

NO, 131

オリエンタル
労働衛生
ニュース

ORIENTAL

INDUSTRIAL HEALTH NEWS

NOV.30.2019

発行/一般社団法人 オリエンタル労働衛生協会

〒464-0850 名古屋市千種区今池1-8-4 TEL052(732)2200(代)

発行人/福田 吉秀 編集人/伊藤 達夫 構成/藪野 正樹
E-mail:oriental@muh.biglobe.ne.jp



絵・藪野正樹(二紀会会員)「秋の公園」



一般社団法人 オリエンタル労働衛生協会

URL <http://www.oriental-gr.com/orn/oriental.htm>

最近の労働衛生の

動向について

— 受動喫煙防止対策について —

この10月に開催された「令和元年度・労働衛生管理者講習会」における愛知労働局労働基準部健康課、鈴木修史・地方労働衛生専門官の講演を一部省略の上、再録させていただきます。

(文責・本誌編集室)

私がいる健康課ですが、主に熱中症対策とか化学物質障害防止対策、粉じん障害予防対策、その他健康診断関係の事後措置関係とか、長時間労働における面接指導、メンタルヘルス対策、そして仕事と治療との両立支援推進といった内容の労働衛生関係者を扱う部署です。

本日は受動喫煙防止対策について始めさせていただきます。

受動喫煙防止対策

「受動喫煙防止法について教えてください」と、電話での問い合わせがありますが、こういった法律はなく、健康増進法の中で受動喫煙防止という項目が入っていて、それが2018年7月に一部改正の法律が成立し、2020年(令和2年)4月1日より一部の施設を除き原則屋内禁煙となります。

健康増進法の一部改正の趣旨というのは、「望まない受動喫煙の防止を図るため、多

数のものが利用する施設等の区分に応じ、当該施設等の一定の場所を除き喫煙を禁止するとともに、当該施設等の管理について権限を有する者が講ずべき措置等について定める」ということです。その中身ですが、基本的な考え方は、大きく分けて3つあります。

①「望まない受動喫煙」をなくす

屋内において非喫煙者が受動喫煙にさらされる状況に置かれなないことを基本とすること。

②受動喫煙による健康影響が大きい子ども、患者等に配慮

20歳未満の子どもや病気を患っている患者さん等に配慮した内容ということ。

③施設の類型・場所ごとに対策を実施

改正健康増進法の

体型

③の施設の類型については、第一種施設、第二種施設に大きく分かれています。

学校、児童福祉施設、病院、診療所、行政機関の庁舎等は第一種施設に入ります。

第二種施設は、第一施設を除く施設すべてということ、大きく分けて二つに分かれております。ただし個人の自宅とか、ホテル等の客室などは除外してあります。例えばホテルのロビーなどは除外されていませので措置が必要になります。第二種施設でも経過措置というものがあって、既存の経営規模の小さな飲食店、いわゆる中小企業に該当して客室が100㎡以下の小さな飲食店は、経過措置が組まれているという事です。

この第一種、第二種施設以外に、喫煙目的施設というのがあります。例えば喫煙を主目的とするバー、スナックで、葉巻を吸う事が目的のシガーバーなどで、一般の飲食店のバー、スナックは喫煙が主目的ではないので、これは該当しません。その他、公衆喫煙所、公の喫煙をする場所については喫煙目的で設備が

ありますから、施設内での喫煙は可能です。

先ほど2020年4月1日から原則屋内禁煙と申しましたが、この増進法の一部改正が交付された後、一部実施されているものがあります。第一種施設については、2019年7月1日施行されています。内容は、敷地内禁煙となっています。建物内の禁煙だけではなく、建物を含め、敷地内全てにおいて喫煙は原則禁止となっています。ただし喫煙者しか入らないような建物の屋上を喫煙場所として設ける事で喫煙は可能にはなりません。また敷地内でも人が立ち入らないような所でタバコの煙で害を及ぼさない所も喫煙場所とする事は出来る事になっています。

このように敷地内すべて禁止となっていますが、喫煙場所をどこに置くかによって、一部タバコを吸う事は可能とはなっているという事であります。

飲食店とか工場、事務所などは、ほとんどが第二種

施設に該当してくるかと思えます。お話ししたように2020年4月1日から、屋内の喫煙が禁止となります。第一種と第二種とは、敷地内の禁煙、屋内の禁煙の違いがあります。

屋内の禁煙について全面禁煙とできればいいのですが、業務運営上なかなか難しいという事で、一応、経営判断による選択になっています。

一つは、屋内の禁煙で、建物内はすべて禁煙にすることです。もう一つは、屋内は禁煙だが、煙が屋内に流れないような方策をとった喫煙専用施設を設けるといいます。もちろん、20歳未満の立ち入りを禁止する受動喫煙措置を行わなければなりません。飲食店でも喫煙専用施設を設けて、そこでタバコを吸う事は可能ですが、飲食をしながらの喫煙はできません。

加熱式タバコについては専用室を設けることで屋内喫煙は可能で、加熱式タバコ専

用室での飲食は可となっています。しかし20歳未満の立ち入りはできません。

経過措置として、中小企業に該当する飲食店で、客席面積が100㎡以下の店(既存特定飲食提供施設)では、喫煙可能な場所である旨を掲示する事で、店内は当面喫煙可という事になります。ただし客、従業員とも20歳未満の者は立ち入りができません。

