



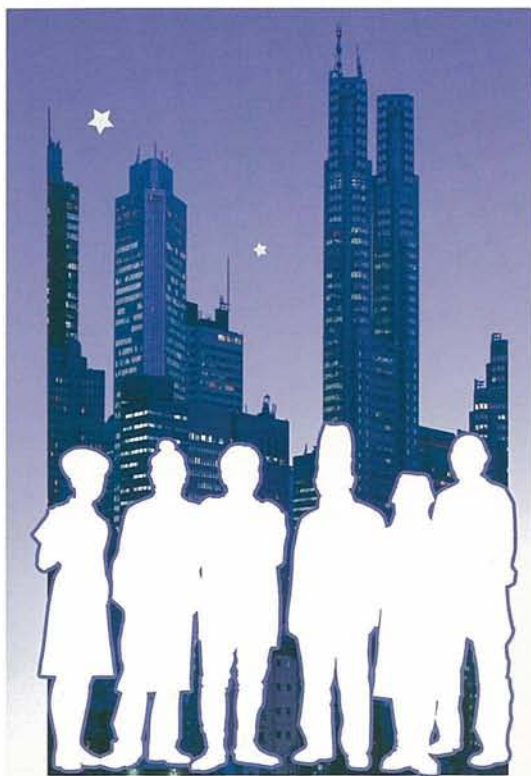
北の 産業保健

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

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】

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23号 (2004.夏) Contents

● 巻頭言

貧(どん)すれば貧(ひん)する

北海道産業保健推進センター所長 三宅 浩 次 — 1

● 「働く人の腰痛対策」

労働衛生コンサルタント 斉藤 裕 — 2

● 「うつ病の診断と治療」 — 最近の知見 — (2)

北海道医療大学 心理学部教授 中野 倫 仁 — 7

● 北海道労働衛生史メモ (その15)

北海道安全衛生研究所医師 古屋 統 — 10

● 「極東ロシア探訪記(その3)」(短期連載)

旭川医科大学 健康科学講座教授 吉田 貴 彦 — 15

● 鉄道業における健康管理

札幌鉄道病院保健管理部 医学適性科主任医長 佐藤 広 和 — 19

● 研修のご案内

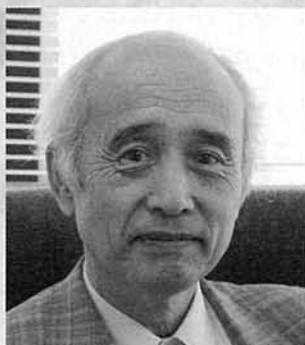
— 22

● 研修申込書

— 24

● 編集後記

— 25



貪(どん)すれば貧(ひん)する

北海道産業保健推進センター

所長 三宅浩次

「貧すれば、貪する」という格言は、よく知られている。ところが、私はこれは順が逆で「貪すれば、貧する」が本当ではないかと思う。「貧すれば鈍する」ともいう。貧乏すれば愚鈍になるという解釈もあるが、ここでは貪欲の貪と解釈しておく。

経済的に不平等で苦しい時代では、貧乏になればなるほど、人間はいやしくなるものだという意味で、この格言は納得できた。だから、現在、中高年になった世代の連中は、ひたすら経済活動に奔走した。

あの忌まわしい少年の時代に戻りたくないという心底からの動機が、経済活動に心身を捧げるといふ、悲しい性(さが)を身につけさせることになってしまった。私も知らず知らずに短期的な目標に時間を消費し、家庭をかえりみず、走り回っていた。長年、働いていた大学を定年で辞めて、ほっとしたと同時にむなしさも感じた。

「貧する」というのは、経済的問題である。それに対し、「貪する」というのは心理的問題、精神的問題である。どちらが先かという問題ではないのかもしれないが、最近の経済優先への偏り過ぎには疑問を感じる。

経済不況が自殺死亡率を高めると主張する人がいる。確かに平成10年に突如跳ね上がった自殺死亡数は、失業率の上昇と符合する。しかし、私はこの説に簡単にくみし

ない。長期的にみると、わが国のこの100年間で、自殺死亡率が最低であったのは、昭和18年という戦争のまっただ中であつた。そして、今回に並んで最も高かったのが戦後復興期の昭和33年である。

当センターで行った調査研究で、300余社からメンタルヘルスに関する回答を得た。それによると、実際行っているメンタルヘルス対策の項目は、業況判断や従業員削減等の経済的事情の項目とほとんど関連がなかった。また、メンタルヘルス対策が進んでいる会社では保健師を置いているところが多い。これをみても、経済事情でメンタルヘルスに使う費用が捻出できないとか、保健師の人員削減をしなければならないなどというのは、単なる言い逃れで、長期的に会社の将来を考えているとはいえないのではなかろうか。

高橋伸夫「虚妄の成果主義」によれば、自分の仕事を任せてもらっているという意識が強い会社ほど会社への満足度が高いという見事なデータを示している。つまり、従業員を大切にしている会社では、従業員の満足度も高く、優れた業績も上げているのである。短期的な判断で人事を動かしている会社の運命は、果たしていかなるものであろうか。

働く人の腰痛対策



労働衛生コンサルタント

前釧路労災病院

リハビリテーション科部長

斉藤 裕

(北海道産業保健推進センター 相談員)

はじめに

ある調査によれば日頃腰痛などの愁訴を持つ人は、1,000人に対し92.5人位いると言われており、ことに65歳以上の方においては5人に一人の割合に達するといわれています。このことは表現を変えれば、今や腰痛人口は1,000万人を超える国民病の一つである、との認識が必要となってくるように思われます。

人々のライフ・スタイルの変化が肥満や運動不足、糖尿病をはじめとする生活習慣病の温床となり（定期健康診断有所見率が46.7%）、また一方においては職業の多様化、就労形態の変化や高齢化社会を反映しての労働者の高齢化の問題、過重労働の問題、メンタルヘルスの問題などなどが、知らぬ間に直接的・間接的に、働く人々の健康と働く楽しさを確保・増進するための足を引っ張ってしまう要因となっている、という認識が大切

であると思います。

こと腰痛に関しても姿勢・動作など『腰』だけの問題ではなく、痛みなどのために“生活があずましくない”、“働く場において

も作業効率が上がらない”など、『全身』の問題として捉える必要があります。さらにまた精神面（精神的ストレス）との絡みが出易い面があり、そのためにあらゆる職種、職場において対策を迫られる作業関連疾患のひとつとなっています。

災害性腰痛の推移

平成15年度「労働衛生のしおり」から労災保険における職務上疾病発生状況（休業4日以上）の中の災害性腰痛の推移をみると、平成14年度は業務上の負傷に起因する疾病が5,277人で、職務上疾病全体（7,502人）の70.3%を占めており、この中でも腰痛（災

害性腰痛）が4,334人で、業務上の負傷に起因する疾病のうちの82.1%を占めています。

これらの数字が示すように、勤労者における腰痛は依然として高い頻度を示しており、産業保健活動の重要な課題のひとつとなっています。

腰痛の原因とその種類

腰痛発症のメカニズムを知るために、まず次のように考えてみると捉えやすいのではないかと思います。

それは、『腰痛の大元は椎間板

にあり、その椎間板に無理がかかりづらい状態にしているのが腰椎の自然な彎曲（腰椎前彎）であります。そしてその彎曲の保持を動的にコントロールして

いるのが筋肉であります。したがってこれらの前提がどこかで崩れると、椎間板へかかる圧力は動作や姿勢によって直接に大きく影響を受けることになる』という事であります（図-1は姿勢による椎間板圧の変化を示したものです）。

ここで簡単に腰椎の構造に触れてみます。

図-2は腰椎を横から見ています。左がお腹側、右が背中側です。腰椎は一般には5個の骨からなっており、夫々の間に椎間板がありクッションの役割をはたしています。その後方を神経が走っています。

図-3は腰椎を上から見ています。左がお腹側、右が背中側です。足の方に分かれる前の太い神経が骨の管の中を通っているのが見えています。下肢の夫々の場所に行く神経はこの太い神経から分かれて椎間板の後方で、

椎間関節の前を通して足のほうへ走っています（ちなみに椎間板から出たヘルニアはこの部分で神経を圧迫することで、下肢への痛みと麻痺を起すのです）。

この様な基本構造の上で、腰椎はなだらかな前方凸の彎曲を形成し、更にその周りは腹筋や背筋などの大きな筋肉で囲まれることで、腰にかかる負担を少なくし、体の支柱としての背骨の安定性と可動性を確かなものとしています。この生理的な前彎が少なくなる（前屈姿勢になる）と図-4の様に椎間板は後方へはじき出される力を受け、腰椎椎間板ヘルニアを生じ、また反対にこの生理的な前彎が増すと、後方に位置する椎間関節に無理がかかり、腰痛の原因となります。従って、この生理的な彎曲は多くても少なくとも不都合を引き起こしてくる原因となってきます。

そのために、腹筋・背筋など

の脊柱周囲の筋肉はダイナミックにこの生理的な彎曲を保つことで、腰椎の構成要素に加えられる負担を少なくし、結果的に表-1に示すような病的状態を予防していることになります。

これらを踏まえた上で、腰痛の病態変化を腰椎の構成要素の変化から観察してみると、まず前屈姿勢やひねり動作あるいは長時間に及ぶ不良座位姿勢などで椎間板にかかるストレスが増大すると、神経のある後（外）方へ椎間板の膨隆または髄核（お餅のあんこに例えられる）の突出（ヘルニア）した状態となり、これが神経を圧迫することで脚

図-1 姿勢による椎間板圧の変化

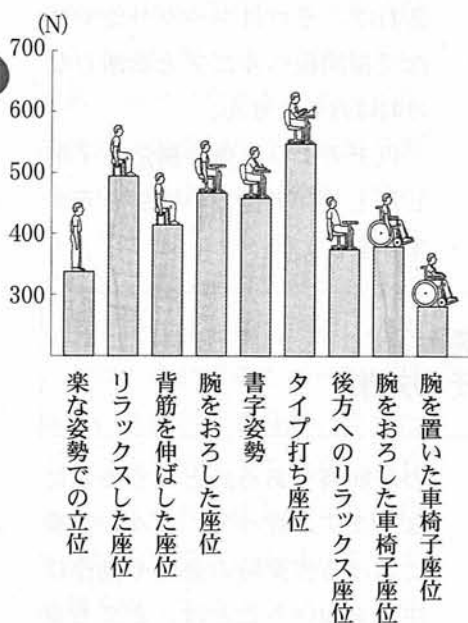


図-2

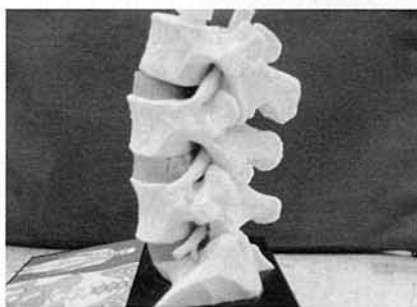


図-3

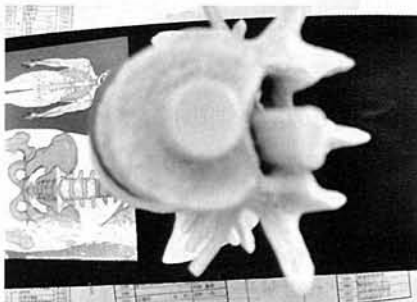
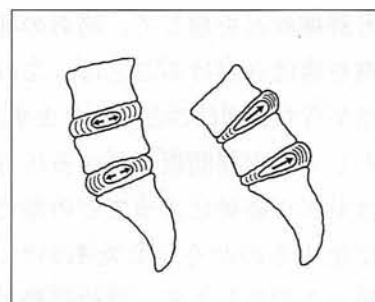


