

## 平成 29 年度第 4 回マスコミとの懇談会 「沖縄における緑内障の有病率」



理事 白井 和美



今回は、琉球大学眼科学講座准教授の酒井寛先生に、沖縄県の緑内障に関してご講話いただきました。先生は、県内、国内、さらには国際的にも緑内障の分野で広くご活躍中である。講話では、眼科領域の大規模研究である久米島スタディから、これまで知られてきた様に、県内には多くの原発性開放隅角緑内障（POAG）の患者さんが居られるものの、原発性閉塞隅角緑内障（PACG）の患者さんも大変多く、特に後者は、中途失明の原因となる重大疾患であるため、早期発見並びに予防的手術が重要とされた。また、緑内障は、高齢になるにしたがって罹病率が増加し、80歳以上では18%に達するというデータには驚かされた。内科開業医としては、抗コリン作用を有する薬剤など、眼科疾患に悪影響を及ぼす可能性のある処方を行う機会が多いため、注意すべき点ついて是非お伺いしたいと思ったが、時間の関係で今回は無理であった。今後、眼科領域に関して今まで以上の連携が重要であると感じた。

### マスコミとの懇談会出席者

#### 1. マスコミ関係者

(順不同)

No.	氏名	役職名	備考
1	西銘むつみ	NHK 沖縄放送局記者	NHK 沖縄放送局
2	前森智香子	琉球新報社社会部記者	琉球新報社
3	石川 亮太	沖縄タイムス社会部	沖縄タイムス
4	棚原 勝也	琉球朝日放送報道部副部長	琉球朝日放送
5	照屋 信吉	FM たまん役員	FM たまん
6	城前 ふみ	エフエム二十一 パーソナリティー	エフエム二十一
7	新垣 博子	ぎのわんシティ FM 主任	ぎのわんシティ FM

#### 2. 沖縄県医師会関係者

No.	氏名	役職名	備考
1	酒井 寛	琉球大学大学院 医学専攻眼科学講座准教授	琉球大学大学院
2	照屋 勉	広報委員	てるや整形外科
3	白井 和美	広報委員	白井クリニック
4	出口 宝	広報委員	もとぶ野毛病院
5	間仁田 守	広報委員	那覇市立病院
6	酒井美也子	浦添市医師会	浦添さかい眼科

## 懇談内容

### 懇談事項

#### 沖縄の緑内障有病率

琉球大学大学院医学専攻眼科学講座准教授  
酒井 寛



#### 1. はじめに——失明原因としての緑内障——

世界保健機構 (WHO) がまとめた世界の中途失明原因の第一位は白内障である。白内障は手術により治療可能な疾患であるが、地球規模で考えた場合には手術を受けられない発展途上国の人口が多いためである。一方、日本における視覚障害の原因も 1991 年の調査では、糖尿病性網膜症が第一位、第二位が白内障であったが、2005 年の統計では、緑内障が第一位となり、糖尿病性網膜症が第二位となり、白内障は上位 5 位以内に入っていない。2017 年の統計でも緑内障が第一位、第二位が網膜色素変性症、第三位が糖尿病性網膜症であった。2003 年～2005 年に沖縄県久米島町で、久米島町と日本緑内障学会が行った疫学調査「久米島スタディ」では、失明原因の第一位が網膜色素変性症で、緑内障が第二位であったが、これは久米島スタディが久米島町在住、40 歳以上の全町民を対象とした疫学調査であり、失明者の数が少なかった事に比べ、全国調査は視力障害者の原因疾患をしらべたものであり調査方法の違いが大きい。また、久米島が離島であるために遺伝的な集積が存在する可能性も考慮される。こうした調査背景の違いを考慮した場合には、現代の日本において、緑内障は眼科分野で疫学的に最も重要な疾患であり、沖縄県においてもこのことは同様に当てはまるものと考えている。(白神史雄：厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患政策研究事業 網膜脈絡膜・視神

経萎縮症に関する調査研究。平成 28 年度 総括・分担研究報告書：32, 2017) 本講演では、緑内障の有病率調査である久米島スタディを通して見えて来た沖縄の緑内障の現状について解説を行った。

#### 2. 緑内障の病態

緑内障は進行性の網膜変性疾患である。障害部位は網膜神経節細胞であり、軸索の消失に伴い視神経乳頭陥凹の拡大および網膜神経線維層欠損として眼底写真で確認される。網膜神経線維層欠損はびまん的な欠損ではなく、部分的に固まって、網膜神経線維層の生理的な弓状の配列に沿った形状で存在する。この欠損に対応する視野の障害が緑内障に特徴的な視野障害となる。網膜神経線維層の欠損は耳側に生じ、視野欠損は鼻側に生じることが多い。視野の中心部は初期には障害されず、また、脳の充填現象により視野の欠損として自覚されないため、末期に至るまで患者本人には視野欠損として自覚されることは稀である。

#### 3. 緑内障の分類

緑内障は症候群であり、多くの病型が存在する。主なものとしては、原発開放隅角緑内障と原発閉塞隅角緑内障および落屑緑内障がある。原発開放隅角緑内障が最も罹患者数の多い緑内障であり、房水の流出路である隅角は開放しており診察上は正常である。眼圧の分布と原発開放隅角緑内障有病率を表にすると、この緑内障は眼圧が非常に高い場合を除いて眼圧依存性に発症している訳ではないことが見て取れる。一方、眼圧が非常に高い場合の緑内障有病率は高いことから全体として眼圧は緑内障の危険因子である。眼圧正常範囲内の症例が 8～9 割であり、眼圧上昇している症例の割合は少ない。原発開放隅角緑内障で

は加齢、近視の方が危険因子としては重要である。

#### 4. 沖縄の緑内障有病率

緑内障は病型に関わらず、加齢と共に増加するが、これは世界共通である。沖縄では本土と比べて原発閉塞隅角緑内障が多いことが特徴である。原発開放隅角緑内障、原発閉塞隅角緑内障ともに加齢により有病率は増加するが、年齢との関係において両病型には相違がある。原発開放隅角緑内障は比較的若い人に発症するが、原発閉塞隅角緑内障は40歳代ではまれであり多くは50歳以降に発症する。久米島スタディにおける全緑内障病型の有病率(40歳以上)は合計で約7%(14人に1人)であった。これを、80歳以上に限定して計算すると18%(6人に1人以上)であり非常に高い有病率となる。全年齢においても、検査不十分により疑いとされた例を含めると全病型での有病率は約10%(10名に1人)となる。さらに、緑内障には発症前の予備軍が存在する。眼圧が高い高眼圧症、隅角は閉塞しているが緑内障は発症していない原発閉塞隅角症などである。これらの予備軍も含めるとその有病率は20%(5人に1人)以上となる。緑内障は非常にありふれた病気であることを強調したい。

#### 5. 沖縄の緑内障診療の未来

原発閉塞隅角緑内障は薬物治療ではなく手術治療を優先すべき疾患である点が他の病型の緑内障とは異なる。白内障手術(水晶体再建術)やレーザー虹彩切開術で治療を行うが、白内障手術の方が効果は大きい。原発閉塞隅角緑内障は発症前であれば手術により予防も可能な疾患である。沖縄県では原発閉塞隅角緑内障の有病率が本土の3.7倍と多い。これは、沖縄県民は本土と比べて近視が少なく遠視眼が多いことに起因していると考えられるが、若い世代では近視が増えて来ているので将来的には

原発閉塞隅角緑内障の有病率は下降すると考えられる。一方、原発開放隅角緑内障では近視がリスクファクターになることから今後は原発閉塞隅角緑内障の有病率が多くなると考えられる。

原発閉塞隅角緑内障と原発開放隅角緑内障の鑑別は容易ではない。また現状では、特に原発閉塞隅角緑内障の予備軍を含めた有病率が非常に高く、全ての人を手術適応にすることは適切ではないことから手術適応となる対象をスクリーニングする必要がある。しかしながら、現在、最適な原発閉塞隅角緑内障のスクリーニング方法は確立されていない。スクリーニング法を確立するための調査にもコストがかかることから、沖縄県におけるコンセンサスの形成が必要となる。

沖縄県における最大の疫学的な問題である緑内障の予防についてさらなる取り組みが求められている。

第28回 沖縄県医師会県民公開講座—— ゆらぐ健康長寿おきなわ

# 眼の構造と目の病気

早期発見、早期治療で失明を防ごう!

平成30年 7/7 (土)

お気軽にお越し下さい。

**入場無料**

●時間/13:30~15:30  
●ところ/バシフィックホテル沖縄(万座の間)  
※駐車場スペースに限りがございますので、バス・タクシー等をご利用下さい。

**基調講演**

■司会/ 沖縄県医師会 理事 白井 和美  
■座長/ 沖縄県医師会 理事 本竹 秀光

「眼の構造と目の病気」 琉球大学 医学部 眼科 准教授 酒井 寛

「糖尿病の眼合併症」 琉球大学 医学部 眼科 助教 山内 遵秀

「沖縄の緑内障」 琉球大学 医学部 眼科 准教授 酒井 寛

席に限りがありますので、お申し込みはお早め!!!

電話:098-860-3573 FAX:098-860-3488

入場料は無料です。沖縄アイランドホテルグループの提携施設です。当日は早朝から午後10時までは受付です。お申し込みは、http://www.okinawa-med.or.jp/

## 質疑応答

### ○白井理事

これより、質疑応答に入ります。どなたかご質問ございませんか。

### ○西銘氏 (NHK 沖縄放送局)



本日は貴重なご講演ありがとうございました。先生へ2点お伺いさせて頂きたいのですが、緑内障の調査に当たり、国内でなぜ岐阜県の多治見市と沖縄県の久米島町

を選んで比較されたかという事と、いつ頃調査されたのかについてお聞かせ下さい。

### ○酒井先生

この2つの選定に私が直接関わったわけではないのですが、なぜ岐阜県の多治見市が選ばれたのかというと、やはり島嶼県や、九州のデータや東北のデータを利用した場合には少し偏ったデータとなる可能性がありますので、日本の中央付近にある中部地方にある県が選定されたと伺っております。また、疫学調査を実施する際にはある程度の協力できるスタッフの人数確保が出来る環境も必要になってきますので、多治見市には多治見市民病院の岩瀬愛子先生（当時）がいらした事、岐阜大学がある事など調査が出来る環境があったことも大きい要因であったと思います。同様に久米島町の場合は閉塞隅角緑内障が多いという学会発表等を行ってきた琉球大学眼科のスタッフが対応できる環境にあったことが1つとなっていると思います。

また、久米島町の場合は調査対象の人数も選ばれた理由になっていると思います。久米島町の全島民を対象とした疫学調査を行った場合には、地域全員を調査する場合に有効とされる8割程の人口がおおよそ3,000人であり、多治見市の調査人数と多治見市での調査を行ったと同水準の人数となることと、疫学調査を行う上で地

域全体を対象とした調査結果は非常に信用性が高い調査結果となるという点も大きかったのではないかと考えております。

### ○西銘氏 (NHK 沖縄放送局)

ありがとうございました。もう1点お伺いしたいのですが、先生の話をお聞きし、記事を書かせていただく際に、多治見市を全国、久米島を沖縄といった表現で汎用性を持たせて掲載しても問題がないかお聞かせ下さい。

### ○酒井先生

ご質問ありがとうございます。非常に重要な質問であると思いますが、実際に緑内障を主にした疫学調査は日本でこの2つのデータのみであり、多治見市を全国、久米島を沖縄として考えております。こうしたしっかりとしたデータがあるという事が非常に重要な事だと思えます。ある特定の地域の8割の住民が参加した信頼性のある調査結果を出すという事は難しいことです。大変な苦勞をして集めたこの2か所のデータを日本緑内障学会としても日本における緑内障疫学として採用しております。

### ○白井理事

私は内科をしておりますが、先程の先生のお話の中で、80歳以上の18%の方が緑内障の疑いのある方がいらっしゃるというお話をお聞きし、緑内障の場合には使用してはいけない内服薬や注意深く使用しなければいけない内服薬というのが多くありますので、より慎重な対応をしていかなければならないと改めて感じさせられました。

### ○照屋常任理事



酒井先生へ2点程質問させて頂きたいと思えます。一つ目は、沖縄県は紫外線がかなり強いということで、ゴルフなどをする場合に、

『サングラス』をかけないと『白内障』のリスクが上がるという話がありますが如何でしょうか。もう1点は、先程先生から『眼科検診』についてお話がありましたが、例えば半年もしくは1年に一回など検診受診の『適切な頻度』について先生のお考えをお聞かせいただければと思います。

○酒井先生

健診の頻度について回答させていただきますが、緑内障が全くなく、視神経も正常であり、動脈硬化も全くない方であれば2年から3年の間隔で健診を受けていただければ問題ないのかなと思います。また、緑内障を発症されております患者さんは継続した治療が必要になりますし、緑内障の疑いのある方は半年又は1年の間で健診いただくのが望ましいのではないかと思います。

サングラスについては、サングラスを掛けた場合には視界が暗くなり目の瞳孔が広がりますが、掛け方によっては横から光が入ってきますので、その場合には却って横から入ってくる光を感じなくなる場合もありますので注意が必要かと思えます。

白井先生からのお話にありました薬との関係についてですが、本日は時間の関係上お話することが出来ませんでした。非常に重要な質問です。閉塞隅角緑内障の方は抗コリン作用をもつ薬で発作を起こす事があり、実際に市販の風邪薬が原因で両眼の急性発作を起こされた方もいらっしゃいます。本日の講演の中でも話をさせていただきましたが、閉塞型の緑内障は診断名がついた場合には手術治療が原則となります。手術加療後は発作の誘発の可能性はほぼなくなりますので、診断がついて適切な治療がされている場合には抗コリン作用のある薬の使用に問題はありませぬ。むしろ、緑内障と診断されていない患者さんに注意が必要です。こうした方は、自覚症状もなく検査も受けていないので、対応が難しいのが現状です。40歳以上の近視のあまり強くない人で、白内障の手

術を受けていない方などに注意が必要です。この問題については少し時間を取って県民の皆様にお話ししたいと考えている部分ですので、機会があれば薬剤師会の方とも協力しながら一緒に講演会等行い、お話出来ればと考えております。

○棚原氏（琉球朝日放送）



先程のお薬のお話の中に、服薬を控えた方が良い薬もあるのですが、離島やへき地等で、診療所が無い地域の方は緑内障の診断を受けておらず、自覚

が無いまま色々な市販薬を使用するケースもあると思えますが、何か個人で緑内障の一番気づきやすい自覚症状や緑内障の自覚症状についてもしあればお聞かせください。

○酒井先生

回答のポイントが少しズレていたら申し訳ありませんが、市販薬の中には緑内障発症後に使用してはいけない薬というのは実は多数あって、本来はそういった事を確認してから使用しなければなりません。眼科を受診し緑内障の診断を受けた方については個人でも注意して禁止薬を確認しますが、眼科に行かずに緑内障の疑いのある方が個人で使用してはいけない薬を判別するという事は現実的には難しい問題であると考えます。この件については、国の方で発作等を起こしやすい薬のカテゴリー等について分かりやすく設けて注意喚起いただきたいと考えますが、離島やへき地に限らず、眼科に通院していない方は、緑内障の疑いがある場合でも禁止薬等については確認しないと思えますので、現時点においては住む地域で割合は多少異なると思えますが、この点については地域に限らず問題があると思えます。

また、もう1つの話がありました自覚症状についてですがほとんど気づくような症状はありません。唯一上げるとすれば、緑内障の急性大

発作の場合ですが、こちらの場合には前兆として小発作が起きる事があります。この小発作の事例としては、目が重たい感じであったり、目がかすむ、少し頭痛がするが、少し休んだら良くなるといった症状が上げられますが、一律に今述べたような症状が1つでもあれば眼科を受診して下さいと言ってしまうと、緑内障とは全く関係ない方が多く来られたりするケースもあったり、今お話しをした症状が無いから自分は大丈夫だと思われる方が出る事も怖いことだと思います。自覚症状で、というのは多少むずかしいと思います。定期的な眼科検査を行っていただく事は重要だと考えます。人間ドックを受診される際には、眼底や眼圧写真を撮ると思いますが、眼底写真は特に重要です。開放隅角緑内障については眼底写真が有効です。しかし、閉塞型については現時点では発症前の検査は普及しておらず、人間ドックでは検査出来ないのが現状です。今年の4月より最新機械を使用した検査（前眼部OCT検査）が保険収載されておりますので、今後、その機械が普及されて身近な眼科や人間ドックでも検査出来るようになることが望まれます。

○酒井美也子先生



私は開業医の立場からお話をさせていただきますが、普段の診療の中でも緑内障は定期的な眼科を受診される方の中では多数を占めています、緑内障は本人に自覚症状が無い状況ではありますし、費用も掛かかりますが、継続して点眼する事の重要性や検査を継続して受けて頂くことについて、理解いただけるよう努めていくことが重要であると考えています。また、酒井寛先生の話の中にあつたように沖縄では閉塞隅角緑内障が多いとの説明もありましたが、早めに対応出来るように患者さんへの説明の中で、

身体も眼も元気な間に白内障手術についても

考えてみましょう、といったような説明もしています。

○出口先生



私が東日本大震災の時に大槌町の避難所で診察をしていた際に、緑内障を持つ方で眼圧を下げる点眼薬等を紛失した為に、目の痛みや頭痛を訴えていた方が

いましたが、2週間程眼科の先生が現場に来る事が出来ず、当時はどうする事も出来ない状況で心苦しい思いをしたのを覚えています。

○間仁田先生



酒井先生にお聞かせいただきたいのですが、沖縄では生活習慣病について問題となっておりますが、生活習慣病と緑内障の関係性等あれば、お聞かせ下さい。

○酒井先生

日本での生活習慣病との因果関係についての具体的なデータについては持ち合わせていませんが、生活習慣が悪く動脈硬化が進行している方は血流が悪くなっていますので、そういった方は特に注意が必要です。コレステロールを下げる薬（スタチン）は広く臨床使用されておりますが、緑内障の発症進行予防作用があることが、信用性が高い論文において発表されています。生活習慣を正し動脈硬化を防ぐ事が緑内障の進行の悪化を予防する事にも繋がる可能性がありますので、生活習慣を正すという事は緑内障の事を考えた上でも重要なことだと考えております。

○白井理事

そろそろ予定の時間になりました。酒井先生本日はありがとうございました。皆様、本日は長時間ありがとうございました。

# 座談会

テーマ

## ストレスチェックについて



日時 平成30年3月14日(水) 19時～  
場所 沖縄県医師会館 会議室2

### 出席者

司会 対内広報担当理事：  
本竹秀光(沖縄県医師会理事)  
対外広報担当理事：  
白井和美(沖縄県医師会理事)  
山本 和儀(山本クリニック 院長)  
玉城 達也(那覇市医師会生活習慣病検診センター 保健師)  
石川ちえみ(中部地区医師会検診センターすまいる健康課 課長)  
長濱 直次(厚生労働省沖縄労働局労働基準部健康安全課 課長)  
長嶺 進(厚生労働省沖縄労働局労働基準部健康安全課 労働衛生専門官)  
大村 朝常(沖縄県産業保健総合支援センター 副所長)

