



情報ボックス

職場における受動喫煙対策を 労働安全衛生法の規定で！

タバコフリー築地フォーラム2010緊急集会で
法制化の必要性をアピール

国立がん研究センター「喫煙と健康」WHO指定研究協力センターは9月28日、「Smoke Free—タバコの煙のない社会を実現するために」と題したタバコフリー築地フォーラム2010緊急集会を開催した。受動喫煙防止のため、職場および公共の場での全面禁煙法制化の必要性をアピールするのが狙い。

「職場の受動喫煙の曝露実態」について説明した産業医科大学教授の大和浩氏は、国のガイドラインに沿って厳格に喫煙室を設置しても、ドアのフィゴ様の作用により煙が漏れるとして、その限界性を指摘した。喫煙室内は微小粒子状物質濃度が $600\mu\text{g}/\text{m}^3$ を越えることがある上、その外部においてもWHOの評価基準である $25\mu\text{g}/\text{m}^3$ を優に超過するとのデータを示した。また、サービス産業の受動喫煙はさらに深刻として、22店舗の午後の曝露実態も説明。全席喫煙の喫茶店では微小粒子状物質濃度が最高値 $371\mu\text{g}/\text{m}^3$ 、喫煙者が少ない禁煙区域のあるファミリーレストランでは喫煙者への接客中の従業員の近くの濃度が $600\mu\text{g}/\text{m}^3$ 超、同じくファミレスの禁煙区域でも喫煙区域の煙が漏れ、その濃度が $200\mu\text{g}/\text{m}^3$ を越えたと指摘した。飲食店の従業員は非常に高い曝露を受けているため、分煙対策では不十分であるとした上で、受動喫煙防止法を施行したスコットランドではそれによって急性心筋梗塞などの急性冠症候群が17%減少したといったデータも示し、全面禁煙化が必要とアピールした。

日本での受動喫煙起因の年間死亡は 肺がんと虚血性心疾患だけで約6,800人

帝京大学教授の矢野栄二氏は、「発がん物質としてのたばこ煙と労働者の健康障害防止」と題して登壇。日本産業衛生学会許容濃度等委員会が、非喫煙女性の職場での受動喫煙の肺がんリスクは相対危険度が1.19となることを根拠に、たばこ煙をヒトへの発がん性を有するという疫学的根拠がある発がん物質表「第1群」（塩化ビニルや石綿などが対象物質となっている）に加えたことについて説明し、「分煙」のレストランで従業員に喫煙区域で業務させた場合、

その経営者は労働安全衛生法違反で、6か月以下の懲役または50万円以下の罰金に処されると述べた。

「受動喫煙による日本人全体の健康被害」について解説した国立がん研究センターの片野田耕太氏は、受動喫煙は肺がん、虚血性心疾患と因果関係があるとする国際的なエビデンスをもとに、日本での受動喫煙起因の年間死亡者数を推計。肺がんと虚血性心疾患での死亡が女性4,582人（うち職場1,811人）、男性2,221人（うち職場1,814人）で計約6,800人に達すると述べた。職場での受動喫煙による死亡が年間約3,600人で、能動喫煙による死亡者は年間約13万人に上ることから、禁煙法制化が不可欠と訴えた。

同じく国立がん研究センターの「喫煙と健康」WHO指定研究協力センター長である望月友美子氏は、閾値がないたばこの煙のリスクについて述べたうえで、「接客業を禁煙化の例外とすれば、健康の面で不平等、不利益をもたらす」と指摘。たばこの煙にさらされることからの保護「ユニバーサル・プロテクション」、スモーク・フリー・ポリシーの重要性を説いた。

日本禁煙学会法案作成プロジェクトチームのメンバーで弁護士の岡本光樹氏は、職場でのたばこの煙で体調を崩し、会社側に改善を求めたところ、解雇されたといった人たちの支援を行っている立場から、全労働者を受動喫煙から保護するため、労働安全衛生法の「事業者の講ずべき措置等」に受動喫煙対策の規定を追加する改正が必要と強調した。