従業員に対する受動喫煙対策について

健康増進法は労働者とか、そうでない者には関係なく基本的に、吸う人・吸わない人の対策となっています。労働安全衛生法では、工場など、労働者がいて、その人が非喫煙者であれば、その人の受動喫煙を防止する対策が必要になります。労働局としてはその部分の対策を講じて頂く必要が出てくるという事であります。

多数の者が利用する施設等では、施設等の類型・場所に禁煙措置や喫煙場所

の特定を行うこととするが、喫煙可能場所のある施設の従業員の「望まない受動喫煙」を防止するため、以下の施策を講ずる。

20歳未満の者(従業員を含む)の立入り禁止

関係者による受動喫煙防止のための措置

・関係者(施設等の管理権原限者等及び事業者その他の関係者)に受動喫煙防止措置を講ずる努力義務等を設ける。

・努力義務等の具体例を国のガイドラインにより示し、助言指導を行う(職場における受動喫煙防止のためのガイドライン 令和元年7月1日 基発0701第1号)。

また助成金等により、取り組みを支援。

また職業安定法及び施行規則において従業員の募集を行う者に対しては、どのような受動喫煙対策を講じているかについて、募集や求人申込みの際に明示する義務を課することとしています。

上記「関係者に受動喫煙防

止措置を講ずる努力義務等を設ける」は、労働安全衛生法の68条の2が、受動喫煙防止の項目になっています。あくまでも努力する事を義務付けているという解釈をして頂きたいと思います。要は望まない人が受動喫煙をしないような何らかの措置を事業主として務めて頂く、そういう措置を義務付けているという事でありませう。次の「努力義務等の具体例を国のガイドラインにより示し、助言指導を行う」は、冒頭でもお話しした、職場における受動喫煙防止のためのガイドライン」というところで、平成元年7月1日に法律ではなくガイドラインという形で示されました。また今年も受動喫煙対策の助成金というものがありますので、後で話させて頂きます。

受動喫煙防止措置の

調査から

つい最近、本省から受動喫煙防止についての統計が来て

おります。

平成30年に労働安全調査を行い、受動喫煙についての意識などの調査を実施しました。労働安全調査は大体3年ごとに行っているものです。その中で、受動喫煙防止対策の実施状況について、例えば全面禁煙にしているとか、分煙で対策している、とかを合わせて全体で7割近くが何らかの対策を講じているということですが、規模別では50人以上とか、100人以上とか大きくなるほど対策が進んでおり、9割ぐらいが対策を講じています。事業規模が小さければ小さいほど進んでいない状況です。平均すると70%ぐらいが措置を講じているということです。また規模が小さいほど全面禁煙を行っている割合が増えています。分煙体制では費用がかかると想像されま

すが…。
平成19年では46・4%が何らかの受動喫煙防止対策を講じ、同30年では71・8%ということ、受動喫煙防止

についての関心が高まった中で取組みが進んで来ている状況かと思えます。取組む上での問題の有無では、「無し」が60%、「有り」が37・4%と、全体の6割が問題が無いという回答が得られています。

「問題がある」では、顧客に喫煙を止めさせるのが困難、一番多く、2番目にタバコの煙が喫煙場所から出ないような方策をとるのが困難、3番目に、喫煙できるスペースを屋内に設けるスペースが無い、でした。

職場における受動喫煙防止のための

ガイドラインの概要

ガイドラインの基になるのは受動喫煙防止対策の健康増進法で、これを基に構成されています。

冒頭、用語の定義が示されています。施設の「屋外」と「屋内」の定義があります。「屋内」は、外気の流入が妨げられる場所として、屋根がある建物であつて、かつ、側壁が概ね半分以上覆われているもの

内部、「屋外」は、屋内に該当しないもの…となっています。

「受動喫煙防止を進めるためには、組織的に取組まなくてはならないということ、事業者は衛生委員会等の場を通じて、労働者の受動喫煙防止対策についての意識・意見を十分に把握し、事業場の実情を把握した上で、各々の事業場における適切な措置を決定すること」(ガイドラインから)。従業員の意見を聴きながら、業種ごとにどうしたら良いかが違ってきますから、その辺りは実情に応じた形で対策を進めていく必要があるということですが。

また「労働者は事業者が決定した措置や基本方針を理解しつつ、衛生委員会等の代表者を通じる等により、必要な対策について積極的に意見を述べるのが望ましいこと」(同)。労働者はできるだけ対策に参加して欲しいと書かれています。

受動喫煙防止対策の組織的な進め方として、まず「推

進計画の策定」が必要です。行き当たりばったりではなく、事業場の実情を把握することが必要です。その上で、どういう形で進めていくのか、いつ、誰が計画するのかという計画策定が必要です。「担当部署の指定」が2番目に来ています。「労働者の健康管理等」として、受動喫煙防止対策の状況を、衛生委員会等における調査審議事項とすること。労働者50名以上の規模においての安全衛生管理が基本となっています。産業医の職場巡視に当たり、受動喫煙防止対策の実施状況に留意すること。ここでは産業医さんの意見を反映した中で、対象を進めていくことが必要になっています。産業医さんがいない所では、地域の産業保健推進センターで相談できるのでは、と思います。「標識の設置・維持管理」では、喫煙することができるところを設置するときは、その場所の出入り口と、施設の主たる出入り口に標識を掲示しなければならぬこと、と

