

Akita Journal of Public Health

秋田県公衆衛生学雑誌

第7巻・第1号

平成21年12月

目次

論壇

-
- 地域医療の再生—医学部の果たすべき役割 1
本橋 豊

総説

-
- 持続可能な地域歯科保健推進を目指す成人歯科健康診査
—東北大学地域歯科保健推進室の取り組み— 5
小関 健由

特集 職場における自殺予防

-
- はじめに 11
本橋 豊
労働関連自殺—いわゆる「過労自殺」の予防 12
天笠 崇
睡眠キャンペーンを核にした職場の自殺予防活動 25
松本 晃明
企業における自殺が及ぼす影響 37
尾崎 健一

報告

-
- 秋田県の脳卒中医療連携の現況 42
南園 佐知子, 長谷川 仁志, 蓮沼 直子, 金子 善博, 本橋 豊
勤労世代無職者の自殺死亡率の検討 ～ 就業上の地位別・職業別の分析 ～ 48
金子 善博, 藤田 幸司, 本橋 豊
秋田県における自殺死亡統計の特徴 ～ 超過死亡と経年変化について ～ 53
金子 善博, 本橋 豊

(裏面に続く)

秋田県公衆衛生学会

Akita Society for Public Health

会報

平成21年度秋田県公衆衛生学会報告	59
プログラム	
一般演題抄録	
平成20年度秋田県公衆衛生学会事業報告・収入支出決算・監査報告	
平成21年度第1回秋田県公衆衛生学会世話人会議事録	
平成21年度第2回秋田県公衆衛生学会世話人会議事録	
世話人名簿	
秋田県公衆衛生学会会費について	
平成22年度秋田県公衆衛生学会の予定	
秋田県公衆衛生学会運営要項	71
秋田県公衆衛生学雑誌投稿規程	
執筆要項	
秋田県公衆衛生学会のあゆみ	

論壇

地域医療の再生—医学部の果たすべき役割

本橋 豊

秋田大学大学院医学系研究科長・医学部長

1. 国立大学医学部をめぐる昨今の状況

今年は政権交代で日本中が沸いた年であった。新しい政権では医師数を現状の1.5倍にするというマニフェストが公表され、医療政策の転換が明確にされるかもしれないという期待感が高まった。しかし、現時点では政府は他の目玉政策や予算編成で忙しいようで、医療政策までは手が十分に回っていないように見受けられる。これからの医療政策、高等教育政策がどのように変化していくかはなかなかみえにくい。本稿では、どのような方向性が望まれるかについて、医学教育の現場を預かる立場から考察してみたい。

国立大学医学部をめぐる現状で最も深刻なのは、これまでの国の財政赤字削減の方針のもとで定められた運営費交付金削減と人件費削減による教職員の減少とこれに起因する教育研究活動の停滞である。教員数の減少はひとりひとりの教員の教育負担の増加をもたらし、研究活動にあてる時間数が減少し、結果として大学の研究力の低下に結び付くのではないかと危惧されている。とくに医学部においては、医学部附属病院で働く教員や医員が少ない人数で臨床業務に従事するため、体力的にも厳しい状況に置かれており、疲弊感が増大している。さらには、昨今の「地域医療崩壊」と言われる医師不足の加速が地域医療の下支えの一翼を担う医学部附属病院の機能にも人的な面で負担を与えていると言って良

い。国立大学附属病院長会議によれば、全国42の国立大学附属病院の累積赤字は2008年度には約52億9000万円であり、2015年には累積赤字は1438億円に達すると推測されている。(平成22年1月5日、読売新聞)これは、国からの運営費交付金の削減が主たる原因である。また、法人化移行時に解消すべきであった国立大学附属病院の借入金の返済を各国立大学附属病院の責務としたためである。結果として、国立大学附属病院の経営に大きな不安定要因を残しており、これが地域医療崩壊の一因ともなっている。

平成16年4月の国立大学法人化は、大学経営の自由度を増し、教育研究活動の活性化に結びつくというような議論があったように記憶するが、現実には法人化に伴う大学評価活動のための膨大な資料づくりや新たな組織再編に伴う大学事務の増加などの業務が増加し、それらの業務のための事務的作業が教員に跳ね返ってますます教育研究の時間が不足するという悪循環とも言うべき事態が生じている。国立大学法人化の良い面ばかりを強調する大学人が多いが、20世紀末から続いてきたわが国の財務省主導による財政再建路線や財政面での効率化のみを賞賛するような風潮が、将来の人材育成を担う大学行政や大学のあり方に確実に負の影響を及ぼしたことを忘れてはならない。11月に行われた事業仕分けでは国立大学運営費交付金の見直しが議論されたが、具体的な予算の削減には言及されなかったものの、国立大学法人の制度のあり方の見直しが言及された。国立大学法人の運営費交付金

受付 2009.12.1 受理 2009.12.7

〒010-8543 秋田県秋田市本道1-1-1

については、これまでの財務省主導の削減路線を見直し、国としての高等教育のあり方を長期的展望から議論し、政治主導で高等教育の本来あるべき姿にもとづく政策へと転換すべきと考える。

経済協力開発機構（OECD）加盟国の高等教育費に関するデータを見ると、わが国のGDPに占める公費支出比率は0.5%（2006年）であり、28ヶ国の中で最低である。また、高等教育の私費負担割合への依存度は67.8%で、各国平均（27.4%）を大きく上回っている。これらの数字を見ると、日本の高等教育のあり方はきわめて貧しく、先進国と言える状況ではないと言わざるをえない。1960年代の高度経済成長時代を経て、わが国が本当の意味で成熟した社会となったのかどうか問い直される必要がある。フランスのサルコジ大統領が国の豊かさを示す指標としてGDPといった経済指標だけでなく幸福度を加えるべきという提案をしたが、このような議論に対してわが国でも真剣な討議がなされてしかるべきである。

2. 地域医療における大学医学部の役割

一 医師不足、地域医療再生基金

医師不足問題が深刻化したのは、新医師臨床研修制度の導入が契機のひとつである。新医師臨床研修制度は、従来、地域における循環型医師派遣を担ってきた大学の役割と地域における医師需給のバランスを大きく崩し、結果として地域における医師不足問題を顕在化させ、大きな社会問題を引き起こした。大学医学部への若手研修医の帰属者が減少し、大学病院の人材養成機能が相対的に弱くなったことで、新たな医師の人材養成システムが確立されたかという点、心許ない状況である。全国医学部長病院長会議・地域医療に関する専門委員会の調査によると（平成21年5月）、平成14年の大学残留率が71.4%であるのに対して、平成21年の大学帰学率（初期臨床研修

終了後に大学病院に戻った者の率）は48.3%であった。東北地方はさらに深刻で、平成21年度の帰学率は28.2%であった。大学病院への帰学率の低下は地域病院への医師派遣体制の脆弱化等により地域医療の崩壊を加速させるとともに、大学の研究機能の低下による医学研究の進展の阻害要因となり、事態はきわめて深刻である。

医師養成には長い時間がかかる。医学部の6年間を終えたからといって一人前の医師ができる訳ではない。卒業後、先輩医師の指導のもとに、医師としての基本的診療能力と知識を身につけていくことで一人前の医師に育っていくのだが、臨床科の特性を考慮しても、平均すれば卒業後10年位を経てようやく一人前の医師になっていくと考えれば良い。その10数年の人材養成をこれまでは大学医学部が担ってきたが、新医師臨床研修制度の導入後、一般の研修指定病院も担うようになった。医師の人材養成には実務的な側面のみならず、学問としての医学を継続的に学んでいくという側面が重要である。後者を担うことができるのは基本的には大学医学部および附属病院である。1990年代から医学教育改革の流れは医師の臨床能力の向上と科学的根拠にもとづく医療というキーワードをもとに進められてきた。この改革の裏には、19世紀以来医学教育の主流であった実験医学や基礎医学を重視する研究志向の医学教育への反動がある。医学教育において、科学的研究の重要性にもとづく教育が行われ、実務的教育がなおざりにされてきたことに対する医療の現場からのプロテストという側面があったことは確かである。その結果、臨床医学や臨床技術の習得を重視する医学教育が強調されることになった。また、若手医師も臨床技術の習得を第一義に考えて、学問としての医学を重視しないという弊害も現れてきた。さらには、医学部段階における学習においても、重厚な標準的教科書を避けて、国家試験対策のマニユ

アル本しか読まないという医学生が増えてしまった。かつては内科学の学習においては、欧米の標準的教科書であるハリソンやセシルの内科書を原書で読むという医学生が相当数いたのだが、現在ではそのような医学生を探すのが困難な状況になってしまった。卒業後も、学会が認定する専門医の取得が目標となってしまう、学問としての医学を探究しようという若者が少なくなってしまう。

大学院に入学して博士号を取得することによどのような意義があるのかを理解しない医学生や研修医が増えてしまったのは悲しいことである。博士号の取得は、専門医の取得と違って、実利性に乏しいことは確かだろう。しかし、古来、医学は病気を治し健康を増進するための科学的知識を発見することで大きな進歩を遂げてきた。実務としての医学・医療の上に、学問としての医学あるいは医学研究を志す気概を、多くの医師が持っていた。若い時代に実利性のみを追い求める若者が増えてきたことは医師数の増加に伴う必然の現象なのかもしれないが、学問への志をもって医学研究に進む若者がもっと増えてほしいと多くの大学人が願っている。そのためには、若者の志のみを強調するのではなく、若手の研究者が夢をもって仕事を進めることができるような環境の整備が必要である。大学院生への奨学金制度の充実や若手研究者の給与の充実などの施策は早急に進めてほしい事項である。

基礎医学研究者になろうとする者がほとんどいなくなってしまうことに、多くの医学部関係者は真剣に危惧している。今回の医学部定員増にあたっては、新たに研究医養成のための定員増の枠組が示され、秋田大学医学部も東北大学医学部が主導する研究医養成プログラムに協力することになったのは、このような危機感を背景にしている。

地域における医師不足の特効薬的な政策はないと言って良い。国家の医師や看護師等のヘルスマンパワーの養成は長期的展望に立っ

て行われる必要があるが、1980年代以降の厚生省の医師供給政策は、医療費増加における医師誘発需要論という根拠の乏しい論拠による抑制路線で進められ、人口あたりの医師数は欧米より低い水準で推移することになった。厚労省は地域における医師不足が深刻になった段階でも医師不足はなく医師偏在だとして、積極的な政策転換をしなかった。その後、政府として医師不足に対する医学部定員増が閣議決定されたことにより、平成19年度から本格的な医学部定員増がなされるようになった。秋田大学医学部においては、国の方針を受けて、年次を追って定員増を実施し、平成22年度入学者においては122名（3年次編入者を含む）の入学者を受け入れることになった。この入学者数は秋田大学医学部の歴史の中で最大のもので、教員の増員や施設整備を余儀なくされるものである。入学者のうち、地域枠入学者は22人となり、秋田県の奨学金を受けてもらい、卒業後一定年数を確実に秋田県の医療機関で働いてもらえる仕組みを構築している。地域枠で入学した学生は確実に秋田県に定着してもらえることを前提にしているが、一人前の医師になるには最低でも10年かかることから、地域の医師不足に貢献できるようになるのはだいぶ先のことになる。

今年度の補正予算で、地域医療再生基金というものが各都道府県に造成されることになった。2次医療圏ごとに地域医療を再生するための計画を提案してもらい、1件あたり25億円程度の予算で地域医療の再生に資する緊急的対策を打つというものである。地域医療再生計画の中には、医師等の人材養成や地域への循環型医師派遣システムの構築などの面で医学部が果たすべき役割を与えられている。秋田大学医学部は秋田県と協力して地域医療再生計画に協力することになっており、医学部定員増と連動して地域医療再生に積極的に関わる予定となっている。

地域医療再生とは、医療資源の大胆な再配

置と人材養成システムの再構築が重要なポイントである。国、県、大学を挙げて、今後はこの問題に取り組むことになった訳で、地域医療再生のため、今後一層の関係者の努力が

必要である。

(本稿はヒューマンクラブ秋田に掲載された原稿に加筆したものである)

持続可能な地域歯科保健推進を目指す成人歯科健康診査

— 東北大学地域歯科保健推進室の取り組み —

室長 小関 健由 (予防歯科学分野教授)

東北大学大学院歯学研究科地域歯科保健推進室

口の健康は、単にう蝕や歯周疾患が無いことではなく、口の本来の機能である「味わって食べる」、「楽しく話す」、「よく笑う」といった人間らしい生活を送るための基本的な口の機能が、その人なりによく活用できる状態をいう。即ち、口の健康は人間らしく生きる力の源であり、人間の尊厳に関わる重大事なのである。さらに、口の健康状態は全身疾患の発症や進行、そして予防に大きく関与することが科学的に解明されている。しかしながら、東北地方に住む我々の口腔の健康の状態は決して良い状況とは言えず、3歳児の一人平均う蝕経験歯数を始めとして、口の健康指標は全国の最下位にある。したがって、東北地方の方々の心身の健康状態を高めるためには、命の基盤となる口の健康の向上が大

きな課題となる。

この問題を改善する糸口として、東北地方の関連部局・団体と住民が情報を共有し、問題点を抽出し、さらにその解決策を全方位から協議する連携の場が必要であり、その連携の場は、中立を保ち医療保健情報を集約する大学が提供すべきであると思われる。そこで、東北大学大学院歯学研究科は、口腔保健・医療・福祉の連携フレームワークの構築を最重要課題と位置付け、平成19年度、歯学研究科社会貢献委員会の下に、連携の場となる歯学研究科地域歯科保健推進室を設置した(図1)。本稿では、現在の地域歯科保健推進室を通して実施している成人歯科健康診査への取り組みを解説し、地域の口腔保健の推進における大学の役割を考えたい。



図1 東北大学歯学研究科地域歯科保健推進室の設置

受付 2009.12.7 受理 2009.12.21

〒980-8575 仙台市青葉区星陵町4番1号

1. 啓発活動の場としての歯科健診の活用

健康な成人が口腔の健康を深く考える機会
は、メディアを通して断片的な口の健康情報
に触れた時と歯科健診の場で各自の口腔内現
症の説明を受ける時しかないのが現状である。
しかしながら、成人の9割の罹患する口腔内
疾患に対する健診は、スクリーニングの意味
よりも、歯科医療の受診勧奨をする目的に
なっているのが実際であろう。受診勧奨を主
目的にする歯科健診ならば、健診自体が啓発
活動の場であるべきであるが、現実はそのよ
うな健診の実施体制であるとは言い難い。こ
れは、医科の一般健診はあくまでも疾病検出
のスクリーニング検診であるために、健康教
育は事後指導として実施するので、住民健診
に併設された歯科健診も同様な体制設計が為
されがちであり、一方で歯科医院で健診を実
施する受診券方式では、各歯科医院の保健指
導の力量が問われ、健康教育といった啓発へ
の取り組みへの質の管理が難しいからである。

歯科健診受診の意義の不明瞭さを受けて、
自治体や歯科医師会が主体となって実施して
いる歯科健診は受診率が低迷し、1割を切っ

ているのが大多数である。宮城県の農村地帯
のA町において、住民歯科健診に併設した成
人歯科健診の受診意向調査からは、受診申込
者が2割に対して4割が「忙しい」の理由、3
割が歯科治療中との理由で住民歯科健診に申
し込まず、定期的歯科健診を受けているから
との理由はわずか7%であった。歯科医療費
の総額は、死因の一位を占めるがんの治療費
とほぼ同額であり、これは地域の自治体など
が関わる健康保険の運営でも大きな問題と
なっている。よって、歯科健診にも歯科医院
にも参加・通院していない5割の成人に対
して口腔保健の大切さを啓発して疾病予防に
取り組んでもらうことは、歯科医療の活性化の
みならず地域の健康政策上の最重要課題であ
る。このためには、住民の口に関して効果的
な啓発を行う魅力的な歯科健診を実施して、
無関心層の掘り起こしを行う必要がある。

啓発活動を主目的とした歯科健診は、第一
次予防に向けた歯科健診と第二次予防に向け
た歯科検診の二方向への取り組みがある(図
2)。

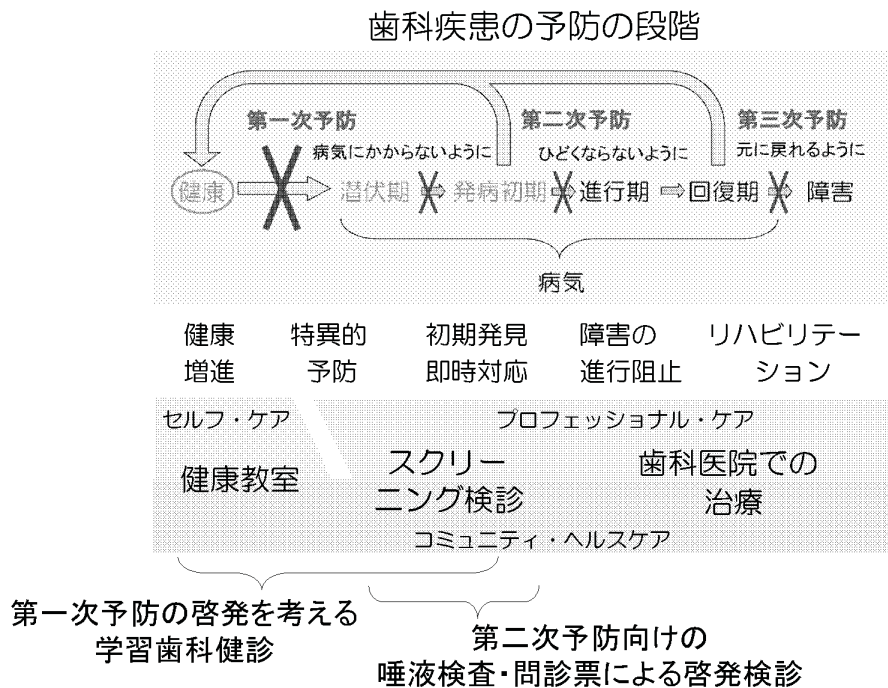


図2 歯科疾患の予防の段階と歯科健診の取り組みの方向

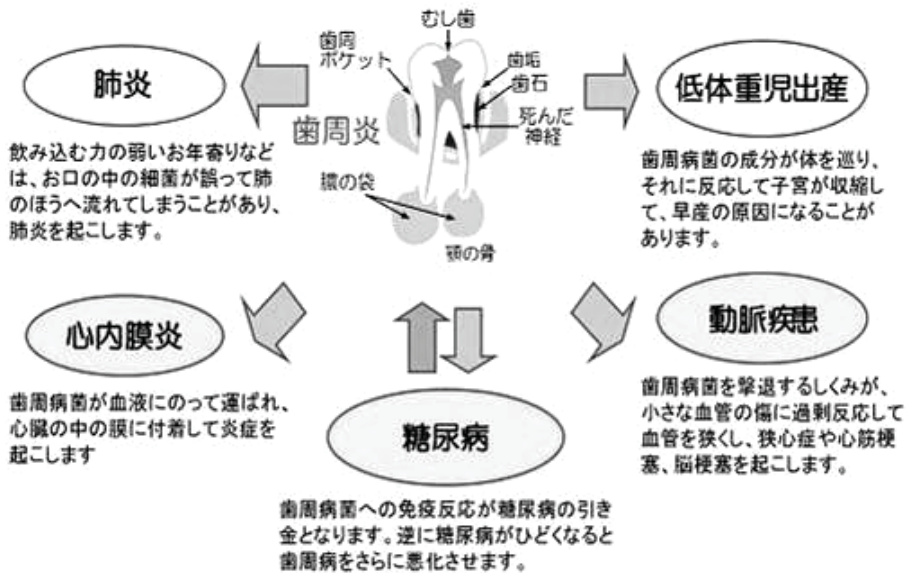


図3 歯科疾患が全身の健康に与える影響

後者は、歯科検診の結果を材料にして、新たな口腔保健への気付きを促す健診であり、歯科医師が現場で診断する必要がない唾液検査や問診票による歯科健診を含む。この場合の気付きは、口腔内現症への気付きのみならず、全身の健康に及ぼす口腔の影響をその気付きの目的とするべきであろう(図3)。一方、第一次予防に向けた歯科健診では、口腔保健の心身の健康に及ぼす意義を示し、自ら行動変容を行う力を待てるまでの啓発活動を実施すべきであろう。

2. 第二次予防に向けた啓発検診

口腔内疾患は全身疾患に大きな影響をもたらすことは、医科と歯科の連携、さらに介護・福祉と歯科の連携を確立する重要な鍵である。地域医療を担う歯科医師は、地域住民の健康レベルの向上のために、この新しい情報の発信を積極的に推し進めなければならない。現状では職域や地域の成人歯科健診を推し進めるに当たって、医科の健康診査に準じた口腔内疾患のスクリーニング検診を、歯科医師の関わらない、より簡便なものにしようとした提案が為されている。即ち、唾液検査や質問紙を用いたスクリーニング検診である。歯科

医師不在でよいので、検診の体制設計の自由度が増し、導入が比較的楽であり大規模検診にも対応できる点が特徴である。このスクリーニング検診での啓発活動は、口腔機能の低下による生活の質の低下の気付きと、全身の健康への影響への気付きを促す。よって、第二次予防に向けたスクリーニング検診では、その結果通知表に受診者への啓発情報を短く判りやすく伝えるために、十分な工夫が必要である(図4)。

3. 第一次予防の啓発を主目的においた学習歯科健診

歯科疾患は、ほとんどの国民が経験し、直接死に至らないことから学校や家族の共通の具体的話題にのぼることが多く、さらに歯科の二大疾患である不可逆的破壊の起こるう蝕と歯周病は歯垢といった単一の直接原因であり、口腔清掃で歯垢を除去すると歯肉炎は短期間で治癒を観察することが出来る。よって、学校や集団での健康学習には最適の教材である。口腔清掃を実施することによって歯ぐきの炎症が無くなる過程を観察し、口腔内疾患の予防のみならず、身体は生活習慣の改善によって確実に改善することを短期間に学び、

〒990-0000
大館市〇〇×120番地
検査日: 年 月 日
受付NO. 10
検査NO. 1
患者 40才 性別 男
歯科 太郎 様
菌周病検査結果通知書

検査項目	基準範囲	検査結果	判定
炎症検査(LDH:乳酸脱水素酵素)	114U未満	410 U/l	高値
総合判定	要精検		

検査結果は下記のとおりです。

良好であっても定期検診を受けながら、お口の健康を保っていくよう予防処置をしてもらうことが大切です。

要精検と判定された方は、歯科医院においてさらに詳しい検査や治療が必要です。

※『定期検診』、『予防処置』、『検査』や『治療』には別途費用がかかります

以下のチェック箇所をご確認下さい。

菌周病は、以下の全身の健康状態に関わる事が最近の研究で明らかになってきました。チェック項目を読んで、菌周病の全身に及ぼす影響に気づいてください。

心 臓 : 菌周病菌が血液の流れによって運ばれ、心臓の膜に付着して炎症を起こす事があります。

動 脈 : 菌周病菌に対抗する体の仕組みが小さな血管の傷に過剰反応し、心臓や脳の動脈血管が狭くなり狭心症や心筋梗塞、脳梗塞を起こす事があります。

糖尿病 : 菌周病菌への免疫反応が糖尿病を悪化させたり、逆に糖尿病が重度になるほど菌周病も悪化するといった相互作用も明らかになっています。

タバコ : タバコを吸う人は菌周病にかかりやすく、進行もはやく、治療しても治りにくい傾向にある事がわかっています。

妊 婦 : 菌周病菌の成分に反応して子宮が収縮し、早産の原因になる事があります。

検査結果は下記のとおりです。

検査項目	基準範囲	検査結果	判定
炎症検査(LDH:乳酸脱水素酵素)	114U未満	410 U/l	高値
総合判定	要精検		

良好であっても定期検診を受けながら、お口の健康を保っていくよう予防処置をしてもらうことが大切です。

要精検と判定された方は、歯科医院においてさらに詳しい検査や治療が必要です。

※『定期検診』、『予防処置』、『検査』や『治療』には別途費用がかかります

以下のチェック箇所もご確認下さい。

菌周病は、以下の全身の健康状態に関わる事が最近の研究で明らかになってきました。チェック項目を読んで、菌周病の全身に及ぼす影響に気づいてください。

- 心 臓 : 菌周病菌が血液の流れによって運ばれ、心臓の膜に付着して炎症を起こす事があります。
- 動 脈 : 菌周病菌に対抗する体の仕組みが小さな血管の傷に過剰反応し、心臓や脳の動脈血管が狭くなり狭心症や心筋梗塞、脳梗塞を起こす事があります。
- 糖尿病 : 菌周病菌への免疫反応が糖尿病を悪化させたり、逆に糖尿病が重度になるほど菌周病も悪化するといった相互作用も明らかになっています。
- タバコ : タバコを吸う人は菌周病にかかりやすく、進行もはやく、治療しても治りにくい傾向にある事がわかっています。
- 妊 婦 : 菌周病菌の成分に反応して子宮が収縮し、早産の原因になる事があります。

図4 仙台歯科医師会らが実施した唾液検査の結果通知表

この菌周疾患を克服した経験を転じて生活習慣病を克服する力とする。さらに口の健康と口の支える生活の質の豊かさに気が付いた方は、家族や地域の全体にその情報を発信せずにはいられないであろう。この啓発活動を歯科健診の場で実施するのが学習歯科健診である。

東北大学地域歯科保健推進室では、歯科保健推進に関わる協定を締結した自治体と話し合い、同意を得た地域でこの学習歯科健診の取り組みを行っている。学習歯科健診は、地域の歯科保健の情報発信を支える歯科ボランティアの育成の取り組みと、健診や学習会の場での歯科保健啓発の実施の2つの階層での取り組みからなる(図5)。

歯科ボランティアは健康学習会や呼びかけに応じた地域住民の方で、歯科健診の会場で、歯みがき体験コーナーや歯科健診の記録などを受け持つ。通常、子育てを終えた成人は子どもの仕上げみがきの経験を持つので、菌周組織にやさしい他人みがきを、歯科専門職の

下で感染対策も含めて安全に実施するレベルに、複数回の学習会で到達する方が多い。さらに、歯科健診の記録を体験することで、受診者に説明する歯科保健情報を聞き取りながら、口に関する学びを重ねていく。これらの体験を持った住民の方が地域で口の情報を発信していただくと、地域での歯科保健推進モデルパースンとなり、地域の歯科保健を草の根的に底上げし、生活の中での歯科保健を地域の中で持続可能にする(図6)。

一方、学習歯科健診の会場では、受診者は始めに口臭検査や唾液検査などの健康啓発教材となり得る口腔機能検査を受ける(図7)。口臭値が高かったり、ガム咀嚼で集めた唾液に血液が混入していたり、嘔むと違和感や痛みのある部位を思い出したりした場合は、口の機能の問題点と歯科健診の目的が受診者の中で一体化し、次の歯科医師による口腔内診査と結果告知が受診者の心に届くものとなる(図8)。さらに、歯科ボランティアによる歯みがき体験を通して、自分の実施している

歯みがきが適切であるかを考えてもらい、歯科受診といった行動変容を促す。歯科健診にストーリー性を持たせて、歯科健診自体を体験学習化して個人の行動変容を促すのが学習歯科健診である。学習歯科健診で要指導・要医療とされた受診者は事後支援事業に参加し、歯科ボランティアと一緒に口について学びを重ね、歯科医院を受診してもらうと共に、次年度の歯科ボランティアへの参加を促している。

4. 地域の歯科保健を推進する歯科保健活動の継続

口腔内の疾患は、う蝕と歯周病のみではない。無歯顎の方でも是非とも成人歯科健診に参加していただきたいのは、口腔内の視診には口腔がんの早期発見の目的も含まれるからである。口腔領域に発生するがんは、がん全体の2%弱であり、頻度は多くはないものの表在性のものは、極めて早期なものから視診で発見することが可能である。成人歯科健診に粘膜診査の項目を設けて、口腔がん・前癌状態のスクリーニング体制を整えることは、現在の成人歯科健診の項目で対応可能であり、歯科医師の研修も地域の医療レベルを確保する上で必要不可欠な事業である。東北大学大学院歯学研究科では、大学院講義の開放講座として「口腔がん健診特別研修」を2日間のプログラムで公開しているので御活用いただきたい。地域で、無歯顎の方も含めた成人歯科健診が実施できる体制を整えるように、住民の方にも口の情報発信と啓発活動を強く推し進めたい。

歯科保健の推進の効果が目に見えるまでに地域が変わるまでには、やはり時間がかかるであろう。子どものむし歯予防を例に取れば、むし歯を持つ子の親が、歯科保健の大切さに気が付き、学びながらむし歯予防を実施してもDMF歯数で評価するかぎり子の口腔内健康指標が改善することはない。この子が成人し、