### 担当理事 本竹秀光

厚生労働省は労働者のメンタルヘルス対策として、2000年に事業所における労働者の心の健

康づくりのための指針を策定、周知徹底を行ってきた。しかしながら、労働者の受けるストレスは拡大傾向にあり、精神的障害も増加、社会に与える影響も大きくなってきた。2006年にはメンタルヘルス対策の適切かつ有効な実施を着実に推進するため、指針の見直しを行い労働者の心の健康の保持増進のための新たな指針を発表した。2015年には労働安全衛生法の改正に伴い、労働者が50人以上の事業所では年1回以上のストレスチェックテストを実施し、報告することが義務付けられた。全国においてストレスチェックを実施する施設は徐々に増えてきている中で、沖縄県はまだまだ立ち遅れているのではないかと医師会員の山本和儀先生から懸念が寄せられ、今回の座談会を開催する運びとなりました。厚生労働省沖縄労働局労働基準部健康安全課、沖縄県産業保健総合支援センター、医師会検診センターから担当の皆様にご集まりいただき、沖縄県の現状と課題について討論いただきました。

○本竹（司会）



県医師会の広報の理事をいたしております本竹と申します。よろしくお願ひします。

本日は山本先生からストレスチェックがどうなっているかという

事で、担当している沖縄労働局労働基準部健康安全課・沖縄県産業保健総合支援センター・実際そのテストに当たっている覇市医師会生活習慣病検診センター・中部地区医師会検診センターから現状をお聞きしたいということでお集まりいただきました。

私はストレスチェックに関して素人ですが、急いで厚労省の文章を読むと、平成18年度から労働者の心の健康の保持増進のための指針が出されて10年ちょっとになりますね。おそらくその間、なかなか周知徹底されてなかったのだと想像されます。ところが世の中はストレスが原因で精神障害とか、あるいは労災で健康を害する人たちが増えてきたということで、平成26年より強化された形の労働安全衛生法の一部改正法律というのが出され、それは皆さんがよくご存じだと思います。

先程山本先生に伺うと、沖縄県内は他府県と比べてまだまだ遅れており、非常に危惧しているということで、本日はこの1、2年ぐらいの結果をお聞きできればと思います。

それでは、自己紹介をよろしくお願ひ致します。

○白井



県医師会の対外広報を担当しておりますが、自身も産業医であります。開業医です。少しだけストレスチェックにかかわっております。本日は、よろしくお願ひいたします。

○山本



医師会会員でクリニックの山本と申します。

医師会の産業医養成講座の研修講師をしたり、産業保健総合支援センターの相談員をしながら、ストレスチェック

の講師養成研修会に行かせてもらって、そこで研修の仕方を勉強して、それを普及していく立場でかかわらせてもらいましたので、今日は皆さんと一緒に活発に議論したいと思っております。

○大村



沖縄産業保健総合支援センターの大村と申します。よろしくお願ひします。

私は3年前、平成27年度から現職に就きまして、ストレスチェック

施行前、施行後、かなりの数のセミナー研修を企画してまいりました。

最初の段階では、かなりストレスチェックに不安を持っている事業所さんも多かったのですが、何とか軌道にのっているような感じはしますけれども、山本先生がおっしゃるように、受検率の低さ、面接指導の申出率の低さとか、いろいろ問題点はあると思います。

それと来年度から始まる第13次労働災害防止計画のほうで、ストレスチェック結果を集団分析し、その結果を活用した事業所の割合を6割以上にするという新たな目標も出ておりますので、ストレスチェックを今後どう活用していくかということも含めて、今日はお話しできればと思っております。よろしくお願ひします。



○玉城



皆さん、こんばんは。私は那覇市医師会検診センターの保健師玉城達也です宜しくお願いします。

山本先生、そして白井先生、労働行政の長濱さん、長嶺さんもお久しぶりでございます。よろしくお願いします。

私は保健師ですがストレスチェックの立場においては、委託の実施者という事になります。那覇市医師会検診センターの職員として、日頃は健康診断をやりながら、保健師という職務上、主には特定保健指導をやっています。

ストレスチェックにおいては、その後の健康相談・医師面接というところまで携わることは実際ありません。どこまで実のあるようお話となるのが少し不安ですが、那覇市医師会の検診センターにおける実施状況をお伝えできればと思いで出席しました。

更に地域産業保健センターの委託もしており身体的な健康面と、ストレスチェックのメンタル面の両側面を今後どう展開し評価に生かせるのかと今思っているところです。本日は、よろしくお願いします。

○石川



皆様、こんばんは。中部地区医師会検診センターの石川と申します。

先生方には普段から大変お世話になっております。どうもありがとうございます。

私は看護師と産業カウンセラーです。ストレスチェック制度が始まるその年からは、中部地区医師会のほうに就職しましたが、準備等がかなり大変で、2年目になるとまた新たな課題とかが見えてきて、本当に深いなというのを常日頃感じております。

今日はこの様な場にお招きいただきまして、本当に感謝したいと思います。

私のほかにいつも一緒にやっております保健師の高宮城も、今日は同席させていただいております。今日はよろしくお願ひいたします。

○長嶺



こんばんは。沖縄労働局健康安全課で労働衛生専門官をしております、長嶺と申します。

私は、昨年の4月1日から労働衛生専門官という仕事につきました。

現在2年目であります。

ストレスチェック制度をはじめとして、労働者の健康に関する指導、あるいは周知等の仕事をさせていただいております。よろしくお願いします。

○長濱



労働局健康安全課長を務めております長濱と申します。よろしくお願いします。

私は4月に沖縄労働基準監督署長から健康安全課長に異動になり

まして、白井先生とは医師会の産業医連絡協議会関係で、山本先生とは労働局の精神部会等で、いろいろとお世話になっております。

それから産業保健（労働衛生）に関しましては、琉球大学で非常勤講師として医学科と保健学科とでお話をする機会等をいただいております。講義の中でストレスチェックについて、学生から質問があるなど、関心が高いということも経験しましたので、ご報告させていただいて、今日はお話をさせていただければと思っております。よろしくお願いします。

1.1 年目および2年目の結果についての、現状と問題点を共有

○本竹（司会） それでは、早速進めていきたいと思ひます。

○長嶺 私のほうからストレスチェック制度の実施状況を、本省からの全国版の発表、それ

から沖縄県内の実施状況について、資料を見ながら説明致します。

資料については事前に求められていた沖縄県内の資料の中で事業所規模ごとの、例えば50人～99人とか、あるいは100人～299人とか、規模ごとのデータがなく、そこだけデータがないのでご了解ください。

まず、本省のホームページから印刷してきたものですが、本省は昨年7月に発表しています。

ストレスチェック制度の実施状況ということで、これは規模別にストレスチェックを実施した事業所の割合ということで、全規模合計で82.9%ということで8割位の割合になっています。(表1)

次の表が、業種別に事業所の実施割合を作成したデータです。このような形で製造業、建設業、運輸交通業、貨物取扱量業、商業、金融・

広告業、通信業、教育・研究業、保健・衛生業、接客娯楽業、清掃・と畜業という割合になっています。この中で一番割合が高いのが金融・広告業です。(表2)

その次にストレスチェックの受検状況ということで、受検した割合です。受検した労働者の割合はどういうデータかというのが、この2番目のストレスチェックの受検状況という項目です。

これも本省では規模ごとを取っていますので、合計として78.0%の受検率。(表3)

ストレスチェックの実施者の専任状況ということで、事業場内の産業医等がそれぞれの規模ごとの割合で、全体としては58.2%ということであり、その中で事業場専任の産業医の方と、あと事業所所属の医師のそれぞれの割合がデータとして挙がっております。

表1 ストレスチェック制度の実施状況

※ 厚生労働省労働衛生課調べ(平成29年7月)

**1 ストレスチェック制度の実施状況**

- 平成29年6月末現在(以下、同じ)、ストレスチェック制度の実施が義務付けられた事業場のうち、所轄の労働基準監督署に実施報告書の提出があった事業場<sup>※1</sup>は約83%。

事業場規模	50～99人	100～299人	300～999人	1000人以上	計
ストレスチェック制度を実施した事業場の割合	78.9%	86.0%	93.0%	99.5%	82.9%

※1 ストレスチェックの実施が義務付けられている事業場は、ストレスチェックの実施結果に関する報告書を所轄の労働基準監督署に提出する義務がある。報告書の提出時期は、各事業場の事業年度の終了後など、事業場ごとに設定して差し支えないこととしている。

表2 ストレスチェック制度の実施状況(主な職種別)

業種	製造業	建設業	運輸交通業	貨物取扱業	商業
ストレスチェック制度を実施した事業場の割合	86.0%	81.1%	80.9%	76.6%	79.9%

金融・広告業	通信業	教育・研究業	保健・衛生業	接客娯楽業	清掃・と畜業
93.2%	92.0%	86.2%	83.7%	68.2%	67.0%

表3 ストレスチェックの受検状況

《 以下2～5は、実施報告書の提出があった事業場における実施状況 》

**2 ストレスチェックの受検状況**

- ・ 在籍労働者のうち、ストレスチェックを受けた労働者は約8割。

事業場規模	50～99人	100～299人	300～999人	1000人以上	計
ストレスチェックを受けた労働者の割合	77.0%	78.3%	79.1%	77.1%	78.0%

表4 ストレスチェック実施者の選任状況（事業場の割合）

**3 ストレスチェック実施者<sup>※2</sup>の選任状況**

- ・ 約6割の事業場で、事業場内の産業医等がストレスチェック実施者として関与している。

事業場規模	50～99人	100～299人	300～999人	1000人以上	計
事業場内の産業医等	55.8%	58.3%	67.5%	81.3%	58.2%
① 事業場選任の産業医	47.9%	49.1%	56.1%	70.8%	49.4%
② 事業場所属の医師（①以外の医師に限る）、保健師、看護師または精神保健福祉士	7.9%	9.2%	11.4%	10.5%	8.8%
外部委託先の医師、保健師、看護師または精神保健福祉士	44.2%	41.7%	32.5%	18.7%	41.8%

※2 ストレスチェック実施者は、ストレスチェックの調査票の選定や調査票に基づくストレスの程度の評価方法、高ストレス者の選定基準の決定について、事業者に対して専門的な見地から意見を述べるとともに、ストレスチェックの結果に基づき、当該労働者が医師による面接指導を受ける必要があるか否かを確認するなどの役割がある。ストレスチェック実施者は、医師、保健師、一定の研修を受けた看護師・精神保健福祉士から選任する必要がある。

表5 医師による面接指導を実施した事業場の状況

**4 医師による面接指導の実施状況**

(1) 医師による面接指導を受けた労働者の状況

- ・ ストレスチェックを受けた労働者のうち、医師による面接指導を受けた労働者<sup>※3</sup>は0.6%。

事業場規模	50～99人	100～299人	300～999人	1000人以上	計
医師による面接指導を受けた労働者の割合	0.8%	0.7%	0.6%	0.5%	0.6%

※3 事業者は、ストレスチェックの結果、高ストレス者として選定された者であって、医師による面接指導を受ける必要があるとストレスチェック実施者が認めた者のうち、労働者から申出があった者について、医師による面接指導を実施しなければならない。

それから、外部委託先の医師、保健師、看護師または精神福祉士の方が実施者となっているのが全体として41.8%という割合になっています。(表4)

次に、医師による面接指導の実施状況で、医師による面接指導の受けた労働者の状況のデータであります。それぞれの規模ですが全体とし

て0.6%の割合であったという結果になっています。(表5)

次のページですが、医師による面接指導を実施した事業場の状況で、医師による面接指導を実施した事業場の割合が、この数値になっています。各規模ごとになりますが、全体として32.7%という結果です。(表6)

表6 医師による面接指導を実施した事業場の状況

(2) 医師による面接指導を実施した事業場の状況

- ・ ストレスチェックを実施した事業場のうち、医師による面接指導を実施した事業場は約3割。
- ・ 医師による面接指導を実施した事業場のうち、約8割の事業場で、事業場選任の産業医が面接指導を担当した。

事業場規模	50～99人	100～299人	300～999人	1000人以上	計
医師による面接指導を実施した事業場の割合	22.6%	36.9%	61.0%	85.0%	32.7%

表7 面接指導実施者の選任状況（事業場の割合）

事業場規模	50～99人	100～299人	300～999人	1000人以上	計
① 事業場選任の産業医	79.3%	78.7%	79.5%	81.1%	79.1%
② 事業場所属の医師（①以外の医師に限る）	4.7%	5.9%	6.9%	8.8%	5.8%
③ 外部委託先の医師	16.0%	15.4%	13.6%	10.1%	15.1%

表8 集団分析の実施状況

5 集団分析<sup>\*4</sup>の実施状況

- ・ ストレスチェックを実施した事業場のうち、集団分析を実施した事業場は約8割。

事業場規模	50～99人	100～299人	300～999人	1000人以上	計
集団分析を実施した事業場の割合	76.2%	79.7%	83.6%	84.8%	78.3%

※4 集団分析とは、ストレスチェックの結果を職場や部署単位で集計・分析し、職場ごとのストレスの状況を把握すること。集団分析の結果を、業務内容や労働時間など他の情報と併せて評価し、職場環境改善に取り組むことが事業者の努力義務となっている。

次が、面接指導実施者の専任状況にあります。事業所専任の産業医については79.1%、事業場所属の医師による5.8%、外部委託先の医師の面接指導ということが15.1%という結果になっています。（表7）

最後に、5番の集団分析の実施状況です。それぞれの規模ごとにこの割合で、全体として78.3%が集団分析を実施した事業場の割合となっています。（表8）

それでは、沖縄県の状況ですが本省のデータは昨年6月末現在ですが、こちらはその前の平成28年（2016年）の年末、12月31日現在ということで、ちょっとタイムラグがありますが、沖縄県内の状況はこういった状況になっています。

これは那覇署とか沖縄署、名護署、宮古署、

八重山署とありますが、沖縄県内には労働基準監督署の管轄があり、那覇署というのは略して書いていますが那覇労働基準監督署という意味であります。沖縄署もそれぞれ沖縄労働基準監督署管内ということです。（以下、「監督署」といいます）

沖縄労働局全体では、右側の局計というところをご覧いただきたいと思います。

まず一番目に上のほうの欄ですが、実施事業者の割合が全体として66.69%となっています。管内別でいきますと、沖縄監督署管内が74.47%で1番トップ、その次に名護監督署管内です。それから那覇監督署管内という順になります。

それから、受検した労働者の割合というのが下の欄の③、④と書いてあるところで74.02%の方が受検されているということになります。

それから、面接指導を受けた方は、その下の欄ですが、0.52%ということで、先ほどの本省のデータにも0.6%ぐらいということで、大体数字的には同じような傾向ではないかと思っています。

集団分析を実施した事業所の割合がその下の欄⑥と書いたところです。それが全体のデータとして73.45%ということで、こちら名護監督署管内がトップで、その次に宮古監督署、那覇監督署管内というふうになっています。このようなデータになっています。(表9)

次の資料は各種別、業種別ストレスチェック実施状況の全体的なデータです。さらに業種別にデータを取っています。(表10)

データだけではわかりづらいと思いましたが、カラーで図が入っているものを用意しました。(表11) この図を見ると、先ほどのストレスチェックデータ事業所の割合がこの中に赤い字で書いています。局においては66.7、那覇監督署では64.1、他の監督署についても赤い数値で示したのが先ほどご説明しました数値になっております。

そのほかに製造業とか、建設業とか、運輸交通業、それぞれこういうような形になっています。特に那覇監督署管内、あるいは沖縄監督署管内については、まとまりがあるという感じですが、ほかの宮古監督署管内、八重山監督署管内、そういったところはちょっとばらつきがあるような感じになっております。

○本竹(司会) 長嶺さんの説明に対して意見をお願いします。

○山本 全国の状況、それから沖縄の県内の状況、地区別の状況、それから業者別の状況、詳しくデータを準備していただきまして、ありがとうございます。

ただ残念だったのは、ストレスチェックの実施率、それから受検率、集団分析の実施率、いずれも全国よりも沖縄県が低い事は非常に残念な結果です。

職場の検診結果や有所見率が悪くて、ワースト1というのが沖縄県はずっと続いています。どんなに頑張っても抜け出しきれないです。私を感じる問題意識としては、今のストレスチェックの実施率、受検率の低さを容認してしまうと、これがずっと固定するのではないかという危機感があります。そういう中で地区別に見ると、那覇署、沖縄署、名護署、宮古、八重山と若干差があって、沖縄署は比較的にみんな高いほうです。逆に宮古は低いです。この辺にヒントがあるのではないかと思います。地域差というのがどこからきたのか、例えば行政の労働基準監督署ごとの取り組みのレベルの差なのか。企業の特徴とか地域差なのか、地区医師会検査センターの取り組みのおかげなのか。

あとは私ども医師会の会員が産業医になって企業に出向いていますが、産業医レベルの積極性の差があるのかとか、この辺が行政のほうでわかれば、沖縄の結果の悪さを改善していくヒントが得られるのではないかと思います。

表9 ストレスチェック実施状況(沖縄県内)

ストレスチェック実施状況(沖縄県内)							H28.12.31現在
	那覇署	沖縄署	名護署	宮古署	八重山署	局計	
要実施事業場数①	739	333	77	34	48	1231	
実施事業場数②	474	248	51	18	30	821	
実施率(%) (②÷①)	64.14	74.47	66.23	52.94	62.50	66.69	
労働者数③	69655	34801	7536	1673	2572	116237	
受検労働者数④	52586	24692	5730	1055	1980	86043	
検査実施率(%) (④÷③)	75.49	70.95	76.04	63.06	76.98	74.02	
受検労働者数④	52586	24692	5730	1055	1980	86043	
面接指導労働者数⑤	313	86	17	8	22	446	
実施率(%) (⑤÷④)	0.60	0.35	0.30	0.76	1.11	0.52	
集団分析実施事業場数⑥	361	171	40	14	17	603	
実施率(%) (⑥÷②)	76.16	68.95	78.43	77.78	56.67	73.45	