あります。ここが喫煙場所とか、20歳未満の人は立ち入り禁止、というような標識をして明確にする必要があるというところが重要です。そして妊婦さん等への特別な配慮は必ずしてくださいということですが、

「喫煙可能な場所における作業に関する措置」として何度もお話しするのですが、20歳未満の者の立ち入り禁止が1番目に出てきております。非喫煙者に対する配慮ということも書かれております。勤務シフトとか勤務フロア、動線の工夫などで配慮してくださいということですが、

喫煙専用室について

これもガイドラインにありますが、喫煙専用室を設ける場合は、必ず天井まである壁で覆ってください。出入り口は喫煙室から煙が流失しないようにしなければなりません。その場合、出入り口において、室外から室内に流入する空気の気流が0.2メートル毎秒以上であること、要は

そこでの風速を測って、それ以上あれば、煙が外に出ないということですが、

だからこれを確保するよいうな換気設備を設けて換気した煙は必ず外へ出すということですが、これが喫煙専用室として満たすべき条件ということですが、

受動喫煙防止対策

助成金

健康課では単年度、4月から3月までで助成を行っております。

対象は労働保険適用の事業場。個人経営で従業員がいない所は労働保険の対象ではないので助成はできないことになっています。中小企業

事業主は業種と人数、それに対する資本金の、どちらかを網羅できれば対象になります。事業場内において措置を講じた区域以外を禁煙とする事業主が対象となります。

助成の対象となる措置は、喫煙専用室の設置・改修で、壁で覆われているとか、入り口の風速が0.2メートル毎

秒以上をクリアしているとかを網羅している設備であること。もちろん、その中での飲食は禁止です。加熱式たばこの専用喫煙室については、壁、風速とも同様ですが、飲食可にはなっています。

屋外喫煙所（閉鎖系）の設置・改修も助成の対象になります。既存の特定飲食提供施設については、換気装置などの設置・改修は助成の対象になります。

助成内容としては工賃、設備費、機械装置などの経費の2分の1、なお、上限は100万円となっています。飲食店では3分の2が助成されるということですが、

助成金を受けた設備については、5年間管理が必要で、設備の点検及びメンテナンスを行い、維持管理を行うことと、勝手に売却したり、改造及び用途外使用を行ってはいけないこととなっております。

場合によっては、助成金返還を求められるので注意してください。

胸がイタイ

協会メディカルクリニック・ドクター 甲斐一成 (医博)

長く暑かった夏がようやく終わったら急に寒くなり、あたふたと出してきた防寒着の日干しをしました。

前回は、「お腹がイタイ」という題でお話ししました。今回は、胸の痛みについてお話しします。

胸痛の原因臓器と症状について

どなたでも「胸がイタム」という経験は、おありだと思います。困った時、悲しい事があつた時には起こりますね。しかし、今回の話は、そうした原因



ではなく、身体に異常が生じて痛みが起こつた

時のお話です。

心臓、肺、胃食道、筋骨格、そして皮膚に病気を生じた時に、胸痛を起こします。

胃食道に病気が起きた時の事については、前回にお話ししましたが、空腹時や食後に胸焼け、腹痛などを伴って起こる事が多く、胃腸薬(制酸剤など)を服用する事で軽快します。

心臓、肺の病気では負担のかかる運動、活動時に生じて、中止すると軽くなります。

また肺に病気がある場合は、咳痰を伴う事が多く、どちらにも胸部レントゲン検査や心電図検査を行うと、病気の臓器ははっきりします。

骨筋肉の異常では、腕、肩などを動かす時に痛みを生じて、一旦生ずると長時間続

き、何日間も続くこともあり

ます。心臓病で代表的な胸痛である狭心発作は、痛みは数分から30分以内で、心筋梗塞に進行しても数時間ですが、死の恐怖を伴う場合もあります。早期の受診が大切です。

皮膚の病気では、早期には発疹が明らかではなくて、進行すると胸痛部に湿疹が現われて「びらん」へと進行する帯状疱疹という病気があります。この病気も早期に受診して進行を抑えることが大切です。

以上、大まかな胸痛の原因臓器と、伴う症状についてお話ししてきましたが、これから、筆者の専門分野でもある心臓病についてお話しします。

心臓病について

先に労作時に狭心発作を生ずる狭心症についてお話ししましたが、安静時に心臓を栄養する冠動脈に明らかな狭窄がみられないのに、血管攣縮(れんしゆく)を、発作

的に生じて起こる狭心症もあります。

冠動脈の内皮細胞に障害が生じて、一過性に攣縮が起き、狭心発作を生ずる病気で

す。日本人に多く、喫煙により血管内皮に障害が起こり、発作を誘発すると考えられています。

労作性狭心症は、冠動脈に動脈硬化が起こり、狭窄を起こし、労作時に十分な血液を心筋に送ることができなくて、発作が起こるのです。

狭心症ではありませんが、ストレスなどで交感神経から「カテコールアミン」が放出されて、心筋が部分的過収縮を起こし、心筋障害を起こす心筋症があります。心血管検査で心室造影を行った時の、心室の形から「たこつぼ心筋症」と呼ばれます。

