

ISSN 0910-9919

BULLETIN OF SOCIAL MEDICINE

社会医学研究

第40回 社会医学研究会総会
講演集

社会医学研究会

特別号 1999

JAPANESE SOCIETY FOR SOCIAL MEDICINE

第40回社会医学研究会総会

1999年 金沢市

主題 日本の医療 — 民主的改革への展望

日時：1999年7月24日（土）PM 1時から25日（日）PM 4時まで

会場：石川県社会教育センター （金沢市本多町3丁目2-15）
tel：076-223-9571

全国世話人会

7月24日 11：30-13：00

1999年度社会医学研究会総会

7月25日 11：20-12：00

第40回社会医学研究会総会企画運営委員会

代表 山田裕一

金沢医科大学衛生学教室内

tel：076-286-9722 fax：076-286-9723

第 40 回社会医学研究会総会の開催にあたって

企画運営委員会代表 山田裕一

金沢医科大学衛生学

第 40 回社会医学研究会総会の開催にあたっては、諸準備の不足や遅れで、会員の皆様に多々ご迷惑をおかけしたかと存じます。お詫びを申し上げるとともに、どうぞご容赦をお願い申し上げます。

本総会のメイン・テーマとして「日本の医療—民主的変革への展望」を掲げました。1992年に金沢で開催された第 33 回総会で、やはり医療問題が取り上げられたので今回さらにその討議を深めたいということと、ここ石川の地での社会医学は地元の民医連（石川勤労者医療協会）運動の発展を抜きには語れないことがその理由の一つであります。しかしそれ以上に、今、我が国の医療を大きく変貌させるような世論や政策が成立、進行しつつあるという現状からです。現在進められつつある医療制度の変革は単に診療報酬支払い制度の変更ばかりでなく、医療機関のあり方、医療の内容、そして国民全体の健康状態に深く関わる問題をはらんでいます。一方で、医療に対する国民の不信は増大し続けてもおり、新たな患者と医療従事者との民主的関係の構築が求められています。ここで日本における社会医学研究の一つの源流である医療の民主化に関わる問題を再検討して、21 世紀の国民医療のあり方を展望することは大きな意義があると考え、本総会のメイン・テーマとしました。なお、ここで言う「民主的」あるいは「民主化」とは、患者、地域住民および医療従事者の利益となる内容とプロセスを意味しています。

以上のような観点から、総会第 1 日には、日本に先駆けて医療改革運動が叫ばれ、進行しつつある米国の現状について報告していただこうと、米国最大の病院ネットワークである Columbia/HCA healthcare corporation の Dr. Houser をお招きしました。次いで日本での医療を巡る問題とその解決方向について、慶応大学医学部の池上直己先生より特別講演をいただきます。今日の医療政策を巡る問題について、会員の皆様とともに討議と理解を深めたいと願っています。第 2 日の記念講演では、石川の寺井病院で地域の人々とともにその疾病治療ばかりでなく健康の増進にも取り組んでこられた谷口堯男先生のお話を伺い、引き続きシンポジウムでは、形式的な「インフォームド・コンセント」をこえた医療の中での人権確保と患者参加の問題について討論したいと思っています。

第 40 回総会が実り多きものとなるよう、企画運営委員会一同、開催期間中可能な限りの努力いたしたいと存じます。会員の皆様には、日頃の研究成果の積極的な発表と討論をお願い申し上げます。

参加要領

<参加手続き>

- * 同封の「参加申し込み用紙」所定の欄に氏名、所属、住所、連絡先電話番号を記入のうえ、参加費を添えて会場受付（センター4階、第1会場前）にお出してください。
- * 用意してあるホルダーに参加用名札を入れ、お着けください。

<参加費>

- 一般 --- 会員は3,000円、非会員は4,000円です。
- 学生 --- 会員は1,000円、非会員は2,000円です。

<同時通訳サービス>

- 第1日の海外招待講演には、同時通訳がつきます。
- レシーバーが第1会場入口に用意してありますので、各自お持ちください。
- ご使用になったレシーバーは招待講演に続く特別講演の終了後に必ずご返却ください。

<弁当の予約販売>

- 会場付近は飲食店の数が少ないため、第2日昼食用に弁当の予約販売をおこないます。
- 希望される方は「参加申し込み用紙」の弁当予約申し込み欄に記入のうえ、代金を添えて受付にお出してください。25日午前10時まで受け付けます。

<休憩室>

- センター4階に、休憩室を用意いたします。
- 書籍展示、コーヒーサービス、飲料の販売等があります。

<クローク>

- クロークは、センター4階にあります。24日は休憩室内に、25日は正面エレベーター前に設置いたしますので、ご利用ください。

発表者の方へ

- * 要望演題および一般演題の発表時間は、一題につき20分（口演12分、討議8分）となっています。時間を厳守して、学会進行にご協力ください。
- * OHPをご利用になる方は、受付時にその旨お伝えください。

7月24日(土)

12:00 受付開始 11:30~ 世話人会 (2F 21号室)

第1会場 (4F 講堂大ホール)

1:00

開会挨拶 企画運営委員長 山田裕一 (金沢医大・衛生)

1:10

海外招待講演 座長 寺西秀豊 (富山医薬大・公衛)

米国における医療改革運動の衝撃と影響

Dr. Frank Houser (Columbia /HCA Healthcare Corporation)

2:40

特別講演 座長 岩瀬俊郎 (城北病院)

日本の医療—現状と改革のための私案

池上直己 (慶応大・医・医療政策・管理学)

第1会場 (4F 講堂大ホール)

第2会場 (2F 21号室)

4:00

要望演題1 医療問題

座長 上畑鉄之丞 (国立公衆衛生院)

1. 就業中の男性糖尿病患者の通院状況に影響する要因

筋也寸志 (城北病院) 他

2. 東京都における看護婦等の就業実態から見た准看護婦の役割

西三郎 (東海大・健康科学)

4:40

要望演題2 介護問題

座長 黒田研二 (大阪府立大)

1. 介護ニーズ評価の客観的方法についての考察

鈴木学美 (神戸市看護大)

2. ケアプラン作成過程でのアセスメント手法から介護保険法の保健医療福祉の問題点とケアマネージャーのあり方を考える

谷田悟郎 (京都保健会九条診療所)

3. 身体障害者のレジャー・レクリエーション活動における支援者の役割

江ヶ崎仁文 (東海大・体育) 他

4:00

一般演題1

座長 本多隆文 (金沢医大・衛生)

1. 地球温暖化とスギ花粉症増加は関連しているか

寺西秀豊 (富山医薬大・公衛) 他

2. 骨密度と地域特性に関する研究

服部由季夫 (東海大・体育) 他

3. 石川県梯川流域カドミウム汚染地域に認められた骨軟化症の症例に関する検討

西条旨子 (金沢医大・公衛) 他

5:00

一般演題2

座長 平田衛 (大阪府立公衛研)

1. 「大東亜戦争」と日本衛生学会

西山勝夫 (滋賀医大・予防医学)

2. 愛知県における自殺の年次推移

渡辺智之 (名古屋大・多元数理) 他

7月25日(日)

第1会場 (4F 講堂大ホール)

第2会場 (2F 21号室)

<p>9:20 要望演題3 労働問題 座長 中石仁 (金沢医大・衛生) 1. 健診により判明した不安定雇用建設労働者の結核例 山田富美子 (千葉健生病院) 2. 派遣労働者の実態 登坂由香 (金沢医大・衛生) 他 3. ミクロデータを用いた職業別死亡統計分析 藤岡光夫 (静岡大・人文) 他</p>	<p>9:20 一般演題3 座長 中川秀昭 (金沢医大・公衛) 1. 感染症対策における保健婦の役割と保健所及び市町村の連携に関する研究 林恵子 (深川南部保健相談所) 他 2. ヒト乾燥硬膜ライオデュラによるクロイツフェルト・ヤコブ病(CJD)に関する文献的考察 (第1報) 片平洸彦 (東医歯大) 他</p>
--	---

10:20

記念講演 座長 山田裕一 (金沢医大・衛生)
地域住民の意識変革から行動へ -地域医療変革に向けて-
谷口亮男 (寺井病院名誉院長)

11:20

第40回社会医学研究会総会

12:00

昼食休憩

1:00

総会シンポジウム 「インフォームド・コンセント」をこえて
座長 服部 真 (城北病院)、釣谷伊希子 (金沢医大・衛生)
演者 井上英夫 (金沢大学法学部)
安藤良一 (石川県保険医協会)
堀中光治 (日本糖尿病協会石川県支部)
藤崎和彦 (奈良県立医大・衛生)

第1会場 (4F 講堂大ホール)

第2会場 (3F 32・33号室)

<p>3:00</p> <p>一般演題4</p> <p>座長 宮尾 克 (名古屋大・院)</p> <p>1. 過労死認定基準の改訂のために 長谷川吉則 (働くもののいのちと健康を守る全国センター) 他</p> <p>2. 「働くもののいのちと健康を守る全国センター」結成半年の到達点と今後の課題について 色部祐 (働くもののいのちと健康を守る全国センター)</p> <p>3. 社会医学と社会の発展—働く人の健康の課題から— 山田信也 (働くもののいのちと健康を守る全国センター)</p>	<p>3:00</p> <p>一般演題5</p> <p>座長 森河裕子 (金沢医大・公衛)</p> <p>1. 聴覚障害者の受療に関する質問紙調査 埜田和史 (滋賀医大・予防医学) 他</p> <p>2. 保健所医師の行政研修ニーズに関する検討 上畑鉄之丞 (国立公衆衛生院) 他</p> <p>3. 医学部における産業医教育の試み 内藤堅志 (東海大・体育) 他</p>
--	--

<自由集会> 24日 18:00~

1. 現代労働者の健康問題と社会医学—専門家と労働者の協力について— (4F 41号室)
世話人：上畑鉄之丞 (国立公衆衛生院) 西山勝夫 (滋賀医大) 福地保馬 (北大)
 2. 交代勤務と長時間労働研究会 (4F 43号室)
世話人：小野雄一郎 (藤田保健衛生大) 広瀬俊雄 (仙台錦町診療所)
-

招待講演 24日PM 1:10 第1会場

「米国における医療改革運動の衝撃と影響」

Dr Frank M Houser

(Columbia /HCA Healthcare Corporation,
Corporate Medical Director & Sr. Vice President)

座長 寺西秀豊 (富山医科薬科大学医学部 公衆衛生)

特別講演 24日PM 2:40 第1会場

「日本の医療－現状と改革のための私案」

池上直己

(慶応義塾大学医学部 医療政策・管理学)

座長 岩瀬俊郎 (城北病院)

記念講演 25日AM 10:20 第1会場

**「地域住民の意識変革から行動へ
-地域医療変革に向けて-」**

谷口堯男

(寺井病院名誉院長)

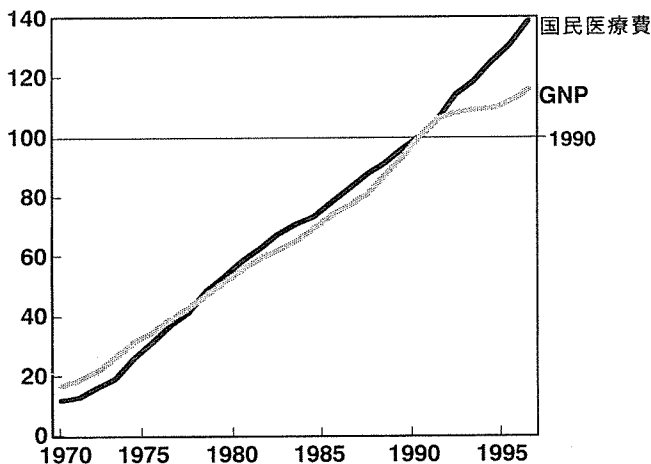
座長 山田裕一 (金沢医科大学 衛生学)

日本の医療—現状と改革のための私案

池上直己(慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室)

はじめに

これまでも医療改革の必要性が指摘されてきたが、現在直面している経済不況による勤労者所得の低下や歳入の落ち込みによって、それが緊急課題となっている。しかし、解決の目処はたっており、閉塞感は深まるばかりである。その背景には、患者としては最高の医療を受けたいが、被保険者、納税者としては最低の負担を望む、という本質的に矛盾した要求のほか、医療においては何が「適切」であるかの基準を示すことも、またそれを満たしているかどうかを評価することも困難である、という構造的な問題がある。



(厚生省：国民医療費、1998)

1990年を100とした国民医療費、
およびGNPの値(1970~96)

医療問題の解決が難しいにも拘わらず、あるいはそれがために逆に安易な改革案が提示されやすい。しかし、明確な理念と今後の方向性についての緻密な計画を示さない限り、事態はかえって悪化すると考えられる。そこで、演者はまず日本の医療の功罪を簡単に説明し、次いで政府の改革案の問題点を指摘し後に改革のための私案を提示する。

日本の医療の功罪

日本の医療の良い点は、第1に国民全員に医療に対する公平なアクセスが確保されていることである。生活保護を受けている者を含めてすべての患者に対して同一の支払い方式が適用されており、また私費との混合診療も禁止されているため、医師は患者の所得水準によらず、同じサービスを提供すれば同じ収入が保証される。確かに収入に占める保険料の割合や窓口での自己負担の割合には格差が存在するが、前者は保険者間の財政調整や税による補填によって圧縮されており、後者は高額療養費制度によって家計を圧迫しないように配慮されている。

第2は、医療費が先進諸国のなかでは比較的低い水準に留まっている点である。何を「医療費」として算定するかは国によって異なるので、OECD(経済協力開発機構)では標準化した方法を採用しており、それによると日本はGDP(国内総生産)の7%程度で、アメリカの14%の半分であり、ドイツやフランスの9%と比べても低い。その理由として、診療報酬体系による強力な価格統制、公平な医療体制となっているため富裕層に照準を置いた医療水準の引き上げによる医療費の高騰がおきない、などが考えられる。

なお、乳児死亡率や平均余命などのマクロの保健指標が優れている点が日本の医療システムのパフォーマンスを評価する際にあげられているが、これらの指標は国民の教育水準、女性の地位、所得格差の程度の影響の方が大きいと考えられる。

一方、問題点としては、第1にプロフェッションとしての質の確保が不十分であることである。質を評価する方法として、有資格者の充足や施設基準の達成という構造面、医療サービスの提供手順というプロセス面、および患者の治療成績などのアウトカム面がそれぞれある。これらのどの面についても日本では立ち遅れてお

り、構造については専門医制度、プロセスの評価については医療記録と標準的診療プロトコール、アウトカムについてはデータベースがそれぞれ特に未整備である。

第 2 は、医療保険体系の制度疲労である。日本の医療保険制度は、戦前に確立された制度を、国庫負担を増やしたり、老人医療費に対する保険者間の財政調整を行うことによって維持してきており、そのため 5 千以上という世界に類をみない多数の保険者が分立しており、また保険料負担の職域、地域間格差、保険原理の空洞化が深刻化している。

第 3 は、診療報酬体系の制度疲労である。診療報酬体系も戦前に確立された開業医に対する支払い体系の骨格をそのまま維持しており、そのため教育研修費、事務管理費、減価償却に対する補償が不明確である。また、大病院から診療所まで同じ支払い方式を適用している例は世界になく、そのためにいずれの医療機関に対しても同じ経済的インセンティブが働いており、機能分化を進めるうえで大きな足かせとなっている。

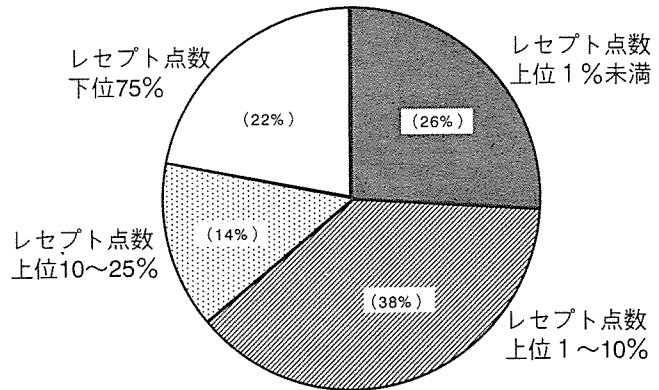
以上のような問題点が存在することが国民の医療に対する不信、医療従事者の行政に対する不信、および全体としての将来に対する不透明感を招いているといえよう。

誤った改革

当面の医療保険の財政問題に対応するため、まず 1997 年 9 月より健康保険本人の自己負担割合は 1 割より 2 割に引き上げられた。その理由は単純であり、国民は保険料の引き上げにも増税にも反対する以上、患者に負担増を求める以外に方法はなく、また自己負担が増えれば不要な受診も抑制できる、という考え方に基づいている。それと平行して同年 7 月に厚生省、および引き続いて 9 月に与党協による医療保険の抜本改革案が提示された。その中で特に注目されたのが、独立した高齢者医療保険の創設、急性期入院医療に対する包括払い(DRG)の導入、および薬剤の給付基準額制度(日本型参照価格)の導入である。

政府の改革案の問題として、第 1 の患者の自己負担増については、公平性を損なうという問題のほか、実は負担を増やしても医療費の抑制はあまり期待できない点に留意する必要がある。

というのは、医療費の約 8 割は約 2 割の高額医療費の患者によって占められており、これらの患者の大部分には高額療養費が適用されるため、自己負担を増やしても影響を受けないからである。



(政管健保と国保の合計：1993 年度社会医療診療行為別調査より計算)

医療にレセプト点数順位別構成割合

第 2 に、独立した高齢者医療保険を創設することによって保険者の拠出金の問題を解消できると考えるのは、現実を無視した話である。そもそも高齢者の支払う保険料だけで高齢者の医療費を賄うことは不可能であり、税金か保険者からの補填が必要である。次に、県も市町村も大きな赤字が見込まれる高齢者医療保険の保険者となることを躊躇しており、仮に引き受けた場合でも医療費と所得の地域間格差に対応するために複雑な財政調整が必要となる。そして、最後に高齢者だけを別の保険制度に分離すれば、若年者と比べて給付内容が下がる危険性がある。

第 3 に、急性期入院医療に対する 1 入院当たりの包括払い(たとえば、虫垂炎切除で入院すれば何日入院しても、どんな検査治療を行っても 30 万円とする)については、1998 年 11 月より国立系 10 病院において試行調査が行われている。しかし、試行対象病院を拡大することも、試行期間を短縮することも難しく、診療報酬体系として普遍的に適用される可能性は低いと考えられる。その理由は、1 回の入院に対してそれぞれ包括的な料金を設定するためには、病名や手術処置名に対して標準化したサービスが提供されていることが前提となるが、日本の現実はそれにほど遠い。ちなみに、DRG に分類するために最低限必要な退院時病名についても、それが正確に記載されている退院時サマリーのある

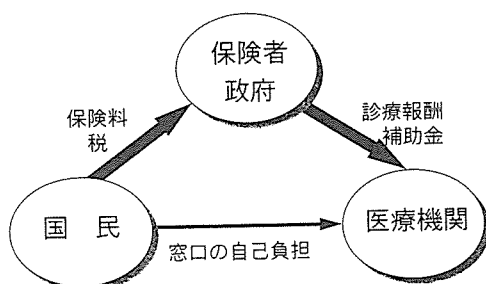
病院は全体の 4 割にすぎない。また、コストについてのデータはほとんど存在しないばかりでなく、医療機関間の格差が大きいと思われるので適正な料金を設定することも難しい。なお、そもそも DRG は病院の生産性をみるための指標として開発されており、アメリカ以外には個別患者の支払いに用いておらず、病院の予算設定のために利用されている。

第 4 は、薬剤の給付基準額制度の導入とは、類似の薬効を持つ薬剤をグループ化し、各グループに対して保険として支払う「基準額」を設定することである。医療機関が基準額を上回る金額で購入した場合には患者が差額を負担し、下回る金額で購入した場合には保険は購入価で保証することになる。同制度を導入した場合には患者にとって負担増になり、また各医療機関の購入価を把握することも困難であるなどの理由によりこの構想は白紙撤回されている。

以上のように、政府が提示した改革の目玉は、いずれも短兵急であり、医療費を適正化するうえでの効果について疑問があるうえ、実際に施行することも困難である。

改革のための私案

医療改革を行う際には、日本の良い点である医療の公平性を担保したうえで、質を確保し、制度疲労に対応することが課題である。改革に当たって、まず注目すべきは医療におけるお金の流れである。その大きな流れを図に示すと以下のようなになる。



- I) 国民から保険者、政府への保険料、税金を介した流れ
- II) 保険者、政府ら医療機関への診療報酬と補助金を介した流れ

である。これに対して、国民（患者）から医療機関への流れは細く、保険制度が存在する限り太くなり得ない。したがって、改革の焦点を患者の負担増に置いている限り、医療改革は成功

しないといえよう。そこで、演者の改革私案は以下述べるように I)、II) についてである。

I) 国民から保険者、政府への流れ

基本的には、都道府県（以下、県と略）を保険者とする地域保険に再編して行くことを目標とする。そのためには、被用者保険、国民健康保険に対して、それぞれ国と県のレベルで加入者の年齢と所得構成に従って財政調整を進め、保険料の格差を縮小する。このようにして保険者が互いに合併しやすい環境を整える。そして、最終的には県が保険者にすることで負担と給付の関係を明確にし、市町村への地方分権で空洞化する県に対して新たな役割を与える。

一方、高齢者に対しては既存の保険の枠内で対応するのが望ましいが、それが困難な状況にあるため、独立の保険制度にすることも確かに一案である。しかし、その場合も政府案のように高齢者だけの保険ではなく、「高齢者・高額医療保険制度」として、勤労者に対しても「高額療養費」の対象となった時点で、年齢を問わず、同保険から給付を受けるようにする。後者を対象とすることにより、「年齢」による人工的な区分の影響を少なくし、国が一元的に運営することによって地域間格差の問題の発生を防ぐ。勤労者は従来の医療保険のほかに、「高齢者・高額医療保険」にも加入し、両方の保険料を払うことになるが、従来の保険の保険料は大幅に下がるので、全体としては実質的な負担は増えない。

II) 保険者、政府から医療機関への流れ

現在の診療報酬体系において矛盾がもっとも大きく表れている高機能病院から改革する。これらの病院に対しては、病院ごとに入院については日額包括、外来については 1 回包括の料金を設定する。料金は当該病院における前年度の出来高払いの実績から出発し、以下の指標を総合的に判断することによって毎年改定する。

- a) 各病院に対して提示された、医療の質についての数値目標、および地域医療計画に従って設定された目標値の達成度（分野ごとの高度手術などの件数、患者の紹介率など）
- b) DRG 指数によって重み付けられた入院患者数からみた病院の生産性

県には、各病院に対して、a) の目標値の設定、a) と b) の各評価値を重み付けした総合的な評価、

および同評価に基づいた包括料金を改定する権限がそれぞれある。なお、目標値を設定する際は、当該病院の前年度の実績を重視し（たとえば、紹介率 25%であれば 30%が目標値とする）、また総合的に評価する際には他の病院の達成度と比べて相対的に評価する。

以上のように高機能病院を総合的に評価して料金を改定することによって、質に着目した健全な競争原理の導入が可能になり、それと同時に地域医療計画に従って施設をより合理的に整備することもできる。また、これらの病院は医療費全体で大きなウェートを占める高額医療を提供しているので医療費の適正化という面でも、あるいは研修指定病院であるので医学教育の改善という面でも大きな効果が期待できる。なお、このような新しい料金体系に移行するに従って、補助金を段階的に廃止できる。

介護保険導入の影響

最後に介護保険の導入が医療に与える影響について述べる。現在介護保険の施行延期の動きもでており、先行きが不透明である。確かに保険料の地域格差、家族介護に対する現金給付の是非などは制度の根幹に関わる問題であり、合意が得られ難いことは理解できる。また、介護保険の要となる要介護度を決める方式については、3年間にわたるモデル事業を繰り返してきたにも拘わらず、多くの問題が指摘されている。さらに、保険料と税による収入が、想定される給付のレベルを賄うのに十分であるかどうか危惧される面が大きい。ちなみに、医療保険では予防給付を行っていないが、介護保険では「要支援者」に対する要介護状態にならないための

給付が法律に明記されているので、給付申請者の人数を予測することは困難である。

しかしながら、一方では施行を1—2年延期してもこれらの問題が解決される保証はなく、走りながら修正する以外には方法はないといえよう。いずれにせよ、医療関係者にとって重要な点は、介護保険の導入されれば、これまでの常識が大きく変わる点である。介護保険は、保険者である市町村の裁量による負担と給付レベルの決定、介護ニーズに応じた給付上限額の提示、給付上限額内における医療と福祉サービスの選択、コストに対応した多段階の包括料金体系などを提示しており、これらが起爆剤となって医療改革における新たな道筋が提示される可能性が高い。

結語

医療改革は急を要するが、日本の医療の功罪を冷静に分析し、新しい枠組みを用意すると同時に、現状から移行するための緻密な計画が必要である。演者は私案として、県に医療政策を決定する権限を委譲することにより、公平性を保ちつつ、競争原理による質の向上と効率的な資源配分を達成するための改革案を提示した。こうした改革を行ううえで、介護保険の導入が後押になることが期待できる。

詳細は拙著：「ベーシック医療問題」、日経文庫、1998 および J.C.キャンベルとの共著：「日本の医療—統制とバランス感覚」、中公新書、1996。

地域住民の意識変革から行動へ

—地域医療変革に向けて—

谷口堯男（石川県 寺井病院）

I. はじめに

80年代に始まる医療、福祉への攻撃は、介護保険の来春実施、老人医療の壊滅的改悪等、まさに世紀末の様相を呈し、高齢者の生きる展望を奪い、要介護老人を低劣で負担の多い在宅ケアに押し込め、家族崩壊をもたらす危機を迎えている。このような地域医療、福祉崩壊の攻撃を跳ね返し、民主的変革を実現するには勿論自治体や国政の民主化が必要であるが、地域住民の民主的運動と力量が基礎である。

医療保健に携わる我々として、地域住民の意識変革から保健、医療、福祉の変革を目指す行動が起きるようどう援助するかを、当病院の地域医療へのアプローチから考察したので報告する

II. 健康づくり集団組織の経過

当院では、1957年来、地域医療懇談会を組織し、現在では、周辺71地域で開催されている

第一期 開設期(57~)：当初は、脳卒中多発地域で予防のための血圧管理から始まった。

第二期 成人病予防開始(66~)：慢性疾患管理が進み、生活習慣の改善に対する必要性が強調されるようになったが、生活習慣を変える保健行動を引き出す事は困難であった。しかし、九谷画工健診による鉛汚染の発見、画工組合自身による生活習慣、職場の環境改善運動による健康回復から、健康づくりの基本を学んだ。

第三期 健康づくり集団「友の会」へ(77~) 医療懇談会は、健康づくり、地域の医療、保健についてのニードを汲み上げる泉、地域が見える場として、周辺地域に広がっていったが、まだ病院依存型の集団だった。これを自主的運動集団に変わるよう健康づくりリーダー養成の「保健大学」開校、地域の保健医療の現状を把握し、発展の方向を考える「健康祭り」の開催は、医療懇談会を広げるのに役だった。この運動をダイナミックに前進させるため、「健康友の会」が組織され、医療懇は「班会」となった琶湖学園の先生の重度障害児教育やケア実践の講演から、人間はどんな時でも常に発達する。問題は、働きかける側の小さな変化でも見逃さない観察力と愛情であることを学んだ。これを

