

山口県医師会産業医研修会

と き 令和7年12月13日(土) 15:00~17:00

と ころ 山口県総合保健会館2階「多目的ホール」

[報告:理事 藤井 郁英]

特別講演1

最近の労働衛生行政について

山口労働局労働基準部健康安全課長 徳重 宏之

本講演では以下3点について述べる。

- 1. ストレスチェック制度について
- 2. 治療と仕事の両立支援について
- 3. 女性特有の健康課題について

1. ストレスチェック制度

労働者のメンタルヘルスの状況

精神障害の労災支給決定件数は、年々増加傾向にあり、令和6年度は1,055件と過去最多である。労災保険は、本人や遺族からの請求によって決定する。図1は労災支給決定の件数であるが、請求件数も同様に増加している。精神障害の労災の支給決定は、発症した精神障害が業務に起因するかを判断するため、工作中的のケガと異なり、請求に対する支給決定件数は低く、請求件数のうち2割強が支給決定されている。

しかし、労災支給決定件数と比較して、自殺者の件数はそれほど増加していない。平成14年は、労災認定されたものの約4割が自殺で占めていたが、令和6年では、1割にも満たない件数となっている。過去に、自殺に至るような事例が支給決定の対象とされていたが、精神障害の労災認定

基準が平成11年に示され、その後、平成23年と令和5年に改正されて認定の事例が具体的に示された。自殺に至らないような事案でも労災支給決定されたことが新聞報道等で広く周知された影響で、請求の増加、支給決定件数の増加につながった。

出来事別精神障害労災認定件数

出来事別精神障害労災認定件数の1位はパワーハラスメントで、2位の仕事内容・仕事量の変化の倍近い件数となっている(図2)。2位以下は、年によって順位が変動する。3位の「顧客・取引先・施設利用者等からの著しい迷惑行為」いわゆる「カスタマーハラスメント」によるものが近年増加傾向にある。

1位の「パワーハラスメント」と9位の「同僚等からの暴行又はひどいいじめ・嫌がらせ」と10位の「上司とのトラブル」の違いは、「パワーハラスメント」は職場において行われる①優越的な関係を背景とした言動であって、②業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、③労働者の就業環境が害されるものであり、この3つの要素を全て満たすものをいう。「同僚等からの暴行又はひどいいじめ・嫌がらせ」は、業務上必要かつ相当な範囲を超えているが、行為者の同僚等が職場における優越的な立場に当たらないものの場合



図1

順位	出来事の種類	支給決定件数*
1	パワーハラスメント	224 (10)
2	仕事内容・仕事量の(大きな)変化	119 (21)
3	顧客・取引先・施設利用者等からの著しい迷惑行為	108 (1)
4	セクシュアルハラスメント	105 (0)
5	悲惨な事故や災害の体験・目撃	87 (0)
6	特別な出来事	78 (10)
7	1か月に80時間以上の時間外労働	51 (6)
8	(重度の) 病気やケガ	48 (4)
9	同僚等からの暴行又はひどいいじめ・嫌がらせ	44 (1)
10	上司とのトラブル	38 (4)

図2

は、こちらに該当する。「上司とのトラブル」は、上司は職場における優越的な立場に当たるが、当該行為が業務上必要かつ相当な範囲を超えたものとは言えない場合はこちらに該当する。

事業場規模別精神障害の労災認定件数（図3）

令和5年度「過労死などの労災補償状況」より、精神障害の労災支給決定件数877件のうち、10人未満の事業場に勤務する労働者の精神障害の労災支給決定件数は136件で、全支給件数の15.5%である。概ね労働者100万人あたりで見えた場合、労働者49人以下の規模では支給件数約15人という数字がでていいる。労働災害は小規模事業場でも多く発生していることがわかる。

メンタルヘルス不調により、休業又は退職した労働者がいる事業所の割合

令和2年から令和5年の期間で、メンタルヘルス不調により、1か月以上の長期休業、退職する労働者が年々、増加傾向にある。

職業生活上精神的な不安を感じている内容について

令和5年労働安全衛生調査（実態調査）の結果、「仕事の失敗、責任の発生等」39.7%、「仕事の量」39.4%、「対人関係（セクハラ・パワハラを含む）」29.6%、「仕事の質」27.3%、「顧客、取引先等からのクレーム」26.6%となっている。

メンタルヘルス不調による休業期間

メンタルヘルス不調による病休期間（1回目）は、平均94.6日と3か月を超えている。また、復帰後、再度病休したケースでは、1回目の休業期間は約3.5か月、2回目は約5か月と1回目も平均より長い。2回目以降は病休期間が長くなる傾向にある。そして、職場復帰後、1年以内に再度病休に入った割合は28.3%、2年以内では

37.7%で、5年以内では、47.1%と約半数が復職後再度病休を取得している。復帰後から再休業の割合が増加していることから、最初の1年は、再発に注意が必要である。

メンタルヘルス対策とは

- ・労働者50人を以上雇用している事業場で行うことが義務付けられている衛生委員会（安全衛生委員会）において、労働者の精神的健康の保持増進を図るための対策の樹立（メンタルヘルス対策）に関することを協議しているか。
- ・メンタルヘルス休業者の実態把握ができていいるか。
- ・労働者の心の健康の保持増進のための指針に基づく取組みが行われているか。指針に基づく心の健康づくり計画が策定されているか。
- ・メンタルヘルス推進担当者が選任されているか。
- ・メンタルヘルス対策が適正に行われるよう、教育研修が行われているか。
- ・メンタルヘルス不調を未然に防止するための職場環境等の改善が行われているか。
- ・メンタルヘルスに関する相談体制が整備されているか。

事業場の規模別メンタルヘルス対策に取り組む事業場の割合

労働者数が増加するにあたり、メンタルヘルス対策に取り組む事業場の割合は増加している。労働者数50人以上の事業場は、9割以上がメンタルヘルスに取り組んでおり、全事業場の7割を超えている。メンタルヘルス対策に取り組んでいない理由として、「該当する労働者がいない」、「専門スタッフがいない」、「取組み方がわからない」などがある。

山口産業保健総合支援センターでは無料で相談を受け付けおり、訪問支援を受けることもできる。また、産業保健にかかるさまざまな研修を無料でを行っているため、利用してほしい。このほか、厚生労働省のホームページで、メンタルヘルス指針、指針に基づく「心の健康づくり計画」を掲示している。メンタルヘルスに関する総合的な情報提供を行う「こころの耳」も活用してほしい。

