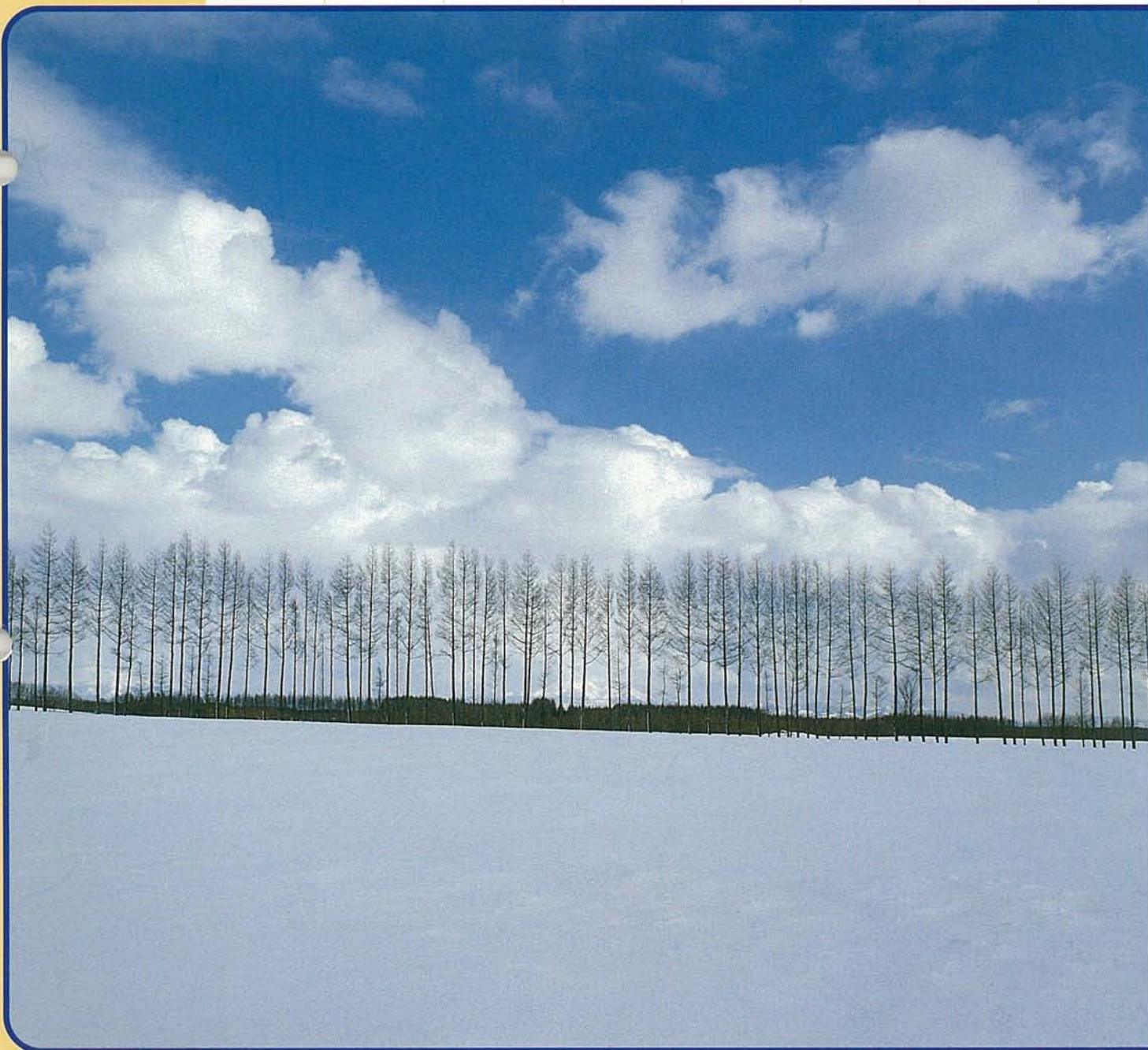


北の 産業保健

No.25

2005.冬

HOKKAIDO

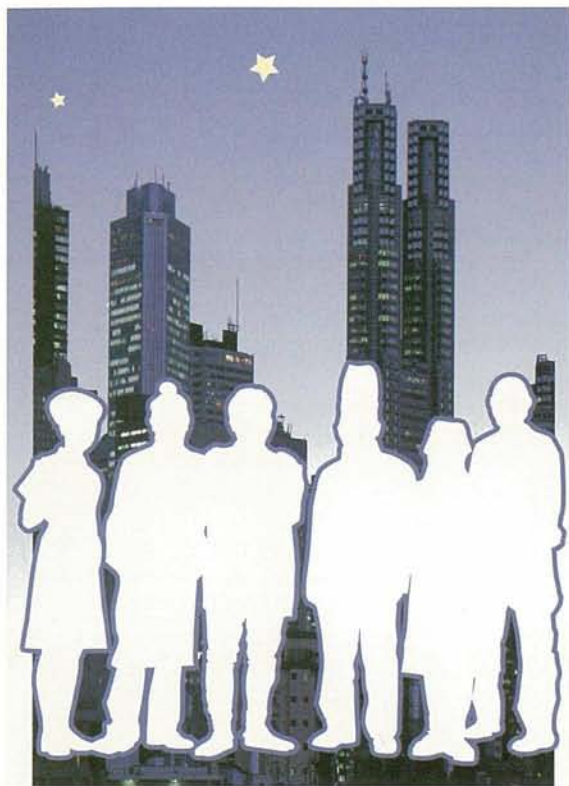


独立行政法人
労働者健康福祉機構

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



**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。**

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。**

仕事が一生涯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。

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25号

巻頭言 適材適所ということ 三宅 浩次... **1**

北海道労働衛生史メモ(最終回) 古屋 統..... **9**

統合失調症の診断と治療(2) 山下 格... **2**

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..... **14**

さまざまな心理治療法(その1) 徳田 完二... **6**

研修会・講習会・セミナーのご案内..... **18**

適材適所ということ

北海道産業保健推進センター 所長 三宅 浩次



人を育てるということは簡単ではない。最近のわが国の人間模様を見ていると、これで良いのだろうかという疑問がでてくる。今から30年も前に日本の経済発展に厚い眼差しを向けていたP.F.ドラッカーが、その発展理由の一つに日本の教育を挙げていた。日本は江戸時代から寺子屋制度があって教育の水準が高かった。そして明治の初期から義務教育が始まっている。当時のアジア植民地では教育が税金の無駄といっって一般大衆のためには投資されなかったという。もっともヨーロッパでも教育を受けることは、上層階級の特権であったのだが。

私らが第二次世界大戦頃を受けていた教育は、戦勝国のアメリカにとっては驚異であつたらしい。私が中学に入学したときの最初の授業が、幾何学の公理とは何かであった。マッカーサー司令部の命令で、授業内容が変更になり、高校2年のときに同じ授業を受けた。阿呆らしいと居眠りをしていて、教師に叱られた。居眠りをしてもちゃんと答えたので、それから教師は私を叱らなくなった。

今、ゆとり教育という馬鹿らしい政策で、日本の子どもたちの教育達成水準が低下してしまった。短期的思考しかできない一部官僚やそれを批判もできない審議会委員たちが考え出したのであろう。教育は、一世紀以上もかけないと実を結ばない長期的展望が必要なのである。

同じことが企業の場合にもいえるのではなかろうか。成果主義という隠れ蓑で人員削減を敢行した会社が、優秀な人材をどれだけ失ったであろうか。私は医師になりかけの頃、炭鉱病院（かつては大病院であったが折からの炭鉱不況のさ中であった）から

優秀な医師たちほど先に転職していくのを見ていた。火事の前にネズミが逃げ出すという話がある。

平成15年度の当センターの調査研究で、メンタルヘルス状況の良い職場の管理職が勤務年数が長く、逆に良くない職場ほど勤務年数の短い管理職が上に座っていた。メンタルヘルスが良いから長く勤めたというよりは、長く勤めて経験豊富な人が管理職になるからメンタルヘルスが良く考えたほうが当たっているように思う。業績で人を評価するのは企業のやり方としては当然であろうが、それを極端に進めると日本文化になじまないで、従業員の志気の低下にまで行ってしまう。だからといって年功序列のままでは、部下の不満が積もることになるのであろう。その程よい着地点が求められる。

企業業績が進まないところのトップに対する不満を聞くことがある。政治家も創業者企業もその約2割が2代目という数字があるそうだ。ヨーロッパ史では、王様の2世が一番政治を不安定にしているそうだ。上場企業の平均寿命が30年という計算もある。これはちょうど人の一世代に相当する。2代目でも上昇気流に乗っているところもある。その一つのC社の社長は、2代目であるが、若い頃、親から相当厳しい教育を受けたという。良い伝統というか優れた企業文化というか、結局は従業員の志気が上がるような人の動かし方があるのであろう。

ドラッカーがいうように頭の悪い従業員などいないのである。全国の中で経済状況が最悪の北海道こそ、寝ている人材が結構いる。優秀な人材を育てるチャンスでもあるのだ。

統合失調症 (精神分裂病)

の診断と治療 (2)



平松記念病院理事 北大名誉教授 山下 格

まえおき

前号では統合失調症という疾患概念の成り立ちと症状、診断をめぐる諸問題について要点をのべた。今回はひきつづいて成因や治療、職場での対応などを取りあげる。最近、この分野では斬新な報告が相次いでいるが、未確定な所見も多いので、ごく常識的な範囲にとどめることにする。

