

第2章 現代生活に伴う健康問題の解決に向けて

現代生活においては、人や物の移動の高速化に伴う感染症の地球規模での流行、食生活の欧米化や生活環境の変化に伴う生活習慣病等の増加、家庭・地域社会における関係の希薄化や社会・経済構造の変化等に伴うストレスの高まりと心の病の増加などが見られる。これらは、日常生活の中で高まりが見られる健康リスクということができ、本章では、その現状と望まれる対応の方向を探っていくこととしたい。

第1節

感染症への対応

1 人類と感染症の歴史

人類と感染症の関わりの歴史は古い。例えば、エジプトのミイラからは痘そう（天然痘）に感染した痕が確認されている。ウイルスや細菌の誕生が人類の誕生以前の出来事であったことを想起すれば、人類の誕生とともに感染症との闘いの歴史が始まったといっても過言ではないだろう。中世ヨーロッパにおいて人口の3分の1が死亡したといわれるペスト、世界中で5億人以上の者が感染し、死亡者数が2,000万人とも4,000万人ともいわれる1918（大正7）年からのインフルエンザの汎流行（パンデミック）（「スペイン風邪」）^{（注）}など、感染症は多くの人類の命を奪ってきた。

一方、18世紀以降、ワクチンの開発や抗生物質の発見により、感染症の予防・治療方法が飛躍的に進歩した。ワクチンによる予防効果は劇的であり、1980（昭和55）年には世界保健機関（World Health Organization：WHO）による天然痘の根絶宣言という人類にとっての金字塔が打ち立てられるなど、一時は感染症はもはや脅威ではあり続けられないと思われていた。

しかし、それと前後して、1976（昭和51）年にエボラ出血熱、1981（昭和56）年にエイズ（AIDS、後天性免疫不全症候群）が出現するなど、ここ30年の間に少なくとも30の感染症が新たに発見されている。これらを新興感染症といい、21世紀に入っ

（注） 我が国においても大流行し、2,500万人が感染し、38万人が死亡したといわれる。

てからも、2003（平成15）年には重症急性呼吸器症候群（Severe Acute Respiratory Syndrome：SARS）が出現し、また、高病原性鳥インフルエンザウイルスの流行などが発生している。

また、結核、マラリアなど古くからある感染症の中には、近い将来克服されることが考えられていたものの再び流行する傾向が出ている感染症がある。これらを再興感染症といい、近年アメリカにおいて急速に発生地域が拡大しているウエストナイル熱を始めとして、様々な感染症が再び脅威となりつつある。このように、感染症の脅威は大きくなってきている状況にある^{（注1）}。

我が国においても、感染症対策は引き続き重要な位置を占めており、最新の知見に基づき、科学的な根拠に基づいた予防・治療・まん延防止策を講ずる必要がある。

2 我が国における感染症対策の基本

我が国における感染症対策は、1897（明治30）年の「伝染病予防法」の制定以降100年近くの間、集団としての感染症のまん延防止に重点を置いた枠組みの下で行われていた。しかし、多くの感染症について個別の予防及び治療が可能となっていることや、感染症を取り巻く世界的な状況にかんがみ、1997（平成9）年の公衆衛生審議会意見を踏まえて、伝染病予防法に代わる新たな感染症対策の基本法として、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（以下「感染症法」という。）が制定された（1999（平成11）年4月施行）。

感染症法では、国、地方自治体等関係機関が連携して、ふだんから感染症の発生・まん延を防止するための施策を講ずることとされており、国は感染症発生動向調査の充実を図り、国民や医療関係者に感染症予防のために必要な情報を提供することとされている^{（注2）}。また、治療等に当たっても、個々の国民の感染予防・治療に重点を置き、患者の人権に最大限配慮するため、各感染症の感染力や症状の重篤性等によりきめ細かく分類した上で、必要な対応を行うこととされている。

◀ 図表2-1-1

（注1）WHOの報告書によると、2000年には、エイズ、結核及びマラリアの3つの感染症によって世界で600万人以上が死亡したと報告されている。

（注2）国立感染症研究所の感染症情報センターでは、国内の感染症の動向データを収集・解析し、その情報を幅広く国民に提供するとともに、外国の研究機関との連携や疫学調査の専門家の養成を行うなど、危機管理を含めた感染症対策の中心的役割を担っている。（<http://idsc.nih.go.jp/index-j.html>）

図表2-1-1 感染症法に基づく類型

感染症 類型	定 義	主な対応
1 類感染症	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点から見た危険性が極めて高い感染症 (エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱、重症急性呼吸器症候群(病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る。)、痘そう(天然痘)の7感染症)	患者、疑似症患者及び無症状病原体保有者について入院等の措置を講ずる
2 類感染症	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点から見た危険性が高い感染症 (急性灰白髄炎、コレラ、細菌性赤痢、ジフテリア、腸チフス、パラチフスの6感染症)	患者及び一部の疑似症患者について入院等の措置を講ずる
3 類感染症	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点から見た危険性は高くないが、特定の職業への就業によって感染症の集団発生を起し得る感染症 (腸管出血性大腸菌感染症)	患者及び無症状病原体保有者について就業制限等の措置を講ずる
4 類感染症	動物、飲食物等の物件を介して人に感染し、国民の健康に影響を与えるおそれのある感染症(ヒトからヒトへの感染はない。) (ウエストナイル熱、狂犬病、高病原性鳥インフルエンザ、日本脳炎、マラリア、レジオネラ症等の30感染症)	媒介動物の輸入規制、消毒、物件の廃棄等の物的措置
5 類感染症	国が感染症の発生動向の調査を行い、その結果等に基づいて必要な情報を国民一般や医療関係者に情報提供・公開していくことによって、発生・まん延を防止すべき感染症 (ウイルス性肝炎(E型及びA型を除く)、後天性免疫不全症候群(エイズ)、インフルエンザ、麻しん等の41感染症)	発生動向の収集把握と情報の提供
指定感染症	既知の感染症のうち1類～3類に分類されていない感染症であって、1類～3類に準じた対応の必要性が生じた感染症	1類～3類感染症に準じた対応(適用する措置は政令で指定する。)
新感染症	ヒトからヒトに感染すると認められる疾病であって、既知の感染症と症状等が明らかに異なり、当該疾病に罹患した場合の病状の程度が重篤であり、かつ、当該疾病のまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められる感染症	都道府県知事が厚生労働大臣の技術的指導・助言を得て個別に応急対応し、政令により症状等の要件を指定した後は1類感染症に準じた対応を行う

資料：厚生労働省健康局資料

(注) 2003(平成15)年の感染症法改正により、新たに動物由来感染症等が「4類感染症」に分類され、国民の健康に影響を与えるおそれがある感染症のうち「4類感染症」を除いたものが「5類感染症」に分類された。

3 新興感染症 - SARSの教訓 -

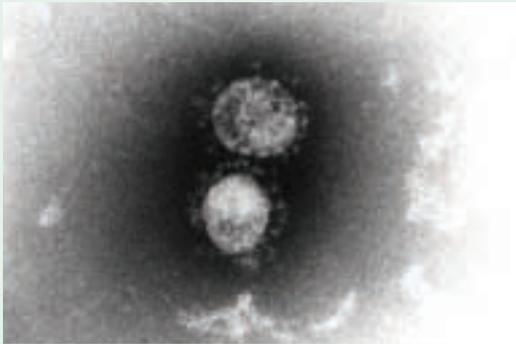
新興感染症とは、最近になって新しく出現した感染症の総称である^(注)。現代は、開発等により未知の病原体に遭遇する機会が増え、毎年のように新興感染症が出現し

(注) WHOによると、新興感染症とは「かつて知られていなかった、新しく認識された感染症で、局的あるいは国際的に、公衆衛生上問題となる感染症」とされている。

コラム

重症急性呼吸器症候群（SARS）について

SARSとは、SARSコロナウイルスというそれまで未知であったウイルスを病原体とする新しい感染症である。潜伏期間は通常2～10日であり、罹患した場合、38度以上の発熱、咳又は息切れなどの呼吸器症状を呈し、呼吸困難となる。現在のところ根本的な治療法はなく、対症療法が中心であり、ワクチン



SARSコロナウイルス
写真提供：国立感染症研究所

も研究中の段階である。

SARSコロナウイルスは、患者の咳を浴びたり痰や体液等に直接接触する等の濃厚な接触をした場合に感染し、潜伏期における感染力はない、又はあったとしても極めて弱いと考えられ、また、エタノール等の一般的な消毒で死滅する。



SARS患者
写真提供：国立国際医療センター

ている（注1）。また、人や物の移動が高速化、大量化しているために病原体がまん延する速度が速くなっており、短期間で広範囲にまん延する可能性も高くなっている。

（1）SARSの出現と我が国におけるSARS対策

（SARSの出現）

2003（平成15）年2月、21世紀になってから初の新興感染症SARSが出現し（注2）、アジア地域を中心に瞬く間に世界各地に広がり、世界的な脅威となったことは記憶に新しい。

SARSの出現に対し、WHOは、3月12日にいち早く世界的警報を発表し、その後、SARSの症例定義を発表し、疾病の特徴をとらえ、渡航延期の勧告を速やかに行うなど、SARSの封じ込めに向けて強い決意を示しつつ、迅速な対応を行った。

◀ 図表2-1-2

（注1）1976（昭和51）年以降に出現した主な新興感染症としては、レジオネラ症、高病原性鳥インフルエンザ、ニパウイルス感染症などがある。

（注2）現在知られている限りで最初のSARS症例は2002（平成14）年11月とされているが、この症例は後になるまでSARSと特定されなかった。

図表2-1-2 SARS関連年表（イベントとそれに対する我が国の対応）

2003.2月～3月 中国広東省の男性医師が香港旅行中にSARS発症。治療を行った医療従事者、ホテルの宿泊客など次々に発症	2003.3.12 WHOがSARSについて緊急情報を発表	2003.3.12 都道府県知事等に通知し、情報提供と注意を喚起
2003.3.14 WHOがSARS発生動向調査のための症例報告基準を発表	2003.3.18 WHOが患者の管理基準、医療機関における院内感染対策基準を発表	2003.3.14 国内の症例報告基準を関係機関に通知 検疫所にて感染者発生地域の旅行者へ情報提供を開始
2003.3月～4月 中国広東省で大規模集団感染発生	2003.4.3 WHOが「香港及び中国広東省への不急不要の旅行延期」を勧告	2003.3.17 ホームページ、マスメディアを通じて国民、医療機関、地方自治体に積極的に情報提供
2003.4.16 WHOがSARSの感染源をコロナウイルスと特定	2003.4.4 WHOが「香港及び中国広東省への不急不要の旅行延期」を勧告	2003.3.18 都道府県等を通じ、医療機関における院内感染対策基準を通知
2003.4月～ アジアを中心とした世界各地で次々と感染例報告	2003.4.16 WHOがSARSの感染源をコロナウイルスと特定	2003.3.16 ベトナム政府の要請により国立国際医療センターの医師をハノイへ派遣
2003.4.14 世界の累積患者数が3000人を超える	2003.4.16 WHOがSARSの感染源をコロナウイルスと特定	2003.3.17 WHO創設のSARS診断検査方法確立のための国際研究ネットワークに国立感染症研究所が参加
2003.4.25 ハノイ、香港、シンガポール、トロントでの集団発生が最大に	2003.4.16 WHOがSARSの感染源をコロナウイルスと特定	2003.3.18 WHOの要請により国立感染症研究所の疫学専門家を香港に派遣
		2003.4.3 外務省から危険情報を発出
		2003.4.4 香港及び中国広東省からの航空便機内で健康状態の確認を実施
		2003.4.8 厚生労働省SARS対策本部を設置 陰圧病室等の設備のある国立病院等にて患者発生の際の受入体制を整備
		2003.4.9 感染防止のため、医療機器関係団体等へN95マスク等の器材の十分な供給を要請
		2003.4.10 海外勤務者などのためのSARS情報ホットラインを設置
		2003.4.23 成田空港検疫所において温度計測機能付サーモグラフィーを設置

厚生労働省における主なSARS対策

- ・厚生労働省ホームページや啓発リーフレット等により積極的な情報提供と相談体制を確立
- ・主要国際空港にてサーモグラフィーによる入国者の体温監視
- ・SARSコロナウイルスなどが分離された動物の輸入禁止
- ・全国で236施設の入院対応医療機関、病床1290床を確保
- ・全国で766施設の外来診療協力医療機関を確保
- ・SARS入院対応医療機関などに対し、N95マスクなどの感染防止器材の整備補助
- ・院内感染防止指針を周知徹底
- ・ホテル、飲食業を対象に感染防止自主管理マニュアルを配布
- ・SARS発生時を想定した訓練を全都道府県において実施
- ・国立感染症研究所と民間企業の共同によりSARS簡易検査キットを開発

感染症対策では、国際社会の協調的な取組みが重要であることから、我が国では厚生労働省（国立感染症研究所、国立国際医療センター等）が中心となり、SARSの疫学・病原検査、診断、治療に関する研究や調査への協力を行ったほか、WHO及びSARS患者発生国の要請に応じ、ベトナムや中国等へ医療チームの派遣や物資の援助などを行った。我が国が2003年のSARS流行の制圧に果たした役割は決して小さくない（注）。

（注） 我が国の国際協力への取組みについては第2部第10章第1節参照。

（SARS発生直後の我が国における対応）

我が国では、WHOのSARS緊急情報の発表を受け、直ちに厚生労働省、都道府県のホームページ等を通じて国民・関係機関に周知した。また、検疫所にて患者発生地域への出国者及び帰国者に対する情報提供を開始するとともに、SARS発生地域旅行者の健康状態の確認（サーモグラフィーによる体温測定を含む。）を行い、SARSに対する水際対策を強化した。さらに、外務省においては患者発生地域への渡航是非の検討を勧める危険情報を発出した。

また、厚生労働省内にSARS対策本部を設置し、医療提供体制の整備などSARSに対し効果的かつ迅速な対応が行える体制を整備しつつ^{（注1）}、前述のような国際協力をを行い、国内外におけるSARS対策を講じた。

（SARSの具体的事例への対応と課題）

このような中で、2003年5月、国内を旅行していた外国人が、出国後、SARSを発症していたことが明らかになった事例が発生した^{（注2）}。このときは、厚生労働省はSARS対策オペレーションセンターを設置し、関係地方自治体との連携を緊密にし、迅速に必要な措置を講ずることができる体制を整えた上で、専門家等を現地に派遣し、都道府県等に対する指示、連絡調整、当該外国人と接触のあった者に関する調査等を行うとともに、ホームページを通じた国民への情報提供を行い、国民の不安解消に努めた。

結果として、我が国においてSARSは発生しなかったが、この事例及び前述のような当時の感染症法に基づいたSARS対策を講じていく中で、次のような課題が浮かび上がった。

・国と地方自治体との連携体制の強化

感染症対策の初動の要である積極的疫学調査について、通常地方自治体が行い、必要に応じて国に協力を求めることとなっていたが、公衆衛生上重大な危険が生ずるおそれがある場合には、国自らも地方自治体と協力しつつ調査を行う必要性が認識された。

（注1） 2003年4月には、SARSを感染症法上の新感染症として取り扱うこととし、国は国立国際医療センターを感染症法上の特定感染症指定医療機関に指定した。また、全都道府県においてはSARSに関する行動計画を公表するなどの措置を講じた。

（注2） 当該外国人は出国後にSARS患者と判断されており、我が国に滞在中はSARSを発症していたという事実が把握できなかった。

また、外国人旅行者の行動が広範囲にわたったことから、情報の公表や疫学調査の実施方法等について、国と地方自治体などとの連携が必ずしも十分ではなかったとの指摘もあり、広域調整について法律上明確化することが必要となった。

・ 検疫対策の強化

検疫法上、医師による診察が可能なのは検疫感染症に限定されているため、SARSが政令で指定感染症に指定されるまでの間は、本人の同意に基づき診察を実施し、また、症状はないがSARSの疑いがある者に対しても、本人の同意に基づき健康状態の報告を求める対応を行っており、これらの措置を検疫法上明確にする必要が生じた。

・ 重篤な感染症に対する医療提供体制の整備

第一種感染症指定医療機関の数が必ずしも十分ではなく、重篤な感染症に対する医療提供体制の整備を促進する必要が生じた。

(2) 感染症法及び検疫法の改正

感染症対策については検疫体制や感染症発生時の迅速かつ機動的な対応の重要性が再認識され、厚生科学審議会感染症分科会から感染症対策の見直しを求める提言がなされた。これを受けて、2003（平成15）年10月に感染症法及び検疫法の改正が行われた（同年11月に施行）。改正法の主な内容は次のとおりである。

図表2-1-3▶

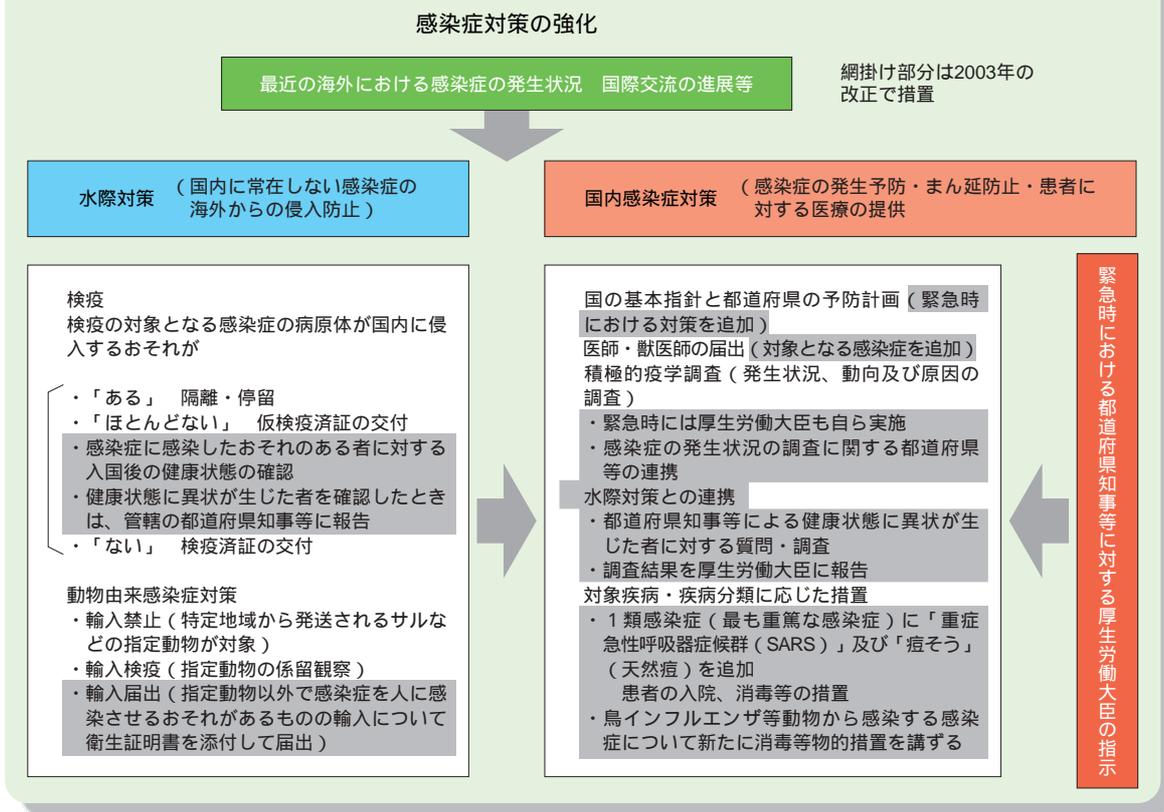
1) 感染症法の改正

ア) 緊急時における感染症対策の強化等(国の役割、国と地方自治体との連携の強化)

海外で新感染症が発生した場合や、都道府県等の区域を越えて広域的な対応が必要な場合等であって感染症の発生の予防及びまん延防止のため必要があるときは、国が都道府県知事等に対し必要な指示を行うことができることとするとともに、国自らが感染症の発生状況等の調査を行うことができることとした。

このように国の役割を強化することと相まって、都道府県等が設置する保健所には、感染症対策の中核機関として、緊急時においては国、地方自治体の関係機関と密接な連携を図りつつ、地域住民に対して必要な情報の提供に努めるなどの対策を、より迅速かつ円滑に講ずることが期待される。

図表2-1-3 我が国の感染症対策の基本概念図



イ) 感染症の類型の見直し及び動物由来感染症対策の強化

SARSを1類感染症に位置づけ^(注1)、入院措置などの必要な措置を講ずることを可能とするとともに、動物由来感染症等を4類感染症とし、病原体に汚染されたおそれのある動物、飲食物等の物件について消毒等の必要な措置を講ずることを可能とした。

また、ヒトに感染症を感染させるおそれのある動物等を輸入する際には、輸出国における検査の結果感染症にかかっていない旨の証明書を添付させるとともに、種類、数量、輸入の時期等必要な事項を届け出る制度を創設した^(注2)。

