

産業保健情報誌

東京さんぽ 21

特集

母性の健康管理
医師の過重労働

No.32

平成19年1月

TOKYO SANPO

 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** 東京産業保健推進センターと産業医療の現場との更なる連携強化を！
東京労災病院 院長 野村 和弘 1
- **特集1 母性の健康管理** 東京慈恵会医科大学附属青戸病院 産婦人科診療部長・教授
東京産業保健推進センター 産業保健相談員 落合 和彦 2
- **特集2 医師の過重労働** 加藤労働衛生コンサルタント事務所 所長
東京産業保健推進センター 産業保健相談員 加藤 雅治 10
- **外部資源紹介シリーズ⑤**
独立行政法人 高齡・障害者雇用支援機構 東京障害者職業センターご案内 14
- **研修案内** 16
- **東京産業保健推進センター移転のご案内** 20
- **産業医共同選任事業・助成金のご案内 / 編集後記** 21

東京さんぽ NEWS

全国産業安全衛生大会

9月20日全国産業安全衛生大会が新潟で開催されました。

長年にわたり我が国の産業安全または労働衛生の推進向上に尽くし、顕著な功績が認められる個人、職域グループ等を表彰する「緑十字賞」を東京産業保健推進センターの相談員岩崎毅、市川英一両先生が受賞されました。



母性健康管理研修会

12月5日(火)「女性と仕事の未来館」(東京都港区)で東京産業保健推進センターの主催で母性健康管理研修会を開催しました。

当日は産業医、保健師、看護師等の産業保健スタッフが受講し179名の参加がありました。

母性健康管理の法律的な説明の他、職場における妊産婦の健康管理等の講義があり最後の質疑では受講者5人の方が熱心に質問されていました。



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申し上げます。

東京産業保健推進センターと 産業医療の現場との 更なる連携強化を！



東京労災病院院長 野村 和弘

新年明けましておめでとうございます。皆様には平成19年の初春をご健勝で迎えられたことと心からお慶び申し上げます。最近の景気の動向は順調に推移し、高度成長期の「いざなぎ景気」を超えて4年9ヶ月の戦後最長となったとされています。一方で、マスコミの調査等では、格差社会の広がり、庶民感覚ではなかなか景気の回復を実感できないことも強調されています。今年こそ庶民感覚でも実感できる景気回復を期待したいところであります。

さて、始めに自己紹介をさせていただきます。私は昨年4月に独立行政法人労働者健康福祉機構東京労災病院の院長に就任し、同時に東京産業保健推進センター運営協議会の委員として末席を汚しております。名前が示すとおり、当院も独立行政法人の施設として3年前からスタートし、厳しい経営再建に取り組んでいるところであります。

特に機構の病院収支においては、昨年度の3.16%マイナスの診療報酬改定により、折角、17年度に達成した55億円の圧縮という収支改善も風前の灯となる状況にあります。全国の労災病院においては、機構を挙げてその改善に努めており、本年、平成19年度の評価が機構存亡の時として、収支相償に向けて施策を練って進めておるところであります。従って各病院においても、従来にもまして仕事量の増加は勿論のこと患者数確保のための地域活動、医療技術の研鑽、接遇の改善など、昨年までの業務量にさらなる市場開発の目標が付加され、収支相償に向けて、文字通り昼夜兼行で努力しているところであります。中でも、従来の1/2くらいに短縮された在院期

間での診療は、診療業務を今までの倍以上に増加させ、さらには、医療に対する国民の要求が高まる中で、医療従事者には、益々厳しい職務が課せられております。その表れが、病院勤務医師における立ち去り方サボタージュと呼ばれる現象であることは、既に御存知の通りであります。こういった状況の中で、東京労災病院では、質の高い一般診療の実施は勿論のこと、産業中毒センターおよび勤労者予防医療センターを通じて、産業保健事業の一翼を担わして頂いております。その一端を示せば、勤労者予防医療センターでは、今年活動強化策として、センターの外に出て、栄養士・保健師同行の企業訪問の実施による直接的な勤労者への健康指導、大田区地域産業振興協会との連携業務の推進など、積極的かつ能動的な活動を推進しております。

さて、労働者健康福祉機構の一部門としての労災病院の現状を長々と紹介させていただきましたが、その理由はこのような勤労者医療を担う現場での心意気をこれまで以上にご理解していただいた上で、東京産業保健推進センターとの連携強化の提唱にあります。

連携を通じて、産業保健活動の推進、事業主への健康啓発などの事業がより実際的になるように思われるからです。もちろん、労災病院関係だけでなく、全ての産業保健活動実施施設とのこうした交流、連携が益々密になることを期待しております。

新参者が大きな期待を述べましたが、終わりに、産業保健推進センターおよび各事業所の益々の御発展と働く皆様にとって、今年1年が幸多き年でありますように祈念して年頭の挨拶と致します。

特集①

母性の健康管理

東京慈恵会医科大学附属青戸病院 産婦人科診療部長・教授 落合 和彦
東京産業保健推進センター 産業保健相談員

1) 母子保健の理念

女性の職場進出がすすみ、妊娠中または出産後も働き続ける女性が増加し、さらに少子化が一層進行する中で職場において母性が尊重され働きながら安心して子供を産み育てることができる環境を整備することが喫緊の課題になっている。こうした課題に対処するために男女雇用機会均等法では、事業主の義務として妊娠中、出産後の女性労働者が健康診査を受けるための時間を確保し、その女性労働者が医師等の指導事項を守ることができるように勤務時間の変更などの措置を実施しなければならないと定めている。また、労働基準法では産前産後休業や危険有害業務の就業制限等、女性労働者の妊娠、出産等に関する保護規定がある。

2) 産業保健における母性健康管理の位置づけ(表1)

産業保健の推進方法として、職場環境の改善から疾病の予防、早期発見までをいくつかのステップとして捉えることができる。この概念を母性健康管理にあてはめてみると、妊娠中の個々の対応の前に、すでに職場では実施しておかなければならない事が少なくないことに気づくはずである。ステップ1に相当する職場環境の因子としては、生殖能力への影響を考えなければならない。有機溶媒や放射線の暴露など有害物質のある環境では生殖への影響を考えておくことが必要であり、不規則な勤務体系やストレスのある環境では排卵障害などの障害が起これ、不妊症へと発展することも想像される。ステップ2に相当する健康増進対策と

＜表1＞産業保健戦略と女性の健康課題への応用

基本ステップ	女性の健康課題への応用
1 職場に存在する潜在的な健康リスクをレベル以下にする	生殖機能への影響 ● 有害物質 ● 放射線
2 労働者の健康増進	健康増進対策 ● 性差に基づく対応
3 個別の適性配置	● 正常妊娠への対応 ● 妊娠中の健康状態に合わせた対応 ● 妊娠時以外の対応
4 疾病の早期発見	● 性差を考慮した検診体制

しては、性差への配慮が必要となる。つまり、思春期女子では貧血、月経痛、月経前症候群など月経周期を考慮した環境が望まれる。ステップ3は個別の適正配置であり、ここが正常妊婦への対策に相当する。妊娠中の様々な症状に対応したフレキシブルな対策が要求されるが、付け焼き刃の対策であってはならないし、きちんとステップを踏んだ上での対策であることが求められているのだ。

3) 母性健康管理指導事項連絡カード

一人一人の女性労働者の状況に応じた的確な母性健康管理を推進するためには、事業主、女性労働者、医師の連携が欠かせない。厚生労働省では男女雇用機会

均等法に基づく「母性健康管理指導事項連絡カード(母健カード)」の利用をすすめている。このカードでは主治医などは、妊娠中または出産後の働く女性に対し、健康診査などの結果、通勤緩和や勤務時間短縮などの措置が必要と認められる場合、必要な事項を記入し事業主にカードを提出することによって必要な措置が受けられるというものである。つまり、医師の指示が的確に繁榮されると考えられる。カードは産婦人科医療機関に常備されているが、母子手帳の中にも添付されているので参考にすると良い。

4) 個別の症状に対する措置

①妊娠の判明

女子労働者が妊娠した場合、労働基準法では事業主にその旨申し出ることが必要である。また危険有害業

母性健康管理指導事項連絡カード

(表)

母性健康管理指導事項連絡カード

事業主 殿 平成 年 月 日

医療機関等名 _____
医師等氏名 _____ 印

下記の1の者は、健康診査及び保健指導の結果、下記2～4の措置を講ずることが必要であると認めます。

記

1 氏名等

氏名		妊娠週数	週	分娩予定日	年 月 日
----	--	------	---	-------	-------

2 指導事項(該当する指導項目に○を付けてください)