きっかけにして、班会の中身が「おまいり型」から、本音を出し合い、住民の要求から出発し自立を援助する「ワイワイガヤガヤ型」への脱皮が始まった。

第四期 グループワーク導入(88~)：班会での自立化を進めるため、それぞれの生活の調査点検活動や、栄養バランスの学習を開始し、班会の雰囲気は変わっていったが、この壁を破ったのは「グループワーク」理論の導入だった。この技法によって、健康づくり小集団は活性化に向けて前進を始め、生活習慣を変容する行動を起こす手応えを感じられるようになった。

第五期 健康づくりの集い(90~)：これらの保健行動の交流によってお互いに経験を交流する場として、90年から「健康づくりの集い」を毎年開催するようになった。100人以上の会員が参加し、報告内容も、減量や減塩の体験に始まり、禁煙や運動等、失敗の体験が多いが、大笑いの中で学びあい、水の汚染、ダイオキシジェット戦闘機騒音、地域の医療・保健の問題点やニードの調査の報告など地域を含めての生活環境の問題に取り組むようになり、地域医療を変革して行く集団として成長している。

第六期 「友の会」支部結成(96~)：以上のように自己の健康づくりから地域の医療福祉の問題点に視点を広げ、その改善のために動き出した集団の地域変革のエネルギーをそれぞれの自治体に向けられるよう行政単位毎に支部が組織されるようになり、介護支援センター老健、訪問看護ステーション開設等に大きな力を、発揮するようになった。

このように、医療懇運動展開の中で、小集団がどう活性化し、医療職員がどのように変化して行ったか2つの班会についてみてみたい。

III. 運営が自立化していったA班の事例

(1) A班のプロフィール：12年前に医療懇談会として出発。地域は、海岸地帯の町で、総合病院もある。当時は班の構成は、40~50才代の主婦層が中心で男性3人を含む12名。医療職員は、医師1名、看護婦1名、調理師1名の3名で、医師がワーカーの役割を持っていた。

(2) 栄養バランス班会の記録(資料参照)

1. 「自分たちが見えてきた」 89.11
2. 「一年たって自分たちは変わった」 90.5
3. 「変化したことに自分でも驚いた」 90.7
4. 「班会運営の基本法則はこうだ」

(3) 職員の関わり方と役割

1. 教え込む姿勢から学ぶ姿勢
2. 基本は「受容」の原則
3. 「何故」という問いには「どうしてか考えてみて」と返す
4. 参加者との共通の体験での比喻や説明
5. 集団の中で自分が見えるように資料提供

IV. 地域が見えるB班会の発展過程

(1) B班会のプロフィール

山間過疎地に12年前班会開設。60~70代の主婦層12名の構成。保守的風土の準無医地区。

1. 班会開設時の生活習慣

健康知識も少なく、卵の白味は捨て、塩分摂取は一日20grを超えていた。命と健康を守ろうという意識は強く、学習に熱心だった。

2. 生活習慣改善に向けて

栄養バランスの学習の中で、生活習慣が変わり、塩分摂取は殆どの人が10gr以下となり、副食の丼盛りは家族一人一人小皿に分けるように変わった。栄養摂取バランスは改善し、「健康づくりの集い」での評価は、班会のアイデンティティを高めた。

3. 地域の医療保健福祉調査活動へ

班会の健康づくりは、自分から家族へと広がったが、50代の人が引き続き亡くなり、自分たちの地域の問題点は何かと言うことで、自分たちで調査項目を決めて全戸に調査に入り、医療が受けにくい、救急が不安、老人施設が遠い、保健税が高い等の意見が強いことを知った。

4. 医療福祉改悪反対運動の高揚

健康づくりの視点が地域に広がったが、老人施設建設、薬価決定の政管財の癒着、劣悪な介護保健の中身等班会の度に討議が深まり、医療福祉改悪の構図が見えてきて、反対の署名運動を全戸で取り、隣村にも出かけた。

最近、ガイドライン法の通過で戦争に絶対反対するため私たちは何が出来るのかという討議がされている。

(2) この班の意識と行動の変化はどうして

このように、12年間で山間の地域の小集団が変化したのはどんな過程があったのか。

「第8回健康づくりのつどい」でのTさんの発言から見てみよう。

” どうしてこんなに変わったんだろう ”

1. 班会参加のきっかけ
2. 班会で学んだこと

- 1) 知る喜び 2) 自分と他人の違い
- 3) 変わる驚き 4) 考える苦しみが楽しみに
- 5) 周りが見えるようになった

このように自分たちの変化をまとめている。集団が活性化し民主的な集団として成長している

V. 健康づくり集団成長過程への考察

健康づくり集団の変化、発達の過程を振り返ってみたが、試行錯誤から法則的な一定の過程を取ることがわかり、それによって小集団の意識や行動が活性化し、民主主義的成長が加速されることを経験した。これは、今の厳しい情勢の中で地域医療を変革する力になると考え、その基本となった理論や技法を考察してみたい。

(1) 健康づくり過程

今までの班会での学習の過程を考えると

- ①異常への疑問②学習③調査比較④問題発見
- ⑤目標設定⑥実践⑦評価という流れであった。

10年程前から、人間、健康を追求する「看護」に関心を持っていたが、この過程が、POSを土台にした「看護過程」と同じで、看護診断に問題点としてあげられる「知識不足」「ノンコンプライアンス」「無効な否認」「自己概念の変調」等が、健康づくりにも当てはまり、問題点の明確化によって介入の目標が決まり、動機付や行動の変容に役立った。

(2) グループワーク理論の導入

医療懇談会を初めて20年あまりは、試行錯誤で、意識変革から行動変革への過程がうまく進まなかったが、「目標に向かって環境を変革することによって自己を変革し、自己の変革が又環境を変革する」という過程の中で、常に発達し、成長し、目標に接近していく人間集団の活性化にある」と規定する「グループワーク理論」の導入によって、班会の健康づくり活動が飛躍的に成長した。その中でのグループワーカーとしての医療職員の役割が明らかになった。そのアプローチの中心となる「受容」による「ワイワイガヤガヤ型」班会で、本音を出し切り、楽しく環境の変革に行動する班会が増加した。

VI. おわりに

保健、医療、福祉に責任を持つ自治体や国の姿勢を変えるためには、住民運動の活性化と言う困難な莫大なエネルギーを要する課題がある。その基本となる自覚的、民主的集団をどう形成していくか、自己の可能性を最大限発揮することを目標に努力する健康づくりという自己実現の運動を地域の変革まで高めるための医療職員としての役割が問われる。地域の情勢を調査分析して提示するだけでなく、これを出発点として健康づくりを地域住民運動に成長させるため努力したい。

シンポジウム 25日PM1:00 第1会場

「“インフォームド・コンセント”をこえて」

健康権とインフォームド・コンセント

井上英夫（金沢大学法学部）

患者さんと仲良しになるインフォームド・コンセント

安藤良一（石川県保険医協会）

患者から期待するインフォームド・コンセント

堀中光治（日本糖尿病協会石川県支部）

インフォームド・コンセントと医学教育

藤崎和彦（奈良県立医科大学 衛生）

座長 服部真（城北病院）

釣谷伊希子（金沢医科大学 衛生）

シンポジウム

「“インフォームド・コンセント”をこえて」

座長 服部 真(石川勤医協・城北病院)、
釣谷伊希子(金沢医科大学・衛生)

1. “インフォームド・コンセント”をめぐる最近の動き

医療を行う上で患者に対するインフォームド・コンセントの重要性が指摘されてから久しく、医療の現場ではインフォームド・コンセントの証となる様々な承諾書類が増えてきている。最近ではインフォームド・コンセントが危険性のある特定の医療行為に限らず、医療全体が患者の自己決定権を尊重して行われるように、診療情報全体を患者に知らせるカルテ開示の動きも活発になっています。

厚生省が設置した「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」が1998年6月に報告書を発表した。検討会が設けられた経過について報告書は以下の3点を挙げています。

1) 患者の自己決定及び医療従事者と患者が共同して疾患を克服する視点が重視され、インフォームドコンセント(十分な情報を得た上での患者の選択、拒否、同意)の理念に基づく医療の重要性が強調されている。

2) 「諸外国における診療情報の開示請求を認める立法やいわゆる個人情報保護法の制定、各地の地方公共団体における個人情報条例等の制定の動きなどを受けて、個人情報の自己コントロールの観点からも診療情報の提供を求める声が高まりつつある。

3) 「医薬品による健康被害の再発防止対策について」、「国民医療総合政策会議中間報告」、与党医療保険制度改革協議会の「二十一世紀の国民医療」や厚生省の「二十一世紀の医療保険制度」などでも、診療情報の患者への提供及びその検討を行うことの必要性がしばしば指摘されてきた。

この報告書では、診療情報の提供や診療記録の開示等を法制化すべきであるとされ

たが、医師会などが診療記録の開示は自主的な倫理規範によるべきであるとして法制化に反対し、診療録開示の法制化はしばらく見送られることになりそうです。

この間、法制化の是非について様々な団体が見解を発表して活発な議論が行われたし、様々な形で診療情報の提供や開示の取り組みが進んできました。

Medical Tribune(1998.11.5~12.24)のシリーズ「どう進めるカルテ開示」には、各地の様々な取り組みが紹介されているが、その中のいくつかの経験を紹介します。

- 名古屋市の病院の外科病棟が毎朝の回診前の2-3時間、カルテを患者に預ける方法でカルテの開示を始め、他の科にも広がっている経験。
- 大阪の守口市のクリニックが「私のカルテ」と名づけられた薬・検査所見・療養指導などを記入した患者用のノートを患者に渡して活用している経験
- 兵庫の姫路市のクリニックが既往歴・輸血歴・アレルギー・現病歴をまとめた病歴カードを作成し、患者に渡している経験。
- 埼玉の公立病院が患者による外来カルテの搬送を始めたり、静岡の病院がガン患者に対するカルテ開示やセカンドオピニオンの勧めを始めた経験。
- 世田谷区のクリニックがカルテの開示だけではなく、患者が直接カルテに記入する取り組みを始めた経験。
- 金沢市の病院が病状説明書・慢性疾患説明書などの説明書を活用し、入院患者にはこれらをファイルした「マイカルテ」を渡している経験や診療録管理士や診療録委員会による監査システムの経験。
- 金沢の大学病院や亀田市の病院が電子カルテにより患者へ診療情報を公開したり、院内外の医療従事者間の情報共有

にも活用している経験。

2. インフォームド・コンセントの課題

一方、上記のカルテの開示を決めた病院でも実際の開示請求は少なく、1974年の「連邦プライバシー法」、1985年の「統一医療情報法」で診療録の開示が法制化されている米国でも現実の開示請求は少ないとされています。

開示請求が少ないことに関して、開示を決めても訴訟やトラブルになるケースが少なく、かえって信頼が増すからであるという説明がされているが、インフォームド・コンセントの本来の目的である、患者の知る権利や自己決定権に対応するカルテ開示や診療情報の提供であるならば、多くの患者に活用されるカルテ開示や診療情報提供でなくてはならないと考えます。

これまでのインフォームド・コンセントの取り組みによって、患者が主人公となり医療従事者と共同で進める医療に向かって、どの程度前進しているのでしょうか。

患者の知る権利を支えるためには、患者の健康や病気の状態とその原因について患者の能力・信条・性格等に合った説明がされ、患者のプライバシーに関わる項目について患者が確認して訂正や追加が出来るようにすることが必要である。併せて、患者が説明を理解する力、分かるまで説明を求めたり質問出来る力をつけるための援助が求められます。

患者の自己決定権を支えるためには、病気の自然経過や複数の治療案の効果や身体的・精神的・社会的・経済的負担についてのエビデンスが示される必要があるし、患者が第三者に相談できるセカンドオピニオンの制度も必要です。

更に、医療を患者と医療従事者の共同作業としてすすめるためには、まず、事実や情報の共有やお互いの認識や意思を理解し合うことが大切であるし、出来るところから共同作業を積み重ねることが必要です。

インフォームド・コンセントを進める取り組みを医療機関や医療従事者の取り組みだけではなく、国民が医療の主人公となる

力をつける運動としても取り組む必要があると思います。

以上の思いから「“インフォームド・コンセント”をこえて」というタイトルをつけました。

3. シンポジストの構成

本日のシンポジウムでは、金沢大学法学部の井上教授には法学や人権から見たインフォームド・コンセント、石川県保険医協会の安藤医師には開業医として患者と共同して医療を行うためのインフォームド・コンセント、日本糖尿病協会の堀中さんには患者から見たインフォームド・コンセント、特に、患者会活動の関わりについて、奈良県立医科大学の藤崎医師には医学教育、医師や医療従事者の教育とインフォームド・コンセントという点について問題の整理や提案がいただけるものと期待しています。

健康権・医療保障とインフォームド・コンセント

井上 英夫 (金沢大学・法学部)

はじめに

- 1 健康権と医療保障
- 2 医療保障の理念、原理、原則
 - ①人間の尊厳の理念
 - ②自己決定・選択の自由、平等の原理
 - ③医療保障の諸原則
- 3 患者になる権利と患者の権利、患者にならない権利
 - ①「ヨーロッパにおける患者の権利の諸原則」(94年)
 - ②患者の権利法をつくる会「患者の権利を定める法律要綱案」(93年)
- 4 自己決定とインフォームド・コンセント
 - ①人権としての自己決定権
 - ②医師－患者関係を超えて
 - ③説明と同意→情報を受ける権利と自己決定の権利
 - ④自己決定、意思表示能力について

参考文献

- *井上「健康権と患者の権利－自己決定とインフォームド・コンセント」社会福祉研究、97年10月号、鉄道弘済会。
- *井上英夫「健康権と医療保障」『講座 日本の保健・医療 第2巻 現代日本の医療保障』、労働旬報社、86年。
- *井上他編著『高齢者医療保障』労働旬報社、95年。

「患者さんと仲良しになるインフォームド・コンセント」

安藤 良一（石川県保険医協会）

社会医学研究会総会のシンポジウム「インフォームド・コンセントをこえて」にシンポジストの一人として、会員でない私を選ばれたことは身に余る光栄と思う一方で戸惑いを覚えています。しかし、承諾した以上は参加者の期待を裏切らぬよう責をはたさなければなりません。このテーマでの私の立場は専ら、医療現場から考えるインフォームド・コンセント（以下ICと略記）のあり方と進め方への意見・提言と理解しますので責任重大ですが、私なりに努力したいと思います。

私事にわたりますが、略歴は、昭和26年に地元の金大医学部を卒業し同大学病院内科に7年、某健保組合病院5年の勤務後、昭和39年から金沢市内で内科・小児科を開業して35年になります。地元の医師会と石川県保険医協会に所属し、精神保健指定医を兼ねています。

発言の内容に関しては、理論構築は他のシンポジストにおまかせして、専ら臨床医の立場で理解する「ICとは」「ICの現状は」「ICを進めるには」「ICの法規制は」等に言及してみます。

ちなみに、私が所属する全国保険医団体連合会（会員9万2千人）が10年前に決めた綱領である『開業医宣言』は、その前文で「…近代民主主義の主権在民、人権尊重の思想は、医療における人間関係、医学の進歩と医療の倫理など新しい課題をも提

起しています。これらの期待と要望に応えるためには、患者・住民の求めるところを深く理解し…自らの医療活動を省み創造する開業医の姿勢と努力が不可欠である…」と説き、本文2条「対話の重視」で「医療は患者と医師の信頼にもとづく共同の行為である。患者の立場を尊重した対話によって、患者自らが最良の選択を行えるよう、医師は患者に必要な情報や専門的知識、技術を提供する」と謳っています。

私の基本理念も、この綱領に異存はありません。ただ、医師個人としては、患者さんの健康、幸福、利益のために最大限尽力することを厭いませんが、その責任を遂行するためには、あくまで医師の人権、名誉、利益も保証された上でこそ可能であることを、付け加えたいと思います。

『開業医宣言』を次ページに掲載

開業医宣言

—保団連の医療に対する基本姿勢—

【前文】

わが国の開業医は第一線医療の担い手として、長年にわたり地域住民の医療に貢献してきた。

いま日本人の平均寿命は大きく延びてきたが、一方、国民生活をとりまく経済、労働、環境などの急激な変化とその歪みは、成人病の増加はもとよりかつては見られなかった心身の疾患をも生み出し、子どもから老人に至るまですべての世代を通じて、健康に対する関心と不安が増大している。

こうした中で開業医師、歯科医師のあり方も問い直され、日常の診療に責任を持つことはもとより、疾病の予防から環境の改善などに至るまでその専門的知識、技術による幅広い対応がよよく求められている。

同時に近代民主主義の主権在民、人権尊重の思想は、医療における人間関係、医学の進歩と医療の倫理など新しい課題をも提起している。

これらの期待と要望に応えるためには、患者・住民の求めるところを深く理解し、常に新しい医学・医術を研鑽して、自らの医療活動を省み創造する開業医の姿勢と努力が不可欠である。

また、わが国は「経済大国」といわれながら、その力が国民には還元されず、逆に国民の努力により築き上げてきた社会保障が、軍事予算拡大やいわゆる「民活路線」の陰で次々に後退させられている。さらに現在、地球的規模での環境破壊や核兵器の脅威など、人類の生存すら危ぶまれる状況も存在している。

私たちはこれらの現実に向かいつつ、21世紀の医療を担う開業医像をめざして、次の通り宣言する。

【本文】

1、全人的医療

私たちは個々の疾患を重視するのみならず、患者の心身の状態、家族、生活環境にも気を配り、全人的医療に努力する。

2、対話の重視

医療は患者と医師の信頼にもとづく共同の行為である。患者の立場を尊重した対話によって、患者自らが最良の選択を行えるよう、医師は患者に必要な情報や専門的知識、技術を提供する。

3、地域医療

私たちは住民の身近な存在として、日常診療に責任を持つと同時に、地域の保健、予防、リハビリテーション、福祉、環境、公害問題等についても積極的な役割を果たす。

4、医療機関等の連携

私たちは最も適切な医療を行うため、診療機能の交流等を通じ他の医師、医療機関等との円滑な連携に努める。同時に他の医療・福祉従事者の役割を重視し、患者を中心とした緊密な協力関係を保つよう努力する。

5、診療の記録

療養等に必要なる情報の提供に日常的に努めるとともに、患者からの診療情報提供の求めに誠実に応ずる。診療情報の提供に際しては、医師の守秘義務を遵守し、患者の秘密と人権を守る。

6、生涯研修

私たちは患者、住民が最高の医学的成果を受けられるように常に医学・医術および周辺学術の自主的な研鑽に努め、第一線医療・医学の創造、実践、発展をめざす。

7、自浄努力

私たちは、患者や地域住民の信頼を失うような医療行為を厳に戒める。また常に他の批判に耐える医療を心がけ、医療内容の自己および相互検討を行うよう努力する。

8、社会保障

医療を資本の利潤追求の市場に委ねてはならず、すべての国民が十分な医療・福祉を受けられるよう、社会保障を充実することは近代国家の責務である。私たちは国民とともに社会保障を守り、拡充するため努力する。

9、先端技術の監視

科学技術の急速な発展は人類に多くの恩恵をもたらす一方、その用い方如何によっては生態系の破壊なども懸念される。私たちはとくに人類や地球の未来に影響を与えかねない先端技術に対しては、その動向を監視し、発言する。

10、平和の希求

人命を守る医師はいかなる戦争をも容認できない。私たちは歴史の教訓に学び、憲法の理念を体して平和を脅かす動きに反対し、核戦争の防止と核兵器廃絶が現代に生きる医師の社会的責任であることを確認する。

患者から期待するインフォームド・コンセント

堀中 光治（日糖協石川県支部）

インフォームド・コンセントとは、どの様なものを指すのか判断しかねている現状です。当方が勝手に考えた定義で、この様な情報やアドバイスがあればと思うものを列挙してみました。

- (1) 病院からの薬の効能、何のための薬かを記載した物を手渡して欲しい。
- (2) 検査の目的と結果に対するアドバイスを分かりやすく説明し、慢性患者には数値の継続的な記録の指導、緩慢なデータ変化に対する事前指導を的確にお願いします。
- (3) 治療（手術を伴う）に対する説明が一人の先生だけでなく、他の先生のアドバイスが受けられるようにして欲しい。単なる責任逃れのための、難解な書面のサイン求めではよわる。
- (4) 手術後の日常生活上の術前との差異・変化の説明が欲しい。手術経験者の経験談を聞かす等がよいかもしれないと思います。
- (5) 診療料金や療養薬価のメニュー化。

以上、思いついたまま羅列しました。基本的には医師との接触時間が少なく、信頼感の希薄化が根底に在る様に思います。

また、病人になってから感ずる様になりましたが、医療行政が色々なされますが、何時も患者の声がなく、行政側とか治療する側からの施策が中心で、患者が中心になったものがない様な気がする。これからは患者の意識改革で、生きる権利として、堂々と主張していかなければと思っています。

インフォームドコンセントと医学教育

藤崎 和彦 (奈良県立医大・衛生学)

1. 真実告知という技術

頭で分かっているにもかかわらず実際には出来ず
わけではない。

Bad News Telling が苦手な日本人
問題になっているのは情報の伝達
ではない

おばあちゃんのアメリカ旅行：と
もに悩む関係こそが重要

3. 医療における市民参加の意義

市民SPグループの増加

市民ボランティアとしてSPが医
学教育に関わる意義

アメリカにおけるプライマリケア
教育とミスレポート

市民参加の医学教育を目指して

2. コミュニケーション教育の現状

ロールプレイ

模擬患者 (Simulated Patient/
Standardized Patient)

客観的臨床能力試験 (OSCE:
Objective Structured Clinical
Examination)

要望演題 1 医療問題 24日 PM 4:00- 第1会場

要望演題 2 介護問題 24日 PM 4:40- 第1会場

要望演題 3 労働問題 25日 AM 9:20- 第1会場

就業中の男性糖尿病患者の 通院状況に影響する要因

筋也寸志、帯刀圭子、中田愛子、森田公子
(石川勤医協城北病院)

1. はじめに

糖尿病患者における通院の中断や通院不良は、耐糖能の悪化や合併症の出現と進行の重要な要因となることが報告されている。したがって、治療中断や通院不良を予防することは、糖尿病の管理にとってきわめて重要な課題といえる。今回治療中断や通院不良を予防することを目的として、就業中の男性糖尿病患者の通院に影響する因子の解析を試みた。

2. 対象と方法

対象は経口血糖降下剤（スルホニル尿素剤または α グルコシダーゼ阻害剤）を内服中かインスリン自己注射をおこなっており、20歳以上60歳未満の就業中の男性糖尿病患者とした。

1997年1月1日から12月31日の期間に糖尿病の治療を目的として1回/月以上定期的に通院した群（良好群）39名（平均年齢48.5歳、平均治療期間14.6年）と通院が不定期的かまたは通院を中断した群（不良群）29名（平均年齢48.9歳、平均治療期間11.3年）を対象とした。通院に影響する因子として、①薬物療法の種類（経口血糖降下剤またはインスリン）、②糖尿病の3大合併症の頻度、③糖尿病以外の薬物療法を必要とする併発疾患の数、④糖尿病に対する外来と入院教育の有無、⑤労働条件（1日の拘束時間、1週間の労働時間、4週間の休日日数、1年間の有給休暇の消費日数、休日の曜日、職場の規模）、⑥通院時間、⑦家族背景（扶養者と同居者の有無）を調査した。2群間の差を t 検定によって比較し、さらに通院に影響する因子を説明変数、通院の良・不良を従属変数として、ロジスティック重回帰分析をおこなった。

3. 結果

①2群間の t 検定によって有意差を認められたのは、1日の拘束時間（良好群11.1時間、不良群12.8時間、 $P=0.15$ ）1週間の労働時間（良好群10.3時間、不良群13.1時間、 $P=0.42$ ）、4週間の休日日数（良好群6.1群時間、不良群4.8日、 $P=0.18$ ）、休日の曜日（日曜日以外である率が良好群11%、不良群41%、 $P=0.12$ ）であった。

②1日の拘束時間（回帰係数0.236、1時間の拘束延長によるオッズ比1.27、 $P=0.28$ ）、休日の曜日（回帰係数1.317、土日に対する他の曜日のオッズ比3.73、 $P=0.46$ ）、医療保険の自己負担率（回帰係数1.617、2割負担に対する3割負担のオッズ比5.04、 $P=0.04<$ ）を説明変数とするロジスティック重回帰モデルを作成し従属変数の予測値を求めて実際の通院通院の良・不良を予測すると（カットオフ値）、実際の良好群の62%、不良群84%が予測可能であった。

4. 結論

就業中の男性糖尿病患者の通院に影響する因子として、労働条件と医療保健の自己負担率が関係していることが示唆された。

東京都における看護婦等の就業実態から見た准看護婦の役割

東京都医師会医療関係者対策委員会「医療関係者実態・意向調査」
(1998年)結果より

要望 1-2

西 三郎

(東海大学健康科学部社会福祉学科)

A. 報告のねらい：看護の質の向上を意図して、意見についてのみ、表1から表4にまとめた。准看護婦制度の廃止を日本看護協会は、強く主張し、厚生省として制度改革の検討を行っている。ここに准看護婦の勤務状況の実態を調査し、現実的な対応とそのあり方を検討するための資料をまとめることをねらいとした。

B. 調査方法：東京都医師会は、会員の医療機関を対象に「医療関係者実態・意向」票を地区医師会を通じて平成10年6月に配布し、同月末現在の状況を記載し、回収・検討した。調査項目は、標榜科名、有床無床別(診療所)、病床規模・看護体制・診療設備保有状況(病院)、従事者の職種別常勤非常勤別人数、開設者の年齢など及び看護制度に関する意見とした。意見は、看護職員を正看護婦と補助者のみの二層構造の支持または看護婦、准看護婦、看護補助者の三層構造の支持かについての意見、准看護婦養成制度の維持に関する意見である。

注：国際労働機関「看護職員の雇用、労働条件及び生活状態に関する勧告」(1979年第63回総会採択)では、「国内慣行に従い、次の種類の者を含めることができる。」とし、以下の三層構造を示している。

「①高度に複雑なかつ責任のある職務に就くために必要と認められた教育及び訓練を受け、かつ、そのような教育を遂行するための免許を受けた専門的看護婦

②専門的看護婦の監督の下で、比較的複雑でない職務に就くために必要な教育及び訓練を少なくとも受け、かつそのような職を遂行するための免許を受けた補助的看護婦

③専門的看護婦又は補助的看護婦の監督の下で、特定の任務の遂行を可能にする事前の教育及び(又は)職場訓練を受けた看護補助者」

C. 結果と考察：回収状況は、8772診療所の35.3%、670病院の48.8%回収した。25大学病院88.0%、19都立病院73.7%、その他626病院46.5%であった。

調査結果の診療所別、病院別の看護職員の勤務状況と三層構造の支持、准看護婦養成制度の

調査結果より、診療所は看護婦のみ15.7%、准看護婦もいる16.4%、看護婦がいなくて准看護婦がいる19.1%、両者不在44.7%、病院は准看護婦がいる95.7%と准看護婦が主力になっている。

