



No.22

2004.春

北の 産業保健

HOKKAIDO

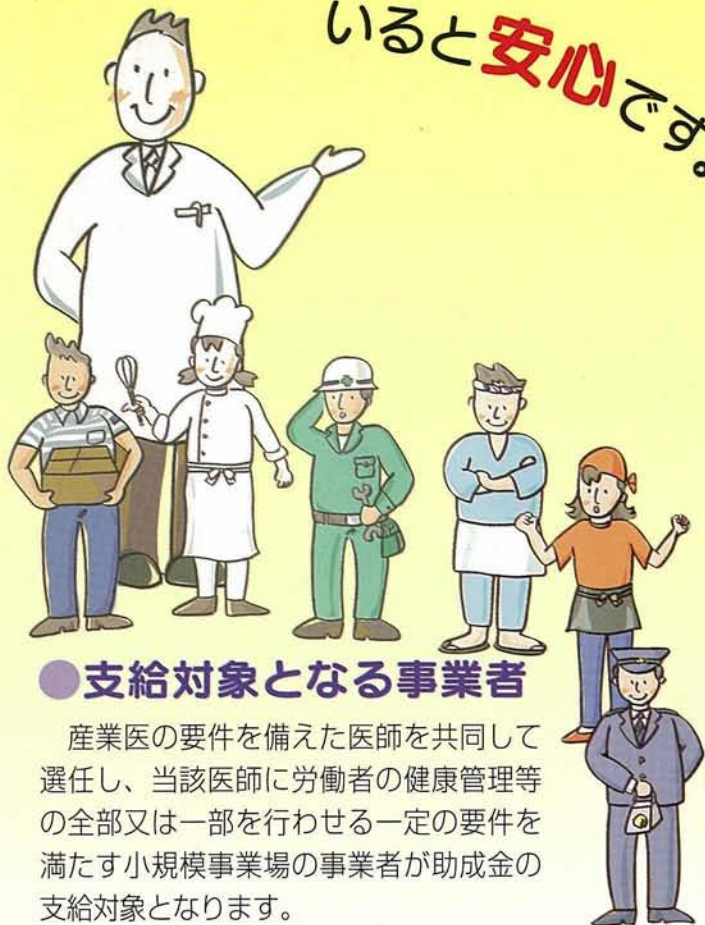


独立行政法人
労働者健康福祉機構 北海道産業保健推進センター

産業医共同選任事業

小規模事業場産業保健活動支援促進助成金のご案内

職場のかかりつけ医が
いると**安心**です。



●支給対象となる事業者

産業医の要件を備えた医師を共同して選任し、当該医師に労働者の健康管理等の全部又は一部を行わせる一定の要件を満たす小規模事業場の事業者が助成金の支給対象となります。

支給申請時期

助成金の支給申請時期は、毎年4月から5月末までと10月末です。

【詳しくは当センターあてお問い合わせください】

小規模事業場産業保健活動支援促進助成金は、常時50人未満の労働者を使用する小規模事業場の事業者が、産業医の要件を備えた医師を共同して選任し、当該医師から提供される産業保健サービスを受けて実施する産業保健活動により、労働者の健康管理等を促進することを奨励するために支給されます。

●助成金の支給額

助成金は、1の事業年度につき小規模事業場の規模に応じて1事業場当たり次の額が支給されます。

小規模事業場の区分	金額
常時使用する労働者数が30人以上50人未満の小規模事業場	83,400円
常時使用する労働者数が10人以上30人未満の小規模事業場	67,400円
常時使用する労働者数が10人未満の小規模事業場	55,400円

ただし、その医師を共同して選任するのに要した費用の額が上記の金額を下回る場合は、当該医師を選任するのに要した費用の額が支給されます。

※「常時使用する労働者数」とは、労働保険概算・確定保険料申告書等による助成金申請の前年度の1か月平均使用労働者数とします。

●助成金が支給される期間

助成金は、**3ヶ年度**を限度として支給されますが、2年度目、3年度目についても、継続のための支給申請が必要です。

北海道産業保健推進センター情報誌(季刊)

「北の産業保健」第22号 (2004.春) Contents

★「うつ病の診断と治療」ー最近の知見ー(1)
北海道医科大学 心理科学部教授 中野 倫 仁——1

●産業保健散策

☆ 北海道労働衛生史メモ (その14)
(現)北海道労働保健管理協会 (元 北海道産業保健推進センター相談員) 古屋 統——4

●産業保健紀行

★「極東ロシア探訪記(その2)」(短期連載)
旭川医科大学 健康科学講座 教授 吉田 貴 彦——8

☆「作業環境測定の実際と職場改善」
(中興防北海道安全衛生サービスセンター技術専門校) 澤田 厚 史——12
(北海道産業保健推進センター産業保健相談員)

★ 産業医共同選任事業の現状と課題
(前)北海道産業保健推進センター 副所長 中山 和 雄——17

●センターご利用のご案内——20

●お知らせ

☆北海道産業保健推進センターのスタッフ紹介——22

★労働福祉事業団の独立行政法人化について——24

●編集後記——25

うつ病の診断と治療

—最近の知見— (1)

北海道医療大学 心理科学部教授 中野 倫 仁



はじめに

長引く景気低迷を主な原因として職場のメンタルヘルスをとり巻く環境は悪化している。自殺者数は年間3万人を越える事態が続いており、その原因として経済生活問題が関与している事例が増加してきた。自殺とメンタルヘルスの関係については様々な観点から論じられている。誰でも考えつく論点としては、「正常な意志によって行われた自殺は防止するといっても限界がある」というものがあるが、これについては自殺者の「心理学的剖検」という研究から答えが出ている。

「心理学的剖検」とは既遂自殺者について精神科医および心理学者が関係者から情報を収集して、自殺決行前にどのようなメンタルヘルス上の問題があったかを類推するという研究である。一連の研究によると、自殺決行前に気分感情障害（主としてうつ病）を罹患していたものが50%前後、薬物依存（アルコール依存）が存在していたものが30%前後であり、何の障害も認められなかったものは10%に留ま

っている。したがって、正常な意志能力を有していたものが1割程度ということになり、その他は何らかの精神障害を持っていたことになる。ここから「精神障害に対して適切な対処がなされていれば自殺は予防できる可能性がある」という結論が導き出された。職場のメンタルヘルスにおいて、うつ病とアルコール依存症への対応が重要な意味を持っている大きな理由の一つがこれである。本稿では、うつ病の診断と治療の最近の知見を紹介したい。

1 うつ病の背景

a) うつ病の男女差

うつ病は女性のほうが男性の2倍罹患しやすいということが定説になっている。最近は子どものうつ病が話題になっているが、前思春期の子どもの場合には期間有病率に男女差がないといわれる。そこから、女性にうつ病が多い理由として思春期以降の女性ホルモンが関与している可能性が考えられている。

b) うつ病の発症年齢

生涯を通じて男性で16%、女

性で22%の人がうつ病を罹患すると推定されている。平均発症年齢はおよそ23~25歳であるが、比較的高齢まで発症年齢は分布している。うつ病者の場合、男性では55歳までに95%の人が発症し、女性では43歳までに95%が発症する。

c) うつ病の家族負因

うつ病の発症には家系的要因も関与している。うつ病発症者の親族（両親、子、兄弟）は、うつ病者がいない家系に比べて1.5~3倍ほどうつ病になりやすいという報告がある。このうつ病になりやすい気質は母親から受け継ぐ傾向があるらしい。ヒトの遺伝子の中で母親からしか受け継がないものにミトコンドリアの遺伝子があることから、うつ病の遺伝子はミトコンドリアに存在するのではないかと考えている研究者もいる。うつ病においては遺伝研究の定番である双生児を用いた研究も行われている。それによると、一卵性双生児では、一方がうつ病になった場合、他方は40%の確率でうつ病になるが、二卵性双生児では10~20%に留まることが判明している。これらのことより、

うつ病の発症に遺伝的要因が絡んでいることは間違いないと思われる。

d) うつ病の性格因

うつ病の発症に性格因や状況因が関与するのではないかという考えは以前から存在している。病前性格の研究としては以下の3つが有名である。

①クレッチマーの循環気質 社会的で人情味があり好人物で他の人と同調して生きていて現実的で实际的な人はうつ病になりやすい。

②下田光造の執着人格 一度起こった感情が冷却することなく持続し増強する性格（几帳面さと熱中性を兼ね備えた性格）の人はうつ病になりやすい。

③テレンバッハのメランコリー親和型人格 道徳的に過度の良心的傾向を示し、「他者のための存在」や「他者との共生」を実践している人はうつ病になりやすい。

これらの病前性格論は一面の真実を言い当てていると思われるが、例外も多いためにうつ病の原因がその性格にあるとは言えないと思われる。これらの性格類型は日本人に当てはまることが多いことから、日本人はうつ病になりやすい国民性であると主張されてきた。今日、その主張が妥当するかどうかは議論のあるところである。

e) うつ病の状況因

うつ病の状況因としては、個人・家族に関することと職業に関することの両者が考えられる。前者では、近親者・友人との別離、

病気・事故、家庭内のいざこざ、結婚・出産・更年期、転居、目標達成による荷おろしなどが、後者では、転勤、昇進、退職、仕事のトラブルなどがある。これらの状況因によるうつ病には、「引越うつ病」、「荷おろしうつ病」、「昇進うつ病」などの名前が付けられているものがある。

「引越うつ病」は女性に多いうつ病で、慣れ親しんできた家が新しい家にかわることをきっかけとしてうつ病を発症することをいう。女性と家屋との密接な関係を象徴するものと考えられている。

「荷おろしうつ病」は子女の結婚や生活上の重荷から解放などの「荷おろし」を迎えて、気分的に快方に向かう状況の中でかえってうつ病を発症するものである。目的志向性緊張の欠落によりうつ病の発症が促進されると考えられている。

「昇進うつ病」は、昇進により仕事の責任が増し、人間関係のストレスが増大することなどによりうつ病が発症するものである。

f) うつ病の生育歴

生育歴における環境因もうつ病の発症に関与している。アカゲザルを用いた実験によって、母親から分離されて育てられた子ザルは成長してから行動特性で抑うつ症状を示すという結果が出ている。この結果は、ヒトにおいて幼少時に両親の一方あるいは双方が欠損しているもの、特に11歳以前に母親を失ったものにうつ病の発症率が高いという報告を支持するものとされて

きた。一見もつともらしい結論であるが、我が国での実態調査では必ずしも支持されなかった。母子分離より母親の養育態度の方の影響が大きいという見解もあり今後の検討が待たれている。

2 うつ病の身体因

a) 神経伝達物質欠乏仮説

うつ病の原因として最も有力である説は神経伝達物質欠乏説である。これはうつ病においてノルアドレナリンやセロトニンなどの神経伝達物質が欠乏しており、このために意欲低下や抑うつ気分が生じると考えるものである。高血圧症の治療薬として神経伝達物質を枯渇させるレセルピンなどの薬物が使用されていた際、副作用としてうつ病が多発した事実と一致している。実際、現在の抗うつ薬の多くに神経伝達物質の再取り込み阻害作用があり、シナプス間隙の濃度上昇により抗うつ効果が生じると考えられている。また、神経伝達物質の分解酵素阻害薬(MAOI)に気分高揚作用があることもこの説を支持している。しかし、この説にも弱点がある。抗うつ薬によって臨床的に抗うつ効果が生じるのに2週間ほど要する事実が説明できない。また、依存性薬物であるコカインに再取り込み阻害作用があるが抗うつ作用がないことを説明できない。このため基本的な妥当性の維持のためにいろいろな修正がなされ今日に至っている。

b) 神経伝達物質欠乏仮説以降の展開

近年、二次的メッセンジャー不均衡仮説という細胞内の情報伝導系を介した抗うつ作用が注目されている。躁病の治療薬である炭酸リチウムがうつ病に対する予防効果を持つという事実を説明しやすいという利点があり、神経精神薬理の分野ではホットな理論となっている。また、うつ病ではホルモンのバランス異常が存在する。副腎皮質ホルモンの上昇を示すクッシング症候群でうつ病が多く発症することが知られている。確かにうつ病患者のなかには副腎皮質機能の亢進を示すものもあるが、診断に使えるほど鋭敏ではない。うつ病では睡眠覚醒リズムの障害も認められている。深酒をして寝たときに早朝に覚醒する経験は多くの人にみられると思うが、うつ病における早朝覚醒での脳内状態は飲酒時のそれに類似していることが知られている。うつ病患者の再入眠できないという苦痛は飲酒時の早朝覚醒が毎日のように続くことを想像すると理解できる。また、特殊なうつ病として冬季になると増悪して春になると寛解する季節性うつ病が知られている。日照時間が減少するとうつ病が発症しやすいとされ、本邦でも冬季に豪雪で日照時間が短い東北地方の日本海側に自殺者が多い。これより目からの光入力気分を持ち上げるという機序が想定されている。