ストレスチェック制度

メンタルヘルス対策は、メンタルヘルス不調を未然に防止する「一次予防」、メンタルヘルス不

精神障害の労災認定の状況

○ 労災認定件数を事業場規模別に見ると、小規模事業場においても多く発生している。

令和5年度の精神障害の労災支給決定件数／事業場規模別 ※1

	全体	10人未満	10-29人	30-49人	50-99人	100-299人	300-499人	500-999人	1000人以上
精神障害の 労災支給 決定件数	877件 (100)	136件 (15.5)	199件 (22.7)	100件 (11.4)	114件 (13.0)	147件 (16.8)	65件 (7.4)	45件 (5.1)	71件 (8.1)
労働者数	55,143,895人 (100)	9,287,959人 (16.8)	13,152,068人 (23.9)	6,491,004人 (11.8)	7,505,914人 (13.6)	8,700,181人 (15.6)	10,006,849人 (18.1)		

※1 事業場規模は調査時点（令和6年度）、労災支給決定時点とは異なる場合がある。
 ※2 令和5年度の労災支給決定件数877件の内、事業場上のほか事業場としての存続不明な件を除く877件。
 ※3 労働者数は令和3年経済センサス-活動調査（総務省統計局）における調査対象をもとに、厚生労働省労働基準局が独自集計。令和3年6月1日時点。

出典：労災支給決定件数は令和5年度「過労死等の労災補償状況」を基に加工
 労働者数は令和4年「労働基準監督官年報」

図3

調を早期に発見し、適切な対応を行う「二次予防」、メンタルヘルス不調となった労働者の職場復帰を支援する「三次予防」に分けられる。

一次予防から三次予防実施のための体制整備として、衛生委員会等で調査審議、メンタルヘルス指針による心の健康づくり計画の策定、メンタルヘルス推進担当者等の選任が挙げられる。メンタルヘルス推進担当者は、産業医からの助言、指導等を得ながら事業場のメンタルヘルスケアの推進の実務を担当する者で、衛生管理者等や常勤の保健師等から選任することが望ましいとされている。ただし、労働者のメンタルヘルスに関する個人情報を取り扱うことから、労働者について解雇、昇進又は異動に関して直接の権限を持つ監督的地位にある者を選任することは適当でないといわれている。

具体的な取組みとして、一次予防では、労働者のストレスマネジメントの向上として、教育研修、情報提供による正しい知識の普及、偏見を除去するなどがある。ストレスへの気づき、ストレス対処法の獲得・実践を促す。また、職場環境等の把握・改善として、過重労働による健康障害防止を行う。また、パワハラ対策として、組織的にパワハラメントをさせない対応を行う。二次予防としては、上司、産業保健スタッフ等による相談対応、メンタルヘルス不調の早期発見と適切な対応などがある。三次予防では、職場復帰支援プログラムの作成・実施と、主治医との連携を図ることが含まれる。

ストレスチェック制度は、これらのうち「一次予防」に対する措置を強化する観点から導入され、平成27年に施行された。事業場の労働者数50人以上は義務で、50人未満は努力義務とされてきた。労働者自身がストレスチェックを受けることを「強制」されないが、メンタルヘルス不調を防止するため、すべての労働者がストレスチェックを受けることが望ましいとされている。

ストレスチェック制度の大まかな流れ

ストレスチェックは、医師、保健師等が、心理的な負担の原因、心身の自覚症状、他の労働者による当該労働者への支援について、調査票を用いて点数化して評価を行う。評価の結果、高ストレス者と判断され、当該労働者から医師への面接指

導の希望があった場合、医師の面接指導を行わなければならない。そして、事業者は、当該医師から意見聴取を行い、当該労働者の実情を考慮して、就業上の措置を講じなければならない。ただし、これはあくまで当該労働者がストレスチェックの結果を事業者に提供することに同意した場合に限る。

一方、検査結果を集団（職場）ごとに集計・分析し、職場単位での環境改善を行うよう努めなければならないと努力義務規定が設けられている。こちらは個別の結果とは異なり、労働者の同意は不要となっているが、集団の数が少ないと個別の特定につながる恐れがあることに注意が必要である。

ストレスチェックは、必要な項目について、調査票を用いて点数化して評価する。厚生労働省のストレスチェック制度の導入ガイドでは、「職業性ストレス簡易調査票（57項目）」の活用を推奨している。

ストレスチェックの調査の結果については、①結果に基づく、ストレスの特徴や傾向を数値、図表等で示したもの、②高ストレスに該当するかどうかを示した結果、③面接指導の要否の3つを示すこととなっている。

労働安全衛生実態調査によると、ストレスチェックの実施義務のある労働者50人以上の事業場において、令和3年以降令和5年まで実施率が低下している。その理由については示されていないが、ストレスチェック実施の意識が低下しているといえる。実施率の低下については、厚生労働省も危機感をもっており、ストレスチェック制度について周知を行い、未実施を把握した場合には、必ず指導を行っている。一方、50人未満の実施率は上昇している。これは、労働者数が50人を超えることを見越して、実施しているためとされている。

令和5年度のストレスチェック、集団分析、職場環境改善の3項目の実施状況を見ると、令和5年における労働者50人以上のストレスチェック実施率は81.7%、集団分析の実施率は64.5%、集団分析を活用した職場環境改善を実施した割合は52.1%である。3項目の母数は同一であるので、ストレスチェックを実施した事業場のうち、

集団分析の実施状況は約8割で、集団分析を行った事業場のうち、職場改善を行った割合も約8割である。

一次予防の強化の観点から、平成27年12月にストレスチェック制度が導入されたが、依然として精神障害の労災支給決定件数は増加傾向にあり、メンタルヘルスに取り組む事業場は50人以下で低調である。これらを踏まえ、「ストレスチェック制度等のメンタルヘルス対策に関する検討会」が実施され、50人未満の事業場を「努力義務」から「義務」とすること、集団分析・職場環境改善は「努力義務のまま」とすることについて検討された。

また、ストレスチェック制度の効果検証として以下の結果が得られた。

- ・ 集団分析・職場改善の取組みにより、労働者の心理的ストレス反応の改善がみられた。
- ・ ストレスチェックの実施だけでも、7割の労働者から有効であったと回答が得られた。
- ・ 医師の面接指導を受けた労働者の過半数から、医師の面接は有効と回答があった。

労働者のプライバシー保護の懸念は、50人未満の事業場においても一定程度整備されているとの考え方から、実施義務対象を労働者数50人未満を含む全ての事業場に拡大することが適当である。令和7年5月14日に、改正労働安全衛生法が公布され、職場のメンタルヘルス対策の推進について努力義務であった労働者数50人未満の事業場についても実施を義務とすると改正された。但し、50人未満の事業場の負担を配慮し、施行日は、公布後3年以内に政令で定める日となった。具体的には、50人未満のストレスチェックについては、労働者のプライバシーが保護され、現実的で実効性のある実施体制・実施方法についてマニュアルを作成する方針となった。また、労働者のプライバシー保護の観点から、原則、外部委託を推奨している。費用は、一人当たり数百円から千円程度との試算がでていいる。そして、高ストレスと判断され、医師の面接指導の希望があった場合には、地域産業保健センターの登録医師の面接指導を無料で受けることができる。また、50人未満の事業場は監督署への報告義務は課さない。

