

北の 産業保健

No.24

2004.秋

HOKKAIDO

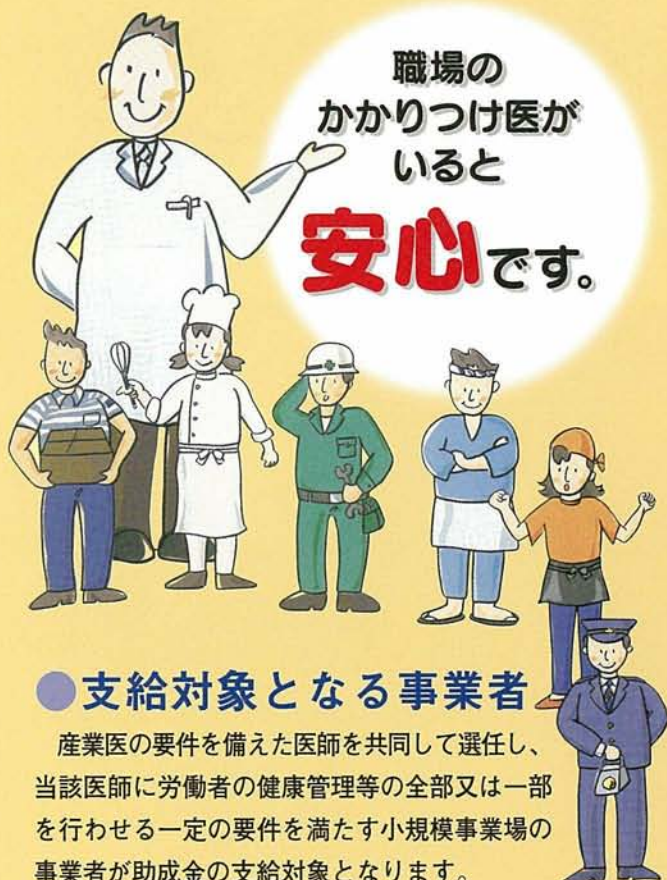


独立行政法人
労働者健康福祉機構

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



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。

● 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】

北海道産業保健推進センター情報誌(季刊)

CONTENTS 「北の産業保健」 第24号

巻頭言 山村晃太郎	1	騒音防止対策 澤田 厚史	12
着任のご挨拶 西村徳生・佐々木博仁	2	北海道労働衛生史メモ(その16) 古屋 統	15
統合失調症の診断と治療 山下 格	3	メンタルヘルス担当者の役割認識と意見に関する調査研究	20
労働衛生上の問題としての無呼吸症候群と糖尿病 藤原 豊	6	研修会・講習会・セミナーのご案内	22

産業衛生のこれから

旭川医科大学 名誉教授
(北海道産業保健推進センター相談員)

山村 晃太郎



旭川医大を定年で退職後、友人の強いすすめに従って釧路血液センターに赴任しないかとの話で、もともと血液に何のゆかりもなかったのが「血液については何もわからない」と返事したのですが、「お前はわかるとうるさくてかなわないから、わからない方がよい」といわれて引き受けて、2年間働きました。

小生は持病に糖尿病を持ち、単身生活で食事の規律も、ゆるみがちになり、かなり病気が進み、眼底に軽度ながら出血とか、肝機能や脾臓機能の低下がみられるようになったので、職を辞し、平成13年4月札幌に帰ってきました。

罰としては、禁酒、禁煙（これは以前から）静かな生活の毎日を送っています。（自分ではそう思っていますが、他人からどうみられているかは不明です。）

北大医同期の友人である三宅先生にすすめられ平成13年4月1日から産業保健と精神保健に関する相談員として、不定期に働くことになりました。それから3年余りが経過しました。

さて、上記の2テーマに関することを小生の今迄の経歴を参照して以下2,3の考え方を述べたいと思います。尚、小生は若い時に精神科医として、出身地の函館の病院で働いていた事と、また30歳台から40歳台の約10年間に国鉄の労働科学研究所や都立神経科学総合研究所に働いていた事を申し添えます。

(1) 産業保健

これは中毒や騒音振動などによる、難聴や白ろう病等は、2次産業があまり発展していないこの地域では、ニーズが少なく残念な感じがします。

ことに音については、うるささに関する苦情は、本州では工場の中でも、また住宅地域に関しても相当なものです。交通騒音についてみると東京都の外環線は片道3車線の6車線からなり、しかも大型トラックの混入率が30%位もあり、且一日の交通量が数万台もあり、騒音に切れ目がありません。騒音レベルは80ホン（A）以上にもなります。これはほぼ工場内の騒音レベルに匹敵するレベルです。ですから住民側から行政に苦情が寄せられ、都

はそのための対応にせきたてられます。近隣騒音の問題もありますが、こちらでは両者とも少ないのが現状です。この近隣騒音の中心は町工場からの騒音も含まれます。

(2) 精神保健

広い意味の精神保健にはいわゆる生き甲斐論、ストレスによる不安・失調・不眠等の問題に対する救済等も含まれます。しかし日本の社会にとって、ストレスに弱いということが、企業の人間にとって、他人から弱い人間ということで、評価される傾向にあり、小生のかつて働いていた、ある大企業では幹部候補生は、このことで、医療の受診を嫌がりまた、自分の年次休暇を使って静養する傾向があります。病欠を嫌がるのです。この傾向は今でも存続しております。

さらに精神分裂病（統合失調症）は北海道全体で2万余ケースが知られており、そのうち1万ケースは入院、従って、一方のケースは目下外来で治療中で経過を見守られているが、かなりのケースは、医療からも家族からも見離されているのが現状です。これらの人達は他人との接触にスムーズさを欠き、ひとりで世間を上手に渡ることが出来ません。

生活習慣病の発症が今後次第に高齢化すると思われるので、疾病対策の重点に精神疾患の重大さは増大するものと考えられます。

広い意味の精神保健はこの所が、よく解決されなければ駄目だと思います。その上で、精神保健の色々な面での解決に多少なりとも貢献したいものと考えております。終わりに

現在かつての職業病は減少し、これからはいわゆる精神保健を重視してゆかねばならない時代に突入したと考えられます。

医療スタッフはもとより、臨床心理学専攻者、また時に宗教家も含めて、この難問に取り組む必要があります。

小生としては精神疾患は、かつての結核の様にストレプトマイシンで治療可能になった様にはそう簡単ではないと思われるからです。

7月30日付けで北海道労働局長に就任いたしました。

全国的には景気は堅調に回復しているようですが、北海道を取り巻く社会経済情勢は依然として厳しい状況にあります。

雇用情勢面では、有効求人倍率は少しずつ改善傾向にあるものの、失業率は全国平均より高く、また、労働条件面でも申告件数や個別労働関係紛争相談件数が大幅に増加しています。

労働災害防止のための施策を含めて、誰もが安心して安全に働ける北海道をめざして、総合的、効率的な行政を展開していきたいと考えております。

さて、現下の厳しい経済環境の中で、産業構造が急速に変化しており、国際化、情報化、サービス経済化が進む中、労働時間は長短両極へ二分化する傾向にあるとともに、仕事に関して強い不安やストレスを感じている労働者は6割を超えるなど労働者への負荷は拡大する傾向にあります。

一方、一般健康診断結果をみると、有所見率は年々増加の一途をたどり、何らかの所見を有する者の割合は約半数にも達しています。

このような状況の下、過重労働によるとされる脳・心臓疾患の労災認定や業務による心理的負担を原因とする精神疾患の労災認定も増加しており、事業者には、労働者の心身両面の健康状態を把握するよう努め、職場環境の改善、積極的な健康づくり、適切な作業管理等様々な対策を進めていくことが強く求められています。

このような措置をすすめるに当たり、産業保健に係る教育、研修、情報の提供等道内における産業保健サービスネットワークの中心的な役割を担っていただいている北海道産業保健推進センターの果たす役割は極めて大きいものと存じております。

また、産業医の選任義務のない小規模事業場を対象とした地域産業保健センターの活用が有効な手段と考えておりますので、ここに対する各種情報提供等の支援についてもご期待申し上げるところです。

最後になりましたが、北海道産業保健推進センターのご発展を祈念申し上げ、ご挨拶とさせていただきます。



北海道労働局長
西本 徳生

7月30日付けで北海道労働局労働基準部長に就任いたしました。よろしくお願い申し上げます。

私は、北海道で生まれ育ち、また、20年前になりますが、浦河労働基準監督署に勤務したこともあり、再びこの素晴らしい大地で生活、仕事ができることを嬉しく思っている次第です。

北海道労働局
労働基準部長
佐々木 博仁



③過重労働・メンタルヘルス両対策とも産業医、産業保健スタッフの資質の向上と衛生委員会等の活用による自主的取組が重要であること。等が示されております。

厚生労働省としては、この報告書を踏まえ、法令改正を含め、具体的施策について検討しております。今後、労働局において当該施策の展開を図ることになります。

また、過重労働による健康障害防止対策、メンタルヘルス対策は、医学的知識を基礎とした健康管理が対策の軸となるものであり、産業医等の医師の積極的な関与が重要となります。

このため、産業医に対する研修をはじめ、産業保健スタッフの研修等により、産業保健活動の充実を図ることが課題となります。

当局といたしましては、北海道産業保健推進センターと連携を密に、行政の重要課題としてその実現に向けて積極的に行政展開を図ってまいりたいと考えておりますので、産業保健関係者の皆様には今後ともご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

さて、心の世紀と呼ばれる21世紀。設備や物質面における職場環境の対策から心と体の保健対策に軸足を移しつつある労働衛生管理ですが、先ごろ取りまとめられた「過重労働・メンタルヘルス対策の在り方に係る検討会」の報告書では、今後の過重労働・メンタルヘルス対策の取り組むべき方向として、

- ①長時間の時間外労働に従事する等、脳・心臓疾患の発症リスクが高まった場合にメンタルヘルス面も含めて、医師による面接指導の実施を制度化すべきであること。
- ②メンタルヘルスに係る個別事案の事業場内外での相談の対応、労働者の教育、管理監督者に対する研修、相談体制の整備、家族を含めた対策を地域と職域が連携して進めるなどの措置が必要であること。

統合失調症 (精神分裂病)

の診断と治療 (1)



平松記念病院理事 北大名誉教授 山下 格

はじめに

2002年8月の日本精神神経学会総会で、長いあいだ使用された精神分裂病という病名を統合失調症に変更することが決められた。この新しい病名は診断書などの公式文書にも用いられ、急速に普及している。

およそ学会で病名の変更を決議するのは異例のことである。それには勿論、いろいろな事情がある。ギリシャ語に起源をもつschizophreniaという言葉は、現在の欧米諸国では意味不明の記号に近いが、その語意を直訳した精神分裂病という日本語病名は、強烈な印象をあたえ、多くの誤解と偏見を生んだ。

また命名者ブロイラーによる「精神分裂」という表現自体も、症状を適切に言い表しているとはいえない。

一方、本人や家族に病名を告げ、理解を得ながら協力して治療にあたるインフォームド・コンセント（納得診療）は、医療に対する時代の要請である。精神科の領域でも向精神薬やリハビリテーションによる治療・福祉が進んで、納得診療の実践が強く求められている。これまでは精神分裂病という言葉避けて神経衰弱状態などという曖昧な言い回しをすることもあったが、統合失調症と言い換えることにより、医療・福祉関係者も患者・家族も、この問題について率直に話し合う雰囲気がつくり易くなる。このメリットは予想以上に大きく、統合失調症という用語がひろく用いられる動機のひとつになった。

