北海道勤労者安全衛生センター　HOSII

安全・衛生 じゃーなる Journal

126
2016.07

〒060-0004 札幌市中央区北4条西12丁目　ほくろうビル4F　TEL011-272-8855　FAX011-272-8880　■発行責任者：松浦 俊一

いよいよ　夏本番！

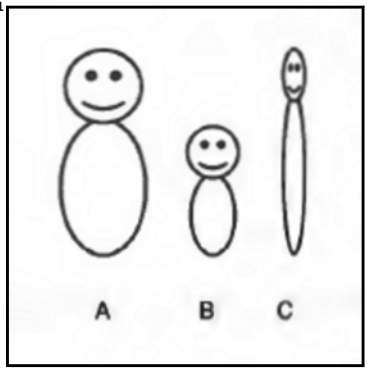
熱中症に気をつけましょう

ここ数年は、猛暑や豪雨など異常気象が各地で相次いでいます。北海道では、今のところ、連日の猛暑と言うほどではありませんが、だからといって「熱中症」と無縁ではありません。今回はその「熱中症について取り上げます。

人は、環境によって体温が変動するカエルや魚などの変温動物とは違って、24時間周期で36～37℃の狭い範囲に体の温度を調節している恒温動物です。体内では生命を維持するために多くの営みがなされていますが、そのような代謝や酵素の働きからみて、この温度が最適の活動条件なのです。

私たちの体では運動や体の営みによって常に熱が産生されますが、同時に、私たちの体には、異常な体温上昇を抑えるための、効率的な調節機構も備わっています。暑い時には皮膚に多くの血液が分布し、外気への「熱伝導」による体温低下を図ることができます。また汗をたくさんかけば、「汗の蒸発」に伴って熱が奪われますから体温の低下に役立ちます。汗は体にある水分を原料にして皮膚の表面に分泌されます。

このように私たちの体内で血液の分布が変化し、また汗によって体から水分や塩分（ナトリウムなど）が失われるなどの状態に対して、私たちの体が適切に対処できなければ、筋肉のこむらがえりや失神（いわゆる脳貧血：脳への血流が一時的に滞る現象）を起こします。そして、熱の産生と「熱伝導と汗」による熱の放出とのバランスが崩れてしまえば、体温が著しく上昇します。このような状態が熱中症です。



ここにA・B・Cの三人がいます。Bの人を「1」として比較すると、Aは体表面積が4倍、体積は8倍となります。「放熱量」では、体表面積と同じく4倍です

熱中症予防のポイント

暑さ対策

- 室温は28度を超えないように、エアコンや扇風機を使いましょう。
- 外出するときは涼しい服装で、日よけ対策をしましょう。
- 無理をせずに適度に休憩しましょう。
- 暑さに体を慣らしていきましょう。

脱水対策

- たくさんの汗をかいたら、のどが渇いていなくてもこまめに水分と塩分を補給しましょう。
- 水分と塩分を素早く補給できる経口補水液をうまく使いましょう。
- 日頃から栄養バランスの良い食事と体力作りをしましょう。

し、「産熱量」は体積に比例して８倍となります。

「寒冷」の環境では、AとBではどちらが先に冷えるかというと、AとBは体型が同じなので、体格の小さいBが早く冷えます。寒冷環境では体格が大きい方が有利となり、例えば、クマは寒冷地の方が体格は大きいという研究もあります。

一方、BとCを比較すると、体積が同じ（体重が同じ）ですが、身長はCの方が大きいため、体表面積はCの方が大きくなり、Cは産熱量はBと同じ（体積が同じ）なのに、放熱量が大きくなるため、Bよりさらに冷えやすいことになります。

