

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

2010.1

第59号

「産業医インタビュー」

神岡鉱業株式会社 木村英道さんに聞く

「判例・労災認定事例にみる
産業保健」

症状消失後のうつ病
再発と業務起因性

特集
職場における
高齢労働者への安全衛生



独立行政法人労働者健康福祉機構

バックナンバーの閲覧と検索ができます。 http://www.rofuku.go.jp/sanpo/sanpo21/ms_sanpo21.html

産業保健推進センターが果たすべき役割

滋賀産業保健推進センター 所長 杉本 寛治

平成5年に産業保健推進センター設置の全国展開が始まって、すでに16年が過ぎる。当初目指してきた当センターの役割は十分に果たされているであろうか。この間の産業保健を取り巻く環境は大きく変化したことは周知のことで、当センターはそれらの1つひとつに対応しようと一生懸命事業展開を図ってきた。

しかし、心の不調で悩む労働者は増えこそすれ、減ってくる兆しはまったく見られない。勤労者の自殺もこの10年7～8千人台を維持している。心筋梗塞や脳梗塞で失われる労働力の損失がますます増加している企業は、過重労働対策を本気で積極的に進めていくつもりがあるのだろうか。医師による面接が有効に機能しているのだろうか。

私自身、滋賀産業保健推進センター所長を拝命して約10年が経つが、このような事態に対して、当センターがどの程度役立ってきたのであろうかと、最近特に気になっている。本当に果たすべき役割とは何かと考えた時、あまりはっきりとした答えは出ない。推進センターがこの15年に果たしてきたことの1つは、産業保健に関わる人々への教育・研修を通じて、企業経営者への産業保健に対する認識を少しでも高めてきたことではなかろうか。

しかし、ことは極めて深刻で、メンタルヘルス対策、自殺対策、過重労働対策などに対して、さらに積極的に対応するだけでなく、企業経営者に必要なこれらの課題の解決のための具体的なノウハウを、協同で開発する必要があるだろう。次元は、単に産業保健関係者の熱意だけでは解決しない。企業経営者を巻き込んだ国家的事業として、勤労者の健康の確保のための方策を再構築すべき時に至っているのではなかろうか。推進センターはそのための中核的存在となる立場にあると信じている。

産業保健推進センター業務案内

1. 研 修

産業医、衛生管理者、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

職場における高齢労働者への安全衛生※

4

高齢労働者の身体特性と労働衛生対策

産業医科大学 産業生態科学研究所 人間工学研究室 神代 雅晴

社会における高齢者の役割と健康づくり

筑波大学大学院人間総合科学研究所 准教授 久野 譜也

企業事例

高齢者に配慮した職場環境づくり

新日本製鐵株式会社名古屋製鐵所 安全健康グループ

連 載

産業医インタビュー

2

現場を熟知することから始まる産業保健活動

神岡鉱業株式会社 産業医 木村 英道さん

業種別産業医活動実践マニュアル※

12

陸運送業における産業医活動

千葉産業保健推進センター 能川 浩二
千葉大学大学院医学研究院 諏訪園 靖

安全と健康を創る安全衛生教育指南 7

16

資料作成の方法 (3)

ターゲット・場所の設定について

九州電力株式会社 統括産業医 藤代 一也

判例・労災認定事例にみる産業保健

19

症状消失後のうつ病再発と業務起因性

札幌中央労基署長 (粧連) 事件・札幌地判平成19.11.30
平成20年版労働判例命令要旨集 ((財) 労務行政研究所編) 174頁
弁護士・ロア・ユナイテッド法律事務所 岩野 高明

勤労者医療活動レポート 14

20

「気づきと自己決定」でより確かな保健指導へ

実践的サポートで労働者だけでなく産業保健スタッフも支援

(独) 労働者健康福祉機構 東京労災病院・勤労者予防医療センター

情報スクランブル

22

VDT作業の実態が明らかに・厚生労働省／各センターの活

動の重要性を再認識・(独) 労働者健康福祉機構・平成21
年度産業保健調査研究発表会／メンタルヘルステーマの関心高く・
中央労働災害防止協会・第68回全国産業安全衛生大会

産業保健この一冊

23

医療従事者のための

新型インフルエンザA (H1N1) 対策実践ガイド

北里大学名誉教授・(独) 労働者健康福祉機構 医監 高田 昂

実践・実務のQ&A

24

学校の産業医をしています、
教師のストレス状況と対処法は？

こうして進めるラインケア 2

25

ラインケアが機能するために、
事業場内産業保健スタッフ等によるケア

日本産業カウンセラー協会 シニア産業カウンセラー 西田 治子

産業看護職奮闘記 68

26

健康的な生活を提案できるやりがいのある仕事です！

神戸製鋼所健康保険組合 保健グループ 保健師主任
河合 篤子さん

クローズアップ衛生管理者 18

27

自然体でコミュニケーションづくりを

株式会社ヒューテックノオリン営業本部関東中央支店運輸課主任
高柳 恵津子さん

メンタルヘルス・メモランダム 22

28

身体表現性障害

神田東クリニック副院長 吉村 靖司

※産業保健21では、情報誌に掲載されている要点チェックができるように「産業保健チェックリスト」(P. 7、15)を設けました。
日頃のご活動にお役立て下さい。

編集委員 (五十音順・敬称略)

●委員長

高田 昂

北里大学名誉教授

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

小川康恭

(独) 労働安全衛生総合研究所理事

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

(独) 労働者健康福祉機構産業保健担当理事

河野啓子

学校法人映学園四日市看護医療大学学長

鈴木幸雄

厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課長

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

プロフィール ● きむら ひでみち

昭和40年 2月 岐阜大学医学部 勤務
 昭和45年 4月 川崎重工岐阜工場 産業医
 昭和55年 4月 岐阜大学医学部 勤務
 昭和47年 4月 岐阜県伊奈波保健所 所長
 平成9年 4月 三菱電機静岡製作所診療所長
 平成11年 4月 神岡鉱業神岡鉱業診療所長
 岐阜産業保健推進センター 相談員
 日本産業衛生学会指導医



現場を熟知することから始まる 産業保健活動

神岡鉱業株式会社●産業医 木村 英道さんに聞く

「いやー、話すことなんかあるかなあ」と大きな声で迎えてくれたのは、岐阜県飛騨市にある神岡鉱業株式会社の産業医を務める木村英道さん。話しは矢継ぎ早に、用意してきた質問を察するがごとく進む。声のトーンは下がらないままだ。こちら元氣をもらったような気がする。

同社は、三井金属鉱業株式会社が100%出資の会社で、鉱物の採掘、製錬、加工および販売を主な事業としており、従業員は約500人、関連企業も含めて約1,100人を擁する。木村さんは、大学の研究医、一般病院勤務医、保健所長、重工業・電機会社での産業医の経験を経て、同社での産業医生活も10年を超え

る。産業医になった経緯というよりも、医師になるきっかけが少し変わっている。大学を卒業後、サラリーマンをしている最中、母親が病気になり入院。主治医に医師になることを勧められ、医学部に入学し直すことになる。「一度、決めたら止められない性格でして、周囲の反対を押し切りました」といとも簡単に言ってしまうが、受験勉強はもとより学資等で苦労したことも笑いながら話す。小児科の開業準備をしていたところ、故・館正知（元岐阜大学長）研究室への入局の話しになり、「母子保健から公衆衛生（産業保健）に方向転換。やっているとおもしろ味ができてましてね。これが産業保健に係わるきっかけ

ですかね」。こうした苦労の経験がそうさせるのか、医師・産業医というより、一個の人間として、眼前の当方が引き込まれる錯覚に陥るのも不思議ではない。もって、多くの従業員の健康管理を預かる産業医としては、大きな“武器”かもしれない。

切望する衛生管理者の活用

「私は衛生管理者に育ててもらった産業医」と言っただけではない。「ある会社の産業医時代に熱心な衛生管理者がいました。現場を熟知し、会社のこともわかっている。社員の顔もすべて承知している。この人はよく現場を回っていましたね。とにかく実行力のある人でした。現場を知らなければ務まりませんね、この仕事は」。この思いは強く、高山労働基準監督署の企画で、地域の会社に勤務する衛生管理者を対象にした研修会を実施している。「医師がいなければ衛生管理ができないと言う担当がいますが、きちんとした仕組みをつくれば、衛生管理者がキーマンとなって職場の衛生管理は十分にできるのです。優秀な衛生管理者を多く輩出できるように、衛生管理者の県単位あるいは全国レベルでの組織が充実すれば素晴らしいですね」とも語る。

また、産業医の姿勢としては、「医師でなく仲間になることから始まるのではないのでしょうか。健康診断以外では白衣を着ません。社員と同じ作業衣です。現場、会社、社員を知ることは衛生管理者と同様です。主役は社員であり、その主役に元気で働いてもらうために支援する、縁の下の力持ちが産業医でしょう」と声に力が入る。

健康診断は実施することだけでなく、その結果を社員の健康管理に活用することに意義がある。木村さんは会社独自の管理区分を設定して、健康診断結果に基づく事後措置を実施している。「仕組みをつくれば誰が見てもわかります。ただ、会社・現場の実態を知らない産業医に任せっ放しではだめです。社員と仲間になって、現場を知ってはじめて産業医です。現場を知らなければ、衛生管理はもとより、安

全上の気配りなどもできませんからね」と現場重視を力説する。さらに「“名ばかり産業医”にはならないでほしい」と言っている。

健康管理は“儲かる”のアピールを

一方、「特に中小企業の経営者にはもっと社員の健康管理に関心を持ってほしいと思います。説得するには産業保健活動によるメリットを示す必要があります。コストベネフィットです。健康管理を充実させて余分な医療費を減らしたり、不必要な通院による離席・職場不在の減少などを計算したらメリットがあります。私も経験しましたが、ある事業場(2,000人超規模)で年間2,800万円の医療費削減になりました。また、ある大手事業所では億単位でメリットがあったと役員から聞いたことがあります。社員の健康管理の充実が“儲かる”をもっとアピールしてもいいのではないのでしょうか」と語る。

さらに、企業は安全には気を遣う一方健康管理は手薄になる傾向があるが、「安全と健康は密接に関連があります。安全衛生委員会などではよく話しますが、花粉症の季節には気分が優れず、ボンヤリしたりして事故につながる危険性が高まります。特に高所作業などは問題です。糖尿病やメヌエル症候群など例をあげたらいろいろありますから、産業医として十分にアドバイスする必要がありますね」。木村さんはこうした健康情報を時々メールで配信(総務部経由)して、注意喚起や日常的なアドバイスを忘れない。また、年に1~2回、時間外に家族と一緒に健康懇談会も行っている。

「この道に入ってよかったと思います。肩肘張らず、社員と仲間になった。気軽に相談などに来てくれたときなど実感します」と感慨深げだ。

「自分も病気していますから、社員の気持ちはわかるんです。押しつけはしませんが、時には強い指導も必要です。私は、釣りと山歩きが好きでして、飛驒が肌に合ってます」。

職場における 高齢労働者への安全衛生

高齢労働者の身体特性と労働衛生対策 産業医科大学 産業生態科学研究所 人間工学研究室 神代 雅晴

社会における高齢者の役割と健康づくり 筑波大学大学院人間総合科学研究科 准教授 久野 譜也

〔企業事例〕新日本製鐵株式会社名古屋製鐵所

高齢者に配慮した職場環境づくり 新日本製鐵株式会社名古屋製鐵所 安全健康グループ

高齢労働者の身体特性と労働衛生対策

産業医科大学 産業生態科学研究所 人間工学研究室 ^{くましろう まさはる} 神代 雅晴

1 高齢労働者の労働衛生対策 ～特に作業管理の視点から～

労働衛生に深く関与する学問に人間工学がある。人間工学の研究領域の1つに職務再設計(job re-design)がある。OECDはこの職務再設計という人間工学のツールを用いて高齢者のためのJob re-design研修を1964年に開催している。日本では(財)高年齢者雇用開発協会〔現：(独)高齢・障害者雇用支援機構〕が1979年に高年齢労働者の職務再設計等に関する事例調査を開始した。そして、1986年には同協会から産・学共著による「職務再設計の理論と実際～中高年齢者を活かす職場づくり～」が出版され、今日に至るまで職務再設計活動は高齢労働対策の重要な柱として活発に行われている。

Job re-designの根底にはJob Design(職務設計)という考え方がある。職務設計とは、1950年代に米国のLouis E. Davisによって唱えられた考え方で、Taylorの科学的管理法への反省から生まれた労働の人間化、または労働生活の質の向上(QWL)を目指した考え方である。すなわち、人間が仕事に与える影響と仕事が人間に与える影響の両面から、人間にとって働きやすい作業条件・職場環境を設計し、生産効率を高めるための活動を指す。高齢労働対策の場面で①重量物取扱い職場、②不良作業姿勢出現職場、③感覚機能、特に視覚機能の特別使用に依存する職場(例えば、検査職場)などにおける職場改善の1つの手法として用いられていることが多い。

(独)高齢・障害者雇用支援機構は1986年から企業との共同研究制度を開始している。それ以降、2009年3月

末日まで(2008年度「共同研究年報」)に合計255社・380課題の共同研究を実施している。共同研究制度は大きく4つの柱—職務再設計、健康管理、人事・賃金、能力開発—to分類されている。ただし、最近の傾向として、多くの企業が実施している高齢労働対策は明確に上記の4つの領域に分けて観察することが困難である。日本の企業は複数の異なる領域を組み合わせた相互改善効果を目指している。

過去20年間における共同研究実績を観察すると、職務再設計が54.7%でもっとも多く、次いで、能力開発(20.3%)、人事・賃金(16.6%)、健康管理(8.4%)の順であった(表1)。職務再設計の実態は作業改善が主であった。したがって、職務再設計と職場改善、あるいは作業改善が単なる名称の違いだと思っている企業も少なくない。人間工学的改善、職務再設計、職場改善、作業改善、いずれの名称に親近感を感じているかは別として、日本の製造現場の特徴的な高齢労働対策は作業改善と解釈できる。そこで、この職務再設計実施数に着目して、日本の企業が自社に勤務する中高年齢労働者(45歳以上)の作業負担軽減を図るために払った関心事に注目してみた。その結果、最大の関心事は筋骨格系への負担で全課題中の59.2%を占めていた(表2)。次いで、最大の関心事であることが判明した筋骨格系への負担を取り上げて、この負担を引き起こす要因とその対策の実態を探ってみた。現場が運動器系障害の防止対策として一番に取り上げているのが不良作業姿勢の改善(36.4%)、次いで、重量物の搬送(29.5%)、重量物の持ち上げ作業(27.4%)の改善であった(表3)。

表1 日本の企業における高齢労働への取組 (1986.4～2009.3)

