

山口県医師会産業医研修会

と き 令和2年9月19日(土) 15:00～17:15

ところ 山口県総合保健会館2階「多目的ホール」

[報告: 常任理事 中村 洋]

特別講演1

最近の労働衛生行政について

山口労働局労働基準部健康安全課長

原田 竜雄

労働災害の発生状況

山口県の全産業での死亡を含めた休業4日以上
の災害については、減少傾向にあるものの近年
では、平成29年から2年連続で増加している現
状である。山口労働局では、平成30年を初年度
とする第13次労働災害防止計画を策定し、死傷
災害の減少の取組をしている。平成29年の死傷
災害者数(1,277人)と比較し、令和4年の死傷
災害者数を5%以上減少させ、1,213人以下に
する目標を立てている。死亡災害についても減
少傾向にあるが、近年は増減が続いている。平
成29年の死亡者数(12人)と比較し、令和4
年の死亡者数を15%以上減少させ、10人を
下回るという目標を立てている。

労働災害の傾向として、令和元年に災害割合
が高いのは製造業(24.9%)、建設業(14.8%)
、商業(15.8%)、運輸交通業(10.4%)、保健
衛生業(12.4%)である。減少傾向にあるのは
製造業、建設業であり、増加傾向にあるのは
保健衛生業である。

事故の型別災害発生状況で増加傾向にある
のは転倒災害、動作の反動・無理な動作があ
る。減少傾向にあるのは飛来・落下、はさま
れ・巻き込まれである。

高齢労働者(60歳以上)の労働災害の推移
では、平成22年の高齢労働者割合が22.9%
であったところ、令和元年では30.6%に増
加している。これらを踏まえ、令和2年3月に
エイジフレンドリーガイドラインが厚生労働
省で作成され、災害防止を示している。

山口県下の労働災害の発生状況(令和2年6
月末時点)では、全産業で11.2%増加して
おり、建設業、小売業、社会福祉施設におい
て増加している。一方、減少しているのは製
造業、飲食店である。

労働衛生の概況

50人以上の事業場で行われる定期健康診断
の有所見率は、年々増加している。県下にお
ける項目ごとの推移では、血中脂質は平成24
年の33.2%をピークに緩やかに減少し、令
和元年は31.6%。肝機能は平成22年の16.2%
から平成27年の15.0%と減少したが、その
後、増加に転じて令和元年は16.5%。血圧
は平成27年に一時減少したが、その後は増
加し、令和元年は16.3%。また、全国値よ
り高いのは肝機能、心電図、聴力、胸部X
線である。法令に基づく特殊健康診断の有
所見率で令和元年に全国比で高いのは鉛、石
綿である。行政指導による特殊健康診断の
有所見率で令和元年度に全国比で高いのは
チェーンソーなどの振動工具である。対象業
務別特殊健康診断については、新規に有所
見者が発生した事業所には、監督署より個
別に指導をしている。じん肺健康診断実施
状況及び管理区分決定状況では、近年、有
所見率は1%を下回り、新規の有所見者数
も1～3人である。

過重労働による健康障害防止対策

厚生労働省では、健康障害防止のための
総合対策を策定し、時間外・休日労働の削
減、労働者の健康管理の徹底を推進してい
る。平成31年4月1日から労働時間の状
況を把握して、時間外・休日労働が80時
間を超え、疲労の蓄積があり、労働者から
申し出があった場合は、医師による面接

指導が義務付けられた。平成30年に実施された労働安全衛生調査（実態調査）による長時間労働者及び面接指導の申し出については、100時間超の時間外・休日労働をした労働者がいる割合は3.5%、うち医師による面接指導の申し出のあった労働者がいる事業所は18.1%にとどまっている。規模1,000人以上の事業所においても、49.3%にとどまっており、企業規模が小さいほど申し出の割合は低くなっている。長時間労働者に対する面接指導の実施では、100時間超の労働者のうち、医師による面接指導を実施しない割合が3.8%、実施方法が決まっていないが48.9%ある。

メンタルヘルス対策

メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業所割合は、平成30年では59.2%である。厚生労働省は令和4年までに80%以上にすることを掲げている。山口県内の状況（令和2年3月）は、100人以上の規模では99%、50人以上の規模では96%、30人以上の規模では72%が何らかのメンタルヘルス対策をとっている。