親になって子育てを始め、祖父母と父母が一緒になって子のむし歯予防に取り組んだ場合に初めてDMF歯数が減少するのである。

つまり、むし歯予防の成果を現行の歯科保健指標で評価するためには30年以上の月日が必要であり、予防歯科の長年にわたる取り組みの成果が現実のものとなったのが今日の急激な子どものう蝕罹患状況の改善である。

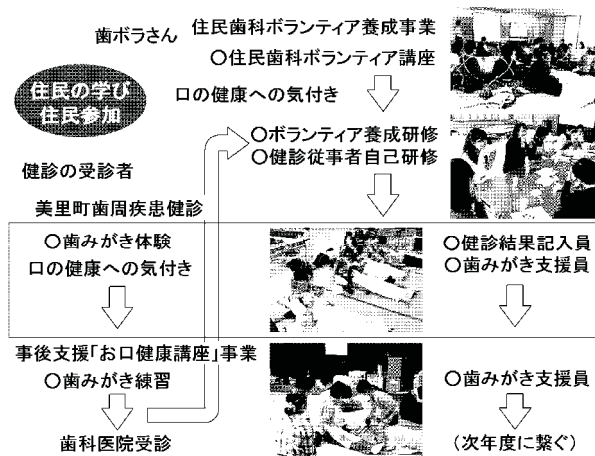


図5 学習歯科健診での歯科ボランティアの活動と養成

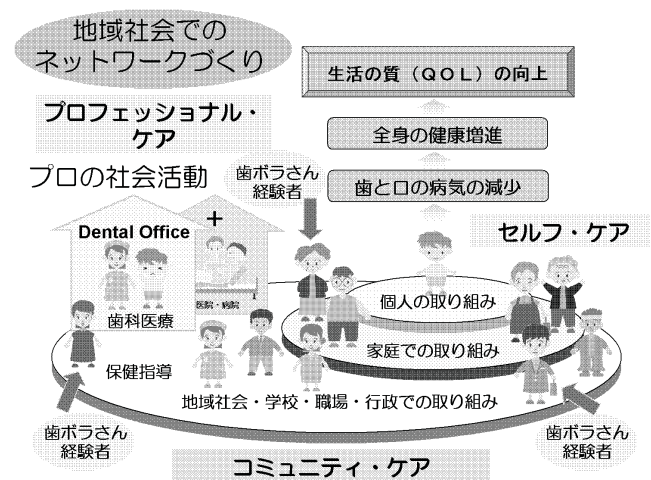


図6 地域での歯科保健の底上げを担うコミュニティ・ケアと歯科ボランティア

歯周疾患予防の評価は 80 歳時の残存機能歯数であろうから、30 歳に対する保健活動の成果が出るのが 50 年後である。地域の口腔の健康を考えるには、変わることのない地域住民への厚い気持ちと強い予防歯科の使命感を住民の方と長期間にわたり共有することが必要であろう。歯科保健推進の努力の長期間の持続こそが、歯科保健で評価され、歯科の本当の意義を示す最大の方策である。

東北大学大学院歯学研究科・東北大学病院歯科部門では、地域歯科保健推進室を中心に、地域歯科保健・医療の推進のために、歯科医師会や自治体、医療機関・教育機関と連携を強め、住民、各保健推進者、学校職員、さらに歯科専門職対象の公開講座を実施して歯科保健の推進・啓発を進めている。さらに地域歯科保健推進室は、大学との連携窓口として、様々な問い合わせや質問の窓口を務めている。平成 21 年度の実績として、宮城県内の 2 地方自治体と歯科保健推進に関わる提携を結び、宮城県とは宮城県歯科健診総合推進事業、乳幼児歯科保健推進者養成研修事業、委託研究事業を実施している。さらに、小中高校教員に対する文部科学省理科教員指導力養成研修、養護教諭対象の教員免許更新研修、一般市民を対象とした開放講座を 6 回実施している。

東北大学地域歯科保健推進室では、平成 22 年 1 月より東北大学病院新外来診療棟に移転した東北大学病院歯科部門（旧・附属歯科医療センター）による医療との両輪で、東北地方の口腔保健・医療のレベルの向上を目指して邁進しますので、我々の地域保健に対する

取り組みにご支援をお願い申し上げますと共に、様々な分野で我々をご活用下さい。

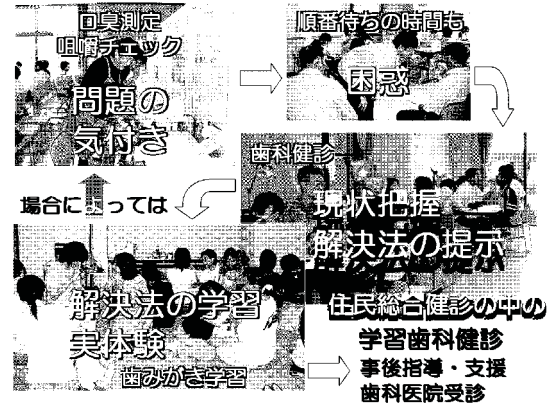


図7 学習歯科健診の受診者の体験学習

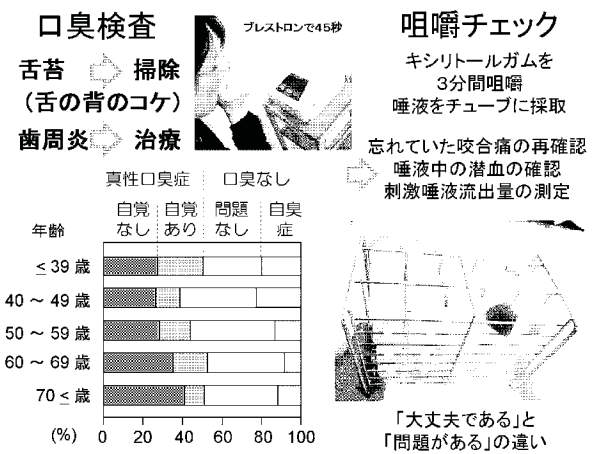


図8 口腔機能検査による口腔内現症への気づき

第19回 日本産業衛生学会 産業医・産業看護全国協議会 シンポジウム

「職場における自殺予防」

はじめに

- | | |
|--------------------------|----------|
| 秋田大学大学院医学系研究科 | 教授 本橋 豊 |
| 講 演 | |
| 1 労働関連自殺—いわゆる「過労自殺」の予防 | |
| 代々木病院 精神科 | 科長 天笠 崇 |
| 2 睡眠キャンペーンを核にした職場の自殺予防活動 | |
| 静岡県精神保健センター | 所長 松本 晃明 |
| 3 企業における自殺が及ぼす影響 | |
| ライフワーク・ストレスアカデミー | 代表 尾崎 健一 |

はじめに

本橋 豊

秋田大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座

2008年のリーマンブラザーズ・ショック後のわが国の経済状況の悪化は、自殺問題に深刻な影響を与えています。2009年の自殺者数は昨年の数字を上回ることが予想され、地域・職域の自殺対策の強力な推進が求められています。本日のシンポジウムでは、産業保健におけるメンタルヘルス、自殺対策分野で活躍されている3人のシンポジストの先生方にさまざまな観点から、職場における自殺対策のあり方について論じていただき、この問題に関する現状の認識と具体的な対策の展望に関する議論を深めることと致します。天笠氏には、現場の産業医（精神科医）の視点から、過労自殺の実態とその背景要因について事例を基にお

話いただきます。松本氏には静岡県で推進している地域・職域の自殺対策である睡眠キャンペーンを核にした富士モデル事業と行政サイドから職場の自殺対策をいかに推進するかについてお話いただきます。尾崎氏には、民間のEAPの立場から、職場における自殺対策のうち、相談支援のあり方、臨床心理職のメンタルヘルスにおける企業での役割などについてお話いただきます。

過労自殺、地域・職域の健康づくりモデルとしての自殺対策、EAPの相談支援のあり方という3つの話題から、職場における自殺対策を考える新たな観点を提供できればと期待しております。

労働関連自殺—いわゆる「過労自殺」の予防

天笠 崇
代々木病院精神科

はじめに

みなさんおはようございます。本日このシンポジウムをコーディネートして下さり、貴重な発表の場を与えてくださいました、座長の本橋先生に感謝いたします。早速私の発言に入りたいと思います。4部構成でお話していきたいと思います。まずさきほどの座長のことばにもありましたが、事例を紹介し、引き続き、過労自殺の実態、その背景要因について、そして最後に対策という順番で発言してまいりたいと思います。なお、過労自殺は、社会医学的には労働関連自殺（**work-related suicide**）と呼ぶべきですので、以下、労働関連自殺と言うことにしたいと思います。

1. 労働関連自殺事例

まず、事例編です。私は嘱託産業医としても働いておりますが、臨床の背景は精神科医です。文字が細かくて恐縮ですが、この表1は過去10年あまりに、私が精神科医として意見書・鑑定書作成に直接かかわった42事例を一覧にして示しています。労基署に提出する場合は意見書で、裁判所の場合は私的鑑定書と言ったりしますが、これからの発言ではいずれの場合にも意見書と言うことにします。なお、この表を作成した後に2事例増えて現在に至っています。45事例のうち、お1人だけこういう学会発表等に詳しい個人的な情報を使用して欲しくないという方がいらっしゃいますが、過去10年余りで、ちょうど45事例の意見書作成に直接関わってきたことになります。表1では、42事例を意見書作成年順

に並べました。2003年以降、女性の事例にも関わることがあるようになっていきます。2003年以降、男性24に対し女性が8です。表1では、労災事故が発生した時の年齢、自殺かそうでないか、それから私がどの段階で、すなわち労災や公務災害申請の段階からなのか、裁判の段階からなのか、裁判の段階からであれば行政訴訟か民事訴訟か、といったどの段階で意見書作成に関わり、その結果が表の作成時点でどうであったか、そして最後に備考としてその事例の特徴を示しています。これら42事例のうちの2事例、女性技術者と女性教員の方について、判決がほぼ確定しておりますので、少し詳しくご紹介していきたいと思っております。

事例1 女性養護教員の労働関連自殺

まず、労働関連自殺の事例です。今では特別支援教室と言われますが、この当時は養護学級と呼んでいました。静岡県の40代の女性養護教員の例です。このかたで特徴的なのは、過労自殺といいますが、長時間労働というイメージをもたれるかと思いますが、そうではなくて、質的労働ストレスの過重性が認められた点です。この方は、異常な体験入学の受入れ最中にうつ病を発症されました。この先生は自殺された当時48歳でした。この先生は小学校に転任されたのですが、その最初の年に、この小学校に初めて開設された養護学級（今で言う特別支援教室）の整備を進めながら養護学級担任を務めていました。養護学級担任は初めてでした。あるお子さんと親御さんが、その養護学級に養護学校からの転入を希望されたのです。そのお子さんは、多動性障害を抱えていました。このお子さんの体験入学を受け入れたのですが、しかしそもそも

〒151-8556 東京都渋谷区千駄ヶ谷1-30-7

第19回日本産業衛生学会 産業医・産業看護全国協議会 シンポジウム「職場の自殺予防」(2009.11.7)を採録したものである。

表1 労働関連精神疾患・自殺の自験42事例（1997年～2009年7月）

	作成年	年齢	自殺	労災	公務	行訴	民訴	備考
地方公務員	1997	42+			×			
製造業品質保証	1998	28+					和解	
地方公務員	2000	28+			×			交通事故＝事故傾性？
衣料品営業	2000	29+						会社に提出、謝罪
教員	2001	26+			×	×		学校管理部の対応のまずさ
家電製造	2001	46+					○	過失相殺あり
通信会社	2002	31+	×				和解	
流通業	2002	47					○	賃金仮払仮処分命令、配置転換
製造業	2002	59+	?					子会社への出向
化学薬品会社	2002	53+					和解	査問、産業医の措置のまずさ
出版社	2003	28	×				○	地位保全等仮処分
住宅販売	2003	35+					○	3割減額
出版社	2003	34+					和解	
保険会社	2004	45					和解	女性に対する職場いじめ
自動車販売	2004	25+		○(逆転)				
医師	2004	29+				○		「同種労働者」比較を否定；医師の多くがストレス状態にある
国家公務員	2004	53+			×			
技術者	2004	34+		○			和解	ハラスメントも絡んでいた
SE	2005	39	×			○	○(控訴)	裁判では加重性が評価された、早すぎた復職
医療労働者	2005	35	×					頻回の職場異動など
保険営業	2005	31					和解	ハラスメント
教員	2005	55+			○(逆転)		係争中	ハラスメント
食料品卸会社	2006	24+				○	和解	加重評価されず
医療労働者	2006	39+				×	○(控訴)	○(控訴)
建設会社	2006	53+		○			係争中	反復性うつ病性障害
教員	2006	48+				○(逆転)	○(控訴、 上告)	裁判では加重性が評価された、早すぎた復職
会社員	2007	37		○				暴行→紛争、うつ病→躁うつ病
品質管理	2007	52+				×		長時間過重+ハラスメント、職場以外の負荷が大きいとされた
専門技術職	2007	30代		×	?			リストラクチャリング
専門技術職	2007	37+		○			和解	
建設工事所長	2007	54+					○	単身赴任、脆弱性を主張、加重性評価されず
校長	2007	58+					○(逆転)	精神疾患発症、過重性判断されず
医師	2008	30+		○			係争中	予見可能性判断、復職可否判断の妥当性
設計監理	2008	28+	×			×	○(控訴)	加重性評価されず
流通社員	2008	57+					×	反復性うつ病性障害
料理長	2008	51+					○	ハラスメント、加重評価されず
SE	2008	25+		○			係争中	ハラスメント
国家公務員技術職	2009	28+					審査中	加重評価されず
営業	2009	62					係争中	
経理事務	2009	46+					係争中	加重評価されず
SE	2009	27+		再審査中				加重性評価されず
教員	2009	24+					係争中	ハラスメント

すでにこの先生が担当していた養護学級に通学していたお子さんに対し、体験入学を希望された児童は、過去に同じ幼稚園に通っていて、暴力を振るっていたという情報が事前情報としてあったのです。

そういうこともあり、この先生は学校管理部に対して、また市の教育委員会に対して、受入れに消極的な意見を挙げたりもしました。しかしその意見は聞き入れられず、トラブルがあった場合即刻中止することを前提に、市のレベルの受け入れ会議で受け入れが決まりました。なお、この先生は受け入れ会議のメンバーではありませんでした。予測通りとで

も言ったらいいのでしょうか、体験入学によって授業が成り立たなくなり、すでに担当していた子供との関係それだけではなく、その保護者との関係も崩れ、この先生は悩み苦しみ、その体験入学の途中から、うつ病を発症していたと推定されました。なお、この体験入学は当初の予定通りの期間実施されました。発症後、精神科医療機関に通院され、その後休職に入り、復職を間近に控えた、2000年8月2日に自殺されたという経過です。なお、うつ病で休職した方の復職問題というのは、産業の現場で今ホットな話題ですが、今はどうか把握していませんが、当時は今のようなシ

システムはありませんでした。

死後、ご両親が公務災害を申請されました。しかし、公務外と採決されまして、再審査請求を求めましたが、3カ月を経っても採決されないため、2007年3月に行政訴訟を提訴され、地裁ではご遺族が敗訴しました。私は地裁の最終段階から関わりました。ご遺族は控訴されまして、幸いと言いますか高裁では逆転、全面的に勝訴しました。民間労働者の場合の労基署に相当するのが、地方公務員の場合は地方公務員災害補償基金(基金)です。民間労働者の労災補償制度と同様のシステムが用意されています。この高裁判決を不服として、基金は最高裁に上告しておりましたが、つい先だって(2009年10月)上告が棄却され高裁判決が確定しています。

この裁判の要点を述べます。地裁と高裁とでは、事実認定というのですけれども、事実として何があったのかということ、裁判所が認定します。我々医療者の場合ですと、症例報告の際の経過、あるいは現病歴と言ったらいいでしょうか。そこは地裁も高裁もまったく同じだったのです。けれども、判断のプロセスが全く違ったことになります。最終的に最高裁まで行って、上告が棄却されたことで高裁判決が確定しましたから、基金の主張とそれを認めた地裁判決とが全面否定されたことになります。地裁で基金が主張していたのは3点でした。①2週間という養護学級での体験入学の受け入れは大変ではなかった、②退職後3カ月半後の自殺は職場復帰へのストレスが原因であり公務が原因ではない、③うつ病による自殺は本人の脆弱性の問題だった。これらが全面否定されました。判決では、体験入学の受け入れという質的な業務の過重性が明確に認められました。また、うつ病は「普通の体の病気」である、「脆弱性」の問題ではないとの判断が示されました。さらに、この先生は几帳面、真面目などといった、いわゆる「うつ病と関係が深い」と従来から言われているような性格傾向を有していたが、常識で考えていただければわかると思うので

すが、そういった性格傾向はむしろ教員として望ましい気質であるとし、当然望ましい教員として採用されるような方だったわけですから、当然公務災害の対象とすべきである、法の趣旨に則って断じてそうである、ということを明確に述べていただけました。これらの点は、私も意見書で述べていましたし、ご遺族が主張されていた点です。

事例2 女性技術者の労働関連うつ病

次の事例をご紹介します。今日は予防をテーマにしていますから、自殺に至らない前にと考えますと、労働関連うつ病をいかに予防するかです。この事例は、労働関連うつ病の事例です。

ある大手メーカーの女性技術者の方で、液晶製造ラインの立ち上げプロジェクトに従事されていた方です。と言ってすぐにああ、あの事例だとわかる方もいらっしゃるかもしれません。この事業所では2001年という昔の段階ですでに、専属産業医による過重労働者に対する面接を実施していました。そういう意味では、非常に先進的なシステムを持っていたらっしゃったのですが、実際はそれが機能していなかったと言ってもいいと思います。この女性は、長期欠勤に至るのですが、それまでに定期的に4回も、産業医面接が実施されていました。意見書作成の際、カルテの写しなどを見せていただいたのですが、産業医による面接を重ねるごとに、この女性技術者の身体症状、すなわち、頭痛、肩こり、食欲低下、睡眠障害といった症状がだんだんと、時間が下るにしたがって増えていました。面接を重ねるごとに明らかに悪化していつているのがわかりました。ところが、なぜか判定は毎回「A判定」、つまり「全く問題なし」、残業もして長時間過重労働に就いて平気な労働者であるという判断を、産業医の先生はされてきました。第1回目の欠勤後、職場復帰にあたり、2002年5月に、やはり産業医が面談を実施しています。私も産業医ですし、会場の産業医の先生方も身に詰まされる感じかと

思います。また、現在であれば「職場復帰支援の手引き」などが、すでによくご承知の通りあるわけですが、当時はそういうものがなかったこともあって、特に業務の調整、軽減勤務といった対策を図るとか全然しないで、「うん戻れるね」と判断がされ、産業医面談があったその日から出勤ということになりました。そして、翌日から再び長期欠勤となっております。

その後ご本人やご家族とのやりとりを経て、2004年8月、会社規定の休職期間満了ということで、会社は最終的に解雇通告しました。同年9月に労災申請、11月に解雇無効を求めて提訴（民事）、2006年1月に労災不支給の決定が出され、2007年7月に行政訴訟に至りました。私は労災申請の段階から関わりました。まず、2008年4月に、解雇は無効であるとする判決が出されました。引き続いて今年（2009年）5月に、労災不支給を取り消す、つまり国に対し労災として認めなさいという判決が出されています。国は控訴せず、この判決が確定しています。民事訴訟の方は、会社側が即日控訴し、現在も係争中です。

なお、労働基準法は国が定めた最低基準の法律ですが、その第19条1項に、「使用者は、労働者が業務上負傷し、又は疾病にかかり療養のために休業する期間及びその後30日間」「は、解雇してはならない」という規定があり、これが解雇無効の根拠になった事例でした。ところで、一般論として、労災事故が発生した場合、法的対応は2つです。一つが労災申請で、労働基準監督署に労災保険給付を求めるための交渉と対応です。労災補償制度は無過失責任補償ですが、この労災補償制度では労災事故という事態、あるいはイベントに対して責任を充分負ってもらえたということにはならない、強い表現になります。企業が責任を求めて、企業の補償を求めて交渉し、その途中で訴訟に至るといったことが起こるわけです。これが二つ目になります。損害賠償や地位確認を求めて争われることが普通ですが、この事例では解雇無効が争われま

した。この事例でも、一時期、行政訴訟と民事訴訟と2つが同時並行で維持されてきました。

この事例の場合は、確かに長時間残業があったと言えます。うつ病発症前5カ月間の残業時間は、裁判所の認定では多くて85時間、少ない月ですと67時間余りで、80時間に届いていない月が多い事案でしたが、判決では労働が原因でうつ病を発症したとの判断が明確に示されました。この女性が従事していたプロジェクトは、世界初の製品開発でかつプロジェクトの立ち上げ期間が大変短く、しかも次々とトラブルが発生し、加えて上司からの叱責と長時間労働となったといった、これらの労働ストレス要因が加重評価され、労働が過重であったと評価されて、労基署の判断が覆されました。実は、この同じプロジェクトに関わった労働者から他に2名もの自殺者が、その後出ています。時効の関係もあって、お1人は労災申請できなかったようですが、お1人のご遺族はその後労災申請され、実はこの女性技術者のこういった判決が出る直前に、その方については労基署が労災と認めて下さった、そういう事案でした。

また、解雇無効訴訟判決の方では、会社の安全配慮義務ないしは注意義務が、怠られていたということに加え、うつ病が増悪したことに対しても債務不履行が認められると、認定されています。この民事裁判は、まだ判決が確定しておりませんが、こういった事例が教えてくれているのは、職場で発生するうつ病をはじめとした精神疾患を、私傷病ととらえるのではなく、実は業務起因性であるとしてとらえるべき事案が、結構多いのではないかとことです。尾崎裁判で、裁判所あるいは裁判官も明確に認めてくださっていたように、発生を予防する為には、個人の問題としてとらえ、個人に責任を求めるのではなく、労働環境や業務内容の管理といった職場側要因に対する対策こそとらえるべきである、そう教えてくれていると思います。

2. 労働関連自殺の実態

労働関連自殺は、すでに社会問題化して久しいですけれども、その実態をおさらいしておきたいと思います。我が国の自殺者数の合計数の推移に、警察官によって推定された自殺の原因や動機別の自殺者数の推移を重ねて示しているのが図1です¹⁾。自殺者数の合計は1995年から増加に転じ、よくご承知の通り1998年に、初めて年間3万人をこえ、現在まで減る気配がありません。私個人としても、予防に向け、できる限りの努力をしてきたつもりですけれども、アウトカムと申しますか、結果が出ていないことについて非常に忸怩たる思いがあります。やはり何か本質的に足りないことを、数字が示していると言わざるをえないと思います。

いずれにせよ原因・動機で見ますと、過去10年間、常にトップが健康問題ですし、次が経済生活問題で、自殺対策全体を考えますと、今日のテーマ、シンポジウムのテーマである職場における自殺予防だけではないわけです。今日のテーマに直接関わる勤務問題を原因や動機とした自殺者数は、過去11年間、ほぼ

2000人前後で推移していて、やはり減る気配がありません。注意が必要だと思いますのは、労働者数が減ってきていながら、2000人前後で横ばいだということです。図2は、民間労働者の精神疾患等の労災補償状況、そのうちの自殺の補償状況、それから国家公務員、地方公務員の補償状況の推移です。公務員は認定されるケースが大変少ないです。このうち民間について詳しく見てみますと、平成11年に精神障害等の労災認定の際に参照される、判断指針²⁾と呼んでいますけれども、それが出されました。以後、労災申請件数は右肩上がりに増え、昨年度は少し減って年間927件、そのうち自殺の申請件数が148件、認定件数が66件で自殺であっても認定率は5割に達していません³⁾。図1でふれた勤務問題が原因・動機と推定された事例がそっくりそのまま、労働関連自殺に重なるわけでないと思いますが、今仮にそうだとすれば、勤務問題が原因・動機と推定された年間自殺者数が約2000人で、自殺の労災申請件数が148件ですから、労災申請に至る遺家族はこの勤務問題が原因・動機と推定された数の1割にもそも

わが国自殺者数、原因・動機別

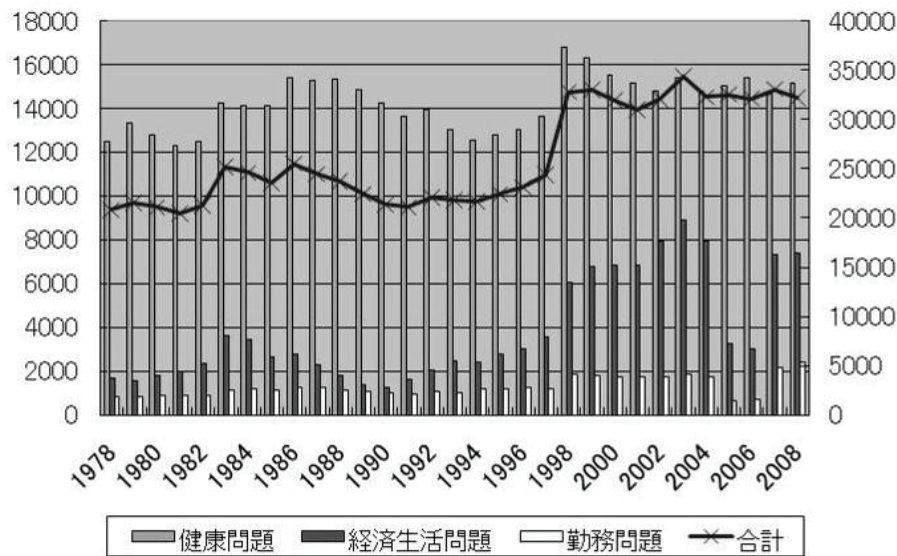


図1 わが国自殺者数、原因・動機別 (警察庁 自殺の概要資料から)

注：2005年、2006年の原因・動機別数は遺書のあった人の数、2007年からは原因・動機を3つまで計上することになった

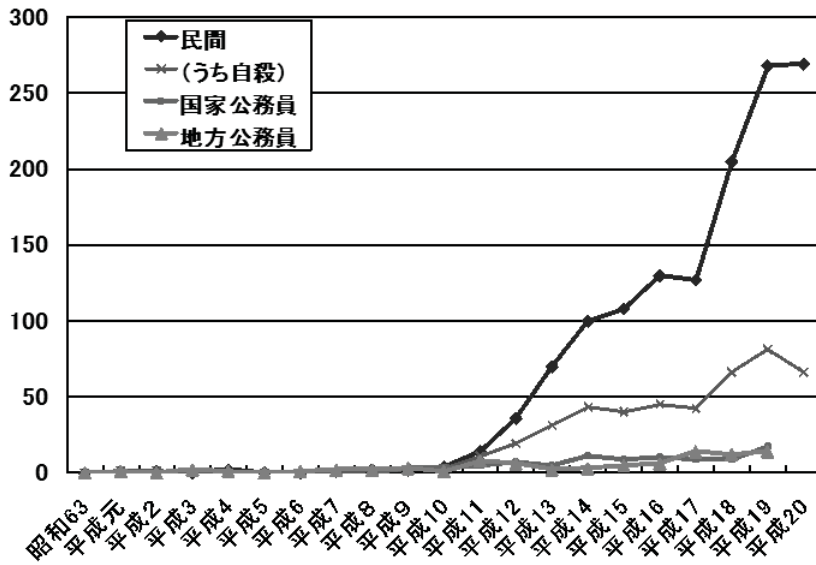


図2 労災補償状況（精神疾患）山下敏雅弁護士提供

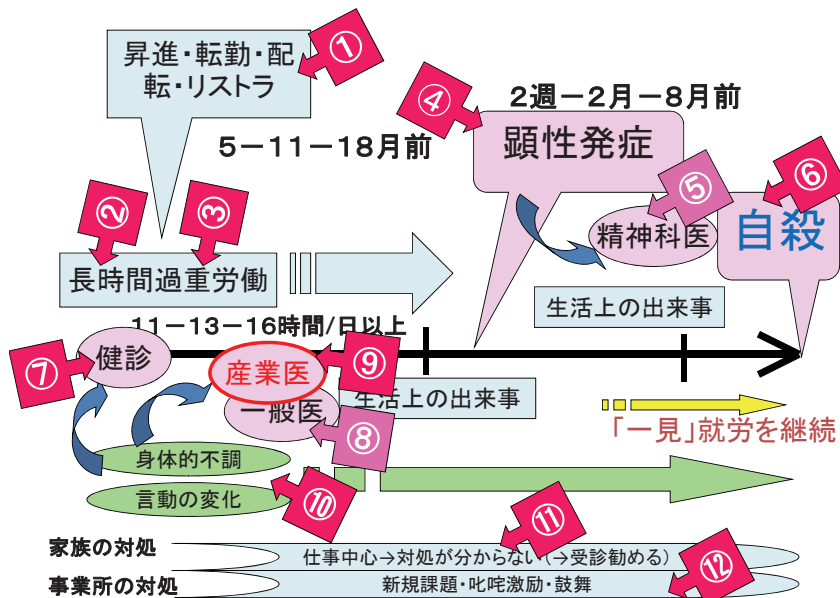
そも達していない、ということになります。さらに労災認定されるのは5割を切っています。したがって、労災申請される遺家族自体が、氷山の一角と言ってよい状況があり、やっと労災申請するに至っても、その半分以上が労災と認定されないわけです。

