

—— 特 集 ——

産業医・産業看護職・衛生管理者の情報ニーズに応える

産業保健21

2007.10 第50号

「産業医インタビュー」

パナソニック四国エレクトロニクス株式会社 健康管理室 室長 吉田 直樹さんに聞く

「判例・労災認定事例にみる産業保健」

宿泊研修から帰宅後の心臓疾患による死亡と企業責任

睡眠障害の基礎と
職場における指導の留意点



独立行政法人労働者健康福祉機構

相談者の笑顔を求めて

沖縄産業保健推進センター 相談員 伊志嶺 隆

「会社では相談しにくいがここなら…」という相談者がちらほらみえるようになってきました。ここ数年増加の一途をたどっている「こころの問題」を抱えていらっしゃる方々です。もちろん独りでいらっしゃるのではなく、保健スタッフに勧められ一緒に来訪される方がほとんどです。推進センターなら同僚や上司と顔を合わせなくて済むという安心感が足を運んでいただけるひとつの理由の様です。幸い相談時間もたっぷり取れますのでゆっくりお話を聴くことが出来ます。お話を伺う中で専門の先生に紹介し治療に繋がった例もいくつかありました。そんな中に、1回目の相談時には暗い表情でこのまま帰していいのだろうかと気に病んでいた方がいました。帰り際に紹介状を持たせ心療内科受診をお勧めしました。その後2度目の来訪時にお会いしてびっくりしました。以前の暗かった表情がガラッと変わり、苦しみから解放された安堵感が漂い、まるで別人を見ている様でした。この病気によって薬の服用と休養がいかに大事かを実感させられると共に「心療内科を紹介してよかったなあ」と相談員として少し嬉しく、やりがいを感じた瞬間でもありました。

私の専門は整形外科で精神科ではありません。しかし産業保健推進センターでの相談員として、また産業医活動を行っていくうえでメンタルヘルスに関する研鑽を積み、「こころの問題」を抱えている方々の良き相談員になりたいと考えています。

産業保健推進センター業務案内

1. 研修

産業医、保健師等に対して専門的かつ実践的な研修を実施します。各機関が実施する研修会に教育用機材の貸与、講師の紹介を行います。

2. 情報の提供

産業保健に関する図書、教材等の閲覧・貸出・コピーサービスを行います。また、定期情報誌を発行します。
(コピーサービスについては、実費を申し受けます)

3. 窓口相談・実地相談

専門スタッフが窓口、電話、インターネットで相談に応じます。
現地での実地相談にも応じます。

4. 地域産業保健センターの支援

小規模事業場に対して健康相談等を実施している地域産業保健センターの活動を支援しています。

5. 広報・啓発

職場の健康管理の重要性を理解していただくため、事業主セミナーを開催します。

6. 調査研究

産業保健活動に役立つ調査研究を実施し、成果を提供します。

7. 助成金の支給

小規模事業場が共同で産業医を選任し産業保健活動を実施する場合、助成金を支給します。
また、深夜業に従事する労働者が自発的に健康診断を受診した場合、助成金を支給します。

特集

睡眠障害の基礎と職場における指導の留意点

4

睡眠研究をめぐる

杏林大学医学部精神神経科 東京産業保健推進センター相談員 山寺 博史

睡眠障害と精神疾患の関わり

東京女子医科大学医学部精神医学講座 稲田 健・石郷岡 純

職場における睡眠教育のポイント

J R 東日本健康推進センター産業医、
北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学 柿沼 充

〔囲み〕睡眠障害と交替制勤務

独立行政法人労働安全衛生総合研究所 上席研究員 高橋 正也

連載

産業医インタビュー

2

それぞれの従業員の文脈に即しいま何ができるかを共に考える

パナソニック四国エレクトロニクス株式会社 健康管理室 室長 吉田直樹さん

情報クリップ

11

海外健康管理指導者研修会

海外勤務健康管理センター 研修交流部 福島 慎二・武田 真実

センターだより

山口産業保健推進センター

12

大阪中央地域産業保健センター

〔活用事例〕小規模事業場産業保健活動支援促進助成金

14

産業医共同選任事業

一つの企業体を思わせる連携と、全員で創り上げた信頼関係で
安心な職場環境を後世に伝えていくために

東広島市 テクノ広島協同組合

判例・労災認定事例にみる産業保健

15

宿泊研修から帰宅後の心臓疾患による死亡と企業責任

N T T 東日本北海道支店事件・札幌高判平18.7.20労判922-5
ロア・ユナイテッド法律事務所代表パートナー 弁護士 岩出 誠

産業医活動マニュアル ⑬

16

メンタルヘルスにおける職場復帰の支援・対応

大阪市立大学大学院医学研究科神経精神医学 井上 幸紀

作業環境管理・作業管理入門 ⑬

20

高齢者に配慮した職場環境改善

独立行政法人 労働安全衛生総合研究所 人間工学・リスク管理研究グループ
研究部長 永田 久雄

産業保健活動レポート ④

24

従業員個々が“かけがえのない1人”産業保健活動で実直に表現する

明治ナショナル工業株式会社 福井工場

情報スクランブル

26

産業医・産医大のあり方について提言・厚生労働省・「産業医・産業医科大学のあり方に関する検討会」報告書／石綿健康管理手帳の交付要件緩和・厚生労働省・労働安全衛生規則の一部を改正／石綿含有製品ポジティブリスト改正・厚生労働省・10月1日施行／平成20年度厚生労働省予算の概算要求主要事項まとまる・要求額は一般会計22兆1,604億円

産業保健 21

2007.10 第50号

産業保健の一冊

28

ディスカヴァー携書「もし部下がうつになったら」

北里大学名誉教授 高田 昴

職場におけるメタボリックシンドローム対策（第1回）

メタボリックシンドロームと作業関連疾患

29

共通した病態の産業保健の重要な課題

東京大学名誉教授 和田 政

実践・実務のQ&A

30

粉じん管理濃度の計算式変更により、どのような影響が？／平成20年度からはじまる特定健康診査・特定保健指導とは？

産業看護職奮闘記 ④

32

「個人面接」を重視し全道を奔走

心掛ける働く者の視線でのサポート

東日本電信電話株式会社 NTT東日本札幌病院 松本 洋子さん

クローズアップ衛生管理者 ⑨

33

衛生管理体制を整備し、いざ飛躍を！

国立大学法人 横浜国立大学
安心・安全の科学研究教育センター 鈴木 雄二さん

レファレンスコーナー

34

月100時間超の時間外労働を行った労働者が2割

「愛媛の労働衛生管理体制と活動状況調査結果」より

独立行政法人労働者健康福祉機構 愛媛産業保健推進センター

メンタルヘルス・メモランダム ⑬

35

職場のメンタルヘルス対策における産業看護職の役割

東海大学健康科学部看護学科 錦戸 典子

最近の安全衛生関連通達

36

編集後記

高田 昴

「どんな人も他人の経験によつて学び取るほど利口ではない」（ヴォルテール『断片』）

「情報化社会」と言われるようになって久しい。ネット上に溢れるサイトの数々から情報や知識を得るのは、実にたやすいことである。だが、そうやって知っただけで、すべてを理解した気になつていないだろうか。

実際に自ら経験してみないと分からないことは、けつして少なくない。せつかく、すばらしい情報網が張り巡らされていくのだ。その情報を真に生きたものとしたいのなら、肝心な部分は自らの目と足と頭とで検証すること。その時に初めて、単なる知識を超えた新たな発見に出会ふのである。

ことば

プロフィール ● よ し た な お き

昭和63年 産業医科大学卒業。同大学第2内科学教室入局、九州労災病院研修医を経て、
平成3年 産業医科大学助手（放射線衛生学・第2内科学）
平成6年 松下寿電子工業（株）産業医
平成17年 パナソニック四国エレクトロニクス（株）への社名変更とともに現職に就任

資 格 日本内科学会専門医、日本循環器学会専門医、
日本産業衛生学会専門医、労働衛生コンサルタント、
日本医師会認定産業医、日本医師会認定健康スポーツ医、医学博士



それぞれの従業員の文脈に即し いま何ができるかを共に考える

パナソニック四国エレクトロニクス株式会社 健康管理室●室長 吉田 直樹さんに聞く

パナソニック四国エレクトロニクスの通用門にタクシーを滑り込ませると、門のほど近くで、笑顔でわれわれを出迎えてくれたのが、同社産業医・健康管理室長の吉田直樹さんだ。

吉田さんは、「大学では、循環器疾患を専門とする第二内科学教室に所属していました。予防医学に興味を持ったきっかけは、卒業して3年間お世話になった労災病院で、たとえば心筋梗塞による死亡が、院内では確実に減っているにもかかわらず、院外では高いままの現状を目の当たりにしたことです。このとき、予防医学の重要性を実感しました。その後大学の放射線衛生学教室に助手（第二内科学併任）として戻り、3年間で過ごしました。漠然と産業医という仕事に興味を抱いていて研究生を送っていましたが、そこに今の職場の話が舞い込んできて、喜んでお引き受けするこ

とにしました」と、同社の産業医となったきっかけを話してくれた。

また、「ひと昔前までは、電話で病院に“産業医の吉田です”と言うと、看護師や事務の方から“えっ？”という反応が返ってくることが少なくありませんでした。ところが最近ではそんなことはなくなり、社会的に産業医が認知されてきたことを実感します」と語る。

パナソニックと言えば、松下グループにおける産業保健活動の仕組みが気になるところ。「松下グループは、主に一般健康管理（定期健診領域）をつかさどる『松下健康管理センター』と、有機溶剤やVDTほか職域の有害因子等についての産業衛生管理（特殊健診領域）をつかさどる『松下産業衛生科学センター』を擁しています。グループ全体の産業衛生活動は、この2つのセンターが主導して作成した、「産業医マニユア

ル」、「産業看護必携」、「産業衛生マニュアル」の3つのファイルを軸に行われ、細部については通達という形で各センターから発信されます」と、3冊の分厚いファイルを手に説明してくれた。「これだけの詳細なマニュアルですが、これに沿って忠実に産業衛生活動を行っていけばいい、というものではありません。むしろ、これらのマニュアルの基本的な流れや考え方をよく理解し、自らの現場に即して調整・実行していくことが重要ですし、そうした応用力がわれわれ専門職には求められます」と言う。

そして、「当地区では、映像機器（ビジュアル機器）の研究開発、製造を行っています。代表的な商品としてはデジタルビデオカメラですね。またデジタルスチルカメラやプロジェクションテレビも作っています。研究開発については、次期モデルを開発する“技術”部門と、もう少し長い目でみた製品の研究開発を行う“開発”部門とがあります。この方たちへのプレッシャーは、どこも一緒でしょうが、けっして小さくありません。また、製造部門の方への負荷も相応にあります。ですから、当社でもメンタルヘルス面には力を入れています」と言う。松下グループの“健康松下21”の四国版である“すこやかみらい21”の中で、セルフケアとラインによるケアを位置づけ、従業員や管理監督者への教育・啓発を行っているといい、「健康保険組合のほうで、外部EAP機関と契約し、従業員は外部のメール相談、電話相談窓口を利用できるようにもしています」と説明してくれた。

着任して今年で14年めになる吉田さんは、「着任当初は、従業員の皆さんに、正しいことを言おう、これまで研究してきたことをしっかり伝えようと思うあまり、結果的には押し付けになっていました。いま思うと、こちらが持っている知識を一方的に伝えることは簡単ですが、それだけではだめですね」と振り返る。「ご本人がどう思って、何を考えているのか。当然健康のことだけではなく、むしろ仕事のことであったり、家庭のことであったり、人それぞれです。今では、そうした従業員の個々の文脈に即して、いま何ができるかを共に考えることの重要性を感じています。健康支援を従業員の皆さんとの共同作業と捉えることができるようになって、一体感をもつことができるように



健康管理室で従業員の面談を行う吉田さん。看護師の増原さんとは、情報を共有し、しっかりと連携。

なりました」としみじみと語る吉田さん。

吉田さんとタッグを組む看護師の増原照美さんにもお話を伺った。「私は病院と市の保健センターを経て、当社に着任しました。はじめての職域での仕事でしたが、吉田先生に一からご指導いただき、多くのことを教えていただきました」。その中でも、「従業員の気持ちをしっかり受け止め、よく聞き、その方にとって最もしっくりする方法を示してあげることが大事だということを、日々の実践を通じて教えていただいたことです。ご本人がどうしたいのかを引き出す、と言い換えることもできます」と語る。先の吉田さんの言葉と見事に符合する。「ただ…」と増原さん。「寛容すぎるのもいけません。ご本人の思い込みであれば、それはきちんと正してあげることが私たちの大事な役割だということも、先生を見て学びました」とも。“吉田イズム”がしっかりと伝わっている様子が見てとれる。

吉田さんに、今の仕事を通じて嬉しかったことを尋ねると、「退職された方から相談を受けることがあります。普通退職されたら、なかなか声をかけにくいものですね。にもかかわらず電話をくださった。嬉しかったですね」と目を細める。「日常的には、従業員個々人の健康観の変遷を見てとれることですね。経年的に複数回の面談を重ね、職場巡視時のちょっとした会話を重ねるなかで、確実に変わってくるんですよ。実は従業員の皆さんとともに、私自身も変わっているんですけどね。日々教えられることがたくさんあります」と、それこそ嬉しそうに語る吉田さんであった。

睡眠障害の基礎と 職場における指導の留意点

杏林大学医学部精神神経科 東京産業保健推進センター相談員 山寺 博史

東京女子医科大学医学部精神医学講座 稲田 健・石郷岡 純

JR東日本健康推進センター産業医、北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学 柿沼 充

独立行政法人労働安全衛生総合研究所 上席研究員 高橋 正也

睡眠研究をめぐって

杏林大学医学部精神神経科 東京産業保健推進センター相談員 山寺 博史

1. はじめに

睡眠に費やす時間はトータルで人生の約3分の1を占める。すなわち、睡眠の質を高めることは人生の質を高めることになる。また、睡眠の質を高めることは日中の生活の質を高めることでもあり、社会人では、仕事の能率を上げることにもなる。睡眠そのものと睡眠障害がもたらす弊害については古くから研究がおこなわれている。ここでは従来の報告を参考にしながら、最近の知見も加えて紹介する。

2. 睡眠の基礎

睡眠はノンレム睡眠とレム睡眠とで構成される。ノンレム睡眠とは脳の休養を含む睡眠である。入眠直後から90分間のリズムをもって出現する。睡眠の深さは1から4までの段階がある。段階3および4は深睡眠という。最初はノンレム睡眠が出現し、ノンレム睡眠に続いてレム睡眠が出現する。レム睡眠は睡眠後半に優位に認められる。レム睡眠中は夢との関連が深い。レム睡眠中は日中無意識や意識的に見た光景などを夢として再現し、その中から必要なものを選択して記憶として脳にインプットしているといわれている。また、筋肉のトーンスが减弱していることから体の休息にもなっていると考えられている。朝、覚醒したときに夢の内容を憶えているのはレム睡眠時から覚醒したことによる（Dementら、1957）。

3. 年齢による睡眠時間の変化

レム段階（睡眠）は幼児期に急速に減少する。レム段階

は出生時8時間であったのが老年期には1時間以下にまで減少する。ノンレム睡眠の一生のあいだの変化はこれより少なく、8時間から5時間に減少する程度である。出現割合は思春期と成年初期にやや上昇する（Rolfwargら、1966）。

4. 一日の睡眠時間の占める割合

日本人の平均睡眠時間は7.4時間である。一般的に1日の内、食事、身の回りの用事や通勤等の時間は5.3時間、余暇に2.3時間、仕事（職場での拘束時間）に費やす時間は9.0時間（この中には1時間の時間外労働を含む）であるとすると睡眠は7.4時間となる。したがって、1時間以上の残業をおこなう場合は睡眠不足となる。また、上記のごとく日常生活に必要な時間を除くと、1ヵ月間の時間外労働が80時間で睡眠時間は6時間、100時間で睡眠時間は5時間となる。睡眠時間と時間外労働は因果関係がある（総務庁「H8年度社会生活基本調査報告」）。また、労働時間と睡眠時間が負の直線関係があるとの報告もあり、それによると、週の労働時間が65時間を超えると睡眠時間は6時間以下、90時間を超えると5時間以下になる（岩崎ら、2000）。

5. 睡眠や睡眠覚醒リズムと疲労

大熊がその著『睡眠の臨床』（1981,医学書院）で睡眠や睡眠覚醒リズムと疲労について総説している。それをまとめて紹介する。徹夜をすると、午前3～4時頃にもっとも低下するが、その後、睡眠をとらなくとも午前8時～9時頃に再び上昇する。夜間8時間の睡眠をとった場合、

午前7時に起床すると、精神機能は午前10時頃に低下し、その後正午頃まで上昇し、午後1時と5時頃に再度低下する。労働災害や交通事故は午前10時、午後1時、午後5時頃に多いという。この精神機能の日内変動は狭義の疲労といえるかどうかは疑問である。しかし、作業能率の向上や労働災害などの防止にはこの日内変動に対する対策は必要である。現に、欧米では午前10時頃に休憩をとることや、軽食をとる習慣もある。昼食後に昼寝をする習慣も多くの国で見られる（最近はこの習慣は減少しつつある）。適度の疲労は睡眠を促進するが、過度の疲労は睡眠障害をおこしやすい。また、身体の一部だけを使う肉体労働では、用いる一部の筋肉だけの疲労による不快感が睡眠を妨げる。単調作業によって日中の精神的、身体的活動を乱し、睡眠を妨げることも考えられる。労働に対する不満が増大すると情動的緊張が高まり睡眠障害がおこることが推測される。過重労働などによる睡眠障害などがこれらに該当するであろう。逆に、疲労が少ない状態では睡眠と疲労とは直接の因果関係はないと述べている。

6. 不眠の健康と社会生活に与える影響

不眠症者はそうでない人と比較すると医療機関の受診率および入院率は2倍である(Leger,2000)。7～8時間睡眠をとる人と比較して、睡眠時間が4時間以下の男性の死亡率は2.8倍、女性は1.5倍である(Kripkeら,1979)。また、一方、睡眠時間が長いと死亡率が高いとも報告している。病欠日数も不眠症者はそうでない人と比較して2.8倍であり(Leigh,1991)、産業事故は7倍、交通事故は2.15倍であり、アルコール依存症も多いという(Leger,2000)。アメリカにおける不眠症による経済的損失は4兆932億円にものぼるとされ(Stoller,1994)、本邦でも眠りに問題のある労働者の割合は36.7%もあり、勤務中の眠気による損失は年3兆5千億円になるという(内山、朝日新聞 2006,06,08 朝刊)。

7. 睡眠不足と覚醒度

正常被験者は17時間覚醒しているだけでパフォーマンスはアルコール血中濃度0.05%値のそれに相当し、24時間覚醒(断眠)しているとアルコール血中濃度0.08%以上に相当するパフォーマンスの低下がみられると報告している(Dawsonら、1997)。ちなみにアルコール血中濃度は0.05%以上で運動失調をおこし、さらには酩酊状態になるとされている。睡眠不足は産業事故との関連が予測される。

8. 睡眠不足と生活習慣病

正常被験者を用いた研究では、短期の睡眠不足状態は

コーチゾールを減少させ(Vgontzasら、1999)、慢性の睡眠不足状態ではコーチゾールを増加させる(Spiegel ら、1999)。また、睡眠不足状態と回復後でコーチゾールやサイロキシンやサイロトロピンの分泌パターンが変わる。これは、自律神経系のバランスが壊れることを意味する。また、耐糖能も70代の高齢者並みに低下することも知られている。睡眠時間が6時間未満では6時間以上の群と比較してCDS56+NK cell (NK細胞のマーカー)が減少する。これは免疫反応が低下することを意味する(Yasudaら、2001)。また、DHEAS (デヒドロエピアンドロステロン硫酸)も減少する。これは副腎皮質ホルモンでストレスや疲労で減少することが知られている(Sasaki ら、1999)。血圧に関しての研究もあり、一晩の徹夜で拡張期血圧が上がるということが報告されている(Ogawaら、2003.)。以上、睡眠不足はいわゆる生活習慣病の原因のひとつとして考えられる。