討論では、「たばこ会社は禁煙条例のパブリックコメントに反対意見を出すよう自社社員に指示したりしている。研究者もそういう動きを把握し、対抗する必要がある」「研究者は研究だけでなく、世論に注目する必要がある」などの意見が交わされた。

転倒リスクアセスメントツール活用で 1人当たり医療費10万円削減効果

転倒予防医学研究会で転倒予防対策を討論

転倒予防医学研究会（代表世話人＝武藤芳照・東京大学大学院教育学研究科長）は10月3日、第7回研究集会を東京・虎ノ門のニッショーホールで開催した。研究集会では、口演発表をはじめ、パネルディスカッション「転倒リスクアセスメントツールの開発とその活用」、シンポジウム「認知症高齢者の転倒予防を考える」などが行われた。

パネルディスカッション「転倒リスクアセスメントツールの開発とその活用」では、在宅、施設、急性病院の現場における転倒リスクアセスメントの開発・活用と転倒予防対策をめぐって討論が行われた。

まず、「施設、在宅における転倒リスクアセスメント、マネジメントの方法論」と題して、医療法人ゆりかごの医師、山田思鶴氏が発表。山田氏は、在宅と施設とでは転倒予防の方法論として違うアプローチが必要だとし、施設では効果的なケアプランを立てて、それを施設スタッフがを行い、在宅については行政が主導するポピュレーションアプローチがより重要だとした。また、転倒スコアと生活機能に関する活力度スコアに栄養調査を加えた転倒リスクアセスメントスコアを開発し、ある村で転倒予防教室を行い、このチェックシートで全戸アンケート調査を実施したところ、転倒経験のある人は1年以内に6割が再び転倒していることがわかったと言う。さらに、転倒に対して6割の人が不安を持っているが、転倒予防教室への参加希望者は15%にとどまっていたと指摘した。不参加の理由は、「面倒だから」「交通手段がない」などであり、転倒予防の効果を上げるためには、こうした課題の解決と、活力度と栄養も含めた総合的なマネジメントが必要だと強調した。

続いて、療養型病院の現場から、よみうりランド慶友病院診療部長の黒柳律雄氏が発言。既存の転倒リスクアセスメントツールが同病院の実情に合わないため、独自のツールを作成したと述べた。簡略化したチャート式のツールによる転倒リスクの評価結果をカンファレンスの場で資料として用い、ベッドサイドに常置している介護表ファイルに「リスク表」として挟み、スタッフ等がいつでも見られるように工夫していると述べた。そして、このツールを使い、現場スタッフを巻き込んで転倒予防に取り組んだ結果、転倒件数が減ったと報告した。

また、急性期病院の現場からは、武蔵野赤十字病院医療安全推進室専従リスクマネージャー、看護師長の杉山良子氏が発言。転落事故は、患者自身が有する内的要因と、環境や設備などの外的環境要因が複雑に絡み合って発生していると述べ、約9割が内的要因に関するもので、残り1割が外的要因に関するものであると述べ、患者要因の気づき、すなわち患者の転倒転落アセスメントの重要性を強調した。また、急性期病院に必要なアセスメントツールの項目として、認知機能の程度や薬の使用、ナースコールでナースを呼ばずに自分で行動してしまうなどの患者の特徴を反映した項目が重要だとした。これらをスタッフが共有し、病院全体をチームとして、転倒予防に対しシステム的にアプローチしていると述べた。

回復期リハビリテーション病院の現場からは、熊本機能病院神経内科医師の渡邊進氏が、入院1週間以内に20%の転倒可能性があるとして指摘した。全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会で脳卒中患

者の転倒に関する大規模データを解析し、それをもとに多職種が入棟当日に簡単に評価できる転倒アセスメントシートを開発して、入棟日から転倒の危険を予測できるようになった、と報告した。

