

産業保健情報誌

TOKYO SANPO 21

38号

2008 July

特集1

一般市民とAED

特集2

新型インフルエンザ



◆巻頭言 環境測定目的と信頼性の確保	
	(社)日本作業環境測定協会 京葉支部長 津上 昌平 …………… 1
◆特集1 一般市民とAED	
	日本体育協会公認スポーツドクター 東京産業保健推進センター 産業保健相談員 伊集院 一成 …………… 2
◆特集2 新型インフルエンザ	
	昭和大学医学部衛生学教室 主任教授 東京産業保健推進センター 産業保健相談員 中館 俊夫 …………… 6
◆生活環境とメンタルヘルス	
	東京産業保健推進センター 産業保健相談員 松井 知子 …………… 10
◆新任相談員の紹介	…………… 12
◆研修案内	…………… 13
◆支援促進助成金のご案内	…………… 17
◆フォーラムのご案内	…………… 19
◆編集後記	…………… 21

東京さんぽ NEWS

地域産業保健センターコーディネーター交流会

5月21日、当センターで、「地域産業保健センターコーディネーター交流会」を開催しました。

当日は、12人の地域産業保健センターのコーディネーターの方々のご参加を得て、また、東京労働局からは、鈴木 力副主任衛生専門官にご出席いただき、地域産業保健センターと当センターとの交流会を開催しました。

テーマは、「各地域産業保健センターの活動状況について」、「地域産業保健センターの課題について」、「産業保健推進センターとの連携について」に分けて意見交換を行いました。活発な発言が続き、時間が足りない結果となりました。

その中で、「長時間労働者の面接指導チェックリストをつくり直した」、「健康診断実施アンケートを行った」、

「登録事業場シールを作成し、見える場所に張ってもらった」、「地産保通信を発行している」などの工夫された活動も行っていることがわかりました。

今回は、初めての交流会でもあり、他のセンターの活動状況等がわかり参考となった、横のつながりができて良かった等のご意見を頂戴しました。



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を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です。

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。

(社)日本作業環境測定協会
京葉支部長

津上 昌平



環境測定の目的と信頼性の確保

その場の環境の状態を把握するために、環境測定が必要となる。

この中で“作業環境測定”は、労働安全衛生法により実施が義務付けられており、有害物質を取扱う作業場において環境中の濃度を測定し、作業者の健康保持、作業環境管理の手段として実施されている。近年作業環境管理の充実により、いわゆる劣悪な作業環境となっている職場はほとんど姿を消してはいるが、新規の化学物質に対するリスク評価や比較的低濃度でのモニタリングなど、環境測定の重要性はますます大きくなると考えられる。

測定を実施した場合、測手結果の評価するために基準となる数値と比較することとなる。基準となる指標としては、作業環境評価基準による管理濃度、ACGIHや日本産業衛生学会による許容濃度、疫学的な閾値などがあるが、どの基準を用いてどのように評価するかがポイントとなる。また同じ物質でも、一般大気環境中の濃度の指標となる環境基準や排出規制に係る排出基準も設定されている。広い意味での“環境測定”として、目的に応じたリスクを評価するためには、一つの側面からではなく、化学物質の性状や適用する法規制の内容を正しく理解することが重要である。

新聞報道などである物質について環境中の濃度が高かった時に、“環境基準の〇千倍”とか、“許容濃度を大きく超過”などかなり大げさな表現が用いられる場合がある。

これらはある一つのデータ（総じて最大値を表示している場合が多い。）を、一つの側面（基準値）から見ただけのもので、リスク評価としては、何の意味もない場合が多い。

ここで十分注目すべきは、測定値のバラつきである。環境測定の場合は特にサンプリング実施時の変動要因が、測定結果に大きく影響してくる。調査の目的に応じて、サンプリングを実施する測定点、時間帯、周囲の状況を事前に把握しておくことが有効であるが、実際に測定する際にも状況が大きく変わる場合もあるので、十分に注意が必要である。

さらに、サンプリング後の試料の分析についても、厳格な精度管理が必要である。使用する分析機器の校正はもとより、標準物質の濃度管理、分析操作の手順、作業者の習熟度、データの計算・解析などどれを取っても疎かにすることは出来ない。

近年分析化学の分野では、これらの変動要因をより正しく評価するために、“不確かさ”（uncertainty）という考え方が導入されている。

また今後は、管理者を含めた技術者倫理の確立も大きな課題である。環境測定に携わる者として、正しい測定を実施してクライアントへ正しく報告するというごく当たり前のことを、常に行動の基本としたい。

(社)日本作業環境測定協会では、毎年6月より9月までの間、厚生労働省、中央災害防止協会の後援で、「作業環境測定評価推進運動」を実施している。

今年の推進運動の標語は、『きちんと測定 しっかり評価 結果を活かして がっちり管理!』である。今後も関係機関と連携して、より正確な測定を実施して正しく結果を評価し、環境管理活動の促進に繋げていきたい。

一般市民とAED

日本体育協会公認スポーツドクター 伊集院 一成
東京産業保健推進センター 産業保健相談員

はじめに

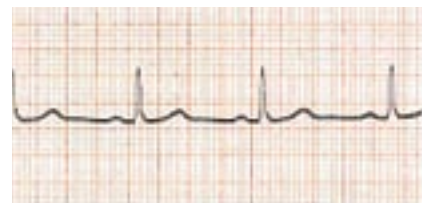
AEDは、Automated External Defibrillatorの略で自動体外式除細動器です。心室細動等による「突然の心停止」の場合に、電極を体表面に貼り付けると自動的にAEDが除細動の要否を判断し、AEDの発する音声指示に従って電気ショックボタンを押せば除細動^{※1}が簡単に行える器械です。

AEDの普及は、一般市民による除細動が実施されるようになった2004年以降めざましいものがあり、駅の改札口やホーム・駅売店等の交通機関周辺から、競技場・結婚式場・山小屋にまで設置されるようになり、博覧会や市民マラソン等のイベントにおいても救命例が多数報告されるようになりました。

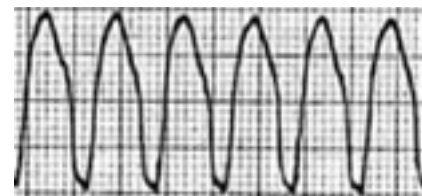
I. 突然の心停止とAED

突然の心停止の原因の多くは、心室細動^{※2}と心室頻拍^{※3}です。これらは電気ショックによる除細動を行うと正常な心拍を回復することが期待され、心停止時間が短いほど救命率は高くなります。特に、病院外心停止例においては適切かつ速やかなCPR^{※4}とAEDを用いた除細動を行うことで救命し得ることが多いのです。だから、救急車や医療関係者の到着を待つまでの約10分間の心肺機能を維持することが必須であり、そのためには一般市民による一次救命処置^{※5}（Basic Life Support：BLS）が欠かせません。

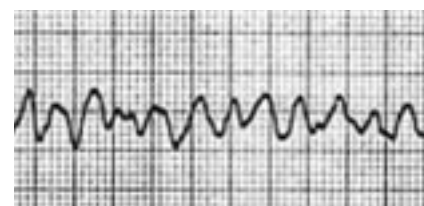
心室細動や心室頻拍は、自然に回復することは殆どなく、早期の除細動（電気ショックをかけること）が唯一の効果的な治療法です。



正常な心電図



心室頻拍の心電図



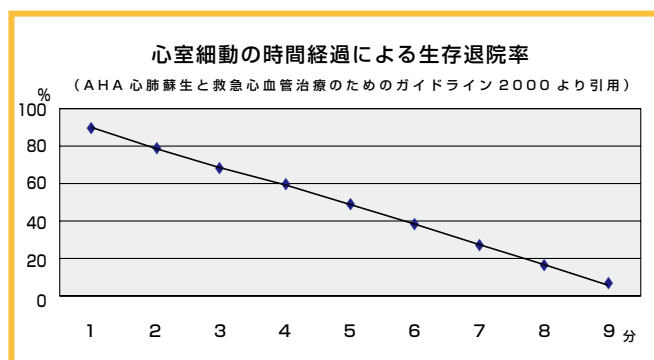
心室細動の心電図

- ※1 除細動とは、心臓に電気ショックを与え心室細動や心室頻拍を止めることをいう。
- ※2 心室細動は、心臓が突然痙攣を起こしリズムミカルなポンプ運動ができなくなった状態をいう。
- ※3 心室頻拍は心臓の拍動が異常に多く脈を触れない状態をいう。
- ※4 CPRは心肺蘇生法の略で、人工呼吸と心臓マッサージを行うこと。心臓発作、溺れた時、感電などで、突然の心