そうしますと、今度は労災不支給を不服とした行政訴訟が増加する事態となって、私をはじめとした精神科医の一部が、日々の臨床にさえも足りないマンパワーを提供する必要が出てきている、という事態になっているわけです。私はこうした労働関連自殺22事例の経過をまとめたことがございます。英文ですと4年前ですが、日本語文献ですと6年前に報告しました^{4) 5)}。概要を図3でご説明します。昇進、転勤といった人事雇用上の変化に引き続いて、長時間過重労働、従前から過重労働の方がいらっしやいましたけれども、人事雇用上の変化があればそれがなお一層、厳しいものになってそういう労働に従事し、半数が明確な職業上の出来事、図3では生活上の出来事（ライフイベント）と書いておきましたけれども、ライフイベントをきっかけにうつ病を発症していました。自宅謹慎という状況になっていた方が1例だけあり、この1例を除いた21例の方は自殺で亡くなられる

まで、仕事を維持されていました。

これも産業保健に関わる者として身に詰まされますが、職場の健診の際、心身の不調を訴えながら、「ストレスでしょう」と産業保健スタッフに対応されただけで、結果的に不幸な事態に至った事例もありました。自殺未遂後でありながら、産業医が、業務に従事させてよいと判断をしていた事例もありました。身体症状を主訴に医師を受診しながら、これもまた臨床医として身に詰まされる思いになりますが、身体症状と生活と労働実態とを全然結びつけていなくて、症状に対するだけの対応、対症療法だけに終わっていて結果的に自殺に至っていた事例もありました。それから事業所や家族も適切な対応をとれていなかった、という経過でした。

さらに、精神科医とも書いてありますが、情けないことに、精神科医を受診していた事例では、その当時もある程度標準的なうつ病の治療は体系化され知られてもいたわけで、今日的な視点から見ればなお一層のこと、エビデンスベースでない治療が行われていて、そうであればこそ自殺を予防できないのも不思議ではありませんが、そういう事例も含まれていました。



天笠崇. 勤労者の自殺予防をいかに進めるか—過労自殺の実態と疫学研究から.
 Job Stress Res.2003; 10(4): 257-64、2003

図3 過労自殺の経過と予防の作用点

3. 労働関連自殺の背景要因；3つの元年

私は、労働関連精神疾患や自殺が、社会問題化するほどに至った背景要因として「3つの元年」としてとらえています。図1のグラフのとおり、自殺者の増えた過去15年間に、我が国の住民、あるいは国民の遺伝要因に何らかの変化が起きたのでしょうか？その証拠は今のところありません。精神疾患の発症や再発のメカニズムを理解するモデルとして知られる、ストレス—脆弱性モデルは、環境要因と個人要因との相互作用モデルですから、公衆衛生学モデルとっていいと思いますが、そういうストレス—脆弱性モデルが、世界で共有されています。遺伝要因だけではない、環境要因が様々にかみあってうつ病が発症するという、どれか1個だけが原因じゃないということも共通認識になっています。近年発展がめざましい分子生物学的研究によって、遺伝要因、環境要因とうつ病や自殺の発生との因果関係およびそれぞれの因果的効果の大きさがどの程度であるかが、解明されてきています。うつ病発症に対しては、環境要因が6~7割⁶⁾、自殺企図に対しては8割が環境要

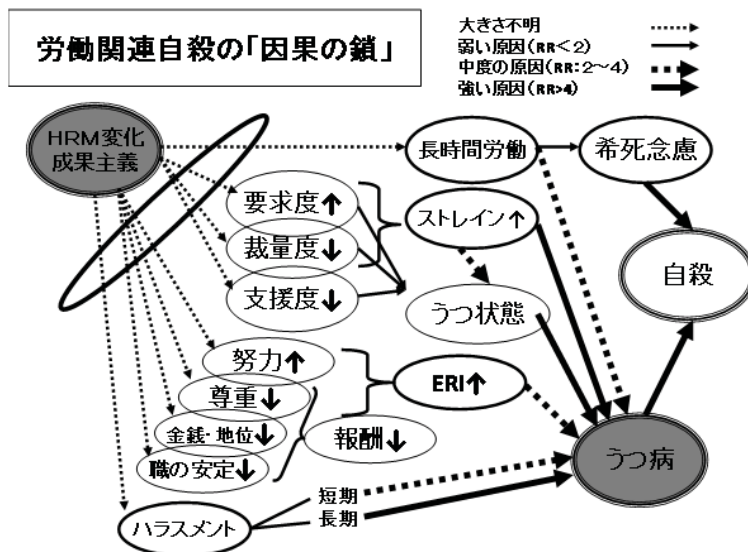
因である⁷⁾というふうに、だいたい推定されるようになってきています。だから、遺伝子研究はあまり意味がないとか、価値がないということを言いたいわけではなくて、どちらも大事だけれども、やはりそれだけ因果的効果の大きい環境側要因を何とかしなければならぬということ、しっかり念頭に置いておく必要があると思います。

また、我々がたとえば三管理—教育といった視点から介入することで、予防可能性や修飾可能性と言うのでしょうか、要因を管理する、要因を管理できるかどうか。うつ病や自殺の遺伝子治療の方法がまだ得られていないことから、我々にとって管理しやすいのは遺伝要因だろうか、環境要因だろうかと考えれば、現時点で重要なのがどちらなのかは極めて明白なことだと思います。じゃあ環境要因のいったい何が、うつ病や自殺の増加につながっているのだろうか。そうした問題意識から疑問に思っ、調べてみました。1995年をリストラ解雇、成果主義、非正規雇用化の「3つの元年」と呼んできました。もう皆さんも充分共有されるようになっていると思

いますが、それらが1995年から、この国、この社会で始まって現在に至っています。その中でも特に、成果主義とメンタル不全との関係について、出版時点で得られたエビデンスについて報告したものが、拙著『成果主義とメンタルヘルス』⁸⁾でした。私のような無名なものにとって“武器”となるのはエビデンス、科学的根拠ということで、必死にいろいろ文献検索したのを覚えております。詳細は、拙著にあたっていただきたいと思います。拙著の主張のポイントをご紹介します。

労働政策研究・研修機構などのレポートを中心に、いわゆる社会調査が行われています。その結果は、以下9点にまとめられます。すなわち、成果主義賃金導入によって、①長時間労働、②仕事の要求、③裁量性、④職場の支援、といった労働ストレス因子が悪化する。⑤賃金・仕事・訓練・研修の側面の満足や納得、⑥評価に対する不満、これらが悪化する。つまり、努力・報酬不均衡（ERI）の増大に通じる。⑦労働の個別化と⑧離職・退職圧力が増す。職場の人間関係が大事であることと裏腹ですが、⑨ハラスメントが増える、の9つです。以上をまとめますと、成果主義によって、従来の長時間過重労働が一層厳しく広がり、

努力が報われない仕事とハラスメントが増加するようであると、拙著でまとめたわけです。これに出版時点で得られた労働精神医学研究の知見を踏まえ仮説設定したのが、図4です。人事雇用管理（HRM）上の変化、その一つである成果主義あるいは成果主義賃金制度から、労働ストレス因子を間に介し、各種労働ストレス因子からうつ状態やうつ病を介して自殺が増える。この各要因をつないだものを「因果の鎖」と呼ばせてもらいましたが、この図4のような仮説を呈示しました。その後、拙著を読んでくださった販売業を営む経営者の方からの申し出で、この仮説を検証する調査を実施できました。職員1160人という数に最終的になりましたけれども、その結果を示したものが図5です。構造方程式モデリングという統計解析手法を用いて分析しました。この事業所の場合、成果主義賃金制度は、特に長時間労働化させる。長時間労働はハラスメントや仕事の要求——図では「DEMAND」と記載——を確かに悪化させることが示唆される。ただ、うつ状態に対する寄与度は、成果主義賃金制度かそうでないかはあまり大きくはない。むしろ、労働ストレス因子の方が、うつ状態に対する寄与度が大きいという結果でし



注:「因果効果の大きさ」は、疫学研究から得られる相対リスクなどの「効果の指標」によって定量的に推定される。2未満の場合「小さな原因」、2以上4未満の場合「中程度の原因」、4より大きい場合を「大きな原因」とすることが多い。

図4 「労働関連自殺」の因果の鎖

た。成果主義賃金制度は、労働ストレス因子を介して、確かにうつ状態やうつ病の原因の1つになりうることを示唆される、先ほどの図4の仮説の修正が多少必要ですが、検証されたと言える結果でした⁹⁾。

なお、他の2つの元年については、リストラ解雇というのは、ライフイベントです。ライフイベント発生からうつ病発症までの月数ごとのリスクを解明した研究が報告されています。たとえば、10年以上前の研究¹⁰⁾ですが、リストラ解雇によって「失職」したり、「経済的問題」や「住居問題」が発生したりし得るわけですが、そうしたイベント発生後1カ月以内のうつ病発症リスクが、6.7とか8と相当大きいことを解明しています。本来的にはリストラと合理化とはイコールではないはずですが、この研究が示唆しているのは、失職された場合、失職後1、2カ月のリスクが特に大きいことから、この期間でのアプローチというのが大変大事かも知れないことです。日本人を対象にした研究ではないので、わが国の場合にそっくり当てはめられるかどうかはわからないのですが、非正規雇用化については、ワーキングプアとうつ病について文献レビューしたことがあります¹¹⁾。両者は、ニワトリと卵であるということ、座長の本橋先生が自殺予防をテーマに連載されていた後を引き継いだような格好で、公衆衛生誌で連載した際に報告しました。今年の1月から6回、「働く人と健康」をテーマに連載しました。そちらを見ていただくと、今日の私の発言の補足になると思います。リストラと非正規雇用化の2つの元年については、第3回の連載で述べております。

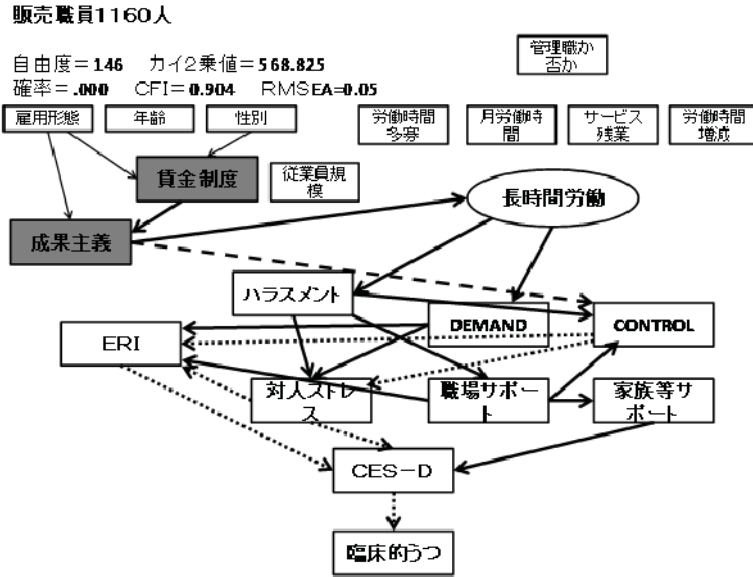
4. 労働関連自殺予防対策の手がかり

以上、労働関連精神疾患および自殺事例への関わりに始まり、そうした事例の発生するメカニズムについて、研究の知見を織り込みながら述べてまいりました。残りの時間を使って、ではそうした事例を予防するにはどうしたらいいのか、予防の手がかりについて

述べていきたいと思っております。過労自殺の経過について、2003年に報告しましたが⁵⁾、12点に渡って、「予防の作用点」を提案しました

(図3中①~⑫)。たとえば作用点②の長時間労働については、今日的に見れば長時間過重労働者面接が実施されるようになり、対策がとられるようになったと言えます。また、「早めに気付こう」という啓発活動は作用点④というように、12点それぞれに応じた対応や対策が今日的にはある程度なされてきていると思います。しかし十分な結果が出ていないと言わざるを得ないと思います。例えば作用点①であれば、適正配置とか適正業務配分とか、安易にリストラしないとか、人事雇用上の変化の際には、ターゲットを絞ってということになると思いますけれども、メンタルヘルス教育を必ず行うようにするとかです。作用点⑨は産業医に向けた対策ですが、精神科をベースにした産業医の配置——わが国で1万2、3000人くらいしか精神科医はおりませんので、お題目的でなかなか十分対応しきれないのかも知れませんが——そういう産業医の配置であるとか、産業医に対するメンタルヘルス教育であるとか。私は、認定産業医でしかありませんが、医師会などを中心に2000年頃以降教育が強化されてきています。

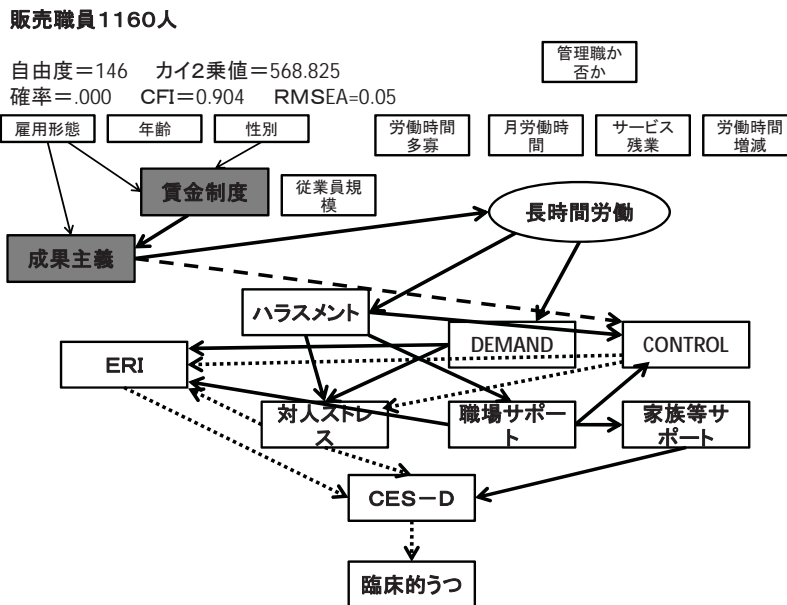
このように、おおむね提唱した方向で対策が進められてきたと思いますが、ご承知のように明確な成果が得られていません。何か足りない、欠落していると言わざるを得ないと思います。では、産業現場に携わる私達に、今何ができるのでしょうか？ ご参加の先生方にとっては、釈迦に説法という方もいらっしゃるかと思いますが、ポスト産業資本主義時代のコーポレートガバナンスという言い方を、キーワードとして最近見かけるようになりました。コーポレートガバナンスという点からも、労働者の健康や衛生に対し、すでに整備されているこの国の最低基準である、労働安全衛生法(以下、労安法)などを事業者に遵守させるように働きかけること、やはりそれが必要だろうと思うのです。



天笠崇. 働く人と健康 第1回 成果主義とメンタルヘルス. 公衆衛生 2009;73(1):51-55.

図5 「成果主義とうつ」の検証モデル

注：太い実線矢印はマイナス効果（悪影響を与えること）を示す。粗い点線矢印はプラス効果（良い影響を与えること）を示す。細かい点線矢印は起始の要因（たとえば「CONTROL」）への「入り」のパスが良悪の両方ある場合の「出」のパスであることを示している。



標準化総合効果(“成果主義モデル”)

	賃金制度	成果評価	長時間労働	ハラスメント	職場サポート	CONTROL	DEMAND	対人ストレス	家族等サポート	ERI
CES-D	0.008	0.016	0.08	0.066	-0.175	-0.079	0.142	0.147	-0.19	0.281
臨床的うつ	0.004	0.009	0.047	0.039	-0.102	-0.046	0.083	0.086	-0.112	0.165

天笠崇. 働く人と健康 第6回 職場におけるメンタルヘルス対策. 公衆衛生2009;73(6):448-452

図6 組織的科学的的一次予防対策
 (労働ストレス因子モニタリングの標準化と法的義務化を)

労安法についておさらいします。事業者責任で、安全衛生管理体制を整備しなければならないと規定されています(第三章の各条文)。産業医とか産業看護師の責任ではなくて、事業所責任です。我が国の安全衛生・健康管理体制は、優秀なシステムだと思いますが、なんととっても、衛生委員会を機能させることが要です(第18条)。労働関連精神疾患や自殺予防という点でも、衛生委員会を活用することがやはり必要だと思えます。当然三管理一教育も事業者責任です(第65条)。長時間労働者面接は職場のシグナルをつかむ格好のチャンスです(第66条の8)。ですから、長時間労働者面接をきっかけにして、いかに職場に予防介入するかが、我々産業の現場に携わるものに求められていると思えます。

長時間労働者面接をするよりも、経営者の面接をするべきではないかと私は言ったりすることもあります。職場の衛生や労働者の健康に配慮する責任が経営者にあるからです。2005年の改訂によって、衛生委員会の付議事項に追加された、長時間労働による健康障害防止対策、また精神的健康の保持増進のための対策を立てさせるということが、我々産業の現場に携わるものの責務として、これまた、求められてきていると思えます(安衛規則32条)。要するに、これまでは判例で、最高裁の電通過労自殺裁判などで概念が作られてきた、「安全配慮義務」を果たさせることが、社会的な意味でも重要な焦点になっている状況だと思います。

また、近年の立法状況をふまえますと自殺対策は、社会的な取り組みとして実施されなければならない(自殺対策基本法第2条)、それから事業主の責務も条文化されました(同5条)。昨年3月施行の雇用契約法では、初めて安全配慮義務が使用者責任として明確に条文化されました(第5条)。法的な、また社会的な要請が、会社や使用者に求められる時代になったということ、日々の活動を通じて会社や使用者に伝えていく取り組みが求められているのではないのでしょうか。逆に私たち

が職場で労働関連精神疾患や自殺予防対策に取り組む法的整備がなされたというふうに思います。今後もちろん困難を極めます。経済状況も厳しいです。経営者の方もきっと非常に厳しい中でやっていることと思いますが、我々もその中で、こうした整備をさせ、命と健康を守る取り組みをして行く。そう決意をすることが大事なのではないかと思えます。

使用者責任としての安全配慮義務の具体的内容としては、産業精神保健の専門家——産業精神保健学会——の専門家と共有されているのは、超過勤務時間45時間以下にすること、心の健康作り指針¹²⁾——今日は詳しくは説明しませんが——それを徹底させることです。そのための上司・管理監督者へのメンタルヘルス教育、これらが具体的内容です¹¹⁾。それに加えて私は、労災認定の判断指針に、心理的負荷の具体的な出来事、ライフイベントを43項目挙げられています。そうしたライフイベントがあった時にそれに対し、十分な休養をさせるとか、適切な対応をすることも、安全配慮義務の具体的な内容に加えてもいいかもしれないと思っております。こうした内容が産業精神保健の専門家と共有されるに至っていますので、これらをいかに進めるかということが求められています。そうした取り組みの必要性は平成19年の労働者健康状況調査でも示されています。50人未満の事業所では、まだ長時間労働者面接が義務化される前の調査でしたが、実施していたのは全事業所の12.2%でした。

事後措置内容として、そもそもの調査では個人に対するものばかりがあげられていましたが、面接で掴んだ手がかりから職場環境改善に向けた取り組みを事業所に勧告するなど必要だと思えます。なんらかのメンタルヘルス対策に取り組んでいたのは、全事業所の33.6%にしかすぎませんでした。

その対策の内容としても、ずっと触れてきたように衛生委員会等での調査や審議(17.6%)とか、メンタルヘルス対策計画の策定や実施(13.8%)——プランがなければ

アクションが起こせないはずですが——そういうプラン作り、職場環境のモニタリング——有害物質とか危険物質については環境モニタリングが義務付けられていますが——私はこれだけ成果（アウトカム）の出ない事態を考えると、職場の労働ストレス因子のモニタリングも法的に義務化する必要もあるのではないかと考えています。モニタリングに基づいた改善（20.5%）、職場復帰支援のシステム作り——今から2年ほど前ですけれども、18%しか職場復帰支援のためのなんらかのシステムがない、こういう調査結果でした。管理監督者教育をもっともっと進める必要があることも示されています。全事業所で実は34.5%しか実施されていませんでした。私達の努力もまだまだ足りない、この調査結果を見て思いました。

私たちが担当する職場で、「では具体的に何に取り組んだらいいか？」これを査定するアセスメント・ツールも開発され利用できます。川上憲人先生を中心に開発された、メンタルヘルスアクションチェックリストがそれです¹⁴⁾。図6は図5に1160人のデータから得られた標準化総合効果を下に表にして示しました。介入のしやすさや修飾可能性を抜きにすれば、その大きさによって、因果的効果の大きさが大きいものから対策をとることで、それだけインパクトが大きいということが示唆されるわけですので、例えばこういった労働ストレス因子をモニタリングして科学的な対策の手がかりをつかみ、取り組み、そして再び同様の調査でフォローアップ調査をして、結果の評価をしていく。いわば公衆衛生学の当たり前の取り組みを、可能な事業所で進めていく必要があると思います¹⁵⁾。

それから次の演者との関係で、平均睡眠時間と睡眠の質は、職種や対象集団が異なっても、私に関わったデータでは、事務職員では1年後のうつ状態に対しても、あるいは看護職でもうつ状態に対しても、一定の因果効果を常に持っていました。ですので、職域においても睡眠対策というのは、有効な手がかりで

ある可能性が高いのではないかと考えています。駆け足で述べてきましたけれども、私の発言もスライド2枚を残すところとなりました。他人事ではなく、私が今一番気がかりな事です。小児科医中原利郎先生の病院を被告とした損害賠償請求が、現在最高裁に上告中です。1000件に数件しか受理されないそうですが、逆に受理されれば病院の安全配慮義務、注意義務について、高裁判決が見直される可能性が高いそうです。病院というのは、当然事業所ですから、事業所の安全配慮義務、注意義務とが改めて明確化されると思います。労働関連自殺——いわゆる過労自殺予防を進めるためには上告が受理され、高裁判決の見直しが必要不可欠だと私は考えています。

おわりに

発言の最後です。「絆」と「気付き」、二つのKで自殺予防と、大学の先輩（高橋祥友先生）がおっしゃっていました。要するに、参加型職場改善といい、職場から失われた「支え合い」の力を取り戻すこと、この学会では「職場の健康力」となっていましたけれども、それが、過労自殺予防で最も重要な点だと考えています。ご清聴ありがとうございました。共に働く者の命と健康を守ってまいりたいと思います。

文献

- (1) 警察庁生活安全局生活安全企画課. 平成20年中における自殺の概要資料. http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki81/210514_H20jisatsunogaiyou.pdf
- (2) 労働省労働基準局補償課 編. 精神障害等の労災認定「判断指針」の解説. 労働調査会. 2000（なお、2009（平成21）年4月に「心理的負荷評価表」が一部改正されている <http://www.js-mental.org/images/11/houkoku13.pdf>
- (3) 厚生労働省労働基準局. 平成20年度における脳・心臓疾患及び精神障害等に係

- る労災補償状況について。
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/06/h0608-1.html>
- (4) Amagasa T, Nakayama T, Takahashi Y. Karojisatsu in Japan: characteristics of 22 cases of work-related suicide. *J Occup Health*. 2005;47(2):157-64.
- (5) 天笠崇. 勤労者の自殺予防をいかに進めるか—過労自殺の実態と疫学研究から. *産業ストレス研究* 2003 ; 10:257-264.
- (6) Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *Arch. Gen. Psychiatry* 2000; 157: 1552-62.
- (7) Fu Q, Heath AC, Bucholz KK, Nelson EC, Glowinski AL, Goldberg J, Lyons MJ, Tsuang MT, Jacob T, True MR, Eisen SA. A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychol Med*. 2002 Jan;32(1):11-24.
- (8) 天笠崇. 成果主義とメンタルヘルス. 東京: 新日本出版社. 2007.
- (9) 天笠崇:「働く人と健康」第1回 成果主義とメンタルヘルス. *公衆衛生* 2009 ; 73 : 51-55.
- (10) Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Stressful Life Events and Major Depression: Risk Period, Long-Term Contextual Threat, and Diagnostic Specificity. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:661-9.
- (11) 天笠崇. 「働く人と健康」第3回 ワーキングプアとメンタルヘルス. *公衆衛生* 2009 ; 73 : 211-215.
- (12) 厚生労働省労働基準局. 労働者の心の健康の保持増進のための指針.
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/03/h0331-1.html>
- (13) 夏目誠. 厚生労働省による労災認定に関する意義と課題、および対応—精神科医の立場から—. *産業ストレス研究* 2005; 12: 109-114.
- (14) 平成 14 年度厚生労働省労働安全衛生総合研究事業「自殺者の自殺リスク評価と対応に関する研究」班. 事業場における心の健康づくりの実施状況チェックリスト. <http://www.hoken-dohjin.co.jp.pdf>
- (15) 天笠崇. 現代の労働とメンタルヘルス対策. 京都: かもがわ出版. 2008.