症状等	指導項目	標準措置
つわり	症状が著しい場合	勤務時間の短縮
妊娠悪阻		休業(入院加療)
妊婦貧血	Hb 9g/dl以上11g/dl未満	負担の大きい作業の制限又は勤務時間の短縮
	Hb 9g/dl未満	休業(自宅療養)
子宮内胎児発育遅延	軽症	負担の大きい作業の制限又は勤務時間の短縮
	重症	休業(自宅療養又は入院加療)
切迫流産(妊娠22週未満)		休業(自宅療養又は入院加療)
切迫早産(妊娠22週以後)		休業(自宅療養又は入院加療)
妊婦凍結	軽症	負担の大きい作業、長時間の立作業、同一姿勢を強制される作業の制限又は勤務時間の短縮
	重症	休業(入院加療)
妊婦高血圧症候群(妊娠中毒症)	軽症	負担の大きい作業、ストレス・緊張を多く感じる作業の制限又は勤務時間の短縮
	重症	休業(入院加療)
妊娠前から持っている病気(妊娠により症状の悪化が見られる場合)	軽症	負担の大きい作業の制限又は勤務時間の短縮
	重症	休業(自宅療養又は入院加療)

(裏)

症状等	指導項目	標準措置	
妊娠中にかかりやすい病気	静脈瘤 高血圧	症状が著しい場合 症状が著しい場合	長時間の立作業、同一姿勢を強制される作業の制限又は構内での休憩
	腰痛症	軽症	長時間の立仕事、腰に負担のかかる作業、同一姿勢を強制される作業の制限
		重症	休業(入院加療)
多胎妊娠(胎)	軽症	負担の大きい作業、長時間作業場所を離れることのできない作業、寒い場所での作業の制限	
	重症	休業(入院加療)	
産後の回復不全	軽症	必要に応じ、負担の大きい作業の制限又は勤務時間の短縮 多胎で特殊な例又は三胎以上の場合、特に慎重な管理が必要	
	重症	休業(自宅療養)	

標準措置と異なる措置が必要である等の特記事項があれば記入してください。

3 上記2の措置が必要な期間(当箇の予定期間に○を付けてください) 4 その他の指導事項(措置が必要である場合は○を付けてください)

1週間(月 日～ 月 日)	妊婦中の通勤緩和の措置
2週間(月 日～ 月 日)	
4週間(月 日～ 月 日)	
その他()	

(記入上の注意)
 (1) 「4 その他の指導事項」の「妊婦中の通勤緩和の措置」欄には、交通機関の混雑状況及び妊婦経過の状況にかんがみ、措置が必要なる場合、○印をご記入ください。
 (2) 「4 その他の指導事項」の「妊婦中の休憩に関する措置」欄には、作業の状況及び妊娠経過の状況にかんがみ、休憩に関する措置が必要なる場合、○印をご記入ください。

指導事項を守るための措置申請書

上記のとおり、医師等の指導事項に基づく措置を申請します。

平成 年 月 日 所属 _____ 氏名 _____ 印

事業主 殿

この様式の「母性健康管理指導事項連絡カード」の欄には医師等が、また、「指導事項を守るための措置申請書」の欄には女性労働者が記入してください。

務に就いている場合は、事業主は直ちに配置転換など、就業に関わる措置を講ずることが必要となる。分娩予定日を確認したい場合には、本人の了解を得た上で、証明書などの提出を求めることは可能であるが、母子手帳を開示させることはプライバシーの観点から好ましくない。

②つわり(妊娠嘔吐)

妊娠5～6週頃になると、食欲不振、悪心、嘔吐、胃部不快感などが出現してくる。これを妊娠嘔吐というが、多くは妊娠12週頃には軽快する。職場の対応として重要なことは、安静にできる環境を提供すること、労働時間の短縮などへのフレキシブルな対応、さらには換気の悪い職場や高温多湿の環境では配置転換なども考慮することが必要で、受動喫煙にも注意を払う必要がある。症状が強く、脱水症状が出現してくると妊娠悪阻として入院管理となる。

③流産

妊娠22週未満で胎児が排出されるものを流産といい、妊娠は継続するかもしれないが流産しかかっている状態を切迫流産という。流産は全妊娠の約15%に見られ、切迫流産も含めれば4人に1人は経験している。症状は性器出血と腹緊であるが、安静で改善することも多いが、素人判断はせず、必ず専門医に診てもらうことが重要である。この場合、主治医と連絡が取れれば申し分ないが、必ずしも主治医の診察を受ける必要はなく、職場の近くの医療機関で差し支えない。3回

以上の流産を繰り返した場合には、習慣性流産と呼ばれ、厳重な管理が必要とされる。

④貧血

妊娠中は胎児発育のために鉄分の需要が増大するため、母体は貧血に傾きやすい。貧血が進行すると顔色蒼白となり、動悸、息切れ、易疲労感などがみられてくる。職場では安静にできる環境を整備することが必要であり、このような症状が見られた場合には直ちに貧血の検査を実施することが望ましい。血色素(Hb)9.0g/dlを下回る場合には休業とし自宅療養が必要となる。

⑤切迫早産

妊娠22週以降、37週未満で分娩になりかかっているものを切迫早産というが、症状としては流産の場合と同様、性器出血と腹痛(腹緊)が挙げられるが、切迫早産では周期的な子宮収縮が見られることも少くない。この場合も安静にできる環境を提供することが必要であり、性器出血、破水、周期的な子宮収縮があれば、ためらうことなく直ちに入院管理が必要となる。また、実際に分娩に至ってしまうものを早産というが、早産は喫煙との関係が深いことが知られている。妊娠全期間を通じ喫煙をしていたものでは、非喫煙者にくらべ3倍の頻度で早産が発生している。また、低体重児の出産の頻度も高く、周産期死亡率は4倍高いことが明らかになっている。



⑥多胎妊娠

多胎妊娠では流産を起しやすく、妊娠高血圧症、羊水過多、前期破水、胎盤早期剥離などを伴いやすいことが知られている。このため産前の休業期間は10週から14週へと延長された。職場の注意としては子宮内発育遅延、低出生体重児の頻度も高いことから、作業の軽減、勤務時間の短縮をはかることが要求される。

⑦妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症)

個々の症状に違いはないが、2004年、妊娠中毒症は「妊娠高血圧症」と改称された。文字通り、妊娠20週以降高血圧症が見られるものをいう。蛋白尿、浮腫などが高血圧とともに出現することが多く、32週以前に発症した場合には母児の予後が不良である。高血圧の自覚症状としては、頭痛、耳鳴り、ほてりなどであるが、妊娠している女性が働く職場では、気軽に血圧測定ができる環境であることが望ましい。

⑧胎盤の位置異常

胎盤は胎児への血液循環(ガス交換、物質交換)として重要な働きを担っている。胎盤が子宮口付近に付着している場合には「前置胎盤」と呼ばれ、経膈的な分娩は不可能となる。定期健診時の検査で始めてわかる場合も少なくないが、診断が確定したらば十分な安静と緊急の入院にも対応できる環境にしておくことが重要である。

⑨妊娠中に発生しやすい産科以外の疾病

妊娠中には胎児の増大による物理的な影響から、さまざまな症状が発生する。たとえば腰痛症は胎児の増大により腰に負担がかかるためであり、下肢の静脈瘤、痔は静脈血の鬱滞がその原因とされている。このような症状に対し、妊婦水泳は症状の軽減に有効であるとされているが、その実施には主治医の許可をとることが必要である。

5) おわりに

わが国における周産期死亡率は世界的にみてきわめて低くなってきた。これは、産婦人科医療の進歩だけでなく、社会的な医療提供体制の整備が進んだことが大きいとされている。しかし、職場で働く妊婦が増加したとき、医療側の指示が十分に浸透されるのか懸念されるところであり、そのためにも母性健康管理指導事項連絡カードが上手に運用されることがなにより必要なことであろう。職場では環境を改善しながら妊娠をサポートする体制づくりを事業主の義務と捉えることが必要ではないだろうか。妊娠は決して「安全なものではないのだから。



特集②

医師の過重労働

加藤労働衛生コンサルタント事務所 所長
東京産業保健推進センター 産業保健相談員 加藤 雅治

はじめに

最近、仕事に関して強い疲労やストレスを感じている医療関係者が増加し、特に医師の負担は増大する傾向にある。日本における医学の進歩、医療を取り巻く環境の変化、患者の意識の変化が、今日の過重労働を生み出していると考えられる。医師は応召義務と使命感から24時間365日わが国の医療を支えてきたが、病人の救命という達成感と患者からの信頼が疲労を癒してくれた一面がある。

医療関係者の過重労働が問題になっている今日でも、病院に勤務している医師自身、本来は労働基準法（※以下、労基法という。）や労働安全衛生法により守られていること自体、認識している人が少ないのではないだろうか。十分睡眠がとれることが宿日直の許可基準であるにもかかわらず、実際には急患や入院患者の急変などで十分に睡眠が取れず、しかも翌日の勤務は通常どおりである。また帰宅してからの呼び出しのある宅直も日常化しており、労基法の規定とは大きな隔たりがあると言わざるを得ない。にもかかわらず、多くの勤務医が不平不満をあげなかったのは、医学教育における「医業に携わることを許されたからには全生涯を人道のために捧げる」というピポクラテスの誓いの教え以来、医師は聖職であるという自負によるものと考えられる。