停止に陥った場合 迅速なCPRが救命の鍵をにぎる。

- ※5 一般市民が行う救急蘇生法は、一次救命処置と応急手当である。一次救命処置は、除細動や心肺蘇生に加えて、気道異物の除去処置（喉につめた餅などを除去すること）をいう。一次救命処置はAEDと感染防護具があれば、特別な資格がなくても誰でも行うことができる。応急手当は怪我の出血を直接圧迫して止める処置等であるが、傷病者を移動する場所や体位にも注意が必要である。安全で手当てし易い場所へ迅速に移動させ、首や頭の安静を図りながら姿勢を保持する（突然の心停止で心肺蘇生が必要な場合は、雨や水溜りを避けた場所へ傷病者を移し仰向けにする必要があるが、その際も頭や首がねじれないように支えながら仰向けにする）などの注意が求められる。傷病者が意識はないにも拘らず正常な呼吸をしている場合、嘔吐や吐血に注意して横向きに寝た姿勢（図・回復体位1）にすることが望ましい。

心停止による脳血流停止は3~4分内の処置を必要とし、AEDの成功率（心機能の回復する割合）は心停止状態が1分経過する毎に7~8%減少（図・心室細動の時間経過による生存退院率）します。つまり、5分無為に心停止者を放置すると心機能が回復する可能性は半減し、脳の回復は望めない事態に陥ります。東京都内では救急車到着まで約6~7分を要する事情にあることを考慮すると、救急隊員に引き継ぐまでの救急蘇生法は一般市民の手に委ねられなければなりません。



AEDによる除細動とは、心室細動等が起こった心臓に電気的なショックを与え、それらを止めることで、通常は150Jや200Jなどの強いエネルギーが用いられます。この除細動が必要か否かをすばやく判断し、適切なエネルギーの選択などを自動的に行うのがAEDです。電気ショックによって心室細動や心室頻拍を除かれた心臓は、正常な拍動を取り戻します。従って、AEDが広く普及し、多くの一般市民がCPRとAED取り扱いに習熟しておく必要があり、そのためには多くの市民がAED研修を受けていただくことが期待されます。

II. AED研修

AED研修の目的は、救命の連鎖を理解すること、CPR（心肺蘇生法）ができるようになること、及びAED器が使えるようになることです。

①. 救命の連鎖

突然の心停止で倒れた人を救命するために必要となる一連の手続きを「救命の連鎖」といいます。迅速な通報（119番又は救急車連絡とAEDの準備を夫々異なる人に頼む）、適切な心肺蘇生、CPRを用いた除細動、二次救命処置^{※6}の4つの輪が繋がってはじめて救命が成功します。特に、迅速な通報は研修でも強調される一つで、救命にのみ気をとられて通報を忘れると、救助者は疲労困憊するまでCPRを続けざるを得ない羽目になります。従って、周囲の市民に呼びかけて加勢を頼むことが救命の成否を握る鍵となります。

※6 二次救命処置は、救急救命士や医師による高度な救命医療をいう。

救急蘇生を行うにあたっては、手順を十分に理解しておく必要があります。

- a. 急に倒れた人を認めたら→
- b. 周囲の安全を確認し→
- c. 呼びかけを行う「どうしました？ 大丈夫ですか？ 判りますか？」→
- d. 肩を軽く叩いて、反応を見る→
- e. 全く反応がなければ、“意識無し”と判断し、一次救命処置を行う→
- f. 何らかの反応があれば、止血等の応急手当を行う

②. CPRの1 意識の確認と人工呼吸

- a. 意識がないことを確認して（図・もしもし大丈夫ですか?）^{※7}、救急車（119番）通報とAED持参を依頼する。
- b. 気道を確保して（図・頭部後屈顎先挙上）^{※8}、
- c. 呼吸をしていないことを確認したら（図・見て、聞いて、感じて）^{※9}、
- d. 人工呼吸^{※10}を2回行う（図・息を吹き込む）。

※7 意識の確認は、両肩を軽く叩いて反応をみる。刺激しても反応しなければ意識障害と判断する。

※8 気道確保は、頭部を後屈し顎先を挙上して、気道を確保する。



- ※9 呼吸は、顔を近づけて息をしていないことを確認する。
- ※10 鼻をつまみながら息吹き込みを1回1秒かけて2回行う。息吹き込みは、胸が挙上するのが確認できればよい。口対口の人工呼吸は必ずしも施行しなくても良い。口対口の人工呼吸に際しては、フェイスシールド等を使用して感染防止を心がける。



CPRの2 胸骨圧迫による心臓マッサージ

- a. 人工呼吸（2回）後、体全体を見回す。約10秒間見回して、「息、せき、体の動き」が認められないことを確認したら、
- b. 心臓マッサージ（図・胸骨を圧迫して心臓マッサージ）^{※11}を連続して30回（約20秒間）行う。



- ※11 心臓マッサージは、両側乳頭の中央で胸骨上を押さえる。胸部の厚さが約5cm沈むぐらいにしっかり押す。手を胸壁から離さないようにしつつ、圧迫をしっかり解除する。圧迫と解除は1：1のリズムで絶え間なく続ける。心臓マッサージと人工呼吸の比率は30回：2回とし、心臓マッサージは100回／分の速さ（30回＝約20秒間）で行う。交替要員がいれば2分を目安に交替する。

③. AEDの使用

AEDは、痙攣状態にある心臓に電気ショックを与え

る器械で、心電図の自動解析で除細動の適否を判断すると音声アナウンスで指示を出し、軽量で持ち運びが容易である等の特徴があります。実際には、

- 1、蓋を開けると、自動的に電源が入り（電源を押す機種もある）、音声ガイドが出てきます。
- 2、音声ガイドに従い、AED器から取り出した電極パッドを、衣類を取り除いた前胸部に貼ります。電極パッド2枚を各々右前胸部（右鎖骨の下で胸骨の右）と左側胸部（脇の5～8cm下）の皮膚に直接貼り付けると（図・電極パッドを貼り付ける）（電極パッドに付いたケーブルはAED本体の差込口に入っているが、点滅している差込口に入れる機種もある）、AEDが自動的に心電図を解析し、除細動が必要な場合は、充電が始まります。

なお、電極パッドを貼り付けるときは、次のような注意が必要です。

- a. 電極パッドと皮膚が密着していること（エアが入らぬ様注意、また胸毛が通電に支障あれば剃毛または除毛する）。
 - b. 電極パッドを貼る部位は乾いた状態にあること（ぬれた場所、降雨等に注意）
 - c. 前胸部皮膚の盛り上がり（埋め込み型のペースメーカーや除細動器）から3cmはなれて電極パッドを貼ること。
 - d. 貼付剤は剥がし、ネックレス等は外すか遠ざけるようにすること。
- 3、音声ガイドに従い、放電ボタンを押します（電気ショックをかける）。この時は次の注意が必要です。

AEDによる心電図の解析が行われている時は、救助者達は勿論、野次馬や駆けつけた家族等からも心停止者を離して保護することです。これは、心停止者への電気ショックを有効にし、心停止者以外への無用な感電を避けるためです。

電気ショックやCPR後呼吸や循環のサイン（息、咳、からだの動き）が観察されたら、意識がなくてもAEDを付けたまま回復体位（図・回復体位2）にして観察します。電気ショックをかける前に呼吸や循環のサインが観察されたら、回復体位（図・回復体位1）にして厳重な観察を行います。



Ⅲ. AEDと厚生労働省通知

AEDを一般市民が使用することは医師法等に違法であるか否かは、平成16年7月1日の厚生労働省医政局長通知（「非医療従事者による自動体外式除細動器（AED）の使用のあり方検討会」の報告書に基づく）に示されています。基本的には、心室細動や無脈性心室頻拍による心停止に対するAEDの使用は医療行為に該当し、医師でないものが反復継続する意思を持って行えば医師法違反になります。

しかし、救命の現場に居合わせた一般市民がAEDを用いることは、一般的に反復継続性が認められず医師法違反になりません。つまり、医師・看護師・救急救命士に限られていた自動体外式除細動器の使用は、非医療従事者である一般市民が使用しても、次の4条件下に違法でないことが通知されました。

1. 医師等を探す努力をしても見つからない等、医師等による速やかな対応を得ることが困難であること。
2. 使用者が、対象者の意識、呼吸がないことを確認していること。
3. 使用者が、自動体外式除細動器の使用に必要な講習をうけていること。
4. 使用される自動体外式除細動器が医療用具として薬事法上の承認を得ている（医療用具承認番号がある）こと。