睡眠キャンペーンを核にした職場の自殺予防活動

松本 晃明

静岡県精神保健福祉センター

静岡県精神保健福祉センターの松本と申します。よろしくお願いいたします。

静岡県では、さまざまな関係機関にご協力いただきながら、「うつ・自殺予防対策富士モデル事業」を進めています。本日は、その紹介を中心にお話を進めさせていただきます。

1. 自殺の現状と自殺対策の動向

自殺率の高い先進諸国を比較しますと、韓国のように高齢者の自殺率が高い国が多いのですが、日本においては50歳代男性をピークとした働き盛り世代男性の自殺者が、平成10年から急増したという特徴があります。静岡県の自殺者数も同様の傾向があり、働き盛り男性の死亡原因（平成20年人口動態統計）を見ると、自殺は40歳代の第1位、50歳代では悪性新生物、心疾患について第3位となっています。中年男性では、自殺は3大死因に匹敵するような大問題ですが、がん対策や心疾患、脳血管疾患対策に比べると、対策は大きく遅れています。

わが国の自殺対策の現状ですが、平成10年に自殺者が3万人を超えて以降、自殺者数が高止まりしている中で、平成18年には自殺対策基本法が制定され、平成22年5月には地域自殺対策緊急強化基金という形で予算化されました。今後、この基金をもとに各都道府県や市町村、民間団体が自殺対策の取組みを本格化する大事な時期にさしかかっています。

〒422-8031 静岡市駿河区有明町2-20

第19回日本産業衛生学会 産業医・産業看護全国協議会 シンポジウム「職場の自殺予防」(2009.11.7)を採録したものである。

2. 富士モデル事業の背景と概要

富士モデル事業実施の背景としては、自殺率は50歳代男性がピークであることに加え、働き盛り男性の自殺は家庭的にも社会的にも影響が極めて大きいため、この世代の対策をなんとか構築したいという思いがあります。人口約26万人で製紙業を中心とした産業都市である富士市をモデル地区として、平成18年にスタートした事業は、平成19年度から国のモデル事業指定(地域自殺対策推進事業)を受けています。

自殺総合対策大綱では、「10年で20%以上、自殺死亡率を減少」という目標が掲げられていますが、若年者、中高年、高齢者、それぞれの対策は異なります。自殺の多い中高年については、うつ病の早期発見・早期治療が重要と記載されております。うつ病治療の問題点としては、うつ病等の受診率が25%にとどまり¹⁾、日本ではうつ病とは気づかずに、治療を受けない人が多いという状況があります。例えば、がんであれば、遅かれ早かれ、ほぼ100%が治療につながるわけですが、うつ病では欧米に比べても受診率が低くなっています。そのため、新健康フロンティア戦略(平成19年内閣府)でも、うつ病受診率の向上が目標とされました。自殺予防対策のポイントのひとつは、うつ病の気づきを高め、受診率を上げていくことにあるといえるでしょう。

うつ病の受診率が低い要因として、モデル事業に関わりながら感じるのは、中年男性の「こころのバリア」、具体的には、うつ病への偏見や精神科受診への抵抗感の問題です。「うつ病のことは知ってるよ」とおっしゃる50歳代の会社員の方でも、うつ病は同僚や部下

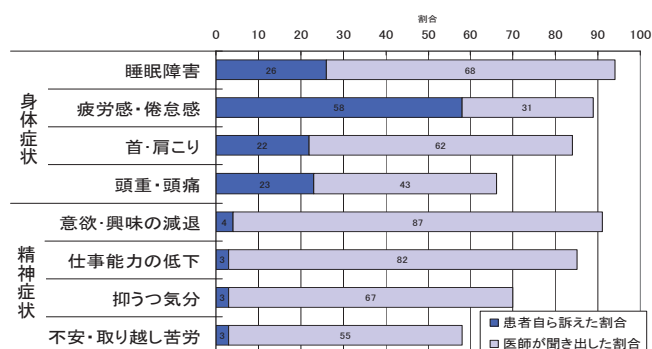
の問題であって、自分自身の問題としては捉えられていない。そのため、いざ自分がうつ病に罹患しても気づきにくく、さらに精神科受診を勧めると激しく抵抗を示すことがよく経験されます。このような日本人の中年男性の気質を踏まえた上で、働き盛り世代男性の自殺対策を考えることが必要でしょう。

富士モデル事業は、「働き盛りのメンタルヘルス日本一を目指して」をスローガンに、中年男性の典型的うつ病の早期発見・早期治療を目標としてスタートしましたが、うつ病の身体症状、特に不眠症状を重視していることが特徴です。うつ病には精神症状と身体症状がありますが、患者自ら訴える割合が高いのは、圧倒的に身体症状です(図1)。患者さんは、「気分が落ち込んで大変なんです」と訴えるのではなく、「だるい」とか「眠れない」といった言い方をする場合が多く、そこを適切につかまえることが大切です。ただし、だるさは風邪をはじめさまざまな身体疾患でもおこりますので、「眠れない」が毎日続いているかをチェックし、継続する不眠症状の背景にあるうつ病などの疾患を見逃さないことがポイントとなります。富士モデル事業では、うつ病の不眠症状に着目してリーフレットを作成し、「睡眠キャンペーン」と名づけて事業展開しています。

「睡眠キャンペーン」リーフレット(図2)では、仕事第一で健康問題は二の次となりがちな中年男性に対して、まずは娘から「お父さん、ちゃんと眠れてる？」というキャッチフレーズで、呼びかけをしています。引き続いて「お父さん、こんなことはありませんか？」と、うつ病の身体症状のチェックに入ります。最初の「疲れているのに2週間以上眠れない日が続いている」という項目ですが、「休日も含めて2週間以上毎日眠れていない」と、皆さんどうなりますか？」と問いかけると、「いや～体もたないですね、仕事どころじゃないですよ」と多くの方々が自分自身に照らし合わせてイメージされます。次に「食欲がなく体重が減っている」という項目です

が、中年男性で急に体重が減ってくるとがんは思い浮かんでも、うつ病はなかなか思い浮かびません。さらに「だるくて意欲がわかない」となり、このような身体症状が続いていたら「うつかもしれません」と続きます。

リーフレットの下部に、うつ病の説明として、「睡眠と食欲という生きていく基本がむしばまれる」ことが記載してあります。気分が落ち込むのがうつ病となると、中年男性は、「いやおれはそんなに弱い人間ではない」と



プライマリヘルスケアのためのうつ病診療Q&A 金原出版 1997

図1 うつ病の症状の訴え

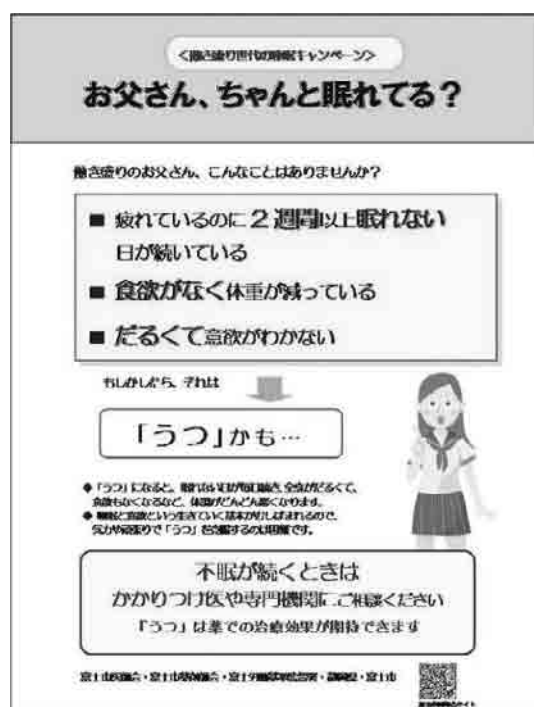


図2 睡眠キャンペーンリーフレット

ということになり、なかなか受け入れてもらえません。「食べることや眠ることが冒されてしまっているのは頑張ろうにも頑張れないので、不眠が続いたらお医者さんに相談しましょう」という流れであれば、比較的、中年男性にも受け入れてもらえます。

次に、富士モデル事業の全体像を図3に示します。不眠症状からうつ病の気づきを高める「睡眠キャンペーン」と、「不眠が続く働き盛り男性」を、かかりつけ医・産業医から必要に応じて精神科医へつなぐ「紹介システム」、これらが富士モデル事業の二本柱になります。ここで注目していただきたいのは、「不眠が継続する働き盛り男性」をハイリスク者として設定していることです。「うつ病の方がハイリスク者です」と伝えても、どういう状態がうつ病かは、実はイメージしにくいものです。一方で、「毎日眠れなければ、身体がもちません。これはハイリスクです」ということについては、皆様に理解していただきやすい。

3. 紹介システム

モデル事業の二本柱のうち、本日のメインは「睡眠キャンペーン」ですが、先に受け皿

である「紹介システム」にふれておきたいと思います。

図4は、うつになった時に、まず何科を初診するかを示しています。一番多いのは内科で、身体の病気かと思って65%が内科を受診されます。次に多いのは、婦人科です。うつ病の専門の精神科・心療内科には、合わせても10%くらいしか受診していません。これらをふまえ、自殺総合対策大綱においては「かかりつけ医はゲートキーパー」と明記されました。静岡県では、かかりつけ医に加えて、産業医の先生方もゲートキーパーと位置づけ、協力をいただいております。

うつ病の患者さんは、不眠、倦怠感、食欲不振、めまいなどの身体の症状を訴えて、まずはかかりつけ医・産業医にかかります。そこで、富士モデル事業においては、当初、「不定愁訴の患者さんはうつ病を疑いましょう」という方針でスタートしましたが、かかりつけ医・産業医の先生方にはなかなか広まりませんでした。今から振り返ると、「不定愁訴」という言葉では漠然としてしまい、かかりつけ医・産業医の先生方にはイメージされにくかったのだと思います。

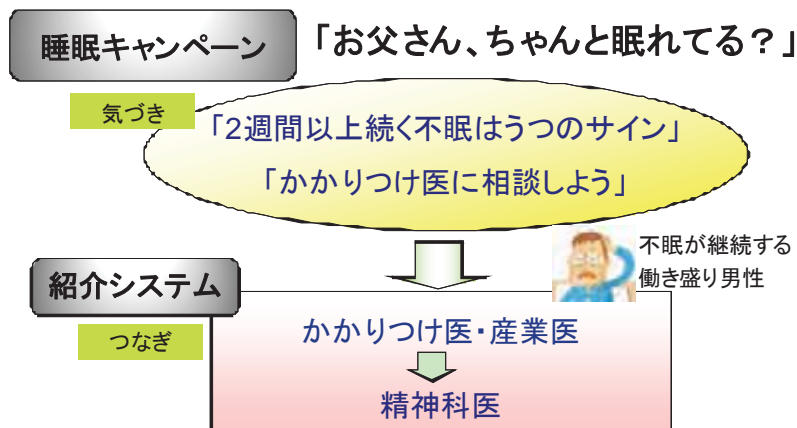


図3 富士モデル事業の全体像

そこで、注目したのが、やはり睡眠です。うつ病治療の経験がなくとも、不眠症状に対して睡眠薬を処方されている先生方は大勢いらっしゃいます。富士市医師会で「睡眠薬を使っている先生は手を挙げて下さい」と質問すると、内科・外科系の先生方のほぼ100%で手が挙げられます。産婦人科や耳鼻科の先生方で7~8割でしょうか。そこで、かかりつけ医や産業医の先生方に、「うつ病を理解して下さい」とお願いするのではなく、「睡眠薬を処方されている中高年の患者さんの背景に、実はうつの方が多い」ことを説明し、うつ病は身近な問題との意識を高めました。

富士モデル・紹介システムの医師向けフローチャートの抜粋を図5に示します。35歳から69歳の外来患者に対して、「睡眠薬を処方しようかと思った際に、一言だけご確認ください」とお願いしています。多忙な外来の中で、従来のうつ病のスクリーニング項目をすべてチェックすることは負担が大きいのですが、「眠れないのはどれくらい続いていますか?」と不眠の持続性だけをご確認いただく。そこで「眠れないのは週1日、2日です」という事であれば、従来通りの睡眠薬の処方ですが、毎日眠れず「休日も含めて2週間以上不眠が続いている」状態であれば、専用紹介状でチェックする流れになります。

専用紹介状(図6)は、症状記載欄に特徴があります。「眠れていますか?」、「食欲はいかがですか?」、「だるくはないですか?」と、ふだんかかりつけ医・産業医の先生方が問診されているような項目を先にチェックし、最後に「最近、意欲が落ちてませんか?」、「気分の落ち込みはありませんか?」と精神症状を確認する順番となっており、先生方が抵抗感なく取り組めるように工夫しています。多くの項目に丸がつけばうつ病を疑い、地元の精神科の先生へご紹介するか、まずはご自分で抗うつ薬を処方して治療をしてみるというのが、紹介システムのフローチャートの概略です(図7)。

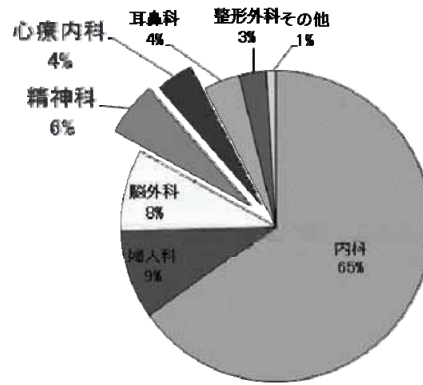


図4 抑うつ症状を呈する患者の初診診療科

心療内科のプライマリーケアにおける初診患者 330例のうつ病実態調査。Self-rating depression scale (SDS) 45以上を示した患者 161例の初診診療科
三木修: 心身医学 42(9)2002

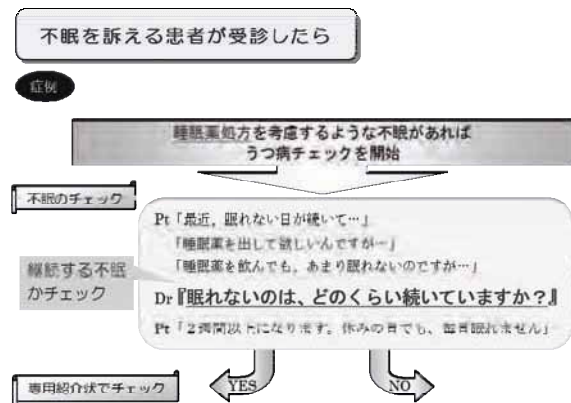


図5 紹介システム・フローチャート

患者	氏名	性別	年齢	〒	市	区	町	番	号	通	称
住所											
受診主病・病歴	「(職業病歴及び既往病等も記載してください。)										
病状	(経過するものすべてに○をつけてください) 睡眠障害: 毎日・時々・なし (入眠困難・中途覚醒・早朝覚醒・過眠) 食欲低下: 毎日・時々・なし 体重減少: ()kg/月で ()kg減 気力低下: 毎日・時々・なし 気分の落ち込み: 毎日・時々・なし その他()										

図6 紹介システム専用紹介状

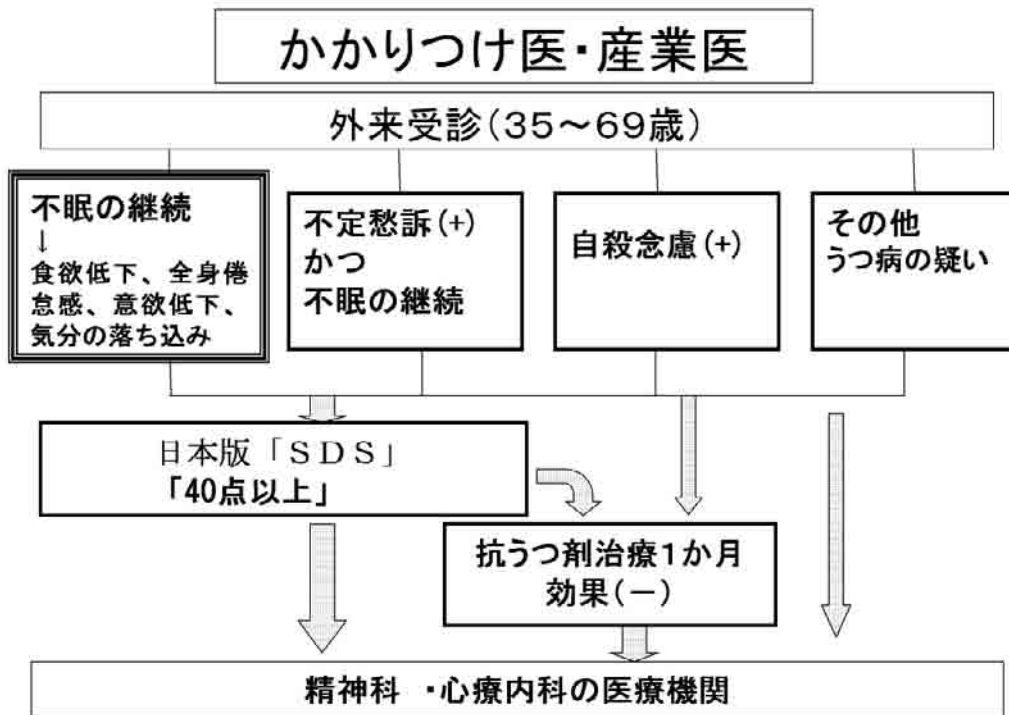


図7 紹介システムの概略

紹介システム全体としては、「不眠の継続」や「不定愁訴」以外にも、自殺念慮があったり、その他うつ病が疑われる場合などもシステムの対象として網羅しています(図7)。このシステムの利用件数は、平成19年1月から始めて平成21年9月までに合計358件になります(図8)。なお、これは専用紹介状の3枚目が精神保健センターに送付されてカウントされた数であり、これが紹介数のすべてというわけではありません。

紹介システムの構築にあたっては、富士市医師会の先生方と地元精神科の先生方との間で、検討委員会を何度も開催し、このようなシステムが完成しました。紹介システムの本質は、紹介件数がただ単に増えればよいという事ではなく、地域のかかりつけ医や産業医の先生方と、精神科の先生方の距離が縮まって、関係作りを行うことにあると感じています。紹介システムでのやり取りを介して、かかりつけ医・産業医の先生方と精神科の先生方の信頼感が高まる。このことが地域のうつ

病対策の構築の上で、とても大事です。

厚生労働省の最近の方向性としましては、ひとつには、診療報酬点数化(精神科医療連携加算)により、かかりつけ医から精神科医へのうつ病が疑われる患者の紹介を促しています。もうひとつには、各都道府県・政令市において、平成20年度から「かかりつけ医うつ病対応力向上研修会」を開催することでうつ病の理解を深め、かかりつけ医のゲートキーパー化を目指しています。

全国で開催されている研修会の基本モデルとなる研修が、平成20年10月5日に日本医師会大講堂で開催されました。その「連携編」において、富士モデル事業・紹介システムを、富士市内の内科の先生、精神科の先生と私の3名が講師となり説明させていただいております。この講演内容が冊子となり²⁾、平成21年の夏、日本医師会全会員向けに165,000部配布されましたので、ご参照いただければと思います。

4. 睡眠キャンペーン

次に「睡眠キャンペーン」について説明します。

日本の自殺対策を、プリベンション(予防)、インターベンション(介入)、ポストベンションと分けて全体の流れを振りかえってみますと、わが国の自殺対策は特異な経過にあることがわかります(図9)。と言いますのは、日本では、遺族の声を集めて国会議員に働きかけ、自殺対策基本法が制定された経緯がありますので、遺族支援の重要性がまずは確認されました。インターベンションについては、うつ病対策を重点としてスタートしましたが、最近では、アルコール依存症対策、自殺未遂者対策、さらには多重債務を抱えたハイリスク者への支援、失業者へのハローワークでのワンストップサービスなどがトピックスとなっており、さまざまなハイリスク者へのアプローチに注目が集まっています。

一般的に、効果的な自殺予防対策の推進にあたり、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを車の両輪として施策展開していくことが有効とされています。日本の現状は、ハイリスクアプローチへの関心の高さに比べてポピュレーションアプローチの部分が弱く、そこが今後の課題と考えられます。

では、一般の方々にとどのようにポピュレーションアプローチをかけていくのか、その一例が「睡眠キャンペーン」であると、私たちは感じています。

従来のうつ病の啓発活動では、「うつ病はこころの風邪」、「うつ病は休養が必要」などのフレーズが有名です。ところが「こころの風邪」という表現は、うつ病の症状を理解する上で、どうもピンとこない部分があります。また「うつ病は休養が必要」というお話を、たとえば富士市内の個人商店主に伝えると、「うちの店をつぶすつもりか!」と怒られてしまいます。不況で休めない状況にあり、無理して働いている方にこういう声掛けをしても、逆に「おれはうつ病ではない」と否認され、治療からかえって遠ざかってしまうこと

もあります。

一方で、「男性腹囲 85cm以上」というメタボリックシンドローム対策の基準は、あつという間に日本中の中年男性に浸透しています。85cmという基準値の妥当性は、医学的にはいろいろ議論のあるところですが、戦略広報という意味合いでは大成功事例といえましょう。

日本の中年男性の気質をふまえ、これに匹敵するうつ病対策のキャッチフレーズはないのか? マスコミ関係者からは、日本人はメタボ対策の85cmに限らず、数字が好きな国民性というアドバイスをもらいました。そこから、睡眠キャンペーンでは、「2週間以上続く不眠はうつサイン」と訴え、「2週間」という数字を強調することとしました。「うつ病に気をつけましょう」と言っても何をどう気をつけ

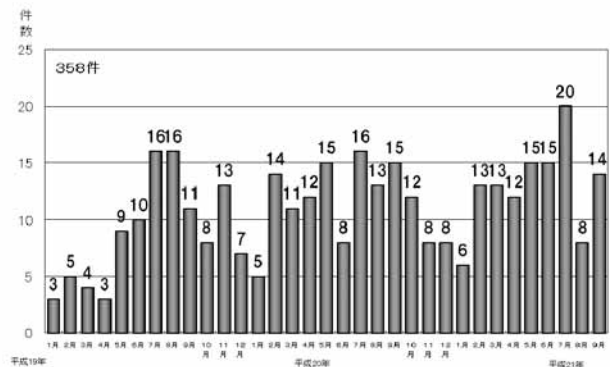


図8 富士市内の紹介件数の推移

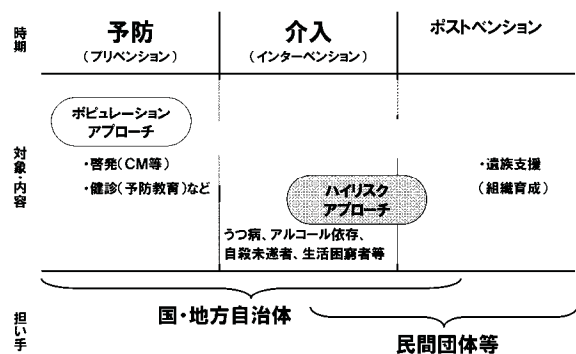


図9 自殺対策(働きかけるポイント)

たらよいかわかりにくいですが、「2週間毎日眠れなかったら、やっぱり身体が持たないですよね」という話をご理解いただけるんですね。

睡眠キャンペーンの特徴は、まずは「お父さん(パパ)、ちゃんと眠れてる？」と娘の立場から問いかけ、自分の健康問題は二の次になりがちな中年男性への訴求性を高めるとともに、「2週間以上の不眠はうつサイン」と数字を含む明確なメッセージを伝えるという広報戦略にあります。

睡眠キャンペーンでは、さらに、高校生の娘の統一キャラクターを用い、さまざまな媒体を工夫しています。たとえば、ポスターです(図10)。一般的に、「うつ病」や「自殺」の文字を全面に出したポスターでは、あまり多くの方には関心を持っていただけません。ポスターをぱっと見て、セーラー服の女子高生が「パパ！」と呼びかけている。「ちょっと、自分のこと？」とまずは父親世代の関心を引くことがポイントになります。

それから、時刻表広告です。リーフレット

だと書類の間に挟まってしまったり、すぐゴミ箱へとなりがちです。働き盛り男性に長く持つてもらうためにどうしたらいいかを考え、ポケット時刻表の広告も活用しています。

さらに、カレンダー。ポスターでは1カ月もすると剥がされてしまいます。1年間貼ってもらうために、睡眠キャンペーン・カレンダーを作成し、労働基準監督署から富士市内の500事業所に配っていただきました。

テレビCM(図11)も、父娘の会話形式で作成し、静岡県内で繰り返し放映しています。

—テレビコマーシャル—

(娘) お父さん、私の部屋入っちゃダメ！ヘアブラシ使っちゃダメ！それから、ずっと元気でいなくちゃダメ！

(父親) えっ。

(娘) 眠れてないでしょ？最近・・・。

(男性ナレーション) 不眠が続く時はお医者さんへ。静岡県。

(父親) う、う、う。

(娘) 泣いちゃダメ！

このコマーシャルを見た50歳代の男性の方々は「なんか“じーん”ときますね」などとおっしゃってくださいます。やはり、娘から声をかけられるのがいいんだろうと思います。



図10 睡眠キャンペーンポスター



図11 睡眠キャンペーンテレビCM (テレビCM撮影風景)

その他にもインターネットでの「静岡県パパ寝てる」の検索や、名刺にも女子高校生のキャラクターを入れ込んでいます。統一したキャラクターをさまざまな媒体を活用して印象付けることで、広報戦略が成り立っています。このキャラクターを用いての睡眠キャンペーンは、他県へも徐々に広がりつつあります。

睡眠キャンペーンの考え方のもとになっているのは、中年男性の「こころのバリア」を意識した普及啓発です。うつ病の啓発は、十年二十年単位ですずっと行われているにもかかわらず、中年男性には未だ十分浸透しているとはいえません。従来どおりの啓発を繰り返しているだけでは、ダメということです。例えば、よく「悩みを相談してください」との啓発がなされますが、中年男性にとっては、どうも「あなたは弱い人です」と言われているようにとらえられてしまうようで、実際に相談に結びつけるのは困難です。このような日本人中年男性の気質を踏まえ、「こころのバリア」に対してどのようにアプローチすれば受け入れてもらえるかを考え続ける中で、睡眠キャンペーンが今の形になってきました。

睡眠キャンペーンの普及にあたっては、「家庭でも職場でも気になる方がいたら、まずは“ちゃんと眠れてる？”の一言から声かけを」と具体的に伝えています。うつ病対策やメンタルヘルス対策という、何か難しいことのように捉えられがちですが、地域の方々に「これならできる」と思ってもらえることが大切です。

5. その他の取組

これまで、「紹介システム」と「睡眠キャンペーン」の事業の二本柱を説明してきましたが、その他の取組について、2点ほどご紹介いたします。

ひとつは薬剤師会連携です。「中年男性が眠れない時にどこに行くか」というと、お医者さんで睡眠薬を処方してもらおう方法もありますが、仕事が忙しいサラリーマンは薬局に

行って、手軽に市販の睡眠改善薬(OTC)を購入している可能性があります。実際、市販の睡眠改善薬が発売されて以降、売り上げは急増しています。しかしながら、自己判断での漠然とした市販睡眠薬の連用は、耐性の点からも問題が指摘されています。そこで、モデル事業の一環として、富士市薬剤師会と連携し、市販の睡眠改善薬を連用している方に対して「不眠が続いていれば、ちゃんと医師と相談した方がいいですよ」などと、薬剤師から受診勧奨する取組を始めています。

こころの相談窓口には、中年男性はなかなか来て下さいませんが、薬局・薬店には眠れない中年男性が自らやって来ます。富士市薬剤師会で説明会を開いた際に、市内80以上の薬局・薬店が集まりましたが、これは、一度に80以上の相談機関が開設されたことに匹敵する意義があると感じています。

もう一つの取組は、健診機関連携です。現在、メタボリックシンドローム対策として特定健診・特定保健指導に注目が集まっています。健診機関と連携し、問診時に睡眠状態をチェックし、不眠を訴える健診対象者にうつ病教育を含めた保健指導を行うことが有効と考えています。

6. 不眠に着目した

「富士モデル事業」の拡がり

富士モデル事業のスタート時の目標は、睡眠キャンペーンによる気づきから、かかりつけ医・産業医(ゲートキーパー)につながり、さらに必要に合わせて精神科に紹介される、一貫したうつ病の早期発見・早期治療システムの構築にありました。富士モデル事業は、睡眠を切り口とすることで、うつ病対策にとどまらず、さらなる拡がりをみせています。

久留米大学精神神経科の内村直尚教授にご提供いただいた「不眠・抑うつと生活習慣病との関係」(図1 2)をご覧ください。富士モデル事業は、うつと不眠との関係に着目して進めていますが、実は糖尿病・高血圧などの生活習慣病でも、不眠を訴える方は半数前後

いらっしゃいますし、うつ病の合併もよく認められています。逆に、不眠やうつ病の治療により、血糖値や血圧のコントロールが良好となることも経験されることです。不眠と生活習慣病も実は密接な関係があるということになります。

それから、脳・心臓疾患と睡眠も関連しています。改正労働安全衛生法で長時間労働者に対する産業医による面接指導が義務付けられましたが、これは、100時間以上残業している従業員の睡眠時間は概ね5時間を切るだろう、すると脳・心臓疾患のリスクが急速に高まるので、産業医の先生が面接していきましょ、という流れであったと思います。睡眠時間減少と脳・心臓疾患も密接な関係があるわけです。

そもそも不眠の悩みを抱えている割合は日本人の約20%にも及ぶとされますが、睡眠問題はうつ病対策に限らず、生活習慣病や脳・心臓疾患との関係も深い。多くの日本人が抱えている睡眠問題への取組は、うつ病の早期発見に限らず、幅広く健康問題の改善に寄与する可能性があるということになります。

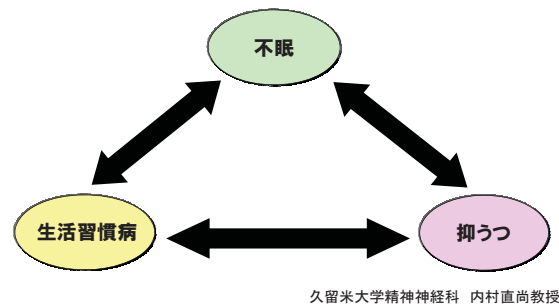
モデル事業では、うつ・自殺予防対策を精神保健の枠組みとしてスタートさせましたが、睡眠に着眼することで、これをヘルスマナーの枠組みに拡大し、現在では「中高年の健康づくり」の一環として、睡眠キャンペーンを県内各市町村に広めています。

眠ることは健康づくりの大切な要素です。健康日本21の流れを振り返りますと、2003年に「健康づくりのための睡眠指針」が出るなど、以前は睡眠問題にも取り組んでいましたが、最近ではメタボリックシンドローム対策や食育など、食生活や運動の分野が中心となっています。

図13に健康日本21の柱を示しました。「栄養・食生活」や「運動」の分野は、多くの都道府県で熱心に取り組まれています。しかし、「休養・こころの健康づくり」については、秋田県など一部を除けば、すっぽりと抜け落ちてしまっているところが大部分というのが現状

と思われます。これには、「こころの健康づくり」というと具体的にどのように取り組んでよいかわかりにくいという事情も関連しているかもしれません。

「休養」と「こころの健康づくり」を睡眠(不眠)というキーワードでつなげたのが富士モデル「睡眠キャンペーン」になります。「休養」と「こころの健康づくり」を別々に捉えるのではなく、両者をつなげて「睡眠」と置き換えて考えれば、他の分野との関連も見えてきます(図13)。たとえば、短時間睡眠は肥満の危険因子であり、睡眠不足が続くと食欲が高まり、肥満につながりやすいとされています。先ほど説明したように、糖尿病・循環器病と睡眠も関係しています。もちろん、運動と睡眠も関連します。



