

「鮎」アユ

美味なるうえに栄養価も高いのが、
「旬」の食材。このページでは、
そうした季節感豊かな旬をご紹介します。
今回の題材は、日本の川魚の王様・アユです。



アユも、古くから日本人に親しまれてきた魚です。「古事記」「日本書紀」にも記載があり、その他の奈良時代の文献には「鮎」の漢字が登場します。
ただし、当初、「鮎」の字がさす魚は、今というナマズのことでした。「日本書紀」でアユ釣りは占いの要素をもった行いとして紹介されており、そうした意味の誤字・誤用から時代が下るに連れて「鮎」の字が定着したと考えられます。奈良時代初頭のアユは「年魚」「香魚」の漢字が当てられていました。

年魚・香魚は、アユの生態をよく表した用字です。アユは、晩秋に川の下流域で卵から生まれ、そのまま海に下って冬を越します。翌春の3〜5月頃、7〜8cmに育ったアユ(稚アユ)は川を登り始め、上流域に達する6〜7月には10〜20cmに育ちます。この頃の若アユは、川底の石にはえた苔を食べるようになってナワバリを作り、晩夏には25cm程度にまで成長。そして9〜11月には川を下り(落ちアユ)、河口近くで産卵し、その一生を終えます。つまり基本的に1年で一生を終えるため年魚、川の苔を食べてかぐわしい香気を出すので香魚……なのですが、実は河口近くに群れて動物性のエサを食する稚アユも、実際にはアユらしいスイカやキュウリのような香りを出しているのだとか。ただし、食べたエサ・棲んでいる川により香気が微妙に異なるというのはアユ釣り師が口をそろえていることで、俗にきれいな水質の川のアユはスイカの香り、水質が悪化するほど香りがキュウリに近づくといわれます。

アユはさまざまな食べ方をされ、稚アユは天ぷらや甘露煮、成魚は塩焼きが一般的でしょうか。内臓の塩辛は珍味のうるか。骨の柔らかい若アユは輪切りにして生で食べたりしますが、寄生虫の可能性もあり注意が必要です。

【アユと蓼酢】

蓼酢の蓼は「タデ食う虫も好き好き」のタデ。独特の苦味・辛味から、薬味



Contents

- 旬菜百景「鮎」..... 2
- 産業医からのメッセージ..... 4

第2回「長時間残業とメンタル不調」

(株)日立ソリューションズ健康管理統括センタ長

辻 正弘



- 大人のこだわり充実ライフ..... 8

浴衣を粋に着こなす

- シリーズ・健診について考える..... 10

第2回 健診の

「有効性を高める」には？



自治医科大学 地域医療学センター 地域医療学 教授
小谷 和彦

- 財団 News ニュース..... 14

当財団ビル恵比寿健診センター を新装・拡充

恵比寿健診センターは、各種法令に基づく各種健康診断・人間ドックを実施する、当財団の拠点施設です。今回、その2階・3階をリフォームし、最新の経鼻内視鏡を備えた検査室を3階に開設、また人間ドックのフロアを独立させ、4階に新設いたしました。アメニティの面でも大きく改善されておりますので、ぜひご利用ください。

本誌で掲載してほしい健康に関わるテーマ、
当財団へのご要望などございましたら、
メール、FAX 等にてお寄せいただければ幸いです。

一般財団法人 日本健康増進財団

- 発行人 三木一正
 - 編集委員 鈴木賢二／森崎伊久磨／森 誠
森山博美／栢田喜文／阿部 悟
岡本庸子
 - 住 所 〒150-0013
東京都渋谷区恵比寿一丁目24番4号
恵比寿ハートビル
 - T E L 03-5420-8011 (代表)
 - F A X 03-5420-8039
 - E - M a i l jhpf@e-kenkou21.or.jp
- ※本誌の全部もしくは一部の無断転載や複製を禁じます。

【栄養】

や刺身のつまなどが主な用途で、好き嫌いの多い味ですが、アユの塩焼きには柳タデ（本タデ）の葉をすりつぶして米酢などと合わせた蓼酢が多く添えられます。

他の魚と同様、アユも天然ものと養殖ものではエネルギー・脂質が大きく異なります（養殖ものは天然ものより、エネルギーが1.5倍、脂質は3倍強）。

アユはビタミンB₁₂が豊富で、アユ1尾で1日の所要量がほぼまかなえるほど。また内臓にはビタミンAが多く含まれ、100gあたりでホウレンソウの

【目利き】

5・7倍、ニンジンの2・6倍前後に達します（天然もの同士で比較）。

天然もののアユはひれが大きく、体色は黄色が強く、苔を食べるため下あごが発達し、香りが強いのに対して、養殖ものの体色は青みが強く体型は全体に丸っこく、香りが弱いといわれます。ただし海から遡上した純粋な天然ものは市場にはなかなか出回らず、稚魚をある程度まで育てた後に川に放流したアユも天然に含まれたり、高い養殖技術で天然仕上げ・半天然と呼ばれるアユもあり、なかなか素人の目利きはむずかしいようです。

アユの



鮎釣りさまざま

アユの解禁は初夏のニュースを賑わす風物詩ですが、解禁日は全国で川ごとに決められ、漁法による違いもあります。ちなみに全国多くの川で解禁日となる6月1日は友釣りによるものが多く、他にもドブ釣り（特殊な毛バリを使う）、コロガシ釣り（オモリの先に複数の針をつけた仕掛けで川底を引き、アユを引っ掛ける）、瀬張り網（川底に沈めたビニールで落ちアユを脅かし、投網で捕る）、眼鏡釣り（水中眼鏡でのぞき針にかける）、ヤナなど地域ごとにさまざまな漁法があり、それぞれ解禁日が設定されています。

