)	(35.2)	(32.3)	(36.9)	(50.8)	(18.7)	(5.6)	(0.2)	(—)	(0.6)	(17.6)	42.8
30～39歳	100.0	57.6(100.0)	(41.0)	(29.7)	(29.3)	(61.0)	(18.9)	(5.3)	(0.1)	(0.1)	(7.1)	(13.6)	42.4
40～49歳	100.0	53.4(100.0)	(32.7)	(32.8)	(22.5)	(62.1)	(14.4)	(11.4)	(0.2)	(—)	(13.3)	(8.3)	46.6
50～59歳	100.0	47.3(100.0)	(29.7)	(40.1)	(14.9)	(51.8)	(10.8)	(4.9)	(—)	(—)	(30.1)	(10.6)	52.7
60歳以上	100.0	43.2(100.0)	(27.4)	(20.1)	(3.6)	(39.0)	(—)	(—)	(—)	(—)	(39.9)	(29.7)	56.8

注) 強い不安、悩み、ストレスの内容は3つ以内の複数回答である
労働省労働衛生課:平成4年労働者健康状況調査結果速報 1994より

族とのかかわり具合の不調が得点が高く、従ってストレスとしての意義が高いことが読み取れる（表2）。

しかしながら今後、サラリーマンの雇用について、終身雇用、年功序列という様な日本の待遇処置が次第にくずれつつあり、また大

規模なリストラが今後、色々な組織で行われつつある現状を見ると、大手会社に入社しても必ずしもそこが一生面倒を見てくれる訳でもない。表1にある30歳代の青年男女の雇用に対する不安の根は深いとみられる。ともかくも現代人は日頃からこのような不安感を感じている。

表2 ストレス点数

1	配偶者の死亡	92.2
2	家族メンバーの死亡	88.9
3	留置所拘留	76.7
4	離婚	72.9
5	自分の病気、障害	69.2
6	家族が健康を害する	65.1
7	別居	64.0
8	親友の死亡	60.8
9	解雇される	58.5
10	担保物件の受戻し権喪失	58.4
11	子供が家を去る	54.6
12	性的困難	54.3
13	1,000万円以上の借金	52.5
14	経済状態の変化	50.7
15	結婚	50.0
16	姻戚とのトラブル	50.0
17	上司とのトラブル	49.4
18	仕事の配置換え	48.3
19	仕事上の責任変化	48.3
20	退職	46.7
21	家族のメンバー増加	45.5
22	配偶者との口論回数変化	45.3
23	妊娠	44.9
24	1,000万円以下の借金	44.8
25	仕事の再適応	44.6
26	仕事の状況が変わる	44.2
27	夫婦の和解	42.9
28	生活状況の変化	41.6
29	習慣を改める	40.6
30	住居が変わる	40.6
31	睡眠習慣の変化	40.5
32	学校が変わる	39.8
33	家族団らんの回数変化	39.5
34	食習慣の変化	38.0
35	ちょっとした違反行為	36.9

(桂ら)

5 終わりに

心身症と考えられている疾患は、大部分生活習慣病の範囲にも属しており、一方、日本の現代人は21世紀を迎え、色々の事が変革の最中にあり、心の悩みは深い。

これらの疾患には、その対策として、薬剤その他の医学的手段の提供がまず第一にあげられなければならないことは、無論であるが、精神面に深いサポートが必要と考えられる。

それにしても病気と言う言葉は言いえて妙である。つまりあらゆる病には気持ちつまり精神が関与しているということである。

(附) DSM-IVについて

DSM-IV(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:the fourth edition)は1994年にAmerican Psychiatric Associationより発表された、精神障害領域の疾病分類である。これも心身症としての独立の項はない。しいて求めると、身体表現性障害の項がそれにあたるのかもしれない(大熊2002)。



■ お知らせ ■

「産業医」とお付き合いしてみませんか？

～来春に向けてご準備を！～

「産業医共同選任の助成金」をご存じでしょうか？ 2～6社が一組になって共同で産業医と契約して選任し、健康相談・保健指導・職場巡視など産業保健活動をする際に、産業医との契約料金を助成する制度です。

申し込み期間は来年の4・5月ですが、資格のある産業医を地元で探して契約交渉したり、年間の産業保健活動計画を立てたり、準備期間も必要ですので、お早めに当センターあてご相談ください。

《産業医共同選任助成金》
(正式名「小規模事業場産業保健活動支援促進助成金」)のご案内

いつでも医師に相談できる安心の職場、助成金を利用して実現できます！

常時50人未満の労働者を使用する小規模事業場が他社と共同で産業医を選任して行う産業保健活動の促進を奨励する助成金です。

◇支給対象の事業者

要件を備えた産業医を共同で選任して労働者の健康管理等の産業保健活動を行う、一定の要件を満たす事業者

◇支給申請時期

毎年4月から5月末日まで

◇助成金の支給額

助成金は1年度(4月から翌年3月まで)について、1事業場当たり、規模に応じて次表の金額が支給されます。

常時使用する労働者数	助成金額
30人以上 50人未満	83,400円
10人以上 30人未満	67,400円
10人未満	55,400円

◇助成金の支給期間

助成金は3ヶ年度を限度として支給されますが、2、3年目も継続の申請が必要です。

【詳しくは当センターへ】

特集

…最近の相談から…

健康診断や健康情報の プライバシー管理について

(編集部)

近年、健康やプライバシーに関する関心が高まるにつれ、企業で行われる健康診断やその結果などの健康情報は健康管理など産業保健活動のために十分な活用が求められる一方、プライバシーの確保にも一層の配慮が必要とされ、「データの有効活用」と「秘密の保全」の両立が今後の課題として論議されています。

当センターに寄せられる相談や照会にも、これに関するものが増えつつあり、産業保健関係者においても個別案件は別として基本的なスタンスを踏まえておく必要が感じられます。そこで以下のQ&Aの例と次頁の情報ををご紹介しますので、皆様の考え方の参考にいただければ幸いです。