3 うつ病の診断

a) 国際疾病分類(ICD・10)

うつ病の診断に使える生物学

的指標で確立したものはない。従って、その精神症状によって診断する必要がある。WHOのICD-10 (1993) においてはうつ病の典型的症状として8項目が挙げられている。①ふつうは楽しいと感じる活動に喜びや興味を失う、②楽しいことがあっても一時的にも気が晴れない、③朝の目覚めが普段より2時間早い、④午前中に抑うつ気分が強い、⑤精神活動に強い制止や焦燥が存在する、⑥明らかに食欲の減退がある、⑦1ヵ月で5%以上の体重減少、⑧明らかな性欲の減退がある。これらの項目のうち4つ以上が2週間にわたって存在する場合には、典型的なうつ病と診断できるとしている。それでは、同時に幻覚や妄想が存在する場合はどう考えるべきか。幻覚・妄想は一般的には統合失調症であると考えがちだが、うつ病エピソードの期間に局限した幻覚・妄想で他の期間に出現しないものはうつ病(精神症状を伴う)と診断する約束となっている。最近の考えでは、うつ病を広く統合失調症を狭く考えるようになってきている。もちろん他の身体疾患が存在するために診断基準を満たされたように見える場合は、うつ病ではなく器質性気分障害と診断される。

b) 米国精神医学会診断統計マニュアル(DSM・IV・TR)

診断基準のもう一方はDSM-IV-TR (2000) によるものである。うつ病の症状として9項目が挙げられている。①毎日抑うつ気分が存在、②全ての活動に

対して興味、喜びが著しく減退する、③毎日食欲が減退している、④毎日眠れない、⑤毎日の精神活動で焦燥や制止が存在する、⑥毎日疲れやすい、⑦毎日自分がダメな人間であると思う、⑧毎日集中力が減退して決断ができない、⑨死ぬことを常に考える。これらの項目のうち①と②のどちらかが存在し、合計5項目の症状が2週間以上存在している場合うつ病と診断する。診断には著しい苦痛または社会的、職業的障害を生じるほどの重篤度が必要である。

c) うつ病の認知の歪み

うつ病患者の思考には特殊なバイアスがかかっていることが知られている。否定的認知の三徴といわれ、精神内界が自分、周囲、将来に対する悲観的思考によって占められてしまう。具体的には、恣意的推論(思いつきで物事を判断)、二分割思考(白か黒かのどちらか)、選択的抽出(自己の関心にのみ注意を向ける)、極端な一般化(わずかな事実で決めつける)、自己関連づけ(悪いことは全て自分のせい)などである。一度形成された個人的確信(スキーマ)は、様々な状況で歪曲された認知として自然に沸き起こってくる(自動思考)。うつ病の診断はこれらの診断基準や認知パターンを考慮に入れてなされるが、機械的に行われるものではない。一見うつ病に見えなくてもその可能性を考えて慎重に面談し情報をとる必要があることは強調されなければならない。

〔(2)に続く〕

北海道労働衛生史メモ (その14)

北海道安全衛生研究所 医師 古屋 統

元 北海道産業保健推進センター相談員

2 明治期～昭和初期

14. 太平洋戦争末期、大夕張炭鉱疑似ペスト事件
はじめに:

新年に入って、夕張市石炭歴史博物館学術学芸員の青木隆夫氏から、近く資料を送りますとお電話があった。数日して、六十年近い歳月を経た三冊の文書綴りと、学会誌掲載レポートのコピーが送られて来た。

コピーの方は『中国人強制連行の実態―新発見資料・北海道庁「ペスト」防疫関係文書から』中西昭雄、川上奈緒子、番場友子著であり、他は関係文書資料の綴りである。

上記三人によるレポートは、東京女子大杉沢研究室に拠点を持つ、『日本寄せ場学会』年報に掲載されたものである。『寄せ場』とは我々に馴染みの薄い言葉であるが、江戸時代から使われた言葉で「人足の溜り場」を意味し、この学会は、社会学関係者の研究集会らしい。(以下、このレポートを『寄せ場レポート』と記載する)

実は、筆者は二年半程前、夕張を訪ねた際にこの文書に一度お目に掛かっている。青木さんが、最近こんな文書についての相談がありましてね、と仰言る。昔道庁に勤めていた番場という医師の娘さんが、遺品の中からこれを見つけたので、博物館に寄贈したいのだがどうか、との問い合わせに付けて送って寄越したのだそうだ。

筆者は、この時点で、番場医師を知らない。北大の先輩らしい。たしか北見には同姓の医師がいる筈だが、その関連も判らない。だが学生時代、細菌学と病理学の講義の際にこの事件について聞いた覚えがある。それも遥かに霞んだ思い出で、正確な時日などは全く消え失せている。一瞬胸が躍った。だがすぐに考え直した。残念ながらこの資料の所属が判らない。直ちに持ち帰って読むことには憚りを感じる。取り敢えずは青木さんにお預かり頂いて、その帰属が明らかになったら資料として使用させて頂くをお願いした。

そんな経緯からこの資料が送られてきたので、『北海道産業保健推進センター』の三宅浩次所長に見て

頂き、写真のご協力もお願いした次第である。

1. 三冊の文書綴りについて

いずれもB5判、カーボン複写、タイプ印刷、ガリ判などの文書が綴られ、ボール紙の表紙が付いている。現在は黒や青い綴り紐で綴られているが、以前はタコ糸で綴られていたらしい。表紙には記載がなく、一見何の文書なのか判らない。勿論番号も付いていないが、その内容を見ると、日付と内容の関係から、順番を付けることが可能である。

また、その文書のそれぞれには、判りやすいように、小さな円い番号の付箋がつけられている。これは『寄せ場レポート』を書いた、中西、番場らのグループの作業によるものであろうし、この文書綴りとは別に、文書の索引表も作られている。グループの労に敬意を表したい。

綴りの第一冊目には、昭和20年4月24日から同年7月11日までの192の文書が綴られている。この綴りは、行政と医学の対応の主要な流れを示している。

第二冊目は昭和20年5月5日からの138の文書が綴られ、最終の日付は不詳であるが、137番の日付が6月28日となっていることから、おそらくその直後ぐらいであろう。この綴りは、対策のやや細部に亘る事項を纏めたのであろうか。

最後の一冊には、初めに日付の無い幾つかの綴りがあり、同年5月半ばの道内各地の保健所管内の華人の検診表が載っていて、以降飛び番号を含む130番まで、華人労働者の死因、疾病の統計が記載されている。この冊子の初めの無番号の第一表の昭和20年5月17日の検診表では、5保健所管内及び2事業所における華人労働者計3445名のうち死亡者520名の記載を見ることが出来る。この冊子の最終の日付は不詳である。

前置きが長くなったが、『寄せ場レポート』を参考にしながら、綴りと対比して事件の概要を見て行くとする。

最初の綴り、その見開きの頁では、「北海道庁」という事務用箋の日付に「二〇、四、二四」とあり、

件名は「地崎組より北大へ解剖医派遣申請書」と記載されている。

検閲者の印名はここでは判然としない部分が多いが、後の文書で、課長の欄のそれは「金井」と読み取れることから、当時道庁の担当課長だった金井進氏（北大医学部昭和六年卒・6期）であることが判る。

以下事件についての要約を進めよう。

発端は、株式会社地崎組西田庄太郎（取締役・支配人）から北海道帝国大学医学部に宛てた文書である。

“弊組大夕張三菱鉱業所工事二対シテ昨年十一月中華人三八八名移入許可賜り、同日受入現在就労中ノ処、別紙申請書ノ通り、疾病発生シ、死亡者続出ノ傾向ニテ大夕張三菱鉱業病院金子博士ノ診断ヲ受ケタルモ、流行性感冒ナルモ現欧州交戦国ニ発生セル悪質感冒ノ病原菌ノ疑似有之様子承り、之ガ徹底調査ハ解剖ニ依リ病原菌ノ認定ヲ要スル旨ノ趣キニ付キ”解剖医の派遣が要望されている。

添付申請書では、その時点での就業労務者数は、「内地人24人、移入半島人130人、中華人345人」の計499人ですべて男性。内地人、半島移入者は死亡ゼロ、中華人は42名の死者を出している。

以下文書綴りを追って行くと、5月2日付、北海道庁長官から厚生省衛生局長、青森県知事、北部軍軍医部長、旭川師団軍医部長、大湊警備府軍医部長宛ての電報「管下夕張市支那人労務者死屍三個ヨリ解剖ノ結果ペスト類似菌発見ス」トアリ、翌3日ニハ、「既報ペスト類似菌ハ培養中ニテ未ダ真症トハ決定セザルモ現場ニハ十数名ノ支那人病者ペスト類似症トシテ防疫措置ヲ為ス。防疫官派遣ヲ乞フ。詳細本日書面報告ス。」の電報が厚生省衛生局長に宛てられている。

解剖は、4月30日、北大医学部武田勝男教授が三菱大夕張炭鉱病院で4体について実施した。そのうち三体から鏡検により菌が発見された。さらに北大細菌学教室の中村豊教授らが菌種の認定に当たっている。

5月2日大夕張の隧道以東の交通遮断がおこなわれている。

当時の大夕張地区は、炭鉱鉄道一本だけで他の地域と繋がる陸の孤島であった。（筆者）

5月10付速報には「北大で試験中のペスト類似菌は動物試験の結果真症と決定」とあり、防疫体制は慌ただしく進展して行く。

5月10日、厚生省館林防疫官の来道、11日に東

大伝研の川喜田愛郎助教授、12日に東大小島三郎教授が到着、現地入りしている。

館林氏は厚生省に宛て、「ホソクセンモンカニメイノハケンヲコフ」（13日）の電報を打ち、厚生省囑託の権田権三郎という鼠取りの名人が派遣されて、市内で鼠捕りの講習会を精力的に実施し、作戦が展開された。

また、隣接の半島人には発症のないことから、鼠の侵入を防ぐためトタンを以て宿舎を囲うことが指示されている。当時トタンも入手困難な時期で大変な事態であった。

また、新聞社に対しては、ペストに関しては厳重な報道管制が取られた。

『寄せ場レポート』は、三冊の文書綴りを精読の上、死亡者らの症状、経過、剖検所見の概略も記載しているが、ここでは省略する。

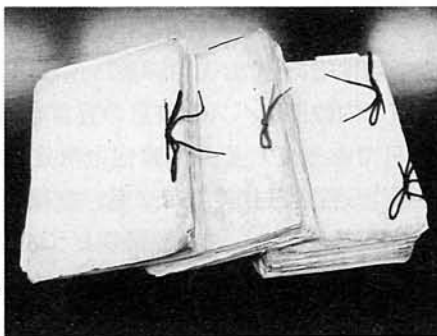
大夕張の方は、5月8日後爆発的な新規発症はなく、6月1日までの患者総数34名、死者は真症、疑似を含めて7名、防疫作戦はほぼ成功したかに見えた。だが、次の更なる事態が待っていた。

6月2日、岩見沢保健所長からの地元警察を通じての連絡で、三井美唄鉱業所の華人労務者一名死亡、ペストの疑いあり、死体検案医師派遣の要請があった。更にその翌6月3日、室蘭市知利別、川口組華人労務者一名の急死あり、検診の依頼があった。北大 武田教授は3日美唄で解剖を行い、4日は室蘭に向う、とまことに目まぐるしい。