(注1) なお、現在は自然界に存在しないと考えられている痘そう (天然痘) についても、テロ目的での使用が危惧されることから、SARSと共に1類感染症に位置づけた。

(注2) 改正法の公布の日から2年以内に施行予定。

2) 検疫法の改正（水際対策（検疫）と国内感染症対策の連携強化）

感染症に感染したおそれのある者について、検疫所は入国後も健康状態の確認等ができることとした。また、この確認等で異状が生じた場合は、検疫所長は異状があった者に対し医療機関等への受診等を指示することができることとするとともに、都道府県知事等に必要な事項を通知しなければならないこととし、都道府県等による国内感染症対策との連携を図ることとした。

こうした連携を強化するため、検疫所は、法律に定められた報告だけでなく、ふだんから保健所等との連絡、相談関係を構築しておくことが求められる。

(3) その他のSARS対策

我が国では、幸いにも2004（平成16）年5月時点においてSARSは発生していない。また、諸外国においても2003（平成15）年7月5日の終息宣言以降、流行的発生は見られていない。しかしながら、2003～2004年の冬季に入る時点で、SARSが再発生し国内でも流行することが懸念されたため、次のような対策を講じた。

1) 情報の収集と提供

WHO等が公表するSARS関係の情報を迅速に収集し、厚生労働省や国立感染症研究所等のホームページ^(注)により詳細かつ網羅的に情報提供している。また、SARSの基礎知識、予防法、医療機関の受診の仕方等について記載したリーフレットを作成・配布した。さらに、厚生労働省や都道府県等の危機管理能力を高めるため、関係機関が同時に情報や意見交換を行うことができる電話会議システムを導入した。

2) 検疫等の対応

SARSコロナウイルスが分離された動物であるハクビシン等の輸入を禁止している。また、SARSが発生した場合は、外務省においてはSARSの流行地域への渡航延期勧告など危険情報を含む渡航情報を発出するとともに、検疫所においても渡航の延期を勧める注意喚起を行うなどの水際対策を引き続き実施していくこととしている。

3) 医療の確保、感染等の予防

SARS患者が入院治療を受けられる医療機関については、2004年1月現在、全国

(注) 厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp>)、国立感染症研究所感染症情報センターホームページ (<http://idsc.nih.go.jp/index-j.html>)、検疫所ホームページ (<http://www.forth.go.jp>)、外務省海外安全ホームページ (<http://www.anzen.mofa.go.jp>)

で236施設、1,290床の入院対応病床を確保するとともに、外来診療についても766施設の協力医療機関を整備している。

仮に、国内でSARS患者が発生した場合には、国において、
個人のプライバシーに最大限配慮しつつ、必要な情報を迅速に公表すること、
SARS対策本部の開催や、広域的な対応が必要な場合は、オペレーションセンターを設置して対応に当たること、
国も都道府県と共同で積極的疫学調査を実施すること、
などに取り組むこととしている。

また、全都道府県において、SARS患者が発生した場合の具体的な対策を盛り込んだ行動計画が作成・公表されており、さらに、SARSの流行に備え、SARS対策の訓練も行われた^(注1)。

なお、SARSを契機として見直された我が国の感染症対策が十分に機能するためには、感染症に関する幅広い人材の育成が重要となってくる。つまり、感染症対策においては、様々な場面に応じて必要な知見を有する次のような者が対策に従事する必要がある。

- ・ 積極的疫学調査に携わり、調査・情報収集・分析・的確な情報提供を行う専門家
- ・ 第一線で働く保健所、地方衛生研究所の職員
- ・ 感染症指定医療機関等において患者の治療を行う医療従事者 など

国立感染症研究所では、実地疫学専門家養成コース（FETP：Field Epidemiology Training Program）を設けているが、他の専門分野でもこのような取組みの推進が重要である。

4 動物由来感染症

（動物から感染する感染症の多さ）

動物由来感染症（Zoonoses）は、^{スーノーシス}脊椎動物と人間との間で自然に感染する病気の総称である^(注2)。近年、ペットとして需要の多いプレーリードッグからのペスト感染の危険性が指摘され、その輸入禁止の措置を講じたことなどにより急速に知られるようになったため、動物由来感染症は最近になって興ってきた感染症であるかのような印

^(注1) 2003年8月に東京都、千葉県及び厚生労働省においてSARS対策の合同訓練を行った。この訓練によって、収集した情報の共有、国（オペレーションセンター）と地方自治体との間の情報伝達の迅速性が重要であることが再認識された。

^(注2) 人間と動物に共通する感染症として、人獣共通感染症という用語もある。

図表2-1-4▶

象があるが、これは必ずしも正しい理解ではない。動物由来感染症は、WHOで確認されているだけでも150種類以上あり、狂犬病を始め、既知の感染症として知られているものの中にも数多く含まれている^(注)。また、このうち3割は動物からヒトだけではなく、ヒトからヒトへと直接に感染するといわれている。さらに、新興感染症の多くが動物由来感染症であるともいわれている。

図表2-1-4 主な動物由来感染症

感 染 症 名	感染源とされる主な動物種	
	ペット動物・家畜	野生動物
狂犬病	イヌ、ネコ	アライグマ、コウモリ、キツネ
エキノコックス症	イヌ	キツネ
パストレラ症	イヌ	
皮膚糸状菌症	イヌ	
回虫症	イヌ、ネコ	
猫ひっかき病	ネコ	
トキソプラズマ症	ネコ	
Q熱	ウシ、ネコなど	
オウム病	小鳥	野鳥
サルモネラ症	鑑賞魚類	
ペスト		プレーリードッグ、リス
野兔病		プレーリードッグ、リス
ハンタウイルス肺症候群		ネズミ、リス
アライグマ回虫症		アライグマ
リッサウイルス感染症		コウモリ
ニパウイルス感染症		コウモリ
ヘンドラウイルス感染症		コウモリ
Bウイルス症		サル
細菌性赤痢		サル
結核		サル
ウエストナイル熱		野鳥、カラス
レプトスピラ症		ネズミ
腎症候性出血熱		ネズミ
クリプトスポリジウム症	ウシなど	
腸管出血性大腸菌	ウシなど	

資料：厚生労働省健康局「動物由来感染症ハンドブック」

(ヒトと動物との接触機会の増加)

今日このような事態が生じている理由は、病原体の性質を見ると浮かび上がってくる。感染症を起こす病原体は、自然界では自己と共生できる動物（自然宿主^{しゅくしゅ}）の中にお

(注) 動物由来感染症に関するホームページ (<http://www.forth.go.jp/mhlw/animal/>)

り、自然宿主の生存を危ぶませるような活動を行うことはない^(注)。しかしながら、何らかの形で病原体が自然宿主以外の動物に伝播^{でんぱ}した場合、その動物は感染症を発症し、時には死に至ることもある。

近年、交通手段の発達により膨大な数の人間や動物の移動が起きており、また、土地開発に伴って自然環境が著しく変化するなど、人間社会の変化と人間の行動の多様化が進んでおり、このことが動物由来感染症が問題になる背景ともなっている。

(動物由来感染症への対応)

我が国は、島国であるという地理的要因、家畜衛生対策等の徹底、衛生への関心が高い国民性などにより、動物由来感染症の発生状況は外国に比べて比較的低水準にある。ただし、こうした状況にあっても、イヌやネコのようないわゆるペット動物については、節度あるふれあいを守る、動物にさわったら必ず手を洗うといった予防法の

コラム

我が国は動物輸入大国

「輸入動物」と聞くと、動物園で見掛けるような動物やペット販売店で売られている動物を思い浮かべるが、こうした動物は一体どのくらい輸入されているのであろうか。

我が国では、従来動物の輸入実態を把握していなかったが、2001年1月から動物統計の集計を始めたところ、2002年の1年間だけで、ほ乳類85万個体以上、は虫類87万個体以上、鳥類16万個体以上、その他4億8千万個体以上を輸入しているという実態が浮かび上がってきた。本文で述べたプレーリードッグについても、輸入が禁止される以前の2002年には1万個体以上が輸入されていたのである。

ほ乳類	
霊長類	5,171
食肉目	
犬	4,948
フェレット	27,418
その他のもの	725
ウサギ目	2,516
翼手目	
オオコウモリ科のもの	0
その他のもの	153
げっ歯目	
ハムスター	678,793
モルモット	1,263
プレーリードッグ	11,473
チンチラ	3,116
リス	57,540
その他のもの	51,373
その他のほ乳類	9,713
は虫類	
カメ目	740,831
その他のは虫類	138,326
鳥類	
猛禽類	3,873
オウム目	27,169
ハト目	3,638
その他の鳥類	133,633
その他の生きている動物	
両生類	11,587
その他のもの	487,723,860

資料：財務省「貿易統計」(2002年)

(注) 特にウイルスは自己複製ができないため、ほかの生きた細胞に侵入し、その能力を借りないと種としての生存を図ることができない性質がある。

ほか、イヌについては狂犬病予防接種を受けるなど、日常生活における感染予防が重要である。また、ペットとしてなじみのない野生動物については、どのような病原体を持っているか不明であることが多いため、飼育を避けることが最も重要な予防方法である。

今後我が国が講じるべき動物由来感染症対策の課題としては、野生動物に由来する感染症を防ぐため、感染症法に基づいて国内への流入を防ぐ^(注1)とともに、国民に対して正しい知識の積極的な普及啓発を行うことがあげられる。

5 既知の感染症との闘い - 適切な予防法と治療法の確立に向けて -

(1) エイズ(AIDS、後天性免疫不全症候群) (致死的な疾病から慢性的な疾病へ)

国連合同エイズ計画(Joint United Nations Programme on HIV/AIDS:UNAIDS)によると、全世界のヒト免疫不全ウイルス(Human Immunodeficiency Virus:HIV)感染者及びエイズ患者は、2003(平成15)年末において4,000万人であり、2003年の新規感染者は500万人であると推計されており、現在もアフリカやアジアを中心に感染は拡大している。

このような中、我が国では、2004(平成16)年4月26日現在、エイズ患者の報告総数は2,960件、HIV感染者の報告総数は5,929件となっており、増加傾向にある^(注2)。

近年の特徴として、新規のHIV感染については、感染経路のほとんどが性的接触によるものであること、特に国内における男性同性愛者の感染者が急増していることがあげられる。このため、性感染症としての側面からHIV対策を進める必要があり、感染の可能性が疫学的に懸念される層を中心に、より効果的な予防対策の推進に取り組んでいくことが重要である。

HIV感染は、正しい知識とそれに基づく一人一人の注意深い行動により、予防することが可能である。また、感染後の治療に関しても、多剤併用療法(Highly Active Antiretroviral Therapy:HAART)^(注3)により、エイズは致死的な疾病から慢性的な疾病へと変わってきており、早期発見、早期治療を行うことにより、患者の生活

(注1) 感染症を人に感染させるおそれがある動物を輸入する場合の届出制度について、3(2)1イ)を参照。

(注2) 2002年のエイズ患者報告数は308件、HIV感染者報告数は614件であり、2003年ではそれぞれ336件、640件となっている。

(注3) ウイルス増殖の初期過程を抑える逆転写酵素阻害剤やウイルスタンパクが最終産物になる場所を抑えるプロテアーゼ阻害剤を併用する。

の質（Quality of Life：QOL）の低下を防ぐことが可能となっている。

（エイズへの対応）

エイズ対策については、1999（平成11）年に策定した「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」（エイズ予防指針）に基づき、国、地方自治体、医療関係者及び患者組織を含むNGOが連携して、予防と医療に関する総合的施策を、人権に十分配慮しつつ進めていくこととしている。

国においては、国立国際医療センターにエイズ治療・研究開発センター（AIDS Clinical Center：ACC）を設け、最新の医療の提供、診断・治療法のための臨床研究、医療情報の提供などを行うとともに、全国8ブロックで14のブロック拠点病院、369のエイズ治療拠点病院を指定（2004年4月15日現在）し、すべての患者が安心して高い水準の治療を受けられる体制づくりに努めている。また、毎年12月1日の「世界エイズデー」を中心に、政府広報を始めとしてエイズに関する正しい知識等についての啓発活動を行っている。

また、献血された血液の検査においてHIV感染が判明し、報告された件数は、2000（平成12）年の検査検体10万本中1.114件から2003年の1.548件へと増加しており、

コラム

ACC患者ノート

国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター（ACC）では、患者本人がエイズの病状等について正しい知識と認識を持ち、主体的姿勢で治療に臨むこと、つまり、自らに適した治療方法を選択し、自らの症状等を管理することを支援するため、ACC患者ノートを配布している。

このノートには、病気の基礎知識のほかに、検査内容を理解するための各数値の解説、体調の管理方法から日常生活における注意点、各薬剤の写真や保存方法、薬剤を使用した際の副作用などが網羅されている。

また、データシートで治療に際しての受診記録や服薬の記録を管理、確認できるようになっており、これを診療の際に持参することにより、医師と患者とが症状、治療経過を相互に理解できるようになっている。

国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センターホームページ（<http://www.acc.go.jp/accmenu.htm>）



血液製剤の安全性に少なからぬ影響を与えかねない事態となっている。実際、2003年12月には、H I V感染直後に献血された血液が、スクリーニングの検出感度限界を下回ったためにそのまま輸血に用いられ、輸血を受けた者に感染した事例が判明した。輸血医療の安全確保のため、H I V等の検査を目的とした献血をしない、させないための体制づくりが求められている^(注)。

エイズ対策は、今後とも、エイズ患者やH I V感染者の人権や社会的背景に配慮しつつ、エイズ予防指針に基づき、H I V感染の予防、良質かつ適切な医療の提供等、総合的・計画的に推進していくことが重要である。

コラム

性感染症の増加と警戒心の薄い若者たち

H I V感染が世に知られるようになってから、我が国で性感染症への関心は高まった。「決して他人事ではない」ということである。しかしながら、近年性感染症の感染者は増加傾向にあり、特に10～20歳代の若者層を中心としたまん延が目立っている。その原因として若者層には、「自分は大丈夫」という過信と、「感染してもどうってことない」という認識の甘さがある。

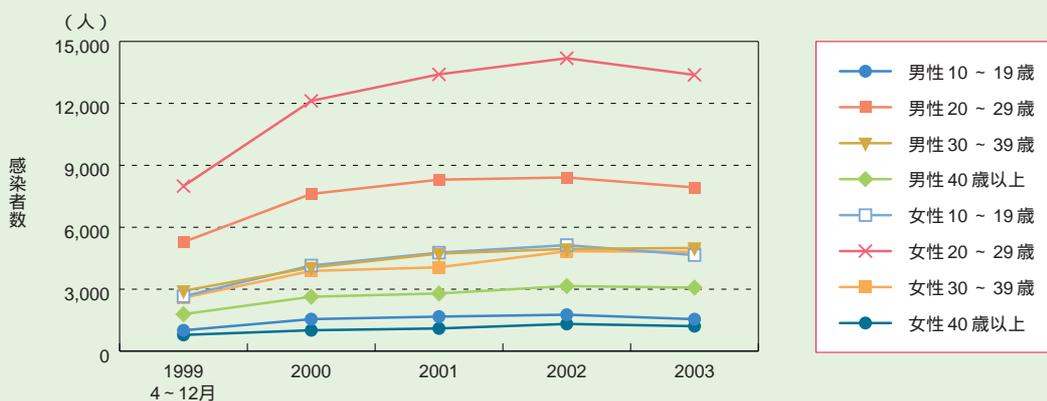
性感染症の感染力は決して強いわけではなく、ちょっとした心掛けで予防することが十分に可能である。また、早期の治療を行えばほとんどが完全治癒するが、感染初期は無症状であることが多いため治療を怠りやすい。その結果、不妊等の後遺障害や様々な合併症

をもたらし、また、母親から胎児に感染する(母子感染)可能性があることから、先天性奇形や結膜炎等の障害の原因ともなっている。

こうした状況を踏まえ、厚生労働省、都道府県等では、性行動が活発な年齢層を中心に、発生の予防とまん延の防止に関するきめ細かな普及啓発や、早期発見、早期治療等の情報提供、プライバシーを守りながら治療を受けられる体制づくりに努めることとしている。

性意識が多様化する中、性感染症の予防とまん延防止に努める社会をつくれるかどうかは、パートナーに対するエチケットやモラルを含め、国民一人一人の意識にかかっているといえる。

図表 年齢別性器クラミジア感染者数



資料：厚生労働省健康局「感染症発生動向調査」
(注) この調査は、1999年4月から実施されている。

(注) 第2部第8章の5参照。

(2) インフルエンザ

1) インフルエンザの性質 - インフルエンザは風邪ではない -

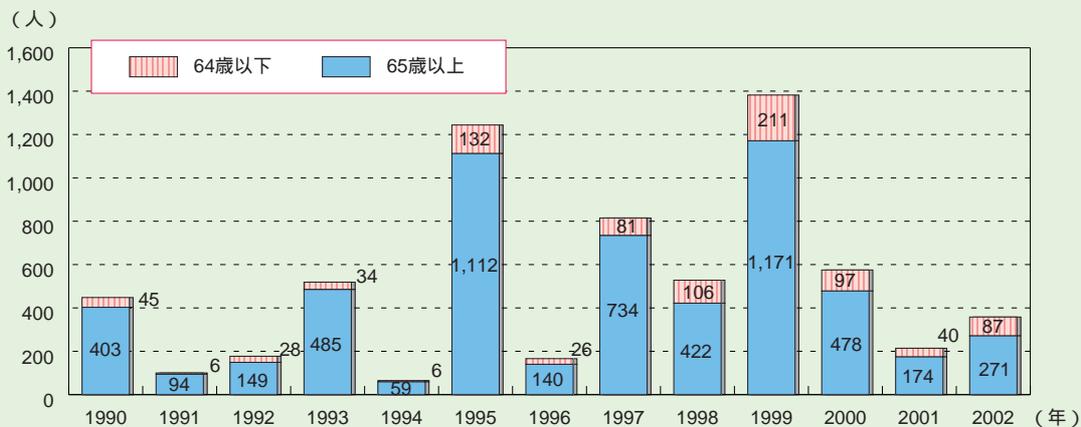
インフルエンザは誰もが耳にする最も身近な感染症であるが、風邪と似た症状を呈することもあって一般の風邪と混同されることも多かった。しかし、正しい知識の普及・啓発の結果、現在ではインフルエンザに対する正しい理解は国民にかなり浸透してきている。

インフルエンザは、感染力の強さ、罹患した場合の症状の重篤性、肺炎等の合併症の問題に加えて、スペイン風邪のような世界的な大流行が20～30年に一度発生し、世界各国で甚大な健康被害と社会活動への影響を引き起こすという、一般の風邪とは全く異なる特徴を有している。

また、高齢者を中心とする慢性疾患を有する者が罹患すると肺炎を併発するなど重症化する場合が多く、特別養護老人ホームにおける集団感染の問題や、インフルエンザによる死亡者の約80%以上を高齢者が占めることなど、高齢化が進行している我が国にとってインフルエンザはますます大きな脅威となっている。さらに、近年、乳幼児において、インフルエンザに関連していると考えられる急性脳症が年間100～200例報告されている（現在研究が行われている。）

◀ 図表2-1-5

図表2-1-5 インフルエンザによる死亡者数



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

2) インフルエンザ対策

ア) 予防接種の推進

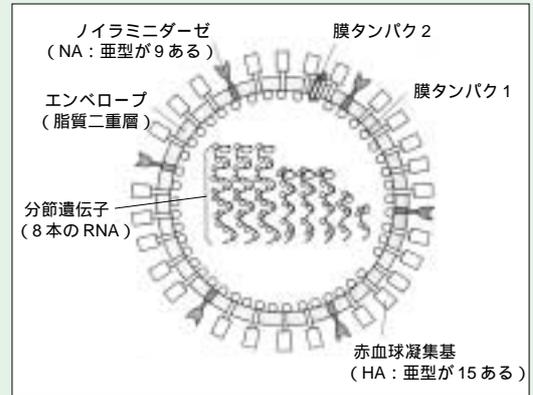
インフルエンザに対する最も効果的な予防策は、流行前に予防接種を受けることである。毎年、我が国では、WHOが推奨したウイルス株を基本に、これまでの我が国

コラム

インフルエンザウイルスについて

インフルエンザウイルスは、直径1万分の1ミリメートル（100nm（ナノメートル））という小さなウイルスであり、ヒトに感染した場合は、鼻孔や気道粘膜の表面の上皮細胞に侵入し、その中で増殖する。インフルエンザウイルスは、そのたんぱく質の違いに基づいてA型、B型、C型に分類されるが、このうちヒトに感染し発症するのは主にA型とB型である。A型は、ヒト以外にもブタやトリなど実に多くの動物を自然宿主とする人獣共通のウイルスであり、その表面に突き出た突起の組み合わせの違いによって香港型、ソ連型に区別されている。また、A型は突然変異を起こして大流行することがあり、これまでもスペイン風邪を始めとする甚大な健康被害をもたらしている。なお、同じA型であっても毎年少しずつ変化しており、以前にA型イ