Q1

当社では定期健康診断の際に、法定項目に加えて追加の検査項目も実施しており、また人間ドックで健康診断を代替している社員もいます。

最近これら法定外の検査項目の数値に所見のある人も増え、それに基づく保健指導も必要と思われませんが、法定外の検査項目や結果についても保健指導をしてよいのでしょうか？ (保健師)

A1

ご心配の趣旨は、法定外の検査項目の根拠と、本人のプライバシー確保のことと思われる。

まず一般的な大原則として健康情報は個人の秘密で、人権の問題でもありますから、本人の承諾なしには、誰も勝手に検査したり利用したりすることはできません。

次に法定の(労働安全衛生法の)健康診断における検査項目の場合は職場における健康管理のために、いわば強制的に定められており、個人の意思にかかわらず検査し、結果を活用することが許されています。ただ、この場合であっても当然プライバシー管理は必要ですから、健康管理のために必要な最小限の者(産業保健担当者等)以

外に情報が洩れてはなりません。

さらに法定外の検査項目となれば、文字通り法令に基づかないものですから、本人の同意がない限り、検査したり結果を活用したりすることは、一切出来ません。

しかしながら健康診断にあたって法定外の検査項目も拒否せず受診し、または人間ドックの受診結果を定期健康診断の代わりに提出することを了解している人であれば、実質的に(法定の検査項目並みのプライバシー管理の下で)検査結果の活用にあたり暗黙の同意を与えた、と考える余地もあります。

結局、本人が同意しているのであれば何ら問題はありませので、受診を拒否した場合などを除いて、検査結果の所見に基づいて保健指導をすることは、差し支えないと思われます。

ただ今後は、項目によって同意しない方が徐々に増える可能性もありますので、法定内外の検査項目も含め、健康診断の内容や、それに基づく保健指導、人事・労務管理上の事後措置の必要性などについて、事前の告知(アナウンス)をきちんと行い、本人の了解の下で健康診断や保健指導にとりかかる必要があるでしょう。

(産業保健相談員)

Q2

このごろ個人情報の保護ということが議論され、法律案も出されたようですが、健康診断結果などもこれにあたるのでしょうか？

また、万一情報が洩れた場合、処罰されたりするのでしょうか？

(産業医)

A2

健康診断結果など健康情報は重要な個人情報であり、性質上かなり高いレベルのプライバシー管理(守秘義務)が要求されるでしょう。

プライバシー管理の一般的な大原則は「本人が望まないところへは情報が提供されない」ことです。から、たとえ法定の健康診断結果であっても、直接の産業保健担当者(産業医、保健師、衛生管理者等)が保健指導や労務管理上の事後措置など、本来の目的に沿って活用する以外には利用できませんので、社内であっても他の人に洩れてはいけません。

では実際に個人の健康情報が洩れた場合に、責任のあった人にどのようなペナルティが課せられる可能性があるかということですが、まず考えられるのは、洩れた情報によって本人が不利益をこうむった場合、民事訴訟などで損害賠償や慰謝料を請求される可能性です。不利益とは、健康情報が誰かに利用された結果、金銭的な損失をこうむった、解雇されて職を失った、といった経済的なものや、何かの機会を失った、名誉や信用を失った、差別された、といった人権問題も含まれます。

次に刑事的な罰則では、医師・歯科医師、保健師、助産師、看護師、薬剤師等には刑法の「秘密漏泄罪」や保健師助産師看護師法の「守秘義務」が適用されます。なお一般の人については、話題の「個人情報保護法」などが成立していませんので、罰則はありません。

(産業保健相談員)

《参考》 労働者の健康情報にかかるプライバシーについて近年の動き

1 「労働者の健康情報に係るプライバシーの保護に関する検討会の中間取りまとめ」について

厚生労働省（旧；労働省）では平成11年3月から「労働者の健康情報に係るプライバシーの保護に関する検討会」（座長 保原喜志夫 天使大学教授）を開催しており、平成12年7月14日に中間取りまとめを発表しています。

以下にその要約を紹介しますが、さらに詳しい情報をお求めの方は厚生労働省のサイト（URL は http://www2.mhlw.go.jp/kisyu/kijun/20000714_01_k/20000714_01_k.html 及びリンク等）をごらん下さい。

1. 検討の背景

平成8年1月の中央労働基準審議会の建議「労働者の健康確保対策の充実強化について」において健康診断の実施、再検査の実施、結果の活用、メンタルヘルス相談に当たって、労働者の健康情報に係るプライバシーの保護等の問題に十分配慮する必要等が指摘され、本検討会は問題点の整理と、どのように対応する必要があるか等につき検討を行ってきたが、個人情報保護にかかる政府全体の取り組みの状況を踏まえ、さらに検討する必要もあることから、現時点における検討結果を中間的に取りまとめた。

2. 労働者の健康情報の範囲

健康情報の範囲としては以下のものが挙げられる

- ・労働安全衛生法及びじん肺法に基づく健康診断の結果
- ・保健指導や健康相談の記録
- ・こころと体の健康づくり（THP）

に関する情報（健康測定結果、健康指導内容等）

- ・健康保険組合が実施する保健事業（人間ドック等）に関する情報
- ・療養の給付に関する情報（受診記録、診断名等）
- ・医療機関からの診療に関する情報（診断書等）
- ・有害因子への個人の暴露歴等

3. 労働者の健康情報に関する当面の対応について

(1) 健康情報の処理

法令により事業者に義務付けられている健康診断については一定のプライバシー保護の対応を行っているが、それ以外の健康情報については労働者のプライバシー保護や健康情報の処理についての認識が必ずしも高いといえず、労働者においても自己の健康情報の処理について関心が低い傾向にあり、事業場における健康情報の処理に関するルール化の現状も明らかではない、などのことから、