9. 日中の病的な眠気(過眠症)

アメリカのスリーマイル島の原子力発電所、チェルノブイリの原子力発電所の事故、スペースシャトル・チャンレンジャー号の爆発事故やアラスカ沖のタンカーの座礁事故、日本でも西日本旅客鉄道での居眠り運転などは乗務員の睡眠時無呼吸症候群による睡眠不足が過眠をひきおこし、事故の原因となったことが推測されている。これ以外にも、入眠時に脚の裏がむずむずして入眠困難になるむずむず脚症候群。体の周期的なびくつきによって覚醒する周期性四肢運動障害、レム睡眠時に異常行動を伴うレム睡眠行動障害等により夜間の睡眠障害がおこり、日中過眠が生じることも知られている。また、突然睡眠発作に襲われるナルコレプシーや、1日中眠気に襲われる本態性過眠症などが原因となることもある。これらによる交通事故や産業事故などはかなりの件数に上ることが指摘されている(ICSD-2,2005)。

10. 概日リズムが不規則になる病的な原因

望むべき時間帯に就寝や起床ができず社会生活に支障をきたす一群を概日リズム睡眠障害という。睡眠相前進型、睡眠相後退型、不規則型、時差型、交代勤務型などに分類され研究がすすんでいる(Yamaderaら、1997, ICSD-2,2005)。朝起きられず、会社に遅刻する、あるいは、欠勤する要因のひとつとして考えられる。

以上、睡眠研究について概説させていただいたが、睡眠障害に関しては、より細かく研究がおこなわれており、詳細に関しては成書を参照されたい。

睡眠障害と精神疾患の関わり

東京女子医科大学医学部精神医学講座 稲田 健・石郷岡 純

1. はじめに

不眠の原因として、身体疾患に伴う不眠（Physical）、生理学的不眠（Physiologic）、心理学的不眠（Psychologic）、精神疾患にともなう不眠（Psychiatric）、薬理学的な不眠（Pharmacologic）の5Pが挙げられている。このなかに、精神疾患に伴う不眠が挙げられているように、精神疾患は不眠の原因となりうる。脳の機能が障害された状態とみなされる精神疾患には、睡眠障害が必然的に見られ、睡眠状況を確認することは、精神疾患の診断、治療、経過フォローに役立つ。

2. うつ病と睡眠障害

うつ病は「一般人口の5人に1人がうつ病である」といわれるほど一般的な疾患である。うつ病患者の多くは、精神科専門医を受診する前にプライマリケア医師を、不眠や食欲低下を主訴に受診する。しかも、患者は抑うつ気分や興味関心の低下といったうつ病の中核症状は、「気の持ちよう」などと考え、訴えることは少ない。従って、

精神科専門医でなくとも、不眠からうつ病を確認していくことは重要である。

うつ病における睡眠障害は、時に過眠もみられるものの、不眠が圧倒的に多い。うつ病では、「朝早くに目が覚め二度寝ができない」と訴える早朝覚醒が特徴的といわれるが、実際の臨床では、入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠困難といったすべての睡眠障害が見られる。うつ病患者の90%以上が何らかの睡眠障害を併発している¹⁾。

不眠を訴える者の中にどれだけのうつ病患者がいるのかを調べた研究がある²⁾。ミシガン州健康維持機構（HMO）に加入の21～30歳、1,007例を対象に行われた調査では、うつ病の有病率は、非不眠症群では2.7%であったのに対し、不眠症群では31.1%もの高率であった（図1）。さらに、興味深いことに、3.5年のフォローアップ期間においてうつ病の発症率を調査したところ、非不眠症群のうつ病発症率は4.6%であったのに対し、不眠症群では15.9%がうつ病を発症していた。このオッズ比は3.95と、不眠症群における大うつ病発症率は、非不眠症群に比し約4倍高いことが示された（図2）。この研究結果から、不眠症患者の約3割がうつ病、現在うつ病でなくともその後うつ病を発症するリスクは約4倍と結論付けられた。

図1 うつ病有病率 文献2)より作成

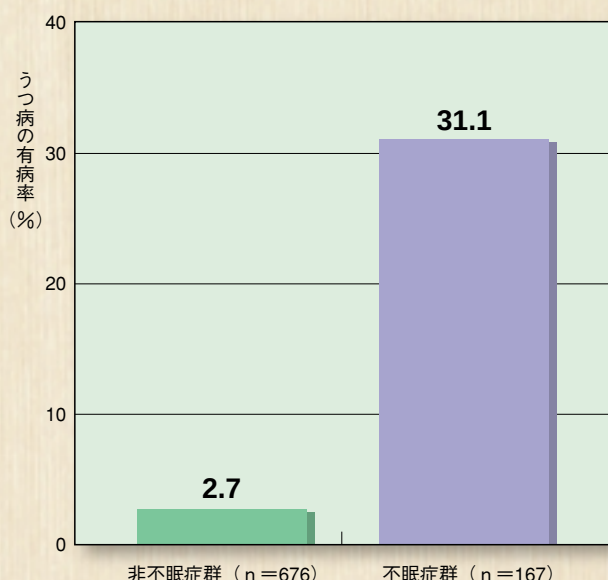


図2 フォローアップ期間(3.5年)のうつ病発症率 文献2)より作成

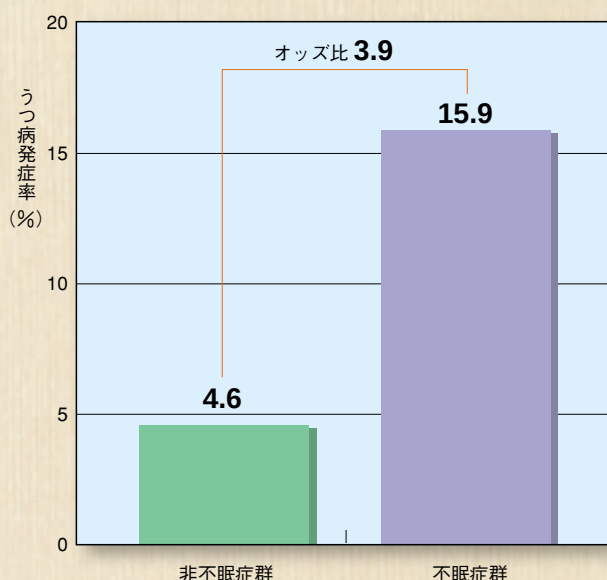


表 不眠の訴えからうつ病の診断へ至るための質問

1.	眠れないときに、考え事をして、 気が滅入ってしまいませんか	→	抑うつ気分の確認	
2.	よく眠れなかったときには、 何もする気が起きなくないませんか	→	興味関心、喜びの喪失の確認	→ これらのあるときには うつ病の可能性を考慮
3.	うまくできない自分を責めてしまいませんか	→	自責感情の確認	
4.	自分を責めすぎて、生きている価値がない と感じませんか	→	希死念慮の確認	→ これらのあるときには 精神科専門医への受診を急ぐ

その後、うつ病のリスクファクターに関する研究はいくつも追試されており、不眠がうつ病のリスクファクターであることは間違いないものと認識されている。

これらの研究結果を踏まえると、不眠を訴える場合には、うつ病を念頭においた鑑別診断を行う必要があり、現在うつ病でなかった場合にも、将来うつ病が発症する可能性を考慮してフォローする必要があるといえる。

3. 不眠からうつ病を診断する

一般臨床において、不眠を訴える患者を診た場合、うつ病の診断を考慮する必要がある。実際には、「よく眠れない」との訴えに対し、「眠れないときに、考えごとをして気分が滅入りませんか」、「眠った感じがしないときには、何もする気が起きなくないませんか」といった質問を続ける。この2つの質問から、「抑うつ気分」と「興味関心および喜びの低下」といううつ病の2大症状を確認することができ、うつ病の診断に至ることができる。

うつ病が疑われ、薬物療法を開始する場合には、抗うつ薬を少量から処方することが推奨される。並存する不眠に対しては、少量の睡眠導入薬の併用が有効である。睡眠導入薬のみの処方によって、改善しない不眠が持続するならば、うつ病の疑いは強まる。また、不眠を訴える患者が、睡眠薬の処方によっても改善しない場合、安易な増量は自殺目的での過量服薬につながることもあり、危険である。

プライマリケアからどのようなタイミングで、精神科専門医を紹介するかについて、一律の基準を設けることは困難である。診療の過程の中で、「うまくできない自分を責めてしまいませんか」といった質問により、自責感を確認し、「自分を責めると、生きている価値がない

と感じませんか」と尋ねて、希死念慮を確認することは有用であると思われる。これらの質問から、自責感と希死念慮が強いと確認された場合には、精神科専門医の受診を急ぐ必要がある。

4. その他の精神疾患と睡眠障害

統合失調症は、発病が徐々に進行する場合があります。睡眠障害、易疲労感、集中困難などの症状は、発病初期にみられやすい。睡眠障害としては、入眠困難がもっとも多いが、中途覚醒や「悪夢をよく見る」なども患者の主訴としてみられる。一部の患者においては、睡眠短縮がみられる。これは、睡眠時間が短縮しているにもかかわらず、「よく眠れない」との認識を持たないものでうつ病患者が、睡眠時間あるいはベッドに臥床している時間は長いにもかかわらず、「よく眠れた感じがしない」と訴えるのと対照的である。

統合失調症は、幻覚・妄想といった症状は不眠が増悪するにともなって悪化する傾向がある。患者や家族は、疾患に対する病識を持ちにくく、行動上の問題点を指摘されても、否定するのが一般的である。その一方で、睡眠時間の短縮は、精神医学的知識を持たなくとも、客観的に評価ができるため、家族からの情報収集についても役に立つ。これらから精神疾患患者の経過フォローにおいては睡眠状況の確認は病状把握のための、最も重要なものの1つであるといえる。

REFERENCES

- 1) 尾崎紀夫: 不眠の訴えからうつ病診療へー一般診療における留意点. NikkeiMedical. (3)132-133,2005
- 2) Breslau N, Roth T, Rosenthal L et al: Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults.. Biol Psychiatry 39:411-418,1996

職場における睡眠教育のポイント

JR東日本健康推進センター産業医、北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学 柿沼 充

1. 睡眠教育の必要性

生産性の向上を目的とした労働の集約化・高密度化は、労働者を過重労働に追いやり必要な睡眠時間を奪っている。スキー客を乗せたバスの運転手が事故を起こしたのは過労と睡眠不足が原因であったことは記憶に新しい。睡眠の問題は、個々の社員に関する事柄ではあるが、それには限界があり企業一丸となった睡眠への理解と教育が作業ミスの軽減や労働者のパフォーマンスを上げることが事業者は理解する必要がある。

チェルノブイリ原子力発電所事故や石油タンカー座礁事故などは、不適切に管理された労働スケジュールのもとで発生したヒューマンエラーが主な原因であるといわれており、いずれも深夜から明け方にかけて起こっている。作業ミスや自動車事故は、日中、夜間とも2時半をピークとした2時から4時の時間帯に多いという報告がある。これは、我々が感じる眠気のピークが午後2時から4時と午前2時から4時にあることと一致している。こうした時間帯に何らかの取り組みが行えれば、作業ミスの中には未然に防げるものもあるのではないか。

また、作業能率は覚醒時間が13時間を超えると低下し始め、17時間以上になると酒気帯び運転と同じくらいの能率しかないという報告がある。度を越えた長時間労働や睡眠不足は、作業能率の点から意味がないといえよう。過重労働と睡眠不足、それによるうつ病発症という例は最近よく耳にするケースであり、1年間不眠を訴えていた人のうつ病発症率は、不眠のない人に比べると40倍という報告もある。疲労や抑うつについては、質問票などによるセルフチェックや管理者教育等が行われている。しかし、睡眠障害について企業で取り組まれている例は少ない。睡眠とは一定の時間ただ横になって体を休めていればよいのではなく、24時間という限られた時間の中でいかに質の良い眠りにつくかが重要である。そして、健常な労働者であるならば薬物に依存することなく、睡眠についての正しい知識を持ち、自らの生活習慣を工夫することで、質の良い睡眠が得られると考える。そのためには、睡眠のメカニズムやヒトはどうして眠くなるのかといった眠気のメカニズム等を理解する健康教育が必

要である。

2. 睡眠教育の実際

睡眠教育を実際に会社の健康教育に取り組んだ例として、IT関連企業で行われた取り組みについて説明する。

(1) 背景

過重労働対策の面談を実施していた時によく「夜寝けない、朝気持ちよく起きられない、休みの日は1日寝ている」という報告を受けた。一部の社員は、睡眠薬や睡眠改善薬といった市販薬を使用していたが、大半の社員は睡眠障害を抱えたまま日々過ごしているという現状がわかった。そこで、安全衛生委員会にて睡眠障害は社員のパフォーマンスを低下させ、場合によってはうつ病発症の原因になることを説明し、まずは睡眠に対する正しい知識をもつという目的で、会社をあげて睡眠教育を実施することを提案した。

(2) 方法

睡眠教育のはじめに睡眠の準備として必要な13の生活習慣をポイントとして示し、既に行っているものがあれば選んでもらった。60分間の講義の中ではこの13のポイントの生理学的な意味や効果について解説し、講義終了後に今後実践したいと思うポイント（行動）を選んでもらった。行動変容を支援するために、教育の2週間後にメールにてフォローを行った。

(3) 睡眠教育の内容

睡眠の大切さとメカニズムを理解することは、睡眠そのものの理解と入眠の手助けとなるので、「連続する覚醒時間と作業能率低下の関係、睡眠不足と成績低下の関係、不眠とうつ病発症、寿命短縮の関係」の4つの報告を紹介し、またメカニズムとして脳を休めるノンレム睡眠と体を休めるレム睡眠について説明した。

さらに、ヒトがなぜ眠くなるのかという眠気のメカニズムについて理解することは、入眠時間の短縮につながり、より快適な睡眠をえられるため、大きなポイントとして「眠気と光・体温・自律神経」のかかわりについて説明した。

(4) 光の作用

毎朝光を浴びることは、夜の眠気に大きく関係してい

これで快眠13ポイント

- ① 毎日同じ時間に起きる。
② 起きたら朝日を浴びる。
③ 食事は規則正しくとる。
- ④ 運動は寝る2時間前に終わらせる。
⑤ 入浴はぬるめのお湯にゆっくりと入る。
- ⑥ 夕食後のカフェイン摂取は控える。
⑦ 寝る前のアルコールは控える。
⑧ 寝る前のパソコン操作は控える。
⑨ 夜間の照明は白熱色にする。
- ⑩ 寝る前は音楽を聴いてリラックスする。
⑪ アロマセラピーを利用する。
⑫ 腹式呼吸をやってみる。
⑬ 眠くなったら床に就くようにする。

快眠法

る。ヒトは外部の環境に合わせて活動したり、休息したりするリズムを持っている。明るくなれば目が覚めて、暗くなれば眠くなる。このリズムを体内時計という。体内時計は25時間周期で、24時間周期で変化する外部環境とは1時間のずれがある。そのずれがあるにもかかわらず、ヒトが毎朝同じ時間帯に目が覚め、夜になると眠気を感じるの、朝日を浴びることで体内時計をリセットし、1時間のずれをまき戻しているからである。また、メラトニンは眠気を誘発する睡眠ホルモンとして有名である。メラトニンは光を浴びると脳にある松果体で作られるが、実際に眠気を誘発するのは14～16時間後である。

(5) 体温の変化

体温の下がり始めにヒトは眠気を感じている。人間の体温は、1日の中で微妙な変化をくり返しており、朝起きると体温は上昇し、19時頃にピークとなる。その後は明け方まで徐々に低下していく。よって、このピークから下がり始める時間帯(夜)に眠気を感じるようになる。

(6) 自律神経のバランス

自律神経には昼間優位となる活動的な交感神経とそれに拮抗する夜間有意な副交感神経がある。両者の働きは夕方逆転するが、このバランスがくずれると眠気を生じない。交感神経を高めたままにする要素として、カフェイン、タバコ、パソコン操作や明るい照明等がある。逆に副交感神経を高めるとリラックスし、より眠気を促すことができる。寝る前にリラクセーションミュージックを聴くことやラベンダーなどのアロマオイルの利用、ヨガや腹式呼吸などが有用である。

3. 睡眠教育の効果

教育前の生活習慣では、既に行っているものとして「毎日同じ時間に起きている、朝食を食べている、寝る前にはお酒は飲まない」が多かった。教育後では「毎日朝日を浴びる、入浴はぬるめのお湯にゆっくり入る、寝る前

は音楽を聴く、腹式呼吸をやってみる」など講義で示した眠気との関係を理解し行動変容に移そうとする傾向がみられた。きちんとした教育の評価を行うために、今回は教育対象者を無作為に介入群と非介入群に分け、最初に介入群にのみ睡眠教育を行った(非介入群に対してもその後教育を実施)。現在、教育前と教育1カ月後に行った自記式調査の結果を比較検討中であるが、これまでの結果では、睡眠教育介入群の日中の眠気は非介入群より有意に低下していることが示されている。

4. おわりに

睡眠障害は全員が抱えている問題ではない。よって、社員全員を対象とする教育に理解を得られないこともあるが、健康問題だけでなく、昼間の眠気や生産性の向上など視野を広げて考えると有用な点が多い。また、音楽療法やアロマセラピーはいずれもリラックスさせる作用はあるが、明らかな入眠効果を得られるものではない。しかし、そうした行為を毎日続けることで、睡眠儀式としての認知行動面での意義をもつようになり自然と良い睡眠習慣へ近づくと考える。睡眠時間にとらわれることなく、いかに深い睡眠をとって脳を休めるか、浅い睡眠へと移行して体を休めるかが、質の良い睡眠へとつながる。

最後に睡眠時無呼吸症候群やナルコレプシー等の睡眠関連疾患はいくら日常生活を工夫しても眠気は避けられない。本人の自覚もないことがあり、家族や職場の同僚から指摘されることもある。そうした場合は、速やかに専門医を受診し適切な治療を受ける必要がある。

参考文献

- 睡眠学の創設と研究推進の提言：日本学術会議
睡眠障害の対応と治療ガイドライン：睡眠障害の診断・治療ガイドライン研究会
内山 真 株式会社じほう
こころと眠りの健康：杉田義郎 メディカルビュー社
睡眠医学を学ぶために：立花直子 大阪スリープヘルスネットワーク 永井書店
不眠で悩む人に：井上昌次郎 大川匡子 NHK出版

睡眠障害と交替制勤務

独立行政法人労働安全衛生総合研究所 上席研究員 高橋正也

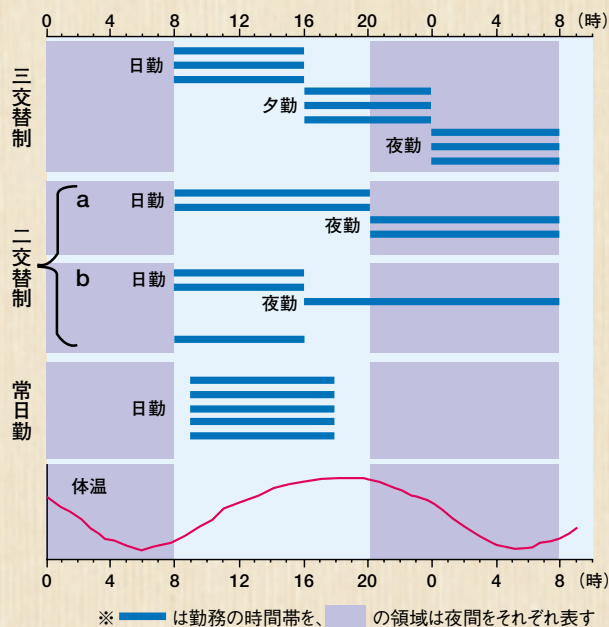
質の良い睡眠を十分にとれないと、どのような結末を生むか、だいたい予想できる。健康な睡眠を妨げる主要因の1つは、勤務スケジュールである。交替制勤務者ではなく、たとえ常日勤者であっても、所定外労働時間が長くなると、十分な睡眠時間を確保しにくくなる。その結果、翌日ははっきりと目覚めた状態で働けない。睡眠不足が慢性化すれば、高血圧、糖尿病、肥満、短命につながりやすいことも、大規模な疫学調査から示されている¹⁾。

