

働く人の健康と福祉の増進に寄与します

勤労者医療

2011
SPRING

勤労者医療の取り組み 専門センターの活動

高齢化社会でさらに重要性を増す
脳卒中の早期治療と
リハビリテーションの連携

— 熊本労災病院 勤労者脳卒中センター —

第2期労災疾病等13分野医学研究

「うつ病の客観的診断法に係る研究・開発、普及」
～勤労者のメンタルヘルス分野～

— 香川労災病院 勤労者メンタルヘルスセンター —

勤労者医療の取り組み

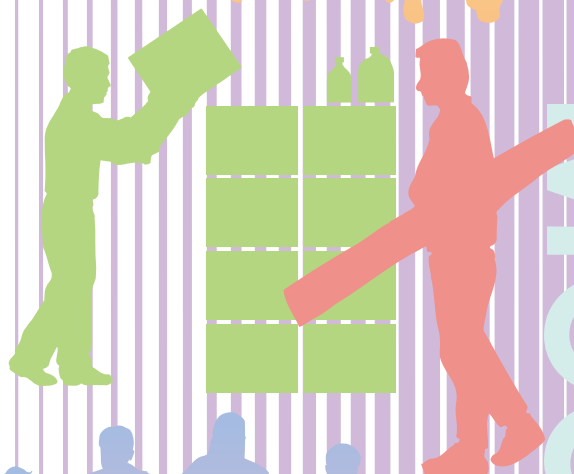
勤労者予防医療センターの活動

— 北海道中央労災病院勤労者予防医療センター —

産業保健推進センターの活動

“出かけて行く”活動で、広い県内に
産業保健意識を行きわたらせる

— 長野産業保健推進センター —



Workers' Medical Care

高齢化社会でさらに重要性を増す 脳卒中の早期治療と リハビリテーションの連携

熊本労災病院 勤労者脳卒中センター

脳梗塞、クモ膜下出血、脳出血等、脳卒中の患者様に対する早期の治療とリハビリテーションは、近年ますますその重要性が認められてきています。脳卒中は、死亡する確率は下ったものの、平成 20 年の総患者数は 1,339,000 人にものぼり、がん、心臓病に次いで依然日本人の死因の第 3 位。早期の社会復帰と後遺障害の軽減を図るため、関連する診療科との連携が進められ、15 か所の労災病院に「勤労者脳卒中センター」が設置されています。その「勤労者脳卒中センター」の取り組みについて、熊本労災病院の山城重雄センター長にお話をうかがいました。

脳卒中に対応した 24 時間体制での救急治療

熊本労災病院では、平成 12 年に脳神経外科、神経内科、リハビリテーション科との横断的な連携による「脳卒中センター」を開設しました。平成 14 年からはさらに一層の機能充実を図り、「勤労者脳卒中センター」として、複数診療科の協働による一貫した診療を実施しています。

「脳卒中は早期治療が何より大切です。治療もリハビリテーションも、早ければ早いほど機能回復が望めるため、当院では 24 時間対応できる体制をとっています。緊急の患者様にもすぐ CT スキャンをとり、脳出血やクモ膜下出血などの出血系は脳外科、脳梗塞などは神経内科が担当します。具体的な治療としては脳出

血や脳梗塞、クモ膜下出血などのほか、脳卒中を起こす前の未破裂脳動脈瘤や、脳梗塞の原因となる頸動脈狭窄などの診療、手術を行っています」と、山城先生は言います。

情報の共有と リハビリとの連携が大切

脳卒中では、発作の後に寝たきりになると、使わない筋肉が動かなくなる合併症も大きな問題です。そのためには、早めのリハビリが大きな役割を果たします。

「患者様が入院したその日から、関連する診療科が情報を共有し、二日目からはリハビリテーション科が関与します。急性期の担当とリハビリでは診るところが違うので、最初からリハビリ科と連携したほうが良い治療ができます。

特に軽い脳卒中などは、“急性期の治療よりしっかりリハビリ”というタイプの方が多いので、リハビリ科との連携は非常に重要です。リハビリが進歩したおかげで、脳卒中の回復率も以前と比べて明らかに上がっています」



山城重雄センター長

脳出血、脳梗塞は生活習慣に注意 クモ膜下出血はMRIで予防を

生活習慣病といわれる脳卒中の中でも、脳出血や脳梗塞はおおむね高血圧、脂質異常症、糖尿病等が原因とされます。しかしクモ膜下出血は原因がまた別です。

「脳出血や脳梗塞に対しては、過度の飲酒や喫煙、肥満などの生活習慣を改め、高血圧を予防することが最大のポイントです。ただクモ膜下出血の場合は、脳の中にできた動脈瘤が原因なので、どんなにバランスのよい食事を取り、適度な運動をしても脳動脈瘤ができることはあります。動脈瘤はMRIで発見できるた

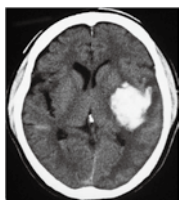


勤労者脳卒中センター

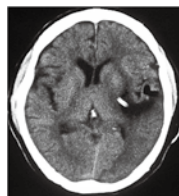
め、心配な場合は脳ドックを受けることをお勧めします」と山城先生。

100 人のうち 3～5 人に脳動脈瘤が存在する可能性があります。破裂する確率はごくわずかです。しかし喫煙、高血圧の放置、過量の飲酒で破裂の確率が上がり、クモ膜下出血となります。現場での印象として冬場、季節の変わり目、また体調の悪いときに多い印象があります。

「2009 年のクモ膜下出血は 33 人で、治療後の状態(円グラフ参照)は、毎年ほぼ同じです。約 3 分の 1 は良好ですが、3 分の 1 以上は亡くなります。残念ながら、死亡を減らせないのが現状です。復帰できない人が 3 分の 1 ちょっと、その半分が 70 才以上の高齢者です。一方で 69 歳以下の若年者では、59% が社会復帰できているようです。また、当院の 1982 年からの入院患者のデータをみると、クモ膜下出血を起こす患者の年齢は明らかに上がり、かつ瀕死の患者の割合が増えています(下表参照)。つまり高齢で発症し手術も不可能なほど瀕死の状態で搬送される患者が増えたといえます。長



術前



術直後

最近の経過良好例

- 症例：44 歳、男性
- 既往歴：高血圧（放置）
- 発症後約 4 時間で救急搬送
 - ・意識レベル JCS I-3、右片麻痺 0/5、全失語
- 発症より 2 日目（36 時間）で内視鏡的血腫除去術
 - ・全身麻酔下で、血圧を 80-90 台に管理
 - ・術中出血などの問題なし
 - ・術後 CT で 100% の血腫除去率
- 1 カ月後にリハビリ専門病院へ転院
 - ・意識清明、右片麻痺 1/5、中等度の運動性失語

※現在、右片麻痺は 3/5 程で農業に復帰されている。

寿社会を反映したこれらの傾向は、今後も続くと思います」

脳出血の最新手術法——内視鏡手術

従来からある一般的な脳出血手術法は、頭蓋骨を 5～10 センチ開頭し脳を露出して血腫を取り去る開頭手術、また小さい穴から針を刺して吸引する定位的脳内血腫除去術です。開頭手術は全身麻酔が必要なうえ手術創が大きく侵襲も大きいという欠点があります。一方定位的脳内血腫除去術は小さな穴ですむ反面、

血腫の除去の状況が手術中にはっきりわからず血腫が残ることがあり、さらに手術中の再出血にも直接止血ができないという欠点がありました。それらの欠点を補う最新の手術法が、内視鏡を針のかわりに用い血腫を穿刺して吸引する内視鏡手術です。

