

北の 産業保健

No.29

2006.冬

HOKKAIDO

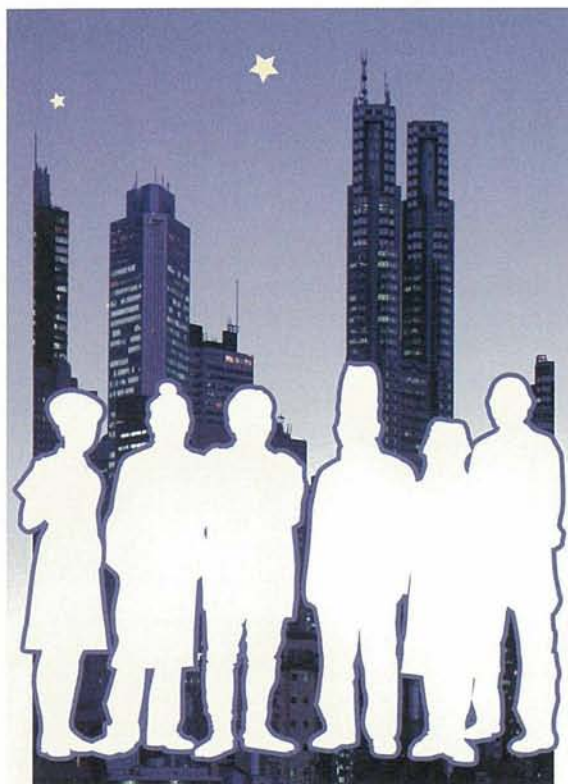


独立行政法人
労働者健康福祉機構

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)

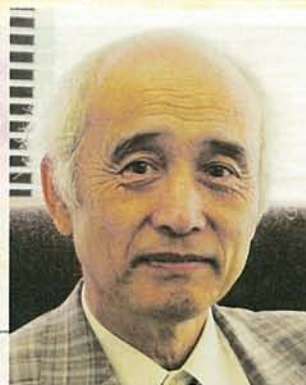
CONTENTS

「北の産業保健」第29号

巻頭言『日本の情緒的文化を世界へ』 三宅 浩次……	1
『新春のごあいさつ』 寺岡 忠嗣……	2
『慢性疲労研究のためのノート』 前原 直樹……	3
『分煙いやいや物語(1)』 福田 勝洋……	6
『セルフコントロール』 澤田 幸展……	9

働く人の予防医療……	13
産業医部会からのお知らせ……	14
地域産業保健センター便り……	16
地域産業保健センター相談日ご案内……	18
研修会・講習会・セミナーのご案内……	22

日本の情緒的文化を世界へ



北海道産業保健推進センター 所長 三宅 浩次

新しい年を迎えるにあたり、日本という国のことを考えてみました。

藤原正彦という数学者が「国家の品格」（新潮新書、2005年）という時機を得た日本人論を書いている。時機を得たというのは、いまや多くの日本人が金銭至上主義に取りつかれ、かつての美德を忘れ、自分の行っていることを卑怯とも下品とも、あるいは恥知らずとも思わなくなってしまったということがある。何でも理屈で済むと思うかもしれないが、理屈というものは徹底すれば結局破綻する（ゲーデルの不完全定理という数学的証明もある）。帝国主義も資本主義も共産主義も自分だけは正しいという破綻した論理の結果、戦争を引き起こしてきた。自由や平等の概念も西欧文明が作り出したフィクションだという。それに引き替え、日本人が古くから引き継いできた感性、あるいは情緒は、趣を異にする。例えば、「もののあわれ」とか「惻隠（そくいん）の情」というのがあった。この情緒やそこから生み出された文化の形式こそ世界に通用する国の誇りである。著者藤原は、手垢にまみれた愛国心の代わりに、家族愛、郷土愛から始まる祖国愛という言葉を奨励する。また、今の日本に必要なのは、国家の品格を取り戻すことであるという。賛成である。

* * *

なお、同種の議論として宗教哲学者の山折哲雄の「日本文明とは何か、パクス・ヤポニ

カの可能性」（角川叢書、2005年）というのがある。やや読みにくい本ではあるが、一つの本質をついている。パクスとはラテン語の平和である。パクス・ロマーナ（古代ローマの平和）には征服後に維持する平和という意味がある。ところが、平安時代350年、江戸時代250年の平和は、どこの国にも例を見ないものだという。そこには無常観が底流にある。平家物語の「祇園精舎の鐘の声、諸行無常の響きあり」という冒頭の一節を思い出してみよう。無常の意味するところには、物欲や生死を越えた深い人生観がある。この日本には他の国には見られない独特の文化が育った。それらは、この平和な時代、パクス・ヤポニカから生まれ、洗練されてきた。

日本文化として思いつくものを挙げても、能、歌舞伎、茶道、華道、和歌、俳句、川柳、書道、日本画、柔道、剣道、空手道、各種話芸など、いずれも心を和ませ、精神世界を深めさせる何ものかがある。いまや世界中で起っている紛争は、人間としての情緒を忘れ、勝者による押し付けがましい非情の論理に原因がある。敗者に対する「惻隠の情」など見られず、怨恨だけを残してゆく。このようなときこそ、日本の「もののあわれ」を理解する情緒的文化を世界に広げて行こうではないか。



新春のごあいさつ

北海道労働局長 寺岡 忠嗣

新年おめでとうございます。

昨年10月に北海道労働局長に就任いたしました。

全国的には景気は緩やかに回復しており、雇用情勢も完全失業率、有効求人倍率とも改善傾向を示しておりますが、北海道におきましては、景気は横ばい圏内にあり、依然厳しい雇用情勢が続いております。

新年が、本道にとって好機に転じる年となることを祈念致しております。

さて、去年は、過去に石綿製品を製造し又は取り扱う作業に従事していた労働者だけではなく、石綿製品を製造する事業場の付近住民にも、肺がん、中皮腫等の健康障害が発生していることが明らかとなり、石綿による健康障害が社会的に大きな関心を集めた年でありました。

石綿につきましては、従来から特定化学物質として健康障害予防のため、製品の製造等を厳しく規制してきており、昭和50年には建築物等への吹き付けを原則禁止としたほか、平成7年に石綿のうち特に有害性の高いアモサイト（茶石綿）及びクロシドライト（青石綿）を含有する製品の製造等を禁止し、さらに平成16年10月よりクリソタイル（白石綿）等を含有する石綿製品の大部分について製造等を禁止するなどの措置を講じた結果、石綿及び石綿製品の輸入量等は大幅に減少したところです。

しかしながら、ご承知のとおり、石綿はこれまで様々な産業分野で、広く用いられて来ておりますので、今後は、過去に石綿を取り扱っていた労働者に対する健康管理の充実を図るほか、現に石綿等を使用している建築物等の保守管理や解体等の作業に対して、昨年施行された石綿障害予防規則に基づき、労働者の石綿ばく露防止と健康管理

について徹底を図ることとしておりますので、産業保健関係者の皆様のご協力をお願い致します。

一方、わが国の産業構造の急速な変化に伴う労働態様の変化と成人病関連の基礎疾患をもっている者の増加を背景として、長時間等の過重労働による脳・心臓疾患の労災認定が多数に上ってきており、また、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ますが、これらが益々拡大する傾向にありますことから、労働者の心身両面の健康確保対策の重要性が高まっております。

このような状況に対処するため、厚生労働省では、これまで「過重労働による健康障害防止のための総合対策」及び「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」等に基づき過重労働・メンタルヘルス対策を推進してまいりましたが、先の特別国会において、これらの対策の一層の充実を図るため、長時間労働者等の健康を保持するための措置を充実強化すること等を内容とする労働安全衛生法の改正がなされたところです。

この法律は本年4月1日から施行することとされております。これにつきましても、円滑な施行に向け、ご協力をお願い致します。

このほか、北海道労働局では、「誰もが安心して働ける環境づくり」を行政の重要課題として、大幅に増加している労働条件に係る申告や個別労働関係紛争相談に対する迅速、的確な処理を図っていくことや、労働災害防止のための施策を含めて、引続き、労働基準、職業安定、雇用均等行政を、総合的、かつ効率的に展開していきたいと考えておりますので、今後ともご理解とご協力のほどよろしくお願い致します。

慢性疲労研究の ためのノート

(財)労働科学研究所・所長 前原 直樹

1. はじめに

わが国の「三人に一人が慢性疲労」との調査成績¹⁾がある。この調査では、疲労の有無を「現在疲労を感じる」「過去1年に疲労を感じた」「疲労はない(現在および過去1年ともに疲労を感じたことはない)」で聞いた。「現在疲労を感じる」と答えた割合は58.1%であり、疲労を感じた期間が「5ヶ月以下」が22.3%、「6ヶ月以上」が35.8%であった。「子どもの頃から疲労がある」という人を除き、現在疲労を感じている期間が6ヶ月以上継続している疲労を「慢性疲労」としたので、その頻度が35.8%を占めたというのである。疑問が残る結果である。

回答者の1/3以上が答えた「慢性疲労」とはいかなる状態なのであろうか。「現在疲労を感じている」と応答した約6割の中の半数が感じているこの「慢性疲労」とは問題がある状態なのかどうか、問題があるとすればどのような性質の問題なのか、などを詰めていくことで筆者の疑問も払拭されるかもしれない。また、何故、6ヶ月以上も続き疲労を感じると答えた人が多かったのか、という基本的な課題にも接近できるかもしれない。昨今、疲れ、疲労を巡る問題が再び社会的に関心をもたれてきている。その中心は慢性疲労、慢性的な疲れである。研究の上でもトピックスとなっている。そこで、この小論ではこれまでのわが国の産業疲労研究と筆者らの最近の研究を整理しながら、慢性疲労論の構築に向けての研究ノートを試みる。

2. 産業疲労研究の到達点は何か

疲労は活動に伴って表れ、そのときどきの休息によって回復可能なものであるため、本来は自然でしかも生理的な範囲の変化であるといえる²⁾。

この疲労が、2002年度の厚労省調査³⁾によると「普段の仕事での身体の疲れの程度」で「とても疲れる」割合が14.1%、「やや疲れる」58.2%で、合わせて72.2%(1997年度は72.0%)を示し、「神経の疲れ」も1997年度調査で74.5%を示していた。内閣府の調査⁴⁾では、「普段

肉体的な疲労」を「感じる」割合が61.3%であり、「普段精神的な疲労、ストレスを感じる」割合が55.0%となっている(2003年度)。

そもそも生理的な範囲の疲労性の変化を何故、我々は改めて問題とするのであろうか。また、6割〜7割という疲労感の頻度はそもそも多いのだろうか、少ないのだろうか。このような問いを詰めていくと、我々が疲労現象を把握する目的は何かということに行き着く。

仕事や生活での疲労を取り上げ、問題とするということは、疲労を引き起こす要因の側からその仕事や生活の具体的なあり方を点検し、改善することになるのだろう。また、疲労性の変化が問題となるような仕事や生活状態を現に作り出し、また近い将来作り出す可能性が高いからこそ、我々は疲労を問題とするのではなかろうか。