勤務スケジュールのなかでも、夜勤を含む交替制勤務はより深刻な睡眠の問題を招く²⁾。そもそも、われわれの身体の中には、1日のなかでいつ活動し、いつ休息をとればよいかを告げる時計がある³⁾。この体内時計からの信号は体温の変化によく現れる。図1の最下段に示すように、早朝から午後遅くにかけて体温は上がり、ピークを迎える。その後、明け方に向かって下がっていく。通常の日勤であれば、このような変化に即して効率的に仕事を行ったり、睡眠をとったりできる。しかし、交替制勤務では勤務、睡眠、食事などあらゆる生活の時間帯が各シフトにともなって移動してしまう。それに対応するように、体内時計もすぐに調整できれば、問題はあまり生じないであろう。だが、昼に明るく、夜に暗いという外界の光環境がそのままである限り、体内時計は完全には調整できないことがわかっている。

交替制勤務によって決められる生活の時間帯と体内時計によって決められる生活の時間帯とのズレは夜勤で最も大きくなる。夜勤明けは、体内時計から「目覚めて活動しなさい」という信号が出ている最中に、横にならざるをえない。この状態では睡眠をまとめてとれないばかりか、熟睡もできない。結果として、疲労の回復が不完全となる。一方、引き続く夜勤中には、体内時計から「横になって眠りなさい」という信号が出ているせいで、生産性が下がったり、けがの危険性が高まったりする。

ただし、各職場で採用されている交替制勤務スケジュールの特徴に留意する必要がある。夜勤といえども、たとえば3交替制か2交替制で働くかによって、その長さや連続回数は異なる。2交替制の夜勤についても、生産現場でよくみられるような12時間か（図1-a）、看護や介護の現場でよくみられるような16時間か（図1-b）に

図1 体温のリズムと主な勤務スケジュールごとの勤務の時間帯



よって、睡眠のとり方や問題も変わる⁴⁾。あるいは、長距離トラック運転手のように、きわめて不規則なスケジュールのもとで働く労働者は、そうした勤務に関連した眠りと目覚めの悩みに直面する⁶⁾。

交替制勤務は睡眠の犠牲なしに成立しない。上で述べたとおり、睡眠障害による健康と安全のコストは大きい。職場の責任として措置しうる対策（たとえば、勤務スケジュールの見直し、仮眠の導入、睡眠健康教育の実施）、そして労働者個人の努力（例えば、よい睡眠衛生の実践）の両方が交替制勤務に関連した睡眠障害の緩和や管理に求められる。

文献

- 1) 高橋正也 (2007) 過重労働による睡眠障害と健康障害. 公衆衛生 71, 302-06.
- 2) Åkerstedt T (2003) Shift work and disturbed sleep/wakefulness. Occup Med (Lond) 53,89-94.
- 3) Moore RY (2006) Biological rhythms and sleep. In: Sleep: A Comprehensive Handbook. Lee-Chiong TL (Ed.), 25-29, John Wiley & Sons, Inc, Hoboken.
- 4) Smith L, et al. (1998) Work shift duration: a review comparing eight hour and 12 hour shift systems. Occup Environ Med 55,217-29.
- 5) Takahashi M, et al. (1999) Shift work-related problems in 16-h night shift nurses (2): Effects on subjective symptoms, physical activity, heart rate, and sleep. Ind Health 37,228-36.
- 6) 岩手産業保健推進センター (2005) 長距離陸路運行業務者の睡眠障害実態調査—労働災害予防のために—. 平成16年度産業保健調査研究報告書.

海外健康管理指導者研修会

海外勤務健康管理センター

研修交流部

福島 慎二・武田 真実

近年、経済の国際化により、日本人海外勤務者の数は増加の一途を辿っています。こうした海外勤務者は、国内とは異なる生活環境で、さまざまな健康問題を生じやすく、現地で健康を害することも少なくありません。また、日本人が現地の医療機関を受診する際には、言葉の問題やシステムの違いなどから不便に感じることも多く、これが健康不安を助長する一因にもなっています。その一方で、海外勤務者の健康問題に精通した医療従事者の数は充分ではなく、それがこの集団への健康管理対策に影響をおよぼしているのが現状です。

こうした状況を受けて海外勤務健康管理センターでは、海外勤務者の健康管理に携わる医療関係者の育成を目的として、平成16年度から「海外健康管理指導者研修会」の定期開催を開始しました。

本研修会は医師、歯科医師、保健師、助産師、看護

師を対象としており、初期・専門・継続の3つ研修会から構成されます(図)。初期研修会は海外勤務者の健康問題に関する基礎的知識を、専門研修会では健康問題への対処法も含めた専門的知識を提供するものです。さらに継続研修では、一定のテーマについて実践的な教育が行われます。

過去3年間の実績は(平成19年3月まで)、初期研修会修了者423名、専門研修会修了者147名で、修了者の職種は多い順に看護師、医師、保健師となっております。修了者の大多数は企業に勤務する産業看護職、産業医です。

当センターでは今後も本研修会を定期開催してまいりますので、海外勤務者の健康管理に関係される数多くの方々のご参加をお願い致します。なお、詳しい日程・申し込み方法等は当センターのホームページをご参照下さい。

海外勤務健康管理センターホームページ

<http://www.johac.rofuku.go.jp/>

図 海外健康管理指導者研修会の概要

初期研修

- ・教育目標: 海外勤務者の健康管理に必要な基礎レベルの知識を提供する
- ・受講対象: 医師、歯科医師、看護職
- ・時期/場所: 年間2回/ 横浜・大阪
- ・研修形態: 1日間、講義形式

カリキュラム

- ・海外勤務者の健康管理
- ・海外勤務者の感染症対策
- ・海外勤務者の予防接種
- ・海外勤務者のメンタルヘルス

専門研修

- ・教育目標: 海外勤務者の健康管理に必要な専門的知識について、対処法を含めて提供する
- ・受講対象: 初期研修修了者
- ・時期/場所: 年間2回/ 横浜
- ・研修形態: 2日間、講義形式および事例検討

カリキュラム

- ・海外の医療情報収集
- ・海外での保険・医療費について
- ・海外派遣企業における健康危機管理
- ・海外勤務者の生活習慣病
- ・海外での薬剤事情
- ・航空医学
- ・帯同小児の健康管理
- ・海外勤務者のメンタルヘルス(応用)

継続研修

- ・教育目標: 一定のテーマについて実践的な対応を教育する
- ・受講対象: 専門研修修了者
- ・時期/場所: 年度数回/ 横浜
- ・研修形態: テーマに応じた実習や討論

過去のテーマ

- 「予防接種、マラリア対策」
- 「中国赴任者への対応」
- 「新型インフルエンザ対策」

山口 産業保健推進 センター

県内各地に出前の 研修・セミナーを展開

利用者の声に応えた出前の研修・セミナー

山口県のJR岩国駅から徒歩数分のシンフォニア岩国の会議室。山口産業保健推進センター（赤川悦夫所長）のセミナー、「職場のストレスを和らげる ものの見方・考え方 PartI～論理療法から考える～」の会場にお邪魔した。山口県岩国といっても、東京からは、広島経由で入ることになる。センターの所在する山口市からはかなりの距離がある。赤川所長は、「利用者の皆さんのアンケートから、県内各地での開催を求める声を多数いただき、今年度から、今回の岩国をはじめ、いわゆる出前の研修・セミナーを始めるようになりました」と説明してくれた。

この日の講師は、同センターカウンセリング担当の塩谷光子産業保健相談員。受講者は、岩国市周辺の事業主や衛生管理者、保健師など計9名。まず塩谷相談員は、今回

のテーマのベースとなる論理療法が、認知行動療法の一種であること等の概説から始めた。

ひと通り説明し終わると、塩谷相談員が受講者に向かって話しかけた。「皆さん、目をつむって、ひざの上に手を置いてください…いい気分になってきた人?」。ほとんどの受講者がゆっくりと手を上げる。「さて、これから私が皆さんのまわりを歩きながら、どなたかの肩に手をふれます。そうしたら立ち上がって、私の質問に答えていただきます」。受講者が3人ひと組で座る机のまわりをゆっくりと歩く塩谷相談員。途中で、「1人の方が決まりました」と。おや、誰の肩にもふれていない。すると「もう1人の方も決まりました」といいながら、塩谷相談員はもとの位置に戻っていた。やはり誰の肩にもふれていなかった。

「さあ、目を開けてください。実は皆さんをだましました。私は誰の肩にもふれませんでした。この間、

どんな気持ちでしたか?」という問いに、「自分を当ててくれないか、当たらないかなと思いました」と男性受講者。「当たりはしないかと、ドキドキしました」という女性受講者。「同じ状況でも、人によって考えること、感じるものが違いますね。この違いによって、その後の行動も違ってきます」と説明する塩谷相談員。

動きやワークを取り入れた参加型研修

この見事な導入をきっかけに、「環境」、「身体」、「感情」、「認知」、「行動」の5つの要素が相互に関連しているという認知モデルについて、平易に解説がなされた。「出来事がきっかけで生まれる心や体や行動に注目しましょう。いわゆる“パニック状況”に陥った経験は、皆さんもありますよね? 頭が混乱し、やっていることが支離滅裂…。こうした瞬間的に自分の頭に浮かぶ思いや考えについて、それがどういうものを捉えるクセをつけることが大事です。認知の部分で、いかに自分を客観視できるかどうか、そして切り替えに持ち込むわけです」と解説する塩谷相談員。

続いて、この「出来事」、「見方・考え方」、「気持・身体・行動」の過程に即して状況を把握するためのグループワークが取り入れられ、3つのグループの代表者による発表がなされた。

受講者の1人、看護師の方に感想を伺うと、「弊社の場合、メンタルヘルス関連の相談では、今日のお話しの中の3段階中、低いほうのレベル1から中等度のレベル2程度はありますが、かなり

深刻なレベル3は幸いにもまだありません。この低いほうの段階で、いかに気持ちが楽になるように切り替えさせることができるか、という点で、非常に有効なセミナーでした」と話してくれた。複数の大手企業の保健師を務め上げ、産業カウンセラーの資格を持つ塩谷相談員ならではの実践的な研修であった。

この日のセミナーの担当として、センターのある山口市から車に機材を積み込み、高速自動車道を車で岩国市入りの同センターの川頭哲朗業務課長は、「移動だけでも大変ですが、産業保健関係者のニーズに応え、山口県のほぼ中央に位置する当センターから、スタッフ全員で四方八方飛び回りますよ」と力強く語ってくれた。

山口産業保健推進センター

〒753-0051 山口市旭通り2-9-19

山口建設ビル4階

TEL 083-933-0105 FAX 083-933-0106



受講者のもとにこまめに足を運び、対話しながらセミナーを進める塩谷相談員。

8つの医師会の協力で、 質の高い産業保健活動を展開

大阪中央地域産業保健センター（秋山晴近センター長：（社）大阪市鶴見区医師会会長）は、鶴見区・城東区・東・生野区・東成区・天王寺区・浪速区・南の8つの医師会で構成され、全国でも管内の連携に力を入れている地域センターの1つである。

「大阪市のビジネス街である中心部と、昔ながらの下町風情が残り、中小零細企業が集中する地域。これら両端の状況を把握し、それぞれのニーズに対応しながら必要な情報や産業保健サービスを提供しています」と高山進理事が説明をしてくれた。この独特な環境に対応出来ているのも、8つの医師会の連携がしっかり出来ていることが大きなポイントであるという。「四半期ごとに運営協議会を開き、各地域の状況報告や最新の情報交換を行っています。また、緊急性のある案件などは専門医にその都度相談し、その結果を迅速に各医師会へフィードバックしています」とは北田正治理事。また、労働基準監督署と共に労働基準連合会衛生委員会のメンバーとなっている。こちらも四半期ごとに委員会が開催され、行政から提供される情報や大阪市内の企業の実情を把握する場としているという。大阪産業保健推進センターも、オブザーバーとして参加している。

年々関心が高くなるメンタルヘルス事情

「最近の相談内容で比較的增加えているのが、メンタルヘルス関係。昨年と比較しても、約2倍近く寄せられています」と長谷川正理事はいう。従業員の様子が気に掛かり、その対応方法についての相談が多いようだ。



無料の健康相談の様子

その中でも最近では、精神科医に相談したいという希望も増えてきており、専門医による訪問相談の実施を要望する声が増えているという。「最近では、IT産業が急増し



センターの皆さん（前列右から2番目が秋山センター長）

ています。ソフトウェア開発者などの就業状況は、比較的深夜に集中し長時間残業になるという傾向があるようです。そのため、長時間残業者に対応する内容などを相談するケースが多く寄せられています」とは北田理事。また、中央地域管内では、再開発や公共工事が増加し、建設工事関係者からの相談も増えてきているという。「特に夏場にかけて増えているようです。ほとんどが、元請企業の管理者からによるもので下請会社の作業員を心配してのことでしょう」と榎屋義雄相談役（大阪府医師会産業医部会顧問）はいう。管内には従業員数が10人未満の零細企業が多く、健康診断もあまり受けていないという現状。「それでも健康診断結果の数値を基にした、訪問保健指導や夏場の熱中症対策などを希望する依頼も多いようです」とはコーディネーター。

◆ ◆
今後の産業保健活動の展開のポイントを伺った。「地域医療と密着した産業医、そしてそのことから何が出来るのかを検討していきたいと考えています」とは長谷川理事。「長時間残業者対策とメンタルヘルス対策をすること。一般の先生方と精神科医との連携づくりをもっと具体化し、この中央地域センターを基幹としたシステムづくりに取組みたい」と高木宏己理事はいう。「生活習慣病予防やメタボリック対策なども、今後の課題として取組みたいと思っています」とは榎屋相談役。「各医師会の先生方の熱心な活動の甲斐あって、リピーターが増えてきており、うれしい限りです。しかし一方で、将来を見据えて新しい企業の産業保健に対するニーズに応える大切な使命に、今後も取り組んでいきたい」と秋山センター長は話してくれた。

大阪中央地域産業保健センター

〒538-0053 大阪市鶴見区鶴見3-6-37

（社）大阪市鶴見区医師会内

TEL 06-6911-1288 FAX 06-6911-6556

一つの企業体を思わせる連携と、全員で創り上げた信頼関係で 安心な職場環境を後世に伝えていくために

● 東広島市：テクノ広島協同組合

日本の三大名産地・東広島市西条の北西部に位置する黒瀬工業団地で、テクノ広島協同組合はミクロンの精度に挑戦を続けている。現在、9社で構成され、超精密機械部品や原子力・油圧ポンプ、自動車部品の加工組立および専用機器の設計など多岐にわたり、金属加工・組立に伴う一連の作業工程をも請負える協同組合だ。

テクノ広島協同組合の理事長を務める、中神自動車工業(株)の中神六也代表取締役社長と、組合の荒川宏祥専務理事、同じく本田みゆき主任、そして共同選任産業医の東広島記念病院・大本先生に産業医共同選任事業の取組みを伺った。

「テクノ広島協同組合は、H4年4月に小規模企業集団化事業法の高度化資金を利用して設立しました。その後、H6年4月には参加企業10社の工場を完成、同年12月に操業をスタートしました」と荒川専務理事。

「テクノ広島の構成企業は、従業員8名から101名、同業種の会社は全くありません。当初は規模も業種も違う10社が集まり、全員の意思統一が一番大変でした。代々の理事長始め、事務局が一番頭を悩ませたことでもありました。そのためトップの方には、ねばり強く何度も説明して回りました。その甲斐もあり、今では毎月の経営者会議・安全衛生協議会等も、各社持ち回りでスケジュール作成から進行までお願いしています」と、中神理事長は説明してくれた。

また、「中小零細企業で構成していますので、当初から従業員の健康管理は気になっていました。そのため、組合窓口で健康診断を年1回行い必ず受診するように指

導してきました。しかし、再検査の通知をトップに伝えるのですが、仕事が忙しい、時間が取りにくい、つい受診出来ない人がいたと聞いています」と本田主任はいう。「毎年の健康診断では、前回の健診結果の数値を基に問診を行います、その中でも気になる数値が一向に下がらない方が何人かいたように記憶しています」とも。

「このまま個人まかせでは、と思索していたところ、呉労働基準監督署から産業医による様々な指導や健康相談を受けるための助成制度『産業医共同選任事業』があることを教えていただきました。そして広島産業保健推進センターへ相談、H17年4月にスタートしました」と荒川専務理事は共同選任事業導入の経緯を話してくれ

た。「私は、スタート時から関わっていますが、最初は受け身の方がほとんどでした。問診時も私の話を聞くばかりで、相談を具体的にしてくれるようになったのは最近のこと」と大本先生はいう。「テ

クノ広島へ定期的に足を運んでくださり、身近な話題から気軽に声を掛け、熱心に対話を重ねてくださいました。再検査等も大本先生がそのために時間を割いて来社いただくなど、就業時間内の少しの時間で受けられ、大変助かっていると皆話しています。今では、テクノ広島には無くてはならない存在です」と本田主任はやさしく笑った。こうした、熱心な取組みのおかげで、大事に至らずに済んだ方も少なくないという。「以前から糖尿病を患っていた方で、検査の数値が異常に高くなった時がありました。すぐに大本先生へ相談し、専門医を紹介してもらい治療と同時に教育入院を行いました。その甲斐あって今では、すっかり元気になり復職して



健康相談を受ける大本先生

います」と荒川専務理事はいう。

「熱心に働きかける事務局や先生の姿は、個々の従業員の目に安心感を与えているようです。この一番活性化された状況を是非とも維持していきたい。維持することで、今後のテクノ広島の発展に繋がることと強く信じています。そして『テクノ広島ブランド』立ち上げのきっかけになるよう、一つの企業体のごとく、これからも取組んで行きたいと思っています」とも。来年3月で本事業は終了、以降の計画は現在協議中だという。

また、本田主任の提案から生まれた女性事務員会議も、活発に取り組んでいるという。「女性事務員で構成する女性事務員会議を開き、テクノ広島をバックアップしています。女性ならではの視点で、きめの細かい取組みを展開中です。構内花いっぱい運動や、花教室の開催、郵便ポスト設置等、成果は十分。ただ控えめな方が多いので、今後は意見を出しやすくするための環境整備が課題です。そのためにも、経営者の方々の深い理解を頂き、工場長会議や全体会議の場へやる気のある女性を導いてほしいと思います。テクノ広島の取組みとして、健康をテーマにした企画をぜひ、女性の視点から考えたいと思います」と本田主任が今後の豊富を語った。

「トップの方が健康診断を受けていないのが今後の課題だと思います。大黒柱自らが健康でなければ、従業員も安心して仕事できません」と大本先生が指導する。「トップの方は渉外など時間外のことが多く、食生活も不規則になりがち。先生のご協力を頂きトップの健康診断月間として、実現したい」と本田主任が力強く語った。



荒川さん、本田さん、中神さん、大本さん(左から)

宿泊研修から帰宅後の心臓疾患による死亡と企業責任

N T T 東日本北海道支店事件・札幌高判平18.7.20判922-5

ロア・ユナイテッド法律事務所代表パートナー 弁護士 岩出 誠

1 事案の概要

Aは、Y社に勤務し、平成5年、定期健診で異常を指摘され、治療を受け、Y社の健康管理規程に沿って、時間外労働や過激な運動を伴う業務、宿泊出張はさせないなどの配慮を受けていた。Y社は、平成13年、事業改革の実施のため、3つの処遇体系等を用意し、社員の希望により選択させたところ、Aは60歳満了型を選択した。そこで、Y社はAを法人営業部門に異動させ、平成14年4月から約2カ月間、同営業に必要な技能等を習得させるため研修を行った。Aは、札幌で研修中の6月7日(金)、研修終了後に旭川の自宅に帰宅し、9日(日)午前11時に墓参りに出かけたが、同日午後10時を過ぎ、先祖の墓の前で死亡しているのを発見された。Aの遺族Xらは、労災申請が不支給とされたが、Aの死亡がY社の安全配慮義務違反によるとして、Y社に対し、損害賠償を請求する訴訟を提起した。