Ⅳ. AED研修の今後の課題と展望

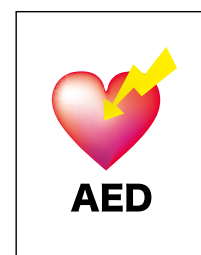
救急救命士による除細動が可能となった2003年4月以降の院外心停止例の救命率は増加してきていますが、除細動救命例をもっと増やすためにAED配備をもっと増やし、医療関係者でない一般市民のAED使用が必要です。そのためには、一般市民にもっとCPRとAED訓練を受けていただくことが望まれます。

東京産業保健推進センターにおいては、2005年4月よりAED研修を開始し、指導者向け研修だけでなく、一般市民を対象とした研修、地区医師会における一般市民を対象とした研修を実施しており、多くの医療従事者および非医療従事者の方がAED研修を受けられました。

今後の課題として、AED配備の増加と一般市民の訓練をさらに促進することが挙げられます。未だ安価とは言えないAEDですが、突然の心停止後5分以内の除細動が可能となるような配備が望まれます。また、一般市民にCPR手技とAED使用を浸透させる目的で、学生教育の一環にAED訓練を組み込むとか、成人式や運

転免許更新時にAED研修を実施することなども今後の検討課題かと思われます。

一般市民によるAED除細動が2004年7月から実施されるようになり、2006年度は45例もの救命例（AED使用は140回）が報告（総務省消防局）されるまでになりました。突然の心停止は、一般市民の協力があって初めて治せる心臓病であり、一般市民にしか治せない心臓病です。



新型インフルエンザ

昭和大学医学部衛生学教室 主任教授 中館 俊夫
東京産業保健推進センター 産業保健相談員

インフルエンザは古代ギリシアのヒポクラテスの時代から知られたウイルスによる呼吸器感染症であり、わが国でも、しはぶきやみ（平安時代）、お駒かぜ（江戸時代）などとして知られてきた。20世紀に入ってから、10～40年間隔で新型のウイルスが出現し、世界規模での大流行（パンデミック、汎流行）を起こしてきた。近年、高病原性鳥インフルエンザの流行が世界各地で報告され、ヒトへの感染も確認されていることから、新型インフルエンザ発生の懸念が急速に高まっている。

1. インフルエンザと鳥インフルエンザ

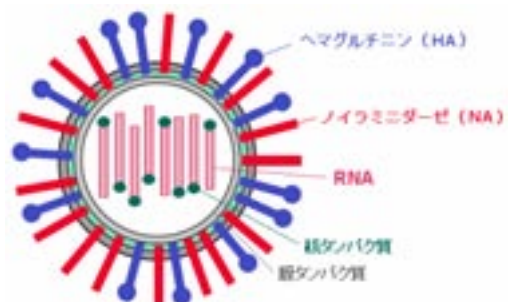
インフルエンザウイルスは、オルソミクソウイルス科に属する直径80～120nmの球形ウイルスで、A、B、Cの3つのタイプがあるが、ヒトに感染するのはA型とB型のウイルスである。このうちA型は、とくに冬季を中心に集団発生を起こすことがあり、わが国では約10年前に大流行を起こし、予防接種法が改正され、インフルエンザが定期的予防接種2類の対象疾患として取り上げられるきっかけとなった。一方B型はあまり季節に関係なく発生し、散發的、地域的な流行にとどまることが多い。

A型インフルエンザウイルスは、ヒト以外の獣や鳥にも感染を起こす人畜共通ウイルスで、とくに鳥類では多くのタイプのウイルスの分布が確認されている。A型インフルエンザウイルスは、図1に示すように、その表面にある2種の糖タンパク、ヘマグルチニン（HA）とノイラミニダーゼ（NA）の抗原性の違いによってサブタイプに分類される。現在、HAではH1～H15、NAではN1～N9が知られており、その組合せによって、

H1N1、H2N2などのように分類される。これらの亜型の分布を調べてみると、鳥類の中でも水鳥（水禽類）に多くの亜型が分布し、とくにカモは上述のすべての亜型のウイルスを保有している。このことから、インフルエンザウイルスはカモに起源を有するとされており、ここから他の鳥類や哺乳類に感染が広まったのではないかと考えられている。

水鳥はこれらのインフルエンザウイルスに感染していても、一般に何ら症状を示すことはないと言われるが、他の鳥類、家禽類などでは感染により何らかの症状を起こす場合があり、これを鳥インフルエンザと呼んでいる。その症状は軽度のことが多いが、罹患鳥を死に至らしめるなどとくに重篤な場合には、高病原性鳥インフルエンザと呼ばれる。最近ではH5N1型のウイルスによる感染例がアジアを中心にヨーロッパ、アフリカなど世界各地で報告されており、わが国でも2004年の山口県、大分県などを皮切りに、養鶏場のニワトリや野鳥での発生が報告されている。

図1 インフルエンザウイルス



2. 人間界へ侵入した鳥インフルエンザウイルス

一般に鳥インフルエンザウイルスは鳥類に感染しても、ヒトに感染することはない。これは細胞表面のウイルスの侵入門戸である受容体がヒトと鳥では異なるためであるとされている。しかしその相違は必ずしも厳密なものではない可能性もあり、またインフルエンザウイルスは頻繁に変異を起こしているため、変異を起こしたインフルエンザウイルスが、ヒトに対する感染力を獲得し病原性を示す可能性がある。現在問題になっている H5N1 型ウイルスは、1997 年に香港でインフルエンザによる死亡者から初めて検出された。その後家禽での流行に伴って、図2に示すように、ベトナム、タイ、カンボジア、インドネシア、中国などでヒトへの感染例が相次いで報告され、2008年5月時点で、383名の罹患（うち241名は死亡）が報告されている（表1）。

これら罹患例のほとんどは、病鳥や病気で死んだ鳥との接触があったと推察されることから、病鳥との接触などのような濃厚な曝露があれば、ヒトに感染を起こすものと考えられる。

もしこのウイルスがさらに変異を起こし、ヒトからヒトへ容易に感染する性質を獲得することになると、この新しいウイルスに対しては人間はまだ抵抗力（免疫）を持っていないことから、人間界できわめて大規模な流行をおこすおそれが生じる。20世紀以降では、このような新しいウイルスによるインフルエンザの世界的大流行は、数十年に一度の頻度でくり返し起こっており、1918年から1920年にかけて流行したスペインかぜ（スペインインフルエンザ）では、世界の人口の25～30%が罹患し、約4000万人の死者が出たとされ、わが国でも、約2300万人が罹患し、39万人の死亡があったと記録されている。その後も、アジアかぜ（1957年）、香港かぜ（1968年）、ソ連かぜ（1977年）流行している。

図2 感染マップ

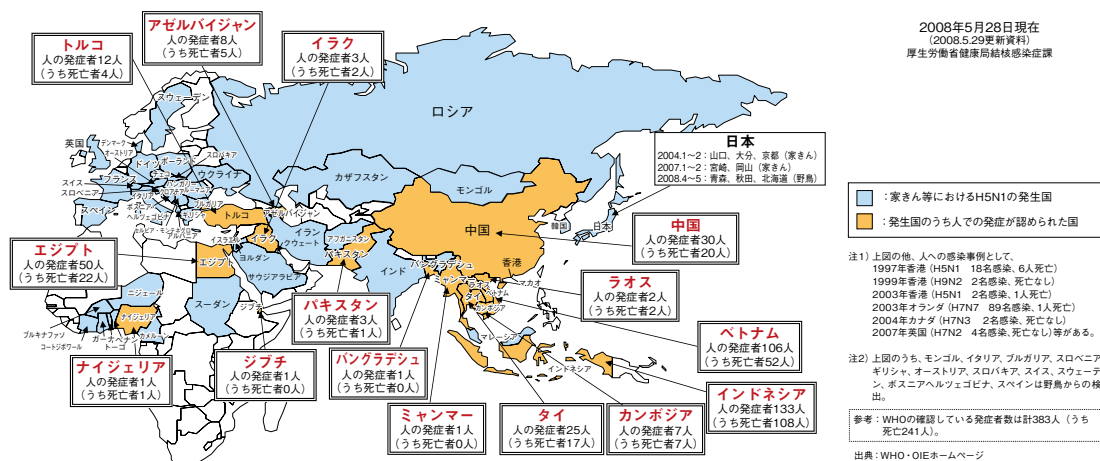


表1 WHOに報告されたヒトの鳥インフルエンザ (H5N1) 確定症例数

(2008年5月28日WHO公表)