だとすると、日々生じている疲労が「問題となるほどの過度なものか否か」を把握し、評価することが重要となる。実生活での疲労性の変化は、直線的、進行的に悪化するわけではなく、その疲労性変化のさらなる進行を止めようとして、仕事の場面での工夫や生活上の配慮など様々な対抗策が取られるのが普通である。その時の仕事や活動から、またそれ以降に行うのであろうことまで含めて、“このまま活動を続けたらへたばるな”とか“この程度の活動が続くのなら何とかなるな”などの“予測”をしながら、我々は全体的な活動の調整をしているといえる²⁾。

仕事や生活の場面で数々の活動上の調整を行いながらも、その途中の休憩・休息や睡眠などが不十分のためにその疲労が回復しないまま進行することがある。このような疲労状態を我々は過労(over-fatigue)といっている。過労という状態は、疲労の程度が著しいとか、疾病の前段階や何らかの疾病に伴う心身状態であると定義されるもではなく、「休息や睡眠によって容易に回復するという疲労の可逆性の性質が失われた状態⁵⁾」をいうのである。問題となるのは、休憩・休息や睡眠が不十分のためにその疲労が回復しないまま進行し、仕事の効率を

低下させたり、事故を誘発させたり、様々な健康上のリスクを増加させたり、家族生活や社会生活が満足に過せなくなるからである。

では、どのようにすると問題となるような状態の把握が可能となるのであろうか。心身の変化を観測し、その変化が疲労性の変化であると判定するためには、その変化が回復するのか、回復しないまま進行するのかを仕事や生活の時間的な推移の中で捉えることが必須となる。つまり、心身変化を時間・時刻推移の中で捉えるとともにそれを過労状態の中で把握することが必要となる。疲労性の心身変化は、人の特性などにより基本的に規定されているわけではなく、あくまで活動や仕事の遂行に伴って生じ、「休息や睡眠、さらに休養を欲求する人間の状態」として把握することが必要で、重要となるということを意味している。

そのため、これまでの産業疲労研究では、疲労発生の時間的経過に沿い、休息欲求の時間的・時刻的区分から見ると捉えやすいとされ、急性疲労や亜急性疲労の日内性疲労、日を跨ぐ日周期性疲労、慢性疲労と分類し、疲労の観測・判定が行われてきた⁶⁾⁷⁾。一方、疲労判定のために、能率、安全、健康、生活のどの社会的・生活的価値を重視するかは、疲労の時間的区分のほかに、仕事内容や形態の違い、疲労に対する社会的要請の変化によっても異なってくる。現在のわが国では、常日勤者の場合では、毎日の労働による疲労が土日の休日に回復できるかが重要となっている、との判断から、「週内性疲労」が新たに提案された。交代勤務の場合には、一勤務週の後休日までのサイクルとなる。そのため、より一勤務週を意識した区分として、日内性一日周期性一週内性という区分が提唱され、週内性疲労を超えた期間にわたる区分として慢性疲労が提唱されている⁷⁾。

3. 今日のわが国の職場や仕事では何が問題となっているのか

現在、職場では過重労働対策が焦点となっている。第162回通常国会に引き続き第163回特別国会ではこの施策を促進するための「労働安全衛生法等の一部を改正する法律案」が審議されている。過重労働による健康障害防止対策として、長時間労働の抑制とハイリスクグループに対する産業医等の医師による保健指導が省令で想定されているが、この際の面接指導の対象者が焦点となっている。2002年の「過重労働による健康障害防止のための総合対策」では月間45時間以上の残業時間の健康対策を提起し、少なくとも「45時間以上の労働者に産業医が助言指導、80時間以上の労働者で産業医の面談指導」を求めた。行政的には月間80時間以上の残業時間が「過労死認定」のラインとされているが、週60時間以上の労働時間（月80時間以上の残業に相当）の割合は、2000年の16.4%から2004年には17.5%と増加している⁸⁾。

このような実態の中で、「一日の仕事の疲れ退社後何

もやる気にならない」という割合は、残業時間が長くなるにつれ増し、50時間を越えるところで5割を超えている⁹⁾。最近の我々の調査結果でも「翌日までには回復している疲労」の割合が1992年から4年毎に58.8%、50.8%、49.0%と推移し、2004年には47.7%と減少、「休日には回復している疲労」が1992年では35.2%から1996年で41.1%となり、2004年でも41.3%と変わらなかったのに対して、「休日にも回復していない疲労」の割合は1992年の6.0%から8.2%、9.6%となり、2004年には11.1%と増加し続けている¹⁰⁾。

このように、昨今の産業現場での過重労働対策の焦点は、長時間労働、残業対策となっているが、視点を変えてみると、疲労対策、とりわけ慢性疲労対策が求められているといえる。

4. 慢性疲労研究の到達点

以上がこれまでの産業疲労研究の到達点とわが国の労働実態の概略であるが、次にこれからの課題について最近の我々の研究から検討してみる。慢性疲労研究がトピックスとなっているが、我々が何をどのように問題としていたかの履歴でもある。

1) 「睡眠不足」と慢性疲労状態の持続を観測・評価する方法の開発^{11)~14)}

慢性疲労状態の新たな観測・評価方法の開発で我々が重視したのは、疲労徴候を時間的・時刻的变化で捉えるだけでなく、生物学的に相反する意義を有する尿中17-Ketosteroid Sulfates (Sと略)と17-Hydroxycorticosteroids (OHと略)の動的平衡 (S/OHの値) から生体機能間のバランスを見ることで慢性疲労状態を測定・評価することであった。そのために、まず、勤務サイクルが5日の夜勤・交代勤務の看護師を対象として研究を進め、次に、実験的に睡眠脳波での睡眠構造と尿中S/OH値、主観評定などの各指標の関係を明らかにした上で、これらの指標を10日程度の現場調査に応用し、さらに数週間にわたる慢性疲労状態における新たな観測と評価法の開発へと繋げる計画とした。「睡眠不足」と慢性疲労状態を数週間にわたり観測・評価する初めての研究となった。

数週間にわたる慢性疲労状態では、労働日、特に勤務週の後半日において眠気や身体のだるさなどの疲労感の増大や熟眠感の低下が見られ、勤務や勤務後の生活に意識的な努力が必要となる事態が出現するが、睡眠時の尿中S/OH値も低下するだろうと想定された。また、休日でも主観評定や尿中S/H値は回復せず、機能低下が持続し、2日程度の休日では休息効果が認められないことも予想された。

2) 慢性疲労の発現・進展・回復プロセスの機序解明と予防に関する研究^{10) 15) 16)}

予防的な観点からも1ヵ月程度持続する疲労、ストレス状態の諸問題の解明が求められているが、疲労研究だけでなく、ストレス研究においても、慢性的な状態の実

態解明、その状態の観測法と評価方法および対策の立案・効果判定の研究は始まったばかりである。そのため、いかなる状態を慢性化と定義するか、労働と生活での徴候の特徴像は何なのか、慢性的な疲労・ストレス状態が発現し、進展する労働と生活における要因や条件は何か、個人要因がどの程度関与しているかなど解明すべき点も数多く残されている。そこで、これまでに開発してきた慢性疲労の観測・評価方法の開発を完成させ、これを用いて1ヵ月程度の調査期間の中で、慢性的な疲労・ストレス状態の発現や進展におけるリスク要因を解明した上で、予防対策研究へ進むことが企図された。

この研究では、慢性疲労を「数週間から数ヶ月の労働と生活の中で疲労が発現・進展し、数日程度の休日や休養があっても回復しない状態」と定義された。今日のわが国では、毎月のように3日程度のまとまった休日が配置されているが、週末の休日によっても日々の疲労が回復されず、また身体がだるく、疲れた感じがいつもするという訴えも多い。長時間の残業が継続し、休日が少なくなったりする事態が1ヵ月近く続いたり、夜勤・交代制の勤務サイクルが延長した場合、さらに睡眠を含めた生活の調整の度合いが整わないような場合には、3日程度の連続休日がとられた場合でも慢性的な疲労・ストレス状態が見られるのではないかと予想したのである。数週間にわたっての労働と休息のバランスが崩れ、疲労が慢性化した結果、中枢神経系を介して自律神経-内分泌系の回復不全状態が生じ、循環器機能や精神神経機能などが病的な破綻に至る過程が慢性疲労ではないかと仮説した。

慢性疲労の進展時には、業務遂行に伴う意識的な努力、睡眠不足の自覚、労働-生活過程における活動性の低下、疲労感の持続、感情的な不健康状態が観察されているが、慢性疲労時の生理機能の変化は、回復不全状態の前駆タイプであり、また回復不全状態が顕在している、さらに増悪型となっているなど類型化できるだろうとの仮説のもとでの研究が進められている。

5. 対策論から見た慢性疲労研究の課題

労働と生活の過程に現れる慢性疲労状態の変化を、慢性疲労の発現から疾病に至るフェーズ（回復不良フェーズ、回復不全フェーズ、器質病像移行フェーズ）として捉え、このフェーズ別の労働・生活条件を抽出し、進展過程を解明する必要がある。一方、疾病の発症事例の解析により、慢性疲労のフェーズ別の労働・生活条件の検討による器質病像移行フェーズの発現条件の解明も必要となるだろう。これらのアプローチにより、各フェーズにおける労働と生活条件、とりわけ業務が集中した条件に伴う休息や睡眠、さらに休養と各フェーズの関係を解明し、対策の介入研究により慢性疲労の各フェーズの進展の抑止に有効な疲労回復策の検証を図る。これらが対策論の必要性から出てくる慢性疲労研究の課題であると

考えている。つまり、慢性状態をもたらす条件の解明、さらに慢性状態の回復策・予防策を検討することで、労働と生活における睡眠・休養策（個人的対策も含め）およびそれらを保障・支援する条件を解明し、その有効性を検証するという研究を展開しようという試みである。

慢性的な疲労・ストレス状態が問題となっている今日の労働状況では、循環器疾患やメンタルヘルスの予防対策として連続休日や長期および短期の休暇などでの休養のあり方が重要となるため、今後は、従来以上に労働者の生活の諸条件に関連した対策が必要となる。そのため、これまでのような健康の危険要因の解明のみならず、健康生成要因の側からの疲労回復策も重要となると考えている¹⁶⁾。