しかし最近では、医師の脳・心臓疾患の発症や自殺が過重労働によるとして労災を申請するケースも現れ、また病院の安全配慮義務について労災民事で争う事案も出現している。

過重労働による健康障害防止の観点から、医師の聖職者性と労働者性の調整が求められている。

1. 医師と労働基準法

過重労働による健康障害が指摘されている今日、医療関係者にも労働安全衛生法だけでなく、労基法の認識が求められている。医師については、時間外労働や宿直において他の医療職のような時間外労働や交替制勤務ではなく、労基法の宿日直勤務扱いや管理職としている病院が多い。

1. 労働基準法上の労働者とは

労基法上の労働者とは、職業の種類を問わず、事業又は事業所に使用されるもので賃金を支払われる者と規定されている。労働者性の判断には労務の提供の形態や報酬の労務対価性などを勘案して判断するわけであるが、この基準からすれば病院で研修なり勤務して医療という労務を提供して賃金という対価を受けている以上、研修医や勤務医は労働者性があると言わざるを得ない。

2. 労働基準法上の労働時間とは

労働とは、一般に使用者の指揮監督のもとにあることをいい、必ずしも活動していることを要件としていない。医師が患者当番をした場合、その時間帯に仮に一人も患者が来院しなくても、業務が発生したならばただちに対応できるように待機している手待時間と呼ぶ労働時間がある。また、夜間自宅で病院からの緊急呼び出しに備える宅直は場所が特定され、飲酒ができないなどの行動の制限を伴うのであるから拘束性がある。

3. 労働基準法における宿日直とは

宿日直勤務は、夜間や休日に勤務させるものであるから、通常の場合、時間外労働、休日労働であるが、勤務の様相が断続的労働の一種と認められうることから、所轄労働基準監督署長の許可を受けた場合、労働時間の規定にかかわらず、勤務を命ずることができることと規定している。(労基法施行規則第23条)。

病院では、よく日勤のことを日直勤務、夜勤のことを宿直勤務と呼んでいるが、労基法という宿日直勤務というのは、通常の勤務とは全く違う勤務を意味している。労基法という宿日直勤務は、所定の勤務時間外における盗難防止のための巡回、緊急電話、又は非常事態に備えて待機しているもので、通常の業務はほとんど行われていない勤務を想定している。このような勤務は、通常の業務に比し労働密度が低いものであるから、労働基準監督署長の許可を受ければ、所定労働時間外に、あるいは休日に勤務させても時間外労働、休日労働とはならない。

一般的な許可基準は、常態としてほとんど労働する必要のない勤務で、原則として定時的巡回、緊急の電話の取受、非常事態に備えての待機等を目的とするものに限定している。

医師、看護師の宿日直勤務については、別に許可基準が定められている。

- ①通常の勤務時間の束縛から完全に解放された後のものであること。すなわち通常の勤務態様が継続している場合は勤務から開放されたとはいえないから、その間は時間外労働として取り扱わなければならない。
- ②夜間に従事する業務は、一般の宿直業務以外には、病室の定時巡回、異常患者の医師への報告、あるいは少数の要注意患者の定時検脈、検温等特殊の措置を必要としない軽度の、又は短時間の業務に限ること
- ③夜間に十分睡眠がとれること

上記の一般的な許可基準を満たしていると宿直勤務の許可が与えられていた場合であっても、宿直中に突発的な事故による応急患者の診察又は入院、患者の死亡等の昼間と同様の労働に従事する場合には、その時間については時間外労働となる。また、このような労働が常態的に行われるような場合には宿直勤務の許可

がなされないことになり、労基法という宿直勤務として取り扱うことはできないとしている。

4. 労働基準法における管理者とは

管理者とは労働条件の決定その他労務管理について経営者と一体的な立場にある者の意であるが、名称に捉われずに出社、退社等について厳格な制限を受けない者について実態的に判断すべきものとされている。病院によっては、医師を全員管理職としたり、医長の肩書きをつけたりしている所もあるが、それだけで労働時間、休憩、休日等の適用が除外されるものではない。

5. 労働基準法における労働時間制度

①労働時間（労基法第32条）

1週間について40時間を越えて、1日について8時間を越えて、労働させてはならない。

②休憩（労基法第34条）

労働時間が6時間を越える場合においては少なくとも45分、8時間を越える場合においては少なくとも1時間の休憩時間を労働時間の途中に与えなければならない。

③休日（労基法第35条）

毎週少なくとも1回の休日（又は4週間を通じて4日以上以上の休日）与えなければならない。

④時間外労働、休日労働（労基法第36条）

使用者が労働者の代表と書面による協定を締結し、これを所轄労働基準監督署長に届けた場合には法定労働時間又は法定休日の規制枠を超えて、労働者に時間外労働を行わせ、又は休日に労働させることができる。

この36協定で定める労働時間の延長限度時間は、1週間15時間、1ヵ月45時間、1年間360時間と一定期間に対応して設けられている。

6. 労働基準法上の裁量労働制とは

業務の性質上、その遂行の方法を大幅に労働者の裁量に委ねる必要があるため、業務の遂行の手段及び時間配分の決定などに関し具体的な指示を出すことが困難なものとして厚生労働省令で定める業務については、みなし労働時間制が認められているが、医療行為という業務の性質上、患者との関係において一定の時間帯を設定して行う診療の業務は、医師自らの裁量で外来診療時間などの配分を自らの判断で決めることは

困難であることから、医師については裁量労働制の対象とはなっていない（労基法第38条の3）。

2. 脳・心臓疾患及び精神障害に係る労災補償状況

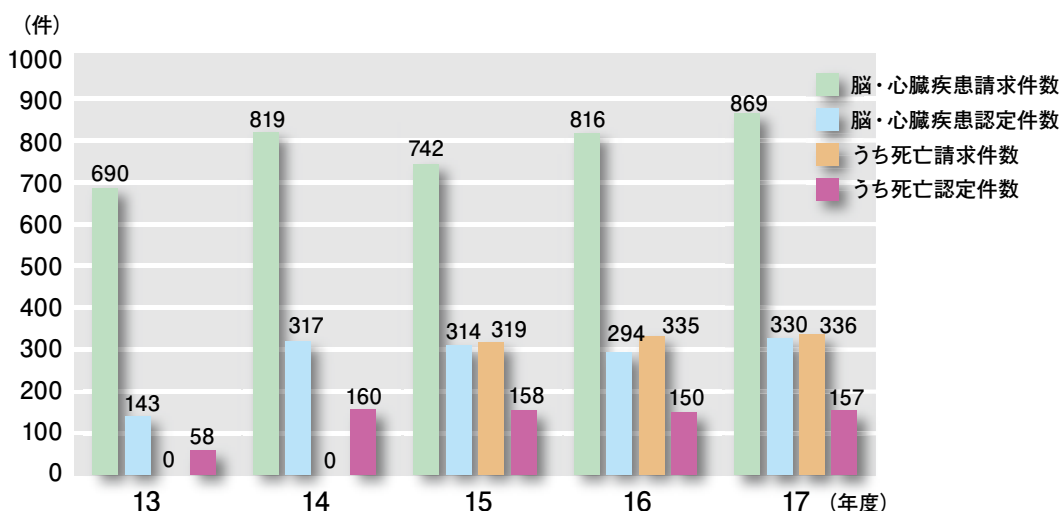
仕事のストレスや長時間残業など過重労働が続くと、脳・心臓疾患やうつ病を発症するリスクが高まるのが産業衛生的に知られている。現在では過労死・過労自殺の労災認定件数は労働災害による死亡件数の約1割にまで増加している。

図1は厚生労働省労働基準局労災補償部がまとめた脳・心臓疾患の労災認定の請求件数と認定件数を年度別に示したものである。平成17年度の脳・心臓疾患に

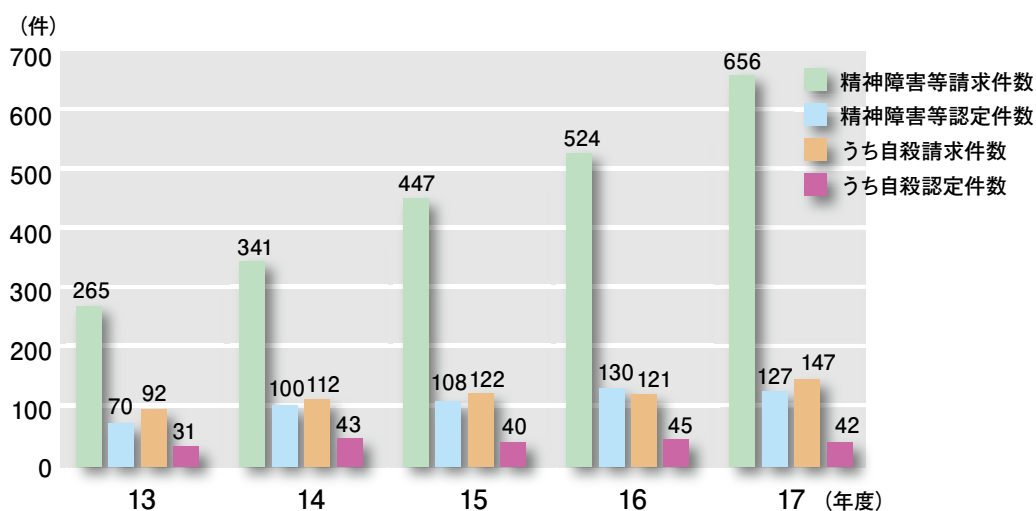
よる労災の申請件数は869件、発症が業務上による認定された件数は330件であった。認定された事案を業務別に見ると、運送業85件、製造業60件、卸・小売業57件の順であり、医療・福祉も4件あった。職業別に見ると運転手82件、管理職62件、技術職44件の順であった。年齢別では50歳代143件、40歳代95件と中年の労働者に集中している。