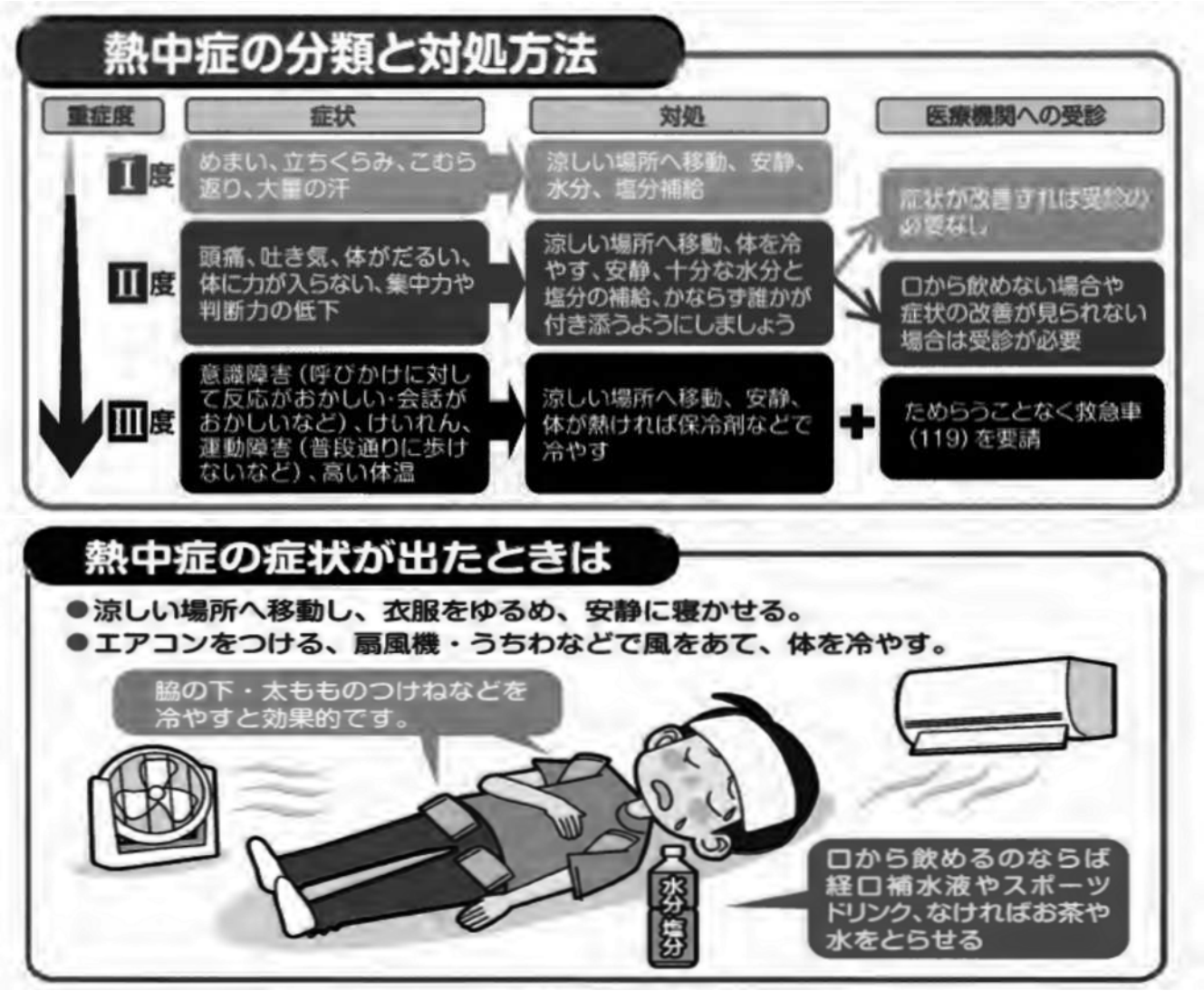
次に、この比較を「高温環境」で考えるとどうなるでしょう。

熱が身体に入るのは表面積に比例します。また、身体の総熱量は体積に比例しますので、AはBの４倍の熱を外から受けますが、もともと８倍の熱を持っていますから、AとBが同じ体温になるには２倍の時間がかかります。身長の小さいBの方が熱中症にかかりやすいことになります。従って、大人と子供では、子供の方が熱中症にかかりやすいことになります。これは、氷を溶かすときに小さくした方が溶けやすいことと同じ理屈です。