第2回

「長時間残業とメンタル不調」

——(株)日立ソリューションズ健康管理統括センタ長 辻 正弘



1 メンタル不調 その原因は？

ここに興味深い二つのデータがあります。一つは厚生労働省が出しているものです(図1)。他の一つは当社合併前(旧・日立ソフト)のデータで、1年間の全メンタル不調による1カ月以上の休業者(非身体疾患による1カ月以上の休業者)の発病前1年間の月平均残業時間を調べたものです(表1)。

厚生労働省のデータ(図1)は自殺者数と残業時間のデータですが、自殺者はそのほとんどがうつ状態になって自殺すると考えられますので、このデータはメンタル不調と残業時間の相関図と考えてよいでしょう。メンタル不調は過重労働が起因であり、過重労働イコール長時間残業と考えられているため、長時間残業をなくせばメンタル不調がなくなると、一般には考えられています。長時間残業が延々と続き、身体的に疲れ果てて心を病んでしまうというイメージです。私も当初はそう考えていました。これは生活習慣病などノン・メンタル疾患については全くその通りで、月100時間を超えるような残業は撲滅しないといけません。

しかし、メンタル不調の原因はそ



(株)日立ソリューションズ健康管理統括センタ長

辻 正弘 (つじ まさひろ)

profile

医師・医学博士・労働衛生コンサルタント。
 京都大学理学部(数学科)、経済学部(経済学科)卒業後サラリーマンを経て、東京大学理科学部(数学科)卒業後、東大病院での研修を経て第一内科入局。病院勤務を経て東京大学医学系大学院博士課程卒業後、同大学院ならびに医学部助手を経て、2003年より日立ソフト健康管理統括センタ長 [合併により2011年度より日立ソリューションズ健康管理統括センタ長]。2004年より3年間東京大学保健センター非常勤講師兼務。専門は消化器内科(内視鏡)。

図1 脳・心臓疾患及び精神障害等に係わる労災補償状況 (平成25年度：厚生労働省)

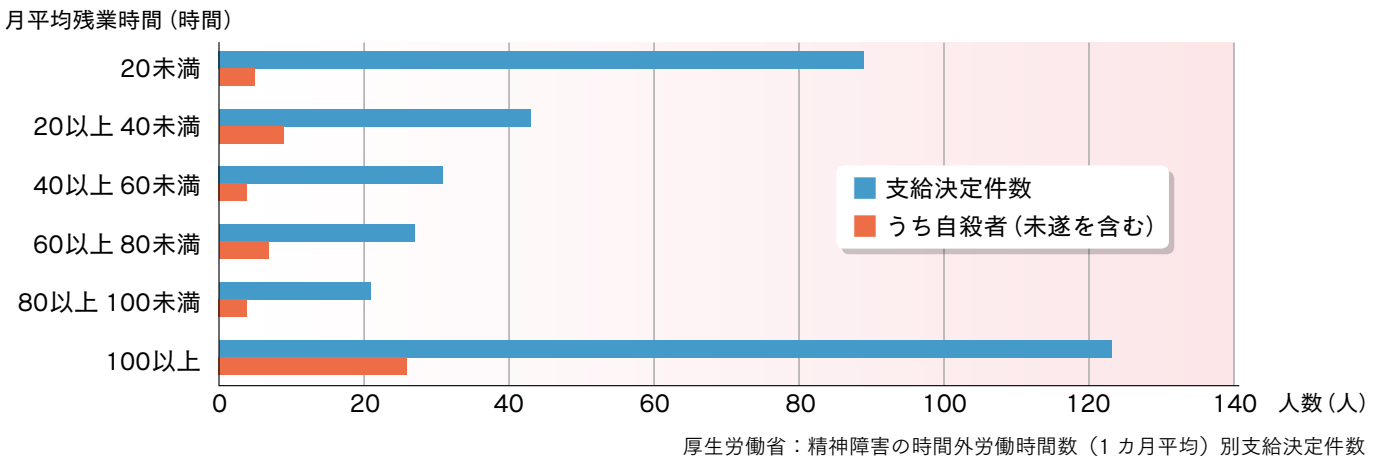


表1 休業前1年間の月平均残業時間数別休業者割合

旧日立ソフトウェアエンジニアリング(株) / 現(株)日立ソリューションズ

区分	月平均残業時間						計
	~19	20~39	40~59	60~79	80~99	100~	
休業者比率 (%)	2.2	1.5	1.6	0.8	1.5	0.0	—
全休業者に占める比率 (%)	41	29	21	5	4	0	100

2 長時間残業は必ずしもメンタル不調にならない

う簡単ではありません。もし、メンタル不調と長時間残業が単純に相関するならば、残業時間が増えるにつれてメンタル不調が増えるはずですが、それにも係わらず、残業時間と自殺者数は比例していません。残業時間が月100時間を超えると明らかに自殺者が増えており、月100時間を超えるような異常な残業が続くと自殺者が増えることを示しています。もう一つこの図から読み取れることは、残業時間が月60時間でも20時間でも自殺する人は自殺するとしか言いようのないデータです。

一方、当社のデータ(表1)では、メンタル不調者の70%が月平均の残業時間40時間に達しません。なんと90%のメンタル不調者が60時間未満の残業なのです。人事からこのデータをもらった時はにわかに信じられませんでした。統計データというものは集計の仕方によって他人を欺くばかりでなく、作った本人も騙されてしまうことがあるからです。本当にメンタル不調者の過去1年間の残業時間がこんなに少ないのだ

