

産業保健情報誌

東京

さんぽ21

23号
平成16年11月



OKOTO



独立行政法人 労働者健康福祉機構

東京産業保健推進センター

巻頭言 労働衛生週間に思う	社団法人 東京労働基準協会連合会 会長 阿南 惟正	.....1
特集 これからの働く人の健康づくりのあり方について	東京産業保健推進センター産業保健相談員 市川 英一	.....2
シリーズ メンタルヘルス 神経系統の機能又は精神の障害に関する障害等級認定基準の改正について(下)	東京産業保健推進センター副所長 白崎淳一郎	.....6
行政ニュース 事務所衛生基準規則の一部改正	東京産業保健推進センター産業保健相談員 小坂 稔	.....12
地域産業保健センター登録産業医は行く		.....14
さんぽ Q&A 産業医学	東京産業保健推進センター産業保健相談員 貞永 嘉久	.....16
関係法令	東京産業保健推進センター副所長 白崎淳一郎	.....17
東京労災病院 睡眠呼吸障害(診断・治療のご案内)		.....18
産業保健フォーラム IN TOKYO 2005		.....20
研修案内		.....22
深夜業の自発的健康診断受診支援助成金のご案内 / 編集後記		.....25

東京さんぽNEWS

11月はゆとり創造月間

厳しい雇用情勢が続く中、年次有給休暇の取得や時間外労働の削減などの時短推進における労使の取り組みは「仕事と生活の調和」の実現のため、社会的に必要不可欠な条件となっています。

例えば、301人以上の労働者を雇用する事業主は、次世代育成支援対策推進法により、来年3月末までに「一般事業主行動計画」の策定が義務付けられていますが、年次有給休暇の取得促進や所定外労働の削減は「行動計画」に盛り込む事項として取り上げられるなど、次世代育成支援法対策として重要なものとされています。

厚生労働省は平成元年より毎年11月を「ゆとり創造月間」として、時短の推進の必要性について周知を図って来ましたが、年次有給休暇の取得率は平成5年の56.1%から平成15年の47.4%と年々減少しております。

このため、東京労働局は、今年の「ゆとり創造月間」中の11月2日に「長期休暇取得推進2004東京大会」を行い、休暇を取得しやすい企業風土の形成を呼びかけることにしています。

詳しいことは、東京労働局(電話03-3814-5311)労働時間課までお問い合わせください。

贈呈

独立行政法人 労働者健康福祉機構 東京産業保健推進センターは、働く人々の心と身体の健康確保を図るため、産業保健活動に携わる皆様を支援しております。

皆様の産業保健活動をより一層充実したものとするために、当推進センターでは、窓口相談・実地相談、研修、情報の提供、助成金の支給等の各種事業を行っております。

その中の情報提供の一環として、独自の産業保健情報

誌「東京さんぽ21」を定期的に発刊、配布しておりますが、この度最新号を発刊いたしましたので贈呈いたします。

関係者の皆様の産業保健活動の推進にご活用いただければ幸いに存じます。

なお、本誌ならびに当推進センターの事業運営等に御意見等があれば、FAX又はメールにて賜ります。

是非多数の御意見を頂きたくよろしくお願いたします。

労働衛生週間に思う

社団法人 東京労働基準協会連合会
会長

阿南惟正



経済・産業構造の急速な変化の下、企業間競争の激化、企業における能力主義、成果主義的な賃金・処遇制度の導入などにより、ストレスや長時間労働による疲労等労働者への負荷が拡大する傾向にあります。

このような状況に置かれている労働者の健康を確保するための大きな課題として、過重労働とメンタルヘルス対策があります。

過重労働については、東京労働局は「かけがえのないあなた かけがえのない健康」をスローガンに、過重労働による健康障害防止を図るための運動を展開しています。私ども連合会も、この運動に積極的に参加し、その周知広報に努めています。

また、仕事や職業生活に関して強い不安、悩み、ストレスがあると訴える労働者の割合は年々増加しています。自殺者の数も、全国で30,000人を超え、そのうち約9,000人が労働者であるといわれています。

平成16年に東京労働局が実施した「従業員の健康管理等に関するアンケート調査結果」でも、脳・心疾患や精神疾患の発症を懸念している事業場は35パーセントを超えています。

労働時間制度やメンタルヘルスの講習会に多数の方に参加していただいておりますが、これは長時間労働の解消やメンタルヘルス対策についての関心の高さを示すものといえます。

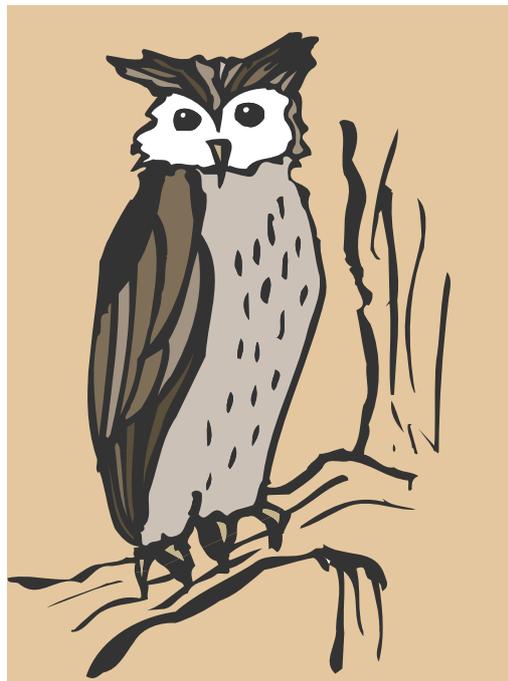
例年10月1日から7日まで実施される全国労働衛生週間のスローガンにも、最近では「からだの健康」とともに「心の健康」が掲げられるようになりました。

天然資源に恵まれない日本では、人材が最大の資源です。その人材である労働者が健康を損なうことは、労働者はもとよりその家族、事業者ひいては社会全体に与える影響は非常に大きいものがあります。

また、労働者の充実感、創造的な活動や労働の質の向上には心身ともに健康であることが不可欠です。

全国労働衛生週間に際して、労働者が健康で、生き生きと働くことができる職場環境を形成していくことの重要性を改めて認識し、東京労働局並びに東京産業

保健推進センターと連携をとりながら各種事業に取り組んで参りますので、皆様のご理解とご支援をお願いいたします。



これからの働く人の健康づくりのあり方について

東京産業保健推進センター
産業保健相談員

市川英一

1 はじめに

労働者の健康づくりは、昭和63年の労働安全衛生法の改正により事業者の努力義務とされ、同年に「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」として公表されました。いわゆるTHP (Total Health promotion Plan トータル・ヘルスプロモーション・プラン)は、この指針に沿った健康づくり運動として中央労働災害防止協会が中心となって、普及や人材の養成が行われてきました。この運動は事業場における労働者の「健康づくり」に大きな役割を担い、大企業では積極的に取り組む事業場も見られましたが、全般的には取り組みは十分とはいえない状況でした。一方、現在は15年前に比べると高齢化が進み、労働者の就業意識の変化、働き方の変化、業務の質的变化等による労働者の心身への負担も大きくなって、健康づくりの重要性がますます高まってきている状況にあります。トータル・ヘルスプロモーション・プランのトータルには「心身両面の総合的な健康づくり」と「すべての労働者が対象」という二つの意味がこめられており、今こそTHPによる健康づくりの推進が求められ、すべての事業場において、より一層の健康づくりの推進が求められています。15年間を振り返ると、「健康づくり」は、一部の大規模事業場を除くと中央労働災害防止協会が窓口となって私達サービス機関等が実施してまいりました、いわゆる助成金を活用したTHP事業であった感がゆがめませんが、「健康づくり」の更なる発展のためには、

事業者や働く人に対し「健康づくり」についてさらに理解を深めていただくことがこれからの第一歩と考えます。

第10次労働災害防止計画の健康づくり対策には、事業場における健康づくり対策の総合的評価を踏まえ、健康づくり手法の改善を図るとともに、事業場等における健康づくり対策に係る目標の設定と評価の明確化 及びその計画的な推進等により健康づくりの普及・定着を図る。特に、中小規模事業場については、健康づくりの取組みに立ち後れの傾向が見られることから、その普及・定着を促進する。なお、健康増進法の制定を踏まえ、地域保健との連携の強化等を図り、より実効ある健康づくりを推進するとしています。いわゆる健康づくりに関し、目標の設定及び評価、計画的な推進、手法の明確化等を行うこととされています。

平成元年に定期健康診断項目が改正され、その後有所見率は毎年上昇し平成15年の有所見率は47.3%とほぼ2人に1人が有所見となっています。主な要因は、労働者の高齢化が考えられますが、生活習慣病は若年期からの適度な運動、健全な食生活、ストレスのコントロール等の健康的な生活習慣を身につけることにより、予防し、発症の時期を遅らせ、発症の程度を軽くすることが可能といわれています。また、労働者の高齢化による健康対策や加齢に伴う心身の機能の低下による労働災害の防止、技術革新による作業態様の急速な変化等によるストレスの増加に伴う心の健康対策への対応も求められ、労働者がいつまでも「心とからだ健康で」その能力、技術を十分に発揮できるようにしておくことは自分にとって社会に

ととても重要なことです。健康人が多いことは、企業にとっては事業の活性化、個人にとっては自己実現、社会にとっては活力のある地域社会の形成の基本といわれています。「健康は社会資源である」という考え方が広がりつつあり、今まさにヘルシーカンパニーの創造が求められているのではないのでしょうか。THPサービス機関に所属する一員として今回「これからの働く人の健康づくりのあり方」について述べさせていただきます。

2 健康づくり(THP)の現状と課題について

健康づくりについては、昭和63年以降下記のような時代背景があり、そして今後以下のような課題が考えられます。

1 健康診断項目の改正

平成元年に貧血検査、肝機能検査、血中脂質検査、心電図検査等が追加され、さらに平成11年には血糖検査が加えられました。生活習慣病関連の主な検査が定期健康診断の項目に取り込まれるようになってTHPの健康測定の医学的検査と健康診断項目が重なり、定期健康診断結果をTHPとしての活用が可能になってきました。

2 職場環境におけるストレスの増大

職場では、強いストレスを感じている労働者の割合が依然として高くなっています(平成14年調査62%)。

3 健康増進法の制定

健康増進法に基づく取組み「健康日本21」には、具体的な達成目標が示されており、これに沿った取組みが必要とされています(生活習慣病及びその原因となる生活習慣等の課題について、9分野[栄養・食生活、身体活動と運動、休養・こころの健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病、がん]ごとの2010年度を目途とした「基本方針」、「現状と目標」、「対策」など)。

4 ライフスタイルの多様化を踏まえた健康指導

最近の労働者は、休養時間は増加しているにも関わらず、運動に取り組む時間が減少している反面運動の種類は多様になっています。こうした労働者のライフスタイルの変化を捉えた効果的な指導を行えるよう、担当者に対する知識習得の機会の確保等を考慮する必要があります。

5 健康づくり(THP)に関する情報や知見の集積

大規模事業場では創意工夫を重ねた取組みが推進されています。その手法、効果、医学的知見等について、多くの情報が蓄積されていますが、一方

では健康づくりの普及のためには、次の課題に取り組むことが必要と考えます。

1) 健康づくり(THP)の普及状況

独立行政法人 労働者健康福祉機構主催の「産業保健調査研究」報告によれば健康づくりの理念と手法については多くの事業場で理解が得られていると報告されていますが、大規模事業場の一部を除き、取組みは十分でなく、特に小規模事業場において活動は定着していないとの報告です。

2) 健康づくり(THP)の経済的負担

現行の指針で示されている各種の指導者(運動指導、保健指導、栄養指導、心理相談)を配置する健康づくりは事業場への負担が大きく、取組みに対し「意欲の低下」の声を聞きます。また、経済的負担を抑えた「健康づくり」に取り組む具体的な方法について事業場担当者は簡単に入手することが難しいといわれています。

3) 健康づくり(THP)の目標と評価

現在、健康づくりの実施結果を適切に評価する指標が示されていないため、事業場、個人が積極的に取り組む動機付けが弱いのではないかと感じます。事業場として成果をあげるためには、事業場の継続的な支援と個人の継続的な取組みが不可欠であり、事業場、個人が継続的に取り組む動機付けとなる指標、評価方法等が示されれば効果があるのではと感じています。