三層構造支持は診療所57.6%、病院50.8%、二層構造支持は診療所20.0%、病院41.9%であった。准看護婦養成制度の廃止は、診療所17.3%、病院33.9%であった。准看護婦が主力になっている現状では、准看護婦制度の廃止の論議の前に看護職自体のあり方の検討の必要があるといえよう。

D. 今後の課題とまとめ：今後の方向として、診療所は看護婦より准看護婦さらに補助者乃至は医師単独の方向にあり、病院は准看護婦を必要としている。医療財政が厳しい中、病院としては経済的な視点を軽視することはできない。また病院において長期療養者に対する看護の重要性が高まってきている中で、准看護婦の需要がより高まることが想定されよう。

また、在宅医療の高度化に伴い、在宅療養者、養護学校において看護職が強く求められている。しかるに、看護職が不在のなかで、現実にホームヘルパー、養護学校の先生達が、看護行為をせざるを得ない状況におかれている。このように社会的に看護職が求められているにもかかわらず対応できない現状において、准看護婦論議よりさらに広い立場で、看護の課題に取り組むことが急務と言えよう。

E. おわりに：この報告は、東京都医師会医療関係者対策委員会(委員長長沢仁一)が「東京都における准看護婦問題の現状と課題について」の諮問を受け、平成10年度に調査を実施し、平成11年3月30日にこの調査結果を踏まえた答申を行った結果の一部である。本学会にて報告することは、東京都医師会及び同医療関係者対策委員会の了解を得てまとめた。ここに、同委員会の委員各位、調査に回答された多くの医療機関に感謝する。

表1 東京都医師会医療関係者実態・職種別の集計 診療所の性質別 (%)

	診療科名					病床の有無			開設者の年齢					
	全体	内科	外科	産科	その他	有床	無床	無答	20・30	40	50	60	70	無回答
調査数	3113	2247	738	320	1547	392	2700	21	131	525	473	679	1023	282
調査数 (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
看いる	36.2	40.0	48.5	41.9	35.4	49.7	34.3	33.3	45.8	54.1	48.4	33.7	22.9	32.6
看のみ(他士)	15.7	18.2	15.6	12.2	13.3	10.2	16.6	9.5	30.5	24.0	19.9	14.3	9.3	13.1
看補のみ(他士)	4.2	3.9	5.8	4.1	4.7	5.6	3.9	9.5	4.6	5.9	4.2	3.4	3.6	4.6
看准(補士,他士)	16.4	18.0	27.1	25.6	17.5	33.9	13.8	14.3	10.7	24.2	24.3	16.1	10.0	14.9
看なく准いる	19.1	19.7	26.3	25.3	18.5	26.0	18.1	14.3	13.7	15.2	19.9	24.2	17.7	20.6
看准なく補いる	16.1	12.6	11.0	20.9	19.4	15.1	16.1	23.8	10.7	7.2	7.2	16.5	24.4	18.4
看准補なく他のみ	19.7	19.1	11.0	7.8	19.3	4.8	21.8	23.8	25.2	20.6	22.2	17.5	19.3	18.1
医師のみ	8.9	8.6	3.3	4.1	7.4	4.3	9.6	4.8	4.6	2.9	2.3	8.1	15.7	10.3
看准共不在(再)	44.7	40.3	25.2	32.8	46.2	24.2	47.6	52.4	40.5	30.7	31.7	42.1	59.4	46.8

表2 診療所の職種構成による三層構造に関する意向調査 (%)

	三層・二層支持状況							准看養成制度						
	三層支持	二層支持	看・准他職	看准在	看不要補在	全て不要	意見なし	無回答	技術高め	制度改定	今のまま	制度廃止	無回答	
		1794	624	61	165	47	344	78	1464	239	585	537	288	
調査数	3113	100	57.6	20.0	2.0	5.3	1.5	11.1	2.5	47.0	7.7	18.8	17.3	9.3
看いる	1128	100	59.5	28.9	0.7	1.2	0.4	8.2	1.2	49.3	7.8	14.2	23.6	5.1
看のみ(他士)	489	100	48.3	36.4	1.0	1.0	0.2	11.7	1.4	42.7	8.4	11.9	30.5	6.5
看補のみ(他士)	130	100	57.7	26.9	0.8	4.6	1.5	7.7	0.8	40.8	10.8	18.5	21.5	8.5
看准(補士,他士)	509	100	70.7	22.2	0.4	0.4	0.2	4.9	1.2	57.8	6.5	15.3	17.5	2.9
看なく准いる	595	100	80.2	10.3	0.5	3.0	0.2	4.5	1.3	55.8	10.3	22.2	7.9	3.9
看准なく補いる	500	100	51.6	14.8	1.8	18.2	0.2	10.8	2.6	43.4	7.2	24.0	14.4	11.0
看准補なく他のみ	613	100	44.2	20.6	5.4	5.9	3.4	17.5	3.1	41.6	7.3	17.5	20.1	13.5
医師のみ	277	100	42.2	13.4	2.9	2.5	7.2	23.1	8.7	37.5	3.2	23.8	10.5	24.9
准看がいる	1104	100	75.8	15.8	0.5	1.8	0.2	4.7	1.3	56.7	8.5	19.0	12.3	3.4
看准ともにいない	1390	100	46.5	17.1	3.6	9.6	3.0	16.2	4.0	41.4	6.5	21.1	16.1	14.9
准がいる	1104	100	75.8	15.8	0.5	1.8	0.2	4.7	1.3	56.7	8.5	19.0	12.3	3.4
看准共不在(再)	1390	100	46.5	17.1	3.6	9.6	3.0	16.2	4.0	41.4	6.5	21.1	16.1	14.9

表3 東京都医師会医療関係者実態・職種別の集計 病院の性質別 (%)

	病床							開設者の年齢						
	総数	20-49	50-99	100-199	200-299	300-399	400-499	500以上	20・30	40	50	60	70	無答
調査数	327	47	77	80	44	29	16	34	10	34	66	107	49	61
調査数 (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
看准補他がいる	91.7	83.0	94.8	95.0	95.5	86.2	100	85.3	100	100	97.0	86.9	91.8	88.5
准がいる	95.7	95.7	96.1	98.8	95.5	89.7	100	91.2	100	100	100	91.6	95.9	95.1
補助がいる	98.2	95.7	97.4	100	100	96.6	100	97.1	100	100	100	97.2	98.0	96.7

表4 病院の職種構成による三層構造に関する意向調査 (%)

	三層・二層支持状況					准看養成制度					
	三層支持	二層支持	意見なし	無回答	技術高め	制度改定	今のまま	制度廃止	無回答		
		166	137	18	6	151	18	25	111	22	
調査数	327	100	50.8	41.9	5.5	1.8	46.2	5.5	7.6	33.9	6.7
准いる	313	100	51.8	41.9	5.1	1.3	47.3	5.8	7.3	33.9	5.8
補助いる	321	100	50.8	42.4	5.3	1.6	46.4	5.6	7.5	34.3	6.2
看准(補士他士)	312	100	51.6	42.0	5.1	1.3	47.1	5.8	7.4	34.0	5.8
看補(准なし)	8	100	25.0	50.0	12.5	12.5	12.5	0.0	12.5	50.0	25.0

○鈴木 学美 (神戸市看護大学 保健看護学講座)

【緒言】

介護保険が導入されると、サービス利用者本人の希望を基に、介護支援専門員が連絡調整をはかり、多職種で構成されるサービス担当者会議で介護サービス計画が決定される。保健・医療・福祉サービスを統合したこの制度では、自立支援という共通の価値観の基に、この介護サービス計画に基づいて提供されるサービスにおいても、当然多職種の連携が必須となる。特に有資格看護職と介護職の連携は、これまで在宅ケアの現場で訪問看護ステーション等を拠点に行われており、介護保険の導入を契機にこの協働関係は極めて重要なものとなると考える。このような多職種との協働・連携の際に、ケア対象者のニーズ把握や提供すべきサービス内容に関して、共通の評価の枠組みを持つことは、適正なサービス供給のために不可欠となる。またそのような共通認識を基礎として、多職種と連携をとる中で有資格看護職は、専門職種としてその専門性を発揮することが求められる。

介護保険の給付は、97年度の時点では①被保険者が市町村に給付の申請を行う。②市町村では、市町村職員もしくは委託した介護支援専門員を被保険者のもとへ訪問調査員として派遣する。③訪問調査員は訪問調査時、介護サービス調査票を記入する。④介護サービス調査票はコンピュータにかけられ、一次判定の要介護度が打ち出される。⑤この一次判定結果と、訪問調査員の記入した特記事項、かかりつけ医の意見書の3つを資料として、介護認定審査会が行われ、数名の保健・医療・福祉の専門家の合議のもとに、二次判定である最終的な要介護度が認定されるという手順になっている(図1)。

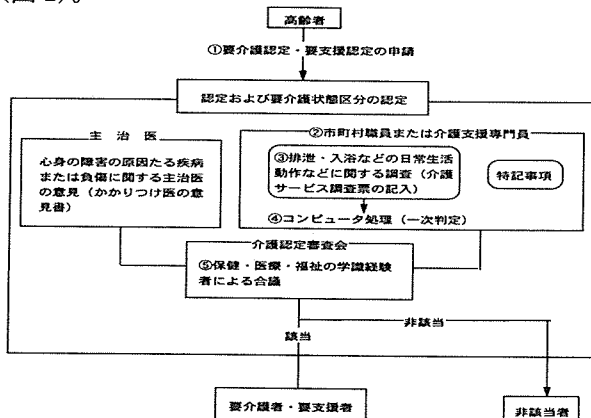


図1 認定に関する業務の流れ

介護サービス調査票は、介護保険の為に独自に厚生省で作成された、現在要介護者に投入されている介護量をはかるための新しいタイプのツールである。厚生省介護保険モデル事業の1997年度版では、氏名・住所など、被保険者のプロフィールを記載する概況調査と、被保険者の心身の状態を詳細に把握するための73項目の基本調査、そして基本調査の項目では表現することが困難な場合に自由記載ができる特記事項の3点からなっている。基本調査の1つの項目は2~5の選択肢からなっている。この73項目の評価がコンピュータで処理され、一次判定の要介護度(6段階)が出されることになる。

本研究の基礎となったのは、広島県尾道市で行われた、1997年度介護保険モデル事業での、看護職・介護職各1名を在宅療養中の要介護者である訪問調査対象者(以下要介護者とする)宅に派遣し、同じ要介護者に対して2職種が介護サービス調査票を記入した調査である。要介護者50例をこの方法で調査した結果、看護職と介護職で評価に差異を生じた項目が存在した。そこで要介護者の状態把握の方法に2職種間で相異があるか否かを分析したところ、職種間での傾向的な特性は認められず、むしろこの介護サービス調査票の客観性や再現性の高さが強く印象づけられた。そこで本研究では、第1章で二職種間における差異に関する調査の検討を行い、その結果を受けて第2章で介護サービス調査票再現性の検討を行い、介護ニーズ評価における多職種間共通認識の基盤の有用性について考察することを目的とした。

第1章 二職種間における差異に関する調査の検討【方法】

1. 調査対象と方法及び収集データ

調査対象は尾道市での介護保険モデル事業で、要介護者50名の訪問調査を行った看護職10名、介護職13名。50名の要介護者は、かかりつけ医や在宅サービス機関(訪問看護ステーション等)が重複しないように留意しながらランダムに選出された。要介護者は男性19名、女性31名、年齢は63歳から99歳まで、平均年齢は82.8歳であった。訪問調査員は、先入観を持たせないために初対面の要介護者宅へ訪問するよう設定された。

2. データの分析方法

看護職と介護職で介護サービス調査票の73項

目において、評価に職種への傾向があるか否か、例えば歩行について、看護職は介護職より自立度を重度に評価する傾向がある等を見るために、カイ2乗検定を行った。P値は5%未満で有意とした。また、要介護者50名分の介護サービス調査票一例一例について、看護職と介護職で評価にどのような差があるのか等、特記事項の記入内容を含め見ていった。

【結果及び考察】

73項目中、職種別の評価に何らかの傾向があると統計的に言える項目は、「麻痺・左下肢」「関節可動域制限・股関節」「片足での立位保持」「同じ話・不快音」であった。「麻痺」に関して、看護職の方が介護職より有意に「あり」と評価した者が多いため、看護職は医学的知識から麻痺の定義を熟知している、介護職より多く麻痺と判断したと推測されたが、「関節可動域制限」を見ると介護職の方が看護職より有意に「あり」と評価した者が多く、看護職の医学的知識に基づく判断であるという先の考察と一致しない。「片足での立位保持」では「支えが必要」とした看護職が多く、「同じ話・不快音」では「ときどきある」とした看護職が多い結果であったが、これらの差異は職種間の差異によるものとは考え難く、訪問調査員の要介護者の状態像についての認識度の個人差が、単に結果的に職種別の評価の差異の如く見受けられたに過ぎないと考えられる。このように、カイ2乗検定では職種間の評価の差異に一定の傾向は認められなかった。また、介護サービス調査票一例一例について、特記事項の記入内容を含め見ていったところ、一例毎には両職種の評価の差異が伺えるものもあったが、全例を通して見ると両職種の対象把握の傾向に一定の特徴は認められなかった。

介護サービス調査票に現れた二職種間の評価の差異については、このように職種毎の評価の特徴や傾向は認められなかった。そこで次にこの評価手法の客観性の検証、つまり全体として再現性はどうかを検証してみた。介護サービス調査票は、介護保険導入後様々な職種が訪問調査時に使用する上、この介護サービス調査票をコンピュータ処理することにより出される一次判定は、利用者の要介護度を決定する際の重要な資料となるため、どの職種の者が記入しても再現性が高く保たなければならない。介護サービス調査票の再現性の高さは、保険給付の平等性・公平性を裏付けるものであるため、これを証明することで利用者も不安なく介護保険を利用することができる。第2章では、介護サービス調査票の再現性について論じる。

第2章 介護サービス調査票再現性の検討

【データの分析方法】

今回は看護職と介護職の評価の一致度を見るために、カイ2乗検定とCramerのV値を算出した。P値は5%未満で有意とした。また、同等性・評定者間信頼性を見るために、看護職と介護職の項目毎の評価の一致率を算出した。次に項目毎の看護職と介護職の評価のスピアマンの順位相関係数を算出し、検定した。また介護サービス調査票の測定用具とし

ての安定性を見るために、再テスト法による信頼性係数を算出した。これは看護職の評価を1回目、介護職の評価を2回目の施行とみなして行った。次に内的整合性を見るために、項目を前・後半と偶・奇数番にそれぞれ分け、折半法を行い、スピアマン・ブラウンの公式に当てはめた。またクロンバックの α 係数を算出した。

【結果及び考察】

カイ2乗検定の結果、73項目中65項目で統計上有意な関連が見られ、看護職と介護職が何らかの規則性を持って評価していることが分かった。さらにその規則性は、ひとつひとつのマトリックスから、看護職と介護職が同じ傾向を持って評価していることが言え、看護職と介護職の評価の関連性は高いと言えることも分かった。またカイ2乗p値が小さくCramerのV値が高値であることから、看護職と介護職の評価の関連性は高いと言える。看護職と介護職の評価の一致率では73項目中61項目で7割以上を示し、相関係数は73項目中63項目で有意に高い正の相関を示した。再テスト法でも50例中46例でp値が0.0001未満と有意な相関を示し、信頼性は非常に高いことが証明された。折半法では、項目を前後半に分けて行ったもので負の相関が出た。これは前半の項目では主にADLについて、後半の項目では主に痴呆について問うているので、ADLが低い者では、痴呆は軽く評価される傾向にあったことを現しているものと思われる。項目を偶数番と奇数番に分けて行った折半法では高い正の相関を示し、クロンバックの α 係数も高値を示しており、介護サービス調査票の内的整合性は十分にあると言える。

これらの統計処理により、介護サービス調査票の同等性・評定者間信頼性・安定性・内的整合性の高さを証明することができた。施設内よりも環境条件等の様々なバイアスがかかることが予想される在宅での評価についての本研究で、要介護者の環境条件等がより画一的な施設内での先行研究²⁾に迫る信頼性を証明したことは、非常に意義深いと考える。

介護保険では、利用者の「自立支援」という基本的な価値観の基に、多職種の協働により介護サービス計画を作成することが義務づけられている。このような多職種の協働作業において、ケア対象者の介護ニーズの評価に関して一致した認識を持つことがまず出発点となると考える。看護職が専門職種として、介護保険導入後、多職種間のチームアプローチにおいて専門性を発揮するためにも、この介護ニーズ評価の客観的手法の開発は非常に有用であると考えられる。

【文献】

- 1) 厚生省高齢者ケアサービス体制整備検討委員会 監修；介護支援専門員標準テキスト第1巻、財団法人長寿社会開発センター、東京、1998
- 2) 社団法人 全国社会保険協会連合会；平成9年度 老人保険施設の円滑な運営に関する調査研究 要介護認定調査を通じた社会保険老人保健施設職員の研修・教育手法に関する調査研究 報告書、1998

京都保健会 九条・猪熊診療所

囑託医 谷田 悟 郎

1. はじめに

介護支援専門員（ケアマネージャー）は実務研修受講試験合格と所要の研修終了が義務づけられる。今回、受講試験後に行われた京都府指定法人京都府医師会実務研修で、国が強制でないが、指定した課題分析方式（思考過程抜き、旅行バックされたアセスメント手法）の選択、導入を迫られ、この手法が高齢者の立場に立っているのかと強い疑問をもった。そこでこのケアマネージャー研修方法問題から、早急に保健・医療・福祉からみた介護保険の問題点を明らかにし、真のケアマネージャーのあり方を考えるため、参加者にアンケート調査を実施したので報告する。

2. 調査方法

実務研修を受けた平成 11 年 6 月修了者のうち、方式が保健医療関連の MDS-HC または、訪問看護財団方式をとった主に京都民主医療機関連合会の病院・診療所・訪問看護ステーションの医師、看護婦 22 人と、その他保健所保健婦、国立病院医師、私立病院訪問看護ステーション看護婦、開業医計 4 人、あわせて 26 人と、対象として福祉関連の全国社会福祉協議会方式をとった一老人福祉総合施設の在宅・施設関係職員 6 人と日本社会福祉士会方式をとった民主医療機関連合会の訪問看護ステーション看護婦 1 人、計 7 人、総数 33 人にアンケートの協力を依頼し、その意見を郵送法で問うてみた。

3. アンケート調査結果

アンケート回収できた 23 人のうち、前者の保健・医療に重点方式群は 16 人、回収率 62% である。対象群として、生活や福祉に重点方式群は 7 人、回収率 100% で、これらを比較対照してみた。

1) 各方式選択の理由 受身的に「京都府医師会の勧め」や「市場占有率が高い」が多く、

次いで「内容を調査した」、「専門職だから」の積極的な人は少なかった。対象群は「施設の方針」としているので選択の余地はなく、回収率 100% であつた。

2) 自ら選択した方式が役立ったか 「役立った」が最も多く、次いで「どちらともいえない」で、「役に立たない」は 1 人のみ。対象群は「どちらとも言えない」、「役立った」、「役に立たない」の順で厳しい意見が多い。

3) 役立った理由 ほとんどが「誰でもが容易に、洩れなくプランを立てることが出来る」で、少数だが「科学的根拠に基づく客観的、公正なアセスメント」、逆に「不備な点が分かった」、「研修での演習で他の参加者との交流が出来た」があり、「国が推薦した手法である」の理由はなかった。対象群は、「保健・医療・福祉の専門家の意見が反映するプラン」と評価している。

4) 役立たない理由（問題点） 8 割が「時間がかかりすぎ、記入だけでも大変である」、「費用負担の内容・程度がチェックできない」で多く、「高齢者の生活実態が把握できない」が 3 割である。対象群でも、同様「時間がかかりすぎ、記入だけでも大変である」が多いが、「在宅か、施設かいずれかに片寄っている」も多く、次いで「費用負担の内容・程度がチェックできない」、「今までの在宅ケア方式の方がよい」との意見もある。

5) 今後の日常業務での活動の仕方 半数が「日常診療が忙しくて役割を果たすことが出来ない」、次いで「在宅ケア」（すべて診療所勤務）がほとんど占める。対象群では、半数が「在宅ケア」と「日常業務が忙しくて役割を果たすことが出来ない」で、総合福祉施設でも保健医療機関と同様の傾向である。

6) あなたの地域ではどんな問題があるか

対象群含めいずれも「現状の措置制度が廃止されるので自己負担が増加する」、「介護サービス認定から除外される高齢者が出る」の問題を全員、またはほぼ全員が指摘している。次いで「地域の基盤が整備されていない」、「住民参加の地域ケアシステムが構築できていない」、「プラン作成しても介護サービス不足の矛盾がある」の順に対し、対象群では「地域ケアシステム構築」が少ない特徴がある。

7) 私のケアマネージャー」像 63%回答率(対象群は29%)であるが、ほとんどが現状のまま推移すれば、介護保険開始時の混雑が予測できるとしている。その認識の中で、「対象者と家族、地域を把握し、チームづくり、住民組織づくり、まちづくりのなかで役割をにない、医療・福祉のネットワークのコーディネーター」、そこでの「医療・福祉両面を観ることが出来る医師が主体性を」を目指している。「高齢者を生活者として多面的にニーズを捉える能力」、さらに「人格と社会資源の熟知できる資質を」、「廃止しかない」とあげる各々一人の意見がある。なお対象群で医療主導的ではないかとの一意見がある。実践的には、「いまは先ず現状の地域ネットワークづくりの実践が必要」、「問題点を対自治体交渉にいかにつなぐか」が提起されている。

5. 考察

高齢化社会が進み、老人医療費無料化後、老人医療費増大するなか、89年消費税の見返りにゴールドプラン策定、サービスの基盤整備が進められてきた。世論調査で、国民からすれば老後に対して不安があり、介護保険法賛成86%と、介護保障を期待していたなか97年12月介護保険法が成立した。その後、制度の具体的内容が明らかになるにつれて99年6月の世論調査は60%に低下した。

京都府下では、平成10年度の要介護認定等モデル事業において居宅介護サービス計画づくりで使用した課題分析方式は全国と異なり、日本医師会の奨めるMDS-HC方式が51.2%と最も多く、次いで日本社会福祉士方式16.9%、その他(全国社会福祉協会方式など)12.1%であった。今回の介護プランを作成するためのア

セスメントについては、これらの方式はその名称のごとく保健医療面か、福祉面かのどちらか一方的専門的な特徴があり、また夫々が他の面では疎かになっている。したがってこれらの方式のみで高齢者のすべての状態は把握できないことを知る必要がある。

民主医療期間連合会の院所では、地域で高齢者問題発見すれば、高齢者とその家族のニーズを生活の場で深く捉え、保健所、福祉事務所、介護支援センター、訪問看護ステーションなどの保健・医療・福祉さらに住居ふくめた専門技術者とともに、近隣、町内の人々と、連絡から連携、さらに統合した方針をカンファレンスで民主的に高齢者の立場に立ったよりよいケアプランを皆で作成した経験を多くもつ。これが民主的地域医療づくりである。このような作業が介護保険では思考過程抜きの旅行パック化された数個の方式乱立で競争させる人間生態論的生き残り現象を観る思いである。

介護保険法での特徴は、要介護認定事業は自己決定、利用者の立場に立ったと国はいい、特記事項やかかりつけ医意見書を加えたといえ、コンピューターによる機械的、統計的処理によって一次判定する。その次に介護認定審査会で1件5分の二次判定、その後ケアプラン作成過程で、アセスメント手法導入し、強制的に6段階の要介護認定基準に分類させる。現状の措置制度を廃止し、不足分は“競争で勝った優良なサービス提供でき、利用者が選べる民間営利事業者”に、有料で補充させることとなる。高齢者は現状より重い負担となり、高齢者の立場に立ったケアプラン作成とは言えない。今こそ真のあり方を考えることは大切である。

4. 結論

アンケートから明らかなように、高齢者のニーズを捉え、人権を守れるケアプランを作成できると信頼されるケアマネージャーとなるための技術や人間を磨きつつ、地域の人々と介護保険から除外される高齢者を発見し、この地域の実態を自治体・国に介護保険の改善要求を住民と共にする民主的地域医療運動が、これらの実務に携わるケアマネージャーの役割であろう。この運動が介護保険を老人の立場に立った介護保障とさせうる可能性をもつものである。

身体障害者のレジャー・レクリエーション活動における支援者の役割
～ 石垣島ダイビングツアーを通して ～

○江ヶ崎仁文 阿部眞雄 (東海大学体育学部)

【はじめに】

現在我が国では、障害者の社会参加が不十分であるといわれ様々な試みが行われている。レジャーという面では観光業界がバリアフリーを取り入れ始めているが、レジャーアクティビティーでは、まだ障害者の参加は特殊な条件下の事件であり、一般的なことではない。スクーバーダイビングはただでさえ技術や資金・時間が必要なのに、障害者が取り組むには大きな社会の「障害」がある。

障害者スポーツ文化施設横浜ラポールでは、毎年スクーバーダイビング教室を開催している。その卒業生を中心に自主的なサークル「横浜ドリーマーダイビングクラブ」がある。そのサークル活動をサポートする支援者(ボランティア)と障害者がいかに上手く共生していくということが検討すべき課題である。クラブはボランティアを中心に年に1回大瀬崎にダイビングに行くという企画を行っている。昨年度は障害者30名、ボランティア60名となった。このようになると、組織的なものが必要となり、器材を準備し、海までの移動、入出水の管理など全ての運営を組織的に行う必要がある。障害者も依存性が強くなる。昨年度実施した「ボランティアに関する意識調査」の中で、障害者とボランティアの意識の間に有意に差が見られた。障害者は自立を望み、ボランティアは援助行動を求めている。金銭に関しても、障害者は「報酬」を与えることを望み、ボランティアは「無報酬」という。このギャップをいかに少なくするかが課題である。

前回、その先駆けとして、障害者7名、ボランティア5名で奄美大島に赴き、お互いに海のバディとして、特別な意識もなく、経過された。その成功を体系化するために、石垣島ツアーを企画された。この両ツアーとも、障害者の方々からの声に海の仲間としてボランティアが偶然とも行動するとい

う形である。障害者からという点では、既に大瀬崎とは異なる。しかも、障害者から希望しているという点では選択の余地(可能性)がある。障害の程度、ダイビング経験が障害者のレジャー・レクリエーション活動に影響しているといえないだろうか。少数のサポートにより活動を行えるという一事例を報告する。その為には、障害者もボランティアも共に楽しみ、共生という指標として同じ気分の変化になるということこそがよりよい形なのではないかと推測する。

【目的】

障害者と支援者における気分の変化(楽しさや心の豊かさ)の差を比較検討し、その要因を明らかにすることを目的とする。

【方法】

気分を評価する質問紙法 POMS(Profile of Mood States)を用い、ツアー前日・ダイビング終了後・ツアー終了後と計3回実施した。また、様々な経験(行動)による気分の変化が影響しているかを評価するために ESM(Experience Sampling Method)経験標本抽出法を用い、4日間を通して実施した。