- ①労働者及び事業者は、事業場における健康情報の処理に関心をもち、個人情報であることに留意して、保護の必要性を認識すべきである。
- ②事業場では、健康情報の処理の管理体制について衛生委員会等で審議し産業医等や衛生管理者等も参画してルール化し、情報の使用目的や管理責任及び産業医等や衛生管理者等の役割を明確化することが必要である。
- ③事業者は、処理している健康情報の保護の必要性や、事業場に必要の健康情報は検査値や病名そのものではなく、就業上の措置や適正配置の観点から必要最小限の情報であることを認識し、健康情報の処理に関するルール化を率先して行う必要がある。
- ④行政は、健康情報に関わる関係者の認識向上のため、健康情報

保護の必要性について啓発を行うことが重要である。

(2) 健康情報の開示

事業者の保管する健康情報は、労働者本人の求めに応じて原則的には開示されるべきものと考えられ、事業者は健康情報の収集、保管状況について、本人が知り得るように配慮しなければならない。

(3) 小規模事業場における固有の問題

小規模事業場では衛生管理活動が活発とはいえず、健康情報の管理体制の整備も困難であると考えられ、産業医や衛生管理者がいない場合は、衛生推進者等がこれらの職務を果たすべきである。

(4) その他（メンタルヘルス等に関する健康情報の処理）

労働者のメンタルヘルス、HIV感染症やウィルス性肝炎等及び色覚検査等の遺伝に関する健康情報は、社会的差別につながる可能性が大きい情報であることから、処理に当たっては特別な配慮が必要である。

2 「疫学研究に関する倫理指針」の施行について

厚生労働省と文部科学省は、プライバシーに関する意識の向上や、個人情報保護の社会的動向から、疫学研究にあたり、研究対象者に説明して同意を得るなどの「規範」を明らかにすることが求められるようになったとして、平成14年6月17日に「疫学研究に関する倫理指針」（告示及び細則）を策定、発表し、疫学研究に携わる方々への周知徹底を始めとして、広く一般に指針の遵守を呼びかけています。

この指針の内容をお求めの方は厚生労働省のサイト（URL は <http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/ikenkyu/index.html>等）をごらん下さい。

北海道労働衛生史メモ (その8)

(財)北海道労働保健管理協会 古屋 統

前 北海道産業保健推進センター相談員

2 開拓時代～昭和初期

10. 工場法制定前後の北海道の衛生事情：北海道庁資料を中心に

I) 『北海道衛生誌』について。

大正三年十二月発刊、北海道庁警察部衛生課長小松梧楼の編纂による『北海道衛生誌』という本がある。B6版、約八百ページに亘るかなりの大著である。蝦夷時代からの歴史と本州人の渡航以来の生活や、行政施策とその沿革など、記載は広汎多岐に亘っていて迫力がある。年配の人は知っている筈であるが、嘗て衛生行政は警察部局が担当していた。道庁における衛生行政の沿革の記載もある。初めの章には防疫活動で殉職した警察官7名の名もあげられている。コレラ、チフス、発疹チフスなどによる死亡である。

この大著の中から労働衛生に関する部分を抽出するのは容易ではないが、あえてチャレンジして見たい。

①当時の本道の人口と労働者概況について

明治36年の本道の人口1,077,280人に対して、10年後の大正元年の人口は1,739,099人、年毎の平均増加率は5.20%であった。

明治41年と大正元年の五年間について見ると、人口は20.2%の増加、特に札幌区では36.1%の増加を見ている。当時区制度が敷かれていたのは函館、小樽、札幌の3ヶ所のみであり、人口はいずれも9万台、ほぼ均衡の状態にあった。

対して諸工業について見ると、工場総数558、労働者数33,935（うち女性5,389）である。鉱業の欄で工場数30とあるのは、鉱山の数を示すものであろうか、職工徒弟数、労働人夫数合計17,306（うち女性2,308）名が21業種中最多数を占めている。

これに次いで製材、亜麻製品製線（原文のまま）、缶詰などが多く、当時の本道の産業事情を示している。また亜麻や製紙織物と缶詰工場で合計1,588名の女性が就業しているのも注目される。（この統計表には、男女の数において2ヶ所に混乱があつて完全でないが当時の凡その状態は推測出来る…筆者）



大正2年に於いて、職工数百名以上を収容する寄宿舎を持つ企業は、帝国製麻、北海道セメント、王子製紙、富士製鉄、日本製鋼、砂川木挽工場の六社であったが、寄宿者の男女別についての記録はない。また、結核などの疾病や負傷については、日本製鋼のみが突出しているが、その理由は不明である。寄宿舎の規模も詳らかでない。

人口に対して労働者数が少ないのは、農業人口や漁業従事者が記載されていない為と考えられる。労働基準法に於いても農業や漁業、海上労働者の多くが対象外とされて来たことからみても、当時としては当然だったかと思われる。

死亡について、業務災害の記載はない。然し、別の記録、当時の『北海道庁統計書』を見ると、災害死については、鉱山事故と、海難による死亡が年ごとに首位を分けあっており、鉱業と漁業が問題産業だったことが窺われる。

ここでは農業の位置付けは低いように見えるが、道内全般の衛生総覧の書であるから疾病、死亡などについて、農村の事情は窺うことが出来る。

◎ 享年率という統計もある。平均寿命である。

明治40年、本道の男子の平均寿命は23.81歳、女子22.18歳、全国平均に比して10歳以上も低い。労働人口の高齢化に悩む今日の状況からして、想像をこえる実情であった。

②結核について

明治36年から大正元年迄の十年間の結核による

死亡者平均2,417名、女性の方が男性より高い死亡率を示しており、青年期に於いて高くなることも示されている。

職業別についての年間発病調査によると、農業348、漁業148、官・公吏100、学生56などが目立ち、合計1,477名となっている。

(この統計では家族も同一職業として扱われている)