久留米大学精神神経科 内村直尚教授

図12 不眠・抑うつと生活習慣病の関係

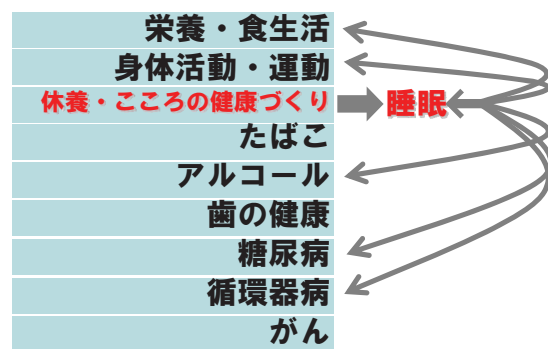


図13 健康日本21と睡眠


	子ども	大人
睡眠	「早寝、早起き、朝ごはん」	? 
食生活	食育	メタボ (ウエスト径85cm)

図14 健康に関する国民運動

さらに、睡眠とアルコールの関係です。眠れないと寝酒に走ってアルコール依存になる可能性があります。また、自殺予防総合対策センターによると、40、50歳代男性の自殺の背景に飲酒問題が潜んでいることが報告されています。このように、睡眠という切り口で考えると、いろいろな健康問題が密接に関連していることが見えてきます。その流れでみていくと、うつ・自殺予防対策とメタボリックシンドローム対策が、不眠を切り口とすることでドッキングする可能性も出てくるでしょう（図12）。

次に、健康に関する国民運動について、「大人」と「子ども」、生きていくための基本である「食生活」と「睡眠」という各々二つの軸で、大雑把に分類を試みてみました（図14）。メタボリックシンドローム対策は大人の食生活についての国民運動に区分けできるでしょう。それでは、子どもの食生活の国民運動は为什么呢？「食育」がここに関係してきます。次に、子どもの睡眠についての国民運動は何でしょうか？「早寝、早起き、朝ごはん」が区分けできると思います。最後に、大人の睡眠についての国民運動です。ところが、この部分にあてはまるものがないのです。

働き盛り世代にとって、睡眠はないがしろ

にされがちです。日本の中年男性は、睡眠時間を削って一生懸命働くことが美德という意識が残っていますし、もともと学生時代には「四当五落」という言葉も流行しました。現代の日本人の睡眠時間は、世界各国と比較すると最も少ない部類に入りますが、さらに過重労働により、どんどん睡眠時間が削られ、結果的に追い込まれていく姿を考えると、健康問題の中で、もっと睡眠のことを真剣に取り上げるべき時期にきているような気がします。私たちは、睡眠キャンペーンをやりながら、きっとこの部分をやっているんだと実感しています。

睡眠に関連した「おはよう」、「おやすみ」というあいさつは、家族コミュニケーションの基本になります。職場でも、「おはよう」のあいさつから一日がスタートします。こういった睡眠に関連するあいさつも取り入れながら「睡眠キャンペーン」を拡大していくことが、今後、必要とされてくるのではないかと感じています。というのも、現代社会においては、家族コミュニケーションや職場におけるコミュニケーションの希薄化が問題視されています。IT化が進み、職場にパソコンが普及して、「おはよう」と声かけしてもパソコン画面ばかり見て返事がないというような話

もよく耳にするところです。職場や家庭でのコミュニケーションが希薄化する中で、メンタルヘルス問題も起りやすくなっているのかもしれない。そこにもメンタルヘルス対策として睡眠キャンペーンを行っていく意義があるのかもしれない。

職場のメンタルヘルスにおいては、企業トップの理解が不可欠とされています。私どもは、企業の管理職の方々には、ヘルシーカンパニーという概念で理解・協力を求めています。

ヘルシーカンパニーとは、従業員の健康管理に力を入れている企業で、「元気な社員が元気な会社を作る」をスローガンに、元々はアメリカ企業でストレス対策中心に取組まれていました。ところが、日本ではメタボリックシンドローム対策に切り替わっており、「企業をあげて食生活や運動など健康づくりに取り組みましょう」となっています。

私たちは、新たに睡眠チェックによる社員の健康管理を企業内に導入していくと、それはメンタルヘルス対策にとどまらず、メタボ対策にも有効ですよ、脳・心臓疾患も減少し医療費が減りますよ、それだけではなく、睡眠チェックができれば、交通事故や工場での事故も減りますよ、さらに従業員の集中力が高まることで企業業績にも寄与する可能性がありますよ、というようなお話をしていくことで、企業トップに関心をもってもらう努力をしています。

今までメンタルヘルス対策というと、企業にとっては、過労自殺による労災認定のようにリスクマネジメントと捉えられがちで、渋々取り組んでいる面もあったかもしれませんが、そういうことではなく、ヘルシーカンパニーを目標とした企業戦略として、積極的に取り組みましょう、そういった働きかけをしています。不眠による日本の経済的損失は、年間3兆5000億と推計されており(日本大学医学部 内山真教授)、企業関係の方々には「皆さんの企業で取り組んでいくと、これを節約できる可能性があります」という情報を伝え

ると、非常に関心が高まります。やはり、数字の力、具体的な金額には大きなものがあると感じています。

7. 最後に

睡眠を切り口としてうつ・自殺対策に取り組むメリットを、以下のようにまとめてみました。

1. 「こころのバリア」を刺激せず、働き盛り世代が受け入れやすい。
2. 不眠は誰にでもあり、理解されやすい。
3. 健康問題全般に関連するので、さまざまな立場で取り組みやすく、ネットワークも作りやすい。

最初に本橋先生がおっしゃいましたが、最近では失業者などのハイリスク者に対するセーフティネット構築に国が力を注ぎ始めております。全体として、ポピュレーションアプローチ、ハイリスクアプローチ、セーフティネット構築がバランスよく行われることが、実効性のある自殺対策につながると考えられます。

本日のまとめは、以下のようになります。

1. 働き盛り世代のうつ・自殺予防対策では、日本の中年男性の気質、「こころのバリア」を意識した対応が必要。
2. 静岡県では、働き盛り世代のうつ病の早期発見・早期治療システムの構築を目的に富士モデル事業を開始した。睡眠キャンペーンと紹介システムが事業の二本柱。
3. 不眠への着目は、うつ病対策に限らず、幅広い健康問題への取組(ヘルスプロモーション)につながる可能性があることから、地域・職域に受け入れられやすく、ネットワークも作りやすい。

本日お話ししたことは、日本医師会の講演記録集など、いくつかの出版物²⁻⁴⁾にも記載してきたことですので、よろしかったらご参

照下さい。なお、「睡眠キャンペーン」関連のデータについては、静岡県自殺予防情報センターにご連絡いただければ無償提供できますので、ご活用ください。

「不眠に着目して、働き盛り世代の命を守る、健康を守る」ために、まずは「眠れてる？」の一言から始めてみませんか。

私の話は、以上で終わらせていただきます。

参考文献

- (1) 川上憲人. こころの健康問題と対策基盤の実態に関する研究. 平成14年度厚生労働科学特別研究事業
- (2) 松本晃明. 富士モデル事業の概要. 日本医師会かかりつけ医うつ病対応力向上研修会講演記録集. 東京: 日本医師会. 2009: 57-67.
- (3) 松本晃明. 静岡県における自殺対策—富士モデル事業の実践. 公衆衛生 2008; 72: 903-906.
- (4) 松本晃明. ライフステージと自殺—成人期. 高橋祥友, 竹島正編. 自殺予防の実際. 東京: 永井書店. 2009: 57-67.

企業における自殺が及ぼす影響

尾崎 健一

ライフワーク・ストレスアカデミー

1. はじめに

長引く不景気の影響や一人あたりの仕事量の増大、メンタルヘルス不調者の休職者の増加など企業を取り巻く環境、とりわけ従業員のメンタルヘルス問題は好転を見せない状況が続いています。私の産業場面でのメンタルヘルス問題対応の経験から、企業における自殺が及ぼす影響と産業保健スタッフおよび心理職がどのように貢献していけるかについて検討してみたいと思います。

2. 事例

事例Ⅰ) 過重労働と支援不足の管理職

全国展開している小売業の店長の事例です。本部から売り上げ増のプレッシャーが非常に高かったという背景のもと、期待を担っての転勤と昇進でした。初めてのマネジメントの経験でもあり、悩みも沢山あったようですが直属の上司はそのエリア全体を統括するという立場であり、身近には相談者出来る人がいなかったそうです。転勤後、3ヶ月で自殺を図りました。

その後の対応として会社側では、直近の勤務状況の確認を行い、残業時間の平均は月80時間程度であったとのことですが、周辺からの事情聴取ではそれ以上の把握出来ていない残業時間があったとされています。

また、社内対応の過程で、「社内で真実を伝えるか」という事が問題となりました。従業員の動揺を防ぐ目的で、「真実を伝えない」という会社の決断となりましたが、逆に憶測が

憶測を呼び「会社が隠し事をしている」といった会社への不信感が高まってしまったのです。日頃からの「売り上げ重視の会社方針と経営者への批判」が噴出し、社員全体のモチベーションが低下しました。本社では人事部門の労務状況の把握の仕方が問題になり、経営層と現場の反発の間に挟まって対応する人事担当者が疲弊し、人事担当者にも大きな心身へのダメージがありました。

心理職は、当該店舗および前任の店舗の同僚にディブリーフィングを始めとする危機介入を行いました。また、本人の上司や慕っていた部下に不眠や抑うつ症状がでており精神科リファールを実施しました。

関連性は不明ですが、その1ヶ月後、別のエリアの店長が自殺という事例が続いて起きたのです。

事例Ⅱ) 適応出来なかった新入社員

2つ目は、製造業の支店に配属された新入社員の事例です。もともと営業希望ではなかったが、支店の営業に配属され、「仕事が難しい」「合わない」「かなり体力的にきつい」と親しい友人には漏らしており、孤立していた感じがあったと報告されています。配属5ヶ月後、支店内で自殺、上司が発見しました。支店内ほぼ全員に何らかの影響が出ており、休んだり心身不調から通院する人が見られています。自殺の現場の部屋には入れなくなった人が続出し、最終的にはその職場で働く事が困難になったため支店のビルを移転してしまっただけのことです。

直後の対応として、本社の看護師が支店全員の面談を行い、心のケアと心理教育を行いました。産業医と連携し、地域の精神科とと

〒335-0023 埼玉県戸田市本町1-24-18
オレンジキューブ15

第19回日本産業衛生学会 産業医・産業看護全国協議会 シンポジウム「職場の自殺予防」(2009.11.7)を採録したものである。

もに精神面のサポートを行ったということです。

共通する問題点

2つの事例に共通する問題点として、次の点が挙げられます。

①支店・地方営業所では、産業保健体制が十分機能していなかった。

本社では、手厚いサポートがあっても地方ではないに等しい、または、地域資源任せになっているところが多いものです。

②相談できるところがない、あっても相談しづらい状況であった。

「産業保健」「社内相談窓口」「社外相談窓口」があっても、相談に踏み出すのが難しい。または、窓口の存在を知らないということも少なくありません。

③予防活動が不足していた。

メンタルヘルス問題に関する予防活動の重要性を会社側が認識していない場合があります。

④人事部門に対応のノウハウが少なかった。

メンタルヘルス問題、特に自殺の問題は頻繁に起きるわけではないので、人事部門に対応するノウハウや経験が蓄積されづらい問題と言えます。

3. 企業で自殺が起きた場合の必要な会社の対応

ここでは企業にとってという観点から人事や上司の立場として必要な対応を図1に示します。

自殺者が出た場合の上司・人事の対応

- ここ数ヶ月の勤怠・仕事内容・量の確認、データ収集
- 周辺情報の整理
- 遺族への報告、葬儀への参列
- 経営陣への報告
- 労働基準監督署への報告
- 部下・同僚への報告
- 自分のセルフケア

図1

これだけ本人にも残された人にも大変な影響のある自殺という事態を起こさないために、どの様な事が企業側で出来るでしょうか。

4. 企業における自殺予防

川上¹⁾は「事業場で成功する自殺予防の条件」として下記を挙げています。

- ①組織トップの明確な方針があること
- ②管理監督者への教育・研修が出来ていること
- ③産業保健スタッフに秘密を守って相談できること
- ④産業保健スタッフがうつ病を見逃さないこと
- ⑤専門家への紹介がスムーズにできること
- ⑥復職を支援する手順ができていること
- ⑦ストレスを減らして心の不調を未然防止

まず、経営層がメンタルヘルスに関して問題意識を持ち、方針を打ち出すことです。その上で、啓蒙活動をしっかり行うこと。具体的にはメンタルヘルスに関する正しい知識と対応を身につける為の教育、研修という形になるでしょう。職場というのは基本的には健康な人の集まりなので、どうしてもメンタルヘルスの問題や自殺が起きるといった感覚が希薄になりやすいものです。それ故、予防や起きた時の個人や家族、そして会社への影響というようなことがイメージできにくいといった事情もあるので、このような事を教えていくのは会社の責任とも言えます。同様に、相談窓口の設置やその告知、および相談しやすい環境を整える事も会社側の準備として必要でしょう。

一方で、相談できない人に早く気付くという観点から、日頃の注視やコミュニケーションの必要性はもちろんですが、健康診断のような意味合いのことをメンタルヘルスの問題にも導入していく必要もあるでしょう。それと、専門家への紹介のプロセスを明確にしておくことが早期対応につながります。復職に関しては、厚生労働省の指導にあるような休

職・復職支援のプロセスと規定を明確にすることが第一歩です。

そもそも職場ではストレスがあり得るという観点から、場所や時間、人間関係といった職場を取り巻く様々な環境に対し会社をあげて改善していく風土を醸成せねばなりません。これらは、自殺予防と言いながらメンタルヘルス対策とイコールとも言えるものです。

5. 職場のメンタルヘルス対策の具体像

日本政策投資銀行²⁾がまとめた「職場のメンタルヘルス対策のイメージ」(図2)によると、横軸に「支援や治療・介入の緊急性」、縦軸に「従業員個人から組織」という軸をとり、具体的な対策を表現しています。

この中で産業保健スタッフと連携を取りながら心理職の人間がどう役割を果たしていけるかを検討してみます。

心理職が産業領域で出来ることとして次の様なことが挙げられるでしょう。

まずは、個人への支援としての心理相談。そして、啓蒙活動、例えば教育や研修を産業保健スタッフの医師や保健師と協調あるいは分業してやっていくとこと。また、今回のテーマである自殺なども含めた危機介入というの

も心理職が強みを発揮出来る分野だと思います。現状把握と早期発見のためのストレス調査のような役どころもありまし、その他、産業保健の仕組みと人事や上司を含めた現場とのコーディネーションというのも必要な活動です。早期発見のための施策を人事と一緒に企画立案したり、復職支援などがそれに当たります。

6. 企業の中での心理職の立場

産業保健スタッフとの役割分担を考える上で、企業における心理援助職は様々な形態で働いていることを見ておきましょう。牧野³⁾の分類を参考に図3に整理してみました。

まず、企業に常勤で雇用されている形態。これは多い形ではありませんが、正社員という形で雇用され、上司は人事であったり、産業医であったりします。一番多いのは、非常勤で週一回とか、嘱託で月に何回か来る、という契約になっている形態です。また、外部EAPとして完全に外部の相談窓口やカウンセラーとして関わるという形も増えてきました。これらの形態によって所属する組織もかわってきます。人事部門に所属している心理職と、企業病院などにおいて医療職として働いている

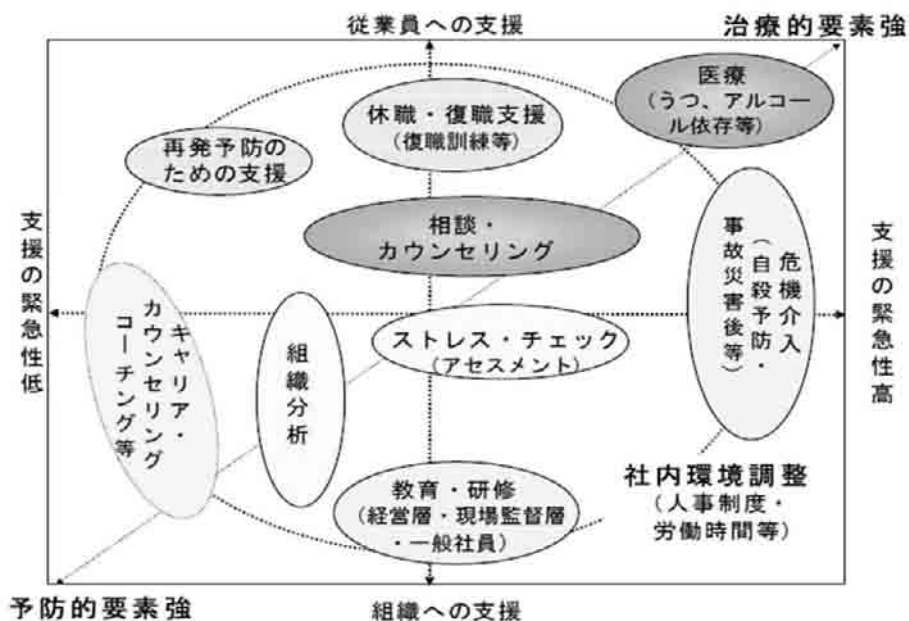


図2 職場のメンタルヘルス対策のイメージ²⁾ (日本政策投資銀行)

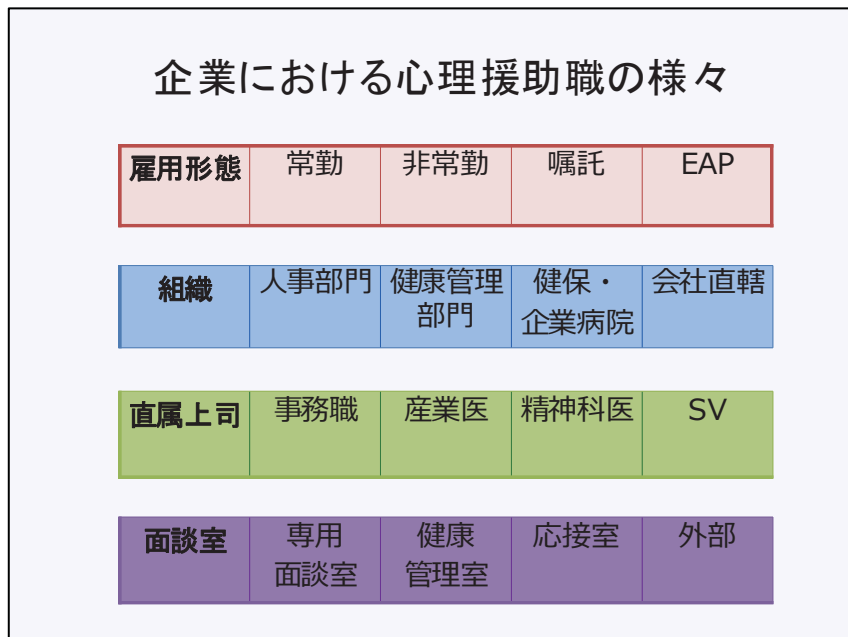


図3

心理職では相当仕事が異なってくるという事になります。図2で言うところの機能（サービス）を個別に提供している、またはどれかに特化して提供しているEAPサービスもあり、一口で心理職が企業へのサポートと言っても、様々な立場と様々な切り口があると言えます。

7. 企業におけるメンタルヘルス対策 （自殺対策）の今後の強化点

今後の強化すべきについて以下に挙げてみます。

- ①産業医不在の事業場への対策
- ②主治医と産業医のコミュニケーション
- ③保健師・看護師と心理職の協調
- ④健康診断にメンタルスクリーニングの要素を含める
- ⑤過重労働面談の徹底
- ⑥会社姿勢に対する産業医コメントの重要性

事業場の規模により産業医不在のところも多く、課題となっています。地域産業保健の公的機関や地域医療との連携や産業医が地方事業所に出かけて行くことなど工夫が必要な

点がありそうです。また、最近話題になっている復職時の主治医と産業医の連携について、更なる強化が推奨されています。その際に心理職が協力出来ることがありそうです。それから、産業保健の仕組みの中に心理職がいる場合でも保健師等の医療職とのすみ分けが不明確な場合もあるので、お互いの職域を整理し、相乗効果を出せる連携を確立することが理想的です。昨今盛んになってきたストレス調査も健康診断の結果と結びつけて考えると、より現実的な健康診断後の指導ができるのではないかと思います。過重労働の面談について、法的にも実施すべきことではありますが、本人の希望という条件などもあり、十分に徹底しきれていない側面があります。もっと徹底させていくことでメンタルヘルス問題の改善と自殺予防に繋がっていくことと思います。そして、会社の姿勢がどうあるべきかという点についてですが、例えば、従業員の過重労働を前提として生産性を維持しているという会社側の理屈もある場合があるので、会社側への指導的立場にある産業医から会社側への是正を求めるといった活動も活性化されると有効ではないかと考えます。

8. 産業保健で心理職が 有効に機能するために

産業領域の心理職の活動範囲は、まだ未整理な領域であることを前提にはありますが、心理職から見た産業保健内での有効な役どころと留意点を図4に挙げてみました。

<p>心理職の有効な役どころと留意点</p> <ul style="list-style-type: none">• 要管理者や休職者のフォロー役として• 研修等 啓蒙活動の展開役として• ストレス調査などの実施役として• 心理相談役として産業保健スタッフとの積極的共有 <p>✓スキルや専門領域のばらつき ✓個別臨床と組織的観点のバランス</p>

図4

まず、既に調子が悪い社員や休職、復職後の社員、要注意、要管理者へのフォロー役としての役が挙げられます。また、メンタルヘルス教育など啓蒙活動の展開役として。それから、ストレス調査など現状把握とそれを健康診断に生かせる様にフィードバックする役目として。そして、個人への対応として、カウンセラーというメインの仕事があります。効果を上げるために産業保健スタッフと積極的に共有し、本人の回復に生かして行く必要があると思います。

留意点としては、以前から指摘されている

ように心理士ごとに経験やスキルの違いと教育段階から専門領域がだいぶ違うことが挙げられます。たとえば心理療法ひとつとりあげても、流派によって手法が違うので協調する側としては、どの様な事が出来るかなどを事前知っておくことが必要です。また、医療職全般に言えることですが、「個別の臨床ケース」の取り扱いと「会社という組織的観点」のバランスを取ることが、産業場面の臨床活動に必要なことは心理職に対しても同様に頭に入れて置かなければならないことです。

いずれにしても、現在急務である自殺対策と今後も増加が懸念される産業場面でのメンタルヘルス問題に対して、産業保健の仕組みに心理職を上手く生かすことは必要なことの一つであると言えるでしょう。

文献

- (1) 川上憲人. 事業場向け自殺予防マニュアル. 平成16年度厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業「労働者の自殺リスク評価と対応に関する研究」総括・分担研究報告書. 2005.
- (2) 奈倉史子. ヘルスケア産業の新潮流③職場のメンタルヘルス対策の現状と課題. 日本政策投資銀行. 今月のトピックス. 2008; 119.
<http://www.dbj.jp/pdf/findicate/no119.pdf>
- (3) 牧野純. 東京臨床心理士会新入会員のための研修会産業領域委員発表資料. 2007.

秋田県の脳卒中医療連携の現況

南園 佐知子^{1,3)}、長谷川 仁志²⁾、蓮沼 直子²⁾、金子 善博³⁾、本橋 豊³⁾

1) 秋田大学医学部医学教育部

2) 秋田大学総合地域医療推進学講座（寄附講座）

3) 秋田大学大学院医学研究科公衆衛生学講座

脳卒中治療に関して、近年は急性期治療体制の確保のみならず、回復期・維持期も含めた地域医療連携体制の構築への関心が高まっている。我々は秋田県からの受託研究により県内の医療機関と介護施設等に対して内脳卒中患者の動向に関する質問紙調査を行った。今回、本調査結果をもとに急性期医療を行っている病院の現状と後方施設間連携に関する課題について検討した。その結果、秋田県内の脳卒中急性期治療における在院日数には地域差があった。また、脳卒中治療に対する退院・転院基準は十分整備されておらず、施設間の連携も十分に図られてはいなかった。これについて、急性期病院側からは後方施設の不足が、後方施設からは連携の不足が指摘された。今後は以上のような課題について緊急に改善することが必要であると考えられる。

1. 諸言

近年、脳梗塞の急性期治療に関しては、遺伝子組み換え組織プラスミノゲンアクチベーター（rt-PA）による経静脈的血栓溶解療法の認可による超急性期治療の普及¹⁾、高齢化に伴う地域での継続的ケアニーズの需要が高まっていることなどから、地域における脳卒中医療には広域化と地域密着型の両面が求められている。そのため、地域医療連携体制を構築することが重要視されてきている²⁾。

熊本県では、脳卒中地域連携クリティカルパスを早くに取り入れることにより在院日数が減少し、急性期入院患者の受け入れ数も増えたとの報告があり、ここでは、自宅への退院が・リハビリ専門病院への転院が4割を超え、リハビリ専門病院においても、早期回復期リハビリの介入により、リハビリ専門病院の在院日数も短縮されていた³⁾。

一方、秋田県内での地域医療連携クリティ

カルパスの実施状況は、2008年10月時点で、県内急性期病院1施設と県内外の回復期病院各1施設からなる1地域のみであった。限られた地域医療資源で、効果的な脳卒中医療を実現するためには、地域医療連携クリティカルパスや地域医療連携を図ることが有効であると指摘されている。今回、我々は、秋田県内の脳卒中医療、および施設間連携に関する実態を調査したので報告する。

2. 方法

平成20年10月～11月にかけて医療機関と介護施設等における脳卒中患者の動向に関する質問紙調査を行った。調査対象機関は病院62施設および介護施設等108施設とした。（表1）本調査は秋田県の受託研究により実施した。

病院への調査内容は、平成20年1月～6月に急性期病床を退院した脳卒中患者の在院期間、病床・施設区分ごとの退院・転院先とした。急性期病床からの退院先区分の内訳は、

受付 2009.12.8 受理 2009.12.15

〒010-8543 秋田市本道1-1-1

回復期病床、慢性期病床、他科病床、介護療養病床、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設、自宅・その他とした。回復期病床は、類似の役割を果たすと考えられる⁴⁾、亜急性期入院管理料・回復期リハビリテーション病棟管理料届け出施設とした。慢性期病床は医療療養病床を示すものとした。また、自宅・その他のうち、その他施設としては認知症対応型グループホーム・介護老人ホーム、軽費老人ホーム、生活支援ハウスなどの入所施設を含むものとした。本調査は2008年1月~6月までの半年分の退院患者を対象としたため地域医療連携パスを実施していた病院におけるパス導入による効果は含まれていない。

介護施設等への調査内容は、病院・施設間の連携状況に関する項目とした。各施設の地域連携に関する関心度の高さを測る質問としては、「地域連携医療に関する研修・講習を職員に向けて行っていますか？」という質問に対して、行っている、行っていないが予定している、行っていない、から選択肢させた。

また、各施設の実質的な連携状況に関する質問としては、「定期的に地域の連携病院・居宅介護支援事業所・訪問看護センター等との合同カンファランス（症例検討会・研修・講習会等）を行っていますか？」という質問に対して、行っている、行っていないが予定している、行っていない、から選択させた。

以上の質問に対し結果を集計し、項目ごとにまとめた。

アンケート回収後、回答のあった施設のう

ち、県北、県央、県南のそれぞれの地域から二次医療圏を選出し、その二次医療圏内の地域中核病院、回復期病院、慢性期病院、介護保健施設から調査に関連したヒアリングを行い、アンケート結果に基づき検討を行った。

3. 結果

県内62病院中、49病院からの回答があり、そのうち脳卒中治療は41病院で行われていた。病院を含む、介護施設の回収率を表1に示す。脳卒中の急性期治療を行っているとは回答したのは25病院で、25病院の脳卒中による半年間の合計退院患者は2322人であった（表2）。急性期病院を退院した患者の在院期間の内訳は、一週間以内15.3%、一週間以上一ヶ月未満46.0%、一ヶ月以上38.3%であった。在院期間一ヶ月以上の割合を二次医療圏ごとに集計すると、県北3圏域では25.6%、33.3%、26.3%、県央2圏域では40.2%、39.1%、県南3圏域では50%、47.9%、47.8%であった。県内全体での急性期病床からの転院・退院先は、回復期病床16.7%、慢性期病床4.5%、介護保健施設5.8%、自宅・その他52.8%、死亡13.5%であった（表3）。連携状況に関する結果は、施設における職員への医療連携等に関する講習・研修の実施に関する質問に対し、実施していると回答した施設の割合はどの施設種別でも15%前後だった。また、連携施設との合同カンファランス等の実施については、実施していると回答した施設は、地域包括支援センターで56.0%と最も高く、次いで居宅介護支援事業所33.8%であった（表4）。自