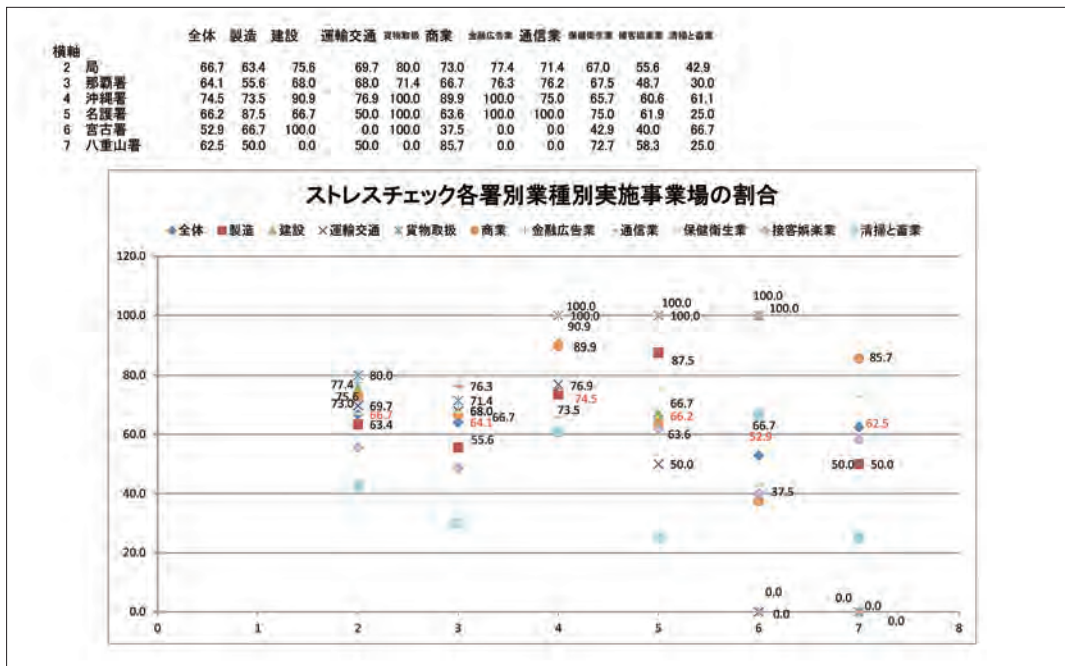
表 10 各署別、業種別ストレスチェック実施状況（沖縄県内）

那覇署							各署別、業種別ストレスチェック実施状況（沖縄県内）							H28.12.31現在	
	製造業	建設業	運輸交通業	貨物取扱業	商業										
要実施事業場数①	63	25	78	7	165										
実施事業場②	35	17	53	5	110										
実施率 (%) (②÷①)	55.56	68.00	67.95	71.43	66.67										
	金融広告業	通信業	保健衛生業	接客娯楽業	清掃サービス業	全体									
要実施事業場数①	59	21	117	37	20	739									
実施事業場②	45	16	79	18	6	474									
実施率 (%) (②÷①)	76.27	76.19	67.52	48.65	30.00	64.14									
沖縄署															
	製造業	建設業	運輸交通業	貨物取扱業	商業										
要実施事業場数①	34	11	26	1	79										
実施事業場②	25	10	20	1	71										
実施率 (%) (②÷①)	73.53	90.91	76.92	100.00	89.87										
	金融広告業	通信業	保健衛生業	接客娯楽業	清掃サービス業	全体									
要実施事業場数①	2	4	70	33	18	333									
実施事業場②	2	3	46	20	11	248									
実施率 (%) (②÷①)	100.00	75.00	65.71	60.61	61.11	74.47									
名護署														H28.12.31現在	
	製造業	建設業	運輸交通業	貨物取扱業	商業										
要実施事業場数①	8	3	2	1	11										
実施事業場②	7	2	1	1	7										
実施率 (%) (②÷①)	87.50	66.67	50.00	100.00	63.64										
	金融広告業	通信業	保健衛生業	接客娯楽業	清掃サービス業	全体									
要実施事業場数①	1	1	16	21	4	77									
実施事業場②	1	1	12	13	1	51									
実施率 (%) (②÷①)	100.00	100.00	75.00	61.90	25.00	66.23									
宮古署															
	製造業	建設業	運輸交通業	貨物取扱業	商業										
要実施事業場数①	3	2	0	1	8										
実施事業場②	2	2	0	1	3										
実施率 (%) (②÷①)	66.67	100.00	0.00	100.00	37.50										
	金融広告業	通信業	保健衛生業	接客娯楽業	清掃サービス業	全体									
要実施事業場数①	0	1	7	5	3	34									
実施事業場②	0	0	3	2	2	18									
実施率 (%) (②÷①)	0.00	0.00	42.86	40.00	66.67	52.94									
八重山署															
	製造業	建設業	運輸交通業	貨物取扱業	商業										
要実施事業場数①	4	0	4	0	7										
実施事業場②	2	0	2	0	6										
実施率 (%) (②÷①)	50.00	0.00	50.00	0.00	85.71										
	金融広告業	通信業	保健衛生業	接客娯楽業	清掃サービス業	全体									
要実施事業場数①	0	1	11	12	4	48									
実施事業場②	0	0	8	7	1	30									
実施率 (%) (②÷①)	0.00	0.00	72.73	58.33	25.00	62.50									
沖縄労働局（県全体）															
	製造業	建設業	運輸交通業	貨物取扱業	商業										
要実施事業場数①	112	41	110	10	270										
実施事業場②	71	31	76	8	197										
実施率 (%) (②÷①)	63.39	75.61	69.09	80.00	72.96										
	金融広告業	通信業	保健衛生業	接客娯楽業	清掃サービス業	全体									
要実施事業場数①	62	28	221	108	49	1231									
実施事業場②	48	20	148	60	21	821									
実施率 (%) (②÷①)	77.42	71.43	66.97	55.56	42.86	66.69									

ども、長嶺専門官、この辺はいかがですか。  
 ○長嶺 本省のほうも、こちらのほうも本データは初回ということで、平成 27 年 12 月に始まったということで、ちょっと浸透しきれてない部分は確かにあると思います。そういったこともあっ

て、数値的にもまだ低い状態だったのではないかと考えています。それは周知の問題もありますけれども、多分それが一番大きいと思います。  
 ○山本 例えば、産業医の専任率が各労働基準監督署ごとに違って、産業医の専任率が

表 11 ストレスチェック各署別業種別実施事業の場合



高いところは結構いいけれど、宮古は低いですが、そういうのはわからないですか。

○長濱 すみません、厚労省が出したデータは平成 29 年 7 月のデータで今、長嶺のほうで説明したのは、2016 年（平成 28 年）12 月末で沖縄局独自で出したデータです。その後に全国のところまでの一斉のデータを見ると、沖縄のほうも 66.7 から 80.4 まで上がっています。これはどうしてかということ、50 人以上のところはストレスチェックを、労働基準監督署のほうに報告しなければいけないという法律上の義務がありまして、ストレスチェックをしないと労働基準監督署から指導されるということもありますので、指導が近づいてくると提出するところもあるというふうにも考えております。

今回、施行後、厚労省のほうで施行後 1 年経って 82.9% の結果を得たというのは、施行後初めてとなりますが、新規になったところでストレスチェックをしていただいたことは、8 割ですが 1 つの成果ではないのかなというふうに考えているというところです。

○山本 行政としては、8 割クリアしたので、まずまずということですか。

○長濱 はい。まだ結果報告を出されていないところは、いろいろな問題はあります

ので、ここは個別指導、監督指導、集団指導という形で皆様のほうに周知や指導を行っていくということを考えております。

○山本 では沖縄のこの低いデータは、必ずしもこれで固定するわけではないと。

○長濱 はい。沖縄局独自データは時期が 12 月末でありまして、本省のほうはそれから半年ぐらい遅れてきたデータになっております。

ただ半年後の全国と基準を一緒にした沖縄のデータでも、全国平均に比べると 2.5 ポイント低い形になっているものですから、まだその辺のところは今先生のご指摘がありましたとおり、業種によっては 100 をいっているところもあれば、少ないところもありますので、産業医選任率の関係とか、あるいは事業主の意識の関係とか、衛生スタッフの対応とか、そういうところの原因も調査確認していきたいと考えております。

○本竹（司会） それでは、次に行きたいと思えます。那覇市医師会生活習慣病検診センター保健師玉城達也さんよろしくお願ひします。

○玉城 那覇市医師会の検診センターの契約形態としては、【個人プロフィールおよび高ストレス判定と集団分析結果の作成まで】ということ

契約の基本条件としては、①産業医の契約が結ばれていて、専任の産業医がおられる事業所。②現在健診を那覇市医師会の検診センターと個別契約に契約して、健診を実施している事業所を基本にして、契約を結んでいるというところです。

契約の実施概要としては、営業担当者が契約事業所に簡易調査票を配布し、それを回収、記入不備者の調整などを行い、記入不備者が完了し次第、調査票をOCRに読み込ませて、ストレス判定及び個別プロフィールの作成を行い、高ストレス者一覧作成、そして集団分析レポートの作成を行っています。その後、実施者、であります私も保健師（3名）で結果確認を行い営業担当者が事業所へ返却いたします。

1年目及び2年目の結果についての現状と問題点の共有というところで、那覇市医師会検診センターにおけるデータです。（表12）

1年目の受検率、2016年は85.2%で分母の16,267名が受検していただいた総人数です。分子の13,862名が提出いただいた人数。実際に事業所で配布しても85%の方はちゃんときれいに書いてOCRに出していただきますが、残りの15%は記入不備者などで判定がなされないのが現状です。

2017年の受検率は91.66%で分母の13,108名が受検していただいた総人数です。分子の12,014名が提出いただいた人数です。高ストレスの割合としては、2016年は9.47%、これも分母・分子はそのように見て、13,862名の分母に対して、高ストレスだったのが1,312名ということで、大体9.47%でした。2017年には10.45%ということでした。

（表13）

・医師面接申出割合についてですが、当医師会検診センターの契約形態は結果をお返しするまでなので、実際にそういった把握までには至っておりません。このあたりは実際に事業所からの、悩みや、要望などは聞こえてこないですが、実施者としては気になります。

・集団分析の割合について

集団分析の割合としては100%。当検診センターで受けている事業所においてです。ちなみに2016年の事業所の契約は93件の事業所に結果を返して、16,267名の受検を行い個人のプロフィールを作成したということになります。

そして、2017年、今年度は2月末までの結果を集計しておりますが、86事業所、全ての事業所において集団分析まで出してお返ししているというところです。

（表14）

・事業所規模についてですが、10人未満の事業所が2016年は1事業所、2017年には1事業所、10人から50人未満は平成26年7事業所・2017年は8事業所となっています。

○本竹（司会） ありがとうございます。那覇市医師会検診センターの結果報告ですけれども、これに対してご質問よろしくお願ひします。

○山本 全国、あるいは全県の平均と比べて受検率は85.2ということですのでよろしいですし、さらに2017年は上がって91.6%ということですので上がっていている。実施して下さる企業で

表12 1年目および2年目の結果についての現状と問題点を共有

1. 1年目および2年目の結果についての現状と問題点を共有			
・受検率	2016年	85.2%	(13862/16267)
	2017年	91.66%	(12014/13108)
・高ストレスの割合			
	2016年	9.47%	(1312/13862)
	2017年	10.45%	(1255/12014)



表 13 ストレスチェック実施における高ストレス者数及び割合

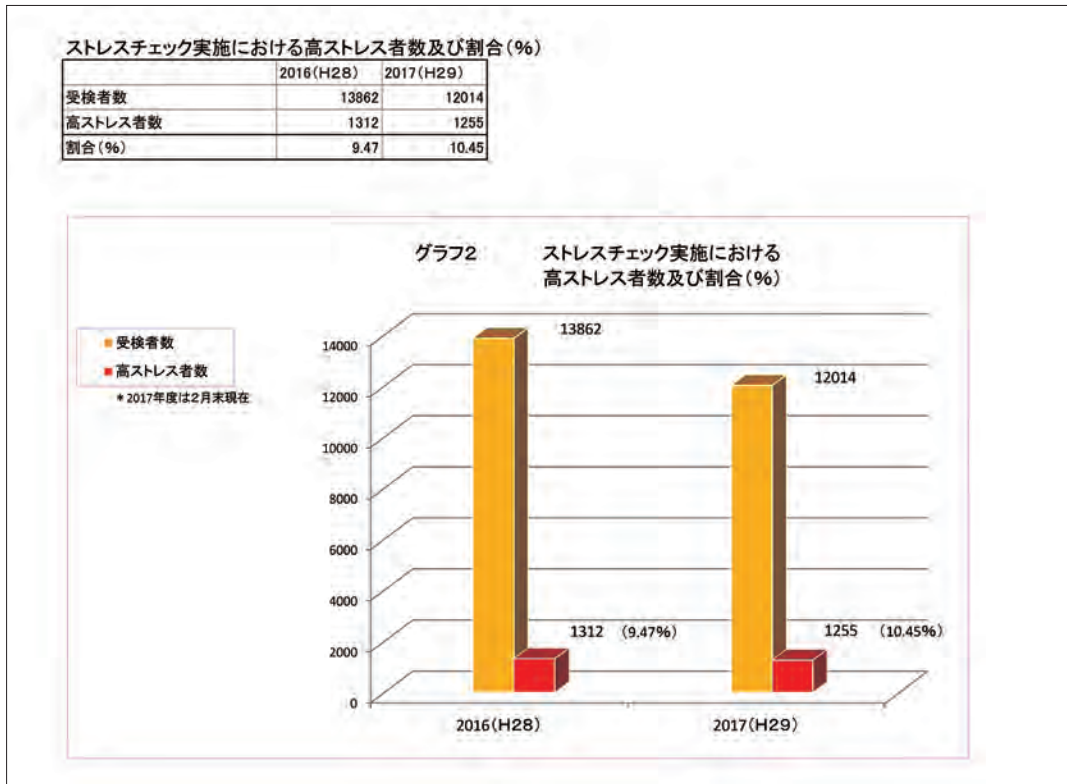
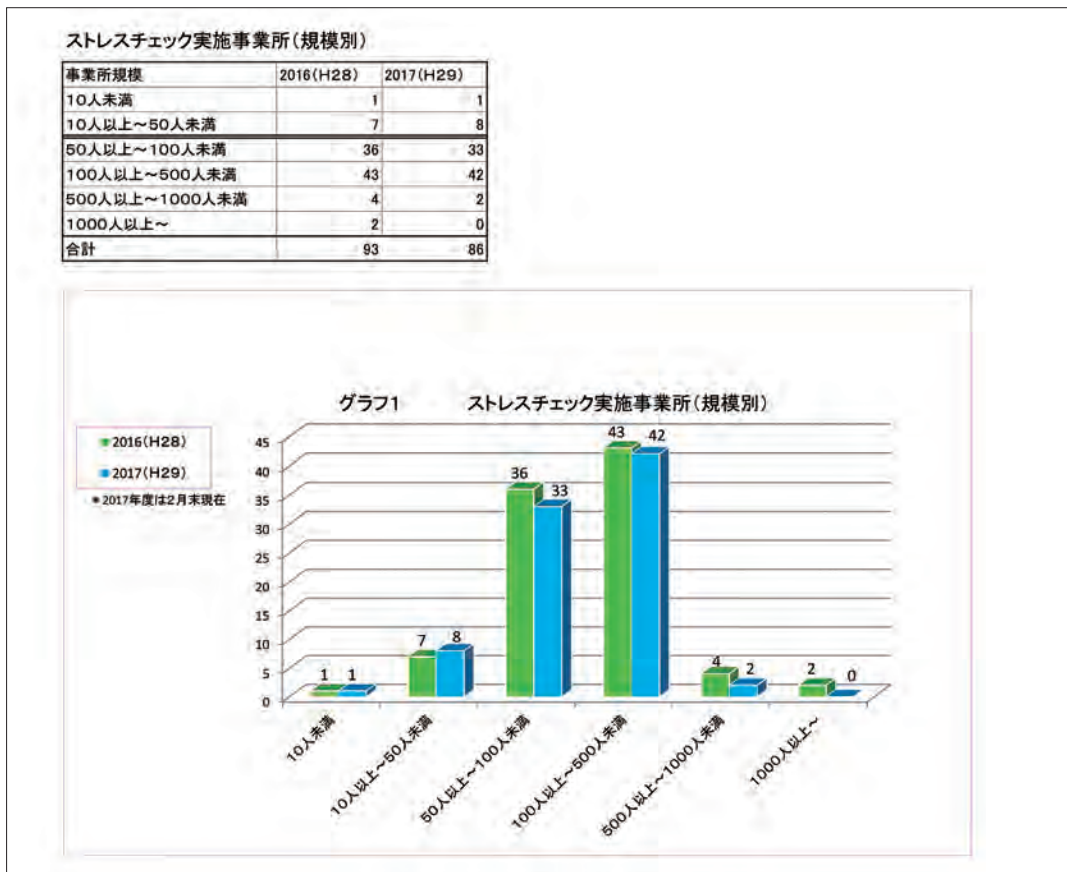


表 14 ストレスチェック実施事業所 (規模別)



は、受検率が上がっていくということは、ある程度一定の浸透をしてきているという、いい評価ができそうですね。

○玉城 私どもの認識としては、基本、産業医の契約が結ばれていて産業医の先生方及び労務管理、衛生担当者が熱心であると思っています。営業職員から聞いた話ですが…

1年目、産業医の先生が例えば内科・外科で契約されている場合があります。しかし、制度が始まることによってメンタル面まで対応できる（医師面接までしっかりできる）産業医の専任を求める事業所というのは何件か聞いています。そういった関心のある方が引き続き検診とストレスチェックの両方をやっているという認識していますので、それにより受検率が上がったという気もしています。

○山本 企業とか検診センターの取り組みだけじゃなくて、産業医自身の積極性、熱意、そういう契約という形で受検率が上がってきているという面があるということですかね。

那覇市医師会の会員が、産業医をしている企業では上がってきおり、全国・全県よりもいいと、いいニュースがありますね。ありがとうございます。

○大村 集団分析は、事業所全体で分析しているんですか。

○玉城 受けられた受検者全てを入れていきます。

○大村 じゃあ事業所のほうから。

○玉城 各部署もやっているはずですよ。様々な角度から集団を絞り込みをする要望もきますので、やっぱり産業医さんが熱心な方だと思います。

○大村 10人未満のところも提供していますか。

○玉城 10名未満の部署は、ないとは言えなかったと思います。制度上は3名以上であれば…ということだったと思いますが。

○大村 職場のストレス判定図で出しているような感じですよ。

○玉城 はい、そうです。

○本竹（司会） 玉城さんありがとうございました。それでは次に中部地区医師会検診セン

ターすまいる健康課課長石川ちえみさんお願いします。

○石川 それでは、報告させていただきます。

まず、1年目及び2年目の結果についての現状と問題点の共有ということで、当センターで実施しました実施状況についてご報告いたします。

平成28年度と29年度を比較しています。平成29年度は2月までのデータになっております。実施件数、受託件数ですが、平成28年度が112件に対して、29年度は132件でした。受検者数は平成28年が15,361人、29年が16,826人という結果でした。受検率は平成28年度84.8%、平成29年度は85%でした。高ストレス者の該当率は平成28年度9.7%、平成29年度は10%でした。集団分析の実施率は、平成28年度は65.2%でしたが、29年度は74.2%でした。医師面接を受ける方は全国平均より低く、全受検者のうちの医師による面接指導を受けた労働者の割合は平成28年度0.3%、平成29年度は0.2%でした。ですがこのデータは全受検者の状況です。当センターに医師面接まで委託している事業所は大体65%ぐらいで、残り産業医の先生方が面接している分に関しては把握できていない状況です。それから、当センターで面接勧奨した方の中から面接指導を受けた方の割合は、平成28年度3.7%、今年度は低下して1.2%という結果でした。次に実施件数が多い月の順位ですが、12月が最も多いです。こちらは2年連続になっています。次に10月、11月が2番目、そのあと8月という流れになっています。（表15）