	2003年		2004年		2005年		2006年		2007年		2008年		合計	
	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数
アゼルバイジャン	0	0	0	0	0	0	8	5	0	0	0	0	8	5
バングラデシュ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
カンボジア	0	0	0	0	4	4	2	2	1	1	0	0	7	7
中国	1	1	0	0	8	5	13	8	5	3	3	3	30	20
ジブチ	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
エジプト	0	0	0	0	0	0	18	10	25	9	7	3	50	22
インドネシア	0	0	0	0	20	13	55	45	42	37	16	13	133	108
イラク	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	3	2
ラオス	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2
ミャンマー	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
ナイジェリア	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
パキスタン	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	3	1
タイ	0	0	17	12	5	2	3	3	0	0	0	0	25	17
トルコ	0	0	0	0	0	0	12	4	0	0	0	0	12	4
ベトナム	3	3	29	20	61	19	0	0	8	5	5	5	106	52
合計	4	4	46	32	98	43	115	79	88	59	32	24	383	241

注：確定症例数は死亡例数を含む。WHOは検査で確定された症例のみ報告する。

3. 新型インフルエンザとパンデミック

H5N1 型インフルエンザウイルスのような高い病原性を持つウイルスがさらに変異を起こして、容易にヒトからヒトへ感染する新しいウイルスに変化すると、かつてのスペインかぜのように、人間界にきわめて危険なウイルスとなる。このような性質を獲得した、現時点ではまだ未知のウイルスが新型インフルエンザウイルスであり、このウイルスによって引き起こされるのが新型インフルエンザである。現在アジアを中心に流行している H5N1 型ウイルスでは、患児を看病した母親や周辺の親族など、ヒトから感染したとしか考えられない事例が確認されており、現状でも濃厚である程度の期間持続する接触があれば、ヒトからヒトへの感染が起こりうると考えられる。ただ幸いなことに、これまでのところ効率的で持続的なヒト-ヒト感染がおこるといった証拠は認められていない。

新型インフルエンザのように、一つの病気が全世界で同時に流行する場合をパンデミック (pandemic、汎流行)

と呼ぶ。WHO (世界保健機関) はインフルエンザのパンデミックを、図3に示すように、フェーズ1からフェーズ6までの6段階に分類してその警戒レベルを明示し、その各段階に応じた対策をとるよう、世界各国の政府、機関に求めている。フェーズ1はパンデミックの間の段階、フェーズ2は新たなウイルスが出現しても鳥類の間での流行で、まだヒトに感染が及んでいない段階である。フェーズ3は鳥からヒトへの感染が生じているが、ヒトからヒトへの感染はないか、あっても限定的である段階で、上述の H5N1 型インフルエンザの状況から、現在はフェーズ3 (pandemic alert) と分類されている。なお、フェーズ4、5はヒトからヒトへの感染が限定された集団内にとどまっている段階で、フェーズ6がパンデミック (汎流行) の段階である。

図3 パンデミックフェーズ (WHO)

Inter-pandemic phase	Low risk of human cases	1
New virus in animals, no human cases	Higher risk of human cases	2
Pandemic alert	No or very limited human-to-human transmission	3
New virus causes human cases	Evidence of increased human-to-human transmission	4
	Evidence of significant human-to-human transmission	5
Pandemic	Efficient and sustained human-to-human transmission	6

4. 新型インフルエンザの治療薬とワクチン

現在一般のインフルエンザの治療薬としては、ノイラミニダーゼ阻害薬が実用されており、経口内服薬のリン酸オセルタミビル (商品名: タミフル) と経口吸入薬のザナミビル水和物 (商品名: リレンザ) がある。これらは、新型インフルエンザが変異を起こした新しいウイルスであったとしても、有効であると考えられており、その備蓄が進められている。

一方、現在のインフルエンザワクチンは、新型インフルエンザに対する感染防止の効果はほとんど期待できないと考えられている。そのため新型インフルエンザに対してある程度の効果が期待できるワクチンとして、プレパンデミックワクチンが開発されている。プレパンデミックワクチンは、鳥-ヒト感染の患者または鳥から分離されたウイルスを基に製造されるワクチンの中で、わが国では H5N1 型インフルエンザウイルスに対するワクチンをプレパンデミックワクチンとして製造、備蓄が進められている。

5. 新型インフルエンザへの準備と対応

現時点では新型インフルエンザウイルスはまだ出現していないが、その出現に備えて、世界中で種々の対

応がとられつつある。わが国でも、厚生労働省が中心となって、「新型インフルエンザ対策行動計画」の策定、種々の組織や個人を対象とした「新型インフルエンザ対策ガイドライン」の策定などが行われている。

(1) 新型インフルエンザ対策行動計画

平成17年11月に厚生労働省が中心となってとりまとめられたもので、この計画に基づいて、関係省庁が一体となって新型インフルエンザ対策が進められることが期待されている。この計画では、米国疾病管理センターの推計モデルによる流行規模の予測を行っており、それによると、パンデミックにより全人口の25%が新型インフルエンザに罹患すると想定すると、わが国で医療機関を受診する患者数は、1300~2500万人に達すると推計されている。また具体的な行動計画として、前述のWHOの6段階のパンデミックフェーズを、フェーズ2以上ではさらに国内発生がある場合とない場合に区分して、それぞれに対して、「計画と連携」、「サーベイランス」、「予防と封じ込め」、「医療」、「情報提供・共有」の5分野にわたって、構すべき具体的な対策を策定している。その詳細はここでは省略するが、現在のフェーズ3 (国内未発生) では、指定感染症・検疫感染症の指定、海外渡航者への注意喚起、国内飼育家

禽への感染防止の徹底、ワクチンおよびワクチン製造用鶏卵の確保、治療薬の備蓄開始、医療体制の整備等、多岐にわたる事項に関する計画が定められている。

(2) 事業者・職場における新型インフルエンザ対策ガイドライン

新型インフルエンザ対策は、政府、地方自治体はもとより、医療機関を含む種々の組織から一般家庭・個人にいたるまで、全国民が協力して取り組む問題であることから、それぞれを対象とした、新型インフルエンザ対策ガイドラインが公表されている。「事業者・職場における新型インフルエンザ対策ガイドライン」は、平成19年3月に新型インフルエンザ専門家会議が策定した事業所・職場向けのガイドラインで、職場や事業所において新型インフルエンザ対策を進める上で参考すべきガイドラインである。

内容の概略は図4に示すように、新型インフルエンザに関する基本的知識と、それを踏まえて、新型インフルエンザが発生する前、発生直後、感染拡大時の3つの時期に分け、それぞれについて、準備や対応の具体的な事項が記載されている。とくに、職場内での感染の蔓延防止のほか、海外赴任・海外出張時の感染防止や、ライフライン関連など社会機能維持に係る事業の場合などについても記載されている。

(3) 家庭・個人における対応

一般の個人や家庭に対しても、新型インフルエンザ発生に備えたガイドラインが、「個人および一般家庭・コミュニティ・市町村における感染対策に関するガイ

ドライン」として公表されている。その中で個人のできる感染対策として、「咳エチケット」(表2)がとりあげられている。新型インフルエンザが流行した場合、感染しないための注意は重要であるが、同時に、もし感染した、あるいは感染のおそれがある時に、家族や同僚など周囲の人に感染を広げないように注意することも大切である。

表2 咳エチケット

- *咳・くしゃみの際はティッシュなどで口と鼻を押さえ、他の人から顔をそむけ1m以上離れる。
- *呼吸器系分泌物(鼻汁・痰など)を含んだティッシュをすぐに蓋付きの廃棄物箱に捨てられる環境を整える。
- *咳をしている人にマスクの着用を促す。マスクはより透過性の低いもの、例えば、医療現場にて使用される「サージカルマスク」が望ましいですが、通常の市販マスクでも咳をしている人のウイルスの拡散をある程度は防ぐ効果があると考えられています。一方、健康人がマスクを着用しているからといって、ウイルスの吸入を完全に予防できるわけではないことに注意が必要です。
- *マスクの装着は説明書をよく読んで、正しく着用する。

6. おわりに

新型インフルエンザはまだ出現していない。しかしかなりの確率で近い将来現れることが予想されている。その際に大きな混乱が生じないように、あらゆるレベルで必要な準備を行うとともに、新型インフルエンザに対する正しい知識を全ての人が共有して、過剰あるいは過少な反応になることなく、必要十分な対応が取れるようにする必要がある。なおここで取り上げた行動計画やガイドラインは、厚生労働省ホームページ(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou04/>)からダウンロードできる。