「内視鏡手術を始めて 3 年ほどになりますが、九州で内視鏡手術を中心に行っている施設は、まだ少ないと思います」と山

城先生は言います。

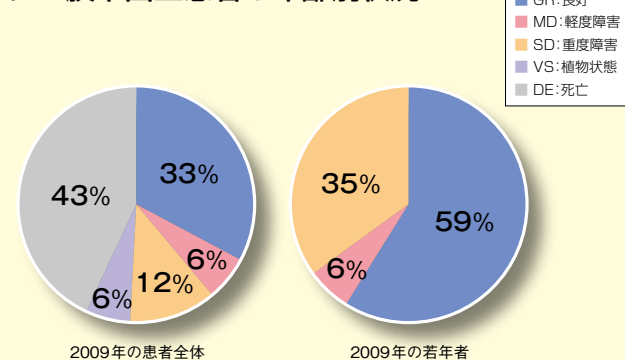
この手術法の大きな利点は、内視鏡をのぞきながら吸引できるため、周囲の脳を傷つけず、小さな傷から大きな血腫を安全かつ確実に除去できること。また手術時間も短く、高齢者でも可能です。このように新しい技術が開発され、脳外科の手術はますます低侵襲で安全、確実になっています。

脳梗塞の減少とスムーズな職場復帰が今後の対策

近年、高血圧、糖尿病、高脂血症、肥満が増えたため、脳梗塞が増えています。脳梗塞の場合、脳出血より軽く、社会復帰ができる可能性が高いこともあり、国はいかに脳梗塞を減らすかに力を入れています。

「当院としては、そのほかに脳ドック、地域との連携にも力を入れています。リハビリ科や回復期のリハビリ病院と連携していますが、現状では地域のかかりつけの先生方との連携が十分とはいえません。また、患者の職場復帰をスムーズに行うには、職場との連携を緊密にすることが重要ですが、今後の課題といえるでしょう。しかし、実際には患者様にマヒやしびれが残ることも多く、職場の理解を得ることが難しいのも確かです。そこで、まずは家庭生活、日常生活への復帰が優先されると考えています」とのこと。脳卒中治療での連携の重要性を熱心に語ってくれました。

クモ膜下出血患者の年齢別状況



クモ膜下出血患者の年齢と重症度の変化

	I 期(1982-88)	II 期(1989-95)	III 期(1996-2002)	IV 期(2003-09)
症例数	172	174	206	238
平均年齢	58.0	60.7	63.9	65.1
来院時の重症度				
軽症 (I)		14(8.0%)	20(9.7%)	26(10.9%)
中等症 (II)		75(43.1%)	79(38.3%)	85(35.7%)
重症 (III & IV)		74(42.5%)	64(31.0%)	73(30.7%)
瀕死 (V)		11(6.3%)	43(20.9%)	55(23.1%)

労災疾病等13分野 医学研究・開発、普及事業

平成16年度より平成20年度末まで5カ年計画で、独立行政法人労働者健康福祉機構（以下「機構」という。）では、全国の労災病院に労災疾病研究センターあるいは労災疾病研究室を設置し、労災疾病等13分野の高度・専門的医療やモデル医療の研究・開発、普及事業に取り組んできました。

この事業は、機構および労災病院群が果たす勤労者医療の中核的役割の大きな柱のひとつで、労働政策上課題となっている労災疾病等13分野について、モデル医療やモデル予防法の研究開発のプランニングから成果の普及までを一貫して行うプロジェクト研究です。

なお、13分野の研究課題は重要との評価を受

けたため、下表にあるとおり、平成21年度から引き続き5カ年計画で改めてスタートしましたが、今後得られる研究成果についても、全国の労災指定医療機関や産業医等を対象として、書籍の出版や研修会の開催等を通じて、継続して普及に努めていくとともに、全国に展開された労災病院や産業保健推進センターのネットワークを活用することにより、企業や勤労者に対しても広く情報提供を行い、社会に還元していく予定です。

また、研究成果等の最新情報については、機構のホームページ『労災疾病等13分野研究普及サイト』（URL <http://www.research12.jp>）にも随時掲載していますので、ご活用ください。

表 労災疾病等13分野医学研究 第2期 研究・開発、普及テーマ

【平成21年度以降】

分野	研究・開発、普及テーマ
① 四肢切断、骨折等の職業性外傷	○職業性の四肢の挫減損傷及び外傷性切断に対する早期治療等に関する地域医療連携体制の構築に係る研究・開発、普及
② せき髄損傷	○せき髄損傷の予防法と早期治療体系の確立に係る研究・開発、普及
③ 騒音、電磁波等による感覚器障害	○職場環境等による急性視力障害の予防、治療法に係る研究・開発、普及
④ 高・低温、気圧、放射線等の物理的因子による疾患	○職業性皮膚疾患の診断、治療、予防のためのデータベース構築に係る研究・開発、普及
⑤ 身体への過度の負担による筋・骨格系疾患	○職場における腰痛の発症要因の解明に係る研究・開発、普及
⑥ 振動障害	○振動障害の末梢循環障害、末梢神経障害等の客観的評価法に係る研究・開発、普及
⑦ 化学物質の曝露による産業中毒	○産業中毒の迅速かつ効率的な診断法に係る研究・開発、普及
⑧ 粉じん等による呼吸器疾患	○じん肺に合併した肺がんのモデル診断法に係る研究・開発、普及 ○じん肺合併症の客観的評価法に係る研究・開発、普及 ○新たな粉じんにより発症するじん肺の診断・治療法に係る研究・開発、普及
⑨ 業務の過重負荷による脳・心臓疾患（過労死）	○業務の過重負荷による脳・心臓疾患の発症要因に係る研究・開発、普及
⑩ 勤労者のメンタルヘルス	○職場におけるメンタルヘルス不調予防に係る研究・開発、普及 ○うつ病の客観的診断法に係る研究・開発、普及
⑪ 働く女性のためのメディカル・ケア	○働く女性の月経関連障害及び更年期障害のQWL（Quality of Working Life）に及ぼす影響に係る研究・開発、普及 ○女性の深夜・長時間労働が内分泌環境に及ぼす影響に係る研究・開発、普及 ○働く女性のストレスと疾病発症・増悪の関連性に係る研究・開発、普及 ○働く女性における介護ストレスに関する研究・開発、普及
⑫ 職場復帰のためのリハビリテーション及び勤労者の罹患率の高い疾病の治療と職業の両立支援	○早期職場復帰を可能とする各種疾患に対するリハビリテーションのモデル医療に係る研究・開発、普及 ○疾病の治療と職業生活の両立を図るモデル医療及び労働者個人の特性と就労形態や職場環境等との関係が疾病の発症や治療、予防に及ぼす影響等に係る分野横断的研究・開発、普及
⑬ アスベスト関連疾患	○中皮腫等のアスベスト関連疾患の救命率の向上を目指した早期診断・治療法及び予防法に係る研究・開発、普及

「うつ病の客観的診断法に係る研究・開発、普及」 ～勤労者のメンタルヘルス分野～

本部研究ディレクター 香川労災病院 勤労者メンタルヘルスセンター

小山文彦センター長に聞く



労災疾病等13分野医学研究・開発、普及事業のうち、勤労者のメンタルヘルス分野の第一期研究において、小山センター長をはじめとするグループは「うつ病の客観的評価・診断法の開発」を目的に、うつ病患者の脳を ^{99m}Tc -SPECT（全国で多くの病院に設置されている脳診断機器、Single Photon Emission Computed Tomography。以下、SPECT）で撮影し、その血流分布について、うつ病期、寛解期について検討しました。その結果、うつ病患者に特徴的な前頭葉の血流低下と回復に伴う変化が、これまで用いられてきた診断法（ハミルトンのうつ病評価尺度）やSDS（自己評価尺度）、疲労蓄積度の自己チェックの値と相関がみられることを確認し、うつ病診断に新たな指標を提示しました。