2. 治療と仕事の両立支援について

病気を抱える労働者の通院状況

厚生労働省「国民生活基礎調査」によると、2022年はコロナの影響で、就業者数が減少しているが、国内では15歳以上の就業者は概ね6千万人である。その中で、通院しながら働く人の割合は年々増加している。疾病を理由として退職した者の退職時期をみると、「診断確定時」と「診断から最初の治療まで」のいわゆる「治療開始前まで」が、約4分の1を占めている。一番多いのは、最初の治療中の期間で、約3割を占めている。治療と仕事を両立できるような取組みがある企業の割合は約6割で、その取組みとして一番多いのは、通院や体調等の状況に合わせた配慮、措置の検討(柔軟な労働時間の設定、仕事内容の調整)で、86.4%である。しかし、有給以外の休暇制度を設ける、相談窓口等の明確化などの割合は低く、両立支援としての明確な体制整備まではできていない状況にある。

「治療と仕事の両立」とは、病気を抱えながら、働く意欲や能力のある労働者が、仕事を理由として治療機会を逃すことなく、また、治療を理由として職業生活の継続が妨げられることなく、適切な治療を受けながら、生き生きと就労を続けられることである。両立支援に取り組むことは、労働者、事業者、医療関係者、社会にとってそれぞれ意義のあることである。

両立支援ガイドラインについて

両立支援は、雇用形態に関わらず全労働者が対象となっている。反復・継続した治療が必要な全ての疾病が対象である。

環境の整備として、下記が必要である。

- ・ 事業者による基本方針の表明(トップ表明)
- ・ 研修等を通じた意識啓発
- ・ 相談窓口の明確化
- ・ 個人情報保護
- ・ 休暇制度・勤務制度等の整備(例:時間単位年休、病気休暇、時差出勤、テレワーク、短時間勤務など)

個別の両立支援の進め方

両立支援を実施する上で、企業と主治医が労働者本人と十分に話し合いながら情報交換し、連携して対応することが重要である。

事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドラインは、平成28年2月に公表され、厚生労働省のホームページに公開されている。ガイドラインには、勤務情報を主治医に提供する際の様式や治療と仕事の可否、主治医の意見を求める様式、両立支援プラン、職場復帰プランの例などを掲載している。両立支援のガイドラインは企業規模（正社員規模）が大きいほど認知度が高く、減少するにつれて認知度も低くなっている。50人以下での認知度は6%以下である。

両立支援コーディネーター

両立支援コーディネーターは、企業（人事担当）、産業保健の支援機関、医療機関において両立支援に関わる者である。主治医、会社とコーディネーターとのトライアングル型のサポートを構築する。両立支援コーディネーターの基礎研修を産業保健総合支援センターにおいて実施している。全国で、約3万人が基礎研修を修了しており、山口県内においても、受講者が400人を超えている。両立支援コーディネーターで、両立支援に携わった経験がある方が5割を超え、疾患で一番多いのがん（悪性腫瘍）で、うつ病、脳卒中、指定難病も多い。

産業保健総合支援事業

産業保健総合支援センターは両立支援体制を構築するための支援を行っており、以下のことを実施している。

- ・産業保健関係者を対象とした専門的研修
- ・事業場への相談対応・訪問支援
- ・個別調整支援
- ・事業場、労働者等を対象とした啓発セミナー

地域両立支援推進チーム

地域における両立支援の関係者がネットワークを構築し、両立支援の取組推進を図ることを目的に活動している。都道府県労働局の健康主務課が事務局となっており、山口県は、山口労働局健康安全課が事務局をしている。県医師会も推進チームに入っている。毎年、構成員を集めて協議会を実施しており、今年度は9月に開催した。開催状況は、山口労働局のホームページに掲載している。ポータルサイト「治療と仕事の両立ナビ」

厚生労働省のホームページに、「治療と仕事の両立支援ナビ」のポータルサイトが掲載されてい

る。治療と仕事の両立支援の認識は、両立支援について必要な知識を得たい場合には、行政への問い合わせや、インターネット等を検索すると必要な情報が提供できるよう整備している。両立支援ナビには、取組事例を掲載しており、山口労働局のホームページにも、県内事業場の両立支援の取組みを掲載している。

治療と仕事の両立支援について法律上の定めは無く、ガイドラインとして取組みや周知を図っていた。しかし、治療を続けながら労働意欲のある労働者の割合が年々増加する状況において、両立支援ガイドラインによるさらなる促進を図る必要があるため、事業主に対し、両立支援について必要な措置を講じる努力義務を課す改正が行われた。施行日は、令和8年4月1日となっている。労働施策総合推進法に新たに「治療と就業の両立支援」の条文が追加された。努力義務ではあるが、法制化されたことで、両立支援について、一層の取組みへの周知を図っていく。

3. 女性特有の健康課題について

日本の健診制度の概要は母子保健法による乳幼児の健診、学校保健安全法による幼稚園から大学までの健診、健康保険法や国民健康保険法による被保険者・被扶養者への健診、高齢者医療確保法による健診、労働者に義務付けられた、労働安全衛生法による年1回の定期健康診断がある。40歳から74歳までに実施が義務付けられている特定健診は、労働安全衛生法による定期健診と項目が重複しているため、事業者健診を協会けんぽや健保組合に提出することで、特定健診の代わりとすることができる。その他、健康増進法による、歯周疾患健診、骨粗しょう症健診、肝炎ウイルス健診、がん検診などがある（図4）。

労働安全衛生法による健康診断を実施した場合、健診結果については、受診者本人に結果を通知しなければならない。事業者は、その結果を5年間保存しなければならない。健康診断の結果、所見が認められた場合、医師による意見聴取を行わなければならない。意見聴取により、「通常勤務」でよいか、勤務に制限を加える「就業制限」か、勤務を休む必要のある「要休業」とするかの判断を求める。事業者は、医師の意見聴取の結果、就

業場所の変更、作業の転換、労働時間の短縮、深夜業の回数の減少等の措置を講ずることとされている。労働安全衛生法に基づく、年1回の定期健康診断の診断項目は図5のとおりである。ただし、年齢等の条件や疾患の恐れがなく、医師が必要でないと判断した場合には、省略することができる。