しかし統合失調症という言葉が学問的に適切かという点、そんなことは全くない。ただ他に適当な用語が見つからなかったのである。しかし精神分裂「病」といわず、統合失調「症」という表現にしたのは、語感のやわらかさだけでなく、多少とも実態に近い意味合いがある。このあたりのことから、統合失調症の症状、診断、治療、援助について説明することにしたい。

1 統合失調症とは何か

19世紀末にこの疾患を最初に記載したのは、近代精神医学の父と呼ばれるエミール・クレペリンである。彼は各精神疾患の症状・経過を詳細に検討し、基本的に現在も通用する分類体系を作りあげた。その中で最

も大きな論議をよんだのが、統合失調症の位置付けであった。

周知のように、彼は古くから知られた慢性幻覚精神病に緊張病（カールバウム）と破瓜病（ヘッカー）を併せて、早発性痴呆（のちの精神分裂病・統合失調症）という疾患単位を提唱した。それは極めて優れた見解であったが、反対意見も続出した。

独立した疾患として認められるには、原因、病理所見、症状、経過、転帰、治療手段・結果などが、ある程度一致していなければならない。しかしこれらの条件は、統合失調症にはいずれも不十分であった。そのため、統合失調症は異なった症状・経過をふくむ症状群である、少なくとも二つ以上の病態から成る疾患群である、などの見解が錯綜して現れた。この問題は現在も十分解決されたとは言えない。統合失調症と診断・分類される症例にも、症状、経過および治療反応性に大きな違いがあることは、以後述べる通りである。

2 症状

統合失調症には、気分障害（うつ病および躁うつ病）に較べて、より複雑で性質の違った症状が認められ、個人差が非常に大きい。それを便宜上、次ぎの四つに分けてのべる。

①妄想・幻覚

まわりの人たちが自分のことを知って噂している。町を歩くと皆が自分を見る。家の中にも隠しカメラのようなものがあって、生活の様子が写されている。行動だけでなく、ここで思うことまで他人に知られる。テレビの番組で自分のことが話題になっている。アナウンサーのふつうの言葉にも中傷するような意味

が感じられる。隣の部屋の物音も自分の思いや行動に対する嫌がらせと感ずる。誰かが自分の跡をつけてきて、部屋に入って悪さをしていく。まわりで不思議なことばかり起こるので、恐ろしく腹立たしい。そのため他人との接触を避けて、家の中に閉じこもりがちになる。(関係・被害妄想)

上記の妄想に関連する内容のことが言葉になって聞こえる。自分の行動やところで思ったことについて、時には批判、反対、あざけり、時には賛成、力づけ、称賛などの声が伝わる。それに言い返すと、また返事が聞こえて、対話の形になる。本を読むと、目で読む前に声になる。水の流れる音に乗って声が聞こえ、水が止まると声も消える。声の主は知人や医師、亡くなった人や宇宙人などさまざまで、いつも決まった人のことも不特定多数のこともある。(幻覚)

②感情・意欲の減退

それまで興味をもっていたことにも関心が薄れて、仕事や家事、趣味の音楽やスポーツなどもなおざりになる。終日ぼんやり座って、退屈を感じない。表情がとぼしく、笑い、怒り、悲しみなどの生き生きとした感情の動きがみられない。すべてに不活発で、行動範囲が狭く、口数も少なく、極端に不精である。部屋が乱雑で不潔でも平気で暮らす。独りでも寂しいと思わない。周囲の働きかけにも、おざなりの反応しか示さない。

③思考・認知障害

話がまとまらない。対話していても、内容があちこち飛ぶので意味がとれない。文章も筋道がはずれて、いたずら書きのようになる。あるいは独り合点のまま、誰にも理解できないことを延々と主張する。また、頭が働かない、考えが止まって相手

の話がわからないと訴えることもある。本を読んでも意味が理解できず、仕事の段取りがつけられず、同じことをしてもひどく疲れる。まわりの人の気持ちがつかめず、自分の服装や言動にも注意が行き届かない。

④その他の諸症状

近年は稀になったが、緊張病症状とよばれる現象がみられる。急に体を硬直させ、話しかけや命令に全く反応しないことも、反対に人形のように指示されるままの姿勢をとりつづけることもある。時には急に激しい興奮状態におちいる。

それより多いのは、感情障害の抑うつ症状(ときには躁症状)で、特にそれが顕著なときは統合失調・感情障害と呼ばれる。長い経過中にはある程度の抑うつ症状が併発することが多いが、発病初期、あるいは治療により統合失調症の症状がおさまった後に、それが前面に現れることが珍しくない。

そのほか、しばしば神経症圏の諸症状が併発することが昔から知られている。不安は上記の妄想・幻覚に続発する場合も、単独に現れる場合もあって、強い苦痛をとまなう。対人恐怖(社会不安障害)が、時には統合失調症の前駆症状である場合もある。離人症とよばれる状態(感情がわからず、自分が行動しているという実感が薄れる)も同様である。不潔恐怖などの強迫症状が、発病初期や全経過を通じてみられることもある。最近話題をよんでいる社会的引きこもりにも、統合失調症の症例が相当数ふくまれている。

近年、これらの諸症状をまとめて、陰性症状と陽性症状に分けることがある。その区分は人によって多少違うので、WHOの診断ガイドラインを引用すると、陰性症状は「精神運動の緩慢、活動性の低下、感情鈍麻、受動性と自発性欠如、会話量とその内容の貧困、表情、視線、声の抑揚

そして身振りによる非言語的なコミュニケーションの乏しさ、自己管理と社会的遂行の能力の低下」である。陽性症状は、妄想、幻覚、興奮、多弁などを総称する。

3 診断をめぐる諸問題

a 統合失調症という診断単位

改めて上記の諸症状をみると、統合失調症という病気が精神分裂症という旧名でも統合失調症という新名称でも包みきれない複雑さをもつことが知られる。①、②、③、④の各症状は、それぞれ独特の内容と色彩を帯びている。実際に①の妄想・幻覚のみ顕著で、ほかの症状を全くあるいはほとんどたない症例も数多い。あるいは最初から②の感情・意欲の変化が目立ち、妄想・幻覚は一時軽度のみみられる程度の症例もある。後に述べるように、この両症例群は予後や治療への反応性がかなり異なっている。前記のように、統合失調症は複雑な症状群である、あるいは二つ以上の疾患から成る、という主張が、現在も根強く残っているのはこのためである。クレペリン自身も長い間、妄想性痴呆という診断項目を別個に設けていた。

しかし多数の症例について長い経過を追ってみると、①から④の各症状を、それぞれ軽重はありながら併せ持つ症例が多いことも確かである。この臨床経験をもとに、一見異質な各症状を総合してひとつの疾患単位(あるいは疾患単位を目指す診



断単位)を提唱したクレペリンの見解は、さまざまな留保をつけながらひろく受け入れられている。

そのうえで、診断名として、①が中心となるときは妄想型統合失調症、②が目立つときは破瓜型(あるいは解体型)を統合失調症、さらに④のうちの緊張症状を呈するときには緊張型統合失調症に分類するのが一般的である。さらに経過が遷延して、上記の陰性症状が主体になった場合は残遺型統合失調症とよばれる。③の思考・認知障害は、急性期に短期間顕著に現れるほかは、破瓜型および残遺型の症例に多く認められる。

b 鑑別診断

統合失調症の診断をめぐるもう一つの問題は、精神科関係のほとんどすべての疾患が、上記の諸症状に似た症状を呈し得るので、鑑別診断が重要なことである。

まず①の妄想・幻覚は、覚醒剤(ヒロポン)の持続使用後にしばしば顕著に出現する。その内容・色彩は統合失調症の異常体験に酷似しており、薬物の使用の有無と、②や③の症状がなく表情・言動が活発で感情の疎通性がよいことにより、はじめて鑑別可能なほどである。てんかんの重症例には、多くの精神症状がみられるが、種々の妄想・幻覚もしばしば観察される。アルコール依存症のうちのアルコール幻覚症にも、比較的短期間、①に類似の妄想・幻覚が生ずる。初老期に初めて①の諸症状を呈する場合には、いわゆる遅発性統合失調症と痴呆性疾患の異常体験との鑑別が難しい。睡眠・覚醒および意識障害にともなう幻覚・妄想と上記の①とを混同してならないことは、改めて言うまでもない。

破瓜型統合失調症で②の諸症状が軽度な場合、その他の疾患との区別が難しいことがある。中等度以上のうつ病が遷延するとき、不登校や受験浪人生活が長引いて意気阻喪するとき、自分のやりたいことがないと

言って不活発で無為な生活を続けるとき、その他さまざまな生活状況で、②を疑わせる状態がみられる。周囲からの観察だけでなく、本人の心境を十分確かめるとともに、①の体験の有無を調べるのが大切である。

統合失調症の初期に神経症圏の諸症状がみられることは上記の通りであるが、その反面、対人恐怖や強迫神経症などのために仕事につけず、人前に出ることも避けて暮らすときに、②との類似から統合失調症を疑われることがある。性格面の問題もふくめて、慎重に判断しなければならない。

c 国際診断基準

後にも述べるように、統合失調症を一般の身体疾患と同じく、MRIなどの脳画像、血液や脳脊髄液の生化学的検査などによって診断することはできない。各種の心理テストも、参考ないし研究資料にとどまる。

その診断は、改めて言うまでもなく、臨床経験を積んだ精神科専門医が、十分な時間をかけて、患者本人の体験をくわしく聴きとるとともに、表情や感情の動き、生活状況、診察者とのこころの響き合いなどもふくめて、精神状態全般にわたって診察をおこなうことによってくだされる。その際、診断名のみならず、病型や病期、病状の重さや心理・社会的要因、性格・環境側面などにも、十分目配りをするのは当然である。

この診断方法には診察者の主観的判断が大きな部分を占めるため、個人によってある程度の異同を生ずることは避けられない。また診察者の経験・技能とともに、学習した学説その他によっても意見の違いがおきる。したがって国内および国際的に、診断の頻度が異なることが少なくない。1970年代には統合失調症と診断される比率がニューヨークでロンドンより2倍も高いことから、WHOが一定の診断基準を用いて比較検討

を行い、実際にはほぼ同率であることが確かめられた。

このため1980年以降、アメリカ精神医学会の精神科診断・統計マニュアル(DSM-III、III-R、IV)や、WHOの診断ガイドライン(ICD-10)が、国際診断基準として用いられている。参考までに、統合失調症の該当項目を紹介する。

DSM-IVの規定では、A. 妄想、幻覚、解体した会話、解体または緊張病性の会話、陰性症状の5項目のうち2つ以上、B. 仕事、対人関係、自己管理の3側面のうち1つ以上の著しい水準低下、C. その症状が6ヵ月以上つづく、という諸条件を満たすことが診断基準に挙げられる。また、症状の持続が1ヵ月以内のときは短期精神病性障害、6ヵ月以内のときは統合失調症様障害とよぶ。

ICD-10のガイドラインはより具体的に、思考が抜き取られるなどの思考障害、他人に支配されるなどの妄想、自分の行動を絶えず批評するなどの幻聴、宇宙人と交信するなど全く不可解な内容の妄想の4つのうち1つ以上、または種類を問わず持続的な幻聴、思考のまとまりのなさ、緊張病性の行動、著しい無気力、目的のない無為な生活態度の5つのうち2つ以上が、いずれも1ヵ月以上つづく、という条件が診断に必要である。その状態が1ヵ月未満のときは、急性一過性精神病性障害とみなして、症状の内容により診断を細分する。