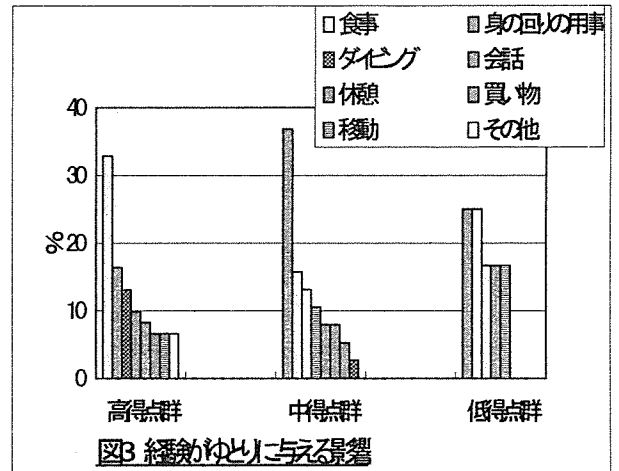
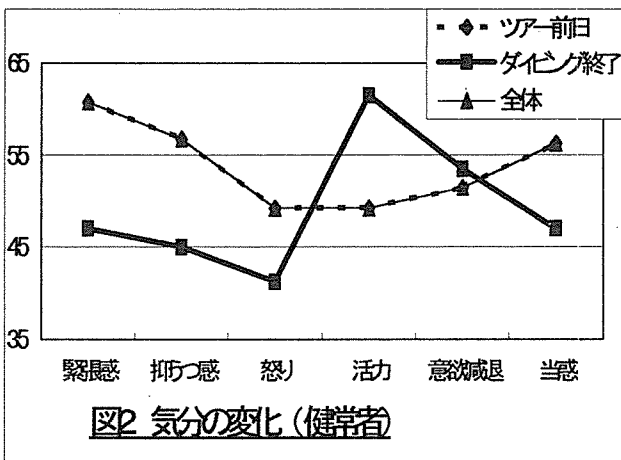
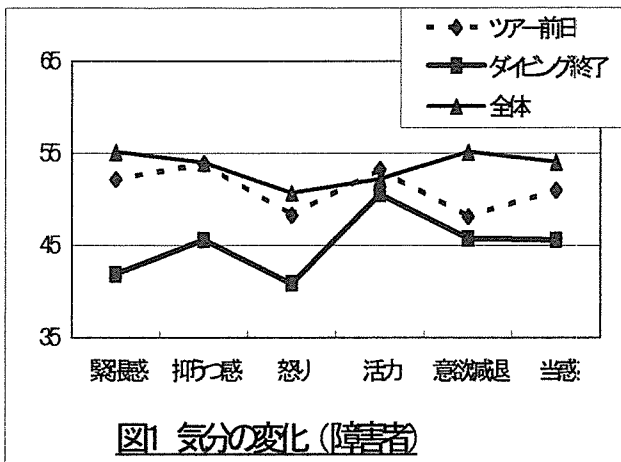
【対象】

対象は障害者7名(その内2名は視覚障害者)、健常者4名(その内2名はプロダイバー)である。

【結果】

(1)POMS

障害者と健常者の気分の変化について比較した結果をそれぞれ図1, 図2に示した。



- ①T—A (緊張及び不安感)
障害者、健常者ともに減少している。特に健常者の減少が大きい。
- ②D (自信喪失感を伴った抑うつ感)
障害者、健常者ともに減少している。両者の変化はほぼ同じ傾向である。
- ③A—H (怒りと他者への敵意)
障害者、健常者ともに減少している。両者の変化はほぼ同じ傾向である。
- ④V (元気さ、躍動感、活力)
健常者は増加傾向にあるのに対して、障害者は減少傾向にある。
- ⑤F (意欲減退、活力低下)
障害者、健常者ともに変化傾向はないが、障害者はダイビングを終了後、多少減少している。
- ⑥C (当惑、思考力低下)
障害者、健常者ともに減少している。

(2)ESM
経験(活動)がゆとりとにどれだけ影響しているかを図3に示した。ダイビングツアーを通して4日間の中で、「食事」の影響が大きい。

【考察】
ダイビングツアーの気分の変化について、精神的緊張感、抑うつ、怒り、情緒混乱で減少傾向を示した。すなわち、ダイビングをすることにより精神的緊張、や抑うつ、怒りが減少し、情緒が混乱することが明らかになった。ボランティアは一般的に「活動」(ここではダイビング)に近づくと緊張や不安が増大し、意気込む傾向がある。昨年度ボランティアに関する調査をした結果も障害者の「援助」に対する意識に差が見られた。さらに、ボランティアは自分自身の活力になっていることが分かる。それに対して、障害者は精神的疲労により活力が低下し、目的を達成したことにより意欲減退に繋がったと推測する。
経験がゆとりとに与える影響について、「食事」をしているときに最もゆとりを感じているということがわかる。アフターダイビングにおいて、ノーマライゼーションに寄与することできるわけである。ダイビングを行うときにばかり目が向く傾向があるが、それ以外での部分(会話、買い物、休憩等)こそが重要な位置を占めているということこそが示唆された。

【まとめ】
今回、特別に障害者のために企画したというわけではなく、障害を持っている友も自分自身もダイビングを楽しみ、同じ海、同じ時間を共感できることがよりよい形ではないだろうか。
海の中では「健常者」と呼ばれている人たちも道具を使わなければ活動することはできない。障害があるかどうかはダイビングを楽しむ障害ではないのである。

千葉健生病院

山田富美子

1998年4月から9月健診後の精密検査で5名の結核の発症が確認されました。全員飯場で生活する不安定雇用建設労働者でした。5例の労働者について紹介しながら建設関係の不安定雇用労働者の健康問題について考えてみたいと思います。当院での健診数は年間約1万件です。その内飯場への出張健診2回と不定期に来院で実施するものと合わせて約150名です。その内結核認定5名で3.3%で高率です。

事例1

男性（1967年生まれ・独身）喀痰塗抹（G8号）、随時血糖400、喫煙あり、飲酒多量。

事例2

男性（1942年生まれ・独身）両親戦中死亡、戸籍なし、喀痰塗抹（G2号）喫煙あり、飲酒多量。

事例3

男性（1961年生まれ・独身）煙草20本/日×20年、飲酒ビール大瓶3本/日。腹部膨満感、発熱、食欲不振を主訴として外来受診、腹部エコーで腹水大量貯留あり入院となる。喀痰塗抹培養、腹水塗抹培養陰性、組織検査の結果、結核性腹膜炎と診断。

この3例は同一企業です。保健所が定期外健診を実施し、その結果予防内服者が5人発生しました。しかし、全員無保険のために4人については国保を取得し、1人については「住所を知られたくない。どうしても保険に入らない」と自費で予防内服となりました。

事例4

男性（1953年生まれ・独身）喀痰塗抹（G4号）、随時血糖264、煙草30本/日、ビール3本/日。

千葉健生病院からこの労働者が働いている職場について保健所に連絡したところ、定期外健診が実施されることとなりました。また、新規採用者についての健診を必ず行うよう保健所からの指導も行われたとのことでした。

事例5

男性（1945年生まれ）喀痰塗抹（G2号）、血圧160/90、随時血糖268、煙草30本/日、飲酒多量。

この人は病院受診中に病名を告げる前に失踪し、行方不明となってしまいました。看護婦が訪問してみたところこの人の部屋にはカップラーメンの容器とビールの空き缶、煙草の吸い殻が散乱しており、会社は本人の持ち物を全て焼却したとのこと。保健所でこの会社の定期外健診を実施することになりました。こうした建設関係の不安定雇用労働者は、健康保険に加入しておらず、治療を開始するに当たっては生活保護を申請することもあります。

また、前述の5人の予防内服者の1人は「月々5000円から1万円の薬代を払うより結核になって入院した方がいいよ」と語っていましたが、結核予防法が平成7（1995）年に公費負担優先から保険優先に改訂され、強制入院の場合は公費負担ですが入院と同時に自己負担が発生し、また、同じように予防内服は

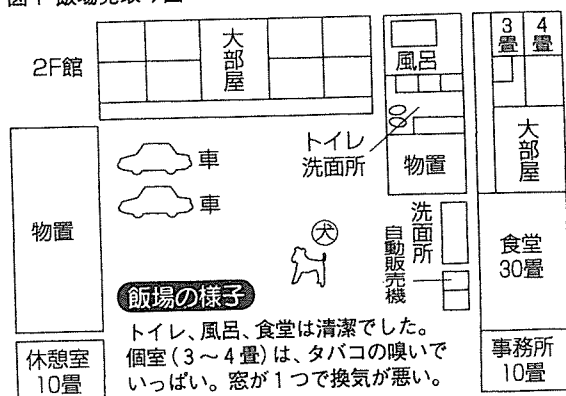
保険となるなど医療費の問題から中断患者の発生も懸念されます。

飯場での生活状況

飯場での生活状況調査のため千葉市内の飯場を本年4月に訪問しました。事例5が発生した飯場です。50～60人が常時滞在し、8割方3年～5年で入れ替わります。この飯場は20畳の大部屋3つと3～4畳の個室からなり（図1）、全室エアコン、テレビ付きで風呂、トイレは共同ですが、きれいに清掃されていました。清掃担当がいました。個室は窓がひとつで換気が悪く、煙草の臭いが染み付いていました。ちょうどこの飯場を訪問した時、仕事にあぶれた10人位の人が麻雀をしていましたが、煙草の煙が蔓延する中でアルコールを片手に狭い部屋の中で顔を突き合わせていました。

飯場の労働者の仕事は土木工事、電気工事（ガソリンスタンド建設や、地下鉄工事など様々）などで、労働時間は原則午前8時から午後5時までですが、午前5時から8時までのことや深夜連続、ある時は2日間帰れないなど不規則です。手取りは食費など引かれて、1日6000円から9000円で、専門的な技術を身につけていれば月40万円位の収入があるが、月10万から15万円が現在の相場とのことでした。健康保険には全員無加入です。中には飯場を転々としているため住民票が無く、戸籍すら不明の労働者もいるということでした。

図1 飯場見取り図



千葉健生病院では今まで結核予防法による新規申請は96年度1例、97年度2例でしたが、98年度には14例になりました。20～50代の男性は9人でその内5人が飯場の労働者であり全員が健診後の精密検査で発見されました。

まとめ

飯場を転々とする生活の中では結核排菌者と接触し、集団発生する可能性が高くなります。無保険者が多数で症状があっても受診せず、健診の時に発見されている状況です。様々な理由で治療しない例も発生しています。またケースを追跡するなかで退院後治療を中断し行方不明の方もうまれています。職場を転々したりホームレスとなる事も考えられます。今回紹介した5人の内、3人が糖尿病を合併し、喫煙、大量の飲酒といった生活習慣の問題もあります。

発病しても十分な治療が受けられない現実があります。初期に十分な治療が受けられること、継続治療への援助が社会的に至急整えられなければと想いました。

不況の中で労働者のおかれている状況が想像以上に厳しいと感じました。

行政の対応として千葉市全体の事業所健診の実施率は平成8年度14.7%であり（千葉市保健所報告）、こうした飯場を有する事業所での健診の実施率は不明ですが、結核の罹患率は高く、健診を強力に実施することが求められています。

派遣労働者の実態 ～ある労働者調査から～

○登坂由香、石田雅朗、釣谷伊希子、山田裕一
(金沢医科大学 衛生学教室)

<はじめに>

近年、産業構造の変化・就業構造の多様化に伴い、派遣及び請負労働というスタイルが珍しくなくなってきた。労働者側は自分のライフスタイルに合った働き方を求めて、あるいは専門的知識や技術を発揮できる場として派遣という形態を選択し、また派遣先事業者は派遣労働にメリットを求めて、この形態を取り入れるところが増加している。しかし一方では、雇用主(派遣元)と実際の勤務先(派遣先)が異なるという複雑さ故からか、派遣をめぐる苦情も増えている。ある労働者調査によると、業務内容相違、労働時間、賃金、人間関係など、さまざまなトラブルや苦情が浮上してきている。

また派遣労働事業所が大都市圏に集中する傾向にあり、全国から人材が集まって来ているが、その実態の把握は限られた地域のみで留まっており、全国レベルの詳細な集計は未だ明らかではない。

今回ある電子部品会社において、派遣・請負労働者の調査をする機会を得たので、その結果をあわせ、派遣労働の現状と問題点について考察する。

<調査対象および結果>

調査対象の電子部品会社(A社)は開発、製造、営業等を一括して扱っており、総従業員数1,742名の約95%が男性従業員である。

調査の結果、派遣・請負社員は県内の現地総従業員数1,390名のうち、約23.4%の325名であった。

次にA社に在籍している複数の派遣・請負会

社のうち、もっとも多数を占めるB社の社員について調査した。B社の社員はすべて男性で193名在籍しており、年齢は19歳から42歳で平均年齢27歳であった(図1)。

業務内容は研究開発、機械設計、事務用機器操作、営業、財務処理など多岐にわたりっており、その分布はさまざまであった。また対象者の出身地について調べたところ、沖縄を含む九州地方の出身者が48.5%を占めた。さらに近畿・中国、四国地方は併せて13.8%、東海・北陸地方は17.7%、関東・甲信越は11%、東北・北海道地方は9%であった(図2)。

<考察>

労働省や東京都の調査によると、全国で86万人の派遣労働者がいるとされており、派遣労働者数、派遣先件数、年間売上高ともに増加傾向にある。また、東京都労働経済局の1998年の派遣労働に関する実態調査によれば、派遣先事業者があげる派遣労働利用の理由は「従業員数の抑制」が最も多く37.6%、次いで「業務量の変動が大」33.2%、「欠員の一時補充」29.8%、「賃金コスト減」26.8%が続いている。また労働者側が派遣労働を選んだ理由としては、「自分の都合に合わせて働けるから」40.6%が最も多い一方で、2位の「正社員として働ける企業がなかったから」37.1%が近接してきている。また、今後の働き方の希望では、過去の調査に比べ、派遣労働継続志向が弱まり、正社員希望が強まってきている、と報告されている。

また、派遣労働をめぐるトラブルにおいて、労働者調査による派遣をめぐる苦情で最も多いものは、「契約と実際の業務内容の相違」が34.2%であった。派遣元と派遣先の関係において、ユーザーである派遣先の力が強いいため、派遣先による一方的派遣契約解除が行われることがあり、契約中途解雇の経験「あり」の派遣元が57.1%にのぼり、派遣労働者の解雇トラブルにつながるものが懸念されている。本年4月に改正労働派遣法が成立し、特定の業務以外は自由化する「原則自由・例外禁止」という法体系となった。このような労働環境の中で、派遣労働をめぐるトラブルは更に増加していくことが予想される。

今回の対象者において、上記のようなトラブルは特に確認できなかったが、企業内には多くの派遣・請負社員が雇用されており、正社員と同様の業務に従事していることが認識された。

また派遣労働者の出身地に見られるように、北陸の事業場であるにもかかわらず、西日本の出身者が6割を越えており、日本全体における、雇用状態の偏りが顕著であることや、若年層の派遣労働者が多いことは、世代の風潮だけでは片づけられない、今後の労働環境改善の課題と思われた。

実際に我々が携わる健康管理の中で、派遣・請負社員の定期健康診断は安全衛生法に基づき実施はされているものの、本来の実施義務は派遣元にあるということもあり、その受診率は定かではない。さらに、疾病管理、外傷処置の際に健康保険証を持たない者のいることがあり、国民皆保険制度の日本という状況の中で、信じられないような事実にもしばしば遭遇する。

ある労働者調査では、雇用保険や社会保険への加入における雇用主とのトラブルも多いというデータもある。このような現実の中で、たとえば不規則労働、長時間労働、有害業務

に携わった派遣労働者の健康管理を考える時、これら管理の不均一さは、職業性疾患や中毒症状などを把握できなくなる状況をもたらす可能性があるのではないだろうか。

今後、さらに増えるであろう派遣労働者が抱える雇用契約の問題、さらに見落とされがちな健康障害の問題など、労働形態の変化に順応して対応していくことが必要であり、これからの課題であると実感した。

図1 年齢分布

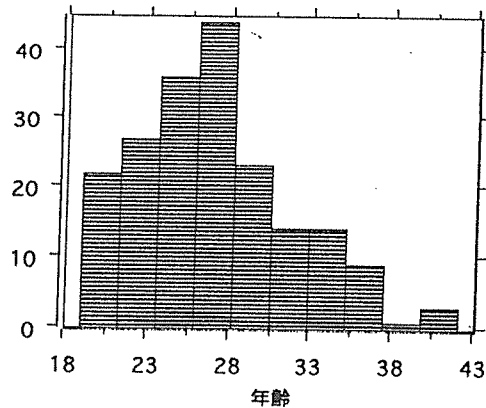
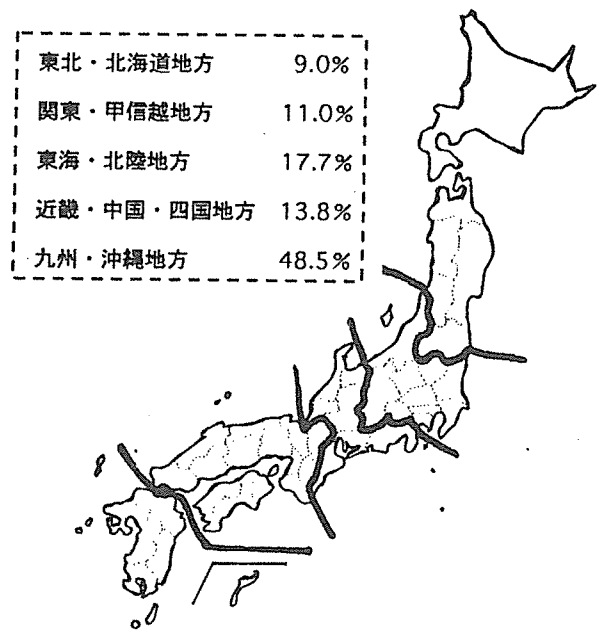


図2 B社派遣社員の出身地



○藤岡光夫(静岡大学人文学部)・森博美(法政大学経済学部)
良永康平(関西大学経済学部)・金子治平(神戸大学農学部)

1. 研究目的

本研究の課題は、わが国の人口動態統計のマイクロデータを用いた独自集計による職業別死亡の国際比較及び日本の年次別、地域別比較分析である。対象期間は、オイルショック以後の 1975 年からデータ利用が可能な最新年度までとする。研究目的は、第一に、マイクロデータを用いた比較対象国（ここでは北欧諸国）の集計表との比較作業手順の整理、第二に、国際比較や年次別、地域別比較によって職業別死亡における日本の特徴の分析、第三に、階層別死亡統計分析における今後の研究課題を整理することである。

2. 研究方法

日本では、いまだ人口動態統計のマイクロデータは作成されていないが、目的外使用の許可を得て人口動態調査の個票データから集計に必要な項目だけを取り出したデータを利用することができた。したがって、このデータは、正確な意味でのマイクロデータではないが、類似データと考えられる。北欧と日本の職業別死亡統計の比較及び年次別、地域別比較は以下の方法による。

第一に、北欧表と日本表で大きく異なる職業分類に関する調整作業を行なう。すなわち、北欧表の職業分類をもとに、これを日本の産業・職業のクロス分類と比較検討し、可能な組み合わせで近似的な比較調整表を作成する。日本表とともに北欧表に対しても組み替えをする。第二に、北欧表と日本表で分類の異なる死因分類の調整を行なう。具体的には、北欧表における死因のグループ分けをもとに、これに対応する日本の死因分類を組み替える。第三に、比較指標の調整を行なう。北欧表の死亡指標である標準化死亡比 (SMR) を日本のデータについても計算する。上記の北欧表で職業分類の組み替えがなされた場合は、北欧表に対しても、その新分類で SMR を再計算する。第四に、国際比較の結果をふまえて、日本の年次別、地域別の比較分析を行なう。

3. 研究結果

北欧 4 カ国と日本の職業別死亡について、マイクロデータを用いて、職業分類や死因分類の違いを調整し、標準化死亡比 (SMR) により比較を行なった。その結

果、北欧 4 カ国の経済活動人口を基準とした SMR 比較では、日本の就業者の低水準、とくに管理職や製造業の生産・作業職の低水準が顕著であった。他方、無職層での著しい高水準が目立った。次に、日本のデータに関して日本の就業者を基準として比較した場合、階層間格差の特徴が明らかになった。北欧各国では、専門・技術職や管理職などの上層階層の低死亡水準と、建設・建築労働者、生産・作業職従事者、サービス労働者など下層階層の高水準が対照的であった。しかし、日本においては、非サービス業*専門・技術職、卸小売・サービス業*サービス職従事者の著しい高水準と管理職、製造業*生産・作業職の低水準が対照的であった。また、職業階層間の格差は、北欧諸国よりも大きいことが分かった。この傾向は、悪性新生物において、顕著であった。

北欧 4 カ国基準の SMR による比較において、日本の職業分野各層で全体的に低死亡水準となっているのは、日本の死亡水準全体が低水準にあることに加え、日本のデータが死亡時点の職業しか捉えておらず、離職者が除外されていることの影響が大きいと考えられる。しかし、製造業の生産・作業職の低水準は注目される。また、日本の就業者基準の SMR 比較における管理職の低水準やサービス職従事者の高水準は、両者に共通の傾向であるといえる。ところが、非サービス業*専門・技術職の著しい高水準や製造業の生産・作業職の低水準については、職業別死亡統計の国際比較研究における共通性（低層労働者層の高死亡と上層労働者層の低死亡水準）と異なる日本の特徴が見出されたといえる。年次別、地域別分析については当日報告。

4. 課題

今後の研究課題として、以下の点があげられる。
①最新年度のデータを用いた比較、北欧以外の国との比較・検討。
②バブル崩壊後の不況下における実態把握のための、日本の最新年度 (1995 年) の新たなデータ分析。
③労働と健康問題の総合的把握に必要な、死亡の背景にある就業構造や変動、労働状態等に関する実態把握。

日本の職業別死亡統計自体の改善課題として、国際的に主流であるコーホート死亡率把握に向けた検討が求められる。

表1 ミクロデータによる死亡統計の比較作業手順

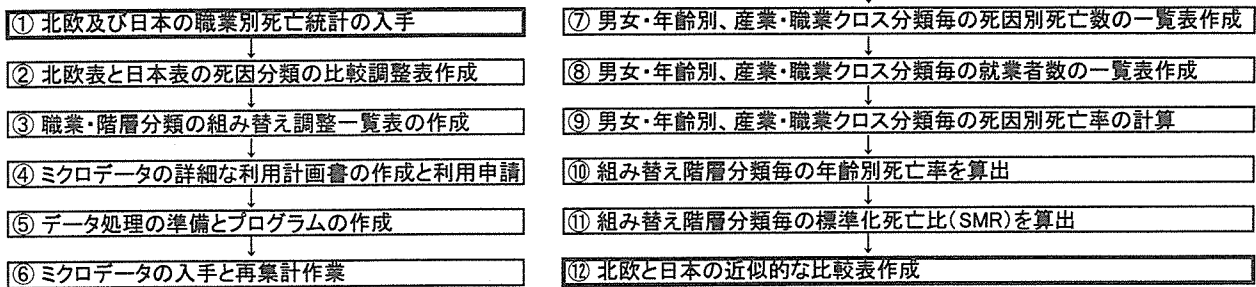


表2 階層別標準化死亡比<SMR>(北欧4カ国、1971~80年、男子20~64歳)

階層	国名 死因	北欧4カ国計		デンマーク		フィンランド		ノルウェー		スウェーデン	
		全死	悪新	全死	悪新	全死	悪新	全死	悪新	全死	悪新
199. 経済活動人口		100	100	104	119	133	116	92	90	88	88
An 101. 技術職		80	91	91	115	100	86	69	79	74	85
Bn 102. 医、103. 教、104. 法、105. 芸		83	84	88	94	100	85	76	79	77	82
Cn 106. 管理的職業従事者		91	100	101	121	105	96	86	88	79	89
Dn 107. 事務的職業従事者		100	103	111	130	121	113	91	90	93	96
En 108. 卸売り・小売り商、109. 販売従事者		103	107	110	125	135	115	96	99	89	93
Fn 110. 農民、111. 農業作業員		89	82	75	80	123	104	74	67	73	69
Gn 112. 漁業		106	100	120	124	124	108	106	98	80	75
Hn 113. 林業		111	88	84	92	173	136	72	61	84	67
In 114. 採鉱・砕石作業従事者		118	112	104	89	176	180	106	98	105	98
Jn 115. 船、116. 乗、117. 運、118. 道、119. 郵		109	110	117	139	133	114	107	103	94	95
Kn 120. 織、121. 製、122. 金、その他生産関連		102	103	110	131	136	126	94	94	91	89
Ln 126. 建築・建設作業従事者		109	108	101	119	171	147	95	90	88	85
Mn 131. 梱包、包装、荷役、倉庫作業従事者		117	114	121	135	156	130	112	109	107	106
Nn 133. 公的保安職業従事者		100	108	97	120	131	121	97	100	87	98
On 134. ホテル、レストラン、家事作業従事者		155	152	178	187	193	115	130	121	138	136
Pn 135. ビル管理人及び清掃作業従事者		111	116	120	145	142	131	106	113	98	99
標準偏差		16	15	22	24	26	22	16	15	15	15

注) 標準人口は、北欧4カ国(デンマーク、フィンランド、ノルウェー、スウェーデン)の男子経済活動人口。職業階層分類は、北欧表と日本表の近似的な分類を調整したものに組み替え。標準偏差は、A~Pの各階層のもの。

表3 階層別標準化死亡比<SMR>(日本、1975~90年、男子20~64歳)

階層	年度 死因	1975年		1980年		1985年		1990年	
		全死	悪新	全死	悪新	全死	悪新	全死	悪新
人口総数		133	128	133	126	139	134	144	138
就業者		100	100	100	100	100	100	100	100
Aj サービス業を除く全産業*専門・技術職従事者		88	100	257	319	179	211	179	219
Bj サービス業*専門・技術職従事者		68	80	48	53	47	53	47	52
Cj 全産業*管理的職業従事者		60	76	60	73	74	85	72	85
Dj 全産業*事務従事者		100	122	95	116	96	118	102	119
Ej 全産業*販売従事者		113	124	109	118	106	114	92	101
Fj 農業*管理職、事務、販売従事者以外の職		128	116	129	117	132	114	137	121
Gj 漁業*農林漁業作業員		133	133	140	130	144	134	143	124
Hj 林業*農林漁業作業員		140	92	157	134	167	108	138	118
Ij 鉱業*採掘・採掘作業員		226	153	281	193	364	255	-	-
Jj 運輸・通信業*運輸・通信従事者		105	101	110	114	114	115	121	112
Kj 製造業*技能・製造・建設・労務作業員		69	71	67	67	67	67	63	63
Lj 建設業*技能・製造・建設・労務作業員		117	89	92	69	90	73	91	73
Mj 運輸・通信業*技能・製造・建設・労務作業員		75	63	58	47	62	54	32	29
Nj 公務*保安職業従事者		64	98	62	81	62	77	66	80
Oj <卸・小売業+サービス業>*サービス職業従事者		102	89	139	129	119	112	166	153
Pj サービス業*技能・製造・建設・労務作業員		61	57	48	45	42	35	37	35
非就業者		479	392	445	355	428	356	434	360
標準偏差		39	25	63	62	71	52	44	45