2 判決の要旨

(1) 陳旧性心筋梗塞や冠状動脈疾患に対する治療を受けていた既往症があり、Y社の健康管理規程の「要注意(C)」に指定されていたAの死亡は、リストラ計画に伴う処遇体系等の選択の際の精神的ストレス、職種転換を前提とする本件研修参加に伴う精神的、身体的ストレスが、同人の冠状動脈の状態を自然の経過を超えて増悪させ、心筋梗塞などの冠状動脈疾患等が発症したことによる急性心筋虚血により死亡したと見るのが相当で、A死亡原因の急性心筋虚血の発症と、Y社がAに雇用形態・処遇体系の選択を迫り、60歳満了型を選択したAに本件研修に参加させたことと

の間には、相当因果関係が存在し、Y社の担当者には、従業員の業務の遂行に伴う疲労や心理的負荷等が過度に蓄積して労働者の健康を損なうことがないように注意する義務があるところ、同担当者には、比較的安定していたAの生体リズムおよび生活リズムに大きな変化を招来させ、これを壊しかねない本件研修への参加を止めさせるべきであったにもかかわらずAを本件研修に参加させたもので上記注意義務に違反した過失があった(仮に参加させるにしても、1人部屋をあてがうなど十二分な配慮をする必要があった)。

(2) Y社が、原審で、裁判所からの求釈明に応じて過失相殺の主張をしない旨答えていたにも拘わらず、控訴審において、過失相殺に関する規定の類推適用を主張することは著しく信義に反するもので、また、原審軽視にもつながり、訴訟上の信義に反し、Y社が上記主張をすることは許されず、Xらの請求につき逸失利益3,086万余円、慰謝料2,800万円、葬儀費用141万余円、弁護士費用600万円で原告の妻と子それぞれに3,314万1,886円が認められる。

3 解説

(1) 本件は、3つの点で、いわゆるグレーゾーンの過労死につき、実務対応上留意すべき点を明らかにしている点で注目される。即ち、①労災認定されない状況下でも遺族が損害賠償を求め、それが認められた点、②一定の既往症に対応した業務軽減等の措置をしていた中での発症につきさらに高いレベルの措置を求められ健康配慮義務違反が認められている

点、③1審での過失相殺の主張を裁判所の釈明にも拘わらず主張しなかったことをもって控訴審での過失相殺の主張が認められなかった点である。以下、若干補足しておく。

(2) ①の点は、労災認定されるほどの過重性がない宿泊研修過程のストレスによる症状の悪化と因果関係を認め健康配慮義務違反を認めたもので、同義務の高度化・結果債務化を示す典型例となっている。労災認定ない段階あるいは、否定された事案でも健康配慮義務違反を認める裁判所にかかる判断は本件に限らず多発しており(電通事件・東京地判平8.3.28判692-13、協成建設事件・札幌地判平成10・7・16判744-29等)、労災の未認定や不認定が直ちに企業の損害賠償責任を免責するものでないことに留意する必要がある。

(3) 次に、②の点は、Y社は、健康管理規程を整備し、これに基づき、前述のように、健診、その健診結果に沿って時間外労働の制限等の相当なケアがなされている中で、さらなるハードルを課して違反を導いているもので、企業には酷な感是否めないが、対応が必要である。

(4) ③の点は、1審で過失相殺の主張を裁判所の釈明にもかかわらず主張しなかったことをもって認めなかったことには疑問が残るが(Y社が控訴審で主張した事情は、Aの自己健康管理義務違反的要素である)、実務的には、心証を害した場合、かかる裁判所の対応もあり得ることを踏まえ、早期に予備的抗弁として、自己健康管理義務違反等の過失相殺の主張をなすべきことを示している。

メンタルヘルスにおける 職場復帰の支援・対応

大阪市立大学大学院医学研究科神経精神医学 ● 井上 幸紀

1. メンタルヘルス不全で休職している 労働者の現状～大阪を例として～

情報化社会の到来など急速な社会環境の変化に伴い労働者のストレスは精神的なものを中心に増大し、心の病気が増加している。大阪における現状を把握するために、労働者の心の健康状態や休職期間などについて大阪産業保健推進センターと共同調査を行なった¹⁾。対象は従業員300人以上の事業所1,248カ所であり、有効回答を468事業場から得た。その結果、2000年から2004年の5年間で、メンタルヘルス対策の重要性が増加したと66.5%が回答し、不変は31.0%であった。同じ5年間に精神疾患病名で休職した事例は2000年で337名、そのうちうつ病・抑うつ状態の診断書は42.4%であった。それが2004年は各々1,190名、59.1%を占め、休職事例数は3.5倍、うつ病・抑うつ状態と診断された労働者は4.9倍に増加していた(図1)。大阪府下で一定規模の事業場における結果であり

「うつはこころの風邪である」などの啓蒙活動の影響もあると思われるが、労働者のメンタルヘルス不全はうつ病を中心に増えているという結果が得られ、全国的にみても同様の傾向があると考えられる。

2. 「心の健康問題により休業した労働者の 職場復帰支援の手引き」の概略とポイント

労働者が休職後、治療を受け一旦症状が改善しても復職時に再発することは多く、医療上も社会経済上も問題になっている。そのため、2004年に厚生労働省から「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き(以下「手引き」と略す)」²⁾が出された。これはメンタルヘルス不全を発見し医療に結びつけた後の職場復帰の支援や対応の手順を具体的に5つのステップにわけて示したもので分かりやすい(表1)。

2-1 第1ステップ

第1ステップでは休業中の労働者への職場の対応方法が述べられており、労働者に不安を抱かせない配慮が求められている。労働者が診断書を職場に提出し休職に入った場合、職場はどのように対応すべきであろうか。復職診断書が提出されるまで気を使って全く連絡を取らない職場もあるかもしれないが、職場からの連絡がないことで「見捨てられた」「元気になっても戻る場所がない」などと捉えてしまうこともあり、定期的に、給与明細を渡すなどの理由を作って連絡を取ることが望ましい。ただメンタルヘルス不全の原因が連絡者にあたり、患者と職場の連絡が医療の妨げになる場合もあり得るので、主治医に定期的面談の可否と注意事項を確認してから行うべきであろう。また、面談者はメンタルヘルス不全に対する基本的な知識を得てから面談する必要がある。メ

図1 精神疾患病名による休職者数

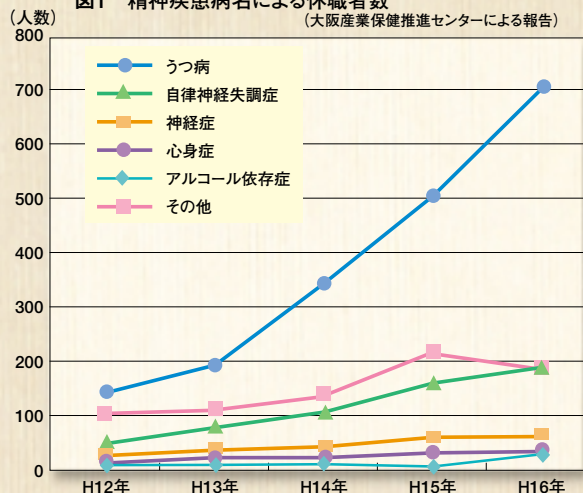
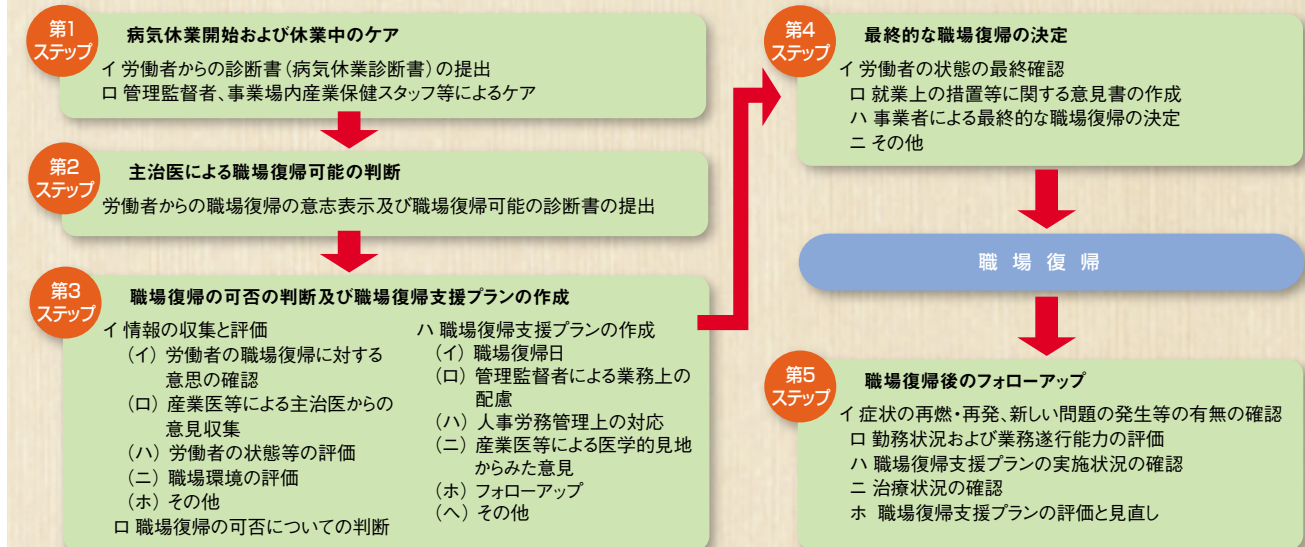


表1 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き¹⁾



ンタルヘルス不全是表面上（骨折や出血など）の異常はみられない。「本当に病気なんだろうか」「怠け病じゃないか」「根性の問題じゃないか」などと考えがちであるが、患者の脳内神経伝達物質に異常を生じており、効果のある薬物も存在する病気であることを理解しておく必要がある。特にうつ病ではうつ病そのものがマイナス思考をきたす病気なので、例えば仕事を辞めてしまおう、離婚しよう、など取り返しのつかない自己破壊的な行動に至りやすいことを理解する。大きな決断に話が及んだ場合は病気であるから先延ばしにさせるように説明する。患者を励まさない、楽しませようとしない等の配慮もまた必要である。がんばれと励ますことは逆にがんばっていないことを指摘されたと患者が捉えて無理な行動（急な復職など）をしたり、楽しませようとして連れて行った場所で病気で楽しめない自分を悲観したり、周囲の配慮に答えられない自分を悲観したり焦ったりすることに結びつく。ゆっくり焦らず休養する事がメンタルヘルス不全の改善に結びつくことを忘れてはならない。

2-2 第2ステップ

第2ステップは主治医による職場復帰可能の判断、労働者からの職場復帰の意志表示および職場復帰可能の診断書の提出である。ここで注意が必要なのは、主治医の復職判定は症状の回復程度から判断され、家庭生活がある程度送れるようになり労働者から復職希望があれば、それを復職可能の根拠にしていることが多く、職場が具体的に希望する作業能力が回復しているわけではないことである。実際、外来中心で診療している一般開業医が個別の職業性ストレスを理解する、すなわち仕事にどの

ような機能回復が必要で、復職して確実に働くことができるのかを正しく判断するのは事実上困難である。そのため第2ステップを中心に、多くの場面で職場と主治医の連携が必要となるが、ここで職場と主治医は立場が異なっていることをお互いが理解する必要がある。すなわち、主治医は患者側に立ち、病気の治療を目的とし復職判定は症状の改善に注目し、職場は給料に見合った労働生産性の確保を目的とし、復職判定は事例性の有無（仕事に問題を生じないか）に注目しているという相違がある。その相違を埋める役目をするのが産業医、看護師などの産業保健スタッフと考えられる。産業保健スタッフは一定の医学的知識を有しているため、主治医の医学的判断や説明を正しく理解することができ、その中で人事労務上の必要な配慮について職場に伝達、調整することができる。また、主治医に労働条件の説明を行なったり、病態に応じた作業調整を行なうことが可能である。労働者個人の仕事内容、交流関係、家族背景、趣味などを個別に理解しており、個人の特質に応じたその労働者固有の援助が可能になる。職場での服薬指導や通院指導も行なうことが可能である。産業保健スタッフは中立で事例性に注目して復職の可否を判断し、どのようにすればスムーズに復職できるのかを考え職場と調整する役目を持つ。このような特徴を持つ産業保健スタッフが連携の中核になることは重要である。

また、産業保健スタッフは患者と面談する機会があった場合、その思考パターンを確認することが望ましい。特にうつ病は真面目で責任感の強い人が多く、うつ症状が軽い人や少しよくなった人は「みんなに迷惑をかけている」、「このままだと自分の仕事なくなる」、「気合い

表2 職場復帰支援に関する情報提供依頼書

[illegible]

表3 職場復帰支援に関する面談記録票

海城地区生活に関する調査記録簿						
調査対象		姓 名	性別	年齢	住 居	世帯員数
姓 名	住 居	調査員	姓 名	性別	年 齢	住 居
(1) 姓 名: (2) 住 居: (3) 調査員: (4) 姓 名: (5) 性別: (6) 年 齢: (7) 住 居:						
(8) 調査員: (9) 姓 名: (10) 性別: (11) 年 齢: (12) 住 居:						
(13) 姓 名: (14) 住 居: (15) 調査員: (16) 姓 名: (17) 性別: (18) 年 齢: (19) 住 居:						
(20) 姓 名: (21) 住 居: (22) 調査員: (23) 姓 名: (24) 性別: (25) 年 齢: (26) 住 居:						
(27) 姓 名: (28) 住 居: (29) 調査員: (30) 姓 名: (31) 性別: (32) 年 齢: (33) 住 居:						
(34) 姓 名: (35) 住 居: (36) 調査員: (37) 姓 名: (38) 性別: (39) 年 齢: (40) 住 居:						
(41) 姓 名: (42) 住 居: (43) 調査員: (44) 姓 名: (45) 性別: (46) 年 齢: (47) 住 居:						
(48) 姓 名: (49) 住 居: (50) 調査員: (51) 姓 名: (52) 性別: (53) 年 齢: (54) 住 居:						
(55) 姓 名: (56) 住 居: (57) 調査員: (58) 姓 名: (59) 性別: (60) 年 齢: (61) 住 居:						
(62) 姓 名: (63) 住 居: (64) 調査員: (65) 姓 名: (66) 性別: (67) 年 齢: (68) 住 居:						
(69) 姓 名: (70) 住 居: (71) 調査員: (72) 姓 名: (73) 性別: (74) 年 齢: (75) 住 居:						
(76) 姓 名: (77) 住 居: (78) 調査員: (79) 姓 名: (80) 性別: (81) 年 齢: (82) 住 居:						
(83) 姓 名: (84) 住 居: (85) 調査員: (86) 姓 名: (87) 性別: (88) 年 齢: (89) 住 居:						
(90) 姓 名: (91) 住 居: (92) 調査員: (93) 姓 名: (94) 性別: (95) 年 齢: (96) 住 居:						
(97) 姓 名: (98) 住 居: (99) 調査員: (100) 姓 名: (101) 性別: (102) 年 齢: (103) 住 居:						
(104) 姓 名: (105) 住 居: (106) 調査員: (107) 姓 名: (108) 性別: (109) 年 齢: (110) 住 居:						
(111) 姓 名: (112) 住 居: (113) 調査員: (114) 姓 名: (115) 性別: (116) 年 齢: (117) 住 居:						
(118) 姓 名: (119) 住 居: (120) 調査員: (121) 姓 名: (122) 性別: (123) 年 齢: (124) 住 居:						
(125) 姓 名: (126) 住 居: (127) 調査員: (128) 姓 名: (129) 性別: (130) 年 齢: (131) 住 居:						
(132) 姓 名: (133) 住 居: (134) 調査員: (135) 姓 名: (136) 性別: (137) 年 齢: (138) 住 居:						
(139) 姓 名: (140) 住 居: (141) 調査員: (142) 姓 名: (143) 性別: (144) 年 齢: (145) 住 居:						
(146) 姓 名: (147) 住 居: (148) 調査員: (149) 姓 名: (150) 性別: (151) 年 齢: (152) 住 居:						
(153) 姓 名: (154) 住 居: (155) 調査員: (156) 姓 名: (157) 性別: (158) 年 齢: (159) 住 居:						
(160) 姓 名: (161) 住 居: (162) 調査員: (163) 姓 名: (164) 性別: (165) 年 齢: (166) 住 居:						
(167) 姓 名: (168) 住 居: (169) 調査員: (170) 姓 名: (171) 性別: (172) 年 齢: (173) 住 居:						
(174) 姓 名: (175) 住 居: (176) 調査員: (177) 姓 名: (178) 性別: (179) 年 齢: (180) 住 居:						
(181) 姓 名: (182) 住 居: (183) 調査員: (184) 姓 名: (185) 性別: (186) 年 齢: (187) 住 居:						
(188) 姓 名: (189) 住 居: (190) 調査員: (191) 姓 名: (192) 性別: (193) 年 齢: (194) 住 居:						
(195) 姓 名: (196) 住 居: (197) 調査員: (198) 姓 名: (199) 性別: (200) 年 齢: (201) 住 居:						
(202) 姓 名: (203) 住 居: (204) 調査員: (205) 姓 名: (206) 性別: (207) 年 齢: (208) 住 居:						
(209) 姓 名: (210) 住 居: (211) 調査員: (212) 姓 名: (213) 性別: (214) 年 齢: (215) 住 居:						
(216) 姓 名: (217) 住 居: (218) 調査員: (219) 姓 名: (220) 性別: (221) 年 齢: (222) 住 居:						
(223) 姓 名: (224) 住 居: (225) 調査員: (226) 姓 名: (227) 性別: (228) 年 齢: (229) 住 居:						
(230) 姓 名: (231) 住 居: (232) 調査員: (233) 姓 名: (234) 性別: (235) 年 齢: (236) 住 居:						
(237) 姓 名: (238) 住 居: (239) 調査員: (240) 姓 名: (241) 性別: (242) 年 齢: (243) 住 居:						
(244) 姓 名: (245) 住 居: (246) 調査員: (247) 姓 名: (248) 性別: (249) 年 齢: (250) 住 居:						
(251) 姓 名: (252) 住 居: (253) 調査員: (254) 姓 名: (255) 性別: (256) 年 齢: (257) 住 居:						
(258) 姓 名: (259) 住 居: (260) 調査員: (261) 姓 名: (262) 性別: (263) 年 齢: (264) 住 居:						
(265) 姓 名: (266) 住 居: (267) 調査員: (268) 姓 名: (269) 性別: (270) 年 齢: (271) 住 居:						
(272) 姓 名: (273) 住 居: (274) 調査員: (275) 姓 名: (276) 性別: (277) 年 齢: (278) 住 居:						
(279) 姓 名: (280) 住 居: (281) 調査員: (282) 姓 名: (283) 性別: (284) 年 齢: (285) 住 居:						
(286) 姓 名: (287) 住 居: (288) 調査員: (289) 姓 名: (290) 性別: (291) 年 齢: (292) 住 居:						
(293) 姓 名: (294) 住 居: (295) 調査員: (296) 姓 名: (297) 性別: (298) 年 齢: (299) 住 居:						
(300) 姓 名: (301) 住 居: (302) 調査員: (303) 姓 名: (304) 性別: (305) 年 齢: (306) 住 居:						
(307) 姓 名: (308) 住 居: (309) 調査員: (310) 姓 名: (311) 性別: (312) 年 齢: (313) 住 居:						
(314) 姓 名: (315) 住 居: (316) 調査員: (317) 姓 名: (318) 性別: (319) 年 齢: (320) 住 居:						
(321) 姓 名: (322) 住 居: (323) 調査員: (324) 姓 名: (325)						

表4 職場復帰に関する意見書

[illegible]