3 健康づくり(THP)のあり方について

今後の健康づくりのあり方については、健康づくりについて従来からの課題である、事業場担当者に対する知識習得の機会の確保、大企業の一部を除き活動が定着していない、事業所の経済的負担が大きい、結果に対する評価指標が示されていない等に対し、健康づくりの今後のあり方は、安全衛生マネジメントシステムと同様に、健康保持増進計画の策定や、それに沿った評価、推進体制の整備、指導者の育成、さらに私が所属する労働者健康保持増進サービス機関と各機関が都道府県ごとに集まり都道府県連絡協議会が設置されていますが今年10月大阪で設立が予定されている全国THP推進協議会など事業場外の支援体制の整備も重要な事項ではないかと考えます。

1 健康づくり(THP)の基本方針

(1) 事業者の姿勢

職場には労働者自身の力だけでは取り除くことができない健康障害要因、ストレス要因等が存在しています。労働者の心身の健康の保持増進には、労働者自らが自発的に取り組むことに加え、事業者による健康管理の積極的推進が肝要です。その

ためには、事業者が、健康的で、ストレスの少ない、生き生きとした明るい職場作りに向けて、健康保持増進計画を策定することにより、積極的に健康づくりに取り組む姿勢を示すことが必要です。

(2) 仕組みの構築と計画的な運用

健康づくりは、マネジメントシステムと同様に、中長期的視点に立って継続的かつ計画的に行い、推進体制を整え、推進計画を明確にするとともに、定期的に活動を評価し、計画を見直す等、適切な進行管理を行うことが重要です。また、健康づくりの実施に関しては、個人情報のみならず、計画、体制、活動状況、評価等必要な事項を記録し保存が望まれます。

(3) 労働者の自発的な健康づくり（THP）の推進

健康教育等の実施は事業者の努力義務ですが、個々の労働者の健康の保持増進には、労働者自らが自発的に取り組んでいただくことが必要です。また、事業者は、労働者が自発的に取り組む健康づくりが効果的かつ円滑に行われるよう実施体制等を整備する必要があります。

2 健康づくり（THP）の目標設定と評価

(1) 目標設定の重要性等

健康づくりを継続的に推進するためには、事業場において、事業者をはじめとした関係者や労働者個人個人が、その成果や効果を正確に認識することが重要です。そのためには、健康づくりの目標を設定し、計画を定め、それを実施し、その結果を評価することが必要で、健康づくりの推進事業場の中には独自の目標や実施計画を設定し、その評価を行って、労働者の健康づくりに大きな成果を上げているところも報告されています。

企業としての目標を設定する際に、各事業場、各支社又は部署ごとに目標設定に必要な情報が提供されると、それぞれの事業場や部署の推進機運を高めることが期待できます。一方、PDCAサイクルのように目標にあわせて、その目標達成までの期間を明確にしておくこと、経過の評価に基づいて目標を見直すことも必要です。また、健康づくりを活発にして行くため、健康づくりの目標の設定や取組みの動機付けに活用することが可能な、全国の事業場規模別、業種別の生活習慣、健康指標、健康づくり活動に関わるデータ等の情報が提供されることが望まれます。

(2) 事業場における目標設定及び評価指標

事業場における健康づくりの目標設定及び評価を行うための指標は、事業場の実態等を踏まえ、達成することが可能な目標を設定することが望まれますが取組みの進行に応じ適切な時期に健康づく

の結果を評価することも必要です。

3 健康づくり（THP）の推進体制の整備等

(1) 健康づくり（THP）の推進体制の整備

健康づくりを継続的に推進するためには、担当部署や企画担当者を定めることによって、健康指導担当者又は労働者健康保持増進サービス機関もしくは指導機関との連絡調整等が行えるようにするとともに、事業場内のラインの参画を前提として、健康づくりを実践していく体制の整備が望まれます。

(2) 健康づくり（THP）の企画のための人材の養成

健康づくりを継続的かつ効果的に実施するためには、事業場の業務等の状況を十分に把握した上で、その実態に即した健康づくりの企画の策定と実行及び評価を担当する人材が必要ですが、健康指導担当者は、健康指導をするスタッフであり、事業場全体の実態を把握し、健康づくりの企画等を行う立場になく、新たにその企画等を行う責任者が必要です。その適任者として、衛生管理者が考えられますが、衛生管理者に対するアンケート調査結果からも、健康づくりに関する企画等に必要な知識や経験を持ちたいと回答する比率は高く、このため、衛生管理者を対象とした事業場の健康づくりの企画やその推進を担当する「THP推進プランナー（仮称）」を養成するための研修の場の検討が望まれます。

(3) 健康指導担当者の配置等

健康指導担当者が個々の労働者に対して健康指導を行うためには、適切な数の健康指導担当者が配置されていることが必要ですが、事業場の規模が小さい等、作業場内において適切な数の健康指導担当者を配置することが困難な場合においては、労働者健康保持増進サービス機関又は指導機関を活用していただければと思います。

4 健康づくり（THP）手法の多様化

(1) 健康診断結果等の活用

労働者の健康診断項目として生活習慣病に関わるものが追加されたことから、THPの健康測定における医学的検査に関しては、健康診断のデータを活用していただければと思います。

(2) 健康診断結果に基づく健康指導

健康運動担当者による健康指導をより効果的にするために、健康運動担当者が労働者自身の健康認識に応じた健康づくりに関する全般的な指導を行い、これをもとに必要があれば、各領域の健康指導（産業医、運動指導、心理相談、栄養指導、保健指導）を行う。このためにも、健康指導担当者に対して全般的な健康指導に関する資質を高めることを目的とした教育の実施が望まれます。

- (3) 健康づくり (THP) の手法に関する情報の提供
健康づくりの手法は、中央労働災害防止協会ホームページに事例が紹介されているように多くの事業場において、それぞれ事業場の実態を踏まえた様々な手法による健康づくりが実施されて、相応の成果を上げています。大規模事業場のみでなく、各規模の事業場において、広く健康づくりの取組みが行われるようにするためには、各事業場から健康づくりの手法についての情報を集め、その有効性を評価し、公表できる場が必要ではないでしょうか。

5 事業場外からの支援体制の充実

- (1) 労働者健康保持増進サービス機関及び指導機関の活性化

健康づくりの手法の多様化に伴って、それぞれの事業場では、その実態に即した手法で健康づくりを進めることとなりますが、この場合、私達労働者健康保持増進サービス機関又は指導機関には新たな役割として、事業場の要請に応じて、事業場における健康づくりの企画から実施及び評価にいたるまでの全般的な支援が求められ、かつ、事業場における健康づくりを推進する担当者と密接な連携が必要になると考えます。

- (2) 全国THP推進協議会（仮称）の設置

健康づくりを一層推進するためには、事業場、関係団体、労働者健康保持増進サービス機関及び指導機関等の各地域における有機的な連携を図ることに加えて、全国レベルでの情報交換等を組織的に行うことが必要です。

全国各地域におけるTHP推進協議会等を構成員とした、全国THP推進協議会（仮称、本年10月大阪にて開催の予定）を設立し、全国レベルでの関係情報の提供、会員相互の交流、あるいは推進事業場の表彰等を行うことが協議会の活性化につながると考えます。

- (3) 各THP指導者会の活性化

THPの指導者担当者の会として、ヘルスケア・トレーナー会、心理相談員会、産業栄養指導者会、産業保健指導者会で構成するTHP指導者連合会が設立されていますが、健康づくりの一層の活性化のためには、各健康指導担当者一人一人がその能力を高めることが重要で、全国、各地区等において健康指導担当者の実務向上のための教育に重点をおいた活動ができるよう、それぞれの会の活性化促進が望まれます。

6 健康づくり(THP)の基本事項の明示

- (1) THP

THPとは、トータル・ヘルスプロモーション・

プラン (Total Health promotion Plan) の略称で、働く人の心とからだの両面にわたる健康的な生活習慣への行動変容を促すため、労働安全衛生法第70条の2により、厚生労働大臣が公表した指針に沿って、事業者が行う計画的に行う、個人の健康情報をもとにした健康教育等を主体とした活動のことをいう。

- (2) THPの理念

働く人がその全人生を健康で生き生きと過し、職業生涯を通じてその能力を十分に発揮して事業活動に勤めしめ、地域社会の発展にも貢献するため、事業場がその組織力を活用して、心とからだの健康的な生活習慣への行動変容の動機づけを行い、もって健康文化の形成に資する。



4 あとがき

健康づくりが示されて15年が経過しましたが、THP活動というどうしても国の助成金に関わる事業という感が強く、一部の大規模事業場を除いて活動は今一歩であったと思います。私達労働者健康保持増進サービス機関等においてもTHP事業は活発かつ精力的活動を行って、成果をあげてきた機関は少なく、今後の高齢化社会を見据えると社会保障制度の先行きは不透明感が拭えず、自分の健康について不安感を抱く人は少なからずおられます。生活習慣の変容はなかなか難しい状況にありますが指導を受ける本人の立場からすると指導を受けることより、相談に応じてもらえることの方が大切なのではないでしょうか？

生活習慣の変容は一人一人にあった本人がチョイスできることが可能な手法を提案する「相談を受ける側」に幾つものパターンを持って相談者に対応することが大切であると思います。また、相談の受け手側は、保健、栄養、運動、メンタルヘルスのそれぞれの専門家というだけでなく、それぞれが連携できる場を確保するとともに「健康づくりの企画から実施及び評価にいたるまでの全般的な支援」が求められているのではないのでしょうか。従来型の実施のみといった言い過ぎかとも思いますが、健康診断と運動機能検査、運動指導、保健指導、栄養指導、心理相談等のTHP活動から、これからは受け手の顧客満足度が高められる新しいTHP健康づくりの一翼を担って「健康づくり」を支援していきたいと思えます。

連絡先

〒135-0001 東京都江東区毛利1-19-10

財団法人 日本予防医学協会

東京健康保持増進機関連絡協議会事務局

TEL.03-3635-1056 FAX.03-3635-1027

神経系統の機能又は精神の 障害に関する障害等級認定基準の 改正について(下)

東京産業保健推進センター副所長

白崎淳一郎

前々号、前号に続いて、平成15年8月8日付け基発第0808002号「神経系統の機能又は精神の障害に関する障害等級認定基準の改正について」(以下「改正認定基準」という。)のうち「外傷性てんかん、頭痛、失調・めまい及び平衡機能障害、神経痛、疼痛等感覚異常、RSD(反射性交感神経性ジストロフィー)」を解説します。

1. 外傷性てんかんについて

(1) 旧認定基準の問題点

てんかんとは、「大脳の神経細胞の過剰な同期的発射活動が起こることによって、同一個人の中では同じ型の臨床発作(全身硬直一過性発作、欠伸発作、幻聴発作、四肢の一部の強直発作など)が繰り返す病態」(南山堂医学辞典より)をいいます。

てんかんのうち労災保険の対象となる外傷性てんかんの後遺障害について、旧障害認定基準では「てんかんの発作が数ヶ月に1回程度又は完全に抑制しうる場合」と「発作の発現はないものの脳波上に異常を認める場合」とを同等に評価しており、この取り扱いの妥当性、発作の型の如何に関わらず、障害等級を決定することになっていること、等について最新の医学的知見に照らしどのように取り扱うべきかを「精神・神経の障害認定に関する専門検討会」(以下「検討会」という。)において検討を行いました。

(2) 検討会報告の概要

てんかんの発作の発現がないものの評価の検討

A) てんかんの発作がないものの脳波上に異常を認める状態を「てんかん」と認めることが脳神経外科学的に妥当性を有するかについて、てんかんはてんかん発作を主徴とする慢性の大脳疾患であり、WHOは「大脳ニューロンの過剰な発

射に由来する反復性の発作を主徴とする疾患」と定義していることから、「てんかん」と診断する上では、「反復性の発作」が最も重要な要素の一つであると考えられる。

イ) 労災保険の対象となる「外傷性てんかん」についての診断基準を示したWalkerは以下の6項目によっている。

- i) 発作はまさしくてんかんの発作である
- ii) 受傷前にてんかんの発作はなかった
- iii) 外傷は脳損傷をおこすのに十分な程度の強さだった
- iv) てんかんの発作が外傷後あまり経過していない時期に起こった(閉鎖性で2年、開放性で10年。2年以内に80%以上が発症)
- v) ほかにてんかん発作を起こすような脳や全身的疾患を有しない
- vi) てんかんの発作型、脳波所見が脳損傷部位と一致している