ンフルエンザに罹って免疫がある者であっても、再び別のA型インフルエンザに感染し、発症することがある。



インフルエンザウイルス（構造模式図）
資料：岩波新書「感染症とたたかう」（一部改変）

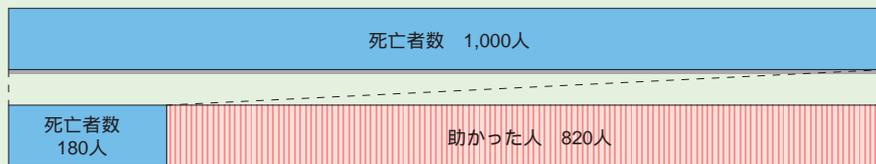
での流行状況などを勘案し、流行する株を予測してワクチンを作っており、この約10年間、ワクチン株と実際に流行したウイルス株とはほぼ一致している。

しかし、我が国においては、ワクチン接種率は他の先進国に比べて低く、インフルエンザによる死亡や入院を低減させ、ひいては流行を防止するに当たっての課題となっている。特に高齢者についてはワクチン接種の有効性が高いことが確認されており、予防接種を受けずにインフルエンザに罹患した者の約7～8割の者は、予防接種を受けていれば罹患せずに済んだか、又は軽い症状で済んだとされている。

図表2-1-6▶

図表2-1-6 インフルエンザ予防接種による効果の割合（65歳以上）

65歳以上で予防接種を受けないでインフルエンザに罹って死亡した者が1,000人いた場合、予防接種を受けていたならば820人が死亡せずに済んだと考えられる。



資料：厚生科学研究「インフルエンザワクチンの効果に関する研究」（主任研究者：神谷齊）

こうしたことから、2001（平成13）年の予防接種法改正により、65歳以上の者等については、インフルエンザが定期の予防接種の対象疾患と位置づけられ、高齢者への予防接種が促進されている。

イ) 情報の提供、治療薬等の研究開発の推進

感染症発生動向調査システム（感染症サーベイランスシステム）を活用して、インフルエンザの発生・まん延の状況を早期に把握し、インターネット^{（注1）}等を通じて、逐次、関係者や国民に情報提供している。

また、インフルエンザを迅速に診断できるキットや、インフルエンザに罹患した場合であっても、発症後10～48時間以内に服用することでインフルエンザの症状を緩和させ、重症化を抑えることができる抗インフルエンザウイルス薬が開発され、広く使用されている。

なお、インフルエンザについてはいまだ解明されていない点が多く、基礎、疫学、臨床等の各分野における研究の推進、それらの連携が重要である。

ウ) 国際的な連携

インフルエンザは、我が国のみならず世界中で発生する地球規模の感染症であり、国際機関、先進国等との連携を図りつつ、対策を進めていくことが重要である。厚生労働省では、国立感染症研究所を中心に、WHO等への支援を通じ、国際的なインフルエンザの発生動向の調査体制等を構築するとともに、インフルエンザの予防法、診断方法及び検査方法の標準化、治療方法の開発等について、情報交換等を行っている。

3) 今後のインフルエンザ対策 - 新型インフルエンザへの備え -

1968（昭和43）年に出現した新型のA型インフルエンザウイルスが、香港風邪の流行を起こしてから既に40年近く経っている現在、国内外の専門家から「人類世界において流行する新型インフルエンザウイルスが早ければ数年のうちに出現する」との警告が出されている^{（注2）}。

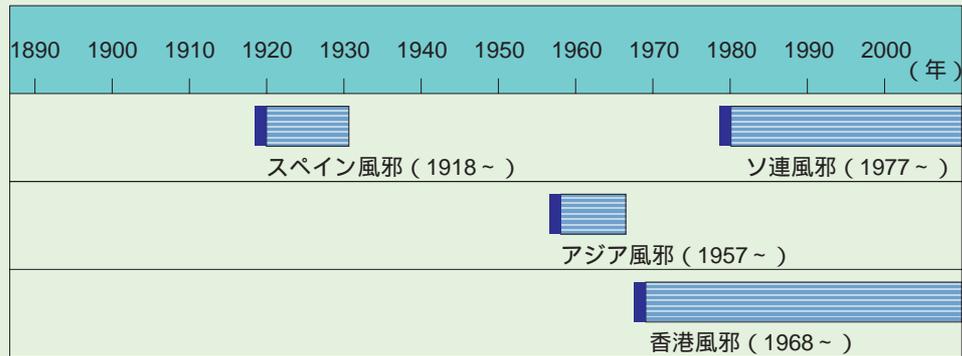
こうした中、厚生労働省では、1997（平成9）年に取りまとめた「新型インフルエンザ対策報告書」に基づき体制整備を進めてきており、インフルエンザワクチン生産

◀ 図表2-1-7

（注1）厚生労働省ホームページ（<http://www.mhlw.go.jp>）、国立感染症研究所感染症情報センターホームページ（<http://idsc.nih.go.jp/index-j.html>）など

（注2）この背景には、10～40年の周期で新型インフルエンザウイルスが出現していること、これまで流行を繰り返している香港型やソ連型のウイルスに対する抗体をほとんどの成人が持つに至った結果、ウイルスの突然変異が起きやすい状況にあると考えられていることがあげられる。

図表2-1-7 A型インフルエンザウイルスの流行



資料：厚生労働省健康局資料

能力の向上等の成果をあげている。こうした成果を踏まえ、現在、厚生科学審議会感染症分科会の新型インフルエンザ検討小委員会において新型インフルエンザ対策の見直しを進めており、2004（平成16）年夏ごろを目途に報告することとしている。

インフルエンザの発生の予防については、一人一人の国民が、インフルエンザを正しく理解し、予防接種を受けるなど、主体的にインフルエンザの予防策に取り組むことが基本となり、個人の予防の積み重ねが社会全体のまん延の防止に結び付くという認識が重要である。

コラム

新型インフルエンザウイルスの出現の仕組み

1993（平成5）年の第7回ヨーロッパインフルエンザ会議では、新型インフルエンザによる汎流行が発生した場合は、国民の25%が罹患発病すると仮定して行動計画を策定するよう勧告を出しており、我が国では、約3,200万人の患者が発生し、少なくとも3～4万人の死者が出る可能性があることになる。

このような新型のインフルエンザウイルスは、アジア風邪、香港風邪が中国南部で出現していることから、その出現の仕組みとして、

元々鳥インフルエンザウイルスを保有しているカモなどの水鳥が中国南部に飛来し越冬する間に、ガチョウなどの家禽類にインフルエンザウイルスが伝播する

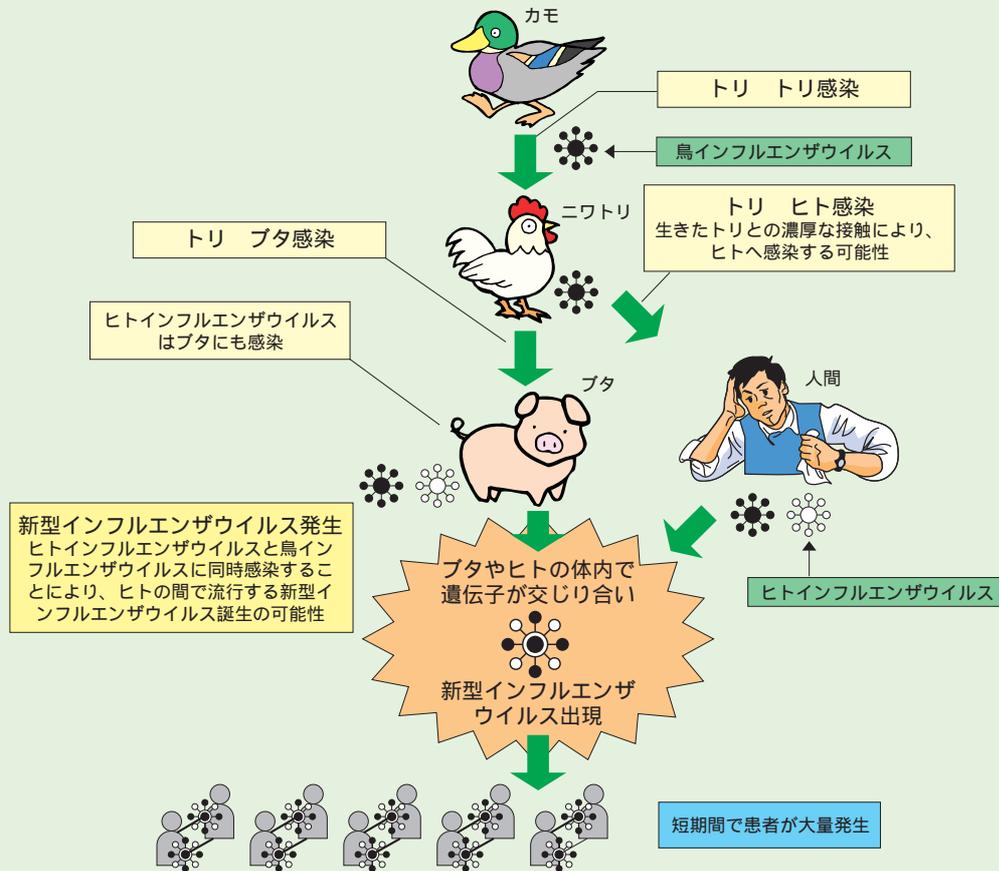
中国南部は、家禽類、ブタなどの家畜と人間との接触が濃密な生活様式である

ため、家禽類からブタやヒトに感染しやすく、そのため、特に、ブタがトリのインフルエンザウイルスとヒトのインフルエンザウイルスに同時に感染し、ブタの体内で混合、進化し、新たなインフルエンザウイルスが誕生する

ことが考えられている。（なお、中国南部に限らず世界のどの地域においても新型インフルエンザが出現する可能性は否定できないことに留意が必要である。）

昨今の鳥インフルエンザが脅威とされているのは、トリからヒトへと感染するだけでなく、このような大きな仕組みによってヒトからヒトへと感染する能力をインフルエンザウイルスが獲得し、ヒト間で感染が拡大する可能性が指摘されているからである。

図表 新型インフルエンザウイルスが発生するまで（モデル）



資料： 東京都健康局感染症対策課提供資料（一部改変）

コラム

高病原性鳥インフルエンザ

インフルエンザウイルスは実に多様な動物を宿主としているが、このうち鳥類を宿主とするものが鳥インフルエンザと呼ばれており、特に感染した鳥類が死亡したり全身症状など強い病原性を示したりするものが高病原性鳥インフルエンザと呼ばれるものである。

高病原性鳥インフルエンザは、最近では、中国、アメリカ、オランダ、韓国、ベトナムなど世界各地で発生しており、我が国では2004（平成16）年に、1925（大正14）年以来の発生が確認された。なお、鳥インフルエンザがヒトに感染した例は香港、オランダ、ベトナム等で報告されており、死亡者も出ているが、ヒトからヒトへの感染は疑わしい事例が報告されているのみであり、公式に確認されていない。

厚生労働省では、高病原性鳥インフルエンザの国内発生を受け、養鶏従事者等への健康状態の確認、感染防御の徹底を指導したほか、地方自治体に対し、高病原性鳥インフルエンザが疑われる患者等の情報提供の協力を医療機関等に求め、患者等が発生した場合に備え

て地方衛生研究所における検査体制を確認するよう要請している。また、ホームページ等において随時情報提供を行うとともに、必要に応じ、地方自治体等への連絡要請を随時行ったり、疫学の専門家を派遣したほか、不安解消の観点から鶏卵の自主回収を養鶏業者に要請するなどの措置を講じている。

鳥インフルエンザウイルスに対して有効なヒト用のワクチンは現時点ではないものの、既開発の抗インフルエンザウイルス薬は効果があるといわれており、また、鳥との濃厚な接触のない通常の生活においては感染する可能性は極めて低いことから、鳥インフルエンザを過度に恐れる必要はないと考えられている。また、鶏肉、鶏卵等を摂取することによりヒトに感染した例は世界的にも報告されていない。

なお、鳥に対するインフルエンザワクチンを使用した鶏肉、鶏卵等の安全性については、食品安全委員会の食品健康影響評価結果により、ヒトの健康に影響を与える可能性は実質的に無視できるとされている。

6 再興感染症 - 再燃した感染症「結核」 -

（結核は今なお我が国最大の感染症）

結核は、マラリアと並び代表的な再興感染症とされている^{（注1）}。我が国ではかつては「国民病」として恐れられていたが、「結核予防法」に基づく健康診断、予防接種（BCG接種）、公費負担医療制度などにより、死亡者数や罹患者数の劇的な減少を見た。しかし、近年減少率は鈍化し、1997（平成9）年には新登録患者数と罹患者率が上昇する事態^{（注2）}となり、1999（平成11）年7月には厚生大臣（当時）による「結核緊急事態宣言」が出されるなど、結核は今なお我が国最大の感染症の一つである。

我が国における結核の現状を見ると、2002（平成14）年の新登録患者数は3万2,828人、罹患者率は25.8（対人口10万人）であり、国際的に見ても、罹患者率はロシアを除い

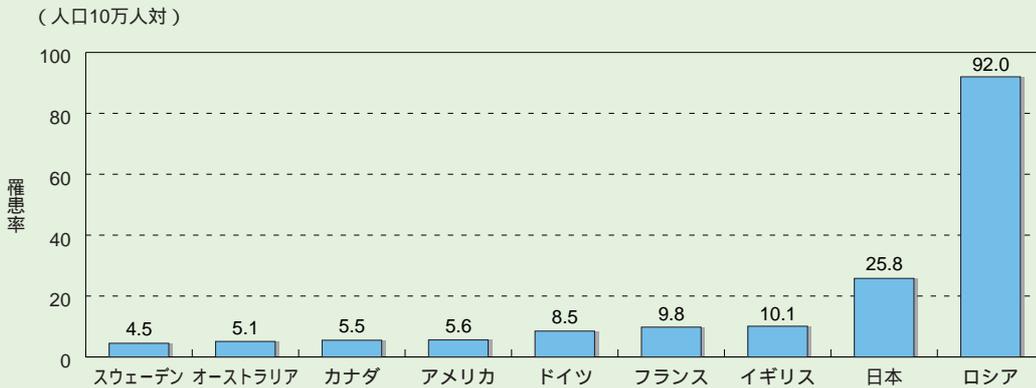
（注1）全世界では毎年800万人が結核を発病している。また、先進国の一部でも、1980年代半ばから患者が増え続けている。このような事態を踏まえて、WHOは1993（平成5）年に「世界結核緊急事態宣言」を行っている。

（注2）患者数では38年振り、罹患者率では43年振りに上昇した。

た先進諸国中最も高くなっている。

◀ 図表2-1-8

図表2-1-8 先進工業国の結核罹患率（2002年）



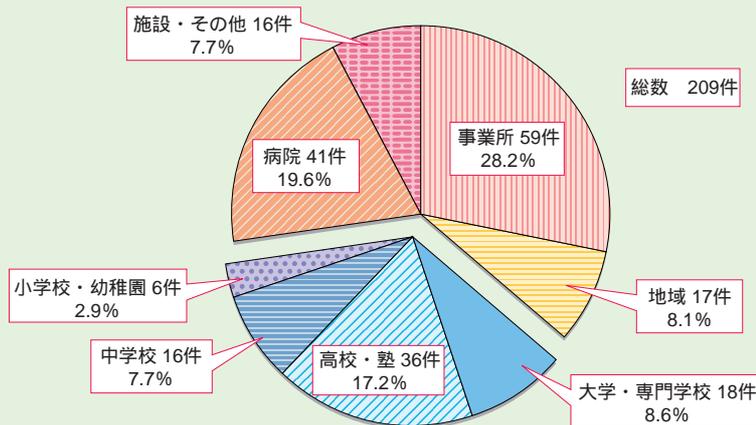
資料：WHO資料（2003）
 （注）スウェーデン、オーストラリアについては2001年の数値である。

罹患状況については、高齢者、合併症を持つ者、住所不定の者などいわゆるハイリスク者が中心であり、2002年に結核が原因で死亡した者のうち実に77%が70歳以上の高齢者であった。

また、若年層については、以前と比べ罹患率が低下した反面、結核に感染する機会が減ったことにより未感染者比率が高くなったため、一度結核患者が発生すると、学校や施設等で集団感染が起こりやすい状況となっている。

◀ 図表2-1-9

図表2-1-9 1997～2001年の5年間の結核集団感染の発生場所



資料：（財）結核予防会「結核の常識」（2002年）

（結核への新たな対応）

2002（平成14）年3月、厚生科学審議会感染症分科会結核部会から、一律的・集団的な対応から最新の知見やリスク評価等に基づくきめ細かな対応への転換、BCG再接種の廃止と乳児期の初回接種の徹底など、結核の予防・早期発見について、科学的な根拠に基づく総合的・計画的な施策の実施が必要であるとする「結核対策の包括的見直しに関する提言」が出された。

この提言を受け、2003（平成15）年4月から、小学1年生と中学1年生に対するツベルクリン反応検査、BCG再接種を廃止するとともに、患者の早期発見とまん延防止のため、接触者健診（患者に接触した者への健診）と直接服薬確認療法（Directly Observed Treatment Short-Course：DOTS）^{（注）}の推進強化を行い、より合理的で有効性の高い結核対策への転換を図ってきている。

また、国が結核予防に関する基本指針を策定し、都道府県が具体的な予防計画を策定することや、定期、定期外の健康診断を効率的に実施することを内容とする結核予防法の改正法案が2004（平成16）年の通常国会に提出され、成立した（2005（平成17）年4月1日施行予定）。

（結核以外の再興感染症）

再興感染症は、新興感染症と同様、人や物の移動が地球規模で起きている現代にあ

コラム

国民一人一人ができる感染症対策

感染症対策については、一人一人の国民がちょっと気を付けるだけで簡単に実施できるものが意外と多い。手洗い、うがいといった日ごろの行動はもちろん、例えば、次の4つの行動についても、気を付けることはそれほど難しくはないだろう。

感染症の流行地域に行くときは、予防接種を受けてから行く。

訪問先の感染症情報を入手し、適切な行動をする（むやみに動物にさわらない、蚊よけをしっかりとするなど）。

感染症流行地域から帰国した際に体の

不調を感じた場合は、すぐに検疫所、保健所、近くの医療機関に相談をする。

新興感染症の多くが動物由来であることを十分理解し、野生動物をむやみに輸入したり、ペットにしたりしない。

また、感染症は、当人の健康だけでなく、家族、友人、ひいては国民全体の健康に影響を及ぼす可能性があることについて、国民一人一人が正しい知識と自覚を持って行動することが感染症に対する最大の予防策になることを忘れないようにしたいものである。

（注） 治療を確実に成功させるため、医療従事者の目の前で患者が薬を飲むのを確認すること。

っては、一部の地域内だけにとどまらず国境を越えた脅威となり得るものであり、警戒が必要である。

例えば、マラリアは、我が国に常在しない感染症であるにもかかわらず、1990年代以降、毎年100人前後の患者数が報告されており、対策の必要性が認識されていた。そのため、2003年の検疫法の改正などにより、検疫所における医師の診察等の対象となる疾病として、マラリアとデング熱（マラリア同様国内に常在しない再興感染症）を分類し、必要な措置を講ずることができることとなっている。

コラム

我が国ははしかの輸出国

我が国は、世界的に見ても公衆衛生水準が非常に高く、また、国民の衛生観念も高い。しかしながら、このような我が国で、多くの先進国で流行が防止されている感染症の発生が続いていることを御存じだろうか。

それは、はしか（麻疹）である。

はしかとは、麻疹ウイルスによって引き起こされる感染症であり、空気感染（飛沫核感染）、飛沫感染、接触感染と様々な形で感染し、その感染力は極めて強い。また、肺炎や脳炎などを合併して重症化しやすく、重い後遺症が残ることもある感染症である。

はしかを予防するために最も有効な手段は予防接種であり、アメリカやカナダを始めとする多くの先進国では予防接種の徹底により患者数が大幅に減少している一方、発展途上国では多くの子どもがはしかに罹り、死亡し

ている状況にある。WHOでは、全世界におけるはしかによる死亡率の低下と地域的なはしかの排除のため、予防接種の推進を図っている。現在、我が国におけるはしかの患者数は、かつてより減少しているものの、いまだ低年齢層の小児を中心に年間10～20万人の患者が発生していると推計されており、決して好ましい状況ではない。日本人がアメリカにおいてははしかを発症し、流行させた例も報告されており、「日本ははしかの輸出国」と批判の対象となることもある。