	(件数)
職務再設計	208
健康管理	32
人事・賃金管理	63
能力開発	77
実施企業数	255

(独) 高齢・障害者雇用支援機構
共同研究年報1986年4月～2009年3月

表2 日本の企業が中高齢労働対策として取り組んだ改善活動(1986.4～2009.3)

生体機能	改善件数 (%)
筋骨格系機能	478 (59.2%)
感覚器	75 (9.2%)
判断機能	50 (6.2%)
その他 (分類不能を含む)	206 (25.4%)
計	808 (100%)

注)表1で示した数値は1つの共同研究で複数の研究課題が行われているのでそれらをすべて合算した値である。また、個別の機能に関する改善を行っていた場合でも、主とした改善対象ではない場合にはその他に分類した。

表3 日本の企業が中高齢労働対策として取り組んだ運動器系障害防止活動 (1986.4～2009.3)

改善対象作業	改善実施件数 (%)
重量物の持ち上げ	135 (27.4%)
重量物の搬送	145 (29.5%)
不良作業姿勢	179 (36.4%)
歩行および階段昇降	21 (4.3%)
静的筋労作	12 (2.4%)
計	492 (100%)

(独) 高齢・障害者雇用支援機構
共同研究年報1986年4月～2009年3月

以上のごとく日本の高齢労働現場対策としては、長時間立位作業あるいは座位作業等による不良作業姿勢および重量物の取扱いを起因とする運動器への負担に注目している。同時に、日本の企業はこの種の問題を十分に認知していて、これらの課題に対する改善活動を優先的に取り上げていることを物語っている。

2. 高齢労働社会に対するこれからの労働衛生対策 ～ワークアビリティの評価～

中高齢期以降の加齢現象を一言で定義すると、大きな個人差が現れる世代と表現できる。高齢労働社会を迎えた日本の産業界はバラツキ労働力集団での生産活動を強いられようとしている。もはや集団の平均値を基準とする生産計画は困難な時代となってきた。それゆえに、若年、高年を問わず一人ひとりのワークアビリティを適正に診断・評価することが求められる時代になった。

「Work ability」は一般的に労働能力と訳されている。ワークアビリティの基本源泉として次の3つが考えられる。3つの源泉の中でもっとも基本となるのは一人ひとりの人間の健康である。健康面は精神的キャパシティと身体的キャパシティ、さらには労働・日常生活等の社会生活を営むための役割を認識して遂行する機能の3つから構成される。次いで、要求されるワークアビリティの源泉は労働意欲である。職務に対する構えである。最後に、多くの企業がもっとも気にかけている技能的な側面である。これらは、知識、経験、技術の組み合わせ(どちらかといえば、ブルーカラー用)、あるいは専門能力、環境変化適応能力、マネジメント能力の組み合わせ(どちらかといえば、ホワイトカラー、管理者用)で表現できるものである。

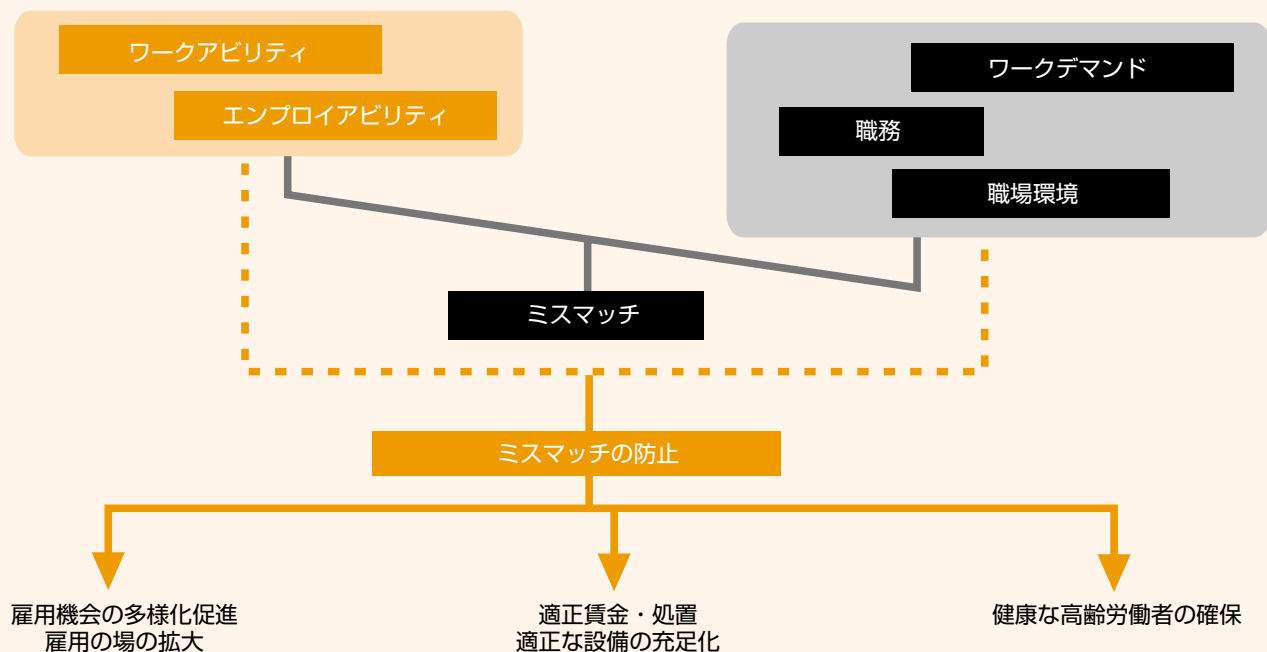
高齢労働者に与えられた職務とその本人の労働能力が

図1 ワークアビリティの効果的活用



適合していなければ、雇用者、雇用主の双方に大きなマイナスが生じる。高齢労働者は自分に合った適切な労働負荷の設定を望み、経営者は高齢労働者の労働生産性の減衰を嘆く。両者の齟齬を防ぐためには、人間の加齢にともなう流動性能力の減衰と結晶性能力の構築度合いを適正に評価し、これら2つの能力の総和に適合した職務を課することが要求される。基本は与えられた職務と労働者個々人の職務能力とのミスマッチをいかに防ぐことができるかである(図1)。この課題を解決する最大の方法は一人ひとりの労働能力を客観的にとらえて評価できるツールを開発することである。このツールの開発が高齢労働者の労働能力と与えられた職務とのミスマッチを少なくして、図2の下段に示したような効果をもたらすものと考えられる。

図2 高齢労働対策の基本は職務、職場環境と職務能力とのミスマッチ防止



3. 高齢労働社会の労働衛生活動としてのツール；ワークアビリティインデックスWork Ability Index (WAI) とは？

フィンランド国立労働衛生研究所（通称FIOH）のIlmarinen博士らは、仕事の要求を成し遂げる労働者の能力としてワークアビリティを定義しており、彼ら研究グループにより1981年にワークアビリティインデックスWork Ability Index（以下WAI）が開発された。WAIはその高い信頼性からヨーロッパを中心として現在25ヵ国以上で使用されている。日本において、WAIに関する研究はまだあまりされていないが、著者は日本の労働者の労働能力の指標として日本語訳版WAIを作成して1998年にFIOHに登録した。

WAIは以下の7種の要項から構成されている。

- (1) 自己の過去の最良時と比べた場合の現在の労働適応能力……………最低0点から最高10点
- (2) 職務遂行上要求される要因と自己の労働適応能力との関係……………最低2点から最高10点
- (3) 医師によって診断された現在の疾患数……………最低1点から最高7点
- (4) 現在罹患している疾患が仕事に与える影響……………最低1点から最高6点

- (5) 過去12ヵ月における欠勤状況……………最低1点から最高5点
- (6) 2年後の自己の労働適応能力の予測……………1点，4点および7点
- (7) 精神的健康度……………最低1点から最高4点

以上の設問から算出された合計得点は7-27点が不十分（poor）、28-36点が標準（moderate）、37-43点が良好（good）、44-49点が優秀（excellent）として評価されている。

このWAIの特徴は経年的に調査し、どの要因が労働者の労働能力を変動させたかを探り、その原因となる障害要因を除去した健康増進設計、職務再設計、さらにはエンプロイアビリティへの可能性を引き出す点である。WAIを用いた世界各国のワークアビリティ調査研究結果は現場のあらゆる高齢労働対策を遂行する上において数々の重要な示唆を与えると期待されている。

4. これまでのWAI研究成果、現場の労働衛生活動への応用は？

WAIは経年的に実施することによりWAIの効果が高められる。その結果、WAIを用いることによって現状の労働能力をかなり高い精度で評価でき、かつ近未来の労働

能力の水準を推定することができる。そこで、世界各国のWAI調査研究結果の一部を覗いてみることにする。強い関心が寄せられているのは加齢と労働能力、身体運動機能との3者関係である。とりわけ、筋力、有酸素運動能力、身体運動等とWAIとの関係が検討されている。たとえば、フィンランドのWAI研究によれば、ワークアビリティの半分以上（52%）は筋骨格系症状の強度ならびに脊椎の前屈、有酸素運動能力の3種類を指標とすることによって説明できると報告されている。同様にして、運動器系障害、心疾患および呼吸器疾患はワークアビリティの低下を来し、中でも運動器系障害はもっとも影響の大きい因子であることが示唆されている。これらの報告はWAIで表現されるワークアビリティの半分が身体的能力に支えられていることを物語っている。このあたりを別の研究成果から探ると、WAIと筋力、体力との間に明らかな相関が認められ、特に、立ち上がり動作は労働能力の低下を推測する1つの手段となることも示唆されている。また、運動習慣による身体運動量の増加がワークアビリティの向上を支援し、スポーツやレジャー等の時間の欠如がワークアビリティを低くすることが報告されている。反して、肉体労働に従事する男性が58歳までにWAI評価のpoorレベルへ転落する確率は身体的要求の無い仕事をしている労働者の2倍になることも報告されている。暦年齢とWAIとの関係では、40～44歳と55歳の時点でWAI得点が急激に低下すると報告されている。同時に、年齢に関わりなく運動器系障害および精神的症状がワークアビリティに大きく影響していることも明らかにされている。

次に、著者らが日本人を対象として行ったWAI研究成果の中からストレスに関連した結果を紹介する。ワークアビリティの向上に強く影響する要因は上司・同僚・友人・家族からの温かい支援、職場内の良好な人間関係、

高い職務満足感であることが示唆された。これらの良好な人間関係は当然のごとく精神的な健康を促進させ、その結果として、抑うつ感情が抑えられ、それがワークアビリティを向上させることも突き止められた。

一方、量的労働負荷の大小とワークアビリティとの関係を明らかにするために、著者らが関西の某大手家電製品製造工場で繁忙期と閑散期に行ったWAI調査の比較結果を観察してみることにする。この事業所では、繁忙期におけるWAI得点がpoor；プアー（労働能力が不十分）とmoderate；モデレート（標準の労働能力）と評価された人の割合が41.6%を占めていた。これに対して、閑散期ではプアーとモデレートを合わせた標準以下のワークアビリティを持つ人々の占める割合が38.5%に減少していた。この成績から、繁忙期と閑散期との間隔がわずか5ヵ月という短い期間であるにもかかわらず、忙しさがワークアビリティを減衰させる要因となることが示唆された。そして、このWAI調査時に併用した職業性ストレス、調査票日本人版（原票は米国国立労働安全衛生研究所が開発した調査票である）の結果と合わせて考えると、繁忙期のワークアビリティ低下原因は高い量的労働負荷によって引き起こされる抑鬱状態が一因と考えられる。

以上の繁忙期と閑散期における調査結果を総括すると、経営側から設定された生産目標の上昇にともなう労働負荷の増大とストレス反応、その結果として引き起こされるワークアビリティの低下という3者関係が浮き彫りにされてきた。

さらに、国内外の多くのWAI研究成果から、ストレス感情の増悪とワークアビリティの低下との間に強い関係を有することが判明した。しかし、両者は相互関係を持ち、どちらが「鶏」でどちらが「卵」かについてはわかっていない。

産業保健チェックリスト①

特集「職場における高齢労働者への安全衛生」の内容についてチェックしてください。

- 1) ワークアビリティを効果的に活用するためには、与えられた職務と労働者の職務能力とのミスマッチをいかに防ぐかがポイントである。 ☐
- 2) WAI研究成果では、良好な人間関係や高い職務満足感がワークアビリティの向上に強く影響をもたらす要因であると示唆されている。 ☐

社会における高齢者の役割と健康づくり

筑波大学大学院人間総合科学研究科 准教授 久野 譜也

1. 社会における高齢者の役割と健康維持

1) はじめに

日本の人口動態の将来推計から、高齢化・人口減社会の進行の著しいことが挙げられる。2008年内閣府高齢社会白書によると、2004年にピークを迎えたわが国の総人口は減少傾向が続いており、2025年には現在に比べて500万人以上の減少が見込まれている（図1）¹⁾。一方、いわゆる団塊の世代が75歳以上の後期高齢者に移行する2020年以降、高齢化の進行による多様な社会的課題が生じることが推測され、結果として社会システムにおける歪みが増すと考えられる。

2) 高齢者の健康と少子高齢・人口減少社会との関係

日本の労働力の推移予測（図2）²⁾では、2008年において1990年代に比べて労働力の大幅な低下がみられはじめている。しかし、2015年に高齢者が労働市場への積極的な参加がなされた場合でも511万人の労働力不足が予測され、これが促進されなかった場合にはさらに263万人、すなわち計774万人もの労働力不足が生じる可能性が示されている。

したがって、高齢者の就労機会を促進していく法整備も含めた社会システムの整備はもちろんであるが、その

前提として60歳以降の多くの人々の健康状態が就労に耐え得ることも、社会課題の解決のために求められるであろう。

健康寿命の延長は、高齢者における役割の範囲を見直し、経済活力を高める手段としても評価すべきである。³⁾ 社会保障を支える現役期間が長期化され、社会保障給付を受ける高齢期間が抑制されれば、この少子高齢・人口減社会を乗り切ることができるのではないかと考えられる。

3) 健康は稀少資源という考え方

健康は遺伝要因、環境要因、食事および運動の選好、医療技術の進歩によって左右される。遺伝要因や医療技術の進歩は、社会保障でリスクおよびコストを共有すべきものであろう。所得格差や居住環境、労働環境は環境要因である。所得格差、居住環境については、再分配政策など社会保障政策における対応が必要である。就労者にとって労働環境は重要であり、経営側の役割は大きい。

われわれの複数の研究によっても、労働時間の長さが、望ましい運動や食生活の制約要因となっていることが示されている。例えば、ある企業約2万人の生活習慣調査では、メタボリックシンドロームと関連する要因は「残業が多い」と「通勤30分以内で自動車通勤」（図3）の2つであった。