表1 施設ごとの回収率

施設	対象施設数	回収数(回収率)
病院	62	49 (79.0%)
老人保健施設	51	34 (66.7%)
老人福祉施設	96	62 (64.6%)
介護療養施設	11	8 (72.7%)
認知症対応型グループホーム	166	113 (68.1%)
居宅介護支援事業所	340	163(47.9%)
地域包括支援センター	44	26 (59.1%)

表2 秋田県内の急性期病院を半年間に退院した脳卒中患者数とその在院期間

	7日未満	7~14日	15~30日	31日以上
県北地域(n=590)	19.5%	25.3%	28.3%	26.9%
大館・鹿角	19.9%	31.5%	22.9%	25.6%
北秋田	24.1%	16.1%	26.4%	33.3%
能代・山本	16.2%	17.4%	40.1%	26.3%
県央地域(n=1167)	14.3%	16.4%	29.4%	39.9%
秋田	14.9%	15.2%	29.7%	40.2%
由利本荘・にかほ	12.5%	19.9%	28.6%	39.0%
県南地域(n=565)	12.9%	17.2%	21.6%	48.3%
大仙・仙北	13.6%	15.3%	21.2%	50.0%
横手	11.1%	17.6%	23.4%	47.9%
湯沢・雄勝	15.0%	17.7%	19.4%	47.8%
秋田県全体(n=2322)	15.3%	18.8%	27.2%	38.7%

表3 秋田県内の脳卒中急性期病院を退院した患者の行き先

	回復期	慢性期	他科病床	介護療養	老人保健施設	老人福祉施設	自宅	死亡
県北(n=727)	12.2%	10.7%	9.8%	0.3%	2.8%	2.2%	49.2%	12.8%
大館・鹿角	24.2%	14.1%	7.8%	0.4%	3.0%	2.6%	36.8%	11.2%
北秋田	0.0%	13.1%	11.3%	0.3%	3.8%	2.7%	56.0%	12.7%
能代・山本	14.4%	1.2%	10.2%	0.0%	0.6%	0.6%	57.5%	15.6%
県央(n=1164)	17.8%	5.0%	6.4%	0.1%	3.9%	2.7%	52.1%	11.9%
秋田	18.7%	5.8%	6.8%	0.1%	4.3%	2.7%	49.6%	12.1%
由利本荘・にかほ	15.2%	2.7%	5.4%	0.0%	2.7%	3.0%	59.6%	11.4%
県南(n=667)	14.7%	1.3%	4.6%	0.1%	3.0%	2.2%	56.4%	17.5%
大仙・仙北	19.8%	0.0%	0.0%	0.5%	3.7%	2.8%	63.6%	9.7%
横手	10.2%	2.3%	7.6%	0.0%	2.7%	2.3%	53.4%	22.3%
湯沢・雄勝	15.1%	2.7%	5.9%	0.0%	2.7%	1.6%	52.2%	20.0%
秋田県全体	16.7%	4.5%	6.6%	0.1%	3.3%	2.4%	52.8%	13.5%

由記載・ヒアリング内容においては、急性期・回復期・慢性期病床では、いずれも退院後の受け入れ先の不足を訴える意見と、今後の連携強化を訴える意見が多かった。一方で、受け入れ先となる介護施設等では患者情報を中心とした医療機関とのコミュニケーション不足を訴える意見が多かった。

4. 考察

調査の結果、秋田県内の脳卒中急性期治療における在院日数には地域差がみられた。また、脳卒中治療に対する退院・転院基準は十分整備されておらず、施設間の連携も充分と

は言えず、秋田県における脳卒中地域医療連携に関する課題が示された。

調査結果とヒアリングの内容をふまえ、急性期病院の在院日数と施設間連携の視点で検討した。

はじめに、在院日数とそれに関連する要因について検討した。秋田県の在院日数には地域差があった。病型で、入院期間は異なるが⁵⁾、県内登録の50%を占めている秋田県内厚生連9病院の1984年から2005年の22年間の脳卒中患者病型割合に関する報告では、県北地域に脳出血が多い事が示されており⁶⁾、今回の在院日数の結果と病型割合は一致しな

表4 秋田県内の介護施設等における連携状況

	介護老人 保健施設 n=34	介護老人 福祉施設 n=61	認知症対応型 グループホーム n=110	居宅介護 支援事業所 n=157	地域包括 支援センター n=25
地域医療連携講習実施					
行っている	14.7%	12.9%	14.5%	18.5%	16.0%
予定中	8.8%	3.2%	13.6%	6.4%	4.0%
行っていない	76.5%	83.9%	67.3%	73.9%	80.0%
無回答	0.0%	0.0%	4.5%	1.3%	0.0%
合同カンファランスの実施					
行っている	32.4%	29.0%	20.9%	33.8%	56.0%
予定中	5.9%	1.6%	10.0%	1.9%	0.0%
行っていない	58.8%	69.4%	67.3%	59.9%	44.0%
無回答	2.9%	0.0%	1.8%	4.5%	0.0%

かった。また、同報告では、三地域での発症時の年齢に差は認めなかったと述べている。急性期病院の退院先としては、医療療養病床への移行について地域によってばらつきが認められた。しかし、地域ごとの65歳以上高齢者1000人⁷⁾当たりの医療療養病床数(回復期病床を含まない)は退院先の割合とは一致しなかった。

一方、回復期病棟(亜急性期入院管理料を取る施設と回復期リハビリテーション病棟管理料を取る病棟)への移行にはばらつきがあまり見られなかった。今回の調査では亜急性期入院管理料と回復期リハビリテーション病棟管理料を取る病棟を一カテゴリーにしているが、この二つの病棟では在院日数・転院日数制限が異なり、必ずしも重症度が同レベルの患者を扱っているとはいえない。また、亜急性期入院管理料を取る病棟では、急性期病院と併設されていることが多いため、自院での運用が多いという報告がある⁸⁾。そのため、亜急性期病棟を持たない急性期病院が他病院の亜急性期病棟を利用することは難しいと推察され、ヒアリングでも同様の内容が聞かれた。従って、地域によっては、中核病院の回復期病棟の利用のしやすさに差があることがあげられる。また、脳卒中回復期リハビリの開始時期については、症状が落ち着く2~3

週間経過時点が最適であると考えられており⁹⁾、**Functional Independence Measure**の運動項目を用いて検討した報告からも、リハビリのためには急性期からの転院がスムーズに行われることが必要で、遅くとも発症一か月以内の転院が望ましいとの報告がある¹⁰⁾。今回の回復期病院での医師からのヒアリングでも同様の意見が聞かれたが、実際に県内で回復期リハビリ病棟に移行している患者は急性期入院期間が1ヶ月~2か月以内の患者が多いとのことであった。しかし、急性期病院での回復期病院への待機日数などは調査していないため明らかではない。連携を円滑に行うためには、顔を合わせてのミーティングやカンファランスの重要性が指摘されている^{9) 11)}¹²⁾。今後は、リハビリ担当医師と脳卒中急性期治療を行っている医師を含めた急性期病棟と回復期病棟との連携が重要であると考えられる。

急性期病院在院日数を延長させる要因として①急性期病院における退院時転帰、②合併症併発、③リハ病院予約からの待機日数が指摘されていると報告されている¹³⁾。本研究ではこれらの要因については調べてはいないが、ヒアリングより、同様の意見があげられていた。県内の急性期病院では、①については急性期治療の向上・集約が必要であるが、調査

では、急性期の脳卒中医療を行っている病院は回答を得られただけでも、25施設あり、脳卒中治療が集約的に行われているとは言い難い。また本調査においては、脳卒中患者の退院・転院基準を作成していると回答した病院は、2病院のみであり、診断・治療指針が病院・地域により異なっている可能性があり、脳梗塞急性期治療の全国的調査では地域差を報告している¹⁴⁾。②については、合併症を併発させないように努めること、③については、脳卒中の転帰改善には回復期病院との連携が重要であると言われている¹⁵⁾ことから、急性期病院と回復期病院との連携により改善できる可能性があると考えられる。

今回の調査では、連携施設との合同カンファランスは後方機関では充分実施されていなかった。施設での職員に対する研修や講習はどの施設でも2割以下と低く、施設間の連携に対する意識は低い可能性が示唆された。また、結果には示していないが、施設間のカンファランス実施状況、施設内の連携に関する講習と二次医療圏ごとの在院期間割合には相関関係を認めなかった。この質問票では、医療連携状況と在院日数の関係は明らかにはできなかった。

今後、秋田県の高齢化が進むにつれ、脳卒中患者の介護・医療はより重要な課題となることが予想される。秋田の脳卒中発症登録を用いて介護料を検討した報告によると、介護負担の量は65歳以上の高齢人口に良く相関するとしている¹⁶⁾。また、依然、秋田県の脳卒中死亡率は高く¹⁷⁾、脳梗塞においては、年齢調整死亡率も他県と比較して高いことが報告されており¹⁸⁾、秋田県における脳卒中医療連携状況の改善は急務であると考えられる。今後、我々の研究が秋田県内の脳卒中医療連携構築の基礎資料として活用されることを望む。

謝 辞

本調査の実施に当たり、秋田県内各医療機

関、介護施設等にご協力頂いたことを感謝します。なお、本調査は秋田県の受託研究により行われたものである。

文 献

- (1) 稲富雄一郎、春木康男、小林祥泰. rt-PA 静脈療法一性別、入院時重症度および病型ごとの実施率と転帰. 小林祥泰編. 脳卒中データバンク. 東京: 中山書店, 2009: 92-93.
- (2) 橋本洋一郎、渡辺進. 脳卒中診療システム. 医学のあゆみ 2005; 212: 643-651.
- (3) 橋本洋一郎. 急性期病院から回復期リハビリテーション病棟に望むもの. リハビリテーション医学 2005; 42: 627-633.
- (4) 武田誠一. 亜急性期入院管理料を算定する病床に関する一考察. 新潟青陵大学紀要 2006; 6: 89-98.
- (5) 渡辺晃紀、中村好一、塚田三夫、宮古真奈美、青山旬. 脳卒中発症登録を用いた在院日数に影響を与える要因の観察. 厚生学の指標 2008; 55: 9-16.
- (6) 坂本 哲也. 秋田県における脳卒中の実態と予防に関する臨床疫学的研究—脳卒中発症登録と厚生連9病院の占める役割—. 秋田農村医会誌 2008; 53: 1-5.
- (7) 平成 20 年秋田県年齢別人口流動調査. <http://www.pref.akita.lg.jp/toukei/>
- (8) 高橋泰、猪口雄二、安藤高朗. 亜急性期病床に関する調査報告書. 全日本病院協会 2005.
- (9) 橋本洋一郎、内野誠. 脳卒中とチーム医療. 地域医療ネットワーク. Medical Practice 2005; 22: 1570-1582.
- (10) 吉田和雄、高田幹彦. 脳卒中回復期リハビリ開始時期による機能予後の違いについて—運動 FIM(Functional Independence Measure)を用いて—. 脳卒中 2006; 28(3): 396-402.
- (11) 山口潔. 疾病からみた退院支援の現状と

- 問題点 1) 脳卒中、特に寝たきり患者の退院支援. *Geriat. Med.* 2009; 47(3): 305-309.
- (12) 片山壽. 脳卒中 退院前ケアカンファレンス 尾道方式. 治療 2008; 90(3月増刊): 885-890.
- (13) 渡邊理香、稲富雄一郎、米原敏郎、藤岡正導、橋本洋一郎. 急性期病院における虚血性脳血管障害の在院日数延長因子. 臨床神経学 2005; 45: 405-409.
- (14) 数井誠司、木村和美、峰松一夫、山口武典. 急性期脳梗塞の臨床像およびその医療の地域差に関する他施設共同研究. 臨床神経学 2002; 42: 736-743.
- (15) 高野弘基. 新潟大学医歯学総合病院における脳卒中診療の現状と課題. 新潟医学会雑誌 2008; 122: 306-308.
- (16) 鈴木 一夫. 秋田研究: 脳卒中の予後. 日老医誌. 2008; 45: 169-171.
- (17) 厚生労働省. 人口動態調査.
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL02010101.do>
- (18) 田中貴子、高階光榮. 秋田県における疾病傾向を探る—死亡統計に基づいた検討—. 秋田県公衆衛生学雑誌 2008; 6: 21-30.

勤労世代無職者の自殺死亡率の検討

～就業上の地位別・職業別の分析～

金子 善博、 藤田 幸司、 本橋 豊

秋田大学大学院医学系研究科医学専攻公衆衛生学講座

近年、我が国では30歳代から60歳代にかけての男性勤労世代の自殺者数の増加が注目されている。厚生労働省、警察庁、内閣府の統計資料を用いて、平成20年の性年代別の自殺死亡率を就業上の地位別、および被雇用者の職業別に推計した。男性無職者の20歳代から50歳代までの自殺死亡率は著しく高かった（被雇用者に対し7.4～10.6倍）。40歳代男性無職者が最も高く、人口10万人あたり302.6人であった。いわゆる「働きざかり」世代の自殺に就労状況が大きく関連していることが明確となった。勤労世代無職者を自殺の重要なハイリスク群として認識し、対策を強化する必要がある。

1. 緒言

自殺死亡率には、経年的な増減や地域的な偏在が認められ、社会的な要因の寄与が大きいことがよく知られている¹⁻⁴⁾。過去半世紀の日本における自殺統計を分析すると、主な動向としては3回の増加が認められること、男女比が拡大してきたこと、高齢者の自殺死亡率が減少してきたことがあげられる⁵⁾。近年では、男性、特に30歳代から60歳代にかけての勤労世代の自殺者数の増加が注目され、いわゆる「働きざかりの自殺」として取り上げられている。また、平成20年秋からの世界金融危機は、日本において日本社会の変化と雇用や社会保障の制度の問題を顕在化させ、社会格差が自殺に及ぼす影響に大きな関心が向けられることになった⁶⁾。

平成21年度版の自殺対策白書において、無職者の自殺者数が全体の約3割を占めていることや無職者の割合は年齢が高いほど増加すること、失業者の自殺者数は増加傾向にあることなどが示されている⁵⁾。しかし、無職

者の自殺の実態については十分に明らかにされているとは言えない。著者らは60歳未満の無職者の自殺死亡率の高さを既に報告しているが⁶⁾、今回、性年代別の自殺死亡率を平成20年の就業上の地位別、および被雇用者の職業別に推計したので報告する。

2. 方法・結果

資料には、厚生労働省の労働力調査⁷⁾、警察庁の自殺の概要⁸⁾、内閣府の自殺対策白書⁵⁾を用いた。労働力調査は抽出調査であり、就労状況別人口や職業別人口は推計値として概数で報告されているため、本研究での結果についても概数となっている。

労働力調査から集計した平成20年の年代別の就業上の地位別人口は表1のとおりであった。警察庁の平成20年度中の自殺の概要による年代別の自殺者数と自殺対策白書に掲載された自殺者の職業別の自殺者数の構成割合から逆算した年代別の就労状況別自殺者数は表2のとおりであった。表1の自殺者数および表2の人口から20歳代以上の自営業・家族従業者、被雇用者・勤め人（役員な

表1 就業上の地位別人口（平成20年）

(万人)	自営業・ 家族従業者	被雇用者・ 勤め人	学生・生徒 など	無職	不詳
男性					
15～19歳	1	45	259	11	1
20～29歳	18	558	111	66	4
30～39歳	64	811	4	62	3
40～49歳	78	683	0	48	2
50～59歳	120	680	0	82	2
60～69歳	127	366	0	318	3
70歳～	94	70	0	652	1
女性					
15～19歳	0	45	244	11	2
20～29歳	9	483	79	148	4
30～39歳	37	530	3	347	3
40～49歳	48	516	0	233	5
50～59歳	83	492	0	318	4
60～69歳	88	209	0	570	3
70歳～	63	37	0	1093	1

ど含む。以下、被雇用者）および無職者の自殺死亡率を性年代別に計算した結果を図1に示す。

男性の20歳代から50歳代までの自殺者数に占める無職者の割合は40%弱であるが、これらの年代の無職者数は少ないことから、死亡率は著しく高かった（被雇用者に対し7.4～10.6倍）。特に40歳代男性無職者（人口10万人対302.6人）が最も高く、同年代の被雇用者（28.5）の10.6倍にもおよんでいた。

女性でもすべての年代で無職者の死亡率は被雇用者に比べ3.8～6.8倍と高かったが、男性に認められた年代間の差はみられなかった。自営業・家族従業者の死亡率は女性の若年層をのぞき、被雇用者よりも高く無職者より低かった。

また被雇用者の職業別死亡率を、警察庁の自殺の概要および厚生労働省の労働力調査より推計した結果を図2に示す。警察庁資料には被雇用者の職業区分として労働力調査での農林漁業に該当する区分がないこと、また職業が「その他」に区分された者が男性で13.3%、女性で17.2%いたことから、この結果は参考

値として報告する。全ての職種で男性の死亡率は女性より高く、特に男性労務者の自殺死亡率の高さが目立つ結果であった。

3. 考察

平成20年の自殺者数は人口動態統計では30,229人（自殺死亡率24.0）、警察庁の自殺の概要では32,249人（自殺死亡率25.3、男性36.7、女性14.4）であった。これらに対して勤労世代無職者の自殺死亡率は著しく高かった。また男性の被雇用者では労務者の自殺死亡率も高く、社会的に不安定な状況にある人々の自殺のリスクが高かった。一方、勤労世代男性であっても被雇用者の死亡率は男性の平均より低かった。いわゆる「働きざかり」世代の自殺に就労状況が大きく関連していることが明確となった。

労務者の自殺死亡率の高さに関連して、職業別の自殺死亡率の報告には厚生労働省の自殺死亡統計（人口動態統計特殊報告）があるが、労務者は職業分類上、生産工程・労務作業者に含まれて扱われていると考えられ、また直近のデータは公表されていない⁹⁾。他の職業でも専門・技術職や事務職に比べてサー

表2 就業上の地位別自殺者数（平成20年）

	自営業・	被雇用者・	学生・生徒	無職	不詳
男性					
0～19歳	1	57	221	54	0
20～29歳	43	958	388	840	39
30～39歳	235	1800	17	1333	69
40～49歳	529	1949	0	1453	101
50～59歳	923	1962	0	2002	156
60～69歳	817	837	0	2225	108
70歳～	303	123	0	2701	27
不詳	0	0	0	0	3
合計	2807	7463	668	10672	691
女性					
0～19歳	0	18	150	50	1
20～29歳	4	357	139	660	11
30～39歳	23	429	9	1073	20
40～49歳	52	279	1	858	13
50～59歳	90	250	1	1077	17
60～69歳	117	97	0	1458	82
70歳～	58	18	0	2327	8
不詳	0	0	0	0	0
合計	347	1388	299	7511	96

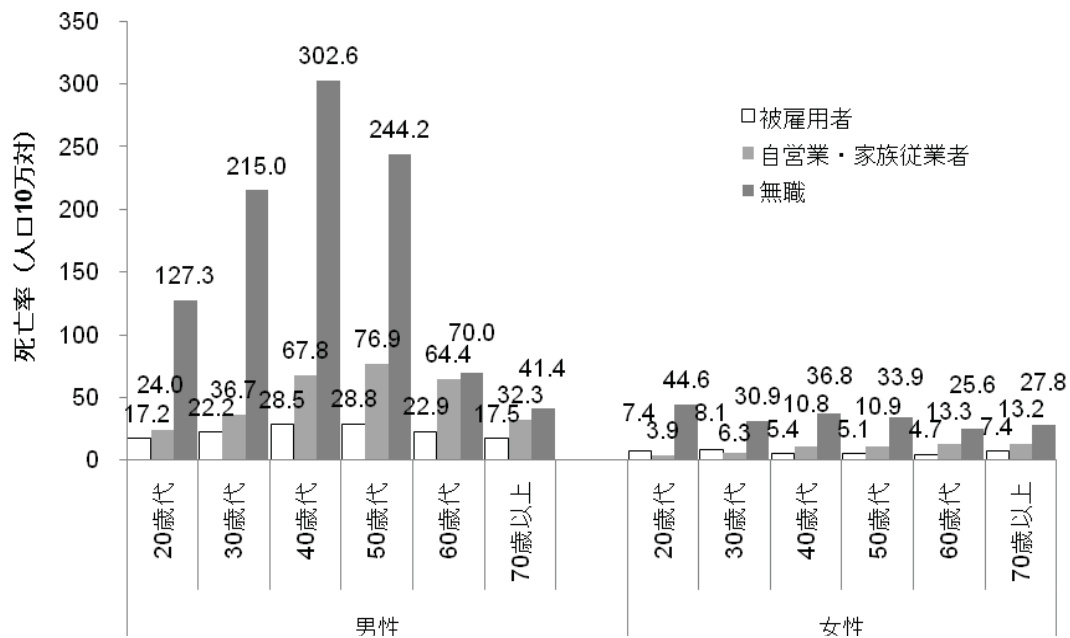


図1 性別・年代別・就業上の地位別の自殺死亡率

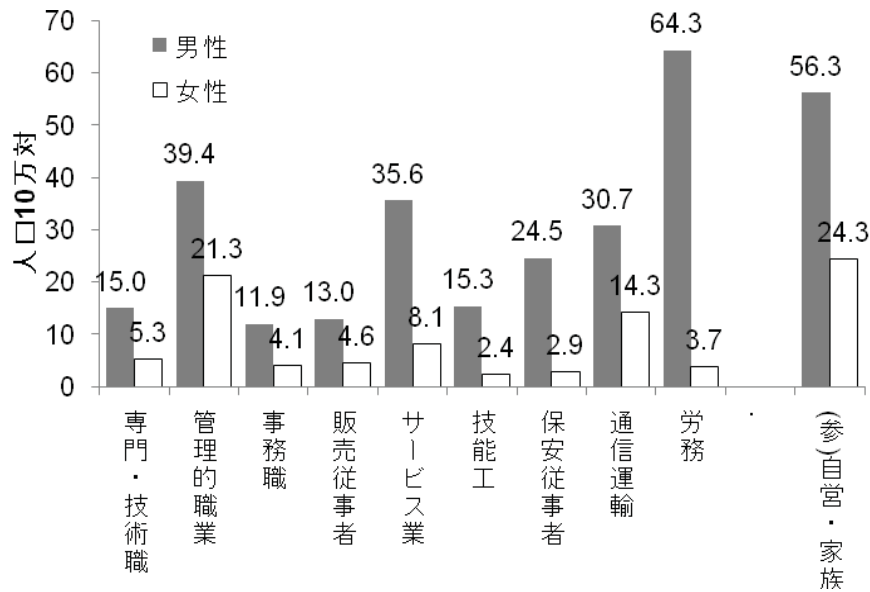


図2 被雇用者の職業別自殺死亡率

ビス業、通信運輸業、保安従事者の自殺死亡率が高かったことは、専門職でない、経営規模が小さいなど、雇用条件の不安定さが自殺リスクに関連したと考えられる。今後、被雇用者や失業・離職者の自殺リスクの分析において、勤務先の従業員数や経営規模などの要因も検討すべきであろう。

ここで報告した無職者の自殺死亡率の高さにはいくつかバイアスを考慮する必要がある。まず、平成20年中に失業・離職や就職などのため一時的に無職者であった人を含めた延べ人数は年間の平均無職者数より多いため、無職者の自殺死亡率については過剰に評価された可能性がある。失業者の自殺死亡率を、失業者の年間自殺者数と年平均の失業者数から求める際にも同じ問題が生じる。

また、無職者の背景が明らかでないことにも注意を払う必要がある。平成20年の労働力調査では15歳から54歳の非労働力人口は109万～120万人であり、そのうち70万人前後が就職を希望していない³⁾。この中には精神疾患や身体疾患、各種の障害などで就労が困難な人が含まれるだろう。無職者の中にも

様々な自殺のハイリスク群が存在しており、対策において背景を検討することが求められる。

自営業者・家族従業者の自殺死亡率が被雇用者より高い傾向にあることは、長期的にも報告されている⁶⁾。被雇用者の場合は失業、離職後の自殺は無職者として計上されるが、自営業者では経営や生活が破綻しても自殺した時点でも自営業者として計上される可能性があり、自殺死亡率の違いを直ちに自殺リスクの大きさの違いとして評価することは出来ない。とはいえ、一般に自営業者や中小零細事業所の経営者に対しては従業員規模の大きな会社で提供されるようなメンタルヘルス対策や労務管理、休業補償などは得られないため、同程度のストレスや心身の健康上の問題でも自殺リスクが大きくなることが考えられる。また、被雇用者であっても自営業者と同じくマネジメントを行う立場にある管理的職業の自殺死亡率が男女とも高かったことは、今後の検討課題であろう。

自殺死亡率の分析上いくつかの課題があるものの、20歳代から50歳代までの男性無職

者の自殺者数は平成20年には約5600人いたと見込まれ、男性自殺者の25%、全自殺者数の18%を占めていた。これは同年代の被雇用者の自殺者数、約6700人に匹敵する。「働きざかり」世代の自殺対策として、職場におけるメンタルヘルス対策の推進が指摘されることが多いが、勤労世代無職者を自殺の重要なハイリスク群として認識し、対策を強化する必要がある。

文献・資料

- (1) Bertolote JM. Suicide in the world: an epidemiological overview, 1959-2000. Wasserman D Ed. Suicide - an unnecessary death. Martin Dunitz, London 2001, pp.3-10.
- (2) Singh GK and Siahpush M. Increasing rural-urban gradients in US suicide mortality, 1970-1997. Am J Public Health 2002;92:1161-1167.
- (3) 本橋豊, 劉揚, 佐々木久長. 秋田県の自殺死亡の地域格差と社会生活要因に関する研究. 厚生学 1999;46(15):10-15.
- (4) 藤田利治. 自殺対策のための自殺死亡の地域統計. 2009.
<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/genjo/toukei/index.html>
- (5) 内閣府. 自殺対策白書(平成21年度版).
<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/wHITEpaper/index-w.html>
- (6) 本橋豊, 金子善博. 自殺対策の最新の動向. 公衆衛生 2009;73(3):224-227.
- (7) 厚生労働省. 労働力調査.
<http://www.stat.go.jp/data/roudou/index.htm>
- (8) 警察庁生活安全局生活安全企画課. 平成20年中における自殺の概要資料. 2009.
- (9) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 自殺死亡統計(第5回)(人口動態統計特殊報告). 厚生統計協会 2005.