定期健康診断における、有所見率の推移をみると、有所見率が減少している項目もあるが、全体の有所見率は平成10年に4割を超え、平成19年に5割に達し、今後6割を超えることが想定される(図6)。

政府の規制改革実施計画では、定期健康診断について、最新の医学的知見や社会情勢の変化等を踏まえ、医学的知見等に基づく検討の場を設け、検査項目及び検査手法について所要の検討を行うこととされた。

女性の就業率の増加に伴って、女性の健康課題への対応の重要性が一層高まっている。検討会において、一般健康診断の機会を活用し、女性特有の健康課題について本人への気づきを促し、必要な場合には、産婦人科医等女性特有の健康課題に

係る診療を専門とする専門医への早期受診を勧奨し、また、女性特有の健康課題に対する配慮について申し出を行いやすい職場づくりにもつながるよう、一般健康診断問診票に女性特有の健康課題に係る質問を追加することが適当との意見が出された。そこで、健康診断の項目として、「医師が必要と認めた場合には実施することが望ましい」項目の「健康について相談したいことの有無」に、「女性特有の健康課題に関する質問」を追加することが検討され、実際の運用について、以下のことが検討されている。

- 女性特有の健康課題に対する問診を実施するにあたり、質問に対する回答は、健診機関から事業者提供しないこととする。
- 女性特有の健康課題を抱える個々の労働者と事業者をつなぐ観点から、望ましい対応を、健診機関向けマニュアルに示す。
- 女性特有の健康課題に関する事業者向けガイドラインを明示する
- 望ましい職場環境の拡充の観点から、労働者の回答でなく、集計情報を企業に提供し、取組みに活用する。

企業の人手不足が叫ばれる中、限られた人材を有効に活用するには、個々の労働者が抱える問題に対し、適切に対応する必要がある。そのためには、これら問題に対し、産業医と緊密な連携を取っていく必要があり、今後ますます産業医への需要は高まっていくと思う。

引き続き、産業保健の支援にご理解とご協力をお願いする。

日本の健診(検診)制度の概要			
全体例 ○医療保険者や事業主は、高齢者の医療の確保に関する法律、労働安全衛生法等の個別法に基づく健康診査(健康診断)を実施。 ○市町村は、健康増進法に基づき、特定健診の対象とならない者の健康診査を実施。 ○市町村は、健康増進法に基づき、一定年齢の住民を対象としてがん検診などの各種検診を実施。(医療保険者や事業主は任意に実施)			
18歳未満	母子保健法 【対象者】1歳6か月児、3歳児 【実施主体】市町村<国庫> ※その他の乳幼児及び妊産婦に対しては、市町村が、必要に応じ、健康診査を実施又は健康診査を受けることを勧奨		
	学校保健安全法 【対象者】在学中の幼児、児童、生徒又は学生 ※就学時の健康診断については小学校入学前の者 【実施主体】学校(幼稚園から大学まで)<国庫>		
19歳以上	被保険者・被扶養者 医療保険者法 (健康保険法、国民健康保険法等) 【対象者】被保険者・被扶養者 【実施主体】保険者<努力義務>	労働安全衛生法 【対象者】常時使用する労働者※労働者にも受診義務あり 【実施主体】事業者<国庫> ※一定の有責な業務に従事する労働者には特殊健康診断を実施	その他 健康増進法 【対象者】住民 (住民健康診査(高齢者等を含む)) 【実施主体】市町村<努力義務>
	高齢者医療確保法 特定健診 【対象者】加入者 【実施主体】保険者<国庫>	※労働安全衛生法に基づく事業者健診を受けるべき者については、事業者健診の受診を優先する。事業者健診の項目は、特定健診の項目を含んでおり、労働安全衛生法に基づく事業者健診の結果を、特定健診の結果として利用可能。	がん検診 ・胃癌検診 ・子宮頸がん検診、肺がん検診、乳がん検診、大腸がん検診 ・高齢者健康増進法に基づく特定健診の非対象者に対する健康診査・保健指導
	高齢者医療確保法 特定健診 【対象者】加入者 【実施主体】後期高齢者医療広域連合<努力義務>		
	高齢者医療確保法 特定健診 【対象者】加入者 【実施主体】後期高齢者医療広域連合<努力義務>		

※上記以外に、歯周疾患検診、骨粗鬆症検診、肝炎ウイルス検診、がん検診について、保険者や事業主が任意で実施や助成を行っている。

図4

労働安全衛生法に基づく定期健康診断の項目
<ul style="list-style-type: none"> • 既往歴及び業務歴の調査 • 自覚症状及び他覚症状の有無の検査 • 身長、体重、腹囲、視力及び聴力の検査 • 胸部エックス線検査及び喀痰検査 • 血圧の測定 • 貧血検査(血色素量及び赤血球数の検査) • 肝機能検査(GOT、GPT、γ-GTPの検査) • 血中脂質検査(LDLコレステロール、HDLコレステロール及び血清トリグリセライド量の検査) • 血糖検査 • 尿検査(尿中の糖及び蛋白の有無の検査) • 心電図検査

図5

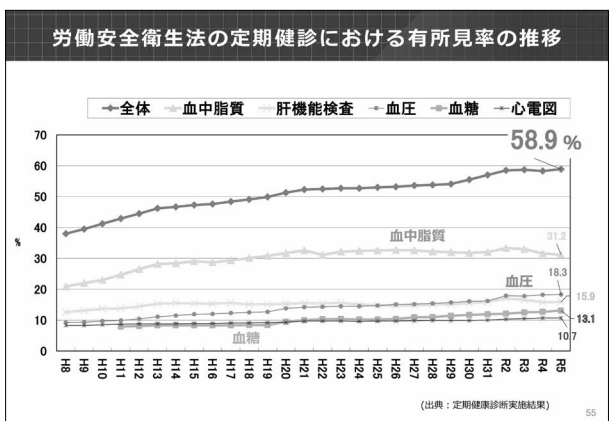


図6

特別講演 2

職場における COPD とタバコ対策

山口大学大学院医学系研究科

呼吸器感染症内科学講座教授 松永 和人

厚生労働省「健康寿命の令和4年値について」にて、2001年から2022年の日本人の平均寿命、健康寿命の推移をみると、男女ともに平均寿命と健康寿命が伸びてきているが、平均寿命と健康寿命の差に関しては縮まっていない(図1)。

本講演では以下3つについて説明した。

- 1. 加熱式タバコ時代の喫煙防止教育
2. 慢性閉塞性肺疾患(COPD)の現状
3. 早期発見し、治療介入することの意義

1. 加熱式タバコ時代の喫煙防止教育

山口県の現状

山口県の喫煙率は、山口県たばこ対策ガイドライン(第3次)2019によると、男女ともに全国平均より若干低くなっている。

県内小中学校における喫煙防止教育

山口県医師会禁煙推進委員会(令和6年)の報告によると、山口県内の20代の成人207名に喫煙防止教育を受けたことがあるか、また、現在の喫煙状況について調査を行ったところ、喫煙防止教育を受けた事がない人で、喫煙習慣がある又は吸った事があるという人は63%であるのに対し、喫煙防止教育を受けたという人では13%で、喫