表-1 腰痛をおこす部位と病名

- *）筋肉
筋・筋膜性腰痛
ギックリ腰
- *）椎間板
腰椎椎間板ヘルニア
腰椎椎間板症
- *）腰椎椎体と椎間関節
変形性腰痛症
腰椎分離すべり症
- *）脊髄と神経根
腰部脊柱管狭窄症
座骨神経痛

図-4

前屈により後方への圧力が増す



の痛みと麻痺を伴う椎間板ヘルニア（別名：坐骨神経痛）を起こしてきます（図－５・６）。従って、軟らかい“あんこ”を持つ年齢の若い人に椎間板ヘルニアは多い傾向があります。“あんこ”が軟らかくない年齢層になると、かかるストレスが椎間板の変性変化（老化）と相俟って、椎間板をすり減らすこととなり、クッションとしての機能の喪失が骨性の変化をもたらす様になってきます。この場合には椎間板ヘルニアのように神経症状は強くはないのですが、長時間に亘り同じ姿勢をとることで腰の痛みが強くなる腰部椎間板症・腰部変形性脊椎症・腰部脊柱管狭窄症（歩くと足腰が痛くなり、しゃがんで休むとまた歩くことが出来る：間欠性跛行）・腰椎変性すべり症（変性椎間板の上下の椎体間でずれを起こす）などへと変化してゆくといわれています。そしてどの段階においても、その増悪を予防するべく腹筋や背筋などの筋肉の防御（腰椎の生理的な彎曲をダイナミックに保つ）が働いていることが分かっています。

いずれにしても腰痛の大元は椎間板にあり、筋性防御の低下に伴い病態は変化をつづけ、絶えざる腰痛地獄へと誘われることとなります。そのためにも筋力訓練などを通して、筋力の補充を常に心がけることは、この点からも大切なことです。そしてこの椎間板へかかる圧力は動作や姿勢によってどの様に変化するのかを示したものが、図－１であります。立位姿勢よ



図－５ 不良姿勢による持ち上げ動作



図－６ 座位における不良姿勢と良い姿勢

りも座位姿勢の方が椎間板にはより強い圧力がかかることがわかります。

順序が前後してしまいましたが、所謂“ギックリ腰（急性腰痛症）”は筋肉や筋膜の“挫傷”あるいは腰椎椎体同士を後方で連結している椎間関節の一時的な“捻挫”に相当し、痛みが前面にあり、

神経症状や麻痺を伴いません。もし時間的に経過した後知覚障害や運動麻痺を生じるのであれば、それはギックリ腰ではなく椎間板ヘルニアと診断しなければなりません。

以上のような体の構造を了解した上で、労働との関係を考えてみましょう。

腰痛に影響を与える作業と 作業環境の関連およびその対策

作業や作業環境との観点から、前項での話を別の形で言い表すと、『腰痛の大元は椎間板にあり、それに大きく影響を与えているのが姿勢や動作である。その姿勢や動作をコントロールしている

のが筋肉である』ということになります。従って、種々の業種における作業時の姿勢や動作に注意を向けることは、とても重要なことであり、図－１からも示されているように、立位作業

よりも座位作業の方が椎間板にはより強いストレスがかかることがわかっています。

そのために作業の面からは、腰部に負担のかかる作業については、自動化、省力化をはかることがまず大切で、さらに重量の表示や荷姿の問題なども避けては通れない課題のひとつです。作業における“手と目”の動作の一致は、無理な動作（ひねり）の予防につながり、さらに持ち上げ動作に際しては中腰を避け体幹に近づけたうえで、腰の力ではなく、足の力で持ち上げるようにするなど多くの点で注意が必要となります。また腰部に負担のかかる立ち作業、腰掛・座位作業、車両運転などでは、できるだけ腰椎の程よい前彎が保てるような作業環境の整備も必要であり、これは同時に予防対策のひとつにつながってきます（図-5・6）。

それらを受けて、作業環境の面からは、不自然な動作を避けるためには作業空間の広さの確保、作業台の位置・高さ（表-2）、配置さらには照明や足場（床面の状態）の問題など、転倒を避けるためのとっさの動作（踏ん張ったときに、ギックリ腰などになりやすい）などに備えられる環境の整備や確保の他に、寒いと体がこわばるために筋・骨格系の活動状態を良好に保つための温度管理なども大切であります。また長時間にわたる座位作業においては、適度な腰椎の前彎を保つためのランバー・サポートを使うことは意味のあることであります。

『立位作業』

- ✓ 肘高＝作業点……………力のいらない作業
- ✓ 肘高＝作業点＋10cm……………軽く力を入れる作業
- ✓ 肘高＝作業点＋20cm……………強く力を入れる作業
- ✓ 膝：10cm 足：20cm以上中に入る空間

『座位作業』

- ✓ 作業面高＝座台＋20cm
 - ✓ 膝：45cm 足：60cm以上中に入る空間
- ともに作業点は両肩線より前方で、肘から40cm以内におく

表-2 立位及び座位作業の作業点と作業空間の関係

これと同時に重要な労働態様としては、拘束時間・実労時間・疲労回復のための休憩時間や、それを過ごす場所および設備、交替制勤務様式さらには腰痛保護具などの管理が必要となります。

これまで述べてきた事柄はこれら全て腰椎椎間板に加わる負荷をいかにして増大させないかを、作業姿勢とそれをコントロールする筋力との関係から捉えているわけであり、良好な状態に保たれている腰椎前彎が多すぎても、少なすぎても結果的に腰痛の原因となってくることを示してきました。

従って、これらを予防および予防対策の観点から見てみると、まず第一に事業主による作業環境の整備、作業の管理のほかに休憩施設などを含めた快適職場づくりが大切で、さらに働く人々一人一人が腰痛の知識を持つこと、と同時に現場では始業時または作業前の体操の実施が大切なこととなります。

極めて簡単な運動であるストレッチングが、体の柔軟性を養い、ひいては筋力の増大につながる効果を有していることが、日頃から我々が腰痛予防体操を勧める理由のひとつであります。

腰痛とメンタルヘルスの関係

最後になりましたが、腰痛はメンタル・ストレスと深く関連してくることがあると言われていきます。ことに『うつ傾向、うつ状態』においては、本来持っている痛みをより大きく感じてしまう精神状態が強くなり、そのために痛みの程度も強く、その期間も長くなる傾向が見られます。またその症状の現れ方も特徴的で、

不眠（特に夜中に目が覚めた後に再び寝付けない）のために寝た満足感が乏しく、午前中は調子が悪い、したがって笑顔が少なくなり、食欲も低下するし便秘しやすくなる、人との交わりが少なくなってきます。同時に体の疲れやすさを口にし、突然仕事を休んだり、仕事上の効率の低下をきたすことがあります。

更にもうひとつ特徴的な点は、一年を通してみると『木の芽時期』と『枯れ葉時期』のような季節の変わり目と、『冬季うつ病』といわれるように冬場に現れやすいと言われています。

これらの場合には、比較的少量の軽い抗うつ剤で症状の改善を見ることが出来ますが、病状が進行した状態では精神科医の専門的な治療が必要となります。いずれにしても、鎮痛剤のみにては症状の改善は得られず、抗うつ剤の投与によって初めて腰

痛の改善を図ることが可能となります。したがって、メンタルヘルス・ケアにおける、1)セルフ・ケア、2)ラインによるケア、3)スタッフによるケア、そして4)ソーシャル・ケアは勤労者の腰痛に早い段階から対応してゆくためにも極めて重要な姿勢であると思います。

この様な点から考えると、最初にも触れましたように腰痛は『腰』だけの問題ではなく、『全身』の問題として捉えることが大切であると痛感しています。

したがって、人の有するこの動物としての“力”を損なわないように配慮・洞察することがその人の能力が発揮される上で、極めて重要なことであると思います。

一般勤労者そして、今後もお一層増大するであろう女性勤労者、高齢勤労者の皆さんが有する“この動物としての力”の足を引っ張らないような、そしてその人の能力をバックアップできるような時間的、空間的な(作業環境・作業態様・労働態様)、配慮や工夫が大切なことであり、このことは同時に安全で健康なそして快適な職場形成につながるものであるように思われます。

このあたりに、“the adaptation of work to man and of each man to his job”であらわされる、産業保健活動の本質につながる示唆があるのではなかろうか考えております。

今回、“腰痛”を通して多くの事を考えさせられた次第です。

おわりに

これまで腰痛の病態とその対策について述べてきましたが、体験的に腰痛を振り返ってみて、思いをめぐらしたことに触れてみたいと思います。

腰痛を抱えてみると何をするにも痛みを避けるために、実にたくみに身のこなしを行っていることを感じます。これは我々が高熱のときには自然に静かにしていること、疲れた後には眠

たくなるといったことと同じように、自分にとって不利となることは避けようとする動物の本能と同じ姿のものであり、人間の持つ動物としての側面を現していると思われてなりません。

この様な“力”は我々の体には常に働いていて、無理がかかり過ぎないように、身の安全や“ここ”の安定が保たれるようになっているように思われます。



<参考文献>

図1及び4～6は次の本から修正引用させていただきました。

関東労災病院 勤労者リハビリテーションセンター編 (内田 竜生ほか)、
自分でできる“痛み”のリハビリ、中災防新書、2003。

うつ病の診断と治療

—最近の知見— (2)

北海道医療大学 心理科学部教授 **中野 倫 仁**

(北海道産業保健推進センター相談員)



4 うつ病の治療

a) 治療の経験的6原則

うつ病の治療は経験的に以下のような原則が提唱されている。

①単なるなまけではなく病気であることを保証する、②十分な休養をとらせる、③治療の見通しを明らかにする、④重要な決定は延期させる、⑤自殺しない約束をさせる、⑥叱咤激励はしない。