◎ この時代の勤労者たるべき青年男子の健康状況についての、国家的調査手法として徴兵検査があった。戦時中は軍の機密とされたであろうが、この時代はもっと大らかだったと推測される。同時に陸海軍兵員の実情なども公開されていたらしい。入隊後の結核発見や結核死亡が逐年増加していること。海軍に於いて、新患者、死亡者共に陸軍の3倍に達することが記載されている。

③脚気病について

(a) 漁夫と脚気の伝承

江差・福山地方の古くからの言伝えによると、毎年多くの漁夫がこの病気に罹り、全身水腫となり、重症者は呼吸困難で二三日で斃れた。百方医療を求めたが効果がなかったとの事で、この病気が時に流行病のように発生していたことが推測される。

「奥蝦夷地一種の異病あり、この病邦人にありて夷人になし…毎歳晩冬より春末の間に在り、故に夷地に越年する人のみ之を患ふ…脚、膝、骨節疼痛す、此時已に牙齦腫れ、脚に紫色斑を發する者あり又発せざる者あり…」の古文書もある。従って、筆者がこの連載の初回に書いた「交易と漁業」の部は訂正が必要である。

(b) 明治年間の脚気の記録

明治4年に、日露間の樺太・千島交換条約締結の為両国の全権公使を乗せた軍艦が函館と現地を往復し、帰途函館に立ち寄ったが、日本船員の過半数が脚気に罹っていた。

明治16～7年頃函館師範学校寄宿舎内に一時に数十名の患者を出したことがあり、当時樺太から帰来した漁夫にこの病気の患者があったので、伝染したと考えられた。

明治23年函館区に水道を設けたが、脚気の発生は却って増したようにも見える。但し、殊に越年者に多いので、気候の不良と関係がありそうにも思われる。

(c) 千島出稼ぎ漁夫の脚気について

大正元年、千島幌筵島の出稼ぎ漁夫914名についての調査がある。「…家屋は海岸の砂地の掘っ立て小屋、屋根及び周囲は板または苫、藁を

以て囲ひ僅かに雨露を凌ぐに過ぎず、床の如きは全く設けず只砂上に藁を敷きたるのみ、而して小屋一つ棟には二十五六人乃至三十七八人内外雑居せり食物は主食物としては米飯にして、年齢によりて差あるも白米一人、一日、平均六合乃至八合の割合とす、野菜類は主として同島産の大根、菜を用いしも、缺乏せるを以て根室港より輸送する馬鈴薯、玉葱を以て之を補へり、大豆、小豆類は八月に至りて全く缺乏せり沢庵漬、味噌、醤油並びに魚類は豊富にして、魚は鮎、鰯、鱈…酒は時々缺乏せしも焼酎は缺乏せし事なし、飲料水は谿間より流出する小流を用ひ稀に井戸を穿ちたるもあるも井水は概して不良なり、食事は三食にして…被服は赤毛布のシャツを下着とし、上に無尻襦袢、筒袖を着するのみ、洗濯は殆どなす事なし、故に魚臭紛々頗る不潔なり、入浴は一週一回を例とせり、労働時間は一定せず、時化にあらざるの日は一昼夜に五時間乃至六時間の休憩をなすのみなりと。」と記載されていて、往年の出稼ぎ漁夫の日常が窺われる。明治45年4月24日根室発、同30日現地着、脚気患者は11月4日同島出発迄の間に37人、帰る途中及び入院しての死亡は7名、患者の発生は6月～8月に多く、発症者の殆ど全部はその年初めて出稼ぎに出た者であった。(明治45年は途中で大正元年に変わっている。)その頃の出稼ぎ漁夫の罹病の状況が表として掲載されている。(表1)

表 1

年 度	出稼ぎ漁夫数	脚気患者数	死亡者数
明治42年	2,920人	不詳人	24人
明治43年	1,300人	不詳人	9人
明治44年	1,889人	不詳人	25人
大正元年	5,000人	478人	50人
大正2年	8,727人	210人	8人

当時、漁期には村医の臨時出張所を設け、飲料水の改善、住居、被服、身体の清潔保持などにつき、警察官署が極力改善を勧めた結果、漸次患者、死亡者が減少しつつあるとしている。(幌筵島は千島列島の最北端に位置する…筆者)

(d) 脚気とその他の労役者について

明治後期から大正にかけて、本道では開発のための建設工事が頻繁に行なわれるようになっていた。これについて「その他鉱山及び各種の工場、学校、寄宿舎等にありても常に本病を見ざる事なし、就中凄惨を極めつゝあるは労役人夫にして、近年鉄道、灌漑の工事の著しく増加

するに伴い之に従事する数千の労役人夫中には本病に罹るもの最も多く陸続として、死者を出したるの事例乏しからず、殊に冬季に至りて工事の中止とともに解雇せられたる者にして行旅病人となり、若くは路上に倒死せるものゝ殆ど全部は本病なるは寔に惨鼻の至りといふべし」とあり、また大正3年4月労役者に対する取締規則が制定されたことで諸般の衛生的施設が改善され、本病の減少が期待されるとしている。この規則の正式の名称は明記されていない。前々回紹介した『北海道開拓殉難者調査報告書』の中の大正末年頃の記載に、「労役者使用取締規則」というのがあるがこれを指すのかどうか確認出来ていない。

④トラホームについて

当時トラホームは極めて多かったようである。徴兵検査を一般労働力のある時点での切り口と捉えるならば、このデーターも労働衛生的に見て無意味ではあるまい。

明治37年に壮丁1,000人に対して有病者59.48人、39年以後増加が続いて43年に142.3人、大正2年に208.2人を数えている。小学生や中学生の患者数も記載されており、前者は後者の約3倍、16%を越えている。残念ながら、事業場などについての調査成績は見られない。

