



情報ボックス

暑い日は作業計画の見直しを!

職場での熱中症予防のため、発生状況と対策を通達

厚生労働省が昨年の傾向や今夏の節電計画を踏まえ、
熱中症対策を周知

厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課は5月18日、平成23年における職場での熱中症による死亡災害発生状況をまとめ、公表した。

それによると、昨年の職場での熱中症による死亡者は18人と、記録的な猛暑だった平成22年の47人から激減したものの依然、多くの人が亡くなっている。業種別にみると、「建設業」(7人←平成22年17人)、「製造業」(0人←同9人)、「農業」(2人←同6人)、「その他の業種」(4人←同10人)では大きく減少。しかし、警備業(3人←同2人)、林業(2人←同1人)では増加している。また、月別発生状況を見ると、過去3年間では7月と8月に全体の9割(73人中、7月31人、8月33人)が発生しているが、昨年は例年と比較して6月に多く発生し、44%が作業開始から4日以内に発症していた。

厚生労働省では、これまでも職場での熱中症予防の基本対策として、①WBGT値(暑さ指数)の測定などによって職場の暑熱の状況を把握し、作業環境や作業、健康の管理を行う、②熱への順化期間(熱に慣れ、その環境に適応する期間)を計画的に設定する、③自覚症状の有無にかかわらず、水分・塩分を摂取する、④熱中症の発症に影響を与えるおそれのある糖尿病等の疾患がある労働者への健康管理を行う——といった具体的な対策を定め、平成21年6月に「職場における熱中症の予防について」という労働基準局長通達で周知している。

しかし、前述の発生状況の結果とともに、今年の夏は例年並みかそれ以上の暑さが予想されている上、電力需給のひっ迫が見込まれることから、今年度も引き続き、熱中症予防対策を重点的に実施するとして、5月18日に平成24年の職場での熱中症予防対策の重点的な実施について通達した。同通達では、業種として建設業および建設現場に付随して行う警備業、ならびに製造業に対し、基本対策のうち、とくに次の事項を重点的に実施することとし、関係事業場等に対する的確な指導等を求めている。

【建設業や建設現場に付随して行う警備業】

①WBGT基準値を超えることが予想される場合に

は、簡易な屋根の設置、スポットクーラーの使用、単独作業の回避を行うとともに、作業時間の見直しを行う。作業時間については、とくに7、8月の14～17時の炎天下等でWBGT値が基準値を大幅に超える場合に原則、作業を行わないこととすることも含めて見直しを図る。

- ②作業者に睡眠不足、体調不良、前日の飲酒、朝食未摂取、感冒等による発熱下痢等に伴う脱水等が見られる場合、熱中症の発症に影響を与えるおそれがあるため、日常の健康管理について指導するほか、朝礼の際にその状態が顕著に見られる作業者には、作業場所の変更や作業転換等を行う。
- ③管理・監督者の頻繁な巡視あるいは朝礼等の際の注意喚起等により、作業者に自覚症状の有無にかかわらず、水分・塩分を定期的に摂取させる。
- ④高温多湿作業場所ではじめて作業する場合には、順化期間を設けるなど配慮する。

【製造業】

- ①WBGT値について計測等を行い、必要に応じ作業計画の見直し等を行う。
 - ②管理・監督者の頻繁な巡視あるいは朝礼等の際の注意喚起等により、作業者に、自覚症状の有無にかかわらず水分・塩分を定期的に摂取させる。
- また同通達では、初夏には熱への順化が十分行われていないことや労働衛生教育が十分でないと考えられるとして、基本対策を早期に実施することを求めている。なお厚生労働省では、都道府県労働局・労働基準監督署による事業場への指導、ポスターやパンフレット「熱中症を防ごう!」(厚生労働省ホームページ = <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000029dal-att/2r98520000029dpz.pdf>)の配布等の取り組みを推進している。