図4 事業者・職場における新型インフルエンザ対策ガイドラインの概要



生活環境とメンタルヘルス

東京産業保健推進センター 産業保健相談員 松井 知子

「元氣な職場づくり」では、職場に働く人々の健康づくりを目差して、有用な話題を提供してまいりました。職場全体が、パワーハラスメント防止を意識したり、傾聴と伝え返しというコミュニケーションスキルを獲得したりすることなどで、良好な人間関係を構築し、「風とおしのよい職場環境づくり」を心がけることの有効性が紹介されています。

今回は「快適な職場づくり」の更なる推進を目差して、生活環境とメンタルヘルスとの関連についての話題を提供し、メンタルヘルス対策のヒントとなれば、と考えています。

最近はどんなことでもあまりに多くの選択肢があって、なかなか適切な選択・決定ができないということがよくあるのではないのでしょうか。このことが昨今のメンタルヘルスに関連する問題の解決を妨げる要因のひとつになっているのではないかと思います。如何でしょうか？

物質文明が高度に発達して、私たちの生活環境には、モノが豊富にあふれ、交通や情報・伝達の手段においても実に多くの選択肢の中から一つだけを選ぶということがよくあります。そんな時、これでよいのかという「迷い」、「不安」（これらはネガティブな感情です）が追隨してくることをしばしば経験します。選択肢の多い生活・社会環境の中では、できれば思い悩むことなく、適当な折り合いをつけて「選択行動」することがよりよいメンタルヘルスにつながるのではないのでしょうか。今回はこのことを、仕事の進め方、ものの考え方、あるいは人との付き合い方等の円滑な対応のヒントにしていきたいと思います。

(1) 選択行動について

数年前のことですが、勤務先の勉強会で話題となっ

たサイエンティフィックアメリカンのメンタルヘルス関連記事の一文（Scientific American. 2004 Apr; 290 (4): 70-75.）を紹介します。社会環境がメンタルヘルスにも関わっていることの一つの実例としてご理解いただければと思います。

著者はスワスモア大学心理学教授 Schwartz B.（バリー・シュワルツ）で、記事は「The Tyranny of Choice」という題名です。著者は「現代は豊かな物質生活の環境の中で生活することが多く、選択肢が多岐にわたっている。選択肢が多く準備されていることで、人々は選択する際に自分の満足する水準を知らず知らずのうちにあげていき、なかなか選択・決定できないことが多い。あるいは選択・決定したとしても、まだまだ選択の余地があったとして、十分な満足感を得ることが少ない」と述べています。確かに生活の中で選択肢がたくさんあることが現代では「豊かさ」を示す指標のひとつとなっています。市場では「セーターの色は50色の中から好きなものを選びます」とか「お好みの味付けにトッピングはこの20種類の中から選んでください」とか「この巨大地下ショッピング街には200の店舗がありますので、自分の探したいものを見つけられます」という宣伝文句に満ち溢れています。その中で、自分が欲しいと感じるものを「選択」という意思決定することに時間がかかったり、あるいは決定することを苦手として、苦痛を感じたりすることがあります。そういう傾向のある人を「Maximizers」（自分の欲求のうち最大限に満足したいと思うこと）といい、もう一方は、比較的、自由に選択決定を行い、満足感、達成感をそこそこに得ることができる「Satisficers」といいます。あなた自身の「Maximizers」程度を別表に示した13項目の各項目について、回答することにより確認してみてください（参考文献参照）。

本来「The Maximization Scale」として点数化するものですが、今回は項目の内容の紹介にとどめさせて

いただきます。私自身も日々の生活の中で、Maximization 行動の発生頻度が高くなっているのに気がきました。選択肢が数多く用意されていて、できる限り自分の欲求に沿うものを選択することができる幸せを感じつつも、選択・決定までのタイムリミットや、どの程度の完成度で満足するかについて自分自身で枠を決めるというコントロールが必要であると思います。

(2) 選択行動とメンタルヘルス

無制限に許される「選択行動」は、幸せ感よりも逆に「不満」という苦しみをもたらすことになるかも知れません。このことから、シュワルツ博士は「アメリカ人の中には幸福を感じる事が減少して、うつ症状を示す人が多くなっている」ことに言及しています。1つの重要な要因決定をして、自分が期待するほどの結果をもたらさないことを何度か経験しているうちに、自責感あるいは自信を失うことにつながるのではないかと述べています。そして、「うつ」と maximinzing との間の強い相関関係があることを示唆しました。

(3) 現実的な選択行動をするためのアドバイス

シュワルツ博士は以下のようなアドバイスをしています。

- ・いつまでに選択・決定しなければならないという時間を最優先すること
- 例えば、買い物する時は2軒以上の店には行か

- ない、あるいは一定時間以上は時間を費やさない
- ・「十分に満足する」状態を受け入れることを学ぶこと
一番でなくても、ある程度の水準でも満足できることを経験する
- ・選択決定の後の「失敗」を恐れないこと
まずは選んでみましょう、それが失敗かはその後でわかること
- ・期待しすぎないようにコントロールすること
期待はずれは、「落ち込み」をもたらします

選択・決定をしなくてはならない時、こうしたことを少しでも意識していただければ、つまり、あまり時間をかけずにそこそこに満足できる自分をつくりあげるようにすることで悩みの種はかなり減ってくるようです。簡単なことではないかもしれませんが、ほんのちょっとした意識があればということで参考にしていただければと思います。

参考文献

選択行動の心理学「尋ね方で答はこんなに変わる」：バリー・シュワルツ、日経サイエンス、こころのサイエンス3号：60-69頁、2008年

Choices, Values, and Frames. Daniel Kahneman and Amos Tversky. American Psychologist Vol.39,pages 341-350, 1984.

The Loss of Happiness in Market Democracies. Robert E. Lane.Yale University Press. 2001.

Maximizing versus Satisficing:Happiness is a Matter of Choice. Barry Schwartzs. Andrew Warc, John Monterosso, Sonya Lyubomirsky, Katherine White and Darrin Lehman. Journal of Personality and Social Psychology. Vol.83 No.5, pages 1178-1197; 2002

The Paradox of Choice;Why More is Less. Barry Schwartz. Ecco/Harper Collins Publishers, 2004

Fig.1 《職場巡視の際の具体的着眼点》

1	私は何か選ばなければならない時はいつでも、たとえ、それが現実的でないとしてもほかの可能性を追い求めようとするたちである。
2	自分の仕事にいかにか今、満足するかということよりも、絶好のチャンスに出会うことを期待している。
3	私はカーラジオを聴くときは、たとえ聴いているものに満足していても、他のチャンネルをチェックすることが多い。
4	私はTVをみている時は、チャンネルのリモコンをやたら変えることが多い
5	私はできるだけ自分に最適な洋服を選ぶようにする
6	私は友達への贈り物を選ぶ時、なかなか決めることができない
7	私はビデオレンタルで一番見たいものをひとつだけ選ぶことが苦手である
8	私は買い物をしている時、時間内では本当に好きなものを探し出すことができない
9	私は、ベスト1の映画、ベスト1の歌手、ベスト1の俳優などのランクをつけることに興味を持っている。
10	私は手紙を友達に出すのが億劫である、なぜなら下書きに時間がかかるから。
11	私は要求水準が高いと思う
12	私は決して2番目にいいということには決められない
13	私は難解なことに直面すると現実の生活から逃れて空想にふけることがある

新任相談員の紹介



産業医学

山口 直人

東京産業保健推進センター
産業保健相談員

長時間労働の健康チェック、健康診断の事後指導、精神疾患による長期休職者の復職に関する事項などを主に行っていますが、企業の特性、職場ごとの個別的な問題、働く人、一人ひとりが持っている悩み、問題、ライフスタイル、価値観、すべてが個別的であり多様であり、一般化した議論が困難な事例が殆どであることに今更ながら驚かされます。

私の職歴は大学と研究所に限られており、専属産業医の経験がないので、相談員をお引き受けする際に少なからず躊躇がありました。本当に現場のことを知っているか自問も致しました。最終的にお引き受けしようと決心したのは、相談員の仕事が今まで以上に現場を勉強することに繋がると考えてのことです。現場の問題を少しでも深く理解することを忘れずに頑張りますので、どうぞよろしく願いいたします。