1 病因および病理学的所見

a. 病因

統合失調症の原因として、はやくから遺伝素因が指摘されてきた。同胞および子供の発病率は10—15%で、一般人口の0.8—1%よりはるかに高い。一卵性双生児の場合は約50%である。この数値は、糖尿病などの生活習慣病と同じく、統合失調症が多因子遺伝疾患であることを示す。発病に関連する遺伝子が多数報告されたが、現在まで追試によって確認されたものはない。

出生時の体重がわずかながら有意に低いことなどから、妊娠中の感染症その他が関係するといわれるが、関与する度合いは

小さい。母親の幼児に対する心理的態度が発病要因として重視されたこともあるが、大規模な養子の研究によって関連のとはばしいことがわかった。しかし一卵性双生児のうち、生活のストレスの大きい方が発病しやすいという報告もある。また後記のように、発病後の経過は、周囲の働きかけによって大きく左右される。

b. 形態学的所見

統合失調症の脳変化は、神経病理学的所見をふくめて、多くの研究者の関心の的であったが、近年まで否定的な意見が多かった。しかしCTが開発されると、軽度ながら明瞭な脳室拡大が確かめられた。さらにMRIによって、前頭葉内側をはじめ、さまざまな脳部位の体積減少が

報告されている。組織学的所見はなお不明確であるが、非炎症性の発達障害を指摘する仮説がある。

このaおよびbの所見は、統合失調症に老年痴呆のような粗大な脳変化がみられないことから、知的機能全体の大きな障害はないこと、しかし遺伝的背景および微細な形態的变化から、治療には薬物をはじめとする身体的側面からのアプローチが必要なことを示すものといえる。

c. 神経生理学的所見

前号の症状のなかで、統合失調症が比較的重症なときは、仕事の要領が悪く、時間がかかって疲れやすいことにふれた。実際に検査によって、刺激に応じて生ずる電気活動（事象関連電位）が小さく、対象図形をなぞる眼球運動の範囲がせまく、カード選別をするときに前頭葉の血流増加が少ないことなどが報告されている。この所見は、前記の思考・認知障害に関連するものと思われる。

d. 神経化学・精神薬理学的所見

1952年に外科医のラボリは、冬眠麻酔に使うクロルプロマジン（フェノチアジン系薬物）が強い鎮静作用をもつことを見いだした。それを統合失調症患者に用いると、興奮の抑制とともに、妄想・幻覚にも卓効を示すことが知られた。向精神薬療法の幕開けを告げる、偶然かつ画期的な発見である。1963年にはノーベル賞受賞者のカールソンが、クロルプロマジンの脳内ドパミン受容体抑制作用を報告し、つづいて抗精神病薬の効力がドパミン受容体（D2）抑制作用の強さに平行すること、妄想・幻覚をおこす覚醒剤が脳内ドパミンを増加させることなどが明らかになった。それを契機に、科学技術の飛躍的な発展とあいまって、統合失調症をはじめとする各種精神疾患の神経化学・精神薬理学的研究が大きく発展して今日に至っている。

これらの諸研究にもとづく薬物療法は、統合失調症の治療に革命的な進歩をもたらした。また、ドパミンは脳内（刺激）伝達物質であるとともに、自律神経系・内分泌系の伝達物質であって、寒冷などの物理・化学的ストレスとともに、不安・緊張などの精神的ストレスによって、敏感かつ大幅に変動する。したがって統合失調症の治療や援助には、薬物療法とともに、ストレスに関わる心理療法や生活面の支援が大切なことがわかる。

2 薬物療法

a. 臨床効果と副作用

うえに述べた統合失調症の神経化学・精神薬理学的所見から、薬物（抗精神病薬、ただし私見では神経安定剤という名称が望ましい）が治療の柱であることが知られる。その中核となる薬理作用は、脳内ドパミン受容体の抑制である。

しかし、この薬理作用には臨床いくつかの問題があり、その改善をめぐる新しい薬物の開発が進められた。薬物の種類にふれるまえに、問題のありかを簡単に説明する。

i. 臨床効果の特異性

前号に統合失調症の症状が多岐にわたることを述べ、①妄想・幻覚、②感情・意欲の減退、③思考・認知障害、④その他の諸症状を挙げた。脳内ドパミン受容体の抑制が最もよく奏効するのは、興奮や不眠に対する鎮静効果とともに、①の妄想・幻覚であって、②感情・意欲の減退にはほとんど無効、時には悪影響を及ぼすこともある。この欠点をおぎなう薬物も数多く報告されたが、まだ十分な成果は得られていない。

ii. 副作用：錐体外路症状・内分泌異常

脳内ドパミンは、黒質・線状体、中脳・辺縁系、視床下部・下垂体の3系路に分布する。したがって副作用として、まず黒

質・線状体を介する錐体外路症状がおきる。典型的なパーキンソン症状のほか、急性ディストニア（頸部や躯幹が急に曲がる）、アカシジア（静座不能、座っていると気持ちが落ちつかず、絶えず立ち歩く）などがみられる。また過剰な服薬が長期間つづくと、遅発性ディスキネジア（顔面や舌、上下肢などの不随意運動）を生ずることがある。また下垂体からドパミンの抑制作用の解除によってプロラクチンの分泌増加がおき、無月経をきたしやすい。これらの副作用は、脳内セロトニン受容体（5HT₂）の抑制により軽減される。

iii. その他の副作用

抗精神病薬は、ほかの多くの薬物と同じく、主に自律神経機能に作用して、口渇、便秘、頻脈、心電図変化などの諸症状を生ずる。食欲の昂進とそれともなう肥満は、原因がまだ不明で、最も対応の困難な現象である。鎮静作用は、治療に有利なときも、支障になるときもある。

b. 薬物の種類

上記の効果と副作用をめぐる、多数の抗精神病薬が開発された。ここでは代表的な薬物を挙げる。

最初に発見されたクロルプロマジンは、興奮の鎮静と妄想・幻覚の改善に画期的な効果をしめしたが、錐体外路症状や眠気、口渇、便秘、肝機能障害など多くの副作用を生じた。その後、

同じフェノチアジン系薬物で、抗妄想・幻覚作用のつよいパーフェナジンやフルフェナジン、鎮静作用のつよいレボメプロマジンなどが導入された。最近では各薬剤の特徴を生かして、以下の薬物に追加する形で用いられることが多い。

フェノチアジン系薬物について、比較的純粋にドパミン受容体抑制をもつハロペリドールおよび同じブチロフェノン系の薬物が開発された。鎮静および抗妄想・幻覚作用がすぐれ、自律神経系の副作用が少ないため、統合失調症のみならず、各種精神症状に広く使用されている。

さらに最近、ドパミン受容体とともにセロトニン受容体を抑制する作用をもち、錐体外路症状が少ないリスペリドンおよびペロスピロンが市場に現れ、次第にハロペリドールなどのブチロフェノン系薬物に置き換わりつつある。抗妄想・幻覚作用がつよく、副作用が少ないのが大きな利点である。

また、最近発売されたオランザピンとクエチアピンは、ドパミン受容体の抑制作用が弱く、錐体外路症状がほとんどないにかかわらず、妄想・幻覚の抑制効果をもつことが話題を呼んでいる。作用機転はまだ十分明らかでないが、セロトニン受容体のほか、ヒスタミン、アドレナリン α -1受容体などに親和性をもっている。ただし、とくに

オランザピンは顕著な食欲昂進をきたしやすく、糖尿病の素因があるときは注意が必要である。

上記のフェノチアジン系薬物とブチロフェノン系薬物は定型的、リスペリドンとペロスピロン、オランザピンとクエチアピンは非定型的抗精神病薬とよばれる。しかし、それを区分する薬理学的根拠は必ずしも明確でない。

c. 薬物の選択

これまで記した薬物のうち、いつ何をどれだけ処方するかは、主として各精神科医の経験による。一応のガイドラインはあるが、患者は一人ひとり違うので、慎重かつ柔軟な使用が求められる。

抗精神病薬の治療効果は、統合失調症の病型によって大きく異なる。すでに指摘したように、各種の抗精神病薬が最もよく奏効するのは興奮および妄想・幻覚である。したがって妄想・幻覚を主症状とする妄想型統合失調症の症例は、薬物により回復する度合いが高い。

しかし同じ妄想型の症例でも、薬物に対する反応はさまざまである。ある症例にはハロペリドールが十分有効で、ある症例にはリスペリドンやペロスピロンが副作用が少なくて使いやすく、またある症例にはオランザピンあるいはクエチアピンがよく奏効することが、経験的に知られている。

一方、どの薬物も最も作用しにくいのは、感情・意欲の減退である。過量の薬物による鎮静は、時には望ましくない影響をおよぼす。一般に活動性のとばしい破瓜型統合失調症の症例には、後にしるす生活面の働きかけがいつそう必要である。