この診断基準でも「発作」については重視しているが、「脳波所見」については、脳損傷部位との一致を判断基準の一つとしているにすぎない。よって「脳波所見の確認」を持って「外傷性てんかん」の判断基準の一つとはせず、補助的要素として評価していると考えられる。

各種てんかん発作に特徴的な脳波が現れることから「てんかん」の診断を行う上で「脳波所見」は不可欠な(又は重要な)要素であることは異論はないが、逆に、脳波異常があるからといって必ずてんかん発作に直結する又はてんかんの状態にあるとまで言い切れないと判断することが一般的である。

ウ) また、「外傷性てんかんのリスクファクターについての多施設共同研究」(1991年報告、外傷性てんかん調査会)によれば、受傷後1ヵ月以内の脳波異常が認められる者の約21%について「てんかん」を認めるにすぎないこと、当該研究の先行する研究においても外傷性てんかんの予知に脳波異常は役に立たないとの見解であることから、脳波異常をもってただちに「てんかん」と判断し全く同じ評価をすることは現在の医学界においてはコンセンサスが得られないと判断されること。

エ) さらに、これまでの医学的経験則を踏まえれば、てんかん発作が認められた者と発作がなく脳波上に異常を認める者では、その後の臨床経過はもとより能力低下の内容が全く異なることから、これを同一評価することは適切でない。

以下の検討から、旧障害等級9級の7の2に規定する障害の状態のうち、「発作の発現ははなないが、脳波上明らかにてんかん性棘波を認めるもの」については削除すべきであると結論に達した。

発作の型にかかる外傷性てんかんの障害認定基準の検討

ア) ICIDHの区分と障害等級の区分の対比

てんかんにかかるICIDH(国際障害分類1980)における評価については、「意識の間欠的障害」の中で次の6段階の評価を行っている。

したがって、ICIDHの区分と障害等級の区分を対比させると次のとおりとなる。

ICIDHの区分	障害等級の区分
(1)「重要度間欠的意識中断」 (包含)1日1回以上の発作頻度をもつてんかん	
(2)「重度間欠的意識中断」 (包含)1週1回以上の発作頻度をもつてんかん	(第2級の2の2) 随時介護を要するもの
	(第3級の3) 発作に伴う精神の障害のため、終身労務に服することができないもの
	(第5級の1の2) 一般平均人の1/4程度の労働能力の残存
(3)「中等度間欠的意識中断」 (包含)1ヶ月1回以上の発作頻度をもつてんかん	(第7級の3)
(4)「軽度間欠的意識中断」 (包含)1ヶ月1回にならない発作頻度をもつてんかん	(第9級の7の2) 数ヶ月に1回の発作又は完全に発作を抑制
(5)「間欠的意識中断」 (包含)精神運動発作性てんかん	
(6)その他の発作 (包含)小発作	

イ) 対比における整理

a 障害認定基準上、ICIDHの(1)の区分に、第1級の障害を定めない理由として、てんかんのため常時介護を要する程度の症状であれば、当然療養の対象となるものであると考えられるが、反面、常時介護の状態であることのみをもって「療養継続」と判断することは、他の部位における障害においてはこうした状態であっても「症状固定」であれば「症状固定」と判断した上で障害等級第1級と認定している状況にあり、(第1級に類する)「外傷性てんかん」のみを「症状固定のない疾病」としていることについては検討する必要があるものとする。

b 次に、ICIDHの(2)及び(3)の区分については、てんかん発作の頻度に応じて、障害等級認定基準では、それぞれ同じ頻度のものを障害等級第2級、障害等級第7級と設定しており、この点において問題は生じないが、障害認定基準においては、この両者の中間に位置する等級として、第3級及び第5級を設定しているので、てんかん発作の頻度がICIDHの(1)の区分未満(1週当たり1回未満)でICIDHの(2)の区分以上(1ヶ月に1回以上)のものについて、障害認定基準上の区分を明示することが可能であるか検討する必要がある。

c ICIDHの(4)の区分については、障害等級第9級が「十分な治療にかかわらず、1ヶ月に1回以上の意識障害を伴う発作があるか、又は・・・」と規定しており、ほぼ、同程度の障害を想定しているものと考えられるが、ICIDHの(4)の区分に完全に発作を抑制している場合を含めてよいか否かについて検討する必要がある。

d ICIDHでは、(5)の区分、(6)の区分(小発作)を設けているので、この状態が、障害等級に該当するものであるか否かについても検討する必要がある。

ウ) 外傷性てんかんの障害等級の考え方

上記a~dを踏まえ、「外傷性てんかん」にかかる障害等級の考え方について検討会では次の結論とした。

(a)について)

これまでの医学経験則からは、療養効果のない重篤な「外傷性てんかん」は認められており、「外傷性てんかん」を症状固定のない疾病とすることは障害認定実務上問題のある取扱いと考え

られるが、現行の障害等級第2級に規定している「週1回以上でてんかん発作が残存する状態」及び障害等級第3級に規定している「発作に伴う精神の障害のため終身就労することができない状態」については、医学経験則上、このような頻度で「てんかん」発作のみが単独で残存することは想定しがたく、通常は、脳挫傷があり、高次脳機能障害を残す状態でてんかん発作を伴っているケースが考えられる。

したがって、障害等級第3級以上の状態における障害の評価は、単に「てんかん発作の回数」に基づき障害の状態を判定するより、脳全体の機能低下の状態について、現行の「中枢神経系（脳）の障害」に係る認定基準により総合的に障害判定を行うことが適切と考えられるので、「外傷性てんかん」にかかる障害等級第3級以上の独自の障害認定基準は設定しないことが適切と判断される。

(b)について)

認定基準第7級に該当する「1ヶ月に1回以上の意識障害を伴う状態」については、医学上、発作の型により症状の内容に相当程度の幅があり、障害の程度も大きく異なることから、障害認定を行う際には、症状固定前の療養過程における発作の種類に従って次の2区分に分類し、障害等級を認定することが妥当である。

【障害等級第5級の格付けが望ましいもの】

1ヶ月に1回以上の発作の種類が「意識障害の有無を問わず、転倒する発作等（以下「転倒する発作等」という。）」であるものは、就労できる職種は特に軽易なものに限られる等相当程度の制約がある重篤な状況と考えられるため。

なお、これに該当する発作の典型例は、強直・間代性発作(大発作)であるが、これと同程度と考えられる「意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作」も含まれるものである。

【障害等級第7級とするもの】

1ヶ月に1回以上の発作の種類が「転倒する発作等以外の発作」であるものは、現行どおりとすることが妥当と考えられるため

(c)について)

現行認定基準の第9級には
 「数ヶ月に1回程度の発作を残すもの」
 「服薬の継続によって発作を完全に抑制しているもの」
 「発作の発現はないが、脳波上明らかにてんかん性棘波を認めるもの」

の3形態が包含されているが、現在の医学経

験則に照らせば、これら3つの状態を同等に評価することは残存する障害の状態及び就労への影響等から問題のあるものと考えられる。

従って、この障害等級第9級の区分については、障害の状態の評価、就労への影響から次のように再区分すべきと考える。

なお、障害認定を行う場合には、症状固定前の療養過程における発作の種類に従って判断を行うことが適切と考える。

【「数ヶ月に1回程度の発作を残すもの」で障害等級第7級の格付けが望ましいもの】

数ヶ月に1回以上の発作の種類が、「転倒する発作等」であるものは、就労できる職種は軽易なものに限られる等の制約がある状況と考えられるため。

【「数ヶ月に1回程度の発作を残すもの」で現行どおり障害等級第7級とするもの】

数ヶ月に1回以上の発作の種類が、「転倒する発作等以外の発作」の種類であるものは、現行どおり障害等級第9級とすることが妥当である。

【「服薬継続により発作を完全に抑制しうる場合」は現行どおり障害等級第9級とすること】

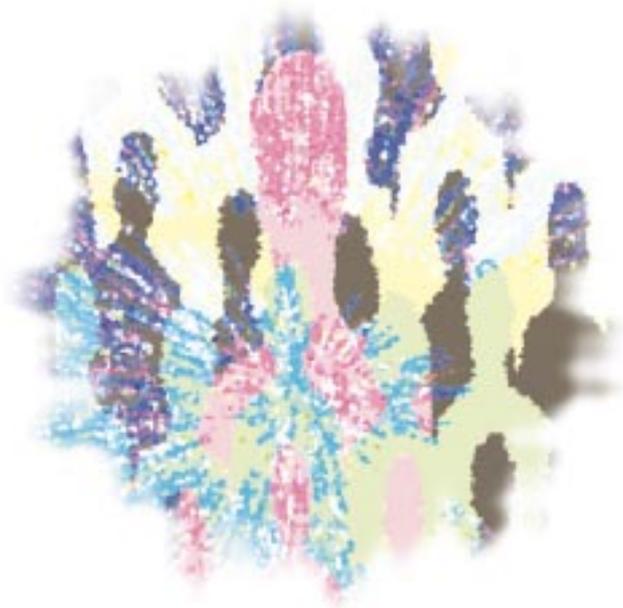
現行の「服薬継続によりてんかん発作を完全に抑制しうる場合」の取り扱いは、服薬の継続により発作をほぼ完全に抑制できていると思われる状態において極めて稀に発作が起こる場合も含まれるものと解することが妥当であり、この状態においては、ほとんどの場合てんかん発作は発現していないものの、当分の間は服薬を継続しなければならない状態であり、てんかん発作の危険性が終生生じていることは就労への制限がある状態と判断できることから、現行どおりの取り扱いが妥当と考える。

【「発作を完全に抑制しうる場合」を「てんかん発作がほぼ完全に抑制されている場合」と表現を改めること】

現行障害認定基準上の表現は、「投薬継続により発作が全くない状態」のみを想定しているように判断されるおそれがあるため、これを「服薬継続によりてんかん発作がほぼ完全に抑制されている場合」に改めるべきである。

【「発作の発現はないが、脳波上明らかにてんかん性棘波を認める場合」は障害等級第12級とすべきであること】

「外傷性てんかん」と医学的に判断するには、「てんかん発作の出現」の認定が必要であり、脳波上に異常所見が認められる事のみをもって「外傷性てんかん」と判断すべきではない。したがっ



て、現行の障害等級第9級に規定している「脳波上に明らかにてんかん性棘波」を認める状態については、疾病へ進展する可能性を否定できない段階と考えられるものの、てんかん発作を起こさないために服薬の投与がほとんどの場合開始されるとともに、脳に外傷があることは客観的に判断できるので「発作の発現はないが、明らかなたんかん性棘波が認められる場合」に限り、障害等級第12級とすべきである。

(dについて)

ICIDHの(5)の区分及び(6)の区分については、現行の障害認定基準において「外傷性てんかんに係る等級の認定は、発作型のいかんにかかわらず・・・」と規定していることから、精神運動発作性てんかん及び小発作を除外しないものと解されるところであり、今回の検討においてもこれらの発作の労働能力に与える影響等を医学的に考慮すれば、これらを障害補償の対象から除く必要はないものと考えられることから、現行どおりの取り扱いとすること。

(3) 新認定基準

以上の検討会報告を踏まえ次のように認定基準を改正した

1ヶ月に2回以上の発作がある場合には、通常高度の高次脳機能障害を伴っているため、脳の高次脳機能障害にかかる第3級以上の認定基準により障害等級を認定する。

1ヶ月に1回以上の発作があり、かつ、その発作が「意識障害の有無を問わず転倒する発作(注1)」又は「意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作(注2)」(以下「転倒する発作等」という。)であるものは、第5級の1の2とする。

