

産業保健情報誌

東京さんぽ 21

特集

平成18年定期健康診断
有所見率調査結果
不眠症

No.33

平成19年4月

TOKYO SANPO



独立行政法人 労働者健康福祉機構

東京産業保健推進センター

- **巻頭言** 「改めて、地域・職域連携を考える」～今後の東京都の取り組み～
東京都福祉保健局 技監 梶山 純一 1
- **特集 1** 平成 18 年定期健康診断有所見率調査結果
岐阜大学医学部教授 牧野 茂徳 2
- **特集 2** 不眠症
杏林大学医学部精神神経科学助教授
東京産業保健推進センター 産業保健相談員 山寺 博史 6
- **職場のメンタルヘルス対策 — 何故産業看護職が必要なのか —**
岩手県立大学非常勤講師
東京産業保健推進センター 産業保健相談員 遠藤 俊子 12
- **外部資源紹介シリーズ⑥**
社団法人 日本産業カウンセラー協会のご案内 14
- **研修案内** 16
- **東京労災病院 勤労者予防医療センターセミナーのご案内** 20
- **産業医共同選任事業・助成金のご案内 / 編集後記** 21

東京さんぽ NEWS

東京産業保健推進センター
事務所移転のご案内

事務所移転の日程が決まりましたので、お知らせいたします。
産業保健スタッフの皆様の一層のご利用をお待ちしております。
通常の業務開始日は5月7日(月)を予定しております。

移 転 日：平成 19 年 4 月 28 日 (土)

新事務所：日本生命三番町ビル 3 階

〒102-0075 東京都千代田区三番町 6 番地 14

電話番号：03-5211-4480 FAX：03-5211-4485

※Eメール、ホームページは今までどおりです。

Eメール：information@sanpol3.jp

ホームページ：http://www.sanpol3.jp/

- 東京メトロ 東西線 (九段下駅 2 番 出口)
- 東京メトロ 半蔵門線 (九段下駅 2 番 出口)
- 都営 新宿線 (九段下駅 2 番 出口)
- JR 中央線 (市ヶ谷駅)
- 東京メトロ 有楽町線 (市ヶ谷駅 A3 出口)
- 東京メトロ 南北線 (市ヶ谷駅 A3 出口)



贈呈

独立行政法人 労働者健康福祉機構 東京産業保健推進センターは、働く人々の心と身体 の健康確保を図るため、産業保健活動に携わる皆様を支援しております。

皆様の産業保健活動をより一層充実したものとするために、当推進センターでは、窓口相談・実地相談、研修、情報の提供、助成金の支給等の各種事業を行っております。

その中の情報提供の一環として、独自の産業保健情報誌「東

京さんぽ 21」を定期的に発刊、配布しておりますが、この度最新号を発刊いたしましたので贈呈いたします。

関係者の皆様の産業保健活動の推進にご活用いただければ幸いです。

なお、本誌ならびに当推進センターの事業運営等に御意見等があれば、FAX 又はメールにて賜ります。

是非多数の御意見を頂きたくよろしくお願い申し上げます。



東京都福祉保健局 技監 梶山 純一

「改めて、地域・職域連携を考える」 ～今後の東京都の取り組み～

東京都福祉保健局は、平成16年8月に当時の健康局（旧衛生局）と福祉局とが統合して誕生し、間もなく約3年が経過しようとしています。この間、我が国を取り巻く状況は大きく変化してきています。人口減少社会の到来や、「2007年問題」と言われている団塊世代の大量退職という新たな事態に対して、働き方や社会システムの見直しの必要性といった大きなテーマの論議が活発に行われてきています。

健康管理のあり方についても、これまでは職業の有無や働く場所の違いによって健康管理のシステムも異なっていました。平成20年度からは生活習慣病対策を主眼に置いた「特定健康診断を踏まえた特定保健指導」が医療保険者に義務付けられました。今年度が準備の本番となりますが、地域と職域との連携が成否の鍵を握っており、関係者の創意工夫が試されることとなりました。

この課題については、昨年10月に全国各地から約850名の保健師・公衆衛生関係者が参加して東京ビックサイトを会場に開催された「第28回全国地域保健師学術研究会」の特別講演でも取り上げられ、関係者の関心の高さが伺われました。この研究会への参加者は地域保健分野で活躍する方々が大半ですが、今回はシンポジウムの中で大手企業に勤務する保健師さんなどが改めて地域保健と職域保健との有機的な連携を構築する必要性を熱く語られました。

東京都ではこの生活習慣病対策を推進するために、平成13年に「東京都健康推進プラン21」を策定し、区市町村や関係団体などと協働して各種の取り組みを実施してきていますが、今後は職域保健との連携をより一層強化するために、既に設置してある「東京都健康推進プラン評価推進戦略会議」を「地域・職域連携協議会」の場として活用し、生活習慣病対策を着実に推進していくこととしています。

また生活習慣病対策と並んで、地域と職域とが協力・連携して取り組む必要がある重要な課題が自殺防止対策の推進です。昨年は小・中学校でのいじめ自殺や、高校での未履修科目問題に関連した校長先生の自殺なども相次ぎ、改めて一人ひとりの「生命の尊さ」が問われており、地域や職域での自殺防止対策やメンタルヘルス対策の充実が求められています。「心の健康づくり」に関しては、東京都は平成18年度から取り組んできている「東京都健康推進プラン後期5ヵ年戦略」の重点項目の一つに位置づけていますが、自殺対策基本法の制定などの動きを受け、平成19年度からは新たに「自殺総合対策東京会議」を設置し、保健・医療・福祉・教育・労働などの多方面の関係諸機関との協力・連携により対策の強化を図ることとしています。

更に、大都市東京の特色としては、女性の乳がんや青壮年層のAIDS・HIVの問題があります。東京都は女性の乳がんの罹患率が全国第一位であり、他のがんとは異なり、30代、40代から罹患率が上昇し始める特徴があり、またAIDS・HIVについても20代、30代、40代の年齢層を中心として患者や感染者が増加し、全国のAIDS患者の約3割が、そしてHIV感染者の約4割が東京都に報告されているという状況です。いずれも働き盛りの年代層に深く関係した疾病であることから、地域保健と職域保健との有機的な連携の構築が是非とも必要です。

生活習慣病対策、自殺防止やメンタルヘルス対策、がんやAIDS・HIV対策など、課題は山積していますが、今後の社会を支えていく働き盛りの方々に対して、必要な情報を判りやすく伝えていくことや、地域や職域といった枠を超えた切れ目のない支援の充実のために、「着実かつスピーディ」に対応していくことを心掛けたいと思っています。

特集①

平成18年定期健康診断 有所見率調査結果

岐阜大学医学部教授 牧野 茂徳

I はじめに

東京都産業保健健康診断機関連絡協議会（都産健協）では、事業所が推進する健康管理の参考データとして、産業保健関係者に提供することを目的として、会員機関が実施した職域における健康診断のデータを収集し、性年齢別有所見率を検討しています。平成18年に実施しました結果の概略を報告いたします。

II 方法

前回までの調査と同様の方法により実施しました。平成18年6月、都産健協に加入する37機関へ調査票を配布し、9月20日までに回収しました。性年齢別調

査は20機関、企業規模別調査は6機関、業種別調査は10機関から回答がありました。平成17年4月から平成18年3月までの1年間に実施された健康診断について集計しました。

III 結果

1. 解析の対象者

表1～3に解析対象者の人数を示しました。性年齢別有所見率調査は合計2,167,193人、企業規模別調査は合計184,206人、業種別調査は合計830,724人でした。解析対象者は性年齢別調査が昨年より増加しましたが、規模別調査の50人以上が男女とも少なくなっています。

表1 性年齢別有所見率調査対象者の年齢構成

年 齢	男 性		女 性	
	人 数	%	人 数	%
19歳以下	33,227	2.4	35,234	4.6
20～24歳	101,808	7.3	95,732	12.4
25～29歳	179,191	12.8	119,951	15.6
30～34歳	221,045	15.8	112,095	14.6
35～39歳	202,519	14.5	93,269	12.1
40～44歳	163,940	11.7	79,162	10.3
45～49歳	132,028	9.4	68,252	8.9
50～54歳	135,740	9.7	68,063	8.8
55～59歳	140,677	10.1	61,417	8.0
60～64歳	60,473	4.3	24,079	3.1
65歳以上	26,963	1.9	12,328	1.6
合 計	1,397,611	100	769,582	100