武田教授の解剖結果は、両者共に「肺、肝、脾臓ニ大夕張ニ於イテ発生シタルト同型ノ病菌を発見シタルニ付キ、疑似『ペスト』ト決定」が出されている。

そこで、美唄、室蘭に於いても、大夕張と同様の防疫対策が取られた。しかし、大夕張とは地理的条件などがやや異なる。大夕張は陸の孤島である。三井美唄も幹線から少し外れるが街に近い。室蘭は都市の線上にある。遮断は容易でない。特に室蘭に於いてそれが問題となり、不十分な措置しかできなかった。

しかし、拡大を恐れた新患者の発生はその後減少し次第に終息に向う。各地で行なわれた鼠取り作戦



で多くの鼠が獲られ、解剖、菌検査が行なわれたが全て陰性であった。

道庁内政部がペスト終息の宣言を出したのは7月10日であった。その間真症と決定されたのは、大夕張で5名、三井美唄で2名、室蘭で8名であった。だが、真症ペスト説は後記のように、終息宣言の前から揺らいでいたものと推測される。

2. 北大医学部五十年史の記載から

『北大医学部五十年史』北大医学部五十年史編纂委員会編（昭和四十九年四月）には、二ヶ所にこの問題が記載されている。一つはp.161以降の「疑似ペスト事件」の記載であり、いま一つは後半の“教室および施設の沿革”の項の「細菌学講座」の沿革、p.322の下欄であるが、前者の方がやや詳しい。まずその前者を引用する。「1945年四月下旬（中略）大夕張三菱炭鉱の先山に強制労働で収容されていた中国労務者間に不明の伝染病が流行し、患者は相次いで死亡した。（中略）」

病理学講座の武田勝男教授は四月三十日、病理学教室員および細菌学教室員ら五名を同伴して大夕張におもむき、三屍体を解剖した。その発症の経過ならびに屍体材料の一部を病理組織学的に、他の一部を細菌学的に培養試験および動物試験によって病原細菌の検出を試みたが、病理組織学的には出血性敗血症の像を示し、細菌学的に培養試験からグラム陰性の両極染色桿菌を検出し、動物試験ではモルモットは出血性敗血症死をきたし、病巣から培養試験で検出した菌と同じグラム陰性両極染色性の短桿菌を見出した。（中略）

かくて北海道庁衛生課から金井進課長、五十嵐、番場、河原林（後年旭川医大教授）、林の各技師が（中略）、北大からは前述の武田教授および教室員、細菌学の中村豊教授、山田守英助教授（同教授 旭医大学長）、大原達（同結核研究所教授）、植竹久雄（同札幌医大教授・京大ウィルス研究所長）室員、皮膚科 岩下健三教授が参加した。

（ ）内は筆者註

また、中央から東大伝染病研究所の小島三郎教授、



川喜田愛郎助教授、松下博士、厚生省から館林防疫官、東京陸軍病院の植林軍医中將、

中野、太田両軍医少佐、旭川師団管区の山本周介軍医大尉（国立札幌病院長）が参加した。（中略）当時小樽市医師会から徴用医師として大夕張に出張していた角江重雄博士も加わり、検疫委員として全山の人びとにペストワクチンの注射を施した。（中略）

その後、五月から六月にかけて、類似の疾患が美唄および室蘭の労務者収容所で流行し（中略）同じ細菌が分離された。

しかし、これらの分離した病原菌の諸性状を調べているうちに、この菌が鞭毛を有し、固有運動のあることを見出し、詳しい血清反応の結果からペスト菌ではなく、パラチフスC菌であることが判明した。この菌は菌自身の毒力によって、あるいは患者の栄養状態などが悪く抵抗力が弱くなっているとき、しばしば出血性敗血症をおこし、ペストと間違えられることがあるといわれている。（以下略）

筆者の記憶を少し記したい。

ある日の細菌学の講義の前、大原先生が某炭鉱の労務者にペストの疑われる患者が発生したことを話された。

その次に病理学の講義で、武田先生が同じ事件について述べられ、出血性敗血症の所見からペストが最も疑わしいことを力説された。

更に衛生学の井上善十郎教授もこれに触れられ、かつて伝研におられた先生だけあって、細菌の同定の手順などを説明された。井上先生のそれは、細菌学の復習となり、かつ簡潔であって、テスト向きだと思った。

それから間もない日の細菌学の講義で再び大原先生がこの問題に言及された。中央からペストの権威と言われる人が来た。そして北大で採取・培養した菌のコロニーを見てこれは違うと言下に否定した。我々は心外である、と残念そうなお顔をされた。

今考え直してみると、違っていて幸いだった筈であるが、当時の担当者としては無理もないことだったのであろう。

この事件から二十年近くも日を経てから、飯田広夫教授に個人的な用事でお目に掛かった時、これについて伺ってみた。教授が学生時代から細菌学教室に入出入りしていたことを知っていたからだ。

「あの時は大変でした。裏話も沢山あります。結婚식을挙げて三日目ぐらいの人が現地に入り、一週間も足止めを食って、生きて帰れるのか心配でした。」この若い受難の先生がどなたなのかは教えて頂けなかった。

北大の同窓会名簿によれば、当時の関係者のほぼ全員が故人となられ、ご存命の方を探すのは難しいようである。

3. 番場伸一医師について

『寄せ場レポート』に番場伸一医師の紹介がある。

1908年(明治41)東京生まれ。1936年北大医学部卒(11期)、41~43年陸軍軍医、43年より北海道庁内省部衛生課勤務(46年防疫課長)、48年厚生省予防局防疫課に転任、52年茨城県衛生部長、53年より5年間WHO国際検疫専門委員兼務。54年防衛庁航空幕僚部衛生課長。57年より医療現場に復帰、国立豊岡病院勤務。69年より13年間三井東圧で健康管理に携わる。83年死去、74歳。

なお、番場の死後、『北海道衛生部東京会だより No.9』の「会友番場伸一君の急逝を悼む」という、先輩の金井進の追悼文も披露されている。一部省略して引用する。

「加えて大夕張炭坑を中心に起こったペストの流行は、軍部と厚生省の圧力の下、道庁が命令して、大夕張全山をトタン板を以て遮閉して、鼠の移動を食い止めた事もあった。(これはペストではなくて、中国によくあった温疫と云うものでサルモネラ菌によるものであった。)」

また、番場個人の「回想録」の下書きメモの紹介もある。晩年の産業医時代の執筆。

「北大中村、武田両教授はペストに最も近似しているという御意見であったのでたちまちにして大変な騒ぎとなった。東大伝研の川喜田が現地に來訪、小島三郎先生に『中村教授に九九%同意す』の電報を打たれ(中略)……Ca400名の中国の人達の中、百数十名が死亡した。流血中に双極性の桿菌を塗抹標本で証明することができた。後日、専門グループの結論はペストに非ずして(中略)中国人に対し特に親和性の強い特殊の疾病であるとされた。」

番場医師が如何なる経緯から、これらの文書綴りを所蔵していたかは不明である。しいて筆者の個人的な想像を逞しくするならば、次に襲った終戦時の混乱、その中であって、こうした文書の廃棄、焼却などの証拠湮滅が推進された時期があったのではあるまいか。その渦中であって、当事者の一人である番場医師は、それが忍び難かった。独り密かに秘蔵し続けたと考えることも可能であろう。

以上おおまかに「疑似ペスト事件」について書いて来たが、ここで気になるのは、第三の綴りの、中国人労働者の死亡者数である。これについて、我々は彼らの栄養状態が良くなかった、と聞かされていたが、その背景にあるものについてはあまり考えていなかった。『寄せ場レポート』においてはその点についても突っ込んだ考察がなされている。

戦争それ自体が、人類にとっての最大の罪悪であることを改めて考えさせられる。

4. 再び『北大医学部五十年史』から

同誌のp.158以降に“戦時中の疾患”という項がある。

戦時中は多くの伝染病が流行した。その中に、大陸の労働者と一緒に来たシラミによって持ち込まれたスピロヘータによる再帰熱があった。治療にはサルバルサンが有効であり、やがて解決を見た。

しかし、昭和十七年から、三井芦別に起きた発疹チフスは容易でなかった。翌年三月には茅沼炭鉱で発生があり、さらに全道各地の炭鉱や時局産業関係の事業場に波及し、昭和二十二年頃まで続いた。その間、医師、看護婦、警察官、地方自治体の衛生担当吏員らにも多くの犠牲者を出した。

再び筆者の記憶を辿る。

医学生足立舜二氏が一頃筆者の家に下宿していた。卒業前の春の休暇に某炭鉱病院に実習に行き、戻って間もなく倒れた。発疹チフスで、北大の隔離病棟に入院となった。面会が許されて見舞いに行った。回診に來たのが向後鉄太郎医師(道立公害研所長)だった。多くの医師が召集を受け、内科の医局は人手不足、脚の不自由な同氏が自転車で隔離病棟の長い廊下を回診に走り回っていた。その頃の足立さんの話では、彼の知る範囲で三人の医師がこの病気で死んでいるとのことだった。

足立さんも同年秋繰り上げ卒業で軍隊入り、無事生還されたが先年故人となった。彼が残したメモノートに入院中の短歌があった。一つだけ憶えている。

“大空の青さ目に沁む五月晴れ今日も臥床にすごすというか”

短歌といえば、昭和六年北大卒の福住一郎氏は潮音派の歌人として知られていた。同氏も発疹チフスの犠牲となった。地域医療に従事中の犠牲者、茅沼のあたりで難にあわれたと聞いている。哀悼!

戦時中の中国や朝鮮半島からの労働者の強制連行については、多くの著書などがあるが今回それらには全く触れなかった。これらの著者のお許しを願いたい。



極東ロシア探訪記 その2

短期連載

旭川医科大学 健康科学講座 教授 **吉田 貴彦**

(北海道産業保健推進センター 特別相談員)



我々を乗せた例の変な特徴をもつ飛行機は北西に飛びシベリアの奥地へと向かった。およそ2時間半の行程である。徐々に高度を下げた飛行機の眼下に広がるのは針葉樹がうっそうと茂る森…と、点在する湖沼である。湖沼というにはサイズが小さいし数もべらぼうにある。タイガの間にできた水溜りといったほうが当を得ているかもしれない。蚊が多いわけだと妙に納得し覚悟する。数年前の夏に中国内モンゴルの包頭空港に夜に到着した時に蒸し暑い手荷物受け取りのフロアで蚊の大群の出迎えを受けたことを思い出して憂鬱になった。ヤクーツクの空港は小さな田舎空港で飛行機のタラップをおり徒歩で空港ビルに向かったが、思ったほど暑くなく、蚊も多くなさそうで一安心。

ハバロフスクと違って田舎のためか、我々を乗せるバスが2台ともおんぼろである。箱型の中型バスであったが、1台は側面の鋼板が外れたままでエンジンの一部が見えていた。これは結構ショックである。中国の田舎でも壊れたままのバスには減多にお目にかかれない。一応は外国との交流シンポジウムなのだから、少しは体裁を気にしてもよさそうなのであるが。街の郊外からホテルに向かう道すがら、沈み行く夕陽が差し込むバスのカーテンの隙間から眺めた街の郊外の景色が印象に残った。地面に突きささった何本もの柱の上に立つ木造の家々である。ガイド

ブックによると高床式構造というそう。日本のような地面に枠組みを置くようなタイプの土台だと、冷え込みの厳しい冬季に地面が凍てつくために傾いてしまうらしい。それでも幾つかはひしゃげて廃屋となっている。木材も塗装がはげて灰色になり毛羽立って見え、冬の厳しさがわかるような気がした。遅い時間にチギンダルハンホテルに到着して夕食をとる。ホテルは思ったよりも良いホテルであったし、食事も全く問題無い。ただ、ハバロフスクのホテルでもそうであったが、水は薄茶色く濁っているとのことである。当然飲むことはできない。これは中国で慣れた事だから少しも驚かない。水の濁りはバスタブに湯を張ると気になるそう。財団の事務局の方々が言われるには入浴の際には入浴剤を入れると良いとの事だが、私は出張中のホテルでの入浴はいつもシャワーのみで通している。水の濁りも気にならなかった、と言うか気づかなかった。

開会式の朝、やはりおんぼろバスでホテルからさほど遠くない、ヤクーツク国立劇場に到着する。エントランスに入ると緩やかに蛇行する広めの階段の両端に民族衣装をまとった女性がずらっと並んでおり歓迎されるが、どこもかしこも人でごった返している。会場の入り口で同時通訳用のヘッドホンを受け取って中に入る。会場は既に半分ほどの人で埋まっていた。私の担当は開会式に直ぐ続いて行