転倒する発作等が数ヶ月に1回以上あるもの又は転倒する発作等以外の発作が1ヶ月に1回以上あるものは、第7級の3とする。

数ヶ月に1回以上の発作が転倒する発作以外の発作であるもの又は服薬継続により、てんかん発作がほぼ完全に抑制されているものは、第9級の7の2とする。

発作の発現はないが、脳波上に明らかにてんかん性棘波を認めるものは、第12級の12とする。

(注1) 転倒する発作には、「意識消失が起こり、その後ただちに四肢等が強く突っ張る強直性のけいれんが続き、次第に短時間の収縮と弛緩を繰り返す間代性のけいれんに移行する」強直間代発作や脱力発作のうち「意識は通常あるものの、筋緊張が消失して倒れてしまうもの」が該当する。

(注2) 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作には、意識混濁を呈するとともに、うろろう歩き回るなど目的性をかく行動が自動的に出現し、発作中は周囲の状況に正しく反応できないものが該当する。

2.頭痛について

(1) 旧認定基準の問題点

旧認定基準の注として掲げられている頭痛の型は、1962年当時権威とされていたAd Hoc Committeeの分類を基にしているものと思われますが、その後医学の進歩により記載されているが、国際頭痛学会が1988年に新たな「頭痛分類」を作成しており、1962年当時の分類を示すことが適当ではないため、この分類に従って整理する必要が出てきました。

(2) 検討会報告の概要

頭痛について、障害認定に当たっては、頭痛の型のいかんにかかわらず症状の程度に応じて障害等級を決定することになっており、頭痛の型を示す意義は乏しいとの意見もあるが、業務上の傷病に基づくものであるかを判断するための一助として頭痛の型を示すことは意義のあるものである。また旧認定基準は障害症状の程度に応じて「労働には差し支えないが、頭痛が頻回に発現しやすくなったもの」(14級の9)、「労働には差し支えないが、時には労働に差し支えない程度の強い頭痛が起こるもの」(12級の12)、「激しい頭痛により時には労働に従事することができなくなる場合があるため、就労可能な職種の範囲が相当な程度に制限されるもの」(9級の7の2)のいずれかに決定することとされているところであるが、これを

改めるべき新たな医学的知見も認められないので、概ね妥当と考えるが、頭痛の型について必要な見直しをすることとする。

頭痛の型としては、次のようなものがある。

(ア) 機能的頭痛

- 片頭痛
- 緊張型頭痛
- 群発頭痛および慢性発作性片頭痛
- その他の非器質性頭痛

(イ) 症候性頭痛

- 頭部外傷による頭痛
- 血管障害に伴う頭痛
- 非血管性頭蓋内疾患に伴う頭痛
- 薬物あるいは離脱に伴う頭痛
- 頭部以外の感染症による頭痛
- 代謝性疾患に伴う頭痛
- 頭蓋骨、顎、眼、鼻、副鼻腔、歯、口あるいは他の頭部・頭蓋組織に起因する頭痛又は画面痛
- 頭部神経症、神経幹痛、除神経後痛

(3) 新認定基準（一部表記の変更）

頭痛については、頭痛の型の如何にかかわらず、疼痛による労働日又は日常生活上の支障の程度を疼痛の部位、性状、強度、頻度、持続時間及び日内変動並びに疼痛の原因となる他覚的所見により把握し、障害等級を認定すること。

「通常の業務に服することはできるが激しい頭痛により、時には労働に従事することができなくなる場合があるため、就労可能な職種の範囲が相当な程度に制限されるもの」は、第9級の7の2に該当する。

「通常の業務に服することはできるが、時には労働に差し支える程度の強い頭痛が起こるもの」は、第12級の12に該当する。

「通常の業務に服することはできるが、頭痛が頻回に発現しやすくなったもの」は、第14級の9に該当する。

3. 失調、めまい及び平衡機能障害について

(1) 検討会報告の概要

旧認定基準は、中枢性による障害のみならず、内耳性によるものも含めて、最上位の等級を「生命の維持に必要な身の回り処理の動作は可能であるが、高度の失調又は平衡機能障害のために終身にわたりおよそ業務に就くことができないもの」（第3級）としており、9級を超える障害等級に該当することもあり得るものとしているが、「耳鼻咽喉科領域の障害等級に関する専門検討会報告書」においては、内耳性の障害

については、9級を超えることはないとされたものの、中枢性の場合は9級を超える傷害が生じることもあるとされたことから、9級を超える認定基準を廃止することは妥当ではなく、上記報告書に沿った変更で足りると考えられる。

(2) 新認定基準（一部表記の変更）

失調、めまい及び平衡機能障害については、その原因となる障害部位によって分けることが困難であるので、総合的に認定基準に従って障害等級を認定すること。

生命の維持に必要な身の回り処理の動作は可能であるが、高度の失調又は平衡機能障害のために業務に服することができないものは、第3級の3に該当する。

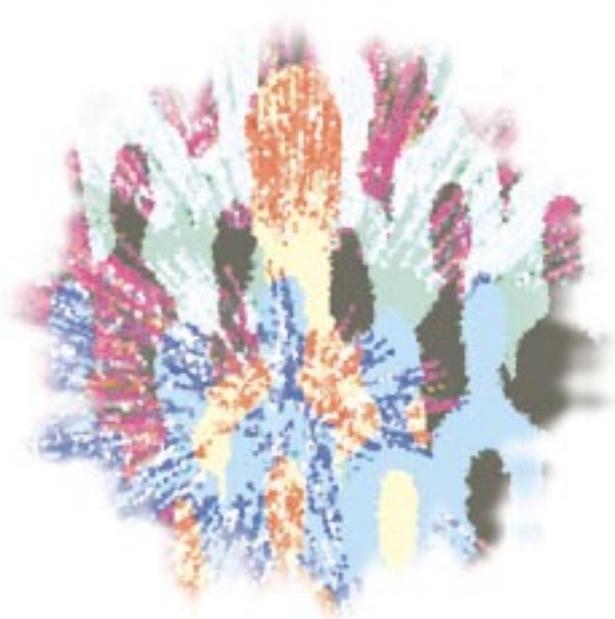
著しい失調又は平衡機能障害のために、労働能力が極めて低下し一般平均人の1/4程度しか残されていないものは、第5級の1の2に該当する。

(変更なし)

中程度の失調又は平衡機能障害のために、労働能力が一般平均人の1/2以下程度に明らかに低下しているものは、第7級の3に該当する。(変更なし)

通常の業務に服することはできるが、めまいの自覚症状が強く、かつ、眼振その他の平衡機能検査に明らかな異常所見がみられ、就労可能な職種の範囲が相当な程度に制限されるものは、第9級の7の2に該当する。

通常の業務に服することはできるが、めまいの



自覚症状があり、かつ、眼振その他平衡機能検査の結果に異常所見が認められるものは、第12級の12に該当する。

めまいの自覚症状はあるが、眼振その他平衡機能検査の結果に異常所見が認められないものの、めまいのあることが医学的にみて合理的に推測できるものは、第14級の9に該当する。

4. 疼痛等感覚障害

(1) 旧認定基準の問題点

旧認定基準では「神経痛」は、「疼痛等感覚異常」の1つとして、カウザルギー（灼熱痛）及び受傷部位の疼痛と並んで定められており、疼痛発作の頻度、疼痛の強度と持続時間及び疼痛の原因となる他覚的所見などにに基づき、疼痛の労働能力に及ぼす影響を判断して第7級の3、第9級の7の2、第12級の12のいずれかに決定することとされているが、「脳神経及びせき髄神経の外傷その他の原因による神経痛」は、受傷部位の疼痛と区別して規定されていることから、中枢性の疼痛と解されるが、中枢性の疼痛のみを独立して評価すべきか。脳又はせき髄の障害により疼痛が損ずる場合は、原則通り他の症状と併せて総合評価すべきか、と。

旧認定基準には「疼痛等感覚異常」の項に外傷後疼痛の特殊な型としてのカウザルギーについては規定しているが、近年請求が増加している反射性交感神経性ジストロフィー（RSD）について明確な規定がないが、障害認定基準上、明確に規定すべきか、についてでした。

(2) 検討会報告の概要

（ について）脳神経及びせき髄神経の外傷その他の原因による神経痛については、中枢性の疼痛を念頭に置いて運用してきたが、中枢性の障害により疼痛を生じるような場合には、通常麻痺等の症状を伴うことから疼痛も含めて総合評価しており、認定基準を存置する必要性に乏しいので、神経痛にかかる認定基準は廃止すべきである。

（ について）RSDについては、その定義が一義的に確立しているとはいえないものの、そのような病態（疼くような痛みであることが多い）が存在することについては争いが無い。RSDは明確な末梢神経の損傷がない病態として、カウザルギーは明確な末梢神経の損傷がある病態として整理すべきである。RSDの症状は、認定基準に規定されているカウザルギーと類似しており、基本的に同様に評価すべきである。

なお、単なる疼痛にとどまるものはRSDとして取り扱うことは妥当ではなく、障害認定実務上は、症

状固定時においてRSDの慢性期の主要な症状とされる3つの症状（i 間接拘縮、ii 骨の萎縮、iii 皮膚の変化（皮膚温の変化、皮膚の萎縮））について明らかな所見を有するものに限り、RSDとして取り扱うことが適当である。

(3) 新認定基準

受傷部位の疼痛及び疼痛以外の感覚障害については、次により認定すること。

ア) 疼痛

a 通常の労務に服することはできるが、時には強度の疼痛のため、ある程度差し支えがあるものは、第12級の12とする。

b 通常の労務に服することはできるが、受傷部位にほとんど常時疼痛を残すものは、第14級の9とする。

イ) 疼痛以外の感覚障害

疼痛以外の感覚障害（蟻走感、感覚脱失等）が発現した場合は、その範囲が広いものに限り、第14級の9に認定する。

特殊な性状の疼痛

ア) カウザルギーについては、疼痛の部位、性状、疼痛発作の頻度、疼痛の強度と持続時間及び日内変動並びに疼痛の原因となる他覚的所見などにより、疼痛の労働能力に及ぼす影響を判断して次のごとく等級の認定を行うこと。

a 軽易な労務以外の労働に常に差し支える程度の疼痛があるものは、第7級の3とする。

b 通常の労務に服することはできるが、疼痛により時には労働に従事することができなくなるため、就労可能な職種の範囲が相当な程度に制限されるものは、第9級の7の2とする。

c 通常の労務に服することはできるが、時には労働に差し支える程度の疼痛が起こるものは、第12級の12とする。

イ) 反射性交感神経性ジストロフィー（RSD）については、i 間接拘縮、ii 骨の萎縮、iii 皮膚の変化（皮膚温の変化、皮膚の萎縮）という慢性期の主要な3つのいずれの症状も健側（注3）と比較して明らかに認められる場合に限り、カウザルギーと同様の基準により、それぞれ第7級の3、第9級の7の2、第12級の12に認定すること。

（注3）「健側」とは障害のない側をいう。

改正された認定基準だけを説明してもその改正に至る背景が分からないと理解できないと考え、「精神・神経の障害認定に関する専門検討会報告書」を引用するようにしましたが、そのため原稿が大変長くなり、かつ筆者の能力から分かりやすく説明できなかったことをお詫びいたします。

事務所衛生基準規則の一部改正

ホルムアルデヒドの濃度基準の制定、
空気環境の調整を行うべき空調設備の対象の拡大など

東京産業保健推進センター
産業保健相談員

小坂 稔

近年、住宅に使用される建材などから室内に発散するホルムアルデヒドなどの化学物質に室内空気が汚染されることなどにより、目、鼻、のどなどへの刺激、頭痛などの多様な症状が生じる、いわゆる「シックハウス症候群」が問題となっている。

厚生労働省労働基準局では、シックハウスに関連するホルムアルデヒドなどのシックハウス関連化学物質についての職域における対策に資するため、「職域における屋内空气中のホルムアルデヒド濃度低減のためのガイドライン」を策定し、平成14年3月15日付けでこのガイドラインの周知について地方労働局に通達し、関係事業者に通達を図ってきたところである。

そして、本年3月30日付け厚生労働省令第43号をもって「事務所衛生基準規則及び労働安全衛生規則の一部を改正する省令」が公布され、事務所内におけるホルムアルデヒドの濃度の基準および室内の濃度の測定に係る規定が新たに追加されるなど事務所衛生基準規則の一部改正が行われた。