グラフで少しご説明したいと思います。平成29年度のストレスチェック実施件数は132件でした。実施事業所の業種別割合については最も多かったのが医療、福祉で33.6%、次に公務で11.2%、サービス業の順でした。サービス業は他に分類されないものということで、主に警備、清掃業などです。以下円グラフのとおりとなっております。（表16）

受検者数と受検率については、ほぼ那覇医師会と同率でした。

表 15 1年目および2年目の結果についての現状と問題点の共有

	H28年度 (H28・4月～H29・3月)	H29年度 (H29・4月～H30・2月)	
実施件数(受託件数)	112 件	132 件	※別紙グラフ参照
受検者数	15,361 人	16,826 人	※別紙グラフ参照
受検率	84.8 %	85 %	※別紙グラフ参照
高ストレス者該当率	9.7 %	10 %	※別紙グラフ参照
集団分析実施率	65.2 %	74.2 %	※別紙グラフ参照
全受検者のうち、医師による面接指導を受けた労働者の割合	0.3 %	0.2 %	
高ストレス者(面接勸奨者)のうち、医師による面接指導を受けた労働者の割合	3.7 %	1.2 %	
実施件数が多い月の順位	①12月 ②10月・11月 ③8月 ④9月 ⑤7月		

表 16 平成 29 年度 ストレスチェック事業所の業種別割合

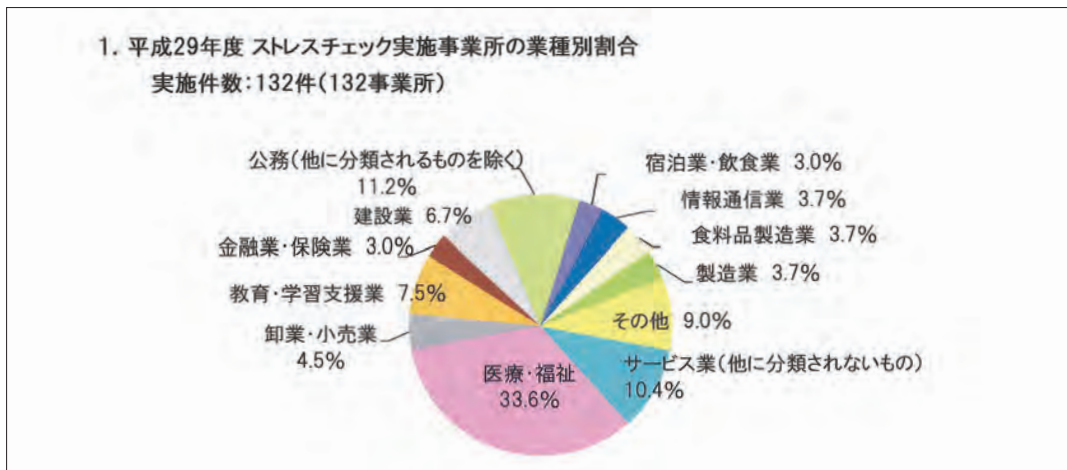
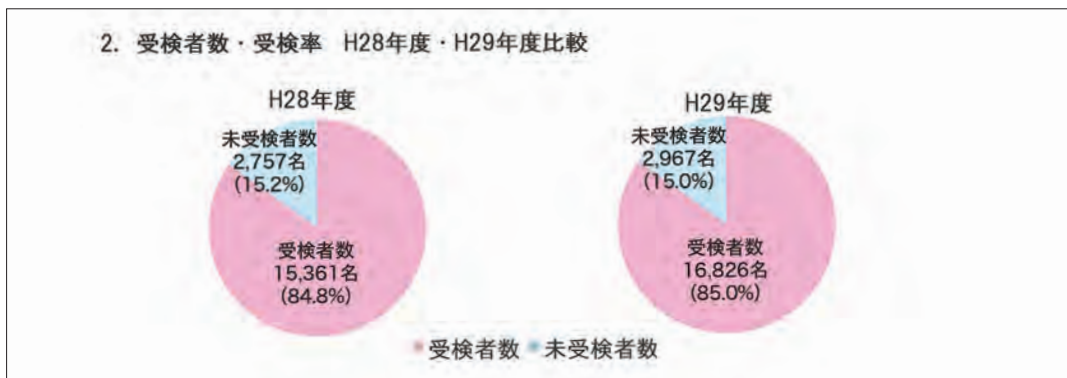


表 17 受検者数・受検率 H28 年度・H29 年度比較



受検者数の割合は、平成 28 年度 84.8%、平成 29 年度が 85%でした。未提出の方を未受検者という表現をしていますが、割合は大体 15% ぐらいです。(表 17)

次に、高ストレス者該当率の主な業種別比較です。平成 29 年度のみデータのなりますが、全体の該当率が 10% で赤い線で示してい

ます。ここで示す主な業種に関しては、ほとんど 10% 未満という状況です。平均が 10% ですので、他に該当率が高い業種がいくつかありますが、ほとんど 1 件～2 件で、業種や事業所が特定されないようにその他に含めています。そのためここでは表示することができませんが、中には 20% ぐらいのところもありました。(表 18)

集団分析を実施した事業所の件数と割合については、実施した事業所数は平成 28 年度 73 件で 65.2% だったのが、平成 29 年度は 98 件で 74.2% に上昇していました。(表 19)

次に集団分析のグループの内訳です。当センターの集団分析は委託により行いますが、基本として事業所全体の分析を行っています。この基本の中に訪問による報告、グラフおよび所感、アドバイスということで、このグラフの結果から見えるものを保健師、看護師でレポートを作成して、報告会という形で事業所訪問による報告を実施しております。これらは基本料金の中に含まれております。

ブルーのグラフが平成 28 年度、ピンクが平成 29 年度ですが、全体、部署別、職種別、年代別、役職別の全項目で委託件数が増えています。

報告時に、やはり全体だけ見た中では、わからないということで次年度はもう少し詳しく分析したいというご希望が増えてきています。

集団分析の報告会の中には社長・代表者の方の参加が結構増えてきており、衛生委員会の場でご報告する事業所も 2 年目は増えてきています。

その中で、これを基に現場で何からの対策を行った方がよいのではないかとという事で、1 年目に比べて 2 年目はさらに具体的な質問が多くなっており、事業所もメンタルヘルスケアに力を入れていきたいという気持ちが強くなっていることを実感しています。(表 20)

次に 6 番の集団分析を実施した事業所の割合です。これは主な業種別の比較で、その他の少ない業種は含めておりませんが、このような形になります。

表 18 H29 年度 高ストレス者該当率 主な業種別比較

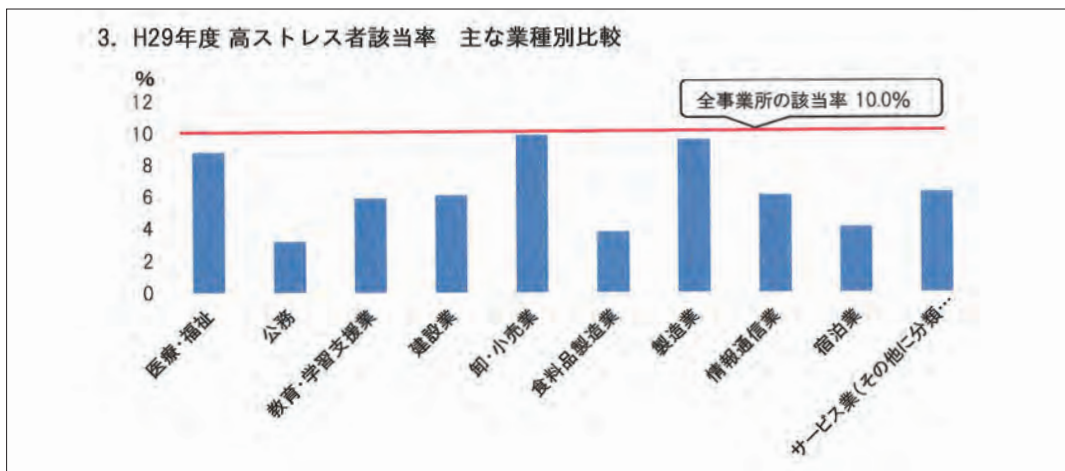


表 19 集団分析実施を実施した事業所の件数・割合 (H28 年度・H29 年度比較 挿入)

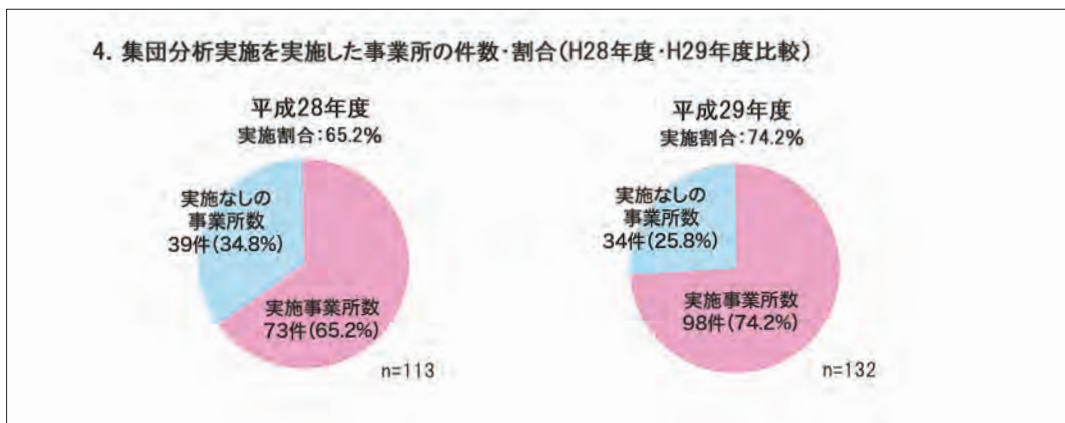


表 20 集団分析グループの内訳 (H28年度・H29年度比較)

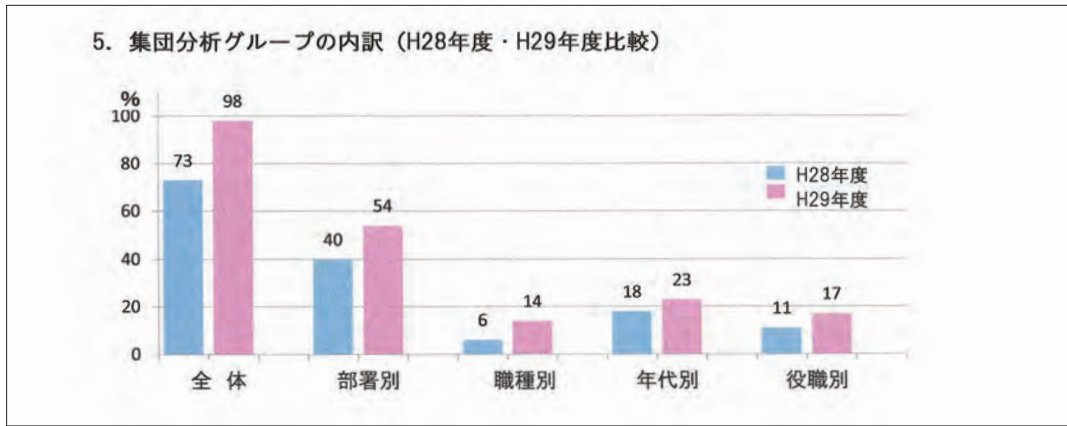
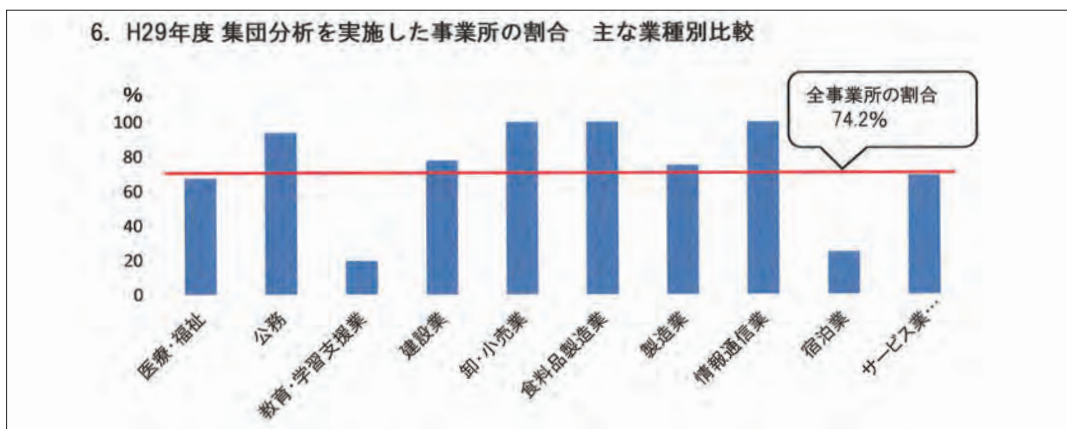


表 21 H29年度集団分析を実施した事業所の割合 主な業種別比較



卸・小売業と食料品製造業、IT関係の会社は実施率100%でした。

ここで気になるのが学校関係の実施率が低い事です。これは教育委員会等に聞いてみますと、どうしても先生方は異動があるため、ここで分析をしても、例えば次年度との比較となったときに、先生方は入れ替わっている状況なので、比較が難しいのではないかと、分析の意味があまりないのではないかという意見がありました。しかし次年度はまずやってみようかなという意見も一部聞かれています。(表 21)

○本竹(司会) ありがとうございます。

いずれにしても、那覇地区医師会生活習慣病検診センター、中部地区医師会検診センターでの契約を行った所は沖縄県全体からすると非常にいい成績が出ているということで、山本先生の期待するところが出ているかと思えますけれども、中部地区医師会のご報告に対して何かありましたらお願いします。

○山本 2年間の比較を含めてデータをお示しいただいて非常に参考になりました。

受検率、中部地区医師会の集団分析に関しても増えていく傾向、上がっていく傾向がありますね。それから那覇市医師会も受検率が上がっているし、集団分析も100%ということですが、ちょっと残念なのは高ストレス者の割合が微妙な差だけれども悪化していますね。9.74から10.45(那覇市医師会)、それから9.7から10(中部地区医師会)という形で両検診センターとも悪くなっています。ということは、ストレスチェックをやっているけど、まだ必ずしも成果は出てないかもしれないということです。

例えば今日お示ししたデータではなくて、個々の事業所の中では1年間でも高ストレス者の割合がだいぶ変わって、かなり成果が上がったところがあるとか、集団分析の場合、総合健康リスクという形で数字がきれいに出来ますよね。取り組んだ結果、結構良い結果が出てきた事業所とかありますか。

○石川 事業所によってはあります。集団分析の結果でよくなったところはあります。

○山本 1年でも結果は出ますよね。

○石川 はい。

○山本 ありがたいですね。

○白井 私は産業医として何件かストレスチェックにかかわっていますが、共同実施者としてかかわっていますけれども、やはり1年目が終わって全ての結果を衛生委員会等でちゃんと報告すると、意外と高ストレス者が少ない。現場の負担感が多い事業所などでは、高ストレス者のパーセンテージが少ないなというような感じを従業員の方が持たれて、今年は正直に書こうとか、啓発がありまして、やはり初めの年はどうしても警戒感があって、受検者のほうに付度ではないですが、そのような行動があったのではないかなと思います。

○山本 なるほど、深い分析ですね。

○大村 ストレスチェックの受託実施者として、受検者に対する受検督促、受検勧奨というのはどの程度までやっていますか。

○石川 あとで課題に挙げていますが、実施事務従事者向けに資料の提供をしています。受検を高めるために説明文のひな形の提供や、中には職員への説明会を行って欲しいという要望があり何件かやっています。そういうところは100%のところがあります。

ある事業所は2年連続で、実施の2週間前ぐらいにセルフケア研修会を行って欲しい、その中で受検のメリットを説明してほしいとの要望があり、そこを含めて説明し、その後すぐに受検になりましたので、受検率100%でした。

○山本 2つの検診センターに対して、詳しい突っ込んだ質問ですけれども、ストレスチェックの道具としては、職業性ストレス簡易調査票57項目版と23項目の簡易版というのがありますが、簡易版と標準版、どのぐらいの割合で違いがあるのか、全く標準版だけを扱っていらっしゃるのかという質問と、点数の取り方が素点換算(注1)なのか、単純合計(注2)なのかということです。

最後に高ストレス者の選定基準を全国標準で設定していますけれども、あの数値でそのまま

やっているところが圧倒的に多いのか、企業ごとに少し変えてやったりしているのか、その辺をお聞きしたいです。

○玉城 標準版57項目の調査票しか使っていないと聞いています。素点換算と単純合計についてですが、国が示されたフリーソフトが単純合計のほうで高ストレスの判定を行い、素点換算においては一次予防ということで、結果のほうにレーダーチャートにして出す仕様になってましたので、それを同じように営業さんも勧め、このような形で個人結果及び高ストレス判定を行っています。

例えば事業所の共同実施者である産業医さんのほうから、ラインを上げ下げするというのは、私たちもすごい興味を持って見ていましたが、今のところは1件もないようです。

○山本 高ストレスの基準を上げ下げはしないで、同じ基準でという感じでされているわけですか。

○玉城 同じ制度上の基準で行っています。今後はどうなるか見たいと思っており興味があります。

○山本 私が理解しているところでは、中部地区医師会は初年度、単純合計でされていましたが、2年目は素点換算に切り替えられましたね。これはやっぱり影響があると思います。今後のことを考えると素点換算でずっといくというのも1つの方法であるのかなと思います。ただ、産業医としてストレスチェックの結果を利用する側としては、事業所によって単純合計なのか、素点換算なのかで全然数字の意味が違って、数字が大きいほうが悪いのか、低い方が悪いのか混乱するので、産業医養成講座ではそれを強調してお話をするようにしていますが、この辺をどういう事情で変えたとか、いろいろ教えてもらえればありがたいですね。

○石川 まず1番目のご質問に対してですが、当センターは、簡易版は使っておりません。標準版のみ使っています。

それから、今お話がありましたように、1年目は単純合計(単純計算による方法)でしたが、2年目から素点換算(素点換算表による方法)

に変えて、そのときの説明がとても大変でした。産業医の先生方と担当者の方々には、説明文を作成して、点数がこのように変わりますということをご説明しました。

ただ、132社のうち3社ほどは、前年度と比較するために単純計算法での継続希望があり、続けているところもありますが、ほとんど素点換算の方法で行っています。

それから高ストレス者の選定基準調整についてですが、基本的には厚労省のマニュアルどおりで行っていますが、調整ができるようにはなっています。かなり職員数が多い事業所では高ストレス者該当率が10%でも、例えば100名、200名となってくると、面談対応が難しいのではないかとということで優先順位を決めて選定しています。それでも極端に点数を変えることはなく、わずか1点、2点の調整を行っています。2、3社です。