引用文献

- 1) 箕輪真澄ほか、疲労の実態調査と健康づくりのための疲労回復手法に関する研究—地域住民および医療機関外来受診者における疲労の実態、平成12年度厚生科学費補助金健康安全確保総合研究分野健康科学総合研究事業報告書、p 13—28。
- 2) 前原直樹、疲労の時間的推移、産業技術総合研究所人間福祉工学研究部門編、人間計測ハンドブック、東京：朝倉書店、2003：526—532
- 3) 厚生労働省大臣官房統計情報部、平成14年労働者健康状況調査の概況、2003年8月。
<http://www.whlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/kenkou02/index.html>
- 4) 内閣府大臣官房政府広報室、体力・スポーツに関する世論調査、平成16年2月調査
<http://www8.cao.go.jp/survey/h15/h15-sports/index.html>
- 5) 斉藤良夫、労働者の過労概念の検討、労働科学 1995：71（1）：1-9。
- 6) 小木和孝、疲労のとりえ方、考え方—1. 労働生活における疲労、2. 生体リズムの影響、3. 疲労要因と疲労反応、日本産業衛生学会・産業疲労研究会編集委員会編、新装・産業疲労ハンドブック、東京：労働基準調査会、1995：89-104。
- 7) 斉藤良夫、労働者の疲労の研究方法に関する諸問題、労働科学 2004；80（1）：30-37。
- 8) 平成16年度版厚生労働白書
<http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpax200401/b0054.html>
- 9) 労働政策研究・研修機構、日本人の長時間労働・不払い時間労働の実態と実証分析、労働政策研究報告書No.22、2005年。
- 10) 前原直樹、佐々木司、赤堀正成、アンケート調査による慢性疲労の出現頻度と特徴について、労働科学（投稿中）
- 11) 前原直樹、佐々木司、日本学術振興会科学研究費補助金基盤研究B（平成12-13年度）「慢性疲労の観測と判定方法に関する研究」（課題番号12470104）報告書、2002年。
- 12) 前原直樹、佐々木司、松元俊、日本学術振興会科学研究費補助金基盤研究B（平成14-15年度）「睡眠不足」と慢性疲労状態の持続を観測・評価する方法の開発」（課題番号14370149）報告書、2004年。
- 13) 前原直樹、出血タイプの脳血管障害の発症・進展に果たす慢性的な疲労・ストレス状態の役割、疲労と休養の科学 2004；19（1）：19-27。
- 14) 前原直樹、尿中17-KS/17-OHCSによる職場や仕事での慢性的な疲労・ストレス状態の評価、産業ストレス研究2004；11（4）：219-224。
- 15) 労働科学研究所、平成16年度文部科学省科学研究費補助金（特定奨励費）「慢性疲労の発現・進展・回復プロセスの機序解明と予防に関する労働科学研究」報告書、2005年。
- 16) 前原直樹、職場における循環器疾患予防のための労働と生活に係る対策、労働科学2005；81（3）：（印刷中）

分煙いやいや物語(1)

— 職場分煙の意義と進め方 —

久留米大学名誉教授(公衆衛生学)
(北海道産業保健推進センター 特別相談員)

福田 勝洋

I はじめに

北海道産業保健推進センターでは、種々の相談業務の一つとして職場での分煙に関する相談を始めることになり、分煙とは何か、分煙がなぜ国際的に認知されるようになったかなどを踏まえた上で、分煙は“いや”という意見や、“いやいや”分煙になじむという意見などにも耳を傾けながら、職場の分煙化事例を紹介し、職場での分煙について話し合う縁(よすが)を提供したい。

II 分煙と分煙の必要性

II-1 分煙とは

分煙という語はRepaceらが職場における受動喫煙の健康影響防止のための提言として、「別々の換気システムの採用により喫煙者と非喫煙者を物理的に完全に分離すること」をsegregationと表現したものに当てられた訳語(昭和62:1987年)であるが、現在はこれが広く空間のみならず時間的な分離にも用いられるようになっていく(平成14:2002年)¹⁾。たばこ行動計画検討会報告書²⁾(平成7:1995年)、公衆衛生審議会報告書³⁾(平成8:1996年)や厚生省次官通知「健康日本21」⁴⁾(平成12:2000年)で分煙が公的に使われている他、平成15:2003年5月施行の「健康増進法」⁵⁾第25条では、受動喫煙(室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされることをいう)を防止するために必要な措置として分煙の必要性を規定している。同年4月の厚労省通達⁶⁾では、分煙を「施設内の喫煙場所と非喫煙場所を、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れ出ないように分割すること」としている。

II-2 分煙の必要性

分煙の医学的必要性を一言で表現すれば、直接的には「分煙は、喫煙者の喫煙が非喫煙者に及ぼす受動喫煙による健康被害を防ぐために必要だから」である。さらに「分煙は、喫煙が社会的に容認された行動や習慣でないことを示し、喫煙習慣の獲得予防や放棄支援を間接的に補助し、喫煙による公衆の健康被害予防に寄与するから」である。

受動喫煙の健康への急性影響には眼、気道、心臓血管系の刺激や血管収縮などがある。

一酸化炭素濃度が戸外濃度より高くビル管理法基準10PPMより低い5PPMの低濃度室内環境中で受動喫煙実験すると、被験者の心拍数などの55分間の変化は有意でないが、自覚症状に基づく迷惑度点は時間と共に増加し、65db交通騒音による迷惑度点の場合と類似の影響が出る¹⁾。受動喫煙の慢性影響には表1のようなものがあり、非喫煙成人への影響には心筋梗塞や肺癌などがある¹⁾。リスク比とは「受動喫煙暴露者が受動喫煙非暴露者に比べて何倍その疾患になり易いか」を示す比で、1.0なら受動喫煙の影響はないが、1.0より大きい値になる程、受動喫煙の影響が大きいことを示す指標である。

分煙以外の喫煙対策が同様に必要なことを示す医学的根拠がある他、それにかかる医療費増や死亡増からくる経済的根拠なども蓄積しているがここでは省略する。

表1 受動喫煙による健康への慢性影響*

疾 患	リスク比	生涯死亡リスク**
妊婦の喫煙による自然流産	1.5-2.0	—
種々の受動喫煙妊婦からの低体重出生児	1.2-1.4	—
出生後受動喫煙による乳幼児突然死症候群	3.5	100人
18歳以下の気管支喘息	1.8-2.3	—
成人虚血性疾患	1.2-1.3	1,000-3,000人
成人肺がん	1.2	700人

*文献1より作成(原典は1997年米国カリフォルニア州環境保護庁報告書に基づく値)

**非喫煙者10万人当たりの受動喫煙による生涯死亡リスク

III 喫煙対策の類型と分煙の意義

喫煙対策の対象は個人、集団、地域住民など多様であり、目標は「喫煙習慣の獲得を防ぐ」(以下、防煙³⁾)、「喫煙者が喫煙習慣を放棄する」(以下、禁煙)、そして「非喫煙者の受動喫煙を防ぐ」(以下、分煙)の三本柱である。従って喫煙対策はその対象と主目標から四種類の類型⁴⁾に整理できると考える(表2)。

従来から自助的方法、クリニック的方法、集団的方法がある。IT技術の進歩に伴ってITカウンセリング法が加わり、職場喫煙対策や校内喫煙防止教育も試みられてきた。喫煙問題の全体的解決の観点から、これらの方法の有効性は概して限定的、短期的で効率もそれ程高くないとみなされる中で、5A(Ask, Advise, Assess,

表2 喫煙対策の種類

方法類型	方法名	方法の概要・例	主目標
自助的方法	自助禁煙法	禁煙希望者が自己管理法や禁煙補助具を活用	禁煙
クリニックの方法	禁煙カウンセリング法	クリニックで医師などが自助禁煙法を禁煙希望者に適用	
	ITカウンセリング法	電話やITを用いて医師などが自助禁煙法を禁煙希望者に適用	
	禁煙クリニック法	医師などが自助禁煙法やニコチン代替法を禁煙希望者に適用 American Lung Association: Freedom from Smoking Department of Health Human Service: 5A1s (5A法)	
	嫌悪療法	クリニックで医師などが急速喫煙法などを禁煙希望者に適用	
	鍼療法	クリニックで鍼灸師が鍼療法を禁煙希望者に適用	
	個人催眠法	クリニックで術者が自助禁煙法と催眠術を禁煙希望者に適用	
集団的方法	集団的禁煙法	術者が自助禁煙法を禁煙希望者の集団に適用 Seventh-day Adventist: Five-day Plan, Breath-Free Plan Smoke Enders: 同名プログラム	禁煙、分煙
	職場喫煙対策	企業、従業員、医師らが協力し、教育的方法、自助禁煙法を応用	
広域的方法	校内喫煙防止教育	生徒、教師、医師などによる喫煙防止カリキュラムを校内で実施 American Health Foundation: Know Your Body	防煙 禁煙 分煙
	地域喫煙対策	地域住民、医療者、マスコミ、NPOなどが協力し、講演、禁煙キャンペーン、自助禁煙法を地域住民に応用	
	国内外喫煙対策	立法・行政機関が防煙、禁煙、分煙のための公的諸施策を実施 健康増進法 WHO: Framework Convention on Tobacco Control	

註：・文献4)より改作

・表中の「禁煙」は喫煙習慣を放棄すること、「分煙」は喫煙場所を限定し非喫煙者の受動喫煙を防ぐこと、「防煙」は喫煙習慣の獲得を防ぐこと、を意味する

Assist, Arrange)法が、禁煙専門外来以外の一般外来用の効率的なクリニック的方法として勧められている⁵⁾。5A法に従った国内9学会合同禁煙ガイドラインが間もなく公表される予定である。

IV 日本で分煙が「健康増進法」により法制化されるまで IV-1 分煙への専門家の努力例

喫煙の健康被害を示す疫学的知見は20世紀中頃から見られたが、昭39：1964年米国公衆衛生総監諮問委員会報告書により、喫煙対策の必要性が国際的に認識され始めた。昭46：1971年、同総監は公共の場所の禁煙を提案²⁾し、翌年には初めて受動喫煙の健康被害を認め⁶⁾、昭61：1986年にも同趣旨の報告書⁷⁾を公表した。また、米国医学会など⁷⁾が院内禁煙を推薦し、世界医師連盟勧告(昭63：1988年採択、平9：1997年修正²⁾)なども発表された。

世界保健機関(WHO)は昭和45年以来、喫煙対策を行ってきたものの有効ではなかったため新対策に着手した。それはWHO初の国際条約で、第56総会(平15：2003)で採択し、平成17：2005年2月に「タバコ規制枠組条約」²⁾として発効した(表3)。

表3 世界保健機関(WHO)による受動喫煙対策

昭45：1970	第23WHO総会	受動喫煙防止対策開始
昭51：1976	第29WHO総会	喫煙対策立法勧告
昭61：1986	第39WHO総会	受動喫煙防止決議
平2：1990	第43WHO総会	受動喫煙防止立法決議
平3：1991	第44WHO総会	公共交通機関内受動喫煙防止
平5：1993	第46WHO総会	WHO庁舎内禁煙
平8：1996	第49WHO総会	タバコ規制枠組条約 準備開始
平15：2003	第56WHO総会	タバコ規制枠組条約 準備開始
平17：2005	2月27日	タバコ規制枠組条約 発効

日本では、北海道公衆衛生学会(昭和53：1978)や日本公衆衛生学会(昭和55：1980、平成3：1991)などで喫煙対策の必要性が認識され⁸⁾、健康日本21の公表以前に、複数の学会、研究会⁹⁾などによるその旨の見解や勧告類が出された(表4)。