実際には、定型的な症例の診断は容易であるが、疑問の残る場合は、時間をおいて検討することが必要になる。そのため国際診断基準では、とくに症状の持続期間を重視する。

統合失調症の診断に慎重な注意が必要なのは、医学的な諸問題のほか、その診断名が本人や家族に重く受けとられ、行き過ぎた不安や悲観を生じかねないからである。

(次号に続く)



労働衛生上の問題としての 睡眠時無呼吸症候群と糖尿病

藤原 豊

美唄労災病院 第一内科部長
(北海道産業保健推進センター相談員、労働衛生コンサルタント)

近年、就労構造の変化とともに社会の24時間化が進み、眠気に関連した様々なヒューマンエラーが多くなっている。この背景には夜勤・交代勤務による睡眠覚醒リズムの乱ればかりでなく、睡眠時無呼吸症候群による睡眠の質的低下の存在があることが指摘されている。1993年、米国睡眠障害調査研究委員会が米国議会に提出した報告書は、「Wake Up America (目覚めよアメリカ)」と題され、石油タンカーの座礁事故やスペースシャトル・チャレンジャー号の爆発事故、スリーマイル島原発事故、多数の交通事故に睡眠時無呼吸症候群が関連しているというインパクトある記載がなされ、大きな話題になった。1988年Findleyらは米バージニア州の運転事故記録を調査し、睡眠時無呼吸症候群の患者は健常者の約7倍の事故発生率であったと報告した。我が国においても昨年の新幹線での事件以来、睡眠時無呼吸症候群が社会問題化している。私自身、先日、地域産業保健センターでの相談業務の中で、睡眠時無呼吸症候群による交通事故を起こした事業主から深刻な様々な相談をうけ、産業医として思いを新たにした。実

は、睡眠時無呼吸症候群は交通事故などの安全ばかりでなく、脳、心臓疾患の合併頻度が高いという衛生上の重要な問題を含んでいる。このあたりで睡眠時無呼吸症候群に関わる知識を整理しておくことは産業医として重要と思われる。

睡眠時無呼吸症候群 (sleep apnea syndrome:SAS)のほとんど(95%以上)は、閉塞型睡眠時無呼吸症候群 (obstructive sleep apnea syndrome:OSAS)であり、本稿ではOSASについて述べる。OSASのほとんどは咽頭の解剖学的な狭小化に基づいて発症する。睡眠によりオトガイ舌筋や口蓋帆張筋の緊張が低下すると、もともと咽頭腔が狭いため発症した大きな吸気時の陰圧が軟口蓋や舌根部を引き込み、咽頭を閉鎖する。このようにし無呼吸-低呼吸が反復し、呼吸障害(低酸素血症、高炭酸ガス血症、呼吸性アシドーシス)と睡眠障害(頻回の覚醒、深睡眠の欠如、REM睡眠の減少)がもたらされる。患者は主として睡眠障害のため発生した昼間の



眠気、倦怠感、集中力の欠如などに悩まされることになる。高度な呼吸障害が続けば肺高血圧症、右心不全に至ることもある。最近の終夜モニターを用いた数百人規模の疫学調査によると、30—60歳の成人が睡眠時呼吸障害 (sleep disordered breathing:SDB=睡眠中の無呼吸あるいは低呼吸)をもつ頻度は無呼吸-低呼吸指数(睡眠中1時間当たりの無呼吸-低呼吸回数、apnea-hypopnea index:AHI) ≥ 5 で診断すると、男性の24%、女性の9%となる。

OSASの発症には顎顔面形態とその結果としての咽頭腔の狭小化が関与し、有病率に人種差が認められる。黒人や我々アジア人はコーカサス系白人より有病率が高い。これはOSASを発症しやすい顔貌と関連がある。

咽頭腔の大きさは、硬組織である顔面頭蓋の大きさと、軟部組織である舌・口蓋垂や扁桃などの量によって形態的に規定されている。顔面頭蓋が大きくても肥満や扁桃肥大などで軟部組織が増加すれば咽頭腔が狭くなり、逆に軟部組織の増加がなくても（痩せていても）顔面頭蓋が小さければ咽頭腔が狭くなり、OSASが発生しやすくなる。本邦のOSASの肥満度は欧米より低い、結局、日本人は人種的に僅かな体重増加でもOSASを発症しやすい。この現象は、我が国の2型糖尿病患者が欧米とは異なるのと類似している。日本人は遺伝的に膵臓β細胞のインスリン分泌量が低下しやすく、僅かなインスリン抵抗性（肥満を含む）で糖尿病が発症する。

OSASの生命予後は不良で7年後の死亡率は30%を超すとの報告があり、その死因の多くは冠動脈疾患や脳血管障害である。OSASには高血圧、糖尿病、耐糖能異常、高中性脂肪血症など心血管疾患リスクの合併が多い。我が国のOSASは欧米に比べると高度肥満の頻度は低い。OSASは肥満がなくても、高血圧やインスリン抵抗性、耐糖能異常の原因となり、ひいては重篤な心血管障害を引き起こす可能性がある。OSASは眠気による事故を誘発する危険因子となるばかりでなく、肥満とは独立して生活習慣病の元凶となりうる点で労働衛生上注目される。その点について幾つか考察をしたい。

1：糖尿病にOSASは多いか

厳格なコントロールstudyでは

ない。糖尿病患者にSASが多いという報告はある¹⁾。

しかし、症例数が少なく選択のバイアスがコントロールされておらず、明確な結論を導くにいたっていない。

2：SASに糖尿病が多いか

このテーマについても信頼できるエビデンスがない。過去の75gOGTTを用いた成績では、OSASにおける糖尿病の合併頻度が高いとの報告がある¹⁾。OSASにおける耐糖能障害には年齢、肥満、遺伝因子の関与が見られていない。すなわち、OSASそのものが独立した危険因子として糖代謝障害の発症に関わっている可能性があり、そのメカニズムとしてOSASによって発生した代謝異常（インスリン抵抗性）が関与しているものと考えられている。

3：インスリン抵抗性から糖尿病へ

中等症から重症のOSAS患者は睡眠中に低酸素血症を反復するが、肥満低換気症候群を除けば、昼間の低酸素状態や呼吸不全に陥る症例は稀である。無呼吸中の不整脈はあるが突然死する症例は多くない。生命予後と関連して注目すべきは、OSASが脳、心血管疾患のリスクファクターになる可能性である。肥満、高血圧、高脂血症は単独にみられるより互いに合併して出現するのはその根幹にインスリン抵抗性があるからであり、肥満、運動不足、ストレスが誘因となる。その病態はsyndrome Xあるいはdeadly quartet、インスリン抵抗性症候群、内臓肥満症候群と呼ばれている。OSASの

60—70%は肥満、37%は高血圧、39%は高中性脂肪血症、23%は低HDL血症、11%は2型糖尿病、16%は耐糖能異常を有しているという報告がある。正にOSASの一部はインスリン抵抗性症候群といえる。OSAS患者の生命予後は気管開窓術や経鼻持続陽圧換気療法（n CPAP）を導入すると体重が減らないにも関わらず著しく改善する。すなわち、OSASの生命予後を決めるのは肥満ではなく、睡眠時の呼吸障害そのものであり、これが肥満とは独立した致死性の血管障害の危険因子となっている可能性がある。OSASが肥満とは独立してインスリン抵抗性の原因となるいくつかの報告がある。著しい肥満と重度のOSASを持つ2型糖尿病のインスリン抵抗性をn CPAP導入で改善したという報告もある。最近、OSASとインスリン抵抗性の関係について2つの研究成果が報告されている。すなわち、OSASの疑いで検査を受けた270人を対象とした研究では、夜間の低呼吸—無呼吸回数はいづれも肥満や年齢と独立して空腹時インスリン値およびインスリン抵抗性の指標であるHOMA-IR値に影響していることが示された。また、BMIが25kg/m²以上で心血管障害合併症を持たない150名を対象とした研究では、HOMA-IR、composite insulin sensitivity indexに対して夜間の低呼吸—無呼吸回数が独立した説明変数として採用された。更に、この報告ではその回数が1時間で5回以上の睡眠時呼吸障害は糖尿病の危険因子となることが示されている²⁾。

4：インスリン抵抗性とOSASの因果関係について

OSASは夜間に反復する低酸素血症と睡眠障害から交感神経系の緊張状態を強いられ、血中や尿中のカテコールアミンレベルも高まっている。また、健康人の長期の睡眠時間制限（4時間睡眠6日間）は耐糖能を障害し、翌日夕方のコーチゾルの分泌レベルを増加させることが知られておりOSASにおいても同様の現象が起きる可能性がある。これらのインスリンに拮抗するホルモンの分泌増加はインスリン作用不全の一因となろう。OSASの一方の病態である低酸素血症も直接に糖代謝を障害される可能性が指摘されている。更に睡眠障害は腫瘍壊死因子（TNF α ）の血中レベルが高まっている。すなわち、OSASでは肥満によってTNF α の産生が過剰になっているうえに睡眠障害によってもTNF α の産生が誘導され、TNF α によるインスリン受容体の障害からインスリン抵抗性がもたらされる可能性がある。インスリン抵抗性の結果、高インスリン血症がもたらされ、高血圧や脂質代謝異常が発症する。一方、高インスリン状態が続くと膵臓の β 細胞が疲弊し、やがてインスリン分泌不全、耐糖能異常、2型糖尿病へと進むことになる。高血圧、脂質代謝異常、糖代謝異常は血管障害を進め、やがて致命的な合併症である虚血性心疾患や脳血管障害を引き起こすことになる。

5：OSASと糖尿病はともに酸化ストレスを増大させる。

著者は以前、糖尿病には酸化

的ストレスの亢進とその防御機構の低下があり、これらが血管障害を引き起こす可能性について報告した³⁾。著者はその後、同様の代謝異常が慢性低酸素状態においても見られること（表1）を報告した⁴⁾。抗酸化防御機構の構成因子である赤血球グルタチオン含量（図1）、赤血球グルタチオン酸化酵素（GPX）活性（図2）、赤血球スーパーオキシサイドデイスムターゼ（SOD）活性（図3）は動脈血酸素分圧とそれぞれ有意に正相関した。

最近、山村産業保健相談員との共同研究で、酸化的ストレスが一因とされる糖尿病性腎症による微量アルブミン尿が数年から十数年の糖尿病罹病期間で出現することを確認しているが、これらは虚血性心疾患との関連で労働衛生上も着目されているところであり、なお、糖尿病グループ（217名）を対象に以下の詳細な分析結果を出した。病歴の長さをY（従属変数）とし、年齢、収縮期血圧、HDL-C値、BMI、尿中アルブミン値の対数化した値、HbA1c値等を独立変

数として重回帰分析をおこなった（重相関係数：0.432）。この場合各々の独立変数を基準化して、その係数の大きさを比較したところ、その最大のものは尿中微量アルブミン値であった（表2）。また、旭川、佐野病院での83名の糖尿病症例でも、その結果は同様であった（表3）。つまり糖尿病はその病歴が長くなると酸化的ストレスの集積により腎障害を合併する確率が高まるが見て取れる。

上流にあたるOSASによって繰り返された慢性の低酸素血症自体が酸化的ストレス亢進を惹起し、さらにOSASによるインスリン抵抗性から生じた糖尿病も酸化的ストレスを亢進させ、これらが相まって罹病期間とともに血管障害が発症する可能性が考えられる。なお、OSASと虚血性心疾患および脳血管障害との関係を図4の概念図で示した。