また思考・認知障害や陰性症状に、オランザピンやクエチアピンが有効という報告があるが、病像全体の推移も考慮して判定しなければならない。

統合失調症の症状が複雑多岐にわたることは、すでに幾度も指摘した。しばしば出現する抑うつ症状には抗うつ薬が必要になる。選択的セロトニン再取り込み阻害作用をもつ抗うつ薬は、副作用が少なく、使用に便利である。不安や不眠には、通常のベンゾジアゼピン系薬物のほか、フェノチアジン系薬物の追加が有用なことがある。安易で行き過ぎた多剤使用は避けねばならないが、単剤に固執して患者に無用な我慢を強いてはならない。

3 心理療法と生活面の支援

統合失調症の治療に薬物が必要かつ有用なことはうえに述べたが、心理療法および生活面の支援が、それに劣らず、常に必要かつ有用なことは周知の通りである。心理的ストレスが脳内ドパミン代謝を昂進させるという前記の生理学的所見も、それ

を裏付けるものといえる。

具体的な方法は、薬物の使用法や効果と同じく、各病型および各症例によって異なる。

妄想型統合失調症の軽症例は、仕事や家事を続けながら、周囲との違和感に苦しみ、不安や不眠などを訴えて受診することが多い。十分時間をとって当人の不快な体験を、判断の正否を問い詰めることなく、理解と同情をもって聞き取り、神経を休めるために薬を服用することをすすめる。副作用の少ない薬物が使えるようになって、外来通院のみで対応できる症例が多くなった。その間に家族や職場の関係者と面会する機会をもって、周囲の理解を深めることが望まれる。

不幸にして症状が重く、不安や興奮が強くて入院せざるを得ないとき、とくに短時日でも個室に収容するときには、何より患者の自尊心を損なわない配慮が大切である。医師はもちろん、看護師、精神科ソーシャルワーカー（精神保健福祉士、PSW）の支持的な面接が、患者にとって救いになる。

症状が落ちつくと、退院の準備のため外出・外泊を始める。妄想・幻覚がある程度残っていても社会生活が可能なら、退院して就職あるいは復職の準備をする。家族や友人と会っている間は、妄想・幻覚が消失ないし減少することが多い。患者仲間と病気について話合うことも、

貴重な経験になる。病院のデイケアや、患者・家族が中心になって運営する小規模作業所に参加することも、就職などに向けて自信をつけるのに役立つ。その間に必要な薬を自発的に服用する習慣を身につけることも、再発の予防に大切である。

一方、感情・意欲の減退の顕著な破瓜型統合失調症には、心理療法および生活面の援助が果たす役割がいっそう大きくなる。家族にも口をきかず、部屋に閉じこもって独り言をもらす患者が、入院して医師や看護師と話し合い、他の患者とゲームなどをするうちに、表情も明るく活発になることが少なくなる。薬物は併存する妄想・幻覚を軽減させ、心理的な働きかけを容易にする。上記のデイケアや小規模作業所が、生活の支えになることも多い。それまで慣れた仕事や比較的簡単な職業には、周囲の理解と援助によって就労が期待できる。

症状が慢性化し、妄想・幻覚、感情・意欲の減退、思考・認知の障害という各症状が合併・固定して、いわゆる陰性症状が顕著になった残遺型統合失調症の症例には、手厚い医療とともに福祉的な援助が中心になる。とくに重症の場合は、精神科病院に長期間入院することが避けられない。しかしできるだけ家庭でくらし、あるいは共同住居（グループ・ホーム）に入り、生活の介護をうけ、病院からも

定期的な訪問看護をおこなうなど、状況に応じた総合的な援助が何より必要である。



おわりに

統合失調症（精神分裂病）は、症状、診断、治療ともきわめて複雑な病態である。産業医には、精神科専門医と密接な協力関係を保って、職員の診断・治療・復職にあたることが期待される。

病める職員に接する態度は、本人の希望に沿うことが大切である。最後に患者が家族に望むことのアンケート結果を記して、参考に供する。①もっと気持ちを持ちをわかってほしい。②口やかましく指示しないでほしい。③傷つけるような言動をしないでほしい。④人間として大人として認めてほしい。⑤私を信頼してほしい。⑥世間体を気にしないでほしい。⑦私をそっとしておいてほしい。

さまざまな心理療法

(その1)

その多様性と共通性



北海道浅井学園大学 人間福祉学部教授
(北海道臨床心理士会会長)

徳田 完二

1. 心理療法とは

(1) はじめに

心理的な問題に対して行う心理的援助を心理療法または精神療法と言う。心理学者は心理療法という言い方を好み、精神科医は精神療法という言い方を好むが、もともとは同じ欧米語（英語ならサイコセラピー）である。心理療法で扱う問題は多種多様であるが、①不安や抑うつのように本人の主観的苦悩が中心になる問題、②頭痛、発熱などの身体症状として現れる問題、③不登校、自傷行為などの問題行動に大別できる。もちろん、一人の人に①②③が混じることも多い。

(2) 心理療法にはたくさんの種類がある

ひと口に心理療法と言ってもさまざまな理論や技法があり、事態はとても複雑である。一説によれば、「〇〇療法」「〇〇法」というのを細かく数え上げたところ、四百にものぼったという。ちなみに、わが国で比較的普及している心理療法を思いつくままあげると、来談者中心療法、精神分析療法、催眠療法、イメージ療法、行動療法、

認知行動療法、遊戯療法、箱庭療法、芸術療法、森田療法、内観療法、動作法、家族療法、集団心理療法、ブリーフ・セラピーなどがある。

(3) 理論と技法の関係は単純ではない

上で述べた心理療法のうち、来談者中心療法、精神分析療法、森田療法などは理論と技法が一体になっていると考えてよいが、遊戯療法、イメージ療法などは何を使って治療するかによる命名なので（遊びを利用するのが遊戯療法、

心に浮かぶイメージを利用するのがイメージ療法）、技法の背景にある理論はいろいろである。

以上のことからもうかがえるように、心理療法には理論と技法というのがあり、この二つの関係がまた複雑なのである。理論とは心理療法に関わる理屈（格好よく言えば、知の体系）であり、技法とは実際に用いる方法をさす。しかし、ある理論からいろいろな技法が考案されている一方、同じ技法が異なった理論を背景として用いられることもある。図1はこのような事情を示したものである。

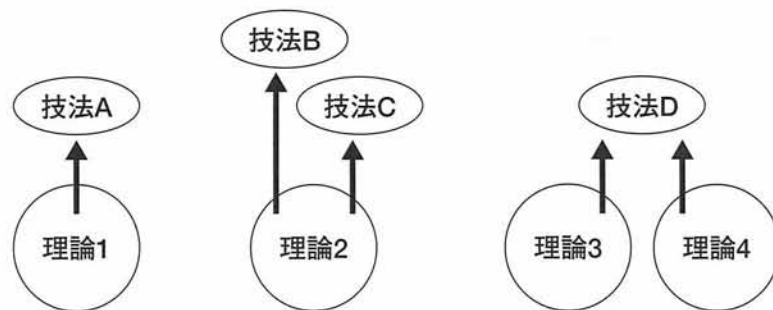


図1 心理療法の理論と技法の関係

2. たくさんの心理療法が存在している理由

(1) 心理療法で扱う「ところ」はとても複雑なものである
いちばん初めに、心理療法は心

理的な問題に対して行うものだと
言った。ひとことで言うなら、心理療法で扱うのは「ところ」であるが、この「ところ」というのがとても複雑なのである。まず第一に、「ところ」はそれ自体がとて

先ほど、心理療法になぜいろいろな理論や技法があるかを述べたが、理論や技法が一つにまとまらないのは、必ずしも心理療法が未成熟なためではない。「こころ」

また、政治の世界では考えが似た者が集まって政党を作る。心理療法の世界でもグループがいくつもある。これを学派という。学派は、政治にたとえて言えば、「〇〇党员」と「〇〇党支持者」を合わせたようなものである。政治の世界では、どの政党も例外なく自分たちの思想や路線が正しいと考えている（そう考ない人は離党するはずである）。また政党は、分

〇〇療法というと、何か非常に

特殊なことをするもののように思えるかもしれない。しかし、実際はそうでもない。まず、ほとんどの心理療法は、多くの時間を話し合い（カウンセリング）が占めており、一見特殊に見えるさまざまな技法はそこに織り込んで用いるのがふつうである。

また、人間は「こころ」の中のすべてを言葉で表現できるわけではないので、言葉以外の、絵、イメージ、身体的活動などが、「こころ」を表現する手段、あるいは「こころ」に働きかける手段として取り入れられ、さまざまな技法が生まれたのである（図3）。

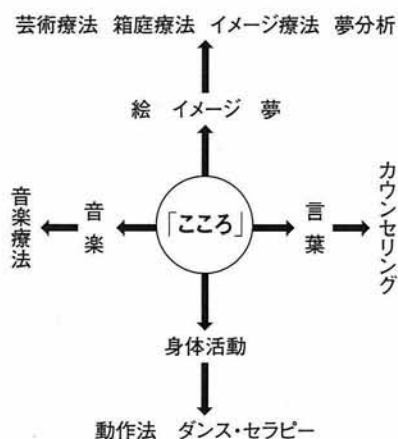


図3 「こころ」を表現する、あるいは「こころ」に働きかけるさまざまな手段と心理療法

3. 心理療法の共通の基盤

心理療法の理論や技法がいろいろであるということは、さまざまな心理療法がまったく接点をもたずに存在しているということではない。個々の理論や技法を越えて、心理療法が心理療法として成り立つ基盤とでも言うべきものがある。