学校における結核対策マニュアルを公表し 効率的な結核検診の流れを提示

文部科学省が保健所の接触者健診への協力も重要

文部科学省スポーツ・青少年局はこのほど、「学校における結核対策マニュアル」を教育委員会と医師会等に送付した。小中学校第1学年でツベルクリン反応検査を廃止し全学年で問診を導入した平成15年度の学校保健法施行規則改正から5年以上経過したことを受け、結核対策のあり方を検討してきた「学校における結核検診に関する検討会」が昨年8月にまとめた報告書に基づいて作成されたもの。平成15年度からの6年間に発見された小中学生の結核患者295人中、接触者健診での発見は156人(53%)、医療機関受診は110人(37%)で、学校の結核健診で

発見された者は19人（6.4%）だったことから、学校での感染防止には、リスク評価を重視した上での定期健診の一層の効率化、有症状者の早期受診、保健所の接触者健診への協力が重要と指摘している。

同マニュアルではとくに、定期健康診断における結核検診で「教育委員会に設置された結核対策委員会の意見を聞かずに精密検査を行うことができる」とした学校保健安全法施行規則の省令改正等を受け、効率的な結核検診の流れ、すなわち問診による情報の把握（本人や家族の罹患歴、高まん延国での居住歴、自覚症状等）→学校医による診察→必要と認められた者の教育委員会への報告→必要に応じて保健所や専門家の助言→精密検査→事後指導という効率的な結核検診の流れを示している。

検診後の対応に関しては、学校からの報告に基づき教育委員会は精密検査を実施するとしたものの、「速やかに医療機関において対象児童が精密検査を受ける必要がある場合は、学校を通じて当該児童生徒に連絡を行う等、適宜対応する。また、事前に結核に関する専門家等に教育委員会として依頼し、精密検査実施に関して助言を受ける等、地域の実情に応じた体制を構築することも有効」とした。

マニュアルでは、児童生徒が結核に罹患すると、「教育上も重大な影響があり、学校にとって重要な課題」とし、学校および教育委員会の役割として、①児童生徒への感染防止（地域での流行状況や児童の健康状態等の把握等）、②感染者・発病者の早期発見、③感染者発生時の対応（出席停止措置等）の3方向の対策の充実・強化を指摘した。

「介護予防・日常生活支援総合事業の手引き」で地域力を活用したサービスを要請

厚生労働省が改正介護保険法を受け、事業導入のポイントを示す

厚生労働省は4月2日、「介護予防・日常生活支援総合事業の手引き」を公表した。

改正介護保険法で創設された介護予防・日常生活支援総合事業を導入する上での重要な視点として、①要支援者と二次予防事業対象者へのシームレスな対応で介護予防を効果的に進めつつ、生活支援にも対応する、②介護予防や生活支援の担い手となる高齢者の出番や居場所をつくる、③これまでの保険給付や保健福祉事業の枠組みにとらわれず、地域の多様な資源を活用するなどを挙げている。

導入の準備では、総合事業の利用が適している人がどこにどのくらい存在し、どのようなニーズがあるかなどのアセスメントの重要性を挙げた。対象者の把握方法は市町村（保険者）ごとに検討すること

が重要とし、要支援認定を受けているもののサービスを利用していない人は保険者の介護保険システムから抽出し、二次予防事業対象者は基本チェックリストや日常生活圏域ニーズ調査から把握する。また、予防給付を受けており総合事業に移行できそうな人は市町村や地域包括支援センター等が合同で個別の事例検討などを行うと例示。さらに、これらの手法で推計した対象者を地区別に集計し、対象者の推計をもとに必要なサービスの種類と量を検討し、各サービスの開始時期を大まかに分けていくとした。

サービスの提供主体の具体化に当たっては、介護サービス事業者だけでなく、ボランティア、地域活動組織、NPO法人などの多様な主体を積極的に活用し、地域住民や団体等と協働で具体的なサービス内容を検討する準備を行うこととしている。