これらを受けて、第2期研究では「うつ病の早期発見、うつ病から生じる自殺の予防」に役立つ、簡便でエビデンスのある評価方法の確立と普及を目指しています。具体的な研究内容や、研究結果を生かした取組み等について、本部研究ディレクター・香川労災病院勤労者メンタルヘルスセンター長の小山文彦医師に伺いました。

——まずは第1期研究について簡単に教えてください。
小山 世界的には「うつ病患者には脳血流、とくに前頭葉の血流の低下がある」ということは、1990年代から言われてきました。ですから、第1期研究は全く新しい発見ではありません。ただ、日本の医療機関において一般的に活用されている機器、すなわちSPECTでとらえた血流低下が、これまでの口頭での問診やセルフチェックによる指標と相関するのかを確かめることが目的でした。また、患者さんを追跡調査して、うつ病の調子が悪かった時から、よくなった時、さらにその後と縦断的にデータをとって検討したことに意義があります。SPECTは、認知症や意識障害の診断に用いられる機器で、全国で一定規模以上の病

院には設置されています。つまり、診察室レベルでも言葉（面接や自己チェック）による診断だけでなく、血流変化から客観的、生物学的にうつ病をとらえる指標ができたということです。

——その中で第2期の課題となったのは何ですか。

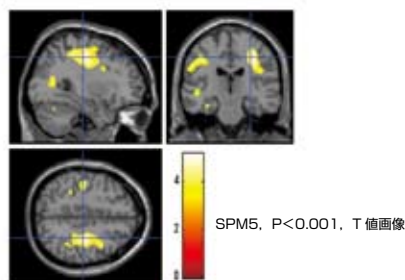
小山 第1期の成果は、すでに「うつ病にかかっている人」に対して役立つものです。しかしながら日本社会の現状を考えると、「うつ病予備群の早期発見」「自殺の予防」が重要です。つまり、メンタルヘルス不調の「予防や早期発見に貢献する指標」が必要だと考えました。これは、昨年（平成22年）の4月に、当時の厚生労働大臣が述べた「全国の健康診断でうつ病のチェックを義務化したい」との発言にも通じます。この発言以降、厚生労働省内では定期的に「どのような指標を採用するか」等の委員会が持たれています。他の大学や医療機関も研究を進めていますが、独立行政法人労働者健康福祉機構として、エビデンスがあり、かつ、簡便な（答える側の負担の少ない）指標を提案する必要があるだろうと考えました。

——そのような課題を受けて、第2期ではどんな研究をされていますか。

小山 主に二つの研究および取組みがあります。一つは「睡眠不足と脳血流変化」をモチーフとしたもの。第1期の研究で、うつ病が不調な時期にある人だけでなく、自覚的な疲労度の高い状況と睡眠が十分でない状況においても、前頭葉から頭頂葉にかけて血流低下が示されました。ここで「睡眠不足と脳血流の相関を調べる」といっても、「睡眠不足」をどのように定義するかが問題です。例えば、「普段何時間ぐらい眠りますか」という質問は年齢による違いや個人差があるため、あまり意味はありません。そこで、構造化面接（質問と評価の方法を定めて誰が行っても同じ評価が可能

図1 睡眠障害 (IS ; Insomnia Score) と関連した脳血流低下

① うつ病期+寛解者 (n=21)



② 対照群 (n=20, IS<3) では CBF 量の有意な変化なし

Mental Health Center for Workers, Kagawa Rosai Hospital 2008

な面接法) で、ハミルトンのうつ病評価尺度の中から睡眠に関する以下の6項目に当てはまるかどうかで把握することにした。

1. 寝つくまでに30分以上かかることが時々ある。
2. 毎日のように、寝つきが悪い。
3. 夜中に目が覚めることがあるが、再び寝付ける。
4. 夜中に目が覚め、寝床をはなれることが多い。
5. 普段より早朝に目が覚めるが、もう一度眠る。
6. 普段より早朝に目が覚めることが多く、そのまま起きていることが多い。

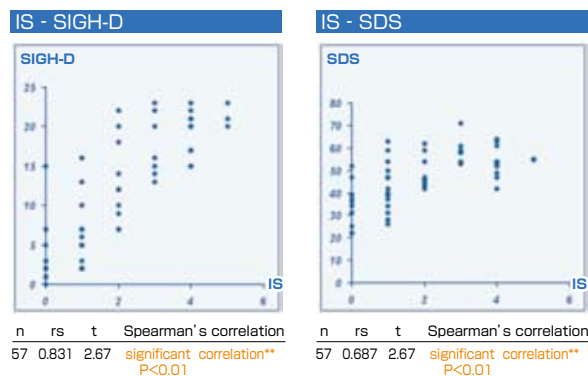
このうち1、3、5に該当する場合は1点、2、4、6は2点を加算して睡眠障害の指標 IS (Insomnia Score) とし、合計3点以上の人の脳血流の解析では、うつ病の人と類似した脳血流の低下が見られました (図1)。この知見に着目して、「睡眠障害、睡眠不足からうつ病予備群の早期発見ができるのではないか」という仮説を立てました。

——今は、どんな段階にありますか。

小山 平成22年の夏に、労働者108人 (うつ病の経過観察群57名、健康対照群51人) に対して、ISと抑うつ度合いについて相関を解析しました。抑うつに関しては、SIGH-D総点 (ハミルトンうつ病評価尺度の構造化面接版)、SDS総点、自覚的疲労感、将来への悲観、自殺を考える気持ち (自殺念慮) についてスコアをとりました。

うつ病の経過観察群には、うつ病の調子が依然悪い人もいればほとんど治っている人もいます。いわゆる「うつ病予備軍」レベルの病状を網羅するグループです。結果を見ると、うつ病の人でも

図2



Worker's Mental Health Research Center 2010

健康な人でも、抑うつの重症度とISの値には、有意な相関があることがわかりました (図2)。ISの値が高い、すなわち睡眠に障害のある人ほど、面接の抑うつ度 (SIGH-D総点)、セルフチェックによる抑うつ度 (SDS総点) が共に高くなっています。このことから、健康診断できちんと睡眠不足をとらえ、睡眠不足の要因や他の健康不安などをチェックすることにより、かなりの確率でうつ病予備群の発見につながると推測されます。また、睡眠障害のある (ISの高い) 人は、自覚的疲労感、将来への悲観、自殺念慮のスコアも高くなっています。これらのことから、ISの活用で自殺予防にも貢献できる可能性があります。

仮に、いくらエビデンスが明らかなとしても、健康診断時等に多数の質問を行うことは難しいと思います。ISの6問で広く健康状態を尋ねる方が効率的ではないかと考えます。

——不眠と心の状態については、これまでも注目されてきたと思いますが。

小山 静岡県富士市では、うつ病患者さんの90%に不眠があるという一般的な考え方から、2週間以上不眠が続く家族がいたら「うつ病かもしれない」と疑って、かかりつけ医師から地域の精神科医に紹介する地域医療連携システムをつくりました。内閣府も「お父さん、眠れてる?」という、うつ病早期発見の啓蒙ポスターを作っています。睡眠不足から、うつ病の早期発見、自殺予防対策に取り組もうという動きは、自治体レベルから全国レベルに広がりつつあります。しかしながら、そこにはエビデンスに裏