注) SMRの算出基準は日本の男子就業者各年次(1975、80、85、90年)死亡率

一般演題	1	24日 PM 4:00-	第2会場
一般演題	2	24日 PM 5:00-	第2会場
一般演題	3	25日 AM 9:20-	第2会場
一般演題	4	25日 PM 3:00-	第1会場
一般演題	5	25日 PM 3:00-	第2会場

○寺西秀豊・劔田幸子・加藤輝隆・加須屋実
(富山医科薬科大学医学部公衆衛生学)

【はじめに】

近年、スギによるアレルギー症状（花粉症）を示す人々が著しく増加してきており、社会問題化してきている。そうした花粉症増加の背景としては、①大気汚染の質的变化、②都市化に伴う住居の近代化、③食生活とライフスタイルの変化等が指摘されている。しかしながら、花粉症の原因である、スギ花粉の暴露自身の質的量的変化が更に重要な意味をもっていることは十分予想される。ここでは、空中スギ花粉の動向について富山市内で1983年以来実施している調査の結果について報告するとともに、こうした空中花粉アレルゲンの動態に気象条件、広く言えば、地球温暖化がどのように関連しているか考察する。

【対象と方法】

富山医科薬科大学の屋上にDurham型空中花粉検索器を設置し、空中花粉を検索した。調査期間は、1983年から1998年まで16年間である。気象に関するデータは、富山県伏木測候所のものを使用した。

【結果と考察】

スギ花粉総飛散数の年次変動を図1に示した。年次変動が大きく、数百個から、1万数千個におよんでいる。

スギ花粉総飛散数と前年7月の月平均気温との関係を図2に示した。相関係数 $r=0.76$ と有意の関連性が示されている。このことは、7月の気温が高ければ高いほど、スギ花粉の飛散する量が多くなることを示している。

スギ花粉の飛散する春先の気温の年次変動を示したのが図3である。1983年から1998年までの月平均気温の変化は、1月ではほとんど無いのに対して、2月では約3℃増加し、

3月では約1.5℃増加しており、2月の変化が著しいことがわかる。それに伴い、スギ花粉飛散開始時期は図4に示すように、約20日早まっていた。

一方、スギ花粉飛散終了は約10日前後早まっているものの、変動が大きかった。これはスギ花粉飛散期間は、3月から4月にいたる気温の影響をうけるとともに、スギ花粉総飛散数の影響をうけるためである。すなわち、スギ花粉の飛散期間は、スギ花粉総飛散数が大量の場合は長期化する傾向にあった。

以上のように、地球の温暖化は、地域の温暖化に結びついているが、そうした気候変動に伴い、スギ花粉飛散状況が変化していることが判明した。この結果は、直接人々に花粉暴露量の増加と、それに基づく花粉症増加を証明するものではないが、人々の感作発症に何らかの影響をおよぼしている可能性は否定できない。

【結論】

空中花粉調査を行い、1983年から1998年のスギ花粉飛散状況と気象条件の関連性を検討し、次のような結果を得た。

1. スギ花粉飛散開始日は、3月中旬から2月下旬へと約20日間早くなっている。
2. スギ花粉総飛散数は、年次変動が大きいのが、全体として増加傾向を示している。
3. スギ花粉総飛散数の増加は、花粉飛散期間の長期化傾向と関連している。

以上の結果は、地球の温暖化は、スギ花粉暴露の早期化、長期化、暴露量の増加に関連していることを示唆している。

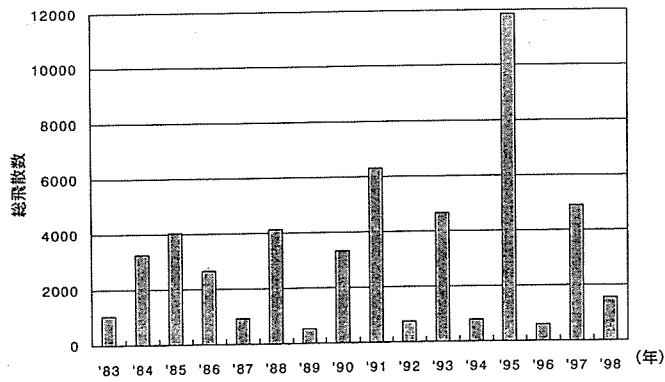


図1. スギ花粉総飛散数の年次変動 (1983年~1998年)

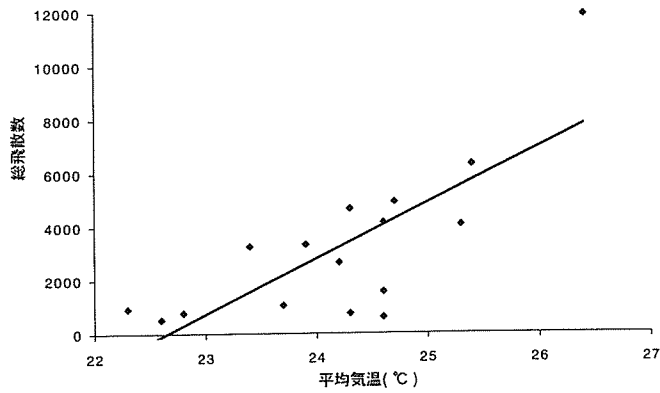


図2. スギ花粉総飛散数と前年7月の月平均気温との関係

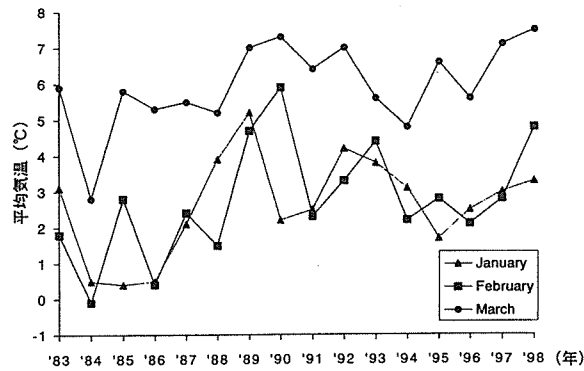


図3. 1月, 2月, 3月の月平均気温の年次変動 (1983年~1998年)

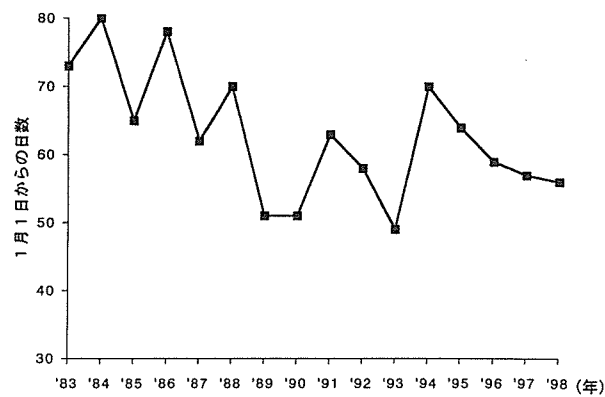


図4. スギ花粉飛散開始日の年次変動 (1983年~1998年)

骨密度と地域特性に関する研究

○服部由季夫 阿部眞雄 江ヶ崎仁文 内藤堅志
(東海大学体育学部)

【目的】高齢化社会において、寝たきりは解決すべき重要な問題の一つであり、寝たきりの原因の一つに骨粗鬆症が挙げられる。骨粗鬆症を防ぐためには、骨密度を増加させること、もしくは減少を防ぐことが必須であり、その為には食事の改善や運動の実施などの手段が考えられる。

本研究においては骨密度の測定及び栄養調査、生活調査を行い、更に地域別に骨密度、生活状況を鑑みて、骨密度に影響を与える因子について検討することを目的とした。

【方法】沖縄県S町の地域住民健診の受診者を対象として骨密度の測定を行い、更に問診によって栄養調査、生活状況調査を行った。

健診受診者 725 名のうち、骨密度の測定及び問診による調査を行ったのは、男性 231 名 (平均年齢 67.2±11.0 歳)、女性 340 名 (平均年齢 65.1±12.4 歳) の計 571 名 (平均年齢 65.9±11.9) であった。骨密度の測定は、アロカ社製の超音波骨評価装置 AOS-100 を用いて行った。

更に骨密度の地域別の特性を鑑みるために、S町を更に3つの区分に分類し、分析、検討を試みた。

【結果】S町を分類するにあたっては、それぞれの町における第1次産業に着目し、3つの区分に分類した。それを表1に示す。

表 1. S町の3分類

1区	2区	3区
第1次産業が主体の地域	1区と3区の間地域	第1次産業が主体ではない地域

それぞれの地域における男女別の人口を表2に示す。

表 2. 地域別の人口 (人)

	1区	2区	3区	計
男性	84	83	64	231
女性	155	117	68	340
計	239	200	132	571

次に、年齢差を考慮するために、年齢を3つの層に分類した。それぞれの分類は、50歳未満群、50歳以上60歳未満群、60歳以上群とした。その年齢別、地域別の人口を、表3に示した。

表 3-1. 男性の
年齢別、地域別受診者数(人)

	1区	2区	3区
50歳未満群	8	7	4
50歳以上60歳未満群	8	8	7
60歳以上群	68	68	53

表 3-2. 女性の
年齢別、地域別受診者数 (人)

	1区	2区	3区
50歳未満群	22	19	2
50歳以上60歳未満群	19	19	4
60歳以上群	114	79	62

続いて、測定で得られた音響的骨評価値を、男女に分け、更に上記で示した年齢層別、地域区分別に分類して、図1、図2に示した。

図1. 男性の年齢別、地域別骨評価

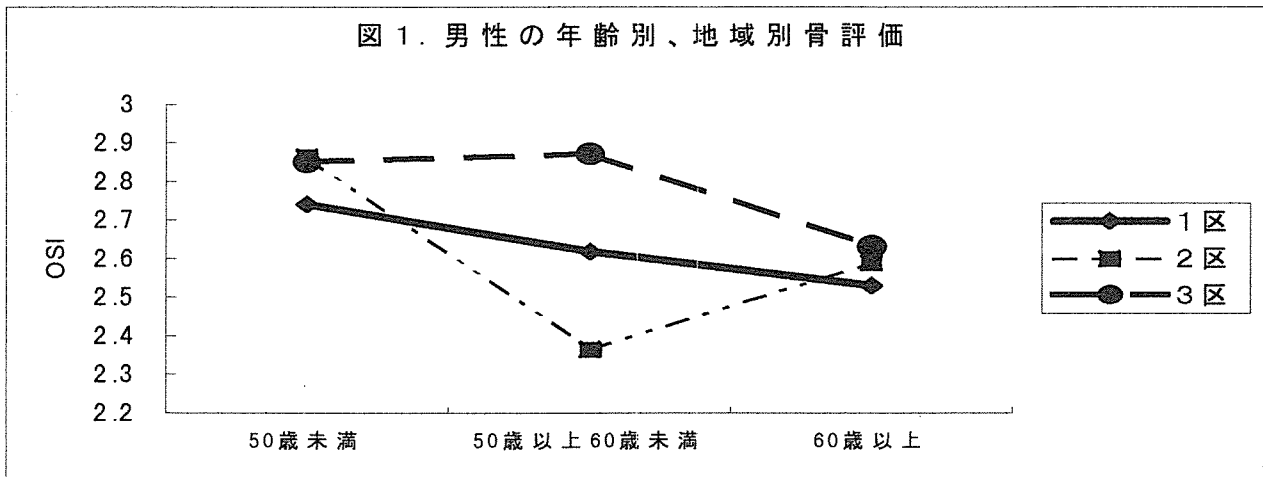


図2. 女性の年齢別、地域別骨評価

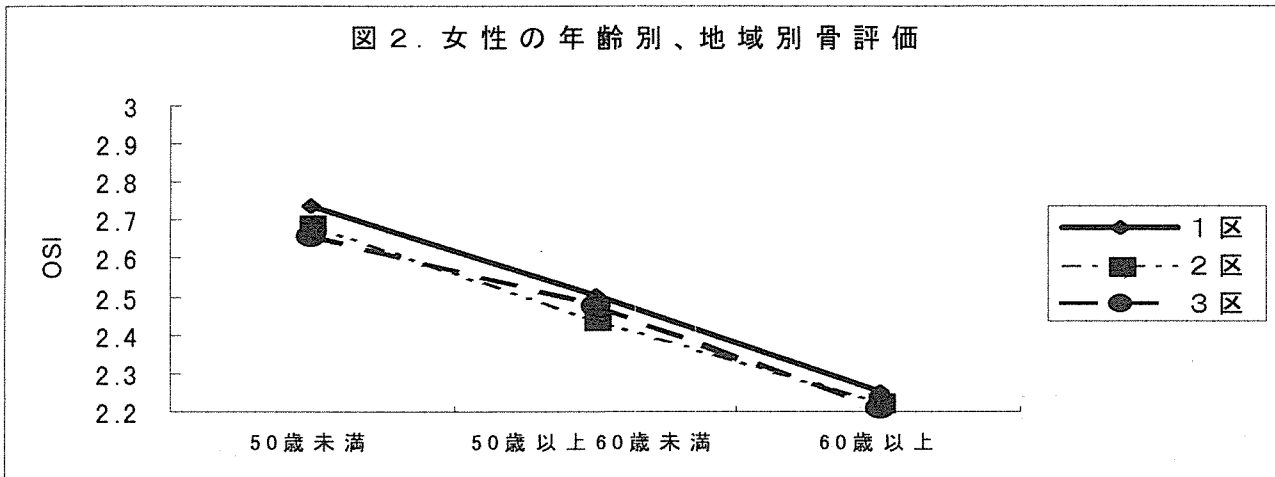


図1の男性における骨評価値では、年齢層別、地域別に、有意な差は認められなかった。図2の女性における骨評価値では、地域別に差は認められたものの、年齢層を除くと差は認められなかった。

【考察】骨密度に対して、食習慣や生活習慣が影響を及ぼしているという報告は、数多くなされている。また、骨密度が体重やLBM、BMIに強く影響を受けることも、異論を挟む余地はない。更に、特に女性において、加齢による骨密度の低下は、避けることは出来ない。

今回の調査においても、特に女性において、年齢の骨評価値に対する影響は、顕著に現れていた。若いうちに骨密度を十分に高めておくは、やはり重要であることが、考えられた。

そして、若いうちに骨密度を高めるため

には食生活を含む生活習慣の改善が重要であると考えられる。また生活習慣における運動習慣は、単にスポーツに止まるだけでなく、農業や林業、土木業等の労働をも含み得る。また生活習慣は個人の意識に依存しているだけではなく、環境、地域、風俗に影響されていると考えられる。

今回の分析においては、骨評価値に対する地域による強い影響は認められなかった。今後は、更に細かい分析を通して、食習慣、生活習慣、さらには青年期、壮年期における職業、運動等の骨密度に対する影響について、考察していきたい。

石川県梯川流域カドミウム汚染地域に認められた骨軟化症の症例に関する検討

○西条旨子、森河裕子、田畑正司、三浦克之、中川秀昭
(金沢医科大学 公衆衛生)

[目的] イタイイタイ病(イ病)は骨軟化症と腎尿細管障害を主徴とする疾患であるが、他のカドミウム(Cd)汚染地域住民の骨軟化症例の存在は周知の事実となっていない。

これまで我々は石川県梯川流域Cd汚染地域住民において昭和49、50年の健康影響調査以来、尿中β₂-ミクログロブリン(MG)を指標としてスクリーニングされた腎尿細管障害例に年一回の管理検診を行ってきた。その間、検診時の骨X線撮影において骨改変層のある症例が認められた。

そこで、これらの骨所見のある症例の血液生化学検査結果や尿所見や腎機能検査結果及びそれらの経過をイ病と比較検討し、富山県神通川流域以外の地域における骨軟化症例の存在を明らかにする。

[対象と方法]

石川県による昭和49-50年の健康影響調査で尿中RBPが陽性(4ug/l以上)であり、クレアチンクリアランス(CCr)、及び%TRPの低下していた住民99名が腎尿細管障害で有り、管理対象者とされた。年1回の検診時には骨盤撮影、胸部正面、右上腕部の撮影、および疼痛部の撮影などが行われ、骨軟化症に特徴的な所見である骨改変層の有無が検討された。同時に血清ALPの測定も骨軟化症の指標として測定された。腎機能検査としては2時間尿によるCCr、%TRPの測定、及びβ₂-MG、蛋白、糖、アミノ酸、クレアチン(Cr)の測定及び血液ガス分析が行われ、腎尿細管障害の程度についても経過観察が行われた。

これらの症例の骨X線写真を経年的に見直し、骨改変層のある症例を選び出す。また、これらの症例について管理検診時の腎機能検査や血液検査結果やその経過を検討し、イ病と比較する。

[結果]

骨X線撮影において大腿骨あるいは脛骨に骨改変層が認められた又は疑われた症例7名(ケース1-7)が存在し(骨X線写真は発表当日供覧)、これらの症例

の尿中Cd濃度は高かった(表1)。

骨盤X線撮影でケース1では左大腿骨に、ケース2では両大腿骨に骨改変層が認められた。ケース3では右大腿骨に骨改変層を認めるが著しい大腿の短縮と彎曲も認め、他の骨疾患の合併が疑われた。ケース4は右大腿骨に5個所の、ケース5は右大腿骨人工骨頭の先端近くに骨改変層が認められた。また、ケース5については後に右大腿骨頸部も骨折し、その手術の際に摘出した大腿骨の病理組織検索から、軽度ではあるが骨軟化症であると診断された。血清ALPの経過を図1に示したがイ病に比べ上昇が少なく、大きな変動も認められなかった。また、血清Pも正常下限前後であることが多かった(図1)。これらの症例の腎機能はケース1-3で100mg/gCr以上の著しい低分子蛋白尿及び蛋白尿を認めたが、ケース3は糖尿、アミノ酸尿を認めなかった(表1)。特にケース2のアミノ酸尿は高度でCCr、%TRPの低下も著しく高度なアンダーシスも認められ、イ病と同程度であった。ケース4,5の尿中β₂-MGは中等度の上昇であったが、ケース5は糖尿、アミノ酸尿、アンダーシスも認めた。また、経過中に血清Crはケース1,2,3,5で上昇傾向であった(図1)。

[まとめ]

石川県梯川流域住民においても高度な腎尿細管障害と骨軟化症を伴った症例が存在すると考えられ、イ病とCd曝露との関連性がより明らかになったと考えられる。

[参考文献]

- 1)城戸照彦、他：石川県梯川流域Cd汚染地域住民(健康管理対象者)の一症例、環境保健レポート 58:161-165,1991
- 2)中川秀昭、他：骨病理検索を行った梯川流域カドミウム汚染地位要管理者の1例、環境保健レポート 59:130-135,1993

表1 有骨所見者7名の検査所見

	ケース1	ケース2	ケース3	ケース4
Age	70(昭和63年)	75(昭和55年)	71(昭和53年)	89(昭和58年)
尿中Cd($\mu\text{g/gCr}$)	13.9	10.7	8.7	10.4
血清ALP	22.3(U/l)	5.7(BLU)	2.0(BLU)	2.1(BLU)
尿中 β 2-MG(mg/gCr)	191	173	196	37.3
蛋白(mg/dl)	70.1	31	58	27
糖(mg/dl)	194	367	0	5
アミノ酸($\mu\text{g/gCr}$)	553	962	177	202
%TRP(%)	53.6	15.4	55.8	77.4
CCr(ml/min)	16.8	15.3	30.4	40.9
B.E.	-4.0	-10.6	-4.6	-2.2

	ケース5	ケース6	ケース7
Age	74(昭和59年)	83(昭和59年)	72(昭和59年)
尿中Cd($\mu\text{g/gCr}$)	19.1	7.2	14.2
尿中 β 2-MG(mg/gCr)	60.5	23.3	1.9
蛋白(mg/dl)	44	20	5
糖(mg/dl)	104	29	17
アミノ酸(ug/gCr)	469	149	160
%TRP(%)	61.3	91.4	86.5
CCr(ml/min)	24.9	46.9	95.0
B.E.	-5.5	1.4	0.9

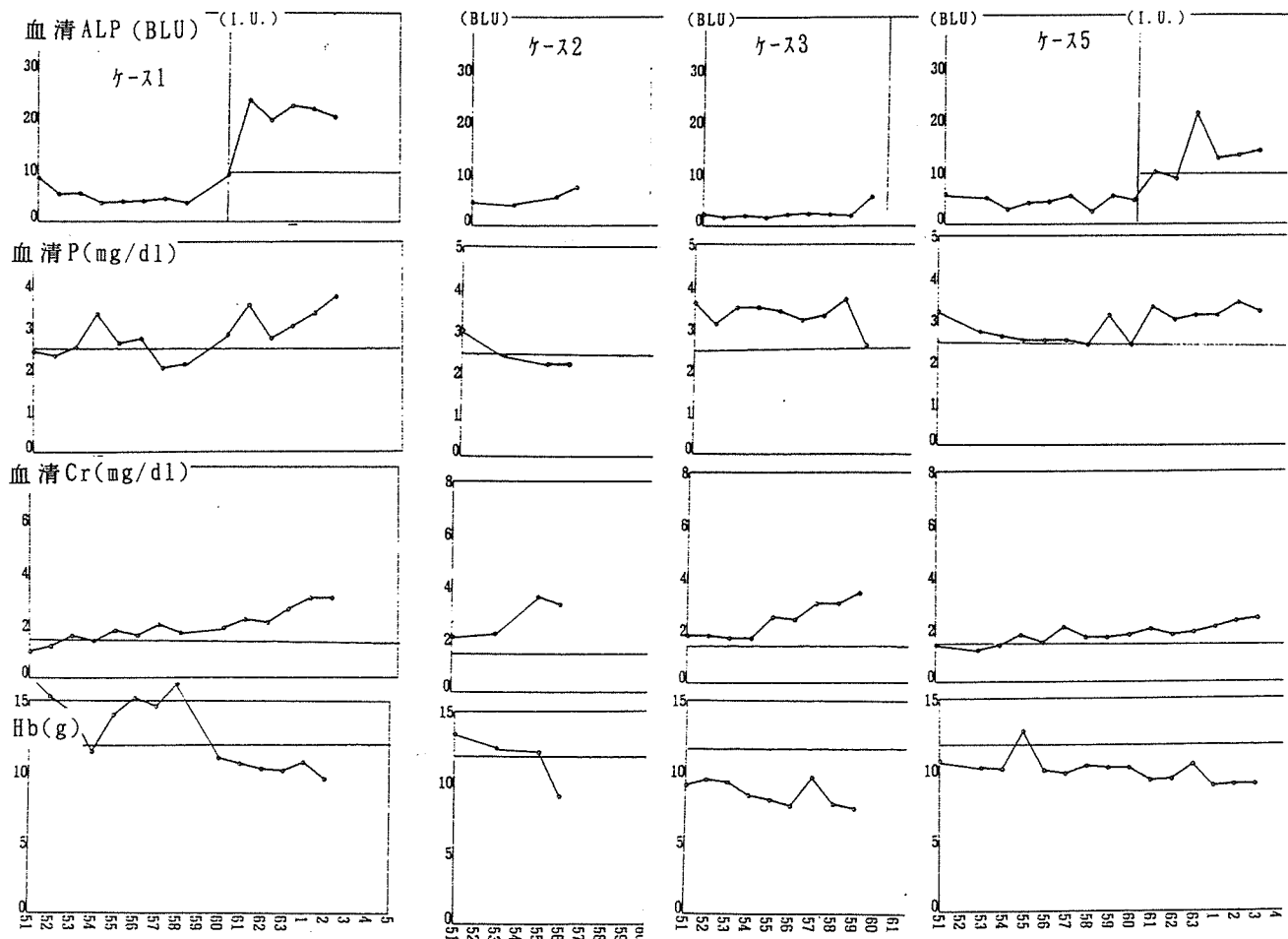


図1 骨有所見者の臨床検査成績の経年変化

「大東亜戦争」と日本衛生学会

日本衛生学会五十年史解題

西山勝夫 (滋賀医科大学)

はじめに

第39回社会医学研究会(1998)で、日本産業衛生学会の戦争責任を論じた¹⁾際に、日本衛生学会が、同学会誌において'92年から継続している「衛生学-21世紀への展望」という論壇²⁾に関して、衛生学会にかかわる歴史的教訓をふまえた展望が論じられるべきではないかと述べた。また、同論壇への寄稿³⁾においても、社会医学の一翼をなす日本衛生学会が、自国の医学の歴史とのかかわり合いを、独自に検討する課題があるのではないかと述べた。

日本衛生学会については、日本衛生学会50年史(以下、50年史)⁴⁾によれば、「戦後、民主日本の建設に伴い、わが衛生学会も、その構成、会名、会規、執行組織などほとんど全面的に刷新する必要を生じ」「昭和23年(1948)10月第18回日本聯合衛生学会の総会において種々審議して・・・、機関紙『日本衛生学雑誌』を刊行して、・・・等、画期的な変革が行われ」(77:50年史掲載頁を表す、以下同じ)で設立されることになり、第1回学会は昭和24年に開催された。「しかしながら、日本衛生学会は、昭和4年(1929)に発足し同23年(1948)に解消した日本聯合衛生学会とは、実質的に何等変わりのないものである。その古い伝統を表すために、日本衛生学会の回数、日本聯合衛生学会時代のもを継承通算して示すことになり、昭和26年4月の第3回日本衛生学会はこれを第21回日本衛生学会こととなった」(79)とし、今日に至っている。

ところで、日本衛生学会が、'48年に解消した「日本聯合衛生学会と実質的に何等変わりのないもの」ということと、「(日本聯合衛生学会を)全面的に刷新する必要を生じ」設立されたということとの間には明らかに矛盾がある。しかし、その点に関する資料や説明は、50年史には見あたらない。そこで、少なくとも戦争責任について、学会には、問われるべき問題は実質的にはなかったのかどうかを検討する目的で、まず、日本衛生学会と戦争の関わりを明らかにすることにした。

方法

50年史によれば、大谷佐重郎著による31年間の歴

史をまとめて日本衛生学会より発刊された日本衛生学会史⁽¹⁾⁶⁷⁾があるが、その摘録が50年史にも掲載されているので、本報告では、50年史の解題を主とし、適宜、日本聯合衛生学会誌を参照し、軍事・アジア侵略に直接関連があったと思われる事項を抽出した。

結果

本邦衛生学者が全国的規模の学会を持ったのは'02年4月に開催された日本聯合医学会第1回学会の第14部会に始まるが、それより後、衛生学会は、日本医学会の一部会として、細菌学(後に微生物学)、伝染病学会との連合の形において、日本医学会日本医学会開催の都度開催され、'26年第7回まで続けられた(31)。第16部会は軍陣医学(32)。

微生物学会及び寄生虫学会との聯合学会時代(38)