一方、転倒リスクアセスメントツール導入による費用効果について報告した順天堂大学大学院医療看護学研究科教授の飯島佐知子氏は、716床の公立病院において検証したところ、転倒治療関連の費用を病院全体では400万円削減し、1人当たりでは10万円削減する効果があったと発表した。

認知症と転倒の関係性についても議論 施設内で「見守り強化をしても効果は薄い」

「認知症高齢者の転倒予防を考える」と題したシンポジウムでは、国立長寿医療研究センター脳機能診療科の山岡朗子氏が「転倒・骨折患者における認知症合併の実態」について説明。大腿骨頸部骨折197例のうち、認知症患者は48.7%であるとしたうえで、構成障害（構成失行）、視空間認知の低下が転倒の一因となっている可能性があると示唆した。

また、「高齢者施設における認知症利用者の転倒防止策」について、株式会社インターリスク総研の山田滋氏が発言。介護現場の職員はヒヤリハット事例が起こると、見守りを強化する、頻回にするなどして、自分たちの手で事故を阻止しようとするが、見守り強化などは効果が低いと指摘した。そして、事故防止の手法には、「未然防止策」「直前防止策」「損害軽減策」の3種類の方法があり、これらを機能的に活用することが重要であると強調した。

社会福祉法人協同福祉会あすならホーム富雄所長の安部裕則氏は、施設で歩行が困難になると、日中はどうしても車いすで過ごすことが多くなり、それがかえって転倒リスクを増加させているとして、「体に合った椅子に座ることで、転倒しないバランスを取り戻すことが大切だ」などと報告した。

さらに、東京厚生年金病院認知症看護認定看護師の上原かなめ氏は、標準的な転倒予防対策を実施していても、そこには認知症の人の満たされないニーズや苦痛が隠れてしまうと指摘。そのうえで、その事実を理解した適切な関わりや環境整備、体調を整えるなどのケアが転倒予防になると訴えた。

緊急対策を機動的に実施するため 「自殺対策タクスフォース」を設置

相談体制の充実や全国的な啓発活動を展開

政府は9月7日、自殺対策を緊急に強化し、機動的に取り組むために「自殺対策タクスフォース」を設

置し、初会合を開催した。年間自殺者数が12年連続で3万人を超える厳しい状況を踏まえ、本年中の自殺者を可能な限り減少させ、13年ぶりに3万人を下回ることを目指して、必要な緊急対策の機動的な実施を行うため、自殺総合対策会議（会長＝仙谷由人・内閣官房長官）に平成23年3月末までの間、設置するもの。この日の会合では、「年内に集中的に実施する自殺対策の取り組みについて」を決定。この取り組みは、①相談体制の充実、②全国的な啓発活動の展開、一層の情報提供の強化、③推進体制の強化からなる。相談体制については、自殺の要因となり得る問題の相談窓口を整備・充実するため、都道府県等が心の健康相談を行う場合のハローワークによる相談場所の提供などの協力を求めている。また、ハローワークの住居・生活支援アドバイザーが住居・生活に困っている人の総合相談を行うとともに、心の健康相談に関する地域の相談機関への誘導など円滑な連携を図るよう要請。また、全国の商工会議所、商工会連合会に設置される経営安定特別相談室で中小経営者などに対する経営相談の一層の強化を図るとともに、全国の中小企業応援センターにおいて経営者法律相談を実施するよう求めた。さらに、多重債務者向けの相談窓口の整備・強化、人権相談の推進を図るとしている。

啓発活動については、①自殺予防週間を中心とする啓発活動の展開、②継続的な啓発活動の展開、③自殺を考えている人への気づきと声掛けを促すメッセージムービーのウェブサイト上への掲載、④教師に対する子どもの自殺予防に関する知識の普及、⑤大学での自殺予防の啓発活動、⑥精神疾患に関するウェブサイトの開設、⑦職場における心の健康づくり啓発など、全国的な活動によって一人でも多くの命が救われるよう取り組むとしている。また、推進強化の体制については、国家公務員および地方公務員のメンタルヘルス対策を行うとしている。