ろうかと、疑問を強く持ちました。というのも、私自身情報通信業は残業が多く、このためメンタル不調者が多いのだという先入観を持っていたからです。そこでこのデータが正しいのか、誤っているのか、感触を得ようと思い、この事実関係について20人程のメンタル不調者に復職時確かめてみました。結果は驚いたことにその通りでした。10%の社員は長時間残業が原因でそれ以外は考えられない、20%の社員は確かに長時間残業が原因の一つであるけれど、プライベートの問題とかいろんなことが重なってメンタル不調になった、70%の社員は長時間残業を殆どしないので一切関係ないとのことでした。

人事のデータが正しいかどうかを自分なりに確かめるために行った面談で、統計データをとるために全員に面談をして、きっちりとした集計を行った訳ではないのですが、人事のデータは正しいという印象を強く持ちました。この二つのデータから言えることは、月100時間を超えるような残業は論外ですが、仕事の量以外のことにはメンタル不調の主な原因があると考えられます(注6)。

これについては、よく似た結果が学会発表(産業衛生学会全国協議会、2014年9月26日、只野 裕、公益社団法人全国労働衛生団体連合会)という形で示されています(表2)。

表2 ②仕事量・裁量性・支援の関係

仕事量	①適量でない	②適量	①-②
ストレス得点	37.5	32.1	5.4
抑うつ得点	10.2	8.9	1.3

コントロール	①低い	②それ以外	①-②
ストレス得点	41.5	34.9	6.6
抑うつ得点	11.5	9.5	2.0

サポート	①低い	②それ以外	①-②
ストレス得点	41.7	35.0	6.7
抑うつ得点	11.7	9.5	2.2



2014年9月26日、産業衛生学会全国協議会講演(只野 裕:公益社団法人全国労働衛生団体連合会)より表記を一部改変して引用

3 上司の長時間残業が強く関連

これによれば、ストレス点数、抑うつ点数ともに仕事量よりは、仕事の裁量性、上司・同僚の支援の状況により強く影響されることが分かります。これからも慢性的な長時間労働を減らす努力を続けることが大切なことは言うまでもありません。それにも増して、仕事の裁量性を高め、上司・同僚のコミュニケーションを良くし、サポートをしつかり受けていると感じられる職場にすることが大切であると思われます。

産業医になって日が浅かった頃、何となく長時間残業がメンタル不調の一番の原因で、それさえ減らせればメンタル不調は減らせると安易に考えていただけに、正直なところ途方にくれたことを覚えています。仕事の量の規制はもちろん大事ですが、量の規制だけではダメということです。

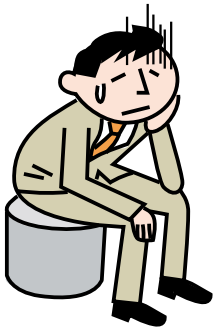
メンタル不調者自身の長時間残業は世間一般で思われているほど、メンタル不調との間に強い相関はありません。メンタル不調の一番の原因という訳ではなく、原因の一部であるに過ぎません。

しかし、メンタル不調者の上司の

長時間残業は部下のメンタル不調と強い関連があります。管理職は残業時間を正しく申告しないことが多いため、管理職の残業時間を正確に把握することは難しく、きっちりした数値として提示できないのが残念です。しかし、メンタル不調の部下を持つ管理職は明らかに長時間残業者が多いです。

メンタル不調の若い社員に「どうしてこんなに酷くなるまで上司に相談しなかったのですか」と尋ねると、「上司は私なんかよりもっと大変なのに、私のことなんかでこれ以上上司に負担をかけるなんてとてもできませんでした」と答える若い人が2006年頃までは多かった。この言葉でも分かるように上司があまりに忙しうにしていると、部下は相談したくても相談できず、問題を一人で抱え込んでしまうこととなります。

今流行りのプレイング・マネージャー制は、仕事がうまく行っている時は管理職が現場のことを肌身で感じ取ることができてよいのですが、いったんプロジェクトに大きな支障が出ると管理職が完全に一人の



プレイヤーになってしまい、プレイヤーとして長時間残業をこなさざるを得なくなり、管理職としての仕事がとても非常に疎かになります。そうなるとう部下の社員は仕事で行き詰っても上司に助けを求めにくくなり、上記の社員のように潰れていくことになりま。若い社員のメンタル不調には、対人関係が苦手な人がサブリーダーとかリーダーになって、協力会社の人を率いチームとしての結果を出すことを求められ、否が応でも他人と係わらざるを得なくなり潰れることも多いです。

また、本人に能力がない訳ではないのに自己評価が低い人や、仕事をする心構えや生活ができていないサラリーマンとしてのプロ意識に欠けている人も目立ちます。仕事の質で躓くことの方が仕事の量で躓くことよりも多く、長時間残業は今述べたように主な原因ではありませんが、課長以上の管理職では能力をはるかに超えた仕事量により燃え尽きてしまい、メンタル不調になるケースが多いと思います。100時間を超える長時間残業を常態化させているような事業所は、徹底して国に取り締まってもらいたいものです。しかし、先に示したように、メンタル不調者の発症前1年間の残業時間は決して多いとは言えないにもかかわらず、発症してしまうという事実(注7)をどう理解するかが問題です。

メンタル不調にはさまざまな要因が絡んでおり、分析が非常に難しいのですが、次回から本人外要因としての職場環境、本人要因としての生活、性格に分けて考えていきたいと思えます。