⑤行旅病人、準行旅病人及行旅死者について

労役人夫の罹病については脚気の項にも書かれているが、更に『救療』の章に詳しく言及されている。筆者が前々回記載した、監獄部屋(タコ部屋)との関わりが深い。

「…労役者の渡来は毎歳数千人を以て算ふべく而して彼等の多くは東京若しくは東北、北陸等の地方にて募集せらるゝものにして、彼等の内には身体繊弱にして労働に堪えざるもの、亦甚だしきに至りては曾て労働に従事せし事さへなき者少なからず、之れ等は何れも紹介業者に詐かれ渡道せるものにして忽ち風土に侵され、若しくは労役に堪へず、又稀には虐待、酷使の為め種々の疾患に罹るに至る斯くの如き場合にありて雇主の多くは之れを解雇し直ちに放逐するを常とす、故に可憐なる彼等の全部は忽ち行旅病人として区町村の救護を受くるの止むを得ざるの状態…亦た此種労役者の落伍者に多く、彼等は工事の中止と共に解雇せらるるも半銭の貯へすらなく、遂に路上に飢餓、凍餒するを見る…一面死亡者にありても驚くべき多数にして労役者の死亡のみにしても優に其の六分以上を占めつゝあり、而して其の疾患は主として脚気、肺炎等なるも結核、梅毒等

表2

年 度	被救護人員	うち死亡者	救護金額
明治41年	1,276人	一人	35,384円799銭
明治42年	1,338人	一人	37,370円301銭
明治43年	1,035人	450人	31,768円588銭
明治44年	1,104人	405人	32,773円755銭
大正元年	2,051人	706人	44,570円190銭
平 均	1,361人	520人	36,373円527銭

も少なからず」とある。道内に於ける前行旅病人数を表に示す。(表2)

また、労役者のみについて見ると、明治43～大正2年の4年間における行旅病人数は年間平均1,462人、うち死亡399人で全行旅病人者の67%を占めている。当時の北海道の労働事情及び社会事情全般を知る上で、貴重な資料であろう。

⑥公害調査のいとぐち

死亡の統計に関連して『特殊の職業に基因する生死状態』という項目がある。石狩国の産炭地とそれ以外の町村、渡島国の硫黄鉱所在地とそれ以外の町村、同じく渡島のセメント工場が在る上磯村の従業者及びその家族と、関係のない者との死亡者数などを比較し炭鉱地域及び硫黄産鉱所在地では、死亡及び死産の率が高いことを見て、将来研究を要する、としている。

⑦性病について

当時の言葉そのまゝに「花柳病」なる用語が用いられている。今日の感覚からすればこれを労働衛生の資料とすることにためらいを覚えるのだが敢えて取り上げたい。

著者は「花柳病」の項に約70頁を割いている。当時の警察行政管轄下の、道内の花柳界・遊廓などの現状、予防対策、検診のデーターなどの他に、北海道開発の歴史に伴う道内花柳業界の歴史や地域的な伝承までも広く記載されていて、風俗・文化の裏面史としても大いに興味をそそられるものがある。今日の所謂差別用語も多く使われている。

大正元年末の調査でそれらの道内の総数(公認の者)は下記の通りである。

娼妓数……2,270

芸妓数……1,527

酌婦数……1,548

加えて、料理店、飲食店、待合等の雇女にして売春を行なうものは、上記の約5倍の多数に達すると見られている。

これを見ると、当時の北海道には、肉体を売って自らの生存を支えている女性達が3万人近くもいたということになる。彼女らの大多数は好んでこの仕事を選んだと

は考えられない。しかし、この世界が多くの女性の生活を支えていた一大産業の場であったことも否定出来ないであろう。多くの女性労働者が職業病の危険と戦っていたのである。

壮丁対花柳病という調査項目がある。明治43年～大正2年の4年間の予備検診では約2.15%、明治42～大正2年の5年間の徴兵検査における平均では約1.33%の罹病者があった。後者で率が低いのは、予備検診で指摘を受けた者が本検査までの間に治療を受けるからであろう、としている。また、有病者の地域差も指摘されている。

陸海軍と花柳病の項目もある。明治44年の調査では、北海道の第7師団は1.5%で、全国の師団中少ない方の第2位だった。海軍は同じ年に約11.7%であった。

これらの調査の中に、性病の種類についての細かい記載はない。また予防対策についての衛生器具なども普及されていなかったようである。

筆者が北大の精神医学教室に入った昭和20年代の中頃、男子病棟の患者の大部分を占めるのが「進行麻痺」であった。女性病棟にも同じ病気の人がしばしばみられた。若い頃はさぞかしお客に受けたであろうと思われるような、芸者あがりの中老の婦人もいた。しかし、当時はまともな治療など受けることもなく不幸な転帰を取った人達も多いことであろう。また、樺太からの引き上げ船にボランティアとして乗った際、多くの船員にワッセルマン反応が陽性なのを見た。彼等の中から進行麻痺は出なかっただろうか。後々まで気に掛かることであった。

II) 工場法と北海道の行政体制

明治44年(1911年)3月、第27議会に於いて工場法が可決された。しかし多く事情があって正式に施行されたのは大正5年(1916年)9月1日からである。その間関連する政令、省令の整備や行政体制の整理も必要であった。前記『北海道衛生誌』にも同法の施行を待ち望む記述が見られている。工場法は取り敢えず労働者数15名以上の工場を対象としていたが、当時の各府県に比して本道は対象事業場が多い方だったらしい。

◎工場課の新設と工場監督官の配置：

『日本労働衛生史』南俊治著；日本産業衛生協会刊；昭和35年：から引用すると、大正4年11月、勅令で工場監督官の設置が定められ、警視庁、北海道及び各府県に工場監督官または同官補を置き、工場監督官は理事官または技師をもってこれに充て、警察部に属し…うち10名は多数工場のある、東京(警視庁)、北海道、京都、大阪、神奈川、兵庫、愛知、岐阜、長野、福岡に配置された、とある。