自殺やうつ病の経済的損失は 約2兆7,000億円

国立社会保障・人口問題研究所が自殺総合対策会議に報告

厚生労働省は、2009年に発生した自殺やうつ病での休業や失業などによる経済的損失が2兆7,000億円に上るとの推計を発表。9月7日に開かれた政府の自殺総合対策会議で報告した。厚生労働省の依頼を受けた国立社会保障・人口問題研究所が推計したデータで、試算は2009年を例に行っている。

それによると、2009年に自殺した人は3万2,845人で、このうち15～69歳の約2万6,500人が70歳まで自

殺せずに働き続けたと仮定した場合に得られる稼働所得の合計は、1兆9,028億円であったという。

これに、うつ病による自殺と休業がなくなることによる労災補償給付（労災年金を含む）の456億円の減少、うつ病による休業がなくなることによって得られる賃金所得の1,094億円の増加、うつ病がきっかけとなった失業がなくなることによる187億円の求職者給付の減少、うつ病をきっかけとした生活保護の3,046億円の受給の減少、うつ病がなくなることによる2,971億円の医療費の減少（国民医療費ベース）などの給付コストの減少額を合計し、2009年単年の損失額を2兆6,782億円と見積もった。

また今後、自殺やうつ病がなくなった場合、2010年での国内総生産（GDP）の引き上げ効果は、約1兆7,000億円に上るとの推計も公表した。

過量服薬問題で 自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム開催 薬物治療のみに頼らない診療体制の構築へ

厚生労働省は9月9日、第7回自殺・うつ病等対策プロジェクトチームを開き、向精神薬の過量服薬問題に対する、「過量服薬への取組—薬物治療のみに頼らない診療体制の構築に向けて」を取りまとめた。

過量服用の問題については、患者の立場から見ると、①症状が改善せず、やむなく投与される薬の量や種類が多くなってしまふ、②長期の投与によって依存的な状況になってしまう、③薬物への依存という認識が不足しており医師に処方を受けてしまふ、といったさまざまなケースがある。一方、診療側から見ると、①患者の症状に合わせて投薬した結果、投薬量が増えてしまふ、②薬剤の処方を強く望む患者に対して説得が困難な状況がある、③他の医療機関から重複して処方を受けていてもわからない場合がある、④説得なく処方を拒否すると医療から遠のいてしまふ恐れがある、などさまざまなケースがある。

取りまとめでは、こうした患者側と診療側の要素が絡み合っ、結果として過量服薬という課題を生じさせているのが現状である、との見方をしており、いずれかの要素を取り除けば解決するという性格のものでないことに留意する必要がある、としている。

しかしその一方で、わが国の精神科医療については、諸外国に比して多種類の薬剤が投与されているいわゆる多剤投与の実態があるとも指摘。「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」（座長＝樋口輝彦・国立精神・神経センター総長）では、統合失調症患者に対する抗精神病薬併用投与の国際比較研究により、多くの国では単剤投与が50%以上

であるのに対し、わが国では単剤投与が20%未満であり、また抗うつ薬多剤併用実態調査でも、他国では多剤併用率が3.4~25%であるのに対し、わが国は19.0~35.9%だと報告されている。

解決に向けて実施すべき取り組みとして、薬剤師を過量服薬のリスクの高い患者のゲートキーパーと位置づけ、お薬手帳などから向精神薬乱用が疑われる患者に対する声かけや、処方医への疑義照会等を積極的に行えるようにし、過量服薬のリスクの高い人を早期に発見できるように、薬剤師に対する向精神薬、睡眠薬、市販薬の誤用などと自殺行動に対する知識の提供や研修会の開催の検討、最新の診療ガイドラインの普及啓発の推進などを挙げた。また今後、検討する対策には、①向精神薬に関する処方の実態把握・分析、②患者に役立つ医療機関の情報提供の推進、③不適切な事例の把握とそれへの対応、④過量服薬のリスクの高い患者への細やかな支援体制の構築、⑤患者との治療関係を築きやすい診療環境の確保の5点を挙げた。