注6

もちろん長時間残業によりメンタル不調になった部下が、休職になる一年以上も前に長時間労働から体調を崩し、働いているのが辛そうに見えるため、上司を初め周囲の人々が配慮して仕事量を減らすなどの対策を取っていたけれども、休職になってしまったケースもあると考えられます。そのためにメンタル不調で休職になった社員の休職前の残業時間がそれ程多いように見えなくなっていることも考えられますが、本人たちとの面談からすると、その可能性は低いと思います。長時間残業が原因でメンタル不調になったというよりも、長時間残業がきっかけとなり、生活リズムが乱れ、乱れた生活が年単位で続くことにより、メンタル不調になっていくと考えられます。乱れた生活とは規則正しい朝型生活からの逸脱であり、具体的には夜型生活と睡眠不足です。

注7

メンタル不調を分析していく上で、人間が置かれている自然科学的環境(人と自然との関係)と社会科学的环境(人と人との関係)と人文科学的環境(人の生い立ち、性格を含めた個人の内面的環境)といった多軸的分析が必要になります。メンタルを病む個々の社員がどうい

然環境の中で働いているか、またどのような人間関係の中で働いているか、またどのような文化の下で幼少期を過ごし人格・性格形成を遂げたのかという視点での分析が必要になります。会社における産業医としては、この3つの分析のうち最初の2つの分析が主流になります。

「三つ子の魂百まで」というように幼少期の人格・性格形成のあり方は、その人に取って変えようのない現実として立ち現れ、メンタル不調の発症に強い影響を与えます。幼少期において子供は親に安心しきっているのが正常の状態ですが、母親が病弱であったり、ストレス耐性がなく些細なことで子供にイラッとすることが多く、同じ行為をしても母親の気分によって怒られたり怒られなかったりすることがくり返されると、子供は親の顔色をつねに何うようになり、自分という存在に安心感をもてなくなりま。

基底不安とでも名付けるのが良いと思えますが、「ただ生きていく」という根本的なところで不安感を抱き続けることとなります。成長の過程でこういう不安を抱えながらなんとか普通の大人になっていくのですが、環境の変化などで強いストレスがかかると、この基底不安のために人間関係で躓くことが多く、メンタル不調を招くのみでなく、遷延化したりくり返したりすることが多いように感じます。

この分野に関しては精神科医や心理学の専門家が扱う領域として深く立ち入りません。興味のある方は「愛着障害(岡田尊司、光文社新書)」、「回避性愛着障害(岡田尊司、光文社新書)」、「パーソナリティ障害がわかる本(岡田尊司、ちくま文庫)」、「家族は怖い(斎藤学、新潮文庫)」、「ものぐさ精神分析(岸田秀中公文庫)」などを読まれると面白いと思えます。




浴衣を

粋に着こなす

暑く湿度も高い日本の夏にうってつけの服飾文化が、浴衣。最近では、若い世代が花火や縁日の際のお洒落として着るようになり、再び注目が集まっています。

浴衣とは？

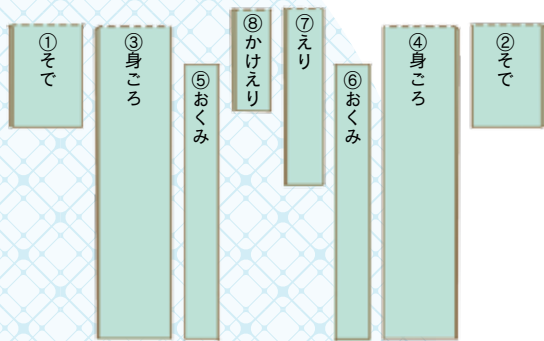
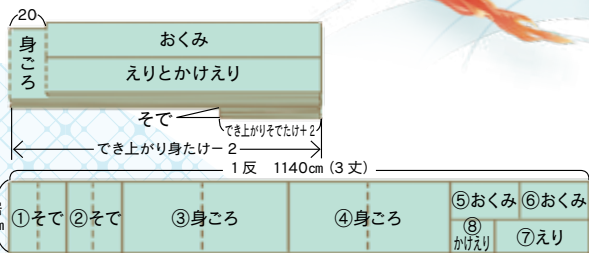


平成の時代になってから、雑誌の記事やCMで「浴衣」を目にする機会が増えました。夏は花火や縁日、盆踊りなどの和のイベントが多く、また涼を感じやすい浴衣は、見た目にも機能的にもうってつけの衣服です。浴衣は、着尺1反（幅36cm・長さ114〜120cm）の木綿の布を、長方形に裁断して縫い合わせて仕立てます（）。和服の、最も基本的な形といえるでしょう。

その構造からサイズに合わせて仕立

て直しやすい反面、古着は解いて布を再利用されてしまったりするため、着物に比べて古い時代のものが残っており、服飾史的には残念な部分でもあります。

もともとは湯着・部屋着として素肌に直接着るものでしたが、透けやすい麻地などは長襦袢を身につけます（今日では下着の着用が通常）。洋服でいえば、ちょうどTシャツのような存在でしょうか。その意味で、浴衣で出かける場面のTPOが問題になったりしますが、相撲の力士の夏の正装は浴衣だったり、時代に合わせて移り変わりがありません。