はしかの流行を減らすため、現在、1歳半までに95%の小児がはしかのワクチン接種を受けることを目標に、予防接種の推進が図られている。そのために、国民に対する情報提供を積極的に行い、はしかに対する正しい認識の普及啓発が重要である。

第2節

日常生活の中での健康リスクへの対応

我が国の健康水準は、世界でも最高のレベルに達する一方、食生活等生活習慣の変化、居住環境や生活環境の変化、さらには企業における人事管理の変化などに伴い、健康リスクの増大が見られる。

本節では、現代の日常生活において誰でも直面する可能性があるが、対応次第で低減することが可能な健康リスクとそれらへの対応を見ていくこととする。

1 国民の健康増進対策

(1) 「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」の推進

1) 健康日本21

厚生労働省では、2000(平成12)年から第3次の国民健康づくり対策として「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」を推進している。

「健康日本21」は、「すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、壮年期死亡の減少、健康寿命(痴呆若しくは寝たきりにならない状態で生活できる期間)の延伸及び生活の質の向上を実現すること」を目的とし、早期発見、早期治療の「2次予防」のみならず、健康を増進し生活習慣病^(注)等の発病を予防する「1次予防」の重視、生活習慣を改善し、健康づくりに取り組もうとする個人を社会全体として支援していく環境の整備、多様な経路による情報提供、ライフステージや性差等に応じた健康増進の取組みの推進、実施主体の連携等を基本方針として取り組んでいるところである。

図表2-2-1▶

図表2-2-1 健康日本21の概要

基本的な方向

- (1) 一次予防の重視 (2) 健康づくり支援のための環境整備
(3) 目標の設定と評価 (4) 多様な実施主体による連携のとれた効果的な運動の推進

目標値

栄養・食生活、身体活動・運動、休養・心の健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病(心臓病・脳卒中)、がんの9分野にわたり、70項目の目標値を設定



【目標値の具体例】

		現状(1997年)	2010年
・食塩摂取量の減少	成人	13.5g	10g未満
・野菜の摂取量の増加	成人	292g	350g以上
・日常生活における歩数の増加	男性	8,202歩	9,200歩以上
	女性	7,282歩	8,300歩以上

(注) 従来は成人病と称されていたもので、食習慣、運動習慣、休養、喫煙、アルコール摂取などの生活習慣がその発病や進行に影響を与えるがん、脳卒中、心臓病、糖尿病などの病気をいう。

2) 健康増進法

2003（平成15）年5月には、「健康日本21」を中核とする国民の健康づくり・疾病予防を更に積極的に推進する法的基盤を整備するため、国が健康づくりに関する全国的な目標や基本的な方向を提示するための基本方針^{（注1）}を策定すること、地方公共団体においては、地域の実情に応じた健康づくりを推進するための健康増進計画を策定^{（注2）}すること、医療保険の保険者、老人保健事業等を実施する市町村、学校などによる健康診査等を、個人が生涯を通じた健康づくりに一層活用できるよう、共通の健康診査の指針^{（注3）}を定めること、等を内容とする健康増進法が施行された。

◀ 図表2-2-2

3) 9分野における生活習慣病予防に向けた取組み

栄養・食生活（食育）

がん、心臓病、脳卒中などの生活習慣病の発症と食生活とは密接な関連があり、その予防の観点から、健康と栄養に関する正しい知識を身に付け、栄養バランスの取れた食事を適量とることが重要である。

厚生労働省「国民栄養調査」（2002年）によれば、男性の肥満者^{（注4）}の割合は、いずれの年齢層でも20年前に比べて1.5倍に増加している。

◀ 図表2-2-3

（注1）厚生労働省においては、1次予防の重視、健康増進の支援のための環境整備、多様な関係者による連携の取れた効果的な健康増進の取組みの推進等を内容とする「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を2003年4月に策定した。

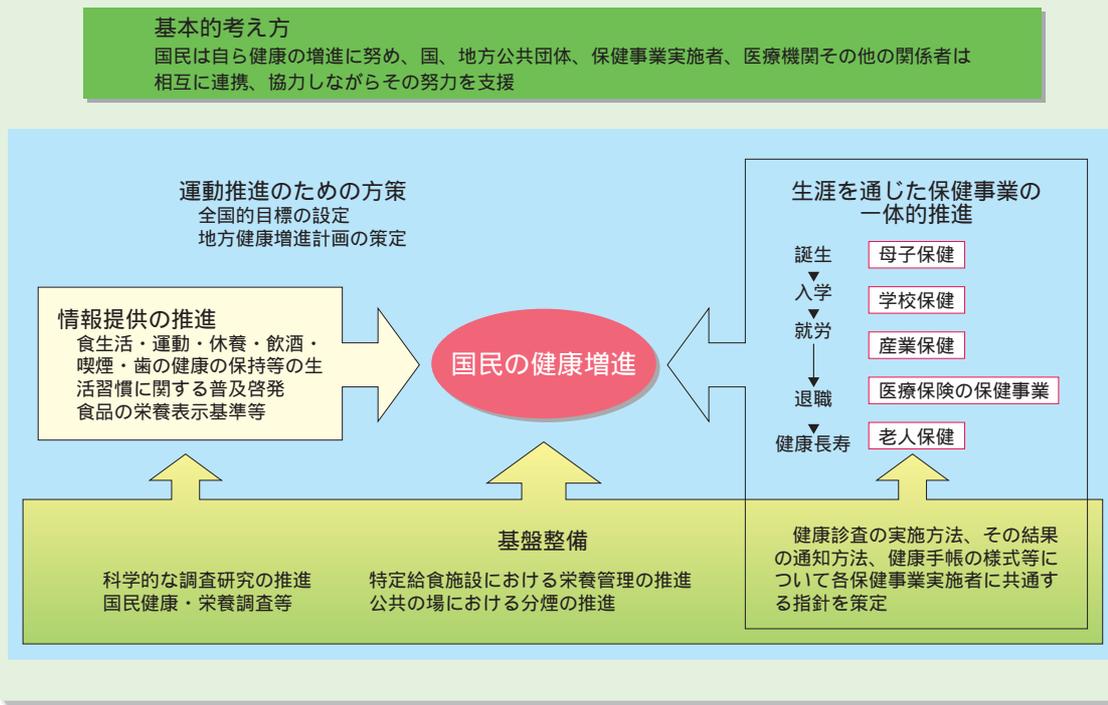
（注2）2003年7月末現在の「健康日本21」地方計画の策定状況を見ると、全都道府県で策定済みであり、市町村・特別区では、815市町村が計画策定済み、613市町村で2003年度中に策定予定となっており、今後、市町村・特別区における計画の策定と計画に基づく健康づくり事業の一層の推進が求められている。

（注3）現在、健康保険法、国民健康保険法、老人保健法、労働安全衛生法などに基づき行われている健康診査（健康診断）とその結果を踏まえた栄養指導その他の保健指導については、i）制度間で健康診査における検査項目、検査方法等が異なる場合がある、ii）精度管理が適切に行われていないため、検査結果の比較が困難である、iii）健康診査の結果が受診者に対する栄養指導その他の保健指導及び健康の自己管理に必ずしもつながっていない、iv）健康診査の結果等が各健康増進事業実施者間で継続されず、有効に活用されていない、等の現状が指摘されている。

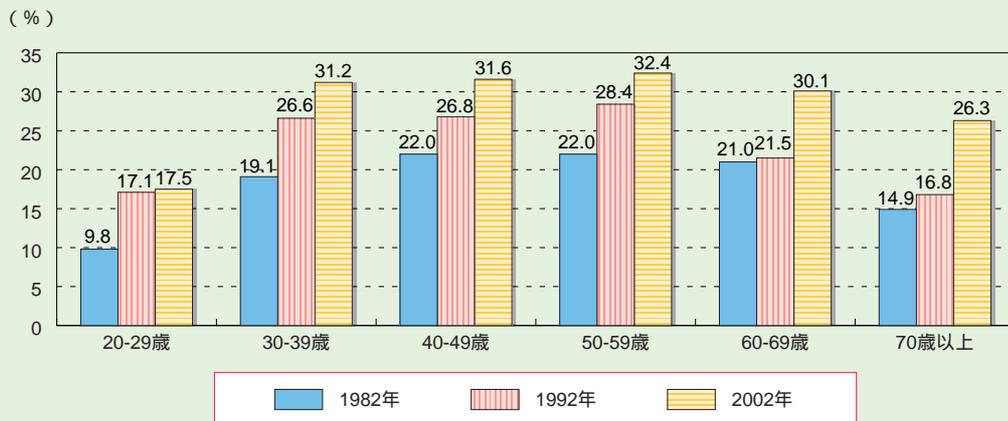
このような諸問題を解消するとともに生涯にわたる国民の健康の増進に向けた自主的な努力を促進するため、健康増進法に基づき、健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針を2004年6月に告示し、同年8月に施行することとした。その内容としては、i）健康診査の実施、健康診査の結果の通知、ii）健康手帳等による健康診査の結果等に関する情報の継続、iii）健康診査の結果等に関する個人情報の取扱いに関する事項を盛り込んでいる。今後、この指針に沿った各健康増進事業実施者の取組みが求められる。

（注4）ここでは、肥満、低体重の判定基準としてBMI（Body Mass Index：（体重Kg）/（身長m）²）を用いた。BMI ≥ 25は肥満、BMI < 18.5は低体重とされる。

図表2-2-2 健康増進法の骨格



図表2-2-3 肥満者（BMI 25）の割合 男性



資料：厚生労働省健康局「国民栄養調査」（2002年）

同調査（2002年）では、国民1人1日当たり栄養素等摂取量は、エネルギー摂取量全体に対する脂肪エネルギーの比率が、20～40歳代で成人の適正比率の上限である25%を上回っており、また、食塩摂取量は、15歳以上の男性では11.8～13.8g、女性では10.3～11.9gと、成人における当面の目標摂取量（1日10グラム未満）を超えている

状況にある。一方、適切な食品選択や食事の準備のために必要な知識や技術については、同調査（1999年）では、「まったくない」、「あまりない」と回答する者が、20歳代及び30歳代の男性では約7割、女性では約5割見られる。

こうした状況を踏まえ、国民一人一人が食生活の改善に対する自覚を持ち、実践できるよう、「食生活指針」^(注1)を2000（平成12）年に策定し、厚生労働省、文部科学省及び農林水産省との連携により普及啓発を図っているところである。

しかしながら、栄養・食生活と健康に関する適切な情報は必ずしも関係者や国民に十分に伝わっていない状況にある。国民一人一人の行動変容に結びつけるためには、適切な情報提供を受けた上で健康的な食物を選択すること（インフォームド・チョイス）など個々人の健康づくりを支援していくことが重要であり、フードガイドや料理の適正量（サービングサイズ）の作成、飲食店でのヘルシーメニューの提供などの環境づくりが必要である。また、食物の選択について具体的な支援を行う管理栄養士等の栄養・食生活の専門職や食生活改善推進員等のボランティアの養成、資質の向上、活用を図っていくことが必要である。

また、子供たちから高齢者までの全国民が様々な経験を通じて食に関する知識と食を選択する力を習得し、健全な食生活を実践することが必要であり、食を通じた健康づくり等の「食育」対策を推進していくことが必要である^(注2)。

身体活動・運動

身体活動量が多い人や、運動をよく行っている人は、死亡率が低く、虚血性心疾患、高血圧、糖尿病、肥満等にかかりにくいこと、また、身体活動や運動がメンタルヘルスや生活の質の改善に効果をもたらすことが認められている。

身体活動や運動の健康に対する効果についての知識は国民の間に普及しつつあるが、厚生労働省「国民栄養調査」（2002年）によれば、運動習慣のある者は男性の20～50歳代と女性の20～40歳代で3割以下である。

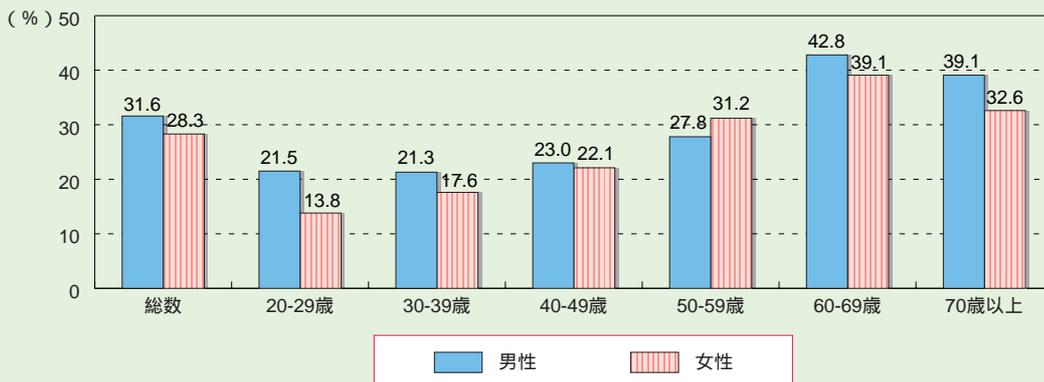
このため、すべての世代が身体活動・運動に気軽に取り組むことができる環境を整えることが必要である。厚生労働省では、1993（平成5）年4月に「健康づくりのための運動指針」を策定し、「歩くことからはじめよう」、「1日30分を目標に」などわかりやすい内容で、身体活動・運動の普及啓発を図ってきた。また、健康増進のための運動を安全かつ適切に実施できる施設と、運動に加えて温泉利用等を適切に実施できる施設を、それぞれ運動型健康増進施設及び温泉利用型健康増進施設として認定してお

◀ 図表2-2-4

(注1) 詳細は、厚生労働省ホームページ（<http://www.mhlw.go.jp>）参照。

(注2) 「食育」に係る記述については、第1部第1章第3節を参照。

図表2-2-4 性・年齢階層別運動習慣者の割合



資料：厚生労働省健康局「国民栄養調査」(2002年)

り、2004年3月末現在、運動型健康増進施設は297施設、温泉利用型健康増進施設は29施設が認定されている。これらの健康増進施設では、個人の身体の状況に適した運動プログラムを作成する知識・技能をもつ運動指導者等が配置され、個々人に応じた運動指導等が行われている。

休養・心の健康づくり^(注1)

健康の保持増進を図り、生活の質を高めるためには、栄養、運動面だけでなく、休養を日常生活に適切に取り入れた生活習慣を確立することが重要である。睡眠不足は、疲労感をもたらし、情緒を不安定にし、適切な判断力を鈍らせるなど、生活の質に大きく影響する。また、近年では、睡眠障害が循環器疾患や糖尿病の悪化要因として注目されている。

このため、1994(平成6)年に策定した休養指針では、「生活にリズムを」、「ゆとりの時間でみのりある休養を」等の健康づくりのための休養に関する情報提供を行ってきた。また、「健康日本21」で設定した睡眠に関する目標の達成に向けた実践を進めていくため、2003年3月に「健康づくりのための睡眠指針」^(注2)を策定し、普及啓発を行っている。

たばこ対策

喫煙は、肺がんを始め、喉頭がん、口腔・咽頭がん、食道がん等多くのがん^(注3)や、

(注1) 心の健康づくりについては、本章第3節に記述。

(注2) 詳細は、厚生労働省ホームページ(<http://www.mhlw.go.jp>)参照。

(注3) IARC(国際がん研究機関)は、証拠の強さによる発がん性分類において、本人の喫煙及び受動喫煙を最も強い証拠を示すグループ1に位置付けている。

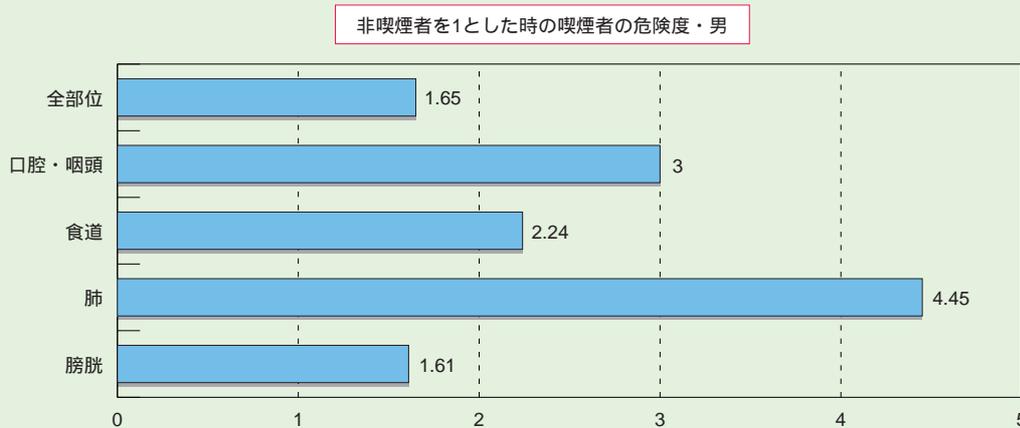
虚血性心疾患、脳血管疾患、歯周病等の疾患の原因と関連があることが指摘されている。たばこに含まれるニコチンによる依存^(注)という視点から捉えることも重要となっている。本人のみならず周囲の人々にも、他人のたばこの煙を吸入することによる「受動喫煙」によって健康への悪影響が生じることも指摘されている。

また、i) たばこ煙に含まれる4,000種類以上の化学物質中、40種類以上の発がん・発がん促進物質が含まれていること、ii) 喫煙男性は、非喫煙男性に比べて肺がん等

◀ 図表2-2-5
◀ 図表2-2-6

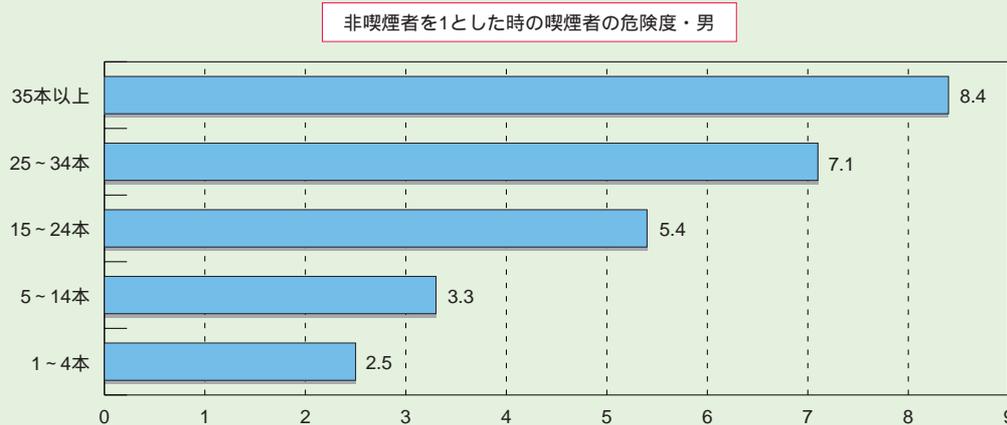
第2章

図表2-2-5 がんの部位別にみた死亡についての相対危険度（日本）



資料：平山らによる調査（1966-82年）

図表2-2-6 喫煙本数別にみた肺がん死亡についての相対危険度（日本）



資料：平山らによる調査（1966-82年）

(注) 国際疾病分類（ICD-10）や精神医学の分野で世界的に使用されている「精神障害の診断及び統計マニュアル第4版」（DSM-IV）において、ニコチン依存は独立した疾患として扱われている。

による死亡の危険性が約4.5倍高くなっていること、iii) 喫煙者では、非喫煙者に比べて虚血性心疾患による死亡の危険性が1.7倍高くなっているほか、喫煙は慢性気管支炎、肺気腫などにも関係していること、などが報告されている。

さらに、我が国において、喫煙がなければ回避できた死亡者の数が9万5千人に上るとのWHOの研究報告や、喫煙に伴い負担が増加した医療費が1兆3千億円に上るとの試算があり、健康への影響だけでなく、労働力や医療費への悪影響も指摘されている。

我が国における喫煙の状況を厚生労働省「国民栄養調査」(2002年)で見ると、男性の喫煙率は低下傾向にあるとはいえ、なお40%を超えている(43.4%)。また、女性の喫煙率は10%程度(10.2%、2002年)と比較的低い率で推移してきたが、20~30歳代の女性の喫煙率は20%弱とその他の年齢層より高くなっている。さらに、厚生労働科学特別研究事業の「未成年者の喫煙および飲酒行動に関する全国調査」(2000年度)によれば、毎日喫煙をしている高校3年男子は25.9%、女子は8.2%となっている。

(たばこ対策の具体的取組み)

「健康日本21」においては、「喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及」、「未成年者の喫煙をなくす」、「公共の場及び職場における分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及」、「禁煙支援プログラムの普及」の4つの目標を掲げ、その達成に向けた対策を推進している^(注1)。