最後に昼間の眠気評価に、Epworthの眠気テスト（ESS）を紹介する（表4）。

〈まとめ〉

OSASは単に睡眠障害でなく、労働安全衛生そのものに関わる重要テーマの一つである。

OSASは労働者の生命予後に影響を与えるインスリン抵抗性の上流に位置し、脳、心臓疾患発症の独立した危険因子となる。その啓蒙・教育に関する産業医の役割は極めて重要といえよう。現代の労働衛生上の問題の一つとして、内臓肥満のみが注目されているが、脇役と考えられていたOSASが、実は夜の闇の中で主役となり、死の四重奏というシンフォニーを奏でながら"働く人の脳、心臓疾患発症"というオペラを演出しているといえる。私たちは労働衛生上の重要テーマの一つとしてこの沈黙の危険人物にも眼を向けるべきであろう。

(表1) 赤血球の過酸化脂質、GSH含量とGPX、SOD活性

Subject	(n)	Lipid peroxide nmol MDA/mℓ RBC	GSH μ g / mℓ RBC	GPX units/gHb	SOD units/gHb
Control	(13)	7.5±3.0	756±201	35.1±3.8	125.7±40.1
Hypoxemia	(16)	15.3±10.9*	426±108**	27.6±7.1**	76.6±42.9**

Values are expressed as means±SD. *p<0.05, **p<0.01

(表2)

モデル	非標準化係数		基準化係数		
	B	標準誤差	ベータ	t	有意確率
定数	-1.463	7.249		-1.030	.304
AGE	.237	.053	.296	4.480	.000
SYS.BP	3.458E-02	.051	.046	.682	.496
HDL-C	2.833E-03	.039	.005	.073	.942
BMI	-0.202	.115	-.112	-1.761	.080
UMA	2.416	.871	.194	2.774	.006
HbA1c	2.704	1.025	.167	2.638	.009

藤原 豊、山村晃太郎（美唄労災病院）

(表3)

モデル	非標準化係数		基準化係数		
	B	標準誤差	ベータ	t	有意確率
定数	-1.386	6.038		-.230	.819
AGE	.189	.042	.254	4.487	.000
SYS.BP	1.646E-02	.036	.026	.451	.652
HDL-C	-3.898E-02	.027	-.081	-1.447	.149
BMI	-0.202	.101	-.112	-2.004	.046
UMA	2.375	.887	.154	2.679	.008
HbA1c	.646	.296	.122	2.183	.030

堀田秀一郎、山村晃太郎（旭川博昭会 佐野病院）

但し、この場合UMA値はその有無について有を+1、無を0として求めたものである。

R値は0.36

Epworthの眠気テスト (ESS)

(表4)

状 況	点 数
1：座って読書している時	0 1 2 3
2：テレビを見ている時	0 1 2 3
3：公の場で座って何もしない時（例えば劇場、会議）	0 1 2 3
4：1時間続けて車に乗せてもらっている時	0 1 2 3
5：状況が許せば、午後横になって休息する時	0 1 2 3
6：座って誰かと話をしている時	0 1 2 3
7：昼食後（お酒をのまずに）静かに座っている時	0 1 2 3
8：車中で、交通渋滞で2、3分止まっている時	0 1 2 3

0：決して眠くならない 1：稀に眠くなる 2：1と3の中間 4：眠くなることが多い
合計 10以下のものは正常

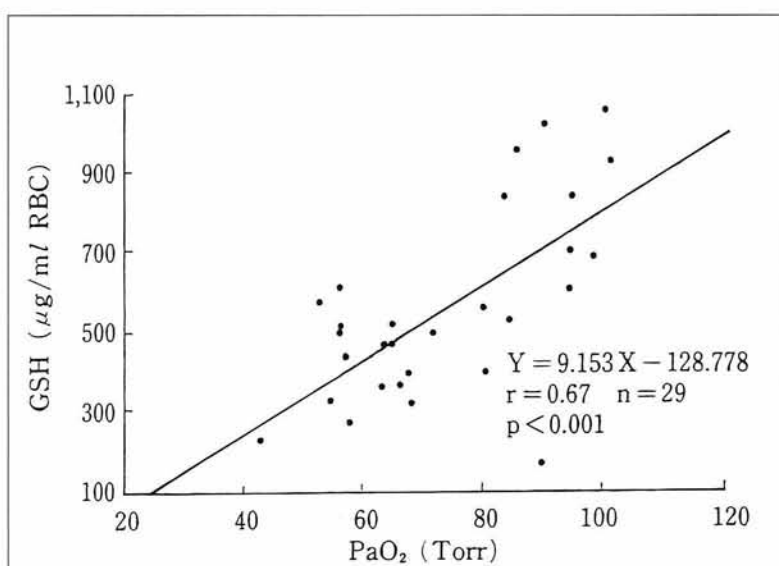


図1 動脈血酸素分圧値と赤血球GSH含量の関係

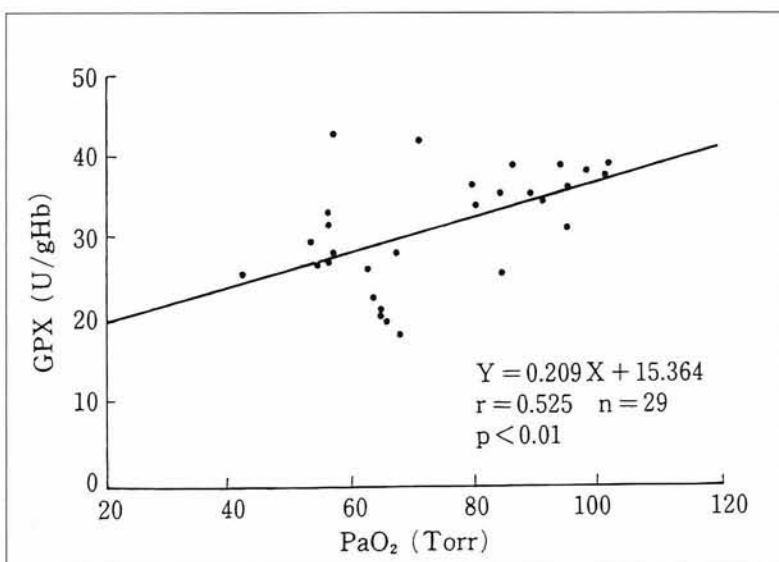


図2 動脈血酸素分圧値と赤血球GPX活性の関係

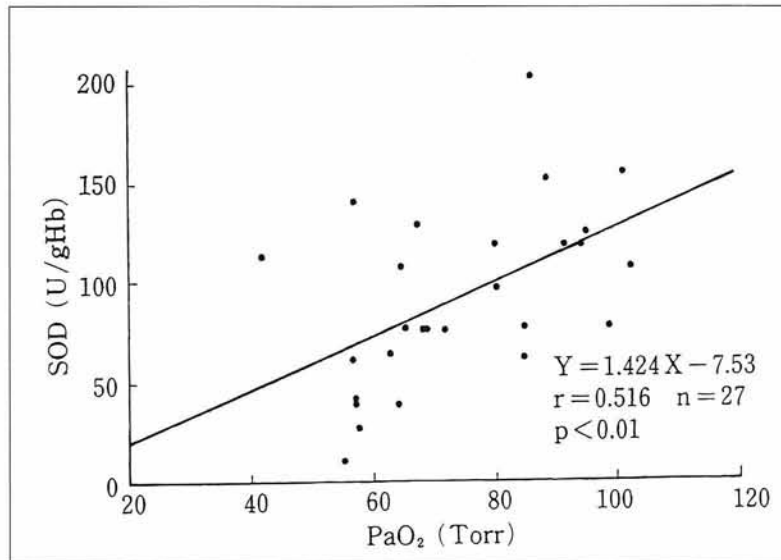


図3 動脈血酸素分圧値と赤血球SOD活性の関係

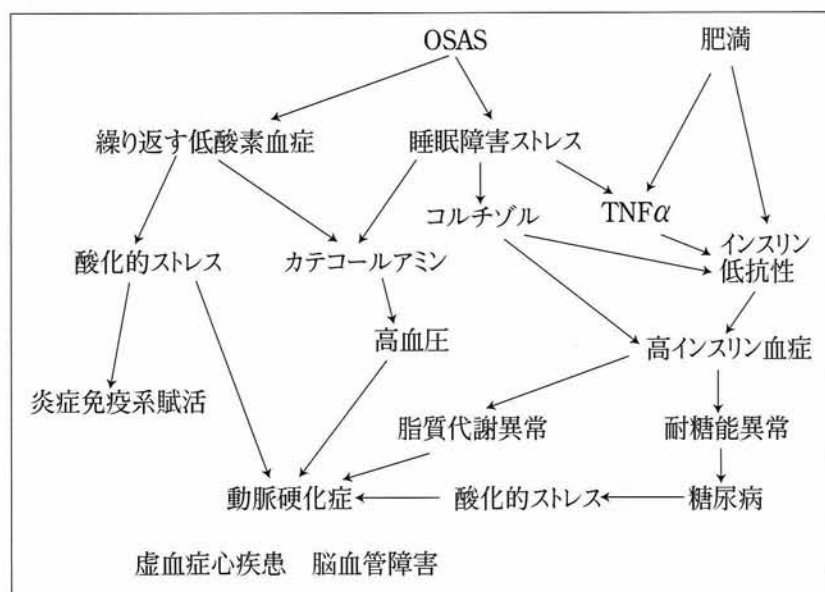


図4 OSASと虚血性心疾患および脳血管障害との関係

参考文献

- 1) Katsunata K, et al: High incidence of sleep apnea syndrome in a male diabetic population. Diabetes Res Clin Pract 13: 45-52, 1991.
- 2) Punjabi NM, et al: Sleep-disordered breathing and insulin resistance in middle-aged and over-weight men. Am J Respir Crit Care Med 165: 677-682, 2002.
- 3) Fujiwara Y, et al: Decreased of the inhibition of lipid peroxidation by glutathione-dependent system in erythrocytes of non-insulin dependent diabetes. Klin Wochenschr 67:336-341, 1987.
- 4) 藤原 豊、大塚吉則、近藤宇史、川上義和：慢性低酸素血症における赤血球の酸化防御機構の低下、呼吸と循環、38巻、3号、249-252、1990年

謝 辞

稿を終えるにあたり、貴重なデータの提供をいただきました旭川、佐野病院の堀田秀一郎先生、御校閲、データの解析、種々のアドバイス、資料提供をいただきました北海道産業保健推進センターの山村相談員に深く感謝いたします。



騒音 防止対策

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相談員)

騒音による障害は、長期的には減少しているものの、現在でもなお多く発生している状況にあり、また、人に不快感を与えたり、合図の妨害など安全面においても問題となっている。平成4年に厚生労働省（旧労働省）より騒音職場の聴覚管理のための法規改正が行われ、「騒音障害防止のためのガイドライン」が公表された。

内容は、対象となる騒音作業の種類、作業環境測定、環境評価および管理区分ごとの対策、健康診断、労働衛生教育となっている。本稿では職場における騒音対策について解説する。