これにより、本道では、大正5年、田村達(トオル)が北海道庁理事官：警察部工場課長；工場監督官に

任ぜられている。彼は東大法学部出身の行政官である。

他府県では衛生関係監督官として任命された医師もあつたが、実際には全ての府県に医師である監督官、同官補を配置するのは至難であり、本道も例外でなかったらしい。

前記の南は、大正年間に就任した者として、北海道に桜田儀七の名を挙げているが、当時の道庁職員名簿ではややおくれて、昭和3～9年度にあり、但しその地位は、工場課長・監督官(の下)に従属するものであった。田村の後任は長船克巳であり、昭和初期までその任にあった。(前々回の「監獄部屋」に関する記載において、北海道労政課長竹谷源太郎とあるのは工場課長の誤りである。昭和6年当時の課名はまだ工場課であり、建設業も監督の対象とされていた。)

★ 小松梧楼について：北海道人名辞書；北海道人名辞書編纂事務所刊；大正3年、に略歴が載っている。慶応2年長野県上諏訪町の生まれ、岩波家から入って小松家を継いだ。早くから警察官となり、明治39年兵庫県警部から転じて北海道警部となり、衛生係首席を務めている。衛生通として知られている、とある。しかし、衛生学などについての該博な知識はどこで身につけたのかは明らかでない。大正7年に札幌市に移って衛生課長となったとの記録もあるが、その後は不詳である。

◎鉱山監督官と鉱務監督官について

前記と同じ時期、勅令で農商務省鉱山局に鉱業監督官、同官補を置き、地方の鉱務署に鉱務監督官及び同補が置かれることになった。本道に於いても札幌鉱務署(現鉱山監督局)にそれが置かれたと考えられる。

前記の南は、大正期の札幌署勤務の鉱務監督官として、徳原正種、西島竜の名をあげている。だが『北海道の鉱業』札幌鉱山監督局刊；昭和18年：には、その沿革の項を見ても当時のことは明記されておらず、歴代の署長、局長、課長の名が記されるのみに止まっている。「鉱山監督官を以て署長に充てる」という明治24年の勅令に基づいて署長の人事がなされた事は記録にあるが、鉱務監督官はそれと別の次元のものだったことが窺われる。おそらくは鉱務署の課長の配下に属していたのであろう。

三浦豊彦は、『労働と健康の歴史』第2巻；労働科学研究所刊；昭和55年：に、北海道の鉱務署の監督官徳原正種によって大正13年に書かれた「一鉱夫の死ぬるまで」というパンフレットを紹介している。したがって、本道にも鉱務監督官が来ていたことは確かと思われるが、不詳の部分が多い。

《訂正・前号脚気論の項の、竹中正憲は竹中成憲の誤りにつき訂正します。》



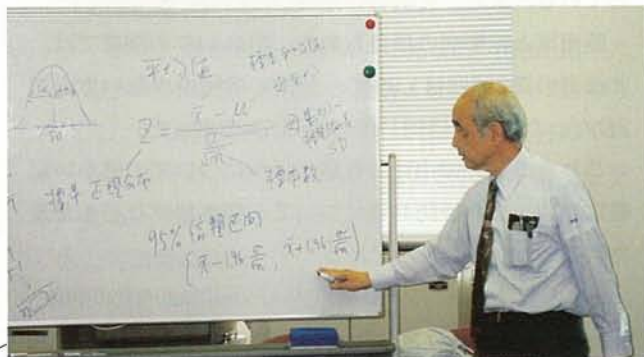
第2回 環境測定・保護具 研修会

■日時／平成14年7月18日
■場所／当センター研修室



第2回 健診事後指導研修会 (各人がPCを使用)

■日時／平成14年7月9日
■場所／当センター研修室



第3回 健診事後指導研修会(各人がPCを使用)

■日時／平成14年7月17日
■場所／当センター研修室



日医認定産業医研修会 作業環境管理と生物学的モニタリングほか (実地単位)

■日時／平成14年8月9日
■場所／当センター入居ビル
共用会議室



肝炎対策について －厚生労働省 平成14年6月－

肝炎対策では、老人保健や地域保健の関係のみならず、職域における健康管理（産業保健活動）においても、自発的なウィルス検査の受診を勧奨へ…

厚生労働省では「肝炎対策に関する有職者会議報告書」に基づき、平成14年度には老人保健法の健康診査や政府管掌健保の生活習慣病予防健診の項目に肝炎ウィルス検査を追加するなど、検査機会の拡大に努めています。

今後は労働者の定期健康診断の機会などに、自発的な肝炎ウィルス検査を受診するよう、勧奨してゆくことになりました。

なお肝炎ウィルス検査の勧奨にあたっては、次の点に留意が必要です。

- ①感染の機会は限られてはいるが、過去に検査を受けたことのない労働者には、一生に一度は検査を受けるよう、定期健康診断の機会等に受診を促すこと
- ②定期健康診断の結果、肝炎ウィルス感染が疑われ

る場合は、ウィルス検査の意義を十分に説明して受診を促すこと

- ③定期健康診断の機会に併せて肝炎ウィルス検査を実施する場合は、個別の労働者の同意に基づいて行うとともに、検査結果も直接本人に通知するものとし、本人以外の者が結果を知ることがないよう、プライバシー保護に十分配慮すること
- ④定期健康診断の結果を受けて、精密検査として肝炎ウィルス検査が実施される場合などは、事業者が健康診断結果に基づいて意見を聴く医師（産業医）に健康診断結果を提出するよう労働者に働きかける際に、肝炎ウィルス検査結果については当該労働者の意思に従って行われるよう、留意すること

ご存じですか？



頭痛にはさまざまなタイプがありますが、今回は特徴的な型をとる片頭痛についてお話しします。

「僕の視野のうちに妙なものをみつけた。妙なものというのは絶えずまわっている半透明な歯車だった。僕はこういう経験を前に何度か持ち合わせていた。歯車は次第に数を殖やし、半ば僕の視野を塞いでしまう、がそれも長いことではない、しばらくの後に消え失せる代わりに今度は頭痛を感じ始める。それはいつも同じことだった」これは芥川龍之介の遺稿「歯車」の一節ですが、この歯車こそが自殺の一因となったいわゆる閃光性暗点（せんきせいあんてん）です。