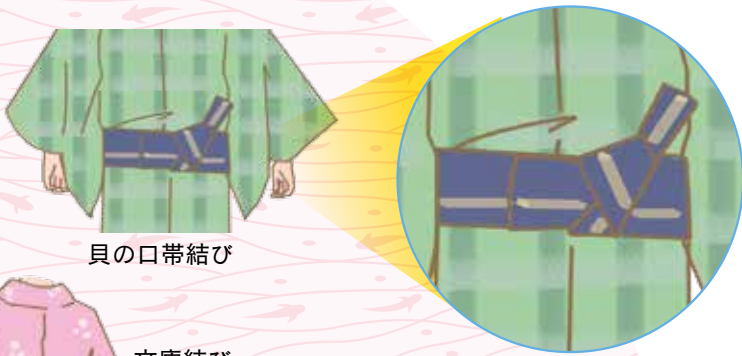
浴衣のTPO

もともと湯着・寝間着から始まった浴衣。今日では略式の外出着として認知されていますが、今も改まった場所は失礼と考える人はいて、「ご近所のみ」「夕方から（午前中の着用も増えている）」「（日舞などの）稽古着」といわれたりします。

かつて平成初期の頃、ブームとなった歌舞伎について「歌舞伎座へ、浴衣で観劇に出かけるのはマナーとして適か否か」が話題になったのは、その一例でしょう（歌舞伎は人の集まる公の場で昼興行が多いため、浴衣は適さないとする声もあった）。

帯

男性は三尺帯・角帯、女性は半幅帯が主です（最近では兵児帯も）。下前の位置を左腰にしっかり決めたくうえで帯を締めましょう。帯の結び方は、貝の口帯結び、文庫結び、一文字結びなどさまざまで、時代劇が人気を博した際は浪人結び（片ばさみ）が流行ったりしました。



貝の口帯結び



文庫結び



一文字結び

簡易着の浴衣は、男女とも「素足に下駄」が基本ですが、薄い足袋を履いて草履を履くことも。最近では裏面（底）にゴムをはって楽に歩ける草履も出ています。

履物



下駄



雪駄



草履



浴衣の「スタイル」

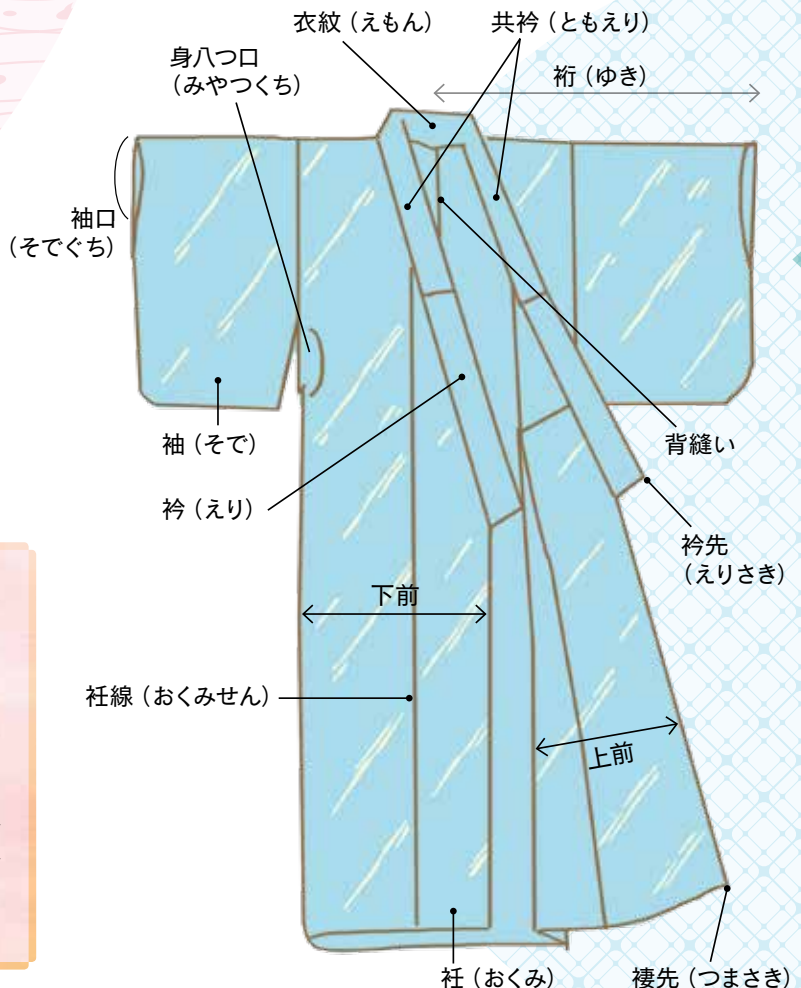
では、浴衣を粋に着こなすにはどうしたらよいでしょうか。

古典的な浴衣の生地は、平織りの木綿や紬、綿絹、場合により麻などで、白や紺の地色に男性は縞や格子の幾何学柄、女性はアサガオなどの草花・金魚・風鈴・花火を描いたものが中心でした。イナセに着こなすポイントは、

まず帯と履物です。

このほか浴衣姿をしめるアクセントには、扇子・うちわ、手拭い（ハンカチよりも）、袋物・根付などがあります。最近はいろいろなものが手に入りますので、研究してみるとよいでしょう。

最後に一つ。男女を問わず浴衣の身頃は「右前」が原則です。ややこしいのは、右前とは「左の身頃は前に出す」こと。これを間違えるとTPOや着こなし以前の問題ですので、注意しましょう。