煙防止教育の受講歴の有無で、成人になってからの喫煙状況は大きく変わってくる事が分かる。しかし、現状として県内の喫煙防止教育について、学校現場に目を向けると、市町村によって実施率に地域差がある。県全体の実施率は約43%であり、今後喫煙防止教育の充実度を高めていく必要がある。そして、喫煙防止教育を担当しているのは学校薬剤師又は保健師がほとんどである。

県医師会の取組み

県医師会では禁煙教育スライドを作成しており、学校現場に使う子ども用と、産業医などが活用できる大人用がある。保健師や学校薬剤師だけでなく、より多くの職種で禁煙教育に関わっていただきたい。このスライドは県医師会のホームページからダウンロードできるためぜひ活用してほしい(図2)。

企業や施設におけるたばこ対策の現状の取組み

山口県たばこ対策ガイドライン(第3次)2019によると、企業や施設におけるたばこ対策の取組み状況の割合は平成15年度で81.4%であったが、平成30年度には93.7%になり、取組みは進んできている。しかし、受動喫煙の機会を有する人の減少割合をみると、行政、医療機関、家庭ではかなり進んできているが、飲食店は約45%で平成26年から29年の間もそれほど減少してない。

加熱式タバコについて

JTのホームページによると、販売されたタバコのうち、加熱式タバコの全国シェアは47.1%で、喫煙者の約半数が、加熱式タバコを愛用している。加熱式タバコは煙が出ていなくても、呼出されるエアロゾルが受動喫煙の原因になることが

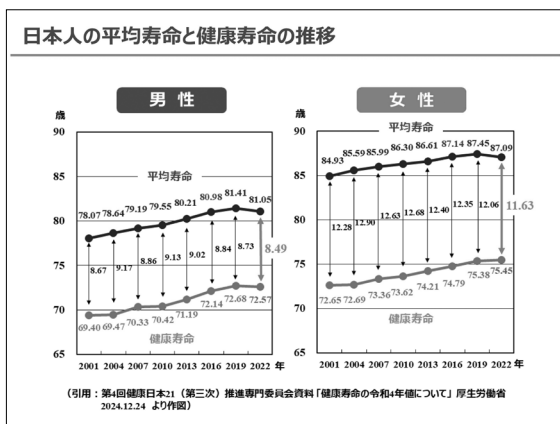


図1

図2

分かってきた。産業医科大学の研究室で撮られた写真を見ると、エアロゾルが拡散していることがわかる(図3)。また、加熱式タバコ使用者の家族は、非喫煙者の家族に比べて尿中ニコチン代謝物濃度が高い。家庭内でエアロゾルが拡散されて、受動喫煙の原因となることが分かっている。

日本呼吸器学会では加熱式タバコ、電子タバコの問題について以下の見解と提言を公表している。

(見解)

- ・加熱式タバコや電子タバコが産生するエアロゾルには有害成分が含まれており、健康への影響が不明のまま販売されていることは問題である。
- ・加熱式タバコの喫煙者や電子タバコの使用者の呼気には有害成分が含まれており、喫煙者・使用者だけでなく、他者にも健康被害を起す可能性が高い。

(提言)

- ・加熱式タバコや電子タバコが紙タバコよりも健康リスクが低いという証拠はない。いかなる目的であってもその喫煙や使用は推奨されない。
- ・加熱式タバコの喫煙や電子タバコの使用の際には、紙タバコと同様な二次曝露対策が必要である。

職場での禁煙教育において、加熱式タバコを含む禁煙の重要性も周知してほしい。

喫煙防止教育の重要性

日本医師会の禁煙推進サイトによると、日本人は20歳より前に喫煙を始めると、男性では8年、女性では10年、寿命が短縮するとある。

山口県のたばこ対策の3つの目標は以下のとおりである。

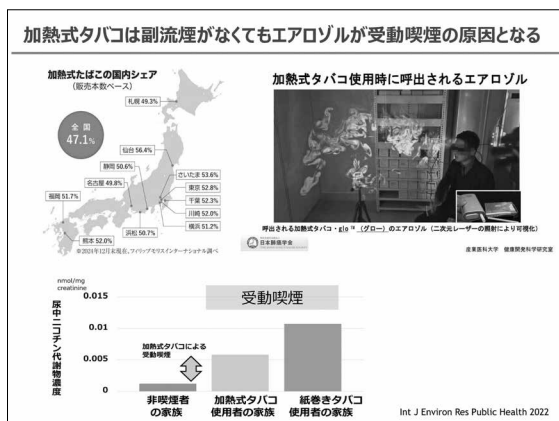


図3

- (1) 学校、職場、公共空間における望まない受動喫煙の防止。
- (2) 「タバコを吸い始めたくない」意識と態度の向上。
- (3) 効果的な禁煙支援により禁煙成功者を増やす。

2. 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) の現状
COPD とは

COPD とは主に喫煙者が罹患する慢性進行性の代表的な肺疾患である。呼吸機能検査では気流閉塞を示す。臨床的には徐々に進行する労作時の呼吸困難や慢性の咳、痰を示すが、これらの症状は乏しいこともある。従来は肺気腫といわれた肺胞の炎症や慢性気管支炎と言われていた気道病変、これらの複合で息切れや慢性的な咳、痰という症状があらわれる。

COPD の自然経過

通常、人間の呼吸機能のピークは25歳で、その年齢を超えてくると呼吸機能は徐々に低下していく。一方、COPD患者の自然経過をたどると、図4にあるように、健常者より確実に早く呼吸機能を失っていく。呼吸機能が低下すると息切れが出てくる。進行すると、動くだけで息切れがひどくなるため、日常生活が制限される。つまり、COPDは健康寿命を短縮させる代表的な疾病の一つである。

COPD の増悪

一番重要となるのがCOPDの増悪という事象である。これはウイルス感染や大気汚染などを原因として、息切れ、咳、痰といった呼吸症状が増強し、安定期の治療では管理が難しくなる状況である。こういった増悪を繰り返しながら呼吸機能