冠動脈造影検査でも狭窄はみられず、心機能低下が生じます。原因として感情や身体ストレスが関係していると考えられています。

心臓そのものではない胸痛について

次に胸痛を起こす病気で、心臓そのものではなく、血管に病変が起こり、胸痛を起こす病気についてお話しします。

病気の場所は大動脈や肺動脈に起こる病気です。

大動脈に動脈硬化が起こって、もろくなり、解離を起こし進行すると破裂してシヨック症状を起こす事もあり、急性大動脈症候群と呼ばれています。

肺動脈の病気は、肺塞栓と呼ばれて、下肢の外傷や、静脈瘤に生じた脂肪塊や血栓が、肺動脈を塞栓して肺機能低下(呼吸不全)を起こします。

胸痛に続き、頻脈や頻呼吸を起しますが、胸部レントゲン検査では異常がみられません。急性の血管障害により胸痛が生ずるので、この病気も早期治療が大切です。

肺が原因の胸痛

肺が原因で胸痛が起きる

病気で代表的なのは、自然気胸でないでしょうか。

喫煙や風邪をきっかけに、咳を伴い、胸腔と肺に交通ができて胸腔内圧が上昇し、進行すると緊張性気胸と呼ばれて呼吸困難が強まります。

消化器の病気

消化器の病気で胸痛を起こし、早期治療が必要な病気に食道破裂があります。

飲酒後に嘔吐などを起こして、食道が破裂して縦隔気腫や胸水を生じます。

これほど重大な病気ではありませんが、飲酒や消炎鎮痛剤の使用をきっかけに起きる逆流性食道炎や胃びらんも、胸痛を起こす消化器病の中で多い病気ですね。

胸痛で救急外来を受診する病気の割合

胸痛を起こして救急外来を受診する病気の、日本での割合についてお話しします。

一番多かったのは、心血管疾患で20・5%でした。二番目は筋骨格疾患で19・9%、

三番目は神経痛で9・3%でした。四番目は呼吸器疾患で8・1%、五番目は消化器疾患で2・3%。そして、その他が30・9%です。

その中で筋骨格疾患と神経痛を合計すると、30%近くの方が救急外来を受診されているのは、予想外の結果でした。痛みがある時に原因をさがすのは、とても困難な事だと考えさせられました。

健康診断で

そこで健康診断の出番です。

検診では、心血管、呼吸器疾患については、検査項目として心電図検査、胸部レントゲン検査を行っておも、狭心症に対しても、気胸その他の肺病変に対しても、早期発見の手がかりとなります。消

化器についても、胃カメラ等の検査を行えば病気の有無がはっきりします。

生活習慣病に対しても、肥満、高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙、飲酒、ストレスに対して、早期発見も可能です。

健康診断の結果を生かして、健康的な生活を送りませんか。



再録 講演

「睡眠と健康」

「あなたの眠りを守りたい」②

愛知医科大学名誉教授 スリープ・ハート研究所 塩見利明先生

愛知医科大学の

睡眠センターについて

愛知医科大学は2014年に新病院になりまして、古い病院の時から作って頂いていたのですが、立派な睡眠センターが出来ておりまして、7床あります。

世界中どこへ出しても恥ずかしくない良いもので、個室個室で、シャワー・トイレ付き。またナルコレプシー用の遮音・遮光で昼間の検査も2床、きちんとできます。

それから、24時間、光照明に変えられる部屋もあります。学生指導も今日は平日で



すから行ってありますが、昼間にレム睡眠を見せれるような教育が普通に行けるようになりました。

どうやってやるかと申しますと、ナルコレプシーの患者さんはよく夢を見ます。午後2時頃入ってもらって、8時頃からオーバーナイト、一晚、終夜ポリグラフという脳波の検査をしまして、翌朝起こして9時、11時、午後



1時、3時、5時と5回昼寝をさせると、ナルコレプシーというのは5回のうち2回以上、レム睡眠が出るのです。夢を見るのです。夢を見ると学生さんが入って行って、「どんな夢を見ていましたか」と訊く。そういう教育ができるようになりました。まだ、これからなんです。夢の、レムというのを見ると、なんです。その時に見るのかなと思うのです。何を見ているのかは難しいのですが...

睡眠時間と

不登校など

もう一つ私の手がけてきたのが、在宅光療法。まだ保険は通っていません。電気屋さんで売っている機械を使います。時計付きの青色の照明、夜浴びると先ほど申しましたように、ブルーライトは

メラトニン分泌を遮断しますから、夜浴びると不眠症になる。朝に浴びさせると逆に睡眠から覚醒に持っていける。覚醒系を高めるという作用があります。この機械を大学では90台ほど持っておりまして、ずっと、これがある人たちに貸し出していました。

どういう方かと言いますと、最初はリズム障害だと思っていました。私が手がけたのは（起床困難・不登校外来）です。不登校がこんなにいっぱい来るとは思いませんでした。

最初はナルコレプシーばかり診ておったのですが、朝起きれないから学校へ行けないという子たちが集まって来ました。何か治療法はないかと思っていたら、見つかったわけです。

どんな子が来るかという、中高生、11〜18歳の児童生徒100例、男子52、女子48人。小学生もいます。小学生の不登校も今、当たり前前にある。気づいてあげなければならぬのは、睡眠時間でした。



平均睡眠時間がなんと10

背が伸びている うちの中学生なら 治せる

平均睡眠時間に皆足りていない。子どもの睡眠不足と大人の睡眠不足は意味が違います。小学校の時はいっぱい寝ていたのが、中学校へ行くと部活に塾に、課題、宿題、朝の部活などぐちゃぐちゃになって、あつという間に潰れて行きます。そういう子供たちを見てみると、睡眠のことが無視されてきているし、もつともつと夜を大切にしていあげないと…。