われる全体集会の座長と日本側の3人のトップバッターの演者であるので、我々3人はとにかく映像媒体の準備をしようと舞台に向かった。あっと驚く、ロシア側の演者と思しき人が、舞台の右にあるスクリーンに液晶プロジェクターを試写しているではないか。何も苦勞して慌しくスライドを作らなくて良かったのか…パワーポイントで発表する準備をしてなかったの。で気を取り直してスライドプロジェクターを探すと、どこでも良く見かけるコダックの回転式のプロジェクターが1台あり、スクリーンは舞台の左に置かれている。光源が弱いので暗いだろうなあと思いつつ、スライドをセットしようとして、また、啞然。カラーセルが1個しかない!スライド映写担当の若者に英語で「他に無いのか」と尋ねるがどうも無い様である。川本先生は液晶プロジェクターを使うので良いとして、私と橋本先生はスライドを使う。それぞれ50-60枚のスライドがあり全てを、予めセットしておくことが出来ない。さあ困った。そこで、私の講演が進み次第に終わったスライドを抜き取って、そこに橋本先生が入れていくことで対処することになった。一汗かいて開会式に臨むために、会場の後方の席に3人で陣取る。日本の常識では、開会式が終わって、舞台が整えられて全体集会のシンポジウムが始まるはずであるし、予め日本側から配布されていたスケジュール表では45分ものインタ

ーバルがある。

舞台にはテーブルが並べられていて、日露の二十人ほどが壇上の席について開会式が始まった。サハ(ヤクーツクの現地語の地名)の口琴(ホムス、アイヌのムックリのようなもの)の演奏で始まった。アイヌのムックリのような哀愁を帯びたものではなく、エネルギッシュな演奏で圧倒された。馬が草原を駆け回る様子を表現しているのだろう、途中で演奏者が「馬のいななき」の声まで上げ、実にリアルであった。その後、お決まりの挨拶が続く。そうこうするうちに、舞台から何人かが降りたものの大方の方が壇上に残されたまま、液晶プロジェクターを用いて講演が始まってしまった。ざわついた会場で聞き取りにくかったが、開会式が始まる前にアナウンスがあって、私も呼ばれていたようであったが…。予め配布されたタイムテーブルにもよらず、また何の打ち合わせもないままに、日本側座長の私が壇上に上がりそこなったまま、どんどんスケジュールが進んでいく。山本教授が言われていた、その場で何が起こるか分からない…とは、このような状況のことか…参った。それにしても長い講演である。ロシアの環境問題について延々と続く。映像も100ページを超え、演題数から計算しての予定時間もとうに過ぎている。すぐさま壇上にあがれるように、舞台ににじり寄って気をもむ。やっとロシア側の講演が終わり、さてと壇上に上がると何と休憩のアナウンスが入った。あとで聞いた話であるが、開会式に直ぐに引き続いてロシア側の演者が講演することになったが、演者に敬意を表して、数人が舞台を降りただけで多くの方がそのまま舞台の席に残っていたのだそうである。舞台の中央に来賓が大勢すわったままで、行われる講演というのも奇妙なもので、どうも日本の?(私の?)常識が通じないようであ

る。

さて、我々日本側の演者の講演については予め英文の原稿を提出させられていて、英語で講演し、ロシア語に同時通訳されることになっていた。逆にロシア側はロシア語で講演して英語の同時通訳が付くことになっていた。ロシアの研究者や医師の多くは英語が通じないのだそうだ。日本側が準備した同時通訳は多くが日本に滞在して医学を研究しているロシア人であったので、日本語も相当に理解できていた。だったら、どうして日本側のシンポジストは講演しても聞いて理解できる人がいない英語で講演しなければならないのか最後まで理解できなかった。確かにロシア側が準備した同時通訳は、数名を除いて日本語が理解できなく英語だけが出来る方々であったが…休憩が終わり、壇上にあがってロシア側座長(今回の学会長でヤクーチア国立大学医学部長)のペトロワ教授と初めて会う。この時にはテーブルも数が減らされて、壇上には日露の座長2人と、進行係の女性と、日本語が話せる通訳の男性だけとなった。彼が我々の滞在中の面倒を見てくれることになった。山本教授から、シンポジウムの初めに日本側の演者がどのような講演をするかを交えて座長のスピーチをすることになっていると言われ、準備をしていた。既にシンポジウムが始まってしまったので、環境問題の導入として用意していたスライドの意義がやや薄れてしまったが、気を取り直してはじめることにしたが、せっかく通訳が張り付いているものだから、考えていた英語での初めの導入部分を急遽日本語で話して翻訳してもらうこととした。しかし、かえってうまくいかなかった。

さて、いよいよ自分の出番となったので、英語で講演を始めた。すると数枚進んだところで、何たることか、スライドが詰まってし

まった。スライド系の彼は顔を真っ赤にして格闘してくれ、だましだまし動かしているの、こちらの講演も滞りがちになってしまう。しかし、終にはどうにも動かなくなり、挙句の果てに何枚かが飛び出して宙を舞う。あきらめの境地に至り、原稿の朗読に近いものになってしまった。同時通訳もちぐはぐであろうがどうしようもない。時々、立ち直すスライドも話している内容とずれているのを無視して、冷や汗の講演を終えた。2番手の川本先生は液晶プロジェクターを使って順調に講演を進めている。青森の空港でスライドを準備してこなかった川本先生の事を心配したのは何だったんだろうと考えつつ聞いていたら、ペトロワ教授が通訳を通してとんでもないことを言い出した。時間が延びているから、川本先生で区切って昼食にしないか。橋本先生は昼飯が終わってからにしようとの提案である。ここで妥協しては、どうなるかわからないので、(ロシア側のように)長引くことは無いから続けさせると突っぱねることにした。橋本先生のスライドは多少引っかけかりがあったものの、大きなトラブルも無く終わることが出来た。最も悲惨な状況に遭遇したのが自分であったのがせめてもの慰めであった。後で橋本先生に聞いたが、私のスライドのトラブルの際に手伝おうとしたら、スライド係りの彼がプロジェクターを死守して手を出させてくれなかったとの事である。おそらくは裏板がずれたなどの単純な原因であったのだと思うのだが。

いずれにしろ我々の務めは終わった。午後からの臨床中心の分科会や技術指導(内視鏡が今回の目玉だったそうである)にはお付き合いせずにすむこととなって、先の通訳氏の案内で街中を見学することになった。ヤクーツクはレナ川の中流にある極寒・永久凍土の地として世界的に有名なところである。



(写真1) 日露医学医療国際交流シンポジウム全体集会(左: PG. Petrova学会長)
 (写真2) ダイヤモンド公社にて(左から川本先生、私、通訳氏、橋本先生)
 (写真3) オクチョムツイ村の診療所に貼られていた「健康啓発ポスター」
 (写真4) 英才教育施設レンスキー・クライ・フォーラム
 (写真5) Yakutia(Sakha)共和国初代大統領 Mikhail Nikolayev
 (写真6) 英才教育施設のあるオクチョムツイ村(大統領記念室の窓から)
 (写真7) 国立伝統芸能センター(ヤクート人の衣装、オルト・ドイドウ村)

盛夏には30℃を超えることは珍しくなく、40℃近くなることもあるそうであるが、今回の会期が8月下旬であり暑さも過ぎていたために蚊に襲われずに済んだようである。冬には-50℃にもなるそうで高床式住宅の意味が理解できる。それにしてもすさまじい気温差である。街を歩いているのは大方がモンゴル民族であり、白系ロシア人は少数であった。さすがに街の様子は日本と違うし、道路が埃っぽいので、うっかりすると中国の内モンゴルあたりに来ている錯覚さえ覚えた。開会式の演奏がエネルギッシュであったのは騎馬民族であるモンゴル民族が多いからのようである。街行く人々は中国人よりもはるかに日本人に似ていたし、茶髪に染めている若い女性も多かった。学会の際に写した写真を教室のスタッフに見せて、「誰が日本人でしょうか」と問うて半分程度しか当らないことから良くわかる。

通訳をしてくれた男性は、ヤクーツクの南方に住んでおり、元は鉱山技師であったのだそうだがリストラで職についていないらしい。どこで覚えたかは聞きそびれたが日本語が出来るので通訳として生

計を立てているらしい。どうも覚え難い名前で、あいまいに覚えていたので既に記憶に無く、失礼ながら通訳氏とさせていただく。彼の案内でホテルの隣のダイヤモンド公社の展示場を見学する。カメラもバックも全て預かれて案内の女性がつく。通訳氏が事細かく通訳してくれる。かなり大きなダイヤモンドから小さめ(と言っても普通の指輪のダイヤの数倍はある)のものはカップに無造作に入れて展示されている。サハの昔の言い伝えでは、上空を飛んでいた天使があまりの寒さで宝石を入れたバスケットを落としてしまったのでサハから宝石が沢山産出するとか…砂金や砂白金(砂といっても親指大のもゴロゴロ)や珍しい紫色の貴石、それらから加工・製造された品々が展示されていた。砂白金なんかはとて白金に見えず、落ちていても絶対に拾う自信が無い。ダイヤモンド原石も気付かずに拾おうとも思わないであろう。次いでホテルの傍の土産屋に行く。マンモスの牙で作った置物、例の紫色の貴石の置物、こちらは何とか手が出せそうな金額である。が、手持ちのルーブルが少なく換金しなけれ

ばならない。そこで、銀行に連れて行ってもらうことになった。ハバロフスクと違ってヤクーツクではドルからしか交換してもらえないので限度があるが止むを得ない。ところが銀行から出てきた人が通訳氏に何か言っている。それでも中に入ってみると、何と通訳氏が言うにはルーブルが売り切れなんだその世界である。仕方なくホテルを巡って両替を出来る場所を探す。やっと一つのホテルで両替が出来たが、100ドル分のルーブルしかなく、川本先生と半分に分けることになった。夕刻となって懇親会の時間が近くなったので、買い物は明日にすることに会場場のヤクーツク国立劇場に向かった。懇親会では幾人かが私を見つけて水と健康に関して話しかけてきた。数少ない英語を話す研究者である。年配の彼によるとサハの一部族が冬季間に湖から切り出した氷を溶かして年間を通して飲料水として使うためにヨウ素不足による健康障害が起こるのだという。水が氷結する際に不純物を取り込まないために氷中の微量元素が少なく、溶解して得られる水も微量元素が少ないためであるという。極寒の

地であるからこそ見られる珍しい健康障害である。調査に訪れてみたいと興味がわいたが、少数民族で疫学調査も難しそうである。

シンポジウム2日目も分科会には参加せずに昨日に訪れた店に買い物に出かける。しかし扉が開かない。土曜日だから閉店なのか、祭日だからなのか。昨日に広場を通り過ぎた時に、喉自慢大会などで賑わっており屋台も出ていたようである。聞くとところによるとダイヤモンド公社が地元の人々のためにフェスティバルを催しているらしい。記念品を買い損ねてしまい、なんともついていない。ガイドブックに書いてあった「買い物出来るチャンスはそう巡ってこないの、ルールを準備しておき思い立ったら先送りせずに直ぐ買うことである」をもっと信ずるべきであった。山本先生は金曜日のうちに絵画を買われたそうだが、何度もロシアを訪れているだけのことはある。現地の状況を知らないということはこれほどまでに不利なことであることを痛切に感じた。店が休みなので、分科会がない参加者ともどもマンモス博物館に行くことになった。ここでもガイドが懇切丁寧に説明をしてくれて、通訳氏も良く通訳してくれた。今までに博物館でこれほど丁寧に説明を聞いたことが無かったような気がした。3時から医療科学のテーマで最後の全体集会があたったが、日本福祉大学の西垣克教授の講演は我が国の医療制度などについてであり聞きなれているためか良くわかったが、ロシア側の話は良くわからなかった。閉会式を終えて晩にはダイヤモンド公社のレストランにて日本側主催のパーティが催された。飲み足りない面々でホテルのレストランでビールを飲んでいると、打ち上げ花火の音が聞こえてきた。ダイヤモンド公社主催のフェスティバルの締めくくりに花火大会であった。シベリアまで来て花火大会が見ら