片頭痛は単に右側や左側の頭が痛いので片頭痛と定義されるのではなく、正確には血管性の頭痛（血管の収縮により起こる頭痛）のことであり、これには前兆のあるものとないものに大別されます。偏頭痛の10-15%に前兆（芥川の歯車）を認め、右または左の視野にピカピカする光が見えるとも表現されることがあります。光や歯車の出方、広がり、消え方、色、持続時間は人によりバリエーションがありますが、一般的には閃光性暗点は10-20分程度持続して消失します。これは血管の一過性の収縮、循環不全により起こると考えられています。これに続く頭痛は激烈で吐いたり、動けなくなるほどのもので、セデスなどの鎮痛剤では効果がなく、まったく仕事にもならない状態になります。誘因として環境の変化、疲労、精神的ストレス、睡眠不足、特定の飲食物などが考えられています。飲食物の中

へんずつ 「芥川龍之介も片頭痛もちだった!!」

美唄労災病院 神経内科部長 伊藤和則

ではアルコール、チョコレート、コーヒーなどが発作を誘発することがあり、特にチョコレートは要注意です。季節では春に最も片頭痛を起こしやすく、ついで夏が多いとされ、秋や冬は頻度が少ないと報告されています。片頭痛は10-20歳代の女性に多く、母から娘へと頭痛が遺伝すると言われています。頭痛の特徴はこめかみ付近の脈うつようなドクンドクンする拍動性頭痛であり、その他に悪心（気持ちが悪い）、嘔吐、音過敏、めまい、耳鳴り、羞明（まぶしさ）、下痢、手足のしびれなどを伴うことがあります。片頭痛の場合、発作が起きると薬を飲まないと改善しませんし、またどの時期に薬を飲むかが重要となります。市販の鎮痛剤では効果がないことが多く、エルゴタミン製剤という薬を閃光性暗点が出現する前に服用することが効果的です。また発作の予防が最も重要で、規則的な生活を過ごし、過労を避け、睡眠を十分にとり、適度な運動を行い、刺激物（コーヒー、紅茶、アルコールなど）をなるべく避けていくことが大切です。

芥川龍之介のようにストレスが多く、生活が不規則になっては片頭痛が頻繁に起こることは当然であり、この世をはかなむ気持ちになっても不思議はないかもしれません。しかし現代は片頭痛の病態も解明され、徐々にではありますが、予防を含めたよい薬も使用できるようになり、「片頭痛の将来は明るい」と思われます。



《これからの研修会のご案内》

受講されるにあたって、資格が必要なものもありますので、詳しくは当センターへお問い合わせください。(北海道産業保健推進センター TEL. 011-726-7701(代)、FAX. 011-726-7702)

なお、開催地が(*)になっているものは当センターが会場です。

『企業の産業保健スタッフ等の方の研修会(資格・対象の限定はありません)』

- ・10月16日：衛生管理者等研修会 (Ⅰ・Ⅱ) (帯広市)
- ・11月8日：第4回作業環境測定・保護具研修会 (*)
- ・12月9日：衛生管理者等研修会 (Ⅰ・Ⅱ) (旭川市)
- ・12月12日：第5回作業環境測定・保護具研修会 (*)

(平成15年)

- ・1月15日：第3回 産業カウンセリング講座〈その1〉(*)
- ・1月29日：第3回 産業カウンセリング講座〈その2〉(*)
- ・2月12日：第3回 産業カウンセリング講座〈その3〉(*)
- ・2月24日：衛生管理者等研修会 (Ⅰ・Ⅱ) (*)
- ・2月26日：第3回 産業カウンセリング講座〈その4〉(*)

『保健師・看護師など産業保健職の方の研修会』

- ・10月10日：第2回メンタルヘルス事例研究会 (*)
- ・12月26日：第3回メンタルヘルス事例研究会 (*)

(平成15年)

- ・3月13日：第4回メンタルヘルス事例研究会 (*)

『医師・産業医の方の研修会 (日医認定産業医研修)』

- ・11月15日：「職域における糖尿病管理ストラテジー (1)」「働く女性の母性健康管理」(*)
- ・11月16日：「産業医活動と二、三の課題」「安全衛生と産業医活動」「作業環境管理 (実地)」(稚内市)
- ・12月20日：「職域における糖尿病管理ストラテジー (2)」「企業検診における婦人科検診の問題点」(*)

(平成15年)

- ・1月20日：(テーマは未定です) (*)
- ・2月17日：(テーマは未定です) (*)

編 集 後 記

北海道産業保健推進センター機関誌「北の産業保健」第16号(2002年秋の号)をお届けいたします。

今号から少しおもむきが変わった、とお感じになる向きもあるかもしれませんが、皆さまの健康と産業保健活動にお役に立ちたい…、との思いを込めて編集いたしました。

記事でござんのとおり、医学分野の先生方に専門的な記事もお願いしておりますが、大変ありがたいことに、とてもわかりやすい解説をさせていただいておりますので、今回からシリーズ「医学に親しむ」として、まとめることにいたしました。今後も楽しみにしていただければ幸いです。

話は変わりますが今年の夏は本当に変な気候でした。徐々に北海道が「温帯気候(本州型?)」になりつつあるのでしょうか。考えてみるとここ数年は、梅雨前線が消滅しないまま北上を続けて北海道までたどりつき、僅かな間をおいて今度は秋雨前線になって南下をはじめるなど…道南は、まるで「内地」の梅雨のようになってきました。

地球の温暖化が進んで北海道が本州並になり、内地は亜熱帯に近い気候にでもなるのであれば、夏の暑さが好きな方や冬の寒さが苦手な方には良いかもしれませんが、病虫害など生態系の変化は?…道産子としてはちょっと気に入りません…。