《音について》

物理的3要素には周波数、音圧、波形がある。音波そのものの周波数は1 Hz以下～100kHzの範囲に及ぶが、人が音として感ずるのは20Hz～20kHzである。

一般的に20Hz以下は超低周波音、20kHz以上を超音波と呼んでいる。

また、健康な成人が聞くことのできる最小の音圧を0dBと定め、逆に耳に損傷を受けない最大の音圧はおおよそ120dBである。騒音の作業への影響には生理的影響、心理的影響、聴覚器官への影響があるが、聴覚器官への影響は、初期の段階では3,000Hz～6,000Hzの音域に障害を与える。特に4,000Hz付近に聴力低下が見られ、この現象をC5dipと呼んでいる。

《対策の基本》

騒音対策の最も重要な事項は、騒音源の実態を明らかにすることである。音源の特性を的確に把握するための騒音測定を行い、また音源と受音者の位置関係も併せて調査することが必要である。図1は職場における音源レベルの分布を85 dB以上90 dB未満、90 dB以上95 dB未満、95 dB以上の3区分に分けて表現したもので、左隅に特に騒音レベルの高い音源があり、そこを中心として騒音が広がっていることが把握できる。

音源が受音者から見渡せる場合には、大部分が空気によって伝わる直接音と考えられる。また、音源が受音者から見渡せない場合は、反射、回折または建屋の壁、床等の構造物によって伝わることもある。音波は固体、液体、気体といろいろな物を介して伝わる性質があることを考慮し、設備、床、壁の反射など個別に検討する必要がある。

騒音対策を大別すると、音源対策、伝搬経路対策、受音者対策があり、前記の順序に単独または組み合

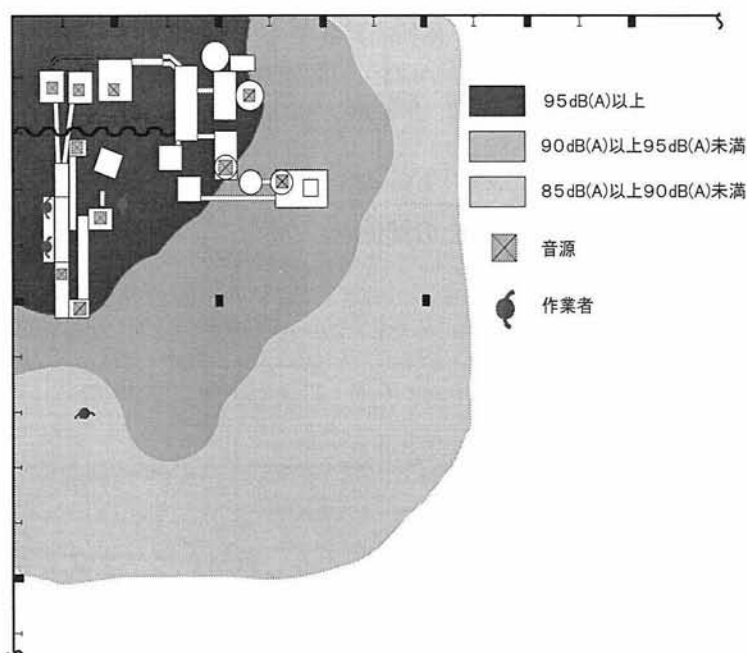


図1 騒音レベル分布状態

わせて、その効果を検討することになる。現実的にはいくつか組み合わせなければ効果が得られない場合が多い。以下に各対策について説明する(図2)。

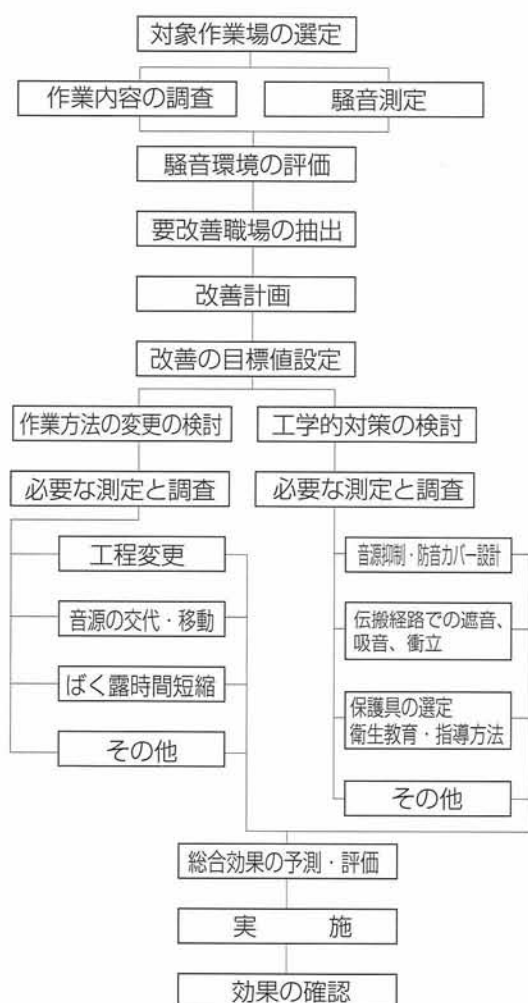


図2 騒音改善計画

(1) 発生原因の除去

機械的要因による騒音は、物体の衝突など振動発生要因があり、これが他の部分に伝搬し、あるいは共振して振動を生じ、振動面から騒音を放射するという順序で発生する。発生原因の除去についての一般的手法は次のとおりである。

- ① 新設の場合には、できる限り騒音の少ない機械を導入する。
- ② 振動する機械の設置床を周りの床と独立させたり、ゴムやバネなどで支持して振動が床に伝わらないようにする。
- ③ 軸や管などを伝搬する振動を遮断するために、途中にゴムなどを挿入する。

(2) 音源の密閉

音源機器での対策が十分でない場合には、音源機器そのものを密閉して音の放射を防止する方法がよく採用される。その場合の留意事項は以下のとおりである。

- ① 十分な遮音性のある遮音材を使用する。
- ② 機械の振動が密閉した遮音材に伝達されないように防

振材を使用する。

- ③ 機械の発熱で、許容温度を超える場合は、換気設備等による放熱対策を施す。

(3) 消音

吸排気口などの開口部からの騒音が問題になる場合には、消音器や吸音ダクトなどの消音装置が使用される。その場合の留意事項は以下のとおりである。

- ① 使用設備の圧力および流量に応じた消音装置を用いる。
- ② 音源機械の振動がダクトに伝達し、騒音源となることがあるため、機械とダクトの接続部を防振継手で接続する。

(4) 防振・制振

機械の振動により、その固体伝搬音が問題となる場合は機械そのものを防振材(ゴム、空気、バネ、金属バネなど)で支持し、振動を吸収する方法が取られる。

機械のカバーなどが振動している場合には制振材を張り付ける。

(5) 距離減衰・指向性

音源と受音点の距離を十分に離すことで音のエネルギーを減衰させることができる。ただし、現実的には困難な場合が多い。

(6) 間仕切(遮音)

騒音源と受音点を遮音材によって2室に分離することが最も簡単かつ有効な騒音対策の一つである。遮音材の性能は重量に比例している。

また対象音の周波数が高いほど、大きい遮音効果が得られる。ただし、逆に特定の周波数域で透過損失が落ち込むため注意が必要である。

(7) 吸音処理

音源が建物内にある場合、騒音は壁、床、天井などの反射により騒音レベルが上昇するため、室内の吸音処理をすることで反射の影響がなくなり、騒音レベルの上昇が抑えられる。ただし、吸音処理の効果は、音源から直接伝搬する騒音レベルは変わらないので、その騒音低減には限界がある。

労働環境とは異なるが、雨天の交通環境を改善するために開発された排水性舗装のある路面が札幌市内でも増えており、副次的に音を吸収する役目も果している。

(8) 衝立

音源と受音点の間に衝立などを設けると、音が遮られ減音する。衝立の効果は音源または受音点に近いほど大きい。衝立を音源の近くに設置する場合には、衝立の面に吸音処理をするとより効果的である。また、屋内に設ける場合は天井を吸音処理する。

(9) 能動制御

騒音対策の方法として話題になっている能動制御(アクティブコントロール)がある。

従来から行ってきた吸音材、遮音材や防音壁などを使用して行う受動制御に対し、能動制御は減衰させたい音波の逆位相の信号をスピーカーなどから発生させ、干渉に

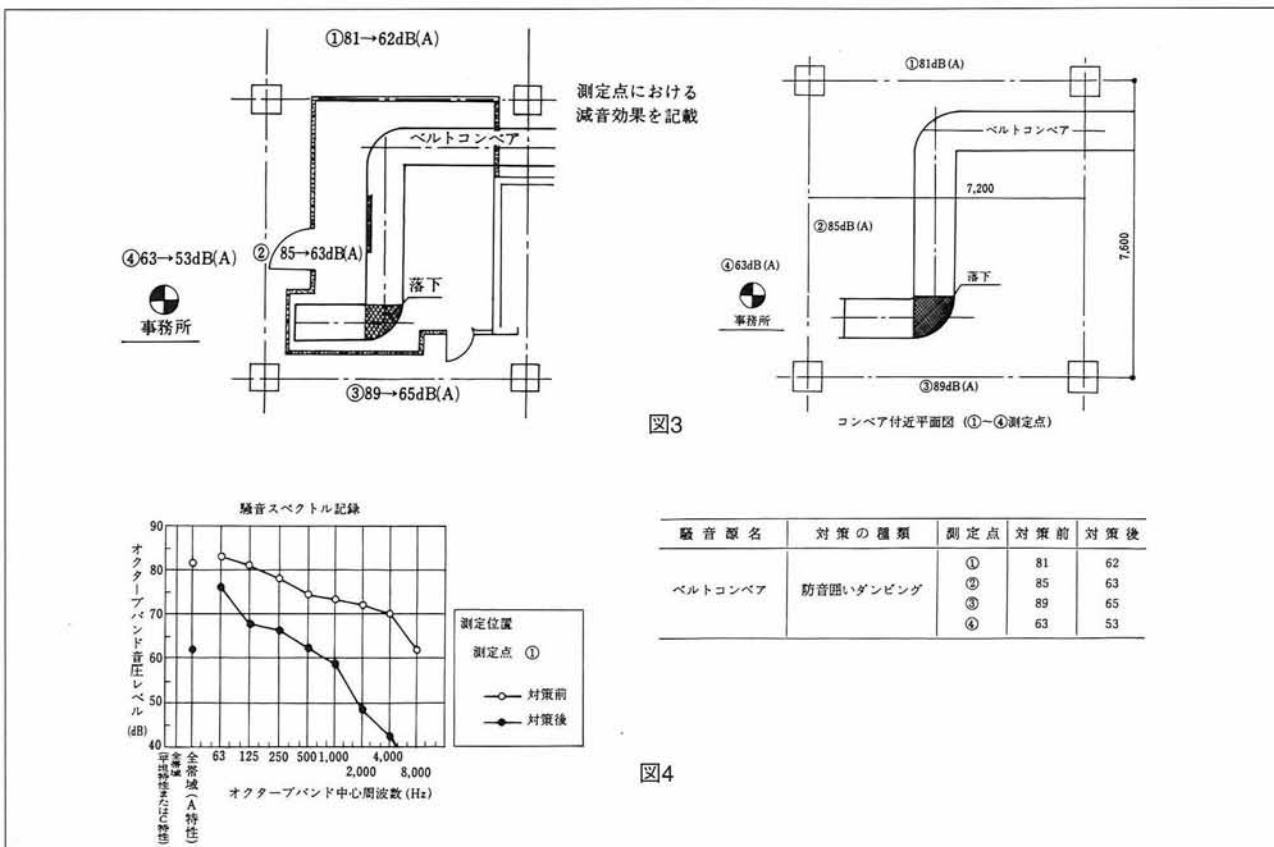
より低減させるものである。過去にエアコン装置の低周波音低減、家庭用冷蔵庫のコンプレッサ騒音低減や自動車の車室内こもり音低減などに利用された例があります。ただし、これは周波数の低い所について有効である。