また、職場における喫煙対策については、労働安全衛生法に基づく快適な職場環境形成の促進の観点から、1996(平成8)年2月に「職場における喫煙対策のガイドライン」を策定したが、2003年5月には、健康増進法が施行されたことや、受動喫煙の健康への悪影響についての知見が得られたことなどから、これを見直し、受動喫煙を確実に防止する観点から、可能な限り非喫煙場所にたばこの煙が漏れない喫煙室の設置を推奨すること等を内容とする「職場における喫煙対策のためのガイドライン」(新ガイドライン)^(注2)を策定している。

(たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約)

たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約は、2003年5月の世界保健機関(WHO)総会において採択されたものであり、保健分野における多数国間条約としては初めてのものである。この条約は、「たばこの消費及びたばこの煙にさらされることが健

(注1) 厚生労働省ホームページ(<http://www.mhlw.go.jp>)参照。

(注2) 詳細は、厚生労働省ホームページ(<http://www.mhlw.go.jp>)参照。

康、社会、環境及び経済に及ぼす破壊的な影響から現在及び将来の世代を保護することを目的としており、たばこに関する広告、包装上の表示等の規制及びたばこの規制に関する国際協力について定めるものである。我が国においては、5月19日に同条約の締結について国会で承認された。同条約は、締結国が40か国に達してから90日後に発効することとなっている。

アルコール対策

アルコールの健康に対する影響としては、短時間内の多量飲酒による急性アルコール中毒、慢性影響として肝疾患、がん等の疾患と関連がある。また、未成年者の飲酒による精神的・身体的な発育への影響、妊婦による飲酒を通じた胎児への影響などが指摘されている。近年は、未成年者の飲酒が日常化しており、厚生労働科学研究（2000年度）によると、月に1回以上の頻度で飲酒する者の割合は、高校3年生男子で約50%に上る。

厚生労働省では、「健康日本21」の中で、「多量に飲酒する人の減少」、「未成年者の飲酒をなくす」、「節度ある適度な飲酒の知識の普及」を目標として掲げ、情報提供や未成年者の飲酒問題を考えるシンポジウムの開催などの施策を実施している。

歯の健康

う蝕及び歯周病に代表される歯科疾患は、放置すると歯の喪失につながり、食生活や社会生活等に支障をきたし、ひいては、全身の健康にも影響を与えることから、「歯の健康」は重要である。

現在、歯科保健の分野では、歯科疾患が生活習慣の改善により予防できるものであり、生涯を通じて歯の健康を維持することが生活の質の向上につながることから、生涯を通じた歯科保健活動として、80歳になっても自分の歯を20本以上保つことを目標とした「8020（ハチマル・ニイマル）運動」を推進している。1999（平成11）年に行われた歯科疾患実態調査では80歳以上の者の1人平均現在歯数は、6.1本（80歳での推計値は8.2本）であり、自分の歯を20本以上持つ者の割合は、9.9%という現状（80歳での推計値は15.3%）である。

今後は、各自治体において健康増進法に基づく保健計画に8020達成のための将来構想を盛り込むことや、EBM（Evidence Based Medicine）・EBH（Evidence Based Healthcare）に基づく歯科保健施策の展開が望まれる。

糖尿病対策

厚生労働省「糖尿病実態調査」によれば、2002（平成14）年に糖尿病が強く疑われ

る者は約740万人（1997年比約7%増）であり、糖尿病の可能性が否定できない者を合わせると約1,620万人（同約18%増）に上っている。また、糖尿病が強く疑われる者のうち現在糖尿病の治療を受けている人は50.6%であった。

糖尿病発症の要因としては、遺伝的要因と環境要因が重要であるが、特に、我が国においては、生活習慣などの環境要因を発症要因とする糖尿病が大部分を占めている。こうした発症因子を考慮した予防対策としては、肥満の防止、身体活動の増加、適正な食事が合理的であり、国民に対し、ホームページ等を通じた正しい知識等の普及啓発を行っている。また、糖尿病は早期発見や合併症の予防が重要であり、そのためには糖尿病検診の受診率の向上、精密検査を必要とする者への受診勧奨等の検診後の保健指導の徹底、治療の継続等が必要である。

循環器病対策

循環器病（心臓病、脳卒中）の発症には、生活習慣が深く関与していることが明らかとなってきた。そのため、健康診査（診断）による早期発見、早期治療など従来からの循環器病の発症の危険性が高い者への対策に加えて、食生活、運動習慣等の改善についての啓発活動を通じた発症予防対策が重要である。加えて、新しい治療技術、新薬等の研究開発の推進や心筋梗塞・脳卒中の早期治療体制の推進等の対策を実施している。

がん対策

がん対策については、1984（昭和59）年度から開始された「対がん10か年総合戦略」及び1994（平成6）年度から開始された「がん克服新10か年戦略」により、遺伝子レベルで病態の理解が進む等がんの本態解明の進展とともに、各種がんの早期発見法の確立、標準的な治療法の確立等診断・治療技術も目覚ましい進歩を遂げている。

この間、胃がん、子宮がん等による死亡率は低下し、胃がん等の生存率^{（注）}は向上する一方で、大腸がん、肺がん、乳がん等のがんは増加を続けており、依然としてがんは日本人の死亡原因の約3割と、第一位を占めている。

こうした中、生活習慣の改善によるがん予防については、これまでも国立がんセンターにおいて「がん予防の12ヶ条」を策定したほか、「健康日本21」に基づく、たばこ対策の充実、食生活の改善、がん検診受診者数の増加等の取組みを進めてきている。

（注）通常5年生存率を指し、がん治療開始から5年間生存している人の割合のことをいう（この割合の中には、再発せずに生存している人と再発しているが生存している人が含まれる）。がん治療開始から5年間再発がなければ、多くのがんでは治癒ということになる。

コラム

トータルケアの町づくり～西会津町の試み～

福島県北西部にある西会津町では、1985（昭和60）年当時、脳血管疾患による死亡者が全国平均の1.7倍、県平均の1.2倍あり、平均寿命も全国平均に比べて短い町だった。こうした中、西会津町では、町民の健康増進や経済的負担を軽減するため、1993（平成5）年に「健康の町」宣言を行い、保健・医療・福祉の連携によって健康づくりを行うトータルケアの試みを開始した。

町民に多い脳卒中、胃がん、骨そしょう症を予防するには、食習慣の改善が有効であることから、食生活改善推進員を育成し、減塩味噌汁等の予防食の普及に力を入れている。また年一回の集団検診のみでは早期発見・治療に結びつきにくい脳卒中、心筋梗塞を予防するため、1994年に「在宅健康管理システム」

を導入し、町民の日頃からの健康管理の支援を行っている。

具体的には、利用者が端末機で血圧、脈拍、心電図を測定し、問診、体重、体温を入力すると、そのデータが保健センターに送信され、異常があれば担当医や主治医が対応するシステムである。これにより利用者は体調の変動的に捉えることができ、疾病の早期発見・治療につながっている。この他、ケーブルテレビを活用して正しい生活習慣の普及・啓発を行う、疾患予防の充実等、様々な取り組みを行っている。

町と町民が一体となって取り組んだ結果、脳血管疾患による死亡率は年々減少し、また、住民の医療費負担も軽減されるなど、大きな成果を上げている。

（2）第3次対がん10か年総合戦略

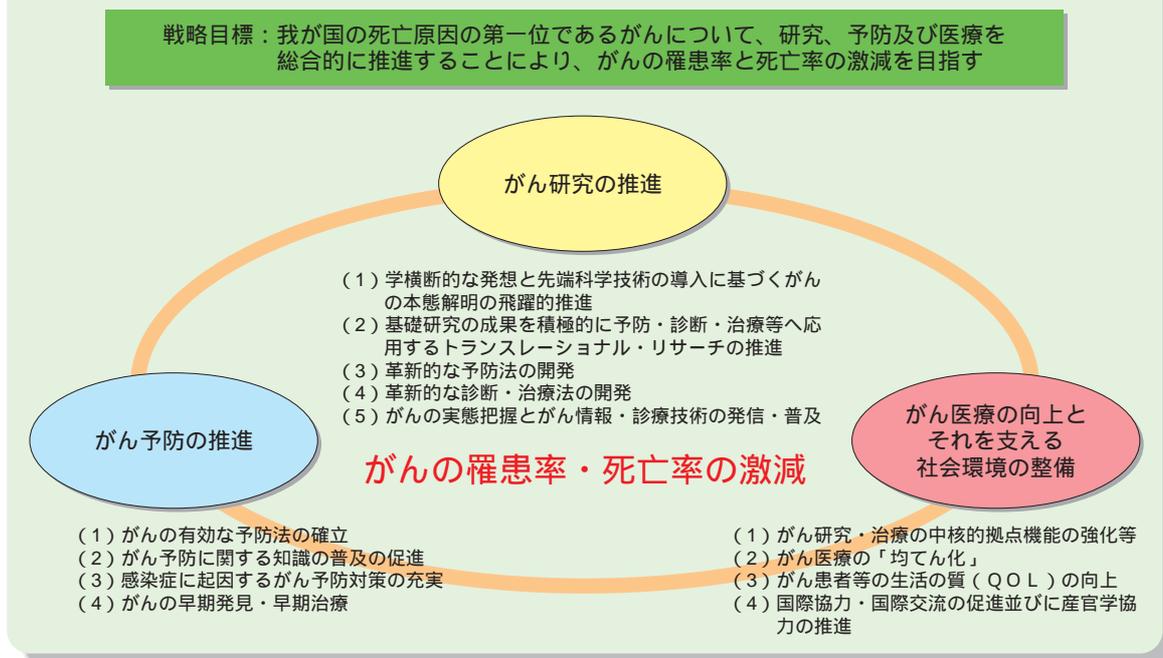
厚生労働省及び文部科学省では、2001（平成13）年8月から我が国を代表するがんの専門家を集めた「今後のがん研究のあり方に関する有識者会議」を開催し、約2年間の議論を経て、これまでの2次にわたる対がん戦略の成果と今後の課題についての詳細な報告書を取りまとめた。この報告書に基づいて、両省で更に検討を行い、2003年7月25日に平成16年度から開始する「第3次対がん10か年総合戦略」を策定した。

1) 戦略目標

第3次対がん10か年総合戦略は、研究、予防及び医療を総合的に推進することにより、がんの罹患率と死亡率の激減を目指している。具体的な戦略目標として、進展が著しい生命科学の分野との連携を一層強力に進め、がんのより深い本態解明に迫る、基礎研究の成果を幅広く予防、診断、治療に応用する、がんの革新的な予防、診断、治療法を開発する、がん予防の推進により、国民の生涯がん罹患率を低減させる、全国どこでも、質の高いがん医療を受けることができるよう「均てん化」を図る、の5つを挙げている。

◀ 図表2-2-7

図表2-2-7 「第3次対がん10か年総合戦略」における今後の方向



2) がん研究の推進

がん研究については、これまで新規のがん遺伝子、がん抑制遺伝子を発見する等、発がん機構の理解が進んだ。特に遺伝子レベル、分子レベルでの解析が飛躍的に進んだ結果、「がんは遺伝子の異常によって起こる病気である」という概念が確立した。また、ヘテロサイクリックアミン類^(注1)等環境中の発がん要因の同定^(注2)、肝がん等一部のがんの誘因となる感染症の検査法の確立、ヘリカルCT^(注3)を用いた肺がんの早期診断法の開発、前立腺がん等で局所制御率が高い粒子線治療^(注4)の開発、内視鏡や体腔鏡を用いて患者の負担を軽減する治療法の開発^(注5)など着実に成果を挙げている。

しかし、がんは極めて複雑性に富んでおり、発がんの要因やがんの生物学的特性、

(注1) 肉や魚を加熱調理することで生じる物質で、発がん性を持っている。

(注2) 例えば、ある病気の原因を調べて、原因物質を特定すること。

(注3) CTの放射線の線源を回転移動させることにより、臓器全体を画像化し、観察できるCT。

(注4) 通常の放射線治療に比べ粒子線を病巣に集中することができるため、局所制御率の高い治療を行うことができる。

(注5) 例えば、早期の食道がん、胃がん、大腸がんの治療では、従来、胸部や腹部を切開する手術が行われていたが、内視鏡等を用いてがんの病巣部分だけを切り取る体に負担の少ない方法（内視鏡的粘膜切除手術）が確立された。

がん細胞の浸潤能^(注1)・転移能^(注2)やがんと宿主免疫応答^(注3)等の関係など、その全貌が十分に解明されているとはいえず、今後なお一層の努力が必要である。

このため、ヒトゲノム^(注4)の解読完了を受け、ゲノムの機能解明の一層の推進など、進展が目覚ましい生命科学の分野と更に連携を深め、学際的な研究を推進することにより、がんの本態解明を進めるとともに、その成果を迅速にかつ幅広くがんの臨床研究につなげる、トランスレーショナル・リサーチ（基礎研究の成果を臨床・公衆衛生に導入するための橋渡し研究）を重点的に進めるなど、臨床研究、疫学研究等の新たな展開により、革新的な予防、診断及び治療法の開発を推進することとしている。

3) がん予防の推進

近年、欧米型のがんといわれる大腸がん、肺がん、乳がん等の罹患率は上昇しており、これらの罹患率を低下させるためには、最新のがん予防研究の成果に基づき、国民の生活習慣等の行動変容、有効ながん検診の拡充等を図っていくことが必要である。このため、生活習慣、環境要因等の相互作用と発がんリスクとの関連等の研究等による、がんの有効な予防法の確立、がん予防に関する知識を広く国民に周知し、簡便で効果的な禁煙支援方法を開発し広く普及する等による、がん予防に関する知識の普及の促進、感染症に起因するがんの予防法を確立するとともに、感染の関与が明らかな肝がん、子宮頸がん、一部の胃がんや白血病の罹患率を低下させる等による、感染症に起因するがん予防対策の充実、新しい検診技術の開発、検診に携わる医療関係者の研修等による検診技術の向上、有効ながん検診の普及及び受診率の向上等による、がんの早期発見・早期治療、といった対策を講じることとしている。

4) がん医療の向上とそれを支える社会環境の整備

がん医療については、これまでも国立がんセンター、大学病院、独立行政法人放射線医学総合研究所等における研究、治療に加えて、全国がんセンター協議会によるがん医療の向上に関する活動、地方中核がんセンターと国立がんセンターとの情報ネットワーク化、地域がん診療拠点病院の整備などを行っている。また、国際協力、国際交流の促進を図ってきている。

今後は、国立がんセンター等のがん研究・治療の中核的拠点機能の強化、がん医療

(注1) がん細胞が周囲に広がる能力のこと。

(注2) がん細胞が発生した臓器とは別の臓器に移って（転移して）広がる能力のこと。

(注3) がん細胞に対するヒトの体の免疫反応（がん細胞の排除を行う反応）のこと。

(注4) ヒトの持つすべての遺伝子を合わせたものを指す。ヒトの遺伝子は、数万種類存在するといわれ、身体をつくるすべての組織やその働きを決めており、「生命の設計図」とも言われる。

の「均てん化」等を強力に進めること等により全国どこでも最適ながん医療が受けられ、がんの治癒率が向上するとともに、がん患者の生活の質（QOL）が向上する社会を目指すこととしている。

コラム

がん検診の評価と研究

がん検診の最大の利益は、がんの早期発見・早期治療により救命されることである。がん検診の効果があるかどうか判定する指標として、「死亡率」が用いられる。

がん検診を実施することで、対象となるがんの死亡率の減少が証明されることが、がん検診の効果があるといえる第一条件であり、その効果を判定するための研究が実施されている。

効果の評価方法として最も信頼性の高いのは無作為化比較臨床試験（Randomized

Controlled Trial :RCT）であり、現在までに評価されたがん検診の結果は表のとおりである。

判定が保留になっている検診方法は、現在十分な研究が行われていないため、正確な判断ができておらず、これからの研究成果により「効果あり」と判断される可能性もある。

2003（平成15）年10月に国立がんセンターに設けられた「がん予防・検診センター」では、こうした検診方法が健康な人を対象としたがん検診として有効か否かの研究を進めている。

現在までに評価されたがん検診の有効性結果

対象	方法	評価判定	根拠の質
胃	胃X線検査	有効	症例対照研究
	血清ペプシノゲン法	保留	なし
	ヘリコバクタ・ピロリ抗体	無効	その他
子宮頸部	細胞診	有効	症例対照研究・コホート研究
	ヒトパピローマ・ウイルス	保留	なし
子宮体部	細胞診	保留	なし
	超音波（経膈法）	保留	なし
卵巣	超音波	保留	なし
	超音波＋腫瘍マーカー	保留	なし
乳房	視触診	無効	症例対照研究
	視触診＋マンモグラフィ	有効	無作為化臨床試験
	視触診＋超音波	保留	なし
肺	胸部X線＋喀痰細胞診	有効	症例対照研究
	らせんCT＋喀痰細胞診	保留	なし
大腸	便潜血検査	有効	無作為化臨床試験
肝	超音波	保留	なし
	肝炎ウイルスキャリア検査	有効	無作為化臨床試験
前立腺	前立腺特異抗原（PSA）	保留	なし
	直腸診	無効	症例対照研究

コラム

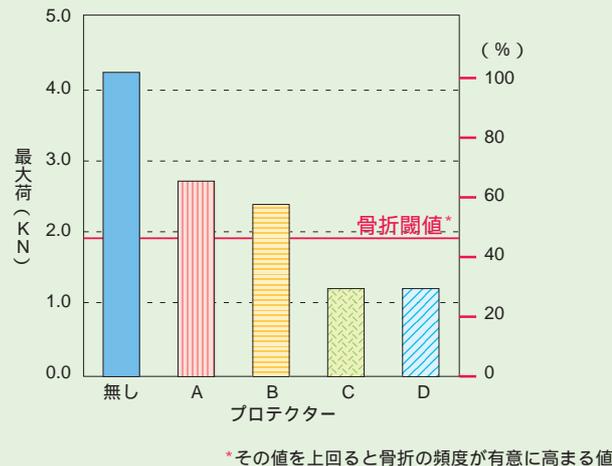
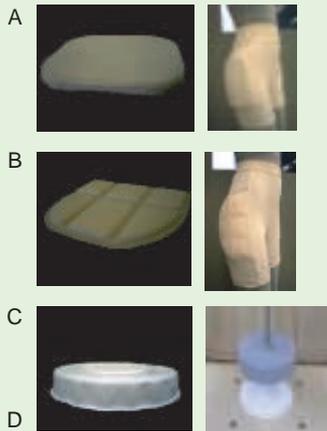
「健康寿命」の延伸を目指して

健康リスク低減を目指す長寿社会においては、単に長生きというだけでなく、生活の質を考慮したいわゆる「健康寿命」の延伸が重要な課題である。現代生活を取り巻く健康リスクへの対策としての生活習慣病の予防・治療に関する研究とともに、要介護状態となることを予防するための技術開発も、重要性は増してきている。

こうした中、2004（平成16）年1月27日、2003年度に厚生労働科学研究事業「効果的医

療技術の確立推進臨床研究事業（痴呆、骨折研究分野）」で採択された19課題（総額約4億円）の研究成果を発表する催しが東京都内で開催され、「痴呆性疾患の危険因子と予防介入」や、「多施設による大腿骨頸部骨折の長期機能予後および生命予後に対する在宅リハビリテーションによる介入効果の健康」といった痴呆や転倒による骨折を原因とする要介護状態を予防するための研究の成果が発表された。

転倒による骨折を防ぐ、ヒッププロテクター開発における衝撃吸収試験



2 アレルギー性疾患対策

(1) アレルギー性疾患の現状

喘息、アトピー性皮膚炎、花粉症などのいわゆるアレルギー性疾患を有する患者は、国民のおよそ30%に上るといわれており、この疾患により多くの国民が日常生活に支障を来していることから放置できない重要な問題となっている。このようなことから厚生労働省では、アレルギー性疾患対策として、アレルギー性疾患の病因・病態の解明、治療法等の研究を関係省庁と連携して推進するとともに、正しい知識の普及啓発と相談体制の整備を行っている。

(2) 各アレルギー性疾患の現状と対処法

2002（平成14）年にとりまとめられた、「リウマチ・アレルギー研究白書（監修：厚生科学審議会疾病対策部会リウマチ・アレルギー対策委員会）」では、リウマチ性疾患とともにアレルギー性疾患の現状、これまでの研究成果及び今後の課題についての整理が行われているが、その概要は下表のとおりである。