打ちされた指標はまだありません。そこで、実際に広く健診等で用いることのできる“ツール”を、機構として開発し提案することを目指したいと考えています。

もう一つ付け加えると、“心の健康”など「心」という言葉にこだわりすぎると、“元気そうに”働いている人々の中にまぎれている「うつ病予備群」を見逃してしまう可能性があります。例えば、会社等で従業員の心の状態を把握するためにセルフチェックを実施することがありますが、「結果を上司が見るのではないか」「昇進に影響するかも」と思うと正直には書けないことも多いでしょう。「あなたの心は大丈夫ですか」という問いかけの答えには、その人の状況と意志によってバイアスが入り込みやすいのです。

そのため、より「健康観」に直結した設問が必要です。「食事は3食摂っていますか」「血圧はどのくらいですか」といった項目の一環として、「睡眠の状況について教えてください」とISの6つの質問をするのは合理的かと思えます。

——具体的な“ツール”として確立するために、今後どのような研究を行う予定ですか。

小山 平成23年度に、全国の労災病院の勤労者予防医療センター、勤労者予防医療部に協力をいただいて睡眠不足と健康状態の相関を見る大規模調査を考案しています。これは、何千人という規模になりますから、しっかり解析することで、睡眠不足からうつ病予備群を照らし出すことができると思えます。また、せっかくの大規模調査ですから、睡眠不足とうつ病の関係だけでなく、糖尿病や高血圧など他の生活習慣病等との相関も見たいと考えています。メタボリックシンドロームを始め生活習慣病と睡眠不足の関連は言われて久しく、メタボ指導の対象になっている人と睡眠不足の人では相関はあるだろうと予測はつきます。しかし、何千人レベルの調査による新しいエビデンスを得るために、この研究は意義があります。

——すでにISを活用した取組みも始まっていますね。

小山 平成21年度に3カ所の事業場の合計2643人の労働者に対してISを活用し、スコア3点以上の人（睡眠不足の有所見者）425名（16%）

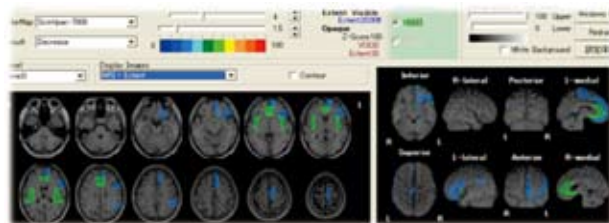
を抽出しました。現在の日本のうつ病有病率は10%、さらに生涯有病率は15%ですから、これら16%の方々をうつ病予備群と見て、職場で何らかのケアが必要との判断に至りました。そして職場の保健師や産業医が社内メールなどで面接を呼びかけたところ、そのうち73%にあたる316名の人が応えました。中には抑うつ度が高い人も見つかり、定期的に面接を重ねるなど、何らかのケアにつながっています。このように、13分野研究の成果を「勤労者医療の現場」できちんと役立て、すでに取組みとして展開していることは、広く発信していきたいと思えます。

——他にはどのような研究がありますか。

小山 うつ病患者さんの脳血流について、どの部位でどのような血流変化が起こっているのか、vbSEEという画像統計解析ソフトを用いて検証しています。（図3、4）第1期では、前頭葉に血流低下が見られるという概要を把握したわけですが、もっと細かな部位（小葉）ごとに、何%程

図3 うつ病に特徴的な血流変化
(vbSEE解析LEVEL3；小葉別)

LEVEL3 EXTENT MAP >20%



vbSEEレベル3により、
小葉別に20%以上の領域で血流低下のあった部位を限定して表示できる。
■ 前帯状回において最も優位に血流低下が起こっている。

Mental Health Research Center for Workers, 2010

図4 うつ病に特徴的な血流変化 (vbSEE LEVEL3)

Area	Left	Right
Anterior Cingulate	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%
Anterior Medial	58.6%	58.6%
Anterior Lateral	58.6%	58.6%
Anterior Parietal	58.6%	58.6%
Anterior Temporal	58.6%	58.6%
Anterior Superior	58.6%	58.6%
Anterior Inferior	58.6%	58.6%

度の血流低下があるのか詳しく調べることができます。結果としては、集中力、注意力などに関連する前帯状回に、他の部位よりも有意に血流が低下していることが確認されました。

——ホルモン分泌からうつ病を判定する研究も進んでいると聞きました。

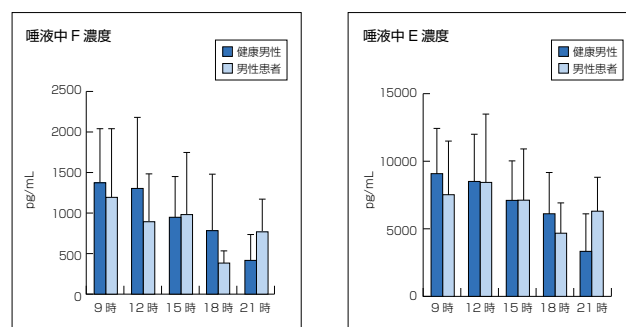
小山 ホルモン分泌を取り上げたのは、脳血流変化との関連が考えられるためです。前頭葉の血流低下（機能低下）は視床下部－下垂体－副腎皮質系（HPA系）と呼ばれるホルモン分泌のアンバランスに関わると考えられます。脳血流変化と併せて、もうひとつの客観的な指標を、臨床現場に提示できるのではと考えました。

これまで、うつ病ではHPA系のホルモン分泌が亢進すると言われてきました。ホルモン分泌には日内変動があります。今回はそれを把握して、健康者とうつ病患者のホルモン分泌の違いを見出そうとしています。方法としては、唾液を一日5回採取してホルモンの精密測定を行い、抑うつや疲労などに特徴的な日内変動を示すかどうかという研究、さらには唾液中のホルモン値と労働者のQOL（quality of life）を含めた状態と、脳血流の変化との相関についても検討します。

——現段階でわかっているのはどんなことですか。

小山 HPA系ホルモンの内、血圧や血糖値など身体の活性を高めるコルチゾールの日内変化を見ると、健康な人では朝の値が高く、夜になるにつれて下がって来ます。一方、うつ病患者さんは、朝は若干低めですが、夜になっても速やかに減少するわけではないという傾向がわかりつつあります。（図5）この結果と臨床像を合わせると、まだ仮説の段階ですが、うつ病患者さんでは、コルチゾールの分泌は朝少なく（立ち上がりは遅く）、一日中長々と亢進しているのではないかと。うつ病では、朝はだるくて活動的になれない一方で、夕方には少し気分が楽になり、夜はなかなか眠れないことを裏付けるように思います。また、DHEA、DHEA-Sというホルモンと、活動的な働きに関与するホルモン（コルチゾール、コルチゾン）の比をとってみました。これも上記を裏付ける傾向を示しています。研究では1日5回の唾

図5 唾液中のcortisol、cortisone濃度の日内変動
【健康男性（n=22）と男性患者】



健康者のcortisol(F)、cortisone(E)は、ともに朝高く夜に下がる傾向があるが、うつ病患者では、朝の立ち上がりが低く夜に下がりきっていない。

液を採取していますが、日内変動を把握した場合、実際に臨床で使うには、例えば朝夕2回の唾液を採取してホルモンバランスを見ることで、うつ病の診断補助に足りる可能性があります。