《対策例》

具体的な防音装置の選定、設計、製作に関しては、専門家の助言を得るなど、十分な事前の検討が必要である。事務所の一角にベルトコンベヤーがあり、その駆動音お

よび搬送物の落下衝撃音が事務に支障をきたしている。コンベヤーの駆動音は定常音であるが、落下音は間欠的な繰返音であり、これが発生すると、電話や会話に支障をきたしていた。対策として、コンスタントな騒音とともに落下音を低減し、事務所を55dB以下とすることを目標とした。

対策の概要は可能な限り密閉式とし、途中に点検用扉を設け、遮音性のある防音扉を設置した。落下部には鉛板の裏側にダンピング材を貼り付け、取り付け部には防振



パットを敷いた(図3)。

対策の効果は事務所においては10dBの減音がみられ、落下音も耳につかなくなり、事務が楽になった(図4)。本事例において考えられる他の対策方法として、製品落下部には二重制振板を使う方法や点検用窓の代わりに工業用TVを設置する方法がある。

《個人防護》

耳栓は手軽なために各作業場で利用されているが、個人によって外耳道の大きさや形が異なるため、その効果が異なる。また、教育、指導しても、現状をみると完璧を求めることは難しいため、安易に耳栓の着用で済ませるのは避けたほうが望ましい。

耳栓等の保護具にはJISによって2種類の規格がある。1種耳栓は低音から高音までをカバーし、2種耳栓は高周波騒音が中心となる作業用で、会話ができるように高音部のみを遮音する性質を持っている。また、耳全体を被う耳覆(イヤーマフ)は1種・2種耳栓に比べて効果が高い。

いずれも遮音の特性が異なるため作業場の騒音状態を把握した上で選定すると良い。耳栓とイヤーマフの両方を使用することにより単独で使用するよりも高い効果が得られる。遮音値が高いからといって、必ずしも効果が上がるわけではなく、使用方法によっては全く効果が得られない場合も経験している。

耳栓の効果を知るために耳栓チェッカーの名で製品が市販されているため、このような機器を利用して作業者に耳栓の着用状態を自覚させるのも方法と考える。

なお、耳栓を選択する場合には多種類の耳栓の中から本人に合ったものを使用させることが望ましい。また、作業者が汚れた手で耳栓に触るため、耳栓が汚れ、また硬化したりするため、作業者がその装着を嫌う傾向がみられるので、作業者に与えたら半年も1年も使用させることなく豊富に与える必要がある。

参考文献

- 『作業環境における騒音の管理』(中災防)
- 『現代労働衛生ハンドブック』(財)労働科学研究所出版部)

2. 明治～昭和初期

16

『労働衛生』までの長い道程

はじめに

明治に入って、北海道の開発は日本の国家的一大プロジェクト事業であった。ここに移住する者は全てがその事業を推進する者であった。そして全てが、職種の如何にかかわらず開拓産業の労務者であった。この時期、国家の方針を受けて医療に従事した医師らは、全てが今日で言う産業医の役割を担っていたと見做して差し支えないであろう。少なくともそうした役割は50年以上、地域によっては70年以上にも亘って続いた筈である。とすれば北海道の労働衛生も、今まであまり問題とされなかった農漁業等の一次産業も含めて対象とすべきであると筆者は日頃考えている。

北海道、曾ての蝦夷ヶ島は、阿倍比羅夫の夷狄の島であり、義経伝説が示すような流亡の島であり、それより降っては流刑の地であった。しかし松前領となって変化が起きる。

『北海道医師会史・1979年』；北海道医師会刊、昭和54年10月：によれば、慶長年間に松前藩が蝦夷ヶ島へ来る医師を求めていた、との記録があるという。徳川幕府時代から北海道経営における医師と医療の確保は欠くことの出来ぬ大事であった。

明治に入るや新政府は明治2年に開拓使を発足させ、北海道開発の政策の一つとして大学東校に附議し「7月大学東校ニ議シ医員官等ヲ定メ5等トシ1等医ヲ大助教ニ2等医ヲ少助教ニ3等4等5等医ヲ大得業生ニ准ス大学東校中助教馬嶋春庭等数名本使1等医以下ニ任ス」の文書が残されている。以降暫らくは開拓使のペースで対策が進む。しかし、北海道開拓の黎明期の事とて多くの苦難艱難があった事は想像に難くない。

1. 医療従事者の健康と安全

1) 開拓使根室詰め医師の場合

開拓使が北海道を3分して統治した時代、函館、札幌については既に多くの記載があるが、ここでは『東に灯はともる・根室病院の百年』；鷺見博

和著、メディカルプランニング刊、平成12年4月：から拾い揚げることにする。

明治2年、判官松本十郎を長とする一行の編成は、吏員9、医師2及び助手1、一般移住民100、大工職5及び鍛冶職5名であり、同年秋、海路で別海を経て根室に入った。

医師は、二等医師林洞斎、同付属小池春郷（無資格助手の意味か・筆者）、三等医師戸上玄朴であった。林洞斎は大学東校の大得業生からの参加である。因みに彼の父の林洞海は江戸で知られた蘭方医で、後年の東大医学部の基礎となった「お玉が池種痘所」の設立運動の醸金者としても名を連ねている。林はまさに松本判官の片腕でもあった。

林らは着任早々から試練に見舞われる。翌明治3年夏までの間の水腫病による死者25人、松本判官は事の次第を長官に報告し、根室への移住が時期尚早だったことを説明した。その結果、移住民67名は石狩の花畔に再移住となった。林は心労の蓄積からか元気がなくなり、帰京を希望、ついに置き手紙を残して根室を離れる。しかし函館で静養中に用務で函館に来た松本と再会、また根室に戻る。落ち込んだ林の気持も了解可能だが、取り残された戸上医師や小池助手はその間どんな気持ちだったろうか。

戸上も着任一年たった所で強硬な辞職願いを出す。ついに根室を去り後任に大学東校大得業生菅谷信平が三等医師として着任する。二人の医師の交替は明治3年10月である。然るに菅谷は着任早々の翌4年正月5日に病勢悪化で死亡している。肺炎による高熱であろうか。林の不在中のことで、付属の小池が枕頭に侍するほか打つ手がなかった。

死亡して国許（但馬）に送り返された菅谷の遺品の一覧表がある。その書籍の項を見ると、当時の医師が（全員がそうであったか否かは別としても）如何によく読んでいたかに驚く、菅谷の生年等は明らかでない。小池も明治4年春辞職して根室を去る。

『東に灯はともる』によれば、開拓使根室支庁が、医師の確保に如何に苦勞したかがよく書かれ

ている。実力のない医師が紛れ込んだり、社会常識にそぐわない行動をする者があったり、うつ病の疑われる医師が出たり、まさにさまざまである。その都度開拓使は大学東校に交替の医師派遣を要請する。だが、明治初年の大学側にもまた学制の変革や、どの国の医学を選択するかなど、難問が山積していて、北海道の最果てにまで手が届く状況にはなかったようである。この間の事情は『東京大学医学部百年史』；東京大学医学部百年史編集委員会編、東京大学出版会刊；昭和42年12月：から読み取れる。

肝腎の林洞斎であるが、明治10年1月27日夜、就寝中暴漢に刺されて死亡、犯人は意外にも彼の使用人であった。36歳3ヵ月の生涯であった。

2) 関寛斎について

池北線陸別の駅舎に付随して「関寛斎記念館」がある。佐倉順天堂に学び、明治に入って徳島で医業についていた彼がこの地に入植したのは明治35年であった。その動機などについては多くの研究があるが、ここでは触れない。

彼の日常などについては、明治43年にここを訪ねた徳富蘆花が「みみずのたはごと」に記載している。当事鉄道がついたばかりの事であった。

『陸別町史』；陸別町史編集室刊；平成6年3月：に関寛斎についての記述がある。彼が移住した明治35年には50軒も離れた本別にしか医師がいなかった。そこで翌36年医籍を徳島から陸別に移す。既に開設されていた駅通所の一室を医療室とする。翌37年には種痘した人数250人、診療した人数50人の記録がある。

「町史」には、初代の駅長夫人が背中に腫物が出来て寛斎の手術を受けた場面についての駅長の娘さんの回想などが書かれている。怖い人のように見えたが、馬に乗せてくれるやさしいおじさまでもあった。またある人は、寛斎は患者が払ったお金を薬袋に入れて返還していたというような話も載せている。西洋医学を修めた偉い医師であることが十勝全域に知れ渡り、開拓農民の信頼を得ていた事が窺われる。

しかし、陸別は今日でも国内で最も気温の低い土地。折角拓いた牧場で、馬が寒さの為に斃死することも相次いだ。開拓、営農は苦難に満ちたものであった。

明治45年、82歳の寛斎は毒を仰いで自らの命を断つ。

高齢での医家の自殺と言えば、ドイツのペッテンコーフェル（1818～1901年）のピストル自殺が

思い起される。近代衛生学の始祖とも言われた大家を自殺に追い込んだものは何だったのか。

二人の死に共通するものはあったのか。すべて憶測にすぎないことを恐れるものであるが、高齢者に時折みられる頑固な抑鬱症状と考えることも可能なのではあるまいか。

3) 或る医師の家族の回想から

『北海道医師会史・1979年』の、「郡市医師会小史」の部、“旭川医師会”の項に、この地に明治24年に入った園田実医師の娘さんの話がある。往診に丸木舟で行ったこと、まともな道もなく、熊の生々しい足跡が幾つもあったことなど聞くだけでも恐ろしかった、とある。もし遭難となれば、今日ならば産業医の通勤途上災害であろうか。

園田は大分県出身、嘉永元年生まれ、長崎に出て蘭方医学を学び郷里で開業の経験を持つ。明治24年といえば、空知集治監等の囚人による上川道路が出来て間もない頃であり、まさに北海道開拓時代のパイオニアの一人と言える。

この医師は、同26年暮れに一旦郷里に帰り、3年後に再び旭川に戻り、美瑛その他に移って村医になるなどして、同39年故郷に帰って病死している。在道期間は長くないが上川地域に残した足跡は大きい。

.....