秋田県における自殺死亡統計の特徴

～超過死亡と経年変化について～

金子 善博、 本橋 豊

秋田大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座

秋田県における平成17年～19年の自殺の超過死亡数は全国に対して年平均186.5人（男性75.7%、女性24.3%）であった。性別年代別では男性50歳代が23.3%と最も多かった。警察統計によると秋田県内の男性50歳代の自殺者数は平成16年～18年でおおよそ256人であり、就業状況別には被雇用者・勤め人32.0%、自営業・家族従業者31.3%、無職者36.7%であった。平成17年の国勢調査人口より求めた自殺死亡率はそれぞれ43.2、144.7、305.2であり、無職者の自殺死亡率が特に高かった。経年変化の特徴としては、1973-1982年から2003-2007年にかけて男女とも高齢者の自殺死亡率の減少がみられたが、女性の対全国比は拡大していた。秋田県内の自殺死亡統計の特徴は日本における自殺の課題を象徴的に示していた。

はじめに

秋田県は人口動態統計で都道府県別の自殺死亡率の高さが過去30年以上にわたりつづいているのは周知のとおりである（1977年から2009年の32年間で1位が24年、1995年以降は連続1位）¹⁾。自殺対策の目標として、健康秋田21計画（平成12年策定）では秋田県内で2010年に2000年比で3割減²⁾、自殺総合対策大綱（平成19年決定、平成20年一部改正）では全国で平成28年に平成17年比で2割減が定められている³⁾。これらの施策では世代ごとの課題や対策が示されているが、世代ごとの具体的な目標設定に利用できる基礎資料は整理、公表されているものが少ない^{4,5)}。本稿では、秋田県における自殺死亡統計の特徴を超過死亡分析と経年変化から示す。

1. 秋田県の自殺の超過死亡数

秋田県の全国平均に対する自殺の超過死亡数を粗死亡率から算出した（表1）⁴⁾。平成

11年から20年までの10年間で平均181.0人であった。

直近で年齢階級別死亡者数が公表されている平成17年から19年の3年間の5歳階級別男女別の自殺者の平均人数は男性326.3人、女性123.3人であった⁶⁾。男性では50歳代後半に、女性では70歳代後半にピークがある（図1）。

図2は秋田県と全国の年齢階級別自殺死亡率である^{1,6)}。男性では全年代にわたり全国平均より高いが、女性では70歳代後半以降に全国平均との乖離が大きい。男性の自殺死亡率（人口10万人あたり）は秋田県61.0、全国35.6、女性では秋田県20.6、全国13.3であった。

これらから、秋田県の全国に対する超過死亡数を計算すると、男性136.1人（75.7%）、女性43.7人（24.3%）の合計179.8人となった。粗死亡率から求めた3年間の平均の超過死亡数186.5人とは、若干の誤差があった。図3に示した年代別の分布から、秋田県の自殺は全国の性別年代別自殺死亡率の分布の特

表1 秋田県における超過自殺者数の推移

	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20
秋田県人数	486	457	438	494	519	452	447	482	420	410
秋田県死亡率	40.7	38.5	37.1	42.1	44.6	39.1	39.1	42.7	37.6	37.1
全国死亡率	25.0	24.1	23.3	23.8	25.5	24.0	24.2	23.7	24.4	24.0
超過死亡数	187.5	170.9	162.9	214.7	222.3	174.6	170.3	214.5	147.4	144.8

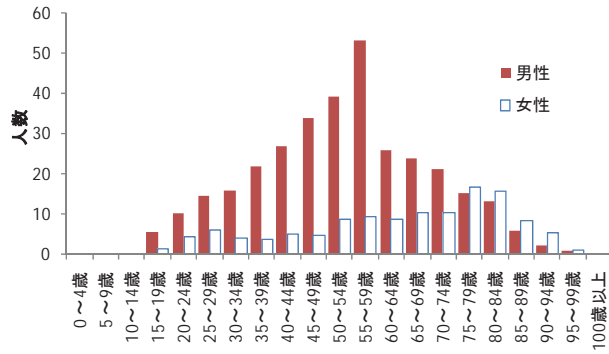


図1 秋田県の性別年齢階級別自殺者数（平成17年～19年平均）

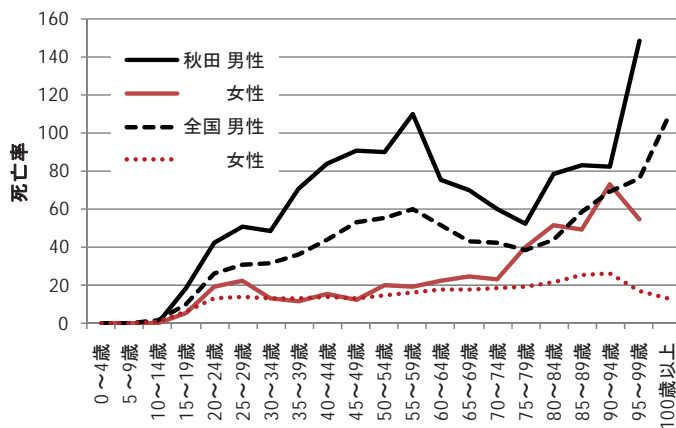


図2 全国および秋田県の性年齢階級別自殺死亡率（平成17年～19年平均）

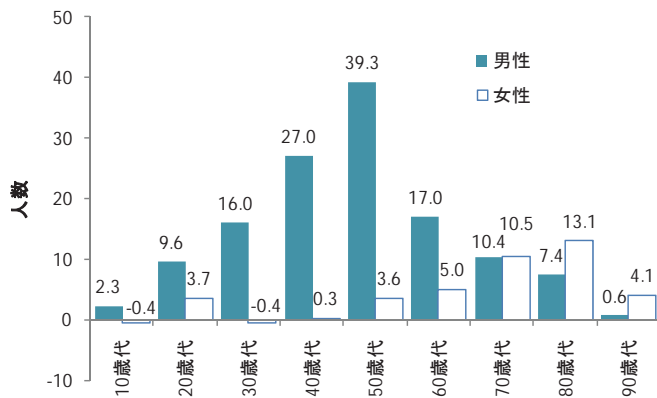


図3 秋田県の自殺者の年代別超過死亡数（対全国、平成17年～19年平均）

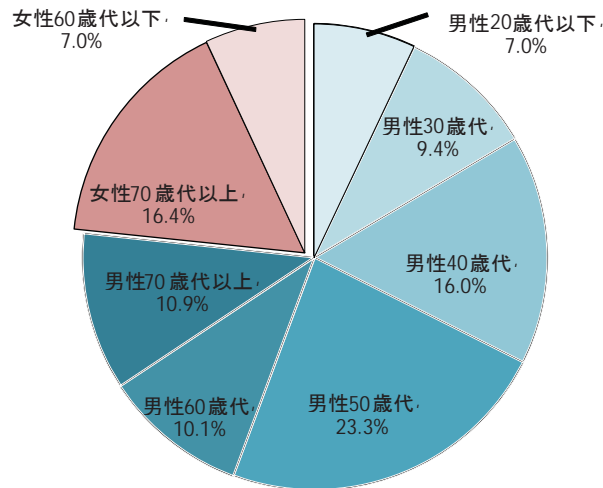


図4 秋田県の自殺者超過死亡数の年代別割合（対全国、平成17年～19年平均）

徴を強調したようなパターンとなっていた。性別年代別内訳の割合は男性 30～60 歳代 58.7%、男性 70 歳以上 10.9%、女性 70 歳以上 16.4%、その他 14.0%であった（図4）。特に男性 50 歳代は 23.3%と多かった。秋田県の自殺の超過死亡数には、女性では 70 歳代以上の高齢者の寄与が大きい、男性では 30～60 歳代の寄与が大きく、男性勤労世代の自殺の背景を検討する必要がある。

2. 男性勤労世代の自殺について

男性勤労世代のなかでも 50 歳代は自殺者数が多く注目される世代であり、この世代について詳細な分析を行った。勤労世代の自殺には就労状況が大きく関係する。自殺者に占める無職者の割合は秋田県においても高く、平成 20 年の秋田県警察本部の報告では 60.8%である⁷⁾。年代別の資料として利用できるものにはあるが、秋田県内の警察署管内ごとの男性 50 歳代自殺者数（3 人以下は概数のデータ）を集計すると、平成 16 年から 18 年の自殺者数はおよそ 256 人（範囲：248 人～270 人）、就業状況別には被雇用者・勤め人 32.0%、自営業・家族従業者 31.3%、無職者 36.7%だった（表 2）⁸⁾。無職者は年平均 31.3 人であり、県内男性自殺者の 8.9%

に相当した。

秋田県内の男性 50 歳代の人口は平成 17 年の国勢調査によると 91,931 人（被雇用者・勤め人 63,228 人、自営業・家族従業者 18,435 人、無職者 10,268 人）であり⁹⁾、平成 16～18 年の平均自殺死亡率は 92.8（就業状況別にそれぞれ 43.2、144.7、305.2）と推計された。人口動態統計に基づく平成 16～18 年のこの世代の平均自殺死亡率は秋田県 96.5（全国 59.5）であり大きな誤差はなかった^{1,6)}。全国の就業状況別自殺死亡率が推計できる平成 20 年の男性 50 歳代の自殺死亡率は 58.0（就業状況別には被雇用者・勤め人 28.8、自営業・家族従業者 76.9、無職者 244.2）であり（人口動態統計では 54.6）^{1,10)}、この値から求めた秋田県の就業状況別超過死亡数（平成 16～18 年平均）は、被雇用者・勤め人 27.4 人、自営業・家族従業者 37.5 人、無職者 18.8 人となった。

秋田県内の男性 50 歳代の自殺死亡統計の特徴として、無職者の自殺死亡率は全国と同様に極めて高い水準にあった。また、就労者の自殺死亡率が全国に比べて高く、超過死亡への寄与も大きかった。

全国での勤労世代無職者の自殺死亡率の高さは昭和 50 年代から示されている¹¹⁾。今回

表2 秋田県内の男性 50-59 歳自殺者数（平成 16 年～18 年）

警察署	自営	被雇用者	無職	合計*
秋田中央、臨港	13	23	26	62
能代	8	13	12	33
横手、増田	10	8	13	31
大館	4	—	5	9
男鹿	6	—	3 以下	9
鹿角	—	6	3 以下	9
由利本荘、矢島	12	7	6	25
五城目	3 以下	7	8	18
大仙	12	—	7	19
北秋田、森吉	4	5	—	9
にかほ	—	5	—	5
仙北	3	4	4	11
湯沢	5	4	7	16
合計*	80	82	94	256

*「3 以下」は 3 人、「—」（非掲示）は 0 人として集計した。3 以下では最小 0 人の、非掲示では最大 2 人の可能性があるため、合計の範囲は 248 人～270 人である。

の分析に対応する年代である男性 50～54 歳についても昭和 50 年度 163.5、昭和 55 年度 188.8、昭和 60 年度 251.9 と、同年齢の男性就業者の 26.6、32.1、52.7 に比べて極めて高かった。

秋田県の男性 50 歳代無職者は統計上 1 万人程度の母集団から年間約 30 人が自殺するハイリスク集団であった。平成 21 年 11 月より、勤労世代無職者への対策の一つとして公共職業安定所（ハローワーク）での相談が全国で実施されている¹²⁾。平成 17 年度に秋田労働局管内のハローワークに新規に求職を行った男性 50 歳代の失業者は常用雇用・常用的パートタイム雇用をあわせて年間 7947 人であった¹³⁾。一見、無職者の多くがハローワークで把握可能と思われるが、次のような状況も考慮する必要がある。

労働力調査によると全国の平成 17 年の 50 歳代男性の総数 917 万人のうち無職者は年平均で完全失業者 33 万人、非労働力人口 47 万人の合計 80 万人であった¹⁴⁾。特に非労働力人口のうち就業非希望者は 38 万人と同年代男性無職者の約半数 (47.5%) を占めていた。

また、就職活動を行っている失業者についても、45～64 歳の失業者 62 万人（平成 17 年平均）のうち、公共職業安定所を利用したのは 38 万人と約 6 割にとどまっていた¹⁴⁾。男性 50 歳代の無職者のうち、無職者就労を希望していない人や就職活動にハローワークを利用しない人の合計が 7 割にのぼる可能性があった。これらの資料は都道府県別に集計、公表されておらず、時期や地域の違いによる雇用環境、次の就職までの期間やハローワークの利用状況の違いなどの検討が必要であるが、秋田県内でも同様の傾向にある可能性がある。

ここでは 50 歳代男性についての分析を示したが、他の世代でも同様の課題があると考えられる。勤労世代無職者への自殺予防に関連する支援について考慮すべき背景要因としては、就労や相談を困難とさせるような心身の傷病・障害や環境、精神障害や自殺に対する偏見、支援を受けるための知識や能力の問題などがある。

秋田県内の勤労世代男性に対する自殺予防対策では、自殺統計の動向を見極めながら、

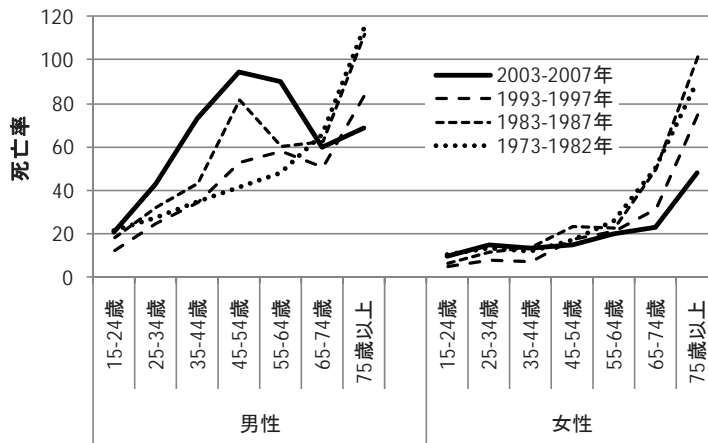


図5 秋田県の性年代別自殺死亡率（ベイズ推計値）の推移⁵⁾

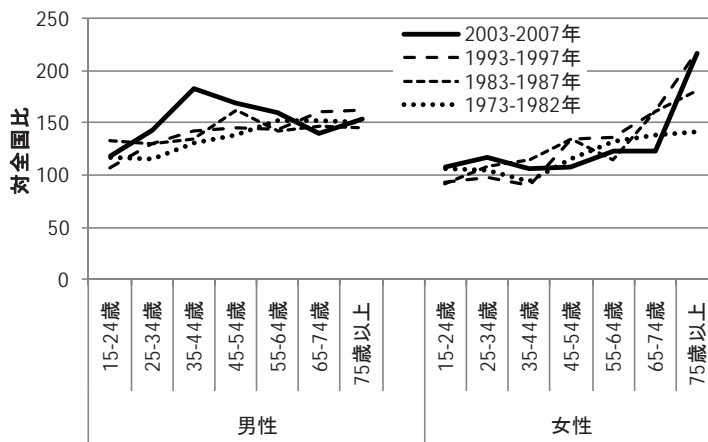


図6 秋田県の自殺死亡率の対全国比の推移（全国を100）⁵⁾

就労者の死亡率が全国平均より高いことや、まだ明らかでない部分が多い無職者の自殺の背景を分析し、ハイリスク者をどのように把握し、支援するのかを県内各地域の実態にあわせて検討する必要がある。

3. 年代別の自殺死亡率の経年変化

最後に自殺予防総合対策センターから公表されている自殺死亡率について、秋田県の経年変化を示す⁵⁾。図5に示したように過去の自殺死亡率（ベイズ推計値）との比較では、75歳以上の高齢者では1973-1982年の男性114.0、女性90.1に比べて、2003-2007年にそれぞれ68.5、48.4と低下していた。男女とも高齢者の自殺死亡率は低下傾向にあった。

しかしながら、全国との比較（図6）では、年齢が高いほど対全国比は高い傾向にあり、特に女性の75歳以上では全国との格差は拡大していた。女性高齢者の自殺の減少が相対的に少ないことが示されていた。男性の変化は前述の勤労世代男性の超過死亡に一致した。

まとめ

秋田県の自殺死亡統計の特徴は日本における自殺の課題を象徴的に示していた。超過死亡は勤労世代男性と男女の高齢者に多かった。男性の勤労世代無職者の死亡率は高く自殺のハイリスク群であるが、その捕捉、支援は就業支援の場に限らず、多様なアプローチを検討しなければならない。経年変化では高齢者

の自殺死亡率は減少していたが、そのペースは全国に比べて遅れており、依然として高齢者への対策の重要性は薄れていない。

自殺死亡統計については警察資料も含めて詳細かつ迅速な公開が進められるようになってきた。地域の実態に対して適切な対策を行うための基礎資料として、各種の統計資料の有効活用が必要である。

資 料

- (1) 厚生労働省. 人口動態統計 (各年版).
- (2) 健康秋田 21 計画
<http://www.pref.akita.jp/eisei/21project/plan00.html>
- (3) 自殺総合対策大綱
<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/taikou/index.html>
- (4) 秋田県健康福祉部健康増進課. 秋田県における自殺の現状. 秋田県健康福祉部 2009
http://www.pref.akita.lg.jp/www/contents/1139120509575/files/jisatsu_akita_200910.pdf
- (5) 藤田利治. 自殺対策のための自殺死亡の地域統計. 国立精神・神経センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター 2009.
- (6) 秋田県健康福祉部. 秋田県衛生統計年鑑

(各年版).

- (7) 秋田県警察本部生活安全企画課. 平成 20 年秋田県における自殺の実態. 秋田県警察本部 2009.
<http://www.police.pref.akita.jp/kenkei/toukei/gaiyou20.pdf>
- (8) 自殺実態解析プロジェクトチーム. 自殺実態白書 2008 【第二版】. NPO 法人 自殺対策支援センター ライフリンク 2008.
- (9) 総務省. 平成 17 年国勢調査.
<http://www.stat.go.jp/DATA/kokusei/2005/index.htm>
- (10) 金子善博、本橋豊、藤田幸司. 勤労世代無職者の自殺死亡率の検討～就業上の地位別・職業別の分析. 秋田県公衆衛生学雑誌 2009;7:48-52
- (11) 厚生労働省大臣官房統計情報部 (編). 自殺死亡統計 人口動態特殊報告. 厚生労働省大臣官房統計情報部 1990.
- (12) 自殺対策緊急戦略チーム. 自殺対策 100 日プラン. 内閣府 2009.
<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/senryaku/index.html>
- (13) 秋田労働局職業安定部. 年齢別常用職業紹介状況報告 (月報、2005 年度分).
- (14) 厚生労働省. 2005 年労働力調査詳細集計 (表 1、表 11). 厚生労働省 2006.

会 報

第7回秋田県公衆衛生学会報告 平成21年10月1日

ごあいさつ

本日は、第7回秋田県公衆衛生学会学術大会を開催いたしましたところ、ご多忙中にもかかわらず多数の方々のご参加をいただきまして、誠にありがとうございました。

本学会は秋田県地域保健研究会（平成10年発足）を前身として、平成15年10月9日に設立されました。以降、秋田県の人々が持つ多様化する生活やニーズに密着した血の通う公衆衛生活動に向けて、県内の保健担当者、医療関係者、行政、学術関係者、NPO等の幅広い英知を結集し、地域の多様な実情を学術的基盤にのっとり具体的に分析し、議論し、実践を促進する場となることを目的とし、秋田県における公衆衛生学分野における研鑽を深める場として活動を行っております。

今年度の特別講演は、「がん対策としてのがん検診をいかに行うか—とくに受診率向上策について」と題して国立がんセンターがん予防・検診研究センター検診研究部長の斎藤博氏に、御講演をいただきます。また、公衆衛生研究および活動に関する一般演題の発表もごございます。

本日御参加いただいた皆様におかれましては、新たな情報を得るだけでなく、積極的な討議の場として、議論を深めていただくことを御期待申しあげ、ごあいさつといたします。

平成21年10月1日

秋田県公衆衛生学会長

秋田地域振興局福祉環境部長

伊 藤 善 信

第7回秋田県公衆衛生学会プログラム

学会長： 伊藤善信 秋田地域振興局福祉環境部長

I. 開催概要

1. 日 時 : 平成21年10月1日(木) (午後1:00～4:00)

2. 会 場 : 遊学舎(秋田市上北手荒巻字堺切24-2)

II. プログラム

13:00～13:05 学会長挨拶

13:05～14:35 特別講演 座長 伊藤善信 秋田地域振興局福祉環境部長

がん対策としてのがん検診をいかに行うか—とくに受診率向上策について
齋藤 博 国立がんセンターがん予防・検診研究センター検診研究部長

14:35～14:45 休憩

14:45～16:00 一般演題 座長 伊藤千鶴 秋田市保健所長

1. 秋田県における脳卒中患者病床・施設利用調査の結果より
～主に急性期病院の現状について～
南園佐知子、本橋 豊、長谷川仁志、金子善博
2. 住民主体型歯科保健モデル事業による乳歯う蝕減少への取り組み
田村光平、佐藤久美子、藤原元幸
3. 思春期の心の健康に関する調査報告
涌井大輔、佐々木久長、金子善博、本橋 豊
4. 多目的コホート研究結果から見た横手地域の疾病と生活習慣
小林裕子、永井伸彦
5. 住民組織関係者へのインタビューによる地域課題と自殺予防対策の検討
猪股祥子、小坂信子、牟田能子、青木光子、国枝幸子、重川敬三、
山本尚史、佐々木久長

16:00 閉会の辞

特別講演

がん対策としてののがん検診をいかに行うか ～とくに受診率向上策について～

国立がんセンター

がん予防・検診研究センター検診研究部長

齋藤 博

〈略歴〉

- 1978年3月 群馬大学医学部卒業
1994年4月～ 弘前大学医学部講師（内科学第一講座）
2004年1月 国立がんセンター がん予防・検診研究センター検診技術開発部長
2008年4月 国立がんセンターがん予防・検診研究センター検診研究部長

〈学会等〉

- 日本消化器がん検診学会理事、他
世界消化器内視鏡機構（World Organization of Digestive Endoscopy : OMED）大腸がん検診委員会委員（2000～）
厚生省がん助成金による5研究班での主任または分担研究者（1991～2004）
厚生労働省「がん検診検討会」委員（2003～2007）
厚生労働省「標準的検診と精度管理や医療経済的効果に関する研究」班 主任研究者（2006～）

〈専門分野〉

がん検診の有効性評価及び精度管理

〈受賞歴〉

- 1996年1月 河北（かほく）文化賞（学術部門）
2002年9月 2002年度（第2回）朝日がん大賞

一般演題抄録

1. 秋田県における脳卒中患者病床・施設利用調査の結果より ～主に急性期病院の現状について～

南園佐知子¹⁾、本橋 豊²⁾、長谷川仁志¹⁾、金子善博²⁾

1) 秋田大学医学部総合地域医療推進学講座

2) 秋田大学大学院 医学系研究科 公衆衛生学講座

【目的】 秋田県において、地域住民が安心・安全な脳卒中医療を受けられることは、重要な事項の一つである。今回、秋田県内で実施した脳卒中発症患者の病床・施設利用調査を用いて、主に急性期を扱う病院の現状とそれに伴う課題について検討したので報告する。

【調査方法】 平成20年10月～11月にかけて脳卒中患者の動向に関する質問紙調査を行った。調査対象機関は病院62施設、介護施設等としては、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）96施設、介護老人保健施設51施設、介護療養型医療施設11施設、認知症対応型グループホーム166施設、居宅介護支援事業所340施設、地域包括支援センター44施設とした。病院への調査内容は、平成20年1月～6月に急性期病床を退院した脳卒中患者の在院日数、病床・施設区分ごとの退院・転院先とした。また、介護施設等への調査内容は、病院・施設間の連携状況に関する項目とした。

【結果】 48病院からの回答があり、脳卒中治療は41病院で行われていた。急性期病床を持つ25病院での、脳卒中による半年間の退院患者は2322人であった。その在院期間については、一週間以内15.3%、一週間以上一ヶ月未満46.0%、一ヶ月以上38.3%であった。在院一ヶ月以上の割合を二次医療圏ごとに集計すると、県北3圏域では25.6%、33.3%、26.3%、県央2圏域では40.2%、39.1%、県南3圏域では50.0%、47.9%、47.8%であった。急性期病床からの転院・退院先は、回復期病床16.7%、慢性期病床4.5%、介護保健施設5.8%、自宅・その他52.8%、死亡13.5%であった。

連携状況に関する結果は、施設等における職員への医療連携等に関する講習・研修の実施に関して実施している施設の割合はどの施設種別でも15%前後だった。また、連携施設との合同カンファレンス等の実施については、地域包括支援センターが56.0%と最も高く、次いで居宅介護支援事業所33.8%であった。自由記載欄においては、急性期・回復期・慢性期病床では、いずれも退院後の受け入れ先の不足を訴える意見と、今後の連携強化を訴える意見が多かった。一方で、受け入れ先となる介護施設等では患者情報を中心とした医療機関とのコミュニケーション不足を訴える意見が多かった。

【考察】 県内においては急性期在院日数の地域差がみられた。また、退院・転院基準は十分整備されておらず、施設間の連携も充分とは言えなかった。これらについては、急性期病院側からは後方施設の不足が、後方施設からは連携の不足が指摘された。今回の調査では、急性期病院の在院日数と関連する要因は明確にはならなかったが、今後は以上のような課題について改善する取り組みが必要であると考えられる。

本研究は秋田県の委託により実施した調査研究の一部である。

2. 住民主体型歯科保健モデル事業による乳歯う蝕減少への取り組み

田村 光平¹⁾、佐藤 久美子²⁾、藤原 元幸³⁾

- 1) 秋田県健康福祉部健康推進課、2) 由利本荘市鳥海総合支所福祉保健課、
3) 社団法人秋田県歯科医師会

【目的】

乳歯う蝕は、幼児期の生活習慣の乱れが主な発症要因であるが、一般に重篤な症状を呈さない慢性疾患であるため、行政・専門家による一方向からの健康教育では、保護者の歯科保健行動を変化させることが極めて難しい。秋田県はう蝕多発県であり、常に全国の下位に位置する状況であることから、近年、全国で実践され効果を出している MIDORI 理論を基にした住民参画事業を歯科保健に取り入れることで、乳歯う蝕罹患状況を改善し、乳幼児を含めた地域全体の QOL の向上を図る。

【対象と方法】

対象：由利本荘市鳥海地区における乳幼児とその保護者及び住民

方法：保護者・住民・関係団体・行政を構成メンバーとした「元気な歯っこ協議会」を設置
評価項目ごとに目標値を設定し、5つのプロジェクトチームを結成（下表）
各チームの活動計画を策定し、乳歯う蝕予防対策を実践

期間：平成 16 年 3 月～平成 21 年 3 月（5 年間）

【結果】

平成 15 年度の 3 歳児一人平均う蝕本数 3.5 本が、平成 20 年度に 1.6 本に改善したほか、罹患率も 56.3%から 27.3%と大きく減少した。また、平成 18,20 年度の健診時に実施したアンケート調査において、各評価項目の数値が改善した。

【考察】

住民と行政が、乳歯う蝕の多発を地域の問題として取り組んだことで、保育園・学校での歯科保健活動の活発化や住民の歯科に対する意識の向上といった波及効果が得られるなど、乳歯う蝕の予防だけでなく、永久歯う蝕及び歯周疾患の予防へと繋がっており、生涯を通じた歯科保健対策である 8020 運動（80 歳で 20 本以上の自分の歯を保つ）の推進に有効であると考えられた。

【結論】

住民主体による乳歯う蝕予防活動により、乳幼児の生活習慣が改善され、乳歯う蝕が減少したほか、対象地域の歯科保健に対する意識の向上が図られた。

	評価項目	H15	H18	H20	目標
ほ乳びんチーム	ほ乳びんにジュースを入れている親の割合	47%	25%	9%	25%以下
フッ素塗布チーム	フッ素塗布を受けている子の割合	32%	70%	91%	100%
甘い味チーム	2歳以前に甘い味を覚えた子の割合	83%	74%	76%	73%以下
仕上げ磨きチーム	仕上げ磨きを実施している親の割合	57%	68%	91%	85%以上
キャンペーンチーム					活動の PR

3. 思春期の心の健康に関する調査報告

涌井大輔、佐々木久長、金子善博、本橋 豊

秋田大学大学院 医学系研究科 公衆衛生学講座

【目的】思春期の生徒に対するメンタルヘルス教育の必要性が指摘されているが、彼らに専門的な支援の必要性がどのように認識され、そこにどのような要因が関連しているかは明確でない。我々は **Health Belief Model** に準じたモデルを作成し、要因間の関連を検討している。今回、いくつかの要因の関連（図参照）について分析したので報告する。

【方法】調査対象は秋田大学の学生、男子 126 名、女子 68 名、合計 194 名であり、平成 21 年 7 月に質問紙法による調査を行った。質問紙調査では、図に示された因子などについて高校時代を思い出しながら記入してもらった。因子の測定は、先行研究などを参考に行った。本報告では図中に示した因子について分析した。各因子を、因子あり群となし群の二群に分け、図中の①～⑥の組み合わせについてクロス集計とカイ二乗検定を行った。

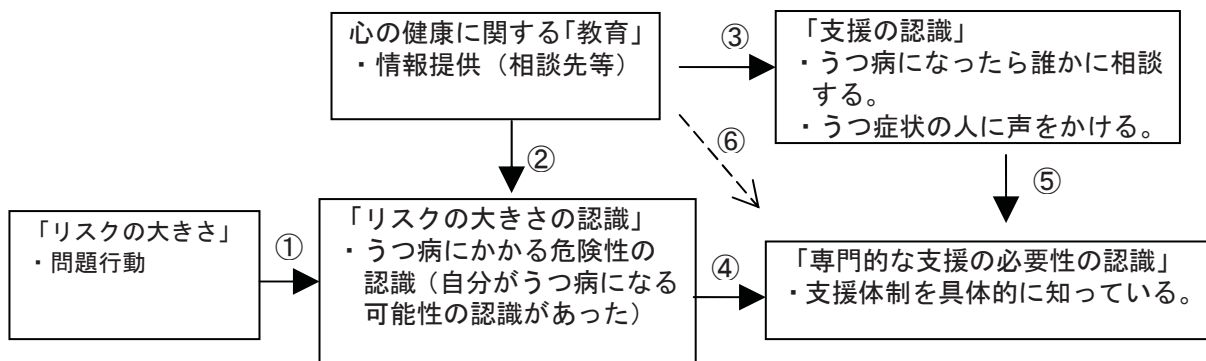
【結果】「リスクの大きさの認識（うつ病になる可能性があった、43.8%）」には①「リスクの大きさ（問題行動があった、35.9%）」が関連していた（問題行動あり群 55.0%、なし群 37.4%、 $p=0.023$ ）。また、②高校時代のうつ病に関する「教育（学校での情報提供あり、54.2%）」が関連していた（情報提供あり群 51.7%、なし群 36.9%、 $p=0.043$ ）。

「支援の認識（うつ病になったら誰かに相談するか、62.5%）」には、③「教育」が関連していた（教育あり群 71.0%、なし群 54.0%、 $p=0.012$ ）。

