

第6回 勤労者医療フォーラム

# 就労と糖尿病治療の両立

～糖尿病医療における障壁（スティグマ）とアドボカシー～

## 〈記録集〉

日時

令和5年2月12日(日)  
13:00～17:00

場所

ミッドランドホール  
名古屋駅前 ミッドランドスクエア 5F

独立行政法人 労働者健康安全機構 中部ろうさい病院

# 目 次

## 開会の辞

理事長挨拶 .....	4
-------------	---

独立行政法人労働者健康安全機構理事長 有賀 徹

協会理事長挨拶 .....	5
---------------	---

公益社団法人日本糖尿病協会理事長/関西電力病院総長/関西電力医学研究所長 清野 裕

県医師会長挨拶 .....	6
---------------	---

公益社団法人愛知県医師会長 柵木 充明

総合司会者の言葉 .....	7
----------------	---

中部ろうさい病院名誉院長・本部特任研究ディレクター 堀田 饒

## 基調講演

糖尿病治療支援と日本糖尿病協会の取り組み～スティグマとアドボカシーを中心に .....	9
---	---

公益社団法人日本糖尿病協会理事長/関西電力病院総長/関西電力医学研究所長 清野 裕

## 追加発言

### 1. 「糖尿病を持つ人も持たない人も等しく幸せな人生を送っていただく」ための

日本糖尿病学会の取り組み .....	18
--------------------	----

一般社団法人日本糖尿病学会理事長/

国立国際医療研究センター研究所 糖尿病研究センター長 植木浩二郎

2. 日本医師会の疾病の差別的取扱い防止の取り組み .....	26
---------------------------------	----

公益社団法人日本医師会副会長 茂松 茂人

3. 治療と仕事の両立支援をめぐる最近の行政の動きについて .....	36
-------------------------------------	----

厚生労働省 労働基準局 安全衛生部 労働衛生課 治療と仕事の両立支援室長 立原 新

## シンポジウム

### 糖尿病患者の機会の均等を目指して

司会：中部ろうさい病院 治療就労両立支援センター所長 河村 孝彦

1. 職場における障壁（スティグマ）の実態調査報告 .....	43
---------------------------------	----

中部ろうさい病院 糖尿病・内分泌内科部長、治療就労両立支援センター 両立支援部長 中島英太郎

<b>2. スティグマが2型糖尿病の自己管理に与える影響</b> .....	53
東京大学大学院医学系研究科 公共健康医学専攻 保健社会行動学分野	加藤明日香
<b>3. 企業の健康管理としてのスティグマとアドボカシー</b> .....	56
中部電力株式会社 全社総括産業医	西田 友厚
<b>4. スティグマの克服に必要なこと～メディアの立場から～</b> .....	62
医療福祉ジャーナリスト	飯野奈津子

## パネルディスカッション

<b>糖尿病医療における障壁（スティグマ）とアドボカシー</b> .....	68
司    会：中部ろうさい病院名誉院長・本部特任研究ディレクター	堀田 饒
公益社団法人日本糖尿病協会理事長 / 関西電力病院総長 /	
関西電力医学研究所長	清野 裕
パネラー：植木浩二郎、茂松 茂人、立原 新、加藤明日香、西田 友厚、飯野奈津子、	
河村 孝彦、中島英太郎	

<b>閉会の辞</b> .....	76
独立行政法人労働者健康安全機構理事・副総括研究ディレクター	中岡 隆志



独立行政法人労働者健康安全機構（JOHAS）の理事長をしております有賀と申します。第6回勤労者医療フォーラム「就労と糖尿病治療の両立」を開催するに当たり、ご挨拶を申し上げます。本日は会場に多くの医師の方々にお集まりいただいております。今回はWebによる視聴の方も多数おられると聞いております。心から御礼申し上げます。ありがとうございます。

本フォーラムは、本会で第6回目となります。回を重ねるごとに参加いただく方が増えております。ひとえに

本フォーラムの企画が大変充実したものであって、また両立支援が社会の関心を集めつつあることの表れだと思っております。企画されました堀田名誉院長、佐藤院長をはじめとする先生方、中部ろうさい病院の先生方におかれましては大変ありがとうございます。厚く御礼申し上げます。私もろうさい病院のグループを代表する立場から、冒頭にご挨拶をさせていただきますことを大変うれしく思います。

本日は共催いただきます愛知県医師会長の柵木先生にお越しいただいております。また、日本糖尿病協会理事長の清野先生、日本糖尿病学会理事長の植木先生、さらには日本医師会副会長の茂松先生、厚生労働省から立原室長と、各領域を代表する方々にご臨席を賜りましたことについて心から御礼申し上げます。ありがとうございます。

本フォーラムでは、糖尿病に罹患された方々の就労継続を支援するための議論を行いますが、糖尿病になりますと長期にわたる生活習慣の改善や治療が必要となることから、とりわけ働いている人たちにとって、糖尿病とうまく付き合いながら仕事を続けることが大変重要になります。医療者は治療に当たって一人ひとりの患者さんに対し最適な治療をもちろん選択するわけですが、完治せしめることは大変難しく、多くの患者さんにとって、仕事を通じて社会に積極的に関わっていく、寛解をしながら付き合いっていくということは、生活の質ないし人生を考える上で大変大事なことであると思えます。

平成29（2017）年3月に政府が決定した「働き方改革実行計画」においては「病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組みを整えて、病を患った方々が、生きがいを感じながら働ける社会を目指す」と記載されております。この仕組みは、私ども独立行政法人労働者健康安全機構（JOHAS）が先駆的に取り組んできましたところの、治療と仕事の両立に向けて、主治医、会社・産業医、そして患者に寄り添う両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制となります。このように、糖尿病の治療と仕事の両立支援は全国民が望む国家的な事業ということになります。

国家的な事業と言いましたが、働く人たちが年々、年を取っている、若い人が減っていくということに鑑みて、本件は大変大事な仕事と考えるところであります。治療と仕事の両立支援は、患者さんと医療者側の努力のみでは実現しないわけで、雇用者の理解・協力が強く望まれるところであります。患者が就労を希望することは基本的な人権の大事な一つであります。成熟社会における文化として定着させる必要もあります。

この意味でも、このたびの勤労者医療フォーラムのもたらすメッセージは極めて大事なもの、重要と考えております。本日お集まりの方々には、活発なご議論を頂きながら、本フォーラムが社会に対する大きなメッセージとなることを心から祈念して冒頭のご挨拶とさせていただきます。



先生方、こんにちは。今日は3年ぶりに勤労者医療フォーラムが開催されました。このフォーラムでは従来から、就労と糖尿病治療の両立支援というテーマで、非常に盛り上がったところでコロナ禍になり、丸3年中断していたということです。

もちろん就労者の方の環境を物理的に整えてあげるというのも大変大きなテーマでございますが、もう一つ、治療の障壁になっているスティグマについて先生方と一緒に考え、これを解消するため、アドボカシー活動というのですが、どういうことをすれば患者さんが安心して治療に取り組むような環境ができるかということについて討論する予定です。

「スティグマ」というのは、今から20年ぐらい前から国際糖尿病連合によって提唱され、欧米では理解が進みつつありますが、アジア地域ではまだ十分理解が行き届いていません。スティグマは医療者にとっても大変重要で、医療者の一言が患者さんの治療の障壁になっていることも明らかになっております。どういう問題があって、これをどう解決していったらいいのか、いろいろな立場、学問の立場から植木理事長、医師会の立場から茂松副会長、厚生労働省から立原室長におこしいただき、多角的に議論したいと考えています。それでは数時間の間、先生方、よろしく願いいたします。



皆さま、こんにちは。ただ今ご紹介いただきました愛知県医師会の柵木です。本日は、よろしくお願い申し上げます。

WHO（世界保健機関）が新型コロナウイルス感染症のパンデミックを宣言してから、3年という日時が流れました。この間、日本は第8波まで迎え、今年1月20日には岸田総理の口から2類感染症から5類感染症へ変えるという表明がされたわけです。しかしながら、医療現場では依然として、院内感染等を防ぐために徹底したコロナ対策をすることが余儀なくされているということで、まだまだこう

した対策は続いていくのではないかと考えております。そのなかで最前線で尽力されてきた医療従事者の方々に心より敬意を表する次第です。

新型コロナウイルス感染症については、重症化リスクが高い要因の一つとして糖尿病が挙げられております。一般的な感染症においても、やはり血糖のコントロールが悪いと重症化しやすいというのが通説です。感染症を重症化させないためにも、糖尿病において重要となるのが適切な治療の継続です。

令和元年国民健康・栄養調査によると、就労世代の20～59歳の「糖尿病を指摘されたことがある者」「糖尿病が強く疑われる者」のうち、治療を受けていない者はそれぞれ52.0%、30.2%にも上るということです。糖尿病は定期的な通院への配慮などがなされれば、おおむね支障なく働くことが可能ですが、その一方で、糖尿病に対する誤った情報あるいは知識から、職場における理解や協力を妨げられることもあるわけです。

平成29（2017）年3月に決定された「働き方改革実行計画」のなかには、「病気の治療と仕事の両立」が盛り込まれており、病気を抱えながら働く人が増えているなか、主治医、企業、産業医等の産業保健スタッフの連携が今後ますます必要になってくるだろうと考えております。愛知県医師会としても、従来より愛知県糖尿病対策推進会議を設置し、講演会の開催等を通じ糖尿病対策の推進を図るとともに、愛知県と共に未受診者や治療中断者への適切な受診勧奨、保健指導を啓発し、重症化を防ぐ取り組みを行っているところです。このような活動を通じて、糖尿病患者が治療と就労を両立できる社会づくりを今後とも積極的に支援してまいりたいと考えているところです。

本フォーラムでは、医療界のみならず、行政やマスメディアの各分野の先生方から貴重なご講演、ご発言をいただけることと期待しております。開催に当たりご尽力いただきました労働者健康安全機構理事長の有賀徹先生、

中部ろうさい病院名誉院長の堀田饒先生をはじめ、講師の先生方、関係者の皆さま方に深く感謝を申し上げますとともに、本講演会が皆さまのこれからのお仕事にとって有益であることを心より祈念申し上げます。共催者としてのご挨拶とさせていただきます。本日は、よろしくお願い申し上げます。

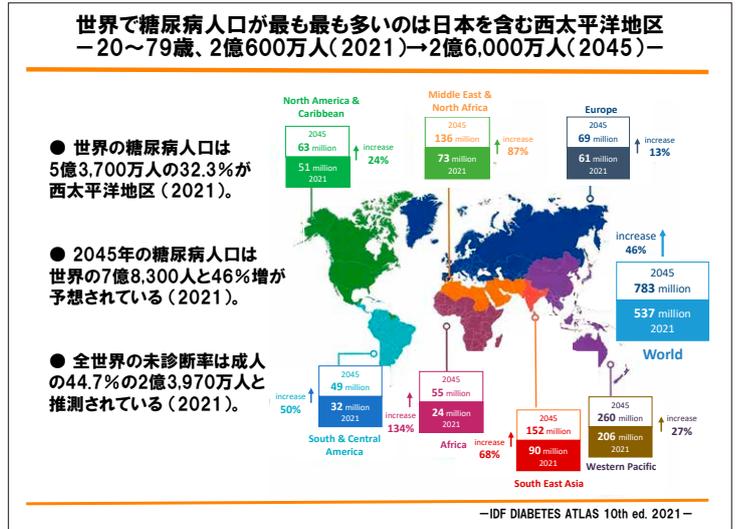




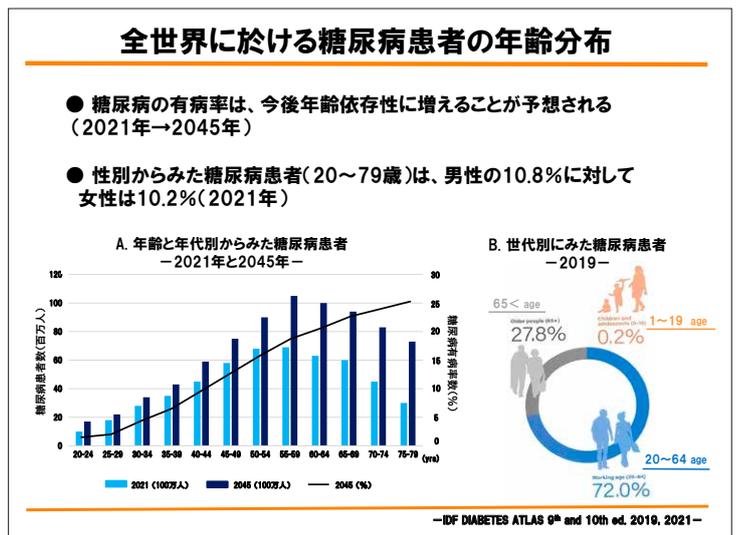
皆さん、こんにちは。ただ今から「就労と糖尿病治療の両立～糖尿病医療における障壁（スティグマ）とアドボカシー～」というタイトルで、第6回勤労者医療フォーラムを開きたいと思っております。総合司会はこれからご講演いただきます日本糖尿病協会理事長の清野裕先生と、中部ろうさい病院の堀田です。

清野先生がご講演される前に、少しイントロとして私が話させていただきます。スライド1にございますように、現在の世界の糖尿病人口は非常に増えております。世界糖尿病連合は世界を七つの地区、北アメリカ・カリブ地区、中南米、中近東・北アフリカ、アフリカ、ヨーロッパ、西南アジア、それから西太平洋地区に分けていて、西太平洋地区には日本も含まれ、中国、インドネシアが含まれております。これから糖尿病人口は非常に増えてまいります、とりわけ日本が含まれる西太平洋地区は全体の人口が他の地域に比べて非常に多くて、結果として世界の糖尿病人口を押し上げているわけです。問題は、世界のなかで糖尿病と疑われながら診断されていないのが44.7%と非常に多いことです。

年齢分布を見てみると、スライド2に示すように、縦軸が糖尿病患者数で、単位は百万人です。曲線が%です。薄いブルーの棒グラフが2021年、濃いブルーが2045年です。お分かりいただけますように、増加の一途をたどります。年齢別に見てみると、多いのはやはり働く



【スライド1】



【スライド2】



【スライド3】

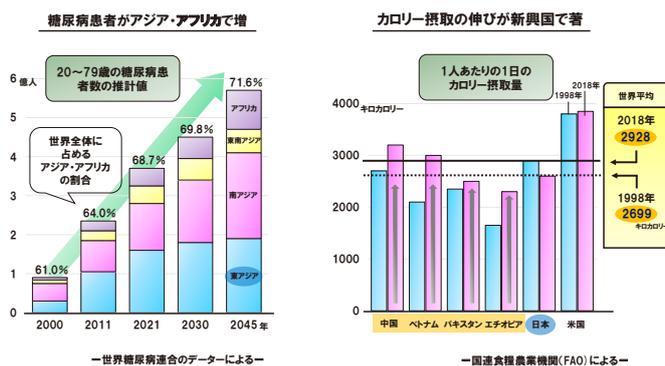
**IDF Diabetes Atlas による全世界の推定  
—2021年、2030年と2045年—**

	2021	2030	2045
世界の総人口	79億人	86億人	95億人
世界の人口(20~79歳)	51億人	57億人	64億人
<b>糖尿病(20~79歳)</b>			
全世界の頻度	10.5%	11.3%	12.2%
糖尿病患者数	5億3,660万人	6億4,270万人	7億8,320万人
糖尿病による死亡	670万人	—	—
<b>Impaired glucose tolerance(20~79歳)</b>			
全世界の頻度	10.6%	11.0%	11.4%
IGTと診断された人数	5億4,100万人	6億2,270万人	7億3,030万人
<b>1型糖尿病(0~19歳)</b>			
1型糖尿病の子供と若者の数	120万人	—	—
毎年の新規診断数	18万4,100人	—	—

—IDF DIABETES ATLAS 10th ed. 2021—

【スライド4】

**アジアを中心に糖尿病患者が増える  
—新興国ではカロリー摂取が増—**



—典拠:日本経済新聞 2023年2月5日より一部改変—

【スライド5】

年です。後進国においてはこのようになりに増えてまいります。わが国は幸いなことに少し減ってまいります。それでも1998年の世界平均と同じ2700kcalを取っているようです。これは統計によってさまざまですが、これは国連食糧農業機関のデータです。すなわち、糖尿病対策として食生活あるいは運動が大事かと思えます。

スライド6は本シンポジウムで取りあげたテーマ、わが国のみならず、やはり世界的にスティグマに対するアドボカシーという運動が重要であり、現在でもわが国では、就労あるいは会社における昇進、生命保険、結婚など、いろいろな壁があります。今日のフォーラムを通して、この問題に対しての関心が深まり、その解決策が少しでも見つかることを願っております。御清聴、ありがとうございました。

世代の20歳から64歳が72.0%、高齢者(65歳以上)が27.8%、19歳以下が0.2%です。これからますます糖尿病が増え、とりわけ勤労者世代が非常に問題となってまいります。

先ほど申しましたように、未診断率が問題です。世界糖尿病連合の数値によりますと、わが国では約500万人が、糖尿病と疑われながらまだ治療に至っていないというわけです(スライド3)。実際に、世界の糖尿病と疑われながら糖尿病と診断されていないトップ10を見てみますと、日本は第9位なのです。第1位は中国、第3位はインドネシア、いずれも日本が含まれる西太平洋地区の人口の多い国です。また、実際に成人の糖尿病患者のトップ10には、日本が第9位に入っております。そういうわけで、わが国においては糖尿病は無視できないといわれます。

スライド4は2021年、2030年、2045年の糖尿病患者数の推移ですが、お分かりいただけますように、経時的に増えてまいります。糖尿病予備軍もこのように増えてまいります。

先生方もすでにご存じのように、日経新聞の今年2月5日の朝刊に糖尿病に関するデータが出てまいりました(スライド5)。そのなかでとりわけ問題になるのが、カロリーの摂取率です。ブルーは1998年のデータ、ピンクは2018



【スライド6】

# 糖尿病治療支援と日本糖尿病協会の取り組み ～スティグマとアドボカシーを中心に～

公益社団法人日本糖尿病協会理事長／関西電力病院総長／関西電力医学研究所長 清野 裕

就労と糖尿病治療の両立  
「糖尿病医療におけるスティグマとアドボカシー」  
2023年2月12日(日)

**糖尿病治療支援と日本糖尿病協会の取り組み  
～スティグマとアドボカシーを中心に～**

公益社団法人 日本糖尿病協会  
関西電力病院 / 関西電力医学研究所  
清野 裕




日本糖尿病協会 マスコットキャラクター 「マール君」  
「患者さんと医療者が手を取り合って糖尿病と闘うのお手伝いし、  
幅広い人に愛されるキャラクターに育つことを期待します」  
岡本麗子さん(広島県在住)

後ほどご専門の立場からそれぞれ詳しいお話があると思いますので、私は少し総論的なお話をしたいと思ひます。特にCOIはありません。

「コントロール」と私が書くのはちょっとおかしいのですが、患者さんの血糖の管理状況をご覧に入れますと、65歳以上の人は、ほぼ3分の2が満足すべきコントロールの範疇に入っておられるのですが、65歳未満、これから長く治療を続けたいといけない人は逆に3分の2の人がうまく管理できていないという状況があります。

先ほどの有賀先生のお話にありましたように、就労者の世代の治療者がどのような状況かですが、これはあまりいい統計がありません。国民生活基礎調査で血液検査をした人は本当にわずかで、3000人や1万人をもってわが国の全人口の類推をしているということになって、どの程度信頼性があるか分かりませんが、例えば30代、40代、50代をご覧いただきますと、半数以上が定期的な受療をしていません。糖尿病の治療なしの人は30～40歳代で2014年より2016年の方が少し増えています。したがって、就労世代の糖尿病治療に対する取り組みが不十分であるということにもなると思ひます。

いつもいろいろ聞きましても、中断経験がある人は3分の1ぐらいになります。この人たちに理由を聞きますと「忙しい」というのが一番で、それから「お金がかかる」、さらに「診療

時間に仕事がある」とか、それなりの理由をおっしゃっているのですが、その他というのもあります。本当にこれだけで治療しないかというのが今日のテーマになってくると思ひます。

糖尿病の方が安心して治療できる環境の整備や糖尿病について学んでいただくために、日本糖尿病協会では糖尿病連携手帳、自己管理ノート等々を発行しておりますし、食事療法といってもなかなか管理栄養士が言うことを理解できる人は少ないので、私と管理栄養士の方で作った簡単な冊子を用いるとか、いろいろな画像を用いて学習をしてもらっています(スライド1・2)。

## 日本糖尿病協会の現状と取り組み

### 糖尿病協会グッズ

- (1) 糖尿病連携手帳  
2020年4月第4版発行  
糖尿病連携手帳活用ガイド
- (2) 自己管理ノート  
2021年4月改訂版発行  
血糖値や血糖値の状況が一目で分かるシートです。糖尿病連携手帳の活用に合わせて、患者さんの医師向けに活用できます。
- (3) 糖尿病連携カード(薬品連携カード)
- (4) 英文カード (Diabetic Data Book)

入手方法は日糖協事務局までお問い合わせください  
Contact

### 日糖協eラーニング

日糖協eラーニングは、患者さんへの良質な情報の提供を目指し、糖尿病診療に関わる最新のスキルアップに活用いただくことを目的としています。糖尿病、妊娠、合併症、糖尿病からくる様々な病気について学ぶことができます。

- ①ログイン
- ②学習
- ③テスト
- ④マイページ

How To 日糖協HPにアカウント登録方法など詳細を掲載  
CDEL・日糖協の認定する糖尿病認定医・登録歯科医師・EXPERT社員の認定・更新に活用

【スライド1】

## 日本糖尿病協会の現状と取り組み

2022年10月第4版発行








【スライド2】

最近では医療者が一方的に講義をしてもあまり患者さんは乗ってこないのです。例えば参加型の糖尿病カンパセッション・マップをしています。今日来ておられる岐阜大学の矢部大介教授がこれを日本でも展開されておりますが、数名の糖尿病患者さんと家族等が入って、車座になって、サポート役として医療者のファシリテーターがいます。これでグループ体験をしたり、いろいろな視覚に訴えていきますと、気づきが出てきて、自分もやってみようということになるわけです。皆さんが話し合っているうちに、「自分はこれは知らなかった」などという気づきがあります（スライド3）。

### 糖尿病カンパセッション・マップの特徴

- ・ 参加人数：原則3～10人、糖尿病患者さんや家族など
- ・ 患者同士の話し合い（ファシリテーターによる橋渡し）

グループ体験

知らないことに気付く



ファシリテーター

視覚に訴える

やってみよう！

a-ha体験

糖尿病に関して「腑に落ちなかったこと」を理解して主体的に積極的に自己管理に取り組めるようになる

【スライド3】

このマップにはいろいろな種類があり、すごろくのようなものと考えていただいたらいいのですが、それぞれ疑問点を解き明かしながらゴールへ向かっていきます。「糖尿病とはどんな病気ですか」とか、フットケアの問題とか、インスリン注射とか、こういうものがございます。例えばインスリンの働きでは、インスリンを鍵にして、ブドウ糖を角砂糖で表します。鍵穴を開けてブドウ糖がどこかで使われてしまうといいのですが、うまく開かないと血液中に糖があふれ出るので、こういう調子で会話を進めていきます。患者さんがなかなか理解できないことが、話し合っているうちにどんどん面白くなって、理解が進むという道具です。

もう一つ力を入れておりますのが、カードシステムです。名刺大のカードを100種類ぐらい用意しております。それぞれに解説のリーフレットがあります。糖尿病の分野を13分野に分けて、1分野に

それぞれ数枚のカードを配置し、さらにそこにリーフレットを添付します。「今日は糖尿病性腎症重症化予防の勉強をしましょう」と言うと、そういうカードを複数枚取り出して、医療者が患者さんと共に勉強していきます。勉強が終わると、患者さんにとって何が問題かをファシリテーターがリーフレットに記入して、これを持って帰って自分で復習をしてもらいます。こういう参加型のものを使いますと、かなり病気に対する関心も高まるということもございますので、いろいろな工夫をしながらやっています。これが具体的な患者さんの治療ツールになります（スライド4）。

### 糖尿病カードシステム



カード  
名刺サイズ



リーフレット  
A4サイズ



チェックシート  
患者用

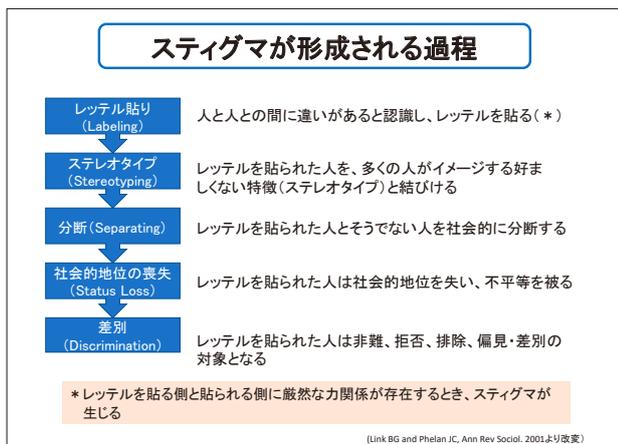
公益社団法人 日本糖尿病協会ホームページより

【スライド4】

一方、今日のテーマでありますスティグマですが、これはある特定の属性に所属する人に対して否定的な烙印を押す、ある特定の集団に何かレッテルを貼って、その他の人と区別するという意味です。人と人との間に違いがあると認識してレッテルを貼



るといのが元の意味ですが、貼られた人を、多くの人が好ましくないイメージを持っている特徴と結び付けます。したがって、貼られた人とそうでない人を社会的に分断することになって、貼られた人は不平等を被り、非難されたり、排除・偏見の対象となります。もちろん貼る側と貼られる側には力関係が存在していて、貼る方が優位であるということです（スライド5）。

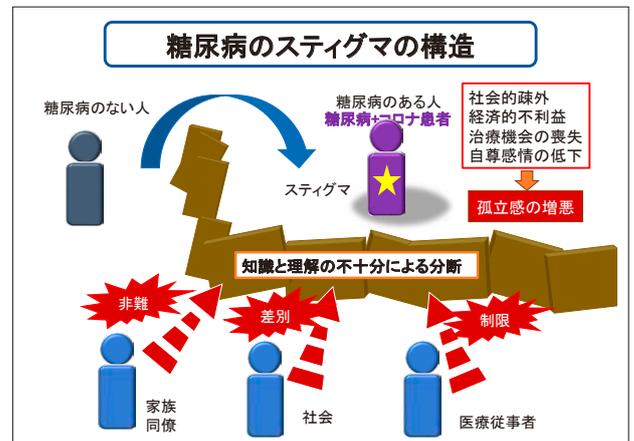


【スライド5】

先生方のご記憶に新しい新型コロナウイルスの感染流行時には、スティグマが非常に顕著でした。昨日まで私たちと一緒に働いていた人に対して、コロナに感染した途端に非難や差別や制限が起り、当時はコロナの診察に当たっている医療従事者に対しても非難・偏見が向けられたのはご記憶に新しいと思います。現在、コロナ感染者は非常に増えて、今4000万人ぐらいになっておりますし、濃厚接触を合わせると国民の半数以上がスティグマの対象になってしまった結果、コロナのスティグマはもうほとんどありません。感染しても「私はコロナになりました」と安心して言える世の中ができてきたので、これは非常に早く解消されたということになります。

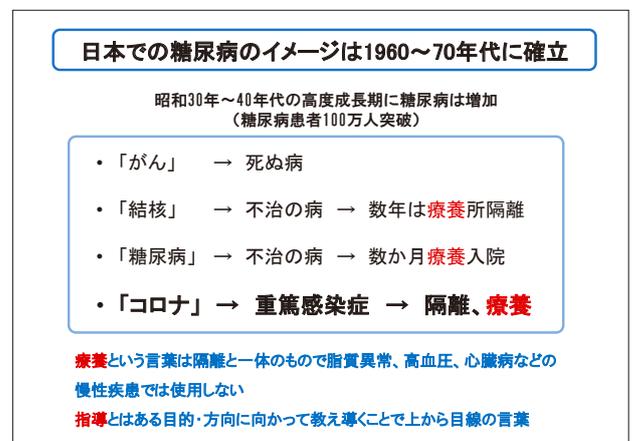
例えば、昨日まで同じ仲間の人が糖尿病になったとき、スティグマがまだまだ起っているのではないかとことです。例えば今でも一般的な生命保険、住宅ローンも加入できませんでした。就職が不利になったとか、怠け者のような目で見られるとか、こういう世間の目は意外と根強く、特に2型糖尿病の方は「もう自分が悪いんだ」と思い込んで

いる人もいます。糖尿病があるというだけで、こういう社会的な不利益やいわれなき差別を受けます。これを糖尿病のスティグマというわけです（スライド6）。



【スライド6】

各国それぞれ独特のスティグマが存在します。日本は昭和30年から40年代にかけて高度成長期に糖尿病が増え、私が医者になった頃は「糖尿病患者100万を突破」と新聞に出ていました。当時、がんは死ぬ病で、結核は不治の病、糖尿病も不治の病でした。これはそのとおりなのですが、結核の人は2~3年結核療養所というところへ隔離していました。糖尿病の人も、例えば非常に重篤ですと数カ月の入院、これを療養と呼んでいたのですが、おからや豆腐、タラなど、血糖の上がらないものばかり毎日食べてもらっていたことを記憶しています（スライド7）。



【スライド7】

この「療養」という言葉が糖尿病に使われるようになりましたが、他の高血圧、心臓病などの慢性疾

患では使っていません。新型コロナが出てきたときにも「ホテル療養」や「自宅療養」など、つまり「隔離」という言葉をともなった言葉が使われていました。糖尿病の人は社会で活動してもらわないといけないので、こういう呼び方をするのは不適ではないか、これもスティグマに当たるとなりました。

日本の糖尿病の受け止め方は、だいたい昭和40年代に確立したと考えられますが、当時は空腹時血糖が測れる、あるいは尿糖で糖尿病を診断治療するのが一般的でした。HbA1c等は昭和61(1986)年に保険収載になっていますし、治療手段がインスリンとSU薬だけだったので、高血糖昏睡の人や低血糖昏睡の人、あるいは失明、腎不全による死亡が頻発し、このイメージが非常に強く社会にインプットされたということもあります。インスリンを自己注射するのは非合法で、これは昭和56(1981)年に合法化されました。だから、古い方は覚えておられると思いますが、患者さんが自宅でガラスの注射器と金の針を煮沸消毒して注射していました。あるいは1日3回病院へ来て、病棟で注射を受けていたので、これは大変深刻な病気という世間の受け止めになりました。

それから、その頃、糖尿病は遺伝ということが非常に広まっていて、体質と遺伝の区別がつかない。一般の人はあまり分らないと思いますので、遺伝して注射する大変な病気であったことも大きな誤解を生んだ一因です。また、排泄物の名が付いています。尿という名が付いていて、世間体からこれを受け入れたがらないという患者さん側の理由もありました。このイメージがそのまま社会に定着して、現在まで来ています。糖尿病の治療は非常に進歩して予後も改善した今、このままでいいかどうかということです。

最も多いのが、世間の人が思う「あの人は食べ過ぎて太っているから糖尿病になったんだ」。太っている人はたくさんいて、半数も糖尿病ではありませんから、糖尿病になった人とならない人に大きな影響を与えるのは、体質ではないかと思われま。それ以外にも、先ほどのもの以外に、結婚に当たってもいろいろな障壁がある。昇進の障壁がある。ある

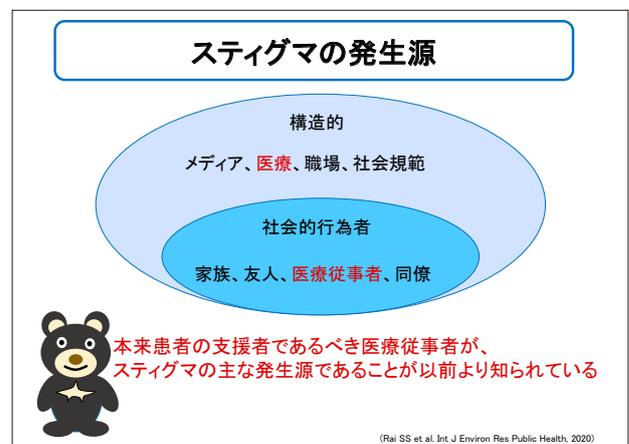
いは寿命が短いということが社会に広まりました。医師の講演会も真っ先に「糖尿病患者は十何年寿命が短い」というのから始まる講演が非常に多くて、これがまた世間に誤解を与えるということもありました。後で植木先生がお話しになるとは思いますが、日本人で糖尿病のある人・ない人で、40歳時の余命は変わらないのです。病院に来ない人は統計を取りようがありませんので、これはちゃんと通院している人だけのデータです(スライド8)。

糖尿病のスティグマの類型	
	<b>社会的スティグマ</b> (社会的規範からの逸脱、レッテル)
経験的スティグマ (実際の経験)	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活習慣病</li> <li>生命保険に加入できない</li> <li>住宅ローンを断られる</li> <li>就職できない</li> <li>結婚への障壁</li> <li>昇進の障壁</li> <li>寿命が短いとの偏見</li> </ul>
予期的スティグマ (スティグマへの恐れ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病のことを上司・同僚、時に家族にも言わない</li> <li>診断されることすら恐れる</li> </ul>

● 乖離的スティグマ(模範的な糖尿病のある人のイメージからの乖離)  
● 自己スティグマ(自尊心の低下)

【スライド8】

こういうスティグマはどこから出てくるかという、どこからでも出てくるわけです。メディアも多いし、それから医療の現場が非常に多いです。本来、糖尿病患者さんを支援する医療者がそのスティグマの発生源にもなっているのは大変なことでしょうし、職場の人のちょっとした一言が治療の障壁になることを自覚しないとイケません(スライド9)。

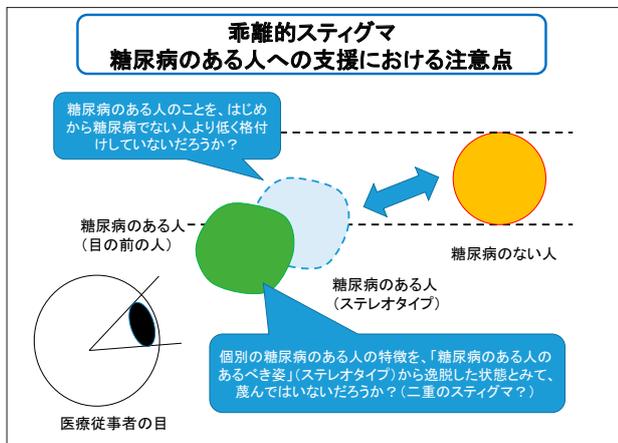


【スライド9】

特に医療者がこんな会話をしていることがあります。「あの人は糖尿病だから、全然言うことを聞か

ない」。これは何か根拠があって言っているわけではなくて、頭から糖尿病の人は聞き分けが悪いと決めつけている。例えば「糖尿病気質ってあるよね」「HbA1cが上がっている。何か食べ過ぎましたか」と、上がったら食べ過ぎと決めつけるか、運動をしていないか、食べているかというのも非常に短絡的な考えで、何か上がる理由がいろいろあったから上がっているのだと思います。そういうことを理解しないで頭から決めつけるのは良くありません。