第2回衛生学微生物学会寄生虫学聯合学会で、聯合学会解消の動議承認('28)、日本聯合衛生学会設立('29)。「衛生に関する各般の研究及調査を発表討するを以て目的」「衛生学に関する学会、教室及び研究所等の団体及び之等の団体に属せざる衛生学研究者を以て構成」陸軍軍医学校衛生学教室小泉親彦、海軍軍医学校衛生学教室菊池貢、満州医科大学衛生学教室三浦運一、大連満鉄衛生研究所金井章次、台湾医学専門学校衛生学教室堀内次雄が構成員に含まれていた(42-45)。

第4回学会(32)、台湾総督府中央研究所衛生部富士貞吉入会(48)。

第5回学会(33)、交見問題「満州に関する医事衛生問題について」前回にほぼ同じ(50)。

第6回学会(34)、交見問題「満州に関する医事衛生問題について」在満研究者ならびに最近満州国を視察した会員等による(49)。京城帝国大学医学部衛生学教室水島治夫、上海自然科学研究所衛生研究室横手千代之助入会(51)

第9回学会(37)、陸軍軍医学校第5研究室勝矢俊一入会(55)。

第10回学会(38)、特別講演「北満満人農民及び本邦農業移民の衣食住」満州国医科大学教授三浦運一(55)、台北帝国大学医学部生理学教室永井潜入会(56)

第11回学会(39)、会長=台湾総督府熱帯医学研究所熱帯衛生科富士貞吉、会場=台北帝国大学医学部、交見問題「南方衛生について」南満州鉄道総局保健課千種峯藏、熱帯医学研究所熱帯病理科宮原初男、台北帝大医学部衛生学教室森下薫入会(57-58)。

第12回学会(40)、会長=京城帝国大学教授水島治夫、会場=京城府民館、特別講演「朝鮮における人体寄生虫の概観」京城大理学部教授小林晴治郎、国立北京大学医学部衛生学教室八木高次入会(59-60)。

第13回学会(41)、哈爾濱医科大学衛生学教室村上賢三入会(61)。

第14回学会(42)、特別報告「泰国農村における衛生問題=台北帝国大学教授森下薫、台北帝国大学附属医学専門部衛生学教室菊野正隆、華北交通会社保健科学研究所阿部弘毅、満州国衛生技術廠阿部敏行入会(61-62)。

第15回学会(43)、特別講演「1艦船衛生の現状に就いて」海軍軍医清原蕃郷「2潜水艦衛生に就いて」海軍軍医中佐足羽正伸、満州国立開拓研究所田中文侑、華中鉄道杉本栄一入会(63-64)。

第16回学会(44)、特別報告「6満州国人の体格と土壤及び栄養の關係に就いて」満州医大衛生学教室三浦運一「7朝鮮内鮮人農村調査報告」京城帝大衛生学教室木村正一、交見問題「一、決戦下労働力確保増強に関する問題」担当者労働科学研究所勝木新次、「二、熱地及び寒地(学会誌によれば寒地及熱地)駆化に関する問題」担当者京都帝大教授戸田正三、「三、決戦下国民栄養確保に関する問題」担当者東大名譽教授柿内三郎(65)。

「附記 第16回学会は、昭和16年に勃発した大東亜戦争の決戦下に開催されるものゆえ、その重大時局にあわせて、国家ならびにこの学問の発展に特に寄与することを期待し、特に戦力増強に役立つ研究の発展を主眼として、一般研究報告、研究指導者による特別総合報告、決戦下最も重要な問題についての交見会等を企図し、4月1、2日の両日開催の予定で準備を進めたところ、一般研究報告99題、特別総合報告7題にも達した。しかし、この年の2月に入り、時局は非常に緊迫の度を加え、政府の決定した決戦時非常措置要項が漸次実行に移され、交通その他大いに制限を受け、多数の会員の会合を開くには非常に支障を覚えるようになった」一般研究報告、特別総合報告は、それらの要旨を採録した学会誌の頒布にかえられ、会期は4月2日のみ、参加者は評議員とした(約50名の参加)。「この年は全くの非常時となり、他学会で中止したものの、大学、研究機関等で学会不参加を申合わせたものなど、二、三に止まらない状況であったが、学問こと

に衛生学の如きは時局が重大なればなるほど愈々益々、これに即応する研究をさかんにし、その応用を拡め、そして国運に寄与するよう努めるべきで、これが本学会の本領であるとの所信のもとに、前記の如く開催された」評議員会決定事項:名譽会員制度の創設(小泉親彦ら5氏決定)、衛生学教授内容刷新強化に関する件等。文部当局、各医育機関長に対し送付した厚生医育振興に関する決議要旨は「大東亜聖戦を勝ち抜き大東亜共栄圏を確立するの切実にして雄渾なる国家の大業を期せんには、所詮、人的資源の増強確保を図ること緊要にして、蓋し要中の要事なり。而して人的資源の増強確保は一に一般国民衛生の飛躍的且つ持久的発展に俟つべき言を要せざる処なるが、之が対策の実行上最も憂慮せらるる厚生指導力の不足にして、その強化普及の要、今日より急なるはなしと信ず。この要請に即応する基礎的手段として、吾人は医育の刷新を要望す。即ち、医育は従来の診療医育偏重を改め、寧ろ医の本領たるべき厚生医育を振興し」という冒頭であった、新京医科大学衛生学教室村上賢三入会(66-67)。

「時局は昭和19年以降急に悪化し、20年8月の敗戦により急転直下、米軍の占領統治下となり、人心あしからず、学会開催の如きは、顧みるいとまのない状況であった(69)」。

考察

明治維新後の天皇制、富国強兵・アジア侵略政策の下で、組織された日本医学会には当初から軍陣医学分科会が設けられ、それを受ける形で、衛生学会創立にあたって、日本軍軍陣衛生学教室、侵略地における団体が参加した考えられる。50年史、学会誌だけでは経緯の詳細を明らかにできなかったが、日本の海外侵略進捗と歩調をあわせ、終戦間際には大東亜聖戦に協力する施策を明示するまでに至ったと概括できる。かかる歴史を不問・曖昧にしたままにするのではなく、学会としての反省を「21世紀への展望」の礎とすべきと考えられる。

文献

- 1) 西山勝夫. 今世紀の労働衛生 - 「98産衛学会メインシンポ」によせて -. 第39回社会医学研究会、名古屋、1998.
- 2) 日本衛生学会誌編集委員会編. 論壇 衛生学 -21世紀への展望. 日本衛生学会誌 1992-1998; 47(5)-53(3)
- 3) 西山勝夫. 衛生学 -21世紀への展望 戦前・戦中の活動の学会としての反省を. 日本衛生学会誌 1998; 53(2): 397.
- 4) 日本衛生学会五十年史編集委員会編. 日本衛生学会五十年史. 京都: 日本衛生学会. 1984: 535-617.

○渡辺 智之、堀 容子、ミハエラ・シェルブレア、宮尾 克
 (名古屋大学)
 長谷川 敏彦(国立医療・病院管理研究所)

はじめに

我が国では現在、自殺者総数が年間 3 万人を超え、完全失業率が過去最悪を更新するなど、深刻な社会問題となっている。今回、昭和 47 年から平成 9 年の愛知県における自殺死亡率の動向を観察し、完全失業率との関係について検討したので報告する。

方法

愛知県の昭和 47 年から平成 9 年までの自殺者数は、人口動態統計死亡編を資料とした。人口は総人口を用いた。完全失業率は昭和 58 年から平成 9 年までの労働力調査年報を資料とした。以上を用いて、男性の 25 歳～34 歳、35 歳～44 歳、45 歳～54 歳の年齢階級についての自殺率の年次推移と完全失業率をグラフ化し、比較検討した。全国の自殺率と完全失業率については男女別に推移を示した。

結果・考察

25 歳～34 歳の男性自殺率の変遷については、図 1 に示すとおり、昭和 47 年から平成 9 年にかけて、昭和 54 年に第 1 のピークを迎え(自殺率 24.7)、後に急激な減少傾向がみられたが、増加傾向に転じ、昭和 58 年に自殺率 24.8 と第 2 のピークに達した。それ以降は増減を繰り返し、バブル期(平成元年～4 年頃)には低い水準を維持した。しかし、バブル崩壊直後の平成 5 年から上昇傾向に転じている。

35 歳～44 歳に関しては、図 2 に示すとおり、昭和 58 年に 28.8 と最も高くなり、その後、バブル期まで減少傾向が続いている。バブル崩壊直後の平成 5 年(15.4)から 6 年(22.6)にかけて急激に増加し、この時期では最も高い増加を示した。その後は増減を繰り返している。

45 歳～54 歳については、図 3 をみると、昭和 57 年までは漸増し、昭和 58 年にピークが訪れ、昭和 62 年に小さな山が認められるが、平成 3 年まで減少している。その後、漸増しているが平成 9 年には減少している。

これら 3 つの男性年齢階級集団は年齢が高いほど自殺率も高かったが、共通点は、昭和 58 年に自殺

率が最高値に達したことである。この時期には第一次サラ金パニックや単身赴任などの社会現象が影響したためと考えられる。また、バブル期まで漸減傾向にあるが、バブル崩壊を境に上昇傾向に転じている。

女性の自殺率は、65 歳以上を除くほとんどの年齢階級で自殺率 10 から 20 の間を推移し、近年については増加傾向を示している。それに対して 65 歳以上では昭和 48 年の 86.2 を最高に減少傾向にあり、平成 9 年には 21.0 まで低下した。また、完全失業率の増減との関連は薄かった。

昭和 58 年から平成 9 年における愛知県の完全失業率の推移を概観すると、どの年齢も平成元年に最も低く、その後増加しているが、近年には減少もみられる。そこで、自殺率と完全失業率とを比較したところ、自殺率の変化に先立ちその 1 年前の完全失業率とほぼ平行して変動していた。つまり、自殺率は前年の完全失業率との関係が強いことがわかる。

図 4 には、全国の自殺率は昭和 47 年から平成 10 年、完全失業率に関しては昭和 48 年から平成 10 年について男女別に推移を示した。男性では愛知県とほぼ同様に昭和 58 年に自殺率がピークに達し、その後減少しバブル期を経て漸増傾向に転じている。特に近年、平成 9 年から 10 年にかけて自殺率は 26.0 から 36.4、完全失業率は 3.4 から 4.2 と、ともに急増していることは特筆すべきことである。女性に関しては、自殺率は 10.8 から 15.5 の間、完全失業率は 1.2 から 4.0 の間を推移している。男性と同様、平成 10 年に自殺率が大きく上昇している。

結論

中年期男性の近年の自殺率は増減を繰り返している。25 歳～34 歳の比較的若い年代は漸増傾向にある。地域における完全失業率の増加は 1 年後の中年期男性の自殺率を増加させることが示された。全国的にみると、平成 9 年から平成 10 年にかけて自殺率、完全失業率が急増している。中年期に限らず若い年代をも視野に入れた地域のメンタルヘルスケアの充実が重要となっている。

図2 自給率と完全失業率の推移 (愛知県男性: 35歳~44歳)

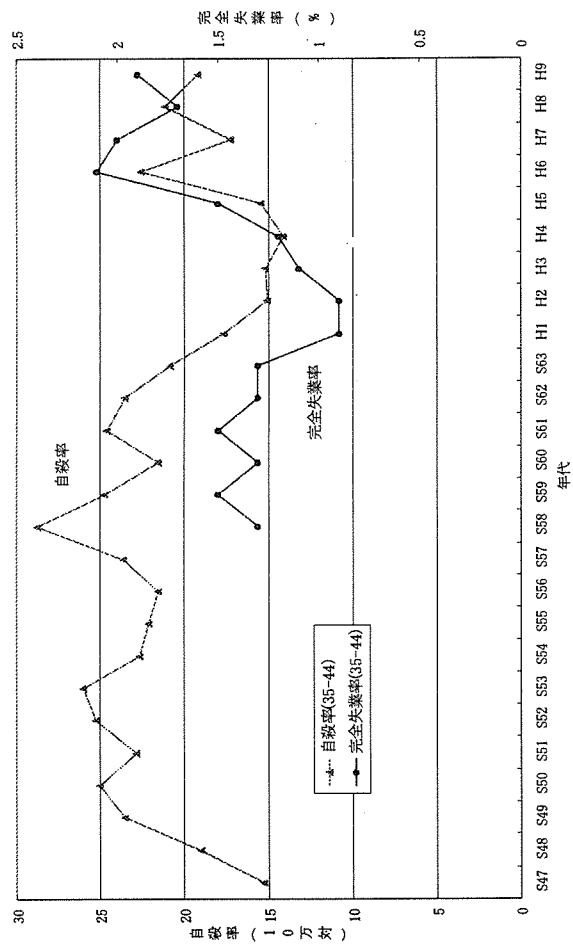


図1 自給率と完全失業率の推移 (愛知県男性: 25歳~34歳)

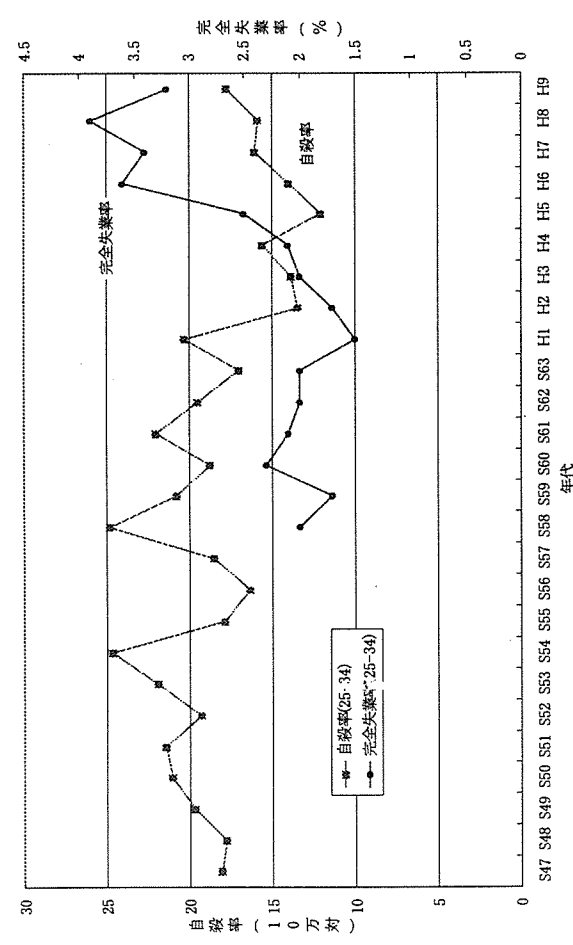


図4 自給率と完全失業率の推移(全国)

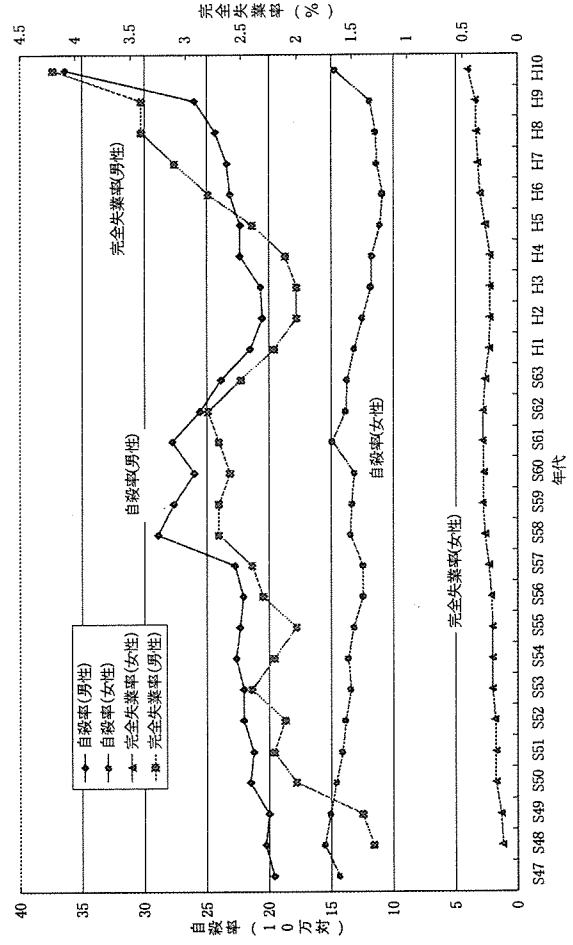
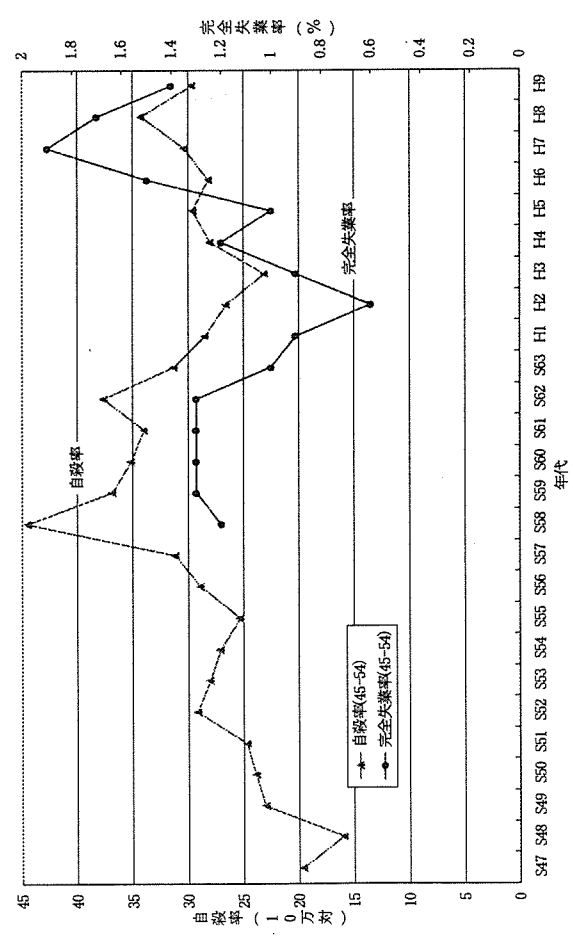


図3 自給率と完全失業率の推移 (愛知県男性: 45歳~54歳)



○林 恵子（江東区深川南部保健相談所）
 大塙和子・横山弥生（江東区深川保健所）
 稲垣孝子・海宝 守一・佐藤洋子（江東区城東保健所）

【はじめに】

この研究は、厚生省委託による、日本看護協会平成10年度先駆的保健活動推進事業の一環として行ったものである。主として、東京23区の保健所、保健相談所、保健センター及び多摩地域の市町村、東京都の保健所における感染症対策、保健婦活動の実態を調査し、現状把握と課題の設定、検討を行った。

結果、一般に感染症が発生した場合の対応は主として事務職であり、保健婦の参加は50.8%に止まり、疫学調査や保健指導等においても必ずしも参加していない。感染症発生時の保健婦活動マニュアルや、発生時に備えての必要物品の整備も不十分な状況である。感染症に対応するための保健婦の研修は、ほとんどが「自己学習に任されており、特別に取り組んでいない」等の状況が明らかになったので報告する。

1. 研究の目的

今般、従来の伝染病予防法はじめ、各種感染症の法律の見直しが行われ、感染症対策の見直しが検討された。また、平成8年の0-157感染者の集団発生は、社会的にも大きな問題を引き起こし、公衆衛生における感染症対策の新たなシステムづくりが重要な課題になった。

このような中、0-157問題については、危機管理の立場から各自治体において対策本部がつくられつつあるが、保健婦の役割に関しては、日常的な感染症に対する対応も含め、必ずしも整備されている状況にはない。特に保健婦の現場においては、高齢者や慢性疾患の対応に追われ、感染症への取り組みの弱体化や、知識、技術の学習不足は否めず、これまでの保健婦活動を根本的に見直す必要を感じた。

そこでこの研究においては、感染症に対する保

健婦活動の現状を明らかにし、日常的に感染症に対応していくための活動基準や、調査訪問票、報告書等の作成、新たな保健所の役割、市町村との連携について明らかにし、感染症に対する保健婦活動の充実を図ることを目的とした。

2. 研究の方法

東京23区の保健所、保健相談所、保健センター及び多摩地域の市町村、東京都の保健所における感染症対策、保健婦活動の実態を調査し、現状把握と課題の設定を行った。またそれに基づき、0-157等の集団発生が起きた地域の報告書、感染症に関する機関（病院、衛生研究所、消毒所等）の報告書、医師会、都及び厚生省の感染症情報等を収集し、保健所は何ができるか、何をやらなければならないか、保健婦が今の感染症に対応する上で何が不足しているか、何を補うべきかについて検討を行った。併せて、保健婦が感染症に対応する簡単なマニュアルづくりを行った。

尚、今回の研究においては、平成11年4月から施行される感染症新法については、各自治体において現在準備中であることからコメントは避け、従来の伝染病予防法の検討を行った。

<感染症に対する保健婦活動実態調査の概要>

- ・調査方法 アンケート調査
- ・実施時期 平成10年9月～11月
- ・調査対象 東京23区保健所・保健相談所
・保健センター、東京都保健所、
東京都の市町村
- ・アンケート送付数 66通
- ・回収数 60通（回収率 90.9%）

*集計について:

特別区の保健所、保健相談所、保健センターについては、各所の調査を実施したが、1区として集計した。

4. 結果及び考察

集団発生に対する自治体独自の対策要綱の策定や対策会議の設置は、0-157については78、3%、その他の感染症においては16、7%に止まっている。都や区の保健所においては、都衛生局の策定要綱に準ずるとの記載もあり、現場の独自の体制については明らかな定めがない状況がみられた。一般に感染症が発生した場合の担当窓口は、都、区、市町村いずれにおいても事務職となっており多くの事例が専門職の参加がないまま事務上の対応で済まされている実態が明らかになった。また、疫学調査においても保健婦は必ずしも参加しておらず、保健指導の実施も48、3%に止まっている。しかし、散发事例や、時に長期的に発生を繰り返す事例の背景に、集団発生につながる問題がかくされている場合や、公衆衛生上深刻な課題を孕んでいることもあり、従って保健婦は、感染症が発生した場合は1例であっても疫学調査はもちろんのこと、なんらかのかたちで参加し、常に即対応策を講じられるようにしておくことが求められている。このような日常的な状況把握と対応策の検討が感染症における危機管理対策といえる。特に0-157や消化器系感染症においては、二次感染、三次感染の集団発生が予測されることから、その予防策を探る疫学調査と、具体的な地域、施設、家庭に合った保健指導は重要な課題であり疫学調査に参加することによって、保健指導においても生きた保健指導が可能となる。このことは、堺市の未曾有の集団発生事例に限らず既に多くの事例で実証済である。

感染症情報については73、3%が保健婦全員に回覧し、81、7%が健康教育等に活用していると答えている一方で、感染症の発生時の対応において保健婦の参加は50、8%に止り、「余裕のある時のみ参加する」等、感染症への対応の保健婦活動への位置づけの弱さが明らかにみられた。

参考までに、保健婦の家庭訪問における感染症患者（家族）の訪問割合について、S30年からの年次推移をみた。（別表）

いま改めて公衆衛生対策として、母子保健、成人保健対策同様に感染症対策を保健婦活動に位置づけて取り組むことが、保健婦に求められているといえる。

集団発生の場合の対応は、0-157対策会議に従って、保健婦の役割を実施していく必要があると思う。

保健婦としてこれらの取り組みを行っていくために、予め保健指導要綱、保健指導マニュアル、指導用パンフレット、調査記録票、実績報告書等を作成し、専用の訪問鞆を備える等の準備が必要

である。江東区においては、堺市等の資料をもとに、これらの書類等の整備を行った。（資料1～3）

また、入院治療を要する患者の援助に当たっては、プライバシーが十分守られるように、日常的に事例検討会や研修を行うなど、患者の心理を理解する力量を身につけておくことが必要である。と同時に、入院に伴う経済的問題についても福祉分野の担当者との十分な連携が必要である。現状では感染症に対応するための保健婦の研修は70、0%が「自己学習に任されており特別に取り組んでいない」と答えており、いざと言うとき備えて、保健婦の力量形成のための卒後教育が重要課題と言える。

感染症対策においては、緊急時対応の保健婦体制をつくる必要があるか否か常に論議の俎上へのぼるが、必要な知識技術を身につけていれば、上記のように地域、患者家族の生活を十分把握した地区担当保健婦が最も適切といえる。但し、検疫地域のような多発地域、衛生上非常に問題となるような特定地域においては専任の保健婦が必要となろう。

【まとめ】

以上、感染症対策における保健婦の役割と、市町村の連携のあり方について、活動の現状調査を行い、課題の検討を行った。結果、以下のことが必要であることが明らかになった。

- (1)保健所・保健婦は、感染症情報を日常的に的確に把握し、定期的に市町村や地域の集団施設に報告し、周知を促すこと
- (2)感染症が発生した時の受付は、事務職任せにせず、保健婦もなんらかの形で必ず参加し、対応策を周知しておくこと
- (3)感染症が発生した場合に備えて、地域への生活指導や感染予防活動を実施していくための指導基準を作成し、パンフレット等の必要な教材の整備をしておくこと
- (4)患者の入院治療の援助に当たっては、プライバシーが十分守られるように、日頃から事例検討や研修等を行い、患者の心理を理解する力量を身につけておくこと。又、入院に伴う経済的問題にも配慮し、福祉分野の担当者との連携も十分に図ること
- (5)母子保健、成人保健活動同様、感染症対策は保健婦活動の基本を成すものであり、あらためてその位置づけを明確に行うこと
- (6)以上の取り組みを行うために、保健婦の感染症に関する教育研修の充実を図り、知識と技術に関する力量を高めておくこと

ヒト乾燥硬膜ライオデュラによるクロイツフェルト・ヤコブ病 (CJD) に関する文献的考察 (第1報)

ライオデュラ使用によるCJD罹患の予見と回避義務について

○片平洸彦 (東医歯大)、小松喜子 (ガレヌス北小岩調剤薬局)
浅川久恵 (社会薬学研究会)、牧野忠康 (日本福祉大学)

1. はじめに

1997年3月、厚生省は世界保健機関 (WHO) の勧告をふまえ、脳外科手術等に用いるヒト乾燥硬膜 (以下「硬膜」) によりクロイツフェルト・ヤコブ病 (CJD) に罹患する恐れがあることから、その使用禁止と回収命令を出した。回収の対象になった商品は、リオフィライズド デュラ (以下ライオデュラ、ドイツ ビー・ブラウン社製、日本ビー・エス・エス社輸入販売) とテウトプラスト デュラ (ドイツ バイオダイナミック社製、佐多商会輸入販売) である。

そして、同年4月、厚生省の「クロイツフェルト・ヤコブ病等に関する緊急全国調査研究班」は国内のCJD患者829人中43人に硬膜移植歴があり、43人中42人は「旧処理法による硬膜が移植されていた」と報告した¹⁾。その後の調査で、硬膜使用後のCJD症例は1999年3月現在61人に達しているが、61人中少なくとも56人は旧処理法によるライオデュラが使用されていたと報告²⁾されている。

本研究の目的は、このライオデュラ使用によるCJD罹患のリスクをどの時点で予見し得たか、また、その段階でライオデュラの製造・輸入販売業者と国はどのようなことをすべき法的義務が存在していたかについて考察することである。

2. 方法

Medlineのデータベースを用いて、dura mater, transplantation, sterilization, Creutzfeldt-Jakob syndrome, Gajdusek DJ, Gibbs CJ等のキーワードにより文献を検索した。また、関連文献を収集し、考察を行った。