治療と仕事の両立支援

高齢化が一層進む状況の中で、事業場においても疾病を抱えた労働者の治療と、仕事の両立への対応が必要な場面が増えてくると思う。治療と仕事を両立できる取組状況を調査した結果では、平成29年で「取組がある」が46.7%、平成30年では55.8%と、取組率は向上している。事業所規模が大きいほど取組率は高いが、1,000人以上の事業所でも10.7%は「取組なし」となっている。

山口労働局では、県内の両立支援の取組を促進するため、平成28年度に山口県地域両立支援推進チームを設置しており、昨年度までに治療と仕事の両立支援連絡帳を作成し関係者に配付、山口労働局のホームページにも掲載している。

特別講演2

災害防止の実際から見えてきた公衆衛生学的課題とその対応～自然災害から何を学び、職場における緊急対応として何を備えるべきか～

広島大学大学院医系科学研究科公衆衛生学

教授 久保 達彦

災害防止

1945年の終戦後、5,000人以上の方が亡くなった1959年の伊勢湾台風のと、大きな自然災害が少ない一時期があった。その後、1995年に阪神・淡路大震災が起こる。震度7以上の地震は観測史上5回起こっており、関東大震災は震度6であるが、そこを起点とすると、間隔は短くなっている。加えて、気候変動に伴う豪雨災害が増えているので、災害多発期をわれわれは生きている。

災害の定義は、現地の対応能力を超えて、外から支援を要請する状態であり、この観点に立つと、支援する側とされる側の構造が、すべての災害において成り立つ。最近では、多くの組織が支援をしてくれる時代になってきている一方で、支援が来すぎて、一つの体制をつくるのが困難な状態もある。例えば、山口県で豪雨災害が起こった場合、地元の医師には多くの権限があるが、必ずしも普段から災害医療を行っているわけではない。一方で、JMATやDMATの医師は大変高い専門性を持っているが、山口県に他県から入って来たら基本的には権限はない。地元の医師が持っている権限と、外から来る医師の専門性をどのように生かしていくかが常に課題である。このように医療及び保健の既存のサービスとの整合性や、誰が調整するのが必ず課題になってくる。

災害医療

1995年、3連休明けの1月17日の早朝に大地震が起きたために多くの方々は自宅にいる状況であった。その結果、ある意味では、比較的トラブルが少なく、スムーズな安否確認もできた。一方で、職域での対応は話題にならなかった。その中で、阪神・淡路大震災が、関係者にとって強烈な教訓となったのは、「防ぎ得た災害死」という考え方であり、木造家屋の倒壊によって、多くの方が圧死であったからである。例えば、下半身だ

け挟まれて、なかなか引きずり出せず、消防がジャッキ等を使って引きずり出した途端に心肺停止になって亡くなった。当時はクラッシュシンドロームを多くの日本人の医師は知らない時代であった。この命は救えたのではないか、防ぎ得た死だったのではないかという教訓が、医師の中に起こり、この方を救うためにはどうすればよかったのか、病院前救護（プレホスピタル・ケア）の整備が必要ではないかという反省がDMATの創設等につながっていった。もう一つ、強烈な教訓になったのが、各病院の状況が分からなかったことで、最寄りの病院に患者さんが大量に行ってしまうという出来事である。これらを経て、わが国では災害医療についての合意形成がなされた。

最初に手を付けたのが災害拠点病院であり、免震・耐震構造を設けたり、井戸水を使えたり、要請に応じてベッド数や病床数を増やせたり等の、いくつかの基準を設けた。そういった災害拠点病院等から飛び出していくチームとして「DMAT」というものが2010年に創設され、病院間の情報を共有するシステムとして「EMIS」: Emergency Medical Information Systemを活用する方向になった。さらに、被災地に多数の患者さんがいる場合には内閣府が策定した広域医療搬送計画に基づいた都道府県をまたいだ広域医療搬送が、日本の災害時の4つの柱である。

始めに述べた外来支援能力の活用はDMATを置いている。既存のサービスの補完・調整では、地元で災害拠点病院を置き、県が調整する。都道府県が保健医療調整本部を県庁内に置き、行政官と災害医療コーディネーターの医師に入っていたき、調整を行っている。

災害公衆衛生

1995年の阪神・淡路大震災をきっかけに、災害医療がどんどん進んでいるが、災害公衆衛生という言葉の夜明けになったのは、2011年の出来事（東日本大震災）であったと思われる。

そのときの特徴として、津波災害で、かつ高齢化社会を襲ったというのが実態で、そこに原発事故がかぶった。それは、阪神・淡路大震災以降つづいてきた災害医療モデルの隙間を突く形になっ