これは少しややこしいスライドですが、乖離的スティグマです（スライド10）。



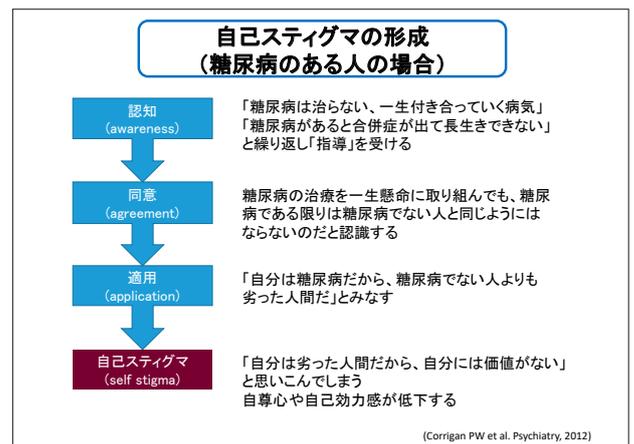
【スライド10】

例えば一般の人を黄色としますと、糖尿病の人はそれよりちょっと下の方にいると医療者は決めていて、糖尿病の人をせめて正常に近い水準に引き上げようと、こういうふうに決めつけて、そこへ無理やりに持っていかうとします。「ここに入らないのは、あなたの努力が悪いからだ」。糖尿病のある人を初めから低く格付けしているところに問題があるので、ここが医療者の注意点ではないでしょうか。「あ



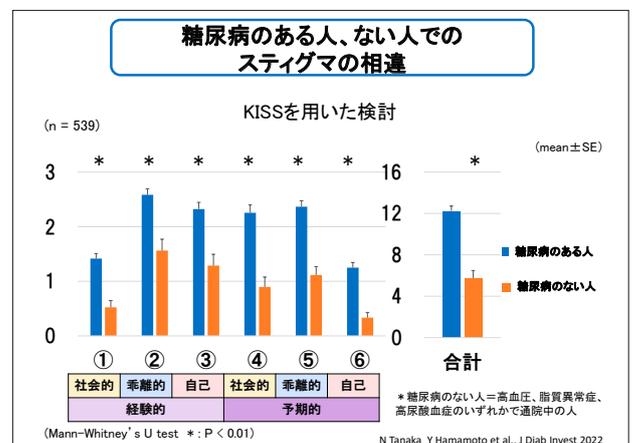
んたはこんなもんだから、HbA1cも7%になったら上々ですよ」という言い方をよく聞きます。

もう一つ、自分でスティグマを形成してしまうことがあり、これもわれわれ医療者が関与するわけです。「糖尿病は治りませんよ。一生付き合っていく病気です」。これはこのとおりです。「糖尿病があると合併症が出て、長生きできませんよ」と何回も何回も言われると、「やっぱり糖尿病があったら、頑張ってみても長生きできないのだな」となって、「自分は糖尿病になってしまったので、普通の人よりも格段劣った人間だ」と思い込み、だんだん自己の価値を下げた自己スティグマというものもあります。これは後で加藤先生が詳しくお話しになると思います（スライド11）。



【スライド11】

慢性疾患で本当に糖尿病だけにスティグマがあるかどうかをわれわれの病院で調査して、一定のスコア化をして評価したものです（スライド12）。



【スライド12】

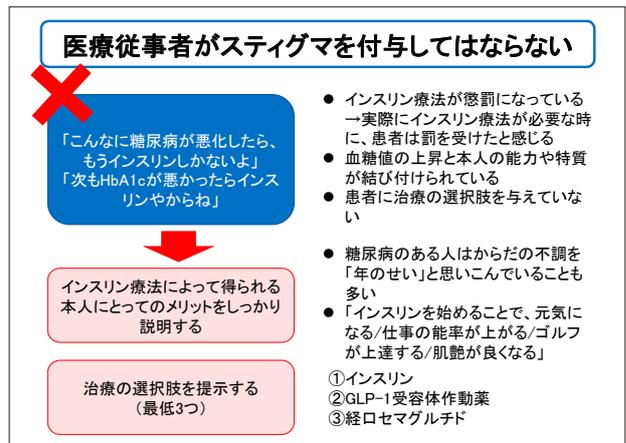
いろいろなスティグマがあるわけですが、糖尿病

のある人となない人、これは高血圧や高脂血症の患者さんですが、やはり圧倒的に糖尿病の人にスティグマを感じている人が多いということです。

医療従事者がスティグマを付与してはいけないというのがありますが、例えばこういうことがあります。「糖尿病で、あなた、HbA1cがもう9%ですよ。もうじき10%だから、インスリンしかない」「次またHbA1cが9%だったら、インスリンだからね」とぼんと言ってしまう。そうすると患者さんはびっくりして、「インスリンをやったらしまいだ」というような人もいます。そうではなくて「HbA1cが上がってきた。今のうちに一回血糖を下げましょう」と、インスリンのメリットをちゃんと話して「インスリン以外ならこんなものもありますよ」という選択肢も併せて提示することが必要ではないかと思えます。そうすることによって、インスリン療法によって得られる本人のメリットが患者さんも理解できます。

インスリンをするというのは、どうも患者さんにとっては、懲罰を受けるような、「私がかんたでできないから、懲らしめにインスリン治療をさせられる」という受け止めを持っていると思えますし、血糖値の上昇と本人の能力や特質がそのまま結び付けられています。何か理由があって血糖値が上がるのでしょが、頭から「これは患者さんが悪い」と決めつけていると思われるので、このコミュニケーションをしっかりとっていただきたいということです。

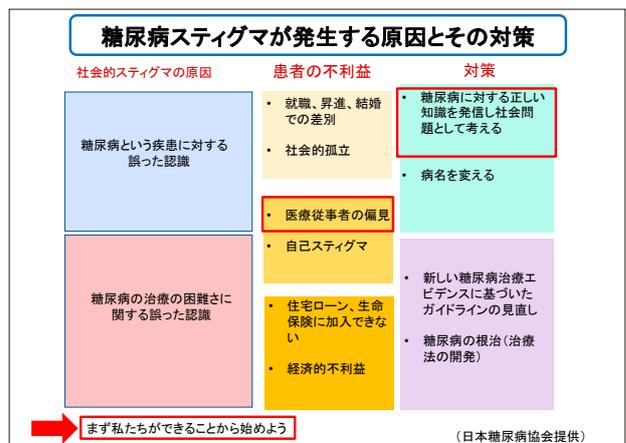
なぜ医療従事者は特に糖尿病のある人にスティグマを付与するのか。決して医療従事者はそう思っていないのですが、知らず知らずスティグマを付与している。やはり糖尿病に対する誤った認識が医療従事者にもあるのではないかと。それから、医療従事者にスティグマに関する適切な教育を受ける機会がない。私も患者さんに「こんなの放っておいたら、目がつぶれるで」とか「透析になるで」などと言って、治療をさせてきました。ずっとこの方やってきたのですが、最近になってそれではいけないと気が付いたので、私自身もそんなつもりはないのですが、スティグマを与えていました（スライド13）。



【スライド13】

生活状況は人それぞれ異なりますので、こんな生活をしたらこの人は良くなるというエビデンスは出しようもありません。生活を変更することにもなうメリット・デメリットを、患者さんがちゃんと理解できるように説明できていません。一番悪いのが、実行不可能な「1日1万5000歩歩いて、3食はきっちり食べて、おやつは一切、夜食もやめてください」。こういう指示をしておいて、悪い場合は「結果はあんたが悪いから」となるので、ここがまた非常に難しいところです。

スティグマが発生する原因と対策を1枚の図にまとめていますが、原因としては、糖尿病という疾患に対する誤った認識が非常に大きいです（スライド14）。



【スライド14】

もう一つは、糖尿病の治療は困難であるという認識です。私が大阪の財界の集まりに行きましたら「先生、血圧や痛風は、まあまああんなもの、大したことありませんな。糖尿になったらしまいです

な」と言われて大変びっくりしたのですが、その程度の認識しかありません。

対策としては、正しい知識を発信して社会の問題として捉えていくということが、当たり前のことですが一番大事です。そのためには何が正しい知識かよく理解しておかないといけませんので、私たちはまず自分たちができることから始めようということで、用語や言葉で患者さんに不快な思いを与えるものはないかを考えます。言葉なんかで良くなりますかとよく聞きますが、こういうふうに言っている人もいるわけです。「言葉は、言うまでもなく人類が用いる最も効き目のある薬である」。だから、言葉は非常に大事だという人と、言葉なんか直したって中身は変わらないという人と、これもさまざまなのですが、われわれは少しずつでも変えていこうと考えています（スライド15）。

### スティグマを生じうる医療用語から改革する

使用するべきではない言葉	使用するべき言葉
* 使わなければ伝わらない場合ある	
服薬(注射)コンプライアンス、アドヒアランス	服薬(注射)実施率 (〇〇%)
血糖コントロール	血糖マネジメント(管理)
血糖コントロール不良	治療目標未達成
糖尿病患者	糖尿病のある人
この言葉は使用しない	
糖尿(×侮蔑的)	この言葉は使用しない
療養指導	この言葉は使用しない
検討中	
生活習慣病	なくすべき言葉
糖尿病	見直し

英語の対訳あり

日本語特有の表現

スティグマを付与しない、より適切な日本語表現を模索するべき

\* 中立的で、非判断的、患者とのコラボレーションを促す言葉の使用を推奨するが、非判断的コンプライアンス、論文・企業・ウェブの論文引用には使用しない  
(Dickinson JK et al. Diabetes Care. 2017; Diabetes Australia. 2011; NHS England. 2018)  
(Copyright J et al. Diabetes Res Clin Prac. 2012; Cooper A et al. Diabetic Med. 2018)

【スライド15】

特に世界的にも「血糖コントロール不良」というのが患者さんにスティグマを与えることはよく知られています。それ以外にも、日本語の「糖尿病患者」。これを「糖尿病のある人」とする。ただし、こういう場所や、例えばカンファレンスや論文などで、いちいち「糖尿病のある人」と会話していたら訳が分からなくなりますので、時と場合によります。患者さんとコミュニケーションを取るとき、社会に情報を発信するときは、「糖尿病のある人」という言い方をしてほしいと思います。

「この言葉は使用しない」と書いていますが、日本では糖尿病の「病」を言わないで、医療者も世間の人にも「あの人は糖尿だから」とか「糖尿になりま

した」とか、病を省略して言うから、人を尿で表す侮蔑的な言葉になっていて具合が悪いのではないのでしょうか。こういうことは一切やめてほしいと思います。有名な書店の医学書のところへ行きますと「代謝・糖尿コーナー」と堂々と書いてあって、立腹して帰ったこともあります。

もう一つ、「生活習慣病」。これは先ほど申しあげましたように、生活習慣は糖尿病になった人もならない人にも差がないので、なぜ糖尿病を含むいろいろな疾患に「生活習慣病」が使われるのか。私はぜひひなくしていただきたいと思ひますし、「糖尿病」については学会の植木理事長といろいろご相談しながら、見直しをしようということになっています。

これまで「糖尿病患者」というと、どうも受動的な、「私は診てもらって、何とかしてもらえる人」という意味に取られています。これをより主体的に糖尿病に関わる、「糖尿病のある人」。外国はすべて people with diabetes と言いなさいという指導がありまして、diabetic patient というのはもう使ってはならないとなっていますので、ここらも考えないといけません。

「血糖コントロール」というのを従来ずっと使っているわけですが、良好な血糖コントロールをするためには食事をきっちりとする、ストレスを取る、それ以外にも因子があり、さらに運動をして下げる。ここに薬剤が加わっています。これのすべてが患者さんの意思でどうにもならない部分もあるわけで、「しっかりやりなさい」と言ってもどこをどうしっかりするのか。この部分とこの部分はできるの

### 治療を受ける人への言葉「血糖コントロール」を再考する

**Control:**  
the ability or power to make someone or something do what you want or make something happen in the way you want (Longman現代英英辞典から)

**コントロール:**  
ほうっておくか独自の動きをするものを、こちらの意志通りに動かすこと (和漢大辞典から)

食事・運動で血糖コントロールをすることは至難の業  
薬剤は医師の判断で投与される

糖尿病のある人は血糖をコントロールできないことに  
絶望感を持つかも？

糖尿病のある人は糖尿病だけを考へて生きているのではない

【スライド16】

ですが、他は患者さん自身ではどうにもなりません (スライド 16)。

この「コントロール」ということは、例えば放っておくと独自の動きをするものをこちらの意思どおりに動かすことです。ですから、われわれ医療者が患者さんの血糖コントロールをしてあげるといふ考えですと、これは自由自在に患者さんの血糖を操ることになりますので、非常に具合の悪い言葉になります。加えて、先ほど言いましたように、食事・運動で患者さんがちゃんと血糖を至適の範囲に入れるというのは至難の業で、しかも投与される薬剤は医師の判断で投与されています。血糖コントロールができないことに患者さんも非常に失望することもありますし、糖尿病のことだけを考えて生きているわけではありません。いい血糖にしたら「私の人生は良かった」と言って死ぬわけでもないので、本末転倒しないようにしてほしい。

「コントロール」に代わるものとして、患者さんにお話しするとき、あるいは世間での会話に「マネジメント」を使います。これを辞書で見ますと、物事がうまく運ぶよう工夫・管理をすることです。ですから、より主体的に患者さんが治療に関わってマネジメントをする、われわれは支援をするということになろうかと思えます。

「糖尿病」の病名自体がスティグマになっていないか。これは大変議論のあるところで、どこへ行っても賛成、反対、どちらでもいいと、だいたい3等分されると思います。紀元2世紀にアレテウス (Aretaeus) という人が患者さんを眺めて、尿がサイホンのようにあふれ出すというので、サイホンという名に命名しました。その後、これが甘いので mellitus というのが付いています。

日本と中国では古来から「消渴」、渴き病と呼ばれて、平安時代も消渴でしたから、1907 (明治 40) 年まで 1100 年ぐらいこの病名で呼ばれていました。これは患者さんがたくさん水を飲んで夜中にトイレへ行くので渴き病と、症状から診断したということになろうかと思えます。欧米では diabetes というのを尊重して、フランス語なら diabète などと少しずつ変形していますが、おおむね原語で呼んでいます。

日本はオランダ医学が盛んだったわけですから。西洋のなかで唯一オランダ語だけが pisploed としていて、これが日本で「尿崩」と訳されて、新しい病名になりました。これが 1700 年代のことで、その後 1800 年代には「蜜尿病」などいろいろなものが出てきたので、日本内科学会が 1907 年に「糖尿病」と統一し、これが決まってちょうど百十数年たつわけです。糖尿病というのはこういう歴史的なものを表しますが、先進国では翻訳されていません。排泄物の名前が付く病名は患者さんに喜ばれないであろうということです。

1907 年を考えてみますと、わが国では明治維新から国民検尿を実施して、尿糖の定性が 1877 (明治 10) 年ぐらいから行われるようになって、尿糖の定量ができるようになりました。血糖の測定は 1900 (明治 33) 年ぐらいから可能になってきましたが、血液 50cc を使って、これを抽出して半定量。図るたびに値は違うので、信頼性はない。ですから、1907 年に糖尿病と命名されたのは、私はその時点では科学的に非常に正しいと思います。東京大学の青山教授という内科の教授が、糖尿病の人にいろいろな薬を投薬され、「尿糖で見ても何一つ効くものはなかった」と臨床講義で述べられています。血糖の定量法ができたのが 1923 (大正 12) 年で、これは 1950 年代にオートアナライザーで幅広く普及したということもありますので、1907 年の尿糖しか測定できない時代のこの呼称は、私は非常に正しい、画期的な病名ではなかったかと思えます (スライド 17)。

### 糖尿病の命名の根拠

わが国では明治維新から国民検尿を実施する機運が高まり、尿糖の定性は可能であった。

明治 10 年 (1877) 定量法へと発展し、種々の測定法が開発され普及した。

1900 年 血糖の測定が開発。血液 50ml を要し抽出が必要など煩雑で感度も低く半定量法であり普及しなかった。

1923 年

1950 年

### 呼称・病名を見直す機運にある!

**糖尿病と命名された1907年には尿糖しか測定できずこの時点での「糖尿病」の呼称は正しい**

しかし、尿糖が出れば糖尿病とは限らず、尿糖が出てなくても糖尿病はある。さらにSGLT2阻害薬の適応拡大により非糖尿病でも大量の尿糖排出者がある。

**したがって「糖尿病」という名称は病態を正しく反映していない!**

【スライド 17】

しかし、尿糖が出れば糖尿病とは限りませんし、尿糖が出なくても糖尿病があります。こういう相反することもありますし、最近、SGLT2阻害薬の適応拡大によって、非糖尿病でも大量の尿糖があるということが分かりました。したがって呼称・病名を見直す時期にあります。いろいろな日本の辞典を見ますと、糖尿病というのは確かに「糖尿を呈する」とか「尿中への糖排出」と書いてありますが、外国の辞典を見ますと「too much sugar in your blood」とか「sugar in blood」と、全然「尿」という言葉は出てきませんので、ここでも乖離が起こっていることになります。

そういうことから、アドボカシー活動が国際糖尿病連合で出てまいりましたが、アメリカでは、皆保険でないためにインスリンのアクセスができない人が非常にたくさんいるので、ヘルスケアの質の担保、治療薬の入手を誰でも平等にできるようにしようとか、研究費支援というのが、糖尿病の根治を目指してアドボカシーの1番手、2番手にあります。

日本ではアドボカシー活動といっても、何か講演会をしたり、われわれが1型糖尿病の患児をサマーキャンプに連れていったり、いろいろなイベントをするのがアドボカシーと呼ばれていたわけですが、決してそれがアドボカシーではありません。患者さんが不利益を被っていることを除去してあげることが重要だと思います（スライド18）。

### 日本における具体的なアドボカシー活動

- ① 所属施設の友の会や1型糖尿病のキャンプ、患者会活動 
- ② 地域の糖尿病フェスタ、世界糖尿病デーなどの啓発イベント
- ③ 糖尿病重症化予防事業

これまでのアドボカシー活動の中で特筆すべきは日本糖尿病協会によるインスリン自己注射の適法化(非合法→合法化,1981)





【スライド18】

糖尿病のある人の言いづらさに気が付いてほしい。これを言えば不利益になるのではないかと、自分からはどうしても言いにくい。コロナの出現に

よってスティグマというものがあるということ世間も分かっていたいただきましたし、われわれがスティグマの発生源になっている。それから、メディアも糖尿病の恐ろしさとか怖さとか、ああいう番組ばかりを作って前向きのもがないので、私はメディアも重要であるという立場です。糖尿病のある方も、ゴールは個人で皆違います。われわれがいいと思っているゴールはご本人のゴールと少し違うこともありますので、ぜひそれを理解して、一人ひとりが合併症や併存症を発症しないで、かつスティグマがなく、楽しい一生を終えられるような社会にしてあげてほしいと思います。どうもご清聴ありがとうございました（スライド19・20）。

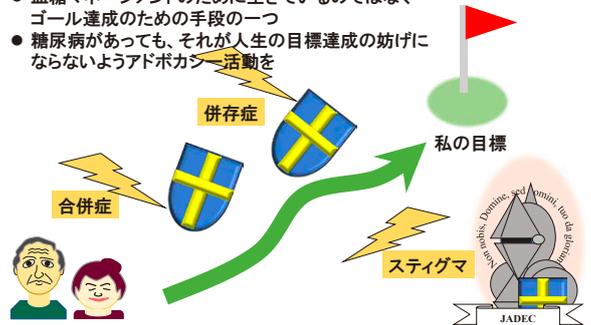
### 日本で今なぜアドボカシー活動が始まったのか？

- 糖尿病に関する誤った認識が医療者、社会に存在することを確認(日本固有のものあり)
- 糖尿病のある人の「言いづらさ」への気づき
- 糖尿病に関する偏見(スティグマ)の存在の認識
- 新型コロナウイルスの出現によるスティグマの存在を世間も認識
- 医療者の糖尿病スティグマの発信源になっていることへの認識
- メディアにみられる偏った糖尿病に関する報道も一因

【スライド19】

### 糖尿病のある人の真の幸福の追求のために

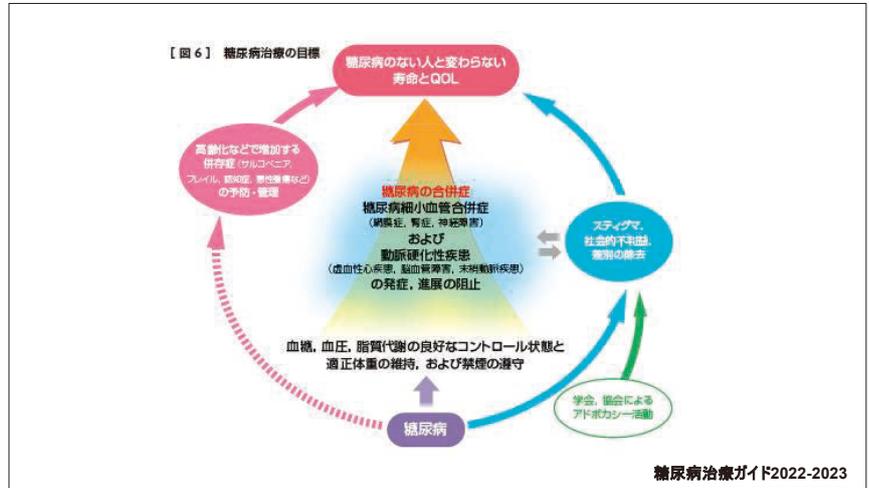
- 人それぞれ人生のゴール(目標)は異なる
- 血糖マネジメントのために生きているのではなくゴール達成のための手段の一つ
- 糖尿病があっても、それが人生の目標達成の妨げにならないようアドボカシー活動を



【スライド20】

# 「糖尿病を持つ人も持たない人も等しく幸せな人生を送っていただく」ための日本糖尿病学会の取り組み

一般社団法人日本糖尿病学会理事長 / 国立国際医療研究センター研究所 糖尿病研究センター長 植木 浩二郎

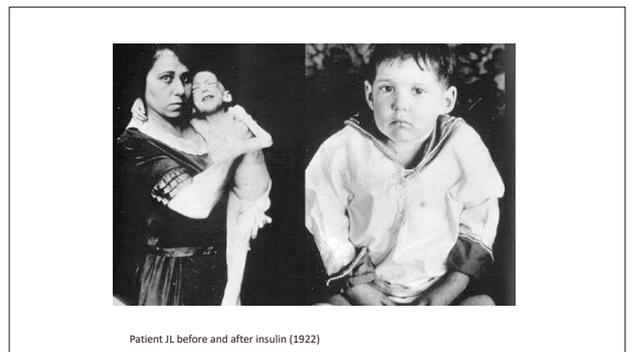


【スライド 1】

堀田先生、ご紹介をありがとうございます。本日はこのような場にお招きいただきまして、どうもありがとうございます。本日は、日本糖尿病協会の清野理事長とともに進めておりますアドボカシー活動、あるいは糖尿病の現状について、今日おいでの先生方はよくご存じかと思いますが、改めて少し紹介させていただきます。

これは皆さまよくご存じかと思いますが、「糖尿病治療ガイド」に書いてあります糖尿病治療の目標です。ここには「糖尿病のない人と変わらない寿命とQOL」が目標として書いてあります。そして、そのための手段としては、糖尿病のさまざまな合併症を、血糖などのコントロールを（これはマネジメントといった方がいいのかもしれませんが）達成することによって、寿命とQOLを確保するという。そして、今わが国は急速に高齢化しておりますので、糖尿病があることでリスクが増すような併存症についてもマネージするという。そして、今、清野先生からもご紹介がございました、このような治療を妨げているスティグマを除去することによって、糖尿病のない人と変わらない寿命とQOLを達成することを目指しています（スライド 1）。

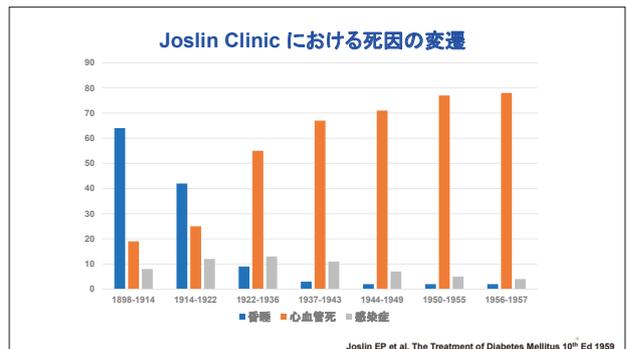
それでは、今、現在どうなっているのかということですが、一昨年、インスリンが発見されてから100年になりました。堀田先生の前で糖尿病の歴史の話をするのは非常に恥ずかしいのですが、これは



【スライド 2】

レナード・トンプソンさん、最初にインスリン治療を受けた人です（スライド 2）。1921年以前のインスリンがなかったときには飢餓療法しかありませんでしたので、このようにがりがりに痩せていたわけですが、インスリンによって寿命が延びるようになりました。

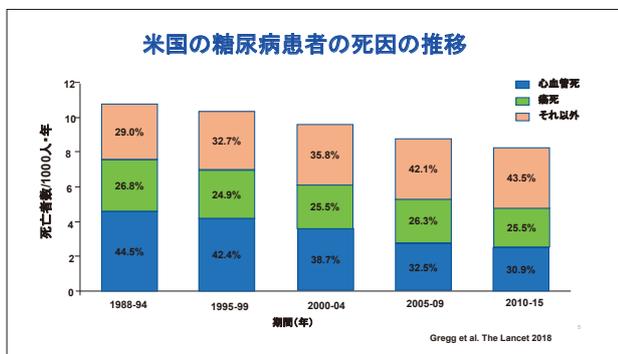
これはアメリカで最初にインスリン治療をされたジョスリン（Joslin）先生のテキストブックの1959



【スライド 3】

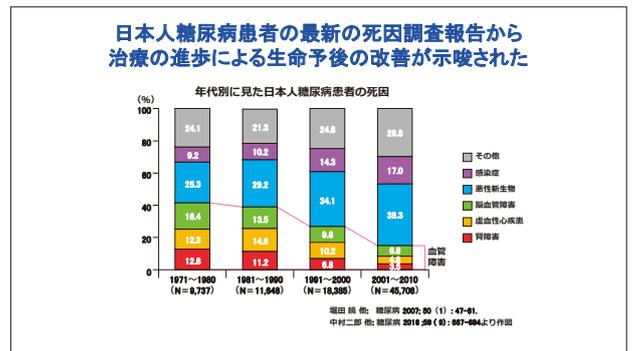
年版からのグラフです（スライド3）。1921年にインスリンが発見される前までは、この頃ですので多くは1型糖尿病の方だと思いますが、ケトアシドーシスのような急性合併症で亡くなる方がほとんどだったのが非常に印象深いのですが、インスリンの発見とともにそれが急速に減りました。しかも、その後の10-20年も1型糖尿病の方が大勢を占めていたと思うのですが、わが国とかなり違って、心筋梗塞や脳卒中で亡くなる方がほとんどになりました。つまり、インスリンによって急性合併症がなくなるとともに、糖尿病の合併症の存在が明らかになったということかと思えます。

このグラフは、この30年くらいの米国における糖尿病を持つ方の、死因の推移を示したものです（スライド4）。バーの高さは死亡率を表していますが、死亡率は年々減っていて、しかも心血管イベントによって亡くなる割合も減少して、3割ぐらいになっているというのが最近の現状ではないかと思えます。



【スライド4】

わが国では、これは堀田先生が始められて、今、中村二郎先生がまとめておられ、先生方にもご協力いただいている10年ごとに行っております糖尿病を持つ方の死因の研究があります（スライド5）。1970年代には血管合併症によって亡くなる方が40%以上を占めていたのが、2001年から2010年まででは14.5%まで減っていて、第1位は一般の日本人と同じようにがんになっておりますし、高齢化を反映して感染症が2位になっています。2001年から2010年までの調査は、糖尿病を持つ方だけ4万5000例の調査でしたが、今、中村先生がまとめられてもうすぐ発表になる2011年から2020年ま



【スライド5】

での調査は、糖尿病を持つ方6万5000例と持たない方16万例の直接の比較で、死亡時年齢が、先ほど清野先生がおっしゃったような誤解を解くようなものが出てくるであろうと思えます。

まだ全体は出てきていないのですが、今日は私どもの成績だけお示しいたします。2011年から2020年までの、私どもの病院の糖尿病を持つ方・持たない方の死亡時年齢はまったく変わりませんし、死因についてもほとんど変わりません。むしろ血管合併症は少ないようにも見えます。ただ、私どもは急性期病院ですし、糖尿病を持つ方の平均HbA1cは6.8%ですから、血糖のコントロール状態がかなりいい方という注釈はつくかもしれませんが、わが国全体としてもあまり変わらないようなデータが出るのではないかと期待しています。

これは先ほど清野先生がお示しになりました横浜市立大学の後藤先生、寺内先生が、朝日生命成人病研究所に通院されている患者さんと、当時のNIPPON DATAの40歳時点での平均余命を出されたもので、いずれも変わりませんでした。朝日生命成人病研究所に通院されている患者さんも血糖コントロール状態はいいだろうと思えますので、いいコントロールであればという条件はつくかもしれませんが、

このように血管の合併症がかなり治療の進歩によって改善していくなかで、どうしても治療を妨げる大きな要因が、先ほどのスティグマの問題ではないかと思っています。そこで2019年から、私の前の日本糖尿病学会の理事長の門脇先生と清野先生がアドボカシー活動を両団体で一緒にやっというこで、これは最初読売新聞に出たと思えます

が、「偏見にNo！ 糖尿病をもつ人は、あなたと同じ社会で活躍できる人です」という啓発ポスターを公表しています。

米国の糖尿病学会は毎年、Standards of Care in diabetesというのを出しておりますが、アドボカシーについては1章を設けています（スライド6）。そのなかでこの五つを挙げていますが、2019年版までは6番目があって、それは例えば刑務所にいる人の糖尿病のケアをしようというようなアメリカらしいものがあったのですが、清野先生がおっしゃいましたように、薬価がかなり高いということもあって、米国ではインスリンに対するアクセスを一番上に上げています。

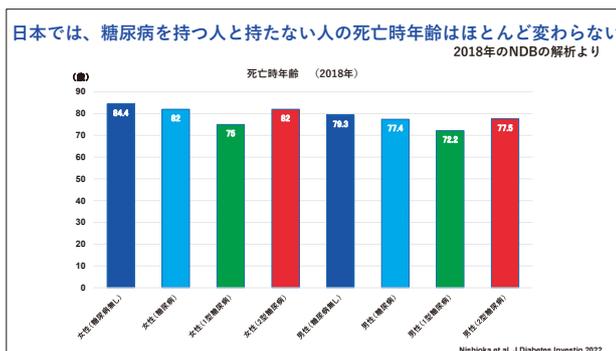
**Advocacy: 弁護、支援、擁護**

17. Diabetes Advocacy: Standards of Care in Diabetes—2023  
Diabetes Care 2023;46(Suppl. 1):S279–S280 | <https://doi.org/10.2337/dc23-5017>

- ① インスリンを安価に入手できるようにする
- ② 学校における十分な糖尿病のケア体制の確立
- ③ 幼児の糖尿病のケア体制の確立
- ④ 糖尿病患者の運転免許取得の障壁の除去
- ⑤ 糖尿病患者の就業差別の撤廃

【スライド6】

これは日本では関係ないかといいますと、やはり日本でも一定程度改善しなければいけないところはあるかと思えます。奈良県立医大の今村先生らが、NDBを用いて糖尿病の方・糖尿病でない方の死亡時年齢を出しています（スライド7）。青でお示した糖尿病でない方と、薄いブルーの糖尿病を持つ方の平均の死亡時年齢は2歳ぐらいしか変わりませんが、1型糖尿病の方についてはやはり少し短い傾向があります。



【スライド7】

これはさまざまな合併症が1型糖尿病の方に多く起きることを反映しているのだと思いますが、1型糖尿病の治療も急速に進歩しておりまして、例えばSAPからいわゆるclosed-loop、車の自動運転でいうと第3段階ぐらいまで来ていて、こういう治療をしておられると合併症も抑制できるのではないかと考えられますが、やはりこれは高額です。

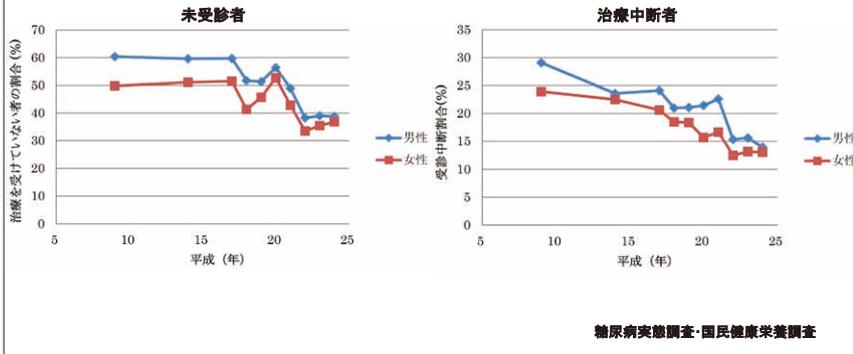
海外と比べてどうかということですが、米国は非常に治療費としては高いわけですが、ただ、それに対する公的な保険、あるいは個人で買っている保険でのカバー率もかなり高いのです。一方、ヨーロッパはかなりの部分が公的資金でカバーされていて、例えば英国ですとポンプ治療をしている人でも毎月の自己支払い額は1000円ぐらいといわれています。わが国ですと、インスリンとポンプ等々で2万円ぐらいで、いろいろな再診料などを考えますと3万円ぐらいかかります。特に小児発症で20歳までは小児慢性疾患でカバーされて、大学生の途中からいきなりこういうお金を払わないといけなくなる、あるいは働き始めてまだまだ給与が安い方にとっては非常に負担になるのではないかと思います。

今日もいらっしゃっている中島先生と一緒に「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」（スライド8）も出して、企業の方々にも糖尿病の理解を深めていただこうとしています。今、1型糖尿病の方にしても、2型糖尿病の方にしても、やってはいけないような業務内容はほとんどないと思います。ただ、低血糖等の注意はしていただく必要はあろうかと思いますし、なるべく通院し



【スライド8】

## 我が国における糖尿病治療未受診者・中断者の推移



【スライド9】

やすいような環境をつくっていただくということも進めてまいりました。

一方で、やはり治療の中断が大きな問題になっているかと思えます。未受診者、治療中断者は減っているのですが、これをさらにどのように減らしていくのかというのは非常に大きな問題です（スライド9）。これは野田光彦先生が主導されて、医師会の先生方に非常にご協力いただいてやりましたJ-DOIT2という研究ですが、コントロール群と電話での受診勧奨などのケアによってサポートした群を見ますと、介入によって受診中断率がかなり抑制できているということが示されています（スライド10）。清野先生もお示しになりましたが、このJ-DOIT2で

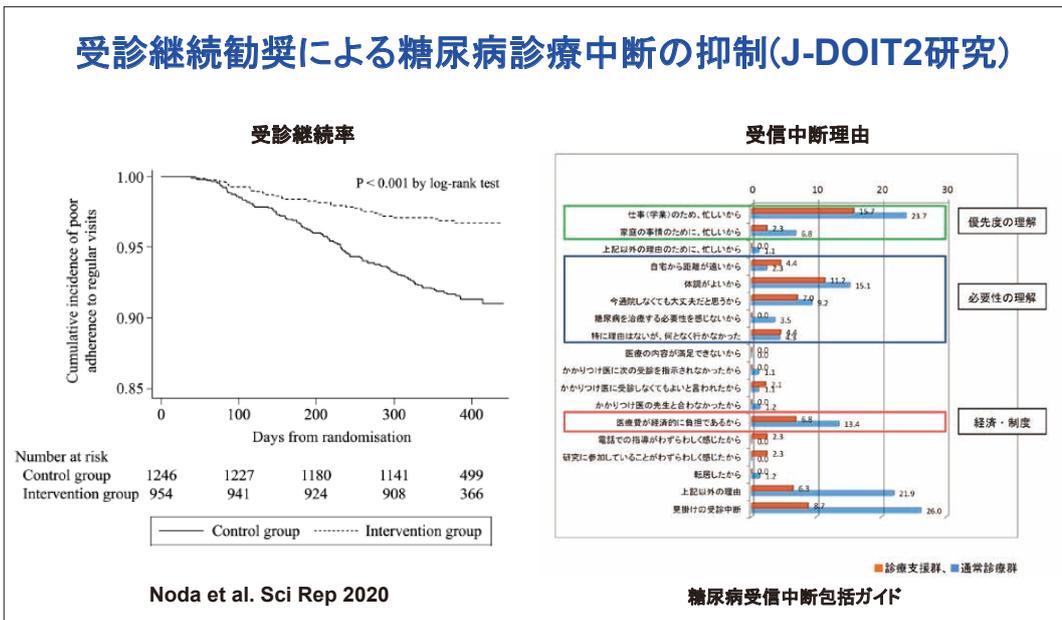
中断した方になぜ中断したのか伺っているのですが、「仕事を優先したい」ということ、「必要性をあまり感じない」ということ、それから「経済的な問題」を挙げられています。