①うつ病の個々の症状は健康人でも経験するものであるため病気であると気づかれにくい。したがって、治療の初めには病気であることを保証することがどうしても必要である。患者は受診する以前に気持ちの問題だとか誰にでもそういうことはあるといった善意からの助言を受けていることが多いので、受診時には精神的に窮地に追い込まれていることが多い。

②つぎに休息をとることを納得させなければならない。職場においてはこれがなかなか困難

である。休息を勧めると大体次のような返答が返ってくることが多い。以前は乗り切れたんです(その間あなたは年をとっている)。自分より大変な人もいます(ストレス耐性は個人差が大きい。他の人はあなたより私生活で充実しているかもしれない)。大変な時期は終わった。あとは以前のペースでやれる(いつものペースがハイペースなので疲れが解消されません)。

まずは休息なくしてうつ病は治らないことをなんとか納得してもらう必要がある。

③続いて今後の治療の見通しを明らかにする必要がある。うつ病は一般的に未治療でも半年から1年で自然回復することがあるが、治療によって3ヵ月から半年に期間が短縮することを説明する。回復は初めの6ヵ月が急速でその後鈍化することが多い。一般的には治療開始後3ヶ月くらいで良くなることを説

明するとよい。

④ここで大事なことは重要な決定を延期してもらうことである。

うつ病にかかるとその原因を環境のせいにしがちである。いまの会社にいるからうつ病になったので退職すればよくなるはずだとか、いまの妻(夫)と結婚しているからうつ病になったので離婚すればせいせいするはずだとか考えがちである。ほとんどの場合、抑うつ気分からそう考えているので早まったことを決定すべきでないと強調する必要がある。急いで決めたことはうつ病から回復した時に後悔することが多いので、重要なことは回復してからゆっくり考えればよい。

⑤うつ病の治療で避けて通れないのが自殺の問題である。生涯自殺率は15%程度であるとの統計もあり、自殺予防は大事なことである。うつ病者の性格は前述したとおり律儀な人が多いため、一度自殺しないと約束した場合は約束を守ってくれることを期待できる。強度の自殺念

慮の場合は入院治療の適応である。

⑥最後に叱咤激励の問題である。うつ病者はその異常に気づかれらるまでかなり無理をして頑張ってきている。頑張り切れなくなって発症するのである。その時点で叱咤激励した場合は進退窮まった状況になり自殺の後押しをすることになる。医師国家試験では「うつ病には叱咤激励をするべきである」を正解とした場合、禁忌問題に抵触し不合格となる可能性があることは医学生生の常識になっている。

b) うつ病の薬物療法

①基本原則

うつ病の薬物療法の基本は、一見単純なようであるが抗うつ薬を十分量・十分期間投与することである。

②抗うつ薬の種類

最近の傾向では、抗うつ薬としてSSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）、SNRI（セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬）が多く使用され、次いで三環系抗うつ薬、sulpiride（®ドグマチール）が用いられる。我が国で市販されているSSRIはparoxetine（®パキシル）とfluvoxamine（®ルボックス、デプロメール）、SNRIではmilnacipran（®トレドミン）である。これらは、三環系抗うつ薬に比べて副作用が少なく使用しやすいため使用頻

度が増している。抗うつ効果の出現には1～2週間を要する。

副作用は少ないが抗うつ効果は従来の三環系抗うつ薬より大きいわけではない。重度のうつ病に対する抗うつ効果に限るとSSRIはSNRIや三環系抗うつ薬より有意に成績が悪い。最強の抗うつ薬は現在もなお三環系抗うつ薬であることを知っておく必要がある。

③投与量と期間

次に十分な投与量・期間とはどれくらいかという問題である。抗うつ薬全般についての定説はないが、三環系抗うつ薬では150mg/日以上で4～6週間以上の投与を行わなければ無効とは判断できないと考えられている。自験例では三環系抗うつ薬のnortriptyline（®ノリトレン）を100mg/日6ヵ月投与で効果がなかった症例が、200mg/日の投与を4週間行ったところ著効を示し社会復帰したこともある。抗うつ薬が無効であるとの判断は慎重でなければならない。抗うつ薬が奏効した場合、その後6ヵ月から1年間程度の維持療法を行うことが多い。うつ症状が消失した後4ヵ月以内に投薬を中断すると高率に再発することが知られている。抗うつ薬の種類の変更や投与量の調節を行っても効果が不十分な場合、抗うつ作用の増強のために炭酸リチウム（®リーマス）や甲状腺ホ

ルモンの併用が試みられる。

④副作用

抗うつ薬の副作用としてはSSRIでは消化器症状（悪心、嘔吐）、眠気、セロトニン症候群（焦燥、発汗、不随意運動）が知られている。見逃されやすい副作用として、前頭葉のドーパミン減少の関与が推定されている無気力やNOの減少によるインポテンツ（とくにparoxetine）がある。また、SSRIは中断による断薬症候群（とくにparoxetine）があるため急激な減量は好ましくない。SNRIの副作用には排尿困難があるため前立腺肥大症がある症例には使用できない。三環系抗うつ薬の副作用としては、よく知られているように抗コリン作用による口渇、便秘、起立性低血圧が高頻度にみられる。胎児に対する安全性については通常の抗うつ薬では特に危険であるものはないと考えられているが、妊娠中期から授乳期にかけてはparoxetineの安全性が高く推奨されている。

⑤初期治療に奏効しない場合

外来で管理できる程度のうつ病では、抗うつ薬を2～3種類ほど試みながら経過を観察し、場合によっては炭酸リチウムや甲状腺ホルモンの併用を行うという方針をとることになる。ここで重度の焦燥・自殺念慮を有する患者の場合には抗うつ薬の薬効が出現するまで待つのは危

陰である。その場合は頭皮通電療法が適応となる。頭皮通電療法は静脈麻酔下で筋弛緩薬を投与しながら両側こめかみに100Vの交流電流を3秒間通電するものである。抗うつ薬の投与と同じ脳内の物質変化を短期間で生じるという利点を有している。副作用としては施行期間の出来事に対する健忘が必発であり、極めてまれに未発見の脳動脈瘤の破裂がみられる。最近は麻酔科管理下で行われるため安全な治療法となっている。季節性うつ病に対しては高照度光療法が著効を示す場合がある。早朝6時から8時の間に蛍光灯で作った刺激装置により2500ルクスから3000ルクスの光を浴びるという療法で大きな副作用はない。

⑥精神(心理)療法

妊娠中または妊娠を予定しているなどの理由で薬物療法を患者が望まない場合や軽度から中等度のうつ病では精神(心理)療法が選択される。代表的療法として認知療法と短期対人関係療法がある。認知療法は前述した否定的認知の三徴に関する自動思考とスキーマを同定・検討して、不適応的思考記録や課題のホームワークなどにより認知の歪みを修正するものである。短期対人関係療法は喪失に伴う悲哀の感情を受け入れ、役割の変化や対人的能力の欠如を社会的支援により克服することを目

標としている。従来、精神(心理)療法は、薬物療法後の再発の防止に効果があるとする限定的評価がなされていた。しかし、治療法の洗練に伴い、その治療効果が信頼できる複数の研究により立証されたため、薬物療法に先立って単独での治療を試みる場合が出てきた。もとより精神(心理)療法は薬物療法と相互に排他的なものではなく併用されるケースも多い。

おわりに

上述したような治療法の組み合わせにより、うつ病の7割程度は軽快治療が可能である。その他のケースでは個別の事情を考慮してより専門的な治療法を試みなければならない。近年、どんな治療法にも反応しない遷延性うつ病が問題となっている。

一般的には寛解期のない2年以上に渡るうつ病期の持続と捉えられるが、その原因は様々な要因が重なっており治療法は確立していない。臨床場面では遷延例が目につくため治療的悲観論に傾きがちであるが、実際は大多数のうつ病は軽快して職場に復帰しているのである。まさしくうつ病は「こころの風邪」であり多くの人が罹患している。風邪はこじらせて肺炎になり死亡する例もあるが、多くの人は一過性である。職場でのメンタルヘルスはうつ病に対する正しい知識を得て行われる必要があることは強調されなければならない。

文献が多岐にわたるため本稿では個々の文献を引用することを省いている。関心のあるかたは以下の参考文献を参照されたい。

参 考 文 献

- 1) 大野裕訳 女性のうつ病治療2001 アルタ出版 2002
- 2) 下山晴彦・丹野義彦編 講座臨床心理学4 異常心理学II 東京大学出版会 2002
- 3) 米国精神医学会 DSM-IV-TR精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院 2002
- 4) American Psychiatric Association ; Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (2nd) 2000
- 5) 広瀬徹也・樋口輝彦編 臨床精神医学講座第4巻 気分障害 中山書店 1998
- 6) WHO ICD-10精神および行動の障害DCR研究用診断基準 医学書院 1994
- 7) アーロン・ベック著 認知療法 岩崎学術出版社 1990

北海道労働衛生史メモ (その15)

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

15. 血で綴られた道路史・補遺

北海道の道路と囚人労役については既に記したが更に補足しておきたい。

1. 獄舎建設予定地をめぐる

明治13年春、伊藤内務卿の命令を受けた権少書記官月形潔以下8人の調査隊は、豊平川と石狩川の合流点近くの対雁でアイヌの集落を発見し、レテンコラの協力を得た。

此处にアイヌの集落があった理由は以下の通りである。

明治8年、日露間に千島・樺太交換条約が結ばれた。そこで樺太居住のアイヌの帰属が問題になった。日本居住を望むアイヌ人らは樺太に近い天塩に移住することになった。

その時期、日本では北海道開発の緊急性に迫られていた。開拓使長官黒田清隆は、これらアイヌ人を空知の炭鉱で働かせることを計画したが、実現しなかった。しかし彼らは大砲で脅されて、天塩から更に江別、対雁へと強制移住させられていたのである。

この時判官松本十郎は「アイヌ達ヲ坑内作業ニ驅使スルハ、懲役同様ノ酷使デ残忍ノ至リナリ」と反対した。当初、坑内使役を恐れ、逃亡したアイヌ人もあったという。また、松本十郎判官はこの対立により職を辞することになったともいわれる。

北海道の刑務所作りは、土地選定当初から大きな問題を抱えていたということになる。

調査隊一行はレテンコラの先導で原生林を踏査、出発して3日目に、札幌から40キロ、当別から28キロの地に至適の場を発見した。これが後の樺戸監獄となる「月形」であった。