筆者は日本がん疫学研究会と日本公衆衛生学会の勧告成立過程に関わったが、学会員の多数の協力を得ながらも公表までに前者で約2年、後者では少なくとも9年を要した⁸⁾。勧告類が喫煙対策の法制化に寄与した程度は不明であるが、それが専門家の社会的義務の一つであるとして行動した専門家は少なくなかったと思われる。一方、「健康日本21」発表後には国内で17ほどの勧告類²⁾が出された。受動喫煙訴訟に関する判決なども分煙の推進に寄与したと思われるがここでは省略する。

表4 健康日本21以前における国内専門家による喫煙対策勧告類

昭53：1978	第30北海道公衆衛生学会	喫煙抑制の必要性認識
昭55：1980	第39日本公衆衛生学会	喫煙対策の必要性認識
昭62：1987	厚生省公衆衛生審議会	「喫煙と健康問題に関する報告書」#
平3：1991	第50日本公衆衛生学会	学会による提言の提案
平5：1993	厚生省公衆衛生審議会	「喫煙と健康問題に関する報告書」改訂版#
平9：1997	日本呼吸器学会	「喫煙に関する勧告」
平10：1998	日本がん疫学研究会	「防煙、禁煙、分煙のすすめ」#
平11：1999	日本小児科学会	「小児期からの喫煙予防に関する提言」#
平12：2000	日本癌学会	「禁煙宣言」#
	日本公衆衛生学会	「たばこのない社会の実現に向けて」#

受動喫煙や分煙に明白に言及したもの

IV-2 国内外における分煙例

受動喫煙予防に相当する公的対策例を抜粋²⁾すると、米国では、アリゾナ州で受動喫煙予防のため公共の場所の喫煙制限(1973)、ミネソタ州で公共の建物が喫煙制

限（1975）、カリフォルニア州で職場喫煙規制法（1983）の他、1985年までに51州中35州（69%）の公共交通機関が禁煙となった⁶⁾。さらに、公衆衛生局舎禁煙化（1987）、6時間以内国内航空路線禁煙化（1990）、小児科・産婦人科診療所での喫煙禁止、郵政省局舎禁煙化（1993）、ニューヨーク市公共の場の全面禁煙（1995）などがあった。イタリアでは、病棟、教室、劇場、映画館、博物館、図書館、美術館などの喫煙を規制し（1975）、オーストラリアでは、連邦政府建物（1986）、国内航空便（1987）、バス（1988）を禁煙化した。タイでは非喫煙者保護法（1992）により、公共交通機関、学校、図書館、病院、ショッピングセンター、などを全面禁煙化した。

表5 国内における分煙化過程（抜粋）

大12：1923	運輸省 客車内禁煙
昭51：1976	日本国有鉄道 新幹線こだま号に禁煙車両
昭53：1978	厚生省 国立病院外来待合室の喫煙制限
昭56：1981	福岡市営地下鉄ホーム禁煙
昭57：1982	日本国有鉄道 特急列車の大部分に禁煙車両
昭59：1984	厚生省 医療機関でのたばこの煙への配慮指示
昭60：1985	名古屋市営地下鉄構内禁煙
平2：1990	都庁、福岡高裁・地裁に分煙庁舎
平3：1991	厚生省「喫煙対策の推進について」
平4：1992	労働省「事業者が講ずべき快適な職場環境形成のための措置に関する指針」
平6：1994	JR西日本全駅分煙
平7：1995	公衆衛生審議会「たばこ行動計画策定検討会報告書」
	厚生省「今後の喫煙対策について」
平8：1996	厚生省「公共の場所における分煙のあり方検討会報告」
	厚生省「公共の場所の分煙のあり方について」
	労働省「職場における喫煙対策のためのガイドライン」
平12：2000	健康増進法施行
	厚生省「新・職場における喫煙対策のためのガイドライン」

一方、国内での受動喫煙対策に相当するとみなされる対策を拾ってみると¹⁾、大正12：1923年の運輸省軌道運輸規定による客車内禁煙が最初ではなかろうか。その後、表5にみるような分煙が実施されてきた。

平成12：2000年の厚生省「健康日本21」や平成14：2002年の健康増進法で分煙の重要性が認知された。同年には厚生省健康局分煙効果判定基準策定検討会が「分煙効果判定基準」¹⁰⁾を示し、翌平成15：2003年の健康増進法施行とともに分煙化の方向性が明確になった。平成8年の労働省指針は廃止され、平成15：2003年5月、厚生省労働基準局長から「新・職場における喫煙対策のためのガイドライン」¹¹⁾として、空間分煙を前提とする喫煙対策の新たな進め方が示された。

IV-3 分煙への“あがき”経験事例

筆者が留学した米国某大学公衆衛生学部の講堂も昭和46：1971年当時は禁煙でなく、フィンランドからの留学生が、講堂ですぐ後に座って喫煙していた学生に対して、“Could you void it other way around?”（たばこの煙を私の方ではなく反対側に吐きだしていませんか）と訴えるように言っていた光景を思い出す。同大の講堂は翌年に禁煙となったが、当時の国内医学部は分煙ではなく

講堂や研究室内での喫煙は見慣れた風景だった。当時の太平洋航空路線に喫煙席と禁煙席の区別はなかったので、帰国後、航空会社に喫煙席と禁煙席の分離を要望したが、時期尚早との回答だった。

こだま号に禁煙車両が初めて設置されて2年後の昭和53：1978年、筆者らは分煙が全く行われていなかった札幌・小樽間の通勤列車乗客を対象に、分煙に関する意見を調査した。択一回答で、「全車両禁煙」、「喫煙車両と非喫煙車両を区分」、「区間・時間禁煙」、「個人の自由」、への該当割合は、それぞれ（非喫煙者13.8、喫煙者4.9）、（39.5、28.6）、（29.1、36.1）、および（17.7、30.4）%であった¹²⁾。因みに、昭和53：1978年と63：1988年に行われた世論調査では、他人のタバコの煙を迷惑に思う人の割合は63と65%で、喫煙制限を求める場所は医療機関29と91%、交通機関62と76%、学校20と54%など¹³⁾であった。同年に某大医学部公衆衛生学教室のセミナーや会議での禁煙を提案したところ、タバコは嗜好品だから行き過ぎという発言もあったが何とか聞き入れられた。この他筆者が分煙を要望した事例として、小学校運動会での保護者競技「たばこの火つけ競走」の中止申入れ（昭和56）、国公立大共通一次試験会場の分煙提案（昭和57）、某大教室同門会宴会の禁煙提案（昭和58）、北海道公衆衛生学会の禁煙提案（昭和59）、久留米市環境保全委員会の禁煙要請（昭和63）、労働省研究会の禁煙提案（平成3）などがある。このような筆者の言動は周囲から決して歓迎される雰囲気ではなかったが、筆者はこれらの体験から前述のような学会などによる勧告の作成に参画することになった。分煙・禁煙・防煙が“いやいや”だった越し方と健康増進法が制定された今日のあり様から、明日へ想いを馳せているところである。

次の分煙いやいや物語（2）では、職場の分煙対策について事例と共に紹介する。

文献

- 1 喫煙と健康に関する検討会：新版喫煙と健康、保健同人社、2002
- 2 健康・体力づくり財団：健康ネット、<http://www.health-net.or.jp>
- 3 三宅浩次ら：禁煙法、からだの科学、1980、93：103-107
- 4 福田勝洋：禁煙の手法とその評価法、日医雑誌2002：127；1019-1023
- 5 Fiore MC et al.: Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline, U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service 2000
- 6 U.S. Department of Health, Education and Welfare: Smoking and Health, U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1979
- 7 U.S. Department of Health, Education and Welfare: The Health Consequences of Involuntary Smoking, U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1986
- 8 福田勝洋：日本公衆衛生学会による“「たばこのない社会」の実現に向けて”宣言までの経緯、日本公衛誌、2001、48：425-428
- 9 日本がん疫学研究会：防煙、禁煙、分煙のすすめ、日本医事新報、1998、3896：37-40
- 10 厚生省：<http://www.mhlw.go.jp>
- 11 厚生省：<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/05/h0509-2.html>
- 12 福田勝洋ら：喫煙コントロールに関する意見調査、公衆衛生1980,44：586-590
- 13 厚生省公衆衛生審議会：喫煙と健康、第2版、健康・体力づくり事業団、1993



セルフ・コントロール

札幌医科大学医学部心理学教室教授 澤田 幸展

1. 生活習慣病と四つの遠因

生活習慣病という言葉を目にする機会が多い。一昔前まで成人病と呼ばれていたものと重なるところの多い、しかし、強調点を幼少時からの生活習慣に置いた言葉である。たとえば、高血圧は、そのもっとも典型的な種類といえる。平成8年に当時の厚生省が提唱したもので、いささかキャンペーン的色彩が強い。もっとも、それだから問題があるといっているのではない。下で述べるように、必ずしも病気の成り立ちと合致しない点に、読者の注意を喚起したいのである。

筆者はストレスと循環器の関係性を研究しているが、その立場から見れば、生活習慣病の遠因として少なくとも四つを挙げることができる。第一に体質遺伝、第二に年齢、第三に生活習慣、そして、第四にストレスである。これらが複合的に作用し、近因の引き金を引く（高血圧の場合なら、たとえば腎臓の働き方が変化する）という過程を経て、特定の疾患に結実するものと考えられる。したがって、体質遺伝が強く効く場合を別にして、どれか一つの遠因だけで病気になることはない。その意味で、生活習慣病という言い方は、主として第三の遠因にスポットを当てたキャンペーンなわけである。

高血圧を例に採り、それぞれの遠因について簡単に説明しておこう。第一の体質遺伝であるが、高血圧が発症するかどうかは、少なくとも30%程度までこの遠因に左右されるらしい。比較的体質遺伝の効きやすい病気と考えられる。次いで、第二の年齢であるが、高血圧は40歳代からの発症が一般的である。それ以前の比較的若年期に発症すれば、特殊な病気（たとえば、副腎の腫瘍）による可能性も否定し得ない。

さて、問題は第三の生活習慣である。具体的には、食事（嗜好品の摂取を含む）、運動、そして、睡眠である。周知のごとく、食事については、塩分摂取の多い少ないが最大の関心事とされて来た。実際、塩分摂取量と血圧の高さはある程度比例するといわれる。しかし、徹底した減塩療法によっても、高血圧の改善する人、変わらない人、かえって悪化する人と三通りあり、未だ分からない点も少なくない。次いで、運動については、減量療法が高血圧を確実に改善させることから、減塩療法以上に期待が持てるとされる。また、エアロビクスなどで健康度が上がると、ストレスに耐える力も高まるらしい。さらに、睡眠であるが、夜半前の快眠がことのほか健康によいことは、一般的な事実である。ただし、

体質的に（習慣的に、ではなく）朝型と夜型の人がいることから、一概にそうとはいえないのかも知れない。いずれにしろ、眠ったときに、血圧が杓（ひしゃく）形を描きながら十分に下がることが理想であるらしい。