表2 企業規模別対象者の年齢構成

業種	50人未満				50人以上			
	男性		女性		男性		女性	
年齢	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
19歳以下	284	1.1	214	3.6	1,687	1.4	1,106	3.2
20～24歳	1,173	4.4	651	10.9	6,174	5.3	2,770	8.1
25～29歳	2,605	9.8	726	12.1	12,180	10.4	4,802	14.1
30～34歳	3,938	14.8	728	12.1	16,784	14.3	5,101	15.0
35～39歳	4,575	17.2	552	9.2	18,110	15.4	4,245	12.4
40～44歳	2,698	10.1	640	10.7	13,003	11.1	3,583	10.5
45～49歳	2,386	8.9	534	8.9	11,752	10.0	3,317	9.7
50～54歳	2,249	8.4	544	9.1	13,860	11.8	3,843	11.3
55～59歳	3,799	14.2	700	11.7	15,500	13.2	3,761	11.0
60～64歳	1,708	6.4	364	6.1	6,054	5.2	1,105	3.2
65歳以上	1,252	4.7	343	5.7	2,337	2.0	469	1.4
合計	26,667	100	5,996	100	117,441	100	34,102	100

表3 業種別対象者の年齢構成

業種	製造業				建設業				運輸業			
	男性		女性		男性		女性		男性		女性	
年齢	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
19歳以下	1,331	1.1	493	1.6	219	0.4	19	0.2	247	0.4	77	0.4
20～24歳	6,790	5.6	3,146	10.0	1,819	3.0	595	7.0	2,867	4.1	1,121	6.2
25～29歳	15,068	12.4	5,153	16.4	4,769	7.9	1,350	16.0	6,376	9.2	1,928	10.7
30～34歳	19,173	15.7	5,134	16.4	8,034	13.3	1,708	20.2	10,413	15.0	2,752	15.3
35～39歳	18,995	15.6	4,033	12.9	9,755	16.1	1,539	18.2	10,309	14.9	3,392	18.9
40～44歳	15,290	12.6	3,529	11.2	6,249	10.3	887	10.5	8,286	11.9	2,923	16.3
45～49歳	12,228	10.0	2,711	8.6	6,399	10.6	716	8.5	6,974	10.1	2,114	11.8
50～54歳	11,828	9.7	2,725	8.7	8,337	13.8	595	7.0	7,556	10.9	1,718	9.6
55～59歳	13,555	11.1	2,804	8.9	9,687	16.0	723	8.6	9,897	14.3	1,490	8.3
60～64歳	5,127	4.2	1,031	3.3	3,632	6.0	200	2.4	4,568	6.6	356	2.0
65歳以上	2,398	2.0	614	2.0	1,564	2.6	122	1.4	1,854	2.7	69	0.4
合計	121,783	100	31,373	100	60,464	100	8,454	100	69,347	100	17,940	100

業種	商業				その他			
	男性		女性		男性		女性	
年齢	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
19歳以下	278	0.8	438	1.1	20,195	8.0	20,321	10.5
20～24歳	2,593	7.4	3,572	8.8	28,795	11.4	29,189	15.1
25～29歳	4,834	13.9	4,991	12.2	31,959	12.7	26,873	13.9
30～34歳	6,322	18.2	4,333	10.6	37,568	14.9	25,156	13.0
35～39歳	5,164	14.8	3,891	9.5	31,771	12.6	20,246	10.5
40～44歳	4,224	12.1	4,318	10.6	25,085	9.9	17,776	9.2
45～49歳	3,383	9.7	5,115	12.5	21,364	8.5	15,946	8.2
50～54歳	3,343	9.6	6,544	16.0	20,419	8.1	16,233	8.4
55～59歳	3,366	9.7	6,117	15.0	20,177	8.0	13,461	7.0
60～64歳	1,010	2.9	1,336	3.3	10,575	4.2	6,040	3.1
65歳以上	298	0.9	118	0.3	4,367	1.7	2,259	1.2
合計	34,815	100	40,773	100	252,275	100	193,500	100

2. 性年齢別有所見率

表4に性年齢別有所見率、図1に性別項目別有所見率、図2に所見のあった者の割合を示しました。まず、項目別に有所見率を見ますと、男性は血中脂質検査の有所見率が最も高く、次に肥満度、肝機能検査の順でした。女性は血中脂質検査、肥満度、貧血検査の順でした。性別に比較しますと、貧血検査以外の有所見率はいずれも男性が女性よりも有意に高くなっています(P<0.001)。

次に、性年齢別に観察しますと、聴力検査(1,000Hz、4,000Hz)、胸部X線検査、血圧測定、血糖検査、尿検査(糖)、心電図検査の有所見率は男女とも30~34歳以降は年齢が高くなるほど高くなっています。貧血検査は、男性では年齢が高くなるほど有所見率は高くなっています。女性では45~49歳までは年齢が高くなるほど有所見率は高くなっていますが、それ以後は低下傾向、65歳以上でまた少し高くなっています。肝機能検査は、男性では45~49歳までは増加傾向、それ以後は徐々に低下傾向を示しています。女性では55~59歳までは増加傾向、それ以後はやや低下傾向にあります。血中脂質検査は、男性では50~54歳までは増加傾向、それ以後は低下傾向、女性では60~64

歳までは増加、特に50歳以降急激に増加しています。尿検査(蛋白)は、男性では25~29歳以後で年齢が高くなるほど有所見率は高くなっていますが、女性では若年者と高齢者の有所見率がやや高くなっています。肥満度は男性では45~49歳までは増加していますが、それ以後は低下傾向にあります。女性では25~29歳までは年齢が高くなるほど有所見率は高くなっていますが、それ以降は低下傾向、50歳以上でまた高くなっています。所見のあった者の割合は男女とも年齢が高くなるほど高くなっています。

3. 企業規模別血糖検査の有所見率

企業規模別有所見率調査は血糖検査の有所見率のみを取り上げます(図3)。男女とも多くの年齢において50人未満の有所見率が50人以上より高くなっています(P<0.05、P<0.01、P<0.001)。合計について見ますと、男女とも50人未満の有所見率は50人以上より高くなっています(P<0.05、P<0.001)。