時間以上の子供たちが、50%。9時間以上は大人ではまじらないのですが、83名もいる。これに気付いてあげると簡単に治るということが分かりました。特に中学生、背が伸びているうちは治せます。起床困難改善率ですが、朝起きられないは、何のことはない、夜間睡眠の延長なんです。朝早く起きれない、はまだ睡眠が足りないのです。91%は改善しておりますが…。でも、学校へ行けるかどうかは、また別ものとして、学校というのは手ごわくて、不登校の理由はほとんどが「いじめ」というのが典型的なのですが…。学校の門までは行けるのだが、中へ入れないとか、保健室しかいけないとか、対人恐怖です。ところが行ける子もいっぱいいて、三人に一人はただの長時間睡眠ですから、私が簡単に治せば明日から学校へ行けます。ところが登校しぶりというものもありますし、友達が変わるまで無理だという子もいっぱいいます。ここを理解しなが

らやっていかないと駄目ということが分かってまいりました。駄目な子たちを朝起こすだけなら私はできますが、学校へ行かせるのは非常に難しい。まあ3分の2ぐらいは行ってくれる。どうしても駄目な子たちの理由を調べていって、何が問題かと言うと、学校へ行かなくても楽しいという子がいることです。ゲームです。

WHOが疾病に 加えた「ゲーム障害」

ゲーム障害。WHOでは疾病に指定されました。ここ5年に起こりました。最も大切なことはベッドにスマホを持ち込まないこと。親が油断をしている間に中学生たちが、布団の中にスマホを持ち込んでしまつて、ライン電話でずっと友達と繋がつたりと、異常なことが起こつてしまつたのです。日本の中学生の睡眠は大丈夫か？駄目です。2010年、スマホが流行る前ですが、その段階ですでに、世界では韓国、日本にお



ける睡眠が一番短かった。スイスなんかは9時間寝れる。スイスへ行けば不登校の子供たちも3分の1は治るわけです。中学生になると通学にも時間がかかるし、学校へ行っても部活が待っている、終わってから塾へ行かされる、どこで休むんだということになるわけです。こういうことを気づいていないと…。

ネット依存の

中学生が激増中

スイスへ行けば、不登校の子どもたちの3分の1は治るわけです。

わが国ではそんなには眠

らせてもらえない。中学生になつたら急に遠くに行つて、通学時間もかかるし、学校でも部活が待っている、終わってから塾へ行かされる、どこで休むんだということになるわけです。もともと日本は大変だったのですが、これに輪をかけてとんでもないネット依存の社会になつてしまいました。

どの段階でどうなつたかと言うと、2013年にまとめられた研究によれば、インターネット依存の中高生は全国で推計51万8千人。この頃はまだホンワカとしていて、「ネット依存が健康に悪影響を与えている、ネットを使うことは若者の文化になつている、健康的な使い方が出来るよう指導や教育をしていく必要がある」—これぐらい甘いことを言っていたら、とんでもないことが起きました。昨年(2018年)9月1日に厚労省の班研究で鳥取大学の尾崎先生が出されたデータ、インターネット依存が疑われる中高生が5年

間で倍増し、全国で推定93万人、依存までは至らないものの過剰に使用している疑いがある段階が161万人、合計250万人、中高生の人数は6百数十万人だから、とんでもないことが起こつてしまつているのです。どうやって止めるか、です。私が一人ひとり治していても…、最近諦めました。とても間に合わない。これは文部科学省初等中等教育局のデータです。

2017年、昔でいう義務教育、小学生、中学生の不登校生は過去最多の14万4千31人と、どんどん増えてきているわけです。もう小学生から



増えていきます。都道府県別には、東京、神奈川、大阪、愛知で、愛知県は4番目です。愛知県だけで2017年、1年間に30日以上学校に行っていない生徒が、1万449人も出来てしまった。私一人で診れるわけがない。本当にギブアップになりました。

子どもにスマホを 買い与える前に

今日ご来場の皆様、覚えて帰って頂きたいことがあります。

子どものスマホに制限アプリというのがいっぱいあります。これをもつともつと普及させなければなりません。最初は有料だったのですが、今は無料です。ご自分の携帯を見てください。その中に必ずスクリーンタイムというのが入っています。子どもに携帯を買ひ与える時には、契約した方がよい。「買ってあげるから、あなたは何時から何時まで、どの種類しか使つてはいけない」と、全部、親が決めることができます。あら

ゆるアプリに対して時間と時間帯まで制限できます。いろんな種類が選べて、そのパスワードは親が持てます。買ひ与えてからやると、家庭内暴力になつてしまう。買ひ与える前にアセスメント、契約をちゃんとして子どもに与えて頂きたい。これは強く、大きな声で言っておきます。

まだ不登校でなくても、子どもたちの睡眠は家庭内で守られるべきです。そのため、子どものスマホの使用制限アプリを皆さん知つて、できるだけ使つてあげた方が子どもたちのためになると思います。自分でスマホのお金が払えるようになってから自由にやれば良いので、親が監視している間に、自由に世の中にばらまき過ぎたというのが、私のような「睡眠」の立場からの考えです。