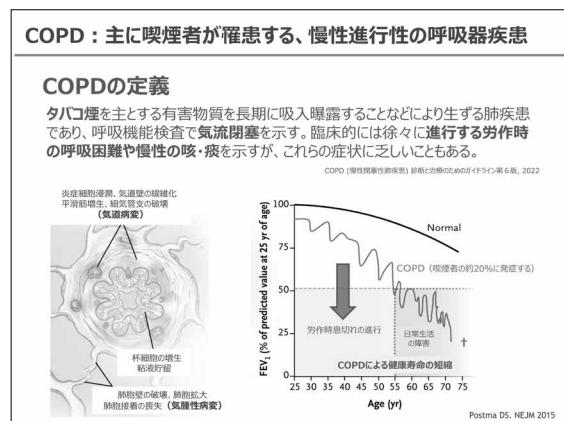


図4

を失い、そしてQOLが低下していく。

COPDの患者さんは、例えば風邪や感染症に罹患して増悪を起こすと、1週間で呼吸機能が6～7%程度失われる。その後、1～2か月かけてゆっくりと戻っていくが、最終的に回復した時点でベースラインに比べると3～4%程度呼吸機能が落ちた状態で定常状態になる。これを繰り返しながら機能が落ちていく(図5)。

喘息との死亡者数推移の違い

厚生労働省の2021年人口動態統計では、吸入ステロイド薬などが普及して、喘息の死亡頻度は減少傾向にあるが、COPD患者はこの20年で国内の死亡者数が約40%増えている(図6)。

COPDの管理目標

I. 現状の改善

- ①症状とQOLの改善
- ②運動耐容能と身体活動性の向上と維持。

II. 将来リスクの低減

- ①増悪の予防。
- ②疾患の進行抑制と健康寿命の延伸。

健康日本21(第3次)

第1次ではCOPDの認知度を向上させることが目標であった。第2次(2013年施行)において、COPDはがん、循環器疾患、糖尿病と並び、対策を必要とする主要な生活習慣病と位置付けられた。第3次の基本方針は2023年5月に公表され、引き続き認知度の向上を行うことに加えて、COPDの発症予防、早期発見、早期治療介入、重症化予防など総合的な対策を行うことが示された。具体的な目標値としては、現在人口10万人あたり13.3の死亡数を2032年までに10.3にして、死亡率を25%減少させることが目標になっ

ている。日本呼吸器学会はこのCOPD死亡率減少の取組みに日差しが降り注ぐことを期待して、Project for COPD MOrtality REduction By 2032 (COMORE-By2032)通称「木洩れ陽 2032 プロジェクト」と命名した。

ステップ1として早期受診を促進し、ステップ2としてCOPD診断率の向上と適切な治療介入を行う。これを組み合わせることによって死亡率を減少させることを目指している。COPDという病気はまだ臨床現場で実際にはあまり診断されておらず、治療もされていない。日本では、この疾患を有している患者さんの5%ほどしか診断されていないため、非常に見逃しの多い病気である。見過ごされた状態が続くと、40代～50代で息切れを感じ、比較的早い段階で突然重篤化してフレイルの状態になり、車いすや介護が必要になる。それを早期に発見して、適切に治療を開始すれば、増悪も予防できて、健康寿命の延長や死亡率の減少に繋げていける。これが今、国や学会での取組みとして行われている。

3. 早期発見し、治療介入することの意義

COPDの治療介入が必要な理由

息切れの患者は、日常生活行為、坂道の歩行や入浴で息切れすることから始まっていくが、患者の多くは息切れを避けるために生活行為を自ら制限してしまう。閉じこもりや無関心、社会性の欠如化という状態に陥っていく。そうすると、運動能力や運動機能、身体活動性も落ちて、非常に疲れやすい状況になり、座りっぱなし、寝たきりなど、身体の機能が虚弱に繋がっていく。この心と体両方の負のスパイラルによって、死亡リスクが

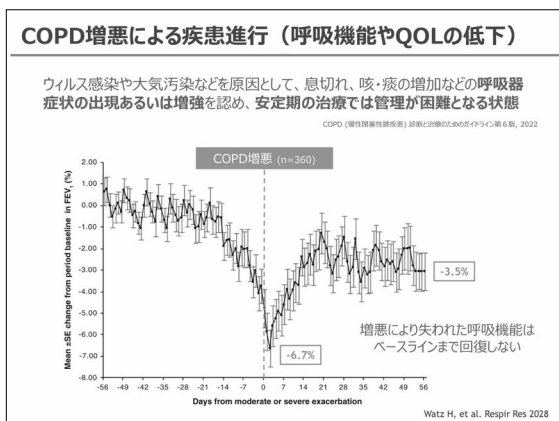


図5

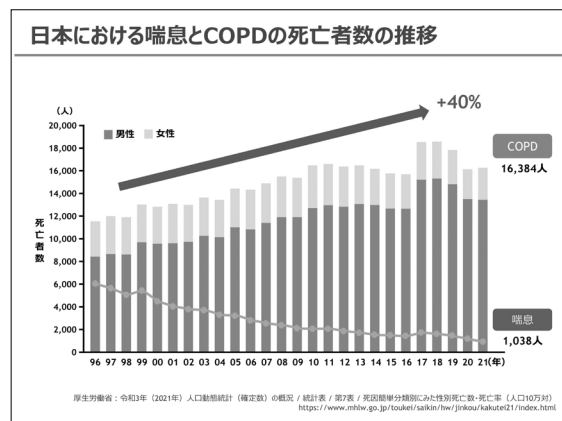


図6

上がり、心疾患などの合併症が増えていくことが知られている。

フレイルとの関係

COPD患者の約80%がフレイルやプレフレイルを併発しているという報告がある。フレイルだけでも死亡リスクは高い。そして、COPDだけでも1.7倍になる。しかしながらCOPDとフレイルがダブルで存在すると、死亡リスクが約4倍上がることも分かっている(図7)。

認知症との関係

COPDは認知症と非常に繋がりが深いということも分かってきた。

2021年の山口大学大学院医学系研究科呼吸器感染症内科学講座の研究では、COPDの患者さんは健常者と比較して、海馬の体積が減少していることが分かった(図8)。海馬は、記憶や学習能力に関わっており、アルツハイマー病の初期病変部位でもある。COPDの患者さんのMRを見てみると、海馬の萎縮が認められる。

2024年の当教室の論文報告でも、認知機能やうつに関連する上前頭回が萎縮して薄くなってい

ることが分かってきた(図9)。また、COPDにおけるフレイルは海馬の萎縮、上前頭回の菲薄化とも負の相関が認められた(図10)。

合併する生活習慣病への影響

COPDは合併疾患が多い。心血管疾患を発症する確率は50%である。COPD患者の2人に1人は心血管疾患に罹患している。逆に、心血管疾患の患者の3人に1人はCOPDである。この他、代謝性疾患の糖尿病やメタボも2割程度合併している(図11)。