J-DOIT2で対象となった方々は40歳から64歳で、これは本試験なのですが、この前にパイロットスタディをやっています、そのときには40歳未満の方も入っていました。非常に残念なことに、パイロットスタディにおいて、40歳未満の方は

勧奨すればするほど来なくなるということがありました。今のような手段が通用しないということもありますので、それをどのようにしていくのか非常に大きな問題かと思っています。

現在、治療が進歩して、血糖のコントロール状態は非常にようになっております。合併症を抑制するための目標は7%未満になってはいますが、低血糖が起きないような状態では6%未満を目指すことになっております。治療薬も非常にたくさん出てきておりまして、これが一覧です（スライド11）。糖尿病の専門の先生はうまく使いこなせるかもしれませんが、今、糖尿病患者さんの7割以上がかかりつけ医の先生方に診ていただいているということで、これ

## 受診継続勧奨による糖尿病診療中断の抑制(J-DOIT2研究)



【スライド10】

れをどういうふうに使っていいのかということについて、これまで日本糖尿病学会としても不親切な内容しかお示しできていませんでした。これはJDDMという糖尿病の専門のクリニックの先生方の調査ですのでやや難しい患者さんを診ておられるかもしれません

## 2型糖尿病の血糖降下薬の特徴

機序	種類	主な作用	単独投与による低血糖のリスク	体重への影響	主な副作用	禁忌・適応外	使用上の注意	主なエビデンス
非膵β細胞刺激型インスリン分泌促進薬	α-グルコシダーゼ阻害薬(α-GI)	腸管での炭水化物の吸収分解遅延による食後血糖上昇の抑制	低	なし	胃腸障害, 放屁, 肝障害	経口糖尿病薬に共通する禁忌例*	① 低血糖時にはブドウ糖などの単糖類で対応する ② 1型糖尿病患者において, インスリンとの併用可能	
	SGLT2阻害薬	腎臓でのブドウ糖再吸収阻害による尿中ブドウ糖排泄促進	低	減少	性器・尿路感染症, 脱水, 皮膚, ケトアシトシス	経口糖尿病薬に共通する禁忌例*	① 1型糖尿病患者において, 一部の薬剤はインスリンとの併用可能 ② eGFR 30未満の重度腎機能障害の患者では, 血糖降下作用は期待できない	① 心・腎の保護効果がある ② 心不全の抑制効果がある
	チアゾリジン薬	骨格筋・肝臓でのインスリン抵抗性改善	低	増加	浮腫, 心不全	心不全例, 心不全既往例, 膀胱癌治療中の例, 1型糖尿病例, 経口糖尿病薬に共通する禁忌例*	① 体液貯留作用と脂肪細胞の分化を促進する作用があり, 体重増加や浮腫を認める ② 閉経後の女性では骨質のリスクが高まる	HDL-Cを上昇させ, TGを低下させる効果がある
	ピグアナイド薬	肝臓での糖産生抑制	低	なし	胃腸障害, 乳酸アシトシス, ビタミンB <sub>12</sub> 低下	透析例, eGFR 30 mL/分/1.73m <sup>2</sup> 未満例, 乳酸アシトシス既往例, 大量飲酒例, 1型糖尿病例, 経口糖尿病薬に共通する禁忌例*	① eGFRごとのメトホルミン最高用量の目安(30 ≤ eGFR < 45; 750mg, 45 ≤ eGFR < 60; 1,500mg) ② eGFR 30 ~ 60の患者では, ヨード造影検査の前あるいは造影時にメトホルミンを中止する。ヨード造影剤投与後48時間はメトホルミンを再開せず, 腎機能の悪化が疑われる場合にはeGFRを測定し腎機能を評価した後に再開する	肥満2型糖尿病患者に対する大血管症抑制効果がある
膵β細胞刺激型インスリン分泌促進薬	イメグリミン	血糖依存性インスリン分泌促進 インスリン抵抗性改善作用	低	なし	胃腸障害	経口糖尿病薬に共通する禁忌例*	① eGFR < 45の患者には推奨されない ② メトホルミンとの併用で消化器症状の頻度増加	
	DPP-4阻害薬	GLP-1とGIPの分解抑制による血糖依存性のインスリン分泌促進とグルカゴン分泌抑制	低	なし	SU薬との併用で低血糖増強, 胃腸障害, 皮膚障害, 肺炎	1型糖尿病例, 経口糖尿病薬に共通する禁忌例*	① SU薬やインスリンとの併用は, 低血糖の発症頻度を増加させる可能性があるため, SU薬やインスリンの減量を考慮する	
	GLP-1受容体作動薬	DPP-4による分解を受けずにGLP-1作用増強により血糖依存性のインスリン分泌促進とグルカゴン分泌抑制	低	減少	胃腸障害, 注射部位反応(発赤, 皮膚痒みなど)	1型糖尿病例, 経口糖尿病薬に共通する禁忌例*	① SU薬やインスリンとの併用は, 低血糖の発症頻度を増加させる可能性があるため, SU薬やインスリンの減量を考慮する	心・腎の保護効果がある
	スルホニル尿素(SU)薬	インスリン分泌の促進	高	増加	肝障害	1型糖尿病例, 経口糖尿病薬に共通する禁忌例*	① 高齢者では低血糖のリスクが高いため少量から投与開始する ② 腎機能や肝機能障害の進行した患者では低血糖の危険性が增大する	
インスリン製剤	速効型インスリン分泌促進薬(グリニド薬)	より速やかなインスリン分泌の促進・食後高血糖の改善	中	増加	肝障害	1型糖尿病例, 経口糖尿病薬に共通する禁忌例*	① SU薬とは併用しない	
	① 基礎インスリン製剤(持効型溶解インスリン製剤, 中間型インスリン製剤) ② 追加インスリン製剤(超速効型インスリン製剤, 速効型インスリン製剤) ③ 超速効型あるいは速効型と中間型を混合した混合型インスリン製剤 ④ 超速効型と持効型溶解の配合溶解インスリン製剤	超速効型や速効型インスリン製剤は, 食後高血糖を改善し, 持効型溶解や中間型インスリン製剤は空腹時高血糖を改善する	高	増加	注射部位反応(発赤, 皮膚痒み, 浮腫, 皮下結核など)	当該薬剤に対する過敏症の既往例	① 超速効型インスリン製剤は, 食前に投与 ② 速効型インスリン製剤は, 食前30分前に投与	

糖尿病治療ガイド2022-2023 日本糖尿病学会編者

[スライド11]

が、7%未満の患者さんは50%に達していない状態になっています(スライド12)。

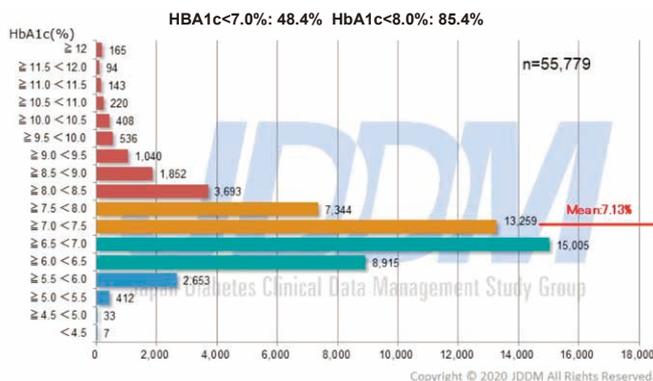
そこで最近、日本糖尿病学会は治療薬に関するアルゴリズムを発表しております、これは医師会の先生方に対しても、「糖尿病治療のエッセンス」にも載せていただいていますし、日本糖尿病学会のWebページでも公開しておりますので、是非ご活

用いただきたいと思います。ただ、これでもまだまだ複雑というご批判も受けておりますし、本当にこれが正しいのかどうかということも、今後検証が必要だと思っています。

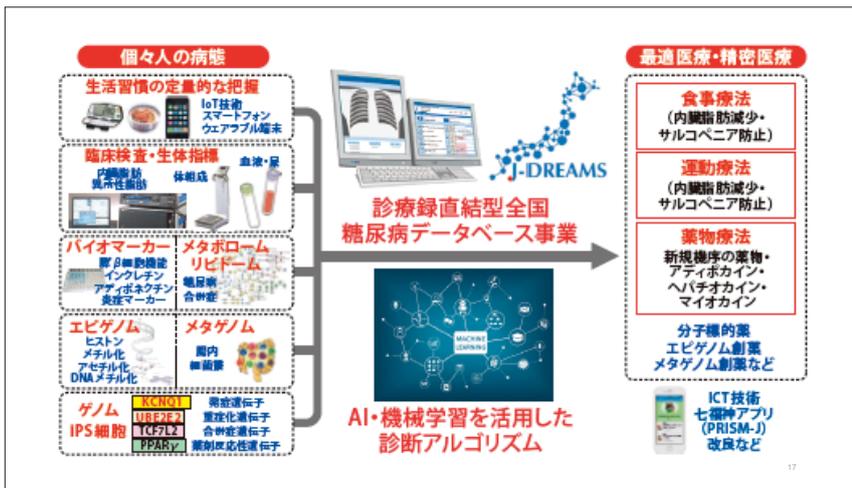
そのための手段として、日本糖尿病学会では診療録直結型全国糖尿病データベース事業、J-DREAMSを展開しております。東日本大震災の後に大きな病

院に配備されておりますSS-MIX2というストレージがありまして、これに患者さんの基本情報、処方データ、検査データが自動的にバックアップされます。それに加えて、参加していただいている施設には診療テンプレートというのをに入れて、血圧や体重などの情報もSS-MIX2のなかに入ります。診療していくとデータベースがたまっていく状態になっています。現在ほぼ9万例がデータベースのなかに入っています

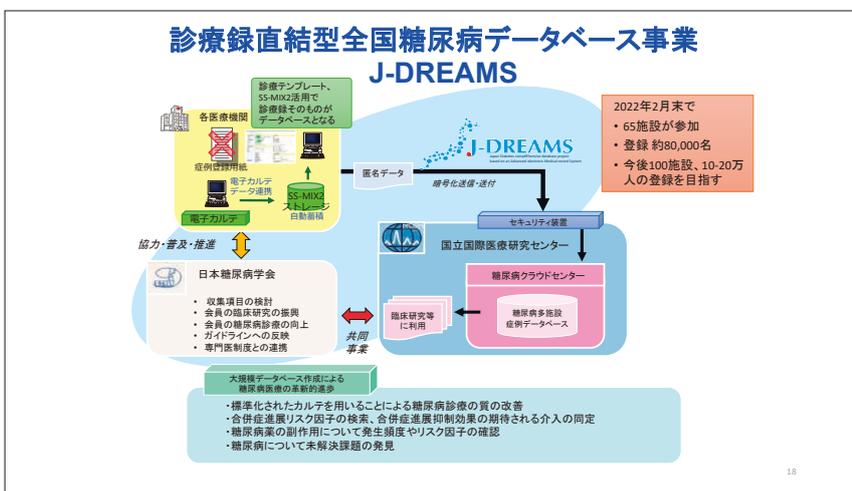
### 我が国における血糖コントロール状態(JDDM 2019)



[スライド12]



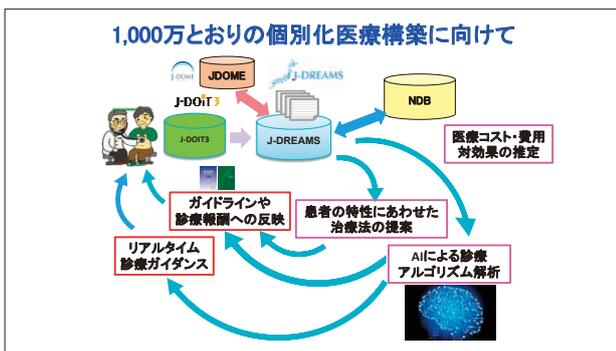
【スライド13】



【スライド14】

(スライド13・14)。

これで何をやるかということですが、日本医師会がやっておられるかかりつけ医の先生方の J-DOME と一緒に、このたまってきたデータを解析して、AIでディープラーニングをさせ、今後かかりつけ医の先生方にも広まっていくであろう電子カルテ上に「こんな特徴の患者さんが来ました」とい



【スライド15】

うことを入れていただくと、こんな薬を投与するとどのくらいのHbA1c低下になって、合併症がどのくらい防げるのか、あるいは薬の値段がどのくらいになるのか。そういうリアルタイムの診療ガイダンスをつくって、電子カルテに実装することを目指しています (スライド15)。現状では、糖尿病の患者さんのPHRと電子カルテをつなげることも、なかなかできていないのですが、患者さんの日常の行動をモニターするウェアラブルデバイスを活用した治療アプリなどの新しいテクノロジーの開発も重要です。

清野先生もお話しになりましたが、やはり糖尿病の負のイメージを払拭することが、先ほどの治療の重要性とか、仕事を優先してしまうということ、あるいは差別があるのでなかなか口に出せないこと、等の問題を解決するうえで大変重要と思います。糖尿病は、diabetes mellitus と呼ばれていますが、体が溶けてい

くようなイメージなのだろうと思いますが、サイホンというのがdiabetesの意味です。これも清野先生がお話しになりましたが、中国では消渴という病名であって、それがわが国に伝わり、オランダ語の psvloed の訳から尿崩となり、その後、糖尿病になっているわけですが、世界的には diabetes、ヨーロッパ系の言語では diabetes あるいはその類義語に

**糖尿病の歴史**

エーベルス・パピルス

- 紀元前1500年頃に書かれたエジプトの医学書エーベルス・パピルスに「多尿を追い払う処方」が見られ、最初の糖尿病に関する記載と書かれている。
- 紀元前6世紀のインドの医師スシュルタは、マドゥーメハ(蜜の尿)として糖尿病らしい症状を記載した。
- 紀元前2世紀のカッパドキア(現在のトルコ)の医師アレテウスが、「肉や手足が尿中に溶けてしまう病氣」として糖尿病を記載し、尿が絶え間なく流れ出す様からサイフォンを意味するDiabetesと名付けた。
- 18世紀、スコットランドの医師ウィリアム・カレンは尿崩症と区別するため蜜という意味のMellitusを加えた。

【スライド16】

### 我が国における糖尿病の病名の変遷

時代区分	病名
中世・江戸時代前半	消渴、渴病、渴病
江戸時代後期	尿崩 ラテン語のDiabetesの訳ではなく、オランダ語のPisvloed: Pis=尿、Vloed=洪水の訳と書かれている 精方洪庵は、尿崩の中で蜜尿證を区別している
明治時代	蜜尿病、甘尿、甘血病、糖血病、糖尿病、葡萄糖尿
大正時代以降	糖尿病

【スライド17】

### 各国における糖尿病の病名

言語	病名
英語	Diabetes (Mellitus)
ドイツ語	Diabetes
フランス語	Diabète
スペイン語	Diabetes
イタリア語	Diabete
ロシア語	Сахарный диабет (Sakharanny diabet)
アラビア語	السكري Alsukari (糖)
ベンガル語	মধু-স্রাব [madhu-meha] (蜂蜜+糖尿)
中国語	糖尿病
韓国語	당뇨병 (tang-nyo-ppiyōng)

【スライド18】

なっておりますし、ロシア語も diabet です。アジア圏は糖というのがつく名前が多いみたいですし、中国語や韓国語は基本的には糖尿病となっています（スライド 16-18）。

今、後ほどご登壇されます飯野先生や加藤先生も委員になっていただいておりますが、日本糖尿病学会と日本糖尿病協会では、アドボカシー委員会というのがございます。特に「生活習慣病」というのは非常にとんでもない名前です。ただし、これが健康増進法に入ってしまった言葉で、例えばAMEDの循環器・糖尿病の課題でも「生活習慣病の病態解明」となっていて、なかなか変え難いところもあるのですが、これを変えていかないとイケません。そ

れから、職場や学校での差別をなくすにはどのようにしたらいいのか。今このアドボカシー委員会では、例えば先ほどお話にありました、生命保険で糖尿病を持つ方に不利益はあるのかどうかということをして生命保険の会社にお尋ねするということをしております（スライド 19）。

「糖尿病」という病名を変えるのにはいろいろな手続きがありますので、まず呼称をどういうふうにしたらいいのか。欧米では diabetes と聞いても、元々は尿がどんどん出ていくサイホンという意味ですが、これで尿を思い浮かべる人はいませんので、どういう名前にしたらいいのか。日本糖尿病学会では、今まで2回ぐらいこういう議論があったそうで、最初は1971年の評議委員会で議論があったと聞いています。このときも、医学用語と社会用語、つまり病名と呼称を考えたかどうかという議論があったようです。高血糖病やインスリン欠乏症など、いろいろなアイデアがありました。あまり今のわれわれが考える候補と変わっていないのかもしれませんが、ただ、この「症」というのは病態ですので、こういう名前にすると「インスリン欠乏症網膜症」みたいなへんてこりんなことになってしまうので、これは今の糖尿病性網膜症という方がむしろ分かりやすいかもしれませんし、ここは非常に考えどころではないかと思えます。究極的には糖尿病が、先ほど清野先生のお話でもありましたが、高血圧とか脂質異常症ぐらいの治療の簡単さ、あるいは患者さんがそう思ったださるぐらいの負担のなさになればいいわけですから、日本糖尿病学会としてはそれを目指すことが非常に大事だと思っています（スライド 20）。

### 日本糖尿病学会・日本糖尿病協会共同アドボカシー委員会

	山田祐一郎 関西電力病院
両学会	山内敏正 東京大学 加藤明日香 東京大学 原田純雄 京都大学 小谷紀子 国立国際医療 藤本新平 高知大学 橋本英樹 東京大学 門脇孝 虎の門病院
糖尿病協会	津村和夫 川崎市立川崎病院 矢部大介 岐阜大学 野見山嶽 順天堂大学 田中永昭 関西電力病院 米田昭子 山梨県立大学 飯野奈津子 ジャーナリスト

「糖尿病」という呼称を変えてはどうか Diabet と聞いて尿を連想する海外の患者はいない

生活習慣病という病名は発症原因と生活習慣のみに限定している（日本だけの病名）

職場や学校での差別をなくすためにはどのような活動が必要か

【スライド19】

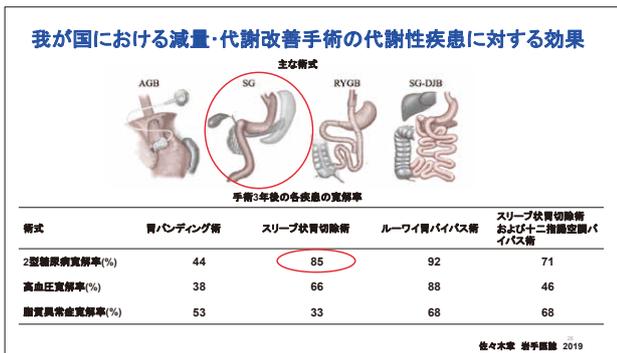
### 糖尿病の名称に関するアンケート調査

(対象:日本糖尿病学会評議員1971年)

医学用語	社会用語
原因不明の高血糖症	本態性高血糖症
高血糖病	高血糖症
高血糖症	高血糖病
高血糖症候群	
インスリン欠乏症	インスリン欠乏症
インスリン作用欠乏症	インスリン欠乏病
低機能性インスリン症	ホルモン欠乏症のひとつと前置きして糖尿病
Hypoinsulinism or Hypoinsulinosis	
糖尿病	糖尿病
なし	なし

福島二、三村恒泰 糖尿病 1991

【スライド20】



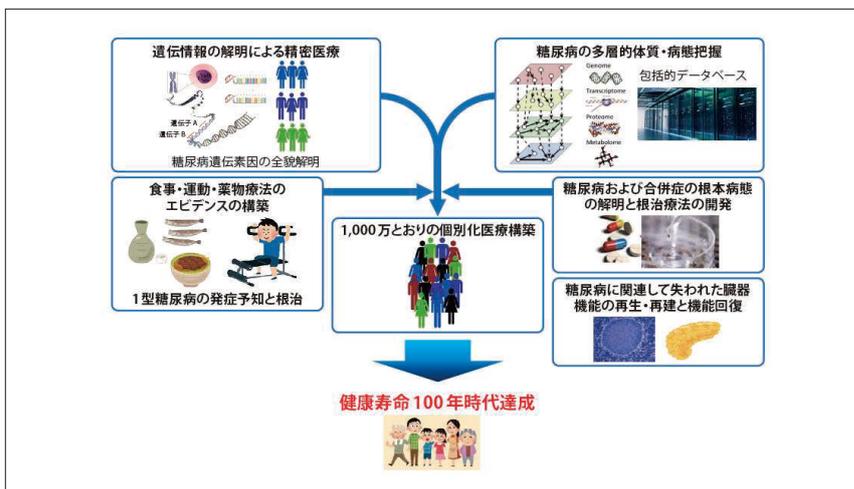
[スライド21]

例えば一つの方法としては、高度肥満がある糖尿病の方には今、減量・代謝改善手術というものがございまして。これは岩手医大のデータですが、肥満にはさまざまな併発症があるわけですが、現在保険適用になっているスリーブ状胃切除術をしますと、HbA1cが薬なしで6.5%未満になるという、糖尿病の寛解率が85%になっています(スライド21)。全国平均では76%と聞いておりますが、これは肥満と糖尿病という二つのスティグマを解消することが可能になるということです。さまざまな研究によって治療を個別化して、なるべく負担のない治療を提唱していく、開発していくことが非常に大事だろうと思っています(スライド22)。

ただ、これだけわれわれはさまざまなモダリティを持っていて、先ほど清野先生も、糖尿病患者さんに治療を変えるときにこんなメリットがあると示さないといけないとおっしゃいました。これはDAWN2™ studyでの17カ国の調査なのですが、日本は最も検査をしている国で、最も患者さんの話を聞いていない国なのだそうです。これは非常に問題です。さまざまな選択肢について十分説明することが今はできるわ

けですから、それをしていないということが大きな一つの問題ではないかと思っております(スライド23)。

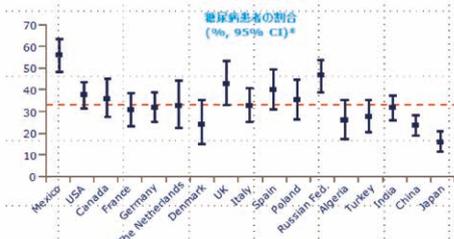
今年の5月、第66回日本糖尿病学会が鹿児島で行われますが、来年、私が第67回をお世話することになっておりまして、そのテーマは「『糖尿病』のない世界を目指して」です。いつの日か、糖尿病が治る疾患になる必要があるのではないかと考えていますが、「糖尿病」の名前を将来的に変えるかどうかということも含めて、糖尿病という疾患が待つ今の負のイメージを払拭することは現在でも可能であると思っております。日本糖尿病協会と一緒に、このような活動に今後ともまい進してまいりたいと思っております。ご清聴ありがとうございました。



[スライド22]

**そもそも我々は患者さんの気持ちに寄り添っているのだろうか？ (DAWN2調査)**

(“はい”と答えた割合%)	日本データ	グローバルデータ	日本の順位 (17カ国中)
長期的血糖コントロールレベルの測定	89.3%	76.5%	1位
足の診察	15.6%	52.8%	17位
不安やうつ状態があるか尋ねられる	15.9%	32.8%	17位
普段の食事の種類について尋ねられる	27.6%	45.4%	17位



林野崇明他 糖尿病2016

[スライド23]



ただ今ご紹介いただきました、日本医師会副会長の茂松です。本日は、勤労者医療フォーラム、第6回「就労と糖尿病治療の両立支援～糖尿病医療におけるスティグマとアドボカシー～」というテーマで開催され、清野先生をはじめ、堀田先生、そして有賀先生にはこのような講演の機会を与えていただき改めて感謝を申し上げます。本当にご招待ありがとうございました。

私からは日本医師会における、疾病の差別的取扱いの防止に関する取り組みと産業医と両立支援についてお話しをさせていただきます。

日本医師会には「医の倫理綱領」が定められています。これは医道の高揚を定款に掲げる日本医師会の基本的原則の一つであり、平成12(2000)年の定例代議員会において採択を受けました。日本医師会の会員は約17万6000人で、会員500人に対して一人の代議員が各都道府県から選出され、現在約376名で代議員会が構成されています。代議員会は年2回開催しており、そのなかで「医の倫理綱領」が策定されました(スライド1)。

当初は赤字の部分だけが抜けており、「医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持増進」「医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである」という内容でしたが、その後20年が経過し、治療が困難な患者が増加。苦痛を和らげるといった緩和医療の視点も踏まえながら、医療というものをすべて予防から考えて、患者に寄

**日本医師会「医の倫理綱領」**

医道の高揚を定款に掲げる**日本医師会の基本原則の一つ**として、第102回定例代議員会において採択。(H12年4月)

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持増進、さらには**治療困難な人を支える医療、苦痛を和らげる緩和医療をも包含する。**  
医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師は自らの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

参考：令和3年度の会員の倫理・資質向上委員会において見直しが行われ、令和4年3月27日開催の第1508臨時代議員会において採択されている。

【スライド1】

り添った内容に変更され、令和4(2021)年3月27日の臨時代議員会で新たに採択されました。

このなかで医師は、「生涯学習の精神を持って医学の知識と技術を習得し、その進歩・発展に尽くすこと、医師として職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛けること」とされており、また、「医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、優しい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努めること」とされており、患者に寄り添いながらインフォームドコンセント(説明と同意)を行い、信頼を得ながら治療をしていくことが示されており、そして「医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める」と記載されており、営利を目的としない医療を日本医師会では心に刻んでおります。大きな封筒には必ずこの倫理綱領を載せて、すべての医師に目に付くようにということで活動しています(スライド2)。

**日本医師会「医の倫理綱領」**

日本医師会  
The Japanese Medical Association  
Nippon Ikaikai

日本医師会「封筒」

日本医師会「封筒」

**医の倫理綱領**

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

【スライド2】

今回の新型コロナウイルス感染症でも経験いたしました。これまでの歴史を振り返ってみても、感染症が猛威を振ると、多くの国民が苦しめられ、死に至らしめられました。生活水準の向上、衛生管理の充実、ワクチンや治療の研究・開発等が進んでおりますが、医師が正しい医学的知識の普及・啓発を行い、公衆衛生の向上や増進に努めることは、国民の健康な生活を確保するために必要不可欠であり、医師は医療の公平性を重んじて活動していくことを常に求められております。また、今回のパンデミックにおいても、予防教育と医療へのアクセスの重要性および啓発活動の影響力の大きさが再認識されることとなりました。

世界保健機関（WHO）では、1948年に「健康とは、身体的、精神的、そして社会的にあまねく安寧な状態にあることであって、単に病気でないとか弱くないとかいうことではない」と定義されています。国民が安心して生活できるように、病める人も健やかな人も、医師が奉仕の精神を持って寄り添っていく重要性が示されております（スライド3）。

**日本医師会「医の倫理綱領」**

**5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。**

●歴史を振り返っても分かるように、過去において何度となく感染症が猛威をふるい、多くの人びとを苦しめ、死に至らしめた。生活水準の向上、衛生管理の充実、ワクチンや治療薬の研究・開発等が進んでいるが、**医師が正しい医学的知識の普及・啓発を行い、公衆衛生の向上および増進に努めることは、人びとの健康な生活を確保するために不可欠である。**

最近、COVID-19感染症の世界的パンデミックを経験することになった。このことにより、予防教育並びに医療へのアクセスの重要性及び医師による啓発活動の影響力の大きさが再認識されることになった。（「医の倫理綱領」冊子（84.7月）より）

※「健康とは、身体的、精神的そして社会的にあまねく安寧な（完全に良い）状態にあることであって、単に病気がないとか弱くないとかいうことではない。」（1948年 世界保健機関(WHO)）

6

【スライド3】

そのなかで一つの例として、ハンセン病が長きにわたり問題となっておりました。平成22（2010）年6月にハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会において報告書が取りまとめられ、「すべての人は、疾病または障害を理由として差別されない」という、疾病・障害による差別の禁止が定義づけられました（スライド4）。

また、平成23（2011）年10月には第62回WMA（世界医師会）の総会では「ハンセン病患者とその家族が一切の偏見や差別なく尊厳をもって扱われるべきであるとして、すべての各医師会に対し彼らの

権利を擁護するように提言する」「公共機関、民間機関、および病気が治癒可能であることを示す情報を広く発信するよう最善の努力をするべきである。市民団体は一丸となって、ハンセン病に対する偏見に対抗しこの最善の努力をするべき」と宣言され、世界中に発信されることとなりました（スライド5）。

**「ハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会 報告書」（H22.6月）**

※本会常任理事が委員として参加

**すべての人は、疾病または障害を理由として差別されない**

『医療の諸原則と医療体制の充実「1-9 疾病障害による差別の禁止」』

7

【スライド4】

**世界各国におけるハンセン病対策及びハンセン病患者に対する差別撤廃に関するWMA宣言** ※本会副会長、常任理事が出席

H23年10月、ウルグアイ、モンテビデオにおける第62回WMA総会で採択 

日経ニュース 第29号（平成34年11月発行）

WMAは、ハンセン病患者とその家族が**一切の偏見や差別なく尊厳をもって扱われるべきである**として、すべての各国医師会に対し彼らの権利を擁護するよう提言する。

～ 中略 ～

公共機関、民間機関、および病気が治癒可能であることを示す情報を広く発信するよう最善の努力をするべきである。**市民団体は一丸となって、ハンセン病に対する偏見に対抗しこの最善の努力をするべきである。**

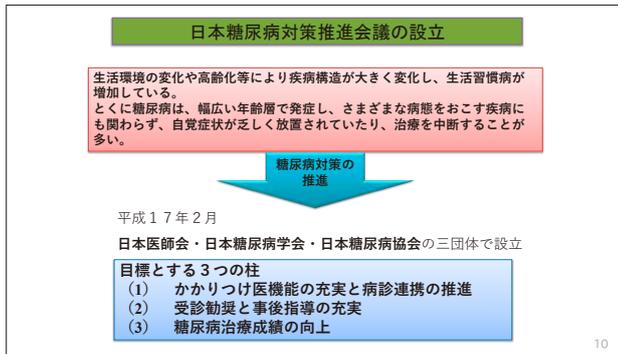
8

【スライド5】

その一方で、糖尿病患者においても同様の事例が起っており、新型コロナウイルス感染症を受けて特に糖尿病患者が重症化する確率が高いことから、さらにその偏見が増したのではないかとわれております。

さらに、これまでの先生方が講演されたように、生活環境の変化や、高齢化により疾病構造が大きく変化し、生活習慣病が増加してきております。特に、糖尿病は幅広い年齢層で発症し、さまざまな病態を起こす疾病にもかかわらず、自覚症状が乏しく放置されたり、治療を中断されたりすることが多いことから、その対策を講じるため日本糖尿病対策推進会議は設立されました。この会議は平成17（2005）年2月に日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会の3団体で設立され、①かかりつけ医機能の充

実、病診連携の推進、②受診勧奨と事後指導の充実、③糖尿病治療成績の向上の3つの柱を掲げ、糖尿病患者の治療をうまくコントロールしながら社会に復帰していただくかを目標として取り組んでおります(スライド6)。



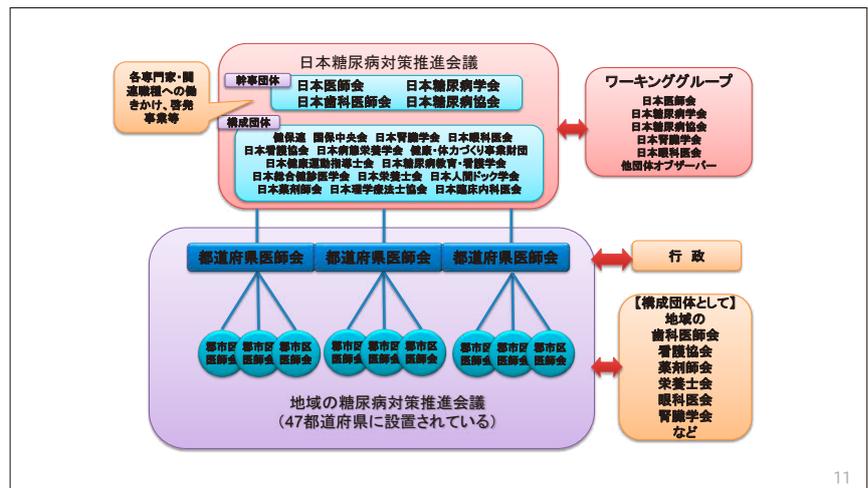
【スライド6】

この対策推進会議では、上述の3団体に加え日本歯科医師会が幹事団体の一員になり、構成団体には各医療関係の団体が含まれており、47都道府県医師会についても設置されております。現在では行政と連携を密に図りながら、重症化予防や健康診断・治療に関する受診勧奨等、さまざまな活動を全国において積極的に取り組んでおります(スライド7)。

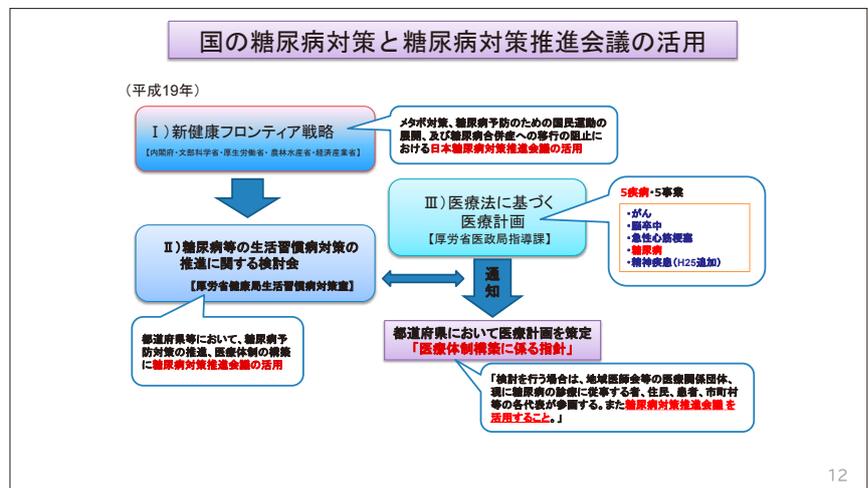
一方、平成19(2007)年には国の方でも、新健康フロンティア戦略として糖尿病等の生活習慣病対策の推進に関する検討会が設置され、医療法に基づく医療計画を策定。糖尿病を含む5疾病のほかに、日本糖尿病対策推進会議をいかに活用するかがはっきりと明記されることとなり、この推進会議の必要性が非常に重要視されることとなりました(スライド8)。