と根性が足りない」、「少しでも元気になったのだから、早く戻って、これまでの迷惑を償わねばならない」という考えが自然と浮かび、それに従って行動しやすい。そして症状の悪化を認めた場合、「やっぱりこれは一生治らない」、「俺はもう働けない」、「病気でなく気合いがでないのだ」、「いっそのこと死んだ方がいい」などと考えてしまいがちである。症状が少し改善した時には「実際の心身の状態」よりも「良くならないといけないと思う真面目な気持ち」が焦りや不適切な行動を生じさせてしまうものであることを十分理解して対応することが望まれる。

2-3 第3ステップ

第3ステップは職場復帰の可否の判断および職場復帰支援プランの作成である。主治医に診療情報を提供してもらうために職場から出す文章のひな形が「手引き」にも示されている（表2）。ただし、その書面の最後に記載欄があるように、本人の同意を得ることを忘れてはならない。得られた主治医の診断書や意見を参考にしながら職場として復職の可否を決定する。ここでは産業保健スタッフが中心になり、医学的知識と職場の現状をあわせて総合的に復職方法を考えて行く。この段階でリハビリ出勤とか仮出勤と言われる制度が利用できる職場がある。このような制度は患者が職場に慣れるだけでなく、職場も患者の状態を知ることができるという利点がある。ただ、このような制度は通常休職期間に行うため、通勤途中に事故にあった場合労働災害として認められない、行なった職務により会社に損害を与えた場合、誰がその責

任を負うのかが不明瞭であるなどの問題点もある。そのため、労務規約として文章化され実施されることが望ましい。どのような条件で復職に向かうのかは産業保健スタッフや患者などで話し合うが、将来認識の違いが表面化する場合もあり、話し合いの過程は書面で残しておくようにする（表3）。

2-4 第4ステップ

第4ステップは最終的な職場復帰の決定である。職場復帰に関する産業保健スタッフの意見を人事労務担当者に文章で提出し（表4）、それを参考に最終決定する。会社として許可をする形であり、復職の最終判断は事業主責任となる。復職とその条件が決定すれば、今後の治療や連携のためにも主治医にもその内容を書面で伝えておくことが望ましい（表5）。

2-5 第5ステップ

第5ステップは職場復帰後のフォローアップである。復職後短期的にはがんばり過ぎて、中長期的には油断や怠業で再発することが多い。再発ごとに病気が遷延し、結局長期の療養を必要とすることがあるため、復職後数年以上にわたり再発に注意が必要である。再発要因として、服薬の中断、発病時と同じような状況、日常生活の乱れ、仕事上のストレス、公私での人間関係などがあげられる。再発防止のためにも通院日を確保する。メンタルヘルス不全は外見上からその程度を判断することが困難なので、復職すれば完治として通常の仕事を与えたり、逆に偏見などから仕事をさせないなど、職場側に病気へ

表5 職場復帰及び就業措置に関する情報提供書

就業復帰及び就業措置に関する情報提供書

会社名: _____ 従業員氏名: _____

就業復帰及び就業措置に関する情報

項目	内容	備考
就業復帰に関する情報	・就業復帰の希望時期 ・就業復帰の希望職種 ・就業復帰の希望勤務地 ・就業復帰の希望給与 ・就業復帰の希望休日	
就業措置に関する情報	・就業復帰の希望時期 ・就業復帰の希望職種 ・就業復帰の希望勤務地 ・就業復帰の希望給与 ・就業復帰の希望休日	
その他		

※: この情報提供書は労働者本人を通じて産業医に提出すること。

の理解が不足していることから生じる問題もある。復職先の同僚にも、メンタルヘルス不全是誰にでも起こりえること、回復に時間がかかること、服薬は必要であること、本人の状態への理解は必要であるが特別扱いをする必要はないことなど、最低限の理解が得られるよう指導する。

メンタルヘルスの不調を職場で早期に発見することは、治療においても、また再発防止としても重要である。しかし、産業保健スタッフが労働者全員の精神状態を常に把握しておくことは困難であり、健康診断時やスクリーニング後に個別面接するなどに対応することが多い。2000年に旧労働省より「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針について」³⁾が発表された。メンタルヘルスカはセルフケア（労働者本人）、ラインによるケア（管理監督者など）、事業場内産業保健スタッフ等によるケア（産業医等による専門的ケア）、事業場外資源によるケア（病院やクリニックなど）の4つが連携を取り行なうとしている。これら「4つのケア」は各々がしっかりと役割を果たすことが前提であり、さらにお互いが有機的に連携することも大切である。メンタルヘルス不調は客観的指標が少なく、職場での早期発見は困難なことが多い。そのため、メンタルヘルス問題の発見には「ラインによるケア」として職場での相互チェックが有効である。ただ、上司等の労働者は医療者ではないため「病気」に注意するのではなく、同僚や部下の「いつもと違う雰囲気や言動」「仕事が普段通りできないこと」（事例性）に注意を向けるように産業保健スタッフは指導する。身体的な事例性としては不眠や食欲不振が、精神的なものとしては自殺念慮、イライラ、攻撃性、普通で

ない言動（被害的、悲観的、誇大的）が、行動的なものとしては勤怠状況悪化（遅刻、欠勤、早退）、仕事の能率低下、判断力低下、だらしない服装などが挙げられる。上司が事例性に気づいた場合、その原因について同じ労働者の立場から事情を聞き、対策を考え、病気の可能性がある場合は本人の同意をとった上で産業保健スタッフに橋渡しをするように指導する。産業医がメンタルヘルス不全を疑えば事業場外資源と連携を図り対応することになる。

3. おわりに

職場のメンタルヘルス対策が大きな課題となっている。2006年には、残業時間が月100時間を超え本人が希望した場合に一定条件下で産業医の面接が義務付けられるなど関連する法律や指針が整備されつつあり、メンタルヘルス不全の早期発見に役立つと思われる。一方、前述した大阪産業保健推進センターとの共同調査¹⁾では、復職体制として、精神疾患に対応できる復職マニュアルが整備されているのは106事業場（22.6%）に過ぎなかった。「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」を知って参考にしている事業場は265カ所（56.6%）、知っているが参考にしていない事業場が67カ所（14.3%）、知らない123カ所（26.3%）、無回答13カ所（2.8%）、「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」については、知って参考にしている事業場は235カ所（50.2%）、知っているが参考にしていない事業場が72カ所（15.4%）、知らない146カ所（31.2%）、無回答15カ所（3.2%）であった。労働者の心の健康問題にたいする行政の取り組みは始まったばかりであり、その事業場における認知は決して高いとはいえない。労働者を診察する臨床医におけるこれら指針や手引きの認知はおそらく極めて低いと思われる。労働者のメンタルヘルス不調への対応では労働者、事業所、臨床医がまず心の病気や（指針や手引きを含めた）その対応方法に共通の認識を持つことが重要となろう。

参考文献

- 1) 酒井國男、井上幸紀、前久保邦昭ほか：休職からの職場復帰体制の現実と課題—企業へのアンケート調査から—、労働者健康福祉機構大阪産業保健推進センター、2006。
- 2) 厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課：心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引きについて <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/10/h1014-1.html>、2004。
- 3) 労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課：事業場における労働者の心の健康づくりのための指針について http://www2.mhlw.go.jp/kisya/kijun/20000809_02_k/20000809_02_k.html、2000。

高齢者に配慮した 職場環境改善

独立行政法人 労働安全衛生総合研究所
人間工学・リスク管理研究グループ

研究部長 永田 久雄

1 はじめに

2006年4月1日から、改正された「高年齢者等の雇用の安定等に関する法律」が施行されたこともあり、60歳以上の高齢労働者の方々の働く場が拡大し、高齢労働者数も増加傾向にある。そこで、高齢労働者の増加にともなって起こる課題とそれに対する職場環境改善の基本的な考え方、課題、活動の優先事項などについて考えてみたい。

2 高齢者に配慮した改善の基本

高齢者のために行った職場環境改善であっても、その改善により受ける恩恵は、高齢者だけでなく、そこで働く若い労働者、女性も含めてともに享受できるものである。「高齢者のため」でなく、「働く人々全員のため」の職場環境改善となり、高齢者も障壁なく若い人々とともに働ける職場づくりに結びつけることが可能となる。そのため、職場環境改善活動を進める上では、「高齢者のため」でなく「高齢者に配慮した」職場環境改善といった表現を使用するほうがより経営者や他の労働者からの理解を得られやすい。

職場環境改善のための枠組づくりは、まず、経営者側の理解が得られなければ進められない。事業者の義務・努力規程が、労働安全衛生法第3条（事業者等の責務）^{※1)}や第71条の2（事業者の講ずる措置）^{※2)}、第62条（中高年齢者についての配慮）^{※3)}に記述されているが、最低基準を遵守するためでなく、職場環境改善の実質的な役割や位置づけなどを明確にした上で活動を実施することが肝要となる。労使の合意形

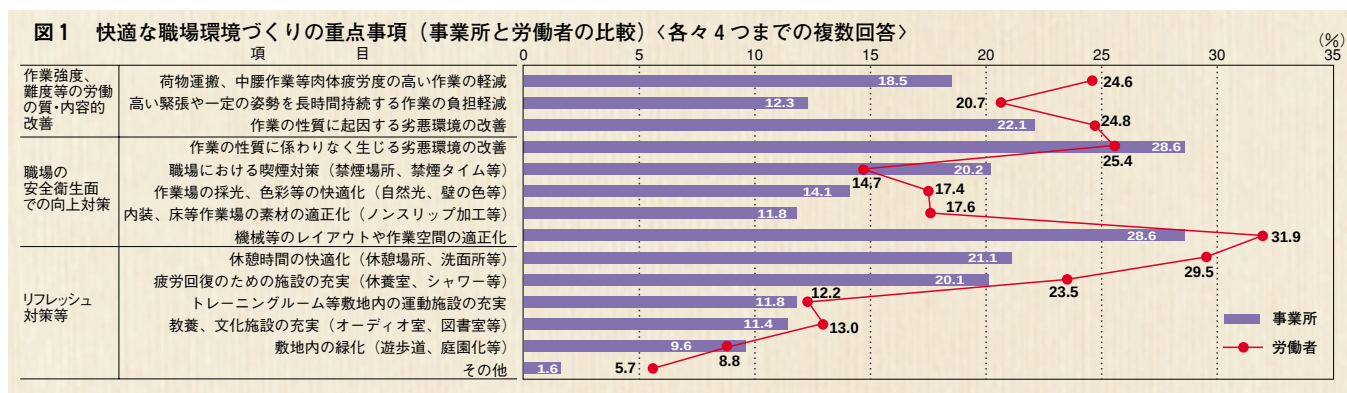
成のためにも、改善メンバーとして、産業医、人事労務担当者・管理監督者、労働者の代表で構成し、継続的な関与が不可欠となる。産業医などには、両者（経営者と労働者）の自主的な改善活動を効果的に支援するファシリテーターとしての役割が求められている。職場改善活動を定着させるためには、優先度を決め長期的かつ計画的に進めることが肝要である。また、経営者側にとっては、職場環境改善のための費用支出や改善後の生産性の低下への懸念があり、改善理由と費用対効果の説明もきちんとなされなければならない。このことが、改善を進める上でもっとも重要となる。

3 職場環境づくりに求めている重点事項

厚生労働省が2001年に実施した10人以上を雇用する民営事業所を対象とした快適な職場環境づくりに関する全国調査結果¹⁾によると、職場環境づくりで労働者が指摘する重点事項は図1になり、主に以下の項目が挙げられている。

- ・機械等のレイアウトや作業空間の適正化
- ・休憩時間の快適化（休憩所、洗面所等）
- ・作業の性質に係わりなく生じる劣悪環境の改善
- ・作業の性質に起因する劣悪環境の改善
- ・荷物運搬、中腰作業等肉体疲労度の高い作業の軽減
- ・疲労回復のため施設の充実（休養室、シャワー室等）
- ・高い緊張や一定の姿勢を長時間持続する作業の負担軽減

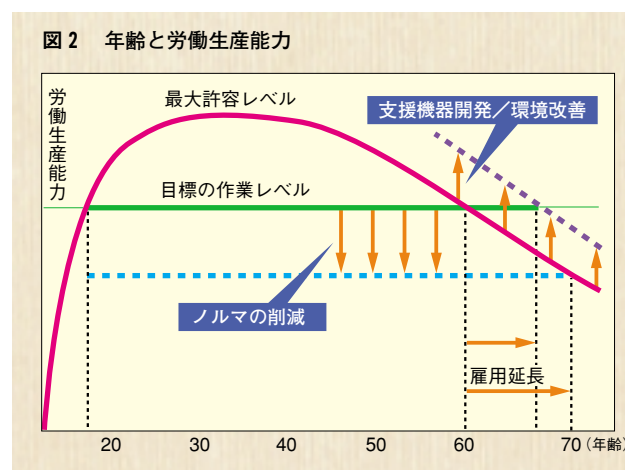
青字の項目は、労働者側と比較して事業所側の認識が特に低い項目である。いずれも改善費用の支出や生



産性の低下が伴うものとなっている。次に、高齢者自身の身体機能の衰えや労働意識に関して、筆者らが行った意識調査結果²⁾を下記に列記した。

- ・最大可能年齢は65歳あるいはそれ以上とほとんどが回答している。
- ・高齢者は、青壮老が混在した職場を好む（高齢者グループだけでの作業を好まない）。
- ・高齢者は、高齢期の労働障壁として「通勤にかかる負担」、「作業にかかる身体的・生理的な労作負担」、「作業速度、作業量」を挙げている。
- ・高齢者層で約8割が腰痛症を経験し、そのうちの約半数がいまでも痛みを伴っている。
- ・高齢者自身が自覚している心身機能の衰えは、ほとんどが55歳ごろから始まったと回答している。特に、「視力」の衰えは、50歳から始まり、「聴力」については、「感じていない」とする割合が高い。
- ・60歳以上の労働者群（370名）が希望する労働環境の改善では、回答率の高い順に並べると、「勤務時間の短縮」、「仕事やノルマの削減」、「時差通勤」、「職場環境改善」、「作業用具の改善」となる。

以上から、高齢者は労働意欲は高く、高齢者だけのグループでの活動を好まず、皆とともに働くことを希望している。そのためには、身体機能の衰えた高齢者に配慮した、「職場環境改善」、「適正なワークロード」、「時差通勤などの作業管理」が必要となる。「職場環境改善」は、高齢者の就労支援の1つでしかないので、作業ノルマの削減、時差通勤などと並行して職場環境改善を進め、高齢者の就労支援を総合的に行う必要がある。図2に、参考のため年齢と労働生産能力の関係を示した。



労働者の多くが指摘する事項は、劣悪環境の改善、作業負担の軽減、休養室、シャワー室等の充実であり、特に、高齢者層では作業による身体的な負担への軽減が多い。職業性疾病の約50%を占める「災害性腰痛」は、最近、増加傾向にある。2002年から2006年の5年間で、疾病数は867件増加し、そのうち、「災害性腰痛」は225件増加している。特に、高齢者の腰痛経験者の約半数がいまだに痛みをとまなっていることから、運搬・取り扱い作業時の腰部負担軽減のための職場環境改善が求められる。今後は、「災害性腰痛」はさらに増加すると予測される。

労働者死傷病報告によれば、2002年から2006年の5年間で、労働災害による死傷者数が1,959件増加している。その内訳を見ると、「転倒」による労働災害件数が5年間で3,345人増加し、「墜落・転落」は233人の減少、一方、「はさまれ・巻き込まれ」は、2,107人減少している。年齢別発生状況を製造業（2004年）について見ると、「転倒」では55～59歳の年齢層が最も高い発生割合を示している（図3）。「転倒」が2005年から事故の型分類では第1位で、次いで、「墜落・転落」となっ

ている。高齢者ほど転倒により負傷するリスクが高くなることから、高齢者の多い事業所になるほど転倒事故がもっとも大きな課題となってくると予測される³⁾。

4 重点項目に対する職場環境改善

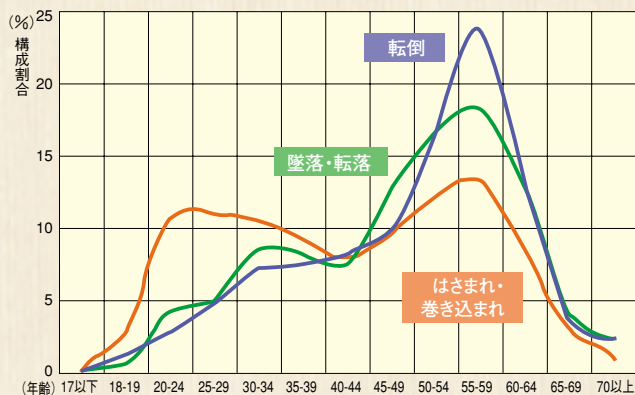
調査結果や労働災害、職業性疾患の増加傾向から、高齢者に配慮した職場環境改善で優先的に取り組むべき重要項目は、転倒事故（歩行空間の改善）と腰痛症（作業負担の改善）となる。

転倒事故防止の観点から、歩行路に関する巡視の重要チェック点をまとめると以下となる。

- ・ 階段、墜落危険箇所の手すりの有無：手すりは、墜落防止と姿勢の安定には大きな効果がある。
- ・ 手すりの適切な高さ：手がかりとしてのhand-railと、墜落防止としてのguard-railの役割を区別する。前者は、握りやすさと高さ（75～85cm）が求められるが、後者は、体が激突した際の手すり強度と回転して落下しないように体重重心点より高くなるような手すり高さ（95cm以上）が必要。この場合は、安衛則の手すりの最低限高さ75cmでは低すぎる。
- ・ 雨天時にすべりやすくなる床面のチェック：通常はすべらない床であっても、雨などで極端にすべりやすくなる箇所があるので要チェック。また、すべりにくい床面となる通路では、不意につまずくことがある。床面のすべり特性が大きく変化する箇所は、色で識別できるようにする。
- ・ つまずきの原因になるわずかな床面の段差や凹凸のチェック：高齢者にとっては、夕方に照度が落ちると視力が衰えるため、数cmの段差であっても転倒の原因となる。
- ・ 階段蹴上げの不揃いのチェック：人間の歩行では、予測のもとに前方に視線を置いて歩行する。突然の段の高さの違いによりリズムを崩し転倒する。特に、階段の最上段あるいは最下段の段差だけが異なることがあるので、要注意。

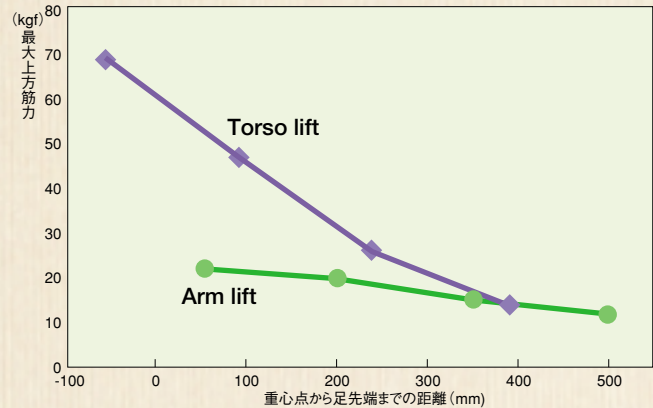
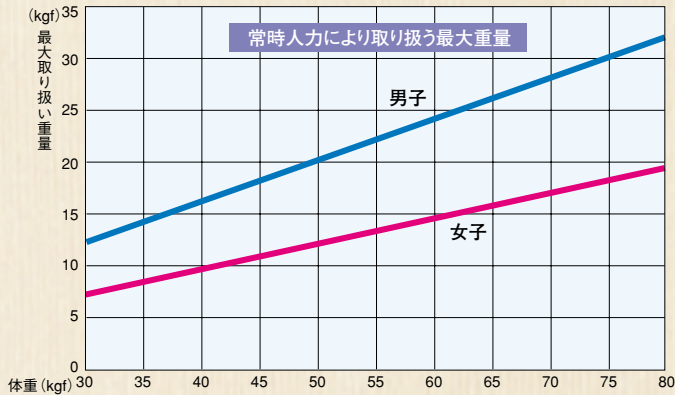
腰痛症の防止の観点から高齢者へ配慮した職場環境改善では、取り扱い重量の軽減が第一である。そのためには経営者側の理解が不可欠であり、その際の根深い課題、根拠などについて、以下に解説する。