——いずれも「臨床現場で実際に使う」ことを見通した研究です。

小山 “公益”を考えた場合、「こんな研究をやっています」だけではなく、「研究をもとに、このような社会問題の解決に取り組んでいます」と言えることが大切なのではないでしょうか。13分野医学研究と並行し、機構は「メンタルヘルス不調に罹患した労働者に対する治療と職業生活の両立支援」といった事業を厚生労働省から受託し、私たちが担当しました（平成22年度）。メンタルヘルス不調者の「職業生活」を支えるには、事業場内外での連携が必要です。「病気の症状」「勤労状況」「生活状況」の3つの観点からのアセスメントを実施して、労働者、主治医、職場の産業医、管理監督者らが連携し合うケースワークを行いました。最近は「うつ病が複雑化している」「うつ病が見えない」とも言われていますから、脳血流の変化やホルモンバランスなど「見える」客観的指標はますます必要です。しっかりした診断の指標があれば、連携もスムーズに進めることができると思います。現在まで、各都道府県の産業保健推進センターがメンタルヘルス対策支援事業にも精力的に取り組んでいます。これらの活動を通して、上記アセスメント等を実施するシステムを全国的に検証し構築するなど、機構の持つスケールメリットを活かした社会貢献に寄与するために、研究と取組みを進めたいと考えています。

勤労者予防医療センターの活動

第 16 回

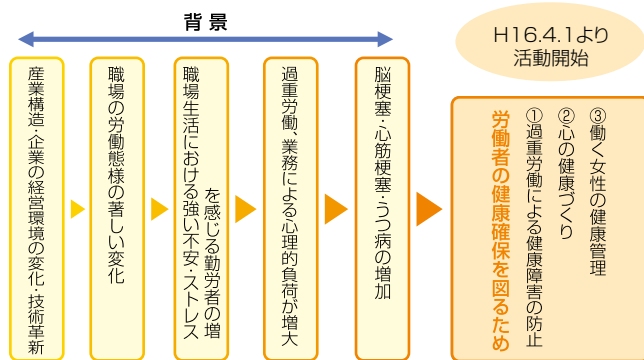
1 はじめに

近年、産業構造や職場環境の変化、過重労働による勤労者の健康障害が社会的に問題となっています。特に、栄養過多や運動不足などの生活習慣の変化による内臓脂肪の蓄積を基礎として、脂質異常症（高脂血症）、高血圧、高血糖などが集積したメタボリックシンドロームは動脈硬化を進展させて心筋梗塞や脳卒中などの心血管疾病を発症させる危険因子であり、さらに過重な労働が重なると過労死等の重大な事態を引き起こす可能性が高くなります。一方、職場のストレスによるうつ病や神経症などが増加しており、職場における心の健康づくりの推進も大変重要となっています。

独立行政法人労働者健康福祉機構（以下「機構」という）では、このような健康問題に一次予防面か

ら積極的に取り組み、働く人々の健康を確保するため、9つの労災病院に勤労者予防医療センターを、21の労災病院に勤労者予防医療部を設置して勤労者の健康づくりをサポートしています。

勤労者予防医療センター・部の設置と活動



2 勤労者予防医療センターと勤労者予防医療部

勤労者予防医療センター及び勤労者予防医療部（以下「勤労者予防医療センター（部）」という）では、勤労者の健康確保を図るため、過重労働による健康障害の防止、メンタルヘルス不調予防、働く女性の健康管理に関する事業を展開しています。

また、全ての勤労者予防医療センター（9施設）では、社会的関心が非常に高まっているメタボリックシンドロームについて、適切な生活指導法を確立するための調査研究を平成18年度より共同して行ってきました。本調査研究は、日本人におけるメタボリックシンドロームの発症に関わる要因を大規模アンケート調査（メタボリックシンドローム1,000例、対照群1,000例）により明らかにすること、メタボ

リックシンドローム300例を「通常指導群」と「強化指導群」に分け、各々の指導群の効果度並びに効果を阻害する要因を明らかにすることを目的として実施した結果、メタボリックシンドロームの発症には「職場のストレス」「ストレスによる過食」「幼少時の食習慣・運動習慣」等が関与していたことが明らかとなりました。

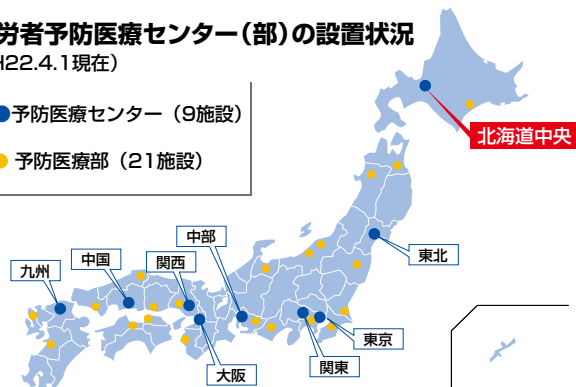
予防医療が、今後益々重視される中で、勤労者予防医療センター（部）の事業を積極的に展開していく必要があると考えており、2007年SPRING号からシリーズで勤労者予防医療センターの様々な取り組みをご紹介します。

今回は、北海道中央労災病院勤労者予防医療センターの紹介です。

勤労者予防医療センター（部）の設置状況

（H22.4.1現在）

- 予防医療センター（9施設）
- 予防医療部（21施設）



勤労者予防医療センター・部の指導・相談スタッフ

所長

医師

保健師

管理栄養士

理学療法士

生活習慣病・メタボリックシンドローム予防対策
（保健指導、生活指導、栄養指導、運動指導）
（講習会・研修会）

心理カウンセラー

メンタルヘルス不調予防対策
（心の電話相談、対面式カウンセリング）

保健師

働く女性の健康管理対策
（生活指導・講習会）

北海道中央労災病院 勤労者予防医療センター



北海道中央労災病院勤労者予防医療センター所長 酒井 一郎

I . 概要

北海道中央労災病院勤労者予防医療センターは、かつて炭鉱が数多くあった空知地方の南に位置する岩見沢市内に設置されており、札幌市からJRで30分の位置にあります。

当センターは、平成16年4月1日に開設されました。現在8年目を迎え、所長以下、保健師1名、管理栄養士1名、主任理学療法士1名、理学療法助手1名、事務長1名、事務主任1名の7名体制で生活習慣病対策をはじめとして働く人々の健康確保に取り組んでいます。

II . 最近の状況

当センターの活動は、個別指導、集団指導、訪問講習会・測定会、調査研究などですが、特に個別運動指導後の利用者を対象とした「トレーニング」は開設当初より人気が高く、1日約30人の利用者がトレーニング室で汗を流しています。



スタッフ一同

ます。

北海道産業保健推進センターとの連携において、平成22年4月から当センターの主任理学療法士が特別相談員となったことから、衛生管理者研修会の講師を務める機会が昨年度と比較して倍増しており、今後も更に連携を強化していきます。

また、隣接する北海道中央労災病院せき損センターとは出張講習会を開催するなどの連携をしています。

今年度のこれまでの活動で特筆すべきは、大手企業の道内各営業所への訪問講習・測定会が大幅に増え、スタッフが超多忙を極めたことです。（関東労災病院勤労者予防医療センターから紹介をいただいた企業もありました。）

広大な北海道では1泊2日の行程を組まざるを得ない距離の事業所もあり、スケジュール調整も大変でした。平成23年度は、これを教訓に過密スケジュールとならないようバランスのとれた計画を立てようと話し合っております。