また、日本糖尿病対策推進会議では国民・患者・医療従事者向けのリーフレットやポスターも作成しており、さまざまな啓発活動に取り組んでおります(スライド9)。

このような状況のなか、かかりつけ医は糖尿病専門医と連携しながら糖尿病患者の約70%を診ているといわれています。これはかかりつけ医が実際には患者と一番接する機会が多く、患者にとって一番身近な存在であることが理由として挙げられます。しかし、清野先生からの説明もございましたが、患者に対する説明の口調がつついきてなくなってしまうことから、逆に医師が治療を中断させてしまうケースもあります。かかりつけ医の発言は非常に重要であり、日本糖尿病学会では「糖尿病診療ガイドライン」や「糖尿病治療ガイド」を糖尿病推進対策会議では「糖尿病治療のエッセンス」を作成しており、これらを活用しながらもっとも頼りにされるかかりつけ医として患者と日々接しているのが現状であります(スライド10)。



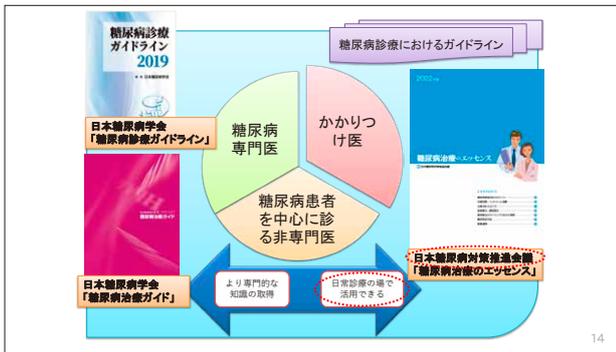
【スライド7】



【スライド8】



[スライド9]



[スライド10]

スティグマとは特定の属性に対して刻まれる負の烙印を意味し、この不利益を被るようなケースが糖尿病患者においても報告されていることから、スティグマを放置すると、患者が周囲に隠すことで治療を中断してしまうといった悪影響を及ぼしてしまうケースが昨今では散見されております。日本医師会の「医の倫理綱領」でも説明をいたしました、医師は患者に優しさをもって接しなければならぬことを思い起こさなければなりません。

われわれ医師は患者に真摯に向き合おうと、少し自分本位になってしまう傾向にあります。「ここをもっと管理しましょう」「もう少し食事を少なくしましょう」「もっと運動を多くしましょう」といったような医師の希望ばかりを患者に訴えるのではなく、患者が自信を無くさないように患者の思いや考えを感じとりな

から対応していかねばなりません。

また、アドボカシーとは特定の集団や取り組みを支援する活動のことを意味し、日本糖尿病学会と日本糖尿病協会では糖尿病患者を取り巻くスティグマの重大な悪影響を改めて認識し、それを取り除くことで糖尿病であることを隠さずにいられる社会を作るため、アドボカシーの活動に積極的に取り組んでおります。この活動を日本そして世界に広げるため、われわれ医師が一丸となって対応していかねばなりません(スライド11・12)。

これまでの講演のなかで説明がございましたが、診療等で用いられる言葉に注意を払う必要性がございます。診療のなかで「糖尿病なんだから」とか「血糖のコントロールが不足してるんです」「食事が多いんです」という表現を強くいうと、患者はその診療や医師の指導についていけなくなります。われわ

糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定の締結(平成28年3月24日)  
 国版糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定(平成29年4月20日)

**趣旨**

- 糖尿病性腎症重症化予防の取組を全国的に広げるためには、各自治体、医師会が協働・連携できる体制の整備が必要。
- 好事例:埼玉県では、都道府県レベルで、県庁等が県医師会と協力して重症化予防プログラムを作成し、取組を県内の市町村に広げている。

**国版連携協定締結・プログラム策定**

- 好事例の全国的規模を国レベルで支援する観点から「厚生労働省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議」の三者で、
- 連携協力協定を締結(平成28年3月24日)
- 糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定(平成29年4月20日)

**連携協定の概要**

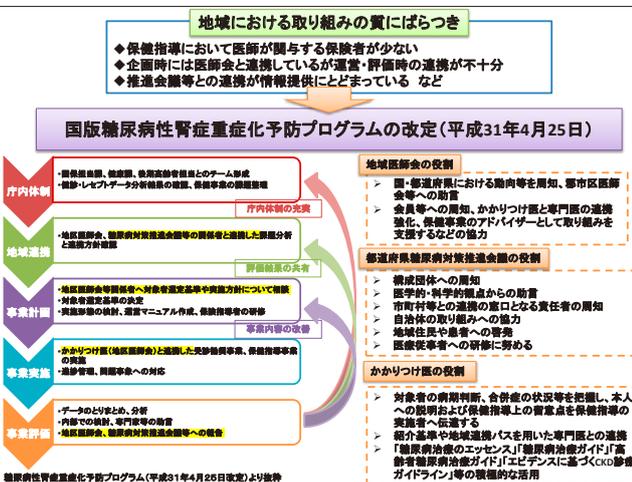
○日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省は「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を速やかに定め、それに基づき次の取組みを進める。

日本医師会	日本糖尿病対策推進会議	厚生労働省
<ul style="list-style-type: none"> <li>プログラムを都道府県医師会や市区医師会へ周知</li> <li>かかりつけ医と専門医等との連携の強化など自治体等との連携体制の構築への協力</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>プログラムを構成団体へ周知</li> <li>国・自治体等への周知、医療従事者への研修に際する自治体等による地域医療体制の構築に協力</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>プログラムを自治体等に周知</li> <li>取組を行う自治体に対するインセンティブの導入等</li> <li>自治体等の取組状況について、分析及び研究の推進</li> </ul>

**参加者(当時)**

日本医師会会長、日本糖尿病対策推進会議会長を兼任、日本糖尿病対策推進会議副会長(糖尿病学会理事長)、腎臓科長(糖尿病学会理事)、腎臓科長(日本食料摂取学会会長)、腎臓科長(日本医師会副会長)、埼玉県厚生労働大臣

[スライド11]



[スライド12]

「かかりつけ医から腎臓/糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準」

- ・ 作成：日本糖尿病学会、日本腎臓学会 監修：日本医師会
- ・ 日本医師会雑誌(H30.3月号)に同梱し会員向け周知を行った

項目	腎臓病	糖尿病	腎臓病・糖尿病
紹介基準	1. 慢性腎臓病(CKD)ステージ3以上 2. 慢性腎臓病(CKD)ステージ2で、 蛋白尿(24時間尿中蛋白排泄量)が 0.5g/日以上ある場合	1. 糖尿病で、 HbA1cが7.0%以上ある場合 2. 糖尿病で、 HbA1cが6.5%以上ある場合 かつ、 血糖コントロールが良好でない場合	1. 慢性腎臓病(CKD)ステージ3以上 かつ、 糖尿病で、 HbA1cが7.0%以上ある場合 2. 慢性腎臓病(CKD)ステージ2で、 蛋白尿(24時間尿中蛋白排泄量)が 0.5g/日以上ある場合 かつ、 糖尿病で、 HbA1cが6.5%以上ある場合 かつ、 血糖コントロールが良好でない場合
紹介先	腎臓病専門医 腎臓病専門医療機関	糖尿病専門医 糖尿病専門医療機関	腎臓病・糖尿病専門医 腎臓病・糖尿病専門医療機関

17

【スライド13】

れ医師もしっかり患者さんと会話を交わし、患者の反応・態度を見極めながら診療を進めていかねばなりません。これは糖尿病患者だけではなく、他の疾患に対しての的確に対応していかねばなりません。とにかく「治そうとする意識が低い」とか「意思が弱い」とか、このような言葉は、患者にとっては厳しくなる場合があります。われわれ医師がしっかりと患者に寄り添いながら対応していかねばなりません(スライド13)。

さて、ここからは産業医と両立支援について日本医師会の活動をお話しさせていただきます。学校現場における学校医活動と同様に、職場における産業医の活動も行っております。特に従業員50人未満の小規模事業場を中心に地域産業保健センターとして地区医師会の会員が労働者の健康管理等を行っております。わが国の企業の総数は421万社といわれ、大企業数は1万2千社、中小企業数は420万社といわれております。このような状況のなか、約10万人の産業医がどのように関わり、どのように活動

戦後、「労働基準法」(昭和22年<1947年>)施行

- 「作業環境管理」「作業管理」「健康管理」の労働衛生の3管理、「安全衛生教育」を総括的に実施管理する労働衛生管理体制が整備
- 「安全と衛生」については、『第五章「安全及び衛生」』に規定
- 2種類の衛生管理者  
「医師である衛生管理者」と「医師でない衛生管理者」

※(公財)産業医学振興財団 高田昌「戦後の労働衛生活動を顧みて」(2014)  
※産業医科大学雑誌 第39巻 特掲号「産業医と労働安全衛生法四十年」1-26(2013)より

20

【スライド14】

していくか問われております。

戦後間もない昭和22(1947)年に労働基準法が施行されました。作業環境管理や作業管理、健康管理といった労働衛生の3管理と安全衛生教育を総括的に実施管理する労働衛生管理体制が整備されました。当時は2種類の衛生管理者として「医師である衛生管理者」と「医師でない衛生管理者」が存在していた訳です(スライド14)。

高度経済成長により労働者の職場環境、作業環境が大きく変化し、さまざまな化学物質が使用され、そして多様な機械化にともない死亡事故も増加しました。それを受けて、昭和47(1972)年に労働安全衛生法が施行され、「医師である衛生管理者」から日本医師会が提唱した「産業医」へと名称が変更されることになりました(スライド15)。

高度経済成長により労働者の職場環境、作業環境が大きく変化し、さまざまな化学物質が使用され、そして多様な機械化にともない死亡事故も増加しました。それを受けて、昭和47(1972)年に労働安全衛生法が施行され、「医師である衛生管理者」から日本医師会が提唱した「産業医」へと名称が変更されることになりました(スライド15)。

高度経済成長により労働者の職場環境、作業が大きく変化  
・様々な化学物質の使用・機械化等

死亡事故の増加

「労働安全衛生法」(昭和47年<1972年>)施行

- 「医師である衛生管理者」から「産業医」へ  
日本医師会の意見として「産業医」という名称が提案された
- 労働基準法『第五章「安全及び衛生」』は削除

※(公財)産業医学振興財団 高田昌「戦後の労働衛生活動を顧みて」(2014)  
※産業医科大学雑誌 第39巻 特掲号「産業医と労働安全衛生法四十年」1-26(2013)より

21

【スライド15】

この労働安全衛生法は第1章総則でも示されているとおり、職場における労働者の安全と健康を確保するとともに、快適な職場環境の形成を促進するこ

「労働安全衛生法」(昭和47年<1972年>)

第一章 総則

(目的)

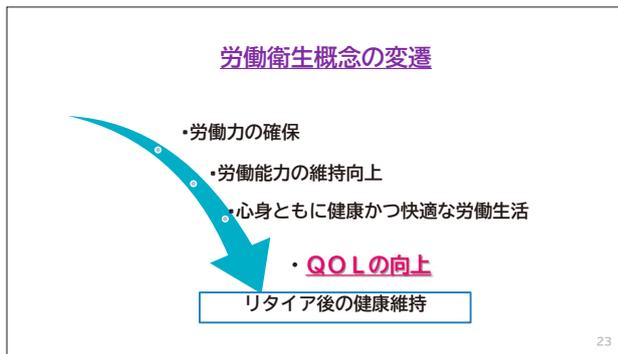
第一条 この法律は、労働基準法(昭和二十二年法律第四十九号)と相まって、労働災害の防止のための危害防止基準の確立、責任体制の明確化及び自主的活動の促進の措置を講ずる等その防止に関する総合的計画的な対策を推進することにより職場における労働者の安全と健康を確保するとともに、快適な職場環境の形成を促進することを目的とする。

22

【スライド16】

とを目的とされており、50年を経過した現在でも順守されております（スライド16）。

当初は労働力の確保から始まり、労働能力の維持向上、心身ともに健康かつ快適な労働生活、そしてクオリティー・オブ・ライフ（QOL）の向上と変遷をたどり、仕事を辞めてからも健康を維持・増進し、楽しい人生を歩んでいただけるような考えのもと産業医活動が展開されるようになりました（スライド17）。



【スライド17】

当初の産業医は、大学の養成などに従事した者で対応しておりましたが、厚生労働大臣が指定する者（法人に限る）が行う研修を修了した者と明記されており、平成2（1990）年に日本医師会認定産業医制度が発足してからは、制度に基づく50単位を修了した医師も産業医として認定されることとなりました。また、日本医師会認定産業医制度では独自に更新制度を設けており、5年間に所定のカリキュラムを20単位以上取得することを条件としており、産業医の資質向上にも努めております（スライド18・19）。

**産業医とは** 労働安全衛生規則第14条第2項

労働者の健康管理等を行うのに必要な医学に関する知識についての研修であって厚生労働大臣の指定する者（法人に限る。）が行うものを修了した者

- 産業医の養成等を行うことを目的とする医学の正規の課程を設置している産業医科大学その他の大学であって厚生労働大臣が指定するものにおいて当該課程を修めて卒業した者であって、その大学が行う実習を履修したもの
- 労働衛生コンサルタント試験に合格した者で、その試験の区分が保健衛生であるもの
- 学校教育法による大学において労働衛生に関する科目を担当する教授、准教授又は講師（常勤勤務する者に限る。）の職にあり、又はあった者
- 前各号に掲げる者のほか、厚生労働大臣が定める者

**日本医師会認定産業医**

【スライド18】

**日本医師会認定産業医制度について**

**目的**

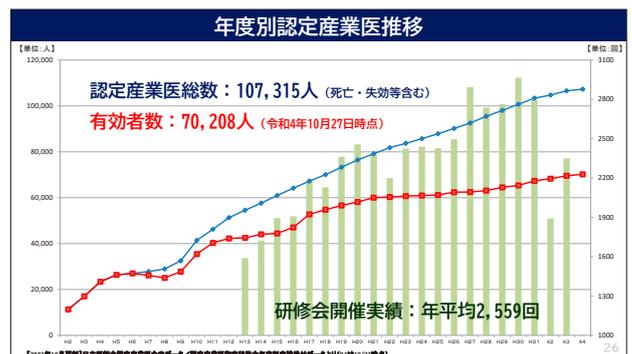
- 産業医の資質向上と地域保健活動の一環である産業医活動の推進を図るために、所定のカリキュラム（産業医活動を行うために必要な基本的知識・技術）50単位以上を修了した医師、または、それと同等以上の研修を修了したと認められる医師に申請に基づき日本医師会認定産業医の称号を付与し、認定証を交付。
- 有効期間5年間に、産業医学生涯研修20単位以上を修了した医師について更新可能。

↓

**学識及び技術の維持向上**

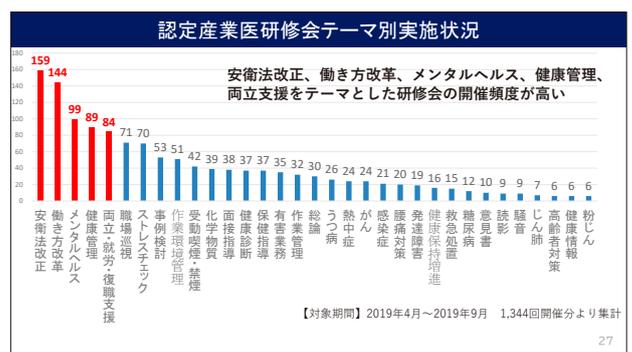
【スライド19】

制度発足以来10万7315人の産業医が認定されましたが、現在実働可能な産業医として約7万人が登録されており、421万の企業を対象に産業医活動が展開できるかという非常に厳しい現状にあります。日本医師会では今後、実際に活動できる産業医の育成を急務として捉えています（スライド20）。



【スライド20】

これは2019年4月から9月の間の日本医師会認定産業医研修会におけるテーマ実施状況ですが、労働安全衛生法の改正、働き方改革、メンタルヘルス、健康管理、そして両立・就労・復職支援、職場巡視をテーマにした研修会の開催頻度が高く、両立支援（糖尿病）をテーマにした研修会には「スティグマとアドボカシーを考慮した治療と仕事の両立支援に



【スライド21】

## 認定産業医研修会「講座」テーマ別実施状況

### 両立支援（糖尿病）をテーマにした講座

研修会テーマ
職場における糖尿病について（仮）～糖尿病治療～
「プログラマとドットコム」を考慮した治療と仕事の両立支援に役立つ「糖尿病とその治療に関する知識」
職場における糖尿病について（仮）～糖尿病治療～
治療と仕事の両立支援 職場で見られる睡眠障害 糖尿病労働者の健康管理
次世代の2型糖尿病の治療戦略～労働者の糖尿病管理～
糖尿病治療と仕事の両立支援

産業医学講習会では、様々な疾病（がん、メンタルヘルス）治療と仕事の両立支援についての研修会が開催されている。

【対象期間】 2021年4月～2022年3月申請分より後継

28

【スライド22】

役立つ『糖尿病とその治療に関する知識』といった内容も含めながら、さまざまな疾病（がん、メンタルヘルス）における治療と仕事の両立支援についても開催しております（スライド21・22）。

両立支援には、事業者にとっての意義、労働者にとっての意義、医療関係者にとっての意義、そして社会的な意義の4つの意義があります。労働者が治療を続けながら働ける環境を作っていくことが最も重要であり、今後2025年から2040年を見据えて、病気に罹っても活躍の場を提供することで若者や高齢者等も包摂され、活躍できる社会の実現につながることが期待されております（スライド23）。

### 治療と職業生活の両立支援を進めることの意義

#### 事業者にとっての意義

疾病による従業員の離職を防ぐことで、人材資源の喪失を防ぐことが可能となり、従業員のモチベーション向上にもつながる。労働環境の善し悪しは、投資家や労働市場で評価される要素でもある。

#### 労働者にとっての意義

疾病にかかったとしても、本人が希望する場合は、疾病を増悪させることなく、適切な治療を受けながら、仕事を続けられる可能性が高まる。

#### 医療関係者にとっての意義

仕事を理由とする治療の中断や、仕事の過度な負荷による疾病の増悪を防ぐことで、適切な疾病の治療が可能となる。

#### 社会的な意義

疾病にかかった方に対しても、活躍の場を提供することで、「一億総活躍社会」の理念である「若者も高齢者も、女性も男性も、障害や難病のある方々も、一度失敗を経験した人も、みんなが包摂され活躍できる社会」の実現につながる。

30

【スライド23】

そのためにも糖尿病を含めた疾病の重症化を防ぐためさまざまな対策を講じる必要があり、加えて就労者が早期に復帰できるような体制、そして治療を受けながら働ける環境を、産業医と主治医さらには産業保健スタッフが協力して適切に対応することが求められます。また、家族や人事担当者、管理監督者が一同となり就労者を支えていく環境も必要となります（スライド24）。

### 治療と就労の両立支援への対策

■疾病を抱える就労者に対して必要となる支援  
 ・疾病の重症化を防止するための支援  
 ・疾病により休職中の就労者が早期に職場復帰するための支援  
 ・復帰後も通院治療が必要な就労者が、治療と就労を両立させるための支援

■疾病を抱える就労者への継続的な健康管理支援体制の構築

■就労者の健康維持・増進のために、職場保健と地域保健の連携体制の構築



・産業医と企業の人事担当者の連携のみでは不十分。  
 ・主治医、上司（職場）、家族等多くの関係者が、適切に連携を図り対応する必要がある。

31

【スライド24】

政府においては平成28（2016）年2月には「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」が厚生労働省より作成され、平成29（2017）年3月には働き方改革実行計画のもと、主治医、会社・産業医と患者に寄り添った両立支援コーディネーターのトライアングル型サポート体制が構築され、現在かかりつけ医機能の強化や産業医・産業保健機能の強化についても検討がなされております（スライド25）。

### 治療と仕事の両立支援に向けて

治療と職業生活の両立支援に関するガイドライン作成委員会（H27.7月～）  
 （厚生労働省労働基準局）

・日本医師会からも参画  
 ・対象疾病  
 がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎、その他難病  
 ・両立支援の意義、留意事項、環境整備、進め方等、事業者の参考となる事項を整理

R3.3月 糖尿病に関する留意事項等を追加  
 R4.3月 がんに関する統計データの更新

働き方改革実行計画（H29.3月）

・治療と仕事の両立に向けて、主治医、会社・産業医と、患者に寄り添う両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制を構築

かかりつけ医機能の強化

産業医・産業保健機能の強化

32

【スライド25】

そのほか平成27（2015）年には、経済界、医療関係団体、自治体、保険者団体が一同となり、健康寿命の延伸を中心に適切な医療が展開されるよう民間主導の日本健康会議において認定する顕彰制度をスタートさせ、健康経営優良法人認定制度が始まり、日本医師会も応募、現在3年続けて顕彰されております。この写真は2022年に久しぶりに会が開かれたときの様子です。現在の日本医師会松本会長もここに参加をしております（スライド26）。

## 2022年 日本健康会議2022について

- 平成27年7月に発足。経済界・医療関係団体・自治体・保険者団体のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図るための民間主導の活動体。
- 日本健康会議2022(8回目)は、令和4年10月4日に開催[2年ぶりの会場開催]。
- 2021年に新たな実行委員体制のもと第二期として「日本健康会議2025」を開始し、新たな活動目標となる「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」が採択された。今年は初年度の達成状況の報告の後、地域や職場での予防・健康づくりを中心に担っている保険者から、上記の宣言達成に向けその取組状況の報告が行われた。




日本健康会議WEBサイト  
<https://2025.kenkokaigi.jp/>

[スライド26]

認定に関する評価方法は健康経営という観点から多くの基準を設けて優良法人の顕彰をおこなっております。一方で厚生労働省も安全衛生優良企業公表制度を行い、特に労働安全衛生の基準に基づき公表を行っております(スライド27)。

現在、2285の法人が大規模法人部門として、中小企業法人部門では1万2259の法人が顕彰されております(スライド28)。

	安全衛生優良企業公表制度	健康経営優良法人
認定する者	厚生労働省	日本健康会議
申請料	無料	有料。中小規模法人部門は16,500円(税込)/件、大規模法人部門は88,000円(税込)/件
認定期間	3年	1年
趣旨・目的	労働者の安全や健康を確保するための対策に積極的に取り組み、高い安全衛生水準を維持・改善している企業が、より社会的に評価され、認知されるようにすることで、企業における労働者の安全や健康を確保するための自主的な取組を促進することを目的として、国が認定及び公表するものであること。	日本再興戦略、未来投資戦略に位置づけられた「国民の健康寿命の延伸」に関する取り組みの一つ。
認定される企業(事業所)	労働者の安全や健康を確保するための対策に積極的に取り組み、高い安全衛生水準を維持・改善していると認定された企業	従業員等の健康保持・増進の取組が、将来的に収益性等を高める投資であるとの考えの下、健康管理を経営的視点から考え、戦略的に実践する企業。健康経営優良法人のうち上場企業500位以内の中から「健康経営銘柄」を経済産業省、東京証券取引所が選定
認定基準①	企業の業種・事業内容によって異なる(製造業のみ1項目多い。具体的には下記の3.の項目)企業規模による違いは確認できない	企業の規模(①中小規模企業 ②大規模企業)によって異なり、認定基準は毎年見直しされる業種・事業内容による違いは確認できない
認定基準②	過去3年間の労働安全衛生関連の重大な法違反がないなどの基本事項に加え、労働者の健康保持増進対策、メンタルヘルス対策、過重労働防止対策、安全管理などの分野で、積極的な取組を行っていること。	5大項目「経営理念」「組織体制」「制度・施策実行」「評価・改善」「法令遵守・リスクマネジメント」に分類され、その中で中項目～小項目に細分化されている。
認定基準③ 職場の安全と衛生(必須項目)	「1 安全衛生活動を推進するための取組状況」の25項目を全て満たす必要がある	誓約書による自己申請。申請日から過去3年以内に下記の事実がないこと。下記2文のみ。 (1) 労働基準法、労働安全衛生法等の従業員の健康管理に関する法令に係る違反により、送検されている、行政機関により法人名が公表されている又は是正勧告を受けたが是正措置を講じていないこと。 (2) 労働安全衛生法78条又は79条に基づき安全衛生管理特別指導事業場に指定されていること。

[スライド27]



[スライド28]

日本医師会では健康経営の主な取り組みとして食事・栄養、運動、職場づくり、予防、禁煙、こころといったさまざまなエンゲージメントの向上を図り、職員の生産性の向上に努めております(スライド29)。

昨今では新型コロナウイルス感染症の影響により、なかなかうまく結果が出ていないのが現状ですが、さまざまな健康経営に関する通信を活用しながら、職員に向けて発信を行っております(スライド30・31)。



[スライド29]

### 2022年度の日本医師会の健康経営上の課題例

#### 生活習慣病リスクと運動習慣の過去3カ年の状況

生活習慣病リスク	2019年度	2020年度	2021年度
①腹囲リスク保有率	19.4%	23.1%	25.0%
②血圧リスク保有率	28.2%	34.0%	29.2%
③代謝(血糖)リスク保有率	5.7%	9.5%	4.9%
④脂質リスク保有率	14.5%	18.4%	25.0%

運動習慣	2019年度	2020年度	2021年度
①1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している者の割合	25.8%	22.5%	25.7%
②日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している者の割合	38.7%	40.1%	40.3%
③ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い者の割合	48.4%	49.7%	46.5%

[2022年度の重点取組テーマ]  
 腹囲・脂質対策/適度な運動は、骨を丈夫にし、筋肉を強化することはもちろん、運動により消費エネルギーが増えるので、肥満の予防・改善につながります。まずは、職員の運動習慣向上のきっかけとなるよう、運動習慣等改善のためのアプリを導入し、ウォーキングイベントを開催します。

41

[スライド30]

### 令和4年度健康経営推進の具体的な取組

◆令和4年度より開始した職員向けメルマガ

■「健康経営通信」の発行及び定期的な配信、掲示等  
 →健康経営に関する会長からのメッセージや、ウォーキングイベント、禁煙アプリの紹介等

42

[スライド31]

また、療養・就労の両立支援指導料については必ず患者本人と企業が共同で作成した勤務情報書に基づいて、主治医が患者に、療養上必要な指導を実施

し、企業に対して診療情報を提供した場合について評価されるものとなっており、平成30(2018)年度からはがんを対象に令和2(2020)年度からは脳血管、肝疾患、指定難病が、令和4(2022)年度からは心疾患、糖尿病、若年性認知症がその対象として追加されました(スライド32・33)。

この評価を活用し、主治医は産業医と連携しながら少しでも患者に対するスティグマを無くし社会で仕事をしながら生活を送ることができる環境を作っていかなければなりません。今後は産業医から主治医への双方向の情報提供がより一層重要となり、産業医にも主治医と同様の評価が適切に行われるよう、日本医師会では引き続き政府に要望してまいります(スライド34)。

J-DREAMSの説明のなかにJ-DOMEというのがございました。これも、われわれかかりつけ医で専門医と非専門医に分けて、データを出して、患者さんのデータをまた評価しながら、そこへフィードバックして、かかりつけ医に返しながら、今後かかりつけ医がどのように糖尿病の患者さんを診ていくかという努力もしておりますし、兄貴分でありますJ-DREAMSの先生方、本日講演されました植木先生を中心に、今後ご指導いただきながら、日本医師会としてもしっかりと活動してまいりますので、ご理解とご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

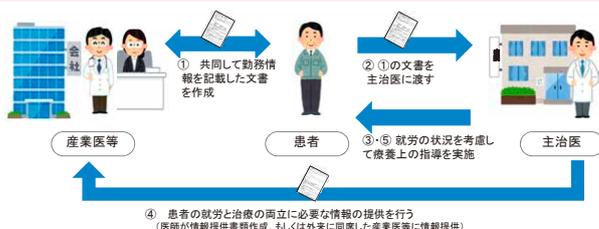
ご清聴ありがとうございました。

### 療養・就労両立支援指導料(H30新設、R2・R4改定)

- 患者本人と企業が共同で作成した勤務情報書に基づき、主治医が、患者に療養上必要な指導を実施し、企業に対して診療情報を提供した場合について評価するもの
- また、診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ、療養上必要な指導を行った場合についても評価される

#### 対象となる疾患

がん(平成30年度)  
脳血管疾患、肝疾患(慢性経過)、指定難病(令和2年度追加)  
**心疾患、糖尿病、若年性認知症(令和4年度追加)**



43

【スライド32】

### 療養・就労両立支援指導料 (H30新設、R2・R4改定)

※**下線部**が、令和4年度改定部分

#### 対象となる疾患

がん、脳血管疾患、肝疾患(慢性経過)、指定難病、**心疾患、糖尿病、若年性認知症**

初回: 800点 (情報通信機器を用いて行った場合: 696点)

- ① 患者と事業者が共同で作成した勤務情報を記載した文書を受け取る
- ② 患者に療養上必要な指導を実施する
- ③ 企業に対して診療情報を提供する\*  
\* 企業側の連携先: 産業医、総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者、労働者の健康管理等を行う保健師、**衛生推進者**

2回目以降: 400点 (情報通信機器を用いて行った場合: 348点)

- ④ 診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を実施する  
※初回を算定した月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する

#### 相談支援加算: 50点

- 患者に対して、看護師、社会福祉士、**精神保健福祉士**又は**公認心理師**が相談支援を行った場合について評価
- **両立支援コーディネーター養成研修**を修了した者であること

44

【スライド33】

### 主治医から産業医への情報提供の必要性

H30年の改訂で主治医から産業医への情報提供が診療報酬上、算定可能となり、R2年、R4年の改訂で、対象疾患が追加された。今後は産業医から主治医への双方向の情報提供が、一層必要となるので、産業医にも主治医と同様の評価が適切に行われるよう、引き続き、要望していきたい。

45

【スライド34】

# 治療と仕事の両立支援をめぐる最近の行政の動きについて

厚生労働省 労働基準局 安全衛生部 労働衛生課 治療と仕事の両立支援室長 立原 新

2023年02月12日(日) 勤労者医療フォーラム  
第6回 就労と糖尿病治療の両立  
～糖尿病医療における障壁(スティグマ)とアドボカシー～

## 治療と仕事の両立支援をめぐる最近の行政の動きについて



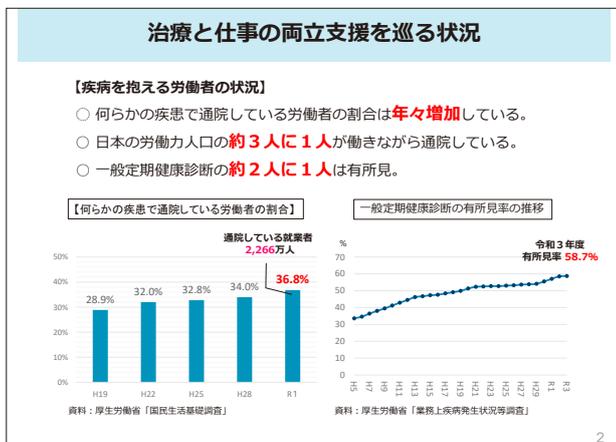
厚生労働省 労働基準局  
安全衛生部 労働衛生課  
治療と仕事の両立支援室長

立原 新



ご紹介いただきました、厚生労働省治療と仕事の両立支援室長の立原です。よろしくお願いたします。私の方からは、今、日本医師会の茂松副会長からもご紹介いただいております治療と仕事の両立支援につきまして、糖尿病に限らずですが、私病を持って治療をしながら働く方たちの支援をめぐる行政の動きということでお話をさせていただきたいと思っております。

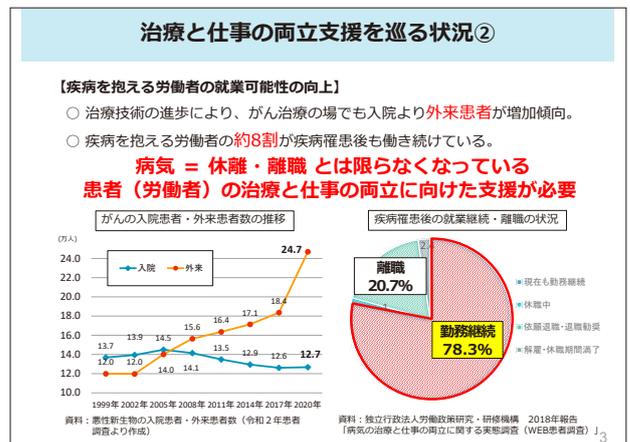
それでは早速ですが、まず治療と仕事の両立支援をめぐる状況です。わが国において何らかの疾病で通院しながら働いている労働者の割合は年々増加しており、その割合は労働力人口の3分の1を超えている状況になっています。また、職場での一般定期健康診断での有所見率が、平成20(2008)年に50%を超えてから年々増加傾向を示しており、令和3(2021)年には約6割に達している状況です(スライド1)。



【スライド1】



さらに、がんの入院患者数と外来患者数の推移を見ますと、外来患者数は2000年代半ばに入院患者数を超えてから増加傾向を示す一方で、入院患者数は継続的に減少傾向を示しており、年々その差が開いている状況をこの折れ線グラフが示しています。また、円グラフの方は、がん、心疾患、脳血管疾患、肝炎、糖尿病、指定難病に罹患した方の約8割が就労を継続している状況を示しており、このように、現在がん等の病気の罹患がすなわち離職ではなくなっているという状況であり、病気の治療を続けながら働くという、治療と仕事の両立に向けた支援が求められている状況を表しています(スライド2)。



【スライド2】

これは先ほど茂松副会長が提示されたシートにもございましたが、今両立支援がなぜ必要なのか、それぞれの立場からどうすることが必要とされているかということです。両立支援に関わる主な関係者としては、病気にかかった労働者本人と、その雇い主である事業者、それから治療を行う医療関係者が挙げられると思いますが、それぞれの立場にとっての意義がここに示しているものです。

労働者にとりましては、もちろん病気にかかっても適切な治療を受けながら仕事を続けられる可能性が高まるということで、治療や生活に必要な経済的基盤を確保できることとなります。事業者にとってですが、事業者は元々労働者の健康確保が法的にも義務づけられているところもありますし、人材資源の喪失の防止、労働者のモチベーション向上による人材の定着、生産性の向上、さらには社会的責任の実現といったことが考えられると思います。そして、医療関係の皆さまにとりまして、仕事を持つ患者さんの治療と仕事の両立支援をすることにより、治療中断を防止し、治療を効果的に進めることが可能になると思います。また、社会にとっての意義も大きいものがあり、労働者の方々それぞれが、疾病を持った方でも、状況に応じた就業機会を得ることですべての人が生きがい・働きがいを持って、おのおの活躍できる社会の実現に寄与するということがいえます（スライド3）。

### それぞれの立場からの両立支援の意義

- ◆ **労働者にとっての意義**  
疾病にかかったとしても、本人が希望する場合は、疾病を増悪させることがないよう、適切な治療を受けながら、仕事を続けられる可能性が高まる。
- ◆ **事業者にとっての意義**  
労働者の健康確保という位置づけとともに、貴重な**人材資源の喪失防止**にもつながる。さらには、**健康経営や多様な人材の活用による組織の活性化**による、**労働者のモチベーションや生産性の向上、人材の定着、組織の社会的責任（CSR）**の実現といった意義もあると考えられる。
- ◆ **医療関係者にとっての意義**  
仕事を理由とする治療の中断や、仕事の過度な負担による疾病の増悪を防ぐことで、**疾病の治療を効果的に進めることが可能**となる。
- ◆ **社会にとっての意義**  
疾病を抱える労働者の方々も、それぞれの状況に応じた就業の機会を得ることが可能となり、**全ての人が生きがい、働きがいを持って各々活躍できる社会の実現に寄与**することが期待される。