○山本 ありがとうございます。

○玉城 今の質問に関連しまして、山本先生がいらっしゃるのをお聞きしたい事があります。中部地区医師会は2年目から変えたということですが、これは変えてお出ししたほうがという何か根拠があったわけでしょうか。

○山本 単純合計の57項目全ての項目を計算していくと、心身の反応というのは項目が多く29あります。そうすると特に身体症状が多いので、身体症状の割合が大きくなってしまいます。

単純合計と比べて素点換算では、ある程度の変換別に分け尺度にまとめられているので、身体症状にあまり影響されずにより平均的なデータが出るという利点があります。

もう1つは、レーダーチャートが基本的に縮めばストレス度が悪くなる。数字が小さくなると悪くなるという形になっていて、その意識でいくと、単純合計の場合全体の点数が上がるのが悪いというのが混ざっているので混乱します。素点換算にすると点数が低ければ低いほど悪いという一貫性があるので、実施する産業医、結果を活用する産業医も、ご本人たちもわかりやすい。この両方の2つのポイントがあると思います。

いろいろな学会での報告を聞いていると、この素点換算・単純合計・標準版・簡易版も男女別でどっちがいいとか、有利とか、より正確とか、若干の差があるのですが、基本的にはこの4つとも、男性でも女性でも、素点換算でも単純合計でも、かつ簡易版でも標準版でも大きな差はないという感じの結果が出ているので、これは共同実施者になっている産業医が一貫してどちらがいいという方針、意見を出して、最終的には衛生委員会で確定すればいいのではないかと思います。

やはり囑託の産業医としてはこの辺の細かいことで意外と戸惑うことがあると思うので、それを明確に意識して説明を行い、契約のときに確認するというのが大事ではないかと思います。以上です。ありがとうございます。

○本竹(司会) 2年目の現状報告をしていただきまして、ありがとうございます。次に行く前にどうしても気になる事があります。

それは、学校現場の事ですが学校現場の方はストレスがとてもあるような印象ですが、全国版も特に沖縄版も教育の所が受検していないというのが非常に気になりますが、その辺りどう感じていますか。

○白井 以前報告のあったもので聞いていると、学校現場は恵まれていてストレスチェックは年に2回されていると聞いていますけれども。

○本竹(司会) これに反映されないですか。

○白井 反映されていないのか、非常に受検率が低いのかです。

○山本 ただ、私が理解しているのは、学校の規模によって産業医を必ずしも任命しないでもいい学校もあるし、いろいろばらつきがあると思います。私自身は恵まれているとはあまり感じませんね。というのは、一括して産業医を依頼しているけれども、九州の共済組合病院のセンターに分析を委託していて、この相談も面接指導の申し出もそこにやるような体制を組んでいたりしていて、実際に高ストレスだった先生が面接指導を受けようとしても、簡単に手の届かないような仕組みもあったりします。

学校の先生方は15,000人ぐらいいらっしゃいますが、この方々の10%といたら、およそ1,500人の高ストレス者。その面接指導をどうするか。具体的な問題がありますね。

教育委員会の対応としてはあまりできてなくて、それがパンクしないような、とりあえずストレスチェックは実施するけど、面接指導までいかないぐらいのレベルでやっているような感じの印象を受けます。だから、私はあまり機能しているとは思えないです。

○本竹(司会) 学校の実施率とか。

○長濱 私立高校は労働基準監督署、労働局の所管になりますけれども、公立のほうは安全衛生法の監督権限というのが、今お話のあった教育委員会と県の人事委員会、そういうところになりまして、そのデータがこちらにもないというのがあります。

○本竹(司会) わかりました。

○石川 私たちが今受託しているのは10カ所ぐらいです。何とも言えませんが、たまたま1年目の受検率が50%切るくらい低いところがありまして、状況確認をしたところ、学校関係の健康保険組合からの調査とちょうど重なっていたようで、中には保険組合のストレスチェックを受検したばかりだったために受検しなかった方もいたそうです。保険組合の方でもストレスチェックの状況について把握されているようです。

○本竹(司会) 実態がよくわからないところがそこにあるんですね。

○石川 そうですね

○玉城 私も教育現場の運営委員、学校のPTA会長もやっていました。PTA会長が終わったので学校の運営委員という立場で、学校経営運営について校長先生と話しながら行いますが、学校現場におけるストレスというのはかなり多くは感じます。思春期の学年は大変、皆がそうではないのですが若い女性教師がその学年担当をして身心のバランスを崩れたりする事は何人か聞いています。

学校での集団分析をやるにあたっては、色々アドバイスができればいいなと思っています。

○本竹(司会) そういう意味では、例えば学校現場の校長や管理者がどういうふうを感じるかでだいぶ変わってくるだろうと思いますね。

○山本 そうですね。学校のいわゆる県立学校教育課と言われている高校の先生方を対象にしているところですね。そこは県立学校で大規模で、産業医も任命して割と動いている。それから教育庁の中にも看護職の方が人事課にいます。濃厚に支援できる体制はありますが、公立学校教育課と言われている小中学校は、採用とかトレーニングは県がやっていますが、基本的には市町村の教育委員会の管理の中にあります。そうすると市町村による差が大きくて、学校のサイズも違っていたりしてばらつきもあります。

ですから、一概に県の先生方全体とは言えないと思います。そういう市町村の差も含めたいろいろな問題があるのではないかと思います。

○本竹(司会) わかりました。ありがとうございます。

#### これまでの準備・対応と課題の明確化

○本竹(司会) 次に、これからこの結果を受けて、さらに改善に向けて準備とか対応等々、また、順次、述べていただきたいと思いますので、よろしくお願いします。

○山本 今まで、行政のほうと検診センターのほうからストレスチェックの全体的なお話がありましたが、個々の産業医としていろいろな事業所に関わっていく中でどのようなことが観察されたのか、どのような現状だったのか、どのような問題点があったのかというのを少し私からもお話しさせていただいて、また、ほかの先生方のお話もお伺いしたいのですけど。例えば私が事業所で担当しているところを見ますと、受検率が99.6%とか100%という事業所もあれば、一方では86%とか64%とか、46.7%ということで非常に受検率が下がったりします。

これが何なのかというのはなかなか一概には言えないのですが、職員数200~300人規模で少しサイズが把握しやすく、ある程度産業



保健活動が浸透しているところは100%ぐらいに上がります。嬉しいことに高ストレス者の割合も2.5%とか、3%と非常にいい。かつ、面接指導を申し出る割合も高いです。

ある事業所ですと全員が産業医に会って頂きます。そのうちの半分ぐらいが高ストレス者の面接指導の申し入れということで、事業主まで情報提供してもいいよと承諾されます。面接指導自体は半分ぐらいにとどまったりしますが、基本的には高ストレス者が全員産業医に会ってくれるような事業所もあります。その一方で、さっき言ったように、受検率が半分に満たないとか、かつ高ストレス者もあまり低くない。10%ぐらいある。かつ、面接指導を受けてくれないみたいな事業所があるので、これは単純に産業医の力量とか熱意だけではなくて企業風土、企業の歴史や体質みたいなものがあり、かなりいろいろな課題があるのではないかと思います。

ですから、産業医がもう少し頑張らないといけない事業所が幾つもあるのではないかと思います。私の意識している問題点ですね。

○白井 そうですね。私も受検率が高いところと、それほどでもないところというのは感じます。1つは意外とストレスチェックの受験票というのがマークシートですよ。マークシートに慣れていない年齢の世代の方たちがマークシートを見ただけで拒絶反応を示しておられて、その方たちからなかなか結果を返してもらえない。返ってきてても間違いがあって、1行飛んでいたりして、センターのほうから何度もアプローチするけれども、逆に現場が忙しくてもういいと言われてしまったりというのは聞いたことがあるので、年齢的なもので、その受検率というのもある程度反映されているのかなと思います。

○山本 それもあると思いますね。やはり周知の仕方、督促の仕方、それから督促の期間も延長して丁寧にやっていくとかいろいろあると思いますが、一般的にいえるのは、紙ベースでやると、直接お願いしますみたいな感じで物がいくので比較的受検率が上がるけれどもWeb版でやると下がる。Webのほうの方が便利という

ところもあると思いますが、受験率が下がるのではないかというのが私の印象ですね。

これは、医師会の検診センターのほうでは両方選べるようになってはいますか。

○石川 はい。今、両方やっています。

○山本 受検率の差とかありますか。

○石川 きちんとした比較はしていませんが、割とWeb版も受検率がいいですね。

○玉城 業種によりますがIT企業であれば、それが当然いいと思います。

○石川 そうですね。高いですね。

○山本 あと、事業所の中には分散していて、あちこちにバラバラになっていて、なかなかパソコンが行き渡らないというのもあったりしますよね。ですから、業種とか企業サイズによりますよね。

○石川 場所によっては会議室で待機して、担当者が半日ぐらいかけて交代ずつで受検をサポートするところもありました。

○山本 端末のそばにいて。

○石川 はい。操作方法だけ教えて、もちろん中は見えないので。あとは、工場関係はどうしても紙が多いのですが、総務課などはWeb受検の希望があり、課によって変えることも可能です。

○山本 あと、私の印象としては面接指導を受けてくれる割合というのは、企業のこれまでの風土、メンタルヘルスの取り組みの歴史、職員の産業医に対する信頼度、産業医又はスタッフがプライバシーをどのぐらい守ってくれるか、自分たちの立場を理解し支援してくれるか、面接指導の内容とフィードバックの仕方なども関係すると思います。

例えば、大きな事業所1,000人のところに産業医が2人で身体科の先生とメンタルが入って、2人で回しているところもあります。

1,000人中、高ストレス者が10%の場合100人が高ストレス者になりますが、その中からどれだけの方が手を挙げてくるかということ、なかなか手を挙げて頂けないですよ。なので、私どもは面接を希望された方を丁寧にみていき、いずれは面接を受けて良かったというフィード

バックをもらい、それがだんだんと広がり次年度からどんどん手を挙げてくれるような体制をつくろうと思っていますが、ただ物理的に時間がどうしても足りなくて、15分でやらないといけない場合があります。理想は45分か、せめて30分～45分とりたいなと思っています。中には1時間過ぎる事もあります。

面接の工夫としては、私の場合はいかに事前の情報、ストレスチェックの結果だけではなく長時間労働の内容、最近の職場での変化、検診の結果等のデータを全部準備してもらい、なるべく情報量を多くしています。

もう1つ工夫しているのは、看護職の方や産業カウンセラーの方々に入ってもらい、予備面談という形で面談を行い、ある程度、産業医面談、医師の面接指導の重要性を周知し、ぜひとも受けて下さいと勧めたり、あと両方の面接を併用することによって医師の面接指導の時間を短くするなど、いろいろ工夫をおこなっていますが、時間がとれない時はすごい短くして、15分で切り上げないといけない。そのような時は、その後の面接につなげる。医師の面接指導は今日1回で終わりですが、次の月、あるいは2～3ヵ月後にもう一度会いましょうとする事によって、何とかその辺をしのいでいるみたいなどころがありますが、白井先生のところはいかがですか。

○白井 私はそんなにたくさんの方の面接指導はしていませんが、ただ、今までやっている面接は山本先生のご指導で1人当たり大体1時間ぐらいの時間を準備しておけばいいだろうということで、その中で報告書まで全部作成するというので、面談自身は事前に全部データを取り寄せて目は通しておりますが、面談自体は45分ぐらいまでで終わりたいと思っていますが、いざ始めると終わらないです。

一番短い方でも1時間、長い方で2時間近くかかる。面談に来る方はいろいろな思いを持っておられる方だから、やはり聞いてもらえる場所というので思いのたけをどんどん話して下さるので、途中でどうしても中断できなくて、最後まで伺ってしまうと思わぬ時間がかかって

しまうというところが、今一番の悩みですね。

○山本 もう1点私が問題を共有したいのは、ストレスチェックをするにあたって、2次予防的なメンタルヘルス不調を探して早期受診につなげるような事をやろうとしたときに、多くの関係者から反対がきて頓挫しましたね。

それが最近方針が変わってから、この1次予防、ストレスチェックという形になって実現しましたが、やはりどうしても仕組みの中では高ストレス者に対して医師の面接指導を義務づけています。でも、実際に高ストレスでも面接指導を受けてくれる方は少ないですね。ですからストレスチェック制度が機能してないと思います。医師の面接指導という仕組みで、高ストレス者を休業させたり、あるいは業務軽減したり、職場環境改善することをやろうという個別アプローチ、これはうまく機能してないと思います。

ただ、うれしいのは、まだ義務化されていないのに、多くの事業所、例えば那覇市検診センターに申し込んだ事業所は100%集団分析を活用していますよね。中部地区医師会も74.2%、4分の3は利用していますよね。ここに救いがあるのではないかと思います。

この集団分析の結果をどう生かすか。例えば個別の面接指導のとき参照するとか、各部署の職場環境改善にどう使っていくかというのものもあるし、職場全体が経年変化としてどう変わっていくか比較するとか、いろいろ利用できると思います。検診センターではどのような支援をされているのか、又は産業医が集団分析の結果を生かして環境改善のアプローチをしたりしていますか。

○石川 制度の難しさということですのでごく戸惑いました。一番、実施事務従事者の負担になっているのが高ストレスリストを自分でしか持つことができない。何とかしたいけれども申し出がない。どうアプローチしたらいいのとか、これを管理者に伝えたいけれども、これも見せてはいけないと制度でなっているので、かといってこんな新米、まだ間もない私だけで持っても活用できないし、どうしたらいいだろうという悩みが結構多いです。

それに対して、高ストレスに該当した方は、たまたま今回の検査で該当しましたが、ストレスチェックは点でしかストレス状態を把握できないため、日ごろからのメンタルヘルス全体の対策が必要だということをお伝えしています。これを集団分析の報告会の機会に研修会を勧めたり、それからデータの中から例えば職場環境の部分でストレス度がとても高いという結果が出たところには、さらに細かい聞き取りとか調査をされるといいですよということでお勧めしています。

一例あったのが、本当にちょっとしたことでしたが、女子トイレを増やしてほしいということだったんです。その会社ができたころは事務員が1人、2人しかいなかったのがどんどん女子社員が増えてきたのに、それに対して女子トイレが1つしかない。これが負担になっているということでした。このように聞いてみると、たいした事のないような小さなところに職場環境が悪いと感じ、チェックする例もありました。事業所によって負担に感じる部分が変わってきますので、自社で具体的にどのようなことに負担を感じているのか調査することをお勧めしますとお話ししたりしています。

○玉城 那覇市医師会は、事業所の中まで入り込んでいないのでこのあたりは細かくはできないんですけども、あくまで営業の方が、うちのシステムは全て分析が出てくる形になってはいるので、その結果については簡単ではありませんけれども、経年比較のデータチャートもあるし、上司支援、同僚がどうなっているんだとかの環境面、量とコントロールがどうなっているかというのは、聞いています。ある程度できていますのでこのあたりから説明をしてもらっていると聞いています。その後の衛生委員会にどう生かすかというところまではモニターできていません。

○本竹(司会) 県立中部病院は、中部地区医師会検診センターでストレスチェックを2年間やっており、1,100人ぐらい受け90%ぐらいの受検で高ストレスが70~80人ぐらいだと思います。29年は誰も面接に行っていないと聞いています。それを聞いたときに、逆に疑問を

持ったりします。このテストは本当に効果的なのかと。

山本先生の意見に反対するわけではないですが、本当にそれが正しいのかというのも時々思うし、もう1つは今、石川さんが言うように、病院長は結果が見なれないので分からない状況です。このまま続ける意味合いがどうなのか、効果はどうかというのを疑問に持つわけです。その辺に関して何か感じることはありませんか。このままずっといくのでしょうか。労働局から何かありますでしょうか。

○長濱 先ほど長嶺のほうから説明させていただきましたけれども、29年のアンケート調査で、ストレスの不調者がいるという事業所が45%。調査対象のほぼ半分の事業所は不調者がいました。その後その人たちはどうなりましたかという追加の質問で、3割が休職・退職しているという状況でした。

メンタルヘルス対策に取り組んだ事業所は65%でした。労働基準監督署で精神事案として労災認定された人数は大体毎年5人ぐらいでした。全国では年間に精神障害が大体400人ぐらいです。職場ストレスを抱えた労働者の悩みとか要因になっているということです。

○本竹(司会) 今5人というのは沖縄県ですか。

○長濱 はい、沖縄県は平均で大体5人です。これは先ほど申し上げた教育委員会とかは入りません。沖縄労働局が所管している民間の適用事業所だけです。

○本竹(司会) 一番の最悪のシナリオを考えたら自殺になると思います。今若干減っているけど、まだ問題だと思います。

○長濱 今日は沖縄県の自殺者数は持ってきていませんが、労働安全衛生面では、ストレスチェック制度というのはストレスを本人に気づいてもらう。また、会社のほうには、集団分析で会社のどこの部署にそういう高ストレス者が出ているのか、そこで職場環境を改善してもらいたいという話になります。

今、石川さんのほうからお話しされたトイレ

が少ないという話も1つのストレスに入りますし、騒音がある、気温が高い等、いろいろなストレスが言えないところがあると思います。

○山本 本竹先生からご指摘があった、このストレスチェックが本当に機能する道具なのかというのがありましたけれども、私としては2点指摘したい。そのストレスチェックの結果とかストレスチェックを実施することを通して、職場の中でいろいろストレスのことを話題にする、それからメンタルのことを話題にする機会が増えました。これを活用すればメンタルヘルス対策を一気に推進していくいい道具になると思います。さっきの本竹先生の疑問に答えましたら、ストレスチェックを話題として、みんなで取り組むということに価値があるのではないかと。これで非常に動いた会社がありましたので、私はよかったと思っています。

それから2点目、去年12月に沖縄県内で精神保健・予防学会があって、そこにお招きした北里大学医学部公衆衛生学の堤教授の分析でいくと、15,000人の職員をずっとフォローアップしたときに、高ストレス者と高ストレス者ではないグループでどのぐらい休業者の発生率が違うのかというリスクの違いを調べています。

公衆衛生的な言葉や計算の仕方なので、私も正確かどうかはわかりませんが、この先生がおっしゃるには、高ストレスだったグループからは20～40%ぐらいは休業に入る。私個人の経験でも、高ストレス者がばたばたと面接指導も受けずにどんどん休んでいくという感じはないですけど、やはりマスとして見ていくと休業に入る率が高いです。なので、堤先生は、高ストレス者は速やかに、間を置かずに対応したほうがいいというデータを出しています。これは大事なデータではないかなと思います。

こういうデータがありますので、例えば検診センターと連携して、高ストレス者の中から、どれだけの割合がメンタル不調で休むようになったかというのを出してもらえれば、非常に参考になるのではないかなと思います。