最後に、第四のストレスである。ストレスの高い環境が一過性に血圧を上げやすいことは、経験的によく知られている。（ただし、「逆も真なり」ではない。つまり、高血圧に限らず、血圧の高い人が高ストレス環境下にいるとは限らない。だからこそ、四つの遠因であろう。）たとえば、戦争や自然災害・大規模事故などに巻き込まれた人は、そのあいだ血圧が高くなりやすい。あるいは、犯罪発生率の高い地域に暮らす人や、ストレスの強い職にある人（たとえば、航空管制官）も、そうなりやすい。加えて、ストレスを呼び込みやすい人は、血圧を高めやすい。たとえば、とにかく攻撃的で野心的な、いわゆるタイプA型の（ただし、アメリカン・ドリームを叶えるにはむしろ推奨されるタイプの）人が、そうである。このように、ストレスと血圧のかかわりは深い。だが、ストレス緩和療法がどの程度まで高血圧を改善できるかは、減塩療法と比べてもさらに不明な点が多い。

いま一度確認しておこう。上に記した四つの遠因は、複合的に作用して特定の疾患に結びつく。高血圧にしても、これが単独の要因で発症するとは考えにくい。たとえば、イヌに塩分とストレスを与えた研究によれば、これらを別々に与えても高血圧にはならなかった。だが、一緒に与えると、そうなったという。また、黒人の高血圧発症率は白人の約2倍といわれるが、彼らが慢性的な高ストレス状態にある（高ストレス地域に住んでいる、社会・経済的地位が低いなど）というだけでは、説明がつきにくい。体質遺伝もかかわっ

ているらしい。

2. セルフ・コントロール

このようにして、生活習慣病の発症と結びつく四つの遠因。体質遺伝、年齢、生活習慣、および、ストレスに対して、我々はどう対処すればよいのだろうか。前二者（つまり、体質遺伝および年齢）については、自らの親族に特有な病気の傾向を知り、また、歳の頃をわきまえて、気をつけるしか術はあるまい。いわゆるセルフ・コントロール（自己管理；養老孟司ふうにいえば、自ら手入れして改善を図る）の対象には、なりにくい。一方、後二者（つまり、生活習慣およびストレス）については、ある程度までセルフ・コントロールが可能である。したがって、四つの遠因といっても、前二者と後二者で、身の処し方はかなり異なって来る。

実際、生活習慣である食事（嗜好品の摂取を含む）・運動・睡眠のいずれを取っても、あるいは、ストレスを考えても、このことは当てはまる。そこで、お医者さんは高血圧と診断された患者に、「塩分を控えて、ストレスはためないで」と一声かけ、患者にセルフ・コントロールを勧める。だが、こういわれてセルフ・コントロールがうまく行くようなら、苦労はしない。生活習慣にしろ、ストレスにしろ、多くは体質や気質の遺伝を土台とし、その上に長年かかって積み上げられた結果である。決断一つでうまく行くほど、簡単ではない。

そこで、管理栄養士や運動療法士、そして、ストレス・カウンセラーといった（必ずしも、こうした名称で呼ばれているかは別として）、パラ・メディカルな専門家の助けが必要となる。たとえば、高血圧患者の肥満を解消したければ、管理栄養士や運動療法士の出番であ

る。職場環境がストレスで満ちていれば、あるいは、自らストレスを呼び込むたちなら、ストレス・カウンセラーに相談した方がよい。もっとも、肥満の問題にしても、部屋のカレンダーが食欲をそそったり、冷蔵庫の中が調理の簡単なファースト・フードで満ちていれば、なかなか解決に至るまい。心理学の得意とする、環境調整技法が必要となろう。逆に、ストレスの問題にしても、生活習慣の改善が先といったケースは少なくないはずである。

我々は、大抵の場合、「生きて、生活して、病気になる」。したがって、その手入れと改善に資するパラ・メディカルな専門家は、相互に情報のやり取りをしながら、総合的な改善プログラムに取り組んで当然なのである。私的な保険の発達しているアメリカでは、環境が人を作るという考え方（いわゆる、経験主義）のもと、保険の適用対象である限り、こうした治療を受けれる人もいる。しかし、我が国の場合、国民健康保険がこうした部分をほとんどカバーしておらず、医学教育——したがって、医師国家試験——にも、こうした要素は取り入れられていないのが現状である。

いずれにしろ、生活習慣病で入院を余儀なくされた場合、最悪の状態を脱するまでは西洋医学が効力を発揮しよう。しかし、「病院から出たときが治療の始まり」といわれるごとく、退院後は一にも二にもセルフ・コントロールなのである。これをおろそかにすると、数年間隔で同じ病気を繰り返すこととなる。それもそのはず、生活習慣とストレスは、入院前と何ら変わることなく、当人の眼前に立ちだかっているからである。たとえば、結核のように、原則的には「病院から出たときが治療の終わり」といえないところに、生活

習慣病独自の難しさがある。

3. リラックス法

癒し系が流行りである。波の音を聞いたり、柔らかな音楽に耳を傾けたり、お香を焚いたり、ストレス社会で日々を送る我々は、癒されたいと願っている。そこで、ここではストレスの緩和に役立つとされる、かなり本格的な二つのリラックス法を紹介しよう。その一つはヨーガ、いま一つは自律訓練法である。

ヨーガの元々の意味は、「車の轆（ながえ）に馬をつなぐ」ことである。そこから転じて、ヨーガとは、（轆につながれていない馬のごとく）雑念に満ち満ちた我々の心を、（轆につないで、手綱を締めるのごとく）注意集中によって統御することである。それによって三昧（ないし、涅槃、解脱）に至り、梵我一如（自分と宇宙の一体性）を感得して、輪廻転生の鉄鎖から逃れ出る。その結果、死後は天国にとどまり、二度とこの世に転生しなくなる、と古代インド人は信じていた。つまり、ヨーガは宗教であり、解脱のための登り道を修行の具体的技法として示したものである。

紀元前後に完成を見た古典的なヨーガは、坐法（呼吸調整を通じた精神の統御）を中心とし、体位法（呼吸に合わせた、ゆっくりした体の動き）は長時間坐るためのいわば整体法のような側面が強かった。その後、ヨーガが俗化されるにつれ、体位法を中心に精神の統御を為そうとする動的なスタイルが、13世紀頃に確立したのである。今日流行のハタ・ヨーガはこの部類に属する。しかも、我々が活用するときは、概してその宗教色を薄め、美容と健康に役立ちそうなものだけを選別するから、ヨーガ的な匂いがかなり抜けている。ちなみに、我が国伝統の座禅は、古

典型的なヨーガを受け継いでおり、年代的にはハタ・ヨーガの完成と同じ頃に花開いたものである。

ハタ・ヨーガでは、息をゆっくりと出し・入れしながら、体を動かし、筋肉を弛緩・緊張させて行く。そして、呼吸と筋肉に生じるこうした位相の変化に注意を集中する。（この動きから呼吸と注意を、とくにその集中を除けば、ストレッチ法に似て来る。）ただし、ヨーガで曲げ伸ばしの対象とされる膝・腰・首は、とかく傷めやすい。胃腸病にはよいかも知れないが、循環器・呼吸器の弱い人には負担となりかねない。つまり、健康法ふうにブレンドされてはいても、ヨーガは結構危ないのである。ヨーガ本来の目的からすれば、注意の集中が主として心の鎮静をもたらし、副次的に健康も増進する。こう見なして、心理学的視点から実習するのが望ましい。

次いで、自律訓練法である。これは自己催眠法（AがAにかける）の一種であり、ドイツの精神科医シュルツによって1930年代に完成された。他者催眠（AがBにかける）が有する健康増進効果に触発されたものである。他者催眠中には、手足が冷たくなるなどの特殊な暗示を与えない限り、手足の重たい感じと温かい感じ（四肢重温感）が、共通して生じるといわれる。

そこで、自律訓練法は四肢重感練習からスタートする。利き腕が右なら、閉眼安静で右腕全体にさりげなく注意を向け、「右腕が重たい」と自己暗示を1週間繰り返す。2週目には、「右腕が重たい」プラス「左腕が重たい」と重ねるから、2週目終了時には、「両腕が重たい」となる。以下、同様に繰り返すと、1か月を経過した頃には、「両方の手足が重たい」にまで至る。同じ要領で、2か月目には四肢重感に重ねて四肢温感練習

が行われ、「右腕が温かい」から始めて、「両方の手足が温かい」にまで至る。ここまでの四肢重温感が基本であり、それ以降は心臓調整、呼吸調整、胃部温感、および、額部涼感（温感でない点に注意）と4か月を要して、標準練習全6か月が完成する。

ここで、手足の重たい感じとは、あたかも操り人形の糸が切れたような、手足の脱力＝筋弛緩が、主観的にそう感じられるという事にほかならない。「右腕が重たい」と自己暗示をかけながら、暗示の実現を願ってつい能動的になると、右腕はむしろ緊張するが、それでも重たく感じられるのである。脱力するつもりが逆に緊張しても、主観的には重たく感じられるというあたりに、自律訓練法の難しがある。能動的注意集中ではなく、受動的注意集中が求められる所以である。なお、四肢温感に関していえば、主観的に温かく感じられたとき、たとえば、指先の皮膚温もいく分か上昇しており、主観と客観（ないし、心理と生理）のあいだに齟齬は生じにくい。

この科学的リラックス法を通じて体得されるものが、座禅（したがって、古典的ヨーガともつながる）で古くからいわれて来たいわゆる頭寒足熱（首から上が涼しく、首から下が温かい）とさほど違わない点は、誠に興味深い。ちなみに、ハタ・ヨーガでもっとも難しいのは、体操選手のように両手だけで体を浮かせて支える、いわゆる孔雀の体位ではなく、死者の体位であるといわれる。さまざまな体位をやり終えた最後に、床の上にだらんと横になり、（死んだ直後のように）筋肉の力を完全に抜くのが、究極とされるのである。この意味で、ヨーガも自律訓練法も、目指すところは似ている。ヨーガ聖典に曰く、「心作用の止滅」である。

働く人の予防医療

勤労者の方々の健康づくりに、私たちは適切なアドバイスができます。

勤労者予防医療センター・勤労者予防医療部は、勤労者の方々の健康づくりをサポートします。

労働者健康福祉機構では、労災病院に「勤労者予防医療センター」「勤労者予防医療部」を設置しましたここでは、次の指導等を実施することにより、勤労者の方々の健康づくりをサポートします。

1 勤労者の方々を対象として、健康診断結果等に基づいた健康管理のための健康相談及び保健指導（生活・運動・栄養指導）を行います。

- 生活指導〔喫煙、飲酒などの習慣や不規則な生活の改善についての指導〕
- 栄養指導〔食事のバランスなど食生活の改善についての指導〕
- 運動指導〔健康状態や体力に合った運動（実践）指導〕