なお、ホルムアルデヒドの健康影響に対し、建築物一般についての衛生基準を定めている「建築物における衛生的環境の確保に関する法律」(通称「ビル管法」といわれている)の見直しが行われ、平成15年4月に関係省令が改正されており、事務所衛生基準規則の改正内容は、同法令の適用を受ける建築物における事務所について同法令との整合が図られている。

今回の事務所衛生基準規則の改正の主なものは次のとおりであり、公布の日から施行されることとなった。ただし、次に掲げる(1)(2)および(4)については、公布の日から起算して三月を経過した日から施行される。

- (1) 空気環境の調整を行わなければならない空気調和設備及び機械換気設備について、中央管理方式のものに限定しないこととされたこと。
- (2) 労働者を常時終業させる室の空气中のホルムアルデヒドの濃度の基準および室の建築などを行った場合の室の空气中のホルムアルデヒドの測定に係る規定が新たに追加されたこと。
- (3) 空気調和設備(空気を浄化し、その温度、湿度及び流量を調節して供給することができる設備をいう。)を設けている建築物の事務所の用に供される室における二月以内ごとに1回行わなければならない作業環境測定の実施の頻度について、一定の要件を満たす場合の緩和措置が規定されたこと。
- (4) 空気調和設備の冷却塔、加湿装置などについて、定期的に点検、清掃を実施しなければならないことと

されたこと。

- (5) ねずみ、昆虫などの防除方法の効率化を図るとともに、ねずみ、昆虫などの防除のため、殺そ剤または殺虫剤を使用する場合には、薬事法上の承認を受けた医薬品または医薬部外品を用いなければならないこととされたこと。

参考 「事務所衛生基準規則及び労働安全衛生規則の一部を改正する省令 新旧対照表」

参考 「事務所衛生基準規則及び労働安全衛生規則の一部を改正する省令の施行について」(施行通達)

また、近年、住宅等の気密性の向上、化学物質を放散する多様な建築材料等の普及等に伴い、ホルムアルデヒド等の化学物質による室内空気の汚染と、それによる健康影響の問題が指摘されていることから、室のホルムアルデヒドの濃度の基準を定めることとしたこと。

なお、空気調和設備及び機械換気設備の定義における「空気を浄化し」とは、外気を導入して浄化することをいうものであること。

- (2) 第7条関係

主な変動要因が季節変動である気温及び湿度については、春及び秋については概ね同様の温湿度条件にあると考えられることから、作業環境測定の実施の頻度について、室の気温及び相対湿度が、過去1年間、基準を満たし、かつ、今後1年間もその状況が継続しないおそれがない場合には、室温及び外気温並びに相対湿度について、現行の2か月以内ごとに1回行わなければならない測定を春(3月から5月)又は秋(9月から11月)、夏(6月から8月)及び冬(12月から2月)における各1回の測定とすることができることとしたこと。

なお、「当該状況が継続しないおそれがない場合」とは、当該室に係る空気調和設備の変更を行わない場合、室のレイアウトの大幅な変更が予定されていない場合等であって、室の気温及び相対湿度に係る基準を満たすことが想定される場合をいうこと。

- (3) 第7条の2関係

建築物の竣工及び使用開始後の一時的な期間、化学物質濃度が高くなり、健康への影響が生じるおそれがあることから、室の建築、大規模の修繕又は大規模の模様替を行った場合、当該室のホルムアルデヒドの濃度を測定しなければならないこととしたこと。

- (4) 第8条関係

イ ホルムアルデヒドの量を測定する測定器において、「これと同等以上の性能を有する測定器」としては、

平成14年3月15日付け基発第0315002号「職域における屋内空気中のホルムアルデヒド濃度低減のためのガイドラインについて」(以下「ガイドライン」という。)中に掲げる測定方法等で使用する「検知管」、「デジタル計測器」等がこれに該当するものであること。

- ロ ホルムアルデヒドの量の測定方法等については、ガイドライン中に掲げる測定方法等により実施するものであること。

なお、「4 アミノ 3 ヒドラジノ 5 メルカプト 1・2・4 トリアゾール法」は、ガイドライン中の「上記と同等以上の性能を有する方法」に含まれるものであること。

(5) 第9条の2関係

- イ 加湿器等の水質の問題として、レジオネラ属菌類等の病原体によって室内の内部の空気が汚染されることを防止するため、空気調和設備の冷却塔、加湿装置等について、定期に点検、清掃等を実施しなければならないこととしたこと。

- ロ 第2号から第4号までに規定する「点検」は、目視等により行うことで足りるものであること。

- ハ 第5号の規定は、日常的な維持管理の如何に関わらず、1年以内ごとに1回、冷却水の完全換水を実施するものであること。

(6) 第15条関係

今回の改正は、ねずみ、昆虫等の生息の有無に関わらず防除を行うのではなく、その生息状況等を調査した上で、その結果に基づき、適切な防除を実施する等合理的な防除を行うことができることを明確にしたものであり、従来の考え方を変更したのではないこと。

また、防除のため、殺そ剤又は殺虫剤を使用する場合には、薬事法(昭和35年法律第145号)上の承認を受けた医薬品又は医薬部外品を用いなければならないことについても併せて明確にしたものであること。

(7) その他

「炭酸ガス」を「二酸化炭素」に改める等の用語の整理を行ったこと。

2 労働安全衛生規則関係の一部改正

事務所衛生基準規則の改正に伴い、上記1の(6)と同様の規定の整備を行ったこと。

第3 附則関係

1 施行日

改正省令は、公布日から施行するものであること。ただし、事務所衛生基準規則第5条、第7条の2、第8条、第9条の2の各改正規定については、公布の日から起算して3月を経過した日(平成16年6月30日)から施行されること。

2 経過措置

改正省令の施行の際現に中央管理方式以外の空気調和設備又は機械換気設備を設けている室については、当分の間は、改正後の事務所衛生基準規則第5条第1項第1号の規定(浮遊粉じん量の基準)は適用し

ないこと。

この場合において、「中央管理方式」の意義は施行前と変更はなく、各室に供給する空気を中央管理室等で一元的に制御することができる方式をいい、空気調和設備の場合でいえば、中央機械室からダクトにより各室に空気を供給する方式(ダクト式)のほか、中央機械室において浄化、減湿・与湿等の処理をした空気を送出し、さらにこれを各階、各室等に設けた二次空気調和装置により冷却等の処理をして各室に供給する方式(各階ユニット方式、ファンコイルユニット方式等)がある。

第4 関係通達の改正等

1 関係通達の改正

- (1) 平成16年6月30日をもって、昭和46年8月23日付け基発第597号「事務所衛生基準規則の施行について」の記の 5(1)及び同(2)中「で中央管理方式のもの」を削り、同通達の記の 5(3)を「(3)削除」に改める。

また、同通達中の「炭酸ガス」を「二酸化炭素」に改める。

- (2) 昭和48年6月11日付け基発第326号「建築物における衛生的環境の確保に関する法律施行令の一部を改正する政令の制定について」の記の第2の1を「1 削除」に、同通達の記の第2の3中「特定建築物維持管理義務者および特定建築物所有者等」を「特定建築物の所有者、占有者その他の物で当該特定建築物の維持管理について権限を有するものおよび当該特定建築物の所有者(所有者以外に当該特定建築物の全部の管理について権限を有する者があるときは、当該権限を有する者)(以下「特定建築物所有者等」という。)」に改める。

2 その他

1の(2)の通達については、次の事項に留意すること。

- イ 建築物における衛生的環境の確保に関する法律施行令第1条の特定建築物のうち、専ら事務所の用途に供される特定建築物については、建築物における衛生的環境の確保に関する法律第11条に基づき、都道府県労働局長から要請があった場合に、都道府県知事による立入検査等の権限行使ができるとされていたところであるが、建築物における衛生的環境の確保に関する法律施行規則が改正され(平成15年4月1日施行)、都道府県知事が必要と認める場合には、都道府県知事による立入検査等の権限行使ができることとされたこと。

- ロ 建築物所有者等と当該建築物の利用者が一致しないような場合(いわゆる雑居ビルの場合)については、記の第2の3において「各室を占有しているすべての事業者が事務所則の義務主体」とされていること。



産業医のための 小規模事業場 職場環境改善ハンドブック の作成について

東京中央地域産業保健センター編



作成した「産業医のための小規模事業場職場環境改善ハンドブック 製本事業場編」

2004年3月、画期的な冊子が東京中央地域産業保健センターより「産業医のための 小規模事業場職場環境改善ハンドブック 製本事業場編」として作成されました。産業医が職場巡視を行いながら、その現場の改善を計画的に取り進めていくのを手助けするための実践的なハンドブック。ページをめくってみると、製本の作業工程を一つ一つ丁寧に追いながら、その工程毎にチェック項目が設けられており、何よりも現場の写真が多数掲載されていることに驚かされます。

そこで、今回当推進センターでは、今まで求められながら作成されることのなかった、このハンドブックが出来上がるまで取材させていただくことにいたしました。

ご協力いただいたのは、京橋製本協同組合の関口真徳氏、伊藤正一氏、橋本勝政氏と東京中央地域産業保健副センター長の濱口伝博先生、同コーディネーターの佐藤康治氏です。

1 最初の反応は、「無料なんて怪しい・・・!」でした。

「お医者に来てもらってタダなんておかしい」。東京中央地域産業保健センター(以下「東京中央地域センター」という)で実施している産業保健サービスの話を伊藤氏が組合の理事会にかけた時に、真っ先にほとんどの出席者からこう言われたそうです。言われてみれば景気上昇も危ぶまれている当時の時節柄、このような反応は極めて自然的とも言えました。他の地域センターにおいてもおそらく状況は似たり寄ったりで、各地域センターの利用に二の足を踏む企業が少なくなかったのが実状ではないでしょうか。そんななか、伊藤氏と東京中央地域センターは決してあきらめず、濱口先生が中心となって何度も組合理事会へ足を運んでセンタ

ーのサービスについて説明したのでした。

両者の熱意が実って、まずは健康診断後のフォローが十分でないとの互いの意識がきっかけで、2002年9月7日第一回の健康セミナーが開催されました。セミナーは小講演と質疑応答そしてその後続く個人面談会の構成となっており、現在まで年2回の頻度で開催され、テーマも生活習慣病や腰痛等、組合員の要望に添った内容が提供されるしくみになっています。最初はげん気味の顔つきだった参加者たちも今ではすっかり自分たちの手作りイベントのように感じだしており、毎回約30名が健康診断の結果を手に参加しています。

「ここにきてやっと、私たちの説明してきたセンターサービスの目的もわかってもらえたんです」と伊藤氏。セミナーの開催は、疾病予防等健康への意識を高めることだけに止まらず、遠く感じていた近隣の医師すなわち身近な産業医との距離を近づけることになっていったのです。

2 「現場」を知らなきゃ・・・

「産業医だからって、突然職場巡視に来ても、現場のことを知らなきゃ何もわからないでしょ」。橋本氏(健康セミナー立ち上げを実質的にリードした担当者)の言葉に濱口先生もうなずいていました。その職場での作業工程を知らなければ、どんな作業や職場環境が健康や安全のリスクとなっているのか指摘できません。産業現場で出会うのは、健康の回復を目的として医師の指示を得に来る患者さんではなく、仕事を行うことを目的にある程度の体力のある健康な方が相手となりますから、病気オリエンテッドな視点ばかりでは見当違いの指摘をしがちです。東京中央地域センターでは、製本業組合の方々に協力をいた



左手前より大同紙工 伊藤氏、東群製本 橋本氏、関口製本所 関口氏、副センター長 浜口先生、右手前より佐藤コーディネーター、田中（著者）



個別訪問（事業場訪問）による製本事業場へのアドバイス



産業医マップ



製本事業組合とタイアップした健康セミナーの開催



個別健康相談の実施（健康セミナー）

だき医師会理事会にて、製本業者による製本過程の実際の作業を行っていただきました。地元医師会の中心者たちこそ最初に製本業界への興味を持っていただく必要があったからです。

文章やイラストが大半を占めるハンドブックが多い中で、このハンドブックには実際の作業現場の写真が良い点も改善が必要な点も包み隠さず掲載されていますが、これだけ多くの写真を撮影でき、また作業工程毎に的確なチェック項目を設定できたその背景には、現場に基づき、働く人の立場になって考えるという姿勢が基本にあったからです。