III . 活動内容

次に、当センター業務の中核を担う保健師、管理栄養士、理学療法士の活動をそれぞれ紹介させていただきます。

1 保健師の活動

小宅保健師

センターでの保健師の活動は、健康に対する不安や健康確保維持、生活習慣病予防のため、個別保健指導（健康診断結果などに基づく相談の実施）、健康電話相談、センター内での生活習慣病予防教室の開催、企業に出向いての訪問測定会、講演会などを行っています。今回は、これらの活動の中から企業への訪問測定会について紹介します。



血液さらさら測定結果を説明中

当センターは広い北海道各地を訪問しています。事業所や企業の健康保険組合などから依頼をいただいたときには、北海道のどの地域にでも、日程調整をして出向くように努めています。片道3～4時間かけての日帰り測定会や、一泊二日での測定会の依頼もあり、遠方は300 km以上離れた釧路や函館にも行っています。依頼をいただいている企業や事業所の規模は、大企業や中小企業などさまざまです。企業によっては「本社で実施した内容が好評だったので地方の事業所・営業所でも測定会を」という要望もあり、リピーターも増えてきています。

訪問測定会での測定内容は、「体成分測定」「体力測定」「骨密度測定」「血液さらさら測定」「血管年齢(推定)測定」などで利用者にとって実際に目で見て実感することや数字で表現されることは、健康への関心を引き起こすことや高めることに役立っています。保健師が担当しているのは「血液さらさら測定」「血管年齢(推定)測定」です。繰り返し訪問測定会に出向いている際に、一昨年前よりもよい結果になっていて「食事の内容を少し変えた」「お酒の量をひかえた」「少し歩くようにした」などと話される方がいると、測定という短時間の関わりの中でもとてもうれしくなります。

近年の労働者を取り巻く環境は、日々の業務や人間関係のストレスなどにより時間をとって運動する、ゆっくりとバランスのよい食事を摂る、休養を十分に取るという基本的なことが実行しにくいという厳しいものです。自分自身の健康について考える事がなかなかできず、「このくらい大丈夫」「自分はなんともない」とつい無理をしがちになっています。測定会では、予防への意識を持って

もらえるように心がけて、短い時間の中でも、その結果から「生活を振り返ってみよう」「何か考えてみよう」という健康について考える場として役立ててもらえるよう支援しています。

働く人々の健康づくりのため、少しの工夫でできることを紹介しながら、健康に目を向けるきっかけを提案できるよう、測定会での短時間の出会いを大切にしています。

2 管理栄養士の活動

大城管理栄養士

当センターでは、生活習慣病予防のための個別栄養指導を中心に、センター内での生活習慣病予防教室や企業への訪問講習会など集団栄養指導も行っています。

個別栄養指導では、対象者の生活習慣や身体状況も併せたトータルのサポートができるよう、先に指導を終了した保健師や理学療法士の各種測定結果や相談内容を共有しながら進めています。栄養指導というと、食べるものを制限されるというイメージを持たれている方が多いように感じるのですが、実際は食べてよいものがたくさんあること、選ぶ食材の幅が広がるのでバラエティに富んだ食事になることなど、辛いものではなくむしろ楽しい、というイメージに変えていけるよう心がけています。

集団栄養指導では、センター内の生活習慣病予防教室の一環として、平成20年1月よりヘルシークッキング教室を月1回開催しています。「骨粗鬆症を予防するカルシウムたっぷりメニュー」「野菜を使ったヘルシースイーツ」「低カロリーなお花見ランチ」など、生活習慣病予防を目的としたメニューを参加者全員で調理し、試食をします。また、



12月のクリスマスランチ

ヘルシークッキング教室の様子

そのときのテーマにあわせた栄養の講話も行います。食材はなるべくご家庭で用意しやすいものを選んでおり、一食あたり 500 ～ 550kcal になるよう調整しています。12 月は「クリスマスランチ」をテーマに、みんなが楽しめるヘルシーなパーティーメニューを恒例としています。始めたばかりの頃は参加者はそれほど多くなかったのですが、ここ最近では人数が増え、2 日に分けて実施するほどご好評をいただいています。これまで苦手だった食材が食べられるようになった方や、トレーニング室でトレーニングを終えてからヘルシークッキングに参加するという運動と栄養をフルコースで堪能される方もいらっしゃいます。実施時間帯は昼間がメインですが、勤労者向けに夜間に実施することもあります。今後はより多くの勤労者にご参加いただけるよう、テーマやメニューを工夫していきたいと思ひます。

各種測定では、管理栄養士は骨密度測定を担当しており、測定結果に合わせた食事アドバイスも行っております。骨密度が下がり骨粗鬆症になると骨折のリスクが高まり、それが原因で寝たきりになってしまうことも多いと言われていひます。骨に対する健康意識はまだまだ高くないと感じておりますので、内臓や血液の健康だけでなく、骨の健康も意識してもらえよう働きかけていきたいと考えております。

3 理学療法士の活動

坂本主任理学療法士

理学療法士が担当している運動指導部門では、施設内での個別指導、講習会、当センター専用のトレーニング室での運動実践指導と各企業や自治体、労働基準協会、北海道産業保健推進センターでの測定会、講習会、衛生管理者等研修会を実施しています。トレーニング室では自転車エルゴメーター、トレッドミル、筋力トレーニングマシン、乗馬型他動訓練機、ステップ運動、ダンベル等を組み合わせた運動プログラムを提供しています。また、勤労者の積極的な利用を促すために、週 3 回 20:00 までの夜間利用日を設けており、仕事帰りの利用者も定着しています。当センターが病院に併設されている安心感があるためか、常時 130 名程度の利用者が在籍しています。特に当センターがある岩見沢市周辺は北海道の中でも降雪量が多く、冬期間のウォーキングは転倒や交通事故の危険性が高く、室内での運動を希望される方が多くなるため、年間を通してみると冬から春までの利用が増加します。開設当初は施設内での個別指導とトレーニング室の利用がほとんどでしたが、この数年は企業での体力測定、体成分測定などの



腰痛予防講座の様子

訪問測定会とウォーキング、筋力トレーニング、VDT 症候群に関連した肩こり予防、腰痛予防、ラジオ体操の効果などの訪問講習会が増加しており、メタボリックシンドローム予防をはじめ、勤労者の腰痛や肩こりなどの慢性的な疾病予防に関するニーズは高いと感じています。臨床活動での経験から得られた理学療法士ならではの視点で、効果的な予防法や実際の体操などを伝えていきたいと考えています。日本では産業保健分野で活動している理学療法士は非常に少なく、近隣にも同様な活動をしている理学療法士はほとんどいないため、全国の勤労者予防医療センターの理学療法士からの情報提供や助言に大いに助けられています。今後も各予防医療センターをはじめ、北海道産業保健推進センターや道内各地の労働基準協会との連携を強化し、各企業・団体で産業保健を担当している方へ情報を提供し、多くの企業や団体の勤労者の健康増進を支援していく中で、産業保健分野への貢献ができるよう努力していきたいと考えています。

IV. 終わりに

北海道中央労災病院予防医療センターは、これまでの活動実績を活かしつつ、さらに働く人々の健康づくりのお手伝いをするため、今後も労災病院・産業保健推進センターや企業などと連携しながら活動してまいります。

“出かけて行く”活動で、広い県内に産業保健意識を行きわたらせる

—長野産業保健推進センター—



農業、精密機械、観光が 主な産業

長野県の主要産業と言えば、かつては製糸業が盛んでした。1960年代からは時計や光学機器など精密機械工業が発展し、とくに岡谷や諏訪地域などは「東洋のスイス」とも称されたほどです。その後、家電製品や一般機械の製造業の事業場の誘致なども進みましたが、近年は経済のグローバル化に伴って、これらの生産拠点が海外移転する例が多くなっています。