もしここで黒田清隆の当初の計画が実現していたとしたら、明治政府並びに開拓使は、対アイヌ政策に於いて、いま一つの汚点を残すことになったであろう。

なお、対雁等に移住させられた850人ものアイヌ人は、その数年後の明治19年、20年のコレラと天然痘で320名もの死者を出すという壊滅的な打撃

をうけている。明治19年はコレラ流行で道内に2,927人の死者を出し、天然痘では両年に亘って6,364名の患者と2,256人の死者を出したといわれる。天然痘の被害は特にアイヌ人に多かった。

結局アイヌ人の炭鉱使役は消えたが、直後に設置された空知監獄の囚人達にその役が負わされることになるのである。

2. 囚人の炭鉱労働の実情

集治監の囚人達の取り扱いについては様々な議論はあったが、主流となるものは「懲戒主義」であった。労働は苛酷の一語に尽きた。

明治26年に書かれたという刑法学者岡田朝太郎博士の「幌内炭坑見聞報告書」というのが、諸処に引用されている。

「此处に入らんとすれば、外套を着し、手燭を携えざるべからず。坑内暗黒にして、夏といえど寒氣不時に襲来すればなり。〈中略〉進んで幾千尺に達すれば、腰を屈し僅かに歩行すべし。〈中略〉

横坑に入れば業に就く囚徒また匍匐横臥、炭を砕くの声丁々たりといえども、燈火明闇、面を弁ずる能はず。囚徒の使役、一日を二分し、十二時間を就業時間とす。一を夜間就役に充つ。〈中略〉

囚徒は喫飯に定時なく、随時随意に飲食す。飲料は汚れたり。腐敗して飲料に堪えず。此の事情は、該炭坑の囚徒に消化器病、慢性の胃腸諸病及び一種の下痢病を多うからしむるに至る。〈中略〉便所と食堂の区別なく。遊動する所の炭坑ガスと炭粉とに合して悪臭、塵埃交々、鼻口に入り、遂に囚人には一種の肺病を誘発せしむ。〈中略〉空中に飛散する粉炭量の多きは、衣服の色に徴して鼠色となり、大体を推察するに足る…」

明治15年10月、内務卿山田顕義に差し出された空知集治監の医師立花晋の有名な建白書の一部を掲げる。

『夫れ監獄の医事たる世上一般の衛生と同視する能はず、就中其衛生上最大の欠陥を挙げれば、衣食住と過度の労役及び精神的抑圧等はなり。閣下深く茲に考察を下され速かに監獄医事会を設立し其衛生改良の方法を協議せしめば必ず監獄の諸則と併び行

なはれて相俣らざる完全の衛生法を定むることを得べし。』

立花のこの要望が受け入れられ、監獄医会が発足したのは明治26年のことであり、北海道からは3人の監獄医が出席しているが、これについては後で述べる。

筆者はさきに、明治25年秋関場不二彦が道庁の依頼を受け、炭坑夫の食生活調査を行い、同時に夕張で坑内に入った記録などを紹介した。しかし、関場の場合は、上記の岡田のような赤裸々な描写はない。幌内と夕張の違いはあるとしても、短時間の視察で、切羽まで立ち入っての十分な観察はなされなかったであろう。

明治27年12月、幌内炭鉱の囚人労役は漸く撤退に漕ぎ着けることになった。しかし炭鉱は存続したのであるから、坑内の苛酷な作業は依然として他の労働者達に残されることになったことは言うまでもない。

3. 監獄医について

集治監の医師の配置については、旭川刑務所の資料というのが原典になっている。それによれば、火災による一部消失はあるが、明治18年以降20年代半ばまで年次ごとの人数が詳しく出ていて、常に数人、最大で9人を数える年もある。（下表参照）

しかし、多くの研究資料の記述をみても、実際に浮かび上がってくる医師の名や数は実に少ない。旭川資料は、当時の定員を載せたものであり、実在した勤務医師はもっと少なかった、或は不在だった時期もあるのではないかと推測したくなる。

年度	明治18	19	20	21	22	23	24
医師数	6	9	8	7	9	7	4

- i. 北海道庁職員録の明治20年版を見ると、名前が載っている監獄医は、釧路監獄署の判任官2等降屋頭のみであり、22年版には、樺戸監獄署の判任官4等花房影仰のみとなっている。22年に降屋は在勤していた筈なのになぜ名が無いのかも不可解である。

明治21年版と明治23年～29年版は欠落である。その間の明治28年に監獄署は内務大臣の直轄となったため、道庁の職員録には載らないことになる。

明治19年以前は北海道のいわゆる3県時代で

あり、その職員録はあるが、検索が困難である。因みに、明治20年、22年の職員録は北大資料館蔵書のコピーであり、原本は道庁資料室にさえ残されていないということになる。

ii. 釧路集治監の初期の医師について

◎降屋頭について

『釧路集治監に勤務した人々：釧路集治監シリーズ（5）；釧路集治監を語る会（代表・三栖達夫）1992,10』によれば、岸和田藩士降屋知足の長男、安政3年生、明治18年に釧路に勤務、医学を学んだ経緯は不詳となっているが、大正14年版の『日本医籍録』によれば、明治初期に制定された「医術開業試験」の合格者である。しかし学んだ場所等はここでも不明である。なお大正12年には既に釧路を去り、上磯郡茂子村石子となっているが、現在の何処に当たるのか、筆者は知らない。

釧路集治監の囚人が動員されて多くの失明者を出したアサトヌブリの硫黄採掘に当たって、医師たる降屋がどんな関わりを持ったかなどを知る手がかりはない。

◎川島義夫について

彼の名は、先に紹介した『北海道醫事講談会月報』にも出てくる。明治27年2月のそれに、「荻原達彦川島義夫下条於菟吉ノ三氏ハ此何レモ北海道集治監医師二任ゼラレタリ」とある。しかし、出身地などについては明らかでない。前記医籍録によれば元治元年の生まれ。明治20年の東大医学部別科卒業生で、荻原と同期、年齢は荻原より1歳若い。後記のように明治24年に釧路に着任している。

明治24年に当時の天下の耳目を聳動機させた津田三蔵事件というのがあった。日本を訪問中のロシア皇太子に対して、滋賀県の警察官津田三蔵がサーベルで切り付けた一件である。死刑を免れた津田は、無期懲役囚として釧路監獄に送られる。彼はそこで肺炎のために死亡する。その最期を看取った医師が新任間もない川島義夫である。

津田の死については、自殺だったという説もあり、重松一義の『北海道行刑史』もそれを支持しているかのようなのであるが、この著書の刊行後に発掘された資料では病死が正しいらしく、昭和48年10月30日付けの北海道新聞にその記事が掲載されている。

明治26年4月、かつての立花医師の建言によ

る全国監獄医協議会が開催された折りには川島も萩原とともに出席している。

川島はその後釧路（正しくは標茶）勤務を続け、大正8年に網走刑務所に転勤している。大正14年から発刊された『行刑衛生会雑誌』第2巻第1号には網走刑務所における自殺者についての彼のレポートが載っている。それによれば明治24年より大正8年迄の網走刑務所囚人の自殺者18名、最多が、北見道路（いわゆる囚人道路）の建設された明治24年の3名である。また年齢別に見れば24歳～36歳が11名を占めていて、刑期12年以上の有期刑5、無期懲役7名となっている。北見道路の開鑿では囚人に多大の犠牲者を出したことは周知の事実であることからこの3名という数字に些かかの疑念なしとしないが、貴重な発表と言えよう。

なお、川島が就任した年、釧路集治監の受刑者による、網走から旭川に向けての道路開鑿が行なわれるのであるが、彼らの現地出動はなかったと推測される。

昭和3年の『行刑衛生会雑誌』に、6月19日付けで川島の退官が載っている。職に在ること37年、数え年65、官吏としては異例の高齢であった。刑務所の医師に後継者が少なかったのであろうか。退職後については詳らかでない。

4. 上川道路と北見道路の相違点について考える

どちらも大変な難工事であり、多大な犠牲をはらったのだが、両者の疾病死因などに差異があるようにみえる。資料不足の恨みを免れ難いが少し考えてみたい。

上川仮道路が開鑿されたのは、明治19年の5～8月の間である。次いで21年11月から改修工事が進められたが、冬の間は伐木、材料、食料などの運搬・整備に力を入れ、5月から本格的な工事に取り掛かり、9月中旬に完成を見ている。この間多くの犠牲者を出したこと周知の如くである。

明治21、12、4（1888）の『北海道毎日新聞』に次のような記事が載っている。

【…然れども其実際に至っては、工事の半ば突然熊狼に出逢ひ、倉皇其場を避るか如きは最も恐るべく、最も厭うべき事にて、剩さへ昼夜の区別なく毒虫襲来し、夜闇は天幕外数ヶ所に焚火を為し、交番して害虫を防ぐといへども猶ほ被害を免れず。為めに安する能はず。また其蟄害を治するには、僅かに「カンブラチンキ」を擦付して一時の苦痛を凌ぐ。百名

の役囚日々用ゆる処の「チンキ」、平均拾壘の多きに至れり…】

このカンブラチンキがどのような薬だったのか、今日知る由もない。

北見道路の内、忠別太（旭川）～石北峠までは明治23年に、空知集治監の囚徒と民間業者により開鑿が為され、同年内にほぼ開通している。

北見道路の石北峠より東、網走に至までの間は、明治24年4月から着工されている。

その前年の8月から準備が開始された。まず釧路分監の囚徒を網走に移動させ、事務所や宿舍作りを年内に完成させた。網走分監の誕生であり、苛酷労役の体制整備である。

24年4月5日から着工、9月初めまでに遠軽町野上までが出来上がった。しかし年内完成が至上命令である。食料、物資の補給路が延びて行った。寒さが待っている。

網走湖に設けられた荷揚げ場から駄馬が米2俵を積んで、前線に届くまでに6日は掛かる。1000人の出役であれば、1日に20俵が必要。その他の副食類を考えると20頭近くの馬が毎日出発し、充分な補給を続けるには、幾頭の馬が必要であろうか。

主食は米4分に麦稗が6分。麦稗黍などの得難い時は白米のみを給してもよいとされていたが、大麦の高騰のため米だけのこともあり、秋以降は野菜の供給が滞った。

夏期は連日の霖雨で副食類に腐敗が起きた。

瀬戸瀬の第九の仮屋を病としたが医師は不在であった。明治24年12月27日完工、出役者数1,115人、患者914人、死亡186人が公的な記録。看守も4人が死亡した。その殆どは水腫病である。

『中央道路開鑿資料と駅通資料』丸瀬布町郷土史研究会；昭和44：によれば、網走分監長有馬四郎助から北海道集治監典獄大井上輝前に宛てた同年12月4日の報書には《病囚及死亡明治24年8月16日より11月30日二至ル、病囚の総計千九百拾六人（中略）ニシテ、十中ノ八九ハ一種の風土病、水腫性脚氣ニシテ尤モ上川、網走間道路出役者ニ多シ…》とあり、水腫性脚氣という用語が使われている。