図2は精神疾患の労災認定の請求件数と認定件数を年度別に示したものである。平成17年度の精神障害の請求件数は656件、認定件数は127件であり、うち未遂を含む自殺は請求件数147件、認定件数42件であった。製造業26件、卸・小売業16件、運送業15件、医療・福祉13件であった。職業別に見ると専門技術職40

<図1> 脳血管疾患及び虚血性心疾患等（「過労死」事案）の労災補償状況



<図2>（「過労自殺」事案）の労災補償状況



件、技能職20件、事務職17件の順であった。年齢別では30歳代39件、29歳以下37件と若い労働者が半数を占めていた。

特に医師に限ったデータは出されていない。

尚、警視庁生活安全局地域課の平成17年度自殺の概要資料職業別自殺数によれば、総数32,552人中医師は男79人、女11人の合計90人であった。

3. 改正労働安全衛生法について

平成18年4月より労働安全衛生法が一部改正された。過去の認定基準や通達を踏まえ、さらに過重労働による健康障害の防止、つまり過労死対策が一層充実強化されたといえる。

病院においても医療環境の変化や医師・看護師・助産師不足から一部のスタッフに負担がかかっている。

ストレスの多い今日、法定一般健康診断の有所見率は毎年右肩上がりです。約半数の労働者が高脂血症、高血圧、肝機能障害などの生活習慣病に罹患している。そこで、高脂血症による動脈硬化を基礎とした脳・心臓疾患の発症予防が急務となってきている。

今回の改正のポイントとしては、長時間労働者への医師による面接指導の実施として、事業者は労働者の週40時間を越える労働が1月当たり100時間を超え、かつ、疲労の蓄積が認められるときは、労働者の申し出を受けて、医師による面接指導を行わなければならないとなった。そして、面接指導の実施にあたり、労働者の疲労蓄積度判定のためのチェックリストが示され、労働者自身による体調に関する自覚症状と勤務状況についての質問や医師による質問を集計して疲労の蓄積度を判断し、産業疲労やストレスをとらえる検査方法が導入された。一般健康診断に加え、特殊健康診断の結果についても、労働者本人への結果の通知が義務付けられた。

4. 脳・心臓疾患と精神疾患の予防について

過重労働による健康障害防止のためには、脳・心臓疾患と精神疾患の予防が重要であり、自らをあまり省みない医師へのリスクファクターの理解と啓発が大切である。病院側から提供される医師の健康診断結果や作業環境管理、作業管理としての一ヶ月の当直回数や受け持ち入院患者数、外来担当時間に関する情報以外

に、睡眠時間、喫煙や飲酒の状況、通勤時間の長さ、運動習慣やストレスの有無などの発症要因も個人情報に配慮しつつ把握することが必要である。

勿論、常に健康管理をして健康を維持し患者に対して十分な医療を提供する事は自己の健康管理義務と言える。病院の安全衛生管理について管理者が責任を持って体制作りを実施しても、健康診断を受診しない、健診後の事後措置や指導を守らないなどは、医師自らに責任がある。まして、就業時間外的生活習慣についてはプライバシーの問題もあり、病院側は把握することができない。生活習慣病が問題となっている今日、暴飲暴食喫煙を重ねて健康を害しては自己健康管理義務を怠っているとと言える。

上半身肥満、高脂血症、高血圧、糖尿病の合併をカプランは「死の四重奏」と唱えた。生活習慣病のなかでも動脈硬化を原因として最終的に血管の閉塞により、脳・心臓疾患が引き起こされ、過重労働が関与していれば過労死につながる。特にメタボリックシンドロームのガイドラインが示され、必須項目のなかに腹囲の数値があり、職場でもその対応が求められている。

メタボリックシンドロームの程度やストレスの程度を踏まえ、過労死・過労自殺防止のためにも、産業保健スタッフの仕事として、研修医や勤務医に対する面談による保健指導及び管理者である病院長への助言が大切である。

5. 耳鼻科研修医 過労死事件 (大阪高裁 平成16年7月15日)

本件は、大学病院耳鼻咽喉科の臨床研修医であったAが死亡したことに関し、Aの両親が、Aの死亡は被告の安全配慮義務違反による過労死が原因であるとして、大学に対し、債務不履行に基づく損害賠償を請求し認められた事件である。

(1) 事件の概要

Aは、昭和47年7月30日出生し、平成10年3月に医科大学を卒業、同年4月医師国家試験に合格し、同年5月20日厚生省に医師として登録された。Aは、平成10年5月6日から被告病院耳鼻咽喉科の見学生となり、同年6月1日から同科の臨床研修医となった。

Aの研修は平日、午前7時30分 入院患者採血・点滴処置。午前9時 外来診療立会い、午後は手術の見学及

び助手。午後4時から病例検討会、病棟にて夕方の点滴。午後7時以後は義務とされていた研修は終了。ただし、それ以降も研修医が指導医と行動を共にして自主的に研修。指導医が当直のときは、研修医は副直として病院に泊り夜間の研修。日曜祝日、土曜日の研修は、第1、第3、第5土曜日午前7時30分ころから午後2時まで研修。日曜日は交代で午前中のみ勤務。帰宅時間は、研修開始後、Aは、通常、概ね午後10時ころには病院を退出していたが次第に午前0時近くなった。

Aは、平成10年8月16日午前0時ころ、自宅マンションにおいて、死亡した。なお、Aの死亡届書及び死体検案書には、直接の死因として「急性心筋梗塞疑」と、その原因として「虚血性心疾患疑」と、記載されているが、病理解剖は行われていない。当時26歳であった。

(2) 大阪高裁の判断

1. 研修医の地位と研修実態について

研修医の研修は、研修目的に由来する自発的な研鑽行為としての側面があったものの、控訴人病院の指揮命令下のもとに各種医療事務に従事していたのである。そうすると、研修医と控訴人病院との間に、労働契約関係と同様の指示命令関係があったことは明らかである。Aの死亡前の2ヶ月間余りの研修事務は、当概事務の内容から直ちに過重な事務と認められないものの、Aら研修医のおかれた状況、拘束時間の長さ等に加え、A自身の性格、気質、特性等から、Aにとっては過重なものであったといわざるを得ない。

2. 因果関係と安全配慮義務について

安全配慮義務を尽くしてAら研修医の健康管理や研修時間等につき然るべき措置を講じていたならば、Aが上記のように疲労を蓄積させ疲労状態に陥る可能性は低かったと推認される。控訴人は上記安全配慮義務の履行を怠って、控訴人病院における上記研修実態を放置し、研修医に対する健康管理を実施しなかったことが、自然的経過を越えてAの素因としてのブルガダ症候群を急激に増悪させ、上記日時におけるブルガダ症候群の発症（特発性心室細動）によるAの上記突然死を招来したものであるといえることができ、本件において、他にブルガダ症候群の増悪又は発症の原因となるべき格別の事情が認められない以上、控訴人の上記安全配慮義務違反とAの突然死との間には相当因果関係が認

められる。そして、控訴人がAに対する安全配慮義務を履行しておれば、Aはなお生存していたであろうことを是認し得る高度の蓋然性が認められるのである。

3. 過失相殺について

Aは研修開始後1ヶ月も経過しないころから、何らかの心疾患の存在を疑わせるような胸痛を覚え、自らの健康に異変が生じていることを認識していたことになる。そうすると、Aは自己の健康状態を把握すべく、とりえず控訴人病院を訪れ健康診断を受診するなど然るべき措置を講じるべきである。そして、自己の健康に異変を感じて、控訴人病院を受診していたならば、上記日時におけるブルガダ症候群の発症を回避することができた可能性があったといわざるを得ない。

Aの突然死は控訴人が研修医の安全配慮を怠ったことに起因するものではあるが、Aにも、自らの健康管理の配慮を欠いた面があったといわざるを得ないところである。双方の事情を総合勘案すると、過失割合は控訴人が8割、Aが2割と認めるのが相当である。