4. 業種別所見のあった者の割合

業種別有所見率調査も所見のあった者の割合のみを述べます(図4、図5)。まず、年齢別にみますと男

表4 性年齢別有所見率

項目	性別	19歳以下	20~24歳	25~29歳	30~34歳	35~39歳	40~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳	60~64歳	65歳以上	合計
聴力検査 (1000Hz)	男性	0.9	1.1 *	1.1 **	1.3	1.5	2.0	3.1	5.4	8.0	13.6	20.3	3.9 ***
	女性	1.0	1.0	0.9	1.2	1.5	2.0	3.3 **	5.5 ***	8.2 ***	13.7 ***	19.2	3.3
聴力検査 (4000Hz)	男性	0.8 **	0.9 ***	1.3 ***	1.9 ***	3.1 ***	5.1 ***	9.1 ***	17.5 ***	24.2 ***	35.3 ***	46.0 ***	10.2 ***
	女性	0.5	0.6	0.6	0.8	1.1	1.4	2.8	3.7	6.2	11.7	19.8	2.5
胸部X線検査	男性	1.1 *	1.5	1.7 ***	2.3 ***	2.6 ***	3.7 ***	4.0 ***	5.4 ***	7.1 ***	10.9 ***	21.6 **	4.0 ***
	女性	0.9	0.8	0.7	1.0	1.4	2.6	3.5	5.0	7.2	13.6	29.3	3.0
血圧測定	男性	4.2 ***	4.2 ***	4.5 ***	6.6 ***	9.4 ***	14.7 ***	20.1 ***	24.7 ***	30.6 ***	34.4 ***	38.9 ***	14.9 ***
	女性	2.2	2.1	2.1	2.6	3.5	5.5	9.9	16.0	21.3	26.5	36.7	7.4
貧血検査	男性	1.4	2.3	2.7	2.9	3.2	3.7	4.8	6.1	7.3 ***	9.1 ***	13.4 ***	4.6
	女性	4.3 ***	5.7 ***	6.7 ***	8.3 ***	10.4 ***	14.8 ***	16.1 ***	8.9 ***	4.2	4.6	7.8	9.1 ***
肝機能検査	男性	6.7 ***	8.5 ***	13.1 ***	19.5 ***	24.3 ***	26.5 ***	27.2 ***	26.7 ***	23.7 ***	21.7 ***	18.2 ***	22.1 ***
	女性	1.8	2.6	3.0	3.9	4.6	5.3	7.2	11.2	12.2	11.5	11.6	6.2
血中脂質検査	男性	7.8 *	10.4 ***	15.9 ***	24.2 ***	31.7 ***	36.8 ***	38.7 ***	39.3	38.2	35.9	32.3	31.3 ***
	女性	7.0	7.8	8.1	9.5	12.0	15.5	23.0	37.9 ***	45.8 ***	47.8 ***	43.0 ***	20.2
血糖検査 (及び又はヘモグロビンA1c)	男性	2.1 **	1.6 ***	1.7 ***	2.8 ***	4.3 ***	7.3 ***	11.3 ***	16.5 ***	20.2 ***	21.9 ***	22.2 ***	9.7 ***
	女性	1.0	1.1	1.3	1.4	1.7	2.5	3.9	6.3	9.4	10.8	12.8	3.8
尿検査(糖)	男性	0.6 ***	0.6 ***	0.9 ***	1.3 ***	1.7 ***	2.8 ***	4.2 ***	6.3 ***	7.8 ***	8.6 ***	9.1 ***	3.3 ***
	女性	0.2	0.3	0.5	0.7	0.7	0.9	1.3	2.6	2.5	2.9	3.8	1.1
尿検査(蛋白)	男性	2.9	2.4	2.2	2.4	2.9 ***	3.3 ***	3.8 ***	4.4 ***	4.8 ***	5.1 ***	6.0 ***	3.3 ***
	女性	2.8	3.3 ***	2.9 ***	2.6	2.3	2.2	2.2	2.0	2.1	2.2	4.0	2.5
心電図検査	男性	4.2 ***	5.0 ***	5.1 ***	5.1 ***	5.3 ***	6.5 ***	8.4 ***	11.2 ***	14.3 ***	17.7 ***	23.7 ***	9.0 ***
	女性	2.7	4.0	3.5	3.7	4.3	4.5	6.0	8.4	10.9	14.7	22.5	6.5
肥満度(BMI)	男性	9.4 ***	13.2	17.6 ***	22.5 ***	26.7 ***	27.5 ***	27.8 ***	27.1 ***	24.3 ***	22.4 ***	22.1 ***	23.2 ***
	女性	8.6	15.4	19.1	18.8	17.9	17.3	17.6	18.7	18.5	20.4	26.6	17.7
所見のあった者の割合	男性	17.5	24.5	31.6 ***	43.5 ***	56.1 ***	62.5 ***	67.4 ***	71.5 ***	73.5 ***	75.6 ***	73.3 ***	54.0 ***
	女性	17.5	26.0 ***	30.9	34.9	39.3	44.9	52.9	62.5	66.5	68.0	61.9	41.9

注:男性と女性の有所見率を比較 * P<0.05 ** P<0.01 *** P<0.001

女とも建設業の高いことが目につきます。次に合計についてみますと、男女とも建設業、商業、運輸業、製造業、その他の業種の順でした。

IV まとめ

性年齢別有所見率調査の結果は去年の有所見率調査の傾向と大きな相違はありませんでした。所見のあった者の割合は男性が女性より高く、男女とも年齢が高

くなるほど高くなっています。項目別有所見率は、男女とも血中脂質検査が最も高く、性別に見ますと、貧血検査の有所見率以外は男性が女性より高くなっています。また、企業規模別、業種別に有所見率を観察することは重要であります。

謝辞 調査に御協力いただいた東京都産業保健健康診断機関連絡協議会（都産健協）会員機関の皆様へ深く感謝いたします。

図1 性別項目別有所見率

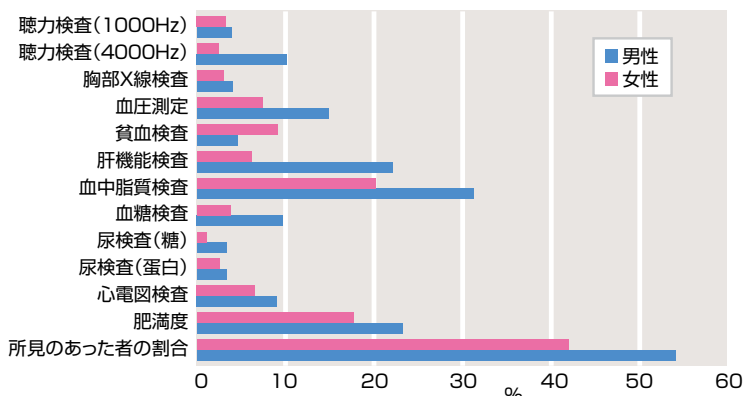


図2 所見のあった者の割合

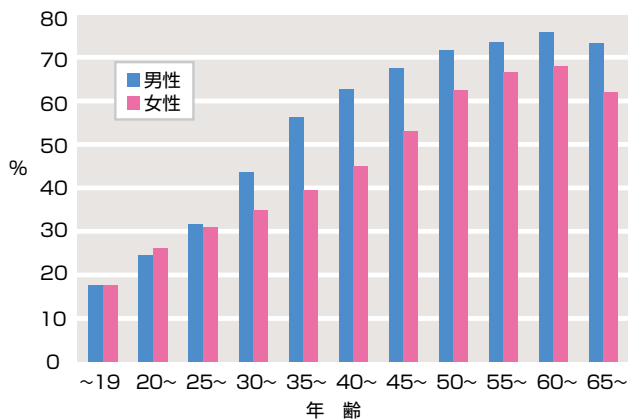


図3 規模別血糖検査の有所見率

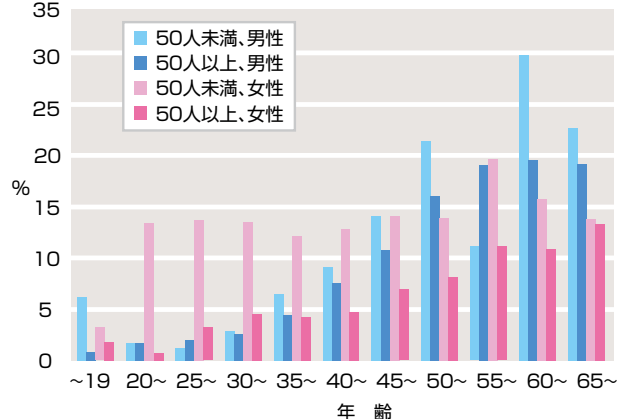


図4 業種別所見のあった者の割合(男性)

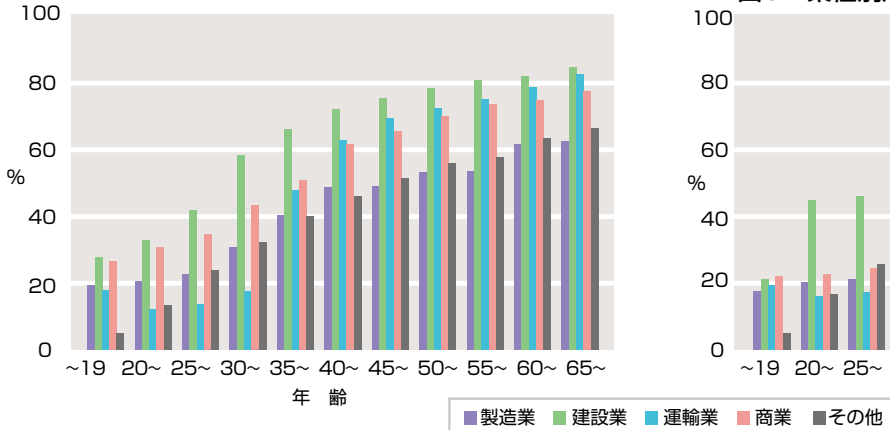
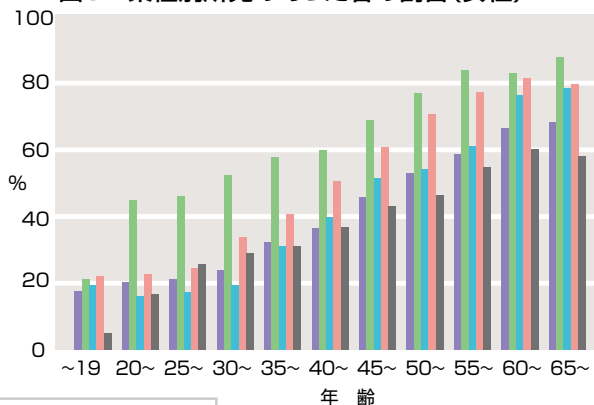