3 今、まさに「出発点」

今年の7月に開催されたセミナーでは、指先をチクッと刺して一滴の血液から健康診断項目のほとんどを測定することができるというキットが紹介され、組合としても組合員の健康診断後のフォローのためにも有用性が高いと判断し、その後も積極的に組合員に紹介をしたという経緯があります。次回のセミナーでは、東京中央地域センター企画にて「血液サラサラ」検査を実施して参加者の健康意識を高めようという工夫をしているとのこと。話題性のある商品があったり、身近にすでに活用されているものがあるならそれらを積極的に紹介していこうと東京中央地域センターもセミナーの充実に向けていろいろと工夫をしているようです。

セミナーを通じての相互の信頼感が、結果としてこのハンドブックを生み出しました。活動は、ハンドブックを作り上げることがゴールではありません。実際にハンドブックを活用し、健康で安全な職場環境を達成するのが目指す目的です。そしてこのハンドブックを参考にし

てもらいながら、他の業種についても東京中央地域センターにて同様な活動が展開されていくことが願いでもあります。まさに、今ここから新たなスタートが切られたのです。

4 取材を終えて・・・

今回取材させていただいた東京中央地域センターケースは、一事業場という単位にアプローチしたのではなく、業界組合という組織に対してアプローチをしたという点で他の地域センターと大きく異なるポイントがあります。濱口先生によれば、「ここは東京なのです。そして地元産業はほとんどすべてその業界単位に集約されていますし、その業界のトップが理解すれば自ずと事業場単位にまでその理解は及ぶのです。このようなしくみを利用しない手はありません。センターも組織で動くことが必要で、先方様も組織で動くことの方が活動化しやすいのです。あくまでもこれは東京のストラテジーなのですが、広く言えば都市部のストラテジーとも言えますね。」しかし、人を動かすのはやはり「組織」ではなく、人の「熱意」である。そんな言葉が頭をよぎりました。

2004年10月20日、京橋製本協同組合はこのような自主的な労働衛生への取り組み姿勢や業績が認められて中央労働基準監督署から表彰されました。今日までの地道な努力が評価されたことに心から拍手を送るとともに、今後益々のご活躍を祈念いたします。

最後になりましたが、取材に際し貴重なお時間をさいっていただきました、関口様、伊藤様、橋本様並びに濱口先生、佐藤様に深く御礼申し上げます。

（業務係 田中 仁子）

産業医学

Q 初めて事務職場の産業医に選任されました。どのようなことをやれば良いのか教えてください。

A 今までの衛生管理の実態は有害物質の曝露による職業病の予防が主体であり、有害物質の取扱いが多い製造業がその対象の中心でありました。このため事務所などの有害物質の取扱いのほとんどない事業所においては衛生管理活動はどちらかといえば、低調でした。しかし事務職場においては近年のOA化の進展と共に、オフィスワークが複写機、ファクシミリ、コンピューターその他の機器が普及し、事務の効率化の向上が著しく見られました。が反面人間と機械との調和を求める複雑な職場環境が生じてまいりました。又事務職における人間関係(学歴や性格、能力その他の条件の相異による)もその要因の一つともなっています。例えば、VDT作業による過重負荷の結果、身体的には眼精疲労、肩こり、腰痛が発症することがあり、一方ストレスによる心理的疲労など発症することもあります。これらの労働衛生の問題に対処しなければなりません。労働安全衛生管理には、管理体制安全衛生を中心にして、作業環境管理、作業管理、健康管理、労働安全衛生教育と5管理を輪として活動していますが以下なるべくこれらの順に沿って記述いたします。さてその事務所における衛生担当者(衛生管理者、衛生推進者、その他)と密なコンタクトをとることから産業医活動がスタートします。衛生担当者の仲介で統括安全衛生管理者(社長、又は工場長、学校にあっては校長)とコンタクトをとり彼等との対話から管理体制(管理規定はあるのか?)のレベルを一応心得ておきたいものです。さて、作業員(職員)たちに職場巡視で紹介してもらい、以後、月一回の巡視の時にはつとめて挨拶を行い、コンタクトを密にするよう努力しましょう。この時事務所則(今年4月に一部改正)により定められたあらかじめ作業環境測定の結果[(空気環境(CO₂、CO₂、粉じん等)、温熱条件、視環境(採光)、作業空間(気

東京産業保健推進センター
産業保健相談員

貞永嘉久

積、その他)、その他、水質やトイレ等厚生福利施設、音環境等)に目を通してから現場を巡視することが大切で、これ以外数字にあらわれない問題を見出すことができることが多々あります(振動、喫煙対策等)。

以上のように事務職場では作業が比較的静的で精神的疲労をおこしやすいのでこれに配慮した作業環境の整備が求められています。これとは別に事務所、興行場、百貨店、店舗、学校、共同住宅などの建築物(延べ面積3,000m²以上)等の特定建築物を対象にしたビル管理法というものが別にあります。さて職場巡視にて作業姿勢、作業密度、作業時間と休憩のとり方(例えばVDT作業において連続作業時間は1時間以内、ついで他の作業に配置又は休憩を10~15分入れることなど)人間工学的に機器が配置されてるか?ディスプレイにグレア(直接又は反射)が生じていないか?分煙対策はうまくいっているのか?気流・気温・湿度の実効温度は適合しているのか?など作業者と直接話をし作業上の問題点や訴えを要点にまとめ、衛生委員会に提示し説明し、労働衛生について教育を行うのも一つの方法です。健康管理として、VDT検診の必要な作業員のチェック、一方定期検診結果の通知(プライベートを守って)事後指導(生活習慣を含め)、更にストレスに対するメンタルヘルスの受け皿として産業医も衛生管理者と密な連絡をとり、リスナーとし相談対処し、必要あれば心理学的相談・精神学的相談と専門方面へのルートを(プライベートを大事にしながら)開かねばなりません。

以上要点を記述しましたが更に詳細な産業医活動に必要なものをとりあえず三つ紹介します。

1. 労働衛生のしおり 厚生労働省労働基準局
2. 産業医の職務Q&A 産業医学振興財団
3. かけだし産業医の覚書 産業医学振興財団

東京産業保健推進センター
副所長

白崎淳一郎

Q 2003年の自殺者が警察庁発表(2004年7月22日)が34,427人で、厚生労働省の人口動態統計(2004年4月10日発表)では32,082人と乖離がありますが、この違いは何ですか？

A 確かに約2千人以上異なっています。その理由は1つには、人口動態統計は純粋に日本人だけをカウントしているのに対して、警察庁のは外国人も含めているからです。理由の2つ目は、人口動態統計は死亡診断書に基づいて統計処理されています。ご承知のとおり死亡診断書は死亡後48時間以内に記載しなければなりません。従って薬物による死亡であっても、遺書がなければ自殺なのか、事故なのか不明な場合がありますが、その場合は死因は単に薬物によるとだけしか書けません。その後自殺と判明しても死亡診断書は書き換えられません。一方、

警察庁の方は事件性の絡みから死亡原因を逆戻って調査することもあり、自殺と判明すればデータを変更しています。この二つの理由により人口動態統計の方が自殺者が少なく表れるものと考えられます。

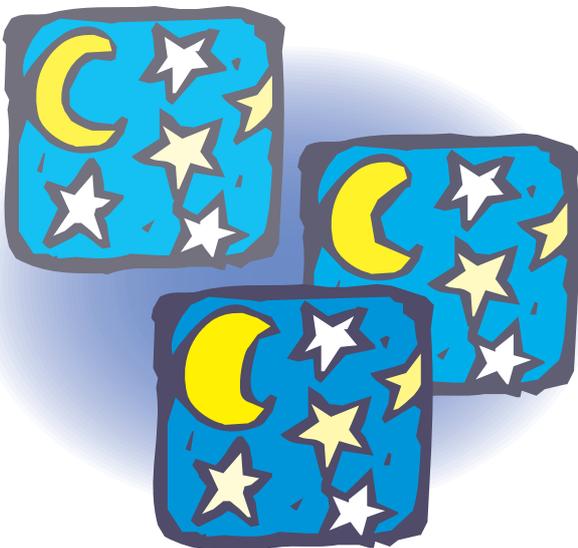
Q 特定業務という深夜業務従事者とはどの程度の深夜業を行えば該当するのでしょうか？

A 安衛則第45条では、事業者は、安衛則第13条第1項第2号に掲げる業務に常時従事する労働者に対して、当該業務への配置換えの際及び6ヵ月以内ごとに1回、定期的に、健康診断を行わなければならないと規定しています。そして安衛則第13条第1項第2号の又「深夜業を含む業務」と規定されています。それでは、常時深夜業を行う業務とはどれくらいの頻度を指すかというところ、これについては次のような通達があります。

「深夜業を含む業務とは、業務の常態として深夜業を1週1回以上又は1月に4回以上行う場合をいう。」
(昭和23年10月1日、基発第1456号)

しかしながら、この「常態として」については、説明がありません。が、例えば週1回定期的に午後10時30分まで業務が予定されている場合は、「常態として」深夜業が行われていると判断して差し支えないと考えられます。

しかしながら、通常は日勤業務であり常態としては深夜業は予定されていない業務の場合に、ある月にたまたま残業で7回午後10時以降仕事を行い、翌月は深夜時間に入る残業が3回しかなかったとしたときは、一応月平均で見ると5回となり、月4回を超えることとなります。しかしながらこの場合は定期的ではありませんし、恒常的でもないので「常態として」には当てはまらないと考えられます。



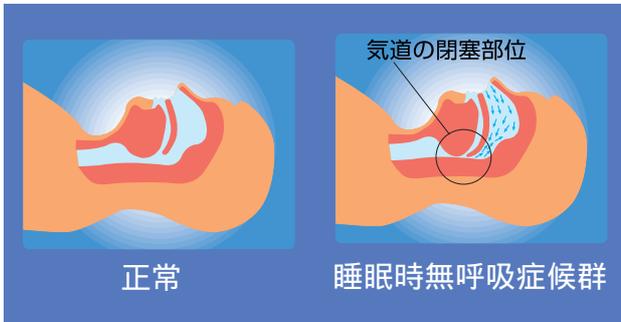
睡眠呼吸障害 (睡眠時無呼吸症候群) 診断・治療のご案内



睡眠時無呼吸症候群とは？

睡眠中に何度も呼吸が止まる状態(無呼吸とよびます)が繰り返される病気です。空気の通り道である気道が閉塞してしまうことにより無呼吸が occurs。

肥満体の人、首が短くて太い人、顎が小さい人などにおこりやすいことが知られています。



症状

いびき
日中の眠気
倦怠感
夜間覚醒
起床時の頭痛
インポテンツ
など

合併症

高血圧
不整脈
脳卒中
心疾患
など

日中の眠気から

交通事故
産業災害
仕事上のミス
学業不振
など

日中の眠気からくる弊害ばかりでなく、高血圧などの生活習慣病との関連も注目されています。



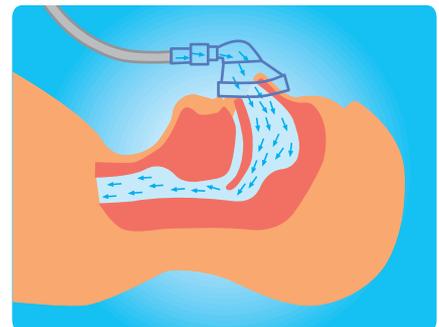
どのような検査が必要なのでしょう

睡眠時無呼吸症候群の診断や重症度の判定、治療法の決定のためには十分な検査が必要です。在宅で行える簡便な方法もありますが、当院では一晩入院して、いろいろな電極やセンサーを身体に付けて眠り、睡眠中の脳波や呼吸の状態を調べるポリソムノグラフィー(PSG)という検査を行います。



治療法は？

睡眠時無呼吸症候群と診断された場合、適切な治療法を選択します。有効な治療法のひとつに、鼻にマスクをつけて空気を器械で送り込むCPAP(シーパップ)という保険で認められたものがあり、当院でも多くの人が行っています。