4

【スライド3】

政府は平成29（2017）年3月に、働き方改革実現会議において「働き方改革実行計画」を決定しました。その柱となる全13項目の一つに、病気の治療と仕事の両立支援が掲げられています。病気を抱えた労働者が安心・安全に仕事を続けられるように、会社の経営トップ、管理者の意識改革と、社内制度の整備による治療と仕事の両立支援を可能にする受け入れ体制の整備が一つの柱です。そしてもう一つの柱が、治療と仕事の両立支援を社会的にサポートする仕組みとして、主治医、会社・産業医、それから患者に寄り添う立場の両立支援コーディネーターの3者による、トライアングル型支援の推進が盛り込まれております。これが二つの大きな柱になっています。

これを踏まえて、これまで厚生労働省では「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」の普及・啓発や、その参考資料である「企業・医療機関連携マニュアル」の作成・普及、それから両立支援コーディネーターの養成・配置、全国47都道府県にあります産業保健総合支援センターによる企業への個別指導・相談対応、そして広報事業としてシンポジウムの実施やポータルサイトによる情報発信などに取り組んできました。また、企業・医療機関連携が評価されるよう、平成30（2018）年に診療報酬を新設しました。診療報酬につきましては後ほどまたご紹介したいと思います（スライド4）。

これを踏まえて、これまで厚生労働省では「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」の普及・啓発や、その参考資料である「企業・医療機関連携マニュアル」の作成・普及、それから両立支援コーディネーターの養成・配置、全国47都道府県にあります産業保健総合支援センターによる企業への個別指導・相談対応、そして広報事業としてシンポジウムの実施やポータルサイトによる情報発信などに取り組んできました。また、企業・医療機関連携が評価されるよう、平成30（2018）年に診療報酬を新設しました。診療報酬につきましては後ほどまたご紹介したいと思います（スライド4）。

### 「働き方改革実行計画」を踏まえた治療と仕事の両立支援の取組

**（1）会社の意識改革と受け入れ体制の整備**

- 企業トップ自らによる、働く人の健康の経営課題としての位置づけ
- 会社向けの疾患別サポートマニュアルの作成と普及
- 傷病手当金の支給要件等について検討  
\* 傷病手当金の支給開始日は起算日として、これまで隔月清算で1年6か月であったところ、2022年1月1日より、支給日（休業期間）を通常して1年6か月に改正となった。

**（2）トライアングル型支援などの推進**

- 「主治医」「会社・産業医」「両立支援コーディネーター」のトライアングル型のサポート体制の構築

**「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」**  
(H28.2策定、H31.3改称)の普及・促進

- ガイドラインの参考資料として「企業・医療機関連携マニュアル」を作成
- 両立支援コーディネーターの養成・配置
- 全国47箇所にある産業保健総合支援センターの活用、助成金の周知
- 地域における推進体制の整備「地域両立支援推進チーム」
- 広報事業（シンポジウムの実施、ポータルサイトによる情報発信等）
- 診療報酬の新設「療養・就労両立支援指導料」

疾患をもつ人が生きがいを感じながら働ける社会を目指す

5

【スライド4】

こちらが、先ほど植木先生のところでもご紹介いただいた「治療と仕事の両立支援のガイドライン」です。先ほど挙げました二つの大きな柱の一つであります会社の意識改革を進めていく上での基本コンテンツになるものです。これは平成28（2016）年2月に作成したもので、反復継続して治療が必要になる疾病を抱えるすべての労働者が、業務によって疾病を増悪させることがないように、事業場において必要な就業上の措置や治療に対する配慮が適切に行われるように、両立支援を行うための環境整備や両立支援の進め方などを具体的に取りまとめているものです。このガイドラインは事業者を主な対象として作成されたものですが、事業者のみならず、企業

の人事労務担当者や産業保健スタッフはもちろんのこと、支援を必要とする労働者本人と家族、それから治療に当たります医療機関の皆さまなどにも、広くご活用、ご参考にさせていただける内容となっています。また、このガイドラインの普及啓発が行政ミッションの一つの重要な課題になっておりますので、どうぞ皆さまにもご活用いただければありがたいと思っています（スライド5）。

### 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン



治療と仕事の両立のために必要となる就業上の措置や治療に対する配慮が適切に行われるようにするための具体的な取組方法をまとめたガイドライン（平成28年2月作成、平成31年3月改称）

- ✓ 両立支援の対象者 ⇒ 雇用形態を問わず、全ての労働者
- ✓ 両立支援の対象疾患 ⇒ 反復継続して治療が必要な全ての疾患

**ガイドラインの構成**

- ◆ 治療と仕事の両立支援を巡る状況
- ◆ 両立支援を行うに当たっての留意事項
- ◆ 両立支援を行うための環境整備
- ◆ 両立支援の進め方

- ◆ 参考資料
- ・ 様式例集
- ・ 支援制度・機関
- ・ 疾患別留意事項
- ：がん、脳卒中、肝疾患、難病、心疾患、糖尿病
- ・ 企業・医療機関連携マニュアル（解説編、事例編）
- ：がん、脳卒中、肝疾患、難病、心疾患、糖尿病

6

【スライド5】

次に、治療と仕事の両立支援の流れについてご説明します。治療と仕事の両立支援は、支援を必要とする労働者本人が企業に申し出るところから始まります。これが一つの大きなポイントになっています。本人の申し出のきっかけは、単純な制度の質問や健康相談などさまざまですが、傷病に係る健康情報はもちろん個人情報ですので、企業が本人の意思から離れたところで情報を収集したり、支援を行うことができません。そのため、企業では支援の詳細を検討する上で、労働者本人が中心となって、主治医や企業の労務担当者、産業保健スタッフ等の協力を得ながら、治療と仕事の両立に必要な情報を集めることが重要なポイントになります。

なかでも、主治医の先生による病状経過、治療の副作用や、就労継続の可否、今後の見込み等の医学的評価に基づく情報提供は、大変重要な情報になります。しかし、主治医の先生にしてみれば、患者さんの働き方を詳しくご存じないと思います。それは仕方がないことだと思います。

そのため、労働者本人が会社の協力を得ながら、自身の勤務状況を主治医に提供することがまず必要

になります。その上で主治医の先生からは、その勤務状況を踏まえて、望ましい就業上の措置や配慮事項を記載した意見書を作成いただき、患者本人に提供いただきたいと思います。これを受け取った本人は、これを事業者へ提出することになります。事業者は、その意見書を受け取った上で、産業医等からも意見を聴取し、最終的には主治医や産業医の意見を勘案して、事業者が労働者の意見を聴取しながら、治療と仕事の両立に必要な措置や配慮の内容をプランニングし、決定するという流れになっております。主治医の先生方が意見書を作成する際に、ガイドラインに様式例を示していますので、そちらを参考にさせていただきますとよいかと思います（スライド6）。

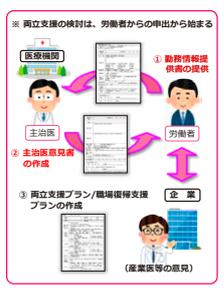
### 治療と仕事の両立支援の流れ

（ガイドライン 6～8頁）

個別の治療と仕事の両立支援の流れ

- ① 労働者が事業者へ申出
  - ・ 労働者から、主治医に対して、**勤務情報提供書を提供**
  - ・ それを参考に主治医が、**症状、就業の可否、時短等の望ましい就業上の措置、配慮事項について情報を提供（主治医意見書等）**
  - ・ 労働者が、当該書面を事業者へ提出
- ② 事業者が産業医等の意見を聴取
  - ・ 事業者は、労働者から提出された**主治医からの情報を、産業医等に提供し、就業上の措置、治療に対する職場での配慮に関する意見を聴取（産業医意見書等）**
- ③ 事業者が就業上の措置等を決定・実施
  - ・ 事業者は、主治医、産業医等の意見を勘案し、**労働者の意見も聴取した上で、就業の可否、就業上の措置（作業の転換等）、治療に対する配慮（通院時間の確保等）の内容を決定・実施**

※ 具体的な支援内容をまとめた「**両立支援プラン**」の作成が望ましい。



※ 両立支援の検討は、労働者からの申出から始まる

ガイドラインの「様式例集」が活用できます！

7

【スライド6】

両立支援を行うためには、企業側の受け入れ体制として環境整備が重要になっております。具体的には、事業者および管理職を含めた会社内のすべての人が両立支援の必要性を理解して、支援を必要とする労働者が支援の申し出をしやすいう、事業場内の雰囲気醸成することが特に大切だと思います。ガイドラインではこの整備につきまして、まず事業者による基本方針の表明と労働者への周知、そして研修等による両立支援に関する事業場内での意識啓発をすること、相談窓口を明確化して社内へ設けること、それから両立支援に関する休暇制度や勤務制度の整備をすることの四つが重要であると示しております。

こちらの右側の円グラフは、少し古いデータになりますが、疾病を抱える労働者のうち、約6割の方

が職場で何らかの配慮を得ているという調査結果を示しています。先ほどの両立支援の流れでも申し上げましたように、労働者への配慮を検討するには主治医の先生からの情報提供が大変重要となりますので、今後とも企業との連携に取り組んでいただければと思っております。少し見にくいのですが、この円グラフは足しても100%になりません。なぜかというと、労働者の方から支援の申し出をしなかった場合はそもそも両立支援が始まりませんので、その部分を除いての円グラフになっておりますので、そこをご了承いただきたいと思っております。ですので、これでいうと、大体20%ちょっとの方が病気を持っていたけれども両立支援を要望しなかったということが示されていることになるかと思っております（スライド7）。

### 事業場における治療と仕事の両立支援の取組

**【両立支援を行うための環境整備】**  
(ガイドライン 4～5頁)

- **事業者による基本方針等の表明と労働者への周知**  
衛生委員会等の調査審議を行い、事業者としての基本方針や具体的な対応方法等の事業場内ルールを作成、労働者に周知
- **研修等による両立支援に関する意識啓発**  
全ての労働者、管理職に対する研修等を通じた意識啓発
- **相談窓口の明確化**  
労働者が安心して相談・申出を行える相談窓口と情報の取扱い等を明確化
- **休暇・勤務制度の整備**  
通院・治療への配慮、通勤の負担軽減などのために導入を検討・導入  
・ 休暇制度：時間単位有給休暇、病気休暇等  
・ 勤務制度：時差出勤、短時間勤務等

職場における疾病を抱える労働者の治療期間中の配慮希望と適応

■ 配慮を希望し、配慮の適応があった  
■ 特段の配慮希望はないが、配慮の適応があった  
■ 配慮を希望したが、特段の配慮の適応はなかった

資料：独立行政法人労働政策研究・研修機構 2018年報告「病気の治療と仕事の両立に関する実態調査（WEB調査）」（「配慮の希望も適応もなかった」者を除く）

【スライド7】

先ほどのガイドラインと同じ表紙の、今度は青い表紙のものですが、これは厚生労働省がガイドラインの参考資料として別冊としてつくっております

### 企業・医療機関連携マニュアル

- ・ 企業と医療機関の連携によって、より適切な両立支援の実施が可能となる。
- ・ 企業と医療機関が情報のやりとりを行う際の参考となるよう、ガイドライン掲載の様式例に沿って、その作成のポイントを示したもの。  
※ がん、肝疾患、脳卒中、難病、糖尿病、心疾患の事例に関する様式記載例を掲載しています。

企業・労働者本人

① 勤務情報提供書

主治医

② 主治医意見書

企業・労働者本人

③ 両立支援プラン

【スライド8】

「企業・医療機関連携マニュアル」です。先ほど企業と医療機関との情報のやりとりの参考となるように、ガイドラインに示していると申し上げたのですが、勤務情報提供書や主治医意見書の様式の利用法を示しています。これを使って実際に作成する場合の留意点、ポイントや記載例を、具体的な事例に基づいて示しているマニュアルになっています。ですので、こちらも参考としてご活用いただければと思います（スライド8）。

今ご紹介しましたこのガイドラインや「企業・医療機関連携マニュアル」におきましては、両立支援が必要ないいわゆる慢性疾患の代表例の一つとして糖尿病を取り上げております。本日のフォーラムのテーマでありますスティグマとアドボカシーに関する留意事項もそれぞれに示しています。

両立支援では、先ほどお話ししましたとおり、労働者からの申し出を起点とすることからも、事業者をはじめ、職場における同僚、上司、すべての関係者が糖尿病に対する誤った理解や知識による先入観を持つことなく、労働者が相談しやすい環境を整えることが重要です。また、主治医の指導に基づく適切な管理により、特段の問題なく業務遂行が可能な場合が多いにもかかわらず、低血糖発作を起こすから危険だといった固定観念で、過度な就業制限をすることは不要であるといったことを示しています（スライド9）。

### 糖尿病の両立支援に関する記載

**治療と仕事の両立支援ガイドライン**

p46 参考資料「糖尿病に関する留意事項」

- ・ 糖尿病は必ずしも生活習慣のみが原因で発症、悪化するものではない。糖尿病に対する誤った理解や知識から、職場における理解・協力、必要な配慮等が妨げられる場合がある。労働者から支援の申出があった場合、事業者は、上司・同僚等に対して病気に対する正しい知識を啓発するなど、職場における配慮の在り方等についての必要な情報を提供することが望ましい。

**企業・医療機関連携マニュアル**

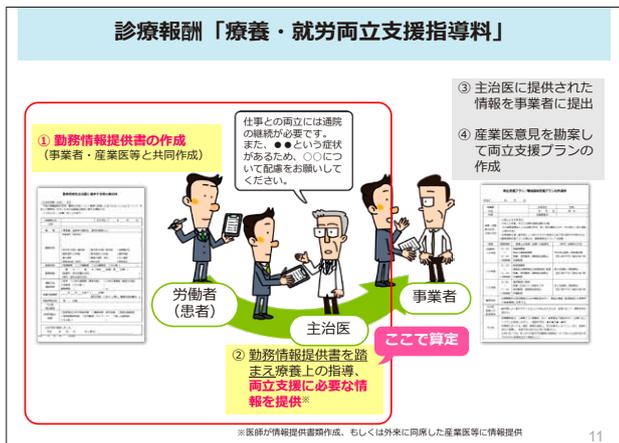
p176～201 事例編：糖尿病

- ・ 糖尿病は適切に管理されれば、日常生活や就労には特段の配慮は不要である。ただし、薬物療法中であれば、相応の注意は必要である。低血糖発作はその代表的なものであるが、主治医の指導のもとで自己管理を適切に行うことができれば、リスクは十分低減できる。
- ・ また、糖尿病に対する偏見は支援の申し出を阻害する要因となる可能性があるため、支援の申し出がしやすい職場環境整備が重要である。

【スライド9】

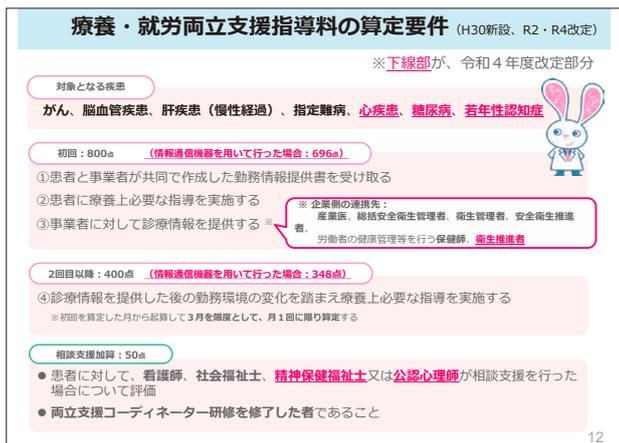
次に、診療報酬の仕組みについてです。両立支援に係る診療報酬については、療養・就労両立支援指導料ということで、両立支援に係る企業と医療機関

の連携を評価する内容になっております。具体的には、患者本人と事業者が共同で作成した勤務情報提供書に基づいて、主治医が患者に療養上必要な指導を実施し、企業担当者に診療情報を提供した場合に評価される仕組みになっております（スライド10）。



【スライド10】

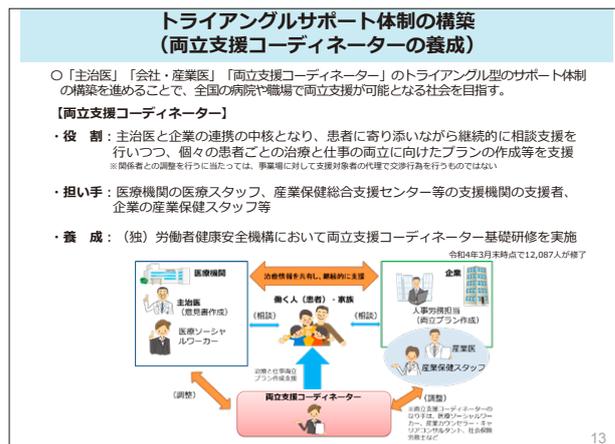
対象となる疾患は、平成30年に新設した当初はがんのみでしたが、令和2（2020）年および令和4（2022）年の2回の改正を受け、現在はがんの他に脳血管疾患、慢性肝疾患、指定難病、心疾患、糖尿病、若年性認知症の七つの疾患が対象となっています。算定点数は初回の指導、情報提供に対して800点が算定されるというものです（スライド11）。



【スライド11】

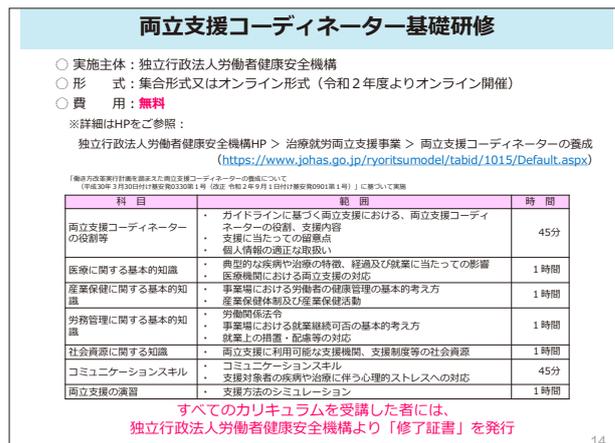
次に、働き方改革実行計画の大きな柱のもう一つであるトライアングル型サポート体制の構築についてです。トライアングルは、主治医と会社・産業医、それから両立支援コーディネーターの三者を示しており、その要が両立支援コーディネーターになります。両立支援コーディネーターは、主治医や企業と

連携しつつ、患者と寄り添いながら継続的に相談支援を行い、個別の患者ごとの事情に即した治療と仕事の両立支援プランの作成等を支援します。主な担い手は、医療機関の医療スタッフ、企業の産業保健スタッフ、後ほどご説明します産業保健総合支援センター等の支援機関に所属する支援者を想定しております（スライド12）。



【スライド12】

これが両立支援コーディネーターの基礎研修の内容です。全部で6時間半ほど、医療に関する基本的知識に加え、産業保健に関する基本的な知識や労務管理に関する基本的知識とコミュニケーションスキル等について研修するものです（スライド13）。



【スライド13】

それから、先ほど紹介しました産業保健総合支援センターですが、これは地域における治療と仕事の両立支援の取組みを支援するものとして、主に中小企業における産業保健活動の取組みを支援することを目的とし、独立行政法人労働者健康安全機構が47都道府県に設置しているもので、通称さんぽセ

ンターです。両立支援に関しては、このスライドで示します四つのことを支援しています。治療と仕事の両立支援に関するセミナーや専門的研修を開催するといったことや、両立支援に取り組む事業場への訪問指導、関係者からの相談対応、患者と事業場との間の個別調整支援といったことです。これらすべて無料で対応していますので、何か両立支援でお困り事がある場合には、こちらをご活用いただけますと幸いです（スライド14）。

### 産業保健総合支援センターによる産業保健活動の支援

○ 47都道府県に設置した地域産業保健総合支援センター（通称：さんぽセンター）において、中小企業等における産業保健活動の取組に対する支援を実施（メンタルヘルス対策、治療と仕事の両立支援等）

産業保健総合支援センター（さんぽセンター） ※47都道府県に設置

■ 産業保健の専門家を配置し、以下の支援を実施

- 事業者、人事労務担当者、産業医等の産業保健スタッフに対する専門的研修
- 事業場への訪問支援（実地相談、健康教育等）
- 関係者からの相談対応

両立支援に関する支援 ※協力病院に治療と仕事の両立支援のための出張相談窓口を設置

- ① 治療と仕事の両立支援に関するセミナー、専門的研修を開催  
事業者に対する啓発セミナー、産業医、産業保健スタッフ、人事労務担当者に対する専門的研修を開催
- ② 両立支援に取り組む事業場への訪問指導  
専門家（両立支援促進員）が企業を訪問し、両立支援に関する制度導入や教育などについて、具体的な支援を実施
- ③ 関係者からの相談対応  
治療と仕事の両立支援に関する関係者からの相談に対応
- ④ 患者（労働者）と事業場との間の個別調整支援  
専門家（両立支援促進員）が、患者（労働者）の就労継続や職場復帰の支援に関する事業場との個別調整について支援

15

【スライド14】

それからこちらのスライドは、地方の両立支援に積極的に取り組むということで、各都道府県労働局を事務局として、関係メンバーがチームをつくっているというものです。チームの構成員としては使用者団体や労働組合の推薦者、地域の医療機関、産業保健総合支援センター、都道府県といったところで、おのおの取り組んでいる両立支援に関する取組み状況の情報共有や、共同でのイベントに取り組む、各地域における取組事例を収集するなどの取組

### 「地域両立支援推進チーム」による地域の取組の推進

平成29年度～

各都道府県労働局に「地域両立支援推進チーム」を設置。  
地域における関係者がネットワークを構築し、互いの取組の連携を図ることを目的に活動。

チーム構成機関等

- 事務局：都道府県労働局
- 参画メンバー：  
使用者団体や労働組合の推薦者、地域の医療機関（がん診療連携拠点病院・労災病院等）、都道府県、産業保健総合支援センター、その他支援機関（ハローワーク、社労士会等）等

協議内容（抜粋）

- 各構成員または各構成員の属する機関等の両立支援に係る取組状況の共有
- 両立支援を促進するための各機関等が連携した取組
- 各地域における取組事例の収集
- 各地域における企業向け・患者向けパンフレットの作成 他

16

【スライド15】

みをしています（スライド15）。

改めまして、治療と仕事の両立支援に求められるものが何かということですが、厚生労働省でいろいろ取り組んでいるなかで、次の二つがやはり重要であると考えております。一つ目が、労働者、企業、医療機関の3者の連携ということで、両立支援の主な関係者であるこの3者におおのの立場で当事者意識を持っていただき、地域のネットワークを活用して企業・医療機関連携を進めることが非常に重要だと思っております。この3者の連携を支援することこそ両立支援コーディネーターの役割ですので、さらなるコーディネーターの効果的な配置や、積極的な活用が今後必要になってくると思っております。

二つ目が、企業や医療機関において、労働者が相談しやすい環境整備が重要です。企業における両立支援の受け入れ体制の整備はもちろんのこと、医療機関における相談窓口の充実、日頃の日常診療等において、医師や看護師といった医療関係者の皆さまが両立支援に関する認識をお持ちいただいて、例えば診療の場で、一言「仕事のことはどうなっていますか」とお声掛けいただくだけでも、だいぶ両立支

### 治療と仕事の両立支援に求められるもの

- ・ 労働者、企業、主治医・医療機関の3者の連携が不可欠  
➡ 各々の当事者意識の醸成  
 地域・職域のネットワークによる連携した取組
- ・ とくに企業や医療機関において、労働者が相談しやすい体制や環境が必要  
➡ 企業における支援体制整備や、医療機関における相談窓口等の充実

17

【スライド16】



援が進むのではないかと考えております。といいますが、労働者の方はどうしても最初、事業場に病気のことを話すかどうか結構悩まれます。やはり最初に病気のことで相談するのは医療機関になることも多いので、そういった意味でも、ぜひ医療従事者の皆さま、先生方のご協力を頂けると大変ありがたいと思っています（スライド16）。

また、過去に厚生労働省ではいろいろな研究事業も行っておりまして、医療機関でご参考にしていただける資料としてつくっているものを、二つここでご紹介したいと思います。一つは「医療機関における治療と仕事の両立支援導入ガイド」で、治療と仕事の両立支援の流れを基に、医療機関への両立支援の導入方法や取組み方について、医療従事者のそれぞれの立場でどういう役割を担うかを示しているものです。よくある質問も取りまとめています。それからもう一つ、「産業保健スタッフ向け 両立支援10の質問」がございまして。こちらは最初は産業医の先生や産業保健スタッフを対象につくられたものですが、それ以外でも労災病院等で患者問診票や相談スクリーニング等に活用していただいておりますので、病院でも使っていただけるものと思っております（スライド17）。

【スライド17】

最後になりますが、「治療と仕事の両立支援ナビ」ということで、広報の一環としてポータルサイトをつくっています。ここには治療と仕事の両立支援に係る基本的知識の他、先ほど紹介したガイドラインや連携マニュアル、それから好事例などを掲載しております。両立支援に係る取組みや制度など、いろ

いろなことを公表しているポータルサイトになっていますので、活用いただけますと幸いです（スライド18）。

【スライド18】

本当の最後ですが、今年の2月に治療と仕事の両立支援の地域セミナーを開催しております。つい先般、2月6日に北陸、東海、中部、近畿エリアとかなり広いのですが、このエリアでの地域セミナーが開催されており、今後こちらのポータルサイトにアーカイブ配信をする予定となっておりますのでご覧いただきたいと思っております。他の二つのエリアでこれから2月20日と28日に開催します地方セミナーは、Webで日本全国どこからでも視聴可能になりますので、よろしければご参加いただければと思っております（スライド19）。

【スライド19】

以上、私からの説明になります。今後、治療と仕事の両立支援におきまして、ぜひご理解いただき、可能な取組みを進めていただければと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

## 職場における障壁（スティグマ）の実態調査報告

中部ろうさい病院 糖尿病・内分泌内科部長、治療就労両立支援センター両立支援部長 中島 英太郎

中部ろうさい病院の中島です。本日はこのような席で講演をする機会をいただきまして、関係者の方々に厚くお礼を申し上げたいと思います。本会も第6回を数えまして、私はこの仕事をもう15年ぐらいやっており、いろいろなことをしてきました。今日はいわゆるスティグマがテーマなので、職場における障壁と訳していいのかわかりませんが、その実態調査の報告をさせていただきます。COIは特にございません。

まず、先ほどから話題になっている治療の中断をどうしたらよいかという話です。中断率はJ-DOIT2では、年間8.2%で、男性で仕事をしている若い方、特に20代30代が多い。HbA1cが非常にいい方と悪い方が二峰性に分かれていて、さらに、1回中断した方は2回3回中断してしまうと報告されています（スライド1）。

### 糖尿病治療中断者の特徴

- ・ 受診中断率年約8%
- ・ 受診中断は男性で就労者に多い
- ・ 若年者（50歳未満、特に20～30歳代）が多い
- ・ HbA1c 8%以上のコントロール不良者に多い
- ・ 逆にコントロール良好者にも多い
- ・ 過去に受診中断した人の再中断率は高い

糖尿病受診中断対策包括ガイド 2014

Chubu Rosai Hospital  
Japan Organization of Occupational Health and Safety

【スライド1】

今回、仕事との両立を考えた場合に何をすればよいかなのですが、まず目的としては、受診勧奨で、



検診で引っ掛かった方がちゃんと医療機関を受診し、そして継続的に通院していただけることと自己中断の防止が重要です。それによって治療成績を向上させ、合併症を予防し、自己実現による社会での活躍をしていただくことが最終目標になると思います（スライド2）。

糖尿病治療での仕事との両立支援は  
何をすればよいのか？

その目的は：

受診勧奨と治療自己中断防止

↓  
治療成績向上（合併症予防）

↓  
自己実現により社会で活躍

Chubu Rosai Hospital  
Japan Organization of Occupational Health and Safety

【スライド2】

われわれが考えた方策は以上になります（スライド3）。

糖尿病での両立支援

その方策は：

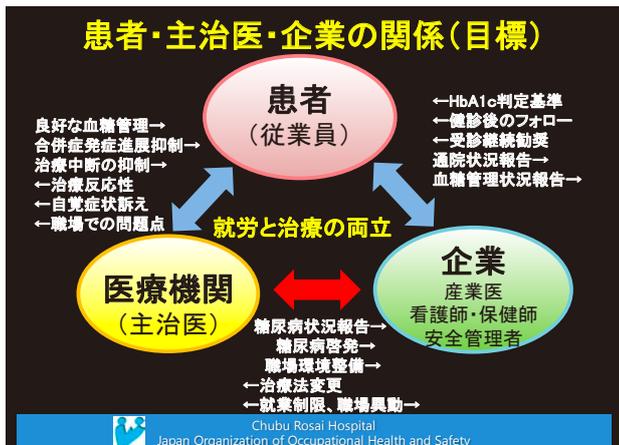
- 職場（産業保健スタッフ）との連携
- 社会的な啓発  
stigmaとadvocacy
- 受診の利便性改善  
オンライン診療  
駅ナカクリニック等

Chubu Rosai Hospital  
Japan Organization of Occupational Health and Safety

【スライド3】

まずは職場の連携です。これは先ほどから厚生労働省の立原室長から多くの情報が提示されましたが、そういった活動を行うこと。そして、今日のテーマのスティグマとアドボカシーの社会的な啓発。あとは、通院の利便性の改善ということでオンライン診療もあり得るかなと考えています。

患者と、主治医と、企業（職場）。こういったトライアングルをちゃんと構築して、コミュニケーションを良くしていく必要があると考えています（スライド4）。



【スライド4】

その方策として以前からわれわれがやっていたのは、まず第一に医療機関と職場との連携でした。そのきっかけとなったのがこちらの報告です（スライド5）。

### 勤労者における糖尿病網膜症の実態

糖尿病網膜症各群の眼科・内科通院歴			
	経過観察群	網膜光凝固群	硝子体手術群
眼科通院歴	42%	31%	47%
内科通院歴	74%	65%	65%
眼の病気による離職率	13%	34%	56%

※登録時より1年以上前から継続通院しているものを「通院歴あり」とする。

手術に至る例でも眼科通院は半数以下であり、内科通院も6〜7割であった。

**糖尿病網膜症の勤労者は、仕事が多忙で通院加療が続けられず、視力障害が進行し、失職してしまうケースが多い。**

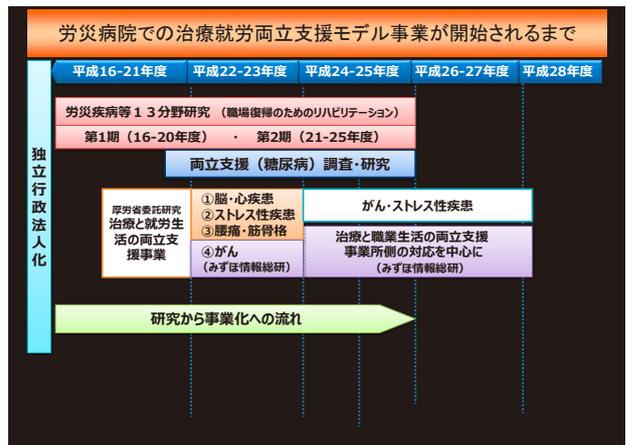
労働者健康福祉機構 平成16〜21年 労災等13分野医学研究

Chubu Rosai Hospital  
Japan Organization of Occupational Health and Safety

【スライド5】

これは労災病院の本部研究なのですが、大阪ろうさい病院の眼科の先生が10年以上前に発表された報告で、進行した糖尿病網膜症の手術を行った患者さんの、過去1年間の眼科と内科の受診歴と、手術後に離職をしてしまった率を見たものです。眼科の受診歴が47%、内科の受診歴が65%しかなく、仕事を辞めてしまった方が半数以上という報告でした。この結果を受けて、堀田先生をはじめ本部の方で、糖尿病も両立支援が必要なのではないかということとなり、当院に仕事が降りてきた状況でした。

最初は平成21年から5年間の糖尿病に関する調査研究活動が行われました（スライド6）。



【スライド6】

その後、結果報告を提出した後、実際にモデル事業をすべきとのことで、我々が作成した糖尿病の両立支援手帳を実際に運用し始めました。仕事で何か困っているという患者さんがいらしたら、同意を取って面談をし、その問題を聞き取り、対応や依頼事項を手帳に書き込む。その後、手帳を患者さんご自身に職場へ持って行っていただいで、あちらで対応いただくというフローです（スライド7）。



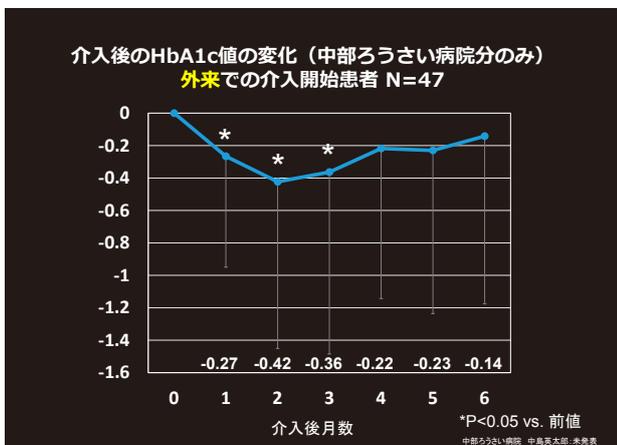
【スライド7】

手帳が戻ってきた方については割と好意的なご返事をいただいています。ただ、スタートで96名面談して、回答いただけたのが76名で、ここで既に4分の1の方が脱落していてバイアスが入っています。手帳の返事をいただけた方では7〜8割で好意的なご返事をいただいているのですが、回答が頂けなかった、あるいは「こんな手帳、職場へ持っていけない」とおっしゃる方がそれなりにいたということです（スライド8）。



【スライド8】

こういった例は現業の方が多かったのですが、特に運転業務があるような職場や建設現場など、両立支援が必要な作業リスクがある職場がより難しかったと感じています。この活動にて糖尿病の管理状況はどうなったかと、HbA1c値を追って見たところ、有意差を持って低下し、糖尿病学会で報告しました（スライド9）。



【スライド9】

### 糖尿病での両立支援上の特徴

- 成人の4-5人に1人の有病率（患者数1000万以上）  
自覚症状の少なく、ありふれた病気
- 生活習慣病の位置づけ → **stigma**に  
食べ過ぎ、運動不足の生活習慣病だ→自己責任論・職場の無理解
- 糖尿病発症から慢性合併症発症まで十数年の**タイムラグ**  
今日休職・入院しなくても良い
- **インスリン自己注射と低血糖**  
生命リスクと運転免許更新不可の可能性

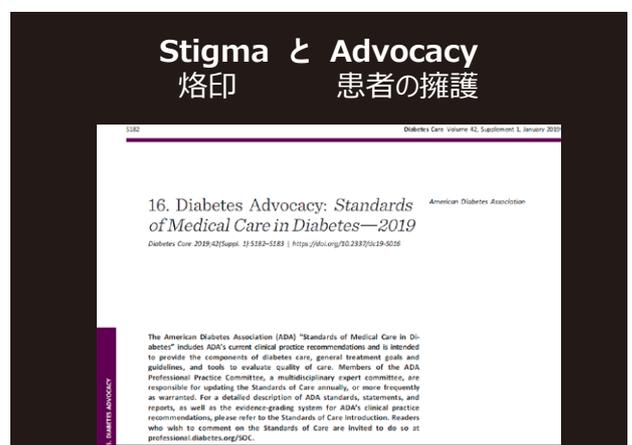
Chubu Rosai Hospital  
Japan Organization of Occupational Health and Safety