図5 業種別所見のあった者の割合(女性)



特集②

不眠症

杏林大学医学部精神神経科学助教授 山寺 博史
東京産業保健推進センター 産業保健相談員

はじめに

睡眠障害の分類

睡眠障害の分類も細分化されている。1990年版の睡眠障害の国際分類 (The international classification of sleep disorder diagnostic & coding manual, ICSD) の分類を世界的に用いていたが、1昨年そのICSDの改訂版としてICSD-23)が出版された。今回の改正点は、ICSDは睡眠障害分類のみならず、検査手段分類や睡眠に無関係な診断名の記載項目があり、多軸分類を用いていたが、ICSD-2では診断を主とし、多軸分類方式ではなくなった。ICSDはICD-9 (The ICD-9 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical descriptions and diagnostic guidelines)と強

い互換性を持ち、診断ではコードを共有していたが、ICSD-2ではICD-9やICD-10 (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical descriptions and diagnostic guidelines)の診断と互換性を持つと表記はしてあるが、診断コードの共有化はしていない。

表1はこの国際分類表を簡略化してある。

次に表1に分類された不眠症の項目について概説する。とりわけ、職場で多くみられる項目に関しては筆者の注を付け足した。

表1 睡眠障害の国際分類 (The International Classification of Sleep Disorders, ICSD-2) 2005年度版の概略

- I. 不眠症
 - II. 睡眠関連呼吸障害
 - III. 中枢性過眠症、概日リズム障害や睡眠関連呼吸障害によらない他の原因による夜間睡眠障害
 - VI. 概日リズム睡眠障害
 - V. 睡眠時随伴症
 - VI. 睡眠関連運動障害
 - VII. 孤立症症候、明らかに正常から逸脱しているが不明事項
 - VIII. 他の睡眠障害
- 追補 A 内科疾患に関連する睡眠障害
追補 B 精神疾患に関連する睡眠障害

I. 不眠症

不眠症は以下の診断基準を満たすことが前提となる。

- A. 入眠障害、睡眠維持障害、早朝覚醒、慢性的に熟眠感が得られなかったり、質が悪い状態。子供においては、睡眠障害は保護者からしばしば報告される。就床時間への抵抗や睡眠できないことによるであろう。
- B. 上記の睡眠障害は、睡眠に対して十分な機会や環境があるにもかかわらず生じる。
- C. 患者から報告される、夜間の睡眠困難に関連した以下の日中の障害の状態を最小限一つ示すこと。
 - i. 疲労感や倦怠感
 - ii. 注意、集中や記憶障害
 - iii. 社会、あるいは職業上の障害や不十分な学業上の成果
 - iv. 気分障害や易怒性
 - v. 日中の眠気
 - vi. 欲求、エネルギーや独創力の低下
 - vii. 仕事や運転中の失敗や事故の傾向
 - viii. 睡眠不足に対応した緊張、頭痛や消化器症状
 - ix. 睡眠に対する不安や心配

さらに不眠症は表2のごとく下位分類される。

以下、不眠の下位分類の各項目についての診断を概説する。

1) 適応性不眠症

診断基準

- A. 患者の症状は、不眠症の診断基準を満たす。
- B. 睡眠障害は、一過性の心理的、心理社会的、人間関係的や自然に生じる身体的な明確なストレスを伴う。
- C. 睡眠障害は、急性のストレス要因が解消されたときや、個人がストレス要因を受け入れることができた時に改善することが予想される。
- D. 睡眠障害継続は3ヶ月未満。
- E. 睡眠障害は他に最近の睡眠障害、内科的や神経学的障害、精神障害、薬物使用、物質使用によってうまく説明されない。

2) 精神生理性不眠症

診断基準

- A. 患者の症状は不眠症の診断基準を満たす。
- B. 不眠症は最低1ヶ月継続する。
- C. 以下の一つや、それ以上に示されたような寝具上

表2 不眠症の分類

- 1) 適応性不眠症
- 2) 精神生理性不眠症
- 3) 逆説的不眠症
- 4) 本態性不眠症
- 5) 精神障害による不眠症
- 6) 不適切な睡眠衛生
- 7) 小児期の行動による不眠症
- 8) 薬物や物質による不眠症
- 9) 内科疾患による不眠症
- 10) 物質や既知の生理状態によらない不眠症、特定不能（非器質性不眠症、他に特定不能）
- 11) 生理性(器質的)不眠症、特定不能

で環境づくりをしても、睡眠困難やあるいは覚醒に対する極度のこだわりを患者は持つ。

- i. 睡眠に対しての過剰な心配の集中や緊張
- ii. 寝具上では希望する就床時間や、計画した仮眠をとることができないが、寝ることを意識しない時には、他の単調な仕事では寝ることができる
- iii. 家にいるときより、家から離れるとより寝ることができる
- iv. 意図的に睡眠妨害精神活動を静止することができない邪魔な思考や知覚によって特徴付けられる寝具上の精神的覚醒
- v. 入眠させるのに十分な身体的なリラックスができないことがわかることによってひきおこされた寝具上の過剰な身体的緊張

D. 睡眠障害は他に最近の睡眠障害、内科的や神経学的障害、精神障害、薬物使用、物質使用によってうまく説明されない。

3) 逆説的不眠症

診断基準

A. 患者の症状は不眠症の診断基準を満たす。

B. 不眠症は最低1ヶ月は続く。

C. 以下の基準の一つかそれ以上があてはまる。

- i. 患者は、稀には比較的正常な睡眠を得ることができるが、ほとんどの夜は不眠かそれに近い状態という慢性のパターンを報告する
- ii. 一週間や二週間の睡眠日誌データでは、公表された年齢相応の睡眠時間よりもかなり低い値を示し、しばしば週に数夜は全く不眠を示し、そのときの夜間に引き続いて日中の仮眠もないことが特徴的である
- iii. 患者は常にポリソムノグラフィとアクチグラフィから得られた客観的所見と、自己報告や睡眠日誌から得られた主観的睡眠評価との間に顕著な乖離がある

D. 以下のうち最低一つは認められる。

- i. 患者はほとんどの夜間を通して常に、あるいはそれに近い環境からの刺激の自覚を報告する
- ii. 患者はほとんどの夜間は横臥している間中、覚醒して考えているか、考え事していると報告する

E. 日中の報告された障害は、他の不眠症の亜型での



報告と一致するが、極端な断眠レベルでの想像されたものよりはかなり低い；不眠夜の報告のあとでも、日中の仮眠の障害や失見当や注意や覚醒の顕著な欠落による重篤な事象はない。