(3) 産業医から見た判例

この事件は医学教育に携わる関係者から大変注目された事件であった。何故ならば、病院研修に教育的側面があることを加味しても、研修医に労働者性を認めて労働基準法遵守を大学側に課した。その上で、指揮命令下での過重な研修による研修医の過労死が認定されたからである。そして、奨学金として受けていた金額と法定の最低賃金の差額を支払うよう求めていた裁判で最高裁第二小法廷（平成16年6月3日判決）は開設者の指揮監督の下に労務を行ったと評価できる限り研修医は労働者に当たるとし、関西医大は奨学金などが給与として源泉徴収までしていたとして、最低賃金を支払う義務があったと判断した。その結果、今まで地位がはっきりしていなかった研修医に対して「研修医は労働者」と明確にした。この判決以後、臨床研修の義務化とともに各大学病院における研修医の身分保障が大きく変わった点で医学教育界に与えた影響は大きい。

実際にはほとんどの大学病院で行われていた程度の研修内容であったが、大阪高裁の判決において、一番に引きつづき人一倍まじめだった研修医にとっては過重な研修だったとして、死亡との因果関係を認め、医科大側の安全配慮義務違反を認定した。しかし、本人のブルガダ症候群という素因に加え、研修医として自

分自身の健康管理に配慮を欠いたとして2割の過失相殺を判断している。

一般に労働者の疾病あるいは私病の悪化に因果関係があり、自己の健康管理義務不履行が認められる場合では、使用者責任が存在してもこのように過失相殺される。過失相殺は対等な私人間における紛争の損害の公平な分担を図るための民法上の規定である。労働災害は使用者だけでなく労働者の協力なくして防ぐ事はできず、労働者にも自己の健康管理義務など守るべきことはあり、仮に遵守しない場合はその損害の一端の責任を負う事はやむを得ないと考える。

Aの基礎疾患であるブルガダ症候群は1992年に報告された致死性不整脈の一疾患であるが、原因不明の突然死ポックリ病の一因として注目されている。かなり以前から、我が国において何らの基礎疾患がない若い男性が、夜間にうなり声を発して突然死する症例があることが知られており、「ポックリ病」と呼ばれていた。

1992年にスペイン・バルセロナ大学のBrugadaらは、反復する失神発作などの前駆状態を有する8例の心電図において、1) 右脚ブロック、2) 右側胸部誘導(V1-3)の著しいST上昇、3) 正常QTc間隔という共通した特徴があることを報告した。その後これらの所見をみたす症候群をブルガダ症候群と呼ぶようになった。

ブルガダ症候群は副交感神経優位になると心室細動が誘発されやすくなり、青壮年急死症候群の夜間睡眠中の突然死と合致する。また、男性に多発する点においても共通点がある。このような背景からポックリ病の一因として注目されている。

現在、ブルガダ症候群の心電図所見はcoved typeとsaddle-back typeに分類されている。循環器専門外来においては、ブルガダ型波形(coved type)で45歳以下の突然死の家族歴や頻脈失神発作の既往があるグループに対してはただちに精密検査の対象となり、必要に応じて投薬や植え込み型除細動(ICD)の植え込みがおこなわれている。

産業保健の分野において、年一回の会社健康診断で一度も失神発作などの既往歴が認めないにもかかわらず、心電図のみにブルガダ波形が認められることがある。このような労働者に対して、産業医がどこまで精密検査をすすめる必要があるかは難しい判断であり、今後、学会などでの指針が待たれる。

6. 外科勤務医 過労自殺事件 (水戸地裁 平成17年2月22日)

水戸地方裁判所は、遺族補償給付金不支給処分取り消し請求訴訟事件で土浦労働基準監督署長の遺族補償給付金不支給処分を取り消し、平均170時間に及ぶ時間外労働をしていた29歳の外科の勤務医のうつ病発症及び転勤後の自殺が、勤務していた病院における業務に起因するものと認めた。国側は控訴せず、判決は確定した。

(1) 事件の概要

Aは、昭和37年に生まれ、昭和63年3月、25歳で医学部を卒業し、昭和63年4月から平成元年3月まで同大学付属病院に研修医として勤務し、平成元年4月から同年9月まで総合病院麻酔科に勤務した後、平成元年10月1日から平成4年3月31日まで総合病院外科に修練の勤務医として働いていた。通常勤務時間に加え、月間平均170時間、時には200時間をも越える時間外労働をしていた。同年4月4日、大学病院外科に転勤したが、4週間後の同月7日、「動機は、毎日の生活につかれ、精神的にまいってしまい、休息したいということです。」と遺書を残し薬物自殺した。当時29歳であった。

(2) 判決要旨

Aの本件病院における仕事振りは、真面目で、責任感が強く、他者配慮的で、几帳面な性格によって、患者のみならず、看護師等にも周到に配慮して気を遣い、常に患者の容態を心配していたことが認められるのであり、そのような外科医も、向き不向きは別として、社会的に期待される医師のひとつの典型といえることができ、このような医師を心理的負荷の強度を判断する際の基準外とすることはできない道理である。そして、Aは、本件病院で初めて、勤務医として人の生命を直接左右する責任の重い立場に立ち、自ら執刀して手術を担当したり、治療行為を行ったりして、場合によっては、患者の死や再発に直面して、緊迫した事態のもとで治療、救命にかかわるようになったものであるから、業務がAに与えた心理的負荷は客観的にも相当に重いものであったと認めることができ、これが軽かったなどということは、到底できない。

さらに、緊急かつ重大な業務に突発的に携わる可能

性が常時ある状態に置かれていたオンコール制による心理的負担も無視することはできない。場合によっては、深夜、早曉に緊急手術を行ったり、深夜勤務、終夜勤務等を断続的に繰り返したりすることによる睡眠リズムの乱れ等も、長時間労働とあいまって、うつ病発症要因となる性質のものであったことは前記知見上明らかである。

また、時間外労働時間についてみると、Aの時間外労働時間は、うつ病発症と強い関連性が指摘されている月間100時間以上どころか、最大295.5時間、平均170.6時間に及んでおり、しかも、Aは、ほとんど休みの日がない状態で、さらに不規則な時間帯で、連続した勤務を長期間にわたって続けていたものであって、それ自体がうつ病発症と強い関連性のある負荷となっていたとすることができる。

Aの性格や仕事振りからすると、Aは、長時間内に適宜に休息をとることが下手であり、むしろ、裁量性が認められていたからこそ、Aの業務に対する真摯な姿勢が勤務時間内の業務の密度を濃くし、A自身の受ける負荷を高めたと考えられる。

以上のとおりであるから、Aが本件病院における業務の上で感じていた心理的負荷は、社会通念上、うつ病を発症させる危険性を内在させているといえる程度に強いものであると認められるのに対し、同人の個別要因にはうつ病発症と強い関連性を持つ要因は認め

られないのであって、Aのうつ病発症及び業務に起因するものと認めるのが相当である。

(3) 産業界からみた判例

本件は、平均170時間以上に及ぶ時間外労働に従事していた外科の勤務医のうつ病発症及び自殺の業務起因性が争点となった。労働基準監督署長は、自殺した当該医師が同僚医師と比較して大差のない業務に従事しており、同程度の時間外労働に従事した同期の外科医も精神疾患等を発症していないことや、勤務医の時間管理に裁量性が認められていたことを重視して業務外と判断していたが、判決により覆された。

判決において、業務と精神疾患の発症との間に相当因果関係が肯定されるためには、業務が相対的に有力な原因になったと認められることが必要であるとした上で、Aがこの病院で月間平均170時間を越える時間外労働が負担になり、Aのうつ病が発病したと認めた。その上で、Aは外科医として執刀したり、受け持ち患者の死に立ち会うなど、緊迫したなかで治療に関わるようになったのであるから、業務がAに与えた心理的負荷は相当に重いものであったと外科医の負担を広く認定した。

そして、Aの病院における業務上の心理的負荷は、社会通念上、うつ病を発症させる危険性を内在しているが、Aにうつ病発症と強い関連要因は認められない



から、Aのうつ病発症および自殺は、業務に起因すると認定している。

外科医の業務は他科に比較して専門技術と長時間の手術に対する集中力が要求され、若い勤務医にとって大きな心理的負担となっている。担当した患者に対して責任感を持って仕事を行い、常に新しい知識と技術を磨こうとすればするほど、長時間労働になってしまい、休みをとろうにも患者の病状にしばられているのが若い勤務医の現実である。そして、一昔前に比べ医師の患者への説明に費やす時間や院内で作成する書類は膨大に増加している。また平均在院日数の短縮化により病状が軽減すると退院させるために、常に重症の患者ばかり受け持つために主治医に負担はますます重くなっている。若い医師だけでなく中堅勤務医たちも疲弊している。