一方、BとCでは、Cの方が体表面が大きく受熱面積が大きいため、早く体温が上昇します。

職場にはいろんな体型や体格の人がいますから、その違いを理解しておく必要があります。

また、高年齢者はこれまでの経験から、「これぐらいの暑さなら、我慢していれば涼しくなる」と考えて冷房などの対策を取らないことがあります。そうすると、皮膚温より高い外気温から微熱を吸収し続け、それが蓄熱されることで、血液温が脳内タンパク質の熱凝固限界である40℃を超えて循環してしまい、結果として死亡事故に至る事例が発生しています。高年齢者はさらに、体内水分が少ないこと、皮膚の温度感覚が低下してくることなどの要因も加わるため熱中症には脆弱です。



熱中症予防のための体調チェック!

あてはまるものがあれば、熱中症に要注意!

- □ 夜更かし等で睡眠不足
- □ お酒を飲み過ぎて二日酔い
- □ カゼなどで、発熱や下痢がある
- □ 朝ご飯をしっかり食べてこなかった
- □ 何となく体調が良くない

糖尿病、高血圧症、心臓病、腎臓病のある方は、熱中症対策について、かかりつけ医に一度相談しましょう。

なぜ今、治療と職業生活の両立支援が必要なのか

多様な人材としての要治療労働者の両立支援を

厚生労働省が今年の2月に公開した「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」は、事業者や人事労務担当者、産業保健スタッフを対象にがんや脳卒中などの疾病を抱える労働者に対し、適切な就業上の措置を講じる際の事業場の環境整備や両立支援の進め方についてまとめたもの。

当センターでは、昨年の「第２０回全道セイフティネットワーク集会」で、この問題を取り上げ、 ジャーナル１１３号（２０１５．０５　HPを参照）で報告しましたが、職場の「本人」が疾病により長期の治療休業になることや、罹患者の職場復帰問題への対処、さらに、親などの「近親者」の介護・看護の必要により、やむなく離職することなどで、職場が大きな損失と混乱を被る事態が多くの職場で見られるようになり、そのサポート制度の確立やルールの構築が求められていることに鑑み、「こころの問題」と「社会的なサポート」について総合的な研修をめざしました。

講座の「がんのサバイバーシップ仕事を含む心理社会面の重要性」と題して北星学園大学文学部心理・応用コミュニケーション学科教授の大島寿美子先生が、「治療と職業生活の両立支援に関する検討会報告（２０１２年厚労省）」をもとに、中高年の定年以外の離職理由が「健康悪化１０．４％」、「家族の介護・看護４．７％」と多くなっていることから、病気と職業生活の両立は社会問題化していると指摘し、しかし、メンタル不全以外のがんと脳心臓疾患では、２次予防（復帰）と３次予防（再発防止と両立）の社会的資本が不足している。したがって、今後は企業が人材の保全と確保の観点から、私病への柔軟な対応（がん検診の推進、がん患者の受診機会の保障、産業保健スタッフの増強など）と、疾病への偏見の排除（がんは死病？）、就業規則見直しなどで職場サポート体制を充実させていく必要があると力説されました。

例えば２５才の人が４０年後までにがんを発症する率は８～９％あるとされ、４～５０代の働き盛りの職業生活に大きな影響があることが分かりました。また、がんといっても「５年生存率」が全体で５８．６％であり、決して死病ではなく寛解あるいは治癒が出来る時代になったこと。さらに、がんの種類によっても、５年生存率が低い膵臓がんから、９割以上の前立腺がんや乳がんまでいろいろあることなどがん全体のイメージをある程度つかむことが出来たと思います。

一方で、職場の対応はどうかと考えると、就労しながらがんを通院で治療している人が３２万人と統計がはっきりしているのに、病気休業制度や有給休暇の時間取得、産業保健体制が不十分など多くの課題が浮き上がってきます。職場のがん検診についても、社会的制度化を含め検討する時期に来ています。