睡眠の病気というのは、2014年で見えていくと大体7つに大きく分類されます。不眠症は昔は11に分けていましたが、今は3つになっています。私の専門の無呼吸



は19に細分されます。過眠症は皆さんまだまだ、これから理解して頂かなければいけないのですが、いっぱいいるのですが見逃されてきています。リズム障害は現代社会において、この5年間でとてもない勢いで増えて来ました。むずむず脚症候群は、透析の患者さん、鉄分あるいはフェリチンの不足というのが原因になっていきますので、そういう方に多い。妊婦さんにも多い。治療法が違いますのでこれも理解した方が良いでしょう。レム睡眠行動障害は高齢化社会の病気で、認知症になる率が非常に高い。できる

だけ早く見つけて予防法を開発していかねければならない。いろんなことを知りたければ「睡眠障害国際分類」というのを読んでいただくより仕方がない。

私が愛知医科大学でやってまいりました睡眠科の仕事は、簡単に言いますと…。夜間帯に眠れない、リズム障害に注意、朝起きれない、不登校に注意、夜に脚がむずむずする、イライラです、不眠に注意、寝言で暴れる、睡眠中の怪我に注意(結構怪我されます。隣の人を殴ったりもします。放つて置くと認知症に移行して大変です)。

鼻が乾く、いびきと眠気。圧倒的に私が元々専門だった循環器病に多い。居眠り事故を起こしやすい。疲れても眠れない。うつに注意です。うつの前に不眠の時期があります。そこでなんとかしないと間に合いません。

スノーラー自己テスト

スノーラーというのは「いびきをかく人」という意味で、

一応商標を取っています。
 周囲の人から、いびきをかいていることを指摘されたことがある

夜中に何度も目が覚めトイレに行ってしまう

朝に目が覚めると、喉が渴いている

十分に眠ったはずなのに、朝起きても疲れが取れていない

日中の眠気がひどい

お酒を飲む機会が多く、いつもついつい飲みすぎてしまう

肥満体型で、おなか周り(おへその高さ)が男性で85cm、女性で90cmを超えている

首が太くて姿勢が悪い

下あごが小さくて歯ならびが悪い

アレルギー性鼻炎(鼻づまり)などの鼻の病気や、アデノイド、扁桃肥大などの喉の病気がある

以上10問です。

答え合わせ。1〜3個は正常です。いびきがあっても大したことはない。ただ習慣性いびきだと、ちよつと痩せた

方が良い、お酒をやめた方が良い、と思います。4個以上は無呼吸の疑いです。1時間に15回以上呼吸が止まっている可能性があるので、掛かり付けの先生に相談された方が良いでしょう。6個以上は10秒以上の呼吸停止が1時間に40回以上の可能性があります。治療の適応になります。

簡単な検査ですので身近な方で疑わしい方がおられたら、そつとやってあげてみてください。大概当たると思えます。

無呼吸症候群

(SAS)

これはダウンロードできまして、日本肥満症予防協会のホームページに入って頂きます。

無呼吸が話題になったのは、平成15年岡山で、J R 西日本新幹線の運転士さんが居眠りをした騒動があり、その病名が日本中に知れ渡りました。あれから16年経っております。大いびきの中年の肥満の方に多い病気です。事

故の率が高いのは、今も同じです。

いびきは鼻が乾く病気から、いわゆる眠気の病気に変わった。それが事故の元になってきて、今でも大きなバズ事故とかがあるたびに、私はヒヤッとしてテレビを見ております。過剰な眠気が本人の訴えで、いびきというのは周りの人の訴えです。

SASは、大いびきで寝ている間に、呼吸が止まってしまふ病気です。鼻・口の airflow が、1回に10秒以上止まること（呼吸停止）で、それが1時間に5回以上起こるとSASと診断されます。1時間当たりの無呼吸の回数に基づいた「無呼吸・低呼吸指数（AHI）」によって、重症度の目安が示されます。

AHIで5〜15が軽症、15〜30が中等症、30以上が重症と分類されます。重症になると、1時間に100回以上無呼吸を繰り返す人もいます。呼吸が停止すると息苦しくなつて、酸素欠乏の状態となり、一晩に何度も睡眠が

中断されますが、本人にはその自覚がありません。家族がSASではないか、と気づくケースがよくあります。

SASの2大症状は、いびきと眠気です。「眠気は事故のもと（元凶）」ですが、私は「眠気は生活習慣病のもと」とも、主張しています。

実際、SASの入院患者さんを調べてみると、2千387例中、260例（10・9%）が過去5年間に自動車の居眠り運転事故を起こしていました。

SASとメタボの関係

SASは、肥満に伴う生活習慣病やメタボリックシンドロームと密接に関連し、我々のメタボ合併頻度に関する検討では、男性は正常群で22・0%、SAS群で49・5%（オッズ比3・5）であり、その頻度はSAS群で有意に高値でした。SASは高血圧の合併率も高く、日本高血圧学会の「高血圧治療ガイドライン2009」には、SA

Sは高血圧の大きな要因の一つとして明記されました。

また我々の調査では、日本人のSASは、25・9%に2型糖尿病、62・7%に耐糖能異常を合併していました。最近、SASと循環器疾患の密接な関係が注目されています。SASは、虚血性心疾患、不整脈、心不全などにも高率に合併し、さらに脳卒中や慢性腎疾患を合併しやすいことが明らかにされました。