- F. 睡眠障害は、他に最近の睡眠障害、内科的や神経学的障害、精神障害、薬物使用、物質使用によってよりよく説明されない。

4) 本態性不眠症

診断基準

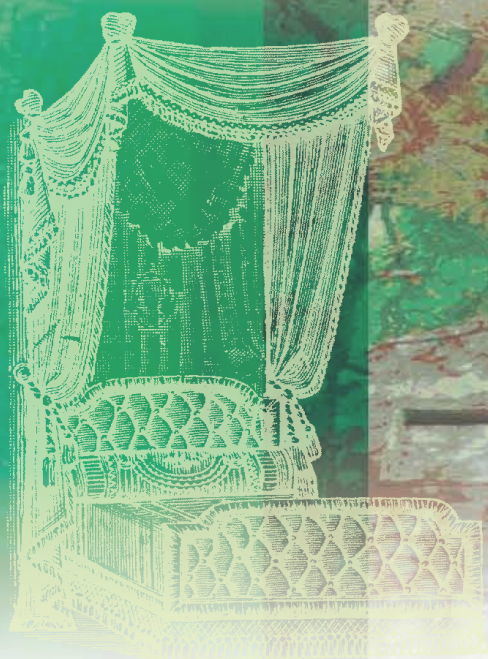
- A. 患者の症状は、不眠症の診断基準を満たす。
- B. 障害の経過は、慢性で以下のそれぞれに示された如くである。
- i. 幼児や小児期の発症
 - ii. 促進するものや原因は判明しない
 - iii. 回復が維持されない期間がない持続的な経過
- C. 睡眠障害は他に最近の睡眠障害、内科的や神経学的障害、精神障害、薬物使用、物質使用によってうまく説明されない。

5) 精神障害による不眠症

診断基準

- A. 患者の症状は不眠症の診断基準を満たす。
- B. 不眠症は最低1ヶ月出現する。
- C. 精神障害は標準的な基準（たとえば、アメリカ精神医学会精神障害の診断統計マニュアルー4版ー追補Bを参照）によって診断される。
- D. 不眠症は一過性に精神障害に伴う；しかしながら、ある場合には、不眠症は隠れていた精神障害の顕在化する前の数日や数週間前に出現してもよい。
- E. 不眠症は典型的な精神障害に伴うものよりより顕著であり、明確な苦痛によって生じたものとして示されたり、独立した治療の対象として成立する。
- F. 睡眠障害は他に最近の睡眠障害、内科的や神経学的障害、精神障害、薬物使用、物質使用によってうまく説明されない。

注（筆者から）：職場や職種や人間関係などが原因でおこる適応障害によって生じる不眠症はこれに属する。抑うつ気分、不安、行為障害や情動障害



を伴う場合やそれらの混合した状態を示す場合がある。こうした場合には職場から一時回避させ、職場環境などの調節が必要となることが多い。

6) 不適切な睡眠衛生

診断基準

- A. 患者の症状は不眠症の診断基準を満たす。
- B. 不眠症が最低1ヶ月は継続する。
- C. 不適切な睡眠衛生の実際が、以下のうち最低一つの存在で示されるように明確にされる。
 - i. 頻繁な日中仮眠、就眠時間や起床時間が甚だしく不定であり、あるいは寝具で過ごす時間が多すぎる
 - ii. アルコール、ニコチンやカフェインを含む製品の常用、特に就寝前
 - iii. 就寝直前の精神的刺激、身体的活動や感情を興奮させるような行動
 - iv. 睡眠以外に頻繁に寝具を使用する（たとえば、テレビ観賞、読書、勉強、軽食摂取、思考、計画をたてる）
 - v. 快適な睡眠環境を維持することに失敗する
- D. 睡眠障害は他に最近の睡眠障害、内科的や神経学的障害、精神障害、薬物使用、物質使用によってうまく説明されない。

注（筆者から）：労働者のみならず、一般の人にもしばしばみられることであるが、職場などから早く帰宅しても、日常的なアルコール、ニコチンやカフェインを含む飲料の摂取、特に入床時間前の摂取、精神的なストレス、身体的な興奮や感情的

に興奮する行動を入床時間の直前にとること。テレビを見る、テレビゲームなどに興じる、読書をする、勉強をする、軽食をとる、考え事をする、計画を練るなど等に、布団などの寝具を使うことなどは、睡眠に対する習慣づけを妨げ、不眠症の原因となる。これらを改善することなく安易に睡眠薬を使用することは避けるべきである。

7) 小児期の行動による不眠症

診断基準

- A. 子供の症状は両親や他の成人の世話をみる人からの報告では、不眠症の基準にあっていること。
- B. 子供は以下に記載した不眠症の睡眠開始随伴や、しつけ不足によるタイプかどちらかに一致すること。
 - i. 睡眠開始随伴型は次の各項目を含む
 - 1. 入眠は特殊な状態を必要とする長い過程である
 - 2. 睡眠開始随伴は問題が多く要求が厳しい
 - 3. 睡眠開始随伴状態下では、睡眠開始は有意に遅延するか、睡眠がそうでなければ中断する
 - 4. 夜間覚醒は、子供が就眠するのに世話をみる人の介入を必要とする
 - ii. しつけ不足型は次の各項目を含む
 - 1. 患者は睡眠開始や維持がむずかしい
 - 2. 患者は適切な時刻に寝具に行くことを立ち止まったり拒否をする、あるいは夜間覚醒後寝具に戻る事を拒否する
 - 3. 世話をみる人が、小児期に適切な睡眠行動を確立するしつけを不十分なあるいは不適切に教育をおこなった



C. 睡眠障害は他に最近の睡眠障害、内科的や神経学的障害、精神障害、薬物使用、物質使用によってうまく説明されない

8) 薬物や物質による不眠症

診断基準

- A. 患者の症状は不眠症の診断基準に満たす。
- B. 不眠症は最低1ヶ月続く。
- C. 下に該当するものがひとつあること。
 - i. 使用中か中毒時か離脱時において、最近睡眠を分断作用のある薬物の依存や乱用が進行中である
 - ii. 患者は最近睡眠分断作用のある薬物、食物や毒素の使用や暴露が進行中である
- D. 不眠症は物質暴露、使用、あるいは急性離脱に伴う一過性である。
- E. 睡眠障害は他に最近の睡眠障害、内科的や神経学的障害、精神障害、薬物使用、物質使用によってうまく説明されない。

9) 内科疾患による不眠症

診断基準

- A. 患者の症状は不眠症の診断基準に満たす。
- B. 不眠症は最低1ヶ月認められる。
- C. 患者は内科あるいは身体的疾患を伴っている。
- D. 不眠症はあきらかに、内科あるいは身体的疾患の発症の近くや顕著な進行に伴って始まり、この疾患の動揺によって増悪や消退する。

E. 睡眠障害は他に最近の睡眠障害、内科的や神経学的障害、精神障害、薬物使用、物質使用によってうまく説明されない

10) 物質や既知の生理状態によらない不眠症、特定不能(非器質性不眠症、他に特定不能)

他のどこにも分類されない不眠症であるが、精神障害や心理的な要因や睡眠を中断させるものが推測される場合である。

11) 生理性(器質的)不眠症、特定不能

他のどこにも分類されない不眠症であるが、内科学的や身体的な要因や物質乱用や暴露が推測される場合である。

以上、不眠症についてのICDS-2による診断基準を中心に概説した。不眠症は精神障害に伴わないときでも、持続化や重症度化はうつ病に進展することがいわれており、看過するべきでなく対処や治療を必要とする。それに関する詳細は他の成書を参照されるか、専門医に委ねるのが良いと考える。

参考文献

- 1) 厚生省編: 第3章 現代社会と「心の健康」、第1節 現代の「心の不健康」. 平成9年版厚生白書、1997、pp.80-85、株式会社ぎょうせい、東京
- 2) 内山 真: 朝日新聞 2006年6月6日 朝刊
- 3) American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 2nd ed.: Diagnostic and coding manual. Westchester, Illinois: American Academy of Sleep Medicine, 2005.