日本の医療においてどこの病院でも医師は日常的に忙しく働いているが、本判決でその現状は過重労働であると判断されたといえる。

厚生労働省労働基準局長は2002年3月19日の通達の医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について宿日直勤務中に緊急患者の対応などが頻繁に行われ、夜間に十分な睡眠時間が確保できないなどの場合は一般の労働時間計算を前提とした交代制勤務を導入するなど業務執行体制を見直す必要があるとしている。しかし、人員増加などの体制の見直しは簡単ではなく、勤務医の精神的負担は増加している。一方、病院において勤務している職員に対してメンタルヘルス対策が採られているところはまだまだ少ない。使命感が強く几帳面な性格の人ほどうつになるリスクが高く、初期において適切な対応がなされないと本件のように自殺までの事態を招いてしまう。

法改正を受けて、過重労働の面接をした時に申し出た人は、今まで健診データで異常なく健診後の事後措置で呼ばれたことのない人たちばかりであった。メンタルヘルス対策はこのグループに特に重要である。

病院という医療産業の事業場において、人の生死を扱う業種の特殊性を踏まえたメンタルヘルス対策の必要性が高まっている。

7. 最後に

医師不足のなか、医師の労働時間の削減や夜間勤務明けの勤務免除などを導入することは、現実的にかなり困難である。外国人医師の国内就労許可など余程の大幅な増員を図らない限り考えられない。しかし、睡眠が十分にとれずに、翌日の外来や手術に入ることは疲労による判断ミスが医療過誤につながる恐れがあり、パイロットなどの専門職と同じような勤務体系が必要であり、医療安全のためにも早期の対策が望まれる。今後、医療事故の検証には、当事者である医師の過重労働の有無など勤務状態の把握も必要であろう。

長時間労働に陥りやすい研修医や一部の診療科目の勤務医の健康への配慮が強く求められている。院内における健康確保の効果をあげるために、産業医は外部の医師に担当させたほうが効果的である。今後、医療機関においても外部の産業医が客観的に面接指導を行うなど、医師の健康確保対策の充実が急務である。

有害職場とは騒音や有機溶剤、粉塵作業がある職場だけでなく、長時間労働がある病院も有害職場であるという認識に立って、作業環境管理として医師の時間外労働の実態の把握、作業管理として当直回数制限や年次有給休暇取得促進などの労働時間管理に、健康管理として心とからだの健康に関する客観的な指導助言が、医師の過重労働防止に向けて重要である。

参考資料

1. 過重労働による健康障害を防止マニュアル
厚生労働省基準局 安全衛生課編 財団法人 産業医学振興財団
2. 過重労働による健康障害防止のための産業医研修テキスト
厚生労働省労働衛生課
3. 安西 愈 業務上疾病と一般健康管理の法律問題
労働福祉共済会 153-159 2001
4. 森博 愛 Brugada症候群の臨床
医学出版社 2005
5. 労働判例891号41-61 2005. 7
6. 小畑 史子 医師のうつ病発症後の自殺の業務起因性
労働基準 30-34 2006.8
7. 三宅 祥三 医療機関における健康管理 産業医の手引き
東京都医師会 203-207 2005
8. 熊木 敏郎 突然死は何故起きる
日本プランニングセンター 1999
9. 病院 医学書院 vol 64 No10 2005. 10
10. 塚田 真紀子 こころの科学 日本評論社 vol 129 2-9 2006. 9

独立行政法人 高齡・障害者雇用支援機構

東京障害者職業センター

ご案内

東京障害者職業センターとは

障害者職業センターは、ハローワークと連携し、障害者に対する就職相談・支援、事業主に対する障害者雇用の相談・支援をおこなう機関です。

雇用前の相談から職場定着の援助、復職に向けた支援等障害者の就職のステージ全てのタイミングで、関係機関との連携を図りつつサポートしています。

「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づき、独立行政法人高齡・障害者雇用支援機構が設置・運営しています。

主なサービスの概要

①職業相談・就職活動支援

就職のための相談・情報提供、就職活動の支援、職場適応のための助言・援助、休職者の職場復帰に向けた相談・支援をおこないます。

②職業準備支援

センター内での作業を通じ、就職に向けた基本的な労働習慣の体得を図るための支援をおこないます。また、講話や見学等を通じ職業に関する知識を習得するための支援をおこないます。

③ジョブコーチ支援

職場に円滑に適応し、安定して働くことをめざし、ジョブコーチが職場に出向き、職場内で個々の課題に応じた支援をし、事業主に雇用管理や指導方法のノウハウを提供します。

④職場復帰支援

休職中の高次脳機能障害者や精神障害者の職場復帰に当たって、雇用事業主・主治医・関係機関と連携して職場復帰に向けた活動の進め方や目標作り、具体的な復職

準備の支援を実施します。

⑤事業主に対する障害者雇用管理に関する援助

障害者を雇用しているまたは雇用を予定している事業主に対して、障害者の雇い入れ、雇用管理、職場定着、復職のための体制作り等の相談をおこないます。相談に当たっては、必要に応じて、各領域の専門家を活用した支援や同じ課題を有する事業主の相互の情報交換ができる雇用管理サポート講習会(事業主ワークショップ)を開催します。

⑥事業主に対する体系的支援

企業の障害者雇用に係る課題を整理した上で策定した計画に基づき、障害者の採用企画、社内受け入れ体制の整備、円滑な雇い入れや職場復帰の推進のために、採用計画樹立の援助、先行他社の見学機会設定、社員研修への講師の派遣・紹介、雇用・職場復帰時の支援ノウハウの提供等により企業の障害者雇用に体系的に支援します。

⑦関係機関職員に対する支援

障害者雇用に的確に進めていくために必要となる関係機関のネットワークの基盤整備のため、障害者を介した日頃の連絡調整に加え、就業支援基礎講座、職リハ推進フォーラム等を開催したり、職リハ人材を養成するための研修会・学習会等を実施します。

精神障害者職場復帰支援の概要

国は、平成17年に「障害者の雇用の促進等に関する法律」の一部を改正し、精神障害者の雇用施策の充実強化を図っています。

障害者職業センターでは、精神障害者の雇用支援を強化し、これまでの新規雇用、職場定着に係る支援のほか、うつ病等で休職している方の職場復帰の支援を実施しています。





特にうつ病等で休職中の精神障害者の職場復帰については、障害者・雇用事業主・主治医との相談を通じ、職場復帰についての合意形成を図るための支援をおこないます(リワークコーディネート)。さらに、必要に応じて、リワークコーディネートで作成された個々の計画に基づきセンター内でウォーミングアップを図るプログラムを提供します(リワーク支援)。

<リワーク支援の目的>

- ① 計画的にセンターに通所することにより、規則正しい生活リズムを構築し、基礎体力の向上をはかること
- ② 作業体験を通じ、作業遂行に必要な集中力や持続力の向上をはかること
- ③ ストレス場面における対処スキルを習得し、必要な対人対応力の向上をはかること

<リワーク支援の期間>

支援の期間は12~16週間程度を標準として、対象者個々に設定します。

1日のプログラムは10時から16時が標準ですが、1週間の受講日数や受講時間は、個々の状況やニーズにあわせて段階的に増やしていきます。(表1)

<表1> 1週間のリワーク支援プログラム例

曜日	月	火	水	木	金
午前	事務課題	講習会(認知療法)	読書	事務課題	ロールプレイ(復職面談)
午後	ストレッチ テラスウォーキング	ストレッチ 個別面談		グループミーティング(復職後の働き方)	事務課題

<リワーク支援のプログラムの内容>

①生活リズムの構築・維持のために

睡眠時間、食事、気分指数、疲労度、その日の活動内容等を生活リズム一覧表(表2)に記入し、自分の行動、体調や気分の変化を振り返る習慣をつけます。自分の体

<表2> 生活リズムチェック表の例

日曜日 曜日	睡眠・外出等の時間(睡眠は水色□・外出は緑■) △と○は食事 ※は眠い																							睡眠計	食		外 出							
																									朝	昼	夜	運 動 (1~5)	気 分 (1~5)					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22							23				
1 木												△										※	※	5	△	○	○	○	4	5	5	3	3	3
2 金												○												8	○	○	○	○	4	4	4	4	3	3
3 土									○			○												8	○	○	○	○	4	4	4	4	4	4
4 日									○			○												9	○	○	○	○	4	3	3	4	4	5
5 月									○			○										※		8	○	○	○	○	3	3	3	4	4	3
6 火									○			○												7	○	○	○	○	4	4	4	5	5	5
7 水									○			○												8	○	○	○	○	3	4	4	4	4	5
8 木									○			○												8	○	○	○	○	4	5	5	5	5	5
9 金									○			○												7	○	○	○	○	5	5	5	4	4	4