保健所長らが災害時の対応や予防接種対策の課題を改めて共有

日本公衆衛生協会が平成23年度地域保健総合推進事業発表会でシンポジウムを開催

避難所運営支援にあたる住民等の暫定的行政職員としての雇用を提案

一般財団法人日本公衆衛生協会は3月1日、2日、平成23年度地域保健総合推進事業発表会を開催した。初日は第1部「地域健康安全・危機管理システムの機能評価及び質の改善に関する研究（健康安全・危機管理対策総合研究事業）」と第2部「地域保健総合推進事業（地域保健研究事業）」の計27題の研究発表が、そして2日目は第3部「地域保健・医療に関するフォーラム」が行われた。ここでは、「災害と公衆衛生」「予防接種法の改正について」と題する2つのパネルディスカッションが行われた「地域保健・医療に関するフォーラム」の様態を紹介する。

まず、パネルディスカッション「災害と公衆衛生」では、AMDA理事長の菅波茂氏が「被災地における公衆衛生活動」と題して基調講演。地震被害の阪神・淡路大震災と津波被害の東日本大震災を比較し、緊急医療は少数の患者に多数の医療スタッフで救急救命を目的に当たるとする一方、災害医療は多数の被災者に少数の医療スタッフで生活崩壊の環境での救命と健康推進が目的となると、緊急医療と災害医療との違いを説明した。時系列別の対応については、災害発生から3日間がゴールドタイムで混乱期、7日目までがシルバータイムで状況把握した行政による秩序形成の時期、そして2週間後までがカップertimeであるとし、「ここで完全に行政優位の体制となる」と解説。通常規模の災害では、緊急医療活動

は2週間で終了となり、保険診療による復興支援に移行するとした。

指定避難所と非指定避難所での対応については、指定避難所では町内会によって相互扶助により秩序が保たれ、医療や支援物資の提供があるが、非指定避難所は「外部の支援者には把握できないし、行政の支援も期待できない」と問題点を指摘した。また、「被災者でありながらも指定避難所を運営する町内会役員には、ボランティアではなく、暫定的行政職員として権限と給与などを担保した法的地位を与えるべきである」と強調した。さらに、被災者に必要なのは救済か自立化かと問題提起し、「なぜ金融機関が避難所に出張しないのか。被災者のなかには医療・生活関連職種がいるが、なぜ雇用しないのか。救済から自立の視点への転換も必要」と指摘した。

「自衛隊の災害派遣活動について」と題して発言したのは、防衛省陸上幕僚監部衛生部企画室長の鈴木智史氏。自衛隊では、東日本大震災の災害派遣と原発事故災害派遣を実施し、最大10万人体制で人命救助、行方不明者捜索、生活支援、物資輸送等を行った。衛生部門では、派遣部隊への衛生支援をしつつ、被災自治体のニーズにもとづき、装備品を活用して医療支援を実施した。

自衛隊仙台病院では、隊員と家族の診療を担い、震災直後から仮設診療施設も開設して、被災者の治療をはじめ、駐屯地ヘリポートに送られてきた患者の受け入れを24時間態勢で行った。さらに、仙台市等に所在する衛生科学部隊では、宮城県と調整の上、広域搬送拠点を3月12日早朝までに仙台市の駐屯地に開設し、被災現場からの患者護送をDMAT等と連携して実施。3月14～15日にかけては、被災地域に孤立する病院から患者を輸送するために自衛隊が石巻運動公園に開設していた応急救護所を拡張するとともに、広域搬送拠点を設置して対応した。

これらの広域医療搬送は、県の災害医療担当衛生部局および災害医療コーディネーター、DMAT、地域の医療関係者と連携を図り、実施したと説明したほか、全国から被災地に集まった衛生科学部隊でも、被災地に進出して各自治体のニーズにもとづき、救護所診療、巡回診療、防疫、患者搬送等を行い、巡回診療においては他の医療チームでは支援が困難な離島などを担当したと報告し、自治体との連携の重要性を示唆した。