【スライド10】

糖尿病の両立支援上の特徴はここに挙げます。まず非常に患者が多いことです（スライド10）。

1000万人の患者がいます。そしてその疑いも含めれば2000万人います。成人4～5人に1人は糖尿病かその予備軍となります。また自覚症状はなく、非常にありふれた病気として認知されていて、病気としてはあまり重篤なものではないとされています。そして、昔から生活習慣病と位置づけられ、厚生労働省の日野原先生が名づけたと伺っていますが、その時代から食べ過ぎ、運動不足が原因の生活習慣病だということで、自己責任論・職場の無理解につながり、スティグマが生じていること。それから、糖尿病発症から慢性合併症発症まで5年、10年、20年とかかりタイムラグがあること、今日入院しないともう駄目で仕事ができないことや、メンタルで仕事を休んでしまっているという状況ではないということです。やはり休職に直結するがんや脳卒中、メンタルとは少し違う疾患です。あとはインスリン注射です。痛みや面倒さや、低血糖のリスクがあって運転免許が更新できない、就職できないといった問題と、管理が上手くできなくて自己効力感の低下や、うつ傾向に至ります。

こうした中で、スティグマとアドボカシー活動が重要です。これは先ほど学会の植木先生も出されたと思いますが、アメリカでは先行して患者さん擁護の活動が進められていて、アメリカ糖尿病学会の標準治療ガイドラインに一章を使って掲載されています（スライド11）。



【スライド11】

当院は厚生労働省の政策医療の一端としていろいろな活動をしていますが、実際にモデル事業をやってきて、やはり職場の無理解、先入観、偏見が両立支援の活動のバリアになっていると感じることがあります。それを何とかしようと考え、次にその実態を調査いたしました（スライド12・13）。

## 目的

今回我々は職場でのスティグマの実態と両立支援上の問題点を調査し、その現状を明らかにすることを試みた。

Chubu Rosai Hospital  
Japan Organization of Occupational Health and Safety

【スライド12】

## 背景

- 当院は、厚生労働省の政策医療の一端として「糖尿病治療と就労の両立支援」に取り組んでいる。
- 仕事を持つ多忙な若年糖尿病患者に対して受診勧奨と自己治療中断防止は重要な課題である。
- 対策として医療機関と職場との連携による、治療と仕事の両立支援は重要である。
- しかしながら、一般の方が糖尿病に対し抱いている否定的な先入観や自己責任論的な偏見(stigma)が職場での無理解につながり、両立支援活動の障害となっている現状がある。

Chubu Rosai Hospital  
Japan Organization of Occupational Health and Safety

【スライド13】

東海地方の各企業の産業保健スタッフ・管理監督者および一般の従業員に対して、一昨年の秋に調査しました。このフォーラムは実は昨年実施する予定だったので、1年遅れの報告になっています。Nとしては、産業保健スタッフで医療職の方が48名、非医療職が267名、一般従業員が755名でした。糖尿病患者に対するイメージ、それから糖尿病の知識を問う簡単なアンケートを取っています（スライド14・15）。

## 方法-1

### 糖尿病の職場意識調査

対象：東海地方の各企業の  
**産業保健スタッフ・管理監督者および一般従業員**

調査期間：2021年6月～10月

有効回答：  
産業保健スタッフ（医療職） N=48  
（非医療職） N=267  
一般従業員 N=755

Chubu Rosai Hospital  
Japan Organization of Occupational Health and Safety

【スライド14】

## 方法-2

アンケート調査:上記に対し依頼を送付し、アンケート紙返送あるいはWebでの入力  
**「糖尿病患者に対するイメージ」「糖尿病知識」**  
**（「糖尿病での両立支援の状況」）**  
の各項目について行った

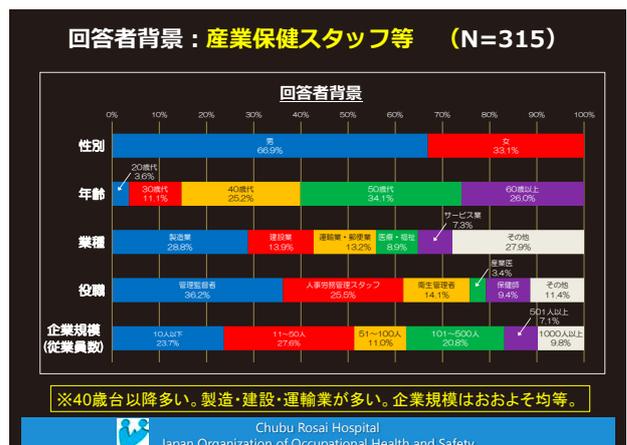
調査期間：2021年6月～10月

統計処理：SPSS Statistics® ver. 25  
Student's T検定、  
 $\chi^2$ 検定（Fisherの直接法、Yatesの修正）

Chubu Rosai Hospital  
Japan Organization of Occupational Health and Safety

【スライド15】

このスライドが産業保健スタッフに関する背景です（スライド16）。



【スライド16】

医療職、非医療職、両方なのですが、40代以降、やはり役職に就いている方が多い。そして東海地方なので製造・建設・運輸業、この辺の業種が多い。企業の規模は、大・中・小まんべんなく回答がありました。一般社員に関しては、どうしても大企業の

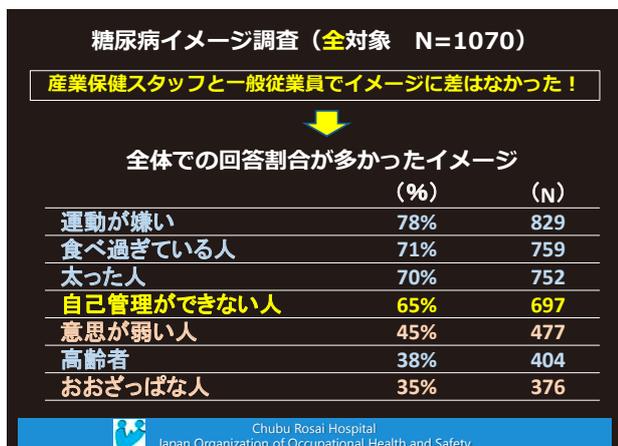
割合が多くなっています。一般社員はより若い、現場の方が多かったです（スライド 17）。

まずは全体の 1070 人の糖尿病に対するイメージ



【スライド 17】

です。実は産業保健スタッフと一般従業員とに分けた場合には、イメージにほとんど差がなかったのです。「運動が嫌い」「食べ過ぎている」「太っている」「自己管理ができない」「意思が弱い」「高齢者」「おおざっぱ」、こういった順番でYesが多かったです。さらに、「不真面目」「怠惰」「仕事ができない」「陽気」「性格に問題がある」「頼りない」と、キャラクター的な問題もそれなりに挙がっています。「陽気な人」というのがポジティブなところかもしれませんが、たくさん食べて陽気なイメージということなのででしょうか。一般社員と産業保健スタッフでまったく変わらない結果でした（スライド 18・19）。

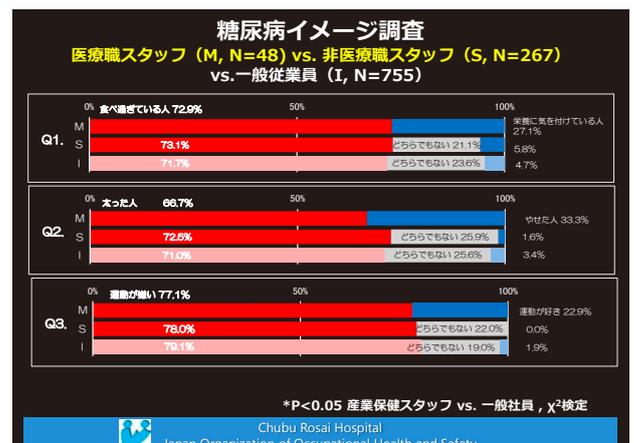


【スライド 18】

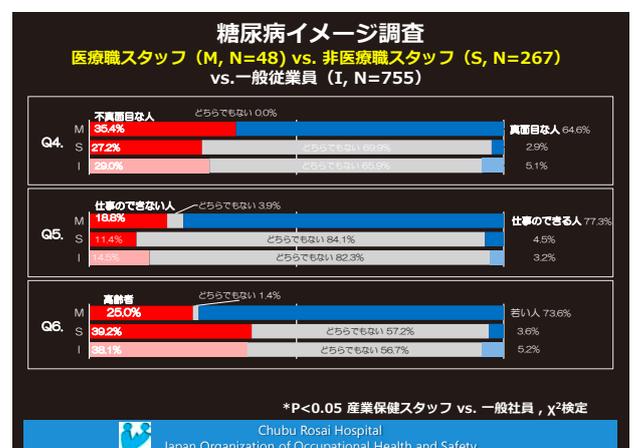


【スライド 19】

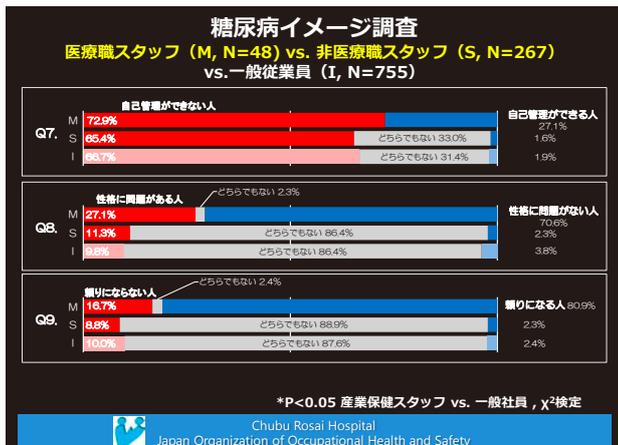
では、その後、医療職の産業保健スタッフと、非医療職の管理監督者、いわゆる衛生管理者でどのぐらいの違いがあるのだろうか、最近もう少し解析しましたら、ちょっとびっくりする結果が出ました。まず、糖尿病のイメージです（スライド 20-23）。



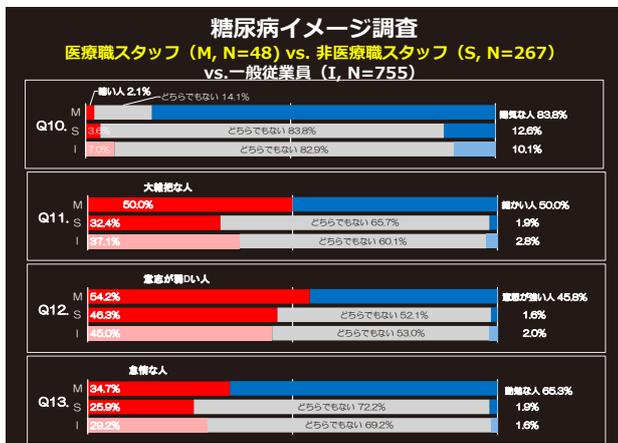
【スライド 20】



【スライド 21】



【スライド22】



【スライド23】

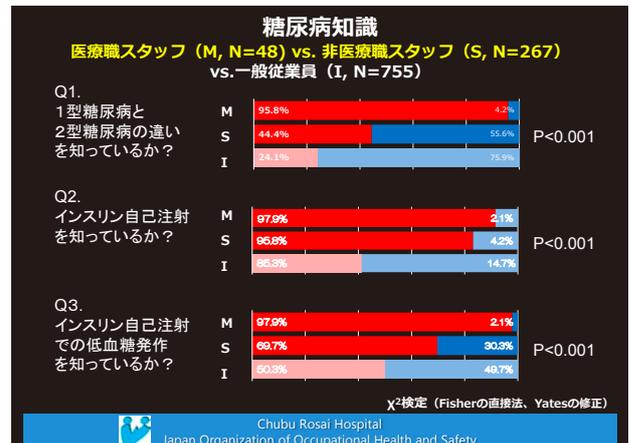
上のMがいわゆる医療職、Sが非医療職の産業保健スタッフ、Iが一般の方になり、赤がYesです。「食べ過ぎている人」はまったく3本一緒です。その後、「太った人」「運動が嫌いである」も同じスコア。しかしながら、青のところです。逆に食べ過ぎしていないというか、「食事に気をつけている」「痩せた人」そして「運動が好き」というところが、医療職の方は青が結構多いのです。逆に「分からない」の回答がないのです。これにはちょっと驚きました、印象がはっきり分かれたということです。この傾向は実は以下の回答でも同様です。

もう一つ言えることは、例えば「不真面目な人」「仕事ができない人」、それから「高齢者」はちょっと別かもしれませんが、キャラクター的なところで、結構医療職の方が偏見というか、スティグマがあるということが分かりました。先ほどから医療者によるスティグマがいわれており、清野先生も先ほど強調されていましたが、実はわれわれ医療者は結

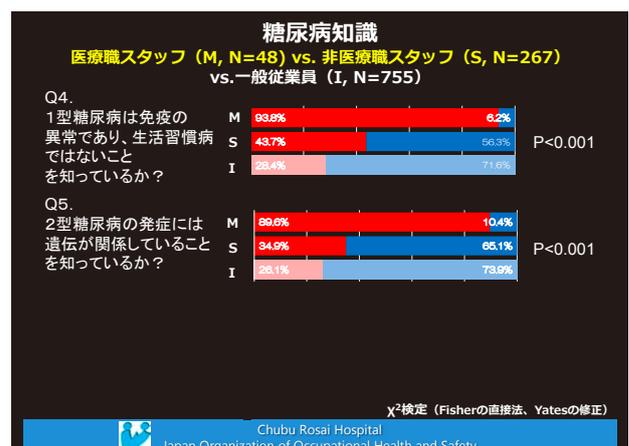
構赤い部分のスティグマを持っているのか、あるいはリアルにそういう患者さんを知っていてこういうイメージを持ってしまったのか。白か黒か、半か丁かで分かれ、中間がないので、この辺は実体験に基づくものの結果なのかもしれません。今回のアンケートではその原因ははっきりと分からないのですが、このような結果が出ています。

この2番目「大雑把な人」でもやはりYesが多いですし、「意志が弱い人」もですね。それから「怠惰な人」、結構医療者の方でハイスコアなのです。逆に、Noの青も非常に多いというのは確かです。

こちらのスライドは知識の方です（スライド24・25）。



【スライド24】

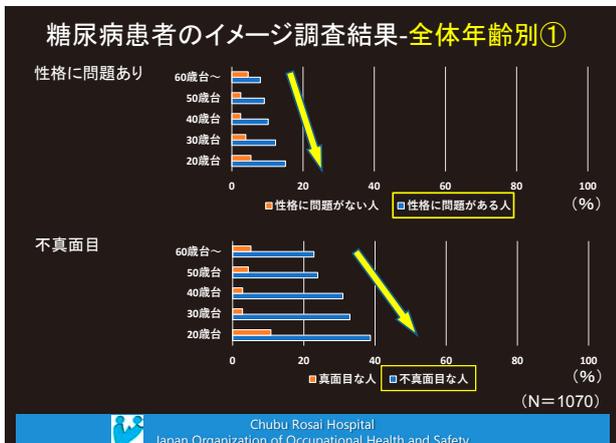


【スライド25】

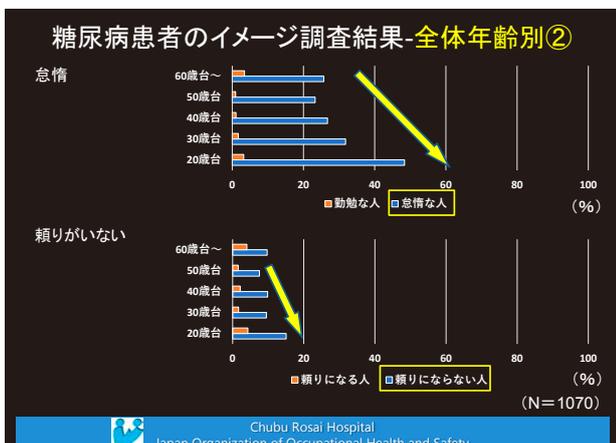


幾つか質問がありますが、当然ながら医療者はハイスコア。そして2番目の非医療職の産業保健スタッフも割と高く、一般職は低い。これはもう当然の結果かもしれません。上の2番目と3番目の違いは実は年齢の違いの可能性もあると考えています。

こちらは年齢別に見たイメージ調査の結果で、はっきりとした傾向が見えたところをお示しいたします（スライド26・27）。



【スライド26】



【スライド27】

まず「性格に問題あり」で、Yesが青です。「不真面目」、やはりYesが青です。これは年齢が若いほど明らかに高いです。それからもう一つ、「怠惰」「頼りない」、いわゆるキャラクター的な部分で、明らかに若い人が否定的な印象を持っていて、糖尿病の方が多分身近にいないのだけれども、社会的なイメージをそのまま受け入れてしまっている状況があるのかもしれない。

結果のまとめです（スライド28）。

### 結果まとめ

- 職場での糖尿病のイメージ調査では、調査した日常生活・外見・性格・仕事の能力のすべての項目で**ネガティブな偏見**があった。
- 特に**運動が嫌い、食べ過ぎ、太っている、自己管理ができない、意志が弱い**、で高率であった。
- この偏見は、非医療職のスタッフと一般社員で**差異はなかった**。
- 医療職では、**全項目でポジティブな偏見が高率であったが、逆にネガティブな性格的、能力的イメージも他と比べてやや高率であった**。
- 全体的に**若年者でより偏見が高率であった**。
- 糖尿病の知識は、産業保健スタッフ(医療職>非医療職の管理監督者)でより理解が高かった。

Chubu Rosai Hospital  
Japan Organization of Occupational Health and Safety

【スライド28】

職場での糖尿病のイメージ調査では、調査した生活習慣・外見・性格・仕事の能力、全ての項目でネガティブな偏見がありました。特に「運動が嫌い」「食べ過ぎ」「太っている」「自己管理ができない」「意志が弱い」で高率でした。そして、この偏見は非医療職のスタッフと一般社員では同じでした。医療職では、全項目でポジティブなイメージがそれなりに高率でしたが、逆にネガティブなイメージも性格的な部分でやや高率でした。そして、否定的なイメージは全体的に若年者で高率でした。知識に関しては産業保健スタッフで医療職がより多かったというのは当然のことだと思います。

総括です（スライド29）。

## 総括

- 医療職の産業保健スタッフでは、糖尿病患者に対するイメージは、良いものが高率だが、逆に非医療職と比較してネガティブなものも多く、分離していた。
- 非医療職の管理監督者は一般社員と比較して「糖尿病の知識」はよりあるが、糖尿病に抱いている「stigma」に関しては一般社員と全く変わらないことが明らかとなった。
- 知識の普及のみでは「stigma」の改善に不十分と考えられ、今後の両立支援での啓発活動では考慮すべきことと考えられた。



Chubu Rosai Hospital  
Japan Organization of Occupational Health and Safety

【スライド29】

一番上は先ほどお話したことで、産業保健スタッフの医療職に関しては、YesかNoかはっきりしているわけです。分からないという回答がほとんどなく、これが何を意味しているのかはまだ解釈に難儀しているところです。それから、非医療職の管理監督者は一般社員とはっきり言って変わらなかった。知識はよりあるのですが、スティグマといったネガティブイメージに関してはまったく同じでした。知識の普及のみではどうもスティグマの改善には不十分ではないかと考えられるわけです。

主治医ができる両立支援、いわゆる自己中断させない3ポイントです  
(スライド30)。

患者さんご自身の定期通院への動機づけがやはり大事です。そして、仕事に配慮した、個別での薬物療法のレジメンの最適化。それから、今回のテーマである職場環境への介入・連携も考えるべきではないかと思えます。

## 主治医ができる 仕事の多忙さで自己中断させないための3points

- 1. 定期通院への動機付け**  
就労糖尿病患者に定期的な継続通院の重要性を理解し、実行していただくことが重要となる。
- 2. 多忙な状況でもアドヒアランスを低下させないために、仕事に配慮した薬物治療の個別での最適化。**
- 3. 職場環境への介入・連携**  
定期通院のための休暇などの配慮依頼、インスリン自己注射・血糖自己測定の間所と時間への配慮、低血糖発作やシックデイ時の対応依頼



Chubu Rosai Hospital  
Japan Organization of Occupational Health and Safety

【スライド30】

## ～医療者の立場からみた事業者に期待される配慮～ (糖尿病)

- 定期通院への配慮、受診状況の確認
- 職場の環境整備  
インスリン自己注射・血糖測定の間所と時間確保  
低血糖時の対応  
職場スタッフの理解
- 健康経営への取り組み  
健康啓発活動



Chubu Rosai Hospital  
Japan Organization of Occupational Health and Safety

【スライド31】

### 厚生省委託事業

## 治療と仕事の両立支援のためのガイドライン

事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン

令和3年3月改訂版  
厚生労働省

別紙1

#### 事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン

本ガイドラインは、がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎などの治療が必要な疾病を抱える労働者に対して、事業場において適切な就業上の措置や治療に対する配慮が行われるよう、事業場における取組をまとめたもの。

**背景・現状**

- 治療技術の進歩等により、「不治の病」から「長く付き合う病気」に変化  
(例：がん5年相対生存率が向上 平成5～8年53.2% → 平成15～17年58.6%)
- 仕事をしながら治療を続けることが可能な状況  
(例：仕事をもちながら、がんで通院している者が多数 平成22年32.5万人)
- 仕事上の理由で適切な治療を受けることができないケースがみられる  
(例：糖尿病患者の約8%が通院を中断。その理由は「仕事（学業）のため、忙しいから」が最多の24%)

→ **疾病に罹患した労働者の治療と職業生活の両立が重要な課題**

- 治療と職業生活の両立に悩む事業場が少なくない  
(例：従業員が私患病になった際、企業が従業員の適正配置や雇用管理等に苦慮する事業所90%)

→ **事業場が参考にできるガイドラインの必要性**

**治療と職業生活の両立支援を行うための環境整備**

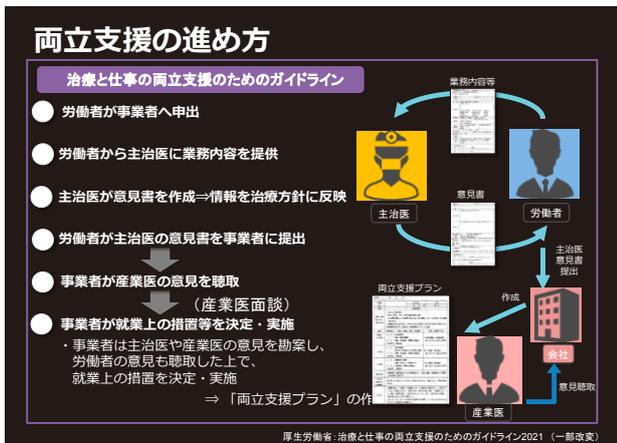
- 労働者や管理職に対する研修等による意識啓発
- 労働者が安心して相談・申出を行える相談窓口の明確化
- 短時間の治療が定期的に繰り返される場合などに対応するため、時間単位の休暇制度、時差出勤制度などの検討・導入
- 主治医に対して業務内容を提供するための様式や、主治医から就業上の措置等に関する意見を求めるための様式の整備
- 事業場ごとの衛生委員会等における調査審議

**治療と職業生活の両立支援の進め方**

- ① 労働者が事業者へ申出
  - ・ 労働者から、主治医に対して、一定の書式を用いて自らの業務内容等を提供
  - ・ それを参考に主治医が、一定の書式を用いて症状、就業の可否、短時間の望ましい就業上の措置、配慮事項を記載した書面を作成
  - ・ 労働者が、主治医に作成してもらった書面を、事業者へ提出
- ② 事業者が産業医等の意見を聴取
  - ・ 事業者は、労働者から提出された主治医からの情報を、産業医等に提供し、就業上の措置、治療に対する職場での配慮に関する意見を聴取
- ③ 事業者が就業上の措置等を決定・実施
  - ・ 事業者は、主治医、産業医等の意見を勘案し、労働者の意見も聴取した上で、就業の可否、就業上の措置（作業の転換等）、治療に対する配慮（通院時間の確保等）の内容を決定・実施

※その際には、上記の具体的な支援内容をまとめた「両立支援プラン」の作成が望ましい

【スライド32】



【スライド33】

また医療者の立場から見た事業者に期待する配慮としては、時間休制度といった定期通院への配慮をいただきたいということ。それから、職場環境の整備をお願いできればと思いますし、啓発活動や健康経営への取り組みもお願いしたいと思います（スライド31）。

これは先ほど厚生労働省の室長から詳しくご説明があったところですが、両立支援ガイドラインです。ガイドラインとマニュアルとを作成しました。私あるいは学会の植木理事長をはじめ協会からもメンバーに参加いただいて、一昨年に作成しました。

これが反映され、去年の4月から両立支援の保険請求可能な疾患に糖尿病が採用されました（スライド32・33）。

糖尿病での療養・就労両立支援の指導料が請求可能になり、初回800点、それから3カ月間に限って400点を算定可能で、プラス、相談支援加算があります。50点なのですが、これは先ほどお話に出た両立支援コーディネーターの参加です。これは労働者健康安全機構の方で養成しており、この資格者を配置して関与している場合は50点プラスで取れます（スライド34）。

現在、両立支援のコーディネーター養成は、コロナのためeラーニングを組み合わせた形になっています。3年前は年に2000人ぐらいが限界だったのですが、eラーニング含めてオンラインで実施しているため、年間6000人ほどが養成されています。現在でも募集が多くてなかなか抽選に当たらない方もいて、今後とも継続して実施していきたいですし、コロナ後にどうやっていくかということは、また労災病院の本部の方で検討いただけたと考えています。

## 2022年4月～診療報酬改定 糖尿病での両立支援承認

患者の仕事を知ろう！

～糖尿病での「療養・就労両立支援指導料」請求可能に～

Keyword 両立支援、職域連携、保険請求

しかし2021年3月改訂が行われた厚生労働省発出の「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」<sup>1)</sup>に「糖尿病」における留意事項が追加されたことを受け、2022年度診療報酬改定で「糖尿病」が対象疾患に追加されました。**初回800点、3ヶ月を限度に2回目以降400点が月1回算定可能**となり、その要件としては「当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者が勤務する事業場の産業医、総括安全衛生管理者、衛生管理者、安全衛生推進者、衛生推進者、衛生管理者又は保健師に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合（図）に、月1回に限り算定する。」です。

長らく待ち望んでいた制度がようやく整いました。今後正式な業務となり、スタッフ配置のお願いも行いやすくなると思いますので、糖尿病での治療就労両立支援活動にも取り組んでいただければ幸いです。なお両立支援コーディネーター研修（労働者健康安全機構が開催）を修了している看護師または社会福祉士などによる相談に対し**「相談支援加算50点」**もありますので、積極的な資格の取得もいかがでしょうか。

中島、CDEJ News Letter 第74号（2022年4月）

【スライド34】

優性遺伝と劣性遺伝に代わる推奨用語について（結果報告）

優性遺伝と劣性遺伝に代わる推奨用語について

1. 「優性遺伝」「劣性遺伝」に代わる推奨用語は、それぞれ「顕性遺伝」「潜性遺伝」とする。
2. 従来表記は、(優性遺伝)、(劣性遺伝)として、括弧書きで表記する。これらの用語は、本来、遺伝形式を示す用語であり、「顕性遺伝(優性遺伝)」「潜性遺伝(劣性遺伝)」と、遺伝形式として明記することが必要と考えられることから、4文字の用語として推奨用語を示す。
3. 5年程度の期間を経た後は推奨用語に移行する。

(注) 顕性(優性)、潜性(劣性)はそれぞれ遺伝形式を示す表現であることから、推奨用語としてはそれぞれ「遺伝」を付与した「顕性遺伝」「潜性遺伝」として使用するものとする。

病名変更？



【スライド35】

それから、こちらが先ほどから出ていた病名変更の話なのですが、日本医学会の方から1月24日付でこういう文書が出ています(スライド35)。

優性遺伝・劣性遺伝の名前を変えましょうという用語変更です。実際、これは病名とは絡まないで、医学会だけの話で済むので割と実施しやすいのかもしれませんが、優生・劣性と言うのをやめて顕性と潜性という言葉を使うということです。こういう直近の先行例もあるので、病名の変更も、社会的インパクトがより大きいので難しいのかもしれませんが、ありかなとは思っております。

最後のスライドです(スライド36)。

Take home message  
就労も考えた糖尿病治療を患者さんに

- 「忙しさ」で治療中断をさせない
- 個別化を考えた治療として、就労糖尿病患者での効果的で継続的な薬物療法には、仕事に配慮したレジメンが重要
- 職場-主治医の連携を視野に入れることも必要



【スライド36】

私たち糖尿病の専門医としては、とにかくちゃんと治療を中断しないで定期通院してほしいという思いが一番大きいです。それにはやはり仕事に配慮した治療のレジメンが重要であろうと思いますし、職場・主治医の連携を視野に入れてやっていきたいと考えています。ご清聴ありがとうございました。

東京大学大学院公共健康医学専攻保健社会行動学分野の加藤明日香と申します。本日、私からは、スティグマが2型糖尿病の自己管理に与える影響についてお話ししたいと思います。開示すべきCOI関係にある企業などはございません。

まず最初に、2型糖尿病のスティグマとはどのようなものかについてご説明します。2型糖尿病のスティグマは、その発症によって社会から「病者」というラベルをつけられて、「自己管理に欠如した者」と見なされることを指します。2型糖尿病患者さんは糖尿病発症をきっかけに、治療開始後もあらゆる治療場面で、それから社会生活場面においても、自己管理に欠如した者で見なされるスティグマを経験していきます。

それでは、2型糖尿病患者さんが経験する偏見・差別とはどのようなものでしょうか。われわれが実施した質的研究の分析結果から、2型糖尿病患者さんが経験する偏見には性格に対する非難があることが分かりました。糖尿病であることを理由に、怠けている、だらしない、節度がない、根気がない、気合がない、管理ができないなどといった、性格に関して否定的な内容を他者から直接指摘される経験です。次に、2型糖尿病患者さんが経験する差別については、能力に対する否定があることが分かりました。能力に対する否定というのは、性格に対する非難が転じて、自己管理に欠如した者で見なされてしまうことで、糖尿病を理由とした職場における降格、失職、内定取り消し、雇用機会の喪失、生命保険や住宅ローンの審査などといった社会的に不利益な差別を受けます。

スティグマの発生源としては、マスメディア、職場の上司や同僚、友人、家族に加えて、医療従事者も含まれています。医療場面では、2型糖尿病患者さんが経験する偏見・差別は、いわゆる一般社会で受けるようなあからさまで目立った直接的な非難や否定といった経験ではありません。学術的にはマイクロアグレッションと呼ばれているもので、医療従事者が持つステレオタイプに基づいた、意図しないけれども結果として患者さんを見下げたような、恥ずかしい思いをさせる侮辱的な言動や態度になりま

す。医療従事者側は、純粹に治療を目的とした決して悪い意図からではないのですが、患者さんにとっては大変恥ずかしい思いをさせられる言葉となることがあります。一生懸命に患者さんを診察し治療しようとするほど、患者さんにはマイクロアグレッションとして捉えられてしまい、知らず知らずのうちに医療従事者の皆さんが患者さんを傷つけてしまう言葉を発してしまうことがあるというものです。

ここからは、社会から受けたスティグマに2型糖尿病患者さんご自身がどのように反応しているのかについて、詳しくご説明したいと思います。一般に2型糖尿病患者さんが持つスティグマと呼ばれているものは、差別的な出来事を実際に経験する experienced stigma、差別を受けるのではないかと恐れる perceived stigma、スティグマを内在化させてしまう self-stigma の三つの概念に大別されます。

まず最初に perceived stigma についてご説明します。性格や能力に関して否定的な経験が蓄積されていきますと、2型糖尿病という病気に対してネガティブなイメージが形成されることが分かりました。しかしながら、この perceived stigma という状態は、患者さん本人が直接個人的に差別を経験した場合にだけでなく、同病の他者への差別を間接的に経験した場合にも生じることが明らかになっています。例えば家族や親戚、職場の上司や同僚など、身近な人々が2型糖尿病に罹患していた場合、彼らが受けた差別的な経験を見聞きしたことによって、自身の診断前に間接的に2型糖尿病に対するネガティブなイメージを抱いている場合があります。

その場合、職場などの定期検診で精密検査を勧められたとしても、医療機関を受診することを拒む傾向にあります。そして、糖尿病と診断された場合でも診断自体を否定し、治療開始を拒む傾向があります。これは、perceived stigma の状態にある患者さんにとっては、2型糖尿病の診断を受けることは社会から自己管理に欠如した者で見なされて、その後生涯にわたってスティグマを負うことを意味しているためです。

また、治療を開始できたとしても、一人の場合は

食事制限や服薬遵守が可能であっても、社会生活場面においては、すなわち職場の上司や同僚、友人と一緒にいるときには、食事制限や服薬遵守の遂行が困難となる傾向があります。療養的な食事の選択や食前食後の服薬によって、自身が糖尿病であることを周囲に知られることを恐れているためです。そのため、インスリン療法に対しても否定的な態度を取る傾向があります。また、たとえインスリン療法を開始できたとしても、同様に社会生活場面においてはインスリン注射や自己血糖測定をトイレなどの不衛生な場所で行ったり、あるいはそのタイミングを逃してしまったりすることも報告されています。

次に self-stigma についてご説明したいと思います。2 型糖尿病に対してネガティブなイメージが形成されていきますと、2 型糖尿病に罹患した自分への自己評価が下がって、自尊感情が脅かされる場合があります。その反応として、病態の重症度とは関係なく、社会生活の参加を自ら極度に制限する、回避的な行動を取るようになります。このような回避的な行動を取ることによってスティグマを内在化させてしまう状態が self-stigma であり、ご自身のアイデンティティを維持しようとしている段階に当たります。つまり、スティグマを内在化させてしまう状態にある 2 型糖尿病患者さんは、社会に存在する糖尿病に対する否定的な固定観念、すなわちステレオタイプに気づき、自分は社会や他者からそのような差別的な扱いを受けるに値することを受け入れて、2 型糖尿病であることを理由に自分自身に対しても否定的な態度を取っていくようになります。

このように self-stigma という状態は、2 型糖尿病という病気のために自尊感情が著しく低下して、就労を自ら極度に制限している状態を指しています。われわれが実施した量的研究の分析結果からは、糖尿病専門医によって現在加療中の 50 名、約 4 分の 1 の 2 型糖尿病患者さんが、self-stigma の状態にあることが分かっています。なお、self-stigma という状態は、われわれが開発した信頼性と妥当性が確認された尺度によって測定することができます。

先ほどご説明しました perceived stigma が糖尿病診断前の間接的な経験を通して生じる場合があるの



に対して、self-stigma という状態は罹病期間の長さが関与しています。診断後、少なくとも 10 年程度の期間を要することが分かっています。すなわち、self-stigma という状態は、治療生活と社会生活を両立していくなかで徐々に獲得されていくという特徴を持っています。

では、self-stigma という状態は 2 型糖尿病患者さんの自己管理にどのような影響を与えるでしょうか。これを評価する指標の一つとして、健康管理への積極性評価尺度、Patient Activation Measure 13 (PAM-13) という尺度があります。PAM-13 を用いますと、病気に対する自己管理の信念、知識、技術、行動など、健康管理に対する積極性を総合的に測定することができます。得点が高いほど自身の糖尿病治療に対して積極的に取り組んでいることを表します。われわれが 20~74 歳までの外来加療中の日本人 2 型糖尿病患者さん 209 名を対象に、自己管理行動の指標として PAM-13 と HbA1c 値を測定したところ、self-stigma の状態にある患者さんでは PAM-13 の平均得点が有意に低い結果となりました。

HbA1c 値については統計的な有意差こそ認められませんが、self-stigma の状態にある患者さんの HbA1c 値は高い傾向にあることが分かりました。これはすなわち、self-stigma という状態は治療に取り組むために必要となる患者さんの積極性の減退をもたらして、患者さんの自己管理行動に影響を及ぼすことで不十分な血糖コントロールをもたらす可能性を示唆しています。