2 勤労者の方、ご家族、企業の健康管理者の方等を対象として、疾病の予防及び症状の改善、増悪防止のための講習会を行います。

また、勤労者予防医療センターでは、

3 産業医、二次健診等給付を行う病院等の医師、保健師に対するスキルアップのための研修会を実施します。

※料金はいずれも有料となります。

●各種相談・指導、講習会、研修会には、医師・栄養士・理学療法士・保健師などの専門スタッフが対応します。

こんな時にはお早めにご相談を！

〈勤労者の方〉

- 生活習慣に不安がある。
（不規則な生活、偏った食生活、運動不足など）
- 糖尿病の予防について、知りたい。
- 自覚症状はないが、定期健康診断の結果で標準値より高い項目があった。
- 最近、血圧が高いので心配だ。
- 肥満気味である。
- 高脂血症が動脈硬化に進むと聞いたが、何を注意すればいいか。

〈会社の方〉

- 従業員の方の健康管理に力を入れたい。
（健康な職場づくり）
- 疾病の予防に関する知識を習得し、職場の健康管理に役立てたい。

お問い合わせは

岩見沢労災病院 勤労者予防医療センター
〒068-0004 岩見沢市4条東16丁目5番地
電話0126-22-1300(代)

美唄労災病院 勤労者予防医療部
〒072-0015 美唄市東4条南1丁目3-1
電話0126-63-2151(代)

釧路労災病院 勤労者予防医療部
〒085-8533 釧路市中園町13-23
電話0154-22-7191(代)

産業医部会便り

産業医のキャリア形成

財団法人 北海道労働保健管理協会 健康管理部部長 川崎 能道



「産業医をやってみたい」と思ったときに、以前は医師であればすぐに産業医としての活動ができたのですが、平成8年に労働安全衛生法の改正があり、現在は産業医の専門性の確保のため、次の条件を満たしていないと産業医としての活動を行うことができません。

- 1) 厚生労働大臣の指定する講習の修了者（下記の2種類）
 - a) 日本医師会が行う産業医学基礎研修50単位
 - b) 学校法人産業医科大学が行う産業医学基本講座
- 2) 労働衛生コンサルタントの保健衛生区分の合格者
- 3) 大学の労働衛生に関係する講座の教授、助教授、講師
- 4) 平成10年の時点で3年以上の産業医の経験を有するもの（ただし業種に制限あり）

実際は(1)a)日本医師会の産業医学基礎研修50単位を修了して、医師会認定産業医（平成17年10月現在で6万8千人を超えているそうです）の資格を得て活動している先生が多いと思います。50単位修了するまでの期間は、大体1年ぐらいかかると聞いています。私自身は(1)b)の産業医科大学の産業医学基本講座を修了したのですが、こちらは毎年4月から6月までの3ヶ月間の研修です。

さて日本医師会認定産業医の資格を得て産業医として活動を開始すると様々な壁にぶち当たります。というのも産業医には実に多様な業務、多様な業種があるからです。産業医の業務としては教科書的には、(1) 作業管理、(2) 作業環境管理、(3) 健康管理、(4) 総括管理、(5) 労働衛生教育の5つがあげられます。

実際に産業医業務を始めた場合には(3)健康管理から始める事が多いと思います。法律で決められた健康診断の事後措置として、医師の意見を述べる。この際健診結果で問題のない従業員の方であれば「通常勤務可」でいいのですが、例えば高血圧で未治療の場合、夜勤などの交代勤務は慎重な対処が必要となります。夜勤の禁止などの就業制限を加える場合には本人の了承を得ることが必要ですので、本人との面談の実施、また職場環境の把握のため職場巡視を実施して(2)作業管理(3)作業環境管理に関わる事となります。また、職場全体で高血圧の人が多くことが判明した場合には、毎月1回開催されます衛生委員会（通常は安全委員会と一緒に開催する安全衛生委員会）に出席した際[(4)の総括管理に該当します]、安全衛生委員会の委員に健康診断後の総括として職場に高血圧が多いという問題提起をして、対策として(5)健康教育を実施する(年1、2回)。というような流れで徐々に産業医としての実務経験を積んでいく先生が多いのではと思います。私自身の経験では、ある職場で、社員食堂の協力を得て給食の塩分を減らし高血圧の方が減少した経験があります。

ここで産業医の業務で欠かすことができないのが、産業看護職との連携です。嘱託産業医が限られた時間の中、全員との面談を実施することは普通困難であり、産業看護職の方の協力は不可欠であります。私の経験では、メンタルヘルス不全により休業になる率は、産業看護職がいる職場では、早い段階で産業医に連絡していただき面談を実施できるようにすることだと思います。産業医の職務の成否は、いかに産業看護職の援助をもらえるかだと思っています。

ここでメンタルヘルスという問題ですが、精神科の医師でない産業医の場合、最も避けたい項目のひとつだと思います。しかし産業医契約を結んで、すぐに事業所ないし本人から相談があることは精神科の先生でない場合にはまずありません。訪問頻度にも寄りますが、私の経験では最低1年は経過しないと相談されることはなかったと思います。事業所や従業員の方とのコミュニケーションが十分に取れたころ、徐々に相談されることが多いのが普通ですので、相談がこないといって悩む必要はありません。産業医を始めて数年目で相談がくることもあります。私の場合は、大学の同級生の精神科医や、産業医の先輩に相談しながらメンタルヘルスに悩む従業員の方や職場の衛生管理者との面談を繰り返して経験をさせて頂きました。

産業医として活動を開始して5年ぐらいたったところで、キャリア形成として労働衛生コンサルタント試験の合格が一つの目標となるかと思います。労働衛生コンサルタント試験は、筆記試験と面接試験の2段階に分かれ年1回実施されるのですが、医師の場合、ほとんどの方は日本医師会館で行われる産業医学研修会を3日間受講することによって筆記試験を免除してもらい、2次試験である面接試験から受験されると思います。面接試験は、東京または大阪で毎年2月初旬に実施されます。私自身は産業医を始めて1年で受験するという無謀なことをしたため、2回不合格となり、3年目の受験でようやく合格することができました。自分なりの産業保健に対する考えが形成されてから受験すべきだったと今は思います。

産業医選任の資格ではないですが、日本産業衛生学会専門医制度もあり、こちらは年1回、2日間にわたって実施されています。私も専門医の認定をしていただきましたが、産業医をしていく励みになりました。認定をしていただいた際に、「専門医認定は産業医のゴールでなくスタートライン」と言われたことが忘れられません。専門医試験の詳細については学会のホームページに記載されていますので興味のある方は閲覧してください

い。

産業医のキャリアとして最終目標の一つは、労働衛生コンサルタント事務所の開業となるのですが、実際開業された先輩産業医の先生の話を見ると、コンサルタントとしてより、産業医契約を結んで活動されている方が多いように思います。私自身はまだコンサルタント事務所を開いて生計を立てられるほどの技能も経験もなく、今後の目標の一つと思っています。

産業医として活動される場合には、一人ではいろいろ悩むことも多いのですが、私の場合、経験豊富な産業医の先輩の話を研修会の講演などで聞いたり、大学時代の友人や、先輩・後輩に相談することが大きな支援となりました。外科医の上司の先生には、「先輩の仕事を盗め」と教わりましたが、例えば従業員の方との面談の場に産業医でない医師が同席したり、安全衛生委員会に出席することは実際には難しく、私自身も直接教わることもよりも間接的に教わってきたことが多いように思います。こういった直接・間接的な経験豊富な上司や先輩（メンター）による未熟なものへの支援（精神的支援を含む）をメンタリングといいますが、産業医のキャリア形成では重要な事項だと思います。日本産業衛生学会の産業医部会では、様々な研修会等を実施しています。法律改正の動きや最近のテーマである「過重労働」や「メンタルヘルス」などの研修会に参加することは産業医活動をするうえで大きな助けとなりますので産業医部会への加入をお勧めします。

最後にまだまだ未熟な産業医の拙文にお付き合いいただきありがとうございました。

問い合わせ先

日本産業衛生学会北海道地方会事務局
〒060-8638 札幌市北区北15条西7丁目
北海道大学大学院医学研究科
予防医学講座公衆衛生学分野
Tel 011-706-5068
Fax 011-706-7805

こんにちは 帯広地域産業保健センターです

帯広地域産業保健センター コーディネーター（労働安全・衛生コンサルタント） 佐藤 司

はじめに

帯広地域産業保健センターは平成8年7月に開所して早いもので10年目を迎えております。

私は皆様方のご協力とご指導のもとにコーディネーターとして活動させていただき3年を経過いたしました。

さて、当センターはセンター長 塩野 恒夫（帯広厚生病院副院長）、副センター長 前田 修一（黒澤病院理事長）、事務局長 菅原 敏人（帯広市医師会事務局長）をはじめ各災害防止団体などで構成された運営協議会のもとに、そして、帯広医師会、十勝医師会、各々の医師会所属産業医の先生方のご協力により事務局を帯広医師会館内におき小規模事業所で働く労働者に対する産業保健サービスを充実させ作業環境の整備を図り健康で働きやすい職場造りをご協力する目的で十勝管内一円事業を展開しております。



帯広地域産業保健センター長
塩野 恒夫

あなたの会社または個人的なことでお困りのことはありませんか!?

事業の内容は?

- 1、センター健康相談窓口 帯広医師会館内に「相談室」を設けてあります。事前にお申し込みの上、ご来訪下さい。
- 2、自院健康相談センター 帯広医師会館がご利用不便な方は、お近くの産業医のいる病院をご利用下さい。
- 3、個別職場訪問事業 産業医が直接事業場を訪問して、健康教育、職場巡視、作業環境改善指導、助言などを行ないます。
- 4、その他 電話による相談、健康情報などの提供、産業医共同選任事業、自発的健康診断（深夜業従事者）受診支援事業、二次健康診断等給付などの周知、勧奨協力、等…

利用者は?

事業者、衛生担当者、労働者本人など、どなたでも結構です。

相談内容は?