— 何故産業看護職が必要なのか —

経済・産業構造の変化や高齢化の進展など労働環境は変容し、60%以上の労働者が仕事によるストレスがあると感じています。精神の健康は身体健康とともに、職業社会に貢献するための大切な条件であり、最近では多くの職場でメンタルヘルス対策が重要課題として位置付けられ、組織的に取り組まれています。労働者のメンタルヘルスに関連する国の施策もこの数年間次々と発表され、そこには「保健師」の表現も徐々に明記されるようになりました。

産業保健チームは産業医を中心として保健師・看護師など産業看護職、臨床心理士・産業カウンセラー等の心理職、その他の専門職および職場の担当者等により構成されます。産業看護職は産業保健活動における援助専門職としては最も数が多く、既に多くの企業でその存在や役割がケアの実践を通して認知されているものと思われます。

職場のメンタルヘルス対策において産業看護職は、産業医等とともに労働現場のアセスメントをはじめ、職場と協働したメンタルヘルスケアシステムの構築、健康教育などを活用した心の健康の保持・増進への働きかけ、不調者の早期発見、休職者の職場復帰やその後の適応への支援など幅広い役割をもち、活動を展開しています。

では産業看護職の活動の拠りどころはどこにあるのでしょうか。既に看護職と活動とともにされている職場担当者の方々などにも改めてご理解いただければと思います。

常に労働者の身近で心身の健康をサポートします。

産業看護職は産業医等チームの専門職と連携し、健康診断、健康教育、職場巡視や職場訪問、事例支援に関連した職場調整、施策化への協力、外部資源の活用などを、面接や保健相談指導の技術を

用いながら進めています。

これら日常のきめ細かな活動を通して労働者個人・集団・組織との接点が多いことから、詳細な情報も早期に得易く、チームの専門職との役割を調整しながら緊急にも、予防的にも適切な支援活動につなぐことが可能になります。

また、心身の健康にかかわる相談ばかりでなく、仕事・組織や人間関係等の問題のからむ事例性として表出された問題に関しても、相談できる窓口として機能できることは、メンタルヘルス支援活動を推進する意味からも産業看護職のもつ大きなメリットです。

ヘルスプロモーション活動の視点で、健康度の高い職場づくりを支援します。

職場のメンタルヘルス活動は疾病予防の視点からだけではなく、総合的なヘルスプロモーション活動としての取組みの視点が大切です。働く人々が主体的に健康な職業人生を作り出していけるよう、労働環境や職業生活全体を視野に入れた、組織的な心の健康づくりが課題です。このような労働者一人一人のQOLの向上につながる支援は、産業看護職が職域健康管理で目指している大切な役割です。また産業看護職は健康度の高い職場組織作りのためにも、職場側の主体的かかわりを支持・促進しながら、ともに活動にかかわっていきます。

コーディネータとしての役割もあります。

職場のメンタルヘルス活動における各段階で、産業看護職には産業保健スタッフ、労働者個人や職場上司、人事労務担当者さらには家族や関連する事業場外資源などに働きかけ、適切な調整を行

う役割を求められることが多くあります。例えば、メンタルヘルス対策の施策化では職場組織担当者として協働します。早期の情報入手のためには職場に足を運び、職場担当者への働きかけを続けます。また事例へのかかわりでは本人ばかりでなく、苦労や困難を共にする職場上司や家族をサポートし、主治医や専門スタッフと情報を共有しながらそれぞれの場面にふさわしい調整を行います。

関係性の構築を目指す産業看護職の専門的スキルを活かしながら、労働者と人事労務担当者、産業医とその他の専門スタッフというような異なる立場の間に入り、コーディネータとして全体の均衡を図ります。

対象を生活者として全人的に理解し、身体も心もサポートします。

メンタルヘルスにかかわる現象は、人と生活構造、環境、組織や社会体系および行動体系等が密に関連し合いながら引き起こされます。そのため状況を理解し解決に向けるためには、引き起こされた現象に注目するだけではなく、対象を生活者として把握・理解することが特に大切となります。

産業看護職は身体・心理・社会面などの全人的視点から対象を捉え、他の保健医療専門スタッフと連携しながら、問題解決に向けて支援します。

人は精神的症状や心内に潜む悩み等について語ることは躊躇を伴うものです。しかし身体的症状や生活リズムの乱れ等については、専門家に容易に訴えることができるものです。それらの糸口から産業看護職は問題の本質を把握し、メンタルヘルス関連の問題としての早期発見・対処に結びつけていくことができます。それは精神面だけではなく身体的側面からも正確にアセスメントできる産業看護職の特性でもあります。

自助力に働きかけ、労働者の居場所づくりをサポートします。

産業看護職は労働者が自身の健康に関心に向け、正しい知識のもとに生活を見直し、目標に向けた保健行動を実現できるような、対象者主体の援助を行います。カウンセリング理論などを取り込んだ健康相談や保健指導を提供し、労働者が自身の力で目標に向かうプロセスに根気よく寄り添っていきます。

心の健康に関しても、生涯を通し自らの心の健康を維持・増進することの大切さを認識し、主体的に対処しようとするセルフイニシアティブ能力を育てることを手助けします。それは労働におけるQOL向上を目指し、快適な職業生活のための居場所をつくることにもつながります。

心を聴き、語っていただきます。

産業看護職は健康を喪失した状況にある対象に、健康な援助者として身近に存在し心身を支えます。支援のプロセスで出会うさまざまな関係者の心を聴き取り、内面に語りかけながら、心を語っていただきます。看護は深い対人関係を必要とする仕事であり、援助職としての感性やコミュニケーションのスキルは産業看護職の対人支援の役割のなかに多く生かされます。看護職の支援的かかわりにより徐々に自己を表出し、洞察が進むことで対象は新しい気づきを得て、その後の歩みを自身で選び取ることが可能となります。

産業看護職は援助者としての自己理解、自律性、コミュニケーション能力等の力量を高める努力を重ねながら、また保健医療職としての確かな知識を常に確保しながら対象者に働きかける専門的作業にかかわっています。

社団法人 日本産業カウンセラー協会 ご案内

激増する従業員の心の病

過去3年間で従業員の「心の病」が増加傾向にあると答えた企業は61.5%（社会経済生産性本部調べ/2006年）。自殺者数は8年連続で3万人を超え、先進各国の中ではトップレベルの多さです。

勤労者のメンタルヘルスが今ほどおびやかされている時代はありません。グローバル化の進展に伴う競争の激化や経営のスリム化で労働環境は激変し、勤労者の多くは重いストレスにさらされているのです。



後追いでなく「予防」を!

職場で問題が起きてからひとつひとつ後追いでいくという対応方法には、体制整備においても効果においても限界があります。重要なのは「予防」です。

職場で発生する心の病の多くは、メンタルヘルス研修や個別カウンセリングによって予防することができます。心の病を発生させないために、勤労者みずからがストレスをコ

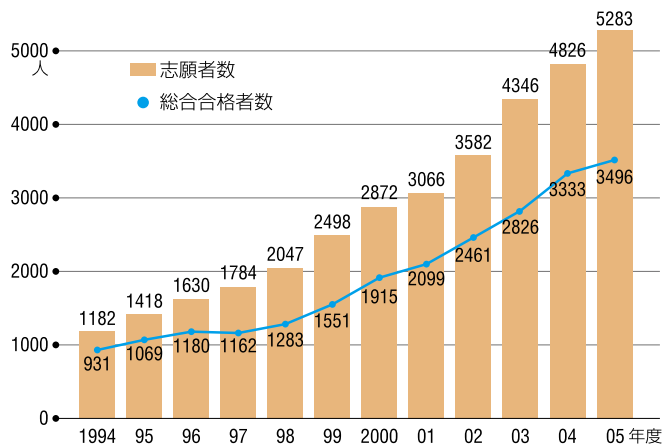


ントロールできるよう、また不調者を早期発見、治療に結びつける風通しの良い職場づくりをお手伝いするのが産業カウンセラーです。

産業カウンセラーの役割

産業カウンセラーはコンサルタントでも身の上相談者でもありません。勤労者が自力で問題を解決できるように仕向ける支援者です。また、個人の問題解決の支援のみならず、組織構造的な問題を発見し企業に提言することも大切な役割です。

勤労者のメンタルヘルス向上を「コスト」ではなく、パフォーマンスの向上に貢献する「投資」と前向きに考える企業や団体が増えてきています。勤労者のメンタルヘルス維持に直結する任務を担う産業カウンセラーは、ニーズの高まりに応じて年々増え続けています。



全国13支部で活動する (社)日本産業カウンセラー協会

産業カウンセラーはあらゆる産業の場で活躍しています。産業カウンセラーの養成、訓練、指導、援助な

企業向けの支援メニュー例

メンタルヘルス研修	職場におけるメンタルヘルスの基礎知識、ストレスと対処法、生産性との関連、職場復帰の基本など職場の環境づくりに直結するコースです。健康な組織作りのための診断も行います。
リスナー（傾聴）研修	職場でのコミュニケーション力を高めることが風通しの良い職場を作ります。他人の話をきちんと受け止める訓練で、管理監督者向けに多く開催されるコースです。
セクシャル・ハラスメント	相談の仕方・受け方・対処の仕方などを学びます。
個別カウンセリング	従業員の方の相談窓口として産業カウンセラーを派遣します。適切な相談窓口を整備することで、勤労者の心のリスクを減らすことができます。