さらに、self-stigma が 2 型糖尿病患者さんの自己

管理行動の低下に影響するプロセスについても、新たな知見が報告されてきています。self-stigmaは自己管理行動の低下に直接関与することが明らかとなりました。また、self-stigmaは自己管理行動の低下だけではなく、医療従事者とのコミュニケーションの質の低下にも影響することが明らかになっています。

ここで、2型糖尿病患者さんが社会から差別的な経験を受けないよう回避する行動として代表的なものに、病気の非開示行動というものがあります。周囲に自身の糖尿病を隠すといった行動を取ることです。デンマークでは23%の患者さんが職場に自身の糖尿病のことを伝えていないのに対して、われわれ日本人のデータでは、51%もの患者さんが職場において上司に糖尿病を開示していないという現状がありました。

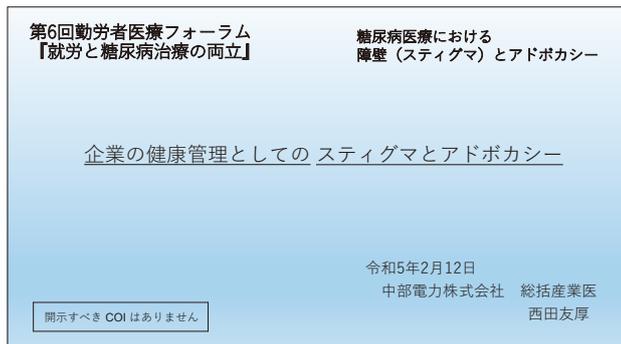
さらに非開示行動は、インスリン注射剤の非使用とインスリン療法に対する否定的な態度が関係していて、なかでも高年齢、高卒以下で、非正規雇用として社会的に不安定な状態で就労を継続している場合には、インスリンを使用しないで血糖管理に励みながらも職場で糖尿病について開示できない状況に追い込まれている可能性が高いことが明らかとなりました。周囲のサポートを得られないまま社会生活、すなわち就労と治療を両立し継続していくことは、2型糖尿病患者さんにとって非常に困難なものとなっていることが分かります。

最後に、スティグマが2型糖尿病患者さんの社会経済的アウトカムへ与える影響の可能性についてお話ししたいと思います。スティグマと2型糖尿病患者さんの社会経済的アウトカムが直接関係があることまでは量的研究として検証できておりませんが、先ほども述べましたとおり、われわれが実施した質的研究の分析結果から、2型糖尿病患者さんが糖尿病を理由とした職場における降格や失職といった差別経験をされていることや、self-stigmaという状態に陥ってしまった場合に、患者さんが病態の重症度とは関係なく退職したりアルバイトを選択したりといった、就労を極度に制限する行動を自ら取っていることから、スティグマが日本の2型糖尿病患者

さんの社会経済的アウトカムに影響を与えている可能性は否定できないのではないかと考えます。

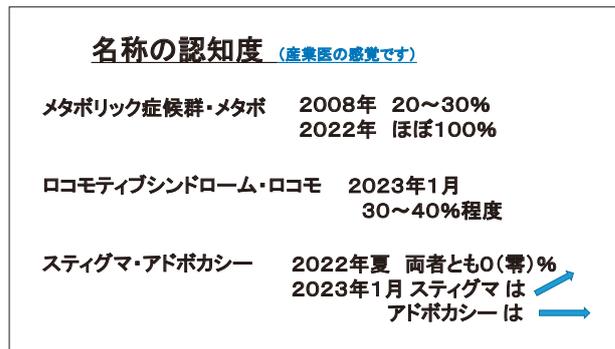
なかでも低血糖については、症状が軽く患者さんご自身で対応できるレベルであっても、労働生産性、すなわちプレゼンティーズム (presenteeism) に大きな影響を及ぼすことが報告されています。また、日本全国96施設の20~40歳の若年発症の2型糖尿病患者さんにおいては、全国調査と比較すると、非正規雇用、年収200万円未満、生活保護の割合が高く、社会経済的状態が相対的に低いことが報告されています。さらに、韓国の研究報告ではありますが、縦断研究において糖尿病を理由とした早期退職リスクは、健康問題がない人と比較すると約1.5倍という報告もあります。

本日のテイクホームメッセージです。第一に、perceived stigmaは診断前から始まっているため、人々の検診行動や治療開始にも影響を与えています。したがって、診断前、医療機関の受診を促す際に、特に産業医の先生方には治療につながる前からスティグマを植えつけることがないように、言動には十分注意していただきたいと思います。第二に、self-stigmaは治療開始後、患者さんの自己管理行動を低下させ、糖尿病治療を阻害します。現在就いている仕事を継続できるよう、仕事内容とそれとともなう症状について産業医と主治医の先生方とのより一層の強い連携をお願いしたいと思います。第三に、スティグマは患者さんの社会経済的アウトカムへも影響する可能性が十分あり得ます。糖尿病診療に携わるすべての医療従事者の皆さんには、スティグマに配慮した言動、治療上の伴走者として就労と治療の両立支援をぜひともお願いしたいと思います。私からの発表は以上です。ありがとうございました。



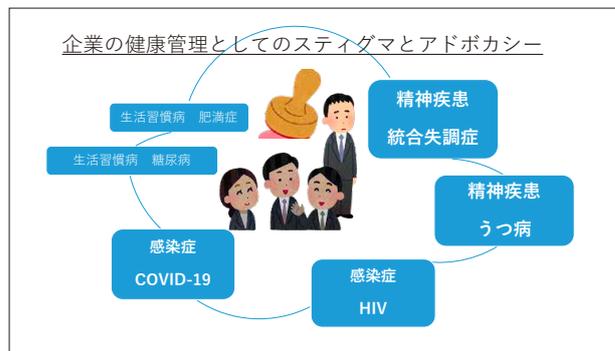
中部電力で産業医をしています西田です。2011年の第1回に続き、今回の第6回の勤労者医療フォーラムにもこのような形で参加させていただき、ありがとうございます。本日は「企業の健康管理としてのスティグマとアドボカシー」について、産業医の立場からお話ししたいと思います。

まず、スティグマとアドボカシーの言葉ですが、この名前自体の認知度はまだ低いようです。あくまで産業医として社内・社外いろいろなところで聞いてみた感触ですが、例えば、現在ほぼすべての方が知っているメタボという言葉も、特定保健指導が始まった2008年ごろには認知度は30%ぐらいでした(スライド1)。ロコモは今でも40%ぐらいです。スティグマとアドボカシーは、昨年の今ごろは両者とも認知度はほぼゼロパーセントでした。最近、スティグマについてはやや知られるようになったのですが、アドボカシーの認知度はまだ低いままです。ここにゼロパーセントと書きましたが、ゼロというのはゼロではなく少しはあるという意味です。零細企業という言葉もありますね。天気予報で降水確率をゼロパーセントとはいわず、必ずゼロパーセントといいます。まれに雨が降るということもあるということです。



【スライド1】

さて、スティグマとアドボカシーは、企業では主に精神疾患領域、特に統合失調症とうつ病の問題でした。その他にはエイズやコロナの感染症でも指摘されることがありましたが、本日のテーマになっている糖尿病の患者については、産業医の立場から今まで大きな問題になっていないように思っていました。そこで、まず精神疾患のスティグマとアドボカシーについてお話をしたいと思います(スライド2)。



【スライド2】

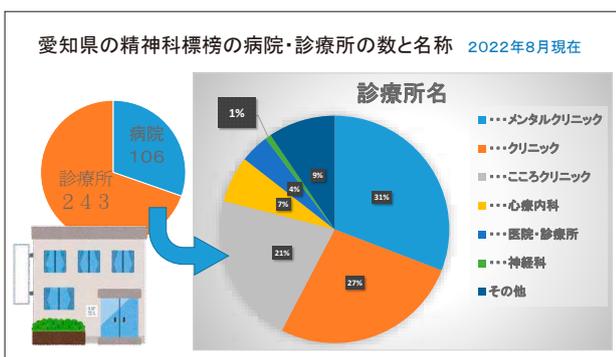
1998年当時、自殺者が年間3万人を超えるという高水準になり、自殺者の8割で背景にうつがあるとされたことから、その対策が求められました。そして「『うつ』は『心の風邪』」というキャンペーンが2000年ごろから始まりました。今、このキャンペーンには功罪の両面があるといわれていますが、評価できる点は、うつは誰でもかかること、適切な治療がなされればほどなく回復すること、気軽に医療機関を受診しやすくなったことなどで、意義のある啓蒙がなされ、それまでの偏見が軽減され、精神科受診のハードルが下がりました。自殺者が年間3万人というのは、1日当たり82人となります。人口比率だけで単純に計算すると、名古屋市で毎日1

人から2人の自殺者があったということになります (スライド3)。



【スライド3】

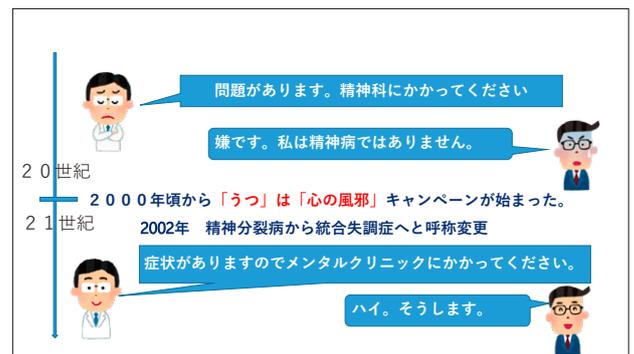
同じ頃から、精神科医療を標榜する診療所が増えました。愛知県で精神科を標榜する診療所を調べたところ、その名称は「〇〇メンタルクリニック」が31%、「〇〇クリニック」が27%、「〇〇こころのクリニック」が21%などで、「〇〇精神科」というのは1件もなく、「〇〇神経科」も2件のみでした。ただ、私がネットで調べただけですから、少し漏れがあるかもしれません。その他にも「〇〇やすらぎクリニック」とか、「〇〇ほのほのクリニック」「〇〇さわやかクリニック」など、優しいイメージを感じさせる名前がありました。このことも、症状がある人が受診しやすくなった理由の一つと考えられます (スライド4)。



【スライド4】

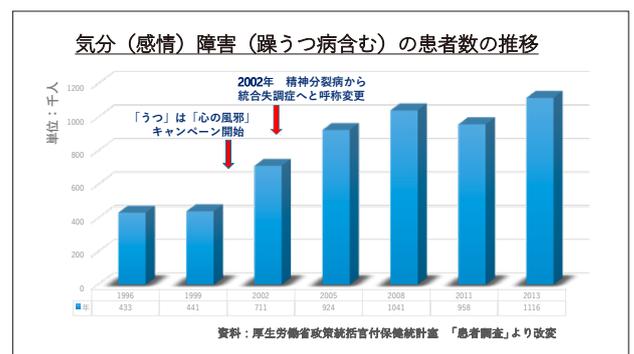
お話ししましたように、20世紀には精神科受診には高いハードルがありましたが、先ほどお話した「『うつ』は『心の風邪』」キャンペーンの効果もあったか、21世紀にはかなりそのハードルが下がり、受診しやすく、また、させやすくなりました。20世紀では「問題があります。精神科にかかってください」というと、「嫌です。私は精神病ではありません」とい

りません」ということが多かったのですが、2000年ごろから「『うつ』は『心の風邪』」キャンペーンが始まっていて、21世紀になると「症状がありますのでメンタルクリニックにかかってください」というと、「はい。そうします」という例が増えてきました。そしてもう一つ重要な出来事がありました。それは、「精神分裂病」から「統合失調症」への名前変更です (スライド5)。



【スライド5】

これは気分障害、すなわちうつ病、躁病、躁うつ病の患者数の推移のグラフです。21世紀になってから患者数は急増しています。これは「『うつ』は『心の風邪』」キャンペーンが始まった時期と一致しています。病気の発生自体が増えたことあるでしょうが、精神科受診のハードルが下がったことや、メンタルクリニックの数が増加したことも大きく影響しているのではないかと思います (スライド6)。



【スライド6】

そして、2002年に行われた精神分裂病の呼称変更についてです。2002年、精神分裂病から統合失調症への変更は、旧病名が病気の特徴を反映せず、かつ負のイメージを抱かせるとして、全国精神障害者家族会連合会が日本精神神経学会の要請し実現したものです。名称変更後12年経過した2014年

には調査が行われ、呼称変更から12年経過し、統合失調症に対するスティグマは軽減されたとまとめられました。特に若い人の間では、もはや精神分裂病と統合失調症が同じ疾患と捉えられていないようでした。名称変更後の検証をしてあることから、今後同様の問題でも役に立つと思います。精神疾患に対するスティグマはまだ依然として大きいですが、20世紀前と比べかなり解消方向に向かっていると考えます（スライド7）。

わが国では2002年、統合失調症に対するスティグマを軽減するため、精神分裂病から統合失調症へと呼称変更が行われた。患者家族団体である全国精神障害者家族会連合会が日本精神神経学会に要請し名称変更が実現しました。

**精神分裂病**  
2002年 **統合失調症**

その長期的な影響についての報告があります。  
小池 進介氏は、呼称変更から12年でのどのような影響があったかを調査した。

結果を踏まえ、著者らは「呼称変更から12年経過し、統合失調症に対するスティグマは軽減された。より効果的なキャンペーンや教育カリキュラム、政策決定が統合失調症へのスティグマを軽減させるために必要とされている」とまとめている

Small psychiatry and psychiatric epidemiology誌オンライン版  
2015年5月7日号の報告。

【スライド7】

さて、これからは今回の主題である糖尿病についてです。実は産業医としては、つい最近まで糖尿病へのスティグマについては深く捉えてきていませんでした。私が初めてそれを意識したのは、新型コロナウイルス感染が日本で始まった今から3年前のことです（スライド8）。

**新型コロナウイルス感染の拡大**

出来事

2020年1月9日	中国で多発の「原因不明」肺炎、新型コロナウイルス検出
2020年1月12日	新型コロナウイルスが、中国・武漢で肺炎初の死者・・・感染経路不明
2020年1月16日	国内初確認 新型肺炎「冷链」・・・厚労省 対応進む
2020年1月30日	バスガイド感染 厚生省幹部「3次感染の可能性も」
2020年2月17日	藤田医科大学がクルーズ船乗客新病院へ受け入れ
2020年2月18日	厚労省が新型肺炎の受診目安を発表
2020年2月20日	中国本土感染者7万4185人、死亡2004人、
2020年2月20日	日本感染者705人(クルーズ船135人)死亡1人、韓国感染者51人

↓ 要配慮者に対する中部電力の対応

2020年2月28日	要配慮者約400名について、全社において在宅勤務を指示。
2020年3月23日	要配慮者は国が重症化しやすいと指定する対象者※1に準じる。
2020年3月23日	要配慮者の選別で混乱があったため、要配慮者の定義の見直し

【スライド8】

皆さん、3年前を思い出してください。ちょうど今ごろです。いろいろなことがありました。中国から始まったコロナ感染は、2020年に入ると瞬く間に日本に上陸し、国中パニック状態になりました。クルーズ船のことも毎日のように報道されました。同年2月には、国は受診目安を公表し、当社でもそれに基づいて要配慮者に当たる社員の出勤を止める

などの対策を取ることになりました。ここで問題が起こりました。

新型コロナ対策として、帰国者・接触者相談センターへの相談後のフローでは、特定の基礎疾患がある人が重症化しやすいとなっており、その基礎疾患として、心不全と並列で糖尿病が入っていました。心不全はかなり進んだ病状を指しますが、糖尿病は軽度から重傷までさまざまであり、その多くは社会でごく普通に生活しています。糖尿病というだけで一般社会から切り離された立場になってしまうのは、まさにスティグマだと感じました。中部電力ではこの時点で、重症化しやすいとされた社員については通勤時の感染などを避けるため原則在宅勤務とすることにしましたが、糖尿病がある人から「自分は食事療法だけだが、在宅になるのか」など、問い合わせが相次いで混乱しました（スライド9）。

**帰国者・接触者相談センターへの相談後のフロー** 令和2年2月4日

【重症化しやすいもの】	【基礎疾患等】
<ul style="list-style-type: none"> <li>基礎疾患があるもの</li> <li>妊婦</li> <li>高齢者</li> <li>免疫抑制剤や抗がん剤を用いている者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>糖尿病</li> <li>心不全</li> <li>呼吸器疾患</li> <li>免疫抑制剤や抗がん剤を用いている</li> <li>妊娠</li> </ul>

【スライド9】

他にも疑問に思ったことが出てきました。中部電力でもコロナワクチンの職域接種を行い、接種後のアナフィラキシーショックに備えてアドレナリン注射を用意しました。スライドをご覧ください（スライド10）。このとき購入したアドレナリン注射の添付文書の抜粋です。スライドに示すように、原則禁忌の項目があり、心室性頻拍と糖尿病が同列に記載されています。糖尿病があるだけでアドレナリンのような救急医薬品の投与時に心室頻拍と同様な警告・注意が必要とは思えず、違和感を覚えています。今は、アナフィラキシーが疑われる場合には、診断に躊躇することなくアドレナリンの筋肉注射をすべきという見解も出ていますが、この添付文書のことが頭にあると、一瞬でも投与に躊躇してしまうかもしれません。このことも糖尿病患者に対するスティ

グマに当たるのではないかと思います。学会や専門の先生方から、添付文書の見直しを要請していただければありがたいと思っております。

**アドレナリン注 0.1%シリンジ**

**【原則禁忌】**  
(次の患者には投与しないことを原則とするが、特に必要とする場合には慎重に投与すること)

- (1) **本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者**
- (2) **交感神経作動薬に対し過敏な反応を示す患者** アドレナリン受容体が本剤に対し高い感受性を示すおそれがある。
- (3) **動脈硬化症の患者** 本剤の血管収縮作用により、閉塞性血管障害が促進され、冠動脈や脳血管等の梗塞および基質的閉塞があらわれるおそれがある。
- (4) **甲状腺機能亢進症の患者** 甲状腺機能亢進症の患者では、頻脈、心房細動がみられることがあり、本剤の投与により悪化するおそれがある。
- (5) **糖尿病の患者** 肝におけるグリコーゲン分解の促進や、インスリン分泌の抑制により、高血糖を招くおそれがある。
- (6) **心室性頻拍等の重症不整脈のある患者** 本剤のβ刺激作用により、不整脈を悪化させるおそれがある。
- (7) **精神神経症の患者** 一般に交感神経作動薬の中樞神経系の副作用として情 緒不安、不眠、錯乱、易刺激性および精神病的状態等があるので悪化するおそれがある。
- (8) **コカイン中毒の患者** コカインは、交感神経末端でのカテコールアミンの再取り込みを阻害するので、本剤の作用が増強されるおそれがある。

【スライド10】

振り返ってみますと、糖尿病に対するスティグマが強くなった原因の一つに、1996年に行われた「成人病」から「生活習慣病」への名称変更もあると思われまます。若い方は、この成人病という言葉自体を知らないかもしれません。1996年は阪神淡路大震災の翌年で、世の中では将棋で羽生善治九段が七冠独占し、長嶋巨人がメークドラマ、11.5ゲーム差を逆転して優勝した年です。生活習慣病というと、まず糖尿病を思い浮かべる人が多いとされて、その頃、世の中で自己責任論が声高に唱えられるようになったことも重なり、糖尿病になるのは自己管理ができない人、食べ過ぎや不摂生な人というイメージが、一般社会だけでなく医療現場にも浸透してきたと考えます（スライド11）。

1996年(平成8年)、「成人病」という名称から「生活習慣病」に改められることになりました。

**生活習慣病**  
成人病は、ときには子どもの頃からの生活習慣の積み重ねが発症や病状の進行に深く関与していることが明らかになりました。つまり年齢を超えて毎日の生活習慣が問題ということです。生活習慣を改善できれば、疾病の発症や 進行を防ぐことができます。これを広く意識してもらうため、厚生労働省は「生活習慣病」という名称に変更することにしました。

**おもな生活習慣病の種類**  
・がん ・心疾患 ・脳血管疾患 ・糖尿病 ・高血圧性疾患 ・肝硬変  
・慢性腎不全 ・脂質異常症

しかし生活習慣病というと**糖尿病**を上げる人が非常に多く、逆に心疾患、慢性腎不全、がん(喫煙を原因とした肺がんを除く)を生活習慣病と思っている人は少ない。



【スライド11】

実はいろいろな疾患で自然または人為的に名前の変更が行われ、スティグマが改善される方向に進んでいます。漢字の「癌」からひらがなの「がん」で、死亡に至る病気から克服できるというイメージ。「精神病」から「メンタル疾患」で、受診しやすい

病気。「ぼけ」から「痴呆症」「認知症」で、患者本人でも認められる雰囲気。漢字の「鬱」からひらがなの「うつ」で、重傷感がやや軽快したイメージ。鬱というのはこんな漢字ですかね。いかにも鬱という感じです（スライド12）。

**名前の変更でイメージが変わる？**

癌⇒がん で 死亡にいたる病気⇒克服できる病気に  
精神病⇒メンタル疾患 で 受診しやすい病気に  
ボケ⇒痴呆症⇒認知症 で 患者本人でも認められる雰囲気に  
鬱⇒うつ で 重傷感がやや軽快か？



しかし逆に **成人病⇒生活習慣病** で患者さんは「生活習慣が改善できない人」とのイメージにも。

「生活習慣病」という概念の導入が提唱されたのは1996年の公衆衛生審議会「生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について（意見具申）」です。そこでは、「ただし、疾病の発症には、『生活習慣要因』のみならず『遺伝要因』『外部環境要因』など個人の責任に帰することのできない複数の要因が関与していることから、『病気になったのは個人の責任』といった疾患や患者に対する差別や偏見が生まれるおそれがある」と注意喚起されました。しかし実際にはこの注意喚起の部分は一般にはほとんど周知されず【生活習慣病】の言葉だけが **独り歩き** していきました。

「生活習慣関連病」への名称変更を求める声もあります。  
「糖尿病」という名称についてはどうでしょうか？



【スライド12】

しかし、成人病から生活習慣病への名前の変更は、逆のイメージが抱かれます。このところを読んでください。生活習慣病という概念の導入が提唱されたのは、1996年の公衆衛生審議会「生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について」です。そこでは「ただし、疾病の発症には、『生活習慣要因』のみならず『遺伝要因』『外部環境要因』など個人の責任に帰することのできない複数の要因が関与していることから、『病気になったのは個人の責任』といった疾患や患者に対する差別や偏見が生まれる恐れがある」と注意喚起がされていきました。しかし、実際にはこの注意喚起の部分は一般にはほとんど周知されず、生活習慣病という言葉だけが独り歩きしていきました。

生活習慣病という用語自体が自己責任と誤認させることもあり、「生活習慣関連病」への名称変更を



求める声もあります。糖尿病についても、その名前  
の問題もあります。日本語、特に漢字は表意文字で  
あり、名前のなかに尿の文字があることは、それだ  
けでイメージを悪くしているかもしれません。また、  
糖尿病という名前も病気の本質を表すものでは  
ありません。

以前は消渴や甘血などと呼ばれていた名前が、  
1907年に病名が統一されました。1907年という  
100年以上前で、日露戦争が1905年に終わってい  
ますから、そのすぐ後というぐらいのときです。そ  
のときから100年以上も経過していますので、既に  
人口に膾炙した名前ですので、名称変更はなかなか  
難しいことがあるかと思いますが、スティグマを軽  
減しアドボカシーを実現する一つの方法としては検  
討課題の一つと考えます。

名前変更の話も出ましたので、最後に名前につ  
いての過去のいろいろな話題を取り上げてみました。  
皆さん、拳母市を知っていますか。ご存じですか。  
愛知県外の人はず知らなかいと思いますが、実は  
愛知県にあった市です。現在の豊田市です。拳母と  
いうのは古事記にも出てくる由緒ある名前です。以  
前は養蚕が盛んで繭のまちだったそうですが、1938  
年にトヨタ自動車拳母工場が完成して、1958年に  
商工会議所から豊田市への市名変更の要請があり、  
賛否両論があったそうですが翌年の1959年に豊田  
市に改名されました。今や世界的に有名で、外国  
では、名古屋市は知らなくても豊田市は知っている。  
外国で名古屋市のことを説明をするときは「豊田  
市のそばにある市です」ということで通じるという  
ことです。名称変更が成功した例ですね。今、拳母  
の名前は、拳母神社や拳母小学校に残っています（ス

ライド13)。

病名のつけ方ですが、日本語、特に漢字は表意文  
字ですので、字を見ただけでイメージが湧いてきま  
す。「労咳」というのは労働者が咳をする意味で、  
結核のことですが、今は使われなくなりました。こ  
れは『女工哀史』とか『あゝ野麦峠』の頃のイメ  
ージにあります。欧米の病名は、字を見ただけではど  
んな病気か分かりません。「オンディーヌの呪い症  
候群」は眠ると呼吸ができなくなる病気で、ギリ  
シャ神話から取っています。「オセロ症候群」とい  
うのは非常に嫉妬深い人のことで、シェイクスピア  
の四大悲劇の一つ『オセロ』の登場人物から由来し  
ています。欧米では、病名に限らずギリシャ神話か  
ら名前を取ってきます。例えばアメリカや日本が保  
有しているイージス艦という船があります。イージ  
ス艦のイージスというのは、ギリシャ神話の戦いの  
女神アテナが身に着けていた無敵の防具・アイギス  
から来ています。防具ですので、守り専門の船とい  
う意味ですね。

もう一つ、これは古い話で私の記憶のなかだけ  
ですが、日本でデビューした外国人プロボクサーが  
ボクシングジムから与えられた名前を拒否しました。  
ボクシングジムは、昔はファイティング原田やガッ  
ツ石松など、選手にニックネームをつけたのです。  
ボクシングジムは、拒否されたので怒って、どうし  
て拒否するのだと問い詰めたら、実はその名前は、  
日本ではとても良い名前と思われていたのですが、  
彼の故郷では尿の発音とよく似ていたのです。いつ  
も名前を呼ばれるたびに、彼にとってはおしっこ何  
とかと聞こえるので拒否したということです。外国  
でどう思われるかも考えて命名する必要があります。  
ついですが、「手紙」は中国語ではトイレッ  
トペーパーのことですから、気をつけてください  
ね。

それから、医療用語で「原発性」や「続発性」と  
いう言葉をよく使いますが、「原発性肺がん」が原  
子力発電所が原因の肺がんとのイメージを抱かせ  
て、実際に誤解している方がいるようなので、ぜ  
い違う表現にしていただければと思っております。

スティグマをなくしアドボカシーを進めること

#### 名前についてのエトセトラ

- ・「拳母（ころも）市」を知っていますか？ 
- ・これらの病名・症候群名のイメージは？ 内容を思い浮かべられますか？  
労咳、オンディーヌの呪い症候群、オセロ症候群
- ・日本でデビューした外国人プロボクサーが、ボクシングジムから  
与えられた名前を拒否しました。その名前は？ 
- ・「手紙」は、中国語では……
- ・医療用語で「原発性」とか「続発性」という言葉を使いますが、  
「原発性肺がん」とは？

【スライド13】

は、曲がりくねった道を歩くことに似て長く困難な道ですが、皆で知恵を出し合って進めていきたいと考えています。ご清聴ありがとうございました（スライド14）。



【スライド14】

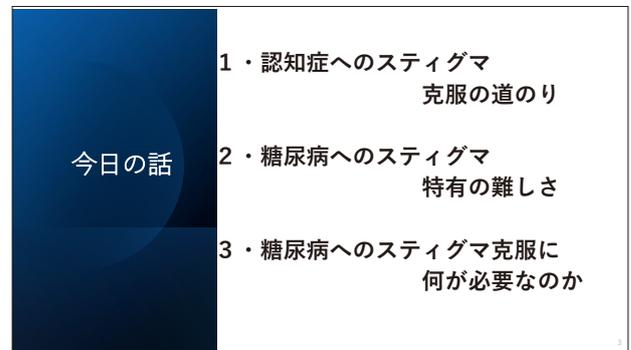
ご紹介いただきました飯野と申します。今日は医療者の方たちのお話が多いのですが、私は報道の現場で仕事をしてきた一人として話をしたいと思いません。

少し自己紹介をさせていただきます。私はNHKで40年近く報道現場におりまして、3年前に退職し、今はフリーの立場で取材を続けています。専門は社会保障で、医療制度や介護保険、子育て支援、年金制度、雇用政策などの分野を取材してきました。糖尿病のアドボカシー活動との関わりは、今日お話があったように日本糖尿病学会（以下「学会」）と日本糖尿病協会（以下「協会」）のアドボカシー委員会ができた2019年11月に記者会見があり、そこに参加したのがきっかけです。それ以前も、糖尿病については重症化予防プログラムなどを取材したこともあったのですが、お恥ずかしながらスティグマの問題があるとはまったく認識がなくて、話を聞いてびっくりしました。糖尿病を理由に住宅ローンを借りれないとか、生命保険に入れないとか、就職ができないとか、そんなことが今の時代にあるのかと。そして、そうした深刻な状況に気づかずに取材してきたことを深く反省しましたし、同時に、世の中に糖尿病に対する誤った認識が広がっていて、病気を抱える人たちに悪い影響を及ぼしているのだとすれば、一刻も早く改善しなくてはいけないと思いました。翌年、協会の方から委員会の活動に加わってほしいとお声掛けがありまして、今は外部の委員として参加しながらこの取り組みを見守っている立場です。

さて、今日の話ですが、糖尿病と同じようにスティグマの克服に挑んできた認知症の人たちの取材を20年近く続けてきたので、その経験も踏まえて、3点お話しします。

まず、認知症の人たちのスティグマ克服の活動や道のりを振り返った上で、糖尿病のスティグマは認知症の人たちとは少し違う部分があって難しいと感じているので、そのお話をし、最後に糖尿病のスティグマ克服に何が必要なのか、学会と協会が進めているアドボカシー活動も含めて話をしたいと思います。皆さんのこれまでのお話と重なるところもあ

るので、少し端折りながらいきたいと思います（スライド1）。



【スライド1】

まず、認知症の人たちの取り組みです。かつては、認知症になると何も分からない、暴言を吐いたり、暴力を振るったり、徘徊したり、困ったことばかりするという偏見が定着していました。そのスティグマを払拭しようと活動が始まったのが、介護保険が始まった当初ぐらいです。大きなきっかけとなったのは2004年に医療関係者の働きかけで厚生労働省に検討会ができて、それまで使われていた「痴呆」という呼称を「認知症」に改めたことです。痴呆という呼称が侮蔑感を感じさせる表現で、早期発見早期診断の支障になるといったことが理由で、その翌年からは、単なる呼称変更に留めず、認知症についての理解を深めようとキャンペーンが始まりました。「認知症を知り地域をつくる10カ年構想」として、認知症のことを学ぶ市民サポーターの養成なども始まりました。その後、オレンジプラン、新オレンジプラン、認知症施策推進大綱と、国が主導する形で計画がつくられ、医療や介護の体制整備が進んできたのです（スライド2）。



認知症への スティグマ 克服の道のり	2004年 「痴呆」を「認知症」に変更
	2005年 認知症を知り地域をつくる 10か年構想
	2012年 オレンジプラン
	2015年 新オレンジプラン
	2019年 認知症施策推進大綱 「共生」と「予防」 2025年までの行動計画

【スライド2】

こうした行政主導の取り組みと同時に、社会を変える原動力になったのは、認知症の人たち本人の活動でした。呼称の変更があった2004年、同じ年に京都で国際会議があり、このときに、オーストラリア人のクリスティーン・ブライデンさんという認知症の当事者の方が自分のつらさだとか、悲しさだとか、将来への希望だとか、そういう話をしたんですね。公の場で、認知症の人本人が話をするのは、これが日本では初めてでした。当時は認知症になると何も分からないし、話をする事さえできないとみんな思っていたので、クリスティーンさんの堂々とした姿に本当に驚きました。彼女が書いた「私は誰になっていくの」「私は私になっていく」といった本も、とてもインパクトがありました。このことをきっかけに、それまで口をつぐんできた日本の当事者たちも少しずつ思いを語るようになっていったわけですね（スライド3）。

認知症への スティグマ 克服の道のり	2004年 国際アルツハイマー病協会 国際会議（京都） オーストラリアのクリスティーン・ブライデンさんの講演
	当事者の活動 

【スライド3】

2年後の2006年に、認知症の人たちの本人会議が初めて開かれましたが、このときはまだ、自分の名前を公表したり、自分たちの思いを社会にぶつけたりといった活動には至りませんでした。それが大きく変わったのが2014年、日本認知症ワーキング

グループが発足した頃からです。これはご本人たちのグループで、社会をよりよく変えていくための提案をしていこうとできました。皆さん、実名を名乗り、記者会見では、映像取材にも応じて、「自分たちは何も分からないと思われているけれども、違うんだ。社会に広がる偏見を取り除きたいんだ」と力強く語り、全国放送のニュースや新聞で前向きに生きようとする認知症の人たちの姿が映し出されました（スライド4）。

認知症への スティグマ 克服の道のり	2004年 国際アルツハイマー病協会 国際会議（京都） オーストラリアのクリスティーン・ブライデンさんの講演
	2006年 認知症の人による本人会議
	2014年 日本認知症 ワーキンググループ発足 

「社会に広がる偏見を  
取り除きたい」

【スライド4】

これは、このワーキングの人たちがまとめた「認知症とともに生きる希望宣言」です。できなくなったことに目をむけるのではなく、できることを大事にして、前向きに生きていきますという意思表示です。彼らはこの宣言を携えて、各地で講演会や研修会など開いて、自分たちの思いをアピールする活動を続け、国に対しても意見をいったり、自ら提案したりする活動を展開しています。

こうした認知症をめぐる20年を振り返りますと、行政主導の取り組みも重要でしたが、やはり本人たちが声を上げて、ありのままの姿を社会に見せてきたことが、社会を動かす大きな原動力になったと思います。時間も分からない、場所も分からない、そうした事態に直面した本人が辛い思いを語ることによって、聞いている方たちに共感が広がりましたし、何よりも前向きに生きていこうとする本人の姿を見ることにより、「認知症になったら何も分からないという偏見はおかしかったよね」と、みんなが納得した部分があったと思うのです（スライド5）。

**認知症へのスティグマ克服の道のり**

**共感と納得**

**認知症とともに生きる希望宣言**

- 1 自分自身とらわれている常識の殻を破り、前を向いて生きていきます。
- 2 自分力を活かして、大膽にしたい暮らしを届け、社会の一員として、楽しみながらチャレンジしていきます。
- 3 私たち本人同士が、出会い、つながり、生きる力をわか立させ、元気に暮らしていきます。
- 4 自分の思いや希望を伝えながら、味方になってくれる人たちを、身近なまちで届け、一緒に歩んでいきます。
- 5 認知症とともに生きている体験や工夫を活かし、暮らしやすいまちを一緒につくっていきます。

当事者の活動

【スライド5】

私は、社会の認識を変えるためには共感と納得がとても大事だと考えていて、認知症の場合は、本人たちの勇気ある行動が社会の共感と納得を広げ、スティグマ払拭につながったと感じます。

そうした認知症の人たちの取り組みを踏まえた上で、糖尿病へのスティグマの問題を取材して感じるのは、この病気ならではのスティグマ克服の難しさがあるなということです。どういうことかといいますと、糖尿病を患っている本人、当事者の生の声がなかなか聞こえてこないし、姿がみえてきません。具体的にどんな生きづらさを抱えていて、何に苦しんでいるのか。何をどう変えていきたいと願っているのか。医療者から間接的な話はきくのですが、本人の思いが十分伝わってこないんですね。先ほど紹介した認知症の人たちや、ほかの病気の人たち、例えばがんの患者さんたちなどと比べると、自ら声をあげることのハードルが高いのではないかと。それが、糖尿病スティグマの深刻さのあらわれであり、ほかの病気に比べた難しさでもあると感じます（スライド6）。