有馬の報告で、病囚数が多いのは、一人で複数回疾病に罹った者を含むのであろうか。それとも後日の書き写しのミスであろうか。

上川道路に於いても多数の犠牲を払ったが、水腫については出て来ない。これがあつたことを推測する人が無い訳ではないが公的な文書では見掛けないようである。

ここに、二つの道路についての地域差や補給ルート
の差、気象条件の差などの影響も考えたいのである。

他方当時の日本の医学界においては、脚気の原因
をめぐって混沌の状態が続いていた。

【付】前記有馬の報告文書の中に、「8月15日、傭
員6名内医師2名」「11月17日傭医師4名」「12月
監獄医定員2名欠員」などの文言が見られる。

また、「廿三年、倒木ノ為メ圧死三、拒捕斬殺二」
「廿四年、倒木ノ為メ圧死一、縊死二、拒捕斬殺八」
などの文言もある。医師が不足していたことは既に
記した。

斬殺者の数が多いのか少ないのか。上川道路と比
べると少ないように見えるが、これには地理的条件
の差があり、この地域では逃走がより困難であった
為であろう。

縊死者達は、苛酷労働に耐えず、前途に絶望して
の自殺であろう。先に紹介した、川島義夫医師の統
計では、明治24年度の縊死者3名とされている。

見逃され易いのが、倒木による圧死である。労働
安全衛生法が施行されている今日、一つの作業工程
に於いて、単年度に三件もの伐木による死亡事故を
起こすとは異常であり、これが異常と見做されなか
ったこの工事こそ、今日的観点に立てばまさに異常
だったのである。

5. 監獄医：補遺

先に紹介した、明治20年代に活躍した刑務所医師、
下条於菟吉について、大正14年の日本医籍録及び
その他の記載を紹介する。東京府土族、明治5年生
まれ。明治25年東京医学校卒。これは現日本医大
の前身であろうか。北海道の空知集治監に着任し
たのは21～22歳の青年であった。そこで東大別科卒
の二人の先輩、荻原、川島らの刺激を受け、大いに
筆を揮ったものと推測される。

北海道を去った正確な時期は不明であるが、明治
31年より、東京の赤坂臺町において小児科医院を
開業、大正の中期から、14年まで連続区議員に
当選している。医籍録には、下条医院の写真も掲載
されている。

『北海道医師会史、1979』北海道医師会刊；昭
和54年：には、明治24年に標茶公立病院長と監獄
医を併せ務めた山中幸四郎の名が残されているし、
道内の広い地域にわたって元監獄医が、後年長く地
域の医師として開拓期の地元の人々の支えとなっ
たことが記載されている。樺戸や三笠の古老の懐古談

などにも、刑務所の医師が地域医療を担ったことが
残されている。

6. 太平洋戦争中の受刑者の労働

『美幌町百年史』美幌町役場刊；H10, 9.：に
は戦時中、道外の刑務所の受刑者達が、美幌の海軍
航空隊飛行場の建設に従事した話が記載されている。
囚人の労役といえば嘗て暗いイメージを思い起す人
が圧倒的に多いのだが、ここでは違った認識が持た
れたようである。

昭和13年6月、海軍大湊要港部から網走刑務所に
対して、美幌に基地建設の為の要員3,000人の出役
が求められたことに始まる。そこで全国55カ所の
刑務所から、1,260人の受刑者が動員された。食料
不足が始まっていた。用水も不足していた。町の人
達の不安は大きく、家々は軒にドラム缶を吊して脱
走者の非常連絡に備えた。地元警察は頭を痛め、北
海道警察も動こうとした。だが刑務所側は、受刑者
処遇の進歩改善を社会に知らしめる良き機会と判断
していた。事故は逃走一件即日逮捕のみ。同年11
月末に工事は完了。

町民が恐れたような事故はなく、美幌駅前には多
数の町民が小旗を持って見送った。浦和刑務所に帰
還した一人の報告に「午後九時美幌駅に着くと、汽
車はスチームを通して待っていてくれた。汽車の中
は温かかった。有り難い有り難い。私はそれよりも、
もっと温かく嬉しかったのは、町の人達の人情だっ
た。私達受刑者を見送ってくれる為に、この寒い雪
の中を…工事に対するお礼の言葉を下された時には
私は泣いた。」とある。強ち戦時中の作られ過ぎた
美談とも思えない。

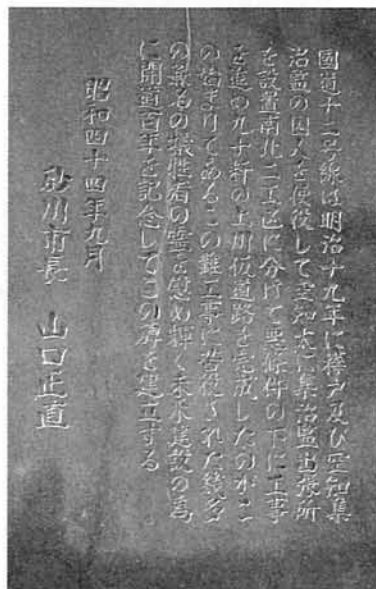
しかし、戦時中のこの時期、受刑者達の保健医療
対策に関する記載は見当たらない。

7. 付記として；囚人道路の現状

囚人労働の歴史は北海道の歴史そのものでもある。

三笠・市来知の囚人らと樺戸の囚人らが呼応して
造ったとされる、峰延と月形を結ぶ道路。合図に山
から上げた烽火が風で流されて測量が狂った為に、
直線道路の一ヶ所に曲がりが残っていた。しかし近
年の道路改修により、その場所が判らなくなってし
まった。

美唄～空知太間の日本一長い直線一級国道（12
号線）は近年の国道切り替えにより、さらに直線が
伸びた。しかし、砂川市の郷土史研究会有志の要望
により昭和44年に建立された、道路開鑿犠牲者の



遠軽町瀬戸瀬



北見峠



砂川市空知太神社境内にあり国道鑿殉難者慰霊碑

碑は国道から外れる為、また人の目には触れ難いものとなってしまった。最近はその敷地の帰属をめぐる、市と市民との間にトラブルも起きている。

北見峠にも立派な慰霊碑が造られているが、最近高速道路が建設され、多くの人は顕彰の記念碑の下に掘られたトンネルを通り抜け、貴重な歴史に気付くことがない。

標茶の集治監の跡は標茶高校となっていて木造の資料棟が残されているのだが、先年会った同校の卒業生はそれを知らなかった。本館建屋は同町の塘路に移されて郷土資料館となっているが、観光のコースから外れている。

僅かに遠軽町瀬戸瀬だけは、嘗て山側にあった碑（一時は山神とよばれていた）から国道に近い新しい碑に生まれ変わっていて、花が供えられているの

を見掛ける。

◎余滴

砂川市郷土史研究会のリーダーとして囚人道路に係る記載を残し、かつ記念碑建立に尽力した玉田秀雄氏（元同市公民館長）は、歌人でもあった。その歌集に、労役の囚人を詠んだものが残されている。「亡霊は語る」と題する作品から二三を抜粋して見よう。

われ昔自由民権の志士なりき苦役に死ねど素志は枉げざり

われの髑髏を開拓民の悪童が棒にさして戯れいたり怒ることもできず

埋められし私の死体を掘出してガツガツ啖ふ熊が居りたり

—了—

極東ロシア探訪記 その3

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 相談員)



夕刻に我々一行を乗せたバスはレナ川の船着場に到着した。大きなクルーザーが何隻か停泊しており、簡単な飲食が出来るテント張りのビヤホールのようなものが軒を並べ港情緒が漂っている。到着したのになかなか乗船させてもらえないので、外に出てぶらぶらする。思ったほど蚊がいないので助かる。思うに時期が8月の後半なのでもう夏の盛りが過ぎたからなのだろう。クルージング会社とのつめが悪かったのか、時間の調整が悪くて早く着き過ぎたのが悪いのか分からないが、何事も時間がかかると聞いていた旧ソ連の様子が髣髴とさせられた。ウオッカ頭には正確な時間の感覚がなかったが、相当待たされてやっと乗船できた。

オーストリア製の結構立派なクルーザー“Demyan Bedny号(丸?)”である。今まで船に泊まった経験は青函連絡船とフェリーぐらいのもので、クルーザーなどと言われた船で、二人部屋とは言え個室があてがわれたのでやや興奮気味である。私はもともと寝台列車の旅が好きなので嬉しくなってしまう。狭いがトイレもシャワーもついている。わくわくしながらベッド兼用の座席に座って荷物を整理しながら、しばしの居住空間を整える。出航し薄暗がりの中を船は進み、客室の船尾に位置する食堂にていつもの立食パーティが始まった。いつも、という意味は献立がいつも同じようなオード

ブルということ。パーティが終わって、酔いを醒ましがてら上部デッキに出てみる。暗くて良く分からないが、レナ川はさすがに大河だけあって海を感じさせるほど広そうであるが、少しも揺れることなく滑るように闇の中を突き進む。街と思いき明かりもなく、航路標識だけが左右に流れていく。人口密度が低いのでさぞかし星空が綺麗だろうと期待していたが、生憎曇り空で星を目にすることはなかった。1996年に中国内モンゴル赤峰の郊外で夜の宴会の後に外に出た際に、酔眼にですらはっきりとした銀河と満天の星空を見て、日本にいて自分の視力が低下した為に天の川が見えないものと思ってたのが誤りであったことを知り感動した事を思い出し、余計残念に思った。

さて、私は旭川医大の橋本先生と同室となったが、川本先生は閉会の全体会議の日本側シンポジストをされた先生と同室となり我々のお向えである。その部屋は以降、レストランでウオッカを傾けていた大先輩先生4-5名の集まる場所となり飲み部屋となったのである。私も時々寄せてもらった。学会終了時にお土産としてロシア側からウオッカ3本入りの箱をいただいたのであるが、かのメンバーのウオッカは大方クルージングの最中に空になったようである。川本先生お疲れ様です。シャワーを浴び、ハバロフスクのホテルで

寝酒用を買ってあったウオッカを飲みながら、今更ながらにやっと見方が分かってきた現地で渡されたシンポジウムのスケジュール表を眺めていると、ちょっと気になる事がある。クルージングの2日目、明日の午前中だ。クルーザーのシアターにてラウンド・テーブル・ディスカッションと書かれている。それも環境問題のセクションとある。ちょっと聞いてないよ・・・。