「専門機関での支援の必要性の認識（支援体制を具体的に知っていた、13.5%）」には、④うつ病にかかる「リスクの大きさの認識」が関連していた（認識あり群 19.0%、なし群 9.3%、 $p=0.057$ ）。また、⑤「支援の認識（うつ症状の人に声をかける、51.0%）」も関連していた（声をかける群 47.6%、かけない群 73.0%、 $p=0.020$ ）。

しかし、「教育」があったことは、「専門機関での支援の必要性の認識（支援体制を具体的に知っていた）」とは関連しなかった（⑥）。

【考察】専門的な支援の必要性の認識は心の健康教育の有無とは直接関連がなかったが、リスクの大きさや支援の認識とは関連が認められた。今後は、これらの要因の影響の大きさについて、多変量解析により分析を進めたい。



4. 多目的コホート研究結果から見た横手地域の疾病と生活習慣

小林裕子、永井伸彦

秋田県平鹿地域振興局福祉環境部

【目的】横手地域は秋田県と同様にがんや脳卒中等の死亡率が高い地域である。病気と生活習慣との関係を明らかにするため厚生労働省の研究班による多目的コホート研究（以下コホート研究と述べる）で解析が進められているが、その成果を調査対象地区の一つである横手地域住民に還元するのに併せ、横手地域の疾病、生活習慣の特徴を明らかにすべく試みたので、その結果を報告する。

【対象と方法】1. 横手市及び秋田県の主要死因について標準化死亡比（以下SMRとする）により比較した。平成12年～16年を合算、基準死亡率は平成14年の全国死亡率、基準値は1とした。死亡の推移は、平成2年～6年、平成7年～11年、平成12年～16年毎に合算、基準死亡率は平成9年全国死亡率とした。

2. コホート研究で明らかになったエビデンスを基に、研究対象となった旧横手市、旧雄物川町住民約1万人（以下横手地域と述べる）の生活習慣の実態から特徴的な傾向を把握する。

【結果及び考察】

1. 横手市の主要死因の特徴

横手市のSMRは、総死亡が1.06（県1.07）、がんが1.05（1.05）、心疾患0.93（0.96）、脳血管疾患1.21（1.24）と心疾患を除き全国より高かった。主ながんでは、食道1.58（1.52）、胃1.35（1.31）、大腸1.06（1.15）、気管支・肺1.02（0.90）が高く、脳血管疾患では、脳出血1.37（1.22）、くも膜下出血1.33（1.14）、脳梗塞1.14（1.27）の順に高かった。

横手市の総死亡のSMRは15年間で男女共に減少した。また脳血管疾患、心疾患も同様だったが、がんはほぼ横ばいであり、男女の胃、子宮が減少した反面、男女の食道、気管支・肺がん、女性の乳がんが増加した。脳血管疾患では脳梗塞が男女ともに減少した反面、男性の脳出血が増加した。以上から、横手地域では総死亡、脳血管疾患、がんの中では胃が減少し改善傾向にあるが、全国と比べるとまだ高率であること、また全国と比べても高い食道は男女共に増加傾向にあること、女性の乳がんも全国より低いが増加傾向にあることがわかった。

2. 横手地域の特徴的な食・生活習慣

食塩と胃がんの関係を調べたコホート研究では、食塩摂取量が最も多いグループの男性では、胃がんになる可能性が2.2倍高くなった。また、塩蔵魚卵を殆ど毎日食べるグループの場合、男性では2.4倍、女性では3.5倍になった。横手地域の1日当たりの食塩摂取量は男性約15g、女性約13gであり、塩蔵魚卵を週3回以上食べる割合も高く、1週間に食べる漬け物の頻度も多かった。食生活パターンを伝統型、健康型、欧米型に分類し胃がんリスクとの関連性を検討したコホート研究の結果では、伝統型で胃がんになる危険性が高くなり、健康型で危険性が低くなった。横手地域は昔ながらの伝統型食生活の習慣が見られる地域であり、胃がんの死亡率も高い。伝統的な食事の良い部分は残しつつ、高塩分な食品や食塩の過剰摂取は控え、野菜、果物などの健康型食生活を取り入れることが必要である。

飲酒とがん、脳血管疾患との関係を調べたコホート研究では、1日2合以上飲酒するグループで総死亡、がん死亡のリスクが高くなり、飲酒量が増えるほど咽頭、食道など飲酒関連がんになるリスクが高くなった。また脳血管疾患でも出血性脳卒中が飲酒量が増えるほど高くなった。一方休肝日の効果では1週間あたりの飲酒量が同じでも、週3日以上休肝日を設けた場合、死亡の危険性は低くなった。横手地域では毎日飲酒する男性の割合が多く、飲酒量も多い。出血性脳卒中や食道がんの死亡率が高いことから適量飲酒と休肝日が必要である。

喫煙との関係を調べたコホート研究では、喫煙者は総死亡、がん死亡、循環器疾患系死亡のリスクが高かったが、禁煙者では喫煙しないグループとほとんど変わらなかった。喫煙と飲酒との関係では、喫煙者は飲酒量が増えるほどがんになる危険性が高くなった。横手地域では、飲酒習慣のある男性に喫煙習慣のある割合も高かった。喫煙者の割合は年々減少しているが、飲酒習慣のある者が多く、また飲酒量も多いことから、節酒や禁煙に向けた行動が必要である。

【まとめ】1. 横手地域は出血性脳卒中など脳血管疾患やがん特に食道がん、胃がん、大腸がんなど消化器がんの死亡率が高い地域である。2. 横手地域の食・生活習慣は、高塩分な食品や食塩の摂取量が多い、大量飲酒する男性の割合が高く、飲酒者に喫煙習慣を持つ者が多いなどの特徴がある。3. コホート調査によりがんや脳血管疾患などになりやすい生活習慣がわかり、横手地域の実態とも符合していた。

5. 住民組織関係者へのインタビューによる地域課題と自殺予防対策の検討

猪股祥子¹⁾、小坂信子²⁾、牟田能子²⁾、青木光子³⁾、国枝幸子³⁾、重川敬三²⁾、山本尚史⁴⁾、佐々木久長¹⁾

1) 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻, 2) 日本赤十字秋田看護大学,

3) 聖園学園短期大学, 4) 国際教養大学

【目的】 地域におけるより効果的な自殺予防対策のあり方を検討するために、住民組織関係者が地域課題や自殺予防対策についてどのように考えているかを調査した。

【方法】 本研究は秋田県 A 村の住民組織関係者 8 名を対象に、半構造化面接によって地域課題や自殺予防対策についての考えを聞いた。対象者は心の健康づくりサポーター (2 名)、結核予防婦人会会長、地区部落長、老人クラブ会長、PTA 関係者、保育園長、民生児童委員であった。今回分析の対象とした質問項目は「今、地域ではどんなことが問題になっているか (地域課題)」「普段から気軽に話し合える場はあるか (人間関係)」「知っている人で自殺した人はいるか (自殺の認知)」「地域の自殺予防対策として必要だと思うこと (自殺予防対策)」である。面接は 2009 年 8 月に役場の会議室で実施した。

【結果】 地域課題については少子化、高齢化、仕事に関する不安、家族内コミュニケーションが不十分、地区によって違いがあつて村としてのまとまり感が不足している等の指摘があつた。人間関係については交流の場は設けているが参加者が限られている、女性は比較的行事にも参加し交流を持っているが高齢男性が孤立している等が指摘された。自殺の認知については 8 名中 6 名が自殺した人を知っていると回答していた。さらに自殺予防対策としては、一人でも悩みを話せる人がいることが重要ではないか、特に家族に関する悩みを話せる場や相手が必要だと思うが身近な人には知られたくないという気持ちも強いので外部の相談窓口に関する情報提供や周囲に気づかれない相談の場を工夫することが大事ではないかという意見があつた。また行政と住民 (心の健康づくりサポーター) の連携、家族への介入、研修会への参加、近所づきあい等が指摘された。

【考察と今後の課題】 自殺予防対策では「つながり」や「絆」の重要性がよく指摘されるが、住民組織関係者は家族内と家族と地域の間での関係性の再構築の必要性を感じていた。また「自殺を何とか減らしたい」という気持ちを現在所属している組織では十分発揮できないという限界を感じている人もいたので、自殺予防対策という視点から既存の組織間の連携と養成した心の健康づくりサポーターを中心とした新しい組織づくりが必要ではないかと考えられた。今回の対象者は組織のリーダー的立場の人が多かったが、地域の課題、特に自殺に関することについて話す機会はほとんど無かつたようだ。今後は住民が自分たちの地域の課題を話し合える場を設けていくことが重要だと思われる。

本研究は文部科学省戦略的学際研究プロジェクト (プロジェクト 4 A) の戦略的学際研究プロジェクトとして実施している調査研究の一部である。

**平成20年度秋田県
公衆衛生学会事業報告書**

監査報告

平成20年度末の秋田県公衆衛生学会の会員数は以下の通り。

A会員 17団体

B会員 62人

本年度事業として以下を行った。

- 1) 秋田県公衆衛生学会学術大会の開催 平成20年10月9日 秋田市・遊学舎
特別講演 1題, 一般口演 7題
- 2) 秋田県公衆衛生学雑誌6巻1号(全54頁)の発刊
(発行日 平成20年12月31日)
- 3) 秋田県公衆衛生学雑誌5巻1号のインターネットによる公開
(<http://www.med.akita-u.ac.jp/~pbeisei/>)

**平成20年度秋田県公衆衛生学会
収入支出決算書**

平成20年4月1日～平成21年3月31日

科目	金額
(収入の部)	
会費(A)	180,000
会費(B)	23,000
学会参加費(学会員等)	34,000
事業収入(抄録提供料金)	3,780
利子	170
前年度からの繰越金	70,599
収入合計	311,549
(支出の部)	
旅費・報償費	105,000
需用費	
消耗品	13,650
印刷費(学会誌140冊)	115,500
会議費	20,400
役務費(通信費、手数料など)	15,190
使用料(会場利用費)	9,300
支出小計	279,040
次年度への繰越金	32,509
合計	311,549

平成20年度秋田県公衆衛生学会事業報告書および平成20年度秋田県公衆衛生学会収入支出決算書に基づいて、財産の状況、学会世話人の業務執行の状況を監査した結果、適正に管理・運営されていることを確認したので報告します。

平成21年 5月29日

監事 湯浅 孝男

**平成21年度第1回秋田県
公衆衛生学会世話人会議事録**

平成21年6月3日

日時 平成21年6月2日(火)
16:00～17:00

会場 秋田県健康環境センター 研修室

出席者 (50音順, 敬称略) 伊藤 千鶴、伊藤 善信(学会長)、岩間 錬治、杉本 俊比古、鈴木 明文、鳥海 良寛、中野 恵、畠山 桂郎、三浦 令子、村田 勝敬、本橋 豊(編集委員長)
[オブザーバー] 高階 光榮
(事務局)熊谷 久美子、金子 善博、太田 冴子

配付資料 議案、世話人名簿、平成20年度秋田県公衆衛生学会事業報告書、平成20年度秋田県公衆衛生学会収入支出決算書、平成20年度監査報告(写し)、平成21年度秋田県公衆衛生学会予算案

議事

協議事項

- 1) 平成20年度事業・収支報告・監査報告
平成20年度事業・収支報告・監査報告につき、配付資料どおり承認された。
- 2) 平成21年度予算(案)
本年度予算案が配付資料どおり承認された。

3) 本年度学会学術大会開催について

議事案に基づき伊藤(善)学会長が説明し、本年10月1日遊学舎(秋田市)において開催すること、特別講演はがん検診率向上に向けた具体的な取組をテーマとして国立がんセンターがん予防・検診研究センター検診研究部長の齋藤博氏を講師とすることが提案され、承認された。

4) その他

情報交換として本橋より、本年7月24日に予定されている第58回東北公衆衛生学会の準備状況および一般演題申込について、および、平成23年10月19~21日に行われる第70回日本公衆衛生学会について説明があった。

個人会員について会費納入状況の把握と会費の請求の徹底を行うことが確認された。また、生活環境分野の県内関連団体やその職員に対して、新規入会の働きかけを行うこととした。

その他、県内のフッ素洗口事業の動向等、県内の公衆衛生課題について意見交換した。

その他

・新任の世話人

中野 恵(秋田県健康福祉部長4月~)

岩間 錬治(秋田県健康福祉部 健康推進課長4月~)

伊藤 千鶴(秋田市保健所長4月~)

・事務局の所在の名称変更

秋田大学医学部は平成21年4月1日から大学院部局化し、これに伴い名称が変更された。

変更後:「秋田大学大学院医学系研究科社会環境医学系公衆衛生学講座」

以上

**平成21年度第2回秋田県
公衆衛生学会世話人会議事録**

平成21年10月2日

日時 平成21年10月1日(木)

12:10~12:45

会場 遊学舎研修室(秋田市)

出席者 (50音順、敬称略): 伊藤千鶴、伊藤善信(学会長)、岩間錬治、佐々木健二、鳥海良寛、中野恵、畠山桂郎、本橋豊、湯浅孝男(監事)
(事務局) 熊谷久美子

配布資料 議案、第7回秋田県公衆衛生学会プログラム、平成21年度秋田県公衆衛生学雑誌(案)、秋田県公衆衛生学会A会員(団体)リスト(平成21年度)

議事

協議事項

1) 本年度事業について

・今年度学術大会について

伊藤学会長から、本日の学術大会について、学会プログラムを元に概略が説明された。

・学会誌の編集

本橋編集委員長より学会誌(案)を元に編集方針が説明された。総説論文として、特別講演された齋藤先生へ執筆依頼をすること、ほかになれば、本橋委員長またはがんに関連した内容とすれば、秋田大学医学部の「がんプロ」へ依頼することも可能であることが説明された。

2) 学会運営について

・次年度学会長について

伊藤学会長より、従来学会長は大学と行政が交互に就任しており、本来ならば大学の委員から学会長を出していただくことになっているが、健康環境センターが一度も学会長になったことがないということで、次年度は、佐々木健二世話人

(健康環境センター所長)が推薦され、承認された。

3) その他

・日本公衆衛生学会開催について

本橋世話人から、平成23年10月19日から21日まで秋田県民会館を中心に開催される予定であることから、10月29日に上部委員会を開催する予定であり、各世話人への協力依頼がされた。

・平成23年度の秋田県公衆衛生学会学術大会等について

日本公衆衛生学会が開催されるため、標記学術大会は日本公衆衛生学会に振り替えることとし、学会誌だけは発行する方向で承認された。来春開催される世話人会において、最終決定となる。

・県生活環境文化部の世話人就任について

中野世話人より、日本公衆衛生学会秋田県開催を見据え、生活環境文化部長へ協力依頼および世話人への就任依頼済みであることが報告された。

以上

秋田県公衆衛生学会世話人名簿（50音順）

平成21年11月30日現在

氏名	所属
伊藤 千鶴	秋田市保健所長
伊藤 善信 (学会長)	秋田地域振興局福祉環境部長（（兼）秋田中央保健所長）
岩間 錬治	秋田県健康福祉部 健康推進課長
佐々木 健二	秋田県健康環境センター所長
鈴木 明文	秋田県医師会 常任理事
鳥海 良寛	秋田県薬剤師会 専務理事
中野 恵	秋田県健康福祉部長
武藤富士雄	秋田県生活環境文化部 部長
畠山 桂郎	秋田県歯科医師会 公衆衛生理事
三浦 令子	秋田県看護協会 第二副会長
村田 勝敬	秋田大学大学院医学系研究科 環境保健学講座教授
本橋 豊 (編集委員長)	秋田大学大学院医学系研究科 公衆衛生学講座教授
湯浅 孝男 (監事)	秋田大学大学院医学系研究科 臨床作業療法学講座教授

秋田県公衆衛生学会会費について

秋田県公衆衛生学会の会費は以下となっております。

A会員 10,000円／年

B会員 1,000円／年

(4月1日より翌年3月31日まで)

ゆうちょ銀行 口座番号 02230-2-80420

振替口座 秋田県公衆衛生学会

銀行振込 秋田銀行広面支店 普通 784234

秋田県公衆衛生学会 事務局 本橋豊

平成22年度秋田県公衆衛生学会の予定

秋田県公衆衛生学会は平成22年10月、秋田市で開催予定です。

平成22年度学会長 佐々木 健二氏（秋田県健康環境センター所長）

秋田県公衆衛生学会運営要項

第一条 本会は秋田県公衆衛生学会（Akita Society for Public Health）と称する。

第二条 本会は秋田県の公衆衛生の向上に寄与することを目的とする。

第三条 本会は前条の目的達成のために次の事業を行う。

1. 学術大会、セミナー等の開催
2. 会員間の相互交流
3. その他本会の目的達成に必要な事業

第四条 本会の目的に賛同する個人は誰でも会員になることができ、学術大会に発表し討議に参加することができる。

第五条 本会の運営に関して必要な事項を討議するため学会世話人を置く。

第六条 学会世話人会は秋田県内の公衆衛生・医療分野の関係者、秋田県の衛生行政担当者、国の厚生労働行政経験者、学識経験者等から成る若干名の者で構成する。

第七条 学会世話人の任務を次のように定める。

1. 学会世話人は世話人会に出席し、本会の運営に必要な事項を討議する。
2. 学会世話人の任期は2年とし、再任を妨げない。
3. 学会世話人会は原則として年1回、学術大会開催に際して招集される。
4. 学会長は学会世話人会において決定する。

第八条 学会長はその年の学術大会の運営及び諸般の事項を担当する。学会世話人会議長は学会長が担当する。

第九条 学術大会は原則として年1回開催される。学術大会では会員の研究発表と討議を行う。

第十条 必要に応じて、セミナー等を行うことができるが、本会の名において行われるセミナー等は学会世話人会の承認を受けなければならない。

第十一条 本会は学術大会やセミナー等の開催にあたって、必要な経費を参加費として徴収することができる。

第十二条 本会の事務局の所在は当分の間、秋田大学医学部社会環境医学講座健康増進医学分野に置く。

附則 本運営要項は平成15年10月9日より発効する。

平成20年6月9日改正

秋田県公衆衛生学会運営要項細則

(会員)

第一条 会員の種別は次のとおりとする。

1. A 会員は、この学会の趣旨に賛同する団体を対象とした会員である。
2. B 会員は、この学会の趣旨に賛同する個人を対象とした会員である。

(年会費)

第二条 会員の年会費は次のように定める。

1. A 会員の年会費は一口 10,000 円で一口以上とする。一口につき、1 名が学術大会に参加し、学会誌 3 部の配布を受けることができる。
2. B 会員の年会費は 1,000 円とする。B 会員は学術大会に参加し、学会誌 1 部の配布を受けることができる。
3. 会費を滞納した者に対しては 2 年間、案内などの送付を継続するが、学会誌は送付しない。

(学術学会の参加費)

第三条 学術大会の参加費は会員 500 円、非会員 1,000 円とする。

(会計年度)

第四条 学会の会計年度は 4 月 1 日から翌年の 3 月 31 日までとする。

(監事の選任)

第五条 学会世話人会の中に監事 1 名を置く。監事の職務は、学会の財産の状況を監査すること、学会世話人の業務執行の状況を監査することである。

(編集委員会)

第六条 本学会に秋田県公衆衛生学雑誌を編集するために編集委員会を置く。

第七条 編集委員会の任務は次の事項とする。

1. 投稿原稿の査読結果の検討および採否の決定
2. 投稿原稿の依頼
3. 投稿規定の作成
4. その他編集に関すること

第八条 編集委員会の組織・構成は編集委員長 1 名ならびに編集委員 10 名以内とする。編集委員長は学会世話人会の議を経て、学会世話人会が委嘱する。編集委員長および編集委員の任期は 2 年とし、再任を妨げない。

第九条 編集委員会は年 1 回以上開催する。

(付則)

本細則は、平成 16 年 7 月 10 日より施行する。

平成 18 年 6 月 9 日改正

平成 20 年 6 月 9 日改正

秋田県公衆衛生学雑誌投稿規程

1. 秋田県公衆衛生学雑誌は秋田県公衆衛生学会の機関誌であり、公衆衛生全般にわたる総説、原著論文、短報、報告、その他の投稿を受け付けます。
 - 1) 総説： 公衆衛生に関する諸問題を客観的な資料・考察に基づいて広い視点から論じたもの。
 - 2) 原著論文： 独創性のある理論的または実証的な研究で、完成度の高いもの。
 - 3) 短報： 独創性、緊急性のある萌芽的研究で、発展性の期待できる研究を手短にまとめたもの。
 - 4) 報告： 公衆衛生活動に役立つ実践報告や事例報告など
 - 5) その他： 論壇、随想、意見など編集委員会で必要性を認めたもの。
2. 原稿は邦文でも英文のいずれも受け付けます。
3. 投稿論文は未発表・未掲載のものとしします。
4. ヒトおよび動物を対象にした研究論文は、1975年のヘルシンキ宣言（2000年修正）の方針に従い、必要な手続きを踏まえたものとしてください。
5. 投稿原稿の査読、採否および掲載順序などは編集委員会において決定し、編集委員長の名で著者に連絡します。
6. 原則として、投稿原稿は別に定める「執筆要項」に従って下さい。
7. 投稿原稿は、秋田県公衆衛生学雑誌編集委員会宛に送付して下さい。また、書面に総説、原著、短報、報告、その他のいずれのカテゴリーとして投稿するのかを明記して下さい。
8. 掲載された現行の著作権は秋田県公衆衛生学会に属します。ただし、執筆者が使用する場
合、本会の承諾を必要としません。冊子体刊行後、電子化および公開を行います。原稿中
に他の著作権者による図版、写真、記事等がある場合はその著作権者に電子化公開の許可
を得てください。
9. 投稿先
秋田県公衆衛生学雑誌編集委員会事務局
秋田大学医学部社会環境医学講座健康増進医学分野
〒010-8543 秋田市本道1-1-1
(E-mail) phinfo@med.akita-u.ac.jp
(TEL) 018-884-6088 (FAX) 018-836-2609

執筆要項

1. 原稿はワープロソフトを用い、A4版、横書き、新かな使い、常用漢字の明朝体で記載する。句読点および括弧は一字とする。ワープロソフトはワード等のWindows系のソフトで送付すること。段組など特別な書式は用いないこと。
2. 外国語の人名、地名、学名はカタカナでもよい。
3. 和文・英文のいずれの原稿でも、氏名、所属、連絡先を英文でも記載する。原著論文の場合には緒言 (Introduction)、方法 (Methods)、結果 (Results)、考察 (Discussion) として見出しをつけて記載すること。
4. 原稿の1頁目には、表題、著者名、所属機関名、別刷請求先、連絡先住所、表および図の数などを記載すること。
5. 図表は必要最小限にとどめること。図は白黒とする。図表は不都合なときには、使用ソフトなどについて編集委員会がその都度指示する。図説明文は別頁とする。
6. 本雑誌の単位符号は原則としてSI単位を用いる。(JIS Z8203参照)
例：長さ、面積、体積 km, m², cm³
7. 引用文献は引用順、肩括弧数字 (1), (2, 3-5) などとし、末尾文献表の番号を両括弧数字で記す。

雑誌の場合、全著者名 表題 雑誌名 年号；巻数：頁-頁。の順に記す。(著者名は省略しないこと。)

(1) 田島静, 千々和勝己. 初夏に某小学校で発生した小型球形ウイルス (SRSV) による集団食中毒事例. 日本公衆衛生雑誌 2003;50:225-233.

(2) Adamson J, Hunt K, Ebrahim S. Socioeconomic position, occupational exposures, and gender: the relation with locomotor disability in early old age. J Epidemiol Community Health 2003;57:453-455.

単行本の場合、編・著者名、書籍名、所在地：発行所、発行年：頁。の順に記す。

引用頁は全般的な引用の場合には省略することができる。

(3) 川上剛 藤本瞭一 矢野友三郎. ISO 労働安全・衛生マネジメント規格. 東京：日刊工業新聞社, 1998.

(4) Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. Oxford Textbook of Public Health. The Scope of Public Health. Fourth Edition. Oxford: Oxford University Press, 2002.

(5) 川村治子. リスクマネジメント. 高野健人他編. 社会医学事典. 東京：朝倉書店. 2002: 98-99.

(6) Detels R, Breslow. Current scope and concerns in public health. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. Oxford Textbook of Public Health. The Scope of Public Health. Fourth Edition. Oxford: Oxford University Press, 2002: 3-20.

秋田県公衆衛生学会のあゆみ

(秋田県地域保健研究会の発足)

平成10年5月15日(金) 秋田中央保健所

基調講演「地域保健 この一年を振り返る」

佐々木昌弘(厚生省 保健医療局 地域保健・健康増進栄養課主査)

平成11年10月1日(金) 秋田県立脳血管研究センター

特別講演「介護保険と地域の保健・福祉の将来像」出雲祐二(秋田桂城短期大学教授)

シンポジウム「どう変わる地域の保健と福祉—介護保険導入後への期待」

平成12年10月6日(金) 秋田市保健所

特別講演「21世紀における健康増進戦略の新たな展開」本橋 豊(秋田大学教授)

シンポジウム「秋田から発信する健康づくり」

平成13年10月4日(木) 秋田県庁第二庁舎

特別講演「市町村の健康づくり計画の策定に必要な視点」星 且二(東京都立大学大学院教授)

シンポジウム「市町村における健康づくり対策の実践」

平成14年10月3日(木) 秋田県庁第二庁舎

特別講演「21世紀の母子保健対策の課題」谷口 隆(厚生労働省 雇用均等・児童家庭局 母子保健課長)

一般演題6題

(秋田県公衆衛生学会の発足)

平成15年10月9日(木) 秋田県総合保健センター 学会長: 本橋 豊(秋田大学医学部教授)

特別講演「SARSの流行と健康危機管理」岡部信彦(国立感染症研究所感染症情報センター長)

特別企画「秋田の公衆衛生の明日を語る」

一般演題5題

平成16年10月15日(金) 遊学舎・秋田市 学会長: 京屋 太(秋田県健康福祉部長)

特別講演1「乳がん検診: その有効性を高めるために必要なこと」伊藤誠司(市立秋田総合病院副院長)

特別講演2「感染症発生動向調査データの活用方法について」八幡裕一郎(秋田県衛生科学研究所)

一般演題4題

平成17年10月7日(金) 秋田市保健所 学会長: 秋濱哲雄(秋田市保健所長)

特別講演1「結核: 我が国の現況と対策」本間光信(市立秋田総合病院中央診療部長)

特別講演2「ウイルス性慢性肝疾患治療の進歩」小松真史(市立秋田総合病院副院長)

一般演題5題

平成18年10月6日(金) 遊学舎・秋田市 学会長: 村田勝敬(秋田大学教授)

特別講演「地域におけるサポートネットワークと高齢者の介護予防」岸 玲子(北海道大学大学院教授)

一般演題5題

平成19年10月31日(水) 遊学舎・秋田市 学会長: 井上裕司(秋田県健康福祉部長)

特別講演「地域保健の今日的課題~効果的な特定保健指導について~」

前田光哉(厚生労働省健康局総務課・地域保健室・保健指導室 室長補佐)

一般演題5題

(学術大会と名称変更)

平成20年10月9日(木) 遊学舎・秋田市 学会長: 湯浅孝男(秋田大学医学部教授)

特別講演「健康行動を促す保健指導・健康教育~いかに「やる気」を育てるか」

松本 千明 ヘルスコンサルタント

一般演題7題

平成21年10月1日(木) 遊学舎・秋田市 学会長: 伊藤善信(秋田地域振興局福祉環境部長)

特別講演「がん検診率向上に向けた具体的な取組」

斉藤 博 国立がんセンター がん予防・検診研究センター 検診研究部長

一般演題5題

所属, 役職名は全て当時のもの

秋田県公衆衛生学雑誌編集委員会

- 編集委員長 : 本橋 豊 (秋田大学大学院医学系研究科教授・公衆衛生学講座)
副編集委員長 : 湯浅孝男 (秋田大学大学院医学系研究科教授・作業療法学講座)
編集委員 : 伊藤善信 (秋田地域振興局福祉環境部長)
村田勝敬 (秋田大学大学院医学系研究科教授・環境保健学講座)
鈴木圭子 (秋田大学大学院医学系研究科准教授・地域・老年看護学講座)
金子善博 (秋田大学大学院医学系研究科准教授・公衆衛生学講座)
藤田幸司 (秋田大学大学院医学系研究科助教・公衆衛生学講座)
-

秋田県公衆衛生学雑誌
第7巻第1号
平成21年12月31日発行

発行人 秋田県公衆衛生学会 本橋 豊

秋田大学大学院医学系研究科 公衆衛生学講座 内
〒010-8543 秋田市本道1-1-1
Tel: 018-884-6087 (ダイヤルイン)
Fax: 018-836-2609

印刷 秋田ワークセンター