地域で尊厳と個別性が尊重された生活の継続を 24時間地域巡回型訪問サービスで担保

24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会が
「議論の経過報告」を公表

厚生労働省の「24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会」（座長＝堀田力・さわやか福祉財団理事長）は9月17日、「議論の経過報告」を公表した。同検討会では、24時間地域巡回型訪問サービスを全国に普及させるためのサービスの仕組みと事業構築のあり方について9月までに4回にわたって検討。各委員から意見・提案のあった主な内容を整理し、検討会における議論の経過報告として作成した。

検討会でこれまでに確認されている24時間地域巡回型訪問サービスの基本的な考え方は、①最終的な目標は、単身・重度の要介護者であっても、在宅を中心とする住み慣れた地域で尊厳と個別性が尊重された生活を継続することができる社会環境の整備である、②「地域包括ケア」の仕組みを支える基礎的なサービスの一つとして位置付ける、③同サービスは適切なアセスメントとケアマネジメントに基づいて「定期訪問」「随時訪問」「短時間ケア」「早朝、日中、夜間、深夜のサービス」といった手段を適宜・適切に組み合わせ、利用者に「必要なタイミング」で「必要な量と内容」のケアを一体的に提供する「全く新しいサービス類型」である——など。

同サービスのメリットとしては、①利用者の生活リズムを重視したケアが提供できる、②1日に複数回訪問することにより、状態変化に即応したサービ

スを提供できる、③「短時間ケア」は定期的なおむつ交換以外にも、水分補給や深夜帯における体位交換などにも効果的であるなどが挙げられている。

介護療養病床の転換先 85%が医療療養病床に

厚生労働省が「療養病床の転換意向等調査」を発表

厚生労働省は9月8日、「療養病床の転換意向等調査」の結果を発表した。それによると、介護療養病床から転換した施設の85%が医療療養病床に転換しており、転換していない施設の66%が今後の予定を「未定」としていることが明らかになった。現在療養病床を持つ医療機関のこれまでの転換の状況と、今後の転換意向を把握するために実施されたもの。調査は、平成22年1月末と4月末の2回行われた。

平成22年3月末までに転換した施設の転換先を調べたところ、医療療養病床では転換した病床1万983施設のうち、一般病床が8,310床（275施設）で、全体に占める割合が76%と最も多く、次いで、介護老人保健施設が10%（1,087床、35施設）、介護療養病床が5%（578床、34施設）となっている。

一方、介護療養施設を見ると、転換した病床2万906施設のうち、医療療養病床が1万7,765床（575施設）と85%を占めている。介護老人保健施設に移行したものは、5%（1,112床、26施設）にとどまっている。介護療養病床から医療療養病床に転換した理由は、「転換前の介護療養病床の入院患者の状態像に、医療療養病床が適していると判断したため」が68%を占めていた。

介護療養病床を廃止するとされている平成24年3月末までの転換意向を見ると、医療療養病床では「医療療養病床（現状維持）とする」が第一回調査（73%）、第2回調査（71%）と最も多い。「未定」と回答した施設は、それぞれ22%、25%となっている。「現状維持」もしくは「未定」と選択した理由としては、「近隣の医療機関や介護施設から、慢性期医療の受け入れ先としてのニーズが高いため」（47%）、「医療機関の方針に現状の体制が適しているため」（40%）、「現状の体制で入院患者の症状が安定しているため」（37%）、「懸念事項があるため転換できない」（33%）などが挙がっていた。このうち、「懸念事項」としては、「地域で療養病床が必要とされているため転換が困難」「転換すると利用者の十分な医療的ケアができない」「転換に当たって、療養病床利用者の転院先、受け入れ先を見つけるのが困難」という回答が挙がっていた。

（記事提供＝株式会社ライフ出版社）