(1) 「何とかしてあげたい」と思う気持ちと、共感しようとする姿勢

まず、心理療法の出発点にあるのは、悩み苦しむ人を何とかしてあげたいと思う気持ちである。つまり心理療法は、どの学派のものであろうと、人間としての自然な「こころ」の動きにもとづいている。ただ、やみくもに手を貸したり世話を焼いたりすることが本人の助けにならないことも少なくないので、本当に役立つ援助とは何かを考えながら蓄積されてきた知恵が心理療法の理論や技法なのである。

また、対象者に対する治療者の共感が、心理療法においてはとても重要である。共感というものを理論の中心にすえる学派もあれば、理論の中に共感という概念を組み込まない学派もある。しかし實際上、有能な治療者は、どの学派であろうと対象者に対して共感的であろうと努めているはずである。

(2) 治療者の役割

心理療法について知らない人は、治療者をよき指導者と思いがちである。しかし、指導者というよりは同伴者あるいは伴走者と見るほうが実態に近い。たしかに治療者は対象者よりも多くの心理学的知識をもっているが、だからと言って、問題解決に向けて一方的に対象者を導けることはほとんどない。治療者は、問題についてのよい解決方法を知っていてそれを教える人というよりは、対象者の抱えている問題について対象者とともに悩み、ともに考える人である。この意味で、心理療法は共同作業なのであり、一方的指導とはほど遠い。また、治療者は決して対象者より人間としてすぐれているわけではない。ただ、問題のまっただ中にある対象者よりは気持ちにゆとりがあるため、一方では親身になって胸を痛めつつも、もう一方では対象者と治療者自身の「こころ」の動きをいくらか客観的に把握できる点で、対象者の役に立てるのである。

(3) 主体性が不可欠

もう一つ重要なことは、どんな心理療法でも対象者の主体性が不可欠だということである。心理療法とは「治療してもらう」ものではなく「みずから取り組む」ものであって、治療者はそれを手伝うだけである。

このことは、外科手術と比べるとわかりやすい。手術のとき、患者は麻酔をかけられ、手術は患者の知らないうちに行われ、患者が手術に主体的に関わることはない。これに対して、心理療法では対象者は多かれ少なかれ主体的に治療に取り組まなければならない。心理療法は心理的問題を改善するために対象者がみずから行う努力であって、全面的に治療者から何かをしてもらうものではない。それゆえ、心理療法は外科手術よりも理学療法的なりハビリテーションに近い。たとえば脚の機能を回復させるための歩行訓練は、歩けるようになることを目指して患者が「みずから取り組む」ものであって、理学療法士に「治してもらう」ものではない。どの学派のものであろうと、治療者に全部まかせておけば問題が解決される心理療法は一つも存在しない。

（次号に続く）

2. 明治～昭和初期（太平洋戦争終戦まで）

17 『北方産業衛生』の誕生

1. 北海道帝国大学医学部衛生学教室の誕生

北大医学部のスタートはまず病院機能の始動にあった事は先に記した。そこで初代病院長で第一内科を主宰した有馬英二の回想を前回紹介した。そこでは、あまりの多忙に助手の一人が神経衰弱で不眠を訴え、東京に帰ると言い出す程で対応に窮したと書いた。しかし追加補正が必要である。小竹英夫著の『北海道医学教育史攷』によれば、有馬自身も不整脈を起こしたのである。当時の多くの人が書き残しているようにまさに多難であった。

その中で、2代目医学部長を務め、後年北大総長となった今裕が、北大医学部25周年記念『北大医学部同窓会誌』昭和25年：に、学生についての回顧を載せている。

「さて初代の学生六十余人は何れも秀才の揃いであった。是れより先き明治三十三年自分は助手として京都大学の創設に参画したのであるが、第一期生は日本第二の大学であったにも拘らず唯の十人……北海道大学の創設は之れに比べて大成功といわねばならぬ。」と言い、更に幾人かの名をあげる中に、衛生学の木村正一（後京城帝大教授。故人）の名もある。

2. 衛生学教室の黎明期

大正7年、文部省より北大医学部（正しくは北海道医科大学であろうか）創設委員が発令され、それら委員により教授などの人選が進められた。今裕の回顧では、教授就任予定者達と、海外で、あるいは東京での対面があった事がかなり劇的に書かれているが、衛生学初代教授、毛利高一（中島高一）についての記載は全くない。

小竹の著書（前記）に大正12年8月の「北海道帝国大学要覧」の医学部職員紹介があり、「細菌学

講座：教授中村豊、助教授中島高一”の名が出ている。しかし、衛生学講座の記載はない。同書には、北大創基50周年記念に北大が編纂配布した医学部職員の一覧もあり、ここでは“衛生学教室：教授、医学士、中島高一”の名が書かれている。

『北海道人名辞書』金子信尚著、山藤印刷、大正12年：に中島高一（なかじまたかいち）の名がある。やゝ長いので要点に止める。「山口県豊浦郡阿川村の士族、明治43年一高（旧）無試験入学、大正六年東大医学部卒業、学生時代から陸軍の委託生、十年一等陸軍軍医、十一年七月辞職。同年十月北海道帝国大学医学部助教授拝命衛生細菌学を担当。翌十二年五月研究のため目下洋行中」とある。

中島の教授発令は、大正15年1月11日。同年3月卒業の医学部第一期生卒業記念の寄書きにも中島高一の署名がある。しかし昭和2年5月31日病を得て休職、その後北大の医学部史から一切姿を消してしまう。

平成5年に出た医学部衛生学教室同窓会の会員名簿では、毛利高一であり、北大医学部休職時の辞令は毛利だそうである。筆者は衛生学教室の出身でないが、高桑名誉教授始め皆さんが毛利先生と呼んでいた。しかし、その人物像についての話は残っていない。筆者なりに東大や旧制一高の名簿を調べたりしたが、本稿の目的から逸れるので省略する。

3. 井上善十郎の着任と衛生学教室

井上は埼玉県出身。前記毛利より三年後輩の大正9年東大医学部卒。東大の同期には颯田琴次（後東大教授）、西端驥一（後慶大教授）、矢追秀武（伝研）などが居り、後に北大の精神医学の教授となった大熊泰治も一緒であった。東大伝研からパリのパスツール研究所に留学し、さらに欧州諸国を巡って北大に着任した。

井上の後を受け継いだ高桑栄松（名誉教授・元参議院議

員)によれば、前任者には教授としての実績は全く無く、実質的な初代教授は井上善十郎と見るべきとのことである。

なお井上の着任前のエピソードに、国崎定洞との交友がある。往年東大に社会衛生学教室（現公衆衛生？）を作る予定があり、その教授予定者として国崎が文部省から派遣された。しかし、共産主義に共鳴し、ドイツからソヴィエトに入国し、ついに戻らず、異境で粛清されたという悲劇の人物である。そのソヴィエト入り前の最後の姿を見たのが途中まで同行した、同じく海外派遣留学生の井上だったといわれている。これも高桑によれば、井上がそれについて語った憶えは無いという。

井上自身の記載によれば、昭和4年7月の着任時すでに卒業生の木村、塚田、西野など五人の教室員がいたとの事で、教授を兼任した中村豊（細菌学）のもとで研究活動が進められていたことが窺われる。木村については先に記したが、塚田は後年労働省労働衛生課の初代課長となり、西野は防衛庁医監や札幌医大教授などを歴任したことで知られる。

井上の許に多くの人材が集まった。昭和6年卒業の石館文雄、昭和8年卒業の加藤光徳は後に労働省の二代、三代目の労働衛生課長としての業績を残す。臨床畑から入って後年産業医学の分野で大きな足跡を残した豊福豊や佐久間三八などもある。

後に井上の教室から別れて公衆衛生学教室の初代教授となった安倍三史は、加藤や佐久間と同じ昭和8年の北大卒業である。

4. 幻の学会発表記録

衛生学教室の話から暫らくの寄り道を乞う。

本稿の（その6）で監獄部屋・タコ部屋労働について少々触れて置いた。その中で昭和16年の北海道医学雑誌に発表された、塚田竜爾及び菅原の論文を紹介し、これがこの世界に触れた最初にして最後の論文と書いた。塚田は北大衛生学教室に学んだ経歴を持つ。この発表は、後記の事情で井上の不在中のものではあるが、一門が関与したと考えられる。

しかし、監獄部屋についての北大医学部関係者の最初の調査は、実は衛生学の立場からではなく、それよりやや前に、法医学サイドからなされている。

『北海道開拓殉難者調査報告書』（社）北海道総合文化開発機構；H.3.3：に次のような記載がある。

「小樽新聞、昭和8年4月7日朝刊」の記事が取り上げられている。それによると、3月28日岡山医大で会合の日本法医学会総会で北大の久保助教授の“北海道における監獄部屋の状況とこれに発生する犯罪の特殊性”についての報告が、北海道土木請負業聯合会で問題とされた、とある。同会議の議案7号で、久保助教授の蒙を糾弾する件が全会一致をもって決議されている。以下新聞記事の概略を追う。