SASの治療法

肥満があれば、SAS患者さんの減量指導は必須です。

鼻づまりがなければ、SASに対する治療法の第一選択肢は、睡眠時に鼻マスクを装着する在宅持続陽圧呼吸（CPAP）療法です。毎晩、自宅の寝床でCPAPを適切に装着して眠ると、翌朝から爽やかに目覚め、夜中のトイレの回数が減り、昼間の眠気がなくなり、仕事や学習への集中力が高まり、居眠り事故も減らせることが分かっています。そしてCPAP療法は、致

命的な心血管病に予防効果のあることがスペインの10年間の追跡調査でも証明されています。

SASの早期診断後に、CPAPなどを用いて適切な治療を夜間睡眠時に行うことは、夜間の睡眠を改善して昼間の眠気を消失させ、降圧療法の一助にもなり、さらに生命予後を左右する心血管病及び脳卒中という二大死因の一次予防として、肥満を代表とする生活習慣病やメタボリックシンドロームの治療と同等の医学的な重要課題として非常に意義があります。

（完）



—禁煙を考えていても、なかなか踏み切れない方へ—

この際、禁煙治療を考えてみませんか

長年に渡りタバコに親しんで来た身近な人の話です。

喫煙が健康上、きわめて有害だということは先刻から認識していました。

何度も禁煙を試みましたが、仕事のストレスも重なり、1本ぐらいいいだろうと啜えたのがいけません、2か月も禁煙していたのが、あつという間に元の喫煙習慣に戻ってしまいました。

それでも、咳痰が気がかりで、一度は受診しなければと考えていた呼吸器内科を思い切って受診しました。恐れていたのはもちろん肺がん、そして肺気腫など肺の病気です。検査の結果、肺がんではなかったものの、やはり肺は良くない状態でした。

本誌今号の労働行政だよりにもあるように、受動喫煙防止対策が今や着々と進められています。喫煙は自分の

健康を損ねるばかりでなく、周囲の受動喫煙を望まない人々にも健康被害を及ぼす可能性があるとこの事です。

喫煙は肩身が狭くなったとぼやくだけでなく、現実には喫煙できる場所がどんどん狭まって来ています。知らない間に、喫煙場所とされていた所から灰皿が撤去されていったりします。

喫煙コーナーがあったファミリーストランは、全席禁煙になったというケースも増えています。大学の喫煙場所も無くなりました。病院はもちろんダメ。喫煙者の立場から言えば、街の小さな喫茶店でテーブルに灰皿が置いてあるのを発見するとほっとされるかも知れません。しかし健康上のリスクとは別問題です。詳しくは本号の労働行政だよりをお読みください。さて、タバコ愛好家に話を

戻しますと、病院での検査結果から再び禁煙を始めたと言います。

禁煙の結果、①気になってきた咳痰がなくなった②深呼吸がスムーズにでき、むせる事が少なくなった③口の中のイガイガがなくなった—と言います。その他に、火の始末の心配がなくなった、部屋がタバコ臭くなくなった、街で吸える場所を探さなくてもよい—なども挙げています。

禁煙のリスクとして、①手持ちぶさたになった②食欲が増して太ったように思う③時々吸いたくなる—とも言っています。

専門家の話によると、タバコの煙に含まれるニコチンは、麻薬にも劣らないほど強い依存性を持ち、意志の力で克服するのが非常に難しいという事です。上記の「時々吸いたくなる」は、危なっか

しいところでは、彼は禁煙治療を受ける決心をしたと言っています。

当協会メデイカルクリニックにも禁煙外来があります。禁煙を決意された方は、禁煙治療について、一度問い合わせてはいかがでしょうか。

電話052-746-6556。協会メデイカルクリニック・禁煙外来の係りま



協会ニュース

令和元年度労働衛生管理者

講習会を開催しました

協会では令和元年度・労働衛生管理者講習会を去る10月9日（水）、午後2時から

ウイंकあいち（名古屋市中村区名駅四丁目4-38、愛知県産業労働センター）で、



「ウイंकあいち」にて

多数の方にご出席頂き開催致しました。

福田吉秀協会理事長の開会の挨拶に続き、第一部及び第二部の2講演を開催致しました。

第一部は「最新の労働衛生の動向について」の演題で、愛知労働局労働基準部健康課・地方労働衛生専門官、鈴木修史様による講演を、休憩を挟んで、

第二部では「喫煙・飲酒・ネット依存とメンタルヘルス」を、予防医療研究所代表・藤田医科大学客員教授の磯村毅先生に講演して頂きました。両演者の先生にはご出席の方との質疑応答の時間を設け、活発なご質問を頂きました。

なお、鈴木修史様のご講演は、本号で講演再録の形で掲載させて頂きました。また、磯村毅先生の講演再録は次号から2回に渡って掲載させて頂く予定です。

次年度の労働衛生管理者講習会にも多数のご出席を賜りますようお願い申し上げます。



鈴木修史 講師



磯村 毅 講師

福田吉秀理事長の 開会挨拶から

来年、流行する感染症としてインフルエンザが予想されております。すでに東京など大都市では学級閉鎖があるということですので。オリンピックに伴って多くの外国の方が来られます。空港でインフルエンザに感染して日本中に拡散されるのではないかと、という心配が出ております。インフルエンザは日本では冬ですが、外国では夏でもあります。タイでは雨季に多いです。雨なので室内に居て、ビルの中で感染するなど。日本でも夏でもあるはずなのですが、私ども医師は夏のインフルエンザの検査は大抵行いませんで、判断がなかつただけではないかと思っております。来年はオリンピックの前あたりからインフルエンザが流行するのではないかと、というのが感染症の専門家の意見です。そのためにも今年は予防注射を受けておいてください。予防注射を受けられて、誰かがかかってウイルスが入ってきて、それで免疫が復活してオリンピックが乗り切れると思えます。