終夜睡眠ポリグラフ検査(PSG)のながれ

入院費用

18:00までに 入院
検温・血圧測定 ➡ 検査説明・夕食

21:00頃 PSG検査開始

6:00頃 PSG検査終了 ➡ シャワー・朝食

7:00以降 退院

1泊2日のPSG検査入院にかかる患者様の検査入院料は、健康保険の自己負担額や検査内容などにより異なりますので、詳しくは医事課入院係へお問い合わせください。



当院では内科(呼吸器科)と耳鼻咽喉科が協力して治療いたします。

医師紹介



呼吸器内科部長
戸島 洋一

昭和55年千葉大学卒。医学博士
日本呼吸器学会指導医、評議員
専門は呼吸不全、呼吸調整、睡眠呼吸障害など
千葉大学、米国ペンシルバニア大学にて睡眠呼吸障害に関する臨床・基礎研究に従事した。
現在は呼吸器全般の診療に従事。研修医の指導も精力的に行っている。



耳鼻咽喉科副部長
酒井 陽子

平成8年順天堂大学卒
日本耳鼻咽喉科学会認定専門医
順天堂大学耳鼻咽喉科関連病院にて修練を経て、平成14年より東京労災病院勤務。「閉塞性睡眠時無呼吸症候群に関する術前術後の血中カテコラミン濃度の検討」など睡眠時無呼吸症候群をテーマに学会発表を行い、OSAS(閉塞性睡眠時無呼吸症候群)に力を入れた臨床を行っている。口蓋垂軟口蓋咽頭形成術、鼻中隔彎曲矯正術などOSASの外科的治療も数多く行っている。その他、ストレスと感音難聴、めまい、鼻アレルギーなど現代社会に多い耳鼻咽喉科疾患にも興味を持ち臨床に取り組んでいる。

受付時間 午前8時15分～午前11時
睡眠外来受診希望の方は電話予約可能です。
TEL:03-3742-7301

休診日 土・日曜日・祝日
年末・年始(12月29日～1月3日)

診療時間

		月	火	水	木	金
内科	午前	●	●	●	●	●
内科	午後		●			●
耳鼻科	午前	●	●	●	●	●
睡眠外来(16時～18時)	予約のみ		●			●

お問い合わせ先 〒143-0013 東京都大田区大森南4-13-21
TEL.03-3742-7301 FAX.03-3744-9310
病診連携専用 TEL&FAX 03-3742-7314
URL <http://www.tokyoh.rofuku.go.jp>



JR「大森駅」から 駅前東口から京浜急行バス 番「森ヶ崎行」で約20分
「森ヶ崎(東京労災病院前)」下車

JR「蒲田駅」から 駅前東口から京浜急行バス 番「森ヶ崎行」で約30分
「森ヶ崎(東京労災病院前)」下車

京浜急行「平和島駅」から 駅前から京浜急行バスで約10分
「森ヶ崎(東京労災病院前)」下車

産業保健フォーラム IN TOKYO 2005

健康文化の形成をめざして

参加費無料

日時 平成17年2月9日(水) 開場:午前9時30分

場所 九段会館

九段会館ホール

- 10:00 ~ チアリーディング演技 ————— 都内大学チアリーディング部
- 10:20 ~ 主催者挨拶
- 10:40 ~ 「社会の病」を解剖(き)る ————— 東京大学名誉教授 養老 孟司
(ミリオンセラー「バカの壁」の著者)
- 13:10 ~ 「THPウォーキング」のすすめ ————— 中央労働災害防止協会 健康確保推進部
- 13:50 ~ 「過重労働・メンタルヘルス検討結果と法改正」— 湯河原厚生年金病院院長 馬杉 則彦
- 15:20 ~ 「これからの働く人の健康づくりのあり方と企業対応」— トヨタ自動車(株)安全衛生推進部長 加藤 隆康

注) 今回の講演は日本医師会認定産業医制度産業医学研修会の単位は取得できません。

セミナー会場

- 13:00 ~ 「我社の長期休暇後の職場復帰制度」 ————— NTT東日本関東病院精神神経科作業療法士 岡崎 渉
- 13:35 ~ 「労働者の健康情報の保護と企業対応」 ————— 元・日本ビクター安全健康管理センター長 井上 温
- 14:30 ~ 「管理職としての役割～部下のこころを理解しよう～」— 労働ジャーナリスト 金子 雅臣
- 15:25 ~ 「アテネオリンピックとスポーツ栄養」 ————— 明治製菓(株)ザバススポーツ&ニュートリションラボ所長 杉浦 克己

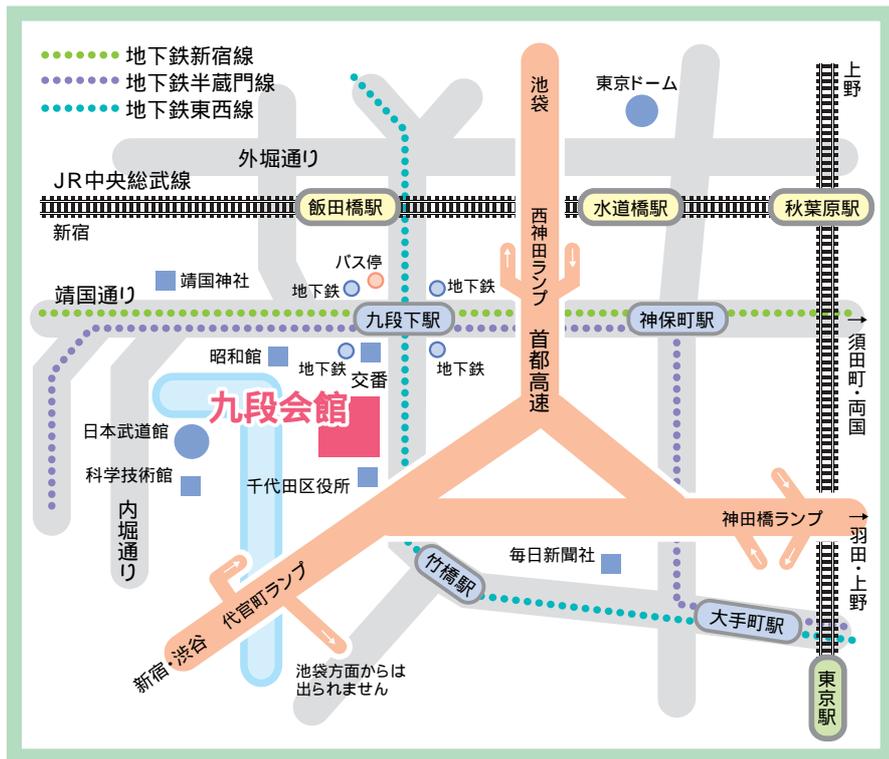
催物

THP体験コーナー(体力測定、健康相談、体脂肪測定)
産業保健、快適職場、健康づくり、メンタルヘルス、労災保険・年金各相談コーナー
歯科相談コーナー

主催: 東京労働局 (社)東京労働基準協会連合会 東京産業保健推進センター

協賛: 東京都産業保健健康診断機関連絡協議会 東京健康保持増進機関連絡協議会 東京労働局管内各関係団体

会場案内



交通機関

- JR東京駅から(車)約5分
- JR上野駅から(車)約13分
- JR飯田橋駅から徒歩約10分
- 地下鉄東西線・新宿線・半蔵門線
九段下駅から徒歩1分
- 羽田空港から(車)約30分
- 東京シティ・エアターミナル箱崎
から(車)約10分
- 首都高速西神田ランプから(車)
約1分

(なお、当日は駐車場が使用できなくな
っておりますので、自家用車でのご来場
はご遠慮下さい)



〒102-0074 東京都千代田区九段南1-6-5 電話: 03-3261-5521

九段会館

申込先

労働者健康福祉機構 東京産業保健推進センター

〒100-0011
東京都千代田区内幸町2-2-3 日比谷国際ビル3F
電話: 03-3519-2110
ファックス: 03-3519-2114

(社)東京労働基準協会連合会

〒102-0084
千代田区二番町9-8
電話: 03-3556-1921
ファックス: 03-3556-1923

申し込みはファックス、または郵送をお願いします。

切り取り線

申込書

なお、当日には、この申込書(写しでも結構です)を受付で提出して下さい。

所属名		
所在地		
電話	(- -)	
出席者 職氏名	(部課・職名)	

欄は記入しないで下さい。

研修案内

(平成16年11月～平成17年1月)



独立行政法人 労働者健康福祉機構
東京産業保健推進センター

認定産業医研修 (基礎研修は実施しておりません。認定証をお持ちの産業医のみが対象の研修です。)

研修コード	月日	時間	テーマ	講師	単位	定員
9101021	11月25日(木)	14:30～16:30	健康診断事後措置の具体的事例～ケースカンファレンス～ 7月14日・8月26日に実施した研修と同じ内容です。	竹田 透	生涯：実地2	20名
9101022	12月13日(月)	13:15～14:30	メンタルヘルス関係法令・判例・概論 7月12・28日・8月4・25日・9月16日・10月6日に実施した研修と同じ内容です。	白崎淳一郎	生涯：更新1 申請中	60名
9101023		14:40～16:40	メンタルヘルス指針・健常者に対する対応・体制づくり等 7月12日・8月25日に実施した研修と同じ内容です。	森崎美奈子	生涯：専門2 申請中	60名
9101024	12月20日(月)	13:15～15:15	過重労働による健康障害防止～関係法令・通達～ 6月25日・8月19日に実施した研修と同じ内容です。	白崎淳一郎	生涯：更新2 申請中	60名
9101025		15:30～17:30	過重労働による健康障害防止～エビデンス・具体的措置事例～ 6月25日・8月19日に実施した研修と同じ内容です。	伊集院一成	生涯：専門2 申請中	60名
9101026	1月13日(木)	13:15～14:30	メンタルヘルス関係法令・判例・概論 7月12・28日・8月4・25日・9月16日・10月6日・12月13日の研修と同内容です。	白崎淳一郎	生涯：更新1 申請中	60名
9101027		14:40～16:40	メンタルヘルス指針・非健常者に対する対応・復職判定等 7月28日・9月16日に実施した研修と同じ内容です。	大西 守	生涯：専門2 申請中	60名
9101028	1月26日(水)	13:15～14:30	メンタルヘルス関係法令・判例・概論 7月12・28日・8月4・25日・9月16日・10月6日・12月13日・1月13日の研修と同内容です。	白崎淳一郎	生涯：更新1 申請中	60名
9101029		14:40～16:40	うつ予防対策・自殺予防対策 8月4日・10月6日に実施した研修と同じ内容です。	桂川 修一	生涯：専門2 申請中	60名

メンタルヘルスのシリーズは、必ず を受講してから ～ を受講するカリキュラムとなっております。 ～ 全て受講されると修了証を発行いたします。
テキストはAとBが必要です。研修日のみ12:45～13:10に出張販売があります。
テキストA 働く人の心の健康づくり - 指針と解説 - 中央労働災害防止協会 ¥2,520-
テキストB 自殺予防マニュアル 一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応 明石書店 ¥840-

保健師・看護師研修(実力アップコース単位認定)

産業看護基礎コース・短縮Nコースは実施しておりません。

研修コード	月日	時間	テーマ	講師	単位	定員
9201024	11月5日(金)	14:30～16:30	多様化する労働生活の中での高脂血症の生活指導	深川 敬子	申請中	15名
9201025	11月12日(金)	14:30～16:30	健康診断の事後措置	伊集院一成	申請中	60名
9201026	11月15日(月)	13:15～14:30	メンタルヘルス関係法令・判例・概論 5月17・20日・6月7日・8月16日・9月22日・10月25日の研修と同じ内容です。	白崎淳一郎	-6-(1)1単位 申請中	60名
9201027		14:40～16:40	メンタルヘルス指針・健常者に対する対応・体制づくり等 5月17日・8月16日に実施した研修と同じ内容です。	近藤 信子	-1-(2)・ -2-(1)2単位 申請中	60名
9201028	11月30日(火)	13:15～15:15	過重労働による健康障害防止～関係法令・通達～	白崎淳一郎	申請中	60名
9201029		15:30～17:30	過重労働による健康障害防止～エビデンス・具体的措置事例～	貞永 嘉久	申請中	60名
9201030	12月16日(木)	13:15～14:30	メンタルヘルス関係法令・判例・概論 5月17・20日・6月7日・8月16日・9月22日・10月25日・11月15日と同内容です。	小坂 寿子	-6-(1)1単位 申請中	60名
9201031		14:40～16:40	メンタルヘルス指針・非健常者に対する対応・復職判定等 5月20日・9月22日に実施した研修と同じ内容です。	深澤 健二	-1-(2)・ -2-(1)2単位 申請中	60名