図表2-2-8▶

図表2-2-8 アレルギー性疾患の現状、研究成果及び今後の課題

気管支喘息	現 状	疫 学	<ul style="list-style-type: none"> ・気管支喘息の有病率は小児が4～6%、成人が3～4% ・小児では男児は女児の1.5倍であり、成人ではほぼ同数
		喘 息 死	<ul style="list-style-type: none"> ・最近の研究の進歩と医療技術の向上により死亡率は低下
		予防と治療	<ul style="list-style-type: none"> ・発症を誘発するアレルゲン*の回避 ・治療は薬物療法、運動療法、免疫療法、環境整備等の組み合わせ
	研究の成果	<ul style="list-style-type: none"> ・予防・治療ガイドライン作成 ・喘息の自然寛解の機序の解明 ・難治性の気管支喘息の悪化に関する機序の解明研究 	
今後の課題	<ul style="list-style-type: none"> ・発症の予防のための、発生機序と環境整備に関わる研究 ・喘息死を防止するための医療体制の整備、治療法の検討 ・気管支喘息の本態であるアレルギー炎症を抑えるための新たな抗炎症療法の開発 ・喘息関連遺伝子等の研究 		
花粉症	現 状	疫 学	<ul style="list-style-type: none"> ・患者数については、国民の10%を超えるとの報告も見られる ・20歳から40歳が多く、小児は増加傾向、50歳以降は減少傾向
		悪 化 因 子	<ul style="list-style-type: none"> ・増加の一因として、大気汚染や高タンパク食等の食生活の関連が指摘されている
		予防と治療	<ul style="list-style-type: none"> ・抗原（花粉）除去・回避、薬物療法、免疫療法、手術療法等 ・日常生活の患者指導が重要
	研究の成果	<ul style="list-style-type: none"> ・遺伝的な要因の関与と関連遺伝子の発見 ・花粉症患者のQOLに関する知見の集積 ・花粉症に対する各種治療法の評価の進展 	
今後の課題	<ul style="list-style-type: none"> ・発症に関与する素因、関連遺伝子の解明と予防法の開発 ・自然治癒例の機序の解明 ・免疫療法を中心とした治療法の開発 ・住環境、食生活を加味したオーダーメイドの患者指導の確立 		
アトピー性皮膚炎	現 状	疫 学	<ul style="list-style-type: none"> ・乳児、児童、学童の平均有病率は11.7% ・現在でも増加傾向
		悪 化 因 子	<ul style="list-style-type: none"> ・細菌感染、ストレス等 ・その他多くの物質の関与が指摘されるものの、機序が解明されているものは少ない
		予防と治療	<ul style="list-style-type: none"> ・基本はスキンケアと薬物療法 ・原因・悪化因子の検索と対策 ・アトピービジネスと呼ばれる民間療法には注意が必要
	研究の成果	<ul style="list-style-type: none"> ・治療ガイドライン作成 ・既存の治療法に対する評価 ・皮膚炎の機序解析の進展 	
今後の課題	<ul style="list-style-type: none"> ・治療ガイドラインの更なる充実 ・悪化因子の同定基準の策定と生活環境の整備 ・医師・患者への知識の普及 ・根治療法の可能性の検討とその開発 		

（注） *アレルギーを引き起こす原因物質

1) 気管支喘息

気管支喘息のうち小児気管支喘息は、3歳までに約60%が、6歳までに約90%が発症する。その発症に関しては成人の気管支喘息に比べてアレルギー素因の関わりが大きい。また、小児喘息はアレルゲン対策や薬物の効果によって、その60~70%が思春期までに寛解（薬なし・発作なしの状態）に導かれるが、残りは成人喘息に移行する。

気管支喘息の悪化防止や発作予防に資すると考えられる対処法を例示すると、以下のようなものが挙げられる。まず、換気、掃除など、室内のチリダニを中心としたアレルゲンの除去である。次に、アレルゲンとなるペットは室内で飼わないようにする、飼う場合においても週1~2回は石鹸で洗うなどの注意を払う必要がある。さらに、呼吸器感染や喫煙等が悪化要因として考えられているので、症状を改善するためには、体力や免疫力の低下を防ぐとともに、刺激物質を吸入しないことが重要と考えられる。

2) アトピー性皮膚炎

アトピー性皮膚炎は、悪化と改善を繰り返し、強いかゆみのある湿疹を主な症状とする疾患で、患者の多くはアレルギーの素因を持っている。アトピー性皮膚炎の発症に影響している要因は、未だ十分に解明されてはいないものの、食物、発汗、細菌・カビ、ストレスなどが考えられている。食物は乳幼児期に悪化に影響することが多いが、乳幼児期を過ぎるとダニ、ハウスダスト、カビなどが悪化要因となる可能性が高くなる。

家庭における主な対処法は、原因・悪化因子対策、スキンケア、薬物療法の3点である。特にスキンケアは重要であり、毎日入浴・シャワーを浴びるなどにより汗や汚れ、カビなどを落とし、皮膚を清潔に保つことが大切である。

また、アトピー性皮膚炎のドライ・スキンの改善のため、基本的には保湿剤を使用し、皮膚の炎症症状が強い部分にはステロイド外用薬の塗布が有効である。ステロイド薬は適切な使用法の指示に従って外用すれば、短期間で大きな効果が得られる安全な薬である一方、副作用が起きた場合には専門家の適切な指示による対応が必要であるので、この薬による治療を受ける場合には、十分に医師と相談した上で治療を進める必要がある。その他、心理的な要因が影響している場合には、カウンセリング等の心理療法の活用も有効なことがある。

3) 花粉症・アレルギー性鼻炎

花粉症では、スギ、ヒノキ、カモガヤ（イネ科）、ブタクサ等の花粉といった季節性の要因が発症に影響しており、その他のアレルギー性鼻炎では、ダニ、ペットの毛やふけなどの通年性の要因が発症に影響していると考えられている。最近の研究によれ

ば、花粉症の悪化要因として、空気中の汚染物質、ストレス等が注目されている。空気中の汚染物質の例として、ディーゼル排気ガスに含まれる微粒子やNO₂、たばこの煙等との関連が指摘されている。また、換気の悪い部屋でのストーブやガスレンジなどの燃焼による室内汚染が花粉症の悪化に影響するとの指摘もある。

主な対処法としては、マスクやプロテクター付眼鏡をかける、なるべく窓を閉めておくようにする、花粉症情報を参考にするなど重要で、日常生活において花粉等の吸入や目（結膜）との接触をできるだけ避けることが有効である。

(3) アレルギー性疾患に関する医療の状況

図表2-2-9▶

アレルギー性疾患に関しては、民間療法も含め膨大な情報が氾濫しており、正しい情報の取捨選択が困難であることから、厚生労働省では、一般の国民向けの普及啓発のためのパンフレットを作成しているほか、インターネットによる情報提供（リウマチ・アレルギー情報センター^(注1)）、保健所等の地域における相談機能の充実のための相談員を養成する研修会を実施している。

また、独立行政法人国立病院機構においては、同機構・相模原病院を中心とする「免疫異常政策医療ネットワーク^(注2)」を構築し、アレルギー性疾患等免疫異常疾患に対する専門的医療の提供、臨床研究、医療従事者の教育研修、専門家及び一般への情報発信を行っている。ネットワークの中心施設である相模原病院には2000（平成12）年10月に臨床研究センターが設置されており、全国20施設（再編・統合後は18施設）の構成施設とともに実施する共同臨床研究の成果が期待されている。

図表2-2-9 独立行政法人国立病院機構の免疫異常政策医療ネットワーク構成施設

高度専門医療施設（中心施設）	相模原病院
北海道・東北	西札幌病院・札幌南病院（両病院は統合予定）、盛岡病院
関東信越	相模原病院（再掲）、東京医療センター
東海北陸	名古屋病院、静岡医療センター
近畿	大阪南病院、宇多野病院、大阪医療センター
中国・四国	南岡山医療センター、岡山医療センター、高知医療センター、 善通寺病院・香川小児病院（両病院は統合予定）
九州	南福岡病院、九州医療センター、嬉野医療センター、長崎医療センター、別府医療センター

(注1) リウマチ・アレルギー情報センター（<http://www.allergy.go.jp>）参照。

(注2) 国立病院時代の1999（平成11）年度に発足。

アレルギー性疾患の克服に関する技術の進歩は急速であり、医療従事者、患者共に最新の良質な情報を得るように心がけることが重要である。行政側は研究の推進のみならず、常に現場からの要請に応えられるよう、最新の知見を整理し、提供する体制を整えておく必要がある。

コラム

シックハウス対策について

新築・改築後の住宅などで、室内の空気汚染等により目のかゆみ、喉の痛み、頭痛など、さまざまな体調不良を居住者が訴えるといった報告がなされている。これらは一般に「シックハウス症候群」と呼ばれており、ホルムアルデヒドを始めとした化学物質、ダニやカビなどの生物因子、建築物の設計・施工方法、換気などの住まい方など、様々な複合要因が影響していると考えられているが、その症状は多様で、未解明な部分が多く残されている。これまでの厚生労働科学研究等で得られた知見によると、シックハウス症候群は「シックビル症候群」から転じた和製英語で、医学的に確立した単一の疾患というよりも、むしろ居住者の健康を維持するという観点から問題のある住宅において見られる健康障害の総称としての性格が強いと考えられている。

この問題に対処するため、政府機関では、2000（平成12）年4月に「シックハウス対策関係省庁連絡会議」を設置し、関係省庁が連携してシックハウス対策に取り組んでいる。現在のところ、厚生労働省、国土交通省、農林水産省、経済産業省、文部科学省、環境省の6省で構成されており、化学物質等による室内空気汚染を防止するため、総合的な対策を推進しているところである。主な取組みとして

は、2002年に「建築基準法」が改正され、すべての建築物について 刺激性のある化学物質であるホルムアルデヒドを発生する建材の使用制限、換気設備の設置義務、神経毒性のある化学物質であり、しるあり駆除剤と用いられるクロルピリホスの使用禁止、などが盛り込まれた。また、多数の者が使用し、又は利用する建築物の維持管理を目的とした「建築物における衛生的環境の確保に関する法律」においても、2003年から室内空気に関する維持管理基準にホルムアルデヒド濃度が追加されている。

～シックビル症候群～

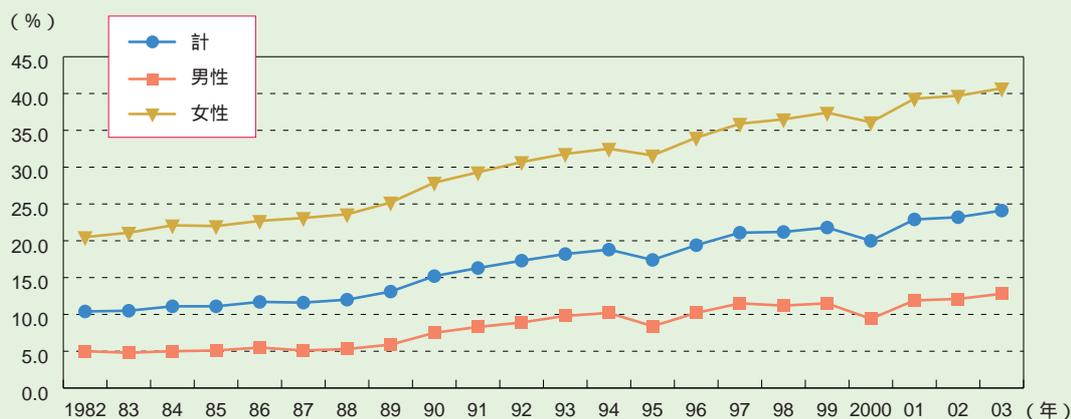
米国や欧州のいくつかの国では、1970年代後半から1980年代にかけて、オフィスビルで働く労働者などの間で目のかゆみや頭痛などを自覚する人が増加し、「シックビル症候群」（Sick Building Syndrome：SBS）として社会問題化した。このような健康問題が発生した原因については必ずしも解明されていないが、エネルギーの利用効率化などの観点から、建築物の気密化や外気取り入れの抑制が行われたために換気量が不足したことによって、室内空気の汚染が進んだことが主要な原因と考えられる。

3 過重労働対策

(1) 労働時間の現状

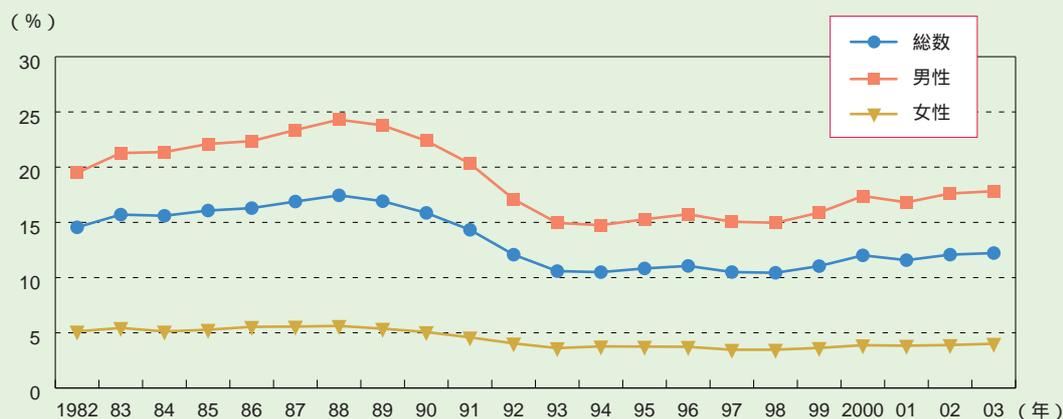
労働者の労働時間の動向をみると、全体としての労働時間は短縮傾向で推移し、週労働時間が35時間未満の者の割合が長期的に上昇傾向にある一方で、週労働時間が60時間以上の者（月の残業時間がおおよそ80時間を超える者の割合）が、1999（平成11）年以降緩やかながらも上昇傾向にある。このように、労働時間は長短両極に分散化する傾向にある。

図表2-2-10 雇用者に占める週の労働時間が35時間未満の者の割合（非農林業）



資料：総務省統計局「労働力調査」
（注）雇用者のうち休業者は除く。

図表2-2-11 雇用者に占める週の労働時間が60時間以上の者の割合（非農林業）



資料：総務省統計局「労働力調査」
（注）雇用者のうち休業者は除く。

(2) 長時間労働による健康への影響

長時間労働は、それによりもたらされる睡眠不足に由来する疲労の蓄積により、血圧の上昇などを生じさせる。その結果、脳や心臓の血管病変等が、主に加齢、食生活、日常生活環境等の生活による諸要因や遺伝等の個人に内在する要因による自然経過を超えて、著しく悪化していく可能性があるとする。

労働時間と血圧等との関係を見ると、残業時間が月60時間以上の者については有意な血圧の上昇がみられ、残業時間が月80時間以上の者は心筋梗塞発症のリスクが高まるとする研究がある。

睡眠不足の健康への影響を見ると、睡眠時間が6時間未満では狭心症や心筋梗塞の有病率が上昇、5時間以下では脳・心臓疾患の発症率が上昇、4時間以下では冠動脈性心疾患による死亡率が睡眠時間7時間以上8時間未満の者の約2倍となるなど、睡眠時間1日4～6時間以下の睡眠不足状態が長期間にわたると脳・心臓疾患の有病率や死亡率が高まるとする報告^(注)がある。

このように、長時間労働に起因する睡眠不足は、その不足度合いが強まるほど健康障害リスクを高め、最終的には死に至るケースもあり、長時間労働の防止は、勤労者を中心とした国民の健康を確保していく上での重要な課題として積極的な対応が求められる。

(3) 過重労働による健康障害防止対策

1) 「過労死」等事案の状況

過重労働を原因とした脳血管疾患、虚血性心疾患等の「過労死」等事案に関する労災補償状況をみると、1998(平成10)年度の請求件数は466件、認定件数は90件であったが、2002年度にはそれぞれ819件、317件へと大きく増加し、過去最高となった。この背景としては、2001年12月に脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準を改正し、疲労の蓄積をもたらす長時間の過重労働と脳血管疾患及び虚血性心疾患等の発症との関連性を示した上で、これまで発症に近接した時期(発症前1週間以内)を中心とする業務負荷を重視してきたところ、長期間(発症前おおむね6か月間)にわたる疲労の蓄積も明らかな業務負荷として評価することとしたことも影響していると考えられる。なお、2003年度の労災補償状況を見ると、請求件数は705件、認定件数は312件と、過去最高となった2002年度に比べ若干の減少傾向にあるものの、依然高水準で推移している。

(注) 詳細は、脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書」参照。

このように過重労働による労災認定件数には、認定基準の見直しも影響していると考えられるものの、全体的な平均労働時間が短縮する中で、労働者間で労働時間配分の偏りが生じていることもあると考えられる。

2) 過重労働による健康障害防止のための総合対策

厚生労働省では、新たな労災認定基準の考え方の基礎となった医学的知見を踏まえ、2002（平成14）年2月に「過重労働による健康障害を防止するための総合対策」を策定し、その周知啓発・指導を図っている。

本総合対策は、過重労働による脳血管疾患及び虚血性心疾患等の発症の防止のためには、健診・事後措置の確実な実施など従来からの労働者の健康確保のための措置に加え、疲労回復のための十分な睡眠時間又は休憩時間が確保できないような長時間にわたる過重労働を排除し、疲労が蓄積するおそれがある場合の健康管理対策の強化及び過重労働による業務上の疾病が発生した場合の再発防止措置の徹底を行うことが必要である、との観点から策定されたものである。

本総合対策においては、事業者が講ずべき措置として、時間外労働の削減や年次有給休暇の確保等とともに、疲労が蓄積するおそれのある場合の健康管理対策として、月45時間を超える時間外労働を行わせた場合、月100時間を超える時間外労働を行わせた場合、2か月間ないし6か月間に時間外労働を月平均80時間を超えて行わせた場合について、それぞれ具体的な措置^(注)を示している。

図表2-2-12▶

(注) 健康診断の実施等の徹底と産業医の助言指導等が掲げられている。産業医の助言指導等については、月45時間を超える時間外労働を行わせた場合には、事業者は該当する労働者の勤務状況などの情報を産業医に提供し、事業場における健康管理についての助言指導を受けること、月100時間を超える時間外労働を行わせた場合又は2か月から6か月の時間外労働1か月平均80時間を超えて行わせた場合には、事業者は の措置に加えて、該当する労働者に産業医の面接による保健指導を受けさせること。また、産業医が必要と認める項目について健康診断を受診させ、その結果に基づき必要な事後措置を行うこと、としている。さらに、過重労働による業務上の疾病を発生させた場合には、事業者は産業医の助言等を活用し、原因の究明を行い、再発防止の徹底を図ることとしている。なお、産業医の選任義務のない労働者数50人未満の事業場については、地域産業保健センター事業により登録されている産業医の要件を備えた医師を活用することとしている。

図表2-2-12 時間外労働と健康障害のリスク



(4) 過重労働による健康被害を防止するために

過重労働は、疲労の蓄積を通じて労働者の労働の質を低下させるのみならず、健康被害が発生した場合には、労働者本人及びその家族を不幸にするものである。また、長期にわたり療養が必要で職場復帰が困難となる場合には、事業者の側から見ても、それまでの教育訓練が無となったり労働者の技能の蓄積が停滞するなどコスト負担を招くものである。

事業者においては、労働者の安全と健康の確保が、労働者及びその家族の幸せ並びに事業者自身にとっても重要であるということを十分認識するとともに、こうした過重労働がもたらす問題を十分理解し、労働時間の適正な把握・管理を図っていくことが重要である。また、定期健診の実施等により、日頃から労働者の健康状態を把握するとともに、有所見者に対しては産業医、地域産業保健センターや健診実施機関等の医師の意見を聴き、必要な就業上の配慮や保健指導を行う等の必要な措置を講じ、労働者の健康の確保と健康被害の発生の防止に努めることが重要である。

行政による対応としては、過重労働による健康障害を防止するための対策の着実な実施、長時間労働を行わせている者への指導の実施等重点的対応とともに、長期休暇の普及促進に向けての啓発、計画的長期付与制度の周知、助言、援助などにより、全体的な労働時間短縮を促進していくことが重要となっている。

第3節

心の健康問題への対応

1 増加する心の病

現代社会においては、家庭や地域社会の中での人間関係が希薄化するとともに、長期間にわたって厳しい経済情勢が続く中で、企業における雇用管理も大きく変化してきている。このような環境の下で、人々は精神的なストレスを蓄積しやすくなっていると考えられ、ストレスが発病に大きく影響するといわれている心の病が広がってきている。また、心の病は成人のみならず、青少年にとっても大きな問題となっており、例えば摂食障害等の増加という形で現れている。心の健康の重要性はあらゆる年齢層で高まっている。

本節においては、現代のストレス社会において最近注目されるようになってきている心の病などについて、その現状と解決の方向を探ることとしたい。

図表2-3-1 ▶

図表2-3-1 心の病の推移（'96年 = 100）

（1996年の受療率を100とした場合の指数）



資料：厚生労働省統計情報部「患者調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

（誰でもかかり得る心の病）

心の病についても、身体の病気と同様に、その人自身が置かれた環境の状況と、その人自身の感受性といった素質等の相互関係により、健康を保ったり、不健康な状況に陥ったりすることが生ずる。全く心の病にかかるリスクのないような人はおらず、置かれた環境次第で、どんな人にも心の病は生じ得る。生涯を通じれば5人に1人が精神疾患と診断され得るとい調査結果^(注)もある。