趣味は読書です。濫読ですが、物事の起源を勉強するのが好きです。生命の起源、人類の起源、宗教の起源、大和朝廷の起源と何にでも興味がありますが、産業医学の起源には未だ手が着いていません。肥満気味なので最近、自転車を買いました。

産業医としての活動は30年ほど前に染料工場の嘱託産業医で始まりしました。職場巡視は作業服に長靴でした。その後、産業医科大学に赴任したのをきっかけに、製鉄工場や鉄工所の産業医を経験しました。作業服は一緒でしたが、安全靴に脚絆という出で立ちでした。その後、がん研究を志して、10年ほど国立がんセンター研究所で疫学研究に従事して、平成14年から現職、東京女子医科大学で教育に従事しています。現在は、IT関連企業などの非常勤産業医を務めています。

産業医の仕事は30年の間に随分と随分と活動の幅が広がったように思います。

青く澄んだ空に桜の花が満開に咲いた九段下の坂を上り、東京産業保健推進センター相談員として勤務に向かったのが平成20年4月3日(木)でした。私は、大学病院勤務医を10年余り積んだ後、江東区森下にて心療内科を開業させていただいております浅川雅晴と申します。どうぞよろしく願いいたします。

時代の流れで人々の病気が様変わりしてきた印象の深いこの1年です。大学病院で勤務医をしていた時は、小学生が心の病にかかり自殺まで追い詰められる事は少なかった。しかし、最近は働く大人達と子供達の区別な



メンタルヘルス

浅川 雅晴

東京産業保健推進センター
産業保健相談員

く心の病が元で自らの命を絶つ人が日常茶飯事に起こる時代に思えてなりません。

医師の立場に立って一番悲しい事は、人の命を軽率に扱ってしまう人々の心です。難病と向き合って生きようと頑張っている人達に対して申し訳ないと思うのです。やさしい気持ちを持ち合わせていたら、自殺はくいじめられる行為であります。昨年度など年間4万人以上の人々が自殺しております。飢餓や難病で苦しむ人達を思うと絶対に自ら死ぬことなどできません。他人を思いやる気持ちの欠落が現代病を作り出している一面があると考えます。

私に取り組んでいきたい事は難しく考えることはありません。働く場において人と関わっていく事が当然である以上、相手を思う尊敬の念と、相手を思いやるやさしさが必要と考えます。

現代は、道徳の基本が抜け落ちてしまっている。表面だけがぐるぐる回る事態となっており、対人関係で悩む人が増えている。そこには、心の病気と共に多くの事件が発生していると私は考えております。相手を思う小さな心の余裕を誰もが持てば住みやすい社会が作れるでしょう。

その事を根底において産業保健推進センター相談業務と取り組んでいきたいと思っております。労働者の人生を豊かにしていくサポートができたらと思います。どうぞよろしく願いいたします。

この5月から、産業保健推進センター相談員として勤務することになりました松島尚子と申します。どうぞよろしく願い申し上げます。現在は、独立行政法人国立印刷局虎ノ門工場や松戸市役所において、働く人のメンタルヘルス相談の仕事に携わっております。産業のカウンセラー(相談員)として、働く人個々の気がかりや悩みへの相談を主に、集団へのメンタルヘルス教育、衛生委員会等の機会を通じて組織への働きかけ等を、メンタルヘルスの第一次・第二次・第三次予防活動の中で展開しています。

私は病院看護師としてのわずかな経験ののち、郵便局職員を支援対象とした健康管理センター(現:JP首都圏郵政健康管理センター)で約10年間保健師として働き、その後は岩手県立大学看護学部環境・保健看護学講座の教員として6年間、今までの実践活動の振り返りと再学習の機会を得ながら、実践と理論をつなぐ教育・研究や学生の実習指導等に関わって参りました。なかでも、産業の場で保健師として働いていた頃、精神科産業医と共に心の健康相談室担当として経験した様々なことが、その後の教育・指導等で学生支援を行う上での支えとなり、また現在のメンタルヘルス活動を進める上での礎となっているように思います。看護学をベースに持ちながら、ケースに出会う度毎に、ケースをより理解する上で役立つ知識は色々な学問を通じて出来るだけ学び、自己への気づきとともに支援の幅も少しずつ広がってゆくように思われました。これらのことは、もちろん今現在も続いており、そしてたぶん一生を通じて続いてゆくように感じております。

大学においては、産業保健の場だけでなく、母子保健や学校保健、老人保健と、人間の一生を通じての様々な支援を広く見通す機会に恵まれました。『こころ(心理)とからだ(身体)を持った人が、かかわり(関係)を通して暮らし(生活)、生きがい(価値)を見出していく』その一連のプロセスのうちのある部分を、援助者は各々の場でその時々に応じて支援・援助していることを改めて実感いたしました。

1人の生活者として、また産業保健に携わるものとしての実践経験はまだまだ浅く発展途上の私ですが、皆さんと共に学び、試行錯誤の実践の中から意味あるものを見出し、日々の活動を勇気づけていく機会をつくっていきけるように…と思っております。



カウンセリング

松島 尚子

東京産業保健推進センター
産業保健相談員

研修案内

平成20年8月～平成20年10月

各種研修共通事項

20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、(1)～(4) 全て受講されると修了証を発行します。また、16～19年度実施分の(1)～(4)の中で、未受講の研修がある方は、20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。

研修は当センター(〒102-0075 東京都千代田区三番町6-14 日本生命三番町ビル3F) 研修室で開催しています。

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方が対象の研修です。)

研修コード	月 日	時 間	テ ー マ	講 師	単 位	定員
9105014	8月 4日(月)	14:30～16:30	労働者と睡眠障害 ～ケーススタディ～ ～対象者・管理監督者・家族等へのアプローチの仕方・対応方法等～	山寺 博史	生涯・実地2	30
9105015	8月25日(月)	14:30～15:45	産業医のための判例研究 ～法令・通達に基づく健康配慮義務等～	石塚 宏	生涯・更新1	60
9105016	8月26日(火)	14:30～16:30	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 讓	生涯・更新2	60
9105017	8月28日(木)	14:30～16:30	アスベスト関連疾患の胸部画像の読影実習 ～鑑別診断についての読影実習～	由佐 俊和	生涯・実地2	30
9105018	9月 1日(月)	13:30～14:45 開始時間注意	過重労働による健康障害防止 ～関係法令・通達～ ～新任の産業保健相談員(労働衛生関係法令担当)～	梶川 清	生涯・更新1	60
9105019		15:00～17:00 開始時間注意	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～ ※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
9105020	9月10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～ ※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
9105021	9月27日(土)	13:30～16:30 開始時間注意	作業環境測定方法 ～測定機器の操作・測定実習～ ※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
9105022	10月 1日(水)	14:30～16:30	(4) うつ予防対策・自殺予防対策 ※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
9105023	10月 6日(月)	14:30～16:30	労働者と睡眠障害 ～ケーススタディ～ ～対象者・管理監督者・家族等へのアプローチの仕方・対応方法等～	山寺 博史	生涯・実地2	30
9105024	10月11日(土)	13:30～16:30 開始時間注意	作業環境測定方法 ～測定機器の操作・測定実習～ ※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
9105025	10月23日(木)	14:30～16:30	職場巡視の実際とその活用 ～巡視結果の活用方法と安全衛生委員会活動との連携の在り方～ ※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
9105026	10月27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
9105027	10月28日(火)	14:30～16:30	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 讓	生涯・更新2	60

研修案内

保健師・看護師研修 No.1 (実力アップコース単位認定) ※産業看護基礎コース・短縮Nコース未修了の方も受講できます。

研修コード	月 日	時 間	テ ー マ	講 師	単 位	定員
9205019	8月 7日(木)	14:30～16:30	(4) うつ予防対策・自殺予防対策 ～新任の産業保健相談員 (メンタルヘルス担当)～	浅川 雅晴	Ⅳ-3-(4)	60
9205020	9月11日(木)	14:30～16:30	過重労働による健康障害の防止について ～企業に高額判決が続く中で～	加藤 雅治	Ⅲ-3-(2)	60
9205021	9月16日(火)	14:30～16:30	これからの健康教育 「行動変容をめざす保健指導・健康教育とは？」 ～産業保健の展開と産業看護職の役割について～	飯島美世子	Ⅳ-3-(1)	60
9205022	9月19日(金)	13:30～14:45 開始時間注意	過重労働による健康障害防止 ～関係法令・通達～ ※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
9205023		15:00～17:00 開始時間注意	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～ ※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