れるというのも運が良いのかも知れない。お土産は買い逃したが…日曜日は朝からバスに分乗して郊外にエクスカッションである。荒涼とした草原というか湿地帯というか、1時間ほど走りオクチョムツイ村に着く。初めに診療所なところを見学することになった。2階建てのコンクリート造りで2階に2人部屋の病室が数室あったが誰も入院していなかった。外来も患者がいるわけではなく何か閑散としていた。壁に健康増進、特に喫煙と飲酒の問題を中心に健康の大切さを啓発するポスターが貼られていたことが印象に残った。ロシアの喫煙率は我が国よりも高いことを授業で教えているが、我が国同様に大きな問題となっているようである。健康な左半身と不健康極まりない右半身をあわせて描いたなんとも不気味なポスターであった。

村のはずれに近いところにサハ共和国国立の英才教育施設、レンスキー・クライ・フォーラムが建てられている一角がある。数学専門の建物、物理学専門の建物など最近建てられたものもあったが、我々が見学したのはその中心施設である。質素で小さな講義室が幾つかと小規模の図書館、これら施設の建設に尽力したサハ共和国の初代大統領ニコラエフの記念展示があった。ニコラエフ大統領は施設のあるオルジョニキゼ地区オクチョムツイ村の農民の家庭に生まれ、獣医大学を卒業した後に、獣医として仕事をしつつ政治家を志向したようである。モスクワから遠く離れた辺境のシベリアにロシアを代表する天才を輩出する教育機関をつくったとは驚きであり、宝石・貴金属の収入による経済的豊かさを得るとともに科学・教育の分野にも力を入れサハ共和国の地位を高めた功績は大きいものと思われ、国民から愛されている大統領であったようだ(現在はどうかされているのか良くわかりません)。大統領の記念

品の展示室の窓から、周辺の村の様子が見て取れたが、人影は無くとても貧しそうな家並みに見えて、あまりのギャップに違和感を覚えた。また、英才教育とはいえ数学や理論物理学が中心であり、研究費を必要としない分野ばかりで、全体としては貧しさの中から生み出された苦肉の策のように思えたのは私の錯覚であろうか。ダイヤモンド等がもたらす莫大な収益も8割方はロシア連邦の収入となり、残りが共和国営ダイヤモンド公社の収入となり、その納税が共和国を潤しているのだそうだ。

次いで、オルト・ドイドウ村にある国立伝統芸能センターを訪れ、屋外でシャーマンの儀式とサハ共和国とロシアの民族舞踊(ダンス)を見学した。儀式の際に木の器に入れられ儀式に使われた馬乳酒が客人に振舞われたが生憎私にまで回ってこなかった。しかし後で聞いた話では御相伴に預かった客人達はお腹を壊したそうで、私にとって初めての幸運であったかもしれない。その後、狭いレストランにすし詰めになって若い女性コーラスとホムス演奏を聞きながら、遅い昼食をいただいた。いつものオードブルっぽい内容で飽きがきていたが寒かったこともあり、札幌医大の先生とウオッカを随分と楽しんだ。食事後は民芸品の販売があり、充分でないルールで購入が可能であったホムス(サハの口琴)を買った。多くの参加者が購入し帰りのバスでは「びょーん」とあちらこちらから音が聞こえてきた。我々はホムスを「びょんびょん」と呼んで、そのうち日本の学会の懇親会で「びょんびょん演奏」をやったら面白いと、ウオッカの助けもあって盛り上がりながら帰途についたのである。

(その3に続く)

「作業環境測定の実際と職場改善」

(中災防北海道安全衛生サービスセンター技術専門役)

澤 田 厚 史

北海道産業保健推進センター産業保健相談員

職場では、中には人体に有害な物質を使用して色々な製品が製造されている。一般に使用されている化学物質は5万種類とも6万種類ともいわれ、労働安全衛生法では、その一部分（有機溶剤は47物質、特定化学物質は43物質など）について作業環境測定を義務付けている。事業者はその結果を基に職場の環境管理をしなければならない。そこで、作業環境の把握として測定がどの様に行われているか、また携わった職場改善例を紹介したい。

作業環境測定はデザイン、サンプリング、分析、評価からなっており、デザインは作業環境測定の中で最も重要な位置付けにあって測定する場所、日時、

使用サンプリング機器などの計画にあたる。したがって、デザインは作業環境測定の大部分を占めるといっても過言ではない。そのため事業場における情報が重要で、事前に職場の事が分かる方に説明を求めることにしている。デザインが決定されれば、デザインに基づいてサンプリングを行う。しかし、現場は生きているために、作業が予定していた状況と異なることがある。場合によっては延期することもあるが、その場で臨機応変に対応することがほとんどである。サンプリングにはA測定とB測定があり、A測定は職場の平均的濃度が分かるように縦横6m以内で等間隔に測定点を定め、1時間から2時間程

表1 管理区分と事後措置

管 理 区 分	環 境 状 態	事 後 措 置
第1管理区分	作業環境管理が適切であると判断される。	良好な管理状態を維持するよう努める。
第2管理区分	作業環境管理になお改善の余地があると判断される。	施設、設備、作業工程または作業方法の点検を行い、その結果に基づき、施設または設備の設置または整備、作業工程または作業方法の改善その他、作業環境を改善するために必要な措置を講ずるよう努めなければならない。
第3管理区分	作業環境管理が適切でないと判断される。	(1)作業方法の点検を行い、その結果に基づき、施設または設備の設置または整備、作業工程または作業方法の改善その他、作業環境を改善するために必要な措置を講ずることにより、第1管理区分または第2管理区分となるようにしなければならない。 (2)前項の規定による措置を講じたときは、その効果を確認するため、環境測定を実施し、及びその結果の評価を行わなければならない。 (3)労働者に有効な呼吸用保護具を使用させるほか、健康診断の実施その他、労働者の健康の保持を図るため必要な措置を講じなければならない。

度かけてランダムにサンプリングする。B測定は特に気中濃度が高くなると思われる場所と時間を考慮して、測定士の任意で最低1箇所を決める。

なお、初めての測定の場合には何処の気中濃度が高くなるか分からないことが多いため、複数箇所サンプリングすることもある。長年、測定をしているが、自分の感覚と実際の測定値が一致しないことも度々ある。

事業場から、法定外の物質について測定が必要の有無を問いかねられることがある。しかし、「これまでの経験から、残念ながら当てになりません。」と答えることにしている。客観的なデータを基に判断されることが重要で、さもなければ測定の必要性自体が問われてしまうのである。

サンプリングされた検体は決められた方法で分析され、データの信頼性を確認したうえで評価し報告書を作成する。

事業者は受け取った報告書を基に職場改善計画を立てることになる。しかし、作業環境測定は環境濃度

の把握が目的で行われるため、その結果だけで判断し改善に結びつけられる場合がある。法定で実施された作業環境測定の結果は、第1管理区分、第2管理区分、第3管理区分（表1参照）に職場を区分する。評価結果は、第3管理区分が第2管理区分よりも環境が悪い評価となっているが、作業場への影響を考慮したリスク評価では第2管理区分の方が悪い場合が意外とある。もともと、作業環境測定には時間の概念が存在しないため、例えば、同じ濃度の職場に1時間いても、8時間いても作業者を対象としていないため、限られた時間内での環境濃度が同じ場合には環境評価も同じにある。したがって、職場改善に優先順位をつけるとすると、作業環境測定の結果に作業時間を加味する必要がある。なお、より詳細なデータにするためには作業負荷、作業位置の場所依存なども考慮に入れたりする。

職場改善の手法は表2に示したが、手順通りに可能性を探り、また手順のいくつかを組み合わせることも一般的に行われている。

表2 有害物質による健康障害防止手順

生産技術的対応	①有害物質の使用中止、有害性の少ない物質への転換 ②作業方法の改良、生産工程の変更による有害物質拡散の防止 ③設備の密閉化、自動化、遠隔操作、有害工程の隔離
環境改善技術	④局所排気装置、プッシュプル換気装置の設置 ⑤希釈換気設備の設置
個別管理	⑥保護具の着用

ここでは一般的な改善方法である局所排気装置について説明を進めることにする。

局所排気装置は非常に重要な役割をはたしており、また有効なものである。局所排気装置には発散源と

フードとの位置関係および有害物質の飛散状態より大きく分けて、表3のとおり囲い式フード、外付け式フードおよびレシーバ式フードなどがあり、作業状況に応じて細かく使い分けされている。

表3 局所排気装置フードの型式分類の一例

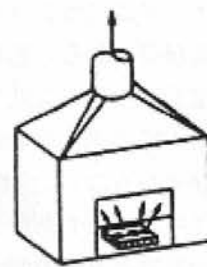
囲い式	(1) カバー型	発散源の周りを囲み、手を入れられる程度の開口部しかないもの
	(2) グローブボックス型	手を入れる所に不浸透性手袋が取り付けられている箱でガラス窓などがある
ブース式	(3) ドラフトチャンパー型	ブース型の開口面に扉が付けられたもの
	(4) 建築ブース型	発散源を大きく囲み、作業面が開放されているもの
外付け式	(5) スロット型	細長い開口部を有するもの
	(6) ルーバ型	すだれ状の開口部を有するもの
レシーバ式	(7) キャノピー型	熱上昇気流に伴う発散源を天蓋で捕捉するもの
	(8) カバー型	発散源が方向性を持っており、その方向に捕捉するもの



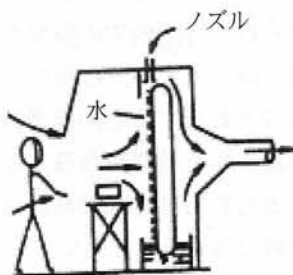
(1) カバー型



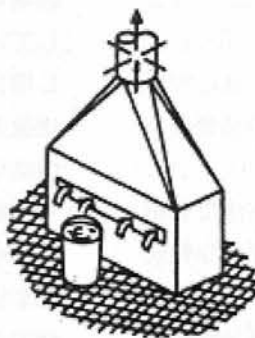
(2) グローブボックス型



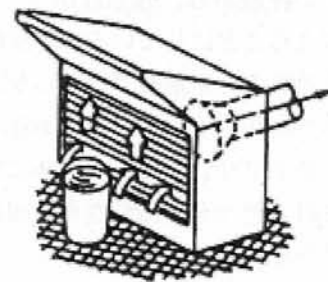
(3) ドラフトチャンバー型



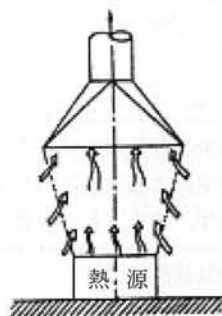
(4) 建築ブース型



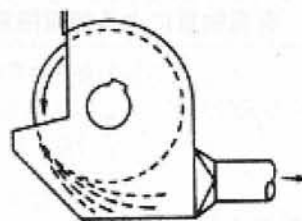
(5) スロット型



(6) ルーバ型



(7) キャンピ型



(8) カバー型

一方、取り扱う有害物質、フード型式または作業内容によって、局所排気装置の性能要件が有機溶剤中毒予防規則（以下「有機則」）など特別則で定め

られている。

例えば、有機溶剤の制御風速は、囲い式フードの場合に開口面で0.4m/秒と決められている。また、

表4 取扱い物質・フード型式別制御風速

取扱い物質	型 式	制御風速(m/秒)	備 考
有 機 溶 剤	囲い式	0.4	注意事項 制御風速は全てのフードを開放した場合の風速をいう。
	側方吸引型	0.5	
	外付け式 下方吸引型	0.5	
	上方吸引型	1.0	
特定化学物質	ガス状	0.5	特化則
	粒子状	1.0	
粉 じ ん	回転体を有する機械全体を 囲う方法	0.5	厚生労働省告示第67号 抜粋（15種類の作業に対して制御風速が決められている。）
	回転体のみを囲う方法	5.0	

特定化学物質等障害予防規則（以下「特化則」）、粉じんは厚生労働省告示第67号で各々示されている（表4参照）。ここではフード型式の改良により、効果の上がった局所排気装置の改善事例を2つ紹介したい。