自然も社会も変化を続けており、一緒に歩いていると気がつきませんが、立ち止まってふと考えると、ずいぶん遠くまで来たものだと思うことがあります。

産業保健活動も、私ども北海道産業保健推進センターも、いつかそんな感慨にふける日がくるかもしれないと思いつつ、日々精一杯やっておりますので、今後とも皆様方からの叱咤激励をいただきたいと思います。それらがたまってくれば「読者の声」のようなコーナーを開けるかもしれませんので、どうかよろしくお願いいたします。

副所長 中山和雄

深夜業に従事する皆様にお勧め下さい

深夜もがんばる
私たちが
いつでもゲンキで
いられるように
国がお金を
出してくれます。



ご存じですか？ 健康診断費の3/4が、国から助成されます。

自発的健康診断受診支援助成金のご案内

支給対象者

深夜業務に従事した方 ※

勤務した時間の一部が
午後10時から翌日の午前5時に
かかった方も含まれます。

①常時使用される労働者

②健康診断を受診する日前6か月の間に1か月あたり4回以上
(過去6か月で合計24回以上)深夜業務に従事した方

- 自発的健康診断とは、事業主の行う定期健康診断以外に労働者個人の意志で受ける健康診断をいいます。
- 人間ドックにもご利用できます。
- 助成は、各年度につき1回に限ります。
- 労働保険非適用事業にかかる労働者は対象となりません。

助成金額

健康診断に要した費用(消費税も含む)
の3/4に相当する額。

※ 上限7,500円

まずは
お電話で!

はたらくみなさまの健康を支えます

北海道産業保健推進センター

TEL011-726-7701 www.rofuku.go.jp

産業保健推進センターでは勤
労者の健康確保を図るため、
産業保健に関するさまざまな〈窓
口相談〉〈実地相談〉〈情報の提供〉
〈研修〉〈広報・啓発〉〈調査研究〉〈助
成金支給〉を行っています。

厚生労働省・労働福祉事業団

北の産業保健 No.16

発行 日／平成14年10月

編集・発行／労働福祉事業団

北海道産業保健推進センター

〒060-0807 札幌市北区北7条西1丁目NSS・ニューステージ札幌11階

TEL011-726-7701(代) FAX011-726-7702

ホームページ <http://www1.biz.biglobe.ne.jp/~sanpo01>

E-mail sanpo01@mtg.biglobe.ne.jp

労働福祉事業団

北海道産業保健推進センター

事業主、衛生管理者、産業医、産業保健・看護職の産業保健活動を支援します。

●窓口相談・実地相談

(電話、FAX、Eメールでも受付けています。)

●情報の提供

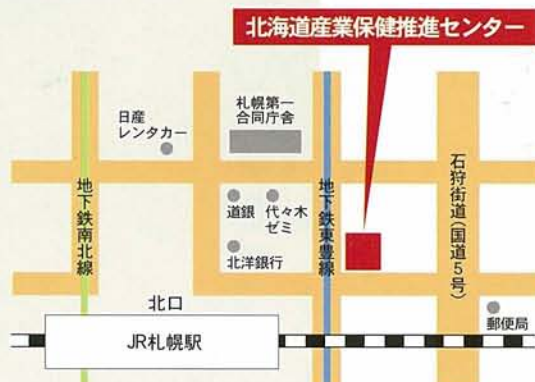
●研修会の開催、研修の支援

●調査研究

●広報・啓発

●地域産業保健センターへの支援・協力

●インターネットによる業務案内



▼地域産業保健センター(郡市医師会委託)

50人未満の会社とそこに働くみなさんに産業保健サービスを提供します。

◆産業保健サービスの内容

1 健康相談 2 会社の訪問指導など

◆相談などの申込み方法

相談日、時間などは各センターによって異なりますので、
お電話で確認の上、ご相談下さい。

札幌地域産業保健センター

(札幌市医師会館内)

札幌市中央区大通西19丁目 ☎(011) 623-6226

札幌東地域産業保健センター

(北広島医師会内)

北広島市北進町1丁目5番地 ☎(011) 373-6466

函館地域産業保健センター

(函館市医師会内)

函館市元町33番19号 ☎(0138) 26-1619

小樽地域産業保健センター

(小樽市医師会館内)

小樽市富岡1丁目5番15号 ☎(0134) 22-4111

岩見沢地域産業保健センター

(岩見沢市医師会内)

岩見沢市10条西3丁目1番4号 ☎(0126) 20-2211

旭川地域産業保健センター

(旭川市医師会館内)

旭川市金星町1丁目1番50号 ☎(0166) 23-6007

帯広地域産業保健センター

(帯広市医師会館内)

帯広市東3条南11丁目2番地 ☎(0155) 26-9000

滝川地域産業保健センター

(滝川市医師会内)

滝川市新町2丁目8番10号 ☎(0125) 23-5887

北見地域産業保健センター

(北見医師会内)

北見市幸町3丁目1番24号 ☎(0157) 23-2787

室蘭地域産業保健センター

(室蘭市医師会内)

室蘭市東町4丁目20番6号 ☎(0143) 45-4393

苫小牧地域産業保健センター

(苫小牧市医師会内)

苫小牧市旭町2丁目4番20号 ☎(0144) 37-3211

釧路地域産業保健センター

(釧路市医師会内)

釧路市幣舞町4番30号 ☎(0154) 41-3856

名寄地域産業保健センター

(上川北部医師会内)

名寄市西5条北2丁目 ☎(01654) 2-5311

留萌地域産業保健センター

(留萌市医師会内)

留萌市錦町1丁目5番6号 ☎(0164) 49-1300

稚内地域産業保健センター

横田内科医院(宗谷医師会)内

稚内市中央5丁目4番17号 ☎(0162) 24-1699

日高地域産業保健センター

浦河赤十字病院(日高医師会)内

浦河町東町ちのみ1丁目2-1 ☎(01462) 2-8100

南後志地域産業保健センター

(羊蹄医師会内)

倶知安町北1条東1丁目2 ☎(0136) 22-1141