3. 結果・考察

(1) ヒト乾燥硬膜の有用性と安全性

脳外科手術の際の硬膜欠損部を修復する方法と

しては、非自家移植の硬膜代用品としては、19世紀末以降、金・銀・タンタル等の金属箔、ゴム、ゲルフィルム、テフロン、シリコンコート・ダクロン、シリコンコート・テトロン等種々のものが試みられており、自家移植としては大腿筋膜・側頭筋膜・骨膜等が1920年頃以降臨床的に使用されてきた。そうした中で、ヒト乾燥硬膜の臨床応用は1950年代からドイツや米国等で報告され、その有用性を指摘する論文が出されている。然しながら、ヒト乾燥硬膜の使用には感染症の伝達というリスクが内在しており、Abbottら (1970年)、Rosomoffら (1976年) は感染症を有する人をドナーから除外すべきと記載している。このことは、人体組織の移植に伴うリスクを考えた場合、当然に払うべき重要な注意と言えよう。

(2) 薬事法の規定と製造・輸入販売業者及び国の責任

問題のライオデュラは1973年に「医療用具」として日本国内への輸入販売が承認された。この当時、薬事法は、第65条によって、「病原微生物により汚染され、又は汚染されているおそれがある医療用具」また、「その使用によって保健衛生上の危険を生ずるおそれのある医療用具」は、製造も、輸入販売も禁止していた。従って、ライオデュラの製造・輸入販売業者と国には、ライオデュラがそうした「医療用具」に該当しないかどうかについて調査し、もし該当することが疑われる報告があった場合は、そうした報告が否定されない限り、輸入販売を中止すべき法的義務があったと解せられる。

そこで、問題となるのは、「そうした報告」がいつの時点で出されていたか、業者と国はそのことを知り得たのかということになる。

(3) ライオデュラの安全性確保策の実態

ドイツのビーブラウン社は、ライオデュラを1968年からドイツで製造・販売し、その後世界各国

に輸出してきた。同社によれば、同社の硬膜採取基準には、当初は「伝染性肝炎、その他の伝染病」等の病歴を持つ者はドナーリストから除外するとしていたが、CJDが明示されたのは1987年に至ってであった。そして、それまでの間、ドナーの特定ができるような形でドナー選択を行わず、しかも硬膜をプーリングしていたことが判明した。1987年まではガンマ線照射等による不活化処理をしていたとしているが、それらがCJD病原体の不活化に有効であったとの知見は示されていない。

以上の事実は、CJD伝達防止の措置が1987年までは極めて不十分であったことを示しているが、ここで問題になるのは、それではCJDの伝達性と不活化の困難性はいつの時点から指摘されていたのかということである。

(4) CJD病原体の伝達性に関する研究の経緯

CJD病原体の伝達性(感染性)は、外国では1968年以降報告され、1974年には角膜移植を通じてのヒトからヒトへの感染が疑われる症例が報告され、著者らは「すべての移植計画をスローウイルスの伝達との関連で」検討することを求めていた。そして、1977年までには、CJDに罹患したヒトやチンパンジーの脳材料を用いてのチンパンジー等の動物への接種実験等により、CJD病原体の伝達性は明確にされていた。また日本では1976年に厚生省により設置された研究班において、ラットやサル等を用いての感染実験の成功が1978年に報告されていた。

病原体の本態についてのプリオン仮説が提唱されたのは1982年、プリオン遺伝子の分離が報告されたのが1985年、そして、プリオン遺伝子を欠いたノックアウトマウスの研究や、正常型プリオンと異常型プリオンの立体構造の差の解明等の研究から、プリオン仮説立証の上で有力な証拠が示されたのは1993年頃であるが、本態が不明であることは、病原体の伝達性を否定することにはなり得ない。

(5) CJD病原体の伝達性不活化に関する研究の経緯

CJD病原体の伝達性の不活化が容易でないことの知見は、外国では1974年以降、また日本では1978年以降報告されていた。これらの報告中、ライオデュラがドイツから日本へ輸出され、日本国内で販売される前の「滅菌」に用いられたガンマ

線照射がCJD病原体不活化に有効でないとの報告は1978年にGibbsらにより出されていた。その後これを否定する知見は出されていない。

(6) リスク予見のための文献入手の非困難性

以上のようなリスクを予見するためには、関係文献を入手することが容易であること、少なくとも困難ではないことが必要である。そこで、関係文献の中で特に重要と考えられるものについて、1974年ないし1978年当時、日本において入手が困難なものであったか否かを検討した。その結果、CJD病原体の伝達性とその不活化の困難性を知る上で重要な6つの文献が掲載されていた雑誌は医学分野で世界第1級の雑誌であり、その入手は容易であったと考えられた。そして、それらの論文掲載の医学雑誌は、遅くとも1974年までには、いずれも国立感染症研究所(元国立予防衛生研究所)及び国立医薬品食品衛生研究所(元国立衛生試験所)において入手・保存していたことが明らかになっている。

4. 結論

以上の事実からすれば、ライオデュラの使用に伴うCJDのリスクの予見は、組織移植に伴うCJDのリスクが最初に指摘された時点をとれば1974年(角膜移植事例報告年)、CJDの伝達性や不活化の困難性等の知見が積み重ねられ、CJD患者の組織移植に伴うリスクがもはや明白になった時点をとれば1978年には可能であったと考えられた。そして、前記のことは公刊された著名な医学雑誌により容易に知り得たのであるから、ライオデュラの製造・輸入販売業者と国には、1974年ないし遅くとも1978年の時点で、薬事法の規定に従い同製品の輸入販売を中止すべき法的義務があったと考えられた。

注

1) 厚生省特定疾患調査研究事業 クロイツフェルト・ヤコブ病等に関する緊急全国調査研究班の佐藤猛班長は、1999年4月5日の東京地裁証言において、この「42人」のうち1人は使用と推定したもの、1人は再調査中と答えている。

2) この実数については、やはり佐藤班長の東京地裁証言では、「61人中56人に旧処理法のライオデュラが使用されており、残る5人もその可能性を完全には否定できない」旨回答がされている。

過労死認定基準の 改訂のために

一般4-1

○長谷川 吉則、三栄 国康
(働くもののいのちと健康を守る全国センター)

昨年12月15日、開設された働くもののいのちと健康を守る全国センターでは研究会活動の一環として過労死問題研究会をつくり過労自殺問題、過労死労災認定問題についての検討と行政への働きかけを行ってきた。

過労自殺については1983年から1997年までの15年間の請求件数79件に対し、認定件数は6件(事故関連、未遂を除くと実質的には3件)になっている。労働省は精神疾患・自殺についての労災認定については認定基準は有していないとしているが、以下の点を認定の要件としている。

- ①死亡が労働者の自由意志に基づくものではないこと(自殺当時の精神状態が極度の精神異常または心神喪失状態の場合であること)。
- ②業務と疾病等および疾病と当該労働者が自殺行為に至った精神状態との間にそれぞれ相当因果関係があること。
- ③業務を含む複数の要因競合している場合には、業務に関する原因がたの原因に比べて相対的に有力であること。
- ④心因性精神疾患を認定の要件にしていること。
- ⑤反応性うつ病の原因となり得る業務以外の精神的負担は認められないこと。

「全国センター」ではこうした厳しい認定状況を改善するため、2月10日労働省交渉を行い、

- ①生前に「精神障害」との医師の診断があることを「認定」の条件にしないこと。
- ②「心神喪失」の状態になることを「認定」の条件にしないこと。
- ③「遺書」の存在が、「故意による自傷行為」などとして「認定」から排除しないこと。
- ④精神障害の分類、定義に関しては、旧来の内因性、外因性、心因性の三分類に固執することなく、事実即して慎重に対応すること。
- ⑤精神障害発症に当たっては、業務による負荷が、相対的に有力原因であることが、「認定」の要件と

されているが、他の要因との競合あるいは相乗要因による精神障害、自殺を「認定」から排除しないこと。

⑥「認定」の作業にあたっては、業務が精神障害の原因であることが判明すれば、他の要因、とりわけプライバシーに関する調査は行わないこと。

⑦加害企業の資料提出や調査への非協力に対しては厳しく指導すること。

⑧「認定」作業は、十分な調査活動をするを前提にしつつも、可及的すみやかに、一年以内に結論を出すこと。そのためにも、請求事案を本省に稟伺することなく、所轄の労働基準監督署で処分を決定すること。

⑨被災者が生前精神神経科に受診していれば、その主治医の意見を尊重すること。などの要請を行った。また、労災保険法第12条の2の2第1項「労働者が故意に負傷、疾病、障害若しくは死亡又はその直接の事故の原因となった事故を生じさせたときは」保険給付を行わない、という「故意」の規定が過労自殺の労災認定の障害となっており、「全国センター」では上記条項の削除・修正を求めて国会請願署名を行った。

労働省は「精神障害の労災認定に係わる専門検討会」を発足させ、精神障害、自殺の認定基準を検討している、その検討内容については明らかにしていない。「全国センター」では引き続き過労自殺の認定要件の改善を目指し、労働省への働きかけを強める。

現行脳血管疾患および虚血性心疾患等の労災補償状況については労働省の発表によれば、平成7年度、認定基準の改訂以後増加が認められ、平成10年度では90名となっている(表参照)。請求件数に対する認定件数の割合は正確には不明であるが、約4分の3が棄却されていると考えられる。明らかに労働実態からは労働の過重性が認められるにもかかわらず、労働の過重性を認めず認定さ

れないケースや、基礎疾患の存在や生活習慣を理由として労災認定されないケースも多々認められる。こうした点から認定基準の改訂に向けて、全国センターの過労死問題研究会では脳血管疾患および虚血性心疾患等の労災認定基準についての検討を過労死弁護団の弁護士を招いたりして検討を行った。現行認定基準の問題点は以下の通りである。

①業務が相対的に有力な原因でなければならない。

②業務の過重性の基準が所定労働時間内の所定業務、健康な同種・同僚労働者に対して過重か否かを基準としていること。

③発症前一週間以内の業務の過重性が重視されていること。

④本省りん伺を規定し、事実上労働基準監督署での判断が困難になっていることである。

「全国センター」過労死問題研究会では以下の現行認定基準改善の基本点を提起し広く専門家、関係する方々の検討を要請する。

①業務が疾病発症の原因の一つあるいは疾病の増悪因子となれば「業務上」と認定する。

②当該業務が健康な同僚または同種労働者にとって過重でなくても、基礎疾患を有する当該労働者にとって、基礎疾患に悪影響を及ぼす恐れのある業務であれば、過重な業務と認めること。

③発症前1週間以内に限らず、長期間にわたる業務による量的あるいは質的な精神的、肉体的負担が疾病の原因と認められれば、「業務上」と認定すること。

④医学経験則上の厳密な証明を必要とはせずに、諸種の事実を総合的に判断して業務が一般経験則上原因であると認められれば業務上の疾病と認定する。

⑤脳血管疾患、心疾患については疾患を限定しないこと。

⑥認定については本省のりん伺を必要としないこと。

脳血管疾患及び虚血性心疾患等の
労災補償状況の推移

(件)

		平成6年度	平成7年度	平成8年度	平成9年度	平成10年度
脳血管疾患	請求件数	289	403	415	399	358
	認定件数	80	102	87	88	90
	1号	57	59	38	42	43
	9号	23	43	49	46	47
虚血性心疾患等	請求件数	116	155	163	195	163
	認定件数	12	38	29	31	44
	1号	3	5	0	4	1
	9号	9	33	29	27	43
合 計	請求件数	405	558	578	594	521
	認定件数	92	140	116	119	134
	1号	60	64	38	46	44
	9号	32	76	78	73	90

注1) 「1号」とは、労働基準法施行規則別表第1の2第1号の「業務上の負傷に起因する疾病」であり、「9号」とは、同表第9号の「業務に起因することの明らかな疾病」に係る脳血管疾患及び虚血性心疾患等（「過労死」事案）である。

2) 認定件数は当該年度に請求されたものとは限らない。

「働くもののいのちと健康を守る全国センター」結成半年の到達点と今後の課題について

色部 祐
(働くもののいのちと健康を守る全国センター)

「はじめに」

「働くもののいのちと健康を守る全国センター」(以下 全国センター)は、昨年12月15日結成された。総評「安全センター」が閉じてから約10年を経て、労働組合、医療団体、業者団体、農民団体、そして学者・研究者の協同の中で誕生した。昨年の本総会の「自由集会」で「全国センター準備会」として発言・報告し、ご意見を頂く機会を得た。今日、結成以降、半年の取り組みの特徴と到達点について報告し、また今後の課題について述べる。ご参加の先生方のご意見を頂ければ幸いである。

1. 事業活動の5つの柱

結成総会で事業内容を次の5つに定め、取り組みを進めている。

- 1) 情報収集と広報活動
- 2) 学習、研修・政策活動
- 3) 諸団体の活動交流・援助・支援の活動
- 4) 各団体、学者・研究者との連携・共同の取り組み
- 5) 国際連帯・交流の取り組み、

2. 事業活動の特徴・到達点について

1) 三つの研究会と事例検討会の取り組み

「全国センター」の事業の大きな柱は、学者・研究者、専門家との協同しての研究会活動である。以下、その取り組みの特徴を述べる。

イ) 過労死研究会

過労死の「認定基準」の改訂、産業別の過労死予防の政策提言を目的とする。この間、過労自殺・精神障害の労災認定に関する基準の提言を労働省に申し入れし、現在は、「過労死認定基準」の改定案の討議と、交通・運輸分野の過労死予防の提言を準備している。そのために、産衛学会委員会報告『職場の循環器疾患とその対策(98年度版)』の学習をおこな

った。

ロ) 夜勤・長時間労働研究会(懇談会)

労働法制の改訂で夜勤・交代制労働が多くの産業分野、職種に導入されている。そして日本の長時間労働と結びついたとき、労働者への健康影響は、新たな規模で発生することになるであろう。改めて、今日の時点で夜勤・交代制労働と長時間労働複合の健康影響を検討することが研究会の課題である。現在まで2回の懇談会学習会を研究者、専門家と関係単産代表との間で重ねている。2001年の「夜勤・長時間労働の国際シンポジウム」を目標に、当該単産の協力を得て、実態調査を実施する計画である。

ハ) 国際労働安全衛生研究会

準備期に1回の懇談会を持ち、7月10日に第1回の研究会を行った。テーマは「国内・国際安全衛生基準に関して」と「労働者の病気での療養と身分の保障」について検討し、討論を深め合った。ILOなどの安全衛生の国際的基準と日本の安全法規との比較検討、安全衛生に関する労働協約、就業規則の検討、労働安全衛生マネジメントシステム、ISO国際規格の動向の検討を研究の課題としている。

ニ) 事例検討会

労働(公務)災害業務上外の事例、労災裁判の判例などについて検討する。第1回は長野地裁「飯島過労自殺」判決について検討した。

2) 出版・広報活動

イ) 季刊誌の刊行

年4回の季刊誌の発行を行っている。①「全国センター」の理論・情報誌として②労組や学者・研究者、専門家との意見交流の場として③職場・地域での安全衛生の活動家養成のテキストとして役割を果たすことを課題にしている。

創刊号は「総会特集」と組み、あわせて山田理事長の「21世紀へむけて、働くもののいのちと健康を守る全国センターの誕生」の巻頭論文が掲載された。2号は「過労自殺特集」を組んだ。第3号は「じん肺特集」を構想している。発行部数2000部。

ロ) 月間「通信」の発行

「全国センター」の取り組みの紹介、職場・地域での働く人たちをめぐる情勢と取り組みの具体例、職場の安全衛生活動の先進例の紹介などおこなっている。また資料提供も行っている。広報委員会を毎月行い、編集方針を検討している。発行部数1万部。

ハ) ホームページの開設

「全国センター」事業の紹介、多くの人達との幅広い交流を目指し、内容充実に努力している。

3) 部会、課題別の取り組み

「働くもの」は、労働者、中小業者、農民などを含めた概念として位置づけている。その意味で、長期不況下、一連の規制緩和の下での業者・農民勤労者の健康問題は抜き差しならない状況にある。懇談を重ねながら「業者・農民部会」の確立を準備している。また「公務部会」をつくり取り組みを進めている。

また焼却炉に働く労働者のダイオキシン暴露、労災申請問題についてやJR人身事故に関する「安全問題」などについても一定の調査と学習を実施した。

4) 教育・研修、取り組みの交流、支援の課題

イ) 「働くものの99年セミナー」の実施

東西2カ所で開催し、あわせて33都道府県、163団体、308名が参加し、職場・地域での安全衛生活動家の養成と研修の場として学者・研究者、専門家の協力を得て成功させることができた。今後は全国各地の取り組みの交流の場として、10月に「全国交流集会」を企画している。

ロ) さまざまな取り組みへの支援、協力、援助

・じん肺闘争支援は、様々なかたちで取り組みをしてきた。5月20日の「全国総決起集会」の成功のための実行委員会に参加した。

・過労死家族の会の有志7名のジュネーブの国連人権委員会とILOに日本の過労死の実態を訴える行動の援助・支援を行った。また「勤労感謝の

日」を前に過労死を考える集い」の実行委員のメンバーに本年も加わっていく。

・「おかしいぞ！団体生命」のとりくみにも加わっている。過労死になるような働かせ方を強いて、在職死亡に陥れ、その上に保険金の全部または大部分を企業が奪うという構造はきわめて不合理との原告の訴えを支えるため全国的支援組織が作る取り組みにも参加することを予定している。

・相談活動、資料提供など、要請が集中している。応える努力をしながら各種取り組みの支援とあわせて、地方センター、地域センターなどの地方組織との連携の中で対応することとしている。

5) 国際交流・連帯の取り組み

7月4日から7日、全国センター結成記念『労災・職業病日韓交流の旅』を企画し、延べ15名の参加を得た。韓国での二硫化炭素中毒の闘いの中から勝ち取った保証金を基金にして、労災職業病専門病院と研究所の建設が完成した。お祝いすると同時に現地では理事長、院長、研究員と懇談し、今後の物的、人的交流の強化を誓い合った。

6) 地方センター、地域センターの相次ぐ結成

「全国センター」結成後、千葉、山梨、京都で地方センターが結成された。また従来から活動してきた地方組織、地域組織も全国センターへ加入し、対等平等の立場からの協同を進めている。またさらに地域のセンターとして道南地域で結成され、名古屋みなと地区で準備が進められている。より働く人達に密着した草の根の地方、地域組織の相次ぐ結成・結成準備の動きは、働く人達のいのちと健康を守る取り組みの将来に大きな可能性を展望させる。

3. これからの取り組み課題

掲げた事業活動の全面遂行をめざすことを前提に1) 働く人達の健康問題の的確な把握と教育・研修事業の強化2) 安全衛生活動家の職場・地域での大量養成3) 地方・地域組織の確立4) 専門家との協同の強化

社会医学と社会の発展-働く人の健康の課題から-

山田 信也

名古屋大学、働くもののいのちと健康全国センター

1. 社医研40年の歩みを振り返る資料として、総会記録(1959, 第1回~1980, 第21回)、総会講演抄録集(1981, 第22回~1999, 第40回)、雑誌「社会医学」(1980, 1号~1999, 16号、欠:87, 93, 95, 98)、社医研レター(1991, v1, n1~1999, v7, n2)がある。私は、社医研創立30周年研究会で、代表世話人として、30年の歩みを考察する報告を行った。それ以降の社医研と社会の発展は質的な変化であり、この10年を含めた社医研の40年、20世紀の歩みが振り返られることを期待している。そのきっかけとして、私はこの10年の概観を整理し、30周年までの流れとつなぐ工夫を試みた。
2. 初期の社医研には、貧困の克服、医療保障制度の拡充、保健所や市町村保健婦活動などの保健体勢の急速な展開、などにかかわる課題が圧倒的な数を占めている。第2回報告「労働者および家族の健康保障についての若干の考察」(山田)を手掛かりにした「産業構造・合理化」を社医研の課題に、という総会での提起は実らなかった。
3. 産業構造の改革と地域開発が生みだした、公害被害、地域の生活環境と自然の破壊のテーマが次第に大きな比重を占めてきた。これは、第4回(岡山)の主題「地域開発と住民の健康」に反映した。予め、各地方の問題を掘り下げた予備討論を組織し、社会学者と共同した論陣を張ったことは、社医研が、日本社会の最先端のテーマに、新しい研究スタイルで肉薄したといえる。第5回研究会(名古屋)では、こうした社会の構造的変化に対応した住民運動の教訓をもとに主題「住民の保健を如何に進めるか」が設定された。第4、5回は、住民運動、労働運動との連携を持った若手の新しい研究活動が台頭し、社医研に新生の息吹をもたらした。
4. やがて、労災・職業病の予防、認定、治療、これに関する労災補償問題が活発に取り上げられ、それは公害問題とともに第7回主題「人災と健康」に反映した。労働弁護団の労災職業病裁判の提起は、働く人々の健康課題に、人権をまもる意識が投影される機運を強めた。安全・健康配慮義務、疾病の業務起因性、産業医の責任などの

論議は、労働衛生学や労働法学での討論を呼び起こし、裁判にも反映した。同じ頃の、公害問題からの「健康権」、「環境権」の提起に対比できる。それらは第16回主題「法と健康」に反映した。

5. こうした社会状況に対応し、労働衛生学に取り組む研究者が成長し、その活動が活発になった。その成果を社医研に反映させ、社会医学としての展開を期待して、労働と健康に関する主題や要望課題が設けられるようになった。

6. 第20回主題「大都市地域の中年期死亡」は、大都市のスプロール化、産業化が、地域的に中年期死亡の改善を妨げていることを明らかにする成果をあげた。上畑、田尻らは、これを職域で捉え(第21回)、循環器疾患による在職中死亡の調査の中から、労働の影響による循環器疾患の破綻を報告し、やがて「過労死」の概念を提起した(社医研誌v. 8)。過密・過重な長時間労働による労働者の酷使という日本企業の高度成長の秘密を突く研究の誕生である。これに続く服部(社医誌v. 10)の研究がある。

こうした研究を土台に、上畑を代表とする日本産業衛生学会「循環器疾患の作業関連要因検討委員会」は、労働の現実と健康影響の分析、多数の内外の文献の解析から、問題をまとめ、具体的な予防の提言をおこなった。その報告は、企業本位の社会への厳しい学問的な批判を内包するとともに、解決可能な具体的な提案をしたものであるだけに、他の学問領域や社会的な動向に影響を与え、働く人々の取り組みにも貢献をした。社会医学の実証的な研究から社会的な提言へ、という学問展開の検討に値するモデルといえる。

広瀬らは、パート労働者や自営業者の健康破壊を地域で取り上げ、労働者の過労死に対比させる自営業者の自殺に焦点をあてた研究(社医研No. 15.)を示している。地域で勤労者の健康問題を捉える視点の重要性を示し、国の地域住民・地域産業保健政策への批判と提言をなすものといえる。

7. 山崎(第27回)、斉藤(社医誌v. 8)は、現代社会の過緊張、過重な労働負担の影響の研究では、個別の疲労指標にとどまらず、労働者の人間

生活の変質や、人格の変容を重視すべきこと、それは、ME情報化の発展の利用を、人間無視のリスク合理化に組み合わせ、労働者の意識を変え、人格の変容をも生む現代社会の分析には欠かせないことを指摘した。それは、人権思想の広がりの中で、労働衛生学への問題提起でもある。

8. 現実を分析し将来を予測し警告し提言することは、社会医学の基本的な任務である。VDT問題に取り組み、頸肩腕障害、視覚機能障害、大脳活動への干渉の研究で、人間生理から工学的な原理へまでの考察をすすめ、労働の実態と健康被害の実態を把握し、欧米の先進的な予防のプロジェクトを研究し、予防対策の基本を作り上げていった宮尾(社医誌v.12)、西山(第27回)らをはじめとする研究者グループの報告がある。また、西山(社医誌v.13)は、産業技術の役割りの重視と、工学の教育と研究への、社会医学的アプローチを強調していることも注目値する。

久永(社医誌v.9、v.10)は、建設産業労働者との共同調査にはじまり、石綿使用の実態、現実対策の提起、近い将来における石綿による肺障害の発生に備える重要性を指摘し続けた。ILO、被害者組織、労働組合の石綿肺根絶と救済の国際的な大キャンペーンのいま、再検討が必要である。

9. 労基法の重要施策であった女性の深夜勤制限は、ILO条約でも、労基法でも、母性保護の特例以外は解禁となった。「平等」「雇用の促進」が基調に含まれ、ILOの苦渋の選択でもある。山田(祐)(社医誌V.15)は、これを取り上げ、働く女性の健康問題の新しい社会的段階に対応する研究を促している。私は、避けられない業務をのぞいては、深夜勤務を必要としない社会・産業を構成するプログラムの提起を、社会科学の領域と共同して研究する必要があると考える。

10. 職場の労働安全衛生活動について、働く人の立場から、それを可能にするシステムを作り上げていく努力について、歴史的な概観と発展、依然として残る問題点を、明解にまとめた吉川、三栄(社医誌v.14)の報告は新しい試みである。

11. 国際的な比較による考察と将来への課題提起を研究する努力は、社医研創設期には、医療制度の問題でイギリスを、高齢者問題でスウェーデンを取り上げている。

小野は、スウェーデン滞在の経験を基に、「わが国の産業保健活動の在り方を考える」(社医誌v.14)を記している。その中で、組織率、80-90%の強大な労働組合があり、労働者代表が、労働条件

の決定に関連する企業の経営方針や組織の全てに発言権を持つこと、安全衛生サービスに責任を持つ国家的なチームワークが機能していること、ゆとりのある労働と余暇を楽しむ時間的、経済的基盤があり、安定した高齢時代の生活保障のもとで、労働者はあくせく働かない、と簡潔に記し、スウェーデン国民の長年にわたる「人間社会」建設の努力の歴史の成果としている。中田(社医誌V.15)は、自身の滞在経験から、詳しく追加している。

川上の「東南アジアの工業化と働く人の健康問題」(社医誌v.9)、平田の「ドイツ・オーストリアの中小企業衛生対策」(第38回)も貴重である。

12. なお、英国の労働安全衛生法とその実行システムHSE、フランスの統一戦線内閣で土台が創られ改正が追加され、例えば、優れた安全衛生、産業医、補償などの制度を含むフランス労働法典、ドイツの労働裁判制度、旧ソ連が教訓として残した労働者監督制度をはじめとする労働保護の諸制度なども、研究課題として期待したい。

13. 以上に、紙面の範囲で、社医研報告のいくつかを例に、社会発展と関連させて、提起された問題の意義に学ぶことを述べたが、他にも農業労働、労災職業病、地域活動などの貴重な研究がある。

14. いま仕掛けられている国際経済競争の攻勢は、人類社会が19世紀から20世紀にかけて育ててきた、人権、福祉、労働の尊重を基調とする概念やシステムを破壊せんばかりである。ILO事務局長も、発展途上国も先進国も、この深刻な影響が避けられない、との憂慮を示すほどである。