また健康を考える際には、身体だけではなく心の問題も重要である。（財）日本生産性本部や日本商工会議所の調査では、日本的雇用慣行がゆらぐ中、経営側の長期的な視点からの労働者に対する健康への関心が薄れ、さらに職場内の信頼関係の低下が、労働者の心身を疲弊させていることが示されている。しかし一方では、優秀な労働者の確保こそが企業の生産性を高めるという視点に立ち、社員への健

図1 50年後の日本の世代構造（内閣府，2008¹⁾）

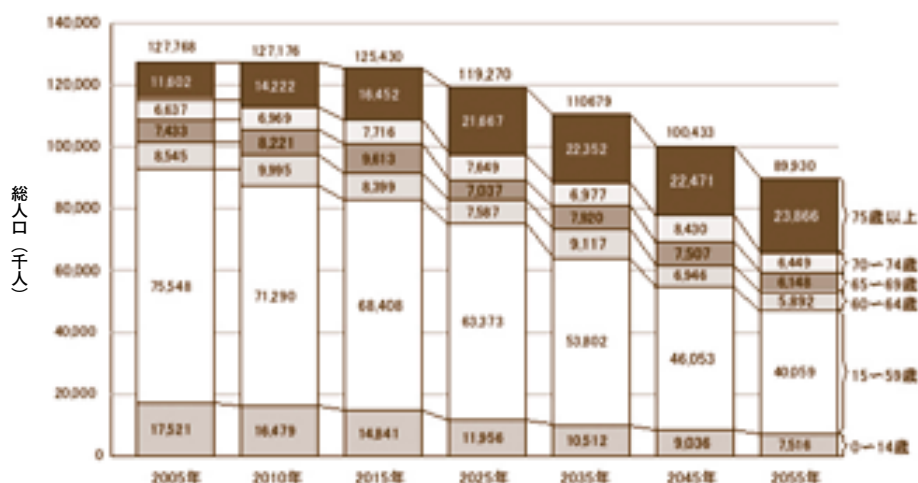


図2 日本の労働力の推移予測
(野村総研2015年プロジェクトチーム,2007²⁾)

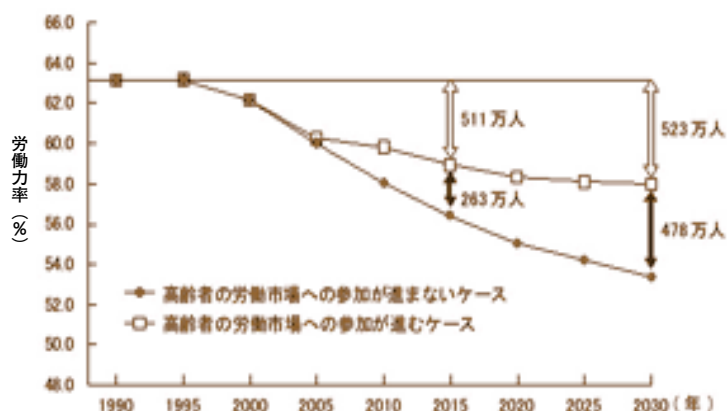
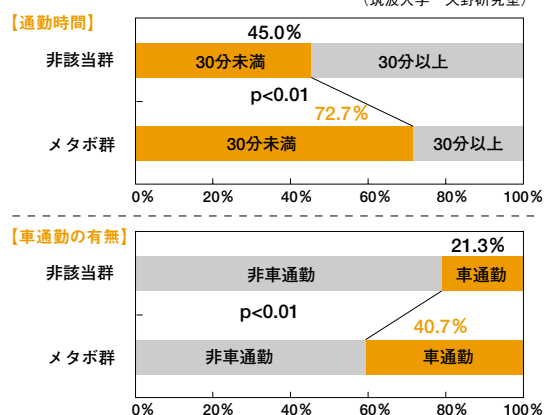


図3 労働環境がメタボリックシンドローム発症の有無に
及ぼす影響 通勤時間と通勤時の車使用の有無
(筑波大学 久野研究室)



康に関する投資を積極的に強化している企業も以前に比べると増えつつあるという事実も認められる。

2. 高齢者における健康維持のための運動指導

1) 生活習慣病予防の必要性

日本人の健康を考えたときに、何よりも重要なのは生活習慣病の克服である。日本人の死因の6割以上は、3大生活習慣病（がん・脳卒中・心筋梗塞）によるものである。高血圧性疾患が600万人、脳血管障害が350万人、悪性新生物260万人、糖尿病が200万人および虚血性心疾患が100万人と、生活習慣病の患者数を合計すると1,500万人以上にもなる。これを国民医療費で見ると、高血圧性疾患が1.9兆円、脳血管障害が1.7兆円、悪性新生物が2.5兆円、糖尿病が1.1兆円および虚血性心疾患が0.7兆円となり、その合計は国民医療費全体の3分の1に相当する。この国民医療費の負担構成比は将来にわたって現在の日本の社会保障制度を維持していくことの困難さを示しており、解決策のひとつとして第一次予防に期待が寄せられている。

2) 生活習慣病予防のための運動指導

生活習慣病予防に向けた保健指導の現場では「30分歩きましょう」「まずは食事から始めてみましょう」といった場面を頻繁に見受ける。これは一見正しい指導に見えるが、大きな間違いである。生活習慣病予防のための減量指導には、①食事コントロール、②有酸素性運動、③筋力トレーニングの3要素が必要である（表1）⁴⁾。有酸素性運動や食事コントロールだけでは内臓脂肪とともに筋肉まで落としてしまい、結果的に太りやすい身体を作

表1 科学的根拠に基づく減量の定義⁴⁾

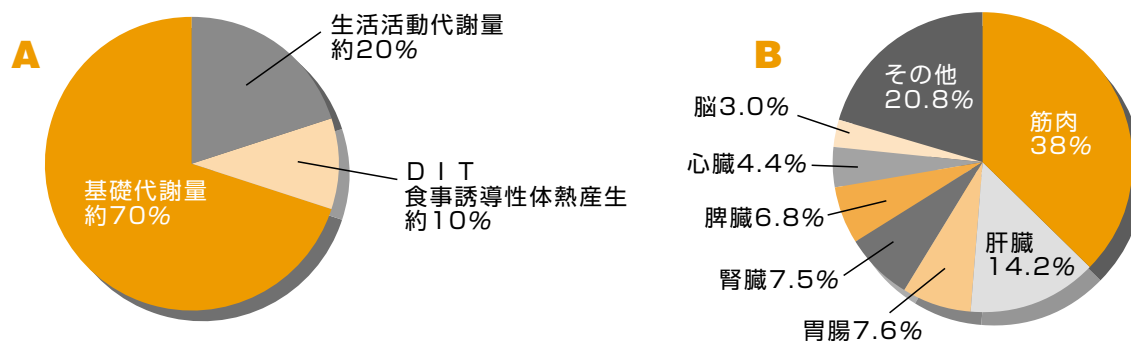
1. 食事コントロール
→摂取カロリーの減少：脂質↓
2. 有酸素性運動
→脂肪の燃焼：特に内臓脂肪
3. 筋力トレーニング（量と質の改善）
→基礎代謝の維持・増進
→インスリン抵抗性の改善

ってしまうことになるからである。さらに、われわれの研究では、食事コントロールにウォーキングやジョギングなどの有酸素性運動をプラスしても、筋肉量の減少を抑制する効果がないことがわかってきた。

では、筋肉量が落ちるとどのような影響があるのだろうか？問題は「筋肉量の減少による、基礎代謝量の低下」にある。基礎代謝は生命活動を維持するために最低限必要なエネルギー代謝のことで、1日のエネルギー消費全体の約7割を占める（図4）。図4に示しているように、基礎代謝によるエネルギー消費にいちばん貢献しているのが筋肉である。つまり、筋肉が減ると基礎代謝によるエネルギー消費量が下がり、太りやすくなるのである。有酸素性運動には筋力トレーニングの効果は期待できないので、有酸素性運動と食事制限を組み合わせ、一時的にダイエット効果が出たとしても、筋肉量が減ってしまい、長期的には生活習慣病予防のための方法として有効とはいえない可能性が高くなってしまふ。

一方で筋肉量の減少には、加齢という要因が働いている。筋肉量は年齢を重ねるに従い1年に約1%ずつ減少

図4 活動時総代謝量における基礎代謝の割合（A）と基礎代謝を担う身体部位の割合（B）



し、大腿の筋肉量でみると、20代を100%とした場合、40歳代で80%、50歳代で70%、60歳代では60%へと確実に減少していく。よく老化は脚からといわれるように、加齢とともに筋肉量が大きく減るのは脚の筋肉からである。腕の筋肉量はあまり減らず、20歳代を100%とすると40歳代で95%、60歳代でも85%程度しか減少しない。だから筋力トレーニングを行う場合には下半身のトレーニングの割合を増やすことが重要なポイントとなるのである。

ところで、筋力は何歳になっても鍛えることができるのをご存知だろうか。筋肉は可塑性が高く、80歳90歳になっても筋肉量を増やすことができる。かつて高齢者の筋力トレーニングはよくないと思われていたが、筋肉に力を入れるときに息を吐きながら行えば、血圧の上昇が抑えられることもわかっている。また、衰えた筋肉ほど筋力トレーニングの効果は大きいという特徴もある。

3) 運動量は1週間の足し算で考える

とかく働く世代は「忙しいから運動はできない」と口にするが、健康づくりのための運動は1週間単位で運動量を考えればよい。つまり、毎日規則正しく一定のメニューを実施する必要はなく、1週間の足し算でつじつまを合わせればよい。

「1日1万歩」というのも、毎日1万歩を歩かなくても、今日1万5,000歩であれば、翌日5,000歩でもかまわない。筋力トレーニングも例えば1日5種類実施するとすれば一気に5種目やっても、1種類ずつやっても、効果はほぼ同じなので、昼休みに会社で1～2種目やって、足りない分は家でやってもよい。

わざわざ運動のための時間枠を確保しなくても、自分の生活スタイルやスケジュールに合わせてできることはたくさんある。“会社で3階までは階段を使うようにす

る”、“電車の乗り換えはエスカレーターを使わない”、“駐車場は出入口からいちばん遠くに駐車する”など生活場面を運動時間に変えることができる。

またこれらの運動量や体の変化を確認するために歩数計や体組成計などの計測機器を活用するのもよい。効果が客観的に数値でわかるため、行動を続ける強い動機づけになるからだ。

4) 高齢者の健康づくりは『生涯発達』がキーワード

これから高齢者の健康づくりのキーワードは『生涯発達』といえるだろう。老化や加齢により生活機能の低下の影響を受けて、体力面では動作能力の低下、調整能力の低下、動作の組み合わせ能力の低下などが起こる。その変化を止めることはできない。しかしながら知能、生活機能などは高齢になっても向上し、またその低下を抑制することは可能である。

老化や加齢によりどのように機能が低下していくかを理解するのではなく、生涯を通じて自分らしい働き方および生き方をしていくために、どのようにすればよいのかを理解し、それらを実践していくことが重要なのである。

人間は、誕生時から発達および老化の大枠は決まっているが、それを生涯にわたりどのようにしていくかについては、本人の意思と環境に大きく左右されるのである。

参考文献

- 1) 内閣府：高齢社会白書。2008。
- 2) 野村総研2015年プロジェクトチーム：2015年の日本。P6, 東洋経済新報社, 2007。
- 3) 久野譜也ほか：健康投資社会のススメ, 週刊東洋経済616：74-78, 2008。
- 4) 久野譜也：ダイエットの現代的意味, 体育の科学, 53：156-160, 2003。

【久野譜也 略歴】医学博士。東京大学大学院助手、筑波大学先端学際領域研究センター講師を経て、2004年より筑波大学大学院人間総合科学研究科 准教授。2002年7月筑波大学発ベンチャー企業（株）つくばウエルネスリサーチ設立。

高齢者に配慮した職場環境づくり

新日本製鐵株式會社名古屋製鐵所 安全健康グループ

新日本製鐵株式會社名古屋製鐵所。最新の技術を導入した都市近郊型の製鐵所ではあるが、多くの作業で“熟練の技”が求められているのは、起業の頃より変わらない。技術の粋は、現場で脈々と伝えられてきている。

鉄鋼業界だけではないが、団塊の世代の定年問題、長い経済の好不況の中での雇用課題、直近の社会の要請である継続雇用などを受けて、同製鐵所でも労働力年齢の2極化が進んでいる。再雇用制度も導入して、高齢労働者（本稿では「シニア」と記す）が比較的、多く就労している。また、近年の退職者増加にともない次世代の現場を支えるための若年層雇用を増加させている現状である。

そこで、同製鐵所の安全健康グループに配属されている2人の専属産業医、今井順一氏（医長）と田中完氏に話を聞いた。

「製鐵業はひとつの工程を身につけるのに長い時間が必要で、高い技術と、その伝承が事業の生命線になっています。直轄の従業員約3,300人のうち、約240人が60歳以上ですが、こうしたシニアの方々は、教育者としての側面を持っています」と、田中氏が口火を切る。少なくともシニアに、貴重な戦力として働いてもらうとともに職場の“匠”たらしめたいと――。

事業場として、シニアが持てる能力を発揮できる職場環境を築く必要があったのである。本特集の前段で概観したワークアビリティになぞらえれば、同製鐵所のシニアの労働能力が必要とされているのである。終身雇用を前提とした仕組みのなかで着実に育んできた。そこで、（シニアのための）作業の安全性向上と健康の確保や労働意欲の維持などに対する施策が欠かせないところとなった。

まずは、具体的な作業の安全性向上のための環境改善として各職場独自に、

- ・作業床、通路の段差を少なくした
- ・照明を増設。屋根からの採光を増加させた。照度の強い懐中電灯を具備した
- ・手すり付き脚立を具備した
- ・転倒しにくい安全靴を着用させた
- ・使用用紙・モニターの文字サイズを大きくした
- ・鋼板の表面キズを目視検査する作業において、検査速度（ラインスピード）を遅くする

――などの措置を講じている。これらは、シニアの身体能力の衰えに配慮したものだが、すべての年代層にとっても安全であることはいうまでもない。さらに、同様の趣意の対策として、業務での負荷軽減配慮（見回り点検、



左から今井氏と田中氏

重量物取扱い、高所作業の排除）、休憩室の改善、作業時間の管理、運動指導の実施なども逐次講じている。まずは、仕事に係る身体的負担を軽くする措置を充実させてきているのである。

そうした配慮を続けた上での次なる対応だが、今井氏、田中氏らが日々努めているコミュニケーションづくりが大きなポイントになる。

「健康診断に係る面接指導の際はもちろんですが、職場巡視のときであったり、個別相談時など、機会を得られれば積極的に対話します。心掛けているのは、そうした機会があったときに現場を訪れること。必ず有用な情報が得られますから」と今井氏が語るのは、産業医と労働者間でのコミュニケーションづくりに関してである。