◎従業員の健康管理（健診事後措置、保健指導）、メンタルヘルス対策、過重労働健康障害防止 ◎有機溶剤・粉じん・騒音・振動などの職場環境改善対策 ◎パソコン、キーパンチャー従事者健康管理 ◎腰痛、石綿健康障害防止 ◎個人の健康と生活、ストレス、人間関係…等、産業保健に関するもの



冬の使者白鳥と十勝川



コーディネーター活動記

十勝の空はカリフォルニアの空といわれています。天高く澄み切った青空は米国カリフォルニア州の空にも優るとも劣らずそれは素晴らしく特に冬の日高山脈連峰とマッチした風景は十勝の人間ならでは味えないものです。そして、水がおいしい。一方、北海道内でも冬の寒さは厳しく陸別町は日本一「しばれる」町として知られています。冬の寒さが厳しければ厳しい程、春になれば花、木は一段と強く美しく咲き誇るものです。人間は冬になれば早く春の訪れを恋しがるものですが私もその気持ちを思いつつ日々地域産業保健センターの制度、趣旨説明、PR、利用促進など事業場訪問に奔走しております。帯広、十勝管内の中小事業場は約1万2,500箇所存在するといわれています。(労災強制適用) 私がコーディネーターとして訪問させて頂いた事業所は今日まで約250事業所の一握りですが大半は地域産業保健センターの存在が知られていないのが実態でした。まだまだPRが不足と感じた次第です。さまざまな事業所、又、相談がありました。いろいろと考慮して欲しい事業所、又、地域産業保健センターをご利用された相談者に利用後の感想を努めて聞いております。その中で私がコーディネーターとして感激した相談もありました。この両者の実例をご紹介します。

*考慮して欲しい事業所(例)

- ①事業者責務の健康診断実施が法的知識不足から実施されていない。
- ②健康診断実施後の有所見者の産業医からの意見聴集が理解不足から実施されてない。(健診やりっぱなし)
- ③過去に地域産業保健センターを利用したが決定的な対策にはならず意味がない、効果がないという事業所。(これは私共も反省、検討すべき事項かと思います)
- ④地域産業保健センターは医療行為ではないため、直接一般病院へ行っただろうが早い。(地域産業保健センターの位置付けが理解されていないと思います。私共の制度、趣旨説明不足も否めないかと感じます)

*感激した相談(例)

- ①建設業 事務員 女性40代 相談内容/胃痛に悩まされている、ストレスからか? 産業医の先生はいろいろと仕事の量、食生活などの指導にとどまらず生活スタイルにも時間をかけて指導をされたらしい。相談者は相談終了後、今までの何かにモヤモヤしていたものが取れてすっきりとした、何か眼の前が明るくなった、明日からの生活にも灯りがさしたようだと言われ大変喜ばれていました。
- ②自動車製造業 工員 男性20代 相談内容/事業廃止、合併、配置転換から体調不調、職場の悩みなどメンタルヘルス! 相談者は若く、深刻な状況だった。相談終了後、産業医の先生は私に「何かあったら夜でも構わないから電話をよこしなさいと私の家の電話番号を覚えておいたよ!」と言って下さったのには感謝したものです。もちろん相談者も大変喜んでいらっしゃいました。

コーディネーターとしての心構え

コーディネーターは事業場、相談者からの相談申し込みを受けて産業医との連携など迅速、円滑に運営できるように配置されていますが、私は更に相談者が相談し易い雰囲気を作りだすように心がけています。

利用促進に於いて、「健康保険証と初診料を持って病院へ行ったほうがいいよ」「何か裁判所へでも行くような感じだな」などと言われる方も過去にいらっしゃいました。産業保健の重要性、地域産業保健センターの存在位置、その利用にあたっては一般病院診察とは異なり産業医とマンツーマンで長時間にわたり相談を受けられることなどの利点などもPRしております。コーディネーターとしてまだまだ若輩者ですがおかげさまで私もいろいろと学ぶべき点もございました。今後ともご指導、ご鞭撻の程と積極的なご利用を心からお願い申し上げます。

今一度、見つめ直して造りあげよう、働く健康と快適職場!

(申し込み先) 電話/FAX(0155)26-9000番

帯広市東3条南11丁目2番地(帯広医師会館内)

無料です! お気軽にどうぞ!

地域産業保健センター健康相談(無料)のご案内

地域産業保健センターは、小規模事業場（労働者50人未満）の事業主や労働者を対象に保健指導・健康相談等の産業保健サービスを提供しています。

地域産業保健センターの事業は、厚生労働省の委託を受けて医師会が実施しています。

地域産業保健センターでは、働く方の健康を守るため、次のようなご相談に無料でお応えしています。ぜひご利用ください（相談内容の秘密は厳守いたします）。

- ◎健康管理全般について
- ◎健康診断実施後の保健指導について
- ◎職業性疾病対策について
- ◎衛生管理や衛生教育について

1月～3月の予定

各地域産業保健センターで実施している健康相談の予定は下記のとおりです。

健康相談は、都合により日程変更、会場変更、開催中止等となる場合がありますので、事前に各地域産業保健センターへお問い合わせください（各地域産業保健センターの所在地等は本誌の裏表紙をご覧ください）。

なお、下記に掲載されていない地域産業保健センターでも健康相談を実施していますので、詳細は各地域産業保健センターへお問い合わせください。

記

● 札幌東地域産業保健センター（Tel 011-373-6466 Fax 011-373-6295）

月 日	時 間	会 場	備 考
2月2日(木)	14:00～16:00	北広島医師会（北広島市）	
2月9日(木)	14:00～16:00	野幌公民館（江別市）	
2月16日(木)	13:00～15:00	恵庭商工会議所（恵庭市）	
2月23日(木)	14:00～16:00	上西外科クリニック（石狩市）	
3月2日(木)	14:00～16:00	北広島医師会（北広島市）	
3月9日(木)	14:00～16:00	野幌公民館（江別市）	
3月16日(木)	13:00～15:00	恵庭商工会議所（恵庭市）	
3月23日(木)	14:00～16:00	石狩南病院（石狩市）	

● 小樽地域産業保健センター（Tel 0134-22-4111 Fax 0134-33-9544）

月 日	時 間	会 場	備 考
1月11日(水)	12:30～15:30	小樽市医師会（小樽市）	
1月18日(水)	12:30～15:30	小樽市医師会（小樽市）	
1月25日(水)	12:30～15:30	余市経済センター（余市）	
2月1日(水)	12:30～15:30	小樽市医師会（小樽市）	
2月8日(水)	12:30～15:30	小樽市医師会（小樽市）	
2月15日(水)	12:30～15:30	小樽市医師会（小樽市）	
2月22日(水)	12:30～15:30	余市経済センター（余市）	
3月1日(水)	12:30～15:30	小樽市医師会（小樽市）	

3月8日(水)	12:30～15:30	小樽市医師会(小樽市)	
3月15日(水)	12:30～15:30	小樽市医師会(小樽市)	
3月22日(水)	12:30～15:30	余市経済センター(余市)	
3月29日(水)	12:30～15:30	小樽市医師会(小樽市)	

● 岩見沢地域産業保健センター (Tel 0126-20-2211 Fax 0126-20-2211)

月 日	時 間	会 場	備 考
1月12日(木)	14:00～17:00	岩見沢市医師会(岩見沢市)	
1月18日(水)	14:00～17:00	岩見沢市医師会(岩見沢市)	
1月25日(水)	14:00～17:00	空知南部医師会(栗山町)	
2月9日(木)	14:00～17:00	美唄市保健センター(美唄市)	
2月15日(水)	14:00～17:00	岩見沢市医師会(岩見沢市)	
2月22日(水)	14:00～17:00	夕張市医師会(夕張市)	
3月8日(水)	14:00～17:00	岩見沢市医師会(岩見沢市)	
3月23日(木)	14:00～17:00	岩見沢市医師会(岩見沢市)	

● 旭川地域産業保健センター (Tel 0166-23-6007 Fax 0166-23-6007)

月 日	時 間	会 場	備 考
1月12日(木)	13:30～15:30	旭川市医師会館(旭川市)	
	18:30～20:30	旭川市医師会館(旭川市)	
1月19日(木)	13:30～15:30	旭川市医師会館(旭川市)	
1月26日(木)	13:30～15:30	富良野医師会(富良野市)	
2月2日(木)	13:30～15:30	旭川市医師会館(旭川市)	
2月9日(木)	13:30～15:30	旭川市医師会館(旭川市)	
	18:30～20:30	旭川市医師会館(旭川市)	
2月16日(木)	13:30～15:30	旭川市医師会館(旭川市)	
2月23日(木)	13:30～15:30	上川郡中央医師会(富良野市)	
3月2日(木)	13:30～15:30	旭川市医師会館(旭川市)	
3月9日(木)	13:30～15:30	旭川市医師会館(旭川市)	
	18:30～20:30	旭川市医師会館(旭川市)	
3月16日(木)	13:30～15:30	旭川市医師会館(旭川市)	
3月23日(木)	13:30～15:30	旭川市医師会館(旭川市)	
3月30日(木)	13:30～15:30	富良野医師会(富良野市)	

● 帯広地域産業保健センター (Tel 0155-26-9000 Fax 0155-26-9000)

月 日	時 間	会 場	備 考
1月18日(水)	13:30～15:30	帯広市医師会館(帯広市)	
1月23日(月)	13:30～15:30	辻岡病院(新得町)	
1月25日(水)	13:30～15:30	大庭医院(大樹町)	
1月26日(木)	13:30～15:30	帯広市医師会館(帯広市)	
1月31日(火)	13:30～15:30	帯広市医師会館(帯広市)	
2月3日(金)	13:30～15:30	忠類診療所(忠類村)	
2月8日(水)	13:30～15:30	帯広市医師会館(帯広市)	
2月15日(水)	13:30～15:30	帯広市医師会館(帯広市)	
2月22日(水)	13:30～15:30	西根内科医院(本別町)	
2月28日(火)	13:30～15:30	帯広市医師会館(帯広市)	
3月1日(水)	13:30～15:30	帯広市医師会館(帯広市)	

3月7日(火)	13:30～15:30	みやざわ循環器・内科クリニック(鹿追町)	
3月10日(金)	13:30～15:30	帯広市医師会館(帯広市)	

● 滝川地域産業保健センター (Tel 0125-23-5887 Fax 0125-23-5887)

月 日	時 間	会 場	備 考
1月12日(木)	14:00～17:00	赤平市役所(赤平市)	
1月19日(木)	14:00～17:00	空知医師会(砂川市)	
2月1日(水)	14:00～17:00	滝川医師会館(滝川市)	
2月16日(木)	14:00～17:00	空知医師会(砂川市)	
3月7日(火)	14:00～17:00	滝川医師会館(滝川市)	
3月23日(木)	14:00～17:00	空知医師会(砂川市)	

● 室蘭地域産業保健センター (Tel 0143-45-4393 Fax 0143-45-2292)

月 日	時 間	会 場	備 考
1月12日(木)	14:00～16:00 18:30～20:30	室蘭・登別保健センター(室蘭市)	
2月2日(木)	14:00～16:00	室蘭・登別保健センター(室蘭市)	
2月9日(木)	14:00～16:00 18:30～20:30	室蘭・登別保健センター(室蘭市)	
2月16日(木)	14:00～16:00	東整形外科医院(伊達市)	
2月23日(木)	18:30～20:30	室蘭・登別保健センター(室蘭市)	
3月2日(木)	14:00～16:00 18:30～20:30	室蘭・登別保健センター(室蘭市)	
3月9日(木)	14:00～16:00 18:30～20:30	室蘭・登別保健センター(室蘭市)	
3月23日(木)	18:30～20:30	室蘭・登別保健センター(室蘭市)	

● 苫小牧地域産業保健センター (Tel 0144-37-3211 Fax 0144-37-3211)