また、心血管疾患の死亡のリスクはCOPDの有無による差がみられ、特にうっ血性心不全性は、COPDが加わると、死亡リスクが4倍に上がり、不整脈に関しては、2.8倍に上昇している。循環器疾患の患者においても、COPDの存在は死亡リスクを高める(図12)。

日本人のCOPD患者の死因について、北海道のコホート研究2020によると、一番多いのは呼吸不全死、次が肺がん、そして心血管疾患は第3位になっている。若年COPDの患者であれば、死亡原因の42%として圧倒的に肺がん死が多い。

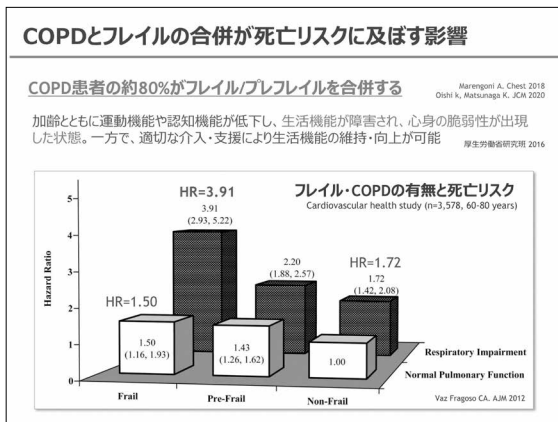


図7

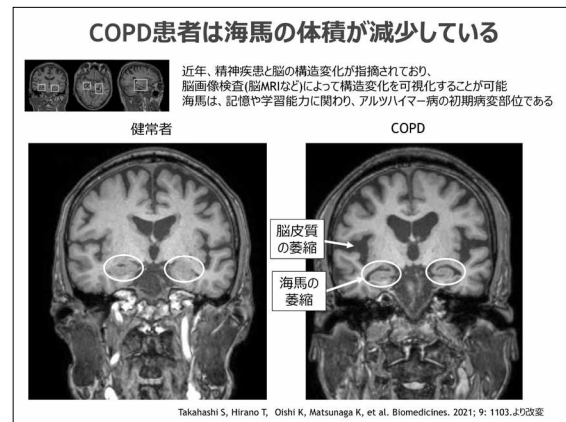


図8

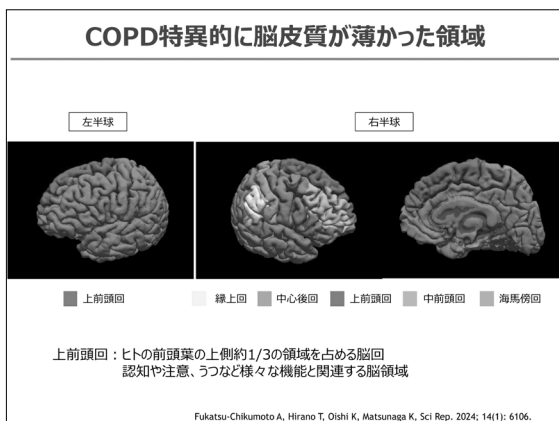


図9

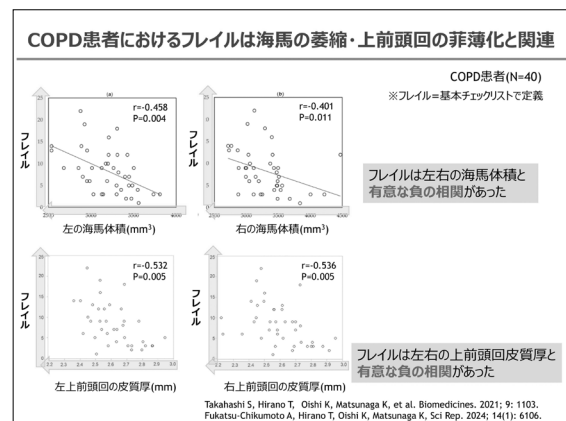


図10

そして、高齢のCOPDの患者は、呼吸不全と心血管疾患が第1である(図13)。

日本人のCOPD患者が増悪を起こした後に発生する心血管イベントのリスクについて、講師が2024年に公表したデータでは、COPD増悪を起こした最初の1か月間の心不全の発症リスクは1.5倍上昇している。そして、心不全を発症した際の影響は1年間継続するという結果が出ている。血栓症梗塞や不整脈による心イベントに関しては、影響はおおよそ半年ぐらいである。急性心筋梗塞も影響は1.8倍上昇している。

現在、国際ガイドラインなどでも、このCOPDと心血管疾患という両疾患を適切に治療することで、患者の予後の改善が期待できるとある。

COPDの早期発見に向けて

- ・受診が勧奨されるべき健康状態

COPDのハイリスク患者は、①喫煙歴がある、②進行性の息切れや咳、痰がある、③生活習慣病で特に高血圧や心臓病を有している人を指す。

COPD患者は、無意識のうちに自ら生活活動を制限することによって、息切れに気づきにくい。

このため、問診では「髪を梳かしくいことがないか」「湯船につかれなことがないか」等を訊ね、よく疲れる、息切れが続く、着替えがしにくいなどを聞き取ることが大切である。

- ・認知度の向上、啓発

COPDについて、国民の認知度は未だ3割ほどである。山口県がリーフレットを作成しているので、ぜひ活用してほしい(図14)。

- ・プライマリーケアにおけるCOPDスクリーニングの重要性

COPDの患者さんは、ほとんどがプライマリーケアで発見されている。プライマリーケアの先生方に、脳神経科や高血圧で受診されている患者が多いからである。心疾患や高血圧などで通院中の方に、呼吸機能検査を調べると、3割近くが気流制限ありというデータがある(図15)。この気流制限ありの人のうち、8割以上がCOPDである。喘息の方はわずか13%しかいない。COPDに関しては、安易に診断ができないが、今の段階で、プライマリーケアで見つかった患者さんの多く(75%)が、中等症から軽症のレベルということ