同氏は該論文において次の如く語る、と。

“特殊犯罪性については研究の立場から危険を冒し監獄部屋を探索した。監獄部屋の血みどろの生活は方に監獄の囚人に労働搾取の重圧を加えた苦しみで、労働時間は最大二十二時間、労銀一日一円、しかしこの労銀の内五十銭は親方がかすりをはね更に食料品日用品を高く売りつけて金は一文も残らない。悪周旋人のうまい口車にのり流れて来た土工はざっと八万人に上っているといわれる、そして……粗末なバラックで厳重な監視つき……もし脱走して捕まれば棒頭が生理にしたり、セメント樽の中に詰めたりし、病気で働けない者は……私刑が平気で行なわれ、百人に二十五人という高率の脚氣に冒され……奥地であるため官憲の手が及ばない……絶望と暗黒の監獄部屋はまるで恐るべき犯罪者の製造所となっている。”

筆者は久保報告を探して見たが、昭和8年の日本法医学会抄録集に久保発表の演題が載っているものの、肝腎の内容は空白になっている。法医学の学会誌などを探したが、これが正式な論文として報告されたか否かも不明である。恐らくは新聞記事がその内容に最も近いと推測して差し支えないであろう。

久保の報告に対して土木業界関係者らは、絶対にそのような事実はないと強弁しているようであるが、真実は隠し果せるものではない。久保が報復などを受けたというような話も残されていない。久保は北大医学部大正15年卒の一期生、昭和12年台北帝大の教授に就任したが世を去った。同窓会名簿では戦死となっている。

5. 北海道産業衛生協会の発足と機関誌の発刊

昭和10年頃から発足したと見られる北海道衛生協会という団体があった。顧問に、関場不彦、有馬英二、木村真之介（北海道庁衛生課長）、井上善十郎が名を連ね、北海道長官の揮毫が巻頭を飾る『北

『北海道衛生』という機関誌を刊行している。執筆者には井上を初め当時の道内の衛生関係の専門家が並んでいる。労働衛生に関する記載も多いが、医家を対象としたものではなく、学問的な比重はいま一步のものがあるようである。

そのような事情もあってからか、昭和13年、井上の主唱によって北海道産業衛生協会が組織され、機関誌として「北海道産業衛生協会々誌」が発行されることになる。

会員名簿を見ると、賛助会員に、その年1月に発足したばかりの厚生省社会局労働部監督課、北海道庁長官及び警察部長以下関連の三課長、札幌鉱山監督局長及び同局鉱政課長が名を連ねている。また、工場の部、鉱山の部など道内の主要企業の殆どが網羅されている。

会誌第1号が昭和13年3月付けで刊行され、式辞などと共に井上善十郎の挨拶が載っている。それによると、十年前に日本産業衛生協会（現日本産業衛生学会）が設立され、九州、関東、近畿などに地方会が相次いで生まれ、北海道にも設立の要望が強まって来ているのでこの会を発足させた、としている。

しかしここで井上は、①北海道は地理的に見てこの会員が直ちに中央の会員となり難いこと、②北海道の産業が加工よりは原料資源の開発にあること、の2点を挙げて、他の地方会組織とは異なる性格を持つことを強調している。この考え方は長い間引き継がれ、北方産業衛生協会と、日本産業衛生学会北海道地方会の二本立てについての論議を残していることはご承知の通りである。

会誌第1号には4編の原著があり、北炭夕張の竹田義治や後年北海道労働基準局の初代安全衛生課長（現労働衛生課）となる林信治らの名がある。

以降、同誌は年1回ペースで刊行が続けられる。昭和16年からは活動を樺太にまで拡張、誌名も『北方産業衛生協会々誌』と改称して更なる展開を期すことになる。同誌が今日の『北方産業衛生』の前身であることはご承知の通りである。

しかし、昭和12年夏から始まった日中事変、更に16年から始まった太平洋戦争は益々厳しく、戦局の急迫によって会誌刊行のみならず学会活動そのものすら困難となるに及んで、昭和18年10月刊行の第6号を以て一旦休刊とせざるを得なくなったのである。その間、今日的に見ても有意義な論文も多いが省略せざるを得ない。

北海道産業衛生協会の発足が北海道衛生協会にどのような影響を与えたのかなどを知る手掛かりはない。北大医学部図書館には、昭和12年の『北海道衛生』第3巻があるのみでその前後が残っていない。北海道産業衛生協会々誌にも記録は一切ない。

筆者が本稿の（その8）に書いた大正期の北海道在勤の鉱山保安監督官の項で、西島竜の名があるも詳細不明としたが、この時期札幌の鉱山保安監督官として在勤し、『北海道衛生』にも炭鉱従業員の結核に関する啓蒙論文の掲載がある。彼は大正5年新潟医専の卒業。平成5年刊の北大衛生学教室のOBの名簿にも名が載っている。

『北海道産業衛生協会々誌』の巻末記録を見ると、彼は会の幹事役を務めており、再三会議に出席しているが、昭和15年の後半から名前を見ない。転出したと思われる。

同じく（その8）で記した鉱山保安監督官の徳原正雄は、西島と同年の新潟医専卒で札幌ではその前任者であったと推測される。二人ともその後の詳細は不明である。

6. 戦争と北海道の産業衛生界への影響

昭和13年1月、厚生省が発足した。井上門下で、北海道庁学務部の学校衛生技師塚田治作はそちらに移った。この年、ジュネーブで第2回の国際珪肺会議が開かれ日本はオブザーバーとして初めて参加した。この時日本政府から派遣されたのが塚田であった。これが後の日本の労働衛生行政にとっての劃期的な出来事となるのだが十年の歳月を要する。

同年4月、井上は宮川米次東大教授から、中支の防疫事業の担当を依頼される。当時、明治35年に発足した同仁会という財団法人があり、アジア諸国に対して医学・薬学などの技術を提供し、文明の向上を計るという、いわば日本のアジア文化政策の一翼を担っていた。宮川はこの財団の副会長も務めていた。これが、その前年から始まった日中事変によって衛生状態の悪化した大陸の防疫を支援しようしたのである。財団の理事長には歴代の大物、例えば大隈重信や近衛文麿などが就いていた。従って井上は当時の国家的見地に立った大事業を委嘱されたのである。

阪大微生物研究所長の谷口腆二が班長に、井上が副班長となり北大医学部関係者の多数が参加することになった。

北海道産業衛生協会々誌第2号に井上の特別講演「中支防疫事業に就いて」が掲載されている。当時の大陸での伝染病対策の生々しい報告である。その後も会誌の刊行は続けられるが、第6号を以て中止の止むなきに至ったことは前記の通りである。

井上の帰国は昭和16年となるがその間も会誌の刊行は継続される。

帰国した井上に対して北海道警察部労政課から産業報国会への参加の誘いがあったが、「研究調査の自主性を守る」としてそれを拒否した。当時としてはかなりの決断を要したことと思われる。もしそれを受け入れていたら、戦後公職追放の憂き目にあっていただろう、と井上は後日語っていたという。

この時期一つのエピソードがある。

井上らの中国での事業達成の為には多くの人員を要し、北大医学部からも細菌学の梅田助教授始め、衛生、細菌学関係の俊秀が多数参加した。『北大医学部五十年史』には運転手、大工、炊事夫、かまたき、助手として中学生など多くが加わったと記されているが、実はこれらの中に女性も加えられていたのである。総計百数十人の日常生活を支えるには、どうしても女手が必要であった。井上の胸中に善き候補者が浮かんだ。

このメモの（その11）及び（その12）に記載した夕張炭鉱病院の石館事務長の子息の文雄が北大を卒えて井上の教室に入った。そして、副院長の諏訪広治（故人）の長女ユキが石館に嫁ぎ、未亡人となった夫人が札幌で暮らしていた。井上は中国行きの女性たちの纏め役に諏訪未亡人を指名したのである。ユキの弟の広一郎は当初札幌の中学生であったが、母の仕事の都合から九州医専（現久留米医大）に進み、戦後は労災病院などの勤務の後、産業医として首都圏で活躍し、北海道の産業医学畑の人達との交流が深かった。井上の次男の実（東京水産大名管教授、東京在住）と石館ユキ及びその子息らとの親交が今日も続けられている。これはまさに井上の人徳であろう。

7. 章末として：終戦前のこと

章末に筆者の記憶を一つ。終戦前の夏、米軍の爆撃に備えるとして、医学部の中庭に壕を掘り、大切な学術資料を地下に保管するという作業が行なわれた。その折り、運び出しの為だったろうか、衛生学の教室に入ったことがある。教室には松井講師以外の人影は殆どなかった。この度調べて判ったのだが、松井は戦前は塚田治作の後任として道庁の学校生技師を務め、戻って母校の講師とな

っていたらしい。用務員から、安倍という助教授がいるが、出征中だと聞かされた。昭和16年戦時中の繰り上げ卒業で大学院生だったという高桑栄松や前後の人について知ったのは戦後のことである。

衛生学のみならず、多くの教室が人手不足に悩んでいたのが記憶に残っている。北大が爆撃に逢わずに残ったのは幸いであった。

後年聞いた事だが、石館文雄は戦時中に大阪府の社会局に転勤になった。そこで警察から“社会主義者”と勘違いされた。しばしば警官に尾行され、夫人はしつこくお巡りの来訪・尋問を受けた。警察も衛生も、当時は同じ内務省管轄。内務官吏が同じ内務官吏を追い掛けるなど噴飯物に近いのだが、そんなクレージーな現象が戦時中は見られなかったらしい。