浴衣の「歴史」



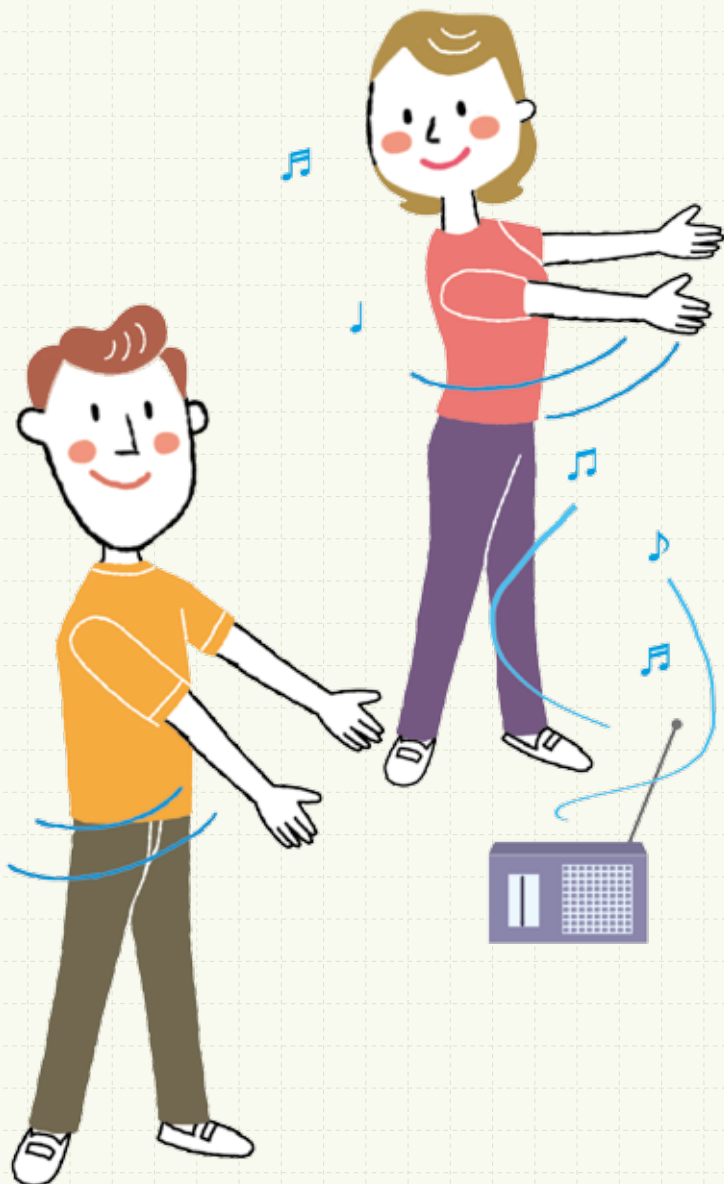
もともと浴衣は、平安時代に火傷防止や肌を隠すために着ていた湯着＝「湯帷子」が原型といわれます。それが時代とともに、湯上がりや部屋着、寝間着にも着られるようになりました。江戸時代に入ると銭湯の発達や歌舞伎の人気、花火・縁日・盆踊りの流行なども手伝って、浴衣は広く庶民に広がるようになったのです。

同時に江戸後期の天保の改革では庶民の絹の着用が禁止されたこともあって、今の浴衣の形がほぼできあがりました。錦絵などに当時の歌舞伎役者の浴衣姿も残っており、庶民はこぞってこれを真似たといわれます。

健診の

「有効性を高める」には？

— 自治医科大学 地域医療学センター 地域医療学 教授 小谷 和彦



健診の有効性に対する「実証」についての話はいかがだったでしょうか。有効性の程度やその証左の現況について、皆様の職場での会話に一瞬たりとも登場したとすれば幸いに思います。今回は、さらに、**健診の「効果をより高める」とい**についての話題を提供していきたいと思っています。

健診は社会的存在と言える面を持っています。すなわち、健診に関わるコンセプトやシステムは、社会（国民）のニーズと歩調をあわせて時々刻々と変貌を遂げるべき定めを持っているということです。これは健診が効果的に進化することと深く関係します。



自治医科大学
地域医療学 教授
小谷 和彦 (こたにかずひこ)

Profile

略 歴

1992年 自治医科大学医学部 卒業 地域医療に従事
2008年 自治医科大学医学部 臨床検査医学(兼)公衆衛生学
2012年 米国 NIH (National Institutes of Health) 脂質部門
留学
2015年 自治医科大学 地域医療学 教授
同医学部 臨床検査医学(兼)公衆衛生学 兼任教授

そ の 他

2005年～ 国立京都医療センター 予防医学研究室 客員室長
2010年～ Touro 大学 California 校 酸化・糖化疾患研究部
客員教授

専門領域

予防医学、脂質代謝検査学、動脈硬化学、疫学、健康教育学

健診のコンセプト





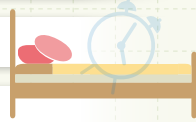


健診はなぜ有効なのでしょう。早期発見の機会となつて、もし病気が見出されれば早期治療に寄与することで効果を発揮すると答える人もいます。この二次予防の考えは、健診の重要な役割に相違ありません。健診従事者は、健診結果を受診者にお返しした後、それがどのような役立っているのかが気になるところです。果たして受診行動は起きたのだろうか…と。

健診が有効である一因として、生活習慣の改善が促されることで効果を発揮すると答える人もいます。健診結果を受け取った受診者が、その結果を見て、(たとえ病気がなくても)その後の生活習慣を考える契機になれば…これは、一次予防的な考えです。

ここで、自分自身を振り返ってみましょう。ご自身の生活習慣についてです(健診従事者は他人に聞くばかりで自分に問いかけた経験は少ないのでは?…**図1**)。たばこを吸わなければ「はい」の回答です。以下、順に「はい」の数を加算してください。全部で7つの「はい」になります。これは、ブレスローの7つの健康習慣として知られています(文献1)。仮に現在の年齢が55歳とすると、「はい」の回答が7つある男性ではあと30年くらい、女性ではあと34年くらいは生きられるだろうと推算されます。どれも特別な健康習慣ではありません。

図1 生活習慣と寿命

以下の7つの質問に対して、「はい」はいくつでしょうか?