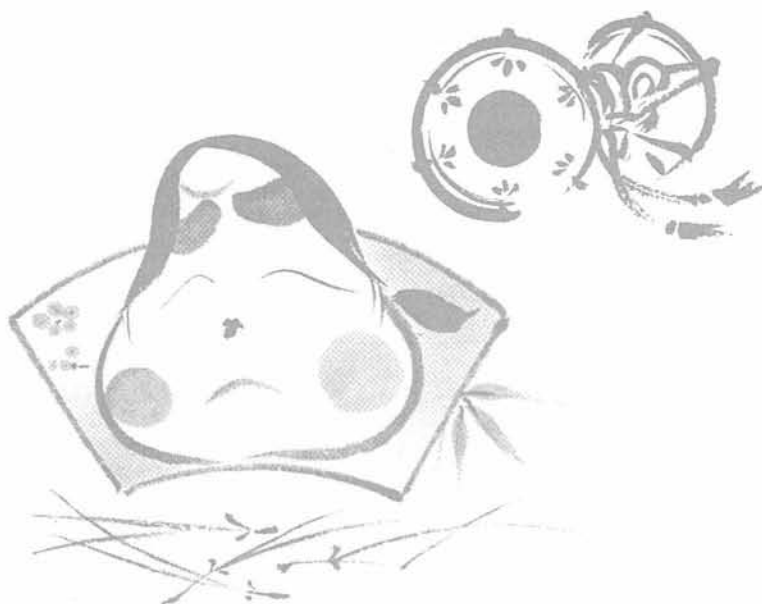
月 日	時 間	会 場	備 考
1月12日(木)	13:00～15:00	苫小牧市医師会館(苫小牧市)	
1月18日(水)	13:30～15:30	苫小牧市医師会館(苫小牧市)	メンタルヘルス相談
1月19日(木)	13:00～15:00	苫小牧市医師会館(苫小牧市)	
1月20日(金)	17:10～19:10	苫小牧市医師会館(苫小牧市)	夜間相談
1月26日(木)	13:00～15:00	千歳市総合(保健)センター(千歳市)	
2月2日(木)	13:00～15:00	苫小牧市医師会館(苫小牧市)	
2月9日(木)	13:00～15:00	苫小牧市医師会館(苫小牧市)	
2月15日(水)	13:30～15:30	苫小牧市医師会館(苫小牧市)	メンタルヘルス相談
2月16日(木)	13:00～15:00	苫小牧市医師会館(苫小牧市)	
2月17日(金)	17:10～19:10	苫小牧市医師会館(苫小牧市)	夜間相談
2月23日(木)	13:00～15:00	千歳市総合(保健)センター(千歳市)	
3月2日(木)	13:00～15:00	苫小牧市医師会館(苫小牧市)	
3月9日(木)	13:00～15:00	苫小牧市医師会館(苫小牧市)	
3月15日(水)	13:30～15:30	苫小牧市医師会館(苫小牧市)	メンタルヘルス相談
3月16日(木)	13:00～15:00	苫小牧市医師会館(苫小牧市)	
3月17日(金)	17:10～19:10	苫小牧市医師会館(苫小牧市)	夜間相談
3月23日(木)	13:00～15:00	千歳市総合(保健)センター(千歳市)	
3月30日(木)	13:00～15:00	苫小牧市医師会館(苫小牧市)	

● 稚内地域産業保健センター (Tel 0162-24-1699 Fax 0162-24-4773)

月 日	時 間	会 場	備 考
1月11日(水)	15:00～17:00	稚内市保健福祉センター (稚内市)	
1月18日(水)	15:00～17:00	稚内市保健福祉センター (稚内市)	
1月25日(水)	15:00～17:00	稚内市保健福祉センター (稚内市)	
2月1日(水)	15:00～17:00	稚内市保健福祉センター (稚内市)	
2月8日(水)	15:00～17:00	稚内市保健福祉センター (稚内市)	
2月15日(水)	15:00～17:00	稚内市保健福祉センター (稚内市)	
2月22日(水)	15:00～17:00	稚内市保健福祉センター (稚内市)	
3月1日(水)	15:00～17:00	稚内市保健福祉センター (稚内市)	
3月8日(水)	15:00～17:00	稚内市保健福祉センター (稚内市)	
3月15日(水)	15:00～17:00	稚内市保健福祉センター (稚内市)	
3月22日(水)	15:00～17:00	稚内市保健福祉センター (稚内市)	
3月29日(水)	15:00～17:00	稚内市保健福祉センター (稚内市)	

● 日高地域産業保健センター (Tel 0146-22-8100 Fax 0146-22-8100)

月 日	時 間	会 場	備 考
1月6日(金)	14:00～16:00	富川公会堂 (門別町)	
1月12日(木)	14:00～16:00	静内町総合ケアセンター (静内町)	
1月19日(木)	14:00～16:00	日高建設会館 (浦河町)	
1月26日(木)	14:00～16:00	東様似生活館 (様似町)	
2月2日(木)	14:00～16:00	富川公会堂 (門別町)	
2月9日(木)	14:00～16:00	静内町総合ケアセンター (静内町)	
2月16日(木)	14:00～16:00	日高建設会館 (浦河町)	
2月23日(木)	14:00～16:00	東様似生活館 (様似町)	
3月2日(木)	14:00～16:00	富川公会堂 (門別町)	
3月9日(木)	14:00～16:00	静内町総合ケアセンター (静内町)	
3月16日(木)	14:00～16:00	日高建設会館 (浦河町)	
3月23日(木)	14:00～16:00	東様似生活館 (様似町)	



●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」（無料）では、心と体の健康管理・健康確保に関する幅広い内容を分かり易く解説しています。

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。
受講申込書に記載された個人情報、研修会等の受付・案内等に使用し、それ以外の目的に使用することはありません。
- ③ 受け付けた方へは、開催日の約1週間前に「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
(受講資格に制限はありません。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11	1月19日(木)	午後3時～5時	喫煙対策体験セミナー ー喫煙対策としての肺ドックの体験(講義日)ー	職場における喫煙について、健康教育・健康管理のあり方や肺疾患(肺気腫、肺ガン等)の予防に関する理解を深めるとともに、肺ドック(肺機能検査等)を実際に体験・見学します。(講義日と体験日の2日間の研修です。) 講師:北海道労働保健管理協会 参与・医療本部長 清田 典宏	15	札幌市 当センター会議室
衛12	1月26日(木)	午後2時～4時	喫煙対策体験セミナー ー同上(体験日)ー	同上 (講義日と体験日の2日間の研修です。)	15	札幌市 北海道労働保健 管理協会
衛13	2月2日(木)	午後3時～5時	喫煙対策体験セミナー ーメタボリックシンドローム(内臓脂肪型肥満)の検査項目の体験(講義日)ー	内臓に脂肪が蓄積した肥満(内臓脂肪型肥満)によって、さまざまな病気にかかり易くなった状態をメタボリックシンドロームといいます。メタボリックシンドロームの予防に関する理解を深めるとともに、健康診断を実際に体験・見学します。(講義日と体験日の2日間の研修です。) 講師:北海道労働保健管理協会 参与・医療本部長 清田 典宏	15	札幌市 当センター 会議室

衛14	2月9日(木)	午後2時～4時	喫煙対策体験セミナー ーメタボリックシンドローム(内臓脂肪型肥満)の検査項目の体験(講義日)ー	内臓に脂肪が蓄積した肥満(内臓脂肪型肥満)によって、さまざまな病気にかかり易くなった状態をメタボリックシンドロームといいます。メタボリックシンドロームの予防に関する理解を深めるとともに、健康診断を実際に体験・見学します。(講義日と体験日の2日間の研修です。) 講師:北海道労働保健管理協会 参与・医療本部長 清田 典宏	15	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、各地区衛生管理者協議会等との共催です。

●「保健師・看護師」「衛生管理者」等を対象とする研修会
(受講資格に制限はありません。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
看17	1月25日(水)	午後6時～8時	産業カウンセリング ースキルアップ講座 ①ー	職場におけるメンタルヘルス対策の担当者等を対象に、産業カウンセリングの技法等を習得するため、理論・技法の講義、事例研究、グループ討議等を行います。 (4回シリーズの1回目) 講師:札幌カウンセリングセンター 所長 豊島 眞(他)	30	札幌市 当センター会議室
看18	2月1日(水)	午後6時～8時	産業カウンセリング ースキルアップ講座 ②ー	同上(4回シリーズの2回目)	30	札幌市 当センター会議室
看19	2月8日(水)	午後6時～8時	産業カウンセリング ースキルアップ講座 ③ー	同上(4回シリーズの3回目)	30	札幌市 当センター会議室
看20	2月15日(水)	午後6時～8時	産業カウンセリング ースキルアップ講座 ④ー	同上(4回シリーズの4回目)	30	札幌市 当センター会議室

●「保健師・看護師」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12	3月10日(金)	午後6時～8時	メンタルヘルス事例 研究会⑤	保健師・看護師を対象に、職場におけるメンタルヘルス事例の具体的な研究協議を行います。 講師:北海道医療大学 教授 中野 倫仁(他)	30	札幌市 当センター会議室

●「医師(産業医)」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17	2月13日(月)	午後6時～8時	労災医学研修 ー労働災害と脊髄損傷、職業性腰痛の診断と治療ー	医師(産業医)を対象に、労働災害による脊髄損傷や災害性・非災害性の職業性腰痛に関する診断、治療等について研修を行います。 講師:美唄労災病院 整形外科部長 種市 洋	50	札幌市 当センター 会議室 (専門2単位)
医16	2月20日(月)	午後6時～8時	労災医学研修 ー職業性呼吸器疾患についてー	医師(産業医)を対象に、じん肺の疫学及び今後増加が懸念される石綿関連疾患やその他のじん肺について研修を行います。 講師:岩見沢労災病院 副院長 木村 清延	50	札幌市 当センター 会議室 (専門2単位)

※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・セミナー等は、当センターのホームページからお申し込みいただけます。
<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

北の産業保健29号

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

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



支給申請時期

助成金の支給申請時期は、
毎年4月から6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。

北海道産業保健推進センター情報誌「北の産業保健」第29号(2006年冬号)をお届けします。

昨年は夏から年末にかけ、石綿問題・マンション耐震問題等が日本中を駆け巡り、毎日がテレビ等のニュースは暗い出来事ばかり、明るいニュースを探してみますがなかなか見つからず、日本の先行きが懸念されます。(ち

よっとオーバーかな)

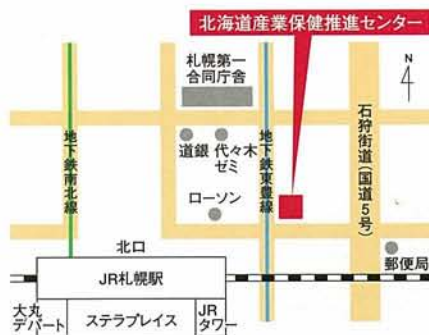
今年は、笑って観られるニュースが多く流れるよう、そして皆様方が健康で良い一年でありますよう心からお祈り申し上げます。今年も産業保健活動を昨年より更に全力で取り組んでまいりますので、皆様のご支援・ご協力をお願い申し上げます。

(業務課長)

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っておりますので、
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)
函館市湯川町3丁目38番45号 ☎(0138) 36-0001

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) 9-2310

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

(宗谷医師会内)
稚内市宝来1丁目1番1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

北の産業保健 No.29

発行日/平成17年12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