保健師・看護師研修 No.2 (実力アップコース単位認定) ※産業看護基礎コース・短縮Nコース未修了の方も受講できます。

研修コード	月 日	時 間	テ ー マ	講 師	単 位	定員
9205024	10月 2日(木)	14:00～17:00 開始時間注意	結果につながる禁煙サポート (基礎編) ～メタボ対策でも重要な禁煙サポート～ そのコツを演習をまじえ楽しく学べます。	齊藤 照代	Ⅳ-3-(2)	60
9205025	10月 3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 ※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
9205026	10月 9日(木)	14:30～16:30	判例に学ぶ健康管理のポイント ～産業保健スタッフに求められる安全配慮義務等～	加藤 雅治	Ⅲ-7-(1)	60
9205027	10月21日(火)	14:30～16:30	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～ ～新任の産業保健相談員 (産業医学担当)～	山口 直人	Ⅲ-3-(2)	60

保健師・看護師研修 No.3 (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
9205028	10月24日(金)	14:30～16:30	ひとり職場の産業看護職の集い (2) ～健康診断から事後措置、保健指導まで～ ※対象：産業看護の経験が少ない方	小澤 乃智子	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
9505018	8月 5日(火)	14:30～16:30	4) うつ予防対策・自殺予防対策 ～新任の産業保健相談員(メンタルヘルス担当)～	高岡 拓	60
9505019	8月12日(火)	14:30～16:30	労働衛生管理の基礎(3) ～定期健康診断の受診率を高める工夫～	古山 善一 吉田 守	60
9505020	8月19日(火)	14:30～16:30	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～ ～新任の産業保健相談員(産業医学担当)～	山口 直人	60
9505021	8月22日(金)	14:00～16:00 開始時間注意	メンタルヘルス研修に活かす「グループワーク」入門 ～構成的エンカウンター～ ※グループ体験を含みますので、途中入室はできません。	岩船 展子	30
9505022	9月12日(金)	14:30～16:30	(2) メンタルヘルズ指針・健常者に対する対応・体制づくり等(入門編) ～新任の産業保健相談員(カウンセリング担当)～	松島 尚子	60
9505023	9月24日(水)	14:30～16:30	“新企画” 「アサーティブ・コミュニケーション」入門 ～自分も相手も尊重する関係づくり～ ※演習を含みますので、途中入室はできません。	岩船 展子	60
9505024	9月29日(月)	14:30～16:30	(3) メンタルヘルズ指針・非健常者に対する対応・復職判定等 ※受講できなかった方のために再度開催します。	大西 守	60
9505026	10月15日(水)	14:30～16:30	管理者のためのメンタルヘルス対策 「元氣な職場づくり」 ～管理者の行う心の健康づくり対策～	岩船 展子	60
9505027	10月16日(木)	14:30～16:30	労働衛生管理の基礎(4) ～ライン管理者の安全衛生配慮義務～	古山 善一 吉田 守	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
9505025	10月10日(金)	13:30～16:30 開始時間注意	A E D 研修 ～自動体外式除細動器を用いた救急蘇生法～ ※実技を行いますので、動きやすい服装でご参加ください。	伊集院 一成	30

当センターが主催する研修会は、すべて無料で受講できます。

産業保健活動に携わる皆様へ専門スタッフ(産業保健相談員)による窓口・電話相談や産業保健に関する図書・ビデオ等の貸し出しを無料で行っています。

※東京産業保健推進センターを初めてご利用される方は、申込書の「利用者カードをお持ちでない方」欄にご記入ください。こちらから利用者カードを発送いたしますので、研修当日に受付にてカードをご提示ください。(カード発行の手数料等も無料です。)

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)

◆定員状況等の連絡先

TEL	
FAX	
E-mail	

下記の利用規約を了承し、同意のもとに申し込みます。

※住所・氏名等が変わった方は右記にご記入下さい。

◇備考欄◇～ご連絡事項等ございましたらご記入下さい～

●利用者カードをお持ちでない方

※該当するいずれかを○で囲んで下さい。

当センターのご利用が初めての方	利用者カードを紛失された方
フリガナ	
受講者氏名	
生年月日	西暦 年 月 日
職 種	産業医・保健師・看護師・事業主 労務管理者・衛生管理者・労働者 その他 ()
認定書番号(産業医のみ)	(7ケタ)
勤務先名(医療機関名)	
所属部課(所属医師会)	
送付先住所	〒 □□□□ - □□□□ (自宅・勤務先)
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)

↑医師会に所属されていない場合は非会員として記入下さい。

下記の利用規約を了承し、同意のもとに申し込みます。

利用規約

1. 研修受付は、休日を除く毎日AM 9:00～PM 5:00 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ください。
4. 産業看護職継続教育手帳をお持ちの方は、利用者カードとの両方をご提示ください。
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。
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ください。

※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 宛 FAX 03-5211-4485

◆◇受講票は発行いたしておりません◇◇
定員に達して受講ができない場合のみ、こちらからご連絡いたします。

小規模事業場産業

保健活動支援促進助成金って何ですか？

労働者数50人未満の小規模事業場の事業者が、他の事業者と共同して産業医の要件を備えた医師を選任・契約し、職場巡視、健康診断の結果に基づく保健指導、長時間労働者への面接指導、健康教育、健康相談等の産業保健活動を実施した場合、その費用の一部を助成する制度です。

助成金をもらうためには、まずどうすれば良いの？

手続きには、個々の事業場が単独で申請する方法と、事業場グループを形成して一括して申請する方法の2通りがあります。

◎個々の事業場による単独申請

まず申請書（様式第1号-2）を産業保健推進センターに提出してください。推進センターでは、あなたの事業場の属する業種、抱える産業保健上の課題、地理的要件のいずれかの要件を共有する**他の事業場との産業医の共同選任を支援**するため、郡市区医師会との連携により、課題を解決するための産業医を共同選任産業医としてご紹介いたします。労働者数50人以上規模の事業場の産業医として活動している産業医を、共同選任産業医としてご紹介する場合があります。他の事業場と共同で選任する産業医と契約を結び、契約書の写し等を産業保健推進センターに提出したら、**本事業への登録完了**です。

ご注意!

予め医師と産業医契約を結んでから申請した場合、共同選任とは認められず、助成を受けられない場合がありますので、事前に産業保健推進センターにご相談ください。

◎事業場グループを形成して申請

グループ内の各事業場と医師が結んだ産業医契約書の写しを添えて、申請書（様式第1号）を産業保健推進センターに提出してください。契約する産業医が探せない場合は、産業保健推進センターにご相談ください。郡市区医師会との連携により、産業医をご紹介します。

小規模事業場産業保健活動支援促進助成金 年間スケジュール

平成20年4月から、小規模事業場産業保健活動支援促進助成金制度（産業医共同選任事業）が改正され、単独の事業場でも申請が可能になり、労働者数にかかわらず活動1回あたりの助成額が定額になりました。

1. 登録申請



ポイント 1

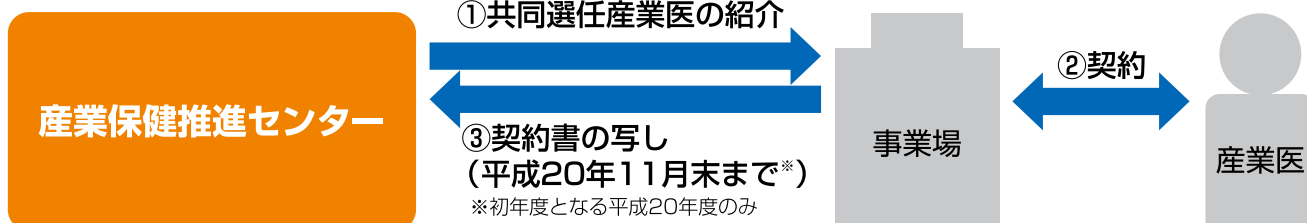
個々の事業場が単独で申請する場合には、産業保健の課題（例：メンタルヘルス、作業環境改善等）について、具体的に記載してください。

2. 産業医共同選任契約、契約書の写しの提出

登録手続きの完了

ポイント
2

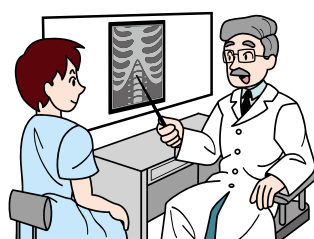
個々の事業場が単独で申請した場合には、事業場の属する業種、抱える産業保健上の課題、地理的要件のいずれかの要件を共有する他の事業場との産業医共同選任をコーディネートするため、郡市区医師会との連携により、課題を解決するための産業医をご紹介します。
上記の要件を満たしていれば、労働者数50人以上規模の事業場の産業医として活動している産業医を、共同選任産業医としてご紹介する場合があります。