図3 事故の型別・年齢層別の労働災害の発生割合(製造業2004年)



職場における腰痛予防対策指針（基発第547号平成6年9月6日）⁴⁾の規程では、人力による取り扱い重量は、「満18歳以上の男子労働者が人力のみにより取り扱う重量は、55kg以下にすること。また、当該男子労働者が、常時、人力のみにより取り扱う場合の重量は、当該労働者の体重のおおむね40%以下になるよう努めること。」としている。女子についての規程はないが、同指針の解説として、女性の持ち上げ能力は、男性の60%位であるとしている。体重に対する取り扱い重量の努力規程値を図4に示した。例えば、体重50kgfの労働者の常時人力により取り扱う最大重量は、男子20kgf、女子12kgfとなり、妥当な数値となる。努力規程のため、この数値の現場への適用にあたっては経営者からの理解を得ることが難しいのである。問題解決の1つとして、取り扱い重量の軽減化のための労使の合意形成が必要となる。

筆者らの調査⁵⁾によれば、施設介護の現場で高齢者が働くことを想定した場合に、もっとも大きな問題となったのは、重筋作業である。重筋作業軽減のためのリフターなどが職場内にありながら、日本では現実には使用されていないケースが多い。その大きな理由は、少ない施設介護者数で多くの要介護者を扱うために時間を掛けられない現実が浮かび上がってきたのである。そこで、筆者らが20代男子14名を使用して行った実験では、図5に示すように腰全体を使用して行う抱き起こし姿勢（Torso lift姿勢）では、介護者の足先端と要介護者（ダミー人形）の重心点の水平距離を－60～300mmの範囲で変化させると、等尺性の持ち上げ最大筋力は、68.5kgfから13.6kgfへ大きく減じる。腕



のみで支える姿勢（Arm lift姿勢）では、足位置を50mmから500mmまで変化させると、持ち上げ最大筋力は、21.3kgfから11kgfに減じる。いずれにしても、20代でも最大20kgf以下が妥当であることから、高齢者ではこの値以下となるように取り扱い重量の軽減化のための職場環境改善が求められる。この改善により、「災害性腰痛」を減らすことが可能である。

取り扱い重量の義務規程では、16歳以上～18歳未満については、継続作業時に女子15kgf、男子20kgfであり、満18歳以上の妊娠中の女性では、20kgfとなっている。しかし、60歳以上の労働者が数多く働くことを想定していないため、高齢者に関する取り扱い最大重量の義務規程がないのである。労働者の意識調査結果からも、「作業にかかる身体的・生理的な労作負担」、「荷物運搬、中腰作業等肉体疲労度の高い作業の軽減」、「作業強度、難度等の労働の質・内容的改善」に関する要望が強いことから、高齢者に配慮した自主的な見直しが各職場で必要となっている。本来は、高齢者だけでなく、すべての労働者にわたり、図4に示す努力規程に近い取り扱い重量で作業を行えるようにリフターなどの重量作業支援機器の導入や職場改善が望まれる。

5 おわりに

労働力の高齢化とともに、転倒事故、負傷に起因す

る腰痛が増加している現状の指摘とそれに対する職場環境改善の必要性について解説した。安全衛生分野では、足元のごくありふれた課題に目を向ける方が少ないように見える。作業現場に内在する身近な問題にもっと多くの安全衛生活動の労力と資金をさけたら、労災件数、職業性疾病件数が大幅に減るのではないかと考えている。安全と健康確保は、高齢者の自立と社会参加を促進するための最低条件であり、特に、筋負担軽減（腰痛症防止）、歩行環境整備（転倒事故防止など）を優先事項としてPDCAサイクルで職場環境改善を計画的かつ継続的に実施すべきであろう。

注1) 労働安全衛生法 第3条（事業者等の責務）

事業者は、単にこの法律で定める労働災害の防止のための最低基準を守るだけでなく、快適な職場環境の実現と労働条件の改善を通じて職場における労働者の安全と健康を確保するようにしなければならない。また、事業者は、国が実施する労働災害の防止に関する施策に協力するようにしなければならない。

注2) 労働安全衛生法 第71条の2（事業者の講ずる措置）

事業者は、事業場における安全衛生の水準の向上を図るため、次の措置を継続的かつ計画的に講ずることにより、快適な職場環境を形成するように努めなければならない。

1. 作業環境を快適な状態に維持管理するための措置
2. 労働者の従事する作業について、その方法を改善するための措置
3. 作業に従事することによる労働者の疲労を回復するための施設又は設備の設置又は整備
4. 前3号に掲げるもののほか、快適な職場環境を形成するため必要な措置

注3) 労働安全衛生法 第62条（中高年齢者についての配慮）

事業者は、中高年齢者その他労働災害の防止上その就業に当たって特に配慮を必要とする者については、これらの者の心身の条件に応じて適正な配置を行なうように努めなければならない。

参考文献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部、平成13年労働環境調査の概況、平成14年9月。
- 2) 永田久雄他：高齢社会での労働環境づくりに関する基礎的な調査、日本建築学会計画系論文集530、87-94、2000。
- 3) 永田久雄他：高齢労働者の通勤負担と通勤途上の転倒事故に関する調査—ビルメンテナンス業について—、産業安全研究所研究報告、NIIS-RR-2002、41-50、2003。
- 4) 厚生労働省、職場における腰痛予防対策の推進について—職場における腰痛予防対策指針（基発第547号）、平成6年9月6日。
- 5) 永田久雄他、特別養護老人ホームでの介護労働の実態調査と今後の高齢介護労働の検討、労働科学、75、459-469、1999。

従業員個々が“かけがえのない1人” 産業保健活動で実直に表現する

明治ナショナル工業株式会社 福井工場



産業医の職場巡視に基づいた改善の数々。
人間工学的な視点からの配慮も。



明治ナショナル工業株式会社福井工場を訪ねた。

用意していただいた工場の案内資料を開くと、「MF研究会」なる組織があることが記されていた。

Meiji Foremen —— 作業長、班長ら、ラインの要職で編成するもので、工場の活性化に向けた活動や技術向上に関する活動、経営幹部との意見交換会の実施など、様々な活動を研究し実践する。目をひくのは、この組織が掲げている「自分が変われば職場が変わる。職場が変われば会社が変わる」との標語である。

さて、同工場の産業保健活動について話を伺う段になり、田中義晴取締役工場長が口火を切る。「当工場で働いているのは、およそ160人。これくらいの規模ですから、従業員1人ひとりが、かけがえのない1人なんです。いきおい安全対策や具体的な労働衛生対策、職業性疾病の防止から健康確保・増進措置まで、事業場

の重要な責務と考えています」と。

ざっくり言えば、工場の規模からして、従業員個人の致し方が工場の運営に大きな影響を与え得る。一方、工場からすれば、従業員1人ひとりが抜き差しならない戦力である。同工場では両者がこれを認識している。

会社へのロイヤリティと従業員へのリスペクト。これらを紡ぐ紋様としての、“健康”が見てとれる。後に、これが産業保健活動に係る基本的な考え方と知れることになる。

同工場は、昭和48年の設立以来、施設用・店舗用照明器具など、多彩かつ多機能な照明機器を製造してきている。各工程には、最新のコンピュータシステム、新鋭機器が導入されており、凡百の工場と比べると、作業者が災害に遭遇する機会が少ない。また金属加工工程のように、粉じんへのばく露が懸念される箇所の作業ブースは、透明の板で仕切られており、さらに局所排気装置など



産業医・菅沼成文氏（左）と看護師・橋本安民氏。同工場の産業保健活動の要。



田中義晴工場長（中央）と、管理課・出口勲課長（左）、左川和弘主任。産業保健活動を支える面々。安全衛生に係る表彰の品を手に。

始業前のウォーキングのひとこま。



明治ナショナル工業株式会社 福井工場

■ 概 要

所在地：福井県坂井市

創 立：昭和48年

従業員数：約160人

業 種：照明器具製造

も適宜に配されている。

在来の、労働衛生対策の充実。この点、工場の設立が、労働安全衛生法の施行後であったことも幸いであつたろうか。ともあれ、作業に係る危険・有害物質への対応の段階は過ぎていえる。ようやく本旨である産業保健活動に。

全従業員の顔が分かる！

同工場の、2007年の安全衛生計画表には、労働衛生の重点実施項目として「メンタルヘルス研修の実施」「生活習慣病指導」「作業環境改善」「喫煙室の改善」が掲げられている。いずれも産業現場において、もっとも重要にして最新の課題とされている事柄である。これらの活動については、紙数の加減で詳細までおおよさないのだが、ここでは産業医・菅沼成文氏と看護師・橋本安民氏のことに触れたい。ご両者とも健康管理室に所属し、産業保健活動に中核として携わっている。

菅沼氏は、福井大学准教授、福井産業保健推進センターの相談員なども務めている。言わば“アンテナ”が多方面に張り巡らされているわけで、それは、職場巡視と機械・設備や作業改善などで目覚ましい。

持てる知見を活かし、医学的な側面からのアプローチはもとより、人間工学的にも秀れた改善の数々を行っている。医師然とした産業医が少なくないなかで、産業現場で職務を尽くす者として、程よくバランスを保っているのが印象的であった。

また、橋本安民氏。従業員の氏名を尋ねれば、顔が浮かび年齢、健康状態などを諳じる。健康診断後の指導をはじめ、前述した重点実施項目のすべてに主体的に絡んでいる。田中工場長が語った「従業員1人ひとりが、かけがえのない1人」との言葉を、実際に形に表しているのである。

明治ナショナル工業が属する松下電工グループ内はもちろん、全国あるいは地域を巡る情報ネットの広さを、余すところなく自らの活動に活

かしている点は、菅沼氏と同様である。

例えば、喫緊の課題であるメンタルヘルス対策として、新入社員に対する教育、新管理職・新リーダーに対する教育とともに、管理職コーチング研修を継続的に行っており、これを“人材育成の一環”などと位置付けているのは、ご両者の、また同工場の面目躍如と言えよう。

他方、菅沼氏、橋本氏とともに、または側方・後方から、産業保健活動に携わる管理課の出口勲課長、左川和弘主任らが、「実務を行いながら、労働衛生活動として『第一グループくらいにいるのかな』などと思うことも」と自負するのも頷ける。両者に全幅の信頼を置いていることが伝わってくる。

再び産業保健活動の基本としての、会社へのロイヤリティと従業員へのリスペクト。同工場の活動を知ることにつけて、専門職たる産業保健スタッフが推進力になり、事業場と個々の従業員が実現するものと、改めて知らされたことであった。

▶▶▶ 産業医・産医大のあり方について提言

厚生労働省・「産業医・産業医科大学のあり方に関する検討会」報告書

去る8月9日、「産業医・産業医科大学のあり方に関する検討会」（座長：高田勲・北里大学名誉教授）の最終報告書が厚生労働省より発表された。同検討会は昨年3月に発足し、産業医制度ならびに産業医活動の現状、今後の産業保健サービス提供などの検討を行ってきた。また、産業医の職務や選任方法、育成のあり方、産業医科大学における産業医育成のあり方なども手がけている。

今後の産業保健サービスの提供については、産業保健において重要な課題とされている、過重労働による脳・心臓疾患やメンタルヘルス不調などの作業関連疾患への対応に関して、真摯に取り組むことを強調し、労働者の健康保持増進に対する支援を図るとの観点から、生活習慣病予防や高齢労働者の健康づくり対策も、検討課題とした。

産業医の職務については、過重労働対策やメンタルヘルス不調対策に

ついての産業医の職務の範囲が法令上明らかにされていないことから、より明確化を図るための方策を検討すべきとして、その際に必要なガイドラインの作成が考えられるとしている。また、健康情報の保護については、産業医が得た労働者の健康情報一般が、どの範囲で事業者やその従業員に開示できるか、あるいは産業医選任義務のない小規模事業場の健康情報管理についても、今後検討するべきとしている。さらに、産業医の職務遂行に関する記録について、現在法令上の規定はないが、産業医活動を活性化する観点から、指導・助言の内容、職場巡視などで把握した事業場の実情等の記録を作成することも、検討すべきとしている。

現行の労働者数を基準にした産業医の選任については、業務内容および労働者数などに応じた標準投入時間数などを考慮して、事業場での産業保健サービスのニーズに対応する

べきとの考え方を示した。また、企業規模や組織の多様化に対応した選任方法としては、企業内の複数の事業場の産業保健活動促進について指導する「総括産業医」、親企業もしくは労働衛生機関に所属する産業医が、構内下請等の産業保健活動にも関与し、その事業場の特性に対応して指導する「統括産業医」の活用を、検討していく必要があるとした。

産業医の育成については、生涯教育の充実が必要であることから、現在行われている日本医師会の認定産業医資格の更新制度、産業医科大学産業医実務研修センターの更新研修等の他、労災病院等とも連携して実施していくことが期待されるとした。

産業医科大学については、わが国の産業保健に関するナショナルセンターとして一層の発展を遂げつつ、自主的・自律的に人材育成、情報収集、研究、国際協力等を進めることが望まれるとされた。

▶▶▶ 石綿健康管理手帳の交付要件拡大

厚生労働省・労働安全衛生規則の一部を改正

8月31日、厚生労働省は石綿健康管理手帳の交付要件の拡大を目的とする、労働安全衛生規則の一部を改正する省令を公布した。施行は10月1日。

従来、石綿等（石綿もしくは石綿をその重量の0.1%を超えて含有する製剤その他の物）を製造、もしくは

取り扱っていた者が健康管理手帳の交付を受けるための要件は、

- ① 両肺野に石綿による不整形陰影があり、又は石綿による胸膜肥厚があることのみだった。

今回の改正では、1号に加えて、次のいずれかに該当した者も対象と

なる。

- ② 石綿等の製造作業、石綿等が使用されている保温材、耐火被覆材等の張り付け、補修もしくは除去の作業、石綿等の吹き付けの作業または石綿等が吹き付けられた建築物、工作物等の解体、破砕等の作業（吹き付けられた石綿等の除

去の作業を含む）に1年以上従事した経験を有し、かつ、初めて石綿等の粉じんにはく露した日から10年以上を経過していること。

③ 石綿等を取り扱う作業（②の作業を除く）に10年以上従事した経験を有していること。

④ ②および③に掲げる要件に準ずるものとして厚生労働大臣が定める要件に該当すること。

上記の厚生労働大臣が定める要件は、8月31日厚生労働省告示第292号として公示された。その内容は、次の算式により算出した数

が120以上であって、かつ、初めて石綿等の粉じんにはく露した日から10年以上を経過していること、となっている。

$(④の作業に従事した月数) \times 10 + (③の作業に従事した月数)$

また、石綿健康管理手帳の様式についても、喫煙歴（なし、やめた、吸っている（ ）本／日×（ ）年（ ～ ）歳）を記入する欄が、新たに追加された。

厚生労働省は平成18年10月、中央労働災害防止協会に委託して「石綿業務に従事した離職者の健康管理に

についての検討委員会」（座長：高田昂北里大学名誉教授）を設置した。

今年3月にまとめられた報告書によると「ばく露期間や作業内容をどのように設定すれば、より適切にリスクのある者を選定できるか、引き続き調査研究が必要」と指摘。また現在は対象とされていない職業性間接ばく露についても言及しており、他の健康管理手帳の対象となる化学物質なども含め今後の課題とした。

今回の交付要件の拡大により、石綿健康管理手帳の交付件数の増加が見込まれる。

▶▶▶ 石綿含有製品ポジティブリスト改正

厚生労働省・10月1日施行

8月31日、労働安全衛生法施行令の一部を改正する政令の一部を改正する政令が公布された。施行日は10月1日となっている。

石綿および石綿含有製品（0.1%超）の製造・使用等については、平成18年9月1日より全面禁止とされたが、代替化に際し実証試験が必要な化学工業、鉄鋼業などの施設において使用される、特殊な用途の製品についてはポジティブリスト化され、製造禁止等が当分の間猶予されていた。

このたび代替が可能となったことからポジティブリストから除外され、

製造・使用等が禁止となるのは、以下の製品となっている。

石綿ジョイントシートガスケッチングから切り出した石綿（アモサイト及びクロシドライトを除く）を含有するガスカートであって、次のいずれかに該当するもの

1 ジョイントシートガスカートであって、次のいずれかに該当するもの

イ 国内の既存の鉄鋼業の用に供する施設の設備の接合部分に使用されるもので250℃以上の温度の高炉ガス、コークス炉ガスを取り扱い部分に使用されるもの

ロ 国内の既存の非鉄金属製造業の用に供する施設の設備の接合部分に使用されるもので450℃以上の温度の亜硫酸ガスを取り扱う部分に使用されるもの

2 グランドパッキングであって、国内の既存の鉄鋼業の用に供する施設の設備の接合部分に使用されるもので500℃以上の温度の転炉ガス、コークス炉ガスを取り扱い部分に使用されるもの

なお、施行日の平成19年10月1日において現に使用されているものについては、これらの規定は適用されない。

▶▶▶ 平成20年度厚生労働省予算の概算要求主要事項まとまる

要求額は一般会計22兆1,604億円

去る8月31日、厚生労働省は、平成20年度予算の概算要求の主要事項を

まとめた。要求額は、一般会計22兆1,604億円となっており、前年度予算

額より6,835億円（3.2%）増となる。来年度の予算については、以下の

9項目が柱となる。

- ①健康な生活と安心で質の高い医療の確保等のための施策の推進
- ②成長力の底上げに向けた雇用対策・職業能力開発等の推進
- ③仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）と公正かつ多様な働き方の実現
- ④人口減少社会の到来を踏まえた少子化対策の推進
- ⑤高齢者等が生き生きと安心して暮らせる福祉社会の実現
- ⑥障害者の自立支援の推進
- ⑦国民の安全と安心のための施策の推進

⑧年金記録問題等への対応

⑨各種施策の推進

このうち労働安全衛生の分野からは、

●職場における過重労働・メンタルヘルス対策の推進（32億円）

小規模事業場の長時間労働者に対する医師の面接指導等を行うため、全国の地域産業保健センターに専用窓口を開設するとともに、労働者が相談しやすい体制を事業場内外において整備する

●死亡災害・重篤災害の大幅な減少のための労働災害防止対策の推進（12億円）

危険性・有害性等の調査等の普

及、小規模事業場への指導、高齢者の災害防止対策、安全教育に係る指導者等人材養成の充実、建設業等での先進的な安全手法の普及、機械設備自体の安全性能の確保に係る指導等を行う

●職業性疾病预防対策・化学物質管理対策の推進（27億円）

粉じん障害防止総合対策の見直し及び周知等を行うとともに、国連勧告に基づく化学物質の表示等の制度の普及や、有害化学物質のリスク評価に基づく規制を行うの以上が重点施策として掲げられている。

産業保健

この一冊

ディスカヴァー携書 もし部下がうつになったら

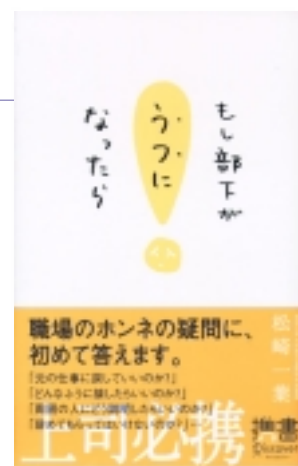
筑波大学大学院社会医学系 准教授 松崎 一葉 著

北里大学名誉教授 高田 昂

本書の特長は、長年にわたって企業の精神衛生対策にかかわってきた精神科医・産業医が、「もし部下がうつになったら」というタイトルで具体的な事例を挙げて書かれた実用書ということができる。本書の内容は、6章から構成されており、1章「部下が『うつ』と診断されたら」から始まり、2章「休職させるかさせないか、その判断は？」、3章「休職させた部下をスムーズに復職させるには」、4章「うつになる前に気づく・防ぐ」、5章「職場のストレスを探知する」、6章「ストレスの少ない職場をつくるために」という構成になっており、各章に具体的な事例を示して対処法や改善例を示している。最後に、企業の社会的責任（CSR）と組織的メンタルヘルス対策について、メンタルヘルス不全問題に対して受け身的リスク管理として対応するのではなく、組織として積極的に予防に尽力することが企業の社会的責任を果たすことになり、ひいてはプロセス管理を通じて企業