ここで少し当時の医師の動きなどに目を向けて見たい。道内各地から出されている市町村史の「保健衛生・医療」などの項を見ると、何処の地においても開拓当初から医師の確保に大変な苦勞があり、努力が払われたことが記載されている。

開拓使は初め官による病院、分院等を要所々に設置した。しかし財政上維持が難しかった。ついで公立病院、私立病院が設置されたが、広い道内の事として全域をカバーすることは困難であった。開拓使が北海道庁と変わった明治21年「町村医規則」が制定された。道が医師の報酬の補助を出す町村にも分担が掛った。医師はこの規則に縛られるよりはむしろ自由開業を選ぶ者が多かったと言われる。

ところで、市町村史に記載されている医師達の初期の在町、在村期間は平均的に見て短かく、入った多くの医師が数年以内で名前を消している。郷里・本州に帰ったものが大部分であろうか。長くその地に留まって地域に貢献した人も無い訳ではないが、それはむしろ例外と見える場合も少なくない。これは何故だろうか。

さきに挙げた旭川の医師の家族の回想にあるよ

うに、北海道の自然は予想以上に厳しくかつ危険でもあった。長く住む所でないで見切りをつけた医師も多かったものと推測して誤りはあるまい。

医師が熊に襲われた記録は見当たらない。吹雪に巻き込まれて死亡した記録もない。しかしまさに紙一重のような事例は少なくなかったと考えてよい。明治初年の根室病院のような、うつに陥る医師の例は開発が進むとともに徐々に減少しては行った事ではあろうが、それでも開拓初期には、医師や家族の意欲を抑圧してしまう要因が多かったと考えられるのである。

2. 異色の医師群像の中から

地方の都市医師会史や市町村史などを見るとそこで活躍した先人達の中には、仲々个性的な人や異色の経歴を持つ人達が少なくない。そうした中から特定の人をとりあげるのにはやゝ躊躇いもあるのだが、北海道の特殊性と時代背景を知るために敢えて筆を進める。

本道の内陸地開発の端緒となった道路開鑿については四人の力が大きかったことは既に記した。そして、刑務所の医師達が、その地の村立病院長を兼ね、地域に貢献した例の多いことも述べた。炭鉱の場合も同様であった。炭鉱会社の医師だった人が近くの町で開業医として地域に貢献した例も枚挙にいとまない。明治末期から大正初期にかけて大手企業の進出があった。しかし、当時は企業内労働者の疾病管理が優先し、今日のような労働衛生管理の考え方は希薄だったように思われる。それらの医師の中から地域に進出・貢献した医師も少なくはないが、やゝ後のことになる。

1) 屯田兵看護卒から開拓村の医師へ

屯田兵には軍医が配属されていた。主目的は隊員の疾病治療と健康管理であったが、家族らもその傘下にあり、併せて地域の農民らも恩恵に与った。明治30年代に入って屯田兵制度が廃止と決まった時は、地域住民にとっては一大事であった。

今日でこそ、時として屯田兵部隊付き軍医への批判的な記述なども見受けられるのだが、その時代の当事者としてはそれどころでなかった筈である。予備役となって地域に残った例も皆無でないらしいが、長く残った人の記録は無い。

上湧別の屯田兵村の看護卒庄田万里は、かねてから村民の信頼が厚く、上司の軍医に薦められたことから医師への道を探ることになった。村民の懇金によって明治34年から東京慈恵医学院に派遣され、さらに東京で修業を積んで同39年に帰村、

昭和39年94歳で他界するまでの約70年間地域に貢献した。町では名誉町民と讃え、町葬をもってその功に報いた。当初貧しい村にとって負担が重かったが、成果は充分であった。

大正14年版の日本医籍録では、庄田について、明治36年試験合格となっていて、卒業した学校の記載がない。しかし彼が医師としてその地域に偉大な足跡を残した事実はゆるぎないものがあると言ふべきであろう。

2) 限地開業の医師達

明治初期、日本は医療制度の大変革の時期でもあった。その中で医療資源の極めて乏しくかつ急を要する北海道において、その地域特性から、限地開業医が生まれる事になった。然し資格を得るにも一定の制約があったことは言う迄もない。

その中の一人に、根室町の警察から推薦されて紋別に移った古屋正憲がいる、

『新紋別市史』；紋別市史編纂委員会編、紋別市役所刊；昭和54年：によれば、古屋は甲府の漢方医の家に生まれた。根室警察署に奉職中、巡視先の家庭で難産の母子を救ったことから上司に認められ、医師で身を立てることを勧められ、明治19年に紋別の出張病院の医師に任命されたとなっている。

明治12年に「医師試験規則」が制定され、同15年の通達では、開業医の子弟で助手として医業を手伝った者に限り、従来通りの開業が認められ、同年6月で満25歳以上の者は試験を経ずに免許が与えられる事となったが、それより若いものは拒否の憂き目に遭った。その為古屋は免許対象者から外されてしまったらしい。止むなく警察の吏員となっていたが、それなりの力を持っていた為上司の眼にとまったのであろう。

明治16年制定の「医師免許規則」第5条に“医師ニ乏シキ地ニ於テハ府知事県令ノ具状ニヨリ…医術開業試験ヲ経ザル者ト雖モソノ履歴ニヨリ……”の規定があり、古屋の場合これが活かされたのであろう。

古屋は長く紋別の地域医療に尽力し、農漁民の生活と地域の発展の支えとなった。北海道医師会の会員名簿によれば、大正5年までその名が載っているが、以降消えていることからすれば、約30年間この地に貢献したと考えられる。

現在北見市に泌尿器科病院を開業する古屋聖児医師は正憲の孫に当ると聞く。同氏に同えば詳細が知れよう。(蛇足乍ら、筆者は同姓の為此迄に幾度か紋別の出身かと人に聞かれた事がある。ご迷

惑を掛けていなければ幸いである。)

『北海道医師会史・1999年』；北海道医師会刊、平成11年：には日本海沿岸の焼尻島の作田重雄医師についての記載がある。天売、焼尻両島の住民からは、開拓使宛てに前々から医師派遣の請願が出されていた。当初増毛公立病院の医師であった作田重雄は、明治16年に辞職して焼尻島に渡り其の地の医師になろうとしたが、資格要件が十分でなかった。その手続きや申請の経緯などは医師会史に詳しいのでここでは省略する。紆余曲折の末、明治17年10月待望の免許が降りて一件落着となる。作田は記載資料によれば、琴似屯田兵村の出身、まだ25歳の若さだった。

しかし、『新羽幌町史』；関秀志・小納政次著；平成13年：及び、『焼尻の歴史』；小納政次著・刊；平成6年：によると、作田医師に関する記載は意外に少ない。

明治17年に作田医師が来村したが、明治20年に医師1名を毎月15円にて雇う、の記録があり、24年には戸田医師が招かれたとある。明治20年の医師が作田と同一人かどうかは不明である。とすると、作田医師の焼尻在任期間は3年、長くても7年という事になる。地元民の熱望に応え、紆余曲折を経てやっとお上の許可を得て着任した医師が僅かの期間で消えているのはどうも不自然である。焼尻のような過疎地にして漸く許された限地開業免許である。余所に移っては医業が成り立たないことを作田は十分に承知していた筈である。ではどこへ、どんな理由があって消えたのか、手掛かりは残されていない。

3. 北海道帝国大学医学部の誕生

北海道開発の為に地元で医師を養成しなければならない、の考えは、江戸幕府・松前藩時代から既に芽生えていた。明治に入ってその要求は益々強くなった。幾度か函館と札幌で医学校が開設されては消滅した。最近刊行された『北海道医学教育史攷』；北海道出版企画センター刊、小竹英夫著、2003年12月：は平成5年から10年間に亘って「北海道医報」に連載されたものの纏めであり、本道に於ける医学教育史ばかりでなく、医学史そのもののバイブルでもある。細かい経緯は省略して、北海道帝国大学医学部の誕生について見て行く事にする。

医師養成にはまず巨額の費用を要する。地元がどんなに足掻いても政府が金を出してくれなければ事は成立しない。国会の予算審議を経て、大正

7年3月、札幌に北海道帝国大学を置き、従来の東北帝国大学農科大学は北海道帝国大学の1分科(農学部)とされる事になった。ついで大正8年4月、北海道帝国大学に医学部が置かれることとなった。

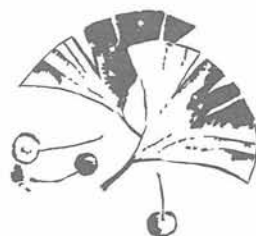
『北大医学部五十年史』；北大医学部五十年史編纂委員会編、昭和49年4月：を見ると、北大(東北帝国大学・農科大学)はかなりの所有地を売却して医学部設立に費用に宛てている。また演習林から多くの木材を提供している。後に総長となる佐藤昌介は文部省に対して、国費は使わないから医学部設立の認可を欲しいとまで言っただけ。一方で、演習林の担当者は膨大な伐採に強い抵抗を示したことが記されている。

今までのキャンパスの中の実習用の畠や林が次々に整地されて、校舎、実習室、研究室や病院施設が作られて行った。これまで我が天下を自認していた農学部関係者に言い知れぬ不安が起きたとしても不思議はない。上記『五十年史』の回顧座談会を読むとその間の事情がよく窺われる。

一般道民の要望に応じて大正10年11月初めから病院での診療が開始された。第一内科教授で初代院長だった有馬英二の回顧によれば「開院当時一時に患者が殺到したため、余りに多忙で助手のK君が……翌年一月頃に神経衰弱になり、不眠症を起こして……東京へ帰ると言い出し」とあって、医師らがまず過労で倒れる有様だったらしい。今日的に言えば、部下から過労症候群の患者を出した上司の責任が問われ兼ねない状況だったことが窺われるのである。

建築設備その他多くの不備と予算上の不如意を抱えながらの多難な門出であり、まずは診療が優先し、当分は、予防衛生などとはかけ離れた状態を忍ばねばならなかった。

後年工学部や理学部が設けられるに当っては、大学当局は更なる負担、たとえば広大な地域の演習林の売却も余儀なくされている。医学部設置の時は建材の提供で済んだのだが、次の段階では手放す羽目となったのだ。これは北海道の発展の為に負わねばならぬ、北海道大学(旧札幌農学校)が抱えた宿命でもあった。





1	3
	4
2	5

- 1 根室市西和田
屯田兵が去った後は長い間無医村だった。
- 2 カネラン峠、陸別市街より約8キロ
- 3 雨竜ダム、もと北大演習林跡地
- 4 雨竜ダム、湖底には北大が手放したもと演習林が眠っている。
- 5 庄田医師が活躍した上湧別国道脇の碑

メンタルヘルス担当者の役割認識と 意見に関する調査研究

－ 特に上司の役割の重要性について －

〈主任研究者〉 北海道産業保健推進センター 所長

三宅 浩次

〈共同研究者〉 北海学園大学名誉教授

後藤 啓一

北海道産業保健推進センター相談員

山村 晃太郎・井上 蓉子

1 はじめに

平成13,14年度に行ったメンタルヘルスに関する調査研究においてメンタルヘルス担当者の役割としては、直属の上司がもっとも関与の度合いが大であることが明らかになった。

そこで、15年度には北海道内の事業場から協力を得た7社21職場の従業員を対象として、仕事上の上司関係に焦点を当てた調査票を作成し、調査を行った。

その結果、管理職、部下もち非管理職（以下、中間職）、部下がいないものの3群や、職場単位で不満の大小の違いなどについてメンタルヘルス対策上重要な所見が得られた。

2 対象と方法

協力を得られた企業は、製造業、電力関連事業、運輸業、サービス業など各種にわたり、回答従業員数は、432名であった。

調査票は個人属性、上司部下関係の態度（1.上司に相談をもちかけたときの上司の態度、2.統計数理研究所「日本人の国民性」調査のドライな課長と人情課長）、最近の心身状態（症状）25項目、上司と同僚の支持的傾向3項目、仕事負担度4項目、自由裁量度3項目、勤務状況5項目、仕事、職場、家庭の満足度で構成した。調査票はプライバシー保護のため各人封筒に入れ封をして職場ごとに大封筒で回収して返送された。

解析はEXCELおよびSPSSを使用した。

3 結果および考察

3.1 上司部下関係の態度嗜好

上司に助言を求めたときの上司の態度を5つの選択肢（具体的な会話）から選ばせる方法で、1.評

価的、2.支持的、3.解釈的、4.共感的、5.探索的と分類した。全体としては、探索的態度への嗜好が52%と多く、カウンセリング手法として推奨される傾聴的態度に相当する共感的態度については16%しか選ばれなかった。

