

---

日本職業・災害医学会会誌 第51巻 第4号  
Japanese Journal of Occupational Medicine and Traumatology  
Vol. 51 No. 4 July 2003

---

巻頭言

世紀の狭間で忘れないために

加地 浩

岩見沢労災病院

労働災害・職業病から生活習慣病、喫煙対策へ、またストレスと自殺や過労死の労災認定へ、更には大災害、生物・化学物質テロ対策へと学会の焦点は時代を反映しつつ刻々と変化を遂げてゆく。いずれにせよ人が働くという行動には何らかの生体影響を伴い、加齢を含めて仕事と健康の問題は人間活動についてまわる。それが可逆性の場合にはまだしも、不可逆性の場合には以後長く尾を引き、場合によっては生命をも奪う。この分野に比較的長くかかわりをもった今、気になっていることを幾つかメモして責を果たしたい。

典型的な職業病の減少に伴い特殊健康診断が軽視される傾向がある。しかし、愁訴先行型の場合はまだよしとしても、疾病先行型の場合には専門知識と経験の集積が必要である。一般に潜伏期間の長い有害因子に対しては油断しがちなので気を引き締めたい。また、化学物質を例にとれば近年は低濃度長期曝露、混合曝露の時代であるから、問題は混合曝露の生体影響の評価、新しい検査指標の開発、生体試料を用いたバイオリジカルモニタリングの感度と対象範囲拡大への挑戦である。そしてその技術が国内に普及し、精度が維持されなければならない。もっとも精密分析の前に検体の正しい採取と測定値の補正がなければ測定する意味はないのだが意外に守られていない現実がある。生体試料中の微量物質の定量には独特の難しさと高額機器が必要であるため、分析定量は検査機関に依頼される機会が多くなりつつある。しかし国又は国に準ずる機関はその技術開発と維持から手を引くことがないように祈りたい。一方、これらに平行して作業環境における有害物質の気中濃度、曝露濃度の正確な評価が行われるべきであり、そのための人材のフル活用が望まれる。現状では作業環境測定は実施されているもののモニタリング、特殊健診とのつながりを欠いている。私信に基づくが、かつてのソ連では先ず作業環境測定があり、次いでナースの問診があり、必要と認められた時に医師による特殊健診が行われていたということである。英国でも職業医学検査機関では粉じんから化学物質まで作業環境測定に力を入れている。現在、有害物質の気中濃度とモニタリング指標との対比成績は限られている。ストレス対策や生活習慣病対策に比重が傾く傾向は時代の要請であるが、労災病院の勤務者の一人としては質の高い特殊健診を常に工夫し維持したいものである。また、古典的な職業病でもその意義が変わり或いは通常の対象以外の職種にみられたり（例えばじん肺症者における肺がんの早期発見や歯科技工士のじん肺など）、いわゆる私病に対する薬剤の服用によって特殊健診の判断が難しくなる場合もある。本学会会員による臨床産業医学の力が必要とされる。

有害業務のある職場の労働安全衛生は労働省の外部機関が、無い場合には地方自治体が担当するという考え方が英国で提案されたことがある。我が国では労災申請書の中に“産業医の意見”という欄がある。産業医は専属にせよ嘱託にせよ自信を持ってこの欄に記入できるようでなければならず、そのためには担当の現場を熟知している必要がある。特に小規模事業場を担当する場合の多い嘱託産業医も本業のほかにそこまですることが求められており、そのためには相当な努力が必要で、時には無理であるかも知れない。この点についても有害業務の有無によって産業保健の担当を区別するという考え方は興味深い。また、専門の違う産業医が二人一組で職場巡視を行う国もある。

労働災害統計上で業務上疾病をみると負傷に起因する疾病が全体の約7割を占め最多であるが、うち8割は腰痛であるという。一方、負傷によらない業務上の腰痛は災害性腰痛の百分の1~2程度と少ない。但しこの中には通常、農業従事者は含まれないが、労災保険に特別加入していればこの統計に含まれる。わが国では農業従事者は独自の方式で多くの問題に対応してきた経緯があり、腰痛を含めて幅広く農夫症という表現も用いられている。また学会活動も農村医学会の場でその分野の共通の問題を扱っている。しかし、国際的に労働災害統計をみると農業従事者の労働災害がその成績に計上されている国が多い。農作業の実態は時代と共に大きく様変わりしているとはいえ、わが国でも他の職種に比して身体的負荷は大であり（労働時間の問題を別にしてもあるいは含めても）、明らかに職業・災害医学の対象である。また作業管理に成功すれば広義の農夫症の大幅な減少につながることであり、本学会と同一の場で議

論が可能である。労災統計を読むうえで注意を要する点である。

死亡災害は昭和56年に年間3千件を、平成11年から年間2千件を切って今に至っている。法による規制、全国安全週間、近年のOHSMSの導入等による効果かとも思われるが、死亡災害の防止のためには労働安全に加えて個人の健康問題を扱う産業保健との共同作業が必要である。現実には職場内では、安全は工学系、保健衛生は医学系の担当として分かれている場合が多いが、勤労者個人の不安全な行動への対応にはことさら両者の共同作業が必要である。また工学士と医師は共通の言語を用いて議論できなければならない。例えば臨床的に用いる鑑別診断という言葉も労災認定に係る法的使用の場合には違った意味で使われているのはその1例である。近年の産業安全保健活動の分野では工学、医学、法学、社会学、経営学、環境科学、看護学など多くの学問分野が相乗り入れて仕事をしており、多種の専門職が関わる職業・災害医学の分野では共通の言語を整理して正しく使用し理解し合うことが必要である。

いわゆる過労死は労働負荷と労働時間が二大要因である。前者の内容はさまざまであるが、労働時間については最近、目安が示された。企業の存亡がかかっている不況の今日、改めて疲労と労働時間が注目を集めているわけだが、さかのぼってみると1910年代のILO第1号条約（工業的企業における労働時間を1日8時間且1週48時間に制限する条約）を我が国は未批准の状態にある。要件は既に国内法に全て網羅されているので形式的な問題に過ぎないともいえようが、過労死という言葉がそのまま国際的に通用する事態になっていることに鑑み、このような基本的な問題点は解決しておくべきであろう。近年の長時間労働はむしろ工業的企業以外のところで著しいが、グローバル化の視点からみて気になる点ではある。

その他気になることとして、いわゆる生活習慣病に関しても肥満、糖尿病、動脈硬化等の各学会で時々行われている検査値の基準範囲や判定基準の変更、健康診断結果の判定表示が機関・組織によっては逆の表現をとる——即ち異常なし、要注意・精査、要治療などの判定に対応して、例えばA, B, Cとする場合とD, C, B, Aとする場合がある——なども産業保健の現場では混乱や誤りのもとになる。終身雇用制が崩れ転職が増えつつある現状や、乳幼児や学校の健診、職域保健から成人・老人保健までの生涯一貫した健康情報の記録などを考える場合には検査値の標準化・すり合わせ、検査法の統一、結果表示の一貫性などが前提条件として必要であろう。

細かな問題の列挙に終わったが、次の時代へよりよい遺産を引き継ぐために未だ多くの仕事が残されているように思われる。