調をモニタリングし、体調にあわせた行動をとることができるようにしていきます。

②作業遂行力の向上のために

読書やクラフト作業、センターで用意している事務課題や軽作業に取り組みます。

現在の集中力や疲労度を確認しながら、体調に合わせて徐々に負荷をかけていきます。

復職に向け、資格取得の勉強や会社から提供される課題に取り組むこともあります。

③ストレスを軽減する方法を習得するために

外部講師による講習会、受講者間のミーティング、ロールプレイ、個別面談、ストレッチなどのリラクゼーション等をおこない、自分の考え方に気づき、ストレスを軽減する手段を検討していきます。

<リワーク支援の効果とフォローアップ>

プログラムでは、復職後のセルフマネジメント、再発防止という観点から主体的な取り組みを促しています。職場復帰という同じ目的を持つ仲間との交流も、良い効果を得ているようです。

事業主に対しては、主治医の助言を得ながら、プログラムで把握した受講者の特性に応じた復職プランを提供します。

また、復職後も必要に応じ、メールでのやりとりや来所相談等のフォローアップをおこないます。

利用方法等

障害者職業センターのサービスのご利用にあたっては、下記までご相談ください。(受付時間9:00~17:00)

障害者職業センターでの相談や支援、プログラムの受講等には費用は一切かかりません。ただし、交通費、昼食代は自己負担になります。

所在地

東京障害者職業センター

〒170-6008
東京都豊島区東池袋3-1-1 サンシャイン60 8F
TEL:03-3989-9651 FAX:03-3989-9653

東京障害者職業センター多摩支所

〒190-0012
東京都立川市曙町2-38-5 立川ビジネスセンタービル 5F
TEL:042-529-3341 FAX:042-529-3356

研修案内

平成19年2月～平成19年4月

各種研修共通事項

18・19年度のメンタルヘルスのシリーズは、受講する順番に関係なく、同一レベル内の①～④全て受講されると修了証を発行します。また、16・17年度実施分の①～④の中で、未受講の研修がある方は、18・19年度で該当している研修を受講されると、修了証を発行します。

認定産業医研修は、同じテーマの研修を複数回受講されても、単位の発行は1回限りとさせていただきます。

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
9103041	2月13日(火)	13:30～16:00	過重労働対策の進め方、医師による面接指導の手法 ※産業医学振興財団が作成したテキストを使用し、再度開催します。	土 屋 譲	生涯・更新 2.5	60
9103042	2月22日(木)	13:30～14:45	過重労働による健康障害防止 ～関係法令・通達～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	石 塚 宏	生涯・更新 1	60
9103043		15:00～17:00	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～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	内 田 和 彦	生涯・専門 2	60
9103044	2月24日(土)	13:30～16:30	作業環境測定方法 ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	岩 崎 毅 市 川 英 一	生涯・実地 3	24
9103045	2月26日(月)	14:30～16:30	メンタルヘルス対策の進め方 ～労働安全衛生法等の改正に伴う対策～ ※産業医学振興財団が作成したテキストを使用し、再度開催します。	長 尾 博 司	生涯・更新 2	60
9103046	3月14日(水)	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～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	竹 田 透	生涯・実地 2	30
9104001	4月3日(火)	14:30～16:30	VDT作業による健康障害防止とその予防対策 ～事例検討を含む～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	香 川 順	生涯・専門 2	60
9104002	4月13日(金)	13:30～14:45	過重労働による健康障害防止 ～関係法令・通達～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	炭 山 隆	生涯・更新 1	60
9104003		15:00～17:00	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～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	伊 集 院 一 成	生涯・専門 2	60
9104004	4月14日(土)	13:30～16:30	作業環境測定方法 ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	岩 崎 毅 市 川 英 一	生涯・実地 3	24
9104005	4月25日(水)	14:30～16:30	④うつ予防対策・自殺予防対策(上級) ～産業医のためのメンタルヘルス対策～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	越 川 法 子	生涯・専門 2	60

保健師・看護師研修 (実力アップコース) ※産業看護基礎コース・短縮Nコース未修了者でも受講可。

研修コード	月日	時間	テーマ	講師	単位	定員
9203034	2月16日(金)	13:30～14:45	過重労働による健康障害防止 ～関係法令・通達～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	炭山 隆	Ⅲ-7-(1)	60
9203035		15:00～17:00	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～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	角田 透	Ⅲ-3-(2)	60
9203036	3月19日(月)	13:30～14:45	①メンタルヘルス関係法令・判例・概論(中級) ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	石塚 宏	Ⅲ-7-(1)	60
9203037		15:00～17:00	②メンタルヘルス指針・健常者に対する対応・体制づくり等(中級) ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	遠藤 俊子	Ⅳ-1-(2)	60
9203038	3月23日(金)	10:00～12:00	各種労働時間制度と健康管理について ～裁量労働制等、各種労働時間制度と健康確保措置について学びます。～	神山 健司	Ⅲ-7-(1)	60
9204001	4月4日(水)	14:30～16:30	胃十二指腸潰瘍と職務上のストレス ～大変注目されているピロリ菌について学びます。～	児島 辰也	Ⅲ-1-(3)	60
9204002	4月6日(金)	14:30～16:30	③メンタルヘルス指針・非健常者に対する対応・復職判定等(中級) ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	大西 守	Ⅳ-3-(4)	60
9204003	4月19日(木)	14:30～16:30	④うつ予防対策・自殺予防対策(中級) ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	深澤 健二	Ⅳ-3-(4)	60

保健師・看護師研修 (ひとり職場の産業看護職限定) ※単位等の取得はできません。

研修コード	月日	時間	テーマ	講師	定員
9203039	3月30日(金)	14:30～16:30	“新企画”ひとり職場の産業看護職の集い⑦ ～過重労働対策について～	齊藤 照代	30

人事・労務・衛生管理者研修 ※単位等の取得はできません。

研修コード	月日	時間	テーマ	講師	定員
9503056	2月7日(水)	14:30～16:30	「元気な職場づくり」実践編③～劇画を通してみるカウンセリングプロセス～ “管理者の行うところの健康づくり対策” ※以前「元気な職場づくり」を受講した方対象。 ※冊子「元気な職場づくり」をご持参願います。	岩船 展子	30
9503057	2月8日(木)	14:30～16:30	個人情報保護法と健康情報の取り扱い～施行後の検証を含む～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	加藤 雅治	60
9503058	2月14日(水)	14:30～16:30	「労働者の心の健康保持増進のための指針」のポイント ～改正労働安全衛生法に基づく指針～	島 悟	60
9503059	2月15日(木)	14:30～16:30	③メンタルヘルス指針・非健常者に対する対応・復職判定等(初級) ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	大西 守	60
9503060	2月21日(水)	14:30～16:30	シリーズ：職場のメンタルヘルス活動の考え方⑥ ～ケースに学ぶカウンセリングの効果～ ※事例の資料は研修終了後に回収します。	岩船 展子	40

人事・労務・衛生管理者研修 ※単位等の取得はできません。

研修コード	月日	時間	テーマ	講師	定員
9503061	3月6日(火)	13:30～14:45	過重労働による健康障害防止 ～関係法令・通達～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	石塚 宏	60
9503062		15:00～17:00	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～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	香川 順	60
9503063	3月7日(水)	14:30～16:30	新入社員のためのメンタルヘルス ※新入社員教育を行う方のために、セルフケアを中心に参加型の研修を開催します。	岩船 展子	40
9503064	3月8日(木)	14:30～16:30	過労死の医学的側面 ～医療関係者の過労死を含む～	加藤 雅治	60
9503066	3月12日(月)	14:30～16:30	シリーズ：職場のメンタルヘルス活動の考え方⑦ ～管理監督者教育の展開の仕方～	森崎美奈子	60
9503067	3月15日(木)	14:30～16:30	④うつ予防対策・自殺予防対策(初級) ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	深澤 健二	60
9504001	4月11日(水)	13:30～14:45	①メンタルヘルス関係法令・判例・概論(初級) ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	石塚 宏	60
9504002		15:00～17:00	②メンタルヘルス指針・健常者に対する対応・体制づくり等(初級) ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	岩船 展子	60
9504003	4月12日(木)	14:30～16:30	多様化する就労形態と健康管理 ～派遣・パートの方々の課題を検討します。～	加藤 雅治	60

対象者を限定しない共通研修 ※単位等の取得はできません。

研修コード	月日	時間	テーマ	講師	定員
9503065	3月9日(金)	13:30～16:30	AED研修 ～自動体外式除細動器を用いた救急蘇生法～ ※実技をおこないますので、動きやすい服装でご参加ください。	伊集院 一成	30



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)
勤務先名 (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

<p>1. 研修受付は、休日を除く毎日AM 9:00～PM 5:00となります。</p> <p>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。(こちらから連絡がない場合は受講できます。)</p> <p>3. 研修の受付は、利用者カードをご提示下さい。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
--	---