統計数理研究所が行っている「日本人の国民性」調査で、仕事以外では面倒をみない上司と無理な仕事をさせるが仕事以外でも面倒をみる上司のどちらを好ましいと思うか選択させる質問で、75%が人情課長型を選んでいる。

3.2 上司や同僚のサポート

上司や同僚の支持の度合いを「気軽に話せる」、「困ったとき頼りになる」、「個人的問題の相談」の3項目を各3段階で選択させた。

3.3 最近の勤務状況

ここ1か月の時間外労働は、62%が45時間以内と答え、3%が80時間を超えたと答えている。

3.4 満足感

仕事、職場、家庭についての満足感を4段階で選択させた。仕事、職場それぞれ満足59%、不満41%、家庭では満足88%、不満12%であった。

3.5 合成尺度による職場ごとの平均値

以上の項目から上司・同僚のそれぞれの支持感を3項目の合成点で7段階、仕事負担度を4項目から9段階、仕事の自由裁量度を3項目から7段階、仕事と職場の不満感から職場仕事不満感を7段階、心身状態25項目から「抑うつ」、「攻撃」、「身体」、「行動」、「対人」の5項目に集約して8段階の尺度を作成した。各尺度を個人別さらに職場別に算出し、種々の属性要因との関連を検討した。

図に各尺度間の順位相関係数を示した。職場単位と個人単位で多少の相違が見られる。職場仕事不満度は上司非支援度の影響が大きく、仕事負担

度は無関係であった。職場仕事不満度は抑うつ症状、攻撃的傾向に影響を与える。仕事負担度は直接に攻撃的傾向、身体的症状に影響を与えるが、個人単位では弱く、職場単位としての影響が大きい。

3.6 職場仕事不満度別職場の特徴

職場仕事不満度の大きさに不満大の7職場、中間の9職場、不満小の5職場の3群にまとめ、各属性との関連を検討した。管理職については、不満小の職場では勤務年数20年以上と長いものが多く、年齢も高い。すなわち、年功序列型である。それに対し、不満大の職場では勤務年数3～15年が多かった。不満小の職場の管理職は、部下に対し共感的であるが、上司に対してはむしろ共感的ではない。それに対し、不満が大きい職場の管理職は、部下に対して9人中1人も傾聴的タイプを選んでいない。また、不満大の職場の管理職は、上司に対し人情課長型を嗜好している。

中間職では、人情課長型を選ぶ率が不満度小ほど多く、不満大の職場では人情型とドライ型が拮抗している。不満大の職場の中間職は、症状が多い。

部下のいないものたちは、不満小の職場では、勤務年数が15年以上と長いものが多く（41%）、逆に不満大の職場では、勤務年数3年未満と短いものが多い（42%）。不満大または中の職場では、多数の症状が見られ、仕事の能率が低下していること

を推察させる。上司との関係も不満が大きい。しかし、同僚は支持的である。

4 まとめ

事業場のメンタルヘルス担当者としてもっとも最初に対応する上司と部下との関係に焦点をあて、7社21職場の432名の調査票を解析した。相談をもちかけられた上司の対応として5タイプの中から望ましいタイプを選ばせたが、傾聴的態度を選んだものは16%であった。職場仕事不満の小さい職場の管理職は、部下に対しての選択では傾聴的タイプを30%が選びながら、上司に対しては選んでいない。ドライな課長と人情課長の選択では、人情課長を選ぶものが全体では75%であった。不満の小さい職場の中間職では人情型を選ぶものが多く、不満の大きい職場ではドライ型と人情型が拮抗している。

職場仕事不満の少ない職場の管理職は、勤務年数20年以上が多く、年功序列型の体制を維持している。

職場仕事不満にもっとも影響が大きい要因は上司のサポートであり、仕事の裁量度の影響はわずかである。職場不満は、抑うつ、攻撃傾向、身体症状の増加に影響している。

以上、職場では上司がメンタルヘルスに果たす役割は、きわめて大きい。

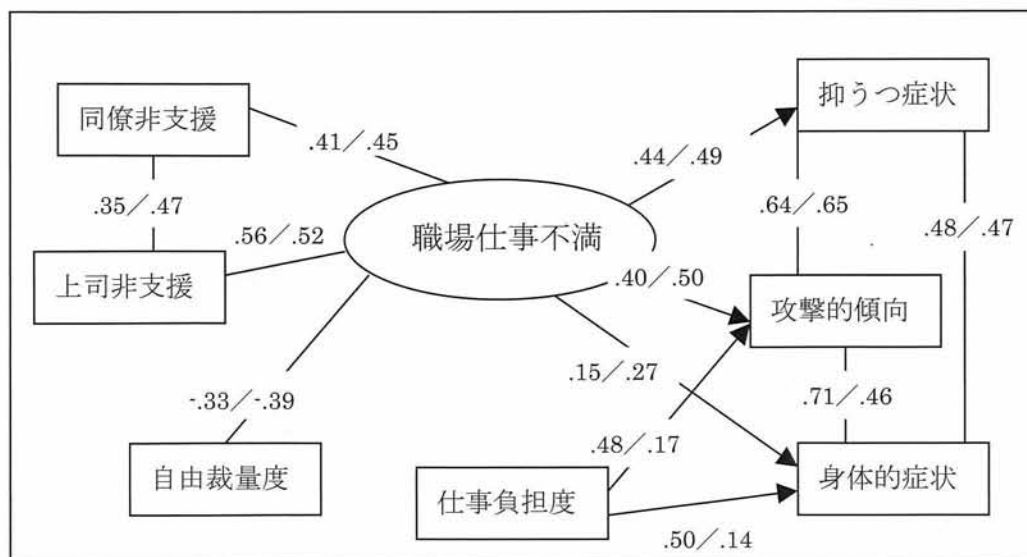


図 職場・仕事不満度との要因関連図 (数値は、スピアマンの順位相関係数)
(数値の左は職場単位、右は個人単位)

●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」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。また、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。
- ⑤ 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

《11月～1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	研修内容及び講師	定員	会 場
衛23	11月5日(金)	午後2時～4時	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について 講師:グループ・ダイナミクス総合研究所 会長 後藤 啓一	50	札幌市 当センター会議室
衛2	11月10日(水)	午後3時～5時	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について 講師:天使大学教授 保原 喜志夫	50	札幌市 当センター会議室
衛31	11月19日(金)	午後1時30分～4時50分	産業安全衛生特別講演	管理監督者等におけるメンタルヘルスの基礎について 講師:ゆうカウンスリングオフィス 心理カウンセラー 神田 裕子	300	室蘭市蓬峽殿
衛7	11月26日(金)	午後2時30分～4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について 講師:グループ・ダイナミクス総合研究所 会長 後藤 啓一	50	函館市 サン・リフレ函館

研修番号	開催月日	時 間	研 修 名	研修内容及び講師	定員	会 場
衛8	1月13日(木)	午後2時～4時	喫煙対策体験セミナー(講義日と体験日の2日間受講)	喫煙対策としての肺ドック等の体験(講義日) 講師:北海道労働保健管理協会 参加 清田 典宏(他)	20	札幌市 当センター会議室
衛9	1月26日(水)、27日(木)のいずれか1日	午後2時～4時	喫煙対策体験セミナー(講義日と体験日の2日間受講)	喫煙対策としての肺ドック等の体験 講師:北海道労働保健管理協会 参加 清田 典宏(他)	20	札幌市 北海道労働保健 管理協会

※衛生管理者等を対象とする研修会は、北海道衛生管理者協議会、札幌地区衛生管理者協議会等との共催です。

※11月19日(衛31)の研修会の申し込み先は、「室蘭労働基準協会(TEL0143-43-1975、FAX0143-43-1975)」となりますので、直接室蘭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	研修内容及び講師	定員	会 場
看13	1月26日(水)	午後6時～8時	産業カウンセリング講座(4回シリーズの1回目)	産業カウンセリング 講師:札幌カウンセリングセンター 所長 豊島 真(他)	20	札幌市 当センター会議室

●「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	研修内容及び講師	定員	会 場
看7	12月9日(木)	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 講師:北海道産業保健推進センター 所長 三宅 浩次(他)	20	札幌市 当センター会議室

●「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	研修内容及び講師	定員	会 場
医27	11月4日(木)	午後6時～8時	労災医学研修	衝撃騒音の聴力影響への評価 講師:旭川医科大学 名誉教授 山村 晃太郎	50	札幌市 当センター会議室
医3	11月19日(金)	午後6時30分～8時30分	労災医学研修	過重労働と生活習慣病Ⅰ、 母性健康管理指導事項連絡カードの活用 講師:美唄労災病院 内科部長 藤原 豊(他)	50	旭川市 大雪クリスタルホール
医5	11月26日(金)	午後6時30分～8時30分	労災医学研修	リハビリと職場復帰 講師:前経路労災病院 リハビリテーション科部長 齋藤 裕	50	函館市 サン・リフレ函館
医4	12月3日(金)	午後6時30分～8時30分	労災医学研修	過重労働と生活習慣病Ⅱ、働く女性の婦人科検診 講師:旭川がん検診センター 主任医長 山崎 知文(他)	50	旭川市 大雪クリスタルホール
医9	12月16日(木)	午後6時～8時	健康情報の プライバシー管理	健康情報に関する産業医の法的地位 講師:天徳大学教授 保原 喜志夫	50	札幌市 当センター会議室
医20	12月18日(土)	午後3時～7時	精神科医産業 保健研修	産業保健における精神科医の役割 講師:北海道産業保健推進センター 所長 三宅 浩次(他)	50	札幌市 当センター会議室
医1	1月17日(月)	午後6時～8時	労災医学研修	職業性呼吸器疾患Ⅰ、労働災害と脊椎損傷 講師:岩見沢労災病院 副院長 木村 清延(他)	50	札幌市 当センター会議室

※産業医等を対象とする研修会は、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>

研修会等受講申込書

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) ☐ 事業主 ☐ 保健師・看護師 ☐ 衛生管理者・推進者 ☐ 労務・安全衛生担当者 ☐ その他
職 名					
ふりがな 氏 名	(□男 □女)				
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24号

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**

- 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】

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。

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24号(2004年秋号)をお届けします。

猛暑が過ぎてほっとしていたら、次は台風の襲来と北海道らしからぬ天候が続きました。

台風で被災された皆様へは、心からお見舞い申し上げます。

猛暑といえば、駒大苫小牧高校が夏の甲子園で優勝し、こちらは体だけではなく心

も熱くなりました。

白河の関を越えなかった優勝旗が、一気に津軽海峡を越えました。我々道産子の悲願がかない、まさに北海道の歴史に残る快挙となりました。

我々も、高校球児に負けないよう、全力で産業保健活動に取り組んでまいりたいと考えておりますので、皆様方のご指導・ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

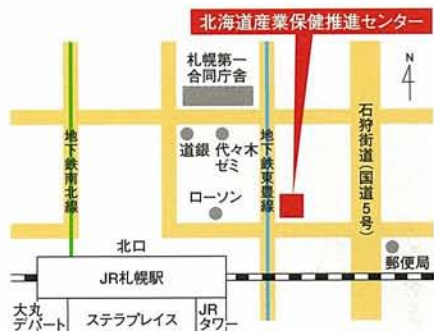
深夜もがんばる
私たちが
いつでもゲンキで
いられるように
国がお金を
出してくれます。

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

(北広島市医師会内) 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

(日高市医師会内) 浦河赤十字病院 ☎(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

北の産業保健 No.24

発行日/平成16年10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