一方、田中氏が「例えば生活習慣病の人が、なかなか自律的に改善できないことがあるでしょう。そんなときに、単位作業の小グループに働きかけると、互いが刺激しあって健康づくりの端緒になるようなことがあります。また、シニア世代の労働者と若い世代の労働者でグループを構成すると、技術の伝承にもつながります」というように、労働者間のコミュニケーションづくりにも腐心している。シニア世代のモチベーションアップ、さらには、深く心の健康維持にも関わる話でもある。「ただ、小さなグループといっても、やはり人間関係の問題はでえます。リーダーが若く、ベテランの上司になるようなケースでは、われわれが個別面談などでの的確にケアしていかなければ」と田中氏。記者が訪れた前後にも、件の若きリーダー氏との面談が予定されていたことが、強く印象に残ったものだ。

さて、本事例では、高齢労働者の健康づくりに関して短く記した。しかし、整理してみれば、「現場」を注意深く見続けるという、産業保健活動の大原則を書き連ねることになった点、改めて強調しておきたい。

陸運送業における産業医活動

千葉産業保健推進センター ● 能川 浩二
千葉大学大学院医学研究院 ● 諏訪園 靖

1. はじめに

陸上運輸労働は鉄道運輸労働とタクシー、バス、トラックの道路運輸労働に大別される。鉄道運輸は鉄道車両をレールの上を前方または後方に走行させるだけでハンドル操作は不要であり、簡単な労働と思われる。しかし、実際には1本のレールの上を複数の列車が走行し、しかも走行速度や停車駅の異なる普通列車、急行列車、特急列車、貨物列車が走行するので道路交通以上にその走行システムは複雑である。鉄道運輸にはハードウェアとして車両、軌道、電力、通信、駅が、ソフトウェアとして運転、制御、保守、営業、サービスが必要である。一方、道路運輸のハードウェア、ソフトウェアは鉄道運輸に比較すると簡易ではあるが運転方法は両者で大きく異なる。

産業医としての活動を考えると、同じ陸上運輸業務でも産業保健の課題等は業種により大きく異なる。今回は、筆者らが20年にわたって産業医活動をしてきたトラック輸送業務について述べる。

2. 道路運輸労働の特徴

道路運輸における最大の特徴は交通災害が容易に発生することである。車両を1人で操作することにより、簡単に移動ができることは最大の利点であるが、これが逆に簡単に交通災害を発生させることにつながっている。交通災害発生の要因として環境要因と運転者の要因に分けて考えることができる。環境要因としては車両の構造、道路の構造、信号や標識、天候などが考えられるが、ここでは運転者の要因について述べてみたい。

もっとも大切なことは、運転者が運転中は「精神的・肉体的に快適な状態」状態にあり、これが持続している

ということである。しかし、運転中に快適な状態を保つことはかなり困難なことであることを自覚する必要がある。これは運転作業には特有の心理的、生理的な作用が働くためである。運転を始めると断続的な情動反応を起こすとともに、運転者によっては注意深い状態から数分で注意が低下した状態に変化することが知られている。運転している時の注意低下はただちに安全運転能力の低下となり、事故につながる危険性が高くなる。この現象は運転作業を行うときには、常に発生するものであり対応策は困難である。このような運転中の注意低下が発生しやすい要因としては深夜・早朝運転、長時間運転、単独運転、自動車専用道路での定速運転、睡眠・休養不足、食後の運転などが挙げられよう。

人間の生理機能はサーカディアンリズムを基本としている。したがって、深夜・早朝運転はこのサーカディアンリズムを乱し、生理機能の大きな低下を生じることになる。夜間の運転は疲労を加速し、注意能力の低下を招くことになる。疲労してくれば注意力の低下、反応時間の遅れを生じ、運転の質は悪化する。このような運転作業の人間へ与える生理的・心理的作用を理解し交通災害の防止に努めることは産業医の重要な役目である。

3. 道路運輸労働の健康影響

運転者には運転業務に従事していることによる多くの健康影響が見られている。バス運転手について22の疫学調査をまとめた報告では、高血圧を含む心血管疾患、消化性潰瘍を含む胃腸病、背部痛、頸部痛を含む筋骨格疾患は他の職業従事者に比較して有病率は高いとしている。トラック運転手についての質問紙調査では、自覚症状（耳鳴り、頸部痛、腰背部痛）、と現病（高血圧、消化性潰

瘍、背部障害、むちうち症、痔）の有病率は事務労働者よりも有意に高い。トラック運転手では生活習慣病の病院治療の割合が高く、これはカロリーの過剰摂取と運動減少によること、さらにメタボリック症候群、心血管疾患のリスクの高いこと、血清脂質と糖代謝異常が高率でこれとストレスの程度が関係することが報告されている。アメリカでの1979—1990年の長距離トラック運転手の死亡調査では虚血性心疾患、心筋梗塞、その他の心臓疾患による死亡率が高かった。さらにトラック運転手は睡眠時無呼吸症候群の有病率が高く、これには非正規雇用、BMI、睡眠の質の低下が有意に関連していること、うつ病罹患のリスクが高いなどの報告がある。

4. 道路運輸労働の勤務体制

1) タクシー

タクシーの勤務体制は時間制と人車制に大別される。時間制は「1勤務当たりの労働時間を何時間にするか」である。1勤務当たりの労働時間は8時間制、12時間制、16時間制が普通である。この1勤務当たりの労働時間が決まれば、それに応じて月毎の乗務回数が決まる。8時間制では月間25乗務、12時間制では17—18乗務、16時間制では12—13乗務が基本である。人車制は「何台の車両を何人で使うか」である。1台の車両を1人が使う1車1人制、1台を2人が使う1車2人制など多くの組合わせがある。1車2人16時間制が都会では普通であるが、実際には多くの変形例がある。タクシー勤務は深夜・不規則・長時間労働であり、身体的な負荷が過酷な労働である。さらに、賃金制についても複雑な実態があり運用面についても注意を払う必要がある。

2) バス

路線バスで勤務時間は乗務時刻帯別に基本的に3つに分けられる。始発から昼過ぎまでの「早出」、昼過ぎから終車までの「遅出」、朝と夕方のラッシュ時に乗務し、中間に3—5時間の待機がある「中休」である。その他にも臨時勤務、特殊勤務等がある。

3) トラック

トラックには路線トラック、地場トラック、宅配便トラックなどがある。その他にも零細企業では繁忙期だけ雇用されることも多く勤務形態は複雑である。路線トラックでは1日運行は朝に出勤し3—4時間走行、行先地

表1 自動車運転者の労働時間等の改善のための基準概要

項目	改善基準の内容
拘束時間	1ヵ月293時間、1日13時間 最大16時間
休息時間	継続8時間以上
運転時間	2日平均で1日当たり9時間 2週平均で1週間当たり44時間
連続運転時間	4時間以内
時間外労働	労使協定で決定
休日労働	2週間に1回以内 かつ、1ヵ月の拘束時間および最大拘束時間内
労働時間の扱い	拘束時間から休憩時間を差し引く
休日の取扱い	休息期間に24時間を加算した時間（30時間以上）
適用除外	緊急輸送、危険物輸送等は適用を除外

注1：トラック運転者の基準、注2：拘束時間・休憩時間には特例がある

で荷降ろし、荷積みをして夕方に会社に帰するという勤務パターンである。さらに行先地が遠方になるにつれて1晩運行、2日運行、3日運行、4日運行となっていく、運転手も1人から2人に増えていく。長距離を運転するほど拘束時間が長くなり、車内仮眠も多くなる。このような運転時の生活環境は運転手の精神的・肉体的疲労を蓄積させる。

5. 安全衛生対策と勤務実態

交通事故の要因となる運転者の健康を良好に保つために平成13年8月20日国土交通大臣告示1365号「自動車運転者の労働時間等の改善のための基準」が定められた。表1にトラック運転者についての概要を示す。同様な基準はバス運転手、タクシー運転手についても定められている。

実際の自動車運転手の勤務実態はどのようになっているかを知ることは難しい。ハイヤー・タクシー業における平成18年における報告では、監督実施事業場932ヵ所、そのうち労働基準法令違反は84.1%に見られており、主要違反事項は労働時間56.8%、割増賃金28.1%である。改善告示違反は52.9%であり、主要な違反項目は最大拘束時間39.6%、総拘束時間36.9%である。また平成15年から平成18年の監督実施事業場での労働基準関係法令または改善基準告示の各年における違反事業所率は、81.8—84.1%であった。愛知労働局による平成18年の道路貨物運送業に対する監督指導結果では、監督実施事業場274ヵ所中労働基準法令違反の事業場は76.6%、主要な違反内容は労働時間47.4%、割増賃金16.4%であった。改善告示違反の事業所率は51.5%、主要な違反は最大拘束時間、連続運転時間、総拘束時間であった。このような実態は全国共通に見られると推測され、自動車運転手の長

時間労働は解決すべき基本的課題であると思われる。

6. トラック運送業における産業医活動

トラック運送業における産業医活動の経験に基づき、陸上運送業の産業医活動の特徴的なことについて述べてみたい。陸上運送業における産業医活動といっても他の業種におけるそれとは基本的には変わらない。作業環境管理、作業管理、健康管理の実践と衛生教育をいかに充実させるかである。筆者らの活動している企業は運送業を中心に倉庫業、派遣業、建設業など従業員（非正規労働者を含む）1,000人弱の企業グループである。運送業はトラック事業であり、1日勤務で長距離はない。ここで述べるのは陸運送業の限られた分野であること、個人的な経験に基づくものである。

1) トラック運転手の勤務と仕事

1日勤務の運転業務であるが、その生活時間はきわめて不規則である。定期的な仕事もあるが、その日によって行き先が変わることも多い。したがって、早朝午前2—3時出発もめずらしくない。注文時間に間に合わせるために早くに工場について荷物の搬入まで待機することが普通である。これが拘束時間を長くする。荷物の積み下ろしも、自分ですることが多く、それも機械を使わない手積みがある。運転手は運転だけをするような時代ではない。当然、運転以外の仕事の負荷が加わり、心身の疲労と不規則作業による事故のリスクが増大する。トラック運転手の荷積み中の事故発生は多い。食事時間も不規則になり、トラック内での簡単な食事になる。このような生活スタイルは消化器疾患、肥満、生活習慣病につながる。

2) 健康診断

工場勤務では勤務時間が一定なので健康診断の受診は容易である。しかし、運転手は不規則な勤務時間であるために健康診断の受診率向上は困難である。最初のころの健康診断受診率はきわめて低かった。このことを改善するために4ヵ所で開催している健康診断をどこでも受診できるようにし、さらに会議で支店長の責任で全員受診の徹底をお願いした。このためか、近年では99—100%受診であり、陸運業のような勤務状況では考えられない高受診率となっている。

3) 保健指導

健康診断で有所見の運転手に対して保健指導を行って

いる。保健指導のやり方は通常とは変わらない。困難なのは指導対象者と会うことである。9時—17時には運転手の多くは会社にはいない。18時—19時に帰社するのでその時間にはなければ会っての指導はできない。このことが産業医活動を困難にする。特に、開業しながらの非専属の産業医が運輸業で活動することは困難であろう。これは大企業の専属産業医でも同じであり、現時点では「努力」以外に解決の方法はない。

4) 巡視

運転手の実際に働く場は、自分の所属する会社内ではなく会社外である。その作業環境、作業内容は一定のこともあり、そうでないことも多い。したがって、産業医は運転手から作業環境、作業内容を聞いて情報を知ることができない。実際にその場に行っての巡視はその権限もなく、実施は難しい。会社内では事務所、運転手の休憩室を巡視する程度になっている。しかし、トラック運送業には倉庫業が付属することが多い。荷物を倉庫に置いて、それを運送することが行われている。倉庫作業では、重量物の運搬などの危険作業もあるので巡視は念入りに行う必要がある。しかし、もっとも困難なのは作業環境を快適にすることである。トラックに荷積みするために壁は開放されている。コンクリートの床では冬は寒さが厳しく、夏は暑さが厳しい。室温管理のための暖冷房の効果はほとんどない。冬に厚い作業着を支給する以外の対策は見出せていない。

5) 就業の可否

運転手の健康管理で産業医がもっとも苦勞し、悩むのは運転業務への就業の可否であろう。運転者の健康状態が事故に直結すること、特に他者を傷つける可能性があることで就業の可否については正確な判断が求められる。判断基準が医学的に明確であれば産業医の悩みは少ないが、そのような基準はなく個々の産業医の判断にゆだねられているのが実情である。就業の判断を厳しくすれば運転手の反発を招き、また運転手の生活を脅かすことになる。運転手は運転業務に特化されて他の業務への適応は難しいことが多い。運転業務が不可であると判断されると、小企業では他に代わるべき職がなく失職という事態を生じることになる。まさに産業医という職業の重さを知ることになる。

糖尿病で服薬している中距離トラック運転手が、2日くらい胃腸の調子が悪く食事が不規則になったため運転

表2 職業別比較

	トラック運転手(161人)		事務員(32人)		フォークリフト運転手、 現場作業員(236人)		多重比較
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
年齢	50.3	6.9	50.1	9.2	50.3	7.2	
収縮期血圧	134.8	18.7	133.7	16.7	132.2	16.3	
拡張期血圧	80.4	11.1	80	12.8	80.6	11.5	
BMI	23.8	3.4	24.0	3.1	22.9	2.8	p=0.008

(運転業務の健康影響調査)

表3 収縮期血圧に対する重回帰分析

	回帰係数	p値
年齢	0.493	<0.001
トラック運転手*	1.484	0.636
フォークリフト運転手、 現場作業員*	1.351	0.660
喫煙(+/-)	-0.73	0.673
飲酒(+/-)	5.084	0.004
BMI	1.363	<0.001
γ-GTP	4.952	0.060
総コレステロール	11.760	0.278
HbA1C	41.038	0.002

*:対照群は事務作業員
(運転業務の健康影響調査)

中に接触事故を起こした事例がある。人事担当者からは短縮業務として、別の仕事の提案もあったが、本人は慣れていない仕事なのでもっと大変であり運転業務を希望した。産業医としては、もともとの運送業務は、長距離ではないため、重労働でもなく、休憩も随時取れそうであること、低血糖の原因と症状、対策についてよく理解していることから、残業がないようにし、通常業務への復帰を検討することになった。糖尿病のコントロールが良好でも低血糖による事故が発生することが明らかになった事例である。

その他にも、20代で糖尿病を発症し、インスリン療法を受けていたトラック運転手を運転業務から構内のフォークリフト業務に異動させた事例がある。この場合、事故は起こしてはいないがその可能性が高いという理由での異動であった。給料は大幅に下がり、当人は納得していない。インスリン治療を受けている社員に運転業務を行わせるかどうかの医学的判断は困難な問題である。インスリン治療者では事故が増加するという報告と増加しないとする報告がある。運転業務を行う社員の健康診断の結果を見て高血圧、糖尿病の管理が適正でないと判断された社員に対して、主治医より「運転勤務可」の診断書を書いてもらうように要請した。全員が、「運転勤務可」の診断書を持ってきた。このようなやり方は効果がないことがわかった。