勤労者個人向けの支援メニュー例

相談室でのカウンセリング	全国24ヶ所の支部・事務所に相談室を設置しています。 協会所属のベテランカウンセラーが相談にあたっています。（予約制）
無料電話相談 「働く人の悩みホットライン」	職場・暮らし・家族・将来設計など働く上の悩みを伺います。 「03-5369-2275」にお電話ください。（月～金、15:00～20:00）

どによる資質向上に資し、研修会、講演会の講師やカウンセラー派遣などを行っているのが（社）日本産業カウンセラー協会です。全国13支部・17事務所で活動し、それぞれの地域に応じたきめ細かなサポートを行っています。



企業での研修風景

問い合わせ先

お気軽にご連絡ください！

社団法人日本産業カウンセラー協会

〒105-0012 東京都港区芝大門1-1-35 大門佐野ビル3F

TEL : 03-3438-4568 FAX : 03-3438-4487

URL : <http://www.counselor.or.jp>

E-mail : mentaldock@counselor.or.jp



研修案内

平成19年5月～平成19年7月

各種研修共通事項

19年度のメンタルヘルスのシリーズは、受講する順番に関係なく、同一レベル内の①～④全て受講されると修了証を発行します。また、16～18年度実施分の①～④の中で、未受講の研修がある方は、19年度で該当している研修を受講されると、修了証を発行します。

認定産業医研修は、同じテーマの研修を複数回受講されても、単位の発行は1回限りとさせていただきます。

★5月からの研修は、新事務所(〒102-0075 東京都千代田区三番町6-14 日本生命三番町ビル3F
TEL:03-5211-4480 FAX:03-5211-4485)で開催します。

認定産業医研修 (基礎研修は実施しておりません。認定証をお持ちの産業医のみが対象の研修です。)

研修コード	月 日	時 間	テーマ	講 師	単 位	定 員
9104006	5月9日(水)	14:30～16:30	健康診断事後措置の具体的事例 ～ケースカンファレンス～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	竹田 透	生涯・実地2	30
9104007	5月22日(火)	13:30～16:00	過重労働対策の進め方、医師による面接指導の手法 ※産業医学振興財団が作成したテキストを使用し、再度開催します。	土屋 讓	生涯・更新2.5	60
9104008	6月1日(金)	14:30～16:30	③メンタルヘルズ指針・非健常者に対する対応・復職判定等(上級) ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	大西 守	生涯・専門2	60
9104009	6月11日(月)	14:30～16:30	メンタルヘルズ対策の進め方 ～労働安全衛生法等の改正に伴う対策～ ※産業医学振興財団が作成したテキストを使用し、再度開催します。	長尾 博司	生涯・更新2	60
9104010	6月16日(土)	13:30～16:30	作業環境測定方法 ～測定機器の操作・測定実習～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	岩崎 毅 市川 英一	生涯・実地3	24
9104011	6月21日(木)	13:30～14:45	①メンタルヘルズ関係法令・判例・概論(上級) ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	石塚 宏	生涯・更新1	60
9104012		15:00～17:00	④うつ予防対策・自殺予防対策(上級) ～産業医のためのメンタルヘルズ対策～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	深澤 健二	生涯・専門2	60
9104013	7月9日(月)	13:30～14:45	①メンタルヘルズ関係法令・判例・概論(上級) ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	石塚 宏	生涯・更新1	60
9104014		15:00～17:00	②メンタルヘルズ指針・健常者に対する対応・体制づくり等(上級) ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	森崎 美奈子	生涯・専門2	60
9104015	7月11日(水)	14:30～16:30	健康診断事後措置の具体的事例 ～ケースカンファレンス～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	竹田 透	生涯・実地2	30
9104016	7月14日(土)	13:30～16:30	作業環境測定方法 ～測定機器の操作・測定実習～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	岩崎 毅 市川 英一	生涯・実地3	24
9104017	7月23日(月)	14:30～16:30	母性健康管理 ～妊娠中の症状等に対する措置～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	落合 和彦	生涯・専門2	60

保健師・看護師研修 (実力アップコース単位認定) ※産業看護基礎コース・短縮Nコース未修了者でも受講可。

研修コード	月 日	時 間	テーマ	講 師	単 位	定 員
9204004	5月14日(月)	13:30～14:45	①メンタルヘルス関係法令・判例・概論(中級) ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	石 塚 宏	Ⅲ -7-(1)	60
9204005		15:00～17:00	②メンタルヘルス指針・健全者に対する対応・体制づくり等(中級) ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	森崎 美奈子	Ⅳ -1-(2)	60
9204006	5月18日(金)	13:30～14:45	過重労働による健康障害防止 ～関係法令・通達～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	炭 山 隆	Ⅲ -7-(1)	60
9204007		15:00～17:00	過重労働による健康障害防止 ～エビデンス・具体的措置事例～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	角 田 透	Ⅲ -3-(2)	60
9204009	6月29日(金)	14:30～16:30	喫煙職場対策のポイント ～企業内禁煙支援のスキルアップの講座です。～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	齊藤 照代	Ⅳ -4-(8)	30
9204010	7月19日(木)	13:30～14:45	①メンタルヘルス関係法令・判例・概論(中級) ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	古山 善一	Ⅲ -7-(1)	60
9204011		15:00～17:00	③メンタルヘルス指針・非健全者に対する対応・復職判定等(中級) ※受講希望者の方で質問や課題をお持ちの方は、特に様式は問いませんので、事前にFAXでお送りください(6月20日必着)。 ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	深澤 健二	Ⅳ -3-(4)	60
9204012	7月26日(木)	13:30～14:45	過重労働による健康障害防止 ～関係法令・通達～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	古山 善一	Ⅲ -7-(1)	60
9204013		15:00～17:00	過重労働による健康障害防止 ～エビデンス・具体的措置事例～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	内田 和彦	Ⅲ -3-(2)	60

保健師・看護師研修 (ひとり職場の産業看護職限定) ※単位等の取得はできません。

研修コード	月 日	時 間	テーマ	講 師	定 員
9204008	6月8日(金)	14:30～16:30	ひとり職場の産業看護職の集い① ～健康診断の事後措置について～ ※課題となっている問題を持ち寄って頂き、参加者全員で検討します。	小澤 乃智子	30

人事・労務・衛生管理者研修 ※単位等の取得はできません。

研修コード	月 日	時 間	テーマ	講 師	定 員
9504004	5月10日(木)	14:30～16:30	生活習慣病の基礎知識 ～衛生管理者・労務管理者限定～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	加藤 雅治	60
9504005	5月23日(水)	14:30～16:30	心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援 ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	桂川 修一	60
9504006	5月30日(水)	14:30～16:30	“新企画” カウンセリング基礎理論 ～今、なぜ傾聴か?～	岩 舩 展子	40
9504007	6月14日(木)	14:30～16:30	個人情報保護法と健康情報の取り扱い(事例検討) ～課題となっている問題を持ち寄って頂き、参加者全員で検討します。～	加藤 雅治	20
9504009	6月20日(水)	14:30～16:30	「元気な職場づくり」 “管理者の行うところの健康づくり対策” ～考え方と実践方法～	岩 舩 展子	40

人事・労務・衛生管理者研修 ※単位等の取得はできません。

研修コード	月日	時間	テーマ	講師	定員
9504010	6月25日(月)	13:30～14:45	①メンタルヘルス関係法令・判例・概論(初級) ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	炭山 隆	60
9504011		15:00～17:00	②メンタルヘルス指針・健常者に対する対応・体制づくり等(初級) ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	小宮 恵子	60
9504012	7月2日(月)	14:30～16:30	④うつ予防対策・自殺予防対策(初級) ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	山寺 博史	60
9504013	7月4日(水)	14:30～16:30	「元気な職場づくり」実践編①～リスニング(演習)～ ※以前「元気な職場づくり」を受講した方対象。※冊子「元気な職場づくり」をご持参願います。	岩松 展子	30
9504014	7月12日(木)	14:30～16:30	多様化する就労形態と健康管理 ～派遣・パートの方々の課題を検討します。～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	加藤 雅治	60
9504015	7月17日(火)	13:30～14:45	過重労働による健康障害防止 ～関係法令・通達～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	石塚 宏	60
9504016		15:00～17:00	過重労働による健康障害防止 ～エビデンス・具体的措置事例～ ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	香川 順	60
9504017	7月30日(月)	14:30～16:30	アスベスト(石綿)の有害性と石綿救済法について ※前回受講できなかった方のために再度開催します。	野田 一雄	60
9504003	4月12日(木)	14:30～16:30	多様化する就労形態と健康管理 ～派遣・パートの方々の課題を検討します。～	加藤 雅治	60