大阪支部が令和元年度 労働衛生管理者講習会を開催します

— 令和2年1月21日(火) —

ABCアットビジネスセンター大阪本町 (大阪国際ビル17階)で

大阪支部では「令和元年度労働衛生管理者講習会」を、次の要領で開催致します。前年度同様、多数の皆様のご出席をお待ち致しております。
開催日時

令和2年1月21日(火)。
午後2時～同5時の予定です。午後1時半から受付させていただきます。

会場

ABCアットビジネスセンター大阪本町(大阪国際ビル17階・1705号室)。
大阪市中央区安土町二丁目3-17

地下鉄のご案内

地下鉄堺筋線「堺筋本町駅」(17番出口より徒歩約2分) / 地下鉄御堂筋線「本町駅」(3番出口より徒歩約5分)

講演

次の2講演を行います。

- ①「労働衛生の現状」仕事と治療の両立支援」～両立支援の基本と取り組み方のヒント～(午後2時5分～同3時5分)

大阪労働局労働基準部健康課・労働衛生

専門官 白木元泰様

大阪産業保健総合支援センター 産業保健専門職(保健師) 永田庸子様

(約10分間 休憩)

- ②「喫煙・飲酒・ネット依存とメンタルヘルス」～日常生活における依存の実態とは～(午後3時15分～同4時45分)

予防医療研究所代表、藤田医科大学客員教授。「リセット禁煙」著者。磯村 毅先生

令和元年度

理事・参与・顧問
合同会議を開催

協会では、理事・参与・顧問の合同会議を、この11月28日(木)午後5時よりホテルナゴヤキャッスル(名古屋市区西区)で開催しました。

議事は①役員について②令和元年度上半期事業概況報告③下半期事業計画④その他について行われる予定です。

神取・協会副理事長が 全衛連の功労者表彰を



全衛連(公社)・全国労働衛生

生団体連合会)では創立50周年を記念して功労者の表彰を行いました。

全衛連役員として、神取幸治・協会副理事長が表彰されました。神取副理事長は昨年6月に、厚生労働大臣功績賞を受賞しています。



感染症で

発生するがん③

若林 貴夫 (医博、内視鏡センター長)

ピロリ菌の

除菌治療法

ピロリ菌が発見されて病原性が明らかになると、欧米諸国では盛んに治療法が開発されました。

当初、ペニシリン製剤とビスマス製剤を組合わせた内服がスタンダードでした。ビスマス製剤は胃薬の一種で、量が多く、味も悪かったため、服用しづらかったそうです



が、国内では使用できない薬品でした。ちなみに除菌率は低く、治療法としては不十分なものでした。

その後、二種類の抗生物質と強烈な胃酸分泌抑制薬の三剤併用療法が開発されて、除菌率は飛躍的に向上しました。胃酸分泌抑制薬を用いる理由は、胃内のpHを上げることで抗生物質の効果を胃内でも発揮させ、ピロリ菌を胃の中と外から挟み撃ちする、いわゆるサンドイッチ効果を狙ったものです。

現在日本で用いられている保険適応の除菌治療法は、一次除菌治療法として胃酸分泌抑制薬と抗生物質のアモキシシリン、クラリスロマイシンの組合わせで、1日2

回、7日間の内服です。無効であった場合、二次除菌治療法としてクラリスロマイシンを、原虫治療薬のメトロニダゾールに変更して、同様に7日間で内服することになっています。一次除菌療法の除菌率は約80%、二次除菌治療法の除菌率は90%以上あります。

保険適応について

除菌療法が保険適用となっている疾患は、胃・十二指腸潰瘍、胃MALTリンパ腫、早期胃がんの内視鏡治療後の胃、血小板減少性紫斑病、ピロリ感染胃炎です。ただしピロリ感染胃炎患者は非常に多いこともあり、前述の検査法でピロリ菌感染と判定され、内視鏡で慢性胃炎の所見が確認された場合のみ保険適応となっています。

除菌でがんのリスク

が、直ちにゼロになるわけではない

胃がんのほとんどはピロリ菌の感染が原因で発生することを述べましたが、除菌を

すれば胃がんになるリスクが、直ちにゼロになるわけではありません。特に萎縮性胃炎や胃潰瘍症例では、除菌できた後も胃がんになることがあり、毎年の内視鏡検査が望まれます。

年齢からみた胃がんの予防効果は30歳以下で100%であり、加齢とともに予防効果が低下します。感染が分かっていたら、早い時期での除菌が勧められます。

将来、日本の胃がんはどうなるのでしょうか？

最近の調査では小学生のピロリ菌感染率は数%となっています。これは日本における衛生環境や生活習慣が向上したことによります。

長いスタンスで見た場合、除菌療法の有無に関わらず、この子たちが大人になる頃には、胃がんは珍しい部類のがんになっていることでしょう。

胃がんが問題なのは、本誌をまさに読まれている方々なのです。