- たばこは吸わない 
- アルコールは大量に飲まない 
- 定期的に運動している 
- 体重を保っている 
- 睡眠時間は7~8時間である 
- 朝食は毎日とっている 
- 間食はしない 

余命 (あくまで推定です)

「はい」の総数

現年齢が55歳とすると



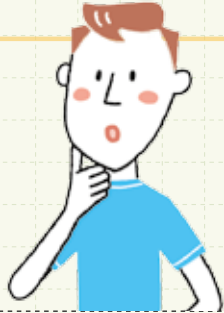
	「はい」の総数	余命 (あくまで推定です)
男性の場合 	6~7つ	+ 30年
	4~5つ	+ 25年
	0~3つ	+ 19年
女性の場合 	6~7つ	+ 34年
	4~5つ	+ 31年
	0~3つ	+ 27年

図2 病気の予防に対する考えのタイプ

1. 病気の起きる前から食事や運動に気をつけるタイプ
2. 検査で異常とわかる程度の無症状の病気が出始めてから食事や運動に気をつけるタイプ
3. 病気で痛い(?) 目にあってから食事や運動に気をつけるタイプ



また、運動を始めればよく眠られるようになる
 といった場合もあり、「はい」を1つ増やすと
 2つも3つも良くなって、余命はうんと変わっ
 てくることにも気づいてください。
 さらに、自分自身を振り返ってみましょう。
 病気の予防に対する考えのタイプについてで
 す(健診従事者には、大病
 になっても意地でも生活習慣を変えないとい
 う人はさすがに稀有なのでは?…図2)。検査
 で異常が始めるまでは生活習慣を変えない
 のは古典的な予防医学派と呼ばれます。病前あ
 るいは検査値異常前から生活習慣に配慮する
 のは現代的な予防医学派と呼ばれます。

図3 特定健診における問診票 (一部)

現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、または6カ 月以上吸っている者」であり、最近1カ月間も吸っている者)	① はい ② いいえ
20歳の時の体重から10kg以上増加している。	① はい ② いいえ
1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施。	① はい ② いいえ
日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施。	① はい ② いいえ
同世代の同性と比較して歩く速度が速い。	① はい ② いいえ
この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	① はい ② いいえ
早食い・ドカ食い・ながら食が多い。	① はい ② いいえ
就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	① はい ② いいえ
夜食や間食が多い。	① はい ② いいえ
朝食を抜くことが多い。	① はい ② いいえ
ほぼ毎日アルコール飲料を飲む。	① はい ② いいえ
睡眠で休養が得られている。	① はい ② いいえ

現代では、早期発見・早期治療（二次予防のコンセプト）と並んで、この手前に位置する健康創りに関わることも、健診のニーズとして挙げられるようになりました。この背景には、生活習慣の長期的な積み重ねから発症する生活習慣病の自然史の解明、予防的健康行動の意義の確立に伴うリスクマネージメントの医療への適用、さらに医療経済的な視点からの予防医学への期待の高まりなどがあると思います。昨今の特定健診にはこの一次予防的なコンセプト（病前あるいは検査値異常前から生活習慣に配慮するスタイル）が色濃く出るようになっていきます。つまり、健康行動へのアクションは健診の時にこそ、ということなのです。

生活習慣の改善を促すシステム

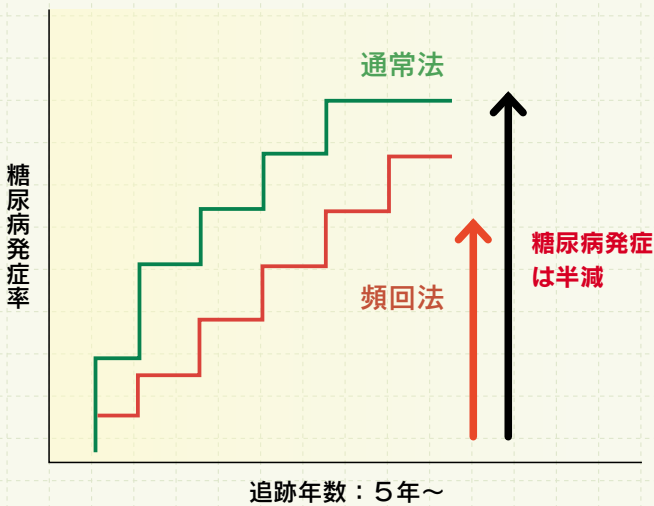
健診の有効性をより高めるには、このようなニーズにあわせて、健康創りに用立ててもらうようなシステムに変わっていく必要があると考えます。従来、健診では検査結果をそのまま受診者に渡すことに終始するようなことがあったと思います。特定健診では、予防的健康行動を実践するための「保健指導」をセッ卜化する方策がとられました。

ここで、特定健診で用いられている問診票を眺めてみましょう（実際に、これに記入した経験をお持ちの人も少なくないでしょう…図3）。先ほどのブレスローの7つの健康習慣にない、問診票そのものが、その改善で向健康的な