3. 産業医による産業保健活動の実施



職場巡視、
衛生委員会等への参加



健康診断結果についての意見、
保健指導、健康相談



長時間労働者への面接指導

ポイント
3

助成の対象は、原則として産業医が事業場に出向いて行う、職場巡視、保健指導等の活動です。また、職場巡視の結果を踏まえておこなう助言、指導文書の作成等の活動も、助成の対象となります。

活動の内容によっては、助成金の支給が認められない場合もありますので、事前に産業保健推進センターにご相談ください。

4. 活動実績報告・助成金支給申請書の提出



助成金の支給について

86,000円
(上限)

=

事業場において行われた産
業医による産業保健活動
1回あたり21,500円

×

各年度当たり活動4回まで

ポイント

助成金の支給対象となる産業保健サービスは、産業医契約書において、基本報酬の対象と例示されている業務であるか、あるいは同契約書で別途経費の支給が必要とされている業務であるかを問いません。産業保健推進センターに提出する産業保健活動実績報告・助成金支給申請書(様式第4号)には、1回の活動ごとに実際に要した時間を記載してください。

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3階
TEL 03-5211-4480 FAX 03-5211-4485
<http://sanpo-tokyo.jp/>

産業保健フォーラム IN TOKYO 2008

過重労働による健康障害防止と快適職場環境の形成をめざして



参加費無料

日時 平成20年9月8日 月 開場:午前9時30分

場所 九段会館

プログラム

10:00 開演(リラクゼーション映像放映)
10:10 主催者挨拶・過重労働防止標語表彰
10:30~12:00 「良い仕事と健康は良い眠りから」
久留米大学医学部教授 内村 直尚

13:00~16:00 ●シンポジウム
「過重労働による健康障害」(仮題)
コーディネーター(基調講演)
杏林大学医学部教授 角田 透

パネリスト

産業医 林 剛司 (株)日立製作所
産業保健スタッフ 増澤 清美 NTT東日本
人事労務担当 森 卓也 味の素(株)
衛生管理者 原田 祐二 富士ゼロックス(株)

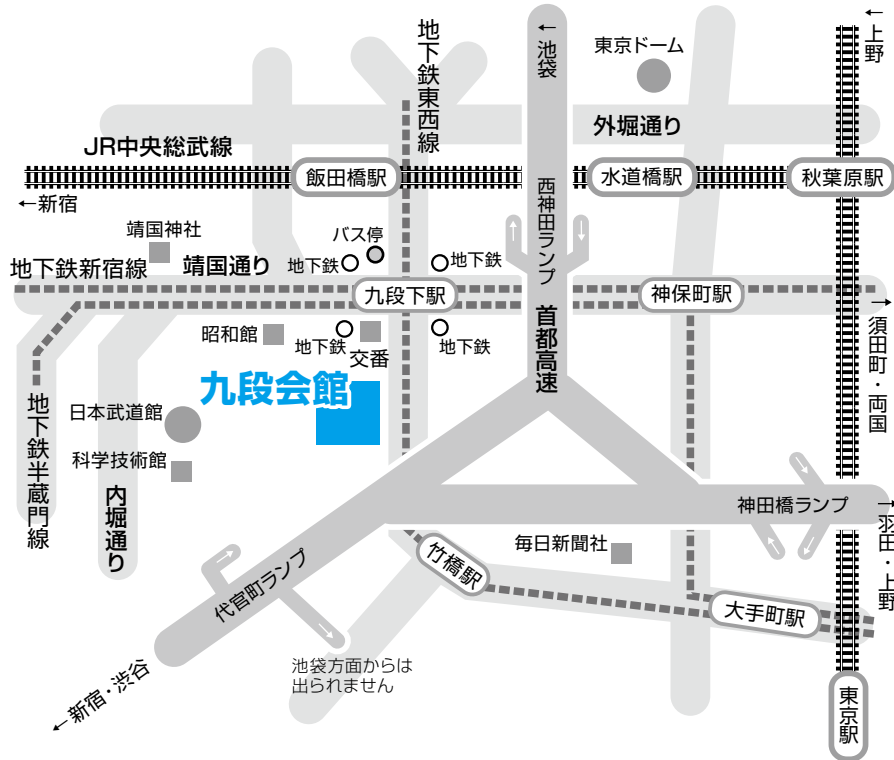
- THP体験コーナー
(体力測定、体脂肪測定、骨密度測定、健康相談等)
- 歯科相談・歯磨き体験コーナー
- 展示・相談コーナー

- 快適職場推進コーナー
「働きやすい職場環境づくり」
JR東日本健康推進センター 副所長 富田 眞佐子
「快適職場形成実践事例1」
(株)カワサキマシンシステムズ
ガスタービンサービス部東部事務所
「快適職場形成実践事例2」
大成建設(株)東京支店
(仮称)JV東雲I街区プロジェクト工事

主催:東京労働局 社団法人東京労働基準協会連合会 東京産業保健推進センター

後援:東京都 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 他関係団体

会場案内



九段会館

東京都千代田区九段南1-6-5

交通ご案内

- 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

※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。

申込先

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

〒102-0075
東京都千代田区三番町6-14 日本生命三番町ビル3階
電話:03-5211-4480
ファックス:03-5211-4485

社団法人
東京労働基準協会連合会

〒102-0084
東京都千代田区二番町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でお願いします。

産業保健フォーラム IN TOKYO 2008 申込書

当日は、この申込書(写しでも結構です)を受付に提出して下さい。

事業場名		
所在地		
電話	(- -)	
出席者 職氏名	(部課・職名)	(氏名)

※ご記入いただいた個人情報につきましては、お申し込みいただいた本大会の的確な実施のために使用するもので、これ以外使用しません。

関西福祉大学EPA研究所

第3回「こころの健康と経営戦略」フォーラム ご案内

メインテーマ:経営の視点からメンタルヘルス対策を考える

日 時:平成20年9月12日(金) フォーラム13:30~17:15

場 所:東京商工会議所(東商ビル)7階 国際会議場 東京都千代田区丸の内3-2-2

基調講演 「経営に対するメンタルヘルスの影響」

演者:廣石 忠司(専修大学経営学部 教授)

シンポジウム「経営者の理解を得られるメンタルヘルス対策の進め方」

堤 明純(産業医科大学 教授)、菅 裕彦(日本オラクル(株) 産業医)、

亀田 高志(株産業医大ソリューションズ 代表取締役社長)他

情報交換会:17:30~19:00 東商スカイルーム(東商ビル 8階)

主 催:関西福祉科学大学EPA研究所 TEL/FAX:06-6322-0167

担 当:南部・重田

詳細はホームページをご覧ください。<http://eap-ins.com/>

平成20年1月から

eメールとホームページアドレス

が変更されました。

新

e-mail → information@sanpo-tokyo.jp

URL → <http://www.sanpo-tokyo.jp/>

旧

e-mail → information@sanpo13.jp

URL → <http://www.sanpo13.jp/>

※住所・TEL・FAXの変更はございません。今後ともよろしくご願ひ申し上げます。

編集後記

今年度4月に5名の基幹相談員の交代がありました。

大学の教授であったり、クリニックを開業されていたりで多忙で、月1回勤務の先生が多いのですが、それぞれの専門分野でさっそく研修講師も務めていただきます。

研修のアンケート等で要望の多いテーマを取り上げるようにしています。ぜひ研修会への参加をお待ちしています。

今年度、外部の研修会として、母性健康管理、アスベスト等も予定しています。

また、ご案内のとおり9月8日(月)産業保健フォーラム2008が九段会館で開催されます。今回は「過重労働による健康障害防止と快適職場環境の形成をめざして」がテーマです。

参加をお待ちしています。



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

〒102-0075 東京都千代田区三番町6番地14
日本生命三番町ビル3階

TEL.03-5211-4480 FAX.03-5211-4485
IP Phone:050-7506-8507

E-mail : information@sanpo-tokyo.jp

URL : <http://www.sanpo-tokyo.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。

交通機関

- 東京メトロ東西線（九段下駅2番出口）
- 東京メトロ半蔵門線（九段下駅2番出口）
- 都営新宿線（九段下駅2番出口）
- JR中央線（市ヶ谷駅）
- 東京メトロ有楽町線（市ヶ谷A3出口）
- 東京メトロ南北線（市ヶ谷駅A3出口）

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