15. 三池大災害への国民的な抗議の中から生まれ、日本の労働者の取り組みに大きな役割りを果たした総評安全センター(1967~89)が消滅したあと、この深刻な情勢をうけ、「働くもの のいのちと健康を守るセンター」が、全国、地方、地域に新生しつつある。この新しい動きは、働く人の健康課題に取り組む社会医学の学問としての構築と、その社会的貢献に期待をかけている。

16. これまで、多くの研究者が、働く人々の深刻な健康破壊、人権無視の状態を明かにし、あるべき労働、企業活動、政策活動への問題を提起する努力を続けてきた。これらを社医研へ反映させ、社会医学を育て、有効な提言に収斂させていく必要性が、いっそう強まり、それに応える上で、医学領域、社会科学領域、社会活動の専門家、働く人々との共同、交流が育つであろう。20世紀の活動を踏まえた社医研の新しい歩みを期待したい。

聴覚障害者の受療に関する質問紙調査

○埜田和史¹ 北原照代¹ 藤田保² 西山勝夫¹
辻村裕次¹ 富岡公子¹

(1滋賀医大予防医学 2琵琶湖病院)

1 はじめ

聴覚障害者のコミュニケーション方法は、聴力の損失年齢やその程度により異なるため、受療に関わるコミュニケーション障害の影響も聴覚障害者に一様に出現しているとは考えにくい。そこで、難聴者や中途失聴者をふくむ聴覚障害者について受療に関わる問題点を検討した。

2 対象と方法

全日本ろうあ連盟および全国難聴者・中途失聴者団体連合会の協力を得て、全国ろうあ老人大会、全国ろうあ婦人婦人大会および全国難聴者福祉大会参加者を対象に、質問紙調査を行った。ろうあ老人大会とろうあ婦人大会参加者に対しては、調査表を配布した後に手話通訳者による面接により調査表の記入回収を行った。中途失聴者大会参加者に対しては調査表を配布し郵送にて回収した。調査は無記名で1998年10月から11月にかけて行った。調査項目は、性別、年齢、障害の程度、障害の発生年齢、主なコミュニケーション手段、最近の受療の有無、受療時の同行者の有無と同行者の種類、受療時のコミュニケーション状況、胃レントゲン検査の受診状況と検査実施時のコミュニケーション支援方法などに関するものから構成した。結果解析には、SPSS 6.x 統計ソフトを用い、有意水準は $p=0.05$ とした。

3 結果と考察

45都道府県で生活している529人より有効回答を得た。平均年齢は57.1才 (SD12.4)、性別構成は男性40.5%女性59.5%、全回答者が障害者手帳を持っており、その等級は1級が44.8%2級が40.5%であった。0歳時に聴力を損失した者が34.6%いた。聴力損失年齢が5歳以下で障害者手帳等級が1級あるいは2級である351人を重度群、聴力損失年齢が6歳以上または障害者手帳等級が3級以上である161人を軽度群として検討した。両群間には、年齢構成、性別に差はなく、日常生活でのコミュニケーション手段には差が認められた(表1)。最近の1,2年間ぐらいの期

間に受診経験があった者(重度群217人、軽度群136人)について、受診時の同行者をみると(表2)、重度群で手話通訳者と同行受診する率が高かった。重度群について、同行者が手話通訳者である場合と手話通訳者以外の場合に分けて、受診時のコミュニケーション状況を比較すると(表3)、手話通訳者を同行した場合の方が、医師・

表1 群別の主な属性 (%)

	重度群 n=351	軽度群 n=161
平均年齢 (SD)	57.1(12.6)	56.9(11.9)
性別		
男	41.2	39.2
女	58.8	60.8
主なコミュニケーション手段 (受療場面)		
筆記・筆談	60.7	53.5
手話	22.6	2.5
読唇・口話	11.4	8.8
補聴器	2.1	30.8
(生活場面)		
筆記・筆談	4.3	17.5
手話	83.9	25.0
読唇・口話	9.5	20.6
補聴器	1.4	31.9

表2 受診時の同行者について (%)

	重度群 n=217	軽度群 n=136
受診時の同行者の有無		
一人で受診	48.8	67.5
同行者と受診	49.3	32.5
1人で受診した理由		
病院に通訳者がいる	11.3	1.1
職員が手話や筆記で対応	37.9	21.6
人に頼むのがいや	6.5	14.8
通訳者などの依頼方法を知らない	3.2	0.0
慣れているから	36.3	36.4
その他	15.3	28.4
同行者の種別		
手話通訳者	66.4	26.3
家族	30.4	50.0
要約筆記者	1.6	15.8
その他	1.6	7.9

看護婦からの説明の理解が高まり、医師・看護婦への病状などの説明も良好に行えたと評価する率が高く、手話通訳者の役割が認められた。

40歳以上の胃レントゲン検査受診経験者（重度群：231人73.3%、軽度群：132人85.7%）について、受診回数等を群間で比較すると（表4）、重度群では2回以下が39.8%で最も高いのに対して、軽度群では6回以上が40.2%と高く、受診回数に差が認められた。また、97年1月から98年10月までの受診経験に限っても重度群の受診率は低く、重症度が胃レントゲン検査の受診に影響を及ぼしていると考えられた。胃レントゲン検査受診時の支援方法とその評価をみると（表5）、両群で最も実施率が高かった「医師や技師が体を動かす」方法の評価は両群とも

に低く、特に重度群の評価が低かった。両群に共通して高く評価された「ランプなどの合図を工夫して」は実施率が低く、胃レントゲン検査実施時に適切なコミュニケーション支援が行われているとは言えなかった。

4 結論

聴力損失年齢やその程度により、聴覚障害者の受療に関する問題の大きさは異なっており、5歳以下で高度に聴力を損失した者により大きな問題を生じていた。また、聴覚障害が胃レントゲン検査の受診状況にも影響を生じており、検査時の適切なコミュニケーション支援方法の開発が必要と考えられた。

本調査の一部は98年度社会医学実習として行った。調査にご協力いただいた聴覚障害者および手話通訳者の方々に感謝いたします。

表3 重度群の受診同行者別コミュニケーション状況 (%)

	手話通訳者	手話通訳者以外
	n=83	n=42
医師や看護婦からの説明について		
説明がなかった	8.4	7.1
理解できた	66.3	33.3
理解できなかった	9.6	26.1
分からない	8.4	22.6
その他	15.7	10.9
医師や看護婦へ病状などを伝えられたか		
伝えられた	74.6	52.4
伝えられなかった	18.0	16.7
分からない	3.6	23.8
その他	3.8	7.1
薬の飲み方の説明について		
薬はもらわなかった	8.4	4.7
飲み方は分かった	78.3	76.2
飲み方が良く分からなかった	4.8	9.5
その他	8.5	9.6

表4 胃レントゲン検査受診経験者の状況 (%)

	重度群	軽度群
	n=231	n=132
受診回数		
2回以下	39.8	26.5
3～5回	32.9	31.1
6回以上	21.6	40.2
覚えていない	5.7	2.3
最近の受診時期		
97年1月～今まで	38.1	52.3
92年～96年	27.7	22.7
91年以前	29.0	24.2
不明	5.2	0.8
最近の受診理由（複数回答）		
医者に診てもらって	49.8	37.9
検診で	42.4	53.8
人間ドック	15.6	18.2
よくわからない	2.6	1.5

表5 胃レントゲン検査実施時支援方法と評価 (%)

	重度群	軽度群
	n=231	n=132
事前に学習した	n=37	n=9
実施率	16.0	6.8
役に立った	59.5	33.3
少しは役に立った	13.5	33.3
ほとんど役に立たなかった	8.1	11.1
どちらとも言えない	18.9	22.2
カードが窓越しに示された	n=72	n=32
実施率	31.1	24.2
役に立った	55.6	62.5
少しは役に立った	27.8	25.0
ほとんど役に立たなかった	4.2	3.1
どちらとも言えない	12.5	9.4
ランプなどの合図を工夫して	n=56	n=25
実施率	24.2	18.9
役に立った	60.7	72.0
少しは役に立った	14.3	12.0
ほとんど役に立たなかった	8.9	4.0
どちらとも言えない	16.1	12.0
医師や技師の筆談、手話、身振り	n=118	n=46
実施率	51.1	34.8
役に立った	50.8	60.9
少しは役に立った	29.7	17.4
ほとんど役に立たなかった	7.6	0.0
どちらとも言えない	11.9	21.7
手話通訳者が立ち会う	n=64	n=12
実施率	27.7	9.1
役に立った	59.4	58.3
少しは役に立った	10.9	25.0
ほとんど役に立たなかった	10.9	0.0
どちらとも言えない	18.8	16.7
医師や技師が体を動かす	n=119	n=66
実施率	51.5	50.0
役に立った	42.9	56.1
少しは役に立った	27.7	22.7
ほとんど役に立たなかった	12.6	4.5
どちらとも言えない	16.8	16.7

上畑鉄之丞、西田茂樹（国立公衆衛生院）

（目的）地域保健法の施行以降、保健所の統廃合は急速にすすみ、二次医療圏に1カ所とした当初目標を超え、北九州、札幌、神戸の人口100万人以上の大都市では保健所が1カ所に、さらに大阪市でも1カ所にするなどの状況がみられている。他方、新しい保健所機能の展開では、とくに保健所長の行政能力の向上が課題とされており、臨床から行政に転換した医師の再教育が重要とされているものの、国立公衆衛生院などの研修機関で公衆衛生行政の基礎研修を受けた保健所長は4割程度（1997年）との報告もある。1998年7月、厚生省は、保健所医師の行政能力強化を目的に、保健所長資格認定のあらたな通達を出し、最低3カ月の行政研修を義務づけている。この通達では、それまで保健所長医師研修としておこなっていた国立公衆衛生院の公衆衛生特論コース（1.5月）を廃止、同院の専門課程（MPH, Course of Master of Public Health）に連動する専門課程分割前期（基礎）を新設したうえで、保健所長任用では、こうした研修の修了の認定が必要としている。

（調査方法、内容）演者らは、地方自治体の保健所などの行政機関に勤務する約1400名の医師を対象に行政研修ニーズに関する郵送による質問紙調査（無記名）を実施した。対象者は全国保健所長会の協力により、都道府県、政令市ごとに把握し、調査票は勤務場所の医師を管轄する機関長や保健所長に郵送し、個人ごとに記入し、個人別に返送を求めた。質問内容は、性、年齢、行政経験年数、勤務場所、職位、臨床・研究経験、公衆衛生での研究教育経験、公衆衛生行政の研修経験、公衆衛生関連の学会所属状況、保健所長研修のニーズなどである。

（結果概要）返送数は796通で回答率は約57%と推定された。性別は男性73%、女性23%。年齢別は40歳未満24%、40-49

歳34%、50-59歳25%、60歳以上17%である。行政経験は4年未満19%、4-7年27%、8-11年22%、12年以上31%で、都道府県の部課長、政令市の部局長や所長を含めて保健所長以上の職位にあると考えられた回答者は461名（57.9%）を占めていた。

回答者の臨床医としての経験は、4年未満15%、4-11年23%、12年以上38%、「なし」とした者は22%で、うち基礎医学系の研究歴を有する者が18%だった。臨床経験者の科別内訳は、内科系28%、小児科26%、外科系15%、産婦人科9%、精神科7%、泌尿器科3%、放射線科2%の順である。

一方、社会医学系の研究教職歴を有する者は160名（20.1%）、国立公衆衛生院での研修受講経験者は410名（52%）で、うち1年以上の専門課程受講者は62名（7.8%）、過去の保健所長資格コース受講者は258名（32%）であった。国立公衆衛生院以外の研修では、結核研究所（44%）、精神保健研究所（13%）、母子愛育会（8%）などで、医系大学の衛生・公衆衛生教室の在籍者は231名（29%）であった。回答者の公衆衛生関連学会へは、公衆衛生学会には67%が加入しており、小児保健学会（19%）、衛生学会（7.5%）、産業衛生学会（7.4%）、疫学会（6.8%）、健康福祉政策学会（2.7%）、農村医学会（1.9%）、社会医学研究会（1.8%）の順であった。なお、542名の保健所長資格の必要者のうち、参加希望者は311名（57.4%）であったが、うち193名（62.1%）は「周囲の状況で参加できない」と回答した。

（考察）今回の回答者は所長経験者と比較的若い世代が多いと考えられ、行政能力の向上が一層期待されている中堅医師の研修ニーズの掘り起こしの検討が更に必要と考えられた。

医学部における産業医教育の試み

～VTRの活用事例～

○ 内藤堅志、阿部眞雄、服部由季夫、江ヶ崎仁文
(東海大学体育学部)

I・はじめに

医学部の産業医教育において産業現場を把握させることは産業医教育向上の為に必要であると思われる。今回は作業関連疾患に関しての講義を事前に行った後、学校給食調理員向けに作成した安全教育用VTRを医学部生に提示し、彼らが考えた作業上の問題点及び調理場の現状・改善策などについてまとめたので報告する。また体育学部の衛生管理者養成コースの学生にも同様のVTRを提示し、作業上の問題点及び調理場の現状・改善策などについてまとめたので報告する。

II・対象及び方法

今回の対象の医学部生は基礎科目が終了する間際で、臨床科目を受講する直前の学生が対象であり、VTRの上映は衛生学の授業の中で行った。また体育学部の学生は、公衆衛生及び衛生管理者養成コースの環境測定に関する科目を終了した学生で、VTRの上映は、労働衛生法規の授業中に行った。尚VTRの上映の直前に学校給食調理場のシステムや給食調理工程の一日の流れ、調理方法などについて具体的に口頭で説明を行いVTR上映後に医学部の学生においては「もし私が産業医だったら～学校給食調理場の衛生管理～」・体育学部の学生においては「衛生管理者になったつもりで、ビデオから見られる作業上の問題点をあげ、問題解決の対策」と題して問題点と対策をレポートとして提出させた。

上映したVTRは、検収作業から清掃までの1日の作業工程順に構成し、調理場はセンター及び単独校の両方式、またシステムについてもドライとウェットの両システムを収録した。

III・結果

VTRから見られる問題点について医学部の学生は、表1に見られるように作業管理において、手切り作業、

お湯まき、牛乳瓶のクラス分けなどの作業が問題であると指摘した。

指摘した理由として、手きり作業に起因する「頸肩腕障害・指きり」をあげ、お湯まきでは「火傷の危険性・殺菌効果の

疑問」、牛乳瓶のクラス分けでは、「指に負担・腰痛の原因」等をあげ、対策としては、手きり作業では「機械化・ローテーション」、お湯まきでは「効果が疑問視される視点からお湯まきを中止する、ドライ化」などが対策としてあげられ、牛乳瓶のクラス分けについては「紙容器の牛乳に変える」等を掲げていた。

作業環境管理では、食器洗浄機の騒音や調理場の高温多湿の温熱環境、換気扇の騒音に問題があるのではないかと指摘した。(表2)

指摘理由として、表2 作業環境管理(医学部)

食器洗浄機・換気扇の騒音では「騒音性難聴」が懸念され、温熱環境では「循環器への負担・熱中症・細菌の増殖」を理由としていた。またそれぞれの対策として、騒音に関しては「耳栓の使用・騒音の少ない新しい機種への変更」などをあげ、温熱環境については、「冷暖房の整備」をあげていた。

体育学部の学生はVTR上の問題点として、作業管理について、「作業の繰り返し」、「野菜の裁断・皮むき」、「大釜から米飯を食缶に移す作業」が問題であると指摘した。(表3)この理由として、肩こり・頸肩腕障害などが共通しており、裁断作業においては、指切りも理由にあげられていた。対策として「作業の繰

表1. 作業管理(医学部)

問題点	件数
手切り作業	29
お湯まき	25
牛乳瓶のクラス分け	21
大釜の作業	13
繰り返し作業	13
長時間労働	13

問題点	件数
食器洗浄機の騒音	32
温熱環境	26
換気扇の騒音	13
作業スペースが狭い	13
機械の騒音	12

り返し]については、積極的に休憩を取る・機械化をあげ、「裁断・皮むき」に関しては機械化、「大釜から米飯を食缶へ移す作業」については作業位

置を高くする・二人で行う、が対策としてあげており、作業環境の問題点として、食器洗浄機の騒音、高温多湿の環境、連続焼物機の設置場所が問題点として上位に挙げられていた。(表4)この理由として、騒音による難聴、高温多湿による

表4 作業環境管理(体育学部)

問題点	件数
食器洗浄機等の騒音	27
高温多湿の環境	12
連続焼物機の設置場所など	11
ウエット方式	5

熱中症・集中力低下をあげ、対策としては、騒音に関しては耳栓の使用、高温多湿の環境に対しては換気空調の整備、水分補給などを上げていた。

「産業医として行う活動」(表5)については、作業管理において、作業姿勢の解剖学的分析などの「作業分析」、火傷防止・騒音作業時の耳栓の着用などの「作業教育」、作業環境管理においては、ドライシステムへの提案・空調設備の充実などの「システムの変更」、環境測定などの「調査分析」、適切な高さの調理台の導入などの「人間工学的アプローチ」、健康管理においては定期的に「健康診断」を行うなどがあげられていた。また体育学部の学生の「衛生管理者としてどのような衛生管理活動を行うか」については、職場の快適化の為に「作業環境管理」、職場の安全対策、改善点を見つけるために「作業者とコミュニケーションを取る」などが上げられていた。

IVまとめ

作業上の問題点及び対策として医学部・体育学部ともに、「肩こり・頸肩腕障害」を起因する作業内容を多く指摘しており、対策についても「機械化」を共通点としてあげていた。しかし、「産業医になったら何をしますか」、「衛生管理者になったら何を管理しますか」との質問になると各学部の教科目の特徴が現れ、医学部においては、衛生三管理の「健康管理」

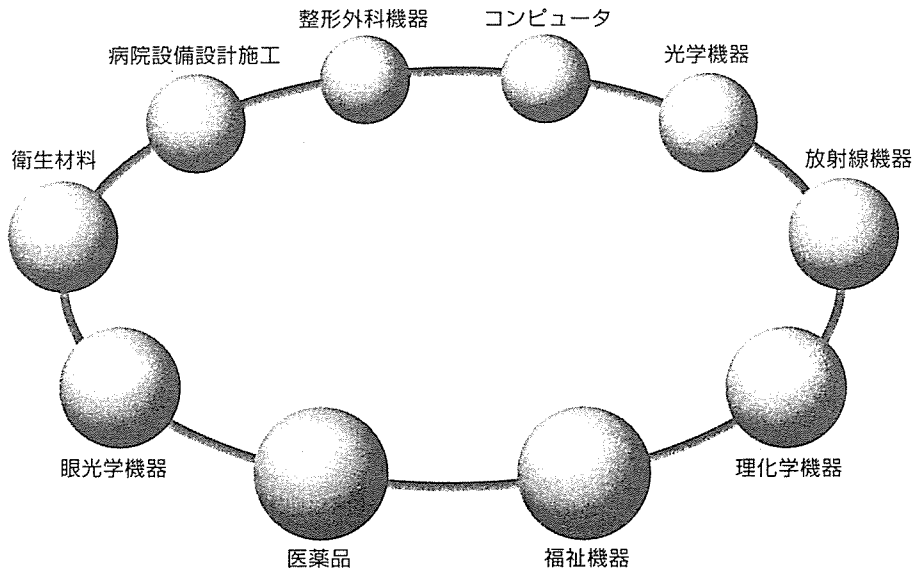
表5 産業医として何をするか

※作業管理	件数
作業分析	10
作業教育	6
調理員数を増やす	2
※作業環境管理	件数
システムの変更	12
調査分析	8
人間工学的アプローチ	4
※健康管理	件数
健康診断	16
健康・衛生教育	4
事後措置	4
健康障害の予防	2
健康管理	1
健康相談	1

を重視する意見が多く、体育学部においては「作業環境管理」という意見が多く見られた。また高温環境下の作業時の対策においても体育学部は「水分補給」と学部の特色が窺えるような答えを得られた。また、騒音対策として「耳栓を使用する」との意見が両学部から多く出されていた。

衛生管理の重要なスタッフである衛生管理者や産業医の教育において、現場把握の訓練が重要であると考えられるが、その資料としてVTRの有効性を検討した。その結果、教育課程の違いによる反応の差が出たが、問題点の把握や改善に関するコミュニケーションとしては成功したものと考えた。事前の十分な情報の提供とVTRを併用することにより、より高い労働衛生に関する実務的な教育が可能と思われる。

あらゆる医療分野に、誠実に対応いたします。



富木医療器株式会社

代表取締役社長 富木 昭光

本 社 / 〒920-8539 金沢市問屋町2-46 TEL 076-237-5555(代) FAX 076-237-6584

支店 / 富山・福井 営業所 / 小松・七尾・高岡

臨床検査部

各種臨床用キット
臨床検査器械
ワクチン動物血液
各種血清

一般試薬部

高純度特級試薬
精密分析用試薬
生化学用試薬
輸入試薬
免疫試薬

産業試薬部

精密器械
DNA増殖装置
食品検査試薬

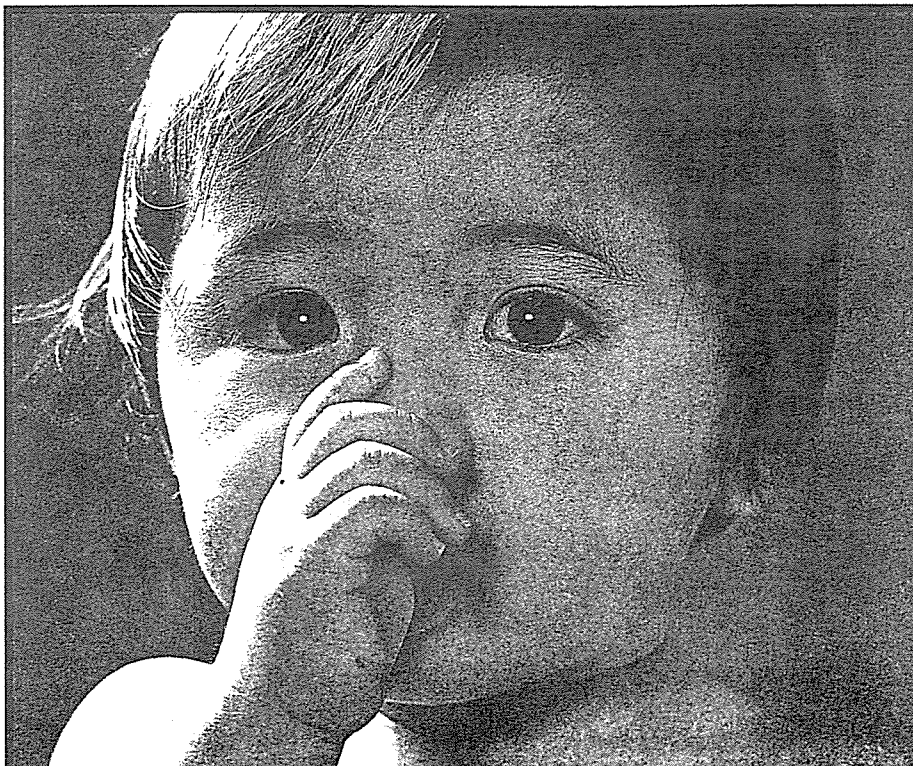
御用命は一

片岡薬品株式会社

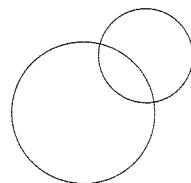
金沢市石引2丁目7番9号

TEL(076)263-0156(代)

FAX(076)264-3683



恋人だったり、家族だったり。
人は誰も、愛する人がいます。
そして、同時に愛されてもいるのです。
大切な人のために、元気で。
愛する人が、健やかでいてほしい。
臨床検査をはじめとした、
様々な情報とサービスを提供し、
技術開発に取り組む私たちSRLも、
同じ想いを持っています。
もっと優しく健やかな明日のために。
私たちは、医療への貢献に
努力を重ねてまいります。



SRL
Communication for Health

株式会社エスアールエル

本社：東京都立川市曙町2-41-19 安田火災立川ビル
TEL: (042) 526-7111 (代) 〒190-8567
最新情報を提供中 <http://www.SRL-inc.co.jp/>

愛する人がいます。

健康の保持・増進に 奉仕しています

(財) 友愛健康医学センター
富山市二俣323-1

理事長 **林 隆文**

TEL (076) 428-1800
FAX (076) 428-1807

健康を広げよう 財団法人 石川県予防医学協会

☆健康管理センター・がん検診センター

各種健康診断・各種がん検診・人間ドック（半日コース・一日コース・一泊二日コース）

☆環境保健センター

食品検査・水質検査・簡易専用水道検査・作業環境測定・環境調査

☆臨床検査センター

先天性代謝異常検査・染色体検査・血液学的検査等各種臨床検査

☆クリニック（胃腸科・内科・外科・肛門科）

一般診療・二次検査・精密検査《胸部CT・上部消化管・大腸内視鏡・生活習慣病等》

〒920-0365 金沢市神野町東115番地

TEL076-249-7222（代表） FAX076-269-3663

明日の健康と新産業創造のパートナー

メディカルコンサルタント

医用機器部門

- * 診断装置
- * 治療装置
- * 臨床検査機器
- * 人工透析装置
- * 検査用試薬
- * X線フィルム
- * 医療用消耗機材

丸文通商株式会社

本社 石川県金沢市松島1丁目40番地 〒920-0385 TEL (076) 269-1880(代)

富山支店	富山県富山市八日町247番地41	〒939-8221	TEL (076) 429-7190(代)
福井支店	福井県福井市林町62号3番地	〒910-0828	TEL (0776) 52-8080(代)
七尾営業所	石川県七尾市三島町60番地	〒926-0802	TEL (0767) 53-4411(代)
技術センター	石川県松任市福留町248番地1	〒924-0051	TEL (076) 277-2420(代)
東京出張所	東京都中央区日本橋大伝馬町8番1号	〒103-8577	TEL (03) 3639-9860(代)

健康をささえて半世紀



かぎりなき明日への

Health Pioneer



財団法人 北陸予防医学協会

あなたの家庭へ職場へ、そして街へ……………。

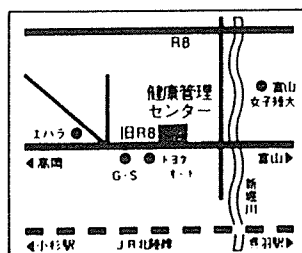
健康管理センターでは日帰りドックが受診できます。

● 健康管理センター

〒930-0177
富山市西二俣277-3 (旧8号線沿い)
TEL (0764) 36-1238(代) FAX (0764) 36-1240

● 高岡事務所

〒933-0804 高岡市問屋町12
TEL (0766) 22-2818(代)



* 本総会開催にあたり、金沢医科大学、橘勝会、石川県、金沢市より補助金の交付をいただきました。

社会医学研究 特別号 1999年7月24日 発行

発行者：上畑鉄之丞

発行元：〒920-0293 東京都港区白金台4-6-1

国立公衆衛生院次長室内 社会医学研究会事務局

tel : 03-3441-7111 (代表) 03-3446-3340(直通)

fax : 03-3446-3340

編集：第40回社会医学研究会総会事務局 (代表 山田裕一)

〒920-0293 石川県河北郡内灘町大学1-1

金沢医科大学 衛生学教室

tel : 076-286-9722 fax : 076-286-9723