塗装職場の改善例1

この事業場はスキー板などを製造している工場である。スキー板は数枚のソール（薄い板）を重ね合わせて一つの製品となる。ソールを塗装する作業場所において作業者が2名おり、1名はロールコーターへソールを送り込み塗装する。他の1名は塗装されたソールをラック（キャスター付き）に収納しソールで満たされたところで乾燥室へ移動させる。なお、この作業は1日に数回繰り返行われている。作業環境測定は定期的に行われており、作業場の概

略は図1に示す。

改善前の制御風速は0.1m/秒未満と低く、また一つのラックに収納したソールの枚数も多いために有機溶剤の発散量が多く作業環境評価が第3管理区分となっていた。そこで、改善策として（図2参照）、ラック自体を作業に支障のない程度に透明なアクリル板で囲むと共に、それ自体もフードとして使用するプレナムチャンバーとして改良を加えることを提案した。これによって、従来の外付け式フードから囲い式フードへ改良されたことになる。

改良の結果、開口部分の風速がほぼ均一となり従来のフード型式に比較し制御風速が0.6m/秒と増し、有機則でいう制御風速を満足する結果となった。また、作業環境測定結果も改善後は第3管理区分が第1管理区分となった。現在は、レイアウトを含めてラックの移動距離が短くなるように検討が行われている。

粉じん職場の改善例2

この事業場は上下水道のマンホールなどを製造している工場である。マンホールの大きさ、形は様々で、ほとんどが円筒状で手持ちグラインダーで管内面を研ましている。研ま作業は、通常囲い式フード内で行われているが、大きいものになると囲い式フードの外で研ま作業が行われていた。

もともと、囲い式として設計された設備のため、囲い式フードの近くで研ま作業をしても粉じんが補足されずに、職場を汚染する原因となっていた。そこで、管内部にフレキシブルダクトを挿入して、管自体を囲い式型のフード代わりに利用する方法を取り入れた。作業環境測定結果は第3、第2管理区分で推移していたが、第1管理区分に改善された。

研まの際の粉じんは、図3のとおり管の円周方向に飛散するために直接管の開口部方向に向かうことはない。従来の制御風速は、外気流の影響もあり、1m/秒であったものが、6.3m/秒にまで上昇した。現在では自動研ま機が導入されているが、やはり細かいところは作業者の手が入るため当設備は生きている。

局所排気装置のフード改善事例を紹介したが、囲い式は作業場の風の影響を受けず、またランニングコストが低く済むなど利点がある。しかし、作業の性質上有害物質を囲うことができず外付け式フードでなければ作業できないこともある。

大事なことは、その設備を作業者が設計通りに活用するかどうかにある。そのために、実際に仕事をする作業者と十分に話し合い、フードの特徴を理解

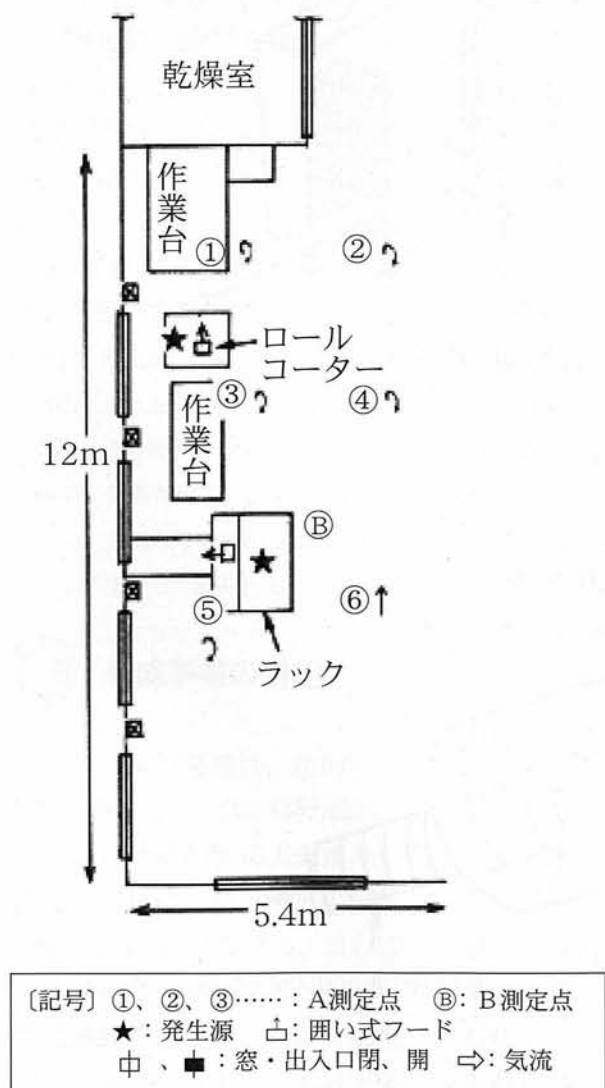


図1 作業場平面図

したうえでフード設計することが望まれる。なお、改善の必要性および改善による効果判断は適正な作

業環境測定の実施によるものであることを忘れてはならないと考えている。

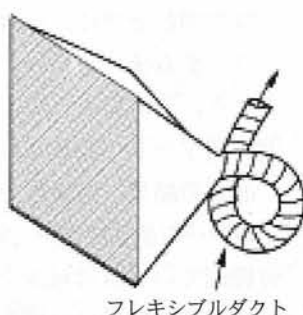
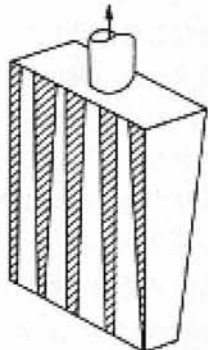
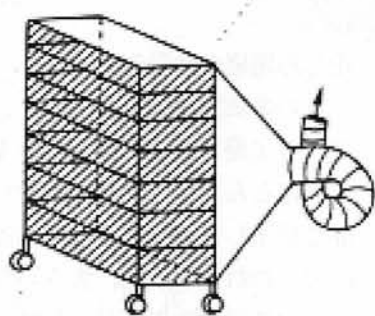
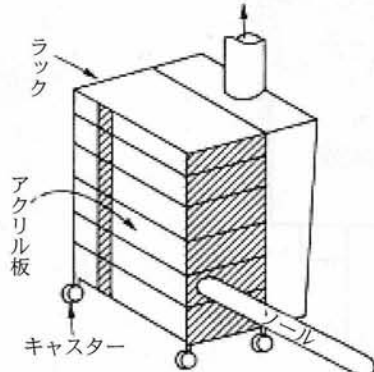
	改 善 前	改 善 後
フ ー ド	 フレキシブルダクト	
ラ ッ ク	 使用例	 ラック アクリル板 キャスター ローラー

図2 フード・ラックの改善前後

：開口部分

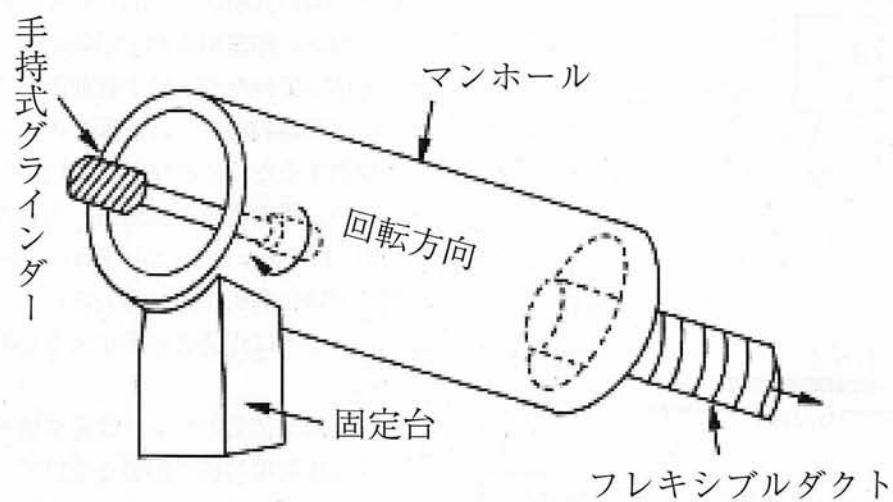


図3 フレキシブルダクトによる改善例

産業医共同選任事業の現状と課題

(前)北海道産業保健推進センター 副所長

中山 和雄

1 はじめに

産業医共同選任助成事業（以下「助成事業」という）^(※1)は、産業保健推進センターが任務としている事業の一つであり、複数の^(※2)「小規模な事業場^(※3)」が同一の産業医と契約して産業保健活動を行う場合に、産業医に支払う費用の一部^(※4)を助成する制度です。

助成の内容や手続については、本誌の広報ページやパンフレット等に譲るとして、最近2年間の運用で気づいた点を述べてみたいと思います。

(※1) 助成金を支給します。

(※2) 2以上6以内の事業場。

(※3) 労働者数50人未満。

(※4) 労働者数により助成の上限額が異なり、契約金額が上限以下なら全額を助成。

2 助成事業の目的

この制度の発想は、法的に産業医の選任については「努力義務」しかない労働者数50人未満の小規模事業場に、産業医との嘱託契約による最大3年間の、言わば「産業保健活動の試行」を通じて産業医の必要性和効果を肌で感じてもらおうというものです。ご承知のとおり50人未満の事業場に対する産業保健サービスと

しては既に、労働局から都市医師会へ委託して開設されている「地域産業保健センター」があります。この地域産業保健センター事業では、登録産業医による産業保健相談や事業場訪問指導などが行われ、産業医によるスポット的なサービスとして社会的認知と成果を上げつつあります。地域により温度差がまだ相当あるようですが、産業保健活動の普及啓発には今後とも大きな役割を果たすことと思われます。

一方、産業医本来の継続的な産業保健活動としては、事業場の業種・特性、企業を取り巻く社会的環境、物理・化学的作業環境、業務や取扱物の危険・有害性、作業態様、労務管理および労働者の健康状況などを把握して知悉し、事業主や衛生管理者・衛生推進者・衛生担当者ならびに従業員の信頼を得て、事業場の日常の労働衛生活動と十分に連携することが必須です。また、そのためには当然のことですが、産業医が年間に何度も事業場を訪れ、事業主や衛生管理者・衛生推進者・衛生担当者または衛生委員会等と十分な意見の交換、意思の疎通をするとともに、労働者と直接接する機会なども欠かせません。

これらのことは、産業医の選任義務のある労働者数50人以上の事業場では、定期的な職場巡視、

衛生委員会への出席、健康診断の企画および実施への関与と事後措置としての指導助言、健康相談および労働者への健康講話などを通じて実現されている（べき）ところですが、努力義務となっている小規模事業場では何かのきっかけがなければ、まず実行されることはないのではないのでしょうか。

そのきっかけを作るのがこの助成事業、ということもできます。

3 助成事業の実績と効果

(1) 利用の状況

北海道における助成事業では、毎年数十の事業場から新規の申請があり、近年は2年目、3年目の継続申請を含めると、年間100件を超える事業場にご利用いただけてきました^(※5)。

(2) 活用の好事例

これらの中で、事業の趣旨を理解され、存分に活用されている利用者の一つに、江別市にある「江別工業団地（協同組合）」があります（以下、文中では敬称等を略させていただきましたのでお詫び申し上げます）。

この工業団地協同組合の会員事業場は半数弱が労働者数50人以上ですが、他の半数以上は助成事業の対象となる労働者数50人未満の規模です。

以下は、先ごろ工業団地に伺っ

た際に産業医をはじめ協同組合の幹部の方や助成事業を利用されている会員事業場の事業主ならびに事務局の方々の話をお聞きしてまとめたものです。(筆者の感想を交えたものですから、誤りがあれば文責は筆者です)

この助成事業を利用されることとなった最初のきっかけは、平成12年に会員事業場からこれを活用したい旨の希望が組合に出され、これを受けた幹部や事務局の方々が関係各方面と調整をはかり、地元の江別医師会や産業医の協力を取り付け、平成13年の春には10社が初めての申請に至りました。その後逐年理解が進み、平成14年度は14社、平成15年度には19社と利用される事業場数も延びております。

お話を伺っているうちに、江別工業団地協同組合で産業保健活動と助成事業の利用が進み、健康で快適な職場をつくる実が上がっているのには、いくつか理由があることがわかってきました。