確かに、開会式および閉会式に併せて行われた全体会議の間の時間帯に内視鏡、循環器、歯科などの分科会があったが、我々は全体会議のみ出番があるだけで一般参加者との意見を交換する場がないので不思議に思っていた。それにしても、シンポジウムが全て終わったと安心して楽しもうとしたエクスカッションの最中に分科会とは・・・。日本側から環境問題を専門として参加しているので出ないわけにも行かないが、一度緩んだ気持ちを引き締めて、それも前日に初めて目にした内容の討論に参加して恥ずかしくなくこなす事はきつい事である。日本的?いや世界的な常識として、学会などの座長についてはスケジュールや役割については演題の抄録ともども予め示されるべきものだと思うのだが、ロシアは違う・・・。

学術的な出番が全て終わっている方々が羨ましい。今更、心配してもしょうがないので早めに眠る事とする。それにしても暑くて寝

苦しい。

朝となって、細く開けてあった窓の隙間から心地よい冷気が入ってきた。雲が高くかかっているが、窓から遠くに針葉樹林が川岸にまで迫った様子が見える。これは寝てはもったいない。早速カメラを持ち出してデッキに出てみる。我々の船室の窓から見えていたのはレナ川の右岸であったが、デッキに出てみると左岸にパンフレットに出ていたレナ川クルーズのハイライトである景勝地レンスキー・ストルブイと思われる、薄い赤茶色の柱状節理の崖が断続的に続いている。薄曇りではあるが広々とした景色は大変気持ちが良い。朝食を終えて、いよいよ環境問題のラウンド・テーブル・ディスカッションのアナウンスが入った。それ来た。シアターは小規模の緩やかな階段講堂となっており、30名ほどが集まっていた。日露医学医療財団の一般参加者の日本の先生方も数人居られた。我々に予め知らされていなかったから当然とはいえず、日本側からの発表は無く、ロシア側から3題の発表があった。発表者の横に通訳が居り、英語に訳してくれる。ハバロフスクのグループがシベリアの森林火災による大気汚染を報告し、慢性呼吸器疾患のみならず肺癌の発生が増えていた。事に関連付けて報告していた。対照群がないうえに、他にも多くの交絡因子があるのに調整が行われていないなど、ちょっと無理がある発表であった。湖から切り出した氷を飲料水として使うために起こるヨウ素、セレン、鉄不足による健康障害は予め聞いていたので良く分かったが、疫学調査としては数が少ないのが難点であろう。湖の氷は何時に採取するのかと尋ねたら、10月にはもう結氷し取れるということだ。さすがに寒い地域である。何も発言しないのはまずかろうと思ひ、川本先生とともに研究について幾つかコメントし

存在を示す事ができ、また日本側から参加された先生からもご賛同を得られ、胸を撫で下ろした次第である。

船は昼にレンスキー・ストルブイの断崖の中でもひととき大きな崖っぷちの岸に停泊した。初めてレナ川の川水を良く見ることが出来た。茶色く濁っていたアムール川と違い、薄い茶色ではあるが船と岸の間の川底が見えるからきれいなのだろう。船員が何人か魚釣りをしており、10cmほどの魚が数匹釣れたようであった。昼食後にトラップを渡って大小の石が転がる岸に上陸した。これから断崖の頂上までのハイキングである。さあ、蚊との最後の戦いか。川岸から少し小高くなった茂みに入ると、妙な石造りの塔がある広場があった。シャーマンの装束に身を包んだ夫婦と子供2人の親子が待っていた。この地は先住民族の神聖な土地なので、踏み入るにあたってお祈りの儀式を行うとの事である。何かを唱える周りを皆が取り囲んでいると、ブヨが襲ってくる。蚊がいて喜んでいたなら、ブヨである。追い払うにもきりが無い。ついに例の防虫ネットの登場である。恥ずかしいが止むを得ない。これを見た人は、一瞬驚いた顔をするが、なぜかあまり笑われなかった。こちらは照れ笑い。残念ながらこの時の写真がないのでお見せ出来ません。儀式は最高潮に達して石の塔の周りを参加者全員で踊り回って終了した。瓦礫の緩斜面を奥地に向って歩き進むと、崖の下に、なんと霜柱のようなものが斜面から現れた地層の中にあつて、ポタポタと雫を垂らしている。地球温暖化の影響を受けてツンドラ地域で永久凍土が溶け出していると言われていたが、規模は小さいもののまさにその現実を目の当たりにして大変ショックを受けた。夏の盛りを過ぎたとはいえ、まだ暑い日に氷が露出して溶けているのである。

永久凍土の溶解した土地では、腐食されずに堆積していた樹木の枝や葉が腐敗し、メタンが放出されるそうで地球温暖化の悪循環が進行すると言われていることが頭をよぎり、少々気が滅入る。ガレ場を過ぎて混合樹林帯の中のくねくね道を登り始める。依然ブヨが多くウインドブレーカーと防虫ネットで完全ガードである。蒸し暑くてかなわない。ネットをかぶっていると風通しも悪く特に暑く感じるようだ。歩く事1時間ほどでやっと頂上に着いた。樹木も開けており風通しも良いのでブヨがいなく、やっとネットを外す事ができた。崖下の岸は見えなかったが、左右にレナ川が横たわっており数隻の貨物船がはるか遠くを航行している。大きな河州が幾つもあり川は網目状の様相を呈しており、いかにも大河である。断崖の対岸は広々とした森林でありどこにも街や人工建造物など見えなかった。美しさよりも開放感に感動するという表現が似合う風景であった。無音の世界に時間が非常にゆっくりと流れ、いつものせわしい日常が何も意味がないものである事を理解させようとするような無言の圧力を感じた。ロシアが醸し出す何事にも動じない様なゆったりさは、こうした風土が作り出すものなのかもしれない。断崖の頂上に落ちつかなさを感じた自分は、現代社会にかなり毒されているのかも知れない。再び防虫ネットをかぶり一路、船に向った。河畔に戻ると、ハイキング前にシャーマンであった家族が、普通の服に着替えており、子供が御土産屋、父親はシシカバフ屋へと変身していた。なんとまあ商売たくましい事である。対岸に住んでおり、観光クルーザーが来るとこちらに渡って来て仕事をするらしい。部屋に戻りシャワーで汗を流して着替える。身体中が火照っていたのでTシャツに着替えてビールの小瓶を飲みながら船内を歩



2



3



- (写真1) 断崖ハイキング中に見かけた凍土の露出
 (写真2) 断崖の頂上からのレオ川の眺望 (鳴河先生と)
 (写真3) レナ川の断崖 (レンスキー・ストルブイ、石灰岩の柱状節理)
 (写真4) 山登りの儀式
 (写真5) ハバロフスクの聖堂
 (写真6) クルーズの船上にて記念撮影 (12人ほどのロシアの方も一緒です)

5



いていたら、飲み部屋に例のシシカバフがあり御相伴にあずかる。何の肉か分からなかったが、少し硬かった。夕刻となって、シャーマン親子に見送られつつ景勝地からの出航となった。川岸から離れると断崖の大きさが良く分かり、背景にして記念撮影が行われた。どうも暑いと思っていたのは私だけで、皆さんは長袖で上着を着られている方も多かった。船内食堂で閉会のパーティが開かれた。ロシア側から座長などをした日本側の参加者に記念品をいただいた。マンモスの牙製の小さなマンモスの置物であった。ヤクーツクで買えずに悔しい思いをした物よりは遥かに小さいものであったが良い記念となった。同時に教訓、旅行

中は記念となる物があつたら後回しにせず直ぐにその場で買うべし、さらに両替も前もって多い目にすべし、が記憶に刻まれた。船での2泊目はラウンド・テーブル・ディスカッションのストレスとハイキングの疲れもあって早々と眠りについた。聞くところによるとラウンジではかなり遅くまでロシアの音楽などで盛り上がっていたとの事である。

早朝に目が覚めると川面から霧が立ち上り、時折その影に街並が見えた。ヤクーツクの港に到着して、やや暫くすると朝日が昇ってきた。綺麗な朝焼けであった。フィルムの残りが少なくなってきた。今回はブローニーサイズの中型カメラを持ってきたので、ロシアではフ

ィルムが手に入らない。これも教訓、フィルムは余分に持ってくる。バスが来ないらしく、また長い事待たされた。ここでロシア側のスタッフ、参加者に別れを告げて空港へと向った。空港でも長々と待たされた事は言うまでもない。

ハバロフスクに到着し、インターリスト・ホテルに再び投宿し昼食を取って午後は自由時間となる。ロシア最後の日である。青空が広がり散策日和なので部屋の窓から見えるホテルの裏手にあって尖塔の部分だけ見えるこじんまりとした聖堂に足を伸ばす事にする。先に訪れた聖堂よりも古そうな建物で気になっていたものである。この方角だろうと当りをつけて歩いていくと、聖堂の裏門らしいとこ

ろに出た。金属製のフェンスで囲まれた庭園に花々が咲き誇る、かわいらしい聖堂である。門をくぐろうとすると、ホームレスが2人路傍に座っている。一人は老婆（に見えた）で、もう一人は青年であった。老婆はウオッカの瓶を抱えて、空き缶を突き出して何かを言っている。なんともやるせない気持ちになりつつ小銭を出した。聖堂の横に店があったので入ってみたが、前に訪れた聖堂同様にアイコンの複製の土産物がたくさん置かれていただけで、目新しいものはなかった。庭園には人影はなく花壇に色とりどりの花が静かにたたずんでいるのみである。庭園を横切りアムール川河畔に出てしばらく歩くと、それほど暑い日ではなかったが、どう見てもきれいとは思えない川で泳いでいる若者もあり、多くの人々が水着で日光浴をして短い夏を楽しんでいる。聖堂の裏門のホームレスとの対比が際立ち、社会体制にかかわらない普遍的な社会問題が厳然として存在することを感じざるを得なかった。それにしても今日も平日であるのに、どうして仕事をしていない人が多いことだろう。夏休みだったのかも知れないが、謎は解けなかった。ホテルに戻ると、バスで希望者を最近できたばかりのショッピングセンターに連れて行ってくれるというので、チェックインの間に円から両替したルーブルをもって買出しに出かける。ガードマンが大勢見張りをする中、1階のスーパーマーケットに行くとキャビアがあるコーナーに鳴河先生のグループが集まっている。ロシアとはいえキャビアは他の商品と比べて高い。個数も少なかったがなんとか1個手に入れた。スーパーで売っているほうがホテルで売っているよりも安いことは受けあいである。ほかに御土産として紅茶とクッキーを購入する。その後、5-6階建てのショッピングセンターの建物を時間潰しが