保健所における栄養・食生活支援と 防災計画における死体検案の重要性

続いて、「被災地における保健所の対応について」と題し、岩手県宮古保健所長の柳原博樹氏が報告し

た。宮古保健所では、管内一市二町一村での医療支援、保健活動支援、心のケアの各チームの現地での活動調整、地域関係機関との連絡調整による医療救護、衛生管理、保健指導、感染症対策、栄養・食生活支援を通じた避難所等での二次健康被害予防対策、愛玩動物の一時預かり等の調整・実施などに取り組んだが、「当初から計画的に対応できたわけではなく、被災の状況や現地で活動する支援チームの情報等を得ながら、何に取り組むかを判断しつつ、状況の変化によりその軌道修正をしながら対応した」と述べた。精神保健医療対策では、震災発生直後から数日間は地元の精神科医療機関と調整の上、被災により処方薬を失った医療機関に対し、通院中の精神障害者を対象として必要な薬剤を届ける活動を緊急的対応として取り組んだとした。また、避難所での保健指導では、避難所サーベイランスと並行して行い、主に食事摂取状況の把握や血圧測定等の健康相談、生活不活発病予防としての運動指導、メンタルヘルス対応、感染症予防対策に取り組んだと振り返った。

そのなかから、特徴的な活動として、管理栄養士で構成される「栄養管理サポートチーム」による避難所での栄養・食生活支援のコーディネート挙げた。モデル献立の作成とそれに必要な食材を発注・配分する「献立・食材マッチングシステム」がサポートチームにより実践されたことが有用であったと述べ、「このシステムは産業界と連携した新たな取り組みとして注目されるべき」と高く評価した。

兵庫県健康福祉部健康局医務課監察医務官の長崎靖氏は、「災害時における死体検案について」と題し、災害現場の遺体の身元確認や死因調査の手順について説明した。災害時には多数の遺体が遺体安置所に運ばれるが、医師が死亡を確認していない例も多いという。日本では、医師の診療管理下にあり病死および自然死と判断した死亡（全死亡の約八二%）以外の死体に関する情報は、警察が把握する。警察では災害死を、自然災害である大規模災害と、交通・火災などの突発重大事故の二つに分けている。警察官による遺体の調査を検視と言い、検視時には着衣や所持品も検査され、これらが身元判明の手がかりとなる。指紋の採取や身体特徴も調べられ、写真が撮影される。その検視が終了すると、医師による死体検案が行われることになる。また、死体検案終了後には、必要に応じて歯科医による歯の治療痕および特徴の記載が行われる。

災害死体検案作業の重要性について長崎氏は、「単に死亡者の戸籍抹消手続きに必要なのみならず、外傷の程度や死因の分析による国民の安心安全

へ向けた情報提供という役割もある」と指摘。その上で、「公共団体の防災計画においても、死体検案の重要性を十分認識されたい」と結んだ。

予防接種は子どものためだけではない！ 生涯を通じた予防接種の考え方を披露

パネルディスカッション「予防接種の考え方について」では、最初に国立感染症研究所感染症情報センター長の岡部信彦氏が「生涯を通じた予防接種の考え方について」と題して基調講演し、「日本はワクチン後進国だと自虐的に言われるが、決してそうではない。1990年代に新しく導入するワクチンが増え、2005年頃からそのギャップを埋めるがごとく、多くのワクチンを導入したために、混乱があるのだろう」と指摘した。実際、1981年から30年間の米国と日本のワクチン導入時期を比較すると、米国が26種類を均等に導入したのに対し、日本は2007年までが8種類、翌年から2012年までが9種類と一気に増えている。そのため、計画的な導入と同時接種の必要性を訴えた。また、ヒブワクチン、肺炎球菌ワクチンを含むワクチンの同時接種による小児の死亡事例に触れ、「病気を防ぐ利益と副反応の存在とのバランスを考えることが重要」と指摘した。