第一は組合の組織体制です。組合には、工業団地の円滑な運営と会員事業場のために各種の委員会が組織されており、その一つに「安全衛生事業委員会」があって、団地の事業場と労働者の安全衛生に関する様々な課題の検討と活動の実行を担当しています。

この委員会は組合の副理事長が統括するとともに、委員長には安全衛生に大変造詣が深く積極的な会員事業主の方が就き、この方々が中心となって各種の運動や大会、講習会や研修会、

健康診断の設営その他、様々な行事を計画し、団地ぐるみで実行しています。そして事務局の体制と事務局長をはじめとする担当者の熱意と努力が、これらの活動を支えているといえます。さらに、産業保健とは別ですが、団地の求心力を強めている重要な要素として、団地の電力を協同組合で共同受電していることが挙げられます。

こうした点を見てきますと他の、単に自治体の誘致によって立地しただけの企業の集まりで、相互には親睦程度の交流しか図っていないような団地では、こうした良好な関係や将来に向けての取り組みができるか？逆に疑問を感じました。これはもう助成制度活用の好事例というより、企業立地自体の好事例と言っていいのではないのでしょうか。

第二の理由は、この地域の産業医と地元の江別医師会の産業保健活動に関する高い見識です。医師会ならびに産業医としての重鎮であるベテランの産業医が顧問となり、産業保健活動全般について強い指導力を発揮するとともに、若手・中堅の医師に産業医資格の取得を勧め、資格取得者へは実務現場での指導助言方法を指導するほか、助成事業を活用してこれらの産業医に多様な業種の産業現場を経験する機会を設けるよう配慮するなど、制度の側から見ても、願ってもない活用方法を実践しています。第三には、地域産業保健センターと連携が十分に図られていることが挙げられます。この地域は「札幌東地域産業保健センター」

の担当ですが、コーディネータが大変温かい人柄で安全衛生や労働災害防止活動の知識と経験が深く、地域産業保健センター活動に熱心なことはもとより、私ども産業保健推進センターの助成事業についても、事業場や企業団体へのお知らせやお勧めに積極的に取り組んでいただき大変感謝しております。

また、この地域産業保健センターを構成する医師会は江別医師会ばかりではなく、むしろ事務局は北広島医師会に置かれているのですが、産業保健活動を普及推進する熱意はどの医師会もみな等しく、産業保健活動において必要がある場合は、所属医師会をこえて相互に協力し、産業医活動を行っています。

これらの結果、繰り返しますが江別地区に於いては、①事業場は本格的な産業保健活動を低廉な経費で試行することができ、②それにより労働者は健康の確保・増進に適切な援助が受けられ、③ベテラン産業医には知識・技能・経験を活かせる実践の場が、併せて若手医師および未経験産業医には(失礼ながら)訓練の場が得られる結果となり、今後の産業保健活動にとって「三方一両得」になっているとも言えましょう。

(*5) 近年北海道内でご利用いただいた事業場数(各年度の申請数)：

平成13年度 新規52事業場(17集団)
(2年目、3年目の継続を含め163事業場)

平成14年度 新規44事業場(12集団)
(2年目、3年目の継続を含め138

事業場)

平成15年度 新規29事業場 (11集団)

(2年目、3年目の継続を含め113事業場)

4 今後の課題

さて、好事例として紹介させていただいた江別工業団地協同組合における、団地と企業各社ならびに産業医の幸せな関係は、どこでもこのように意識しさえすればできることなののでしょうか？

ご紹介に併せて気づいたところを述べてきましたが、これらの好条件を裏返すと、まさに助成金の活用が困難だったり、せっかくの助成金の効果が上がりにくい場合と、いうことになります。

まず共同選任を行う事業場相互の、産業保健活動における日常の協力・連携体制ですが、これは産業医活動の性質上、プライバシーその他、相互には踏み込めない部分も多いことから、内容にわたる連携・協調ということにはならず、日程・時間のすり合わせ、産業医の送迎など、基礎的な協調意識さえあれば問題は無いでしょう。

次に活動に携わる産業医の資質とそれを取り巻く環境です。前者についてはもちろん、日本医師会の定める所要の50単位を取得して認定を受けた産業医ですから、産業保健にかかる知識や技能に不足のあろうはずはありませんが、現実の産業現場の物理・化学的実態、法的・経済的環境、事業場における雇用労働状況、一般の労働条件ならび

に産業・労働者心理等に通暁しているかということ、一部の経験豊かな産業医を除いて、十分な実務能力を備えた産業医が多数存在するとはいえない現状です。この状況を向上させるためには、ニワトリと卵の関係になりますが、産業医を嘱託する事業場の需要がもっと増加し、産業医に実務のフィールドを供給しなければなりません。

他方、法的に産業医の選任が努力義務となっている小規模事業場であっても是非嘱託したいと思うような、有能な産業医が増加し、供給されなければならぬでしょう。そして医学関係者、医療関係者、医師会等にはそれぞれの立場で、今後ともこれらに一層努めていただきたいと念願するところです。

とはいえ現行の「日医認定産業医研修」制度の枠を大幅に超え、昨今の医師の研修制度のように、現場における産業医の実務修習を行いうるような環境の整備と制度の改善が施されるのは、遠い夢でありましょうか？

以上のことを考え合わせると、われわれ産業保健活動の支援に携わる者に出来ることは極めて限られているといわざるを得ません。しかしながら、これらを課題とすれば、むしろ今後の進むべき道を見出すことには何の迷いもなかろう、と思うのは筆者一人ではないと信じております。最後は制度に内在する課題です。国の助成金であるがゆえに単年度会計になっているのは致し方ないところかもしれませんが、最初に記した制度の目的を考え

れば、たとえば半年度単位の事業とする、手続的には簡便かつ明快にする、産業医の主体性をより明確に求める運用とする…等、制度的な点には、まだまだ改善の余地があるように思われます。

細かいところになりますが、特に申請事業場の労災保険成立関係の確認作業については、早急な明確化と改善が求められるのではないのでしょうか。

5 むすびにかえて

今まで産業医をはじめとする産業保健関係者を支援し、助成事業をお勧めする立場だった筆者が、自らを省みず勝手なことばかり述べ立てました。

近年懇意にさせていただいた方におかれてはすでにご承知のとおり、筆者は世渡りの下手な人間と自覚していることを表明するにやぶさかではありませんが、最近までこれらの事業に携わってきた者として、これからこの事業をご利用になる事業者の方々および委託を受ける産業医ならびに該当の医師会・地域産業保健センターにおかれましては、現状の産業保健を取り巻く環境と、制度の利点と難点をご理解いただきつつ、産業保健活動を一歩でも先へ進める梃子として「産業医共同選任助成事業」をご活用くだされば、望外の喜びであることを申し伝え、筆を置かせていただきます。

北海道産業保健推進

1 産業保健「推進」センターとは

当センターは産業保健関係者を支援するため、全国の都道府県に47設置されている「産業保健推進センター」のひとつで、厚生労働省からの交付金で運営されており、運営主体の本部は「独立行政法人 労働者健康福祉機構」です。

なお北海道内17ヶ所の各地元の医師会が北海道労働局から委託を受けて運営しておられる「地域産業保健センター」と名称が似ており、当センターはこれらの方々と十分に連携を取ってご協力する関係ではありますが、運営している法人主体は異なっております。

2 主要な業務：「産業保健関係者への支援サービス」

「産業保健関係者」とは、産業保健活動の様々な面に積極的にかかわる立場にある方のことで、従業員の健康に責任のある「事業主」の方をはじめ、「産業医」「産業看護職（保健師・看護師）」「衛生管理者」「衛生推進者」「労務担当（のうち健康管理担当）者」など、を広く支援してまいります。

支援サービスの種類・内容には次のようなものがありますので、是非ご利用ください。

(1)「研修」（研修会の開催や、研修会を開催する方に物的・人的な支援をいたします）

- ①；産業医研修（産業医の資格取得や資格更新の単位となる「日本医師会認定産業医研修」などを年間20数回、札幌および地方で開催しています）
 - ②；産業看護職の研修（保健師・看護師等を対象とした、専門的、実践的な研修を年間20数回開催しています）
 - ③；衛生管理者等の研修（基礎知識、実践的な知識、最新の情報、産業保健の動向等をテーマとした研修を年間20数回、札幌および地方で開催しています）
 - ④；研修等の支援（地域・業界の団体、企業グループなどが開催する研修等に産業保健関係の講師を派遣するなどの支援をいたします）
- （①～④は原則として無料ですので、研修会や講演会の講師が必要な場合などは、お早めにご相談ください）

(2)「情報の提供」

- ①；研修その他の場面でお使いいただけるよう、安全衛生・産業保健関係のビデオ・図書等を閲覧・貸出ししています（無料ですが、郵送・宅配をご希望の場合は送料がかかります）
- ②；研修用にお使いいただける作業環境測定機器・呼吸用保護具などの機器も貸出ししています（無料ですが、郵送・宅配での貸出しはいたしません）
- （①・②について、ご連絡いただければ貸出し品を記載した「ビデオ・図書等リスト」をお送りいたします。リストはWebサイトでも公開しています）
- ③；情報誌「北の産業保健」（季刊、年4回）の発行・配布（本誌です、今後継続して送付をご希望の場合はご連絡ください）
- ④；Webサイト（インターネットのホームページ）、電子メール等による情報の発信、受信

センターのご案内

(URL、メールアドレス等は本誌裏表紙にあります、ご利用ください)

⑤; その他、様々な方法やチャンネルで情報を提供しています

(3)「相談」

- ①; 窓口相談 (来所、電話、FAX、電子メール等、可能な方法でご相談を受付け、産業保健相談員等が対応します、なお取り次ぎに時間を要する場合があります)
- ②; 実地相談 (産業保健相談員等が産業現場 (職場) へ出向き、現地の状況を踏まえて相談対応、助言、指導をします)

(4)「広報・啓発」

- ①; 「事業主セミナー」の開催 (事業者団体・地域団体の主催する安全衛生大会等に講師を派遣し、産業保健活動の必要性、効果、最近の動向などを講演・説明します、また依頼があれば対応いたします、原則として無料ですので、地域の安全衛生大会、講習会、研修会、講演会などの講師が必要な場合は、お早めにご相談ください)
- ②; Webサイト (ホームページ)、電子メール等による情報の発信、受信
- ③; マスメディア、ジャーナリズムによる広報 (記者クラブ等への情報提供、報道発表等を行っています)
- ④; その他、広告媒体など様々な方法やチャンネルによる広報

(5)「調査研究」

- ◎; 産業保健に関する調査研究 (道内の産業保健の実情・動向など、毎年テーマを定めて調査し、疫学的・統計学的な分析に基づいて結果を公表しています)

(6)「助成金」の支給

- ①; 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」) の申請の受理・審査、支給、ご利用のお奨め広報など (ご連絡いただければパンフレットをお送りします、皆さまのところや知り合いの会社でも是非ご検討ください)
- ②; 深夜業自発健診助成金 (正式名「自発的健康診断受診支援助成金」) の申請の受理・審査、支給、ご利用のお奨め広報など (ご連絡いただければパンフレットをお送りします、皆さまから従業員の方々にお奨めください)

(7)「地域産業保健センターの支援」

(北海道内17ヵ所にある「地域産業保健センター」のお手伝いもしています)

3 スタッフ等

- (1) **産業保健相談員** (産業医学、メンタルヘルス、衛生工学、カウンセリング、法令、保健指導など、分野ごとに専門家を委嘱し、相談・研修講師などを依頼しております) ex. 産業医学→医師・衛生コンサルタント等、メンタルヘルス→精神科医等、衛生工学→衛生工学の学者・作業環境測定士等、カウンセリング→産業カウンセラー・臨床心理士等、法令→法学者・安全衛生行政経験者等、保健指導→保健師等
- (2) **事務局** (所長、副所長、課長、係長、係員等) ex. 所長 (医師、産業医学・疫学等の専門家、札幌医大名誉教授、相談・研修講師なども担当します)、副所長・課長・係長・係員等 (事務部門、「労働者健康福祉機構」の職員です)