(注) 厚生労働省「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書」より

コラム

精神疾患は誰でもかかりうる病気：精神疾患の発生要因の理解

精神疾患の発生については、病気になりやすいかどうかの「脆弱性（もろさ）」と病気の発症を促す「ストレス」の組合せによって示されるストレス脆弱性モデル（図表1）を使用すると理解しやすい。

モデルの横軸の「脆弱性」は、その人の病気になるやすさを示す。これには、その人の生まれ持った素質（先天的な要素）と学習・訓練などによる生まれてからの能力やストレスへの対応力（後天的な要素）が関連するといわれている。一般的には脆弱である人は生まじめでやさしい人が多いという。縦軸はストレスの強さを示す。何をストレスと感じるかは人によって異なるが、家庭内のことであつたり、人間関係であつたり、仕事上の関係であつたりする。また、戦争、大災害、親族の死など非常に強い外的な要因が発症を促すこともある。この2つの軸のバランスで精神疾患は発症すると考えられる。

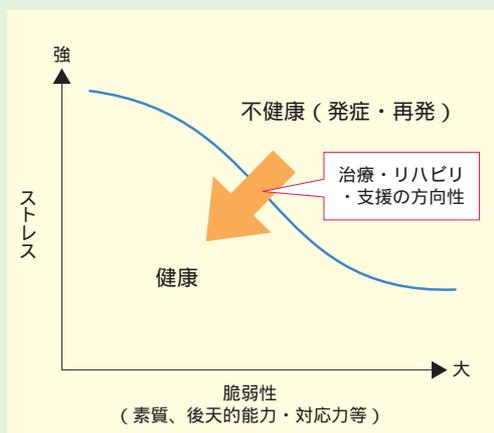
図表1にあるように、同じストレスが加わっても人によって対応力が異なる。同じストレスの強さでも、脆弱性が大きくなる（脆弱性軸で右方に行く）ほど発症しやすくなる。このモデルの縦軸のストレスを下げるためには、できる限り早期の治療・リハビリ・支援

などによりストレスを避ける工夫、ストレスに強くなる工夫、脆弱性を小さくする工夫（薬を飲むなど）が役に立つ。

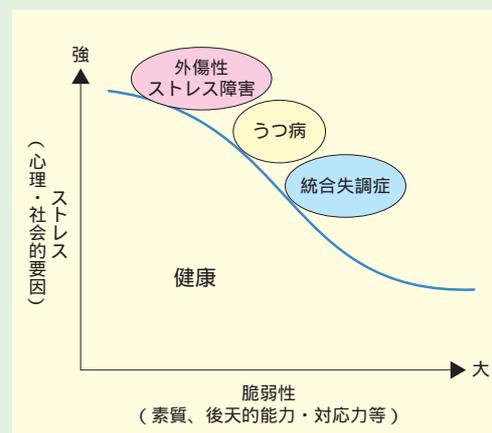
図表2にあるように、大規模な災害被災や犯罪被害のように非常に強いストレスが加わった際には、脆弱性が小さい、ストレスに強いといわれているような人々でも、多くの人が心的外傷後ストレス障害（PTSD）にかかりやすくなる。うつ病も、急激なストレスや日常生活の中にある慢性的なストレス状況の中で生じうる病気である。統合失調症は、図2のように上記二つの病気に比べれば一般的には脆弱性の寄与がやや大きいと考えられ、比較的弱いストレスであっても発症するが、他の疾患と同様にストレスと脆弱性の相互関係の中で発症や再発がある病気である。客観的に見れば「大したことではない」と思われがちなことでも、本人にとっては大変な負担となり得ることが、モデルからも理解できる。

いずれにせよ、**精神疾患は、早期に発見し、正しく治療・支援を行い、ストレスを和らげる環境を作ることにより症状を和らげることができる。**

図表1 ストレス脆弱性モデル
（Zubin J, et al.）



図表2 ストレス脆弱性モデルによる疾病の理解
（伊藤）



資料：厚生労働省「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書」を基に作成

近年、精神疾患のメカニズムの解明や治療薬、治療方法等の開発が急速に進みつつあり、従来から回復が可能とされていたもののみならず、回復が困難とみられていたものであっても、適切な治療の継続により、症状を相当程度緩和し、あるいは治癒することが可能になってきている。ただし、一般的に心臓の病は、身体臓の病と比較して健康状態に回復するスピードが緩やかであるという特徴がある。外見上健康に見えても完全には回復していない場合があり、患者本人が無理をしたり周囲の者が焦って励ましたりすると逆効果となることがあることを、患者の家族や周囲の者が理解しておく必要がある。

(1) うつ病

うつ病は、気分の沈滞や気力の減退などの精神症状に加え、食欲の低下、不眠、疲労感などの身体症状を伴う心の病気である。うつ病は、必ずしも急激なストレスばかりではなく、日常生活の中にある慢性的なストレスも含めた過大なストレスがかかれば、誰でもかかきり得る病といえる。一方で、それがうつ病であることに気づくことが、本人にも患者の家族などのそばにいる人達にも困難なことが多い。しかしながら、自殺行為につながることも稀ではなく、その予防と早期かつ適切な治療が重要となっている。

どの程度の人がかうつ病を経験しているのかを近年行われた国内調査^(注)でみると、国民の約15人に1人がこれまでにうつ病にかかった経験があるにもかかわらず、その4分の3は医療を受けていないとされている。この結果からも、うつ病は決して一部の国民の問題ではないことと、この病気にかかった後の対応が必ずしも適切になされていないことが示唆される。

精神疾患と自殺に関する各種の研究成果を踏まえると、自殺者の80～100%に心の病が認められ、また、その中で最も多いのがうつ病であり、自殺者の30～70%が罹患しているといわれている。これは、うつ病が重くなると、強い罪責感が生じたり、自分を無価値だと考える傾向が強くなり、更に病気が重くなると、気持ちが沈み込んでつらくてたまらないために、死んだ方がましだと考える傾向が強くなるということが影響しているものと考えられる。

(注) 厚生労働省「地域におけるうつ対策検討会報告書」参照

コラム

うつ病を疑うサイン - 障害保健福祉部 うつ病対策マニュアル

自分が気づく変化

- 1 悲しい、憂うつな気分、沈んだ気分
- 2 何事にも興味がわかず、楽しくない
- 3 疲れやすく、元気がない(だるい)
- 4 気力、意欲、集中力の低下を自覚する(おっくう、何もする気がしない)
- 5 寝つきが悪くて、朝早く目がさめる
- 6 食欲がなくなる
- 7 人に会いたくなくなる
- 8 夕方より朝方の方が気分、体調が悪い
- 9 心配事が頭から離れず、考えが堂々めぐりする
- 10 失敗や悲しみ、失望から立ち直れない
- 11 自分を責め、自分は価値がないと感じるなど

周囲が気づく変化

- 1 以前と比べて表情が暗く、元気がない
- 2 体調不良の訴え(身体の痛みや倦怠感)が多くなる
- 3 仕事や家事の能率が低下、ミスが増える
- 4 周囲との交流を避けるようになる
- 5 遅刻、早退、欠勤(欠席)が増加する
- 6 趣味やスポーツ、外出をしなくなる
- 7 飲酒量が増える

厚生労働省「うつ対策推進方策マニュアル」(2004年1月)より

うつ病の発病には、高齢者では健康状態や孤独感などによるストレス、労働者であれば職場における仕事や人間関係など労働環境によるストレスの影響が大きいといわれている。したがって、この病気の予防法としては、休養を取る、労働者にとっては心の健康に影響を与える職場の要因の具体的問題点を様々な面から把握し、これを改善することなどにより、ストレスの蓄積を回避することなどが挙げられる。

うつ病にかかった場合の治療としては、早期に抗うつ剤などを用いた薬物療法や、ものの考え方や受け取り方を切り替えることで気持を楽にしたり、問題を解決していく認知行動療法などを早期かつ適切に行えば、多くの場合健康は回復するが、治療を受けずに放置したり治療を中断したりすると、症状が重くなったり、回復に要する期間が長くなることがある。

このような病気の特徴から、うつ病の症状が疑われる場合には、早目に診察を受けることが重要である。また、外見的には健康に見えても身体の病気に比べて回復に時間がかかる傾向にあることについて、家族や職場など周囲の者が理解することが重要となる。

(2) 統合失調症

統合失調症（精神分裂病）は、神経伝達物質の伝達の障害のために、神経が過敏・過覚醒の状態になり、感情の不安定、幻覚などの症状を呈する心の病である。また、敏感さによる消耗からか、長期にわたって意欲が減退し、疲れやすいなどの症状を示すものである。

この病気の発病や再発の原因ははっきりしていないが、環境の影響と本人のストレスに対する耐性や脆弱性が関係していると考えられ、うつ病などと比べて、やや個人の体質としての脆弱性の問題が大きいという考え方が一般的である。

近年、統合失調症の病態解明は急速に進み、神経伝達物質の量を調整する薬である抗精神病薬などを用いた薬物療法と、ストレスへの対応能力を身に付けていくためのリハビリテーション技法など治療技術の進歩もあり、早期発見・早期治療を行えば、多くの場合、患者は通常の世界生活を継続することができるようになっている。入院が必要な状態となっても、手厚い急性期治療を行えば、その多くは早期の退院が見込めるようになってきている。

ただし、回復過程に2～3年程度かかる場合もあり、焦りに任せてがんばることや周囲が叱咤激励することは、かえって過剰なストレスとなり、病気の再発を招く場合も多いため、落ち着いた環境の下でリハビリテーション等を行っていくことが必要である。

特に、外見的には健康に見えても、長時間の労働が困難であったり、複雑な対人関係への対処が難しい場合もある。したがって、患者本人はもとより家族や職場等の周囲の人々が、この病気の性質や特徴を理解し、労働時間や対人環境の面で本人にとって対応可能な環境を準備することが必要である。

(3) 神経症

神経症には様々なものがあるが、程度の差はあっても、不安症状をほぼ常に伴っている。代表的な症状としては、特に恐れを抱く理由がない特定の事物や状況に恐怖感をいだく社会恐怖、繰り返し無意味な観念や行動が心に浮かんで頭から離れなくなる強迫性障害、精神的な努力の後に疲労が増大すると感じ様々な不快な身体的感覚が見られる神経衰弱、などがある。

神経症については、一般的に症状は重いものではなく、目立たない傾向がある。しかし、現在のように個人にストレスがかかりやすい社会環境の下で、この病気にかかった経験のある者が多くなっているのではないかと思われる。また、症状が長期に継続すると治療が難しくなる場合もあるので、早目に医師の診察を受けるようにすることが望ましい。

コラム

心の病の専門医は精神科と心療内科

精神疾患の専門科は、精神科（精神神経科、神経科、神経精神科）と、心療内科である。

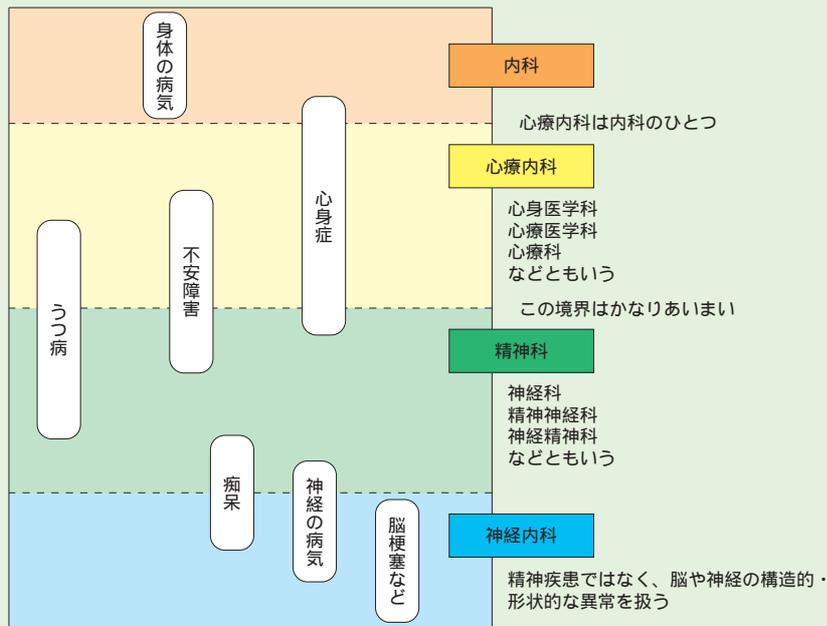
基本的には、精神症状で悩んでいる場合は精神科、ストレスによる身体症状で悩んでいる場合には心療内科を受診する。

ただ、うつ病、不安障害などは心療内科でも診察し、その結果、精神症状が主で、精神科を受診した方が良い場合には、その旨の指示がなされることとなる。また、最近では、メンタルクリニックなどの看板を掲げている個人診療所で精神疾患を扱うところが増えて

いる。

さらに、各地域の保健所、精神保健福祉センターなどの公的機関も精神疾患への対応に取り組んでいる。働く人のための電話相談を利用する方法もある。仕事や職場での精神的な悩みについての相談に応じ、必要であれば専門の医療機関を紹介している。これらの具体的なサービス内容や実施方法は地域によっても異なるので、まずは市区町村の担当窓口や自治体の広報誌などで確認することが望ましい。

図表 心の病を診てもらうには



資料：大野裕監修「職場のメンタルヘルス」(株東京法規発行)より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

(4) 摂食障害(思春期やせ等)

摂食障害は、主として神経性無食欲症(拒食症)と神経性過食症(過食症)に分けられるが、後者については、むちゃ食いの後に体重をコントロールするために嘔吐を繰り返すことが多い。特に思春期の女子に目立つ拒食症は「思春期やせ」とも呼ばれ、その患者数の急激な増加は医療の場でも注目されつつある。

発病の背景には、家庭、学校、職場などにおけるストレスや対人関係などの悩み、親に対する反抗、家族の注目や関心を引きたい等の感情が隠れている場合が多いといわれている。

このため、摂食障害の治療に当たっては、家族の協力の下でカウンセリングや、患者の精神・身体状態に応じて抗うつ薬や抗不安薬などを用いた薬物療法を行うことにより、体型に対する誤ったイメージや自己評価を改善し、発病の要因となった家族・対人関係を改善し、ストレスへの適切な対処法を身に付けさせるなど、精神面及び行動面の治療を根気良く行うことが必要となる。治療期間は1年程度で終了するものもあるが、5～6年程度かかる場合も多くなっており、この病気を「単なるやせ指向」と軽く見るべきではない。また、摂食障害を抱える児童・生徒がいる場合には、プライバシーに十分配慮しつつ、教育機関と医療機関の連携により効果的な治療が行えるような環境を整備することも重要であると考えられる。さらに、社会全体に極端なやせ型体型指向への警鐘を鳴らしていくことも必要であろう。

2 心の健康確保の重要性

以上見てきたように、近年、社会・経済構造が変化している中で、地域、職場のみならず家庭における対人関係を中心としたストレスが増加しており、こうしたことが様々な心の病の増加に影響しているものと考えられる。

このような状況の中で、近年、自殺者数が年3万人程度と高水準で推移しており、社会問題にもなっている。また、国立社会保障・人口問題研究所「自殺による社会・経済へのマクロ的な影響調査」によれば、1998(平成10)～2000(平成12)年における就業者の自殺者による逸失利益(所得)は、1年当たり約8.5千億円、その消費押し下げ額は年約2千億円、これらの国内総生産の押し下げ効果は年約4.4千億円と試算されており、その経済的な面でのマイナスの効果も大きくなっていると考えられる。

ここでは、特に心の病が最も深刻な結果として表れるものとしてとらえることができる自殺と心の病の関係を中心に、心の健康確保対策の在り方を見ていくこととする。

コラム

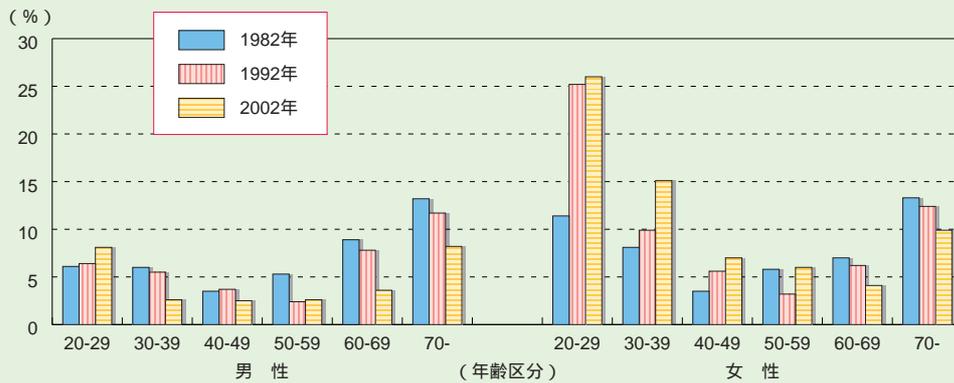
若い女性を中心としたやせ願望の広がり

最近、若い女性を中心にやせ願望が広がるとともに、国民全体がやせ形体型を指向するようになっているといわれている。こうした中で、10歳代後半から20歳代前半の女性を中心に、拒食症等摂食障害が増加しているといわれる。

厚生労働省「国民栄養調査」により、低体重（やせ）の者の最近20年間（1982（昭和57）年～2002（平成14）年）の割合を見ると、特に20歳代及び30歳代の女性での上昇が目立っている（図表1）。現実の体重別に体型に対する自己評価を見ると、女性の場合は70歳以上を除くすべての年齢層において、現実の体重

は「普通」であるにもかかわらず、「太っている」と自己評価している者の割合が高くなっている。特に、15～19歳では、現実の体重は「低体重」であるにもかかわらず、「普通」（56.4%）または「太っている」（17.9%）と自己評価している者が約4分の3を占めている。また、同年齢層で現実の体重が低体重である者のうち、その約4割がさらに体重を減らそうとしている（図表2）。このように、思春期を中心とした女性の間には、体型を過剰に意識する傾向や、やせ型体型指向が広がり、異常なやせ願望が広がりやすい環境が存在していることがうかがえる。

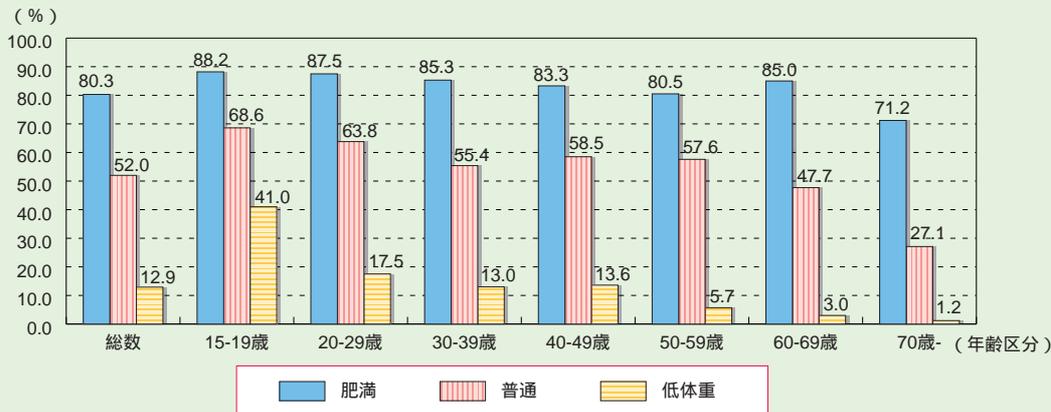
図表1 低体重（やせ）の者（BMI < 18.5）の割合



資料：厚生労働省健康局「国民栄養調査」

(注) BMIとは、「体重(Kg)÷(身長(m))²」により求め、その数値が18.5未満の場合は低体重、18.5以上25未満は普通体重、25以上は肥満とされる。

図表2 体型別体重を減らそうとしている者の割合 女性



資料：厚生労働省健康局「国民栄養調査」(2002年)