北海道では林信治が保険課技師から途中で労務部社会課の技師に配置替えとなったがそのような話は残っていない。北海道と大阪の風土の違いでもあったのだろうか。

そこで思うのが、北海道警察部からの井上に對する誘いの「産業報国会」への加入の件である。当時の軍や警察の圧力は今日では想像も出来ぬものがあつた。

誘いを拒否する井上の胸中に去来したものは何であつたか、すでに問う術はない。もし井上が公職追放を受けていたとすれば、北海道の労働衛生もまたやゝ形を変えたものになっていたかも知れない、そんな感が筆者には残るのである。

《訂正》前号で紋別の古屋正憲医師と書きましたが『憲英』の誤りにつき訂正させていただきます。北見市古屋聖児氏より多くの御教示と資料を賜りました。厚くお礼申し上げます。

【後記】北海道の労働衛生の歩みについて、どなたかに書き残して置いて欲しいと前々から思っていた。しかし、自分が手を染める事になるとは予想外だった。

連載第1回を書いた時、正直な所、続ける自信がなかった。書いてしまってから勉強不足が露呈されることも頻繁に起きた。医療史に詳しい友人などからのご指摘やご教示もしばしば頂いた。誤字なども目につく所が多い。今後の訂正が必要である。

曲がりなりにも戦前迄を終えたので、暫らくの猶予を頂き、資料などを整理の上戦後についても筆を進めて行きたいと考えている。

最後に北海道産業保健推進センターの三宅浩次所長はじめ多くの方々に心よりお礼を申し上げます。



旧北大医学部玄関（桑原宏画集より）



井上善十郎像（中村善三画）



旧北大医学部講堂（桑原宏画集より）

北海道産業衛生協會々誌

第 1 號

〔目 次〕

創 刊 ノ 辭 (1)

北海道産業衛生協會發台式書 (2)

原 著

キヤセー式換氣工場内ノ空氣「イオン」ニ就テ 星 羽 正 伸 (1)

「タロム」礦山従業員ノ健康狀態ニ關スル調査 林 信 治 (17)

製紙職工晝夜勤中ノ体重變化ニ就テ 山 崎 惠 三 (49)

炭礦坑内空氣「イオン」ノ衛生學的意義 (第一報) 竹 田 義 治 (96)

抄 録

高温ニ對スル馴化ノ問題ニ關スル考察 船中壽彦ノ血腫ニ就キテ
..... 勞働者ニ對スル運動ノ影響

會 報

發台式定ニ總會——協會規約——台員名簿——台 計——人 事

昭和 13 年 3 月

北海道産業衛生協會

五〇 北海道に於ける監獄部屋の状況と
此に發生する犯罪の特殊性に就て
久保 忠 夫 (北海道)

五一 血痕新舊鑑別に對する一知見補遺
連水 寅一 (京市)
橋本 正之 (京市)

余等ハ其反響検査の目的を以て採りたる血液留血法の時採りたるもの、或は自己の血液を減菌白色ガーゼに可及的平等に浸潤せしめ、之を室温に五日乃至九十五日放置し、實驗に臨みてその内より一圓平方の薄片を取り之を出来る限り細く裁切し、三・〇時間の食鹽水に浸漬し時々之を振盪してガーゼ片の各纖維が完全に分離するに到りて止め、二十四時間放置し後可検液を識別し、所定の濃度の適當量を加へ「ミコスヘモメター」を以て、可検液中の血色素量を測定し、血痕はその経過時間と共に可溶性を減じ従つて可検液内の血色素量も減少して行く事を知つた。
従つて本法に依つても或点までは血痕の新舊を鑑別する事が出来よう
と考へ敢て茲に之を報告する所以である。(自抄)

日本法醫學會第十八次總會演說要旨

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

－ 職場での心の健康づくり対策の現状 － 北海道労働局との共同調査

〈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12年8月に労働省から「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」（通称：メンタルヘルス指針）が示された。これまではどちらかというところと個人的問題として処理されてきた心の健康問題が、ようやく事業場として対応すべき公的問題として取り上げられるようになった。

平成14年労働者健康状況調査では、常用労働者10人以上雇用する民営事業所から約1万2,000人を対象として、心の健康づくりについても調査を行っている。今回、当センターの調査研究の一環として北海道労働局と共同で上記の厚生労働省の調査と一部同様の調査を行い、以下のような結果を得たので報告する。

2 対象と方法

2.1 調査対象

北海道内の常時50人以上の労働者を雇用している事業場6,032所を対象とした。

2.2 調査時期

調査時期は平成15年10月である。

2.3 調査方法

無記名の質問紙（1枚）を郵送して回答を求めた。回答票の返送用封筒は料金後納郵便扱いとした。

2.4 調査項目

調査の質問項目は、業種、労働者数、心の健康対策の実施、その内容、阻害要因、推進上のネック、休業者有無・数、疾患種類、増減の状況、症状による職場への影響、事業場外資源の利用等である。

3 調査結果

3.1 調査票の回収

回収された調査票を点検し、最終的に有効な回収票は、1,091枚であった。回収率は、18.1%となるが、若干の調査票の配達不能等があり、実質はこの数値よりは高いと思われる。

回収率が低い理由として、1)事業場におけるメンタルヘルスへの関心が低いところが多いこと、2)メンタルヘルスの問題を避けようとする傾向があること、3)督促状を出していないこと（無記名のため督促できなかった）が考えられる。

3.2 回答した事業場

回答した事業場の業種は、サービス業18%、製造業17%、建設業13%、運輸業9%等であった。この数値には業種の無記入10%を含む。平成8年の事業所・企業統計調査報告書の業種分布と比べ、大きな相違はみられない（図1）。

従業員数の規模では、50～99人が39%、100～199人が23%でこの2区分で半数を超える（図2）。1,000人以上という回答も9ヶ所みられたが、事業場と断って配布したのに関わらず一部に企業全体で回答したものが混じった可能性が考えられる。また、50人未満の事業場が20%含まれているが、名簿作成時点から年数が経っているため、その間に50人未満の事業場に縮小したところが少なかったと推測される。