平成16年度

北海道産業保健推進センターのスタッフ紹介

専門スタッフ（産業保健相談員）

◆基幹相談員

（敬称略）

分野	氏名	現職	専門科目
産業医学	岸 玲子	北海道大学大学院 医学研究科 教授	産業保健 疫学
"	清 田 典 宏	(財)北海道労働保健管理協会 常務理事	産業保健 外科
"	原 潤 泉	札幌鉄道病院保健管理部 労働衛生科 主任医長	産業保健 作業環境
"	山 村 晃太郎	旭川医科大学 名誉教授	産業保健 精神保健
メンタルヘルス	中 野 倫 仁	北海道医療大学心理科学部 臨床心理学科 教授	精神医学 精神保健
労働衛生工学	西 安 信	北海道工業大学 建築学科 教授	作業環境管理 建築工学
"	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 技術専門役	作業環境管理 作業環境測定
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	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 主席精神相談員	カウンセリング
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	労働安全衛生法 じん肺法 等 関係法令解釈
保健指導	鎌 田 幸 子	健康保険組合連合会 北海道連合会 保健師	保健指導

◆特別相談員

（敬称略）

分野	氏名	現職	専門科目
産業医学	上 原 好 雄	地方職員共済組合北海道支部 北海道庁診療所 所長	産業保健 健康管理
"	江 口 照 子	北海道新聞社 総務局 健康管理室	産業保健 公衆衛生
"	木 村 清 延	岩見沢労災病院 副院長	産業保健 内科
"	小 林 麻 美	北海道松下電器（株） 健康管理室 所長	産業保健 特殊健診 作業管理
"	齋 藤 裕	医師 労働衛生コンサルタント	産業保健 整形外科 リハビリテーション
"	種 市 洋	美唄労災病院 整形外科 部長	産業保健 整形外科
"	藤 原 豊	美唄労災病院 内科 部長	産業保健 内科
"	森 田 学	北海道大学大学院歯学研究科 口腔健康学講座 教授	産業保健 予防歯科学
"	山 崎 知 文	北海道対がん協会 旭川ガン検診センター 主任医長	産業保健 産婦人科

◆特別相談員

(敬称略)

分野	氏名	現職	専門科目
産業医学	吉田 貴彦	旭川医科大学医学部 健康科学講座 教授	産業保健 衛生学
"	森 満	札幌医科大学医学部 公衆衛生学教室 教授	産業保健 公衆衛生 疫学
"	岡野 五郎	札幌医科大学医学部 運動科学教室 助教授	運動生理学 栄養学 運動疫学
"	佐藤 広和	札幌鉄道病院保健管理部 医学適性科 主任医長	産業保健 予防医学 健康管理
"	高橋 達郎	釧路労災病院 中央検査課 部長	産業保健 病理学
メンタルヘルス	上野 武治	北海道大学医学部 保健学科 教授	精神医学
"	久村 正也	札幌心身医療研究所 所長 北海道医療大学 客員教授	心身医学
"	齋藤 利和	札幌医科大学医学部 神経精神科 教授	精神医学
"	石川 博基	いしかわ心療・神経クリニック 院長	精神医学
"	長 栄 洋	旭川赤十字病院 精神科 医師	精神医学
労働衛生工学	相澤 和幸	(財) 北海道労働保健管理協会 環境管理課 課長	作業環境関係 測定・管理
"	石塚 久美	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 主任技術員	作業環境関係 測定・管理
カウンセリング	後藤 啓一	グループ・ダイナミクス総合研究所 所長 北海学園大学 名誉教授	組織臨床心理学
法令関係	保原 喜志夫	天使大学看護栄養学部 教授 北海道大学 名誉教授	労働法 社会保障法
保健指導	山ノ内 廣子	(社) 北海道看護協会 保健師職能理事	保健指導

事務局スタッフ

職名	氏名	備考
所長	三宅 浩次	留任
副所長	田中 秀樹	新任 (小樽労働基準監督署長から出向)
業務課長	山本文彦	留任
業務係長	村山 義昭	新任 (群馬産業保健推進センターより転入)
業務課員	高橋 功二	留任
業務課嘱託	宮本 さおり	留任

(参考；前任の事務局スタッフです、ご苦労様でした)

前職名	氏名	備考
副所長	中山 和雄	退任 (滝川労働基準監督署長に就任)
業務係長	齋藤 成寿	転出 (労働者健康福祉機構本部へ転出)

労働福祉事業団の独立行政法人化について

皆さまにご利用いただいております当センターの設置母体（本部）の「労働福祉事業団」が、行政改革により本年4月1日から「独立行政法人 労働者健康福祉機構」に衣替えをしましたので、お知らせします。

なお、当センターが皆さまに提供する産業保健活動支援の各種サービスには変更ありませんので、今後とも一層のご利用を賜りますようお願いいたします。

1. 「独立行政法人」とは

現在すでに各種の独立行政法人が多数設置されており、機構・名称を改正する組織も含めて、今後も増加するものと見込まれます。

一般に（全ての）独立行政法人は「独立行政法人通則法」において、

「国民生活及び社会経済の安定等の公共上の見地から確実に実施されることが必要な事務及び事業であって、国が自ら主体となって直接に実施する必要のないもののうち、民間の主体にゆだねた場合には必ずしも実施されないおそれがあるもの又は一の主体に独占して行わせることが必要であるものを効率的かつ効果的に行わせることを目的として、この法律及び個別法の定めるところにより設立される法人をいう。」

と定義され、独立行政法人一般に関する共通の原則や法的位置づけが定められていますが、個々の法人の名称、目的、業務の範囲等に関する事項は、各々の法律（「個別法」という）で定めることになっています。

2. 「独立行政法人労働者健康福祉機構」

当センターの設置母体（本部）だった「労働福祉事業団」は上記の「個別法」のひとつである「独立行政法人 労働者健康福祉機構法」によって、平成16年4月1日を期して「独立行政法人 労働者健康福祉機構」（以下「機構」という）になりました。

この法律では機構の設置目的を、

「独立行政法人労働者健康福祉機構（以下「機構」という。）は、療養施設、健康診断施設及び労働者の健康に関する業務を行う者に対して研修、情報の提供、相談その他の援助を行うための施設の設置及び運営等を行うことにより労働者の業務上の負傷又は疾病に関する療養の向上及び労働者の健康の保持増進に関する措置の適切かつ有効な実施を図るとともに、未払賃金の立替払事業等を行い、もって労働者の福祉の増進に寄与することを目的とする。」

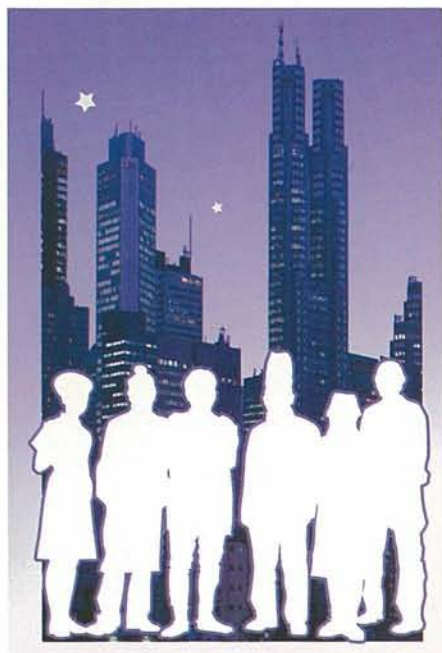
としており、「療養施設」の「労災病院」、「健康診断施設」の「健診センター」と並んで「…労働者の健康に関する業務を行う者に対して研修、情報の提供、相談その他の援助を行うための施設…」である「産業保健推進センター」を法律に明記したところが、従来の「労働福祉事業団法」と異なっています。

3. 独立行政法人化による影響

従来の「労働福祉事業団」は、厚生労働省から「業務」を委託され遂行してきましたが、独立行政法人化後は厚生労働省から5ヵ年の「中期目標」が示され、対応して機構が5ヵ年の「中期計画」を立て、承認を受けて実施し、5年後に第三者機関による「評価」を受けて、その後の運営に反映させる、という仕組みになります。

この「評価」にあたっては、当センターを利用される方々の利用度、評判、感想、認知度などが重要な指標になりますので、一層のご利用をお願いいたします。

深夜業に従事する皆様へ



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
かかる方も含まれます。

- ① 常時使用される労働者
- ② 自発的健康診断を受診する日前6ヶ月の
間に1ヶ月当たり4回以上（過去6ヶ月で
合計24回以上）深夜業務に従事した方

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

**深夜も頑張るあなたが、
明日も元気でいられるように。**

深夜業務の方のための助成金があります。

**ご存じですか？ 健康診断費の3/4が、
国から助成されます。**

仕事が一生懸命がんばれるのは、元気な身体があつてこそ。深夜労働は、昼間の仕事に比べて
身体への負担も大きくなりがち。疲れが気になったら、早めに健康診断を受けましょう。

- 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勤務する労働者は対象となりません。

【詳しくは当センターにお問い合わせください】

編集後記

北海道産業保健推進センター情報誌「北の産業保健」第22号(2004年春の号)をお届けします。

例年のことではありますが、皆さまの職場でも年度の変り目で、新人・転入転出・退職などのご異動もおありになったことでしょう。当センターも、専門スタッフの「産業保健相談員」として新たに就任される先生を迎えとともに、事務スタッフでは、実は筆者と係長の二人が、この号が皆さまのお手元に届く頃には当センターから転出しております。

後任も精一杯、皆さまのお役に立つよう努めますので、どうぞ今後とも当センターのご利用を、よろしくお願いいたします。

なお新メンバーの構成は専門スタッフ、事務スタッフともお知らせのページに一覧を載せておりますので、お引き立てのほど、よろしくお願いいたします。

さてこの春は各種の家畜の病原体のうち、高病原性鳥インフルエンザが悪あがきのようになかなか治まってくれません。また、BSEはアメリカ政府が全頭検査に踏み切れず(物理的にも無理でしょうが)、牛丼の「お預け」が続きます。

アメリカにとって牛肉が米のようなものだとなれば「全ての米粒を調べろ」と言われたような雰囲気を受け止めているのかもしれませんが、牛が多くて調べきれないのはアメリカの事情でしょう。「牛肉がなければ鯨を食わせろ」と言う気持ちすら湧いてきます。

別の話題になりますが、筆者の持論は「賢い動物だから鯨を食うな」というなら、あんな可愛い目をして気立ても良い牛という動物を、よく平気で食えるな」というものです。ちょっと乱暴な言い方かもしれませんが、もともと食文化は地域や民族の文化と深くかかわっており、かつ人間の食生活が他の生物の犠牲のうえに成り立っている以上、食用にする生物種を特定の文化や宗教観または個人的価値観に発する恣意的な選択によって、他の文化圏に強制しようとすることは、他者との深い交流または異文化との交流において、他者を認めることが何よりの出発点であることを考えると、大いに害となりこそすれ、決して益にはならないと思います。

産業保健から離れた話題になってしまいましたが、他者との交流はどんな分野でも基本的であり最重要であるということを、折々に感じるこのごろでした。

前副所長 中山和雄

北の産業保健 No.22

発行 日／平成16年4月

編集・発行／独立行政法人 労働者健康福祉機構

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

●TEL 011-726-7701(代) ●FAX 011-726-7702

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

●E-mail sanpo01@mtg.biglobe.ne.jp

独立行政法人 労働者健康福祉機構

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

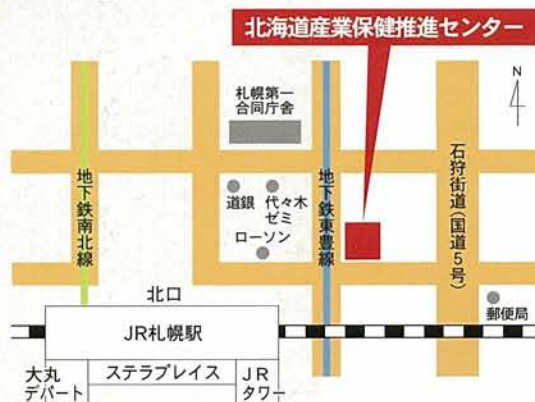
- ・ビデオ・図書の貸出し
- ・情報誌の発行
- ・産業保健ホームページ公開中

●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



▼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

(北見市医師会内)

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

(稚内市医師会内)

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

(羊蹄市医師会内)

倶知安町北1条東1丁目2 ☎(0136) 22-3108