治療と仕事を抱える労働者の活躍は職場に必要不可欠

働いている人が病気やケガ（以下「疾病」）を負った場合にどうするかは、労働者自身および事業場による判断や行動は疾痛の状態によって異なります。初期の風邪や軽い頭痛のようなものであれば、自ら用心をしながら出杜するだろうし、高熱が出た場合には一日あるいは二日ほど会社を休むこともあります。インフルエンザや虫垂炎などの入院が必要となった場合は有給休暇や病気休暇を使って数日間は仕事を休まねばなりません。ケガの場合も全く同様です。

しかし、うつ病、がん、脳卒中、糖尿病といった疾病を患い、診断後あるいは退院後に継続的な加療が必要な場合、つまり有給休暇や病気休暇では対応できない場合（あるいは予測がつかない場合）にはどうするか。本人の状態や企業によってケースバイケースであり、病気休業制度を利用したり、上司、人事部門、経営者に相談した上できわめて個別に対応がなされることが一般的でした。あるいは相談せずに（できずに）治療を続けたり、あるいは退職する場合もあります。

つまり、軽微な疾病の場合は本人の判断と裁量によって治療と仕事のバランスについて決定を下すことが容易ですが、継続的な治療が必要となる場合には本人と事業場の双方の判断と合意が必要となります。

たとえばがんに罹患し、適切な加療によって継続就業が可能であるにも関わらず、潔く退職をした末に経済的および心理的に多大なダメージを被った従業員は少なくありません。同時にどのように支援すべきかがわからずに従業員を失った事業場も同様の損失を受けたことになります。いまは既に「買い手市場」ではありませんが、未だに労働者を「元気に働き、使い捨て」とばかりの人事政策が見受けられます。

今回のガイドラインの公表は、企業における人事管理の変革を求めることにも繋がります。企業における従来の人事管理は、「健康な日本人の男性正社員」というモデル人材に焦点を当てたものであり、疾病を抱える従業員がいることを前提に組み立てられたものではありませんでした。非正規雇用者の増加や女性の活躍、さらにグローバル化の進展などにより、多様な人材の管理の推進が求められるなか、今や企業は疾病を抱える従業員も多様な人材のひとつと捉えねばなりません。

今後の課題としてあげられるのは、(1)ガイドラインの周知、(2)事業場の自主的な取り組み、(3)事業場や労働者を支援する体制の整備、(4)医療機関との情報共有を促進するための検討などがあげられます。

特に、治療と職業生活の両立においては多くの関係者が登場しますので、これらの関係者（特に労働者と事業場、事業場と医療機関）の連携を図り、本人のサポートを行うコーデイネーター機能を担う人材の養成が急がれます。

コーデイネーター機能を担う人材としては、医療機関の医療ソーシャルワーカー（中国労災病院における取組みが有名）や、事業場の保健師、地域の産業保健総合支援センタ}、生命保険会社の営業担当者等が考えられます。

働く誰もが要治療者になる可能性があることを日常から意識し、要治療者となった従業員への対応を、女性の活躍推進や高年齢者への対応と同列のものとして進めるべきです。さらに、ワーク・ライフ・バランスの観点からも治療と職業生活の両立支援は、育児や介護と同様な領域であり、従来の『無事是名馬』（けがや病気もせず走り続けることをよしとする価値観）に代表される意識や風土の変革も必要となるでしょう。

従業員は決して不死身のサイボーグではなく、一人ひとりが血の通った人間であり、誰もが心や体を傷める可能性がある。それを前提にこれまでの人事管理を組み立て直し、ダイバーシティ・マネジメントの一環として取り組むことが求められます。本ガイドラインはその実現に向けた実は“大きな”第一歩なのです。

（労働安全衛生広報７月１５日号より　要約　詳しい記事が必要でしたらメールで連絡ください）

「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」2016年は以下のURLです。

http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11200000-Roudoukijunkyoku/0000116659.pdf