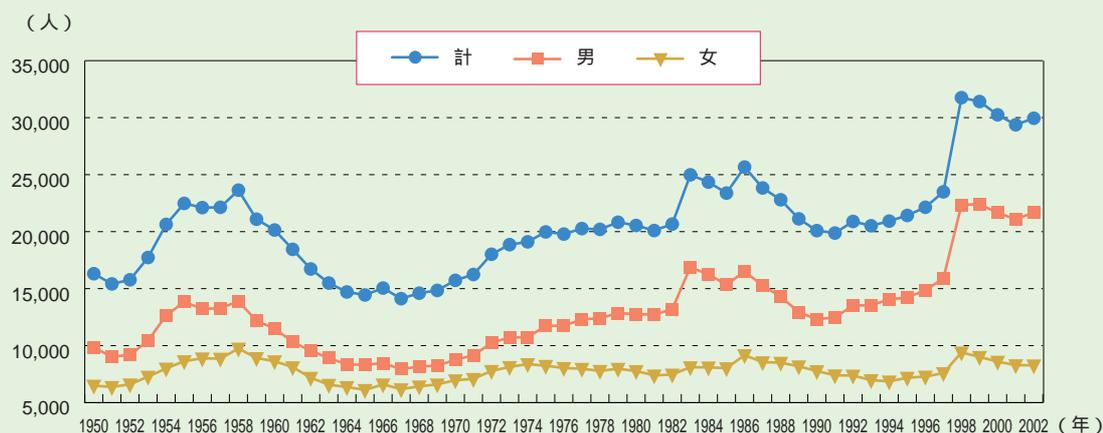
図表2-3-2▶

(1) 高水準で推移する自殺者数

1) 自殺者数の動向

厚生労働省「人口動態調査」により年間自殺者数の推移を見ると、最近30年間では、1986（昭和61）年に2万5千人を超える水準となった後、2万人から2万5千人の水準で推移していたが、1998（平成10）年に3万人を超え、それ以降ほぼ横ばいとなり、高水準で推移している。最近の動向をみると、高齢化の影響もあり60歳以上層の占める割合が高止まっていること、厳しい経済・雇用情勢を反映してか50歳層の占める割合が上昇傾向で推移していること、男性の割合が上昇する傾向にあることが目立っている。

図表2-3-2 男女別自殺死亡者数の推移



資料：厚生労働省統計情報部「人口動態統計」

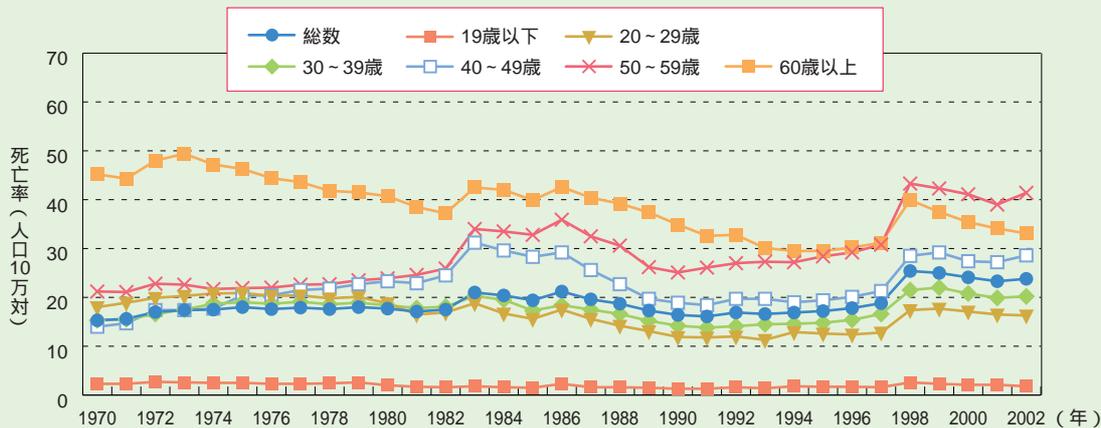
警察庁資料により、原因・動機別（家庭問題、健康問題、経済・生活問題、勤務問題、男女問題、学校問題等）の構成を見ると、健康問題が一貫して最も高い割合を占めているものの、1990年以降、その割合は一貫して低下している。一方、経済問題は、1990年以降上昇傾向で推移し、2002年には、健康問題が5割弱、経済・生活問題が2割5分となっている。2002年の遺書ありの自殺者数について、年齢階層別に自殺原因・動機の占める割合を見ると、40歳以上60歳未満の層では経済・生活問題が、60歳以上層では健康問題の占める割合が最も高くなっているなど、年齢層によって特徴がある。これを男女別に見ると、男性では「経済・生活問題」の割合が最も高くなっており、特に40歳以上60歳未満の層では5割を超えている。一方、女性はすべての年齢層で「健康問題」が最も高い割合を占めている。こうした男女や年齢層による自殺原因・動機の相違には、生活の主たる場が職場又は地域であるか、家庭内での役割が異なるものか等が影響を与えているのではないかと考えられる。

2) 自殺死亡率の動向

最近30年間の自殺死亡率の動向を見ると、1986（昭和61）年にピークとなった後は1990年代初めまで低下したが、1998（平成10）年には人口10万対で25.4と最高値となり、その後は横ばい傾向で推移している。また、その変動を細かく見れば、おおむね景気循環に沿った動きをしている。男女別に見ると、女性はこの30年間、若干の変動はあるものの、ほぼ一定で推移している一方、男性は、もともと女性と比較して高い水準で推移してきたが、1998年以降の高止まりが目立っている。2002年には男性（同35.2）は、女性（同12.8）の3倍弱の自殺死亡率となっている。年齢階層別の自殺死亡率の動向をみると、特に男性では、バブル崩壊後の1993年以降、現役層である50歳代層が最も高い層となっており、1998年（同67.9）には前年に比べ20ポイント以上上昇した後、高水準（2002年は同66.2）で推移している。

◀ 図表2-3-3

図表2-3-3 年齢別自殺死亡率（人口10万対）の推移（男女計）



資料：厚生労働省統計情報部「人口動態統計」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成

こうした動きには、近年の厳しい経済情勢、特に完全失業者数との相関がみられるところである（注）。これは、雇用環境が厳しくなったことや、失業といったことを契機として特に中高年男性に対して大きな精神的ストレスが負荷されることとなり、結果としてうつ病などの精神疾患、さらには自殺の発生に結びついている可能性があることを示している。

（注） 男性自殺者と完全失業者数や負債総額との間に有意な相関関係を認めることができるという研究がある（産業医科大学「労働者の自殺予防に関する調査研究」）。なお、生きがい、収入家計、家族関係、自分の健康等によるストレスを感じている人の割合が失業率が増加する以前に増加する場合に自殺率の高まりが見られ、これを緩和・予防することが失業による自殺防止対策として重要であるとの指摘もある（国立社会保障・人口問題研究所「自殺による社会・経済へのマクロ的な影響調査」より）。

(2) 心の健康確保対策

これまで、人々に精神的ストレスが蓄積しやすい環境となっている中で増加している心の病や、心の病が最も深刻な結果として現れるものであると理解することができる自殺について見てきたところであるが、その予防のためには、厳しい環境の中にあっても、それぞれの置かれている環境や状況に応じた方法でストレスの蓄積を低減するような心の健康対策が求められていると言えよう。

うつ病対策を中心とする心の健康確保対策を有効なものとしていくために、まず理解しておかなければならないことは、心の病やこれと関係が深いといわれる自殺の問題は、誰もが抱え得る身近な問題であるということである。また、こうした問題をタブーとせず正面から捉え、正しい理解の普及や啓発を国民一人一人に対して行っていくことが重要である。

ところで、うつ病になりやすい人の特徴をみると、日本人の場合には大部分の人に該当することであるが、几帳面で真面目、責任感の強い人がなりやすいといわれている。また、特に高齢者については、「生きる不安」や「ひとりぼっち(孤独感)」の状況がうつ病の背景にあることも指摘されている。

したがって、すべての人々に対し、生きる勇気と力を取り戻させるような支援体制・環境づくりが、心の病を予防・治療するとともに、自殺を未然に防ぐために重要である。一人一人が社会や他者とのつながりを保つための支援、自分自身や世の中を悲観視している人々への適切な支援が円滑に行われるような環境作りが重要であると考えられる。

2004(平成16)年3月、厚生労働省において開催された「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会」では、国民各層が精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針(『『こころのバリアフリー宣言』～精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針～』)と本指針を踏まえた当事者・当事者家族、保健医療福祉関係者、地域活動関係者、雇用・教育関係者、行政、メディア関係者の社会の各主体別取組みの方向性を取りまとめ、今後、このような取組みが国民的な運動となるよう広く呼びかけている。

コラム

「こころのバリアフリー宣言」 ～精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針～

【あなたは絶対に自信がありますか、心の健康に？】

第1：精神疾患を自分の問題として考えていますか（関心）

- ・精神疾患は、糖尿病や高血圧と同じで誰でもかかる可能性があります。
- ・2人に1人は過去1か月間にストレスを感じていて、生涯を通じて5人に1人は精神疾患にかかるといわれています。

第2：無理しないで、心も身体も（予防）

- ・ストレスにうまく対処し、ストレスをできるだけ減らす生活を心がけましょう。
- ・自分のストレスの要因を見極め、自分なりのストレス対処方法を身につけましょう。
- ・サポートが得られるような人間関係づくりにつとめましょう。

第3：気づいていますか、心の不調（気づき）

- ・早い段階での気づきが重要です。
- ・早期発見、早期治療が回復への近道です。
- ・不眠や不安が主な最初のサイン。おかしいと思ったら気軽に相談を。

第4：知っていますか、精神疾患への正しい対応（自己・周囲の認識）

- ・病気を正しく理解し、焦らず時間をかけて克服していきましょう。
- ・休養が大事、自分のリズムをとりもどそう。急がばまわれも大切です。
- ・家族や周囲の過干渉、非難は回復を遅らせることも知ってください。

【社会の支援が大事、共生の社会を目指して】

第5：自分で心のバリアを作らない（肯定）

- ・先入観に基づくかたくなな態度をとらないで。
- ・精神疾患や精神障害者に対する誤解や偏見は、古くからの慣習や風評、不正確な事件報道や情報等により、正しい知識が伝わっていないことから生じる単なる先入観です。
- ・誤解や偏見に基づく拒否的態度は、その人を深く傷つけ病状をも悪化させることさえあります。

第6：認め合おう、自分らしく生きている姿を（受容）

- ・誰もが自分の暮らしている地域（街）で幸せに生きることが自然な姿。
- ・誰もが他者から受け入れられることにより、自らの力をより発揮できます。

第7：出会いは理解の第一歩（出会い）

- ・理解を深める体験の機会を活かそう。
- ・人との多くの出会いの機会を持つことがお互いの理解の第一歩となるはずですが。
- ・身近な交流の中で自らを語り合えることが大切です。

第8：互いに支えあう社会づくり（参画）

- ・人格と個性を尊重して互いに支えあう共生社会を共に作り上げよう。
- ・精神障害者も社会の一員として誇りを持って積極的に参画することが大切です。

1) 地域における心の健康確保対策

これまで見てきたように、自殺者総数に占める60歳以上の者の占める割合は3割台半ばと高く、また、その割合は高齢化の影響もあって高止まりしている。その原因・動機をみると、男女とも「健康問題」が過半数を超えている状況にある。また、この年齢層の自殺率をみると、男女計では、50歳代に次いで高い水準となっており、特に、女性では、依然として最も高い水準を保っている。

以上の実態を踏まえれば、地域における心の健康確保対策としては、高齢者を中心とした家庭に居る人々の健康の確保と、健康を害した人々へのうつ病への対応を中心とした心のケアが特に重要であると考えられる。

厚生労働省では、うつ病への対応が必ずしも適切になされていないこと、厚生労働大臣の下に開催した「自殺防止対策有識者懇談会」の最終報告（2002（平成14）年12月）で自殺予防としてのうつ病対策の必要性が指摘されたことを踏まえ、2003年8月から「地域におけるうつ対策検討会」を開催し、2004年1月に、具体的なうつ病対策の方策、都道府県・市町村の取組事例や国民向け啓発パンフレット案を盛り込んだ都道府県・市町村職員向けの「うつ病対策推進方策マニュアル」及びうつ病を抱える住民に接する際に必要な具体的なノウハウを示した保健医療従事者向けの「うつ対応マニュアル」を公表したところである。

コラム

地域におけるうつ病及び自殺対策の例

都道府県庁、市町村、保健所、福祉事務所、精神科医等の医師、地域社会などが協働してうつ病等心の病対策に効果を上げている一例として、新潟県松之山町における例を紹介する。

同町で実施された高齢者のうつ病及び自殺防止対策における実証例としては、うつ病スクリーニング質問票によりスクリーニング調査を実施、その結果、うつ病罹患についてハイリスクであると判断された者に対する面接診断の結果を踏まえて、医師による治療、保健師による保健指導訪問など保健福祉的ケアを実施、心理的孤立が高齢者の自殺の危険因子であり人間関係の再構築が自殺予防に効果があるという観点から、予防活動や、うつ状態やとじこもり老人に対する集団援助を実施し、これに参加できない者に対しては保

健師による訪問を実施した。

こうしたうつ状態に対する保健福祉的ケアなどの介入及び訪問や在宅福祉サービスの活用による心理的孤立を防止するための活動を行った結果、自殺予防に対する有効性が認められた。

ただし、この事例では、地元の一般医と精神科医の連携が密接であることに加えて、閉じこもり老人に対する訪問や集団援助活動などのサービスが充実している、人口流動性が小さく、生活圏がほぼ町内に限定され住民の動静や健康状態を把握することが容易である、取組みへの理解と協力が得やすい人口規模である、等の背景があったため、大都市圏で全く同様の対応を行うことは困難な面もあると考えられるが、この事例から学ぶべきところは大きい。

2) 職域における心の健康確保対策

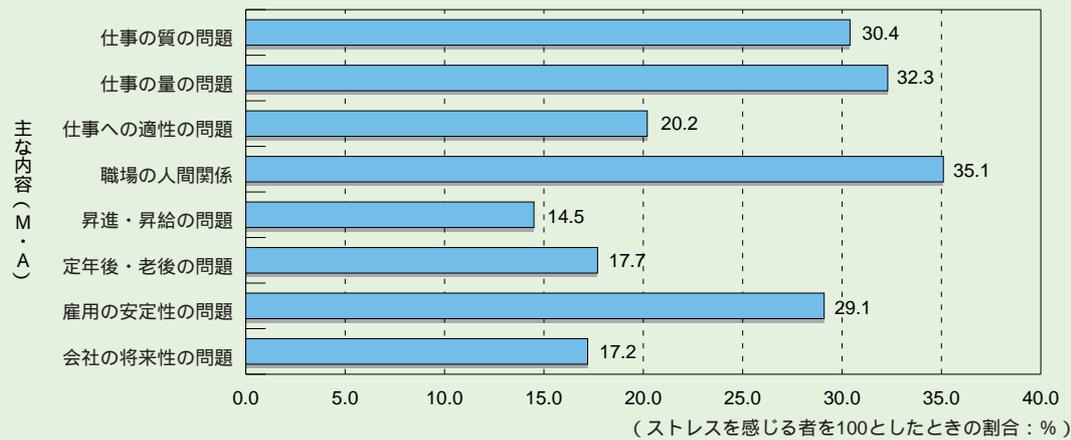
図表2-3-4 ▶

近年、経済社会のグローバル化、情報化、サービス経済化の流れの中で、我が国の経済・産業構造も大きく変化している。また、厳しい経済情勢が続く中、リストラ圧力も高まり、厳しい雇用情勢が続いてきた。さらに、労働者の就業意識の変化や働き方の多様化も見られる。このような近年の雇用を取り巻く諸情勢の変化を背景として、企業における人事管理にも大きな変化が見られるところである。

こうした状況の下、仕事や職業生活で強い不安、悩み、ストレスを感じている労働者^(注)の割合は、厚生労働省労働基準局「労働者健康状況調査」によれば、約20年前

注 職場におけるストレス等の原因については、図表2-3-4参照。

図表2-3-4 職場生活におけるストレス等の原因



資料：厚生労働省労働基準局「労働者健康状況調査」(2002年)

の1982(昭和57)年には50%強であったが、2002(平成14)年には約61.5%となっている。

なお、2003年度の精神障害等の労災補償状況について見ると、請求件数(438件)は過去最高となり、労災認定件数(108件)についても依然高水準で推移している。さらに、今後、経済・産業構造、人事管理等が変化する中で、業務の質的变化等による労働者の心身の負担の一層の増加が懸念されるところであり、企業においては、より積極的に労働者の心の健康の保持増進を図っていくことが重要な課題となっている。

厚生労働省では、こうした状況を踏まえ、2000年に、事業場において事業者が行うことが望ましい労働者の心の健康保持増進のための基本的な措置(メンタルヘルスケア)を明らかにした「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」を策定し、その普及を図っているところである。

同指針においては、各事業場が心の健康づくりに関する体制の整備、問題点の把握、人材の確保等について定めた「心の健康づくり計画」を策定し、同計画に基づき、労働者が自ら行うストレスへの気付きと対処によるセルフケア、管理監督者による職場環境等の改善と相談により対応するラインによるケア、産業医等事業場内産業保健スタッフ等による専門的ケア、医療機関及び保健機関等の事業場外の専門機関との連携によるケア、の4つのケアを継続的かつ計画的に行うことが重要とされている。また、2003年度を初年度とし、2007年度を目標年度とする企業における労働災害の防止を計画的に推進し、安全で健康に働ける社会の実現を目指して策定された第10次労働災害防止計画でも、職場のストレスによる健康障害の減少を重点目標として位置付けている。

各事業場においては、心の健康問題の重要性をよく理解した上で、こうした指針等に沿った適切な対応を積極的に行っていくことが望まれる。

3) 地域・職域の連携

労働者がうつ病等の心の病に罹患することを防止するための対策においては、職場に知られることなく相談できる体制の確保等が重要であるが、独自にこうした体制を確保することが困難な小規模事業場等のために、各地域の労働基準監督署管内におおむね1か所設置されている地域産業保健センターなど地域における相談窓口等の周知が重要である。また、労働者が心の病を発病し、休職した場合等への対応としては、個人のプライバシーにも十分配慮した上で、職域保健と地域の医療機関との円滑な意思疎通を確保した上で治療を行うこと、さらには、治療の実態と職場の実態とを踏まえた職場復帰の進め方の決定に当たっても、地域と職域相互間で必要な情報交換を行うことが重要であると考えられる。したがって、平素から地域と職域の間で、必要に応じた連携が確保できる体制を確立しておくことが重要である。

コラム

児童思春期の心の健康づくり対策と心的外傷後ストレス障害対策

いわゆる引きこもりや不登校、家庭内暴力など、社会問題化している児童・思春期の心の問題や、犯罪、災害等による非常に強い心的な衝撃を体験した後に生じる心的外傷後ストレス障害（PTSD）に対しては、適切な専門的ケアが重要であることから、精神保健福祉センター、保健所等において専門相談等を実施するとともに、医師、保健師、精神保健福祉士等を対象として、専門家の養成研修を行

っている（児童思春期の心のケアの専門家研修は527名、PTSD専門家の養成研修は408名が受講（2003（平成15）年度））。

また、地方自治体、保健所、精神保健福祉センター等において地域精神保健医療に従事する医師、保健師、精神保健福祉士、行政職員等に向けて災害時地域精神保健医療活動に関するガイドラインを作成し、その普及を図っている。

3 まとめ

本章では、感染症、生活習慣病やアレルギーなど日常生活の中の健康リスク、心の健康問題などを取り上げ、これらの健康リスクを低減するために必要とされる対応について探ってきた。これらすべてに共通していえることは、行政、企業、保健・医療従事者による国民への適切な情報の提供と、社会全体による情報の共有と協働によって健康リスクの低減を図ることができるということである。

まず、適切な情報の提供と共有は、各健康リスクの性格等についての正しい理解を

促進し、社会全体で適切な対応が行われるようにするための前提となるものである。本章で取り上げた健康リスクは、日常生活を送る中で誰でも直面し得る健康リスクであるが、逆の見方をすれば、日常生活の中で個々人が正確な情報の提供を受け、これに基づく適切な対応を行えば、健康リスクを低減させることが可能である。また、行政、企業、保健・医療従事者、国民の協働の中でも、特に本章で取り上げた健康リスクの低減を図るには、国民の自主的な行動が極めて重要となる。

感染症への対応については、感染拡大防止のための迅速な初期対応を行うことが極めて重要であり、感染症の発生状況、罹患状況等に関する正確な情報の迅速な公開と、正確な情報を踏まえた行政、関係機関、国民による協働が行われるようにしていくことが求められる。また、日頃からの研究の推進、医療提供・相談体制の整備や、国際協力を推進していくことも重要である。

生活習慣病、アレルギーなど日常生活の中の健康リスクへの対応については、行政や医療機関等による国民一人一人への正確な情報の提供に基づいた食習慣、運動習慣、居住環境の改善など個人の努力や、行政、企業等による生活環境や職場環境の改善の取組みが重要である。

心の健康問題への対応については、正確な情報の提供と共有による心の問題に対する社会全体の正しい理解と、それに基づいた患者やその家族、さらには地域、職場、学校等における周囲も含めた適切な対応が求められる。

こうした健康問題への取組みの一つとして、「働き盛り層」「女性層」「高齢層」など国民各層を対象とした生活習慣病対策及び介護予防について、2005年度からの10か年戦略（「健康フロンティア戦略」）に基づき、関係府省が連携して重点的に施策を展開することとしている。

今後とも、各健康リスクの実態に即した協働を進めていくことにより、社会全体でその低減を図っていくことが重要である。