さらに、東日本大震災で災害対策の優先事項の一つに麻しん予防接種を挙げたことから、東北地方での発生がなかった事実についても披露した。2000年に20万～30万人だった患者数は2010年には500人を割り、死亡者数も2000年の100人が2010年には6年に1人という割合に減少した上、麻しんウイルスを原因とする亜急性硬化性全脳炎（SSPE）も、2000年の1～3人から2010年以降は200年に1人という割合に減っている。こうしたデータを示し、岡部氏は改めてその有効性を強調した。また、「予防接種は子どものためだけではない」とした岡部氏は、百日咳が小さい子どもたちの間で減少する一方、20歳代、10歳代が増えていると述べ、生涯にわたる予防接種の重要性を指摘。日本脳炎も50歳代～70歳代の大人の病気であるとし、「ワクチンで防げる病気を罹る前にワクチンで防ぐことが重要」と呼びかけた。

ワクチン対策の不備をカバーする バランスの良い包括的な取り組みが必要

続いて、市町村の立場から、姫路市保健所長の毛利好孝氏が意見を述べた。ワクチン接種について、「感染症の予防」という観点から「感染拡大を防ぎ、保健システムを容易にし、費用の削減が可能であり、その分を他の保健サービス向上に用いることができる」と評価しながらも、「感染症対策の原則は感染源、

感染経路、感受性宿主の三者が揃ってはじめて成立する。したがって、感染症の種類、予防対策となる地域、住民に応じて、①感染源対策（隔離・消毒）、②感染経路対策（環境衛生）、③感受性宿主対策（栄養対策・予防接種）の対策をバランス良く実施することが原則である。しかし現在は、この辺が考えられていないのが残念だ」と問題提起した。また、ワクチンによって獲得した免疫の有効期間は約10年とされることに加え、1980年に天然痘は根絶宣言された一方、2002年にバイオテロ騒動が勃発し、感染症法の一類感染症に追加されたことなどを踏まえ、「テロリスト組織などが保有しているとの説がある。これは感染症に対する脆弱化ではないのか。国としてはどう考えるのか」とたたみ掛けた。

このほか、「緊急対策事業として実施されているヒブワクチンと小児用肺炎球菌ワクチンは予防接種法の一類疾病、子宮頸がんワクチンは二類疾病に位置付けられるのではないのか。目的の異なる予防接種を一つの補助金スキームで導入したところに問題がある」とも指摘した。さらに、子宮頸がんワクチンについて、現時点では子宮頸がんの減少効果が明確でない段階での導入だと指摘。「そのため、当保健所では子宮頸がんワクチン接種に当たって、保護者からより厳密な同意書をとった」と説明した。その具体的な内容は、①16型・18型以外のHPV（ヒトパピローマウイルス）の感染に対する予防効果は確認されていない、②接種の時点ですでに感染していたHPVを排除する効果はない、③ワクチン接種の効果がどのくらい持続するのかわかっていない、④ワクチンの接種は定期的な子宮頸がん検診の代わりにならない、⑤その他の性感染症および避妊に対する効果はない、⑥ワクチン接種から長時間が経過した後に発生する副反応については不明である。その上で同市では、妊婦健診と同時に子宮頸がん検診が受けられるように「無料受診券」を追加する仕組みを導入したと述べた。さらに、市内の全中学校で保健所職員が性教育の授業を実施したとし、包括的な予防対策の実施を主張した。

一方、都道府県の立場からは、滋賀県健康福祉部技監の角野文彦氏が発言。予防接種の実施主体は市町村、最終責任は国となっていることから、「都道府県の役割は何か？」について持説を述べた。「義務接種から勧奨接種となったが、啓発は必要」とし、保健所が情報提供をしっかりとすべきと強調した。また、円滑な接種に向けた市町村への技術支援も都道府県の役割と述べ、市町村への財政的支援も求められるとした。

（記事提供＝株式会社ライフ出版社）