※この用紙に記載された貴方の個人情報は研修申込以外に使用いたしません。

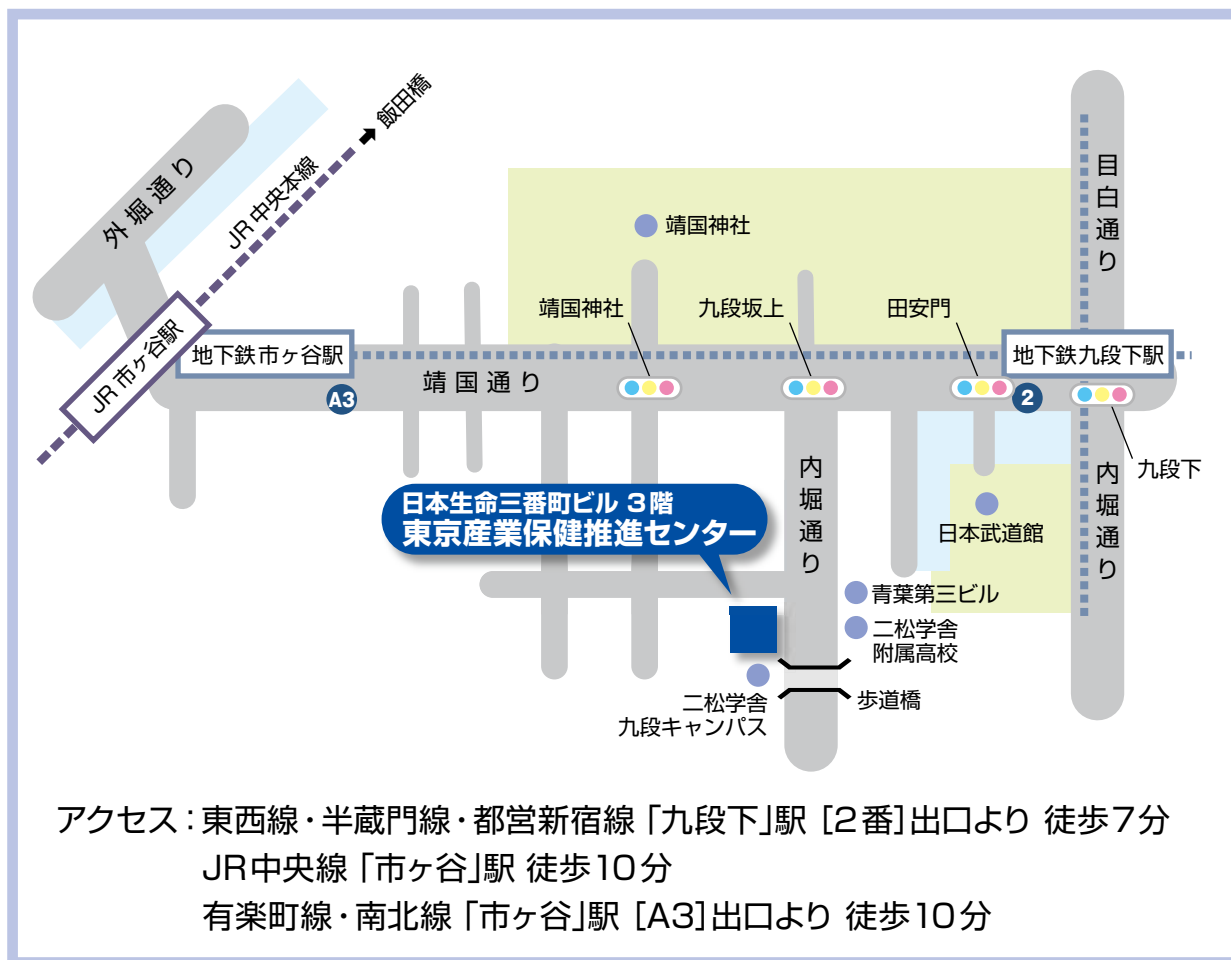
東京産業保健推進センター 事務所移転のご案内

当センターは、日比谷国際ビル3階より
下記の事務所に移転いたします（4月末予定）。
移転日等の詳細につきましては、次号でお知らせいたします。

新事務所

日本生命三番町ビル3階

〒102-0075 東京都千代田区三番町6番地14



産業医共同選任事業・助成金

小さな事業場だからこそ、働く方々の健康は何より大切。
そんな事業者の気持ちに応えた助成制度です。

申請要件

① 2以上の小規模事業場*の事業者が共同して産業医の要件を備えた医師を選任することにより応募できます。

*企業規模にかかわらず、常時使用する労働者数（労働保険概算・確定保険料申告書等による助成金申請の前年度の1カ月平均使用労働者数とします）が50人未満の事業場をいいます。

② 以前に本助成金を受給したことがないこと。

助成金の申請時期

〈前期1〉 毎年4月1日から5月末日まで。

〈前期2〉 毎年6月1日から6月末日まで。

〈後期〉 毎年10月1日から10月末日まで（初年度申請分のみ）です。

助成金額及び支給期間

助成金は、1事業年度につき1事業場あたり表のとおりで、事業場の規模に応じて支給します。支給期間は、3カ年度です。2年度目、3年度目についても継続のための支給申請が必要です。

助成金の区分と助成額

小規模事業場産業保健活動支援促進助成金の区分	助成額
30人以上50人未満の事業場	83,400円
10人以上30人未満の事業場	67,400円
10人未満の事業場	55,400円

(注) 共同選任医師を選任するのに要した費用の額が上記の額を下回る場合は、その医師を選任するのに要した費用の額を支給します。

申請に必要な書類

- ① 様式1号 産業保健活動助成金支給・変更申請書
- ② 様式2号 産業保健活動推進計画書
- ③ 共同選任医師と契約書の写
- ④ 産業医の要件を備えた医師であることを証明する書類の写
- ⑤ 申請年度の労働保険概算・確定保険料申告書の写等
(労働保険番号、労働者数の記載があるものに限ります)

様式は東京産業保健推進センターにあります。

申請先

東京産業保健推進センター
(TEL.03-3519-2110)

(原則として代表事業者は、集団を構成する事業場の申請書を取りまとめて提出していただきますようお願い致します)

助成金の支給

労働者健康福祉機構は、申請に基づき審査を行い、集団を構成する事業場ごとに助成金の支給額を決定し通知するとともに、銀行振込により助成金を支給します。

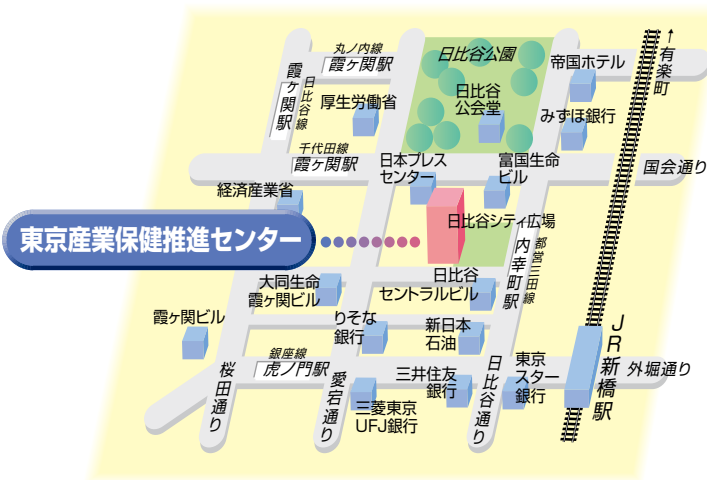
編集後記

新年あけましておめでとうございます。今年も皆様にご活用いただけるセンターを目指してスタッフ一同頑張りますので、どうぞ宜しくお願いいたします。

先頃行われました「母性健康管理研修会」では、たくさんの皆様にご参加いただきました。1日で3人の講師から法律的、医学的、産業保健スタッフの役割等の講義が聞けることもあり最後の質疑まで熱心に受講していただきました。センターの外部でこれだけ多くの方が参

加する研修を主催するのは初めてと言ってもよいのですが、テーマによっては多数の講師による研修もこれからは実施していく必要があると思っています。

ところで、ご案内のとおり以前から検討してきた事務所移転が正式に決定しました。利用者の皆様の利便性を第一に考えました。場所は九段下で、東西線、都営新宿線、半蔵門線で徒歩7分程度です。移転の時期は4月末頃で詳細については4月号でもう一度お知らせします。今まで同様に当センターのご利用をお待ちしております。



交通機関

- 都営三田線(内幸町駅/日比谷より改札A6出口)
- 東京メトロ千代田線(霞ヶ関駅/内幸町口C4出口)
- 東京メトロ丸ノ内線(霞ヶ関駅/銀座より改札B2出口)
- 東京メトロ銀座線(虎ノ門駅/新橋より改札9出口)
- 東京メトロ日比谷線(霞ヶ関駅/内幸町口C4出口)
- JR線(新橋駅/日比谷口)

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



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) information@sanpo13.jp

(ホームページ) <http://www.sanpo13.jp/>

- 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下さい。

No.32

21

R100

古紙配合率100%再生紙を使用しています