の生産性と業績の向上につながるのだという発想が重要であることを指摘している。この書を読んだ産業医の感想として、本書には適切な解り易い図や表が随所にあり、職場のストレスを軽減するには、量的負担や質的負担を取り除くよりも仕事の達成感や裁量権を与える工夫をしたほうがより効果的であり、上司のコミュニケーションスキルが部下のストレス軽減につながる事例の紹介など産業保健職が上司に説明するのに役立つことを体験したと述べておられたことが印象的であった。

職場にうつした部下を抱え、仕事は減らせない、人も増やせない。しかしメンタルヘルス不全を減らしてほしいという切実な課題を抱えている多くの管理職や人事担当者にとって必読の好書として推薦する。



メタボリックシンドロームと作業関連疾患

共通した病態の産業保健の重要な課題

東京大学名誉教授 和田 攻

1

メタボリックシンドロームは 産業保健上の重要な課題である

メタボリックシンドロームは、労働者の最も多い脳・心血管疾患の基本病態であり、過労死の究極の原因となるものである。わが国の労働者の1/4にみられ、予備群を入れると1/2に達しており、日頃の産業保健上、極めて重要な症候群といえる。

事実、①定期健診で、血中脂質、血糖、血圧、肥満などのメタボリックシンドロームの中心的所見が常に増加し、現在では労働者の1/2に達している、②メタボリックシンドロームのアウトカムとしての脳・心疾患による死亡が、労働者の死因の第2・3位にある、③現在の労働者の健康障害で“職業病”よりも、メタボリックシンドロームが関係する作業関連疾患の方が、はるかに多い、④生活習慣病、作業関連疾患および過労死の基本病態は、メタボリックシンドロームを中心としている、⑤過労死の労災認定は常に増加している、⑥健診の事後措置、および保健指導、医療指導は、メタボ

リックシンドローム対策を中心とせざるを得ない、など、臨床の場ですすめられてきたメタボリックシンドロームの概念とその対策の実践を、産業保健の予防医学に活用することが強く求められている。

2

作業関連疾患の主な病因は メタボリックシンドロームである

作業関連疾患は、一般人口にもみられる多原因性の疾患で、労働によって増悪・促進するものと定義されており、高血圧や虚血性心疾患、脳卒中、高脂血症、糖尿病、突然死などを代表としているが、生活習慣病や過労死と共通の病態であるメタボリックシンドロームを背景として発症する。ただ、生活習慣病は、対象を一般人口とし、リスク要因を生活習慣としているだけで、作業関連疾患や過労死と病態は同じで、産業保健スタッフは、常にメタボリックシンドロームを意識しておく必要がある。

3

作業関連疾患の予防は、事業者の義務であり、その実践は 産業保健スタッフの責務である

厚生労働省は、労災防止計画の1つの柱として、過重労働による脳・心疾患対策をかね、さらに、二次健康診断等給付制度、THP、および面接指導制度などメタボリックシンドローム対策を導入、また、平成20年4月からは、定期健診の項目に、メタボリックシンドローム発症の源となる内臓脂肪量の測定法として、腹囲の測定を義務づけている(表)。これらは、いずれも作業関連疾患の重要な病態であるメタボリックシンドローム対策を事業者の義務として課しているもので、その対策の実践担当者である産業保健スタッフの理解と協力が強く望まれる。

事業者の義務としての定期健診の項目の変遷
—現在の中心課題はメタボリックシンドローム—

時代	働く人々の主な疾病	主な健康診断項目
明治	結核	胸部レントゲン、喀痰検査
大正	種々の職業病、中毒	中毒の検査等→特殊健診
昭和(戦後)	成人病 生活習慣病 作業関連疾患 過労死 メタボリックシンドローム	血圧、尿、体重 平成元年～脂質、心電図、BMI 平成11年～血糖、HDL 平成20年～腹囲、LDL
これで、生活習慣病、作業関連疾患、過労死も含めて系統的、効果的な健康管理が可能となった。		



粉じん管理濃度の計算式変更により、 どのような影響が？

土石、岩石、鉱物、金属または炭素の粉じんの管理濃度の計算式が平成17年から変更されています。これにより管理区分が変わるほどの影響があるのでしょうか。

見かけ上わずかな変更でも、結果に大きな違いがでることもあるので注意が必要です。



粉じんの管理濃度の計算式は平成17年から次式のようになっています。

$$E = \frac{3.0}{0.59Q + 1} \quad \dots\dots\dots (1)$$

それまでは次式が用いられていました。

$$E = \frac{2.9}{0.22Q + 1} \quad \dots\dots\dots (2)$$

これらの式において、E 及び Q は、それぞれ次の値を表しています。

E 管理濃度 (単位 mg/m^3)

Q 当該粉じんの遊離けい酸含有率 (単位 パーセント)

ここでモデル様式の書き方と見方に記載されている粉じんの例 (粉じん1-1)¹⁾ を引用してその違いを比較してみましょう。

このモデルの場合では、粉じんの遊離けい酸含有率 Q は **15.3 %** とされていますので、管理濃度 E は平成16年以前の (2) 式で求めると $0.66 \text{ mg}/\text{m}^3$ となります。A 測定の粉じん濃度の値から第 1 評価値 E A1 と第 2 評価値 E A2 はそれぞれ次のような結果が示されています。

$$E A1 = 1.18 \text{ mg}/\text{m}^3$$

$$E A2 = 0.47 \text{ mg}/\text{m}^3$$

これらの評価値の値と上記の管理濃度の値とを比較してみると、

$$E A1 > E > E A2$$

の関係にあり、よって A 測定の結果は第 II 管理区分であることが明らかです。

また B 測定における幾何平均濃度 C_B は、

$$C_B = 0.57 \text{ mg}/\text{m}^3$$

が与えられています。

$$E \times 1.5 = 0.99 \text{ mg}/\text{m}^3$$

となりますから $1.5E > C_B$ となり、よって A 測定の結果は第 I 管理区分であることが明らかです。

同様に平成17年以降の場合について求めます。

管理濃度 E は (1) 式により $0.30 \text{ mg}/\text{m}^3$ となります。

第 1 評価値 E A1 と第 2 評価値 E A2 は上記と同じ値を用います。これらの評価値の値と管理濃度の値とを比較してみると、 $E A2 > E$ の関係となり、よって A 測定の結果は第 III 管理区分となります。

管理濃度 E の 1.5 倍の値については、

$$E \times 1.5 = 0.45 \text{ mg}/\text{m}^3$$

となり、これを上記の B 測定における幾何平均濃度 C_B の値と比較しますと、

$$1.5E < C_B$$

となります。よって B 測定の結果も第 III 管理区分となります。

このように、粉じんの管理濃度の計算式の変更は見かけ上わずかなように思われるかも知れませんが、大きな結果の違いが生じることもありますので、見落としのないようにしてください。

参考文献

- 1) 労働省安全衛生部環境改善室編、改訂 作業環境測定記録のモデル様式の書き方と見方、((社)日本作業環境測定協会、1997)、p. 50。
青字の部分が訂正箇所です。

平成20年度からはじまる 特定健康診査・特定保健指導とは？

また、これまでの職域における一般定期健康診断との違いも含めた両者の関係はどのようになっていくのでしょうか。一般定期健康診断の項目の調整も図られたと聞きますが。

メタボリックシンドローム予防のための保健指導対象者を抽出することを目的としたもので、それに基づく生活習慣の改善を主とした保健指導です。

これまで「老人保健法」で市町村による健康診査、健康相談、健康教育などの保健事業が全額公費で行われておりました。老人保健法は全面改正され、新たに「高齢者の医療の確保に関する法律」となり、平成20年から施行されます。この改正により、医療保険者（注：健康保険組合等）に、健康保険の被扶養者も含めて健診・保健指導の実施が義務化されます。医療保険者が目標を設定し計画を立て進めていくことになり、①健診受診率、②保健指導実施率、③メタボリックシンドローム該当者予備軍の減少率などにより、一定期間ごとに評価をしていきます。平成25年の目標達成状況により、後期高齢者に対する医療支援金を1割の範囲内で加算・減算する仕組みになっています。

一方事業者は、「労働安全衛生法」を根拠に一般定期健康診断を行うことが義務付けられ、適正配置・作業関連疾患の防止等について、従業員に対し安全配慮義務を負っています。また、生活習慣だけでなく労働者の作業環境等の背景も考慮した事後措置が努力義務と

して規定されています。これに対し、特定健康診査は、「高齢者の医療の確保に関する法律」を根拠に、メタボリックシンドローム予防のための保健指導対象者を抽出することを目的としております。これに基づく特定保健指導（情報提供・動機づけ支援・積極的支援）は生活習慣改善を主としており、医療保険者に実施義務があり、標準的な健診・保健指導プログラムが提示されています。

労働安全衛生法上の一般定期健康診断を受けた場合または受けることができる場合、医療保険者は特定健診を実施したものとすることができます。逆に事業者はその健診を保険者に委託することができ（「高齢者の医療の確保に関する法律」第21条1項・2項）、基本的にどちらでやるかを決めます。

またこれに伴い、一般定期健康診断の項目の調整が行われ（労働安全衛生規則第44条3項一部改正）、①血清総コレステロールに替わり低比重リポ蛋白コレステロール検査を実施する、②腹囲の検査を追加する、こととなりました。ただし、①40歳未満の者（35歳の者は除く）、②妊娠中の女性その他の者で、その腹囲が内臓脂肪の蓄積を反映していないと診断されたものの、③BMIが20未満である者、④BMI22未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者、は除きます。

（お知らせ）

前回のQ & A（2007.7第49号 P31）では、有機溶剤業務に労働者を就かせている場合の労働衛生教育カリキュラムをご紹介しましたが、現に同業務に就いている者に対しては、法60条の2の規定に基づく指針として「有機溶剤業務従事者安全衛生教育」のカリキュラムが示されています。読者の方から、これを補足すべきとのご意見を戴きましたのでお知らせいたします。

また、同P31の3行目「安全衛生特別教育規定」は正しくは「…規程」、P36の関連通達5番目の「1,3ブタジエン」は正しくは「1,3-ブタジエン」であり、謹んで訂正いたします。



「個人面接」を重視し全道を奔走 心掛ける働く者の視線でのサポート

東日本電信電話株式会社
NTT東日本札幌病院 健康管理センタ 保健師長

松本 洋子さん



健康管理センタのスタッフが一丸となって「個人面接」の重視で奔走する。前列左から2人目が松本さん

「特別なことはしていませんが、従業員などへの健康管理サポートとして、私どもが重視しているのは『個人面接』です。実績からも、これは胸を張って言えます」――。

全道の同社従業員はもとより、関連グループ会社の従業員を含めて、健康診断・管理の対象者は約1万2,000名になるNTT東日本札幌病院の健康管理センタで、保健師の師長を務める松本洋子さんは、この個人面接の年間の実施回数や対象人員数などの実績を見せてくれないが、冒頭の発言に自身もうなずく。健康管理センタは、専属産業医2人と11人の保健師の陣容で、道内の事業場の従業員の健康管理を受け持つ。もちろん、松本さんも担当事業場を持つ。言わばプレーイング・マネージャーの立場にある。札幌はもとより、函館、小樽、釧路、室蘭などなど、ご当地ソングの地名を歌うがごとくに、担当する事業場がある地名を指折り数え上げる。「地方は宿泊が伴いますから、産業医や保健師がセンタに一堂に会することは少ないですね」との言には、北海道の広さを感じさせられるとともに、分散型事業場の大変さがかいま見る思いだ。これを補ってくれるのが、パソコンに入力された担当事業場や従業員に実施した保健指導などのデータを、皆が閲覧できるシステムだ。「情報の共有ですね。指導の内容やその適切さなどが互いに確認でき、スキルアップにもなっているのではないですか。ほかの保健師の指導を参考にしたりするケースもあるでしょ

う。それに、事業場や関連会社の実情などを加味しなければなりません、保健指導の均一化にも一役買っているのではないかと思います」と言う。さらに、毎月1回はカンファレンスも実施している。

7月中旬から12月中旬にかけて実施される健康診断の同社独自の診断区分に沿って、従業員への保健指導や健康相談などが展開されるわけだが、松本さんは最近、「メンタルヘルスの重要性やメタボリック症候群、生活習慣病への対応の必要性を強く感じる」と言う。その思いの奥には、保健師になるきっかけにも行き当たるかもしれない。

松本さんが看護師時代、患者の臨終に立ち会った際に、家族の「こんな病気は無くさないかね」のつぶやきに、「予防、早期発見」の重要性を教えられた。それを機に発起し、保健師資格の取得へととなった。原点とも言える。

具体的な数字は置くとして、事業場へ赴く回数や面接する従業員数は確かに多いと思える。それをこなすには、事業場の担当者との密な連携がなければできないという。分散型の事業場の成否にもつながる。「連携がなければ、とても回しきれませんね。職制や本人など面接しなければならない人に確実に面接できるようにしてもらうには、この連携が欠かせません。それと、事業場での健康指導や健康相談は、職場巡視的でもあります。ほとんどが事務系の職場ですが、その職場を知るためには、職場巡視的な視点が必

要と思っています。保健師が巡回していることを従業員に認識してもらうことにもなりますし、大切な人間関係づくりにもなります」と語る。

これまでの経験のなかでの、“手柄話”に水を向けても乗って来ない。それよりも、「面接指導の多さを言いましたが、まだまだ1人ひとりとの係わりの時間が少ないです。あの時にもっと強く受診勧奨していればとの思いもあります。困った時にタイムリーに相談に乗れるように、さらに努力したいですね。私も働く者のひとりです。働く者の立場で、従業員の健康をサポートすることに、これからも心掛けていきます」とのさらなる向上の弁が続く。そして、ベテラン保健師としての後輩へのエールとしては、「人が好きでなければだめですね。それと、社内だけでなく、同業者との積極的な交流も推奨する。「そこでの切磋琢磨は財産になります。社内の人間とは違った視点での相談、アドバイスももらえるのではないですか」。その手本となるべく、社外活動のひとつとして、日本産業衛生学会の北海道看護部会の立ち上げに奔走し、現在、幹事・要職にもある。

休まる暇がないが、本人も希望していないであろう。そこで、ご自身の健康管理について伺うと、「私がメタボ気味でして（笑）。運動していない自分が運動を勧めるのも気が引けますが、相手の気持ちはよく分かります」と笑う。

会社概要

NTT東日本札幌病院
設立：昭和23年設立
所在地：札幌市中央区

衛生管理体制を整備し、いざ飛躍を！

国立大学法人 横浜国立大学
安心・安全の科学研究教育センター

鈴木 雄二さん

ひと口に衛生管理者と言っても、業種や業態、従業員規模などによって、職務の質・量はさまざま。あるいは、事業場内での立場によって働き方も異なるだろう。国立大学法人・横浜国立大学の鈴木雄二さんは、大学という独特の組織のなかで、思案を温めているところである。



鈴木雄二さんとは、ずいぶん前にお会いしていた。ご自身が所属する横浜国立大学「安心・安全の科学研究教育センター」が主催したセミナーであったろうか。ともかく、学生はもちろん事業場の安全衛生スタッフらに、広く「安心」や「安全」を教示する立場であった。今回、衛生管理者として職務を尽くす鈴木さんとは、再びの初対面といった塩梅になった。

もとより、昭和42年に全国で初の安全工学科を設立したのが横浜国立大学であった。安全衛生を確保する最先端の技術や知識・情報を蓄積してきており、その英知をもって設置された組織が安心・安全の科学研究教育センターである。要するに、労働衛生管理の技術に関してもかなりの水準を持っている。

ところで存外に、である。自らの安全衛生管理に限った場合に、その持てる實力を発揮し切っていたとは言えなかったようなのだ。そこには、大学という組織に独特の風土が関わっていた。例えば、各教室の教授が安全衛生管理に類する事柄も含め「一国一城の主」として権限を持ってきたこと。専門分野の先端を担う組織の必然ではあったろう。だが、全学を事業場として俯瞰した時の衛生管理体制としてどうか。指揮命令系統に疎漏はないか――。

鈴木さんは、「言い方は乱暴かもしれませんが、組織として『縦割り』の観がありました。それでも、現場にある危険性や有害性を排除するという現実的な仕事には対応できたでしょう。しかし、体制として万全かと問われれば『はい』と答え難かったのも事実」と振り返る。確かに「対症療法」で個別の案件を適切に処理していく技術を持っていることで、特段の問題は発生しにくい。が、さらに危険性や有害性の芽を摘んでいくことが求められている昨今にあっては、衛生管理を行ううえで、指揮命令系統の明確化や情報の共有化が一層重要になる。鈴木さんが、体制の整備に思い当たったのは、衛生管理者として自然なことだった。

だが、そんななかで大きなできごとがあった。「平成16年に国立大学が法人化されたことがポイントでした。適用法規が人事院規則から労働安全衛生法に変わったため、事業場としての責任体制を見直しする必要性が出てきたのです」と振り返る。

他方、「全学の安全衛生委員会に各学部の衛生管理者が参加しています。そうした席で、調査資料をはじめ必要な情報を全員に伝える。また、メンタルヘルス対策や過重労働対策など全学的な取り組みが有効なものについては、人事担当部署の衛生管理者が主体的に関わって、横断的に取り組めるようになってきている。ボトムアップと言ってよいのでしょうか」と鈴木さん。徐々に活躍の舞台が整いつつあるのは、ご自身が、「工学部から協力の要請があり、学部の垣根を越えて“ヨコ”のつながりが出来た」などと実感しているところでもある。

ところで、横浜国立大学がある神奈川県に“土曜会”なる組織があることは知る人ぞ知る。事業場の衛生管理者や保健師、労働衛生コンサルタントといった面々が任意に集う場だが、鈴木さんは衛生管理者の資格を取得するや、同会に早々に参加しているのである。「現場経験の面では、会員の多くが先輩。貴重な話を聞かせて頂いています」との由だが、様々な情報を得、自身の処し方に活かしている点は見逃せない。孤立せず行き詰まらず、粛々と活動続ける鈴木さんの、こうしたフットワークなりネットワークにも着目したいものだ。

月100時間超の時間外労働を行った労働者が2割

「愛媛の労働衛生管理体制と活動状況調査結果」より

独立行政法人労働者健康福祉機構 愛媛産業保健推進センター

愛媛県内で5月末までの1年間に、時間外労働等により月100時間超の時間外労働を行った労働者がいた事業場が約2割の19.8%、また、うつ病などのメンタルヘルス不全で休業した従業員がいた事業場が3割にも上ることが、独立行政法人労働者健康福祉機構愛媛産業保健推進センター（中矢良一所長）が平成19年6月に行った調査で判明した。

今回、調査の対象となったのは、愛媛県内の労働者数50人以上の事業場。代表者および衛生管理者に対し、労働衛生管理に対する体制、意識、取り組み状況などについて、自記式無記名調査票（郵送法）により行われた。1,129事業場へのアンケート送付に対し、代表者373人（回答率33.0%）、衛生管理者375人（回答率33.2%）からの回答があった。

「過去1年間に月100時間を超える

長時間労働者がいたか」の質問に対し、「いた」と回答したのは、全体の19.8%。事業場の規模別にみると、50～200人規模の事業場で15.5%、201～500人で30.5%、501人以上で41.4%と、事業場の規模が大きくなるほど、その割合が高くなっている。また、平成18年4月施行の改正労働安全衛生法において、事業者は、労働者の週40時間を超える労働が1月当たり100時間を超え、かつ、疲労の蓄積が認められるときは、労働者の申出があれば、医師による面接指導を行わなければならないと義務づけているが、労働者からの申し出がないことを理由として、面接を行っていない事業場が29.7%と、約3割に上った。