○本竹(司会) 僕はストレスチェックに反対と述べているわけではなくて、この2年間の結

果で、うちの1,000人というのは大きなボリュームだからある程度見えてくるじゃないですか。そうすると、これ1つ、このツールをつくりましたが、恐らく5年ぐらい、ツールをつくらせてそれを検証する必要が出てくるときに、多分国のほうでそれを検証しないといけないはずですよ。もっといい方法がないとか。そこが次に見えてくるのかなと思って今話をしました。山本先生、決して反対しているわけではないです。

先生にお伺いしたかったのは、先生が言っているところの、それに対して非常に前向きで、しかも産業医の面接を受ける企業というのは、トップがそういう優秀なのか、その企業全体は優良企業なのか、その辺を聞きたいです。

○山本 幾つか条件はあると思いますが、まず私がそこの産業医になったのは労働組合が動いて、組合の活動としてメンタルヘルス対策を取り上げました。そうしたときに、役員が私どものところに全部任せたいと希望されて来ました。任せっ切りにはできないということで、私が産業医として事業所に入ってメンタルヘルス対策をつくっていきました。そういう中で労使が協調しているということですね。

あと、研修会のとときに、理事長があらわれてみんなの前で宣言しています。あるいは役員、理事が来られて、メンタルヘルス対策は大事だよみたいな感じで言っていたので、管理職の研修会もかなりコミットしている感じがありますね。

それから、たまたまこの企業では、ストレスチェックが義務化される前から、無記名でやってきました。無記名でやりながら集団分析を活用する形で、環境改善に使ってました。そういう歴史もあって、記名式になってもずっとこれが入ってきたみたいなのがありますね。

あと、サイズも職員数が200人台ということで、産業医と職員の数の割合がいいとか、先生が言うように企業自体のクオリティー、社会的なコンプライアンスも非常に高い企業なので、いろいろな条件がよかったと思います。

○石川 受けない理由というところで、やはり報告書が会社側にいくというところで、すごくハードルが高いというか、受けづらいという

意見も結構あります。

実は小さい会社ですけれども、結果を見せ合っ  
て、上司に見せて、あんた大変だよ、ちゃんと受  
けて来なさいって上司から勧められて来ました  
という会社も結構あります。自分自身が見せる分  
には別に問題ないということと、あとは高ストレ  
スになったときに受けずに、翌年体調不良で休み  
がちになったということで、担当者からご相談を  
受け面接した方がいました。あとき高ストレス  
だったようですが、面接を受けようとは思わな  
かったですか？と訊くと、報告が会社側に行くの  
でどうしても嫌でしたとの事でした。

○山本 私として考えるには、この報告の内  
容や意見書の内容が、面接を受ける側に割とあ  
いまいになっているから、余計な不安を持って  
いる可能性もありますよね。ですので、厚生労  
働省が示している報告書の案や意見書の案が  
ありますよね。それを、こんな感じでこんな形に  
なりますよと見せれば、このようなレベルで抽  
象的に、具体的な固有名詞なども入れずに書い  
てくれるのなら、いいじゃないかと安心して面  
接を受けるようになるのを期待しますけどね。

私もいろいろ工夫しています。例えば上司と  
の人間関係が悪いというのを決して書かないで  
くださいと言われます。報告書に対して意見さ  
れます。それで、私の書き方は、人間関係が機  
能不全になっているので改善が必要とか、そう  
するとどちらが悪いとかにはならなんでしょう。  
十分機能していないという感じで言うと、それ  
だったら書いていいみたいに言いますよ。

上司や社長にどう伝わるか確かに相当気にし  
ますので、産業医側の工夫、言葉をこういう形  
で選びますよ、と伝えます。こう書きますから  
ねみたいな。

○白井 産業医をやっている、会社への報告  
で1つものすごく大変なのは、職場環境を的確  
に把握した上で書かないといけないということ  
です。

私がやっているところは、みんな業種が違いま  
す。そうすると、その全部の業種の細かいところ  
まで産業医として全部把握しなくては行けないと

いうところが、産業医側はものすごく負担になり  
ますし、それから報告書を書くときの書き方の部  
分でも、精神神経の専門の先生方は工夫の仕方を  
十分ご存じですが、私は内科なので、専門外のと  
き配慮のところでもとても悩むところもあります。

○山本 この辺に関しては、ご本人の提案す  
る職場環境改善の案、それから私どもが考える  
案を、いわゆる産業医学的に妥当なものに落と  
し込むというのが大事だと思います。

これに関連していうと、業務軽減の内容があり  
ますね。それに関して産業医があり得ないよう  
なことを報告書の中に入れてしまい、例えば  
深夜勤をなくすとか配置転換するとかしないとか、  
そういうのをに入れてしまうと現場と乖離し  
てしまうところがありますね。

それで、企業によっては職場環境改善の案を  
本人には見せないでくださいとか、会社でしっ  
かり準備しますみたいなことを言いますが、こ  
の辺の事前準備がとても大事ではないかなと思  
います。会社ごとに報告書の様式をカスタマイ  
ズをして、会社に妥当性のある報告書や意見書  
みたいなものをつくっていくのも大事じゃない  
かなと。そうすることで産業医も苦労しないし、  
産業医の意見書や報告書が出てきて混乱するこ  
とがないんじゃないか、そういう工夫が必要で  
はないかなと思いますね。

○白井 業種別に報告書のひな形が少しずつ  
変わったり、製造業の場合の報告書の案である  
とか、報告書は確か今1本立てですよ。あれが  
幾つかそういった現場の状況などを反映してと  
いうのは、労働局の方そのあたりの所どうですか。

○長濱 現場の状況は、労働者が50人以上  
いれば、衛生管理者の選任が義務付けされてい  
ます。また会社のほうに衛生委員会も同じく義  
務付けられています。衛生管理者は週1回職  
場の巡視というのが法律上義務づけられていま  
すので、職場を巡視しながら情報を、あるいは  
この人は長時間の残業をしているとか、そうい  
う情報を産業医のほうに提供していただければ  
いいと思います。

去年6月に法令も変わりまして、情報提供していただければ産業医の活動も2カ月に1回という形になりましたので、その会社の衛生委員会、衛生管理者を活用して先生方がやりやすいように、こういうふうに書きたいんだけどいう話に、どういう提案をしたらいいのか。長時間勤務が長く続いているから80時間以下になるようにするにはどうすればいいとか、そういうところも相談しながら面接に臨まればいいのかなど。

○白井 業態別で、報告書そのものが変わるというようなところは。

○長濱 特にありませんが、申し上げたとおり各社、各企業いろいろありますので、その職員の方に聞いてどういう形の衛生委員会、社長さんのほうに書くにはどういうスタイルがいいですかという話を御相談されたほうがいいと思います。

○本竹(司会) ありがとうございます。

沖縄県医師会は直接ストレスチェックに参加していませんが、沖縄県医師会ドクターバンク産業医の求人研修会をしていまして、平成29年4月1日から平成30年3月5日までで産業医としての契約を希望している医師が49名、企業からの求人件数が21件、契約が成立しているところは9件です。それは先ほど白井先生が言った、職場のバックグラウンドまで行いながら報告というところが出てくると、やはり尻込みするのが現実でそうになっているのかなと思いますが、白井先生その辺はかなりハードル高いですか。いかがでしょうか。

○白井 どうでしょうか。感じ方かもしれませんが、私はあまりできないながらも図太くやっていますが、完璧を求められる先生方、あるいは高齢で今までやっていただけても、メンタルのところまではとても手が回りきれないと思われる先生方は、少しずつ現場を去っていったらっしゃるような気はいたします。

ですから、求人件数は一向に下がらない。その中で成立9件をどう見るかというところではあると思いますけれども、頑張っているほうではないかと思えます。

### 今後の対応へむけた提言

○本竹(司会) 次に行政のほうから、これから3年、4年、5年と向かっての課題や対応について、提言も含めて何かご意見いただければと思いますが、いかがですか。

○長濱 国のほうでは、1958年から労働災害防止計画というのを労働安全衛生法に基づいてつくっており、今まで12回つくってきました。

今年2月28日に厚生労働大臣が第13次労働災害防止計画、これは働く人の安全と健康を守るという意味の防止計画ですが、その中でもストレスチェック、メンタルヘルスの話や過重労働対策とあわせて大きな分野を占めております。

これを受けて、当沖縄労働局でも今から2018年から2022年までの5年間、労働災害防止計画をつくっていきます。今、頂戴いたしました意見を、産業医の先生のフォーマットみたいなものも総合支援センターと協力してできることは、いいご意見ですので、これからもいろいろご提案いただければ活用していきたいと思えます。

また、山本先生のほうからありました集団分析の活用。これが50人以上の職場では80%でしたが、10人以上の職場の全国調査では37%ぐらいになっています。この数値をこれからの5年間で60%目指しており、職場環境をみんなよくしていこうという取り組みを進めていきますので、またいろいろ御協力いただければと思えます。

本日はどうもありがとうございました。

○本竹(司会) 先生お二方は産業医でも実際やられていて、先生の仕事をかなり割いてボランティア的なところもあるかもしれませんが、その辺はどうですか。

○山本 診療所を開業している医師としては、丸々1日休診にして、家賃とかも払いながら外に出ていくというのはいろいろなデメリットもあります。

ですけれども、ずっとクリニックの中に閉じこもっていて、受け身で診療しているとだんだん疲弊感が出てくるので、やはり週の中日ぐらいは半日から1日出て行って、気分転換しなが

ら3次予防だけではない1次予防、2次予防みたいな感じで、医師としてトータルでみていくというチャンスでもあるので、私は前向きにやれています。だから、そういうのを共有してもらったら、ほかの産業医の先生にもいいのではないかと思います。

今、学校の先生の休職は4割がメンタルです。地方自治体によっては8割のところもあります。国家公務員が6割です。産業医学をやっていく上ではどうしてもメンタルはみないといけないと思います。

ヒントとしては、メンタル、メンタルと言うとなじみが薄いですが、体の病気もストレス関連の反応、ストレスによる不適応な状態からくる病気としてみていくと、喘息にしても過敏性腸症にしても、いろいろな病気がストレスをキーワードに心も体もつながっています。そんな感じでやれば、今後の医療自体が単に器質的なものではない、ストレス的なものからくるダイナミックな理解によって、上手に指導していくようなものになると思うので、私はこのストレスという概念をみんなに広げていくということはとてもいいことではないかなと思います。

○本竹(司会) 恐らく産業医の絶対数は全然足りないと思います。クリニックを休診して逸失利益が出る事になった場合大変ですよ。国や行政が補助をして頂きたいですね。そこをぜひやっていただければもっと産業医も増えるのではないかな。

先生、数が増えないと無理でしょう。対応する数がこれだけ増えてくると。

○山本 そうですね。ただ、精神科の医師の中でも若手は、医師会の産業医養成講座に来てくれていますので、だんだん広がってきているかなという期待はありますね。

○本竹(司会) ありがとうございます。

次に、那覇市医師会生活習慣病検診センターの方で、これから新たに取り組むとか、取り組んだほうがいいのかというところで何か一言ご意見がありましたら。

○玉城 山本先生、本竹先生、白井先生もかなり端的な意見を言って頂き、私が言うことは特にはないですが、産業保健センターの登録保健師をやっていますので、身体的な健康諸問題やストレスチェック検診結果からのメンタルの諸問題を1つの相談様式で関連性を考察・分析を行える様に、私たちも力量を上げ契約事業所様の職場環境改善、衛生委員会の機能を活発にさせるというところを視点に置いてやっていければいいのかなと感じております。

○本竹(司会) ありがとうございます。

石川さんには個人的に中部病院で講演をやってもらっていますが、講演に集まるのは看護師さんが多いのかなと思います。どこの世界でも医師が無関心なのが多いとおもいますが、それも含めてそういうこれからの取り組みというか、この効果を出すというのはなかなか難しいですよ。

○石川 保健師、看護師による面談、先ほど先生がおっしゃった補助面談に力を入れようかなと思っています。それで先生がよろしければ、訪問による面談も計画していきたいと思っています。

多分、自院での面談には抵抗あるかもしれませんが、もし待機できる会議室などを借用できるのでしたら、「ストレスチェックの結果説明会」みたいな形でカモフラージュしながら何とか面談できたらいいなどは考えております。

○本竹(司会) そうですね。それはいいアイデアかもしれないですね。確かに集団ではなかなか本音が言えないというのは、これはいつの時代もそうですけど。

○白井 やはり高ストレス者の医師面談の申し入れが少ないというのはあると思います。施設外の施設というのは総合支援センターの相談窓口というのを、いつも私はどこの企業に行っても必ずご案内しています。

いかがですか。ストレスチェックが始まってから、高ストレスだけではないと思いますが、そういったメンタル面での相談とかは増えているのでしょうか。

○大村 昨年度、一昨年度はかなりありましたが、今年度に入ってかなり件数的には少なくなっていますね。

○白井 やはりどこでやっているかというのが、すごく気になる方には施設外の施設としてのメンタル、相談窓口としてはとてもいいお仕事をされていると思うので、今後もぜひよろしくをお願いします。

○大村 わかりました。ありがとうございます。

○白井 それと今一番の問題は、高ストレスでメンタル障害の方を専門医の先生方にご紹介しても、すぐに受診できない。1カ月待ちはざら。下手したら2カ月、3カ月後しか予約が取れないという状況になっています。やはりその間どうにかなくなってしまわないかというのがとても心配です。

専門の先生方はお忙しいとは思いますが、そういった緊急の場合とかネットワークは取り組まれてますでしょうか。

○山本 実は、そういう課題がたくさんあるということです。沖縄県内には50ぐらいメンタルクリニックがあり、それから精神科病院が25あります。病院も入院は簡単に引き受けてくれないという課題もあります。クリニックレベルでも予約を取りにくいというのがありますので、私どもが今準備しているのが「つながるクリニック」ということで、クリニック自体が連携し、もうちょっとネットワークをつくって問題点を共有し、お互いの役割分担を果たしていく。

それから、地域のいろいろな関係機関との窓口になってやっていこうという動きをしており、4月以降にこういう動きがありますので、皆さん方の要望に応えられるような組織づくりをしたいと思いますので、よろしくをお願いします。

○本竹(司会) ありがとうございます。

現実的にはなかなか予約が取れないですね。そういう意味では、先生がお話頂いたネッ

トワークができるようになればいいと思います。

最後になりますが、山本先生、今日の報告とさまざまな意見の中で、これだけはぜひ述べたいということがありましたら、お願いします。

○山本 ぜひこの実施率、受検率の低さ、全国ワースト1というのを返上して、早くワースト1を抜け出す。そうしないと、万年ワースト1というのが続くのではないかと。身体的な検診結果の有所見率ワースト1がずっと続いていて、歴代の健康安全課長がご苦労されているのに改善していないですね。

今がやっぱり大事。スタートダッシュのときに改善しないと、これが定着して沖縄はもうこんなもんだと、みんなもこれでいいみたいになってしまうと思うので、ぜひここにいらっしゃる関係者一同、沖縄労働局、産業保健総合支援センター、医師会、検診センター、みんなでワースト1は絶対抜け出すという覚悟で進めていただければありがたいと思います。

○本竹(司会) 本日はどうもありがとうございました。これで座談会をとじたいと思います。

#### (注1) 素点換算

調査票の各質問項目への回答の点数を素点換算表により尺度ごとの5段階評価(ストレスの高い方が1点、低い方が5点)に換算し、その評価点の合計点(又は平均点)を基準に用いるものであり、個人プロフィールとの関連が分かりやすく、尺度ごとの評価が考慮された解析方法。

#### (注2) 単純合計

調査票の各質問項目への回答の点数を単純に合計して得られる評価点を基準に用いるものであり、特別な手順によらず算出することが可能。

(「ストレスチェック制度実施マニュアル」(厚生労働省ホームページに掲載)より)

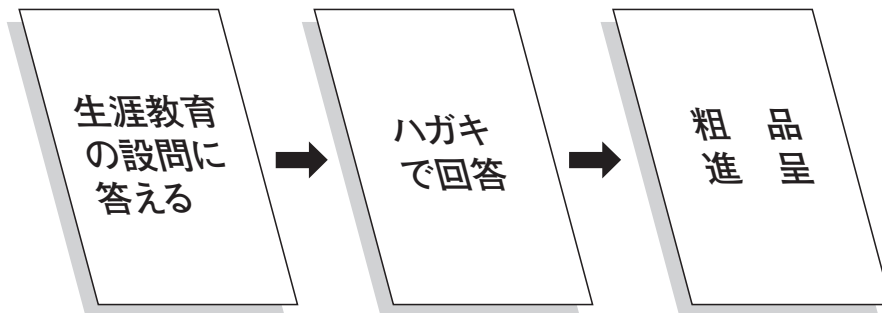


## 沖縄県医師会報 生涯教育コーナー

当生涯教育コーナーでは掲載論文をお読みいただき、各論文末尾の設問に対し、巻末はがきでご回答された方の中で高率正解上位者に、粗品(年に1回)を進呈いたします。

会員各位におかれましては、多くの方々にご参加くださるようお願い申し上げます。

広報委員



●掲載論文を読み設問に答える

●県医師会にハガキで回答する

●高申告率、高正解率の方へ粗品進呈



# 慢性閉塞性肺疾患（COPD）症例における 呼気 NO（FeNO）測定と治療の実際

社会医療法人敬愛会 中頭病院 呼吸器内科 伊志嶺 朝彦

## 【要旨】

慢性閉塞性肺疾患（COPD）の確定診断がついており、かつ呼気一酸化窒素（FeNO）の測定をおこなった 32 例を後方視的に検討し、当院での FeNO 測定の実際について検討した。

男女比は 23 : 9、平均年齢 71.1 歳、% FEV1.0 は 52.3%。測定理由は COPD 治療効果不十分 : 43%、初診時に喘息鑑別のため 41%、ACO 治療中の治療効果不十分が 16% であった。測定結果は 22ppd > 59%、22-35ppd 22%、35ppd < 19% であった。それぞれの群から臨床的に主治医が喘息合併と診断したのは、26%、86%、100% であった。

COPD 症例で FeNO を測定するのは①初診時に ACO を疑うとき、② COPD 治療中のコントロール困難または急性増悪時、③ ACO 治療中コントロール困難時である。

当院では喘息合併 COPD を疑う場合に、FeNO の値を重視している結果となった。その特徴を理解して、吸入ステロイドを併用すべき COPD を鑑別するために非侵襲的な FeNO 測定を考慮してもよいと考える。

## 【はじめに】

慢性閉塞性肺疾患（COPD）の治療のなかで、問題になるのが喘息合併の COPD（ACO）である。COPD の診断は、『a. 長期の喫煙歴 b. 気管支拡張剤吸入後の FEV1.0/FVC < 70% c. 他の気流閉塞をきたす疾患の除外』でなされる。ACO であれば、吸入ステロイド（ICS）の併用が必須だが、不必要な併用（単なる COPD への ICS の併用）は下気道感染のリスクを上昇させるため避けなければならない。また、ACO は他の COPD と比較し増悪の頻度が高いことが知られており、管理上の注意を要する。