てらあちこちと見て回った。ロシアらしい御土産は特に見当たらなかった。ヤクーツクで買いそびれた紫色の貴石細工はとうとう目にすることはなかった。バスでホテルに戻ると近くの博物館に売店があり民芸品が売っているとのことである。さっそく行ってみると、我々のツアーの面々が買い物をしている。マンモスの牙で作った置物がある。博物館で偽物は売らないだろうから興味があるが、ヤクーツクで売っている物に比べると相当高価である。学会で小さいながら記念品を貰ったのでよそうかとも思ったが、他に欲しい物もなかったのも、ついには買う決心をして中ぐらいの大きさのものを購入した。夕刻になって音楽堂にて開催されるオルガン・コンサートに出かける。仕事を終えてか、ドレスアップした紳士淑女が集まってくる。チケットもそれほど高価でなく、平日に気軽にクラシックのコンサートとはヨーロッパの風情があって、さすが都会は違うなあと感じつつ開演を待った。ところが始まってびっくりである。オルガンはオルガンであるが、現代音楽であり不協和音のオンパレードでサッパリ分からない。ロシア語がわからずに、このこ出てきた我々も悪いが、休憩時間に失礼する事にした。我々のツアーの殆どは途中で抜けたようである。ホテルに戻り売店によってキャビアを見てみると、先ほどのスーパーマーケットのものよりも安い……。容器の蓋が赤、青、黄色のものがあるが、青が高級だ、いや赤がうまいなど諸説紛々であるうえに値段に一貫性もないし、店ごとに異なるので良く分からないまま2個買い、歴代大統領のマトリョーシカも記念に買った。ロシア最後の夕食はホテルの最上階にある日本料理レストラン・ユニハブで久しぶりの和定食をビールでいただく。

翌日、ハバロフスク空港に向う

途中、我々を乗せたバスはロシア人墓地の一角にある日本人墓地に寄った。日本からのツアーは必ずいずれかの日本人墓地を訪れる事になっているのだという。墓地では、グラジオラスやダリアといった子供の頃の懐かしい極彩色の花束が売られていた。シラカバの木立とフェンスに囲まれた所にコンクリートで埋葬の場所を仕切る枠が作られたものが殆どで、慰霊碑が幾つかあって花が手向けられていた。わずかにある墓石もかなり風化が進んでおり時代の流れを感じさせられた。私の親類や知り合いにはシベリア抑留された者はないが、極寒の地にて辛酸をなめ、望郷の無念を抱いて亡くなった方々に哀悼の意を表しつつ平和な現代に感謝し、墓地を後にした。空港では、みちのく銀行の専有の部屋を待合室に提供された。そこに日本語を話す白系ロシア人が現れて、カニ缶、キャビアの販売を始めた。みちのく銀行は、初めに両替の世話をしてくれて、最後には手持ちのルーブルを総ざらいしてくれるとは、いやいやしっかりしたものである。私もカニ缶を2個買った。ところで例のキャビアであるが家族に食べさせたところ生臭いと不評で、2つは今だに冷蔵庫の中で眠っている。ロシアには今度何時来られるか分からないが、学会自体にはかなり振り回されたものの、全体的には良い印象を抱いて帰りの航空機に乗り込むことが出来た。ついうとうとし、ふと窓外に目をやると、海岸から陸地に差し掛かるところであった。北海道上空のようだ。ゴルフ場がいたるところに点在し、田畑、集落も同時にいくつも目に入る。なんとも日本は生活臭の濃い国であろうか。こうして私の不思議なロシア探訪の旅は終わったのである。

長い間、誌面をお借りいたしました。有難う御座いました。終わり。

鉄道業における健康管理

疾病管理と医学適正管理



札幌鉄道病院保健管理部 医学適性科主任医長

佐藤 広和

(北海道産業保健推進センター相談員)

日本全国に20箇所あるJRの健康管理施設は、鉄道病院に付属の保健管理部もしくは、会社に直属の健康推進センターの形式を取っているが、いずれにも存在するのが医学適性科というちょっと耳慣れない診療科である。北海道では現在札幌鉄道病院保健管理部の1箇所体制で、医師が常勤する札幌及び看護職のみの釧路・旭川・函館の3在勤で、9,000名弱の社員及び約8,000名の関連会社社員等の健康管理に当たっている。医学適性（医適）とは、鉄道営業法（明治33年法律第65号）に基づく省令において規定された身体的要件を満たしているかどうかを、動力車操縦に関わるすべての職種の者に対して確認するため実施する検査及び事後措置を言う。その内容は、動力車操縦者運転免許に関する省令（昭和31年運輸省令第43号）及び鉄道に関する技術上の基準を定める省令（平成13年国土交通省令第151号）、さらにJR各社の社内規程において規定されている。事務的業務に従事する者及び一部の管理職以外ほとんどすべての者が該当し、社員の約3分の2及び関連会社についても運転・駅・保線・電気・工場などで勤務する社員が該当する。検査項目及び基

準は、以下のように定められている。

視機能として裸眼又は矯正視力（運転士にあっては左右ともに1.0以上）、矯正を要する場合は屈折度（近視にあっては8.0ディオプトリー以下、遠視にあっては3.0ディオプトリー以下）、両眼視機能・視野・色覚が正常であることおよび眼疾患のないこと。聴力（純音オーディオメトリーにて1000Hz 30dB以下、4000Hz 45dB以下、運転士の場合）、平衡機能に異常のないこと、言語機能に障害のないこと、運動機能に障害のないこと、心臓疾患のないこと、神経及び精神の疾患のないこと、脳波に異常がないこと（運転士登用時）、その他の動力車の操縦に支障を及ぼすと認められる疾病又は身体機能の障害がないこと、アルコール中毒・麻薬中毒その他動力車の操縦に支障を及ぼす中毒の症状がないこと、となっている。個々の詳細な判断基準についての記載は省略したが、それぞれの項目について具体的なガイドラインが定められている。平成13年には、障害者に係る欠格条項の見直しを行い、障害者の社会活動への参加を阻む要因とならないよう省令の一部を実質的な身体機能や運動機能に着目した能力基準とする

よう改正を行ったところである。検査時期は、それぞれの職種への登用時検査及び1年毎の定期検査、さらに傷病発生時や復職時などに行う臨時検査、定期検査の再検査及び精密検査となっている。

定期検査は労働安全衛生法に定められた定期健康診断にあわせて実施している。項目が複雑多岐にわたるうえ困難な判定も要求されるためJR各社との情報交換が必須で、医適判定の事例紹介や最新の情報を取り入れたガイドラインとするための会議を定期的で開催している。最近では、昨年心臓及び脳血管疾患のガイドラインが改訂され、来年は眼疾患および色覚についての検討を予定している。今年はBrugada症候群について活発な意見交換が行われ今後も事例収集に努めることとなった。昨年度以降は睡眠時無呼吸症候群（SAS）についての方針確認及びスクリーニング・精密検査の結果報告が多数行われている。

定期検査で異常が見つかった場合、再検査・精密検査を実施し疾病の治療が行われる。治療の対象外である場合や、治療の効果が得られない場合、回復が見込まれるが現状で基準を満たさない場合は他職適あるいは保留の判定となり、職種の変更が検討される。変更の際は本人・現場長・上司と相談を持ち、主治医と連絡を取り、病状に応じて職種変更の必要性を十分に検討した上で、その事由・期間・制限内容・復帰条件などを記載した意見書が発行される。復帰に当たっても、本人及び現場長の意向、主治医からの情報を得た上で意見書が発行される。精神疾患からの復帰については特別の手続が、社内規程に定められている。

運転従事者には、①長時間単独で作業できる体力及び精神機能をもつこと ②高い運転

技術を有すること ③運転中の異常に対する優れた感知能力を有すること ④故障または運転事故発生時には冷静な判断力と機敏な処理能力を有することとされ、上記の医学適性検査（身体検査）以外にも運転適性検査、筆記・技能検査が行われている。運転作業に従事する者は会社の事業の根幹を支えており、その身体状況や技能の保有状況を確認し、適切に対処する上記のシステムは会社の危機管理体制の一部をなしている。

ここで、浅学ながら歴史を紐解いてみると、鉄道病院設立の趣旨にそもそも産業医局的な性格があると、昭和34年6月発行の創立40周年記念「札幌鉄道病院誌」に記載されている。大正4年10月1日札幌鉄道病院設置の鉄道院達示に「公務上ノ傷病者治療ヲ主眼トシ」「鉄道ノ附属医事機関トシテ種々特別ノ任務ヲ有スルモ其主ナル事項ヲ挙グレバ左ノ如シ。

- 一、業務災害及職業的疾患者ニ対スル研究
- 二、業務災害ト其扶助ニ対スル鑑定
- 三、災害救護
- 四、職員ノ採用時ニ於ケル身体検査及定期健康診断
- 五、種痘並ニ其他ノ予防接種
- 六、一般医事衛生ニ関スル諮問ニ対スル研究

昭和29年4月には結核管理室を当院に設置、昭和30年8月1日に保健管理室が設置され結核管理室の業務を吸収した。保健管理室長は当初呼吸器科部医長が兼務していた。昭和35年4月には現在の保健管理部の名称となっている。

すなわち、産業保健を担う会社の危機管理部門として鉄道病院を設置した後、一般診療の拡大とともにその役割を保健管理部に集約していったと云うことである。その名残は鉄道病院医師・歯科医師全員を「管理医」とし

て指定する社内規程（厚生管理規程）に見える。鉄道病院の全臨床科は保健管理部と協調して、上述の医学適性検査の精密検査・登用時検査などを実施している。

保健管理部の役割は結核を中心とした感染症対策から生活習慣病対策中心へと移り変わり、現在は肥満・糖尿病・高血圧・高脂血症をメインに据えた保健指導を実施している。肥満教室は肥満を改善したい20～30代社員が自主参加の上、腹部CTでの内臓脂肪面積測定、体脂肪率測定、BMI評価、血液検査、食習慣・運動習慣などについての問診を通じてこれまでの生活を自己評価する機会としていただいている。フォロー教室や文書・面接による支援を継続し、保健師の熱意も通じて多くの減量成功者が生まれている。糖尿病は年々増加傾向にあり、血糖コントロール不良者も減少傾向を見せないことから、JR他社では会社・組合と協議の上、HbA1cが高値の者に対してコントロール良好となるまでの間、運転作業制限を実施する動きもある。高血圧患者に対しては、治療による改善が見られるまで医学適性による運転作業制限を実施している。循環器疾患の発症に関する複合リスク要因や結果としての合併症（自覚症状、診察所見、血圧、心電図、血中脂質、腎機能、眼底、胸部X線、心胸比、その他）を考慮した判定基準は古くより存在し、最新の知見を付加してゆく必要があろう。特に喫煙習慣と血糖検査を無視することはできないと思われる。