対象者を限定しない共通研修 ※単位等の取得はできません。

研修コード	月日	時間	テーマ	講師	定員
9504008	6月18日(月)	14:30～16:30	熱中症対策のポイント ～熱中症に対する正しい知識を身につけ、適切な予防対策を学びます。～	伊集院 一成	60

当センターが主催する研修会は、すべて無料で受講できます。

また、産業保健活動に携わる皆様へ専門スタッフ(産業保健相談員)による窓口相談や産業保健に関する図書・ビデオ等の貸し出しを無料で行っています。

特定健診・保健指導が義務化になります！

平成20年度から医療制度改革により、特定健診・保健指導が義務化されます。
これに伴い、厚生労働省は、平成18年「禁煙支援マニュアル」を策定し、
ニコチン依存症である禁煙支援の重要性を強調しています。
そこで、今年も下記日程で、「禁煙支援スキルアップの研修会」を企画いたしました。
さらに今年は、メタボリックシンドローム予防と改善のための
「効果的な保健指導」のセミナーも企画しております。
どちらも参加型の楽しいセミナーです！ぜひご利用下さい！

保健指導スキルアップセミナー（全2回）

「結果につながる効果的な保健指導とは？」
平成19年 6月22日
平成19年 7月20日

職場の禁煙サポートセミナー ～目指せ！サポート名人～

【第1回】「職場の喫煙対策！その上手な進め方」	平成19年 9月 7日
【第2回】「職場の禁煙サポート基礎編（準備期）」	平成19年10月26日
【第3回】「職場の禁煙サポート無関心期編」	平成19年11月16日
【第4回】「職場の禁煙サポート フォロー編」	平成19年12月 7日
【第5回】「職場の禁煙サポート集団指導基礎編」	平成20年 1月25日
【第6回】「職場の禁煙サポート集団指導実践編」	平成20年 2月15日

- 時間：14：00～17：00 ● 料金：各3000円（税別）
- 場所：東京労災病院 勤労者予防医療センター（高層棟2F）
- 対象：健康管理スタッフ（看護職・衛生管理者等）

※ 職場の禁煙サポートセミナー6回全て受講された方は、認定書が発行されます。
※ 少人数制で先着順です。お申し込みは、お早めに！

- 申込先：
東京労災病院 勤労者予防医療センター 相談・指導部
東京都大田区大森南4-13-21 TEL:03-3742-7301（内3253） FAX:03-3743-9082
Eメール：kinen@tokyoh-yobou.com
HP：http://www.tokyoh.rofuku.go.jp/yobouiryoku/kinrounya2.html

産業医共同選任事業・助成金

小さな事業場だからこそ、働く方々の健康は何より大切。
そんな事業者の気持ちに応えた助成制度です。

申請要件

① 2以上の小規模事業場*の事業者が共同して産業医の要件を備えた医師を選任することにより応募できます。

*企業規模にかかわらず、常時使用する労働者数（労働保険概算・確定保険料申告書等による助成金申請の前年度の1カ月平均使用労働者数とします）が50人未満の事業場をいいます。

② 以前に本助成金を受給したことがないこと。

助成金の申請時期

〈前期1〉毎年4月1日から5月末日まで。

〈前期2〉毎年6月1日から6月末日まで。

〈後期〉毎年10月1日から10月末日まで（初年度申請分のみ）です。

助成金額及び支給期間

助成金は、1事業年度につき1事業場あたり表のとおりで、事業場の規模に応じて支給します。支給期間は、3カ年度です。2年度目、3年度目についても継続のための支給申請が必要です。

助成金の区分と助成額

小規模事業場産業保健活動支援促進助成金の区分	助成額
30人以上50人未満の事業場	83,400円
10人以上30人未満の事業場	67,400円
10人未満の事業場	55,400円

(注) 共同選任医師を選任するのに要した費用の額が上記の額を下回る場合は、その医師を選任するのに要した費用の額を支給します。

申請に必要な書類

- ① 様式1号 産業保健活動助成金支給・変更申請書
- ② 様式2号 産業保健活動推進計画書
- ③ 共同選任医師と契約書の写
- ④ 産業医の要件を備えた医師であることを証明する書類の写
- ⑤ 申請年度の労働保険概算・確定保険料申告書の写等
(労働保険番号、労働者数の記載があるものに限ります)

様式は東京産業保健推進センターにあります。

申請先

東京産業保健推進センター
(TEL.03-3519-2110)

(原則として代表事業者は、集団を構成する事業場の申請書を取りまとめて提出していただきますようお願い致します)

助成金の支給

労働者健康福祉機構は、申請に基づき審査を行い、集団を構成する事業場ごとに助成金の支給額を決定し通知するとともに、銀行振込により助成金を支給します。

編集後記

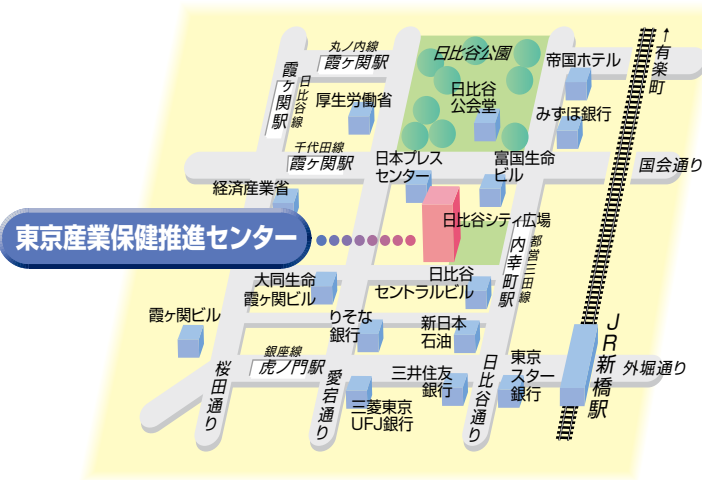
今年は早くから花粉が飛んで、通勤電車の中でもマスクをしている人が多く、私も含めて花粉症の人にはつらい時季となりました。

さて、当センターも副所長と課員の2名の職員交代があり、新規相談員も2名増員となって新たな体制でスタートすることになりました。

新任の相談員の先生方は次号で紹介いたします。

ご案内のとおり事務所の移転も4月28日(土)に決まり、今まで以上に産業保健スタッフの皆様にご利用いただけますよう、職員一同がんばりますのでよろしくお願いいたします。

(業務課長 田中 努)



No.33

交通機関

- 都営三田線(内幸町駅/日比谷より改札A6出口)
- 東京メトロ千代田線(霞ヶ関駅/内幸町口C4出口)
- 東京メトロ丸ノ内線(霞ヶ関駅/銀座より改札B2出口)
- 東京メトロ銀座線(虎ノ門駅/新橋より改札9出口)
- 東京メトロ日比谷線(霞ヶ関駅/内幸町口C4出口)
- JR線(新橋駅/日比谷口)

ご利用いただける日時

- 休日を除く毎日 午前9時～午後5時
- 休日/毎週土・日曜日、祝祭日、年末年始



独立行政法人 労働者健康福祉機構

東京産業保健推進センター

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-3 日比谷国際ビル3F

Tel: 03-3519-2110 Fax: 03-3519-2114

IP Phone: 050-7506-8507

(Eメール) information@sanpo13.jp

(ホームページ) <http://www.sanpo13.jp/>

- 事業内容、その他の詳細につきましては、当推進センターまでお問い合わせ下さい。

21

R100

古紙配合率100%再生紙を使用しています