日本の運転免許に関する欠格条項では、平成14年の法改正にともない運転免許の取得、更新には相対的欠格事由に該当するかどうかを判断するための申告書の記入が義務づけられた。その記入内容によっては運転適性相談を受けて適正であると診断された場合にのみ免許の取得、更新が可能となっている。法改正の素案段階では病名が盛り込まれた。これらの病名は「統合失調症、双極性障

害、躁病、重度だと判断されるうつ病、持続性の妄想障害、てんかん、ナルコレプシー、脳虚血、糖尿病、睡眠時無呼吸症候群」であった。患者団体等からの反対で法案からは病名が取り除かれた。現在の申告事項の1つに「病気を理由として医師から免許の取得または運転を控えるよう助言を受けている方」が含まれている。医師は「運転に支障がある病気」を判断することが要求される状況は変わらない。トラック運転手の産業医業務はこの面では常に厳しい事態に直面することを強調したい。

6) 運転業務の健康影響調査

トラック運転の肥満、血圧に与える影響を調査した結果を表2、表3に示す。筆者らの調査では、トラック運転は肥満、血圧への影響は見られなかった。これは運転が1日勤務で長距離運転ではなかったことによると推察している。その他、毎年定期健診結果の経年変動を15年間にわたって検討しているが明らかな改善傾向は見られていない。

7. まとめ

陸運送業の産業医活動は運転という事故に直結する作業を行う労働者を対象としているため事故防止の観点からは厳しい判断が求められることも多い。運転業務の運転者に与える心身への影響をよく理解した上で活動することが経営者、労働者からの信頼を得る上で必須である。

産業保健チェックリスト ②

業種別産業医活動実践マニュアルの内容についてチェックしてください。

- 1) 深夜・早朝時の運送作業は、サーカディアンリズムが乱れるため、疲労が増し、注意力が低下する。 ☐
- 2) 拘束時間の長い運送業務者は、生活スタイルが不規則になりがちため、消化器疾患、肥満、生活習慣病につながりやすい。 ☐

資料作成の方法(3)

ターゲット・場所の設定について

九州電力株式会社 統括産業医 藤代一也

1 はじめに

本シリーズの第3、4回に、産業保健における安全衛生教育の方法として「誰が、誰に、いつ、どこで」実施すべきかが述べられた(55、56号参照)。安全衛生教育は、当然のことながら産業医、産業看護職などの医療職が実施すべきものと、それ以外の担当者がすべきものがあるだろう。例えば、メタボリックシンドロームやメンタルヘルス等最近の健康管理で主要なテーマは医療従事者がそのほとんどを担当するが、安全教育は安全の専門家が中心となすべきである。

しかし、同じテーマでも、医療職と非医療職双方が異なった素養で実施すると効果的なこともある。例えば筆者は、時に「医師からみた安全」と題して安全教育を担当する場合があるが、安全の領域すべてを網羅できるわけではないことは肝に銘じることで医学的知見をベースに話をすると、意外と「耳新しく」聞こえて効果が上がることもある。

いずれにせよ、教育は「体系的」に取り組むべきであり、帳面消しのように毎年外来講師を招聘し内容はお任せする、という手法では案外ブラックボックスが生じ、全体としての効果が低いことに注意が必要である。

2 ターゲットの設定について

体系的に安全衛生教育を考えていくと、そのターゲットも種々の層を考えなければいけないことがわかる。少なくとも、一般職から管理職、さらには経営首脳の各階層で教育内容は異なる。このことは先

に挙げた本シリーズの第3回(55号)や第5回(57号)の「資料作成の方法(1)」でも触れられており、参考にしてほしい。ここでは、資料作成に関わる点について述べておく。

①一般職

ターゲットは、CSR(Corporate Social Responsibility)論上ではひとつのステークホルダーであることを認識すべきである。労働者は会社法人とは労働契約を結んでいる対等な立場であり、実技(ゲームやワーク)を取り入れるなど、単なる知識の切り売りではなくそれによって彼らが自身の安全と健康を守れるようになることを目的とした内容であるべきで、使われる資料もそのことを意識すべきである。例えば配布資料も、内容によっては永久保存版となるような設定も考えるべきであるが、新型インフルエンザ対策などがまさにそのようなケースであった(図)。

新型インフルエンザ対策では、本人だけではなく、家庭・家族に取り組んでいただくべき事項があり、これをまとめて保存版として家庭に持ち帰り利用できるようにしたものである。なお、図で示したものは市販されていたものを発行元とかけあい、修正の必要などところを変更した上で自社監修としたものである。教育実施に即時性が必要な場合は、資料すべてを内製化することは困難なので、その作成も権利関係に配慮しながら臨機応変に進めたい。

②管理職

一般職とは異なり、会社が果たすべき安全健康配慮を具体的に果たしていく当事者として、最新の判例等の知見をもとにした「盲点のない」内容としなければならない。「勝手な解釈」が入らないよう、配

布資料やプレゼンテーション資料作成には細心の注意が望まれる。例えば、講演内容のパワーポイントを配布資料として印刷して配るだけではなく、自社オリジナルのテキストに法令や指針を資料として巻末につける等も考えられる。時には外来講師の活用も考えられるが、時間の都合等で触れられなかった部分は後日（テキストで）事業場内産業保健スタッフが補うなどの工夫が必要である。なお、複数の講師で一部内容が重複することは問題ない。そのような内容は、多くの場合重要なポイントだからこそ複数の講師が触れるのであり、繰り返すことで印象を深めることにもなる。

③経営首脳

経営首脳とは、意思決定機関、執行機関、監視機関の3機関ということになる。

最高の意思決定機関である株主総会で、安全衛生教育を実施することはほとんどないだろう。一方取締役会で安全衛生施策を審議、決定する際は、その重要性のプレゼンは彼らへの安全衛生教育となる。この時、産業医や産業看護職自身がプレゼンすることよりも担当取締役が行うことが圧倒的に多いであろうが、この場合でも産業医や産業看護職が事前に担当取締役を教育し、主旨するところをきちんとプレゼンしてもらえようしなければならない。自分が直接行うより高度のスキル（教育スキル）が必要となるかもしれないのである。さらに、担当取締役がプレゼンする際の資料を産業医や産業看護職が作成することもあり得る。各社でルールはまちまちであるが、配布資料はA3の1ページにまとめる、プレゼンはパワーポイントを使用する、それを使った発表時間は10分以内等に応えるスキルを身に付けておく必要がある。しかし、もっと重要なことはプレゼン・テクニックではなく、意思決定機関の必要とする判断を誤らないための情報・データをベースに置くということである。学会や各種研究報告書などで情報収集しておくとともに、当該会社の事業形態や業種などを勘案していくつかのパターンを示すべきであろう。

執行機関のトップは代表取締役であるが、大抵の課題は担当執行役員が裁量し、この役員に安全健康配慮義務を果たしていく諸般の施策を提案（教育）

し、執行することになる。代表取締役へのプレゼン、コミュニケーションは上記意思決定機関の時と同じで間接コミュニケーションも多いが、この点は冗長になるので割愛する。

監視機関は執行機関が適正に執行して

いるかをチェックするのが役目であるから、執行機関との関わりと同じくらいの関わりがあってもおかしくないともいえる。上記2機関の場合と異なるのは、彼らの質問時間を十分に確保しておく点であろう。監視機関の特性上、瞬時に判断することよりも熟考することが求められるからである。

3 場所の設定について

ターゲットによって場所の設定がある程度決まるが、大きく分ければ下記ようになるだろう。

①大きな研修室

一般職研修のように100人以上など多数の参加者が見込まれる場合、ホテルの宴会場、自社の社員研修所の大講義室等を設定することになる。このような設定は、一般職への実技が入った内容の場合は不向きである。ただし、テーブルで島をつくり、その小集団ごとにゲームに取り組むような場合は可能となろう。そうはいっても10以上の小集団が形成されると講師一人では目が行き届かず、教育効果にも限界があると思われる。多くは教室形式での講義という設定であろうが、この場合後ろの方でもパワーポイントが判読できることが最低条件となる。また、机や書写台がなく配布資料にメモを書き込むことが不可能なことも多く、配布資料の設定も注意が必要である。

②会議室、講義室

管理職研修のように数十人程度までの場合、大きな会議室や社員研修所の講義室を設定することが多い。教室程度の大きさなので、パワーポイント映写も通常のモバイル・プロジェクター（最近のプロジェクターは輝度も十分でダウンライトをオンして

図 某社での新型インフルエンザ対策パンフレット



表 某社におけるメンタルヘルス教育の例

	内容の概略	配布資料	プレゼン資料	場所
新入社員研修 (全員)	新入社員へのストレスの 気づき等をゲーム形式で	なし。ただし筆記用具（ペンと メモ紙）は用意。	ホワイトボード。	社員研修所講義室。島を 数個作っておく。
一般職研修 (希望者のみで 毎年ではない)	セルフケアに必要なストレス・コ ーピングを講義および体験形式で	自律訓練法のリーフレット。	ビデオ。	大きめの会議室（20～30 の書写台付き椅子を並べ られる広さ）。
新任管理職研修 (全員)	ラインケアに必要な早期発見、 対処方法を講義形式で	パワーポイントの配布資料およ び自社オリジナルテキスト	パワーポイント。	ホテルの大宴会場。教室 方式で椅子のみ。
幹部管理職研修 (全員)	安全健康配慮義務で求められる 予見性と回避義務の遂行例を討 論方式で	パワーポイントの配布資料。	パワーポイント。	社員研修所講義室。島を 数個作っておく。
担当取締役への レクチャー (必要な場合に)	安全衛生年間計画策定にあたっ て特に新規施策の目的を1対1で レクチャー	A 3で1ページのワード文章。	パワーポイント。 ただし画面上の供 覧。	担当取締役個室。

いても画面判読が苦にならないようである）とモバイル・パソコンで十分対応可能となる。机や書写台を設定することも可能なことが多く、配布資料にわざと自記記入欄を設け書き込ませることで教育効果を上げる等の工夫が可能である。このような場所での注意事項は、質問受付や私語等の管理、中途入退出者の影響である。大きな研修室と異なり、ある程度のまとまりを期待できる半面、参加者の発言や動きに左右されやすいので気をつけたい。

③小さな会議室、個室

安全衛生担当取締役へのプレゼン（教育）は、彼の居室や担当部の小さな会議室で行われることも多い。パワーポイント資料は、ダイレクトにコンピュータ画面をのぞきながらでも可能であるが、映写した場合とコンピュータ画面上では色や明るさが異なる場合もあるので、狭い場所であっても映写してみるのもよいであろう。実際の場面では随時質問を受けながら進めることも多く、逆にそのような設定が望まれる場合は参加者をしばって場所も小さな会議室とすべきであろう。

4 事例

それでは、筆者が担当するメンタルヘルス教育の1例を提示する。表に示すのが概略であるが、これは本店で開催されるもののみで、各支店等ではプラス独自のセルフケア教育、ラインケア教育を追加している。こちらの方は、社内産業保健スタッフが自ら実施するものと、外来講師を招聘してスポットで

行うものがあるが、いずれにせよ本店で全員に対して行われる「新入社員教育」「新任管理職教育」「幹部管理職教育」が背骨となって、先に述べた「体系的」にメンタルヘルス教育が行われるように企画したものである。それぞれで配布資料、プレゼン資料、場所の設定を考え、教育効果が高まるように配慮しているが、ホテルの大宴会場で開催されるもの（新任管理職研修）では、毎年同じホテルとは限らないので照明や音響等が不明な場合があり、事前に確認するようにしている。なお、先にも述べたが受講者が自分自身で書きとめることの利点も考え、新入社員研修等では配布資料は用意しないこともある。

5 おわりに

配布資料やプレゼンテーション資料をすべて自作するのは大変である。もちろん著作権には十分注意しながらも、各種ソースを活用することが効率的である。本シリーズの第5、6回にそのソースの例が種々紹介されているので参考にされたい。また、事例で参加型の例があったが、参加型の教育の方法や教育効果等については次号以降で詳述される予定である。

また、昨今はUSBメモリーにプレゼン資料を保存して持ち運び、会場に準備されているパソコンにて供覧することが多くなったが、ウイルスに注意するとともに、プレゼン後にファイルを削除することを忘れないようにしたいものである。現場写真等が企業秘密に関わることもあり、社内だからと安心せず最低限度の対策をしておくことをお勧めする。

症状消失後のうつ病再発と業務起因性

札幌中央労基署長（粧連）事件・札幌地判19.11.30平成20年版労働判例命令要旨集（（財）労務行政研究所編）174頁

弁護士・ロア・ユナイテッド法律事務所 岩野 高明

1 事案の概要

うつ病を発症して休職（昭和63年10月）した従業員Aは、復職（平成元年12月）後に再度うつ病を発症し（平成4年4月）、半年間の自宅療養の後復帰したものの、再々度うつ病を発症して休職した（平成7年8月）。Aは、抑うつ状態を理由として、労基署長に対し休業補償給付等の支給を請求したが、不支給処分とされたことから、これを不服として同処分の取り消しを求めた。

2 判決の要旨

（1）「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」（平成11年9月14日基発第544号。以下「判断指針」）の対象疾病の中には、症状の消失と再発を繰り返すことを特徴とする疾病が含まれており、そのような疾病については、全体を検討の対象としなければ、疾病の全体像や原因を正確に把握することは困難である。特に個体側要因のなかった者について、繰り返し発症する精神障害が一定の割合で存在するということは、当初の発症によって個体側の脆弱性が増幅したなど、当初の精神障害による影響が何らかの形で残存し、それが後々の精神障害の発症に寄与しているであろうことは否定し難い。そうである以上、これらの精神障害については、症状が消失していたとしても、再発の都度、異なる病気であるかのように個別に分断し、それぞれについて原因を判断することは、その疾病の性質と相容れず、一般論として合理的とはいえない。

（2）初回の発症の業務起因性の判断は、判断指針に基づいて行うことが

合理的であるが、二度目以降の発症については、まず、症状全般を分析し、当初の疾病の再発と見ることが医学的に合理的であるかどうかを検討すべきである。その上で、再発であると認められるのであれば、病歴を有していない人に比べると、より軽い心理的負荷しか与えない出来事でも、発症する可能性があると考えられることから、当初の疾病と二度目以降の疾病の症状の類似性、前回の疾病から今回の疾病までの期間、当初の疾病前と再発前の環境の異同、再発前の業務上の出来事の有無及び内容と業務外の出来事の有無及び内容を総合考慮の上、当初の疾病の影響が何らかの形で残存し、それに業務上の出来事に起因する心理的負荷が加わって二度目以降の発症を惹起したと考えられる場合には、業務起因性を認めるべきである。