また、メンタルヘルス対策についての調査では「過去1年間にメンタルヘルス上の理由で休業した労働者がいたか」の質問に対し、「いた」と回答し

たのは全体の30.0%で、うち83.0%もの事業場で、1カ月以上の休業労働者がいた。これに対し「事業場で実施しているメンタルヘルス対策」では「定期健診時の問診」が62%、「従業員教育・情報提供」が40%、「相談（カウンセリング）の実施」が35%などとなっているが、「未実施」と答えた事業場も13%におよんだ。理由としては「取り組み方がわからない」、「専門スタッフがいない」などがあつた。

その他、平成18年に公示された「労働者の心の健康の保持増進のための指針」中で示された「心の健康づくり計画」については、「未作成」が73.5%、「メンタルヘルス上の理由で作業者にかかる職場復帰手順が未作成」が69.7%など、メンタルヘルス対策の取り組みの遅れが目立つ結果となり、同センターでは「早急な対応が必要」としている。

図1 過去1年間に月100時間を超える長時間労働者がいたか

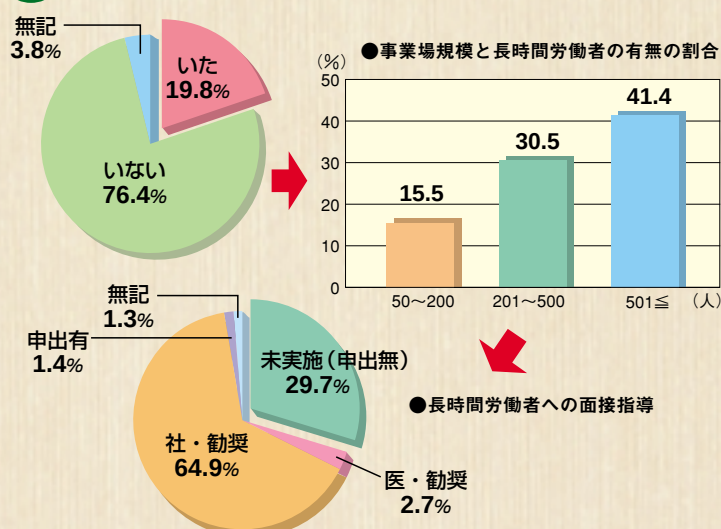
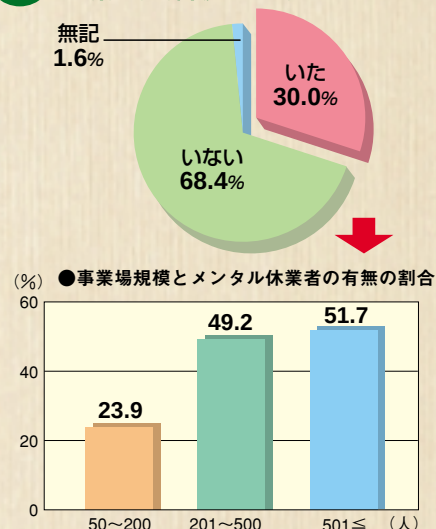


図2 過去1年間にメンタルヘルス上の理由で休業した労働者がいたか



職場のメンタルヘルス対策における産業看護職の役割

東海大学健康科学部看護学科

錦戸 典子

産業看護職の配置状況

働く人々を対象に健康支援をしている保健師・看護師などの産業看護職は、大規模事業場では常勤産業医などの多職種の産業保健チームの一員として配置されています。一方、従業員が1,000人に満たない中規模事業場では、常勤では唯一の産業保健専門職として産業看護職が雇用されていることが多いようです。その場合、産業医は非常勤になるので、事業場の状況をよく把握している常勤またはそれに近い勤務形態の産業看護職が、非常勤産業医との連携のもとに、適切な情報収集や働きかけを行いながら、産業保健活動全体の推進役を担っている事例が多く見られます。このほか、医療保険者や労働衛生機関などの事業場外支援機関にも、産業看護職が配置されていますが、今回は先に挙げた大規模事業場および中規模事業場で働く産業看護職が、職場のメンタルヘルス対策において担う役割について解説します。

従業員との全人的な関わりと本音の表出支援

大規模・中規模に関わらず、事業場で常勤またはそれに近い形で働いている産業看護職は、健康診断時の問診や事後の保健指導、および日常的な健康教育場面での関わりや職場訪問時の声かけなどの際に、身体的な症状や心の悩みなど何でも気軽に話しやすい雰囲気づくりに努め、共感的に対応して、従業員との信頼関係を構築しています。その結果、従業員も気軽に健康相談を利用して、本音の悩みや健康支援ニーズを表出できるようになり、何か問題や不安が生じた際の早期発見・対応につなげることができます。

事業場内外の多職種・関係者との連携・調整

大規模事業場の場合は、社内に常勤産業医やカウンセラー、精神科医などがいて、連携先も社内



で事足りる場合も多いのですが、産業看護職は、健康相談等で早期に把握した事例を、常勤産業医との連携のもとに、これらの精神保健専門職に円滑につなげていく支援をしています。中規模事業場の場合は、非常勤の産業医やカウンセラーなどにも相談しつつ、必要に応じて外部の精神科医を受診する支援もしていくことになりますので、常勤の産業看護職が連絡・調整の要となって円滑な連携体制を築いていくことが望ましいと思われます。このほか、人事・労務担当者や管理監督者、家族等との連携体制を築くことも重要で、産業看護職はその調整役割も果たしています。

良好な職場環境・風土ならびにメンタルヘルス対策システムづくりの推進

産業看護職は、従業員のストレス状況や職場環境を良く知る立場から、精神的に風通しの良い職場環境・風土の形成や、段階的なメンタルヘルス研修のしくみや復職支援などのシステムづくりに向けて、産業医や各種専門職および関係者と連携しながら、推進役割を担っていくことが期待されます。特に、中規模事業場で常勤では唯一の産業保健専門職として位置づけられている場合は、産業看護職がより積極的に全般的なメンタルヘルス対策システムの構築に関与することが期待されます。

最近の 安全衛生関連 通達

平成19.6.1	基発第0601006号 道路交通法の一部を改正する法律の施行に伴う厚生労働省関係告示の整備に関する告示について
平成19.6.18	基安発第0618001号 酸素欠乏症等の災害防止の徹底について
平成19.7.27	基安安発第0727001号 温泉施設において発生する可燃性ガスに関する当面の暫定対策について
平成19.7.31	基安発第0730001号 「機械の包括的な安全基準に関する指針」の改正について
平成19.7.31	基安安発第0731004号 「機械の包括的な安全基準に関する指針」の解説等について
平成19.7.31	基安安発第0731002号 クレーンの構造部分に使用する鋼材について
平成19.9.11	基安発第0911003号 造船業における労働災害防止対策の徹底について

編集後記

厚生労働省は2008年度の予算概算要求額を決定しました。詳細はご確認いただくと、その中で「新健康フロンティア戦略の推進」は1,905億で、今年度比206億円増と、来年4月からの特定健診・保健指導の充実が大きなポイントの1つになっていることが分かります。本誌でも、今号から「職場におけるメタボリックシンドローム対策」を連載することとしました。第1回目は、連載の導入的な意味合いも込め、和田攻先生に作業関連疾患との関わりを整理する形で解説いただきました。

また、もう1つの新連載として、ロア・ユナイテッド法律事務所にお問い合わせ、「判例・労災認定事例に見る産業保健」をスタートさせ、第1回は岩出誠弁護士にご執筆いただきました。産業保健スタッフばかりでなく、企業の実務担当者にも非常に有用な連載として、ご期待ください。

さらに特集では、「睡眠障害の基礎と職場における指導の留意点」と題し、睡眠研究の現在、精神疾患との関わり、睡眠教育のポイント、さらに交替制勤務時の留意点という構成で、それぞれ専門家の先生方に原稿をお寄せいただきました。生産性の低下のみならず、うつ病ほか精神疾患とも深く関わる睡眠障害について、職域において留意すべき点が多々指摘されておりますので、ぜひご活用ください。

(編集委員長 高田 勲)

編集委員 (五十音順・敬称略)

●委員長
高田 勲
北里大学名誉教授
荒記俊一
(独)労働安全衛生総合研究所理事長
今村 聡
(社)日本医師会常任理事
岩田弘敏
岐阜産業保健推進センター所長
加藤隆康
株式会社グッドライフデザイン代表取締役社長
金井雅利
厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課長
河野啓子
学校法人晩学園四日市看護医療大学学長
中林圭一
(独)労働者健康福祉機構産業保健担当理事
浜口伝博
株式会社リージャー医療戦略本部長
東 敏昭
産業医科大学教授

産業保健 21

第13巻第2号通巻第50号 平成19年10月1日発行
編集・発行 独立行政法人 労働者健康福祉機構
〒212-0013 神奈川県川崎市幸区堀川町580
ソリッドスクエアビル東館
制 作 労働調査会
〒170-0004 東京都豊島区北大塚2-4-5
TEL 03-3915-6415 FAX 03-3915-9041

平成7年7月1日創刊号発行 ©(独)労働者健康福祉機構
「禁無断転載」 落丁・乱丁はお取り替え致します。



職場の
かかりつけ医が
いると
安心です。

小規模事業場(50人未満)が
共同して産業医を選任すると
助成金が支給されます。

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)

厚生労働省・ 独立行政法人労働者健康福祉機構
www.rofuku.go.jp

助成・海外支援課 TEL 044-556-9866

産業保健推進センター一覧

北海道産業保健推進センター 〒060-0807 北海道札幌市北区北7条西1丁目2番6号 NSS・ニューステージ札幌11F TEL011-726-7701 FAX011-726-7702 http://www.hokkaidoOHPC.rofuku.go.jp	滋賀産業保健推進センター 〒520-0047 滋賀県大津市浜大津1丁目2番22号 大津商中日生ビル8F TEL077-510-0770 FAX077-510-0775 http://www.shigaOHPC.rofuku.go.jp
青森産業保健推進センター 〒030-0862 青森県青森市古川2丁目20番3号 朝日生命青森ビル8F TEL017-731-3661 FAX017-731-3660 http://www.aomoriOHPC.rofuku.go.jp	京都産業保健推進センター 〒604-8186 京都府京都市中京区車屋御池下ル梅屋町361-1 アーバネックス御池ビル東館7F TEL075-212-2600 FAX075-212-2700 http://www.kyotoOHPC.rofuku.go.jp
岩手産業保健推進センター 〒020-0045 岩手県盛岡市盛岡駅西通2丁目9番1号 マリオス12F TEL019-621-5366 FAX019-621-5367 http://www.iwateOHPC.rofuku.go.jp	大阪産業保健推進センター 〒541-0053 大阪府大阪市中央区本町2丁目1番6号 堺筋本町センタービル9F TEL06-6263-5234 FAX06-6263-5039 http://www.osakaOHPC.rofuku.go.jp
宮城産業保健推進センター 〒980-6012 宮城県仙台市青葉区中央4丁目6番1号 住友生命仙台中央ビル12F TEL022-267-4229 FAX022-267-4283 http://www.miyagiOHPC.rofuku.go.jp	兵庫産業保健推進センター 〒650-0044 兵庫県神戸市中央区東川崎町1丁目1番3号 神戸クリスタルタワー19F TEL078-360-4805 FAX078-360-4825 http://www.hyogoOHPC.rofuku.go.jp
秋田産業保健推進センター 〒010-0001 秋田県秋田市中通2丁目3番8号 アトリオンビル8F TEL018-884-7771 FAX018-884-7781 http://www.akitaOHPC.rofuku.go.jp	奈良産業保健推進センター 〒630-8115 奈良県奈良市大宮町1丁目1番15号 ニッセイ奈良駅前ビル3F TEL0742-25-3100 FAX0742-25-3101 http://www.nara-sanpo.jp
山形産業保健推進センター 〒990-0031 山形県山形市十日町1丁目3番29号 山形殖銀日生ビル6F TEL023-624-5188 FAX023-624-5250 http://www.yamagataOHPC.rofuku.go.jp	和歌山産業保健推進センター 〒640-8157 和歌山県和歌山市八番丁11 日本生命和歌山八番丁ビル6F TEL073-421-8990 FAX073-421-8991 http://www.wakayamaOHPC.rofuku.go.jp
福島産業保健推進センター 〒960-8031 福島県福島市栄町6番6号 ユニックスビル9F TEL024-526-0526 FAX024-526-0528 http://www.fukushimaOHPC.rofuku.go.jp	鳥取産業保健推進センター 〒680-0846 鳥取県鳥取市扇町7番 鳥取フコク生命駅前ビル3F TEL0857-25-3431 FAX0857-25-3432 http://www.tottoriOHPC.rofuku.go.jp
茨城産業保健推進センター 〒310-0021 茨城県水戸市南町1丁目3番35号 水戸南町第一生命ビルディング4F TEL029-300-1221 FAX029-227-1335 http://www.ibarakiOHPC.rofuku.go.jp	島根産業保健推進センター 〒690-0887 島根県松江市殿町111 松江センチュリービル5F TEL0852-59-5801 FAX0852-59-5881 http://www.shimaneOHPC.rofuku.go.jp
栃木産業保健推進センター 〒320-0033 栃木県宇都宮市本町4番15号 宇都宮NIビル7F TEL028-643-0685 FAX028-643-0695 http://www.tochigiOHPC.rofuku.go.jp	岡山産業保健推進センター 〒700-0907 岡山県岡山市下石井1丁目1番3号 日本生命岡山第二ビル新館6F TEL086-212-1222 FAX086-212-1223 http://www.okayamaOHPC.rofuku.go.jp
群馬産業保健推進センター 〒371-0022 群馬県前橋市千代田町1丁目7番4号 (財)群馬メディカルセンタービル2F TEL027-233-0026 FAX027-233-9966 http://www.gunmaOHPC.rofuku.go.jp	広島産業保健推進センター 〒730-0013 広島県広島市中区八丁堀16番11号 日本生命広島第二ビル4F TEL082-224-1361 FAX082-224-1371 http://www.hiroshima-sanpo.jp
埼玉産業保健推進センター 〒330-0063 埼玉県さいたま市浦和区高砂2丁目2番3号 さいたま浦和ビルディング2F TEL048-829-2661 FAX048-829-2660 http://www.saitamaOHPC.rofuku.go.jp	山口産業保健推進センター 〒753-0051 山口県山口市旭通り2丁目9番19号 山建ビル4F TEL083-933-0105 FAX083-933-0106 http://www.yamaguchiOHPC.rofuku.go.jp
千葉産業保健推進センター 〒260-0025 千葉県千葉市中央区間屋町1番35号 千葉ポートサイドタワー13F TEL043-245-3551 FAX043-245-3553 http://www.chibaOHPC.rofuku.go.jp	徳島産業保健推進センター 〒770-0847 徳島県徳島市幸町3丁目61番地 徳島県医師会館3F TEL088-656-0330 FAX088-656-0550 http://www.tokushimaOHPC.rofuku.go.jp
東京産業保健推進センター 〒102-0075 東京都千代田区三番町6-14 日本生命三番町ビル3F TEL03-5211-4480 FAX03-5211-4485 http://www.sanpo13.jp	香川産業保健推進センター 〒760-0025 香川県高松市古新町2番3号 三井住友海上高松ビル4F TEL087-826-3850 FAX087-826-3830 http://www.kagawaOHPC.rofuku.go.jp
神奈川産業保健推進センター 〒221-0835 神奈川県横浜市中区鶴屋町3-29-1 第6安田ビル3F TEL045-410-1160 FAX045-410-1161 http://www.kanagawaOHPC.rofuku.go.jp	愛媛産業保健推進センター 〒790-0011 愛媛県松山市千舟町4丁目5番4号 住友生命松山千舟町ビル2F TEL089-915-1911 FAX089-915-1922 http://www.ehimeOHPC.rofuku.go.jp
新潟産業保健推進センター 〒951-8055 新潟県新潟市中央区礎町通二ノ町2077番地 朝日生命新潟万代橋ビル6F TEL025-227-4411 FAX025-227-4412 http://www.sanpo15.jp	高知産業保健推進センター 〒780-0870 高知県高知市本町4丁目2番40号 ニッセイ高知ビル4F TEL088-826-6155 FAX088-826-6151 http://www.kouchiOHPC.rofuku.go.jp
富山産業保健推進センター 〒930-0856 富山県富山市牛島新町5番5号 インテックビル9F TEL076-444-6866 FAX076-444-6799 http://www.toyamaOHPC.rofuku.go.jp	福岡産業保健推進センター 〒812-0016 福岡県福岡市博多区博多駅南2丁目9-30 福岡県メディカルセンタービル1F TEL092-414-5264 FAX092-414-5239 http://www.fukuokaOHPC.rofuku.go.jp
石川産業保健推進センター 〒920-0031 石川県金沢市広岡3丁目1番1号 金沢パークビル9F TEL076-265-3888 FAX076-265-3887 http://www.ishikawaOHPC.rofuku.go.jp	佐賀産業保健推進センター 〒840-0816 佐賀県佐賀市駅南本町6-4 佐賀中央第一生命ビル8F TEL0952-41-1888 FAX0952-41-1887 http://www.sagaOHPC.rofuku.go.jp
福井産業保健推進センター 〒910-0005 福井県福井市大手2丁目7番15号 明治安田生命福井ビル5F TEL0776-27-6395 FAX0776-27-6397 http://www.fukuiOHPC.rofuku.go.jp	長崎産業保健推進センター 〒850-0862 長崎県長崎市出島町1番14号 出島朝日生命青木ビル8F TEL095-821-9170 FAX095-821-9174 http://www.nagasakiOHPC.rofuku.go.jp
山梨産業保健推進センター 〒400-0031 山梨県甲府市丸の内3-32-11 住友生命甲府丸の内ビル4F TEL055-220-7020 FAX055-220-7021 http://sanpo19.jp/	熊本産業保健推進センター 〒860-0806 熊本県熊本市花畑町1番7号 MY熊本ビル8F TEL096-353-5480 FAX096-359-6506 http://www.kumamotoOHPC.rofuku.go.jp
長野産業保健推進センター 〒380-0936 長野県長野市岡田町215-1 日本生命長野ビル3F TEL026-225-8533 FAX026-225-8535 http://www.naganoOHPC.rofuku.go.jp	大分産業保健推進センター 〒870-0046 大分県大分市荷揚町3番1号 第百・みらい信金ビル7F TEL097-573-8070 FAX097-573-8074 http://www.oitaOHPC.rofuku.go.jp
岐阜産業保健推進センター 〒500-8844 岐阜県岐阜市吉野町6丁目16番地 大同生命・廣瀬ビル11F TEL058-263-2311 FAX058-263-2366 http://www.gifuOHPC.rofuku.go.jp	宮崎産業保健推進センター 〒880-0806 宮崎県宮崎市広島1丁目18番7号 大同生命宮崎ビル6F TEL0985-62-2511 FAX0985-62-2522 http://www.miyazakiOHPC.rofuku.go.jp
静岡産業保健推進センター 〒420-0851 静岡県静岡市葵区黒金町59番6号 大同生命静岡ビル6F TEL054-205-0111 FAX054-205-0123 http://www.shizuokaOHPC.rofuku.go.jp	鹿児島産業保健推進センター 〒892-0842 鹿児島県鹿児島市東千石町1番38号 鹿児島商工会議所ビル6F TEL099-223-8100 FAX099-223-7100 http://www1.biz.biglobe.ne.jp/~sanpo46/
愛知産業保健推進センター 〒460-0008 愛知県名古屋市中区栄4丁目15番32号 日建・住生ビル7F TEL052-242-5771 FAX052-242-5773 http://www.aichiOHPC.rofuku.go.jp	沖縄産業保健推進センター 〒901-0152 沖縄県那覇市字小禄1831-1 沖縄産業支援センター7F TEL098-859-6175 FAX098-859-6176 http://www.okinawaOHPC.rofuku.go.jp
三重産業保健推進センター 〒514-0003 三重県津市桜橋2丁目191番4 三重県医師会ビル5F TEL059-213-0711 FAX059-213-0712 http://www.mieOHPC.rofuku.go.jp	事業内容その他の詳細につきましては、上記にお問い合わせください。