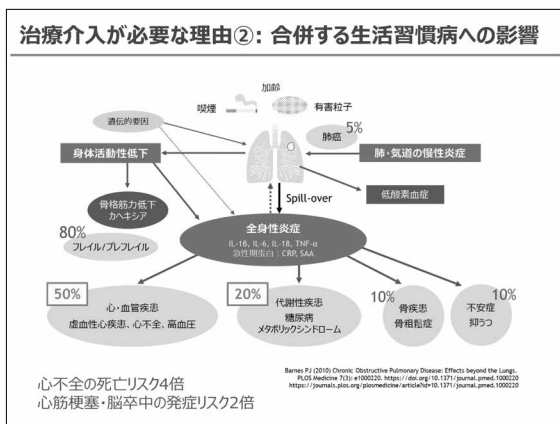


図 11

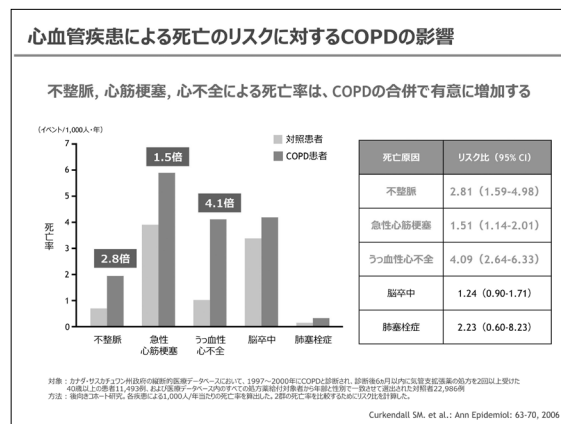


図 12

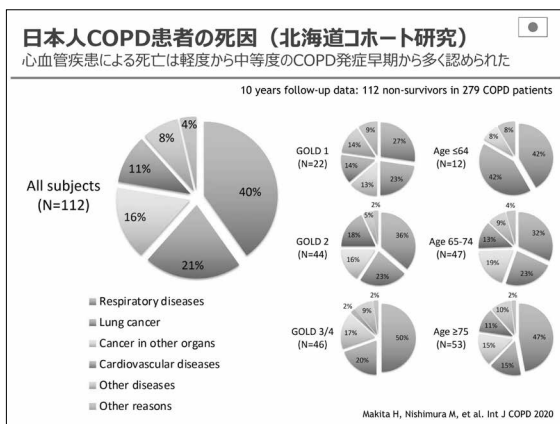


図 13

山口県全域で活用中の啓発・受診勧奨リーフレット (令和6年度)

COPDにならんと? 肺の機能が低下して十分な酸素が取り込めなくなり、息切れや咳が多くなったり、呼吸をする際に「ゼー」と音がしたり、呼吸が浅くなる。肺病は進行性で、早期に発見し治療を受けることが大切です。

医療機関を受診しましょう! COPDは慢性疾患で、軽度から中等度以上の方は呼吸器科や内科を受診し、スパイロメトリック検査などを行い診断を受けましょう。

COPDの予防と治療 COPDの予防と治療は、喫煙を止めること、適切な運動や呼吸器のリハビリを行うこと、吸入薬を適切に使用すること、高血圧や糖尿病を適切に治療すること、適切な栄養管理を行うこと、定期的な医師の診察を受けることなどです。

予防と治療が可能なCOPDの国民認知度は未だ30%程度!

図 14

が報告されており、プライマリーケアの先生方に COPD に対して、関心を持っていただいで、早期診断につなげていただくことが大変重要である。

・ COPD-PS

患者さん向けのスクリーニング質問表 (COPD-PS) があり、5つの質問のうちチェックが4以上であれば、COPD のリスクがかなり高い (図16)。現在宇部市では COPD-PS のチラシを作っており、表紙に COPD-PS、裏には宇部市内の COPD 診療にご協力いただける 30 の医療機関の名前と住所、電話番号が書いてある。

予防と治療

・ 禁煙

COPD の予防と治療の第1歩は禁煙である。60歳以上の喫煙者では、3人に1人は COPD の疑いがある。禁煙すると、呼吸機能が安定して、増悪や死亡率を減少させることができる。咳や痰の症状は、禁煙すると2、3日で症状が改善される。禁煙は大変重要ではあるが、禁煙だけではこの COPD と戦っていくのは難しい。タバコを吸い続けた方は、5年ほどで呼吸機能が落ちていく。早い段階でタバコを辞めた方は、呼吸機能は良くなっていく。しかし、禁煙に取り組むことが遅ければ遅いほど、呼吸機能改善効果が小さくなり、元に戻らなくなる (図17)。

まとめ

COPD は発症すると、咳、痰、息切れ症状が出て、悪くなっていくと、生活が困難になり、心血管イベントを起こし、心臓が弱くなってしまふ。COPD 対策は、呼吸器症状や増悪の改善のみならず、心血管疾患などの生活習慣病への影響を最小限に食い止め、健康寿命の延伸につながる取組

みである。

山口県は2024年に第8次山口県保健医療計画を発表した。その中に慢性閉塞性肺疾患 (COPD) 対策は、第6章に独立した章として明記されている。山口県医師会もワーキンググループを立ち上げ、大学と県と共同対策を行っており、山口県が日本の代表的な地域になっている。この計画の中に記載されているが、山口県の COPD による死亡率は全国平均を上回っており、増加傾向にある。計画にある下記施策について、今後さらなる積極的な取組みが期待される。

- (1) COPD の認知度の向上による早期発見・早期介入
- (2) 効果的な禁煙支援や、喫煙防止教育の普及による発症・重症化予防
- (3) かかりつけ医や健診による早期発見や早期治療の推進

6年計画の1/3が終っており、この計画の残りを確実に進めていかなければならない。医療計画で掲げた目標に少しでも達成していけるように、一緒に取り組んでいきたいと思う。

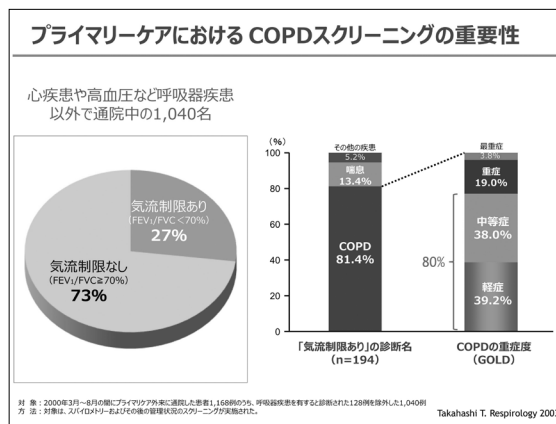


図 15



図 16

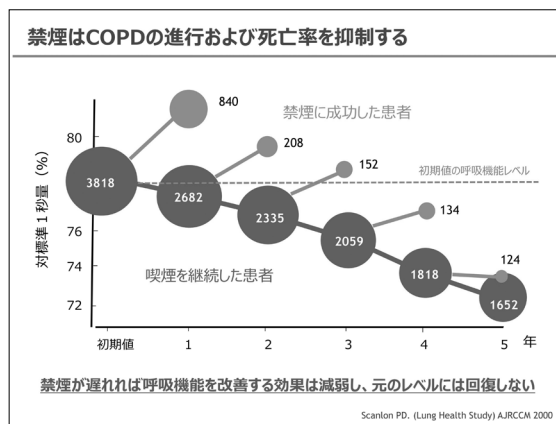


図 17