一方、作付面積はゆるやかに減少していますが、変化に富んだ気候条

件と大都市圏に近いことから、全国有数の農業県としても知られています。さらに、国立公園を中心に多くの観光資源があり、宿泊、旅行、運輸、飲食など観光関連の産業も盛んで、県内の就業者の割合は平成17年のデータで、第一次産業従事者が12%、第二次産業31%、観光業を含むサービス業が57%といったバランスになっています。

研修会会場を 県内7～8箇所に設置

長野県の特徴のひとつとして、他の多くの道府県のように、県庁所在地に人口や産業が集中するということがありません。県内に連なる山岳に阻まれ地域ごとに都市が形成され、産業もそれらの都市を中心に発展してきた歴史があります。

「北部の長野市から南部の飯田市までは、高速バスで3時間もかかるのですよ」。缸暎雄（いしばしるお）長野産業保健推進センター（以下、同センター）所長がこう言うように、長野県での産業保健活動の第

北海道を除く46都府県の中では、岩手県、福島県に次いで面積の広い長野県。東西120キロ、南北220キロの県内部は山々に隔たれ、一つの都市に人口が集中することなく長野市、松本市、飯田市など人口40～10万人の都市が点在しています。この広大な地域に産業保健活動を展開するためにどのような工夫をしているのか、缸暎雄（いしばしるお）所長と小林正茂副所長にお聞きしました。

一の課題は、「点在する産業の中心地それぞれに働きかけること」です。

そのためには同センターのある長野市からとにかく出かけて行くことが重要で、職員は多くのエネルギーと時間を費やしています。例えば、産業保健推進センターの主要な業務である産業保健研修会は、長野、松本、岡谷、上田、飯田、中野、伊那など県内の7～8箇所に設定し、年間80回以上開催しています。また、講師の先生方は長野市周辺から派遣するだけでなく、各都市の近くの関連機関、大学、病院、医院などから確保。こうしたネットワーク構築およびその維持も重要な業務です。

「メンタルヘルス不調者への 対応」に関心が集まる

缸所長によれば、求められる研修会のテーマに関しては、地域ごとの差異はなく、現在はメンタルヘルス対応策への関心が高いそうです。

「昨今は『うつ病』についての基本的な知識は広まったようで、講義形式だけでなく、実際に自分の職場に



缸暎雄所長

メンタル不調の従業員が出た場合の具体的な対策を検討する事例検討会は参加希望者が多いです」とのこと。

とくに最近関心が高かったのは、職場では抑うつ状態だけでも職場を離れれば普通の生活を送ることができる「新型うつ（非定形うつ）」の問題。小林副所長は「そもそもこれは病気なのかどうか、どのように接したらよいのかについて関心を持つ人が多くいます。実際に職場にそういう人が増えていて、対応に苦慮している現実があるのでしょう」と語っています。

缸所長も「メンタルヘルス不調の問題はまだまださまざまな形で出てくると思います。これは、職場だけでなく、家庭や教育の在り方も関連しています。私たちはもちろん、産業現場へのサポートを行います、社会全体の問題として捉えることも重要だと考えます」と言います。

イベント会場での「出前相談」を実施

同センターの“とにかく出かけに行く”活動の中でも象徴的なのは、2010年度にスタートした「出前相談」です。これは、県内各地域で安全衛生大会などの労働衛生関連のイベントが行われる際、会場の入り口やロビーを借りてブースを出すもの。パンフレットや研修会の案内を配布するだけでなく、その場で産業保健上の相談も受けます。込み入った話ができない場合には、質問票を記入してもらい日を改めて電話したり、センターでの面接へとつなげます。ブースに座るのは相談員をはじめ、同センターの職員、ときには所長も。まさに同センター全員で一丸となって担っています。

この「出前相談」はこれまで春と

秋の2回行いました。特に2回目は、主催者側にお願いし、事前に「産業保健の相談コーナーが出ますから、質問や相談のある方はあらかじめ準備してきてください」と告知してもらったことも、反響につながったといえます。

こうした「イベント出前相談」を出すためには、普段から関連の団体との密な情報交換を心がけています。また、資料も他の資料にまぎれてしまうのではなく、関心をもって見てもらえるように工夫をしています。



100～200人が集まるイベント会場の一角を借りて、出前相談のブースを設置。

キャラクターをつくり認知を図る

「どんな資料でも、手にした瞬間に『あ、長野産業保健推進センターだ』と伝わるイメージを持つことが大切だと考えました。そこで、私たちはホームページのトップにも挙げているこの人形の家族を長野産保のイメージキャラクターにしたんですよ」と缸所長。同センターの扱う問題はシリアスなもの、専門的なものが多いため、堅いイメージがつきまといいますが、所長はそれを払しょくする必要があると考えました。「まずは、相談してみよう」と思ってもらえるように、親しみやすいイメージキャラクターを採用することにし、使用権を取得しました。ホームページはもちろんセンター通信の表紙や

配布物、缸所長の名刺にも、この元気なファミリーは印刷されています。



長野産業保健推進センターのキャラクターを決めて、イメージの浸透を図る。

関連機関と連携しながら支援先を広げる

産業保健推進センターでは、厚生労働省からメンタルヘルス対策支援センター事業を受託しています。同センター内に設置されているメンタルヘルス対策支援センター（以下、支援センター）のメンタルヘルス対策促進員は、現在5名。広大なエリアをカバーするために、地域ごとに担当者を決め、活動しています。事業場を訪問して問題を吸い上げ、相談を受けたり具体的に支援するのがその主な働きですが、長野では、訪問先、支援先を広げるために、関連機関との連携を高めています。

連携先として主となるのは労働基準監督署。現場で企業の指導、監督をする中で、必要な企業に支援センターを紹介したり、また、「こんなことで困っている企業があります」という連絡を入れてくれます。

同時に、支援センターの側では、関連の団体、例えば労働基準協会、商工会議所・商工会、経営者団体、産業看護職の組織等とのネットワークを築き、これらの団体を通して、イベントの際にチラシを入れてもらうのはもちろんのこと、可能な限りイベントに足を運び、短時間でも支

援センターの活動についてアピールする機会をつくってもらっています。ここでも、“とにかく出かけて行く”という同センターのモットーが生かされています。

産業保健に取組む仲間と 出会う「交流会」

かねてから研修会でのアンケートなどを通して、事業場の産業保健の担当者は一人で問題を抱えて悩みがちであるという実態が見えていました。そこで、メンタルヘルス対策支援センター事業の一環として、「職場のメンタルヘルスに関する担当者交流会」を昨年度から開催しています。

この会には目的が2つあり、まずは、事業場のメンタルヘルス担当者がいざというときに相談できるように、医療機関、相談機関の人と顔の見える関係をつくること。そして、同じ立場で悩んでいる仲間と出会う情報交換し、産業保健に関する他社のアイディアや実践例に触れることです。

プログラムとしては、まず専門家の基調講演を聞き、その後、グループに分かれてメンタルヘルスケアに関する事例を基に討議します。また、閉会後にも参加者が自由に懇談できる場所と時間を設けたところ、とても好評だったということです。