た。その一つは、現場にはほとんどおらず、高齢者管理等に局在していたことである。こういった中で、災害公衆衛生というものの必要性が現れた。

当時、産業医科大学では、本人の意思に基づいて募集をかけたところ、21名が参加した。産業衛生の人間と産業医・外科医・臨床医のどちらが行くべきかという議論もあった。最初は臨床能力がある人を送り、産業医にシフトしていくのがいいのではないかとにかく現場に入らないと何も始まらないというところで事態が動いていった。現場は食事も睡眠も会議も全部床で行っていた。このような現場で、産業医が最初に行ったのは放射線の管理ではなく、熱中症対策であった。春先のことだったが、放射線のことを考慮し、さらに保護具を着けて重労働をするため、産業医の視点からすれば熱中症が出ている。当時は、トイレの設置を重点的に対策を進めていった。

現場は放射線のことばかりに目が向いているために、結果的に、熱中症のリスクが上がっていたり、泥を浴びないために安全靴にカバーのビニール袋のようなものを履くため転倒のリスクが上がったりというトレードオフがあった。さらに、フェーズに応じて、たびたび健康のリスクの中身が変わる。夏に向けては熱中症、感染症、過重労働など、いろいろな問題が季節に応じて入れ替わっていった。

なぜ産業医が必要なのかを考えてみると、現場で必要だったのは、非特異的な健康リスクの集団的マネジメントと企業という、セッティングでの活動経験と能力であったからである。スキルとしては、全く平時の産業保健と同じである。

災害産業保健

原発事故後にさまざまな災害の事例を集め、時系列で概ね課題が見えてきて、産業保健ニーズリストが完成した。産業医とこれを見ながら支援をするような時代になってきている。

労働者の健康管理というのは、非常にユニバーサルな問題であり、例えば、国から派遣された人、県から派遣された人とを比較すると、原発事故の放射線管理区域立ち入り業務の名簿管理を国派遣の組織は8割管理しているが、県から派遣さ

れた職員は、2割未満しかされていないなど、行政官の健康管理が非常に課題になっている。それは、一つには住民優先で業務を行う中で、手が回らない実態もあるし、行政官の間にも産業医、健康管理を実際に行っている方がいるが、民間よりも、はるかに任用率が低く、対応できていない点もある。何をやるべきかということに関しては、民間の産業保健と一緒にすることが分かってきており、マニュアルなどの構築に入っている。


職域での健康管理を考えた場合に、事前に高リスク者を想定し、役職ごとに分類していく。さらには、どのような環境、職務が高リスクなのか、時間を決め、どのように働いている人を早めにピックアップしようか、スクリーニングをどのようにするかということを決めている。高リスク者を早く見つけ、高リスク業務のリストをつくっておき、交代制で休ませるなどを事前に決めておき、あとは外部支援の活用を議論している。

公衆衛生として何を備えるべきか

今後、南海トラフ巨大地震等が予想される中、東日本大震災を経験した世代として、災害公衆衛生分野を推進していかなければいけない。基本的にはBCPづくりであり、こういったリストを使った共助の体制の構築なのだということが理解されている。

公衆衛生として行っていることは、災害時に医療チームが報告する診療日報を紙様式で標準化することである。これにより、全国から災害要員の医師が集まってきても、1日で何人診たかは、正の字を書いて報告していただくことでわかる。熊本地震の例では、たった一枚の紙があっただけで、どの地域で、どのような患者さんが何人診療されたかが本部で分かるようになった。例えば、緊急のメンタルヘルスが問題であれば、精神科の専門のチームに現場へ急行していただく等、ピンポイントで需要に結びつけていくことができる。又は集計することで、地域ごとの患者数が分かり、衛生資器材を優先的に整備することもできる。

最後に、防災を考える場合に重要なことは、特別なことではなくて平時の体制であり、いかにそこを強化するかが最も基本で、災害となると、外部支援者をいかに使っていくかということになるが、外部の人と一緒に働くためには、とにかく紙様式を同じものにしていくことが大変重要なのではないかと思う。

多くの先生方にご加入頂いております！		<small>詳しい内容は、下記お問合せ先にご照会ください</small>	
お申し込みは 随時 受付中です	医師賠償責任保険	取扱代理店	山福株式会社 TEL 083-922-2551
	所得補償保険	引受保険会社	損害保険ジャパン 日本興亜株式会社 山口支店法人支社 TEL 083-924-3005
	団体長期障害所得補償保険		
	傷害保険		
		 損保ジャパン日本興亜	