ACO は『慢性の気流閉塞を示し、喘息と COPD のそれぞれの特徴を併せ持つ疾患である』としており、COPD の診断基準を満たした患者の内、下記の 1.2.3 の 2 項目あるいは、1 項目と 4 の 2 項目以上が当てはまる場合に ACO とする診断基準を提案している。

1. 変動性あるいは発作性の呼吸器症状、2.40 歳以前の喘息の既往、3. FeNO 35 <、4. ①通年性アレルギー性鼻炎の合併、②気道可逆性、③末梢血好酸球 5% < または 300 <、④ IgE 高値。<sup>1)</sup>

しかし、本来喘息自体の診断基準はなく、『喘息診断の目安』があるのみである。そのため、

上記 ACO の診断基準も『喘息と COPD のオーバーラップ（ACO）診断と治療の手引き 2018』のなかで『定義や診断基準を統一しなければ ACO という病態に対する議論を進めることができない』という観点から提案されたものである。<sup>1)</sup>

海外での COPD 集団における ACO の有病率は、7.4% ~ 66.0% と様々である。<sup>1)</sup>

喘息の補助診断として、呼気一酸化窒素（FeNO）が、臨床応用されており、日本人での喘息診断に関する cut off 値は『呼気一酸化窒素（NO）測定ハンドブック』にて（喘息を思わせる臨床症状を有し）呼気一酸化窒素 22ppd 以上なら喘息の可能性が高く、35ppd 以上ならほぼ確実に喘息であるとされている。<sup>2)</sup>

そこで今回、我々一般病院の実臨床でどのような COPD 症例に FeNO を測定し、どのようにその結果を生かしているのか retrospective な検討を行った。

## 【対象】

2014 年 9 月から 2015 年 8 月までの 1 年間に COPD の診断基準を満たし、初期診断時または経過中に FeNO を測定した 32 症例を対象とした。



**【結果】**

男女比は 23 : 9、平均年齢 71.1 歳、% FEV1.0 の平均値は 52.3%。

測定理由は COPD 治療効果不十分（喘息合併を疑った時）：43.8%、初診時に喘息鑑別のため：40.6%、ACO 治療中の治療効果不十分：15.6%であった。（図 1）

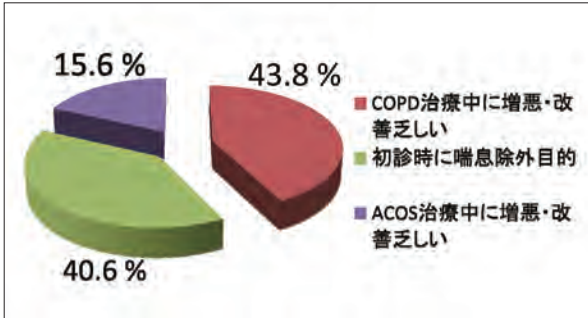


図 1 FeNO 測定理由 (n=32)

測定結果は 22ppd > 59%、22-35ppd 22%、35ppd < 19%であった。それぞれの群から主治医が症例の臨床像と補助検査から ACO と臨床診断したのは、26.3%,85.7%,100% であった。（図 2、図 3）

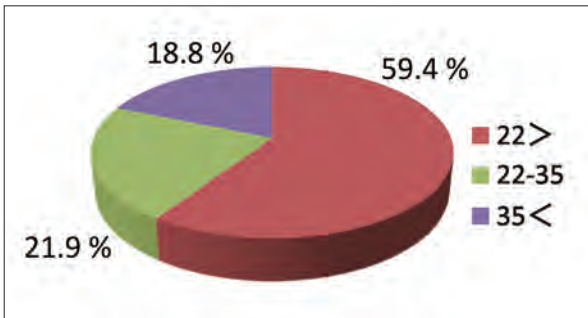


図 2 FeNO 測定値 (n=32)

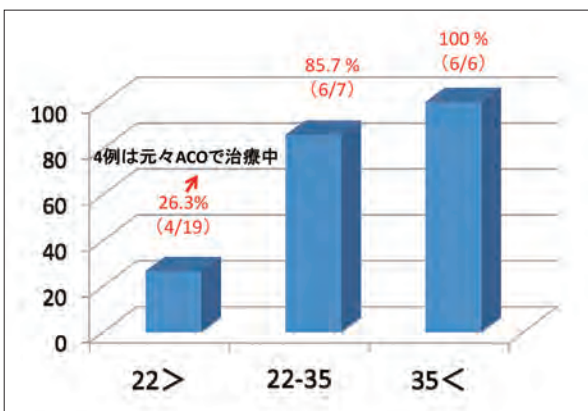


図 3 FeNO 測定値と ACO の診断率 (n=32)

（今回の検討時期は 2014 ~ 2015 年であり、前述の 2018 年の日本呼吸器学会発行の『喘息と COPD のオーバーラップ (ACO) 診断と治療の手引き 2018』の診断手順による診断ではなく、あくまでも主治医の臨床診断を用いて検討している。）

22ppd > は 19 例であり 4 例は測定前から ACO の診断となっていた症例であり、FeNO 低値でも他の所見も加味して ACO の診断は変わらなかった。その他は、FeNO22-35ppd となった 7 例中 1 例を除く 12 例が ACO の診断となった。未診断の ACO を COPD から鑑別するには、当院では FeNO を重視している結果となった。

頻回の COPD 増悪を繰り返し、治療に難渋していた症例が、5 回目の増悪時に FeNO を測定し、高値であったことから ACO と診断し、ICS を併用した結果、その後の 2 年間増悪が起こらなくなった症例を提示する（図 4-1、4-2）。当初は単なる COPD として治療しており、ACO と気づかなかった症例であり、FeNO の有用性を示す症例と考える。

Ex smoker 50本/日x30年(50歳で禁煙)  
 併存疾患: 2型DM、高LDL血症、高血圧  
 現病歴:  
 最重症のCOPD(FEV1.0% 33%、%FEV1.0 34%、可逆テスト陰性)にて LABA/LAMAを吸入中。  
 治療中にもかかわらず最近3ヶ月に4回のCOPD増悪による入院歴あり。今回、10/4に呼吸困難と酸素飽和度低下にて入院となった。  
 身体所見:  
 BP 142/69、HR 97/min、BT 36.6°C、SPO2 90%(RA)  
 呼吸音: wheeze II  
 PEF 60、70、80L/min(通常は 100L/min)  
 検査結果  
 白血球 9670/mm3、(好酸球: 6.8%(実数 658)) CRP 0.36 mg/dl  
 白色痰の塗抹培養で正常細菌叢

図 4-1 71 歳 男性 身長 162cm 体重 48.8kg BMI:18.6kg/mm

経過:  
 呼吸困難の悪化と低酸素血症を認め、COPD増悪の診断。細菌感染はないと判断し、mPSL 40mg/日の投与を行った。  
 3ヶ月に5回目の増悪であり、入院2日目に呼気NOを測定。  
 呼気NO 52 PPD  
 と上昇しており、ACOと考えた。ICSを追加し、5日目に退院。2ヶ月後の呼気NO 21 PPD  
 以後は2年間COPD増悪なし。呼吸機能の改善は乏しかった。



図 4-2 COPD 増悪による入院時に測定

**【考察】**

呼気 NO とは、非侵襲かつリアルタイムに測定が可能なバイオマーカーであり、健常者と比べ喘息患者の FeNO は高値を示すことがわかっている。喘息患者において、FeNO 値は喀痰中好酸球数、気管支生検における好酸球浸潤程度、および気管支肺胞洗浄液中の好酸球数と正の相関を示し、気道の好酸球性炎症の評価に用いられている。



喘息の補助診断や、ステロイドに対する反応性の予測に有用とされている。さらには、治療による FeNO 濃度の変化は症状や気流制限の改善と関連するため、喘息のモニタリングや治療ガイドにおける役割が期待されている。

FeNO の値の解釈に関する注意として、下記のことがあげられる。

- ①習慣的喫煙者は非喫煙者に比べて FeNO が 30% 低下する。
- ②アトピー、アレルギー性鼻炎、好酸球性副鼻腔炎の患者においては、鼻腔の NO の混入ではなく、下気道に CD4+ リンパ球や好酸球などの炎症細胞浸潤を認めるため、FeNO が高値となる。
- ③下記の食品の影響があり、測定前 1 時間は飲食を避ける。  
硝酸塩を多く含有するレタス摂取後に FeNO が上昇することが報告されている。  
アルコールや果糖、脂質の過剰摂取は FeNO 濃度の低下に関連している。
- ④吸入ステロイドや全身投与のステロイドは FeNO を低下させる。

松永らによると、日本人での平均 FeNO は、15ppd であり、喘息を思わせる症状、臨床所見に加え FeNO が、22ppd 以下なら喘息の診断に対する感度が 91%、特異度が 84%。35ppd 以下なら喘息の診断に対する感度が 52%、特異度が 99% と報告されている。

冒頭で述べた通り、COPD の安定期治療の際に問題となるのが喘息と COPD のオーバーラップ (ACO) である。最新の日本の COPD ガイドライン (2018 年第 5 版) では、単なる重症 COPD には ICS を併用することにより細

菌性肺炎のリスクが高まることから併用せず、ACO と診断した場合に吸入ステロイド (ICS) の使用を必須としている。<sup>3)</sup>

GOLD2017 では、治療のための分類で呼吸困難の程度と、増悪の頻度を用いて A から D に分類している。ICS は増悪頻度の低い A と B では治療選択肢に入っておらず、増悪頻度が高く症状の乏しい C でも積極的な推奨はなくなった。D の患者のみ LABA/LAMA を使用しても増悪が多い場合に ICS 併用を推奨となっている。<sup>4)</sup> (図 5)

上記のように、ますます、COPD の患者のなかで ICS 併用が必要な患者 (ACO の患者) を見分けることが重要となってきている。喘息とのオーバーラップを見分けるための補助的検査として、①喀痰中好酸球、②血中好酸球、③ FeNO、④可逆テストなどがある。この中でも①と正の相関が認められ、非侵襲的で、リアルタイムに測定が可能な FeNO は非常に有用性の高い検査であると思われる。

Tamada らの報告では、COPD 患者全員の FeNO を測定した場合、基準を 25ppd 以下とすると 36.9%、35ppd 以下とすると 16.3%、50ppd 以下とすると 5.1% が ACO の診断とされている。<sup>5)</sup> (図 6)

今回、市中病院において実際の COPD 診療のなかで FeNO を臨床医がどのような場面で測定し、どのように利用しているかを理解するために retrospective な検討を行った。その結果 FeNO は、COPD 診療の初期、治療中を問わず、未診断の ACO を COPD から鑑別する補助診断として当院で重視している検査であった。

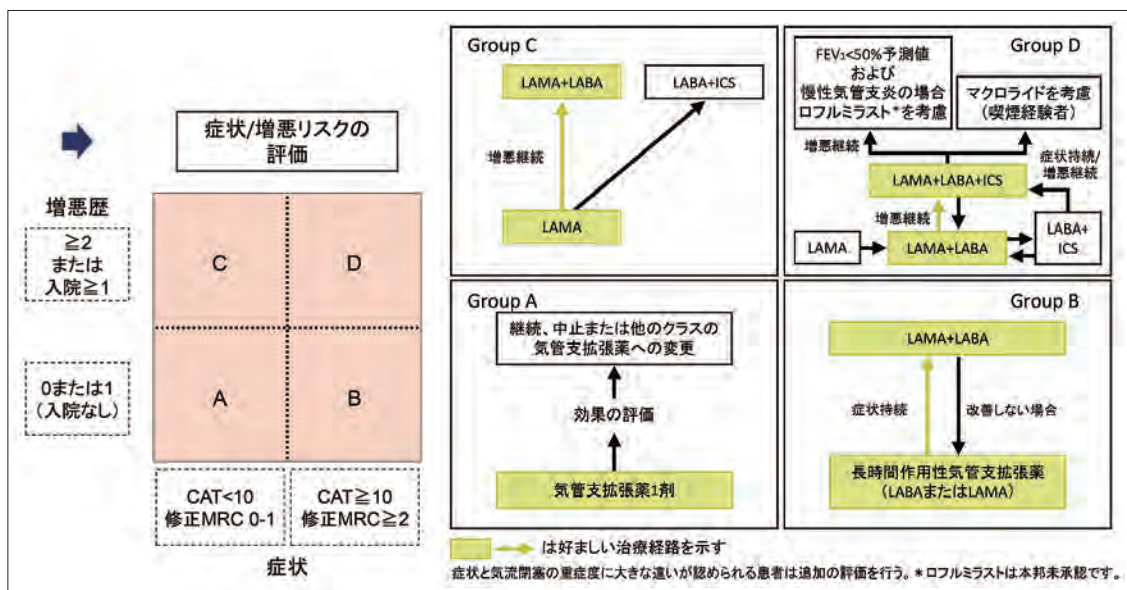


図 5 GOLD 2017 での治療

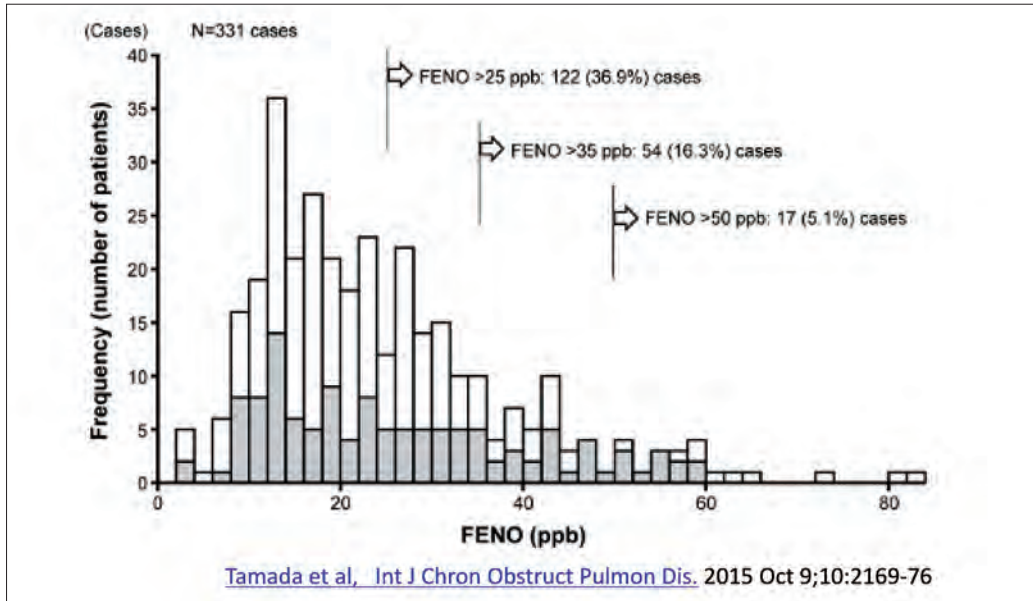


図6 Biomarker-based detection of asthma-COPD overlap syndrome in COPD populations

今回の検討のまとめとして図7に COPD 症例における、FeNO の測定 タイミングとその結果の解釈と治療介入について簡単に私案をまとめた。

COPD 症例で FeNO を測定するのは① COPD 診断時に ACO を除外目的、② COPD 治療中の頻回増悪や改善乏しい場合に ACO の診断目的、③ ACO 治療中に頻回増悪や改善乏しい場合に ICS 不足の判断目的の場合となる。

結果の解釈と介入としては

FeNO 35 < : ACO 判明または ICS 不十分  
→ ICS 併用開始または増量

FeNO 22-35 : 自覚症状や喀痰中好酸球、末梢血好酸球、IgE など参考に ACO の診断  
→ ICS 併用開始または増量

FeNO 22 > : 幼少期からの喘息など明らかな合併なければ COPD として治療

これまで述べたように、喘息には診断基準はなく、『診断の目安』があるのみである。

そのため、『真の喘息集団』という集団を確定することは困難であり、喘息合併 COPD 患者診断に対する FeNO 検査の有用性を論じるのは難しい問題を含んでいる。

2014 ~ 2015 年の時点で当院では ACO を疑う場合に、FeNO の値を重視している結果となった。その特徴を理解して、吸入ステロイドを併用すべき COPD (喘息 COPD オーバーラップ; ACO) を鑑別するために非侵襲的な FeNO 測定を考慮してもよいと考える。

**【参考文献】**

- 1) 一般社団法人日本呼吸器学会 喘息と COPD のオーバーラップ診断と治療の手引き 2018 作成委員会：喘息と COPD のオーバーラップ診断と治療の手引き 2018, 日本呼吸器学会, 東京, 2018.
- 2) 呼気一酸化窒素 (NO) 測定ハンドブック作成委員会：呼気一酸化窒素 (NO) 測定ハンドブック, 日本呼吸器学会, 東京, 2018.
- 3) 日本呼吸器学会 COPD (慢性閉塞性肺疾患) 診断と治療のためのガイドライン第 5 版作成委員会：COPD (慢性閉塞性肺疾患) 診断と治療のためのガイドライン第 5 版 2018, 呼吸器学会, 東京, 2018.
- 4) Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) . GOLD 2017 Global strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. 2017. <http://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/>, (accessed 2017-12-26) .
- 5) Tsutomu T, et al: Biomarker-based detection of asthma-COPD overlap syndrome in COPD populations. Int. J COPD.2015.