保健師・看護師研修(実力アップコース単位認定)

産業看護基礎コース・短縮Nコースは実施しておりません。

研修コード	月 日	時 間	テーマ	講 師	単 位	定 員
9201032	12月17日(金)	14:30 ~ 16:30	健康教育等におけるグループワークの進め方	錦戸 典子	申請中	20名
9201033	1月14日(金)	14:30 ~ 16:30	糖尿病へのエンパワーメントアプローチ	加藤登紀子	申請中	60名
9201034	1月25日(火)	13:15 ~ 14:30	メンタルヘルス関係法令・判例・概論 5月17・20日・6月7日・8月16日・9月22日・10月25日・11月15日・12月16日と同内容です。	白崎淳一郎	-6-(1)1単位 申請中	60名
9201035		14:40 ~ 16:40	うつ予防対策・自殺予防対策 6月7日・10月25日に実施した研修と同じ内容です。	山田 智子	-2-(1)・ -2-(3)2単位 申請中	60名
9201036	1月27日(木)	14:30 ~ 16:30	メンタルヘルス事例検討 事業場で検討したい事例がある方は、研修の1週間前迄に、センターに提出して下さい。	大西 守	申請中	60名

メンタルヘルスのシリーズは、必ず を受講してから ~ を受講するカリキュラムとなっております。 ~ 全て受講されると修了証を発行いたします。
テキストはAとBが必要です。研修日のみ12:45 ~ 13:10に出張販売があります。
テキストA 働く人の心の健康づくり - 指針と解説 - 中央労働災害防止協会 ¥2,520-
テキストB 自殺予防マニュアル 一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応 明石書店 ¥840-

人事・労務・衛生管理者研修

研修コード	月 日	時 間	テーマ	講 師	単 位	定 員
9501033	11月4日(木)	14:30 ~ 16:30	小規模事業場の衛生管理体制とメンタルヘルス	北條 稔	初級	60名
9501034	11月8日(月)	14:30 ~ 16:30	話の聴き方 ~ 傾聴の実技 ~	森崎美奈子	初級	60名
9501035	11月10日(水)	13:15 ~ 14:30	メンタルヘルス関係法令・判例・概論 6月2・17・22日・9月8日・10月21・26日に実施した研修と同じ内容です。	白崎淳一郎	初級	60名
9501036		14:40 ~ 16:40	メンタルヘルス指針・健常者に対する対応・体制づくり等 6月2日・9月8日に実施した研修と同じ内容です。	岩船 展子	初級	60名
9501037	11月17日(水)	14:30 ~ 16:30	感染症の基礎知識 ~ インフルエンザ・結核等 ~	中館 俊夫	初級	60名
9501038	11月22日(月)	14:30 ~ 16:30	勤労女性と妊娠 ~ 産み育てやすい労働環境の提供 ~ 7月26日に実施した研修と同じ内容です。	落合 和彦	初級	60名
9501039	11月29日(月)	14:30 ~ 16:30	独り職場の産業看護職の集い ~ 産業医との連携 ~	遠藤 俊子	初級	20名
9501040	12月15日(水)	14:30 ~ 16:30	リスニングの実際 ~ ロールプレイを中心に ~	岩船 展子	初級	40名
9501041	12月21日(火)	14:30 ~ 15:30	VDTの健康管理	香川 順	初級	60名
9501042		15:40 ~ 16:40	VDTの作業環境管理	岩崎 毅	初級	60名
9501043	12月22日(水)	13:15 ~ 14:30	メンタルヘルス関係法令・判例・概論 6月2・17・22日・9月8日・10月21・26日・11月10日に実施した研修と同じ内容です。	白崎淳一郎	初級	60名
9501044		14:40 ~ 16:40	メンタルヘルス指針・非健常者に対する対応・復職判定等 6月17日・10月21日に実施した研修と同じ内容です。	桂川 修一	初級	60名
9501045	1月17日(月)	13:15 ~ 14:30	メンタルヘルス関係法令・判例・概論 6月2・17・22日・9月8日・10月21・26日に実施した研修と同じ内容です。	小坂 稔	初級	60名
9501046		14:40 ~ 16:40	うつ予防対策・自殺予防対策 6月22日・10月26日に実施した研修と同じ内容です。	山寺 博史	初級	60名
9501047	1月19日(水)	14:30 ~ 16:30	快適職場形成に向けて(アサーション) ~ 自分の気持ち、考えの伝え方 ~	岩船 展子	初級	40名

メンタルヘルスのシリーズは、必ず を受講してから ~ を受講するカリキュラムとなっております。 ~ 全て受講されると修了証を発行いたします。
テキストはAとBが必要です。研修日のみ12:45 ~ 13:10に出張販売があります。
テキストA 働く人の心の健康づくり - 指針と解説 - 中央労働災害防止協会 ¥2,520-
テキストB 自殺予防マニュアル 一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応 明石書店 ¥840-

各種研修共通申込書

利用者カードをお持ちの方

利用者カード番号		(5ケタ)
フリガナ		
受講者氏名		
1. 研修コード		(7ケタ)
2. 研修コード		(7ケタ)
3. 研修コード		(7ケタ)
4. 研修コード		(7ケタ)
5. 研修コード		(7ケタ)
6. 研修コード		(7ケタ)
7. 研修コード		(7ケタ)
8. 研修コード		(7ケタ)
9. 研修コード		(7ケタ)
10. 研修コード		(7ケタ)

定員状況等の連絡先

TEL	
FAX	
E-mail	

下記の利用規約を了承し、同意のもと申し込みます。

利用者カードをお持ちでない方

フリガナ	
受講者氏名	
生年月日	(例: 1966/11/28)
職 種	産業医・保健師・看護師・事業主 人事管理者・労務管理者・衛生管理者 労働者・その他()
認定書番号(産業医)	(7ケタ)
事業所名(医療機関名)	
所属部課(所属医師会)	
所在地	〒
TEL	
FAX	
E-mail	
1. 研修コード	(7ケタ)
2. 研修コード	(7ケタ)
3. 研修コード	(7ケタ)
4. 研修コード	(7ケタ)
5. 研修コード	(7ケタ)

下記の利用規約を了承し、同意のもと申し込みます。

利 用 規 約

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 研修受付は、休日を除く毎日AM9:00～PM5:00となります。 2. 研修は無料です。定員に達した場合、お断りすることがあります。受講票は発行いたしておりません。 3. 研修の受付は、利用者カードをご提示下さい。 4. 産業看護職継続教育手帳又は第一・二種衛生管理者免許をお持ちの方は、利用者カードとの両方をご提示下さい。 5. 研修を皆様にご利用いただくため、1社で数名参加の場合、人数を制限することがございます。 6. お申し込み本人以外(代理)の申請及び受講は、キャンセル待ち優先のため、お断りいたします。 7. 研修のお申し込みをキャンセルする場合、必ず事前にご連絡ください。 | <ol style="list-style-type: none"> 8. 研修室での写真・ビデオ撮影やWebカメラの公開に伴う肖像権等について許諾願います。 9. 研修資料は参加された方のみ配布しております。(研修資料がない場合を除く) 10. 研修において遅刻・外出・早退の場合、単位が取得できません。 11. 控えを保存しないことによるお問い合わせは、ご容赦願います。 12. 研修室のお持ち込みはペットボトルのみです。
容器はお持ち帰り願います。 13. 駐車場のご用意はありませんので、公共交通機関をご利用下さい。 |
|--|--|

深夜業に従事する皆様へ 自発的健康診断受診支援助成金のご案内



ご存じですか？ 健康診断費の **3/4** が助成されます。

支給対象者.....

深夜業に従事した方 勤務した時間の一部が午後10時から翌日の午前5時にかかる方も含まれます

助成金額.....

健康診断に要した費用(消費税も含む)の3/4に相当する額

- ① 常時使用される労働者
- ② 自発的健康診断を受診する日前6ヶ月の間に1ヶ月当たり4回以上(過去6ヶ月で合計24回以上)深夜業務に従事した方

上限 7,500円

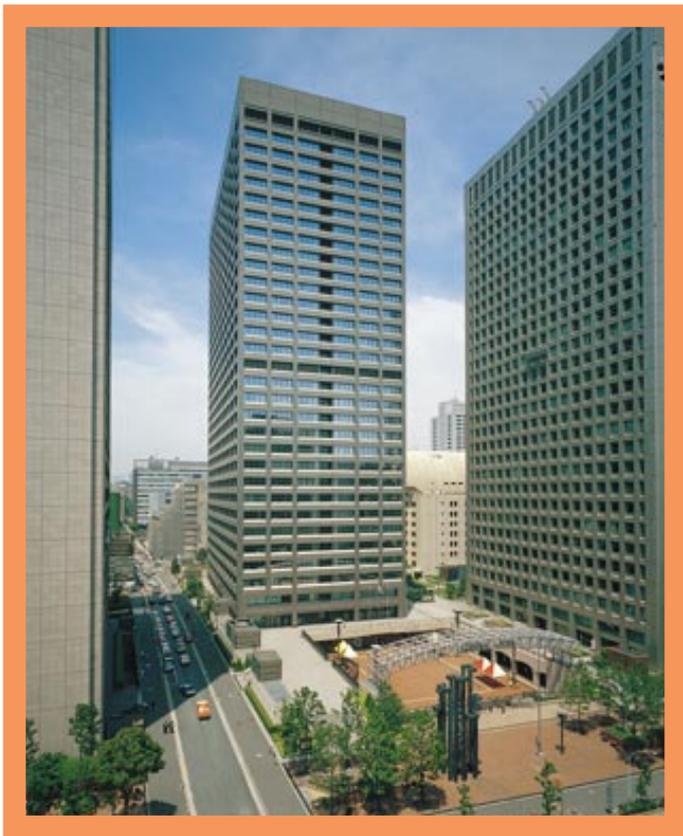
編集後記

今年の東京の夏は記録的な猛暑でした。暑さ寒さも彼岸までと言われていますが、彼岸を過ぎても30度を超える日があり、未だ夏バテ中です。そして、彼岸と言えば・・・「やっばっ!ハゼでしょう」昔から彼岸ハゼ釣りは江戸前の風物詩で子供から大人まで誰にでも楽しめる釣魚であり、また食べてもうまい魚です。東京近郊の釣場としては江戸川の放水路のポート釣りが有名ですが、お台場の人工磯でも案外釣れます。私はこの時期になるとお台場にハゼ釣り行きます。小学生の頃、「あんた彼岸に釣りに行ったら、可愛がってくれたば

あちゃんが化けて出るよ」とさんざん母親から言われましたが、今も止められません。



釣り雑誌でもないのに、また編集後記が釣りの話になりました。すみません。最後に情報誌の取材を快く引き受けて頂きました京橋製本組合及び東京中央地域産業保健センターの方々へ厚くお礼申し上げます。(事務課長 白神常雄)



ご利用いただける日時

休日を除く毎日 午前9時～午後5時

休日 / 毎週土・日曜日、祝祭日、年末年始

東京産業保健推進センター

日比谷国際ビル3F

交通機関

- 都営三田線（内幸町駅 日比谷寄り改札A6出口）
- 東京メトロ千代田線（霞が関駅 内幸町口C4出口）
- 東京メトロ丸ノ内線（霞が関駅 銀座寄り改札B2出口）
- 東京メトロ銀座線（虎の門駅 新橋寄り改札9出口）
- 東京メトロ日比谷線（霞が関駅 内幸町口C4出口）
- JR線（新橋駅 日比谷口）



独立行政法人 労働者健康福祉機構

東京産業保健推進センター

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-3 日比谷国際ビル3F

TEL.03-3519-2110 FAX.03-3519-2114

IP Phone : 050-7506-8507

✉ Eメール sanpo13@mue.biglobe.ne.jp

🌐 ホームページ <http://www1.biz.biglobe.ne.jp/sanpo13/>

事業内容、その他の詳細につきましては、
当推進センターまでお問い合わせください。

花やしき遊園地