（3）本件では、初回の発症が強度の業務上の心理的負荷によるものと認められる上、その再発とみるべき第二次発症及び第三次発症の前に、それぞれ心理的負荷を与える業務上の出来事があったと認められることから、第二次発症及び第三次発症についても業務起因性がある。

3 解説

うつ病は、症状の消失と再発を繰り返すことを特徴とする疾病であり、実務においては、再発した場合の業務起因性が問題となることが少なくない。

うつ病の再発に関する裁判例としては、うつ病再発後の自殺につき遺族が会社に対して損害賠償を求めた富士電機E & C事件（名古屋地判平成18.1.18労判918号65頁）がある。こ

の判決では、うつ病の症状が消失した後における業務の過重性については、寛解した状態にあった従業員にとって過重であったか否かという点から検討する必要があるとして、結果として業務の過重性を認めず、業務起因性が否定されている。

本判決は、二次的、三次的な発症が、当初の疾病の影響が何らかの形で残存し、それに業務上の出来事に起因する心理的負荷が加わって惹起されたと考えられる場合には業務起因性を認めるべきであるとして、再発の場合の業務起因性判断の基準を緩和したものであり、上記裁判例とは対照的な判断が示されたものといえる。

事案への適用においても、第二次発症前の心理的負担の強度が、もっとも強いものでも判断指針の「Ⅱ」にとどまり、初回の発症前に比べると相当程度緩和されているにもかかわらず、業務起因性が肯定されており、第三次発症についても同様の判断がなされている。

以上の通り、うつ病の再発と業務との因果関係の判断に関する裁判所の動向は流動的であるが、本判決を踏まえれば、復職者の業務の負担がそれほど重くない場合であっても、使用者は病気の再発につき責任を問われ得ることになる。そうすると、使用者は、復職後の従業員については、担当業務の選定や労働時間の管理をはじめ、定期的に産業医等との面接を受けさせるなど、当該復職者の健康管理により積極的に関わっていく必要に迫られることになる。ことに、初回の発症につき業務起因性が疑われるような場合においては、より慎重な対応が求められる。

Practical Report



参加型形式で行われるセミナー、東京産業保健推進センターにて。



産業保健スタッフの指導者育成も強化

労働者の健康は企業の財産である。しかし、昨今では生活習慣病やメンタルヘルス疾患などさまざまな健康リスクを抱えながら労働者は働いている。安全配慮義務の観点からも、企業は労働者の健康リスクを未然に防ぐために健康管理が求められている。もちろん労働者自身も健康管理には関心をもってもらい、その必要性を認識してもらうことが必要である。しかし、それがなかなか難しいのは多くの方が感じるところではなかろうか。東京労災病院の勤労者予防医療センターでは労働者の健康管理のサポートを実践的に行っている。

勤労者予防医療センターの労働者の健康管理のひとつに、労働者の周囲への予防・改善に向けた講習会、研修会がある。「労働者に対して教育を行うのはもちろんですが、彼らをサポートする産業保健スタッフも対象としています。それは同時に健康管理の指導者を育成していくことも重視しています」と講師を担当している保健師の齋藤照代さん。

同センターでは精力的に研修活動を行っており、年間100回近くもセンター内・外問わず実施している。「お陰様でリピーターの方も多いんですよ」という。テーマもメタボリックシンドローム対策、ストレス・メンタルヘルス対策、また、齋藤さんのライフワークであるという禁煙と、労働者にとって切ってもきれないものばかりだ。

企業で必要となるプロセスを現場レベルで活用するためには、現場に行き指導していくことが何よりも重要とのこと。

では、その実践的なサポートとはどのようなものなのか、研修会の様子から紹介してみよう。

参加型セミナーでノウハウを提供

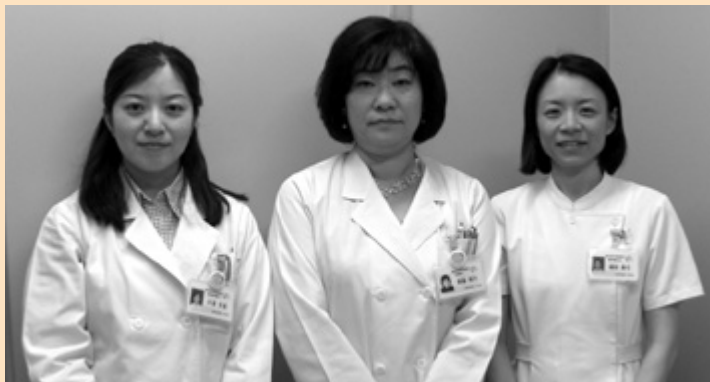
産業保健スタッフ対象のセミナーの場合、グループワーク・ロールプレイングの実践が参加型形式で行われる。これは、参加者自身の学習意欲を引き出し、フィードバックするためだという。

まず、セミナーの冒頭で参加者同士グループ内での自己紹介や、テーマにあわせた情報交換を行う。取材したセミナーテーマは、「禁煙サポー

東京労災病院・勤労者予防医療センターの活動から……………

「気づきと自己決定」でより確かな保健指導へ

実践的サポートで労働者だけでなく産業保健スタッフも支援



左から同センタースタッフ・管理栄養士の平澤芳恵氏、保健師の齋藤照代氏、理学療法士の礒部美与氏。



自己決定を促すサポートツール類。
例えば栄養指導では、身近なコンビニ弁当メニューの組み合わせ例を紹介している。

ト」。禁煙サポートに苦慮した経験談や、無関心期の方への保健指導の方法など、参加者が抱えている不安や疑問点を口々にすることとなる。しかも、同じような境遇を共有しているためか、セミナーの空気は一気にひとつの塊となった。各人がそれぞれ抱えている課題を再確認したところで、講義という流れだ。

現場でよくある事例から、相談しやすい雰囲気づくりや、「指導と支援」の違いを知ることから、禁煙サポートを導いていく。

「保健指導は、産業保健スタッフからの働きかけを一方的に行っても「うるさいなあ」と対象者は逃げて行ってしまうもの。効果的な保健指導は、対象者自身が課題に気づいてもらって自ら決断することです。そのための支援プロセスが主なテーマです」と齋藤さんという。

集大成として、保健指導のロールプレイングを行って、今後の自身の活動へフィードバックできるものを習得できる内容だ。

気づきと自己決定がポイント

前項に出てきた「気づきと自己決定」についてもう少し触れておく。「本当はタバコをやめたいと思ってい

るがやめられない」という喫煙者のデータがある。つまり、やめたいが、やめるきっかけが得られていない人が多いというものだ。

「人間は物事を自分に都合よくとらえます。そこを生かして働きかける。タバコをやめるとこんないことがありますよ、という具合にメリットを強調することがポイント。そのことで、禁煙を始めてみようというきっかけや、いまタバコをやめないとまずいんだと気づいてもらうことにつながります」（齋藤さん）。こういった働きかけにより、対象者は「禁煙しようかな」「禁煙できた」「自信」へとつながられていく。

「産業保健スタッフには、対象者が自分で決定していくことを、求められています。これは種をまいて育てていくようなものです」（齋藤さん）。保健指導時について「脅し」てしまいがちなこともあるが、自己決定を促し、待つことも時には求められる。そのためには、対象者と支援スタッフの関係づくりも重要であるといえよう。

信頼性を高める調査・研究

日常のセンター業務である健康管理の相談、保健指導をより確かなも

のに行っているのが、学会での調査・研究発表といえよう。実践的サポートには信頼性を高めるエビデンスは不可欠であるという。

今年度の日本職業・災害医学会でも、同センターでは「職場における栄養教育の有用性について」と題し管理栄養士の平澤芳恵さんが発表を行っている。無関心層が多かった職場において、どのように指導を改善すれば有効な栄養指導ができるのかという有用性を検討している。「生活習慣は長年のものなので、行動変容を求めても受け入れられにくいものです。そのためまずは意識改革から」という根拠が示される結果となった。

また、同学会のポスター発表にて「健康診断受診者における慢性閉塞性肺疾患の実態調査」と題し、理学療法士の礒部美与さんも健診項目にない「肺機能検査」に注目した。検査を簡単に受けることで、「わかっているけどやめられない」喫煙者の慢性閉塞性肺疾患の実態を示している。

前出の齋藤さんも禁煙をテーマに多くの学会にて発表を行ってきている。

これらの研究結果を積み重ねていくことで、同センターにおける活動の信頼性の裏付けとなり、多くの人の支援に役立つことになるだろう。

▶▶▶ VDT作業の実態が明らかに

厚生労働省

厚生労働省は、「平成20年技術革新と労働に関する実態調査結果」を公表。職場でパーソナルコンピュータを扱う、いわゆるVDT作業を取り巻く健康管理の現状などが明らかにされた。

労働日1日当たりの平均VDT作業時間は、「6時間以上」が25.0%と、前回調査(平成15年)から4.4ポイント増加し、次いで「2時間以上4時間未満」が24.1%であった。

行政指導によって、その実施が勧奨されているVDT健康診断について、実施していると答えた事業所は14.4%

で、前回調査を1.5ポイント上回っているものの、依然として少なかった。

VDT健康診断を実施していない理由としては、「通常の定期健康診断で十分と考えているから」との回答がもっとも多く50.8%を占めていた。また、「VDT健康診断というものを知らなかった」が35.4%と、VDT作業に係る健康問題への関心の低さが浮き彫りになった。

また、VDT作業に関する作業環境対策では、実施している事業所が67.8%で、そのうち58.4%が「採光対

策を行っている」と答えた。

一方、同作業に対する労働時間管理を行っている事業所は、10.3%に留まった。その理由として、およそ半数の事業所が「VDT作業の途中に他の作業を組みこんだり、他の作業とのローテーションを実施している」と答えた。反対に、労働時間管理を行っていない事業所では、61.2%が「作業者個人の裁量に任せているから」としていた。調査結果はこちらへ。

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/08/index.html>

▶▶▶ 各センターの活動の重要性を再認識

(独)労働者健康福祉機構・平成21年度産業保健調査研究発表会

10月15日と16日、産業保健推進センターが平成20年度に実施した調査研究の結果を発表する「平成21年度産業保健調査研究発表会」が、神奈川県川崎市のソリッドスクエアホールで開催された。主催は、(独)労働者健康福祉機構。

各推進センターの発表は、「生活習慣病と健康管理」「産業保健と産業保健スタッフ」「ストレス、腰痛、育児支援」「OSHMSとリスクアセスメント」「有害物質の作業環境管理・作業管理」「長時間労働・過重労働と健康障害」の、6つの各テーマごとに進行した。



挨拶をする同機構理事長・伊藤庄平氏

また、16日には(独)労働者健康福祉機構医監・高田昂氏が座長を務める講演が行われた。テーマは、「心理的負荷による精神障害等の業務起因性とメンタルヘルス対策について」。演者は東邦大学医療センター佐倉病院精神神経医学研究室教授・黒木宣夫氏。

黒木氏は、昨年春に改定された精神疾患の労災認定基準や自殺に係る労災裁判の流れ、職場復帰に関する諸問題をわかりやすく解説し整理、さらに個別事例にも言及して、職場におけるメンタルヘルス対策の方向性を示唆した。

研究発表の内容は、年を追うごとに充実してきているが、質疑応答が例年になく熱気を帯びており、産業保健推進センター、また、地域センターの活動の重要性などが、改めて認識させることになった。

※本誌巻末にタイトル一覧を掲載しております。

▶▶▶ メンタルヘルステーマの関心高く

中央労働災害防止協会・第68回全国産業安全衛生大会

10月21日から23日にかけて、埼玉県の各地を会場に、第68回全国産業

安全衛生大会が開催された。大会では、安全管理活動、労働衛生管理活

動、健康管理活動に関する研究事例発表、シンポジウム、講演などが多



講演する櫻井治彦氏

数執り行われた。

労働衛生管理活動分科会では、前（独）労働者健康福祉機構埼玉産業保健推進センター所長・櫻井治彦氏が、60回を迎えた労働衛生週間を記念して講演。労働衛生に係る多くの課題を掲げたうえで、「なお、リスクマネジメントの視点からの問題解決が重

要」とした。

続いて、東京衛生管理者協議会会長・安福慎一氏（新日本製鐵（株）人事・労政部長）が、東京衛生管理者協議会の活動を報告。「衛生管理者が、情報交流を進めて一層の自己研鑽することが協議会活動の活性化につながる」ことを強調した。

また、同大会では、職場の大きな課題となっているメンタルヘルスの演題が多数取り上げられた。

メンタルヘルス分科会では、（独）労働者健康福祉機構香川労災病院勤労者メンタルヘルスセンターセンター長・小山文彦氏が、研究事業の成果を

特別報告。労働者の抑うつや疲労と脳血流変化に相関関係があるなどとした、画期的な研究成果を披露した。

同分科会の結びとして、京都文教大学臨床心理学部教授・島悟氏（神田東クリニック院長）が、「心の問題により休業した労働者の職場復帰支援のための方法等に関する検討委員会報告」をテーマに講演。昨年3月に同手引きを改訂した経緯やポイントを解説した。

職場復帰支援は産業保健対策の一部であり、さらに人事労務管理などの面の“インフラ”整備が必要である点を強調していた。

産業保健

この一冊

医療従事者のための 新型インフルエンザA(H1N1)対策実践ガイド

日本医師会監修・発行 定価：1,260円

北里大学名誉教授（独）労働者健康福祉機構医監 高田 昂

新型インフルエンザA（H1N1）の流行が本格化し、昨年10月19日の週から新型インフルエンザワクチンの接種が、インフルエンザ患者の診療に直接従事する医療従事者（救急隊員を含む）から始められました。この時期に臨床の場ですぐに役立つ実践書として日本医師会監修による本書が出版されました。

本書の内容は、第1章、新型インフルエンザ流行時の医療提供体制と診療として、I. 新型インフルエンザAの現状と今後の見通し、II. 同疾患に対応した医療提供体制、III. 同疾患の診療、IV. 地域行政と医療機関との連携、V. サーベイランス体制、第2章は、医療従事者を感染から守ることについて、I. 感染予防策、II. 感染防護具の種類と使い方、第3章は、流行時に継続して医療を提供するために、I. 診療継続のための基本的考え方、II. 診療継続のための実践という内容で構成され、55頁にわたって写真や図・表を駆使しながらわかりやすく解説しています。さらにコラムとして、本疾患への対策につい

て先進的取組がなされる長野県の地域行政と医療機関との連携、新型インフルエンザ診療における診療所（かかりつけ医）の役割、成田赤十字病院での訓練の成果が紹介されています。