生活習慣になることを示すように作られています。特定健診では、さらに直接的、あるいは間接的な保健指導をセットにして、生活習慣の改善を迫る仕組みになっています。

健診の有効性の検証では、一部の検査（例：糖尿病検査の糖負荷試験、うつ状態チェック）については事後指導いかんでは効果があると銘打たれてきた項目があります。例えば、糖負荷試験で耐糖能障害があると判断された集団に、生活習慣（食事と運動）の改善について、1年に頻回に支援した場合（頻回法）と年に1回程度の支援をした場合（通常法）と年々たところ、頻回法群では運動量がより増えて食事が減りました。そして、糖尿病発症は、通常法群に比べて半減するという結果になりました（文献2）。この生活習慣による糖尿病

図4 生活習慣の改善による糖尿病発症抑制の証明



発症抑制効果は、耐糖能障害の集団に糖尿病発症を抑止するとされる薬を服用する方法よりも大きいとされています。

今回は、生活習慣の重要性をあらためて提示してみました。健診の有効性を高めることを議論する際に、健診そのものが、どのように予防的な行動を取るのかの意識づけ、あるいはその行動変容を容易にする支援を含めたシステムになっていくことが求められています。健診をより活かすための方法論の一つとしてITの利用のような話にもつながっていくところでもあります。これは、現代の健診へのニーズを踏まえて、健診が、一人一人の健康創りにより積極的に役割を果たしていくように進化するというところにほかなりません。

文献

1. Belloc NB, Breslow L. Relationship of physical health status and health practices. *Prev Med.* 1972;1(3):409-21.
2. Sakane N, Kotani K, Kuzuya H et al; Japan Diabetes Prevention Program (JDPP) Research Group. Prevention of type 2 diabetes in a primary healthcare setting: three-year results of lifestyle intervention in Japanese subjects with impaired glucose tolerance. *BMC Public Health.* 2011;11(1):40.

当財団ビル

恵比寿健診センター を新装・拡充

～受診者がより安心して安全に受診できる
環境を目指して～

当財団は、昭和 43 年以来日本全国の職域健診・住民健診を巡回で実施しております。

利用者が安全かつ安心して受診できるように、効率的な健診実施方法や全国で実施した検体の中央集中管理方法、高品質な検査技術・判定基準・健診データ管理・個人結果出力フォーマットの均質化・統一化など、多くの技術を蓄積してまいりました。

今回、各種法令に基づく健康診断、生活習慣病健診、婦人科健診、がん検診、人間ドックと行ってきた当財団ビル恵比寿健診センターの2階・3階をリフォームし、最新の経鼻内視鏡を備えた検査室を3階に、人間ドック・フロアを独立して4階に新設いたしましたので、ご案内します。



2階・3階
健診センター受付・
待合フロア



2階・3階
健診センター（各検査室）



2階・3階の 「健診センター」を リフォーム

当財団は全国で巡回健診を実施していますが、巡回には実施日時に限りがあり、受診できない場合もあります。渋谷区恵比寿の当財団ビル2階・3階に**健診センター**を常設して、巡回で日時が合わず、受けられなかった方々がいつでも受診できるようにしています。

それでも受診希望者が多く、ご迷惑をおかけしていましたが、今回リフォームして健診専用とし、受診環境の整備や拡充を行い、より快適にご利用いただけるようにしました。交通の便もよく、JRや日比谷線の恵比寿駅に近いという利便性からも、受診率向上にお役立ていただけるものと存じます。



独立した「人間ドックフロア」を新設

～より快適な空間に一新 高品質なサービスを目指して～



4階 人間ドックフロア



待合スペース



各検査室

受診者の動線を整え、関連する検査室が同じフロアで受けられるようにするなど、検査に伴う受診者の負担を軽減し、独立した人間ドック・フロアを4階に新設しました。

待合室などには優しい日本画など絵画を飾って癒やされる空間となりました。絵画は季節毎に変え、リラックスした状態で受けていただくと考えております。

今後とも、より快適な受診環境を演出し、さらに高品質な検査・健診の精度とサービスの向上を図り、皆様の健康づくりをサポートしてまいりたいと考えております。

携わるスタッフ全員が医療現場での接遇などの研修を修めた職員でございます。ぜひ一度お受けいただければ、そのよさがご理解いただけるものと存じます。



(経鼻・経口) 上部消化管内視鏡検査室を新設

内視鏡検査室では、食道や胃、十二指腸のがんなどを調べる上部消化管内視鏡検査が受診できます。

今回導入した最新の内視鏡は直径 5.9mm と経口内視鏡の 39% の細さですから、鼻からも入れられますし、口からも検査できます。内視鏡の表面も滑らかで、屈曲も柔らかいため、人にやさしく、内視鏡が挿入されても、ほとんど抵抗感を感じません。

内視鏡を操作し、検査してくれる先生方は日本内視鏡学会認定専門医・指導医であり、前処置など検査補助をされる看護師も日本消化器内視鏡技師学会の認定を受けられた第一線の方々です。このベテランの方々によりチームとして検査するため、極めて苦痛も少なく、安全に安心して受けられます。もし異常があれば、その後を、担当医の所属する大学病院等にご紹介いたします。

なお、普段お忙しい皆様を受診しやすいように**土曜日**も検査しています。また、当財団の胃がんリスク検診あるいは内視鏡検査を受けられた方々なら、**除菌外来**もご利用いただけます。お問い合わせください。



内視鏡検査風景 (3階 健診センター内視鏡検査室)

当財団の健康診断・人間ドックに関するお問い合わせは下記へご連絡ください

(一財) 日本健康増進財団

☎ 03-5420-8011

✉ mail@e-kenkou21.or.jp