3.3 心の健康対策の実施

1,091事業場中、心の健康対策に取り組んでいると答えたのは、330ヶ所、30%であった。取り組んでいないと答えたのは、587ヶ所、54%であった。

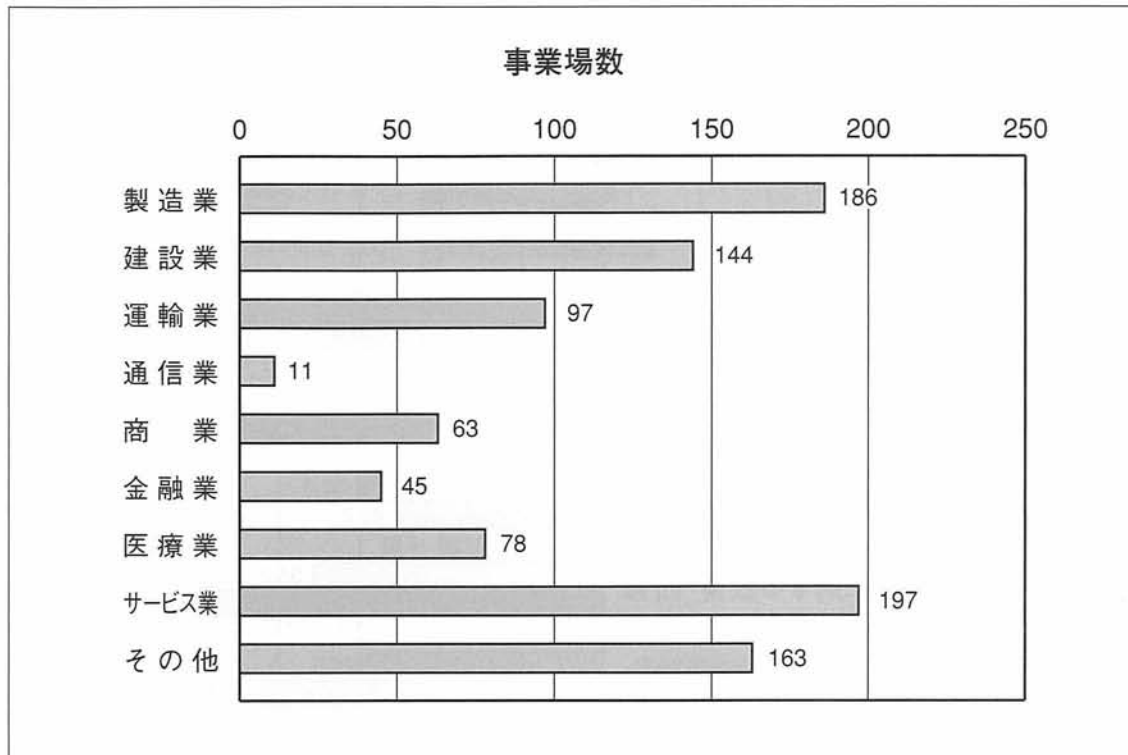


図1 業種別事業場数

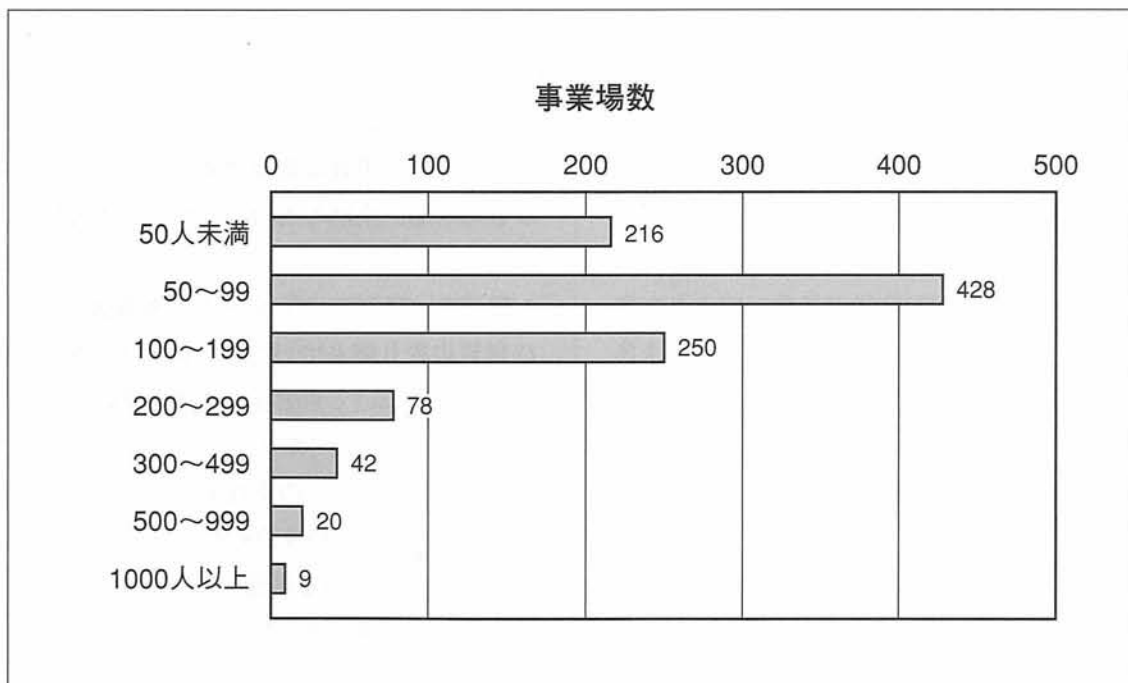


図2 従業員規模別事業場数

取り組みを従業員の規模別でみると、50人未満では22%の取り組みで、規模が大きいほど取り組みの率が増加し、500人以上では62%になる。業種別では、通信業、金融業で高い。

後述のとおり「心の健康問題」で休業者がいる事

業場は88ヶ所あるが、その56%が対策に取り組んでいる。一方、休業者がいない事業場では、29%しか取り組んでいない。事業場の規模が大きいと休業者が出る率も高くなるという理由もあるが、規模が小さい事業場でも休業者が出たところは取り組み率が

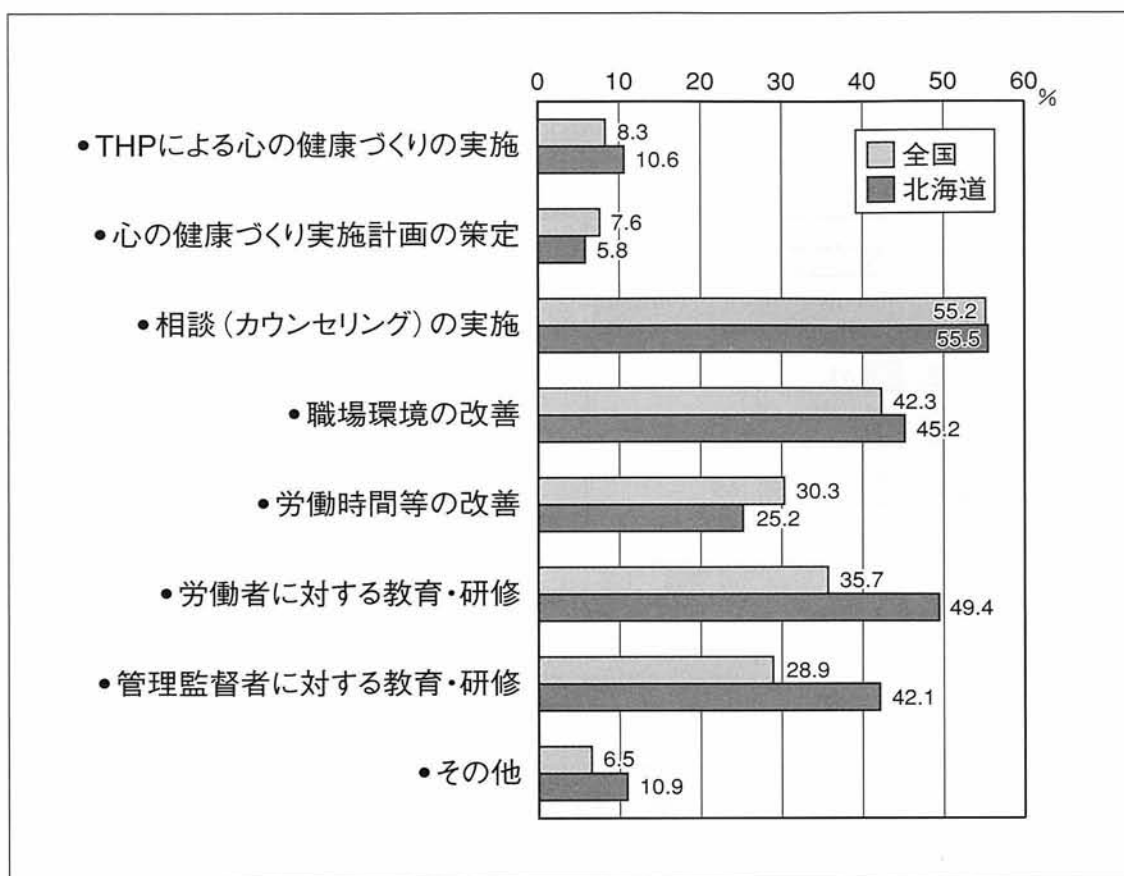


図3 心の健康対策取り組み内容の事業場割合（北海道と全国比較）

高い（例えば、50～99人の職場428ヶ所中、休業者が出た20ヶ所では60%が取り組んで、100人以上の職場399ヶ所中、休業者が出た55ヶ所では58%が取り組んでいた）。困った経験の有無で対策の実施率に大きな差が出るということは、まだ予防に関する広報活動が不十分であるためと考えられる。

3.4 取り組んでいる対策

取り組んでいる対策としては、「相談（カウンセリング）の実施」が55%、「労働者に対する教育・研修」が49%、「職場環境の改善」が45%、「管理監督者に対する教育・研修」が42%であった。全国で実施された厚生労働省の労働者健康状況調査（平成14年）と比べ、ほぼ同じ割合であるが、北海道では「労働時間等の改善」が少なく、「労働者や管理監督者に対する教育・研修」が多く実施されている。

対策に取り組んでいないものも含めての項目では、「職場の環境改善」がもっとも多く、27%となる。次いで「労働者に対する教育・研修」の24%であり、メンタルヘルスに取り組んでいるという意識をもたなくても、職場の環境に対しては心の健康に有益で

実践していることを示している。難しい実施項目を掲げなくても手近な環境改善が、心の健康へとつながることを、実践の入口の一つとして周知し、活用してもらいたい。

3.5 取り組んでいない場合の阻害要因

対策に取り組んでいないと回答した587人がその阻害要因について6項目から選んでいる。もっとも多い項目は、「専門スタッフがいらない」と「取り組み方がわからない」のそれぞれ40%である。「労働者の関心がない」というのも24%にみられる（図4）。

3.6 取り組んでいる場合の推進上のネック

対策に取り組んでいても困難な状況がある。それは何かを4項目できいた。もっとも多かったのは、「プライバシー問題」の45%であり、次いで「取り組みの効果が疑問」の34%であった。職場での心の健康対策は、人事問題としても注目され、プライバシーやその効果評価の難しさを秘めている。

3.7 心の健康問題での休業者等

現在「心の健康問題」のために休業している労働者がいるかをきいた。88ヶ所がいると回答し、その

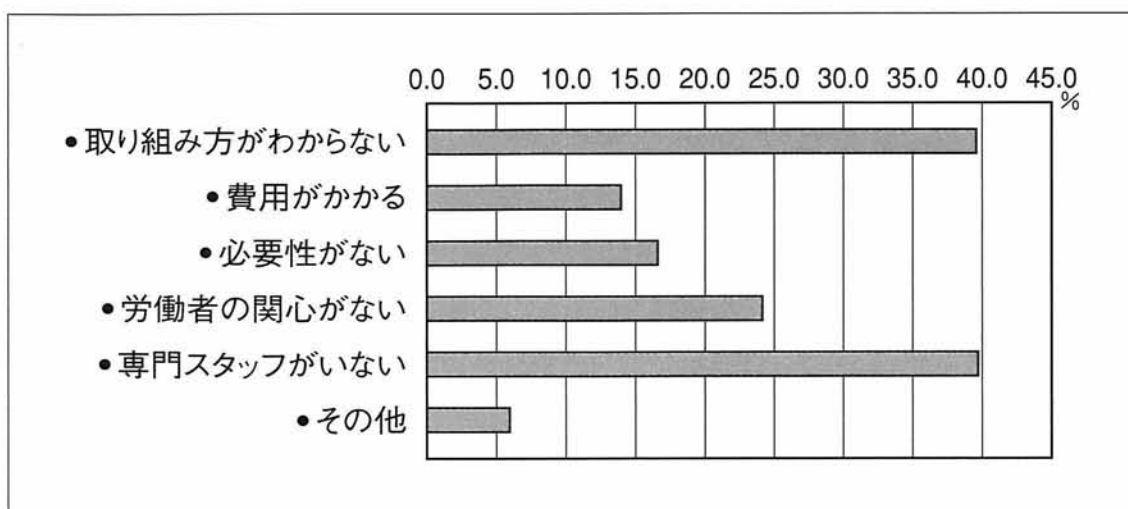


図4 取り組んでいない場合の阻害要因

うち58ヶ所は、1人という。複数「いる」ところは、23ヶ所で、合計111人であった。休業者の人数を回答した事業場の合計従業員数で有病率を求めると、従業員千人あたり0.94となった。当センターで行った平成13年度の調査では、0.56、14年度のそれは、0.70であったので、毎年増加の傾向と推定される。