また、今回の新型インフルエンザの流行に対応して、抗インフルエンザ薬、インフルエンザワクチンが開発、準備され、使用されている現状に鑑み、巻末に新型インフルエンザ診療に役立つ情報サイトと相談窓口、電話による発熱相談のためのプロトコル、医療機関での対策チェックリスト、新型インフルエンザに関連する緊急連絡先の記入欄が示されています。

インフルエンザウィルスの性状や流行の状況は刻々と変化しているため、メディア等を通じて、最新で正確な情報を得ることに心掛け、本書を活用することをお勧めします。



Q

学校の産業医をしていますが、 教師のストレス状況と対処法は？

教育現場の問題に直面している教師のストレスには
どのように対応すればよいのでしょうか？

A

多忙化の軽減とともに、個人的対処や組織的対処、
そして教師間の連携と支援が欠かせません。

個人での対処だけにとどまらず、支援体制の構築や、教職員がともに
支えあう職場風土を作り上げることが肝要です。

教育は、子どもたちの成長や発達を促し支援する、やりがいと夢のある仕事です。しかし、ものづくりとは違い、その成果はすぐには現れず、かなりの時間とエネルギーを要します。また、どこまでやってもきりが無いという無定量さもつきまといまいます。

日々の授業や指導に取り組む中で、教師はいろいろなストレスや問題を抱えています。2007年度にうつ病などの精神疾患で休職した公立学校の教師は4,995人で過去最多でした（文部科学省調査）。2001年度の約2倍です。教師のバーンアウト（燃え尽き症候群）の発生率は、看護師と同程度かそれ以上ともいわれています。

教師のストレスの背景に、教育という仕事の難しさや無定量さ、雑務の多さ、管理化などの問題があります。また、いじめや不登校、暴力問題への対応をはじめ、学習障害や発達障害を有した児童・生徒への対応と指導、課外活動の指導、保護者からの種々の要求（いわゆる「モンスターペアレント」など）、そして、職場の同僚、管理職との関係や軋轢、種々の校務分掌など、さまざまな問題やストレスに対処しなければなりません。さらに、教師自身の指導力の問題も含め、現在の学校教師を取り巻くストレス状況は、重層的で持続的な様相を呈しています。

したがって、対処法にも工夫が必要です。ストレスへの気づきやセルフケアなどの個人的対処（例えば、心身の不調に気づく、こまめに休む、良質の睡眠をとる、気晴らしをする、心身をリラックスさせる、問題を一人で



抱え込まないなど）にとどまらず、学校全体で取り組む組織的対処や管理者（校長など）による支援が欠かせません。

組織的対処としては、例えば、校務分掌等の見直しや軽減、休養・休暇・年休の取りやすい体制づくり、教師へのカウンセリング体制の整備、困難な問題（例、不登校、保護者の理不尽な要求など）に対するチームによる支援などが挙げられます。教師のメンタルヘルスについての管理職の理解と支援も欠かせません。さらに、学校医やスクールカウンセラー、保護者、関係機関との連携、ネットワークづくりも重要です。そして、何よりも教職員がともに助け合い、支え合う関係や職場風土を作り上げていくことが肝要と思われます。

ラインケアが機能するために、事業場内産業保健スタッフ等によるケア

日本産業カウンセラー協会 シニア産業カウンセラー 西田 治子

1 事業場内産業保健スタッフ等の役割

事業場内産業保健スタッフ等（※）の役割は、職場の実態の把握、個別の指導・相談、ライン管理職によるケアへの支援、管理監督者への教育・研修など、「セルフケア」と「ラインによるケア」、すなわち労働者と管理監督者に対する支援になります。「心の健康づくり計画」実施において中心的役割を果たします。今回は特にライン管理職に対してどのように支援していくかについて述べます。

（※）事業場内産業保健スタッフ等とは、産業医、衛生管理者、保健師、看護師、心の健康づくりスタッフ（精神科医、心療内科医、臨床心理士、産業カウンセラー、心理相談担当者等）等を言います。

2 ライン管理職自身の「セルフケア」

職場のメンタルヘルスに対するライン管理職の役割として、部下のケアが謳われていますが、ライン管理職自身の現状をみると、仕事量・仕事の質・責任度など一般労働者以上にいろいろな負荷・ストレスがかかっている管理職は少なくありません。生産性や業績を上げようと過重労働や過労から慢性疲労になり、睡眠障害や抑うつ状態などうつ病の症状を訴えメンタル不調に陥っている管理職も少なくありません。

職場のキーパーソンであるライン管理職自身の健康を守ることは非常に大切です（2006年に公表された「労働者の心の健康の保持増進のための指

針」では管理監督者も「セルフケア」の対象となりました）。

ストレスとはどういうものか、ストレスへの気づき、自身に今どのようなストレスがあるのか、それに対して今どのような状態になっているのか、対処できているのか、1人で抱え込みすぎて身体的症状・精神的症状や問題行動など発現していないか、など相談（カウンセリング）や指導・教育などを事業場内産業保健スタッフ等は行っています。

3 「ラインによるケア」が機能していくために“コミュニケーション能力”

ライン管理職の非常に重要な役割として、部下からの相談対応があります。ただ単に会って自分の思うことや経験やアドバイスを伝えるのではなく、部下が自立・自律して成長していくためには、上司にコミュニケーション能力が必要になります。

労働者は「職場にコミュニケーションがない」といい、ライン管理職は「コミュニケーションを取っている」といいます。

「何かあったらいつでも相談に来るように」と伝えているようですが、いざ部下が相談に行くと、「今こんなに忙しいのに空気が読めないのか」などなる管理職もいます。双方の言い分にはかなりのギャップがあるようです。

日本の管理職は部下に元気がなくなったり、相談がありますといわれると、お酒に頼る“飲コミュニケーション”になる場合が多いようですが、メンタ

ル不調の場合にお酒は好ましくありませんし、お酒に頼ってのコミュニケーションもお勧めできません。相手の立場になって受け止める受容・共感をベースにした傾聴能力や部下のキャリア・アップやキャリア形成に効果のあるコーチング的コミュニケーションが大切になってきます。事業場内産業保健スタッフ等は役割に従い可能な範囲で面談スキルを指導していくことが望まれます。

4 「ラインによるケア」が機能していくために“メンタルヘルスに関する知識・情報”

面談によりメンタル不調者が早く発見されることも可能になってきます。発見が早ければ治療期間も短く元気になっていくのも早いようです。ストレスと精神疾患・身体疾患・問題行動の関係、いつもと違う部下への気づき、どのように医療につないでいくか、うつ病の発症、うつ病の症状、病気休業中の関わり、病気の理解など職場復帰の留意点やサポートのし方、労災認定の現状、など管理監督者として必要な知識・情報を提供していきます。

さらに、メンタルヘルス対策は以前のように福利厚生の一環ではなく労務管理として考えていかななくてはならなくなっていることやメンタル不調者の対応は安全配慮義務の視点からも重要であることなどメンタルヘルスに関する法律まで範囲は広がっていきます。

健康的な生活を提案できる やりがいのある仕事です！

神戸製鋼所健康保険組合 保健グループ

保健師主任 河合 篤子さん



自営業の父親が健診にも行かずに働く姿を見て、家族のためにも働く人の健康が大切だと痛感し、学生の頃から産業保健の道を目指した河合篤子さん。一人ひとりになかなか目が届かない分を色々なアイデアでカバーし、各地で勤務する従業員の健康維持のための活動を積極的に進めている。

全国77のグループ企業が加入し、従業員は約2万8,000名。扶養家族を合わせると、約5万5,000名の健康管理に携わっている河合篤子さんは、自らを「単なるおせっかいな“おかん”です」と言って笑う。高校生の時から手に職を持つため神戸大学医療技術短期大学部看護学科に進学。さらに兵庫県立総合衛生学院保健学科保健科で学び、産業保健師になった。「自営業の父親が健診にも行かずに働く姿を見て、家族のためにも働く人の健康を守ることがとても大切だと感じました。そのため、産業保健の道を志しました」。

現在は、健保組合の本部に勤務し、主任として各拠点に駐在する保健師を含め計16名の要として事業推進を行う役割を担っている。だが、現場にいる頃には、そこで働く従業員の顔と名前はもちろん、仕事や家族構成などを考慮して各従業員の健康をバックアップしていたという。

「従業員の健康で問題なのは生活

習慣病です。その予防のためには、背景を把握しておかなくてはけません。ですから、習慣はもちろんのこと職場や家庭の環境を知っておく必要があったからです」と河合さんは説明する。

だが、どれだけ気を配って接しても、すべての人が河合さんの声に素直に耳を傾けるわけではない。そこで河合さんが選んだのが、「口うるさいおかん」になることだったという。「とにかく、その人のお母さんのように『精密検査に行ってください』などと、納得してもらうまで口酸っぱく言い続けました」。こうした河合さんの行動のおかげで、昔気質の頑固な従業員も最後には折れ、精密検査を受けたり、タバコを止めたという。「そういう手がかかった人ほど、ちょっと血圧が上がったりしても、今でもすぐに相談の電話をしてくれますよ（笑）」。

だが、本部に移ってしまった現在は、さすがに5万5,000名もの方に対

して、これまでのように身近に接して保健指導するのは不可能だ。そこで今は、従業員の意識を高める健康教室や健康相談、情報誌「けんぽだより」、家族向けの「けんこう家族」の定期発行物などの企画や実務を行い、生活習慣の改善支援に取り組んでいる。「健保組合での産業保健活動は、特定健診・保健指導以外は、やる事が決められていません。ですので、手をつけなければいくらでも楽ができます。しかし、逆に言えば、手をつけなければいくらでも業務は広がり、健康を訴える手段や打つ手はたくさん考えられます。そこがやりがいです」。

常にどん欲により良い事業を考え、静観するのではなく、出向いたり、敷居を低くしたりして“静かに攻める”姿勢でいる河合さん。先輩から学んだ「従業員が健康な状態で会社を退職する」ゴールに向けて、それぞれの人の思いをしっかりと聴き、そのために何をすべきか、何ができるかを一緒に考えるという姿勢を貫いている。

団体概要

神戸製鋼所健康保険組合

設立：大正15（1926）年12月

職員数：36名（平成21年12月末現在）

所在地：兵庫県神戸市

自然体でコミュニケーションづくりを

株式会社ヒューテックノオリン
営業本部関東中央支店運輸課主任

高柳 恵津子さん

ベテランといわれる衛生管理者に、直面する課題や衛生管理業務にもっとも重要な事柄について尋ねると、しばしの間をおいて「専門性を発揮し切れていないこと」や「コミュニケーション」などが掲げられる昨今。高柳恵津子さんは、そのあたりの難題に、自然体をもって柔らかに切り込む。



インタビューも終わりがけた頃、社屋内にわずかな物音が。一瞬だが、高柳恵津子さんの目に、静かに光が灯った。「地震かな。そうであれば、少し時間をいただかないと」――。

高柳さんが勤める（株）ヒューテックノオリンは、倉庫業をはじめ、冷凍冷蔵業、一般貨物自動車運送事業、荷役・梱包業など、運輸・倉庫に係る事業を広く展開している。特に倉庫関連の事業では、高度な技術を駆使して精密な管理を行っているため、地震発生時には緊急な対応が求められる。

そんな事情で、地震のような気配に素早く反応したようである。この時は幸いにして大事には至らなかった。が、高柳さんの仕事への構えなどが、ふと窺い知れた。

さて、同社の営業本部関東中央支店運輸課に在籍する高柳さん。衛生管理者ではあるが、同時に事業の中枢に身を置いている。

「日常は、請求書の作成・管理を主に、新入社員の指導や教育に携わったりしています。衛生管理者は、平成19年の11月に資格を取得しました。『駆け出し』かもしれませんが、鋭意努力中です」と高柳さん。「まずは身の周りのことで、可能なところから改善しています」と続ける。

いわゆる兼任の衛生管理者であり、今、仕事の方向性や可能性を測っているところであろうか。昨秋の全国産業安全衛生大会の折、全国衛生管理者情報交流会で談笑する高柳さんの姿を見かけた。「他の事業場、他の業種の衛生管理者の方々が、どんな活動を行っているか知りたくて参加しました」との由。自らの仕事のバランスを保ちながら、衛生管理者としての専門性を模索し、着実に歩を進めつつある。

そんな高柳さんの上司に当たる二方から、お言葉を拝した。

同社営業本部関東中央支店長・井上純さんは、「支店として、衛生管理者の資格取得には毎年挑戦しています。今のところ資格者は高柳さんだけですが、今、安全衛生のリーダーとして活躍していただいています。細やかな気配りが利いていて、ずいぶん助かっています」といい、また管理課長・三橋正さんは、「私の部署では健康診断の進行・管理を行っていますが、例えば有所見者に対する再検査などは、高柳さんに勧奨してもらうと効果があります。そのほかの、従業員の衛生管理という面では、いい意味で『言いなり』という。厚い信頼の言葉であった。

以下は、高柳さんに伺った話から拾った。前者は職場巡視に関して、後者は目下の懸案である喫煙対策に関して、である。

「私や支店長、安全衛生委員会による職場巡視の結果は、安全衛生委員会で報告して、共有の情報にしています」

「喫煙を頭から否定するのは、果たして良いことなのか。まずは、喫煙者も非喫煙者も気持ち良く取り組める方法を探すことが肝要でしょう」

改めて整理してみると、いずれも“良きコミュニケーション”に配慮した言葉である。もとより、「今後は、各支店、営業所の安全衛生担当者との間に、ネットワークを築くことができれば」と、コミュニケーションの大切さを強調している高柳さん。衛生管理者としての最重要な事柄を、さらりと自然体で語れるのは大きな素養であろう。

本稿では、あえて“衛生管理者として頑張ってください”とエールを送って結びたい。

身体表現性障害

神田東クリニック副院長 吉村 靖司

分類

身体表現性障害（somatoform disorder）はDSM-IVでは身体化障害、鑑別不能型身体表現性障害、転換性障害、疼痛性障害、心気症、身体醜形障害などが含まれ、ICD-10では身体化障害、分類困難な身体表現性障害、心気障害、身体表現性自律神経機能不全、持続性身体表現性疼痛障害などが含まれる（表）。それぞれの詳しい診断基準は成書にゆずるが、このように身体表現性障害は複数の疾患群の総称であり、単一の疾患名ではないことに注意が必要である。うつ病も躁病も同じ気分障害という疾患群であるのと同様である。特に総称である身体表現性障害と疾患名である身体化障害が混同されることがある。心身症とも混同されやすいが、これは身体疾患の診断（消化性潰瘍、気管支喘息、潰瘍性大腸炎など）が確定されているので根本的に異なる。女性に多く、青年期での発症が多い。

特徴

身体表現性障害に含まれる疾患に共通の特徴として、DSM-IVでは①一般身体疾患を示唆する身体症状が存在するが、一般身体疾患、物質の直接的な作用、

または他の精神疾患によっては完全に説明されない、②その症状は臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の領域における機能の障害を引き起こす、③身体症状は意図的でない（詐病ではない）ことを挙げており、これらの障害を1つの章(身体表現性障害)に集めるのは、病因またはメカニズムが共通しているのではなく、むしろ臨床的に有用性であるからという理由による。