平成21年度は長野市、22年度は松本市で開催しましたが、いずれも県内各地から、事業主、衛生管理者、



事業場のメンタルヘルス対策の担当者が、ネットワークを広げるために交流会を実施。

産業看護職、人事労務担当者、産業カウンセラー、相談支援機関等の関係者などが集まり、同支援センターの相談員、促進員なども含めて約70人が参加しました。終了後のアンケートでは、「自分だけが悩んでいたのではない」「他社の取組がわかってよかった」などが挙がり、次は県南部の飯田市で開催して欲しいとの意見も寄せられています。

メンタルヘルスケア 地域資源情報リスト

積極的に地域に出て行き活動を展開している同センターですが、実は、出かければ出かけるほど、よく聞くのは「自分の近くにどうい医療機関があるのか」「どうい相談窓口があるのかわからない」という声です。そこでメンタルヘルス対策支援センター事業として、平成21年度から「メンタルヘルスケア地域資源情報リスト」を作成、配布しています。この冊子には、地域ごとに「精神科・心療内科／医師会一覧」「保健福祉事務所／保健所（相談窓口）一覧」「市町村（相談窓口）一覧」「その他の機関・団体（相談窓口）一覧」等の住所、電話番号、相談窓口であればどんな専門家がどのような相談に対応するのかが掲載されています。年に1回情報を更新して増刷し、ネット上にも同様の情報を公開していますが、常に最新情報を保つのは非常に手間がかかります。しかしながら、所長は「『リストに掲載させてください』と確認を取り合うだけでも、医療機関や関連団体等とのつながりが出来てきます。また利用者にとっては、いろんな団体、機関がまとまってメンタルヘルスの課題に取り組んでいることを示す意味もあります」と、継続する意義を語ります。



長野産保スタッフ一同

見えないニーズを 掘り起こす

今後の展開についてお聞きしたところ、小林副所長は次のような課題を挙げました。

「メルマガに登録したり研修会に参加する方々については、どんな問題を抱えていて、どんな情報が欲しいのかをある程度確認することができます。しかしながら、産保センターを利用したことのない人、ご存知ない方もたくさんいます。それらの方々はいったいどんなニーズを持っているのか、その把握に力を入れないと考えています。」

どうしたら、まだ、産業保健推進センターを利用したことのない人のニーズを掘めるのか。同センターでは、これまでに培った実績とネットワークから、他団体との共催イベントを活用しようと計画しています。すなわちイベントでアンケートを行うことにより、まだ産保センターにつながっていない人のニーズを吸い上げようというのです。

これらを実施するには、やはり“とにかく出かけて行く”というキーワードが重要。所長、小林副所長のお話からは、センター内に留まることなく、広い県内、縦横無尽にサービスを展開しようと果敢に試みる姿が伝わって来ました。

労災病院グループ一覧			産業保健推進センター等一覧		
施設名	所在地	電話番号	施設名	所在地	電話番号
北海道中央	岩見沢市4条東	0126-22-1300	北海道	札幌市中央区北1条西	011-242-7701
北海道中央・せき損センター	美唄市東4条南	0126-63-2151	青森	青森市古川	017-731-3661
釧路	釧路市中園町	0154-22-7191	岩手	盛岡市盛岡駅西通	019-621-5366
青森	八戸市白銀町	0178-33-1551	宮城	仙台市青葉区中央	022-267-4229
東北	仙台市青葉区台原	022-275-1111	秋田連絡事務所	秋田市千秋久保田町	018-884-7771
秋田	大館市軽井沢	0186-52-3131	山形	山形市旅籠	023-624-5188
福島	いわき市内郷綴町	0246-26-1111	福島	福島市栄町	024-526-0526
鹿島	神栖市土合本町	0479-48-4111	茨城	水戸市南町	029-300-1221
千葉	市原市辰巳台東	0436-74-1111	栃木	宇都宮市大通り	028-643-0685
東京	大田区大森南	03-3742-7301	群馬	前橋市千代田町	027-233-0026
関東	川崎市中原区木月住吉町	044-411-3131	埼玉	さいたま市浦和区高砂	048-829-2661
横浜	横浜市港北区小机町	045-474-8111	千葉	千葉市中央区中央	043-202-3639
燕	燕市佐渡	0256-64-5111	東京	千代田区三番町	03-5211-4480
新潟	上越市東雲町	025-543-3123	神奈川	横浜市神奈川区鶴屋町	045-410-1160
富山	魚津市六郎丸	0765-22-1280	新潟	新潟市中央区礎町通二ノ町	025-227-4411
浜松	浜松市東区将監町	053-462-1211	富山	富山市牛島新町	076-444-6866
中部	名古屋市港区港明	052-652-5511	石川	金沢市広岡	076-265-3888
旭	尾張旭市平子町北	0561-54-3131	福井連絡事務所	福井市大手	0776-27-6395
大阪	堺市北区長曽根町	072-252-3561	山梨連絡事務所	甲府市丸の内	055-220-7020
関西	尼崎市稲葉荘	06-6416-1221	長野	長野市岡田町	026-225-8533
神戸	神戸市中央区籠池通	078-231-5901	岐阜	岐阜市吉野町	058-263-2311
和歌山	和歌山市木ノ本	073-451-3181	静岡	静岡市葵区常磐町	054-205-0111
山陰	米子市皆生新田	0859-33-8181	愛知	名古屋市中区新栄町	052-950-5375
岡山	岡山市南区築港緑町	086-262-0131	三重	津市桜橋	059-213-0711
中国	呉市広多賀谷	0823-72-7171	滋賀	大津市浜大津	077-510-0770
山口	山陽小野田市大字小野田	0836-83-2881	京都	京都市中京区車屋御池下ル	075-212-2600
香川	丸亀市城東町	0877-23-3111	大阪	大阪市中央区石町	06-6944-1191
愛媛	新居浜市南小松原町	0897-33-6191	兵庫	神戸市中央区御幸通	078-230-0283
九州	北九州市小倉南区曾根北町	093-471-1121	奈良	奈良市大宮町	0742-25-3100
九州・門司メディカルセンター	北九州市門司区東港町	093-331-3461	和歌山連絡事務所	和歌山市吹上	073-421-8990
長崎	佐世保市瀬戸越	0956-49-2191	鳥取連絡事務所	鳥取市扇町	0857-25-3431
熊本	八代市竹原町	0965-33-4151	島根	松江市殿町	0852-59-5801
吉備高原医療リハビリテーションセンター	加賀郡吉備中央町吉川	0866-56-7141	岡山	岡山市北区下石井	086-212-1222
総合せき損センター	飯塚市伊岐須	0948-24-7500	広島	広島市中区基町	082-224-1361
			山口	山口市旭通り	083-933-0105
			徳島	徳島市幸町	088-656-0330
			香川	高松市古新町	087-826-3850
			愛媛	松山市千舟町	089-915-1911
			高知	高知市本町	088-826-6155
			福岡	福岡市博多区博多駅南	092-414-5264
			佐賀連絡事務所	佐賀市駅南本町	0952-41-1888
			長崎	長崎市平野町	095-865-7797
			熊本	熊本市花畑町	096-353-5480
			大分	大分市荷揚町	097-573-8070
			宮崎	宮崎市広島	0985-62-2511
			鹿児島	鹿児島市上之園町	099-252-8002
			沖縄	那覇市字小禄	098-859-6175



発行：独立行政法人 労働者健康福祉機構
 〒212-0013 神奈川県川崎市幸区堀川町580
 ソリッドスクエア東館17～19階
 編集：経営企画室情報企画課
 TEL.(044) 556-9835
 URL <http://www.rofuku.go.jp>
 e-mail kouho@mg.rofuku.go.jp
 発行年月：平成23年5月