**糖尿病へのスティグマ克服の難しさ**

本人の声が聞こえてこない

うしろめたさ 恐怖心

**自己責任論**

だらしない 不摂生

【スライド6】

なぜ声を上げられないのか。今日のお話にもありましたが、病気になったのは生活習慣の乱れが原因

で、それは個人の自己責任だという自己責任論が社会に広がっていることが大きいと思います。さらには、生活をコントロールできないのは、だらしがないとか、不摂生な人だという、本人の性格や性質に及ぶところまで負のレッテルを貼られてしまっていることです。そうすると、ご本人のなかに後ろめたさみたいなものが生まれてくるでしょうし、自分が声を出したときに社会からバッシングを受けるのではないかという恐怖心も感じると思うのです。これが糖尿病のスティグマ克服への弊害になっていると感じます（スライド7）。

**生活習慣病**

**糖尿病へのスティグマ克服の難しさ**

何がもたらしたのか

1996年「成人病」に代わって採用生活習慣に気を付けることで予防につなげる意図

疾病の発症には、「生活習慣要因」のみならず「遺伝要因」「外部環境要因」など個人の責任に帰することのできない複数の要因が関与していることから、「病気になったのは個人の責任」といった疾患や患者に対する差別や偏見が生まれるおそれがあるという点に配慮する必要がある。

生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について (意見具申)1996.12.18

【スライド7】

今日お話が随分ありましたので急ぎますが、そうした誤った認識を社会に浸透させてしまったのが「生活習慣病」という概念です。生活習慣に注意することで病気の予防につなげようと、1996年に当時の厚生省が成人病に代わって提唱した言葉です。西田先生のお話にもあったのですが、当時の審議会の資料を見てみますと、一応注意喚起はありました。偏見・差別は生まれるかもしれないといわれていたにもかかわらず、いつの間にか、遺伝要因や外部環境要因などが抜け落ちてしまい、短絡的にその人の生活習慣だけが原因とみなされるようになって、恐れていた自己責任論が広がってしまいました。その結果として今何が起きているかというと、自分が悪いといわれているので、本人は悩み事や困り事があってもなかなか周りの人に相談できず孤立化するし、1型の患者さんと2型の患者さんたちの間に溝を生んでしまったのも自己責任論の影響が大きいと思います。そして、先ほどお話があったように、治療への悪影響です。病気を周りに知られて、だらしがないというレッテルは張られたくないと思



いから、決められた薬を飲まなかったり、注射のタイミングを逃したり。そもそも健康診断で糖尿病の疑いが指摘されても、精密検査を受けない人もいます。改めて、こうした問題を生じさせるスティグマを取り除かなければならないと強く思います（スライド8）。

**糖尿病へのスティグマ克服の難しさ**

何がもたらしたのか

**生活習慣病**

疾病の発症には、**生活習慣要因**のみならず「遺伝要因」「外部環境要因」など個人の責任に帰することのできない複数の要因が関与していることから、**「病気になるのは個人の責任」といった疾患や患者に対する差別や偏見が生まれるおそれがある**という点に配慮する必要がある。

生活習慣に着目した疾病対策の基本的方向性について  
(意見具申)1996.12.18

1型と2型の溝

孤立化

治療に悪影響

【スライド8】

では、どうすればいいかということです。これは先ほどから出ています学会と協会が合同で進めているアドボカシー活動のリーフレットです。今はまだ声をあげられない患者のために、糖尿病の専門家集団が社会の意識や仕組みを変革しようと動き出したことは、大きな意義があるし、この活動が社会を変える大きなきっかけになると期待しています（スライド9）。

**糖尿病へのスティグマ克服に向けて**

【スライド9】

この活動と重なることも多いのですが、スティグマ克服に何が必要なのか、私なりに考えていることを、まとめてみました（スライド10）。

**糖尿病へのスティグマ克服に向けて**

**社会に向けて**

- 正しい情報を浸透させる
  - ・“自己責任論”の誤解を解く
  - ・複合的な要因で発症
  - ・健康の社会的決定要因の概念
- 呼称の見直し
  - ・生活習慣病→非感染性疾患NCDs
  - ・糖尿病→???
- エビデンスに基づく  
保険会社などへの働きかけ

【スライド10】

一つは、当たり前のことですが、社会全体に対しては正しい情報を浸透させることです。特に、「病気になるのは個人の自己責任だ」という誤った認識、誤解を解かなければなりません。そのためには、これは医療者の方たちにとっては当たり前のことかもしれませんが、糖尿病は生活習慣だけではなく、遺伝的な要因や環境的な要因も含めて複合的に発症するのだということを改めて伝えなければいけません。また、生活習慣も、自分でコントロールできている人が本当に多いのですが、個人ではいかんともしがたい、その人を取り巻く社会や経済状況などが大きな影響を与えていることも伝える必要があります。健康の社会的決定要因という概念が注目されていますよね。その人の教育歴や所得階層、職場や家族の環境、人とのつながりなども、生活習慣、さらには健康状態に大きな影響を与えているということです。これは私たちマスメディアの非常に大きな責任でもあると思います。どう分かりやすくお伝えしていくのか、考えていかなければいけないと思います。

それから、呼称の見直し。今日お話が出ています。公衆衛生の専門家に話を聞きますと、生活習慣病という言葉は国際的にはすでに使われていなくて、「非感染性疾患（NCDs）」ノン・コミュニケーション・ディーズというのが共通語だということです。個人の自己責任ではなくて、個人の生活習慣や健康状態に影響を与える社会や経済の環境を変えていくことの方が重要視されているからです。日本も国際社

会の動きに追いつくためにも行動を始めた方がいいのではないのでしょうか。

糖尿病という病名も、変えた方がいいと思います。生活習慣病に分類される病気はたくさんあるのに、なぜ、糖尿病にスティグマが集中するのか。ずっと不思議だったのですが、いろいろ話を聴いていると、尿に糖が出るという不潔なイメージに対する不快感もあるし、糖という言葉が甘いものと結びつけられ、欲求をコントロールできずに甘いものばかり食べているというイメージにつながっているという面があるようです。名称変更となると、影響も大きいですが、痴呆から認知症に呼称が変わったときのように、社会の意識を変える大きなきっかけになるかもしれません。

それから、植木先生のお話にもあったのですが、エビデンスに基づく働きかけです。糖尿病は長生きできないという誤ったイメージのために、生命保険に入れないとか、住宅ローンを組めないということがあるのだとすれば、糖尿病でもきちんと血糖の管理をしていれば寿命は変わらないという科学的なエビデンスを示していただいて、ルールを変えるような働きかけをしていただきたいと思います。これは専門家集団だからこそできることだと思います。

そして、こうした取り組みは、西田先生のお話にあったように時間がかかるので、並行して、それぞれの現場でできることから始めていくことが現実的だと思います。言葉を見直すプロジェクトの話が清野先生からありましたが、これも本当に大事なことだと思います。医療用語の見直しを始めた現場を取材しますと、医療者自身が、自ら発する言葉や態度が患者の自尊心を傷つけていないか、スティグマに



つながっていないか、認識するようになってきたという話もききます。単に言葉を変えるということではなくて、意識や行動を変えることにもつながるのだろうと思います（スライド11）。

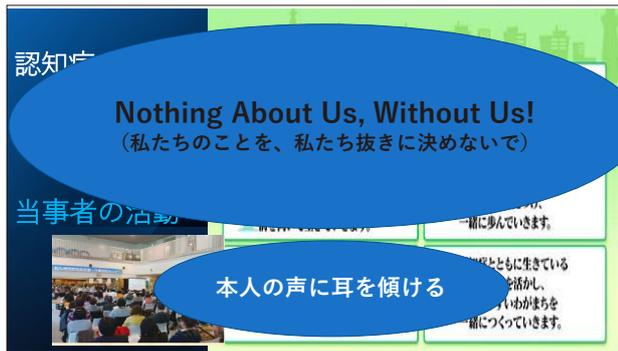
【スライド11】

あとは職場や学校です。糖尿病への正しい理解を広げること。たとえば職場では、治療と仕事の両立支援制度を周知する際に、糖尿病についても生活習慣が乱れている人になる病気じゃないんだということを伝えてほしいです。まわりの理解があつてこそ、本人が病気を隠すことなく、支援を申し出やすくなるんだろうと思います。

また最近では、がんの治療を受けている人や不妊治療をしている人など、同じ課題に直面する社員同士、支え合ったり情報交換したりする場を設ける企業も出てきています。仲間がいる安心感が、仕事と治療の両立にも役立つそうです。糖尿病の人についても、そうした取り組みが広がればと思います。

これは先ほど紹介した、認知症の当事者たちが作成した「認知症とともに生きる希望宣言」です。この宣言を携えて、各地を回り、自分たちの思いをアピールする活動をしているという話をしました。そうした活動を通じて、彼らが訴えているのは、「Nothing About Us, Without Us! (私たちのことを、私たち抜きに決めないで)」ということです。認知症の対策は国が主導する形ですと進んできたのですが、結局それで自分が住んでいる地域が暮らしやすくなったかという、必ずしもそうとはいえない部分があるんですね。行政が考えることと認知症本人の思いの間に少しずれがあるわけです。地域によっても環境が違うので、国がマニュアルをつくりそのとおりにやっていたらいいというものでもありま

せん。彼ら彼女たちがいっているのは、認知症の本人だからこそ気がつくことや分かることもあるのだから、私たち抜きに物事を進めるのではなくて、それぞれの地域に暮らす本人も一緒に住みよい社会にしていくために活動したい、まちづくりをしていきたいということです（スライド 12）。



【スライド12】

私はこの考え方が本当に大事だと思っています。糖尿病のスティグマ克服をめぐる本人の声が聞こえてこないことを第一にあげたのも、その考えがあるからです。今は糖尿病の人たちも、スティグマがあって自ら声を上げることが難しいかもしれないけれど、職場や学校、医療機関など、それぞれの現場で、本人に思いを尋ね、その声に耳を傾けることを大事にしていきたいと思っています。本人が何に不都合を感じていて、何を望んでいるのか。糖尿病といっても一人ひとり症状や治療の方法、家族の状況も違うので、きちんと話を聞いて、一緒に議論をして対応を考える。そうしたことが現場ごとにできれば、社会全体が変わっていくことになるのではないかと思います。

もう時間がないですが、最後にマスメディアの役割についてです。これは去年の11月に協会がメディアセミナーを開いた後に、各社が書いた記事です。30本以上記事が出たと協会の方から聞いています。私もNHKのラジオで解説をしたのですが、リスナーからは「生活習慣が乱れている人が糖尿病になると単純に思っていたけど、違うんだ」とか「偏見や差別っていまだにあるんだ」などいろいろな反響がありました。

社会の意識を変えるために、こうした報道を粘り強く続けていきたいと思っていますし、その際は、言葉

の使い方にも気をつけていきたいと思っています。

今日、メディアもスティグマを生んでいるのだというお話があったのですが、正直いいますと私も、これまで生活習慣病の代表格のように糖尿病を紹介したり、早めの受診を呼び掛けるために、合併症の恐ろしさを強調したりしたこともありました。「病気になるために生活習慣に気をつけましょう」などと安易に番組でいつてきたのですが、そのことが、生活習慣をきちんとできない人が病気になるのだと逆説的に捉えられ、知らず知らずのうちにスティグマに加担していた部分があったのではないかと大いに反省しています。

これからはスティグマにつながる言葉を発していないか考えながら、糖尿病に関わる正しい情報を伝えていきたいと思っていますし、そしてもう一つ、先ほどいいましたが、やはり納得と共感がなければ社会は動かないと思っていますので、病気を患っている本人になるべく多く話を聞きながら、番組などできちんとお伝えできるように、共感・納得を得られるような番組をつくって報道していきたいと思っています。以上です。ご清聴ありがとうございました。

## 糖尿病医療における障壁（スティグマ）とアドボカシー

中部ろうさい病院名誉院長・本部特任研究ディレクター 堀田 饒  
公益社団法人日本糖尿病協会理事長／関西電力病院総長／関西電力医学研究所長 清野 裕  
一般社団法人日本糖尿病学会理事長／国立国際医療研究センター研究所糖尿病研究センター長 植木浩二郎  
公益社団法人日本医師会副会長 茂松 茂人  
厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課治療と仕事の両立支援室長 立原 新  
東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻保健社会行動学分野 加藤明日香  
中部電力株式会社 全社総括産業医 西田 友厚  
医療福祉ジャーナリスト 飯野奈津子  
中部ろうさい病院治療就労両立支援センター所長 河村 孝彦  
中部ろうさい病院糖尿病・内分泌内科部長、治療就労両立支援センター両立支援部長 中島英太郎



(清野) 皆さん、よく理解されたと思いますが、少しだけ総合討論をしたいと思います。それぞれの立場で今何が問題点であって、こういう課題があるということをお話いただきましたので、今後具体的にどう取り組んでいくかについてご意見をお聞きしたいと思います。飯野先生のお話では、最終的に当事者が変わったと思わないといけないように展開していかないといけないということになりますので、それを踏まえて、植木先生からぜひお願いいたします。



(植木) ありがとうございます。私の話のなかでも申し上げましたように、日本糖尿病学会（以下「学会」）としては、糖尿病を持つ方が負担を感じないような治療法を開発していく、また、それを普及していく活動をしていくことが非常に重要だと思います。また、1型糖尿病の方も2型糖尿病の方も、なかなか自分がそういう病気だということをおっしゃれない雰囲気があるのは非常に問題です。例えば、1型糖尿病の人ですと、関西大学の学生さんだと思いますが、若い女性でモデルさんをやっている方もいらっしゃったり、20年ぐらい前のミスアメリカも1型糖尿病の人だったり、2型糖尿病の方も会社経営者の方などにもたくさんおられると思います。そういう方が糖尿病があっても活躍できることをどんどんアピールしていただけるような環境づくりを、ぜひ日本糖尿病協会の先生方とも一緒にやっていければと思っております。

(清野) 茂松先生は大変多くの会員を抱えておられますが、その人たちがこの問題をどれくらい理解してくださって、今後、日本医師会としてどう展開されるか、お願いいたします。



(茂松) ありがとうございます。かかりつけ医というのは普段患者さんと長く話したり、月のうちに何回か患者さんとお会いしたりして常に会話を交わしております。患者さんが来られたときも、忙しい方は月に1回ですが、できるだけ来られたときに信頼感を得られるような話し合いをして、寄り添っていくということ。患者さんがどれだけ不安を持っているのかをしっかりと確認しながら、それに沿ってこちらでも行動や言葉遣いも変えていかないといけない。そういうことを日本医師会のなかで、研修を通じて、かかり

つけ医研修というのもございますので、そのなかにスティグマとアドボカシーということも取り入れながら、しっかりと会員に周知をしまいたいと思います。

また、産業医活動においてもしっかりと周知を行っていきたいと思っております。

(清野) ありがとうございます。立原先生、システムづくりはかなり進んだようですが、私自身も実際に事業者と連携したこともありませんし、書類を持ってくる人も見たことがないので、具体的にこれをどう進めていかれるか。やはり現場に反映されないとあまり意義がないとも思われますので、いかがでしょうか。



(立原) ある意味厳しいご指摘を頂いたところでございますが、確かに現場の先生方に伺いますと、まだまだ知らないという先生方が非常に多いです。私も、先ほど紹介し切れていなかったかもしれませんが、医療機関の先生方も含めて、企業に対してもですが、まずは治療と仕事の両立ということを知ってもらうことが、まだ大きな課題の一つになっています。政府が働き方改革実行計画で初めて両立支援をうちだして6年ほどになるのですが、その間、先ほどのガイドラインなどをつくって周知はしているつもりなのですが、また、周知活動を事業化して委託事業でも周知はしているのですが、なかなか広がりにません。

一つ大きなネックとしては、大企業ではかなり取り組んでいただいているのですが、中小事業主さんのなかには



やはりどうしてもそこまで手が回らないということもありますでしょうし、だからそこまで興味を持たれない。実際に自分のところで病気の人が出るまでは興味を持たれないというところがあったり、役所の立場でいいますと、法律で義務づけられているとかですとすぐ進むわけですが、仕事と両立支援はあくまでも、明確な義務規定がないところで一生懸命周知活動をしているので、浸透するまでに時間がかかってしまうのだらうなというところがございます。

治療と仕事の両立支援は、まず事業主さんが取り組もうと

いう気持ちになってももらわないと取り組めないのです、そこが肝なのです。ですので、先ほど少しご説明しましたが、医療機関は治療して治すのが第一の目標なのは当然のことですが、治療と仕事の両立を進めていく上では、医療機関の先生方をはじめとした医療スタッフの方にもぜひご理解いただいて、「仕事のこと、どうですか」と一言いっていただけるだけでだいぶ変わってくると思いますので、そういうところをこの場も借りてお願いするとともに、私どもも工夫をしながら引き続き頑張っていきたいというところです。あまり実のあるお答えをできなくて申し訳ないですが、以上です。



(清野) 今日のテーマでもありますので、植木先生と茂松先生にもお伺いしますが、産業医と主治医の連携も非常に不十分で、まして主治医と事業者の連携などはほとんどできていないと思うのですが、ここらへんは解決策はありますか。



(茂松) 今、立原先生から説明がありましたように、中小企業の場合は、事業主がなかなかそこまで余裕がない状況です。働いている方々はかなり無理をしておられます。社会でうまくコントロールできずに生活している方は多く、医師から行き過ぎた行動にでると、「余計なことをしてくれるな」といわれてしまう場合もございます。そこで行政には、車の両輪で取り組んでいることを国民・患者に周知していただき、理解していただくようご協力をお願いします。

また、大企業につきましては、専属の産業医がおられるので、しっかりとコントロールできているのかなと思っていますが、約420万といわれる中小企業のなかでも特に小規模事業所においてはどのように対応していくか。地域産業保健センターで従事している地域医師会の産業医が介入できるようにしていただきたい。われわれが活動したくてもそこには介入できないのが現状となっております。

(清野) ありがとうございます。植木先生、学会として産業医に対する働き掛けなどはどういうお考えでしょうか。

(植木) 先ほどJ-DOIT2のところでも申し上げましたが、そもそも糖尿病を持つ方が糖尿病だと周囲にいていないので、治療中断などを防ぐべく介入しようと思っても逆効果になってしまうようなこともございます。中島先生と両立支援のガイドをつくったときもそういう議論をいたしました。安定している人であればほとんど就業の内容に関する制限はないということと、2～3カ月に1回外来に行く日をきちんと確保していただくということ、多くの産



業医の先生はわかっておられると思いますが、経営者の方にもそこを理解していただいて、他の慢性疾患とほとんど変わらない状態だということをまず理解していただくことが必要です。その啓発活動に力を入れていきたいと思っております。

(清野) 中島先生と西田先生は比較的現場に近い、就労者に近いところにおられますが、今後の運動の展開はどのようにしていかれるおつもりでしょうか。中島先生。

(中島) ありがとうございます。中部ろうさい病院では以前に両立支援モデル事業を実施し、実際に患者さんへの両立支援の介入を行ってきました。これは現在では、モデル事業としてではなく臨床の一環として位置づけていて、ノルマがあるわけではないのですが積極的に実施しています。ただ、やはりコロナ禍で外部との連携が一旦止まってしまった状況があり、ここしばらくはなかなか難しかったのですが、ようやくこの年明けから動かしているというか、できるようになったところです。



両立支援で、医療DX  
というか、デジタル的な  
活用も試行的に動かして  
いるのですが、こちらは  
まだ企業との連携の敷居  
が高く、取り組みがまだ不十分です。オンライン診療のプ  
ラットフォームで、両立支援ツールとして職場と連携を図  
れないかをつくってもらったのですが、まだ充分活用でき  
ていないところです。



(清野) では西田先生、お願いします。

(西田) 中部電力のことでいいますと、健診結果を全部一  
対一でそれぞれ説明していて、それも保健師さんが結構優



しくいってくれますので、今まではあまりそれ  
についてスティグマとい  
うことを考えたことがな  
かったのですが、先ほど  
いいましたように、この  
前のコロナのことも、  
国が「糖尿病があると駄目だ」と心臓病や心不全と同列で扱われるものですか  
ら、会社としては非常に困ってしまうので、そのあたりが何かならないかな  
といつも思っています。薬の添付文書でも心臓病では「心室細動があると駄目」  
と詳細な病名まで記載されるのに、糖尿病は軽い人から重い人まで一緒にして  
「糖尿病があると駄目」と書かれます。そのあたりから何かやっていただけれ



ばと思っています。

できるだけ糖尿病の人については、今皆さんからのお話がありましたように、自己責任ではないのだよということも含めてできるだけ説明するようにはしていますが、やはり昔からの頭のすり込みがあって、「だから太っているんだね」とついつい思ってしまうことがあるので、これからも医師、それから産業医、保健師を含めてどんどん教育していくことが必要なと思っています。



(清野) 確かに、糖尿病とレッテルを貼ると皆同じに扱われて、HbA1c 6.5～6.6%の人でも10%超も同じ扱いになるのですが、このあたりは植木先生、世の中の理解がなかなか進まなくて、十把一絡げという雑な言い方ですが。

(植木) まず、一般の方々には、糖尿病のコントロール状態に差があるということ、清野先生が今おっしゃったようにわかっておられないということがあると思います。先ほどデータをお示ししましたように、きちんと治療していた

だいていけば死亡時年齢を見るとほとんど変わりません。例えば、先ほど生命保険の話がありましたが、理解を深める上でもインセンティブというか、糖尿病で通院しておられる方はちゃんと入れるようにするなど、何かそういうポジティブな形での宣伝というか啓発活動ができればいいなと思います。

(清野) ありがとうございます。加藤先生は、糖尿病患者さんは言葉にしにくい、声を出しにくい、飯野先生は、声が聞こえてこないということで、これは同じことだと思うのですが、その人たちがフランクにいえるようになるには何が必要かということについてお話しいただきたいです。

(加藤) ありがとうございます。患者さんご本人が声を上げることができないのは、self-stigmaを専門とする研究者として申し上げたい、それだけ糖尿病をもつ人々が社会から抑圧されているということをご理解いただきたいです。声を上げる勇気がないなどということでは決してありませ



ん。それだけ日本の社会の糖尿病という病気に対する理解がまだ進んでいないということ、そのため糖尿病をもつ人々が抑圧されているということをご理解いただきたいです。そのためにこのような会があり、医療従事者の皆さんがこうしてディスカッションしているということが大変大きな意義があると思います。



Self-stigmaという状態を理解するのはなかなか難しいと思います。私の伝え方もよろしくないと思うのですが、Self-stigmaという状態は2軸、すなわち自尊心の低下と社会生活の制限とで説明することができます。診察室などでは「自分は糖尿病だから」とか「自分なんかどうせ」というような表現が患者さんご本人から出てきましたら、少し注意していただきたいと思います。また、



トップだと理解しています。

(清野) では、飯野先生。

(飯野) 私は仲間づくりかなと思っています。認知症の方たちも、小学校区ごとぐらいに本人会議といって、認知症の方たち同士が定期的集まって話し合える場をつくらしている自治体があります。自分一人だと何もいえないのですが、同じ思いの人たちが何人かいると話がしやすくなってきて、次第に内輪だけで話をするのではなくて、これはもうちょっと外にいったいこうよという話になってくることが多いので、仲間づくりをすることが大事なことなのかなと思います。

(清野) 河村先生、こういう運動が一過性で尻すぼみになったらまた元の木阿弥になるのですが、これを継続するためにわれわれがやらないといけないことを、お気づきの点ありましたら。



社会生活については、こちらも患者さんご自身から先生方に話されるということはなかなかないかもしれませんが、糖尿病専門医の先生方はとてもフレンドリーな感じで、診察中に「最近、お友達と会食に出かけていますか」などと患者さんに尋ねられているようです。Self-stigmaの状態にある患者さんは、社会生活を著しく制限していますので、「(会食は)極力断っています」などといわれたら注意を向けてあげていただきたいと思います。今はこうして糖尿病をもつ人々を皆で見守っていくというファーストス



(河村) 今回、シンポジウムの司会をしていて感じたのですが、ステイグマとアドボカシーという言葉は非常にわかりにくいように思われます。アドボカシーとは一体何をしたらいいかというのをもう少し具体的に進めないと、なかなかそれを理解しにくいのではないかと思います。名称変更については、それを変えたときに広報活動というかアドボカシーをしっかりやって、こういう理由で名称を変えるのだという、いい機会になると思います。

(清野) いろいろなお意見が出ていますが、フロアの先生、何かコメントやご質問はございますでしょうか。この問題は幅広い人に理解していただかないと物事が進みません。せっかく糖尿病対策推進会議がありますので、茂松先生、植木先生、そこでもこういうことを取り上げていただくというのはいかがでしょうか。茂松先生から。



(茂松) ありがとうございます。アドボカシーに関する委員会をつくっていただいておりますので、医師の方々にも普及していくことが非常に大事だと思っております。特にかかりつけ医の場合は、患者さんとお話できる時間があります。たまに外食にいかれても、HbA1cがあまり変わらない場合は、上手に褒めながら、「時々そういう会も大事ですよ」と寄り添いながら、雰囲気のを和ませ患者さんを教育、対応していくことが非常に大事だと思っております。

(植木) 専門医もスティグマを除去するような診療の仕方をしているのかどうかという疑問もござりますが、茂松先生もおっしゃいましたように、実際にかかりつけ医の先生方に多くの患者さんを診ていただいておりますので、スティグマの除去が診療の質の向上にもつながることをかかりつけ医の先生方に周知する活動について、ぜひ次の糖尿病対策推進会議の際の話題も取り入れていただければと思っております。



(清野) ありがとうございます。私はアドボカシー活動の真意を知らなくて、患者さんに寄り添う活動などと勝手に思い込んでいたのですが、実はスティグマを解消して初めてアドボカシー活動を行ったということだと外国の人から聞きましたので、そういう意味ではまったくしていなかった。西田先生のお話でも、スティグマもやっと少し認知度が増して、アドボカシーがまだゼロだということですので、かなりじっくりとやる。その一つに呼称の変更などもあつ

て、それでより世の中に説明して、詳しく理解を頂いて進めるという手があるのかなとも思いました。最後に植木理事長からこの点について、一言お願いします。

(植木) 糖尿病という病名が糖尿病の本質を表しているかといいますと、もちろん必ずしもそうではありません。ただ、私がスライドでお示ししたような50年前の議論の、例えば高血糖症などというのが本当に病名として適切かど



うかは、糖尿病とは何かという本質の問題に関わるので、なかなか病名そのものを適切に変えるのは難しいだろうと思います。しかし、清野先生とご相談していますのは、例えばメタボやCKDのような、いわゆる呼称ですね。これがそれらの疾患の理解や啓発、あるいは予防に大きくつながったことは間違いのないだろうと思いますので、50年前の理論のなかでも医学用語と社会用語というのが出てきたと思うのですが、そういう適切な呼称、親しみやすいといいますか差別を生まないような呼称がもしあるとすれば、そのようなものからまず始めていくのがいいのではないかと考えております。先生方にもいいアイデアがあれば、ぜひお知恵を拝借できればと考えております。

(堀田) まだまだいろいろご質問したいことがあるのですが、時間がだいぶ押してまいりました。今日は先生方に非常に貴重なご意見を頂きまして、ありがとうございます。また、Web、会場で参加していただいた先生、本当にありがとうございます。先生方のおかげで、このフォーラムも非常に素晴らしいものとなりました。恐らく先生方も、現在糖尿病を取り巻く問題、あるいはわれわれ医療従事者が日常診療において不用意な言葉を使って患者さんを傷つけていること、こういったことを思い知らされたフォーラムでありました。今日のフォーラムが明日からの先生方の診療に役立つことを祈りまして、閉会とさせていただきます。ありがとうございます。





本日は多くの方々にお集まりいただき、誠にありがとうございました。このように非常に盛況ななかで、多くの講師の方々から勉強になるお話をいただきましたことで、皆さまのお役に立つことを願っております。ご講演いただきました方々に対しては、改めて御礼申し上げます。

糖尿病はまさに現代の国民病で、成人の4人に1人が関係する病気とされており、他の病気と比べ発症年齢が若い傾向にあります。したがって、医療界、企業、行政の三つが大きな輪になって、それぞれが相補って対策を講ずることがもっとも重要であると思います。本日ご参加された皆さま方が、それぞれの立場で両立支援の実践や普及に関わっていただき、1人でも多くの患者さんの就労継続への願いを成就させることができるよう、両立支援がより実効性を高め、さらなる推進を遂げることに繋がればと考えています。

私ども独立行政法人労働者健康安全機構（JOHAS）としましても、これまでの研究の知見を基に、引き続き両立支援コーディネーターの養成や、治療と仕事の両立支援マニュアルの作成・普及などを行い、両立支援が社会に広く普及されるよう指導的役割を担っていくことが使命であると考えております。本日のようなフォーラムなど、さまざまな機会を捉え、今後とも情報発信を続けていきたいと思っておりますので、何とぞよろしくお願いいたします。本日は長時間にわたり多くの方々にご参加いただき、誠にありがとうございました。

# 就労と糖尿病治療の両立

参加費  
無料

## ～糖尿病医療における障壁（スティグマ）とアドボカシー～

**日時** 令和5年 2月12日(日)  
(13:00～17:00)

**会場** ミッドランドホール  
(名古屋駅前ミッドランドスクエア 5F)

**総合司会** 堀田 饒 中部ろうさい病院 名誉院長・本部特任研究ディレクター  
清野 裕 公益社団法人 日本糖尿病協会 理事長 / 関西電力病院 総長 / 関西電力医学研究所 所長

**参加人数** 会場参加定員：先着120名 (医師限定)  
WEB視聴による参加定員：先着500名 (全職種・一般)

### 各種単位についてのお知らせ

#### 日本医師会認定産業医研修会

生涯・専門 3 単位

会場での受講

#### 日本医師会生涯教育講座

カリキュラムコード

6. 医療制度と法律、9. 医療情報、  
11. 予防と保健、76. 糖尿病

2.5 単位

WEB視聴による  
受講可

#### 日本糖尿病療養指導士認定更新のための研修会

1 単位

WEB視聴による受講可

#### 日本糖尿病協会 糖尿病認定医取得及び登録歯科医のための講習会

WEB視聴による受講可

## プログラム

### ◆開会の辞 (13:00～)

**理事長挨拶** 独立行政法人 労働者健康安全機構 理事長

有賀 徹

**協会理事長挨拶** 公益社団法人 日本糖尿病協会 理事長 / 関西電力病院 総長 / 関西電力医学研究所 所長

清野 裕

**県医師会長挨拶** 公益社団法人 愛知県医師会 会長

柵木 充明

### ◆基調講演 (13:10～)

糖尿病治療支援と日本糖尿病協会の取り組み～スティグマとアドボカシーを中心に

公益社団法人 日本糖尿病協会 理事長 / 関西電力病院 総長 / 関西電力医学研究所 所長

清野 裕

### ◆追加発言 (13:50～)

1. 「糖尿病を持つ人も持たない人も等しく幸せな人生を送っていただく」ための日本糖尿病学会の取り組み

一般社団法人 日本糖尿病学会 理事長 / 国立国際医療研究センター研究所 糖尿病研究センター長

植木浩二郎

2. 日本医師会の疾病の差別的取扱い防止の取り組み

公益社団法人 日本医師会 副会長

茂松 茂人

3. 治療と仕事の両立支援をめぐる最近の行政の動きについて

厚生労働省 労働基準局 安全衛生部 治療と仕事の両立支援室長

立原 新

### ◆シンポジウム (15:00～)

糖尿病患者の機会の均等を目指して

司会 河村 孝彦 中部ろうさい病院 治療就労両立支援センター 所長

1. 職場における障壁（スティグマ）の実態調査報告

中部ろうさい病院 糖尿病・内分泌内科部長 / 治療就労両立支援センター両立支援部長

中島英太郎

2. スティグマが2型糖尿病の自己管理に与える影響

東京大学大学院医学系研究科 公共健康医学専攻 保健社会行動学分野

加藤明日香

3. 企業の健康管理としてのスティグマとアドボカシー

中部電力株式会社 本社 総括産業医

西田 友厚

4. スティグマの克服に必要なこと～メディアの立場から～

医療福祉ジャーナリスト

飯野奈津子

### ◆パネルディスカッション (16:20～)

糖尿病医療における障壁（スティグマ）とアドボカシー

司会 堀田 饒 中部ろうさい病院 名誉院長・本部特任研究ディレクター

清野 裕 公益社団法人 日本糖尿病協会 理事長 / 関西電力病院 総長 / 関西電力医学研究所 所長

パネラー 植木、茂松、立原、加藤、西田、飯野、河村、中島(8名)

### ◆閉会の辞 (16:55～)

独立行政法人 労働者健康安全機構 理事・副総括研究ディレクター

中岡 隆志

注意事項及び参加方法について、裏面をよくお読みください。

## 独立行政法人 労働者健康安全機構 中部ろうさい病院

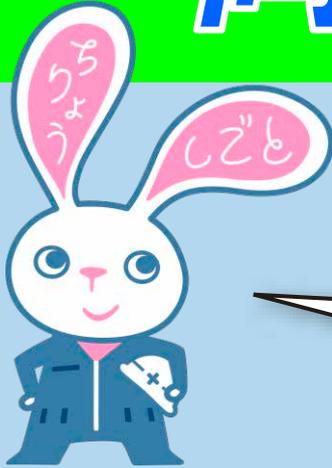
中部ろうさい病院 治療就労・両立支援（糖尿病）センター (<https://www.chubuh.johas.go.jp/center>)

〒455-8530 名古屋市港区港明1丁目10-6 / TEL 052-652-5511 / FAX 052-651-5567

### 共催：公益社団法人 愛知県医師会 / 公益社団法人 日本糖尿病協会

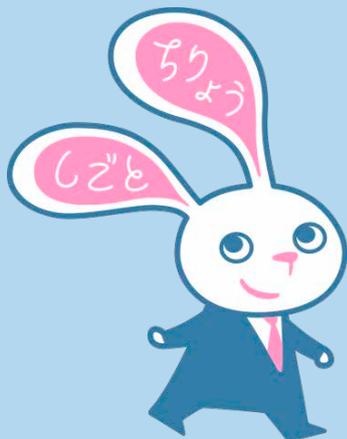
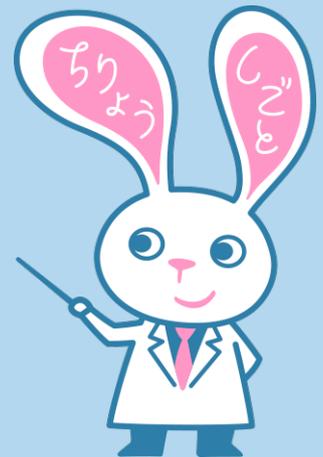


# 仕事と糖尿病治療の 両立支援



ところで  
「仕事と糖尿病治療の  
両立支援」って何？

糖尿病の治療と仕事を両立する上で困っていることがある患者さんをサポートしています。  
仕事の忙しさのために通院を中断してしまう若い方が非常に多いことがわかっています。



そこで、医師と患者さんと会社で糖尿病の連絡帳のような両立支援手帳を、トライアングルに行き来させ、情報を共有して治療を中断させない、合併症を進行させない、労働災害をおこさないことを目的としています。

独立行政法人 労働者健康安全機構 中部ろうさい病院 治療就労両立支援センター  
〒455-8530 名古屋市港区港明1-10-6 052-652-5511 (代表)  
<https://chubuh.johas.go.jp/center/>

発 行：独立行政法人 労働者健康安全機構  
企 画：独立行政法人 労働者健康安全機構 中部ろうさい病院  
制 作：株式会社 労働調査会  
発 行 日：令和5年8月