心の健康問題でみられる疾患としては、第1位が「うつ病」、以下「神経症（ノイローゼ）」、「心身症」、「人格障害」、「統合失調症」の順となる。

この3年間に「心の健康問題」に罹った労働者の状況は、発症者なしが59%、変化なしが17%、増加したが12%、減少したという答は、わずか3%であった。

3.8 心の健康問題が悪化した場合の職場への影響

職場への影響でもっとも多いのは、「労災事故の発生」で49%、以下「生産性の低下」41%、「製品の質の低下」33%、「労働者の満足度の低下」29%と続く。

この項目では、対策に取り組んでいるところは、「生産性の低下」を1位に挙げ、取り組んでいない（検討中も含む）ところは、「労災事故の発生」を1位に挙げている。労災事故のような喫緊の対策が、取り組みのないところで重視されるのは、精神障害者に対するラベリング（偏見）があることをうかがわせる。

3.9 事業場外資源の助言や利用

事業場外の資源については、利用したことがあるとしたものが15%で、大多数は利用していない。ただし、対策に取り組んでいるところでは、39%が利

用したことがあると答えている。

事業場外の資源は、職場との良好なネットワークの存在が要件の一つである。今後、心の健康対策のために力点を置かなければならないと考える。

4 まとめ

北海道内の50人以上の事業場（調査時の名簿上）を対象に心の健康対策実施状況を調査した。

心の健康対策に取り組んでいると答えたものは30.2%であった。従業員が多い事業場で実施率が高い。もっとも影響があると思われる要因は、心の健康問題を経験したか否かであり、予防活動の認識を高めるために今後の啓蒙・広報活動が重要であると考えられる。

取り組みの内容については、取り組みを行っている群では、「相談（カウンセリング）の実施」の55%、「労働者に対する教育・研修」の49%が比較的多く行われている項目である。

対策の取り組みが行われていないと答えたものは、54%であり、その阻害要因として挙げられた項目に「専門スタッフがいらない」、「取り組み方がわからない」がそれぞれ40%であった。メンタルヘルスに対する具体的な接近法を工夫し、普及しなければならない。

まだ一般の企業では、メンタルヘルス対策についての認識が不十分で、いざとなったときに準備が不足していることが推測できた。良好なネットワークの形成が急がれる。

●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。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

《1月～3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 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 参与 清田 典宏(他)	20	札幌市 当センター会議室
衛 9	1月26日(水) ※26日、27日のいずれか1日を受講	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(体験日) 講師:北海道労働保健管理協会 参与 清田 典宏(他)	10	札幌市 北海道労働保健 管理協会
衛10	1月27日(木) ※26日、27日のいずれか1日を受講	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(体験日) 講師:北海道労働保健管理協会 参与 清田 典宏(他)	10	札幌市 北海道労働保健 管理協会
衛11	2月14日(月)	午後2時～4時	労災2次健診体験セミナー (講義日と体験日の2日間受講)	労災2次健診の検査項目の体験(講義日) 講師:北海道労働保健管理協会 参与 清田 典宏(他)	40	札幌市 当センター会議室

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12	2月16日(水) ※16日、17日のいずれか1日を受講	午後2時～4時	労災2次健診体験セミナー (講義日と体験日の2日間受講)	労災2次健診の検査項目の体験(体験日) 講師:北海道労働保健管理協会 参考 清田 典宏(他)	20	札幌市 北海道労働保健 管理協会
衛13	2月17日(木) ※16日、17日のいずれか1日を受講	午後2時～4時	労災2次健診体験セミナー (講義日と体験日の2日間受講)	労災2次健診の検査項目の体験(体験日) 講師:北海道労働保健管理協会 参考 清田 典宏(他)	20	札幌市 北海道労働保健 管理協会
衛23	2月17日(木)	午後1時30分～4時30分	労働衛生管理等研修会 (事業主セミナー)	コミュニケーションギャップはどう防ぐ? ー職場における豊かな人間関係を築くコツとはー 講師:ゆうカウンセリングオフィス 心理カウンセラー 神田 裕子	100	札幌市 ホテルKKR札幌

※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。

※衛23「2月17日(木) 労働衛生管理等研修会」の申し込み先は、「北海道労働基準協会連合会(TEL011-747-6141、FAX011-747-6238)」となりますので、直接北海道労働基準協会連合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
看14	2月2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2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
看15	2月9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3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
看16	2月16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4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

●「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 8	3月10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 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
医 2	2月7日(月)	午後6時～8時	労災医学研修	職業性呼吸器疾患Ⅱ 職業性腰痛の診断と治療 講師:美唄労災病院 整形外科部長 種市 洋(他)	50	札幌市 当センター会議室
医21	2月19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

※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)				
所属都市 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)

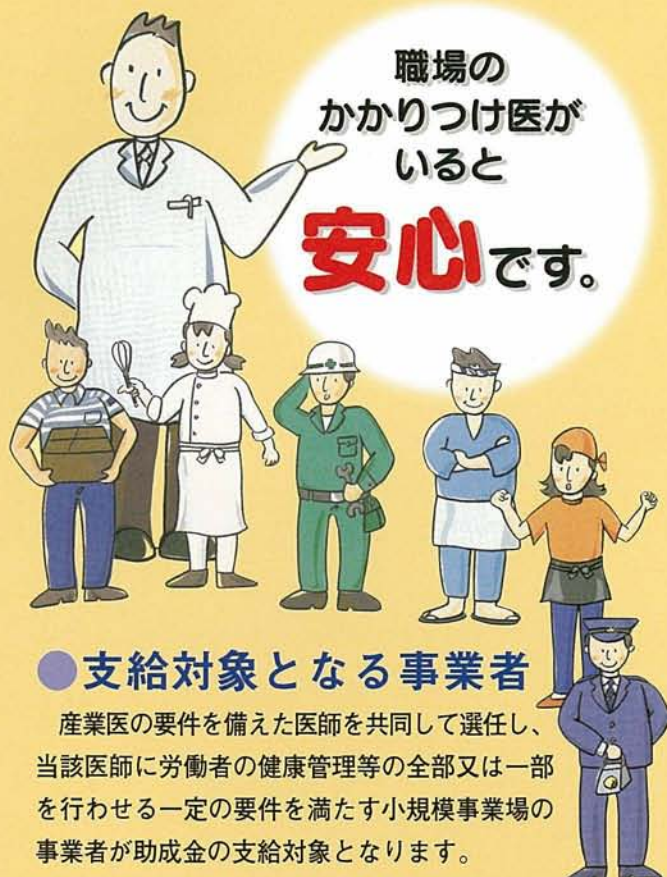
TEL (011) 726-7701 FAX (011) 726-7702

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

北の産業保健25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



●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

新年明けましておめでとうございます。
皆様方にとって、今年1年が良い年であり
ますよう心よりお祈り申し上げます。
昨年の北海道は、地震や台風の自然災害
が猛威を振るい多大な被害を受けました。
被災された皆様のご心痛はいかばかりか
と拝察いたします。
辛い出来事が多かった中で、駒大苫小牧
高校が夏の甲子園で優勝するという、道産
子の歴史に残る嬉しい出来事もありました。

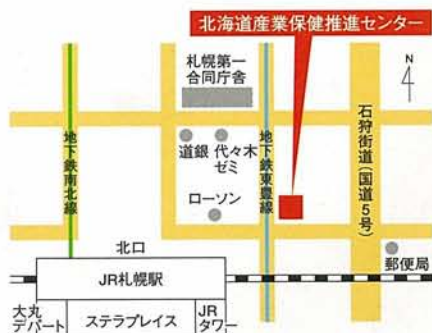
今年がどんな年になるのか予想すること
はなかなか難しいですが、1年の終わりに「今
年は良い年だったね。」とみんなが笑顔で言
えるような、そんな1年になれば願ってお
ります。

働く皆様が健康で明るい1年を過ごせる
よう、今年も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
様方のご支援・ご協力をよろしくお願い申
し上げます。
(副所長)

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

(半路医師会内) 倶知安町北1条東1丁目2 ☎(0136) 22-3108

北の産業保健 No.25

発行日/平成17年1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