経過と対応

経過は難治であることが多く、薬物療法もあくまでも対症的なものにすぎない。精神療法は森田療法的アプローチや認知療法的アプローチが行われることがあるが、その目標は症状を取り去ることではなく、症状と共存していくよう導くことである。このことは患者自身のみならず医療関係者や周囲の人も知っておくべきである。

身体症状にこだわってパフォーマンスの低下、遅刻・早退・欠勤といった事例化を来たしやすい疾患群である。出勤状況が悪くなると上司や産業保健スタッフが「無理せず休んで治療に専念しては」とうつ病と同様の対応をしたくなる場所であるが、専門医の診断がつかない時点で安易に休ませることが適切とは限らない。前述のとおり治療は長期化することが多く、仕事から離れることでかえって症状にこだわりやすくなり症状との共存を身につけていく機会を失わせることにもなりかねない。ただし、身体症状があまりにも強い場合は一時的に休養させることで症状の軽減が得られることもあるので、上司や産業保健スタッフが行うこととしては、本人の同意を得て主治医に職場側から情報提供し、適切な対応についての意見を求めるのがよいと思われる。

表 身体表現性障害の各疾患の特徴

- 身体化障害…多彩な症状を訴え、助けを求める
- 転換性障害…単一の神経症状を呈するが、症状への関心が希薄である
- 心気症………「がんなのではないか」など症状の原因にこだわる
- 身体醜形障害…主体的に自分の容姿を醜いという強い信念を持つ
- 疼痛性障害…持続的な疼痛症状がある
- 身体表現性自律神経機能不全…過換気症候群、空気嚥下症、心因性下痢など、自律神経系の症状が主体である

平成21年度 産業保健調査研究発表会 研究テーマ一覧

平成21年10月15日(木)、16日(金)の両日にわたり行われた、産業保健調査研究発表会における各産業保健推進センターの研究テーマと発表者を、分野別にまとめました。当日の抄録、スライドは労働者健康福祉機構ホームページをごらんください。

<http://www.rofuku.go.jp/sanpo/kadai/h21kenkyuhappyou.html>

生活習慣病と健康管理

高知産業保健推進センター

小規模事業場における40歳未満就労者の生活習慣病対策
都竹 茂樹[高知大学医学部医療学准教授]

滋賀産業保健推進センター

滋賀県内労働者の定期健康診断における生活習慣病関連項目有所見者の7年間の推移
～性・年齢別からみたBMI、血圧、脂質、血糖値等の分布の変化を中心として～
寺澤 嘉之[滋賀産業保健推進センター相談員]

島根産業保健推進センター

メタボリックシンドロームと前糖尿病期のスクリーニングと保健指導に関する研究
塩飽 邦憲[島根産業保健推進センター相談員]

千葉産業保健推進センター

千葉県の企業における非正規雇用者の健康管理の実態と産業保健スタッフ研修への活用
諏訪園 靖[千葉産業保健推進センター相談員]

産業保健活動と産業保健スタッフ

京都産業保健推進センター

現在の産業医制度に対する産業医の意識に係る調査研究
森口 次郎[京都産業保健推進センター相談員]

愛知産業保健推進センター

事業場における産業看護職を中心とした産業保健スタッフの実態調査
和田 晴美[愛知産業保健推進センター相談員]

富山産業保健推進センター

富山県下の小規模事業場における産業保健の現状に関する調査研究
稲寺 秀邦[富山産業保健推進センター相談員]

茨城産業保健推進センター

小規模事業場における主体的産業保健活動支援方法のシステム化と実践検証
池田 智子[茨城産業保健推進センター特別相談員]

広島産業保健推進センター

地域産業保健センターの活動実態とその評価方法に関する研究
坪田 信孝[広島産業保健推進センター所長]

青森産業保健推進センター

短命県返上に向けた青森県の産業保健活動活性化のための実態調査
中路 重之[青森産業保健推進センター相談員]

ストレス、腰痛、育児支援

新潟産業保健推進センター

中小規模事業場における育児支援に関する調査
中平 浩人[新潟産業保健推進センター相談員]

奈良産業保健推進センター

運転労働者の腰痛特異的QOLとその関連要因
鴻池 義純[奈良産業保健推進センター相談員]

鳥取産業保健推進センター

総合病院看護師の勤務条件と職業性ストレスおよび疲労蓄積との関連についての調査研究
芦村 浩[鳥取産業保健推進センター相談員]

群馬産業保健推進センター

群馬県における職場ストレスとうつ状態に関する疫学調査
～10年後の変化～
竹内 一夫[群馬産業保健推進センター相談員]

OSHMSとリスクアセスメント

大阪産業保健推進センター

産業保健スタッフの活動実態と安全衛生マネジメントシステム導入における役割
清田 郁子[大阪産業保健推進センター特別相談員]

山口産業保健推進センター

山口県内企業への労働安全衛生マネジメントシステム(OSHMS)導入支援による労働衛生に関する対策の普及の効果について
奥田 昌之[山口産業保健推進センター相談員]

福井産業保健推進センター

福井県内の小規模事業場におけるリスクアセスメントの取組の調査研究
津田 直昭[福井産業保健推進センター相談員]

有害物質の作業環境管理・作業管理

大分産業保健推進センター

大分県内の医療機関及びホルムアルデヒド等使用事業場におけるホルムアルデヒド等化学物質によるばく露防止措置にかかる対策推進状況の実態調査について
田吹 光司郎[大分産業保健推進センター相談員]

神奈川産業保健推進センター

GHSに対応した現場で活用し易い化学物質取り扱いマニュアルの作成
～中・小規模事業場の作業者にに向けて～
興 貴美子[神奈川産業保健推進センター特別相談員]

栃木産業保健推進センター

「屋外作業場等における作業環境管理に関するガイドライン」における屋外作業従事者の作業環境測定
秋葉 一好[栃木産業保健推進センター相談員]

福岡産業保健推進センター

トンネル内清掃作業における作業者の健康に影響を与える因子について
黒木 孝一[福岡産業保健推進センター相談員]

岡山産業保健推進センター

防じんマスク適正使用の教育指導の効果に関する検討
西出 忠司[岡山産業保健推進センター相談員]

長時間労働・過重労働と健康障害

岐阜、石川、兵庫産業保健推進センター

過重労働による健康障害予防対策の実態
牧野 茂徳[岐阜産業保健推進センター相談員]

和歌山産業保健推進センター

事業場の規模別にみた過重労働による健康障害防止対策の取組状況等に関する調査研究(平成18年度の追跡調査)
森岡 郁晴[和歌山産業保健推進センター特別相談員]

三重産業保健推進センター

長時間労働が労働者の健診等データに与える影響に関する調査研究
村田 真理子[三重産業保健推進センター相談員]

鹿児島産業保健推進センター

鹿児島県内の小規模事業場における長時間労働者のメタボリックシンドロームの現状とストレスの背景及びそれらの対策、並びに労働者の心身の健康障害に対する事業主と地域産業保健センターとの連携についての調査研究
岡村 俊彦[鹿児島産業保健推進センター特別相談員]

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 〒060-0001 北海道札幌市中央区北1条西7丁目 プレスト1・7ビル2F TEL011-242-7701 FAX011-242-7702 http://www1.biz.biglobe.ne.jp/~sanpo01/	滋賀産業保健推進センター 〒520-0047 滋賀県大津市浜大津1-2-22 大津商中日生ビル8F TEL077-510-0770 FAX077-510-0775 http://www.shigasanpo.jp/
青森産業保健推進センター 〒030-0862 青森県青森市古川2-20-3 朝日生命青森ビル8F TEL017-731-3661 FAX017-731-3660 http://www.sanpo02.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町通御池下ル梅屋町361-1 アーパネックス御池ビル東館5F TEL075-212-2600 FAX075-212-2700 http://www1.biz.biglobe.ne.jp/~sanpo26/
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2-9-1マリオス14F TEL019-621-5366 FAX019-621-5367 http://www.sanpo03.jp/	大阪産業保健推進センター 〒540-0033 大阪府大阪市中央区石町2-5-3 エル・おおさかな南館9F TEL06-6944-1191 FAX06-6944-1192 http://www1.biz.biglobe.ne.jp/~sanpo27/
宮城産業保健推進センター 〒980-6015 宮城県仙台市青葉区中央4-6-1 住友生命仙台中央ビル15F TEL022-267-4229 FAX022-267-4283 http://miyagisanpo.jp/	兵庫産業保健推進センター 〒651-0087 兵庫県神戸市中央区御幸通6-1-20 三宮山田東急ビル8F TEL078-230-0283 FAX078-230-0284 http://www.hyogo-sanpo.jp/
秋田産業保健推進センター 〒010-0874 秋田県秋田市千秋久保田町6-6 秋田県総合保健センター4F TEL018-884-7771 FAX018-884-7781 http://www.akitasanpo.jp/	奈良産業保健推進センター 〒630-8115 奈良県奈良市大宮町1-1-15 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1-3-29 山形殖銀日生ビル6F TEL023-624-5188 FAX023-624-5250 http://www1.biz.biglobe.ne.jp/~sanpo06/	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.naxnet.or.jp/~sangyo-1/
福島産業保健推進センター 〒960-8031 福島県福島市栄町6-6 ユニックスビル9F TEL024-526-0526 FAX024-526-0528 http://www.sanpo07.jp/	鳥取産業保健推進センター 〒680-0846 鳥取県鳥取市扇町7 鳥取フコク生命駅前ビル3F TEL0857-25-3431 FAX0857-25-3432 http://www1.biz.biglobe.ne.jp/~sanpo31/
茨城産業保健推進センター 〒310-0021 茨城県水戸市南町3-4-10 住友生命水戸ビル8F TEL029-300-1221 FAX029-227-1335 http://www.ibaraki-sanpo.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.shimanesanpo.jp/
栃木産業保健推進センター 〒320-0033 栃木県宇都宮市本町4-15 宇都宮NIビル7F TEL028-643-0685 FAX028-643-0695 http://www.tochigisanpo.jp/	岡山産業保健推進センター 〒700-0907 岡山県岡山市北区下石井2-1-3 岡山第一生命ビルディング12F TEL086-212-1222 FAX086-212-1223 http://www.okayama-sanpo.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1-7-4 (財)群馬メディカルセンタービル2F TEL027-233-0026 FAX027-233-9966 http://www.gunmasanpo.jp/	広島産業保健推進センター 〒730-0011 広島県広島市中区基町11-13 広島第一生命ビル5F 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2-2-3さいたま浦和ビルディング6F TEL048-829-2661 FAX048-829-2660 http://www.saitama-sanpo.jp/	山口産業保健推進センター 〒753-0051 山口県山口市旭通り2-9-19 山建ビル4F TEL083-933-0105 FAX083-933-0106 http://www.yamaguchi-sanpo.jp/
千葉産業保健推進センター 〒260-0013 千葉県千葉市中央区中央3-3-8 日本生命千葉中央ビル8F TEL043-202-3639 FAX043-202-3638 http://www.chiba-sanpo.jp/	徳島産業保健推進センター 〒770-0847 徳島県徳島市幸町3-61 徳島医師会館3F TEL088-656-0330 FAX088-656-0550 http://www.tokushima-sanpo.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://sanpo-tokyo.jp/	香川産業保健推進センター 〒760-0025 香川県高松市古新町2-3 三井住友海上高松ビル4F TEL087-826-3850 FAX087-826-3830 http://kagawa-sanpo.jp/
神奈川産業保健推進センター 〒221-0835 神奈川県横浜市神奈川区鶴屋町3-29-1 第6安田ビル3F TEL045-410-1160 FAX045-410-1161 http://www.sanpo-kanagawa.jp/	愛媛産業保健推進センター 〒790-0011 愛媛県松山市千舟町4-5-4 松山千舟454ビル2F TEL089-915-1911 FAX089-915-1922 http://ehime-sanpo.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 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4-2-40 ニッセイ高知ビル4F TEL088-826-6155 FAX088-826-6151 http://www.kochisanpo.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5-5 インテックビル (タワー111)4F TEL076-444-6866 FAX076-444-6799 http://toyamasanpo.net/	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2-9-30 福岡県メディカルセンタービル1F TEL092-414-5264 FAX092-414-5239 http://ww2.tiki.ne.jp/~suishin/
石川産業保健推進センター 〒920-0031 石川県金沢市広岡3-1-1 金沢パークビル9F TEL076-265-3888 FAX076-265-3887 http://www.ishikawa-sanpo.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://www1.biz.biglobe.ne.jp/~sanpo41/
福井産業保健推進センター 〒910-0005 福井県福井市大手2-7-15 明治安田生命福井ビル5F TEL0776-27-6395 FAX0776-27-6397 http://www1.biz.biglobe.ne.jp/~sanpo18/	長崎産業保健推進センター 〒850-0862 長崎県長崎市出島町1-14 出島朝日生命青木ビル8F TEL095-821-9170 FAX095-821-9174 http://www.nagasaki-sanpo.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1-7 M Y 熊本ビル8F TEL096-353-5480 FAX096-359-6506 http://www.kumamoto-sanpo.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.nagano-sanpo.jp/	大分産業保健推進センター 〒870-0046 大分県大分市荷揚町3-1 第百・みらい信金ビル7F TEL097-573-8070 FAX097-573-8074 http://www.oita-sanpo.jp/
岐阜産業保健推進センター 〒500-8844 岐阜県岐阜市吉野町6-16 大同生命・廣瀬ビル11F TEL058-263-2311 FAX058-263-2366 http://www.sanpo21.jp/	宮崎産業保健推進センター 〒880-0806 宮崎県宮崎市広島1-18-7 大同生命宮崎ビル6F TEL0985-62-2511 FAX0985-62-2522 http://www.sanpomiyazaki.jp/
静岡産業保健推進センター 〒420-0034 静岡県静岡市葵区常磐町2-13-1 住友生命静岡常盤町ビル9F TEL054-205-0111 FAX054-205-0123 http://www.shizuokasanpo.jp/	鹿児島産業保健推進センター 〒890-0052 鹿児島県鹿児島市上之園町25-1 中央ビル4F TEL099-252-8002 FAX099-252-8003 http://www.sanpo-kagoshima.jp/
愛知産業保健推進センター 〒460-0008 愛知県名古屋市中区栄4-15-32 日建・住生ビル7F TEL052-242-5771 FAX052-242-5773 http://www.sanpo23.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.sanpo47.jp/
三重産業保健推進センター 〒514-0003 三重県津市桜橋2-191-4 三重県医師会ビル5F TEL059-213-0711 FAX059-213-0712 http://www.miesanpo.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。