健康相談では、近年特にメンタルヘルスに関する内容が増加している。うつ病等で長期休業にいたる事例もあり、鉄道業に限らず労働力の損失という意味でも看過できない問題となっている。日ごろよりセルフケアおよびラインによるケアを促す意味でメンタルヘルス学習会を実施したり、当保健管理部や健保

組合契約による企業外相談窓口の周知を行っている。また産業保健推進センター等の事業場外資源も活用させていただいている。保健管理部への相談では上司からの連絡が発端となることが多く、体調不良や欠勤・問題行動あるいは職務適性上の問題など様々である。本人からの申告により面接を行うことも少なくない。また、精神科医師から職場環境調整を目的にご紹介を頂くこともある。適応障害や職場不適応反応においては、職場における人間関係や職務そのものに対する不適応状態が疾病の成立に不可分の役割を果たしている。精神科における薬物治療その他と並行して、産業医が本人の同意の下に現場長・上司・同僚、人事担当者と話し合い、休業継続の可否、復帰に当たって職務の見直しや制限内容の決定、配置転換の必要性の有無、治療継続の必要性等について文書で示し、会社に具体策についてアドバイスすることは、疾患治療の一環としてpsychosocial factorの改善のお役に立っていることと思う。

以上、とりとめもなく日常の健康管理業務について書かせていただいた。独特のシステムである医学適性検査については、世界鉄道医連盟UIMC（Union Internationale des Services Medicaux des Chemins de Fer）が、国際共同研究による結果を集積し、基準の勧告案を出している。JR各社もこれに参加し、乗客の安全輸送という共通の目的のもとに国際的な協調を図っている。今後も、科学的根拠に基づいた妥当性の高い基準作成に向けて改訂が行われてゆくであろう。

最後に原稿執筆の機会を与えてくださった三宅所長と山村先生に厚く御礼を申し上げます。

●事業主の皆様へ●

このご案内を「産業医」「保健師・看護師」「衛生管理者・推進者」「労務・安全衛生担当者」等へお知らせ願います。

研修会・講習会・セミナーのご案内

北海道産業保健推進センターは、働く人の健康を守るため、「産業医」「事業主」「産業保健師・看護師」「衛生管理者・推進者」「労務・安全衛生担当者」等の産業保健関係者を支援し、「研修会・講習会・セミナーの開催」「電話・窓口での相談対応」「情報誌や各種資料の発行」「調査研究活動」「助成金の給付」等の産業保健活動を行っています。

特に、「研修会・講習会・セミナー」では、メンタルヘルス対策・喫煙対策・過重労働対策等を始めとする産業保健活動における重点課題を幅広く取り上げております。

今後の研修会等の予定は、以下のとおりですので、ぜひご参加ください。

●申し込み方法●

- ① 受講料は「無料」です。
- ② 「研修会等受講申込書」を記入し、ファックス又は郵送で申し込んでください。
- ③ 受け付けた方へは、後日「受講票」をファックスでお送りします。
ファックス以外を希望される方は申込書の「備考」欄に希望事項を記入してください。
- ④ 締め切りは開催日の10日前ですが、締め切り前でも定員に達した場合はお断りすることがあります。
- ⑤ 締め切りを過ぎても定員に空きがある場合は受講できることがありますので、詳細は当センターへお問い合わせください。
- ⑥ 都合により開催中止、日程変更、会場変更、講師変更となる場合がありますので、ご了承ください。

申し込み先

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

FAX(011)726-7702

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

《8月～10月の予定》

◆「事業主」「衛生管理者・推進者」「労務・安全衛生担当者」等を対象とする研修会
(どなたでも受講できます)

研修番号	開催月日	時 間	研修名	研修内容	定員	会 場
衛1	8月26日(木)	午後6時15分～8時15分	健康情報のプライバシー管理	健康情報に関するプライバシー管理上の問題点	90	札幌市 札幌エルプラザ
衛5	9月9日(木)	午後1時30分～3時30分	ライン・スタッフのメンタルヘルス入門	管理監督者等におけるメンタルヘルスの基礎	70	苫小牧市 グランドホテルニュー王子
衛17	10月25日(月)	午後2時～4時	作業環境管理	酸欠災害(硫化水素中毒)を防ぐには	50	室蘭市 室蘭建設会館

※9月9日(衛5)の研修会の申し込み先は、「苫小牧労働基準協会(TEL0144-53-6711、FAX0144-53-6722)」となりますので、直接苫小牧労働基準協会へお問い合わせください。

◆「衛生管理者」「保健師・看護師」等を対象とする研修会

研修番号	開催月日	時 間	研修名	研修内容	定員	会 場
看17	8月2日(月)	午後1時30分～5時	産業カウンセリング講座①及び② (2日間の研修)	職場におけるカウンセリング等について(メンタルヘルス対策)	30	釧路市 釧路労災病院会議室
看18	8月3日(火)	午前9時～12時				
看2	8月12日(木)	午後6時15分～8時15分	健康情報のプライバシー管理	健康情報に関するプライバシー管理上の問題点	60	札幌市 札幌エルプラザ
看21	9月10日(金)	午後6時～8時	生活習慣病の保健指導①及び② (2日間の研修)	職場における生活習慣病の保健指導	50	札幌市 当センター会議室
看22	9月17日(金)	午後6時～8時				

※8月12日(看2)、9月10日(看21)、9月17日(看22)の研修会については、日本産業衛生学会産業看護部会認定研修(産業看護職研修)の承認申請中です。

◆「保健師・看護師」等を対象とする研修会

研修番号	開催月日	時 間	研修名	研修内容	定員	会 場
看6	9月24日(金)	午後3時～5時	メンタルヘルス事例研究会	メンタルヘルス事例の研究協議	20	札幌市 当センター会議室
看3	10月14日(木)	午後3時～6時	過重労働対策	過重労働対策における産業看護職の役割(検討協議付き)	50	札幌市 当センター会議室

※10月14日(看3)の研修会については、日本産業衛生学会産業看護部会認定研修(産業看護職研修)の承認申請中です。

◆「産業医」等を対象とする研修会

研修番号	開催月日	時 間	研修名	研修内容	定員	会 場
医6	8月5日(木)	午後6時15分～9時15分	過重労働対策	過重労働の社会的背景、脳・心臓疾患の疫学、予防指導	90	札幌市 札幌エルプラザ
医15	8月28日(土)	午後1時30分～4時30分	メンタルヘルスにおける産業医の役割	産業医としてのメンタルヘルス対応(実地付き)	30	稚内市 総合文化センター
医17	9月4日(土)	午後2時～5時	メンタルヘルスにおける産業医の役割	産業医としてのメンタルヘルス対応(実地付き)	30	浦河町 総合文化会館
医18	9月15日(水)	午後1時30分～4時30分	作業環境基礎研修	産業医のための作業環境管理の基礎(実地付き)	20	帯広市 とかちプラザ
医19	9月21日(火)	午後2時～5時	作業環境基礎研修	産業医のための作業環境管理の基礎(実地付き)	20	札幌市 当センター会議室
医16	9月25日(土)	午後3時～6時	メンタルヘルスにおける産業医の役割	産業医としてのメンタルヘルス対応(実地付き)	30	留萌市 保健福祉センターはーとふる
医11	10月2日(土)	午後1時30分～4時30分	産業医スタートアップ研修	産業医としてのスタートアップ(実地付き)	50	旭川市 大雪クリスタルホール

※産業医等を対象とする研修会については、日医認定産業医制度指定研修会の承認申請中です。

研修会・講習会・セミナー等のご案内は、当センターのホームページからご覧いただけます。
またホームページから「研修会等受講申込書」をプリントアウトして、受講申し込みができます。
<http://www1.biz.biglobe.ne.jp/~sanpo01>

北海道産業保健推進センターあて（FAX011-726-7702）

次のとおり研修会等の受講を申し込みます。

平成 年 月 日

1. 受講する研修会等に関する事項

研修番号	開催月日	研 修 名	備 考
	月 日		
	月 日		
	月 日		

2. 申込者（受講者）に関する事項

該当する項目をご記入ください。□にはチェックを入れてください。

事業場名					
所在地	☐ 職場 ☐ 個人（〒 ）				
労働者数	男 名	女 名	計	名（企業全体は約 名）	
TEL	☐ 職場 ☐ 個人 () -		FAX	☐ 職場 ☐ 個人 () -	
E-mail	☐ 職場 ☐ 個人 @				
所属部署					☐ 産業医 ☐ 医師（産業医以外）
職 名					☐ 事業主 ☐ 保健師・看護師
ふりがな 氏 名	(□男 □女)				☐ 衛生管理者・推進者 ☐ 労務・安全衛生担当者 ☐ その他
所属郡市 医師会	医師会	医籍登録 番 号		産業医 認証番号	

※ 受け付けた方へは、後日「受講票」をファックスでお送りいたします。ファックス以外を希望される方は、申込書の「備考」欄に希望事項をご記入ください。

締め切りは開催日の10日前ですが、先着順で受け付けますので、締め切り前でも定員に達した場合には、お断りすることがあります。また、都合により開催中止、日程変更、会場変更、講師変更となる場合がありますので、ご了承ください。

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 FAX (011) 726-7702

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

（北の産業保健23号）

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。

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23号(2004年夏号)をお届けします。

本年4月に独立行政法人労働者健康福祉機構が発足してから、はや3ヶ月が過ぎました。

当センターも新体制のもと、産業保健活動を的確に推進するため、「さらなる業務の効率化・業務の質の向上」に取り組んでおります(とは言っても、意気込みだけが空回りして右往左往する日々が続いておりますが…)。

今後も、「顧客(産業保健関係者)満足度100%」を目指して頑張りますので、よろしくお願い申し上げます。

副所長

北の産業保健 No.23

発行 日／平成16年7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 ●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

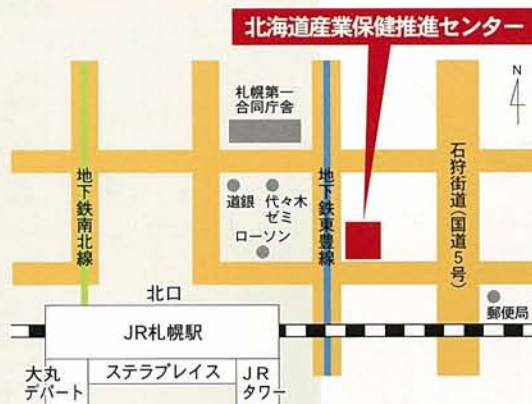
- ・ビデオ・図書の貸出し
- ・情報誌の発行
- ・産業保健ホームページ公開中

●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

横河内科医院(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) 22-3108