**測定のタイミング**

- ① COPD 診断時に ACO を除外目的
- ② COPD 治療中の頻回増悪や改善乏しい場合に ACO の診断目的
- ③ ACO 治療中に頻回増悪や改善乏しい場合に ICS 不足の判断目的

**結果の解釈と介入**

FeNO 35 < : ACO 判明または ICS 不十分 → ICS 併用開始または増量

FeNO 22-35

自覚症状や喀痰中好酸球、末梢血好酸球、IgE など参考に ACO の診断  
→ ICS 併用開始または増量

FeNO 22 >

幼少期からの喘息など明らかな合併なければ COPD として治療

図7 COPD 症例における FeNO 測定と ICS 使用 (私案)



**問題**

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. FeNO は気道の好酸球性炎症を反映するマーカーである。
- 問 2. FeNO は日本人において 50ppd < が喘息の補助診断に有用である。
- 問 3. 日本呼吸器学会の COPD ガイドライン 2018 では早期から ICS の併用を推奨している。
- 問 4. レタス摂取後は FeNO が上昇する。
- 問 5. COPD 患者を対象にした FeNO の測定で 35ppd < を ACO とすると、16.3% が当てはまる。



4月号 (Vol.54) の正解

**当院における重症大動脈弁狭窄症に対する早期治療成績**

**問題**

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 大動脈弁狭窄症の患者数は増加傾向である。
- 問 2. 大動脈弁狭窄症の代表的な症状は胸痛、失神、心不全である。
- 問 3. 大動脈弁狭窄症の診断は一般的にカテーテル検査によって行われる。
- 問 4. 大動脈弁狭窄症の新しい治療である TAVI は日本では行われていない。
- 問 5. TAVI の合併症として房室ブロックが挙げられる。

正解 1.○ 2.○ 3.× 4.× 5.○



末期心不全高齢者に対する在宅医療



おもしろまちメディカルセンター  
循環器内科兼訪問診療  
嘉数 朗

はじめに

昨今、高齢化社会とともに世界中で心不全患者が増加し、心不全パンデミックとも言われている。

心不全の末期状態 (end-stage) とは、最大の薬物治療でも治療困難で、侵襲的治療として、人工呼吸器、IABP、PCPS、VAS、人工透析、ペースメーカー植え込み、CRT や ICD 等が必要な状態と定義されている。<sup>1)</sup> (図1)

一方在宅医療においては、通院不可能な病を患ったり、長期入院困難で退院、転院を余儀なくされることで最大薬物治療や非薬物治療が行えなくなった末期心不全や、患者本人の意思による治療拒否により末期心不全となる例が存在し、心不全在宅医療の特異な点だと考えられる。

ACP (Advance Care Planning)

高齢者の末期心不全患者は、脳血管障害、腎不全、認知症、サルコペニア等を合併しているため治療難渋例が多い。また慢性心不全は癌とは異なり、心不全増悪入院の度に心機能低下とフレイルにより次第に ADL が低下し終末期へと進行してゆく「病みの軌跡」をたどる。(図2)

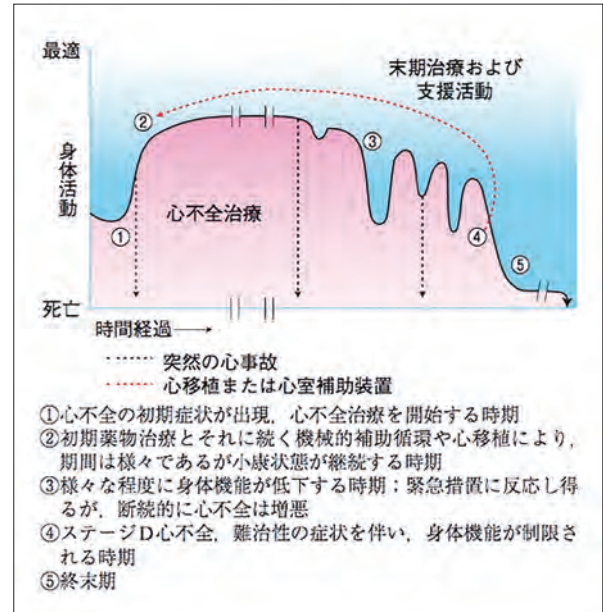


図1

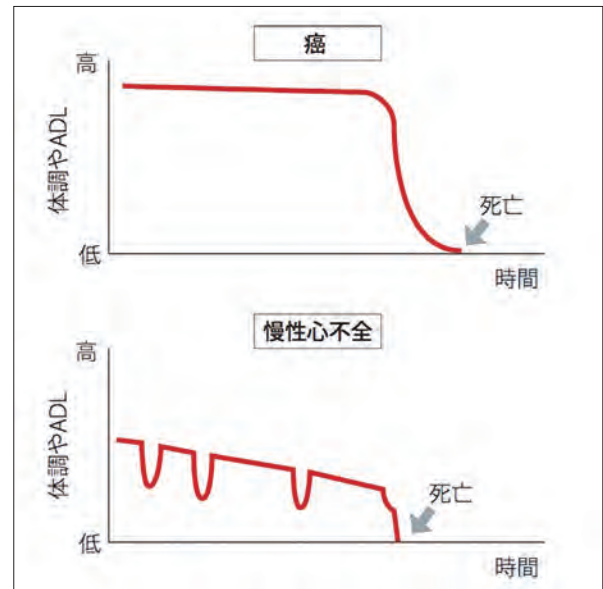


図2

ACP とは、意思決定能力が低下する前に、患者や家族が望む治療と生き方を医療者が共有し、事前に対話しながら計画するプロセスのことであり、終末期に至った際に、納得した人生を送ってもらうことを目標としている。<sup>2)</sup>

緩和ケア

2017 年末、日本循環器学会急性・慢性心不全診療ガイドラインが改定され、新たに緩和ケアという項目が設けられた。

心不全における緩和ケアとは、治療を諦めるものではなく、患者、家族の QOL を改善させ

るためのものである点が重要とされている。<sup>2)</sup>

慢性心不全は、癌とは異なり、急性増悪による入退院を繰り返しながら、最期は急激に悪化するため、終末期の判断が困難である。そのため、心不全緩和ケアは終末期から始まるのではなく、心不全が症候性となった早期の段階から実践すべきとされている。<sup>2)</sup> (図3)

緩和ケアの対象とする「苦痛」は全人的苦痛であり、痛みや呼吸困難だけでなく不安や抑うつなどの精神的苦痛、仕事や家庭の問題などの社会的苦痛、人生の意味への問いや死への恐怖などのスピリチュアルペインなど全てを包括的に捉えた苦痛である。<sup>4)</sup>

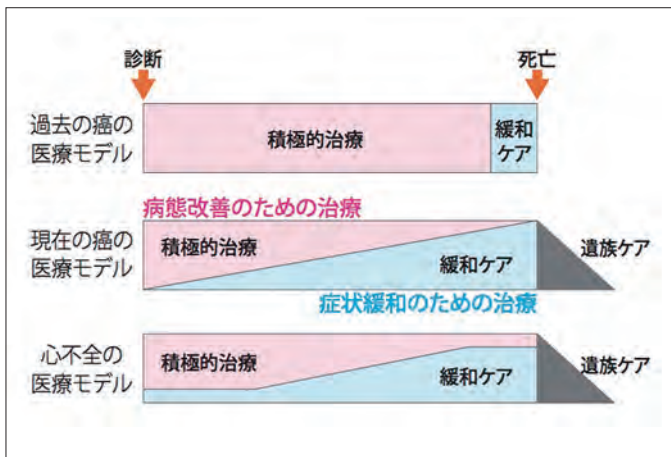


図3

### 心不全多職種チーム医療

現代では医師単独で心不全緩和ケアを行うのではなく、心不全多職種チームまたは癌の緩和ケアチームの中でオープンに検討しながら行われることが望ましいとされている。

そのチームとは、医師、看護師（認定看護師）、薬剤師、リハビリ指導士、管理栄養士などから構成される。チーム医療の介入によりガイドライン遵守率の上昇、入院回避効果、Quality of Life 改善効果、医療費削減効果などが認められると言われている。<sup>3)</sup>

しかし病院と異なり、在宅医療の現場で心不全多職種チームを編成するのは困難で、心不全病態を熟知した訪問診療医、訪問看護師、訪問薬剤師、訪問リハビリ士を一同に揃えるのは現時点では不可能に近い。

### 介護保険制度

在宅医療で使用される保険は、訪問診療以外全て介護保険であり、介護度ごとに保険限度額が決められている。

介護保険では、認知症やADL低下のためどれだけ他人の介助が必要であるかを評価して介護度を決めるため、どんなに循環器疾患が重症であっても、身の回りの事を自力で行え、認知症も軽度であれば介護度は低く評価される。在宅医療はその介護保険給付限度内におさめる必要があるため、介護度が低いと十分な在宅医療を行えなくなる。

### 症例

患者：89歳、女性（自宅・独居）

診断：末期心不全、大動脈弁置換術後、血管性認知症

既往歴：C型慢性肝炎

現病歴：大動脈弁閉鎖不全症による慢性心不全、次第に心不全増悪し入退院を繰り返すようになったため大動脈弁置換術および三尖弁置換術施行。術後発生した洞停止に対し恒久ペースメーカー植込み施行。長期入院で低下したADL改善のためリハビリを行い、つたい歩きまで可能となり退院。しかし自宅アパートは狭い坂道を100m登った後、階段で3階まで上がる必要があり、しかも独居・独身のため通院困難となり訪問診療を導入した。

検査所見：BNP=601pg/ml、Cre=1.6mg/dl、eGFR=23mL/分/1.73m<sup>2</sup>と慢性心不全およびCKDを認め、EF=50%と左室収縮能低下を認めた。

認知度：HDS=10、DASC21=51、中等度認知症。

介護度：要介護1。

### 多職種による在宅医療 (図4)

訪問診療：医療保険で行い、月2回の訪問で診察し訪問看護と情報共有する。月1回採血検査。

以下は全て介護保険

訪問看護：バイタル測定、全身管理、服薬管理、心不全増悪の兆候発見のため最も



重要。週2回。

訪問介護：入浴介助で週2回、生活援助で週1回導入。

訪問調剤薬局：処方薬を確実に本人へ届けるため重要。残薬チェック、服薬管理も行う。月2回。

訪問リハビリ：サルコペニア対策として自宅でリハビリを行い、転倒による外傷や骨折の予防を行った。週2回。

**考察**

本症例では、訪問診療導入時にすでに意思決定能力が低下しており、生涯独身であったため、ACPに関して本人や家族と話し合う事が出来なかった。心不全増悪入院時に、妹さん達と話し合う機会を得たが、急変時はDNARというadvance directiveの確認のみで終わった。

緩和ケアに関しては、呼吸困難などの苦痛は無く、社会的苦痛やスピリチュアルペインへの対応が予想されたが、生来の明るい性格と認知機能低下のためそれは認めなかった、しかし毎日入れ替わり多職種スタッフが訪問する事が精神的苦痛に対する緩和ケアになり、入浴介助やリハビリは身体的苦痛の緩和ケアに役立ったと思われる。

本来なら心不全診療に習熟した多職種チームを組織するのが理想であるが現実には不可能で、特に専門性のない多職種による在宅医療とならざるを得なかった。

その中で心不全病態の知識啓発に努めたが、医師との接点がほとんどないケアマネージャーや訪問介護士への心不全知識啓発は充分に行うことが出来なかった。

**おわりに**

高齢化社会と共に末期心不全患者の在宅医療が今後増加すると予想されるが、在宅医療の現場はまだ心不全を専門的に診る事が出来ないのが現状である。

しかし、これからの在宅医療では、ある程度疾患別に専門化された在宅医療も必要になると思われ、循環器領域においては、心不全についての知識を多職種が深める必要がある。

そのためには、医師会や自治体を中心となり、心不全病態と末期心不全患者への緩和ケアに関して多職種への知識啓発が重要になると考えられる。

**(参考文献)**

- 1) 循環器疾患における末期医療に関する提言、循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2008-2009年度合同研究班報告)
- 2) 筒井裕之 他:急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)、日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン、2018
- 3) 佐藤幸人:心不全緩和ケアの基礎知識 35、心不全緩和ケア研究会編集、文光堂、2017
- 4) 宮下光令:末期心不全の緩和ケアを考える、HEART 2012/5 Vol2 No5, p.501-511

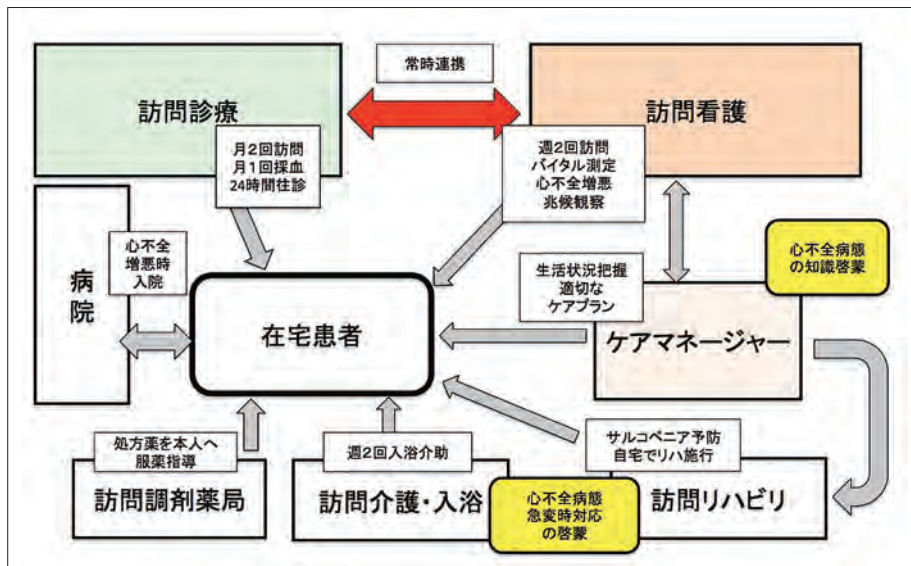


図4

インタビュー  
コーナー

これからの超高齢社会に向かって県医師会委員の皆様方と一緒に健康寿命の延伸に取り組んで参りたいと思っております。なにとぞご協力の方よろしくお願ひ申し上げます。



沖縄県政策参与  
真栄田 篤彦

質問 1. この度は、政策参与ご就任おめでとうございます。

ご就任に当たってのご感想と、今後の抱負をお聞かせ下さい。

ありがとうございます。翁長知事就任から4年目に政策参与の依頼を受けました。

辺野古対応の県行政の中であって、医療は県民の生活の中にあり、非常に大切な分野でもありますので、県民の健康保持増進に少しでも役に立てるように、県民目線で医療政策を推進していきたいと考えています。

質問 2. 真栄田先生が目指す医療政策についてお聞かせ下さい。

平成 29 年度に今後 5 年間の沖縄県保健医療計画がすでに策定されています。また国の進める地域医療構想の検討もある程度方向性が決まっています。その中で地域の医療特性や実態がこの構想と合致するように県と医師会とが納得のいくような協議になるよう調整役として関与していきたいと思っています。

質問 3. 生活習慣病問題、医師・看護師不足問題等、本県が抱える様々な問題に対して、先生のお考えをお聞かせ下さい。

沖縄県が長寿県日本一から落ちて随分と経過しています。平成 8 年頃に稲福全三先生（元那

覇医師医師会長）が兼ねてより提起されていた「予防医療」の導入推進を当時はだれも振り向きませんでした。この予防医療こそが、生活習慣病予防の核心だったのです。

私が那覇市医師会理事の時、平成 13 年に那覇市内小学 4 年生の生活習慣病予防の検診をスタートしたのも、稲福先生の「予防医療」のアドバイスでした。国の特定健康診断は平成 20 年から実施されていますが、その政策だけでは沖縄県の生活習慣病対策にはまだまだの感があります。予防医療を推進するためには、学校保健会、地域自治会等、行政、医師会等が今以上に緊密な連携を行うことも肝要かと考えています。

医師の養成は琉球大学医学部の中にある地域枠の医師養成があります。当県も今後も地域枠の医師を活用していく上で、県病事業局と琉球大学医学部との連携や附属病院との連携も緊密にしていく必要があります。そして、その附属病院移転に伴う県の応分の負担を政策医療として考慮する必要があると思っています。我那覇仁病院事業局長とも相談しながら進めていきたいと思ひます。

看護師不足問題に関しては、その養成数はまだ足りない状況ですが、せっかく県内で卒業しても賃金の高い県外へ流出も問題だと思ひます。県内での賃金平均はまだまだ低いので、ま

ずその対策から取り組む必要がありますし、男性看護師も増加していますが、女性看護師が結婚・妊娠等で離脱する数も結構あり、その復職を手助けするシステムを構築する必要があると考えています。看護養成学校からもご意見を賜りたいと思っています。

**質問 4. 県医師会に対するご要望がございましたらお聞かせください。**

県医師会には理事として18年間お世話になりましたが、県医師会で県行政に対する要望等がありましたら、或いは沖縄県民の医療に関する政策でご提言ご提案がありました際にはご連絡ください。

**質問 5. 最後に日頃の健康法、ご趣味、座右の銘等がございましたらお聞かせ下さい。**

現在まで体重62kgをずっと維持してきました。美食を避け、低カロリー食で腹7分でやってきました。ストイックに生きているように見えますが、友人との模合にも月6回は参加しています。趣味はゴルフで、プレー中は歩くように心がけていますが、最近スコアが山あり、谷あり、人生ゲームの様相です。座右の銘ではありませんが、モットーとして「健康維持」を意識しています。

この度はお忙しい中、ご回答頂きまして、誠に有難うございました。

インタビューアー：広報委員 玉井 修



## テロメアエフェクト



翔南病院 桑江 紀子

テロメア・エフェクト：〈あなたのテロメアはあなたに耳を傾けている〉：健康寿命とのかかわりから；最強のプログラム

2017年、1月に出版されたパステルカラーのブルーの表紙がおしゃれな本である。

〈テロメア〉配列を同定し、それを伸長する酵素テロメラゼを発見したノーベル医学生理学賞受賞者のエリザベス、ブラックバーンとサンフランシスコ大学の精神医学教授のエリッサ、エベルの共著。

人の願いは単なる長寿ではなく、最後の時まで人生を謳歌し、健康に過ごす事であり、それに深くかかわってくる〈テロメア〉、の効果について、分析、提言をしている。

テロメアとは、ギリシャ語の Telos (end) + Meros (part) に由来する。ヒト染色体の両末端に、靴紐の末端のプラスチックのように存在する部分で、染色体の損傷を防ぎ、その安定性を維持する役割を有す。時間とともに短くなる傾向を有し、若年者のテロメアの方が、高齢者の1.5倍も長いとされる。加齢にともなう疾患、寿命の短縮は、テロメアの短縮、その背後に存在するメカニズムにあるとされ、テロメアの長さ、寿命は、既に決まっているというのがこれまでの通説であった。しかし、本書によれば、〈日々の行動や思考法を正すこと〉がテロメアへ作用、細胞を若返らせ、ヒトの〈健康寿命を延ばすことにつながる〉のである。

第1部ではテロメア自体に関する解説、第2部ではストレス、うつ病、不安がテロメア短縮に結びつくこと、(cf.2017年6月 Otsuka らの論文 Aberrant telomere length and mitochondrial

DNA copy number in suicide completers; Scientific Reports でも自殺遂行者のテロメアが極端に短いことが報告されている) それらにいかに対処するかという方法まで提示されている。例えば、長期に及ぶ介護等のストレスはテロメア短縮の方向へ追いやるが、しかし、それを本人が〈チャレンジ〉と捉える、つまり、状況は不変でも受け取り方を変えると、テロメアは伸長する。また、失敗、喪失の痛みには、セルフ・コンパッションを持って〈自分を慈しむ〉こと、人生への目的意識〈人生の目的は自分自身だけでなく、もっと大きなもののためにあるという健全な感覚〉を持つこと、楽観すること、マインドフルネス〈今、ここに〉を実践すること等々を通じて、テロメラゼを活性化することができるとする。

第3部では実践論として、テロメア伸長のために、毎日30分程の歩行運動、適正体重の維持、十分な睡眠、良好な人間関係、砂糖や、農薬、化学肥料をさけた農作物の摂取を心がけること等、を勧めている(ごく普通の健康法ではあるが)

第4部では、社会的環境及び家庭環境がテロメアにどのような影響を及ぼすか、の観点から論じている。

遺伝からくる自らのテロメアの限界をどのくらい逆転させることができるか、どれだけ、〈健康長寿〉を全うできるか、それは私たちがどのように考え、行動しているか、に大きく関わってくるようだ。テロメアは私たちに何を語っているだろうか。今一度、自身のテロメアについて考えてみるのも悪くない。